

Strategien gegen den Fachkräftemangel in der Altenpflege

Probleme und Herausforderungen

Auftraggeber:
Bertelsmann Stiftung

Ansprechpartner
Dr. Tobias Hackmann
Laura Sulzer

Freiburg, 15.05.2018

Das Unternehmen im Überblick**Geschäftsführer**

Christian Böllhoff

Präsident des Verwaltungsrates

Dr. Jan Giller

Handelsregisternummer

Berlin HRB 87447 B

Rechtsform

Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht

Gründungsjahr

1959

Tätigkeit

Die Prognos AG berät europaweit Entscheidungsträger aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft. Auf Basis neutraler Analysen und fundierter Prognosen entwickeln wir praxisnahe Entscheidungsgrundlagen und Zukunftsstrategien für Unternehmen, öffentliche Auftraggeber sowie internationale Organisationen.

Arbeitssprachen

Deutsch, Englisch, Französisch

Hauptsitz

Prognos AG
St. Alban-Vorstadt 24
4052 Basel | Schweiz
Telefon +41 61 3273-310
Telefax +41 61 3273-300

Prognos AG
Domshof 21
28195 Bremen | Deutschland
Telefon +49 421 517046-510
Telefax +49 421 517046-528

Prognos AG
Schwanenmarkt 21
40213 Düsseldorf | Deutschland
Telefon +49 211 91316-110
Telefax +49 211 91316-141

Prognos AG
Nymphenburger Str. 14
80335 München | Deutschland
Telefon +49 89 9541586-710
Telefax +49 89 9541586-719

Internet

info@prognos.com
www.prognos.com
twitter.com/prognos_ag

Weitere Standorte

Prognos AG
Goethestr. 85
10623 Berlin | Deutschland
Telefon +49 30 520059-210
Telefax +49 30 520059-201

Prognos AG
Résidence Palace, Block C
Rue de la Loi 155
1040 Brüssel | Belgien
Telefon +32 28089-947

Prognos AG
Heinrich-von-Stephan-Str. 23
79100 Freiburg | Deutschland
Telefon +49 761 7661164-810
Telefax +49 761 7661164-820

Prognos AG
Eberhardstr. 12
70173 Stuttgart | Deutschland
Telefon +49 711 3209-610
Telefax +49 711 3209-609

Inhalt

1. Hintergrund und Methodik	1
1.1 Aktuelle pflegepolitische Diskussion	1
1.2 Fragestellung und Vorgehen	1
1.2.1 Probleme und Herausforderungen	2
1.2.2 Lösungen und Strategien	4
1.2.3 Aufbau Ergebnisübersicht und Bericht	4
2. Überblick: Personalsituation in der Altenpflege	6
2.1 Bedarf an qualifizierten Arbeitskräften	6
2.2 Besonderheiten der aktuellen Personalstruktur	9
2.2.1 Qualifikationsniveau	9
2.2.2 Teilzeitbeschäftigung	10
2.2.3 Unterbrechungszeiten und Verbleib im Beruf	11
3. Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen	14
3.1 Finanzierungssystem	14
3.2 Personalvorgaben	15
3.3 Tarifliche Vergütung	18
3.4 Ausbildungssystem	19
3.5 Interessensvertretung	20
4. Arbeitsbedingungen am Arbeitsmarkt Pflege	22
4.1 Arbeitsvergütung	22
4.2 Arbeitszeitvolumen	25
4.3 Arbeitsorganisation	28
4.4 Arbeitsinhalte	33
4.5 Arbeitsbelastung	36
4.6 Exkurs: Digitalisierung in der Pflege	37
5. Arbeitskräftepotenziale in der Pflege	39
5.1 Altenpflegeausbildung	39
5.2 Zusätzliches Arbeitskräftepotenzial	41
6. Image und Attraktivität des Pflegeberufs	45
7. Schlussfolgerungen: Zentrale Handlungsfelder	47
Tabellarische Ergebnisübersicht	56
Anhang	62
Literaturverzeichnis	64

1. Hintergrund und Methodik

1.1 Aktuelle pflegepolitische Diskussion

Nahezu tagtäglich finden sich in der Presse neue Schreckensmeldungen über die Personalsituation in der deutschen Altenpflege. Es ist eine hochemotionale öffentliche Debatte zu beobachten, in der zumindest Einigkeit darüber besteht, dass die demografisch bedingte Zunahme der Pflegebedürftigen bei einem gleichzeitigen Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials künftig zu Personalengpässen führen bzw. bestehende Probleme im Bereich Personal in den Einrichtungen der Altenpflege weiter verschärfen werden.

Laut dem DIHK-Gesundheitsreport 2017 sehen die Betriebe der Gesundheitswirtschaft den Personalmangel als das „Top-Risiko“. Im Bereich der Gesundheits- und sozialen Dienste bewerten 77 Prozent der befragten Unternehmen die aktuelle Personalsituation als problematisch.¹

Auch die Politik sieht sich in der Pflicht, das Thema verstärkt anzugehen. Hierfür haben die Koalitionspartner der Großen Koalition in dem aktuell erarbeiteten Koalitionsvertrag angekündigt, im Rahmen eines Sofortprogramms u.a. 8.000 neue Stellen für die Behandlungspflege in Altenheimen schaffen zu wollen.

Zu befürchten ist allerdings, dass die emotionale Debatte den nüchternen Blick auf die strukturellen Probleme der Altenpflege verstellt und die relevanten Entscheider, unter Zugzwang, eher mit kurzatmigen Lösungen reagieren werden. Um einer weiteren Verknappung der pflegerischen Ressourcen und somit einer Verschlechterung der Pflegequalität bis hin zur Gefährdung der Versorgungssicherheit der Patienten entgegenzuwirken, bedarf es einer zielgerichteten Analyse der Problemfelder sowie nachhaltiger Lösungsstrategien.

1.2 Fragestellung und Vorgehen

Im Rahmen des Projektes „Strategien gegen den Fachkräftemangel in der Pflege“ der Bertelsmann Stiftung, das von der Prognos AG wissenschaftlich erarbeitet wurde, erfolgte eine systematische Erfassung und Bewertung struktureller Probleme und Herausforderungen, um darauf aufbauend nachhaltige Strategien und Lösungen zu entwickeln. Nur durch nachhaltige Lösungen, die an den strukturellen Problemen in der Pflegebranche ansetzen, können dauerhafte Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege, eine höhere Attraktivität des Pflegeberufes und in Konsequenz eine qualitativ hochwertige Versorgung mit entsprechender Versorgungssicherheit erreicht werden. Unter dem Begriff Pflege lassen

¹ Vgl. DIHK (2017).

sich grundsätzlich verschiedenen Bereiche fassen, die Gesundheits- und Krankenpflege, die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie die Altenpflege. Im vorliegenden Projekt soll der Fokus aber auf die Altenpflege und die damit verbundenen Probleme und Strategien gelegt werden.

Grundsätzlich kann zwischen Problemen und Strategien auf der Angebotsseite zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Steigerung des Personals (z. B. Bezahlung, Zuwanderung) sowie Problemen und Strategien auf der Nachfrageseite (z. B. Prävention, Rehabilitation) differenziert werden. Im Fokus dieser Studie steht die Angebotsseite. Denn nur wenn es gelingt attraktive Rahmenbedingungen auf dem Arbeitsmarkt Altenpflege bieten zu können, werden qualifizierte Menschen einen Beruf in der Pflege ergreifen bzw. länger in ihrem Beruf verweilen und somit die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in Deutschland sicherstellen. Die Reduktion der Nachfrage kann höchstens als indirekte Linderung des Personalengpasses gesehen werden, die jedoch nicht dazu beiträgt, dass die Berufe in der Altenpflege attraktiver werden bzw. die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung erreicht wird.

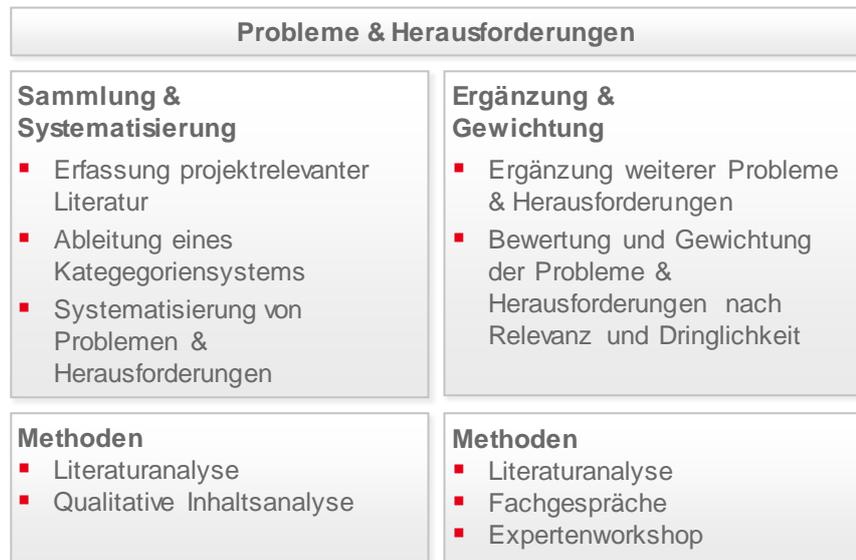
Das Projekt wurde in zwei Schritten durchgeführt: im ersten Schritt erfolgte die Analyse der Probleme und Herausforderungen (siehe Abbildung 1). Im Anschluss wurde der Blick auf die Lösungen und Strategien gerichtet (siehe Abbildung 2). Im Ergebnis kann so abgeleitet werden, welche Handlungsfelder einen wirksamen Beitrag zur Linderung der bestehenden bzw. zu erwartenden Personalprobleme liefern könnten.

1.2.1 Probleme und Herausforderungen

Im Rahmen einer Literaturrecherche wurde im ersten Schritt projektrelevante Literatur zum Thema Personalmangel in der Altenpflege aus wissenschaftlichen Publikationen sowie der Pflege-Fachpresse aufgenommen. Mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse der erfassten Informationen wurde ein mehrstufiges Kategoriensystem entwickelt: Zunächst wurden Hauptkategorien (z.B. Arbeitskräfteangebot) definiert und dazu entsprechende Subkategorien (z.B. Ausbildung, zusätzliche Arbeitskräftepotenziale und Qualifizierung von Arbeitskräften) abgeleitet.

Anhand des Kategoriensystems wurden die Inhalte der Literaturrecherche in einer tabellarischen Übersicht zu den Problemen und Herausforderungen systematisch aufbereitet. Diese Übersicht wurde im Projektverlauf kontinuierlich ergänzt und überarbeitet (siehe Kapitel 1.2.3).

Abbildung 1: Übersicht Vorgehen Problemanalyse



Quelle: Prognos 2018

Eine zentrale Aufgabe des Projektauftrags bestand in der Erfassung und Auswertung der Einschätzungen von Experten/-innen mit Bezug zum Thema. Basierend auf den Ergebnissen der Literaturrecherche wurden hierfür telefonische Fachgespräche mit Experten/-innen durchgeführt, die gemeinsam mit dem Auftraggeber aufgrund ihrer fachlichen Expertise ausgewählt wurden.²

Gegenstand der Fachgespräche war zum einen die Ergänzung der vorab an die Experten/-innen übermittelten Übersicht zu den erfassten Problemen und Herausforderungen. Zudem wurde eine Bewertung der unterschiedlichen Problembereiche durch die Experten/-innen vorgenommen und somit zentrale Handlungsfelder beschrieben. Die Fachgespräche wurden inhaltlich ausgewertet und die Übersicht entsprechend erweitert.

Eine Diskussion der erarbeiteten Inhalte erfolgte zudem im Rahmen eines Expertenworkshops in Berlin (12.03.2018). Ziel des Workshops war der Austausch zu den Inhalten der Übersicht im Rahmen von Gruppenarbeit und Diskussion im Plenum. Die Inhalte des Workshops wurden protokolliert und ausgewertet.³

Den beteiligten Experten/-innen der Fachgespräche und des Workshops wurde zugesichert, dass ihre Angaben anonymisiert und weder durch Namen noch durch Berufsbezeichnungen gekennzeichnet werden. Die inhaltliche Bedeutung der Einschätzungen der Experten/-innen für das Projekt wird durch die Integration zahlreicher Zitate in den Bericht hervorgehoben.

² Die Liste der Gesprächspartner der Fachgespräche kann im Anhang eingesehen werden.

³ Eine Übersicht zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertenworkshops findet sich im Anhang.

1.2.2 Lösungen und Strategien

Aufbauend auf der Problemanalyse wurden telefonische Fachgespräche mit Experten/-innen zu Lösungen und Strategien zu den zuvor identifizierten Problemen und Herausforderungen durchgeführt. Dazu wurde vorab die Übersichtstabelle um eine Spalte mit Lösungsansätzen ergänzt.

Im Rahmen der Fachgespräche und des Expertenworkshops wurden weitere Lösungen und Strategien erfasst und in die Übersicht eingearbeitet.

Abbildung 2: Übersicht Vorgehen Lösungen und Strategien

Lösungen & Strategien	
<p>Erfassung & Systematisierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfassung von Lösungen u. Strategien ▪ Ergänzung der Systematik um Lösungen u. Strategien 	<p>Bewertung & Schlussfolgerungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewertung der Lösungen u. Strategien nach Wirksamkeit und Nachhaltigkeit ▪ Ableitung von zentralen Handlungsfeldern
<p>Methoden</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Literaturanalyse ▪ Expertenworkshop 	<p>Methoden</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachgespräche

Quelle: Prognos 2018

Abschließend erfolgte basierend auf den Ergebnissen der Literaturanalyse, der Fachgespräche und des Expertenworkshops eine Bewertung der gesammelten Informationen bezüglich Relevanz, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit und die Ableitung zentraler Handlungsfelder.

1.2.3 Aufbau Ergebnisübersicht und Bericht

Die Systematisierung der Ergebnisse erfolgte wie bereits beschrieben in Form einer tabellarischen Übersicht. Die Übersicht liegt dem Bericht als Anhang bei. In der folgenden Abbildung wird der inhaltliche Aufbau der Übersicht dargestellt, an der sich auch die Struktur des vorliegenden Berichts orientiert:

Abbildung 3: Aufbau der Übersichtstabelle

Fachkräftemangel in der Altenpflege -> Kapitel 2	
Gesetzliche und institutionelle Rahmenbedingungen -> Kapitel 3	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ System der Teilfinanzierung ▪ Personal- und Vergütungsbestimmungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aus- und Weiterbildungssystem ▪ Interessensvertretung
Arbeitsbedingungen -> Kapitel 4	Arbeitskräftepotenziale -> Kapitel 5
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bezahlung ▪ Arbeitszeitvolumen ▪ Arbeitsorganisation ▪ Arbeitsinhalte ▪ Arbeitsbelastung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nachwuchs durch Altenpflegeausbildung und Studium ▪ Zusätzliche Arbeitskräftepotenziale
Image des Berufsfelds -> Kapitel 6	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Image unter Pflegekräften 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Image in der Gesellschaft

Quelle: Prognos 2018

In Kapitel 2 wird zunächst zur Einordnung der Fragestellung dieses Berichts ein Überblick zur aktuellen Personalsituation in der Altenpflege gegeben. In Kapitel 3 erfolgt dann eine Beschreibung wichtiger gesetzlicher und institutioneller Rahmenbedingungen, die bei Personalfragen einen gewissen Handlungsrahmen vorgeben.

Anschließend folgt die Beschreibung der Handlungsfelder am Arbeitsmarkt Altenpflege, die im Rahmen der Literaturrecherche, der Fachgespräche sowie des Expertenworkshops erfasst wurden. Hierzu werden zwei Bereiche unterschieden: Einerseits die Verbesserung der Arbeitsbedingungen am Markt (Kapitel 4), andererseits die Hebung (zusätzlicher) Arbeitskräftepotenziale (Kapitel 5).

In Kapitel 6 wird abschließend auf das Image und die Attraktivität des Berufsfelds Altenpflege eingegangen, das durch die Arbeitssituation in der Praxis stark geprägt wird. Abschließend werden in Kapitel 7 zentrale Handlungsfelder aus den beschriebenen Ergebnissen abgeleitet.

Die Inhalte in den einzelnen Kapiteln sind eng an der tabellari-schen Übersicht ausgerichtet und beschreiben einerseits die erfassten Probleme und Herausforderungen, gleichzeitig werden diese Lösungsmöglichkeiten zugeordnet. Die zentralen Handlungsfelder ergeben sich aus der Verknüpfung der Inhalte der einzelnen Kapitel und sind als übergeordnete Strategien gegen den Fachkräftemangel in der Altenpflege zu verstehen.

2. Überblick: Personalsituation in der Altenpflege

Zur Einordnung des Untersuchungsgegenstands wird in Kapitel 2.1 zunächst das Grundproblem – der Mangel an Arbeitskräften in der Pflege – mit einigen Kennzahlen umrissen. Dies soll die Relevanz des Problems und den daraus abzuleitenden Bedarf an der Entwicklung von nachhaltigen Strategien und Lösungen zur Linderung der Personalproblematik verdeutlichen. Anschließend wird in Kapitel 2.2 auf Besonderheiten der bestehenden Personalstruktur in der Altenpflege eingegangen (z.B. Anteil Teilzeitarbeitskräfte), die als zentrale Strukturmerkmale im Bereich Personal zu berücksichtigen sind.

2.1 Bedarf an qualifizierten Arbeitskräften

Zitat: *Aktuell zeichnet sich ein neuer Paradigmenwechsel ab: die Daseinsvorsorge kann nicht durch den Markt erfolgen. In vielen Regionen gibt es keinen Markt mehr. (Fachgesprächspartner/-in)*

Zitat: *Gerade im ländlichen Bereich ist keine Auswahl mehr da, man kann froh sein, wenn überhaupt noch jemand kommt. (Fachgesprächspartner/-in)*

Bereits aktuell zählt die Altenpflege bundesweit zu den anhaltenden Engpassberufen, insbesondere bei examinierten Fachkräften und Spezialisten.⁴ Laut den Zahlen der Bundesagentur für Arbeit besteht allerdings kein Mangel bei den Altenpflegehelfern. Die Zahlen der Bundesagentur für Arbeit verdeutlichen die Bedeutung der Qualifikation: Auf 100 gemeldete Stellen für examinierte Altenpflegekräfte und -spezialisten kamen 2017 lediglich 32 arbeitssuchende Altenpflegefachkräfte und -spezialisten.⁵ Die Problematik wird weiter dadurch verschärft, dass die Mehrzahl der Arbeitsmarktprognosen auch für andere Berufsfelder in der Gesundheitswirtschaft von einem weiter hohen Fachkräftebedarf ausgehen und somit mit einem starken Wettbewerb um das knappe Arbeitskräfteangebot und im Speziellen um Auszubildende zu rechnen ist.⁶

Die Ergebnisse des „Pflege-Thermometers 2018“ vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP), die gerade auf dem Deutschen Pflageetag 2018 in Berlin vorgestellt wurden, berichten von aktuell 38.000 offenen Stellen in der ambulanten und stationären Altenpflege.⁷

⁴ Unter Spezialisten sind Personen mit Zusatzausbildungen beispielsweise für klinische Geriatrie, Rehabilitation, Palliativ, Onkologie zu verstehen.

⁵ Durchschnittlich kommen bei allen Beschäftigten auf 100 offene Stellen 331 Arbeitssuchende.

⁶ Vgl. BA (2017) und Burstedde et al. (2017).

⁷ <http://www.dip.de/aktuelles/>.

Auch im Rahmen der Fachgespräche traf die die Mehrzahl der Gesprächspartner/-innen die Einschätzung, dass der Personalmangel in der Altenpflege vor allem die Fachkräfte und weniger die Betreuungs- und Hilfskräfte betrifft. Jedoch wurde in den Fachgesprächen mehrfach betont, dass trotz des besonderen Mangels bei den Fachkräften, auch ein besonderer Mangel bei für die Altenpflege qualifizierten Mitarbeitern besteht, die sich durch Empathie und Interesse am Beruf auszeichnen – unabhängig von Profession und Ausbildung.

Zitat: *Wir brauchen Menschen mit unterschiedlichen Qualifikationen – wir brauchen Betreuungsassistenten zum Zuhören und Spazierengehen, wir brauchen für besonders spezifische Tätigkeitsfelder entsprechende Fachkräfte. Es fehlt an Quantität und an Qualität! Letztendlich muss das Problem bei den Fachkräften aber am größten sein, weil die Fachkräfte letztendlich die Versorgung steuern und die Qualität aufrechterhalten. Es geht um Fachkraftführung – wenn ich die nicht habe, dann ist die Patientensicherheit, die Bewohnersicherheit und die Versorgungssicherheit nicht gewährleistet. (Fachgesprächspartner/-in)*

Zitat: *Einstellung von Leuten, die vor 10 bis 15 Jahren nicht eingestellt worden wären. (Fachgesprächspartner/-in)*

Zitat: *Leitungen stellen fest, dass es oft besser funktioniert, wenn weniger, aber die Richtigen im Dienst sind. Zu viel ist genauso schlecht wie zu wenig. (Fachgesprächspartner/-in)*

Der akute Mangel an für den Beruf qualifizierten Bewerbern führt laut der Fachgesprächspartner/-innen dazu, dass viele Einrichtungen gezwungen sind, Personen einzustellen, die nicht für den Beruf geeignet sind. Dadurch kommt es aussagegemäß zu einem „Teufelskreis“, da gerade das Arbeitsklima, die Zusammenarbeit im Team und nicht zuletzt die Versorgung der Patienten durch nicht für den Beruf qualifizierte Mitarbeiter/-innen negativ beeinträchtigt wird. Dies kann in Folge zu Unzufriedenheit und Fluktuation bei den Mitarbeitern/-innen führen.

