Fachkräftemangel begegnen Arbeitsbedingungen verbessern

Zusammenfassung

Im Gesundheitswesen hängt gute Versorgungsqualität zu großen Teilen davon ab, ob genug fachlich qualifiziertes Personal zur Verfügung steht. Dieser Zusammenhang ist vielfach wissenschaftlich nachgewiesen und wurde nun auch von der Expertenkommission »Pflegepersonal im Krankenhaus« anerkannt (Hickey et al. 2011; Aiken et al. 2010; Schlussfolgerungen Expertenkommission vom 7. März 2017). Deshalb fordert ver.di sowohl für die Beschäftigten im Krankenhaus als auch in der Altenpflege eine verbindliche, bundeseinheitliche gesetzliche Personalbemessung. Doch manche Arbeitgeber missbrauchen den vermeintlichen Fachkräftemangel als Argument, um Politik vom Handeln abzuhalten oder Ausnahmeregelungen zu fordern.

Wie ist die Situation wirklich? In den Krankenhäusern ist ein flächendeckender Mangel an Fachkräften bislang nicht festzustellen, mit regionalen Unterschieden. In der Altenpflege hingegen gibt es einen anerkannten Mangel an qualifizierten Beschäftigten. Dieses Problem ist allerdings hausgemacht. Sollen heute und in Zukunft genug Fachkräfte gewonnen und gehalten werden, braucht es attraktive Arbeitsbedingungen und eine gute Bezahlung. Arbeit im Krankenhaus, in der ambulanten und stationären Pflege muss wieder Freude machen. Dafür braucht es mehr Zeit für Patientinnen und Patienten bzw. pflegebedürftige Menschen und ausreichend Personal, um fachliche Standards einhalten zu können. Der Berufsethos darf nicht länger von den Arbeitgebern ausgenutzt werden. Mit verlässlichen, planbaren Arbeitszeiten kann die Vereinbarkeit von Beruf und persönlicher Lebenssituation verbessert werden. Gesunde Arbeitsbedingungen führen dazu, dass Beschäftigte bis zum gesetzlichen Rentenalter arbeiten und ihre Tätigkeit in Vollzeit ausüben können. Mehr Auszubildende können mit attraktiven Ausbildungsbedingungen gewonnen und nach ihrer Ausbildung im Beruf gehalten werden, wenn ihnen eine gute Perspektive geboten wird.

Die Arbeitgeber müssen ihre Hausaufgaben machen, um den Fachkräftebedarf auch in Zukunft zu sichern. Die Politik steht in der Verantwortung, die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen.

1. Analyse: Der Status quo

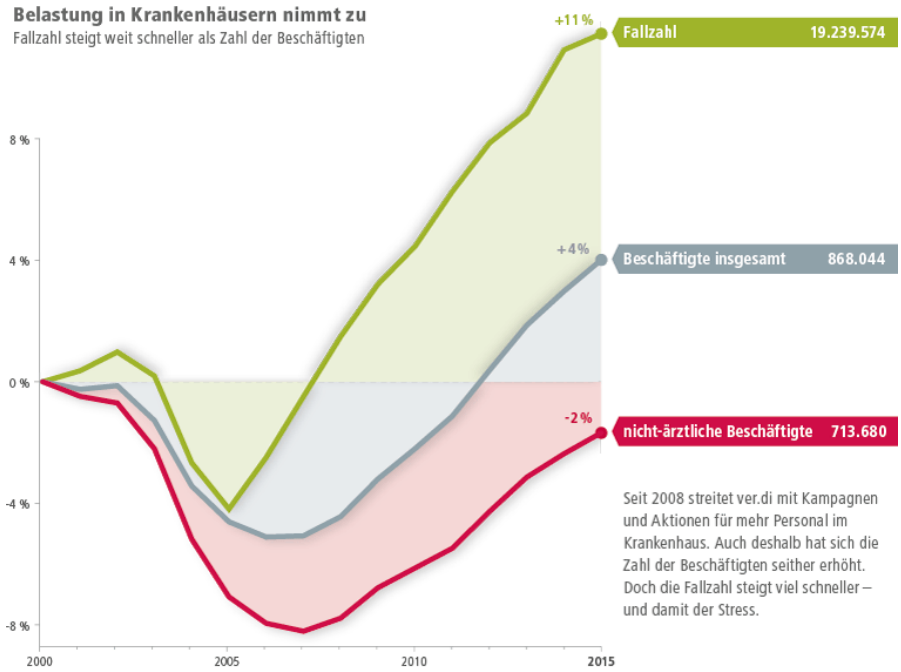
Krankenhäuser

Der Fachkräftebedarf im Gesundheitswesen ist deutlich erkennbar. Es muss aber differenziert werden: Für die **Krankenhäuser** wird vielerorts ein Fachkräftemangel beklagt, die Situation ist jedoch regional, oft von Haus zu Haus sehr unterschiedlich. Ein flächendeckender Fachkräftemangel kann nicht konstatiert werden. Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) stellte 2016 für den Pflegedienst auf Normalstationen fest, dass bundesweit fast 3.900 Vollkraftstellen unbesetzt blieben. Das entspricht knapp zwei Prozent der Vollkraftstellen in der Pflege auf Normalstationen. Etwas höher lag der Anteil der unbesetzten Stellen beim nichtärztlichen Personal im OP- und Anästhesiedienst mit insgesamt rund drei Prozent bzw. 1.400 vakanten Stellen in diesem Bereich. Bei den Medizinisch-Technischen Assistent/innen blieben von ca. 27.000 Stellen bundesweit 470 unbesetzt, bei den Hebammen lag der Anteil der offenen Stel-

len mit gut 400 Vollkraftstellen bei rund sechs Prozent (Blum et al. 2016).

