

Abschlussbericht zur operativen Vorauswertung der Antworten der Aktion „Mehr-Pflege-Kraft“

an das Bundesministerium für Gesundheit

Ansprechpersonen:

Dr. Elisabeth Krupp

Telefon: 0681 95424 26

E-Mail: Krupp@iso-Institut.de

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (*iso*)

Henning Haab

Telefon: 0681 95424 33

E-Mail: Haab@iso-Institut.de

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (*iso*)

Saarbrücken 22. Juni 2020

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. Methodische Beschreibung des Vorgehens	3
3. Quantitative und qualitative Kernergebnisse aus der Antwortauswahl	5
3.1 Auswertungsergebnisse der Frequenzanalyse	5
3.2 Mikroebene: Image, Identität und Partizipation.....	6
3.3 Mesoebene: Personaleinsatz, Selbstsorge und Bildung.....	10
3.4 Makroebene: Entlohnung, Kontrollen und politische Implikationen.....	16
4. Good Practice Modelle	23
5. Fazit	27

1. Einleitung

In den vergangenen Jahren hat die Bundesregierung vielfältige Anstrengungen unternommen, um die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat im Jahr 2019 die Aktion „Mehr-Pflege-Kraft“ ins Leben gerufen, damit sich Pflegenden aktiv an diesem Veränderungsprozess beteiligen können. Im November 2019 wandte sich der Pflegebevollmächtigte, Herr Staatssekretär Andreas Westerfellhaus, im Auftrag des BMG schriftlich an alle ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser in Deutschland. In dem Schreiben wies er auf die Möglichkeit hin, an einer Online-Befragung auf der Website „Mehr-Pflege-Kraft“ teilzunehmen und forderte die Pflegenden auf, eigene Ideen und Anregungen einzubringen, die zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege beitragen könnten. Darüber hinaus wurde die Befragungsaktion in den sozialen Medien, durch Anzeigen und in einem Video von Herrn Gesundheitsminister Jens Spahn beworben. Langfristig soll diese Aktion dazu beitragen, die Arbeitssituation in der Pflege nachhaltig zu verbessern, neues Pflegepersonal zu gewinnen, Beschäftigte zu halten und Teilzeitbeschäftigte motivieren, ihren Beschäftigungsumfang aufzustocken.

Alle Vorschläge und Ideen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege wurden gesammelt und eine zufällige Auswahl von 1.233 Antworten in der Zeit von Mitte März 2020 bis Ende Mai 2020 ausgewertet. Ziel dieser Vorauswertung war, Kriterien für eine Gesamtauswertung zu erarbeiten, sowie eine überblicksartige Darstellung von Verbesserungsvorschlägen, kreativen Ideen, bereits umgesetzten Good Practice Modellen und geäußerter Kritik zu erstellen. Sie soll dem BMG als Anregung für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege und für gesetzgeberische Entscheidungen dienen.

Im Folgenden wird die Vorgehensweise des *iso*-Instituts beschrieben, die Kernergebnisse der Vorauswertung der Aktion „Mehr-Pflege-Kraft“ dargestellt und abschließend in einem Fazit zusammengefasst.

2. Methodische Beschreibung des Vorgehens

Bis zum 19. März 2020 waren nach Aussage der Agentur „neues handeln“ insgesamt 6.606 Beiträge auf der Website „Mehr-Pflege-Kraft“ eingegangen. Davon waren 4.276 zweifach bestätigte Antworten mit eindeutig identifizierbaren Urhebern, 1.220 unbestätigte Antworten (ohne Rückverfolgbarkeit) und 1.110 Antworten Mehrfach- oder Spameinträge. Dem *iso*-Institut e.V. wurde für die Vorauswertung eine Excel Tabelle mit insgesamt 4.853 Kommentaren vom BMG zur Verfügung gestellt. Daraus wurden per Zufallsgenerator 1.200 Antworten für die inhaltliche Analyse ausgewählt. Zusätzlich wurden Anfang April 33 Antworten, die dem BMG per Post oder E-Mail zugesandt wurden nachgereicht und in die Auswertung mit aufgenommen, sodass insgesamt 1.233 Antworten in die Auswertung einfließen.

Zur Vorbereitung der Codierung und inhaltlichen Analyse wurden im ersten Schritt 460 Kommentare der Pflegenden gesichtet. Aus dem Datenmaterial wurde deduktiv ein Kritisensystem bestehend aus Mikro-, Meso- und Makroebene sowie dazu gehörende Kategorien¹ abgeleitet. Die Mikroebene bezieht sich dabei auf die individuelle Ebene der Antwortenden, die Mesoebene umfasst die Organisationen und Betriebe, in denen die Antwortenden beschäftigt sind, die Makroebene bezieht sich auf die überbetrieblichen sowie die gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen, unter denen Pflegeleistungen erbracht werden. Die Zuordnung sämtlicher Kategorien zu den einzelnen Ebenen erfolgte zur weiteren Strukturierung des Datenmaterials. Dabei stand der Bezug zu den adressierten Akteuren im Vordergrund. So können sich die Kommentare auf der Mesoebene etwa an das Management und die Führung eines Betriebs richten, auf der Makroebene werden beispielsweise Kostenträger, Leistungserbringer oder der Gesetzgeber adressiert. Dabei kann eine Kategorie oftmals mehreren Ebenen zugeordnet werden, da sie Implikationen auf unterschiedlichen Ebenen beinhaltet. Das aus den Antworten der Pflegenden generierte Auswertungsraster, setzt sich wie folgt zusammen:

Ebenen	Kategorien
Mikroebene	Berufsimage verbessern
	Selbstverwaltung/ Mitsprache
Mesoebene	Arbeitszeit
	Personaleinsatz
	Arbeitsorganisation/ Arbeitsbedingungen
	Selbstpflege/ Erholung
	Entlastung
	Aus-, Fort- und Weiterbildung
Makroebene	Vergütung
	Staatliche Finanzierung von Gesundheit
	Gesetzgeberische Handlungsoptionen
	Umgang mit ausländischem Pflegepersonal
	Kontrollen
Good Practice Modelle	
Sonstiges	

Tab. 1: Auswertungsraster

Die Auswertung der Kommentare wurde mithilfe des Analyseprogramms MAXQDA durchgeführt. Die 1.233 ausgewählten Antworten der Aktion „Mehr-Pflege-Kraft“ wurden gesichtet, in das System eingegeben, entsprechend ihrer Inhalte gegliedert, mit Codierungen versehen und den Kategorien zugeordnet. Dadurch wurde das umfangreiche Antwortmaterial entlang der Kategorien sortiert, priorisiert und besonders prägnante

¹ Während des Erfassungs- und Auswertungsprozesses wurden bei Bedarf weitere Kategorien gebildet, wenn dies aufgrund der Datenlage erforderlich war.

Textpassagen in Form von Zitaten herausgearbeitet. Darüber hinaus wurde bei allen Antworten versucht, das adressierte Pflegesetting mit zu erfassen. Bei den Settings wurde zwischen akutstationärem, ambulantem und vollstationärem Pflegesetting unterschieden. Konnte kein Setting abgeleitet werden, wurde die Antwort dem offenen Setting zugeordnet, was bei den meisten Kommentaren der Fall war. Lediglich ein geringer Anteil der Antworten enthielt ausführliche Formulierungen oder Erklärungen. Die Mehrzahl der Antworten waren relativ kurz gefasst, in ihrer Argumentation aber dennoch nachvollziehbar. Sehr häufig beruhten die Antworten auf persönlichen Erfahrungen. Von den 1.233 Antworten wurden 13 Antworten aus verschiedenen Gründen als unproduktiv klassifiziert und ausgeschlossen. Dazu gehörten Kommentare mit diskriminierenden und rassistischen Aussagen über Ethnien und Geschlechter oder Verschwörungstheorien. Einige Personen nutzten die Befragung, um private Probleme und Anliegen mit der Bitte um Hilfe zu äußern und wurden ebenfalls ausgeschlossen. An die inhaltliche Analyse wurde eine quantitative Betrachtung des Antwortmaterials in Form einer Frequenzanalyse angeschlossen. Sie ermöglicht einen Überblick darüber, welche Kategorien wie häufig in den Antworten der Teilnehmer zu finden sind und wo die Befragten Schwerpunkte gesetzt haben. Die Kerninhalte der Aussagen wurden in dem vorliegenden Abschlussbericht verschriftlicht.

3. Quantitative und qualitative Kernergebnisse aus der Antwortauswahl

3.1 Auswertungsergebnisse der Frequenzanalyse

Bei der Frequenzanalyse konnten aus den 1.233 Kommentaren insgesamt 3.608 Codierungen abgeleitet und der Mikro-, Meso- und Makroebene zugeordnet werden (s. Tab. 1). Auf der Mikroebene wurden bei der Vorabsichtung der ersten 460 Kommentare die Kategorien „Berufsimage verbessern“ und „Selbstverwaltung/ Mitsprache“ festgelegt. Auf der Mesoebene ergaben sich die Kategorien „Arbeitszeiten“, „Personaleinsatz“, „Arbeitsorganisation/Arbeitsbedingungen“, „Selbstpflege/Erholung“, „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ und „Entlastung“. Auf der Makroebene setzen sich die Kategorien aus „Vergütung“, „Staatliche Finanzierung von Gesundheit“, „Gesetzgeberische Handlungsoptionen“, „Umgang mit ausländischem Pflegepersonal“, „Kontrollen“ und „DRG´s“ zusammen (s. Tab. 1). Weitere Kommentare, die keiner der Kategorien zugeordnet werden konnten, wurden unter „Sonstiges“ (66) zusammengefasst. In 23 Kommentaren waren Informationen zu Good Practice Modellen (s. Kapitel 4) enthalten.

Wie in Abb. 1 zu erkennen ist, wurden mit Abstand die meisten Kommentarbausteine der Meso- und Makroebene zugeordnet. Auf der Makroebene konnten dem Themenkomplex Vergütung 857 und damit insgesamt die meisten Codierungen zugeordnet werden. Auf der Mesoebene wurden bei den Kategorien Arbeitszeiten (612) und Personaleinsatz (513) die meisten Codierungen gezählt.

