



Arbeitskräftebedarf und Personalentwicklung in der Pflege

ULF BENEDIX | GERLINDE HAMMER | IRENA MEDJEDOVIĆ | ESTHER SCHRÖDER

Eine Erhebung im Land Bremen

EINE PUBLIKATION VON

Arbeitskräftebedarf und Personalentwicklung in der Pflege

Das Gesundheits- und Sozialwesen ist von großer beschäftigungspolitischer Relevanz. Im Land Bremen arbeitet etwa jeder Neunte in diesem Bereich. Beschäftigte in der Pflege stellen dabei eine der größten Gruppen, der überwiegende Teil sind Frauen.

Für die Zukunft wird ein Personal- und Fachkräftemangel in der Pflege befürchtet, denn es fehlt an Nachwuchs und die Arbeitsbedingungen sind wenig attraktiv. Qualifiziertes Personal und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen sind von zentraler Bedeutung.

Im Auftrag der Arbeitnehmerkammer wurde durch das Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw) eine systematische Untersuchung der aktuellen Personal- und Beschäftigungssituation in den Pflegeeinrichtungen im Land Bremen durchgeführt. Die Untersuchung bietet belastbare Daten, auf deren Grundlage Handlungsempfehlungen für gezielte Maßnahmen zur nachhaltigen Verbesserung der Situation im Interesse der Pflegebedürftigen, der Pflegebeschäftigten und der Pflegeeinrichtungen entwickelt wurden.



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:

© StefanieB. – Fotolia.com

1. Auflage 2013

ISSN: 2195-7266

Bestellung:

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

Vorwort

Das Gesundheits- und Sozialwesen ist von großer beschäftigungspolitischer Relevanz. Im Land Bremen arbeitet etwa jeder Neunte in diesem Bereich, Beschäftigte in der Pflege stellen dabei eine der größten Gruppen.

Die Beschäftigten in der Pflege sind mit spezifischen Problemlagen konfrontiert. Eine Sonderauswertung unserer Beratungen zu arbeits- und sozialrechtlichen Fragen im Jahr 2012 hat ergeben, dass sich der Beratungsbedarf vor allem auf die Themenbereiche Kündigung, Lage und Gestaltung der Arbeitszeit sowie die daraus folgenden Fragen der Vergütung konzentriert. Überlastung, fehlende familienfreundliche Arbeitszeitgestaltungen und eine geringe Bezahlung gehen einher mit einem relativ hohen Anteil arbeitnehmerseitiger Kündigungen.

Daraus wird deutlich, dass die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in der Pflege eine zentrale Stellschraube ist, wenn dem aktuellen und zukünftigen Personal- und Fachkräftebedarf entgegen gewirkt werden soll. Darüber hinaus liefert der vorliegende Bericht weitere wichtige Anhaltspunkte für eine zukunftsgerechte Gestaltung des Arbeitsmarkts Pflege. Dazu zählen unter anderem (Aufstiegs-)Qualifizierungen zur Fachkraft, mehr Plätze in der dreijährigen Altenpflegeausbildung, dazu zählt aber auch, Teilzeitkräften eine Aufstockung ihrer Arbeitszeit zu ermöglichen und den Arbeits- und Gesundheitsschutz im Sinne einer alters- und altersngerechten Arbeitsorganisation in den Betrieben auszuweiten.

In diesem Sinne werden wir uns auch zukünftig für die Interessen unserer in der Pflege beschäftigten Mitglieder einsetzen.



Ingo Schierenbeck

Hauptgeschäftsführer der Arbeitnehmerkammer Bremen

Zusammenfassung

Gliederung

- A. Ausgangslage
- B. Aufgabe des Projekts
- C. Zentrale Ergebnisse
- D. Empfehlungen

A. Ausgangslage

Der demografische Wandel betrifft die Pflege in doppelter Weise. Mit der Alterung der Bevölkerung steigt die Nachfrage nach professioneller Pflege. Zugleich sinkt das Arbeitskräftepotenzial, aus dem der Bedarf nach Pflegefachkräften gedeckt werden kann.

Verschiedene aktuelle Studien¹ haben beide Entwicklungen bis 2030 hochgerechnet. Die Ergebnisse sind besorgniserregend. Bundesweit ist mit einer Personaldeckungslücke im Bereich mehrerer hunderttausend Pflegekräfte – auf Vollzeitkräfte bezogen! – zu rechnen.

Um diese Lücke zu schließen oder zumindest zu verkleinern, sind einerseits größere und bedarfsgerechte Qualifizierungsanstrengungen notwendig, die das vorhandene Potenzial an Pflegekräften möglichst weitgehend ausschöpfen. Strategien der Personalentwicklung und innerbetrieblicher Qualifizierungsplanung sind zu entwickeln, um die vertikale Anschlussfähigkeit der vorhandenen Qualifikationen zu sichern und für die Höherqualifizierung der Pflegekräfte in den Einrichtungen zu nutzen.

Um bei sinkenden Schulabgängerzahlen ausreichend Nachwuchskräfte zu gewinnen und die vorhandenen Pflegekräfte möglichst lange im Beruf zu halten, muss andererseits die Attraktivität der Pflegearbeit im Sinne „Guter Arbeit“ deutlich verbessert werden. Eine nachhaltige Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit, etwa durch einen modernen Arbeits- und Gesundheitsschutz entsprechend der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA)², ist erforderlich. Dies schließt eine alternsgerechte Arbeitsgestaltung und neue Formen der Arbeitsorganisation ein.

B. Aufgabe des Projekts

Im Oktober 2012 wurde die „Bremer Pflegeinitiative gegen den Fachkräftemangel“ begründet. In ihrer Rahmenvereinbarung haben die in ihr zusammengeschlossenen Partner und Partnerinnen³ Maßnahmen

zur Verbesserung der Rahmenbedingungen, der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten, der Nachwuchssicherung, der Aus-, Fort- und Weiterbildung, sowie die Weiterentwicklung der Pflegeberufe und der Finanzierungsgrundlagen vereinbart, um gemeinsam an der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten Pflegelandschaft in Bremen zu arbeiten.⁴

Als Partnerin der Pflegeinitiative hat die Arbeitnehmerkammer Bremen das Projekt „Arbeitskräftebedarf und Personalentwicklung in der Pflege“⁵ initiiert. Als Beitrag der Kammer zu den Zielen der Pflegeinitiative hatte das Projekt den Auftrag, belastbare Daten zum quantitativen und qualitativen Arbeitskräftebedarf sowie zur Personal- und Qualifikationsentwicklung in der Pflege zu gewinnen. Diese Daten und die daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen sollen die weitere regionale Gestaltung der Entwicklung insbesondere zur Vermeidung bzw. zumindest Abschwächung eines Fachkräftengpasses im Pflegesektor unterstützen.

C. Zentrale Ergebnisse

Im Folgenden werden in Anlehnung an den Aufbau der Fragebogenerhebung die wesentlichen Ergebnisse kurz im Überblick dargestellt.⁶ Aus der Gesamtheit der Ergebnisse werden im Anschluss zusammenfassende Empfehlungen entwickelt.

Arbeitsmarktanalyse

Eine parallel zur Befragung der Einrichtungen durch das IAW von Dr. Esther Schröder (Arbeitnehmerkammer) durchgeführte Analyse der Arbeitslosen- und Stellenstatistik der Bundesanstalt für Arbeit ergab sowohl deutliche Hinweise auf einen aktuellen Fachkräftengpass in der Pflege wie auf eine Mismatch-Situation: Einem Bewerberüberhang bei den Helfertätigkeiten steht ein Stellenüberhang bei

Bremerhaven, die Agentur für Arbeit sowie die Jobcenter Bremen und Bremerhaven, die Altenpflegeschulen im Land Bremen, die Arbeitnehmerkammer Bremen, der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (Landesgruppe Bremen), die Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e.V., die Krankenpflegeschulen im Land Bremen, die Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Bremen e.V. und die Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe behinderter Menschen Bremen e.V.

Einstieg für weitere Informationen:

<http://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.22588.de>

1 Vgl. die ZeS/Bertelsmann-Studie *Themenreport „Pflege 2030“* (Rothgang/Müller/Unger 2012) sowie die PwC-Studie *112 – und niemand hilft* (Burkhart/Ostwald/Erhard 2012)

2 <http://www.gda-portal.de/de/Startseite.html>

3 Der Bremer Pflegeinitiative sind die folgenden Institutionen beigetreten: Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen, die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, der Magistrat der Stadt

4 Vgl. Rahmenvereinbarung der Pflegeinitiative, <http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/2012-10-05a%20Pflegeoffensive%20Rahmen.pdf>.

5 Laufzeit 10.01.2012 bis 31.12.2012, im Internet unter <http://www.iaw.uni-bremen.de/ak-pflege>.

6 Begründungen der jeweiligen Fragestellung und deren Umsetzung im Fragebogen sind den Kapiteln der detaillierten Ergebnisdarstellung in Teil B vorangestellt.

den Fachkräften (Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen und Altenpfleger/-innen) gegenüber. (Kapitel 2)

Strukturdaten der teilnehmenden Betriebe

Trend zum Dienstleistungsmix

Insbesondere in der stationären Pflege wird ein Trend zum *Dienstleistungsmix* beobachtet: Tages- und Kurzzeitpflege sind bereits zu großen Teilen an stationäre Einrichtungen angebunden. Es wird erwartet, dass die ambulante Pflege sich ebenfalls in diese Richtung entwickeln wird.

Strukturelle Unterschiede

Während Krankenhäuser in der Regel Großbetriebe sind, überwiegen in der stationären und ambulanten Pflege die Mittel- und Kleinbetriebe. Mit sinkender Betriebsgröße fällt die Quote der Betriebe, in denen eine Vergütung nach Tarifvertrag erfolgt bzw. eine Interessenvertretung vorhanden ist.

Personalstruktur (Ende 2011)

Qualifikationsstufen der Pflegekräfte

Pflegefachkräfte stellen die überwiegende Mehrheit des Pflegepersonals (75 %). Im Krankenhaus finden sich fast ausschließlich Fachkräfte, während in der stationären Pflege der höchste Anteil von Hilfskräften beobachtet wird.

Insbesondere in den Krankenhäusern wird über Veränderungen der Arbeitsteilung nachgedacht. Als Konsequenz der angestrebten Ausdifferenzierung der eingesetzten Qualifikationen würde der heute noch sehr hohe Fachkräfteanteil sinken.

Bei den Hilfskräften überwiegen die sonstigen Pflegekräfte – vorwiegend angeleitete Hilfskräfte – gegenüber den ausgebildeten Altenpflegehelfern/-helferinnen.

Ausbildungsberufe bei den Fachkräften

In Krankenhäusern und der stationären Pflege überwiegen die jeweils einschlägigen Ausbildungsberufe. In der ambulanten Pflege findet sich demgegenüber ein ausgeprägter Berufemix, in dem Fachkräfte mit Krankenpflegeausbildung überwiegen.

Akademische Qualifikationen sind absolut und relativ noch selten vertreten.

Altersstruktur und Beschäftigungsdauer

Ein Drittel der Gesamtheit der Pflegebeschäftigten sind „über 50“. In der stationären Pflege liegt der Anteil dieser Altersgruppe bei über 40 %. Die Einrichtungen stehen damit vor der großen Herausforderung, innerhalb eines Zeitrahmens von vielleicht 10 Jahren größere Teile der Belegschaft ersetzen zu müssen.

In den Krankenhäusern finden sich am häufigsten betriebliche Beschäftigungszeiten von über 10 Jahren. In der ambulanten Pflege ist der Anteil der

Pflegekräfte mit einer Beschäftigungsdauer unter 2 Jahren besonders groß (über 30 %). Die Expertinnen und Experten beobachten ein zunehmendes „Job-Hopping“, insbesondere bei jüngeren Pflegekräften in der ambulanten und stationären Pflege.

Leiharbeit in der Pflege

Leiharbeit ist in der Pflege (Pflegekräfte, Pflegefachkräfte) derzeit noch von geringer Bedeutung. Einzelne Betriebe jedoch setzen in größerem Umfang Leiharbeiter/-innen ein.

Teilzeitarbeit

Die Mehrheit aller Pflegebeschäftigten hat einen Teilzeitvertrag. 52 Prozent arbeiten in Teilzeit, weitere 10 Prozent in geringfügiger Beschäftigung, nur 38 Prozent haben einen Vollzeitvertrag. Ein genereller Trend zur weiteren Zunahme der Teilzeitarbeit kann in der Pflege nicht beobachtet werden. Allerdings wird bei den in Krankenhäusern eingesetzten Fachkräften eine deutliche Zunahme von Teilzeitarbeit erwartet.

Strukturbedingt können die Einrichtungen auf das Instrument der Teilzeitarbeit für eine kosteneffiziente und flexible Organisation der Pflege meist nicht verzichten. Einige Einrichtungen der stationären Pflege sahen im Angebot von Vollzeitstellen allerdings bereits eine zentrale Voraussetzung, um knappe Fachkräfte an sich binden zu können.

Pflegekräfte wünschen aus verschiedenen Motiven individuell unterschiedliche Wochenarbeitszeiten. Für die Pflegeeinrichtungen stellt sich die Aufgabe, in der Organisation der Pflege und der Dienstplangestaltung neue Wege und Verfahren zu finden, die es erlauben, die individuellen Arbeitszeitwünsche der Pflegekräfte mit den Arbeitszeit- und Flexibilitätsanforderungen des Betriebs besser zu vereinbaren.

Teilzeitarbeit wird von Pflegekräften vielfach auch angestrebt, um die Belastung individuell zu reduzieren („Flucht in Teilzeit“). Verbesserungen der Arbeitsbedingungen sind daher auch unter dem Gesichtspunkt erforderlich, dass zur Bedarfsdeckung das Potenzial an Vollzeitstellen für alle daran interessierten Pflegekräfte zukünftig so weit wie möglich ausgeschöpft werden muss.

Verteilung des Pflegepersonals nach Geschlechtern

Die beruflich ausgeübte Pflege ist eine Sphäre vorwiegend weiblicher Erwerbstätigkeit; Pflegeberufe gelten als typische Frauenberufe. Unter den Pflegekräften finden sich lediglich rund 15 % Männer. Männer sind jedoch bei Fachweiterbildungen, akademischen Ausbildungsabschlüssen und Vollzeitverträgen etwas häufiger vertreten, als es ihrem durchschnittlichen Anteil entspricht. Dies deutet darauf hin, dass Frauen die Aufstiegschancen in höhere Kompetenzniveaus nicht gleichermaßen nutzen bzw. Aus- und Fortbildungswege in höhere

Qualifikationen nicht in entsprechende Positionen ummünzen können.

Für diese Unterschiede sahen die Experten und Expertinnen primär die nur langsame gesellschaftliche Veränderung traditioneller Rollenbilder als ursächlich an. Von einer systematischen Benachteiligung in der Aufstiegsförderung in ihren Einrichtungen gehen sie nicht aus. Insofern kommt der Gestaltung der konkreten Bedingungen für Nutzung von Aufstiegschancen durch Qualifizierung, insbesondere hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Qualifizierung, eine zentrale Bedeutung zu.

Migrationshintergrund der Pflegekräfte

In den Pflegeeinrichtungen⁷ arbeiten im Durchschnitt 16 % Pflegekräfte mit Migrationshintergrund. Insbesondere in der stationären Pflege findet sich ein hoher Anteil (knapp ein Drittel) von Pflegekräften mit Migrationshintergrund. In den Krankenhäusern wird ihr Anteil dagegen auf nur 7 Prozent der Pflegekräfte geschätzt.

Personalbedarf und seine Deckung 2011, Bedarfsschätzung für 2012

Eine eher niedrig erscheinende Fluktuationsrate spricht für eine geringe Mobilität der Pflegekräfte und eine hohe Betriebstreue, auch wenn es Hinweise auf zunehmendes „Job-Hopping“ in der ambulanten und stationären Pflege gibt.

Bedarfsdeckung 2011: Die Fachkräftenachfrage der Einrichtungen konnte bereits im Jahr 2011 nicht vollständig gedeckt werden (Deckungslücke ca. 10 %). Andererseits wurden mehr Hilfskräfte eingestellt als eigentlich gesucht worden waren, um zumindest die Anzahl der Pflegekräfte zu halten. Mit dieser „ersatzweisen“ Einstellung von Hilfskräften gerät jedoch der von den Einrichtungen zur Sicherung der Pflegequalität jeweils angestrebte Fachkräfteanteil unter Druck.

Die Hälfte der Einrichtungen rechnet auch 2012 mit Schwierigkeiten bei der Deckung ihres Personalbedarfs.

Bedarfsschätzung für 2012: Im Segment der qualifizierten Fachkräfte werden 2012 deutlich mehr höhere Qualifikationen (Fachweiterbildungen und akademische Abschlüsse) gesucht.

Die Nachfrage nach Fachweiterbildungen richtet sich auf Pflegedienstleitungen, Fachpflegeberufe (insb. OP- und Intensivpflege) sowie in großem Umfang auch auf gerontologische Zusatzqualifikationen. Von den Krankenhäusern werden auch die entsprechenden Assistenzberufe (OTA, ATA) nachgefragt.

Der Bedarf an ausgebildeten und sonstigen Pflegehilfskräften ist bei bestehendem Angebotsüberhang kein Gegenstand vorausschauender Bedarfsplanung in den Betrieben und wird kurzfristig bei seinem Auftreten gedeckt.

Der aktuelle Nachfrageschwerpunkt liegt nicht nur auf Fachkräften, sondern insbesondere auf Fachkräften mit speziellen fachlichen Weiterbildungen.

Hinsichtlich der Hilfskräfte spiegeln die Ergebnisse der Befragung ein deutliches Überangebot auf dem Arbeitsmarkt wieder. Offensichtlich sind zu wenig Fachkräfte und zu viele Hilfskräfte für den betrieblichen Bedarf qualifiziert worden.

Maßnahmen der Einrichtungen für eine nachhaltige Beschäftigungssicherung

Die Selbstauskunft der Pflegeeinrichtungen hinsichtlich ihrer Aktivitäten für eine nachhaltige Beschäftigungssicherung fällt insgesamt sehr positiv aus. Dies steht zunächst in Kontrast zur Beschreibung der objektiven Parameter der Beschäftigungssituation in der Pflege, wie sie in der Einleitung auf Grundlage verschiedener Studien (z. B. im DGB-Index „Gute Arbeit“) skizziert wurde.⁸

Die Selbsteinschätzung der Einrichtungen mag daher auf Skepsis treffen. Sie zeigt jedoch, dass die Einrichtungen begonnen haben, Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege als Handlungsfeld der Personalverantwortlichen zu definieren.

Maßnahmen aus dem Bereich der Organisationsentwicklung – arbeitnehmerorientierte Dienstplangestaltung, Arbeitszeitgestaltung, Sicherung der Pausen – führen die Liste der bereits aktiv verfolgten Handlungsfelder an.

Aktuell geplant sind vor allem Maßnahmen auf dem Feld der (Organisation der) Qualifizierung der Beschäftigten.

Auf den Handlungsfeldern des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sehen sich zwischen 70 und 52 Prozent der Betriebe aktiv. In der breiten Anlage der Aktivitäten kommt zum Ausdruck, dass viele Einrichtungen eine nachhaltige Beschäftigungssicherung bereits mit Ansätzen verfolgen, die über ein enges Verständnis von Arbeitsschutzmaßnahmen hinausgehen. Für eine systematische Umsetzung dieser Ansätze im Rahmen eines betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzkonzepts besteht allerdings noch Entwicklungspotenzial.

Lediglich „zukünftig denkbar“ erscheint vielen Einrichtungen die Gestaltung altersgerechter Arbeitsplätze. Da Pflegearbeit immer eine körperlich fordernde Arbeit bleiben wird, ist jedoch auch der Aspekt einer altersgerechten Arbeitsgestaltung wichtig, um älteren Pflegekräften einen möglichst langen Verbleib in ihrem Beruf zu ermöglichen. Da

⁷ Der Begriff „Pflegeeinrichtungen“ ohne weitere Spezifizierung steht im weiteren stets für alle Einrichtungstypen in der Befragung, also für Einrichtungen der ambulanten Pflege, der stationären Pflege sowie Krankenhäuser.

⁸ Siehe Kapitel 1.2, ab Seite 16.

Altersstrukturanalysen (mit Ausnahme des Krankenhausbereichs) bisher nicht allgemein durchgeführt wurden, unterschätzen möglicherweise viele Einrichtungen den Umfang und die Dringlichkeit des Problems.

Schwerpunkte des Qualifizierungsbedarfs

Qualifikationsbedarfe wurden am häufigsten aus der stationären Pflege gemeldet.

Die wichtigsten Qualifizierungsbedarfe für *Pflegekräfte in Leitungsfunktionen* sind:

- „Führungstechniken/Moderation“
- „Kommunikation/Interaktion“
- „Arbeits- und Gesundheitsschutz“

Diese Qualifikationsschwerpunkte reflektieren zum einen die gewachsenen Anforderungen zur Gestaltung von Pflegeprozessen in transsektoralen Versorgungsketten unter dem Primat der Kosteneffizienz, die größere Organisations- und Kommunikationskompetenzen verlangen. Der Qualifikationsbedarf im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz entspricht den oben bereits dargestellten Aktivitäten für eine nachhaltige Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit und unterstreicht deren Bedeutung für die Betriebe.

Die wichtigsten Qualifizierungsbedarfe für *Pflegefach- und -hilfskräfte* sind:

- „Dokumentation/Pflegeplanung“
- „Pflege von Demenzkranken“
- „Umgang mit schwierigen Personen“

Während sich für Leitungskräfte und Fachkräfte deutliche Unterschiede in der Einschätzung der Wichtigkeit der Qualifikationsfelder ergeben, stimmt die Bedarfsrichtung bei Fachkräften und Hilfskräften weitgehend überein. Den Experteninterviews zufolge ist daher eine gemeinsame Schulung von Fach- wie für Hilfskräfte durchaus üblich.

Wichtigste Handlungsbedarfe aus Sicht der Pflegeeinrichtungen

Aus den Einrichtungen der *ambulant und stationären Pflege* werden mit großem Abstand in der Zahl der Nennungen zwei zentrale Forderungen formuliert:

- Mehr Altenpflege-Erstausbildung ermöglichen!
- Eine leistungsgerechte Vergütung für Pflegekräfte ermöglichen!

Die *Krankenhäuser* setzen demgegenüber andere Schwerpunkte. Hier ist insbesondere die Weiterentwicklung des Berufsbilds der Pflegefachkräfte (insb. durch Erweiterung ihres Kompetenzbereichs und Akademisierung) zu nennen.

D. Zusammenfassende Empfehlungen

Mit der am 13.12.2012 unterzeichneten bundesweiten „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege 2012-2015“⁹ und der „Bremer Pflegeinitiative gegen den Fachkräftemangel“¹⁰ liegen bereits wichtige Verabredungen und Zusagen der Akteure vor. In der „Bremer Pflegeinitiative“ wurden von den Partnern und Partnerinnen Vereinbarungen u. a. zur Verbesserung der Rahmenbedingungen, zur Nachwuchssicherung, zur Aus- und Fortbildung sowie zur Finanzierung vereinbart. Richtungsweisende Vereinbarungen betreffen u. a. Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf / Kinderbetreuung, zur Umsetzung der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie, zur Einführung bedarfsorientierter Arbeitszeitmodelle und zu einem gemeinsamen Assessment für die Pflegeberufe der Pflegeschulen mit den Jobcentern Bremen und Bremerhaven. Die folgenden Empfehlungen wollen insofern ergänzend und vertiefend auf sinnvolle Schwerpunktsetzungen in der weiteren Umsetzung der bundesweiten und regionalen Vereinbarungen hinweisen.

Die Attraktivität der Arbeit in der Pflege muss real verbessert werden

Ohne eine reale Steigerung der Attraktivität der Arbeit in der Pflege wird es nicht möglich sein, das Arbeitskräftepotenzial für die Pflege auszuschöpfen und insbesondere zukünftige Ausbildungsjahrgänge vermehrt für eine Ausbildung in der Pflege (insbesondere in der Altenpflege) zu interessieren.

Regionale Aktivitäten zur Attraktivitätssteigerung sollten sich auf die folgenden Handlungsfelder konzentrieren:

Die vertraglichen Arbeitszeiten arbeitnehmerorientiert gestalten

Der suboptimale Einsatz vorhandener Pflegefachqualifikationen durch das hohe Niveau der Teilzeitarbeit in allen Qualifikationsstufen verschärft tendenziell den Fachkräftemangel. Für ein gegebenes Arbeitsvolumen werden „mehr Köpfe“ benötigt. Zugleich suchen die Pflegekräfte nach Wegen, ihre individuellen Arbeitszeiten den Interessenlagen in den verschiedenen Lebensphasen anzupassen. Unter diesem Gesichtspunkt werden die Pflegeeinrichtungen zukünftig sowohl Teilzeitinteressen wie Vollzeitinteressen ihrer Beschäftigten noch mehr berücksichtigen müssen. Eine Verringerung der hohen Teilzeitquoten in der Pflege könnte dazu beitragen, das (Fach-)Kräftepotenzial in der Pflege besser auszuschöpfen.

Unter Berücksichtigung der Grenzen in den Organisationsanforderungen einer Pflege, die sich zum

9 <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=194440.html>

10 <http://www.soziales.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen69.c.22588.de>

einen der flexiblen Nachfrage ihrer „Kunden und Kundinnen“ anpassen muss und zum anderen einen reibungslosen Ablauf in der Pflegearbeit gewährleisten muss, sind daher neue Modelle der Arbeitszeitgestaltung gefragt. Diese müssen in den Einrichtungen „sozialpartnerschaftlich“ entwickelt und erprobt werden.

Um das vorhandene Potenzial an Pflegekräften besser zu nutzen, sollte tendenziell Vollzeitarbeit vermehrt ermöglicht werden. Da ein Wechsel in Teilzeitarbeit von vielen Pflegekräften jedoch auch gewünscht wird, weil sie bei Vollzeitarbeit die Grenzen ihrer Belastbarkeit überschritten sehen, setzt dies auch Verbesserungen der Arbeitsbedingungen voraus, um dieser „Flucht in die Teilzeitarbeit“ die Grundlage zu nehmen.

Die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Qualifizierung verbessern

Die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Qualifizierung ist im Besonderen für eine größere Nutzung von Aufstiegschancen durch Frauen von großer Bedeutung. Die Rahmenbedingungen für die Teilnahme von Frauen an Fachweiterbildungen und einen sich daran anschließenden Einsatz auf einer Leitungs- bzw. Funktionsstelle sind unter diesem Gesichtspunkt weiterzuentwickeln.

Insbesondere sollten Frauen geeignete Rahmenbedingungen vorfinden, eine akademische Ausbildung als Chance für eine hoch qualifizierte Tätigkeit in der Pflege zu nutzen.

Hierzu sind neben arbeitnehmerorientierten Arbeitszeitregelungen insbesondere arbeitsplatznahe Kinderbetreuungsmöglichkeiten auszubauen, die ihr Angebot an die Arbeitszeiten der Pflegenden anpassen. Dies ist zugleich eine Grundlage für die Vereinbarkeit größerer Arbeitszeitanteile mit familiären Verpflichtungen.

Arbeitsschutz- und Gesundheitsmanagement in den Einrichtungen weiterentwickeln

Bei der systematischen Verankerung von Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Pflegeeinrichtungen gibt es Entwicklungspotenzial, auch wenn bereits viele Einrichtungen angeben, auf diesem Feld Aktivitäten zu entfalten.

Pflegekräfte sollten möglichst lange in ihrem Beruf arbeiten können, um die vorhandenen Qualifikationen auszuschöpfen. Dies unterstreicht die Wichtigkeit einer alternsgerechten Gestaltung der Arbeitsplätze, die zum einen durch Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes vorzeitigen Verschleiß verhindert, zum anderen die im Beruf gestellten Anforderungen mit den sich verändernden Kompetenzen und gesundheitlichen Voraussetzungen vermittelt.

Um das Potenzial der älteren Pflegekräfte auszuschöpfen, ist auch der Gesichtspunkt einer altersgerechten Arbeitsplatzgestaltung wichtig, zumal gerade die „körperliche“ Pflege, selbst bei Nutzung aller

Hilfsmittel, eine anstrengende Tätigkeit bleibt. Dieser Gesichtspunkt wird in den Einrichtungen noch zu wenig verfolgt. Auch haben erst wenige Einrichtungen eine systematische Altersstrukturanalyse durchgeführt, auf deren Grundlage sie Umfang und Geschwindigkeit der Veränderung ihrer Alterszusammensetzung solide einschätzen könnten.

Mit Hilfe der Verbände sollten daher mehr Einrichtungen für die Durchführung von Altersstrukturanalysen gewonnen und in deren Durchführung unterstützt werden.

Erfolgreiche Projekte zum Arbeits- und Gesundheitsschutz erfordern in der Regel eine personelle Verankerung der Verantwortung für diese Aufgabe im Betrieb und/oder eine externe Unterstützung. Hierfür können die Einrichtungen auf die in der Region vorhandenen Unterstützungsangebote zurückgreifen.

Eine langfristig angelegte Fachkräftestrategie für die Region ist zu entwickeln

Da die Untersuchung aktuell Deckungslücken bestätigt *und* auf einen wachsenden Bedarf nach höherer Qualifizierung im Fachkräftebereich hinweist, muss neben der dreijährigen Erstausbildung, der Umschulung und der Weiterentwicklung der akademischen Ausbildung auch das Potenzial zur Höherqualifizierung auf allen Kompetenzstufen erschlossen werden.

Die Fachkräfteausbildung in der Altenpflege mit Priorität ausbauen

Der Ausbau der dreijährigen Ausbildung in der Altenpflege sollte prioritär angegangen werden. In der „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege 2012-2015“ wird hier eine jährliche Steigerung von 10 % angepeilt, die mindestens ausgeschöpft werden sollte.

Zusätzlich sollte das Potenzial zur Höherqualifizierung von Hilfskräften mit und ohne Ausbildung stärker erschlossen werden. Eine große Zahl von in der Altenpflegehilfe einjährig ausgebildeten Kräften – insbesondere Frauen – wurde über Bedarf ausgebildet. In dieser Gruppe sollten für eine Anschlussqualifizierung zum dreijährigen Berufsabschluss geeignete Personen identifiziert und gefördert werden. Eine enge Kooperation von Land, Einrichtungen, Arbeitsagenturen und Jobcentern ist erforderlich, um die zur Verfügung stehenden Finanzierungs- und Fördermöglichkeiten auszuschöpfen.

In den Einrichtungen besteht auch Interesse am Instrument der Nachqualifizierung, das daher perspektivisch auch in Bremen implementiert werden sollte, um angelernte Kräfte zu einem Berufsabschluss zu führen. Um den berufsbegleitenden Erwerb von (höheren) Berufsabschlüssen zu fördern, sollte in diesem Zusammenhang auch die Machbarkeit von „Job-Rotation“-Modellen in der Pflege geprüft werden.

Das Potenzial des Pflegepersonals mit Migrationshintergrund besser erschließen

Zur besseren Nutzung des Fachkräftepotenzials von Pflegepersonal mit Migrationshintergrund bei Vorliegen der individuellen Voraussetzungen die Anerkennung eines im Ausland erworbenen einschlägigen Berufsabschlusses oder eine zu diesem Ziel führende Qualifikationsplanung in den Einrichtungen gezielt angestoßen und umgesetzt werden.

Auf ein anschlussfähiges System der beruflichen Qualifikation in der Pflege hinwirken

Einem weiteren Auseinanderfallen der Pflegequalifikationen in akademisch ausgebildete „Fachkräfte“ (Zugangsvoraussetzung: Hochschulabschluss) und „Hilfskräfte“ ist entgegenzuwirken. Die Sicherung der vertikalen Anschlussfähigkeit zwischen den Kompetenzstufen ist zunehmend wichtig. Es wird auch darum gehen, Jugendliche mit erweiterter Berufsbildungsreife als Potenzial für die Fachkräftesicherung in der Pflege nutzen zu können.

Dabei ist es notwendig, auch die Pflegeausbildung so auszugestalten, dass sie allgemeinverbindliche Schulabschlüsse mit einem möglichen Durchstieg über die Fachkräfteausbildung ermöglicht.

Auch neue Zusatzqualifikationen, Fachweiterbildungen und im Abgleich mit neuen Ausbildungsgängen, mit denen auf den Trend zur Spezialisierung und Professionalisierung reagiert wird, sollten im Rahmen einer Systematisierung des Ausbildungs- und Fortbildungssystems in der Pflege weiterentwickelt werden.

Das Berufsrückkehrpotenzial systematisch aus- schöpfen!

Zwar ist für viele Betriebe die Rückkehr ihrer Pflegekräfte insbesondere nach familiär bedingten Unterbrechungen eine Normalität. Der zunächst aufrechterhaltene Kontakt bricht jedoch ab, wenn Pflegekräfte längerfristig aus dem Beruf ausscheiden. Eine zu lange Beschäftigungspause kann zugleich als Vermittlungshemmnis wirken, die eine Anpassung der Qualifikation an den aktuellen Stand der Anforderungen erforderlich macht. Zur Aktivierung dieser „Reserve“ sollten die Einrichtungen erwägen, zusätzlichen Aufwand für eine systematische und längerfristig angelegte Kontaktpflege zu ausgeschiedenen Pflegekräften in Kauf zu nehmen. Zur Anpassung der Qualifikation sollten die Einrichtungen in Zusammenwirken mit der Arbeitsvermittlung den Qualifizierungsbedarf bestimmen und Fördermöglichkeiten zu seiner Umsetzung nutzen.

Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die Pflege müssen verbessert werden

Alle genannten Handlungsfelder verweisen als Bedingung für ihre Umsetzung auf die Frage der Finanzierung der Pflege. Sowohl die Verbesserung der Attraktivität der Pflege durch substanzielle Ver-

besserungen der Arbeitsqualität wie die Steigerung der Fachkraftausbildung unterstellen offenkundig eine bessere finanzielle Ausstattung der Einrichtungen. Auch die Möglichkeit, in der Pflege ein leistungsgerechtes und existenzsicherndes Einkommen erzielen zu können, sind für ein gutes gesellschaftliches Image der Pflege wichtig.

Zugleich ist nicht von der Hand zu weisen, dass eine adäquate Finanzierung der Pflege schwierig erscheint. Bereits jetzt decken die Leistungen der Pflegeversicherung die Kosten der Pflege nicht ab (Rothgang et al. 2012).

Die Frage steht also im Raum:

Welche Pflege will sich unsere Gesellschaft leisten?

In der aktuellen Diskussion wird oft von der Prämisse ausgegangen, dass die Pflege der Zukunft gesichert werden muss, ohne dass ihr zusätzliche Finanzquellen zur Verfügung stehen werden. Zur Lösung der Probleme werden dementsprechende Ansätze diskutiert, die weitere Effizienzreserven durch strukturelle Veränderungen erschließen sollen. Ob dies dazu geeignet ist, „den Druck aus dem System zu nehmen“, darf bezweifelt werden. Eine Verschlechterung der Versorgungsqualität würde jedoch einer der reichsten Gesellschaften Europas ein Armutszeugnis ausstellen. Vielleicht muss umgedacht werden: Auch die Fachkräfteproblematik in der Pflege führt auf die Frage, ob an der Leitlinie einer strikten „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens weiterhin festgehalten werden sollte.

Forschungsperspektive: Befragung von in der Pflege Beschäftigten

Im Rahmen der Befragung haben sich verschiedene Aspekte ergeben, die nahelegen, die Ergebnisse der Befragung der Einrichtungen mit einer Befragung der in der Pflege Beschäftigten zu spiegeln. Mit dem Qualifikationsbedarf, der Teilzeitproblematik, den Rahmenbedingungen für eine berufliche Weiterentwicklung insbesondere für Frauen und der Verbesserung der Qualität der Arbeit sind Handlungsfelder angesprochen, über die in sozialen Aushandlungsprozessen entschieden wird (Büchter 1999, Husemann 1999). Welche konkreten Optimierungsmöglichkeiten sehen die Pflegekräfte in den Einrichtungen? Dem wird im Jahr 2013 in einer qualitativen Untersuchung im IAW nachgegangen werden, um die Ergebnisse in den weiteren Gestaltungsprozess der Pflege mit einzubringen. Auch mit dieser Untersuchung hat die Arbeitnehmerkammer Bremen das IAW beauftragt.

Inhaltsverzeichnis

VORWORT.....	3
ZUSAMMENFASSUNG.....	5
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	13
TABELLENVERZEICHNIS.....	14
TEIL A: DIE PFLEGE – SITUATIONSBESCHREIBUNG UND ENTWICKLUNGSTRENDS.....	15
1 PFLEGE UND PFLEGearBEIT IM STRUKTURWANDEL.....	15
1.1 Prognosen: In der Pflege droht eine erhebliche Personallücke.....	15
1.2 Die Attraktivität der Pflegearbeit muss deutlich gesteigert werden.....	16
1.2.1 Vergütungssituation.....	16
1.2.2 Teilzeitarbeit.....	17
1.2.3 Arbeitsbedingungen und Belastungen.....	17
1.2.4 Berufliche Verweildauer.....	18
1.3 Die Pflege muss gesellschaftlich aufgewertet werden.....	18
1.3.1 Aufwertung der Pflege = Abwertung der Pflege?	18
1.3.2 Das Berufsverständnis der Pflegenden als Faktor der Berufstreue	20
1.3.3 Chancen und Risiken der Entwicklung für Frauen.....	21
1.3.4 Die Ausschöpfung des Fachkräftepotenzials erfordert vertikale Durchlässigkeit zwischen den Qualifikationsstufen.....	21
2 AKTUELLE REGIONALE ARBEITSMARKTSITUATION IN DER PFLEGE	23
3 REGIONALE AUSBILDUNGSSITUATION	27
3.1 Ausbildung in der Altenpflege	27
3.2 Ausbildung in der Krankenpflege	28
3.3 Umschulungen Altenpflegehilfe.....	28
3.4 Schulische Altenpflegehilfeausbildung	28
3.5 Modellversuch Pflegehelfer/-in (generalistische Ausrichtung)	29
TEIL B: ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG DER REGIONALEN PFLEGEEINRICHTUNGEN	30
4 ZIELE UND DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG.....	30
4.1 Zielsetzung der Untersuchung	30
4.2 Methodisches Vorgehen.....	30
4.3 Durchführung	30
5 BETRIEBLICHE STRUKTURDATEN.....	33
5.1 Zunehmender Dienstleistungsmix.....	33
5.2 Betriebsgrößenklassen im Rücklauf	33
5.3 Vergütungsstrukturen in den Einrichtungen	34
5.4 Interessenvertretungen in den Einrichtungen	34
5.5 Zusammenfassung	34
6 BESTANDSAUFNAHME DER AKTUELLEN PERSONALSTRUKTUR.....	35
6.1 Personalbestand in den Einrichtungen	36
6.2 Qualifikation des Pflegepersonals	37
6.3 Beschäftigungsformen: Vollzeit, Teilzeit, geringfügige Beschäftigung.....	40
6.4 Leiharbeit in der Pflege.....	42
6.5 Altersstruktur und betriebliche Beschäftigungsdauer.....	43
6.6 Männliche und weibliche Beschäftigung in der Pflege	44
6.7 Migrationshintergrund bei den Pflegekräften	45
6.8 Zusammenfassung	46

7 PERSONALBEDARF UND BEDARFSDECKUNG	49
7.1 Personalfluktuatun und Veränderung des Personalbestands.....	49
7.2 Bedarf und Bedarfsdeckung 2011, Bedarfe für 2012.....	50
7.3 Einschätzungen zur Personalbedarfsdeckung 2012	52
7.4 Zusammenfassung	53
8 MASSNAHMEN ZUR NACHHALTIGEN BESCHÄFTIGUNG IN DER PFLEGE	54
8.1 Die Einrichtungen geben insgesamt große und vielfältige Aktivitäten an	54
8.2 Aktivitäten im Bereich der Organisationsentwicklung	54
8.3 Aktivitäten im Bereich der Qualifikationsentwicklung	56
8.4 Aktivitäten im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes	57
8.5 Vergleich der Aktivitäten in ausgewählten Handlungsfeldern in Kranken- und Altenpflege.....	58
8.6 Zusammenfassung	60
9 QUALIFIZIERUNGSBEDARFE	61
9.1 „Top“-Qualifizierungsbedarfe für Führungskräfte, Fachkräfte und Hilfskräfte	61
9.2 Zusammenfassung	63
10 HANDLUNGSVORSCHLÄGE FÜR BUND, LAND UND KOSTENTRÄGER	64
10.1 „Verbesserung der Rahmenbedingungen“ und „Ausbildung“ als zentrale Handlungsfelder	64
10.2 Eine leistungsgerechte Vergütung für Pflegekräfte ermöglichen	65
10.3 Mehr Altenpflege-Erstausbildung ermöglichen	65
10.4 Das Image der Pflege verbessern.....	66
10.5 Bürokratie abbauen.....	66
10.6 Zusammenfassung	66
LITERATURVERZEICHNIS	67
ANHANG	70
Ergänzende Tabellen.....	70
Dokumentation des Fragebogens (Variante Altenpflege).....	80

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Arbeitslose und Arbeitsstellen im Land Bremen.....	23
Abbildung 2: Vergleich von Berufsgruppen mit längsten Vakanzzzeiten im Land Bremen	25
Abbildung 3: Vakanzzzeiten in Tagen (Juni 2012).....	25
Abbildung 4: Zusammensetzung des Rücklaufs nach Betriebsgrößenklassen.....	33
Abbildung 5: Vergütungsstrukturen in den Einrichtungen	34
Abbildung 6: Interessenvertretungen in den Einrichtungen.....	34
Abbildung 7: Zusammensetzung des Pflegepersonals nach Kompetenzstufen.....	37
Abbildung 8: Ausbildungsabschlüsse der Pflegefachkräfte.....	37
Abbildung 9: Interesse an Modellversuchen zur Heilkundeübertragung.....	39
Abbildung 10: Teilzeitarbeit in den Kompetenzstufen.....	40
Abbildung 11: Zukünftige Entwicklung der Teilzeitarbeit.....	41
Abbildung 12: Zukünftige Entwicklung der Teilzeitarbeit bei examinierten Pflegekräften.....	41
Abbildung 13: Leiharbeit in der Pflege.....	42
Abbildung 14: Altersstruktur der Pflegekräfte.....	43
Abbildung 15: Betriebliche Beschäftigungsdauer der Pflegekräfte.....	44
Abbildung 16: Vollzeit/Teilzeit nach Geschlecht der Pflegekräfte	44
Abbildung 17: Personalbedarf 2011, Bedarfsdeckung 2011, Bedarfe für 2012 (alle Einrichtungstypen).....	50
Abbildung 18: Personalbedarf 2011, Bedarfsdeckung 2011, Bedarfe für 2012 in der stationären Pflege.....	51
Abbildung 19: Erwartung dass 2012 ausreichend neue Pflegekräfte gefunden werden können.	52
Abbildung 20: Erwartung, dass 2012 ausreichend Pflegekräfte an die Einrichtung gebunden werden können.....	52
Abbildung 21: Maßnahmen im Bereich Organisationsentwicklung (1).....	55
Abbildung 22: Maßnahmen im Bereich Organisationsentwicklung (2).....	56
Abbildung 23: Maßnahmen im Bereich Qualifikationsentwicklung.....	56
Abbildung 24: Maßnahmen im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz.....	57
Abbildung 25: Aktivitäten „Altersstrukturanalyse“.....	58
Abbildung 26: Aktivitäten für Gestaltung altersgerechte Arbeitsplätze.....	58
Abbildung 27: Aktivitäten zur Vereinbarkeit Familie / Beruf.....	59
Abbildung 28: Aktivitäten zur Anpassung der Arbeitszeiten an die Interessen der Beschäftigten	59
Abbildung 29: Aktivitäten zur Aktivierung von Berufsrückkehrerinnen.....	59
Abbildung 30: „Top“-Qualifizierungsfelder für Pflegekräfte mit Leitungsfunktionen.....	61
Abbildung 31: „Top“-Qualifizierungsfelder für Pflegefachkräfte.....	62
Abbildung 32: „Top“-Qualifizierungsfelder für Pflegehilfskräfte.....	62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Berufsgruppen in der Klassifikation der Berufe 2010	23
Tabelle 2: Frauenanteile an den Arbeitslosen in den Berufsgruppen in Prozent.....	24
Tabelle 3: Vollzeitarbeit (Anteile in Prozent Stellenstatistik).....	25
Tabelle 4: Erstausbildung und Umschulung in der Altenpflegeausbildung nach dem AltPflG	27
Tabelle 5: Krankenpflegeausbildung (Stichtag 01.11.2012).....	28
Tabelle 6: Umschulung in der einjährigen Altenpflegeausbildung, Teilnehmer/-innen am Stichtag	28
Tabelle 7: Zahl der Schülerinnen in den Berufsfachschulen Pflegehilfe (November 2012).....	29
Tabelle 8: Gesamtheit und Rücklauf (bereinigt)	31
Tabelle 9: Personalbestand (alle Einrichtungen) nach Kompetenzniveaus	36
Tabelle 10: Pflegepersonal mit Fachweiterbildung	38
Tabelle 11: Anteil der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund an den Pflegekräften	46
Tabelle 12: Personalbestand Dez. 2010, Zugänge / Abgänge 2011, Fluktuationsquote, Personalwachstum 2011.....	50
Tabelle 13: Handlungsvorschläge der Einrichtungen (Handlungsfelder).....	64
Tabelle 14: Vorschläge im Handlungsfeld: Verbesserung der Rahmenbedingungen.....	65
Tabelle 15: Vorschläge im Handlungsfeld: Ausbildung.....	65
Tabelle 16: Vorschläge im Handlungsfeld: Spezifische Maßnahmen zur Fachkräftesicherung.....	66
Tabelle 17: Vorschläge im Handlungsfeld: Verbesserte Kooperation und Bürokratieabbau.....	66
Tabelle 18: Beschäftigungsverhältnisse in den Kompetenzstufen	70
Tabelle 19: Verteilung des Pflegepersonals in den Kompetenzstufen nach Geschlecht	70
Tabelle 20: Verteilung des Pflegepersonals nach Vertragsverhältnissen und Geschlecht	70
Tabelle 21: Personalbedarf und seine Deckung, alle Einrichtungen	71
Tabelle 22: Personalbedarf und seine Deckung, Krankenhäuser	71
Tabelle 23: Personalbedarf und seine Deckung, stationäre Pflege	71
Tabelle 24: Personalbedarf und seine Deckung, ambulante Pflege	71
Tabelle 25: Zukünftige Bedeutung von Teilzeitarbeitsverhältnissen in der Pflege	72
Tabelle 26: Handlungsfelder zur nachhaltigen Beschäftigung - Übersicht (alle Einrichtungen)	73
Tabelle 27: Handlungsfelder zur nachhaltigen Beschäftigung - Übersicht Krankenhäuser	74
Tabelle 28: Handlungsfelder zur nachhaltigen Beschäftigung - Übersicht stationäre Pflege	75
Tabelle 29: Handlungsfelder zur nachhaltigen Beschäftigung - Übersicht ambulante Pflege	76
Tabelle 30: Qualifizierungsbedarfe Krankenhäuser	77
Tabelle 31: Qualifizierungsbedarfe in der stationären Pflege	78
Tabelle 32: Qualifizierungsbedarfe ambulante Pflege	79

Teil A: Die Pflege – Situationsbeschreibung und Entwicklungstrends

1 Pflege und Pflegearbeit im Strukturwandel

Der demografische Wandel betrifft die Pflege in doppelter Weise. Mit der Alterung der Bevölkerung steigt die Nachfrage nach professioneller Pflege. Zugleich sinkt das Arbeitskräftepotenzial, aus dem der Bedarf nach Pflegefachkräften gedeckt werden kann. Mit den demografischen Veränderungen altern auch die „Pflegebelegschaften“; das Durchschnittsalter der Pflegenden steigt (Kromark et al. 2007: 24).

