

# **Tarifvertrag Gesundheitsschutz und Demografie (TV GS)**

**Zwischen der  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
vertreten durch den Vorstand  
einerseits**

**und der**

**ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)  
vertreten durch die Landesbezirksleitung Berlin-Brandenburg  
andererseits**

**wird der folgende Tarifvertrag geschlossen:**

# **Tarifvertrag Gesundheitsschutz und Demografie**

## **Präambel**

Die Charité Universitätsmedizin Berlin und die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di verfolgen mit diesem Tarifvertrag das Ziel, die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern und zu erhalten sowie konkrete Überlastungssituationen zu identifizieren und zu beseitigen. Die Tarifvertragsparteien gehen im Weiteren davon aus, dass dadurch eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung erreicht und verbessert werden kann.

Die Tarifvertragsparteien stimmen überein, dass darüber hinaus weitere politische Maßnahmen zur Verbesserung der Personalausstattung im Krankenhaus zwingend notwendig sind. Sie hoffen, mit diesem Tarifvertrag nicht nur einen Beitrag zur Verbesserung der Personalsituation im Krankenhaus zu leisten, sondern zugleich einen Impuls in die Politik zu setzen.

## **Geltungsbereich**

Der Tarifvertrag gilt räumlich, betrieblich und persönlich im Umfang des TV Charité.

## **Abschnitt I Bereichsdefinitionen und Bewertungsparameter**

### **§ 1 Grundsätze**

1. Im Rahmen der Patientenversorgung gilt der Grundsatz: „Das Personal folgt den Patienten“.
2. Dem Grundsatz gem. Abs. 1 folgend unterscheidet der Tarifvertrag wegen der Unterschiedlichkeit von Arbeitsbereichen und Beschäftigtengruppen entsprechend differenzierte Bemessungsverfahren für die Pflegepersonalausstattung für die einzelnen in diesem Abschnitt aufgeführten Stationen bzw. Bereiche. Hierzu wird klargestellt, dass eine Verknüpfung bzw. Kompensation von Personalaufbau mit Personalabbau an anderen Stellen nicht stattfindet.
3. Die Pflegepersonalausstattung orientiert sich an den nach den differenzierten Bemessungsverfahren für die letzten beiden Quartale rückwirkend ermittelten Werten (vgl. hierzu Abschnitt II).

***Protokollerklärung zu Abs. 3:***

- (1) *Es wird klargestellt, dass die in den §§ 2 und 4 genannten Messverfahren den Pflegeaufwand hinsichtlich patientennaher Tätigkeiten in konkret erfassten Minutenwerten berechnen sowie andere der Krankenpflege dienende Anteile weiterer Berufs- und Beschäftigtengruppen (z.B. Servicetätigkeiten, Stationsleitung) als daraus pauschal abgeleitete Minutenwerte hinzuschlagen. Dementsprechend umfassen die von diesen Messverfahren ermittelten, aus der Summe aller Pflegeminuten berechneten und in VK ausgedrückten Werte für die Pflegepersonalausstattung auch Anteile solcher Tätigkeiten.*
- (2) *Es besteht Einvernehmen, dass der Anteil aller in den von § 4 erfassten Stationen eingesetzten Beschäftigten der weiteren Berufs- und Beschäftigtengruppen an der gesamten Pflegepersonalausstattung dieser Stationen 8 % nicht überschreitet. Die Charité wird einmal pro Quartal die Einhaltung dieser Vereinbarung transparent gegenüber dem Gesundheitsausschuss (§§ 16 ff) nachweisen.*

## **§ 2 Intensivbereiche**

1. Intensivbereiche im Sinne dieses Tarifvertrages sind die in *Anlage 1.1* aufgeführten Stationen (Bereiche).
2. Für die Intensivbereiche werden von der Charité Qualitätsstandards festgelegt, die auch die Personalbemessung betreffen. Diese dienen der Qualitätssicherung. Ihr Mindestniveau wird jedoch entsprechend dieses Tarifvertrages festgelegt und darf nicht unterschritten werden.
3. Der Pflegeaufwand der Patienten wird nach drei Besetzungsstufen abgegrenzt (Stufe 1 High-End 1:1, Stufe 2 Normal-ITS 1:2, Stufe 3 Überwachungsstationen 1:3). Dies gilt auch für den Pflegeaufwand von Überwachungs- und PACU-Patienten. Im Durchschnitt wird über die in Anlage 1.1 entsprechend gekennzeichneten Stationen bzw. Bereichen eine Ausstattung von 1 : 2 erreicht. Dies gilt in der Regel für Früh-, Spät- und Nachtdienst. In den weiteren, in Anlage 1.1 ebenfalls entsprechend gekennzeichneten Bereichen/ Stationen, wird eine Ausstattung von 1 : 3 nicht unterschritten. Für die in Anlage 1.1 aufgeführten Stationen der Neonatologie gilt die Richtlinie des G-BA.
4. Die Tarifparteien stimmen darin überein, dass das auf sechs Pflegekategorien basierte Bemessungsverfahren INPULS (**INTensivPflege- Und Leistungserfassungssystem**) in der der *Anlage 2.1* zugrunde liegenden Version die Vorgaben gem. Abs. 3 erfüllt. Die Übersicht über die INPULS-Pflegekategorien sowie eine Liste der Sondertatbestände ist als *Anlage 2.1* angefügt.

### **Protokollerklärung zu Abs. 4**

*Obgleich INPULS den Pflegeaufwand in Minutenzahlen erfasst, kennt es zu Abs. 3 kompatible Pflegekategorien. Es bildet ebenso die von den Tarifvertragsparteien definierten Sondertatbestände ab. Dabei entsprechen grundsätzlich die INPULS-Pflegekategorien 1 und 2 der Besetzungsstufe 3, die INPULS-Pflegekategorien 3 und 4 der Besetzungsstufe 2 sowie die INPULS-Pflegekategorien 5 und 6 der Besetzungsstufe 1 i.S.v. Abs. 3.*

5. Will die Charité künftige Änderungen des Verfahrens INPULS vornehmen bzw. eine von dritter Seite gegenüber der in Abs. 4 genannten Version geänderte

Fassung übernehmen, wird sie dem Gesundheitsausschuss (GA, Abschn. IV) unter Vorlage der relevanten Unterlagen transparent darlegen, dass die Vorgabe gem. Abs. 3 eingehalten wird und die einvernehmliche Bewertung gem. Abs. 4 unverändert zutrifft. Sie wird dies auf Verlangen mit dem GA erörtern. Kommt kein Einvernehmen hierüber zustande, hat die Charité mit ver.di unverzüglich Verhandlungen hierüber aufzunehmen.

6. Für die Berechnung der prospektiven Pflegepersonalausstattung (§ 10) erfolgt die Berechnung anhand der Besetzungsstufen der Patienten der letzten beiden Quartale. Für die Bewertung von Überlastungsindizes (§ 12) sind die in Abs. 3 aufgeführten Besetzungsstufen heranzuziehen.

### **§ 3 Kinderklinik**

1. Als Bereiche der Kinderklinik gelten die in *Anlage 1.2* aufgeführten Stationen (Bereiche).
2. In diesen Bereichen der Kinderklinik wird ein Personalbemessungsschlüssel zugrunde gelegt, der im Durchschnitt für Früh- und Spätdienst dem Verhältnis von Pflegekräften zu Patienten von 1 : 6,5 entspricht.

Ergibt die erstmalige Berechnung des Personalbemessungsschlüssels für einzelne Stationen (Bereiche), dass vor dem 1. Juli 2015 ein besserer Personalschlüssel bestanden hat, so tritt dieser insoweit an die Stelle des in Satz 1 bestimmten Wertes.

3. Die Besetzung der Nachtdienste wird im Rahmen von Abs. 1 nicht berücksichtigt. Sie erfolgt entsprechend der für die stationäre Krankenpflege gültigen Absprache gem. § 4 Abs. 2).

### **§ 4 Stationäre Krankenpflege**

1. Für die Bereiche der stationären Krankenpflege, die nicht in *Anlage 1.3* aufgeführt sind, wird die Pflegepersonalausstattung mit den folgenden Maßgaben unter Zugrundelegung der Pflege-Personal-Regelung (PPR) in der im Jahr 2015 von der Charité angewendeten Fassung bemessen:
  - a) Der gegenwärtig von der Charité zugrunde gelegte Orientierungswert wird auf jeweils 90% (ohne Nachtdienst und ohne Sondertatbestände) festgelegt.
  - b) Zusätzlich werden die in *Anlage 2.2* definierten Sondertatbestände stationsindividuell berücksichtigt.
  - c) Die Besetzung der Nachtdienste erfolgt zusätzlich.

2. Zur Verbesserung der Situation im Nachtdienst wird den Normalstationen eine vereinbarte Personalverstärkung zugeordnet, die von den jeweiligen Pflegeleitungen (PCL) in Abstimmung mit den betroffenen Stationsleitungen und den dazugehörigen Pflegeteams in eigener Verantwortung sinnvoll zu Entlastung innerhalb von Stationen, bzw. stationsübergreifenden Verbänden verteilt wird.