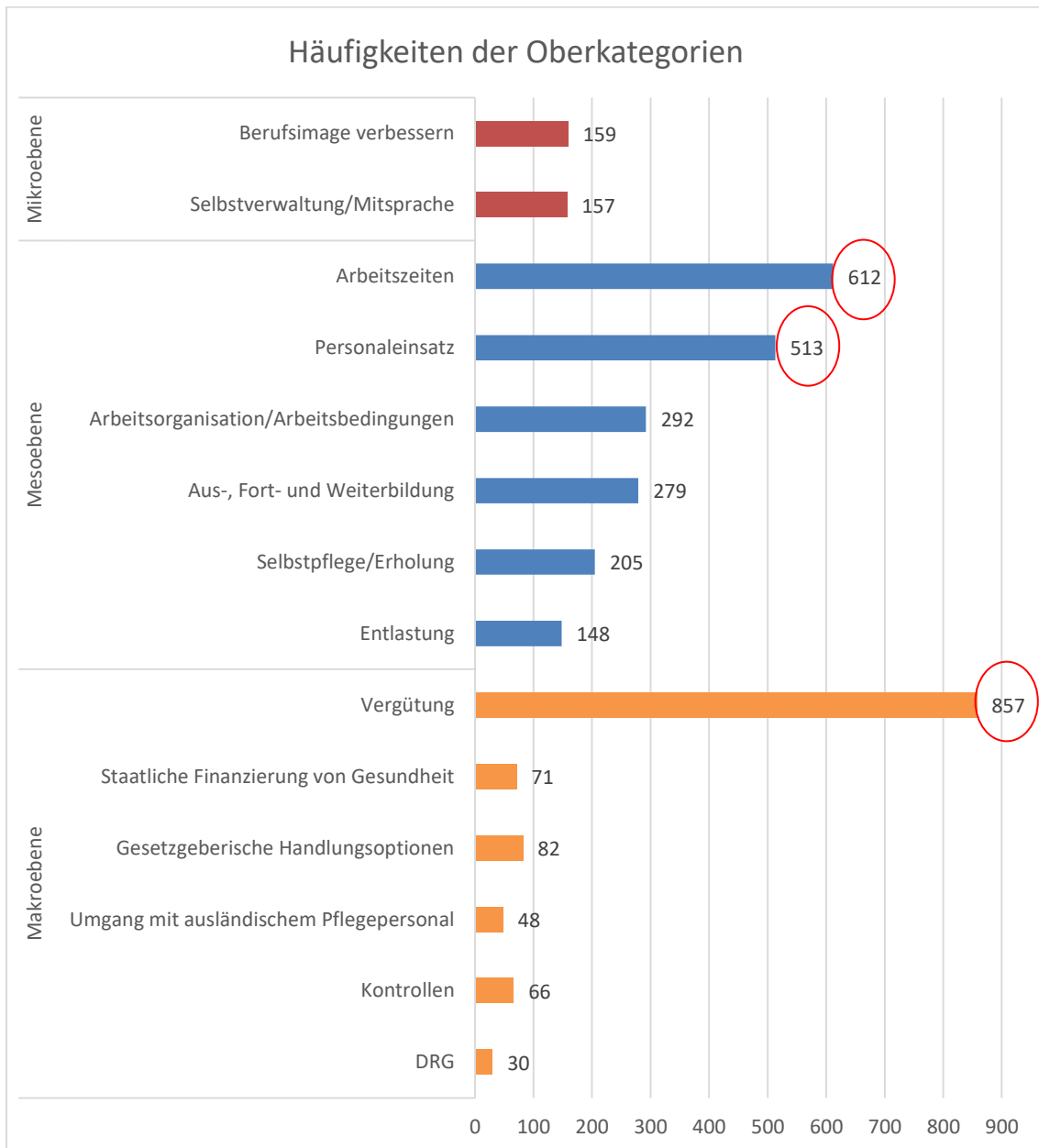


Abb. 1: Häufigkeiten der Nennungen in den Kommentaren

3.2 Mikroebene: Image, Identität und Partizipation

Berufsimage verbessern

Um die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern, gilt es aus Sicht der Befragten vor allem, das **Berufsimage** zu verbessern (159). Auf der Mikroebene wurde diesem Punkt die größte Bedeutung zugemessen. Um dieses Ziel zu erreichen, sei es notwendig, Pflege in den Medien insgesamt positiver darzustellen. Zum Zeitpunkt der Befragung dominierte aus Sicht der Befragten jedoch eine negative Berichterstattung, die vor allem Skandale und schlechte Arbeitsbedingungen thematisierte und sich auf einen sehr kleinen Tätigkeitsbereich

fokussiere, der einmal mit „*füttern, betten, pämpern*“ oder etwas drastischer mit „*Hinternwischer*“ umschrieben wird. Dies sei aber eine unzulässige Verkürzung und stelle nur einen kleinen Ausschnitt der eigentlichen Arbeit dar. Pflege sei „*soviel mehr als nur Patienten waschen*“, wie es in einer der Antworten heißt. Der Pflegeberuf sei stattdessen „*ein hochanspruchsvoller Beruf, der Menschen mit sozialer Intelligenz, Ausdauer und systemischen Denkens benötigt.*“ Um einen Wandel in der öffentlichen Wahrnehmung herbeizuführen, mangle es an „*echten Informationen*“. Die einseitige Form der Berichterstattung führe dazu, dass das Image der Pflege leide und eine Tätigkeit im Gesundheitswesen bei der Berufswahl von vornherein ausgeschlossen werde. Der Grund für das negative Image der Pflege in der Öffentlichkeit sei jedoch nicht nur auf die mediale Berichterstattung zurückzuführen. Die Schuld dafür sehen die Befragten zum Teil auch an einem Mangel an eigenen Initiativen, wie einige Kommentare selbstkritisch einräumen. Eine aktive Informationspolitik könne ein wichtiges Korrektiv zur oft einseitigen Perspektive der Medien darstellen. Im Rahmen der Befragung wurden deshalb zahlreiche Möglichkeiten genannt, wie ein realistisches Bild des Pflegeberufs gezeigt und positive Aspekte intensiver beleuchtet werden könnten.

Eine Möglichkeit dazu seien große und modern angelegte Kampagnen mit positiven Bildern, die gezielt helfen sollen, das **Image der Pflege** zu verbessern. Als Positivbeispiel wird etwa die Kampagne der Bundeswehr angeführt. Es gäbe „*im Alltag so viele heldenhaft Pflegekräfte, oder auch Karrierevorbilder!*“, die als Identifikationsfiguren dienen und ein positives Image von Pflegenden propagieren könnten. Zur Erstellung von entsprechenden Konzepten und Werbemitteln, wünschen sich die Befragten eine professionelle Unterstützung von Designern und Marketingexperten, die die Inhalte mediengerecht aufbereiten (Internet, TV, Radio, Zeitungen). Explizit wird von Krankenpflegeschulen die offensive Nutzung von Social Media gefordert, um junge Menschen anzusprechen und sie für die Pflege zu begeistern.

Der gezielten Ansprache von jungen Menschen wird insgesamt eine hohe Relevanz bescheinigt. So wurde mehrfach angeregt, dass PflegerInnen in Schulen gehen und von ihrer Arbeit berichten, um einen direkten Austausch zwischen SchülerInnen und Pflegekräften zu ermöglichen. Übergeordnetes Ziel dieser Maßnahmen sei „*mehr Aufklärung über die wirkliche Arbeit im Beruf. Kooperationen von Schulen mit pflegerischen Einrichtungen oder Krankenhäuser für Praktika oder die vereinfachte Überleitung in ein FSJ könnte sinnvoll sein oder die Einführung von zum Beispiel „Gesundheits-Tagen“ in denen Schüler zum Beispiel einen Tag lang sich in ihrer Schulzeit damit auseinandersetzen und den Stellenwert von einem funktionierenden Gesundheitssystem lernen und vielleicht auch dabei verschiedene medizinische Berufe kennenlernen von der Gesundheits- und Krankenpflege, über Physiotherapie, Logopädie, OTA, Ärzte und vieles mehr.*“ Wichtig sei es dabei auch gezielt junge Männer anzusprechen, um mit Rollenklischees zu brechen und Pflege- und Sozialberufe für beide Geschlechter als attraktive Berufsbilder zu propagieren. Darüber hinaus fordern die Befragten eine stärkere Präsenz auf (Pflege-)Messen und die Etablierung von „Pflegepreisen“, um so Plattformen zu schaffen, auf denen die Pflegenden ihre Arbeit

präsentieren und bewerben können. Wichtig sei es dabei, dass dies *„nicht nur im eigenen Klientel der Gesundheitsberufe erfolgen [darf], sondern muss auf großen Veranstaltungen, im Internet, im Radio, im Fernsehen und auf allen Kanälen zu sehen sein. Dies könnte man auch erreichen, indem man Pflegepreise mit dem Fokus auf andere Bereiche wie Wirtschaftlichkeit, Ökonomie usw. entwickelt.“*

Bei all dem geht es den Umfrageteilnehmern nicht um Werbung im klassischen Sinn. Es solle keineswegs ein unrealistisches und übertrieben positives Bild gezeichnet werden. Angestrebt wird eine *„Aufklärungskampagne“* über die tatsächlichen Berufsinhalte, und eine *„Informative Ehrlichkeit gegenüber der Öffentlichkeit“*, denn es sei *„ein Traum, in der Pflege zu arbeiten. Es weiß nur keiner“*.

Das Thema Wertschätzung beschränkt sich aus Sicht der Umfrageteilnehmer jedoch nicht allein auf die öffentliche Wahrnehmung und wie über die Pflege berichtet wird. Auch die betriebsinterne Wertschätzung und v.a. die Anerkennung durch den Arbeitgeber spielt für viele eine wichtige Rolle. Diese spiegelt sich u.a. auch in der Vergütung wider, die darüber hinaus ein deutliches Signal an die Öffentlichkeit sende und somit insgesamt die Attraktivität des Pflegeberufs erhöhe. (s. dazu *„Vergütung“*). Gleiches gelte auch für Aufstiegschancen und langfristige Karriereperspektiven, an denen es derzeit häufig mangle.

Entscheidend ist für viele aber auch, dass Wertschätzung auch durch Kommunikation ausgedrückt werde. Vielfach wird der Wunsch geäußert nicht geduzt zu werden und offen miteinander reden zu können, so dass Missstände und Schwierigkeiten thematisiert werden und Pflegekräfte auch *„mal Dampf ablassen können“*.

Um ein modernes Bild der Pflege transportieren zu können, müssten sich die Pflegekräfte aber zuerst von einem überholten Bild ihrer Tätigkeit emanzipieren. Es sei deshalb notwendig *„den Begriff der „Schwester“ niederzulegen und den Unterschied zur Krankenschwester, GuK etc. zu erklären“*. Dass sie in einem systemrelevanten Berufsfeld tätig sind und dass man auf die Arbeit stolz sein sollte, ist vielen bewusst. Es mangelt jedoch häufig an der Fähigkeit diese Sicht auch selbstbewusst nach außen zu propagieren. *„Das Bild der lieben Frau in Weiß, die dem Arzt den Wunsch von den Lippen abliest, muss verschwinden. Gesundheits- und Krankenpfleger sind keine Helfer des Arztes, sondern haben ihren eigenen Arbeitsbereich, den Pflegeprozess!“*. Grundvoraussetzung dafür sei ein stärker ausgeprägter Berufsstolz.

Selbstverwaltung und Mitsprache

Um aus Sicht der Befragten an Entscheidungen teilzuhaben, müsse das Ziel sein, althergebrachte Strukturen und Hierarchien aufzubrechen und ein stärkeres Mitspracherecht offensiv einzufordern. Die Kategorie **Mitsprache und Selbstverwaltung** wurde auf der Mikroebene mit 157 Codierungen am zweit häufigsten genannt. Das Thema beginnt bei der eigenverantwortlichen Gestaltung von Dienstplänen, geht über den Anspruch multidisziplinäre Besprechungen zu leiten und reicht bis zu Fragen der medizinischen Versorgung von Patienten. In der Zusammenarbeit der einzelnen Disziplinen,

v.a. zwischen Pflegenden und Ärzten, herrsche jedoch nach wie vor ein hierarchisches Gefälle, das beseitigt werden müsse. In den ausgewerteten Beiträgen wird dementsprechend immer wieder der Wunsch nach mehr Autonomie und Verantwortung geäußert. Zumindest in pflegfachlichen Fragestellungen solle eine Pflegefachkraft einem Arzt gleichgestellt sein und mit diesem auf Augenhöhe interagieren können. So könne es beispielsweise nicht sein, dass immer wieder ärztliche Tätigkeiten an Pflegekräfte delegiert und gleichzeitig Entscheidungen über deren Köpfe hinweg gefällt würden. Genuin pflegerische Tätigkeiten bräuchten nicht durch Mediziner verordnet zu werden, da Pflegekräfte näher am Patienten sind und deren Bedürfnisse teilweise besser einschätzen können als die behandelnden Ärzte. Gleiches gelte auch für die Verordnung von Hilfsmitteln. Pflegekräfte haben *„das Wissen aktiv zu handeln also wieso sollen wir immer wieder Rücksprache mit allen möglichen Menschen hören bevor wir Handeln dürfen. Schenkt den Pflegekräften mehr Vertrauen“* lautet eine der Forderungen. Dies gelte vor allem für akademisch ausgebildete Pflegekräfte, die trotz ihrer Qualifikation und fachlichen Expertise bei Entscheidungen nicht angemessen gehört würden. Dieses mehr an Verantwortung in der Praxis erfordere aber auch einen klar definierten Aufgabenkatalog (Erweiterung der vorbehaltenen Tätigkeiten), der genau beschreibe, was Pflege darf und was nicht. Das sei aus juristischer Sicht wichtig, damit die Pflegekräfte besser geschützt seien und nicht etwa zum Spielball zerstrittener Angehöriger werden (*„Fachlichkeit vor Vormundschaft“*).

