

Benedix, Ulf; Medjedovic, Irena

Research Report

Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege: Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten

Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen, No. 6

Provided in Cooperation with:

Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW), Universität Bremen / Arbeitnehmerkammer Bremen

Suggested Citation: Benedix, Ulf; Medjedovic, Irena (2014) : Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege: Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten, Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen, No. 6, Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW), Universität Bremen und Arbeitnehmerkammer Bremen, Bremen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/98146>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege

ULF BENEDIX | IRENA MEDJEDOVIĆ

**Gestaltungsoptionen
aus Sicht der Beschäftigten**

EINE PUBLIKATION VON

Die Arbeitnehmerkammer Bremen vertritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Interessen der im Land Bremen beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Um diesem gesetzlichen Auftrag auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Forschungsergebnisse umfassend gerecht zu werden, kooperiert die Arbeitnehmerkammer mit der Universität Bremen. Teil dieser Kooperation ist das Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW), das gemeinsam von beiden Häusern getragen wird. Schwerpunkte des IAW sind die Erforschung des Strukturwandels von Arbeit, Wirtschaft und Gesellschaft, insbesondere in seinen Auswirkungen auf Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Im Rahmen dieser Reihe werden die Forschungsergebnisse, die aus der Kooperation zwischen Arbeitnehmerkammer und IAW hervorgehen, veröffentlicht.

Impressum

Herausgeber:

Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW)
Universität / Arbeitnehmerkammer
Bremen
Universitätsallee 21–23
28359 Bremen

Arbeitnehmerkammer Bremen
Bürgerstraße 1
28195 Bremen

Umschlaggestaltung:

Designbüro Möhlenkamp, Bremen

Titelfoto:

Kay Michalak, fotoetage

Druck:

Druckerei Wellmann, Bremen

1. Auflage 2014
ISSN: 2195-7266

Bestellung:

Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW)
Geschäftsstelle
Telefon +49 421 218-61704
info@iaw.uni-bremen.de
Schutzgebühr: 5,- Euro

Ulf Benedix / Irena Medjedović

Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege

Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten

Kurzfassung

Die Pflege befindet sich im Umbruch. Neue Versorgungsmodelle, neue Formen der Arbeitsteilung, neue Berufsbilder und Ausbildungsgänge sowie neue Anforderungen an die Pflegekräfte entwickeln sich. Die Ökonomisierung des Gesundheitssystems, das heißt zunehmender Wettbewerbsdruck und Zwang zur Kosteneffizienz der angebotenen Leistungen schreiten voran. Von diesem Strukturwandel sind die Arbeit und das Bild der Pflege erheblich betroffen. Allerdings ist es notwendig, dass diese Veränderungen nicht zu einer weiteren Verschlechterung der Arbeitsbedingungen führen. Um auch in Zukunft ausreichend und gut qualifiziertes Personal zu finden, muss Pflegearbeit stattdessen attraktiver werden. Daher stellt sich die Frage, wie der Strukturwandel mit einer Verbesserung der Qualität der Arbeit und Akzeptanz der Beschäftigten verbunden werden kann.

Antworten auf diese Frage haben wir mit einer Befragung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in der Bremer Pflege gesucht. In leitfadengestützten Interviews mit insgesamt 40 Pflegekräften wurde ermittelt, welche Chancen, Risiken und Gestaltungsmöglichkeiten Beschäftigte im Strukturwandel sehen. Dabei standen vor allem folgende vier Handlungsfelder im Vordergrund der Untersuchung: 1. Arbeitsteilung und Pflegekonzepte im Strukturwandel, 2. Berufliches Selbstverständnis der Pflegekräfte, 3. Qualifikationsentwicklung und Ausbildungstrends in der Pflege sowie 4. Gestaltungsoptionen für „gute“ Pflegearbeit.

Mit dem letzten Punkt setzt die vorliegende Arbeit eine Untersuchung fort, die wir 2012 mit einer Befragung der regionalen Pflegeeinrichtungen begonnen hatten. Die Selbstauskunft der Arbeitgeber war dabei positiv: Viele haben den Handlungsbedarf erkannt und sehen sich bereits auf dem Weg, „gute Arbeit“ für die Beschäftigten zu ermöglichen. Umso mehr interessierte uns, inwiefern diese Aktivitäten der Arbeitgeber ihr Ziel erreichen. Hier zeigen die Ergebnisse deutlich, dass die Wahrnehmung von Einrichtungen und Beschäftigten auseinander fallen.

Die Pflegekräfte haben in den Interviews viele Ideen und Handlungsmöglichkeiten für „gute Arbeit“ im Strukturwandel entwickelt. So werden die Ansätze zu *neuen Formen der Arbeitsteilung* von den Pflegekräften konstruktiv aufgegriffen. Vor allem im Krankenhaus und in der stationären Pflege wird eine neue Verteilung von Aufgaben zwischen den beteiligten Berufsgruppen erwartet. Hier gehen die befragten Pflegekräfte davon aus, dass ein hoher Fachkräfteanteil in den Teams aufrecht erhalten bleiben muss. Auf dieser Grundlage sehen sie Potenzial für den Einsatz von Pflegehilfskräften sowie Servicekräften.

Beides unterliegt jedoch bestimmten Voraussetzungen: Zuerst gibt es keine Tätigkeiten, die pauschal oder grundsätzlich an Pflegehilfskräfte oder Servicekräfte übertragen werden sollten. Kern einer solchen neuen Arbeitsteilung ist vielmehr, dass die Fachkraft für den Pflegeprozess verantwortlich ist und bleibt und daher fall- und situationsbezogen die Aufgaben im Team zuweisen können muss. Dafür müssen Pflegefachkräfte nicht nur den individuellen Zustand ihrer Patienten- bzw. Bewohnerschaft einschätzen können, sondern auch die Fähigkeiten der Hilfs- und Servicekräfte kennen. Nach der Erfahrung der Pflegekräfte spricht dies auch für die stabile Einbindung dieser Kolleginnen und Kollegen ins Team und etwa gegen den Einsatz von Hilfskräften im Rahmen der Zeitarbeit.

Was die Übernahme bestimmter ärztlicher Tätigkeiten angeht, ist sie in allen drei Versorgungsbereichen in unterschiedlichem Ausmaß bereits Realität. Pflegefachkräfte akzeptieren diese Aufgaben weitgehend als Bestandteil von Pflegearbeit. Jedoch ist es problematisch, dass Pflegekräfte derzeit in einer Grauzone arbeiten und dies zu einer Verunsicherung bei den Pflegekräften führt: „Was ist denn nun Teil der Pflegearbeit und was nicht?“ Es ist daher erforderlich, hier endlich für eine klare rechtliche Grundlage zu sorgen.

Die Vorstellungen von einer besseren Arbeitsteilung fügen sich ein in das *berufliche Selbstverständnis der Pflegekräfte*. Sie wollen ganzheitlich zuständig sein für den pflegebedürftigen Menschen, darin umfassend Verantwortung für die Planung und Umsetzung von Pflegeprozessen übernehmen und anerkannter Ansprechpartner für die anderen Berufsgruppen sein. Die Möglichkeit, selbst die Pflege an und mit den zu Pflegenden auszuführen, wollen sich Pflegekräfte nicht nehmen lassen. *Pflegekonzepte*, die vorsehen, dass Fachkräfte Pflegearbeit ausschließlich organisieren und an Hilfskräfte delegieren, werden somit abgelehnt. Eine Aufwertung professioneller Pflege versprechen dagegen Konzepte wie die „Primäre Pflege“ – aber für deren Umsetzung wird die nötige Personalausstattung weitgehend vermisst.

Im Bereich der *Qualifikations- und Ausbildungstrends* nehmen Pflegekräfte die insgesamt steigenden Qualifikationsanforderungen wahr und berichten von bewährten Modellen, wie sie diesen nachkommen können. Vor allem die Möglichkeit für Fachkräfte, sich durch Fortbildung zu Pflegeexperten/-expertinnen weiter zu entwickeln, wird von Pflegekräften einschließlich der Führungskräfte sehr positiv bewertet. Allerdings muss sichergestellt werden, dass die Pflegekräfte auf Grundlage der erworbenen Qualifikation adäquat eingesetzt werden und in ihrem neuen Handlungsfeld selbstständig und verantwortlich agieren können. Für eine gewachsene Verantwortung wird ein angemessenes Plus bei der Vergütung erwartet. Als Bedingung für den Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachkräfte „am Bett“ vermissen die Pflegekräfte klare Definitionen der Aufgaben dieser Kräfte im Team und entsprechende attraktive Vergütungsstrukturen.

In ihren Teams versuchen Pflegekräfte bereits heute alle vorhandenen Spielräume zur *Gestaltung „guter Pflegearbeit“* auszunutzen, sei es um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu unterstützen, die berufliche Fortbildung von Teammitgliedern oder eine Entlastung gesundheitlich angegriffener Kollegen und Kolleginnen zu ermöglichen. Dafür werden im Dienstplan entsprechende Arrangements gesucht. Aber auch diese Bemühungen werden durch die knappe Personalausstattung untergraben: Die Versuche finden schnell ihre eng gezogenen Schranken, weil die Entlastung der einen nur mit einer Belastung der anderen Teammitglieder erkaufte werden kann.

Für die Umsetzung „Guter Arbeit“ in der Pflege sind demnach Voraussetzungen entscheidend, die außerhalb der Macht der Pflegekräfte liegen. Und wo sollte hierfür zunächst angeknüpft werden? Zentral sind vor allem drei Ansatzpunkte:

1. Dienstplangestaltung und Ausfallkonzepte sind sehr wichtige Themen für die Pflegekräfte und für die Attraktivität der Pflegearbeit von besonderer Bedeutung. Für viele Pflegekräfte muss ein verbindlicher und verlässlicher Dienstplan wiederhergestellt werden, damit die Freizeit nicht nur als Erholung für die Arbeit funktioniert, sondern sich auch eine Work-Life-Balance für die unterschiedlichen Lebensphasen der Pflegekräfte einstellen kann. Insofern sollte ganz oben auf der Agenda der Einrichtungen stehen, ein verlässlich funktionierendes Ausfallkonzept in Form eines qualitativ und quantitativ ausreichend bemessenen Springerpools oder vergleichbare Lösungen einzurichten.
2. In der Frage der Vergütungen erwarten Pflegekräfte dringend deutliche Verbesserungen. Von einem „Tarifvertrag Soziale Dienste“ erhoffen sich vor allem Pflegekräfte in der Altenpflege, dass der weiteren Deregulierung der Verdienste in der Pflege ein Ende gesetzt wird. An einen solchen Tarifvertrag richten sich hohe Erwartungen.
3. Die Frage einer aufgabenadäquaten Personalausstattung zieht sich als Voraussetzung für die Nutzung von Verbesserungsmöglichkeiten quer durch alle Handlungsfelder. Besonders die Nutzung der Möglichkeiten, die die Pflegekräfte in neuen Formen der Arbeitsteilung und der Pflegeorganisation sehen, hängt davon ab, dass die aktuelle Personalknappheit überwunden wird. Die Pflege bedarf daher einer gesetzlichen Regelung, mit der eine ausreichende Personal- und Fachkräftebesetzung für die verschiedenen Pflegesettings gemessen an den jeweiligen Pflegeaufgaben konkret definiert und gegenüber den Kostenträgern begründet werden kann.

Pflegekräfte nehmen zur Kenntnis, dass Pflege heute primär nach Kriterien ihrer Wirtschaftlichkeit organisiert wird. Dass ihre Arbeit mehr daran gemessen wird, ob sie sich betriebswirtschaftlich rechnet, und weniger daran, welche Pflege sich damit gestalten lässt, empfinden viele aber als Widerspruch zur spezifischen Aufgabe der Pflege und zu ihrem ethisch definierten Selbstverständnis als Pflegenden.

Pflegekräfte wissen, dass die Einlösung ihrer Erwartungen an „gute Arbeit“ in der Pflege an der Frage der Finanzierung hängt. Sie gehen aber davon aus, dass „mehr Geld ins System“ keine unrealistische Forderung ist und berufen sich dabei auf die Übereinstimmung der Interessen zwischen ihnen als Pflegekräften und der Gesellschaft, die gute Pflege für sich und Angehörige erwartet.

Vielen Pflegekräften in der Befragung galt es als gutes und vorwärts weisendes Signal, dass 2013 in Bremen und bundesweit Pflegekräfte protestiert und die Öffentlichkeit auf die schlechten Arbeitsbedingungen aufmerksam gemacht haben. Für den Erfolg ihrer Forderungen dürfte es allerdings wichtig sein, dass sie sich selbst nicht länger primär nur als professionell Helfende in gesellschaftlichem Auftrag definieren und in dieser Rolle Berücksichtigung einklagen, sondern sich den Herausforderungen einer ökonomisierten Pflege nun auch stärker in ihrer Rolle als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer stellen.

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	6
TABELLENVERZEICHNIS	6
TEIL A: GUTE ARBEIT UND STRUKTURWANDEL IN DER PFLEGE	7
1 PFLEGearBEIT IM STRUKTURWANDEL: WARUM „GUTE ARBEIT“ IN DER PFLEGE AUS SICHT DER BESCHÄFTIGTEN THEMATISIERT WERDEN MUSS	7
1.1 Demografischer Wandel und Fachkräfteengpass in der Pflege	7
1.2 Attraktivität der Pflegearbeit – eine negative Bilanz	8
1.3 Arbeitsteilung im Wandel	11
1.4 Berufsbild der Pflege unter Anpassungsdruck	12
1.5 Strukturwandel in der Pflege als Chance für Frauen?	13
2 ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNGEN DES PROJEKTS	14
3 UNTERSUCHUNGSDESIGN UND METHODE	15
3.1 Qualitative Befragung von Pflegekräften	15
3.1.1 Größe und Struktur des Beschäftigten-Samples	15
3.1.2 Leitfadententwicklung und Auswertungsprozess	16
3.2 Expertengespräche	16
4 STRUKTURDATEN ZUR REGIONALEN PFLEGE	17
4.1 Beschäftigung in der Pflege (Land Bremen)	17
4.2 Daten zur Verdienstentwicklung (Gesundheits- und Sozialwesen)	17
TEIL B: ERGEBNISSE DER BESCHÄFTIGTENBEFRAGUNG HANDLUNGSOPTIONEN IM STRUKTURWANDEL AUS SICHT DER PFLEGEKRÄFTE - CHANCEN, RISIKEN UND VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE GESTALTUNG ATTRAKTIVER PFLEGearBEIT	20
5 ARBEITSTEILUNG, ORGANISATIONSMODELLE UND PFLEGEKONZEPTE IM STRUKTURWANDEL	22
5.1 Pflege macht alles?	22
5.2 Veränderungen in der Arbeitsteilung zwischen Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften	23
5.2.1 Beispiel ineffizienter Arbeitsteilung zwischen Fach- und Hilfskräften	23
5.2.2 Optimierung der Arbeitsteilung Fachkraft-Hilfskraft und deren Voraussetzungen	24
5.3 Entlastungsmöglichkeiten durch Servicekräfte	26
5.3.1 Was sind pflegefremde Tätigkeiten?	26
5.3.2 Qualifikation der Servicekräfte – Hotel oder Pflegehilfe-Kurs?	27
5.4 Aufgabenverteilung zwischen Pflegedienst und ärztlichem Dienst	28
5.5 Neue Pflegekonzepte und Organisationsformen in der Versorgung	29
5.5.1 Neue Pflegekonzepte: Primäre Pflege (Primary Nursing, PN)	29
5.5.2 Neue Mischformen der Pflegeorganisation: Pflege „im Quartier“	30
5.6 Fazit: Gestaltungsansätze in den Bereichen Arbeitsteilung und Pflegekonzepte	31
6 BERUFLICHES SELBSTVERSTÄNDNIS	33
6.1 Kern der Pflegearbeit	33
6.2 Aufwertung der Pflege	34
6.3 Fazit: Gestaltungsansätze im Bereich des Berufsbilds	35

7	QUALIFIKATIONSENTWICKLUNG UND AUSBILDUNGSTRENDS	36
7.1	Qualifikationsrelevante Pflegetrends im Urteil von Pflegeexperten/ -expertinnen	36
7.2	Spezialisierung im Team: Aufbau von Pflegeexperten / Pflegeexpertinnen	37
7.3	Bewertung aktueller Ausbildungstrends	37
7.3.1	Generalistische Pflegeausbildung	38
7.3.2	Akademisierung	39
7.4	Fazit: Gestaltungsansätze auf den Feldern Qualifikationsentwicklung und Ausbildungstrends	40
8	GESTALTUNGSOPTIONEN FÜR „GUTE“ PFLEGEARBEIT	41
8.1	Maßnahmen auf dem Gebiet der Organisationsentwicklung	41
8.1.1	Vertragliche Arbeitszeiten und deren Anpassung an die Interessen der Pflegekräfte	42
8.1.2	Dienstplangestaltung	43
8.1.3	Ausfallkonzepte	47
8.1.4	Pausen und Kommunikation	48
8.1.5	Fazit: Gestaltungsansätze auf dem Gebiet der Organisationsentwicklung	49
8.2	Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflegearbeit und Lebensphasen	51
8.2.1	Arbeitsplatzgestaltung für ältere Arbeitnehmer/-innen	51
8.2.2	Vereinbarkeit Beruf – Familie	54
8.2.3	Fazit: Gestaltungsansätze zur Vereinbarkeit von Pflegearbeit und Lebensphasen	55
8.3	Aktivitäten zur Kompetenzentwicklung	56
8.4	Maßnahmen auf dem Gebiet des Arbeits- und Gesundheitsschutzes	58
8.4.1	Fazit: Gestaltungsansätze im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz	60
9	DER ROTE FADEN: PERSONALSITUATION	61
10	ANGEMESSENE VERGÜTUNG ALS FAKTOR ATTRAKTIVER PFLEGEARBEIT	62
TEIL C: ZENTRALE ERGEBNISSE		65
11	WO MUSS ZUERST ANGESETZT WERDEN?	65
12	GESELLSCHAFTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN DER PFLEGE	66
12.1	Ökonomisierung der Pflege in der Erfahrung der Pflegekräfte	66
12.2	Die öffentliche Wahrnehmung der Pflege	68
12.3	Erwartungen an Gesellschaft und Politik	68
13	LITERATUR	71
ANHANG		74

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: DURCHSCHNITTLICHE STUNDENBRUTTOVERDIENSTE IM LAND BREMEN – GEGENÜBERSTELLUNG PRODUZIERENDES GEWERBE, DIENSTLEISTUNGSBEREICH, DARUNTER GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN	18
ABBILDUNG 2: DURCHSCHNITTLICHE STUNDENBRUTTOVERDIENSTE IM LAND BREMEN IM GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN	19

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: KRANKENHAUSSTATISTIK: PFLEGEPERSONAL IM LAND BREMEN IM DEZEMBER 2012	17
TABELLE 2: PFLEGESTATISTIK: PFLEGEPERSONAL IM LAND BREMEN IM DEZEMBER 2011	18

Teil A: Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege

1 Pflegearbeit im Strukturwandel: Warum „Gute Arbeit“ in der Pflege aus Sicht der Beschäftigten thematisiert werden muss

Der vorliegende Bericht setzt eine Untersuchung fort, die 2012 im IAW mit einer Befragung der Pflegeeinrichtungen im Projekt „Arbeitskräftebedarf und Personalentwicklung in der Pflege“ begonnen wurde.¹ Dieses Projekt, im Folgenden „Einrichtungsbefragung“² genannt, war ein Beitrag der Arbeitskammer Bremen zur Bremer Pflegeinitiative.³ Es bestand aus einer standardisierten Befragung der regionalen Arbeitgeber in den Versorgungsbereichen Krankenhaus, ambulante und stationäre Pflege zu ihrem Personal- und Qualifizierungsbedarf sowie zu den Maßnahmen der Einrichtungen zur Sicherung einer nachhaltigen Beschäftigung in der Pflege: Auf welchen Handlungsfeldern der Organisationsentwicklung, der Qualifikationsentwicklung und im Arbeits- und Gesundheitsschutz werden die Einrichtungen aktiv? Die Selbstauskunft der Arbeitgeber war positiv: Viele Pflegeeinrichtungen sahen sich hier bereits auf einem guten Weg.

Angesichts einer in etlichen Studien belegten schlechten Arbeitssituation in der Pflege wurde dieses Ergebnis als Hinweis auf eine in den Einrichtungen bestehende Änderungsbereitschaft interpretiert, an die angeknüpft werden kann. Der Handlungsbedarf wird in betriebliche Aktivitäten aufgegriffen – doch was bedeuten diese Aktivitäten konkret? Sind sie zielführend? Kommen sie bei den Beschäftigten an?

Vor diesem Hintergrund wurde 2013 eine Befragung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in der Pflege durchgeführt. Als methodisches Standbein wurde ein qualitativer Untersuchungsansatz gewählt: Während die schwierigen Arbeitsbedingungen in der Pflege als hinreichend untersucht und beschrieben und damit als bekannt vorausgesetzt werden können, sollten die Pflegenden als Experten und Expertinnen ihrer eigenen Arbeit angesprochen werden. In themenzentrierten Interviews sollten Chancen, Risiken und Gestaltungspotenziale des Strukturwandels aus Sicht von Beschäftigten in der Pflege ermittelt werden.

1 <http://www.iaw.uni-bremen.de/ccm/research/Projekte/arbeitskraeftebedarf-und-personalentwicklung-in-der-pflege/>

2 Benedix/Hammer/Medjedović/Schröder (2013).

3 <http://www.soziales.bremen.de/>

Die strukturellen Veränderungen im Bereich des Gesundheitswesens, auf die sich die Beschäftigtenbefragung bezieht, entfalten sich im Rahmen eines vielschichtigen gesellschaftlichen Prozesses, an den eine Annäherung von verschiedenen Ansätzen aus möglich ist. Entsprechend vielfältig sind auch die aktuellen Beiträge in der Wissenschaft und Öffentlichkeit. Im Folgenden wird daher der kontextuale Rahmen der Befragung lediglich kurz skizziert.⁴

1.1 Demografischer Wandel und Fachkräfteengpass in der Pflege

Es wird im Allgemeinen davon ausgegangen, dass Veränderungen in den Versorgungssystemen und damit auch der Pflegearbeit infolge des demografischen Wandels unausweichlich sind. Die Berufung auf den demografischen Wandel erfolgt auch in Bezug auf die strukturellen Veränderungen in der Pflege leider oft als „argumentative Keule“ (Kistler 2006, 9). Ob die prognostizierten Entwicklungen, auf die mit dem Wort vom demografischen Wandel nur noch gedeutet wird, tatsächlich so gut begründet und in ihrem Eintreffen wahrscheinlich sind, wie dabei unterstellt wird, ist jedoch fraglich. Zweifel an der Haltbarkeit der „demographischen Mythen“ (Kistler 2006) wie die „Mythen der Gesundheitspolitik“ (Reiners 2011) sind angebracht, wenn etwa unter Hinweis auf den demografischen Wandel eine kommende Unfinanzierbarkeit der Pflege an die Wand gemalt wird, der nur durch eine weitere konsequente Ökonomisierung begegnet werden könne. Dass mit dem demografischen Wandel neue Herausforderungen auf die Pflege zukommen soll damit nicht bestritten werden. Welche konkreten Veränderungen in den Pflegesystemen daraus folgen, ist jedoch auch davon abhängig, wie der Strukturwandel aktiv gestaltet wird.

- Mit steigender Lebenserwartung verändert sich die Pflegeklientel. Die Zahl hochbetagter Menschen wird zunehmen. Oft wird davon ausgegangen, dass daher Demenzerkrankungen und Multimorbidität zunehmen werden. In welchem Umfang Pflegebedürftigkeit damit tatsächlich zunehmen wird, kann allerdings bislang nicht eindeutig beantwortet werden (Reiners 2011, 64ff). Gibt es einen linearen Zusammenhang zwischen verlängerter Lebenszeit und Gesundheitskosten, wie es die „Medikalisierungsthese“ nahelegt? Oder verschiebt sich die Lebensphase, in der der Pflegebedarf hoch ist, bei besseren Lebensbedingungen und wirksamer Gesundheitsvorsorge mit

4 Eine umfassende Darstellung der komplexen Entwicklungen im Gesundheitswesen kann und soll an dieser Stelle nicht geleistet werden. Siehe hierzu auch die Darstellung der Situation in der Pflege in der „Einrichtungsbefragung“. Eine aktuelle, auf den Punkt gebrachte Darstellung der aktuellen Innovationsfelder in der Gesundheitswirtschaft findet sich z. B. in Klaes et al. 2013, 22ff.

steigender Lebenserwartung lediglich nach hinten, wovon die „Kompressionsthese“ ausgeht? Wie sehr sich die „Kompressionsthese“ bewahrheiten kann, hängt damit auch von der politischen Gestaltung der Lebensbedingungen und des Gesundheitswesens selbst ab.

- Zunehmend tritt eine Generation in die Nacherwerbs-Lebensphase ein, die neue Ansprüche an ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben im Alter entwickelt hat und neue Versorgungsformen und Dienstleistungen nachfragt. Veränderungen in den Familienstrukturen, gewachsene Mobilitätsanforderungen an die Arbeitskräfte und steigende Frauenerwerbstätigkeit bedeuten, dass Pflege weiter zunehmend als professionelle Pflege geleistet werden muss, da sie weniger von Angehörigen geleistet werden kann. Dies würde eine weitere Zunahme in der Nachfrage nach Pflegeleistungen und damit wachsenden Personalbedarf in der professionellen Pflege bedeuten, der allerdings finanziert werden müsste.
- Obwohl die konkret zu erwartenden Folgen des demografischen Wandels für die Pflege somit heute keineswegs schon eindeutig bestimmt werden können und Ausmaß wie Richtung der zu erwartenden Folgen für den Pflegebereich durchaus umstritten sind, gehen alle wissenschaftlichen Prognosen zur Entwicklung der Personalsituation in der Pflege übereinstimmend davon aus, dass die Pflegebranche auf eine erhebliche Fachkräftelücke zusteuert.⁵
Zur Abhilfe ist neben einer Steigerung der Qualifizierung von Fachkräften (durch Ausbildung, Umschulung und Weiterbildung) eine Ausschöpfung des vorhandenen Fachkräftepotenzials nötig, die im Wesentlichen durch längere Berufsverweildauern⁶, die Förderung der Berufsrückkehrer/-innen und durch durchschnittlich längere Wochenarbeitszeiten erreicht werden könnte.
- Da die Zahl der potenziellen Auszubildenden insgesamt sinken wird, wird der Wettbewerb der Branchen um die Schulabgänger/-innen steigen. Ob die Pflegebranche in der Lage sein wird, aus-

reichend Bewerber/Bewerberinnen für eine Fachkraftausbildung zu gewinnen, wird auch von der weiteren Entwicklung der Attraktivität des Pflegeberufs abhängen:

„Es darf davon ausgegangen werden, dass der generelle Rückgang des Auszubildenden-Potenzials negative Auswirkungen auf die Zahl von Ausbildungsplatzbewerbern in den Pflegeberufen haben wird. Die Entscheidung für einen Pflegeberuf wird dabei künftig wohl noch stärker als heute durch weitere Kriterien für die Berufswahl, wie z. B. die Attraktivität des Berufs hinsichtlich Arbeitsbedingungen und Entlohnung, mit beeinflusst.“ (Fenchel 2011, 14)

- Der Trend zu einem frühzeitigen Berufsausstieg aus der Pflegearbeit muss umgekehrt werden, wenn das Potenzial der Pflegekräfte zur Bedarfsdeckung besser ausgeschöpft werden soll. In welchem Maß dies möglich sein wird, hängt auch davon ab, ob es gelingt, die Arbeitsbedingungen so zu verändern, dass die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit in der Pflege nachhaltig gesichert und so ein langjähriger Verbleib im Beruf wieder möglich gemacht wird.

„Attraktivität der Pflegearbeit“ ist daher mehr als eine Forderung, die allein vom Standpunkt der Pflegebeschäftigten aus zu erheben wäre. Sie ist zugleich eine zentrale Bedingung für die Deckung des zukünftigen Bedarfs an Pflegekräften. In ihre Verwirklichung gehen mehrere Dimensionen ein:

- Leistungsgerechte Vergütungen
- Arbeitsbedingungen („Gute Arbeit“)
 - Arbeitsverträge, -zeiten, -organisation
 - Vereinbarkeit Beruf, Qualifizierung, Familie
 - Gesundheitsschutz für nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit
- Aufstiegsmöglichkeiten durch Qualifizierung

1.2 Attraktivität der Pflegearbeit – eine negative Bilanz

Der Begriff der Ökonomisierung des Gesundheitssystems bezieht sich auf die implizite Leitlinie seines Umbaus, eine höhere Kosteneffizienz und eine optimierte Ressourcenallokation durch seine Öffnung für private Kapitalanlage, den Einbau marktmäßiger Steuerungselemente und damit von Kosten-Nutzen-Kalkülen zu erreichen. Insbesondere mit der Einführung des fallpauschalisierten Entgeltsystems (DRG) im Krankenhaus⁷ und der Pflegeversicherung⁸ wurde

5 Vgl. Rothgang/Müller/Unger (2012) sowie Burkhardt/Ostwald/Erhard (2012); vgl. auch Afentakis/Maier (2010), Kromark et al. (2007); Simon (2010), Ostwald et al. (2010), sowie die folgenden Regionalanalysen: Sielgen (2011), Pohl (2011) (NRW), Pohl/Sujata/Weyh (2012) (Sachsen). Auch die Arbeitsmarktanalysen im Rahmen des Projekts „Arbeitskräftebedarf und Personalentwicklung in der Pflege“ bestätigen bereits jetzt einen regionalen Fachkräftemangel, insbesondere für qualifizierte Fachkräfte; siehe „Einrichtungsbefragung“ (23f).

6 Hackmann (2009) berechnet, dass sich bei einer Angleichung der Berufsverweildauer in der Altenpflege an die der Krankenpflegekräfte „je nach Szenario ... weitere 80.000 bzw. 260.000“ Altenpflegekräfte - entsprechend 15 bis 49 Prozent der Nachfrage - für die Bedarfsdeckung gewinnen“ lassen.

7 Vgl. Braun et al. 2010.

ein Strukturwandel eingeleitet, der sich über einen zunehmenden Wettbewerbsdruck bei gedeckelten Finanzierungen und den Zwang zur Wirtschaftlichkeit der angebotenen Leistungen negativ auf die Qualität der Arbeit im Gesundheitswesen ausgewirkt hat (Auth 2013, 418f).

Zur aktuellen „Attraktivität der Pflegearbeit“ ist insofern schlaglichtartig Folgendes festzuhalten:

- **Einkommen:** Die Bruttoeinkommen liegen mit durchschnittlich 2.360 Euro (Bispinck et al. 2012) in einem Bereich, in dem sich auch bei 40-jähriger Einzahlung in die Rentenkasse kein Alterseinkommen deutlich über der Grundsicherung erzielen lässt. „Dabei verdienen 20% der Vollzeitbeschäftigten in der Krankenpflege und 48% der Vollzeitbeschäftigten in der Altenpflege einen Monatsbruttolohn von weniger als 1.500 EUR (lt. DGB Armutslöhne). Weitere 20% der Beschäftigten in der Krankenpflege und 24% in der Altenpflege erzielen einen Monatsbruttolohn von weniger als 2.000 EUR (lt. DGB Prekärlohne)“ (Bettig 2012, 85). Frauen verdienen in der Pflege durchschnittlich um ca. 10 Prozent weniger als Männer.⁹ In befristeten Arbeitsverhältnissen - besonders verbreitet in den ohnehin geringer bezahlten Helferberufen – wird durchschnittlich 18 Prozent weniger verdient als in unbefristeten Arbeitsverhältnissen.¹⁰

Der Organisationsgrad unter den Pflegebeschäftigten ist gering.¹¹

Die Schutzwirkung einer Tarifbindung wird darin deutlich, dass in tarifgebundenen Betrieben durchschnittlich 19 Prozent höhere Einkommen erzielt werden als in nicht tarifgebundenen Einrichtungen.¹² Allerdings lässt sich mit Ausnahme des Krankenhausbereichs eine weit fortgeschrittene Deregulierung der Vergütungen konstatieren, die zu einer sehr unübersichtlichen Tariflandschaft bzw. zur Enttariflichung im Bereich der ambulanten und stationären Pflege geführt hat.¹³

„Das pflegepolitische Ziel der Kostensenkung wurde demnach erreicht. Die Abwärtsspirale der Löhne konnte lediglich durch den Mindestlohn aufgehalten werden, mit dem verhindert wird, dass die Löhne von Vollzeitbeschäftigten in der Pflegebranche unter das Existenzminimum und damit erkennbar in den Bereich prekärer Beschäftigung rutschen“ (Auth 2013, 417).

- **Arbeitszeiten:** In der Pflege wird überdurchschnittlich oft Teilzeitarbeit gearbeitet.¹⁴ Teilzeitarbeit kann den Interessen von Beschäftigten entsprechen. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass in der Pflege Teilzeitarbeit durch die Arbeitgeber vor allem unter Effizienz-, Flexibilitäts- und Kostengesichtspunkten eingesetzt wird oder aus einer „Flucht in die Teilzeit“ als indivi-

8 „Die Einführung und Ausgestaltung der Pflegeversicherung (SGB XI) seit Mitte der 90er Jahre brachte den vom Gesetzgeber gewollten expansiven Markteintritt privat-gewerblicher Anbieter in der ambulanten und stationären Pflege und verursachte einen sich verschärfenden Wettbewerb zwischen den verschiedenen Leistungserbringern. Unter dem Konkurrenzdruck tarifgebundener und tariffreier Anbieter und gestützt auf ein höchstrichterliches Urteil des Bundessozialgerichtes setzten die Kostenträger die Einrichtungen und Dienste unter zusätzlichen Kostendruck, da an Durchschnittswerten gebildeten Pflegesätze und Entgelte vielen Trägern die tatsächlichen Kosten nicht mehr refinanzieren. Kombiniert mit in vielen Regionen unzureichenden Auslastungen der Kapazitäten bei Pflegesatzvereinbarungen auf unrealistisch hohe Belegungsquoten, führte dies zu einer tendenziellen Unterfinanzierung der Einrichtungen und Dienste.“ (Schmidt, Michael 2012, 187f)

9 Grundlage ist die überproportionale Vertretung der Männer auf den besser bezahlten Positionen (Leitungs- und Funktionsdienste).

10 Die Rate befristeter Arbeitsverhältnisse im Gesundheits-/Sozial- und Erziehungswesen lag 2009 bei 15,0 gegenüber 10,1 für alle Beschäftigten (Dathe/Paul 2011, 11; Basis: DGB-Index „Gute Arbeit“). Zur Entwicklung der Bruttostundenlöhne im Gesundheits- und Sozialwesen im Land Bremen siehe auch Kapitel 4.2.

11 Der Organisationsgrad in der Pflege liegt unter 10 Prozent (<http://www.sozialundunbescheiden.de/was-ist-s-u.html>).

12 Bettig 2012, Zahlen aus der Zusammenfassung in <http://www.lohnspiegel.de/main/zusatzinformationen/pflegerberufe>

13 In der „Einrichtungsbefragung“ gaben in der stationären Pflege 12 Prozent und in der ambulanten Pflege 17 Prozent der Einrichtungen an, dass den gezahlten Vergütungen weder durch Tarifvertrag noch durch betriebliche Entgeltstrukturen geregelt sind, also der individuellen Aushandlung unterliegen. Auth (2013, 417) zufolge erhalten in der Altenpflege weniger als die Hälfte der Beschäftigten tariflich geregelte Löhne.

14 Überproportionale Teilzeitarbeit findet sich besonders in der Pflege: Simon (2010) zufolge hat dort die Teilzeitbeschäftigung von 40 Prozent (1999) auf über 50% (2009) zugenommen; in der stationären Altenpflege wurden sogar 54 Prozent, in der ambulanten Pflege 69% erreicht: „Die Teilzeitquote in Pflegeberufen ist mit 52 % fast doppelt so hoch wie die der übrigen Beschäftigten im Gesundheitswesen, die 2009 bei 27 % lag.“ (Simon 2010, 3) In der „Einrichtungsbefragung“ ergab sich eine durchschnittliche Teilzeitquote von 52,4 Prozent der Beschäftigten Pflegekräfte aller Kompetenzstufen; weitere 9,8 Prozent waren geringfügig beschäftigt. Ein Drittel der Einrichtungen ging davon aus, dass es zu einer weiteren Zunahme der Teilzeitarbeit kommen wird.

duelle Entlastungsstrategie resultiert (Simon 2012, 3).¹⁵

- Die oben genannten Durchschnittslöhne sind auf ein 38-Stunden-Normalarbeitsverhältnis berechnet. Die in Teilzeit real erreichten Einkommen liegen daher noch einmal erheblich unter den genannten Durchschnittslöhnen. Vor diesem Hintergrund verwundert nicht, dass „Aufstocker/-innen“ in der Pflege keine vereinzelte Erscheinung sind (Engelen-Kefer 2012).
- Arbeitsbedingungen und Belastungen: Eine ganze Reihe von Studien dokumentiert einen eigentlich unhaltbaren Zustand und dessen Folgen.¹⁶ Bei krankheitsbedingten Fehlzeiten¹⁷, Präsentismus¹⁸ und Frühverrentungen liegt die Pflege vorn. Auch beim vorzeitigem Ausscheiden aus dem Beruf¹⁹ liegt die Zahl der Beschäftigten in der Pflege über dem gesellschaftlichen Durchschnitt: Die durchschnittlichen beruflichen Verweildauern weiblicher Pflegekräfte liegen nach Hackmann (2009, 21) bei 7,5 Jahren für Pflegehilfskräfte, bei 8,4 Jahren für Altenpflegerinnen und bei 13,7 Jahren für Krankenpflegerinnen. Schindle (2012, 10) gibt an, dass die Hälfte der Kräfte das Berufsfeld innerhalb der ersten 3 1/2 Jahre nach der Ausbildung wieder verlassen. Jede zweite Pflegekraft im Krankenhaus kann sich einen Berufsverbleib bis zur Erreichung des Rentenalters nicht vorstellen. („Pflege-Thermometer 2009“, Isfort et al 2010).

15 Für die These, dass Pflegebeschäftigte oft „in die Teilzeit flüchten“, also ihre Arbeitszeit vordringlich als Reaktion auf die Arbeitsbelastung reduzieren, spricht auch, dass teilzeitarbeitende Frauen im Allgemeinen eher an einer Aufstockung ihrer wöchentlichen Arbeitszeit interessiert sind: „Fast die Hälfte der substanziell teilzeitbeschäftigten Frauen, die 20 bis 35 Wochenstunden arbeiten, und zwei Drittel der geringfügig Beschäftigten würden die vereinbarte Arbeitszeit gerne deutlich ausweiten.“ (Wanger 2011)

16 Vgl. z. B. INQA (2007), Dathe/Paul (2010) auf Basis des DGB-Index „Gute Arbeit“; zusammenfassend Jahn/Ulbricht 2011: „Als wichtigste Belastungsfaktoren konnten in unterschiedlichen Studien Zeitdruck durch Arbeitsverdichtung, geringe Mitgestaltungsmöglichkeiten bei Veränderungsprozessen, körperliche Belastungen, häufige Unterbrechungen begonnener Arbeiten, soziale Konflikte sowie ein geringer Handlungsspielraum bei der Ausübung der Tätigkeit identifiziert werden.“ (Jahn/Ulbricht 2011, 10).

17 INQA (2007) gibt für die Altenpflege in der Summe 8 Millionen Ausfallstunden an – dies entspricht 5000 Stellen!

18 Vgl. Jansen (2011). Überdurchschnittlich häufig beantworten Fachkräfte in Kranken- und Altenpflege die folgenden Fragen mit „Ja“: „Zur Arbeit gegangen, obwohl Sie sich richtig krank gefühlt haben?“ und „Zur Genesung bis zum Wochenende durchgehalten?“ Vgl. Dathe/Paul (2010) auf Basis des DGB-Index „Gute Arbeit“.

19 Vgl. auch Jahn/Ulbricht (2011) (Krankenpflege als „Beruf mit begrenzter Tätigkeitsdauer“).

Zu ähnlichen Aussagen kommt auch der DGB-Index „Gute Arbeit“.

Offensichtlich „führen Arbeitsverdichtung, zunehmende Bürokratie, eine steigende Zahl Demenzkranker und andere Faktoren zu hohen psychischen und physischen Belastungen bei den Pflegekräften, die kaum zu bewältigen sind“ (IN-QA 2007, 7).

- Ausbildungswege und Aufstiegschancen: Mit dem Altenpflegegesetz von 2003 und dem Krankenpflegegesetz von 2004 wurde die Pflegeausbildung normativ aus dem Geltungsbereich des Berufsbildungsgesetzes ausgegrenzt (Meifort 2004). Eine Integration der Pflegeausbildung in das Duale System und ihre Angleichung an dessen bewährte Standards steht seitdem praktisch nicht mehr zur Debatte.²⁰

Auf die steigenden Qualifikationsanforderungen, die zum einen für die Umsetzung einer evidenzbasierten Pflege erforderlich sind, zum anderen vor dem Hintergrund der demografiebedingten Veränderungen der Pflegeklientel erwartet werden, wurde mit der Einrichtung neuer akademischer Ausbildungsgänge reagiert.²¹ Ein stringentes, vertikal durchlässiges Ausbildungssystem, das Aufstiegsmöglichkeiten durch Qualifizierung insbesondere auch für die Beschäftigten mit Helferqualifikationen eröffnet, gibt es derzeit nicht. Für eine Neuordnung der Ausbildung in Form einer generalistischen Pflegeausbildung liegt derzeit lediglich ein Eckpunktepapier (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012) vor. In Bremen wurde eine neue generalistische 2-jährige Pflegeassistentenausbildung als Modellversuch eingeführt, die mangels Anschlussmöglichkeiten in eine 3-jährige Ausbildung und der unsicheren Nachfragesituation nach diesen Kräften²² derzeit noch als Sackgasse erscheinen muss.

- Qualifizierung: Im Krankenhaus beschäftigte Pflegekräfte sahen 2009 derzeit noch relativ gute

20 Vgl. Hilbert/Bräutigam/Evans (2014).

21 „So ist der Trend zur Akademisierung zentraler Gesundheitsberufe zwar grundsätzlich zu begrüßen, jedoch müssen auch hinreichende Perspektiven für die Absolventinnen und Absolventen in der Praxis geschaffen werden. Angesichts des drohenden Fachkräftemangels in den Gesundheitsberufen gilt es gleichzeitig, den Zugang zu reglementierten Berufen zu erleichtern, die Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen Berufsabschlüssen zu erhöhen und durch Fort- und Weiterbildung die Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit zu ermöglichen und auch neue Karrierechancen für die Beschäftigten zu eröffnen.“ (Evans et al. 2011, 9)

22 Sowohl die Bedarfserhebung im Projekt „Arbeitskräftebedarf und Personalentwicklung in der Pflege“ als auch die in diesem Rahmen durchgeführten Arbeitsmarktanalysen bestätigen eine aktuelle Mangelsituation bei examinierten und fortgebildeten Kräften; bei Kräften mit Helferausbildung besteht dagegen kein Mangel („Einrichtungsbefragung“, 50f).

Chancen, sich durch Qualifikation weiterzuentwickeln (Pfleger-Thermometer 2009). Durch die neuen akademischen Berufe einerseits, neue Assistenzberufe für OP und Anästhesie andererseits drohen sich diese Möglichkeiten aber zukünftig eher einzuengen.²³

Insgesamt zeigt sich Pflegearbeit damit weitaus nicht so attraktiv, wie sie zur Sicherung des (Fach-) Kräftebedarfs der Zukunft bereits heute sein müsste. Offensichtlich hat das oft beklagte „Imageproblem“ der Pflege eine solide Grundlage in einer Arbeitssituation, die die Interessen der Beschäftigten unzureichend berücksichtigt. Die Gesellschaft kann es sich aber nicht leisten, ihre Pflegekräfte „zu verbrennen“.

„Gute Arbeit, bedarfsgerechte Qualifikationen und attraktive Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote sowie lebensphasen- und präventionsorientierte Arbeitskonzepte sind kein freiwilliges Surplus, sondern notwendiges Fundament, um hinreichend Personal für diese Wachstumsbranche mit Zukunftsverantwortung gewinnen zu können.“ (Evans et al. 2011, 8)

Schon 2007 hat INQA.DE²⁴ daher in dem Memorandum „Leitgedanken einer Gesunden Pflege“ ein Leitbild „Gesund Pflegen“ publiziert und die Grundzüge eines umfassenden und multifaktorellen Handlungskonzepts sowie eine Reihe von Handreichungen zu seiner Umsetzung veröffentlicht.²⁵ Einer auf die Entwicklung der Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter/-innen zielende Qualifizierung kommt dabei eine entscheidende Rolle zu (Hamacher et al. 2012).

1.3 Arbeitsteilung im Wandel

Um weitere Sparpotenziale zu erschließen, aber auch als praktischer Versuch, einen Weg zu finden, wie auch mit knappen Personalmitteln die Pflegeleistungen weiterhin erbracht werden können, werden neue Formen der Arbeitsteilung in der Pflege diskutiert und in Angriff genommen, die tief greifende Veränderungen der Qualifikations- und Personalstruktur, der Beschäftigungsverhältnisse sowie des Berufsbilds der Pflege erwarten lassen.

23 Beispielsweise ist die früher gegebene Möglichkeit für „Examierte“, aus der Pflegepraxis heraus durch eine Fachweiterbildung Lehrkraft an einer Krankenpflegeschule zu werden, bereits versperrt, da hierfür nunmehr eine akademische Ausbildung zum Standard geworden ist.

24 Die „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (www.inqa.de) ist eine gemeinsame Initiative von Bund, Ländern, Sozialversicherungsträgern, Gewerkschaften, Stiftungen und Arbeitgebern und wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales gefördert.

25 Über die Breite der Ansätze und Best-Practice-Beispiele im Bund gibt Braeske et al. (2012) einen Überblick. Vgl. auch Freiling/Gottwald (2012).

Mit der Berufung auf Sparzwänge im Gesundheitswesen²⁶ ist daher auch ein Paradigmenwechsel verbunden: Wenn zunehmende Pflegeleistungen in Zukunft mit geringen Ressourcen erbracht werden müssen, um die Sozialsysteme nicht zu überlasten, scheint eine Position nicht mehr haltbar, die die Qualität professioneller Pflege vor allem mit einem hohen Fachkräfteanteil verbindet. Pflegearbeit und -prozesse werden dann von weniger, dafür höher qualifizierten Fachkräften organisiert und die „eigentliche“ „körperliche“ Pflege an geringer qualifizierte Kräfte überantwortet:

„Die Schärfung des Berufsprofils 'Pflege' in der Kernkompetenz, also der Steuerung von inter- und intrasektoralen Prozessen, wird in mehreren Dimensionen einen Beitrag im Kontext der Lösung des Problems 'Fachkräftemangel' leisten. Effekte, die hierdurch zu erwarten sind, reichen vom Imagegewinn des Berufsfelds und der Prozessoptimierung über eine höhere Arbeitszufriedenheit (damit auch: längere Verweildauer im Beruf und weniger Überforderung und Burn-out-Risiken dank klarer Aufgabenverteilung und Delegation) bis hin zur Effizienz- und Qualitätssteigerung und nicht zuletzt auch zu potenziellen Kosteneinsparungseffekten.“ (Frommelt/Schmidt 2012, 98)

Die „potenziellen Kosteneinsparungseffekte“ implizieren es: Höhere Qualifikationen in der Pflege würden nicht einfach ergänzend oder aufwertend hinzutreten, sondern zugleich als Grundlage dafür dienen, den Fachkräfteanteil in der Pflege zu senken.

Die Folge wäre eine allerdings weiter fortschreitende qualifikatorische Segmentierung der Pflegearbeitsmärkte:

- Auf der einen Seite findet eine Höherqualifizierung statt, die ein Teil der Beschäftigten zu einem Aufstieg und ggf. zur Senkung des individuellen Prekarisierungsrisikos wird nutzen können.
- Auf der anderen Seite wird ein zunehmender Teil der Beschäftigten als gering qualifizierte Kräfte nachgefragt – deren Aufstiegschancen erscheinen damit gegenüber dem heute schon schwierigen Zustand weiter verschlechtert. Diese Kehrseite der Höherqualifizierung sollte nicht übersehen werden: Die „körperliche“ Pflege droht, in ihren unattraktiven Tätigkeiten auf prekäre Arbeitsverhältnisse festgeschrieben zu werden.

In diese Tendenz fügt sich die Diskussion um eine Absenkung der Fachkräftequote ein.²⁷ Es scheint, der

26 Deren Stichhaltigkeit kann in Frage gestellt werden; vgl. Reiners (2010).

27 „Schon längst wird über eine Absenkung der Fachkraftquote 'spekuliert', ohne die Frage zu beantworten, wie dann eine qualitative Versorgung der Pflegebedürftigen sicherzustellen ist.“ (Schmidt, Michael 2012, 188)

Fachkräftemangel sollte dadurch bekämpft werden, dass Pflege als Facharbeit reduziert wird.²⁸

Strukturelle Veränderungen der Pflege, die eine Verbesserung der Attraktivität der Arbeit nur für einen kleinen Teil der Beschäftigten versprechen, während der Großteil der meist weiblichen Beschäftigten mit einer Verfestigung ihrer prekären Beschäftigung mit hohen Armutsrisiken rechnen muss, werden sich jedoch auch auf das Image der Pflegearbeit und das berufliche Selbstverständnis der Pflegekräfte auswirken.