**Protokollerklärung:**

*Die Personalverstärkung um maximal 40 VK bezieht sich auf die Anzahl der Nachtarbeitsplätze mit Stand 2014 (298 VK, 125 Nachtarbeitsplätze). Es wird klargestellt, dass die vor Inkrafttreten dieses Tarifvertrages bereits erfolgten Verstärkungen hierbei mitzählen.*

## **§ 5**

### **Funktionsbereiche mit Orientierungswerten**

1. Als Funktionsbereiche in diesem Sinne gelten die in *Anlage 1.4* aufgeführten Einheiten.
2. Für die Funktionsbereiche, ausgenommen Rettungsstelle, Dialyse und Radiologie, werden Orientierungswerte aus bestehenden oder standardisierten Vorgehensweisen (einschließlich von Fachgesellschaften) abgeleitet und einvernehmlich als Bemessungsgrundlage in *Anlage 2.3* festgelegt.
3. In den Rettungsstellen, den Dialyse – Stationen und der Radiologie bleiben die bei Inkrafttreten dieses Tarifvertrages praktizierte Besetzung unverändert und dürfen bis zum Abschluss der Workflow-Analyse nicht verändert werden. Die Orientierungswerte in diesen Bereichen werden in einer Gefährdungs- und Workflow – Analyse ermittelt, die unter Beteiligung des GA und der an einer solchen Analyse zu beteiligenden Personen (Vorgesetzte, Beschäftigte), bis zum Ende des 2. Quartals 2016 durchgeführt wird. Sodann werden sich die Tarifvertragsparteien über die Ergänzung der *Anlage 2.3* abschließend einigen.

## **§ 6**

### **Sonstige Bereiche ohne definierte Standards**

Für Bereiche, für die keine der den §§ 2 bis 5 entsprechenden Mindeststandards definiert werden, wird in § 14 beschrieben, wie auf aufgetretene bzw. gemeldete Überlastungssituationen zu reagieren ist.

## **Abschnitt II Controlling, Reporting, Planung**

### **§ 7 Planungsvorgaben und Planung**

1. Die sich nach den §§ 2 bis 5 ergebende Pflegepersonalausstattung wird für jeweils ein bevorstehendes Quartal prospektiv aus den für die letzten beiden Quartale retrospektiv ermittelten Werte entsprechend den Vorgaben dieses Abschnittes berechnet.
2. Controlling und Reporting beziehen sich dabei auf die in den Anlagen 1.1, 1.2 und 1.4 aufgeführten Stationen bzw. Bereiche sowie die in *Anlage 1.3* nicht aufgeführten Stationen bzw. Bereiche der stationären Krankenpflege.
3. Die nach Abs. 1 berechneten, bis zum Ende des Einführungsprozesses (§§ 34, 35) entsprechend angepassten, Werte werden von den Stationen und Bereichen gem. Abs. 2 der jeweiligen Schichtplanung zugrunde gelegt. Diese erfolgt im Übrigen unter Berücksichtigung evtl. weiterer, für die konkrete Einsatzplanung relevanter Parameter (planbare Ausfallzeiten sowie weitere, für das bevorstehenden Quartal stationskonkret prognostizierte und für die Einsatzplanung relevante Umstände) entsprechend TV-C, den einschlägigen betrieblichen Vereinbarungen und unter Beachtung des PersVG Berlin.

### **§ 8 Controlling**

1. Das Controlling der Charité wertet sämtliche Daten aus, die notwendig sind, um für die in § 7 Abs. 2 aufgeführten Stationen bzw. Bereiche die erforderlichen Werte für die Pflegepersonalausstattung zu generieren.

Die Daten werden im regelmäßigen Berichtswesen der Charité erhoben und entsprechend des planmäßigen Verfahrens für Erhebung und Auswertung zusätzlich auch für die Zwecke dieses Tarifvertrages ausgewertet.

2. Das Controlling erstellt für jedes zurückliegende Quartal eine Vergleichsberechnung darüber ob
  - a) die tatsächliche Personalausstattung entsprechend den ehemaligen Planungsvorgaben ausgelegt war und/oder ob die Vorgaben unter- oder überschritten wurden,
  - b) die ehemals prospektiven Planungswerte mit den nunmehr feststehenden retrospektiven Werten übereinstimmen oder ob eine höhere Personalausstattung notwendig bzw. ob eine geringere Personalausstattung ausreichend gewesen wäre.

## **§ 9 Reporting**

1. Die Charité führt ein zentrales, auf Stationen und Bereiche bezogenes transparentes Reporting ein, das quartalsweise Berichte erstellt, die gem. den folgenden Bestimmungen dem GA, den Pflegerischen Centrumsleitungen (PCL) und den Stations-/ Bereichsleitungen zur Verfügung gestellt und den Beschäftigten in geeigneter Weise zugänglich gemacht werden.
2. Das Reporting umfasst
  - a) die retrospektiv erfassten Daten für die jeweils zurückliegenden zwei Quartale,
  - b) die hieraus prognostisch berechneten Vorgaben für die Pflegepersonal-ausstattung im bevorstehenden Quartal,
  - c) den Abgleich der ehemals prognostischen Vorgaben mit den nunmehr vorliegenden konkreten, retrospektiv erfassten Ist-Daten für das letzte Quartal.bezüglich der in § 7 Abs. 2 aufgeführten Stationen bzw. Bereiche.
3. Das Reporting dient dazu, dass
  - a) der GA die ordnungsgemäße Erfüllung des Tarifvertrages nachvollziehen bzw. Abweichungen von den vereinbarten Standards feststellen kann,
  - b) die PCL sowie die Stations-/Bereichsleitungen hinsichtlich der auf ihre jeweiligen Bereiche bezogenen Reporting-Daten so informiert sind, dass sie die im Folgenden vorgesehenen Erörterungen mit dem GA sachgerecht führen können
  - c) die Beschäftigten sich ein Bild von der sachgerechten Umsetzung dieses Tarifvertrages verschaffen und bei evtl. Indizien für die Unterschreitung der festgelegten Bedingungen (§ 12 Abs. 1) den GA informieren können.
4. Zur Gewährleistung der jeweiligen Informationsziele werden dem GA sämtliche Reporting-Daten gem. Abs. 2, den PCL sowie den Stations-/Bereichsleitungen die auf die jeweiligen Bereiche bezogenen Daten übermittelt. Die Auswertungen sind in der Regel spätestens in der 4. KW des Quartals vorzulegen, auf das die Auswertung erstmals wirkt. Bis zum Vorliegen der aktualisierten Information gelten die bisherigen Werte weiter.
5. Die Beschäftigten werden im Zuge der in den jeweiligen Stationen etablierten Abläufe und Verfahren informiert. Wird diese Verpflichtung nicht oder nicht ausreichend erfüllt, können die ArbeitnehmerInnen den GA informieren.

## **§ 10 Nachsteuerung**

1. Wenn im Zusammenhang mit der retrospektiven Bewertung des zurückliegenden Quartals festgestellt wird, dass die für eine Station bzw. einen Bereich die ehemals prospektive Pflegepersonalausstattung gem. § 7 Abs. 1 bis 3 unterschritten worden ist, so ist unverzüglich eine Klärung zwischen GA und der betreffenden Pflegerischen Centrumsleitung (PCL) herbeizuführen.

### **Protokollerklärung:**

*Es wird klargestellt, dass der in Nr. 2 der PE zu § 3 Abs. 1 genannte Prozentsatz keinen Referenzwert für die Feststellung einer tarifkonformen Pflegepersonalausstattung bzw. einer Unterschreitung gem. § 7 und daraus folgend der Notwendigkeit einer Nachsteuerung gem. Abs. 1 darstellt. Dies gilt auch, wenn im Rahmen des Reporting (§ 9) derartige Detailwerte mitgeteilt werden und stationsspezifisch ein höherer Wert ausgewiesen ist.*

2. PCL und GA haben alle konkreten Umstände der Station bzw. des Bereichs sowie die Ursachen der Unterschreitung festzustellen und zu erörtern. Insbesondere sind die Umstände heranzuziehen, die von Arbeitnehmern oder dem GA während des betreffenden Quartals als Indizien für Überlastungsursachen (§ 12 Abs. 1) geltend gemacht worden sind, ohne dass es zu einer Abhilfe gekommen ist. Vorrangig ist zu prüfen, wie eine Wiederholung der Unterdeckung in den nächsten Quartalen vermieden werden kann.
3. Zwischen GA und PCL sind Absprachen über konkrete Maßnahmen zu treffen und zu protokollieren, die geeignet sind, eine Wiederholung des Planungsdefizits zu vermeiden. Solche Absprachen sind den jeweiligen Leitungen der Stationen bzw. Bereichen mitzuteilen und von ihnen ergänzend bei der künftigen Planung zu berücksichtigen. Der GA überprüft im Folgequartal die Umsetzung der Maßnahmen.
4. Kommt in angemessener Zeit kein Einvernehmen zustande oder unterbleibt die Umsetzung einer vom GA einvernehmlich getroffenen Entscheidung kann die Klinikumsleitung zur Klärung eingeschaltet werden. Kommt es nicht zu der angestrebten Einigung bzw. zur Umsetzung der Maßnahme kann der GA bzw. im Falle der Nichteinigung eine Seite die Clearingstelle anrufen.

## **Abschnitt III Auflösung von Überlastungssituationen**

### **§ 11 Grundsatz**

Werden ArbeitnehmerInnen entgegen der Zielsetzung dieses Tarifvertrages einer Überlastungssituation ausgesetzt, so ist Abhilfe zu schaffen. In erster Linie sind die Ursachen für Überlastung nach diesem Abschnitt zu beseitigen. Ist dies nicht in geeigneter Form erfolgt, so kommt ein Überlastungsausgleich in Betracht. Im Einzelnen gelten hierfür die Bestimmungen gem. §§ 15, 24.