Zugleich befindet sich die Pflege im Wandel und muss sich neuen Herausforderungen stellen. Die Ansprüche an Pflege verändern sich. Eine ambulante Versorgung in vertrauter Umgebung ist der Wunsch vieler Menschen. Der Vorrang der ambulanten Pflege vor der stationären Pflege wurde vom Gesetzgeber in der Pflegeversicherung als Rechtsnorm verankert. Neue Betreuungsformen entwickeln sich. Die Zahl der zu betreuenden Demenzzkranken nimmt zu. Damit ändern sich die Struktur der Dienstleistungsangebote und damit auch die Anforderungen an die Pflegekräfte und ihre Qualifikationen.

Im Zuge der „Ökonomisierung“ der Pflege – verstanden als Primat betriebswirtschaftlicher Effizienz in der Durchführung des Versorgungsauftrags – zeichnen sich Veränderungen der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen und in der Pflege ab. Neue Spezialisierungen und Berufszuschnitte entstehen in der Erstausbildung (z. B. Operationstechnische/-r Assistent/-in) wie auch in der Fortbildung.

Die Entwicklungen in der Pflege sind Resultat eines vielschichtigen gesellschaftlichen Prozesses. Eine Annäherung ist daher mit unterschiedlichen Ansätzen – z. B. ausgehend von den Erkenntnissen der Pflegewissenschaft, von den Veränderungen des Rechtsrahmens oder unter dem Gender-Aspekt – möglich. In der folgenden Darstellung werden entsprechend dem Projektauftrag zentrale Aspekte der Entwicklung der Pflege unter dem spezifischen Gesichtspunkt der Qualifikationsentwicklung und der Fachkräftesicherung beleuchtet. Eine umfassende Darstellung ist insofern nicht intendiert und würde auch den Rahmen dieses Untersuchungsberichts sprengen.

1.1 Prognosen: In der Pflege droht eine erhebliche Personallücke

Zur Entwicklung der Personallücke in der Pflege liegen verschiedene Prognosen vor.¹¹ Auch die

aktuellsten Studien, die die Nachfrage für Pflegeleistungen und das Angebot von Pflegekräften bis zum Jahr 2030 hochrechnen und gegenüberstellen, kommen zu besorgniserregenden Zahlen.¹² In ihren Basis-Szenarios – also insbesondere ohne Berücksichtigung gegensteuernder Effekte – fehlen 2030 bundesweit mehrere Hunderttausend Pflegekräfte. Dabei liegen „Vollzeitäquivalente“ zugrunde, das heißt, je nach Teilzeitquote liegt die Zahl der notwendigen „Köpfe“ noch einmal erheblich höher.

Rothgang/Müller/Unger (2012, 52/54) ermitteln je nach Szenario bundesweit eine Personallücke zwischen 490.000 und 250.000 Vollzeitäquivalenten. In ihrem Status-Quo-Szenario errechnen sie eine Lücke von bundesweit ca. 435.000 Vollzeitäquivalenten, für das Land Bremen von ca. 2.300 Vollzeitäquivalenten.¹³

Das „optimistische“ Szenario setzt hier vor allem auf eine Stärkung der häuslichen Pflege und darin auf einen Wandel der Bedingungen, der es erlauben soll, mit weniger beruflichen Pflegekräften auszukommen, indem das „zivilgesellschaftliche Engagement“ gestärkt wird und die zu dessen Betätigung notwendigen kommunalen Strukturen geschaffen werden.

Die Prognose von Burkart/Ostwald/Erhard (2012: 24f) errechnet im Status-Quo-Szenario eine Personallücke im Pflegewesen von 163.300 Vollzeitkräften (= 33 % des Bedarfs) und im Gesundheitswesen (Krankenhäuser) von 192.500 Vollzeitkräften (= 28 % des Bedarfs). Für Niedersachsen und das Land Bremen bedeutet dies insgesamt eine Lücke von rund 25 % des Bedarfs an Pflegekräften im Jahr 2030.

Angesichts dieser Zahlen liegt es auf der Hand, dass eine weitgehende Ausschöpfung des vorhandenen und noch erschließbaren Qualifikationspotenzials für die Pflege unverzichtbar ist. Dafür ist neben einer Steigerung der Qualifizierung von Fachkräften (durch Ausbildung, Umschulung und Weiterbildung) eine bessere Nutzung des vorhandenen Fachkräftepotenzials nötig, die im Wesentlichen durch längere Berufsverweilzeiten, die Förderung der Berufsrückkehr bei unterbrochenen Erwerbsverläufen sowie

12 Vgl. die ZeS/Bertelsmann-Studie *Themenreport „Pflege 2030“* (Rothgang/Müller/Unger 2012) sowie die PwC-Studie *112 – und niemand hilft* (Burkhart/Ostwald/Erhard 2012).

13 Auf Basis einer Hochrechnung von Daten der Pflegestatistik und des Erwerbspersonenpotenzials bleibt allerdings hier der beschäftigungsstarke Bereich der Krankenpflege ausgespart. Eine differenzierte Betrachtung des Pflegekräftebedarfs nach Kompetenzstufen ist darin ebenfalls nicht enthalten.

Im Rahmen dieser Studie werden auch kleinräumige Prognosedaten bereitgestellt (vgl. <http://www.wegweiser-kommune.de>). Bei der insgesamt prognostizierten großen bundesweiten Personallücke dürfte der Wettbewerb um Pflegekräfte jedoch zunehmend auch zwischen den Regionen stattfinden, was den praktischen Wert allzu kleinräumiger Hochrechnungen einschränken dürfte.

11 Afentakis/Maier 2010, Kromark et al. 2007; Simon 2010, Ostwald et al. 2010: 11; Regionalanalysen: Sielgen 2011, Pohl 2011 (NRW), Pohl/Sujata/Weyh 2012 (Sachsen).

durch höhere Vollzeitquoten erreicht werden könnte.

Dabei kommt es auch auf eine bedarfsgerechte Qualifizierung an, um nachgefragte und angebotene Qualifikationen möglichst weitgehend in Übereinstimmung zu bringen.

Zentrale Rahmenbedingungen für die Abwendung der drohenden Personallücke in der Pflege sind daher

- die Attraktivität der Pflegearbeit,
- die Entwicklung des Pflegeberufs und des Selbstverständnisses der Pflege,
- die Entwicklung der Ausbildung und der Nutzung der Möglichkeiten der Arbeitsförderung,
- und damit letztlich auch die Sicherung der Finanzierung der Pflege.

1.2 Die Attraktivität der Pflegearbeit muss deutlich gesteigert werden

Um die Schere zwischen wachsendem Personalbedarf in der Pflege und sinkendem Arbeitskräfteangebot zu schließen, müssen mehr Kräfte für die Pflege gewonnen und länger im Beruf gehalten werden. Der Attraktivität der Pflegearbeit kommt dabei eine entscheidende Rolle zu:

- Wie sich der Rückgang der Schulabgänger/-innen auf die Zahl der Ausbildungsplatzbewerber/-innen für Pflegeberufe konkret auswirken wird, wird insbesondere auch von Faktoren wie der Berufsattraktivität (u. a. Vergütung, Arbeitsbedingungen) mit beeinflusst (Fenchel 2011: 14). Image- und Informationskampagnen in der Phase der Berufsorientierung der Jugendlichen können daher nicht nachhaltig greifen, solange das „schlechte Image“ in den realen Verhältnissen der Pflege eine Grundlage findet.
- Wenn die Möglichkeit fehlt, ein ganzes Arbeitsleben in der Pflege zu bleiben, weil die kumulierten Belastungen zu einer Flucht in die Teilzeitarbeit oder zu vorzeitiger Berufsaufgabe führen, geht bereits qualifiziertes Personal der Pflege verloren.

Insbesondere mit der Einführung des fallpauschalisierten Entgeltsystems (DRG) im Krankenhaus¹⁴ und der Pflegeversicherung¹⁵ wurde ein

¹⁴ Vgl. Braun et al. 2010.

¹⁵ „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

Strukturwandel eingeleitet, der sich zugespitzt als „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens charakterisieren lässt.¹⁶ Der zunehmende Wettbewerbsdruck und Zwang zur Kosteneffizienz der angebotenen Leistungen hat sich negativ auf die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen ausgewirkt. Vom Ziel „guter Arbeit“ scheint die Pflege daher momentan recht weit entfernt.

1.2.1 Vergütungssituation

Die Bruttoeinkommen in der Pflege liegen – auf Basis einer 38-Stunden-Woche – mit durchschnittlich 2.360 Euro (hier und im Folgenden Mittelwerte, vgl. Bispinck et al. 2012) in einem Bereich, in dem sich – folgt man der aktuellen Debatte um die Zuschussrente – auch bei 40-jähriger Einzahlung in die Rentenkasse kein Alterseinkommen deutlich über der Grundversicherung erzielen lässt.

Altenpflegerinnen/Altenpfleger verdienen mit 2.148 Euro durchschnittlich weniger als Krankenpflegerinnen/Krankenpfleger mit 2.379 Euro; Altenpflegehelfer/Altenpflegehelferinnen kommen auf 1.877 Euro.

Frauen verdienen in der Pflege durchschnittlich um ca. 10 Prozent geringere Einkommen als Männer.¹⁷ In befristeten Arbeitsverhältnissen – besonders verbreitet in den ohnehin geringer bezahlten Helferberufen – wird durchschnittlich 18 Prozent weniger verdient als in unbefristeten Arbeitsverhältnissen.¹⁸ Die Schutzwirkung einer Tarifbindung wird darin deutlich, dass in tarifgebundenen Betrieben durchschnittlich 19 Prozent höhere Einkommen erzielt

Durchschnittswerten gebildete 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 2012: 187f)

16 Eine aktuelle und umfassende empirische Studie zu den Folgen der Ökonomisierung in der ambulante Pflege fasst deren Auswirkungen wie folgt zusammen: „Aufgrund der zunehmenden Vermarktlichung der Versorgungsstrukturen wächst in der Pflegepraxis die Diskrepanz zwischen dem real existierenden Pflegebedarf und institutionellen Interesse der Versorgungsanbieter nach wirtschaftlicher Sicherheit. Eine Autonomie der Pflege gegenüber der ökonomischen Logik ist damit konterkariert und Tür und Tor für eine Pflege geöffnet, die sich kommerziellen Anforderungen unterwirft, dabei zentrale Qualitätsmaßstäbe zur Disposition stellt und die Deutungshoheit im Bereich der Leistungssteigerung und -kontrolle Stück um Stück an die Ökonomie abgibt.“ (Slotala 2011: 202)

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

18 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“).

werden als in nicht tarifgebundenen Einrichtungen.¹⁹ Der 2010 eingeführte gesetzliche Pflege-Mindestlohn in der Altenpflege ist zwar ein Fortschritt bezogen vor allem auf die Entlohnung geringfügig Beschäftigter und Hilfskräfte (derzeit 8,75 Euro West, 7,75 Euro Ost), bedeutet jedoch keine substanzielle Verbesserung für die Beschäftigten. Eine Betrachtung der Vergütungssituation muss in Rechnung stellen, dass ein erheblicher Anteil der Pflegekräfte, in ihrer Mehrzahl Frauen, eine Teilzeitbeschäftigung ausübt. Die oben genannten Durchschnittslöhne sind auf eine 38-Stunden-Normalarbeitswoche bezogen. Die in Teilzeit real erreichbaren Einkommen liegen daher noch einmal erheblich unter den genannten „idealen“ Durchschnittslöhnen.

„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 Prekärlöhne).“ (Bettig 2012: 85)

Vor diesem Hintergrund verwundert nicht, dass der ergänzende Bezug von SGB II-Leistungen in der Pflege keine vereinzelte Erscheinung ist (Engelen-Kefer 2012).

1.2.2 Teilzeitarbeit

In der Pflege findet sich eine überdurchschnittliche Verbreitung von Teilzeitarbeit. Simon (2010) zufolge hat die Teilzeitbeschäftigung in der Pflege von 40 Prozent (1999) auf über 50 % (2009) zugenommen; in der stationären Altenpflege wurden sogar 54 %, 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)²⁰

Teilzeitarbeit kann den Interessen der Beschäftigten entsprechen, die eine Teilzeitbeschäftigung in ihrer aktuellen Lebensphase als Mittel zur individuellen Gestaltung der Work-Life-Balance anstreben und ihre Arbeitszeit lebensphasenorientiert an die jeweilige Situation anzupassen (z. B. zur Übernahme von familiären und Erziehungsaufgaben oder für Qualifizierungsphasen). Oft jedoch resultiert der Teilzeitwunsch insbesondere älterer Pflegekräfte aus dem Umstand, dass die Reduzierung der Arbeitszeit als einziges Mittel bleibt, einer für sie nicht mehr tragbaren Belastungssituation zu entgehen („Flucht in Teilzeitarbeit“), soweit dies für sie ökonomisch trag-

bar ist. Dem steht gegenüber, dass insbesondere viele Frauen in Teilzeit sich eher eine Ausweitung ihrer Arbeitszeit wünschen.²¹

Auf der anderen Seite entspricht Teilzeitarbeit in der Pflege dem Interesse der Einrichtungen an einer flexiblen Dienstplangestaltung und wird insofern unter Effizienz- und Kostengesichtspunkten eingesetzt:

„Die starke Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung in Pflegeberufen dürfte nur zum Teil durch persönliche Lebensumstände der Beschäftigten erklärbar zu sein, wie bspw. die Betreuung von Kindern. Die gestiegene Teilzeitquote scheint vielmehr vor allem Ergebnis eines veränderten Arbeitsplatzangebotes der Einrichtungen und einer durch Unterbesetzung verursachten chronischen Überlastung des Pflegepersonals zu sein. Die Umwandlung von Vollzeit- in Teilzeitstellen wird seit mehreren Jahren zunehmend von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen als Maßnahme zur Flexibilisierung des Personaleinsatzes und dadurch erreichbarer Einsparung von Personalkosten eingesetzt. Die aus einer personellen Unterbesetzung resultierende steigende Arbeitsbelastung veranlasst wiederum Pflegekräfte, ihre Arbeitszeit zu reduzieren, um einer chronischen Arbeitsüberlastung zu begegnen und gesundheitliche Schäden zu vermeiden.“ (Simon 2012: 3)

1.2.3 Arbeitsbedingungen und Belastungen

Eine ganze Reihe von Studien dokumentiert die ungünstigen Arbeitsbedingungen in der Pflege und deren Folgen.²² Bei krankheitsbedingten Fehlzeiten²³, Präsentismus²⁴ und Frühverrentungen liegt die Pflege über dem gesellschaftlichen Durchschnitt. Offensichtlich „führen Arbeitsverdichtung, zunehmende Bürokratie, eine steigende Zahl Demenzzkranker und andere Faktoren zu hohen psychischen und phy-

21 „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)

22 Vgl. z. B. INQA 2007, Dathe/Paul 2010 auf Basis des DGB-Index „Gute Arbeit“; zusammenfassend auch 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).

23 Vgl. Braun/Buhr/Müller (2008: 103). INQA (2007) gibt für die Altenpflege in der Summe 8 Millionen Ausfallstunden an – dies entspricht 5000 Stellen!

24 Vgl. Jansen (2011). Überdurchschnittlich häufig beantworteten 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?“ (Dathe/Paul 2010 auf Basis des DGB-Index „Gute Arbeit“)

19 Bettig 2012, Zahlen aus der Zusammenfassung <http://www.lohnspiegel.de/main/zusatzinformationen/pflegerufe>

20 Diese Tendenz bildet sich auch in vorliegenden eigenen Erhebung für 2012 ab und wird durch die Pflegestatistik regional bestätigt; siehe Kapitel 6.3.

sischen Belastungen bei den Pflegekräften, die kaum zu bewältigen sind.“ (INQA 2007: 7)

Die Vergütungssituation und die aktuelle Arbeitssituation in der Pflege konstituieren zusammengekommen eine Lage, die dem Ziel einer verbesserten Ausschöpfung des (Fach-)Kräftebedarfs in der Pflege entgegensteht. Das oft beklagte „Imageproblem“ der Pflege findet damit eine solide Grundlage in einer Situation, in der die Interessen der Beschäftigten unzureichend berücksichtigt werden. Die Pflege kann es sich jedoch nicht leisten, ihre Mitarbeiter/-innen „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 INQA²⁵ 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.²⁶

1.2.4 Berufliche Verweildauer

Viele Studien haben die Pflege als einen Berufszweig dargestellt, in der ein frühzeitiger Berufsausstieg verbreitet ist. Durchschnittliche berufliche 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. Schindele (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).²⁷

Diese Befunde werden derzeit hinterfragt. Eine kritische Neubewertung der vorliegenden Studien durch das BIBB kommt zum Ergebnis, dass Pflege-

berufe „besser als ihr Ruf“ sind, insofern neuere Untersuchungen „auf eine hohe Berufsbindung von gelernten Kranken- und Altenpflegekräften“ verweisen (Hall 2012).

Dennoch sind zwei Befunde festzuhalten:

- Die Berufsverweildauer in der Altenpflege ist im Durchschnitt deutlich geringer als in der Krankenpflege. Einer Angleichung der Berufsverweildauer in der Altenpflege an die der Krankenpflegekräfte wäre ein nicht unerheblicher Beitrag zu einer besseren Nutzung des vorhandenen Kräftepotenzials. Hackmann (2009) schätzt, dass sich „je nach Szenario ... weitere 80.000 bzw. 260.000“ Altenpflegekräfte - entsprechend 15 bis 49 Prozent der Nachfrage - für die Bedarfsdeckung gewinnen“ lassen.
- Auch wenn sich insbesondere die Krankenpflege derzeit nicht als „Ausstiegsberuf“ darstellt und die Berufstreue hoch ist, so bleibt sie dennoch ein Bereich, in dem viel über einen Ausstieg nachgedacht wird. Der NEXT (nurses early exit)-Studie für Deutschland zufolge „dachten 8,56 % 'mehrfach wöchentlich oder häufiger' an den Berufsausstieg. Weitere 10 % erwogen den Ausstieg 'mehrfach monatlich'.“ (Hasselhorn et al. 2005: 138)

Das Zusammenfallen der Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen und einer dennoch großen Berufstreue wirft ein Licht auf die im Bereich der sozialen Dienstleistungen große Bedeutung einer hohen Identifikation mit einer als sinnhaft empfundenen Arbeit und der daraus folgenden intrinsischen Motivation.²⁸ Substanzielle Veränderungen im Berufsbild der Pflege können daher auf die Identifikation und Motivation der Pflegekräfte rückwirken.

1.3 Die Pflege muss gesellschaftlich aufgewertet werden

1.3.1 Aufwertung der Pflege = Abwertung der Pflege?

Vor dem Hintergrund der absehbaren Personallücke in der Pflege werden tief greifende Veränderungen der Qualifikations- und Personalstruktur, der Beschäftigungsverhältnisse sowie des Berufsbilds der Pflege diskutiert. Auf Basis der Annahme, dass mehr Geld für die Pflege nicht bereitstehen wird, soll die (Fach-)Kräfteversorgung durch weitere Effizienzsteigerungen gesichert werden.

Auf der einen Seite werden vor allem von der Pflegewissenschaft wichtige neue Qualifikations-

25 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.

26 Über die Breite der Ansätze und Best-Practice-Beispiele im Bund gibt Braeske et al. (2012) einen Überblick. Vgl. auch Freiling/Gottwald (2012). Dabei ist insbesondere die Entwicklung der Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter/-innen durch entsprechende Qualifizierungsangebote zu beachten. (Hamacher et al. 2012)

27 Zu ähnlichen Aussagen kommt auch der DGB-Index „Gute Arbeit“. Vgl. auch Jahn/Ulbricht 2011 (Krankenpflege als „Beruf mit begrenzter Tätigkeitsdauer“).

28 Überdurchschnittlich viele Beschäftigte im „Dritten Sektor“ identifizieren sich mit ihrer Arbeit, sind stolz auf ihre Arbeit und glauben, einen wichtigen gesellschaftlichen Beitrag zu leisten (Priller/Schmeißer 2012).

trends und -anforderungen an die zukünftige Pflegequalifikation diskutiert und definiert, denen in der Weiterentwicklung der Pflegeberufe Rechnung zu tragen ist. Professionelle Pflege muss sich an den Ergebnissen der Pflegeforschung und damit an evidenzbasierten Standards ausrichten.

Auf der anderen Seite wird vor dem Hintergrund der Frage, wie sich zunehmende Pflegeleistungen von der Gesellschaft auch in Zukunft noch finanzieren lassen, der Abschied vom Anspruch diskutiert, dass qualitativ hochwertige Pflege vor allem gut qualifiziertes Personal erfordert. Dem Mangel im Fachkräfteangebot soll nicht durch die Vermehrung der ausgebildeten ('teuren') Fachkräfte begegnet werden, sondern dadurch, einen Teil der Fachkräfte überflüssig zu machen: Pflegearbeit und -prozesse werden dann von weniger, dafür höher qualifizierten Fachkräften organisiert und die „eigentliche“ „körperliche“ Pflege an gering qualifizierte Kräfte delegiert:

„Die Schärfung des Berufsprofils 'Pflege' in der Kernkompetenz, also der 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 genannten „potenziellen Kosteneinsparungseffekte“ implizieren: 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. So ließe sich ohne Steigerung des Fachkräfteangebots ein dadurch reduzierter Fachkräftebedarf decken.

Die Folge wäre eine weiter fortschreitende qualifikatorische Segmentierung der Pflegearbeitsmärkte:

- Auf der einen Seite fände eine Höherqualifizierung statt, die für einen gewissen Teil der Pflegekräfte eine Aufwertung ihrer Tätigkeit, eine zunehmende Übernahme von Prozessverantwortung und Eigenständigkeit, Aufstiegsmöglichkeiten und damit auch die Sicherung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit und Verdienstmöglichkeiten bedeuten dürfte.
- Auf der anderen Seite – und dies wäre die Kehrseite – würde ein zunehmender Teil der Beschäftigten mit Qualifikationen unterhalb des Fachkräfteniveaus nachgefragt. Da sich der Abstand zur aufgewerteten Fachkräfteebene vergrößert, steigen für diese Gruppe die Hürden für einen qualifikatorischen Aufstieg an.

- Die „eigentliche“ Pflege droht damit, in unattraktiven und prekären Arbeitsverhältnissen festgeschrieben zu werden. Die auch für diesen Teil der Pflegekräfte dringend erforderliche gesellschaftliche Aufwertung ihrer Tätigkeit bliebe aus.

In diese Tendenz fügt sich die Diskussion um eine Absenkung der Fachkräftequote ein.²⁹ Es scheint, der Fachkräftemangel sollte dadurch bekämpft werden, dass Pflege als Facharbeit reduziert wird.

Die Realität dieses Modells kann bereits an Beispielen studiert werden, in denen modellhaft eine Umstellung der Arbeitsteilung im Krankenhaus umgesetzt wurde.³⁰

Gegenpositionen finden sich in der Literatur, scheinen aber in der aktuellen Diskussion kaum praktisches Gewicht zu erlangen.³¹ So verweist Behr (2010: 302) auf ein Positionspapier, das eine im Rahmen der Kampagne „Aufbruch Pflege“ von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege ins Leben gerufene Expertenkommission 2009 unter dem Titel „Pflege raus aus dem Abseits — Empfehlungen zu einer Refokussierung auf den Kernprozess der Pflege“ veröffentlicht hat. Als Kernprozess der Pflege wird hier weniger die Prozessgestaltung als vielmehr das eigene unmittelbare Pflegehandeln in den Vordergrund gestellt: Im Zentrum der Pflege steht, dass „die Mitarbeiter in der Pflege handelnd pflegen wollen und dies sinnbringend und sinnerhaltend auch müssen, und dass es nicht darum gehen darf, dass Pflegekräfte den Prozess der Pflege verwalten, anstatt selbst zu pflegen.“

Auch die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di hat sich in einem Positionspapier kritisch gegen diese Form der „Taylorisierung der Arbeit“ im Pflegebereich gewandt:

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

30 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“ erlaube, die ausschließlich in Teilzeilverträgen 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>)

31 Vgl. auch Friesacher (2009), der einen kritischen Diskurs des Begriffs der Evidenzbasierung der Pflege annimmt.

„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 Berufsgesetze und langjährige Tradition geprägte Selbstverständnis der Pflegekräfte zu berücksichtigen.“ (ver.di 2009)

1.3.2 Das Berufsverständnis der Pflegenden als Faktor der Berufstreue

Mit den genannten Strategien zur Effizienzsteigerung der Pflege wird somit auch eine Änderung des Selbstbilds der Pflegenden und ihres Berufsverständnisses wahrscheinlich. Über die Frage, was essenzielle Aufgaben der Pflege sind, wird bereits länger diskutiert (Isfort et al. 2009: 47).

Mit den absehbaren Veränderungen im Zuge einer neuen Arbeitsteilung zwischen tendenziell höher qualifizierten Fachkräften und geringer qualifizierten, billigeren Hilfskräften ist aber 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 Versorgung der Patienten zur Pflege gehören sollte – im Unterschied zu noch 69,4 % im Jahr 2003. (Braun et al. 2010: 164)

Andere Autoren/Autorinnen sehen daher sowohl die Pflegequalität als auch die Qualität der Pflegearbeit durch diesen Trend in Gefahr:

„Segmentierung statt Integration bestimmt derzeit das Bild, und die Folgen für die Nutzerinnen und Nutzer werden weitgehend ausgeblendet. Eine arbeitsteilige Zerstückelung vor allem der Pflegearbeit droht, und dies bedeutet eine Abkehr von der professionellen Beziehungs- und Emotionsarbeit Pflege und die Wiedereinführung der entwertenden und dysfunktionalen Funktionspflege durch die Hintertür.“ (Evans et al. 2011: 9).

Auch Backes/Amrhein/Wolfinger (2008) warnen vor den Folgen einer „Taylorisierung“ der Pflegearbeit.

Gerade in der Pflege wirken das berufliche Selbstverständnis und die Möglichkeit, sich dementsprechend in der Berufspraxis „zu verwirklichen“, als motivationale Faktoren, die Pflegekräfte trotz hoher Belastungen an ihren Beruf binden. Umgekehrt wird daher die Erfahrung, die hohen Ansprüche an die eigene Arbeit in dieser dauerhaft nicht oder kaum mehr realisieren zu können, zu einem Faktor für Resignation und psychische Belastung. Wird dies nicht berücksichtigt, könnte sich die „Aufwertung“ der Pflegearbeit am Ende als Bumerang erweisen.³²

Der Frage, worin Pflegekräfte selbst ihre „Kernkompetenz“ sehen, und wo sie selbst sich in der Zuspitzung zwischen einem mehr „ganzheitlichen“ oder mehr auf „Prozesssteuerung“ ausgerichteten Verständnis professioneller Pflege positionieren, muss daher bei der zukünftigen Gestaltung und Organisation der Pflegearbeit ein hohes Gewicht zugestanden werden, um die Attraktivität der Pflegearbeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen:

„Von vielen Pflegekräften sowohl in Krankenhäusern als auch in Pflegeheimen hört man immer häufiger, dass sie den Sinn ihrer Arbeit nicht oder nur sehr schwer erkennen können. [...] Auch wird der massive Zeitdruck beklagt. Zudem ist die Vergütung der Mitarbeiter gerade in der Altenpflege nicht besonders attraktiv. [...] 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: 302f)

32 „- Trifft es zu, dass die Unterordnung unter die Funktionen der klinischen Versorgung besonders belastend sind, so wäre eine Weitergabe der damit verbundenen Belastungen an untergeordnete Dienste eine Verschiebung von Arbeitsbelastungen an sozial schlechter gestellte Gruppen, die ohnehin gesundheitlich stärker belastet sind.

- Der Wunsch nach einer weiteren arbeitsteiligen Ausdifferenzierung der Pflegeleistungen zur Entlastung widerspricht arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen, wonach ein umfassender Arbeitsvollzug mit einer höheren Arbeitszufriedenheit einhergehen kann. [...] - Die weitere Zergliederung der Pflege in verschiedene Funktionsdienste und Aufgabenbereiche widerspräche grundlegend der in der Pflege selbst erhobenen Forderung nach einer patientenorientierten Pflege.“ (Blättner et al. 2005: 32)

1.3.3 Chancen und Risiken der Entwicklung für Frauen

„Pflege ist weiblich“³³: In den Leitungsfunktionen, unter den akademisch ausgebildeten Fachkräften, unter dem Personal, das eine Fachweiterbildung durchlaufen hat, sind Männer – so auch unsere in diesem Bericht vorgestellten Zahlen – aber bereits heute leicht überproportional vertreten. In der professionellen Pflege findet sich eine deutliche Geschlechterhierarchie:

„Die relativ höchsten Frauenanteile haben die unterstützenden Hilfstätigkeiten mit jeweils über 90 %, während bei den sehr wenigen Beschäftigten, die einen pflegewissenschaftlichen Studienabschluss haben, der Männeranteil auf ein Drittel ansteigt (ambulant: 29,6 %, stationär 33,1 %); dort ist auch der Anteil an Vollzeitkräften mit 63,2 % (ambulant) bzw. 69,7% (stationär) am höchsten. Je höher also die Ausbildung ist, desto höher sind die Anteile an Männern und Vollzeitbeschäftigten in der beruflichen Pflege älterer Menschen.“ (Backes/Amrhein/Wolfinger, 50)

Auf der einen Seite kann die „Aufwertung“ der Fachpflege für Frauen eine Chance durch eine Erweiterung der Aufstiegs- und Veränderungsmöglichkeiten durch Qualifizierung bedeuten. Dies erfordert, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass diese Chancen von Frauen auch für sich genutzt werden können. Dabei stellt sich insbesondere die Frage, ob und wie Funktionen und Positionen, für die nunmehr zunehmend eine akademische Qualifikation zur Voraussetzung erklärt wird, auch von der „normalen Krankenschwester“ in einer zusätzlichen Qualifizierungsphase praktisch erreicht werden können – oder ob ihre dreijährige Berufsausbildung, die bislang als adäquate und fachlich solide Basis ihrer Tätigkeit und Weiterqualifizierung galt, zur Sackgasse wird und damit abgewertet erscheint. Mit der Akademisierung der Pflege erweisen sich schon jetzt qualifikatorische Aufstiegswege für dreijährig qualifizierte Kräfte zunehmend als versperrt (Heisig 2009: 49). Dies erscheint besonders unter dem Aspekt problematisch, dass auch Berufsrückkehrerinnen eine Perspektive für eine Weiterqualifizierung zu Leitungs- oder Funktionsaufgaben haben sollten.

Auf der anderen Seite besteht mit der Zunahme gering qualifizierter Hilfstätigkeiten die Gefahr, dass sich atypische Arbeitsverhältnisse und geringe Ver-

gütungen gerade für Frauen im Pflegebereich auf Dauer verfestigen.

1.3.4 Die Ausschöpfung des Fachkräftepotenzials erfordert vertikale Durchlässigkeit zwischen den Qualifikationsstufen

Mit der Aufwertung und Akademisierung der Fachpflege beginnt sich eine zunehmende Abgrenzung des Personals in Pflegefachkräfte (Management) und Pflegehilfskräfte (Durchführung) abzuzeichnen.

Zwischen Fachkräften und Hilfskräften klappt dann eine größer werdende qualifikatorische Lücke: Hier hoch qualifizierte Kräfte, verantwortliche Manager/-innen der Pflegeprozesse, für deren Tätigkeit zunehmend eine akademische Ausbildung vorausgesetzt wird, dort einfach qualifizierte Hilfskräfte als ausführende Organe. Dabei können höhere Qualifikation und Verantwortung für sich allein die Attraktivität der so aufgewerteten Pflegefacharbeit nicht sicherstellen:

„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 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 Pflege-notstand weiter verstärkt werden.“ (Hielscher et al. 2012)

Interessanterweise wird hier – und damit durchaus exemplarisch in der aktuellen Diskussion – eine höhere Attraktivität der Pflege nur unter dem Gesichtspunkt der Aufwertung der Fachpflege diskutiert. Für diese bereits gut qualifizierte Berufsgruppe wird eine weitere Aufwertung versprochen und eine ihrer gefestigten Position angemessene Vergütung eingefordert. Dabei wird zum einen die Gefahr übersehen, dass „Pflegemanager/-innen“ darüber dem entfremdet werden könnten, was sie als Kern ihrer Tätigkeit sehen und was daher einen wesentlichen Teil der Attraktivität ihres Berufs für sie ausmacht. Zum anderen scheint sich die Frage nach der *Attraktivität der Pflegearbeit der Pflegehilfskräfte* erstaunlicherweise gar nicht zu stellen. Muss aber Pflegearbeit nicht auch gerade für diejenigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer attraktiv und nachhaltig ausübbar sein, die „die eigentliche Pflege“ (!) offenbar zukünftig übernehmen sollen? Ein Pflegeverständnis, das „die Pflege“ mit der (zu akademisierenden) Fachpflege als „Pflegeprofession“ in eins setzte, erschiene insofern zumindest unzureichend.

33 „Die Pflegearbeit selbst ist geschlechtsbezogen zugeordnet: Die direkte Pflege des Körpers ist weiblich, die Managementaufgaben in der Pflege sind männlich konnotiert und besetzt. Das Pflegesystem gilt als weiblich und steht in der Anerkennung und der Bezahlung unter dem medizinischen System. Typische Merkmale für die Diskriminierung von Frauenarbeit kennzeichnen das Feld: Unterbezahlter Qualifikationseinsatz bei extremer Belastung, Teilzeitarbeit, prekäre Beschäftigung und die Rund-um-die-Uhr-Betreuung durch Migranteninnen.“ (Backes/Amrhein/Wolfinger 2008, 3-4)

Damit nicht die zur Lösung des Problems verfolgten strukturellen Veränderungen der Pflege eine Aufwertung nur für einen kleinen Teil der Beschäftigten bringen, während für den Großteil der meist weiblichen Beschäftigten eine Verfestigung ihrer auf prekärer Beschäftigung mit hohen Armutsrisiken beruhenden Lage droht, muss die Sicherung von qualifikatorischen Aufstiegsmöglichkeiten über alle Kompetenzstufen hinweg zu einem prioritären Ziel bei der Weiterentwicklung des Bildungssystems in der Pflege werden.

Dies sichert nicht nur die Attraktivität der Arbeit der heutigen „Hilfskräfte“, da ihnen systematische Aufstiegsoptionen geboten werden. Es stellt zugleich ein unverzichtbares Element zur Sicherung des zukünftigen Fachkräftebedarfs dar, da die Einrichtungen Fachkräfte zunehmend auch aus dem Teil des Personals gewinnen werden müssen, der aufgrund seiner individuellen Voraussetzungen (z. B. Schulabschlüsse) nicht mit einer dreijährigen oder akademischen Ausbildung in die Pflege einsteigen kann.

Die Frage der zukünftigen Gestaltung des Bildungssystems in der Pflege erhält also eine entscheidende Bedeutung für die Fachkräftesicherung.

Es mag müßig sein, die Sinnhaftigkeit der Entscheidung zu diskutieren, mit dem Altenpflegegesetz von 2003 und dem Krankenpflegegesetz von 2004 die Pflegeausbildung normativ aus dem Geltungsbereich des Berufsbildungsgesetzes auszugrenzen. Eine Integration der Pflegeausbildung in das Duale System und ihre Angleichung an dessen bewährte Standards stehen seitdem jedenfalls praktisch nicht mehr zur Debatte (vgl. Meifort 2004).

Auf die steigenden Qualifikationsanforderungen, wie sie sich etwa aus der Forderung nach einer evidenzbasierten Pflege, geänderten Rahmenbedingungen und den demografiebedingten Veränderungen der Pflegebedarfe ergeben, wurde mit der Einrichtung neuer akademischer Ausbildungsgänge reagiert; eine parallele Anpassung und Aufwertung der dreijährigen Ausbildungsgänge an diese Anforderungen ist dagegen nicht erfolgt. Für die Neuordnung der dreijährigen Ausbildungsgänge in Form einer generalistischen Pflegeausbildung liegt derzeit lediglich ein Eckpunktepapier vor. Ein systematischer Bezug der Qualifizierung unterhalb der dreijährigen Berufe auf diese Entwicklungen fehlt.

Weidner/Kratz (2012: 13) weisen in diesem Zusammenhang auf einen „unlösbaren Widerspruch“ hinsichtlich der Regelung der Zugangsvoraussetzungen hin: Der absehbaren Übernahme der EU-Richtlinie 2005/36/EG zur allgemeinen Anhebung der Zugangsvoraussetzungen für eine Krankenpflegeausbildung auf eine zwölfjährige Schulausbildung stehen nationale Bestrebungen gegenüber, diese bei einer zehnjährigen Schulausbildung anzusiedeln. Die Anhebung entspricht der Tendenz zur Akademisierung und trägt dem in der Realität stark gewachsenen Anteil von Abiturienten/Abiturientinnen an den Auszubildenden in der Krankenpflege Rechnung. Auf der anderen Seite kann nicht in Abrede gestellt werden, dass die Zugangsmöglichkeiten für Schulabgänger/-innen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen in die Pflege aufrechterhalten und zukünftig vermehrt zur Personalbedarfsdeckung genutzt werden müssen.

Einem weiteren Auseinanderfallen der Pflegequalifikationen in akademisch ausgebildete „Fachkräfte“ (Zugangsvoraussetzung: Hochschulabschluss) und „Hilfskräfte“ ist entgegenzuwirken. Die Sicherung der vertikalen Anschlussfähigkeit zwischen den Kompetenzstufen ist zunehmend wichtig. Es wird auch darum gehen, Jugendliche mit erweiterter Berufsbildungsreife als Potenzial für die Fachkräftesicherung in der Pflege nutzen zu können.

Dabei ist es notwendig, auch die Pflegeausbildung so auszugestalten, dass sie allgemeinverbindliche Schulabschlüsse mit einem möglichen Durchstieg über die Fachkräfteausbildung ermöglicht.

2 Aktuelle regionale Arbeitsmarktsituation in der Pflege

Dr. Esther Schröder (Arbeitnehmerkammer Bremen)

Die vorliegende Analyse der aktuellen Situation am Bremer Pflegearbeitsmarkt basiert auf einer Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit Regionaldirektion Niedersachsen-Bremen (Statistik Service Nordost) zum Bestand an Arbeitslosen nach Zielberufen der neuen Klassifikation der Berufe 2010 (KldB 2010) und zum Bestand an gemeldeten sozialversicherungspflichtigen Arbeitsstellen nach Zielberufen der KldB 2010. Interessierende Berufsgruppen und Berufsgattungen lassen sich hier als 3-Steller bzw. 5-Steller identifizieren und für das Land Bremen bezogen auf die Jahre 2011 und 2012 analysieren. Selbstverständlich ist der Pflegearbeitsmarkt im Spiegel der Arbeitsmarktstatistik der Bundesagentur für Arbeit nicht vollständig abgebildet. Wenn der Einschaltungsgrad der öffentlichen Arbeitsvermittlung bekanntermaßen bei etwa 30 Prozent liegt und somit nur ein Drittel aller offenen Arbeitsstellen den Agenturen für Arbeit und den Jobcentern seitens der Arbeitgeber gemeldet werden, ist durch die Daten der Arbeitslosenstatistik in Zusammenschau mit der Stellenstatistik auch nur ein Ausschnitt des Geschehens am Pflegearbeitsmarkt beobachtbar. Gleichwohl sind Erkenntnisse über Matchingprozesse bzw. Mismatch öffentlicher Arbeitsvermittlung Indikator für das allgemeine Geschehen am Bremer Pflegearbeitsmarkt.

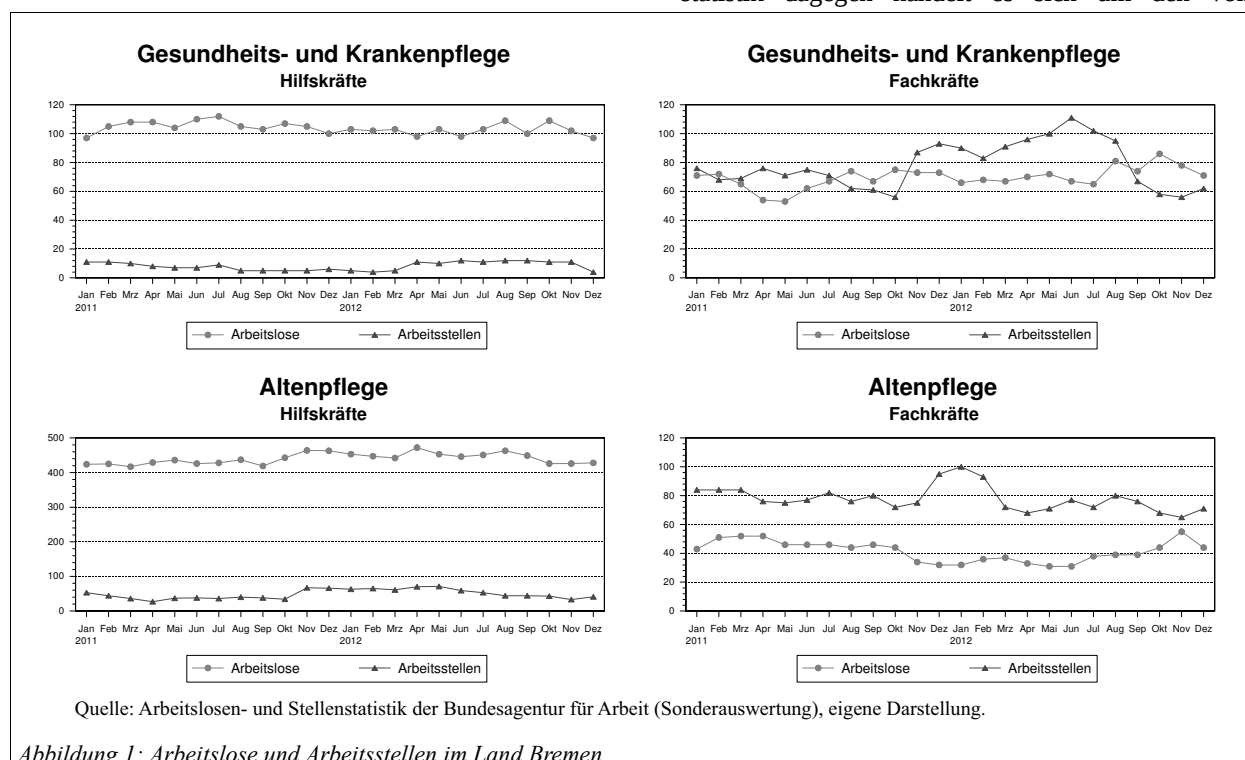
Mittels der Klassifikation der Berufe (Tabelle 1) lassen sich über die Codierung 813 die Berufsgruppe „Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe“ sowie über 821 die „Altenpflege“

identifizieren. In beiden Berufsgruppen wiederum können 5-stellig codiert „Helfer- und Anlern Tätigkeiten“ sowie „fachlich ausgerichtete Tätigkeiten“ unterschieden werden.

Tabelle 1: Berufsgruppen in der Klassifikation der Berufe 2010

813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe
81301	Helfer- und Anlern Tätigkeiten Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in Kinderkrankenpflegehelfer/in Pflegehelfer/in - stationäre Pflege Schwestern-/Pflegediensthelfer/in
81302	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten Gesundheits- und Krankenpfleger/in Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in Krankenschwester/-pfleger Kinderkrankenschwester/-pfleger
821	Altenpflege
82101	Helfer- und Anlern Tätigkeiten Altenpflegehelfer/in Helfer/in – Altenpflege
82102	Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten Altenpfleger/in Altenpflegeassistent/in Seniorenbetreuer/in

Bei dem eingetragenen Zielberuf ist bedeutsam, wie dieser zum einen in der Arbeitslosenstatistik und zum anderen in der Stellenstatistik definiert ist. In der Arbeitslosenstatistik wird der angestrebte Zielberuf des „Kunden“ erfasst, unabhängig von der absolvierten Ausbildung und dem tatsächlichen Beruf bei Abgang aus der Arbeitslosigkeit. In der Stellenstatistik dagegen handelt es sich um den vom



Arbeitgeber gewünschten Hauptberuf. Der Abgleich der Bestandszahlen registrierter Arbeitsloser und gemeldeter offener Stellen in den interessierenden Zielberufen ergibt unterschiedliche Bilder.

Vor allem in der Unterscheidung von Hilfskräften und Fachkräften sind differenzierte Arbeitsmarktlagen für Pflegeberufe offensichtlich (Abbildung 1).

Im Beobachtungszeitraum der Jahre 2011 und 2012 erkennbar ist eine starke berufliche Orientierung Arbeitsuchender auf Helfertätigkeiten in der Pflege. Sowohl in der Gesundheits- und Krankenpflege wie auch in der Altenpflege sind quantitativ kaum relevant offene Stellen bei den Arbeitsagenturen und Jobcentern gemeldet. Es besteht ein sehr hoher Bewerberüberhang. Im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege lag der Stellenandrang in Bremen im Durchschnitt des Jahres 2012 bei 14; d. h. rein rechnerisch kamen 14 auf Pflegehelfertätigkeiten orientierte Arbeitslose auf eine einzige gemeldete Stelle. In der Altenpflege konkurrierten etwa 9 Arbeitslose um ein Arbeitsangebot. Beide Werte lagen deutlich über dem Stellenandrang insgesamt für alle Berufe, der 2012 beim Wert 7 lag. Die Grafiken verdeutlichen: Offensichtlich haben im Pflegehelfersegment Angebot und Nachfrage jedenfalls öffentlich vermittelt nicht viel miteinander zu tun. In der Altenpflege gilt dies umso mehr bei einem Niveau von konstant über 400 registrierten Arbeitslosen mit Zielberuf Helferjob. Etwa zur Hälfte verfügen diese Arbeitslosen über eine einjährige geförderte Ausbildung; zur Hälfte bestehen jedoch überhaupt keine Berufsqualifikationen.