Von der Mehrzahl der Gesprächspartner/-innen der Fachgespräche wurde der Personalmangel im ambulanten Bereich gravierender eingeschätzt als im stationären Bereich. Gründe für die verschärfte Situation sind aussagegemäß die geringeren Löhne im ambulanten Bereich (*siehe Kapitel 4.1*) und die Tatsache, dass die Mitarbeiter/-innen die Verantwortung für ihr eigenes Organisations- und Zeitmanagement tragen müssen. Zudem sind die Arbeitsbedingungen sehr stark durch die örtlichen Gegebenheiten bei der zu pflegenden Person geprägt. Bedingt durch die starke Zunahme von Beziehern von ambulanten Pflegesach- und Kombinationsleistungen ist die Nachfrage nach Personal im ambulanten Bereich in den letzten Jahren stark angestiegen. Der Anteil der Bezieher von Pflegegeldleistungen ist im Vergleich dazu konstant geblieben und

der Anteil der Menschen, die im vollstationären Setting versorgt werden, zurückgegangen.⁸

Prognosen zur zukünftigen Personallücke in der Altenpflege

Diverse Studien haben Prognosen für die künftige Entwicklung der Personallücke in der Altenpflege berechnet. Die einzelnen Studien beziehen sich dabei auf unterschiedliche Beschäftigungsgruppen und treffen unterschiedliche Annahmen für die Szenariorechnung. Dies gilt es bei einem Vergleich der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Analysen zu Pflegefachkräften in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)

- Afentakis et al. (2010) berechnen unterschiedliche Szenarien zur Bedarfs- und Angebotsprojektion bis 2025. Im Status-Quo-Szenario wird ein zusätzlicher Anstieg des Bedarfs an Pflegefachkräften in VZÄ in ambulanten und (teil-)stationären Einrichtungen um 48 Prozent – bedingt durch die demografische Entwicklung – berechnet. Das entspricht einem Mangel von 193.000 ausgebildeten Pflegefachkräften in VZÄ.
- Burckhart et al. (2012) kommen zu dem Ergebnis, dass 2011 etwa 8 Prozent der Fachkräftestellen im Gesundheits- und Pflegewesen nicht besetzt wurden – im Jahr 2030 sollen es knapp 18 Prozent sein und die Personallücke in der Pflege 168.000 Fachkräfte betragen. Das würde bedeuten, dass 2030 zwei Pflegekräfte die Arbeit leisten müssen, die 2011 von drei erledigt wurde.

Analysen zum gesamten Altenpflegepersonal in VZÄ

- Rothgang et al. (2012) führen eine Fortschreibung des Personalniveaus pro Pflegebedürftigen für alle Beschäftigten durch. Für das Jahr 2030 zeigen die Berechnungen einen Personalmangel von 434.000 Vollzeitäquivalenten (Status-Quo-Szenario). Die Lücke ist zu mehr als 80 Prozent auf die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen und weniger auf eine Veränderung des Erwerbspersonenpotenzials (18 %) zurückzuführen.
- Prognos (2015) berücksichtigen auch alle Beschäftigten in der formellen Pflege. Für 2030 wird eine Personallücke von 517.000 Vollzeitäquivalenten berechnet. Im Vergleich zu Rothgang et al. (2012) wird in dieser Berechnung der zusätzliche Pflegebedarf in Folge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs berücksichtigt, weshalb die berechnete Lücke deutlich größer ausfällt.

Als Folge des akuten Personalmangels müssen nach Aussage der Fachgesprächspartner/-innen Einrichtungen oder ambulante Pflegedienste mittlerweile Anfragen von Angehörigen oder Pflegebe-

⁸ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten/#c3291>

dürftigen mit Betreuungswunsch, bedingt durch den Personalmangel, ablehnen. Dies zeigen auch die aktuellen Ergebnisse des „Pflege-Thermometers 2018“: so können 22 Prozent der Einrichtungen wegen des Personalmangels keine Nutzer/-innen mehr aufnehmen und 80 Prozent der Anfragen für einen Heimplatz oder einen Platz in der Kurzzeitpflege können zunächst nicht angenommen werden.⁹

Neben der fehlenden Versorgungssicherheit rechnet ein/e Fachgesprächspartner/-in durch die Mindereinnahmen auch mit einem Investitionsstau, gerade in den stationären Einrichtungen, da bspw. Renovierungsarbeiten nicht mehr finanziert werden können. Dadurch wäre eine Vollbelegung in den Einrichtungen möglicherweise nicht mehr möglich, wodurch die Abwärtsspirale in der langen Frist weiter zunehmen könnte.

2.2 Besonderheiten der aktuellen Personalstruktur

Laut der aktuellen Pflegestatistik für das Jahr 2015 waren insgesamt 1.086.000 Beschäftigte in der formellen Altenpflege tätig. Im Vergleich zu 1999 entspricht das einem Anstieg um 74 Prozent. Davon waren 2015 um die 356.000 Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten (32 %) und 730.000 Beschäftigte in stationären Pflegeheimen (67 %) tätig. In Vollzeitäquivalenten entspricht das 239.000 Beschäftigten im ambulanten und 525.000 Beschäftigten im stationären Sektor.¹⁰ Die meisten Beschäftigten in der Altenpflege sind traditionell Frauen (85 %). Dies ist jedoch keine Besonderheit der Altenpflege, sondern der Frauenanteil in den Gesundheitsberufen ist generell deutlich höher als in anderen Branchen.¹¹

Als besonders typisch für die Personalstruktur in der Altenpflege gilt der vergleichsweise niedrige Fachkräfteanteil, die hohe Teilzeitquote, häufige Abbrüche während bzw. kurz nach der Ausbildung sowie lange Unterbrechungszeiten im Berufsverlauf. Auf diese Punkte wird im Folgenden jeweils kurz eingegangen.

2.2.1 Qualifikationsniveau

Laut der Pflegestatistik 2015 liegt der Fachkräfteanteil bei den ambulanten Pflegediensten bei 47 Prozent und in stationären Einrichtungen bei 31 Prozent.¹² Differenziert speziell für den Tätigkeitsbereich Pflege und Betreuung lag der Fachkräfteanteil in stationären

⁹ http://www.dip.de/fileadmin/data/images/pressemitteilungen/2_DIP_Pflege-Thermometer_2018.pdf

¹⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (2011, 2017).

¹¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2017) und Conrads et al (2015).

¹² Als Fachkräfte werden in dieser Studie Altenpfleger/-innen, Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen mit abgeschlossener Ausbildung bezeichnet. Eigene Berechnung anhand Daten des Statistischen Bundesamts (2017).

Pflegeheimen bei 44 Prozent (in VZÄ). Bei ambulanten Pflegediensten liegt der Anteil der Fachkräfte, die Grundpflege verrichten und Aufgaben der häuslichen Betreuung übernehmen, bei 55 Prozent (in VZÄ).¹³ Tendenziell ist der Fachkräfteanteil im ambulanten Bereich in den letzten Jahren laut der Daten des Statistischen Bundesamtes eher zurückgegangen (1999: 60 %), während er im stationären Bereich ungefähr gleich geblieben ist.¹⁴ Dies ist auch durch die Vorgabe zur Fachkräftequote im stationären Bereich bedingt (siehe Kapitel 3.2).

Tabelle 1: Anteil Personen und Fachkräfte im ambulanten und stationären Sektor

	Ambulant		Stationär		Gesamt	
	Alle Tätigkeitsbereiche	Grundpflege & häusliche Betreuung	Alle Tätigkeitsbereiche	Pflege & Betreuung	Alle Tätigkeitsbereiche	Pflege & Betreuung
Personen gesamt	355.613	253.793	730.145	547.923	1.085.758	801.716
Personen VZÄ gesamt	238.846	171.791	525.205	403.140	764.051	574.931
Fachkräfte (Anteil)	168.348 (47,3%)	135.144 (53,2%)	224.204 (30,7%)	216.012 (39,4%)	392.552 (36,2%)	351.156 (43,8%)
Fachkräfte VZÄ (Anteil)	121.735 (51,0%)	93.759 (54,6%)	182.766 (34,8%)	175.552 (43,5%)	304.501 (39,9%)	269.311 (46,8%)

Quelle: Eigene Berechnung anhand der Daten des Statistischen Bundesamts (2017).

Im Vergleich zur gesamten Gesundheitsbranche zeigt sich, dass der Fachkräfteanteil - besonders im stationären Versorgungsbereich - deutlich unter dem Durchschnitt von 64 Prozent liegt.¹⁵ Unterschiede bezüglich der Qualifikation in der Altenpflege im Vergleich zur Gesundheitsbranche insgesamt zeigen sich auch beim Anteil der Hilfskräfte. Der Anteil der Hilfskräfte in der Altenpflege liegt laut Conrads et al (2015) bei 34 Prozent und in der Gesundheitsbranche hingegen nur bei 7 Prozent.¹⁶ Das IAB weist einen Hilfskräfteanteil von 45 Prozent für die Altenpflege aus und 11 Prozent für die Gesundheitsbranche insgesamt.¹⁷

2.2.2 Teilzeitbeschäftigung

Eine weitere Auffälligkeit bei der Personalstruktur in der Altenpflege ist der hohe Anteil an Teilzeitbeschäftigten – 53 Prozent der

¹³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2017), eigene Berechnungen.

¹⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (2017).

¹⁵ Vgl. Conrads et al (2015).

¹⁶ Vgl. Ebd.

¹⁷ Vgl. IAB (2015).

Fachkräfte und 71 Prozent der Hilfskräfte sind in einem Teilzeitverhältnis beschäftigt. Vergleichend kann hier die Gesundheits- und Krankenpflege betrachtet werden, die einen Teilzeitanteil von 49 Prozent bei den Fachkräften und 61 Prozent bei den Helferberufen aufweist.¹⁸

Im Deutschlandvergleich liegt der Anteil der in Teilzeit arbeitenden Pflegekräfte in Ostdeutschland noch etwas höher als im Westen. Die Teilzeitquote bei den Fachkräften im Osten liegt bei 59 Prozent im Vergleich zu 51 Prozent im Westen. Bei den Altenpflegehelfern liegt der Teilzeitanteil im Osten bei 76 Prozent und im Westen bei 69 Prozent.¹⁹

Unterschiede lassen sich auch beim Vergleich des Versorgungssettings feststellen: Der Anteil der Beschäftigten in Teilzeit liegt bei fast 70 Prozent bei den Beschäftigten im ambulanten Bereich und bei 63 Prozent im stationären Bereich.²⁰ Zudem zeigt sich, dass der Anteil der in Teilzeit beschäftigten Arbeitnehmer/-innen bei freigemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Trägern deutlich höher ist. In Ostdeutschland liegt der Teilzeitanteil bei freigemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Trägern bei 72 Prozent und bei privaten Trägern nur bei 40 Prozent, in Westdeutschland bei 56 Prozent und 48 Prozent.²¹

Die hohe Teilzeitquote mag sich teilweise durch den hohen Anteil weiblicher Beschäftigter erklären lassen, die häufig mehr Zeit für familiäre Tätigkeiten wie Kinderbetreuung oder Pflege von Angehörigen aufbringen als Männer. Da jedoch generell der Frauenanteil in den Gesundheitsberufen deutlich höher ist als in anderen Branchen, ist die besonders hohe Teilzeitquote in der Altenpflege nicht nur über den Anteil weiblicher Beschäftigter zu erklären.²²

2.2.3 Unterbrechungszeiten und Verbleib im Beruf

Als wichtige Kenngröße für die Personalsituation gilt der Verbleib im Beruf. Eine längere Verweildauer gilt als Rückschluss auf eine höhere Berufsbindung.²³ Eine Auswahl von Studien, die Ergebnisse zum Berufsverbleib in der Altenpflege liefern, sind im Folgenden aufgeführt. Die Studien unterscheiden sich bezüglich des methodischen Ansatzes sowie im Analysezeitraum und kommen auch zu teilweise abweichenden Ergebnissen. So betrachten die Studien von Hackmann (2010) und IWAK (2009) zwar eine Berufskohorte ab Ausbildungsbeginn im Zeitablauf und können somit deut-

¹⁸ Vgl. Ebd.

¹⁹ Vgl. IAB (2015).

²⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (2017).

²¹ Vgl. IAW (2011).

²² Vgl. Statistisches Bundesamt (2017) und Conrads et al (2015).

²³ Vgl. Theobald et al. (2013).

lich exaktere Aussagen zur Berufsverweildauer ermitteln als zeitpunktbezogenen Betrachtungen von Hall (2012). Auf der anderen Seite basieren die Analysen von Hackmann (2010) und IWAK (2009) auf vergleichsweise alten Daten der IABS-Beschäftigtenstichprobe für den Zeitraum 1975-2004 und können somit keine aktuellen Entwicklungen am Arbeitsmarkt abbilden. Die Studie von Behrens (2008) basiert auf prozessproduzierten Routedaten in den Jahren 1990 bis 2005.

- **Behrens et al. (2008):** nach 10 Jahren Berufstätigkeit sind noch 46 Prozent der Altenpfleger/-innen im Beruf.
- **Hackmann (2010):** durchschnittliche Verweildauer von 8,4 Jahren (13,7 Jahre im Krankenhaus) - 12,7 Jahre bei Fachkräften und 7,9 bei Hilfskräften.
- **IWAK (2009):** Die Autoren berechnen eine durchschnittliche Beschäftigungszeit von 11,7 Jahren und Unterbrechungszeit von 7,8 Jahren bei Ausbildungsabschluss zwischen 1976-1980 (Berufsverlauf: 19,5 Jahre).
- **Hall (2012):** Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass 62 Prozent der befragten Altenpfleger/-innen in ihrem erlernten Beruf arbeiten, häufiger als Beschäftigte in vergleichbaren Berufen (45% der gelernten Krankenpfleger/innen), 25 Prozent arbeiten in einem verwandten Beruf. Lediglich 18 Prozent scheiden vollständig aus dem Beruf aus. Nach 15 Jahren arbeiten noch 63 Prozent der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in dem erlernten Pflegeberuf. Besonders häufig ist der Wechsel nach dem Ende der Ausbildung, 23 Prozent verlassen die Altenpflege. Darüber hinaus ist die Berufstreue in der Altenpflege verglichen mit anderen Frauenberufen vergleichsweise hoch. So haben gemäß der Befragung nur 13 Prozent der gelernten Altenpflegekräfte einen Berufswechsel in einen nicht verwandten Beruf durchgeführt. Dieser Wert liegt bei den sonstigen Frauenberufen bei 36 Prozent und damit deutlich höher.

Trotz der unterschiedlichen Ergebnisse zur Länge der Verweildauer stimmen die Studien darin überein, dass erstens Fachkräfte länger im Beruf verbleiben als Hilfskräfte und zweitens Berufsabbrüche häufig in bzw. kurz nach der Ausbildung erfolgen. Auch in den Fachgesprächen wurden die hohen Abbruchzahlen in und kurz nach der Pflegeausbildung häufig thematisiert und bestätigt. Der Vergleich der Verweildauer mit anderen Branchen deutet allerdings bislang nicht darauf hin, dass die Verweildauer in der Altenpflege auffällig gering ist.²⁴

²⁴ Vgl. Schroeder (2017).

Zitat: *Es gibt bei jungen Leuten und vor allem bei jungen Pflege-
dienstleitungen den Trend, dass häufiger gewechselt wird. Dies mag
an der Unzufriedenheit mit den Rahmenbedingungen liegen und zu-
dem werden Arbeitskräfte händeringend gesucht, somit besteht eine
größere Wahlfreiheit. Beim Berufseinstieg rumpelt es häufiger, beim
Personalbestand ist der Wechsel weniger stark. (Fachgesprächs-
partner/-in)*

Zitat: *Es gibt deutliche Hinweise, dass Auszubildende in der Alten-
pflege ihre Ausbildung bereits innerhalb des ersten oder der ersten
zwei Jahre abbrechen, weil sie die Belastung weder von der Qualifika-
tion, noch körperlich standhalten. (Fachgesprächspartner/-in)*

3. Rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen

In Anbetracht der in Kapitel 2 beschriebenen Personalsituation in der Altenpflege muss im Folgenden die Frage untersucht werden: Warum hat man zu wenig qualifiziertes Personal und wie begünstigen die strukturellen Rahmenbedingungen und aktuellen Prozesse diese Entwicklung? Politische und rechtliche Rahmenbedingungen können bestehende Probleme und Herausforderungen einerseits erklären und ggf. auch verstärken, jedoch andererseits auch zu ihrer Linderung beitragen - insbesondere, da es sich bei der Altenpflege um einen stark regulierten Markt handelt.

Durch die rechtlichen und institutionellen Gegebenheiten wird der Handlungsrahmen bestimmt, in dem Lösungen und Strategien entwickelt und umgesetzt werden können sowie zuständige Adressaten definiert. Teilweise bedarf es der Anpassung dieser Rahmenbedingungen, um eine Verbesserung der bestehenden Personalsituation erwirken zu können. Im Folgenden wird auf für die aktuelle Personaldebatte entscheidende rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen eingegangen.

3.1 Finanzierungssystem

Das Pflegerisiko wird in Deutschland über ein Teilfinanzierungssystem abgesichert. Die Pflegeversicherung übernimmt im Pflegefall jeden Monat einen fixen Betrag der Leistungsausgaben für allgemeine Pflegeleistungen. Die Höhe des Beitrags, der bundesweit einheitlich ist, richtet sich nach dem Pflegegrad und dem Versorgungssetting und ist im SGB XI kodifiziert. Für weitere Kosten muss der Pflegebedürftige bzw. der Sozialhilfeträger nach SGB XII aufkommen. Gerade bei der stationären Pflege unterscheiden sich die Heimkosten und die Eigenanteile für die Nutzer/-innen regional erheblich.²⁵

Im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung führt die Finanzierung der Leistungen nach dem SGB XI durch die Teilfinanzierung zu ungünstigeren Finanzierungsbedingungen für Personalaufstockungen und Lohnrückstand, da mehr und teureres Personal direkt auf den Preis der Einrichtungen durchschlägt. Da die Leistungen der Pflegeversicherung fixiert sind, werden die Mehrkosten über den Eigenanteil der Nutzer/-innen finanziert.

Inwiefern die gesetzlichen Neuerungen durch die Pflegestärkungsgesetze zu einer Verbesserung der Personalsituation beitragen werden, wurde von den Fachgesprächspartnern/-innen kritisch gesehen. Die meisten Fachgesprächspartner/-innen bestätigten die

²⁵ Vgl. Rothgang et al. (2017).

Einschätzung, dass durch das PSG II zwar mehr Geld im System ist, das auch zur Finanzierung von mehr professionell Pflegenden im stationären Bereich zur Verfügung steht. Es ist jedoch zu befürchten, dass durch das Überleitungsverfahren kurzfristig eine tendenziell zu hohen Einstufung in die Pflegegrade erfolgt. Der Unterschied zwischen Überleitungsverfahren und Neueinstufung kann zukünftig dazu führen, dass dann die Einnahmen der stationären Einrichtungen, ohne eine Verringerung des Aufwands, sinken und durch die Kopplung der Personalschlüssel an die Pflegegrade und damit an die Pflegesätze keine Verbesserung der Personalsituation realisiert werden kann.²⁶ Im schlimmsten Fall könnte nach Auffassung einiger Experten/-innen aus den Fachgesprächen sogar ein Absinken der Personalstellen eintreten.

In den Fachgesprächen wurde von fast allen Gesprächspartner/-innen die Ansicht geteilt, dass eine Verbesserung der Personalsituation nicht zu einer Erhöhung des Eigenanteils führen darf. Um zukünftig eine einseitige Belastung der Pflegebedürftigen zu vermeiden, schlagen einige Gesprächspartner/-innen Anpassungen der Pflegebeitragsätze und eine Finanzierung über Steuergelder vor.

Im internationalen Vergleich zeigt sich nach den Ergebnissen von Schulz (2012), dass der um den Anteil der Älteren (65 Jahre und älter) korrigierte Anteil der öffentlichen Pflegeausgaben in Deutschland unter dem Durchschnitt der einbezogenen Staaten liegen.²⁷ Demnach liegt der alterskorrigierte Anteil der öffentlichen Pflegeausgaben am nationalen BIP in Deutschland bei 4,6 Prozent, während andere europäische Staaten wie beispielsweise Frankreich (8,6 Prozent), Niederlande (14,6 Prozent) und Österreich (7,7 Prozent) hier deutlich mehr öffentliche Gelder bereitstellen. Die privaten Zuzahlungen an den gesamten Pflegekosten fallen mit etwa 55 Prozent im internationalen Vergleich vergleichsweise hoch aus,²⁸ wodurch die geringen öffentlichen Mittel ein Stück weit ausgeglichen werden.

3.2 Personalvorgaben

Vorgaben zum Personal werden für den stationären Bereich auf Ebene der Bundesländer in Form von festen Personalschlüsseln bzw. Orientierungswerten definiert.²⁹ Die Höhe der Personalschlüssel ist an die Pflegegrade und damit an die Pflegesätze ge-

²⁶ Vgl. Rothgang et al. (2017).