## **§ 12**

### **Indizien für Überlastungssituationen**

Als Indiz für eine Überlastungssituation gilt das Auftreten einer oder mehrerer der folgenden Sachverhalte:

- a) Offensichtliche und unter Berücksichtigung der Belegungssituation und der konkreten Personalausstattung ohne weiteres erkennbare Abweichungen von einer notwendigen Schichtbesetzung in akuten Einzelfällen,
- b) insbesondere im Falle empfindlicher Mehrbelastung der Arbeitnehmer durch unvorhersehbare Ausfälle von Arbeitskolleginnen oder Arbeitskollegen,
- c) wiederholtes Unterschreiten der sich nach § 7 ergebenden Pflegepersonalausstattung,
- d) kontinuierlich vom Regelfall abweichende Personalzusammensetzung, z.B. ein kontinuierlich ungewöhnlich hoher Anteil von Arbeitnehmern aus dem Pool bzw. weiterer Berufs- und Beschäftigtengruppen i.S. der PE Nr. 2 zu § 1 Abs. 3 bzw. eine überdurchschnittliche Leiharbeitnehmerquote, ungewöhnliche personelle Daten wie demografische Struktur, Anteil der Schwerbehinderten o.ä.,
- e) Zweifel an der Qualität der Stationssteuerung bzw. des Managements (ungewöhnliche Fluktuations-, Krankheits- oder Ausfallquoten),
- f) anhaltend von der Prognose abweichende Entwicklung des Leistungsbildes (Leistungssteigerung / Belegungstage pro VK),
- g) spürbare und länger anhaltende Abweichung der Gesamtsaldostundenzahl,
- h) Häufung von Gefährdungsanzeigen oder Beschwerden.

## **§ 13**

### **Reaktion auf Überlastungssituationen**

1. Die Überlastung wird dem zuständigen unmittelbaren Vorgesetzten durch die/den betroffenen ArbeitnehmerIn angezeigt. Das Vorliegen von einzelnen oder mehreren Indizien für eine Überlastungssituation kann von einzelnen oder Gruppen von Mitarbeitern/Innen ebenfalls gegenüber dem GA angezeigt werden.
2. Die zuständigen unmittelbaren Vorgesetzten haben eine Analyse der Situation durchzuführen und unverzüglich die Ursachen der Überlastungssituation zu beseitigen bzw. ein an den verfügbaren Orientierungswerten angepasstes Personal-Leistungs-Verhältnis wiederherzustellen.

3. Zur Beseitigung der Überlastung sind alle geeigneten Maßnahmen und zur Verfügung stehenden Mittel gem. folgender Kaskade zu nutzen,
  - a) In erster Linie sind alle allgemein nutzbaren Möglichkeiten anzuwenden, die in der jeweiligen Überlastungssituation unter Berücksichtigung aller Umstände am ehesten zu einer unverzüglichen Lösung geeignet sind.
 

Dabei kommt dem Einsatz zusätzlichen Personals vom zuständigen Pool (ZPC), die Einbestellung von qualifiziertem Leasingpersonal, der Entlastung von Servicetätigkeiten bzw. anderen Tätigkeiten bzw. der Umsetzung stations-spezifischer organisatorischer Maßnahmen zur Leistungseinschränkung, besondere Bedeutung zu. Weitere, dem Vorgesetzten im regelmäßigen Betriebsablauf sonst zur Verfügung stehende Möglichkeiten werden hierdurch jedoch nicht ausgeschlossen. Die Kombination mehrerer Maßnahmen ist möglich.
  - b) Führen Maßnahmen gem. Buchst. a) – ggf. auch in Kombination – nicht zu einer zügigen Beseitigung der Überlastungssituation, so kann in Abstimmung mit der Pflegedirektion die Bettenschließung erfolgen.
4. Kommt es aus Sicht des/der Beschäftigten nicht zu einer ausreichenden Intervention des/der Vorgesetzten, so kann er/können sie unbeschadet Abs. 1 Satz 2 den GA anrufen. Dieser hat das Vorliegen der geltend gemachten Indizien zu prüfen und sich, je nach dem Stand der bereits geführten Gespräche und dem Ausmaß der möglichen Überlastung mit der zuständigen PCL oder der Pflegedirektion oder der Klinikleitung ins Benehmen zu setzen.
5. Kommt der GA einvernehmlich zu dem Ergebnis, dass keine ausreichende Intervention erfolgt ist, bestimmen sich die Folgen gem. § 15. Besteht im GA kein Einvernehmen, kann eine Seite die Clearingstelle anrufen.

## **§ 14**

### **Bereiche ohne definierte Standards**

1. § 12 und § 13 Abs. 1 sind entsprechend anwendbar, wenn in den von § 6 erfassten Bereichen Umstände vorliegen, die es bei sinngemäßer und den Besonderheiten dieser Bereiche entsprechender Anwendung der vorstehenden Indizien nahelegen, dass eine Überlastungssituation vorliegt.
2. Die zuständigen Vorgesetzten haben zunächst eine Analyse der Situation und anschließend unverzüglich eine Gesprächsrunde zur Klärung des Sachverhalts mit den betroffenen Beschäftigten durchzuführen.

#### ***Protokollerklärung zu Abs. 2***

*Vorgesetzte/r im Sinne von § 14 ist in Verwaltungsbereichen der oder die Geschäftsbereichsleiter/in, in allen übrigen von §§ 6 und 14 erfassten Bereichen der/ diejenige der/die entsprechende Handlungsbefugnis für Maßnahmen gem. den folgenden Bestimmungen innehaben. Die Handlungsbefugnis kann auf eine Hierarchieebene unterhalb dieser Ebene delegiert werden.*

- a) Besteht Einvernehmen über das Vorliegen einer Überlastungssituation, so ist diese durch geeignete, bereichsspezifische Maßnahmen mit den zur Verfügung stehenden Mitteln unverzüglich zu beseitigen. In diesem Rahmen vorgesehene Maßnahmen zur Abwendung der Überlastungssituation und die Verantwortlichkeiten für die Umsetzung sind festzulegen und vom Vorgesetzten zu dokumentieren.
  - b) Besteht kein Einvernehmen über das Vorliegen einer Überlastungssituation zwischen den Beschäftigten und der/dem Vorgesetzten, so kann der GA angerufen werden. Der GA hat sich mit der/dem Vorgesetzten ins Benehmen zu setzen und eine Lösung zu erarbeiten. Dabei sind die von den Beschäftigten gegenüber der/dem Vorgesetzten und/oder dem GA geltend gemachten Gesichtspunkte umfassend zu bewerten. Kommt nunmehr eine Einigung über konkrete Maßnahmen zustande, so gilt Buchst. a) Satz 2 entsprechend.
  - c) Kommt auch nach Buchst. b) kein Einvernehmen zustande, so kann der GA die Angelegenheit zum nächsthöheren Vorgesetzten eskalieren.
3. Die mit dem betrieblichen Gesundheitsschutz befassten Institutionen und Experten sind in geeigneter Weise an den hier geregelten Gesprächen bzw. Verfahren zu beteiligen.

## **§ 15 Belastungsausgleich**

1. Werden anhand der Indizien gem. § 12 Belastungssituationen verifiziert, jedoch nicht oder nicht ausreichend gem. §§ 13, 14 behoben, so entscheidet der GA über Maßnahmen zum Belastungsausgleich.
2. Der hierfür zur Verfügung stehende Dotierungsrahmen, die Gestaltungsmöglichkeiten, die Grundsätze für die Bemessung des jeweiligen Belastungsausgleichs sowie des Verfahrens richten sich nach den diesbezüglichen Vorschriften über den Gesundheitsfonds (§§ 21 ff) und der Clearingstelle (§ 26 ff).

Zur Regelung der weiteren Einzelheiten entwickelt der GA unter Moderation der Ombudsperson (§ 26 Abs. 3) eine ergänzende Richtlinie. Diese bedarf der Zustimmung der Tarifvertragsparteien, die erteilt werden soll, wenn der Beschluss auf einer Empfehlung der Ombudsperson beruht und einstimmig zustande gekommen ist.

## **Abschnitt IV Gesundheitsausschuss (GA)**

### **§ 16 Einrichtung und Aufgaben**

1. Die Charité richtet den Gesundheitsausschuss (GA) als spezifische tarifliche Einrichtung ein. Sie ist dazu bestimmt, die Umsetzung des Tarifvertrages im Sinne beider Tarifvertragsparteien zu begleiten, zu unterstützen und die in Abs. 2 bis 6 zusammengefassten Aufgaben in diesem Sinne zu erfüllen.
2. Der GA hat entsprechend den Abschnitten I bis III die folgenden Aufgaben:
  - a) Empfang und Auswertung der Reporting-Daten gem. § 9 Abs. 2 und 4,
  - b) Durchführung des Nachsteuerungsprozesses gem. § 10,
  - c) Aufnahme von Anzeigen bzw. Beschwerden von Beschäftigten gem. § 9 Abs. 5, § 13 Abs. 1 und 4 sowie § 14 Abs. 2 Buchst. b) sowie Durchführung der dort geregelten, jeweiligen Gespräche bzw. Verfahren,
  - d) Beteiligung an den Work-Flow-Analysen zur Ermittlung von Orientierungswerten für die in § 5 Abs. 3 aufgeführten Funktionsbereiche,
  - e) Einleitung von förmlichen Verfahren der Clearingstelle (§§ 10 Abs. 4, 13 Abs. 5) sowie entsprechende Beteiligung an diesen Verfahren.
  - f) Abstimmung über die unveränderte Erfüllung tariflicher Vorgaben nach Änderung des INPULS-Systems gem. § 2 Abs. 5,
3. Der GA trifft die Entscheidungen über Maßnahmen zum Belastungsausgleich gem. § 15 Abs. 1 i.V.m. § 24. Er ist verantwortlich für die Entwicklung und Umsetzung der diesbezüglichen Richtlinie gem. § 15 Abs. 2 Satz 2.
4. Dem GA obliegt die Administration des Gesundheitsfonds gem. Abschn. V.
5. Dem GA obliegt die Initiierung und ggf. Durchführung von Projekten zur demographischen Entwicklung und ihrer Auswirkungen auf die Beschäftigten der Charité mit Projektmitteln des GF und/oder mit Drittmitteln.
6. Dem GA obliegt die Einwerbung eines extern finanzierten Forschungsprojektes zur Entwicklung eines Konzeptes für eine angemessene Pflegepersonalbemessung auf Normalstationen.

### **§ 17 Besetzung, Beschlussfassung, Vertretung**

1. Der GA wird paritätisch mit jeweils zwei Mitgliedern besetzt. Die Charité und ver.di bestimmen jeweils ihre Mitglieder, deren Benennung eine gegenseitige Beratung vorausgehen soll.

