

Beantwortung des Fragenkatalogs der Fraktionen zu Stellungnahme 17/2336 des DBfK Nordwest e.V.

im Rahmen der schriftlichen Anhörung des Ausschusses
für Arbeit, Gesundheit und Soziales zum Gesetz zur
Errichtung der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen

– Gesetzentwurf der Landesregierung, Drucksache 17/7926 –

28. April 2020

Vorbemerkung

Der DBfK Nordwest e.V. bedankt sich dafür, im Rahmen der schriftlichen Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales zum Gesetz zur Errichtung der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen die offenen Fragen der Fraktionen beantworten zu dürfen.

In diesem Rahmen nutzen wir die Möglichkeit, nochmals auf die Bedeutung der Begrifflichkeit hinzuweisen und empfehlen eindringlich, sich bei der Bezeichnung der zukünftigen Pflegeberufekammer NRW an den bisher etablierten Heilberufskammern in NRW sowie dem Vorgehen in Schleswig-Holstein zu orientieren. Deshalb plädieren wir eindeutig für „Pflegeberufekammer Nordrhein-Westfalen“ als zukünftige Bezeichnung einer Heilberufskammer für die Pflegefachberufe in Nordrhein-Westfalen. Die Bezeichnung „Pflegekammer NRW“ halten wir für ungeeignet, denn Wirtschaftskammern werden nach dem Wirtschaftsbereich benannt (z.B. Industrie- und Handelskammer; Landwirtschaftskammer), während Berufs- bzw. Heilberufskammern nach der Berufsbezeichnung benannt werden (z.B. Ärztekammer, Apothekerkammer). Daneben ist der Wirtschaftsbereich Pflege in Deutschland sehr groß und geprägt von zahlreichen Akteuren mit unterschiedlichen Qualifikationen. Daher bedarf das pflegerische Handeln jeweils einer genauen Beschreibung bzw. Definition, um Missverständnissen vorzubeugen. Aus DBfK-Sicht ist daher einzig der Name „Pflegeberufekammer Nordrhein-Westfalen“ richtig und beugt auch zukünftigen Fehlinterpretationen und Missverständnissen vor.

Zugleich möchten wir als DBfK an dieser Stelle für die vielfältigen Wirkungsfelder von Pflegefachpersonen sensibilisieren: Pflegefachpersonen begleiten beruflich die Zeit vor der Geburt bis nach dem Tod von Menschen. Sie sind fördernd, präventiv, kurativ, rehabilitativ, begleitend und palliativ tätig. Pflegefachpersonen arbeiten dabei auf verschiedenen Ebenen: Individuum, Familie, Gemeinde, Gesamtheit der Bevölkerung und Politik. Die nachfolgende Abbildung „Angebotsrahmen bevölkerungsorientierter Dienstleistungen nach M. Hirschfeld“ verdeutlicht dies:

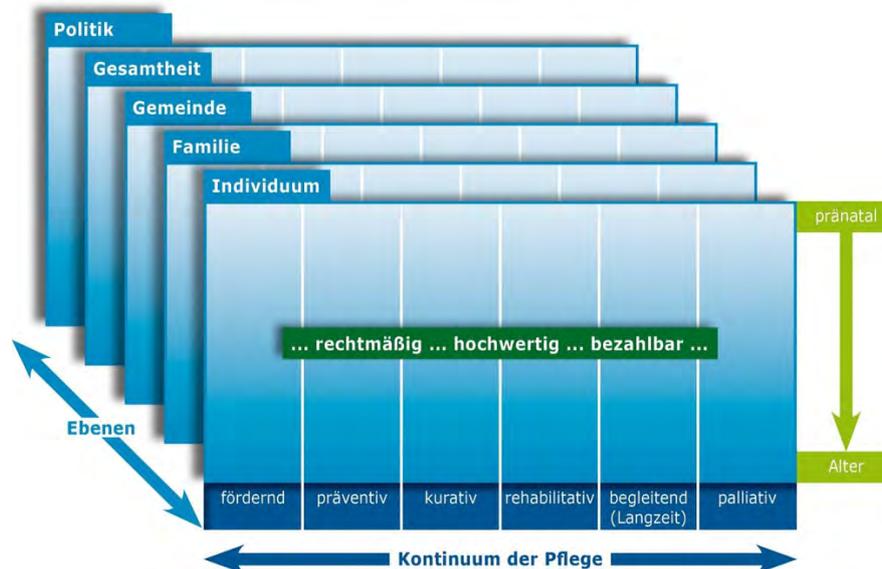


Abbildung: Angebotsrahmen bevölkerungsorientierter Dienstleistungen nach M. Hirschfeld (1998;2020).

Zu den eingegangenen Fragen der Fraktionen nehmen wir im Einzelnen wie folgt Stellung:

Zu den Fragen der SPD-Fraktion

Frage 1 – Umfrage:

Die SPD-Fraktion hat im Dezember 2018 einen Antrag gestellt, in dem alle Pflegenden in Rahmen einer Urwahl bei einer Abstimmung entscheiden, ob sie eine Pflegekammer als Interessenvertretung haben möchten oder nicht. Dem wurde nicht gefolgt und bekanntermaßen „nur“ eine Gesamtzahl von rund 1500 Pflegekräften befragt (Ergebnis 79% Befürwortung). Bei einer Gesamtzahl von circa 197.000 Fachpflegekräften in NRW, kann man da nicht von einer repräsentativen Umfrage sprechen. Die aktuelle Entwicklung in Niedersachsen mit den kritischen Diskussionen über Pflichtbeiträge und die Arbeit der Pflegekammer, die bereits in Teilen rechtsanhängig sind, fordern ein Umdenken in Richtung Vollbefragung heraus!

Frage: Wäre – aufgrund des intransparenten Verfahrens der in NRW durchgeführten Umfrage und der zu geringen Anzahl an befragten Pflegefachkräften – eine Vollumfrage in NRW nicht angemessen?

Antwort:

Die Entscheidung über die Errichtung einer Pflegeberufekammer NRW wird im nordrhein-westfälischen Landtag getroffen. Im Vorfeld dieser politischen Entscheidung wurde eine Umfrage durchgeführt. So wurde die Perspektive der Pflegefachpersonen in Nordrhein-Westfalen erfasst und den Befragten eine Wahlmöglichkeit zwischen einer Pflegeberufekammer und einem alternativen Modell gegeben. Die aktuelle Landesregierung hat zur Entscheidungsfindung hierzu in ihrem Koalitionsvertrag folgendes festgehalten:

„Nordrhein-Westfalen wird eine Interessenvertretung der Pflegenden errichten, wenn die Pflegenden dies wollen. Deshalb werden wir eine repräsentative Befragung bei den professionell Pflegenden durchführen. Diese Befragung der Pflegekräfte zur beruflichen Interessenvertretung soll über die Frage einer Landespflegekammer sowie der Alternative des Bayerischen Modells erfolgen.“ (NRW-Koalition 2017, S. 100).

Im Ergebnis haben sich 79% der befragten Pflegefachpersonen (Stichprobenumfang: N = 1.503) für eine Pflegeberufekammer NRW ausgesprochen.

Repräsentative Umfragen oder generell Datenerhebungen sind ein Standardinstrument, um Informationen, zum Beispiel über die politische Stimmungslage, die Lebenssituation oder ganz aktuell

den Anteil an Menschen mit Antikörpern gegen den SARS-CoV-2 Virus zu ermitteln. Weitere Beispiele hierfür sind z.B. repräsentative Wahlprognosen oder der Mikrozensus. Letzterer ist ein wichtiger Orientierungsrahmen für die Landespolitik in NRW. Hierzu befragt das statistische Landesamt jährlich 80.000 Haushalte in NRW. Bei laut eigenen Angaben¹ 8,8 Millionen Haushalten in NRW entspricht dies einem Anteil von ca. 1% aller Haushalte. Ein ähnliches Verhältnis ergibt sich bei der Befragung im Zusammenhang mit der Pflegeberufekammer NRW.

Folglich kann festgehalten werden, dass repräsentative Befragungen oder Datenerhebungen ein gängiges Verfahren sind, um Informationen über eine zu definierende Grundgesamtheit zu erhalten. Daneben ist auch der Anteil an befragten Pflegefachpersonen in der NRW-Umfrage „Interessenvertretung der Pflege“ im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen² als adäquat zu bezeichnen. Außerdem ist auch vor dem Hintergrund der Stichprobengröße auf das sehr eindeutige Ergebnis von 79% Zustimmung hinzuweisen. Dieses Ergebnis zeigt, dass mehr als 2/3 der Befragten sich für eine Pflegeberufekammer in NRW ausgesprochen haben. Es handelt sich also nicht um ein knappes Ergebnis mit einer entsprechenden Unsicherheit aufgrund einzelner methodischer Weichenstellungen (z.B. Stichprobenumfang).

Daneben möchten wir betonen, dass aktuell niemand in Nordrhein-Westfalen über valide Zahlen zur tatsächlichen Anzahl an Pflegefachpersonen verfügt. Vor diesem Hintergrund ergeben sich auch Fragen für die tatsächliche Durchführbarkeit einer Urwahl bzw. Vollbefragung aller Pflegefachpersonen in NRW. In jedem Fall wäre diese ebenfalls mit erheblichen methodischen Einschränkungen (z.B. Rekrutierung oder Rücklaufquote) und einem enormen logistischen und finanziellen Aufwand verbunden gewesen.

Letztendlich wird die vermutete Anzahl von 197.000 Pflegefachpersonen in NRW im Rahmen des Registrierungsprozesses zur Errichtung der Pflegeberufekammer überprüft werden. Zukünftig können dann bei Bedarf durch die Pflegeberufekammer NRW Vollbefragungen durchgeführt werden.

Aus unserer Perspektive sind Fragen über Sinn und Zweck von repräsentativen Umfragen oder Vollerhebungen in Bezug auf Gesetzesvorhaben grundsätzlich von nachrangiger Bedeutung. Grundlage für die Errichtung einer Pflegeberufekammer NRW ist der mehrheitliche Wille der Abgeordneten im nordrhein-westfälischen Landtag. Das heißt auch, dass die gewählten Parlamentarier die Verantwortung für die Errichtung der Pflegeberufekammer tragen. Abschließend sei darauf verwiesen, dass die Errichtung von Heilberufskammern in NRW bisher ohne Befragungen im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens ausgekommen sind (siehe Errichtung der Psychotherapeutenkammer NRW im Jahr 2002).

Frage 2 – Grundrechtseingriff:

Die Landtagsenquetekommission zur Situation und Zukunft der Pflege in NRW sah gewichtige verfassungsrechtliche Bedenken. Bereits 2009/2010 führte das MAGS mit dem selben Minister wie heute in einer gutachterlichen Stellungnahme aus, dass mit Blick auf das verfassungsrechtlich verankerte Verhältnismäßigkeitsgebot das öffentliche Interesse an der Errichtung einer Pflegekammer so groß ist, dass die Einschränkung der negativen Koalitionsfreiheit nach Art. 9, Abs. 3 GG und der Berufsfreiheit nach Art. 12, Abs. 1 GG gerechtfertigt ist.

Frage: Was genau hat sich verändert, dass die Feststellung vom MAGS im Jahr 2009/2010 heute keinerlei Berücksichtigung mehr findet?

Antwort: Die Errichtung der Pflegeberufekammer NRW nach dem Vorbild anderer Heilberufskammern ist verfassungskonform. Die gesetzlichen Regelungen bewegen sich innerhalb des verfassungsrechtlichen Rahmens, die das Bundesverfassungsgericht in seiner ständigen Rechtsprechung zu den Wirtschafts- und Berufskammern herausgearbeitet und in seiner Grundsatzentscheidung vom 12. Juli 2017 erneut bestätigt hat.

Uns liegen auch keine Informationen vor, dass durch das Gesetz die Berufsfreiheit nach Art. 12, Abs 1 GG eingeschränkt wäre.

¹ <https://www.it.nrw/mikrozensus-2019-statistisches-landesamt-befragt-80-000-haushalte-94146> (20.04.2020)

² https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/nrw-pflegekammer_ergebnisbericht.pdf (20.04.2020)

Frage 3 – Mitgliedschaft:

Mitglieder werden nur Pflegefachpersonen, Pflegehilfskräfte können freiwillig Mitglied werden, allerdings ohne die gleichen Rechte der Zwangsmitglieder. Im Arbeitsalltag bilden beide Gruppen ein Team.

Frage: Sehen Sie hier die Gefahr einer weiteren Spaltung der Belegschaft in der Pflege?

Antwort: Das Berufsfeld Pflege ist insgesamt durch heterogene Handlungsfelder (wir verweisen hierzu auf den eingangs skizzierten Angebotsrahmen bevölkerungsorientierter Dienstleistungen, in dem pflegerisches Handeln stattfindet) und Qualifikationen gekennzeichnet. In einer Heilberufskammer können ausschließlich Angehörige eines Heilberufes Mitglied sein. Das sind in der Gruppe der beruflich Pflegenden ausschließlich die Pflegefachpersonen. Ihre Fachexpertise ist als wesentlich für die pflegerische und gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung anzuerkennen und in sämtliche Entscheidungen, die die Pflegeberufe betreffen, einzubeziehen. Genau dies soll durch die Pflegeberufekammer NRW erreicht werden. Damit wird die sehr breite und zugleich tiefgreifende Kompetenz von Pflegefachpersonen anerkannt und für die Allgemeinheit entsprechend nutzbar gemacht. Eine Spaltung innerhalb der Gesamtgruppe der beruflich Pflegenden ist hierdurch nicht zu erwarten.

Wir erlauben uns an dieser Stelle kurz auf die Situation des Hilfs- und Assistenzpersonals einzugehen: Grundsätzlich bedürfen die Ausbildungen in der Altenpflegehilfe und der Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz in NRW aus unserer Perspektive dringend einer Reformierung. So erfüllt die Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz-Ausbildung in NRW nicht einmal die Mindestanforderungen, wie sie von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und der Gesundheitsministerkonferenz 2013 im Papier ‚Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege‘ definiert worden sind. Nicht nur die Qualifikation, sondern insbesondere die Arbeitsbedingungen von Pflegehilfs- und Assistenzpersonen in NRW sind als völlig unzureichend zu bezeichnen: Die Entlohnung liegt auf dem aktuellen Mindestlohniveau und die Arbeitsbedingungen sind nicht nur durch massive körperliche und psychische Belastungen gekennzeichnet, sondern auch durch zusätzliche ungewollte Teilzeitarbeit. Aus unserer Sicht bedarf es hier massiver Verbesserungen und Unterstützung – etwa in Form des Rechts auf Vollzeitarbeit in Pflegehilfs- und Assistenzberufen sowie eine deutlich höhere Bezahlung.

Frage 4 – Zwangsbeitrag:

In NRW streiten sich bekanntermaßen die Geister sowohl über die Zwangsmitgliedschaft und die Zwangsbeträge und deren Höhe. Begründet werden sie mit der Unabhängigkeit durch ein beitragsfinanziertes System. Dass Unabhängigkeit auch gesetzlich geregelt werden kann, zeigt das Beispiel des Landesrechnungshofes.

Frage: Wie begründen Sie die Annahme der Landesregierung, dass die Unabhängigkeit nur durch Mitgliedsbeiträge gewährt ist?

Antwort: Der DBfK Nordwest e.V. lehnt die Verwendung der Begriffe „Zwangsmitgliedschaft“ und „Zwangsbeitrag“ entschieden ab. Vielmehr handelt es sich hier um eine verpflichtende Mitgliedschaft und einen Pflichtbeitrag, wie in allen übrigen Heilberufskammern auch. Der Begriff „Zwangsmitgliedschaft“ wird dafür genutzt zu argumentieren, dass diese nicht mit dem Grundgesetz vereinbar sei. Spätestens seit dem Gutachten von Prof. Igl (2008) ist allerdings bekannt, dass auch die Pflichtmitgliedschaft in einer Pflegeberufekammer verfassungskonform ist.

Die Finanzierung der Pflegeberufekammer NRW erfolgt aus Mitgliedsbeiträgen und Gebühren. Nur hierdurch ist die Pflegeberufekammer langfristig unabhängig von (wirtschaftlichen) Interessen Dritter oder der Haushaltslage des jeweiligen Landes.

Frage 5 – Beitragshöhe:

Auch die Höhe des Beitrags löst nach wie vor Diskussionen aus. Alle Experten sind sich einig, dass die Anschubfinanzierung durch das MAGS nicht auskömmlich sein kann. In Aussicht gestellt ist ein Beitrag von mindestens 5 Euro monatlich.

Frage: Warum sollen die aktuell ökonomisch Schwächsten (aktuelle Tabellenlöhne, geringfügig Beschäftigte, Teilzeit, Altersteilzeit, Elternzeit, u.a.) jährlich eine Kammer finanzieren, die Ihre Arbeitsbedingungen nicht ändern können, da dies tarifgebundene Angelegenheiten sind?

Frage: Wie stehen Sie zur Beitragsfreiheit und der Finanzierung durch das Land?

Antwort: Die Errichtung der Pflegeberufekammer NRW soll mit einer Anschubfinanzierung in Höhe von fünf Mio. Euro unterstützt werden. Die Anschubfinanzierung begrüßen wir ausdrücklich. Allerdings erachten auch wir eine Aufstockung der Anschubfinanzierung für sinnvoll. Die weitere Finanzierung der Pflegeberufekammer erfolgt aus Mitgliedsbeiträgen und Gebühren. Wie bereits erwähnt ist die Pflegeberufekammer nur so langfristig unabhängig von (wirtschaftlichen) Interessen Dritter oder der Haushaltslage des Landes.

Frage 6 – Beitragspflicht:

Die Beitragspflicht soll an die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung anknüpfen. Die Verweildauer im erlernten Beruf der Pflege ist bekanntermaßen oft kurz und von Unterbrechungen geprägt. Demzufolge sind erheblich mehr Menschen im Besitz zum Führen der Berufserlaubnis, als im erlernten Beruf tätig. Demzufolge werden viele nach dem Ausscheiden aus der Pflege ihre Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung abgeben, um der Zwangsmitgliedschaft und dem damit einhergehenden Zwangsbeitrag zu entgehen.

Frage: Teilen Sie diese Ansicht und kann das der richtige Weg für diesen Mangelberuf sein?

Frage: Wer soll das in Krisenzeiten (Rückholaktion der Pflegekräfte bei Pandemie) mit welchen Ressourcen leisten?

Frage: Zu welchem Anteil müssen die Kammern beitragsfinanziert sein, um ihre Unabhängigkeit zu wahren?

Antwort: Nein, wir teilen diese Ansicht bisher nicht und haben auch keinen wirksamen Beleg dafür, dass das stimmt. Beim Pflegeberuf handelt es sich durch eine Reihe politischer Versäumnisse sowie die demografische Entwicklung der Gesellschaft um einen „Mangelberuf“. Der Mangel an Pflegefachpersonen liegt ursächlich in miserablen Arbeitsbedingungen und einer unzureichenden Vergütung. Nur wenn die Arbeitsbedingungen entscheidend verbessert und die Vergütung deutlich erhöht werden (der DBfK hat hierzu mehrfach Position bezogen, siehe Anlagen 1 – 4), kann diesem Mangel wirksam begegnet werden. Die Errichtung einer Standesvertretung ist hiervon unabhängig zu betrachten. Die Erfahrungen bei der Errichtung der bisherigen Pflegeberufekammern in Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und Schleswig-Holstein zeigen, dass es nicht zu massenhaften Abgaben von Erlaubnissen zur Führung der Berufsbezeichnung gekommen ist. Dies ist auch nicht in NRW zu erwarten.

Es gibt derzeit eine große Bereitschaft von Pflegefachpersonen, die ihre berufliche Entwicklung von der klinischen Pflegepraxis weggeführt hat, sich freiwillig wieder in das Handlungsfeld vor Ort zu begeben. Leider gibt es – anders als in Schleswig-Holstein, Niedersachsen oder Rheinland-Pfalz – in NRW keine Organisation, die einen formalisierten Kontakt zu Pflegefachpersonen außerhalb der klinischen Pflegepraxis, der stationären Langzeitpflege oder der ambulanten Pflege aufnehmen könnte. Hier kann eine Pflegeberufekammer NRW die Lücke schließen.

Die Karrierewege in den Pflegefachberufen sind vielfältig. Der Begriff „Verweildauer“ ist im Zusammenhang mit der Ausübung eines Pflegefachberufs häufig irreführend. Pflegefachpersonen üben ihren Beruf heute in den unterschiedlichsten Tätigkeitsfeldern aus (siehe ‚Angebotsrahmen bevölkerungsorientierter Dienstleistungen‘, der zu Beginn vorgestellt wird). Als Standesaufsicht wird die Pflegeberufekammer NRW ein Register über ihre Mitglieder führen, unabhängig davon, in welchem der vielfältigen Tätigkeitsfelder und Bereichen diese arbeiten. Dadurch liegen nicht nur in Krisenzeiten Angaben über den Verbleib von Pflegefachpersonen vor.

Heilberufskammern wie die Pflegeberufekammer NRW finanzieren sich grundsätzlich und zu 100% aus Mitgliedsbeiträgen und Gebühren. Damit sind die unabhängig von (wirtschaftlichen) Interessen Dritter oder der Haushaltslage des jeweiligen Landes.

Frage 7 – Melde- und Auskunftspflichten:

Die Meldung von Mitarbeiterdaten an die Pflegekammer ist nicht Aufgabe von Arbeitgebern und datenschutzrechtlich umstritten.

Frage: Wie stellen Sie sich das in einem rechtlich einwandfreien Rahmen vor?

Antwort: Die Meldung von Daten der Kammermitglieder durch Arbeitgeber/innen an die Pflegeberufekammer NRW als Körperschaft des öffentlichen Rechts sehen wir, sofern datenschutzkonforme Meldewege eingehalten werden, als unproblematisch an.

Frage 8 – Verwendung der Mittel:

Die Auswertung der Haushaltsplanungen der bestehenden Pflegekammern hat ergeben, dass ein erheblicher Anteil der Beiträge gar nicht für die Umsetzung der gesetzlichen Ziele der Pflegekammer verwendet wurde, sondern für die bürokratische Eigenverwaltung (Aufwandsentschädigungen, Personalkosten, u.a.) ausgegeben wurde.

Frage: Ist damit zu rechnen, dass das auch in NRW zum Tragen kommt und wie wird die Transparenz über den effektiven Mitteleinsatz gewährleistet?

Antwort: Die Ziele einer Heilberufskammer (Standesvertretung, Standesförderung und Standesaufsicht), die in NRW mit den Aufgaben gemäß § 6 Heilberufsgesetz NRW erreicht werden sollen, können als Dienstleistung naturgemäß nur durch menschlichen Einsatz (= Personal) erreicht werden. Personalkosten im Haupt- und Ehrenamt werden dementsprechend einen erheblichen Anteil der Gesamtkosten ausmachen. Die gewählten Vertreter/innen der Pflegefachpersonen in NRW werden in der Kammerversammlung den Haushaltsplan der Pflegeberufekammer NRW entsprechend aufstellen.

Frage 9 – Interessenvertretung:

Erinnern wir uns an die Werbung für die Pflegekammer gegenüber den Pflegenden, war die Hauptbegründung für die Schaffung einer Kammer, der Pflege mit dieser Interessenvertretung eine starke Stimme zu geben! Das wünscht sich auch die Mehrheit der Befragten seitens der Umfrage, die in NRW vom MAGS in Auftrag gegeben wurde. Die Überschrift der Umfrage hatte selbigen Wortlaut (eine starke Stimme für die Pflege!). Kammern sind aber keine einseitigen Interessenvertreter einer Berufsgruppe, sondern haben als primäre Aufgabe, die fachgerechte Pflege zum Wohle der Bürgerinnen und Bürger sicherzustellen und setzen damit die staatlichen Interessen gegenüber der Berufsgruppe durch.

Frage: Warum sollten die beruflich Pflegenden anstreben, dass die Qualität ihrer Arbeit nicht nur von den Arbeitgebern und vom Staat sondern zusätzlich von einer Kammer überwacht und reguliert wird und diese auch noch selbst finanzieren?

Frage: Angesichts dessen, dass Löhne ohnehin von den Tarifpartnern ausgehandelt werden und die Kammer auch keinen Pflegebetreuungsschlüssel festlegt – Welche konkreten Verbesserungen im Alltag der Pflegenden können durch die Schaffung einer Kammer überhaupt realisiert werden?

Antwort: Einer Pflegeberufekammer werden im Wesentlichen drei Aufgaben zugewiesen: die Standesvertretung, die Standesförderung und die Standesaufsicht; das heißt, eine Pflegeberufekammer soll:

1. als Standesvertretung die Stimme aller in Pflegeberufen arbeitenden Menschen sein und in dieser Funktion auch an der Rechtsetzung teilnehmen,
2. als Standesförderung durch Fort- und Weiterbildungen und dem Erlass entsprechender Ordnungen, Beratungen und anderes ein hohes Niveau der Pflege sichern und
3. als Standesaufsicht Register über ihre Mitglieder führen, Berufspflichten in Berufsordnungen aufstellen, die Einhaltung dieser Pflichten überwachen und berufsrechtliche Verstöße verfolgen und sanktionieren.

Die Absicht der Interessenvertretung ist, dass die Pflegefachpersonen mit der Pflegeberufekammer ihre eigene professionelle Kompetenz definieren und diese sicherstellen. Das ist nur folgerichtig, denn niemand kann das besser als die Pflegefachpersonen selbst. Pflegefachpersonen stellen im ganzen Land – ob in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen, in ambulanten Versorgungsformen, in Schulen, Hochschulen und in den vielen anderen Arbeitsfeldern – jeden Tag aufs Neue die pflegerische und gesundheitliche Versorgung der Menschen sicher. Voraussetzungen dafür, dass die Angehörigen der Pflegefachberufe ihren zentralen Beitrag auch zukünftig leisten können, sind die Anerkennung und umfassende Nutzung ihrer sehr breiten Kompetenz, die konsequente Übertragung von Verantwortung und die Weiterentwicklung des pflegerischen Aufgabenprofils. Diese Sichtweise verstärkt in die

öffentliche und politische Diskussion einzubringen, ist eine zentrale Aufgabe der Pflegeberufekammer. Pflegerelevante Entscheidungsprozesse werden aus der Berufsgruppe der Pflegefachpersonen heraus deutlich anders beeinflusst als durch berufsferne Akteure im Gesundheitswesen.

In der Pflegeberufekammer besteht eine Pflichtmitgliedschaft. Damit vertritt sie – im Unterschied zu frei gebildeten Verbänden oder Vereinen – alle Berufsangehörigen. Bei der Vertretung beruflicher Interessen können sich Überschneidungen zwischen Pflegeberufekammer, Gewerkschaft und Berufsverband ergeben. Nicht Konkurrenz ist hier das Ziel, sondern die Nutzung von Synergien für dringend notwendige Verbesserungen der Situation professionell Pflegenden, die eine Institution allein nicht in der Lage war und ist durchzusetzen.

Frage 10 – Berufsordnung:

Pflegeberufe werden überwiegend von abhängig Beschäftigten ausgeübt, und unterliegen dem arbeitgeberischen Direktionsrecht.

Frage: Welche Inhalte sollten in einer Berufsordnung für Pflegenden festgelegt werden?

Antwort: Wie in anderen Heilberufen (z.B. Ärztinnen und Ärzte), sind auch Pflegefachpersonen überwiegend in abhängiger Beschäftigung tätig. Hier unterliegen die abhängig beschäftigten Pflegefachpersonen – genau wie angestellte Ärztinnen und Ärzte, Apotheker/innen und andere Angehörige von Heilberufen – als Arbeitnehmer/innen dem Weisungsrecht (Direktionsrecht). Unter dem Weisungsrecht oder Direktionsrecht wird das Recht des Arbeitgebers verstanden, die Leistungspflichten des Arbeitnehmers einseitig näher auszugestalten. Das Weisungsrecht des Arbeitgebers ist jedoch durch berufsrechtliche Regelungen begrenzt. Insbesondere wird es im Hinblick auf die Art und Weise der Arbeitsleistung durch einschlägige Regelungen der von einer Heilberufskammer verabschiedeten Berufsordnung begrenzt. Die Berufsordnung dient den Kammermitgliedern also als rechtsverbindliche Grundlage. Sie bietet Orientierung im beruflichen Handeln.

Die Inhalte einer Berufsordnung der Pflegeberufekammer NRW orientieren sich grundsätzlich an § 32 des Heilberufsgesetzes NRW. Die Ausgestaltung der Inhalte obliegt dabei den demokratisch gewählten Pflegefachpersonen der Kammerversammlung bzw. ihrer Gremien. Mit der Berufsordnung der Pflegeberufekammer NRW werden die Pflegefachpersonen langfristig die Ausgestaltung des pflegerischen Handelns in allen Tätigkeitsfeldern der beruflichen Pflege in eigener Verantwortung definieren.

Zu den Fragen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Frage:

Zu § 7 Abs. 2 und § 24 Abs. 1: Sie fordern, dass sowohl in der Ethikkommission als auch im Kammervorstand neben mindestens einer Person aus der Alten- und Krankenpflege auch eine Person aus der Kinderkrankenpflege vertreten sein muss. Bitte erläutern Sie diese Forderung.

Erläuterung: In § 7 Abs. 2 Satz 1 sollen, dem Gesetzentwurf nach, nach dem Wort „Ethik“ die Wörter „, mindestens je eine Pflegefachperson aus der Alten- und der Krankenpflege auf Vorschlag der Pflegekammer“ eingefügt werden. Damit wären die Kammermitglieder aus dem Bereich Gesundheits- und Kinderkrankenpflege explizit ausgeschlossen. Wir gehen davon aus, dass dies nicht beabsichtigt ist und schlagen daher eine andere Formulierung vor. In § 1 Satz 1 Nummer 3 des Gesetzentwurfs ist erläutert, welcher Personenkreis zu den Pflegefachpersonen zählt, nämlich: „Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Altenpflegerinnen und -pfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger (Pflegefachpersonen)“. Um keine Gruppe auszuschließen, schlagen wir analog des § 1 Satz 1 Nummer 3 vor, zusammenschließend von „Pflegefachpersonen“ zu sprechen.

§ 7 Abs. 2 Satz 1 könnte demnach wie folgt lauten (unsere Einfügungen in Rot markiert): nach dem Wort „Ethik“ werden die Wörter „, mindestens **zwei Pflegefachperson aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern** auf Vorschlag der Pflegekammer“ eingefügt.

Mit § 24 Abs. 1 soll dem Gesetzentwurf nach geregelt werden, dass dem Kammervorstand mindestens zwei in der Altenpflege tätige Mitglieder angehören. Die Begrifflichkeit „in der Altenpflege“ ist angesichts der demographischen Veränderungen keine tragfähige Formulierung, die auch in wenigen Jahren noch verdeutlicht, was damit ursprünglich intendiert war. So wird der Anteil der im ambulanten Setting betreuten Menschen noch zunehmen, im klassischen Verständnis entspricht das aber nicht „der Altenpflege“. Ähnliches gilt für die in Krankenhäusern betreuten Menschen, die allein in der Geriatrie oder Gerontopsychiatrie schon jetzt dem Klientel entsprechen, die gedanklich dem Arbeitsfeld Altenpflege zugeordnet werden, tatsächlich aber in Krankenhäusern behandelt werden.

Wir empfehlen, eine Ergänzung vorzunehmen, die es dem Gesetzgeber ermöglicht, in wenigen Jahren diesen Passus zu reflektieren und gegebenenfalls ohne Gesetzesreform streichen zu können. Die Änderung in § 24 Absatz 1 könnte demnach wie folgt lauten (unsere Einfügungen in Rot markiert):

- a) In Satz 2 werden nach dem Wort „-therapeut“ die Wörter „, der Pflegekammer mindestens zwei im **Tätigkeitsfeld „Altenpflege“** beschäftigte Mitglieder,“ eingefügt. **Ab dem 01.01.20XX werden diese Wörter gestrichen.**

Essen, 28. April 2020

Martin Dichter, Ph.D

Pflegefachmann
Vorsitzender des DBfK Nordwest e.V.

Sonja Wolf

Pflegefachfrau
DBfK Nordwest e.V.