Insgesamt wünschen sich die Befragten einen stärkeren Austausch zwischen allen an der Versorgung beteiligten Akteuren. Dies könne in interdisziplinären Arbeitsgruppen erfolgen, aber auch Apps und gemeinsam nutzbare Plattformen werden als Möglichkeit in Betracht gezogen, um den Austausch zu fördern und die Kommunikation gleichzeitig zu beschleunigen.

Der Anspruch nach mehr **Mitsprache** beschränkt sich jedoch nicht auf die Mikro- und Mesebene, sondern zeigt sich auch auf der Makroebene.

Pflegekräfte möchten auch bei politischen Entscheidungsprozessen stärker einbezogen werden. So sei beispielsweise eine stimmberechtigte Mitgliedschaft in Entscheidungsgremien, wie z.B. dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), unerlässlich. Alternativ könne ein Gremium aus *„Ärztammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), BPA und andere Arbeitgebervereinigungen (z.B. Diakonie), Gewerkschaften (z.B. VERDI), Berufsverbände (z.B. DBFK) oder Pflegerat, Abgeordnete aus den Landes- oder der Bundespflegekammer und Abgeordneten des Gesundheitsministeriums“* geschaffen und Pflegekräfte direkt in Entscheidungsprozesse einbezogen werden: *„Ich schlage vor regelmäßig Menschen, die in der Pflege arbeiten einzuladen und wirklich mit Ihnen zu sprechen. Von Kollegen, die schon 30 Jahre dabei sind, Kollegen, die erst seit ein paar Jahren dabei sind und so wie mich, die nächstes Jahr ihr Examen machen“*. Einige der ausgewerteten Antworten deuten aber darauf hin, dass sich die Pflegekräfte aktuell von Seiten der Politik stiefmütterlich behandelt fühlen. Um zu zeigen, dass auch der Austausch mit der Politik auf Augenhöhe erfolge, wird vorgeschlagen, dass *„Mehr Podiumsdiskussionen mit Ministern &*

Pflegepersonal“ stattfinden, damit ein starkes Signal für die gesellschaftliche Bedeutung der Pflege an die Öffentlichkeit gesendet werde.

Dass die Möglichkeiten eines Einzelnen, einen Wandel herbeizuführen begrenzt sind, ist den meisten Befragten durchaus klar. Um die angestrebten Ziele zu erreichen, werde eine eigene Interessenvertretung benötigt. *„Wir benötigen eine Plattform um zu zeigen, was wir Tag ein Tag aus und auch nachts tätigen“*. Eine starke Lobby sei Grundvoraussetzung, um sich und seinen Anliegen Gehör zu verschaffen. Angesichts der derzeit niedrigen gewerkschaftlichen Organisationsquote in der Pflege, ist dieser Befund durchaus bemerkenswert. Die Gründung von Pflegekammern, als Teil der **Selbstverwaltung**, wird dennoch sehr unterschiedlich bewertet. Ein Teil der Befragten findet, Landespflegekammern seien ein guter erster Schritt, um einheitliche Normen, eine eigene Berufsordnung und Rechtssicherheit zu etablieren. Weitere Befragte fordern zudem eine Bundespflegekammer einzurichten. Andererseits stoßen Pflegekammern aber auch auf Ablehnung. In mehreren Antworten wird gefordert, Pflegekammern konsequent abzuschaffen. Stattdessen wird die Neugründung einer Pflegeinitiative befürwortet, die sich aber nicht durch Beiträge von Pflegekräften finanziere. Weitestgehend Konsens herrscht darüber, dass eine Mitgliedschaft auf freiwilliger Basis erfolgen müsse. Eine *„Zwangsmitgliedschaft“* mit verpflichtenden Beitragszahlungen wird von einem Teil der Befragten abgelehnt: *„Zwangsmitgliedschaft der Pflegekammer beenden. Keine Beiträge für die Zwangskammer“*. Alternativ wird vorgeschlagen die Beiträge zu senken und Pflegekammern staatlich oder durch den Arbeitgeber zu finanzieren. In einem weiteren Beitrag wird eine Finanzierung *„1/3 Arbeitgeberbeitrag, 1/3 Arbeitnehmerbeitrag, 1/3 Staatliche Subvention Land oder Bund“* angeregt. Neben den Kosten werden auch die fehlenden Kompetenzen der Pflegekammern kritisiert.

3.3 Mesoebene: Personaleinsatz, Selbstsorge und Bildung

Arbeitszeiten und Personaleinsatz

Auf der Mesoebene lassen sich die meisten Aussagen den beiden Kategorien **Arbeitszeit** (612 Codierungen) und **Personaleinsatz** (489 Codierungen) zuordnen (s. Abb.1). Die Kommentare beziehen sich überwiegend auf den Führungsstil und die Kompetenzen der Führungskräfte in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie in Krankenhäusern. Es wird eine fundierte Qualifizierung der Führungskräfte bis hin zu einem verpflichtenden Management Studiengang eingefordert. Die Qualifizierungsmaßnahmen sollen Führungskräfte auf allen Ebenen der Betriebe dazu befähigen, die Beschäftigten zu motivieren, ihnen mehr Anerkennung und Unterstützung entgegen zu bringen, sich für sie einzusetzen und ihnen Rückhalt zu geben. Hierarchien seien weitestgehend abzubauen und regelmäßige Teamcoachings und Mitarbeitergespräche durchzuführen. Bewerbungsgespräche sollen für alle Mitarbeitenden nachvollziehbar gestaltet sein, sodass erkennbar wird, wie viele Bewerbungen eingegangen sind und warum einzelne Bewerber abgelehnt werden. Die Befragten erwarten außerdem Transparenz über die wirtschaftliche

Situation des Betriebes und wollen über Ausgaben und Einnahmen informiert sein. Bei bestehendem Personalmangel sei konsequent mit der Schließung von Betten und Funktionsabteilungen zu reagieren. *„Wenn die Personalschlüssel nicht realisiert werden können, müssen Betten zur Entlastung der Pflegekräfte gesperrt werden, auch wenn das Profiteinbußen bedeutet. Die adäquate Versorgung der Patienten kann sonst nicht gewährleistet werden. Das Wohl des Patienten muss an erster Stelle stehen.“*

Darüber hinaus solle ein verlässliches Instrument zur Ermittlung des Personalbedarfs eingeführt werden, das aus dem tatsächlichen Pflegebedarf der Pflegebedürftigen abzuleiten sei. Des Weiteren finden sich in der Kategorie **Arbeitszeit** folgende Vorschläge:

- Reduktion der wöchentlichen Arbeitszeit auf 30h bis 38h
- Anpassung der Regelarbeitszeit von maximal 8h/ Tag
- Einhaltung fester Übergabe- und Pausenzeiten
- Vermeidung von geteilten Diensten
- Verbot von sogenannten Schaukeldiensten (Wechsel von Spät- auf Frühdienst bzw. umgekehrt)
- „Ausschlaftag“ nach einem Nachtdienst nicht als freien Tag zählen, denn *„man hat schließlich bis 6:30 Uhr gearbeitet“*
- 10 bis 12 Dienstage in Folge abschaffen, stattdessen max. 5 bis 8 Arbeitstage am Stück
- höchstens ein bis zwei Dienstwochenenden pro Monat
- Einführung eines Arbeitszeitkontos und der digitalen Zeiterfassung
- Obergrenze für Überstunden von 5% der wöchentlichen Arbeitszeit

Zum **Personaleinsatz** wurden von den Befragten folgende Vorschläge gemacht:

- Erhöhung des Personalschlüssels von Pflegefachkräften in allen Pflegesettings
- Bundesweite Gültigkeit der Personalschlüssel und gesetzliche Kontrollen
- Ableitung des Personalschlüssels aus dem Pflege- und Betreuungsbedarf der Pflegebedürftigen
- Pflegekräfte im Nachtdienst mindestens zu zweit einsetzen
- Personalaufstockung durch Hilfskräfte und Alltagsbegleiter
- Erhöhung und Prüfung der Personaluntergrenzen
- Sanktionen beim Unterschreiten der Personaluntergrenzen
- *„gesunder Mix“* aus Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigten
- Auszubildende, Mitarbeiter im freiwilligen sozialen Jahr, Hauswirtschaftskräfte, Qualitätsmanagementbeauftragte und Pflegedienstleitungen bei der Ermittlung des Personalschlüssels nicht berücksichtigen
- Bedürfnisse älterer Mitarbeiter (ab 50 Jahre) beim Personaleinsatz berücksichtigen
- Reduktion der wöchentlichen Arbeitszeit mit steigendem Alter bei vollem Gehalt (35h/ Woche ab 50 Jahre)
- Altersteilzeit

- Teilzeitbeschäftigung (50%) bei gleichzeitigem Rentenbezug (50%)
- Einbindung von Pflegekammern und Berufsverbänden in die Festlegung des Personalschlüssels
- Bezugspflege ermöglichen
- Verbesserung der Patient-Pflegekraft Relation (1:1 Intensivstation, 1:8 Krankenhausstation)
- Einführung einer Klienten Höchstgrenze pro Schicht in der ambulanten Pflege

Andere Pflegende sehen im PpSG einen Widerspruch, denn *„es mangelt an der Umsetzung. Die Gründe dafür sind so einfach wie beschämend. Verwaltungen der GKV (SGB V) und PV wurden damit beauftragt eine Finanzierungsmöglichkeit zu entwickeln. Das Ergebnis ist die Forderung nach der Erfüllung der Fachkraftquote als Voraussetzung für die Antragstellung. Unabhängig davon woher die Stellen kommen und wie die Personalbeschaffung erfolgt, ist den Kassen ein ganz großer Wurf gelungen. Es ist in etwa so, als ob man einem Ertrinkenden zuruft <lern Schwimmen, dann bekommst du den Rettungsring>“*. Sie machen den Vorschlag, die Einrichtungen i.R. des PpSG auf direktem Weg zu fördern und erläutern folgendes: *„Bezugsgrößen ergeben sich aus dem Versorgungsvertrag x Anzahl an Stellen x Bruttopersonalkosten inkl. Arbeitgeberanteil für zwei Jahre. Eine Überprüfung der Nutzung kann in den Pflegesatzverhandlungen erfolgen. Die Personalkosten könnten einheitlich auf der Grundlage des Tarifvertrages Pflege ermittelt werden“*.

Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen, Entlastung

Die Pflegenden fordern jedoch nicht nur eine Reduktion der Arbeitszeit, sondern auch eine Reduktion der Arbeitsdichte. In Puncto **Arbeitsorganisation** wird ein differenzierter Einsatz von Pflegefachkräften mit unterschiedlichen Qualifikationen und Fähigkeiten im Sinne eines Grade- und Skillmix angeregt, der den gezielten Einsatz von Pflegehelfern, PflegerInnen mit dreijähriger Ausbildung und Fachkräften mit akademischer Qualifikation umfasst. Beim Einsatz unterschiedlicher Qualifikationen ist nach Meinung der Pflegenden eine klar geregelte Aufgabenteilung und Verantwortlichkeit unerlässlich. *„Pflegetätigkeit durch Pflege und Servicetätigkeiten durch Servicekräfte durchführen. Hilfsarbeiten durch Hilfskräfte.“* PflegewissenschaftlerInnen sollten deshalb von Pflegearbeit weitestgehend freigestellt und zur Bearbeitung von praxisrelevanten Forschungsfragen sowie zur Evidenzbasierung der Praxis herangezogen werden. Zum Einsatz von Hilfs- und Assistenzkräften gibt es gegensätzliche Aussagen. Einerseits solle aus Gründen der Professionalisierung der Anteil an Hilfskräften reduziert und der Anteil an Pflegefachkräften ausgebaut werden. Andererseits fordern die Befragten, den Anteil an Assistenz- und Hilfskräften mit klar definierten Aufgabenbereichen auszubauen, Assistenz- oder Hilfskraft dabei jedoch immer gemeinsam mit einer Fachkraft einzusetzen. *„Einführung von Tandempfleger: Pflegefachkräften angelernte Hilfskräfte zur Seite stellen. Einfache Tätigkeiten werden von den Hilfskräften übernommen, die Gesamtverantwortung trägt die Fachkraft.“* Befragte aus der ambulanten Pflege wünschen sich eine konsequente Umsetzung der Bezugspflege, die durch feste

Touren bei denselben Klienten erreicht werden könne. In stationären Pflegeeinrichtungen wird eine Aufstockung im Bereich der sozialen Dienste als hilfreich erachtet.