²⁷ Einbezogene Staaten: Belgien, Tschechien, Deutschland, Slowakei, Dänemark, Niederlande, Schweden, Österreich, Finnland, Frankreich, Spanien, England, Ungarn und Italien.

²⁸ Vgl. Schulz (2012).

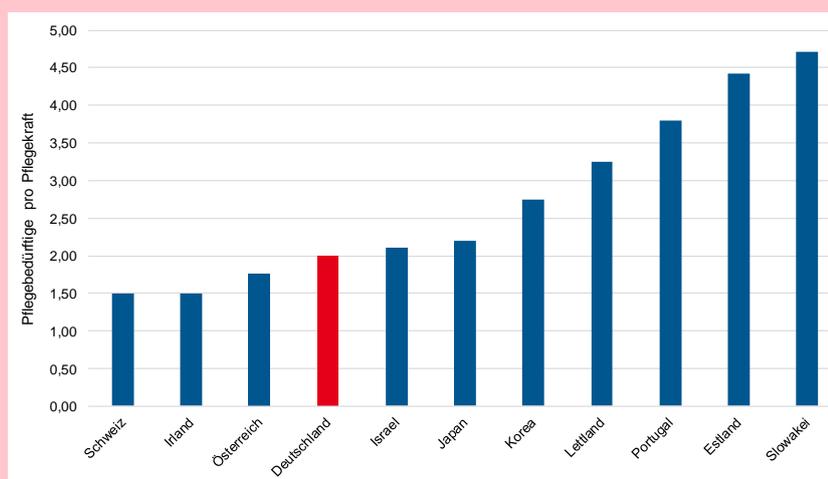
²⁹ Vgl. Prognos (2014).

koppelt, die auf Länderebene im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen zwischen Einrichtungen und Pflegekassen festgesetzt werden.

Internationaler Vergleich: Personalschlüssel

Ein internationaler Vergleich der Personalschlüssel der versorgten Pflegebedürftigen je Pflegekraft ist aus verschiedenen Gründen äußerst schwierig. Die Herausforderungen liegen darin, dass sich die internationalen Systeme nur ungenügend vergleichen lassen (z.B. Versicherungssystem, Einstufung von Pflegebedarf mit gesetzlichem Leistungsbezug). Darüber hinaus wird die Pflege in den verschiedenen Ländern von unterschiedlichen Berufsgruppen mit unterschiedlichen Ausbildungen ausgeübt und auch die pflegerische Tätigkeit am Patienten unterscheidet sich (z.B. Dokumentation, medizinische Leistungen). Unter Berücksichtigung der genannten Schwierigkeiten bieten die OECD-Gesundheitsdaten hierzu eine grobe Einschätzung (OECD 2011).

Abbildung 4: Internationaler Vergleich - Verhältnis Pflegebedürftige zu Pflegekräften in der formellen Pflege



Quelle: OECD (2012), eigene Berechnung.

Gemäß der obigen Abbildung ergibt sich für Deutschland im Jahr 2015 eine Betreuungsrelation von zwei Pflegebedürftigen je Vollzeitpflegekraft in der formellen Pflege. Deutschland weist hier im Vergleich der betrachteten Länder - die Auswahl begründet sich durch die Datenverfügbarkeit der OECD Daten zu den hier relevanten Variablen - eine überdurchschnittliche Betreuungsrelation aus (Durchschnitt: 2,7 Pflegebedürftige je Vollzeitpflegekraft). Im Vergleich zu der Schweiz, Irland und Österreich weist Deutschland eine schlechtere Betreuungsrelation aus. Diese Daten können jedoch nur als Hinweis gelten, dass Deutschland im internationalen Vergleich bezüglich der Betreuungsrelation nicht deutlich schlechter einzuordnen ist.

Das vorzuhaltende Grundpersonal unterscheidet sich somit erheblich zwischen den einzelnen Bundesländern.³⁰ Der unterschiedliche Personalbedarf in den einzelnen Bundesländern – gerade im Hinblick auf Berufsabschluss und Qualifikation – wird zudem durch die heterogene Pflegeinfrastruktur bedingt. Je nach Anteil der verschiedenen Versorgungssettings (z.B. stationäre Pflege, prof. ambulante Pflege, informelle Pflege) unterscheidet sich in der Konsequenz auch der Personalbedarf. So sinkt beispielsweise die Heimquote, wenn es alternative Versorgungsmöglichkeiten in der Region gibt.

In Deutschland gilt für den Personaleinsatz in der Altenpflege eine Fachkraftquote von 50 % im stationären Bereich, wobei mittlerweile einzelne Bundesländer Öffnungsklauseln für die Öffnung der Fachkräftequote gesetzt haben. Dennoch unterscheidet sich das vorzuhaltende Fachpersonal in stationären Einrichtungen zwischen den einzelnen Bundesländern, dies ist dem unterschiedlichen Verständnis der Definition einer „Fachkraft“ geschuldet.

Zitat: Die Begrifflichkeit der Fachkräftequote ist in den letzten Jahren verwässert worden, weil man unter Berücksichtigung einer Fachkräftequote von 50 Prozent, die man nicht erreichen konnte, angefangen hat, der Fachkräftequote andere Berufsprofessionen hinzuzurechnen – „machen die nicht auch irgendwas im Bereich Pflege?“ Dies führt zu ganz absurden Geschichten, dass hauswirtschaftliche Kräfte usw. in Einrichtungen der Fachkräftequote in Teilen zugerechnet werden und das ist definitiv nicht gemeint. (Fachgesprächspartner/-in)

Zitat: Klar, wir haben das Problem, wo kriegen wir die Fachkräfte her, wenn diese Quoten festgelegt werden? Aber dann bedarf es zwei Fragen: warum ist das so, dass ich zu wenige habe? Und zweitens, die Prozesse müssen angeschaut werden. Ohne eine Veränderung der Prozesse an der Fachkräftequote zu schrauben, das ist der Untergang. (Fachgesprächspartner/-in)

Für den ambulanten Bereich gelten in den Bundesländern jeweils unterschiedliche personelle Voraussetzungen, um eine Zulassung bei der zuständigen Pflegekasse zu erhalten. So müssen in einigen Bundesländern eine bestimmte Anzahl von Vollzeitfachkraftstellen nachgewiesen werden.³¹

Die abweichenden Personalvorgaben in den einzelnen Bundesländern haben im Rahmen der Fachgespräche zu Kritik geführt. In Bayern liegt beispielsweise der Personalschlüssel bei Pflegegrad 1 bei 1:6,70 und in Brandenburg bei 1:4,21. Eine unterschiedliche personelle Ausstattung kann zu abweichenden Versorgungsstandards in den Bundesländern beitragen. Jedoch wurde von einigen Gesprächspartnern/-innen die Einschätzung geäußert, dass sich

³⁰ Vgl. Prognos (2014).

³¹ Vgl. Prognos (2014).

die Bundesländer durch das bis 2020 zu entwickelnde bundeseinheitliche Personalbemessungsverfahren bei den Personalvorgaben zukünftig eher annähern werden und somit erste Schritte eingeleitet wurden, um die personellen Unterschiede zwischen den Bundesländern anzugleichen.

3.3 Tarifliche Vergütung

Die Vergütung in der Altenpflege ist Sache der Tarifpartner. Es liegt nicht in der Hand der Politik per Gesetz oder Verordnung für eine Branche eine höhere Bezahlung durchzusetzen. Gesetzlich vorgeschrieben ist seit August 2010 jedoch ein Pflegemindestlohn in ambulanten und stationären Pflegebetrieben. Dieser wurde wiederholt angehoben und liegt seit Anfang 2018 bei 9,40 Euro in den alten Bundesländern und bei 8,65 Euro in den neuen Bundesländern. Bis 2020 soll der Pflegemindestlohn auf 11,35 Euro bzw. 10,85 Euro steigen.

Dennoch ist auch das Thema Entlohnung in der Altenpflege im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung aufgeführt: „Wir wollen die Bezahlung in der Altenpflege nach Tarif stärken.“³² Es wurde mehrfach das Vorhaben formuliert, Tarifverträge in der Pflege künftig für alle Arbeitgeber verpflichtend zu machen und eine flächendeckende Tarifentlohnung zu erreichen. Es ist jedoch fraglich, wie die Politik dieses Vorhaben umsetzen möchte, da zahlreiche Betreiber von Pflegeeinrichtungen nicht tarifgebunden sind und zudem die gewerkschaftliche Organisation der Pflege große Schwächen aufweist (siehe Kapitel 3.5).³³

Zitat: Tariflöhne werden in Budgetverhandlungen ohne Abzüge berücksichtigt. [...] Der Markt wird es richten - wenn Anbieter nebeneinander existieren und einer zahlt Tariflohn - dann wird der ohne das Nachsehen haben. (Fachgesprächspartner/-in)

Ein gesetzlicher Rahmen für die Tarifbindung wurde auch in einigen der Fachgespräche gefordert, d.h. verbindliche Tarifverträge bundesweit oder mindestens regional. Andere Gesprächspartner/-innen teilten vielmehr die Ansicht, dass ein flächendeckender Tariflohn in der Pflege nicht passgenau ist, da eine Anpassung an die regionalen Gegebenheiten beispielsweise zwischen ländlichen Regionen und städtischen Ballungszentren möglich sein muss. Bereits aktuell ist - aussagegemäß bedingt durch den starken Wettbewerb um Pflegepersonal - die Wahrscheinlichkeit hoch, dass die

³² Koalitionsvertrag vom 07.02.2018 unter https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.pdf;jsessionid=A290CE0573A678E1936C30F4A71307D4.s2t2?_blob=publicationFile&v=1.

³³ Siehe Diskussion zur gesetzlichen Tarifentlohnung: <http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/niedrigloehne-union-und-spd-wollen-guten-tariflohn-fuer-alle-pfleger-durchsetzen-1.3878414> und <https://aktuelle-sozialpolitik.blogspot.de/2018/02/tariflohn-fur-alle-in-der-altenpflege.html>.

Vergütung regional vergleichbar ist und sich auch bundesweit weiter annähert. Zudem bleibt abzuwarten, inwieweit die im Zuge der Änderungen des Pflegestärkungsgesetzes III (§85 Absatz 3 SGB XI) angepasste Nachweispflicht zur Entlohnung von stationären Betreibern zu einer flächendeckenden Anpassung der Löhne aller Pflegeanbieter an den jeweiligen Tariflohn führt.³⁴

3.4 Ausbildungssystem

Die rechtlichen Regelungen zur Ausbildung von Pflegefachkräften fallen in die Zuständigkeit des Bundes, die inhaltliche Ausgestaltung erfolgt jedoch durch die Bundesländer. Die Bundesländer sind sowohl für die Qualifizierungsmaßnahmen im niedrighschweligen Bereich als auch für die ein- bzw. zweijährigen Ausbildungen zu Pflegehelfer/-innen zuständig sowie für den gesamten Fort- und Weiterbildungsbereich verantwortlich.³⁵ Die große Heterogenität der ordnungsrechtlichen Strukturen und Bildungsgänge in den einzelnen Bundesländern führt zu großen Herausforderungen bei der Entwicklung und Umsetzung von Gestaltungsoptionen im Ausbildungssystem.³⁶

Im Hinblick auf die Ausbildung von Fachkräften werden aktuell das Thema der Generalistik und die nötigen Voraussetzungen für deren Umsetzung im Jahr 2020 diskutiert. So verspricht auch der neue Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) das Thema Generalistik prioritär anzugehen. Um das Vorhaben - die Reformierung und Vereinheitlichung der bisherigen drei fachberuflichen Ausbildungen im der Pflege - Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Kinderkrankenpflege - umzusetzen, muss laut Aussage der Mehrheit der Fachgesprächspartner/-innen mehr Transparenz geschaffen werden. Die aktuelle Ausgestaltung der Generalistik lässt aussagegemäß zu viele Fragen zur weiteren Umsetzung offen, bspw. die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung oder die Regelungen zur Finanzierung.

Zitat: *Es ist politisch unerträglich, dass es in den letzten vier Koalitionsverhandlungen um die Generalistik der Ausbildung ging, sich jedoch nichts getan hat. Hier tritt die Politik den Ausbildungsberuf mit Füßen, schafft keine Klarheit und keine Perspektive (Fachgesprächspartner/-in).*

In den Fachgesprächen wurde angemerkt, dass das deutsche Ausbildungssystem generell wenig Raum für verschiedene Niveaustufen mit unterschiedlicher Komplexität lässt - im Vergleich zu

³⁴ Siehe <http://www.arbeitgeberverband-pflege.de/das-haben-wir-zu-sagen/psg-iii-pflegeunternehmen-fuerchten-um-ihre-existenz/>

³⁵ Vgl. Prognos (2014).

³⁶ Vgl. Friese (2017).

Ländern wie der Schweiz oder den Niederlanden, die ein System mit deutlich mehr und differenzierten Abschlüssen bieten. Ein/-e Fachgesprächspartner/-in äußerte diesbezüglich die Hoffnung, dass durch die Einführung der Generalistik auch die Möglichkeit eines Abschlusses nach zwei Jahren eingeführt wird, um verschiedene Niveaustufen zu ermöglichen.

3.5 Interessensvertretung

Die Pflegeprofession ist in Deutschland insgesamt weder betrieblich noch überbetrieblich gut organisiert. So sind laut Schroeder (2017) nur knapp 24 Prozent der Beschäftigten der Altenpflege in einem Betrieb mit betrieblicher Interessensvertretung tätig. Eine betriebliche Interessensvertretung durch einen Betriebsrat kann gegenüber dem Management Forderungen der Beschäftigten vertreten und bspw. bei der Dienstplanung oder der Arbeitsorganisation mitgestalten. Im Vergleich der Trägerstruktur zeigt sich, dass es bei privaten Trägern besonders selten eine betriebliche Interessensvertretung gibt (10,6 %), bei kirchlichen Trägern liegt der Anteil bei 38,5 Prozent.³⁷

Überbetrieblich gibt es neben Akteuren wie dem DBfK, dem DBVA und ver.di zahlreiche kleinere Verbände, die sich für die Interessen der Beschäftigten in der Altenpflege stark machen – aufgrund der Kleinteiligkeit der Akteurslandschaft und teilweise gegensätzlicher Zielgruppen kann hier jedoch nicht von einer starken Organisation gesprochen werden.³⁸ Der Einfluss der überbetrieblichen Interessensvertretung gegenüber den Arbeitgeberverbänden und damit auf Themen wie bspw. der Entlohnungs- und Arbeitsbedingungen ist als eher gering einzuschätzen.³⁹

Auch in den Fachgesprächen wurde die Interessensvertretung der Altenpflege in Deutschland von der breiten Mehrheit der Gesprächspartner/-innen als mangelhaft bewertet. Grundsätzlich gilt: je größer der Betrieb ist, desto besser sind die Arbeitnehmer/-innen organisiert – d.h. in Krankenhäusern besser als in der stationären Altenpflege und in der stationären Altenpflege besser als in der ambulanten Altenpflege.

³⁷ Vgl. Schroeder (2017).

³⁸ Ebd.

³⁹ Ebd.

Zitat: Die Pflege ist nicht in der Lage mit aller Macht aufzuschlagen, zu sagen: "wir sind diejenigen, die die Versorgungssicherheit in der Gesellschaft garantieren und nicht die Politik. Und wenn ihr uns die Rahmenbedingungen nicht gebt, dann seid ihr verantwortlich für das, was am Ende stattfindet". (Fachgesprächspartner/-in)

Zitat: Über die Pflege hinweg wird ein Berufsgesetz verabschiedet. Über die Pflege hinweg werden Ausbildungsordnungen verabschiedet. DKG und GKV legen fest, was pflegesensitive Bereiche sind und sagen: „so und so viel Personal muss da hin“. (Fachgesprächspartner/-in)

Zitat: Wenn du keinen Platz am Tisch hast, stehst du wahrscheinlich auf der Speisekarte. (Fachgesprächspartner/-in)

Der Vorschlag, die außerbetriebliche Interessensvertretung der Altenpflege durch Pflegekammern in den Bundesländern zu stärken, stößt in der öffentlichen Debatte auf ein geteiltes Echo. Auch in den Fachgesprächen herrschte ein sehr heterogenes Meinungsbild vor. So kritisiert ein/-e Gesprächspartner/-in die beschränkten Einflussmöglichkeiten der Pflegekammern, die weder Einfluss auf die Tarifgestaltung, noch konkrete Handhabe bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen hat. Ein/-e Verfechter/-in der Pflegekammern sieht stattdessen die Chance auf eine starke Selbstverwaltung der Pflegeprofession nach dem Vorbild der medizinischen Berufe. Die Pflegekammern können als starker Ansprechpartner für die Politik und Arbeitgeberverbände dienen und durch eine Registrierung der Fachkräfte zu einer Verbesserung der Planungssicherheit im Bereich Personal bspw. durch eine bessere Planung bei den Studienplatz- und Ausbildungskapazitäten beitragen.

4. Arbeitsbedingungen am Arbeitsmarkt Pflege

In Anbetracht der aktuellen Wettbewerbssituation am Arbeitsmarkt Pflege um das beschränkte Arbeitskräfteangebot kann es nicht allein darum gehen, die aktuellen Probleme über einer Erhöhung des Personalbestandes zu lösen. Vielmehr müssen Anstrengungen unternommen werden, um den beschriebenen Bedarf an fachlicher Qualifikation sowie Qualifikation für einen Beruf in der Altenpflege über eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen, Fachkräfteentwicklung und über eine effiziente Ressourcenverteilung zu adressieren und so einen Beitrag zur Linderung der angespannten Personalsituation zu leisten.

Im Folgenden werden zentrale Stellschrauben beschrieben, die direkt an den Arbeitsbedingungen am Arbeitsmarkt Pflege ansetzen. Dazu werden Probleme und Herausforderungen zur Bezahlung, dem Arbeitszeitvolumen, der Arbeitsorganisation, den Arbeitsinhalten sowie der Arbeitsbelastung analysiert. Teilweise werden hier Themen aus Kapitel 3 aufgegriffen und ergänzt. Zudem wird ein kurzer Einblick in den Bereich Digitalisierung und Pflege gegeben.

Zitat: *Die Pflege steht natürlich jetzt schon am Beginn eines tatsächlich immer stärker werdenden Wettbewerbs. Wenn ein Betreiber merkt, dass er die Einrichtung nur teilweise betreiben kann oder gar nicht erst aufmachen kann, nachdem er sie renoviert hat, indem Bewohner und meine Kunden wegbleiben, weil er keine Fachkräfte hat, dann muss überlegt werden, mit welchen Anreizen kann ich diese gewinnen? (Fachgesprächspartner/-in)*

4.1 Arbeitsvergütung

Eines der polarisierenden Themen in der Debatte um die Personalsituation in der Altenpflege und eine der am häufigsten gestellten Forderung zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen ist sicherlich die Bezahlung bzw. die Erhöhung der Bezahlung. Laut dem Bundesgesundheitsministerium verdient eine Fachkraft in der Altenpflege bundesweit im Median 2.621 Euro brutto pro Monat. Jedoch sind die regionalen Unterschiede bei der Vergütung sehr groß. So erhält eine Altenpflegefachkraft in Vollzeit beispielsweise ein Bruttogehalt von 1.985 Euro in Sachsen-Anhalt und 2.937 Euro in Baden-Württemberg.⁴⁰

Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang der hohe Anteil in Teilzeit Beschäftigter. Die Bezahlung für eine Beschäftigung in Teilzeit reicht häufig nicht, um allein den Lebensunterhalt einer Familie zu bestreiten. Arbeitszeitmodelle zur Aufstockung der Stun-

⁴⁰ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaefigte.html>

denanzahl können somit zur Verbesserung der finanziellen Situation beitragen und schaffen gleichzeitig eine wichtige Grundlage für die Rentenansprüche für das Alter (*siehe Kapitel 3.3*).

Als Vergleichsmaßstab wird häufig auf Unterschiede innerhalb der Pflegeprofession hingewiesen und die Bezahlung in der Altenpflege mit der Gesundheits- und Krankenpflege verglichen. Eine Studie des IAB (2015) berechnet, dass das durchschnittliche monatliche Bruttogehalt von Gesundheits- und Krankenpflegern um 600 Euro über dem Gehalt der Beschäftigten in der Altenpflege liegt.⁴¹ Hierzu wurde in einem der Fachgespräche explizit Stellung genommen und ausgeführt, dass die Gehaltsunterschiede zwischen Krankenhaus und Altenpflege weniger durch das Tarifsystem, sondern durch im Krankenhaus bestehende Zusatzaufgaben, Karrieremöglichkeiten, Fachausbildungen und damit einhergehende entsprechende Zulagen ergeben. Die Frage, inwiefern die Arbeit in der Alten- und Krankenpflege überhaupt zu vergleichen ist, wird bei der aktuellen öffentlichen Debatte nicht beantwortet und auch in den Fachgesprächen konnte keine abschließende Bewertung vorgenommen werden.