1.4 Berufsbild der Pflege unter Anpassungsdruck

Mit den neuen Modellen der Arbeitsteilung und der darin mitgedachten Aufgabendifferenzierung wird das bisherige professionelle Selbstbild der Pflegekräfte zum Teil infrage gestellt. Dass sich berufliche Anforderungen wandeln und damit auch das Selbstbild der jeweiligen Berufsgruppe wandelt, ist dabei nicht das Problem. Über die Frage, was essenzielle Pflege-Aufgaben sind, wird bereits länger diskutiert (Isfort et al. 2009, 47). Die aktuelle Entwicklung wirft jedoch die Frage nach dem „Kern der Pflegearbeit“ grundsätzlicher auf.

Denn mit den absehbaren Veränderungen im Zuge einer neuen Arbeitsteilung zwischen tendenziell höher qualifizierten Fachkräften und geringer qualifizierten, billigeren Hilfskräften ist eine Zuspitzung verbunden, insofern nun die „*Steuerung von inter- und intrasektoralen Prozessen*“ zur Kernkompetenz der Pflege erklärt wird (Frommelt/Schmidt 2012, 98). Dies wäre ein erheblicher Bruch mit dem traditionellen, eher auf ganzheitliche Pflegearbeit ausgerichteten Selbstverständnis der Pflege, das bereits heute unter dem Druck der Arbeitsrealität „nachzugeben“ scheint: 2006 gaben nur noch 58,5 Prozent der Pflegekräfte im Krankenhaus (d. h. in der Regel „examinierte“ Fachkräfte) an, dass die psychosoziale Ver-

sorgung der Patienten/Patientinnen zur Pflege gehören sollte – im Unterschied zu noch 69,4 % im Jahr 2003 (Braun et al. 2010, 164).

Dies kann sowohl die Pflegequalität als auch die Qualität der Pflegearbeit in Gefahr bringen, da die drohende „Zerstückelung“ der Pflegearbeit „eine Abkehr von der professionellen Beziehungs- und Emotionsarbeit Pflege und die Wiedereinführung der entwertenden und dysfunktionalen Funktionspflege durch die Hintertür“ bedeuten würde (Evans et al. 2011, 9).

Auch die damit verbundenen Aufgabendifferenzierungen und (neuen) Hierarchieebenen können sich nachteilig auf die Arbeitszufriedenheit und Motivation aller Beschäftigtengruppen in der Pflege auswirken, da Belastungen an die schwächeren Gruppen weitergereicht werden, der arbeitswissenschaftlich belegte Vorteil eines selbstständigen und ganzheitlichen Arbeitsvollzugs für die Arbeitszufriedenheit verworfen und der Grundsatz einer patientenorientierten Pflege missachtet werden (Blättner et al. 2005, 32).

Die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di sieht hier die Gefahr, dass mit neuen Formen der Arbeitsteilung eine „Taylorisierung der Pflegearbeit“ im Pflegebereich Einzug hält, die zur Abwertung der Pflegearbeit als unqualifizierte Arbeit führt.²⁹

Ob zumindest die neuen Steuerungsfunktionen, die einzelne akademische Pflegefachkräfte in dieser Arbeitsteilung übernehmen können, eine Aufwertung der Pflege mit sich bringen werden, erscheint jedoch nicht sicher:

„Wenn der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen der stationären Pflegearbeit nicht verändert, wird dies die Zukunft der beruflichen Altenpflege verändern. Es erscheint als realistische Perspektive, dass Fachkräfte sich zunehmend zu Pflegemanager/innen entwickeln und die eigentliche Pflege am Menschen durch weniger qualifizierte und billigere Hilfskräfte erbracht wird. Wenn dann auch das Pflegemanagement sich nicht

28 Die Realität dieses Modells kann bereits an Beispielen studiert werden, in denen modellhaft eine Umstellung der Arbeitsteilung im Krankenhaus umgesetzt wurde. Unter dem Titel „Wegweisende Modelle zur Weiterentwicklung der Pflege im Krankenhaus“ wird als Grundlage des Einsparungseffekts der Maßnahme ausdrücklich hervorgehoben, dass die aus der Pflege ausgegrenzten „Service“-Leistungen die Beschäftigung von Personal aus „preisgünstigeren Berufsgruppen“ erlaubte, die ausschließlich in Teilzeitverträgen eingestellt werden können. Ob die Ausgrenzung von „Service“-Aufgaben aus dem Bereich der Pflege wirklich zu einer Entlastung der Pflegenden geführt hat, wenn im Gegenzug vermehrt Aufgaben aus dem ärztlichen Bereich übernommen werden müssen, soll und kann hier nicht beurteilt werden. (Internetquelle: <http://www.pflege-krankenhaus.de/neue-arbeitsteilung/modelle-im-ueberblick/kliniken-maria-hilf-moenchengladbach-einfuehrung-neuer-berufsgruppen.html>)

29 „Das berufliche Selbstverständnis der Pflegeberufe ist unmittelbar berührt und es geht auch um die (tarifliche) Abwertung von Pflegearbeit als Hilfsarbeit. (...) Nicht ohne Grund wurden in der Akutversorgung in den letzten 10 Jahren in hohem Umfang Stellen für Pflegehelfer/-innen mit und ohne Ausbildung abgebaut. Eine Fachkräftequote in deutschen Krankenhäusern liegt bei über 90%. Es sind keine Gründe aus fachlicher Sicht oder unter Versorgungsgesichtspunkten erkennbar, daran etwas zu ändern. Durch die Taylorisierung der Pflegearbeit erfolgt auch eine Abwertung, weil der einzelne Handgriff oder die bestimmte Pflegemaßnahme auch ohne lange Ausbildung erlernt und von weniger qualifizierten Hilfskräften übernommen werden kann. Bei der Definition, was zum Kernbereich der Pflege gehört, ist das durch die berufsgesetzlich und langjährige Tradition geprägte Selbstverständnis der Pflegekräfte zu berücksichtigen.“ (ver.di 2009)

in einer höheren Entlohnung der mit zunehmender Verantwortung ausgestatteten Fachkräfte niederschlägt, wird die Attraktivität der Fachpflege weiter sinken und der aufgrund der demografischen Entwicklung prognostizierte Pflegenotstand weiter verstärkt werden.“ (Hielscher et al. 2012)

Das berufliche Selbstverständnis und die Möglichkeit, sich dementsprechend in der Berufspraxis „zu verwirklichen“, ist ein wichtiger Faktor der Arbeitszufriedenheit. Umgekehrt stellt die dauerhafte Erfahrung, die eigenen Ansprüche an die eigene Arbeit nicht oder kaum mehr realisieren zu können, einen wichtigen Faktor für Resignation und psychische Belastung dar und fördert als solcher einen frühzeitigen Berufsausstieg. Nicht zuletzt bringt die Ökonomisierung selbst die Beschäftigten in der Pflege in ein belastendes „ethisches Dilemma“:

„Denn die Ausrichtung medizinisch-pflegerischer Entscheidungen an Wirtschaftlichkeitsabwägungen scheint mit der berufsethischen Grundhaltung der Beschäftigten grundsätzlich im Konflikt zu liegen und bringt somit die Gefahr einer weiteren Überforderung.“ (Klaes et al. 2013, 33)

Die Frage, worin Pflegekräfte selbst ihre „Kernkompetenz“ sehen, und wo sie selbst sich in der Zuspitzung zwischen einem mehr ganzheitlichen oder mehr auf „Prozesssteuerung“ ausgerichteten Pflegeverständnis positionieren, ist somit nicht unwichtig für die Frage, wie die Pflegearbeit zukünftig gestaltet und organisiert werden soll – und damit für die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Attraktivität der Pflegearbeit. Wenn Pflegekräfte den „Sinn, der zur Ergreifung des Berufes leitend war, in der konkreten pflegerischen Arbeit nicht mehr erkennen“ können (Behr 2012, 302), wird das Bedürfnis der Pflegekräfte missachtet, sich mit der Arbeit auch als ethischer Aufgabe zu identifizieren.

„Will man also die Mitarbeiter möglichst lange in der Pflege beschäftigt halten und möglichst viele junge Menschen für eine Ausbildung interessieren, so muss von den Verantwortlichen deutlich dafür gesorgt werden, dass die pflegerische und betreuende Arbeit zu ihrem überwiegenden Maß direkte Arbeit am Menschen ist, Verwaltungs- und Dokumentationspflichten reduziert und der Zeitdruck in der Arbeit deutlich weniger wird.“ (Behr 2012, 303)

1.5 Strukturwandel in der Pflege als Chance für Frauen?

„Pflege ist weiblich“ – in den Leitungsfunktionen, unter den akademisch ausgebildeten Fachkräften, unter dem Personal, das eine Fachweiterbildung durchlaufen hat, sind Männer heute überproportional ver-

treten.³⁰ In der professionellen Pflege³¹ findet sich somit eine deutliche Geschlechterhierarchie (Backes/Amrhein/Wolfinger, 50).

Die Ambulantisierung als Mittel zur Senkung der gesellschaftlichen Kosten der stationären Altenpflege (Klaes 2013, 24) entspricht zwar einerseits auch dem Wunsch vieler Menschen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt werden zu können. Andererseits droht sich damit die Praxis und Wahrnehmung der Pflege als familiäre, von Frauen unbezahlt erbrachte Dienstleistung weiter zu verfestigen:

„Insofern die Pflegeversicherung mit ihrem Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ bewusst auf die (zumeist weibliche) häusliche Pflegebereitschaft setzt, unterstützt sie folglich einen vormodernen, eher in ländlichen Regionen und in unteren Sozialschichten beheimateten Lebensentwurf, der (...) auch eng mit der traditionellen Rollenverteilung zwischen ‚männlichen Haupternährern‘ und ‚weiblichen Hauptpflegepersonen‘ verbunden ist.“ (Backes/Amrhein/ Wolfinger 2008, 45)

Auch die sich abzeichnenden Trends in der Entwicklung der Pflegeberufe dürften diesen Zustand – wenn nicht angemessen gegengesteuert wird – eher verschärfen. Die Akademisierung der Pflege kann für die Beschäftigten in der Pflegepraxis einen Bruch mit bisherigen Aufstiegsmöglichkeiten und -modellen bedeuten. Werden leitende Funktionen zunehmend mit akademisch ausgebildetem Personal besetzt, werden Aufstiege auf Basis einer Fachweiterbildung für die „einfache“ examinierte weibliche Pflegefachkraft möglicherweise noch schwieriger gangbar.

Gerade umgekehrt ist aber eine Erweiterung der Aufstiegs- und Veränderungsmöglichkeiten durch Qualifizierung und die Schaffung von Bedingungen, die es Frauen ermöglichen, diese auch für sich zu nutzen, zu fordern. Dies gilt insbesondere unter der Perspektive, dass auch Berufsrückkehrerinnen eine Perspektive für eine Weiterqualifizierung zu Leitungs- oder Funktionaufgaben haben.

30 In der Einrichtungsbefragung ergaben sich 2012 folgende Männeranteile an den Pflegekräften der befragten Einrichtungen: insgesamt 15 %, von den Kräften mit Fachweiterbildung 23,7 %, von den akademisch qualifizierten Kräften 19,8 %.

31 Im vorliegenden Bericht wird ausschließlich die professionelle Pflege betrachtet. Insofern müssen wichtige Bereiche „weiblicher Sorgearbeit“ (Backes/Amrhein/Wolfinger 2008), insbesondere die privat erbrachten, unbezahlten Pflegeleistungen, hier ausge-spargt bleiben.

2 Zielsetzung und Fragestellungen des Projekts

Die skizzierten Entwicklungslinien in der Pflege, insbesondere die sich andeutenden Veränderungen in der Qualifikationsstruktur und der Arbeitsteilung, werden oft als unabwendbare Erfordernis der Pflege unter den Bedingungen des demografischen Wandels und knapper Mittel dargestellt. Die Beschäftigten haben sich – so scheint es – dieser Entwicklung lediglich anzupassen, die absehbar Verbesserungen allenfalls für einen kleinen Teil der Beschäftigten verspricht.

Es ist offenkundig, dass in dem skizzierten Strukturwandel in der Pflege den Interessen der Beschäftigten an guter Qualität in der Arbeit, Einkommen, nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit und Identifikation mit ihrem Beruf nur eine untergeordnete Rolle zugewiesen wird. Wenn Pflegearbeit aber insgesamt attraktiver werden muss, um den (Fach-)Kräftebedarf der Zukunft zu decken, muss Pflegearbeit auch an den Interessen, Einstellungen und Erwartungen der Beschäftigten gemessen und der Strukturwandel unter deren Berücksichtigung und Beteiligung gestaltet werden.

Grundsätzlich sind die genannten Faktoren der Attraktivität von Pflegearbeit Gegenstand sozialer Aushandlungsprozesse; die Erforschung dieser Faktoren kann insofern ohne Einbezug der Beschäftigten nicht adäquat geleistet werden (vgl. in Bezug auf Qualifikationsbedarfsanalysen: Büchter 1999, Husemann 1999).

Zwar liegen zu Einzelfaktoren einige Studien auf Basis von quantitativen Befragungen von Pflegebeschäftigten vor, die zumeist „negativ“ die Unzufriedenheit mit dem jeweils bestehenden Zustand dokumentieren.³² Es fehlen jedoch Studien, die „positiv“ Anspruch und Veränderungsinteressen der Beschäftigten, insbesondere gegenüber den oben skizzierten Umbrüchen, qualitativ ermitteln.

In der Einrichtungsbefragung hatten die Arbeitgeber umfassende Aktivitäten zur Sicherung einer nachhaltigen Beschäftigung angegeben. Doch insofern sich die konkrete Ausrichtung und der Umfang dieser Maßnahmen letztlich an den Nutzenberechnungen der Arbeitgeber bemisst (insbesondere, falls keine sozialpartnerschaftliche Aushandlung mit einer Mitarbeitervertretung erfolgt bzw. erfolgen kann), er-

schien es unverzichtbar, diese Aussagen mit der erfahrungsbasierten Sicht der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Pflege zu kontrastieren.

Es war daher eine systematisch angelegte Befragung von Pflegebeschäftigten erforderlich, die auf Basis empirischer qualitativer Daten ermitteln sollte, welche Gestaltungsmöglichkeiten sich im laufenden Strukturwandel aus Sicht der Pflegebeschäftigten stellen.³³ Dabei standen folgende Handlungsfelder im Fokus der Untersuchung:

- Pflegekonzepte und Arbeitsteilung
- Veränderung des Berufsbilds/des Selbstbilds der Pflege
- Qualifikationsentwicklung und Entwicklung der Berufsordnung
- Nachhaltige Beschäftigung und „gute Arbeit“ in der Pflege

Insbesondere der letzte Punkt schloss ein, die Ergebnisse der Arbeitgeberbefragung zu den Beschäftigten zurückzuspiegeln und so aus Sicht der Beschäftigten zu ergänzen.

32 Mehrheitlich befassen sich diese Studien mit der Arbeitssituation: NEXT-Studie, DGB-Index usw. Das berufliche Selbstverständnis der Pflegekräfte im Krankenhaus wurde im Pflege-Thermometer 2009 (Isfort et al. 2010) mit berücksichtigt, kann aber dort (quantitative Fragebogenerhebung) nur in Einzelaspekten verfolgt werden. Vgl. hierzu auch Braun/Buhr/Müller (2008). Eine qualitative Studie liegt lediglich für den Teilaspekt des Qualifizierungsbedarfes aus Beschäftigtensicht vor (Blättner et al. 2005).

33 Eine Befragung von Arbeitnehmervertretungen reicht hier nicht aus, weil in einem erheblichen Teil der Pflegebetriebe keine solche Vertretung vorhanden ist. Für die Befragung ist insbesondere die Einbeziehung der Beschäftigten von Betrieben ohne Mitarbeiter/-innenvertretung und von nicht organisierten Beschäftigten nötig.

3 Untersuchungsdesign und Methode

Die Untersuchung stützte sich auf zwei methodische Säulen:

1. Die zentrale Säule bildete die *qualitative Befragung* der Beschäftigten.
2. Vorbereitende *Expertengespräche* in Doppelfunktion zur Felderschließung und als Befragung zu aktuellen Qualifikationstrends.

3.1 Qualitative Befragung von Pflegekräften

In der Auswahl der an der Befragung zu beteiligten Pflegekräfte sollten sich die Vielfalt ihrer Arbeits- und Lebenssituationen widerspiegeln und die unterschiedlichen Tätigkeitsfelder, Versorgungsbereiche und Beschäftigungsformen abbilden. Den weiter unten dargestellten Aktivitäten zur Felderschließung kam daher eine große Bedeutung zu.

Das *Untersuchungsfeld* umfasste Pflegebeschäftigte in Einrichtungen der Krankenpflege sowie der stationären und ambulanten Pflege, also in den Bereichen, auf die sich bereits die Befragung der Einrichtungen im Projekt „Arbeitskräftebedarf und Personalentwicklung in der Pflege“ bezogen hat. Durchführung und Auswertung der Befragung orientieren sich an Prinzipien der Grounded Theory (Corbin/Strauss 2008, Strübing et al. 2004). Das Untersuchungsfeld wird daher über „theoretisches Sampling“ erschlossen, bei dem auf analytischer Basis entschieden wird, welche Daten zu erheben sind und wo sie erhoben werden sollen (vgl. Strauss 1998, 70). Ziel ist es, eine möglichst hohe Repräsentanz (im Sinne einer „konzeptuellen Repräsentativität“, vgl. Strübing 2008, 31) der Ergebnisse über eine breite Abdeckung der verschiedenen beruflichen Situationen und Lebenslagen zu erreichen. Als Kriterien für die Auswahl der Interviewpartner/-innen kamen dabei zur Geltung:

- Beschäftigte aus den verschiedenen Berufsgruppen und Qualifikationsniveaus
- Vollzeit-, Teilzeit- und geringfügig Beschäftigte
- Weibliche und männliche Beschäftigte
- Beschäftigte in leitenden Funktionen, Fachkräfte und Hilfskräfte in der Pflege
- Beschäftigte in unterschiedlichen Lebenslagen (z. B. alleinerziehende Frauen, männlicher „Normalverdiener“) und Lebensphasen, Migranten/Migrantinnen
- Vertreter/Vertreterinnen aus Mitarbeitervertretungen/Betriebsräten/Personalräten, da diese über Erfahrungen aus der betrieblichen (Mit-)Gestaltung des Strukturwandels verfügen, in den sozialpartnerschaftlichen Aushandlungsprozessen stehen und daher auch Einschätzungen des Machbaren (Kräfteverhältnis) einbringen können.

Die Zahl der erforderlichen Interviews wurde zunächst auf 30 geschätzt, vorbehaltlich der dem Konzept der „theoretischen Sättigung“ entsprechenden Variationsbreite, insofern sich im Verlauf der Durchführung eine geringere oder auch größere Zahl von Interviews als adäquat herausstellen kann. Als Resultat dieses die Untersuchung begleitenden Samplingprozesses wurden schließlich insgesamt 40 Pflegekräfte befragt.

3.1.1 Größe und Struktur des Beschäftigten-Samples

An den Beschäftigtenbefragungen haben insgesamt 40 Pflegekräfte in 21 Interviews teilgenommen.

Von den befragten 40 Pflegekräften

- arbeiten 22,5 % im Krankenhaus, 25 % in der ambulanten und 32,5 % in der stationären Altenpflege, der Rest von 20 % in Zwischenformen ambulanter und stationärer Betreuung,
- haben ungefähr ein Drittel eine dreijährige Krankenpflegeausbildung, ein Drittel eine dreijährige Altenpflegeausbildung, 5 % eine einjährige Ausbildung (Krankenpflegehilfe oder Altenpflegehilfe), 20 % eine andere Qualifikation (z. B. 3-jährig Auszubildende, MTA, Rettungssanitäter, u.a.),
- sind zu drei Viertel weiblich und zu einem Viertel männlich,
- arbeiten knapp die Hälfte in Vollzeit; unter den Teilzeitverhältnissen überwiegen Verträge mit 30 und mehr Wochenstunden, nur ein Achtel der Befragten hat Teilzeitverträge unter 30 Stunden,
- arbeiten 10 % in einer Leitungsfunktion (Stations-/Bereichsleitungen) in der Pflege,
- haben zu 12,5 % einen Migrationshintergrund,
- sind zu 40 % über 50 Jahre alt,
- sind zu 35 % Mitglied in einer Gewerkschaft oder in einem Berufsverband.

Die Befragten sind zwischen 3 und 37 Jahre im Beruf, im Mittel 18 Jahre, und dabei zu drei Vierteln im Wesentlichen beim gleichen Arbeitgeber und ohne wesentliche Unterbrechungen beschäftigt gewesen.

Zwei Drittel der Kontakte wurden von Arbeitnehmervertretungen, ein Drittel von der Einrichtungsleitung bzw. Pflegedienstleitung angebahnt oder vermittelt.

Die Interviews dauerten zwischen 45 und 110 Minuten, im Mittel 75 Minuten. 10 der Interviews waren Einzelinterviews; die übrigen Interviews waren Gruppengespräche mit 2 bis 4 Pflegekräften.

Mit der beschriebenen Verteilung der realisierten Interviews wurde eine breite Abdeckung der verschiedenen beruflichen Situationen und Lebenslagen von Pflegekräften erreicht.

3.1.2 Leitfadententwicklung und Auswertungsprozess

Zur Strukturierung der Interviews wurde ein Leitfaden entwickelt. Für diesen Leitfaden wurden die Fragestellungen der Untersuchung (s.o.) in vier Themenkreisen operationalisiert und in einer einfach gehaltenen Mindmap angeordnet (Dokumentation des Leitfadens im Anhang, ab Seite 74). Die Kategorien der Mindmap versuchen, den komplexen kontextualen Rahmen für die Befragung in handhabbarer Form herunterzubrechen. Ziel dabei ist, eine sinnvolle Gesprächsstruktur vorzuschlagen, die eine Vergleichbarkeit der Interviews absichert, ohne den Interviewten in ihrer Rolle als Experten/Expertinnen die Möglichkeit zu nehmen, weitere, nicht in der Mindmap abgebildete Themen zum Gegenstand zu machen.

Die Interviews wurden mit Einverständnis der Interviewten aufgezeichnet, transkribiert, sorgfältig anonymisiert (siehe hierzu auch Seite 20) und unterstützt durch MaxQDA³⁴ codiert (Kuckartz 2005). Für die Codierung wurde zunächst von den Kategorien, die in der Mindmap des Leitfadens die vorgeschlagene Struktur bilden, ausgegangen, die im Verlauf des Auswertungsprozesses um weitere Codes ergänzt wurden.

Die Auswertung des empirischen Materials erfolgte entsprechend den Grundlinien der Grounded Theory parallel zur Interviewdurchführung. Die Entwicklung der theoretischen Schlussfolgerungen und Empfehlungen erfolgte in einem verdichtenden Prozess der Erstellung von Memos, unterstützt durch MaxQDA.

3.2 Expertengespräche

Die Expertengespräche hatten eine Doppelfunktion:

1. *Felderschließung*: Die Zusammenstellung des zu befragenden Samples erforderte Arbeiten zur Felderschließung, die aufgrund der Spezifik des Untersuchungsfeldes relativ aufwendig sind. Um die oben angegebenen Kriterien in der Zusammenstellung der Interviewpartner/-innen möglichst breit abzudecken, war geplant, die verschiedenen „Gate-Keeper“ des Feldes für die Befragung zu gewinnen und so als Zugangswege zu möglichen Interviewpartner/-innen zu nutzen. Diese „Gate-Keeper“ sind im Wesentlichen die Berufsverbände in der Pflege, die Gewerkschaften und über die Arbeitnehmerkammer erreichbaren Mitarbeitervertretungen sowie die Verbände der Arbeitgeberseite. Zum Teil bestanden hier schon Kontakte aus dem vorausgegangenen Projekt „Arbeitskräftebedarf und Personalentwicklung in der Pflege“.
2. *Expertenbefragung zu aktuellen Qualifikationstrends*: Zur Vorbereitung der Leitfadententwicklung

für die Beschäftigtenbefragung wurden die Expertengespräche genutzt, um für die Region anhand eines Leitfadens die aktuellen Qualifikationstrends zu erheben, die aus Sicht der Experten/Expertinnen für Änderungen der Arbeit im Vordergrund stehen. An das am IAW zur Analyse von Qualifikationstrends entwickelte methodische Instrumentarium anknüpfend³⁵, kombinierte der Leitfaden offene Fragestellungen mit einer Mindmap. Die damit vorgeschlagene Struktur des Gesprächs versucht, die „Logik“ betrieblicher Personalentwicklung dahingehend abzubilden, dass ausgehend von konkreten Änderungen der Arbeit – basierend auf Innovationen oder geänderten Rahmenbedingungen – möglichst konkret deren Auswirkungen auf die Kompetenzanforderungen, die Personalzusammensetzung, die Qualifizierung und das Berufsbildungssystem bestimmt werden sollen. Dieser Leitfaden ist im Anhang dokumentiert (ab Seite 74). Da die Expertenbefragung keinen eigenständigen Stellenwert in der Untersuchung hatte, wurden ihre Ergebnisse in die Darstellung der Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung in Kapitel 7 integriert.

Die Auswahl der Expertinnen/Experten erfolgte auf Grundlage der 2012 im vorausgehenden Projekt „Arbeitskräftebedarf und Personalentwicklung in der Pflege“ aufgebauten Kontakte. Insgesamt wurden 10 Gespräche mit Experten/Expertinnen zu den Entwicklungstrends in der Pflege unter dem Gesichtspunkt der Veränderung der Pflegearbeit und -qualifikationen geführt. Die Auswahl berücksichtigte zu annähernd gleichen Teilen Experten/Expertinnen aus den drei einbezogenen Versorgungsbereichen und bezog dabei Gesprächspartner aus Management und Mitarbeitervertretungen der Einrichtungen ein.

³⁴ MaxQDA ist ein Programm zur computerunterstützten qualitativen Datenanalyse; <http://www.maxqda.de/>

³⁵ Im „Regionalen Monitoring-System Qualifikationsentwicklung“ wurden im Rahmen des EQUIB-Projekts zwischen 2000 und 2010 kontinuierlich Qualifikationstrends in der Region mit dieser Methode erhoben. <http://www.iaw.uni-bremen.de/ccm/research/Projekte/equib---ermittlung-von-qualifikationsbedarfen-durch-das-regionale-monitoring-system-qualifikationsentwicklung-rmq-im-lande-bremen/>. Vgl. auch Benedix/Hammer/Medjedović (2012).

4 Strukturdaten zur regionalen Pflege

Im vorausgegangenen Projekt „Arbeitskräftebedarf und Personalentwicklung“ wurden in der Befragung umfangreiche Daten von den Einrichtungen erhoben. Neben Strukturdaten zu Betriebsgrößen, Vergütungsstrukturen und zum Bestand von Interessenvertretungen in den Einrichtungen konnte die Personalstruktur differenziert nach Qualifikation, Beschäftigungsformen, Altersstruktur, Zusammensetzung nach Geschlecht und Migrationshintergrund dargestellt werden (Einrichtungsbefragung: 33ff).

Die folgende Darstellung beschränkt sich daher auf eine Darstellung der Beschäftigung in der Pflege im Land Bremen auf Basis der Krankenhaus- und Pflegestatistik und versucht, die Lage und Entwicklung der Vergütungen in der Pflege zu beschreiben.

4.1 Beschäftigung in der Pflege (Land Bremen)

Für die Beschreibung der regionalen Beschäftigung in der professionellen Pflege stehen zwei Quellen zur Verfügung: die jährliche Krankenhausstatistik und die zweijährlich erhobene Pflegestatistik. Aufgrund der Unterschiede in der Datenerhebung können beide Statistiken nicht unmittelbar zusammengefügt werden. Insbesondere erfasst die Pflegestatistik lediglich Beschäftigte, die überwiegend aus SGB XI-Leistungen (Pflegeversicherung) finanziert werden; vorwiegend aus SGB V (Krankenversicherung) finanziertes Personal wird insofern nicht abgebildet. Die tatsächliche Gesamtzahl der Pflegebeschäftigten in der ambulanten Pflege wird daher höher ausfallen als hier angegeben. Auf der anderen Seite kann nicht die gesamte Zahl der Beschäftigten im Funktionsdienst der Krankenhäuser zu den Pflegebeschäftigten gezählt werden, da hier auch andere Berufsgruppen (z.B. Ergotherapie, Geburtshilfe) mit eingehen.

Von diesen Einschränkungen abgesehen, arbeiten auf Basis des letzten verfügbaren Datenstands (Krankenhaus: Dezember 2012, Pflegestatistik: Dezember 2011) im Land Bremen insgesamt mehr als 13.000 Beschäftigte in der Pflege.

Sowohl Krankenhausstatistik (Tabelle 1) wie Pflegestatistik (Tabelle 2) zeigen die Arbeit in der Pflege als Bereich vorwiegender Teilzeitarbeit: Im Krankenhaus liegt der Anteil der Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten bei 50 Prozent. In der Altenpflege liegt der Anteil in der ambulanten Pflege bei 78 Prozent, in der stationären Pflege bei 71 Prozent und damit insgesamt in Pflegeeinrichtungen nach SGB XI bei 74 Prozent. Teilzeitverträge von mehr als 50 % der Regelarbeitszeit überwiegen dabei deutlich. Bei den Teilzeitverträgen, insbesondere bei den Teilzeitverträgen unter 50 % der Regelarbeitszeit, fällt der überdurchschnittliche Frauenanteil auf.

Tabelle 1: Krankenhausstatistik: Pflegepersonal im Land Bremen im Dezember 2012

	Insgesamt Beschäftigte	davon Frauen		VZÄ
		abs.	in %	
Pflegedienst	4.696	3.900	83,05	3.465
dav. Teilzeit/ geringfügig Beschäftigte	2.355	2.206	93,67	
davon				
GKPF	3.909	3.248	83,09	
GKKPF	511	502	98,24	
KPfH	120	104	86,67	
Sonst.	156	136	87,18	
mit Weiter- bildung	912	678	74,34	
Funktionsdienst	1.453	1.180	81,21	1.118
Nichtärztl. Personal insgesamt	8.974	7.449	83,01	6.800

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, Krankenhausstatistik. Eigene Zusammenstellung

Abkürzungen: GKPF = Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, KPfH = Krankenpflegehelfer/-innen, GKKPF = Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen, Sonstige = Sonstige Pflegepersonen (ohne/mit staatlicher Prüfung), mit Weiterbildung = Pflegepersonal mit Pflegeberuf und abgeschl. Weiterbildung. Funktionsdienst: Schließt neben Pflegekräften auch andere Berufsgruppen (Hebammen, Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen) ein. VZÄ: Vollkräfte im Jahresdurchschnitt

4.2 Daten zur Verdienstenwicklung (Gesundheits- und Sozialwesen)

Eine leistungsgerechte Entlohnung ist für die Attraktivität der Pflege und damit für die zukünftige Fachkräftesicherung von großer Bedeutung. Solide Aussagen zum Stand und zur Entwicklung der Verdienste in der regionalen Pflege sind jedoch nur eingeschränkt möglich. Auf Grundlage der unübersichtlichen Tariflandschaft sowie der Enttariflichung und Deregulierung der Verdienste insbesondere in der Altenpflege (siehe Kapitel 1.2) stehen Daten zu den Verdiensten in der regionalen Pflege nicht systematisch zur Verfügung. Zur Annäherung an die Lage kann auf folgende Quellen zurückgegriffen werden:

Tabelle 2: Pflegestatistik: Pflegepersonal im Land Bremen im Dezember 2011

	Ambulante Pflegeeinrichtungen nach SGB XI			Stationäre Pflegeeinrichtungen nach SGB XI			Pflegeeinrichtungen nach SGB XI insgesamt		
	gesamt	davon Frauen		gesamt	davon Frauen		gesamt	davon Frauen	
		abs.	in %		abs.	in %		abs.	in %
Beschäftigte insgesamt	3.472	2.974	85,66	5478	4.626	84,45	8.950	7.600	84,92
davon									
VZ	748	578	77,27	1.348	996	73,89	2.096	1.574	75,10
TZ über 50%	1.510	1.327	87,88	2.682	2.399	89,45	4.192	3.726	88,88
TZ 50% u. weniger	372	348	93,55	546	500	91,58	918	848	92,37
TZ geringfügig	814	700	86,00	681	571	83,85	1.495	1.271	85,02
davon									
APf	659	558	84,67	1248	1018	81,57	1907	1576	82,64
APfH	263	238	90,49	461	406	88,07	724	644	88,95
GKPf	832	695	83,53	352	313	88,92	1184	1008	85,14
KPfH	118	109	92,37	130	109	83,85	248	218	87,90
GKKPf	57	57	100,00	26	24	92,31	83	81	97,59
Geschätzte Vollzeitäquivalente	2.268	1.916	84,48	3.905	3.254	83,33	6.173	5.170	83,75

Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen.

Abkürzungen: APf exam. Altenpfleger/-in, APfH Altenpflegehelfer/-in, GKPf = Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, KPfH = Krankenpflegehelfer/-innen, GKKPf = Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen, KPfH = Krankenpflegehelfer/-innen, TZ Teilzeit

1. Im Rahmen des vom Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut in der Hans-Böckler-Stiftung (WSI) durchgeführten Projekts „Lohn-Spiegel“ wurden Einkommensdaten für Pflegeberufe bundesweit in einer Online-Befragung erhoben. Demnach wurde in der Pflege ein durchschnittlicher Bruttoverdienst (Basis jeweils: eine 38-Stunden-Woche) von 2.360 Euro erzielt (dies und die folgenden Angaben: Bispinck et al. 2012)

Dabei verdienen Altenpfleger/-innen mit 2.148 Euro durchschnittlich weniger als Krankenpfleger/-innen mit 2.379 Euro. Altenpflegehilfskräfte kommen lediglich auf 1.877 Euro. Frauen in der Pflege verdienen ca. 10 Prozent weniger als Männer.

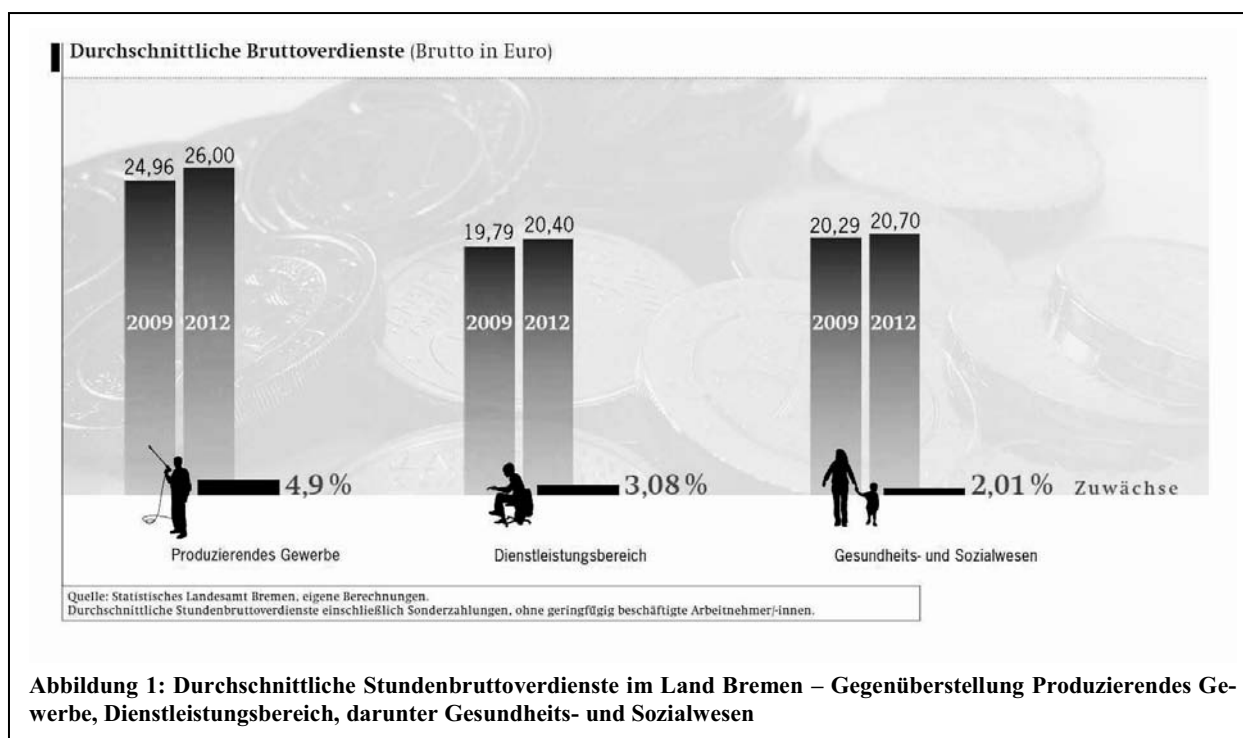


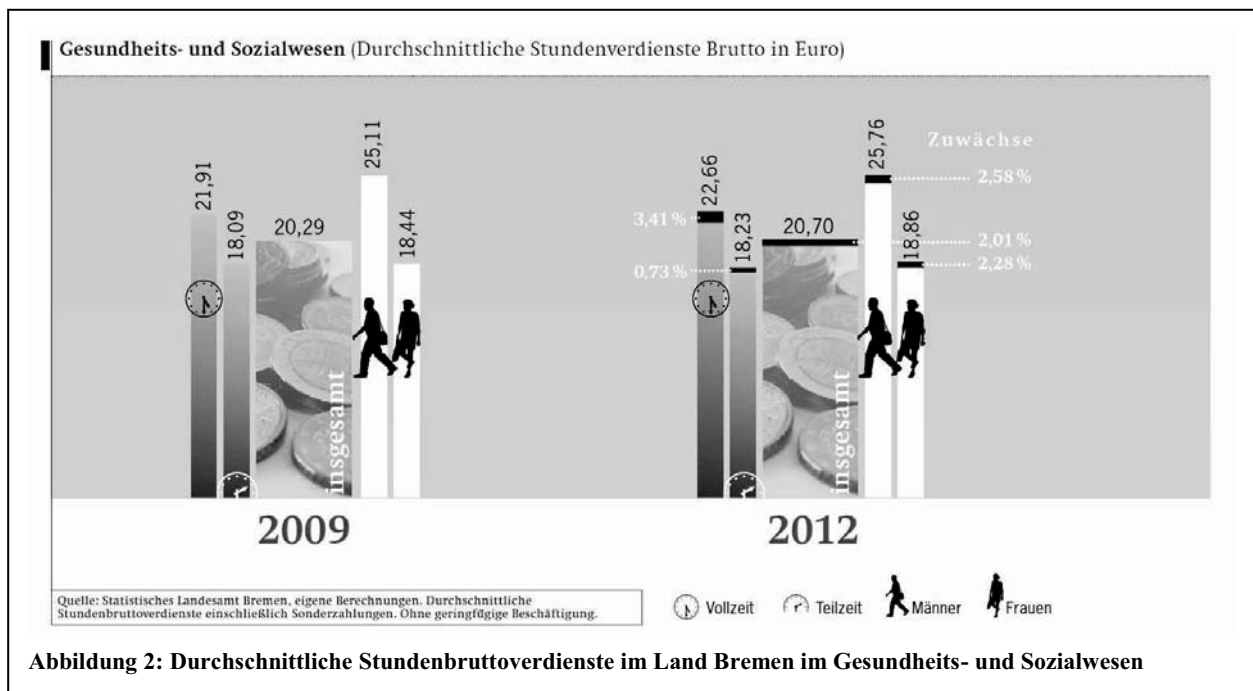
Abbildung 1: Durchschnittliche Stundenbruttoverdienste im Land Bremen – Gegenüberstellung Produzierendes Gewerbe, Dienstleistungsbereich, darunter Gesundheits- und Sozialwesen

2. Der Vergleich der Tarifeinkommen im Gesundheitssektor mit anderen Branchen durch Dinkeldey (2013) zeigt, dass sich die Einkommensdifferenz bei den Einstiegsvergütungen deutlich auseinanderentwickelt hat: Im Zeitraum von 1995 bis 2010 wurde bei Metallfacharbeitern/Metallfacharbeiterinnen ein Plus von 67,5 Prozent erreicht – dem steht bei den Krankenpfleger/-innen ein Zuwachs von nur 21,4 % und bei den Altenpfleger/-innen von 20,0 % gegenüber. Dinkeldey (2013) weist darauf hin, dass der gesetzliche Mindestlohn in der Altenpflege mit 9 Euro (West) bzw. 8 Euro (Ost) im Vergleich zu den niedrigsten Mindestlohnfestsetzungen gehört. Insgesamt erscheint die Vergütungsentwicklung in der Pflege zunehmend von der allgemeinen Lohnentwicklung abgekoppelt.

Lohnstrukturdaten stehen als Zeitreihen zur Verfügung (Die Arbeitnehmerverdienste im Produzierenden Gewerbe und im Dienstleistungsbereich im Lande Bremen, Statistische Berichte, Statistisches Landesamt Bremen), liegen allerdings nur auf der Ebene des Gesundheits- und Sozialwesens vor, von dem die Gesundheitsberufe einen Teil bilden. Eine weitere Differenzierung ist regional nicht möglich. Die Auswertung der Daten für das Gesundheits- und Sozialwesen zeigt jedoch eine klare Tendenz.

Abbildung 1 vergleicht die Bruttostundenverdienste im Gesundheits- und Sozialwesen mit dem produzierenden Gewerbe und dem gesamten Dienstleistungsbereich. Im produzierenden Gewerbe liegen die Stundenverdienste ca. 5 Euro und damit ein Viertel über dem Dienstleistungsbereich und dem Gesundheits- und Sozialwesen. Während die Bruttostundenverdienste im produzierenden Gewerbe um 4,2 Prozent in vier Jahren zunahm, wuchsen die Verdienste im Dienstleistungsbereich lediglich um 3,1 Prozent; im Gesundheits- und Sozialwesen fiel der Zuwachs mit 2 Prozent sogar nur halb so groß aus, sodass hier von Reallohnverlusten auszugehen ist.

Abbildung 2 differenziert die Entwicklung der Bruttostundenverdienste im Gesundheits- und Sozialwesen nach Geschlecht und Vollzeit-/Teilzeitbeschäftigung. Es zeigt sich eine erhebliche Vergütungsdifferenz zwischen Männern und Frauen von durchschnittlich etwa 6 Euro. Die Verdienste der Frauen fallen mit den unterdurchschnittlichen Verdiensten für Teilzeitbeschäftigte nahezu zusammen. Bei Vollzeitbeschäftigten sind leicht überdurchschnittliche Einkommen erzielbar.



Teil B: Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung Handlungsoptionen im Strukturwandel aus Sicht der Pflegekräfte - Chancen, Risiken und Voraussetzungen für die Gestaltung attraktiver Pflegearbeit

Vorbemerkung

Die Darstellung der Ergebnisse der Befragung erfolgt zunächst entlang der vier zentralen Themenfelder der Beschäftigtenbefragung:

- Arbeitsteilung, Organisationsmodelle und Pflegekonzepte im Strukturwandel (Kapitel 5)
- Berufliches Selbstverständnis der Pflegekräfte (Kapitel 6)
- Qualifikationsentwicklung und Ausbildungstrends (Kapitel 7)
- Handlungsoptionen für „Gute Arbeit“ in der Pflege aus Beschäftigtensicht (Kapitel 8)

Diese thematischen Bereiche der Untersuchung sind nicht nur vielfältig quervernetzt. Die Vorschläge der Beschäftigten zur Verbesserung der Pflegearbeit weisen außerdem über diese Themenfelder hinaus. Personalsituation und Vergütung spielen dafür eine wichtige Rolle. Die befragten Pflegekräfte bezogen sich daher in den Interviews auch vielfach auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, von denen die Gestaltung der Pflegearbeit wesentlich mit bestimmt wird, insbesondere auch auf die Ökonomisierung der Pflege. An die Darstellung der genannten vier Themenbereiche schließen sich daher weitere Kapitel zu diesen Rahmenbedingungen an.

Wie in Kapitel 3 bereits dargestellt, hatte die Befragung das Anliegen, Pflegekräfte als Experten/Expertinnen ihrer eigenen Arbeit zu befragen, um deren Veränderungsvorschläge zur Gestaltung „Guter Arbeit“ in der Pflege im Strukturwandel zu erheben. Eine erneute Ermittlung und Darstellung der Arbeitsbedingungen in der Pflege – die als bekannt unterstellt werden können³⁶ – war insofern nicht vorgesehen. Wenn im Folgenden dennoch auch die Beschreibung der aktuellen Situation durch die Pflegekräfte einen recht breiten Raum einnimmt, dann geschieht dies vor allem aus folgendem Grund:

Der Druck, unter dem Pflegekräfte arbeiten, ist bekanntlich erheblich. Dass die Interviews daher auch dazu genutzt wurden, auf Unzumutbares und absurd Erscheinendes hinzuweisen, darf nicht verwundern.

Es würde dem Anliegen der Befragung, die Pflegekräfte ernst zu nehmen und zu Wort kommen zu lassen, nicht entsprechen, würde man diese Aussagen nach dem Motto „alles längst bekannt“ zur Seite legen. Auch können diese Aussagen sehr anschaulich illustrieren, wie die reale Pflegearbeit beschaffen ist, die hinter den „nackten Zahlen“ der quantitativen Untersuchungen steht.

Wenn insofern vieles zur Sprache kommt, das „schlechte Arbeit“ in der Pflege beschreibt, so legen die meisten befragten Pflegekräfte doch auch Wert darauf, dass das Bild ihrer Arbeit nicht nur negativ dargestellt wird. Dies sei daher vorab ausdrücklich betont. Die befragten Pflegekräfte sind „trotz allem“ gern in ihrem Beruf tätig. Das Gesamtbild, das sich in den Interviews herausbildete, wurde auch von Pflegekräften mit geprägt, die ihre Arbeitsumstände insgesamt als positiv, förderlich und befriedigend einschätzten. Die Pflegekräfte selbst wollen ihre Kritik an den bestehenden Arbeitsbedingungen daher keineswegs als bloße Klage über Missstände aufgefasst sehen:

„... also, es gibt ..., ist ja auch nicht alles immer nur superschlecht, ich mein, es klingt immer gerade, wenn man das so alles anspricht, alles immer so mega-negativ, aber in gewisser Art und Weise arbeiten wir alle schon gerne hier. Sonst würden wir nicht mehr hier arbeiten, dann wären wir schon längst weg. Muss man ja auch mal sehen.“

Wenn es darum gehen soll, in dieser Befragung die Pflegekräfte selbst zu Wort kommen zu lassen, erschien es notwendig, ihre Aussagen nicht nur ihrem Gehalt nach zusammenzufassen, sondern auch einen (gemessen an der Materialfülle relativ kleinen) Teil der transkribierten Aussagen der Pflegekräfte selbst in den Bericht mit aufzunehmen.

Pflege ist ein besonders sensibler Bereich und wird von der Öffentlichkeit kritisch beäugt, gerade, wenn es um fragliche Missstände geht. Ein Teil der Gesprächspersonen wurde durch Vermittlung der Arbeitgeber bzw. Pflegedienstleitungen gewonnen. Um die Anonymität der Interviewpartner/-innen und ihrer Einrichtungen zu schützen, wurden die Zitate nicht nur sorgfältig anonymisiert, sondern auch auf alle zurechnenden Hinweise verzichtet, mit denen die zitierten Stellen zu einem Gesamtbild verdichtet und damit zur Identifizierung einzelner Gesprächspersonen genutzt werden könnten. Die Zitate sind breit gestreut ausgewählt und beziehen das gesamte Sample ein. Wo es für das Verständnis unbedingt nötig erscheint und sich nicht bereits aus der Äußerung selbst ergibt, werden jeweils Kontextinformationen zu Funktion,

36 Vgl. Roth (2011), Tackenberg/Knüppel/Wagner (2009). Hierzu auch Kapitel 1 und Einrichtungsbefragung, Teil A.

Arbeitsbereich oder Ausbildung gegeben.³⁷ Außerdem wurden die Zitate aus den Interviews sprachlich leicht geglättet, in einzelnen Fällen auch leicht verfremdet, um Sprechcharakteristika und Hinweise auf den Arbeitgeber zu verwischen.

Wenn im Folgenden von „den Pflegekräften“ oder „Pflegekräften“ gesprochen wird, sind natürlich stets nur die befragten Pflegekräfte gemeint, deren Aussagen gleichwohl auf Basis der qualitativen Methodik zur Auswahl der Gesprächspartner und -partnerinnen im Rahmen dieser Studie verallgemeinerungsfähig sind. Wie sich in der Befragung gezeigt hat, sind Pflegekräfte nicht immer glücklich mit dieser Bezeichnung, weil sie die Besonderheiten des Berufs und – als die Funktion betonende „technische“ Bezeichnung – die Aspekte von Beziehungsarbeit und Emotionalität in der Pflege verdecken, die vielen Pflegekräften wichtig sind. Die Bezeichnung „Pflegekraft“ wird dennoch durchgängig im Bericht verwendet, um die Lesbarkeit zu verbessern und einen im Sinn gendergerechter Sprache neutralen Begriff verwenden zu können. Die Gefahr, dass dabei das allgemein bekannte Faktum verdeckt werden könnte, dass professionelle Pflege heute überwiegend von Frauen ausgeübt wird, sehen wir nicht.