In Zusammenhang mit der Einführung des Finanzierungssystems der Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRG) kam es zu Beginn des Jahrhunderts in den Krankenhäusern zu einem dramatischen Stellenabbau, insbesondere beim nicht-ärztlichen Personal. Seit 2007 wuchs die Zahl der Beschäftigten zwar wieder, die Zunahme blieb aber weit hinter der Steigerung der Fallzahlen zurück, was eine weitere Arbeitsverdichtung zur Folge hatte (siehe Grafik).

Niemand kann den Zusammenhang zwischen Personalausstattung und Qualität der Patientenversorgung noch leugnen. Empirische Studien zeigen, dass sich die Personalbemessung unter anderem auf das Risiko von Stürzen, Medikationsfehlern und Todesfällen durch zu spät erkannte Komplikationen auswirkt (Griffiths et al. 2014). Dennoch existieren in Deutschland – abgesehen von der Psychiatrie-Personalverordnung – keine gesetzlichen Vorgaben für die Ausstattung mit Pflegepersonal. Nach jahrelanger Debatte hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 2013 die Neonatologie-Richtlinie beschlossen, die zur Qualitätssicherung bei der Versorgung Früh- und Reifgeborener rund um die Uhr eine Eins-zu-Eins-Versorgung mit einer Pflegefachkraft vorsieht. Kurz vor Inkrafttreten ab 2017 ist deren verbindliche Umsetzung auf Druck der Krankenhäuser durch weitgehende Übergangsregelungen um weitere drei Jahre verschoben worden. Offensichtlich haben die Krankenhäuser die vergangenen Jahre nicht genutzt, um sich auf den bekannten Fachkräftebedarf in den Perinatalzentren vorzubereiten. Qualitätsmängel bei der Patientenversorgung durch eine mangelhafte Personalausstattung werden in Kauf genommen.



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1; Beschäftigte in direkter Anstellung, umgerechnet in Vollzeitstellen; eigene Darstellung; Vergleich der prozentualen Entwicklung, Basiswerte ab 2000; Grafik: werkzwei Detmold

Die Zahl der offenen Stellen in den Krankenhäusern wird weiter zunehmen, wenn sich die Rahmenbedingungen für Beschäftigte nicht wirksam verbessern. Immer häufiger werden in den Kliniken Zeitarbeitskräfte eingesetzt – ein Zeichen dafür, dass Fachkräfte vorhanden sind. Denn in Leiharbeit können Fachkräfte Einsätze zu planbaren, verlässlichen Arbeitszeiten mit besserer Bezahlung als die für Festangestellte finden, was ihnen oftmals attraktiver erscheint, als direkt im Krankenhaus angestellt zu sein.

Altenpflege

In der **Altenpflege** besteht bereits heute ein Fachkräftemangel, der sich in den kommenden Jahren verstetigen dürfte – sofern nicht entschieden gegengesteuert wird. Es fehlt vielfach an guten Arbeitsbedingungen, worunter die Attraktivität des Berufs leidet. 2012 erwarteten Dreiviertel der Beschäftigten in der Altenpflege, ihren Beruf nicht bis zum gesetzlichen Rentenalter ausüben zu können. 2008 galt das noch für die Hälfte (Repräsentativumfrage zum DGB-Index Gute Arbeit 2012). Die Hauptgründe sind neben der unzureichenden Bezahlung, ebenso wie in den Krankenhäusern, die schwierigen Arbeitsbedingungen. Schichtarbeit ist an sich

schon belastend. Zusätzlich macht ein Großteil der Pflegekräfte regelmäßig Überstunden, springt aus der Freizeit ein – oft auch an Wochenenden – und kann die gesetzlich vorgeschriebenen Pausen nicht nehmen. Mit den Aufgaben in der Familie, Zeit mit Freunden oder Aktivitäten in Vereinen oder Organisationen ist das kaum vereinbar. Hinzu kommen ein ständiges Miterleben von Leid und Tod, verbale Demütigungen oder physische Angriffe dementer Bewohnerinnen oder Bewohner sowie die Sorgen um die spätere Rente. Die unzureichende Bezahlung spiegelt sich hier wieder. Doch wer ein langes Arbeitsleben hinter sich hat, darf im Alter nicht arm und auf staatliche Hilfe angewiesen sein. Der hohen Belastung stehen abhängig vom jeweiligen Führungsstil geringe Entscheidungsspielräume gegenüber. Auch werden Beschäftigte in vielen Einrichtungen mit den immer enger werdenden ökonomischen Rahmenbedingungen konfrontiert. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass der Krankenstand unter Pflegekräften deutlich höher ist als im Gesamtdurchschnitt der Beschäftigten. In der Altenpflege sind besonders lange krankheitsbedingte Fehlzeiten wegen Beschwerden am Muskel-Skelett-Apparat sowie psychischer Erkrankungen zu verzeichnen (AOK-Pflegereport Bayern, 2010; BKK-Gesundheitsreport 2016).