Quellen

- CDU NRW, FDP NRW (2017): Koalitionsvertrag für Nordrhein-Westfalen 2017-2022. Online verfügbar unter: https://www.cdu-nrw.de/sites/default/files/media/docs/nrwkoalition_koalitionsvertrag_fuer_nordrhein-westfalen_2017_-_2022.pdf (20.04.2020).
- Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung gGmbH (Hrsg.) (2019): Mein Beruf: Pflegen. Sammelband. Inhalte der DBfK-Aktion 2018 mit den Themen ‚Pflege ist Leistungsfaktor‘, Arbeitsbedingungen und Lohnniveau sowie Arbeitszeit und Dienstplan.
- DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2019): Impulspapier Arbeitnehmerüberlassung in der Pflege. Online verfügbar unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Impulspapier-Arbeitnehmerueberlassung-in-der-Pflege-2019-09.pdf> (20.04.2020).
- DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2018a): Positionspapier. Anwerbung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland. Online verfügbar unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier-Anwerbung-von-Pflegefachpersonen-aus-dem-Ausland.pdf> (20.04.2020).
- DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2018b): Positionspapier. Erhalt der Pflegefachkraftquote im SGB XI-Bereich. Online verfügbar unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier-Erhalt-der-aktuell-geltenden-Pflegefachkraftquote-im-SGB-XI-Bereich.pdf> (20.04.2020).
- Hanika, Heinrich (2015): Ihre erfolgreichen Pflegekammern in Deutschland und Europa. Steinbeis-Edition: Berlin.
- Hirschfeld, Miriam J.; Georg, Jürgen (2020): Das Hirschfeld-Versorgungsmodell. Hogrefe: Göttingen/Bern.
- Igl, Gerhard (2008) [Deutscher Pflegerat (Hrsg.)]: „Weitere öffentlich-rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeiten. Voraussetzungen und Herausforderungen.“ Verlag Urban & Vogel: München.
- INFO – Markt- und Meinungsforschung GmbH (2018): „Interessenvertretung der Pflege“. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter: https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/nrw-pflegekammer_ergebnisbericht.pdf (20.04.2020).
- Jürgensen, Anke (2019): Pflegehilfe und Pflegeassistenz – Ein Überblick über die landesrechtlichen Regelungen für die Ausbildung und den Beruf. Bonn 2019. Online verfügbar unter: https://www.bibb.de/dokumente/pdf/Pflegehilfe_und_Pflegeassistenz.pdf (20.04.2020).
- Kluth, Winfried (2019): Rechtsgutachten zu einzelnen Fragen der Errichtung einer Pflegekammer NRW. Erstattet im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter: https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/kluth_pflegekammer.pdf (20.04.2020).
- LANDESBETRIEB IT.NRW (2019): Mikrozensus 2019: Statistisches Landesamt befragt 80.000 Haushalte. Pressemitteilung. Online verfügbar unter: <https://www.it.nrw/mikrozensus-2019-statistisches-landesamt-befragt-80-000-haushalte-94146> (20.04.2020).
- PKNDS, Pflegekammer Niedersachsen: (2019): Fachvortrag RA Prof. Roßbruch. „Direktionsrecht versus Berufsordnung“. Online verfügbar unter: https://www.pflegekammer-nds.de/files/downloads/regional Konferenzen/PKNDS_KvO_ProfRoßbruch_20191127.pdf (20.04.2020).
- Schwinger, Antje (2016): Die Pflegekammer: Eine Interessenvertretung für die Pflege? In: Jacobs/Kuhlmeier u.a. (Hrsg.) (2016): Pflege-Report 2016. Schattauer: Stuttgart.
- WD, Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags (2018): Sachstand. Zur Einrichtung von Pflegekammern. Stand, Entwicklungen und potentieller Regelungsbedarf. Online verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/592584/7a476c73fa0a983a33acf9e1e7c41362/WD-9-085-18-pdf-data.pdf> (20.04.2020).

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest e.V.

Regionalvertretung West | Beethovenstraße 32 | 45128 Essen | Telefon: +49 511 696844-0 |

E-Mail: nordwest@dbfk.de | www.dbfk.de

Anlagen

- 1 Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung gGmbH (Hrsg.) (2019): Mein Beruf: Pflegen. Sammelband. Inhalte der DBfK-Aktion 2018 mit den Themen ‚Pflege ist Leistungsfaktor‘, Arbeitsbedingungen und Lohnniveau sowie Arbeitszeit und Dienstplan.
- 2 DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2019): Impulspapier Arbeitnehmerüberlassung in der Pflege.
- 3 DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2018a): Positionspapier. Anwerbung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland.
- 4 DBfK, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2018b): Positionspapier. Erhalt der Pflegefachkraftquote im SGB XI-Bereich.

Mein Beruf: Pflegen

Sammelband

Inhalte der DBfK-Aktion 2018 mit den Themen
,Pflege ist Leistungsfaktor', Arbeitsbedingungen und
Lohnniveau sowie Arbeitszeit und Dienstplan

Inhalt

Einführung	02
Mein Beruf: Pflegen	03
Pflege ist Leistungsfaktor	04
Das Leistungsspektrum beruflicher Pflege	06
Pflege - und wenn sie fehlt?	07
Arbeitsbedingungen und Lohn	12
Stichwort Arbeitsbedingungen	13
Die Geschlechtergerechtigkeit ist nach wie vor ...	14
Mehr als recht und billig: Lohn	15
Arbeitnehmerüberlassung	17
Die Arbeitsbedingungen in der Pflege zeigen Folgen	20
Führung und die Qualität des Arbeitsplatzes	22
Gute Aussichten beim Gespräch mit der/dem Vorgesetzten	24
Hier profitieren beide Seiten	26
Arbeitszeit und Dienstplan	28
ICN: Evidenzbasierte sichere Pflegepersonalausstattung	29
Personalbemessung - Grundlagen im Sozialrecht	29
Häufige Fragen zum Dienstplan	30
Nehmen Sie den Bildungsauftrag ernst	33
Urlaubs- und Feiertage sind keine Ausgleichstage	34
BAG-Urteil zu Urlaubsansprüchen	34
Ihr gutes Recht: Bildungsurlaub	35
Wissenswert bei Teilzeit	36
Online-Umfrage Dienstplanung	37
Fazit	40



Mein Beruf: Pflegen

Die DBfK-Aktion 2018

Die drei Themenschwerpunkte von „Mein Beruf: Pflegen“ kamen in den Monaten Oktober bis Dezember 2018 bei beruflich Pflegenden gut an. Dieser Sammelband fasst nicht nur die wichtigsten Informationen und Tipps der Aktion zusammen, sondern bietet darüber hinaus weitere Handlungshilfen.

Einführung

Seit 2015 gibt es das „Manifest der Pflegeberufe“ des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK). Viele von Ihnen werden es kennen. Wir haben zur Einführung und Verbreitung seinerzeit dazu eine mehrmonatige Initiative durchgeführt. Die großformatigen Poster mit den eingängig formulierten Statements hingen (oder hängen vielleicht auch heute noch) in vielen Einrichtungen, Kliniken und Pflegediensten. Es wurden Tage der offenen Tür damit gestaltet, Appelle an Kommunal-, Landes- und Bundespolitiker gerichtet. Mit der zugehörigen Postkartenreihe haben wir die beruflich Pflegenden erreicht und darüber hinaus auch weite Teile der Bevölkerung.

Was hat sich seitdem verändert?

Zu wenig, zumindest aus der Perspektive der professionellen Pflege betrachtet. Diejenigen, die in ihrem Beruf kranke und alte Menschen pflegen und versorgen sollen, wurden bei den umfassenden Pflegereformen der vergangenen Legislaturperiode außer Acht gelassen. Dabei ist die Arbeitssituation in der Pflege höchst problematisch und angespannt, jeder weiß das. Zu viel Arbeit muss von immer weniger Pflegefachpersonen geleistet werden, der Krankenstand ist hoch, Fluktuation und Berufsfucht nehmen zu, das Image des Pflegeberufs sinkt stetig und kaum jemand erreicht in dieser Branche ein reguläres Renteneintrittsalter. Die Pflegezukunft sieht düster aus, zumal der Bedarf an professioneller Pflege ständig steigt und längst nicht mehr gedeckt werden kann.

Für diese Fehlentwicklungen gibt es viele Gründe und Verantwortliche, der DBfK hat seit Jahren immer wieder und sehr deutlich auf die sich abzeichnenden Probleme hingewiesen. Lange hat es gedauert, bis die Bundesregierung Pflege auf ihre Agenda setzte – wichtige Jahre wurden so verpasst. Fast zu spät und viel zu langsam wird den Verantwortlichen in Politik und auf Arbeitgeberseite die Brisanz der Probleme bewusst – von echten Lösungsansätzen ist man allerdings noch immer weit entfernt. Allerdings haben 2018 drei Bundesministerien miteinander die Konzertierte Aktion Pflege auf den Weg gebracht, die endlich eine Trendwende herbeiführen soll. Das bleibt abzuwarten!

Wir haben uns im Sommer 2018 entschlossen, drei der sechs Statements des Manifests in den Monaten



Oktober, November und September 2018 noch einmal aufzugreifen und zu vertiefen. In der Erwartung, dass die Zeit nun endlich reif ist für spürbare und nachhaltige Verbesserungen. Es könnte die letzte Gelegenheit dafür sein und wir können nur hoffen, dass alle Verantwortlichen sie ernsthaft nutzen.

Dieser Sammelband fasst nicht nur die zentralen Informationen und Hinweise der Aktion zusammen, sondern bietet darüber hinaus auch weitere nützliche Tipps und Empfehlungen.

Mein

Beruf:

Pflegen

- Was ich tue, wird in der Gesellschaft dringend gebraucht.
- Ich leiste gute Arbeit. Dafür erwarte ich angemessene Arbeitsbedingungen.
- Ich bin Erfolgs- und Leistungsfaktor, meine Arbeit trägt ganz wesentlich zur Gesundheit und zum Wohlbefinden der Bevölkerung bei.
- Mein Wissen und Können setze ich gerne ein. Aber das gibt es nicht kostenlos.
- Pflege ist kein leichter Beruf. Ich will kein Mitleid, sondern Respekt und Anerkennung.
- Ich rette Leben – denn das gehört zu meinen Aufgaben, das habe ich gelernt.
- Ich Sorge für Würde bei Krankheit und im Alter – wenn man mich lässt.
- Ich will keine Geschenke. Aber ich erwarte, dass meine Arbeit angemessen gewürdigt und vergütet wird.
- Ich schaffe Lebensqualität und fördere Gesundheit. Das erfordert Zeitressourcen und Gestaltungsspielräume.
- Ich arbeite gerne in Teams – auf Augenhöhe.
- In Krisen bin ich für den Menschen da. Das habe ich gelernt.
- Ich erkenne Komplikationen und Bedürfnisse und greife umgehend fachgerecht ein. Unter Dauer-Zeitdruck ist mir das allerdings kaum möglich.
- Ich achte jeden Menschen als Individuum. Massenabfertigung hat in der Pflege nichts zu suchen.
- Ich bilde den Berufsnachwuchs aus. Ohne die dafür notwendigen Ressourcen an Zeit und Autonomie hat das Pflegesystem keine Zukunft.
- Ich bringe vollen Einsatz – im Dienst. Eingriffe in meine Freizeit und mein Privatleben betrachte ich als unzulässige Grenzüberschreitung.
- Meine pflegerische Perspektive trägt wesentlich zu guten Therapieentscheidungen bei – sofern sie einbezogen wird.
- Ich berate kompetent und individuell. Damit Sorge ich für Lebensqualität und Nachhaltigkeit – wenn man mir die Chance gibt.
- Ich habe es gelernt, gut, würdevoll und nachhaltig zu pflegen. Ich will mich nicht schämen und dafür entschuldigen müssen, dass mir im Alltag oft nur noch eine Minimalversorgung möglich ist, weil ich zu wenig Zeit zur Verfügung habe.
- Ich weiß und stimme dem zu, dass die mir anvertrauten Menschen das Recht auf eine individuelle, ihrem spezifischen Bedarf angepasste gute pflegerische Versorgung haben. Rationieren zu müssen lehne ich ab, denn dies ist eine Entscheidung, die ggf. von Anderen und grundsätzlich getroffen werden müsste.
- Mein Beruf genießt großes Vertrauen in der Bevölkerung. Die Qualität meines Arbeitsplatzes muss das abbilden.

Mein Beruf: Pflegen. Und ich bin stolz darauf.

MANIFEST DER PFLEGE BERUFE

„ICH BIN EIN LEISTUNGSFAKTOR UND KEIN KOSTENFAKTOR“
MEIN BERUF: PFLEGEN

www.dbfk.de | facebook.com/dbfk.de | twitter.com/DBfK_Pflege

MANIFEST DER PFLEGE BERUFE

„ICH BIN EIN LEISTUNGSFAKTOR UND KEIN KOSTENFAKTOR“

Pflegefachpersonen werden dringend gebraucht: Mit meiner Arbeit leiste ich einen wertvollen Beitrag für die ganze Gesellschaft. Nur über die Kosten dieser Arbeit zu sprechen, bedeutet nicht nur Geringschätzung der Pflegenden, sondern auch Geringschätzung derer, die Pflege brauchen. Ich will, dass der Wert meiner Leistung anerkannt wird.

„Ärzte bringen Geld, Pflegende kosten Geld. Diesem Denken entsprechen im deutschen Gesundheitssystem die Strategien und Strukturen. Wie falsch das aber ist, kann jeder erkennen, der sich die Gesundheitsversorgung näher anschaut. Es werden Unmengen an Geld ausgegeben, die Ergebnisse und der Nutzen für Patienten sind dagegen allenfalls Mittelmaß. Ich will, dass das Patientenwohl wieder in den Vordergrund gestellt wird!“

Mark A., Gesundheits- und Krankenpfleger

www.dbfk.de | facebook.com/dbfk.de | twitter.com/DBfK_Pflege

Pflege ist Leistungsfaktor

Beruflich Pflegende sind im deutschen Gesundheitssystem zwar die mit weitem Abstand größte Berufsgruppe. Einfluss und Entscheidungsmacht beanspruchen aber Andere für sich. Das muss und wird sich ändern, bis dahin braucht es aber noch einen langen Atem, wirksame Strategien und viel Überzeugungskraft. Weit verbreitet - und an der Verteilung der zur Verfügung stehenden Finanzmittel häufig ablesbar - ist diese Haltung: Ärzte sind Leistungsfaktoren und Erlösbringer, Pflegende sind Kostenfaktoren. Begünstigt wird diese Fehleinschätzung u.a. dadurch, dass es bisher in Deutschland kein etabliertes Messinstrument für pflegerische Leistungen und Ergebnisse gibt, das pflegerischen Maßnahmen und Leistungskomplexen abrechenbare Punktwerte hinterlegt.

Die zu pflegenden Menschen kennen den Wert und den Nutzen von Pflege allerdings durchaus. Vor allem wird er dann offensichtlich, wenn es an Pflege fehlt und schnell gravierende Folgen für die Versorgungsqualität, die Patienten- und Bewohnersicherheit, die Aktivierung und Rekonvaleszenz sowie die Outcomes und die Sicherstellung der Versorgung zutage treten.

Für Pflegefachpersonen ist die Sicht, dass sie wesentliche Leistungsfaktoren im System sind, ungewohnt und fremd. Der DBfK hat gerade aus diesem Grund aber bewusst dazu aufgerufen, sich Gedanken zu machen und ganz persönliche Statements zu formulieren, die diesen Aspekt zum Ausdruck bringen. Professionell Pflegende haben jeden Grund, selbstbewusst zu sagen, was sie können, was sie tun und welchen Anteil am Gesamtergebnis ihre Arbeit hat.

Dies sind einige Beispiele eingesandter Statements. Alle Einsender/innen haben ausdrücklich zugestimmt, dass ihr Statement inkl. Name, Vorname und Benennung der Funktion im Zusammenhang mit der Aktion „Mein Beruf: Pflegen“ veröffentlicht werden darf.

„Ich bin an meinem Arbeitsplatz ein Leistungsfaktor, weil ...“

...ich mich seit 22 Jahren mit Herz und Verstand um den Pflegenachwuchs kümmere. Wir haben Spaß und auch ich lerne von den Auszubildenden. *Marion Borchers, Lehrerin für Pflegeberufe*

...ich Patienten mit ersten Anzeichen eines postoperativen Delirs durch biographisch orientierte Kontaktaufnahme und Betreuung aus diesem Verwirrungs-zustand herausbegleite und damit ein Syndrom therapiere, das unbehandelt zu erheblichen kognitiven Dauerschäden führt und eine Mortalität von über 50% aufweist. *Christof Oswald, Fachkraft für Intensivpflege*

...ich mich als Leitung der Pflege für meine Mitarbeiter und deren Arbeitsbedingungen einsetze, damit sie ohne Stress ihren großartigen Beitrag als wichtiger Teil unseres therapeutischen Rehabilitationsteams leisten können. *Mareen Guth, Leitung Pflege, Neurologische Rehabilitationsklinik*

...ich als Praxisanleitung Auszubildende darin unterstützen kann, eine gute Pflegeausbildung zu erfahren und dadurch die Möglichkeit, den schönen Beruf der Gesundheits- und Krankenpflege attraktiv mit zu gestalten. *Marina Meier, Praxisanleitung in der Chirurgie*

...weil ich als Lehrerin für Pflegeberufe in der Krankenpflegeschule für das HERZ-STÜCK der Wertschöpfungskette im „Betrieb“ Krankenhaus mitverantwortlich bin. Ich bin an meinem Arbeitsplatz ein Leistungsfaktor, weil, was Kranken-Pflegekräfte können, können nur die Kranken-Pflegekräfte. (Synonym für Alten- und Kinderkrankenpflegekräfte). *Elke Bauer, Lehrerin für Krankenpflege*

...ich dafür Sorge, dass frisch operierte Patienten schnellstmöglich wieder mobil und fit werden, um in ihren Alltag entlassen zu werden. *Romy Zeller, Gesundheits- und Krankenpflegerin, BSc, chirurgische Station*

...ich gewährleiste, dass viele ältere Menschen weiterhin zu Hause gepflegt werden können. *Alice Pitsch, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Dipl.Pflegewirtin, Pflegeberaterin/Kursleitung für pflegende Angehörige;*

...ich nach 6 Jahren im gleichen Bereich eine Expertin bin. *Veronika Malic, Gesundheits- und Krankenpflegerin*

...ich immer noch unermüdlich daran arbeite, mir weder die Lust noch die Professionalität an meinem Beruf absprechen zu lassen. *Christiane Kodalik, Altenpflegefachkraft*

...ich es liebe, mit meinen Pflegeschülern über die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Pflege zu diskutieren. *Elke Heier, Diplom Pflegepädagogin, Diplom Pflegewissenschaftlerin*

...sich ohne mich zwar die Welt weiterdreht, aber viele Patienten sich nicht selbst von links nach rechts. Wer dreht sonst bitte an den vielen Knöpfen der unterschiedlichsten Geräte und kümmert sich darum, dass die Angehörigen nicht durchdrehen? *Timo Seja, Fachweiterbildungsteilnehmer Intensivpflege*

...1. Patientenedukation hilft, die Therapiebestimmung und (Selbst-)pflegekompetenz in die Hände zu geben, in die sie gehören. 2. je besser die Patienten versorgt sind, umso kürzer sind Krankenhausverweildauern und nachhaltiger der Heilungsverlauf. 3. schöne Zimmer und teure Maschinen keine lebensnotwendigen Bedürfnisse erkennen und bedienen können. 4. Körper und Geist untrennbar miteinander verbunden sind; wer den Körper heilen will, muss den Geist pflegen. *Benjamin Nalato, Auszubildender in der Gesundheits- und Krankenpflege, staatlich geprüfter Rettungsassistent*

...ohne Personal die Betreiber schließen müssten. Wir sind die Pflege!!! Wir sorgen dafür, dass die Betreiber ihre Aufträge und Verträge erfüllen können. Und das machen wir mit Herz, Liebe und hervorragender Fachlichkeit. *Ruth Mansfeld, Altenpflegerin*

...ich professionell arbeite und Mensch geblieben bin! *Hildegard Jäger-Lang, Fachpflegekraft Intensiv- und Anästhesiepflege, Pflegepädagogin; Operative interdisziplinäre Pflegestation in Kombination mit IMC-Pflegebetten*

...ich ‚Pflege‘ seit fast 3 Jahren unterrichte und mir erst jetzt, nachdem ich das ‚Hamsterrad‘ der direkten praktischen, stationären Pflege verlassen habe, bewusst wird, wie wichtig eine politisch initiierte Veränderung in der Pflege ist.... Jetzt haben wir bereits 20 nach 12 und der Fachkräftemangel ist eklatant, Fachkräfte haben zur Anleitung der Auszubildenden wenig Gelegenheit, müssen in einigen Häusern die Arbeit vieler ungelerner Hilfskräfte überwachen... Deshalb werde ich nicht müde, in allen Kontexten privat und beruflich auf die Nöte der Pflegenden aufmerksam zu machen. Damit die Auszubildenden von heute und morgen einen Lern- und Arbeitsplatz vorfinden, der sie in ihren Idealen wachsen und gedeihen lässt. Damit sie nicht nur fach- und sachgerecht, sondern professionell pflegen können. Gleichzeitig versuche ich an meinem Arbeitsplatz, Auszubildende mit politisch Verantwortlichen ins Gespräch zu bringen, um ihnen Möglichkeiten zu bieten, selbst etwas zu verändern. *Isabel Maino-Amer, Lehrkraft Altenpflege, Dipl.-Pflegewirtin*

Das Leistungsspektrum beruflicher Pflege

Pflegen ist ...

- Kranke und/oder pflegebedürftige Menschen bei ihren krankheits- bzw. altersbedingten Einschränkungen unterstützen
- Abläufe und Maßnahmen bedarfs- und bedürfnisgerecht planen, steuern und evaluieren
- Lotse sein im Gesundheits- und Pflegesystem
- Menschen das Verbleiben in ihrer häuslichen Umgebung ermöglichen
- Mitwirken bei und Mitgestalten von Therapie und Diagnostik
- Beziehung und Vertrauen aufbauen
- Interessenvertretung der zu Pflegenden
- Wissen, Fertigkeiten, Erfahrung und Intuition einbringen und anwenden
- Frühzeitiges Erkennen und Bewerten von sowie richtiges Reagieren auf Komplikationen
- Entdecken, Entfalten und Fördern von Ressourcen der zu Pflegenden
- Zielgerichtetes positives Beeinflussen des Genesungsprozesses
- Erhalten bzw. Wiederherstellen von Lebensqualität und Eigenständigkeit
- Vermitteln und Trainieren von Kompetenz zur Situationsbewältigung
- Individuelle Zuwendung; Entgegenbringen von Wertschätzung, Respekt und Empathie
- Ansprechpartner sein, zuhören, informieren; individuell und bedürfnisgerecht beraten
- Orientierung geben
- Kennen und Nutzen größtmöglicher Handlungsspielräume
- Kreativ sein vor dem Hintergrund hoher Fachkompetenz
- Sensibilität, Feingefühl und viel Geduld
- Zusammenarbeit über Professions- und Sektorengrenzen hinweg
- Koordinieren von Übergängen und Schnittstellen
- Prävention und Gesundheitsförderung
- Forschung und Innovation
- Evidenzbasiertes Handeln, Transfer neuen Wissens in die Praxis
- Für größtmögliche Sicherheit sorgen
- Nutzen der Potentiale von Technik.

Der ICN fasst dies in seiner „**Definition von Pflege**“ so zusammen: „Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein.“

Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“ (siehe ‚ICN-Definition der Pflege in deutscher Übersetzung‘ unter www.dbfk.de > Veröffentlichungen > Downloads). Auch der **ICN-Ethikkodex für Pflegenden** benennt in seiner Präambel vier grundlegende Aufgaben von Pflegenden: „Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern.“ (siehe Download am selben Ort).

Pflegen bedeutet dagegen nicht, ...

- Handgriffe mechanisch wie am Fließband zu erledigen
- Jeden Arbeitsschritt streng zu takten, um auch noch den allerletzten Rest an Effizienz abschöpfen zu können
- Die Versorgung und Betreuung eines hilfsbedürftigen Menschen in kleinteilige Arbeitselemente zu zerlegen und dabei die Elemente Kommunikation und individuelle Zuwendung als verzichtbar zu deklarieren
- Die eigenen professionellen Ideale, Werte und Normen zu verraten.

Pflege - Und wenn sie fehlt?

Schon lange gilt Pflege als Mangelberuf nach den Kriterien der Arbeitsmarktanalyse der Bundesagentur für Arbeit. In ihrer jüngsten Fachkräfteengpassanalyse¹ (Juni 2018) zeigt sich die weitere Verschärfung des Mangels:

„Das Wichtigste in Kürze:

(...) Es zeigt sich nach der Analyse der Bundesagentur für Arbeit ein Fachkräftemangel in einzelnen technischen Berufsfeldern, in Bauberufen sowie in Gesundheits- und Pflegeberufen. (...)

In den meisten Engpassberufen im Gesundheits- sowie im Pflegebereich kam es außerdem zu einem deutlichen Anstieg der Vakanzzeit. Berufe in der Altenpflege erreichen weiterhin mit die höchsten Vakanzzeiten.“

In der gesamten Berufsgruppe ‚Gesundheits-, Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe‘ beträgt die Vakanzzeit (d.h. Zeit bis zur adäquaten Wiederbesetzung einer ausgeschriebenen Stelle) von Stellenangeboten 149 Tage, damit ist sie im Vergleich zum Vorjahr um 9 Tage gestiegen.

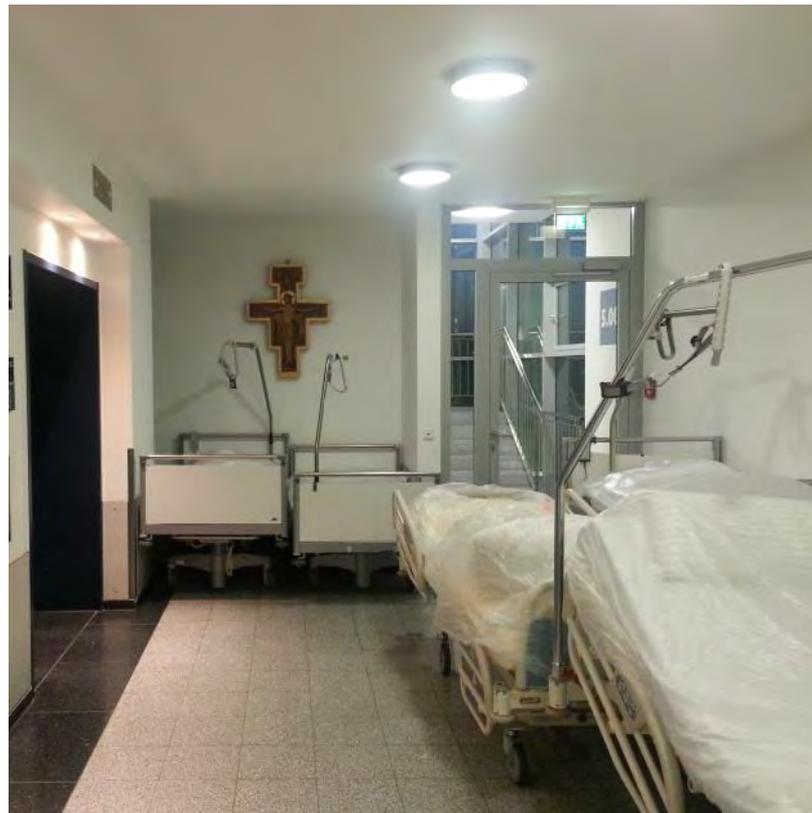
Der Fachkräftemangel in der Altenpflege fokussiert sich auf Pflegefachpersonen und Spezialisten und zeigt sich ausnahmslos in allen Bundesländern. Dieser Befund ist nicht neu, aber auch hier verschärft sich die Situation weiter: Gemeldete Stellenangebote für Pflegefachpersonen und -spezialisten sind im Bundesdurchschnitt 175 Tage vakant, ein Anstieg um 8 Tage gegenüber dem Vorjahr.

Erfasst sind in dieser Engpassanalyse lediglich die gemeldeten freien Stellen in der Pflege. Die Agentur selbst weist darauf hin, dass nur etwa jede zweite freie Stelle überhaupt gemeldet wird, es könnte auch ein noch deutlich geringerer Anteil sein. D.h. der Engpass ist noch weitaus größer als es die statistischen Zahlen ausdrücken können.

Welche Auswirkungen hat dies für die Patienten- und Bewohnerversorgung?

Einige Beispiele verdeutlichen es sehr plastisch:

Ein Wochentag in 2018 - Anästhesie-Pflegemangel eskaliert. Extrem ausgedünnte Personaldecke in der Anästhesiepflege. Es sind 3 Pflegekräfte für 7 OP-Säle vorhanden.



Bei maximaler Ausdünnung des Anästhesiepflegepersonals wechselt dieses permanent zwischen Ein- und Ausleitungen hin und her. Teilweise ist keine Assistenz bei Ausleitungen verfügbar, bzw. kommt nur auf Nachfrage, wenn ein Notruf erfolgt. Der Anästhesist kompensiert dies mit langjähriger Berufserfahrung.

Anästhesiepflegekräfte werden auch aus dem Aufwachraum abgezogen (11 Plätze), so dass zeitweise nur 1 Pflegekraft im Aufwachraum anwesend ist. Dem OP-Koordinator untersteht das Anästhesie- und OP-Funktionspflegepersonal. Die Situation ist nicht durch Notfälle/dringliche Eingriffe bedingt, sondern es handelt sich um das Routine-/Elektivprogramm.

Was war besonders ungünstig?

Das Erzwingen des OP-Programms; die Inkaufnahme einer Unterversorgung; es werden bei Elektiveingriffen ‚Löcher mit Löchern gestopft‘, es herrscht eine Kultur des Anschwärmens bei Nichterfüllung von Vorgaben (z.B. soll eine bestimmte Anzahl von OP-Sälen laufen); letztlich geht Ökonomie vor Patientensicherheit.

27. Juli 2018 - Ambulante Pflegedienste in Nordrhein-Westfalen (NRW) müssen nach Angaben ihrer Dachverbände zunehmend Menschen wegschicken.

¹<https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Footer/Top-Produkte/Fachkraefteengpassanalyse-Nav.html>

„Sieben von zehn Einrichtungen sind jeden Tag damit befasst, Kunden abzuweisen“, sagte der Landesbeauftragte des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste Knips. Auch die Freie Wohlfahrtspflege NRW kennt das Problem. Der Zusammenschluss von Verbänden wie AWO, Caritas oder Paritätischer Wohlfahrtsverband verzeichnete bei einer Stichprobenerhebung im April 2.600 Absagen. Weil nur ein Teil der 850 zugehörigen Dienste Zahlen lieferte, geht man aber tatsächlich von rund 10.000 Fällen aus. (...) Nach Meinung des BPA-Landesbeauftragten hat die Entwicklung vor allem mit dem demografischen Wandel zu tun. (...) Und mit Einführung der neuen Pflegegrade sei der Anteil potenzieller Kunden noch einmal gewachsen. (...) Auf der anderen Seite fehle das Personal. „Wir kommen einfach nicht mehr nach, neue Leute nachzuholen“, sagte Knips, der von einer katastrophalen Situation spricht. „Mich rufen Träger an und sind am Heulen. Töchter sind fix und fertig, weil sie nicht wissen, wie sie die Mutter versorgen wollen“, erklärte er. (Meldung vom 27.06.2018, aerzteblatt.de)

25. Juni 2018 – Die Arbeit der Pflegekräfte hat einen immensen Einfluss auf die Versorgungsqualität von Patienten. Zahlreiche Studien zeigen: Wird ein Mindestmaß an Pflege unterschritten, steigt die Sterblichkeitsrate an, es kommt häufiger zu gravierenden Komplikationen.²(...) Die Neurologie ist besonders pflegeintensiv. Das liegt an den Krankheitsbildern der Patienten mit Parkinson, Alzheimer, Schlaganfall oder Multipler Sklerose, an ihrem häufig hohen Alter, an Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit und der Kognition, an psychischer Komorbidität oder Inkonti-

nenz. „Die Qualität der medizinischen Versorgung in der Neurologie ist in hohem Maße abhängig von der Qualität der Pflege“, sagt DGN-Präsident Gereon R. Fink. (...) Rund 30 Prozent der neurologischen Kliniken geben an, dass sie überwiegend wegen Pflegekräftemangel ihre Versorgung zeitweise einschränken müssen. Der Pflegenotstand in der Neurologie hat drastische Folgen für die Versorgungsqualität der Patienten. Wenn ein Mindestmaß an Pflege nicht zur Verfügung steht, steigen die Mortalitätsraten, ebenso die Zahl der Pneumonien und Harnwegsinfekte. Darüber hinaus verlängert sich der Krankenhausaufenthalt. (Presseinformation DGN)

Juni 2018 – Eine bayerische Regionalzeitung berichtet über den Fall einer Kreisklinik, in der vor allem im Bereich der Intensivstationen knappes Personal, zu wenig Zeit und unzureichende Vorbereitung für wichtige Aufgaben wie Desinfektion von Geräten zu konkreten Problemen geführt hätten. In der Folge hätten sich mehrere Intensivpatienten mit Krankenhauskeimen angesteckt. (Ärzte Zeitung online, 11.06.2018)

Juni 2018 – Beim Umgang mit innerklinischen Notfällen haben viele Krankenhäuser Luft nach oben, findet Stefan Lenkeit, pflegerischer Koordinator für das innerklinische Notfallmanagement am Uniklinikum Bonn. Das betreffe sowohl das rechtzeitige Erkennen kritischer Zustände als auch das Management der Notfälle.(...) Er sieht mehrere Gründe dafür: Auch die zunehmende Arbeitsverdichtung in der Pflege spiele eine Rolle, mit immer weniger Personal müssten immer



²Studie von Linda Aiken et al, Februar 2014: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62631-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62631-8/abstract)



mehr Patienten versorgt werden. Internationale Studien würden zeigen, dass eine höhere Arbeitsbelastung mit einer höheren Sterblichkeit korreliert und eine höhere Qualifikation der Mitarbeiter mit einer niedrigeren Sterblichkeit. (Ärzte Zeitung online, 12.05.2018)

März 2018 – „Die Bedingungen, zu denen wir unsere Arbeit verrichten sollen, entsprechen schon lange nicht mehr dem, was notwendig wäre, um die Patienten umfassend gut zu versorgen. Die Art der Pflege, die ich gelernt und gern auch meinen Patienten angeboten hätte, ist unter den derzeitigen Bedingungen nicht mehr möglich.(...) Das Pflegestärkungsgesetz stärkt in seiner praktischen Anwendung lediglich die Kassen und kaschiert eine jahrzehntelange fehlgeleitete Sozial- und Gesundheitspolitik. Wir wollen uns daran nicht mehr beteiligen. Ich schließe deshalb nach mehr als 20 Jahren nun meinen häuslichen Pflegedienst.“ (N.N., Name und Sachverhalt sind bekannt)

März 2018 – Welche Konsequenzen der zunehmende Personalmangel schon heute hat, macht eine Online-Umfrage von zwei Intensivmedizinerinnen deutlich. Die Auswertung zeigte, dass in den letzten Monaten auf rund dreiviertel der deutschen Intensivstationen Betten gesperrt werden mussten und diese somit nicht für eine Belegung zur Verfügung standen. In 22 Prozent der Fälle mussten sogar täglich Betten gesperrt werden. Von den Sperrungen waren meist zwei oder drei Betten betroffen. „Als Gründe für die Bettensperrung gaben knapp die Hälfte der Befragten (43,8 Prozent) den Mangel an Pflegepersonal an, rund ein Fünftel (18,8 Prozent) einen kombinierten Mangel an Ärzten und Pflegenden.“

Auch die Notfallversorgung leidet unter dem Personalmangel. So gaben lediglich 18 Prozent der Befragten an, dass die Notfallversorgung nicht beeinträchtigt war. (...) Personalmangel und Bettensperrungen können zur verzögerten Aufnahme von kritisch kranken Patienten auf die Intensivstation führen und die Qualität der Versorgung beeinträchtigen. (Meldung DGIIN)

Februar 2018 – Altenheim verhängt Aufnahmestopp. Einem Zeitungsbericht des Münchner Merkur zufolge kann die Paritätische Altenhilfe 24 der insgesamt 180 Plätze nicht belegen, weil dem Haus fünf Fachkräfte fehlen. (...) Bisher haben auch Maßnahmen zur Personalsuche keine Früchte getragen. Der Paritätische Wohlfahrtsverband hatte Mitarbeiter mit einer Startprämie von 3000 Euro versucht anzulocken – ohne Erfolg. (...) Die Wohnungsnot in München und Umgebung sowie die hohen Lebenshaltungskosten erschweren die Akquise von Mitarbeitern. (Wohlfahrtintern, Meldung vom 01.02.2018)

Januar 2018 – Das Universitätsklinikum Münster (UKM) musste eine Station schließen, weil zu wenig Pflegenden für die Patienten da sind. „Wir stehen am UKM für eine hohe Qualität der pflegerischen und medizinischen Versorgung. Um diese Qualität und die Versorgungssicherheit unserer Patienten zu gewährleisten, haben wir in der bestehenden Mangelsituation entschieden, dass wir einen stationären Bereich schließen, um die Pflegenden in anderen Bereichen einsetzen zu können. (...) Uns fehlen rund 90 bis 100 Vollkraftstellen im Bereich der Pflegefachkräfte im Pflege- und Funktionsbereich.“ (25.01.2018; www.bibliomed-pflege.de; Interview mit dem Pflegedirektor des UKM)

Januar 2018 – Die Haunersche Kinderklinik in München hat auf die dramatische Personalnot und deshalb reduzierte Aufnahmekapazität aufmerksam gemacht. Wegen der fehlenden Mitarbeiter sei dort eine komplette Station stillgelegt, die Notaufnahme sei derzeit abgemeldet (...). Die meisten Pfleger seien im öffentlichen Dienst beschäftigt und das Gehalt sei zu gering, um sich ein Leben in München leisten zu können. „Ich bin ins Schwesternwohnheim zurückgezogen, weil der Mietspiegel so intensiv hoch ist, dass ich's mir eigentlich nicht mehr leisten kann“, berichtete Pfleger (18.01.2018; Meldung auf www.bibliomed-pflege.de)

Dezember 2017 – „Sogar als Pflegeberaterin und akademisierte Pflegefachkraft erreicht mich der Pflegenotstand in Deutschland! Warum? Es gibt keine Kapazitäten mehr: Als Pflegeberaterin im Landkreis ... kann ich aktuell kaum noch Pflegedienste, Kurzzeitpflegeplätze etc. an pflegebedürftige Menschen vermitteln. Die Pflegedienste haben Aufnahmestopp und die stationären Einrichtungen arbeiten mit langen Wartelisten. Wie Sie wissen gibt es durch das PSG II zusätzliche Angebote (z.B. Betreuungs- und Entlastungsangebote 125 Euro pro Monat etc.). Diese Angebote bleiben aus o.g. Gründen ungenutzt.“ (09.12.2017; Brief eines langjährigen engagierten DBfK-Mitglieds an den DBfK Bundesverband)

Dezember 2017 – Ein Altenheim-Bewohner (83) hat in K. in Thüringen wahrscheinlich den Weg zurück ins Altenheim nicht mehr gefunden und ist erfroren. Der leicht bekleidete Senior sei an einer Unterkühlung gestorben, so die Polizei. Der Mann sei nach derzeitigem Ermittlungsstand demenzkrank gewesen. (...) Sein Verschwinden sei gegen 04:30 Uhr festgestellt worden, die Polizei fand ihn knapp vier Stunden später rund einen Kilometer entfernt vom Altenheim. (dpa-Meldung vom 03.12.2017)

Dazu ein Hinweis: Eine Studie der Universität Witten-Herdecke ergab 2015, dass sich in deutschen Pflegeheimen eine Pflegefachperson nachts im Schnitt um 52 Menschen kümmern muss. In manchen Heimen ist der Versorgungsschlüssel sogar weit schlechter als dieser Durchschnittswert. So gaben 8,7 Prozent der Befragten an, nachts sogar für mehr als 100 Heimbewohner zuständig zu sein. Da bleibt u.U. das Verschwinden eines Demenzkranken sehr lange unentdeckt.