Zitat: *Perspektivisch sollte keine Pflegekraft - Altenpflege oder Krankenpflege - weniger als 3000 Euro verdienen. D.h. beide Berufsgruppen müssen aufgewertet werden und die sozialen Berufe insgesamt. Es gibt einen Unterschied von ca. 600 Euro zwischen der Altenpflege und der Krankenpflege, hier ist das Bezahlniveau noch dringlicher bei der Altenpflege anzuheben und somit dem Fachkräftebedarf zu begegnen. Gerade auch um mehr Männer für die Altenpflege zu gewinnen. (Fachgesprächspartner/-in)*

Um die Bezahlung attraktiver zu gestalten wird von einigen Akteuren die Durchsetzung einer flächendeckenden tariflichen Entlohnung gefordert (*siehe Kapitel 3.3*). Ein positiver Effekt der Tarifbindung auf die Bezahlung - aus Sicht der Altenpflegekräfte - kann empirisch gestützt werden. So zeigen Untersuchungen, dass Beschäftigte, die in tarifgebundenen Altenpflegebetrieben arbeiten, im Durchschnitt mehr verdienen als Beschäftigte in Betrieben ohne Tarifbindung.⁴² Während über 80 Prozent der öffentlich-rechtlichen und freigemeinnützigen Träger Tariflöhne zahlen, sind das bei den privaten Trägern nur knapp über 15 Prozent.⁴³ Unterschieden nach Versorgungssetting zeigt sich, dass im stationären Bereich häufiger nach Tarif bezahlt wird, die Einrichtungen sind größer und es handelt sich häufiger um öffentlich-rechtliche und freigemeinnützige Träger als im ambulanten Bereich, dort sind die Betriebe kleiner und es gibt viele private Träger.⁴⁴ Eine Besserstellung bei

⁴¹ IAB (2015).

⁴² Bispink et al. (2013) und Conrads et al. (2015).

⁴³ IAW (2011).

⁴⁴ Bispink et al. (2013).

der Bezahlung kann über eine Stärkung der Interessensvertretung der Altenpflege erfolgen. Jedoch steht hier nicht die Politik, sondern die Altenpflege selbst in der Verantwortung sich entsprechend gegenüber den Arbeitgeberverbänden zu organisieren und zu positionieren (*siehe Kapitel 3.3*).

In Anbetracht des Wettbewerbs um qualifizierte Arbeitskräfte, kann angenommen werden, dass sich Betriebe durch eine Entlohnung nach Tarif einen Wettbewerbsvorteil verschaffen können - sofern sich die höheren Löhne auch refinanzieren lassen. In den Fachgesprächen wurde von den Expert/-innen dahingehend differenziert, dass die Bezahlung erwartungsgemäß vor allem in den Mangelbereichen, d.h. bei Fachkräften und Spezialisten ansteigen wird.

Die Generalistik wird zusätzlich dazu beitragen, dass Altenpflegebetriebe und Krankenhäuser zukünftig um das deutlich mobilere Arbeitskräfteangebot werben müssen und dies eine Angleichung der Vergütungsgegebenheiten in der Pflegeprofession begünstigen könnte. Als Voraussetzung müssen in der Altenpflege die Arbeitsbedingungen so ausgestaltet werden, dass die qualifizierten Arbeitskräfte nicht in die Krankenhäuser abwandern und es zu einer weiteren Verschlechterung der Personal- und Versorgungssituation kommt.

Zitat: *Allerdings glaube ich, dass wir auch erleben werden, dass es eine stärkere Staffelung nach Qualifikationen geben wird. Ich glaube, dass die wirklich gut Qualifizierten, von denen einfach weniger da sind, sehr viel mehr Geld bekommen werden. Aber dass gerade die abfallen werden oder auf jeden Fall nicht so in dieser Form mitwachsen werden, die einfache Hilfstätigkeiten ausüben. (Fachgesprächspartner/-in)*

Die Einschätzung der Fachgesprächspartner/-innen ist in der Hinsicht bemerkenswert, dass von fast allen Expert/-innen geäußert wurde, dass die Bezahlung ein wichtiges Thema ist, jedoch per se nicht die zentrale Herausforderung für die aktuellen Personalprobleme darstellt. Aussagegemäß liegen die Herausforderungen vor allem darin, dass Arbeitskräfte - die sich bewusst für einen Beruf in der Altenpflege entschieden haben - nicht die Teamstärke und nicht die Arbeitsbedingungen vorfinden, die es ihnen ermöglichen, die Pflege nach den eigenen Ansprüchen ausführen zu können.

Zitat: Die Probleme liegen ja woanders: „wir sind gehetzt. Wir sind zu wenige. Wir können die Verantwortung für eine qualitätsgesicherte Patienten- und Bewohnerversorgung nicht sicherstellen. Wir werden selber dabei krank. Und wir können das mit unserem Berufsethos in den meisten Fragestellungen nicht in Übereinklang bringen“. (Fachgesprächspartner/-in)

Zitat: Die Bezahlung ist mit vielen anderen Branchen vergleichbar und teilweise sogar besser und vor allem nicht der Grund für das Personalgewinnungsproblem. (Fachgesprächspartner/-in)

Im Rahmen des Expertenworkshops wurde im Vergleich zu den Fachgesprächen vermehrt auf die Bezahlung eingegangen, dies mag der unterschiedlichen Besetzung der Fachgespräche und des Expertenworkshops geschuldet sein. Mehrere Expert/-innen beschrieben das Thema Arbeitsvergütung als ein wichtiges Handlungspotenzial in der Altenpflege. Angeführt wurde hierzu, dass man nur über eine Anpassung des Gehalts auch die Arbeitskräfte ansprechen kann, die sich aufgrund der als zu niedrig empfundenen gegen eine Ausbildung in der Altenpflege entscheiden bzw. die sich nicht aus eigenem Interesse für die Pflege entschieden hätten. Eine bessere Bezahlung kann als Anreiz wirken, in den Beruf einzusteigen, für den Verbleib der bereits tätigen Pflegekräfte wurden jedoch vor allem die Arbeitsbedingungen als ausschlaggebend bewertet.

4.2 Arbeitszeitvolumen

Gerade auch aufgrund der beschriebenen Auswirkungen auf die Arbeitsvergütung besteht die Frage, warum in der Altenpflege so viele Arbeitnehmer/-innen in Teilzeit arbeiten. Befragungen zu den Gründen für Teilzeitbeschäftigung kommen zu regional unterschiedlichen Ergebnissen, so geben über 46 Prozent der weiblichen Pflegekräfte im Osten an, in Teilzeit zu arbeiten, da sie keine Vollzeitstelle finden können. In Westdeutschland haben die meisten der befragten Frauen persönliche oder familiäre Verpflichtungen als Ursache für eine Beschäftigung in Teilzeit genannt (69 %).⁴⁵

Auch in den Fachgesprächen wurde von vielen Gesprächspartner/-innen die Einschätzung geäußert, dass Pflegebetriebe aufgrund der in der Altenpflege typischen Arbeitsspitzen im Tagesverlauf tendenziell gerne auf Teilzeitkräfte zurückgreifen. Einerseits können so die arbeitsintensiveren Zeiten gezielt mit mehr Personal besetzt werden, andererseits können Ausfälle durch die höhere personelle Flexibilität leichter kompensiert werden. Im Ex-

⁴⁵ Vgl. Afentakis et al (2010).

pertenworkshop wurde hierzu angemerkt, dass es gerade im Hinblick auf den Personalmangel fraglich sei, ob die Pflegeanbieter auf dieses dringend benötigte Arbeitskräftepotenzial weiterhin verzichten können.

Einige Fachgesprächspartner/-innen haben auf Altenpflegebetriebe verwiesen, die die Arbeit hauptsächlich mit Vollzeitstellen organisiert haben. Dies lässt darauf schließen, dass nicht die Arbeitsspitzen in der Altenpflege per se, sondern u.a. die Größe des Betriebes, die Arbeitszeitmodelle oder die Arbeitsorganisation den hohen Teilzeitanteil begünstigten.

Zitat: *Vor allem Berufsanfänger beklagen sehr häufig, dass sie nur befristete Arbeitsverhältnisse oder Arbeitsverhältnisse in Teilzeitverträge angeboten bekommen, womit sie ihren eigenen Lebensunterhalt nur schwerlich bestreiten können. (Fachgesprächspartner/-in)*

Andererseits gibt es auch Beschäftigte, die aus unterschiedlichen Gründen nicht in Vollzeit arbeiten wollen oder können. Speziell die jüngere Generation hat laut einiger Fachgesprächspartner/-innen eine rückläufige Bereitschaft eine volle Stelle anzunehmen. Laut einem/r der Gesprächspartner/-innen haben Befragungen in einer zugehörigen Altenpflegeschule gezeigt, dass ein Drittel der Schüler/-innen grundsätzlich keine volle Stelle anstrebt. Es gibt aber auch eine ganze Gruppe von hauptsächlich weiblichen Beschäftigten, die keine Vollzeitstelle annehmen können, weil sie sich zuhause um ihre Kinder oder die Pflege von Angehörigen kümmern. Die fehlende Vereinbarkeit von Familie und Beruf trägt zu dem hohen Anteil an Teilzeitbeschäftigung bei (*siehe Kapitel 4.3*).

Die hohe Arbeitsbelastung in der Altenpflege tut ihr Übriges, dass gerade ältere Arbeitnehmerinnen von einer Vollzeitstelle Abstand nehmen müssen, da sie die körperliche Arbeit nicht mehr in Vollzeit leisten können (*siehe Kapitel 4.5*). Zudem kommt es aussagegemäß häufig zu Überstunden, so dass einige Arbeitnehmer/-innen vorsorglich das Arbeitspensum reduzieren, um nicht durch die Überstunden ein Arbeitspensum von über 100 Prozent erbringen zu müssen.

Zitat: *Im fortgeschrittenen Berufsleben wird die Teilzeit von vielen Pflegekräften geschätzt – zumindest in einer Phase des Lebens - um privaten Verpflichtungen, etwa der Kindererziehung oder der Pflege eigener Angehöriger nachkommen zu können. Andere wiederum wollen ihre Vollzeit reduzieren, weil Vollzeit im Pflegebereich schon lange nicht mehr 40 Stunden bedeutet, sondern viele Überstunden angehäuft werden. So wird eine Arbeitszeitreduktion aufgrund der Arbeitsbelastung vorgenommen. Dies ist vor allem in der späteren Lebensphase der Fall. (Fachgesprächspartner/-in)*

Zitat: *Wie sieht's aus mit einem betrieblichen Gesundheitsmanagement in meinem Unternehmen? Was macht mein Arbeitgeber? Welche Signale gibt er mir, dass ich auch als älterer Mitarbeiter willkommen bin in einem Kontext? Wie sieht Personalführung aus von meinen Vorgesetzten? (Fachgesprächspartner/-in)*

In den Fachgesprächen wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass es gerade dann zu Problemen im Team kommen kann, wenn einzelne Mitarbeiter aufgrund ihrer familiären Situation Privilegien beim Dienst haben (z.B. Vorteile im Dienstplan). Teilweise werden auch Privilegien eingeführt, aber nicht mehr abgeschafft, u.a. wenn neue Mitarbeiter mit besonderen Anreizen angestellt werden. Einseitige und nicht transparente Privilegien können dazu führen, dass in einem bestehenden Team Differenzen aufkommen. Gerade durch die große Zahl an Arbeitskräften, die in Teilzeit arbeiten, besteht ein großer Bedarf an innovativen Arbeitszeitmodellen. Hier liegt ein Potenzial für die Arbeitgeber Fachkräfte durch eine Erhöhung der Arbeitsstunden zu gewinnen.

Zitat: *Das heißt, ich brauche andere Arbeitszeitmodelle, die möglicherweise auch individueller gestaltet sind. Ich brauche planbare Wochenenden, planbare Urlaube. Das ist das, was meine Kollegen dann kritisieren: „Ich weiß gar nicht mehr, wann ich freihabe. Ich habe seit vier Wochen durchgearbeitet. Ich bin nachts alleine und muss einspringen, obwohl ich Spätdienst gehabt habe. [...] Pausenregelung, das ist für viele ein Fremdwort“. (Fachgesprächspartner/-in)*

Als Praxisbeispiel können hier u.a. die Möglichkeit einer längeren befristeten Arbeitszeitreduzierung oder das „7/7-Arbeitszeitmodell“, das von der Deutschen Seniorenstift Gesellschaft entwickelt wurde, angeführt werden.

Befristete Arbeitszeitreduzierung

Durch eine längere befristete Arbeitszeitreduzierung kann auf temporäre familiäre Anforderungen, ohne dauerhafte Arbeitszeit- und Einkommensreduzierung, reagiert werden. Entsprechend können andere Mitarbeitern die Möglichkeit zu einer vorübergehenden Aufstockung der Arbeitszeit nutzen.

Quelle: DSG (2014).

7/7-Arbeitszeitmodell

Beim „7/7-Arbeitszeitmodell“ arbeiten die Arbeitnehmer/-innen sieben Tagen hintereinander für zehn Stunden plus zwei Stunden eingeplante Pausenzeit. Anschließend haben sie sieben Tage frei. Für die Mitarbeiter/-innen bedeutet das Konzept, dass sie regelmäßig eine volle Woche zur freien Verfügung haben und maximal zwei Wochenenden im Monat arbeiten müssen. Da die Dienstzeiten bereits für ein ganzes Jahr bekannt sind, erhöht sich die Planungssicherheit für die Mitarbeiter/-innen stark. Überlastung und krankheitsbedingtem Ausfall haben sich nach Einführung des Modells stark reduziert. Wesentlicher Vorteil im Arbeitsablauf ist, dass die Verantwortung für die Betreuung der Bewohner eine Woche lang in den gleichen Händen liegt und eine Mittagsübergabe entfällt. Dadurch wird der Tagesablauf der Bewohner/-innen weniger gestört und andererseits für ein besseres Informationsmanagement gesorgt.

Quelle: Deutsche Seniorenstift Gesellschaft (2014).

4.3 Arbeitsorganisation

In den Fachgesprächen wurde neben der Frage der Arbeitszeitmodelle von den meisten Expert/-innen ein großes Potenzial in der Entwicklung von (alternativen) Organisationskonzepten gesehen, um dem Fachkräftemangel in der Pflege zu begegnen. Der Erfolg von innovativen Arbeits- und Organisationsmodellen zeigt sich aussagegemäß besonders darin, dass Betriebe mit neuen Arbeitsmodellen häufig geringere Probleme bei der Rekrutierung von qualifiziertem Personal haben und sogar Wartelisten für die Bewerbung vorhalten müssen. Die Arbeitsorganisation in einem Betrieb steht in einem engen Zusammenhang mit der Attraktivität des Berufs und kann in Zeiten knappen Personals die einzige Möglichkeit sein, sich entscheidend von anderen Betrieben absetzen zu können. Handlungsbedarf wurde seitens der Fachgesprächspartner/-innen insbesondere bei der Führung und Organisation sowie im Bereich Kompetenzen und Verantwortung der Pflege gesehen.

Zitat: Was man erlebt, ist: Häuser mit gutem Konzept, mit Mitsprachemöglichkeiten haben oft gar keine Probleme, Leute zu finden. Also gar nicht so abhängig vom Geld, sondern eher von der Arbeitszufriedenheit. Dass man sein Wissen anwenden kann, Austausch, Kollegialität, dass man gehört wird, dass man zufrieden ist, mit dem wie es gemacht wird, dass man nicht in Strukturen hineingerät, bei denen man denkt: "Das soll gute Pflege sein? Und da soll ich jetzt mitmachen?".
(Fachgesprächspartner/-in)

Zitat: Wir brauchen nicht mehr von dem, was es gar nicht gibt – weder im Inland, noch im Ausland, sondern Alternativen. Mit anderen Organisationsformen, anderen Konzepten, schaffen wir mit weniger bzw. dem jetzigen Personal höhere Effektivität, höhere Zufriedenheit bei Mitarbeiter und Kunden! (Fachgesprächspartner/-in)

Die bestehende Führungskultur und Führungsmodelle in deutschen Pflegebetrieben wurde von einigen Gesprächspartnern/-innen als „hierarchisch“ beschrieben, einem Führungsstil, der sich durch wenig Einbringungsmöglichkeiten für die Angestellten auszeichnet. Dies zeigt sich wie in Kapitel 3.5 beschrieben auch an der wenig verbreiteten betrieblichen Interessensvertretung in der Altenpflege. Einen neuen Weg der Führung verfolgt das Projekt „Buurtzorg“ in den Niederlanden im ambulanten Versorgungsbereich, das Aufgaben im Bereich Führung und Organisation in die Hände der Beschäftigten legt.

Autonome Teamarbeit am Beispiel von „Buurtzorg“

In den Niederlanden schreibt das Projekt „Buurtzorg“ (deutsch: „Betreuung in der Nachbarschaft“) zur Verbesserung der ambulanten pflegerischen Versorgung, Erfolgsgeschichte. Das Projekt wurde 2006 ins Leben gerufen und verfolgt die Zielsetzung einer ganzheitlichen, wohnortnahen Versorgung für Menschen mit Pflegebedürftigkeit.

Hierbei wird ein neuer Weg der Arbeitsorganisation beschritten: Die Organisationsstruktur besteht aus Kleinteamen – im Durchschnitt etwa zwölf „Community Nurses“ und Assistentinnen bzw. Assistenten, die weitgehend autonom arbeiten. Es gibt eine zentrale Verwaltung für administrative Aufgaben; weitere Zwischenebenen entfallen, sodass alle weiteren Entscheidungen und Verantwortlichkeiten bei den einzelnen Teams liegen. Die Overhead-Kosten werden durch die sehr flache Organisation und durch digitale Anwendungen in der Planung und Dokumentation sehr geringgehalten.

Die Teams übernehmen selbst die Verantwortung für breiter gefächerte Pflegeaufgaben - von medizinischen und rehabilitativen über pflegerische bis zu persönlichen und sozialen Leistungen. Dabei wird ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt, der stark auf der Aktivierung der Ressourcen der Pflegebedürftigen ansetzt. Statt bürokratisch durchorganisierter Arbeitsschritte sollen die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen im Mittelpunkt der Arbeit stehen. Durch eine ganzheitliche Erhebung der individuellen Bedarfslagen wird die Selbstständigkeit sowie die soziale Einbindung und Kompetenz der Klientinnen und Klienten gestärkt. Die Buurtzorg-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter kümmern sich auch um eine umfassende Vernetzung der verschiedenen Hilfe- und Unterstützungsangebote. Dazu gehört auch die Kooperation u. a. mit Ärztinnen und Ärzten. Im Pflegeprozess werden Kommunikation und die Zusammenarbeit mit anderen lokalen, professionell und informell Pflegenden und Betreuenden in den Vordergrund gestellt. Das Berufsbild ist in gewisser Weise ein Gegenmodell zu einer auf ihre pflegerischen Kernaufgaben beschränkten Pflegefachkraft.

Mittlerweile arbeiten 900 Buurtzorg-Teams in den Kommunen der Niederlande. Das Angebot hat sich sehr gut im Wettbewerb gegen etablierte Anbieter durchgesetzt. Diese sind teilweise sogar dazu übergegangen, das Buurtzorg-Modell zu übernehmen, um überhaupt noch neues Personal rekrutieren zu können. Zu den Erfolgen von Buurtzorg gehören hohe Zufriedenheitswerte sowohl der Nutzer/-innen als auch der Mitarbeiter/-innen, sehr gute Ergebnisse bei der nationalen Qualitätserhebung und eine besonders hohe Kosteneffizienz. Kosten wurden vor allem durch eine verbesserte Pflegeplanung, dem vergleichsweise geringen Overhead sowie durch Einsparungen von Leistungen durch die wiedergewonnene Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen erzielt.

Quelle: Leichsenring (2015).

Auch durch eine effizientere Organisation und damit einen effizienteren Einsatz der gegebenen Personalressourcen kann zur Entlastung des Pflegepersonals beigetragen werden.

Einige Gesprächspartner/-innen sehen gerade im stationären Bereich wenig Flexibilität, um auf die aktuelle Personalsituation eingehen zu können. Durch flexiblere Arrangements im stationären Bereich – angelehnt an die Leistungsstruktur in ambulanten Settings – könnte die Hilfe von Angehörigen und Ehrenamt besser einbezogen werden und dafür beispielsweise der Eigenbeitrag der Pflegebedürftigen reduziert werden, wenn die Familie im Gegenzug das Wäschewaschen oder die Zimmerreinigung selbst übernimmt.

Um gezielt Möglichkeiten für die Flexibilisierung zu schaffen, bedarf es laut einiger Fachgesprächspartner/-innen einer genauen Prüfung der bestehenden gesetzlichen Vorgaben. Bereits jetzt gibt es verschiedene Angebote am Markt, die genau in diesem Bereich aktiv sind und sich an effizienten Lösungen versuchen. Dabei werden die Sektorengrenzen zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung immer häufiger verwischt.

Hausgemeinschaftskonzept der BeneVit-Gruppe

Das Hausgemeinschaftskonzept der BeneVit-Gruppe in Wyhl bietet ein Konzept außerhalb der bestehenden Sektorengrenzen. Der Ansatz sieht stationäre Grundleistungen sowie ambulante Wahlleistungen vor. Personalschlüssel und eine Fachkraftquote sind nicht vorgeschrieben, wodurch das vorhandene Personal (stationäres & ambulantes Pflegepersonal) sowie ehrenamtliche Kräfte Hand in Hand arbeiten. Die Betreiber des Modellprogramms sind davon überzeugt, dass das höhere Maß an Freiheit und Deregulierung zu einer besseren Versorgungsqualität führt und das Pflegepersonal deutlich zufriedener bei der Arbeit ist.

Quelle: Expertenworkshop.