37 Wo der Arbeitsbereich für das Verständnis der Aussagen nicht relevant erscheint, wurde auch bewusst auf seine Angabe verzichtet, um die Gemeinsamkeit der Problemlagen in allen Versorgungsfeldern hervorzuheben.

5 Arbeitsteilung, Organisationsmodelle und Pflegekonzepte im Strukturwandel

„Es ist sehr verbreitet, dass man eben mal das und das – pflegefremde Tätigkeiten – mal eben so mitmacht. Das ist sehr verbreitet. Pflege macht alles ...“

Angesichts drohender Fachkräfteengpässe wird zur Sicherung einer professionellen Versorgung in der Pflege die Einführung neuer Formen, Pflegearbeit zu organisieren, nicht nur diskutiert, sondern auch in der Praxis vorangetrieben. Der Strukturwandel in der Pflege betrifft die Pflegekräfte insofern zunächst in der Form vielfältiger Ansätze zur Änderung der Arbeitsteilung zwischen den beteiligten Berufsgruppen, also beispielsweise zwischen Krankenpflegekräften und ärztlichem Dienst, sowie innerhalb der Pflege zwischen Krankenpflegefachkräften und Pflegehilfskräften als auch zwischen Pflegekräften und Servicekräften, die bestimmte pflegefremde Aufgaben im Rahmen des Pflegesettings übernehmen. Begriffe wie Skill-Mix, Arbeit in multiprofessionellen Teams, Spezialisierung zu Pflegeexperten/Pflegeexpertinnen (z. B. für Wundversorgung, Demenz, Palliativpflege usw.) spielen hierbei eine große Rolle.

Darüber hinaus gewinnen neue Pflegekonzepte an Bedeutung, wie z. B. das Konzept der Primären Pflege (Primary Nursing, PN, siehe Kasten auf Seite 29). Neue Modelle in der ambulanten pflegerischen Versorgung alter Menschen durch Pflegestationen im Quartier ermöglichen es, in der eigenen Wohnung auch schwierige Pflegesituationen zu versorgen und vermindern damit die Notwendigkeit für eine Heimunterbringung.

Im Folgenden wird auf Basis der Gespräche mit den Pflegekräften entwickelt, inwiefern und wie der strukturelle Wandel in den Organisationsformen der Pflegearbeit aus Sicht der Beschäftigten geeignet ist, die Bedingungen und die Effizienz der Pflegearbeit zu verbessern, Pflegekräften eine professionelle und befriedigende Berufsausübung zu ermöglichen und darüber auch die Attraktivität der Pflege für den Fachkräftenachwuchs zu sichern.

Die genannten Aspekte struktureller Veränderungen in der Organisation der Pflegearbeit stehen in wechselseitigem Zusammenhang. Zum Beispiel wird eine *Belastung* mit weiteren Aufgaben aus dem Umfeld der bisher vom ärztlichen Dienst ausgeübten Tätigkeiten in der Regel eine *Entlastung* von pflegefremden Aufgaben voraussetzen.

Für die Anordnung des umfangreichen Materials wurde folgende Gliederung gewählt:

- Partizipation der Pflegekräfte an Veränderungen der Arbeitsteilung
- Arbeitsteilung zwischen Fachkräften und Pflegehilfskräften
- Entlastung von Pflegekräften durch Servicekräfte

- Aufgabenverteilung zwischen Pflegekräften und ärztlichem Dienst
- Neue Pflegekonzepte und Organisationsformen wie zum Beispiel Primäre Pflege und neue Formen einer wohnungsnahen Betreuung im Quartier.

Die strukturellen Veränderungen der Organisation der Pflegearbeit stehen in engem Wechselspiel mit dem beruflichen Selbstverständnis der Pflegekräfte, das Gegenstand des darauf folgenden Kapitels 6 ist.

5.1 Pflege macht alles?

Die umfangreichen Veränderungen der Arbeitsteilung, die sich für die Zukunft abzeichnen, werden sich kaum anders als auf partizipativem Weg mit den Pflegekräften gemeinsam umsetzen lassen. Dieser partizipative Gestaltungsrahmen scheint jedoch derzeit noch kaum gegeben. Pflegekräfte sehen sich bisher oft nicht an den anstehenden Veränderungen beteiligt. Eher beobachten sie das Umgekehrte: Folgen, die sich aus Veränderungen der Abläufe oder der Rahmenbedingungen ergeben, werden den Beschäftigten in der Pflege ohne weiteres „aufgeladen“.

Beispiele für fehlende Partizipationsmöglichkeiten an den Veränderungsprozessen wurden sowohl aus der Krankenpflege wie aus der Altenpflege berichtet. Dabei werden der Pflege auch Arbeiten zugewiesen, die inhaltlich nicht unmittelbar als deren Aufgabe, mithin als pflegefremde Tätigkeit erscheinen.

„Was uns immer so nervt, ist, ob das jetzt Ärzte sind oder andere Berufsgruppen auch: Wir sind immer diejenigen, die übrig bleiben. [...] Da wird lapidar gesagt, das ist Aufgabe der Pflegekräfte. Also alles, was bei anderen nicht mehr geleistet werden kann ... Oder Labor, hat Engpässe, kann kein Blutzucker abnehmen, also zack, Pflege. Die bleiben immer übrig und müssen die Sachen machen.“

Im Bereich der stationären Altenpflege sehen sich Pflegekräfte ausgenutzt von einer Praxis, die die Bewältigung der arbeitsorganisatorischen Folgen steigender „Kunden“-Ansprüche sowie der darauf bezogenen Versorgungsversprechen ohne Weiteres den Pflegekräften zuweist.

„Und es kommt immer noch mehr dazu, weil die Neueinzüge sagen: Wieso, das ist alles mit drin, das wurde hier beim Gespräch, Aufnahmegespräch ganz groß betont, das alles hier im Service ist, das heißt, einige Bewohner haben eine Waschmaschine, können sie selbst nicht bedienen: Ich bin doch keine Hauswirtschaftskraft, ich hab mein Examen gemacht, doch nicht anderen Leuten ihre Wäsche zu waschen, und ich weiß nicht, wo ich die aufhängen soll, die Zeit hab ich doch gar nicht, da entstehen so ein paar Selbstläufer, Selbstverständlichkeiten, die wir noch erledigen müssen, ach, sie können eben noch mal meine Blumen gießen ...“

Die Belastung von Pflegekräften mit pflegefremden Aufgaben hat demnach zum Teil noch zugenommen. Gerade angesichts der engen Personaldecke wird es für Pflegekräfte jedoch umgekehrt wichtig, von pflegefremden Tätigkeiten entlastet zu werden, um sich besser auf die Kernaufgaben der Pflege konzentrieren zu können. Unter diesem Gesichtspunkt werden neue Formen der Arbeitsteilung und der Einsatz von Servicekräften von ihnen bewertet. Die Antwort auf die Frage, wie die Tätigkeiten zu bestimmen sind, bei denen eine Entlastung wünschenswert und möglich ist, stellt sich allerdings als relativ komplex heraus.

5.2 Veränderungen in der Arbeitsteilung zwischen Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften

Die Ausgangslage für Veränderungen in dieser Beziehung stellt sich für die Krankenpflege, die stationäre und ambulante Altenpflege unterschiedlich dar.

Im *Krankenhaus* ist aktuell noch von einem Modell auszugehen, in dem die Pflege fast ausschließlich auf den Schultern examinierter Kräfte liegt. Zum Teil werden bereits Servicekräfte für „pflegefremde“ Tätigkeiten eingesetzt. Diskutiert werden allerdings weitgehende Veränderungen, die in Zukunft eine Pflegeorganisation durch (akademisch ausgebildete) Pflegefachkräfte und (2-jährig ausgebildete) Pflegehilfs- bzw. Pflegeassistentenkräfte erwartet. Hier geht es also um Fragen der Entlastung der Fachkräfte durch Hilfskräfte bzw. weiterreichend um eine neu zu definierende Arbeitsteilung zwischen Fachkräften und Hilfskräften vor dem Hintergrund eines drohenden Fachkräfteengpasses und knapper Personalmittel.

In der *stationären Altenpflege* ist eine Fachkräftequote von 50 % vorgeschrieben. Vor dem Hintergrund eines erwarteten Fachkräftemangels in der Zukunft wird diskutiert, ob sich diese Grenze wird halten lassen. Insofern stellt sich auch hier die Frage nach neuen Modellen der Arbeitsteilung bzw. Pflegemodellen und nach der Rolle, die Fach- und Hilfskräfte zukünftig darin spielen werden.

Die *ambulante Pflege* muss aufgaben- und abrechnungsbezogen kalkulieren, also insbesondere für Maßnahmen der Behandlungspflege (SGB V) qualifiziertes Personal vorhalten; für die Grundpflege werden auch Hilfskräfte eingesetzt. Hier geht es daher weniger um eine Aufgabenverschiebung von Fachkräften zu Hilfskräften, sondern mehr um eine Optimierung ihres Zusammenwirkens.

5.2.1 Beispiel ineffizienter Arbeitsteilung zwischen Fach- und Hilfskräften

In der *ambulanten Pflege* wird folgende Standardsituation – hier von einer Pflegehilfskraft – dargestellt:

„Es ist so aberwitzig: Ich habe eine Grundpflege auszuführen. Ich weiß, nachher kommt irgendwann die Schwester, irgendwann, ich weiß aber nicht wann. Ich muss den Menschen jetzt anziehen, aber seine

Stützstrümpfe hat er gar nicht an. Und dann kommt die Schwester und, was für ein Blödsinn, muss ihn noch mal austüdeln, und viele sind ja gar nicht so schnell wieder aus die Bux raus, [...] und der Schwester rennt wirklich auch die Zeit weg. Warum können wir das nicht, haben wir früher auch gemacht, warum können wir nicht die Kompressionsstrümpfe anziehen? Weil, über uns darf es nicht abgerechnet werden ... weil uns diese Qualifizierung fehlt.“

Aus Sicht der Pflegekräfte erscheinen hier die Abrechnungsvorschriften als Ursache einer ineffektiven Organisation der Arbeitsabläufe, und die Unterscheidung in Grundpflege und Behandlungspflege³⁸ damit als Hemmnis für eine patientenorientierte Pflege wie auch für die Effizienz der Leistungserbringung.

Die Pflegekräfte verweisen damit auf eine reale Problematik: Die Unterscheidung in Grundpflege und Behandlungspflege gilt in der Pflegewissenschaft der Sache nach als antiquiert und steht ganzheitlichen Pflegekonzepten entgegen. In deren Rahmen wäre vielmehr fallbezogen zu entscheiden, ob z. B. eine „Ganzkörperwäsche“ als Pflegemaßnahme von der für den Patienten/die Patientin zuständigen Fachkraft ausgeführt werden muss, oder auch von einer Hilfskraft im Pflegeteam ausgeführt werden kann. Die Übernahme der Unterscheidung von Grund- und Behandlungspflege in die Sozialgesetzgebung ist insofern die Festschreibung einer Pflegepraxis, die zur „Zerstückelung“ der Pflege in Teiltätigkeiten führt, statt ganzheitliche Pflege zu fördern. Sie bildet damit auch die Grundlage der von den Pflegekräften kritisierten Schwierigkeit, am Patienten beide Abteilungen optimal zusammenzuführen.

Auf der anderen Seite bildet auf Grundlage von SGB V und XI die Anforderung, dass Maßnahmen der Behandlungspflege von Pflegefachkräften auszuführen sind, eine Schranke für potenziell unter Kostenaspekten mögliche Dequalifizierungstendenzen. Die Lösung kann daher kaum darin liegen, die in der Sozialgesetzgebung bestehende Verquickung von Behandlungspflege und Fachkraftqualifikation aufzuheben. Gleichwohl bleibt die Situation für die Pflegekräfte unbefriedigend. Praktisch agieren Pflegekräfte möglicherweise zum Teil in einer Grauzone. Eine andere Pflegehilfskraft berichtet:

„Die Examinierten machen bei uns die Versorgung mit Medikamenten, also die ärztlich verordneten Geschichten, wir machen die Grundpflege und auch hauswirtschaftli-

38 Im traditionellen Verständnis umfassen Maßnahmen der Grundpflege Tätigkeiten der grundlegenden Versorgung des Pflegebedürftigen (z. B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität), während unter Behandlungspflege Tätigkeiten verstanden werden, die auf Grundlage ärztlicher Verordnung erbracht werden, z. B. Wundversorgung, Medikamentengabe, (vgl. Internet: <http://de.wikipedia.org/wiki/Grundpflege>, Zugriff am: 25.01.2014).

che Sachen, Einkaufen, Begleitung zum Arzt; es greift sehr ineinander rein. Oft ist es auch so, dass eine Examinierte, weil sie so vollgestopft ist mit Patienten morgens, dich anruft, und sagt, kannst du bitte mal die Kompressionsstrümpfe anziehen ... obwohl wir es eigentlich offiziell gar nicht dürfen.“

Für eine Lösung dieser unbefriedigenden Situation kamen in den Gesprächen zwei Ansätze zur Sprache:

- Die beschriebenen Situationen können Ausdruck eines Fachkräftemangels in der ambulanten Pflege sein. Die Einrichtungsbefragung (50, 52) hatte Hinweise darauf ergeben, dass der Fachkräftebedarf derzeit schwierig zu decken ist. Die Höherqualifizierung der Pflegehilfskräfte zu Fachkräften könnte zur Bedarfsdeckung beitragen und entspricht auch dem Interesse der befragten Pflegehilfskräfte.³⁹
- Eine weitere Lösung steckt in neuen Organisationskonzepten der Altenpflege. Werden alte Menschen in ihrer Wohnung von einer Pflegestation im Quartier gepflegt, sind aufgrund kurzer Wege und räumlicher Konzentration der Pflegekräfte effektivere Abläufe möglich. Wo diese bereits praktiziert werden, bestehen die geschilderten Reibungsverluste offenbar nicht.⁴⁰

5.2.2 Optimierung der Arbeitsteilung Fachkraft-Hilfskraft und deren Voraussetzungen

Auch wenn Pflegefachkräfte durchgängig einen möglichst großen Fachkräfteanteil in den Teams befürworten, erwarten sie insbesondere im *Krankenhaus*, dass sich durch eine neue Aufgabenverteilung zwischen Fachkräften und Pflegehilfskräften Abläufe verbessern lassen. Grundsätzlich gehen die Pflegefachkräfte allerdings davon aus, dass ein Einsatz von Pflegehilfskräften nur dann eine Entlastung bedeuten kann, wenn diese Pflegehilfskräfte zusätzlich, nicht aber als Ersatz von Fachkräften zum Einsatz kommen.

39 Für die Umschulung oder Nachqualifizierung von Pflegehilfskräften zu Pflegefachkräften hatte die Arbeitgeberbefragung 2012 Interesse und Potenzial bei diesen ermittelt (Einrichtungsbefragung, 56). In der Beschäftigtenbefragung kamen in einzelnen Gesprächen eher Hindernisse für die Umsetzung dieses Qualifizierungswunsches zur Sprache, insbesondere der fehlende finanzielle Rahmen der betreffenden Einrichtungen. Siehe hierzu Kapitel Qualifikation.

40 Siehe auch Kapitel 5.5.

Fallbezogener Einsatz als Prinzip der Arbeitsteilung

Als Beispiele für nutzbare Effizienzgewinne wurden oft Tätigkeiten rund um das Essen angeführt: Das Austeilen von Essen erfordert keine Fachkraft, und auch die Unterstützung von Patienten/Patientinnen oder Bewohnern/Bewohnerinnen beim Essen muss nicht in jedem Fall von einer examinierten Kraft geleistet werden.

„Wir würden davon, denk ich, alle profitieren, weil die sollen ja nicht unsere Arbeit machen. [...] Zum Beispiel das Essen austeilen, nur austeilen, [...] das ist eine Sache von einer halben Stunde, in dieser halben Stunde könnte man schon tausend andere Sachen machen. Oder auch, wir haben ja Patienten, die häufig nicht selber essen können, aber das hat einfach nichts damit zu tun, dass sie nicht schlucken können, sondern weil sie zum Beispiel durch Arthritis der Hände nicht mehr greifen können. [...] Anders ist das natürlich, wenn der Patient eine Schluckstörung hat, dann ist das natürlich klar unsere Aufgabe.“

Der Einsatz von Hilfskräften kann somit keine prinzipielle Zuweisung bestimmter Aufgaben von den examinierten Kräften zur Hilfskraft bedeuten. Vielmehr ist eine fallbezogene Zuweisung erforderlich. Es fällt in die fachliche Kompetenz der Pflegefachkraft, diese Zuweisung auf Grundlage des Wissens um den Zustand der Patienten/Patientinnen oder Bewohner/Bewohnerinnen sowie der jeweiligen Qualifikation der Hilfskraft vorzunehmen.

Krankenbeobachtung durch Fachkraft muss gewährleistet sein

Pflegefachkräfte müssen also in der Lage sein, sich selbst über die Situation der Patienten/Patientinnen oder Bewohner/Bewohnerinnen in ausreichendem Umfang ein Bild machen zu können – z. B. beginnend mit einer morgendlichen Runde –, um auf dieser Grundlage über die „Positionierung“ der Hilfskräfte fallweise entscheiden zu können. Diese Voraussetzung für ihren Einsatz wurde besonders deutlich gerade von denjenigen Pflegefachkräften unterstrichen, die den Einsatz von Hilfskräften als Optimierungsmöglichkeit ausdrücklich befürworten und genutzt sehen wollen.

„Es fängt ja damit an, hat jemand vielleicht einen erhöhten Puls, den man gar nicht sieht, den der Mensch vielleicht gar nicht merkt, aber es wäre fatal, den jetzt aufstehen zu lassen. Deshalb denke ich, diese Runde ist eminent wichtig. Wenn ich die gemacht habe, kann ich mich aufteilen, kann ich delegieren und sagen, zu dem Menschen gehe ich, der benötigt meine Fachlichkeit, zu dem Menschen, dem es heute blendend geht, das ist ein kleines Mütterlein, die braucht Hilfe beim Rückenwaschen und vielleicht neue Strümpfe anziehen und ein bisschen Haare kämmen, da kann dann jemand anders hin, also ...

Und am nächsten Tag kann das wieder anders aussehen... ich glaube, da würden wir viel mit gewinnen.“

Damit werden zugleich auch Grenzen benannt, die den Umfang der Entlastungsmöglichkeiten durch Hilfskräfte grundsätzlich einschränken. Durchgängig betonten die Pflegefachkräfte eine professionelle Krankenbeobachtung als zentralen Aspekt ihrer Arbeit. Die Gelegenheit dazu muss je nach Schwere der Krankheit der Patienten/Patientinnen ausreichend gegeben sein.⁴¹ Einige Pflegekräfte warnten davor, dass die Bedeutung der Krankenbeobachtung als Aufgabe der Fachkräfte, die darin qualifiziert und routiniert sind, nicht mehr ausreichend in der Diskussion des Hilfskräfte-Einsatzes berücksichtigt wird.

Solange die arbeitsteilige Pflegeorganisation berücksichtigt, dass die Fachkräfte in angemessenen Abständen selbst in den Zimmern pflegerische Tätigkeiten verrichten und dabei auch auf relevante Veränderungen im Zustand der Patienten/Patientinnen achten können, können Hilfskräfte somit zur Entlastung der Fachkräfte und damit zur Optimierung der Abläufe eingesetzt werden.

Einbindung in das Team erforderlich

Pflegekräften der mittleren Leitungsebene (z. B. Stationsleitungsteams) erwarten Rahmenbedingungen, die es erlauben, Pflegehilfskräfte entsprechend ihrer Qualifikation richtig in der Arbeitsteilung „platzieren“ zu können. Die Pflegefachkraft muss daher „ihre“ Pflegehilfskräfte kennen und beurteilen können, welche Tätigkeiten in welchen Zimmern sie ihnen zuweisen kann. Wechselnde Zeitarbeitskräfte als Hilfskräfte zur Überbrückung von Personalengpässen einzusetzen, verbietet sich insofern. Eine effektive Aufgabenteilung mit Pflegehilfskräften ist nicht möglich, wenn deren Qualifikation und nicht zuletzt auch Zuverlässigkeit nicht sicher beurteilt werden können.

„Deshalb muss man auf der einen Seite [...] dankbar sein, ist man aber letztlich nicht, wenn man darauf zurückblickt, weil eben viele qualitative Mängel entstehen. Und es eben dann nicht so ist, dass jemand richtig positioniert wird, sondern wenn da jemand kommt, und man freut sich, dass überhaupt jemand da ist, sagt man erstmal: Mach das und das, aber im Endeffekt ist man noch gestresster und unglücklicher, wenn man nach Hause fährt und denkt: So richtig gut ist das nicht gelaufen, weil er eben nicht gut positioniert war, weil vielleicht jemand kein Essen bekommen hat, weil [...] er nicht erfasst hat, dass der Patient den Joghurt so und so nicht mag, oder nicht richtig kauen kann, weil Zähne nicht richtig sitzen. Also so eine Hilfskraft vielleicht nicht weiß, wo-

nach sie gucken muss, weil die oder der noch nie richtig so gearbeitet hat in so einer Abteilung oder so speziell gearbeitet hat ...“

Mindestqualifikation für Pflegehilfskräfte

Neben einer stabilen Einbindung von Hilfskräften in das Team erwarten Pflegefachkräfte im Krankenhaus von diesen auch bestimmte Mindestqualifikationen.

„Also, wenn Pflegehelferinnen so integriert sind, dass sie sozusagen zugeordnet sind einer Examinierten, die auch ihnen die Information gibt, und die auch in der Lage sind, mir die Informationen zu geben, die ich eigentlich brauche, wenn ich diese Tätigkeiten mache, dann habe ich nichts dagegen. Aber das ist nicht ihre Ausbildung.“

Ein Teil der befragten Pflegefachkräfte im Krankenhaus sieht daher die Notwendigkeit, dass die Mindestqualifikation für Pflegehilfskräfte über dem Niveau einer einjährigen Ausbildung liegen sollte. Es ist in diesem Zusammenhang somit eher an den Einsatz zweijährig ausgebildeter Assistenzberufe zu denken.

Bedenken und Skepsis

Eine systematische Kombination von (akademischen) Fachkräften und Pflegehilfskräften in der *Krankenhauspflege* wirft eine ganze Reihe heute noch nicht geklärter Fragen auf.

„Weil das Konzept setzt ja eigentlich voraus, dass ich mit Pflegeassistenz arbeite und nicht mal mehr mit Pflegehelfern, also, man muss schon irgendwie ein bisschen mehr dürfen als Pflegehelfer, man muss ja auch... also wo bleiben die Pflegehelfer, und wo bleiben die Examinierten, die dreijährig ... also, die einfach nur ein Staatsexamen haben und eben keinen Bachelor ... bzw. was macht man überhaupt mit den vereinzelt reinschneidenden Bachelor-Kandidaten, ich meine, welche Tätigkeiten wollen und sollen die überhaupt übernehmen ... Weil es sind ja noch keine Strukturen da. Das wird glaube ich ganz am Anfang mal schwierig.“

Wenn insbesondere im Krankenhaus zukünftig in relevantem Umfang Hilfskräfte eingesetzt werden sollen, muss insofern auch Überzeugungsarbeit geleistet werden, dass die oben von den Pflegekräften formulierten Voraussetzungen auch eingehalten werden können. Denn die Skepsis, dass mit dem Hilfskräfteeinsatz angesichts knapper Mittel doch die über-

41 Eine morgendliche Runde der Fachkräfte, die ihnen erlaubt, zunächst einmal alle ihnen überantworteten Patienten/Patientinnen selbst zu sehen, gilt hier als Minimalforderung.

wunden geglaubte Funktionspflege⁴² wieder durch die Hintertür hereinschaut, ist weit verbreitet.

Einige der schon länger in der Pflege Beschäftigten befürchten die Rückkehr „schlechter Beispiele“ aus der Vergangenheit, mit denen sie ihre Vorbehalte bebildern.

„Das kenn ich auch noch ... das waren früher die Pflegehelferinnen, die dann gekommen sind vier Stunden, und die dann die Patienten körperlich versorgt haben. Die hatten keinerlei Informationen darüber, was der Patient hat, ob er übungstabil ist, die TEP übungstabil ist oder nicht, ob der eine Kardiomyopathie welchen Grades hatte, ob er eigentlich während der Körperpflege auch mal animiert werden soll, das selbst zu machen. Das sind schwerkranke Patienten. Und ich bin nicht der Auffassung, dass alle schwerkranke Menschen tatsächlich körperlich versorgen können. [...] Oder heißt das einfach, ich zieh jemand aus, stell eine Waschschüssel hin, wasche den einmal, zieh ihn wieder an und gut. Das heißt: Keine Mobilisation, keine Beobachtung, keine fachliche Interpretation, das wäre dann tatsächlich die Aufgabe all dessen ... das halte ich für falsch.“

Von einem einfachen „Ersatz“ von Fachkräften durch Hilfskräfte erwarten die Pflegekräfte somit nur eine weitere Verschlechterung der Pflege und Pflegearbeit. Damit sind auch die quantitativen Grenzen angedeutet, da unter den genannten Einsatzvoraussetzungen eine Fachkraft nur eine beschränkte, hier nicht genauer bestimmbare Anzahl von Hilfskräften kontrollieren und zweckmäßig in ihrem Team einsetzen kann.

5.3 Entlastungsmöglichkeiten durch Servicekräfte

Während bei Hilfskräften immer an Pflegehilfskräfte bzw. Pflegeassistentenkräfte gedacht ist, die Teiltätigkeiten in der Pflege ausüben, sollen Servicekräfte ausdrücklich nicht pflegerische, sondern pflegefremde Tätigkeiten übernehmen, die bisher noch von Pflegekräften übernommen werden.

Dass Pflegekräfte hier einen dringenden Entlastungsbedarf anmelden, zumal sie in Teilen das Gefühl haben, derzeit noch mehr pflegefremde Arbeiten zugeschoben zu bekommen, ist oben bereits zur Sprache gekommen. Es stellt sich nun die Frage, wie die Pflegekräfte diese pflegefremden Aufgaben selbst defi-

nieren. Erfahrungen liegen hier vor allem aus der *Krankenhauspflege* und der *stationären Pflege* vor.

5.3.1 Was sind pflegefremde Tätigkeiten?

Tätigkeiten außerhalb des Pflegesettings

Kaum Definitionsprobleme gibt es hinsichtlich unterstützender und im weitesten Sinn logistischer Tätigkeiten, die außerhalb des Zimmers stattfinden. Ein Beispiel:

„Also Apotheke auspacken, das muss keine dreijährige Krankenschwester machen.“

Dies gilt aus Sicht der Pflegekräfte ebenso für das Auffüllen der Schränke, Vorbereitung und Beschriften von Kurven, Reinigungs- und Erhaltungstätigkeiten am rollenden oder fixen Inventar, hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie das Waschen und Aufhängen der Bewohnerwäsche, sowie expliziter Service wie das Holen von Zeitungen usw. Fast alle Befragten können spontan irgend eine Tätigkeit nennen, die derzeit „bei der Pflege“ ist, aber jederzeit ausgelagert werden könnte, um die Abläufe zu optimieren und den Pflegekräften mehr Zeit für ihre professionelle Tätigkeit zu verschaffen.

Tätigkeiten mit Überschneidungen zum Pflegesetting

Damit ist die Frage jedoch noch nicht geklärt. Es kommen weitere Tätigkeiten in Betracht, die für sich genommen mit Sicherheit keine dreijährige Ausbildung als Pflegefachkraft erfordern, aber in unmittelbarem Kontakt mit den Patienten/Patientinnen oder Bewohnern/Bewohnerinnen stattfinden: Essensbestellungen aufnehmen, Essen verteilen, anrichten, Wassergläser tauschen, Tischdecken austauschen, Schränke im Patientenzimmer auffüllen usw.

Hier gilt insofern analog, was bereits für den Hilfskräfteeinsatz galt: Eine pauschale Abgabe dieser Tätigkeiten ist kritisch, die Pflegefachkraft muss auf die Delegation dieser Tätigkeiten an Servicekräfte Einfluss haben, um Fallweise auch gegen deren Ausführung durch die Servicekraft entscheiden zu können. Essen austeilen und abräumen lässt sich in bestimmten Settings an Servicekräfte übertragen, in anderen nicht. Manche Pflegekräfte reden daher hier von „fast pflegefremden Tätigkeiten“.

„Natürlich gehört das ein bisschen zur Pflege dazu, wenn ich Essen zubereite usw., aber es gibt schon so, vielleicht sagen wir auch einfach: fast nicht pflegerische Tätigkeiten, wo dann Entlastungen stattfinden können ... Also wenn ich eine Entlassung habe, und ich zieh das Bett ab und wisch den Tisch ab und den Nachttisch, dann muss ich das nicht unbedingt als examinierte Pflegekraft machen, das sind schon Sachen, die abgegeben werden können oder vielleicht auch sollen. Das zum Beispiel.“

Die Problematik lässt sich auch am Fall „Patienten/Patientinnen-Bringdienst“ erläutern, der aus Sicht

42 Im Gegensatz zu ganzheitlichen Pflegekonzepten und dem prozessorientierten Vorgehen der Bezugspflege werden die Pflegeaufgaben – quasi „tayloristisch“ – in einzelne Funktionen zerlegt („Bettenmachen“, „Patienten Waschen“, „Temperatur und Puls messen“) und auf die Pflegekräfte verteilt (vgl. Internet: <http://de.wikipedia.org/wiki/Funktionspflege>, Zugriff am: 25.01.2014).

der Fachkräfte ebenfalls mehr individuelle Entscheidungen erfordert, ob eine nicht einschlägig qualifizierte Servicekraft, eine Pflegehilfskraft oder sogar eine examinierte Kraft einen Transport übernimmt – je nach Zustand und Fall der Patienten/Patientinnen oder Bewohner/Bewohnerinnen. Wird der Begleitedienst dennoch durch nicht qualifiziertes Personal abgewickelt, wird im Grunde ein Umfeld mit hoher Fachkräftedichte vorausgesetzt :

„Das ist ja dann zur Kernarbeitszeit, wo eigentlich man immer sagt, naja, wenn ich mit einer jungen FSJ-lerin und einem Patienten im Fahrstuhl fahre, nicht mein Patient, nicht meine Station, guck ich ja doch schon hin. So, darauf baut man im Grunde. Aber das ist schon auch nicht das dickste Brett.“

Die Funktionsräume als Rückzugsraum – von der Realität überholt

Früher einmal diskutierte Bedenken, dass das Wegfallen bestimmter Arbeiten in den Funktionsräumen, wie Reinigungstätigkeiten in den Spülen oder das Ordnen und Wiederauffüllen von Materialschränken, nur als weitere Arbeitsverdichtung gegen die Pflegekräfte ausschlagen könnte, insofern die sonst kontinuierliche hohe Belastung der hoch konzentriert auszuführenden verantwortlichen Pflegeleistungen zumindest eine kurze Unterbrechung erfährt, sind inzwischen angesichts der in der Pflege selbst erreichten Arbeitsverdichtung gegenstandslos geworden:

„Da haben wir uns sowohl als Betriebsrat und als Gewerkschaft ja die Köpfe heißgeredet, vielleicht kennen Sie das auch noch, also wenn du mal in der Spüle bist, kannst du mal die Gedanken schweifen lassen. Also ich habe das nie so empfunden, ich habe das als zusätzlichen Stress empfunden, jetzt musst du auch noch in die Spüle, weil, die Waschschüssel muss ja auch noch jemand sauber machen.“

Damit erscheinen diese Zeiten und Arbeiten nun als einfacher Abzug von der Zeit, die für die Pflege selbst dringend gebraucht wird. Was vielleicht einmal „Stress-Pause“ sein konnte, schlägt so auf Grundlage der Arbeitsverdichtung durch den Personalabbau in sein Gegenteil um.

5.3.2 Qualifikation der Servicekräfte – Hotel oder Pflegehilfe-Kurs?

Vor dem Hintergrund der genannten Formen, in denen ein Einsatz von Servicekräften zur Verbesserung der Abläufe beitragen kann, gibt es unterschiedliche Auffassungen über die Frage, ob und welche auf die Arbeit in einem Pflegebetrieb bezogenen Basisqualifikationen bei Servicekräften erwartet werden sollten.

Einerseits wird dafür plädiert, Servicekräfte in ihrer Qualifikation und damit auch ihren Aufgabenbereichen trennscharf von den Pflegekräften abzusetzen. Durch eine klare Kompetenzzuweisung soll gerade die Vermischung der Kompetenzbereiche vermieden

und die pflegerischen Aufgaben klar bei der Pflege verbleiben. Insofern sollten nur in Ausnahmefällen Pflegehilfskräfte auf solchen Positionen eingesetzt werden, sondern prioritär Kräfte mit einer Qualifikation aus dem Hotel- und Gaststättenbereich. So soll ein Graubereich vermeiden werden.

„Servicekräfte dürfen und sollen eben nicht zur Klingel gehen.“

Andererseits wird für eine minimale Qualifikation plädiert – dies kann zum Beispiel ein wenige Wochen dauernder Pflegehilfe-Kurs sein. Im Hintergrund steht hier die Überlegung, dass die scharfe Trennung zwischen Pflege und Service in der Realität vermutlich nicht eingehalten werden kann. Servicekräfte sind bei den Patienten/Patientinnen und werden von diesen auch angesprochen – dann sollten sie auch zumindest bestimmte Informationen verlässlich weitergeben können und in Notsituationen angemessen handeln können. Eine Hygieneschulung für Servicekräfte versteht sich hier von selbst.

Für diese Sichtweise spricht die Erfahrung, dass heute bereits z. B. die Reinigungskräfte von den Patienten/Patientinnen angesprochen werden, mit ihrer Aufmerksamkeit gefragt sind und dem Pflegepersonal Hinweise über ihre Beobachtungen geben.

„Es gibt ja zum Beispiel die Reinigungskräfte, die auf Station sind. Das sind ja Frauen, die auch jeden Tag irgendwie da sind, und das habe ich oft erlebt, dass sich die Patienten den Kolleginnen auch anvertrauen, weil die im Zimmer rumwuseln und dann auch den einen oder anderen Hinweis geben, und sagen, Mensch, da ist die Infusion leer oder so, geh da mal rein.“

Als Sonderfall könnten Servicetätigkeiten von examinierten Kräften übernommen werden, um sie als ältere Arbeitnehmer/-innen gezielt zu entlasten. Hier kommen selbstverständlich auch und gerade patientennahe Servicetätigkeiten (z. B. Stationssekretariat) infrage, in denen das Know-how der Fachkräfte in anderer Form weiter genutzt werden kann.⁴³

Eine klare Grenze für den Einsatz gering- oder unqualifizierten Personals ziehen Pflegefachkräfte, sobald es um die Pflege selbst geht.

„Bei den pflegefremden Tätigkeiten, die eben nicht unmittelbar am Patienten stattfinden, ist vieles vorstellbar. Aber schwierig wird es wirklich spätestens dann, wenn man mit dem Patienten arbeitet, am Patienten arbeitet, da ist eine Grundqualifikation und ein gewisses, nicht nur ein gewisses, sondern ein ganz hohes Pflegeverständnis notwendig. Weil, den Patienten in seiner Ganzheit zu erfassen, gerade vor dem Hintergrund, dass er ja deutlich kränker ist, deutlich älter ist, nicht nur eine Erkrankung mitbringt, sondern im Prinzip ja auch oft mit Mehrfacherkrankungen schon in die

43 Siehe Kapitel 8.2.1.

Klinik kommt, eine aktuelle Situation dann noch mit dazukommt, denn es ist nicht oft nicht nur die Erkrankung, da kommt die Familie noch mit dazu, da braucht es schon Menschen, die eine entsprechende Ausbildung haben, und die kann dann, also, ich sag mal, im direkten Patientenkontakt reicht dann eine einjährige Ausbildung in der Regel nicht aus.“

5.4 Aufgabenverteilung zwischen Pflegedienst und ärztlichem Dienst

Soweit eine Entlastung bei pflegefremden Tätigkeiten durch Servicekräfte bereits stattfindet, wurde sie durch die Übernahme zusätzlicher, bisher ärztlicher Aufgaben „erkauft“:

„Da sind wir, finde ich, gut entlastet dadurch [durch Servicekräfte], wobei das natürlich für uns bedeutet hat damals, dass es auch was dazugab.“

Insofern „unter dem Strich“ daher keine reale Entlastungswirkung eintritt, stößt der Trend zur Zuweisung von ärztlichen Aufgaben an die Pflege auch auf unterschiedene Ablehnung, wenn Pflegekräfte den Eindruck haben, dass letztlich nur die ökonomischen Berechnungen der Gesundheitspolitik das Motiv der Aufgabenverschiebung bilden:

„Wir haben den Beruf ja schon viel interessanter gemacht, indem wir den Pflegekräften viel mehr Arbeiten delegiert haben'. Ja, natürlich, warum haben sie das gemacht, die haben ärztliche Aufgaben auf Pflegekräfte gegeben, weil Pflegekräfte billiger arbeiten als Ärzte!“

Im Allgemeinen wird die Übernahme solcher Tätigkeiten von den Pflegekräften jedoch nicht grundsätzlich zurückgewiesen. Pflegekräfte verweisen darauf, dass sie ohnehin bereits vielfältige Tätigkeiten ausüben, die derzeit eher noch dem Verantwortungsbereich des ärztlichen Dienstes zugeschrieben werden.

Einige dieser Tätigkeiten haben eine abwechslungsreiche Geschichte, wie beispielsweise die Blutentnahme und verwandte Tätigkeiten, die mal vom ärztlichen Dienst, mal vom Pflegedienst und mal von medizinischen Fachangestellten übernommen werden bzw. zwischen diesen Berufsgruppen hin- und hergeschoben wurden. Eine klare Übertragung dieser Tätigkeiten an den Pflegedienst kann dazu beitragen, die Arbeitsteilung zu optimieren und damit Zeit für die Pflege zu gewinnen:

„Infusionsgabe war im Grunde genommen schon vorher unsere Aufgabe, aber bei Kurzinfusionen noch mal zu gucken, [...] solche Sachen, die vorher eher die Ärzte gemacht haben, das wurde dann so zu unserer Aufgabe; Blutentnahmen haben wir mit übernommen aus dem ärztlichen Bereich, [...] Port-Punktionen und [...] Venenpunktionen, Braunülen legen ... [...] Für den Prozess glaube ich so, dass es auch ganz gut auch ist. Dass man nicht immer auf den

Arzt warten muss, wenn eine Infusion angehängt wird, oder ein Medikament gespritzt wird ... in der Zeit, wo es da liegt, verfällt es dann wieder, dann muss man es neu aufziehen, also das war eigentlich eine blödsinnige Arbeitsteilung, die es da früher gegeben hat, und da sind wir mit Schulungen rangegangen.“

Ein Problem sehen Pflegekräfte eher darin, dass sie diese Tätigkeiten auf Grundlage einer Aufgabendelegation immer noch in einer Art rechtlicher Grauzone ausüben müssen.

„Da sehe die Schwierigkeit, dass wir vieles in einem Graubereich machen, weil es zwar irgendwie gedeckt ist, aber letztlich davon abhängt, dass ein Doktor sagt, du darfst das, du darfst das nicht.“

Auch überlässt der ärztliche Dienst offenbar den Pflegekräften oft die Aufgabe, den Patienten/Patientinnen komplexe und „schwere“ Diagnosen verständlich zu erläutern. Dies wird seitens der Pflege positiv verbucht, da diese Praxis die Pflegekräfte in ihrer Rolle als professioneller Beziehungspartner der Patienten/Patientinnen bestätigt. Dabei wird wie selbstverständlich davon ausgegangen, dass die erforderliche verständige und verständliche „Verdolmetschung“ seitens der Profession, deren Aufgabe es ist, die Diagnosen zu stellen, scheinbar nicht erwartet werden kann.

„So ein Patient, der in der Visite liegt, ist meist überfordert, weil da irgendwie wichtig der Oberarzt mit dem Stationsarzt über die Erkrankung spricht, und das sind so diese Fragen, die dann hinterher an die Pflegekräfte gestellt werden, was heißt das eigentlich, also, da muss dann eine Pflegekraft oft übersetzen. Da war ich letzte Woche bei einer Visite dabei, [...] und mittags kam der Patient dann und fragte, ja was hat der eigentlich gemeint. [...] Da hat der Patient verstanden, das erste Mal so, was ist es eigentlich ist. Da ist in der Visite die Information gegeben worden, die schon richtig war, aber dieses Nachfragen, das kommt häufig im Pflegesetting.“

Eine Übernahme von Tätigkeiten aus dem ärztlichen Verantwortungsbereich wird besonders dann positiv bewertet, wo sich Pflegekräfte auf bestimmten Feldern zu Pflegeexperten qualifiziert haben, sich z. B. in der Wundversorgung, in der Pflege von Demenzzkranken oder in der Palliativpflege ein vertieftes Wissen erworben haben und auf dieser Grundlage eine selbstständige Planung und Durchführung der Pflege verantworten. Hier kommt es Pflegekräften ineffektiv und nicht mehr passend vor, wenn sie zwar den Gang der Pflege eigenverantwortlich bestimmen, für die Verordnung bestimmter Heilmittel in diesem definierten Rahmen aber jeweils den ärztlichen Dienst in Anspruch nehmen müssen. Hier gibt es offenbar viele Zwischenstadien, wo formal der ärztliche Dienst noch die Verantwortung trägt, sich aber dabei längst auf die Pflege und ihr Wissen verlässt:

„Es ist ja schon oft so, dass wir gefragt werden: Was meinen Sie denn, welche Salbe wollen wir da denn drauf machen. Dann muss ich schon lachen: Bin ich hier der Doktor, oder wer ist hier denn ... ? Dann fragt er anders herum: Mit was haben wir denn Erfolg gehabt ... Dann sag ich im die Salbe: Ja, dann nehmen wir die. So kann man es dann auch machen.“

An einem Fall wie diesem aus der stationären Altenpflege wird deutlich, dass eine klare Regelung, die z. B. einer als Wundexperten entsprechend qualifizierten Pflegekraft mehr Eigenständigkeit im Handeln zubilligt, offenkundig zur Optimierung der Abläufe beitragen könnte

Auf der anderen Seite stoßen insbesondere mögliche Projekte im Rahmen der Heilkundeübertragungsverordnung auf Skepsis, mit denen aus Sicht von Pflegekräften der Rahmen der Stärkung einer selbstverantwortlichen und eigenständigen Pflege verlassen wird und ein grundsätzlich neuer Aufgaben- und Verantwortungszuschnitt – wenn auch erst auf sechs ausgewählten Bereichen⁴⁴ – eingerichtet werden kann:

„Ich finde, die Pflege wird durch die Übernahme von sogenannten ärztlichen Tätigkeiten in keiner Weise aufgewertet, weil das ist nur ein Übertrag von Tätigkeiten, die in eine andere Profession gehören. Wir sind die Profession Pflege, und wir haben unsere Arbeitsbereiche, die eine hohe Verantwortung erfordern, und wir haben ganz andere Bereiche, in denen wir spezielle Pflegekonzepte z. B. umsetzen möchten, die uns aufwerten. Die Aufwertung findet nicht durch eine Heilkunde-Übertragung statt, sondern in dem Moment, wo ich einen Patienten ganzheitlich versorgen kann. [...]“

Die Vorläufigkeit und der experimentelle Charakter der Aufgabenzuweisung sowie die daraus folgende „Arbeit in Grauzonen“ stiftet damit auch bei den Pflegekräften selbst Unsicherheiten darüber, wie sich Pflege und ihr Aufgabenfeld gegenüber dem ärztlichen Dienst definieren sollen.

5.5 Neue Pflegekonzepte und Organisationsformen in der Versorgung

Die Einführung neuer Pflegekonzepte und Organisationsformen in ihren Einrichtungen kann ein Teil der befragten Pflegekräfte bereits aus eigener Anschauung berichten, in anderen Fällen wird dies derzeit geprüft.

5.5.1 Neue Pflegekonzepte: Primäre Pflege (Primary Nursing, PN)

Was ist Primäre Pflege?

„Näher dran am Patienten

Auf den Stationen arbeiten die Pflegefachkräfte nach dem Prinzip der **Primären Pflege**.

Das bedeutet für den Patienten, dass für die Dauer seines Aufenthalts eine ihm namentlich bekannte Pflegekraft (primäre Pflegekraft) in Abstimmung mit ihm den gesamten Pflege- und Behandlungsprozess koordiniert.

Um eine kontinuierliche und individuelle Betreuung sicher zu stellen, ist die primäre Pflegekraft für den Pflegeprozess des Patienten während des gesamten Aufenthalts auf der Station verantwortlich. Durch diesen festen, kontinuierlichen Ansprechpartner können sich Patienten besser auf der Station und in Bezug auf ihren Therapieverlauf orientieren und fühlen sich in belastenden Situationen sicherer.

Die primäre Pflegekraft hält engen Kontakt zum behandelnden Arzt und allen anderen beteiligten Berufsgruppen (z. B. Krankengymnastik). Mit dem Patienten und den Angehörigen plant die primäre Pflegekraft außerdem die weitere Versorgung nach der Entlassung. In Abwesenheit der primären Pflegekraft übernimmt eine vertretende Pflegekraft die Pflege nach deren Planung.“

Quelle:

http://www.diakobremen.de/pflege/primaere_pflege

Das Konzept der Primären Pflege⁴⁵ trifft bei den Pflegekräften durchgängig auf großes positives Interesse.

„Ich war anfänglich ziemlich kritisch, weil das ganz hohe Kompetenzen bei den Mitarbeitern voraussetzt [...]. Aber meine Erfahrungen waren gut; wenn Primäre Pflege läuft, ist es ein gutes Konzept. [...] Ist die Besetzung normal, ist das was, was richtig gut läuft, eben auch der Beziehungsaufbau, der ja im Grunde genommen, das ist ja der Kern von Primärer Pflege, also eine professionelle Beziehung zum Patienten und sozusagen Prozessbegleiter zu sein und die Fäden in der Hand zu halten für den Patienten überall da, wo er gar nicht weiß, wie komplex das alles ist. [...] Ja, nur sehe ich

44 Siehe Einrichtungsbefragung (39f).

45 Als Begründerin der Primären Pflege (Primary Nursing) gilt Marie Manthey (Manthey 2005), die dieses Konzept am University of Minnesota Hospital entwickelte. Die erste Umsetzung datiert 1969. Insofern ist das Konzept nicht „neu“, wird aber in Deutschland erst seit einigen Jahren auch praktisch aufgegriffen. Für die Adaption des Konzepts für Deutschland siehe Mischok-Kelling/Schütz-Pazzini (2007). Siehe auch DBfK (2008) und Middelberg (2013).

manchmal auch Schwierigkeiten, wenn dann eben lange Fristen sind, wo viel Krankheitsausfälle sind, dann ist die Umsetzung eben auch so, wie sie mit einer schlechten Besetzung ist, also ... dann bleibt positiv, dass man vielleicht einen engeren Kontakt mit immer den gleichen Patienten hat, eine höhere Kontinuität und Sicherheit für die Patienten bietet, aber befriedigend ist das für die Pflegekräfte dann auch nicht, so zu arbeiten.“

Primäre Pflege braucht daher adäquate personelle Ressourcen, damit sich ihre Vorteile für die Pflegekräfte und Patienten/Patientinnen umfänglich entfalten können.

Primäre Pflege wird als *Aufwertung* der Pflegearbeit empfunden:

„Und da findet eine Aufwertung statt, weil die Pflege diejenige ist, die die Verantwortung für den Patienten vom ersten bis zum letzten Tag trägt, Ansprechpartner für alle Berufsgruppen ist, und aus diesem Verantwortungsbereich heraus auch Entscheidungskompetenz hat. Das ist ein ganz wesentlicher Faktor. Wenn ich als Pflegekraft entscheiden kann, was mit dem Patienten passiert, und das den anderen Berufsgruppen gegenüber nicht nur vertreten kann, sondern da die Kompetenz auch anerkannt wird, dann habe ich eine Aufwertung.“

Auf Basis des Konzepts der Primären Pflege gibt es unterschiedliche Ansätze seiner konkreten Umsetzung. In *Krankenhäusern* wird ein Ansatz verfolgt, der Fachkräfte sowohl als Primäre Pflegekraft wie in der Funktion der vertretenden Pflegekraft vorsieht. Es sind jedoch beispielsweise in der ambulanten Pflege auch Überlegungen bekannt, das Konzept insoweit zu modifizieren, dass eine Primäre Pflegekraft auch in gemischten Teams mit Pflegehilfskräften die Versorgung planen, organisieren und verantworten soll.

