



Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung zum Thema Pflegelobby am 31.5.2017

Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg und weiterer Abgeordneter der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Eine Lobby für die Pflege – Arbeitsbedingungen und Mitspracherechte von Pflegekräften verbessern“

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) in Köln ist eingeladen worden, Stellung zum obigen Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zu beziehen. Dem kommen wir hiermit gerne nach.

Das DIP ist ein gemeinnütziges, unabhängiges Forschungsinstitut mit dem Schwerpunkt auf angewandte Pflegeforschung. Seit dem Jahr 2000 hat das Institut mehr als 120 Projekte im Bildungs-, Versorgungs- und Berufsbereich der Pflege in Deutschland im Volumen von mehr als 13 Millionen Euro durchgeführt. Prominente Projekte sind z.B. die bundesweit bekannte Pflege-Thermometer-Reihe mit inzwischen acht großen, repräsentativen Studien, die Landesberichterstattung Gesundheitsberufe für NRW, das Bundesmodellprojekt „Pflegeausbildung in Bewegung“ als eine zentrale Grundlage für die generalistische Ausbildung sowie zahlreiche weitere Projekte zu Qualifikations- und Arbeitskonzepten in der Pflege. Das DIP versteht sich als eine pflegekompetente Forschungseinrichtung. Alle Forscherinnen und Forscher des Instituts sind zugleich auch berufserfahrene Pflegenden.

Das DIP dankt der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für ihren Antrag. Der Analyse im Antrag zur Situation in den Pflegeberufen in Krankenhäusern, Altenheimen und der ambulanten Pflege zur Feststellung durch den Deutschen Bundestag können wir zustimmen.

Seit Jahrzehnten werden immer wieder Studien und Datenanalysen zur Pflegepersonalsituation vorgelegt. Das DIP beteiligt sich mit seiner bekannten Pflege-Thermometer-Reihe zur Pflegepersonalsituation und Versorgungsqualität seit mehr als 15 Jahren daran. Aus diesen Erkenntnissen und unzähligen Erfahrungsberichten aus der Pflegepraxis wissen wir, dass wir es seit Jahren mit einem sich immer weiter verschärfenden Personalmangel in Deutschland zu tun haben. Es gibt hierzulande ganze Landstriche, wo die Arbeitsagenturen keine/n einzige/n arbeitslose/n Alten- oder Krankenpfleger/in mehr registriert haben. Zu Recht beklagt die Fraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN daher, dass es ganz offensichtlich über viele Legislaturperioden hinweg keine wirksamen politischen Gegenmaßnahmen zum galoppierenden Fachkräftemangel gegeben hat. Sonst sähe die Situation heute anders aus. Mit Blick in die Zukunft wird die berechtigte Frage gestellt, wie eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung einer Gesellschaft im demografischen Wandel sichergestellt werden kann.

Schließlich ist der Aussage zuzustimmen, dass bei der Suche nach Lösungen der komplexen Problematik die Expertise der fachlichen Pflege in aller Regel ausgeblendet und keine hinreichende Mitsprache der Berufsangehörigen der Pflegeberufe ermöglicht wird. Die Forderung, dass die Arbeitsbedingungen verbessert, die Aufgabengebiete der Gesundheitsberufe neu zugeschnitten und die „Stimme und Eigenständigkeit der Pflege“ gestärkt werden müssen, ist folgerichtig.

In der allgemeinen Begründung zum Antrag wird auf die zunehmende Arbeitsverdichtung in der Langzeitpflege durch einen überproportionalen Anstieg von Pflegebedürftigen bei gleichzeitig nicht hinreichend mitwachsender Personalausstattung hingewiesen. Der Teufelskreislauf aus zunehmender Arbeitsbelastung, Stress und psychischer Belastung aufgrund einer mangelnden Personalausstattung verschärft selbige durch ein vergleichsweise hohes Erkrankungsaufkommen unter den in der Pflege Beschäftigten. Die Bundesagentur für Arbeit weist bereits seit Jahren einen „leer gefegten“ Arbeitsmarkt in den Pflegeberufen in fast allen Teilen Deutschlands aus. So können unbesetzte Stellen nicht zeitnah adäquat wiederbesetzt werden. Der Teufelskreislauf setzt sich fort.

Die Situation im Krankenhaus ist allerdings noch viel dramatischer, als in der Begründung zum Antrag geschildert. Daher erscheinen uns an dieser Stelle einige weitere Ausführungen notwendig. Bei den Zahlen zur Entwicklung der Personalstellen kaschieren die Angaben im Antrag die tatsächlichen Entwicklungen in bundesdeutschen Krankenhäusern. In der allgemeinen Begründung heißt es mit Bezug auf die DKG als Quelle, dass sich die Stellenentwicklung in der Pflege im Zeitraum 2005 bis 2015 mit etwa 18.500 zusätzlichen Stellen nur leicht erhöht habe. Bei den Ärztinnen und Ärzten falle der Zuwachs mit 33.000 Stellen hingegen „fast doppelt so hoch aus“. Dieser Vergleich verzerrt die tatsächlichen Entwicklungen und Verschiebungen, die es in den letzten Jahrzehnten zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus gegeben hat.