Grundsätzlich zeichnet sich die Arbeitsorganisation in Deutschland durch eine stark ausgeprägte Arbeitsteilung aus.⁴⁶ Dies wird auch in den Fachgesprächen und dem Expertenworkshop bestätigt und als Abkehr von dem ursprünglich ganzheitlichen Anspruch der Pflege, hin zu einer zu starken Diversifikation mit beschränkten Verantwortungsbereichen bewertet. Dies betrifft insbesondere das Verhältnis der Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte. Aufgaben in der Pflege mit eher medizinischem Charakter werden in Deutschland von den Fachkräften ausgeführt, die Hilfe im Haushalt und im Alltag von den Pflegehelfern. Diese Trennung ist in skandinavischen Ländern weniger stark ausgeprägt. So besteht beispielsweise in Schweden der Anspruch, dass alle Arbeitskräfte ohne

⁴⁶ Vgl. Theobald et al. (2013).

pflegerische Qualifikation durch kontinuierliche Weiterbildung zumindest eine Grundqualifikation in der Pflege erhalten und entsprechende Aufgaben auch im Alltag übernehmen können.⁴⁷ Eine stärkere Verzahnung der Berufe und der Tätigkeiten kann zu Entlastungen der Pflegefachkräfte führen.

Zitat: Übertrieben gesagt, die Pflegekräfte dürfen spritzen, Verbände wechseln - und man hat die Betreuungskräfte, die dürfen Mensch-ärger-dich-nicht spielen. Das ist auch teilweise nicht gut für die Zufriedenheit und fördert auch nicht das Miteinander. (Fachgesprächspartner/-in)

Zitat: Es war sicher gut, dass wir die Betreuungskräfte nach § 87 und jetzt § 43 bekommen haben. Einerseits um Personal aufzustocken und andererseits um den Blick zu weiten, dass Pflege mehr ist als nur Körperpflege. Aber es hat natürlich auch dazu geführt, dass man weniger ganzheitlich denkt und auch eine Situation entsteht, dass die Fachkräfte die schwere Arbeit machen, auch die körperlich schwere Arbeit, während andere Kräfte so nebenher arbeiten. Das ist nicht richtig verzahnt. Betreuungskräfte dürfen häufig noch nicht mal jemanden aufs Klo begleiten - was völliger Irrsinn und völlig praxisfern ist. Gerade im häuslichen Bereich, wenn Leute in einen Haushalt gehen um zu entlasten, dürfen aber nicht aufs Klo begleiten. Wie soll denn dann der Angehörige oder die Pflegekraft frei machen? (Fachgesprächspartner/-in)

Zitat: Nicht nur "Wecken, Waschen, Füttern". Sondern man fragt sich: „was können die Leute noch? Vielleicht hat man einen Physio dabei, der in den Pausen andere Aufgaben übernehmen kann. Der Blick ändert sich so und dadurch verändert sich auch der Zeitanteil neu“. (Fachgesprächspartner/-in)

In diesem Zusammenhang forderten einige Fachgesprächspartner/-innen, dass die Frage: „Was heißt gute Pflege? Was sind die Inhalte guter Pflege?“ wieder stärker durch die Pflegekräfte selbst definiert werden muss. Anstatt vorrangig an die pflegerische Versorgung zu denken, sollten die Ressourcen der Pflegebedürftigen im Vordergrund stehen und die Fragen: „Was kannst du? Was kannst du wieder? Wie kann ich dir dabei helfen?“. Angesichts der knappen Personalressourcen muss das übergeordnete Ziel laut einem/-r Gesprächspartner/-in darin liegen, die Patienten in die Selbstständigkeit zu begleiten und Hilfe anzubieten, wo sie nötig ist.

⁴⁷ Vgl. Theobald et al. (2013).

Sichtwechsel in der ambulanten Pflege durch InnoVision

Das Programm „InnoVision“ der Caritas Hochrhein e.V. setzt genau an diesem Gedanken an und soll einen Sichtwechsel in der ambulanten Pflege einleiten. Im Mittelpunkt steht das Bemühen, die Kompetenzen der Pflegebedürftigen zu erkennen und zu erhalten und dadurch die Selbsthilfekräfte zu mobilisieren: „Was müssen wir tun, damit wir morgen nicht mehr kommen müssen?“ Das Projekt InnoVision wurde als gedanklicher und inhaltlicher Umbau der ambulanten Pflege beschrieben - weg von dem Gedanken "nur mit dem kranken Mann verdient man Geld" hin zur Mobilisierung und Ressourcenstärkung. Durch InnoVision konnte die Zahl der Hausbesuche bei nahezu gleich vielen Patienten drastisch gesenkt werden. Zugleich konnte auch eine Personalstelle eingespart werden, ohne dass dadurch die Zahl der Überstunden gestiegen ist.

Quelle: Expertenworkshop.

Als großes Manko wurde einhellig sowohl in den Fachgesprächen als auch beim Expertenworkshop die Last der Bürokratie und die zahlreichen Vorgaben beschrieben. Innovative Ideen und effiziente Lösungen scheitern vor allem an Vorgaben des Leistungs- und Ordnungsrechts.

4.4 Arbeitsinhalte

Neben den Arbeitsmodellen wurde der Bereich der Arbeitsinhalte von vielen Gesprächspartnern/-innen der Fachgespräche als elementar für die Entwicklung von attraktiven Arbeitsbedingungen eingeschätzt. Gerade um intrinsisch motivierte und qualifizierte Leute für einen Beruf in der Altenpflege zu gewinnen bzw. diese im Beruf zu halten, muss das Arbeitsumfeld inhaltlich so gestaltet werden, dass diese Möglichkeiten zur fachlichen Weiterentwicklung vorfinden und berufliche Perspektiven haben. Die Möglichkeit im Berufsverlauf komplexere Verantwortungsaufgaben übernehmen zu können, ist ein wichtiges Attraktivitätsmerkmal für gut ausgebildete Arbeitskräfte.

Besonders häufig wurden die beschränkten Weiterbildungsmöglichkeiten von den Fachgesprächspartnern/-innen thematisiert. In der Altenpflege gibt es nach Einschätzung der Experten/-innen hauptsächlich Weiterbildungen im Bereich der Palliativversorgung und der Gerontopsychiatrie. Es mangelt jedoch an Spezialisierungen, die an den besonderen bzw. neuen Bedarfen der Pflegebedürftigen ausgerichtet sind und eine fachliche Spezialisierung zulassen.

Zitat: *In dem aktuellen Rahmen kann so gut wie nichts gemacht werden. Es gibt einige größere Weiterbildungen im Bereich Palliativversorgung und Gerontopsychiatrie. Die kann man zwar im Altenheim nutzen, aber nicht systemisch optimiert einsetzen. Die Bereiche Demenz und Sterben betreffen so gut wie alle Bewohner. Man bräuhete letztlich eine an den Bedarfen ausgerichtete Passgenauigkeit der Zusatzqualifikationen, die einen Mehrwert hervorbringt. (Fachgesprächspartner/-in)*

Zitat: *Man muss sich auch darüber Gedanken machen, wie man die zunehmend schwierigen Fälle in der Altenpflege vernünftig versorgen kann. Das spielt in der Diskussion in Deutschland keine Rolle. Da liegen Leute, die sind alle entweder dement, bekommen zehn Medikamente, haben 27 Erkrankungen und wir haben beim Personal in Deutschland in erster Linie noch immer eine sozialpflegerische Ausbildung. Das ist eine vollkommene Fehlversorgung. (Fachgesprächspartner/-in)*

Zudem wurden fehlende Karrieremöglichkeiten „am Bett“ thematisiert. Damit ist die berufliche Weiterentwicklung und Spezialisierung von Pflegefachkräften, genauso wie die Möglichkeit, Absolventen von den Hochschulen Arbeitsmöglichkeiten in den Pflegebetrieben anbieten zu können, gemeint. Im Expertenworkshop wurde thematisiert, dass die Altenpflegebetriebe häufig nicht die finanziellen Möglichkeiten haben, Absolventen von den Hochschulen einzustellen und an ein Pflegestudium häufig ein Bürojob im Gesundheitswesen anschließt.

Einige Fachgesprächspartner/-innen sehen den Bedarf an mehr klinisch-orientierten Weiterbildungen bzw. Ausbildungen, um einerseits attraktive Arbeitsinhalte und Karrieremöglichkeiten bieten zu können und andererseits die medizinische Versorgung in der Altenpflege zu verbessern. Pro Pflegeheim könnten beispielsweise ein bis zwei Leute mit speziellen klinischen Weiterbildungen eingesetzt werden. Im internationalen Kontext gibt es bereits einen ähnlichen Ansatz– sogenannte "Advanced Practise Nurses“.

Hier schließt sich die Frage an, in welchem Rahmen klinische Inhalte in die Ausbildung eingebunden werden könnten. Ein/-e Fachgesprächspartner/-in äußerte die Hoffnung, dass durch die Generalistik mehr Leute mit klinischen Kompetenzen ausgebildet werden und somit die oben genannten Probleme angegangen werden können.

In den relativ neuen Pflegestudiengängen werden aktuell jedoch wenig klinische Inhalte vermittelt. Durch die Anbindung an die Fachhochschulen in Deutschland wird eine sozialwissenschaftliche Hochschulbildung in der Pflege angeboten, die laut eines/-r Gesprächspartner/-in am Markt vorbeigeht. Klinische Fähigkeiten werden an medizinischen Fakultäten der Universitäten gelehrt.

Zitat: Die Aufbauorganisation in ganz Deutschland kann man als historisch erklären. Wenn man hier Karrieremöglichkeiten schaffen will, muss man die grundsätzliche Aufbauorganisation in Frage stellen. (Fachgesprächspartner/-in)

Zitat: Warum kann nicht mal ein promovierter Pflegemensch durch ein Altenheim laufen? (Fachgesprächspartner/-in)

Zitat: Das heißt nicht, dass man nur noch klinisch ausgebildete Pflegekräfte braucht, sondern es mangelt an klinischer Führung. Wobei mit klinischer Führung keine Managementaufgaben gemeint sind, sondern der Bedarf an Arbeitskräften, die in der Lage sind, ein „Clinical Assessment“ zu machen, um zum Beispiel Fragen wie: „Frau Müller isst nicht - warum?“ zu klären. (Fachgesprächspartner/-in)

Bei der Frage der klinischen Inhalte in der Altenpflege geht es auch um das Verhältnis der Pflege gegenüber medizinischen Berufsgruppen und um die Abgrenzung der inhaltlichen Kompetenzen der Pflegekraft zu den Ärzten. Gerade im Bereich der interdisziplinären Kommunikation besteht laut einiger Fachgesprächspartner/-innen noch deutlicher Optimierungsbedarf. Auch hier kann klinisch geschultes Personal zu einer Verbesserung beitragen und die Rolle eines Ansprechpartners in dem Altenpflegebetrieb übernehmen. Andererseits fordert ein/-e Fachgesprächspartner/-in, dass der Erwerb von medizinischen Kompetenzen in der Altenpflege in Konsequenz dann auch mit dem Zugeständnis einhergehen muss, diese Handlungen in der Praxis durchführen zu dürfen. Häufig werden medizinische Inhalte in der Pflegeausbildung zwar gelernt, jedoch in der Praxis häufig nicht durch die Altenpflegekräfte selbst, sondern durch Ärzte, erbracht. In den Fachgesprächen wurde hierbei mehrfach das Thema Substitution und Übertragung ärztlicher Leistungen auf die Pflege angesprochen und vor allem im Hinblick auf die Praxis in anderen Ländern diskutiert:

Zitat: Eine Rolle spielt dann auch die Übernahme von ärztlichen Funktionen - in den Niederlanden z.B. haben die Pflegeberufe einen anderen Stellenwert im Verhältnis zu den ärztlichen Berufen. In Deutschland darf man nichts ohne den Arzt machen, obwohl der häufig eine viel schlechtere Einschätzung zu psychischen Bedingungen von Pflegebedürftigen hat als die Pflegekraft. (Fachgesprächspartner/-in)

Zitat: In den USA wird heute schon jede zweite Anästhesie von einer Pflegekraft durchgeführt. (Fachgesprächspartner/-in)

Zitat: Anders ist es in der Schweiz, dort ist die Pflege eine eigene Profession. Der Mediziner fragt dort: "was brauchst du für deine Wundbehandlung?" In Deutschland erklärt der Mediziner der Pflege wie die Wundbehandlung durchgeführt wird. (Fachgesprächspartner/-in)

Gerade aber auch im Hinblick auf den Ärztemangel, vor allem im ländlichen Raum, kann es sein, dass zukünftig mehr medizinische Inhalte in der Pflege erbracht werden müssen und so aber gleichzeitig interessante neue Arbeitsfelder geschaffen werden. Bereits aktuell wird in der Medizin zunehmend auf Telemedizin zurückgegriffen. So kann sich ein Arzt beispielsweise über einen Monitor zu einer therapeutischen Behandlung durch eine Pflegekraft zuschalten, muss sich jedoch auf die fachliche Qualifikation der Pflegekraft verlassen.

4.5 Arbeitsbelastung

Gute Arbeitsbedingungen stehen im direkten Zusammenhang mit einem geringeren Krankenstand und einer besseren gesundheitlichen Verfassung der Arbeitskräfte.⁴⁸ Die hohe Arbeits- und gesundheitliche Belastung ist einer der Gründe dafür, dass ein entscheidender Anteil der Arbeitskräfte in der Pflege keine volle Stelle anstrebt bzw. den Beruf vorzeitig verlässt. Eine Studie der AOK kommt zu dem Ergebnis, dass der Krankenstand in der Altenpflege mit 6,2 Prozent höher ist als bei anderen Tätigkeiten (allgemein: 4,8 %).⁴⁹ Dies zeigt sich auch in den Auswertungen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Altenpflegkräfte sind mit fast 20 Tagen pro Jahr überdurchschnittlich häufig krangeschrieben sind, der Durchschnitt bei anderen Berufsgruppen liegt bei knapp 12 Tagen.⁵⁰

Die besondere Arbeitsbelastung in der Altenpflege ergibt sich vor allem durch die körperliche Arbeit, die ständigen Wechsel durch die Schichteinsätze, den häufigen Ausfall von Pausen sowie die besondere psychische Belastung. In all diesen Bereichen wurde von den Beschäftigten in der Altenpflege in der Erwerbstätigenbefragung 2012 eine deutliche höhere Belastung angegeben, als von Arbeitnehmer/-innen aus anderen Berufen - auch im Vergleich zur Gesundheits- und Krankenpflege.⁵¹ Zudem führt der Personalmangel, der steigende Zeitdruck, der hohe Verwaltungsaufwand und die zunehmend Arbeitsteilung zu einer ansteigenden Belastung in der Altenpflege.⁵²

Eine Minderung der Arbeitsbelastung kann somit nur bedingt durch ein betriebliches Gesundheitsmanagement erfolgen. Vor allem bedarf es Maßnahmen in den oben beschriebenen Bereichen, um eine nachhaltige Entlastung der Pflegekräfte zu erreichen.

⁴⁸ Vgl. Westermeyer (2011).

⁴⁹ Vgl. Meyer (2010).

⁵⁰ Vgl. Kumbruck (2010).

⁵¹ Vgl. BIBB/BAuA (2014).

⁵² Vgl. Theobald et al. (2013).

4.6 Exkurs: Digitalisierung in der Pflege

In den Fachgesprächen wurde von der Mehrheit der Expert/-innen die Einschätzung geteilt, dass technische Lösungen nur nachgelagert zur Verbesserung der aktuellen Personalsituation beitragen können und es vorrangig darum geht, die Gestaltung von unterschiedlichen Arbeitszeit- und Organisationsmodellen voranzutreiben. Jedoch können technische Lösungen dazu beitragen, dass – gegeben der knappen Personalsituation – Prozesse effizienter gestaltet werden können, z.B. durch die Reduktion der Arbeitsbelastung zur Gestaltung effizienter Tourenpläne in der ambulanten Pflege.

Zitat: *Menschliche Zuwendung kann nicht durch Technik ersetzt werden, aber wir können menschliche Zuwendung durch Technik ermöglichen. (Fachgesprächspartner/-in)*

Zitat: *Man darf die Technik nicht überbewerten. Es ist höchst unwahrscheinlich, dass humanoide Roboter Personal ersetzen können. Die Entwicklung ist bei weitem nicht in der Lage so etwas zu realisieren. (Fachgesprächspartner/-in)*

Im Bereich der IT-Systeme und der Informations- und Kommunikationstechnologie gibt es bereits zahlreiche Ansätze für den Markt der Altenpflege. Eine Verbesserung der Rahmenbedingungen und die Unterstützung von professionell Pflegenden stehen jedoch aktuell bei der technischen Entwicklung weniger im Vordergrund als Systeme zur Unterstützung der Pflegebedürftigen selbst (z.B. Smart-Home-Systeme). Pflegedienstleister selbst sind bisher auch eher selten in die Entwicklungsprozesse eingebunden.⁵³

Unterstützungsmöglichkeiten gibt es bereits im Bereich der Pflegeplanung und Pflegedokumentation. Beispiele dafür sind u.a. technische Lösungen zur (Weiter-)Entwicklung von Pflegedokumentationssystemen oder die Förderung intersektoral durchgängiger Pflege- und Betreuungsdokumentationen.⁵⁴ Durch diese digitalen Tools können die Pflegeprozesse besser aufeinander abgestimmt werden – bspw. können Informationen aus dem Pflegeassessment digital für die Pflegeplanung übernommen werden. Die Verfügbarkeit von Informationen wird dadurch verbessert und im besten Fall die Dokumentationszeit verkürzt.⁵⁵

⁵³ Vgl. Berger (2017).

⁵⁴ Vgl. Bundesverband Pflegemanagement (2017).

⁵⁵ Vgl. Berger (2017).

Speziell im ambulanten Bereich können digitale Lösungen dazu beitragen, dass Pflegebedürftige über räumliche Distanzen hinweg unterstützt werden können (z.B. Telemonitoring, Sturzerkennung, Aktivitätsmonitoring). Dadurch kann der zeitliche Aufwand für die Planung und Durchführung der Touren für die Pflegekräfte reduziert werden. Im Bereich Koordination und Organisation gibt es digitale Lösungen, um die Pflegeleistungen in der Häuslichkeit besser zu organisieren, z.B. mittels digitaler Tools zur Personal- und Tourenplanung.⁵⁶

Dennoch ist der Einsatz von digitalen Lösungen auch durch technische Probleme gekennzeichnet, wie beispielsweise mangelnde Interoperabilität und mangelhafte Robustheit und Stabilität der Technik. Weiter fehlt es an Finanzierungskonzepten gerade bei der Entwicklung und Umsetzung von technischen Neuerungen in der Praxis. Für die Umsetzung in der Praxis fehlt häufig bei den Pflegekräften das Wissen und die Akzeptanz, d.h. eine Sensibilisierung zu Wirkung und Nutzen der technischen Möglichkeiten.⁵⁷

Ein/-e Fachgesprächspartner/-in sieht eine besondere Schnittstelle zwischen der Digitalisierung und den sich aktuell immer mehr verbreitenden neuen Wohnformen. Gerade bei dem Konzept der neuen Wohnformen, die auf Kooperation und Kollaboration zwischen unterschiedlichen Akteuren ausgerichtet sind – wie auch die Digitalisierung selbst – kann eine intelligente digitale Vernetzung der unterschiedlichen Dienste zur besseren Zusammenarbeit und Kommunikation beitragen, beispielsweise die Zusammenarbeit eines bürgerschaftlichen Dienstes mit einem privaten Pflegedienst.

⁵⁶ Ebd.

⁵⁷ Vgl. INQA (2016).

5. Arbeitskräftepotenziale in der Pflege

5.1 Altenpflegeausbildung

Die Schüler/-innenzahl der Auszubildenden im Gesundheitsbereich stieg in den letzten zehn Jahren kontinuierlich an. Laut Pflegestatistik ergab sich seit 2013 ein Anstieg von 20 Prozent bei den Auszubildenden sowie (Um-)Schüler/-innen im ambulanten Bereich. Im stationären Bereich stieg die Zahl der Auszubildenden und (Um-)Schüler/-innen um fast sechs Prozent. Der Frauenanteil bei den Auszubildenden liegt im ambulanten Bereich bei ca. 81 Prozent und im stationären Bereich bei ca. 76 Prozent.⁵⁸

Im ambulanten Bereich strebten von den 11.727 Auszubildenden und (Um-)Schüler/-innen fast 80 Prozent den Abschluss zum/-r staatlich anerkannten Altenpfleger/-in an, im stationären Bereich waren es 85 Prozent der 51.124 Auszubildenden und (Um-)Schüler/-innen.⁵⁹ Obwohl die Anzahl der Schüler/-innen in den Ausbildungsberufen in der Pflege kontinuierlich zunimmt, wurde von fast allen Fachgesprächspartner/-innen die Meinung geteilt, dass gleichzeitig die Abbruchquoten in der Ausbildung auf einem sehr hohen Niveau sind.