2. Vertretungen werden nicht bestimmt. Sollte ein Mitglied des GA seine Mitwirkung schriftlich niederlegen, so erfolgt unverzüglich eine Nachbesetzung durch die jeweilige Seite. Sollte aufgrund beachtenswerter persönlicher Gründe (insbesondere Krankheit) die Mitwirkung für einen Zeitraum von voraussichtlich mehr als 6 Wochen nicht möglich sein, kann die jeweilige Seite eine Vertretung für die Dauer des Ausfalls berufen.
3. Der GA entscheidet mit Stimmenmehrheit. Ist ein Mitglied durch Urlaub, Krankheit, tariflichen Freistellungsgründen wie u.a. Fortbildung, § 34 TV Charité oder aus Gründen im Sinne von Abs. 2 Satz 2 verhindert, ohne dass eine Vertretung berufen wurde, so geht diese Stimme für die Dauer der Verhinderung auf das andere Mitglied der jeweiligen Seite über.
4. Der GA hat keine/n Vorsitzende/n. Die Leitung von Sitzungen sowie die Protokollführung wechseln jeweils monatlich zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite.
5. Der GA erfüllt seine Aufgaben grundsätzlich als Gremium in der Besetzung gem. Abs. 1. Dies gilt für die Angelegenheiten gem. § 16 Abs. 3 bis 6 uneingeschränkt. Der GA handelt auch im Rahmen von § 16 Abs. 2 gegenüber Dritten im Betrieb und nach Außen grundsätzlich in paritätischer Besetzung. Er kann hiermit jedoch zwei Mitglieder beauftragen und Vorgaben machen. Der GA kann im Rahmen von § 16 Abs. 2 Buchst. c) ausnahmsweise ein einzelnes Mitglied beauftragen, bestimmte der in den §§ 13 und 14 vorgesehenen Gespräche zu führen. Der/die Beauftragte ist an diesbezügliche Vorgaben des GA gebunden und berichtet dem GA über seine/ihre Tätigkeit.
6. Das Weitere regelt der GA in einer Geschäftsordnung (GO), die der Zustimmung der Tarifvertragsparteien bedarf.

## **§ 18 Informationsansprüche, Berichtspflicht**

1. Der GA erhält die in Abschn. II geregelten Informationen. Er hat gegenüber den jeweils betroffenen Einrichtungen der Charité Anspruch auf die verfügbaren Informationen, die notwendig sind, um in § 16 Abs. 2 Buchst. c) und d) genannten Aufgaben sachgerecht erfüllen zu können. Hierzu gehört insbesondere auch die Kenntnis von evtl. Absprachen auf Stations- oder Bereichsebene über die Durchführung von Interventionen bei Überlastungssituationen. Im Übrigen folgen die Informationsansprüche dem Inhalt der jeweiligen, weiteren Aufgaben gem. § 16. Einzelheiten des internen Verfahrens regelt die GO (§ 17 Abs. 6).
2. Der GA berichtet einmal halbjährlich förmlich an die Tarifvertragsparteien. Der Bericht soll ein umfassendes Bild über die Durchführung dieses Tarifvertrages und die Aktivitäten des GA geben. Informationen der Mitglieder beider Seiten an ihre jeweilige Seite bleiben hiervon unberührt.

## **§ 19 Rechtsstellung der Mitglieder, Sachmittel**

1. Die von ver.di berufenen Mitglieder des GA werden für die Dauer dieser Tätigkeit von ihrer regelmäßigen Arbeitsverpflichtung freigestellt.
2. Der GA ist mit den für die Ausübung seiner Funktion notwendigen Sachmitteln und ggf. Personal auszustatten. Art und Umfang folgen sinngemäß den für den Personalrat geltenden Bestimmungen des PersVG Berlin.
3. Die Rechtsstellung der freigestellten Mitglieder des GA folgt der für Mitglieder des Personalrats gem. PersVG Berlin geregelten Rechtslage. Nach der Beendigung der Tätigkeit soll vorzugsweise eine Beschäftigung im gleichen Arbeitsbereich wie vor der Freistellung ermöglicht werden.

## **§ 20 Anrufung der Clearingstelle**

Besteht die begründete Besorgnis, dass

- eine Seite Entscheidungen ohne sachliche Rechtfertigung blockiert oder
- eine Seite die Beschlussfassung in sonstiger Weise erschwert oder
- abweichend von Abs. 17 Abs. 5 nicht den Vorgaben dieses Tarifvertrages bzw. der GO gehandelt wird oder
- die Ausstattung mit Sachmitteln nicht oder nicht ordnungsgemäß erfolgt oder
- die Gewährleistung der in § 19 Abs. 3 geregelten Rechtsstellung nicht sinngemäß den Regeln des PersVG Berlin entspricht,

so können die Mitglieder einer jeden Seite des GA die Clearingstelle anrufen und um Klärung ersuchen. Die Clearingstelle kann in schwerwiegenden Fällen die Behandlung ablehnen und die Tarifvertragsparteien einschalten.

## **Abschnitt V Gesundheitsfonds**

### **§ 21 Einrichtung, Rechtsform**

Die Charité hält einen Gesundheitsfonds (GF) vor, der ein bei der Charité budgetiertes Finanzvolumen ohne eigene Rechtspersönlichkeit darstellt.

## **§ 22 Organisation, Zweckbestimmung**

1. Der GF besitzt keine eigene Administration, sondern wird vom GA verwaltet. Die betriebswirtschaftliche und vertragsrechtliche Ausgestaltung erfolgt durch die kaufmännische Leitung der Charité nach Maßgabe der allgemeinen Vorschriften, Richtlinien und Administrationsverfahren, wobei die Budgetverantwortung beim GF verbleibt.
2. Der GF organisiert und finanziert Maßnahmen des Belastungsausgleichs, die aufgrund von Beschlüssen des GA gem. §§ 15 Abs. 2 als Maßnahmen gem. 24 Abs. 2 zugesagt bzw. durchgeführt oder von der Clearingstelle als Leistungen gem. § 24 Abs. 2 gewährt werden.

Der GF fördert des Weiteren Demografie-Projekte, die der GA entwickelt und beschlossen hat und übernimmt die Finanzierung bzw. die ergänzende Komplementärfinanzierung, soweit Fördermittel oder sonstige Mittel der Charité bzw. anderer Institutionen zur Verfügung stehen.

3. Zur Regelung der weiteren Einzelheiten entwickelt der GA unter Moderation der Ombudsperson (§ 26 Abs. 2) eine ergänzende Richtlinie. Diese bedarf der Zustimmung der Tarifvertragsparteien, die erteilt werden soll, wenn der Beschluss auf einer Empfehlung der Ombudsperson beruht und einstimmig zustande gekommen ist.

## **§ 23 Dotierung**

1. Der GF bezieht eine Anfangsdotierung von 300.000 €, die ab dem 1. Juli 2016 zur Verfügung steht. Die künftige Dotierung erfolgt in Form von Nachschüssen, die sich nach dem Mittelverbrauch berechnen. Diese sind so bemessen, dass jeweils zum 1. Januar und 1. Juli des Folgejahres die Dotierung wieder auf maximal 300.000 € aufgestockt wird.
2. Die Dotierung erhöht sich um den Betrag von Aufwendungen, die der GF hat, wenn er auf Verlangen der Charité Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchführt, die nicht in diesem Tarifvertrag geregelt sind. Dies gilt auch für Fördermaßnahmen als Folge von Gesundheitszirkeln, die nicht auf einem Beschluss nach § 24 Abs. 2 Buchst. d) beruhen.



## § 24

### Entscheidung über den Belastungsausgleich

1. Der GA registriert, in welchen Fällen Arbeitnehmer über einen längeren Zeitraum einer Überlastung gem. § 12 ausgesetzt waren, ohne dass es zu einer rechtzeitigen und ausreichenden Intervention entsprechend § 13 gekommen ist. Ebenso wird registriert, ob in den betreffenden Stationen bzw. Bereichen im gleichen Zeitraum die gem. § 7 Abs. 1 bis 3 vorausgesetzte prospektive Pflegepersonalausstattung unterschritten worden ist und ob die Feststellungen sich auf einzelne Arbeitnehmer oder auf Teams beziehen.
2. Entscheidungen über Maßnahmen des Belastungsausgleichs hat der GF einerseits im Rahmen der zur Verfügung stehenden Dotierung (§ 23) und andererseits unter Berücksichtigung der folgenden Grundsätze sowie der gem. § 15 Abs. 2 Satz 2 auf ihrer Grundlage zu beschließenden Richtlinie zu treffen.
  - a) Der GF erstellt zum Ende eines jeden Quartals eine Übersicht über sämtliche Fälle, in denen ein Belastungsausgleich in Betracht kommt. Der GF stellt die zur Verfügung stehende Dotierung fest und entscheidet über eine angemessene Gewichtung der Einzelfälle.
  - b) Der GF hat beim Einsatz der Mittel auf die unterschiedliche Betroffenheit der Beschäftigten abzustellen. Insbesondere ist zu berücksichtigen, ob mehrere Indizien gem. § 12 Buchst. a) und/oder b) gleichzeitig vorliegen bzw. mit einer Unterschreitung der prospektiven Pflegepersonalausstattung zusammentreffen.
  - c) Der Belastungsausgleich soll in erster Linie durch gesundheitserhaltende und entspannungsfördernde Maßnahmen einen tatsächlichen Ausgleich zu der konkreten Überlastung erreichen.
  - d) Der Belastungsausgleich kann auch darauf ausgerichtet sein, durch Veränderungen im Arbeitsbereich Belastungen in Zukunft zu beseitigen oder zu vermindern. Der GA kann auch einen Gesundheitszirkel initiieren, der nach den Charité-internen Standards durchzuführen ist. Die mit der Umsetzung befassten Stellen sind an den Beschluss des GA gebunden. Dieser ist unverzüglich, spätestens innerhalb von einem Monat umzusetzen. Der GA ist über Verlauf und Ergebnis des Gesundheitszirkels zu unterrichten.
  - e) Der Belastungsausgleich kann einzelnen Arbeitnehmern oder Teams gewährt werden.
  - f) Ausnahmsweise können Arbeitnehmer einen individuellen Ausgleich in Form von Zeitgutschriften erhalten, wenn sie unter Berücksichtigung der gem. Buchst. b) vorgenommenen Gewichtung im Beurteilungszeitraum spürbar mehr als andere Beschäftigte einer Überlastung ausgesetzt waren.