Nahezu spiegelbildlich stellt sich die Arbeitsmarktsituation für Fachkräfte in der Gesundheits- und Krankenpflege wie auch in der Altenpflege dar. Der Abgleich hier weist klar Personalengpässe für fachlich ausgerichtete Tätigkeiten aus. Es sind mehr offene Stellen allein über Arbeitsagenturen und Jobcenter gemeldet, die allein durch auf Pflegefacharbeit orientierte Arbeitslose nicht besetzt werden können. Die Arbeitsmarktsituation für Fachkräfte in der Pflege ist durch Stellenüberhang gekennzeichnet. Auch wenn wir über keine Informationen zu den konkreten beruflichen Qualifikationen der Arbeitssuchenden verfügen, zeichnet das Bild dieses Marktsegments eindeutig Züge eines offensichtlich nicht zu erfüllenden Fachkräftebedarfs. In der Gesundheits- und Krankenpflege wurden im Land Bremen in den Spitzen der Jahre 2011 und 2012 mehr als 100 Pflegefachkräfte allein über die öffentliche Arbeitsvermittlung gesucht. Aber nur etwa 60 Arbeitssuchende waren auf eine solche berufliche Tätigkeit orientiert. Im Trend stieg sowohl die Zahl der gemeldeten Arbeitsstellen als auch die der Arbeitslosen mit entsprechendem Zielberuf. Aber auch saisonale Effekte lassen sich erkennen, wenn wir feststellen, dass in den Sommermonaten offene Stellen besetzt werden, vornehmlich durch Absolventinnen und Absolventen der dreijährigen berufsfachlichen Aus-

bildungsgänge, eher nicht durch qualifizierte Arbeitslose.

Noch deutlicher als im Gesundheits- und Krankenpflegebereich zeigt sich der Stellenüberhang in der Altenpflege. Er bestand in allen Monaten des hier untersuchten Zeitraums. In den Spitzen standen nahezu 100 gemeldeten Vakanzen lediglich 30 bis 40 Arbeitslose mit Orientierung auf den Beruf der Altenpflegerin / des Altenpflegers gegenüber. Auch hier ist eine Bedarfsdeckung im Fachkräftebereich nicht absehbar, wenn auch im Trend die Zahl der Arbeitsangebote leicht abnahm.

Tabelle 2: Frauenanteile an den Arbeitslosen in den Berufsgruppen in Prozent

Zielberuf	Land Bremen Juni 2012	Deutschland Juni 2012
Insgesamt (alle Berufe)	45,4	46,8
Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege	81,2	82,4
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in	80,0	78,7
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	66,7	74,9
Berufe in der Altenpflege	81,9	82,4
Altenpflegehelfer/in	85,1	83,3
Altenpfleger/in	61,3	79,9

Quelle: Arbeitslosenstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Sonderauswertung). Eigene Darstellung.

Pflegearbeit liegt auch im Land Bremen in Frauenhänden. Im Juni 2012 lag der Frauenanteil unter Arbeitslosen aller Berufsgruppen vor Ort bei 45 Prozent, in den Berufen der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege bei 80 bis 82 Prozent. Vor allem Frauen also sind nach wie vor auf die seit jeher typisch weibliche Arbeit orientiert. Auffällig zeigt die Statistik, dass mit steigender Qualifikation auch in dem von Frauen dominierten Pflegebereich der Frauenanteil sinkt. So lag in Bremen zum Stichtag 30. Juni 2012 der Frauenanteil unter den beruflich orientierten Hilfskräften bei 80 bzw. 85 Prozent; unter den beruflich orientierten Fachkräften waren nur noch 66 bzw. 61 Prozent weiblich. Beim Vergleich der Bremer Situation mit der bundesweiten fällt zudem auf, dass der traditionell hohe Frauenanteil bei Pflegehilfskräften an der Weser noch höher ist und der eher geringere Frauenanteil bei den Pflegefachkräften hier noch geringer ausfällt.

Pflegearbeit ist typisch Teilzeitarbeit. Auch die Informationen zu den Bremer Jobofferten bestätigen dies. So lag im Juni 2012 der Anteil der insgesamt gemeldeten Vollzeitstellen über alle Berufsgruppen bei 83 Prozent; im Pflegebereich dagegen waren nur etwa 50 Prozent der Arbeitgeberangebote als volle Stellen ausgeschrieben. In der Altenpflege ist Teilzeitarbeit im Vergleich zur Gesundheits- und Krankenpflege noch bestimmender.

Tabelle 3: Vollzeitarbeit (Anteile in Prozent Stellenstatistik)

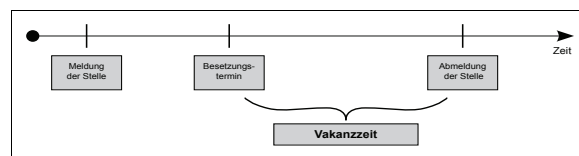
Zielberuf	Land Bremen Juni 2012	Deutschland Juni 2012
Insgesamt (alle Berufe)	83,1	82,2
Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege	51,7	59,1
Berufe in der Altenpflege	45,2	52,8

Quelle: Stellenstatistik der Bundesagentur für Arbeit (Sonderauswertung). Eigene Darstellung.

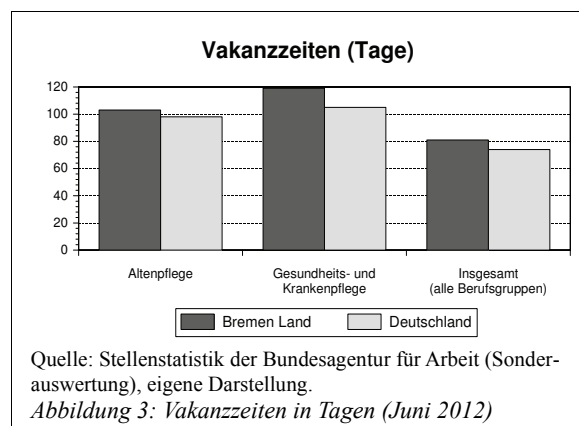
Obwohl im Land Bremen anteilig allgemein mehr Vollzeitstellen über alle Berufsgruppen als bundesweit gemeldet werden, lag der Anteil von Vollzeitstellen im Pflegebereich noch einmal deutlich niedriger im Vergleich zur deutschen Situation in diesem Segment. Vollzeitbedarfe und Rund-um-die-Uhr-Betreuung werden hier vor Ort also noch intensiver durch Teilzeitjobs abgedeckt. Somit ist das Thema „prekäre Beschäftigung in der Pflege“ im Land Bremen noch präsenter und politisch noch dringender zu beachten als anderswo.

Mangelnde Attraktivität von Pflegediensten, schlecht bezahlte Jobs, schwierige Arbeitszeitlagen und Arbeitsbedingungen sind eine Seite der Medaille. Die andere ist der laute Ruf nach Fachkräften, die Klage über fehlendes qualifiziertes Pflegepersonal. Der Fachkräftemangel ist aktuell in aller Munde, oft jedoch ohne konkrete Befunde. Es stellt sich die Frage, ob in der Stellenstatistik der Bundesagentur für Arbeit Indikatoren als Signal für Personalengpässe messbar sind.

Seit Oktober 2011 veröffentlicht die Bundesagentur für Arbeit monatlich eine sogenannte Engpassanalyse (nach KldB 2010) auf Bundes- und Länderebene.



Darin wird u. a. die Vakanzzeit gemessen und für Berufsgruppen ausgewiesen. Die Vakanzzeit misst die Zeitspanne vom gewünschten Besetzungstermin bis zur Abmeldung der Arbeitsstelle und damit den Zeitraum, in dem eine Arbeitsstelle nicht besetzt werden konnte. Je länger die Vakanzzeit bezogen auf eine Berufsgruppe, desto größer die Besetzungsprobleme und damit der Personalengpass.



Die über alle Berufsgruppen gemessene Vakanzzeit lag zur Mitte des Jahres 2012 in Bremen bei 81 Tagen und damit eine Woche über dem bundesweiten Durchschnittswert von 74 Tagen (Abbildung 3). Das heißt, dass in Bremen die Besetzung offener Stellen über die Agentur für Arbeit und Jobcenter grundsätzlich länger dauert und sich offensichtlich schwieriger gestaltet als anderswo. Überdurchschnittlich lange Vakanzzeiten werden deutschlandweit im Pflegebereich gemessen; im Land Bremen bestehen besondere Personalengpässe. In der Gesundheits- und Krankenpflege konnten zur Mitte des Jahres 2012

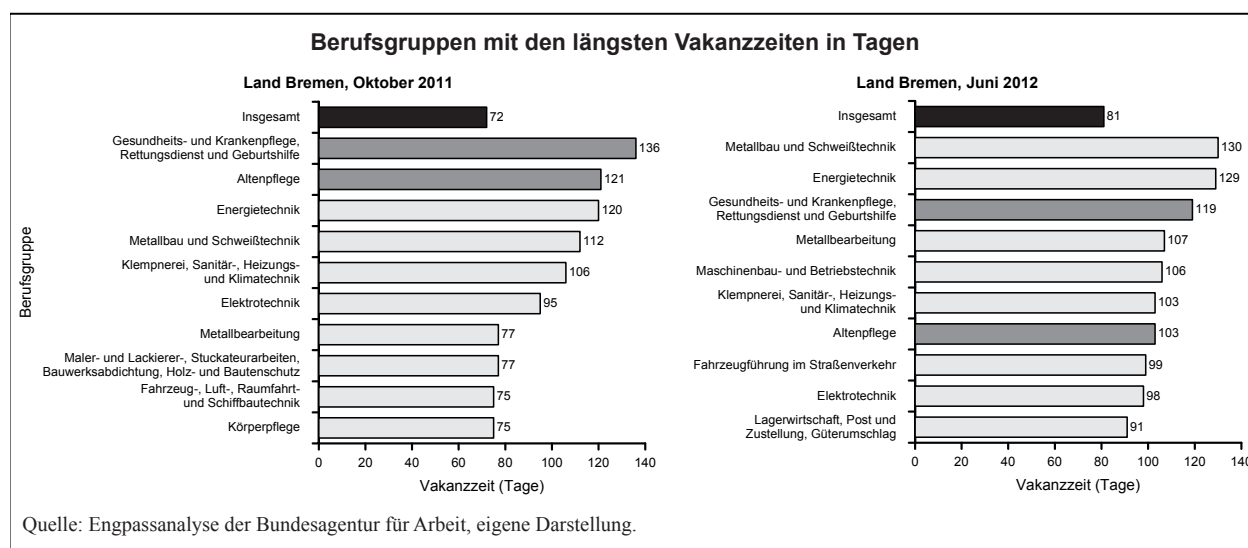


Abbildung 2: Vergleich von Berufsgruppen mit längsten Vakanzzeiten im Land Bremen

gemeldete offene Arbeitsstellen erst 119 Tage nach dem ursprünglich vom Arbeitgeber gewünschten Einstellungstermin besetzt werden, in der Altenpflege erst nach 103 Tagen.

Pflegeberufe gehören zu den Berufen mit den längsten Vakanzeiten. Im Oktober 2011 standen im Land Bremen die Berufsgruppen „Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe“ mit 136 Tagen sowie „Altenpflege“ mit 121 Tagen ganz oben in der Engpassanalyse. Erst nach viereinhalb Monaten über dem eigentlich gewünschten Besetzungstermin konnte geeignetes Pflegepersonal für vakante Arbeitsplätze gefunden und eingestellt werden (Abbildung 2).

Zwar zählt in Bremen der Pflegebereich nach wie vor zu den Bereichen mit einem hohen Fachkräftebedarf und Personalengpässen, jedoch in der Tendenz mit abnehmenden monatlich gemessenen Vakanzeiten. So waren im Juni 2012 Arbeitsstellen in der Gesundheits- und Krankenpflege im Durchschnitt erst nach 119 Tagen über dem geplanten Einstellungstermin besetzt, in der Altenpflege nach 103 Tagen. Dies alles sind Momentaufnahmen; Personalengpässe zeigen sich zunehmend auch in anderen und neuen Berufsgruppen. Zu denen mit erhöhten und schwer zu deckenden Personalbedarfen gehören neben den Pflegeberufen im Land Bremen aktuell Metallbau und Schweißtechnik, Energietechnik und Elektrotechnik, Metallbearbeitung, Maschinenbau, Klempnerei, Heizungs- und Klimatechnik, Fahrzeugführung im Straßenverkehr und Lagerwirtschaft. Diese Entwicklungen sind laufend zu analysieren und politisch zu begleiten, wenn es um geeignete und zielführende Maßnahmen einer Bremer Fachkräfteinitiative geht.

In der Pflege verweist die Kombination eines hohen Maßes von Teilzeitbeschäftigung, prekärer Beschäftigung und mangelnder gesellschaftlicher Anerkennung typischer Frauenarbeit mit steigenden Fachkräftebedarfen bei bestehenden Personalengpässen auf einen besonders großen politischen Diskussions- und Handlungsbedarf.

3 Regionale Ausbildungssituation

3.1 Ausbildung in der Altenpflege

Tabelle 4 zeigt die Zahl der Personen am Stichtag (01.12.2012), also nicht die Zahl der Personen, die einen der aufgelisteten Ausbildungs- bzw. Umschulungsgänge begonnen haben. „Abbrecher/-innen“ sind in den Zahlen somit nicht enthalten. Dies kann insbesondere die Differenz zu den jeweils öffentlich finanzierten Schulplätzen in der Erstausbildung erklären. (2012 auf 73 pro Jahr festgelegt.) Die nach Startdatum sortierte Darstellung zeigt, dass in 2011 die Gesamtzahl deutlich einbricht, insbesondere aufgrund der Halbierung der Umschulungszahlen, die durch die nur langsam steigende Zahl der Erstausbildungen nicht kompensiert werden konnte.

Allerdings wurde so 2011 auch ein für eine ausgewogene Alterszusammensetzung des Pflegepersonals günstigeres Verhältnis von Erstausbildungen und Umschulungen von ca. 1 : 1 (2010 noch 1 : 2) erreicht und bei leichter Steigerung der Zahlen in beiden Abteilungen auch 2012 beibehalten.

Es wird sichtbar, dass die Arbeitgeber der Erhöhung der geförderten Schulplätze in den letzten Jahren für eine steigende Erstausbildung genutzt haben. Ein nicht geringer Teil der in Ausbildung bzw. Umschulung zur Altenpflegefachkraft stehenden Personen kann auf einem vorhandenen Altenpflegehilfeabschluss aufbauen (insgesamt ca. 14 %). Allerdings ist dieser Anteil – vermutlich vor dem Hintergrund der rückläufigen Umschulungszahlen – zurückgegangen.

Tabelle 4: Erstausbildung und Umschulung in der Altenpflegeausbildung nach dem AltPflG

Schule	Klasse	Start- datum	Altenpflegeausbildung nach dem AltPflG am 01.12.2012							
			insge- samt	darunter mit APH-Ausbildung		Erstaus- bildung	davon			AG- finanziert
							Umschulung			
				Anzahl	in %		gesamt	ge- samt	davon gefördert über	
Bildungsgut- schein	WeGeb AU									
Ausbildungs- bzw. Umschulungsbeginn 2010										
wisoak	D-Kurs	01.02.10	30	4	13 %	12	17	12	5	1
BHS-Nord	J 10 N	01.06.10	23	2	9 %	11	12	7	5	0
ibs	Klasse 2010	01.09.10	26	4	15 %	13	13	11	2	0
BHS-Mitte	O 10	15.10.10	14	5	36 %	0	14	13	1	0
AWO BHV	AP 3	01.11.10	20	3	15 %	8	12	12	0	0
Friedehorst	Kurs 2010	01.11.10	20	5	25 %	0	19	15	4	1
wisoak	E-Kurs	01.12.10	18	2	11 %	0	14	10	4	4
Summe Beginn in 2010			151	25	17 %	44	101	80	21	6
Ausbildungs- bzw. Umschulungsbeginn 2011										
BHS-Mitte	F 11	01.02.11	22	1	5 %	14	8	8	0	0
AWO BHV	AP 4	01.04.11	24	6	25 %	8	14	14	0	2
wisoak	F-Kurs	01.06.11	25	3	12 %	14	11	7	4	0
wisoak	G-Kurs	01.06.11	13	4	31 %	0	4	0	4	9
Friedehorst	Kurs 2011	01.09.11	23	5	22 %	13	6	5	1	4
Hansa BHV	AP 32	01.11.11	15	0	0 %	5	10	6	4	0
Summe Beginn in 2011			122	19	16 %	54	53	40	13	15
Ausbildungs- bzw. Umschulungsbeginn 2012										
BHS-Nord	M 12 N	01.03.12	21	0	0 %	9	9	6	3	3
wisoak	H-Kurs	02.04.12	19	0	0 %	10	8	7	1	1
ibs	Klasse 2012 a	16.04.12	16	4	25 %	0	14	0	14	2
ibs	Klasse 2012 b	01.08.12	20	4	20 %	12	8	5	3	0
BHS-Mitte	O 12	01.10.12	24	5	21 %	14	10	9	1	0
Friedehorst	Kurs 2012	01.10.12	20	0	0 %	12	5	4	1	3
Hansa BHV	AP 33	01.11.12	25	1	4 %	11	14	11	3	0
Summe Beginn 2012			145	14	10 %	68	68	42	26	9
Insgesamt am 01.11.2012			418	58	14 %	166	222	162	60	30

Quelle: Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen, Referat 32; eigene Darstellung.

Anzahl der Auszubildenden bzw. Umschüler/-innen in den Kursen am Stichtag 01.12.2012, Darstellung gruppiert nach Beginn des Bildungsgangs. (Alle 2009 begonnenen Kurse waren von dem 01.12.2012 abgeschlossen.) APH: Altenpflegehilfeausbildung. WeGebAU: „Weiterbildung Geringqualifizierter und beschäftigter Älterer in Unternehmen“ der Bundesagentur für Arbeit.

Tabelle 5: Krankenpflegeausbildung (Stichtag 01.11.2012)

Beruf	Schule	Plätze*	Auszubildende				
			1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	gesamt	davon w
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	IBZ am Klinikum Bremen-Ost	210	63	73	30	166	138
	IBZ am Klinikum Bremen-Mitte	150	46	54	44	144	120
	Bremer Krankenpflegeschule der freigemeinnützigen Krankenhäuser	207	81	80	63	224	167
	Krankenpflegeschule am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide	120	40	19	36	95	84
	Krankenpflegeschule am St.- Joseph-Hospital Bremerhaven	60	20	19	18	57	37
	Summe Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung	747	250	245	191	686	546
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	IBZ am Klinikum Bremen-Mitte	90	49	23	17	89	77
Summe dreijähriger Ausbildungsgänge in der Krankenpflege		837	299	268	208	775	623

Quelle: Senatorin für Bildung und Wissenschaft, eigene Berechnungen. * Plätze laut Krankenhausrahmenplan.

3.2 Ausbildung in der Krankenpflege

Die Anzahl der Schulplätze ist im Krankenhausrahmenplan seit 2005 unverändert und bis 2015 fortgeschrieben worden.³⁴ Der Männeranteil liegt in der Krankenpflegeausbildung bei ca. 20 %. Ungefähr 60 der 837 Plätze sind derzeit nicht besetzt.³⁵ Die Nichtausschöpfung geht den Expertengesprächen zufolge vor allem darauf zurück, dass sich nicht genügend gemessen an den Anforderungen geeignete Bewerberinnen und Bewerber für die Ausbildung melden.

3.3 Umschulungen Altenpflegehilfe

Tabelle 6: Umschulung in der einjährigen Altenpflegeausbildung, Teilnehmer/-innen am Stichtag

Umschulung in der einjährigen Altenpflegeausbildung				
Stichtag	01.11.09	01.11.10	01.11.11	01.11.12
Personen	111	161	101	85

Quelle: Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen, Referat 32

3.4 Schulische Altenpflegehilfeausbildung

Sowohl am Schulzentrum der Sekundarstufe II Walle als auch an den Lehranstalten für Sozialpädagogik und Hauswirtschaft (LSH) am Schulzentrum Geschwister Scholl in Bremerhaven werden an den Berufsfachschulen für Pflegehilfe Bildungsgänge angeboten, die doppelt qualifizieren: In einer zweijährigen schulischen Vollzeitausbildung (darin 23 Wochen Praktikum in Pflegeeinrichtungen) kann sowohl ein Realschulabschluss bzw. erweiterter Hauptschulabschluss als auch ein Berufsabschluss in der Pflegehilfe (zurzeit Altenpflegehilfe, in Bremerhaven auch zu Anteilen in der Heilerziehungspflege) erworben werden.³⁶ Die Ausbildung wird in Bremerhaven im zweijährigen Rhythmus angeboten.

Aus der Schulstatistik 2011/12 (Stand 10.10.2011)³⁷ stammen die folgenden Zahlenangaben:

- Walle BFS Pflegehilfe: im 1. Jahr 25, im 2. Jahr 17, insgesamt 42 Schüler/-innen
- LSH: BFS Pflegehilfe: 1. Jahr 20, im 2. Jahr 0, insgesamt 20 Schüler/-innen

Die Situation für 2012 stellt sich nach Angaben der Schulen wie folgt dar:

³⁴ Lediglich eine Verschiebung von 15 Plätzen aus der Kinderkrankenpflege zur Krankenpflege wurde 2011 beantragt, kommt aber in den hier dargestellten Zahlen noch nicht zum Ausdruck.

³⁵ Die Ausschöpfung der Plätze hat sich somit in den letzten Jahren weiter verbessert: Waren 2009 84 % der Plätze besetzt (Darmann-Finck et al. 2009: 5f), sind es nun in 2012 93 %.

³⁶ Im Internet: <http://szwalle.de/berufsschule/vollzeit-bildungsgaenge/berufsfachschule-fuer-gesundheit-pflegehilfe/berufsfachschule-fuer-pflegehilfe/>, <http://www.schulportal.bremerhaven.de/lsh/bigamerkb1/BFSPH.pdf>.

³⁷ Vgl. <http://www.bildung.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen117.c.4375.de>.

Tabelle 7: Zahl der Schülerinnen in den Berufsfachschulen Pflegehilfe (November 2012)

Schule/ Bildungsgang	im 1. Aus- bildungsjahr	im 2. Aus- bildungsjahr	ins- gesamt
SZ Walle BFS Pflegehilfe	20	23	43
LSH Bhv. BFS Pflegehilfe	(Nächster Start 2013)	17*	17*
Gesamt	20	40*	60*

* Davon in Bremerhaven 9 Heilerziehungspflege.

3.5 Modellversuch Pflegehelfer/-in (generalistische Ausrichtung)

Als weiterer Bildungsgang, der zu einem Abschluss in der Pflegehilfe führt, ist der 2012 gestartete Bildungsgang „Pflegehelfer/-in (generalistische Ausrichtung)“ zu nennen. Er wird in Kooperation der Krankenpflegeschule der freigemeinnützigen Krankenhäuser und der Wirtschafts- und Sozialakademie der Arbeitnehmerkammer Bremen (WiSoAk) durchgeführt.³⁸ Bei zweijähriger Dauer kann neben dem genannten Berufsabschluss im Modellversuch bei entsprechenden Voraussetzungen im Rahmen der zentralen Abschlussprüfung der Mittlere Schulabschluss erworben werden. Insgesamt wurde 2012 mit 20 Plätzen gestartet, von denen je 10 der Krankenpflegeschule und der WiSoAk zugeordnet sind.

38 Im Internet:
http://www.bremer-krankenpflegeschule.de/cms/894/2012_02%20KPH_GA%20Steckbrief.pdf.

Teil B: Ergebnisse der Befragung der regionalen Pflegeeinrichtungen

4 Ziele und Durchführung der Untersuchung

4.1 Zielsetzung der Untersuchung

Aus der dargestellten Situation in der Pflege ergaben sich zwei zentrale Ausgangspunkte für eine Befragung der regionalen Pflegeeinrichtungen:

- Maßnahmen zur Ausschöpfung des Arbeits- bzw. Fachkräftepotenzials müssen sich sowohl quantitativ wie qualitativ auf den Bedarf der Einrichtungen und deren Personal- und Qualifikationsstruktur beziehen. Hierzu lagen noch keine belastbaren regionalen Daten vor.³⁹
- Die finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen sind ein wichtiger (begrenzender) Faktor für Aktivitäten zur Entwicklung der Attraktivität und Nachhaltigkeit der Beschäftigung in der Pflege. Es ist zu ermitteln, wie weit und auf welchen Handlungsfeldern die Einrichtungen bereits aktiv geworden sind. Dabei sollten insbesondere auch die Handlungsfelder identifiziert werden, in denen die Entwicklung erst langsam vorankommt und mit spezifischen Unterstützungsangeboten gefördert werden könnten.

Das Ziel der Untersuchung war somit, belastbare Daten zum quantitativen und qualitativen Arbeitskräftebedarf sowie zur Personalentwicklung in der Pflege zu gewinnen. Diese Daten und die daraus abgeleiteten Handlungsempfehlungen sollen in die weitere regionale Gestaltung der Entwicklung – insbesondere zur Vermeidung bzw. zumindest Abschwächung eines Fachkräfteengpasses in der Pflege – eingehen.

4.2 Methodisches Vorgehen

Die Projektziele werden mit folgenden drei methodischen Ansätzen⁴⁰ verfolgt:

- *Strukturanalysen* vorhandener Daten, Statistiken und Studien zu Arbeitsmarkt, Ausbildungssituation, Beschäftigungsstrukturen sowie Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen im Pflegebereich.
- *Standardisierte Vollerhebung*, in der alle Betriebe (Krankenhäuser, ambulante und

stationäre Pflegebetriebe) im Land Bremen per Fragebogen angeschrieben und befragt wurden.

- *Qualitative Befragung*, in der ergänzend ausgewählte Einrichtungen, MA-Vertretungen und institutionelle Experten und Expertinnen interviewt wurden.

Das Projekt wurde von einem beratenden Expertenkreis begleitet, der sich aus ca. 30 Expertinnen und Experten (im Wesentlichen aus Verbänden, Einrichtungen, senatorischen Behörden und Arbeitnehmervertretungen) zusammensetzte. Mit den Mitgliedern dieses Kreises wurden im Projektverlauf zwei Expertenrunden durchgeführt:

- Die erste Expertenrunde erfolgte zum Projektstart am 13.01.2012. Das geplante Projekt wurde vorgestellt, mit den Teilnehmenden wurden in Workshops zentrale „Problem-bereiche“ in der Bremer Pflege erarbeitet und Unterstützungsmöglichkeiten für die Durchführung der Befragung ermittelt.
- In der zweiten Expertenrunde am 12.10.2012 wurden zentrale Ergebnisse der Befragung der Pflegeeinrichtungen vorgestellt und die sich daraus ergebenden regionalen Handlungsoptionen mit den Beteiligten diskutiert.

4.3 Durchführung

Die Untersuchung wurde als Kombination einer quantitativen standardisierten Befragung und qualitativen Experteninterviews angelegt.

a) Entwicklung des Fragebogens für die standardisierte Vollerhebung

Um die Befragung mit den regionalen Akteuren/Akteurinnen in der Pflege abzugleichen, wurden Expertinnen und Experten aus ausgewählten Einrichtungen, den Verbänden und den senatorischen Behörden in die Entwicklung des Fragebogens einbezogen.⁴¹ Der Fragebogen wurde in einem intensiven Diskussionsprozess schrittweise zu seiner endgültigen Form entwickelt.⁴² Zum einen wurden von den Beteiligten ergänzende Gesichtspunkte als Befragungsinteresse formuliert und – soweit es der Fragebogenumfang erlaubte – berücksichtigt. Insbesondere die Experten und Expertinnen aus der stationären und ambulanten Pflege wirkten dabei auch als Korrektiv für einen unter dem Gesichtspunkt des zur Bearbeitung erforderlichen Aufwands „beantwortbaren“ Fragebogen.⁴³

³⁹ Siehe Kapitel 1.1, Seite 15.

⁴⁰ Zur bewährten Kombination von Betriebsbefragung, Expertenpool und wissenschaftlicher Kooperation in der Qualifikationsbedarfsforschung vgl. auch Benedix/Hammer/Medjedovic (2012).

⁴¹ Hierfür wurden Mitglieder aus dem oben genannten Expertenkreis (Seite 30) gewonnen.

⁴² An die Krankenhäuser wurde eine Fragebogenvariante verschickt, die sich in der Formulierung der Frage zur Erhebung der aktuellen Personalstruktur leicht vom Fragebogen für die übrigen Einrichtungen unterschied. Die Unterschiede werden in Kapitel 5 erläutert.

⁴³ Auf einen Pretest wurde daher verzichtet.

Der Fragebogen enthielt auf 6 Seiten die folgenden Fragenkomplexe:

- a) Fragen zur Einrichtung
- b) Fragen zum Personalbestand
- c) Fragen zum Personalbedarf
- d) Handlungsfelder für eine nachhaltige Beschäftigung in der Pflege
- e) Aktuelle Qualifizierungsbedarfe
- f) Abschlussfragen

Der Fragebogen für die ambulante und stationäre Pflege ist im Anhang ab Seite 80 dokumentiert.

b) Gesamtheit der angeschriebenen Betriebe

Für die Befragung wurde eine Adressliste aller Pflegeeinrichtungen im Land Bremen durch die Arbeitnehmerkammer erstellt. Berücksichtigt wurden Krankenhäuser und Einrichtungen der stationären Pflege, Tagespflege, Kurzzeitpflege und ambulante Pflege. Insgesamt wurden 271 Fragebögen verschickt.

c) Rücklauf und Rücklaufquote

Die Pflegeeinrichtungen wurden bereits im Vorfeld von den Verbänden über die geplante Befragung informiert. Die Verschickung des Fragebogens erfolgte ab 16. Mai 2012. Um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erreichen, wurden zwei Nachfassrunden (postalisch und telefonisch) durchgeführt. Zusätzlich warben die Verbände in einer weiteren E-Mail bei den Einrichtungen für die Teilnahme. Das Zeitfenster für die Rücksendung wurde bis Ende August offengehalten.

Tabelle 8: Gesamtheit und Rücklauf (bereinigt)

	Ambulante Dienste	Stationäre Dienste	Tagespflege	Krankenhäuser	Alle Einrichtungen
Gesamtheit	114	100	23	15	252
Rücklauf	42	49	10	9	110
Rücklaufquote %	36,8	49,0	43,5	60,0	43,7

Die ursprüngliche Liste wurde um 19 nicht mehr existierende Betriebe bzw. doppelt vertretene Einrichtungen bereinigt, sodass 252 Einrichtungen verbleiben, die die Grundgesamtheit bilden. Die folgende Tabelle stellt den Rücklauf in Bezug auf diese Gesamtheit dar.

Trotz des relativ guten Rücklaufs von über 40 % ist nicht bekannt, ob die Ausfälle stichprobenneutral sind. Der Vergleich der Zahl der Pflegebeschäftigten der erfassten Betriebe mit Zahlen der Krankenhaus- und Pflegestatistik ergibt keinen Hinweis auf Verzerrungen, z. B. ob die nicht antwortenden Einrichtungen eher zu den großen oder kleineren Betrieben gehörten.⁴⁴

⁴⁴ Unter dem Vorbehalt einer eingeschränkten Vergleichbarkeit werden ca. 60 % der in den Kranken-

Für die deskriptiv-statistische Auswertung der Fragebögen wurde SPSS⁴⁵ eingesetzt.

d) Qualitative Expertengespräche⁴⁶

Den an der Untersuchung beteiligten Experten und Expertinnen kam eine doppelte Funktion zu. Im Vorfeld der Fragebogenerhebung waren sie in die Entwicklung und Optimierung des Fragebogens einbezogen. Die nach Auswertung der Fragebogenerhebung durchgeführten Experteninterviews dienten dazu, die quantitativen Ergebnisse mit dem Wissen und den Einschätzungen der Experten/Expertinnen abzugleichen und darüber ihre Einordnung und Interpretation qualitativ zu hinterlegen. Ihre Auswahl erfolgte daher theoretisch begründet (theoretical sampling, vgl. Strauss 1998: 70; Strübing 2008: 30).

Für die Interviews wurden zum einen Personen mit Expertenwissen auf Basis ihrer Positionen und Aufgaben in den Einrichtungen, Verbänden und Institutionen angesprochen. Weitere Gesprächspersonen wurden von den Verbänden empfohlen. Für die Kontaktaufnahme zu den Arbeitnehmervertretungen wurden Netzwerkkontakte der Arbeitnehmerkammer genutzt.

Die Zusammenstellung der Experten und Expertinnen schloss ein:

- Experten/Expertinnen aus den Einrichtungen der ambulanten, stationären und Krankenpflege. Hier wurde die Leitungsebene angesprochen.
- Arbeitnehmervertretungen aus denselben Bereichen, aber nicht unbedingt aus denselben Einrichtungen.
- Expertinnen/Experten aus der Leitungsebene der Schulen der Krankenpflege und Altenpflege.

Insgesamt wurden in 12 Experteninterviews insgesamt 41 Gesprächspartner/-innen aus 23 Einrichtungen befragt. Darunter waren ca. 60 Prozent Frauen, 40 Prozent Männer.

Es wurden sowohl Expertenrunden mit bis zu 12 Teilnehmenden wie auch Einzelinterviews durchgeführt. Für die Gespräche wurde kein allgemeiner Leitfaden entwickelt, da je nach Bereich und Aufgabenfeld der Gesprächspartner/-innen spezifischen Fragestellungen nachzugehen war. Für die jeweiligen Gespräche wurde jedoch den Gesprächspartner/-innen eine Liste von Themenfeldern – ausdrücklich offen für deren Ergänzungen – per E-Mail für das Gespräch vorgeschlagen; diese Liste diente dann als Leitfaden für das Gespräch.⁴⁷ Zu Beginn des Ge-

häusern, 52 % der in der stationären Pflege und 68 % der in der ambulanten Pflege beschäftigten Pflegekräfte im Rücklauf abgebildet. Siehe Kapitel 6.1, Seite 36, insb. auch Fußnote 59.

⁴⁵ SPSS ist ein modulares Programmpaket zur statistischen Analyse von quantitativen Daten.

⁴⁶ Vgl. Meuser/Nagel (1991).

⁴⁷ Dieses Vorgehen lehnt sich das Mind-Map-Verfahren

sprächs wurde das Projekt kurz vorgestellt und als Diskussionsgrundlage eine spezifische Auswahl von Ergebnissen der Fragebogenbefragung präsentiert.

Die Durchführung der Interviews erfolgte zwischen September und November 2012. Die Gespräche wurden protokolliert und mit MaxQDA⁴⁸ für eine vergleichende Analyse aufbereitet (Vgl. Kuckartz 2005: 42).

e) Zur Darstellung der Ergebnisse:

Die folgende Darstellung der Ergebnisse orientiert sich im wesentlichen am Aufbau des Fragebogens. Die Ergebnisse aus den Expertengesprächen werden an passender Stelle in die Darstellung eingebunden.

Nach jedem Kapitel wird eine kurze Zusammenfassung gegeben.

in der Gestaltung von qualitativen Gesprächsleitfäden an, das im „Regionalen Monitoringsystem Qualifikationsentwicklung (RMQ)“ am IAW über Jahre erfolgreich eingesetzt wurde. Vgl. Benedix/Hammer/Medjedovic (2012).

48 MaxQDA ist ein Programm zur computerunterstützten qualitativen Daten- und Textanalyse.

5 Betriebliche Strukturdaten

Fragestellung

Um die Struktur des Rücklaufs in grundlegenden betrieblichen Parametern zu beschreiben, wurde neben der Einrichtungsart auch die Betriebsgröße anhand der Gesamtzahl aller Beschäftigten erhoben.

Da die Schutzwirkung von Tarifverträgen und die Mitwirkungsmöglichkeiten einer betrieblichen Interessensvertretung in die Attraktivität von Pflegearbeitsplätzen eingehen, wurde der Stand in den Einrichtungen zu beiden Aspekten abgefragt.

5.1 Zunehmender Dienstleistungsmix

Unabhängig von der vorliegenden Zuordnung der Einrichtungen zur ambulanten, stationären, Kurzzeit- und Tagespflege in der verwendeten Adressdatei sollten die Betriebe selbst angeben, welchem Einrichtungstyp sie sich zuordnen.

18 Einrichtungen haben die Frage nach der Art der Einrichtung mehrfach beantwortet.⁴⁹ In diesen Mehrfachnennungen bildet sich ab, dass insbesondere von der stationären Pflege ein Dienstleistungsmix angeboten wird:

- 90,9 % der Kurzzeitpflegeangebote (10 von 11) sind an stationäre Einrichtungen angebunden.
- 47,4 % der Tagespflegeangebote (9 von 19) sind an stationäre Einrichtungen angebunden.

Von den Einrichtungen der stationären Pflege bieten damit umgekehrt 34,7 % (17 von 49) einen Dienstleistungsmix an, also zusätzlich zur stationären Pflege auch Kurzzeit- und/oder Tagespflege.

Soweit in den folgenden Auswertungsschritten nach Einrichtungstypen differenziert wird, werden daher die drei Kategorien

- Krankenhäuser
- Ambulante Pflege
- Stationäre Pflege einschließlich Kurzzeitpflege und Tagespflege (in den Grafiken stets als Stationäre Pflege* abgekürzt)

unterschieden.

Aus den Experteninterviews ging hervor, dass dieses Dienstleistungsmix einen generellen Trend auf Basis einer zunehmend verfolgten Wettbewerbsstrategie der Anbieter markiert. Um Kunden/Kundinnen an den Anbieter zu binden, halten diese ein Angebot für die verschiedenen Pflegebedarfe – in gewisser Weise aufbauend von der Kurzzeitpflege über die Tages-

pflege bis zur dauerhaften stationären Pflege – bereit. Personen, die das Kurzzeitpflegeangebot zu ihrer Zufriedenheit genutzt haben, sollen als Nachfrager von Tages- und stationärer Pflege zum Anbieter zurückkehren.

Nach Einschätzung der Experten/Expertinnen wird sich dieser Trend auch in der ambulanten Pflege durchsetzen. Dies schlägt sich in unserer Befragung zwar erst im Einzelfall nieder. Auch dort ist ein zunehmend breiteres Angebot der angebotenen Pflegeformen zu erwarten. So orientieren sich ambulante Anbieter z. B. stärker in die Richtung einer Betreuung von Wohngruppen in (privaten) Wohngemeinschaften, eine Betreuungsform, die sich auch im Rahmen der stationären Pflege, dort jedoch geregelt durch die Vorgaben des Heimgesetzes, findet. Die Grenzen zwischen „ambulanter“ und „stationärer“ Pflege werden beim Leistungsangebot zunehmend unscharf, eine Entwicklung, der seitens der Pflegegesetzgebung noch nicht Rechnung getragen wird.

5.2 Betriebsgrößenklassen im Rücklauf

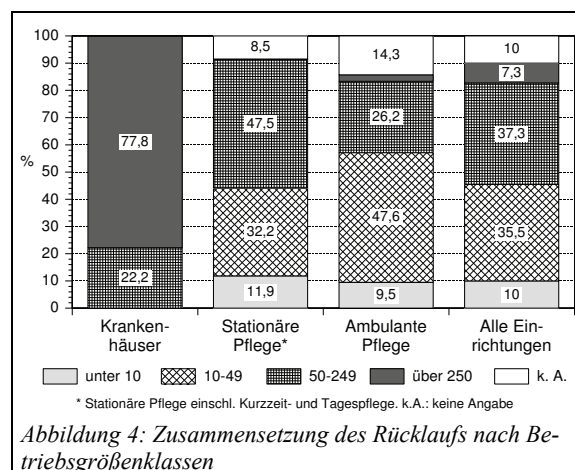


Abbildung 4: Zusammensetzung des Rücklaufs nach Betriebsgrößenklassen

In der Gegenüberstellung der Betriebsgrößen⁵⁰ zeigen sich die deutlichen strukturellen Unterschiede zwischen Krankenhäusern und stationärer wie ambulanter Pflege.

Bei den Krankenhäusern handelt es sich zu drei Vierteln um Großbetriebe; ein Viertel sind mittlere Betriebe. Kleinbetriebe und Kleinstbetriebe gibt es hier nicht.

In der stationären und ambulanten Pflege finden sich jeweils rund 10 Prozent Kleinstbetriebe. Im Übrigen handelt es sich um Klein- und Mittelbetriebe, wobei

49 Die Möglichkeit der Mehrfachnennung bestand in der Fragebogenvariante für die Einrichtungen der ambulanten Pflege, stationären Pflege, Kurzzeit- und Tagespflege. Auf dem Fragebogen für die Krankenhäuser war der Einrichtungstyp nicht gesondert anzugeben, da hier bereits mit dem Fragebogen die Zuordnung zum Einrichtungstyp gegeben war.

50 Die Zuordnung orientiert sich auf Grundlage der von den Einrichtungen angegebenen Gesamt-Beschäftigtenzahlen am Teilkriterium der „Mitarbeiterzahl“ aus der EU-Definition von „KMU“: Dabei haben Kleinstunternehmen weniger als 10, kleine Unternehmen weniger als 50 und mittlere Unternehmen weniger als 250 Beschäftigte. Vgl. http://ec.europa.eu/enterprise/policies/sme/files/sme_definition/sme_user_guide_de.pdf.

der Schwerpunkt bei der stationären Pflege auf den Mittelbetrieben, bei der ambulanten Pflege bei den Kleinbetrieben liegt. Die ambulante Pflege ist damit am deutlichsten kleinbetrieblich strukturiert.⁵¹

5.3 Vergütungsstrukturen in den Einrichtungen

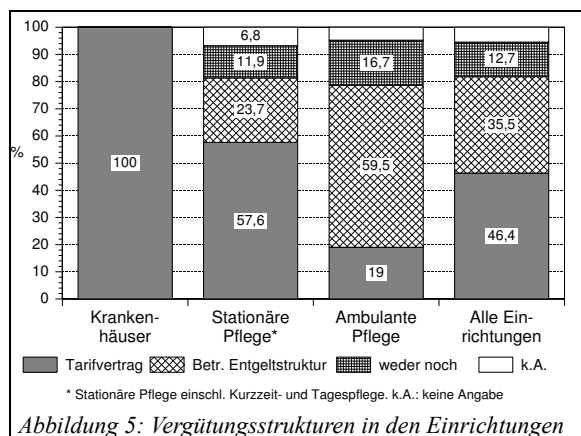


Abbildung 5: Vergütungsstrukturen in den Einrichtungen

Insgesamt finden in rund 45 Prozent der Pflegeeinrichtungen im Rücklauf tarifvertragliche Regelungen zur Vergütung Anwendung. In rund 35 Prozent gelten betriebliche Entgeltstrukturen, zu denen auch insbesondere Regelungen des „dritten Wegs“ kirchlicher Arbeitgeber zu rechnen sind. Der Rest gibt an, Vergütungen ohne Bezug auf einen Regelungsrahmen zu zahlen (12 Prozent), oder macht keine Angaben.

In den Krankenhäusern wird durchgängig nach Tarif bezahlt. Bei der stationären Pflege überwiegt die tarifliche Bezahlung in knapp 60 Prozent der Einrichtungen über den Einsatz von betrieblichen Entgeltstrukturen in knapp einem Viertel der Häuser. In der ambulanten Pflege stellt sich dies umgekehrt dar: Tarifverträge gelten nur in einem Fünftel der Betriebe, während bei knapp 60 Prozent der ambulanten Pflegeanbieter betriebliche Entgeltstrukturen zur Anwendung kommen.

5.4 Interessenvertretungen in den Einrichtungen

Insgesamt betrachtet besteht in rund 65 Prozent der Einrichtungen des Rücklaufs ein Betriebsrat bzw. eine Mitarbeiter/-innenvertretung (BR/MV). Mit der

51 Die Grafik weist einen Großbetrieb in der ambulanten Pflege aus. Der entsprechende Fragebogen konnte zunächst nicht zugeordnet werden, sodass eine Nachfrage zu der eher unerwarteten Angabe nicht möglich war. Mehr zufällig konnte nach Abschluss der Auswertung das Rätsel gelöst werden: Ein Anbieter hatte einen gemeinsamen, summarischen Fragebogen für mehrere Einrichtungen abgegeben. Auf die nachträgliche Korrektur (Neuausfüllen der Fragebogen durch den Anbieter und neuer Auswertungsdurchlauf) wurde aus forschungsökonomischen Gründen verzichtet, da die Auswirkungen auf die folgenden Auswertungsschritte vernachlässigt werden können.

Betriebsgröße nimmt der Anteil der Einrichtungen mit BR/MV ab.

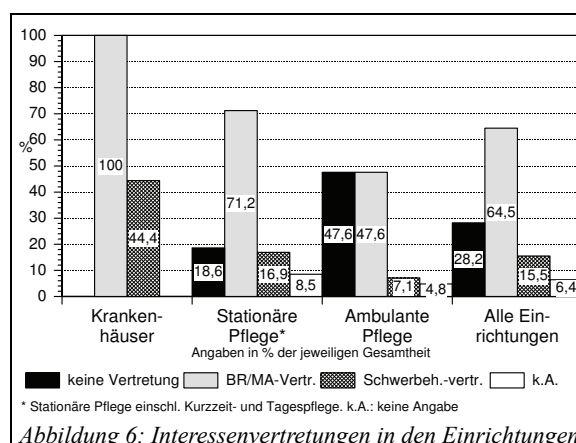


Abbildung 6: Interessenvertretungen in den Einrichtungen

Zwischen den Einrichtungstypen zeigen sich Unterschiede. In Krankenhäusern besteht durchgängig ein BR/MV. In der stationären Pflege findet sich eine BR/MV in knapp drei Viertel der Einrichtungen. In der ambulanten Pflege haben nur noch die Hälfte der Einrichtungen einen BR/MV – was umgekehrt bedeutet, dass in der Hälfte der ambulanten Pflegebetriebe keine Vertretung besteht.⁵²

5.5 Zusammenfassung

Insbesondere in der stationären Pflege wird ein Trend zum *Dienstleistungsmix* beobachtet: Tages- und Kurzzeitpflege sind bereits zu großen Teilen an stationäre Einrichtungen angebunden. Es wird erwartet, dass die ambulante Pflege sich ebenfalls in diese Richtung entwickeln wird.

Mit der Betriebsgröße fällt die Quote hinsichtlich tarifvertraglicher Regelung und vorhandener Interessenvertretung. Dies spiegelt sich in strukturellen Unterschieden zwischen Krankenhäusern, ambulanter und stationärer Pflege wider:

- Krankenhäuser sind mehrheitlich Großbetriebe, die Vergütung erfolgt nach Tarifvertrag, es gibt eine Interessenvertretung.
- Einrichtungen der stationären Pflege sind meist Mittelbetriebe, auch Kleinbetriebe. Tarifverträge regeln die Vergütungen in der Hälfte der Einrichtungen; in rund drei Viertel der Häuser gibt es Interessenvertretungen.
- Einrichtungen der ambulanten Pflege sind meist Kleinbetriebe, auch Mittelbetriebe. Tarifvertragliche Vergütung finden sich in jeder fünften, eine Interessenvertretung in jeder zweiten Einrichtung.