Da das Konzept der Primären Pflege insofern mit einer erheblichen Variationsbreite in seiner Umsetzung diskutiert wird, trifft es vor dem Hintergrund der aktuellen finanziellen und personellen Situation auch auf Skepsis:

„Ich habe ja bestimmte Ängste ... dass dann viele Teile der Pflege und Betreuung dann mit Pflegehilfskräften besetzt werden, ja, und dass dadurch dann unterschwellig Personalabbau stattfindet, das sehe ich so im Hintergrund so ein bisschen des Primary Nursing [...] Ja, das halt die niederen Aufgaben durch Pflegehilfskräfte gemacht werden ...“

„Waschen kann ja jeder, ne ...“

„... waschen, anziehen und so weiter, dann rauscht die Fachkraft rum und macht die Behandlungspflege, Spritzen, Verbände ...“

„... und ist für die Doku zuständig ...“

„... und die Doku und Pflegeplanung und solche Geschichten, und das nennt sich dann Primary Nurse ... und das ...“

„Es soll ein bisschen mehr sein, du sollst als Primary Pflegekraft ...“

„... jajaja, trau schau wem ...“

„... ja, auch die Zusammenarbeit mit Angehörigen und Ärzten regeln, Überleitungsgeschichten ...“

„Ja, aber das machen wir ja sowieso, das machen wir ja sowieso schon ...“

Zweifelloos wäre ein Wiedererstarben der Funktionspflege nicht im Sinne des Konzepts der Primären Pflege, das gerade auf die Ermöglichung ganzheitlicher professioneller Pflege abzielt.⁴⁶ Es besteht aber offenbar die Befürchtung, dass Primäre Pflege die in sie gesetzten Erwartungen ohne Verbesserungen bei der Personalsituation nicht nur nicht einlösen kann, sondern sogar umgekehrt letztlich in ein von den Pflegekräften als problematisch empfundenen Modell der Arbeitsteilung abgleitet. Dies unterstreicht die eingangs im Kapitel bereits dargestellte Notwendigkeit, geplante Veränderungen in der Arbeitsteilung den davon betroffenen Pflegekräften schon im Vorfeld klar zu kommunizieren, die Akzeptanz abzusichern und die praktische Umstellung unter Einbezug der Pflegekräfte zu gestalten.

5.5.2 Neue Mischformen der Pflegeorganisation: Pflege „im Quartier“

Im Einzelfall konnten Pflegekräfte befragt werden, die bereits im Rahmen neuer Formen der Organisation der Betreuung älterer Menschen arbeiten. Im Quartier von einer Pflegestation aus in einem räumlich begrenzten Umfeld ältere Menschen in ihren Wohnungen zu versorgen, wird von diesen Pflegekräften als effektiv und befriedigend erlebt. Offenbar wird in diesem Rahmen auch ein effektiverer Einsatz der personellen Ressourcen und eine bessere arbeitsteilige Zusammenarbeit von Fachkräften und Hilfskräften im Team möglich. Reibungsverluste, wie sie oben⁴⁷ als Folge der Abrechnungsvorschriften in der „klassischen“ ambulanten Versorgung beschrieben wurden, können so vermieden werden. Entscheidend dafür scheint die räumliche Nähe der Pflegestation zu den betreuten Wohneinheiten zu sein.

Im Rahmen der Befragung erscheint diese Form der Pflegeorganisation noch als Ausnahmefall. Von weitergehenden Schlussfolgerungen oder Empfehlungen zur Regelung des Pflegemarktes in der ambulanten Pflege wird auf dieser Grundlage abgesehen.

46 Es ist umgekehrt festzuhalten, dass das Konzept der Primären Pflege in den USA als Antwort auf eine mit breiten Einsatz von Hilfskräften einhergehende Deprofessionalisierung der Pflege entwickelt wurde, um professionelle Pflege durch professionelle Pflegekräfte wieder zu ermöglichen.

47 Siehe Kapitel 5.2.2.

5.6 Fazit: Gestaltungsansätze in den Bereichen Arbeitsteilung und Pflegekonzepte

Mit dem Strukturwandel der Pflegearbeit sind vielfältige Ansätze zur Änderung der Arbeitsteilung, zur Änderung der Aufgabenverteilung zwischen den beteiligten Berufsgruppen sowie neue Konzepte der Pflegeorganisation verbunden. Die befragten Pflegekräfte nehmen diese Entwicklungen auf und erwägen die Möglichkeiten, wie sich in deren Rahmen Verbesserungen für die Pflegearbeit erreichen lassen, bzw. welche Voraussetzungen aus ihrer Sicht dafür nötig sind. Aus den Interviewergebnissen ergeben sich damit einige Ansatzpunkte für die Gestaltung von Arbeitsteilung und Pflegekonzepten.

Aufgrund der erwarteten Entwicklungen (vgl. Kapitel 5.2) im Krankenhaus und in der stationären Pflege betrifft die Frage einer neuen Verteilung von Aufgaben zwischen Pflegefachkräften und (mehr) Pflegehilfskräften vor allem diese beiden Versorgungsbereiche. Auch wenn hier durchgängig ein möglichst hoher Fachkräfteanteil in den Teams befürwortet wird, hat der *Einsatz von Pflegehilfskräften in der Arbeitsteilung* aus Sicht der Pflegekräfte durchaus Potenzial, größere Spielräume für die Durchführung professioneller Pflege sowie eine vergrößerte Arbeitszufriedenheit zu erreichen. Allerdings sollten dabei die folgenden *Voraussetzungen* eingehalten werden.

Pflegefachkräfte wollen in der Lage sein, den Einsatz der Hilfskräfte *fallbezogen koordinieren* zu können. Um Hilfskräfte im Rahmen der Arbeitsteilung optimal platzieren zu können, muss die Fachkraft in der Lage sein, auf Basis des eigenen Urteils den individuellen Zustand der Patienten/Patientinnen bzw. Bewohner/Bewohnerinnen wie die Kompetenzen der Hilfskräfte einschätzen zu können. Insofern gibt es keine Tätigkeiten, die pauschal oder grundsätzlich an Hilfskräfte überlassen werden sollten; vielmehr muss eine *fallbezogene und situationsbezogene Zuweisung von Aufgaben* im Team möglich sein. Da die Fachkraft verantwortlich bleibt, muss es ihr möglich sein, dieser Verantwortung im von ihr koordinierten Einsatz der Hilfskräfte entsprechen zu können.

Aus diesem Grund ist der Einsatz von Hilfskräften *im Rahmen der Zeitarbeit* besonders kritisch. Pflegefachkräfte kennen nicht deren Fähigkeiten, wissen nicht, welche Tätigkeiten Sie Ihnen eigenverantwortlich überlassen können, in welchem Rahmen diese Kräfte selbstständig und zuverlässig arbeiten können. Daher sollten Ausfallkonzepte entsprechend angepasst werden, indem etwa statt dem Rückgriff auf wechselnde Zeitarbeitskräfte ein Springer-Pool aus Pflegefachkräften präferiert wird, die „das Haus kennen, und die man im Haus kennt“.

Neben einer stabilen Einbindung der Hilfskräfte in das Team sind auch bestimmte *Mindestqualifikationen* vorausgesetzt. So wird für den Einsatz von Pflegehilfskräften im Krankenhaus eine Qualifikation

oberhalb einer einjährigen Krankenpflegehilfsausbildung erwartet.

Eine *Entlastung von pflegefremden Tätigkeiten* ist aus Sicht der Pflegekräfte in Krankenhaus und stationärer Pflege dringend erforderlich und enthält großes Potenzial, um den personellen Ressourceneinsatz in der Pflege zu optimieren, Spielräume für die Pflege zu gewinnen und Pflegearbeit attraktiver zu machen. Der Einsatz von Service-Personal wird daher einerseits klar befürwortet und stellt insbesondere kein Problem dar, soweit es um Tätigkeiten geht, die außerhalb des eigentlichen Pflegesettings stattfinden, wie z. B. Versorgungstätigkeiten, logistische Tätigkeiten, usw.

Soweit andere Tätigkeiten an Servicekräfte übergeben werden (Beispiel: Patientenbegleitedienst), gelten analoge Bedingungen wie für den Einsatz von Hilfskräften. Auch hier muss die Pflegefachkraft mit kontrollieren können, wie und in welchen Bereichen Servicekräfte tätig werden. Sofern pflegefremde Tätigkeiten im Zimmer erbracht werden, sollen Aufgaben nicht pauschal Servicekräften übertragen werden; vielmehr müssen die Fachkräfte die letzte Kontrolle darüber behalten, ob diese Aufgaben problemlos von Servicekräften ausgeführt werden können, oder doch eine Pflegehilfs- oder Pflegefachkraft erfordern.

Was die *Übernahme ärztlicher Tätigkeiten* angeht, so übernehmen Pflegekräfte in allen drei Versorgungsbereichen in unterschiedlichem Ausmaß bereits Tätigkeiten, die bisher nicht eindeutig ihrer Berufsgruppe zugeschrieben sind. Für sich ist die Übernahme dieser Tätigkeiten für die Pflegekräfte kein Problem, zumal sich *Optimierungspotenziale für die Gestaltung der Pflegeprozesse* durch eine *effektivere Ablauforganisation* erschließen lassen. Doch derzeit arbeiten Pflegekräfte, auch wenn sich die Arbeitgeber bemühen, für ihre rechtliche Absicherung zu sorgen, weitgehend in einer *Grauzone*. Es ist daher erforderlich, hier endlich für eine *klare rechtliche Grundlage* zu sorgen. Während die Pflegefachkräfte die Übernahme dieser Aufgaben als Bestandteil von Pflegearbeit weitgehend akzeptieren oder sogar befürworten, wird diese Entwicklung dennoch nicht im Sinn einer Aufwertung der Pflege empfunden.

Neue Konzepte der Pflegeorganisation wie *Primäre Pflege* dagegen stoßen auf großes Interesse und werden von den Pflegekräften als *Aufwertung ihrer Arbeit* begrüßt, insofern sie eine ganzheitliche Pflege ermöglichen. Hierfür sind allerdings gewisse *Voraussetzungen bei der Personalausstattung* einzuhalten.

Pflegekräfte sollten stärker als bisher an Überlegungen zur Veränderung der Arbeitsteilung *beteiligt* werden. Bisher besteht verbreitet der Eindruck, dass die Zuweisung von Aufgaben und Veränderung der Arbeitsteilung von oben herab über sie beschlossen wird. Vom Standpunkt ihres beruflichen Selbstverständnisses erwarten Pflegekräfte, über die Definition ihrer Aufgaben mitentscheiden zu können.

Die Befragung zeigt, dass sich die Pflegekräfte offen auf neue Formen der Arbeitsteilung und Organisationsformen der Pflege beziehen und bereit sind, sie

für die Verbesserung der Pflegearbeit zu nutzen. Die Voraussetzungen, die die Pflegekräfte dafür formulieren, machen jedoch auch deutlich, dass einer Strategie, Fachkräfte aus Kostengründen durch Hilfskräfte „zu ersetzen“, enge Grenzen gesetzt sind.

6 Berufliches Selbstverständnis

„Dann muss ich schon lachen: Bin ich hier der Doktor, oder wer ist hier denn ...?“

Mit den Veränderungen in Arbeitsteilung und Organisationsstruktur der Pflege ist auch das berufliche Selbstbild der Pflegenden angesprochen. Zum einen, weil neue Aufgaben der Pflege zugewiesen werden, die bisher in der Praxis nicht zu ihrem Aufgabenkreis gehörten. Zum anderen, weil im Zuge der Akademisierung der Pflegeberufe, einer neuen Aufgabenteilung in der Versorgung, der Professionalisierung und Abgrenzung der Tätigkeiten neue Definitionen erforderlich sind. Daher wurden die Pflegekräfte auch nach dem „Kern der Pflegearbeit“ und ihrer zentralen Motivation für Berufswahl und Berufsverbleib gefragt. Welche Chancen und Risiken sehen sie in der Veränderung des beruflichen Selbstbilds der Pflege? Welche Veränderungen bringen der Pflege die dringend erforderliche Aufwertung?

Auf die daran anknüpfenden Fragen der Gestaltung der Berufsausbildung wird im anschließenden Kapitel 7 eingegangen.

6.1 Kern der Pflegearbeit

Zunächst soll auf Basis der Interviews dargestellt werden, wo die beruflich Pflegenden selbst den Kern ihrer Tätigkeit verorten. Die Motivation, die aus der Möglichkeit der Identifikation mit dem Beruf erwächst, bildet eine wichtige Grundlage für die Attraktivität des Berufs.

Ganzheitliche Pflege

Im gesamten Sample überwiegt ein gewissermaßen *professionelles Selbstbild mit leicht „konservativem“ Einschlag*, insofern die Ganzheitlichkeit der Pflege stark mit der „Arbeit am Bett“ verknüpft wird. Zwar ist die Möglichkeit, den Pflegeprozess zu planen und als verantwortlicher Ansprechpartner für Patienten/Patientinnen, Angehörige und andere Berufsgruppen zu fungieren, wichtig und bereits jetzt integraler Teil ihres Selbstverständnisses. Die Ausführung aller Aspekte der Pflege, die Arbeit am und mit dem zu pflegenden Menschen sowie eine professionelle Beziehungsarbeit bilden aber den Kern einer als ganzheitlich verstandenen Pflege, die umfassend – also auch psychosozial – Patienten/Patientinnen bzw. Bewohner/-innen betreut.

„Es ist mir immer wieder eine große Freude, zu gewissen Patienten hinzugehen und Grundpflege zu betreiben, ja, da würde mir was fehlen, wenn ich da nur hingeh, um eine Spritze zu geben. [...] Viel Beziehungen, die da aufgebaut werden, ... weil wir auch ein kleines Team sind, es kommen nicht sieben, acht, neun verschiedene Mitarbeiter innerhalb von zwei, drei Wochen, es sind immer wieder die Gleichen, die kommen, da ist schon eine Bezugspflege durchaus da, und es wird schon ein gewis-

ses Verhältnis aufgebaut ... zumindest von den Patienten her, zu den Pflegekräften.“

Die Möglichkeit, als verantwortliche Pflegekraft – hier im ambulanten Bereich – für einen pflegebedürftigen Menschen zuständig und verantwortlich zu sein, wird daher als primäre Motivationsquelle beschrieben. Hier nur ein Beispiel von vielen ähnlich gelagerten Äußerungen:

„Ich habe mich eigentlich die ganzen Jahre immer so als Primary Nurse empfunden und ich habe das auch immer empfunden, wenn die Patienten gesagt haben, oh, das ist meine Krankenschwester. Ich hab dann auch mal so den einen oder anderen dummen Spruch von Kolleginnen gehört, die dann gesagt haben, was habt ihr denn da für eine Besetzung, eine Eins-zu-Eins-Besetzung? Und da habe ich gesagt, wie kommst du denn auf den ...? Ja, der Patient hat gesagt, er hätte seine Schwester gehabt, und das wärst du gewesen. Ich sag, ja, aber der hat vielleicht nicht erwähnt, dass da noch neben ihm noch andere lagen, und im Nebenzimmer, das waren auch meine. Ich finde es schön: Das ist meine Schwester, die kümmert sich um mich. Das hat dann auch die Motivation, dass man auch was tut, ja, was sinnhaft ist.“

Die Identifikation mit einer Berufsbezeichnung, die eigentlich schon längst „verabschiedet“ wurde, weil sie einem tradierten Verständnis aufopfernder weiblicher Sorgearbeit entspricht und zum heutigen Bild professioneller Pflege nicht länger passt⁴⁸, verträgt sich offenbar mit einem hohen Berufsstolz und Selbstbewusstsein. Möglicherweise ist das gewissermaßen trotzige Festhalten an diesem Begriff – was in der Befragung mehrfach angetroffen wurde – auch als Reaktion auf eine Professionalisierungsdiskussion zu verstehen, an deren Ende die Durchsetzung eines Berufsbilds befürchtet wird, das den Inhalt professioneller Pflege zu „technisch“ als „Pflegeprozessgestaltung“ definiert und so die als zentral empfundene Rolle der Beziehungsarbeit auch in ihrer emotionalen Dimension an den Rand zu drängen droht. So wird auch die Bezeichnung „Pflegekraft“ als nicht angemessen empfunden:

„Ich hab ja noch eine Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Krankenschwester. Und ich muss ganz ehrlich sagen, ... diese Berufsbezeichnung Pflegefachkraft sagt für mich nicht das aus, was

48 Die kritische Diskussion der Bezeichnung „Schwester“ kann hier nicht aufgerollt werden. Für eine kurze Zusammenfassung siehe http://www.pflegewiki.de/wiki/Schwester_als_Berufsbezeichnung.

Krankenschwester aussagt, also ich fühle mich ein bisschen degradiert.“⁴⁹

Das Selbstbewusstsein der Pflegekräfte speist sich insofern aus der ganzheitlichen Zuständigkeit für den pflegebedürftigen Menschen und der Möglichkeit, darin *umfassend* Verantwortung für die *Planung und Umsetzung* von Pflegeprozessen zu übernehmen. Ist dies gegeben, also auch in den vorgegebenen Strukturen praktisch umsetzbar, ist auch die Frage nach der Wertschätzung der eigenen Arbeit befriedigend gelöst.

„Also ich weiß ja, was ich tue, und weiß, was ich kann. Und wenn jetzt mein Vorgesetzter mich da anmaulen will, dann soll er es halt tun, manchmal stimmt es, manchmal nicht. Weil eigentlich, ich krieg meine Wertschätzung durch die Bewohner, durch meine Kollegen, durch das was man macht, welche Erfolge man sieht, wie es gelaufen ist, also, das ist für mich meine Wertschätzung.“

Die darin liegende Befriedigung wirkt auch als letztes starkes Argument gegen die Überlegung, aus dem Beruf auszusteigen:

„Das ist also ein Teufelskreis in dem wir uns bewegen, und dass das Ganze überhaupt noch so viel Spaß macht, und das perverse ist ja, es macht ja noch Spaß, das ist schon der Umgang mit den Bewohnern. Wenn man irgendwo in ein Zimmer kommt, und da guckt einen eine Bewohnerin an, die also vollständig auf Hilfe angewiesen ist, die guckt einen an und sagt, ach Gott sei Dank, Sie sind da, wenn Sie da sind, fühle ich mich sicher. Ja, also wenn ich das noch geschafft habe, so diese positive Begegnungen da zu gestalten ... das ist das, was mir Spaß macht, oder auch die Begleitung von Angehörigen oder von Bewohnern, in Extremsituationen, sei es Einzug, sei es Tod, sei es sonst irgendwas, das sind dann so die Spannungsfelder und Lebensfelder, wo ich für mich und mein Leben eine Menge herausziehen kann ... Aber alles andere ... Ich habe oft überlegt in der letzten Zeit, wie sich das in Zukunft gestalten soll, ich habe da nicht mehr viel Geduld, will ich mal sagen.“

Neue Formen der Arbeitsteilung müssen ganzheitliche Pflege ermöglichen

Auf dieser Grundlage erklärt sich die Mischung aus zustimmendem Interesse und Skepsis, die neuen Formen der Arbeitsteilung entgegengebracht wird. Die Möglichkeit, selbst die Pflege am und mit den zu Pflegenden auszuführen, wollen sich Pflegekräfte

nicht nehmen lassen. Neue Modelle der Arbeitsteilung geraten unter diesem Gesichtspunkt *im Krankenhaus* in die Kritik:

„Also, was ja durch diese amerikanischen Konzepte, und was ja gerne auch von der Politik gerne angesprochen wird, sind ja diese anderen Pflegekonzepte, wo dann viel delegiert wird, die ärztlichen Tätigkeiten weiter nach unten geschoben werden, und vieles nur noch über Hilfskräfte läuft, also so eine Aufteilung der Arbeit einfach, das heißt, eine examinierte Pflegekraft, oder zum Teil studierte examinierte Pflegekraft, wie es ja dieses Konzept da ist, machen wirklich nur noch Schreibtisch, Delegation und wirklich die fachmedizinischen, ärztlichen Aufgaben am Patienten und den Rest halt nicht mehr. Und das ist aber halt das, was bleiben sollte: Die ganzheitliche Pflege. Also, die Arbeit am Patienten an sich, warum alle, die da sind, irgendwann mal in die Pflege gegangen sind, das ist schon ein bisschen in Gefahr, und das ist ... , ich glaube, wenn das mal flöten geht, dann wird die Wanderung groß.“

Auch in der *Altenpflege* wird das Konzept einer umfassenden Pflegearbeit für die Pflegefachkräfte verteidigt, und in einem noch weiter ausgedehnten Einsatz von Hilfskräften sieht man

„... die Gefahr, dass man dieses Berufsbild zerstückelt, dass die Examinierten nur noch, weiß ich, die speziellen examinierten Tätigkeiten umsetzen und aus der Grundpflege raus sind. Weil unser Berufsbild ist umfassend. Wir müssen vernünftige Krankenbeobachtung machen, also sprich Verhalten von den Bewohnern, wir müssen selber sehen, wie ist der Hautzustand, wie ist der psychische Zustand, wir müssen beratend den Bewohnern, den Angehörigen beiseite stehen, was ich auch sehr wichtig finde, wir müssen Prophylaxen erkennen, um Schaden von unserem Klientel fernzuhalten, wir müssen Kontakt zu den Ärzten aufrechterhalten, auch, damit die vernünftige Diagnosen stellen können, damit die also vernünftig behandeln können, und das alles auch noch miteinander verknüpfen, das ist also eine Rundum-Geschichte.“

Insofern scheint noch Überzeugungsarbeit nötig, um zu vermitteln, dass neue Wege in der Organisation von Pflege vereinbar sind mit dem Anspruch der Pflegefachkräfte, Pflegeprozesse nicht nur zu organisieren und Pflegeaufgaben zu delegieren, sondern auch weiterhin ganzheitlich in der Pflege tätig sein zu können.

6.2 Aufwertung der Pflege

Mit der Darstellung des beruflichen Selbstbilds ist im Grunde auch das Wesentliche zur Aufwertung gesagt. Eine Aufwertung der Pflege wird weniger von einer neuen Aufgabendefinition für die Pflege oder neuen Berufsbezeichnungen erwartet: Diese verändern zwar

⁴⁹ Im Sinn einer gendgerechten und schlanken Ausdrucksweise wird auch im vorliegenden Bericht zusammenfassend für alle gültigen Berufsbezeichnungen der Begriff der Pflegefachkraft verwendet; eine Degradierung ist damit keinesfalls intendiert.

die Pflegearbeit bzw. vollziehen zu großen Teilen bereits praktizierte Aufgabenzuweisungen lediglich nach, werten sie aber nicht auf. Um es etwas zuzuspitzen: Die Auffassung, dass professionelle Pflege ihre Aufwertung darin findet, zu organisieren, was andere als Hilfskräfte ausführen sollen, wurde – jedenfalls in unserem Sample – nicht angetroffen, auch nicht bei den befragten Fachkräften aus der mittleren Leitungsebene, die etwas offener für neue Aufgabenzuschneide erschienen.

- Aufwertung wird vor allem von der Umsetzung von Pflegeorganisationsmodellen erwartet, die es den Pflegekräften ermöglichen – wie Primäre Pflege es beispielsweise verspricht –, ganzheitliche Pflege selbstständig und eigenverantwortlich auszuüben und darin der anerkannte Ansprechpartner für die anderen Berufsgruppen sein zu können. Dazu gehört, dass sie die für diese Pflegeorganisationsmodelle erforderlichen zeitlichen und personellen Ressourcen vorfinden, um sie aufgabenadäquat und für sie selbst befriedigend ausführen zu können.
- Aufwertung ist selbstverständlich auch mit der Entwicklung der Einkommen in der Pflege verbunden, in deren Höhe sich auch die gesellschaftliche Anerkennung der Pflegearbeit ausdrückt.

6.3 Fazit: Gestaltungsansätze im Bereich des Berufsbilds

Pflegekräfte üben heute einen Teil ihrer Arbeit in einer Art Grauzone aus. Dies ist z. B. der Fall, wenn in der ambulanten Pflege Pflegehilfskräfte von der gestressten Fachkraft gebeten werden, Maßnahmen der Behandlungspflege durchzuführen, also etwa einem Patienten/einer Patientin Kompressionsstrümpfe anzuziehen. Rechtlich wäre dies nicht geboten, auch wenn es den Arbeitsablauf optimiert und die Hilfskraft hierzu faktisch qualifiziert sein mag. Andere Beispiele finden sich im Krankenhaus, wo ärztliche Tätigkeiten bereits an die Pflege delegiert wurden, die rechtliche Grundlage dafür aber nicht besteht.

Die Pflegekräfte in der Befragung zeigen sich offen für Veränderungen in der Definition dessen, welche Tätigkeiten „zur Pflege gehören“, bzw. wie Tätigkeiten zwischen ärztlichem Dienst, Pflegefachkräften, Pflegehilfskräften und Servicepersonal verteilt werden sollen. Die Art, wie diese Veränderungen auf sie zukommen, als Zuweisung von Aufgaben ohne Mitsprache der Pflegekräfte, als Umgangsweise mit Personalknappheit, als Arbeit in Grauzonen vor dem Hintergrund eines jahrelangen Hin- und Her der Aufgabenverteilung wie z. B. bei den Blutentnahmen, führt aber auch zu einer gewissen Verunsicherung bei den Pflegekräften selbst – was ist denn nun Teil der Pflegearbeit? Eine Einigkeit in der Sache bestand unter den Pflegekräften weder bei der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten noch bei der Frage, was konkret

und im Einzelnen als pflegefremde Tätigkeit definiert werden soll.⁵⁰

Pflegekräfte – hier aus der Sicht einer Krankenpflegekraft – erwarten daher eine klare und konkrete gesetzliche Regelung der Pflegeberufe, die ihren eigenständigen Verantwortungsbereich definiert und auf einen verbindlichen aktuellen Stand bringt.

„Also in der Pflege ist es so ... dass die aktuelle Bundesregierung jetzt überlegt, in der nächsten Legislaturperiode, so sie denn wiedergewählt wird, ein neues Berufsbild in der Pflege zu schaffen für diese Delegation, und für diese Übernahme ärztlicher Tätigkeiten, und da finde ich, wir brauchen keine neuen Berufsbilder, wir brauchen einfach nur ein ordentliches Krankenpflegegesetz, wo geregelt ist, dass Pflegekräfte i.v.-Applikationen machen dürfen, dass Pflegekräfte Blut abnehmen dürfen usw., also wenn man sich teilweise anguckt, welche Maßnahmen seit Jahrzehnten delegiert sind, so was wie eine Dauerkatheter-Anlage, die aber dann irgendwie immer in so einem Graubereich durchgeführt werden, das ist eine Katastrophe, da muss deutlich nachgeholt werden. ... Wir sind ja so als Pflegebereich immer so ein bisschen Anhängsel von den Ärzten, und auch da immer ein bisschen angewiesen, dass die Ärzteschaft sozusagen uns dann den nächsten Bonbon hinwirft, und jetzt dürft ihr dies und jetzt dürft ihr das machen, und das ist nicht mehr so zeitgemäß, da sehe ich schon viel Handlungsbedarf.“

50 Dies mag auch damit zusammenhängen, dass die neuen Konzepte zur Arbeitsteilung primär aus der (finanziellen und personellen) Not geboren werden, also nicht positiv pflegeimmanent begründet sind, sondern lediglich darum alternativlos erscheinen, insofern es gilt, Pflege mit immer knapperen Mitteln organisieren zu müssen:

„Vor dem Hintergrund wirtschaftlichen Drucks haben die Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren viele Veränderungen vorgenommen bzw. durchlebt. Verkürzte Liegezeiten in den Krankenhäusern, neue Behandlungsmethoden, steigende Anforderungen an die Qualität der Versorgung, Forderungen nach mehr Transparenz, immer mehr ältere und oder chronisch Kranke stehen angesichts jahrelangen Personalabbaus immer weniger Pflegefachkräften gegenüber. Die daraus resultierende Leistungsverdichtung erfordert, Prozesse optimal zu gestalten, Risiken zu minimieren, neue Organisationsformen zu suchen und innovative Lösungen zu erproben“ (DBfK 2008). Die Leistungsverdichtung auch einmal wieder zurückzufahren und das Personal aufzustocken, scheint hier kein möglicher Denkansatz zu sein.

7 Qualifikationsentwicklung und Ausbildungstrends

Die Entwicklung des professionellen Selbstbilds der Pflege steht in Wechselbeziehung zur Entwicklung der Qualifizierungswege und Ausbildungsberufe in der Pflege. Wenn sich die Organisationskonzepte in der Pflege und damit das Berufsbild ändern, wird sich das in der Ausbildung widerspiegeln müssen.

Allerdings bewerten die befragten Pflegekräfte diese Veränderungen im Wesentlichen unter praktischen Gesichtspunkten ihrer Arbeit – nicht unter berufsbildungspolitischen Aspekten. Ihre Fragen an neue oder veränderte Qualifizierungskonzepte und Ausbildungswege lauten: Wie passen diese Qualifikationen und Berufe in unsere Pflegeorganisation? Helfen mir z. B. akademisch ausgebildete Kollegen/Kolleginnen in meiner täglichen Arbeit? Tragen Neuzuschnitte der Pflegeberufe zur Aufwertung meines Berufs bei? Wird die Qualität der Berufsabschlüsse gesichert bzw. verbessert und können die neuen Kollegen/Kolleginnen adäquat im Team eingesetzt werden und selbstständig Bereiche übernehmen? Diese Bewertungen haben allerdings meist den Charakter von Einschätzungen – aufgrund des Praxisblicks wäre es auch unpassend, berufsbildungspolitisch fundierte Positionen zur Veränderung von Ausbildungsordnungen von den Befragten zu erwarten.

Bevor die Pflegekräfte in dieser Frage zu Wort kommen (ab Kapitel 7.2), wird zunächst kurz dargestellt, welche Ergebnisse die Befragung der regionalen Experten/Expertinnen hierzu ergeben hat (Kapitel 7.1).

7.1 Qualifikationsrelevante Pfegetrends im Urteil von Pflegeexperten/-expertinnen

Wie oben⁵¹ erläutert, wurden im Rahmen des Untersuchungskonzepts erneut eine Auswahl regionaler Akteure/Akteurinnen als Pflegeexperten/Pflegeexpertinnen in doppelter Funktion angesprochen: Neben der Bitte um Unterstützung bei der Findung geeigneter Gesprächspartner/-innen für die Beschäftigtenbefragung wurde das Gespräch mit ihnen auch dazu genutzt, entlang eines Leitfadens der Frage nachzugehen, welche Pfegetrends die Pflegearbeit tatsächlich verändern und welche Folgen sich daraus für die Personalzusammensetzung, Qualifizierung und Ausbildung ergeben werden. Diese Befragung verstand sich als vorbereitender Schritt zur Beschäftigtenbefragung und nicht als eigenständiger Untersuchungsschwerpunkt. Ihre Ergebnisse werden daher hier nur kurz zusammengefasst.

Als primärer Grund, der zu Änderungen der Pflegearbeit Anlass gibt, erscheint der enge finanzielle Rahmen, in dem Pflege organisiert werden muss. In-

sofern wird die Entwicklung der Pflegearbeit primär nicht von pflegeimmanenten Faktoren bestimmt, die sich aus den Anforderungen der Gesellschaft an die Pflege oder pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen speisen, sondern von einem äußeren Faktor vorangetrieben, dem sich die Pflege mit neuen Konzepten und Formen der Arbeitsteilung und Aufgabenzuweisung lediglich anzupassen versucht.

In allen Versorgungsfeldern wirkt sich unabhängig davon vor allem die Zunahme hochbetagter Menschen aus, in deren Gefolge auch Multimorbidität und Demenzerkrankungen ansteigen. Die Ambulantisierung der Altenpflege erfordert in der ambulanten Pflege fachlich höhere Qualifikationen, um diesen Situationen auch in einem häuslichen Pflegesetting entsprechen zu können. Mit einem deutlichen Rückgang der Nachfrage nach stationärer Altenpflege wird nicht gerechnet, vielmehr mit deren Wandel, da das Heim nun erst in einer späteren Phase der Pflegebedürftigkeit in den Prozess eintritt. Während die Wohndauer im Heim sinkt, steigt die Häufigkeit des Wechsels der Bewohner/Bewohnerinnen. Der zeitliche Anteil „kritischer Phasen“ an der Aufenthaltsdauer – Einzug, Sterben – wächst. Eine Höherqualifizierung und Spezialisierung der Fachkräfte auf den Feldern der geriatrischen Pflege und der Palliativpflege/Sterbebegleitung ist daher zunehmend erforderlich.

Die Befragten bestätigen den in der Arbeitgeberbefragung ermittelten hohen Stellenwert für Qualifizierungsmaßnahmen für Fach- und Hilfskräfte zum Umgang mit „schwierigen Personen“⁵², der sich in den Umgang mit schwierigen Situationen nach in zwei Richtungen hin auflösen lässt:

- Die Ökonomisierung der Pflege, in deren Folge Pflege nunmehr als Dienstleistung auf freien Pflegemärkten gekauft wird, und darauf gegründete Ansprüche an die Pflege seitens der zu Pflegenden, insbesondere aber auch der „zuzahlenden“ Angehörigen, führen zunehmend zu Auseinandersetzungen, ob die erbrachte Pflege den bezahlten Leistungen entspricht. Dies verschärft sich vor dem Hintergrund, dass in der ambulanten Pflege nun auch Zeitkontingente gebucht werden können, die sich – im Unterschied zur Bewertung der fachlichen Qualität von bestimmten gekauften Pflegeleistungen – mit einer Uhr nachmessen lassen. Da die Pflegekräfte die Pflegeleistungen unter hohem Druck erbringen, brauchen sie zusätzliche kommunikative Kompetenzen, um professionell und deeskalierend mit diesen Situationen umzugehen. Basis bildet eine außenwirksame Selbstsicherheit, die ihrerseits auf einer soliden Fachlichkeit der Pflegekräfte aufbaut. Für die Leitungskräfte, die über die Pflegeleistungen verhandeln, ist eine große Sicherheit in der jeweils aktuellen Leistungsgesetzgebung unverzichtbar.

51 Siehe Kapitel 3.

52 Vgl. Einrichtungsbefragung, 61f.

- Soweit schwierige Situationen auf die Zunahme von Demenzerkrankungen zurückgehen, löst sich dieser Qualifizierungsbedarf in entsprechende Versorgungskonzepte und darauf bezogene Schulungen auf.

Ein zentrales Problem der Qualifikationsentwicklung liegt aus Sicht der Experten/Expertinnen in der Gewinnung einer ausreichenden Zahl geeigneter Interessenten für die Fachkräfteausbildung in den Pflegeberufen. Die Befragten gehen von tendenziell steigenden Anforderungen in der Kranken- und Altenpflege aus, sodass die Zahl der Auszubildenden mit Hochschulzugangsberechtigung eher ansteigen wird.

Um den steigenden Anforderungen an die Ausübung ihrer Profession zu entsprechen, wird eine auf Basis des dreijährigen Berufsabschlusses aufbauende Qualifizierung zum Erwerb spezialisierter Pflegeexpertise zum Standard werden. Die größere Rolle akademisch ausgebildeter Kräfte „am Bett“ wird insbesondere in der Krankenpflege erwartet; zum Teil wird deren Ausbildung bereits forciert in Angriff genommen und als zukünftiger Ausbildungsstandard ins Auge gefasst.

Für die Einführung von Pflegekonzepten wie „Primäre Pflege“ wurde die Bedeutung der Bereitschaft der Pflegekräfte betont, die damit verbundene höhere Eingangsverantwortung zu akzeptieren und zu übernehmen. Dies könne derzeit noch nicht von allen Fachkräften erwartet oder eingefordert werden. In dieser Beziehung muss sich somit das Selbstbild der Pflegefachkräfte noch wandeln, was Zeit erfordert, sich im Zuge zunehmender akademischer Ausbildung aber einstellen dürfte.

Zukunftstechnologien der Pflege wie „Ambient Assisted Living“⁵³ spielen dagegen in der Einschätzung der befragten Experten/Expertinnen vorerst nur eine minimale Rolle für die Qualifikationsentwicklung, da derzeit Kostengründe ihrer weiteren Ausbreitung entgegen stehen.

In Bezug auf die generalistische Pflegeausbildung sehen die Befragten den Weg zu deren Einführung mit dem Eckpunktepapier (Bund-Länder-Arbeitsgruppe 2012) grundsätzlich frei. Als Problem erscheint die nach wie vor ungeklärte Frage der Finanzierung der Ausbildung in der Altenpflege, an der eine rasche Einführung scheitern könne.

53 Ambient Assisted Living (AAL) bezeichnet technische Systeme oder Technologien zur situationsbezogenen Unterstützung einer selbstständigen Lebensführung im Lebensumfeld. Vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Ambient_Assisted_Living.

7.2 Spezialisierung im Team: Aufbau von Pflegeexperten / Pflegeexpertinnen

Sehr positiv bewerten Pflegekräfte Strategien ihrer Einrichtungen, die auf eine systematisch verfolgte Höherqualifizierung der Teammitglieder zu Pflegeexperten/-expertinnen auf bestimmten Feldern in Anlehnung an das Pflegekompetenzmodell (Benner 2012) zielen. Mit dieser Spezialisierung stehen sie dem Team als Expertinnen/Experten beratend oder als Multiplikatoren zur Verfügung. Dies steigert nach Einschätzung der Pflegekräfte die Qualität der Arbeit des gesamten Teams und wird als Aufwertung der Pflegearbeit beschrieben.

Was aus Sicht der Pflegefachkräfte attraktiv erscheint, ist aus Sicht der Pflegekräfte in den Leitungsteams (Stationsleitung usw.) sogar notwendig: Aus ihrer Sicht wird es zunehmend unverzichtbar, dass ausgebildete Pflegefachkräfte nicht auf dem Status der „examinierten Fachkraft“ stehen bleiben (wenngleich Ausnahmen auch möglich sein müssen), sondern ihre Qualifikation spezifisch weiterentwickeln, um die Grundlagen einer qualitativ hochwertigen ganzheitlichen Pflege im Team auszubauen.

Positive Erfahrungen wurden mit der Spezialisierung z. B. in Palliativmedizin, Schmerzbehandlung, Demenz und Wundversorgung gemacht. Als Vorteil gilt, dass dieser Weg im Aufwand unter einem Studium bleiben kann und durch Qualifizierung allen interessierten und geeigneten Pflegefachkräften offensteht. Damit wird zugleich eine zusätzliche Hierarchieebene vermieden und im Idealfall ein „lernendes Team“ ermöglicht.

Die Multiplikatorenfunktion der Pflegeexperten/Pflegeexpertinnen ermöglicht es, aktuelle Ergebnisse der Pflegewissenschaft in die Praxis zu transferieren und so eine evidenzbasierte Pflege zu sichern.

Als Konzept zur Verbesserung der Pflegearbeit als „gute Pflege“ im Doppelsinn ist dieser Ansatz allerdings auf bestimmte Voraussetzungen angewiesen. Wenn die Ressourcen und der organisatorische Rahmen, die zur Umsetzung des Expertenwissens in Eigenverantwortung in der Praxis erforderlich sind, nicht zur Verfügung gestellt werden, kann der Ansatz sein Potenzial nicht entfalten.

In Einzelfällen berichten Pflegekräfte, dass sie sogar davon Abstand genommen haben an einer angebotenen Qualifizierung teilzunehmen, weil sie nach ihren Erfahrungen und Beobachtungen mit einer Verschlechterung der Arbeitssituation rechnen mussten: Mehr Verantwortung, mehr unbezahlte Arbeitsstunden, aber keine Verbesserung bei der Bezahlung oder Entlastung an anderer Stelle.

7.3 Bewertung aktueller Ausbildungstrends

Die Bewertung von Ausbildungstrends hatte in den Interviews einen nachgeordneten Stellenwert und ge-

hört offenkundig nicht zu den Problemen, die allgemein „auf den Nägeln brennen“. Der aktuelle Stand der Diskussion und das Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe von 2012 sind inhaltlich relativ wenig bekannt. Die Bewertung einer generalistischen oder akademisierten Pflegeausbildung erfolgt aus einer berufspraktischen Perspektive, in die bisher gemachte Erfahrungen mit akademisch ausgebildeten Pflegeberufen eingehen.

Zur Ausbildung standen für die Pflegekräfte andere Fragen im Vordergrund, auf die daher hier kurz eingegangen wird:

- die Veränderung der Zugangsvoraussetzungen⁵⁴, die angesichts der Anforderungen als unrealistisch sowie als problematisch für die Aufwertung der Pflegeberufe bewertet wurde, sowie
- insbesondere aber die als unzureichend bewerteten Möglichkeiten, die Auszubildenden adäquat zu begleiten, statt sie über weite Strecken lediglich als Arbeitskräfte einsetzen zu müssen, wozu der Personalmangel oft zwingt.

Eine Praxisanleiterin (*Krankenhaus*) berichtet, oft nicht mit „Ihren“ Schülern auf Station in der gleichen Schicht arbeiten zu können – so muss sie aus zweiter Hand bewerten, auf Basis z.T. unzuverlässiger Informationen, in der nur vom Ergebnis her geurteilt wird, die Durchführung aber nicht beobachtet wurde. In einer anderen Einrichtung (stat. Altenpflege) wurde zur Steigerung der Ausbildungsqualität in die Qualifizierung von Praxisanleitern investiert; der Nutzen dieser Maßnahme kann jedoch angesichts der knappen Personaldecke in der Praxis nicht realisiert werden:

„Wir haben hier Mentoren ausgebildet, Praxisanleiter ... ist aber auch egal, weil die Schüler sind in der Arbeit eingesetzt, wie sollen die Mentoren die betreuen in dem Trubel.“

Aus dem gleichen Grund kann Auszubildenden keine optimale Lernumgebung angeboten werden:

„Es würde die Ausbildungsqualität erhöhen, weil man Menschen wieder mehr nicht nur arbeiten lässt, sag ich mal. Schüler heutzutage sagen mir auch, ich bin nur noch da, um zu arbeiten, um zu buckeln.“

Auch wenn die Motivation für die Berufswahl mit der realen Pflegearbeit zu sehr auseinanderfällt und die in der schulischen Ausbildung vermittelten Maßstäbe in der Praxis als unerfüllbar erscheinen, schadet dies der Attraktivität der Pflege:

54 Die Zugangsvoraussetzungen in der Bundesrepublik schließen –zunächst befristet bis 2017 - seit 2009 „den erfolgreichen Abschluss einer sonstigen zehnjährigen allgemeinen Schulausbildung“ ein (KrPflG § 5, Punkt 2a, AltPflG § 6, Punkt 3); vgl. auch Weidner/Katz 2012 (13).

„Also ich finde, das ist immer so ein Problem, wenn man mit Auszubildenden arbeitet, die kommen häufig mit romantischen Vorstellungen an Pflege und bekommen das auch oft noch vermittelt, also dass Pflege ist dies und Pflege ist das, nur die erleben eine ganz andere Wirklichkeit, also es ist, ja, manchmal schon Akkordarbeit, muss man einfach so sagen, also dies Individuelle und ganz viel Zeit lassen, ja, das hat man eher wenig, also ...“

7.3.1 Generalistische Pflegeausbildung

Zusammenführung nicht zwingend erforderlich?

Generell wird die Zusammenführung nicht als „großer Wurf“ gesehen, der die Pflege voranbringt. Zwar werden die Überlegungen, die für eine gemeinsame Ausbildungsphase sprechen, weitgehend geteilt, insofern ein zunehmender Anteil hochaltriger Menschen an den zu Pflegenden sowohl in Kranken- wie Altenpflege geänderte Qualifikationen verlangen. Altenpflegekräfte sehen damit ein vertieftes medizinisches Wissen, Krankenpflegekräfte mehr Wissen für den Umgang mit hochbetagten und dementen Menschen als Anforderung, woran sich auch die Ausbildung anpassen sollte.

In erster Linie betonten die Pflegekräfte beider Berufsrichtungen jedoch zum Teil entschieden die Unterschiede, die aus ihrer Sicht für eine Beibehaltung der beiden Ausbildungswege oder zumindest für eine längere Spezialisierungsphase im Rahmen einer gemeinsamen Ausbildung sprechen.

Aus Sicht einer *Krankenpflegefachkraft*:

„Im Krankenhaus geht es um die akute Situation. Die Altenpflege hat andere Aufgaben, die macht keine Akutversorgung. Die müssen erkennen, wenn ein akuter Notfall, eine akute Erkrankung vorliegt, dann tritt das Krankenhaus in Aktion. Das, was die Altenpflege macht, spielt umgekehrt im Krankenhaus keine Rolle. Die Altenpflege braucht natürlich medizinische Grundkenntnisse, auch mehr als früher, aber die müssen nicht fit sein für Krankenhausaufgaben.“

Und aus der Sicht einer *Altenpflegefachkraft*:

„Ich sehe, dass das Krankenpflegepersonal so anders arbeitet als wir, das sind schon zwei unterschiedliche Berufsfelder. Im Krankenhaus ist Akutversorgung nötig, da kommen die Menschen hin, um therapiert zu werden, und diese Therapie wird durchgezogen, um den Erfolg zu gewährleisten. Und in der Altenpflege, wir begleiten die Menschen in ihrem Alltag auch, und in ihrem Alter, und wir wollen sie eben nicht dazu bringen, jetzt wir machen das hier wieder heile, sondern, ja, wir sind ihre Lebensbegleiter in dem Sinn, natürlich schon fachlich hoch qualifiziert und mit Beratung und so weiter.“

Bei einer Zusammenlegung beschäftigt die Vertreter/-innen beider Berufsrichtungen daher die Frage, ob in einer generalistischen Ausbildung eine dreijährige Dauer ausreichen kann, um alle Inhalte der bisherigen Kranken- und Altenpflege adäquat zu vermitteln.

Daher wurde auch ein Alternativmodell vorgeschlagen: Wenn man die Berufe schon als einen Pflegeberuf zusammenlegt, dann müsste die gemeinsame Ausbildung wegen der erweiterten Inhalte um mindestens ein halbes Jahr verlängert werden. Alle weiteren Spezialisierungen wären dann Aufgabe der Fortbildung.

Eine langjährig aktive Krankenpflegekraft bewertete das Qualifikationsniveau junger Pflegekräfte bei Abschluss der Ausbildung als abnehmend, insofern die Auszubildenden bereits heute zu geringe Anteile der Ausbildungszeit im Krankenhausgeschehen selbst verbringen und daher über weniger Einarbeitung und Praxiserfahrung verfügen. Der Gewinn möglichst vieler Erfahrungswerte aus dem Stationseinsatz, was das Handling von Situationen angeht, sowie die Erfahrung, wie man sich in einer Akutsituation organisiert und „trotzdem über den Tag kommt“, ist entscheidend für die Möglichkeit, schon einmal in der Ausbildung einen Bereich eindeutig und selbstständig zu übernehmen. Die noch weiter zunehmende Aufschlüsselung der Einsatzorte im Rahmen einer generalistischen Ausbildung würde sich nach Meinung dieser Pflegekraft demnach nachteilig für die Auszubildenden auswirken.

Aufwertung der Altenpflege

Eine kommende Ausbildung in Alten- und Krankenpflege wird von Altenpflegefachkräften vor allem unter dem Gesichtspunkt der Aufwertung ihres Berufsbilds betrachtet. Im Vergleich zur Krankenpflege, die mit der Bezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflege“ eine Aufwertung erfahren habe, hinke die Altenpflege hinterher. Von der gemeinsamen Ausbildung in einem gemeinsamen Berufsbild wird daher auch eine Gleichstellung mit der Krankenpflege in der öffentlichen Wahrnehmung und damit eine Aufwertung erwartet.

Neue Berufsbezeichnung zur Aufwertung der Altenpflege erforderlich

Ob im Rahmen einer generalistischen Ausbildung als Bezeichnung der Spezialisierungsrichtung im dritten Ausbildungsjahr oder bei Beibehaltung zweier Ausbildungsstränge: Der Begriff „Altenpflege“ bildet aus Sicht eines Teils der Fachkräfte deren Tätigkeitsprofil nur äußerst unzureichend ab und gilt in gewisser Weise als „verbrannt“ durch die gängige und falsche, aber eingeschlossene Wahrnehmung des Berufs in der Öffentlichkeit (Stichwort: „Töpfe schieben“). Diese Berufsbezeichnung entspricht damit weder dem hohen Anspruch an das medizinische Wissen und dessen eigenverantwortliche Umsetzung, noch der anspruchsvollen Beziehungsarbeit, die in der Begleitung der zu Pflegenden geleistet wird.

7.3.2 Akademisierung

In der Praxis sind akademisch ausgebildete Pflegefachkräfte „am Bett“ bislang nur in Einzelfällen angekommen. Da die befragten Pflegekräfte neue Entwicklungen vorwiegend auf Grundlage ihrer Erfahrungen bewerten, gibt es relativ wenig dezidierte Positionen zur Akademisierung der Pflegeberufe.

Die Einschätzungen der Pflegekräfte divergieren zwischen dem Pol, dass es keinen echten Bedarf für akademische Fachkräfte gibt, bis zu ihrer Befürwortung, weil allein die Diskussion darüber die Pflege aufwertet und alte Hierarchien infrage stellt.