November 2017 – Die prophezeite Krise in der Pflege kommt offenbar mit Wucht auch in Mitteldeutschland an. In Sachsen-Anhalt droht dem zweiten Heim binnen weniger Wochen das Aus, in Sachsen wird ein Aufnahmestopp für über 400 Betten in drei Heimen geprüft, auch Thüringen untersagte in den letzten Jahren schon die Wiederbelegung von Plätzen in Pflegeheimen. (...) Laut sachsen-anhaltischem Sozialministerium leidet die Branche unter einem extremen Fachkräftemangel. (Meldung aus der Leipziger Volkszeitung vom 17.11.2017)

November 2017 – Hygiene-Problem in deutschen Kli-

niken. „Auch wenn die Kliniken Hygiene-Spezialisten beschäftigen, herrscht doch in vielen Häusern Personalmangel. *Wie trägt der zum Problem bei?* Da gibt es einen Zusammenhang. Wenn die Arbeitsbelastung für Mitarbeiter immer größer wird, passieren eher Fehler oder die Handhygiene wird vergessen. *Welcher Teil der Krankenhausinfektionen wäre denn bei optimalen Hygiene- und Arbeitsbedingungen vermeidbar?* Etwa ein Drittel.“ (16.11.2017; Interview mit Prof. Petra Gastmeier bei SPIEGEL ONLINE)

September 2017 – IQTIG legt Qualitätsreport vor. „Besorgniserregend ist der Prozessindikator zur präoperativen Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“, schreibt Klakow-Franck. Nahezu jeder fünfte Patient müsse länger als maximal zulässig auf seine Operation warten. „Dabei ist den einschlägigen Leitlinien zu entnehmen, dass Patientinnen und Patienten mit Schenkelhalsfraktur so schnell wie möglich operiert werden sollten, da eine frühzeitige Operation innerhalb von sechs bis 24 Stunden das Risiko einer Hüftkopfnekrose halbiere“ (...) Im Dialog mit den externen Qualitätswächtern gestehen Krankenhäuser dem Report zufolge häufig Struktur- und Prozessmängel ein: Neben geringen OP-Kapazitäten, Personalmangel am Wochenende, Engpässen bei der Verfügbarkeit postoperativer Überwachungsmöglichkeiten ... (27.09.2017; Meldung auf www.bibliomedmanager.de)

September 2017 – Belegungsstopp in Heimen: Es fehlt Personal. 14 von 101 Pflegeheimen in Bremen nehmen wegen Personalmangels keine neuen Bewohner mehr auf. So habe die Wohn- und Betreuungsaufsicht der Stadt bei fünf Häusern einen Belegungsstopp verhängt, und neun Häuser haben sich freiwillig zu dem Schritt entschlossen. Entweder ging nach Überprüfungen bei den betroffenen Pflegeheimen aus dem Stellenplan hervor, dass zu wenige Fachkräfte angestellt sind. Oder die Schichten waren laut Dienstplan zum Beispiel wegen Erkrankungen von Personal nicht ausreichend besetzt.(...) Die Wohn- und Betreuungsaufsicht orientiert sich bei der Beurteilung der Häuser neben den Dienstplänen auch an den Trinkprotokollen, Medikationsplänen oder den Maßnahmen zur Körperhygiene. Bei den Häusern mit Belegungsstopp werden die pflegerischen Herausforderungen nicht im vollen Umfang gewährleistet. (14.09.2017; Meldung auf Ärzte Zeitung online)

März 2017 – Pflegemangel gefährdet OP-Erfolge. Chirurgen warnen vor mehr Komplikationen nach OPs. In Deutschland versorgt ein Pfleger oft 13 Patienten, in anderen Ländern sind es nur zwischen sechs und acht. Das hat Folgen.

„Trotz der enormen Fortschritte in der Chirurgie gibt es in Deutschland erhebliche Defizite in der Patientenversorgung“, sagte T. Pohlemann, Präsident des 134. Chirurgenkongresses in München.(...) Patienten würden immer schlechter vor- und nachversorgt, so Pohlemann. „Das entscheidet auch über eine höhere oder geringere Komplikationsrate.“ Je öfter Pfleger den Patienten sähen, desto eher bemerkten sie eine negative Entwicklung. (...) Untersuchungen belegten, dass Deutschland bei der Personalausstattung in Kliniken im internationalen Vergleich abfalle. Die Pflege sei der größte Kostenfaktor in einem Krankenhaus, folglich werde hier immer weiter gespart. (20.03.2017, Meldung bei SPIEGEL ONLINE)

Der DBfK fordert:

Für alle Sektoren, in denen Pflegeleistung erbracht wird, brauchen wir dringend jeweils ein pflegewissenschaftlich entwickeltes Personalbemessungsinstrument, das am individuellen Pflegebedarf ausgerichtet ist. Dann könnte die Forschung überprüfbar deutlich machen, dass gute Pflege eben nicht nur ein Kostenfaktor ist, sondern ganz im Gegenteil viele vermeidbare Beeinträchtigungen und Kosten verhindert und entscheidend zu einer besseren Gesundheit und Lebensqualität der Menschen beiträgt.

Ich bin an meinem Arbeitsplatz ein Leistungsfaktor, weil...

- ... mit einem Lachen alles leichter geht
- ... ich als interne Hotline fungiere
- ... mein Arbeitsalltag vielfältig ist
- ... ich Herausforderungen mag
- ... Veränderung das Normale ist
- ... flexibel mein zweiter Vorname ist
- ... ich mich für Pflegequalität engagiere
- ... im Team jede Herausforderung zu meistern ist
- ... ich den gesunden Menschenverstand gebrauche
- ... ich den Nachwuchs in der Pflege zu schätzen weiß
- ... ich das Gesamthaus im Auge habe
- ... ich das große Ziel anvisiere
- ... ich an vielen Projekten fürs Gesamthaus beteiligt bin
- ... ich nicht vergesse, wie ich als Patient/Angehöriger behandelt werden möchte
- ... ich Spaß an meiner Arbeit habe.



Gemeinsames Statement von Monika Zeller, (Foto li.) Abteilungsleitung Pflege/pflegerisches Qualitätsmanagement, und Monika Hnilicka, Abteilungsleitung Intensivstationen/FSJ, Praktikanten

**MANIFEST
DER
PFLEGE
BERUFE**

„ICH SETZE MEIN WISSEN EIN,
ABER NICHT ZUM DUMPINGLOHN“
MEIN BERUF: PFLEGEN

www.dbfk.de | facebook.com/dbfk.de | twitter.com/DBfK_Pflege

**MANIFEST
DER
PFLEGE
BERUFE**

„ICH SETZE MEIN WISSEN EIN,
ABER NICHT ZUM DUMPINGLOHN“

Es werden in der Pflege zu Recht Kompetenz und umfassendes Wissen erwartet. Ich setze mein ganzes Können dafür ein, diesem Anspruch gerecht zu werden. Aber auch mein Arbeitsplatz muss diesen hohen Qualitätsstandards entsprechen. Ich will, dass meine Arbeit mit guten Arbeitsbedingungen und angemessener Vergütung gewürdigt wird.

„Ich habe außer meiner Arbeit in Vollzeit noch zwei Putzstellen, denn ich bin alleinerziehend mit zwei Kindern. Ich muss Miete zahlen, brauche wegen des Schichtdienstes ein Auto, möchte auch mal in Urlaub fahren können. Frage ich vorsichtig nach einer kleinen Gehaltserhöhung, redet man mir ein schlechtes Gewissen ein: „Sie wollen doch wohl nicht der Grund sein, dass unsere Bewohner einen noch höheren Eigenanteil zahlen müssen!“ Jetzt habe ich gekündigt und einen besseren Arbeitgeber gefunden.“

Katharina G., Altenpflegerin

www.dbfk.de | facebook.com/dbfk.de | twitter.com/DBfK_Pflege

Arbeitsbedingungen und Lohn

Gleich zwei Erhebungen machten am 2. August 2018 Schlagzeilen und werfen ein grelles Schlaglicht auf die Probleme im deutschen Gesundheits- und Pflegesystem und die dort mittlerweile üblichen Arbeitsbedingungen:

Time to Care Studie: Wie zufrieden sind Ärzte und Pflegekräfte mit ihrer Arbeit? (www2.deloitte.com)

„Deloitte hat für die Time to Care Studie in 14 europäischen Ländern über 1.350 Ärzte und Pflegekräfte in Krankenhäusern befragt und 50 Interviews mit Führungskräften aus Krankenhäusern geführt. Laut der Studie sind 70% der Krankenhausärzte hierzulande zufrieden mit ihrer Arbeit; 21% geben aktiv an, dass sie unzufrieden sind. Eine ähnliche Verteilung, wenn auch auf etwas niedrigerem Level, zeigt sich bei den Pflegekräften mit 62% an zufriedenen und 18% an nicht zufriedenen Mitarbeitern. ... Bei den Pflegekräften ist der Anteil der generell oder sehr zufriedenen Befragten der niedrigste – nur in Spanien ist der Anteil der unzufriedenen Pflegekräfte ähnlich hoch....

Als Hauptgründe für ihre Unzufriedenheit nannten Ärz-

te und Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern an erster Stelle die mangelnde Work-Life-Balance, gefolgt von fehlender Flexibilität bei der Schichtverteilung, schlechter Bezahlung, geringer Anerkennung und zu wenig Zeit, sich um die Patienten zu kümmern. ... Die Antworten der Ärzte und Pflegekräfte belegen, dass die Belastung in deutschen Krankenhäusern im internationalen Vergleich als besonders hoch empfunden wird....

Auffällig ist, dass die Belastung gegenüber der zuletzt 2012 durchgeführten Studie erheblich gestiegen ist. Das trifft besonders auf die Pflegekräfte zu: Die Antworten, denen zufolge die Arbeit relativ oder sehr schwierig zu bewältigen sei, weisen insgesamt einen Anstieg um 31 Prozentpunkte auf. Hauptgründe: gestiegene Patientenzahl (20,5% der Nennungen) und Mangel an Mitarbeitern (16,2% der Nennungen).“

Ipsos – Globale Umfrage zur Gesundheitsversorgung: Deutsche sehen Personalmangel als größtes Problem im Gesundheitssystem

„Drei von zehn Deutschen rechnen mit negativer Ent-

wicklung der Gesundheitsversorgung in den nächsten zehn Jahren.

Aus Sicht der Bevölkerung stellt fehlendes Personal das größte Problem des deutschen Gesundheitssystems dar. 61% sind der Ansicht, dass der Mangel an Gesundheitsfachkräften eines der drei Hauptdefizite im deutschen Gesundheitswesen ist. Allerdings: In Deutschland stimmen 65% aller Befragten der Aussage zu, vom Gesundheitspersonal während vergangener oder gegenwärtiger Behandlungen stets mit Würde und Respekt behandelt worden zu sein.“ (Ipsos Online Panel System; Ergebnisse zweier Umfragen vom 20. April bis 8. Juni 2018 in 27 Ländern; die deutsche Stichprobe kann als repräsentativ gelten).

Stichwort Arbeitsbedingungen

Zu viel Arbeit, zu wenig Personal, Zeitdruck, immer ‚unter Strom‘, Abarbeiten im Dauerlauf, keine Anerkennung, würdeloses ‚Abfertigenmüssen‘, Berge von Überstunden, unzuverlässige Dienstpläne, immer müde – beruflich Pflegende kennen all dies seit vielen Jahren aus ihrem Berufsalltag. Stress ist Normalzustand geworden, die Personaldecke ist so dünn, dass sie beim kleinsten Ausfall reißt. Das deutsche Gesundheitssystem hat zwar weltweit (noch) einen guten Ruf. Schaut man allerdings hinter die Kulissen, zeigen sich erschreckende Mängel und Risiken für alle Beteiligten.

Niemand darf sagen, das käme überraschend. Seit Jahren belegen z.B. die Umfragen des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) in der **Pflegethermometer-Reihe**, wie sich Jahr für Jahr die Bedingungen in der Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen verschlechtern haben. Die Verantwortlichen in Politik und Unternehmen sahen dennoch offenbar keine Veranlassung, hieran grundsätzlich etwas zu ändern – zumindest bis zur aktuellen Legislaturperiode. Und ob nun, z.B. mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, ab 2020 eine deutlich spürbare Verbesserung der Situation eintreten wird, bleibt abzuwarten. Sehr optimistisch sind die Pflegefachpersonen da bisher noch nicht.

„So hart sind die Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege“ – eine Sonderauswertung des **DGB-Index Gute Arbeit** für den Zeitverlauf 2012 bis 2017 machte Anfang September 2018 Schlagzeilen. Die Ergebnisse zeigen überdeutlich, dass in der Pflegebranche die Arbeitsbedingungen weitaus stärker von

Zeitdruck und überbordender Arbeitsmenge geprägt sind als im Durchschnitt aller Berufsgruppen. Den vollständigen Bericht finden Sie hier: <http://tinyurl.com/y6aazxcp>.

Eine vor diesem Hintergrund interessante repräsentative Befragung beruflich Pflegenden wurde im Zeitraum Februar bis Mitte April 2018 in Baden-Württemberg durchgeführt. Ermittelt werden sollte primär die **„Haltung der Pflegefachkräfte zur Errichtung einer Pflegekammer“**. Daneben wurden aber auch weitere Fragen gestellt, insbesondere zur Arbeits- und Ausbildungssituation der Pflegefachpersonen und Auszubildenden. Und die Ergebnisse sind erschreckend. (abrufbar als Download von der Webseite des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg im Menü ‚Pflegekammer in Baden-Württemberg‘)

Einige Kernaussagen:

- Die Arbeitsbedingungen werden von den Befragten überwiegend kritisch gesehen.
- Für 43% ist die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben „eher“ gegeben, für 36% „eher nicht“.
- Auch die Auszubildenden stimmen der Aussage mehrheitlich „eher nicht“ oder „überhaupt nicht“ zu, dass sich ihre Arbeit gut mit ihrem Privatleben vereinbaren lässt (55%).
- ... trifft es zu 49% „voll und ganz“ bzw. „eher“ zu, dass Auszubildende oft angefragt werden, an einem freien Tag zur Arbeit zu kommen. Für 43% der Auszubildenden trifft es „voll und ganz“ oder „eher“ zu, dass häufig angefragt wird, Arbeitszeiten zu verschieben.
- Überstunden und Mehrarbeit gehören bei drei von vier Beschäftigten häufig zum Berufsalltag.
- 54% der Befragten können sich nicht vorstellen, ihren Beruf bis zur Rente auszuüben.
- 56% der befragten Teilzeitbeschäftigten gaben an, mehr arbeiten zu können, wenn die Arbeit weniger belastend wäre.
- 48% der Auszubildenden sagen, dass sie in ihrer Pflegepraxis quasi keine gezielte Unterstützung durch eine/n Praxisanleiter/in erhalten.
- 74% der Auszubildenden bestätigen, dass sie fehlende Kolleg/innen ersetzen müssen.
- 67% der Auszubildenden berichten, dass sie zu Überstunden herangezogen werden.

Das **Fazit** dieser Erhebung:

„Die Ergebnisse der repräsentativen Umfrage unter den Pflegefachkräften in Baden-Württemberg liefern im Hinblick auf die Arbeits- und Ausbildungssituation ein alles in allem ernüchterndes Bild. Ältere Pflegefachkräfte, deren Ruhestand absehbar ist, bilden den Grundsockel der Beschäftigten. Neben der Gewinnung von Nachwuchskräften sind das langfristige Halten von Pflegefachkräften und eine bessere Nutzung der Potenziale vorhandener Belegschaften sehr wichtig. Die Tatsache, dass sich bereits eine große Mehrheit der Auszubildenden nicht vorstellen kann, den Beruf bis zur Rente auszuüben, ist keine gute Nachricht.“

Baden-Württemberg ist hierbei nur insoweit ein Sonderfall, als man tatsächlich aktuelle repräsentative Daten erhoben hat und mit ihnen einen guten Eindruck über die Brisanz der Lage bekommt. In anderen Bundesländern ist die Problemlage ähnlich, nur eben weniger erforscht und mit Zahlen belegt. Kein Grund, abzuwarten und den Dingen ihren Lauf zu lassen, ganz im Gegenteil!

„NURSING AND MIDWIFERY – The key to the rapid and cost-effective expansion of high-quality universal health coverage“ – der im November 2018 veröffentlichte Bericht vom WISH Nursing (World Innovation Summit for Health) and UHC Forum (Universal Health Coverage) 2018 appelliert zum wiederholten Mal an alle Regierungen weltweit, in die Pflegeberufe als Teil einer multidisziplinären, personenzentrierten Belegschaft im Gesundheitssystem zu investieren. Es wird u.a. von einer neuen Umfrage berichtet, an der ca. 6500 Personen in Indonesien, Malaysia, Thailand, China, Indien, Katar und Dänemark teilgenommen hatten. Die Ergebnisse zeigen sehr deutlich, dass die große Mehrheit der Befragten sagte, sie wären stolz, wenn ihre Tochter den Pflegeberuf wählen würde. Eine Mehrheit in allen Ländern außer in China erklärte sogar, sie wären stolz, wenn ihr Sohn Pfleger würde.

Wie eine solche Umfrage wohl heutzutage in Deutschland ausfiele? Angesichts der herrschenden Arbeitsbedingungen und Perspektiven in der Pflegebranche raten informierte Eltern ihren Kindern wohl eher ab, beruflich den Weg in die Pflege einzuschlagen. Das muss sich ändern!

Die Geschlechtergerechtigkeit ist nach wie vor unterentwickelt

Anlässlich des Internationalen Tags der Pflegenden 2017 hat sich der DBfK ausdrücklich verpflichtet, die 2015 verabschiedeten ‚Nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen‘ (SDGs) zu unterstützen. Deutschland gehört zu den 193 Ländern, die diese Ziele unterzeichnet und sich damit verpflichtet haben, ihr strategisches und politisches Handeln mit aller Konsequenz daran auszurichten. Weit vorangekommen ist man dabei bisher allerdings nicht, wie sich am Beispiel des SDG 5 Geschlechtergleichheit demonstrieren lässt.

Der am 5. November 2018 veröffentlichte Verteilungsbericht des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung³ spricht u.a. von einer klaren Einkommensschere zwischen Frauen und Männern. Gründe dafür sind einerseits die Wahl des Berufs – in den klassischen Frauenberufen, zu denen gerade die Pflege gehört, wird nach wie vor weniger verdient als in typischen Männerberufen. Andererseits ist die stark ausgeprägte Tätigkeit in Teilzeit (in der Pflege deutlich über 50 Prozent – und nicht immer freiwillig) bei Frauen ein erhebliches Armutsrisiko, das sich nicht nur durch das gesamte Berufsleben zieht, sondern anschließend in drohender Altersarmut fortsetzt. Die Wissenschaftler des WSI empfehlen daher, konsequent an der besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu arbeiten, damit Männer wie Frauen in Haushalten mit Kindern erwerbstätig sein können.

Drastischer formulierte es die Sozialwissenschaftlerin Prof. Uta Meier-Gräwe⁴ bei der Frauengesundheitskonferenz im Oktober 2018: Frauen seien im Arbeitsleben strukturell benachteiligt. Sie fordert, Frauen bessere Berufs- und Erwerbschancen zu ermöglichen. Minijobs trügen auch kaum etwas zur Alterssicherung bei. Die drohende Altersarmut bei Frauen sei u.a. eine Folge des weitverbreiteten Zuverdiener-Modells, bei dem in aller Regel die Frau die unbezahlte Sorgearbeit übernehme und damit auf Einkommen und Karriereperspektiven verzichten müsse. In Deutschland seien Frauen am häufigsten in den sogenannten SAHGE-Berufen (Soziale Arbeit, haushaltsnahe Dienstleistungen, Gesundheit und Pflege, Erziehung) tätig, wo sie ca. 80 Prozent der Beschäftigten stellen. Diese Bran-

³https://www.boeckler.de/pdf/p_wsi_report_43_2018.pdf

⁴Institut für Wirtschaftslehre der Justus-Liebig-Universität Gießen

chen seien aber Berufe mit eingebautem Verarmungsrisiko, die sich darüber hinaus durch hohe Arbeitsintensität auszeichneten, so die Wissenschaftlerin.

Mit diesen Fragen beschäftigt sich seit einiger Zeit auch die Initiative ‚Klischeefrei‘. Unter www.klischeefrei.de hat sie Faktenblätter eingestellt, die zur Vertiefung des Themas weiterhelfen.

Selbst im Frauenberuf Pflege sind Frauen in lukrativen, attraktiven Führungspositionen nach wie vor unterrepräsentiert. Während das Geschlechterverhältnis in den Pflegeberufen durchschnittlich etwa 85 Prozent Frauen zu 15 Prozent Männer beträgt, sieht das im Karriereverlauf dann deutlich anders aus. Hier müssen Frauen allzu oft die Männer an sich vorbeiziehen lassen, wie diese Tabelle zeigt:

Geschlechteranteil in Führungspositionen im Pflegebereich in Deutschland nach Sektoren 2016:

	Männer	Frauen
Pflegeheim	61,2 %	38,8 %
Pflegedienst	47,7 %	52,3 %
Tagespflege	60,7 %	39,3 %
Pflegebereich insgesamt	46,9 %	53,1 %

Quelle Destatis 2018 <http://tinyurl.com/y5g77ln2>

Dieses Missverhältnis ist bei der Pflege in den Krankenhäusern vielfach noch stärker ausgeprägt. In unserer ‚**Resolution des DBfK zu den Nachhaltigen Entwicklungszielen**‘ haben wir das Anliegen in Bezug auf Geschlechtergleichheit so formuliert:

„Neben dem Gender Pay Gap (Nachteile von Frauen bei den Löhnen) und dem Gender Pension Gap (Altersarmut von Frauen durch niedrigere Renten) ist in Deutschland auch der Gender Care Gap erschreckend hoch: Für die unbezahlte Sorgearbeit, die Frauen hierzulande täglich leisten, hat im März 2017 eine Sachverständigenkommission den Gender Care Gap mit derzeit 52,4 Prozent errechnet.⁵ Nicht nur hier zeigt sich: Das Ziel der Gleichstellung von Frauen und Männern ist noch längst nicht erreicht, Fortschritte werden viel zu langsam erzielt. Gerade die typischen Frauenberufe wie Pflege und andere Dienstleistungsbranchen sind es, die in Deutschland durch niedriges Lohnniveau, belastende Arbeitsbedingungen und wenig Auto-

nomie gekennzeichnet sind. Entscheidende Gremien und Positionen werden, auch im Gesundheitswesen, überproportional von Männern besetzt. Das hat viele Gründe, darf so aber keinesfalls akzeptiert werden.“

Mehr als recht und billig: Lohn

Die Anerkennung der im Beruf erbrachten Leistung schlägt sich nicht nur, aber eben auch in der Lohntüte nieder. Beruflich Pflegende müssen mit ihrer Arbeit ihren Lebensunterhalt bestreiten, Miete zahlen, möchten sich Urlaub leisten können, müssen für ihr Alter Vorsorge treffen – wie jeder Andere auch. Die sogenannte ‚Gesundheitswirtschaft‘ boomt, hier ist viel Geld im Spiel. Deutsche Pflegeeinrichtungen sind hochinteressante Investitionsprojekte ausländischer Spekulatoren und werden Anlegern wärmstens empfohlen - weil hier Geld zu verdienen ist.

Erkauft wird das allerdings häufig mit Sparen am Pflegepersonal und dessen Gehalt. Je geringer die Tarifbindung, umso bescheidener das Lohnniveau. Auch das macht einen Beruf unattraktiv.

In der stationären Langzeitpflege werden Lohnsteigerungen häufig mit dem Argument abgewehrt, die daraus resultierenden Mehrkosten müssten die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen in Form des steigenden Eigenanteils zahlen. Wird eine ganze Branche etwa nur dadurch bezahlbar gehalten, dass man die Beschäftigten ausbeutet?

Es gibt eine Reihe von Untersuchungen aus jüngerer Zeit, die das belegen:

StepStone Gehaltsreport 2018 – Für Fach- und Führungskräfte

„Gehalt für Pflegekräfte ist unattraktiv. Ein weiteres Ergebnis der Studie: Pflegekräfte tauchen ebenfalls in der Flop-Zehn-Liste auf. 2017 war das noch nicht der Fall. „Pflegekräfte werden immer bedeutender für die Gesellschaft, vergütungstechnisch verlieren sie dagegen zunehmend an Attraktivität“, so der Geschäftsführer von Gehalt.de. Mit einem Durchschnittsgehalt von 30.357 Euro befinden sich Pflegeberufe noch hinter Berufskraftfahrern.“ (Vollständiger Report: <http://tinyurl.com/y6dmphl9>)

⁵Sachverständigenkommission zum Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung: „Erwerbs- und Sorgearbeit gemeinsam neu gestalten“; <http://gleichstellungsbericht.de/gutachten2gleichstellungsbericht.pdf>

IAB-Forum (01-2018); Entgelte von Pflegekräften – weiterhin große Unterschiede zwischen Berufen und Regionen

„Der Pflegebranche fehlen Fachkräfte. In der politischen Diskussion wird in diesem Zusammenhang immer wieder betont, dass gerade in der Altenpflege zu niedrige Löhne gezahlt würden. Seit dem Jahr 2012 sind die Entgelte im Pflegebereich im Großen und Ganzen entsprechend der allgemeinen Lohnentwicklung gestiegen. Dabei ist das Lohngefälle zwischen Kranken- und Altenpflege weitgehend konstant geblieben. Auch die regionalen Entgeltunterschiede sind nach wie vor erheblich.... Um den wachsenden Fachkräftebedarf decken und gute Pflege sicherstellen zu können, muss sich eine Tätigkeit als Pflegekraft auch finanziell lohnen – sowohl mit Blick auf alternative Beschäftigungsmöglichkeiten als auch hinsichtlich der Lebenshaltungskosten in der jeweiligen Region. Gerade im Bereich der Altenpflege zeigen die Analysen, dass hier nach wie vor Verbesserungspotenzial besteht.“ (Vollständiger Bericht: <http://tinyurl.com/y3njzwnr>)

Hans-Böckler-Stiftung – Gute Arbeit gegen Pflege-notstand

„In Deutschland herrscht Pflegenotstand, überall fehlen Fachkräfte. Wer daran etwas ändern will, muss laut einer Studie von Dorothea Voss und Christina Schildmann die Arbeitsbedingungen in den sozialen Berufen verbessern. Die Forscherinnen von der Hans-Böckler-Stiftung zeigen anhand zahlreicher Daten, wo die Probleme liegen – und wo Veränderungen ansetzen müssen. (...) Benötigt werden konkrete Schritte für die Aufwertung sozialer Dienstleistungsarbeit – und zwar beim Entgelt, der Personalbemessung, der Arbeitszeit und der beruflichen Entwicklung. (...) Eine möglichst flächendeckende Tarifbindung wäre ein effektiver Weg zu besserer Bezahlung in der gesamten Branche, erklären die Forscherinnen. Erschwert wird das allerdings durch den ‚Flickenteppich‘ kleiner Betriebe in der Branche sowie den starken Anteil kirchlicher Einrichtungen, die ihre Löhne auf dem ‚Dritten Weg‘ ohne Tarifverhandlungen mit Gewerkschaften festlegen können.“ (aus Böckler Impuls 11/2018, https://www.boeckler.de/114463_114470.htm)

Friedrich-Ebert-Stiftung (2015); Nur Luft und Liebe? Die Entlohnung sozialer Dienstleistungsarbeit im Länder- und Berufsvergleich

„Ausgangspunkt der vorliegenden Expertise ist der Befund, dass professionelle Fürsorgearbeit, also Arbeit im Bildungs-, Erziehungs-, Gesundheits- und Pflegesektor, schlecht entlohnt wird. Anhand repräsentativer Daten der Europäischen Arbeitskräfteerhebung (EU LFS) und des US-amerikanischen Zensus (IPUMS CPS) überprüfen wir, ob Carearbeit tatsächlich immer schlecht entlohnt wird oder ob dies nur für bestimmte Berufe in bestimmten Ländern gilt. (...) Deutschland schneidet im Ländervergleich schlecht ab: Im Gesundheits- und Pflegesektor sind die Einkommen von Hilfs- und Fachkräften deutlich niedriger als in den meisten anderen Ländern.“ (Vollständiger Bericht unter <https://www.fes.de/nur-luft-und-liebe/>)

Und was kann man dagegen tun?

Auch in der Pflege könnten die Gesetze des Marktes gelten: Angebot und Nachfrage bestimmen den Preis. Die Nachfrage nach Pflegefachpersonen ist immens, Arbeitgeber suchen händeringend nach Bewerbern, also ...

Klar ist: Niemand muss sich unter Wert verkaufen. Pflegefachpersonen dürfen selbstverständlich erwarten, dass ihr Können und ihre Leistung angemessen vergütet werden. An finanziellen Mitteln dafür fehlt es nicht, auch wenn so mancher Arbeitgeber dies bestreitet. Mit Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes III ist ausdrücklich die Anerkennung der Wirtschaftlichkeit von Entlohnungen bis zu Tarifniveau in den Pflegevergütungsverhandlungen der Pflegeeinrichtungen gesichert.

Wer um seinen Marktwert weiß und in Verhandlungen mit einem neuen oder dem aktuellen Arbeitgeber treten möchte, um beim Gehalt oder außertariflichen Zulagen ein Mehr zu erzielen, sollte sich gut vorbereiten und informieren. Vergleichswerte über die Durchschnittslöhne 2017 in den wichtigsten Branchen und deren unterschiedlichen Arbeitsbereichen findet man im ‚Entgeltatlas‘ der Bundesagentur für Arbeit: <https://entgeltatlas.arbeitsagentur.de> .