52 Dieser Befund ist sicherlich nicht „pflegetypisch“. Zwar kann und sollte in Betrieben mit mehr als fünf Beschäftigten ein Betriebsrat gewählt werden. Im Rahmen des IAB-Betriebspanels 2004 wurde allerdings ermittelt, dass bei Betrieben unter 100 Beschäftigten häufig keine Interessenvertretung besteht.

6 Bestandsaufnahme der aktuellen Personalstruktur

Die Erhebung der Personalstruktur in der Pflege war als differenzierte Bestandsaufnahme angelegt. Für Strategien zur Fachkräftesicherung ist es wichtig zu wissen, welche quantitative Bedeutung Fachkräfte für Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflege jeweils haben und in welchen Beschäftigungsformen (Vollzeit/Teilzeit) diese stehen. Der Anteil der Hilfskräfte mit einem Ausbildungsabschluss kann einen ersten Hinweis auf das Potenzial geben, das durch deren Höherqualifizierung zu Fachkräften genutzt werden könnte. In den Experteninterviews wurden die Ergebnisse der Bestandsaufnahme unter dem Gesichtspunkt erörtert, ob und welche Trends die Personalstrukturen und damit die Fachkräftenachfrage zukünftig verändern werden. Besonders für die Krankenpflege ergeben sich aus den Gesprächen wichtige zusätzliche Aspekte.

Fragestellung

Die Bestandsaufnahme der aktuellen Personalstruktur⁵³ erfolgte „nach Köpfen“⁵⁴ und differenziert

53 Unter „Personal in der Pflege“ sollte verstanden werden:

- a) Personal in Betrieben der ambulanten, stationären und Tagespflege, bei den Tätigkeiten in der Grund- und/oder Behandlungspflege den überwiegenden Teil der Arbeitszeit einnehmen. Es sollte also in ambulanten Pflegediensten auch das Personal erfasst werden, das für Pflegeleistungen aus SGB V finanziert wird.
- b) Personal im Pflegedienst der Krankenhäuser sowie in den Funktionsdiensten, in denen typischerweise Pflegepersonal mit Fachweiterbildung arbeitet (OP-, Anästhesie-, Intensivpflege ...).
- c) Personal, das Leitungsaufgaben in der Pflege übernimmt (z. B. Stationsleitungen, Pflegedienstleitungen (PDL)).

54 Aufgrund der großen Bedeutung von Teilzeitarbeitsverhältnissen in der Pflege wäre grundsätzlich eine parallele Darstellung in „Köpfen“ und in „Vollzeit-äquivalenten“ (VZÄ) ideal, um Personalstruktur und -bedarfe zu beschreiben. VZÄ geben das Arbeitsvolumen in der Pflege an; auf ihrer Basis könnte dargestellt werden, wie sich dieses Volumen auf die verschiedenen Kompetenzstufen verteilt. Die aktuellen Bedarfsprognosen (Rothgang/Müller/Unger 2012; Burkhardt/Ostwald/Erhard 2012) benutzen daher VZÄ, um die Entwicklung des Volumens der Pflegearbeit und damit den zukünftigen Bedarf an Pflegepersonal auszudrücken. Andererseits ist die Rechnung in „Köpfen“ näher an der betrieblichen Praxis, da nicht VZÄ, sondern konkrete zu besetzende Stellen die betriebliche Nachfrage bestimmen. Mit der Entscheidung für „Köpfe“ kam die Befragung damit insbesondere auch den Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege entgegen. Eine saubere Umrechnung der „Köpfe“ in VZÄ wäre zwar auf Einrichtungsebene prinzipiell möglich, da die individuellen durchschnittlichen Wochenarbeitszeiten dort bekannt sind. Dies hätte jedoch einen unvermeidbaren zusätzlichen Arbeitsaufwand bedeutet.

nach Kompetenzstufen, die über die formal erreichte Qualifikation und ggf. der jeweiligen Ausbildungsabschlüsse operationalisiert wurden. Erhoben wurde die Zahl der im Dezember 2011 beschäftigten

- Pflegekräfte mit dreijähriger Pflegeausbildung⁵⁵,
- Pflegehilfskräfte mit ein- oder zweijähriger Berufsausbildung⁵⁶,
- Pflegekräfte mit akademischem Abschluss
- sonstige Pflegekräfte⁵⁷.

In den einzelnen Kompetenzstufen sollte darüber hinaus nach 2 Kriterien differenziert werden:

- Die Zusammensetzung nach *männlichen und weiblichen Pflegekräften* wird in Kapitel 6.6 betrachtet.
- Die Zusammensetzung nach der *Beschäftigungsform* – Anzahl der jeweils in Vollzeit, in Teilzeit und geringfügig Beschäftigten – wird in Kapitel 6.3 dargestellt.

Ergänzend wurde der Anteil an Fachkräften mit Fachweiterbildungen erfasst.

Um den Einrichtungen die Zusammenstellung der detaillierten Zahlenangaben zu erleichtern, sollten diese sich auf die jeweils letzte offizielle statistische Erhebung im Dezember 2011 beziehen, in der Hoffnung, so den Rückgriff auf bereits vorliegendes Material zu ermöglichen. Da sich Krankenhausstatistik und Pflegestatistik in ihrer Systematik unterscheiden, wurden zwei Fragebogenvarianten notwendig, die den Bezug zu den offiziellen Statistiken jeweils unter Bezug auf die dort verwendeten Kategorien und Begrifflichkeiten herstellen.⁵⁸

55 „Examierte“ Kräfte mit Berufsabschlüssen in der Gesundheits- und Krankenpflege, in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege einschließlich ihrer „Vorläufer-Berufe“ und in der Altenpflege.

56 In Bremen in der Regel Pflegekräfte mit einer einjährigen Ausbildung/Umschulung in der Altenpflegehilfe, da keine Ausbildung in der Krankenpflegehilfe erfolgt und der Modellversuch der 2-jährigen generalistischen Assistenz Ausbildung erst 2012 begonnen wurde; allerdings könnten 2-jährige Assistenz Ausbildungsabschlüsse z. B. in Niedersachsen erworben worden sein.

57 Die Kategorie der „sonstigen Pflegekräfte“ schließt neben allen Pflegekräften ohne formalen Ausbildungsabschluss – also alle angelernten oder unterhalb einer Ausbildung qualifizierten Kräfte – auch Beschäftigte ein, die über andere – in Deutschland oder im Ausland erworbene, nicht anerkannte – Ausbildungsabschlüsse in Gesundheits- bzw. Pflegeberufen verfügen. Eine genauere Differenzierung war in der Befragung nicht möglich. Nach Experteneinschätzungen handelt es sich jedoch vorwiegend um angelernte Hilfskräfte.

58 Dennoch konnte insbesondere der ambulanten Pflege eine besondere Auszählung nicht erspart werden, da im Sinn einer vollständigen Erfassung der Pflegenden im Unterschied zur Pflegestatistik auch SGB V-finanzierte Kräfte mitgezählt werden.

Tabelle 9: Personalbestand (alle Einrichtungen) nach Kompetenzniveaus

Personalbestand (Dez. 2011) Alle Einrichtungen (n=110)	ins- gesamt abs.	davon				davon					
		m		w		Vollzeit		Teilzeit		geringf. Besch.	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
mit 3-jähriger Ausbildung (KP*)	3.529	567	16,1	2.962	83,9	1.673	47,4	1.657	47,0	199	5,6
mit 3-jähriger Ausbildung (KKP*)	505	11	2,2	494	97,8	182	36,0	308	61,0	15	3,0
mit 3-jähriger Ausbildung (AP*)	1.086	156	14,4	930	85,6	439	40,4	557	51,3	90	8,3
mit 3-jähriger Ausbildung (Zwischensumme)	5.120	734	14,3	4.386	85,7	2.294	44,8	2.522	49,3	304	5,9
mit 1- oder 2-jähr. Ausbildung	433	49	11,3	384	88,7	79	18,2	284	65,6	70	16,2
mit akademischem Abschluss	91	18	19,8	73	80,2	44	48,4	41	45,1	6	6,6
andere Pflegekräfte	1.269	220	17,3	1.049	82,7	198	15,6	774	61,0	297	23,4
Summe	6.913	1.021	14,8	5.892	85,2	2.615	37,8	3.621	52,4	677	9,8

* KP: Gesundheits- und Krankenpfleger/-in und Krankenschwester/-pfleger; KKP: Gesundheits- und Kinderpfleger/-in und Kinderkrankenschwester/-pfleger, AP: Altenpfleger/-in. Prozentangaben bezogen auf die Gesamtheit der Beschäftigten in der jeweiligen Kompetenzstufe.

Weitere Fragestellungen bezogen sich auf die Altersstruktur der Belegschaft und die betriebliche Beschäftigungsdauer, auf den Anteil der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund, den Einsatz von Leiharbeit in der Pflege sowie den von den Einrichtungen erwarteten Trend bei Teilzeitarbeitsverhältnissen.

6.1 Personalbestand in den Einrichtungen

Tabelle 9 gibt eine Übersicht über den Personalbestand in allen Einrichtungen des Rücklaufs.

Insgesamt arbeiten in den Einrichtungen des Rücklaufs 6.913 Pflegekräfte, davon

- in 9 Krankenhäusern: 3.389 Pflegekräfte
- in 59 Einrichtungen der stationären Pflege: 1.796 Pflegekräfte
- in 42 Einrichtungen der ambulanten Pflege: 1.728 Pflegekräfte

Der durchschnittliche Anteil der männlichen Pflegekräfte beträgt 14,8 Prozent.

Vergleich mit der offiziellen Statistik

Unter dem Vorbehalt der eingeschränkten Vergleichbarkeit⁵⁹ ergibt sich folgende Gegenüberstellung:

⁵⁹ Sowohl der Vergleich mit der Krankenhausstatistik wie mit der Pflegestatistik unterliegt Einschränkungen. Bei der Krankenhausstatistik lagen die Daten vom Stichtag 31.12.2011 vor. Zum Vergleich mit dem in der vorliegenden Erhebung erfassten Pflegepersonal kann eine Summe aus dem in der Statistik getrennt ausgewiesenen Personal im Pflegedienst und Funktionsdienst gebildet werden. Allerdings schließt der Funktionsdienst auch Nicht-Pflegepersonal (z. B. Hebammen) ein. Bei der Pflegestatistik (Stichtag 15.12.2012) können die Gesamtsummen nicht herangezogen werden, da

Krankenhäuser: Insgesamt arbeiteten am 31.12.2011 5.938 Beschäftigte im Pflege- und Funktionsdienst, davon 4.969 Frauen (Männeranteil: 16,3 Prozent).⁶⁰ Die in unserem Rücklauf erfassten 3.389 Beschäftigten bilden 57,1 Prozent der Summe. Da der Funktionsdienst auch Nicht-Pflegepersonal (z. B. Hebammen) einschließt, dürfte das in unserem Rücklauf abgebildete Pflegepersonal rund 60 Prozent der insgesamt beschäftigten Pflegekräfte darstellen, was dem Anteil der an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen entspricht.

Stationäre Pflege: Die Pflegestatistik zählt am 15.12.2011 insgesamt 5.478 Kräfte in den Pflegediensten, davon 852 (15,5 %) Männer. 3.483 Personen sind hauptsächlich dem Tätigkeitsbereich „Pflege und Betreuung“ zuzuordnen. Die in unserem Rücklauf erfassten 1.792 Pflegekräfte bilden davon 51,6 %.

Ambulante Pflege: Die Pflegestatistik zählt am 15.12.2011 insgesamt 3.472 Kräfte in den Pflegediensten, davon 498 (14,3 %) Männer. 2.551

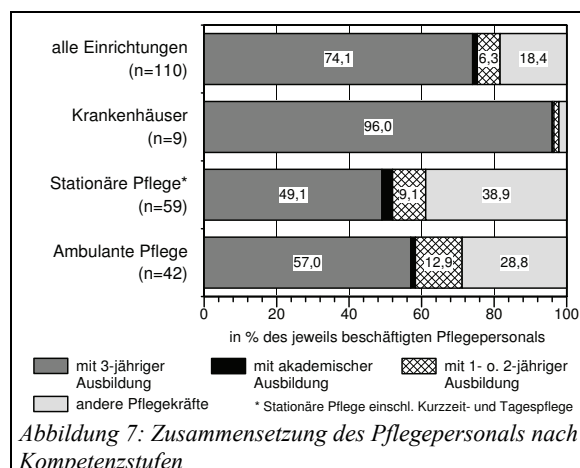
u.a. auch der hauswirtschaftliche Bereich mit enthalten ist. In diesen Summen ist darüber hinaus auch Personal enthalten, das in unserer Befragung nicht erfasst wurde, z. B. Beschäftigte, die zu weniger als 50 Prozent nach SGB XI eingesetzt sind. Umgekehrt sind die in der vorliegenden Erhebung mit erfassten, aus SGB V finanzierten Kräfte in der Statistik nicht enthalten. Zum Vergleich werden daher die Kräfte mit überwiegender Tätigkeit im Bereich Pflegedienstleitung und Grundpflege (ambulant) und Pflege und Betreuung (stationär) herangezogen. Insgesamt wird auch eine vergleichende Betrachtung der Personalsituation von Kranken- und Altenpflege durch die doch sehr unterschiedlichen Ansätze beider Statistiken erschwert.

⁶⁰ Quelle: Statistisches Landesamt Bremen (Bremen Infosystem), eigene Berechnungen.

Personen sind hauptsächlich den Tätigkeitsfeldern Pflege und Pflegedienstleitung zugeordnet. Die in unserem Rücklauf erfassten 1.728 Pflegekräfte bilden 67,7 % dieser Zahl.⁶¹

6.2 Qualifikation des Pflegepersonals

a) Zusammensetzung des Pflegepersonals nach Kompetenzstufen



Im Krankenhaus präsentiert sich die derzeitige Pflegebelegschaft – im deutlichen Unterschied zur Altenpflege – als quasi monolithischer Block aus „Examinierten“. Kräfte mit einjähriger Ausbildung und andere Pflege(hilfs)kräfte spielen nur eine geringe Rolle. Auch der Anteil akademisch Ausgebildeter in der Pflege ist marginal.

Der „Block“ der Examinierten in den Krankenhäusern kann auch unter einem weiteren Gesichtspunkt betrachtet werden: Von den insgesamt im Rücklauf der Befragung gezählten 5.120 Pflegekräften mit 3-jähriger Ausbildung arbeitet die große Mehrheit – 3.254 (63 Prozent) – im Krankenhaus.

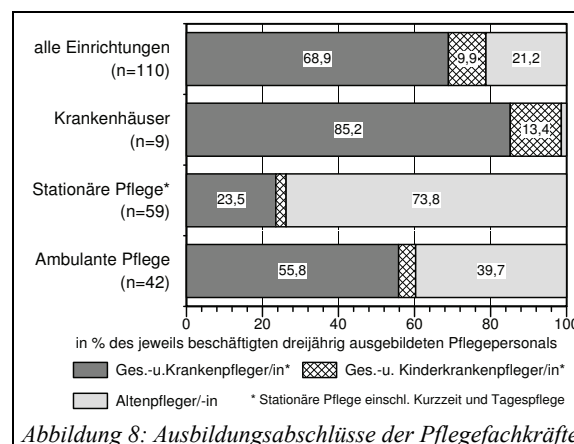
In der stationären Pflege wird die Fachkräftequote (50 %) ziemlich genau erreicht und erscheint hier mehr als „Maximal-“ denn als „Minimalgrenze“ des Fachkräfteeinsatzes. Ebenso findet sich in der stationären Pflege der höchste Anteil an Pflegehilfskräften. Bei diesen überwiegen die sonstigen Pflegekräfte – zumeist angelernte Hilfskräfte – gegenüber den ausgebildeten Altenpflegehelfern/-helferinnen. Dies dürfte damit zu erklären sein, dass lediglich nach Seiten der Fachkräfte bestimmte Anforderungen an die Qualifikationen vorgeschrieben sind. Für die Zusammensetzung der „anderen Hälfte“ wird damit die Differenz zwischen den Vergütungen von Hilfskräften mit und ohne einjährige Helferausbildung zu

61 Der Anteil der im Rücklauf abgebildeten Beschäftigten erscheint damit deutlich höher als der Anteil der Betriebe im Rücklauf (49 %). Zum einen kann sich hier die Erfassung der SGB V-Kräfte auswirken, die nicht in der Pflegestatistik erfasst sind. Zum anderen lässt sich nicht ausschließen, dass im Rücklauf der ambulanten Pflege die kleineren Betriebe unterrepräsentiert sein könnten.

einem Auswahlkriterium. Es zeigt sich, dass der Personenkreis, der über eine ein- oder zweijährige Helferausbildung verfügt und in dem geeignete Personen für eine Höherqualifizierung zur Fachkraft gesucht werden müssen, sowohl in der stationären wie auch in der ambulanten Pflege relativ beschränkt ausfällt. Eine Strategie zur Höherqualifizierung sollte daher nicht nur auf die ein- oder zweijährig ausgebildeten Hilfskräfte (Altenpflegehilfe/Pflegeassistenz) zielen, sondern durchgängig auch die angelernten Kräfte einbeziehen.

Gegenüber der stationären Pflege zeigt die ambulante Pflege einen höheren Anteil von „Examinierten“. Dies kann damit erklärt werden, dass die ambulante Pflege auf gut qualifizierte Pflegekräfte angewiesen ist, die zu selbstständigem Handeln vor Ort und für die Erbringung von Leistungen nach SGB V befähigt sind. Dies schränkt die Beschäftigungsmöglichkeiten für sonstige Pflege(hilfs)kräfte ein.

b) Zusammensetzung der Pflegefachkräfte nach Ausbildungsabschlüssen⁶²



Im Krankenhaus dominiert mit der (Kinder-)Krankenpflegeausbildung und umgekehrt in der stationären Pflege mit der Altenpflegeausbildung die jeweils für den Bereich „einschlägige“ Fachkräftausbildung.

Auffällig ist der recht große Anteil von „Examinierten“ mit Krankenpflegeausbildung in der ambulanten Pflege. In den Experteninterviews wurden hierzu verschiedene, zusammenspielende Begründungen diskutiert: Für die Einrichtungen sind aus den Anforderungen der ambulanten Pflege heraus (SGB V-Leistungen, Behandlungspflegeanteile, eigenständiges Arbeiten, flexible Einsatzmöglichkeiten für wechselnde pflegerische Tätigkeiten) Pflegekräfte mit Krankenpflegeausbildung interessant.

62 Gesundheits- und Krankenpfleger/-in incl. Krankenschwester/-pfleger; Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in incl. Kinderkrankenschwester/-pfleger.

Tabelle 10: Pflegepersonal mit Fachweiterbildung

Einrichtungstyp	Pflegepersonal mit 3-jähriger Ausbildung abs.	darunter Pflegepersonal mit Fachweiterbildung					
		insgesamt		davon m		davon w	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%
Krankenhäuser (n=9)	3254	552	17,0	144	26,1	408	73,9
Stationäre Pflege* (n=59)	881	103	11,7	20	19,4	83	80,6
Ambulante Pflege (n=42)	985	159	16,1	29	18,2	130	81,8
Gesamt (n=110)	5.120	814	15,9	193	23,7	621	76,3

Die gleichen Merkmale zeichnen die ambulante Pflege umgekehrt als attraktives Arbeitsfeld für Krankenschwestern/Krankenpfleger aus, insbesondere, wenn sich diese eine Veränderung ihrer Arbeitsbedingungen und ihrer vertraglichen Arbeitszeiten wünschen. Andererseits kommt offenbar auch vor, dass Krankenschwestern/-pfleger, die ihre Arbeitszeit im Krankenhaus auf Teilzeit reduziert haben, in der stationären und ambulanten Pflege eine weitere Teilzeitbeschäftigung suchen, um die damit verbundenen Einkommensverluste auszugleichen.⁶³

Allgemein gehen die Experten und Expertinnen von einer zukünftig zunehmenden Durchmischung der Qualifikationen in allen Einrichtungstypen aus: Spezifische Qualifikationen in der Altenpflege werden im Zuge des demografischen Wandels auch im Krankenhaus zunehmend wichtig, während Qualifikationen der Akut- und Behandlungspflege im Zuge der Verwirklichung des Primats der ambulanten Pflege vermehrt außerhalb des Krankenhauses erwartet werden.⁶⁴

⁶³ Vgl. hierzu auch die unten (Kapitel 6.3) folgenden Ergebnisse zur Vollzeit-/Teilzeitarbeit in der Pflege. Auf Basis unserer Daten lässt sich leider nicht aussagen, wie häufig dieses Phänomen einer Doppelbeschäftigung bereits auftritt, also welcher Anteil der von den Einrichtungen gezählten „Köpfe“ der Teilzeitbeschäftigten doppelt – in zwei Einrichtungen – berücksichtigt wurde.

⁶⁴ Vergleich mit der Pflegestatistik (Dez. 2012, zur eingeschränkten Vergleichbarkeit siehe Fußnote 59, Seite 36) mit Bezug auf die examinierten Fachkräfte:
In der ambulanten Pflege arbeiten 659 Kräfte mit Altenpflegeausbildung, 832 mit Krankenpflegeausbildung und 57 mit Kinderkrankenpflegeausbildung. In der Summe sind dies 1.548 examinierte Fachkräfte, das sind ca. 60 % der 2.551 Kräfte, die hauptsächlich in der Grundpflege und als PDL eingesetzt sind.
In der stationären Pflege arbeiten 1.248 Kräfte mit Altenpflegeausbildung, 352 mit Krankenpflegeausbildung und 26 mit Kinderkrankenpflegeausbildung. In der Summe sind dies 1.626 examinierte Fachkräfte, das sind ungefähr 46 % der Kräfte, die hauptsächlich im Bereich Pflege und Betreuung eingesetzt sind.
Die von uns erhobenen Zahlen bilden somit die Verhältnisse in der Gesamtheit recht gut ab.
Quelle: Statistisches Landesamt (Pflegestatistik), eigene Berechnungen.

c) Anteil der Pflegefachkräfte mit Fachweiterbildungen

Unter Fachweiterbildungen (FWB) wurden in der Befragung Weiterbildungen nach dem Bremer Gesetz über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen und ggf. im Umfang vergleichbare, ggf. in anderen Bundesländern erwerbbar und dort anerkannte Weiterbildungsqualifikationen verstanden, also z. B. auch die entsprechenden Angebote der Bildungseinrichtungen in der Altenpflege.

Der Anteil der Pflegekräfte mit Fachweiterbildung an den Fachkräften beträgt insgesamt um 16 Prozent.⁶⁵ Die Mehrheit dieser Kräfte arbeitet in einem Krankenhaus. Dort findet sich auch der höchste Anteil (17 Prozent). Auch in der ambulanten Pflege – korrespondierend mit dem auch dort höheren Anteil examinierter Kräfte – finden sich rund 16 Prozent. In der stationären Pflege wird mit knapp 12 Prozent der niedrigste Anteil an Fachweiterbildungen erreicht.

d) Neue Arbeitsteilung in der Pflege

Aus den Experteninterviews ging hervor, dass die derzeitige Zusammensetzung der Pflegekräfte nach Kompetenzstufen, wie sie in unseren Zahlen zum Ausdruck kommt – insbesondere der „monolithische Block“ der „Examinierten“ in der Krankenhauspflege – zukünftig erheblichen Änderungen unterliegen wird.

Mehr oder weniger in allen Bereichen der Pflege sahen die Experten und Expertinnen die Notwendigkeit, unter Kostengesichtspunkten einerseits, unter dem Gesichtspunkt eines zukünftig schrumpfenden Fachkräfteangebots andererseits die Arbeitsteilung in der Pflege neu zu definieren. In den Einrichtungen wird daher über Wege nachgedacht, die Aufgabenverteilung und damit den „Qualifikationsmix“ neu zu regeln. In der Regel zielt dies zunächst auf die Identifizierung „pflegefremder“ Tätigkeiten, von denen die hoch qualifizierten Pflegekräfte entlastet werden sollen. Diese Tätigkeiten sollen dann kürzer ausgebildeten Kräften (insb. zweijährig ausgebildeten Pflegeassistenten/-assistentinnen) oder, soweit es sich um „Hoteldienstleistungen“ handelt, nicht pflege-

⁶⁵ Auf die Zusammensetzung nach Geschlechtern wird unten (Kapitel 6.6) eingegangen.

spezifisch ausgebildeten Hilfskräften überlassen werden. Der Anteil qualifiziert ausgebildeter Fachkräfte wird daher zurückgehen.

Im Zentrum dieses Trends stehen derzeit die Krankenhäuser. Hinsichtlich der dort konkret angestrebten Veränderungen ergibt sich jedoch ein differenziertes Bild.

Auf der einen Seite stehen Ansätze, die eine eher vorsichtige und mit den Pflegekräften gemeinsam auszuhandelnde Neubewertung der Tätigkeiten und einen vermehrten Einsatz von Hilfskräften anstreben. Hierbei bleiben die dreijährig ausgebildeten Pflegefachkräfte die Basis, die von einer gewissen Zahl akademisch ausgebildeter Kräfte ergänzt werden sollen.

Dem stehen Ansätze gegenüber, die auf eine tiefer greifende Umstrukturierung abzielen. Akademisch ausgebildeten Kräften kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Diese gestalten professionell die Pflegeprozesse und koordinieren und kontrollieren die Arbeit der ihnen unterstehenden Pflegekräfte. Hierbei wird vor allem an zweijährig ausgebildete Assistenzkräfte gedacht, die viele Aufgaben der „direkten Pflege“ selbstständig ausführen können – eine einjährige Ausbildung wird hierfür als nicht ausreichend eingeschätzt. Darüber hinaus werden weitere „pflegefremde“ Aufgaben identifiziert (u. a. „Hoteldienstleistungen“), die von weiteren, nicht pflegespezifisch qualifizierten Kräften übernommen werden sollen. Von einer höheren Zahl von in der Regel in Teilzeit arbeitenden Assistenzkräften verspricht man sich „mehr Köpfe“ auf den Stationen, mit denen eine ausreichende (Mindest-)Besetzung zu den verschiedenen Tageszeiten ermöglicht werden soll. Im Ergebnis dieser Entwicklung würde die „herkömmliche“, 3-jährig ausgebildete Pflegefachkraft fast vollständig verschwinden, sodass aus dieser Perspektive die auf Bundesebene geplante und erst noch umzusetzende generalistische dreijährige Ausbildung bereits als „Interimslösung“ erscheint.

Die beteiligten Arbeitnehmervertretungen zeigten sich nicht grundsätzlich ablehnend gegenüber neuen Modellen der Arbeitsteilung, zugleich aber insbesondere skeptisch über den Umfang und Inhalt der Arbeiten, die an nicht für die Pflege ausgebildete Hilfskräfte übertragen werden können. So sei die Bezeichnung „Hoteldienstleistung“ nicht angemessen – schließlich habe man mit Patienten und Patientinnen zu tun, nicht mit Hotelgästen. Die Bedeutung der Krankenbeobachtung wurde hervorgehoben: Fachkräfte können z. B. auch beim Einräumen eines Schrankes subtile Veränderungen registrieren oder beim Füttern Schluckprobleme bemerken. Ohne eine entsprechende Ausbildung drohen daher wichtige Hinweise übersehen zu werden; andererseits bleibe die Pflegefachkraft voll verantwortlich.

e) Großes Interesse an Modellversuchen zur Heilkundeübertragung

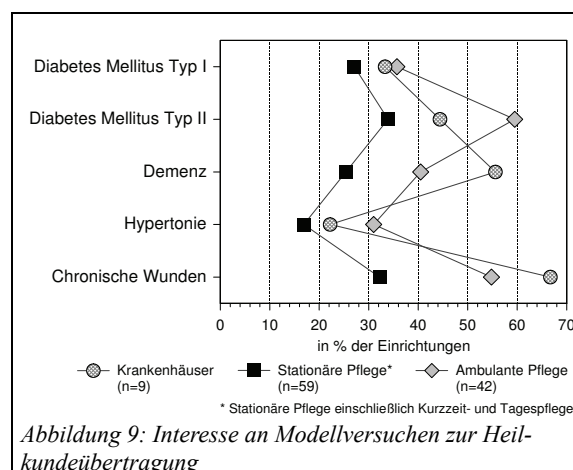


Abbildung 9: Interesse an Modellversuchen zur Heilkundeübertragung

In die Perspektive einer veränderten Arbeitsteilung in der Pflege ordnet sich das Interesse an der Teilnahme an Modellversuchen zur Übertragung von Heilkunde an die Pflege ein, das am Ende des Fragebogens abgefragt wurde. Den Pflegenden wird dabei auf Grundlage und im Rahmen einer ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung die selbstständige und eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten übertragen. Die Pflegenden übernehmen hierfür neben der fachlichen und wirtschaftlichen auch die rechtliche Verantwortung. Vorausgesetzt ist eine entsprechende Qualifizierung.⁶⁶

Im Fragebogen wurde erhoben, ob die Einrichtungen Interesse an der Teilnahme an einem Modellversuch auf einem oder mehreren der zunächst fünf diagnosebezogenen Tätigkeitsfelder haben.

In der Leitungsebene der Einrichtungen ist das Interesse an solchen Modellversuchen offenkundig groß.

- In den Krankenhäusern konzentriert sich das Interesse auf die Bereiche „chronische Wunden“ (66,7 %) und „Demenz“ (55,6 %)
- In der ambulante Pflege stehen die Felder „Diabetes II“ (59,5 %) und „chronische Wunden“ (54,8 %) an der Spitze.
- Auch in der stationären Pflege mit den insgesamt geringsten Interessenbekundungen sind Modellversuche in den Bereichen „Diabetes II“ (33,9 %) und „chronische Wunden“ (32,2 %) am attraktivsten.

Auch in den Experteninterviews traf die Möglichkeit der Heilkundeübertragung zumeist auf Zustimmung und wird dabei als Schritt zur sichtbaren Aufwertung der Pflege als eigenständige Profession, insbesondere in den Krankenhäusern auch unter dem Gesichts-

66 Die Möglichkeit hierzu wurde mit der Heilkundeübertragungsrichtlinie gemäß § 63 Abs. 3c SGB V vom 20.10.2011 geschaffen.
(<http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1401/>)

punkt neuer Einsparmöglichkeiten im ärztlichen Dienst, begrüßt. Vereinzelt wurden auch skeptische Stimmen laut: Es sei fraglich, ob die neuen Aufgaben – von denen sich eine Einrichtung mehr abrechnungsfähige Leistungen erhoffen mag – nicht im Endeffekt nur zu einer weiteren Arbeitsverdichtung und Belastungszunahme bei den Pflegekräften führen werden.

Auch die befragten Mitarbeitervertretungen zeigten sich in dieser Frage eher ambivalent: Auf der einen Seite wurde die damit verbundene Aufwertung der Pflege durchaus begrüßt. Mit der Übernahme der Verantwortung müssten aber auch haftungs- und versicherungsrechtliche Fragen für die Pflegenden, die selbstständig Heilkunde übernehmen, geklärt werden. Die notwendige Qualifizierung sollte auch auf dem Weg der Fortbildung den examinierten Kräften offen stehen und nicht nur auf dem Weg einer akademischen Qualifikation erreicht werden können. Als Beispiel wurde auf die Intensivpflege verwiesen, wo auf Basis einer Fachweiterbildung Pflegekräfte und Ärzte/Ärztinnen kooperativ zusammenarbeiten. Eine weitere Übernahme von bisher dem ärztlichen Dienst zugeordneten Tätigkeiten durch die Pflegefachkräfte müsse sich im Stellenschlüssel niederschlagen.

6.3 Beschäftigungsformen: Vollzeit, Teilzeit, geringfügige Beschäftigung

Fragestellung

Bei der Aufstellung der Personalzusammensetzung „nach Köpfen“ war zwischen Vollzeit-, Teilzeit- und geringfügiger Beschäftigung zu unterscheiden. Im Interesse der Ausfüllbarkeit des Fragebogens musste auf eine weitere Differenzierung der Teilzeit-Kategorie verzichtet werden.

Zusätzlich wurden die Einrichtungen um eine Einschätzung der zukünftigen Entwicklung gebeten. Für die Kompetenzstufen sollte eingeschätzt werden, ob Teilzeitarbeit tendenziell abnehmen, gleich bleiben oder zunehmen wird.

Für alle Pflegenden ist Teilzeitarbeit die am häufigsten vorkommende Beschäftigungsform. Über die Hälfte der Beschäftigten arbeitet in Teilzeit. Teilzeitarbeit kann damit für die Pflege bereits als „Normalität“ angesehen werden. Rund jede zehnte Pflegekraft übt eine geringfügige Beschäftigung aus.⁶⁷

⁶⁷ Ein Vergleich mit der Krankenhaus- und Pflegestatistik ist auch hier nur eingeschränkt möglich, bestätigt aber die hohe Teilzeitbeschäftigung im Pflegektor (siehe auch Fußnote 59, Seite 36):

Krankenhäuser: Von 5.938 Beschäftigten (Pflegedienst plus Funktionsdienst, Stichtag 31.12.2011) arbeiten 3.051 in Teilzeit oder in geringfügiger Beschäftigung, das entspricht 51,4 Prozent. Quelle: Statistisches Landesamt Bremen (Bremen Infosystem), eigene Berechnungen.

a) Verteilung der Beschäftigungsformen in den Kompetenzstufen

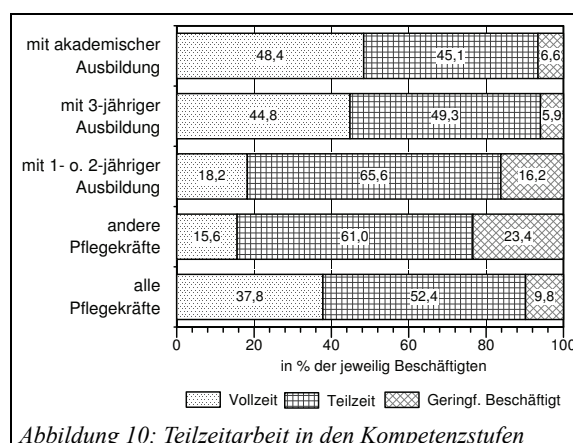


Abbildung 10: Teilzeitarbeit in den Kompetenzstufen

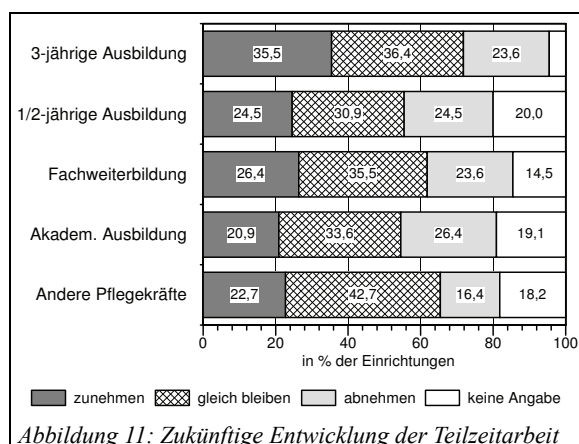
Abbildung 10 zeigt einen erheblichen Unterschied der Beschäftigungsformen in Abhängigkeit von der Höhe der Kompetenzstufen. Während sich bei den examinierten und akademisch ausgebildeten Pflegefachkräften Teilzeit und Vollzeit fast die Waage halten, hat bei den Hilfskräften (mit und ohne Pflegeausbildung) nur ungefähr jede Fünfte einen Vollzeitvertrag. Umgekehrt findet sich insbesondere bei den sonstigen Pflegekräften – in der Regel gering qualifizierte Hilfskräfte – ein besonders hoher Anteil (rund ein Viertel) geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse.

b) Einschätzung der zukünftigen Bedeutung von Teilzeitarbeit

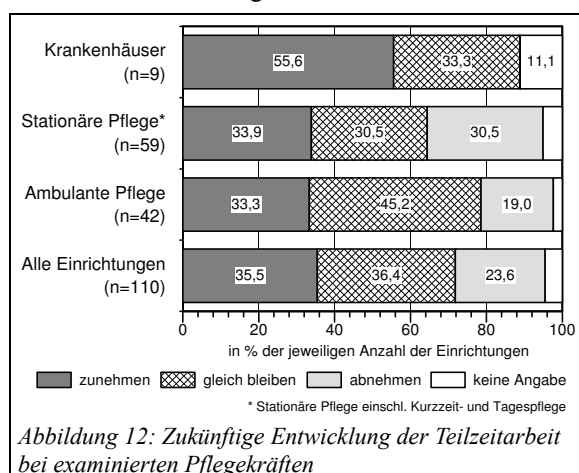
Im Gesamtbild zeigt sich kein eindeutiger Trend zur weiteren Zu- und Abnahme der Teilzeitarbeit. Die Erwartung, dass der Anteil der Teilzeitarbeit sich nicht verändern wird, herrscht vor. Im Übrigen halten sich die Erwartungen von Zu- und Abnahme nahezu die Waage. Eine Ausnahme bilden die 3-jährig ausgebildeten Kräfte, für die die Ausweitung der Teilzeitarbeit leicht überwiegt.

Für die ambulante und stationäre Pflege sind Angaben nur für alle Beschäftigten (also nicht nur des Pflegepersonals) möglich. Praktikanten und Helfer im sozialen Dienst bleiben im Folgenden unberücksichtigt. In der *ambulanten Pflege* arbeiten von 3.444 Beschäftigten 21,7 % in Vollzeit, 54,6 % in Teilzeit und 23,6 % in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen. In der *stationären Pflege* arbeiten von 5.257 Beschäftigten 25,6 % in Vollzeit, 61,4 % in Teilzeit und 13,0 % in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen. Quelle: Statistisches Landesamt (Pflegestatistik Dez. 2011, eigene Berechnungen).

Ein weiterer Vergleichswert für die *ambulante und stationäre Pflege insgesamt*: Schließt man zur besseren Vergleichbarkeit mit der vorliegenden Befragung Praktikanten/Praktikanten und Schüler/Schülerinnen sowie Beschäftigte mit weniger als 50 % Arbeitsanteil nach SGB XI aus, arbeiten ca. 24 % in Vollzeit, 61 % in Teilzeit (mit mehr als der Hälfte der Arbeitszeit 51 %) und 15 % in geringfügiger Beschäftigung. Quelle: Statistisches Landesamt (Pflegestatistik Dez. 2011, eigene Berechnungen).



Die folgende Abbildung 12 macht deutlich, dass diese Trendaussage vor allem auf die Einschätzungen der Krankenhäuser zurückgeht:



Eine weitere Zunahme der Teilzeitarbeit wird somit dort erwartet, wo derzeit ein Schwerpunkt der Beschäftigung von examinierten Pflegekräften liegt, die noch ungefähr zur Hälfte in Vollzeit arbeiten. Sollte sich auch in diesem Bereich Teilzeitarbeit weiter durchsetzen, wird sich das Bild der Pflege als Bereich vorwiegend „atypischer“ Beschäftigungsverhältnisse verfestigen.

c) Motive für die Teilzeitarbeit in der Pflege und Gegendrend in der stationären Pflege

In den Expertengesprächen wurden die Hintergründe für diesen Trend diskutiert. Dabei kamen zum einen Motive für eine Zunahme der Teilzeit zur Sprache. Insbesondere aus Einrichtungen der stationären Pflege wurde umgekehrt auch von einem Trend zur Vollzeitarbeit berichtet.

Als Motive für (zunehmende) Teilzeitarbeit kamen in den Experteninterviews im wesentlichen drei Faktoren zur Sprache:

- Für die Arbeitgeber bedeutet Teilzeitarbeit ein notwendiges Element von Flexibilität im Einsatz der Pflegekräfte. Strukturell bedingt und unter der Prämisse einer strengen Kostenkontrolle lassen sich Dienst- und Einsatzpläne nur mit einer Mischung aus Voll- und Teilzeit-

kräften gestalten. Der Arbeitsanfall verteilt sich nicht gleichmäßig über den Tag, und insbesondere in der ambulanten Pflege müssen die Einrichtungen schnell auf die wechselnde Kundennachfrage reagieren können – das zu erledigende Arbeitspensum kann sich hier quasi täglich verändern. Arbeitsspitzen lassen sich leichter mit Überstunden von Teilzeitkräften als von Vollzeitkräften abdecken. Teilzeitarbeit erlaubt auch eine flexiblere Reaktion auf Personalausfälle (Krankheit/Arbeitsunfähigkeit/Urlaub): Die Zahl der Stunden, für die eine Lösung gefunden werden muss, ist bei Teilzeitkräften geringer und kann nach der anderen Seite hin leichter auf andere Teilzeitkräfte umverteilt werden. Auf der Negativseite der Ausweitung der Teilzeitarbeit stehen der steigende Kommunikationsaufwand sowie die „pro Kopf“ anfallenden Beschäftigungs- „Grundkosten“.

- Für die Arbeitnehmer/-innen stellt sich (ein Wechsel in) Teilzeitarbeit oft als einzige Möglichkeit dar, die Belastungen individuell zu reduzieren. Insbesondere ältere Beschäftigte wollen in Teilzeitarbeit wechseln, um einer mit einem Vollzeitvertrag verbundenen Verpflichtung zur Schichtarbeit, insbesondere zur Nachtarbeit, auszuweichen.⁶⁸

- Arbeitnehmer/-innen können Teilzeitarbeit als Mittel zur Gestaltung ihrer „Work-Life-Balance“ nutzen. Die Arbeitszeit soll sich an ihre Lebensplanung anpassen und ihnen mehr Zeit und damit Freiheit zur Gestaltung ihrer individuellen Lebensentwürfe verschaffen. Teilzeitarbeit erscheint damit insbesondere als Möglichkeit, die Anforderungen von Erwerbstätigkeit und Familie unter Inkaufnahme von Einkommensverlusten individuell vereinbar zu machen.

Aufgrund der reduzierten Vergütung ist diese Gruppe allerdings in der Regel auf eine weitere Einkommensquelle angewiesen. Teilzeitarbeit in der Pflege begründet damit oft ein „Teil-“, „Zweit-“ oder „Zusatz Einkommen“ von Frauen in Familien und Lebenspartnerschaften und die damit verbundenen Abhängigkeiten. Es kommt daher offenbar auch vor, dass Pflegekräfte zu ihrer Teilzeitbeschäftigung in einer Einrichtung einer weiteren Teilzeit- oder geringfügigen Beschäftigung in einer anderen Einrichtung nachgehen (müssen).

Auf der anderen Seite berichten Experten aus der stationären Altenpflege, dass speziell junge qualifizierte Kräfte, aber auch Hilfskräfte, eine Vollzeitbeschäftigung in der Pflege suchen.⁶⁹ Die Ein-

⁶⁸ Vgl. auch Dathe/Paul/Stuth (2012: 3).

⁶⁹ Dies entspricht auch der in Kapitel 1.2.2 bereits zitierten IAB-Untersuchung (Wanger 2011), der zufolge Frauen in Teilzeitbeschäftigung oft eine längere

richtungen müssen daher zunehmend Vollzeitverträge ermöglichen und dafür nach neuen Wegen in der Organisation der Dienst- und Schichtpläne suchen, um diese dringend nachgefragten Pflegefachkräfte dauerhaft für die Einrichtung zu gewinnen. Auch unter dem Gesichtspunkt, den Männeranteil in der Pflege längerfristig zu „normalisieren“, wäre ein steigendes Angebot von Vollzeitstellen erforderlich.

Aus den Krankenhäusern wurden präferierte vertragliche Wochenarbeitszeiten von 20 Stunden signalisiert, in der übrigen Pflege liegen die üblichen Werte in der Regel höher, auch wenn in allen Bereichen offenbar eine große Bandbreite existiert. Deutlich wurde, dass insbesondere in der ambulanten Pflege ein Teilzeitvertrag nicht unbedingt Teilzeitarbeit bedeuten muss: Mit an Vollzeitarbeit interessierten Pflegekräften werden unter dem Gesichtspunkt einer flexiblen Planung Teilzeitverträge (z. B. auf Basis von 30 Stunden) abgeschlossen; diese Arbeitszeit kann den Pflegekräften sozusagen „garantiert“ werden. Bei höherem Bedarf bzw. Bedarfsspitzen kann die Arbeitszeit sich einer Vollzeitarbeit angleichen.

Insgesamt ergibt sich aus den Experteninterviews somit ein eher ambivalentes Bild. Ein Teil der Krankenhäuser auf der einen Seite, die stationäre Pflege auf der anderen Seite beschreiben die Arbeitszeitinteressen der Pflegekräfte unterschiedlich.

Im Resultat kann aber festgehalten werden, dass die Pflegekräfte aus verschiedenen Motiven offenkundig individuell unterschiedliche Wochenarbeitszeiten wünschen. Aus dem Kreis der Arbeitnehmer/-innenvertretungen wurde daher das Interesse angemeldet, dass eine Anpassung der Arbeitszeiten an die individuellen Bedarfe der Beschäftigten von den Arbeitgebern bereitwilliger und unkomplizierter ermöglicht werden sollte.

Für die Pflegeeinrichtungen stellt sich daher die Herausforderung, in der Organisation der Pflege und der Dienstplangestaltung neue Wege und Verfahren zu finden, die es erlauben, die individuellen Arbeitszeitwünsche der Pflegekräfte mit den Arbeitszeit- und Flexibilitätsanforderungen des Betriebs besser zu vereinbaren. Insbesondere sind Modelle gefragt, die das Potenzial an Vollzeitstellen für alle daran interessierten Pflegekräfte so weit wie möglich auszuschöpfen erlauben.⁷⁰ Offenkundig sind allerdings der Strategie, das Fachkräftepotenzial durch Verwandlung von Teilzeit- in Vollzeitbeschäftigung optimaler zu nutzen, Grenzen gesetzt, da sowohl die Einrichtungen aus arbeitsorganisatorischen Gründen wie die Beschäftigten aus privaten Gründen einen Bedarf auch an Teilzeitstellen haben.

vertragliche Arbeitszeit wünschen.

70 Siehe hierzu auch die Ergebnisse aus der Auswertung der Fragestellung zum Stand der betrieblichen Aktivitäten für eine nachhaltige Beschäftigung in der Pflege (Kapitel 8).

6.4 Leiharbeit in der Pflege

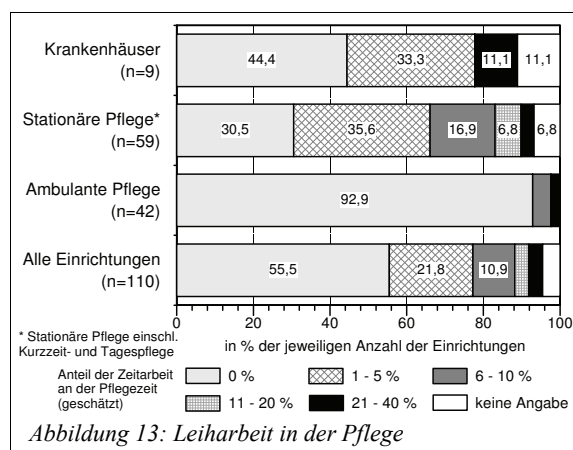
In den Gesundheitsdienstberufen – darunter fallen insbesondere auch die Pflegefachkräfte – hat sich der Anteil der Leiharbeit an der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung im Zeitraum 2004 bis 2009 verfünffacht und ist seitdem weiter angestiegen⁷¹.