Zitat: *Es reicht nicht, eine Ausbildungsoffensive durchzuführen, wenn sich die Arbeitsbedingungen nicht ändern. (Fachgesprächspartner/-in)*

Zitat: *Ein Grund für die hohe Abbruchquote ist, dass die Praxisanleitung während der Ausbildung aufgrund des Personalmangels mangelhaft erfolgt. Zudem handelt es sich um Vereinbarkeitsfragen. Bei den jungen Leuten geht es um die Themen Vereinbarkeit von Freizeit und Beruf, eine anständige Bezahlung und darum fachliche Standards in der Praxis vorzufinden. (Fachgesprächspartner/-in)*

Zitat: *Die politische Ankündigung neue Ausbildungsplätze zu schaffen, hat dazu geführt, dass viele dubiose Träger von Altenpflegefachseminaren aufgetaucht sind, die nie was mit Ausbildung zu tun hatten. Die ausschließlich mit Ehrenamtlichen, Nebenamtlichen, teilzeitbeschäftigten Mitarbeitern jeglicher Qualifikation ohne jegliche Überwachung, was die Qualität angeht, auf dem Markt erschienen sind. (Fachgesprächspartner/-in)*

Der Abbruch findet aussagegemäß häufig noch in der Ausbildung selbst oder im ersten Jahr nach Berufseintritt statt. Dies deckt sich auch mit den empirischen Befunden zum Verbleib im Beruf (siehe Kapitel 2.2.3). Offizielle aktuelle Zahlen für ganz Deutschland liegen jedoch nicht vor. Teilweise werden einzelne Ergebnisse für

⁵⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt (2017).

⁵⁹ Ebd.

bestimmte Regionen oder Bundesländer veröffentlicht, jedoch häufig ohne bzw. mit wenig verlässlichen Quellen. Als Gründe für die Unzufriedenheit in der Ausbildung werden die Bezahlung, die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszeiten genannt.⁶⁰

Die Gesamtzufriedenheit mit der Ausbildung in den Pflegeberufen beurteilen 58,5 Prozent der befragten angehenden Altenpfleger/-innen mit zufrieden bis sehr zufrieden (Durchschnitt aller Berufe: 71,5 %).⁶¹ Im Vergleich der Pflegeberufe ist der Anteil der angehenden Altenpfleger/innen, die sich zufrieden äußern am geringsten (42,2 %), gleichzeitig stellen sie den höchsten Anteil bei den sehr zufriedenen Auszubildenden (17,6 %). Die Autoren sind der Meinung, dass dies auf größere Unterschiede bei der Ausbildungsqualität als in den anderen Pflegeberufen hinweisen könne.⁶²

Probleme ergeben sich nach Aussage der Fachgesprächspartner/-innen zudem dadurch, dass Personen für die Ausbildung zugelassen werden, die offensichtlich nicht für einen Beruf in der Altenpflege geeignet sind. Einige Fachgesprächspartner beschreiben einen Mangel an Sozialkompetenz sowie an Sprach- und Schreibkompetenz.

Um diese Entwicklung abfangen zu können, bedarf es aussagegemäß zusätzlicher Mitarbeiter/-innen, die eine intensive Begleitung der Schüler/-innen in der Schule sowie in der Praxis leisten können, hierfür sind jedoch aktuell keine finanziellen Ressourcen vorgesehen. Im Zuge der Umsetzung der Generalistik sollte laut Einschätzung einiger Fachgesprächspartner/-innen stärker diskutiert werden, was eine qualitativ hochwertige Ausbildung ausmacht und welche finanziellen und personellen Unterstützungs- sowie Begleitungsmaßnahmen dafür erforderlich sind.

Zitat: Die Altenpflegeausbildung braucht Menschen, die junge Menschen, die ihren Beruf eingehen, begleiten. Und auch in schwierigen Situationen, mit denen sie konfrontiert werden - Gewalt, Tod, Sterben, andere Fragestellungen, die psychisch belastend sind - auch auffangen können. Damit man sich im Beruf hält. Das braucht Personal. (Fachgesprächspartner/-in)

Zitat: Die wichtigen Fragen sind: wie qualifiziert man, wie gewährleistet man Begleitung und Einbindung in Arbeitsstrukturen? (Fachgesprächspartner/-in)

Diese Diskussion muss auch im Hinblick auf die Besonderheiten der jungen Generation geführt werden. Häufig wurde in den Fach-

⁶⁰ <http://www.sueddeutsche.de/bayern/pflegekraeftemangel-pflegeheime-koennen-sich-stellenanzeigen-sparen-1.3395947>

⁶¹ Vgl. DGB-Jugend Ausbildungsreport (2015).

⁶² Vgl. verdi-Ausbildungsreport (2015).

gesprächen darauf hingewiesen, dass gerade die jüngere Generation viel Wert auf ein ausgeglichenes Verhältnis von Beruf und Freizeit legt. Um attraktive Arbeitsbedingungen für diese Generationen zu schaffen, gilt es alternative Arbeitsorganisationskonzepte, planbare Wochenenden und Urlaube sowie eine gewisse Flexibilität für die Mitarbeiter zu ermöglichen (siehe dazu Kapitel 4.3). Gleichzeitig ist der Pflegeberuf gerade speziell für die jüngere Generation von Interesse, denen – nach Aussage einiger Fachgesprächspartner/-innen – die Sinnhaftigkeit des Berufs von besonderer Bedeutung ist, dieses Potenzial gilt es zu erkennen und mit der Gestaltung der Arbeitsbedingungen für einen Beruf in der Pflege zu gewinnen.

Zitat: Die Personalabteilung kann Generation X und Y kein Angebot machen. [...] Diese jungen Leute sind auf den ersten Blick nicht bereit Kompromisse zwischen Beruf und Freizeit zu machen – unter welchen Bedingungen könnten Kompromisse gemacht werden? Die jungen Leute entscheiden dann letztendlich mit den Füßen. (Fachgesprächspartner/-in)

Zitat: Pflege hat in den USA eine viel stärkere gesellschaftliche Strahlkraft. Das passt auch zur Generation Y, die etwas Sinnvolles machen wollen - in der Pflege stellt sich diese Frage nicht, wenn man die Leute lässt. (Fachgesprächspartner/-in)

5.2 Zusätzliches Arbeitskräftepotenzial

Die Prognosen zum Bedarf an Fachkräften in der Altenpflege lassen darauf schließen, dass die Fachkräftelücke in der Pflege nicht allein durch die Ausbildung von Personal und die Erhöhung der Vollzeitquote zu schließen ist. Insofern ist es wichtig, sich mit der Frage nach zusätzlichen Arbeitskräftepotenzialen auseinanderzusetzen.

Besonders ausländische Fachkräfte werden als mögliche Personalressource für die Altenpflege gesehen. Zahlreiche Projekte befassen sich mittlerweile mit dem Thema, wie beispielsweise das Welcome Center Sozialwirtschaft in Baden-Württemberg, oder das groß angelegte Projekt Triple Win der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV), der Bundesagentur für Arbeit und der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), das qualifizierte Pflegefachkräfte aus Serbien, Bosnien-Herzegovina und den Philippinen für die deutsche Altenpflege anwirbt.⁶³

⁶³ Siehe www.triple-win-pflegekraefte.de

Welcome Center Sozialwirtschaft in Baden-Württemberg

Die Welcome-Center in Baden-Württemberg wurden 2014 mit dem Ziel gegründet, den Fachkräftemangel von kleinen und mittleren Unternehmen zu adressieren. Während die anderen Welcome Center regional aktiv sind, arbeitet das Welcome Center Sozialwirtschaft landesweit und speziell für die Sozialwirtschaft.

Eine wichtige Aufgabe ist dabei die Beratung von Unternehmen der Altenpflege, die ausländische Arbeitskräfte gewinnen und binden wollen. Zudem werden auch ausländische Fachkräfte direkt beraten, die Interesse an einer Anstellung in der Sozialwirtschaft in Baden-Württemberg haben. Wichtige Beratungsthemen sind dabei die Nachqualifizierung, die Anerkennung von Berufsabschlüssen und die Ausbildung.

Zudem unterstützt das Welcome Center Projekte: beispielsweise wird aktuell in Kooperation mit dem Welcome Center Heilbronn und verschiedenen lokalen Stellen und Einrichtungen ein Projekt zur Anerkennungsqualifizierung durchgeführt. Eine wichtige Aufgabe des Welcome Centers Sozialwirtschaft liegt daher im Informationsaustausch, Know-how-Transfer, der Koordinierung und Vernetzung dieser Projekte. Hier nimmt das Welcome Center Sozialwirtschaft die Funktion eines Kompetenzzentrums für die Beschäftigung ausländischer Arbeitskräfte in der Sozialwirtschaft ein. In dieser Funktion initiiert es neue Projekte und / oder beteiligt sich an der Umsetzung. Eine Federführung bei den Projekten wird nicht übernommen.

Quelle: Fachgespräch.

Mehrere Studien haben bereits Handlungsansätze zur Rekrutierung von ausländischen Fachkräften entwickelt, siehe Bonin et al. (2015) oder Pierenkemper et al. (2017). Fraglich ist, inwiefern der Zugewinn an neuen Fachkräften dem Aufwand und den Kosten einer Rekrutierung im Ausland gerecht wird. In den Fachgesprächen wurde von der Mehrheit der Fachgesprächspartner/-innen Maßnahmen zur Linderung des Personalmangels über eine Rekrutierung von ausländischen Fachkräften kritisch gesehen. Einerseits sind sprachliche und kulturelle Herausforderungen zu bedenken sowie die unterschiedlichen Studiums- und Ausbildungsinhalte bei ausländischen Berufsabschlüssen in den einzelnen Ländern. Andererseits wurde es kritisch gesehen, die Personalprobleme in Deutschland auf dem Rücken von anderen Ländern auszutragen, die möglicherweise selbst mit einem Personalmangel in der Pflege zu kämpfen haben.

Ein zentrales Problem bei der Einstellung von ausländischen Fachkräften ist nach Aussage von Fachgesprächspartnern/-innen, die Anerkennung in Deutschland. Die Ausbildung zur bzw. der Beruf der Altenpflegefachkraft gibt es häufig in anderen Ländern

nicht. Somit wird von vielen ausländischen Arbeitskräften aus Drittstaaten die Anerkennung als gesundheits- und Krankenpfleger beantragt. Hierzu bedarf es entweder eines Anerkennungspraktikums, oder einer Kenntnisprüfung für Gesundheits- und Krankenpfleger, speziell für Gesundheits- und Krankenpfleger aus dem Ausland, die in Altenpflegeeinrichtungen arbeiten möchten.

Das Anerkennungspraktikum muss aussagegemäß in einem Krankenhaus absolviert werden. Häufig werden die Arbeitskräfte dann vom Krankenhaus abgeworben, sodass Altenpflegeeinrichtungen häufig kein Interesse daran haben, ausländische Fachkräfte im Prozess der beruflichen Anerkennung zu unterstützen. Das diakonische Werk in Baden-Württemberg ist aus diesem Grund dazu übergegangen, Anerkennungsmöglichkeiten zu schaffen, die es den ausländischen Arbeitskräften ermöglicht, die Anerkennung in der Altenpflegeeinrichtung zu absolvieren. Die ausländischen Arbeitskräfte arbeiten als Hilfskraft und werden nebenbei in Blockseminaren auf die Anerkennungsprüfung vorbereitet.⁶⁴

In den Fachgesprächen wurden zusätzliche Arbeitskräftepotenziale in der Gruppe der Umschüler/-innen und Quereinsteigern gesehen, da diese relativ lange im Beruf verbleiben. Generell zeigt die Erfahrung, dass gerade Personen im Alter zwischen 35 und 55 Jahren besonders gute Ausbildungsergebnisse erzielen und weniger häufig die Ausbildung abbrechen. Eine gezielte Ansprache dieser Altersgruppe erschien vielen Fachgesprächspartnern als eine geeignete Strategie, um qualifizierte Arbeitskräfte für die Altenpflege zu gewinnen. Weitere mögliche Zielgruppen sind nach Einschätzung der Experten/-innen ausgebildete Altenpflegekräfte, die nicht mehr in der Pflegebranche tätig sind, beispielsweise um familiären Aufgaben nachzugehen sowie das bereits thematisierte Aufstockungspotenzial bei den Teilzeitkräften (siehe Kapitel 2.2.2).

Ein Problem bei der Gewinnung von zusätzlichen Arbeitskräftepotenzialen ist laut Meinung mehrerer Expert/-innen grundsätzlich die fehlende Durchlässigkeit, die es teilweise nicht ermöglicht, dass für einen Beruf in der Altenpflege geeignete Personen die Ausbildung antreten – bspw. Quereinsteiger oder Personen ohne Hauptschulabschluss. Zwei Expert/-innen forderten, dass Personen ohne Hauptschulabschluss durch einen Nachweis von mehrjähriger Berufspraxis, beispielsweise als Pflegehilfskraft oder mehrjähriger Arbeit im Ehrenamt mit entsprechenden Stundennachweisen, eine Ausbildung ermöglicht werden sollte. In Hessen wird aktuell über eine entsprechende Gesetzesänderung des Altenpflegegesetzes im Landtag abgestimmt, die es vorsieht, dass in Modellprojekten

⁶⁴ <https://www.welcome-center-sozialwirtschaft-bw.de/projekte/kenntnisprüfung/>

die Pflegeausbildungen auch ohne Hauptschulabschluss begonnen werden und dieser parallel zur Ausbildung erworben werden kann.⁶⁵

Zitat: *Der Unterschied ist, dass das System in der Schweiz sehr stark durchlässig ist. Man kann in der Schweiz, wenn man Abitur gemacht hat, mit entsprechender Berufserfahrung in den Master einsteigen und kann dann auch promovieren. Das ist in Deutschland nicht möglich. Vereinfacht gesagt braucht man alle, man braucht den Hauptschüler genauso wie die Medizinstudentin - man braucht aber ein System, das den genannten Punkten Rechnung trägt, mit verschiedenen Einstiegs- punkten und entsprechender Durchlässigkeit. (Fachgesprächspartner/-in)*

⁶⁵ <http://starweb.hessen.de/cache/DRS/19/5/06075.pdf>

6. Image und Attraktivität des Pflegeberufs

Zitat: *Warum wird der Personalmangel gerade in der Pflege so dramatisch gesehen? Die Pflege ist dazu da, dem Mensch Gutes zu tun. Gutes tun bedeutet auch, Zeit für Gespräche haben, mal bei Bedarf eine Besorgung zu übernehmen und so weiter. Das Gefühl „diese Person bräuchte mich eigentlich viel mehr“ ist ein Grund, warum Personal so eklatant vermisst wird. Im Vergleich zu anderen Berufen, in denen man das psychologische Momentum so nicht hat, wiegt die erlebte Not ganz anders. Bei einem Schreiner wird der Schrank eben einen Tag später fertig. (Fachgesprächspartner/-in)*

Die Beschäftigtenbefragung 2015 kommt zu dem Ergebnis, dass über 55 Prozent der befragten Altenpfleger/-innen als Hauptgrund für die Wahl eines Berufs in der Altenpflege die Motivation anderen Menschen helfen zu wollen angegeben haben. Am zweithäufigsten wurden persönliche Stärken in dem Arbeitsfeld genannt (47,4 %).⁶⁶ Die Altenpflege ist nach Meinung einiger Fachgesprächspartner/-innen jedoch in den letzten 20 Jahren einer Transformation unterzogen worden. Viele Pflegekräfte ergreifen ihren Beruf zunächst aus dem Beweggrund „ich will helfen“ – jedoch zeigt sich in der Praxis, dass aufgrund von bürokratischen Vorgaben und zeitintensiver Pflegeplanung immer weniger Zeit für die eigentliche Pflege, Seelsorge und Auseinandersetzung mit den Pflegebedürftigen bleibt. Zudem dominieren aussagegemäß Risiken und die Angst, dass Standards nicht eingehalten werden häufig den Alltag und beschränken in zunehmendem Maße die Selbstständigkeit und die Handlungsfreiheit der Pflegekräfte.

In der öffentlichen Debatte wird die Altenpflege häufig als Frauenberuf, bzw. als ein Beruf, den jeder ausführen kann, wahrgenommen. Gerade diese gesellschaftliche Geringschätzung gilt als Problem, um qualifizierten Nachwuchs für die Altenpflege zu gewinnen.⁶⁷

Zitat: *Generell kommt der Altenpflege wenig gesellschaftliche Wertschätzung zu - auch für informelle Pflege oder im Bereich Ehrenamt. Ganz anders ist das zum Beispiel beim Thema Lesepaten in der Grundschule - das wird in der lokalen Zeitung berichtet. Das erfährt Aufmerksamkeit und damit Wertschätzung. Das ist in der Pflege nicht so und das macht es so schwierig einen Imagewandel herbeizuführen. (Fachgesprächspartner/-in)*

Auch die Angehörigen haben laut Aussage eines/-r Fachgesprächspartners/-in sehr hohe Ansprüche an die Pflegekräfte. Teil-

⁶⁶ Vgl. Schroeder (2017).

⁶⁷ Ebd.

weise empfinden Angehörige, die Pflege nicht individuell genug oder es fehlt ihnen die Betreuung aus einer Hand. Das hängt allerdings auch stark mit den Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte zusammen. Aussagegemäß könnte das Image besser sein, wenn das System den Pflegekräften die Gestaltungsmöglichkeiten geben würde, Pflege nach dem eigenen Verständnis auszuführen (siehe Kapitel 4.3).

In den Fachgesprächen wurde mehrfach die Frage aufgeworfen, inwiefern die Zivilgesellschaft stärker angesprochen und eingebunden werden muss, um ein gemeinsames Verständnis von Möglichkeiten der Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zu entwickeln. Einerseits dient das der Entlastung der Pflegekräfte und andererseits führt es zu gegenseitiger Wertschätzung und Unterstützung. Als ein Vorschlag zur besseren Einbindung der Zivilgesellschaft wurde in einem Fachgespräch beispielsweise die Stärkung des Bundesfreiwilligendienstes für Senioren diskutiert.

Die Probleme und Herausforderungen, die in den vorangegangenen Kapiteln diskutiert wurden, beeinflussen alle die Attraktivität des Pflegeberufs und im Umkehrschluss die öffentliche Wahrnehmung.

Zitat: *Wir müssen den Mehrwert der Zivilgesellschaft nutzen, um Entlastung für die Pflegekräfte herzustellen und darüber hinaus die Versorgungslücke zu schließen, die entsteht, weil gar nicht alles in den Einrichtungen gemacht werden kann, weil der Staat nicht finanziert, die Kommune nicht finanziert. (Fachgesprächspartner/-in)*

Zitat: *Es muss ein Rahmen gefunden werden, bei dem die stationäre Pflege nicht suggeriert ich bin das „ich mache alle glücklich Programm“, sondern wir brauchen einen Rahmen in dem das Altenheim zu einem Haus mit bürgerlichem Engagement wird, d.h. von Nachbarn, Ehrenamt, Angehörigen. (Fachgesprächspartner/-in)*

Zitat: *Es ist wichtig, die Zivilgesellschaft einzubeziehen, Angehörige anzusprechen, Angehörige aufeinander zu beziehen. Diese könnten gerne kommen, um die Kaffeemaschine zu bedienen, Betreuung- und Freizeit zu organisieren. Es könnte sich solidarisch mit anderen abgestimmt werden und da kann sich dann auch das Personal darauf einstellen. (Fachgesprächspartner/-in)*

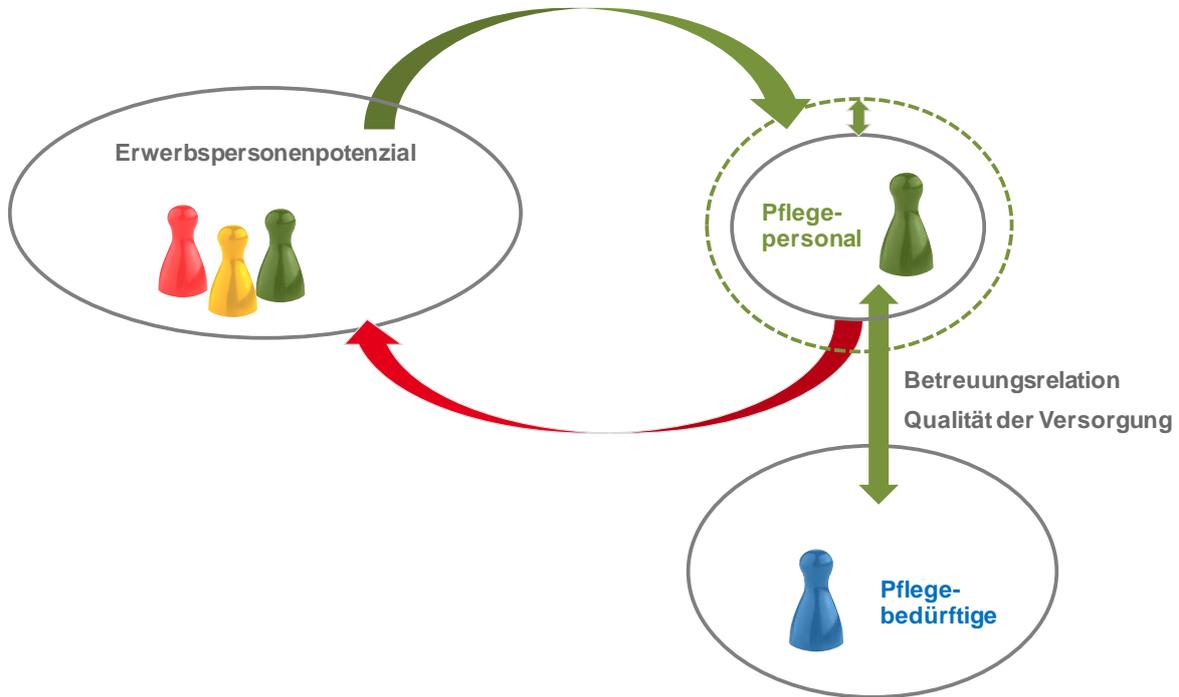
7. Schlussfolgerungen: Zentrale Handlungsfelder

Zitat: Es handelt sich hier um eine wiederkehrende Debatte. Immer nach mehr Personal rufen – was für sich allein nicht wirkt bzw. es wird nach Ressourcen gerufen, die es nicht gibt. (Fachgesprächspartner/-in)

In diesem Kapitel werden zentrale Handlungsfelder aus den vorangegangenen Kapiteln abgeleitet. Dabei werden die dargestellten Ergebnisse hinsichtlich ihrer Relevanz für die Verbesserung der Personalsituation in der Altenpflege eingestuft. Ein Handlungsfeld wird dann als relevant bewertet, wenn zentrale Gruppen in der Altenpflege von einer Verbesserung der Rahmenbedingungen profitieren. In der Bewertung der Relevanz wird zudem berücksichtigt, inwiefern strukturelle Probleme adressiert und dadurch nachhaltige Verbesserungen der Arbeitsbedingungen herbeiführt werden. In die Bewertung fließt zudem ein, inwiefern bereits (politische) Weichen zur Verbesserung einzelner Probleme gestellt wurden und somit mit einer zukünftigen Verbesserung zu rechnen ist. Basierend auf den Ergebnissen der vorangegangenen Kapitel werden die diskutierten Probleme und Lösungsvorschläge zu zentralen Handlungsfeldern verdichtet. Als zentrale Größe für die Einordnung der Ergebnisse dienen die Informationen aus den Fachgesprächen und dem Expertenworkshop.