Fasst man die wenigen Stellungnahmen zum Thema zusammen, bleiben folgende Punkte stehen:

- Akademische Pflegekräfte und spezialisierte Pflegeexperten/-expertinnen können ein Team in vergleichbarer Weise voranbringen. Insofern erscheint der akademische Ausbildungsweg gegenüber einer Strategie der beruflichen Fortbildung zur Höherqualifizierung nicht zwingend erforderlich. Nicht einmal alle akademisch ausgebildeten Pflegekräfte in Leitungsfunktionen in der Befragung waren sich sicher, ob sie ihre Aufgabe nicht auch ohne Studium voll ausfüllen könnten:

„Wir haben viele Kollegen, die, wenn sie ein Eigeninteresse haben, sich entsprechend auch einsetzen, dann sind sie auch motiviert, und wenn sie dann die Möglichkeit haben, zum Beispiel eine Fachweiterbildung zu machen, weil sie in einem Bereich bleiben möchten, und dort, fachweitergebildet, dann mit entsprechendem theoretischen Hintergrund genau die Arbeit auch machen können, dann haben wir schon Experten ... Es baucht ja eigentlich nicht die wahn-sinnsgröße Ausbildung“.

- Zudem müsse das Problem gelöst werden, für akademische Fachkräfte adäquate und entsprechend vergütete Einsatzfelder in den Teams zu schaffen.
- Es bleiben Zweifel, ob und wie lange akademisch ausgebildete Fachkräfte wirklich „am Bett“ bleiben wollen. Die akademische Ausbildung wurde sogar als Exit-Option für Pflegekräfte gesehen und befürwortet, also als Möglichkeit, aus der Pflagetätigkeit „am Bett“ in andere Tätigkeitsbereiche in- und auch außerhalb der Pflege zu wechseln.
- Besonders die mit der Akademisierung verbundenen oder sogar intendierten Veränderungen der Arbeitsteilung in Bezug auf die Qualifikationsniveaus (Kapitel 5) stoßen noch verbreitet auf Skepsis.

Sollen zukünftig vermehrt akademische Fachkräfte in die Teams integriert werden, scheint insofern noch Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit zu den Perspektiven und Folgen dieses Skill-Mixes unter den aktiven, meist dreijährig „herkömmlich“ ausgebildeten Fachkräften notwendig zu sein.

7.4 Fazit: Gestaltungsansätze auf den Feldern Qualifikationsentwicklung und Ausbildungstrends

Während die befragten Pflegeexperten und -expertinnen von der Zunahme akademischer Ausbildungen und einer generalistischen Pflegeausbildung als Trends in der Pflege ausgehen, sind Pflegekräfte von deren Notwendigkeit noch nicht überzeugt.

Dagegen wird die Möglichkeit für Fachkräfte, sich durch Fortbildung zu Pflegeexperten/-expertinnen weiter zu entwickeln, von Pflegekräften einschließlich der Leitungskräfte sehr positiv bewertet. Allerdings muss sichergestellt werden, dass die Pflegekräfte auf Grundlage der erworbenen Qualifikation adäquat eingesetzt werden und in ihrem neuen Handlungsfeld selbstständig und verantwortlich agieren können. Für eine gewachsene Verantwortung wird ein angemessenes Plus bei der Vergütung erwartet.

In der Ausbildung sehen die befragten Pflegekräfte Schwierigkeiten, die Auszubildenden im Rahmen der derzeitigen Personalsituation angemessen zu begleiten. Investitionen in die Qualifikation von Praxisanleitern/Praxisanleiterinnen können nicht umgesetzt werden. Hierfür wären Verbesserungen bei der Personalausstattung vorausgesetzt.

Als Bedingung für den Einsatz akademisch qualifizierter Pflegefachkräfte „am Bett“ vermissen die Pflegekräfte klare Definitionen der Aufgaben dieser Kräfte im Team und entsprechende attraktive Vergütungsstrukturen.

8 Gestaltungsoptionen für „gute“ Pflegearbeit

Die Attraktivität der Pflegearbeit ist ein entscheidender Faktor für die Sicherung der Fachkräfteversorgung in den Pflegeberufen. Den Stand der betrieblichen Maßnahmen zur nachhaltigen Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit der Pflegekräfte und zur Steigerung der Attraktivität der Pflegearbeit zu ermitteln, bildete einen Schwerpunkt in der Befragung der regionalen Pflegeeinrichtungen durch das IAW im Jahr 2012 (Einrichtungsbefragung). Dabei war den Arbeitgebern eine umfangreiche Liste von Handlungsfeldern vorgelegt worden mit der Frage, wo und in welchem Umfang sich die Einrichtungen bereits in diesem Sinn engagieren. Die Liste umfasste Maßnahmen auf dem Gebiet der Organisationsentwicklung, der Qualifikationsentwicklung und des Arbeits- und Gesundheitsschutzes.

In dieser Befragung hatten die Einrichtungen in ihrer Selbstdarstellung umfangreiche und breit angelegte Aktivitäten angegeben. Diese Selbstdarstellung war bei der Vorstellung der Befragungsergebnisse im Januar 2013 insbesondere bei den Pflegekräften selbst auf einige Skepsis gestoßen. Die Ergebnisse lassen sich zwar dahingehend interpretieren, dass die Arbeitgeber in der Pflege die Notwendigkeit erkannt haben, Maßnahmen für eine nachhaltige Beschäftigung in der Pflege zu ergreifen. Die für eine Fragebogenerhebung nötige hohe Allgemeinheit der Fragen lässt jedoch einen breiten Interpretationsspielraum. Beispielsweise kann nicht dargestellt werden, auf welchen konkreten Maßnahmen die Auskunft einer Einrichtung beruht, etwa auf dem Feld der „Beteiligung der Beschäftigten an der Dienstplangestaltung“ bereits aktiv geworden zu sein.

Ziel der Beschäftigtenbefragung war es daher, die Ergebnisse der Arbeitgeberbefragung zu den Beschäftigten zurückzuspiegeln und Handlungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten auf diesen Handlungsfeldern zu ermitteln. Den Pflegekräften wurde die Frage vorgelegt, welche Gestaltungsmöglichkeiten sie selbst in ihrer Arbeit sehen, um „gute Pflegearbeit“ im doppelten Sinn – als professionelle Versorgung der zu Pflegenden und als befriedigende und nachhaltig ausübbar Pflegearbeit – zu ermöglichen.

Die folgende Darstellung orientiert sich grundsätzlich an der Gruppierung der Handlungsfelder in der Arbeitgeberbefragung (Organisationsentwicklung, Qualifikationsentwicklung, Arbeits- und Gesundheitsschutz), gruppiert aber einzelne Unterpunkte auch neu, wie es dem Inhalt der Überlegungen der Beschäftigten besser entspricht. Daraus ergeben sich die folgenden Unterkapitel:

- Maßnahmen zur Organisationsentwicklung (Vertragliche Arbeitszeiten, Dienstplangestaltung, Pausen)⁵⁵
- Maßnahmen zur Vereinbarkeit (Arbeitsplatzgestaltung für ältere Beschäftigte, Vereinbarkeit Beruf-Familie)
- Qualifikationsentwicklung
- Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz

Aufgrund der Fülle des Materials wird auf eine Gesamtzusammenfassung am Ende des Kapitels verzichtet. Ein Fazit zu den Gestaltungsansätzen wird stattdessen jeweils am Ende der Unterkapitel gegeben.

8.1 Maßnahmen auf dem Gebiet der Organisationsentwicklung

Maßnahmen auf dem Gebiet der Organisationsentwicklung standen in der Arbeitgeberbefragung an der Spitze der Aktivitäten. Großes Gewicht hatten die verschiedenen Aspekte einer optimierten Dienstplangestaltung, die Interessen und Notwendigkeiten der Beschäftigten berücksichtigt.

Vier von fünf Einrichtungen gaben an, sich um Mindestbesetzungen zu kümmern. Rund ein Viertel der Einrichtungen erklärte, die Beschäftigten bei der Dienstplangestaltung zu beteiligen, sowie die Sicherung der Erholungsfunktion von Pausen und Freizeiten auf der betrieblichen Agenda zu haben. Fast ebenso viele Betriebe sahen sich hinsichtlich der Verlässlichkeit des Dienstplans und bei Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie aktiv und boten hierzu auch flexible Arbeitszeitschichtmodelle im Rahmen eines Angebots zur Anpassung der vertraglichen Arbeitszeiten an die Interessen der Beschäftigten an.⁵⁶

Auch wenn die quantitativ hohen Aktivitätswerte Anlass zu Skepsis bieten mögen, können sie doch als Hinweis auf eine bestehende Veränderungsbereitschaft der Pflegeeinrichtungen interpretiert werden, an die angeknüpft werden kann. Durch die quantitative Anlage der Erhebung musste unklar bleiben, mit welchen konkreten Veränderungen sich die Unternehmen auf den genannten Feldern betätigen. So bleibt notwendigerweise offen, wie die Arbeitgeber die Mindestbesetzungen, für die sie sich nach eigenen Angaben einsetzen, definieren, also welche Besetzungsstärken sie versuchen zu garantieren und wie sie diese Mindestbesetzung inhaltlich begründen. Eine von den Einrichtungen ermöglichte „Beteiligung der Beschäftigten an der Dienstplangestaltung“ oder die „Sicherung der Verlässlichkeit des Dienstplans“

55 Auf die Frage der Mindestbesetzungen – in der Arbeitgeberbefragung der Spitzenreiter der bereits aktiv verfolgten Handlungsfelder – wird gesondert in Kapitel 9 eingegangen.

56 Siehe Einrichtungsbefragung (54f).

lässt die Frage offen, in welcher Form dies geschieht, und ob sich die Absicht, die Interessen der Beschäftigten dabei zu berücksichtigen, auch in der Realität für die Beschäftigten spürbar umsetzen lässt.

Im Allgemeinen bestätigen die Beschäftigteninterviews den Befund, dass die Einrichtungen im Rahmen ihrer Organisationsentwicklung Maßnahmen in Angriff genommen haben, die auch auf eine Verbesserung der Arbeit zielen. Im Folgenden wird aber deutlich, wo aus Sicht der Beschäftigten weiterhin konkrete Handlungsbedarfe bestehen, um dieses Ziel adäquat in der Realität umzusetzen. Dabei kommt auch die von den Beschäftigten als schwierig empfundene Ausgangslage zur Sprache.

8.1.1 Vertragliche Arbeitszeiten und deren Anpassung an die Interessen der Pflegekräfte

„Ich zum Beispiel sage, in diesem Beruf kann man eigentlich gar nicht voll arbeiten, weil die Belastungen so hoch sind, aber das ist natürlich ... Ich meine, unsere Gehälter sind nun auch nicht so, dass man mit einer dreiviertel Stelle das Sorglospaket gekauft hat, also, da muss man schon gucken.“

Eine Anpassung der vertraglichen Arbeitszeiten an Interessen und veränderte Lebenslagen der Beschäftigten kommt als ein Hebel in Betracht, um

- Vereinbarkeit zwischen Beruf und familiären Verpflichtungen (z. B. Kinder, Betreuung von Angehörigen) oder anderen privaten Interessen zu ermöglichen,
- individuell die berufliche Belastung zu reduzieren; dies gilt insbesondere für ältere Arbeitnehmer/innen.

Beide Motive spielten für die Pflegekräfte in den Interviews eine große Rolle. Auch wenn die Interviewten nicht in jedem Fall selbst betroffen waren, ließen sich doch stets Fallbeispiele aus dem unmittelbaren Umfeld der Interviewten anführen. Im Zentrum dieser Beispiele steht das Interesse, die Arbeitszeit zu reduzieren, um *individuell die Belastung zu reduzieren*. Nicht selten stellen Pflegekräfte fest, dass sich unter der erreichten Arbeitsverdichtung Pflege als Vollzeit-Job nicht mehr rationell als Erwerbsarbeit ausüben lässt – das Phänomen der „Flucht in die Teilzeit“ war im befragten Sample vor allem in der Altenpflege bei schon länger beschäftigten Pflegekräften sehr präsent.

„Also ich hab jahrelang Vollzeit gearbeitet, und ich fand das zum Schluss auch sehr anstrengend. [...] Letztendlich habe ich gemerkt, bei den 6 freien Tagen im Monat als Vollzeitkraft, dass man sich wirklich weniger regeneriert, also ich hatte das teilweise, dass ich mich dann einfach weniger verabredet hatte, und dann irgendwo gemerkt, also jetzt leidet langsam mein Privatleben darunter. Und das war für mich der Grund, wo ich gesagt habe, da möchte ich lieber mehr Lebenszeit haben, so ist die Arbeit für mich

zu dicht mit der Vollzeit, ja, und so habe mir auch aktiv den Ausgleich gesucht.“

Dem Wunsch nach Teilzeit-Arbeitsverhältnissen wird seitens der Arbeitgeber problemlos und damit gesetzeskonform entsprochen. Die Pflegekräfte kennen und benennen in diesem Zusammenhang allerdings die „ökonomischen Nebenwirkungen“ dieses Schritts, der für sie mit Einschnitten bei der Vergütung und/oder dem Verlust von Zulagen⁵⁷ einhergeht, sodass sie bei den in der Pflege üblichen Vergütungen insbesondere im Hilfskräftebereich⁵⁸ leicht in den Bereich nicht existenzsichernder Beschäftigung geraten können. Aus dieser Sachlage speist sich eine enttäuschte Erwartung an die Gesellschaft:

Interviewer: „War das jetzt ein Problem, in Teilzeit zu wechseln, also vom Arbeitgeber her?“

„Ne, ne, das war mein Problem eigentlich mehr, wenn ich nicht so viel verdiene so, aber da kräht ja letztlich kein Hahn nach, das ist ja in der Gesellschaft halt so, das ist ein Manko, finde ich immer ganz schlimm, aber es ist so.“

Die Beschäftigten in der Pflege sehen sich hier in einer Zwickmühle. Dennoch wird dieser Schritt meist als alternativlos gesehen, insbesondere, wenn familiäre Betreuungspflichten bestehen.⁵⁹

Der Teilzeitwunsch der Beschäftigten trifft sich mit einem gleichgerichteten Interesse der Arbeitgeber. Dieses identifizieren die Pflegekräfte in deren *ökonomisch begründetem Interesse*, mit einem relativ hohen Anteil an Teilzeitkräften flexibler Dienstpläne gestalten und Ausfallproblematiken leichter und kosteneffizienter beherrschen zu können.⁶⁰

„Und was die Träger angeht, für die ist es immer so, eine PDL muss nicht nur das ihr zur Verfügung stehende Kontingent mit Menschen füllen, sondern sie muss so viele Menschen wie möglich haben, also, sie muss Füße auf dem Flur haben. Wenn eine Vollzeit-Kraft ausfällt, braucht sie 2 Halbzeit-Kräfte, die über den normalen Rahmen noch einspringen, um das wieder abdecken zu können. Also sind sie sehr daran interes-

57 Stellungnahme einer Pflegekraft aus dem *Krankenhaus*:

„... und wenn man sagt, man macht nur noch zwei Nächte im Monat, das kann ich gerade noch, dann habe ich meine Schichtzulage, aber die Schichtzulage, die wird auch reduziert auf diesen dreiviertel Stand, was ja eigentlich, also ich finde das eine Frechheit, weil, die machen ja genauso Nachtdienste, Frühdienste, und Spätdienste. Und das ist ja eine Wechselschichtzulage, und die machen vielleicht insgesamt 5 Dienste weniger im Monat, aber dann kriegen die nur noch dreiviertel von Zulage ausgezahlt, das ist ... also ich kann das gar nicht nachvollziehen.“

58 Siehe Kapitel 4.2.

59 Dieser Aspekt wird im Kapitel 10 wieder aufgenommen und vertieft.

60 Dieser Aspekt wird im folgenden Kapitel 8.1.1 vertieft.

siert, dass sie möglichst viele Leute haben mit einer möglichst geringen Stundenzahl.“

Dabei wird auch über die Gründe, die Pflegekräfte für eine reduzierte Arbeitszeit hatten, hinweggegangen, was letztlich sogar gegen den Ausgangspunkt – eine flexible Ausfallabdeckung – ausschlagen kann:

„Man hat mehr Mitarbeiter, die eingesetzt werden können, mehr Köpfe. Es muss aber auch da ein ausgeglichenes Verhältnis sein, [...] und natürlich haben Mitarbeiter auch immer einen Grund, warum sie reduzieren. Wenn der Arbeitsanfall hoch ist und ein Mitarbeiter, der eine dreiviertel Stelle hat, trotzdem aber faktisch aber Vollzeit arbeiten muss, weil er einspringen muss, weil er angerufen wird, weil er Überstunden macht und so weiter, dann entsteht wieder so eine Kettenreaktion, dass sich der Mitarbeiter krankmeldet, obwohl er in der Teilzeit ist ... und, das ist ein Rattenschwanz oft ...“

Der umgekehrte Weg – ein (*Wieder-*)*Aufstocken der Arbeitszeit* – wird oft nicht in gleichem Maß unterstützt. Vereinzelt gehen die Pflegekräfte davon aus, dass dies ausdrücklich vom Arbeitgeber nicht gewollt wird und daher ein entsprechender Wunsch mit Ablehnung rechnen muss. Damit wird dem Interesse der Arbeitnehmer/-innen, ihre Arbeitszeit den Erfordernissen der verschiedenen Phasen im Lebensverlauf anzupassen, in den meisten Fällen nur unvollkommen entsprochen.

Positiv vermerken die Pflegekräfte, dass die Spannweite der Arbeitszeiten, die von den Arbeitgebern ermöglicht werden, recht groß ist, sodass auch kurze Wochenarbeitszeiten – etwa zum Wiedereinstieg nach der Elternzeit oder für Studenten/Studentinnen – möglich sind. Nicht so einfach ist es, für diese Wochenarbeitszeiten bestimmte, zur Lebenssituation passende Schichtzeiten zu bekommen; hier sind die Arbeitgeber eher unflexibel, insofern sie die Pflegekräfte mit geringen Stundenzahlen als flexible Einsatzreserve kalkulieren.⁶¹

8.1.2 Dienstplangestaltung

„Jede Woche wird so ein Dienstplan geschrieben, und wir werden eingeteilt ... [...] 12 Tage arbeitest du, 13. und 14. ist frei ... wenn es gut geht. Du kannst dich irgendwie nicht richtig drauf einlassen, kann sein, dass sie dich anrufen und sagen: Du brauchst nächste Woche keinen Abenddienst machen. Dann denkst du: Oh, super, nehme ich mir einen Termin vor, mach einen Arzttermin, oder ich kann wegfahren ... Drei Stunden später rufen sie an: Ich hab dich doch in den Abenddienst nehmen müssen ... Dann denkst du: Oh, Kinder! Es ist so, Dienstplangestaltung gibt es im Grunde gar nicht ...“

In den Interviews mit den Beschäftigten waren die Bezüge auf die Gestaltung des Dienstplans und die daran hängenden Probleme umfangreich und bildet ein zentrales Thema für die Pflegekräfte, das ihnen auf den Nägeln brennt, wo sie dringend Änderungen erwarten und entsprechende Handlungsoptionen benennen.

Wunschplan

Die in der Arbeitnehmerbefragung angegebene „Beteiligung der Beschäftigten an der Dienstplangestaltung“ hat in der Regel die Form eines „Wunschplans“ oder „Wunschbuchs“ zur Berücksichtigung der individuellen Wünsche, die sich im kleinen Rahmen damit auch meist zufriedenstellend regeln lassen.

„Ja bei der Dienstplangestaltung ist es bei uns auf der Station so geregelt, dass wir so einen Wunschplan haben, wo Mitarbeiter sagen können, da brauche ich jetzt mal einen Tag frei, oder da kann ich nur Spätdienst arbeiten, weil ich einen Zahnarzttermin habe oder so, und, also, das funktioniert eigentlich relativ gut. Und ansonsten wird auch viel getauscht, das ist so das, was ich so erlebe, wenn irgendwie kurzfristige Geschichten sind, das geht relativ problemlos.“

Wo es diese Möglichkeit gibt, den Dienstplan mit den eigenen Notwendigkeiten und Interessen zu koordinieren, wird dies von den Pflegekräften auch sehr geschätzt, wenn sie feststellen können, dass wirklich versucht wird, ihre Wünsche im Rahmen des Möglichen real zu berücksichtigen.

Einspringen

Die wichtigste Quelle der Unzuverlässigkeit des Dienstplans ergibt sich daraus, dass zur Sicherstellung der Versorgung beim Ausfall von Pflegekräften eine Kompensation durch Einspringen erforderlich wird.

Für viele Pflegefachkräfte ist das Einspringen an sich kein Problem. Auch ein zeitweiser Einsatz in einem anderen Arbeitsbereich, um dort „eine Lücke zu stopfen“, wird nicht ausgeschlossen. Es gehört zum Selbstverständnis professioneller Pflegekräfte, aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung auch in anderen Pflegesettings als der „eigenen“ Station einsetzbar zu sein.

Allerdings stehen der *Ausnahmecharakter* des Einspringens und damit auch eine grundlegende *Verlässlichkeit des Dienstplans* in den meisten Einrichtungen *praktisch infrage*. Dies kommt nirgends besser zum Ausdruck als in den Beschreibungen der für die Dienstplangestaltung verantwortlichen Leitungskräfte, die versuchen, das Einspringen wieder zur Ausnahme zu machen, indem sie im Team nach *einvernehmlichen Lösungen* in der Dienstplangestaltung suchen.

„Also der Dienstplan ist schon verlässlich, also wir haben uns mit dem Team auseinandergesetzt, wie wollen wir das eigent-

61 Siehe Kapitel 8.2.

lich regeln. [...] Langfristige Ausfälle, da hängen wir Listen aus und gucken, wer kann wo einen Tag einspringen. Ich sag mal, die regeln sich, auch ohne zusätzlich in der Freizeit gestört zu werden, so zu 60 bis 70 Prozent schon, und den Rest muss ich halt gucken. Aber es ist schon noch ein Thema, dass man oft angerufen wird oder irgendwie einen Dienst tauschen muss oder einspringen muss, das ist schon so.“

Dass ein Einspringbedarf für immerhin 40 oder 30 Prozent der Ausfallsituationen als „verlässlicher Dienstplan“ gilt, ist erstaunlich. Dabei ist den Leitungskräften durchaus bewusst, dass ein nachhaltiger Personaleinsatz so nicht möglich ist, weil die personelle Situation im Team eben keine reelle Grundlage für eine solide Lösung des Ausfallrisikos bieten kann.⁶²

„Also wir haben versucht, als Team ein bisschen dagegen zu arbeiten, weil das eine Zeit lang sehr überhand genommen hat, aber das ist einfach immer phasenweise ... also manchmal kann man Ausfälle kurzfristig auch mal so kompensieren, also sag mal, ein, zwei Tage mit einem weniger arbeiten, das geht natürlich nicht über lange Strecken, dann machen die anderen schlapp, die da sind, sozusagen ...“

Bei alledem ist quasi als selbstverständlich unterstellt, dass besonders die Teilzeitkräfte zum Einspringen herangezogen werden.

Ausnutzung des Helferidealismus der Pflegekräfte

Es ist im Allgemeinen nicht das Recht der Arbeitgeber, Überstunden einseitig anzusetzen, es sei denn, eine Notlage oder ein drohender erheblicher Schaden für den Betrieb muss abgewendet werden. In dieser Zone operieren Pflegeeinrichtungen, wenn sie, an die Treuepflicht und berufsimmanent ausgeprägte Hilfsbereitschaft der Beschäftigten appellierend, diese auch ausgesprochen kurzfristig bitten, einzuspringen.

Pflegekräfte heute wissen, dass sie zumindest rechtlich nicht verpflichtet sind, in ihrer Freizeit ans Telefon zu gehen, um sich eine zusätzliche Schicht „an die Hacke zu hängen“. Eine einvernehmliche Grundsatzeinigung und Einzelfallabstimmung mit den Teammitgliedern nimmt diesem Konflikt seine Schärfe. Hierzu gehört auch, die Bitte um Einspringen mit einem entsprechenden konkreten Angebot zum Ausgleich zu verknüpfen.

Dennoch sehen viele Pflegekräfte in dieser Situation ihre Helfer-Disposition ausgenutzt.

62 Dass die Teams „sehr erfinderisch“ werden in der Gestaltung von Dienstplänen, die irgendwie eine kontinuierliche Besetzung der Station sicherstellen, wurde von Pflegekräften durchaus kritisch gesehen, da diese Praxis oft zu Phasen von Einzelbesetzungen im Tagesablauf führt.

„Da wird ja viel, viel, viel auf der emotionalen Schiene gearbeitet. Natürlich kann man uns Mitarbeiter in sozialen Diensten immer emotional kommen. Meine Vorstellung ist immer, wenn ich da nicht einspringe, dann muss Kollegin XY den Tag alleine überstehen, und schon sitz ich im Auto und mach den Dienst.“

Die Pflegekräfte sehen sich hier in einer Zwickmühle, denn auch das eigene Interesse lässt sie ans Telefon gehen: Vielleicht ist ja morgen ein Patient auf der Tour entfallen? Handelt es sich dann um die Bitte einzuspringen, mag man nicht mehr Nein sagen.

Es gibt allerdings auch Äußerungen, die von (psychologischem) Druck berichten, der in dieser Frage auf die Pflegekräfte ausgeübt wird. Beispielsweise wird zwar formell die Bereitschaft zum Einspringen erfragt, dabei aber so offensiv auf die Notlage gedeutet, die das Einspringen notwendig gemacht hat – z. B. musste ein Kind ins Krankenhaus – dass ein Nein moralisch sehr schwer wird.

Enttäuscht von der Einrichtungsleitung zeigen sich Pflegekräfte besonders dann, wenn ein Nein, zu dem sie berechtigt sind, nicht akzeptiert wird. In einigen Fällen sind den Pflegekräften Vorfälle bekannt geworden, die bereits an Mobbing erinnern:

„Man sagt denen, die das nicht tun, dass sie ... nicht fürs Team arbeiten, ja, und dass sie egoistisch sind und so weiter und so fort. Diese Maschinerie ... die ist ja ein bisschen Gehirnwäsche, das hat ja überhaupt mit Arbeitsrecht nichts zu tun. Aber das wird so betrieben, dass gesagt wird, du bist nicht teamfähig, weil sie nicht einspringen. Das ist ja völlig absurd.“

Viele Pflegekräfte sehen sich dem Anspruch einer „100% Verfügbarkeit“ jenseits der vertraglichen Arbeitszeit gegenüber. Dies trifft insbesondere auf Teilzeitkräfte zu.⁶³

„Zunächst einmal habe ich das Gefühl, dass der Arbeitgeber, das mag jetzt sehr pessimistisch klingen, aber dass der Arbeitgeber grundsätzlich davon ausgeht, dass an den 25 Tagen, an denen ich im Monat arbeite, [...] dass da schon grundsätzlich im Voraus davon ausgegangen wird, dass ich von morgens um 6 bis abends um 10 grundsätzlich zur Verfügung stehe.“

Im Resultat sind den Beschäftigten in der Pflege Fälle bekannt, wo nach Dienstplänen gearbeitet werden

63 Dieser Einsatz der Teilzeitkräfte ist in den bestehenden Strukturen bereits angelegt. Die Möglichkeit der Arbeitgeber, ohne zusätzliche Überstundenzuschläge über eine flexible Arbeitsreserve für einen schwankenden Arbeitsanfall verfügen zu können, ist ein wesentlicher Grund der hohen Teilzeitbeschäftigung in der Pflege, auch wenn dies im individuellen Fall mit den Arbeitszeitwünschen der Beschäftigten zusammenfallen mag. Siehe Kapitel 8.1.1.

muss, die streng genommen Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz darstellen, insbesondere was die Einhaltung von Ruhezeiten zwischen den Diensten angeht. Die Pflegekräfte sehen ihre Erwartungen an ihre Arbeitsbedingungen hier massiv verletzt. Eigentlich sollte daher aus ihrer Sicht die „Beweislast“ beim Einspringen grundsätzlich umgekehrt geregelt sein:

„Da finde ich grundsätzlich schon mal ein Fehler im System, dass ich meinem Arbeitgeber Rechenschaft ablege, pass auf, dann und dann und dann bin ich mal nicht von frühmorgens bis spätabends verfügbar, sondern in der und der Zeit nicht, sondern, wenn er mich außer der Reihe nicht nur im Frühdienst, sondern auch im Spätdienst einsetzen will, dass er mich zu fragen hat, kannst du da, und zwar in jedem einzelnen Fall.“

In dieser und vergleichbaren Situationen fordern Pflegekräfte ihre berechnete Beteiligung und ein Mehr an Mitbestimmung über die Dienstplangestaltung ein. Sie gehen davon aus, dass mit einer besseren, mitbestimmten Dienstplangestaltung noch Gestaltungsspielräume zur Entlastung erschlossen werden könnten.⁶⁴

„Wenn die das ordentlich planen, und vielleicht auch uns das mitbestimmen lassen, würden wir mit einem Frühdienst hinkommen, und nicht noch mit Doppeldiensten im Monat auch noch weiter belastet werden.“

Das Einspringen als Normalfall zieht Überstunden als Normalfall sowohl bei Vollzeit- wie bei Teilzeitkräften nach sich. Insbesondere Teilzeitkräfte müssen davon ausgehen, mit großer Regelmäßigkeit zu über die vereinbarte Regelarbeitszeit hinausgehenden Diensten herangezogen zu werden. Bis zu 20 % mehr gilt im folgenden Zitat als normaler „Aufschlag“.⁶⁵

64 Wenig Einigkeit bestand unter den Pflegekräften, ob und wie eine bessere Dienstplangestaltung auch von der entsprechenden Qualifikation der Leitungskräfte für diese Arbeit abhängt. Auf der einen Seite stand die Ansicht, die Qualität – also Verlässlichkeit – des Dienstplans hinge ganz wesentlich auch von einer spezifischen Organisationsfähigkeit ab – umgekehrt wurde die Unverlässlichkeit des Dienstplans daher auch einem Mangel an diesbezüglicher Qualifikation der Leitungskräfte zugeschrieben. Auf der anderen Seite wurde jedoch bestritten, dass dafür überhaupt eine besondere Qualifikation nötig sei. Das Dienstplan-Schreiben könne jede Pflegekraft jedenfalls leicht erlernen. Dieser Streit kann und soll hier nicht entschieden werden. Seine Pole scheinen sich aus sehr spezifischen Lagen und Enttäuschungen zu speisen. Mit Sicherheit stellt die Dienstplangestaltung in den verschiedenen Bereichen und zu organisierenden Teamgrößen unterschiedlich komplexe Anforderungen.

65 Dies kann auch dem Interesse der Pflegekraft entsprechen, wenn eigentlich eine Vollzeitstelle gewünscht wurde; der Nachteil der Unsicherheit über die effektiv im Monat erreichbare Arbeitszeit und ihre Lage bleibt allerdings bestehen.

„Vertragliche Arbeitszeiten ... also, bei vielen wird sie ausgeschöpft. Wir haben nicht so viele Vollzeitkräfte, wir haben ca. 7 Vollzeitkräfte, die auch gut beschäftigt sind. Andere haben nur geringe Stunden Verträge, manchmal machen die dann noch zusätzlich, kommen die dann ... wird da aber trotzdem ausgeschöpft, man sagt normalerweise so, 20 % mehr, wenn du einen 15-Stunden-Vertrag hast, kannst du 20 % mehr, und irgendwann musst du es ausgleichen ...“

Überstunden als Folge zu knapp kalkulierter Zeitvorgaben in der ambulanten Pflege

In der ambulanten Pflege entstehen Überstunden aus der Aufstellung von Tourenplänen, die den Arbeitstag der Pflegekräfte entlang der mit den „Kunden“ vereinbarten Zeiten strukturieren, dabei aber aus Sicht der Pflegekräfte die real erforderlichen Pflege- und Wegezeiten ignorieren:

„Wenn sie dir fürs Wochenende einen sogenannten Dienstplan geben, dann kriegst du so einen kleinen Zettel, da steht dann handschriftlich drauf, da und da und da. Und dann guckst du darauf, und sagst: Hm. Beispiel: Fängst morgens um Sechs an, hast eine halbe Stunde Zeit bis halb Sieben ... und dann siehst du auf einmal, der nächste Einsatz ist dann um 6:35. Da liegen ja manchmal Stadtteile dazwischen, Straßenzüge ... Fünf Minuten Wegezeit, kann man nicht schaffen. Allein schon ins Auto rein, Motor an, zur nächsten Ampel ... Ich sag, sag mal, fünf Minuten, wie soll ich das denn machen? - Da musst du ein bisschen schneller fahren!“

In der Regel aber schreiben die Pflegekräfte diese Zeiten auf und bestehen insofern auf ihrer Abrechnung als Überstunden:

„Wenn ich, was weiß ich, ich hab da einen mit 35 Minuten, komme ich nie mit 35 Minuten raus, was soll ich mich da aufregen, das ist ein Herr mit Parkinson, da kommt man nicht so, den kann man nicht so in die Füße kriegen, der gibt dir die Zeit einfach, und da musst du einfach locker bleiben und schreibst deine Zeit auf, 50 Minuten, und wenn das gar nicht anders geht, dann sind es 60 Minuten, und dann hängst du am Telefon, ich komme später. Das ist dann ein bisschen nervig, aber muss man dann so machen.“

Ebenfalls in der Regel wird die Leitung des Dienstes reagieren, wenn bei bestimmten „Kunden“ die Zeiten durchgängig nicht eingehalten werden können. In

diesen Fällen wird sie eine Neuaushandlung zur Aufstockung der Leistungen suchen.⁶⁶

Aus der *ambulanten Pflege* liegen jedoch auch Fallbeschreibungen vor, die darauf hindeuten, dass Pflegekräfte angesichts zu knapp kalkulierter Zeitvorgaben und um die Arbeit vor den eigenen Maßstäben einigermaßen ordentlich zu verrichten laufend unbezahlte Zeit einbringen.

Interviewer: „Das heißt aber, im Endeffekt machen Sie eigentlich laufend unbezahlte Überstunden?“

„Nur. Nur, ja. Das ist auch in dem Job ja üblich, dass ... Da kräht ja auch keiner mehr. Ich glaube, den anderen geht es nicht anders, ich frage die schon gar nicht mehr, aber ich glaube, denen geht es auch nicht anders.“

Auch unbezahlte Überstunden gehören also offenbar zur Normalität.⁶⁷ Soweit die individuellen Schmerzgrenzen dabei nicht überschritten werden, erscheint diese Praxis Pflegekräften als Selbstverständlichkeit und wird von ihrem Helferidealismus mit getragen.

„So ein bisschen Privatarbeit leistet hier jeder – ich finde aber nicht, dass ich hier ausgenutzt werde.“

Überstunden können nicht mehr kompensiert werden

Aus Sicht der Kräfte in den Leitungsteams – hier in einem Krankenhaus – ergibt sich die Problematik, die angesammelten Überstunden im Dienstplan nicht ausgleichen zu können, ohne dass dieser Ausgleich die nächste Ausfallproblematik stiftet.

„... also je nach Zeitumfang der Stelle, die Vollzeitkräfte haben da häufig die wenigsten Überstunden, die Teilzeitkräfte haben richtig viele, also, wobei wenig Überstunden sind um 50 Stunden auf dem Arbeitszeitkonto, finde ich, ist jetzt auch nicht wenig, bis hin zur Spitzenreiterin die arbeitete mit einer Teilzeitstelle und hat 250 Überstunden, also das zeigt, wie stetig gearbeitet wurde, wo ich immer nicht weiß, wann soll

ich wiedergeben, sozusagen, das ist für mich so ein bisschen schwierig.“

Die Normalität des Einspringens und der Mehrarbeit der Teilzeitbeschäftigten führt so zu einer regelrechten Anhäufung von Überstunden, wodurch eine Regelung des Ausgleichs, die die Interessen aller Teammitglieder wahr, immer schwieriger wird. Es droht die typische Spirale von Krankheit → Einspringen und Überarbeit beim Rest des Teams → mehr Krankheit.

Die Regulierung des Freizeitausgleichs der Überstunden mit den Pflegekräften abzustimmen, wird offenbar in einigen Fällen nicht einmal mehr versucht. Vielmehr wird auch der *Überstundenausgleich* allein als Verfügungsmasse zur flexiblen Abdeckung eines schwankenden Arbeitsanfalls betrachtet. Dies stiftet bei den Betroffenen eine erhebliche Enttäuschung ihrer Erwartungen an den Arbeitgeber, die bei dieser Praxis über kurz oder lang die Erhaltung ihrer Arbeitsfähigkeit gefährdet sehen.

„Verlässliche Planung der Freizeit ist das A und O, um in diesem Job zu überleben. Verlässliche Planung der Freizeit: kein Rausholen aus dem Frei, kein Rausholen aus dem Urlaub. Und das ist scheinbar auch in den letzten Jahren schlimmer geworden, dass Kolleginnen, Kollegen aus Freizeit, aus Urlaub, sogar aus Urlaub, herausgeholt werden, um die Arbeit, ja, um das Ganze überhaupt aufrechterhalten zu können.“

Als besonders rücksichtslos empfinden es Pflegekräfte, wenn ihre angesammelten Überstunden über Wochen in kleinsten Portionen verteilt „abgefeiert“ werden müssen. Da die Überstunden eine Extra-Belastung bedeuten, soll und muss aus ihrer Sicht der Freizeitausgleich auch eine kompensierende Extra-Entlastung ermöglichen. Das ist jedoch nur möglich, wenn die angesammelten Überstunden „am Stück“ und in Absprache mit der Pflegekraft genommen werden können.

Nicht verstanden wird von vielen Pflegekräften – darunter auch von Vollzeitkräften –, dass die Überstunden, die mit großer Selbstverständlichkeit von den Teilzeitkräften eingefordert werden, bis zur Grenze der Vollzeit nicht mit Überstundenzuschlägen vergütet werden müssen.

„Wir haben sogenannte Arbeitszeitkonten, und da ist das Problem: Wenn ich mehr arbeite, dann ist das bei mir eine Überstunde, die bekomme ich vergütet. [...] Diese Kolleginnen, die so gering eingestuft sind mit ihren Arbeitsverträgen [...], im Grunde kommt das auf Arbeitszeitkonten drauf, und es ist dann Mehrarbeit, die kriegen keine extra Vergütung, das sind dann die Gelackmeierten ... und wenn man dann sagt, Mensch, die müssten höher gruppiert werden [in der regulären wöchentlichen Arbeitszeit], dann heißt es, unsere finanzielle Situation ist zurzeit nicht besonders, wir können nicht. Ja, aber die ist ja im Grunde seit 5 Jahren nicht besonders, die wird im-

66 Dass sich daraus dann eine für Pflegende und zu Pflegende gleichermaßen zufriedenstellende Lösung ergibt, ist allerdings nicht selbstverständlich: „Und wenn du sagst, reicht nicht, dann heißt es, wollen wir mal sehen, aber oft ist es dann so, dass die werte Kundschaft dann nicht zuzahlen will ... und meistens auch nicht kann ... das kommt ja auch noch dazu. Du hast ja immer weniger, dass das Sozialamt einspringt, und sagt, wir übernehmen jetzt einen Teil, bevor derjenige ins Heim muss, was ja viel teurer davon ist, ...“

67 Dieser Zustand ist auch anderweitig belegt. „Bei dieser 'Minutenpflege' kalkulieren Pflegedienste regelrecht mit dem Entstehen von unbezahlter Schattenpflege.“ (Heintze (2012, 19) unter Verweis auf die Veröffentlichung des Journalisten Breitscheidl im Jahr 2011, die auf Erfahrungen während seiner undercover-Tätigkeit in der ambulanten Pflege stützen.)

mer schlimmer ... irgendwie setzen die Leute immer mehr Zeit dran.“

8.1.3 Ausfallkonzepte

Da die Verlässlichkeit der Dienstpläne durch das Einspringen als Regelfall untergraben wird, stellt sich die Frage nach den Ausfallkonzepten, die eigentlich einen *geordneten Umgang mit Ausfällen* sichern sollten. Ausfallkonzepte fehlen jedoch oft entweder ganz oder stehen aus Sicht der Pflegekräfte nur auf dem Papier.

„Das würde viel entspannen, wenn wir so ein Ausfallkonzept hätten, und [der Arbeitgeber] sagt ja, sie haben ein Ausfallkonzept, und das steht ja auch auf dem Papier, wer angerufen werden muss, wenn es zu einer Besetzung kommt, die minderbesetzt ist, also, wobei die Minderbesetzung eigentlich 1-1-1 ist, also, ich mein, da kannst du nicht mehr viel bewegen.“

Somit besteht das „Ausfallkonzept“ in der Praxis im Wesentlichen aus den Bemühungen der Leitungskräfte der mittleren Ebene, dem unvermeidlichen Einspringen so etwas wie einen verlässlichen Rahmen zu geben. So wird beispielsweise das Einspringerisiko für bestimmte Tage bestimmten Pflegekräften zugewiesen (z. B. in Form einer quasi „inoffiziellen“ Rufbereitschaft), was zumindest die Berechenbarkeit der anfallenden Mehrarbeit für alle im Team verbessert. Dafür wird die Abstimmung mit dem Team gesucht und auch eingefordert.

Darüber finden sich als Ausfallkonzepte zwei Ansätze, die aus Sicht der Pflegekräfte nur unzureichend oder gar nicht greifen: ein Springerpool oder die Nutzung von Zeitarbeitsfirmen.

Ein Ausfallkonzept in Form eines *Springerpool*s gilt vielen Pflegekräften grundsätzlich als adäquater Ansatz zur Lösung der Ausfallproblematik. Wo er fehlt, wird er gewünscht, wo er funktioniert, wird er von den Pflegekräften sehr geschätzt. Leider ist dies im Urteil der Pflegekräfte eher ausnahmsweise der Fall. Als Grund für nicht funktionierende oder gescheiterte Springer-Konzepte wurden verschiedene Faktoren angeführt:

- So wurde der Springerpool schlicht als *zu klein dimensioniert* beschrieben, sodass Ausfallanzeigen ins Leere gehen und dann doch von den Mitarbeitern vor Ort „irgendwie“ kompensiert werden müssen.
- In einer Personalsituation, in der *„die Besetzung derart knapp ist, dass jeder Ausfall zu einer Kompensationsproblematik wird“*, wird der vorhandene Pool kontinuierlich überlastet und kann daher nicht zielführend funktionieren. Im Umkehrschluss könnten die vorhandenen Springer-Konzepte in ihrem derzeitigen Umfang durchaus tragfähig sein und funktionieren, wenn sie als Ausfallkonzept auf einer belastbareren Personaldecke auf den Stationen aufsetzen würden.

- Zum Teil sehen die Pflegekräfte die *konzeptionelle Umsetzung* als Grund für „gescheiterte“ Springerpool-Konzepte an, wenn z. B. der Pool mit Kräften „gefüllt“ wurde, die in Elternzeit sind, daher aber de facto nicht zeitlich frei verfügbar sein können.
- Des Weiteren vermissen Pflegekräfte eine *zusätzliche Attraktivität* für die Pflegekräfte im Springerpool. Solange junge Pflegekräfte in Zeiten des Mangels an Pflegefachkräften Wahlmöglichkeiten haben, würden sie daher ohne zusätzliche Anreize eine Festzuordnung zu einer Station oder einem Arbeitsbereich der Tätigkeit als Springer/-in in den meisten Fällen vorziehen.

Der Einsatz von *Zeitarbeit* zur Deckung von ausfallbedingten Personallücken wird durchgängig sehr kritisch gesehen.

Zunächst gehen die Pflegekräfte davon aus, dass sich in besonders sensiblen Bereichen, z. B. in der Intensivversorgung, eine Ausfallkompensation mit Zeitarbeitskräften verbietet, wodurch ihr Einsatzfeld im Rahmen eines systematischen Ausfallmanagements beschränkt wird.

Große Vorbehalte begründen sich aus der geringen Einarbeitung und fehlenden Einbindung in das Team. Selbstverständlich stellt keine Pflegekraft die Kompetenz der Kolleginnen und Kollegen, die als Zeitarbeitskräfte bei ihnen einspringen, grundsätzlich infrage, und auch über eine gut funktionierende Zusammenarbeit mit diesen Kräften wird berichtet, unter der Voraussetzung, dass sich eine gewisse Kontinuität in ihrem Einsatz ergibt. Aus Sicht der Pflegekräfte, die für die Organisation der Arbeitsteilung verantwortlich zeichnen, werden Zeitarbeitskräfte jedoch nur „mit Bauchschmerzen“ akzeptiert, weil sie deren fachliche Qualität letztlich nicht beurteilen können.⁶⁸

„Zum einen bin ich verantwortlich, also, ich bin verantwortlich für das Wohl und Wehe dieser Menschen als examinierte Fachkraft. Das heißt, ich muss ... also die Helfer, die wir hier im Hause als Stammpersonal haben, die kann ich einschätzen, also die kann ich ganz genau einordnen und weiß, was ich ihnen zutrauen kann und was gegebenenfalls nicht.

Das kann ich bei so einer Zeitarbeitskraft nicht, ich weiß nicht bei einer Zeitarbeitskraft, was für einen persönlichen Hintergrund hat die, was passiert da hinter verschlossenen Türen; also ich habe da erstmal grundsätzlich kein Vertrauen, dass da vernünftig auch mit den Bewohnern umgegangen wird.“

Nicht zuletzt ist es Pflegekräften unangenehm, mit Zeitarbeitskräften zusammenzuarbeiten und dabei von ihnen den vollen Einsatz verlangen zu müssen, wenn sie wissen, dass diese zu noch weit schlechteren Konditionen als sie selbst arbeiten.

⁶⁸ Siehe Kapitel 5.2.

Aus allen diesen Gründen wird ein „hauseigener Springerpool“ vorgezogen. In der Tat finden sich auch Hinweise in der Befragung, dass funktionierende Springerpools durchaus möglich sind:

„Wir haben da einen eigenen Pool sozusagen, das ist eine ganz tolle Errungenschaft, von Menschen, die hier angegliedert sind ans Haus, sozusagen, die aus dem Haus kommen, [...] das ist sehr wertvoll, weil die die Einheiten kennen, man kennt die Menschen, das ist eine gute Sache für uns, anders, als jemand, der kommt, der überhaupt nicht vertraut ist, und der dann in eine Situation kommt, in der eh man schon gestresst ist, weil der kommt ja erst, wenn jemand krank wird, das heißt, das ist dann eh schon schwierig. Da ist so ein Pool z. B. eine gute Sache.“

8.1.4 Pausen und Kommunikation

„Wenn da nur einer ist, wie soll der Pause machen.“

In der Arbeitgeber-Befragung 2012 gaben 75 % der Einrichtungen an, auf dem Handlungsfeld zur „Sicherung der Erholungsfunktion der Pausen“ bereits aktiv zu sein. Davon war in der Beschäftigtenbefragung kaum etwas zu spüren. In kaum einem Bereich weicht die Selbsteinschätzung der Einrichtungen von den Lagebeschreibungen der Beschäftigten so deutlich ab wie auf diesem Gebiet. Eingelöste Erwartungen der Pflegekräfte waren hier eine absolute Ausnahme.

Keine Pausen möglich, zu kurz oder nicht eingeplant

„Ob sie es glauben oder nicht, wir schaffen es nicht mal mehr, eine Pause zu machen.“

Unter dem Druck einer vollen Tourenplanung verzichten manche Pflegekräfte auch ausdrücklich auf eine „reale“ Pause, um den Feierabend ein wenig früher zu erreichen. Zum Teil müssen kürzeste Entspannungsphasen – für deren Optimierung man sich z. B. auch Entspannungstechniken angeeignet hat – ausreichen:

„Pausen ... Die machst du irgendwie so mal zwischendurch. Mal eben so, im Auto, eben fünf Minuten mal abschalten, stehst du irgendwo am Wegesrand. Was auch die Examinierten genau so machen, die gehen aus dem Wagen raus, stellen sich an den Wegesrand, paffen eine, ist ja auch kein Problem ... Oder die Kollegin, die mit dem Fahrrad unterwegs ist ... ja, ... mal eben so, irgendwie. Oder beim Patienten einen Kaffee trinken ... mal eben, nach getaner Arbeit häng ich 5 Minuten oder 10 Minuten dran, schnack eine Runde, das kann auch eine Pause sein, wenn der noch geistig das aufnehmen kann ...“ Das ist so, ... Pausen... hm, na ja. Mach ich dann, wenn ich mittags nach Hause komm ...“

Ob die unter Arbeitsdruck entfallenen Pausen im Regelfall zumindest als Arbeitszeit abgerechnet werden, muss nach den vorliegenden Aussagen der Pflegekräfte bezweifelt werden.