Bei der Bewertung dieser überproportionalen Zunahme ist jedoch in Rechnung zu stellen, dass Leiharbeit insgesamt in diesem Bereich weiterhin eine eher marginale Rolle spielt (2009 noch unter 0,5 %, vgl. Bräutigam et al. 2009: 11-12; vgl. auch Klöpper 2011: 26). Die Aufnahme der Leiharbeit in den Fragebogen erschien aufgrund der Dynamik der Entwicklung dennoch erforderlich. Bei einer weiteren Zunahme der Leiharbeit in der Pflege wäre das darüber eingesetzte Personal als Teil des Potenzials zu betrachten, das zur Deckung des Fachkräftebedarfs entwickelt werden muss.

Fragestellung

Erfragt wurde eine Einschätzung des Anteils der Arbeitszeit in der Pflege, der in den Einrichtungen durch Leiharbeit übernommen wird. Zur Beantwortung wurden Prozentbereiche vorgegeben.⁷²

a) Kein Einsatz oder geringer Einsatz von Leiharbeit ist die Regel



In den Pflegeeinrichtungen zeigt sich ein eher geringer Einsatz von Leiharbeit in der Pflege. Insgesamt kommt in über der Hälfte der Einrichtungen gar keine Leiharbeit zum Einsatz, in weiteren 20 Prozent liegt deren Anteil an der Pflegearbeitszeit unter 5 %. Allerdings gibt es einzelne Einrichtungen, die wesentlich höhere Teile der Pflegearbeitszeit durch Leiharbeit abdecken.

Im Vergleich der Einrichtungstypen zeigt sich, dass insbesondere in der ambulanten Pflege Leiharbeit nur

71 Vgl. <http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/leiharbeit-in-kliniken-und-altenheimen-pflegen-auf-ab-ruf-1.1402041>.

72 Die folgenden Ergebnisse beziehen sich also ausdrücklich auf die Pflegearbeit – der Einsatz von Leiharbeit in den in den weiteren, um die Pflege herum gruppierten Dienstleistungen (z. B. Hauswirtschaft, Küche, Wäscherei, Reinigung) bleibt hier ausgespart.

in Einzelfällen eingesetzt wird – die große Mehrzahl (über 90 Prozent) setzt dieses Instrument nicht ein.⁷³ In der stationären Pflege dagegen kann ein geringer Einsatz von Leiharbeit als Regel betrachtet werden: mehr als ein Drittel der Einrichtungen überlässt zumindest bis zu 5 % der Pflegearbeit an Beschäftigte aus Leiharbeitsfirmen.

b) Funktionen der Leiharbeit in der Pflege

Nach Aussage der zu diesen Zahlen befragten Experten und Expertinnen wird Leiharbeit in der Pflege in zwei Funktionen als Instrument einer flexiblen Einsatzplanung genutzt:

- zur Überbrückung von Bedarfsspitzen und kurzfristigen Ausfällen. Der Bedarf der Einrichtungen am kompensatorischen Einsatz von Leiharbeit wird dabei wesentlich von der sehr knappen Personaldecke mitbestimmt.
- zur Überbrückung eher mittelfristiger, in ihre Dauer nicht genau kalkulierbarer Personallücken (insb. Elternzeit).

Damit stehen temporäre Überbrückungsfunktionen im Vordergrund; von der Rückkehr der ersetzten Kraft wird jeweils ausgegangen. Pflegekräfte von Leiharbeitsfirmen, die sich im Betrieb bewährt haben, können jedoch zugleich eine mögliche Quelle für den Fachkräftebedarf der Einrichtungen bilden („Klebeeffekt“, vgl. Klöpfer 2011: 23).

6.5 Altersstruktur und betriebliche Beschäftigungsdauer

Mit dem demografischen Wandel steigt auch das Durchschnittsalter der Pflegebelegschaften. Für die Ausschöpfung des Fachkräftepotenzials muss daher eine nachhaltige Beschäftigung des Pflegepersonal gewährleistet werden. Pflegekräfte sollen ihren Beruf möglichst lange gesund ausüben können. Arbeitsorganisation und Ergonomie müssen unter diesem Gesichtspunkt neu durchdacht und gestaltet werden. Daher ist insbesondere die Kenntnis der Altersstruktur in der Pflege wichtig, die eine Prognose von Umfang und Geschwindigkeit der Veränderungen in der Zusammensetzung des Pflegepersonals erlaubt. Auf dieser Grundlage kann die Dringlichkeit von Strategien zur alterns- und altersgerechten Gestaltung der Arbeit erkannt und angemessen wie rechtzeitig reagiert werden.

Fragestellung

- Für die Ermittlung der Altersstruktur wurden

die Anteile der Beschäftigten im Alter bis 29, zwischen 30 und 49 und über 50 Jahren abgefragt.

- Für die Erhebung der betrieblichen Beschäftigungsdauer sollten die Anteile der Beschäftigten mit einer Beschäftigungsdauer von unter 2, zwischen 2 und 9 und mehr als 10 Jahren angegeben werden.

Auf eine genauere Differenzierung wurde verzichtet, um den Aufwand für die Betriebe zu begrenzen, da diese Daten in der Regel nicht vorliegen und von den Ausfüllenden hätten zusammengestellt werden müssen. Aus diesem Grund wurde auch die Möglichkeit der Schätzung eingeräumt.

a) Altersstruktur in den Pflegeeinrichtungen

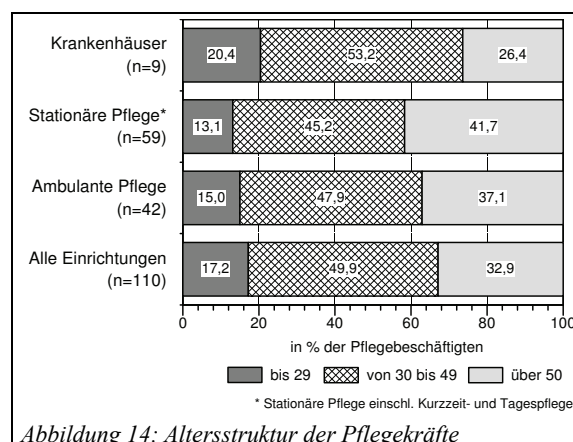


Abbildung 14: Altersstruktur der Pflegekräfte

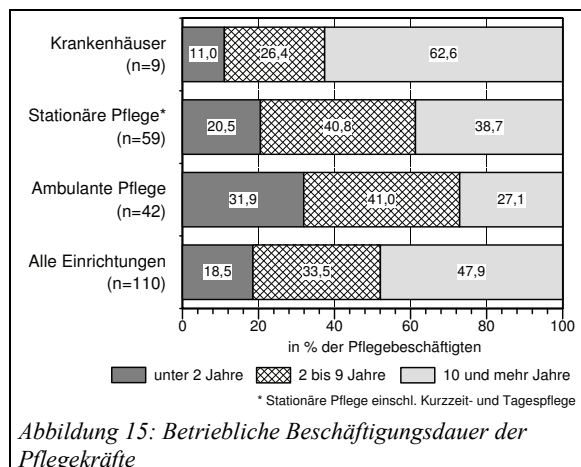
Den Schätzungen der Einrichtungen zufolge befindet sich rund die Hälfte der Pflegebeschäftigten im Altersbereich zwischen 30 und 49. Ungefähr ein Drittel der Pflegebeschäftigten ist über 50 Jahre alt. Zwischen den Einrichtungstypen zeigen sich Unterschiede:

In der stationären Pflege beträgt der Anteil älterer Mitarbeiter/-innen über 40 Prozent. Zugleich finden sich dort am wenigsten „junge“ Kräfte unter 29 Jahren. Besonders für die stationäre Pflege bildet sich hier das „doppelte demografische Problem“ ab, dass nicht nur die zu Pflegenden, sondern auch die Pflegenden tendenziell immer älter werden.

Der in allen Abteilungen große „Mittelbauch“ und die hohen Anteile älterer Beschäftigter insbesondere in der Altenpflege unterstreichen die Bedeutung der später dargestellten Maßnahmen der Unternehmen auf dem Feld der betrieblichen Altersstrukturanalyse und der Schaffung alterns- und altersgerechter Arbeitsbedingungen.

⁷³ Soweit in der ambulanten Pflege Leiharbeit eingesetzt wird, richtet sich die Nachfrage hier insbesondere auf gut qualifizierte Fachkräfte, die selbstständig eingesetzt werden können. Vgl. auch Bräutigam et al. 2010, 21f. Uns wurde berichtet, dass hier vor dem Hintergrund des Krätemangels durchaus auch überdurchschnittliche Verdienste für Pflegefachkräfte möglich sind.

b) Betriebliche Beschäftigungsdauer



Die Ergebnisse zur Beschäftigungsdauer sind mit Vorsicht zu interpretieren. Insbesondere bildet die betriebliche Beschäftigungsdauer nicht die individuelle Dauer der Beschäftigung in der Pflege ab. Als Grundlage für Aussagen über die Berufstreue bzw. die Möglichkeit, den gewählten Beruf lebenslang auszuüben, sind diese Daten daher nicht geeignet.

Insgesamt arbeitet knapp die Hälfte der Pflegekräfte seit 10 oder mehr Jahren im gleichen Betrieb. Ungefähr ein Drittel arbeitet zwischen 2 und 9 Jahren in ihrer Einrichtung. Knapp ein Fünftel wurde vor weniger als 2 Jahren eingestellt.

Im Vergleich der Einrichtungstypen ergeben sich Unterschiede. In den Krankenhäusern sind längere Beschäftigungszeiten die Regel. Auch bei vorsichtiger Interpretation sprechen diese Zahlen für eine hohe Betriebstreue der Beschäftigten in unbefristeten Beschäftigungsverhältnissen.⁷⁴

Die Anteile der Beschäftigten, die vor weniger als 2 Jahren eingestellt wurden, ist in der ambulanten Pflege mit 32 Prozent, aber auch in der stationären Pflege mit 20 Prozent, deutlich höher als im Krankenhaus (11 Prozent). Insbesondere für die ambulante Pflege ist in Rechnung zu stellen, dass dieser „junge“ Bereich in den letzten Jahren ausgebaut wurde und gewachsen ist, also ein Teil der Betriebe noch erst wenige Jahre „am Markt“ ist.

„Frühzeitiger Ausstiege“ aus der Altenpflege mögen in diese Zahlen eingegangen sein, können sie aber nicht hinreichend erklären.⁷⁵ Die hierzu befragten

⁷⁴ Umgekehrt ist allerdings zu berücksichtigen, dass vom Personalabbau in der Vergangenheit vorwiegend jüngere Kräfte betroffen waren.

⁷⁵ Diese Daten korrespondieren einerseits mit den bereits genannten Befunden, die von geringen Verweildauern im Berufsfeld Pflege insbesondere in der Altenpflege ausgehen (Hackmann 2009: 21; Schindele 2012: 10). Eine Neubewertung durch das BIBB kommt jedoch zum Ergebnis, dass Pflegeberufe „besser als ihr Ruf“ sind, insofern neuere Untersuchungen „auf eine hohe Berufsbindung von gelernten Kranken- und Altenpflegekräften“ verweisen (Hall 2012). Siehe auch die

Experten und Expertinnen sehen in den Zahlen einen anderen Trend abgebildet. Demnach kommt es immer häufiger zum Phänomen des „Job-Hopping“. Insbesondere junge qualifizierte Pflegekräfte wechseln – auf der Suche nach anderen Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen – die Einrichtung; da alle Einrichtungen Fachkräfte suchen, ist ein Wechsel zu einem anderen Anbieter quasi jederzeit möglich. Damit würden auch diese Zahlen auf ihre Weise auf einen Fachkräftengpass in der Pflege hindeuten.

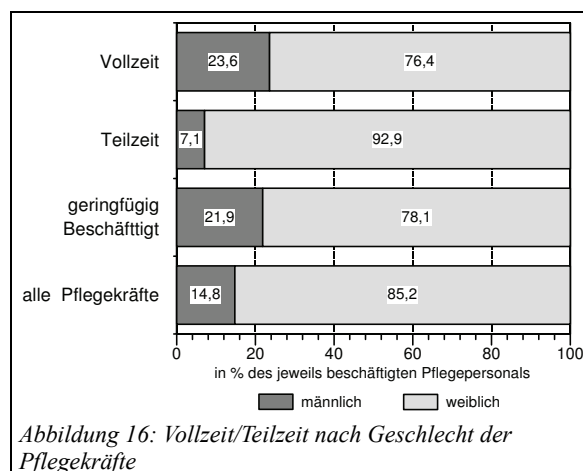
6.6 Männliche und weibliche Beschäftigung in der Pflege

Der Vergleich der Beschäftigungsstrukturen bei männlichen und weiblichen Pflegekräften ergibt folgendes Bild:

Pflege ist weiblich – der Anteil der weiblichen Pflegenden beträgt über alle Einrichtungen gemittelt rund 85 Prozent; 15 Prozent der Pflegenden sind männlich.

In Bezug darauf sind Männer überproportional vertreten:

- bei den akademischen Abschlüssen (vgl. Tabelle 9, Seite 36), Männeranteil: 19,8 %,
- bei den Fachweiterbildungen (vgl. Tabelle 10, Seite 38), Männeranteil: 23,7 %,
- und insofern sich auf diesen Kompetenzstufen vermehrt Normalarbeitsverhältnisse finden, auch bei Vollzeitverträgen⁷⁶ (Abbildung 16).



Es fragt sich, ob und warum Frauen die Aufstiegschancen in höhere Kompetenzniveaus nicht gleichermaßen nutzen bzw. Aus- und Fortbildungswege in höhere Qualifikationen nicht in entsprechende Positionen ummünzen können.

Die Expertinnen und Experten aus dem Bereich der stationären und ambulanten Pflege konnten in Bezug

Ausführungen zur Fluktuation in Kapitel 7.1.

⁷⁶ Warum Männer andererseits auch einen überproportionalen Anteil der geringfügig beschäftigten Hilfskräfte stellen, konnte in den Expertengesprächen nicht abschließend aufgeklärt werden.

auf die Leitungsstellen (PDL) für ihre jeweilige Einrichtung eine Unterrepräsentanz von Frauen nicht nachvollziehen. Die Verschiebung würde sich damit vollständig aus der Besetzung der Funktionsstellen im Krankenhaus ergeben müssen. Tatsächlich lässt sich jedoch eine – recht geringe – Überrepräsentanz von Männern auf den Leitungsstellen auch für die ambulante und stationäre Pflege insgesamt in der Pflegestatistik (Dez. 2011) nachweisen. Hier finden sich im Land Bremen unter allen 8.950 Pflegekräften 1.350 Männer, das entspricht (auch hier) einem durchschnittlichen Anteil von 15 Prozent. Betrachtet man die Pflegekräfte nach ihrem überwiegenden Tätigkeitsbereich, finden sich unter 240 Pflegedienstleitungen 42 Männer, entsprechend 17,5 Prozent.⁷⁷

Die stärkere Verschiebung bei den Pflegekräften mit Fachweiterbildungen (23,7 % Männeranteil) in der vorliegenden Erhebung geht somit wesentlich auf den höheren Männeranteil in den Funktionsdiensten der Krankenhäuser zurück.

In der Diskussion der Hintergründe dieser Verschiebungen wurde zunächst auf die Fortgeltung traditioneller Rollenmodelle in der individuellen (bzw. gemeinsamen) Lebensplanung verwiesen. Wenn es um die Frage geht, eine mehrjährige Fachweiterbildung anzugehen, führen die Kalkulationen für Frauen unter dieser Prämisse zu anderen Ergebnissen als für Männer. Aus dem gleichen Grund ist ihr Interesse an der Möglichkeit (vorübergehender) Teilzeitarbeit höher; Männer steuern dagegen gezielt eher Qualifizierungswege an, die die Chancen auf eine dauerhafte Vollzeitstellung als „Ernährer“ verbessern sollen.

Eine systematische Benachteiligung der weiblichen Pflegekräfte in der betrieblichen Qualifizierungspolitik konnten die Expertinnen und Experten aus den Einrichtungen nicht erkennen. Aus betrieblicher Sicht werden an Aufstiegsqualifizierung Interessierte unabhängig vom Geschlecht vom Betrieb gefördert. Jedoch stellt sich die Frage nach den Rahmenbedingungen, die Frauen den Eintritt in eine Fortbildung erleichtern können: Ist die Fortbildung auch in Teilzeit möglich? Wird im Anschluss an eine Fortbildung z. B. in der Intensivpflege eine Bindung an den Betrieb auf einer Vollzeitstelle erwartet?

Als Ansatzpunkt und Anstoß für praktische Veränderungen kommt daher den betrieblichen Aktivitäten zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf eine hohe Bedeutung zu (siehe Kapitel 8.5.).

Unter dem Begriff „Akademisierung“ kann einerseits

die Einrichtung von akademischen Ausbildungsgängen für die Pflege, insbesondere von „grundständigen“ dualen Ausbildungsgängen, andererseits die Ersetzung eines bestimmten Anteils der „herkömmlich“ ausgebildeten Pflegefachkräfte durch akademisch ausgebildete Kräfte verstanden werden. In diesem Zusammenhang wird es wichtig, dass Frauen in der Nutzung der akademischen Ausbildungswege für berufliche Karrieren nicht zurückbleiben. Frauen sollten darin bestärkt werden, eine akademische Ausbildung als Chance für eine hoch qualifizierte Tätigkeit in der Pflege zu nutzen.

Da Frauen in der Pflege bereits jetzt häufiger in Teilzeit arbeiten als Männer, erscheint auch die absehbare Zunahme der Teilzeitbeschäftigung bei qualifizierten Kräften im Krankenhaus problematisch. Wenn die Möglichkeiten für eine unabhängige Lebensführung auf Basis einer Vollzeitbeschäftigung als „Krankenschwester“ zunehmend „aussterben“, stärkt dies umgekehrt das traditionelle „Ernährer-Zuverdienstmodell“ und droht damit die Nutzung von Chancen zur Höherqualifizierung durch Frauen zu schwächen. Umgekehrt müsste die Frage beantwortet werden, wie existenzsichernde Löhne in der Pflege auch auf Basis einer Teilzeitbeschäftigung ermöglicht werden können.

6.7 Migrationshintergrund bei den Pflegekräften

Pflegepersonal mit Migrationshintergrund ist als Potenzial für die Deckung des Fachkräftebedarfs zu betrachten. Sofern im Ausland erworbene, pflege-relevante Berufsabschlüsse vorliegen, stellt sich die Frage der Anerkennung – bzw. der dafür ggf. noch fehlenden Voraussetzungen, die durch Qualifizierung hergestellt werden können –, um diese Kräfte ihrer Qualifikation entsprechend als Fachkräfte einsetzen zu können. Der Einsatz von Pflegepersonen mit Migrationshintergrund bildet zugleich einen wichtigen Beitrag zur Realisierung einer kultursensiblen Pflege.

Bei der Formulierung der Frage nach dem Anteil der Pflegebeschäftigten mit Migrationshintergrund hatte das Projekt die „Quadratur des Kreises“ zu leisten. Denn hier wird – dies wurde insbesondere von den Verbandsvertretern und -vertreterinnen, die an der Vorbereitung des Fragebogens beteiligt wurden, deutlich gemacht – eine Frage gestellt, die ein Arbeitgeber, der sich an die Antidiskriminierungsgesetzgebung hält, eigentlich nicht beantworten kann, weil ihn ein möglicher Migrationshintergrund seiner Mitarbeiter arbeitsrechtlich nichts angeht. Entsprechend sollten bei den Einrichtungen keine verwertbaren Daten hierzu erfasst worden sein.

Es wurde daher wie folgt verfahren:

- Den Einrichtungen wurde im Fragebogen die Möglichkeit gegeben, anzukreuzen, dass sie keine Angaben zum Migrationshintergrund der

⁷⁷ Quelle: Statistisches Landesamt Bremen, eigene Berechnungen.

Eine leichte Verschiebung zeigt sich bereits bei den Kompetenzniveaus. Betrachtet man die Pflegekräfte mit 3-jähriger Ausbildung, finden sich im Land Bremen 16 % Männer, bei der einjährigen Altenpflegehilfesausbildung dagegen 11 % und bei der Krankenpflegehilfe nur 3 % Männer.

Pflegekräfte machen können.

- Einrichtungen, die sich eine Schätzung zu-
trauten, konnten diese angeben.
- Im Erläuterungsbogen wurde die dabei anzu-
wendende Definition von „Migrationshinter-
grund“ vollständig abgedruckt.⁷⁸

Bei dieser Fragestellung mag es überraschen, dass 60 Prozent der Einrichtungen Angaben zum Migrationshintergrund des Pflegepersonals gemacht haben.⁷⁹

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist allerdings in Rechnung zu stellen, dass es sich erstens um Schätzungen handelt, die zweitens mit hoher Wahr-
scheinlichkeit nicht trennscharf entlang der
Definition von „Migrationshintergrund“ erfolgt sind,
da diese Definition einerseits sehr komplex ausfällt
und andererseits Informationen unterstellt (z. B. zu
den Eltern der Pflegekraft), die den Einrichtungen
tatsächlich nicht bekannt sind und auch nicht erfragt
werden dürften.

*Tabelle 11: Anteil der Pflegekräfte mit Migrations-
hintergrund an den Pflegekräften*

Einrichtungstyp	Pflege- kräfte insgesamt	Pflegekräfte mit Mi- grationshintergrund	
		Anzahl	in %
Krankenhäuser (n=6)	2.541	186	7,3
Stationäre Pflege* (n=37)	1.080	355	32,9
Ambulante Pflege (n=23)	1.075	216	20,1
Alle Einrichtungen (n=66)	4.696	757	16,1

*Stationäre Pflege einschließlich Kurzzeit- und Tagespflege.
Rückrechnung der Anzahl auf der Basis der jeweiligen Gesamtzahl
der Pflegekräfte (Frage 2.1) und der von den Einrichtungen ge-
schätzten Anteile der Pflegekräfte mit Migrationshintergrund.

Unter diesem Vorbehalt findet sich in den Ein-
richtungen des Rücklaufs ein Anteil von 16 % an
Pflegekräften mit Migrationshintergrund. Ebenfalls
unter diesem Vorbehalt lassen sich Unterschiede

zwischen den Einrichtungstypen feststellen.

In der stationären Pflege arbeitet der größte Anteil
(knapp ein Drittel) von Pflegekräften mit Migra-
tionshintergrund. Im Krankenhaus dagegen wird von
einem Anteil von nur 7 % der Pflegekräfte aus-
gegangen.

6.8 Zusammenfassung

Die Bestandsaufnahme der Personalstruktur ergibt ein
differenziertes Bild der Zusammensetzungen der
Pflegebelegschaften in Krankenhäusern, ambulanter
und stationärer Pflege. Anteil und Zusammensetzung
im Fachkräfte- und Hilfskräftebereich vermitteln ein
Bild vom derzeitigen Gewicht der verschiedenen
Kompetenzstufen in der Durchführung des jeweiligen
Pflege- und Versorgungsauftrags.

a) Qualifikationsstufen der Pflegekräfte

- Fachkräfte stellen die überwiegende Mehrheit
des Pflegepersonals (75 %). Im Krankenhaus
finden sich fast ausschließlich Fachkräfte,
während in der stationären Pflege der höchste
Anteil von Hilfskräften beobachtet wird.
- In der Krankenpflege gibt es Hinweise, dass
eine Veränderung der Personalstruktur in
Richtung eines größeren Qualifikationsmixes
beabsichtigt ist. Tendenziell wird der Anteil der
Fachkräfte sinken, während ihr Qualifikations-
niveau steigt. Hintergrund sind Kostenargu-
mente, aber auch die Anpassung an einen er-
warteten Rückgang der Fachkräfteresource.
- Bei den Hilfskräften überwiegen die sonstigen
Pflegekräfte – zumeist angelernte Hilfskräfte –
gegenüber den ausgebildeten Altenpflege-
helfern/-helferinnen. Um das Potenzial im
Hilfskräftebereich durch Qualifizierung auszu-
schöpfen, sollte nicht nur die Weiterquali-
fizierung der einjährig ausgebildeten Hilfskräfte
zu Fachkräften, sondern auch die Höherquali-
fizierung der bisher nur angelernten Hilfskräfte
in den Blick genommen werden. Es ist ein
konsistentes System von aufeinander auf-
bauenden Qualifizierungsstufen erforderlich,
um das Potenzial zur Höherqualifizierung
durchgängig auf allen Kompetenzstufen aus-
schöpfen zu können.
- In Krankenhäusern und der stationären Pflege
überwiegen die jeweils spezifischen Aus-
bildungsberufe. In der ambulanten Pflege findet
sich demgegenüber ein ausgeprägter Berufemix,
in dem Fachkräfte mit Krankenpflegeaus-
bildung überwiegen.
- Akademische Qualifikationen sind absolut und
relativ noch selten vertreten.

b) Altersstruktur und Beschäftigungsdauer

- Ein Drittel der Pflegebeschäftigten sind „über

78 Es gibt keine allgemein durchgesetzte Definition von
„Migrationshintergrund“. Die hier zugrunde gelegte
Definition erfolgt in Anlehnung an die Migrations-
hintergrund-Erhebungsverordnung vom 29. September
2010: Er liegt vor, wenn ... „1. die Person nicht die
deutsche Staatsangehörigkeit besitzt oder 2. der Ge-
burtsort der Person außerhalb der heutigen Grenzen
der Bundesrepublik Deutschland liegt und eine Zu-
wanderung in das heutige Gebiet der Bundesrepublik
Deutschland nach 1949 erfolgte oder 3. der Geburtsort
mindestens eines Elternteiles der Person außerhalb der
heutigen Grenzen der Bundesrepublik Deutschland
liegt sowie eine Zuwanderung dieses Elternteiles in
das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland
nach 1949 erfolgte.“. Internetquelle:
[http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/
mighev/gesamt.pdf](http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/mighev/gesamt.pdf) (26.12.2012)

79 Nur rund 30 % nutzte die Möglichkeit, anzukreuzen,
dass Angaben hierzu nicht gemacht werden konnten.
Die restlichen 10 % ließen die Frage gänzlich un-
beantwortet.

50“. In der stationären Pflege liegt der Anteil dieser Altersgruppe bei über 40 %. Die Einrichtungen stehen damit vor der großen Herausforderung, innerhalb eines Zeitrahmens von vielleicht 10 Jahren größere Teile der Belegschaft ersetzen zu müssen und sich mit Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes auf weiter alternde Belegschaften einzustellen.

- In den Krankenhäusern finden sich am häufigsten betriebliche Beschäftigungszeiten von über 10 Jahren. In der ambulanten Pflege ist der Anteil der Pflegekräfte mit einer Beschäftigungsdauer unter 2 Jahren besonders groß (über 30 %). Hier ist jedoch in Rechnung zu stellen, dass dieser „junge“ Bereich in den letzten Jahren ausgebaut wurde und gewachsen ist, also ein Teil der Betriebe noch erst wenige Jahre „am Markt“ ist.
- Dies spricht eher für eine große Berufstreue der Pflegekräfte als für eine hohe Fluktuation aufgrund frühzeitiger Berufsausstiege. In den Experteninterviews wurde allerdings ein zunehmendes „Job-Hopping“ der jüngeren examinierten Altenpflegekräfte beschrieben, also ein rascher Wechsel der Einrichtungen auf der Suche nach besseren Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen. Das Phänomen wurde zur Illustration der Arbeitsmarktsituation herangezogen: Aufgrund der Fachkräfteknappheit können sich gut qualifizierte Fachkräfte die Einrichtung, in der sie arbeiten wollen, „aussuchen“.

c) Leiharbeit in der Pflege

- Leiharbeit in der Pflege (Pflegekräfte, Pflegefachkräfte) ist, von Ausnahmen abgesehen, noch von geringer Bedeutung. Sie wird vorwiegend zur Überbrückung und zur kurzfristigen Deckung von Personalbedarfen eingesetzt.

d) Teilzeitarbeit

- Die Mehrheit der Pflegebeschäftigten hat einen Teilzeitvertrag. 52 Prozent arbeiten in Teilzeit, weitere 10 Prozent in geringfügiger Beschäftigung.
- Ein genereller Trend zur weiteren Zunahme der Teilzeitarbeit kann in der Pflege nicht beobachtet werden. Ausnahme: Für Fachkräfte in den Krankenhäusern, die derzeit noch zu ca. 50 % eine Vollzeitbeschäftigung ausüben, wird eine deutliche Zunahme von Teilzeitarbeit erwartet.
- Für eine kosteneffiziente und flexible Organisation der Pflege können die Einrichtungen auf Teilzeitarbeit offenbar nicht verzichten. Auch Pflegekräfte haben Interesse an Teilzeitarbeit aus privaten Gründen, allerdings auch, um für sich die Belastung zu reduzieren („Flucht in Teilzeit“). Die Strategie, das Fachkräftepotenzial durch Verwandlung

von Teilzeit- in Vollzeitbeschäftigung optimaler zu nutzen, wird daher nur in dem Rahmen umsetzbar sein, wie es gelingt, die Arbeitsbedingungen so zu verbessern, dass Vollzeitarbeit über das gesamte Arbeitsleben (wieder) möglich wird.

- Die Darstellung der Arbeitszeitinteressen der Pflegenden in den Experteninterviews war durchaus ambivalent. Die Einschätzungen sahen sowohl ein wachsendes Interesse an Teilzeitarbeit wie an Vollzeitarbeit. Einige Einrichtungen der stationären Pflege sahen im Angebot von Vollzeitstellen sogar eine zentrale Voraussetzung, um knappe Fachkräfte an sich binden zu können.
- Pflegekräfte wünschen offenkundig aus verschiedenen Motiven individuell unterschiedliche Wochenarbeitszeiten. Für die Pflegeeinrichtungen stellt sich daher die Herausforderung, in der Organisation der Pflege und der Dienstplangestaltung neue Wege und Verfahren zu finden, die es erlauben, die individuellen Arbeitszeitwünsche der Pflegekräfte mit den Arbeitszeit- und Flexibilitätsanforderungen des Betriebs besser zu vereinbaren. Insbesondere sind Modelle gefragt, die das Potenzial an Vollzeitstellen für alle daran interessierten Pflegekräfte so weit wie möglich auszuschöpfen erlauben.

e) Personalstruktur unter Gender-Perspektive

- Unter den Pflegekräften finden sich rund 15 % Männer. Männer finden sich bei Fachweiterbildungen, akademischen Ausbildungsabschlüssen und Vollzeitverträgen häufiger, als es ihrem durchschnittlichen Anteil entspricht.
- Für diese Unterschiede sahen die Experten und Expertinnen primär die nur langsame gesellschaftliche Veränderung traditioneller Rollenbilder als ursächlich an. Von einer systematischen Benachteiligung in der Aufstiegsförderung in ihren Einrichtungen gehen sie nicht aus. Insbesondere für die Altenpflege wurde auf die zumindest proportionale Besetzung der Leitungsfunktionen in der Pflege mit Frauen verwiesen.
- Für die Nutzung von Aufstiegschancen durch Qualifizierung sind die Bedingungen zur Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Qualifizierung weiterzuentwickeln.
- Vor dem Hintergrund der zunehmenden Akademisierung wird es wichtig, dass Frauen in der Nutzung der akademischen Ausbildungswege für berufliche Karrieren nicht zurückbleiben. Frauen sollten darin bestärkt und unterstützt werden, eine akademische Ausbildung als Chance für eine hoch qualifizierte Tätigkeit in der Pflege zu nutzen.

f) Migrationshintergrund der Pflegekräfte

- Unter dem Vorbehalt der Einschränkungen, denen die Beantwortung dieser Frage unterliegt, finden sich in den Pflegeeinrichtungen 16 % Pflegekräfte mit Migrationshintergrund.
- In der stationären Pflege findet sich der größte Anteil (knapp ein Drittel), in den Krankenhäusern wird ihr Anteil dagegen auf nur 7 Prozent der Pflegekräfte geschätzt.
- Insbesondere in der ambulanten Pflege findet sich somit ein bedeutender Anteil von Pflegekräften mit Migrationshintergrund. Die bessere Nutzung ihres Potenzials für die Fachkräftebedarfsdeckung erfordert, dass in den Einrichtungen gezielt der Frage nachgegangen wird, ob je nach den individuellen Voraussetzungen die Anerkennung eines vorliegenden, im Ausland erworbenen einschlägigen Berufsabschlusses möglich ist, oder eine zu diesem Ziel führende Qualifikationsplanung angestoßen und umgesetzt werden kann.

7 Personalbedarf und Bedarfsdeckung

Hochrechnungen des zukünftigen Bedarfs an Pflegekräften können die allgemeine Richtung der Entwicklung und vor allem den Umfang des kommenden Problems bei der Deckung des Personalbedarfs verdeutlichen. Für die Gestaltung von Gegenstrategien ist es jedoch darüber hinaus erforderlich, den aktuellen regionalen Bedarf quantitativ und insbesondere qualitativ – also nach der Seite der nachgefragten Qualifikationen – zu kennen.

Was wurde gefragt?

Der Fragebogen enthielt hierzu drei umfangreiche Fragenkomplexe:

a) Die Angabe der Zahl der Zu- und Abgänge von Pflegekräften in 2011, um Aussagen über die Veränderung der Pflegebeschäftigung und die Fluktuation zu ermöglichen.

b) Eine komplexe Frage zum Personalbedarf und seiner Deckung, die vier Elemente kombinierte:

- Gefragt war zunächst die Zahl der in 2011 gesuchten und 2011 gefundenen Pflegekräfte („Köpfe“) in den verschiedenen Kompetenzstufen. Die Gegenüberstellung dieser erfahrungsbasierten Angaben ermöglicht eine Einschätzung des bestehenden Personal- bzw. Fachkräfteengpasses.
- Zweitens sollte die Zahl der 2012 gesuchten Pflegekräfte angegeben werden, um die Entwicklung der Fachkräftenachfrage abzubilden. Diese Zahlen – differenziert nach den Kompetenzstufen – entsprechen einer Einschätzung des Personalbedarfs der Einrichtungen zur Jahresmitte.
- Als drittes Element war vorgesehen, in Bezug auf die 2012 gefundenen Kräfte anzugeben, auf welchem Weg der Bedarf gedeckt wurde, um eine Einschätzung der Bedeutung der verschiedenen Wege der Bedarfsdeckung⁸⁰ für den jeweiligen Bedarf zu ermöglichen. Leider wurde dieser Teil des Fragebogens nur in sehr wenigen Fällen ausgefüllt – an dieser Stelle war offenbar in vielen Einrichtungen die Grenze der bearbeitbaren Komplexität überschritten, zumal für die Beantwortung in der Regel eine zusätzliche Datenzusammenstellung erforderlich gewesen wäre. Diese Unterfrage erwies sich daher als nicht auswertbar und bleibt damit in der Ergebnisdarstellung unberücksichtigt.

⁸⁰ Übernahme von Auszubildenden, Neueinstellungen, Stellenbesetzung mit bereits im Betrieb Beschäftigten, die für die Anforderungen der Stelle qualifiziert wurden (z. B. durch eine spezielle Fachweiterbildung oder andere Qualifizierungs- und Fortbildungsmaßnahmen).

- Viertens sollte der Bedarf nach Personal mit Fachweiterbildungen bzw. akademischen Abschlüssen spezifiziert werden. Zusätzlich wurde der Bedarf für weitere Fachkraft-Abschlüsse jenseits der Pflegeberufe im engen Sinn erfragt, die für die pflegespezifischen Aufgaben in den Einrichtungen eine wichtige Rolle spielen.

c) Einschätzung zum erwarteten Erfolg der Personaldeckung in 2012. Hier wurde in zwei Richtungen differenziert und sowohl die Wahrscheinlichkeit einer ausreichenden Personalfindung wie einer ausreichenden Personalbindung abgefragt. Zu beiden Fragen gab es die Möglichkeit, den für eine negative Einschätzung verantwortlichen wichtigsten Grund als Freitext zu ergänzen.⁸¹

7.1 Personalfuktuation und Veränderung des Personalbestands

a) Fluktuation bei den Pflegekräften im Jahr 2011 (Tabelle 12, Seite 50)

Für eine Einschätzung der Fluktuation stehen hier lediglich die Angaben über Zu- und Abgänge im Jahr 2011 zur Verfügung. Auf dieser Basis erscheint die Fluktuationsrate relativ niedrig.⁸² Dies gilt insbesondere für die Krankenhäuser.

Eine besonders hohe Wechselrate aufgrund von Berufsausstiegen und Einrichtungswechseln lässt sich in diesen Zahlen nicht erkennen. Die Zahlen sprechen eher für eine geringe Mobilität und hohe Betriebs-treue der Pflegekräfte.⁸³ Allerdings haben sich in den Experteninterviews Hinweise auf zunehmendes „Job-Hopping“ jüngerer Pflegekräfte in der ambulanten und stationären Pflege ergeben (siehe auch Kapitel 6.5).

b) Veränderung des Personalbestands

Insgesamt hat die Beschäftigung von Pflegekräften in den Einrichtungen 2011 leicht zugenommen. Vor allem die ambulante Pflege verzeichnet einen Zuwachs von knapp 4 Prozent. In den Krankenhäusern kam es zu einem leichten Personalabbau.

⁸¹ Diese Differenzierung in „Finden“ und „Binden“ wurde eingeführt, da für die Sicherung der Fachkräfteversorgung die Personalbindung ein eigenständiges Handlungsfeld bildet, auf das sich der Fragebogen mit einer besonderen Frage nach den Maßnahmen für eine nachhaltige Beschäftigung bezog. (Siehe Kapitel 8.)

⁸² Zum Vergleich: Stettes (2011) gibt – allerdings auf anderer Berechnungsgrundlage und insofern nicht unmittelbar vergleichbar – eine gesamtwirtschaftliche Fluktuationsrate in der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung von 25-30 % an.

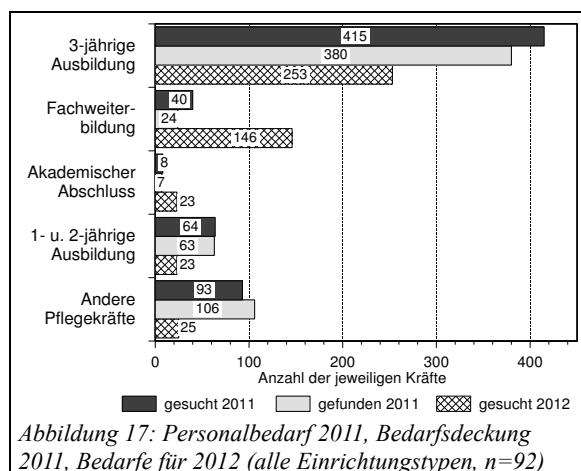
⁸³ Siehe Kapitel 1.2.4; vgl. insb. Hall (2012).

Tabelle 12: Personalbestand Dez. 2010, Zugänge / Abgänge 2011, Fluktuationsquote und Personalwachstum 2011

Einrichtungstyp	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Bestand Ende 2010	Zugänge 2011	Abgänge 2011	Bestand+Zuwachs (1) plus (2)	Fluktuationsquote (3) in % von (4)	Personalzuwachs in %
Krankenhäuser (n=9)	3.389	199	220	3.588	6,1	-0,6
Stationäre Pflege* (n=59)	1.796	292	258	2.088	12,4	1,9
Ambulante Pflege (n=42)	1.728	311	247	2.039	12,1	3,7
Alle Einrichtungen (n=110)	6.913	802	725	7.715	9,4	1,1

*Stationäre Pflege einschließlich Kurzzeit- und Tagespflege. Fluktuationsquote definiert als Abgänge / Personalbestand am Anfang der Periode + Zugänge * 100.

7.2 Bedarf und Bedarfsdeckung 2011, Bedarfe für 2012



a) Bedarf 2011 und seine Deckung

Bei der Bewertung der folgenden Absolutzahlen ist in Rechnung zu stellen, dass diese auf den Angaben aus 92 von insgesamt 252 Einrichtungen im Land Bremen beruhen.⁸⁴

Zwei Aspekte sollen hervorgehoben werden:

Der Bedarf im Bereich der qualifizierten Fachkräfte – sowohl für die dreijährig ausgebildeten Kräfte wie für die Kräfte mit Fachweiterbildung oder akademischem Abschluss – konnte 2011 nicht vollständig gedeckt werden. Bei den „Examinierten“ errechnet sich eine Deckungslücke von knapp 10 Prozent. Bei den Fachweiterbildungen fällt die Lücke rechnerisch noch größer aus.

Bei den Hilfskräften stellt sich die Situation anders dar: Bei den Kräften mit einer Ausbildung wurde der

Bedarf nahezu gedeckt, bei den sonstigen Pflege(hilfs)kräften ohne einschlägigen Ausbildungsabschluss wurden dagegen sogar mehr Kräfte eingestellt als ursprünglich gesucht. Dies kann – auch in Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Experteninterviews – als der Versuch interpretiert werden, sich durch Einstellung von Hilfskräften zumindest die Zahl der „Hände“ zu sichern. Im Resultat gerät allerdings der für die Pflegequalität ursprünglich angestrebte Qualifikationsmix unter Druck.

b) Für 2012 geschätzter Personalbedarf

Der Interpretation der Bedarfsangaben für 2012 müssen einige Vorüberlegungen vorangestellt werden, in die Erkenntnisse aus den Experteninterviews eingehen.

Zum einen sind die Daten nicht als Trendaussagen zu verstehen, da nur der Bedarf für 2012 erhoben wurde und dem Bedarf von 2011 gegenübergestellt werden kann. Insbesondere die an anderer Stelle (Kapitel 1, Kapitel 7.2) diskutierte Entwicklung zu einer anderen Arbeitsteilung und damit anderen Zusammensetzung des nachgefragten Personals in der Pflege kann sich hier noch nicht abbilden.

Die Expertenaussagen bestätigen, dass in der Pflege von einem eher kurzen Planungshorizont auszugehen ist. Eine längerfristige, systematische Personalplanung kann meist nicht vorausgesetzt werden. Insbesondere für Betriebe im ambulanten Bereich kann sich der Personalbedarf sehr kurzfristig verändern, da auf eine nicht planbare und daher sehr veränderliche Kundennachfrage reagiert werden muss. Der Jahresbedarf an neuen Pflegekräften lässt sich auf dieser Grundlage nur grob einschätzen. Außerdem ergeben sich Unwägbarkeiten im Zusammenhang mit der Elternzeit, da das „ob und wann“ der Rückkehr und damit die Notwendigkeit, eine Stelle neu besetzen zu müssen, sich oft erst kurzfristig entscheidet. Auch das Phänomen des „Job-Hoppings“ wirkt in diese Richtung.

Darüber hinaus dürften die Planungszahlen eher zu niedrig geschätzt worden sein, da der ökonomische Sparzwang auch dazu führt, die Notwendigkeit der Neubesetzung von Stellen genau zu prüfen. Dies gilt auch für die dreijährig ausgebildeten Fachkräfte, trifft allerdings weniger für die Fachkräfte mit Fach-

⁸⁴ In der Auswertung konnten nur 92 von den 110 Einrichtungen des Rücklaufs berücksichtigt werden, da in einem Teil der Fragebögen keine Angaben hierzu vorlagen, oder sich Inkonsistenzen ergaben, die nicht aufgeklärt werden konnten.

Da mit den Betrieben des Rücklaufs – geschätzt aufgrund eingeschränkter Vergleichbarkeit mit den offiziellen Statistiken, siehe Fußnote 59 – mehr als die Hälfte der insgesamt beschäftigten Pflegekräfte abgebildet werden, können die im Folgenden genannten Absolutzahlen für die Gesamtheit der Betriebe mindestens verdoppelt werden.

weiterbildung zu, da die Besetzung von Leitungs- und Funktionsstellen in der Regel nicht zur Disposition steht.

In Bezug auf den Bereich der gering qualifizierten Kräfte ist schließlich anzunehmen, dass es gar keinen planenden Bezug auf diese Stellen gibt, insofern bei bestehendem Angebotsüberhang frei werdende Stellen recht problemlos und schnell jeweils bei auftretendem Bedarf besetzt werden können.⁸⁵

Zusammenfassend ist daher davon auszugehen, dass der tatsächliche Bedarf nach dreijährig ausgebildeten Fachkräften am Jahresende höher zu bilanzieren sein wird, als hier zur Jahresmitte von den Einrichtungen eingeschätzt wurde. Dies ist bei der Gegenüberstellung der (erfahrungsbasierten) Bedarfszahlen für 2011 und der geschätzten Bedarfe für 2012 zu berücksichtigen. Unter diesem Vorbehalt können den Bedarfsmeldungen zwei wichtige Aussagen entnommen werden:

- Bildet man die Summen aus „Examinierten“, Kräften mit Fachweiterbildung und akademischem Abschluss, wird deutlich, dass sich die Bedarfsmeldungen 2012 in diesem Feld insgesamt (422) an die Bedarfe von 2011 (463) annähern dürften. Jedoch verschiebt sich die Nachfrage im Bereich der qualifizierten Fachkräfte 2012 deutlich in Richtung der höherwertigen Qualifikation.
- Die Nachfrage nach Helferqualifikationen 2012 scheint im Vergleich zu 2011 geradezu einzubrechen. Insofern bei einem Angebotsüberhang in diesem Bereich kein planerischer Bezug der Einrichtungen auf diesem Feld notwendig ist, mag die Zahl der am Ende des Jahres 2012 letztlich gesuchten Pflegehilfskräfte jedoch auch hier höher ausfallen als sich in den dargestellten Angaben abbildet. Dennoch richtet sich die Nachfrage der Einrichtungen sich vor allem auf (höherqualifizierte) Fachkräfte.

c) Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen

Weitere Tabellen, die den Bedarf nach Einrichtungstypen differenzieren, finden sich im Tabellenanhang. Hier soll lediglich auf die besondere Situation in der stationären Pflege hingewiesen werden, in der die beschriebene Situation in besonderem Maß zu bestehen scheint:

Zum einen erscheint die Deckungslücke für dreijährig ausgebildete Fachkräfte (v. a. Altenpfleger/Altenpflegerinnen) in 2011 mit ca. 15 % größer als im Mittel der Einrichtungen. Die Darstellung verdeutlicht darüber hinaus, dass insbesondere die stationäre Pflege einen im Vergleich zu 2012 insgesamt deutlich höheren Bedarf an Fachkräften anmeldet⁸⁶, der vor allem auf

eine gestiegene Nachfrage nach Pflegekräften mit Fachweiterbildungen zurückgeht.