Eine Möglichkeit, die **Arbeitsbedingungen** in der Pflege zu verbessern, besteht aus Sicht der Pflegenden in der Schaffung eines „*sinnstiftenden anstelle eines aktionärsgetriebenen Arbeitsumfeldes*“, in dem faire Arbeitsbedingungen herrschten und unbefristete Arbeitsverträge angeboten würden. Zudem müssten bei Problemen pragmatische Lösungen gefunden werden, um die Mitarbeitenden zu unterstützen. Als Beispiel wird die Bereitstellung eines Dienstwagens bei Mobilitätsproblemen oder von vergünstigtem Wohnraum genannt.

Weiterhin wird eine Verbesserung der **Arbeitsbedingungen** in der Entlastung der Pflegenden von berufsfremden Tätigkeiten gesehen. Hierzu gehörten beispielsweise alle hauswirtschaftlichen Arbeiten, Bettenreinigung, Essens- und Getränkeausgabe, Fahr-, Hol- und Bringdienst, Telefondienst, Bestellwesen sowie das Abheften von Patientenakten. Bezüglich organisatorischer Aufgaben besteht der Wunsch nach zusätzlichem Personal oder einem Stationssekretariat, in dem Sekretärinnen, Dokumentationsassistenten sowie Stationshilfen einzusetzen seien. Eine Servicekraft beschreibt sehr anschaulich, wie sie die Pflegenden unterstützt: *„Ich arbeite in einem Krankenhaus [...] als Servicekraft, habe keine pflegerische Ausbildung, unterstütze jedoch das Pflegepersonal enorm, indem ich ihnen viele „lästige“ Arbeiten abnehmen kann, damit mehr Zeit für die Patienten bleibt. Von Essen austeilen, diversen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, Laborgängen bis hin zu Essen eingeben, Hilfe beim Lagern /Windeln von PKMS Patienten, wir Servicekräfte sind quasi vielseitig einsetzbar.“* Überdies wird ein Bürokratieabbau gefordert, der durch die Einführung einheitlicher Dokumentationsstrukturen und technischer Lösungen, wie z.B. digitale Endgeräte, eine elektronische Patientenakte usw. realisierbar wäre. In Kliniken könne Entlastung geschaffen werden, indem die Besucherzahl begrenzt und die Besuchszimmer außerhalb der Station platziert würden. Eine weitere Stellschraube zur Verbesserung der **Arbeitsbedingungen** wird in der ausreichenden Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln (Lifter etc.), besseren Arbeitsmaterialien und „vernünftiger“ Arbeitskleidung, die vom Arbeitgeber bereitgestellt und gewaschen wird, gesehen. Nach Meinung der Befragten seien Einrichtungen zur regelmäßigen Anschaffung moderner Hilfsmittel gesetzlich zu verpflichten. Um längere Wartezeiten für die Pflegebedürftigen zu verkürzen seien Ausschreibungen für Neuanschaffungen abzuschaffen. Pflegehilfsmittel könnten vom Staat finanziert werden. In den Kliniken könnten tägliche Arbeitsabläufe durch die Installation von Gegensprechanlagen in den Stationszimmern und der Anbindung an die Patienten klingeln zu Entlastung führen. Hierdurch würden Wegezeiten eingespart und Arbeitsabläufe seien besser planbar. In psychiatrischen Kliniken erklären Pflegenden, dass sie an räumliche Kapazitätsgrenzen stoßen, was sich wiederum negativ auf die Versorgung auswirke. *„Im jetzigen Zustand hat man z. B. in Psychiatrien bis zu 7 Überbelegungen, die teilweise auf dem Gang schlafen müssen. Dies wirkt sich aufgrund der erhöhten Belastung sowohl auf die Patienten, als auch auf das Personal negativ aus.“*

In stationären Pflegeeinrichtungen sei eine Spezialisierung der Pflegeheime und entsprechende Zeitressourcen für die Sterbebegleitung der Bewohner und Bewohnerinnen

am Lebensende erforderlich, worauf im folgenden Zitat aufmerksam gemacht wird: *„Sterbenden ein würdevolles Ende bereiten mit Hospizbedingungen im Altenpflegeheim. Dafür Abkopplung vom Pflegeschlüssel mit Personalbelegung, wie es hospizwürdig ist.“* Darüber hinaus besteht bei einigen Pflegenden der Wunsch die Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Altenpflegeeinrichtungen zu verbessern, denn *„aufgrund der Fallpauschalen in den Krankenhäusern kommen die Bewohner zu „blutig“ in die Altenheime zurück- dies ist nicht nur ortsgebunden so, sondern Bundesland übergreifend. Genesung soll laut den Krankenhäusern komplett im Heim stattfinden mit dem Hausarzt - dieses kann nicht durchgeführt werden, da die Hausärzte nicht spezialisiert sind auf z.B. bestimmte Wundversorgungen, Schmerztherapien etc. Deren Budget gibt bestimmte Behandlungen nicht her.“* (s. dazu auch Abschnitt „DRG“)

Mehrere Befragte sehen in der gesetzlichen Verpflichtung des Arbeitgebers zur Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements eine erhebliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die sich positiv auf die Motivation auswirken könne. Sie wünschen sich zur **Entlastung** (148) außerdem eine psychosoziale Betreuung, z.B. in Form einer kostenlosen Notruf-Hotline, wo Hilfe bei Überforderung und Belastungssituationen angeboten und ein schneller Zugang zu Psychotherapeuten vermittelt werde. Die Befragten schlagen ein jährliches psychologisches Screening vor und *„im Pflegealltag sollte immer ein Psychologe oder Seelsorger zugegen sein, der die Menschen unterstützt und bei Bedarf angesprochen werden kann. Auch von Angehörigen mit Nöten und Sorgen“*.

Des Weiteren sei die kostenlose oder vergünstigte Nutzung von betriebsinternen und externen Physiotherapie-, Sport- und Freizeitangeboten, Ernährungsprogrammen sowie Achtsamkeitstrainings *„treu dem Motto: Prävention anstelle von Krankheit“* anzubieten. Außerdem sei eine 30-minütige wöchentliche Auszeit für Massagen, Entspannungsübungen, Yoga etc. während der Arbeitszeit begrüßenswert. Den Befragten ist ein ansprechendes, sauberes Arbeitsumfeld, eine moderne Ausstattung mit genügend Sitzgelegenheiten in den Besprechungsräumen, als Ruheräume konzipierte Aufenthaltsräume (z.B. mit Massagesessel, Pausensnacks, Getränken) und gesundes Personalesen wichtig.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Zur Kategorie **Aus-, Fort- und Weiterbildung** fanden sich 279 Codierungen in den Kommentaren der Umfrageteilnehmer. Aus Sicht der Befragten ist die Pflegeausbildung an das europäische Niveau anzupassen, damit sie überall in Europa anerkannt werden kann. Zudem seien die Zugangsvoraussetzungen auch im Sinne der gesellschaftlichen Anerkennung zu erhöhen. Ein Hauptschulabschluss wird hierbei als unzureichend betrachtet. Der Großteil der Befragten vertritt die Auffassung, die Akademisierung in der Pflege konsequent umzusetzen, zu fördern und für akademisch qualifizierte Pflegenden entsprechende Einsatzorte zu schaffen. Es gelte bessere Entwicklungsperspektiven und Karrierechancen zu etablieren. Einerseits wird gefordert, Nachqualifizierungsmaßnahmen in der Altenpflege anzubieten, damit Interessierten mit praktischen Vorerfahrungen auch in einer verkürzten Ausbildungszeit der Berufsabschluss zur Altenpflege gelingen kann. Andererseits sei das

Ausbildungsniveau zu erhöhen, um sogenannte „*Gesundheitsexperten*“ zu qualifizieren. Hierfür wird mehrfach die Ausbildung zur „*Fachfrau Gesundheit*“ in der Schweiz angeführt, bei der ein mehrstufiges Kompetenzmodell hinterlegt ist und die verschiedenen Qualifizierungsstufen sich hinsichtlich Kompetenz und Bezahlung unterscheiden. Insgesamt seien Zusatzqualifikationen, die mit mehr Verantwortung einhergehen, auch finanziell stärker zu würdigen (s. Abschnitt „*Vergütung*“). Lediglich ein geringerer Anteil spricht sich für die Senkung der Zugangsvoraussetzungen aus, dennoch sei das momentane Einstellungskriterium: „*kann laufen*“. Einige der Befragten fordern die Abschaffung der generalisierten Ausbildung, denn für „*Wiedereinsteiger sowie für Kollegen ohne Abitur stellt die neue Ausbildung zum generalisierten Gesundheitspfleger eine zu hohe Hürde dar!*“ Andere Befragte finden die generalisierte Ausbildung gut, schätzen jedoch den Ausbildungszeitraum von drei Jahren als zu kurz ein.

Des Weiteren wurden zur **Ausbildung** folgende Vorschläge gemacht:

- Praktikum vor Beginn der Ausbildung (Dauer 3 Monate)
- Auszubildende nicht als Vollzeitkraft im Dienstplan verplanen
- Maximal 10 Dienstage in Folge
- Maximale Arbeitszeit von 160h/ Monat
- „Selbstpflege“ als Pflichtfach etablieren
- Keine Praxiseinsätze während den Unterrichtsblöcken
- Einheitliche Regelung für die Praxisanleitung in den Betrieben und Schaffung eines Mentoren-Programms
- Koordination der Praxiseinsätze durch PraxisanleiterInnen
- Mindestens zweimal pro Praxiseinsatz ausführliche Anleitungssituation mit Vor- und Nachbereitung als gezielte Prüfungsvorbereitung
- Gerontopsychiatrie als Schwerpunkt in das Ausbildungscurriculum aufnehmen
- Erhöhung des Ausbildungsgehalts
- Tagespflegeeinrichtungen sollten vermehrt Ausbildungsplätze vorhalten
- Angebot von Vollzeitstellen nach Ausbildungsende erhöhen

Zum Thema **Fortbildung** forderten einige der Befragten eine definierte Anzahl an Mindestfortbildungsstunden innerhalb eines bestimmten Zeitraums. In Bezug auf das Thema Dienstplangestaltung scheine ein Wissensdefizit vorzuliegen, welches mit **Weiterbildungen** behoben werden könne. Ein Beschäftigter aus einer stationären Einrichtung macht mit folgendem Zitat darauf aufmerksam, dass bei der Dienstplangestaltung offenbar eine Lücke besteht: „*Weiterhin muss sukzessive der Bruttopersonalschlüssel in einen Nettopersonalschlüssel verändert werden. Bis dato sind Urlaubs-, Fortbildungs- und Krankheitstage als Tage der Anwesenheit erfasst und die Verbleibenden am Arbeitsplatz erfahren Arbeitsverdichtung, während der Bewohner selbst nur Stress erfährt, da die Mitarbeiter keine Zeit mehr haben.*“

Selbstpflege und Erholung

Mitarbeitenden in den Pflegeberufen wünschen sich aufgrund der erhöhten physischen und psychischen Belastung sowie zur Burnout-Prophylaxe zusätzliche Erholungszeiten durch die Verringerung der wöchentlichen Arbeitszeit oder durch mehr Urlaubstage pro Jahr. Die Ideen reichen von 30 bis 40 Tagen Urlaub pro Jahr oder zwei Tagen zusätzlichem Urlaub für Beschäftigte, die ausschließlich im Nachtdienst tätig sind. Des Weiteren sei ein Anspruch auf drei Urlaubswochen zusammenhängend, einem freien Wochenende vor oder nach jedem Urlaub sowie die Verpflichtung immer nur 50% des Jahresurlaubs im Voraus verplanen zu müssen erforderlich. Vorgeschlagen wird auch ein verpflichtender Freizeitausgleich für das Arbeiten an Feiertagen und Wochenenden. Pausen und Erholungszeiten seien einzuhalten, regelmäßiges Einspringen aus dem Dienstfrei müsse vermieden werden. Die Pflegenden seien an mindestens zwei Wochenenden pro Monat und mindestens 48 Stunden im Anschluss an einen Nachtdienst im Dienstfrei zu planen. Mitarbeitende ohne Krankheitsfehlzeiten seien mit mehr Freizeit zu belohnen und Sabbatzeiten sollten ermöglicht werden.