Laut der Bundesagentur für Arbeit fehlten Ende 2016 bereits 19.000 examinierte Altenpflegefachkräfte. In keinem Bundesland steht rechnerisch eine ausreichende Zahl arbeitsloser Bewerberinnen und Bewerber zur Verfügung, um damit die der Bundesagentur gemeldeten Stellen zu besetzen. Diese Situation könnte sich in den kommenden Jahren noch verschärfen. Laut einer Erhebung des Instituts Arbeit und Technik (IAT 2015) werden in den verschiedenen Wohn- und Versorgungsformen für pflegebedürftige Menschen (von der vollstationären Pflege über Tagespflege, ambulante Pflege, bis hin zu Pflege-Wohngemeinschaften und Hospizarbeit) bis 2030 mindestens 350.000 zusätzliche Kräfte benötigt, darunter rund 130.000 Pflegefachkräfte. Hinzu kommt, dass die Pflegeleistungen mit dem Pflegestärkungsgesetz II seit dem 1. Januar 2017 ausgeweitet wurden – was mehr qualifiziertes Personal erfordert.

Die in den einzelnen Bundesländern gültigen Personalschlüssel bilden die heutige Versorgungssituation nicht ab. Bewohnerinnen und Bewohner sind im Durchschnitt älter, multimorbider, kognitiv eingeschränkter als noch vor einigen Jahren. Die Personalbemessung muss sich daher am individuellen Pflege- und Unterstützungsbedarf jedes Menschen orientieren, wozu auch Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gehört.

2. Was muss passieren?

2.1 Rahmenbedingungen durch die Politik

Die Gesundheitsversorgung ist ein elementarer Teil der Daseinsvorsorge. Der Gesetzgeber trägt die Verantwortung, mit entsprechenden Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige und sichere Patientenversorgung sowie gute Arbeits- und Ausbildungsbedingungen zu sorgen. Ein entscheidendes Mittel dafür sind verbindliche, am Bedarf orientierte Personalvorgaben.

Gesetzliche Personalbemessung im Krankenhaus

Die prekäre Personalsituation in den Krankenhäusern gefährdet nicht nur die Gesundheit der Beschäftigten. Auch Patientinnen und Patienten können sich nicht mehr darauf verlassen, optimal versorgt zu werden. Eine flächendeckend gute Versorgungsqualität kann es nur mit gut qualifiziertem Personal in ausreichender Anzahl geben. Deshalb fordert ver.di eine gesetzliche Personalbemessung mit entsprechender zweckgebundener Finanzierung für die Krankenhäuser. Unbesetzte Stellen dürfen nicht finanziert werden. Krankenhäuser, die am Personal sparen, dürfen davon nicht profitieren. Der Fachkräftebedarf ist ein Argument für, nicht gegen eine gesetzliche Personalbemessung. Denn das beste Mittel zur Sicherung des Fachkräftebedarfs ist es, wenn Beschäftigte in den Krankenhäusern wieder in die Lage

versetzt werden, ihren Beruf so auszuüben, wie sie ihn gelernt haben, und wenn sie dabei bis zur Rente gesund bleiben. Der Gesetzgeber beauftragt die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Spitzenverbände der Krankenkassen, bis Juni 2018 pflegesensitive Bereiche festzulegen und Personaluntergrenzen zu vereinbaren. Das ist ein erster wichtiger Schritt. Er reicht nicht, um die Patientensicherheit und Arbeitsbedingungen umfassend zu verbessern. ver.di erwartet, dass der nächste Koalitionsvertrag die Einführung verbindlicher Personalvorgaben für alle Pflegebereiche enthält und die Einführung eines Systems zur bedarfsgerechten Personalbemessung umfasst. Langfristig müssen für alle Bereiche im Krankenhaus verbindliche Personalvorgaben entwickelt werden. Die unterschiedlichen Berufsgruppen im Krankenhaus dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden, Lösungen für Teilbereiche dürfen nicht zu Lasten anderer gehen.

Aufgrund der dramatischen Situation sind sofortige Maßnahmen nötig. ver.di fordert, dass in keiner Schicht mehr alleine gearbeitet wird und Praxisanleiter/innen für die Zeit der Anleitung von ihren anderen Aufgaben freigestellt werden. Dafür sind 20.000 zusätzliche Vollzeitstellen, besetzt mit Pflegefachkräften, notwendig. Das Sofortprogramm kann kurzfristig Entlastung schaffen.

Altenpflege: Weg mit dem Flickenteppich

Ob ambulant oder stationär – auch in der Altenpflege gilt: Gute Pflege gibt es nur mit ausreichendem und qualifiziertem Personal. Doch derzeit besteht in den Bundesländern ein Flickenteppich mit höchst unterschiedlichen Personalschlüsseln. ver.di begrüßt es daher, dass gem. § 113c (neu) SGB XI ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben bis 2020 entwickelt und erprobt werden soll. Diesen richtigen und wichtigen Schritt hat ver.di lange gefordert. Allerdings ist die Zeitperspektive viel zu lang. Es ist eine tragfähige Zwischenlösung nötig, die verpflichtend für alle Einrichtungsträger deutlich mehr Personal vorsieht. Denn ohne das notwendige Personal wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht zu Verbesserungen führen.