3. Kommt im GA kein Einvernehmen über den jeweiligen Anteil der für Maßnahmen entsprechend Abs. 2 Buchst. c) oder d), über die Bewertung der Betroffenheit i.S.v. Abs. 2 Buchst. b), die Gestaltung einzelner Maßnahmen gem. Abs. 2 Buchst. c) oder die Bemessung von Leistungen an Teams bzw. einzelne Arbeitnehmer gem. Abs. 2 Buchst. d) zustande, so kann von jeder Seite die Clearingstelle angerufen werden.
4. Im Falle von Bereichen gem. §§ 6, 14 obliegt die Festlegung eines evtl. Belastungsausgleichs der Clearingstelle nach Anrufung gem. § 14 Abs. 2 Buchst. c). Für Inhalt und Wirkung gilt § 29 Abs. 5.

## **§ 25**

### **Außenwirkung, Rechnungslegung, Planung**

1. Nach diesem Tarifvertrag zustande gekommene Beschlüsse, die die Begründung von Rechtsverhältnissen mit Dritten bedingen, werden im Außenverhältnis von den zuständigen Bereichen der Charité umgesetzt. Beschlüsse, die sich auf Arbeitnehmer beziehen und Dispositionen hinsichtlich des Personaleinsatzes erfordern, z.B. die Teilnahme an Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die Freistellung von der Arbeit oder die Zuwendung finanzieller Leistungen, werden der zuständigen Personalstelle übermittelt und von ihr administriert.
2. Der GF ist zur laufenden Budgetkontrolle verpflichtet. Soweit Kosten durch Verträge im Außenverhältnis entstehen, werden diese von der Charité bezahlt und dem für den GF geführten Budget belastet. Soweit Arbeitnehmer Leistungen beziehen, werden diese von der Charité erbracht und im entsprechenden Geldwert dem Budget des GF belastet. Leistungen, die in Zeit bemessen sind, werden dabei mit dem Wert angesetzt, der als Urlaubsentgelt zuzüglich Arbeitgeberanteile für den entsprechenden Zeitraum anzusetzen wäre. Einzelheiten des Prozesses werden vom GA nach dem allgemeinen Charité-Regelwerk mit der kaufmännischen Leitung des Klinikums abgestimmt.
3. Der GA erstellt jeweils für das bevorstehende Quartal einen Plan, der das verfügbare Budget, die Bindung von Mitteln durch bereits gefasste Beschlüsse und den möglichen Mitteleinsatz ausweist und der kaufmännischen Leitung zu übermitteln und ihr auf Verlangen zu erläutern ist. Unberührt bleiben weitergehende Berichtspflichten des GA, z.B. im Rahmen des Jahresabschlusses.

## **Abschnitt VI**

### **Clearingstelle**

## **§ 26**

### **Einrichtung und Besetzung**

1. Die Charité richtet eine Clearingstelle ein, die mit jeweils drei Mitgliedern der Arbeitnehmer- und der Arbeitgeberseite besetzt wird. Zwei Mitglieder jeder Seite müssen der Charité als Mitarbeiter angehören, mindestens jeweils ein Mitglied muss zugleich Mitglied des GA sein.

2. Die Clearingstelle wird von einer Ombudsperson geleitet, die von den Tarifvertragsparteien einvernehmlich bestimmt wird. Die Ombudsperson muss neutral, zur Verschwiegenheit gegenüber Dritten verpflichtet und frei von Weisungen sein.
3. Die Ombudsperson soll auf Verlangen beider Seiten auch bei Meinungsverschiedenheiten der Tarifvertragsparteien vermittelnd tätig werden.

## **§ 27 Zuständigkeiten**

1. Die Clearingstelle ist in allen Angelegenheiten zuständig, in denen in diesem Tarifvertrag ausdrücklich bestimmt ist, dass sie vom GA oder Mitgliedern des GA angerufen werden kann. Für beide Seiten besteht in solchen Fällen die Verpflichtung, sich auf das Verfahren einzulassen.
2. Die Clearingstelle kann im Übrigen durch einstimmigen Beschluss des GA auch mit anderen Fragen dieses Tarifvertrages befasst werden, die auf Meinungsverschiedenheiten im GA beruhen, ohne dass die Zuständigkeit der Clearingstelle ausdrücklich bestimmt ist.

## **§ 28 Verfahrensgrundsätze**

1. Der Clearingstelle obliegt es, Meinungsverschiedenheiten im GA bzw. zwischen GA und Stellen der Charité unter Wahrung der Interessen von Arbeitnehmern und Charité unter Beachtung der Wertungen dieses Tarifvertrages und des von ihm vorgegebenen Handlungsrahmens beizulegen.
2. Die Clearingstelle tritt einmal im Quartal zusammen. Der GA bereitet die Sitzung vor und erstellt eine Agenda, die die beiderseitigen Standpunkte beschreibt. Diese soll den Beteiligten spätestens zwei Wochen vor der Sitzung zugegangen sein.
3. Die Sitzungstermine werden mit der Ombudsperson jeweils für ein Halbjahr abgestimmt und sollen so gewählt werden, dass sie mit den Stichtagen für das Reporting (§ 9) zeitnah und sachgerecht verknüpft werden können.
4. Die Einzelheiten des Verfahrensablaufs im Übrigen werden von den an der Clearingstelle beteiligten Mitgliedern des GA und der Ombudsperson einen Monat vor der ersten Sitzung in freier Anlehnung an die Üblichkeiten eines Einigungsstellenverfahrens nach §§ 82 f PersVG Berlin festgelegt. Für Beschlüsse und ihre Wirkung gilt ausschließlich § 29.

## **§ 29 Inhalt und Wirkung von Beschlüssen**

Die Clearingstelle fasst ihre Beschlüsse mit Stimmenmehrheit. Für die Wirkung von Beschlüssen gilt:

1. Beschlüsse, die Meinungsverschiedenheiten innerhalb des GA über das Vorliegen oder die Bewertung von tariflich relevanten Tatbeständen betreffen, sind zwischen den Mitgliedern des GA verbindlich und von ihm evtl. weiteren Entscheidungen zugrunde zu legen.
2. Beschlüsse, die eine unzureichende Nachsteuerung gem. § 10 Abs. 4 feststellen, sind für GA und Charité insoweit verbindlich, als dieser Tatbestand evtl. weitergehenden Entscheidungen zugrunde zu legen ist.
3. Beschlüsse über die Durchführung konkreter Maßnahmen zur Belastungsreduzierung bzw. Durchführung gesundheitserhaltender Maßnahmen und Beschlüsse für Leistungen an Arbeitnehmer sind für den GA verbindlich. Im Verhältnis zur Charité gelten sie als Empfehlung. Die Charité soll sie im Rahmen der betrieblichen Abläufe umsetzen, wenn die damit verbundenen Kosten und Aufwendungen im Rahmen der Dotierung gem. § 23 Abs. 1 sichergestellt ist.
4. Beschlüsse für Leistungen an Arbeitnehmer sind für GA und Charité verbindlich, wenn die Aufwendungen im Rahmen der Dotierung gem. § 23 Abs. 1 liegen.
5. Die Clearingstelle kann im Rahmen von Abs. 3 auch einen Gesundheitszirkel initiieren, der nach den Charité-internen Standards durchzuführen ist. Für solche Beschlüsse gilt Abs. 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass ein auf Einrichtung eines Gesundheitszirkels gerichteter Beschluss unverzüglich, spätestens innerhalb von einem Monat nach der Beschlussfassung umzusetzen ist.
6. In Verfahren gem. § 20 fasst die Clearingstelle keinen Beschluss. Kommt es zu einer einvernehmlichen Klärung der zur Anrufung führenden Schwierigkeiten, so ist dies zu protokollieren. Kommt es nicht zu einem Einvernehmen, so empfiehlt die Ombudsperson eine Klärung durch die Tarifvertragsparteien (vgl. § 20). Der GA ist an die Empfehlung gebunden, die Tarifvertragsparteien sollen sie, ggf. unter Moderation der Ombudsperson, entsprechend § 37 Abs. 5) aufgreifen.

## **§ 30**

### **Dokumentation und Weiterentwicklung**

1. Die Beschlüsse der Clearingstelle werden dokumentiert.
2. Beschlüsse, die sich auf wiederholende Sachverhalte beziehen, sollen von der Clearingstelle neben ihrer Wirkung gem. § 29 zugleich als Vorschlag zur Weiterentwicklung der Geschäftsordnung (§ 17 Abs. 6) bzw. der Richtlinie (§ 17 Abs. 3) gestaltet werden, sofern sie einvernehmlich gefasst worden sind.
3. Beschlüsse, denen von der Clearingstelle einstimmig grundsätzliche oder weitreichende Bedeutung beigemessen wird, werden neben der Wirkung gem. § 29 an die Tarifvertragsparteien als Vorschlag zur Weiterentwicklung des Tarifvertrages berichtet (vgl. § 37 Abs. 5).

## **Abschnitt VII Einführungsbestimmungen**

### **§ 31 Grundsatz**

Mit dem TV GS betreten die Tarifvertragsparteien Neuland. Für die vereinbarten Vorgaben, Verfahren und Konsequenzen gibt es weder Beispiele noch innerhalb der Charité erprobte Prozesse. Dennoch wollen die Tarifvertragsparteien den TV GS so schnell wie möglich ins Werk setzen.