Zur Gesunderhaltung seien Angebote für eine ausgeglichene Work-Life-Balance und zur **Selbstpflege** im Sinne eines Coachings begrüßenswert. Es seien regelmäßig verpflichtende Supervisionsangebote mindestens einmal pro Monat getrennt für Pflegende und Ärzte anzubieten. *„Supervision zur Pflicht machen, da wir Menschen mit Menschen arbeiten und immer wieder mit Themen wie Verantwortung, Fürsorge, Kommunikation, Teamentwicklung, Gewalt und Trauer und Tod u.a. Themen wie Angehörigenarbeit in Berührung kommen.“* Die Supervisionsangebote könnten als Gruppen- und als Einzelveranstaltungen realisiert werden und trügen zur Bearbeitung von Konflikten im Team und bei Problemen mit Klienten bei und würden bei der Verarbeitung von belastenden Situationen im Pflegealltag. *„Wenn Pflegekräfte sich selbst gut pflegen, können sie gute Pflege leisten und Freude und Spaß an ihrem Beruf haben“* helfen.

3.4 Makroebene: Entlohnung, Kontrollen und politische Implikationen

Vergütung

Die mit Abstand meisten Codierungen beziehen sich auf das Thema **Vergütung** (857). Die Vergütung wird als eine der wichtigsten Stellschrauben bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen bewertet. Nach Sicht der Befragten ist die Vergütung, die einer Berufsgruppe zuteilwird, Ausdruck von Wertschätzung. Die Pflegenden fordern die Anhebung der Löhne ganz besonders für Altenpflegekräfte, Hilfskräfte und allen anderen, an der pflegerischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen. *„Mehr Anerkennung durch bessere Bezahlung“* sowie eine Gleichstellung der Vergütung von Altenpflege- und Gesundheits- und Krankenpflegekräften.

Besonders häufig (444) sind Wünsche und Anmerkungen zum Thema höhere **Entlohnung** zu finden:

- Verantwortungsangepasste, deutlich höhere Entlohnung (500€-800€ Netto, 2.800€-4.000€ Netto pro Monat)
- Erhöhung des Stundenlohns (14€ - 18,50€)
- Vergütung nach Qualifikation und Einsatzbereitschaft
- zusätzliche Vergütung von Weiterbildungen (z.B. Praxisanleitung oder Wundmanagement)
- Höhere Zulagen für die Arbeit an Wochenenden, Feiertagen, Rufbereitschafts- und Nachtdienste
- Höhere Zulagen in gefährdenden Bereichen (z.B. Psychiatrie)
- Höhere Zulagen für das kurzfristige Einspringen aus dem Dienstfrei, oder das Arbeiten in unterbesetzten Teams
- Anhebung der Vergütung beim Nichtbesetzen von Diensten um 50% bis 150% in Abhängigkeit von der Anzahl an unbesetzten Stellen
- Anhebung der Überstundenvergütung
- Finanzierung von Überstunden bei Beschäftigten im Minijob
- Überführung von Überstunden in ein Langzeitarbeitskonto mit Maximalgrenzen
- Leiharbeiter nicht höher als festangestellte Beschäftigte vergüten

Weitere Pflegende wollen eine generelle Gehaltserhöhung von mindestens 25-30% oder schlagen eine **Vergütung** von 100% bei einem Beschäftigungsumfang von 75% bis 80% vor. Darüber hinaus sollten Arbeitgeber verpflichtet werden, die zur Verfügung stehenden Finanzmittel der unbesetzten Stellen auf die vorhandenen Beschäftigten zu verteilen. Von ambulanten Pflegediensten wird gefordert, den bundesweit gültigen Mindestlohn bei allen Pflegefachkräften nicht zu unterschreiten. Einige der Befragten fordern bundeseinheitliche Regelungen für Gehälter und Zulagen und einen bundesweit verbindlichen Tarifvertrag für die Kranken- und Altenpflege nach dem Vorbild des öffentlichen Dienstes, der für private Anbieter gleichermaßen gilt. Darin wird eine Möglichkeit gesehen, das Ost-West Lohngefälle zwischen den Beschäftigten zu beenden. Ein weiterer Vorschlag bezieht sich auf ein Bonusprogramm für gute Arbeitsergebnisse und eine hohe Kundenzufriedenheit. Darüber hinaus könnte an die Beschäftigten, die keine krankheitsbedingten Ausfälle in einem bestimmten Zeitraum aufweisen, besondere Einmalzahlungen erfolgen oder bei null Fehlzeiten pro Monat einen Tag Freizeitausgleich vergeben werden.

Ein zusätzlicher Anreiz wird in dem Angebot bestimmter Vergünstigungen, wie z.B. die Steuerfreiheit von Zulagen oder dem Erlassen von Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung bis hin zur allgemeinen Steuerentlastung in sozialen Berufen gesehen. *„Zudem könnte man Angehörigen von Gesundheitsberufen die Beiträge zur Pflegeversicherung ersparen, da diese ja bereits Ihren Beitrag durch Arbeit leisten.“* Die Senkung der anfallenden Steuern bei Überstunden wird angeregt, denn aufgrund einer höheren Versteuerung der zusätzlich erbrachten Arbeitsstunden wird darin kein Anreiz gesehen. Eine weitere Idee der Pflegenden

ist die Verbeamtung, ähnlich wie bei den Mitarbeitern in den Berufsfeuerwehren oder der Polizei. *„Ich bin der Meinung, wenn auch Pflegekräfte verbeamtet werden, dann bekommt der Beruf ein anders Ansehen und wird wieder interessanter in der Gesellschaft!“* Außerdem wären Vergünstigungen im öffentlichen Nahverkehr, bei Parkgebühren während der Arbeitszeit, beim Besuch von öffentlichen Einrichtungen wie Schwimmbädern, Museen, Sportvereinen oder den regelmäßig wiederkehrenden Beiträgen der GEZ oder dem Kauf eines E-Bikes vorstellbar.

Wegen der hohen physischen und psychischen Belastung von Pflegenden beziehen sich weitere Vorschläge (87) auf ein früheres Renteneintrittsalter. Für jeden der mindestens 12 Jahre in der Pflege beschäftigt war, könnte das Renteneintrittsalter stufenweise herab gesetzt werden. Das von den Befragten bevorzugte Renteneintrittsalter liegt zwischen dem 55. und dem 63. Lebensjahr. Eine Idee zur Finanzierung des früheren Renteneintritts sieht ein Befragter in einem *„Bundespflege Langzeitkonto“*, in dem Überstunden in einen Geldwert umgewandelt und auf den Renteneintritt angerechnet werden könnten.

Staatliche Finanzierung von Gesundheit

Zur **Finanzierung des Gesundheitswesens** machten 71 Befragte den Vorschlag, das Gesundheitssystem zu entprivatisieren und nach dem skandinavischen steuerfinanzierten Modell zu verstaatlichen. In der Konsequenz würde dadurch die Gewinnorientierung abgeschafft und alle Beschäftigten des Gesundheitssektors dem öffentlichen Dienst zugeordnet. Damit läge die Verantwortung für die pflegerische Versorgung im ambulanten, akut- und vollstationären Bereich in der kommunalen Hand. Hierzu wird weiter ausgeführt, dass *„Gesundheit und gute Pflege“* keinen Warencharakter haben dürfe und ein Befragter macht darauf aufmerksam: *„[...] dass viele Pflegekräfte in der Pflege bleiben würden, wenn sie mehr Wertschätzung erhalten würden und das Gefühl, in einem System zu arbeiten das für den Kranken da ist und nicht für den Investor“*.

Eine andere Möglichkeit wird von den Pflegenden in der Deckelung der Gewinne gesehen, denn *„ein sensibler Ort der Heilung darf kein gewinnorientierter Wirtschaftsbetrieb sein“*. Nach diesem Vorschlag wäre eine Kapitalbildung im Gesundheitssektor nur bis zu einer bestimmten Höhe zulässig und Überschüsse für die Finanzierung des Pflegepersonals einzusetzen. Eine weitere Alternative wird in der Einführung einer Pflegesteuer ähnlich der Kirchensteuer gesehen.

Im Finanzierungssystem der Krankenhäuser sollen nach Meinung der Befragten eigene Abrechnungspauschalen für pflegerische Leistungen eingeführt und dadurch Mittel für die Finanzierung von Pflegekräften erwirtschaftet werden (s. Abschnitt „DRG“). Darüber hinaus wird die Einführung eines Belohnungssystems für Kliniken vorgeschlagen und die Investitionskostenförderung in den Kliniken sei zu erhöhen. *„Krankenhäuser sollen Belohnungsvergütung bekommen, wenn sie besonders präventiv arbeiten und letztlich weniger Patienten ins Krankenhaus kommen.“* Für den vollstationären Sektor wurde

Transparenz und eine „klare Aufschlüsselung, wieviel Geld in die personelle Ausstattung der Pflege aus den Heimbeiträgen fließen muss“ verlangt.

Weitere Vorschläge beziehen sich auf die Anhebung des Pflegeversicherungsbeitrags in Höhe von 0,5 bis 1%, um damit Löhne von Pflegenden zu refinanzieren sowie die „Anhebung des paritätischen Krankenversicherungsbeitrags unter Aufhebung der Beitragssatzstabilität und darüber eine Anpassung und Finanzierung der Pflegegehälter“.

Gesetzgeberische Handlungsoptionen

Einige der Kommentare (66) enthalten Ideen oder Hinweise, woraus sich evtl. eine gesetzgeberische Handlungsoption ableiten lässt. Die Befragten regen an, verlässliche Gesetzesvorgaben zum Personalschlüssel und zur Dienstplangestaltung zu erlassen und deren Umsetzung regelmäßig zu überprüfen. Zusätzlich wünschen sie sich eine konsequente Überwachung zur Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes (s. Abschnitt „Kontrollen“). Darüber hinaus sehen die Befragten beim Arbeitszeitgesetz aber auch Reformbedarf und thematisieren einen Widerspruch hinsichtlich der Vorgaben zur Mindestruhezeit, zwischen dem Spät- und dem Frühdienst einerseits und der regelmäßig notwendigen Übernahme von Wechselschichten (Spät-Frühdienst) andererseits. Sie schlagen vor, Wechselschichten zwischen dem Spät- und dem Frühdienst zu verbieten, oder die Mindestruhezeit im Gesetz aufzuheben. Im Übrigen erklären die Befragten, dass es eine gesetzlich definierte Obergrenze bei der verplanten Arbeitszeit geben müsse, um Überplanungen von Mitarbeitenden zu vermeiden. Überdies wird eine gesetzliche Festlegung zur maximalen Anzahl an Überstunden in Anhängigkeit vom Alter vorgeschlagen.

Zur Entlastung der Personalsituation in Kliniken wird eine weitere Idee eingebracht: „Wir würden uns eine Regelung wünschen, die uns erlaubt medizinisches Personal, das in der Ausbildung nicht die Erlaubnis zur Venenpunktion erlangt hat, auf einer festzulegenden Basis nachqualifizieren zu dürfen. Die Ärztekammern bieten solche Weiterbildungsmöglichkeiten an; die derzeitige Sicht des BMG's steht der Nutzung dieser Möglichkeit entgegen“.