Als Sofortmaßnahme ist aus ver.di-Sicht in stationären Einrichtungen ein Personalschlüssel von 1:2, von einer Pflegekraft auf zwei Bewohnerinnen bzw. Bewohner, vorzusehen. Zudem müssen nachts mindestens zwei Pflegekräfte im Wohnbereich anwesend sein. Auch in der ambulanten Pflege ist eine adäquate Zwischenlösung nötig. Um kurzfristig Entlastung zu schaffen und die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs abzusichern, fordert ver.di ein Sofortprogramm für mehr Personal. Dafür sollte der Pflegevorsorgefonds in einen »Pflegepersonalfonds« umgewidmet werden. Mit 1,2 Milliarden Euro können pro Jahr rund 40.000 zusätzliche Stellen bei einer Fachkraftquote von 50 Prozent geschaffen werden.

Greß/Stegmüller (2016) von der Hochschule Fulda haben in einem Gutachten Kriterien für ein tragfähiges Personalbemessungssystem in der stationären Altenpflege formuliert. Unter anderem müsse die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben überprüft und gegebenenfalls sanktioniert werden. Zudem müssten sie bundesweit einheitlich sein und bei den Pflegesatzverhandlungen berücksichtigt werden. ver.di schließt sich diesen Forderungen der Wissenschaftler an.

Ausbildung: kostenfrei und vergütet

Die Auszubildenden von heute sind die Fachkräfte von morgen. Deshalb gilt es, die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen attraktiv zu gestalten. Dafür müssen die Ausbildungen an veränderte Anforderungen angepasst und die Bedingungen verbessert werden. Am besten könnten Qualitätsstandards auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes gesichert werden. Zumindest aber sollte ein bundesweit einheitlicher Rechtsrahmen geschaffen werden, der die Vielzahl unterschiedlicher Regelungen vereinheitlicht. Dabei muss für alle Gesundheitsfachberufe ein gesetzlicher Anspruch auf eine angemessene Ausbildungsvergütung be-

stehen. Während das in den Pflegeberufen und anderen Ausbildungsberufen längst selbstverständlich ist, werden beispielsweise Medizinisch-Technische Assistent/innen und Physiotherapeut/innen – trotz hoher Praxisanteile – in der Ausbildung nicht bezahlt. Die Ausbildungen im Gesundheitswesen müssen durchlässig und für die Auszubildenden kostenfrei sein. Vor dem Hintergrund des Fachkräftebedarfs ist es absurd, dass in der Altenpflege und in einigen anderen Gesundheitsfachberufen teilweise Schulgeld gezahlt werden muss. Um die Ausbildungsqualität zu sichern, muss der Anspruch auf eine angemessene Praxisanleitung gesetzlich verankert bzw. gestärkt werden. Ein entsprechender Anspruch ist derzeit jeweils nur im Krankenpflege-, Altenpflege- und Notfallsanitätergesetz verankert. Wichtig für eine gute Ausbildung ist daher eine Verankerung der Praxisanleitung in allen Berufszulassungsgesetzen. Geplante und strukturierte Praxisanleitung muss mindestens zehn Prozent der praktischen Ausbildungszeit ausmachen. Wichtig ist auch, dass die Mehrkosten der Praxisanleitung grundsätzlich refinanziert werden, wie das derzeit insbesondere für die Ausbildungen nach dem Krankenpflegegesetz der Fall ist.

In der Debatte über eine Reform der Pflegeausbildung plädiert ver.di für eine integrierte Ausbildung: Die Ausbildungen in der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege sollten näher zusammengeführt werden, die jeweiligen Spezialisierungen aber erhalten bleiben. Unabhängig davon kann die Attraktivität der Altenpflegeausbildung sofort gesteigert werden, indem endlich in allen Bundesländern Schulgeld abgeschafft und Umlageverfahren eingeführt werden. Zudem muss die Umschulung zur Altenpflegerin und zum Altenpfleger vollständig finanziert werden. Das kann vielen Menschen, die bereits Berufs- und Lebenserfahrung gesammelt haben, eine Perspektive in einem gesellschaftlich wichtigen Beruf eröffnen und dem steigenden Fachkräftebedarf Rechnung tragen. Ein Beleg dafür ist die deutliche Zunahme von Umschulungen in der Altenpflege im Rahmen der befristeten Förderung des dritten Umschulungsjahres. Bund, Länder und die Bundesagentur für Arbeit müssen dafür sorgen, dass eine verbindliche Regelung zur vollständigen Finanzierung der Ausbildungskosten bei Umschulungsmaßnahmen über 2017 hinaus getroffen wird. Angesichts des Fachkräftebedarfs darf es bei der Anzahl der Umschulungen nicht zu einem Einbruch kommen.