Personalmangel führt dazu, dass Pausenzeiten den Notwendigkeiten der Sicherung der Versorgung der Patienten/Patientinnen zum Opfer fallen. Oder es wird den Pflegekräften aufgebürdet, sich freie Minuten für die Pause zusammenzuklauben, da die Pause in der Einsatzplanung nicht mit berücksichtigt wird:

„Die Pausen, Pausenzeiten, ist eigentlich recht knapp bemessen. Weil, einerseits sind Touren auch nicht so lang, dass zwingend ne Pause notwendig ist, also arbeitsrechtlich gesehen. Ansonsten werden wir von der Einsatzleitung mehr oder weniger aufgefördert: Macht zwischendurch ne Pause! ((lacht)) Wie wird die dann einfügen können, das ist dann unsere Sache. Ich habe mal angeregt, ja, dann macht doch in der Tourenplanung ... rechnet da doch die Pause einfach schon mit ein, dann versucht die Tour so zu planen, dass ne Pause mit drin ist, zumindest die, ne Viertelstunde. ... Das ist aber nicht; die Pause müssen wir uns dann irgendwo ... zusammen ...“

Pflegekräfte ärgert es angesichts der strukturell angelegten Überarbeit, wenn es ihnen dann noch als Unprofessionalität zu Last gelegt wird, wenn es ihnen nicht gelingt, sich selbst „eine Pause freizuschauen“:

„((lacht)) Also wenn ich mich beklage, dass also Pausenzeiten für mich in der Form nicht möglich sind, dann bekomme ich regelmäßig Standardantworten, insofern äußere ich mich da schon nicht mehr zu. Also, dann bin ich 'schlecht strukturiert', dann muss ich meine Arbeit besser strukturieren, oder ich muss eher in der Lage sein, Aufgaben zu delegieren, weiß nur nicht an wen, da steht keiner und macht die weiße Fahne, gib's mir, und wenn ich diese Pause wirklich nehme, bedeutet das im Zweifelsfall ... [...] Wenn ich mir Zeit nehme, dann nehme ich sie von mir, von meiner Freizeit, indem ich länger bleibe, oder früher komme, oder eben auch auf eine Pause verzichte, oder aber andere Kollegen müssen dementsprechend mehr arbeiten, weil ich in der Zeit einfach nicht da bin.“

Pausen mit fraglicher Erholungsfunktion

„Ich hab doch immer Bereitschaftsdienst in meiner Pause, das muss erst mal abgestellt werden.“

„Also wir haben Pausen, und sollen sie auch nehmen, und falls wir es im Team nicht schaffen, soll man die einzeln nehmen, aber ich finde, ich empfinde die Pausen oft als gestört.“

Wir haben dann Telefone, dann kommen Kollegen, die wollen was in der Pause, dann kommt mal eben Leitung oder ruft an,

du ich hab mal eben 'ne Frage, rennt man raus, guckt in der Kurve ...“

Pflegekräfte in der stationären Kranken- und Altenpflege ziehen es dennoch oft vor, die Pause im *Arbeitsbereich* zu verbringen, als außerhalb des Arbeitsbereichs. Die allfälligen *Störungen* der Pause werden in Kauf genommen, z. B. wird abwechselnd zur Klingel gegangen. Hinter dieser Entscheidung steht – neben fehlenden, ungünstig gelegenen oder unattraktiv ausgestatteten Pausenräumen – die große Bedeutung, die die Pflegekräfte der *Kommunikationsfunktion* der Pausen beimessen. Dieser Anspruch an die Pause wird andererseits genau durch das Pausenarrangement untergraben, das sie sichern soll, bleibt aber dennoch angesichts fehlender Alternativen „das kleinere Übel“:

„Es ist die einzige gemeinsame Zeit, wo man mal eben vielleicht privat schnacken kann, was ja aber gar nicht mehr möglich ist, weil immer jemand kommt, und was Dienstliches von einem möchte, entweder eine Klingel, der OP ruft an, man muss jemand runterfahren, die Ärzte, die Physiotherapeuten reden über Patienten, was man in dem Moment vielleicht gar nicht hören will, aber, ja, es gibt auch da wenig Spielraum.“

Dass die Kommunikationsfunktion von Pausen wichtig ist, führt also aufgrund der Personalknappheit in der Praxis zu Pausenarrangements, deren Erholungsfunktion stark beeinträchtigt ist.

Pausen in dieser Funktion werden auch in der ambulanten Pflege vermisst, wo sich das Team nur zu eng bemessenen Bürozeiten oder vor dem Beginn der Tour mehr oder weniger nur über den Weg läuft, so dass *bereits die dienstliche Kommunikation* unzureichend möglich ist.

„Wir arbeiten ja hier viel alleine, wir haben so ne Tour, die geht so bis halb zwei, die andere geht bis zwei, die nächste bis elf und so zwei bis zehn. Ich seh meine Kolleginnen fast gar nicht ... Da haben wir immer Defizite, wenn sie mir dann irgendwas mitteilen oder auch nicht, also, ich kriege dann vieles nicht mit, was die eigentlich gesehen haben, das ist immer ein bisschen blöd.“

Auch wenn Pausen vorwiegend der privaten Kommunikation dienen sollen, können sie auch wichtiger *Ausgangspunkt* sein, um *schwierige Situationen* zu erkennen, in denen sich Kolleginnen oder Kollegen befinden:

„Gerade wir hatten jetzt hier ... jetzt Anfang des Jahres hatten wir ganz viele Todesfälle ... also, wirklich, sind ganz viele gestorben, so auf den Schlag waren das letztendlich über ein paar, drei, vier Monate [...] wirklich viel an Bewohnern, und die Kollegen konnte man gar nicht auffangen ... also, man denkt: Mann! Weil gerade die ... auf den Versorgungstouren, die Helfer, die haben noch ein anderes Verhältnis zu den Gepflegten, über Jahre sind sie schon da, ja,

und dann geht es immer weiter und weiter und weiter. [...] Und dafür wäre auch eine Pause vielleicht mal gut, wenigstens mal zu sehen, wie es denen geht.“

Die Kommunikationsfunktion der Pausen erweist sich damit nicht nur als „privates“ Interesse, sich in den Pausen über nicht-berufliche Gegenstände auszutauschen. Sie hat eine wichtige Funktion für einen *professionellen Umgang mit Belastungen* in den Teams, insofern Pausen einen Ansatzpunkt für das Erkennen von Interventionsbedarf zur Unterstützung einzelner Beschäftigter in schwierigen beruflichen Situationen bieten.⁶⁹

Pflegekräfte fordern ihre Pausen nicht ein

Selbstkritisch merkt eine Pflegekraft an, oft nicht konsequent genug zu sein, wenn es darum geht, ihrem eigenen Pausenbedürfnis auch gegen das Helfer-Ethos des Berufs Geltung zu verschaffen, also eine Bedeutung beizumessen, die dies auf gleiche Höhe wie die Anforderungen der Bewältigung des Arbeitsalltags stellt:

„Das Problem mit den Pausen ist ja nicht nur, dass wir die Pause nicht nehmen können [...]. Aber ich glaube immer noch, [...] dass es auch ein großes Problem ist, dass wir die Pause nicht tatsächlich als lebenswichtig verstehen in dem Beruf. Dass die Pause [...] in dem ganzen Tumult nicht so wichtig für mich dasteht. Immer ist irgendwie wichtiger, dass der Bewohner vom Speisesaal in sein Zimmer kommt. Also, wenn ich vorhabe, in die Pause zu gehen, dann, auf dem Weg [...] werde ich drei, viermal angehalten, um irgendwelche Sachen noch zu erledigen. Und ich habe selten diese Durchsetzungskraft, einfach zu sagen, nein, jetzt nicht, jetzt gehe ich in die Pause, egal, ob vom Personal jemand, oder Bewohner oder sonst was ...“

Fazit: Gestaltungsansätze auf dem Gebiet der Organisationsentwicklung

Um die *vertraglichen Arbeitszeiten* an ihre Interessen und Lebensphasen anpassen zu können, erwarten Pflegekräfte von den Arbeitgebern auch eine größere Offenheit für eine (Wieder-)Aufstockung der Arbeitszeit. Das Recht, eine Absenkung der vertraglichen Arbeitszeit grundsätzlich auch befristet zu ver-

⁶⁹ Siehe Kapitel 8.4.

einbaren, würde die Position der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in dieser Frage stärken.⁷⁰

Teilzeitarbeit wird oft als Ausweg zur Anpassung der Belastung an die individuellen Belastungsgrenzen gewollt. Die „Flucht in die Teilzeit“ ist insofern eine Realität. Die damit verbundenen schwierigen Abwägungen zwischen der Reduzierung von Belastung und Vergütung, die auch gegen die Entlastung ausfallen können, verweisen auf Handlungsbedarf auf anderen Feldern: Erforderlich ist eine Verringerung der Arbeitsverdichtung auf ein dauerhaft erträgliches Maß auf der einen Seite, eine Erhöhung der Vergütungen auf der anderen Seite.

Dienstplangestaltung und Ausfallkonzepte sind extrem wichtige Themen für die Pflegekräfte und für die Attraktivität der Pflegearbeit von besonderer Bedeutung. Die zentralen Punkte der umfangreichen obigen Darstellung können wie folgt zusammengefasst werden:

- Zwar bemühen sich die für die Dienstpläne verantwortlichen Kräfte um Berücksichtigung und einvernehmliche Regelungen (Wunschplan etc.). Die „Ausfallkonzepte“ bestehen allerdings oft nur darin, das vorhandene Personal (v.a. Teilzeitkräfte) zum Lückenfüllen heranzuziehen. Dabei wird die „Helferdisposition“ der Pflegekräfte bis an die Grenzen ausgenutzt. Insbesondere von Teilzeitkräften wird eine quasi 100 % Verfügbarkeit erwartet.
- Im Resultat ist das „Einspringen“ daher eine alltägliche Übung, der Dienstplan ist nicht verlässlich, die Freizeit ist nicht kalkulierbar, zum Teil ist der Erholungswert der Freizeiten nicht gegeben. Überstunden werden akkumuliert und führen so in den Teufelskreis, dass der Umgang mit Ausfällen die Belastbarkeit des Personals überfordert und damit neue Gründe für Ausfälle generiert.
- Soweit Ausfallkonzepte vorhanden sind, sind sie nicht funktional: Springerpools sind zu klein bemessen für die aktuelle Gesamtsituation oder ungünstig zusammengesetzt. Zeitarbeit passt nicht zu aktuellen Organisationsformen der Pflege.

Ein Ausfallkonzept, das seinen Namen verdient, bietet aus Sicht der Pflegekräfte erhebliches Potenzial, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern und Pflegearbeit wieder attraktiver zu machen. Aus ihrer

70 Im Unterschied zur Reduzierung der Arbeitszeit besteht bislang kein allgemeiner Anspruch auf Aufstockung der Arbeitszeit oder auf eine befristete Absenkung der Arbeitszeit. Das Teilzeit- und Befristungsgesetz schreibt lediglich eine Bevorzugung von Arbeitnehmern, die Interesse an einer Aufstockung angemeldet haben, bei einer Vollzeitstellenbesetzung vor (§ 9 TzBfG). Auf dieser Basis bestehen darüber hinausgehende Regelungen für bestimmte Beschäftigtengruppen: Teilzeitarbeit in der Elternzeit ist mit ihr befristet und soll minimal für 2 Monate vereinbart werden; für Beschäftigte, die Angehörige pflegen, besteht im Rahmen der Pflegezeit die Möglichkeit, für bis zu sechs Monate auch eine teilweise Freistellung von der Arbeit zu vereinbaren.

Sicht sollte das Ausfallkonzept in der Form eines ausreichend bestückten Springer-Pools eingerichtet werden.

Pflegekräfte erwarten, dass ihnen die Einhaltung der vertraglichen Arbeitszeit als Normalfall wieder ermöglicht wird, und dass Überstunden wieder zur berechenbaren Ausnahme werden. Sie erwarten, über Überstunden und deren Regulierung (Freizeitausgleich) mitbestimmen zu können. Beim Schreiben von Dienstplänen sollen ihnen alle vorhandenen Optimierungspotenziale durch eine qualifizierte Personaldisposition verfügbar gemacht werden.

Ein funktionierendes Ausfallkonzept ist zweifellos ein Kennzeichen für einen „attraktiven Arbeitgeber“ in der Pflege. Die Einrichtungen sollten daher ihre Konzepte auf den Prüfstand stellen. Soweit ein Einspringen unvermeidlich erscheint, sollte es mit einer höheren Attraktivität für die Pflegenden verbunden werden.

Soweit es sich im Rahmen von Tarifverträgen regeln lässt, sollten die Tarifpartner prüfen, ob sich das Recht auf Überstundenzuschläge für Teilzeitkräfte in den Verträgen verankern lässt. Dies könnte eine neue Kalkulation mit dem Einsatz der Teilzeitbeschäftigten als flexible Reserve erforderlich machen, die im Vergleich mit der heutigen Praxis weniger auf Kosten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer geht. Arbeitgeber könnten dies auch ohne tarifliche Regelung anbieten, um sich als attraktiver Arbeitgeber zu präsentieren.

Erholsame Pausen sind für die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit unverzichtbar. Auch in der Pflege müssen sie ihrer Funktion entsprechend ermöglicht werden. Hier sind die Arbeitgeber in der Pflicht, die in der Arbeitgeberbefragung dokumentierte Veränderungsbereitschaft praktisch umzusetzen und dabei auf die Erwartungen der Arbeitnehmer/-innen einzugehen.

Pflegekräfte erwarten, reale Pausen machen zu können, die nicht nur ihrer Erholungsfunktion, sondern auch ihren kommunikativen Interessen entsprechen. Die Kommunikationsfunktion gemeinsamer Pausen dient dabei nicht nur dem „privaten“ Austauschinteresse, sondern hat eine wichtige Funktion für einen professionellen Umgang mit Belastungen in den Teams, insofern Pausen einen Ansatzpunkt für das Erkennen von Interventionsbedarf zur Unterstützung einzelner Beschäftigter in schwierigen beruflichen Situationen bieten.

Pflegekräfte plädieren daher für Pausenregelungen, die es erlauben, gemeinsame Pausen auch außerhalb des Arbeitsbereichs durchführen zu können und Pausen auch entsprechend individuellen Neigungen (je nach „Pausen-Typ“) gestalten zu können.

Um die Attraktivität der Pflegearbeit in diesem Punkt wieder herzustellen, sollten die Arbeitgeber ihre Pausenkonzepte dringend überprüfen. Ambulante Dienste sollten Pausen bereits in der Tourenplanung mit einplanen. Die Attraktivität der Pausenräume sollte gemeinsam mit den Beschäftigten bewertet und wo möglich schnell verbessert werden.

8.2 Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflegearbeit und Lebensphasen

8.2.1 Arbeitsplatzgestaltung für ältere Arbeitnehmer/-innen

„Tätigkeiten, die entlastend sind ... wo denn, gibt's nicht, ... gibt's nicht, gibt's nicht.“

Die Gestaltung altersgerechter Arbeitsplätze mit dem Ziel, auch langjährig in der Pflege Beschäftigten mit angegriffener Arbeitsfähigkeit als qualifizierte Kräfte im Beruf halten zu können, war in der Arbeitgeberbefragung 2012 als einer der Punkte mit geringerer Aktivität aufgefallen.⁷¹ Lediglich ein Fünftel der Einrichtungen gab an, auf diesem Feld bereits Aktivitäten zu entwickeln. Etwas aktiver als die stationäre und ambulante Altenpflege präsentierten sich die Krankenhäuser auf diesem Gebiet. Auf dem Gebiet der Entlastung durch Aufgaben und Belastungswechsel als Element „alternsgerechter“ Arbeitsgestaltung sahen sich nur etwas mehr als die Hälfte der Betriebe aktiv. Maßnahmen auf diesen Feldern erscheinen daher deutlich ausbaufähig. Es war davon auszugehen, dass viele Einrichtungen das Problem der alternden Belegschaften trotz bereits hohem Altersdurchschnitt noch unterschätzen.

In der Bewertung dieses Ergebnisses wurde davon ausgegangen, dass entsprechende Möglichkeiten einer Teilentlastung im Rahmen der Arbeitsteilung der Einrichtungen zu schaffen, sich heute oft an den Vorgaben einer ökonomisierten Pflege brechen dürften. Andererseits wird es zunehmend unverzichtbar, auch älteren Pflegekräften den möglichst langen Verbleib im Arbeitsprozess zu ermöglichen, um ihre langjährig aufgebauten Qualifikationen und ihre Pflegeerfahrungen zur Deckung des zukünftigen Fachkräftebedarfs nutzen zu können. Strategien, wie dies praktisch erreicht werden kann, sind also dringend erforderlich.

Mit der Beschäftigtenbefragung sollte ermittelt werden, welche Möglichkeiten die Pflegekräfte selbst auf diesem Handlungsfeld sehen.

Dabei bestätigte sich zunächst das Bild, dass selbst bei großen und im Übrigen für die Verbesserung von Arbeitsbedingungen durchaus engagierten Arbeitgebern ein systematischer Bezug auf das Problem zunehmend alternder Belegschaften fehlt.

Belastungseinschränkungen werden nicht berücksichtigt

Pflegekräfte stellen fest, dass das Alter bzw. damit zusammenhängende Belastungseinschränkungen in der Arbeit *nicht berücksichtigt* werden und *Entlastungsmöglichkeiten fehlen*:

„Die Arbeitsplatzgestaltung für ältere Beschäftigte, finde ich, ist eine Katastrophe in

der Pflege. Da gibt es nämlich eigentlich überhaupt keine Gestaltung, sondern im Grunde genommen ist die Erwartung, die arbeiten mit 100% Leistung sozusagen im Rahmen ihres Vertrags weiter, bis sie in die Rente gehen, und wenn das nicht mehr möglich ist, dann seh ich das eigentlich so, dass man auch kaum Angebote machen kann.“

Zum Teil sehen Pflegekräfte sich damit konfrontiert, dass ihr Interesse an einer individuellen Berücksichtigung von Belastungsgrenzen abgetan, *nicht ernst genommen* wird oder in anderer Form auf Abwehr trifft.

„Da hat man mir gesagt, naja, mit 51, da müsste man darüber noch nicht reden ... Ich hatte das Gefühl, man belächelt mich.“

„Also, wenn die Kollegen, die sich dann ja irgendwie, naja, schützen müssen auch, über sei es nur über Präventionsanzeigen etc. pp., es gibt ja einige Maßnahmen, und wenn es einfach nur das offene Gespräch ist, ich will nicht sagen, abgestraft werden, aber schon irgendwie so nicht ernst genommen werden, und mehr oder weniger in die Enge gedrängt werden, weil sie das machen, weil sie die Qualität der Pflege in Gefahr sehen, [...] ja, dann wird es auch schwierig, die Leute irgendwann zu halten.“

Zum Teil wird über einen explizit *rücksichtslosen Umgang* mit altersbedingten Einschränkungen berichtet:

„Wir haben viele Ältere, [...] die auch teilweise ja schon Einschränkungen..., die eine hat eine Rücken-OP, die andere eine Schulter-OP, und wenn sie sagt, 4. Stock, schaff ich mit meinem Knie nicht, dann heißt es: Wollen sie nicht, oder können sie nicht. Das ist ein steter Kampf. Irgendwo ... diese Einteilung wird gemacht vom Bürostuhl aus: Wir schicken Sie da mal hin, entweder schaffen sie es oder sie bleiben zu Hause, das ist also manchmal ein ganz schöner Druck.“

Mangel an Gestaltungsspielraum für Entlastungsregelungen im Team

Aus Sicht der Pflegekräfte erlauben die *derzeitigen Organisationsformen* der Pflegearbeit in der Regel auch keine oder kaum Möglichkeiten zur Teilentlastung, wie hier für die *stationäre Altenpflege*:

„Ja, was willst du da groß gestalten, du musst arbeiten, am Bett bei den Bewohnern, wir haben zwar Betten zum hoch- und runterfahren, aber was willst du da groß gestalten.“

„Wenn du da bist, musst du arbeiten, wenn du nicht fit bist, musst du dich krank schreiben lassen. Da gibt's nicht, dass die sagen, gut, du bist jetzt meinetwegen 55 ...“
„... da nimmt keiner Rücksicht drauf.“

⁷¹ Siehe Einrichtungsbefragung (58).

Zunächst sind *Gestaltungsmöglichkeiten* mit den Änderungen in der Organisationsstruktur der Pflege schlicht *entfallen*:

„Also, die Schonarbeitsplätze, von denen man früher gesprochen hat, dann geht eine Pflegekraft an die Pforte, oder in die Patientenaufnahme, macht mehr so leichtere Büro-tätigkeiten, die gibt es einfach nicht.“

In den Krankenhäusern gibt es im Zuge von Umstellungen der Arbeitsorganisation zwar begrenzt auch neue Möglichkeiten, „verschlissene“ Pflegekräfte zu entlasten, indem sie bestimmte neu eingerichtete „Service“-Funktionen übernehmen könnten – allerdings kollidiert dies mit dem Interesse der Einrichtungen, mittels dieser Service-Funktionen Geld einzusparen, da ja gerade die Beschäftigung von gering qualifiziertem Personal auf diesen Stellen angestrebt wird. Ein Wechsel in Service-Funktionen, soweit er im Krankenhaus in Betracht kommt, ist im Übrigen nicht ohne Haken für die Betroffenen. Zunächst ist er mit finanziellen Einbußen verbunden: Selbst wenn die bisherige Fachkraft-Vergütung weitergezahlt wird, gehen in jedem Fall Schichtzulagen verloren.⁷²

Die *Entlastung Älterer von Nachtdiensten*⁷³ (insbesondere im Krankenhaus) wurde mehrfach angesprochen und auch im folgenden Zitat als Idee befürwortet, erscheint aber wie bereits angedeutet im Korsett der knappen Besetzung aus Sicht einer Stationsleitung im Krankenhaus „schwierig“ in der Umsetzung:

„Je älter ein Mitarbeiter ist, desto schwerer wird es, den aus einem kompletten Bereich herauszunehmen, also wirklich Bereiche zu suchen, wo man ein Feld gestalten kann, wo man sagt, ok, du bist jetzt ... hast ein gewisses Alter erreicht, wir nehmen die z. B. aus dem Nachtdienst raus. Das wäre so eine Möglichkeit, wo man sagen könnte, ab 50 Jahren müssen Mitarbeiter keinen Nachtdienst mehr machen. Das ist schwierig. Also wir sind drauf angewiesen, dass die Leute im Dreischichtsystem arbeiten. Jemanden da rauszunehmen ist organisatorisch eher schwierig. Wenn da die Möglichkeit da wäre, zum Beispiel diese Freiheit zu haben, in Absprache durchaus mit dem Vorgesetzten zu sagen, ein Mitarbeiter, der 50 Jahre ist, bei einem entsprechenden Ausgleich von jungen zu älteren Mitarbeitern, dass man da die Möglichkeit hätte, zu sagen, ein 50-Jähriger braucht keinen Nachtdienst mehr machen. Würde unglaublich viel auch an Lebensqualität vor allem auch dazugewinnen.“

72 Siehe Kapitel 5.3.

73 Dies wäre eine Wiederbelebung einer schon einmal geübten „guten Praxis“: „Früher gab es mal so eine Regelung - manche haben auch gedacht, das wäre im Tarifvertrag, war aber nie -, dass Kollegen über 50 keinen Nachtdienst mehr machen brauchten, und dann war 50, 55 ... diese Einschränkungen, diese Möglichkeiten gibt es nun im Grunde nicht mehr.“

Analog bestünde in der ambulanten Pflege die Möglichkeit, älteren Beschäftigten das Recht einzuräumen, nicht mehr zu *geteilten Diensten* („*Doppel-Dienste*“) eingeteilt zu werden, um eine ähnliche Entlastungswirkung zu erreichen. Auch dieser Vorschlag bricht sich allerdings im Urteil der Pflegekräfte an den aktuellen personellen Rahmenbedingungen.

Insgesamt erscheint somit ein *Mangel an Spielraum für die Gestaltung* von Teilentlastungen zu bestehen. Dabei erscheinen die Gestaltungsressourcen in *kleineren Organisationseinheiten* noch geringer als in großen.

Insofern haben die Interviewpartner/-innen allenfalls von individuellen Einzellösungen gehört oder an ihnen mitgewirkt. Oft geben die Pflegekräfte zu Protokoll, im Grunde nicht zu wissen, ob und welche Optionen der Arbeitgeber in diesen Fällen gegebenenfalls anbieten könnte oder würde. Eine *sichtbare systematische Befassung* mit dieser Problematik, die die Beschäftigten einbezieht und über die eventuellen Möglichkeiten informiert, wird durch die Bank vermisst.

Gestaltungsmöglichkeiten sind somit zunächst auf *interne Regelungen im Team* zurückgeworfen. Eine Berücksichtigung gesundheitlicher Probleme (nicht nur) von älteren Pflegekräften in der Tourenplanung oder durch eine Freistellung von Nachtdiensten gibt es, wenn überhaupt, als vom Team organisierte und getragene *Ausnahmeregelung* – und bricht sich damit schnell an den personellen Rahmenbedingungen.

„Ja, da kann man schon ein bisschen, also Stationsleitung kann ich gucken, dass jetzt jemand keinen Nachtdienst macht, wenn das Team das eben mitträgt. Wir haben bei uns die Regelung, dass es keine Ausnahmen vom Nachtdienst gibt, also jeder macht Nachtdienst, damit die Belastung sag ich mal relativ gleich bleibt, aber es gibt schon Ausnahmen, also dass man sagt, da ist eine Kollegin, die kann das überhaupt nicht, und dann ist es im Grunde genommen so eine Teamentscheidung. Aber ich sag mal im Zweifel muss man natürlich, muss jeder alle Schichten abarbeiten können.“

Eine systematische Berücksichtigung von Entlastungswünschen älterer Pflegekräfte ist so nicht möglich, denn bei der gegebenen Personalausstattung führt jede Entlastung älterer Mitarbeiter unweigerlich zu einer *Mehrbelastung der verbliebenen Teammitglieder*:

„Weil das heißt, im Prinzip, was man sich auch ausdenkt, es geht zulasten der anderen, das heißt, dadurch werden die anderen noch stärker verschlissen, man hat so einen Teufelskreis, wo man nicht mehr rauskommt.“⁷⁴

74 Daraus wird auch die oben dargestellte Abwehr der Kollegen / Kolleginnen gegen entsprechende Berücksichtigungswünsche erklärbar.

Reduzierung der Arbeitszeit – „Flucht in die Teilzeit“

Angesichts der damit faktisch heute nicht vorhandenen Entlastungsmöglichkeiten, bleibt als einzige Möglichkeit, sich selbst Entlastung zu organisieren, die *Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit*. Die Interviewpartner/-innen bestätigen die Bedeutung dieser „Strategie“, verweisen aber auch auf die Problematik:

„... es kommt darauf an, was für Bedingungen die Mitarbeiter tatsächlich auch in ihrem sozialen Umfeld haben. Ein Mitarbeiter, der sich das leisten kann, seine Stelle zu reduzieren, wird sich natürlich über eine Stellenreduktion mehr Ausgleich verschaffen. Ich glaube, dass das die erste Motivation überhaupt ist zu sagen, ich kann mir vorstellen, nur drei Viertel oder auch nur halb zu arbeiten, dann kann ich auch ein bisschen mehr Verantwortung abgeben, ich komme deutlich motivierter zur Arbeit ... ist eine Möglichkeit, aber die muss eben auch ins Setting reinpassen.“

Denn diese „Strategie“ unterstellt erstens, dass der Verzicht auf Lohn und Lohnbestandteile ökonomisch gangbar ist. Oft können die finanziellen Einbußen, die mit der (weiteren) Reduktion der Arbeitszeit verbunden sind, nicht in Kauf genommen werden. In den Interviews wurden verschiedene Fälle angesprochen, wo eine Reduktion der Arbeitszeit absolut angeraten schien, von der betreffenden Pflegekraft aus ökonomischen Gründen aber nicht genutzt werden konnte.⁷⁵

„Ja, und die Arbeitszeit hat immer mit dem zu tun, was sich die Kollegen sich auch leisten können, sag ich mal, also klar wird eine Stundenreduktion angeboten, aber bei vielen ist das auch nicht realistisch, die brauchen eben auch das Geld. [...] Also, klar versucht man auch schon, dann, sag ich mal, Mitarbeiter in eine realistische Arbeitszeit zu kriegen, man merkt dann schon, 100 geht nicht, geht auch 75 Prozent, aber da ist meine Erfahrung bislang immer gewesen, dass das nicht so angenommen wurde. Ist ja auch ein bisschen schwierig.“

Zweitens ist keineswegs sicher, dass Teilzeitarbeit auch ermöglicht, auslaugende (extensiv und intensiv anstrengende) Schichten vermeiden zu können.

Angesichts der Unsicherheiten des Dienstplans, die sich als Folge der flexiblen Inanspruchnahme der Teilzeitkräfte ergibt, ist fraglich, ob statt einer Entlastung durch eine Reduzierung der Arbeitszeit nicht faktisch eher eine zusätzliche Belastung durch eine der Vollzeitstelle vergleichbare, aber nun schlechter planbar gewordene Verfügbarkeit eingetauscht wird (siehe auch Kapitel 8.1.1).

⁷⁵ „Ich kann nur froh sein, dass ich einen Mann habe, der gut verdient.“ Siehe Kapitel 8.1.1.

Exit-Optionen

Hinzu kommt, dass die Mehrheit der Pflegekräfte – insbesondere die Hilfskräfte – nicht über reale „Exit-Optionen“ verfügt, um im fortgeschrittenen Arbeitsleben noch einen Absprung in eine andere Tätigkeit finden zu können.

„Das Problem der Älteren ist, die haben kaum eine Ausstiegsmöglichkeit. Wenn sie die hätten, würden viele gehen. Nicht nur ein Drittel, sondern ganz.“

Pflegekräfte berichten, dass sie daher den Erwerb von Zusatzqualifikationen auch unter diesem Gesichtspunkt für sich vorantreiben; im folgenden Zitat geht es um eine Weiterbildung im Bereich der Palliativ-Pflege:

„Also das war meine Wahl, also ich wollte das gerne, weil ich mich da schon auch viel mit auseinandersetzen musste, mit Sterben und Tod, und ... [...] Und ich weiß ja nicht, was ich später mache, für mich ist das so eine Absicherung so langsam, für mich mehr noch eine andere Richtung zu kriegen, weil ich denke, ich werde wahrscheinlich nicht immer nur im Pflegedienst ..., ich bin ja schon lange da, so gesehen schon sehr lange. Und ja irgendwann ... Für mich ist das eine Altersvorsorge, kann ich nur sagen, ich weiß nicht, was ich im Alter mache, oder wenn ich jetzt über 50, 60 ... und dann möchte ich bestimmt noch arbeiten können, kann ich mir vorstellen, und da kann ich das noch einsetzen, so denke ich jetzt, also so ein bisschen runterzukommen, also nicht dies Rasen. So ist der Job ja ein Rasen.“

In einem anderen Fall wird beispielsweise auf eine der Pflegeausbildung vorausgehende kaufmännische Ausbildung als Exit-Option gesetzt.

Das Thema der Lebensarbeitszeit wurde unter der Perspektive der fehlenden Absprungmöglichkeiten mit durchaus bissigen Kommentaren bedacht.

„Also ich muss bis 67 arbeiten, und das finde ich gruselig, das muss ich ehrlich sagen. Ja, da kann ich nahtlos gleich in die Einrichtung einziehen ((lacht)). Naja.“

Im Grunde, so die durchaus ernst gemeinte Überlegung, werde auch die Frage nach Entlastungsmöglichkeiten im Alter zunehmend sinnlos, da man den Job in der Pflege ohnehin nicht bis 67 aushalten könne – wozu dann über Entlastungen für ältere Beschäftigte in der Arbeit nachdenken, wenn man in der Regel schon vor 60 aussteigen muss? Ohne *alternsgerechte* Arbeit bleibt *altersgerechte* Arbeitsgestaltung eine Fiktion.

Interviewpartner/-innen konnten es sich nicht vorstellen, bei der derzeitigen Belastung bis zur Erreichung der steigenden Altersgrenze durchzuhalten. Unter diesem Gesichtspunkt wird ein frühzeitiger Berufsausstieg angepeilt:

„Ich spiel mit dem Gedanken, so früh wie möglich in Rente zu gehen, sobald sich das

finanziell dann machen lässt; wenn ich die entsprechenden Pflichtjahre voll habe. ... Ich habe im Grunde auch nicht vor, bis 65 zu arbeiten, weil ich glaube, dann bin ich für diese Tätigkeit, diese praktische Tätigkeit am Bett zu alt bzw. weiß ich nicht, ob ich es dann noch so handeln kann, wie ich es müsste.“

Es ist interessant, dass unter diesem Gesichtspunkt die Akademisierung in einer Funktion ins Spiel gebracht wird, die man in der Regel nicht mit ihr in Verbindung bringt – als willkommene Exit-Option der heute noch jungen Pflegekräfte:

„Die Belastung ist so unglaublich hoch, dass der Wunsch, sich dann zu verabschieden – also aus diesem Bereich, wenn man da einfach seinem eigenen Anspruch nicht mehr genügen kann und dann auch noch maximal belastet ist – ist ja auch hoch, und das sieht man ja auch bei den jüngeren Pflegekräften. Zum Teil spannend, weil die Akademisierung ist ja jetzt eingeführt worden, die meisten, die jetzt in der Ausbildung sind, sind ja Abiturienten, und mitnichten wollen die bis zum Ende Krankenschwester sein ... und das ist ja in Ordnung. Das heißt, die Ausstiegsmöglichkeiten sind ja jetzt für Jüngere ganz andere.“

Diese Prognose unterstreicht drastisch die große Bedeutung guter Arbeitsbedingungen zur Lösung des zukünftigen Personalbedarfs in der Pflege!

8.2.2 Vereinbarkeit Beruf – Familie (bzw. andere private Verpflichtungen und Interessen)

„Vereinbarkeit Beruf-Familie, ja, da kann man ja pendeln, denke ich auch, also, ich bin ja auf 30 Stunden runter gegangen, ich hab also anfangs 40, dann bin ich runter auf 30, dann bin ich auf 30 geblieben, weil das für mich besser ist, weil ich zu Hause einen kranken Ehepartner habe, ist selbst pflegebedürftig, da reichen mir 30 Stunden vollkommen aus, weil ich muss dann ja auch gucken, dass ich auch noch leben kann.“

Die Vereinbarkeit Beruf-Familie steht exemplarisch für Vereinbarkeitsbedarfe, deren Gemeinsamkeit darin liegt, dass sich im Verlauf von Lebensphasen familiäre oder andere private Verpflichtungen und Interessen ergeben, die mit den beruflichen Verpflichtungen vereinbar gemacht werden müssen. In der Arbeitgeberbefragung sahen sich knapp zwei Drittel der Einrichtungen auf diesem Feld aktiv. In welchen konkreten Maßnahmen die Arbeitgeber diese Aktivitäten verorten, konnte in der quantitativen Befragung nicht ermittelt werden. Korrespondierend sahen sich die Arbeitgeber allerdings auf den Feldern der Anpassung der Arbeitszeiten an die Interessen der Beschäftigten und bei dem Angebot flexibler Arbeitszeit- und Schichtmodelle aktiv.

In der Beschäftigtenbefragung ging es darum, die Möglichkeiten zu ermitteln, die aus Sicht der Pfl-

genden genutzt werden können, um die Vereinbarkeit zu verbessern. Auch hier ist zunächst von knappen Gestaltungsfreiräumen im Rahmen einer ökonomisierten Pflege auszugehen.

Anpassung der vertraglichen Arbeitszeiten⁷⁶

Die Reduzierung der Arbeitszeit wird primär genutzt, um Pflegearbeit mit familiären und anderen Verpflichtungen vereinbar zu machen:

„Und was eigentlich flexibel geht, ist sag ich mal Stundenzahlen auch zu reduzieren.“

Positiv wird vermerkt, wenn Arbeitgeber hier eine große Spannweite bei der Stundenzahl ermöglichen, also z. B. zunächst ein ¼-Job bei der Rückkehr aus der Elternzeit vereinbart werden kann.

Gestaltung des Dienstplans⁷⁷

Möglichkeiten, die täglichen Arbeitszeiten an den Erfordernissen familiärer Verpflichtungen auszurichten, lassen sich heute erst wenig nutzen. Die Bedarfe der Arbeitnehmer/-innen brechen sich hier an Erfordernissen einer Dienstplangestaltung, die mit knappsten Personalmitteln die Versorgung gewährleisten muss und sich dabei an den Abläufen orientiert, die sich hierfür herausgebildet haben. Die Schichten müssen in Bezug auf typische Wechsel in der Arbeitsdichte optimiert besetzt werden.

Analog zur Entlastung älterer gesundheitlich angeschlagener Pflegekräfte gehen die Beschäftigten praktisch davon aus, dass in der gegenwärtigen Situation nutzbare Spielräume insb. für die mittlere Leitungsebene sehr begrenzt sind. Lösungsversuche haben heute keinen systematischen Charakter, sondern bestehen in individuellen Arrangements:

„Also Fakt ist, dass der Arbeitgeber vom Arbeitnehmer fordert, zu den Zeiten arbeiten zu können, wo er gebraucht wird, und alles was jetzt, ja, was jetzt Familien mit Kindern angeht, Mütter mit jungen Kindern, da wird dann individuell von der Einsatzleitung halt versucht, was zu stricken, aber ne Verlässlichkeit ist da mit Sicherheit überhaupt nicht; man kann da also nicht drauf pochen. Es gibt auch vertragsmäßig keine Vereinbarung, wo man jetzt vor Vertragsbeginn sagen könnte, ich kann aber nur von 8 bis 12 oder so arbeiten, weil ich mein Kind in den Kindergarten bringen muss; das kann sich der Arbeitgeber eigentlich nicht leisten, weil die Hauptzeit der Pflege ist halt entsprechend früher, da kann man sich nicht drauf einlassen ... das geht halt nicht.“

Insofern haben diese Lösungen auch Ausnahmecharakter – sie lassen sich im Team nur auffangen, solange sie auf Einzelfälle begrenzt bleiben.

⁷⁶ Siehe auch Kapitel 8.1.1.

⁷⁷ Siehe auch Kapitel 8.1.2.

„Solange man ein, zwei Mitarbeiterinnen hat, die das betrifft, ist das kein Problem, aber wenn es mehr werden ... Also ich habe ein durchweg junges Team, ich habe, nicht mal ein Drittel der Mitarbeiter sind über 50, und alle anderen sind so irgendwas zwischen 20 und 30, das heißt, ich warte eigentlich auf die Flut der Mütter, sozusagen, und wenn ich denen dann allen individuelle Arbeitszeiten anbiete, dann kann es auch schon schwierig werden. Also, da, man muss ja auch gewisse Abläufe eben garantieren können, und das ist ein bisschen schwierig.“

Die Spannweite, in der Arrangements zur Vereinbarkeit ermöglicht werden können oder nicht, ist groß. Auf der einen Seite kamen in den Interviews vorbildliche Arrangements zur Sprache, die es den Pflegekräften ermöglichen, keine späten Touren zu machen, um die Zeit für die Hausaufgabenbetreuung der Kinder abzusichern. Den befragten Pflegekräften waren jedoch auch Einzelfälle von großer Rücksichtslosigkeit bekannt.⁷⁸

Generell ist die oft mangelhafte Verlässlichkeit des Dienstplans ein großes Hindernis für die Vereinbarkeit, da sie eine Planung der Aufteilung der disponiblen Zeit zwischen beruflichen und privaten Pflichten untergräbt.

Kinderbetreuung

Da die Nutzung einer Kindertagesstätte oft daran scheitert, dass deren Betreuungszeiten nicht auf die Dienstzeiten von Pflegekräften hin optimiert sind,⁷⁹ stellt sich die Frage nach Alternativen.

Den Pflegekräften sind Einrichtungen bekannt, die, insofern sie keine Kinderbetreuung anbieten können, eine Art Zulage für Kinderbetreuung zahlen – auch dies wird als Möglichkeit wahrgenommen, wie sich Arbeitgeber als „attraktiver Arbeitgeber“ präsentieren können.

Auch hier wird im Übrigen viel der Organisationskunst derjenigen, die die Dienstpläne schreiben, sowie den Absprachen im Team überlassen:

„Das ist ja auch oft so, dass die Betreuungsmöglichkeiten für Kinder, die es gibt, auch nicht um 6 Uhr anfangen ... dass man sagen kann, ich komme 1/4 Stunde später zum Frühdienst, oder komme eine halbe Stunde später, aber das ist schon schwierig, also, die Kolleginnen, die es betrifft, die müssen schon gut organisieren. Da hilft es oft, dass ja häufig Paare sich auf der Arbeit kennenlernen, und beide Schichtdienst ha-

ben und man dann irgendwie so Lösungen findet... Also das ist so ein Bereich, der ganz schwierig ist.“

Fehlende Spielräume

Leitungskräfte der mittleren Ebene bedauern die fehlenden Gestaltungsspielräume, wenn es darum geht, die täglichen Arbeitszeiten passend zu den jeweiligen Lebensphasen zu organisieren, und sehen daher Möglichkeiten, die Attraktivität der Pflegearbeit zu steigern, von den Rahmenbedingungen unterminiert:

„Und ich glaube eben, wenn man die Rahmenbedingungen schaffen würde, gäbe es mehr Menschen, die Lust hätten, diesen Beruf dauerhaft machen, die würden sich anfangs nicht schon Gedanken machen, kann ich das dann und dann noch, und es gäbe mehr motivierte Kollegen glaube ich oder auch mehr Menschen, die gesund noch im Arbeitsleben stehen, also ich glaube eben, dass gerade das eben auch krank macht, der Druck der da herrscht, und das man nicht die Möglichkeit hat individuell arbeiten zu können, je nach seinem Alter, oder derzeitiger Situation, gerade Mutter von 2 Kindern geworden, oder wie auch immer. Ich denke, das ist schwierig.“

In großen Pflegeunternehmen gelingt dies offenbar noch besser. Auf der anderen Seite wird aus kleineren Pflegeunternehmen über Probleme berichtet, im Wettbewerb um Fachkräfte zu bestehen, da sie – von dem Mangel auf dem Arbeitsmarkt ausgelöst – mit der Forderung nach Arbeitszeitarrangements konfrontiert werden, die sie innerhalb ihrer Organisationsrahmen „bei bestem Willen“ nicht einlösen können:

„Ein Freund von uns, der ist bei einem ambulanten Pflegedienst Geschäftsführer, und der erzählte das kürzlich, dass er zunehmend Bewerbungen auf den Tisch bekommt ... Pflegefachkräfte werden händelringend gesucht, und die stellen dann entsprechende Bedingungen: Ich suche einen Arbeitsplatz von 8 bis 13 Uhr, und er sagt aber: Ja, schön und gut, aber, kann ich nicht gebrauchen ... also, das ist eben schwierig. Das würde ja auch heißen, dass welche von 6-8 arbeiten und dann wieder ab 14 Uhr, also das ist eben die Krux in diesem Beruf, das muss man einfach so sehen.“

8.2.3 Fazit: Gestaltungsansätze zur Vereinbarkeit von Pflegearbeit und Lebensphasen

Die Pflegekräfte stellen in ihrer großen Mehrheit fest, dass das *Alter* bzw. damit zusammenhängende Belastungseinschränkungen in der Arbeit nicht berücksichtigt werden und Entlastungsmöglichkeiten fehlen. Möglichkeiten, in den Teams selbst eine Entlastung zu organisieren, sind angesichts der knappen Personaldecke äußerst begrenzt und führen zu einer Mehrbelastung der übrigen Mitarbeiter/-innen. Pflegekräfte – insbesondere auch in der mittleren Leitungsebene – wünschen sich daher mehr (personellen) Spielraum,

78 In einem Fall musste die Pflegekraft beispielsweise erst ihre Kündigung ankündigen, bevor ein Arrangement gesucht und gefunden wurde, mit dem die Kinderbetreuung gesichert werden konnte.

79 Soweit es an die Einrichtungen angebundene Kindertagesstätten gibt, werden diese daher kaum vom Pflegepersonal, sondern vom ärztlichen Dienst u.a. genutzt.

Entlastungswünschen und -notwendigkeiten ihrer Mitarbeiter/-innen besser entsprechen und hierzu Entlastungsangebote machen zu können, ohne den Rest ihres Teams im Gegenzug stärker belasten zu müssen.

Die Exit-Optionen der älteren Beschäftigten sind eng begrenzt. Die „Flucht in die Teilzeit“ ist mit finanziellen Einbußen verbunden und möglicherweise nicht gangbar; für einen Absprung in andere Tätigkeiten fehlen die Voraussetzungen. Ob sich mit der Akademisierung der Ausbildung hier neue Exit-Optionen für Pflegebeschäftigte eröffnen, wie von einzelnen Pflegekräften erhofft, wird sich zeigen.

Aus Sicht von Pflegekräften bestehen somit *unter den gegebenen Rahmenbedingungen* nur geringe Veränderungsmöglichkeiten. Pflegekräfte in der Altenpflege würden es befürworten, dass die Arbeitgeber das Problem überhaupt einmal sichtbar und systematisch angehen, wenn sie auch in Zukunft mit der Ressource der älteren Arbeitnehmer rechnen wollen. Dies erscheint um so dringlicher, als das Problem der Belegschaftsalterung an sich eigentlich doch allseits bekannt sei.

Unter dem Vorbehalt, dass die gegebene dünne Personaldecke wenig realistische Umsetzungsperspektiven bietet, schlagen die Pflegekräfte als konkrete Entlastungsstrategien für gesundheitlich eingeschränkte Pflegekräfte folgende Ansätze vor, die auf Möglichkeiten einer systematischen und damit häufigeren Nutzung geprüft werden sollten:

- Entlastung von Nachtdiensten,
- Entlastung von Doppeldiensten („Geteilte Dienste“),
- Entlastung durch Umsetzung auf Stellen in pflegenahen Servicefunktionen.

Hier ist auch an eine rotierende Teilentlastung zu denken, die oftmals schon ausreicht: Mehrere Beschäftigte, die entlastet werden sollen, „teilen“ sich rotierend eine Servicefunktion und verbleiben den Rest ihrer Arbeitszeit in ihrer bisherigen Funktion in der Pflege.

Insofern die Beschäftigteninterviews den Eindruck vermitteln, dass die Arbeitgeber zu großen Teilen sich dem Problem bisher nicht systematisch stellen, bestätigt sich die im Bericht zur Einrichtungsbefragung gezogene Folgerung, für Altersstrukturanalysen in den Unternehmen der Pflegebranche zu werben. Es besteht weiterhin der Eindruck, dass die Arbeitgeber in der Pflege das Problem in seiner ganzen Konsequenz noch nicht wirklich realisiert haben.⁸⁰

Vor dem Hintergrund der bereits dargestellten Problematiken der Arbeitszeitgestaltung und der Dienstplangestaltung ergibt sich für die *Vereinbarkeit von beruflichen und familiären oder anderen privaten Interessen* eine ähnliche Lage wie bei der Arbeitsplatzgestaltung für ältere Pflegekräfte. Als einziges „sys-

tematisches“ Angebot kann die Möglichkeit genutzt werden, die Arbeitszeit zu reduzieren.

In Bezug auf eine „familienfreundliche“ Dienstplangestaltung fehlen dagegen systematische Lösungsansätze. Die meisten Lösungen sind Einzel- und Ausnahmeregelungen, die mit und im Team gesucht werden.

Die Erwartungen und Handlungsvorschläge fallen daher im Wesentlichen mit den Punkten zusammen, die unter den Überschriften „Gestaltung der vertraglichen Arbeitszeit“, „Arbeitsplatzgestaltung für ältere Arbeitnehmer“ und „Dienstplangestaltung“ zusammengetragen wurden.

Die Ermöglichung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie die Gestaltung von Arbeitsbedingungen, die älteren Beschäftigten einen langen Verbleib im Beruf ermöglichen, zeigen bei den Handlungsoptionen eine gewisse parallele Situation auf: Alle Überlegungen und Handlungsvorschläge der Pflegenden verweisen auf die zu geringe Personaldecke als Grundproblem. Offenbar muss sich erst in dieser Beziehung etwas verbessern, bevor relevante Entlastungsmöglichkeiten für gesundheitlich eingeschränkte ältere Pflegekräfte eröffnet und bessere Möglichkeiten der Vereinbarkeit geschaffen werden können.

8.3 Aktivitäten zur Kompetenzentwicklung

„Warum kann ich nicht so qualifiziert und fortgebildet werden, dass ich das machen kann?“

In der Arbeitgeberbefragung hatte etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen angegeben, eine systematische Entwicklung der Kompetenzen der Beschäftigten aktiv zu verfolgen und die Beschäftigten an der Qualifizierungsplanung zu beteiligen. Die Unterstützung der Beschäftigten bei der individuellen Berufswegeplanung wurde bei fast ebenso vielen Einrichtungen genannt.

Ein weiterer recht großer Teil der Betriebe gab jeweils an, Aktivitäten auf diesem Feld aktuell zu planen, so dass mit einer Zunahme dieser Aktivitäten zu rechnen war. Die Entwicklung der Qualifikation der Beschäftigten erwies sich damit als ein wichtiges, sich entwickelndes Standbein einer nachhaltigen Beschäftigungssicherung, zumal ein wachsender Bedarf für Pflegekräfte mit Fachweiterbildungen gedeckt werden muss.⁸¹ Auch hatten sich Hinweise ergeben, dass in den Einrichtungen eine wachsende Bereitschaft besteht, eine Höherqualifizierung von Hilfskräften zu Fachkräften durch Umschulungen oder abschlussorientierte Nachqualifizierung zu ermöglichen.