Arbeitnehmerüberlassung

Die Arbeitnehmerüberlassung, auch Leiharbeit oder Zeitarbeit genannt, nimmt auch in der Pflege zu, vermutlich stärker als es die Statistiken aussagen. Die Bundesagentur für Arbeit nennt in ihrem jüngsten Bericht „Leiharbeiter und Verleihbetriebe - (Monatszahlen und Jahreszahlen) - Deutschland und Länder“ zum Stichtag 31.12.2017 die folgenden Zahlen (nach der Klassifikation der Branchen):

813 Gesundheits-, Krankenpflege, Rettungsdienst,, Geburtshilfe: 25 344 (entspricht 2,5% aller Leiharbeiternehmer)

821 Altenpflege: 12 853 (entspricht 1,2% aller Leiharbeiternehmer)

Der Bestand an Leiharbeitern nach ausgeübter Tätigkeit (81 – 84 Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung) hat sich zwischen 2013 und 2017 wie folgt geändert:

Bestand im Jahresdurchschnitt 2013: 49 266

Bestand im Jahresdurchschnitt 2017: 63 156

Kürzlich veröffentlichte Zahlen aus Rheinland-Pfalz bestätigen den Trend: In 2017 waren dort 1.150 Personen in der Pflege als Leiharbeiter beschäftigt, 816 davon in Krankenpflege, Rettungsdiensten und Geburtshilfe sowie 334 in der Altenpflege. Im Jahr 2013 waren es insgesamt 769 Leiharbeiter in der Pflege gewesen, darunter 460 in Krankenpflege, bei Rettungsdiensten und in der Geburtshilfe sowie 309 in der Altenpflege. Die rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin kommentierte die Zahlen und sieht Zeitarbeit als Beitrag zur Bekämpfung des Fachkräftemangels in der Pflege. Sie fordert aber auch, dass sie nicht zum Ersatz für reguläre Beschäftigung wird. (aus dpa-Meldung vom 01.10.2018)

Leiharbeit ist in der Pflege nach wie vor eine Nische. Immer häufiger allerdings muss sie schon bei der Dienstplanung von vornherein mit eingebunden werden, weil die Personaldecke zu dünn ist, Stellen unbesetzt blieben und/oder hohe und langanhaltende Krankheitsausfälle das Team schwächen. Gleichzeitig mausert sich die Branche zum attraktiven „Fluchtweg“ aus den Arbeitsbedingungen einer Stammebelegschaft. Dafür sprechen Berichte in den Medien und Diskussionen in diversen Social-Media-Plattformen.

Der **Deutschlandfunk** berichtet am 25. Mai 2018: „In der Altenpflege ist die Personaldecke dünn, der Druck

hingegen hoch. Für immer mehr Pflegekräfte ist Leiharbeit eine attraktive Alternative. So haben sie mehr Freizeit und auch das Gehalt stimmt. Kritiker dieser Entwicklung fürchten um das Wohl der Patienten.“ Ein Altenpfleger berichtet, wie er die Unterschiede zwischen den Bedingungen beim früheren Arbeitgeber, einem Pflegeheimbetreiber, und dem jetzigen Arbeitsverhältnis als Leiharbeiter erlebt. „Das bedeutet, dass ich mehr Freizeit habe für Freunde und Familie. Ich kann Wunschdienstpläne äußern, ich kann meinen Urlaub einreichen, ohne ein Problem zu haben. Ich habe ein sehr gutes Gehalt und halt auch Freiheit bei der Dienstplangestaltung.“

Süddeutsche.de schreibt am 22. Mai 2018: In der Leiharbeit ist die Arbeitsbelastung für Pflegekräfte mitunter geringer als bei einer Festanstellung. Noch ist Leiharbeit in der Pflege kein Massenphänomen. Doch in der Pflegebranche wächst die Leiharbeit rapide. „Ich stehe einfach nicht mehr unter diesem Druck, etwas zu tun, was ich eigentlich nicht tun will.“ Zum Beispiel, weil keine Anrufe mehr von Kollegen kommen, ob sie nicht diese oder jene Schicht wegen eines Krankheitsfalles übernehmen könnte, berichtet eine Krankenpflegerin, die ihre Festanstellung auf der Intensivstation eines Krankenhauses gegen einen Arbeitsvertrag in der Leiharbeit getauscht hat. Im Gegensatz zu früher ist sie nun unbefristet angestellt. „Das war für mich neben der größeren Flexibilität und dem geringeren Arbeitsstress der Hauptgrund zu wechseln. Ohne feste Anstellung kann man einfach keine Familie planen.“

MDR Aktuell berichtet am 25. März 2018: „Gesundheitssystem: Immer mehr Pfleger flüchten in Leiharbeit. Immer mehr Krankenpfleger entscheiden sich für einen Wechsel in die Leiharbeit. Die Zeitarbeitsfirmen werben mit weniger Arbeitsstress bei gleichem Lohn. Das lassen sich viele nicht zweimal sagen.“ Ein 52-jähriger Krankenpfleger berichtet, dass er nach fast 30 Jahren Festanstellung gekündigt habe und in die Leiharbeit gewechselt sei. Er könne sich bei seiner Zeitarbeitsfirma aussuchen, an welchen Wochentagen er arbeiten wolle. „Damit habe ich Planungssicherheit, die ich bei einer Festanstellung nicht hatte. Als Festangestellter musste ich ständig einspringen, als der Chef das forderte.“

Immer mehr Pflegekräfte flüchten in die flexible Leiharbeit. In den drei mitteldeutschen Ländern fällt der Zuwachs in der Krankenpflege mit ca. 70 % zwischen

2013 und 2017 besonders deutlich aus, in der Altenpflege beträgt er sogar mehr als 100% im genannten Zeitraum.

Wie äußert sich die **Zeitarbeitsbranche** selbst zu diesem Trend? In einer Pressemitteilung vom 16. Juli 2018 meldet sich der Hauptgeschäftsführer des Interessenverbandes Deutscher Zeitarbeitsunternehmen (iGZ), Werner Stolz, zu Wort. Er betont, dass gerade im Pflegebereich die Kernkompetenzen der Branche Realität seien: „Der flexible Einsatz von Zeitarbeitskräften kompensiert nicht nur Arbeitskräftelücken, sondern kommt vor allem dem hauseigenen Pflegepersonal zugute, das dadurch entlastet wird.“ Vom Prinzip Zeitarbeiten profitieren nach seiner Meinung sowohl die Pflegeinstitutionen als auch die Zeitarbeitnehmer. Einsatzzeiten lassen sich flexibel gestalten und tragen so ganz praktisch der Work-Life-Balance Rechnung. Zeitarbeit sei auch mit Blick auf den Fachkräftemangel eine interessante Alternative.

So weit so gut, aber ganz so einfach ist die Lage dann doch nicht. Und auch das zeigen Stimmen und Berichte, die sich zu diesem Thema überall im Netz finden lassen. Je mehr Pflegefachpersonen in die Leiharbeit abwandern, umso stärker steigt der Druck auf Stammbeschafteten. Und: Auch die erfahrenste und kompetenteste Kollegin aus der Zeitarbeit ist kein 100%-iger Ersatz für die Pflegefachperson, die seit langem zum Team gehört, das Unternehmen, seine Abläufe und Beschäftigten durch und durch kennt und sich ihm verbunden und verpflichtet fühlt.

„Nur wenige sind uneingeschränkt einsetzbar. Meistens fehlt der Führerschein oder es können/wollen nur wenige Dienstzeiten abgedeckt werden. Teilweise fadenscheinige Gründe werden benannt und wenn es dann zu einer Dienstenteilung nach den Wünschen des Zeitarbeiters kommt, ist es noch keine Garantie, dass der Dienst auch angetreten wird.“

„Ein weiterer Aspekt sind die eigenen Mitarbeiter, die die hohen Stundensätze und die Zuschläge ggf. nicht erhalten, aber nach wie vor die Verantwortung und die Arbeit sicherstellen. Auch bei den zu Pflegenden und Angehörigen kommt die Zeitarbeit nicht gut an, zumal ständig neue Gesichter die Pflege übernehmen.“

„Ich kenne einige Einrichtungen, die mit Zeitarbeitsfirmen zusammenarbeiten bzw. zusammen gearbeitet haben und das nicht mehr machen, weil das

vermittelte Personal relativ inkompetent war, also sehr selten examiniert.“

„Eine Zeitlang habe ich in der Zeitarbeit gearbeitet, während des Erziehungsurlaubes. Meine Erfahrungen beziehen sich nicht auf die Perspektive der Einrichtungen. Zum Thema Qualität: niemand hat mich nach Zeugnissen gefragt, die Urkunde reichte.

Meistens waren die Einsatzorte Altenpflegeheime. Teilweise fand ich es sehr fahrlässig, wie Zeitarbeitskräfte dort eingesetzt wurden.

Es gab Einsätze, da kam ich hin und war die einzige Fachkraft im Haus. Das waren Einsätze mit gehörigen Bauchschmerzen meinerseits, da ich weder die Bewohner noch die Räumlichkeiten kannte oder die Logistik drumherum. Das gleiche gilt für Nachtdienste mit mir völlig unbekanntem Bewohnern, verteilt auf mehrere Etagen. Die Doku war ein Witz, da ich keinen Bewohner vom anderen unterscheiden konnte. Qualitätssichernd war diese Doku wohl nicht...

Sehr schlimm fand ich Häuser, wo ich mich beispielsweise im Spätdienst irgendwie durchgewurschtelt habe und nur hoffte, dass nichts passiert, und dann an einen Nachtdienst übergab, der seinerseits von einer Zeitarbeitsfirma kam und keine Ahnung hatte. Ich fand dies unverantwortlich den Bewohnern gegenüber. Mit fremden Zeitarbeitsmitarbeitern aufzustocken ist eine Sache, uneingearbeiteten Kräften alleine das Feld zu überlassen ...“

„Ich zumindest erlebe es z.B. als einen Vorteil, heute hier, morgen da und übermorgen dort zu arbeiten und dadurch beständig mit neuen Pflegefällen und neuen Problematiken konfrontiert zu werden. Ich nenne es das Gehirnjogging des Leiharbeiters. Da ich den Beruf in der Form nun schon über Jahre ausübe, kommen da viele Pflegefälle zusammen, die ich kennen gelernt habe.“

„...natürlich gibt es Schattenseiten. Da wird versucht, einem Fehler Anderer anzuhängen. Die Qualität und die Arbeit wird hinterfragt und/oder gar versucht, ein fremder Stil aufzudrängen.

Da wird auf einmal das Mitspracherecht beim Dienstplan ‚vergessen‘ oder man wird als Bereitschaft/Springer gesehen, die im Fall, dass ein Kollege krank wird, als erster zu kommen hat, weil ‚man es ja gewohnt sei, spontan und flexibel zu sein‘.“

„Für mich wäre das nichts, da man sich oft in fremden Teams zurecht finden muss und Einarbeitung läuft fast gar nicht ab.“

„Ich bin Gesundheits- und Krankenpflegerin und arbeite bei einer Zeitarbeitsfirma! Ich will nie wieder was anderes machen! Ich gehe eher aus der Pflege raus, als wieder in eine Festanstellung in einer Klinik!“

„Ich kenne einige, die bei Zeitarbeitsfirmen arbeiten. Klar herrscht auf Stationen der gleiche Stress, aber die Leiharbeiter arbeiten meist nur am Patienten, und machen nicht noch Stationsorgakram nebenher. Außerdem gestalten sie sich ihren Dienstplan selbst, müssen sich nicht mit 10 anderen Kollegen besprechen, wenn sie Urlaub wollen, und haben an freien Tagen tatsächlich frei.“

Wenn man rumfragt, was Pflegende am meisten belastet, dann ist das Reinholen an freien Tagen ganz oben. Ein unzuverlässiger Dienstplan ist schrecklich.“

„Als Alleinerziehende war die Leiharbeit die beste Entscheidung. Ich entscheide wann ich arbeite und wo. Ich plane meinen Urlaub beinahe spontan und bekomme ihn auch. Das Gehalt reicht endlich für eine Finanzierung des Autos! Wir Leihkräfte entspannen die Situation in den Häusern. Das muss man sich vor Augen halten.“

„Und es fällt jemand aus - wer springt ein????? Nicht die Leihkraft, denn die hat ja frei.“

„Naja, wenn Kliniken ihre Festangestellten regelrecht ‚ausbeuten‘ und permanent vermitteln, dass man ersetzbar ist, braucht man sich über derartige Entwicklungen doch gar nicht zu wundern...“

„Die Leiharbeit in der Pflege gehört verboten. Sie erhöht nur unnötig die Kosten im Gesundheitswesen. Die Firmen verlangen mittlerweile Gelder, das grenzt an Wucher. Außerdem bringt es keine Ruhe in das System der Pflege. Auch da muss ein Umdenken her, muss die Politik handeln. Wenige Leiharbeiter profitieren von hohen Stundenlöhnen und machen die gleiche Arbeit wie ihre Kollegen, die fest in Einrichtungen integriert sind. Das ist nicht fair und braucht Regelungen.“

„Anfang der 90 Jahre hatten wir auch viele Mitarbeiter von Zeitarbeitsfirmen im Klinikalltag. Problematisch ist, dass keine richtige Einarbeitung stattfindet und nur auf Zuruf gearbeitet wird. Aber wenn die Arbeitgeber es so wollen... Qualität und Kontinuität, die wichtig ist, bleiben auf der Strecke. Schade, dass viele Arbeitgeber noch nicht wach geworden sind. Es gibt interne und externe Kunden und beide haben den Kundenservice verdient.“

„Die zweite Nacht war auf der Psychiatrie - eine

ganz neue Erfahrung. Allerdings war es schon ein seltsames Gefühl, ganz alleine dort zu sein und eigentlich gar keine Ahnung von den Erkrankungen zu haben, geschweige denn von den Medikamenten, die ich verteilen musste. Mir wurden auch Aufgaben gegeben, von denen ich absolut keine Ahnung hatte, nur weil sie der Nachtdienst dort immer macht.“

Fazit

Die Einrichtungen selbst haben wesentlich dazu beigetragen, dass ihnen mehr und mehr Pflegefachpersonen ‚von der Fahne gehen‘. In Zeiten eines gravierenden und weiter zunehmenden Pflegefachpersonmangels steht es jedem frei, sich einen Arbeitgeber und Arbeitsplatz auszusuchen - auch in der Zeitarbeit. Was vorher festangestellte professionell Pflegende dort suchen, sind im Wesentlichen eine Grenze der Belastung und insbesondere stabile Dienstpläne, die ein zufriedenstellendes Privatleben erst ermöglichen. Der entscheidende Unterschied ist keineswegs das Geld. Leiharbeitnehmer/innen verdienen oft sogar etwas weniger als Kolleg/innen in Festanstellung mit Tarifgehalt. Allerdings können durchaus auch Pflegefachpersonen in der Leiharbeit einen übertariflichen Lohn aushandeln, wenn sie Berufserfahrung bzw. bestimmte Zusatzqualifikationen mitbringen.

Entscheidend wichtig wird sein, die Stammebelegschaften zu pflegen. Denn sie sind es, die den Druck abfangen und abfedern müssen – ob mit oder ohne Leiharbeitskräfte, die punktuell dazukommen. Wer Mitarbeiterorientierung, Personalentwicklung und Mitarbeiterbindung grob vernachlässigt, hat schnell die Zukunft des Unternehmens unwiederbringlich verspielt.

Der DBfK stellt fest:

Wenn der Teufelskreis in der Pflege, bestehend aus Unattraktivität des Berufs, niedrigem Lohnniveau, schlechter Vereinbarkeit mit Privat- und Familienleben, Personalmangel und gefährlicher, rationierter Pflege, nicht schnell, spürbar und nachhaltig durchbrochen wird, kann es mittel- und langfristig nicht gelingen, Menschen – ob jung oder älter – für diesen für die Gesellschaft so wichtigen Beruf zu gewinnen und sie möglichst lange und gesund darin zu halten.

Die Arbeitsbedingungen in der Pflege zeigen Folgen

Zeitdruck, Ungleichgewicht zwischen Arbeitsanfall und Personalressource und der Mangel an Erholungszeit gehen auf die Dauer nicht spurlos an den beruflich Pflegenden vorüber. Und der Dauer-Spagat zwischen dem, was in der täglichen Pflege zu leisten wäre und dem professionellen Berufsverständnis entspricht, und dem, was unter den gegebenen Umständen nur erbracht werden kann, führt zu ethischen Konflikten. Wenn solche Bedingungen lange andauern und keine Perspektive auf positive Veränderung erkennbar ist, macht das krank.

Die Gesundheitsreports der großen Krankenkassen weisen seit Jahren die Pflegeberufe als Branche mit hohem berufsbedingtem Erkrankungsrisiko aus. Besonders auffällig ist der steile Anstieg stressbedingter, psychischer Erkrankungen wie Burnout, Depressionen oder auch Suchterkrankungen. Wenn Pflegefachpersonen aus dem Beruf flüchten oder ihre Arbeitszeit von Vollzeit auf Teilzeit reduzieren, dann eben auch, um möglichst gesund bleiben zu können. Kaum jemand hat unter den heutigen Arbeitsbedingungen die Chance, das gesetzliche Rentenalter zu erreichen.

Das hat Folgen: Der ohnehin sich verschärfende Pflegepersonal-mangel wird noch dramatischer. Und die Altersabsicherung, die in Pflegeberufen sowieso meist nicht gerade üppig ausfällt, sinkt auf eine Rentenhöhe, die man als Altersarmut bezeichnen muss. Im Frauenberuf Pflege trifft dies vor allem Frauen.

Die Zahlen sprechen für sich:

September 2018: Der AOK-Fehlzeitenreport 2018 zeigt bei den Arbeitsunfähigkeitsdaten der Beschäftigten in den Pflegeberufen an: Der Krankenstand in dieser Berufsgruppe lag 2017 bei 6,8 Prozent, der Bundesdurchschnitt aller Branchen nur bei 5,3 Prozent. (Fehlzeiten-Report 2018 von AOK und WIdO, veröffentlicht am 04. September 2018)

August 2018: Die Bundestagsfraktion DIE LINKE hat in einer Kleinen Anfrage an die Bundesregierung

1. nach Berufsgruppen mit erhöhten Durchschnittszahlen der Erkrankungstage in der Diagnosegruppe psychische und Verhaltensstörungen, sowie
2. nach durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitstagen in o.g. Diagnosengruppe bei Beschäftigten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen gefragt (Fragen 3 und 4).

Die Antwort der Bundesregierung: „In der amtlichen Statistik werden die Arbeitsunfähigkeitstage von Mitgliedern nicht nach Berufsgruppen und Arbeitsstätten separat erfasst. Die Verbände der Krankenkassen hingegen erfassen Arbeitsunfähigkeitstage differenzierter. So werden beispielsweise im Fehlzeiten-Report 2017 der AOK Arbeitsunfähigkeitstage auf Basis der AOK-Daten für verschiedene Branchen und Krankheitsarten ausgewiesen. Für die Diagnosegruppe psychische und Verhaltensstörungen entfallen dort für das Jahr 2016 die meisten Arbeitsunfähigkeitstage auf folgende Berufsgruppen: Aufsichtskräfte im Hochbau (32,6 Tage), Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (29,7 Tage), und Berufe in der Altenpflege (29,4 Tage).“

August 2018: Beschäftigte in der Altenpflege werden doppelt so häufig erwerbs- oder berufsunfähig wie andere Berufsgruppen. Das ergab eine aktuelle Auswertung von Versichertendaten der Techniker Krankenkasse (TK) im Rahmen des TK-Gesundheitsreports. Demnach beziehen diese Berufsgruppen doppelt so häufig Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrenten aufgrund ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur als zu erwarten wäre.

Darüber hinaus liegt die Anzahl der Fehltag bei Beschäftigten in der Altenpflege mit 25,3 Fehltagen pro Versicherungsjahr deutlich über dem Durchschnitt der Erwerbepersonen. Dieser liegt bei 15,1 Tagen. Thomas Ballast, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der TK: „Die Zahlen sind alarmierend. Sie zeigen, dass viele Pflegekräfte gesundheitlich stark belastet sind und sogar ihren Beruf nicht mehr ausüben können. Es ist grundsätzlich gut, dass die Politik das Thema Pflege nun anpackt. Wir stehen hier jedoch vor einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, für die alle Beteiligten an einen Tisch müssen.“

Die TK schlägt einen „Masterplan Pflegeberufe“ vor, um die Arbeitsbedingungen am Bett zu verbessern und so die Attraktivität des Berufsbilds zu steigern. Ziel ist auch, dass die heute in der Pflege Beschäftigten länger in ihrem Beruf arbeiten können und dies öfter in Vollzeit tun. Neben einer höheren Vergütung und einer größeren Lohnspreizung sieht die TK auch bei der Entwicklung von Rückkehrangeboten, einer altersgerechten Arbeitsorganisation sowie dem Fördern neuer Karrierewege Handlungsbedarf. Diese Handlungsfelder werden von der Politik aktuell mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz adressiert. Für die Altenpflege sind neben zusätzlichen Stellen auch die Förderung digitaler Entlastungsmöglichkeiten, eine



verbesserte betriebliche Gesundheitsvorsorge und die Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf vorgesehen...(02.08.2018; Meldung der Techniker-Krankenkasse)

August 2018: Eine anhaltend hohe Arbeitsbelastung kann sich in der Folge negativ auf das körperliche und geistige Wohlbefinden der Mitarbeiter auswirken. Tatsächlich weist die Studie für Ärzte und Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern alarmierende Ergebnisse auf: 63% geben an, unter Auswirkungen der Arbeit auf die körperliche Gesundheit zu leiden und 68% nennen negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Dies sind die jeweils zweithöchsten und höchsten Werte europaweit. (Ergebnisse der Time to Care Studie, www2.deloitte.com)

März 2018: Der Krankenstandswert 2017 lag in der Branche Gesundheitswesen mit 4,7% an zweithöchster Stelle, überholt nur noch von „Verkehr, Lagerei und Kurierdienste“ mit 4,8%. Die Tendenz ist ansteigend, von 4,5% im Jahr 2016 auf 4,7% in 2017.

„Das hohe Krankenstandsniveau im Gesundheitswesen ist zu einem großen Teil auf stark belastende Arbeitsbedingungen zurückzuführen. Die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von Pflegenden wurden vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems im DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege und im DAK-BGW-Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege umfassend analysiert. Wesentliche Ergebnisse sind, dass Pflegenden noch immer überdurchschnittlich stark von Krankheiten und Gesundheitsstörungen betroffen sind. Dabei spielen Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen eine besonders wichtige Rolle. Beide Krankheitsarten stehen häufig im Zusammenhang mit Belastungen aus der Arbeitswelt, die sich durch geeignete betriebliche Präventionsmaßnahmen grund-

sätzlich reduzieren lassen.“ (DAK Gesundheitsreport 2018; Seiten 230 – 231)

Und nun – was tun?

Auch die Unternehmen der Gesundheitsbranche sind in den vergangenen Jahren nicht untätig geblieben in Sachen Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Prävention. Sie haben ihren Beschäftigten durchaus Angebote gemacht – häufig (mit)finanziert durch Krankenkassen und/oder steuersubventioniert. Rückenschule, Kurse zum Umgang mit Stress, Entspannungsübungen, Fitnesstraining – die Liste ließe sich beliebig fortsetzen. Warum steigen die Krankheitsausfälle in den Pflegeberufen dennoch weiter an? Warum sind viele der Angebote schlecht frequentiert?

Um es klar zu sagen: Überstrapazierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Seminare zur Selbstpflege anzubieten und gleichzeitig die Ursache – das Missverhältnis zwischen Arbeitsvolumen und Personalressource – unverändert zu lassen, muss den Beschäftigten wie Hohn vorkommen und verschärft die Probleme noch. Wer heute seine Mitarbeiter hemmungslos auspresst, wird morgen keine mehr haben und entzieht seinem Unternehmen die Existenzgrundlage. Dafür sorgt nicht nur die zunehmende Konkurrenz um die knappen und begehrten Fachkräfte, sondern auch der ausbleibende Berufsnachwuchs. Es rückt also kein Ersatz nach, wenn überlastete Pflegenden vorzeitig wegen berufsbedingter Erkrankung ausscheiden. Nicht nur deshalb sind Krankenhaus-, Heim- und Pflegedienstbetreiber gut beraten, alles daran zu setzen, dass ihr Pflegepersonal so lange und so gesund wie möglich seine Arbeit verrichten kann. „Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht!“ Damit das Fußballfeld strapaziöse Spieltage überstehen kann, braucht der Rasen Dünger, konsequente Pflege und Schonung zwischen

seinen „Belastungsspitzen“.

Dass sich (branchenübergreifend) Betriebe und Krankenkassen das Geld für zahlreiche gesundheitsfördernde Angebote vermutlich hätten sparen können, bestätigt auch eine Studie der Hochschule Fresenius⁶. Das Forscherteam unter der Leitung von Prof. Dr. Sabine Hammer kommt zu dem Ergebnis: „Die von uns untersuchten Zielgruppen nehmen diese Aktivitäten sehr häufig als unpassend wahr und empfinden sie teilweise auch als Bevormundung oder Einmischung des Arbeitgebers. Das lässt sich leicht nachvollziehen, wenn zum Beispiel einem körperlich hart arbeitenden Angestellten Fitnessstrainings als besonderes Angebot angekündigt werden. (...) Für unsere Gesprächspartner war entscheidend, dass sie das Gefühl haben, mehr zu leisten als sie zurückbekommen. Diese Wahrnehmung ist wissenschaftlich sehr gut untersucht und erhöht das Risiko, langfristig krank zu werden, erheblich.“ Eine häufig zu beobachtende Folge eines solchen lang anhaltenden Missverhältnisses zwischen Engagement und Belohnung ist, dass diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht nur häufiger krank werden, sondern sich auch in leichteren Fällen von Unwohlsein eher dafür entscheiden, sich krankschreiben zu lassen.

Führung und die Qualität des Arbeitsplatzes

Gute und wertschätzende Führung ist als Instrument der Mitarbeiterbindung gar nicht hoch genug einzuschätzen. Das zeigen Studien seit vielen Jahren in allen Branchen – und die Pflege ist da keine Ausnahme.

Anfang September 2018 erschien der **Fehlzeiten-Report 2018** von AOK und WIdO. Neben der statistischen Auswertung von Versichertendaten hatten sich die Wissenschaftler dem Zusammenhang zwischen „Sinn erleben“ bei der Arbeit und der Gesundheit der Beschäftigten gewidmet. Hier gibt es eine direkte Verknüpfung und Führungskräfte sollten dies beachten.

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wünschen sich von ihrem Arbeitsplatz vor allem...

- Sich dort wohlfühlen
- Gute Zusammenarbeit mit Kolleg/innen

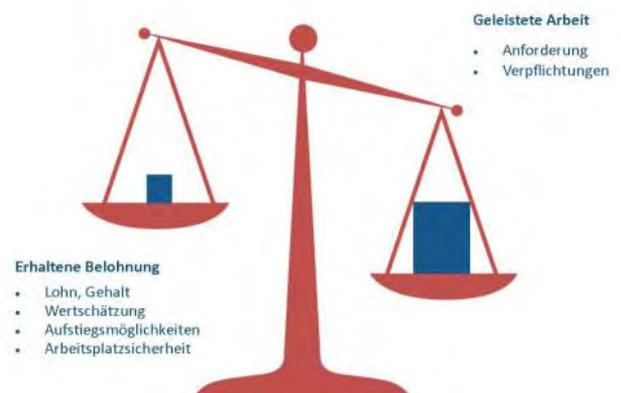
- Rückhalt durch das Unternehmen/gute Unternehmenskultur
- Ein gutes Betriebsklima
- Gute Beziehungen zu Vorgesetzten.

Leider zeigte die Studie, dass in den meisten Unternehmen die Lücke zwischen Wunsch und Wirklichkeit enorm groß ist. Das führt zu Demotivierung, Konflikten, schlechterer Arbeitsleistung, innerer Kündigung, Fluktuation und messbar höheren Krankheitsquoten.

Gerade von beruflich Pflegenden wird großes Engagement und hohe Einsatzbereitschaft erwartet. Sie können deshalb mit Recht ihrerseits Anforderungen stellen: an die Loyalität des Arbeitgebers, die Qualität und Kompetenz von Führung, das Unternehmens- und Teamklima, die Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit der Vorgesetzten, an Respekt und Anerkennung für das Geleistete.

Wie kommt es zu innerer Kündigung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern? Innere Kündigung ist die Reaktion auf eine subjektiv wahrgenommene Diskrepanz zwischen Soll und Ist, entstanden durch Verletzung des sogenannten inneren Vertrags durch Vorgesetzte bzw. den Arbeitgeber. Dieser Vertrag wird auch „psychologischer Vertrag“ genannt, er beinhaltet die wechselseitigen impliziten Erwartungen und Angebote und ist Kern der Beziehung zwischen dem Unternehmen und seinen Beschäftigten.

Andere Theorien basieren auf dem Konzept von Reziprozität bzw. Gratifikationskrise (nach Siegrist, 1996) in der Arbeitswelt. Während Reziprozität ein ausgeglichenes Verhältnis von geleisteter Arbeit und dafür erhaltener Belohnung beschreibt, zeigt die Grafik die ausgeprägte Unausgewogenheit der Gratifikationskrise:



⁶ <http://tinyurl.com/y3f5xvha>

Führungsstile, die Wohlbefinden und Engagement am Arbeitsplatz fördern können⁷:

Transaktionaler Führungsstil:

- Grundlage ist die Austauschbeziehung zwischen Führungskraft und Beschäftigten
- Gegenseitige Erwartungen werden abgesprochen, anschließend werden Ziele vereinbart, bei deren Erreichen eine Belohnung erfolgt
- Führungskraft kontrolliert Zielerreichung und überwacht Vorgänge und Abläufe
- Variante: Führungskraft ist sehr zurückhaltend, greift nur bei auftretenden Problemen ein.

Transformationaler Führungsstil:

- Auch als werteorientierter Führungsstil bezeichnet
- Transformationale Führung ist ganzheitlich ausgerichtet, das heißt, die Führungskraft hat die gesamte Persönlichkeit des oder der Beschäftigten im Blick
- Transformationale Führung versucht Ziel- und Anspruchsniveau der Beschäftigten zu beeinflussen, ihre Werte und Motive auf eine höhere Ebene zu heben; Mittel dazu sind:
 - ⇒ Intellektuelle Stimulation, das heißt, die Führungskraft ermuntert die Beschäftigten, neue Wege der Problemlösung zu beschreiten und die eigenen Einstellungen und Werthaltungen zu reflektieren
 - ⇒ Idealisierender Einfluss, das heißt, die Führungskraft übt durch ihr ethisch vorbildliches Verhalten und Handeln positiven Einfluss auf die Beschäftigten aus
 - ⇒ Individualisierte Mitarbeiterorientierung, das heißt, die Führungskraft behandelt nicht alle Beschäftigten gleich, sondern berücksichtigt die Bedürfnisse und Anlagen jeder einzelnen Person und stärkt so deren Selbstvertrauen.

Ethische Führung:

- Hat Parallelen zur transformationalen Führung
- Ist geprägt von den persönlichen Eigenschaften der Führungsperson, die ehrlich, fürsorglich, prinzipienorientiert ist und nachvollziehbare Entscheidungen trifft

- Zeichnet sich durch regelmäßige Kommunikation der Führungskraft mit den Beschäftigten über Ethik aus, wobei klare ethische Regeln aufgestellt werden, deren Einhaltung beziehungsweise Nichteinhaltung belohnt beziehungsweise bestraft wird
- Manifestiert sich im vorbildlichen Verhalten der Führungskraft, die ihre ethischen Vorgaben selbst lebt.

Authentische Führung:

- Zeichnet sich durch ausgewogene Informationsverarbeitung der Führungskraft aus, die alle Informationen unvoreingenommen analysiert
- Führungskraft hat moralische Kategorien verinnerlicht und folgt diesen bei Entscheidungen
- Führungskraft zeigt ihr wahres Selbst und teilt auch Gefühle und Gedanken mit
- Setzt bei der Führungskraft die Fähigkeit zur Selbstreflexion voraus, ebenso die Bereitschaft, den eigenen Stärken und Schwächen nachzugehen und sie zu verstehen.

Tipps und Instrumente für den Alltag in Führungspositionen⁸

Positiver Loop

Das wichtigste Instrument: die positive Unterstellung, auch „positiver Loop“ genannt, weil so auch die erforderliche Rückkoppelung deutlich wird. Wenn Sie gezielt die positiven Anteile aus der Reaktion eines Gegenübers herausfiltern und diese adressieren, besteht eine große Chance, dass der andere sich ebenfalls selbst in Bewegung setzt und an einer guten Lösung mitarbeitet. Nehmen Sie diese Haltung gegenüber jemandem ein, der Ihnen bisher gleichgültig oder abweisend begegnete, werden Sie feststellen, dass er sich zu bewegen beginnt. Anders ausgedrückt: Jemandem positiv zu begegnen ist eine strategische Entscheidung.

Fahrersitz

Was ich tue und was mein Gegenüber tut oder lässt, ist Ausdruck einer persönlichen Entscheidung. Selbstverantwortung heißt, in jeder Situation das Steuer in der Hand zu behalten – und das auch vom Gegenüber zu erwarten.

⁷ Nach Scheibner, N. et al (2016). iga.Report 33 Engagement erhalten – innere Kündigung vermeiden, S. 37

⁸ Nach Cevey, B. (2018) „Wie sage ich’s meinen Mitarbeitern?“, in pressgespräch Ausgabe 4/18, S. 69

Realitätsanker

Die Realität führt, nicht der/die Vorgesetzte. Ziele und Absprachen werden aus der betrieblichen Realität abgeleitet. Die Macht des Faktischen ersetzt den persönlichen Druck. Das gilt auch für laterale Führung (= Führen ohne formale Weisungsbefugnis).