Migration: keine Lösung für den Fachkräftebedarf

Teilweise wird spekuliert, ob dem hohen Bedarf an Fachkräften in der Pflege durch die Anwerbung ausländischer Beschäftigter begegnet werden kann. Doch die zunächst europaweit, dann aber auch weltweit in Gang gesetzte Migrationsdynamik bringt erhebliche Risiken für die ohnehin fragilen Gesundheitssysteme der betroffenen Länder mit sich. Die Versorgungssituation in den Herkunftsländern könnte sich verschlechtern, qualifizierte Ausbildungen könnten vernachlässigt oder abgewertet werden, die Arbeitsbedingungen der dortigen Pflegekräfte könnten leiden. Dies lässt bezweifeln, ob das gezielte Anwerben ausländischer Gesundheitsfachkräfte überhaupt einen problemadäquaten Lösungsansatz darstellen kann, und wenn ja, wie Migration im Kontext des deutschen bzw. europäischen Sozialmodells mit seiner grundsätzlichen Orientierung am Solidargedanken ausgestaltet werden kann. Klar ist: Allein durch Migration ist das Problem fehlender Fachkräfte nicht zu lösen. Zudem muss bei der Beschäftigung von Migrantinnen und Migranten die Einhaltung des Grundsatzes »gleicher Lohn für gleiche Arbeit am gleichen Ort« garantiert sein.

2.2 Arbeitgeber in der Verantwortung

Manche Arbeitgeber missbrauchen den vermeintlichen Fachkräftemangel als Argument gegen gesetzliche Personalvorgaben. Dabei sind sie mitverantwortlich dafür, dass Fachkräfte fehlen. Würden sie Arbeitsbedingungen schaffen, die den Krankenstand, die Frührehabilitation, den Rentenbeginn und die Teilzeitquote auf den durchschnittlichen Stand aller Erwerbstätigen senken, wäre ein enormes Potential zusätzlicher Fachkräfte zu schöpfen. Arbeitgeber klagen viel, aber sie verschleißen die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit ihrer Beschäftigten messbar und in einem Ausmaß wie in kaum einer anderen Branche.

Statt nach Ausnahmeregelungen zu rufen, müssen die Arbeitgeber ihre Hausaufgaben machen. Mit guter Bezahlung, attraktiven und gesunden Arbeitsbedingungen, hochwertiger Ausbildung und dem Eingehen auf individuelle Bedürfnisse von Beschäftigten können Fachkräfte gewonnen und gehalten werden. Mit der Forderung nach Abstrichen bei Personalvorgaben zielen Arbeitgeber darauf, sich frei zu halten von personalbezogenen Qualitätsvorgaben für Versorgung und Pflege. Das ist aus Sicht von Patient/innen und Pflegebedürftigen nicht zu akzeptieren. Wo Arbeitgeber nicht das erforderliche Personal an Bord haben, müssen sie ihre Leistungen anpassen und entsprechend weniger neue Patient/innen oder Bewohner/innen aufnehmen. Noch mehr Leistung mit noch weniger Personal – das geht nicht.

Gute Bezahlung

ver.di tritt dafür ein, dass in Vollzeit beschäftigte Pflegefachkräfte mindestens 3.000 Euro brutto im Monat verdienen. Beschäftigte in der Altenpflege lagen 2013 mit durchschnittlich 2.441 Euro deutlich darunter (IAB 2015). In Sachsen-Anhalt verdienten qualifizierte Altenpflegekräfte laut IAB lediglich 1.743 Euro brutto. Zum Vergleich: Der Durchschnitt aller Branchen lag 2013 bundesweit bei 3.462 Euro. Die schlechte Bezahlung in der Altenpflege – die Vergütung liegt hier laut WSI-Lohnspiegel um 21 Prozent unter der Krankenpflege – schadet nicht nur der Attraktivität des Berufs. Sie führt auch dazu, dass die Mehrheit der Altenpflegekräfte der Gefahr von Altersarmut ausgesetzt ist.

Wo nach Tarif bezahlt wird, verdienen Beschäftigte etwa ein Viertel mehr als ihre Kolleginnen und Kollegen in tariflosen Einrichtungen (WSI-Lohnspiegel). Doch insbesondere in privaten Pflegeeinrichtungen sind Tarifverträge die Ausnahme. Diese werden von den meisten Arbeitgebern entschieden abgelehnt. Daher müssen Tarifverträge in einzelnen Einrichtungen in langen Konflikten durchgesetzt werden. Das ist unwürdig, schadet dem Image der Branche und des Berufes und entspricht nicht den Gepflogenheiten eines Sozialstaats. Sozialversicherungsbeiträge dürfen nicht länger dazu dienen, prekäre Arbeit zu finanzieren. ver.di erwartet, dass politische Rahmenbedingungen geschaffen werden, die tariftreue Einrichtungen belohnen. Der Vorrang für Einrichtungen gem. § 11 Abs. 2 SGB XI, die ohne Tarifvertrag sind, muss ausgeschlossen werden. Mit Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetz I zum 1. Januar 2015 gilt: Wer seine Beschäftigten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen nach Tarifvertrag oder kirchenarbeitsrechtlichen Vereinbarungen entlohnt, bekommt die Gehälter von den Kostenträgern in der Pflegevergütung refinanziert. Tariflöhne müssen bei Vergütungsverhandlungen berücksichtigt werden und dürfen nicht als „unwirtschaftlich" abgelehnt werden. Wenn der Arbeitgeber nicht tarifgebunden ist, werden Löhne seit Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes III zum 1. Januar 2017 bis zur Höhe von Tariflöhnen refinanziert. Somit gibt es keinen Grund mehr, den Beschäftigten eine tarifliche Bezahlung vorzuenthalten.