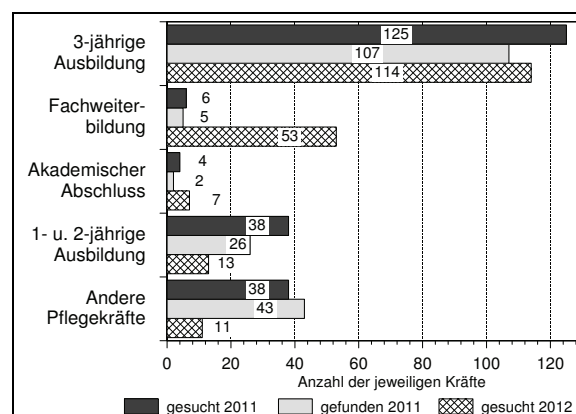


Abbildung 18: Personalbedarf 2011, Bedarfsdeckung 2011, Bedarfe für 2012 in der stationären Pflege

Diese richtet sich auf Pflegedienstleitungen, aber besonders auch auf Fachkräfte mit gerontologischen Zusatzqualifikationen.

d) Konkreter Bedarf für Fachweiterbildungen

Aus den 92 von insgesamt 252 regionalen Einrichtungen, die in der Befragung Angaben gemacht haben (ca. 36 %), summieren sich die folgenden Bedarfsmeldungen. Insgesamt wurde ein Bedarf (2012) nach 146 Fachkräften mit Fachweiterbildung („Köpfe“) angegeben. Dieser verteilt sich in Rangfolge auf die folgenden Fortbildungsabschlüsse:

- Leitungsaufgaben in der Pflege: 44
- Gerontologie und Gerontopsychiatrie: 36
- Operationsdienst: 25
- Intensivpflege und Anästhesie: 22
- Palliative Care: 12
- Onkologie: 4
- Intermediate Care: 2
- Psychiatrie: 1

Der Bedarf konzentriert sich 2012 damit einerseits auf Leitungsaufgaben in allen Einrichtungstypen, auf Funktionsdienste im Krankenhaus sowie auf gerontologische Zusatzqualifikationen, die insbesondere von der stationären Pflege nachgefragt werden. Unter der Kategorie „weiterer Fachweiterbildungen“ konzentriert sich die Nachfrage auf die Palliativ-Pflege.

e) Konkreter Bedarf für akademische Abschlüsse

Aus den 92 Einrichtungen wurde summarisch für 2012 ein Bedarf nach 23 Fachkräften mit akademischem Abschluss („Köpfe“) angegeben. Dieser verteilt sich in Rangfolge auf die folgenden Studienabschlüsse⁸⁷:

2012. (Bedarfsmeldungen aus 92 von 252 regionalen Betrieben.)

87 BA = Bachelor; MA = Master.

85 Siehe Arbeitsmarktanalyse, Kapitel 2, Seite 23.

86 Bildet man die Summe von 3-jährigen Kräften, Kräften mit Fachweiterbildung und akademisch ausgebildeten Kräften steigt die Zahl der gesuchten Pflegefachkräfte von 135 Köpfen in 2011 auf 174 in

- Pflege- und Gesundheitsmanagement (BA): 10
- Pflegewissenschaft (BA): 5
- Public Health/Pflegewissenschaft (MA): 5
- Public Health/Gesundheitswissenschaften (BA): 2
- Gesundheitsökonomie (BA, MA): 1

Die Nachfrage nach den am häufigsten genannten akademischen Abschlüssen verteilt sich recht gleichmäßig auf alle Einrichtungstypen.

f) Spezifischer Bedarf für andere Abschlüsse

Für andere Abschlüsse wurde von den 92 Einrichtungen für 2012 ein Bedarf von insgesamt 50 „Köpfen“ angegeben. Dieser verteilt sich wie folgt:

- Hygienefachkraft: 20
- Operationstechnische/r Assistent/in OTA: 15
- Anästhesietechnische/r Assistent/in ATA: 13
- Sonstige: 2 (nicht spezifiziert)

Neben Hygienefachkräften, die mehrheitlich von den Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege gesucht werden, fragen die Krankenhäuser in erheblichem Umfang, wenn auch noch geringer als nach den „entsprechenden“ Fachweiterbildungen, operations- und anästhesietechnische Assistenzberufe nach. Dieser Bedarf ergibt sich nach Aussage der hierzu befragten Experten und Expertinnen einerseits aus einem Mangel an Kräften mit Fachweiterbildung, aber auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Demnach streben die Krankenhäuser eine Personalmischung aus beiden Qualifizierungswegen an. Vorteil der Assistenzberufe ist ihre kürzere Qualifizierungszeit: Sie stehen unmittelbar nach der Ausbildung zur Verfügung, während Kräfte mit Fachweiterbildung vor dieser bereits ihre Ausbildung zur Pflegefachkraft und einige Jahre Berufspraxis absolviert haben. Pflegekräfte mit Fachweiterbildung treten damit umgekehrt als „gestandene und erfahrene Kräfte“ in ihr spezielles Tätigkeitsfeld ein.

Als Nachteil der Assistenzausbildung erscheint, dass diese nicht in der Pflege eingesetzt werden können, sollte aus irgendwelchen – z. B. gesundheitlichen – Gründen eine Beschäftigung in ihrem Spezialgebiet nicht weiter möglich sein.

Die befragten Arbeitnehmervertretungen konnten bestätigen, dass die Kräfte mit Assistenzausbildung zumindest hinsichtlich der Vergütung mit den „herkömmlich“ qualifizierten Kräften gleichgestellt sind.⁸⁸

Die Nachfrage nach OTA- und ATA-Ausbildungen standen in den Experteninterviews auch als Beispiel für einen zunehmenden Trend zur Spezialisierung in der Pflege „und umzu“, der derzeit eine große Vielfalt neuer Berufsbezeichnungen und Ausbildungsgänge

hervorbringt. Dies wurde zum Teil als „Wildwuchs“ kritisiert und ausstehende Regelungen ihrer Stellung im Berufssystem des Gesundheitswesens angemahnt.

7.3 Einschätzungen zur Personalbedarfsdeckung 2012

a) Erwartung einer ausreichenden Personalfindung

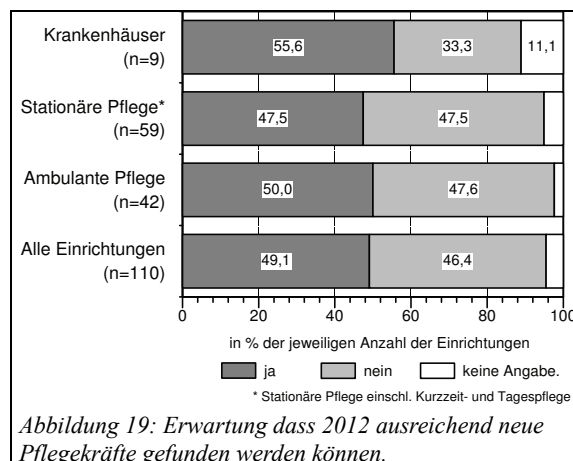


Abbildung 19: Erwartung dass 2012 ausreichend neue Pflegekräfte gefunden werden können.

Die Anteile der Einrichtungen, die Bedarfsdeckungsprobleme sehen oder nicht, hält sich die Waage. Damit gehen knapp die Hälfte der Einrichtungen auch 2012 davon aus, ihren Bedarf an Pflegekräften nicht decken zu können. Lediglich die Krankenhäuser zeigen sich deutlich optimistischer.

Die Freitexte zu diesem Punkt begründen eine negative Einschätzung in der Regel damit, dass der Arbeitsmarkt für Pflegefachkräfte „leergefegt“ sei.

b) Erwartung einer ausreichenden Personalbindung 2012

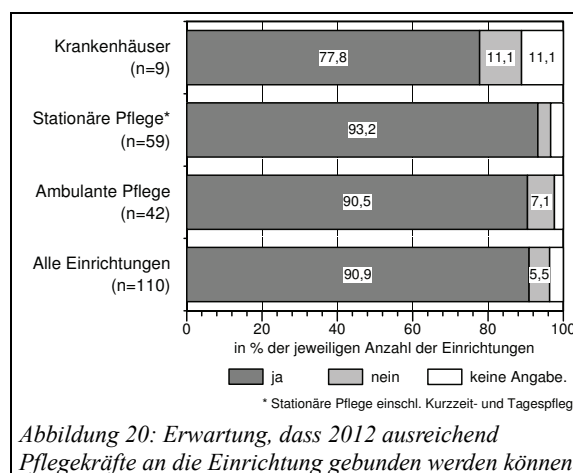


Abbildung 20: Erwartung, dass 2012 ausreichend Pflegekräfte an die Einrichtung gebunden werden können.

Fachkräfte an den Betrieb zu binden, scheint auf den ersten Blick kein großes Problem in den Einrichtungen zu sein. Die Mehrheit der Einrichtungen geht davon aus, dass dies 2012 gelingen wird.

Nimmt man die Auswertung der Freitexte hinzu, ergibt sich allerdings eine deutlich modifizierte Aussage.

⁸⁸ Regelungsbedarf besteht bei der Gleichstellung hinsichtlich der erreichbaren Vergütungsstufen.

Zunächst fiel auf, dass viele Einrichtungen nicht wie vorgesehen eine negative Antwort begründeten, sondern dass sich umgekehrt diejenigen Einrichtungen, die positiv davon ausgehen, ihre Beschäftigten an den Betrieb binden zu können, zu einem Kommentar herausgefordert sahen.

Diese Erläuterungen wiesen als Voraussetzung für das „ja“ auf die Anstrengungen hin, die die Einrichtungen unternehmen, um sich für Pflegekräfte attraktiv(er) zu machen. Umgekehrt wurden „Nein“-Antworten unter Hinweis auf genau diese Aktivitäten der Mitbewerber begründet, denen man unter den gegebenen ökonomischen Rahmenbedingungen nichts Entsprechendes entgegensetzen könne. Beide Varianten weisen auf einen intensiven Wettbewerb um Fachkräfte hin, der sich auch im bereits erwähnten zunehmenden „Job-Hopping“ äußert.

Die Antworten der Einrichtungen belegen somit, dass die Fachkräftesicherung auch hinsichtlich der Fachkräftebindung im Moment alles andere als selbstverständlich ist. Damit wird auch deutlich, dass Maßnahmen zur Verbesserung der Attraktivität der Pflege parallel nach einer Überwindung des globalen Fachkräftengpasses und einer Verbesserung der finanziellen Ausstattung der Pflege verlangen, da sie sonst zunächst nur als „Nebenwirkung“ den Arbeiterdruck auf die „schwächeren“ Betriebe verstärken und deren Bestand infrage stellen können.

7.4 Zusammenfassung

- Die ermittelte eher geringe Fluktuationsrate spricht für eine eher geringe Mobilität der Pflegekräfte und eine hohe Betriebstreue trotz schwieriger Arbeitsbedingungen. Allerdings gibt es Hinweise auf zunehmendes „Job-Hopping“ in der ambulanten und stationären Pflege: Den Wettbewerb der Einrichtungen um Fachkräfte nutzen speziell junge Kräfte, um auf der Suche nach besseren Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen die Einrichtung mehrfach zu wechseln.
- Bedarfslücken 2011: Ein Teil (ca. 10 %) des Fachkräftebedarfs 2011 konnte nicht gedeckt werden. Zum Teil wurden kompensatorisch vermehrt Hilfskräften eingestellt.
- Bedarfsplanung 2012: Im Segment der qualifizierten Fachkräfte werden 2012 deutlich mehr höhere Qualifikationen (Fachweiterbildung und akademische Abschlüsse) gesucht.
- Die Nachfrage nach Fachweiterbildungen richtet sich auf Pflegedienstleitungen, Fachpflegeberufe (insb. OP- und Intensivpflege) sowie in großem Umfang auch auf gerontologische Zusatzqualifikationen. Von den Krankenhäusern werden auch die entsprechenden Assistenzberufe (OTA, ATA) nachgefragt.
- Der Bedarf an ausgebildeten und sonstigen Pflegehilfskräften ist bei bestehendem Angebotsüberhang kein Gegenstand vorausschauender Bedarfsplanung und wird kurzfristig bei seinem Auftreten gedeckt.
- Bereits aus der Analyse der Arbeitsmarktdaten (Kapitel 2) haben sich Hinweise auf einen aktuellen Engpass bei Fachkräften und einen Mismatch zwischen nachgefragter Fachkräftequalifikation und angebotener Helferqualifikation ergeben. Die Befragung der Betriebe zeigt, dass die Fachkräftenachfrage der Einrichtungen bereits im Jahr 2011 nicht vollständig gedeckt werden konnte. Mit der „ersatzweisen“ Einstellung von Hilfskräften lässt sich jedoch der zur Sicherstellung der Pflegequalität von den Einrichtungen angestrebte Fachkräfteanteil nicht halten.
- Darüber hinaus zeigt die Auswertung, dass der Bedarf der Einrichtungen sich in Richtung höherer Qualifikationen verschiebt. Der Nachfrageschwerpunkt liegt somit nicht nur auf Fachkräften, sondern zunehmend insbesondere auf Fachkräften mit einer speziellen fachlichen Weiterbildung. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf (und Qualifizierung) muss daher bereits kurzfristig verbessert werden, um für ausgebildete Pflegekräfte – insbesondere für Frauen – attraktive Voraussetzungen für eine Fachweiterbildung zu schaffen.
- Hinsichtlich der Hilfskräfte spiegeln die Ergebnisse der Befragung ein deutliches Überangebot auf dem Arbeitsmarkt wider. Offensichtlich sind zu wenig Fachkräfte und zu viel Hilfskräfte für den betrieblichen Bedarf qualifiziert worden. Für die zukünftige Fachkräftebedarfsdeckung erscheint es als erforderlich, eine Umorientierung hin zum Ausbau der Fachkraftausbildung vorzunehmen und das Potenzial der vorhandenen Hilfskräfte, durch Höherqualifizierung zur Fachkraft aufzusteigen, vermehrt für die Fachkraftversorgung zu erschließen.

8 Maßnahmen zur nachhaltigen Beschäftigung in der Pflege

Betriebliche Maßnahmen zur nachhaltigen Beschäftigung in der Pflege sind ein wichtiger Faktor zur Fachkräftesicherung in der Pflege. Hierunter können alle Maßnahmen verstanden werden, die darauf abzielen, einen langen Verbleib der Pflegekräfte in ihrem Beruf zu ermöglichen und insgesamt durch eine Attraktivitätssteigerung der Pflege ausreichende Anteile des schrumpfenden Arbeitskräfte- und Auszubildendenpotenzials für Pflegeberufe zu gewinnen.

Fragestellung

Im Fragebogen wurde den Einrichtungen eine umfassende Liste möglicher Handlungsfelder präsentiert. Die Einrichtungen sollten sich in Bezug auf diese Handlungsfelder einordnen. Dabei standen vier Abstufungen zum Ankreuzen zur Verfügung: Ob die Einrichtung auf dem jeweiligen Feld „bereits aktiv“ ist, noch 2012 aktiv werden will („konkret geplant“), ob Aktivitäten „zukünftig denkbar“ sind oder „nicht in Betracht kommen“.

Die Liste wurde auf der Basis von Literaturauswertungen⁸⁹ zusammengestellt und in der Diskussion mit den Experten/Expertinnen ergänzt und konsolidiert.

Insgesamt wurden den Einrichtungen 26 vorgegebene Handlungsfelder aus den drei Bereichen Organisationsentwicklung, Qualifikationsentwicklung sowie Arbeits- und Gesundheitsschutz zur Bewertung vorgelegt. In jedem Bereich konnten weitere Handlungsfelder ergänzt und bewertet werden.⁹⁰

Nach einer Ergebnisübersicht für die drei genannten Bereiche werden die Aktivitäten auf ausgewählten Handlungsfeldern sodann nach Einrichtungstypen differenziert betrachtet.

8.1 Die Einrichtungen geben insgesamt große und vielfältige Aktivitäten an

Summarisch präsentieren sich die Einrichtungen mit vielfältigen und breit angelegten Aktivitäten für eine nachhaltige Beschäftigung in der Pflege. Für 6 Felder geben jeweils über 70 Prozent der Einrichtungen an, bereits aktiv zu sein. Für weitere 12 Felder wird ein Anteil von zwischen 50 und 69 Prozent aktiver Be-

triebe erreicht. Für die verbleibenden 8 Felder ergeben sich Werte zwischen 20 und 49 Prozent.

Wann immer diese doch sehr hohen Aktivitätswerte in Experteninterviews angesprochen wurden, trafen sie auf eine nicht geringe Skepsis. Eine derart große Aktivität zur Personalentwicklung wurde vielleicht einigen Vorreiterbetrieben und großen Einrichtungen zugebilligt. Für die Allgemeinheit der Einrichtungen erschienen diese Werte überzogen. Sie könnten demnach mehr als Absichts- und Interessenbekundung gewertet werden: Die große Mehrzahl der Betriebe weiß, dass sie Maßnahmen für eine nachhaltige Beschäftigung ergreifen muss, und insofern – soweit nicht bereits tatsächlich aktiv – „in der Pflicht sind“. Die hohen „Aktivitätswerte“ sind insofern zwar zurückhaltend, aber durchaus als Hinweis auf eine bestehende Veränderungsbereitschaft in den Einrichtungen zu interpretieren, an die angeknüpft werden kann.⁹¹

Die Verteilung der Nennungen auf die vier Antwortkategorien kann somit vor allem als Indikator dienen, wie dringlich Maßnahmen auf den jeweiligen Handlungsfeldern in den Pflegeeinrichtungen jeweils eingeschätzt werden.

Damit soll jedoch keineswegs behauptet sein, dass die Antworten der Einrichtungen lediglich Bekenntnisse zu einer Veränderungseinsicht darstellen, aus denen bisher noch keine Praxis gefolgt sein. In der Gesamtschau der Einzelergebnisse lässt sich erkennen, dass durchaus eine praktische Umorientierung der Einrichtungen in Richtung einer nachhaltigen Beschäftigungssicherung erfolgt ist, auch wenn sie möglicherweise in der Breite der Betriebe noch nicht die systematische Ausrichtung hat, die wünschenswert wäre. Als Konsequenz soll daher nicht abstrakt ein größeres Engagement der Betriebe angemahnt werden; die aus den Ergebnissen abgeleiteten Empfehlungen wollen vielmehr konkret benennen, wo Schwerpunkte in der Unterstützung der Einrichtungen gesetzt werden sollten.

8.2 Aktivitäten im Bereich der Organisationsentwicklung

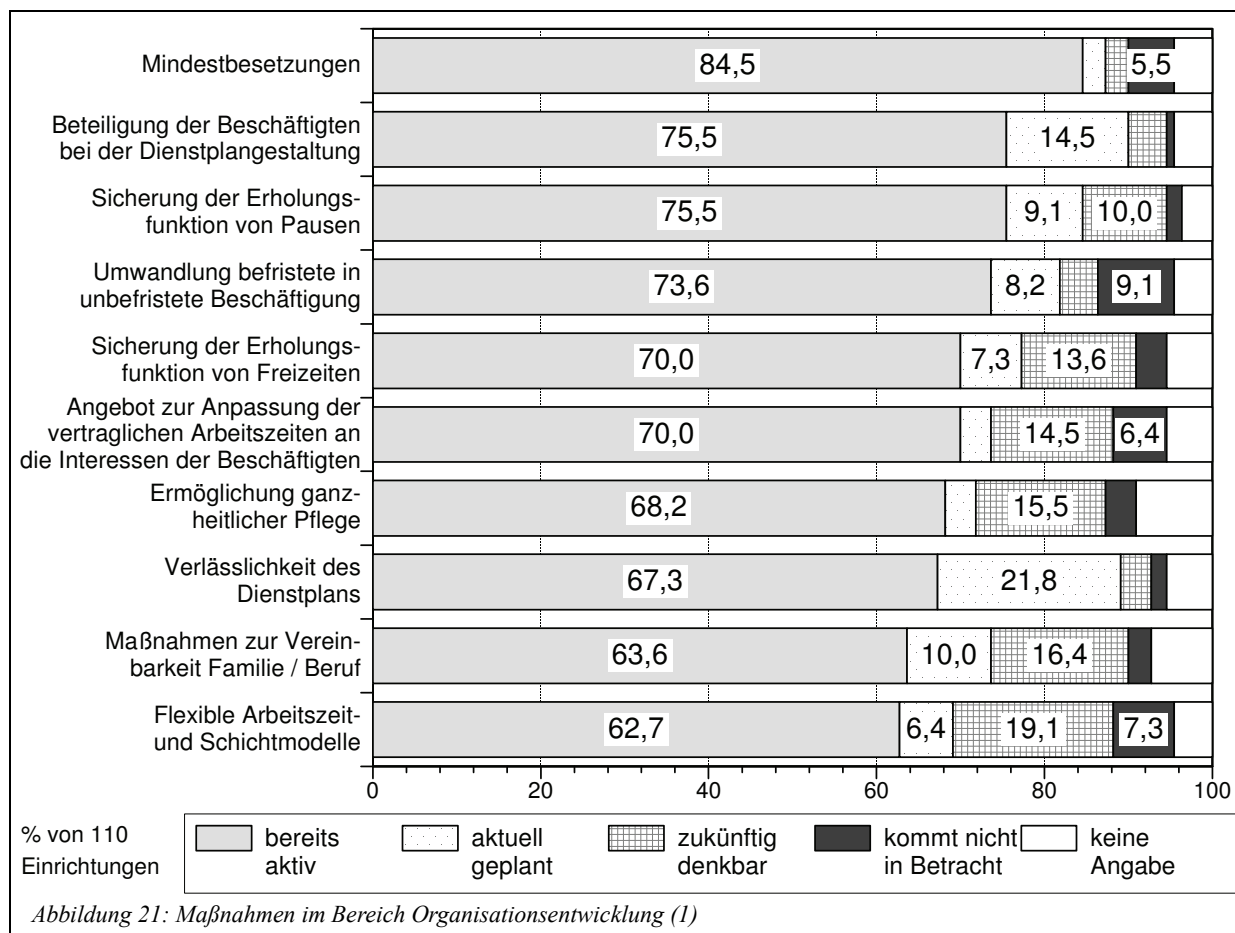
In diesem Bereich finden sich diejenigen Handlungsfelder, für die mehr als 70 Prozent der Einrichtungen bereits laufende Aktivitäten angeben (Abbildung 21); dies sind:

- Mindestbesetzungen (85 % „bereits aktiv“)
- Beteiligung der Beschäftigten an der Dienstplangestaltung (76 % „bereits aktiv“)
- Sicherung der Erholungsfunktion von Pausen (76 % „bereits aktiv“)

⁸⁹ Insbesondere gingen hier aktuelle Veröffentlichungen und Praxisanleitungen von inqa (Initiative neue Qualität der Arbeit - <http://www.inqa.de>), BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin - www.baua.de) und BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege - www.bgw-online.de) ein.

⁹⁰ Von dieser Möglichkeit wurde kein Gebrauch gemacht. Wir werten dies auch als Hinweis, dass unsere Zusammenstellung die praxisrelevanten Handlungsfelder weitgehend adäquat abgebildet hat.

⁹¹ Auch ist in Rechnung zu stellen, dass die vorgegebenen Handlungsfelder einen weiten Interpretationsspielraum ließen. Es werden Aktivitäten gleichgesetzt, die im Einzelfall sehr unterschiedliche Intensitäten und Ausrichtungen haben können.



- Umwandlung befristete in unbefristete Beschäftigung (74 % „bereits aktiv“)
- Sicherung der Erholungsfunktion von Freizeiten (70 % „bereits aktiv“)
- Angebot zur Anpassung der vertraglichen Arbeitszeiten an die Interessen der Beschäftigten (70 % „bereits aktiv“)

Im Zentrum der bereits laufenden betrieblichen Aktivitäten stehen somit verschiedene Aspekte einer optimierten Dienstplangestaltung. Für viele Einrichtungen ist es wichtig, dabei die Interessen und Notwendigkeiten der Beschäftigten zu berücksichtigen.

An der Spitze der Liste stehen „Mindestbesetzungen“ als einrichtungsinterne Festlegung der Zahl der Pflegekräfte, die zu einem bestimmten Zeitpunkt mindestens in einem bestimmten Bereich eingesetzt sein sollen (z. B. „3-3-1“, 3 Pflegekräfte vormittags, 3 Pflegekräfte nachmittags).

Die von den Einrichtungen angegebene hohe Aktivität auf diesem Feld stieß jedoch besonders bei Experten/Expertinnen aus dem Kreis der Arbeitnehmervertretungen auf Skepsis. Mit der Definition von Mindestbesetzungen, die sich aufgrund der knappen Personaldecke dann in der Praxis oft nicht einhalten lassen, sei wenig gewonnen. Auch mit „mehr Köpfen“, ohne Beachtung der Qualifikation, sei die Situation nicht zu verbessern. Stattdessen

müssten qualitative Fachkraftquoten, die auf die spezifischen Anforderungen und Belastungen in den einzelnen Arbeitsbereichen zu beziehen sind, definiert und in der Praxis auch realisiert (also finanziert) werden.

Weiterhin steht aus Sicht der Einrichtungen eine Dienstplangestaltung im Vordergrund, die versucht, die Interessen der Beschäftigten zu berücksichtigen und dabei auch Pausen- und Freizeiten zu garantieren. Allerdings kann eine „Beteiligung der Beschäftigten an der Dienstplangestaltung“ unterschiedliche Modelle von verschiedener Verbindlichkeit bedeuten. Wiederum aus Sicht der befragten Arbeitnehmervertretungen wäre wichtig, dass die vereinbarten Dienst- und Freizeiten auch real eingehalten werden können, also nicht nur „auf dem Papier stehen“, aber wegen der knappen Personalsituation letztlich in der Praxis kurzfristig „umgeworfen“ werden. Dennoch ist das Interesse der Betriebe, die Dienstplangestaltung zum Mittel einer Verbesserung der Arbeit zu machen, hervorzuheben.

Dass die Einrichtungen vermehrt die Notwendigkeit sehen, in der Vertragsgestaltung auf die Vollzeit-/Teilzeitinteressen der Bewerber/-innen einzugehen, um knappe Fachkräfte für sich zu gewinnen, war bereits verschiedentlich angesprochen worden und kommt auch hier zum Ausdruck.

Andererseits ist die häufige Nennung der „Umwandlung befristeter Beschäftigung“ bemerkenswert, weil sie zeigt, dass eine zunächst befristete Einstellung als Element einer flexiblen Personalbedarfsdeckung offenbar in vielen Einrichtungen bei Neueinstellungen zumindest eines Teils der Pflegekräfte bereits eine übliche Praxis ist.

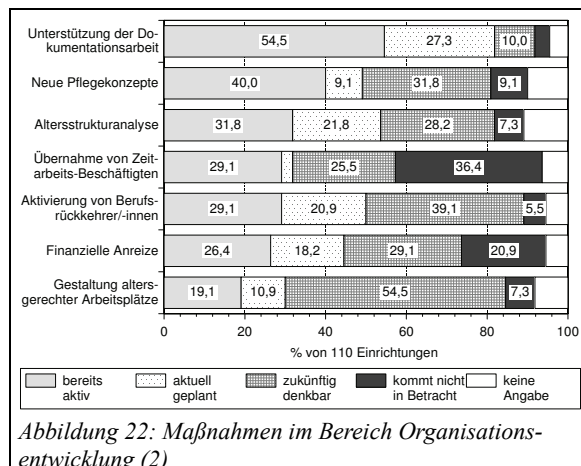


Abbildung 22: Maßnahmen im Bereich Organisationsentwicklung (2)

Auf die besonders häufige Nennung der Aktivierung von Berufsrückkehrern/Berufsrückkehrerinnen als lediglich „zukünftig denkbar“ (39 Prozent) wird weiter unten noch eingegangen.

Dass ein Handlungsfeld für eine Einrichtung „nicht in Betracht kommt“, wurde insgesamt recht selten angekreuzt. Zwei Handlungsfelder aus dem Bereich der Organisationsentwicklung führen hier das Feld an:

- Übernahme von Leiharbeits-Beschäftigten (36 % „kommt nicht in Betracht“)
- Finanzielle Anreize (21 % „kommt nicht in Betracht“)

Hinsichtlich der – insgesamt nur marginal eingesetzten – Leiharbeit korrespondiert dieses Ergebnis mit dem oben (in Kapitel 6.4) ausgeführten Motiv, Leiharbeit vor allem zur Überbrückung einzusetzen, sodass ein potenzielles Übernahmeinteresse im Ausgangspunkt oft nicht vorliegt.

Dass ein Teil der Einrichtungen keine Möglichkeit sieht, im Wettbewerb um Fachkräfte mit finanziellen Anreizen zu punkten, verwundert angesichts der engen finanziellen Rahmenbedingungen einer „ökonomisierten Pflege“ sicher nicht. Immerhin können aber immerhin ein Viertel der Einrichtungen finanzielle Spielräume für diesen Weg der Fachkräfteattraktion nutzen.

8.3 Aktivitäten im Bereich der Qualifikationsentwicklung

Jeweils etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen gibt an, eine systematische Entwicklung der Qualifikation der Beschäftigten aktiv zu verfolgen und die Beschäftigten an der Qualifizierungsplanung zu be-

teiligen. Rund 41 Prozent unterstützen die Beschäftigten auch bei der individuellen Berufswegeplanung (Abbildung 23).

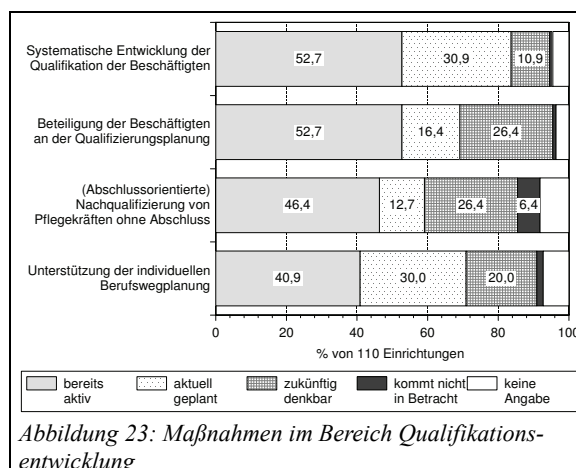


Abbildung 23: Maßnahmen im Bereich Qualifikationsentwicklung

In diesem Bereich finden sich zudem die Spitzenbesetzungen für „aktuell geplante“ Aktivitäten:

- Systematische Entwicklung der Qualifikation der Beschäftigten ist in 31 Prozent der Einrichtungen „aktuell geplant“.
- Eine Unterstützung der individuellen Berufswegeplanung wird in 30 Prozent der Einrichtungen „aktuell geplant“.

Insgesamt zeigt sich der Bereich der Qualifikationsentwicklung damit als sich entwickelndes wichtiges Standbein einer nachhaltigen Beschäftigungssicherung. Die Notwendigkeit einer systematischen und mitarbeiterorientierten Qualifizierung mit dem Ziel, den oben dokumentierten großen Bedarf an (höher qualifizierten) Fachkräften zu decken, scheint damit in den Einrichtungen bereits in praktische Personalentwicklung umgesetzt zu werden.

Zu erläutern ist die Auskunft der Einrichtungen, auf dem Feld der abschlussorientierten Nachqualifizierung zu 46 Prozent „bereits aktiv“ zu sein. Dies erstaunt zunächst, weil im Land Bremen – im Unterschied zu Niedersachsen⁹² – derzeit keine Angebote zur Nachqualifizierung im Pflegebereich genutzt werden können. Hier waren daher Antworten in der Kategorie „zukünftig denkbar“ erwartet worden. Nachfragen im Rahmen der Expertengespräche ergaben als mögliche Erklärung, dass einerseits unter diesem Titel vermutlich auch WeGebau-finanzierte Umschulungsmaßnahmen verstanden wurden. Andererseits bringen die Zahlen ein durchaus vorhandenes Interesse an Nachqualifizierung „im eigentlichen Sinn“ zum Ausdruck.

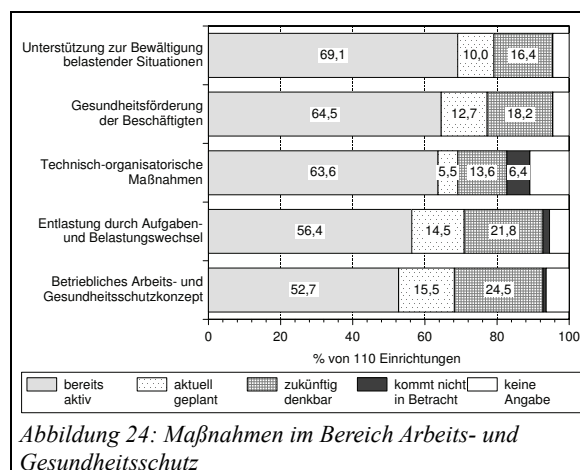
Damit scheint in den Einrichtungen ein deutliches Interesse dafür zu bestehen, unter den einjährig ausgebildeten Kräften (in der Regel mit einer Altenpflegehilfesausbildung) diejenigen zu identifizieren

⁹² Vgl. den dortigen Modellversuch zur Nachqualifizierung in der Altenpflege:
<http://www.nachqualifizierung-altenpflege.inbas.com>

und zu fördern, die für eine Umschulung oder Nachqualifizierung zur Altenpflegefachkraft infrage kommen. Den betrieblichen Angaben zufolge ist somit Interesse an gemeinsame Initiativen von Verbänden, Arbeitsmarktförderung und Betrieben zur Ausschöpfung dieses Potenzials vorhanden.

8.4 Aktivitäten im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes

Aktivitäten im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (AGS) haben für die nachhaltige Beschäftigungssicherung in der Pflege eine zentrale Funktion. Moderne Arbeits- und Gesundheitsschutzkonzepte im Sinn der „Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA)“ gehen dabei über das klassische Verständnis von Arbeitsschutzmaßnahmen (im Sinn der Sicherstellung der Einhaltung rechtlicher Auflagen) hinaus und schließen eine umfassende, beteiligungsorientierte Gefährdungsanalyse ein.



In diesem Sinne können auch Aktivitäten in den Bereichen Organisationsentwicklung und Qualifikationsentwicklung aus der Umsetzung eines systematischen Arbeits- und Gesundheitsschutzkonzeptes resultieren, etwa um Belastungen durch eine mitarbeiterorientierte Dienstplangestaltung zu mindern oder durch rechtzeitige gezielte Qualifizierungsmaßnahmen die Beschäftigungsfähigkeit der Pflegekräfte in der Einrichtung längerfristig zu sichern (Beer/Hammer/Seibicke 2011). Im Folgenden geht es nun um Gesundheitsschutzmaßnahmen im engeren Sinn, aber auch um die Einrichtung eines systematischen AGS-Konzeptes selbst.

Zwar stehen Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz nicht an der Spitze der „bereits aktiv“ verfolgten Handlungsfelder. Die Einrichtungen geben aber in den abgefragten Bereichen durchgängig recht hohe Aktivitäten an (Abbildung 24):

- Unterstützung bei zur Bewältigung belastender Situationen bieten bereits 69,1 Prozent der Einrichtungen an.

- In der Gesundheitsförderung der Beschäftigten sind 64,5 Prozent der Einrichtungen „bereits aktiv“.
- Auf dem Feld technisch-organisatorischer Maßnahmen sind 63,6 % der Einrichtungen „bereits aktiv“.

Etwas geringer fällt der Anteil der bereits aktiven Einrichtungen auf dem Handlungsfeld der Entlastung durch Aufgaben- und Belastungswechsel (56,4 Prozent) aus.

Bei der aus Sicht einer nachhaltigen Beschäftigungssicherung besonders wichtigen Frage nach der Implementation eines betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzkonzeptes geben 52,7 Prozent der Einrichtungen und damit immerhin mehr als die Hälfte der Betriebe an, bereits auf diesem Feld aktiv zu sein. Ein Viertel der Einrichtungen sieht hier allerdings ein nur „zukünftig denkbare“ Projekt, das somit derzeit nicht auf der betrieblichen Agenda steht.

In einer ersten Zusammenschau kann man festhalten, dass die Einrichtungen zwar noch nicht alle die Notwendigkeit eines systematischen betrieblichen Ansatzes zum Arbeits- und Gesundheitsschutz sehen und praktisch umsetzen. Die hohen „Aktivitätswerte“ für die oben genannten Maßnahmen aus den Bereichen der Organisations- und Qualifikationsentwicklung deuten jedoch darauf hin, dass generell bereits ein recht breiter Ansatz zur Verbesserung der Arbeit verfolgt wird, der sich nicht auf einen eng verstandenen Arbeits- und Gesundheitsschutz beschränkt.

Im Kontrast hierzu finden sich zwei mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz eng verbundene Handlungsfelder aus der Organisationsentwicklung abgeschlagen im untersten Feld der bereits aktiv verfolgten Maßnahmen.

Die Gestaltung *altersgerechter*⁹³ Arbeitsplätze ist für eine Mehrheit (54,5 Prozent) der Einrichtungen ein Handlungsfeld, das lediglich „zukünftig denkbar“ ist, und damit offenkundig nicht auf ihrer Agenda steht. Zugleich bildet die Gestaltung altersgerechter Arbeitsplätze das Schlusslicht (19,1 Prozent) in der Liste der „bereits aktiv“ verfolgten Handlungsfelder. Angesichts der Anforderungen des demografischen

93 Zur Vermeidung von naheliegenden Verwechslungen: *Altersgerechte* Arbeit bezieht sich auf Arbeitsplätze, die auf vorliegende, erworbene altersbedingte Einschränkungen z. B. gesundheitlicher Art mit einer spezifisch entlastenden Gestaltung der Arbeit reagieren. Die neuere Wortbildung der *alternsgerechten* Arbeit begreift umfassender eine Gestaltung der Arbeit, die auf eine Erhaltung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit über das gesamte Arbeitsleben hinweg zielt und damit auch den im Lauf des Arbeitslebens sich wandelnden Kompetenzen Rechnung trägt. Insofern sollte das Konzept der *alternsgerechten* Arbeit *altersgerechte* Arbeit mit einschließen.

Wandels und zunehmend älterer Pflegekräfte ist dies als problematisch zu bewerten.

Mit ähnlicher Tendenz wurde eine Altersstrukturanalyse in nur 31,8 Prozent der Betriebe „bereits aktiv“ durchgeführt, für 28,2 Prozent der Einrichtungen ist sie lediglich „zukünftig denkbar“.

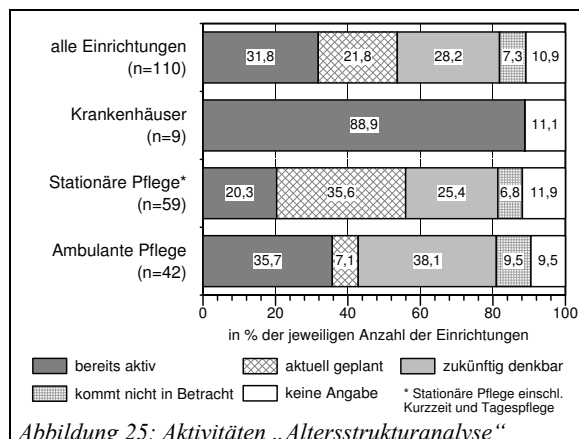
Beide Handlungsfelder werden im Folgenden im Vergleich der Einrichtungstypen im Detail noch einmal aufgegriffen.

8.5 Vergleich der Aktivitäten in ausgewählten Handlungsfeldern in Kranken- und Altenpflege

Die folgende vergleichende Darstellung konzentriert sich auf zwei Bereiche⁹⁴:

- Altersstrukturanalyse und altersgerechte Gestaltung der Arbeit
- Vereinbarkeit Familie/Beruf, Gestaltung der Wochenarbeitszeiten, Förderung der Berufsrückkehr

a) Altersstrukturanalyse und altersgerechte Arbeit

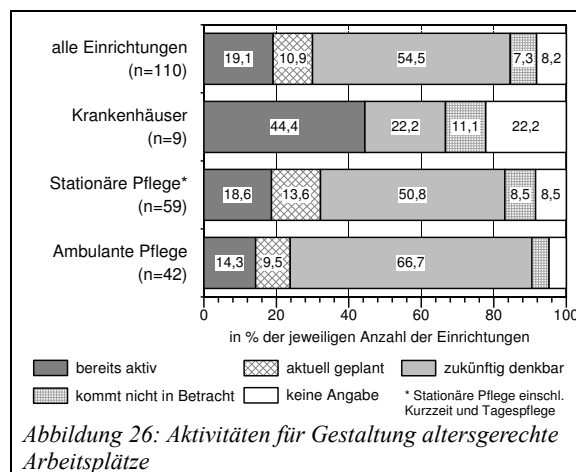


In den Krankenhäusern wurden Projekte zur Altersstrukturanalyse bereits durchgeführt. In der Altenpflege ist dies dagegen keineswegs die Regel (Abbildung 25).

Insbesondere in der stationären Pflege hat sich erst jede fünfte Einrichtung systematisch mit der aktuellen und zukünftigen Alterszusammensetzung ihrer Pflegekräfte befasst; allerdings gibt ein weiteres Drittel an, noch 2012 hier aktiv werden zu wollen. In der ambulanten Pflege hat lediglich ein Drittel der Einrichtungen eine Altersstrukturanalyse bereits durchgeführt, aktuelle Planungen haben hier nur weitere 7 Prozent der Betriebe. Sowohl in der stationären wie in der ambulanten Pflege gibt es einen erheblichen Teil der Einrichtungen, für die eine Altersstrukturanalyse „zukünftig denkbar“ ist, somit derzeit praktisch nicht verfolgt wird. Vor dem

Hintergrund alternder Belegschaften ergibt sich hier Handlungsbedarf, zumal unsere Befragung bereits einen hohen Anteil älterer Beschäftigter in beiden Bereichen ermittelt hat. (Siehe Kapitel 6.5.)

Ein vergleichbares Bild zeigt sich bei der Gestaltung altersgerechter Arbeitsplätze (Abbildung 26). Offenbar entwickeln hier lediglich die Krankenhäuser – in der Regel Großbetriebe – größere Aktivitäten.



Zwar zielt die Summe der Aktivitäten, die die Betriebe angeben, insgesamt durchaus auf das Ziel „altersgerechter“ Arbeit, also darauf, dass Fachkräfte möglichst lange Beschäftigungszeiten erreichen und insbesondere nicht aufgrund vorzeitigen Verschleißes ausscheiden müssen.

Auch ist in Rechnung zu stellen, dass im Rahmen einer „ökonomisierten“ Pflege nur sehr beschränkte Möglichkeiten bestehen, Pflegekräfte mit angegriffener Arbeitsfähigkeit durch einen Einsatz in anderen Aufgabenfeldern spürbar zu entlasten.

Dennoch müssen sich die Einrichtungen darauf einstellen, dass zu einer gealterten Belegschaft auch zunehmend Fachkräfte zu zählen sind, die nicht mehr voll einsatzfähig sind, auf die aber trotzdem nicht verzichtet werden kann. Insofern erscheint es problematisch, wenn eine große Mehrheit insbesondere in der ambulanten Pflege Aktivitäten auf dem Feld altersgerechter Arbeit vorerst zurückgestellt hat.

Eine Altersstrukturanalyse kann als erster Schritt notwendig sein, um das Problem der Alterung der Pflegekräfte in seinem Umfang und seinen zukünftigen Auswirkungen für die Einrichtungen besser sichtbar zu machen. Die Ergebnisse einer Altersstrukturanalyse können daher ein Anlass sein, auch Maßnahmen für die Gestaltung altersgerechter Arbeitsplätze bzw. eines systematischen Arbeits- und Gesundheitsschutzkonzepts rechtzeitig in Angriff zu nehmen. Mit Unterstützung der Verbände sollte daher in den Einrichtungen verstärkt für eine Altersstrukturanalyse geworben und Hilfen (z. B. für Pflegebetriebe geeignete Tools) angeboten werden.⁹⁵

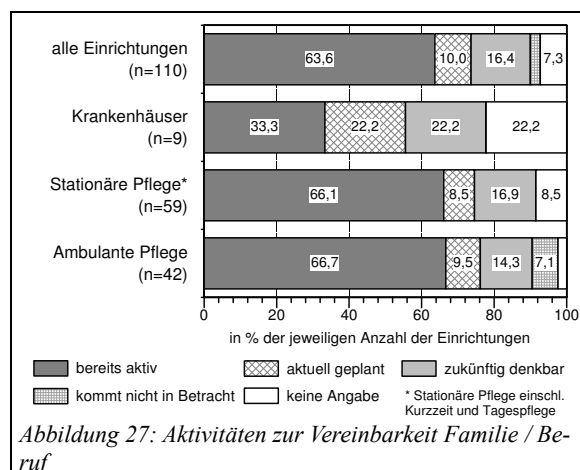
⁹⁴ Weitere vergleichende Grafiken sind im Tabellenanhang enthalten.

⁹⁵ Ein regionales Angebot für Altersstrukturanalysen ist das Projekt „female PROFESSIONALS“: <http://www.female-professionals.de/>

Im Übrigen wurde auch in den Experteninterviews deutlich, dass das Problem in vielen Einrichtungen erkannt ist; einige Betriebe arbeiten bereits an neuen Wegen der Dienstplangestaltung und erproben neue Ansätze der Arbeitsorganisation zur Gestaltung belastungsreduzierter und ergonomischer Arbeitsabläufe. Die Verbände sind gefragt, diesen Trend verstärkt in die Breite der Betriebe zu tragen, um die Einrichtungen je nach Größe für die Einrichtung einer entsprechenden Funktionsstelle oder der Inanspruchnahme von Beratungsangeboten zu gewinnen.

Konkret kann dabei beispielsweise die Unterstützung von im Rahmen der „Landesinitiative Arbeits- und Gesundheitsschutz“ geförderten Projekten (EFRE) genutzt werden. Das Projekt Proaktiv!-Transfer unterstützt und begleitet spezielle Pflegeeinrichtungen bei der nachhaltigen Implementation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in die Arbeitsorganisation.⁹⁶

b) Vereinbarkeit Familie/Beruf und Gestaltung der Wochenarbeitszeiten/Berufsrückkehr

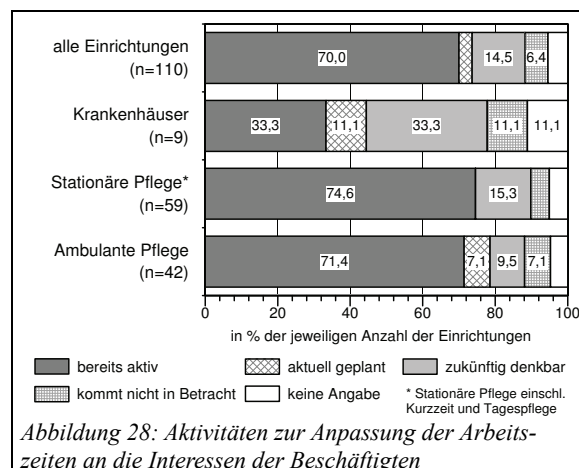


Die Angaben zu Aktivitäten zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Abbildung 27) sind schwieriger zu interpretieren, weil darin viele Aspekte – von Arbeitszeitregelungen bis zu Kinderbetreuungsmöglichkeiten – eingeschlossen sind. Im Allgemeinen geben die Einrichtungen hier eine bereits hohe Aktivität an; die Krankenhäuser haben hier jedoch eher zurückhaltend geantwortet.