Dieser Widerspruch erfordert einerseits alle Anstrengungen, um zügig mit der Umsetzung beginnen zu können und andererseits einen praxisgerechten Einführungsprozess. Das 2. und 3. Quartal gelten deshalb als Testphase für die vereinbarten Prozesse, insbesondere für Controlling und Reporting. In diesem Zeitraum soll ebenso die Funktionsfähigkeit der beteiligten Einrichtungen, d.h. des Gesundheitsausschusses, des Gesundheitsfonds und der Clearingstelle, hergestellt und erprobt werden.

### **§ 32 Verfahren im April/Mai 2016**

1. Die von den Tarifvertragsparteien benannten Mitglieder des GA, bis zu deren Benennung jeweils zwei Vertreter der Tarifvertragsparteien, bilden eine Arbeitsgruppe, die mit der Einführung verbundene Fragen sowie erkennbare organisatorische Probleme erörtert und löst.
2. Beide Tarifvertragsparteien und die von ihnen benannten Vertreter sind verpflichtet, bereits vor dem Inkrafttreten des Tarifvertrages alle notwendigen Gespräche zu führen und Maßnahmen zu treffen, die die termingerechte Einführung des Tarifvertrages fördern.
3. Vorrangig ist zwischen den Vertretern der Tarifvertragsparteien und dem Controlling zu klären, wie Reporting und Controlling konkret gestaltet werden kann und wie es unter Berücksichtigung von § 33 seine Tätigkeit schnellstmöglich tarifkonform aufnehmen kann.

### **§ 33 Besetzung von GA und Clearingstelle**

1. Die Tarifvertragsparteien entscheiden vor dem 30. April 2016 über die Mitglieder des GA sowie schnellstmöglich über die Ombudsperson. Die Charité bewirkt die entsprechenden personellen und sachlichen Dispositionen unverzüglich nach diesen Entscheidungen.

Der GA nimmt unverzüglich nach der Bestellung seiner Mitglieder die Arbeit auf. Dazu gehören zunächst die Erstellung der Geschäftsordnung gem. § 17 Abs. 6 sowie die Vorbereitung der Richtlinie gem. § 17 Abs. 3.

### **§ 34** **Übergangsphase für Controlling und Reporting**

Während des 2. und 3. Quartals 2016 (Übergangsphase) gelten die Abweichungen gem. Abs. 1 bis 5. Ab dem 1. Oktober 2016 findet der Tarifvertrag uneingeschränkt Anwendung.

1. Ende April erfolgt erstmalig und probeweise ein Soll-Ist Vergleich für das erste Quartal 2016.
2. Ende April wird erstmalig und probeweise die prospektive Pflegepersonalausstattung für das bevorstehende Quartal ermittelt und zwar auf Basis der durchschnittlichen Werte aus den beiden vorangegangenen Quartalen.
3. Bis zur Einführung des INPULS Systems erfolgt Planung, Controlling und Reporting abweichend von Abs. 1 und 2. für die INPULS Stationen mit der Maßgabe 1:2 im Durchschnitt über die in der *Anlage 1.1* entsprechend gekennzeichneten Stationen.
4. Für die Funktionsbereiche und Station W15 nach *Anlage 1.1* (beatmete Kinder) gilt, dass vorbehaltlich einer näheren Abstimmung gem. §32 Abs. 3 im 2. Quartal noch keine Auswertungen erfolgen.
5. Die Arbeitsgruppe gem. § 32 Abs. 1 bewertet, ob die nach Abs. 2 bis 4 ermittelten Ergebnisse bereits sinnvoll gemäß § 9 reportet werden können und entwickelt für das dritte Quartal anhand der probeweisen Ergebnisse gem. Absätze 2 bis 4 evtl. notwendige Anpassungen in Abstimmung mit dem Geschäftsbereich Controlling.

### **§ 35** **Sonstige Übergangsregeln**

Mit Rücksicht auf den Prozess gem. § 34 gilt für Nachsteuerung und Belastungsausgleich:

1. § 10 findet ab dem 4. Quartal 2016 Anwendung.
2. Im 2. Quartal werden noch keine Entscheidungen über einen Belastungsausgleich getroffen. Vielmehr werden die Sachverhalte evaluiert, ausgewertet und dokumentiert, die grundsätzlich für einen Belastungsausgleich geeignet sind. Anhand der entsprechenden Erkenntnisse wird die Richtlinie des GF bis zum Ende des 2. Quartals durch GA und Ombudsperson entwickelt.

Ab dem 3. Quartal finden die Vorschriften über den Belastungsausgleich Anwendung. Der GA kann Arbeitnehmer, denen gem. Satz 1 kein Belastungsausgleich gewährt worden ist, in seine Entscheidungen einbeziehen.

3. § 14 findet ab dem 3. Quartal Anwendung.

## **Abschnitt VIII Sonstiges und Schlussbestimmungen**

### **§ 36 Inkrafttreten, Laufzeit**

1. Dieser Tarifvertrag tritt unbeschadet § 42 am 1. Mai 2016 in Kraft. Er endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, am 30. Juni 2017. Der Tarifvertrag wirkt nicht nach.
2. ver.di kann durch schriftliche Erklärung, die bis zum 30. April 2017 dem Vorstand der Charité zugegangen sein muss, die Laufzeit bis maximal 31. Dezember 2018 verlängern. Trifft ver.di keine davon abweichende Bestimmung, gilt die Verlängerung bis zu diesem Zeitpunkt.

### **§ 37 Anpassungen während der Laufzeit**

Der Tarifvertrag unterliegt während seiner Laufzeit folgenden Änderungen bzw. Verhandlungen über Anpassungsregelungen:

1. Sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) während der Laufzeit für den Bereich der Intensivmedizin eine Richtlinie erlassen, die für die in § 2 geregelten Stationen bzw. Bereiche Qualitätsregelungen aufstellt (ähnlich dem Beschluss des GBA vom 20. Juni 2013 über die Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen (QFR-RL; vgl. Anlage 2, I.2.2), so richtet sich die Pflegepersonalausstattung für die in § 2 geregelten Stationen bzw. Bereiche ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Richtlinie automatisch und ohne dass es einer Änderung bedarf, nach dem Beschluss des G-BA.

Die Tarifvertragsparteien sind verpflichtet, über eine evtl. Anpassung Verhandlungen zu führen. Dies gilt insbesondere, wenn der Beschluss des G-BA nicht alle in *Anlage 1.1* erfassten Stationen bzw. Bereiche erfasst und soweit sich Änderungen hinsichtlich Controlling, Reporting, Nachsteuerung oder ähnliche Folgen als notwendig erweisen.

2. Tarifverhandlungen gem. § 2 Abs. 5 Satz 3 beziehen sich auf die Frage, ob das in § 2 Abs. 4 ausgedrückte Einvernehmen der Tarifvertragsparteien unverändert zutrifft, nicht auf die Änderung der in Abs. 3 vereinbarten Mindeststandards. Diese Verhandlungen werden unverzüglich aufgenommen. Sie werden auf der Grundlage einer fiktiven Neuberechnung der empirischen Daten der letzten drei Quartale vor der Änderung des INPULS-Verfahrens geführt, der die geänderten Systembestandteile einerseits und die bis zu diesem Zeitpunkt angewandte Version zugrunde gelegt werden.
3. Dieser Tarifvertrag definiert die in den *Anlagen 1.1 bis 1.4* aufgeführten Stationen und Bereiche ausschließlich hinsichtlich ihrer Relevanz als für die Pflegepersonal-ausstattung. Die Charité ist hierdurch nicht in der Gestaltung der Stationen und Bereiche eingeschränkt. Sofern es insoweit zu Änderungen der Organisation oder des Zuschnitts dieser Einheiten kommt, sind die Anlagen entsprechend anzupassen. Zur Vermeidung unnötigen Verhandlungsaufwands unterrichtet die Charité den GA über relevante Veränderungen. Eine einstimmige Entscheidung über den geänderten Inhalt der Anlage/n gilt bis zu einer förmlichen Änderung der betreffenden Anlage durch die Tarifvertragsparteien ersatzweise als Tarifinhalt.
4. Die Tarifvertragsparteien sind verpflichtet, Verhandlungen aufzunehmen, wenn es zu Abweichungen von einer von den Parteien festgelegten Rahmenbedingung kommt. Näheres regelt eine Vereinbarung der Tarifvertragsparteien.
5. Die Tarifvertragsparteien sind verpflichtet, sich auf Verhandlungen über Empfehlungen der Clearingstelle gem. § 30 Abs. 3 einzulassen und deren Gesichtspunkte in ihre Bewertungen einzubeziehen. Die Tarifvertragsparteien sollen einstimmig beschlossenen Anregungen des GA über Änderungen des Tarifvertrages ebenfalls zum Anlass für Tarifgespräche und ggf. Verhandlungen nehmen.
1. Sollten Verhandlungen über die in Abs. 1) bis 4) aufgeführten Gegenstände nicht zu einem Ergebnis führen, sollen die Tarifvertragsparteien die Ombudsperson (§ 26 Abs. 2) um Vermittlung bitten. Lehnt eine Seite dies ab oder bleibt der Vermittlungsversuch erfolglos, so kann der Tarifvertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende außerordentlich gekündigt werden.

### **§ 38** **Partielle Erweiterung**

Auszubildende sowie Psychologen/innen in Ausbildung sind keine Arbeitnehmer und nicht in den Geltungsbereich dieses Tarifvertrages einbezogen. Unabhängig davon finden die Regeln dieses Tarifvertrages insoweit auf sie Anwendung, als es um das Recht geht, eine Überlastung anzuzeigen und den GA zu informieren.