In den Beschäftigtengesprächen ging es zunächst darum, ob diese betriebliche Politik zur Personalent-

80 Siehe Einrichtungsbefragung (60).

81 Siehe Einrichtungsbefragung (50).

wicklung bei den Beschäftigten ankommt, ob also Angebot und Durchführungsqualität aus deren Sicht zu Ihrem Bedarf passt, und ob die Umsetzung der erworbenen Kompetenzen im Berufsalltag möglich ist. Außerdem wurde der Frage nachgegangen, inwiefern die Betriebe den beruflichen Aufstieg individuell fördern. Dieser Punkt ist wichtig, weil Frauen in den Leitungsfunktionen heute relativ unterrepräsentiert sind, also die gegebenen Qualifizierungsangeboten zum beruflichen Aufstieg relativ weniger nutzen als Männer.⁸²

Qualifizierungsangebot wird meist als gut bewertet

Im Großen und Ganzen sehen Pflegekräfte ihre Erwartungen an das Qualifizierungsangebot und seine Umsetzung erfüllt. Das Angebot ist ausreichend breit gefächert. Die Beschäftigten können eigene Vorschläge einbringen. Ein eigenes Interesse an Fachweiterbildungen kann in der Regel verwirklicht werden und wird vom Arbeitgeber ganz oder teilweise finanziell und mit passenden Arbeitszeitregelungen unterstützt.

Wahrnehmung der Qualifizierungsangebote als Ausfallproblematik

Die Umsetzung der geplanten Qualifizierungsmaßnahmen bricht sich allerdings oft an der knappen Personaldecke.

„Problem ist nicht das Angebot: Das ist gut. Das Problem ist, dass es aufgrund der knappen Besetzung sofort zur Ausfallproblematik kommt. [...] Es ist ja so, dass die internen Veranstaltungen finanziert werden und die Beschäftigten dafür freigestellt werden. Dafür gibt es aber andererseits keine Kompensation. [...] Das heißt, ist es üblich, dass man aus der Fortbildung herausgeholt wird, vor der Fortbildung, am Ende der Fortbildung, oder die Fortbildung kann deswegen nicht stattfinden, weil die Teilnehmerinnen tatsächlich gar nicht zur Verfügung stehen, weil sie eingesetzt werden müssen.“

In anderen Fällen werden die Fortbildungen zwar durchgeführt, die fehlende Kompensation für die Qualifizierungszeit führt aber dazu, dass sich letztlich die auf der Fortbildung verbrachten Stunden als Überstunden auf den Zeitkonten der Mitarbeiter wiederfinden:

„Wenn man uns sagt, du musst da und da noch eine Fortbildung machen, dann ist es ja nicht so, dass diese Zeit wirklich übrig ist. [...] Die Stunden werden angerechnet, aber ... einfach nur mehr Stunden, das wird so erlebt.“

Auch die Umsetzung neuer Konzepte in der Pflegepraxis, die die Qualifizierung vorbereiten und begleiten sollte, ist so bedroht:

„Viel scheitert an der Personalknappheit: Hat man z. B. einen Projekttag vereinbart, fällt jemand aus, vorbei. Guter Wille ist da, aber in der gegebenen Struktur ist keine Konsequenz möglich. Weil das Personal ist sehr dünn.“

Sichergestellt wird die Durchführung der Qualifizierung allerdings dort, wo sie für die Aufrechterhaltung des Betriebes oder für Qualitätsnachweise zur Zertifizierung spezialisierter Klinikbereiche unabweisbar erforderlich ist, also z. B. die Fachweiterbildungen auf dem Gebiet der Anästhesie- und Intensivpflege.

Höherqualifizierung von Hilfskräften

Wie oben bereits angesprochen, hatte die Arbeitgeberbefragung 2012 Hinweise auf eine steigende Bereitschaft der Einrichtungen ergeben, Hilfskräfte zur Deckung des Fachkräftebedarfs mit Umschulungen oder auf dem Weg der Nachqualifizierung höher zu qualifizieren.

Leider berichten die Pflegekräfte aus eigener Anschauung oder in Bezug auf ihnen bekannte Tatsachen, dass trotz grundsätzlicher Übereinstimmung von Einrichtungsleitung und Pflegehilfskraft darin, dass eine Höherqualifizierung im beiderseitigen Interesse wäre und von der Eignung und Motivation der Hilfskraft ausgegangen werden kann, die Qualifizierung an den finanziellen Rahmenbedingungen gescheitert sei.

Pflegehilfskräfte bedauern dies unter dem Gesichtspunkt des verlorenen Vorteils für die Arbeitsteilung im Team:

„Wenn man uns qualifizieren würde, wenn man jetzt sagen würde, wir könnten besser Hand in Hand arbeiten, wenn wir Qualifizierungsmöglichkeiten hätten, wenn wir alle irgendwo so auf dem Level wären, dass wir wenigstens so ein eineinhalbjähriges hätten, dann dürften wir das, dann dürfte auch unsere Einrichtung das über die Kassen abrechnen ... so haben wir die Teilung. Aber: Kein Geld, keine Qualifizierung!“

In einem anderen Beispiel scheiterte eine Nachqualifizierung, weil der Arbeitgeber sich nicht in der Lage sah, finanziell den Ausfall der Mitarbeiterinnen für ein 1/2-jähriges Praktikum zu tragen.

Aus den Interviews ergab sich außerdem, dass das Programm WeGebAU, mit dem auch gering qualifizierte Beschäftigte gefördert werden können, weder bei Einrichtungen noch bei den Beschäftigten selber ausreichend bekannt zu sein scheint.

Erwerb von Pflegeexpertenwissen unattraktiv, wenn dem Zuwachs an Verantwortung keine Entlastung bzw. Vergütung/ Gratifikation gegenübersteht

⁸² Siehe Einrichtungsbefragung (44f).

Eine weitere Fallbeschreibung – hier aus der ambulanten Pflege – zeigt auf, dass positive Ansätze zur Entwicklung der Qualifikation der Beschäftigten an der aktuellen personellen und finanziellen Situation scheitern. Eine Fachkraft hat Interesse und Eignung, sich durch Qualifizierung Pflegeexpertise⁸³ auf dem Gebiet der Wundbehandlung anzueignen. Im Prinzip besteht auch eine Übereinstimmung zwischen Pflegekraft und Einrichtungsleitung, dass diese Qualifizierung sinnvoll ist; ein Angebot zur Unterstützung dieser Qualifizierung durch den Arbeitgeber lag insofern vor.

Dennoch hat die betreffende Fachkraft davon Abstand genommen. Auf Basis der knappen Personaldecke und das praktische Beispiel anderer Kollegen/Kolleginnen vor Auge, die auf Grundlage einer Qualifizierung mehr Verantwortung übernommen hatten, konnte sie nicht damit rechnen, weder für den zusätzlichen Zeitaufwand noch für die zusätzliche Verantwortung einen Ausgleich zu erhalten. Sie musste befürchten, sich mit der Qualifizierung lediglich mehr unbezahlte Arbeitszeit „an die Hacken zu hängen“ – angesichts der bereits gegebenen Arbeitsüberlastung für diese Pflegekraft nicht diskutabel. Im Resultat unterbleiben so sinnvolle Aufwertungen der Qualifizierung der einzelnen Pflegekräfte und damit des Teams vor dem Hintergrund der Personalknappheit.

Fazit: Gestaltungsansätze im Bereich Kompetenzentwicklung

Da die Höherqualifizierung von Hilfskräften offenbar z. T. aus finanziellen Gründen scheitert, obwohl in der Einrichtungsbefragung ein deutliches Interesse ermittelt werden konnte, den Fachkräftebedarf auch auf diesem Weg zu decken⁸⁴, sollten die Fördermöglichkeiten im Rahmen des WeGebAU-Programms noch mehr in den Einrichtungen beworben werden. Diese Fördermöglichkeiten sollten verstärkt an die beschäftigten Pflegehilfskräfte kommuniziert werden, damit diese ggf. ihre Arbeitgeber konkret auf diese hinweisen können, falls die Finanzlage der Einrichtung gegen eine Qualifizierung ins Feld geführt wird.

Da die von den Pflegekräften beschriebenen Probleme in der Umsetzung der betrieblichen Qualifizierungskonzepte im Wesentlichen auch auf die knappe Personaldecke zurückgeführt werden können, erscheinen Verbesserungen in der Personalausstattung als der zentrale Ansatzpunkt, damit diese Konzepte ihr volles Potenzial auch entfalten können.

Das Land Bremen sollte darüber hinaus prüfen, ob und wie über eine Empfehlung hinausgehend die Arbeitgeber verpflichtet werden können, die Fortbildungsveranstaltungen, die die Beschäftigten im Rahmen der Bremer Berufsordnung als Pflichtfortbildung besuchen, als Arbeitszeit anzuerkennen und so ihrer

unterstützenden Rolle für die eigenverantwortliche Kompetenzentwicklung der Pflegekräfte besser gerecht werden.

8.4 Maßnahmen auf dem Gebiet des Arbeits- und Gesundheitsschutzes

„Also Arbeitsschutz, finde ich, muss immer präsent sein, muss einfach präsent sein, da gibt es eigentlich kein wenn und kein aber ...“

Aktivitäten im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (AGS) standen bei der Arbeitgeberbefragung nicht an der Spitze der bereits aktiv verfolgten Handlungsfelder. Dennoch wurden Aktivitäten in mindestens zwei Drittel der Betriebe bei der Unterstützung zur Bewältigung belastender Situationen, in der Gesundheitsförderung der Beschäftigten und auf dem Feld technisch organisatorischer Maßnahme zum Arbeitsschutz angegeben. Rund die Hälfte der Betriebe setzt bereits auf die Umsetzung eines systematischen Arbeits- und Gesundheitsschutzkonzepts und verfolgten damit eine Strategie zur nachhaltigen Beschäftigungssicherung, die über ein enges Verständnis von Arbeitsschutzmaßnahmen hinausgeht.

Die Pflegekräfte in der Befragung sehen zunächst ihre Erwartungen an den Arbeitgeber hinsichtlich Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen *weitgehend eingelöst*. Dies gelingt aus Sicht der Beschäftigten vor dem Hintergrund, dass in den Unternehmen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz ein „fester Rahmen“ besteht – gesetzliche Vorschriften oder ein *Qualitätsmanagementsystem*. Nur in Ausnahmefällen wird daher von einem Mangel an Hilfsmitteln und einer Vernachlässigung des Gesundheitsschutzes durch den Arbeitgeber gesprochen. Die folgende Lagebeschreibung kann insofern für viele ähnliche Äußerungen stehen:

„Arbeits- und Gesundheitsschutz, da wird eine Menge getan, weil das so ein fester Rahmen ist, das ist einfach in das Qualitätsmanagement oder so mit eingebunden, da wird das getan, was nötig ist. Und da, also so diese Arbeitsplatzbegehungen usw. finden bei uns hier statt zumindest, und dass dann ergonomische Sitzgelegenheiten und so was auch genutzt werden und so weiter, und, ich sag mal, Vorsorge bei Stichverletzungen und so, da sind wir, denk ich, ziemlich weit als Unternehmen.“

Auch die Bereitstellung von *Hilfsmitteln im privaten Bereich* der Patienten/Patientinnen in der ambulanten Pflege lässt sich den Erwartungen entsprechend regeln:

„Und wenn man nicht mehr rückschonend arbeiten kann, wird dem schnell Einhalt geboten, dann werden Pflegebetten geholt, Lifter geholt, das läuft hier sehr gut.“

Dies erfolgt im Rahmen des Pflegeplanungsprozesses „peu a peu“:

83 Siehe Kapitel 7.2.

84 Siehe Einrichtungsbefragung (56).

„Anfangs, wenn man rein kommt, sind da natürlich keine [Hilfsmittel], das ist klar. Und dann, ja, wird ja gesammelt. Also beim Erstbesuch, der nimmt ja erst mal auf, was er sieht. Was er so grob sieht, weil da kann man auch nicht alles sehen, und das geht dann peu a peu, und die Mitarbeiter ziehen dann nach. Wenn ich dann abends wo bin, oder so, und dann sag ich, Mensch, da fehlt noch dies oder dies. Oder ich schreibe meistens, ich mach ja Stille Post, [...] wenn was Wesentliches war, wie der Ablauf dann da ist, und daraus ergibt sich dann das Pflegehilfsmittel, oder ich sage direkt, das müsste hier noch her, jetzt im Abenddienst. [...] Da kann ich nichts sagen, das ist ... super, das finde ich super bei uns.“

Deutlich zurückhaltender wird jedoch bereits die praktische Umsetzbarkeit und damit die *Wirksamkeit* der vom Arbeitgeber angebotenen Unterstützung *unter dem bestehenden Zeitdruck* eingeschätzt:

„Alles, was einfach verfügbar ist, wird gerne genommen und genutzt. Also, wir bilden auch viel Kinästhetik und so was aus bei uns im Haus, also schon auch, wie können Pflegekräfte gesundheitsfördernd an Patienten oder mit Patienten arbeiten, aber die Umsetzung in der Praxis ist eigentlich immer, hat immer was mit Zeit zu tun, und viele sagen, ob das nun so ist oder nicht, ich habe keine Zeit für, so was zu machen, und, ja, finde ich ein bisschen schwierig den Punkt.“

Einige Interviewpartner/-innen zeigten sich enttäuscht, dass sich über gesetzliche Mindestanforderungen hinausgehende Aktivitäten ihres Arbeitgebers in dem Angebot erschöpfen, die *Mitgliedschaft in einem Fitness-Center* mit einem Zuschuss zu unterstützen – eine „Aktivität“, die aus Sicht einer der befragten Pflegekräfte vorwiegend ein *Interesse des Arbeitgebers* bedient:

„Mir fällt da zum Arbeits- und Gesundheitsschutz ein, dass ... Ja, da fehlt mir so einiges. Unsere Firma hat sich hier ja an [Fitnesstraining-Anbieter] angegliedert. Das ist aber das Einzige, was ich da sehe, dass die also versuchen, da was zu tun. Aber das ist ja doch wieder meine eigene Leistung, also das ist ja im Prinzip also noch etwas, was ich in meiner Freizeit oben drauf tun muss, um meine Arbeitskraft zu erhalten. Das ist nichts, was der Arbeitgeber für mich tut, er subventioniert das in eigenem Interesse. Dabei geht es aber nicht um mich oder meine Kollegin, sondern da geht es, sehe ich so, letztlich um den Arbeitgeber.“

Es kommt vor, dass Pflegekräfte auf die Teilnahme an regelmäßigen und selbst finanzierten Aktivitäten zur Förderung ihrer Gesundheit verzichten müssen,

weil sie sich auf den Dienstplan nicht verlassen können:⁸⁵

„Ich hab ja bezahlte Kurse genommen, die ich selber bezahlt habe, aus eigener Tasche, die waren nicht billig ... und ich konnte vier, fünf Termine nicht wahrnehmen, das heißt, die vier, fünf Termine sind weg, die sind einfach weg, das Geld ist weg, ich konnte für meine Gesundheit nichts tun. Und so ist das laufend, auch, ... Ich hab das immer rechtzeitig angemeldet, ich hab gesagt, den Tag möchte ich gerne, wenn möglich, Frühdienst haben, oder frei, eins von beidem, ist nicht möglich. Ja, dann kommt die Antwort, ja, das wollen andere auch.“

Unterstützung bei psychischen Belastungen noch nicht adäquat berücksichtigt

Soweit Defizite im Arbeits- und Gesundheitsschutz beschrieben wurden, sahen die Beschäftigten die psychischen Belastungen noch nicht adäquat berücksichtigt.

Besonders enttäuschend – hier für eine Pflegekraft in mittlerer Leitungsfunktion – ist es, wenn zu diesem Thema zwar ein Arbeitskreis eingerichtet wird, der aber über Jahre kein greifbares Resultat hervorbringt:

„Ja, in wie viel Arbeitskreisen war ich jetzt auch schon drin, was das anbelangt, über psychische Belastungen ... und die Kollegen fragten immer, und die Ergebnisse? Und dann stand ich immer da wie ein großer Karpfen, immer nur den Mund auf und zu, und so unglaublich. Weil ich selber in diesen Arbeitskreisen gesessen habe, und gedacht habe, ja, jetzt könntest du auf der Arbeitsstelle viel mehr für die Kollegen bewirken, indem dass man auch mal anfängt, [...] als hier zu sitzen und hier luftleere Blasen zu füllen.“

Der Umgang mit psychischen Belastungen ist ein Feld, auf dem Pflegekräfte sich auch einmal enttäuscht über ihre Kolleginnen und Kollegen äußern, insofern diese Belastungsfaktoren oft noch heruntergespielt und nicht ernst genommen werden. Beispielhaft wurde dies in einem Fall deutlich, wo Pflegekräfte durch Fachweiterbildungen oder Fortbildungen ihre Kompetenzen auf dem Gebiet der Palliativ-Pflege erweitert haben. Die intensivere Auseinandersetzung mit dem Sterben und die sich daraus ergebenden Anforderungen an die Gestaltung der Pflege Sterbender geht mit einer höheren psychischen Belastung einher. Die Betroffenen akzeptieren die Anforderung, mit diesen Belastungen professionell umzugehen, sehen aber ihr Engagement nicht anerkannt, wenn die Existenz dieser Belastungen negiert und abgetan wird. Sich von dem im Rahmen der Sterbegleitung Erlebten emotional betroffen zu zeigen, wird als Schwäche ausgelegt:

85 Siehe Kapitel 8.1.2.

„Ja, also am Besten man macht eine Sterbebegleitung, wo man keine Emotionen hat, so irgendwie hört man da auch von den Kollegen, ach, ich mach das schon 20 Jahre, also ja, als wenn man das immer Mal nebenbei macht. [...] Das hat ja auch mit Schwäche zu tun, ach, du bist ja noch neu, und ja du bist so emotional oder weiß nicht ...“

„Ein gestern Gestorbener, das ist doch nichts ...Ist halt so, tot ist tot ... Da muss du zumindest professioneller werden ...“

„Genau, und Abstand gewinnen ...“

„Wie kann ich traurig drüber sein, ... ja, ja, na gut.“

Hier sind die Leitungen gefragt, neue Aufgaben und Verantwortlichkeiten der fortgebildeten Pflegekräfte deutlicher als bisher als solche zu stützen und sich daher auch hinter den notwendigen Belastungsausgleich der Pflegekräfte zu stellen.

„Work-Life-Balance“

Die Bemühungen der Arbeitgeber um Verbesserungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz werden wie gesagt von den Beschäftigten anerkannt und im Großen und Ganzen *positiv bewertet*. Für einige der Interviewten stellte sich allerdings die Frage, ob nicht alle diese Maßnahmen letztlich durch die erreichte Arbeitsverdichtung und Arbeitsbelastung wirkungslos gemacht werden.

„Also ich muss sagen, einmal dieser 12-Tage-Rhythmus, der ist finde ich einfach, das ist kein Gesundheitsschutz mehr, sondern das ist einfach Verheizen, würde ich mal so nennen.“

Insbesondere unregelmäßige Freizeiten untergraben die Ziele des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der Respekt vor der Erholungsfunktion der Freizeiten auch als Feld eigener Interessen jenseits der Arbeit ist daher eine Grunderwartung der Pflegekräfte:⁸⁶

„Verlässliche Planung der Freizeit ist das A und O, um in diesem Job zu überleben. Verlässliche Planung der Freizeit: kein Rausholen aus Frei, kein Rausholen aus dem Urlaub. [...] Und das ist scheinbar auch in den letzten Jahren schlimmer geworden, dass Kolleginnen, Kollegen aus Freizeit, aus Urlaub, sogar aus Urlaub, herausgeholt werden, um die Arbeit, ja, um das ganze überhaupt aufrechterhalten zu können.“

Der Begriff der „*Work-Life-Balance*“ erscheint vor diesem Hintergrund als purer Idealismus.

„Da sind wir schon wieder bei der Work-Life-Balance, die total ins Schludern gerät, weil, mehr Nachtwachen, mehr Dreischicht und mehr dieser unregelmäßige Wechsel ... dann leidet die natürlich enorm darunter, wobei man ja heutzutage in der Pflege nicht

sagen kann, dass eine ausgewogene Work-Life-Balance überhaupt da ist, wobei, ob man das Wort überhaupt in den Mund nehmen darf, sag ich mal, ich bin da ein bisschen vorsichtig geworden.“

Wo die *Arbeitsbedingungen* in ihrer Totalität einen *sorgsamem Umgang mit sich selbst* unmöglich machen und die „Life“-Seite lediglich als „Ruhebasis“ zur Wiederherstellung für die „Work“-Seite dient, aber kein Feld mehr für individuell definierte Aktivitäten ist, die positiv in die Bilanz eingehen könnten, wird das Ziel eines Ausgleichs der Lebensbereiche offenbar so fadenscheinig, dass man auf das große Wort der „*Work-Life-Balance*“ derzeit in der Pflege einfach nicht gut zu sprechen ist.

8.4.1 Fazit: Gestaltungsansätze im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz

In den meisten Fällen sehen die Pflegekräfte ihre Erwartungen an den Arbeitgeber hinsichtlich Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen weitgehend eingelöst.

Abweichend von diesem generell positiven Bild werden bei der Unterstützung der Pflegekräfte in (psychisch) belastenden Situationen Defizite angemahnt. In diesem Bereich sollten die Pflegekräfte von den Arbeitgebern besser unterstützt werden.

Letztlich findet die Wirksamkeit der Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen aus Sicht der Pflegekräfte jedoch dort ihre Schranke, wo Arbeitsdruck und -verdichtung jeden Versuch, eine „*Work-Life-Balance*“ herzustellen, untergraben.

Insgesamt erscheint damit der Maßstab, an dem die Beschäftigten den Arbeits- und Gesundheitsschutz ihrer Einrichtungen messen und weitgehend eingelöst sehen, nicht mehr zeitgemäß. Arbeits- und Gesundheitsschutz bedeutet einen umfassenderen Auftrag, als den gesetzlichen Vorschriften zur Bereitstellung von Hebehilfen zu entsprechen. Die in den vorherigen Kapiteln eingegangenen Beschreibungen der Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung und Arbeitsverdichtung, psychische Belastungen und die daher oft nicht einmal im Ansatz bestehende Möglichkeit, so etwas wie eine *Work-Life-Balance* herzustellen, sind aber unverträglich mit dem umfassenden Präventionsanspruch eines modern aufgefassten Arbeits- und Gesundheitsschutzes, der offenkundig in der Pflege noch ziemlich weit am Anfang steht. Als Voraussetzung für seine Umsetzung geraten allerdings auch hier zunächst Fortschritte auf dem Gebiet der Verbesserung der Personalausstattung in den Blick.

86 Siehe Kapitel 8.1.

9 Der rote Faden: Personalsituation

„Mehr Personal. ((lacht))“
 „Ja, damit sich die Arbeitssituation verbessert, mehr Personal.“
 „Oh Mensch, ja, wirklich, mehr Personal. Der Personalschlüssel müsste höher gesetzt werden. Einmal im Monat wird es bei uns ja auch immer dann ausgerechnet, soundsoviel Pflegestufe eins, zwei, drei, ... und dann geht das los: 'Ihr habt ja schon zwei Pflegehelfer zu viel!' Da denk ich, mein Gott, wenn die auch noch wegfallen, wo sollen wir dann noch hin!“

Die bisherige Darstellung hat gezeigt: Die Personalsituation bildet gewissermaßen einen „roten Faden“, der sich durch alle Themenfelder der Befragung zieht. Ob es sich um Möglichkeiten zur Entlastung älterer Beschäftigter, die Verlässlichkeit des Dienstplans, die Pausen, die Durchführbarkeit von Qualifizierung handelt – fast alle Punkte weisen letztlich auf die zu knappe Personalausstattung als limitierenden Faktor hin: Eine Verbesserung der Personalsituation ist Voraussetzung für die Umsetzung der Veränderungsvorschläge, die die Beschäftigten in Bezug in ihrer Arbeit entwickelt haben. Wie sich dies im Besonderen geltend macht, wurde oben bereits ausgeführt und soll hier nicht wiederholt werden. Im Folgenden wird die Personalsituation daher lediglich noch einmal kurz summarisch als Querschnittsthema der Befragung aufgegriffen.

Personal muss sich am konkreten Pflegebedarf bemessen

Dass Pflegekräfte die Personalausstattung als unangemessen bewerten, ist nicht neu und wurde bereits in verschiedenen quantitativen Befragungen ermittelt.⁸⁷ Doch worin muss aus Sicht der Pflegekräfte die Messlatte für eine angemessene Personalausstattung liegen? Diese Messlatte müsste aus der Pflegearbeit selbst gewonnen werden und deren Finanzierung begründen, statt umgekehrt aus knappen Finanzmitteln die Personalausstattung abzuleiten.

Als Mittel gegen die zu knappe Personalbesetzung setzen Pflegekräfte daher – nicht nur im Krankenhaus – auf gesetzliche Vorschriften, die die Personalausstattung transparent und berechenbar mit dem feststellbaren durchschnittlichen Pflegeaufwand verbinden. Dies würde eine Bedarfsfeststellung nicht nur der Zahl der „Köpfe“, sondern auch des erforderli-

chen *Fachkräfteanteils* einschließen, und müsste einen Finanzierungsanspruch gegen die Kostenträger begründen.

„Ich erwarte, dass wir eine fachliche Besetzung auf Station haben, die es ermöglicht, dass man Patienten je nach ihrer Pflegebedürftigkeit auch versorgt. Wir haben hier aber eine Besetzung pro Bett, das hat überhaupt nichts mit der Pflegebedürftigkeit zu tun. Also Ziel muss sein, ich habe soundso viel pflegebedürftige Patienten, es gibt ja so eine bestimmte Kategorisierung, daran muss ich eigentlich ausrichten, wie viele Pflegekräfte ich brauche, weil ich Stationen habe, die, zusammengefasst die großen klassischen Bereiche, die großen inneren Stationen, die großen chirurgischen Stationen, die haben klassischerweise soundsoviel pflegebedürftige Patienten, da muss ich entsprechendes Personal auch vorhalten.“

Enge Personaldecke verhindert die Nutzung von Spielräumen zur Gestaltung guter Pflegearbeit

Die Sicherung einer an den Aufgaben bemessenen Personalausstattung ist den Pflegekräften auch daher wichtig, weil sich die knappe Personaldecke, wie oben gezeigt, auf allen Handlungsfeldern als Schranke erweist, die Verbesserungsmöglichkeiten, die in neuen Formen der Arbeitsteilung usw. stecken, zu nutzen. Ohne eine Verbesserung der Personalausstattung würde gute Pflegearbeit trotz guter Ansätze auch weiterhin auf der Strecke bleiben.

Insofern muss die Feststellung des Personalbedarfs nach Maßgabe des realen Pflegebedarfs einen weiteren Gesichtspunkt mit einbeziehen: Die Personalausstattung muss die Spielräume schaffen, die die Teams brauchen, kurzzeitige Krankheitsausfälle intern zu kompensieren, eine Entlastung älterer Arbeitnehmer bei der Schichtenverteilung zu organisieren und in der Dienstplanung die Vereinbarkeit von Beruf und Familie für die betroffenen Pflegekräfte besser als bisher zu ermöglichen. Eine funktionierende Ausfallregelung (Springerpool) wird dabei bereits unterstellt.

Gestaltungsansatz: Eine gesetzliche Mindestpersonalverordnung

Als belastbare Grundlage einer ausreichenden Personalausstattung fehlt eine gesetzliche Mindestpersonalverordnung, die das Verfahren zur Ermittlung des quantitativen und qualitativen Bedarfs an Pflegekräften auf den realen Pflegebedarf bezogen regelt.

87 Vgl. Roth (2011, 34): Der Personalmangel macht sich für die Pflegekräfte als hohe Arbeitsintensität geltend, setzt sie in sehr hohem Maß Arbeitshetze und Zeitdruck aus und bildet damit das Hauptproblem für „gute Arbeit“ im Krankenhaus. Vgl. auch Tackenberg/Knüppel/Wagner (2009, 9): Um 80 % der Pflegekräfte bewerten die Personalausstattung als unangemessen.

10 Angemessene Vergütung als Faktor attraktiver Pflegearbeit

„Tja, Vergütung und Gratifikation ... ((lacht))“
 „Ee ... ja gut ...“
 „Das ist ja ein eher trauriges Kapitel, finde ich persönlich. Könnt man von träumen ...“
 „Bist du eigentlich gestern auf der Demo gewesen? ((lacht))“

Ging es in den bisherigen Kapiteln in Teil B um die Frage, wie durch Veränderungen in der Pflegearbeit selbst die Attraktivität der Pflege gesteigert werden kann, ist abschließend die Vergütung dieser Arbeit gesondert zu behandeln.

Für ihre Arbeit eine angemessene Vergütung zu erhalten, ist den Pflegekräften in der Befragung durchgängig sehr wichtig gewesen.

Zum Teil sehen sich Pflegekräfte noch mit der Erwartung konfrontiert, Pflege nicht unter dem Gesichtspunkt der Erwerbsarbeit zu betrachten, sondern als quasi Ehrenamt zu sehen, für das eine existenzsichernde Vergütung nicht erwartet werden könne:

„Unsere Einrichtungsleitung nennt das dann immer, ja, das ist ja auch irgendwo ein Ehrenamt, mehr oder weniger, mit ein bisschen Vergütung ... nur, von einem Ehrenamt können wir alle irgendwo nicht leben.“

Dem gegenüber erwarten die befragten Pflegekräfte, dass Pflegearbeit als Erwerbsarbeit ein Einkommen beanspruchen kann, das Leitung, Qualifikation und Verantwortung angemessen vergütet. Die Pflegekräfte sehen in dieser Hinsicht einen großen Nachholbedarf auch dort, wo tarifvertragliche Regelungen bestehen.⁸⁸

„Wir hatten ja früher immer BAT, und dann haben wir den TVöD bekommen, der wurde ja damals gepriesen als Tarifvertrag, mit dem man besser umgehen kann. Aber was man einfach sagen muss, das war ein Absenkungs-Tarifvertrag, vor allen Dingen die jungen Kolleginnen, oder die Neuanfänger, die sind ja richtig arg betroffen. Also wir, die wir schon länger da sind, wir haben ja unser Gehalt behalten, und auch alles das, was vorher an ... das ist ja übernommen worden in die neuen Tarife, aber die neuen Kolleginnen, die müssten schon ganz schön

rechnen, ja, und das ist eigentlich also für die Leistung, die wir da bringen müssen, für die Verantwortung, ist das einfach zu wenig Geld, das muss man mal sagen.“

Teilweise liegen die letzten Lohnerhöhungen 10 Jahre zurück, wenn z. B. nach dem Ende des BAT nicht in den TVöD gewechselt wurde, daher entweder keine Erhöhungen der Entgelte auf seiner Grundlage mehr verhandelt wurden oder die Beschäftigten bei Umstrukturierungen in andere, sie schlechter stellende Regelungen fielen. Davon sehen sich insbesondere die Altenpflegekräfte betroffen, die sich auch im Verhältnis zu den in der Krankenpflege gezahlten Vergütungen immer stärker benachteiligt sehen.⁸⁹

Zum Teil finden sich im Sample auch die Fälle, in denen kein Tarifvertrag gilt, sodass Lohnerhöhungen mit der Leitung auszuhandeln sind, die dann „nach Gutdünken“ ausfallen:

„Es gibt keinen Tarifvertrag, kein gar nichts, der kann ja sagen, ich gebe oder nicht.“

Unter Hinweis auf die schlechte finanzielle Situation der Einrichtung werden Anträge auf Lohnerhöhung offenbar dann meist abgeschmettert.

Weitere Verschlechterungen der Vergütung haben sich aus sinkendem oder weggefallenem 13. Monatsgehalt und weiterer, meist nicht tariflich abgesicherter Leistungen ergeben.

„Weihnachtsgeld... das ist das dritte Jahr, wo es gekürzt wird ... das fehlt einem. Ich kann nur froh sein, dass ich einen Mann habe, der gut verdient.“

Armutsrisiken

„Ich zum Beispiel sage, in diesem Beruf kann man eigentlich gar nicht voll arbeiten, weil die Belastungen so hoch sind, aber das ist natürlich ... Ich meine, unsere Gehälter sind nun auch nicht so, dass man mit einer dreiviertel Stelle das Sorglospaket gekauft hat, also, da muss man schon gucken.“

Vor diesem Hintergrund betrachten die Pflegekräfte besonders die prekären Perspektiven vieler in Teilzeit arbeitender Frauen mit großer Sorge.

„Wenn man alleinerziehend ist, fällt das bestimmt schwer, nur von diesem Geld zu leben.“

Dass sich Pflegekräfte in mehr als einem Arbeitsvertrag verpflichten, ist daher nach wie vor ein häufiges Phänomen:

„Wenn sie keinen Mann haben, dann gehen sie irgendwo putzen, arbeiten in einem Lokal ... dieser Job wird aber nicht auf die Rente gerechnet ... was erwartet die Frauen! ... Ist doch schlimm!“

⁸⁸ Der Lohnrückstand insbesondere gegenüber dem produzierenden Gewerbe lässt sich eindeutig belegen; siehe Kapitel 4.2. Vgl. auch Dingeldey (2013). Der Vergleich mit den Vergütungen in anderen Wirtschaftsbereichen ist den Pflegekräften durchaus geläufig. Als Ziel und Bedingung für die Fachkräftebedarfsdeckung wurde etwa gefordert, ein „junger Mann“ müsse die Alternative „Mechatroniker“ oder „Pflegefachkraft“ allein nach Neigung und nicht länger nach der Entlohnungsperspektive und der daran geknüpften sozialen Anerkennung im Freundeskreis entscheiden können müssen.

⁸⁹ Siehe Einrichtungsbefragung (34).

„Das Problem ist auch, dass viele Exami- nierte bei uns dann nur einen Vertrag kriegen von 19 Stunden – da kannst du nicht von leben. Mehr gibt's nicht! Und wenn die dann einen Antrag stellen auf Nebentätigkeit, dann sind sie wiederum auch nicht so einsetzbar. Also wenn die dann sagen, ich möchte gerne noch 10 Stunden in der Woche im Krankenhaus arbeiten, dann hat es schon Probleme gegeben, dass [die Leitung] gesagt hat: Wieso, das geht doch gar nicht, sie arbeiten hier in der ambulanten Pflege, und wollen 10 Stunden im Krankenhaus arbeiten, das kollidiert, das geht nicht ... [...] Daraufhin hat sie gesagt, dann muss ich kündigen, dann muss ich gehen. Die 19 Stunden schließen ein, dass man damit verfügbar ist.“

Oft übernehmen daher Pflegekräfte neben einer Teilzeitverpflichtung in einer Einrichtung noch Tätigkeiten im Rahmen von Zeitarbeit, die ihnen eine größere Flexibilität in der „Vereinbarkeit“ beider Jobs ermöglichen.

Auch Exit-Optionen hängen, wie bereits oben ausgeführt, nicht zuletzt an den Verdienstmöglichkeiten:

„... und ich mach mir auch Gedanken, kann ich diesen Beruf noch soweit ausüben – Frühverrentung, aber Rente ist gering bei mir, weiß ich auch, das hängt ja auch noch dran, in Verbindung mit dem Vergütungssystem. Im Gesundheitswesen, auch Krankenschwestern, etc. etc. ... da kommen hinterher auch Leute raus, die geringe Renten haben, Armut wird da produziert. [...] Ich glaube, der Durchschnittslohn liegt bei 19 Euro brutto in Deutschland, sag ich jetzt mal, und wenn ich überleg, was die uns bezahlen, teilweise 12 Euro, 14,50 Euro ist schon viel ... und davon soll man dann alles hinkriegen.“

Nicht zuletzt gelten deutliche Verbesserungen bei der Vergütung daher auch als wichtiger Aspekt der Sicherung der aktuellen und zukünftigen Personalbedarfsdeckung in der Pflege.

„Also, das denk ich auf alle Fälle, (...) wir würden auch nicht so ein Problem haben, Nachwuchs zu kriegen, wenn das anders wäre. Denn ich denke schon, dass auch andere Leute gerne in der Pflege arbeiten würden, aber die Vergütung schreckt sie doch manchmal ab, das glaub ich ganz bestimmt. [...] Für viele ist das halt ein ganz wichtiger Grund.“

Unübersichtliche Tariflandschaft

Nicht nur die absolute Höhe, auch die Unsicherheit über die Verdienstmöglichkeiten machen Pflege unattraktiv. Die Tariflandschaft erscheint extrem unübersichtlich bzw. die Verdienste äußerst uneinheitlich, sodass eine bestimmte Qualifikation nicht mehr mit einer bestimmten Einkommenserwartung verknüpft werden kann. Für gleiche Arbeit gibt es kein gleiches Geld:

„Es ist schon so, als Pflegekraft muss man ganz genau gucken, wo fang ich an zu arbeiten. Es gibt so viele Verträge, so viele Tarife, dass man gar nicht generell sagen kann, eine Altenpflegekraft mit einer examinierten Ausbildung und soundsoviel Jahren Berufspraxis bekommt so und so viel Gehalt; das schwankt, da ist ein Tausender dazwischen. Ich hab in einem Unternehmen gearbeitet, als Einrichtungsleitung, da hatten wir drei verschiedene Tarifverträge in ein und derselben Einrichtung im Haus, einem Pflegeheim: Einen Haustarif hatten wir, dann hatten wir einen Zeitarbeitstarif und die alten öffentlichen Dienste. Und da klaffte wirklich eine Lücke von 1000 Euro. Öffentlicher Dienst, Pflegefachkraft, 20 Jahre Berufstätigkeit, verdient, was weiß ich, um die 3000 Euro brutto, und die Zeitarbeitstarife lagen bei 1650, und da ist es schwierig, neue Mitarbeiter zu generieren, ja ... gruselig.“

Kompetenzerwerb wird zu wenig honoriert, Vergütungsstrukturen für akademische Fachkräfte fehlen

Neben dem allgemeinen Nachholbedarf bei den Vergütungen erwarten insbesondere Leitungskräfte auch eine differenziertere Bezahlung:

„Man hat eigentlich kaum Chancen, eine höhere Vergütung zu kriegen. [...] Dadurch, dass ich eine Kernarbeitszeit habe und keine Wochenenden arbeiten muss, das ist für mich ein Vorteil, auf der einen Seite, andersrum fallen darüber die Schichtzulagen weg, und das heißt für mich unter dem Strich, dass ich gerade mal hundert Euro netto mehr habe als eine Mitarbeiterin die ein, zwei Jahre ausgelernnt ist und regelmäßig mal einen Nachtdienst macht oder so. Also es gibt für mich eine Entlastung, die für mich auch ganz in Ordnung ist, aber bei den Verdienstmöglichkeiten sehe ich da schon richtigen Nachholbedarf.“

In diesem Zusammenhang kommen auch die fehlenden Möglichkeiten zur Sprache, akademisch ausgebildete für ihre noch zu definierende Rolle in der Pflege „am Bett“ besser zu vergüten, um einen Anreiz für den Verbleib in der Pflege zu bieten.

Gestaltungsansatz: Tarifvertrag Soziale Dienste

Vor diesem Hintergrund trifft die Möglichkeit des § 5 Tarifvertragsgesetz, dass ein Tarifvertrag für die Pflege im Land Bremen allgemein verbindlich erklärt werden könnte, auf großes Interesse der Pflegekräfte.

„Wir brauchen einen Tarifvertrag Soziales.“

Die Erwartungen an einen solchen Vertrag sind hoch:

„Ein Tarifvertrag, der die Pflegekräfte besser stellt, das wäre schon mal gut.“

Aus Sicht der befragten Pflegekräfte sollte ein solcher Tarifvertrag zunächst Mindeststandards absichern, aber auch die Angleichung der Vergütung in

der Altenpflege an die der Krankenpflege und das Prekaritätsproblem der Hilfskräfte zumindest perspektivisch in den Blick nehmen.

Die Pflegekräfte sehen sich insgesamt schlecht informiert über die Bedingungen und möglichen konkreten Ausgestaltungen eines solchen Tarifvertrags. Auf Basis der dünnen Informationslage gibt es auch Befürchtungen, ein solcher Tarifvertrag könnte möglicherweise keinen Bestandsschutz bieten, also auch Pflegekräfte schlechterstellen oder am Ende den erwarteten Nachholbedarf nicht stillen, sondern eher auf Vergütungen hinauslaufen, die sich nach unten am Mindestlohn orientieren. Dass die Frage der Durchsetzung von Verbesserungen auch vom Organisationsgrad und der Mobilisierbarkeit der Pflegekräfte abhängt, versteht sich insofern von selbst.

Teil C: Zentrale Ergebnisse

11 Wo muss zuerst angesetzt werden?

Hinweise auf konkrete Gestaltungsansätze wurden bereits in am Ende der Kapitel in Teil B zusammengefasst. Sie sollen hier nicht wiederholt werden.

Vielmehr soll hier der Versuch gemacht werden, quasi als *Kondensat* aus der umfangreichen Darstellung der Verbesserungsmöglichkeiten, die die Pflegekräfte eingebracht haben, die allerwichtigsten Punkte herauszustellen.

Wo sollte für „Gute Arbeit“ in der Pflege also zunächst angeknüpft werden?

In der Gesamtschau scheint die Frage der Sicherheit der Freizeit einen enorm wichtigen Stellenwert zu haben. Die Verbindlichkeit und Verlässlichkeit des Dienstplans muss für viele Pflegekräfte wiederhergestellt werden, damit die Freizeit nicht nur in ihrer Erholungsfunktion, sondern auch als Teil individueller Lebensgestaltung funktionieren kann. Insofern sollte die Einrichtung eines verlässlich funktionierenden Ausfallkonzepts in Form eines qualitativ und quantitativ ausreichend bemessenen Springerpools oder vergleichbarer Lösungen ganz oben auf der Agenda der Einrichtungen stehen.

Zweitens ist die Frage der Vergütungen, obwohl im vorliegenden Bericht relativ knapp abgehandelt, für die Pflegekräfte ein ganz wichtiger Punkt, in dem sie dringend deutliche Verbesserungen erwarten. Ein „Tarifvertrag Soziale Dienste“ sollte insbesondere aus Sicht der befragten Pflegekräfte in der Altenpflege der weiteren Deregulierung der Verdienste ein Ende setzen. An einen solchen Tarifvertrag richten sich insofern hohe Erwartungen.

Drittens zieht sich die Frage einer aufgabenadäquaten Personalausstattung als Voraussetzung für die Nutzung von Verbesserungsmöglichkeiten durch quasi alle Handlungsfelder. Besonders die Verbesserungsmöglichkeiten, die die Pflegekräfte in neuen Formen der Arbeitsteilung und der Pflegeorganisation sehen, hängen davon ab, dass die aktuelle Personalknappheit überwunden werden kann. Die Pflege bedarf daher einer gesetzlichen Regelung, mit der eine ausreichende Personal- und Fachkräftebesetzung für die verschiedenen Pflegesettings gemessen an den jeweiligen Pflegeaufgaben konkret definiert und gegenüber den Kostenträgern begründet werden kann, um gute Arbeit im Strukturwandel der Pflege gestaltbar zu machen.

Die Frage der Machbarkeit dieser Voraussetzungen bewegt selbstverständlich auch die Pflegekräfte selbst. Die Frage der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in denen sich Verbesserungen erreichen lassen, war daher in den Interviews stets präsent. Diese werden daher im folgenden Kapitel noch einmal für sich zum Thema gemacht.

12 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Pflege

Der rechtliche und finanzielle Rahmen, in dem über die personelle und finanzielle Ausstattung der Pflege entschieden wird, war in den Interviews stets präsent. Die meisten der befragten Pflegekräfte in der Befragung gingen davon aus, dass hier erhebliche Änderungen notwendig sind, wenn im Strukturwandel gute Pflegearbeit im Doppelsinn gesichert bzw. wieder hergestellt werden soll. Für sie ist daher insbesondere die Frage der Finanzierung der Pflege durch die Gesellschaft wichtig.

12.1 Ökonomisierung der Pflege in der Erfahrung der Pflegekräfte

„Also, ich hab mal so einen Satz: Die Gesellschaft möchte eine Torte haben, aber für ein trockenes Brötchen bezahlen.“

Ökonomisierung vs. Versorgungsanspruch

Pflegekräfte nehmen zur Kenntnis, dass Pflege heute primär nach Kriterien ihrer Wirtschaftlichkeit organisiert wird. Dass ihre Arbeit mehr daran gemessen wird, ob sie sich betriebswirtschaftlich rechnet, und weniger daran, welche Pflegequalität sich damit erreichen lässt, empfinden viele als Widerspruch zur spezifischen Aufgabe der Pflege und ihrem Selbstverständnis als Pflegenden:

„Im Vordergrund steht die Rechnung der Betriebswirtschaft, und danach wird orientiert. Ich finde, das ist auch für mich ein ziemlicher Widerspruch, und da stößt auch das ganze System auch irgendwo ... Wir haben mit Menschen zu tun, und andererseits wird betriebswirtschaftlich gerechnet, da denk ich, das ist für mich, das ist so in der Art und Weise für mich nicht mehr durchführbar, da stoßen wir einfach mal auf Grenzen, sag ich mal so.“

Besonders in der ambulanten Pflege sprechen Pflegekräfte in diesem Sinn von den zu Pflegenden verbreitet als „Kunden“, bewahren sich dabei aber eine gewisse Distanz zu diesem Begriff, der im Grunde als nicht adäquat angesehen wird.

„... wir sagen ja jetzt immer ... Kunden ...“

Wo die Pflegearbeit unter sehr hohem Zeitdruck steht, machen Pflegekräfte die Erfahrung, dass sie den besonderen Inhalt und Sinn ihrer Arbeit kaum noch in dieser entdecken können. Dass es um die Pflege von Menschen und die darin eingeschlossene Beziehungsarbeit geht, kommt in der Welt der „Minutenpflege“ unter die Räder:

„Also ich kann Ihnen mal als Beispiel sagen, dass ich am Sonntag 26 Patienten im Frühdienst nur Behandlungspflege hatte. Im Minuten-Takt rein-raus, rein-raus, Medikamenten-Abgabe, Stützstrümpfe, Wickel, Blutzucker, Insulin, weiter, weiter, weiter.“

Irgendwann halb eins, aha, der Letzte. ... Ich komme mir vor wie ein Billig-Subunternehmer, der da mal eben 26 mal irgendwas in Euro ableistet.“

Ein weiterer Gesichtspunkt kam in Bezug auf die stationäre Pflege zur Sprache, insofern den Pflegekräften Beispiele bekannt sind, wo Pflege zum bloßen Anhängsel anderer (Immobilien-)Geschäfte zu werden droht. Diese Entwicklung wird mit großer Sorge beobachtet und als Gegensatz zur helfenden Tätigkeit aufgefasst:

„Rendite durch Altenheime kriegen, Altenheime aufkaufen, verkaufen, wie auf einem Basar. Und unter dem Strich zählt nur die Rendite. Aber wir haben mit Menschen zu tun. Ich mein, das beißt sich irgendwo, Ökonomie und Menschen, da gibt es eine Grenze, da darf man auch nicht rübergehen. Ich sehe das als sehr gefährlich an.“

Umgekehrt heben Pflegekräfte es als positiv hervor, wenn sie den Eindruck haben – und auch in ihrer täglichen Arbeit Belege dafür finden –, dass ihr Arbeitgeber nicht nur auf die Rendite schaut, sondern als Einrichtung die „Philosophie“ verfolgt, auch gegen diese Rahmenbedingungen daran festzuhalten, dass nicht betriebswirtschaftliche Optimierung, sondern der pflegerische Versorgungsauftrag die Entwicklung der Einrichtungen bestimmen soll. Dies wurde in den Interviews als im Vergleich größere Berufszufriedenheit auch spürbar. Andererseits sind hier offenbar größere Einrichtungen im Vorteil, da sie die vorhandenen Mittel effizienter einsetzen und den schwankenden Arbeitsanfall im Unternehmen besser verteilen und ausgleichen können, während kleinere Einheiten oftmals den finanziellen Rahmen nur als Druck weitergeben können.