Zielprojektion

Nur selbst generierte Ziele sind nachhaltig wirksam. Handlungsschritte werden vom Zielverantwortlichen selbst aus dem Ist-Zustand bei Zielerreichung abgeleitet und nicht vom Führenden vorgeschlagen.

Überzeugungssog

Wer nur widerwillig zustimmt, steigt bei nächster Gelegenheit wieder aus. Das Gegenüber muss aktiv „ja“ sagen. Das erfordert Zeit, Geduld und überzeugende Argumente.

Masterplan für Gespräche

Viele Gespräche sind zu wichtig, um sie der Improvisation zu überlassen. Gute Vorbereitung, das Wissen um die emotionale Dynamik in der Kommunikation und die Kontrolle eigener direkter Impulse sind erfolgsentscheidend. Aus der Perspektive der Führungskraft: Ich gehe mit einem klaren Plan ins Gespräch, von der Themenklärung zu Beginn über die Einigung auf eine gemeinsame Realität, den Umgang mit Einwänden, das Herausarbeiten des konkreten Ziels und das Absichern der Zustimmung der Beteiligten zum Abschluss.

Gute Aussichten beim Gespräch mit der/dem Vorgesetzten

Sie sind unzufrieden mit Ihrem Arbeitsplatz. Sie haben wiederholt versucht, die Probleme anzusprechen und an einer Verbesserung mitzuwirken, leider vergeblich. Sie leiden unter der Situation und rechnen nicht mehr damit, dass sich etwas verändern wird. Und trotzdem schaffen Sie es nicht, die Notbremse zu ziehen, Grenzen zu setzen und persönliche Konsequenzen in Angriff zu nehmen. Warum?

Jede Veränderung birgt Risiken, vor denen man Angst hat. Gleichgültig, ob die mögliche Alternative zum schlechten Arbeitsplatz eine andere Aufgabe im eigenen Unternehmen, ein Arbeitgeberwechsel oder ein Berufsausstieg ist: Neuanfänge bewältigt man nicht mit links. Es könnte ja auch schief gehen. Was man hat weiß man, kann man einschätzen; was man bekommt, vermutet oder hofft man nur. Aber es kommt

der Tag, an dem man einen kritischen Punkt erreicht hat und eine Entscheidung treffen muss, bevor echte berufliche Chancen ungenutzt verstreichen oder ein Alter erreicht ist, das keinen Richtungswechsel mehr ermöglicht. Dann sollten Sie es versuchen, ehe Sie sich für den Rest Ihres Lebens Vorwürfe machen, gute Gelegenheiten verpasst zu haben.

Aber wie packt man das an? Sich selbst „vermarkten“, sich in ein gutes Licht rücken, seine Stärken, Talente und Fähigkeiten offensiv zeigen, ohne unsympathisch zu wirken, ohne zu übertreiben? Für sich selbst die Werbetrommel zu rühren ist vielen Menschen höchst unangenehm.

Der Arbeitsmarkt für Pflegefachpersonen hat sich in den vergangenen Jahren grundlegend gewandelt. Händeringend suchen Arbeitgeber nach qualifiziertem Pflegepersonal, und sind bereit, viel Geld dafür aufzuwenden. Da werden nicht nur hohe Prämien, sondern auch übertarifliche Zulagen und weitere „Bonbons“ geboten. Das verschafft wechselwilligen und wechselmutigen Pflegefachpersonen eine Marktmacht, von der sie vorher viele Jahre allenfalls träumen konnten. Anders ausgedrückt: Arbeitgeber treten als Bewerber bei den Fachkräften an, nicht wie bisher umgekehrt.

Warten Sie nicht darauf, dass irgendwann einmal jemand darauf aufmerksam wird, welche gute Arbeit und wie viele Überstunden Sie leisten. Sie tragen auch Personalverantwortung für sich selbst und müssen sich empfehlen. Männer treten dabei meist deutlich selbstbewusster auf, Frauen neigen dagegen dazu, ihr Licht unter den Scheffel zu stellen, die eigene Leistung herunterzuspielen und als völlig selbstverständlich anzusehen. Viele Frauen meinen, sie müssten perfekt sein. Sie bewerben sich erst dann für eine höhere Position, wenn sie glauben, die Anforderungen zu 200% erfüllen zu können. Bis dahin ist die Stelle aber längst besetzt - wahrscheinlich von einem Mann.

Egal, ob es um das Gespräch und Verhandlungen mit dem eigenen oder einem künftigen Arbeitgeber geht, wichtig ist die gute **Vorbereitung**. Beantworten Sie sich selbst vorab einige Fragen: Betrachten Sie den/die Gesprächspartner/in eher als Freund oder als Gegner? Ist Ihr Ziel eher eine Einigung oder ein Sieg? Wollen Sie auf Ihrer Ausgangsposition bestehen oder wären Sie auch bereit, Zugeständnisse zu machen? Wo stehen Sie jetzt und wo wollen Sie hin? Sind Ihre Erwartungen überhaupt realistisch? Zu welchen Konsequenzen wären Sie im Falle eines ungünstigen Gesprächsverlaufs bereit, haben Sie mindestens eine Alternative vorbereitet? Sammeln Sie solide Zahlen



und Fakten zu den Aspekten, die Sie ansprechen wollen. Berücksichtigen Sie die Branchen- und die Unternehmenssituation. Und legen Sie Ihre persönliche „Leistungsmappe“ an, also Beispiele, welche Erfolge Sie in den letzten Monaten oder Jahren erzielen konnten bzw. welche besonderen Aufgaben Sie übernommen haben. Solche Argumente brauchen Sie.

Wenn Sie einen Aufstieg oder eine andere Position anstreben, sollten Sie im Vorfeld Ihr **persönliches Netzwerk** aufbauen. Wer kann mir diese oder jene Information liefern, wer ist seinerseits gut vernetzt, wer hat Einfluss? Hören Sie sich um, schauen Sie im Intranet oder an betriebsinternen Aushängen nach, welche Stellen ausgeschrieben sind oder werden sollen. Knüpfen und pflegen Sie Kontakte, um an Informationen zu kommen. Stellen Sie die Weichen für Ihre Karriere. Nutzen Sie frühzeitig und gezielt Fort- und Weiterbildungsangebote, um zusätzliche Kenntnisse zu erwerben, reichen Sie die so erworbenen Zertifikate bei den entsprechenden Entscheidern im Unternehmen ein, damit man von Ihrer Kompetenz erfährt. Signalisieren Sie, dass Sie weiterkommen wollen, beteiligen Sie sich lieber an einem innovativen Projekt mit Renommee statt ständig Fleißaufgaben zu erledigen. Trauen Sie sich etwas zu und denken Sie daran: Erfolg beginnt im Kopf. In die meisten Aufgaben wächst man hinein.

Wählen Sie für ein solches Gespräch einen geeigneten **Zeitpunkt**. Lassen Sie sich für Ihr Gespräch mit der/dem Vorgesetzten nach Möglichkeit einen frühen Morgentermin geben, dann hat Ihr Anliegen die Chance, auf frischen und unbesetzten „Boden“ zu treffen.

Sie selber sollten ausgeschlafen und natürlich pünktlich am Treffpunkt erscheinen.

In der Gesprächssituation selbst achten Sie auf Ihre **Körpersprache**. Nehmen Sie in Ruhe Platz, die Füße fest auf dem Boden, das signalisiert Sicherheit. Gesten mit den Händen unterstreichen das Gesagte – und vermitteln im Gespräch einen überzeugenden Eindruck. Schauen Sie den/die Gesprächspartner/in an, antworten Sie nicht überhastet, sondern gelassen und überlegt. Hilfreich ist eine bewusste und tiefe Brust-Bauch-Atmung. Dadurch wird das Gehirn wacher, weil es mehr Sauerstoff bekommt, und die Anspannung lässt nach. Auch kurze Pausen sind wichtige Elemente eines Gesprächs, versuchen Sie sie nicht zu überspielen. Dass Sie vor einem solchen Gespräch etwas nervös sind ist völlig normal. Damit Sie nicht verunsichert wirken, können Sie die Gesprächssituation üben: vor dem Spiegel oder auch mit einem vertrauten „Sparringspartner“. Und die Kleidung? Sie sollten sich nicht „verkleiden“, sondern authentisch auftreten, so fühlen Sie sich sicher. Aber denken Sie auch daran, dass Ihr Erscheinungsbild eine Menge über Sie aussagt. Wenn Sie also über einen Aufstieg oder mehr Gehalt verhandeln wollen, sollten Sie nicht nach Schichtende in der verschwitzten Dienstkleidung bei der/dem Vorgesetzten antreten, sondern sich die Zeit für eine kleine „Rundumerneuerung“ nehmen.

Lassen Sie sich nicht gleich entmutigen, wenn nach dem Gesprächseinstieg schnell Argumente kommen wie „Es ist kein Geld da!“ oder „Dem Unternehmen geht es momentan schlecht, da sind keine Spielräume gegeben“. Das sind die klassischen Argumente, mit

denen Sie rechnen müssen. Aber wenn im Unternehmen kein Geld vorhanden wäre, müsste Konkurs angemeldet werden. Was in der Regel fehlt ist die Bereitschaft, Geld in die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu investieren. Häufig ist eine solche Antwort auch ein Versuchsballon der/des Vorgesetzten: Mal schauen, ob der Mitarbeiter die Kröte schluckt – oder ob es ihm überhaupt wirklich ernst ist mit seinem Anliegen. Bleiben Sie ruhig und sachlich, aber verlieren Sie Ihr Ziel nicht aus den Augen. Im Gesprächsverlauf werden Sie merken, ob grundsätzlich eine Bereitschaft zum Entgegenkommen besteht und was Sie und Ihr Know-How, Ihre Leistung dem Gegenüber wert sind.

Hier profitieren beide Seiten

Worüber lässt sich mit dem/der Vorgesetzten verhandeln? Über eine Beförderung, einen Wechsel der Aufgaben, mehr Lohn, Änderungen des Arbeitsvertrags, Nebenabreden zum Arbeitsvertrag usw. Es gibt aber auch eine Reihe weiterer „Incentives“ (Anreize), die ein Arbeitgeber Beschäftigten gewähren kann und die je nach persönlicher Situation durchaus attraktiv und lukrativ sind. Zugegeben, noch sind solche Angebote rar in den Stellenanzeigen, mit denen in Deutschland Pflegefachpersonen gesucht werden. Industriebetriebe sind da schon deutlich fortschrittlicher. Aber hin und wieder findet man auch in Pflegefachzeitschriften oder Online-Stellenbörsen unter der Rubrik „Wir bieten“ zusätzliche Arbeitgeberleistungen, die für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter interessant sein können. In manchen Fällen gelten Vergünstigungen sogar nicht nur für die Beschäftigten selbst, sondern können auch von deren nahen Angehörigen in Anspruch genommen werden. Einige Beispiele:

Geld: Gehalt in Höhe geltender Tarifverträge sollte die Grundlage sein; Erfolgs- und/oder Unternehmensbeteiligung; Bonuszahlungen; Begrüßungsgeld; Anwerbeprämien; Jahressonderzahlungen (Urlaubs- und Weihnachtsgeld); Zulagen für Wechselschichten, Arbeit in der Nacht bzw. an Sonn- und Feiertagen; Zulagen für besondere Aufgaben und Leistungen...

Rabatte: Durch den Arbeitgeber vermittelte günstige Rahmenverträge für Versicherungen; ermäßigte Tickets für Veranstaltungen (Sport, Theater...); preisgünstiges Einkaufen von Körperpflegemitteln, Baby-nahrung, Babywindeln, Inkontinenzprodukten oder nicht rezeptpflichtigen Medikamenten über die Klinika-potheke.



Verpflegung: Kostenlose Snacks und Getränke bei der Arbeit; Zuschuss zum oder kostenloses Mittagessen in der Unternehmenskantine; Mahlzeiten zum Mitnehmen.

Unterstützung in Notsituationen: z.B. bei Krankheit, Verschuldung, Katastrophen, Kriminalitätsoffern ...; in Form von zinslosen Darlehen, Sonderurlaub, Coaching, Wohnungsbeschaffung, Sucht- und Krisenberatung...

Betriebliche Altersvorsorge: Nach einer gesetzlichen Neuregelung in 2002 hat jede/r Beschäftigte einen Rechtsanspruch auf Entgeltumwandlung, also darauf, dass der Arbeitgeber einen Teil des Gehalts für sie/ihn in einen Vertrag einzahlt. Damit soll die Quote der Betriebsrentner/innen steigen, um die in der gesetzlichen Rente drohenden Lücken zu schließen. Näheres dazu findet sich im Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung BetrAVG.

Hilfen rund ums Wohnen: Preisgünstige Personalapartements, Mietzuschuss, Wohnungsvermittlung, Umzugsplanung, Übernahme der Umzugskosten, Handwerkerservice, Wäscheservice (die Betriebswäscherei kann auch privat genutzt werden), Hol- und Bringedienst zu Kita und Schulen, Kinderbetreuung entsprechend der Schichtzeiten.

Gesundheitsförderung: Steuerfrei nach § 3 Abs. 34 EStG sind „...zusätzlich zum ohnehin geschuldeten Arbeitslohn erbrachte Leistungen des Arbeitgebers zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken und zur Förderung der Gesundheit in Betrieben, die hinsichtlich Qualität, Zweckbindung, Zielgerichtetheit und Zertifizierung den Anforderungen der §§ 20 und 20b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genügen, soweit sie 500 Euro im Kalenderjahr nicht übersteigen.“ Ein Ende März 2019 durch den Bundesfi-

nanzhof ergangenes Urteil zeigt, wie dies auszulegen ist: Wenn Arbeitgeber Kurse zur *allgemeinen* Gesundheitsvorsorge bezahlen, gilt dies als sogenannter steuerbarer Arbeitslohn - in Abgrenzung zu den im § 3 EStG beschriebenen tätigkeitsbezogenen Präventivangeboten, die der Beschäftigte nicht zu versteuern braucht.

Job-Ticket: Ob Barzulage oder Sachbezüge - seit 1. Januar 2019 sind Arbeitgeberleistungen für Beschäftigte, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln zur Arbeit fahren, wieder von der Besteuerung befreit. Steuerfrei bleiben allerdings nur solche Leistungen, die zusätzlich zum sowieso geschuldeten Arbeitslohn erbracht werden, keine lediglich durch Umwandlung finanzierten. Wegen der Steuerbefreiung nach § 3 Nr. 15 EStG fällt der geldwerte Vorteil für die Überlassung eines Job-Tickets jetzt nicht mehr unter die monatliche Freigrenze für Sachbezüge in Höhe von 44,- Euro. Allerdings werden die Leistungen auf die Entfernungspauschale angerechnet.

Fördern von Spaß und Teamgeist: Weihnachtsfeier, Betriebsausflug, Sommerfest, Abteilungsfest, Unternehmensmannschaften, Marathon-Teams, Mitarbeiterhobbygruppen, Rentnertreff, Mitarbeiterstammtisch, gemeinsames Feiern von Erfolgen.

Kommunikationskultur: Betriebsversammlungen, Mitarbeiterzeitschrift, Intranet ... inkl. erforderlicher Arbeitszeit zur Nutzung; Sicherstellung, dass Informationen ankommen (z.B. bei Nachtarbeiter/innen, Mitarbeiter/innen mit Migrationshintergrund).

Sonstige Anreize: Dienstwagen bzw. dienstliches E-Bike - auch zur privaten Nutzung, Mobiltelefon inkl. Vertrag, regelmäßige Auszeichnungen (Mitarbeiter/in des Monats), Arbeitgeber-Zuschuss zu Gesundheitskosten (Zahnersatz, Brille, alternative Therapien wie z.B. Akupunktur, Gebühren Fitnesscenter), Beihilfen für Hochzeit und Geburt, innovative Gestaltung von Elternzeit, Wiedereinstiegskonzepte, Rückkehrgarantien, kostenloser Mitarbeiterparkplatz, Freistellung (begrenzte Stundenzahl pro Jahr) für gemeinnützige ehrenamtliche Arbeit, Hausaufgabenbetreuung, Ehrung für langjährige Mitarbeit, Blumenstrauß zur Begrüßung neuer Mitarbeiter/innen, Kongressbesuche, Raucherentwöhnungsprogramm, Fahrsicherheitstraining, Sprachkurs, Wellnessstage, Einkaufsgutscheine als Geburtstagsgeschenk usw.

Es gibt unendlich viele Möglichkeiten, gegenüber Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Wertschätzung und Anerkennung zum Ausdruck zu bringen, pflegerische Arbeitgeber haben da durchaus noch aufzuholen. In vielen Fällen können solche Arbeitgeberleistungen auch steuermindernd eingesetzt werden. Nebenleistungen und ihre Wirkung sind allerdings gesellschaftlichen Entwicklungen unterworfen. Während einige an Bedeutung gewinnen, werden andere mit der Zeit unwichtiger.

Ich bin an meinem Arbeitsplatz ein Leistungsfaktor, weil...

... ich die Frau für alle Fälle bin. Als Leitung bin ich für alles zuständig - Medikament fehlt, Personal fällt aus, Gerät defekt, Arzt braucht Coaching, Schüler Anleitung, Patienten Zuwendung, Angehörige möchten Auskunft oder beschweren sich, Kollegen beraten u.v.m.

Petra Giannis, Stationsleitung Geriatrie



MANIFEST DER PFLEGE BERUFE

„ICH BRINGE VOLLEN BERUFLICHEN EINSATZ – IM DIENST“
MEIN BERUF: PFLEGEN

www.dbfk.de | facebook.com/dbfk.de | twitter.com/DBfK_Pflege

MANIFEST DER PFLEGE BERUFE

„ICH BRINGE VOLLEN BERUFLICHEN EINSATZ – IM DIENST“

Grenzüberschreitungen wie Eingriffe in meine Freizeit von außen sind in meinem Beruf an der Tagesordnung. Aber niemand kann ohne Erholung vollen Einsatz bringen. Der Respekt vor der Würde und Individualität der Menschen, die ich pflege, ist für mich eine Selbstverständlichkeit. **Ich will, dass auch mir dieser Respekt entgegengebracht wird.**

„Ich bin schon lange im Beruf, aber so schlimm wie jetzt war es noch nie. Ständig werde ich im Frei angerufen und soll einspringen. Die Kolleginnen tun mir ja leid, ich will sie nicht im Stich lassen. Aber ich brauche den Abstand zum Beruf und die Erholungszeit so dringend. Dauernd bekomme ich Streit mit meinem Mann, weil wir kaum noch etwas gemeinsam unternehmen können. Nein, lange halte ich solche Bedingungen einfach nicht mehr aus.“

Maria Sch., Gesundheits- und Krankenpflegerin

www.dbfk.de | facebook.com/dbfk.de | twitter.com/DBfK_Pflege

Arbeitszeit und Dienstplan

Ende September 2018 erklärte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in einem Interview, zur Lösung des Pflegefachkräftemangels müssten die Beschäftigten in der Pflege zur Mehrarbeit bewegt werden. Darüber hinaus betonte er, am Geld alleine liege es nicht, dass es zu wenige Pflegekräfte auf dem Arbeitsmarkt gäbe. Auch die Organisation der Arbeit sei verbesserungsfähig: „Faire Schichtpläne, verlässliche Arbeitszeiten, auch mal drei, vier freie Tage am Stück. **Derzeit ist die Pflege der am wenigsten planbare Beruf, den es gibt.**“

Nun kann wirklich niemand für sich beanspruchen, dass dies eine neue Erkenntnis sei, auch der Minister nicht. Und mehrere seiner Vorgänger hätten hierzu bereits Handlungsbedarf erkennen und Veränderungen zum Positiven einleiten können und müssen. Ganz so einfach, wie Minister Spahn es sich vorstellt, wird es mit den verlässlichen Dienstplänen womöglich dann auch nicht werden. Denn die Probleme haben eine lange Vorgeschichte und zahlreiche Ursachen.

Während die Arbeitgeberseite argumentiert, man wür-

de ja gern Fachkräfte einstellen, wenn der Bewerbermarkt dies nur hergebe bzw. das Personal vollständig refinanziert würde, hat es die Politik zu verantworten, die falschen Anreize gesetzt und bisher nicht korrigiert zu haben. Heute zählt im deutschen Gesundheitswesen nicht, was der pflegebedürftige Mensch braucht und was ihm nützen kann, sondern wie man am meisten an ihm verdient. Die Folgen dieses „Wertewandels“ treffen hilfesusuchende Menschen und Beschäftigte in der Pflege gravierend: Versorgungsmängel und –risiken haben enorm zugenommen, trotz Arbeit im Dauerlauf können die chronisch überlasteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihren Pflegeaufgaben längst nicht mehr gerecht werden. Geltendes Arbeitsrecht wird vielfach missachtet, kurzfristige Dienstplanänderungen, Holen aus dem Frei bzw. Urlaub sowie zahllose bezahlte wie unbezahlte Überstunden sind zur Normalität geworden, ruinieren die Gesundheit und die Motivation der Pflegefachpersonen und schrecken junge Menschen von diesem Berufsweg ab.

„Der Respekt vor der Würde und Individualität der

Menschen, die ich pflege, ist für mich eine Selbstverständlichkeit. Ich will, dass auch mir dieser Respekt entgegengebracht wird!“ Im dritten Monat der Aktion „Mein Beruf: Pflegen“ haben wir zu den Themen Dienstplan und Arbeitszeit u.a. auch Elemente der erfolgreichen DBfK-Aktion „Mein Recht auf Frei“ aus 2016 noch einmal aufgegriffen. Denn leider haben sich deren Inhalte und Forderungen noch immer nicht erledigt – ganz im Gegenteil.

ICN: Evidenzbasierte sichere Pflegepersonalausstattung

Seit langem gibt es umfassende Evidenz über den direkten Zusammenhang zwischen quantitativer und qualitativer Ausstattung mit Pflegepersonal und den Versorgungsergebnissen sowie der Patienten- und Bewohnersicherheit im Gesundheitswesen. Wer am Pflegepersonal spart, riskiert höhere Sterblichkeit und trägt die Verantwortung für ernste und dauerhafte gesundheitliche Schäden bei Klienten und Mitarbeitern. Das lassen sowohl unser Grundgesetz mit Artikel 1 „Die Würde des Menschen ist unantastbar“ und Artikel 2 „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ als auch die Sozialgesetzgebung nicht zu – dennoch geschieht es tagtäglich. Mit seinem im August 2018 herausgegebenen Positionspapier fordert ICN deshalb auch die in Deutschland in Politik und Unternehmen Verantwortlichen eindringlich auf, weit mehr als bisher in sichere, effektive und am Pflegebedarf orientierte Pflegepersonalausstattung zu investieren, um die Outcomes nachhaltig zu verbessern und gute Arbeitsbedingungen zu schaffen. Angesichts der zunehmenden Berufsflucht, hoher Krankheitsausfälle bei Pflegepersonal und dem sich verschärfenden Pflegefachkräftemangel führt daran ohnehin jetzt und in Zukunft kein Weg vorbei.

Das Positionspapier richtet sich mit Empfehlungen an alle im System Beteiligten und benennt u.a. wichtige Schlüsselprinzipien einer evidenzbasierten, sicheren Pflegepersonalausstattung:

- Orientierung an wechselnden Bedarfen von Klienten und der Bevölkerung
- Einsatz robuster und valider Planungssysteme und Strategien für den Personaleinsatz
- Evidenz und Transparenz
- Valide und aktuelle Datenbasis

- Benchmarking und Best-Practice-Bezug
- Untergrenzen, die Sicherheit gewährleisten
- Keine Entscheidung ohne die Pflegeleitung
- Kontinuierliche Forschung, ...

Das vollständige Positionspapier „Evidenzbasierte sichere Pflegepersonalausstattung“ in deutscher Übersetzung gibt es hier als Download: <https://tinyurl.com/yc9dfnul>.

Personalbemessung - Grundlagen im Sozialrecht

§ 70 SGB V: Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

„Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.“ (§ 70 Abs. 1 SGB V)

Aus § 39 SGB V zur Krankenhausbehandlung:

„Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung.“ (§39 Abs. 1 SGB V)

§ 4 SGB XI: Art und Umfang der Leistungen

(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sowie Kostenerstattung, soweit es dieses Buch vorsieht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird. (...)

(3) Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige haben darauf hinzuwirken, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

Aus all dem folgt – und so sehen das auch Rechtskommentatoren:

Die Leistungserbringer schulden eine bedarfsgerechte Pflege, die sich am Pflegebedarf der individuellen Person, an Art und Schwere der Erkrankung und an der fachlich gebotenen Qualität („state of the art“ – evidenzbasierter Standard) auszurichten hat. Die Pflege muss gleichmäßig und wirksam sein. Damit sind die Anforderungen an die Personalbemessung sowohl quantitativ wie qualitativ gesteckt.

Häufige Fragen zum Dienstplan

Muss ich in meinem Frei einspringen, wenn der Dienstplan aushängt?

NEIN! Dienstverpflichtung ist ein militärischer Begriff, der im privaten Arbeitsrecht nicht gilt. Das Direktionsrecht des Arbeitgebers gilt nicht in der Freizeit des Arbeitnehmers. Wenn ein/e Mitarbeiter/in im Frei angerufen wird und einspringen soll, kann das nur als Bitte, nicht als Anordnung erfolgen. Ein NEIN muss der/die Gefragte auch nicht begründen.

Der Arbeitgeber hat nach § 106 Gewerbeordnung das Weisungsrecht, über Inhalt, Ort und Zeit der Arbeitsleistung nach billigem Ermessen näher zu bestimmen. Wird die Arbeit durch einen Dienstplan geregelt, hat der Arbeitgeber mit Bekanntgabe des Dienstplans dieses Weisungsrecht wirksam ausgeübt. Das heißt, nach Bekanntgabe des Dienstplans sind Veränderungen nur noch mit Einverständnis des Arbeitnehmers möglich. Ein spontanes Wegschicken nach Dienstantritt, um Sie für ein paar Stunden später wieder einzubestellen, entspricht z.B. nicht billigem Ermessen.

Selbst bei Abrufmitarbeitern muss ein Einsatz vier Tage im Voraus angekündigt werden. Da strukturelle Personalknappheit kein allgemeiner ziviler Katastrophenfall ist, sondern zum Betriebsrisiko des Arbeitgebers gehört, kann hier niemand dienstverpflichtet werden.

Die Nachtschicht meldet sich krank und die PDL findet keinen Ersatz, so dass die Pflegefachperson des Spätdienstes bleiben und die Nachtschicht auch noch übernehmen soll. Ist das rechtens?

§ 3 Arbeitszeitgesetz begrenzt die Arbeitszeit an einem Werktag auf höchstens 10 Stunden. Eine solche Doppelschicht ist demnach ein Verstoß des Arbeitgebers gegen den Arbeitsschutz, der mit Bußgeld oder



sogar Freiheitsstrafe geahndet werden kann. Ein Notfall liegt bei kurzfristigem Personalausfall nicht vor. Das bedeutet, dass Sie nach 10 Stunden Arbeitszeit gehen könnten, ohne arbeitsrechtliche Konsequenzen fürchten zu müssen. Natürlich müssen aber die Patient/innen versorgt sein, dafür hat die PDL zu sorgen.

Sie könnten also genau das ankündigen: Dass Sie weiterarbeiten, aber nur bis zum Erreichen der 10 Stunden. Bis dahin muss die PDL eine Lösung gefunden haben. Und wenn sie selbst bleibt.

Das Gewerbeaufsichtsamt ist für den Arbeitsschutz zuständig. Sie können dort die Verstöße melden. Das Amt würde dann eine Anlassprüfung in Ihrem Haus durchführen, immerhin ein Warnschuss und höchst unangenehm für die Leitung. Ihr Name wird vom Amt nicht bekannt gegeben.

Eine Pflegefachperson erhält morgens einen Anruf durch eine Kollegin, dass der Nachtdienst ausgefallen sei und sie als Spätdienst die anschließende Nachtbereitschaft mit übernehmen müsse. Ist das zulässig?

Der Spätdienst endet regulär um 20 Uhr, den zusätzlichen Nachtdienst lehnt die Mitarbeiterin mit vollem Recht ab. Daraufhin teilte die anrufende Kollegin mit, dass der Spätdienst eine Dienstanweisung bekäme, wenn er nicht einspringen würde.

Ganz deutlich: Eine Dienstanweisung kann nicht durch Kollegen und nicht in der Freizeit erfolgen. Dennoch berichten Pflegendе häufig darüber, dass sie von Kolleg/innen aufgefordert werden, außerhalb der im Dienstplan vorgesehenen Dienste weitere Schichten zu übernehmen.

In diesem Fall hat die Pflegefachperson des Spätdienstes ab 20 Uhr frei, denn sie hat bereits einen kompletten Dienst geleistet. Es liegt hier auch kein

Notfall im Sinne des Gesetzes vor. Es ist die Aufgabe der Unternehmensleitung, Vorsorge für kurzfristigen Personalausfall zu treffen.

Bereich Funktionsdienste: Ab 17 Uhr beginnt die Rufbereitschaft. Künftig sollen die Pflegefachpersonen in ihrem regulären Frei rufbereit sein - ohne Vergütung. Muss ich das akzeptieren?

Die OP-Pflegeleitung möchte die Zuschläge für Rufbereitschaft einsparen. Mitarbeiter sollen sich im Freibereithalten, bei eventuellen Personalausfällen oder vermehrtem Arbeitsanfall gerufen zu werden und die Unterdeckung kurzfristig abzufedern.

Eine solche Personalreserve von Mitarbeiter/innen, die sich laut Dienstplan regulär im Frei befinden, ist nicht zulässig. Auch wenn Rufbereitschaft zur Ruhezeit zählt, ist der/die Mitarbeiter/in dennoch an gewisse Verhaltensweisen gebunden und kann seine/ihre Freizeit nicht frei für sich gestalten und nutzen.

In einem vergleichbaren Fall soll auf einer Intensivstation wegen Personalmangels ein Stand-By-Dienst eingeführt werden. Künftig sollen sich die Mitarbeitenden an vier ihrer freien Tage im Monat morgens zwischen 6 und 7 Uhr telefonisch abrufbereit halten - ohne Vergütung. Vier Wochen vor Inkrafttreten der neuen Regelung wird allen betroffenen Mitarbeiter/innen ein Schreiben zur Unterschrift vorgelegt, in dem sie ihr Einverständnis bestätigen sollen, der Betriebsrat habe bereits zugestimmt, heißt es.

Dieses Vorgehen ist arbeitsrechtlich unzulässig.

Aus dem Frei zur Arbeit holen ist bei uns an der Tagesordnung. Bin ich eigentlich verpflichtet, meine privaten Kontaktdaten beim Arbeitgeber zu hinterlegen?

Dass der Arbeitgeber die Postadresse kennt, liegt auch im Interesse des Arbeitnehmers. Schließlich werden auf diesem Weg wichtige Unterlagen versendet. Ans Telefon gehen müssen Mitarbeiter/innen aber nicht, wenn sie im Frei oder Urlaub vom Vorgesetzten oder Kollegen angerufen werden. Grundsätzlich müssen Beschäftigte ihre Kontaktdaten, vor allem Telefonnummer und private E-Mailadresse, auch nicht im Betrieb hinterlegen.

Hier kommt häufig der Einwand: Pflegefachpersonen müssen im Katastrophenfall alarmiert werden können. Das „Gesetz über den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes“ verpflichtet im § 22 Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung, ihre Leistungsfähigkeit auf die Anforderungen im Verteidigungs- bzw. Katastrophenfall einzurichten und ggfs. zur Verfügung

zu stellen. Näheres wird durch Landesgesetze geregelt.

Das heißt: Der Zugriff des Arbeitgebers auf die privaten Kontaktdaten des Arbeitnehmers ist klar auf den echten Notfall begrenzt, Personalengpässe beim Arbeitgeber sind KEIN NOTFALL.

Wann muss ich Überstunden machen?

Überstunden müssen nur dann geleistet werden, wenn sie in einem Arbeits- oder Tarifvertrag oder einer Betriebsvereinbarung schriftlich vereinbart wurden. Ist das nicht der Fall, muss der Arbeitnehmer nicht länger als die vertraglich vereinbarte Zeit arbeiten. Der Arbeitgeber ist nicht allein aufgrund seines Direktionsrechts berechtigt, Überstunden anzuordnen.

Ausnahme: In echten Not- und Katastrophenfällen können Arbeitnehmer zu Überstunden verpflichtet werden. Aber vorauszusehende oder bewusst herbeigeführte Personalengpässe bzw. immer wieder einmal auftretende Arbeitsspitzen gelten nicht als Notfall und reichen deshalb nicht als Begründung.

Ich muss wegen zu geringer Personalbemessung seit Monaten Plus-Stunden planen, ohne dass die Mitarbeiter die Chance auf Freizeitausgleich bekommen. Darf ich das überhaupt?

Die Überstundenbelastung trifft Sie und Ihre Mitarbeiter/innen in den jeweils individuellen Arbeitsverhältnissen. Jeder, der die Situation so nicht länger einfach hinnehmen kann und will, sollte das Gespräch mit der Pflegeleitung suchen oder dies schriftlich dort vorbringen.

Es sollte dargelegt werden, dass man eine Perspektive genannt bekommen möchte, wann und wie die angesammelten Überstunden abgegolten oder vergütet werden. Jede/r einzelne Beschäftigte muss selbst erklären, dass er/sie nicht bereit ist, weitere Überstunden zu erbringen, ehe die bereits angesammelten nicht abgebaut wurden.

Wichtig ist auch, den Betriebsrat über die Situation zu informieren. Als Leitung sollten Sie darüber hinaus auch mit den Folgen argumentieren. Der Arbeitgeber verbraucht ja mehr Arbeitszeit als er bei seinen Mitarbeitern per Arbeitsvertrag „eingekauft“ hat. Das hat auf Dauer gravierende Auswirkungen: Die Beschäftigten sind überbelastet und erschöpft, Krankheitsausfälle und Fehlerquote steigen an, die Motivation sinkt - eine Spirale nach unten, die weitere Probleme schafft.