Wie in Abbildung 5 verdeutlicht wird, sind die Handlungsfelder daran zu messen, inwieweit der Pool an Arbeitskräften in der Altenpflege nachhaltig gesteigert wird. Einerseits können neue Arbeitskräfte für einen Beruf in der Altenpflege hinzugewonnen werden. Andererseits kann der Pool an Arbeitskräften in der Altenpflege durch einen längeren Verbleib im Beruf, weniger Unterbrechungszeiten, oder einer Ausweitung der Arbeitszeit (Reduktion von Teilzeitarbeit) vergrößert werden. Gerade die hohen Abbruchzahlen in der Ausbildung bzw. kurz nach Abschluss der Ausbildung gilt es zu reduzieren. Nur wenn dies gelingt, lässt sich in Zukunft eine Verbesserung in der Betreuungsrelation der zu versorgenden Patienten bzw. direkt der Qualität der Versorgung und damit auch der Arbeitszufriedenheit erreichen. Letztlich gibt es nicht ein Patentrezept für die Lösung der Personalproblematik in der Altenpflege. Vielmehr bedarf es einer Vielzahl an verschiedenen Strategien, um eine nachhaltige Reduktion des Fachkräftemangels erzielen zu können. So wurde auch im Expertenworkshop insbesondere betont, dass „alle Schrauben gleichzeitig“ gedreht werden müssen.

Abbildung 5: Stellschrauben



Quelle: Prognos 2018

Im aktuellen Koalitionsvertrag wird das Thema Altenpflege sowie die Personalsituation in der Pflege generell thematisiert und Maßnahmen u.a. in den Bereichen Bezahlung, Personal und Arbeitszeitvolumen angekündigt. Im Folgenden wird kurz auf die entsprechenden Passagen im Koalitionsvertrags eingegangen und die zukünftige Stoßrichtung der politischen Entscheidungsträger bewertet.

Die Koalitionsparteien wollen gemeinsam mit den Tarifparteien „die Bezahlung in der Altenpflege nach Tarif stärken“, sodass „Tarifverträge in der Altenpflege flächendeckend zur Anwendung kommen.“⁶⁸ Jedoch sind die Möglichkeiten der Politik im Bereich der tariflichen Vergütung begrenzt. Die Tarifautonomie fällt in den Bereich der Tarifpartner. Zudem wurde über das PSG III im stationären Bereich die Nachweispflicht der Betreiber hinsichtlich der Höhe der gezahlten Löhne in den Preisverhandlungen eingeführt. Von Seiten einzelner privater Betreiber wird dies als die Einführung des flächendeckenden Tariflohns durch die Hintertür angesehen.⁶⁹ Die jüngsten Tarifabschlüsse und Äußerungen von privater Betreiberseite lassen zudem darauf schließen, dass der Tariflohn immer stärker zur Anwendung kommt. Am Ende muss die Politik beantworten, wer die möglichen Lohnsteigerungen bezahlt. Sofern die

⁶⁸ Vgl. Koalitionsvertrag der Bundesregierung (2018).

⁶⁹ <http://www.arbeitgeberverband-pflege.de/das-haben-wir-zu-sagen/psg-iii-pflegeunternehmen-fuerchten-um-ihre-existenz/>.

Leistungen der Pflegeversicherung nicht entsprechend erhöht werden, werden die Lohnsteigerungen zu 100% durch die pflegebedürftigen Personen über höhere Preise finanziert.

Weiter wurde im Koalitionsvertrag die Förderung von „Sofortmaßnahmen für eine bessere Personalausstattung in der Altenpflege und im Krankenhausbereich“ vereinbart. So sollen bspw. 8.000 neue Fachkraftstellen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen geschaffen werden.⁷⁰ Hier stellt sich jedoch die Frage, woher das zusätzliche Personal kommen soll? Schon heute klagen viele Einrichtungen, dass sie kein qualifiziertes Personal - insbesondere Fachpersonal – für die Altenpflege finden. Verglichen mit der Einschätzung des „Pflege-Thermometers 2018“ vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP)⁷¹, die die aktuelle Personallücke in der Altenpflege mit 38.000 offenen Stellen beziffern, sowie den zu erwartenden demografischen Entwicklung ist kaum zu erwarten, dass die 8.000 neuen Stellen ausreichen, um der Personalproblematik in der Altenpflege nachhaltig zu begegnen.

Im Rahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ soll eine Ausbildungsoffensive, Anreize für eine bessere Rückkehr von Teil- in Vollzeit, ein Wiedereinstiegsprogramm, eine bessere Gesundheitsvorsorge für die Beschäftigten sowie eine Weiterqualifizierung von Pflegehelferinnen und Pflegehelfern zu Pflegefachkräften angestoßen werden.⁷² Damit diese durchaus sinnvollen Vorschläge auch zur Umsetzung kommen, müssen zunächst die Rahmenbedingungen aus Betreiberseite angepasst werden. So ist es aus Betreiber-sicht häufig betriebswirtschaftlich sinnvoller, Teilzeitkräfte zu beschäftigen, da die Arbeitsbelastung des Personals nicht gleichmäßig anfällt, sondern gewisse Stoßzeiten (morgen und abends) aufweist. Bei der besseren Gesundheitsvorsorge, der Weiterqualifizierung von Pflegehelfern zu Pflegefachkräften sowie deren Einsatz stellt sich die Frage der Refinanzierung. Soll es hier nicht bei einem Lippenbekenntnis bleiben, so müssen zunächst die Rahmenbedingungen zur Finanzierung verändert werden. Das im Koalitionsvertrag angesprochene Thema der Personalbemessung wird bereits mit einem wissenschaftlichen Gutachten der Universität Bremen in die Tat umgesetzt, hierzu sind erst im Jahr 2020 fundierte Ergebnisse zu erwarten.

Die von der neuen Regierung geplanten Maßnahmen sind notwendige, aber bei weitem nicht hinreichende Bedingungen für die Bewältigung des Fachkräftemangels in der Altenpflege. Es wäre daher unzureichend, sich allein auf diese Maßnahmen zu konzentrieren – zumal in Sachen Bezahlung und Personalbemessung we-

⁷⁰ Vgl. Ebd.

⁷¹ <http://www.dip.de/aktuelles/>.

⁷² Vgl. Ebd.

sentliche politische Weichen bereits gestellt wurden. Zudem müssen Strategien entwickelt werden, wie diese Vorgaben umgesetzt werden können. Ziel der im Folgenden dargestellten Handlungsfelder ist es, die Aufmerksamkeit der pflegepolitischen Akteure auch auf Themen zu lenken, die in der öffentlichen Diskussion teilweise eher unterbelichtet geblieben sind und Gestaltungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

1. Selbstbestimmung und Mitsprache der Pflege stärken

Viele Pflegekräfte zeichnen sich durch eine starke intrinsische Motivation aus und entscheiden sich für einen Beruf in der Pflege mit den Beweggründen „ich will helfen“. Die starke Arbeitsteilung, zahlreiche bürokratische Vorgaben und Standards sowie der Dokumentationsaufwand stehen diesem Potenzial jedoch entgegen und werden als Abkehr von dem ursprünglichen ganzheitlichen Anspruch der Pflege gesehen. Risiken sowie die Angst, dass Standards nicht eingehalten werden, dominieren den Arbeitsalltag und reduzieren die Handlungsfreiheit der Pflegekräfte. Darunter leiden einerseits die Pflegebedürftigen, da die Zeit für die Pflege abnimmt, andererseits führt dies zu einer zunehmenden Unzufriedenheit bei den Pflegekräften.

Gerade für junge Leute führt der „Realitätsschock“ nach der Ausbildung zu Unzufriedenheit und teilweise zum Verlassen des Berufs, wenn der eigene professionelle Anspruch an die Pflegearbeit in der Praxis nicht umgesetzt werden kann. Mehr Handlungsfreiheit und Mitsprachemöglichkeiten bei der Definition von guter Pflege kann zu einer höheren Zufriedenheit im Beruf beitragen und Abbrüche gerade von jungen motivierten Arbeitskräften in oder kurz nach der Ausbildung vermeiden.

Von den Experten/-innen, die in diesem Projekt beteiligt waren, wurde betont, dass die Frage „Was heißt gute Pflege? Was sind die Inhalte guter Pflege?“ wieder stärker durch die Pflegekräfte selbst definiert werden muss. Weniger im Vordergrund sollten Vorschriften / Vorgaben im Sinne der Definition der Pflege über Leistungskataloge stehen. Gerade angesichts der knappen Personalressourcen und der demografischen Entwicklungen soll bzw. muss das übergeordnete Ziel darin bestehen, die Patienten verstärkt in die Selbstständigkeit zu begleiten und ihre Ressourcen zu nutzen. Es gibt bereits zahlreiche Ansätze in der Praxis, die sich genau dieser Frage widmen und neue Gestaltungsansätze für gute Pflege in die Einrichtungen bringen (z.B. InnoVision der Caritas Hochtun). Eine Verbesserung der Selbstbestimmungs- und Mitsprachemöglichkeiten bei der Definition von guter Pflege kann auch über eine Stärkung der betrieblichen und überbetrieblichen Interessensvertretung der Pflegekräfte vorangetrieben werden.

Von Seiten der Experten/-innen im Workshop, im aktuellen Koalitionsvertrag sowie in der aktuellen öffentlichen Diskussion ist das

Thema einer besseren Bezahlung des Pflegepersonals von großer Bedeutung, um den Beruf der Altenpflege attraktiver zu gestalten. Gleichwohl wurde deutlich, dass die Bezahlung in den Zuständigkeitsbereich der Tarifpartner fällt und direkt von Seiten der Politik beeinflussbar ist. Sofern es aber gelingt, eine starke Interessensvertretung in der Pflege voranzutreiben, so ist es zu erwarten, dass sich die flächendeckende tarifliche Entlohnung immer stärker verbreiten wird.

Die Pflegeprofession ist in Deutschland jedoch insgesamt weder betrieblich noch überbetrieblich gut organisiert. Gerade in kleinen Einrichtungen und ambulanten Diensten gibt es keine betriebliche Interessensvertretung. Auch überbetrieblich, bedingt durch die kleinteilige Akteurslandschaft, gibt es keine starke Vertretung der Pflege die sich bei der Tarifgestaltung gegenüber Arbeitgeberverbänden, bei Fragen der Ausbildungsinhalte, oder Personalvorgaben stark einbringen kann. Hier steht die Altenpflege in der Verantwortung sich entsprechend gegenüber Akteuren wie der Politik oder den Arbeitgeberverbänden zu organisieren und zu positionieren.

Ob eine Stärkung der überbetrieblichen Interessensvertretung beispielsweise durch Pflegekammern erfolgen kann, wird aktuell intensiv und sehr kontrovers diskutiert. Mit Schleswig-Holstein hat nach Rheinland-Pfalz mittlerweile das zweite Bundesland eine Pflegekammer eingeführt, weitere Bundesländer sind bereits im Planungsprozess. Durch die Benennung von Herrn Westerfelhaus, einem Befürworter der Pflegekammern, zum neuen Pflegebevollmächtigten ist damit zu rechnen, dass dieses Thema zusätzlich an Fahrt gewinnen wird. Pflegekammern könnten eine zentrale Rolle in der Diskussion „was ist gute Pflege“ einnehmen und zu einer selbstbestimmten Rolle der Altenpflege und mehr Mitsprache der Pflegefachkräfte beitragen.

2. Lernen von der Praxis - Innovationen bei der Arbeitsorganisation -

Zahlreiche Altenpflegebetriebe machen bereits vor, wie alternative Arbeitszeitmodelle oder Arbeitsorganisation funktionieren (z.B. BeneVit). Häufig wird von den Trägern von geringeren Problemen bei der Rekrutierung von qualifiziertem Personal bzw. sogar von Bewerberwartelisten berichtet. Das beeinflusst nicht nur die Verteilung der knapper werdenden Fachkräfte zwischen den Einrichtungen, sondern kann bspw. auch zu einem besseren Erhalt des bestehenden Fachkräftepotenzials und zur Reduzierung des Teilzeitanteils beitragen. Das Konzept, die Führung und die Organisation eines Betriebs stehen in engem Zusammenhang mit der Attraktivität des Arbeitsplatzes.

In den Betrieben selbst werden die Themen flexiblere und für die Mitarbeiter planbarere Arbeitszeitmodelle, Mitsprachekultur der

Mitarbeitenden und bessere Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Professionen angegangen und effiziente Lösungen gefunden. Die Akteure in der Praxis beschäftigen sich jeden Tag mit Lösungen für den Markt Altenpflege. Hier muss das Rad nicht neu erfunden werden, sondern den Akteuren aus der Praxis Gehör verschafft und Gestaltungsmöglichkeiten eingeräumt werden. So sollte es in Zukunft leichter sein, innovative neue Projekte in der Pflege in Form von Modellprogrammen oder aber ähnlich wie im Gesundheitswesen über Selektivverträge (nach SGB V) zu erproben und anschließend (bei erfolgreicher wissenschaftlicher Evaluation) in die Regelversorgung zu überführen.

Während in der Öffentlichkeit hauptsächlich von den weniger guten Altenpflegebetrieben die Rede ist, machen die innovativen Einrichtungen kaum bzw. weniger von sich reden. Es gibt zudem wenig Daten und Informationen zu den unterschiedlichen Konzepten, die in Deutschland am Markt bestehen. Insofern besteht ein Informationsdefizit an Konzepten und Plattformen, in denen die Praxis zu Wort kommt und von ihren Erfahrungen und Erfolgen berichtet, jedoch auch die Probleme und rechtlichen Hindernisse thematisiert werden können. Gerade auch im Expertenworkshop wurde der beschränkte Handlungsspielraum bei der Umsetzung von neuen Ideen seitens der Praktiker stark betont. Um den erfolgreichen innovativen Projekten in der Altenpflege eine nachhaltige Verbreitung zu ermöglichen, dürfen die Rahmenbedingungen (z.B. leistungsrechtliche, ordnungsrechtliche und baurechtliche Vorgaben) nicht zu eng gestaltet sein, da sonst jegliche Innovationskraft der Projekte unterbunden wird. Auf der anderen Seite bedarf es wissenschaftlich geprüfter und für das Personal mit vertretbarem Aufwand umsetzbarer Qualitätsvorgaben, um eine hohe Pflegequalität und Transparenz in den Pflegeeinrichtungen zu sichern und den Missbrauch von Geldern zu unterbinden.

Durch gute Konzepte gewinnen Berufe in der Altenpflege an Attraktivität und verringern einerseits die Überlastung der Arbeitnehmer/-innen und andererseits das Ausscheiden aus dem Beruf von Arbeitskräften, die sich aus Unzufriedenheit von der Pflege abwenden.

3. Fachkräfteentwicklung – zusätzliche Karrierepfade in der Pflege

Auf Seiten der Experten/-innen sowie in der aktuellen öffentlichen Diskussion besteht weitestgehend Einigkeit, dass die Altenpflege in allen Bereichen von einem Personalmangel betroffen ist, der sich in Zukunft weiter zuspitzen wird. Bei der Frage woher das zusätzliche Personal zu gewinnen sei, besteht hingegen weniger Einigkeit und es finden sich wenige konstruktive und realisierbare Lösungsvorschläge.

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde herausgearbeitet, dass neben der u.a. im Koalitionsvertrag thematisierten besseren Stellenausstattung der Personalmangel auch durch eine gezielte Fachkräfteentwicklung adressiert werden sollte. Der Mangel an unterschiedlichen fachlichen Spezialisierungen und Karrieremöglichkeiten wurde in den Fachgesprächen und im Expertenworkshop als zentrales Hindernis beschrieben, um qualifiziertes Personal langfristig in der Altenpflegepraxis, d.h. in der „Arbeit am Bett“ halten zu können. Problematisch hierbei sind die fehlenden Refinanzierungsmöglichkeiten von gut ausgebildeten Fachkräften und Spezialisten. Somit erfolgt ein Exodus gut ausgebildeter Fachkräfte aus der Praxis in einen Bürojob bei Verbänden, Pflegekassen oder anderen Institutionen.

Möglichkeiten der Fachkräfteentwicklung - angelehnt an internationale Beispiele, u.a. die Schweiz oder die USA – können durch die verstärkte Einführung klinischer Inhalte in die Aus- und Weiterbildungen gestärkt werden. In diesem Zusammenhang könnte die Generalistik, die aktuell vom neuen Gesundheitsminister Jens Spahn wieder in den Fokus gebracht wurde, genutzt werden, um gezielt unterschiedliche Möglichkeiten der Aus- und Weiterbildung zu stärken und eine Spreizung der Berufsfelder zu ermöglichen. Gerade im Hinblick auf die Vergütung kann eine Spreizung der Berufsfelder auch zu mehr Karrieremöglichkeiten mit entsprechender Bezahlung beitragen. Klinisch ausgebildete Spezialisten könnten Clinical Assessments durchführen, die Kommunikation mit medizinischen Berufen übernehmen sowie selbst mehr Tätigkeiten in der Behandlungspflege eigenständig durchführen.

Die stärkere Ausrichtung an klinischen Inhalten in der Pflege sollte Hand in Hand mit der im Koalitionsvertrag angekündigten Neujustierung der Gesundheitsberufe einhergehen. Nur über eine Anpassung der Rolle der Pflege in den entsprechenden gesetzlichen Verordnungen können die oben beschriebenen Ansätze zur Fachkräfteentwicklung auch in der Praxis umgesetzt werden. Es muss die Diskussion geführt werden, wie die Aufgabenverteilung in Deutschland zwischen den Berufen in der Praxis gelebt wird. Hierbei geht es um das Verhältnis der Pflege gegenüber medizinischen Berufsgruppen und um die Abgrenzung der inhaltlichen Kompetenzen der Pflegekraft zu den Ärzten. Häufig werden medizinische Inhalte in der Pflegeausbildung zwar gelernt, jedoch in der Praxis nicht durch die Altenpflegekräfte selbst, sondern durch Ärzte, erbracht. Gerade wenn mehr klinische Inhalte in die Pflege eingebracht werden sollten, bedarf es einer genaueren Definition der Handlungsfreiheiten der Pflege in Fragen der Behandlungspflege. Es geht dabei nicht darum, dass die Pflege den Ärzten/-innen die Arbeit streitig machen soll, sondern dass Rahmenbedingungen so gesetzt bzw. neu verhandelt werden, dass eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe ermöglicht wird.

Grundsätzlich geht es hierbei um eine Diversifikation der Karrierepfade in der Altenpflege. Neben der inhaltlichen Ausgestaltung bedeutet dies gleichzeitig, dass es einer höheren Durchlässigkeit bedarf, um beispielsweise Altenpflegehilfskräfte mehr Möglichkeiten zur Weiterbildung zur Fachkraft bieten zu können oder für den Beruf qualifizierten Personen, ohne den passenden Schulabschluss, einen Beruf als Altenpflegefachkraft zu ermöglichen. Eine Zugangsberechtigung könnte bspw. über den Nachweis einer mehrjährigen Berufstätigkeit als Altenpflegehelfer oder im Ehrenamt erfolgen. Hierzu bedarf es einer Diskussion in den einzelnen Bundesländern zu entsprechenden Änderungen der Altenpflegegesetze, wie sie aktuell bereits in Hessen geführt wird.

4. Aufgabenverteilung und Kooperation

Aufgrund der angespannten Personalsituation sowie der Zunahme der pflegebedürftigen Menschen muss ein gesellschaftlicher Rahmen gefunden werden, in dem auch zukünftig die Versorgungssicherheit der pflegebedürftigen Bevölkerung sichergestellt werden kann. Da es sich bei der Pflege um ein teilfinanziertes System handelt, kann eine gute Absicherung nur gelingen, wenn die Kooperation zwischen den relevanten Akteuren zunimmt und die Pflege nicht als „rundum-sorglos-Paket“ verstanden wird. Dies betrifft einerseits die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Pflege selbst, die Zusammenarbeit mit medizinischen Berufen (wie oben beschrieben), aber auch der Zivilgesellschaft.