Im Bereich der Kliniken wird die Empfehlung gemacht, eine Notaufnahmegebühr zur Eindämmung des Patientenaufkommens einzuführen, damit sich auf ernsthaft erkrankte Menschen konzentriert werden könne.

Des Weiteren schlagen die Befragten vor, Prämienzahlungen zur Anwerbung neuer Mitarbeitenden in den Kliniken zu verbieten, denn dadurch werde ambulantes Pflegepersonal zum Wechsel aus dem Pflegedienst in ein Krankenhaus animiert. Leiharbeit sei gesetzlich zu reglementieren.

Einige der Befragten fordern einen verstärkten gesetzlichen Schutz vor An- und Übergriffen (verbal oder körperlich) seitens der Patienten.

Immer mehr Menschen mit kognitiven Einschränkungen gehören zum Patientenklitel in den Kliniken, deren Versorgung besondere Anforderungen an die Pflegekräfte und Kliniken

stelle. Deswegen schlagen die Pflegenden vor, Kliniken ohne Demenzkonzept zu sanktionieren.

Ferner wird der Wunsch geäußert die Höhe der Vergütungen im Bereich des SGB V anzuheben. Nach Sicht der Befragten müssen Hilfenetzwerke, Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie ein voller Gehaltsausgleich, gute Pflegeberatung und mehr Unterstützung im häuslichen Umfeld für pflegende Angehörige geschaffen werden. Gemeindenahe Gesundheitszentren könnten dabei unterstützend wirken. Weiterhin besteht der Wunsch das Pflegegeld zu erhöhen und das Leistungsangebot im ländlichen Raum zu stärken. Ferner werden mehr Wohngruppen für Menschen mit kognitiven Einschränkungen und mehr Tagespflegeplätze für unter 60-jährige Pflegebedürftige gebraucht. Im ländlichen Raum wird die Verfügbarkeit des Leistungsangebots sowie die Vorhaltung von Pflegeheimen mit einer niedrigeren Platzanzahl für wichtig befunden. Aus Sicht der Pflegenden bedarf es, zur Finanzierung eines Pflegeheimplatzes, eine bundesweit geltende Regelung zur Festsetzung der Höhe des Eigenanteils. Im Bereich der ambulanten Pflege fordern die Befragten eine Anhebung der Vergütungssätze bei behandlungspflegerischen Leistungen (SGB V).

Hinsichtlich der Pflegeversicherung wird angeregt die Pflegesachleistungen zu erhöhen. Dabei sei ein Inflationsausgleich zu berücksichtigen und ein verbindlicher Faktor (bspw. 2,5) zu definieren, der das Verhältnis des Pflegesachleistungsbetrags zum Pflegegeld beschreibt.

Ausländische Pflegekräfte

Ein weiterer Aspekt, der von den Befragten häufig thematisiert wird, ist der Umgang mit **ausländischen Pflegekräften** (48 Codierungen). Es sei problematisch, dass sich die Ausbildung teilweise stark von deutschen Standards unterscheide und eine bessere Überprüfung der vorliegenden Qualifikationen deshalb unerlässlich. Eine offizielle Examensprüfung könne hier Abhilfe schaffen und für eine bundesweit einheitliche Regelung sorgen. Dies könne auch dazu beitragen, die als sehr langwierig und kompliziert kritisierten Anerkennungsverfahren zu beschleunigen. Die schwierige Anerkennung von Abschlüssen wird gerade auch von ausländischen Pflegekräften kritisiert, die in ihrem Heimatland häufig ein entsprechendes Universitätsstudium absolviert haben und dort viel stärker in die medizinische Versorgung von Patienten eingebunden sind.

Die fachliche Eignung ist aus Sicht der Befragten jedoch nur ein Baustein. Darüber hinaus werden weitere Anforderungen genannt, die eine ausländische Pflegekraft erfüllen müsse, um im deutschen Gesundheitssystem arbeiten zu können. Dazu gehöre in erster Linie das Beherrschen der deutschen Sprache in Wort und Schrift. Dies sei allein schon notwendig, um den umfangreichen Dokumentationspflichten angemessen nachkommen zu können. Weitaus dramatischer wirke sich eine mangelnde Sprachkompetenz jedoch auf die Versorgung von Patienten aus. Misslingt die Verständigung mit KollegInnen und PatientInnen resultiere daraus die Gefahr, dass es zu Missverständnissen komme und dadurch die Versorgungsqualität insgesamt leide. Gerade bei großem Stress und in Notfällen

müsse stets eine reibungslose Zusammenarbeit und Aufgabenverteilung gewährleistet sein, da Fehler in solchen Situationen schlimme Konsequenzen nach sich ziehen könnten: *„Hindernis ist nun mal die Sprache. Besonders in NOTSITUATIONEN und bei einer Reanimation...da spricht keiner Hochdeutsch und langsam“*. In den ausgewerteten Antworten werden dementsprechend häufig verpflichtende Sprachkurse gefordert.

Daneben sei es für die ausländischen Pflegekräfte aber auch wichtig, sich mit der deutschen Kultur und den hiesigen *„Gepflogenheiten“* vertraut zu machen. Angesichts der enormen Anforderungen, die es bei der erfolgreichen Integration in den Pflegealltag zu berücksichtigen gelte, wird in einigen Antworten für eine zentrale Ausbildung vor dem Einsatz in Kliniken plädiert. Eine mexikanische Pflegekraft, die derzeit in Deutschland arbeitet, fordert zudem eine mehrmonatige Anlernzeit in den jeweiligen Einrichtungen, da sich die Aufgaben und Abläufe von denen ihres Herkunftslands teilweise erheblich unterscheiden. Um Pflegekräfte besser auf ihre Tätigkeit vorzubereiten, wird auch eine verstärkte Kooperation von Deutschland mit den unterschiedlichen Bildungseinrichtungen der jeweiligen Länder angeregt.

Jenseits der praktischen Arbeit in den Einrichtungen, brauche es auch Unterstützung im Alltag. Vielen **ausländischen Pflegekräften** falle es schwer sich in Deutschland zurechtzufinden. Hier könnten beispielsweise die KollegInnen im Betrieb und lokale Netzwerke, die bei der Integration behilflich sind, wertvolle Dienste leisten. Um sich wirklich heimisch zu fühlen, müsse die Politik aber auch über Regelungen zum Familiennachzug nachdenken, wie die bereits zitierte mexikanische Pflegekraft anmerkt. Sind alle Voraussetzungen erfüllt, seien ausländische Pflegekräfte eine wichtige Stütze des deutschen Gesundheitssystems und die kulturelle Vielfalt eine Bereicherung für die Einrichtungen. Einige der Befragten geben jedoch zu bedenken, dass bei all diesen Überlegungen die Situation in den jeweiligen Heimatländern der Menschen ausgeblendet und die ethische Dimension derartiger Maßnahmen nicht ausreichend berücksichtigt werde: *„bei der Anwerbung ausländischer Kollegen auch die Pflegesituation in deren Ländern berücksichtigen! Es sollte nicht die Situation eintreten, dass wir dort jeweils neue Pflegenotstände schaffen...“*

Kontrollen

Zur Kategorie **Kontrollen** finden sich 66 Codierungen. Aus Sicht vieler Umfrageteilnehmer sollten die Arbeitsbedingungen in den jeweiligen Einrichtungen stärker und öfter kontrolliert werden. Viele wünschen sich, dass dafür extra eine unabhängige Prüfinstanz etabliert werde, die dafür Sorge trage, dass Regelungen und Tarifverträge eingehalten werden. Dazu zählten u.a. die wöchentliche Höchstarbeitszeit, die Einhaltung von Pausenzeiten, Regeln für Sonn- und Feiertagsarbeit sowie für geleistete Überstunden. Alternativ wird vorgeschlagen, dass die entsprechenden **Kontrollen** auch durch den Regierungsbezirk, die Heimaufsicht, externe Experten oder den MDK durchgeführt werden könnten. Überwiegend wird jedoch eine unabhängige staatliche Lösung bevorzugt: *„Pflege und die Kontrolle sollte komplett dem Staat unterliegen.“*

Um das Patientenwohl nicht zu gefährden, müsse zudem die Einhaltung der vorgeschriebenen Personalschlüssel regelmäßig überprüft werden. Gleiches gelte auch für die Einhaltung von Verfahrensanweisungen, Expertenstandards und Hygienebestimmungen. Es müsse stets gewährleistet sein, dass notwendige Geräteeinweisungen stattfänden und die Pflegekräfte für die ihnen zugewiesenen Aufgaben ausreichend qualifiziert seien. Ein Umfrageteilnehmer fordert deshalb, *„dass alle pflegerischen und medizinischen Unternehmen zur Zertifizierung nach DIN ISO 9001“* verpflichtet werden müssten. Die derzeitigen Überprüfungen durch den MDK werden als wenig zielführend angesehen, da die zugrundeliegenden Prüfkriterien nicht geeignet seien: *„Wieso stülpt man eine Schablone aus Erwartungen über ein System von dem man weiß dass es die Standards nicht erfüllen kann?“*. Zudem sei auch der falsche Personenkreis für die Prüfungen zuständig. Mitarbeiter des MDK dürften keine *„Fachfremden oder Verwaltungsangestellte“* sein, sondern ausschließlich erfahrene Pflegekräfte und Ärzte. Ob eine neutrale und unabhängige Prüfung durch den MDK möglich sei, wird aufgrund der Nähe zu den Krankenkassen ebenfalls angezweifelt. Eine weitere Kontrollinstanz sei deshalb zur Prüfung von Kranken- und Pflegekassen notwendig, deren Vorgaben teilweise als realitätsfremd und willkürlich empfunden werden und zu stark einer wirtschaftlichen Handlungslogik verpflichtet seien: *„Generell bedarf es wohl auch dringend einer gezielten staatlichen Kontrollinstanz für die Kranken- und Pflegekassen, um deren Wirtschaftlichkeit zu überwachen und der Willkür entgegenzuwirken.“*

Bei all diesen Maßnahmen sei es unerlässlich, Verstöße auch wirklich zu ahnden. Es müsse schnell *„auf festgestellte Verstöße, unrealistische Abrechnungen und augenscheinlich Arbeitsrechtverletzungen“* reagiert und Strafen verhängt werden. Dazu gelte es alle Kompetenzen an einer Stelle zu bündeln und vorhandene Doppelstrukturen von MDK und Heimaufsicht abzuschaffen. Die derzeitigen Sanktionsmöglichkeiten reichten zudem bei weitem nicht aus, um eine abschreckende Wirkung zu entfalten und müssten entsprechend angehoben werden. Speziell im stationären Sektor sei es zudem wichtig, dass die Rechte und Aufgaben der Heimaufsicht gestärkt würden. Andere bemerken hingegen, dass eine Bestrafung nicht der richtige Weg sei. Sie plädieren für ein mehr an Beratung und eine engmaschige Begleitung der Einrichtungen bei notwendigen Veränderungsprozessen. Man wünsche sich *„eine verstärkte Prüfung der Ergebnis-Qualität und mehr partnerschaftlich-praxisnahe Beratung der Aufsichtsbehörden“*. Dies gilt aus Sicht der meisten Befragten jedoch primär für Verstöße bei den Arbeitsabläufen, nicht bei Verstößen gegen das Arbeitsrecht und den Arbeitsschutz. Es sei entscheidend, *„die verantwortlichen Personen Verbände, Träger Geschäftsführer in Verantwortung zu nehmen damit die Rahmenbedingungen einen Prozess ermöglichen und damit eine Ergebnisqualität im Sinne der Verbraucher.“*

Unabhängig von den Konsequenzen bei Verstößen, müssten **Kontrollen** ohne Vorankündigung stattfinden. Zudem sollten (anonyme) Mitarbeiterbefragungen beim Prüfprozess eine stärkere Rolle spielen: *„Hier wäre wichtig dass die Mitarbeiter auch mal befragt werden würden, und zwar nicht die, die die Begutachtung mitmachen (meistens*