Die Geschäftsführung macht Sparvorgaben für die Personalbemessung, der Betriebsrat blockiert Überstunden und Dienstplananpassungen. Was tun?

Die Pflegedienstleitung eines Heims soll auf Anweisung der Geschäftsführung Pflegepersonal einsparen. Der Betriebsrat lässt sich jede kurzfristige Dienstplanänderung zur Genehmigung vorlegen, achtet auf Einhaltung der Arbeitsschutzgesetze und Begrenzung der Überstunden. Eben dies sind auch die gesetzlich übertragenen Aufgaben eines Betriebsrates - und in diesem Fall nimmt er sie sehr sorgfältig wahr.

Das ist für das Management zwar nicht bequem, muss aber hingenommen werden. Eine PDL muss den Spagat zwischen Einhaltung der geschäftlichen Vorgaben und Sicherstellung einer funktionierenden Dienstplangestaltung leisten und aushalten.

Ich arbeite in der ambulanten Intensivpflege. Mein Dienstplan wird häufig innerhalb von 24 Stunden geändert, ich werde dann zum Dienst verpflichtet. Ein NEIN muss ich begründen. Ist das rechtens?

Dies ist kein Arbeitsplatz mit Abrufarbeit nach § 12 Teilzeit- und Befristungsgesetz. Aber selbst bei Abrufarbeit muss der Einsatz mindestens vier Tage im Voraus bekannt gegeben werden. Der Arbeitgeber ist sich zwar bewusst, dass Mitarbeitende bei laufendem Dienstplan an ihren freien Tagen private Pläne haben könnten. Er nimmt sich jedoch das Recht, nachzuzufragen, warum der/die Mitarbeiter/in nicht innerhalb von 24 Stunden zum geänderten Dienst erscheinen kann und will.

Das steht ihm nicht zu, da der/die Mitarbeiter/in in seiner/ihrer Freizeit tun und lassen kann, was er/sie möchte und sich nicht rechtfertigen muss. Die Übernahme eines kurzfristigen Dienstes kann die/der Arbeitnehmer/in ablehnen, eine entsprechende Verpflichtung im Arbeitsvertrag wäre unwirksam.

Ich bin zum Wochenenddienst geplant. Am Freitagmittag wird mir mitgeteilt, dass ich zuhause bleiben könne, denn ein Kollege werde meinen Dienst übernehmen. Ist das zulässig?

Nein. Zwar ist der Arbeitgeber durch das Direktionsrecht berechtigt, die Lage der Arbeitszeit mit Hilfe eines Dienstplanes festzulegen. Ist der Dienstplan aber erst einmal fertig gestellt und durch Unterschrift in Kraft gesetzt, hat er sein Direktionsrecht ausreichend ausgeübt. Der Dienstplan ist dann für beide Seiten, Arbeitgeber und Arbeitnehmer, verbindlich.

Der Mitarbeitende ist verpflichtet, die Arbeit zur im

Dienstplan festgelegten Zeit zu erbringen. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, den/die Mitarbeiter/in zu dieser Zeit einzusetzen. Tut er dies nicht, z.B. wegen zu geringem Arbeitsaufkommens, besteht ein sog. Annahmeverzug (§ 293 BGB). Dies ist eine Verpflichtung des Arbeitgebers, eine Vergütung auch dann zu zahlen, wenn der Arbeitnehmer auf Veranlassung des Arbeitgebers nicht wie verbindlich festgelegt tätig geworden ist.

Bei uns werden im Dienstplan freie Tage besonders markiert, an denen man zum Einspringen nicht angerufen werden darf. Ist das rechtens?

Der Fall: „Bei uns ist im Dienstplan ein Frei mit einem X gekennzeichnet. Die Stationsleitung markiert für jeden Mitarbeiter bis zu 4 freie Tage im Monat mit einem XX. Das steht für besonderes Wunschfrei, an diesen Tagen darf der Mitarbeiter nicht zum Einspringen angerufen und geholt werden. Bei den „normalen“ freien Tagen muss man dagegen jederzeit damit rechnen, zum Arbeiten gerufen zu werden.“

Frei heißt Frei: Es gibt kein Frei erster oder zweiter Klasse. Mit dem X im Dienstplan hat der Arbeitgeber sein Weisungsrecht bzgl. Verteilung der Arbeitstage aufgebraucht. Mit o.g. Regelung haben die Beschäftigten in ihrem Dienstplan lediglich bis zu vier echte freie Tage zugeteilt bekommen, die X-Tage mit Anrufbereitschaft sind arbeitsrechtlich gesehen Rufbereitschaften.

Diese sind mit einem reduzierten Stundensatz zu vergüten, Näheres regelt der Tarifvertrag. Auch in diesem Beispiel trägt der Arbeitgeber sein Unternehmerrisiko, Vorsorge für eine ausreichende Personalausstattung zu treffen. Er hat dieses schlicht auf die Beschäftigten verlagert - das ist ein Rechtsbruch.

Überstunden ohne Ende, keine Pausen - muss ich das akzeptieren?

Ganz klares Nein - Sie haben ein Recht auf Frei! Es ist die Pflicht des Arbeitgebers, für eine ausreichende Personalausstattung zu sorgen. Diese muss so gestaltet sein, dass Ausfälle durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildungen von vornherein mit eingerechnet werden. Selbstverständlich muss die Arbeit auf Basis geltenden Rechts erfolgen, es müssen also Arbeitszeitgesetz, Arbeitsschutzgesetze und Tarifrecht zwingend umgesetzt werden. Nehmen Sie Ihre Rechte als Arbeitnehmer/in wahr, lassen Sie nicht zu, dass sich der Arbeitgeber auf Ihre Kosten vor seinen Verpflichtungen drückt. Anlaufstellen sind zunächst der/die Vorgesetzte und die Mitarbeitervertretung.

DBfK-Infoveranstaltung bei Altenpflegeschüler/innen:

Eine junge Frau fragt: „Gilt das Arbeitszeitgesetz eigentlich auch für Pflegeschüler?“ Antwort DBfK: Selbstverständlich gilt es auch hier, zum Nachlesen: <https://www.gesetze-im-internet.de/arbztg/BJNR117100994.html> .

Auf Nachfrage berichtet sie, dass die Klasse sich gerade in der letzten von vier ‚Blockwochen‘ befinde und sie seit mehr als fünf Wochen keinen einzigen freien Tag bekommen habe. Werktags sei sie im Unterricht, an den Wochenenden habe sie immer Dienst auf der Pflegestation machen müssen.

Es gibt eine Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes dazu, wie lange am Stück Beschäftigte – also auch Pflegeschüler/innen – höchstens arbeiten dürfen: **zwölf Tage in zwei Wochen**. (EuGH vom 09.11. 2017 – C-306/16)

Ob diese Altenpflegeschülerin nach solchen Erfahrungen noch motiviert ist, die Ausbildung zu beenden und danach in den Beruf einzumünden, ist mehr als fraglich.

Gut beraten mit dem DBfK : Wenn Sie Probleme und Fragen zum Arbeitsrecht haben, können Sie als DBfK-Mitglied eine Einzelfall- bzw. Rechtsberatung in Anspruch nehmen. Diese ist kostenlos, nehmen Sie dazu Kontakt mit Ihrem Regionalverband auf!

Nehmen Sie den Bildungsauftrag ernst

Immer wieder erreichen den DBfK Anfragen und Berichte, dass Schülerinnen und Schüler insbesondere der Altenpflege von ihren Ausbildungsträgern von der schulischen Ausbildung abgezogen werden, um Personalengpässe des Trägers zu kompensieren. Ein solches Verhalten der Ausbildungsträger lässt die Vermutung zu, dass der Ausbildungsvertrag gleichgesetzt wird mit einem Arbeitsvertrag und dieser zudem als Rechtfertigung verstanden wird, die in Ausbildung Befindlichen als „Eigentum“ der Träger zu behandeln.

Hier sei noch einmal auf den Bildungsauftrag der Schulen und Praxisträger verwiesen. Die rechtlichen Rahmenbedingungen geben vor, dass in der Verantwortung der Schulen die Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Durchführung der theoretischen und praktischen Ausbildung liegt (§ 4 AltPflG und KrPflG). Der Träger der praktischen Ausbildung ist verpflichtet, die Ausbildung zeitlich und sachlich so durchzuführen, dass das Ausbildungsziel erreicht wird (§ 15 AltPflG, § 10 KrPflG) und die Schülerinnen und Schüler müssen an den vorgeschriebenen Ausbildungsveranstaltungen teilnehmen (§16 AltPflG, § 11 KrPflG). Darüber hinaus legen die Berufsgesetze eine Mindestanzahl an Unterrichtsstunden und Stunden der praktischen Ausbildung fest, die für einen erfolgreichen Abschluss der Ausbildung obligat sind. Die maximal zulässigen Fehlzeiten

innerhalb der Ausbildung (§ 8 AltPflG, § 7 KrPflG) dürfen nicht ausgereizt werden, um durch den Abzug der Lernenden vom Unterricht Lücken in der Personaleinsatzplanung zu schließen.

Für alle Ausbildungsverantwortlichen, ob in Schulen oder Praxiseinrichtungen, gilt: Bitte nehmen Sie den Bildungsauftrag ernst! Trotz aller bekannten schwierigen Rahmenbedingungen in der Praxis ist es umso wichtiger - sowohl im Hinblick auf eine qualitativ gute Versorgung der Pflegeempfänger als auch mit Blick auf den erfolgreichen Abschluss der Ausbildung und die Motivation der Absolventinnen und Absolventen, weiter im Beruf tätig zu bleiben - den Bildungsauftrag zu leben und eine Haltung einzunehmen, die den in Ausbildung Befindlichen vermittelt, dass sie als Lernende und nicht als „Lückenfüller“ gesehen werden. (Christina Zink, DBfK Nordwest, in: Gezielt Informiert)



Urlaubs- und Feiertage sind keine Ausgleichstage

Am 09. Mai 2018 hat das Bundesverwaltungsgericht unter dem Aktenzeichen BVerwG 8 C 13.17 ein auch für die Pflegeberufe wichtiges Urteil gesprochen. Es verweist die Phantasie so manches kreativen Dienstplanbastlers in die Schranken geltenden Rechts und stellt klar, was Vorgesetzte eigentlich wissen sollten: dass Arbeitnehmer Rechte haben und auch geltend machen dürfen.

„Urlaubstage dürfen, auch wenn sie über den gesetzlichen Mindesturlaub hinausgehen, bei der Berechnung der durchschnittlichen Höchstarbeitszeit nach dem Arbeitszeitgesetz nicht als Ausgleichstage herangezogen werden. Aus dem systematischen Zusammenhang des Arbeitszeitgesetzes und des Bundesurlaubsgesetzes ergibt sich, dass als Ausgleichstage nur Tage dienen können, an denen der Arbeitnehmer nicht schon wegen Urlaubsgewährung von der Arbeitspflicht freigestellt ist. Ebenso wenig dürfen gesetzliche Feiertage, die auf einen Werktag fallen, bei der Berechnung der durchschnittlichen Höchstarbeitszeit als Ausgleichstage herangezogen werden. Gesetzliche Feiertage sind keine Werktage und grundsätzlich beschäftigungsfrei. Daher werden sie bei der Berechnung der werktäglichen Höchstarbeitszeit nach dem Arbeitszeitgesetz nicht in den Ausgleich einbezogen.“

Link zum Urteil mit Begründung: www.bverwg.de/pm/2018/30.

BAG-Urteil zu Urlaubsansprüchen

Am 19. Februar 2019 fällte das Bundesarbeitsgericht (BAG) in Erfurt ein für Arbeitnehmer wie Arbeitgeber wichtiges Urteil. Geklagt hatte ein Arbeitnehmer, der Ende 2013 aus seinem Arbeitsverhältnis ausschied und verlangte, den von ihm in den Jahren 2012 und 2013 nicht genommenen Urlaub (51 Tage) abgegolten zu bekommen. Mit dem unter dem Aktenzeichen 9 AZR 541/15 geführten Urteil verstärken die Richter nun die Rechte von Arbeitnehmern, andererseits aber auch die Pflichten von Arbeitgebern und Vorgesetzten. Denn sie müssen ihre Beschäftigten künftig ausdrücklich auffordern, noch nicht beantragten Urlaub zu nehmen und darauf hinweisen, dass er sonst verfällt. Das Urteil berücksichtigt die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH), der im November 2018



entschieden hatte, dass Arbeitnehmer durch angemessene Aufklärung tatsächlich in die Lage versetzt werden müssen, ihren Urlaubsanspruch wahrzunehmen. Und die Aufklärung darüber reicht nach Auffassung des EuGH noch nicht aus, sondern der Arbeitgeber hat „konkret und in völliger Transparenz dafür zu sorgen, dass der Arbeitnehmer tatsächlich in der Lage ist, seinen bezahlten Jahresurlaub zu nehmen...“.

Neben der EuGH-Rechtsprechung basiert das BAG-Urteil auf § 7 des Bundesurlaubsgesetzes (BUrlG). Das sieht in Abs. 3 Satz 1 vor, dass Urlaub, der bis zum Jahresende nicht gewährt und genommen wird, verfällt. Das galt nach bisheriger Rechtsprechung selbst dann, wenn der Arbeitnehmer seinen ausstehenden Urlaub rechtzeitig, aber erfolglos beantragt hatte. In seiner Meldung zum Urteil schreibt das BAG dazu: „Bei einer richtlinienkonformen Auslegung des § 7 BUrlG kann der Verfall von Urlaub daher in der Regel nur eintreten, wenn der Arbeitgeber den Arbeitnehmer zuvor konkret aufgefordert hat, den Urlaub zu nehmen, und ihn klar und rechtzeitig darauf hingewiesen hat, dass der Urlaub anderenfalls mit Ablauf des Urlaubsjahres oder Übertragungszeitraums erlischt.“

In diesem Zusammenhang sei hier auch noch einmal ausdrücklich darauf verwiesen, dass Vorgesetzte/Arbeitgeber kein Recht haben, Beschäftigten bereits genehmigten Urlaub wieder zu verweigern oder sie aus dem Urlaub zur Arbeit zu rufen. Möglich ist das ausschließlich im Katastrophenfall – und der ist eng definiert. Strukturelle Personalknappheit ist kein allgemeiner ziviler Katastrophenfall, sondern gehört zum Betriebsrisiko des Arbeitgebers, für das er Vorsorge zu treffen hat. Mit dem – z.B. krankheitsbedingten – Ausfall von Personal kann jedenfalls keine „Dienstverpflichtung“ begründet werden.

Ihr gutes Recht: Bildungsurlaub

Wie lange sind Sie schon im Beruf? Haben Sie jemals Bildungsurlaub genommen? Institute berichten, dass Pflegefachpersonen kaum in Seminaren, die als Bildungsurlaub anerkannt sind, auftauchen. Und falls doch, dauert es in der Regel nicht lange, bis sie abbrechen müssen, weil sie zum Einspringen am Arbeitsplatz gerufen wurden. Das frustriert doppelt, denn Bildungsurlaub wird mit längerem Vorlauf genehmigt und muss im Dienstplan selbstverständlich berücksichtigt werden. Und die Kursgebühren zahlen die Teilnehmer/innen aus eigener Tasche – natürlich in der Erwartung, das vorab Bezahlte dann auch abrufen und vollständig nutzen zu können. Bildungsurlaub sollte auch nicht mit Erholungsurlaub verwechselt werden; er fordert großen Einsatz und volle Konzentration und kann auch physisch richtig anstrengend werden. Aber wer einmal die Erfahrung gemacht und von dem Zueignung an Wissen und Vernetzung profitiert hat, weiß das zu schätzen und verzichtet danach ungern.

Bildungsurlaub – was ist das?

Bildungsurlaub ist bezahlte oder unbezahlte Freistellung von der Arbeit, um sich – in für Bildungsurlaub anerkannten Seminaren, Kursen, Workshops oder Exkursionen – beruflich, politisch, allgemein, manchmal auch kulturell, weiterzubilden. Einen bundeseinheitlichen gesetzlichen Anspruch auf Bildungsurlaub für abhängig Beschäftigte gibt es bisher nicht. Die 16 Bundesländer haben unterschiedliche Regelungen, in Bayern und Sachsen allerdings gibt es kein Landesgesetz zum Bildungsurlaub – und damit auch kein Recht darauf. Die Gesetze sind sich ähnlich, Unterschiede

gibt es nur bei einigen Details. Wichtig zu wissen: Wenn ein Seminar in einem Bundesland als Bildungsurlaub anerkannt ist, muss es im Nachbarland nicht auch so sein. Vor der Buchung eines Angebots in einem anderen Bundesland ist deshalb zu prüfen: Ist das Angebot auch in dem Bundesland anerkannt, in dem sich Ihr Arbeitsplatz befindet? Nur dann können Sie dafür das Recht auf Bildungsurlaub geltend machen.

Bildungsurlaub – das ist ...

- Freiraum zur Weiterbildung
- Neues Wissen, aktuelle Informationen
- Vernetzung und Erfahrungsaustausch mit Anderen aus vielen Branchen
- Lernen und Erproben neuer Fähigkeiten und Kompetenzen
- Zuwachs an politischer und sozialer Kompetenz.

Der Arbeitgeber darf den – frühzeitig beantragten – Bildungsurlaub im Allgemeinen nur aus betrieblichen Gründen oder bei konkurrierenden Urlaubswünschen anderer Beschäftigter ablehnen.

Für wen die Landesgesetze zum Bildungsurlaub gelten, wie viel Bildungsurlaub gewährt werden kann, wie man ihn beantragt, wer darüber entscheidet, welches Thema man bucht, wie man sich bei einer Ablehnung durch den Arbeitgeber verhält und welche Angebote es wo in Deutschland überhaupt gibt – all das finden Sie übersichtlich und interaktiv unter www.bildungsurlaub.de.

Ich bin an meinem Arbeitsplatz ein Leistungsfaktor, weil...

... ich die Fort- und Weiterbildung von Pflegenden unterstützen und damit die Professionalisierung des Pflegeberufes voranbringen kann. Die Vermittlung wissenschaftlicher Erkenntnisse und damit die Möglichkeit, theoretisch fundiertes Wissen an die Pflegenden weiterzugeben bzw. mit ihnen zu erarbeiten, halte ich dabei für die Grundvoraussetzung einer guten pflegerischen Arbeit.

Monika Engelke, Leiterin eines Institutes für Fort- und Weiterbildung für Berufe im Gesundheitswesen



Wissenswert bei Teilzeit

2017 hat das Bundesarbeitsgericht (BAG) ein wichtiges Urteil gesprochen, das endlich für mehr Gerechtigkeit bei in Teilzeit Beschäftigten sorgen soll. Moritz Ernst, Rechtsanwalt und Leiter der Geschäftsstelle des Deutschen Pflegerats, erläutert, worum es geht:

„Das Bundesarbeitsgericht hat in dem Urteil vom 23. März 2017 (6 AZR 161/16) die Voraussetzungen für das Entstehen von Ansprüchen auf Überstundenzuschläge im Geltungsbereich des TVöD geprüft, insbesondere mit Blick auf Teilzeitbeschäftigte. Das Urteil des Bundesarbeitsgerichts hat in zweierlei Hinsicht grundlegende Bedeutung: Teilzeitbeschäftigte leisten danach bereits dann Überstunden, wenn sie über ihre individuell vereinbarte Arbeitszeit hinaus arbeiten. Als Überstunde gilt also nicht erst der Zeitraum, wenn die Grenze eines vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmers überschritten wird. Damit steht die Regelung des § 7 Abs. 7 TVöD einer Einordnung als Überstunden und einem Anspruch auf Überstundenvergütung nicht mehr im Wege, da diese insoweit gegen § 4 Abs. 1 TzBfG und europarechtliche Vorgaben verstößt. Demgemäß entstehen Ansprüche auf Überstundenzuschläge gemäß § 8 Abs. 1 TVöD bereits ab der ersten Stunde, die über die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit hinaus erbracht wird. Diese Zuschläge sind entsprechend auszubezahlen, wenn vollschichtig eingesetzte Teilzeitbeschäftigte ungeplant Überstunden leisten.“

Ergänzend hat das Bundesarbeitsgericht klargestellt, dass bei ungeplanten Überstunden, die über die im Schichtplan festgelegten Zeiten hinaus angeordnet

werden, stets ein Anspruch auf Überstundenzuschlag und dessen Abgeltung entsteht. Beschäftigte können nicht darauf verwiesen werden, dass diese Überstunden im Ausgleichszeitraum durch Freistellung verrechnet werden. Diese Entscheidung dürfte über den Anwendungsbereich des TVöD hinaus auch für den Anwendungsbereich des TV-L, TV-H, TV-V sowie TV-Charité relevant sein sowie für entsprechende allgemeine Arbeitsvertragsbedingungen, die eine/n dem § 7 Abs. 1, 2, 8 c. TVöD-K-VKA entsprechenden Wortlaut und Systematik beinhalten.

Ob Arbeitgeber dieses Urteil nun automatisch umsetzen, sollte jeder Arbeitnehmer auf seiner Gehaltsabrechnung prüfen und ggf. die entsprechenden Zahlungen anmahnen. Alle Beschäftigten, die über einen Schichtplan hinaus ungeplant Überstunden geleistet haben, sollten ihre Ansprüche auf nicht gezahlte Überstundenzuschläge sowie die Überstundenvergütung unverzüglich schriftlich geltend machen. Die Geltendmachung kann ab Fälligkeit bis zu sechs Monate rückwirkend erfolgen. Fällig werden Überstundenzuschläge erst zum Zahltag des 2. Kalendermonats, der auf die Entstehung der Zuschläge folgt (§ 24 Abs. 1 S. 4 TVöD-K-VKA). Demgemäß kommt hier ein Zeitraum von bis zu 8 Monaten in Betracht, abhängig von den jeweiligen Regelungen. Man sollte sich einen Nachweis zum Eingang des Antrags beim Arbeitgeber geben lassen.“

Um Teilzeitbeschäftigte dabei zu unterstützen, diese Überstundenzuschläge geltend zu machen, hat der DBfK ein Formblatt entwickelt. Download unter www.dbfk.de/de/themen/Rahmenbedingungen.php.



Online-Umfrage Dienstplanung



Parallel zum Auftakt des dritten Aktionsmonats haben wir am 1. Dezember 2018 eine kurze anonymisierte Online-Umfrage gestartet und ca. 6 Wochen, bis zum 16. Januar 2019, laufen lassen. Wir wollten von den Pflegenden selbst wissen, welche Erwartungen und Wünsche sie an Dienstplanung haben und welche Kriterien aus ihrer ganz persönlichen Sicht einen guten und nachhaltigen Dienstplan ausmachen. Schließlich ist das ein Thema, das jede/r beruflich Pflegende aus eigener Erfahrung kennt, das jeden betrifft und sich bis hinein ins Privatleben Tag für Tag auswirkt. Und so wurde zum Mitmachen eingeladen:

Willkommen zur Meinungsumfrage Nachhaltige Dienstplanung - Ihre Meinung ist uns wichtig.

Gehören Sie zu den Personen, die in der unmittelbaren Pflege tätig sind und für die ein Dienstplan im Schichtsystem erstellt wird? Dann würden wir gerne Ihre Meinung erfahren und anonym in die Aktion einfließen lassen: Was sind Ihre 3 wichtigsten Kriterien für die Dienstplanung?

Die erste Frage adressierte die Erwartungen an die Dienstplanung, die sich auf ausreichendes Personal, eine frühzeitige, verlässliche, faire Planung und auf die Berücksichtigung von Wünschen, Pausen und Ausbildungszeiten bezogen. Acht weitere freiwillig zu beantwortende Fragen enthielten Angaben zu Charakteristika der Befragten wie Geschlecht, Alter, Berufsausbil-

dung, Art und Größe der Einrichtung, berufliche Position, Dauer der Berufspraxis und Umfang der Berufstätigkeit. Eine weitere Frage fokussierte die Schichtform. Die letzte Frage adressierte schließlich die Häufigkeit, mit der die Befragten im Laufe der letzten 12 Monate daran gedacht haben, ihren Arbeitgeber oder -bereich zu wechseln bzw. den Pflegeberuf aufzugeben.

Bis zum Ende der Umfrage haben sich 2373 Personen beteiligt, 2253 davon haben alle 11 Fragen beantwortet. In der Stichprobe sind deutlich mehr Frauen als Männer vertreten (73,3%). Das Alter der Befragten liegt bei durchschnittlich 39,5 Jahren. Gesundheits- und Krankenpflegerinnen stellen mit 63,0 Prozent die größte Gruppe dar, gefolgt von 21 Prozent Altenpfleger/innen und 6,7 Prozent Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen. Das Verhältnis der Pflegefachpersonen zu den Pflegeassistenten/innen liegt bei 95,2 zu 4,8 Prozent. Die angegebene Dauer der Berufstätigkeit nach der Ausbildung liegt bei 14,8 Jahren im Durchschnitt. 61,9 Prozent der Befragten arbeiten im Krankenhaus, 22,8 Prozent in stationären Pflegeeinrichtungen und 13,7 Prozent in der ambulanten Pflege. Die größte Gruppe der Befragten (41,9 Prozent) ist in Einrichtungen mittlerer Größe (101 bis 500 Betten) tätig, 63,2 Prozent arbeiten in Vollzeit und 29,7 Prozent haben eine leitende Position.

Ich bin an meinem Arbeitsplatz ein Leistungsfaktor, weil...

... nur eine gute Pflegeausbildung die pflegerische Versorgung langfristig sichert.

Alexander Daniel, Schulleitung der Krankenpflegeschule der Lahn-Dill-Kliniken



Erwartungen an die Dienstplanung

Frage: Was erwarten Sie von einer nachhaltigen Dienstplanung? (Bitte kreuzen Sie die drei Kriterien an, die Ihnen am wichtigsten sind.)

Der Dienstplan ...	Anzahl Nennungen in %
... muss genügend Personal einplanen, um das Arbeitsaufkommen angemessen abdecken zu können.	62,2
... muss mindestens vier Wochen vor dem ersten Geltungstag verbindlich vorliegen.	44,3
... muss Puffer für kurzfristigen Personalausfall beinhalten.	38,3
... muss verlässlich sein.	35,4
... sollte meine Wünsche berücksichtigen.	34,3
... muss fair und gerecht sein.	30,2
... muss so gestaltet sein, dass gesetzliche Pausen genommen werden (können).	19,7
... muss verbindlich geplante Ausbildungszeit vorsehen.	13,8
... muss zulassen, dass ich - auch kurzfristig - meinen Dienst ändern bzw. Dienste tauschen kann.	13,0

Die Ergebnisse zu den Erwartungen an die Dienstplanung lassen einige Annahmen zu: Die hohe Zustimmung mit 62,2 Prozent an die Erwartung der Befragten, dass ausreichend Personal geplant wird, ist vor dem Hintergrund des enormen Personalmangels in allen Bereichen, in denen Pflege stattfindet, zu sehen. Eine verbindliche Planung, die vier Wochen Vorlauf hat, ist die zweithäufigste Erwartung und zeigt damit ihre Dringlichkeit, die ebenfalls mit dem Pflegepersonalmangel zusammenhängen dürfte. Eine Meinungsumfrage des DBfK aus 2016 (Mein Recht auf Frei) ergab, dass nur in 37,8 Prozent der Einrichtungen, in denen die Befragten arbeiteten, die Dienstplanung vier Wochen im Voraus vorlag. Angesichts der hohen Zustimmung zu einer längerfristigen, verbindlichen Dienstplanung kann vermutet werden, dass diese auch aktuell nicht flächendeckend umgesetzt wird. Die hohe Belastung durch die kurzfristige Übernahme von Schichten, die sich in der Unvereinbarkeit von Familie und Beruf (66,7%), dem Verzicht auf Freizeit (63%) und der fehlenden Erholung (67,6%) zeigt - ebenfalls Ergebnisse aus der Meinungsumfrage 2016 - ist als Befund alarmierend.

Die in der vorliegenden Umfrage ebenfalls häufig genannte Erwartung an die Verbindlichkeit, Verlässlichkeit und Fairness der Dienstplanung wie auch die Möglichkeit, Personalausfall zu kompensieren, lässt sich sowohl auf die Auswirkungen des Personalmangels in der Pflege zurückführen als auch auf fehlende Konzepte, um die Personalknappheit zu organisieren. Dafür spricht auch, dass 2016 73,9 Prozent der Befragten angegeben hatten, dass es in ihrer Einrichtung kein Konzept gibt, um Mitarbeiter/innenausfälle zu kompensieren.

Die Berücksichtigung der Wünsche liegt bei der Häufigkeit der Erwartungen mit 34,4 Prozent im Mittelfeld. Dies kann einerseits darauf zurückgeführt werden, dass den Befragten die Berücksichtigung eigener Bedürfnisse an die Dienstplanung grundsätzlich wichtig ist, und andererseits, dass es auf Grund der Personalnot zunehmend schwierig ist, dass Wünsche Berücksichtigung finden, und daher die Erwartung daran deutlich betont wird. Für letztere Annahme spricht, dass die Erwartungen an die Möglichkeit, den Dienst zu tauschen, mit 13,0 Prozent die geringste Zustimmung erhält. Offensichtlich sind kurzfristige Wünsche

bzgl. einer Dienstplanänderung längst keine realisierbare Erwartung mehr.

Geplante Pausen und Ausbildungszeiten werden mit 19,7 und 13,8 Prozent ebenfalls selten angegeben. Realistische Aussichten auf eine Umsetzung scheinen hinter den Erwartungen, überhaupt ausreichendes Personal für das Arbeitsaufkommen zur Verfügung zu haben, weit zurückzustehen. 2016 konnten 64,6 Prozent der Befragten nur eine Pause machen, wenn es der Arbeitsanfall zuließ. Dass Pflegefachpersonen zu wenig Zeit haben, um Schüler/innen in der Praxis anzuleiten, ist ein länger bestehendes und gut bekanntes Problem. Dasselbe gilt für die Einhaltung von Pausen. Wenn Pflegende nur noch selten erwarten, dass der Dienstplan diese Anforderungen erfüllt, spricht das dafür, dass sie nur noch das Nötigste erwarten - und das ist ausreichendes Personal.

Auswertung der qualitativen Aussagen zu den Erwartungen an die Dienstplanung

Bei der Frage zu den Erwartungen an die Dienstplanung gab es auch die Möglichkeit, Antworten im Freitext zu geben. 112 Befragte machten von dieser Möglichkeit Gebrauch. Bei der Analyse wurden die Antworten in zwei Hauptgruppen unterteilt: Was sich die Befragten bei den Dienstplänen wünschen und was sie sich nicht wünschen bzw. ablehnen.

Wünsche

Bei den Wünschen an die Einteilung der Dienste gaben die Befragten an, dass sie sich regelmäßige Dienste auch am Wochenende wünschen - ohne ständige Wechsel - und dass sie nach dem Nachtdienst ausreichend frei bekommen.

Häufig genannt wurden Wünsche zum Vorlauf des Dienstplanes: Die Befragten gaben an, dass dieser

mehr als 4 Wochen, 2, 3, 6 Monate bis zu einem Jahr betragen sollte.

In unmittelbarem Zusammenhang damit steht der Wunsch, dass das Privatleben bei der Dienstplanung besser berücksichtigt wird. Genannt wurden die Planung von Arztbesuchen wie auch regelmäßige Freizeitaktivitäten, beispielsweise Sport, oder Familienfeiern.

Familienfreundliche Arbeitszeiten wurden ebenfalls häufig genannt. Dabei ging es vor allem um die Unvereinbarkeit von Kita- bzw. Schulzeiten mit den Dienstzeiten.

Genannt wurde auch die Notwendigkeit, den Pflegepersonalmangel durch entsprechende Konzepte abzumildern: Hier wurden der Bereitschaftsdienst und der Einsatz von Springern genannt.

Weitere Nennungen bezogen sich auf den Wunsch, dass Pflegende die Dienstpläne erstellen und nicht Ökonomen, und dass bei den Schichten auf eine gute Durchmischung jüngerer und älterer sowie fachlich versierter und weniger versierter Kolleg/innen geachtet wird.

Ablehnung

Was sich die Befragten nicht wünschen bzw. ablehnen sind Dienste, bei denen mehr als sieben Tage am Stück geplant werden. Ebenso lehnen sie geplante Überstunden und kurze Wechsel zwischen den Diensten (vom Spätdienst auf den Frühdienst) ab.

Eine weitere Ablehnung bezieht sich auf die Planung von Vollzeit- und Teilzeitmitarbeiter/innen: Vollzeitmitarbeiter/innen wollen nicht regelhaft die Lücken schließen müssen, die die Planung der Teilzeitmitarbeiter/innen mit ihren festgelegten Diensten übrig lassen. Ebenso wollen Teilzeitmitarbeiter/innen nicht die Lücken schließen, die nach der Planung der Vollzeitmitarbeiter/innen geblieben sind.

Ich bin an meinem Arbeitsplatz ein Leistungsfaktor, weil...

... pflegefachliches Wissen, Engagement und Empathie wichtig sind, um den Heilungserfolg eines erkrankten Menschen zu fördern und Schäden - zum Beispiel durch Infektionen - von ihm abzuwenden.

Sonja Wolf, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Stationsleiterin einer internistischen Abteilung im Krankenhaus



Fazit

Mitte Januar 2019 wurden die ernüchternden Ergebnisse des jüngsten Care Klima Index in Berlin vorgestellt: „Eisiges Klima bei den Pflegefachkräften“ - so der Befund. Im Vergleich zum Vorjahr war die Stimmung im Pflegemarkt und vor allem bei den Pflegefachpersonen noch weiter abgekühlt. Eine herbe Enttäuschung mag das vor allem für einige in Sachen Pflege agile Spitzenpolitiker gewesen sein.