Ziel von ver.di ist es, allgemeinverbindliche Tarifverträge in der Altenpflege durchzusetzen. Dadurch würden auch nicht-tarifgebundene Anbieter zu besseren Arbeitsbedingungen und anständigen Vergütungen verpflichtet. Leider scheitert das bisher an den kirchlichen Trägern Caritas und Diakonie, die vehement an ihrem kirchlichen Sonderrecht, dem sogenannten Dritten Weg, festhalten und bis auf wenige Ausnahmen nicht bereit sind, mit ver.di Tarifverträge abzuschließen. Die Politik ist gefragt, die Blockademöglichkeiten der Arbeitgeber im Tarifausschuss zu beseitigen; Die Hürden für Anträge auf Allgemeinverbindlichkeit von Tarifverträgen müssen gesenkt werden.

Eine untere Haltelinie bei der Bezahlung bildet der Pflegemindestlohn. Aktuell haben sich Arbeitgeber und Gewerkschaftsvertreter/innen in der Pflegemindestlohn-Kommission auf neue Lohnuntergrenzen für Pflegehilfstätigkeiten verständigt. Die Einigung sieht vor, dass der Pflegemindestlohn in den elf westlichen Bundesländern einschließlich Berlin zum 1. Januar 2018 auf 10,55 Euro, zum 1. Januar 2019 auf 11,05 Euro sowie zum 1. Januar 2020 auf 11,35 Euro steigt. In den östlichen Bundesländern wird der Pflegemindestlohn zu den gleichen Zeitpunkten auf 9,50 Euro, 10,05 Euro, 10,55 Euro und 10,85 Euro pro Stunde angehoben. Die Vereinbarung gilt bis zum 30. April

2020.Das Ergebnis ist vertretbar, ver.di bedauert aber, dass es nicht gelungen ist, die Arbeitgeberseite von Mindestlöhnen für Pflegefachkräfte, der Einführung von 30 Tagen Urlaub im Jahr und einer Gleichstellung der Pflegebeschäftigten in den ostdeutschen Bundesländern zu überzeugen.

Attraktive Arbeitgeber

Die Arbeitgeber haben es in der Hand, mit attraktiven Bedingungen dafür zu sorgen, dass Fachkräfte gewonnen und gehalten werden. Neben der Tarifbindung und einer betrieblichen Altersversorgung betrifft das beispielsweise die Vereinbarkeit von Privatleben, Familie und Beruf. Der Arbeitgeber sollte die Wünsche und individuellen Bedürfnisse der Beschäftigten berücksichtigen. Verlässliche Dienstpläne sind dafür entscheidend. Beschäftigte dürfen nicht immer wieder kurzfristig abweichend vom Dienstplan zur Arbeit eingeteilt werden. Viele Arbeitgeber missachten die Mitbestimmungsrechte der betrieblichen Interessenvertretung bei der Dienstplanung. Das muss aufhören. Dienstpläne müssen die Aufgaben von Beschäftigten beispielsweise bei der Kinderbetreuung und der Sorge für pflegebedürftige Angehörige berücksichtigen. Geteilte Dienste müssen der Vergangenheit angehören. Gleiches gilt für befristete oder anderweitig prekäre Arbeitsverhältnisse. Leiharbeit und Werkverträge sollten nur in begründeten Ausnahmefällen zum Einsatz kommen. Denn vordergründig erscheint der Einsatz von Leihbeschäftigten in der Pflege als Entlastung der Stammkräfte, letztlich bedeutet er aber eine zusätzliche Belastung, wenn ein Teil des Teams nicht in die Abläufe und Strategien eingebunden ist.

Gesunde Arbeitsplätze

Der Krankenstand im Gesundheitswesen ist messbar höher als im Durchschnitt aller Berufe. So registrierte die Techniker Krankenkasse (2013) bei ihren Versicherten durchschnittlich 13,7 Arbeitsausfalltage wegen Krankheit pro Jahr. In den Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege (ohne Spezialisierung) waren es 19,6 Tage. Auch von psychischen Erkrankungen sind Beschäftigte des Gesundheitswesens überdurchschnittlich oft betroffen. So stellte die DAK-Gesundheit (Psychoreport 2015) fest, dass auf 100 Versicherte 237 Ausfalltage kamen. Bei Beschäftigten des Gesundheitswesens waren es mit 358 Tagen über die Hälfte mehr.

Das sind alarmierende Zahlen, aus denen Arbeitgeber Schlussfolgerungen ziehen müssen. Sie zeigen, wie dringend die Entlastung der Beschäftigte ist. Es braucht mehr Personal über verbindliche Vorgaben, nachts mindestens zwei Pflegekräfte auf der Station sowie Ausfallkonzepte und Personalreserven für den Krankheitsfall. Das und (fair bezahlte) Rufbereitschaften können verhindern, dass Pflegekräfte aus ihrer Freizeit zum Dienst geholt werden.