Pflegedienst- oder Wohnbereichsleitungen) sondern die, die gerade im Dienst arbeiten (Schichtleitung, Fachkräfte, Hilfskräfte und Azubis usw.)“

Diagnosis Related Groups (DRG)

Starke Kritik wird an den **DRGs** (33) geäußert. Das Primat betriebswirtschaftlicher Interessen sei im Gesundheitswesen unzulässig (s. Abschnitt „Staatliche Finanzierung von Gesundheit“) und eine massive Reform des **DRG**-Fallpauschalen-Systems somit unausweichlich. Ein großer Anteil der Befragten fordert sogar die komplette Abschaffung des Systems: *„Solange dieses Abrechnungssystem existiert wird es in der Pflege keine Verbesserungen geben.“* Aus Sicht der Befragten ist ein neues Abrechnungssystem Grundvoraussetzung, *„damit der Patient auch wieder gesund gepflegt werden kann und nicht noch am selben oder nächsten Tag wieder eingeliefert wird mit neuer Diagnose.“* Ziel müsse es sein *„wieder zu einem menschenwürdigen Umgang zurückkommen“*, der in der momentanen Situation nicht immer gewährleistet sei. Das Problem wird darin gesehen, dass pflegerelevante Leistungen bei der Berechnung dieser Pauschalen keinerlei Berücksichtigung fänden. Eine Pauschalisierung sei zudem grundsätzlich abzulehnen. Es sei vielmehr eine *„Individuelle Berechnung mit Beachtung des Alters und des Allgemeinzustandes der Person!“* notwendig. Ein Umfrageteilnehmer fordert deshalb, die *„Abbildung der gesamten pflegerelevanten Leistungen in einem eigenen Entgeltsystem außerhalb der Kompletpauschale.“*

Eine Minderheit könne sich aber auch eine Anpassung des Systems vorstellen: *„Wir müssen das DRG-System also nur entsprechend anpassen. Es dürfen nicht mehr nur allein ärztliche Entscheidungen und Stellen honoriert und protegirt werden. Welche ärztliche Tätigkeit kann denn ohne eine Pflegekraft ausgeführt werden. Meist wird sogar ein ganzes Behandlungsteam benötigt. Das muss sich auch in der Finanzierung wieder spiegeln.“* Zudem müsse die Zeit für die Maßnahmen realistisch berechnet werden. Dazu sei es notwendig, dass mehr Zeit für jeden einzelnen Pflegeschritt zur Verfügung stehe und auch Zeit für präventive Maßnahmen berücksichtigt werde.

4. Good Practice Modelle

In den 1.233 Kommentaren fanden sich nur wenige Aussagen (23) zu **Good Practice** Modellen in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und in Krankenhäusern. Ein paar Kommentare beschreiben ausführliche Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege, jedoch sind die Pflegesettings leider nicht immer eindeutig identifizierbar. Die Good Practice Ansätze sind sehr unterschiedlich und es existiert kein allgemeingültiges Konzept. Das liegt daran, dass sich die Bedarfe der einzelnen Einrichtungen und auch die Rahmenbedingungen zum Teil erheblich unterscheiden und deshalb immer individuelle Lösungen gesucht und gefunden werden müssen.

Am häufigsten werden Maßnahmen zur **Dienstplangestaltung**, dem **Personaleinsatz** und den **Arbeitszeiten** beschrieben. An zweiter Stelle folgen Aussagen zu **betrieblichen Vergünstigungen** und zu Maßnahmen der **betrieblichen Gesundheitsförderung** i.R. des

betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Weiterhin sind Maßnahmen, die zur **Motivationsförderung** und der **Verantwortungsübernahme** der Pflegenden, zum **Wissensaufbau** sowie zum **Teambuilding** beitragen von Relevanz. Im Gegensatz zur gesamten Vorauswertung aller Kommentare spielt das Thema Vergütung nur eine untergeordnete Rolle.

Die verlässliche Dienstplangestaltung und der transparente Personaleinsatz, bei dem individuelle Wünsche der Mitarbeiter berücksichtigt werden, scheinen Dreh- und Angelpunkt der meisten **Good Practice** Modelle zu sein. Dabei steht oft die Eigenverantwortung bei der Gestaltung des Dienstplans im Vordergrund. Eine Pflegende äußert sich hierzu wie folgt: *„Durch unsere Eigenverantwortung beim Dienstplan haben wir mehr Selbstbestimmung, mehr Freiheit, eine größere Bindung und Verantwortungsgefühl und eine ausgeglichene Work-Life-Balance“*. Weiterhin werden die vorausschauende Planung und Vorlage des Dienstplans z.B. einen Monat im Voraus mehrfach thematisiert.

Zur Personaleinsatzplanung gibt es ebenfalls erfolgreiche Beispiele. Mitarbeiter die kurzfristig bei zusätzlichen Diensten einspringen, erhalten hier eine zusätzliche Vergütung in Höhe von 30 Prozent. In einem anderen Betrieb können Mitarbeiter eines sogenannten „E-Teams“, die bereit sind kurzfristig einzuspringen, webbasiert selbständig ihre Einsatzplanung vornehmen, oder können sich als Mitglied eines „Flex-Pool“ selbst aussuchen, wann sie arbeiten möchten. Voraussetzung dafür ist, dass sie bereit sind an drei Standorten des Trägers eingesetzt zu werden. Durch derartige Springerpools können Krankheitsausfälle kompensiert und die Mitarbeiterzufriedenheit erhöht werden. Darüber hinaus bietet dieser Betrieb Wunschdienstpläne an, die für einen Monat oder dauerhaft gelten. In einem Kommentar wird beschrieben, dass keine Wechselschichten erbracht werden müssen und die Wochenenden vor oder nach einem Urlaub immer dienstfrei sind.

In einer weiteren Pflegeeinrichtung wird ein *„hauseigener“* Seelsorger für die Mitarbeiter beschäftigt, der die Beschäftigten in Team- und Einzelgesprächen bei psychischen Belastungen im Pflegealltag unterstützt. Getreu dem Motto *„Eure Gesundheit und euer Wohlbefinden ist uns wichtig – ihr seid uns wichtig“* wurde gemeinsam mit dem Seelsorger eine Broschüre zur Mitarbeiterunterstützung entwickelt. Ein Angebot mit ähnlichem Inhalt wird in einer **Klinik** in Dortmund angeboten. Dort können die Mitarbeiter eine externe telefonische, online-basierte oder face-to-face Beratung zur Förderung der psychischen und physischen Gesundheit in Anspruch nehmen.

In einem anderen **Good Practice** Beispiel wird geschildert, dass die Kosten des Führerscheins bei einer Altenpflegeausbildung übernommen werden und der Betrieb auf Wunsch eine Betriebsrente zahlt. Darüber hinaus können die Mitarbeiter Schwimmbad, Sauna, Infrarotkabine und Klangsitzungen ebenso wie Parkplätze kostenlos nutzen.

Ein **ambulanter Dienst** in der Region Münster hat flache Hierarchien etabliert, beschränkt Teildienste nach Möglichkeit auf zwei bis drei pro Monat und versucht durch Teambuildingmaßnahmen die Beschäftigten an den Pflegedienst zu binden. Unter dem

Motto „Ferienspiele“ bietet ein weiterer Betrieb, der sich als Familienunternehmen versteht, die kostenfreie Betreuung von „Mitarbeiterkindern“ während der Schulferien an.

In den Kommentaren gab es auch Aussagen zu den übergeordneten Rahmenvorgaben. In NRW wurde durch den Abschluss von Gesamtversorgungsverträgen einigen stationären Einrichtungen ermöglicht, ambulante pflegerische Leistungen im Quartier anzubieten. Dadurch konnten den Pflegekräften Vollzeitstellen angeboten werden, was im Schichtdienstbetrieb einer stationären Einrichtung nicht möglich gewesen wäre.

Ein **Klinikum** in Nürnberg bietet mehrere Kindertagesstätten, eine zusätzliche sozialpädagogische Betreuung der KrankenpflegeschülerInnen zur Minimierung der Abbruchquote in der Ausbildung, flexible Arbeitszeitmodelle durch Springerpools, ein vielfältiges BGM Angebot und Einkaufsvergünstigungen an. Kooperationen mit Pflegestudiengängen werden zur Akquise neuer Mitarbeiter genutzt. Darüber hinaus werden diverse Werbeaktivitäten im In- und Ausland sowie Imagefilme zur Mitarbeiterakquise eingesetzt.

In Mülheim an der Ruhr bieten ein **ambulanter Pflegedienst** und eine angegliederte **Tagespflege** (170 Mitarbeiter) eine Vielzahl an unterschiedlichen Maßnahmen an. Sie reichen von einem eigens entwickelten ambulanten Kostensatz im Jahr 2012, der Übernahme berufsfremder Tätigkeiten durch zusätzliches Personal, den Einsatz von zwei Pflegenden bei z.B. übergewichtigen Klienten und der bedürfnis- und wunschorientierten Dienstplanung. Darüber hinaus ist ein Germanist für den Sprachunterricht von Pflegenden mit Migrationshintergrund (MitarbeiterInnen aus 20 verschiedenen Nationen) angestellt und eine pflegerische Mitarbeiterin mit einer Zusatzqualifikation zur Erzieherin übernimmt in den Schulferien die Kinderbetreuung. Zusätzlich werden eine betriebliche Altersvorsorge, eine Zusatzkrankensversicherung, auf Wunsch ein Firmenwagen oder Firmenfahrrad, Arbeitszeitkonten, Warengutscheine, Arbeitnehmerkredite und während der Dienstzeit bereitgestellt. Derzeit werden sogenannte Selbstverwaltungsteams (ähnlich dem Modell Buurtzorg aus den NL) geplant, in denen zwei Pflegekräfte und ein kleineres Mitarbeiterteam Dienst- und Tourenpläne selbst gestalten. In diesem Dienst herrscht keine Personalknappheit.

Ein **ambulanter Pflegedienst** in Kiel mit 60 Mitarbeitenden hat sich vor Jahren dazu entschieden nur noch Klienten im Umkreis von 1,5 bis 2 Kilometer aufzunehmen. Die Haltung der Unternehmensführung „*Umsatz ist nicht Gewinn*“ habe dazu geführt, dass mehr Klienten versorgt und Fahrzeiten erheblich reduziert werden konnten. Zeitlicher Druck durch erhöhtes Verkehrsaufkommen ließe sich so weitestgehend vermeiden und Touren könnten sogar mit dem Fahrrad absolviert werden. Dadurch stünde MitarbeiterInnen mehr Zeit für Klienten zur Verfügung. Überdies werden in dem Pflegedienst auf eine wertschätzende Mitarbeiterführung, Teamtraining, regelmäßig freie Tage, freie Wochenenden und eine langfristige Urlaubsplanung geachtet. Die Mitarbeitenden erhalten zusätzlich eine Altersvorsorge, eine Zahnversicherung und können Klienten sogar bei Kreuzfahrten

begleiten. Den Auszubildenden werden regelmäßig Klausurtag angeboten und für den schonenderen Einsatz älterer Mitarbeiter wird derzeit eine Tagespflege errichtet. In diesem Pflegedienst besteht ebenfalls keine Personalknappheit.

Ein Einrichtungsträger beschreibt, wie über Jahre erfolglos versucht wurde, die Belastungen von Pflegenden zu reduzieren. Da dies nur unzureichend gelang, wurde die Arbeitszeit auf 35 Stunden pro Woche bei vollem Lohnausgleich reduziert, mit dem Argument, wenn die Belastung nicht reduziert werden könne, müsse sich die Erholungszeit erhöhen. Die Zufriedenheit und Work-Life-Balance der Mitarbeitenden sei dadurch erheblich gestiegen und alle Personalstellen in der Pflege besetzt.