## **§ 39 Klarstellungen**

1. Die in diesem Tarifvertrag geregelten Verfahren, Gestaltungs- und Beteiligungsrechte sollen nicht zu Kollisionen mit entsprechenden Vereinbarungen bzw. Beteiligungsrechten führen, die nach PersVG Berlin bestehen bzw. gestaltet werden. Es wird deshalb klargestellt, dass der in §§ 75, 85 PersVG Berlin geregelte Vorrang tariflich geregelter Bestimmungen bzw. Beteiligungsrechte durch diesen Tarifvertrag nicht erweitert wird, sondern sich auf die einzelnen in diesem Tarifvertrag geregelten Tatbestände beschränkt, die zu Kollisionen zwischen den im TV GS einerseits bzw. im PersVG Berlin andererseits führen würden.
2. Es wird klargestellt, dass mit diesem Tarifvertrag keine Änderungen des TV Charité beabsichtigt sind und insbesondere keine eingruppierungsrechtlich relevanten Tatbestände geschaffen werden sollen. Die Zuordnung von Stationen bzw. Bereichen in den *Anlagen 1.1 bis 1.4* hat ausschließlich Bedeutung für die Bemessung der Pflegepersonalausstattung. Dieser Tarifvertrag führt nicht zu einer Änderung übertragener Tätigkeiten und nicht zu einer veränderten tariflichen Bewertung nach TV Charité.

## **§ 40 Datenschutzfragen**

Soweit dieser Tarifvertrag die Erfassung, Speicherung, Auswertung und Übermittlung von Daten regelt, gilt er als kollektivrechtliche Ermächtigung i.S.d. Datenschutzrechts. Er ersetzt bzw. verdrängt insoweit Regelungen nach PersVG Berlin.

## **41 Abschließender Regelungsumfang, Friedenspflicht**

Mit diesem Tarifvertrag haben die Parteien alle im Forderungsschreiben vom 18. Juni 2012 aufgeführten Regelungsgegenstände abschließend erfasst und geregelt. Dies gilt auch, soweit der Tarifvertrag bezüglich einzelner Themen keine bzw. keine konkrete bzw. umfassende Vereinbarung umfasst. Insoweit haben die Tarifvertragsparteien Einvernehmen darüber, dass die hier getroffene Tarifregelung insgesamt abschließend sein soll mit entsprechenden Rechtsfolgen für die auf alle im vorstehenden Forderungsschreiben bezogene Friedenspflicht. Dies gilt insbesondere auch für Fragen der Demografie.

## **§ 42 Gremienvorbehalt**

1. Dieser Tarifvertrag steht unter Gremienvorbehalt. Er tritt abweichend von § 36 Abs. 1 erst in Kraft, wenn die Urabstimmung positiv durchgeführt ist und die notwendigen Zustimmungen des Bundesvorstands der ver.di sowie des Aufsichtsrates der Charité erteilt worden sind.



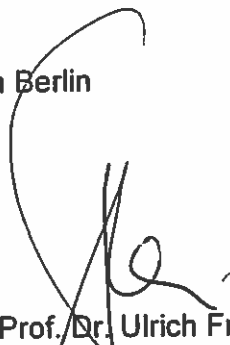
2. Unabhängig von Abs. 1 treten die §§ 12, 13 Abs. 1 und 2 sowie 32 bis 34 mit Unterzeichnung in Kraft.

Berlin, den 28. April 2016

Für die  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Der Vorstand



Prof. Dr. Karl-Max Einhäupl  
Vorstandsvorsitzender

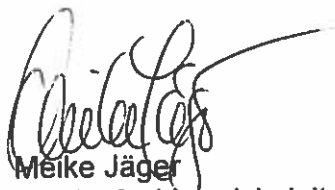


Prof. Dr. Ulrich Frei  
Ärztlicher Direktor

Für die  
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)



Susanne Stumpfenhusen  
Landesbezirksleitung



Meike Jäger  
Landesfachbereichsleitung

Anlage 1.1. zum TV-GS

„Intensivbereiche“ (Intensiv-, Intermediate-Care- und Überwachungsstationen) nach §2

Stationen mit Bemessungsregelung nach § 2 Abs. 3 Satz 3

Pflegerische OE	Name	Bemessungsregelung	Bemerkung
M106I	Neurologie - Int.stat.106/IS CCM	§2 ITS	
M203I	M-Intensivstation M203I CCK	§2 ITS	
MAC-105I	Allg.Chirg/Interdisz.-Int.stat.105 I CCM	§2 ITS	
MAN-101I	Anästhesie - Int.station 101 I CCM	§2 ITS	
MAN-103I	Anästhesie - Int.station 103 I CCM	§2 ITS	
MAN-PACU	Anästhesie-Funkt.bereich/ PACU CCM	§2 ITS	
MD-144I	Interdisziplin.Med. - Station 144I CCM	§2 ITS	
MKD-104I	Inn.Kardiologie - Int.station 104 I CCM	§2 ITS	
S32A	Inn.Kardiologie- Int.stat. 32A CBF	§2 ITS	
S32B	Inn.Nephrologie - Int.stat. 32B CBF	§2 ITS	
S44I	Anästhesie- Intensivstation 44 CBF	§2 ITS	
S44P	Anästhesie - PACU Station S44P CBF	§2 ITS	
W25I	Päd.Pneumolog. - Station 25I CVK	§2 ITS	
W39I	Päd.Hämat- Station 39 (KMT) CVK	§2 ITS	
W43I	Inn.Intensivstation 43 CVK	§2 ITS	
W47I	Inn.Intensivstation 47 CVK	§2 ITS	
W9I	Allg.Chirurg/Unfallchirg.- Stat.9 CVK	§2 ITS	
WAC-S21I	Allg.Chirg/Transpl.Chirg.-Stat.21CVK	§2 ITS	
WAN-PACU	Anästhesie-Funkt.bereich/ PACU CVK	§2 ITS	
WAN-S14I	Anästhesie - Interdisz.Int.stat.14 I CVK	§2 ITS	
WAN-S8I	Anästhesie - Intens.med.- Station 8 CVK	§2 ITS	
WNC-S1I	Anästhesie/Neurochirg. - Station 1 CVK	§2 ITS	

### Stationen mit Bemessungsregelung nach § 2 Abs. 3. Satz 5

Pflegerische OE	Name	Bemessungsregelung	Bemerkung
M146S	Neurologie - Stat.146S stroke unit CCM	1:3	
M149A	Infektiol. /Pneum.- Station 149A CCM	1:3	
M147	Infektiol. /Pneum.- Station 147 CCM	1:3	
S04S	Neurologie - Stat.04S stroke unit CBF	1:3	
S44L	LICU Station S44L	1:3	
W15	Pädiatrie - Mucco. Station 15 CVK	1:3	nur beatmete Kinder
W24	Pädiatrie - Station 24 CVK	1:3	
W24I	Päd.Kardiologie - Int.-Stat.24-I CVK	1:3	
WKH-S30I	Päd.Hämatologie - Station 30 CVK	1:3	
WNE-S7	Neurologie - Station 7 CVK Stroke	1:3	Nur Stroke Betten

Für die Intensivbereiche der Neonatologie gilt die jeweils aktuelle Richtlinie des G-BA:

Pflegerische OE	Name	Bemessungsregelung	Bemerkung
MNO-107I	Neonatologie - Station 107I CCM	GBA	
MNO-108I	Neonatologie - Station 108I CCM	GBA	
WNO-S32I	Neonatologie - Station 32I CVK	GBA	
WNO-S40I	Neonatologie - Station 40I CVK	GBA	

## Anlage 1.2 zum TV-GS

### Stationen der Kinderklinik nach § 3

Campus	Pflegerische OE	Stationsname	Bemessungs- regelung	Bemerkung
CVK	W15	Pädiatrie - Muc. Station 15 CVK	§3 Kinder	Kinder mit Beatmung 1:3
CVK	W27A	Kinderchirurgie - Station 27A CVK	§3 Kinder	
CVK	W27B	Kinderchirg.-Interdisz. operat. 27B CVK	§3 Kinder	
CVK	W28	Pädiatrie - Station 28 CVK	§3 Kinder	
CVK	W29	Pädiatrie - Station 29 CVK	§3 Kinder	
CVK	W62	Neonatologie - Station 62 CVK	§3 Kinder	
CVK	WKN-S26	Pädiatr. - Station 26 CVK	§3 Kinder	

## Anlage 1.3 zum TV-GS

### Ausgeschlossene Stationen nach § 4

Campus	Pflegerische OE	Stationsname	Bemessungsregelung	Bemerkung
CCM	MGM-109	Geburtsmedizin-- Pröp. Station 109 CCM	Sonderfall	§4 PFR greift nicht
CVK	W56	Inn.Med.Schlafmed. - 56 (W56) CVK	Sonderfall	§4 PFR greift nicht
CVK	W60	Klin.Nuklearmedizin - Stat.60 CVK	Sonderfall	§4 PFR greift nicht
CVK	WGM-S33	Geburtsmed./Perinat.Med.- Stat.33 CVK	Sonderfall	§4 PFR greift nicht

**Anlage 1.4 zum TVGS**  
**Funktionsbereiche nach § 5**

---

- **Operationssaal**
- **Anästhesie**
- **Interventionelle Bereiche: Herzkatheter, Angiographie, Endoskopie**
- **Kreißsaal**
- **Psychiatrie**
- **Sozialdienste**
- **Radiologie**
- **Rettungsstelle**
- **Dialyse**

## Anlage 2.1 zum TVGS

### INPULS Pflegekategorien und Intensiv-Sondertatbestände nach §2 Abs. 4 Satz 2 TVGS

#### Übersicht der Pflegekategorien

##### PK 1: Überwachungspatient (Standard) Erwachsene:

- Gefahr einer vitalen Verschlechterung
- Spontanatmung (ohne Sauerstoff)
- wach, zeitlich, örtlich zur Person orientiert, kooperativ
- ZVK
- Medikamenten-Infusionstherapie