Neue Konzepte in der Pflege als Konsequenz des Spardrucks

„Und gerade diese Stellenkürzungen, die haben sich ganz immens ausgewirkt in den letzten Jahren. Weil die Arbeit ist im Prinzip dieselbe geblieben; natürlich hat man angefangen, umzustrukturieren, musste, auch zwangsläufig, und natürlich versuchen wir auch bestimmte Konzepte umzusetzen, aber vor dem Hintergrund, dass eben tatsächlich Stellen de facto reduziert worden sind, wo eigentlich das Limit schon erreicht war, und da sozusagen auch noch mal mehr der Rotstift angesetzt wurde, was für die Mitarbeiter auch nicht mehr nachvollziehbar ist.“

Zwar haben die neuen Konzepte, mit denen versucht werden soll, dass die Pflegequalität trotz wachsendem Personalmangel gehalten werden kann, auch einen pflegewissenschaftlich begründeten Hintergrund (z. B. Primäre Pflege). Dennoch scheint dieser gar nicht ausschlaggebend für die Erprobung neuer Konzepte zu sein, sondern die personelle und finanzielle Notlage. In gewisser Weise steht die „Governance“ von Pflege und Pflegearbeit hier auf dem Kopf: Sie

erfolgt primär durch eine restriktive Finanzierung, an denen sich die Pflegerealität auszurichten und konzeptuell anzupassen hat. Statt dass sich die Finanzierung nach den für gute Pflege notwendigen Konzepten richtet, richten sich die Konzepte nach der knappen Finanzierung.⁹⁰

Es war bereits oben ausgeführt worden, dass etliche Pflegekräfte angesichts dessen, dass sich kein Ende des Spardrucks abzeichnet, befürchten, dass am Ende dieses Wegs statt befriedigender und guter Arbeit auf Grundlage pflegewissenschaftlich begründeter und auf ganzheitliche Pflege ausgerichteter Konzepte das eigentlich überwunden geglaubte Minimalprogramm einer „Satt-und-sauber-Pflege“ in der Altenpflege bzw. einer „Funktionspflege“ im Krankenhaus stehen wird – bzw. bereits die Pflegerealität bestimmt:

„Heißt Altenpflege, dass man es gerade mal schafft? Oder heißt es auch, dass ich nicht im Akkord arbeite, nicht von Zimmer zu Zimmer hetze, sondern heißt das auch, ich nehme den mal in den Arm, ich hab mal Zeit, ich setzt mich da aufs Sofa, ich klön mal ... oder kommt dann jemand, der sagt, sie können sich das doch gar nicht leisten, so schaffen sie ja ihre Arbeit nicht! Und das finde ich traurig.“

Unter dem Primat der Betriebswirtschaft bemerken Pflegende zum Teil auch eine gewisse Entfremdung der Pflegekräfte, die Leitungsfunktionen in der Pflege übernommen haben. Dass sich deren Kriterien verschieben, wird ihnen jedoch vor dem Hintergrund der Ökonomisierung nicht wirklich angekreidet:

„Das sieht man ja auch an unseren Vorgesetzten [...]. Ich mag sie echt gerne, aber sie sind eigentlich schon echt weg von der Pflege wieder. Und dann sehen sie nur, was kostet das, was muss man hier, was muss man da, was muss man alles tun, und den Menschen an sich, den nehmen sie nicht mehr so wirklich wahr ... also das ist jetzt nicht böse gemeint, da denk ich dann immer so, ich bin echt in einer viel besseren Position: Ich bin mit denen dabei, ich kann mit denen reden, ich kann denen auch helfen, ich kann auch was für die organisieren, ... aber das ist das, was für mich ganz wichtig ist. Wenn man da nicht mehr dran ist, verliert man glaube ich irgendwann.“

Erwartungen an die Einrichtungsleitungen

Pflegekräfte erwarten, dass ihre Einrichtungsleitung hinter ihnen steht. Wo Pflegekräfte diese Erwartung nicht erfüllt sehen, werden die Auseinandersetzungen mit der Einrichtungsleitung als zusätzliche Belastung erlebt:

„Das, was mich wirklich nervt, kommt vom Arbeitgeber, nämlich das Gehetze, das

Kämpfen um alle fünf Minuten, und, und, und. Das sind die Sachen, die mich nerven.“

Weil Pflegebeschäftigte andererseits die Härte des Wettbewerbs kennen, in dem ihre Arbeitgeber stehen, werden diese insofern auch ein Stück weit von der Kritik ausgenommen und auf die Verantwortung des Gesetzgebers hingewiesen:

Interviewer: „Sie bekommen systematisch weniger Zeit bezahlt als sie brauchten?“
 „Ja, aber das ist ja nicht Sache des Arbeitgebers, sondern des Gesetzgebers, der da die Vorgaben macht. Das ist aber alles nicht an der Realität bemessen. Pflege ist ja ein Geschäft, ist ja ein Wirtschaftsunternehmen, um sich auf dem Markt durchzusetzen, was bleibt da den Arbeitgebern, irgendwo müssen die dann dran drehen, um sich durchzusetzen.“

Angesichts des hohen Konkurrenzdrucks wird dem Arbeitgeber auch zugestanden, dass es ihm schwierig bis unmöglich wird, mehr für die Finanzierung konkreter Verbesserungen in der Pflege herauszuholen:

„Und dann kommen die Pflegesatzverhandlungen dazu, da hängt auch viel dran, wie hoch die ausfallen: Wenn die neu verhandeln, da versuchen die billigen Anbieter, die Preise zu drücken, und [der hiesige Arbeitgeber] ist ja speziell schon, zumindest da versucht er, mehr herauszuholen. Aber das nützt uns alles nichts.“

Andere Interviewpartner/-innen waren allerdings der Ansicht, dass die Arbeitgeber in der Pflege und ihre Verbände ihre Macht nicht genug einsetzen, um gegen die Sparzwänge eine verbesserte Finanzierung durchzusetzen. Die Berufung auf die Sachzwänge des Wettbewerbs und der allgemeinen ökonomischen Lage lassen diese Pflegekräfte nicht ohne weiteres gelten: Auch „Sachzwänge“ seien von Menschen gemacht und insofern nicht in Stein gemeißelt. Sie erwarten trotz oder gerade wegen der politisch verantworteten ökonomischen Rahmenbedingungen, dass sich die Arbeitgeber in der Pflege mit ihrer Macht hinter die Pflegekräfte stellen, statt sich hinter den „Sachzwängen“ zu verschanzen und den „Schwarzen Peter“ immer wieder den Pflegekräften zuzuschieben:

„Also ich sag mal so, wenn ich in der freien Wirtschaft gearbeitet habe, in anderen Berufen, habe ich ja früher durchaus getan, dann hat also eine Firmenleitung oder wie auch immer entsprechende Arbeitsstrukturen vorgegeben. [...] Und wenn mir einer gesagt hat, bau bitte diesen Apparat zusammen, dann hat der mich da nicht ohne Schraubenzieher hingestellt, ja, dann hatte ich das geeignete Werkzeug dafür, so, und geeignete andere Mitarbeiter, die entsprechend über eine Qualifikation verfügen, dass wir dieses Ding auch irgendwann mal ausliefern konnten. Und diese Rahmenbedingungen, die fehlen mir komplett. Diese Struktur fehlt mir komplett. Ich muss doch als Mitarbeiter, wenn solche Erwartungen

90 Dies kann selbstverständlich per se keinerlei Einwand gegen diese Konzepte begründen.

an mich gestellt werden, dann muss ich doch erwarten können, dass eine Geschäftsleitung, eine Hausleitung, eine Pflegedienstleitung, all diese ganzen vielen Leitungen, die wir da haben, dass die uns die Struktur vorgeben, in welcher wir handeln können.“

Pflegekräfte bezweifeln also, dass sich Betriebe anderer Branchen, die nicht nur über den Preis, sondern auch über die Produktqualität auf dem Markt bestehen müssen, es sich leisten könnten, in der Form mit dem Personal zu kalkulieren, wie sie es im Pflegebereich an sich erleben. Der Hinweis auf die „Sachzwänge“ einer am betriebswirtschaftlichen Kalkül ausgerichteten Pflege wird daher von einigen Pflegekräften nicht mehr akzeptiert:

„Das wird oft als Totschlagsargument hergenommen: 'Kommen Sie mir jetzt nicht mit Zeit, und kommen Sie mir jetzt nicht mit Geld, das muss ja doch nun funktionieren.' [...] Die Leitung hat mich nicht zu fragen, warum es nicht funktioniert. Leitung hat den Rahmen vorzugeben, dass es funktioniert. So, und wenn dieser Rahmen nicht da ist, und es hat nicht funktioniert, dann muss man mich doch nicht fragen, warum, und mir noch einen Vorwurf daraus machen, dass ich sage: Entschuldigung, wann denn?“

12.2 Die öffentliche Wahrnehmung der Pflege

Das Image der Pflege

Das schlechte gesellschaftliche Image der Pflege – insbesondere der Altenpflege – macht vielen Pflegekräften Sorge. Alle Imagekampagnen, wie auch die schon über 10 Jahre zurückliegende Regelung der Altenpflege als dreijähriger Ausbildungsberuf, haben bisher nicht vermocht, das Image deutlich zu verändern. Die Pflegekräfte berichten in vielen Beispielen über die völlige Realitätsferne der Bilder von Pflege, die sie in ihrem Umfeld antreffen und die in den Köpfen der Menschen trotz Gegenaufklärung verankert zu sein scheinen. Im immer wieder kolportierten Ausdruck „(Alten-)Pflege – das könnte ich nicht“ kommt zwar einerseits ein gewisser Respekt vor einer harten, fordernden Arbeit zum Ausdruck, bezieht dies aber – und das stört Pflegekräfte – nicht auf die realen und breit definierten Anforderungen des Berufs und seine damit verbundene Verantwortung, sondern in aller Regel auf seine „Fäkalabteilung“. Dies setzt in den Augen der Pflegekräfte ihre Tätigkeit – hier in der Altenpflege – herab.

„Uh, alten Leuten den Hintern abwischen, ist ja so das Typische, was man dann hört. Sag ich immer, nein, eigentlich ist es auch unsere Aufgabe zu erkennen, ob es jetzt ein Schlaganfall ist oder ein Herzinfarkt ist, auch das ist unsere Aufgabe, es ist ja nicht nur das, das haben wir alles gelernt.“

Da sich der gesellschaftliche Wert einer Tätigkeit wesentlich auch in der Höhe ihrer Vergütung ausdrückt, erwarten Pflegekräfte einen realen Imagegewinn vor allem im Zusammenhang mit einer besseren, leistungsgerechten Bezahlung ihrer Tätigkeit, die in Bezug auf die Altenpflege aus einer Angleichung der Verdienste an die der Krankenpflegekräfte einschließen müsste.

Darstellung der Pflege in der Öffentlichkeit

Öffentlichkeit und die Darstellung der Pflege in der Presse werden von vielen Befragten nicht als konstruktiv empfunden, wenn es darum geht, ein modernes, der Pflegearbeit adäquates Bild der Pflege zu propagieren. Diese Pflegekräfte haben den Eindruck, dass in den Medien „Pflege“ nur in der Zusammenstellung mit „Skandal“ interessiert. Es wird anerkannt, dass ein Versagen von Pflegekräften in ihrem Beruf Gegenstand des öffentlichen Interesses ist, zumal ja Pflege als gesellschaftliche Aufgabe verstanden wird. Pflegekräfte erwarten daher aber auch, dass die Medien in besonderem Maß verantwortlich mit diesem Thema umgehen, sich um eine differenzierte Darstellung bemühen und Vorverurteilungen und Pauschalisierungen vermeiden. Umgekehrt wünschen sich Pflegekräfte, dass an den 364 Tagen des Jahres, an denen kein Pflegeskandal gemeldet werden kann, die Gelegenheit genützt würde, auch einmal öfter als bisher positiv über die Pflege zu berichten und das Berufsbild in seiner ganzen Breite darzustellen.

12.3 Erwartungen an Gesellschaft und Politik

Dass „mehr Geld ins System“ muss, damit es bei den Pflegenden in Gestalt von mehr Personal und höherer Vergütung ankommen kann, ist unter den Pflegenden quasi ein Gemeinplatz. Insofern stellen sich diese auch der Frage, „wo es denn herkommen soll“ und wer für die Verbesserung ihrer Situation zuständig sein soll.

Pflegekräfte setzen auf Interessenskongruenz von Pflege und Gesellschaft

Welche Pflege will sich diese Gesellschaft leisten?⁹¹ Die Pflegekräfte gehen davon aus, dass die Mittel, die eine gute Pflege braucht, gesellschaftlich organisiert werden können. Sie verweisen dafür auf eine grundlegende Übereinstimmung zwischen den Menschen in der Gesellschaft und den Pflegekräften: Jeder will doch für sich und seine Angehörigen eine gut funktionierende pflegerische Versorgung! Insofern sehen Pflegekräfte nicht nur sich von der aktuellen Situation in der Pflegearbeit betroffen: *Alle* sind längst davon betroffen. Auf dieser Grundlage hoffen die Pflegekräfte, dass die Sicherung guter Arbeit in der Pflege nicht als Problem ihrer Berufsgruppe, sondern als

91 Siehe Einrichtungsbefragung (10).

gesellschaftliche Aufgabe gesehen und behandelt werden kann.

„Was ich immer so falsch finde, wenn gesagt wird, die Alten, oder auch so die Pflege, das geht auf Kosten der jungen Generation, und das wäre irgendwie nicht gerecht, wenn die die Alten mit finanzieren müssen ... Dieses Gegeneinander ... Ich hoffe immer, dass die Jungen merken, was da für ein Rechenfehler drin ist, weil die Jungen von heute, das sind doch die Alten von morgen.“

Um einen adäquaten Finanzrahmen für die Pflege zu schaffen, rechnen Pflegekräfte insofern mit der Einsicht der zur Finanzierung guter Pflege ggf. mehr zu belastenden Arbeitnehmer/-innen, dass sie nicht nur „zur Kasse gebeten“ werden sollen, sondern damit einen Beitrag zu ihrem eigenen Anspruch auf gute Versorgung leisten. Den Arbeitgebern müsste auf der anderen Seite vermittelbar sein, dass steigende Kassenbeiträge nicht nur als Lohnnebenkosten zu verbuchen sind, sondern auch die Gesundheit und damit Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter für das Unternehmen im demografischen Wandel nachhaltig sichern sollen. Da Pflege als *gesellschaftliche Aufgabe* betrachtet wird, stellt sich darüber hinaus die Frage, in welchem Maß insbesondere die wachsenden Aufwendungen für die Pflege pflegebedürftiger älterer Menschen nicht auch aus Steuermitteln zu bestreiten wären. Der Blick über die Landesgrenzen hinaus belegt im Übrigen, dass eine Gesellschaft nicht daran zugrunde geht, wenn statt 1 % des Bruttoinlandsprodukts 4 % für die Pflege mobilisiert werden.⁹²

Gesellschaftliches Rollenbild der Pflegebeschäftigten im Wandel

Schon 2008 haben ver.di, DBfK und Deutscher Pflegeverband gemeinsam und mit einem breiten Kreis unterstützender Einrichtungen Unterschriften gegen Stellenabbau und unzumutbare Arbeitsbedingungen in der Pflege gesammelt – unter dem Motto „Uns reicht's“.⁹³ 2013 – fünf Jahre später – ist Enttäuschung der Pflegenden über die Politik größer denn je. Pflegekräfte fühlen sich seit Jahren hingehalten: Personalmangel und Arbeitsbedingungen sind nachgewiesen und hinreichend bekannt gemacht.

Zur Durchsetzung berufsständischer Positionen, insbesondere zur Eigenständigkeit der Pflegeprofession gegenüber dem ärztlichen Dienst erwarten sich Pflegekräfte Fortschritte von neuen Vertretungsstrukturen:

„Im Moment gibt es ja viel Diskussion um die Pflegekammer. Ich stehe der nicht so kritisch gegenüber, weil ich denke, es muss einfach auch ein Gegengewicht geben zu

diesem sehr dominanten ärztlichen Bereich, den es im Krankenhaus gibt. [...] Und da denke ich einfach, es muss da erstmal eine Stärkung der Berufspolitik geben, davon hängen auch andere Punkte ab, Ausbildung und so weiter, [...] oder heilkundliche Tätigkeiten, Da sehe die Schwierigkeit, dass wir vieles in einem Graubereich machen, weil es zwar irgendwie gedeckt ist, aber letztlich davon abhängt, dass ein Doktor sagt, du darfst das, du darfst das nicht. Und da finde ich, da muss es ein höheres berufliches Selbstverständnis geben, und das geht für mich einher mit einer beruflichen Vertretung, zum Beispiel der Pflegekammer.“

Zu den Aufgaben der berufsständischen Kammern gehört jedoch nicht die Wahrnehmung arbeitsrechtlicher Interessen der Pflegekräfte. Ihre Aufgaben und Möglichkeiten berühren weder die Frage der angemessenen Vergütung noch die der Sicherung bzw. Finanzierung einer angemessenen qualitativ begründeten Personalausstattung.

Die gewerkschaftlich organisierten Teilnehmer/-innen an der Befragung bedauern den geringen Organisationsgrad der Pflegebeschäftigten und betrachten dies als „große Schwäche“. Ihre diesbezüglichen Einschätzungen laufen darauf hinaus, dass viele Pflegekräfte über die Gewerkschaft enttäuscht seien, da diese zu wenig für sie tue, sehen aber klar, dass der geringe gewerkschaftliche Organisationsgrad schlecht zum hohen Erwartungshorizont (auch gerade der nicht organisierten Pflegekräfte) passt.

Wie sich dieser Zirkel durchbrechen ließe, muss hier offen bleiben. In den Interviews kam jedoch auch ein für den geringen Organisationsgrad vielleicht wichtiger Aspekt des Selbstverständnisses von Pflegekräften zum Vorschein: Viele Pflegekräfte betrachten sich weiterhin als Teile eines „öffentlichen Dienstes“, in dem sie als helfende Profession gesellschaftliche Aufgaben gleichsam im Staatsauftrag ausführen, der diesen Dienst organisiert, sodass gegenüber dem Staat eine Verantwortung für das Funktionieren dieses Dienstes eingefordert werden könne. Am Anspruch, dass die Politik endlich spürbare Verbesserungen schaffen muss, wird trotz aller Enttäuschungen daher festgehalten:

„Wieso brauch ich extra erst eine Gewerkschaft, die versuchen will, da irgendwas zu vertreten ... warum sich nicht einfach mal die Politik ...[...] Ich mein, jeder sieht ja die Missstände ... Warum brauch ich vorher irgendwelche anderen Leute, die sich dafür einsetzen, und Verhandlungen irgendwie führen müssen oder was weiß ich. Soll einfach mal ein Politiker [...] herkommen und mal gucken, wie's hier abgeht. Auch gerade diese große Demo auf dem Domshof, da war ja auch unser, wer war das? Gesundheitssenator, keine Ahnung, der auch ganz tolle Reden geschwungen hat, aber, glaube ich, noch nie im Krankenhaus war, sich das noch nie angeguckt hat ... das sind doch al-

92 Vgl. die Gegenüberstellung der Pflegesysteme in Europa bei Heintze (2012: 15).

93 <http://www.pflege-uns-reicht.de/main.php>

les leere Versprechungen, im Grunde passiert ja nix.“

Das Vertrauen darauf, dass Politik tätig werden *muss*, um ihrer Verantwortung für die pflegerische Versorgung in der Gesellschaft endlich wieder zu entsprechen, ist trotz aller spürbaren Enttäuschung hier offenbar so groß, dass sogar eine gewerkschaftliche Interessenvertretung eigentlich unnötig erscheint.

Dass sich die „Governance der Pflege und Pflegearbeit“, also die *Art der gesellschaftlichen Regelung und Steuerung* der Pflege und ihrer Versorgungsleistungen, verändert hat, wird von den Pflegekräften durchaus registriert. Sie beobachten mit Sorge die Auswirkungen der Ökonomisierung der Pflege und registrieren, dass sich das Handeln der Arbeitgeber in der Pflege zunehmend an den Erfolgskriterien eines Pflegemarktes bewähren muss. Die Schlussfolgerung, dass ihre eigenen Arbeitsbedingungen und Vergütungen damit zunehmend unter den Gesichtspunkt der Kosteneffizienz gestellt sind und daher ohne eine bewusste Verfolgung der Interessen der Pflegekräfte durch sie selbst unter die Räder zu kommen drohen, wird dagegen noch nicht allgemein gezogen.

Vielen Pflegekräften in der Befragung galt es zwar als gutes und vorwärts weisendes Signal, dass sich die Pflegekräfte 2013 auch in Bremen öffentlich protestiert haben. Für den Erfolg ihrer Forderungen dürfte es allerdings wichtig sein, dass sich die Pflegekräfte selbst nicht länger primär nur als *professionelle Helfer in gesellschaftlichem Auftrag* definieren und in dieser Rolle Berücksichtigung einklagen, sondern sich den Herausforderungen einer ökonomisierten Pflege nun auch stärker in ihrer Rolle als *Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer* stellen.

In diesem Sinn soll zum Abschluss noch einmal eine Pflegekraft zu Wort kommen:

„Ich konnte es noch nie gut aushalten, wenn ich Zustände, die mir, und nicht nur mir, ganz offensichtlich schaden, die ich nicht verstehe, nicht wenigstens versuche zu verstehen, warum ist das so, und wenn ich verstanden habe, warum ist das so, oder glaube, verstanden zu haben, warum ist das so, dass ich dann also doch wirklich weitergehe, und gucke, was kann ich daran tun. Dass ich die Welt nicht verändere, ist auch klar, nur, wenn keiner sich bewegt, dann bewegt sich keiner.“

13 Literatur

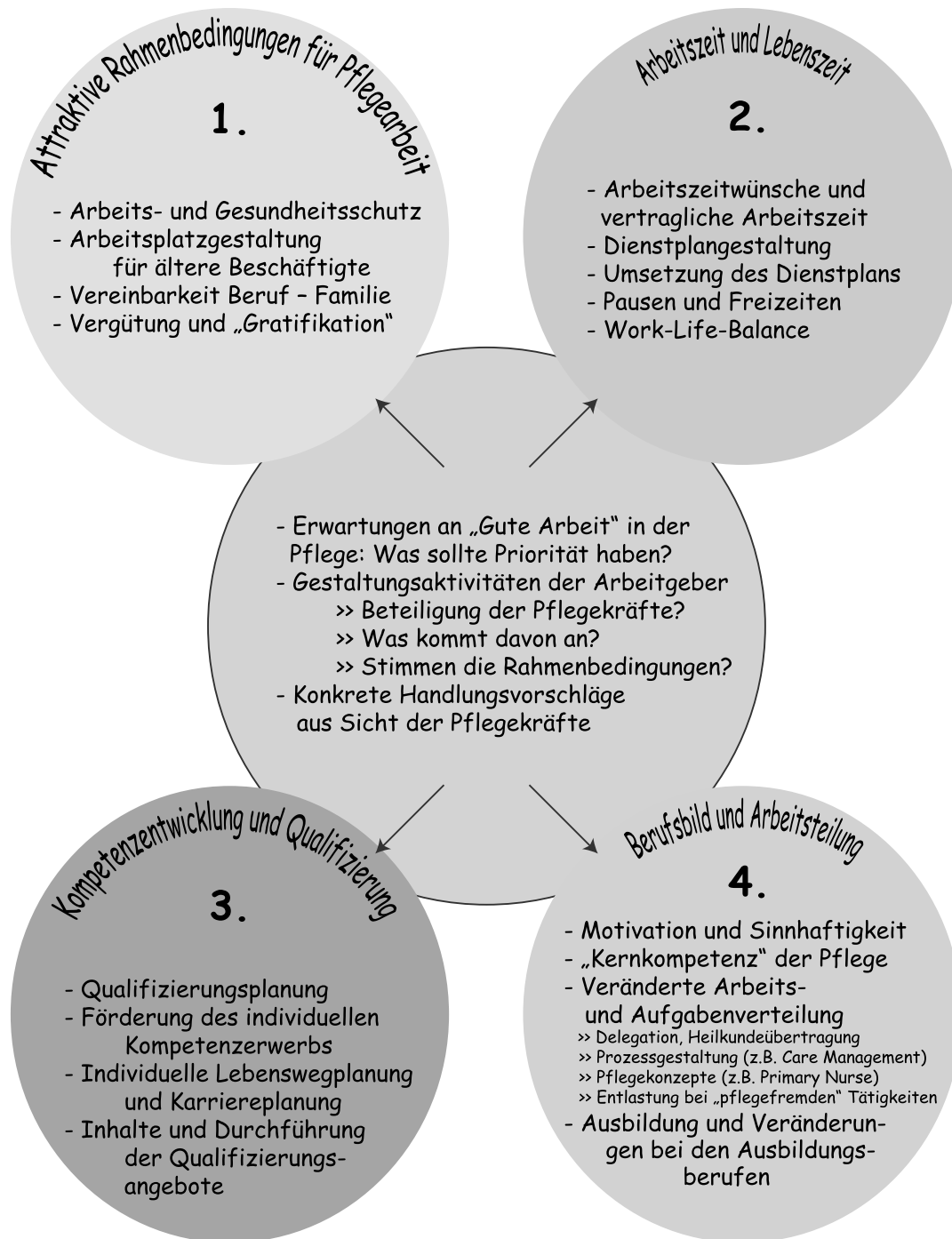
- Afentakis, Anja; Maier, Tobias (2010): Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in den Pflegeberufen bis 2025. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Auth, Diana (2013): „Ökonomisierung der Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit“, in: *WSI Mitteilungen*, 6/2013: 412-422.
- Backes, Gertrud M.; Amrhein, Ludwig; Wolfinger, Martina; (Hrsg.) (2008): *Gender in der Pflege: Herausforderungen für die Politik*. Bonn: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Bareiß, Andreas; McClain, Sonja; Merk, Joachim; Rahmel, Anke (2012): „Personalbindung im Krankenhaus - Empirische Erkenntnisse zu potenziellen Determinanten“, in: Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Roland, Schmidt (Hg.): 279-293.
- Behr, Thomas (2012): „Nachhaltige Strategien der Personalbindung und Personalfindung im Überblick“, in: Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Roland, Schmidt (Hg.): 295-305.
- Benedix, Ulf; Hammer, Gerlinde; Medjedović, Irena (2012): „The Bremen Regional Monitoring System for Qualification Development (RMQ): A Qualitative Research Design for Monitoring the Demand for Regional Skills“, in: Larsen, Christa; Hasberg, Ruth; Schmid, Alfons; Atin, Eugenia; Brzozowski, Jan (eds.): *Skills Monitoring in European Regions and Localities. State of the Art and Perspectives*. München: Reiner Hampp.
- Benedix, Ulf; Hammer, Gerlinde; Medjedović, Irena; Schröder, Esther (2013): Arbeitskräftebedarf und Personalentwicklung in der Pflege. Eine Erhebung im Land Bremen (Arbeit und Wirtschaft in Bremen, 3/2013). Bremen: Institut Arbeit und Wirtschaft. (Auch referenziert als „Einrichtungsbefragung“.)
- Benner, Patricia (2012): Stufen zur Pflegekompetenz: From Novice to Expert. Bern: Hans Huber.
- Bettig, Uwe (2012): „Aufgabendifferenzierung innerhalb der Pflegeprofession“, in: Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Roland, Schmidt (Hg.): 81-91.
- Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Roland, Schmidt (Hg.) (2012): Fachkräftemangel in der Pflege: Konzepte, Strategien, Lösungen. Heidelberg: medhochzwei.
- Bispinck, Reinhard; Dribbusch, Heiner; Öz, Fikret; Stoll, Evelyn (2012): Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen: Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Blättner, Beate; Michelsen, Kai; Sichtung, Juliane; Stegmüller, Klaus (Hg.) (2005): Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätigen Personen. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).
- Braeske, Grit (2012): Handlungskatalog PflegeZukunft kompetent gestalten: Ein Instrumentenkoffer für kleine und mittlere Unternehmen zur Fachkräftesicherung. Berlin: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi).
- Braun, Bernhard; Buhr, Petra; Klinke, Sebastian; Müller, Rolf; Rosenbrock, Rolf (2010): Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler : Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern, Hans Huber.
- Braun, Bernhard; Buhr, Petra; Müller, Rolf (2008): Pflegearbeit im Krankenhaus. Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten. Schwäbisch Gmünd.
- Büchter, Karin (1999): Zehn Regeln zur Ermittlung von Qualifikationsbedarf. In: *Gewerkschaftliche Bildungspolitik* 3/4 1999: 12-20.
- Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe (2012): Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes. Download: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/Eckpunkte-pflegeberufegesetz.pdf> (Zugriff am: 2014-01-23).
- Burkhart, Michael; Ostwald, Dennis A.; Erhard, Tobias (2012): 112 - und niemand hilft. Vier Szenarien zeigen, wo in Deutschland welche Fachkräfte im Gesundheitssystem fehlen und was schon heute dagegen getan werden kann. Ohne Ort: PricewaterhouseCoopers AG.
- Corbin, Juliet; Strauss, Anselm L. (2008): *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. London: SAGE.
- Dathe, Dietmar; Paul, Franziska (2011): Arbeitsintensität und gesundheitliche Belastung aus der Sicht von Beschäftigten im Gesundheits-, Sozial- und Erziehungswesen: Eine Analyse mit dem DGB-Index Gute Arbeit. Hamburg: Alsterpaper.
- Dathe, Dietmar; Paul, Franziska; Stuth, Stefan (2012): Soziale Dienstleistungen: Steigende Arbeitslast trotz Personalzuwachs (WZBrief Arbeit 12/2012). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin. Download unter http://www.wzb.eu/sites/default/files/publikationen/wzbrief/wzbrief_arbeit122011_dathe_paul_stuth.pdf (Zugriff am 2014-01-07).
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK (Hg.) (2008): Merkmale von Primary Nursing. Eine Orientierung und Handlungshilfe zur Umsetzung der pflegerischen Organisationsform Primary Nursing. Deutsches Netzwerk Primary Nursing.
- Dingeldey, Irene (2013): „Viel Dienst, wenig Verdienst. Löhne im Gesundheitssektor“, in: Bremer Arbeitnehmer Magazin (BAM) 7/2013. Bremen: Arbeitnehmerkammer Bremen: 8-9.
- Einrichtungsbefragung: → siehe Benedix, Ulf; Hammer, Gerlinde; Medjedović, Irena; Schröder, Esther (2013).
- Engelen-Kefer, Ursula (2012): „Humanisierung der Arbeit in der Pflege“, in: Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Roland, Schmidt (Hg.): 65-78.
- Evans, Michaela; Bräutigam, Christoph; Hilbert, Josef; Schulze, Sandra (Hrsg.) (2011): Arbeit und Qualifizierung in der Sozialen Gesundheitswirtschaft: Von heimlichen Helden und blinden Flecken. Bonn: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Fenchel, Volker (2012): „Demografische Aspekte des Fachkräftemangels“, in: Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Roland, Schmidt (Hg.): 3-17.
- Freiling, Thomas; Gottwald, Mario (2012): „Dem Fachkräftemangel in der Pflege begegnen - Personalpolitik

- demografieorientiert gestalten“, in: Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Roland, Schmidt (Hg.): 261-227
- Frommelt, Mona; Schmidt, Ronand (2012): „Disziplinäre Anstöße und versorgungsstrukturelle Impulse zur Veränderung der Gestalt der Pflegeprofession“, in: Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Roland, Schmidt (Hg.): 93-109.
- Hackmann, Tobias (2009): „Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer“, in: *Diskussionsbeiträge // Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs Universität Freiburg* 40/2009. Download unter <http://hdl.handle.net/10419/38843> (Zugriff am 2012-06-29).
- Hamacher, Werner; Eickholt, Clarissa; Lenartz, Norbert; Blanco, Sonja (2012): Sicherheits- und Gesundheitskompetenz durch informelles Lernen im Prozess der Arbeit. Abschlussbericht zum Projekt „Ansätze zur betrieblichen Förderung von Sicherheits- und Gesundheitskompetenz durch informelles Lernen im Prozess der Arbeit“. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).
- Heintze, Cornelia (2012): Auf der Highroad – der skandinavische Weg zu einem zeitgemäßen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland (Kurzfassung). Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Hielscher, Volker; Blass, Kerstin; Kirchen-Peters, Sabine; Nock, Lukas (2012): Projekt Dienstleistungsarbeit zwischen Ökonomisierung und Aktivierung. Neue Herausforderungen an Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik. Kurzergebnisse für die Praxis. Download unter <http://www.yumpu.com/de/document/view/9537048/dienstleistungsarbeit-zwischen-okonomisierung-und-aktivierung> (Zugriff am 2014-01-07).
- Hilbert, Josef; Bräutigam, Christoph; Evans, Michaela (2014): Berufsbildung im Gesundheitswesen: Ein Sonderweg mit Fragezeichen, in: *WSI-Mitteilungen* 1/2014, 43-51.
- Husemann, Rolf (1999): „Qualifikationsbedarfsermittlung als Aushandlungsprozess“, in: Hendrich, Wolfgang; Büchter, Karin (Hg.): *Politikfeld betriebliche Weiterbildung*. München: Rainer Hampt: 116-138.
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (Hg.) (2007): Für eine neue Qualität der Arbeit in der Pflege: Leitgedanken einer Gesunden Pflege – Memorandum. Dortmund.
- Isfort, Michael; Weidener, Frank; Neuhaus, Andrea; Kraus, Sebastian; Köster, Veit-Henning; Gehlen, Danny (2010): *Pflege-Thermometer 2009: Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip).
- Jahn, Frauke; Ulbricht, Sabine (2011); BKK Bundesverband (Hg.); Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG) (Hg.); AOK-Bundesverband (Hg.); Verband der Ersatzkassen (vdek) (Hg.): „*Mein nächster Beruf*“ - Personalentwicklung für Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer. Teil 1: Modellprojekt in der stationären Krankenpflege. iga-Report 17. Ohne Ort.
- Jansen, Martin (2011): Krank arbeiten statt gesund pflegen: Präsentismus im Krankenhaus. Bern: Hans Huber.
- Kistler, Ernst (2006): Die Methusalem-Lüge. Wie mit demographischen Mythen Politik gemacht wird. München: Hanser.
- Klaes, Lothar; Köhler, Thorsten; Rommel, Alexander; Schüler, Gerhard; Schröder, Helmut (2013): *Public Private Health. Neue Anforderungen an die Gesundheitswirtschaft*. Bielefeld: W. Bertelsmann.
- Kromark, Kathrin; Wohler, Claudia; Köhler, Stephan; Hasselhorn, Hans-Martin; Loos, Stefan; Zimber, Andreas (2007): *Sieht die Pflege bald alt aus? BGW-Pflegereport 2007*. Ohne Ort: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW).
- Kuckartz, Udo (2005): *Einführung in die computergestützte Analyse von Daten*. Wiesbaden.
- Lewins, Ann; Silver, Christina (2007): *Using Software in Qualitative Research : A Step-by-Step Guide*. London: SAGE.
- Manthey, Marie (2005): *Primary Nursing*. Bern: Hans Huber.
- Meifort, Barbara (2004): *Die pragmatische Utopie : Qualifikationserwerb und Qualifikationsverwertung in Humandienstleistungen*. Bielefeld: W. Bertelsmann.
- Middelberg, Christina (2013): *Primary Nursing in der ambulanten Pflege – Ein geeignetes Pflegesystem zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit älterer Pflegefachkräfte?* Bachelor Thesis.
- Mischo-Kelling, Maria, Schütz-Pazzini, Petra (2007): *Primäre Pflege in Theorie und Praxis: Herausforderungen und Chancen*. Bern: Hans Huber.
- Ostwald, Dennis A.; Erhard, Tobias; Bruntsch, Friedrich; Schmidt, Harald; Friedl, Corinna (2010) *Fachkräftemangel: Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030*. Ohne Ort: PriceWaterhouseCoopers AG.
- Pohl, Carsten (2011): *Der zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Nordrhein-Westfalen: Modellrechnung auf Kreisebene bis zum Jahr 2030 (IAB-Regional 2011/02)*. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB).
- Pohl, Carsten; Sujata, Uwe; Weyh, Antje (2012): *Der zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Sachsen: Modellrechnung auf Kreisebene bis zum Jahr 2030 (IAB-Regional 2/2012)*. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB).
- Reiners, Hartmut (2011): *Mythen der Gesundheitspolitik*. München: Hans Huber.
- Roth, Ines (2011): *Die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern aus Sicht der Beschäftigten. Ein Branchenbericht auf Basis des DGB-Index Gute Arbeit*. Berlin: Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di).
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer; Klie, Thomas; Göhner, Anne; Schumacher, Birgit (2012): *Themenreport "Pflege 2030": Was ist zu erwarten – was ist zu tun?* (Vorabdruck). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Schindele, Wolfgang (2021): „Bedarfsorientierte Bildungsplanung als Instrument der Personalbindung in der Altenpflege“, in: Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Roland, Schmidt (Hg.): 199-212.
- Schmidt, Michael (2012): „Personalentwicklung gegen Fachkräftemangel - Innovative Konzepte, unternehme-

- rische Strategien und bewährte betriebliche Instrumente“, in: Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Roland, Schmidt (Hg.): 183-198.
- Schmidt, Roland (2012): „Fachkräfteentwicklung und professionelle Anforderungsprofile in Pflege und Begleitung“, in: Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Roland, Schmidt (Hg.): 19-31.
- Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, Abteilung Gesundheit, Referat 43, Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen, Abteilung Soziales, Referat 52 (Hg.) (2011): Berufsordnung für die staatlich anerkannten Pflegeberufe vom 4. Februar 2011. Bremen.
- Sieglen, Georg (2012): Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft Nordrhein-Westfalens (IAB-Regional 08/2011). Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB).
- Simon, Michael (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in der Pflege: Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Berlin: Deutscher Pflegerat e.V.
- Strauss, Anselm L. (1998): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München: Wilhelm Fink.
- Strübing, Jörg (2008): *Grounded Theory : Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. Wiesbaden: VS.
- Tackenberg, Peter; Knüppel, Johanna; Wagner, Franz (2009): *Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? Fakten zum Pflegekollaps – Ausgewählte Ergebnisse der DBfK-Meinungsumfrage 2008/09*. Berlin: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK).
- Thiry, Ludwig (2012): „Transsektorales Case Management als strategische Antwort auf den Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen“, in: Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Roland, Schmidt (Hg.): 317-329.
- Ver.di-Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Hrsg.) (2009): *Neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen : Gewerkschaftliche Positionsbestimmung zu aktuellen Fragen der Arbeitsteilung und Berufsbildung der Gesundheitsberufe*. Berlin.
- Wanger, Susanne (2011): *Ungenutzte Potenziale in der Teilzeit: Viele Frauen würden gerne länger arbeiten*. IAB-Kurzbericht 9/2011. Download unter <http://doku.iab.de/kurzber/2011/kb0911.pdf> (Zugriff am 2014-01-07).
- Weidner, Frank; Kratz, Thomas (2012): „Eine zukunftsorientierte Pflegebildung? Anmerkungen zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe“, in: *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (BWP)* 6/2012: 11-14.

Anhang

Mindmap für die Beschäftigtenbefragung



Projekt „Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege“
„Mindmap“ zur Beschäftigtenbefragung 2013

v4/2013-05-24

iaw
Institut Arbeit und Wirtschaft
Universität Zürcher
Forschungseinheit
Qualifikationsforschung
und Kompetenzerwerb

Der Strukturwandel in der Pflege als Auslöser von Veränderungen in der Pflegearbeit

Leitfaden für Expertengespräche (2013)

Hinweise zum Gesprächsleitfaden

Im Zentrum des von der Arbeitnehmerkammer Bremen finanzierten Forschungsprojekts „*Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege. Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten*“ steht die Frage, wie der Strukturwandel in der Pflege so gestaltet werden kann, dass Veränderungen mit einer Verbesserung der Qualität der Arbeit für die Beschäftigten verbunden werden können.

Das Projekt schließt an die vom IAW 2012 durchgeführten Befragung der regionalen Pflegeeinrichtungen an. Ergänzend sollen nun 2013 die Beschäftigten als Experten/Expertinnen ihrer eigenen Arbeit befragt werden, um Gestaltungsoptionen aus Sicht der Pflegenden zu ermitteln und auf dieser Basis Handlungsempfehlungen für die Region zu entwickeln.

Zur *Vorbereitung dieser Beschäftigtenbefragung* suchen wir das Gespräch mit ausgewählten Experten und Expertinnen aus Einrichtungen, Verbänden und Arbeitnehmervertretungen.

Mit dem Gespräch verfolgen wir ein **doppeltes Anliegen**:

a. Erhebung von Experteneinschätzungen zum Strukturwandel in der Pflege

In der Befragung möchten wir mehr darüber erfahren, auf welche Weise sich die *Arbeit in der Pflege* im Strukturwandel *ändert*, und welche *Auswirkungen* dies auf die Personal- und Qualifikationsstrukturen in der Pflege hat.

Als Vorschlag zur Strukturierung des Gesprächs finden Sie auf den Innenseiten dieses Gesprächsleitfadens auf Seite 2 *fünf Leitfragen*. Diesen offenen Leitfragen ist auf Seite 3 jeweils eine kleine *Mindmap als „Wegweiser“* gegenübergestellt.

Diese „Wegweiser“ sind nicht als Listen zu verstehen, die abzarbeiten wären. Sie sollen lediglich ein wenig Ordnung in ein sehr komplexes Gebiet bringen und mögliche Richtungen des Gesprächsverlaufs anbieten. Wir möchten Ihnen vorschlagen, dass Sie vor dem Gespräch die angebotenen Themen einmal durchgehen und dabei diejenigen Stichpunkte markieren, die aus Ihrer Sicht und für Ihren Bereich besonders wichtig sind.

Der Leitfaden versteht sich damit nicht als starres Gerüst. Wenn Ihnen unter dem Gesichtspunkt der realen Pflegepraxis eine andere Herangehensweise an das Thema sinnvoll erscheint, können wir uns im Gespräch auch vom Leitfaden lösen.

b. Bitte um Unterstützung bei der Findung geeigneter Beschäftigter für die Beschäftigtenbefragung

Wir möchten Sie um Unterstützung bei der Findung geeigneter Interviewpartner/innen bitten. Da wir mit unserem Sample ein recht breites Feld abdecken wollen, müssen wir bei der Zusammenstellung gezielt vorgehen. Die aus unserer Sicht wichtigsten Auswahlkriterien, die im Sample vertreten sein sollen, finden Sie *auf Seite 4* dieses Leitfadens.

Wir bitten Sie, unter diesem Gesichtspunkt geeignete Pflegekräfte in Ihrem Bereich anzusprechen, sie auf die Befragung hinzuweisen und diesen bei Interesse das Informationsmaterial zu überlassen, das wir Ihnen hierfür zur Verfügung stellen möchten.

Themenfeld 1: Pflegetrends als Auslöser von Veränderungen der Pflegearbeit

Wir möchten mit Ihrer Hilfe diejenigen *Trends in der Pflege* identifizieren, von denen in besonderem Maß *Auswirkungen auf die Pflegearbeit* zu erwarten sind. Welche äußeren und inneren Auslöser sind in Ihrem Bereich hierfür von Bedeutung?

Ihre Stichwörter:

Themenfeld 2: Auswirkungen auf die Zusammensetzung des Personals in der Pflege

Wir möchten genauer erfahren, wie sich die von Ihnen genannten Veränderungen auf die *Zusammensetzung des Personals* auswirken. Welche Änderungen in der Zusammensetzung des Personals und der Arbeitsteilung erwarten Sie?

Ihre Stichwörter:

Themenfeld 3: Auswirkungen auf die Kompetenzanforderungen an das Pflegepersonal

Wir möchten genauer erfahren, wie sich die von Ihnen genannten Veränderungen der Arbeit auf die *vom Pflegepersonal geforderten Kompetenzen* auswirken. Mit welchen *neuen oder geänderten Anforderungen* ist bei *welcher Zielgruppe* zu rechnen?

Ihre Stichwörter:

Themenfeld 4: Folgen für den Qualifizierungsbedarf des Pflegepersonals

Wir möchten genauer erfahren, welche *Qualifizierungsbedarfe* aus den in Frage 3 genannten neuen Anforderungen folgen. Welche konkreten Qualifizierungsbedarfe entstehen für welche *Zielgruppe* und wie sollen sie *umgesetzt* werden?

Ihre Stichwörter:

Themenfeld 5: Folgen für Berufsbild, Berufsausbildung und Fortbildung

Wir möchten genauer erfahren, wie sich die geänderten Kompetenzanforderungen auf die *beruflichen Qualifizierungswege in der Pflege* auswirken. Welche Konsequenzen sehen Sie für die *inhaltliche Ausgestaltung* und *Organisation* der beruflichen Qualifizierungswege in der Pflege?

Ihre Stichwörter:



Kriterien für die Auswahl der Gesprächspartner/innen für die Beschäftigtenbefragung

Die Auswahl soll die Breite des Feldes hinreichend abbilden. Daher bitten wir Expertinnen/Experten sowohl der Arbeitgeberseite wie aus Arbeitnehmervertretungen darum, uns bei der Findung geeigneter Gesprächspartner/innen zu unterstützen.

Es sollen nicht ein weiteres Mal Daten und Aussagen zur Arbeitssituation in der Pflege erhoben werden – diese sind hinreichend bekannt. Vielmehr sollen praxisrelevante Handlungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten ermittelt werden. Wir suchen also Beschäftigte in der Pflege, die als „Experten/Expertinnen ihrer Arbeit“ in einem Interview Beiträge zu dieser Fragestellung leisten können.

Die Zusammenstellung des Samples soll folgende Kriterien – angeordnet in der Rangfolge ihrer Wichtigkeit – berücksichtigen:

1. die Versorgungsbereiche
 - ▷ Krankenhaus
 - ▷ ambulante Pflege
 - ▷ stationäre Pflege
2. die verschiedenen Qualifikationsniveaus
 - ▷ Fachkräfte
 - ▷ Hilfskräfte mit 1- oder 2-jähriger Ausbildung
 - ▷ angelernte Hilfskräfte
 - ▷ Fachkräfte mit Fachweiterbildung (Funktionsbereiche und Leitungsfunktionen)
 - ▷ Fachkräfte mit akademischer Ausbildung
3. beide Geschlechter
4. vertragliche Arbeitszeiten
 - ▷ Vollzeitkräfte
 - ▷ Teilzeitkräfte,
 - ▷ Pflegekräfte, die bei mehr als einem Arbeitgeber in Teilzeit arbeiten
5. verschiedene Altersgruppen, insb. auch „ältere Pflegekräfte“ über 50
6. Pflegekräfte mit Migrationshintergrund oder mit im Ausland erworbenen Berufsabschlüssen
7. Pflegekräfte in unterschiedlichen Lebenslagen: Alleinstehende, Beschäftigte mit und ohne private Erziehungs- und Betreuungsaufgaben usw.

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung!

Die Erhebung unterliegt selbstverständlich dem Datenschutz. Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Es werden keine Daten veröffentlicht, aus denen Ihre Teilnahme hervorgeht oder die eine Zuordnung von Aussagen zu Ihrer Einrichtung oder Institution möglich machen.

Kontakt

Universität Bremen, Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW), Wilhelm-Herbst-Str. 7, 28359 Bremen
Fax: 0421/218-61709, Internet: <http://www.iaw.uni-bremen.de/ga-pflege>
Mitarbeiter: Ulf Benedix (ubenedix@uni-bremen.de, Tel.: 0421/218-61720)
Projektleitung: Irena Medjedović (imedjedovic@uni-bremen.de, Tel.: 0421/218-61714).

Das Projekt „Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege. Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten“ wird von der Arbeitnehmerkammer Bremen finanziert.



Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen

Nr 1 | 2013

Hotze, Jessica: Das Ernährermodell als Armutsrisiko? Eine bremische Bestandsaufnahme von Erwerbsmustern in Familien.

Nr. 2 | 2013

Sommer, Jörg, Alexander Matysik und Martin Leusch: Geförderte Existenzgründungen aus Arbeitslosigkeit. Ausgangslage – Subjektive Wahrnehmungen – Perspektiven.

Nr. 3 | 2013

Benedix, Ulf, Gerlinde Hammer, Irena Medjedovic' und Esther Schröder: Arbeitskräftebedarf und Personalentwicklung in der Pflege – eine Erhebung im Land Bremen.

Nr. 4 | 2013

Kathmann, Till und Irene Dingeldey: Prekarisierung berufsfachlich qualifizierter Beschäftigung? Eine Analyse der Arbeitsbedingungen von medizinischen Fachangestellten.

Nr. 5 | 2013

Matysik, Alexander, Martin Leusch und Günter Warsewa: Bildungszielplanung in der Arbeitsförderung. Struktur und Funktion im Land Bremen.

Nr. 6 | 2013

Benedix, Ulf und Irena Medjedović: Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege. Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten.

Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege

Pflegeberufe gehören zu den angesehensten Berufen. Dennoch wird der Fachkräftemangel die Pflege in den nächsten Jahren stärker treffen als andere Bereiche, denn die Arbeitsbedingungen sind belastend, die Gehälter im Vergleich zu anderen Tätigkeiten niedrig. Um ausreichend junge Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen und dem vorzeitigen Berufsausstieg der Beschäftigten entgegenzuwirken, muss nicht nur das Image der Pflege verbessert werden. Zentral wird sein, dass die Pflegebranche attraktiver wird. Fachkräfte müssen gehalten und neue gewonnen werden.

Die Beschäftigten in der Pflege sind Experten ihrer eigenen Arbeit. Im Auftrag der Arbeitnehmerkammer hat das Institut Arbeit und Wirtschaft Pflegekräfte aus der ambulanten und stationären Altenpflege, aus Krankenhäusern und aus verschiedenen Qualifikationsstufen befragt: Wie könnte die Zukunft der Pflege aus Sicht der Beschäftigten aussehen? Welche Gestaltungsmöglichkeiten tun sich auf? Welche Handlungsempfehlungen geben Pflegende und welche gezielten Maßnahmen können für gute Pflege und für gute Arbeit ergriffen werden?

Das Projekt ist ein Beitrag der Arbeitnehmerkammer im Rahmen der Bremer Pflegeinitiative.

ULF BENEDIX | IRENA MEDJEDOVIĆ