Die Aufgabenverteilung vor allem im stationären Setting wurde von mehreren Fachgesprächspartnern kritisiert und eine stärkere Verzahnung der Aufgaben der einzelnen Berufe gefordert, um gleichzeitig dem geforderten ganzheitlicheren Anspruch der Pflege gerecht zu werden. Um zu verstehen, wie ein besserer Professionsmix sowie eine verbesserte Zusammenarbeit in der Altenpflege gelingen kann, lohnt sich der Blick ins Ausland. So wäre eine genauere Analyse der Personalzusammensetzung, der Aufgabenverteilung und der Arbeitsorganisation in den Niederlanden, der Schweiz und den USA zu empfehlen, da in diesen Ländern laut Aussage einiger Fachgesprächspartner/-innen die beschriebenen Herausforderungen besser umgesetzt werden. Zudem könnte der Blick auf entsprechende Modellprojekte in der Altenpflege hierzulande gerichtet werden, in denen die Projekte jenseits der strikten Regelungsvorschriften neue Personalkonzepte am Patienten erproben können.

Um ein gesellschaftliches Verständnis von Möglichkeiten der Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zu entwickeln und eine Entlastung der Pflegekräfte zu erreichen, bedarf es zudem einer stärkeren Einbindung der Zivilgesellschaft (u.a. Angehörige, Ehrenamt) in den Altenpflegeeinrichtungen. Dies wird in Sozialraum- und Quartierskonzepten bereits aktuell gelebt, jedoch sind auch hier wenige Beispiele von innovativen Konzepten bekannt.

Die Einbeziehung der Leistungen von Angehörigen und Ehrenamt wäre beispielsweise durch flexiblere Arrangements zur Leistungsabrechnung im stationären Bereich – angelehnt an die Leistungsstruktur in ambulanten Settings – möglich.

Für ein erfolgreiches Zusammenwirken der verschiedenen Akteure in der Altenpflege bedarf es einer koordinierenden zentralen Person/Organisationseinheit, wie sie beispielsweise in Quartierskonzepten durch den Quartiersmanager übernommen wird. In der praktischen flächendeckenden Umsetzung fehlen für diese Funktion aber schlichtweg die finanziellen Ressourcen. So bedarf es einer breiten öffentlichen Debatte, in welcher Form und in welchem Umfang eine koordinierende Funktion in der Pflege sinnvoll erscheint und durch welche Instanz die entstehenden Kosten zu finanzieren sind.

8. Tabellarische Ergebnisübersicht

Überblick: Personalsituation in der Altenpflegebranche

Probleme und Herausforderungen	
1. Überblick: Personalsituation in der Altenpflegebranche	
1.1 Personalbedarf / Fachkräftelücke	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Akuter Personalmangel im stationären und ambulanten Bereich ▪ Dauerhafte personelle Unterbesetzung vor allem im Bereich der Pflegefachkräfte und Spezialisten ▪ Mangel an für einen Beruf in der Altenpflege qualifizierten Kräften
1.2 Personalstruktur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geringerer Fachkräfteanteil im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen ▪ Viele Teilzeitkräfte im Vergleich zu Vollzeitbeschäftigten ▪ Viele Angestellte mit befristeten Arbeitsverträgen ▪ Viele geringfügig Beschäftigte
1.3 Unterbrechungszeiten / Verbleib im Beruf	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Häufige und lange Unterbrechungszeiten im Berufsverlauf ▪ Hohe Abbruchzahlen in bzw. kurz nach der Pflegeausbildung ▪ Abwanderung von Pflegekräften in Hochlohnländer / andere Branchen / andere Berufe

Quelle: Prognos 2018

Gesetzliche und institutionelle Rahmenbedingungen

Probleme und Herausforderungen

2. Gesetzliche und institutionelle Rahmenbedingungen

2.1 Teilfinanzierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teilfinanzierung der Leistungen nach dem SGB XI führt zu ungünstigeren Finanzierungsbedingungen und Lohnrückstand ▪ Höhere Personalkosten zulasten der Pflegebedürftigen
2.2 Personalvorgaben	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterschiedliche Personalvorgaben in den einzelnen Bundesländern ▪ Mangelhafte Erfüllung der Fachkraftquote im stationären Bereich ▪ Unterschiedliche Definitionen von „Fachkraft“ in den Bundesländern
2.3 Tarifliche Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterschiedliche Lohnniveaus zwischen den Trägern und den Regionen ▪ Kein flächendeckender Tariflohn ▪ Verschlechterung der finanziellen Situation bei Aufstockung von Minijobverhältnissen
2.4 Ausbildungssystem	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unklarheiten und fehlende Transparenz bei der Generalisierung der Ausbildungen ▪ Fehlende alternative Berufswege neben der dreijährigen Ausbildung ▪ Fehlende Durchlässigkeit
2.5 Interessensvertretung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwache außerbetriebliche Interessensvertretung der Altenpflege ▪ Mangelhafte betriebliche Vertretung in den Pflegeunternehmen

Quelle: Prognos 2018

Arbeitsbedingungen im Berufsfeld Altenpflege

	Probleme und Herausforderungen	Lösungen und Strategien
3. Arbeitsmarkt Altenpflege – Arbeitsbedingungen		
3.1 Arbeitsvergütung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unterschiede bei der Entlohnung zwischen Bundesländern ▪ Keine flächendeckende tarifliche Entlohnung ▪ Keine ausreichende Vergütung bei Teilzeitanstellung (siehe 1.2 Arbeitszeitvolumen) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Materielle Anreize im Betrieb: z.B. Zusatzangebot einer betrieblichen Rentenversicherung, materielle Anreize für besonders qualifiziertes Personal ▪ Stärkung der außerbetrieblichen Interessensvertretung der Altenpflege
3.2 Arbeitszeitvolumen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fehlende Möglichkeiten zur Arbeitszeitaufstockung von Teilzeitverträgen seitens der Arbeitgeber ▪ Hoher Anteil an Teilzeitarbeit aufgrund der mangelhaften Vereinbarkeit von Familie und Beruf ▪ Hoher Anteil an Arbeit in Teilzeit aufgrund körperlicher Überlastung (siehe 1.5 Arbeitsbelastung) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bedarfserhebung: z.B. durch Befragungen im Betrieb zur Bereitschaft zur Arbeitszeitaufstockung ▪ Innovative Arbeitszeitmodelle: z.B. zeitlich befristete Arbeitszeitreduzierung und -aufstockung, „7/7-Arbeitszeitmodell“ ▪ Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf: z.B. zeitlich befristete Arbeitszeitreduzierung
3.3 Arbeitsorganisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hierarchische Führung ▪ Hierarchische Arbeitsorganisation ▪ Fehlende Ganzheitlichkeit der Pflege und Betreuung ▪ Starke Arbeitsteilung auf einzelne Aufgabenbereiche ▪ Beschränkte Verantwortlichkeiten einzelner Berufsgruppen ▪ Beschränkungen durch bürokratische Vorgaben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientierung an innovativen Ansätzen zur Arbeitsorganisation: z.B. Buurtzorg, BeneVit ▪ Orientierung an Konzept der ganzheitlichen Pflege und Betreuung: z.B. Buurtzorg, InnoVision, Primary Nursing ▪ Wandel Pflegeverständnis: Stärkung der Selbstkompetenz und Mobilisation der Pflegebedürftigen
3.4 Arbeitsinhalte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fehlende Weiterbildungsmöglichkeiten ▪ Fehlende Karrieremöglichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stärkung innerbetriebliche Weiterbildungssysteme ▪ Bundeseinheitliche standardisierte Weiterbildungen ▪ Praxisnahe Studieninhalte („Arbeit am Bett“) ▪ Mehr klinische Inhalte in Aus- und Weiterbildung (Bsp. Schweiz)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beschränkte Verantwortlichkeiten und Möglichkeiten des selbstständigen Arbeitens (<i>siehe auch 3.3. Arbeitsorganisation</i>) ▪ Schwierigkeiten bei interdisziplinärer Zusammenarbeit und Austausch mit Ärzten/-innen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definition der Verantwortlichkeiten der Pflege gegenüber des Medizinsystems ▪ Mehr klinische Inhalte in Aus- und Weiterbildung (Bsp. Schweiz)
<p>3.5 Arbeitsbelastung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Viele und zeitintensive bürokratische Vorgaben und Richtlinien ▪ Wenig Zeit für die individuelle Pflegearbeit am Patienten ▪ Zunehmender Stress und Arbeitsdruck, steigendes Risiko körperlicher und psychischer Überlastung ▪ Hoher Krankenstand; Mehrarbeit durch häufige Ausfallzeiten und Unterbesetzung ▪ Häufige Überstunden; Vollzeit bedeutet häufig mehr als 100 Prozent Arbeitszeit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abbau von Bürokratie und die Steigerung der Effizienz (z.B. durch digitale Tools) ▪ Entlastung durch stärkere Einbindung der Zivilgesellschaft ▪ Verbesserte Gesundheitsförderung für das Personal ▪ Technische Innovationen, um Entlastung auf der physischen und psychischen Ebene zu ermöglichen ▪ Partizipative Produktentwicklung von technischen Möglichkeiten entsprechend der Bedarfe in der Pflege

Quelle: Prognos 2018

Arbeitskräfteangebot im Berufsfeld Altenpflege

	Probleme und Herausforderungen	Lösungen und Strategien
4. Arbeitskräftepotenziale		
4.1 Ausbildung / Studium	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gewinnen von qualifiziertem Nachwuchs für die Altenpflegeausbildung, Halten der Absolventen im Beruf ▪ Besonderheiten der jüngeren Generationen ▪ Hohe Abbruchquote in der Altenpflegeausbildung ▪ Hohe Abbruchquote in den ersten Jahren nach der Ausbildung <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Praxisferne Studieninhalte ▪ Fehlende Stellenprofile für Absolventen der Pflegestudiengänge in der Praxis, mangelhafte Refinanzierungsmöglichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realitäts- und praxisnahe Informationen zum Beruf: z.B. Weiterbildungs-, Spezialisierungs- und Studienmöglichkeiten ▪ Befragungen zu Erwartungen und Wünschen ▪ Unterstützung der Altenpflegeauszubildenden und der Mitarbeiter durch entsprechend geschultes Personal ▪ Gezielte Ansprache von 35 – 50-Jährigen für die Pflegeausbildung <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mehr klinische Inhalte im Studium (Bsp. Schweiz) ▪ Praxisnahe Studieninhalte („Arbeit am Bett“)
4.2 Zusätzliches Arbeitskräftepotenzial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ansprache von ausgebildeten Altenpflegefachkräften, die nicht (mehr) in der Pflegebranche tätig sind („Stille Reserve“) ▪ Aufstockung der Arbeitszeit von Teilzeitkräften <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gewinnung und Integration von ausländischen Fachkräften <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Für einen Beruf in der Altenpflege qualifizierte Personen ohne entsprechenden Schulabschluss ▪ (Nach-)Qualifizierung von Hilfskräften <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gewinnung von Umschülern / Quereinsteigern 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunal organisierte Beratungsstrukturen, die bei der Mobilisierung der „Stillen Reserve“ helfen ▪ Abfragung der Bereitschaft zur Arbeitszeitaufstockung ▪ Umwandlung von geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen in Teilzeitverhältnisse oder Teilzeit in Vollzeitverhältnisse <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kooperationsprojekte verschiedener Verbände bzw. Träger zur Ansprache von Fachkräften im Ausland <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchlässigkeit erhöhen: z.B. über Nachweis von mehrjähriger Berufserfahrung oder Ehrenamt <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterbildungsförderung und Umschulungsförderung durch die Agenturen für Arbeit und Jobcenter

Quelle: Prognos 2018

Image im Berufsfeld Altenpflege

	Probleme und Herausforderungen	Lösungen und Strategien
5. Arbeitsmarkt Altenpflege - Image und Attraktivität des Pflegeberufes (intern und extern)		
5.1 Image unter Pflegekräften	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unzufriedenheit, da der eigene professionelle Anspruch an die Pflege nicht gewährleistet werden kann ▪ Unzufriedenheit, dass die eigenen moralischen und ethischen Ansprüche nicht erfüllt werden können 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falsche Erwartungen über den Charakter und die Inhalte des Berufs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realitäts- und praxisnahe Informationen zum Beruf und den Weiterbildungs-, Spezialisierungs- und Studienmöglichkeiten
5.2 Image in der Gesellschaft	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unattraktivität des Altenpflegeberufes in der gesellschaftlichen Wahrnehmung, „Altenpflege als Ersatzberuf“ ▪ Unzufriedenheit, dass moralische und ethische Ansprüche nicht erfüllt werden können (z.B. Zeit für Unterhaltungen mit den Pflegebedürftigen) ▪ Image eines Frauenberufes; mangelhafte Attraktivität für Männer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesellschaftliche Bedeutung des Berufsfeldes durch Öffentlichkeitsarbeit fördern ▪ Bundesfreiwilligendienst für Senioren stärken ▪ Stärkere Einbindung der Zivilgesellschaft

Quelle: Prognos 2018

Anhang

Tabelle 2: Teilnehmer/-innen der Fachgespräche

Name	Institution
Andreas Westerfellhaus	Zentrale Akademie für Berufe im Gesundheitswesen
Christine Weiß	Institut für Innovation und Technik
Dr. Christiane Eifert	GKV-Spitzenverband
Grit Genster	ver.di
Kaspar Pfister	BeneVit
Dr. Bodo de Vries	Ev. Johanneswerk
Ferdinand Schäffler	Leitung Innovationszentrum Interimsquartier
Olivia Brohl-Schaffron	Welcome Center Sozialwirtschaft Baden-Württemberg
Professor Michael Simon	Universität Basel
Rolf Steinegger	Caritas Hochrhein
Sabine Jansen	Deutsche Alzheimer Gesellschaft
Silvia Breyer	Contec

Tabelle 3: Teilnehmer/-innen Expertenworkshop

Name	Institution
Alexander Künzel	Bremer Heimstiftung
Andreas Westerfellhaus	Zentrale Akademie für Berufe im Gesundheitswesen
Christine Weiß	Institut für Innovation und Technik
Dr. Axel Schuhen	SilverAge
Dr. Christiane Eifert	GKV-Spitzenverband
Dietmar Erdmeier	ver.di
Johannes Strotbek	Weiße Liste
Olaf Christen	VdK
Kaspar Pfister	BeneVit
Nora Lämmel	Hochschule Esslingen
Oliver Blatt	VDEK
Olivia Brohl-Schaffron	Welcome Center Sozialwirtschaft Baden-Württemberg
Prof. Dr. Heinz Rothgang	Universität Bremen
Rolf Steinegger	Caritas Hochrhein
Sabine Jansen	Deutsche Alzheimer Gesellschaft
Silvia Breyer	Contec
Thomas Knieling	VDAB
Tobias Kley	Evangelisches Johannesstift
Jan Böcken	Bertelsmann Stiftung
Roman Wink	Bertelsmann Stiftung
Stefan Etgeton	Bertelsmann Stiftung
Uwe Schwenk	Bertelsmann Stiftung
Dr. Tobias Hackmann	Prognos
Laura Sulzer	Prognos

Literaturverzeichnis

Afentakis, A., und Maier, T. (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. *Wirtschaft und Statistik*, 11(2010), 990-1002.

Behrens, J. (2008): Ökonomisches, soziales und kulturelles „Kapital“ und die soziale Ungleichheit in der Pflege. In *Soziale Ungleichheit und Pflege* (pp. 180-211). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

BIPP/BAuA (2014): Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche.

https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fakten/BIBB-BAuA-10.pdf?__blob=publicationFile&v=6.

Bispinck, R., Dribbusch, H., & Öz, F. (2010). Das Projekt Lohn-Spiegel: Tatsächlich gezahlte Löhne und Gehälter. *WSI-Mitteilungen*, 1(2010), 1-9.

Bonin, H., Braeseke, G., & Ganserer, A. (2015). Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen.

Bundesverband Pflegemanagement (2017): Digitale Dokumentation in der Pflege. Berlin.

Burkhart, M., D. A. Ostwald, and T. Erhard (2012): 112 – und niemand hilft. pwc, WifOR (2012).

Burstedde, A., Rissius, P. (2017): Fachkräfteengpässe in Unternehmen - Regionale Fachkräftesituation und Mobilität, Studie für das Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung, Nr. 2, Institut der Deutschen Wirtschaft Köln.

Conrads, R., Holler, M., Kistler, E., Kühn, D., Schneider, D. (2015): Das Gesundheits- und Sozialwesen. Eine Branchenanalyse. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Stadtbergen.

DIHK-Report Gesundheitswirtschaft (2017): Sonderauswertung der DIHK-Konjunkturumfrage bei den Industrie- und Handelskammern.

Deutsche Seniorenstift Gesellschaft (DSG) (2014): Leitfaden zum „7/7-Arbeitszeitmodell“. Ein innovativer Versuch für eine bessere Work-Life-Balance in der stationären Altenpflege.

Friese, M. (2017): Care Work. Eckpunkte der Professionalisierung und Qualitätsentwicklung in personenbezogenen Dienstleistungsberufen. In *Entwicklungen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen – aktuelle Handlungs- und Forschungsfelder*. (pp. 29-49). Bundesinstitut für Berufsbildung. Bonn.

Hackmann, T. (2010): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Sozialer Fortschritt, 59(9), 235-244.

Hall, A. (2011): Gleiche Chancen für Frauen und Männer mit Berufsausbildung? Berufswechsel, unterwertige Erwerbstätigkeit und Niedriglohn bei Frauen und Männern. Bielefeld.

Hall, A. (2012): Kranken- und Altenpflege – was ist dran am Mythos vom Ausstiegs- und Sachgassenberuf? BWP, 6(2012), 16-19.

IAB (2015): Löhne in der Kranken- und Altenpflege. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Berlin.

IAB (2015): Viel Varianz. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Berlin.

IAW (2011): Evaluation bestehender Mindestlohnregelungen. Branche: Pflege. Abschlussbericht an das BMAS. Tübingen.

INQA (2016): Intelligente Technik in der beruflichen Pflege. Von den Chancen und Risiken einer Pflege 4.0. https://www.wegweiser-demenz.de/fileadmin/de.wegweiser-demenz/content.de/downloads/10_informationen_fuer_Fachkraefte/intelligente-technik-in-der-beruflichen-pflege.pdf.

INQA: Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie in der Pflege fördern. <https://www.inqa.de/Shared-Docs/PDFs/DE/Publikationen/pflege-hh4-beruf-und-familie.pdf?blob=publicationFile>.

IWAK (2009): Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern – zentrale Studienergebnisse im Überblick. Frankfurt am Main.

Koalitionsvertrag der Bundesregierung (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa Eine neue Dynamik für Deutschland Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode. https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.pdf;jsessionid=752BD367EA2B5F4836FF90B5866E33A2.s7t1?blob=publicationFile&v=3

Kumbruck, C. (2010): Menschenwürdige Gestaltung von Pflege als Interaktionsarbeit. In ‚Decent Work ‘ (pp. 187-207). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Leichsenring (2015): Buurtzorg Nederland – ein innovatives Modell der Langzeitpflege revolutioniert die Hauskrankenpflege. ProCare 20(8), 20-24.

Meyer, M. (2011): Stress frisst Seele auf, in Gesundheit und Gesellschaft Spezial, 11/2011, S. 10.

OECD (2011): Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care.

Pierenkemper, S., & Körbel, M. (2017): Internationale Rekrutierungsstrategien in den Pflegeberufen zur Kompensierung des Fachkräftemangels. In Entwicklungen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen – aktuelle Handlungs- und Forschungsfelder. (pp. 73-93). Bundesinstitut für Berufsbildung. Bonn.

Prognos (2014): Fachkräftesicherung durch gute Arbeit. Studie der Prognos AG im Auftrag des Thüringer Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Technologie. Erfurt.

Prognos (2015): Zukunft der Pflegepolitik – Perspektiven, Handlungsoptionen und Politikempfehlungen. Studie der Prognos AG im Auftrag der Friedrich Ebert Stiftung. Bonn.

Roland Berger (2017): ePfleger. Informations- und Kommunikationstechnologie für die Pflege. Studie der Roland Berger im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin.

Rothgang, H., Müller, Rolf; Unger, Rainer (2013): BARMER GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Rehabilitation und Pflege. Siegburg.

Rothgang, H., Müller, R., Runte, R., Unger, R. (2017): Pflegereport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse.

Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas; Müller, Rolf; Runte, Rebecca; Unger, Rainer (2016): BARMER GEK Pflegereport 2016. Siegburg.

Schulz, E. (2012): Das deutsche Pflegesystem ist im EU-Vergleich unterdurchschnittlich finanziert, DIW Wochenbericht Nr. 13.2012.

Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Theobald, H., Szebehely, M., Preuß, M. (2013): Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich (Vol. 155). edition sigma.

Westermeyer (2011): Betriebliche Gesundheitsförderung. Pflege für die Pflege. AOK Gesundheit und Gesellschaft Spezial 14 Jg. http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/mediathek/gg/spezial/gg_spezial_1111.pdf.

Zöller, M. (2014): Gesundheitsfachberufe im Überblick. Wissenschaftliche Diskussionspapiere, 153. Jg.