##### PK 2: Überwachungspatient Erwachsene:

- Gefahr einer vitalen Verschlechterung
- Spontanatmung (mit O<sub>2</sub>-Verabreichung)
- Orientierung eingeschränkt, aber kooperativ
- auf vermehrte Hilfestellung angewiesen

##### PK 3: Intensivpflegepatient (Standard)

*(Patient kann beatmet werden)*

Erwachsene:

- Spontan atmend mit erhöhter O<sub>2</sub>-Verabreichung
- nicht kooperativ, aggressiv, agitiert
- komplette Übernahme der Körperpflege
- Erhöhter Einsatz pflegerischer Maßnahmen (z.B. Schlucktraining)
- Fehlende Orientierung, somnolent

##### PK 4: Intensivpflegepatient

*(in der Regel beatmeter Patient)*

Erwachsene:

- beatmet, Weaning, relative stabil
- NIV kontinuierlich (> 50% Belegungszeit)
- Masken – CPAP kontinuierlich
- Eigengefährdung/ Fremdgefährdung
- Patienten im Wachkoma
- Nierenersatztherapie (Hämofilter)
- Aufwendige chirurgische Verbandswechsel
  - (z.B. bei offenem Bauch mit offener Fascie)

**PK 5: Intensivpflegepatient**  
(schwerstkranker, beatmeter Patient)  
Erwachsene:

- Massentransfusion
- schwerstkrank, Kreislauf instabil
- Kontinuierliche Verabreichung von Medikamenten über einen Perfusor (9-12 Punkte)
- Zusätzliche apparative Unterstützung eines Organsystems
  - (z.B. Respirator + Hämofilter)
- Erweitertes Beatmungsschema
- Kinetische Therapie, Wärmeregulationsstörung

**PK 6: Intensivpflegepatient**  
(beatmeter Patient im hochkritischen Zustand)  
Erwachsene:

- Mehr als seine Pflegekraft zur Betreuung notwendig
- Apparative Unterstützung mehrerer Organsysteme
  - (z.B. Respirator + Hämofilter + IBBP)
- Erweiterte Katecholamintherapie bei maximaler Kreislaufinstabilität (medikamentöse Reanimation)
- Kontinuierliche Verabreichung von Medikamenten über einen Perfusor (>12 Punkte)
- Leberersatztherapie



## Liste der Sondertatbestände in der Intensivmedizin

Identifizierter Sondertatbestand	INPULS®
Zusätzlicher Aufwand bei Patienten im Delir mit Selbstgefährdung und auch Patienten mit z.B. Psychosen, Selbst- und Fremdgefährdung.	JA
REA- und LifeBridge-Dienste, Konsildienste (z.B. Katheter-Anlage, Wundtherapeuten, Notfalldepotverwaltung für Fremdbereiche etc.)	JA
psychosoziale Belastungen, z.B. durch Sterbebegleitung von Patienten, aber auch vor allem der Angehörigen die am Bett sind, oder bei schwerwiegenden Erstdiagnosen etc.	JA
Mehraufwand bei Isolierungen etc. Einzelpflege 4-MRGN	JA
Transport innerhalb der Station (MRE Einzelpflege, und /oder das Umbetten eines Patienten in ein neues Bett (nicht bei Verlegungen!))	JA
sehr hoher Versorgungsaufwand (zum Teil nur schichtweise), bei instabilen Patienten (akute Blutung, Schock, nach Reanimation, im Lungenödem oder auch bei Bauchlagerungen etc.	JA
Aufwendige Prozeduren bzw. Organunterstützungsverfahren (Einbringen der ECMO)	JA
Zusätzlicher Aufwand bei hoher „Patientendichte“ pro Bettplatz, (z. B. PACU).	JA
Erfassung aller Transporte minutengenau	JA
Kontinuierliche und diskontinuierliche Hämofiltration/Hämodialyse (CVVH, CCVHD) entsprechend Aufbau, Durchführung und Beendigung/Abbau des Systems unter Berücksichtigung des durchführenden Teammitglieds (z.B. Dialyse-Pflege, Arzt/-in).	JA
Aufwand bei unkontrollierter Stuhlinkontinenz, schwierigen Verbänden und aufwendigen Spüldrainagen.	JA
Aufwand bei mobilitätseingeschränkten Patienten, mit Lähmungen, adipöse Patienten, sehr aufwendig zu mobilisierende Patienten, und Patienten die mehrmals am Tag komplett neu gebettet werden.	JA
Aufwand der Einarbeitung von neuen Mitarbeitern, Teilnehmern aus Weiterbildungsmaßnahmen, Trainees und Auszubildenden	JA
Nahrung verabreichen bei Pat. mit Schluckstörung, neurologischen Ausfällen und Fixateuren an beiden Armen oder bei der Anleitung um die Selbständigkeit zu fördern oder wieder zu erlernen etc.	JA
Leitungstätigkeit	JA
Assistenz und Bindungszeit bei Eingriffen am Bett (z.B. Tracheotomie, Anlage Hirndrucksonden)	JA

NAS = Nursing activity score.

## Anlage 2.2 zum TVGS

### Sondertatbestände für den stationären Pflegebereich nach §4 TVGS

Regelung	Herleitung	Ansatz
1. Ab 15% der Belegungstage mit Palliativmedizinischer Komplexbehandlung (vollständig dokumentierte Fälle)	Belegungstage der Fälle mit Zusatzentgelten für Palliativmedizinische Komplexbehandlungen im Verhältnis zu allen Belegungstagen der Station	Bei Erreichen von 15% der Belegungstage mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung 1 VK, bei Erreichen von 30% 2 VK
2. Ab 2% der Belegungstage mit Hochaufwendiger Pflege (vollständig dokumentierte Fälle)	Belegungstage der Fälle mit Zusatzentgelten für Hochaufwendige Pflege im Verhältnis zu allen Belegungstagen der Station	Bei Erreichen von 2% der Belegungstage mit hochaufwendiger Pflege 0,5 VK, bei Erreichen von 5% 1 VK
3. Betreuung ambulanter und teilstationärer Patienten auf Stationen	Geltungsbereiche: <ul style="list-style-type: none"> <li>• S 2a</li> <li>• W 10/11</li> <li>• W 27</li> </ul>	Je 0,5 VK für die drei Bereiche
4. Neurologische Frührehabilitation	Zertifizierungsrichtlinie	Personalausstattung analog Zertifizierung
5. Ab 20% der Belegungstage durch Patienten mit (1)protektiver Isolation oder (2)mit aufwendiger MRE-Isolierung	Belegungstage der Fälle mit (1) ICD Z29.0 „Isolierung als prophylaktische Maßnahme“ und D70 „Agranulozytose und Neutropenie“ oder (2) OPS 8-987 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]* im Verhältnis zu allen Belegungstagen der Station	Bei Erreichen von 20% der Belegungstage durch Patienten mit Isolation 0,5 VK; bei Erreichen von 30% 1 VK
6. Station W59: Erfüllung der Auflagen des Landes Berlins	Auflagen für die Sonderisolierstation	1 VK
7. Mehr als 25% der Patienten wurden durch eine Pflegeperson täglich beim Transport begleitet	Geltungsbereiche: <ul style="list-style-type: none"> <li>• S 2a</li> <li>• W 10/11</li> <li>• W 27</li> </ul>	In Planung: Ab 2016 sollen Transporte von speziell geschultem Servicepersonal durchgeführt werden. Bis zur Umsetzung je 0,5 VK je Bereich.
8. Demenz oder Delir	ICD Codes für Demenz/ Delir: F00, F01, F02 und F05* <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Belegungstage bei Demenz</li> </ul>	Bei Erreichen von 20% der Belegungstage Delir oder Demenz (nach Zählung wie

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 Tage Durchschnitt für Delir (außer wenn auf Intensivstation)</li> </ul>	beschrieben) 0,5 VK, bei Erreichen von 30% 1 VK
9. Ab 5% der Belegungstage mit elektiven Patienten der Charité International	Auswertung Aufnahmeart: Charité International, elektive Fälle	Bei Erreichen von 5% der Belegungstage durch Patienten der Charité International 0,5 VK, bei Erreichen von 10% 1 VK
10. Zusätzlicher Personalbedarf für Monitorbetten	Geltungsbereich: Station <ul style="list-style-type: none"> <li>• W44</li> <li>• W45</li> <li>• M203a</li> <li>• S36a</li> <li>• S30ab</li> </ul>	+0,5 VK je Station im Geltungsbereich

\* Sondertatbestände auf der Basis von Belegungstagen pro Fall sind nicht kumulativ.

**Funktionsbereiche mit Orientierungswerten nach § 5**

**Operationssaal**

Pro laufendem Operationssaal oder einer laufenden Operation außerhalb des OP-Bereiches zwei Fachkräfte.

**Anästhesie**

Für die Dauer einer Anästhesie muss der/die Patient/In von mindestens einer Fachkraft betreut werden. Die Dauer der Anästhesie definiert den Zeitraum von der Übernahme des Patienten zur Vorbereitung und Durchführung der Anästhesie bis zur Übergabe des Patienten an einen nachfolgenden, betreuenden Bereich.

**Interventionelle Bereiche: Herzkatheter, Angiographie, Endoskopie**

Zwei Fachkräfte für eine laufende Diagnostik.

**Kreißsaal**

Eine Hebamme pro zwei Patientinnen bei nicht-pathologischer Geburt;

Eine Hebamme pro Patientin bei pathologischer Geburt;

Für jede Mehrlingsgeburt: Hebammen in der Anzahl der zu erwartenden Neugeborenen.

**Psychiatrie**

Umsetzung der Psychiatriepersonalverordnung in der Fassung vom 1991; inkl. Nachtdienste; Stationsleitungen und Sitzwachen, PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PIA) werden eingerechnet.

**Sozialdienste**

Ist Ausstattung als Status Quo, zzgl. Kompensation der Vakanzen aus Drittmitteln (800 Fälle pro Sozialarbeiter).