Angebote zur Weiterbildung, zur Stärkung persönlicher Ressourcen, zur Förderung der Gesundheit sind nötig. Ebenso die Schulung von Führungskräften in einem guten und wertschätzenden Umgang mit Beschäftigten. Gesetzlich verpflichtet sind Arbeitgeber zur Erstellung von Gefährdungsbeurteilungen, die auch psychische Belastungen berücksichtigen. Werden diese Instrumente für wirksame Maßnahmen zur Entlastung genutzt, kann das die Krankheitsquote verringern, dem Fachkräftemangel entgegenwirken und die Arbeitszufriedenheit steigern. Tatsächlich werden Gefährdungsbeurteilungen durch die Arbeitgeber aber noch viel zu wenig eingesetzt, obwohl sie verpflichtend durchzuführen sind.

Vollzeitarbeit ermöglichen

Pflegekräfte arbeiten weitaus häufiger in Teilzeit als andere Beschäftigtengruppen. Das Bundeswirtschaftsministerium hat 2012 in einer Broschüre vorgerechnet: Wäre der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in der Pflege so hoch wie im Gesamtdurchschnitt (34,5 Prozent), »würde sich die Zahl der in Vollzeit beschäftigten um knapp 48.000 im ambulanten und knapp 77.500 im stationären Bereich (zusammen 125.500 Vollzeit-Äquivalente) erhöhen«. Hätten die Krankenhäuser ihre Teilzeitquote von 2005 stabil gehalten, hätten sie allein

deswegen heute 9.300 Vollzeitkräfte mehr an Bord.

Die Gründe für Teilzeitarbeit sind verschieden. Vielfach führt die hohe Belastung dazu, dass Pflegekräfte ihre Arbeitszeit »freiwillig« reduzieren und in Teilzeit fliehen. Wir beobachten das in Krankenhäusern ebenso wie in der Altenpflege. Daneben gibt es eine hohe Zahl von Personen, die unfreiwillig Teilzeit arbeiten. Insbesondere bei Pflegehilfskräften und in Ostdeutschland ist Teilzeitarbeit oft unfreiwillig. Von den Teilzeitbeschäftigten in Ostdeutschland geben 46 Prozent der Fachkräfte und 55 Prozent der Helfer/innen in der Altenpflege sowie 41 Prozent der Hilfskräfte in Krankenhäusern an, keine Vollzeitstelle gefunden zu haben. Das gilt auch für viele Pflegehelfer/innen im Westen (IAB 2015). Wenn Arbeitgeber über Fachkräftemangel reden, zugleich aber ihre Beschäftigten in Teilzeitverträge zwingen, passt das nicht zusammen.

Erträgliche Arbeitsbedingungen könnten die Flucht in Teilzeitarbeit stoppen. Helfen könnten auch Angebote von Arbeitgebern, die die Arbeitszeitwünsche der Beschäftigten in unterschiedlichen Lebensphasen berücksichtigen – zum Beispiel zur Rückkehr nach Erziehungszeiten.

Gesund bis zur Rente

In der Krankenpflege können sich 77 Prozent, in der Altenpflege 73 Prozent der Beschäftigten nicht vorstellen, ihre Tätigkeit bis zum gesetzlichen Rentenalter ausüben zu können (INIFES 2015). Pflegekräfte in Krankenhäusern tragen ein überdurchschnittlich hohes Risiko für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente und müssen deutlich früher als andere Gruppen Rehabilitationsleistungen in Anspruch nehmen. (Schöer 2016). Durch die überdurchschnittlich hohe Zahl an Frühverrentungen verlieren Kliniken und Pflegeeinrichtungen viele Fachkräfte, die unter anderen Bedingungen im Beruf gehalten werden könnten. Dagegen helfen bessere Arbeitsbedingungen. Auch verlässliche Arbeitszeiten, der Ausgleich besonderer Belastungen (zum Beispiel zusätzliche Freizeit bei Schicht- und Nachtarbeit), Angebote zur Gesundheitsförderung, ein altersgerechter Aufgabenmix und die Möglichkeit zum Wechsel von Tätigkeiten sowie zum flexiblen Übergang in die Rente sind Wege, das Fachkräftepotenzial zu erhalten.

Gute Ausbildung

Ob der Fachkräftebedarf in Zukunft gedeckt werden kann, hängt entscheidend von der Ausbildung qualifizierter Fachkräfte ab. Dafür braucht es zum einen gute Ausbildungsbedingungen. Zum anderen können junge Fachkräfte nur dann gewonnen und gehalten werden, wenn ihnen attraktive Perspektiven im Beruf geboten werden. Doch schon in ihrer Ausbildung bekommen sie die Folgen der prekären Personalsituation zu spüren, wie der ver.di-Ausbildungsreport 2015 am Beispiel der Pflegeberufe belegt. Besonders großer Handlungsbedarf besteht demnach bei der praktischen Ausbildung.