„Dass die Pflegefachpersonen die wichtigen Aspekte Ansehen des Berufs, Versorgungsqualität, Zukunftsperspektiven, Arbeitsbedingungen und Personalausstattung spürbar schlechter als im Vorjahr einstufen, muss als Alarmsignal gewertet werden. Sie erkennen zwar an, dass die Politik sich des Themas Pflege angenommen hat. Großes Vertrauen in den Willen und die Fähigkeit zu spürbaren Verbesserungen bringt man der Politik aber offensichtlich (noch) nicht entgegen. Ob unter diesen Voraussetzungen das seit 1. Januar geltende Pflegepersonalstärkungsgesetz die erhoffte Wirkung entfalten kann bleibt abzuwarten“, kommentierte DBfK-Präsidentin Prof. Christel Bienenstein. „Den Rahmen für mehr Pflegepersonal hat das Gesetz gesteckt, nun liegt es an den Arbeitgebern und Vorgesetzten, glaubwürdige Angebote zu machen. Die Pflegefachpersonen allein werden jetzt darüber entscheiden, ob die Anreize ausreichen, sie in den Beruf zurück zu holen bzw. das Arbeitszeitvolumen aufzustocken. Statt darüber nachzudenken, wie man die nun geltenden Pflegepersonaluntergrenzen geschickt umgehen kann, sollten z.B. die Krankenhäuser endlich umschwenken und aus ihren Fehlern der vergangenen Jahre lernen. Heimbetreiber müssen erkennen, dass nur Investition ins Personal die Existenz des Unternehmens sichert – nicht das Schielen auf höhere Renditen.“

Die wichtigste Motivation derer, die den Pflegeberuf wählen, ist es, pflegebedürftigen Menschen zu helfen, sie in ihrer Vulnerabilität zu schützen und ihnen trotz Krankheit und Einschränkungen Lebensqualität zu sichern. Wenn Pflegefachpersonen dauerhaft erleben, dass das trotz hohen Engagements nicht mehr möglich ist, weil die Unternehmensführung andere Prioritäten setzt, ziehen sie ihre Konsequenzen, gehen in Teilzeit, wechseln den Arbeitsplatz und/oder Arbeitgeber, steigen aus dem Beruf aus. Eine kleine Geschichte macht das deutlich:

Die Bewerberin mit ausgeprägter Fachkompetenz, Berufserfahrung und besten Zeugnissen fragte im Bewerbungsgespräch die Pflegedirektorin, warum die Stationsleitung nicht beim Vorstellungsgespräch anwesend sei. Die Pflegechefin tröstete die Bewerberin auf den anschließenden Besuch der betreffenden Station. Dort ließ sich die Bewerberin von der Teamleitung den Dienstplan zeigen und stellte fest, dass jede Mitarbeitende zwischen 50 und 200 Überstunden hatte. Sie schloss daraus, dass die Kollegen keine Fortbildungen besuchen konnten. Freistellungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeitender oder zur Praxisanleitung der Lernenden fehlten ebenso. Die couragierte Pflegefachperson zog ihre Bewerbung mit der Begründung zurück (Zitat): „Bei meiner letzten Station hatte ich in drei Jahren lediglich drei Fehltage. Ich arbeite gerne und biete Ihnen Zuverlässigkeit. Ich erwarte von Ihnen eine geregelte 40-Stunden-Woche. Aber wenn Sie noch nicht mal ein professionelles und funktionierendes Personalausfallmanagement haben, hat sich das für mich bei Ihnen erledigt.“

(aus: Dr. German Quernheim „Erfolgreiches Employer Branding durch optimales Wartemanagement“ in das Krankenhaus 2.2018)

Pflegefachpersonen befinden sich heute, was den Arbeitsmarkt angeht, in einer äußerst komfortablen Situation. Sie sind umworben wie nie zuvor, niemand muss sich deshalb dauerhaft mit schlechten Arbeitsbedingungen, geringer Wertschätzung, respektlosem Umgang und einem krankmachenden Arbeitsplatz zufriedengeben. Aber es gehört Mut dazu, sich zu wehren, Alternativen auszuprobieren, die Stimme zu erheben, wenn es darauf ankommt, gelegentlich unbequem zu werden, nach innen und nach außen. Leicht ist das manchmal nicht und häufig fehlt auch der Rückenwind aus dem eigenen Team. Man geht Risiken ein, der Ausgang ist nicht von vornherein klar.

Ob es sich trotzdem lohnt? **Ja!**

Impressum

Herausgeberin:

Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung gGmbH

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Telefon: +49 (0)30-2191570

Telefax: +49 (0)30-21915777

E-Mail: dbfk@dbfk.de

Internet: www.dbfk.de

Bildnachweis:

Alle Fotos: www.pixabay.com. Die persönlichen Porträtfotos auf den Seiten 11, 27, 35, 37 und 39 wurden von den genannten Personen ausdrücklich für die Veröffentlichung im Rahmen von „Mein Beruf: Pflegen“ freigegeben.

Die Agnes-Karll-Gesellschaft ist Mitglied im
Gefördert durch die Lotterie GlücksSpirale.



© 2019. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Urhebers.



**Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheits-
bildung und Pflegeforschung gGmbH**

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Telefon: +49 (0)30-2191570

Telefax: +49 (0)30-21915777

E-Mail: dbfk@dbfk.de

www.dbfk.de

www.facebook.com/dbfk.de

[@DBfK_Pflege](#)

Impulspapier

Arbeitnehmerüberlassung in der Pflege

Einführung

„Arbeitnehmerüberlassung liegt vor, wenn ein Arbeitgeber (Verleiher) Arbeitnehmer (Leiharbeitnehmer) Dritten (Entleihern) zur Arbeitsleistung überlässt, diese in die Arbeitsorganisation des Entleihers eingegliedert sind und dessen Weisungen unterliegen (vgl. § 1 Abs. 1 S. 2 AÜG). Sie erschöpft sich also im bloßen Zurverfügungstellen geeigneter Arbeitskräfte, die der Dritte nach eigenen betrieblichen Erfordernissen in seinem Betrieb einsetzt.“¹

Arbeitnehmerüberlassung, häufiger auch Leih- oder Zeitarbeit genannt, gilt in der Industrie seit langem als Frühindikator für Konjunktorentwicklungen und willkommener Puffer, um Personalbedarf kurzfristig an Auftragsschwankungen anzupassen. Zudem bot die Leiharbeit immer schon Beschäftigungschancen für Personen, die aus unterschiedlichen Gründen bei der Suche nach einem festen Arbeitsplatz Probleme haben.²

In der Pflegebranche bildete die Leiharbeit bis vor einigen Jahren lediglich eine Nische ohne große Bedeutung. Lange war sie auch für qualifizierte Pflegefachpersonen kein attraktives Angebot. Einrichtungen griffen nur in der größten Not darauf zurück, viele machten dabei eher schlechte Erfahrungen und nahmen aus Sorge um ihr Unternehmensimage schnell wieder Abstand von einer solchen Lösung.

Das hat sich inzwischen grundlegend geändert. In der Pflegebranche floriert die Zeitarbeit, das zeigen die Daten der Bundesagentur für Arbeit und Berichte aus Einrichtungen - vor allem in den Städten. Die Bundesagentur schreibt in ihrem Bericht „Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich“ von Mai 2019 (S. 9):

„Als Reaktion auf die starke Nachfrage nach Arbeitskräften in der Alten- und Krankenpflege hat in den letzten Jahren die Zahl der Beschäftigten, die über ein Leiharbeitsunternehmen in der Pflege tätig sind, zugenommen. Waren es 2014 noch rund 12.000 Leiharbeitnehmer in der Krankenpflege, so waren es 2018 schon fast doppelt so viele (22.000). Auch in der Altenpflege ist die Zahl der Leiharbeiter in den letzten fünf Jahren merklich gestiegen von gut 8.000 auf 12.000 im Jahr 2018.“

Immer mehr Pflegekräfte scheinen sich derzeit für eine Beschäftigung über ein Leiharbeitsunternehmen zu entscheiden, da diese mit überdurchschnittlichen Löhnen, Mitbestimmungsrechten bei Dienstplänen und bezahlten Überstunden werben. Der Anteil der Leiharbeitnehmer an allen Beschäftigten in der Pflege ist mit zwei Prozent weiterhin gering – jedoch mit steigender Tendenz.“ Die Berufsgruppe verzeichne, so heißt es weiter, zwischen 2014 und 2018 mit 0,7 Prozentpunkten die stärkste Zunahme der Leiharbeit an der Gesamtbeschäftigung. Tatsächlich melden Kliniken, insbesondere in Ballungsräumen, bereits zweistellige Anteile von Leiharbeit in den Pflegeteams.

Immer häufiger sind es gerade junge und sehr gut Ausgebildete, Pflegefachpersonen mit stark nachgefragten Zusatzqualifikationen, mit Berufserfahrung, hoher Leistungsbereitschaft und großem Engagement, die ihren Marktwert kennen und sich sehr bewusst den lange erlebten wenig wertschätzenden Arbeitsbedingungen entziehen. Diese Abwanderung und der Verlust an Kapazität und Kompetenz in den Stammebelegschaften ist selbst bei der momentan noch geringen Quote bereits deutlich spürbar.

Ursachen

Grundsätzlich steigt der Bedarf an professioneller Pflege seit Jahren kontinuierlich. Gründe dafür sind u.a. der demografische Wandel, Fortschritte in der Medizin mit längerem Überleben auch bei chronischer Erkrankung, die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen und damit verbundene geänderte Familienstrukturen, die große und weiter steigende Zahl stationärer Pflegeeinrichtungen usw. Der Zuwachs an Pflegefachpersonen hat damit nicht Schritt gehalten, zumal die Teilzeitquote in der Branche deutlich über 50% beträgt. Honorarkräften der Pflege ist der Markt weggebrochen, seit die Deutsche Rentenversicherung ihnen durchgängig Scheinselbständigkeit attestiert und hohe Nachforderungen von Sozialversicherungsbeiträgen gestellt hat. Und letztendlich führen wohl auch die seit 1. Januar 2019 in einigen Bereichen der Krankenhäuser einzuhaltenden Pflegepersonaluntergrenzen dazu, dass kurzfristig Lücken geschlossen werden müssen, um Sanktionen zu vermeiden.

Was sind aber Gründe für die Trendwende bei Leiharbeit in der Pflege? Was zieht Pflegefachpersonen, die bundesweit jederzeit ein großes Angebot an freien Stellen zur Auswahl haben, heute in die Zeitarbeit? Das Arbeiten an wechselnden Einsatzstellen gehört grundsätzlich nicht zum Selbstverständnis der professionellen Pflege. Denn sie ist auf Beziehungsaufbau, Kontinuität, wachsendes Vertrauen, Gestaltung von Prozessen und Zusammenarbeit im Team angelegt. Heute hier, morgen da ist eigentlich nichts, was sich Pflegefachpersonen von ihrem Berufsleben wünschen. Auch ein in Aussicht gestellter Lohnzuwachs, wie er häufig der Zeitarbeit nachgesagt wird, erweist sich bei genauerer Betrachtung oft als relativ und wird auch von den Betroffenen nicht als Hauptgrund für den Wechsel genannt.

Ähnlich wie vor einigen Jahren beim Aufkommen der auf Honorarbasis tätigen Pflegefachpersonen sind es zuallererst die Arbeitsbedingungen, vor denen man flüchtet: unzuverlässige Dienstpläne, ständiges Holen aus dem Frei, Überstunden ohne Ende, Präsentismus aus Solidarität, Doppelschichten, kurzfristiges Absagen von Urlaub und Fortbildungsmaßnahmen, Zeitdruck, Konflikte, Zusatzaufgaben, hohe Erwartungen des Arbeitgebers bei zu geringen Ressourcen, mangelnder Respekt usw. Lange haben beruflich Pflegenden die gravierenden Fehler im Pflegepersonalmanagement kompensiert und hingenommen. Inzwischen haben sie verstanden, dass sie so dem System, den zu pflegenden Menschen und sich selbst keinen Gefallen getan haben. Das Blatt beginnt sich zu wenden. Professionell Pflegenden wissen um ihren Marktwert und stellen Bedingungen, die sie mit Recht erwarten können. Dazu gehören nicht zuletzt verlässliche Dienstpläne als Grundlage der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben sowie das Einhalten von Arbeitszeitgesetz und Arbeitsschutzbestimmungen, was in der deutschen Pflege längst nicht mehr selbstverständlich ist. Leiharbeit verschafft zudem eine innere Distanz zu den täglichen Anforderungen und Belastungen im Beruf; nach Schichtende kehrt man ihnen den Rücken und hat den Kopf frei. Das verhilft zur Entspannung und verhindert Ausbrennen.

Die Einrichtungen, die nun zunehmend auf Leiharbeit zurückgreifen müssen, weil die eigene Personaldecke den Herausforderungen nicht standhält, haben selbst wesentlich zu dieser Entwicklung beigetragen. In Zeiten eines gravierenden Pflegefachpersonenmangels stehen Arbeitgeber im Wettbewerb untereinander, Leiharbeitsunternehmen zählen dazu. Was zuvor festangestellte professionell Pflegenden nun in der Zeitarbeit suchen, ist ihnen offenbar vom bisherigen Arbeitgeber verwehrt worden – sonst hätten sie nicht gewechselt.

Einrichtungen nutzen Zeitarbeit nicht nur, um kurzfristig auftretende Personalausfälle zu kompensieren. Immer häufiger wird bereits bei der Dienstplanung auf Arbeitnehmerüberlassung gesetzt. So soll verhindert werden, dass Krankenhausbetten bzw. Bewohnerplätze stillgelegt werden müssen und Erlöse ausfallen. Es gibt Fälle, in denen nur durch den Einsatz von Kolleg/innen aus der Zeitarbeit Urlaub oder Überstundenfrei der Festangestellten realisiert werden kann. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen prüft nach SGB XI, ob die Fachkraftquote eingehalten wird. Und schließlich findet sich bei den eigenen Pflegefachpersonen häufig niemand mehr, der noch bereit ist, über die bereits geleistete Arbeit hinaus Mehrarbeit zu leisten und an eigentlich freien Tagen einzuspringen.

Auswirkungen

Der zunehmende Anteil von Leiharbeiter/innen in den Pflgeteams hat aber jenseits dieser nachvollziehbaren Effekte zahlreiche Auswirkungen, die Nachteile bringen und inzwischen immer mehr Probleme schaffen.

- **Für die Menschen mit Pflegebedarf:** Ihnen fehlt der Ansprechpartner, dem sie vertrauen und der sie und ihre gesundheitliche bzw. persönliche Situation kennt und einschätzen kann. Es fehlt die Kontinuität, wenn in jeder Schicht eine fremde Person ans Bett tritt und zuständig ist, der Aufbau einer therapeutischen Beziehung ist so kaum möglich. Mitarbeiter/innen aus der Leiharbeit erledigen die ihnen zugewiesene Arbeit sicherlich fachgerecht, aber es fehlt der Blick auf die Gesamtsituation und ein Verantwortungsgefühl für eine nachhaltig angemessene Versorgung. Keine gute Ausgangslage, damit ein Patient bzw. Bewohner sich sicher fühlen kann. Hinzu kommt, dass Entleiher häufig beklagen, die ihnen überlassenen Fachkräfte brächten entgegen anderslautenden Versprechungen im Entleihvertrag real oft deutliche schlechtere Qualifikationen mit.
- **Für die Stammebelegschaft:** Die Situation kippt mittlerweile, nachdem zunächst Leiharbeit als willkommene Entlastung bei Arbeitsspitzen und Personalausfall erlebt wurde. Inzwischen spaltet das Thema immer mehr Teams, weil die verbliebenen Stammebelegschaften in der Regel die unattraktiven Dienste und Schichten (Nachtdienst, Feiertage, Wochenenden, Rufbereitschaft, Bereitschaftsdienst) abdecken müssen und dafür auch noch geringere Stundenlöhne und Zulagen erhalten. Von ihnen wird maximale Flexibilität und ständige Verfügbarkeit erwartet, während die Kolleg/innen aus der Leiharbeit ihre Dienste lange im Voraus und nach Wunsch aussuchen. Ständig neue Mitarbeiter/innen einzuarbeiten und zu überwachen – bei ohnehin immensem Zeitdruck – kostet Nerven und zusätzliche Zeit. Andere Aufgaben müssen dagegen vernachlässigt werden, damit der Betrieb einigermaßen läuft. Belastend kommt nicht nur hinzu, dass auf diese Weise eine immer größere Verantwortung bei den Stamm-Beschäftigten abgeladen wird, sondern dass sie bei der Zuteilung von Fällen in aller Regel die Schwerstkranken übernehmen müssen. Zusätzliche Aufgaben, wie sie auf jeder Station anfallen, können Leiharbeiter/innen nicht abarbeiten, dafür fehlen ihnen das Wissen um Strukturen und etablierte Prozesse, aber oft auch die erforderlichen Zugriffsrechte auf das elektronische Dokumentationssystem. Jede Form der Weiterentwicklung wird für alle Beteiligten ausgebremst. Alles in allem bildet der zunehmende Einsatz von Leiharbeitskräften in Pflgeteams mittlerweile weniger eine Entlastung als vielmehr steigendes Konfliktpotenzial und sorgt für große Unzufriedenheit und Stress.

Auch die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) hat sich dem Thema gewidmet und erkennt die zunehmende Belastung von Stammebelegschaften durch Leiharbeit. Die Arbeitsgruppe 2 der KAP setzt sich zum Ziel, „... den Anteil an Leiharbeitskräften in der Pflege und Betreuung nachhaltig zu reduzieren.“ Hierzu wurden verschiedene Maßnahmen vereinbart.³

- **Für die Versorgungsqualität:** Die Qualität der Versorgung sinkt, wenn die Stammebelegschaften schrumpfen und immer häufiger durch fremde Pflegefachpersonen aufgefüllt werden müssen. Denn neben anderen bereits erwähnten Einschränkungen fehlt denen der sichere Umgang mit dem Equipment, insbesondere der Medizintechnik, aber auch die täglich erforderlichen Informationen über Abläufe und Strukturen innerhalb der Einrichtung. Ein auftretender Notfall kann dann schnell zur Katastrophe werden.
- **Für die Einrichtung:** Entleiher müssen hohen Organisationsaufwand betreiben – für die Bereitstellung der erforderlichen Leiharbeitskräfte sowie das Überprüfen von deren Eignung und Qualifikation. Immer wieder wird berichtet, dass Vermittler die gewünschte Fachqualifikation ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht verlässlich einhalten; statt der angeforderten Gesundheits- und Krankenpflegerin kommt eine Pflegehelferin. Nicht selten kommt es zudem vor, dass zuge-

sagte Mitarbeiter/innen beim Entleiher nicht erscheinen, ohne vorher abzusagen. Oder der Verleiher sagt Dienste zu, storniert dann aber kurzfristig wieder, ohne Ersatz zu stellen. Leiharbeit zu nutzen ist teuer, schließlich verdient der Vermittler mit. Und angesichts der Marktlage lassen sich die Zeitarbeitsfirmen ihre Dienstleistung mittlerweile sehr gut bezahlen. In einer Umfrage beklagen Pflegeanbieter, dass Zeitarbeitsfirmen zusätzliche Kosten von knapp 90% im Vergleich zum Einsatz eigener Mitarbeiter berechnen.⁴ Die Vermittler schöpfen somit Millionenbeträge aus dem Gesundheitssystem ab, die anderswo dringend gebraucht würden.

Ein Unternehmen, das häufig auf Leiharbeit zurückgreifen muss, verliert an Attraktivität bei Bewerber/innen, die man für eine Festanstellung gewinnen will. Innerhalb der Teams entwickelt sich leicht eine Sogwirkung – zufriedene Leiharbeitnehmer locken weitere Kollegen an, das Unternehmen verliert auf diese Weise wertvolles Stammpersonal und damit Kompetenz, die kaum zu ersetzen ist. Der Image- und Qualitätsschaden kann immens werden.

- **Für Leiharbeitnehmer:** Auch für die Leiharbeitnehmerinnen und –arbeitnehmer selbst bringt ihr Arbeitsplatz nicht nur Vorteile, insbesondere dann, wenn sie kurze Einsatzphasen und ständig wechselnde Einsatzorte haben. Häufig werden sie in Einrichtungen zum Einsatz kommen, die bereits in Schwierigkeiten stecken: hohe Fluktuationsraten, innerbetriebliche Konflikte und Reibungen, schlechte ökonomische Lage, angespanntes Betriebsklima – all das macht Einsätze nicht leicht. Professionell Pflegende in Zeitarbeit agieren dann als Einzelkämpfer, ohne Zugehörigkeit zum Team. Ein regelmäßiges Feedback zur eigenen Arbeitsweise und Kompetenz, mit dem man sich weiterentwickeln kann, erhalten sie oft nicht. Das häufige Zurechtfinden in fremder Umgebung, schnelle Ortswechsel, auswärtige Übernachtung sowie permanentes Leben aus dem Koffer bedeuten Stress und kollidieren u.U. mit dem eigenen Privatleben und dem Wunsch nach sozialen Kontakten. Nicht jedes Zeitarbeitsunternehmen arbeitet außerdem seriös, es gibt schwarze Schafe, die viel versprechen und wenig einlösen.

Lösungsansätze und Forderungen

Pflegefachpersonen in Leiharbeit sind nicht Auslöser der beschriebenen Probleme, sondern Ergebnis einer verfehlten Personalstrategie und Entwicklung, die sie nicht verursacht und auch nicht zu verantworten haben. Sie haben lediglich einen Weg gesucht, ihrem Beruf unter für sie akzeptablen Arbeitsbedingungen nachgehen zu können. Dieselben Einrichtungen, die jetzt nach einer Eindämmung der Leiharbeit und Begrenzung der Vermittlergebühren rufen, haben oft jahrelang nichts oder zu wenig für die Mitarbeiterbindung im eigenen Unternehmen getan. Und werfen der Politik zudem vor, durch Vorgeben und Überprüfen der Fachkraftquote und Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen unüberwindbare Hürden aufzubauen. Dabei ist es die Absicht der Politik, mit solchen Instrumenten wenigstens ein Minimum an Patientensicherheit zu gewährleisten.

Der Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag, Erwin Rüdell, macht aus seiner Haltung keinen Hehl: „Mittelfristig muss sich das Ausweichen auf Arbeitnehmerüberlassung des internen Betriebsfriedens willens als Geschäftsmodell erledigen. Den Pflegemangel als Geschäftsmodell auszunutzen passt nicht zu den Werten unseres Gesundheitssystems.“ Hätte der CDU-Politiker die „Werte unseres Gesundheitssystems“ – z.B. eine sichere, würdevolle Versorgung zu pflegender Menschen in den deutschen Einrichtungen – nicht etwas früher so vehement und wirksam durch entsprechendes politisches Handeln verteidigen müssen? Dann gäbe es die heutigen Probleme in diesem Ausmaß nicht.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn denkt über ein Verbot bzw. eine Einschränkung von Leiharbeit in unterbesetzten Facharbeitsbereichen nach – auch wenn dies einen ziemlichen Eingriff bedeuten würde. Ob ein Verbot von Leiharbeit mit der Begründung Pflegefachkräftemangel überhaupt legitimierbar

wäre, darf bezweifelt werden. Und grundsätzlich ist es fraglich, ob Pflegefachpersonen sich mit solchen Mitteln zurück in Arbeitsverhältnisse lenken lassen, denen sie aus gutem Grund zuvor den Rücken gekehrt haben.

Regional versuchen Arbeitgeber, einheitliche Regelungen und eine Preisbindung in Verträgen mit Verleihfirmen durchzusetzen. Andere treten selbst als Anbieter kurzfristiger Jobs auf, um den Mitverdiener Zeitarbeitsunternehmen zu umgehen (siehe Exkurs Gig-Work).

Nach Auffassung des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) führt an der Verpflichtung für Arbeitgeber und Führungskräfte, in ihren Unternehmen aus Sicht von Pflegefachpersonen nachhaltig gute Arbeitsbedingungen zu schaffen, kein Weg vorbei. Das wurde seit vielen Jahren sträflich versäumt, die Folgen zeigen sich jetzt.

Um Schritt für Schritt das Angewiesensein auf Leiharbeit zu reduzieren, muss ein grundsätzliches Umdenken in der Pflegepersonalstrategie erfolgen. Dazu gehören die folgenden Maßnahmen:

- a) **Grundsätzlich deutliche Anhebung des Pflegefachpersonenbestands inkl. konsequenter Berücksichtigung von Ausfallzeiten; analytische Pflegepersonalbemessung, die sich am tatsächlichen Pflegebedarf und der Struktur der Einrichtung orientiert und die Interessen von Patienten bzw. Bewohnern sowie Beschäftigten im Fokus hat.**
- b) **Geregeltes Personalausfallmanagement:** z.B. hauseigene Pool-Lösungen, vergütete Standby-Systeme usw.
- c) **Alle Elemente von Mitarbeiterbindung und Personalentwicklung:** u.a. gute Führung, weitreichende Autonomie, wertschätzende Personalpolitik, Fördern interdisziplinärer Zusammenarbeit, evidenzbasierte Pflegepraxis, Innovationen...
- d) **Nachwuchsbindung, angefangen bei qualitativ guter und wertschätzender Ausbildung**
- e) **Abzielen auf „Klebe-Effekte“ bei Leiharbeitnehmern, indem man sich als vorbildlicher Arbeitgeber erweist.**

Gut ausgebildete, engagierte und leistungsbereite Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind keine Selbstverständlichkeit! Wer das nicht begreift, wird bald keine mehr finden, auch nicht bei der Leiharbeit.

Exkurs Gig-Work

„Gig“ ist ein englischer Begriff und bedeutet „Auftritt“. ‚Gig Economy‘ bezeichnet einen Teil des Arbeitsmarktes, bei dem kleine Aufträge kurzfristig an unabhängige Selbständige, Freiberufler oder geringfügig Beschäftigte vergeben werden. Dabei dient häufig eine Onlineplattform als Mittler zwischen Kunde und Auftragnehmer, die Rahmenbedingungen setzt und deren Betreiber eine Provision einbehält (wikipedia.org).

Auch in der Pflege hat sich ‚GigWork‘ entwickelt, wenn auch in sehr bescheidenem Umfang. Über eine Onlineplattform kommt der Kontakt zwischen Arbeitgeber (meist Kliniken) und interessierter Pflegefachperson zustande und führt zur Direktanstellung mit kurzer Laufzeit und attraktivem Gehalt. Durch Umgehen eines Vermittlers wollen die Einrichtungen Kosten sparen und hoffen, so gewonnene Mitarbeiter/innen im Anschluss an den temporären Job langfristig zu binden.

¹Bundesagentur für Arbeit: Merkblatt zur Abgrenzung zwischen Arbeitnehmerüberlassung und Einsatz von Arbeitnehmern im Rahmen von Werk- und selbständigen Dienstverträgen sowie anderen Formen drittbezogenen Personaleinsatzes; AÜG 10 - 04/2017

²<https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Branchen/generische-Publikationen/Arbeitsmarkt-Deutschland-Zeitarbeit-Aktuelle-Entwicklung.pdf>

³Konzertierte Aktion Pflege – Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5, Seiten 72 und 73

⁴Bpa-Meldung: https://www.bpa.de/Aktuelles.112.0.html?&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=4933&cHash=c779e673a65c981afb04aea1a1c65f6b

Der DBfK-Bundesvorstand, Berlin; im September 2019

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Telefon: +49 (0)30-2191570

E-Mail: dbfk@dbfk.de

www.dbfk.de



Positionspapier

Anwerbung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland

Pflegefachpersonen aus dem Ausland sind in der Pflegelandschaft in Deutschland willkommen und stellen eine Bereicherung in einer zunehmend bunter werdenden Gesellschaft dar. Sie tragen zudem dazu bei, kulturspezifische Aspekte in der Pflege zu realisieren und weiter zu entwickeln.

Die Anwerbung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland findet in den letzten Jahren vor dem Hintergrund des massiven Pflegepersonal mangels statt. Da Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen zunehmend Schwierigkeiten haben geeignetes Pflegepersonal zu finden, ist es naheliegend, dass sie von der Möglichkeit Gebrauch machen, Pflegefachpersonen aus dem Ausland anzuwerben. Ausländische Pflegefachpersonen werden allerdings den seit Jahrzehnten bestehenden Pflegepersonal mangel nicht beheben, sondern bestenfalls abmildern können. Denn dieser Mangel begründet sich durch die bestehenden Rahmenbedingungen, die durch mangelhafte Personalausstattung, hohe Arbeitsverdichtung, begrenzte Handlungsautonomie, geringe Aufstiegs- und Karrieremöglichkeiten und niedrige Vergütung gekennzeichnet sind.

Diese Rahmenbedingungen haben dazu geführt, dass immer weniger Berufsangehörige oder -einsteiger/innen diesen Beruf ausüben bzw. ergreifen wollen. In den letzten fünf Jahren (2012-2017) haben 3.571 Pflegefachpersonen die Anerkennung ihrer Berufsausbildung in anderen Ländern beantragt, um auszuwandern¹. Dass ausländische, gut qualifizierte Pflegefachpersonen, die z.T. über einen Bachelor Abschluss verfügen, dauerhaft unter Arbeitsbedingungen tätig sein wollen, die für Pflegefachpersonen aus Deutschland unattraktiv geworden sind, erscheint unwahrscheinlich.

Daher müssen vor allem die Arbeitsbedingungen verbessert werden, um den Pflegeberuf wieder attraktiv zu machen. Dazu gehören Investitionen in die Qualifikation und den Berufsverbleib, eine kurz- und mittelfristige Bedarfsplanung des Pflegepersonals und bedarfsgerecht angepasste Ausbildungskapazitäten. Auf diese Weise können Pflegefachpersonen im Beruf gehalten, junge Menschen wieder dafür gewonnen und ausländische Pflegefachpersonen dauerhaft in die Pflege in Deutschland integriert werden.

Treffen Einrichtungen die Entscheidung Pflegefachpersonen aus dem Ausland anzuwerben, müssen aus Sicht des DBfK Grundsätze beachtet werden, die nachfolgend dargestellt werden.

Globaler Verhaltenskodex der WHO

Bei der Anwerbung von Pflegefachpersonen aus dem Ausland gilt es den „globalen Verhaltenskodex für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften“² zu beachten, der 2010 von den 193 Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen verabschiedet wurde. In diesen Kodex wurde die Definition der WHO von 2006 aufgenommen, die einen Grenzwert für einen kritischen Mangel an Gesundheitsfachpersonen festgelegt hat. Dieser Grenzwert liegt bei insgesamt 2,28 Ärzten, Pflegefachpersonen und Hebammen pro 1.000 Kopf der Bevölkerung. Entsprechend gelten 57 Staaten als Krisenländer. Nur die Bundesagentur für Arbeit darf aus diesen Staaten Pflegefachpersonen für Deutschland anwerben³. Durch das Verbot der privaten Anwerbung und Arbeitsvermittlung soll sichergestellt werden, dass in Ländern, in denen ein Pflegepersonal mangel besteht, keine Abwerbung erfolgt und auf diese Weise der Verhaltenskodex der WHO umgesetzt wird.

Der OECD Durchschnitt liegt bei 9 Pflegefachpersonen auf 1.000 Kopf der Bevölkerung⁴. Trotz dieser deutlich besseren Personalausstattung herrscht in vielen OECD Ländern ein Pflegepersonal­mangel, der sich negativ auf die Versorgungsqualität der Patient/innen auswirkt. In Deutschland hat dieser Mangel dazu geführt, dass Pflegefachpersonen aus Ländern mit einer deutlich schlechteren Personalausstattung angeworben werden. Hier stellt sich die Frage, wie die Unterschiede bei der Personalausstattung und Versorgungsqualität bewertet werden sollen. Dabei spielen die politischen und wirtschaftlichen Verhältnisse in den jeweiligen Ländern eine entscheidende Rolle. Denn oft ist der Verdienst der Pflegefachpersonen in weniger entwickelten Ländern so gering, dass sie sich und ihre Familien davon kaum ernähren können und zudem auch oft noch unregelmäßig bezahlt werden⁵. Unter solchen Bedingungen ist der Ausbau einer Versorgungsinfrastruktur erschwert und die Abwanderung ausgebildeter Pflegefachpersonen vorprogrammiert.

Positionen des DBfK:

Der „globale Verhaltenskodex der WHO“ ist in deutschen Rechtsvorschriften verbindlich zu regeln. Der Versuch den Pflegepersonal­mangel in Deutschland durch die Abwerbung von Pflegefachpersonen aus anderen Ländern abzumildern, darf nicht dazu führen, dass die Versorgung der Bevölkerung in diesen Ländern gefährdet wird.

Anwerbung ausländischer Pflegefachpersonen

Die Anwerbung ausländischer Pflegefachpersonen richtet sich sowohl an Pflegepersonal aus EU-Mitgliedsstaaten wie auch aus Staaten außerhalb der EU. Während Pflegefachpersonen aus EU-Mitgliedstaaten im Zuge der uneingeschränkten Arbeitnehmerfreizügigkeit ohne Arbeitsgenehmigung arbeiten dürfen, bedarf es bei Pflegefachpersonen aus Nicht-EU-Staaten bilateraler Vermittlungsab­sprachen der Bundesregierung mit den Herkunftsländern. Beim „Triple Win“ Projekt⁶ arbeitet beispielsweise die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV)⁷ und die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) mit den Arbeitsverwaltungen der derzeitigen Partnerländer Bosnien-Herzegowina, Serbien, den Philippinen und Tunesien zusammen. Neben diesen öffentlich begleiteten Verfahren gibt es auch einige private - oft gewerblich orientierte - oder entsprechende Initiativen von Wohlfahrtsverbänden.

Seit 2013 haben 2.342 Pflegefachpersonen aus dem Ausland die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung im Rahmen von Sonderprogrammen begonnen oder absolviert bzw. nach Anwerbung entsprechender Organisationen ihre Tätigkeit als gleichwertig anerkannte Pflegefachpersonen in Deutschland aufgenommen. Zahlen über die Dauer ihres Berufsverbleibes in Deutschland gibt es bislang nicht⁸. 2017 arbeiteten 69.000 Pflegefachpersonen und Pflegeassistent/innen ohne deutsche Staatsangehörigkeit in der Krankenpflege und 61.000 in der Altenpflege⁹.