In einem weiteren **Good Practice** Modell in einem **ambulanter Palliativpflegedienst** mit 70 Mitarbeitern wird eine übertarifliche Bezahlung in Anlehnung an den TVöD, einen höherer Urlaubsanspruch (30-32 Tage), verschiedene Arbeitszeitmodelle, mehr Urlaubstage als Belohnung für die Übernahme von Rufbereitschaften und digitale Unterstützung bei der Pflegedokumentation und der Apothekenbestellung angeboten. Des Weiteren bietet dieser Pflegedienst regelmäßige Team- und Fallbesprechungen, Supervisionen, Expertengruppen, Rückkehrgespräche und Vergünstigungen, wie z.B. die Teilnahme am Betriebssport, die Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio oder das zur Verfügung stellen von Firmenfahrzeugen zur privaten Nutzung an.

In einer **Tagespflegeeinrichtung** für Menschen mit kognitiven Einschränkungen in Berlin besuchen Schülerinnen und Schüler der 5. Klasse sowie Schüler der Klassen 9 und 11 einmal pro Woche, im Rahmen eines Praktikums, die Tagespflegeeinrichtung. Eltern und Bildungseinrichtung stehen in Kontakt mit der Tagespflege und werden über den Praktikumsverlauf der Schüler informiert. Darüber hinaus wird die Tagespflegeeinrichtung regelmäßig von einer japanischen Tänzerin besucht, die ein Projekt mit älteren Gästen umsetzt. Diese Einrichtung versucht mit einem wertschätzenden Umgang, Zeit und Einfühlungsvermögen alle Arten von Interessierten an den Pflegeberuf heranzuführen.

In einer weiteren Einrichtung werden vielfältige Aktivitäten zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf angeboten, beispielsweise in Form von 24-Stunden Mitarbeiterpartys, Maus-Türöffnertagen, in denen die Kinder der Beschäftigten den Arbeitsplatz der Eltern kennen lernen können, sowie einem Wiedereinstiegsprogramm für Pflegenden, die in den Pflegeberuf zurückkehren wollen. In dem Wiedereinstiegsprogramm erhalten die Pflegenden fünf Wochen lang eine praxisbezogene Schulung, um ihr theoretisches und praktisches Wissen aufzufrischen.

Eine **stationäre Pflegeeinrichtung** realisiert eine Kinderbetreuung mithilfe von im Betrieb angestellten Tagesmüttern. Mitarbeiter einer Wohngruppe in der gleichen Einrichtung bringen ihre Kinder mit zur Arbeit und die Kinder gestalten gemeinsam mit den Bewohnern den Tag. Sogar private Familienfeste wie Taufen oder Kommunionen finden in der stationären Pflegeeinrichtung statt. Überdies gibt es ein „Interimsteam“, das zur

Überbrückung von Personalausfällen und zur Vermeidung von Zeitarbeitskräften eingesetzt wird. Außerdem erhalten die Mitarbeitenden einige Vergünstigungen. Sie können z.B. einmal pro Woche zwei Stunden Physiotherapie und eine Schwebeliege kostenlos in Anspruch nehmen. Überdies leistet der Arbeitgeber einen Zuschuss zu den Fahrtkosten und der Dienstkleidung sowie zur Mitgliedschaft im Fitnessstudio. Die Mitarbeitenden können vom Arbeitgeber zinsgünstige Darlehen erhalten. Angehörige von Bewohnern erhalten die Möglichkeit mittels App die Pflegedokumentation ihrer Angehörigen einzusehen.

In einem **Good Practice** Beispiel wurde ein Strategie-Konzept erarbeitet, um allen Mitarbeitenden einen attraktiven Arbeitsplatz zu verschaffen. Durch Fördermaßnahmen und Stipendien werden die persönliche Weiterentwicklung unterstützt und individuelle Karrierewege in der Pflege eröffnet.

Ein freigemeinnütziger kirchlicher Einrichtungsträger in Düsseldorf stellt besonders günstigen Wohnraum in sogenannten Azubi Wohngruppen zur Verfügung. Hierfür wurde ein leerstehendes Pfarrhaus mit Garten und Terrasse angemietet und mithilfe der betriebsinternen Tischlerei für sieben Auszubildende hergerichtet. Alle Nebenkosten samt Internetanschluss sind in den Mietkosten von 200€ bis 250€ enthalten.

In einem weiteren Beispiel in einer **Klinik** in Hann Münden wird sehr viel Wert auf gegenseitigen Respekt und wertschätzenden Umgang gelegt. Hierfür wurde eine TEAMCHARTA entwickelt. Des Weiteren werden dort Wunschdienstpläne und in Kooperation mit der Krankenpflegeschule eine Übungsstation, zur Vorbereitung der Auszubildenden auf den Berufsalltag, vorgehalten.

5. Fazit

Insgesamt zeigt die Auswertung der Befragung ein sehr homogenes Bild. Aus Sicht der Umfrageteilnehmer gibt es zahlreiche Ansätze, die zu „Mehr-Pflege-Kraft“ und damit zur Verbesserung der Gesamtsituation in der Pflege beitragen können. Doch trotz großer individueller Unterschiede hinsichtlich der bevorzugten Maßnahmen, die sich teilweise sogar diametral gegenüberstehen, gibt es einige Themengebiete, die sich in einer Vielzahl der Kommentare wiederfinden.

Auf der Mikroebene existieren zwei große Themenblöcke, die in enger Verwandtschaft zueinander stehen. Mit nahezu gleicher Häufigkeit werden Maßnahmen zur Verbesserung des Berufsbildes (159 Codierungen) und ein größeres Mitspracherecht (157 Codierungen) gefordert. Aus Sicht der Befragten bedingen sich diese beiden Aspekte ein Stück weit gegenseitig. So gelte es mittels eigener Imagekampagnen einer überwiegend negativen Berichterstattung ein positives aber keineswegs unrealistisches Bild entgegenzusetzen. Dazu sei es notwendig verstärkt eigene Initiativen zu entwickeln. Man erhofft sich dabei aber auch eine stärkere Unterstützung seitens der Politik, etwa indem Plattformen geschaffen werden,

wo Pflegende ihre Sicht der Dinge zum Ausdruck bringen und ein Austausch auf Augenhöhe stattfinden könne.

Um dieses positive Bild der Pflege aber tatsächlich glaubwürdig transportieren zu können, müsse der gesamte Berufsstand einen größeren Berufsstolz entwickeln und sich von althergebrachten Klischees emanzipieren. Dies könne jedoch nur gelingen, wenn man den Pflegekräften mehr Autonomie und Verantwortung übertrage, Pflege gleichberechtigt neben anderen Gesundheitsberufen stehe und die vorhandene pflegfachliche Expertise sich auch in Handlungskompetenzen widerspiegele.

Auf der Mesoebene dominieren mit weitem Abstand die beiden Kategorien Arbeitszeit (612 Codierungen) und Personaleinsatz (489 Codierungen). Derzeit leiden viele Pflegekräfte unter den zum Teil immensen physischen und psychischen Belastungen des Pflegeberufs. Dem könne nur adäquat entgegengewirkt werden, wenn vorhandene Kräfte gezielt eingesetzt und ihren Qualifikationen entsprechend in Teams zusammenarbeiten würden, Stichwort Grade- und Skillmix. Es wird die Entwicklung eines verlässlichen Instruments zur Ermittlung des tatsächlichen Personalbedarfs gefordert, der aus dem realen Pflegebedarf der Pflegebedürftigen abgeleitet werden müsse. Bei der Berechnung des Personalbedarfs solle, neben der Qualifikation, auch der Beschäftigungsumfang und das Alter der Fachkräfte berücksichtigt werden. Nur so könne es gelingen, mit der derzeit vorhandenen Personaldecke eine hohe Versorgungsqualität von Patienten sicherzustellen. Würden die so ermittelten Personaluntergrenzen unterschritten, müsse konsequent mit der Schließung von Betten und Funktionsabteilungen reagiert werden. Eine Aufrechterhaltung des Betriebs dürfe keinesfalls zu Lasten der Pflegekräfte und der Versorgungsqualität gehen. Stattdessen sei es wichtig, Arbeitszeitmodelle zu entwickeln, die das Pflegepersonal nachhaltig vor Überlastung schützen und ein begleitendes Gesundheitsmanagement in sämtlichen Einrichtungen gesetzlich zu verankern. Zur weiteren Entlastung müssten Pflegende von berufsfremden Tätigkeiten befreit werden. Aber auch technische Helfer könnten zur Effektivitätssteigerung beitragen. So sei es möglich, dass eine elektronische Patientenakte Arbeitsabläufe optimiere, digitale Endgeräte bei Dokumentationspflichten behilflich seien und die flächendeckende Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln (z. B. Lifter) die physische Belastung reduziere. Damit die geforderten Maßnahmen auch im häufig stressigen Praxisalltag eingehalten werden, sei eine strikte Kontrolle der gesetzlichen Vorgaben unerlässlich.

Grundvoraussetzung zur Umsetzung der geforderten Maßnahmen sei aber, dass Führungskräfte eine Ausbildung besäßen, die sie dazu befähige, fachliche Notwendigkeiten zu erkennen und diese bei Entscheidungen auch zu berücksichtigen. Pflegerische Notwendigkeiten dürften keinesfalls von wirtschaftlichen Interessen überlagert werden. Hierzu seien gesetzgeberische Maßnahmen unerlässlich, die eine überbordende Kapitalbildung im Gesundheitssektor unterbinde und die Verwendung der erwirtschafteten Überschüsse zur Finanzierung des Pflegepersonals vorschreibe. Ein Teil der Umfrageteilnehmer sieht in der Entprivatisierung und Verstaatlichung des

Gesundheitssystem nach skandinavischem Vorbild eine gangbare Lösung. Auch wenn man soweit nicht gehen möchte, ist aus Sicht der überwiegenden Mehrheit eine ausreichende staatliche Unterstützung der Einrichtungen hinsichtlich des Personals und bei notwendigen Investitionen *conditio sine qua non*.

Auf der Makroebene liegt der Schwerpunkt ganz klar im Bereich „Vergütung“. Mit 857 Codierungen in den 1.233 ausgewerteten Antworten war dieser Themenkomplex auch insgesamt das Top-Thema. Sie ist aus Sicht der Befragten eine der wichtigsten Stellschrauben zur Verbesserung der Arbeitssituation und trage insgesamt zur Aufwertung des Pflegeberufs bei. Die enorme gesamtgesellschaftliche und systemrelevante Bedeutung der Pflege solle sich deshalb im Lohn widerspiegeln und an das vorhandene Qualifikationsniveau gekoppelt sein. Gesetzgeberische Steuerungsmöglichkeiten sehen die Umfrageteilnehmer hier vor allem bei der steuerlichen Entlastung von sozialen Berufen. So bestünde Handlungsspielraum bei der Besteuerung von Zulagen (etwa bei Überstunden) oder im Erlassen von Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung. Im Hinblick auf die bereits thematisierte (Teil-)Verstaatlichung des Gesundheitssektors, wird auch eine mögliche Verbeamtung angeregt, wie sie beispielsweise bei Polizei und Berufsfeuerwehr gängige Praxis sei. Auch dies hätte neben der besseren Vergütung eine Aufwertung des Pflegeberufs zur Folge und würde die gesamtgesellschaftliche Bedeutung angemessen widerspiegeln.

Für den ambulanten Sektor fordern die Befragten eine Anhebung der Vergütungssätze bei behandlungspflegerischen Leistungen (SGB V). Zudem müssten Hilfenetzwerke, Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge und eine gute Pflegeberatung vor allem im ländlichen Raum ausgebaut werden, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu fördern und pflegende Angehörige besser zu unterstützen. Ein (voller) Gehaltsausgleich während der Pflegezeit sei eine Möglichkeit, zumindest aber solle die (finanzielle) Gleichstellung von Pflege und Kindererziehung gewährleistet sein. Hinsichtlich der Pflegeversicherung wird gefordert die Pflegesachleistungen zu erhöhen und einen angemessenen Inflationsausgleich zu berücksichtigen. Da derzeit ca. 75% aller Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden stellt die informelle Pflege eine Grundsäule des Gesundheitssystems dar und trägt indirekt erheblich zur Entlastung von hauptberuflich Pflegenden bei.