Die Praxisanleitung trägt wesentlich zum Erfolg der Ausbildung bei. Deshalb muss die Praxisanleitung in allen Berufszulassungsgesetzen verankert werden. Neben dieser politischen Forderung setzt sich ver.di gemeinsam mit den betrieblichen Interessenvertretungen und Auszubildenden dafür ein, dass die Praxisanleitung sichergestellt wird, zum Beispiel durch entsprechende Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen. Die Praxisanleitung muss geplant und strukturiert durch berufspädagogisch qualifizierte Fachkräfte (Praxisanleiter/innen) erfolgen. Sie muss mindestens zehn Prozent der praktischen Ausbildungszeit ausmachen. Ein höherer Umfang ist für eine qualitativ hochwertige Ausbildung ausdrücklich anzustreben. Praxisanleiter/innen sind mit den Auszubildenden im Rahmen der regulären Dienstplanung gleichzeitig und zusätzlich einzusetzen. Die Anleitung von Auszubildenden ist eine ständige Aufgabe, die sich nicht auf zehn Prozent der praktischen Ausbildung beschränkt. Hinzu kommt die situative Anleitung, die auch in alltäglichen Lernsituationen durch ständige Anwesenheit qualifizierten Fachpersonals sicherzustellen ist. Die Praxisanleiter/innen brauchen ausreichend Zeit und eine gute Bezahlung bzw. Eingruppierung. Ihre Freistellung für diese Tätigkeit muss gewährleistet sein. Auch für Fortbildungen müs-

sen sie freigestellt und diese müssen vom Arbeitgeber finanziert werden.

Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen konkurrieren bei der Nachwuchsgewinnung mit anderen Branchen. Bei den betrieblich-schulischen Ausbildungen gibt es derzeit keinen gesetzlichen Anspruch auf eine angemessene Ausbildungsvergütung. Bei den Pflegeberufen ist es beispielsweise dagegen längst selbstverständlich, dass die Auszubildenden bezahlt werden. Sowohl das Altenpflegegesetz als auch das Krankenpflegegesetz schreiben für die Ausbildung eine »angemessene Ausbildungsvergütung« vor. Angemessen ist nach der ständigen Rechtsprechung der Arbeitsgerichte die tariflich vereinbarte Vergütung. Die tarifliche Ausbildungsvergütung für Auszubildende in Pflegeberufen im Geltungsbereich der Tarifverträge des öffentlichen Dienstes (TVAöD) beträgt ab Februar 2017 im ersten Ausbildungsjahr 1040,69 Euro, im zweiten Ausbildungsjahr 1.102,07 Euro und im dritten Ausbildungsjahr 1.203,38 Euro. Das ist deutlich mehr als bei Ausbildungsberufen nach dem Berufsbildungsgesetz. Die Arbeitgeber können aber unabhängig von einem gesetzlichen Anspruch auf Vergütung aktiv werden und die Attraktivität der Ausbildungen steigern, indem sie diese in die Tarifverträge für Auszubildende einbeziehen.

Auch für die Ausbildungsqualität ist es entscheidend, die allgemeine Überlastung zu beseitigen. Es braucht mehr Personal, um den Arbeitsdruck zu verringern. Pausen müssen eingehalten, die Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf ermöglicht werden. Überstunden von Auszubildenden sollten grundsätzlich gar nicht erst anfallen.

Sollen Auszubildende im Betrieb gehalten werden, müssen die Arbeitgeber ihnen frühzeitig Angebote zur Übernahme nach der Ausbildung machen.

Literatur

- Aiken, Linda H. (2010): The California nurse staffing mandate: implications for other states. In: Leonard Davis Institute of Health Economics/Issue Brief, vol. 15, no. 4, pp. 1-4.
- AOK-Pflegereport Bayern, 2010
- BKK-Gesundheitsreport 2016
- Blum et al. 2016: Krankenhaus Barometer 2016, Deutsches Krankenhaus Institut
- DAK-Gesundheit: Psychoreport 2015
- DGB-Index Gute Arbeit, Report 2012
- Greß/Stegmüller 2016: Gesetzliche Personalbemessung in der stationären Altenpflege, pg-papers 01/2016
- Hickey, Patricia A.; Gauvreau, Kimberlee; Jenkins, Kathy; Fawcett, Jacqueline; Hayman, Laura (2011): Statewide and National Impact of California's Staffing Law on Pediatric Cardiac Surgery Outcomes. In: Journal of Nursing Administration, vol. 41, no. 5, pp. 218-225
- Bräutigam, Evans, Hilbert: Pflegebedarf in Wohn- und Versorgungsformen für Pflegebedürftige (Pflegereport 2015)
- Inifes 2015: Das Gesundheits- und Sozialwesen. Eine Branchenanalyse
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB): Viel Varianz. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient, 27. Januar 2015
- Schlussfolgerungen aus den Beratungen der Expertinnen- und Expertenkommission »Pflegepersonal im Krankenhaus«, Berlin, 7. März 2017
- Schöer 2016: Erwerbsminderungsrente in der Krankenpflege. Erklärungsansätze und Handlungsmöglichkeiten, IAT, Forschung aktuell 01/2016
- Techniker Krankenkasse: Gesundheitsreport 2013
- ver.di, Bereich Berufspolitik/Jugend (2016): Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015, https://gesundheit-sozia-les.verdi.de/++file++586e63e0f1b4cd1221c4bdd0/download/Ausbildungsreport_2015.pdf