Positionen des DBfK:

Höhe und Dauer der Gebühren, die Vermittlungsagenturen für ihre Vermittlungstätigkeit erhalten, sind zu begrenzen, insbesondere bei privaten, gewerblich orientierten. Damit kann verhindert werden, dass die Vermittlung wirtschaftlich so attraktiv wird, dass ethische Aspekte einer globalen Versorgungsgerechtigkeit in den Hintergrund treten.

Die Anwerbung von jungen Menschen aus dem Ausland für die Ausbildung zur Gesundheits- und (Kinder)krankenpfleger/in ist nur zu unterstützen, wenn die Ausbildung im jeweiligen Herkunftsland anerkannt oder international anschlussfähig ist.

Grundsätzlich ist die Frage zu stellen, ob der immense Aufwand an zeitlichen und personellen Ressourcen für die Anwerbung, Vermittlung und Integration ausländischer Pflegefachpersonen durch den Erfolg gerechtfertigt werden kann. Dieser Erfolg bemisst sich daran, ob eine ausreichende Anzahl von Pflegefachpersonen aus dem Ausland gewonnen und langfristig beschäftigt werden kann, sodass der Pflegepersonal-mangel spürbar abgemildert wird. Dazu werden mehr Zahlen benötigt, die Aufschluss über die Anzahl der angeworbenen, gleichwertig anerkannten und dauerhaft beschäftigten Pflegefachpersonen aus dem Ausland geben.

Anerkennungsverfahren ausländischer Pflegeausbildungen

Pflegefachpersonen, die ihre Krankenpflegeausbildung in einem EU-Mitgliedsstaat absolviert haben, erhalten gemäß der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie (2005/36/EG) eine automatische Anerkennung ihrer beruflichen Qualifikation. Dies gilt nicht für Altenpfleger/innen, weil es die Altenpflegeausbildung nur in Deutschland gibt und daher keine einheitlichen EU-Standards existieren. Altenpfleger/innen müssen daher ein individuelles Anerkennungsverfahren absolvieren und die Gleichwertigkeit mit dem Referenzberuf (Gesundheits- und Krankenpflege) nachweisen.

Pflegefachpersonen, die ihre Ausbildung in Drittstaaten, also außerhalb der EU absolviert haben, müssen ihre im Ausland erworbene Qualifikation bei der zuständigen Stelle in dem jeweiligen Bundesland im Rahmen einer Gleichwertigkeitsprüfung anerkennen lassen. Die zuständige Stelle entscheidet über den Anerkennungsantrag (Gleichwertigkeitsbescheid) und kommt dabei zu drei möglichen Ergebnissen. Die „volle Anerkennung“ wird erteilt, wenn die ausländische Berufsqualifikation mit der Gesundheits- und (Kinder)krankenpflegeausbildung¹⁰ gleichwertig ist. Die „teilweise Anerkennung“ bedeutet, dass nur ein Teil der Berufsqualifikation anerkannt wurde und Ausgleichsmaßnahmen oder Anpassungsqualifizierungen absolviert werden müssen, um die volle Anerkennung zu erhalten. Dazu bieten verschiedene Träger, u.a. das IQ Netzwerk Ausgleichsmaßnahmen (Anpassungsqualifizierung, Vorbereitung auf Kenntnisprüfung) und ergänzende Qualifikationen (Spracherwerb/-förderung, Vorbereitung auf Sprachprüfung, Teilqualifizierung oder Kompetenzfeststellung) in den Bundesländern an. Wenn die Unterschiede zur Gesundheits- und (Kinder)krankenpflegeausbildung zu groß sind, erfolgt keine Anerkennung¹¹. 2017 stellten 8.835 Pflegefachpersonen einen Antrag auf Anerkennung ihrer Pflegeausbildung¹².

Die dezentrale Bearbeitung der Anerkennungsverfahren in den Bundesländern hat dazu geführt, dass die Bewertungskriterien und die Entscheidungspraxis der einzelnen zuständigen Stellen uneinheitlich sind. Zudem dauert das Verfahren oft mehrere Monate, da die Echtheit von Dokumenten überprüft und Sachverhalte im Ausland geklärt werden müssen. Um die Verfahren einheitlicher zu gestalten, wurde 2016 auf Beschluss der Gesundheits- und Kultusministerkonferenz die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe (GfG) bei der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen (ZAB) eingerichtet. Die GfG arbeitet im Auftrag der zuständigen Stellen. Die wichtigsten Ziele sind Qualitätsverbesserung bei den Anerkennungsverfahren, bundesweite Vereinheitlichung und transparente Ausgestaltung der Verfahren sowie die Unterstützung und Entlastung der zuständigen Behörden. Um diese Ziele zu erreichen, bedarf es

einheitlicher Bewertungskriterien für die bundesrechtlich geregelten Gesundheitsberufe. Inzwischen wurden diese Kriterien für die Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt, die zu den am häufigsten nachgefragten Berufen gehört¹³. Damit wurde eine entscheidende Voraussetzung geschaffen, um das Anerkennungsverfahren bundesweit einheitlich und transparent auszugestalten.

Positionen des DBfK:

Durch die Gleichwertigkeitsprüfung ist sicherzustellen, dass das in Deutschland grundlegende Verständnis der Pflege von Pflegefachpersonen aus dem Ausland geteilt wird. Denn in einigen anderen Ländern orientiert sich der Pflegeberuf beispielsweise stärker an der Medizin und patientennahe Aufgabenbereiche wie die Körperpflege werden nicht der Pflege zugeordnet, sondern Pflegeassistent/innen oder Angehörigen.

Die Integration von Pflegefachpersonen aus dem Ausland kann nur zum Wohle aller Beteiligten gelingen, wenn sie über eine gleichwertige Qualifikation verfügen und unter den gleichen Arbeitsbedingungen tätig sind wie die bereits vorhandenen Pflegefachpersonen.

Bundesweit einheitliche Kriterien sind die Voraussetzung für ein transparentes und faires Anerkennungsverfahren von im Ausland erworbenen Pflegeausbildungen. Dass sie nun entwickelt wurden, ist ein wichtiger Schritt. Nun müssen sie regelhaft in allen Bundesländern angewendet werden.

Fraglich ist, ob ein bundesweit einheitliches Anerkennungsverfahren mit den dezentralen Strukturen realisiert werden kann. Durch eine zentrale zuständige Stelle wäre dieses Ziel besser realisierbar.

Für ein zentrales Anerkennungsverfahren könnten auch bundeseinheitliche Gebühren erhoben werden. Derzeit sind die Kosten in den Bundesländern z.T. unterschiedlich.

Benötigt wird zudem ein zentral geführtes Register mit den Daten der Personen, die einen Anerkennungsantrag gestellt haben. Auf diese Weise könnte sichergestellt werden, dass ein abgelehnter Antrag nicht in einem anderen Bundesland erneut gestellt wird (Anerkennungs-Tourismus).

Keine Anwerbung von Pflegeassistent/innen

Neben ausländischen Pflegefachpersonen, die die Gleichwertigkeit ihrer beruflichen Qualifikation mit dem Referenzberuf der Gesundheits- und (Kinder)krankenpflege anstreben, gibt es auch Initiativen Pflegeassistent/innen anzuwerben.

Pflegeassistenz ist ein nicht reglementierter Beruf. D.h. dass im Unterschied zur Gesundheits- und (Kinder)krankenpflege keine bestimmten staatlichen Vorgaben gelten und damit auch keine Berufszulassung notwendig ist, um in Deutschland arbeiten zu können. Für die Pflegeassistenz ist die Anerkennung daher nicht vorgeschrieben.

Positionen des DBfK:

Pflegeassistent/innen anzuwerben ist nicht zielführend: Zum einen werden in Gesundheitseinrichtungen vor allem Pflegefachpersonen benötigt, um Patient/innen auf einem hohen Qualitätsniveau zu versorgen. Zum anderen müssen ausländische Pflegefachpersonen den deutschen Kolleg/innen gleichgestellt sein, um nachhaltig integriert werden zu können. D.h. sie müssen über eine gleichwertige Ausbildung verfügen, damit sie dieselben Pflegetätigkeiten durchführen, unter den gleichen Bedingungen arbeiten und dieselbe Entlohnung bekommen können. Da es für die Pflegeassistenz kein vorgeschriebenes Anerkennungsverfahren gibt, sind diese Voraussetzungen nicht gegeben.

Aufenthaltstitel für Pflegefachpersonen und ihre Familien

Pflegefachpersonen aus der EU können ohne Aufenthaltsgenehmigung nach Deutschland einreisen und eine Berufstätigkeit aufnehmen. Das gilt auch für die Ehepartner/innen und Kinder. Für Pflegefachpersonen aus der Schweiz und dem Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) (Liechtenstein, Norwegen, Island) gelten dieselben Regelungen¹⁴.

Pflegefachpersonen aus Drittstaaten benötigen für die Einreise ein Visum, das sie bei einer deutschen Auslandsvertretung (Visastellen der Botschaften und Generalkonsulate) in ihrem Heimatland beantragen müssen. Wenn sie sich in Deutschland aufhalten wollen, benötigen sie zudem einen Aufenthaltstitel, der für einen bestimmten Aufenthaltswitzweck, zum Beispiel für eine Erwerbstätigkeit, erteilt werden kann. Da die Gesundheits- und Krankenpflege in Deutschland zu den sogenannten „Engpassberufen“ gehört, erfüllen Pflegefachpersonen, die eine Pflegeausbildung absolviert haben, die der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung gleichwertig ist, eine entscheidende Voraussetzung um diesen Titel zu erhalten. Ist dies der Fall, bekommen Ehepartner/innen und Kinder ebenfalls einen Aufenthaltstitel wie auch einen uneingeschränkten Zugang zum Arbeitsmarkt¹⁵.

Position des DBfK:

Pflegefachpersonen aus dem Ausland, die in Deutschland arbeiten wollen, die Voraussetzungen erfüllen und einen befristeten Aufenthaltstitel bekommen haben, müssen eine dauerhafte Bleibeperspektive erhalten. Gleichzeitig muss der Familiennachzug sichergestellt sein. Nur so sind die Investitionen aller Beteiligten in die Anwerbung und Integration gerechtfertigt und nachhaltig.

Pflegeausbildung für Asylbewerber/innen

Vor dem Hintergrund des Pflegepersonalmangels wird vielerorts die Möglichkeit diskutiert Asylbewerber/innen als Gesundheits- und (Kinder)krankenpfleger/innen auszubilden. Auch die Politik hat entsprechende Vorschläge in die Diskussion eingebracht.

Insofern Asylbewerber/innen die notwendigen Voraussetzungen erfüllen und ausbildungsbereit sind, sollte ihnen die Ausbildung zum/zur Gesundheits- und (Kinder)krankenpfleger/in offen stehen. Zu den Voraussetzungen gehört, dass sie die deutsche Sprache auf dem B2-Niveau des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens beherrschen, die allgemeinbildenden Voraussetzungen für eine Zulassung zur Pflegeausbildung erfüllen, bereit sind den Pflegeberuf zu erlernen und sich auch persönlich dafür eignen. Bei der Eignung ist insbesondere zu berücksichtigen, dass die Mehrheit der Asylbewerber/innen männlich ist und aus einem Kulturkreis stammt, in dem Pflege kein hohes Ansehen genießt und überwiegend von Frauen geleistet wird.

Allerdings wird immer wieder davon berichtet, dass Asylbewerber/innen, die eine Pflegeausbildung begonnen oder bereits abgeschlossen haben, abgeschoben werden. Diese Vorgehensweise ist mit Blick auf den Pflegepersonalmangel und die Investitionen in die Pflegeausbildung widersprüchlich. Hier stellt sich die Frage, ob Asylbewerber/innen, die einen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz vorweisen können, ein Bleiberecht in Deutschland bekommen können.

Positionen des DBfK:

Es sollte bundeseinheitlich geregelt werden, dass Asylbewerber/innen vor Abschiebung geschützt sind, solange sie sich in der Ausbildung zum/zur Gesundheits- und (Kinder)krankenpfleger/in befinden.

Nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung und dem Nachweis eines Arbeitsplatzes sollten Asylbewerber/innen auch bei abgelehntem Asylantrag ein Bleiberecht in Deutschland erhalten.

Sprachkompetenz auf B2-Niveau (GER)

Um in der Pflege in Deutschland arbeiten zu können, müssen ausländische Pflegefachpersonen über gute Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen. In den meisten Bundesländern wird im Rahmen des Anerkennungsverfahrens die Sprachkompetenz auf B2-Niveau des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens verlangt.

Doch es gibt Unterschiede bei den Rechtsvorschriften der Bundesländer: So wird in Berlin beispielsweise verlangt, dass die Prüfung der Sprachkenntnisse auf dem B2-Niveau nicht älter als drei Jahre ist. In Hessen werden Sprachkenntnisse auf B1/B2-Niveau vorausgesetzt und zudem berufsspezifische Sprachkenntnisse überprüft. In Nordrhein-Westfalen werden die Sprachkenntnisse nur überprüft, wenn erkennbar ist, dass die Sprachkompetenz nicht ausreicht¹⁶.

Positionen des DBfK:

Die erforderliche Sprachkompetenz ist mindestens auf B2-Niveau des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens bundeseinheitlich festzulegen. Darüber hinaus sind Kenntnisse der medizinisch-pflegerischen Fachsprache nachzuweisen.

Willkommenskultur und Integrationsmanagement

Um ausländische Pflegefachpersonen in Deutschland nachhaltig zu integrieren, bedarf es verschiedener Initiativen, die sich auf den Einsatzort, die Erfordernisse des Alltags und die Freizeitgestaltung beziehen. Benötigt wird ein konkretes Integrationsmanagement, das die gesetzlichen Aspekte wie das Anerkennungsverfahren sowie der Aufenthaltstitel, die Einarbeitung im Einsatzort und die soziale Integration umfasst. Entscheidend ist, dass diese Initiativen auf dem Boden einer Willkommenskultur stattfinden, in die alle beteiligten Personen eingebunden sind. Um diese Integrationsarbeit zu leisten bedarf es personeller, zeitlicher und finanzieller Ressourcen.

Einige Einrichtungen haben Konzepte zur Integration entwickelt, wie beispielsweise das Städtische Klinikum München. Das Konzept umfasst u.a. die Bereitstellung von Wohnraum, Begleitung bei Behördengängen und im Alltag (Bankbesuch, U-Bahnnetz), Ansprechpartner/innen für Fragen (WhatsApp-Gruppen), Praxisanleitung am Einsatzort und ein Patenprogramm, das die Neuankömmlinge schon vor der Ankunft in Deutschland in Kontakt mit ihren künftigen Kollegen bringt¹⁷.

Positionen des DBfK:

Zur Integration bedarf es fachlich kompetenter und kultursensibler Personen, die befähigt sind die pflegefachlichen Themen zu lehren, kulturelle Unterschiede aufzuarbeiten und zu vermitteln, und auch die soziale Integration, einschließlich dem Freizeitbereich, zu leisten. Auch die Teams, in denen ausländische Pflegefachpersonen arbeiten, müssen vorbereitet werden, indem interkulturelle Kompetenz durch eine gezielte Personalentwicklung vermittelt wird.

Einrichtungen müssen bereit sein, in diese personellen und fachlichen Ressourcen zu investieren, wenn sie langfristig von ausländischen Pflegefachpersonen profitieren wollen.

Die fachliche und soziale Integration von Pflegefachpersonen aus dem Ausland kann allerdings nur dauerhaft gelingen, wenn alle beteiligten Pflegefachpersonen unter guten Rahmenbedingungen arbeiten. Durch den vielerorts bestehenden Personalmangel, der Grund für die Anwerbung ist, sind die Voraussetzungen für eine gelingende Integration erschwert.

Der DBfK-Bundesvorstand, Berlin; November 2018

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.

Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de

Literatur

- ¹ The EU Single Market <http://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/index.cfm>
49% Gesundheits- und Krankenpfleger/innen stellten ihren Anerkennungsantrag in der Schweiz, 29% in Österreich, 6% in Großbritannien, 5% in Schweden, 4% in Norwegen und 6% in anderen Ländern
- ² WHO (2010) Handbuch. Der globale Verhaltenskodex der WHO für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften http://www.healthworkers4all.eu/fileadmin/docs/de/WHO_Verhaltenskodex_tdh.pdf
- ³ Verordnung über die Beschäftigung von Ausländerinnen und Ausländern (Beschäftigungsverordnung - BeschV) § 38 Anwerbung und Vermittlung
- ⁴ OECD (2017) Health at a glance www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en
- ⁵ Külker R., Prytherch H., Ruppel A., Müller O. (2010) Entwicklungsländer: Gesundheit für alle – aber ohne Personal? Deutsches Ärzteblatt 107(19) <https://www.aerzteblatt.de/archiv/74926/Entwicklungslaender-Gesundheit-fuer-alle-aber-ohne-Personal>
- ⁶ BA, GIZ Fachkräfte für Deutschland. <https://www.triple-win-pflegekraefte.de/>
- ⁷ ZAV (2014) Ausländische Pflegekräfte für den deutschen Arbeitsmarkt <https://www3.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mjqw/~edisp/l6019022dstbai685070.pdf>
- ⁸ Antwort der Bundesregierung (Drucksache 19/5274) vom 09.11.2018 auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Nicole Westig, Michael Theurer, Renata Alt, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP (Drucksache 19/5654) „Anwerbung von ausländischen Pflegekräften“
- ⁹ Bundesagentur für Arbeit (2018) Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf>
- ¹⁰ Ab 2020 wird die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung durch die generalistische Pflegeausbildung abgelöst, deren Berufsabschluss zur Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“ führt.
- ¹¹ Das Informationsportal der Bundesregierung zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen. Anerkennung in Deutschland. Anerkennungsverfahren. <https://www.anererkennung-in-deutschland.de/html/de/anerknennungsverfahren.php>
- ¹² Das Informationsportal der Bundesregierung zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen. Anerkennung in Deutschland. Statistik zum Bundesgesetz. Auswertung der amtlichen Statistik zum Anerkennungsgesetz des Bundes für 2017 https://www.anererkennung-in-deutschland.de/html/de/statistik_zum_bundesgesetz.php
- ¹³ Das Informationsportal der Bundesregierung zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen. Anerkennung in Deutschland. Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe <https://www.anererkennung-in-deutschland.de/html/de/gutachtenstelle-gesundheitsberufe.php>
- ¹⁴ Das Informationsportal der Bundesregierung zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen. Bürgerinnen und Bürger aus der EU, Liechtenstein, Norwegen, Island, Schweiz https://www.anererkennung-in-deutschland.de/html/de/eu_liechtenstein_norwegen_island_schweiz.php
- ¹⁵ Das Informationsportal der Bundesregierung zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen. Einreise und Aufenthalt von Staatsangehörigen aus Drittstaaten <https://www.anererkennung-in-deutschland.de/html/de/drittstaaten.php>
- ¹⁶ bad (2018) Anerkennung ausländischer Fachkräfte in der Pflege
- ¹⁷ Städtisches Klinikum München stärkt das eigene Pflegeteam und die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte <https://www.klinikum-muenchen.de/unternehmen/presse/pressearchiv/news/artikel/muenchen-klinik-staerkt-das-eigene-pflegeteam-und-die-arbeitsbedingungen-fuer-pflegekraefte/>

Positionspapier

Erhalt der Pflegefachkraftquote im SGB XI-Bereich

Einführung

Die Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege ist Aufgabe der Länder. Während die Personalschlüssel zwischen den Leistungserbringern und den Leistungsträgern (Pflegekassen und Träger der Sozialhilfe) verhandelt werden, ergibt sich die Pflegefachkraftquote aus der jeweiligen Heimgesetzgebung des Landes. Sowohl die Personalschlüssel als auch die Pflegefachkraftquote wurden dabei relativ willkürlich auf der Basis von empirischen Werten festgelegt. Die Personalschlüssel unterscheiden sich zwischen den Bundesländern erheblich¹. Aktuell werden erste Ansätze, von der allgemein gültigen Pflegefachkraftquote von 50% abzuweichen, bereits Bestandteil in Länderregelungen². Zudem beherrschen die Diskussion um die Personalbemessung nicht Fragen der Versorgungsqualität und -bedarfe, sondern vor allem die Fokussierung auf die Verrichtungen und der mit dem eingesetzten Personal verbundene Kostenaufwand sowie der (hausgemachte) Personalmangel in der Pflege.

Mit Inkrafttreten des 2. Pflegestärkungsgesetzes hat der Gesetzgeber die Selbstverwaltung aufgefordert, die Entwicklung und Erprobung eines Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen sicherzustellen. Hierbei sollen sowohl quantitative wie auch qualitative Aspekte der Personalbemessung berücksichtigt werden. Das neue Verfahren wird vermutlich eine Ablösung der bisherigen Pflegefachkraftquote nach sich ziehen. Bis dieses Verfahren vorliegt, muss nach Auffassung des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe - (DBfK) Bundesverband e.V. die aktuell geltende Pflegefachkraftquote von 50% in der stationären Altenpflege erhalten bleiben. Zudem bedarf es einer ergebnisoffenen, kontrollierten Evaluation dieser Quote in Bezug auf die Endpunkte Pflegequalität und Belastung der Pflegefachpersonen nach neu entwickeltem Verfahren.

Steigende Anforderungen an die Pflegefachpersonen

Ein hoher Anteil an Pflegefachpersonen in den Einrichtungen nach SGB XI ist unbedingt notwendig, um Behandlungspflege, Beratung und die Anleitung von Pflegeschüler/innen, Studierenden der Pflege sowie Assistenzpersonal gewährleisten zu können. Angesichts der demografischen Entwicklungen werden Pflegenden zukünftig mit immer mehr hochaltrigen und multimorbiden Menschen umgehen müssen. Deren komplexe und sich verändernde Versorgungsbedarfe benötigen eine Pflegeprozessessteuerung, die entsprechend den vorbehaltenen Aufgaben nur durch Pflegefachpersonen erfolgen kann. Eine gute Versorgungsqualität durch Pflegefachpersonen bedeutet dabei einerseits eine Versorgung auf dem anerkannten Stand pflegerisch-medizinischer Kenntnisse, andererseits eine gute Ansprechbarkeit für Koordination, Überwachung und Kontrolle aller Personen, die im Personalmix an der Versorgung der Bewohner/innen beteiligt sind. Diese Ansprechbarkeit muss aus Sicht des DBfK zu allen Zeiten gewährleistet werden, um auch auf Notfälle angemessen reagieren zu können und für Kriseninterventionen bereitzustehen. Der Versorgungsbedarf der Bewohner/innen in Pflegeeinrichtungen hat sich bereits heute stark erhöht und wird in den kommenden Jahren weiteren Änderungen unterworfen sein³. Daher muss aus Sicht des DBfK der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ein neues Pflegeverständnis (bzw. Rückführung zu einem Pflegeverständnis, das dem der Profession Pflege entspricht) bewirken. Hierbei ist insbesondere die Beratung, Prävention und die Unterstützung der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen zu nennen.

Auch weitere Gesetzgebung zeigt die Notwendigkeit des Erhalts der Pflegefachkraftquote bzw. sogar eine notwendige Anhebung des Kompetenzlevels der Pflegefachpersonen auf. 2015 wurde mit dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) die Begleitung Sterbender auch als Teil der Pflege anerkannt, konform zur Definition Pflege des International Council of Nurses (ICN)⁴. Die damit entstehenden hochkomplexen Aufgaben bedürfen einer weiteren Spezialisierung und sollten nur mit entsprechend hochwertiger Qualifikation erbracht werden. Gleiches gilt für die zunehmende Bedeutung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege. Auch diese Aspekte sind Teil der pflegerischen Aufgabe und müssen in die alltägliche Versorgung integriert werden. Eine Wirkung kann jedoch nur gelingen, wenn dies durch entsprechend qualifiziertes und vorhandenes Fachpersonal sichergestellt wird.

Abschließend ist zu beachten, dass der Zeitaufwand für die z. B. in den nationalen Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) geforderte Koordination von Maßnahmen in multiprofessionellen Teams sowie die Anleitung und Beaufsichtigung von Assistenzpersonen durch Pflegefachpersonen bisher nicht in den tradierten Pflegefachkraftquoten beachtet wurden. Vor diesem Hintergrund erachtet der DBfK eine Anhebung der Pflegefachkraftquote statt einer - politisch an manchen Stellen geforderten - Absenkung des Anteils von Pflegefachpersonen in den Teams in der Langzeitpflege als zwingend notwendig.

Arbeitsbedingungen

Eine Flexibilisierung oder Absenkung der Pflegefachkraftquote geht mit einer Reduktion der Versorgungsqualität einher und ist somit nicht die Lösung eines immer drängender werdenden Problems, zumal es einen steigenden Bedarf auch an hochspezialisierten Pflegefachpersonen für die Versorgung bspw. von chronisch kranken Menschen oder Palliativ- oder Intensivpatienten gibt. Stattdessen muss es gemeinsames Ziel von Politik, Gesellschaft und Arbeitgebern sein, die Arbeitsbedingungen für die Pflegefachpersonen zu verbessern. Die Entwicklungen der letzten Jahre mit einer Zunahme von Teilzeitbeschäftigung, Arbeitsverdichtung und frühzeitigem Berufsausstieg⁵ müssen gestoppt werden.

Personalbemessung und Personalmix

Ohne jeden Zweifel bedarf es eines guten Qualifikationsmix. Aktuell besteht der Qualifikationsmix in der Regel aus Pflegefachpersonen, Assistenzpersonal und Betreuungskräften nach § 43 SGB XI. Bereits in seinem Positionspapier zu den Betreuungskräften nach § 43b SGB XI⁶ hat der DBfK deutlich gemacht, dass zusätzlich eingesetztes Personal, welches die soziale Betreuung der Versicherten in Teilen durchführen soll, nicht für pflegerische Tätigkeiten zweckentfremdet werden darf. Dabei gilt, dass - nach dem Verständnis des DBfK von Pflege - die soziale Betreuung ein Teil des pflegerischen Handelns ist und im Rahmen des Pflegeprozesses die entsprechenden Bedarfe erfasst, Maßnahmen und Ziele geplant und evaluiert werden. Außerdem ist laut Pflegeberufegesetz klar geregelt, dass nur Pflegefachpersonen den Pflegeprozess organisieren, gestalten und steuern dürfen. Abgesehen von den fachlichen Risiken gilt es zu verhindern, dass der Einsatz von Assistenzkräften zum Lohndumping auf dem Rücken gut ausgebildeter und hochmotivierter Pflegefachpersonen genutzt wird.

Dies ist aus Sicht des DBfK einerseits durch einen Branchentarifvertrag⁷ und die damit einhergehende Refinanzierung, andererseits aber auch durch entsprechende Kontrollen des Personaleinsatzes sicherzustellen. Als einen wichtigen und notwendigen Schritt sieht der DBfK daher die Entwicklung eines Instruments zur Personalbemessung auf pflegewissenschaftlicher Basis an. Das vom Qualitätsausschuss beauftragte Projekt liefert bis zum 30.6.2020 möglicherweise ein solches Instrument. In diesem Projekt muss insbesondere das Thema der qualitativen Personalbemessung erforscht werden, denn in diesem Bereich gibt es in der stationären Altenpflege kaum valide Erkenntnisse. Besonders die Frage nach akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen und deren Beachtung bei der Pflegefachkraftquote ist dabei unbedingt mit zu regeln. Bis dahin gewährleistet die bisher gültige Pflegefachkraftquote wenigstens den Status quo. Sollte das Instrument qualitativ und quantitativ geeignet sein, muss es baldmöglichst conse-

quent bundesweit einheitlich eingeführt werden. Bis dahin sollten als erster Schritt die unterschiedlichen Personalschlüssel in den Ländern auf dem höchsten Niveau angeglichen werden. Es muss verhindert werden, dass Pflegeeinrichtungen die Pflegefachkraftquote dauerhaft unterlaufen.

Investition in Pflegende

Die Erkenntnis, wie wichtig sowohl die Qualität als auch die Quantität der pflegerischen Versorgung für die gesellschaftliche Entwicklung ist, hat sich mittlerweile auch beim Gesetzgeber durchgesetzt. Das zeigt sich durch den Punkt „Konzertierte Aktion Pflege“, der im Koalitionsvertrag 2018 aufgeführt ist. Die dort aufgeführten Punkte⁸ sind jedoch aus Sicht des DBfK seit langem bekannt und mehr oder weniger erfolgreich umgesetzt worden. Sie sind zudem nicht ausreichend, um die oben aufgeführten Notwendigkeiten zu erreichen. Es bedarf einer deutlichen Investition in die Qualifizierung für den Pflegeberuf. Dies umfasst die Ausbildungsreform mit der generalistischen Ausbildung und einer hochschulischen Ausbildung ebenso wie die Ausbildungsbedingungen insbesondere in der Pflegepraxis. Nur so kann auf Dauer den Anforderungen an eine hochqualifizierte und qualitative Pflege entsprochen werden. Dazu gehört auch der Einsatz von primärqualifizierten Hochschulabsolventen (Bachelor of Science in Nursing) und das Etablieren von klinischer Kompetenz in der pflegerischen Praxis im Sinne von Advanced Nursing Practice in der direkten Versorgung der Bewohner/innen.

Fazit

Aus fachlicher, qualitativer und ethischer Sicht sind Überlegungen, ob Pflegefachkraftquoten weiter abgesenkt werden können, nicht haltbar. Eine gegenteilige Entwicklung muss jetzt beginnen: neben den Pflegefachpersonen, die eine regelhafte Versorgung übernehmen, braucht es auch hochschulisch ausgebildetes Personal, das sich auf die Versorgung hochkomplexer Fälle fokussiert und dabei die durch das Studium erworbenen zusätzlichen Kompetenzen für die Versorgung und das Team nutzbar macht⁹.

Forderungen

Der DBfK fordert daher:

- den Erhalt der aktuell geltenden Pflegefachkraftquote von mindestens 50% in der stationären Altenpflege sowie eine ergebnisoffene, kontrollierte Evaluation dieser Quote in Bezug auf die Endpunkte Pflegequalität und Belastung der Pflegefachpersonen.
- ein Personalbemessungsinstrument, das sich an den Versorgungsbedarfen der zu pflegenden Menschen und professionellen Anforderungen orientiert.
- ein Sofortprogramm für die Langzeitpflege mit der Schaffung von mindestens 50.000 Stellen.
- eine Offensive in der beruflichen und der hochschulischen Ausbildung mit der Gewährleistung guter Ausbildungsbedingungen – insbesondere Praxisanleitung – und ohne Absenken der Qualifikationsanforderungen.
- eine bundeseinheitlich geregelte 2jährige Pflegeassistentenausbildung¹⁰.
- eine Systematisierung von Qualifizierung mit weniger als einem Jahr Dauer mit der Chance, eine weitere darauf aufbauende Qualifikation zu erreichen.
- deutlich bessere Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit, um Pflegefachpersonen im Beruf zu halten und Interessent/innen für Ausbildung und Studium zu gewinnen.
- eine Investition in die Zusatzqualifizierung von Pflegefachpersonen mit Leitungsaufgaben.

Der DBfK-Bundesvorstand, Berlin; Juni 2018

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.

Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de

Literatur

- ¹ CAREkonkret-Umfrage (2018): Die Regelungen der Bundesländer zur Fachkraftquote. In CAREkonkret, Ausgabe 9, S. 6
- ² Die Landesheimpersonalverordnung Baden-Württemberg erlaubt eine Pflegefachkraftquote von 40 %, wenn die Quote der angelernten Mitarbeitenden nicht höher als 40% liegt (sprich: es müssen mindestens 20 % sonstige Fachkräfte und Assistenzkräfte vorgehalten werden)
- ³ Siehe u.a. Position des DBfK zum Einsatz von primärqualifizierten Bachelor of Nursing in der Pflegepraxis (2016). URL: https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-BSN-Einsatz-in-Praxis_2016-07-26final.pdf (zuletzt aufgerufen am 29.05.2018); Position des DBfK zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der ambulanten Pflege (2016). URL: https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier-Einfuehrung-neuer-PBB_2016-12-01.pdf (zuletzt aufgerufen am 29.05.2018)
- ⁴ ICN (2018): Definition of Nursing. URL: www.icn.ch/definition.htm (zuletzt aufgerufen am 29.05.2018)
- ⁵ Jacobs, K. et al. (2016): Pflegereport 2016: Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer
- ⁶ Position des DBfK zu Betreuungskräften nach § 43b SGB XI (2017). URL: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-DBfK-zu-Betreuungskraeften-43b-SGB-XI-2017-12-15.pdf> (zuletzt aufgerufen am 29.05.2018)
- ⁷ Position des DBfK zu einer tariflichen Vergütung von Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege (2017): URL: <https://www.dbfk.de/media/docs/regionalverbaende/rvnw/pdf/2017-10-06-Positionspapier-Tarifvertrag-Langzeitpflege.pdf> (zuletzt aufgerufen am 29.05.2018)
- ⁸ Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD - 19. Legislaturperiode, S. 96, Zeile 4453
- ⁹ Position des DBfK zum Einsatz von primärqualifizierten Bachelor of Nursing in der Pflegepraxis (2016). URL: https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-BSN-Einsatz-in-Praxis_2016-07-26final.pdf (zuletzt aufgerufen am 29.05.2018)
- ¹⁰ Eine Lösung wäre die Realisierung der Empfehlung aus dem Konzept „Pflegebildung offensiv“ des Deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe: eine zweijährige Ausbildung „zur Gesundheits- und Pflegeassistentin / zum Gesundheits- und Pflegeassistenten“ an einer Berufsfachschule nach Landesrecht, vgl. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) (2007): Pflegebildung offensiv, München (Elsevier). Nach niedersächsischem Landesrecht wird mit diesem Ansatz an Berufsfachschulen seit Jahren erfolgreich Pflegeassistenz für alle Bereiche der Pflege qualifiziert.