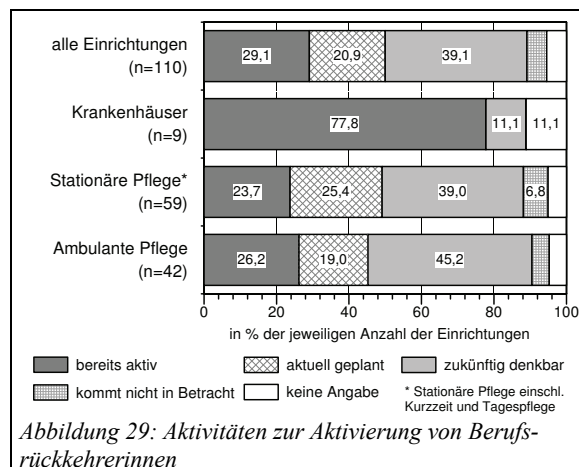
Bei der Präzisierung in den Expertengesprächen wurde vor allem die Frage einer vom Betrieb unterstützten oder organisierten arbeitsplatznahen Kinderbetreuungsmöglichkeit als Problem thematisiert, das die Einrichtungen in der Regel allein überfordert. Das Problem liegt hier u. a. darin, die Betreuungszeiten an den Arbeitszeiten der Pflegekräfte – sehr früher Dienstbeginn, Schichtarbeit – auszurichten. Für adäquate Lösungen müssen daher Einrichtungen, Verbände und das Land gemeinsam aktiv werden.⁹⁷

⁹⁶ Vgl. <http://www.pflege-projekt.de>

⁹⁷ Der gemeinnützige Verein Impulsgeber Zukunft e.V. bietet in Nachfolge des Bremer Verbundprojekts Beruf und Familie hierzu Beratung und Unterstützung an.



Möglichkeiten, die vertraglichen Wochenarbeitszeiten an die Interessen der Mitarbeiter anzupassen, werden vor allem von den stationären und ambulanten Pflegebetrieben geschaffen. (Abbildung 28) Auch in den Expertengesprächen bestätigte sich dieses Bild. Eine diesbezügliche Flexibilität des Arbeitgebers gilt dort als zunehmend unverzichtbar, um knappe Fachkräfte für den Betrieb zu gewinnen und dort zu halten. Die Krankenhäuser scheinen auf diesem Feld weniger auf die Beschäftigten zuzugehen. Aus dem Kreis der Pflegedienstleitungen der Krankenhäuser wurde hierzu auf die zukünftig auszuweitende Teilzeitbeschäftigung als Schritt in diese Richtung hingewiesen und als Angebot an die Interessen der Pflegekräfte verstanden. Möglicherweise wird dies nicht ausreichen, um den individuell unterschiedlichen Arbeitszeitinteressen der Beschäftigten entgegenzukommen.



Bei der Aktivierung von Berufsrückkehrerinnen scheint noch Potenzial zu bestehen, insofern fast 40 Prozent der Einrichtungen dieses Handlungsfeld eher als „zukünftig denkbar“ einordnen (Abbildung 29). Diese Einschätzung geht vor allem auf die ambulante und stationäre Pflege zurück.

Dieser Eindruck wurde jedoch in den Experteninterviews in Bezug auf die ambulante und stationäre Pflege relativiert. In der Einschätzung der Expertinnen und Experten stellt die Berufsrückkehr der Pflegekräfte, die insbesondere aus familiären Gründen aus der Einrichtung ausscheiden, dort „kein Problem“ dar. In der Regel sei die Rückkehr nach einem vorübergehenden Ausscheiden von vornherein eingeplant. Im Übrigen hielten die Einrichtungen einen selbstverständlichen Kontakt mit ihren „pausierenden“ Mitarbeiterinnen. Möglicherweise sei deshalb die Frage nach speziellen „Aktivitäten“ auf diesem Feld im Sinn einer besonderen „personalpolitischen Strategie“ interpretiert und daher in diesem speziellen Fall eher zurückhaltend beantwortet worden. Diese Stellung kann jedoch einschließen, dass diejenigen Pflegekräfte, die bereits längere Zeit aus dem Beruf ausgeschieden sind und darüber den Kontakt zu ihrem letzten Arbeitgeber verlieren, aus dem Blickfeld geraten. Insofern sollten die Einrichtungen auf eine systematische Kontaktpflege ggf. auch über längere Zeiträume nicht verzichten, um das Potenzial ausgeschiedener Pflegekräfte ausschöpfen zu können. Wird dann nach längerer Zeit außerhalb der Berufstätigkeit in der Pflege eine Rückkehr erwogen, sollte in Zusammenarbeit mit der Arbeitsvermittlung versucht werden, eine gezielte Anpassung der erforderlichen Qualifikationen zu planen und zu realisieren.

8.6 Zusammenfassung

Die Selbsteinschätzung der Einrichtungen hinsichtlich ihrer Aktivitäten für eine nachhaltige Beschäftigungssicherung in der Pflege fällt insgesamt sehr positiv aus. Deren Notwendigkeit ist bei den Betrieben offensichtlich „angekommen“.

- Maßnahmen aus dem Bereich der Organisationsentwicklung – arbeitnehmerorientierte Dienstplangestaltung, Arbeitszeitgestaltung, Sicherung der Pausen – führen die Liste der bereits aktiv verfolgten Handlungsfelder an.
- Aktuell geplant sind vor allem Maßnahmen auf dem Feld der (Organisation der) Qualifizierung der Beschäftigten. Dies bedeutet eine günstige Ausgangsbedingung sowohl für die Höherqualifizierung von Fachkräften wie für eine Nach- bzw. Anschlussqualifizierung von Altenpflegehelferinnen zu Altenpflegerinnen als für die Fachkräfteversorgung auszuschöpfender Ressourcen.
- Auf den Handlungsfeldern des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sehen sich zwischen 70 und 52 Prozent der Betriebe aktiv. Zusammen mit der Breite der weiteren Aktivitäten ergibt sich, dass viele Einrichtungen eine nachhaltige Beschäftigungssicherung bereits mit einem Ansatz verfolgen, der über ein enges Verständ-

nis von Arbeitsschutzmaßnahmen hinausgeht.

- Ausbaufähig erscheinen die Aktivitäten zur Gestaltung altersgerechter Arbeitsplätze. Da Pflegearbeit eine körperlich fordernde Arbeit ist und bleiben wird, sollte nicht nur die Gestaltung *altersgerechter* Arbeit, sondern in Arbeitsorganisation und Arbeitsteilung auch der Aspekt einer *altersgerechten* Arbeitsgestaltung verfolgt werden, um das Potenzial der älteren Pflegekräfte auszuschöpfen. Da Altersstrukturanalysen (mit Ausnahme des Krankenhausbereichs) bisher nicht allgemein durchgeführt wurden, unterschätzen möglicherweise viele Einrichtungen den Umfang und die Dringlichkeit diesbezüglicher Aktivitäten.
- Daher sollte mit Unterstützung der Verbände in den Einrichtungen für die Durchführung von Altersstrukturanalysen geworben werden. Zur Umsetzung weitergehender, systematischer und beteiligungsorientierter Arbeits- und Gesundheitsschutzkonzepte kann auf die Unterstützung regionaler Projekte zurückgegriffen werden.
- Mit einer systematischen Kontaktpflege auch zu bereits länger ausgeschiedenen Kräften sollte sich die Förderung der Berufsrückkehr noch optimieren lassen. Für die bei längerer Berufspause zu erwartenden Anpassungsbedarfe an neue Anforderungen sollten in Zusammenarbeit mit den Agenturen für Arbeit bzw. Jobcentern in Qualifizierungsmaßnahmen umgesetzt werden.
- Für die Schaffung von arbeitsplatznahen Kinderbetreuungsmöglichkeiten, die insbesondere auf die Arbeitszeiten der Pflegekräfte ausgerichtet sind, sollten Einrichtungen, Verbände und das Land gemeinsam aktiv werden.

9 Qualifizierungsbedarfe

Strategien zur Sicherung der Fachkräfteversorgung müssen die Anpassung der Qualifikationen der Fachkräfte an neue Anforderungen mit berücksichtigen. Mit dem Fragebogen sollte daher auch eine Übersicht über die aktuellen Schwerpunkte des Qualifizierungsbedarfs in der Pflege gewonnen werden.

Fragestellung

Zu 25 vorgegebenen Qualifizierungsbereichen konnten die Einrichtungen ihren Qualifizierungsbedarf 2012 angeben. Es wurde davon ausgegangen, dass insbesondere der Qualifizierungsbedarf der Fachkräfte in Leitungsfunktionen eine für diese Funktion spezifische Ausrichtung erforderlich macht. In der Bedarfsermittlung wurde daher unterschieden nach

- Pflegekräften in Leitungsfunktionen,
- Pflegekräften mit 3-jähriger Ausbildung oder Fachweiterbildung,
- Pflegekräfte mit ein- oder zweijähriger Ausbildung und sonstige Pflegekräfte.

Die Liste der vorgeschlagenen Qualifizierungsfelder wurde auf Grundlage der in der Untersuchungsvorbereitung berücksichtigten Literatur entwickelt und mit den an der Fragebogenentwicklung beteiligten Experten und Expertinnen beraten. Die Einrichtungen konnten weitere, nicht mit der Liste abgedeckte Qualifizierungsbedarfe ergänzen.⁹⁸

Um den vertretbaren Umfang des Fragebogens nicht zu sprengen, musste auf eine Quantifizierung des Bedarfs (wie viele „Köpfe“ sollen in dem jeweiligen Bereich qualifiziert werden?) verzichtet werden. Auch der Stundenumfang der Qualifizierung und die Art der Durchführung konnten nicht mit erfasst werden. Die Befragung bildet insofern nicht den exakten Bedarfsumfang, sondern vielmehr das relative Gewicht ab, das die Einrichtungen der Qualifizierung in den jeweiligen Feldern und Zielgruppen beimessen.

Aufgrund des Umfangs der Liste der Qualifizierungsfelder werden im Folgenden nur die Bedarfsspitzen dargestellt. Weitere Tabellen finden sich im Tabellenanhang ab Seite 70.

9.1 „Top“-Qualifizierungsbedarfe für Führungskräfte, Fachkräfte und Hilfskräfte

a) Wichtigste Qualifizierungsfelder für Führungskräfte

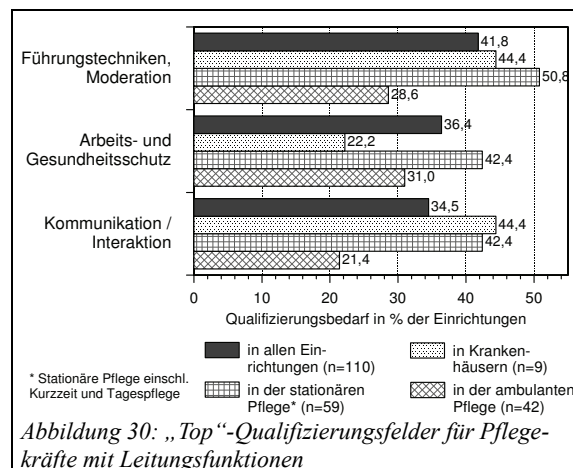


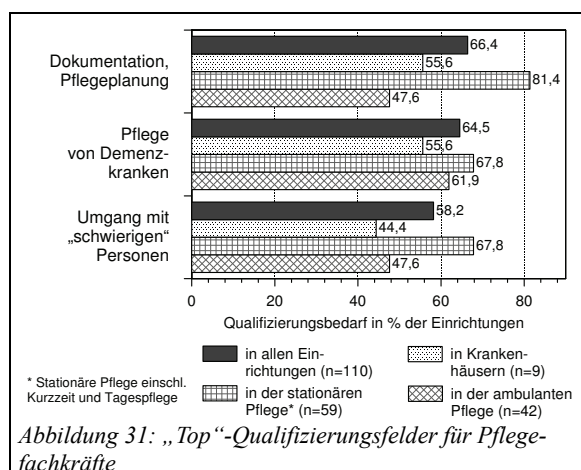
Abbildung 30: „Top“-Qualifizierungsfelder für Pflegekräfte mit Leitungsfunktionen

Für die Pflegekräfte in Leitungsfunktionen wurden für 2012 neben Qualifizierungsbedarfen auf den Feldern „Führungstechniken/Moderation“ und „Kommunikation/Interaktion“ auch der Bereich „Arbeits- und Gesundheitsschutz“ am häufigsten angegeben.

Diese Qualifikationsschwerpunkte reflektieren zum einen die gewachsenen Anforderungen zur Gestaltung von Pflegeprozessen in transsektoralen Versorgungsketten unter dem Primat der Kosteneffizienz, die größere Organisations- und Kommunikationskompetenzen verlangen. Der Qualifikationsbedarf im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz entspricht den oben bereits dargestellten Aktivitäten für eine nachhaltige Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit und bestätigen noch einmal deren Notwendigkeit.

⁹⁸ Von dieser Möglichkeit wurde kein Gebrauch gemacht. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass die Liste die derzeit relevanten Qualifizierungsbereiche weitestgehend abgedeckt hat.

b) Wichtigste Qualifizierungsfelder für Fachkräfte



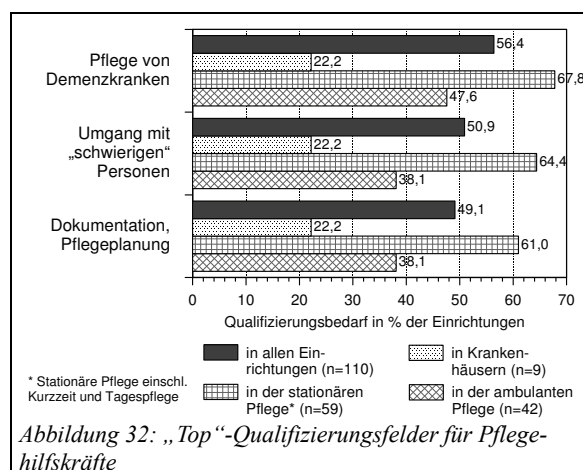
Der Qualifikationsbedarf für die Pflegefachkräfte richtet sich 2012 vor allem auf die Felder „Dokumentation/Pflegeplanung“, „Pflege von Demenzkranken“ und den „Umgang mit schwierigen Personen“.

Der hohe Bedarf nach Qualifizierung für die Pflege von Demenzkranken besteht recht gleichmäßig in allen Bereichen. Dieser Bedarf erklärt sich vor dem Hintergrund der mit dem demografischen Wandel zunehmenden Anzahl Demenzkranker, auf die sich die Einrichtungen einstellen müssen.

Der Qualifizierungsbedarf für den „Umgang mit schwierigen Personen“ zielt auf den Erwerb von kommunikativen und Konfliktlösungskompetenzen, die zur besseren Bewältigung spezifischer Situationen beitragen sollen, die die Pflegenden sehr belasten können. Eine eindeutige Definition von „schwierigen Personen“ liegt dabei selbstverständlich nicht vor. Der Begriff kann sich gleichermaßen auf Patienten/Patientinnen, Bewohner/Bewohnerinnen und Kunden/Kundinnen in der ambulanten Versorgung wie auch auf deren Angehörige beziehen. Dabei wird ein ganzes Spektrum von Situationen von Pflegenden den ihnen gegenüberstehenden Personen zugeschrieben: diese können von erlebter Aggressivität bis hin zu einer Kritik, die als ungerechtfertigt, herabsetzend, verletzend oder als Infragestellung der Kompetenz empfunden wird, reichen. Die Zuschreibung zur Person mag problematisch sein, wird aber von den Pflegenden zunächst als Grund für belastende Situationen empfunden und wurde daher für die Befragung pragmatisch übernommen.

Die große Bedeutung eines Kompetenzerwerbs auf diesem Gebiet ist auch vor dem Hintergrund der knappen Personaldecke und des hohen Arbeitsdrucks in der Pflege zu interpretieren, da sich Konflikte schneller zuspitzen und Empfindsamkeiten wachsen, „wenn die Nerven ohnehin blank liegen“. Die Qualifizierung soll daher die Pflegenden instand setzen, auch unter hohem Druck in „schwierigen“ Situationen besonnen und adäquat zu agieren.

c) Wichtigste Qualifizierungsfelder für Hilfskräfte



Während sich für Leitungskräfte und Fachkräfte deutliche Unterschiede in der Einschätzung der Wichtigkeit der Qualifikationsfelder ergeben, stimmt die Bedarfsrichtung bei Fachkräften und Hilfskräften weitgehend überein. Auch für Pflegehilfskräfte richten sich die Bedarfe 2012 vor allem auf die Felder „Pflege von Demenzkranken“, „Umgang mit schwierigen Personen“ und Dokumentation/Pflegeplanung“. Die Bedarfsmeldungen fallen etwas niedriger als bei Pflegefachkräften aus, und in der Rangfolge fällt „Dokumentation/Pflegeplanung“ auf den dritten Platz zurück, was sich aus der Mischung zweier Tätigkeitsfelder in der Kategorie erklären könnte: Pflegehilfskräfte können zwar an der Dokumentation mitwirken; die Planung der Pflegeprozesse ist dagegen Aufgabe der Fachkräfte.

d) Qualifikationsbedarf wird insgesamt in der stationären Pflege am häufigsten angegeben

Im Vergleich der Einrichtungstypen zeigt sich, dass der Anteil der Einrichtungen, die Qualifikationsbedarfe bei den dargestellten wichtigsten Qualifikationsfeldern angeben, in der stationären Pflege am höchsten ausfällt. An den Bedarfsmeldungen der stationären Pflege lässt sich zeigen, dass die Bedarfe für Fachkräfte und Hilfskräfte sich auf die gleichen Bereiche konzentrieren, wobei die Bedarfe für Fachkräfte jeweils höher sind als für Hilfskräfte. Dies gilt auf etwas niedrigerem Niveau auch für die ambulante Pflege.

Da nicht erfasst wurde, wie viele Kräfte jeweils qualifiziert werden sollen, lässt diese Darstellung nicht den Schluss zu, dass in der Pflege die Beteiligung an Qualifizierungsmaßnahmen an das erreichte Qualifikationsniveau gekoppelt ist, also Hilfskräfte weniger an Qualifizierungsangeboten beteiligt werden als Fachkräfte. Den Experteninterviews zufolge ist eine gemeinsame Schulung von Fach- wie für Hilfskräfte durchaus üblich.

9.2 Zusammenfassung

Qualifikationsbedarfe wurden am häufigsten aus der stationären Pflege gemeldet.

Die wichtigsten Qualifizierungsbedarfe für *Pflegekräfte in Leitungsfunktionen* sind:

- „Führungstechniken/Moderation“
- „Kommunikation/Interaktion“
- „Arbeits- und Gesundheitsschutz“

Diese Qualifikationsschwerpunkte reflektieren zum einen die gewachsenen Anforderungen zur Gestaltung von Pflegeprozessen in transsektoralen Versorgungsketten unter dem Primat der Kosteneffizienz, die größere Organisations- und Kommunikationskompetenzen verlangen. Der Qualifikationsbedarf im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz entspricht den oben bereits dargestellten Aktivitäten für eine nachhaltige Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit.

Die wichtigsten Qualifizierungsbedarfe für *Pflegefach- und -hilfskräfte* sind:

- „Dokumentation/Pflegeplanung“
- „Pflege von Demenzkranken“
- „Umgang mit schwierigen Personen“

Während sich für Leitungskräfte und Fachkräfte deutliche Unterschiede in der Einschätzung der Wichtigkeit der Qualifikationsfelder ergeben, stimmt die Bedarfsrichtung bei Fachkräften und Hilfskräften weitgehend überein. Aufgrund der in den zentralen Feldern parallelen Qualifizierungsbedarfe ist den Experteninterviews zufolge eine gemeinsame Schulung von Fach- wie für Hilfskräfte durchaus üblich.

In der Diskussion dieser Qualifikationsbedarfsmeldungen der Einrichtungen mit Experten und Expertinnen insbesondere aus den Arbeitnehmervertretungen wurde auch die Einschätzung geäußert, dass die Pflegekräfte selbst ihre Qualifikationsbedarfe anders definieren würden als die Leitungen der Einrichtungen, die in der Regel den Fragebogen ausgefüllt haben dürften. Um dem nachzugehen, soll die Frage der Qualifikationsbedarfe daher auch in der geplanten Befragung der Pflegekräfte⁹⁹ mit berücksichtigt werden.

⁹⁹ Siehe Seite 10.

10 Handlungsvorschläge für Bund, Land und Kostenträger

Fragestellung

Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen werden vom Bund, den Ländern und den Kostenträgern entscheidend mitgestaltet. In Freitexten sollten die Einrichtungen daher angeben können, wo aus ihrer Sicht die dringendsten Handlungsbedarfe bestehen. Der Fragebogen zielte auf die Formulierung möglichst konkreter Handlungsvorschläge für das Land Bremen, den Bund und die Kostenträger ab („Das Land Bremen soll ...“, usw.), um ein substanzreiches Stimmungsbild über die „drängendsten Fragen“ in der Pflege zu erstellen.

Für eine quantitative Bewertung der Antworten wurden aus den individuellen Aussagen Kategorien (Handlungsfelder) und Unterkategorien (Handlungsvorschläge) entwickelt und die Antworten diesen Kategorien zugeordnet.¹⁰⁰

Die Fragestellung wurde von den Einrichtungen sehr gut angenommen. Ungefähr drei Viertel der Fragebogen enthielten Freitexte. Insgesamt 290 Vorschläge flossen in die folgende Auswertung ein.

10.1 „Verbesserung der Rahmenbedingungen“ und „Ausbildung“ als zentrale Handlungsfelder

Die folgende Tabelle 13 gibt zunächst eine Übersicht über die Handlungsfelder und die Zahl der diesen zugeordneten Aussagen der Einrichtungen.¹⁰¹

Im Folgenden werden die ersten vier Handlungsfelder in die darunter zusammengefassten Handlungsvorschläge differenziert. Da die Handlungsvorschläge der Krankenhäuser in eine andere Richtung als die der ambulanten und stationären Pflege gehen, zugleich aber aufgrund der geringen absoluten Zahl der Krankenhäuser im Rücklauf anders gewichtet werden müssten¹⁰², soll vorab festgehalten werden:

100 Die Freitexte wurden in MaxQDA importiert und in einzelne Vorschläge separiert. In einem mehrstufigen Codierungsprozess wurden Kategorien entwickelt und den einzelnen Vorschlägen zugeordnet. Mehrfachzuordnungen wurden dabei vermieden. Kategorien wurden zu Bereichen gruppiert und zusammengefasst. Beispiele, welche Freitext-Formulierungen hinter den Kategorien stehen, finden sich im ergänzenden Tabellenteil.

101 „Kostenträger“ werden hier als „Kassen“ abgekürzt.

102 Aufgrund der ungleichen Verteilung der Fragebögen auf die Einrichtungstypen überwiegen absolut die Angaben aus der ambulanten und stationären Pflege. Auf eine höhere Gewichtung der Angaben aus den Krankenhäusern wurde dennoch verzichtet. Auf die einzelnen Handlungsvorschläge entfallen dort entweder 3, 2 oder 1 Nennungen – ob Häufigkeitsunterschiede in diesem Bereich tatsächlich relevante Bedeutungsunterschiede repräsentieren, erscheint fraglich; ihre Multiplikation mit einem Gewichtungsfaktor

Handlungsfelder	gesamt	Bund	Land	Kassen
1. Verbesserung der rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen	102	25	26	51
2. Ausbildung	75	22	49	4
3. Spezifische Maßnahmen zur Fachkräfte-Sicherung	36	21	15	0
4. Verbesserte Kooperation mit den Kostenträgern, Bürokratieabbau	36	16	1	19
5. Leistungsangebot	19	8	6	5
6. Weiterbildung	7	1	4	2
7. Weiterentwicklung des Berufsbilds	7	5	2	0
8. Weitere Einzelvorschläge	8	0	3	5
Insgesamt	290	98	106	86

Tabelle 13: Handlungsvorschläge der Einrichtungen (Handlungsfelder)

Aus der *stationären und ambulanten Pflege* ergeben sich innerhalb der ersten beiden Handlungsfelder zwei absolut und relativ wichtigste Handlungsvorschläge, die sich damit als „Hauptforderungen“ an die politische Gestaltung der Pflege herauskristallisieren lassen: die Forderung a) nach einer Steigerung der Altenpflege-Erstausbildung (38 Nennungen) und b) nach der Ermöglichung höherer Vergütungen der Pflegekräfte (34 Nennungen). Diese Forderungen stehen zugleich an der Spitze der Forderungen, für die sich das Land Bremen engagieren soll.

Die Handlungsvorschläge aus den *Krankenhäusern* gingen in eine andere Richtung: Jeweils 3 Nennungen entfielen zum einen auf die Weiterentwicklung des Berufsbilds, insb. unter dem Aspekt einer Erweiterung der Kompetenzen für Pflegefachkräfte/Heilkundeübertragung, zum anderen auf den Wunsch nach einer Pflegekammer.

könnte zu Überinterpretationen einzelner Forderungen verleiten. Eine befriedigende Lösung für das Problem erscheint auch aus anderem Grund nicht möglich. Auf der einen Seite könnte man argumentieren, dass wenige Krankenhäuser den Hauptteil der Pflegekräfte im Land Bremen beschäftigen, ihren Forderungen also höheres Gewicht zukäme. Auf der anderen Seite kann man fragen, warum die „Nöte“ eines kleinen ambulanten Anbieters weniger Gehör verdienen sollten als die der großen Häuser. Insofern es nun aber gerade um die Erhebung eines Stimmungsbilds „in der Pflege“ gehen sollte, erscheint es durchaus adäquat, es bei einer Darstellung und Auszählung „auf Einrichtungsbasis“ zu belassen.

10.2 Eine leistungsgerechte Vergütung für Pflegekräfte ermöglichen

Die Handlungsvorschläge aus allen Einrichtungen im Bereich der Verbesserung der rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen verteilen sich wie folgt:

1. Handlungsfeld: Verbesserung der rechtlichen und finanziellen Rahmen- bedingungen	gesamt	Bund	Land	Kassen
a) Höhere Einkommen für Pflegekräfte ermöglichen	34	10	6	18
b) Finanzierung allgemein verbessern	24	3	6	15
c) Spezifische Leistungen (besser) bezahlen	13	1	2	10
d) Wunsch nach Pflegekammer	9	1	8	0
e) Reform der Pflegeversicherung vorantreiben	7	7	0	0
f) Stellenschlüssel verbessern	6	1	1	4
g) Finanzierung / finanzielle Unterstützung von Weiterbildung ausbauen	3	0	1	2
h) Weitere Einzelvorschläge	6	2	2	2
Insgesamt	102	25	26	51

Tabelle 14: Vorschläge im Handlungsfeld: Verbesserung der Rahmenbedingungen

Die Ermöglichung höherer, leistungsgerechter Einkommen für Pflegekräfte stehen hier an der Spitze der Forderungen. Zu deren Realisierung wird in diesem Zusammenhang daher meist eine höhere Vergütung der erbrachten Pflegeleistungen gefordert. Nimmt man die ersten drei Punkte zusammen als Forderung nach einer höheren Leistungsvergütung, würde diese mit 71 Nennungen sogar den ersten Rangplatz aller Forderungen einnehmen.

10.3 Mehr Altenpflege-Erstausbildung ermöglichen

Die Handlungsvorschläge im Bereich der Ausbildung verteilen sich wie folgt:

2. Handlungsfeld: Ausbildung	gesamt	Bund	Land	Kassen
a) Mehr Ausbildungsplätze für Altenpflege-Fachkräfte schaffen	38	4	33	1
b) Ausbildung in ambulanten Einrichtungen ermöglichen	10	1	9	0
c) Bessere Finanzierung der Ausbildung	8	4	1	3
d) Nachqualifizierung, abschlussorientierter Quereinstieg	8	4	4	0
e) Ausbildungsreform, generalisierte Ausbildung	6	5	1	0
f) Akademisierung der Ausbildung	2	2	0	0
g) Weitere Einzelvorschläge	3	2	1	0
Insgesamt	75	22	49	4

Tabelle 15: Vorschläge im Handlungsfeld: Ausbildung

Mit großem Abstand steht hier die Forderung nach einem Hochfahren der Ausbildung in der Altenpflege an der Spitze und ist damit die insgesamt am häufigsten genannte Einzelforderung. Auch die folgenden Handlungsvorschläge können darauf bezogen werden. Die zweithäufigste Forderung nach der Möglichkeit der Ausbildung in der ambulanten Pflege wurde inzwischen, wie in der Rahmenvereinbarung der Bremer Initiative gegen den Fachkräftemangel vereinbart, geregelt.

10.4 Das Image der Pflege verbessern

3. Bereich: Spezifische Maßnahmen zur Fachkräfte-Sicherung	gesamt	Bund	Land	Kassen
a) Verbesserung des Image der Pflege, Förderung ihrer gesellschaftlichen Anerkennung	13	7	6	0
b) Allgemein Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung der Pflege	6	5	1	0
c) Verbesserung der Vereinbarkeit Beruf- Familie (insb. Kinderbetreuungsmöglichkeiten)	5	1	4	0
d) Maßnahmen für ältere Arbeitnehmer	3	3	0	0
e) Erleichterung für den Zuzug von Fachkräften aus dem Ausland	2	2	0	0
f) Weitere Einzelschlüsse	7	3	4	0
Insgesamt	36	21	15	0

Tabelle 16: Vorschläge im Handlungsfeld: Spezifische Maßnahmen zur Fachkräftesicherung

Wichtige Aspekte der Fachkräfte-Sicherung wurden bereits unter den Handlungsvorschlägen in Bereich 1 (Finanzierung) und 2 (Ausbildung) berücksichtigt. Hier geht es nun um weitere Aspekte, wobei die Verbesserung des Images der Pflege – durch Maßnahmen des Bundes und des Landes Bremens – an der Spitze steht. Für die Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie erwarten einzelne Einrichtungen ausdrücklich auch eine Unterstützung durch das Land.

10.5 Bürokratie abbauen

4. Bereich: Verbesserte Kooperation mit den Kostenträgern, Bürokratieabbau	gesamt	Bund	Land	Kassen
a) Bürokratieabbau, Verringerung der Dokumentationspflichten	30	15	1	14
b) Verbesserte Kooperation mit den Kostenträgern, mehr Respekt und Vertrauen seitens der Kostenträger	6	1	0	5
insgesamt	36	16	1	19

Tabelle 17: Vorschläge im Handlungsfeld: Verbesserte Kooperation und Bürokratieabbau

Eine beachtliche Zahl von Äußerungen zielt auf Maßnahmen zur Entlastung der Einrichtung durch eine Verringerung der Dokumentationspflichten mit dem Ziel einer „schlanken Verwaltung“.

10.6 Zusammenfassung

Welche praktischen Maßnahmen stehen für die Einrichtungen an erster Stelle, um ihre Situation zu verbessern? Was erwarten die Einrichtungen von denjenigen, die über den politischen und rechtlichen Rahmen der Pflege maßgeblich entscheiden, also von Bund, Land und Kostenträgern?

Aus den Einrichtungen der *ambulanten und stationären Pflege* werden mit großem Abstand in der Zahl der Nennungen zwei zentrale Forderungen formuliert:

- Mehr Altenpflege-Erstausbildung ermöglichen!
- Eine leistungsgerechte Vergütung für Pflegekräfte ermöglichen!

Für die *Krankenhäuser* stehen andere Aspekte im Vordergrund, darunter insbesondere die Weiterentwicklung des Berufsbilds der Pflegefachkräfte (insb. durch Erweiterung ihres Kompetenzbereichs und Akademisierung).

Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege und zur Fachkräftesicherung vollziehen sich in einem komplexen Umfeld und können damit sicherlich nicht auf einzelne Forderungen reduziert werden.

Das eindeutige Votum der Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege für die Ausweitung der Altenpflege-Erstausbildung sollte jedoch Veranlassung geben, alle dafür bestehenden und noch erschließbaren regionalen Handlungsoptionen möglichst schnell in eine sichtbar steigende Anzahl der Berufsabschlüsse von Altenpflegern und Altenpflegerinnen umzusetzen.

Die starke Fokussierung der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen auf die Überwindung einer aus ihrer Sicht sehr unbefriedigenden Ausbildungssituation darf jedoch zugleich nicht den Blick dafür verstellen, dass die Sicherung der Fachkräfteversorgung nur breit angegangen werden kann. Aus Sicht dieses Berichts muss dabei insbesondere die Umsetzung einer als Organisationsentwicklung verstandenen Arbeits- und Gesundheitsschutzstrategie in den Einrichtungen noch weiter vorangetrieben werden. Zudem muss die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Qualifizierung verbessert werden, um insbesondere das Potenzial von Frauen zukünftig besser für die Bereitstellung der erforderlichen Qualifikationen zu nutzen und zu entwickeln.

Die Finanzierung der Pflege ist eine Voraussetzung für eine leistungsgerechte Vergütung und damit ein zentraler Faktor für attraktive Arbeitsplätze in der Pflege. Alle Maßnahmen, die die Einrichtungen ergreifen, um eine nachhaltige Beschäftigung in der Pflege zu sichern, sind nicht zum Nulltarif umzusetzen. Es muss – wie eine Einrichtung es formulierte – „mehr Geld ins System“. Dies zu ermöglichen erscheint derzeit, unter den Bedingungen einer „ökonomisierten“ Pflege, als die größte Herausforderung.

Literaturverzeichnis

- Afentakis, Anja; Maier, Tobias (2010): „Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in der Pflegeberufen bis 2025“, in: *Wirtschaft und Statistik II*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Backes, Gertrud M.; Amrhein, Ludwig; Wolfinger, Martina (2008): *Gender in der Pflege: Herausforderungen für die Politik*. WISO Diskurs, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Beer, Brigitte; Hammer, Gerlinde; Seibicke, Nina (2011): *Präventiver Arbeitsschutz: Handlungsanleitung 1: Ist-Analyse, Zielplanung und Organisationsentwicklung*. Bremen: Institut Arbeit und Wirtschaft.
- Behr, Thomas (2012): „Nachhaltige Strategien der Personalbindung und Personalfindung im Überblick“, in: Uwe Bettig; Mona Frommelt; 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 Verlag.
- Bettig, Uwe; Frommelt, Mona; Schmidt, Roland (Hg.) (2012): *Fachkräftemangel in der Pflege: Konzepte, Strategien, Lösungen*. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Bettig, Uwe (2012): „Aufgabendifferenzierung innerhalb der Pflegeprofession“, in: Uwe Bettig; Mona Frommelt; Roland Schmidt (Hg.): 81-91.
- Bispinck, Reinhard; Dribbusch, Heiner; Öz, Fikret; Stoll, Evelyn (2012): *Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen: Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank*. Arbeitspapier 07/2012. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Blättner, Beate; Michelsen, Kai; Sichtung, Juliane; Stegmüller, Klaus (2005): *Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätigen Personen*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Braeseke, Grit; Merda, Meiko; Peters, Verena; Hausmann, Anja; Glaser, Jürgen; Briemle, Mirko (2012): *Handlungskatalog PflegeZukunft kompetent gestalten: Ein Instrumentenkoffer für kleine und mittlere Unternehmen zur Fachkräftesicherung*. Berlin.
- Braun, Bernhard; Buhr, Petra; Klinke, Sebastian; Müller, Rolf; Rosenbrock, Rolf (2010): *Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler: Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Braun, Bernhard; Buhr, Petra; Müller, Rolf (2008): *Pflegearbeit im Krankenhaus. Ergebnisse einer wiederholten Pflegekräftebefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 60*. Schwäbisch Gmünd: Gmünder Ersatzkasse.
- Bräutigam, Christoph; Dahlbeck, Elke; Ernste, Peter; Evans, Michaela; Hilbert, Joseph (2010): *Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege - eine explorative Studie*. Arbeitspapier 215. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. http://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_215.pdf (Zugriff am: 15. Dezember 2012)
- Rahmenvereinbarung der Bremer Pflegeinitiative gegen den Fachkräftemangel vom 2012-12-05. <http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/2012-10-05a%20Pflegeoffensive%20Rahmen.pdf> (Zugriff am: 28. Dezember 2012) <http://www.sozials.bremen.de/sixcms/media.php/13/2012-10-05b%20Pflegeoffensive%20Anlage.pdf> (Zugriff am: 28. Dezember 2012)
- Büchter, Karin (1999): „Zehn Regeln zur Ermittlung von Qualifikationsbedarf“, in: *Gewerkschaftliche Bildungspolitik: Stellungnahmen Analysen Informationen*, 3-4/1999: 12-15.
- 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.
- Darmann-Finck, Ingrid; Zündel, Matthias; Kolip, Petra; Kehrbach, Antje; Kühl, Holger; Wegener, Sabine (2009): *Bericht zur Pflegeausbildung an Fachschulen in Bremen und Bremerhaven: Ergänzung des Berichtes zur Situation und Perspektiven der Pflege in Bremen und Bremerhaven 2009*. Bremen.
- 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, in: WZBrief Arbeit 12 | Januar 2012.
http://www.wzb.eu/sites/default/files/publikationen/wzbbrief/wzbbrief_arbeit122011_dathe_paul_stuth.pdf (Zugriff am: 20. Dezember 2012)
- Engelen-Kefer, Ursula (2012): „Humanisierung der Arbeit in der Pflege“, in: Uwe Bettig; Mona Frommelt; Roland Schmidt (Hg.): 65-78.
- Evans, Michaela; Bräutigam, Christoph; Hilbert, Josef; Schulze, Sandra (2011): Arbeit und Qualifizierung in der Sozialen Gesundheitswirtschaft: Von heimlichen Helden und blinden Flecken. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Fenchel, Volker (2012): „Demografische Aspekte des Fachkräftemangels“, in: Uwe Bettig; Mona Frommelt; Roland Schmidt (Hg.): 3-17.
- Freiling, Thomas; Gottwald, Mario (2012): „Dem Fachkräftemangel in der Pflege begegnen - Personalpolitik demografieorientiert gestalten“, in: Uwe Bettig; Mona Frommelt; Roland Schmidt (Hg.): 261-227.
- Friesacher, Heiner (2009): Professionalisierung in Zeiten von Evidenzbasierter Praxis, in: *ipp info* 07/2009. Bremen: Institut für Public Health und Pflegeforschung.
- Frommelt, Mona; Schmidt, Ronand (2012): „Disziplinäre Anstöße und versorgungsstrukturelle Impulse zur Veränderung der Gestalt der Pflegeprofession“, in: Uwe Bettig; Mona Frommelt; Roland Schmidt (Hg.): 93-109.
- Hackmann, Tobias (2009): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer, in: Diskussionsbeiträge Nr. 40. Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs Universität Freiburg, 2009
<http://hdl.handle.net/10419/38843> (Zugriff am: 29. Juni 2012)
- Hall, Anja (2012): „Kranken – und Altenpflege – was ist dran am Mythos vom Ausstiegs- und Sackgassenberuf?“, in: *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (BWP)* 6/2012: 16-19.
- 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.
- Hasselhorn, Hans-Martin; Müller, Bernd Hand; Tackenberg, Peter; Kümmerling, Angelika; Simon, Michael (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal: Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Dortmund.
- Heisig, Ulrich (2009): „Wandel von Arbeitsperspektiven zwischen den Generationen“, in: Richter, Götz (Hg.): *Generationen gemeinsam im Betrieb: Individuelle Flexibilität durch anspruchsvolle Regelungen*. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag, 35-56
- 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.
http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2009-232-3-4.pdf (Zugriff am: 20. Dezember 2012)
- Husemann, Rolf (1999): „Qualifikationsbedarfs-ermittlung als Aushandlungsprozess“, in: Hendrich, Wolfgang; Büchter, Karin (Hg.): *Politikfeld betriebliche Weiterbildung*, 1. Auflage. München: Rainer Hampp Verlag, 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.
- Jahn, Frauke; Ulbricht, Sabine (2011): Mein nächster Beruf - Personalentwicklung für Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer: Teil 1: Modellprojekt in der stationären Krankenpflege, 2. Auflage 2011.
- BKK Bundesverband (Hg.); Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG) (Hg.); AOK-Bundesverband (Hg.); Verband der Ersatzkassen (vdek) (Hg.): iga-Report 17, Teil 1.
- Jansen, Martin (2011): Krank arbeiten statt gesund pflegen: Präsentismus im Krankenhaus. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kehrbach, Antje; Kühl, Holger; Darmann-Finck, Ingrid; Kolip, Petra; Zündel, Matthias (2009): Bericht – Situation und Perspektiven der Pflege in Bremen und Bremerhaven. Bremen.
- KldB (2010): Klassifikation der Berufe 2010, Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.

- Klöpper, Arne (2011): Leiharbeit in der Pflege: Verbreitung, Einsatzformen und Gestaltungsmöglichkeiten von Leiharbeit in der stationären Pflege im Land Bremen. Bremen: Arbeitnehmerkammer Bremen.
- Krankenhausrahmenplan 2010 - 2015, Land Bremen, Arbeitsentwurf, Stand: 21.06.2010.
http://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/Rahmenplan_2010-2015_27_07_2010.pdf
 (Zugriff am: 28. Dezember 2012)
- Kromark, Kathrin; Wohler, Claudia; Köhler, Stephan; Hasselhorn, Hans-Martin; Loos, Stefan; Zimmer, Andreas (2007): Sieht die Pflege bald alt aus? BGW-Pflegereport 2007. Hamburg.
- Kuckartz, Udo (2005): Einführung in die computer-gestützte Analyse von Daten. Wiesbaden: VS Verlag.
- Meifort, Barbara (2004): Die pragmatische Utopie: Qualifikationserwerb und Qualifikationsverwertung in Humandienstleistungen. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag
- Meuser, Micahel; Nagel, Ulrike (1991): „ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht“, in: Gartz, Detlef; Kraimer, Klaus (Hg.): *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen: Westdt. Verlag, 441-471.
- Pohl, Carsten (2011): „Der Zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Nordrhein-Westfalen: Modellrechnung auf Kreisebene bis zum Jahr 2030“. *IAB-Regional* 02/2011.
- Pohl, Carsten; Sujata, Uwe; Weyh, Antje (2012): „Der Zukünftige Bedarf an Pflegearbeitskräften in Sachsen: Modellrechnung auf Kreisebene bis zum Jahr 2030“. *IAB-Regional* 02/2012.
- Priller, Eckhard; Schmeißer, Claudia (2012): Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in Dritte-Sektor-Organisationen. Foliensatz zur Jahrestagung der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e.V. „Demographischer Wandel und Fachkräftesicherung im Bereich sozialer Dienstleistungen“, Evangelische Akademie Loccum, 19.-20. September 2012.
http://www.sozialerfortschritt.de/wp-content/uploads/2012/07/Priller_Schmeißer1.pdf
 (Zugriff am: 17. Dezember 2012)
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer; Weiß, Christian; Wolter, Annika (2012): Barmer GEK Pflegereport 2012: Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit. Siegburg: Asgard-Verlagsservice.
- 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 (2012): „Bedarfsorientierte Bildungsplanung als Instrument der Personalbindung in der Altenpflege“, in: Uwe Bettig; Mona Frommelt; Roland Schmidt (Hg.): 199-212.
- Schmidt, Michael (2012): „Personalentwicklung gegen Fachkräftemangel - Innovative Konzepte, unternehmerische Strategien und bewährte betriebliche Instrumente“, in: Uwe Bettig; Mona Frommelt; Roland Schmidt (Hg.): 183-198.
- Sieglen, Georg (2011): Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Beschäftigungsentwicklung in der Gesundheitswirtschaft Nordrhein-Westfalens. *IAB-Regional* 08/2011.
- Simon, Michael (2012): Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in der Pflege: Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. Berlin.
- Slotala, Lukas (2011): Ökonomisierung der ambulanten Pflege: Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste. Wiesbaden: VS Verlag.
- Stettes, Oliver (2011): Berufliche Mobilität – gesamtwirtschaftliche Evidenz und individuelle Einflussfaktoren- idw trends 4/2011.
<http://www.iwkoeln.de/de/studien/iw-trends/beitrag/53456> (Zugriff am: 15. Dezember 2012)
- Strauss, Anselm L. (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung, 2. Auflage. München: Wilhelm Fink.
- Strübing, Jörg (2008): Grounded Theory: Zur sozial-theoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung, Wiesbaden: VS Verlag.
- Ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Hg.) (2009): Neue Arbeitsteilung im Gesundheitswesen: Gewerkschaftliche Positionsbestimmung zu aktuellen Fragen der Arbeitsteilung und Berufsbildung der Gesundheitsberufe. Berlin.
- Vereinbarung: Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege 2012-2015.
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/vereinbarung-ausbildungs-und-qualifizierungsoffensive,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
 (Zugriff am: 15. Dezember 2012)
- Wanger, Susanne (2011): „Ungenutzte Potenziale in der Teilzeit: Viele Frauen würden gerne länger arbeiten“, *IAB-Kurzbericht* 9/2011.
<http://doku.iab.de/kurzber/2011/kb0911.pdf>
 (Zugriff am: 10. Dezember 2012)
- Weidner, Frank; Kratz, Thomas (2012): „Eine zukunftsorientierte Pflegebildung? Anmerkungen zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe“, *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (BWP)* 6/2012: 11-14.

Anhang**Ergänzende Tabellen***Tabelle 18: Beschäftigungsverhältnisse in den Kompetenzstufen*

Pflegepersonal	gesamt abs.	Vollzeit		Teilzeit		geringfügig Beschäftigte	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%
3-jährig Ausgebildete	5120	2294	44,8	2522	49,3	304	5,9
1-/2-jährig Ausgebildete	433	79	18,2	284	65,6	70	16,2
akademisch Ausgebildete	91	44	48,4	41	45,1	6	6,6
anderes Pflegepersonal	1269	198	15,6	774	61,0	297	23,4
Pflegepersonal insgesamt	6913	2615	37,8	3621	52,4	677	9,8

Tabelle 19: Verteilung des Pflegepersonals in den Kompetenzstufen nach Geschlecht

Kompetenzstufen	insgesamt abs.	davon			
		männlich		weiblich	
		abs.	%	abs.	%
3-jährig Ausgebildete	5120	734	14,3	4386	85,7
1-/2-jährig Ausgebildete	433	49	11,3	384	88,7
akademisch Ausgebildete	91	18	19,8	73	80,2
anderes Pflegepersonal	1269	220	17,3	1049	82,7
Pflegepersonal insgesamt	6913	1021	14,8	5892	85,2

Tabelle 20: Verteilung des Pflegepersonals nach Vertragsverhältnissen und Geschlecht

Kompetenzstufen	insgesamt abs.	davon			
		männlich		weiblich	
		abs.	%	abs.	%
Vollzeit	2615	617	23,6	1998	76,4
Teilzeit	3621	256	7,1	3365	92,9
geringfügig beschäftigt	677	148	21,9	529	78,1
Pflegepersonal insgesamt	6913	1021	14,8	5892	85,2

Tabelle 21: Personalbedarf und seine Deckung, alle Einrichtungen

Kompetenzstufen Pflegekräfte mit..	2011 ge- sucht	2011 gefunden	gefunden %	2012 ge- sucht	Veränderung % gesucht 2012 zu gesucht 2011
3-jähriger Ausbildung	415	380	91,6	253	61,0
1- o. 2-jähriger Ausbildung	64	63	98,4	23	35,9
Fachweiterbildung	40	24	60,0	146	365,0
akademischem Abschluss	8	7	87,5	23	287,5
Andere Pflegekräfte	93	106	114,0	25	26,9
Alle Pflegekräfte	620	580	93,5	470	75,8

Daten aus allen Einrichtungen, die konsistente Angaben gemacht haben (n=92, alle Einrichtungstypen)

Tabelle 22: Personalbedarf und seine Deckung, Krankenhäuser

Kompetenzstufen Pflegekräfte mit..	2011 ge- sucht	2011 gefunden	gefunden %	2012 ge- sucht	Veränderung % gesucht 2012 zu gesucht 2011
3-jähriger Ausbildung	173	163	94,2	82	47,4
1- o. 2-jähriger Ausbildung	7	1	14,3	1	14,3
Fachweiterbildung	27	15	55,6	68	251,9
akademischem Abschluss	3	2	66,7	13	433,3
Andere Pflegekräfte	0	0	-	0	-
Alle Pflegekräfte	210	181	86,2	164	78,1

Daten aus allen Einrichtungen, die konsistente Angaben gemacht haben (n=8 Krankenhäuser)

Tabelle 23: Personalbedarf und seine Deckung, stationäre Pflege*

Kompetenzstufen Pflegekräfte mit..	2011 gesucht	2011 gefunden	gefunden %	2012 gesucht	Veränderung % gesucht 2012 zu gesucht 2011
3-jähriger Ausbildung	125	107	85,6	114	91,2
1- o. 2-jähriger Ausbildung	38	26	68,4	13	34,2
Fachweiterbildung	6	5	83,3	53	883,3
akademischem Abschluss	4	2	50,0	7	175,0
Andere Pflegekräfte	38	43	113,2	11	28,9
Alle Pflegekräfte	211	183	86,7	198	93,8

Daten aus allen Einrichtungen, die konsistente Angaben gemacht haben (n=48 stationäre Pflegeeinrichtungen einschließlich Kurzzeit- und Tagespflege)

Tabelle 24: Personalbedarf und seine Deckung, ambulante Pflege

Kompetenzstufen Pflegekräfte mit..	2011 ge- sucht	2011 gefunden	gefunden %	2012 ge- sucht	Veränderung % gesucht 2012 zu gesucht 2011
3-jähriger Ausbildung	117	110	94,0	57	48,7
1- o. 2-jähriger Ausbildung	19	36	189,5	9	47,4
Fachweiterbildung	7	4	57,1	25	357,1
akademischem Abschluss	1	3	300,0	3	300,0
Andere Pflegekräfte	55	63	114,5	14	25,5
Alle Pflegekräfte	199	216	108,5	108	54,3

Daten aus allen Einrichtungen, die konsistente Angaben gemacht haben (n=36 ambulante Pflegeeinrichtungen)

Tabelle 25: Zukünftige Bedeutung von Teilzeitarbeitsverhältnissen in der Pflege

Pflegekräfte mit...	Einrichtungstyp	Die Bedeutung für Teilzeitarbeit wird ...							
		zunehmen		gleichbleiben		abnehmen		keine Angabe	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
3-jähriger Ausbildung	Krankenhäuser (n=9)	5	55,6	3	33,3	0	,0	1	11,1
	Stationäre Pflege (n=59)	20	33,9	18	30,5	18	30,5	3	5,1
	Ambulante Pflege (n=42)	14	33,3	19	45,2	8	19,0	1	2,4
	Alle Einrichtungen (n=110)	39	35,5	40	36,4	26	23,6	5	4,5
1- o. 2-jähriger Ausbildung	Krankenhäuser (n=9)	2	22,2	2	22,2	2	22,2	3	33,3
	Stationäre Pflege (n=59)	18	30,5	14	23,7	18	30,5	9	15,3
	Ambulante Pflege (n=42)	7	16,7	18	42,9	7	16,7	10	23,8
	Alle Einrichtungen (n=110)	27	24,5	34	30,9	27	24,5	22	20,0
Fachweiterbildung	Krankenhäuser (n=9)	4	44,4	4	44,4	0	,0	1	11,1
	Stationäre Pflege (n=59)	18	30,5	16	27,1	16	27,1	9	15,3
	Ambulante Pflege (n=42)	7	16,7	19	45,2	10	23,8	6	14,3
	Alle Einrichtungen (n=110)	29	26,4	39	35,5	26	23,6	16	14,5
Akademischer Ausbildung	Krankenhäuser (n=9)	5	55,6	1	11,1	1	11,1	2	22,2
	Stationäre Pflege (n=59)	15	25,4	17	28,8	17	28,8	10	16,9
	Ambulante Pflege (n=42)	3	7,1	19	45,2	11	26,2	9	21,4
	Alle Einrichtungen (n=110)	23	20,9	37	33,6	29	26,4	21	19,1
Andere Pflegekräfte	Krankenhäuser (n=9)	1	11,1	4	44,4	1	11,1	3	33,3
	Stationäre Pflege (n=59)	14	23,7	25	42,4	11	18,6	9	15,3
	Ambulante Pflege (n=42)	10	23,8	18	42,9	6	14,3	8	19,0
	Alle Einrichtungen (n=110)	25	22,7	47	42,7	18	16,4	20	18,2

Tabelle 26: Handlungsfelder zur nachhaltigen Beschäftigung - Übersicht (alle Einrichtungen)

Handlungsfelder	bereits aktiv %	konkret geplant %	zukünftig denkbar %	kommt nicht in Betracht %	keine Angaben %
Mindestbesetzungen	84,5	2,7	2,7	5,5	4,5
Beteiligung der Beschäftigten bei der Dienstplangestaltung	75,5	14,5	4,5	0,9	4,5
Sicherung der Erholungsfunktion von Pausen	75,5	9,1	10,0	1,8	3,6
Umwandlung befristete in unbefristete Beschäftigung	73,6	8,2	4,5	9,1	4,5
Sicherung der Erholungsfunktion von Freizeiten	70,0	7,3	13,6	3,6	5,5
Angebot zur Anpassung der vertraglichen Arbeitszeiten an die Interessen der Beschäftigten	70,0	3,6	14,5	6,4	5,5
Unterstützung zur Bewältigung belastender Situationen	69,1	10,0	16,4	0,0	4,5
Ermöglichung ganzheitlicher Pflege	68,2	3,6	15,5	3,6	9,1
Verlässlichkeit des Dienstplans	67,3	21,8	3,6	1,8	5,5
Gesundheitsförderung der Beschäftigten	64,5	12,7	18,2	0,0	4,5
Maßnahmen zur Vereinbarkeit Familie / Beruf	63,6	10,0	16,4	2,7	7,3
Technisch-organisatorische Maßnahmen	63,6	5,5	13,6	6,4	10,9
Flexible Arbeitszeit- und Schichtmodelle	62,7	6,4	19,1	7,3	4,5
Entlastung durch Aufgaben- und Belastungswechsel	56,4	14,5	21,8	1,8	5,5
Unterstützung der Dokumentationsarbeit	54,5	27,3	10,0	3,6	4,5
Systematische Entwicklung der Qualifizierung der Beschäftigten	52,7	30,9	10,9	0,9	4,5
Beteiligung der Mitarbeiter an der Qualifizierungsplanung	52,7	16,4	26,4	0,9	3,6
Betriebliches Arbeits- und Gesundheitsschutzkonzept	52,7	15,5	24,5	0,9	6,4
(abschlussorientierte) Nachqualifizierung von Pflegekräften ohne Abschluss	46,4	12,7	26,4	6,4	8,2
Unterstützung der individuellen Berufswegplanung	40,9	30,0	20,0	1,8	7,3
Neue Pflegekonzepte	40,0	9,1	31,8	9,1	10,0
Altersstrukturanalyse	31,8	21,8	28,2	7,3	10,9
Übernahme von Zeitarbeits-Beschäftigten	29,1	2,7	25,5	36,4	6,4
Aktivierung von Berufsrückkehrern / Berufsrückkehrerinnen	29,1	20,9	39,1	5,5	5,5
Finanzielle Anreize	26,4	18,2	29,1	20,9	5,5
Gestaltung altersgerechter Arbeitsplätze	19,1	10,9	54,5	7,3	8,2

Tabelle 27: Handlungsfelder zur nachhaltigen Beschäftigung - Übersicht Krankenhäuser

Handlungsfelder	bereits aktiv %	konkret geplant %	zukünftig denkbar %	kommt nicht in Betracht %	Keine Angaben %
Altersstrukturanalyse	88,9	0,0	0,0	0,0	11,1
Unterstützung der Dokumentationsarbeit	77,8	0,0	11,1	0,0	11,1
Verlässlichkeit des Dienstplans	77,8	11,1	0,0	0,0	11,1
Beteiligung der Beschäftigten bei der Dienstplangestaltung	77,8	11,1	0,0	0,0	11,1
Mindestbesetzungen	77,8	11,1	0,0	0,0	11,1
Aktivierung von Berufsrückkehrern / Berufsrückkehrerinnen	77,8	0,0	11,1	0,0	11,1
Beteiligung der Mitarbeiter an der Qualifizierungsplanung	77,8	11,1	0,0	0,0	11,1
Flexible Arbeitszeit- und Schichtmodelle	66,7	0,0	11,1	11,1	11,1
Umwandlung befristete in unbefristete Beschäftigung	66,7	22,2	0,0	0,0	11,1
Systematische Entwicklung der Qualifizierung der Beschäftigten	66,7	22,2	0,0	0,0	11,1
Technisch-organisatorische Maßnahmen	66,7	11,1	11,1	0,0	11,1
Sicherung der Erholungsfunktion von Pausen	55,6	33,3	0,0	0,0	11,1
Sicherung der Erholungsfunktion von Freizeiten	55,6	22,2	11,1	0,0	11,1
Unterstützung der individuellen Berufswegplanung	55,6	33,3	0,0	0,0	11,1
Gesundheitsförderung der Beschäftigten	55,6	33,3	0,0	0,0	11,1
Unterstützung zur Bewältigung belastender Situationen	55,6	33,3	0,0	0,0	11,1
Gestaltung altersgerechter Arbeitsplätze	44,4	0,0	22,2	11,1	22,2
Ermöglichung ganzheitlicher Pflege	44,4	22,2	11,1	0,0	22,2
Neue Pflegekonzepte	44,4	11,1	22,2	0,0	22,2
Entlastung durch Aufgaben- und Belastungswechsel	44,4	44,4	0,0	0,0	11,1
Maßnahmen zur Vereinbarkeit Familie / Beruf	33,3	22,2	22,2	0,0	22,2
Angebot zur Anpassung der vertraglichen Arbeitszeiten an die Interessen der Beschäftigten	33,3	11,1	33,3	11,1	11,1
Übernahme von Zeitarbeits-Beschäftigten	33,3	11,1	33,3	11,1	11,1
Betriebliches Arbeits- und Gesundheitsschutzkonzept	33,3	22,2	22,2	0,0	22,2
Finanzielle Anreize	22,2	22,2	33,3	0,0	22,2
(abschlussorientierte) Nachqualifizierung von Pflegekräften ohne Abschluss	0,0	22,2	22,2	33,3	22,2

Tabelle 28: Handlungsfelder zur nachhaltigen Beschäftigung - Übersicht stationäre Pflege

Handlungsfelder	bereits aktiv %	konkret geplant %	zukünftig denkbar %	kommt nicht in Betracht %	keine Angaben %
Mindestbesetzungen	91,5	0,0	1,7	3,4	3,4
Sicherung der Erholungsfunktion von Pausen	81,4	6,8	5,1	1,7	5,1
Ermöglichung ganzheitlicher Pflege	81,4	0,0	8,5	1,7	8,5
Umwandlung befristete in unbefristete Beschäftigung	78,0	6,8	5,1	3,4	6,8
Unterstützung zur Bewältigung belastender Situationen	76,3	8,5	10,2	0,0	5,1
Sicherung der Erholungsfunktion von Freizeiten	74,6	6,8	11,9	1,7	5,1
Angebot zur Anpassung der vertraglichen Arbeitszeiten an die Interessen der Beschäftigten	74,6	0,0	15,3	5,1	5,1
Technisch-organisatorische Maßnahmen	72,9	5,1	8,5	3,4	10,2
Beteiligung der Beschäftigten bei der Dienstplan- gestaltung	69,5	22,0	3,4	0,0	5,1
Gesundheitsförderung der Beschäftigten	67,8	15,3	11,9	0,0	5,1
Maßnahmen zur Vereinbarkeit Familie / Beruf	66,1	8,5	16,9	0,0	8,5
Betriebliches Arbeits- und Gesundheitsschutzkonzept	64,4	16,9	11,9	0,0	6,8
(abschlussorientierte) Nachqualifizierung von Pflegekräften ohne Abschluss	62,7	5,1	22,0	3,4	6,8
Entlastung durch Aufgaben- und Belastungswechsel	59,3	16,9	16,9	1,7	5,1
Verlässlichkeit des Dienstplans	57,6	28,8	3,4	1,7	8,5
Flexible Arbeitszeit- und Schichtmodelle	55,9	8,5	22,0	8,5	5,1
Neue Pflegekonzepte	52,5	6,8	27,1	6,8	6,8
Systematische Entwicklung der Qualifizierung der Be- schäftigten	49,2	32,2	13,6	0,0	5,1
Beteiligung der Mitarbeiter an der Qualifizierungs- planung	49,2	13,6	32,2	0,0	5,1
Unterstützung der Dokumentationsarbeit	42,4	37,3	10,2	3,4	6,8
Unterstützung der individuellen Berufswegplanung	39,0	33,9	18,6	0,0	8,5
Übernahme von Zeitarbeits-Beschäftigten	37,3	3,4	20,3	30,5	8,5
Aktivierung von Berufsrückkehrern / Berufsrück- kehrerinnen	23,7	25,4	39,0	6,8	5,1
Finanzielle Anreize	22,0	15,3	33,9	23,7	5,1
Altersstrukturanalyse	20,3	35,6	25,4	6,8	11,9
Gestaltung altersgerechter Arbeitsplätze	18,6	13,6	50,8	8,5	8,5

Stationäre Pflege einschließlich Kurzzeit- und Tagespflege

Tabelle 29: Handlungsfelder zur nachhaltigen Beschäftigung - Übersicht ambulante Pflege

Handlungsfelder	bereits aktiv %	konkret geplant %	zukünftig denkbar %	kommt nicht in Betracht %	keine Angaben %
Beteiligung der Beschäftigten bei der Dienstplangestaltung	83,3	4,8	7,1	2,4	2,4
Verlässlichkeit des Dienstplans	78,6	14,3	4,8	2,4	0,0
Mindestbesetzungen	76,2	4,8	4,8	9,5	4,8
Sicherung der Erholungsfunktion von Pausen	71,4	7,1	19,0	2,4	0,0
Flexible Arbeitszeit- und Schichtmodelle	71,4	4,8	16,7	4,8	2,4
Angebot zur Anpassung der vertraglichen Arbeitszeiten an die Interessen der Beschäftigten	71,4	7,1	9,5	7,1	4,8
Umwandlung befristete in unbefristete Beschäftigung	69,0	7,1	4,8	19,0	0,0
Unterstützung der Dokumentationsarbeit	66,7	19,0	9,5	4,8	0,0
Sicherung der Erholungsfunktion von Freizeiten	66,7	4,8	16,7	7,1	4,8
Maßnahmen zur Vereinbarkeit Familie / Beruf	66,7	9,5	14,3	7,1	2,4
Gesundheitsförderung der Beschäftigten	61,9	4,8	31,0	0,0	2,4
Unterstützung zur Bewältigung belastender Situationen	61,9	7,1	28,6	0,0	2,4
Ermöglichung ganzheitlicher Pflege	54,8	4,8	26,2	7,1	7,1
Systematische Entwicklung der Qualifizierung der Beschäftigten	54,8	31,0	9,5	2,4	2,4
Entlastung durch Aufgaben- und Belastungswechsel	54,8	4,8	33,3	2,4	4,8
Beteiligung der Mitarbeiter an der Qualifizierungsplanung	52,4	21,4	23,8	2,4	0,0
Technisch-organisatorische Maßnahmen	50,0	4,8	21,4	11,9	11,9
Unterstützung der individuellen Berufswegplanung	40,5	23,8	26,2	4,8	4,8
Betriebliches Arbeits- und Gesundheitsschutzkonzept	40,5	11,9	42,9	2,4	2,4
Altersstrukturanalyse	35,7	7,1	38,1	9,5	9,5
Finanzielle Anreize	33,3	21,4	21,4	21,4	2,4
(abschlussorientierte) Nachqualifizierung von Pflegekräften ohne Abschluss	33,3	21,4	33,3	4,8	7,1
Aktivierung von Berufsrückkehrern / Berufsrückkehrerinnen	26,2	19,0	45,2	4,8	4,8
Neue Pflegekonzepte	21,4	11,9	40,5	14,3	11,9
Übernahme von Zeitarbeits-Beschäftigten	16,7	0,0	31,0	50,0	2,4
Gestaltung altersgerechter Arbeitsplätze	14,3	9,5	66,7	4,8	4,8

Tabelle 30: Qualifizierungsbedarfe Krankenhäuser (in % der Einrichtungen, die den jeweiligen Qualifizierungsbedarf melden, n=9) in Rangfolge für die jeweilige Zielgruppe

Leitungsfunktionen		Mit 3-jähriger Ausbildung oder Fachweiterbildung		Mit 1- oder -2-jähriger Ausbildung / andere Pflegekräfte	
Qualifizierungsbereich	%	Qualifizierungsbereich	%	Qualifizierungsbereich	%
Führungstechniken, Moderation	44,4	Hygienebeauftragte	66,7	Dokumentation, Pflegeplanung	22,2
Kommunikation / Interaktion	44,4	Case-Management	66,7	Pflege von Demenzkranken	22,2
Schnittstellenmanagement	44,4	Kommunikation / Interaktion	55,6	Umgang mit „schwierigen“ Personen	22,2
Kenntnisse in Betriebswirtschaftslehre (BWL)	44,4	Dokumentation, Pflegeplanung	55,6	Sterbebegleitung	22,2
QM-Beauftragte	33,3	Pflege von Demenzkranken	55,6	MRSA	22,2
Teamarbeit	22,2	Palliativpflege	55,6	Technikunterstützte Pflege / AAL	22,2
Dokumentation, Pflegeplanung	22,2	MRSA	55,6	EDV-Kenntnisse	22,2
Case-Management	22,2	Pflege multimorbider Menschen	44,4	Teamarbeit	11,1
Hygiene	22,2	Umgang mit „schwierigen“ Personen	44,4	Kommunikation / Interaktion	11,1
MRSA	22,2	Sterbebegleitung	44,4	Pflege multimorbider Menschen	11,1
Technikunterstützte Pflege / AAL	22,2	Beratung von zu pflegenden Personen und Angehörigen	44,4	Palliativpflege	11,1
Arbeits- und Gesundheitsschutz	22,2	Wundversorgung	44,4	Beratung von zu pflegenden Personen und Angehörigen	11,1
Gesundheitskompetenz	22,2	Hygiene	44,4	Hygiene	11,1
EDV-Kenntnisse	22,2	QM-Beauftragte	33,3	Arbeits- und Gesundheitsschutz	11,1
Hygienebeauftragte	11,1	Praxisbegleitung	33,3	Gesundheitskompetenz	11,1
Pflege von Demenzkranken	11,1	Teamarbeit	33,3	Hygienebeauftragte	0,0
Umgang mit „schwierigen“ Personen	11,1	Interkulturelle / transkulturelle Pflege	33,3	QM-Beauftragte	0,0
Palliativpflege	11,1	Technikunterstützte Pflege / AAL	33,3	Praxisbegleitung	0,0
Anleitung bürgerschaftlichen Engagements	11,1	Arbeits- und Gesundheitsschutz	33,3	Führungstechniken, Moderation	0,0
Praxisbegleitung	0,0	EDV-Kenntnisse	33,3	Schnittstellenmanagement	0,0
Interkulturelle / transkulturelle Pflege	0,0	Schnittstellenmanagement	22,2	Case-Management	0,0
Pflege multimorbider Menschen	0,0	Führungstechniken, Moderation	11,1	Interkulturelle / transkulturelle Pflege	0,0
Sterbebegleitung	0,0	Gesundheitskompetenz	11,1	Wundversorgung	0,0
Beratung von zu pflegenden Personen und Angehörigen	0,0	Kenntnisse in Betriebswirtschaftslehre (BWL)	11,1	Kenntnisse in Betriebswirtschaftslehre (BWL)	0,0
Wundversorgung	0,0	Anleitung bürgerschaftlichen Engagements	11,1	Anleitung bürgerschaftlichen Engagements	0,0

Tabelle 31: Qualifizierungsbedarfe in der stationären Pflege (in % der Einrichtungen, die den jeweiligen Qualifizierungsbedarf melden, n=59) in Rangfolge für die jeweilige Zielgruppe

Leitungsfunktionen		Mit 3-jähriger Ausbildung oder Fachweiterbildung		Mit 1- oder -2-jähriger Ausbildung / andere Pflegekräfte	
Qualifizierungsbereich	%	Qualifizierungsbereich	%	Qualifizierungsbereich	%
Führungstechniken, Moderation	50,8	Dokumentation, Pflegeplanung	81,4	Pflege von Demenzkranken	67,8
Kommunikation / Interaktion	42,4	Pflege von Demenzkranken	67,8	Umgang mit „schwierigen“ Personen	64,4
Arbeits- und Gesundheitsschutz	42,4	Umgang mit „schwierigen“ Personen	67,8	Dokumentation, Pflegeplanung	61,0
Teamarbeit	39,0	Palliativpflege	64,4	Kommunikation / Interaktion	44,1
Beratung von zu pflegenden Personen und Angehörigen	39,0	Hygiene	59,3	Palliativpflege	42,4
Gesundheitskompetenz	35,6	Kommunikation / Interaktion	50,8	Arbeits- und Gesundheitsschutz	42,4
Kenntnisse in Betriebswirtschaftslehre (BWL)	23,7	Arbeits- und Gesundheitsschutz	50,8	Pflege multimorbider Menschen	40,7
Interkulturelle / transkulturelle Pflege	22,0	Beratung von zu pflegenden Personen und Angehörigen	49,2	Teamarbeit	39,0
EDV-Kenntnisse	22,0	Teamarbeit	47,5	Gesundheitskompetenz	39,0
Dokumentation, Pflegeplanung	16,9	Pflege multimorbider Menschen	47,5	Hygiene	37,3
Schnittstellenmanagement	16,9	Gesundheitskompetenz	42,4	Interkulturelle / transkulturelle Pflege	32,2
Umgang mit „schwierigen“ Personen	15,3	Wundversorgung	40,7	Sterbebegleitung	23,7
Palliativpflege	15,3	Interkulturelle / transkulturelle Pflege	37,3	MRSA	23,7
Case-Management	13,6	Sterbebegleitung	35,6	Schnittstellenmanagement	16,9
Praxisbegleitung	11,9	Praxisbegleitung	32,2	Beratung von zu pflegenden Personen und Angehörigen	15,3
Hygienebeauftragte	10,2	EDV-Kenntnisse	32,2	Wundversorgung	15,3
QM-Beauftragte	10,2	MRSA	30,5	EDV-Kenntnisse	15,3
Pflege von Demenzkranken	8,5	Hygienebeauftragte	28,8	Technikunterstützte Pflege / AAL	10,2
Sterbebegleitung	8,5	Führungstechniken, Moderation	25,4	Case-Management	8,5
Hygiene	8,5	Schnittstellenmanagement	23,7	Hygienebeauftragte	6,8
Technikunterstützte Pflege / AAL	6,8	Case-Management	15,3	Anleitung bürgerschaftlichen Engagements	5,1
Anleitung bürgerschaftlichen Engagements	6,8	Technikunterstützte Pflege / AAL	11,9	Kenntnisse in Betriebswirtschaftslehre (BWL)	3,4
Pflege multimorbider Menschen	3,4	Anleitung bürgerschaftlichen Engagements	8,5	Praxisbegleitung	1,7
MRSA	3,4	QM-Beauftragte	5,1	Führungstechniken, Moderation	1,7
Wundversorgung	1,7	Kenntnisse in Betriebswirtschaftslehre (BWL)	5,1	QM-Beauftragte	0,0

Stationäre Pflege einschließlich Kurzzeit- und Tagespflege

Tabelle 32: *Qualifizierungsbedarfe ambulante Pflege (in % der Einrichtungen, die den jeweiligen Qualifizierungsbedarf melden, n=42) in Rangfolge für die jeweilige Zielgruppe*

Leitungsfunktionen		Mit 3-jähriger Ausbildung oder Fachweiterbildung		Mit 1- oder -2-jähriger Ausbildung / andere Pflegekräfte	
Qualifizierungsbereich	%	Qualifizierungsbereich	%	Qualifizierungsbereich	%
Arbeits- und Gesundheitsschutz	31,0	Pflege von Demenzkranken	61,9	Pflege von Demenzkranken	47,6
Führungstechniken, Moderation	28,6	Dokumentation, Pflegeplanung	47,6	Dokumentation, Pflegeplanung	38,1
Gesundheitskompetenz	26,2	Umgang mit „schwierigen“ Personen	47,6	Umgang mit „schwierigen“ Personen	38,1
EDV-Kenntnisse	26,2	Wundversorgung	45,2	Teamarbeit	23,8
Dokumentation, Pflegeplanung	23,8	Palliativpflege	42,9	Pflege multimorbider Menschen	23,8
Kenntnisse in Betriebswirtschaftslehre (BWL)	23,8	Beratung von zu pflegenden Personen und Angehörigen	33,3	Interkulturelle / transkulturelle Pflege	21,4
Kommunikation / Interaktion	21,4	MRSA	31,0	Palliativpflege	19,0
Pflege von Demenzkranken	21,4	Sterbebegleitung	28,6	Hygiene	19,0
Beratung von zu pflegenden Personen und Angehörigen	21,4	Hygiene	28,6	MRSA	19,0
Teamarbeit	16,7	Teamarbeit	26,2	Gesundheitskompetenz	19,0
Case-Management	16,7	Gesundheitskompetenz	26,2	Kommunikation / Interaktion	16,7
QM-Beauftragte	14,3	Praxisbegleitung	23,8	Sterbebegleitung	14,3
Schnittstellenmanagement	14,3	Pflege multimorbider Menschen	23,8	Beratung von zu pflegenden Personen und Angehörigen	11,9
MRSA	14,3	EDV-Kenntnisse	23,8	Wundversorgung	7,1
Hygienebeauftragte	9,5	Hygienebeauftragte	21,4	Arbeits- und Gesundheitsschutz	7,1
Interkulturelle / transkulturelle Pflege	9,5	Kommunikation / Interaktion	21,4	Hygienebeauftragte	4,8
Umgang mit „schwierigen“ Personen	9,5	Arbeits- und Gesundheitsschutz	16,7	Praxisbegleitung	4,8
Palliativpflege	9,5	Interkulturelle / transkulturelle Pflege	14,3	Schnittstellenmanagement	4,8
Wundversorgung	9,5	Anleitung bürgerschaftlichen Engagements	11,9	Technikunterstützte Pflege / AAL	4,8
Hygiene	9,5	Führungstechniken, Moderation	9,5	EDV-Kenntnisse	4,8
Anleitung bürgerschaftlichen Engagements	7,1	Technikunterstützte Pflege / AAL	9,5	Anleitung bürgerschaftlichen Engagements	4,8
Praxisbegleitung	4,8	Case-Management	7,1	Case-Management	2,4
Pflege multimorbider Menschen	4,8	Schnittstellenmanagement	4,8	Kenntnisse in Betriebswirtschaftslehre (BWL)	2,4
Sterbebegleitung	4,8	Kenntnisse in Betriebswirtschaftslehre (BWL)	4,8	QM-Beauftragte	0,0
Technikunterstützte Pflege / AAL	4,8	QM-Beauftragte	2,4	Führungstechniken, Moderation	0,0

Dokumentation des Fragebogens (Variante Altenpflege)

Erhebung des Arbeitskräftebedarfs und der Personalentwicklung in der Pflege im Land Bremen

Fragebogen für Einrichtungen der ambulanten Pflege, stationären Pflege, Kurzzeit- und Tagespflege

inw
Institut Arbeit und Wirtschaft
 Universität / Arbeitnehmerkammer Bremen
 Forschungseinheit:
 Qualifikationsforschung
 und Kompetenzerwerb
 zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008

Hochgestellte Zahlen wie¹⁾ verweisen auf die Erläuterungen auf dem separaten Erläuterungsblatt

Fragebogen-Nr:

1. Fragen zu Ihrer Einrichtung

Art der Einrichtung (bitte ankreuzen):

☐ Stationäre Pflege ☐ Kurzzeitpflege ☐ Ambulante Pflege ☐ Tagespflege

1.1 Bitte geben Sie die Gesamtzahl aller Beschäftigten (Dez. 2011) im Betrieb an: Personen

1.2 Erfolgt die Entlohnung der Pflegekräfte auf Grundlage eines Tarifvertrags oder aufgrund einer schriftlich fixierten Entgeltstruktur? Bitte ankreuzen:

☐ Tarifvertrag ☐ Betriebliche Entgeltstruktur ☐ weder noch

1.3 Gibt es eine Interessenvertretung in Ihrer Einrichtung? Bitte ankreuzen:

☐ Nein ☐ Betriebsrat / Mitarbeitervertretung ☐ Schwerbehindertenvertretung

2. Fragen zum Personalbestand

2.1 Personalbestand in der Pflege^{1) 2)} (Dezember 2011):

Um Ihnen das Ausfüllen zu erleichtern, nehmen wir Bezug auf die Frage C und die dabei verwendeten Schlüssel der offiziellen Pflegestatistik. Bitte tragen Sie die jeweilige Anzahl der Beschäftigten ein. Bitte berücksichtigen Sie dabei alle Personen, deren Arbeitsanteil für den Pflegedienst nach SGB XI größer als 50% ist (= Schlüssel B, Ziffern 1, 2 und 3 in der Pflegestatistik). Bitte berücksichtigen sie ggf. ergänzend auch Personal, das aus SGB V finanziert wird.

a) Anzahl der Pflegekräfte ...	Vollzeit- beschäftigte (Schlüssel A, 1)		Teilzeit- beschäftigte (Schlüssel A, 2 u. 3)		Geringfügig Beschäftigte (Schlüssel A, 4)	
	m	w	m	w	m	w
... mit 3-jähriger Ausbildung (KP) ³⁾ = Schlüssel C, 03						
... mit 3-jähriger Ausbildung (KKP) ³⁾ = Schlüssel C, 05						
... mit 3-jähriger Ausbildung (AP) ³⁾ = Schlüssel C, 01						
... mit 1- oder 2-jähr. Ausbildung = Schlüssel C, 02 u. 04						
... mit akademischem Abschluss = Schlüssel C, 15						
Andere Pflegekräfte = Schlüssel C, übrige Ziffern (ohne Auszubildende)						

b) Anzahl der im Betrieb eingesetzten Auszubildenden ⁵⁾ im Dezember 2011:	3-jährige Ausbildung (ohne Duales Studium)		1- oder 2-jährige Ausbildung		Duales Studium	
	m	w	m	w	m	w

c) Anzahl der Pflegefachkräfte mit abgeschlossener Fachweiterbildung ⁴⁾ im Dezember 2011:	m		w	

- 2.2 Geben Sie uns bitte einen Überblick über die Altersstruktur der Pflegekräfte in Ihrem Betrieb. Tragen Sie die jeweiligen Prozentanteile in den Altersgruppen ein (Dezember 2011). Wenn die genauen Daten nicht zur Hand sind, können Sie die Anteile auch schätzen.

Alter bis 29	30 – 49	über 50
%	%	%

- 2.3 Bitte geben Sie uns einen Überblick über die Beschäftigungsdauer der Pflegekräfte in Ihrem Betrieb. Tragen Sie die jeweiligen Prozentanteile ein (Dezember 2011). Wenn die genauen Daten nicht zur Hand sind, können Sie die Anteile auch schätzen.

Beschäftigungsdauer unter 2 Jahren	2 - 9 Jahre	10 und mehr Jahre
%	%	%

- 2.4 Können Sie Angaben zum Migrationshintergrund⁶⁾ der Pflegekräfte in Ihrem Betrieb machen?
☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, geben Sie bitte an: _____ Beschäftigte in der Pflege haben einen Migrationshintergrund.

3. Fragen zum Personalbedarf

- 3.1 Wie viele Pflegekräfte wurden 2011 eingestellt, wie viele haben 2011 den Betrieb verlassen?
 Zugänge: _____ Personen Abgänge: _____ Personen
- 3.2 Personalbedarf und seine Deckung im Jahr 2011, Personalbedarf im Jahr 2012
 Maßnahmen gegen den Personalmangel in der Pflege sind auf belastbare Daten zum Umfang und zur Struktur des Personalmangels angewiesen. Wir bitten Sie daher um die folgenden Angaben.
Ein Beispiel zum Ausfüllen finden Sie auf dem Erläuterungsblatt unter Punkt 7).

Gesuchte Pflegekräfte mit ...	Wie viele Kräfte haben Sie 2011 gesucht?	Wie viele Kräfte haben Sie 2011 gefunden?	Bei den Kräften, die Sie 2011 gefunden haben, erfolgte die Stellenbesetzung durch (bitte jeweilige Anzahl eintragen):	Wie viele Kräfte suchen Sie (voraussichtlich) 2012?
... 3-jähriger Ausbildung			Übernahme von Auszubildenden ⁵⁾ : Neueinstellungen:	
... 1- oder 2-jähriger Ausbildung			Übernahme von Auszubildenden ⁵⁾ : Neueinstellungen:	
... Fachweiterbildung ⁴⁾			Neueinstellungen: bereits Beschäftigte*:	
... akademischem Abschluss			Übernahme von Auszubildenden: Neueinstellungen: bereits Beschäftigte*:	
Andere Pflegekräfte			Neueinstellungen: bereits Beschäftigte*:	

* Stellenbesetzung mit bereits im Betrieb beschäftigten Pflegekräften, die für die Anforderungen der Stelle qualifiziert wurden (z. B. durch eine spezielle Fachweiterbildung oder andere Qualifizierungs- und Fortbildungsmaßnahmen).

- 3.3 Für die Deckung des Personalbedarfs kommen sowohl die Gewinnung neuer Pflegekräfte als auch die Bindung bereits beschäftigter Pflegekräfte an den Betrieb in Betracht. Bitte schätzen Sie ein:
- a) Wird es 2012 möglich sein, ausreichend neue Pflegekräfte für den Betrieb zu gewinnen?
☐ ja ☐ nein Wenn nein, schreiben Sie bitte den Ihrer Ansicht nach wichtigsten Grund dafür auf:

- b) Wird es 2012 möglich sein, bereits beschäftigte Pflegekräfte ausreichend an den Betrieb zu binden?
☐ ja ☐ nein Wenn nein, schreiben Sie bitte den Ihrer Ansicht nach wichtigsten Grund dafür auf:

3.4 Wie wird sich die Bedeutung von Teilzeitbeschäftigung bei den Pflegekräften voraussichtlich entwickeln?

Bitte kreuzen Sie an:

Pflegekräfte mit ...	Teilzeitbeschäftigung wird ...		
	<i>zunehmen</i>	<i>gleich bleiben</i>	<i>abnehmen</i>
... 3-jähriger Ausbildung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... 1- o. 2-jähriger Ausbildung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... Fachweiterbildung ⁴⁾	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... akademischem Abschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Pflegekräfte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.5 Die Nutzung des Instruments der Arbeitnehmerüberlassung kann zur Deckung des Personalbedarfs erforderlich sein (Bedarfsspitzen, Krankheitsvertretung usw.)

Bitte schätzen Sie: Welcher Prozentanteil der Arbeitszeit in der Pflege entfiel 2011 in Ihrer Einrichtung auf Beschäftigte von Zeitarbeitsfirmen?

_____ %

3.6 Details zum in Frage 3.2 angegebenen Personalbedarf

a) Wenn Sie in Frage 3.2 für 2012 Bedarf an Pflegepersonal mit spezieller Fachweiterbildung⁴⁾ angegeben haben:

Welche Fachweiterbildung wird dabei benötigt? Bitte geben Sie die jeweilige Anzahl der Personen an.

Fachpfleger / Fachpflegerin für	Anzahl	Fachpfleger / Fachpflegerin für	Anzahl
Intensivpflege und Anästhesie		Gerontologie und Gerontopsychiatrie	
Operationsdienst		Psychiatrie	
Onkologie		Leitungsaufgaben in der Pflege	
Andere (bitte eintragen):			

b) Wenn Sie in Frage 3.2 für 2012 Bedarf an Pflegepersonal mit akademischem Abschluss angegeben haben:

Welche Studienabschlüsse⁹⁾ werden dabei benötigt? Bitte geben Sie die jeweilige Anzahl der Personen an.

Studienabschluss	Anzahl	Studienabschluss	Anzahl
Pflege- und Gesundheitsmanagement (BA)		Gesundheitsökonomie (BA, MA)	
Pflegewissenschaft (BA)		Public Health/Pflegewissenschaft (MA)	
Public Health/Gesundheitswissenschaften (BA)		Health and Social Care Management (MA)	
Gesundheitslogistik (BA)		Health Economics (MA)	
Andere (bitte eintragen):			

c) An welchen weiteren Abschlüssen haben Sie 2012 Bedarf? Bitte geben Sie die jeweilige Anzahl der Personen an.

Abschluss	Anzahl	Abschluss	Anzahl
Operationstechnische/r Assistent/in OTA		Hygienefachkraft	
Anästhesietechnische/r Assistent/in ATA		Andere (bitte eintragen):	

4. Handlungsfelder für eine nachhaltige Beschäftigung in der Pflege

Welche Handlungsfelder sind in Ihrer Einrichtung von Bedeutung, um Pflegepersonal zu gewinnen bzw. möglichst lange im Betrieb zu halten? Bitte kreuzen Sie an, auf welchem Feld Sie bereits aktiv sind, wo Sie noch in 2012 aktiv werden wollen, wo Aktivitäten zukünftig für Sie denkbar sind oder in Ihrer Einrichtung nicht in Betracht kommen. (Ein Kreuz pro Zeile.)

Handlungsfeld	bereits aktiv	konkret geplant	zukünftig denkbar	kommt nicht in Betracht
Organisationsentwicklung				
Altersstrukturanalyse				
Gestaltung altersgerechter Arbeitsplätze				
Unterstützung der Dokumentationsarbeit				
Verlässlichkeit des Dienstplans				
Beteiligung der Beschäftigten bei der Dienstplangestaltung				
Sicherung der Erholungsfunktion von Pausen				
Sicherung der Erholungsfunktion von Freizeiten				
Maßnahmen zur Vereinbarkeit Familie / Beruf				
Flexible Arbeitszeit- und Schichtmodelle				
Mindestbesetzungen				
Angebot zur Anpassung der vertraglichen Arbeitszeiten an die Interessen der Beschäftigten				
Umwandlung befristete → unbefristete Beschäftigung				
Übernahme von Zeitarbeits-Beschäftigten				
Aktivierung von Berufsrückkehrern / Berufsrückkehrerinnen				
Finanzielle Anreize				
Ermöglichung ganzheitlicher Pflege				
Neue Pflegekonzepte				
Andere (bitte eintragen):				
Qualifikationsentwicklung				
Systematische Entwicklung der Qualifizierung der Beschäftigten				
Beteiligung der Mitarbeiter an der Qualifizierungsplanung				
Unterstützung der individuellen Berufswegplanung				
(abschlussorientierte) Nachqualifizierung von Pflegekräften ohne Abschluss				
Andere (bitte eintragen):				
Arbeits- und Gesundheitsschutz				
Technisch-organisatorische Maßnahmen				
Gesundheitsförderung der Beschäftigten				
Unterstützung zur Bewältigung belastender Situationen				
Entlastung durch Aufgaben- und Belastungswechsel				
Betriebliches Arbeits- und Gesundheitsschutzkonzept				
Andere (bitte eintragen):				

5. Welche aktuellen Qualifizierungsbedarfe⁸⁾ gibt es?

Bitte kreuzen Sie an, in welchen Qualifizierungsbereichen für die jeweiligen Zielgruppen in 2012 Bedarf besteht:

Qualifizierungsbereiche	Pflegerkräfte...		
	... in Leitungs- funktionen	... mit 3-jähriger Ausbildung / mit spez. Fachweiterbildung	... mit 1-oder 2-jähriger Ausbildung / andere Pflegerkräfte
Hygienebeauftragte			
QM-Beauftragte			
Praxisbegleitung			
Führungstechniken, Moderation			
Teamarbeit			
Kommunikation/Interaktion			
Dokumentation, Pflegeplanung			
Schnittstellenmanagement			
Case-Management			
Interkulturelle/transkulturelle Pflege			
Pflege multimorbider Menschen			
Pflege von Demenzkranken			
Umgang mit „schwierigen“ Personen			
Palliativpflege			
Sterbebegleitung			
Beratung von zu pflegenden Personen und Angehörigen			
Wundversorgung			
Hygiene			
MRSA			
Technikunterstützte Pflege / AAL			
Arbeits- und Gesundheitsschutz			
Gesundheitskompetenz			
Kenntnisse in Betriebswirtschaftslehre (BWL)			
EDV-Kenntnisse			
Anleitung bürgerschaftlichen Engagements			
Anderes, bitte eintragen:			

6. Abschlussfragen

- 6.1 Können Sie sich eine Teilnahme Ihrer Einrichtung an einem Modellversuch zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten an Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde¹⁰⁾ vorstellen?
Wenn ja, kreuzen Sie bitte die infrage kommenden Tätigkeitsfelder (Diagnosen) an:

Diabetes mellitus Typ I	<input type="checkbox"/>	Demenz	<input type="checkbox"/>	Chronische Wunden	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus Typ II	<input type="checkbox"/>	Hypertonie	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

- 6.2 Wo liegen aus Ihrer Sicht die wichtigsten Handlungsbedarfe für die Pflege?

Das Land Bremen soll

.....

.....

Der Bund soll

.....

.....

Die Kostenträger sollen

.....

.....

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt, nicht weitergegeben und gemäß der Datenschutzgesetzgebung verarbeitet. Um uns Nachfragen zu ermöglichen, geben Sie uns bitte an:

Einrichtung:

.....

Ansprechperson:

.....

Telefon:

.....

Der Fragebogen wird nach Klärung evtl. Nachfragen und der Datenerfassung vernichtet.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

Kontakt:

Institut Arbeit und Wirtschaft
Universität / Arbeitnehmerkammer Bremen
Wilhelm-Herbst-Str. 7, 28357 Bremen

Irena Medjedovic, imedjedovic@uni-bremen.de
Ulf Benedix, ubenedix@uni-bremen.de

Tel. 0421 / 218-61720, Fax: 0421 / 218-61708

iaw
Institut Arbeit und Wirtschaft
Universität / Arbeitnehmerkammer Bremen
Forschungseinheit:
Qualifikationsforschung
und Kompetenzerwerb
zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008

Erläuterungen zum Fragebogen

- 1) Unter „**Personal in der Pflege**“ soll verstanden werden:
 - a) Personal in Betrieben der ambulanten, stationären und Tagespflege, bei dem Tätigkeiten in der Grund- und/oder Behandlungspflege den überwiegenden Teil der Arbeitszeit einnehmen. *Es soll also in ambulanten Pflegediensten auch das Personal erfasst werden, das für Pflegeleistungen aus SGB V finanziert wird.*
 - b) Personal im Pflegedienst der Krankenhäuser sowie in den Funktionsdiensten, in denen typischerweise Pflegepersonal mit Fachweiterbildung arbeitet (OP-, Anästhesie-, Intensivpflege, ...)
 - c) Personal, das Leitungsaufgaben in der Pflege übernimmt (z. B. Stationsleitungen, PDL)
- 2) Um Ihnen die Zusammenstellung der Daten zu erleichtern, soll der Personalbestand bezogen auf die jeweiligen **Stichtage der offiziellen statistischen Erhebungen** angegeben werden, also im Dezember 2011 (Pflegestatistik: 15.12.2011, Krankenhausstatistik: 31.12.2011).
- 3) Die Abkürzungen zur Differenzierung innerhalb der 3-jährigen Ausbildungsberufe bedeuten:
 - KP (Gesundheits- und) Krankenpflegeausbildung
 - KKP (Gesundheits- und) Kinderkrankenpflegeausbildung
 - AP Altenpflegeausbildung
- 4) **Fachweiterbildung:** Unter Fachweiterbildungen verstehen wir Weiterbildungen nach dem **Bremer Gesetz über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen** und ggf. im Umfang vergleichbare, in anderen Bundesländern erwerbbare, dort anerkannte Weiterbildungsqualifikationen.
(Die im Bremer Gesetz geregelten Fachweiterbildungen werden in Frage 3.6 a) aufgeführt.)
- 5) Die Zahl der Auszubildenden schließt die im Betrieb eingesetzten Erstauszubildenden und Umschüler/-innen ein.
- 6) Unter einem **Migrationshintergrund** soll in Anlehnung an die **Migrationshintergrund-Erhebungsverordnung** vom 29. September 2010 verstanden werden, wenn
 - „ 1. die Person nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzt oder
 - 2. der Geburtsort der Person außerhalb der heutigen Grenzen der Bundesrepublik Deutschland liegt und eine Zuwanderung in das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach 1949 erfolgte oder
 - 3. der Geburtsort mindestens eines Elternteiles der Person außerhalb der heutigen Grenzen der Bundesrepublik Deutschland liegt sowie eine Zuwanderung dieses Elternteiles in das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach 1949 erfolgte“
- 7) **Ein Beispiel:**
 Sie haben 2011 fünf 3-jährig ausgebildete Pflegekräfte gesucht, konnten aber nur vier finden (= eine Stelle blieb unbesetzt).
 Sie konnten die vier Stellen durch Übernahme von 2 Auszubildenden und durch zwei Neueinstellungen vom Arbeitsmarkt besetzen. Für 2012 wird ein Bedarf von sechs 3-jährig ausgebildeten Pflegekräften angenommen.

... 3-jähriger Ausbildung	5	4	Übernahme von Auszubildenden:	2	6
			Neueinstellungen:	2	

- 8) **Qualifizierungsmaßnahmen:** Hier sind Qualifizierungen für bestimmte Funktionen (unterhalb einer Fachweiterbildung) und Anpassungsqualifizierungen für bestimmte Kompetenzen gemeint.
- 9) Die Abkürzungen Studienabschlüsse bedeuten:
 - BA Bachelor
 - MA Master
- 10) Diese Möglichkeit wurde mit der **Heilkundeübertragungsrichtlinie** gemäß § 63 Abs. 3c SGB V vom 20.10.2011 geschaffen (<http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1401/>)

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt, nicht weitergegeben und gemäß der Datenschutzgesetzgebung verarbeitet.

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 Medjedović und Esther Schröder: Arbeitskräftebedarf und Personalentwicklung in der Pflege – eine Erhebung im Land Bremen