So muss man, um ein ehrliches Bild nachzuzeichnen, Zuwächse an Vollzeitstellen über den betrachteten Zeitraum auf die Gesamtzahl der Beschäftigten in den Berufsgruppen beziehen. So entsteht ein völlig anderes Bild. Dann nämlich hat es in der Ärzteschaft in den zehn Jahren von 2005 (121.600 VK) bis 2015 (154.400) einen Zuwachs von rund 27 % der Stellen gegeben, in der Pflege im gleichen Zeitraum (2005: 302.300; 2015: 320.900) gerade einmal nur ein Viertel dessen, nämlich einen Zuwachs von nur gut 6 %. Diese Betrachtung reicht aber immer noch nicht hin, denn sie ist zeitlich aus dem Zusammenhang gerissen. Denn bereits seit mehr als 20 Jahren (seit dem Aussetzen der Pflegepersonalregelung PPR) muss die Pflege im Krankenhaus einen erheblichen Aderlass an Personalstellen verkraften. 1995 waren laut statistischem Bundesamt 350.500 VK in der Krankenhauspflege beschäftigt, dahingegen „nur“ 101.000 VK in der Ärzteschaft. Betrachtet man also die Entwicklungen im Zeitraum der letzten 20 Jahre, dann kommt man zu anderen Schlüssen: Die Personalstellen für die Ärztinnen und Ärzte wurden seitdem um 54 % ausgebaut, die der Pflege hingegen um 8 % abgebaut. Auf einen im Krankenhaus beschäftigten Arzt bzw. eine Ärztin kamen im Jahr 1995 noch 3,5 Pflegefachpersonen, 2005 waren es nur noch 2,5 und 2015 nur noch 2,1. Damit hat sich die tatsächliche Zusammensetzung der Teams auf den Stationen wirklich und spürbar massiv verändert.

Zugleich haben sich die Personalkosten im Krankenhaus, die in diesem Kontext unbedingt mitbetrachtet werden müssen, ebenfalls extrem verschoben. Die Gesamtpersonalkosten für die Ärztinnen und Ärzte in den bundesdeutschen Krankenhäusern beliefen sich im Jahr 2005 für alle Krankenhäuser auf rund 10,3 Mrd. Euro, in 2015 auf rund 18,5 Mrd. Euro, was einen

Zuwachs von rund 80 % bedeutet. Die Gesamtpersonalkosten für die Pflege in den bundesdeutschen Krankenhäusern beliefen sich im Jahr 2005 auf rund 14 Mrd. Euro, im Jahr 2015 auf rund 17,5 Mrd. Euro, was einen Zuwachs von rund 25 % bedeutet. Man muss wissen, dass in diesen zehn Jahren von einer Teuerungsrate von rund 22 % auszugehen ist, was bedeutet, dass die Pflege im Grunde in diesen zehn Jahren trotz Zuwachses von 2 Mio. Patientinnen und Patienten im Krankenhaus im Jahr nicht teurer geworden ist. 2013 überstiegen erstmals in der Geschichte der bundesdeutschen Krankenhäuser die Gesamtpersonalkosten für die Ärzteschaft diejenige für das Pflegepersonal. Heute liegen sie schon um rund 1 Mrd. Euro über denen der Pflege.

Zur Erinnerung: 1995 lagen die Gesamtpersonalkosten für die Ärzteschaft in den Krankenhäusern umgerechnet bei 7,3 Mrd. Euro, die der Pflege bei rund 13 Mrd. Euro. Von 1995 aus betrachtet sind die Personalkosten für die Ärzteschaft um mehr als 150 % gestiegen! Fazit: Seit mehr als 20 Jahren läuft in den bundesdeutschen Krankenhäusern ein gigantischer Entwicklungs- und leider auch Umverteilungsprozess, der die beiden größten und wichtigsten Berufsgruppen völlig unterschiedlich betrifft. Während es in der Ärzteschaft einen den Anforderungen entsprechenden – sukzessiven und spürbaren Ausbau an Stellen und finanziellen Mitteln gegeben hat, hat es in der Pflege praktisch einen Rückbau, was die Stellen wie auch die finanziellen Mittel anbelangt, gegeben. Auch die aktuelle Studie „Faktencheck - Pflegepersonal im Krankenhaus“ von IGES und der Bertelsmannstiftung bestätigt, dass Deutschland im Verhältnis zu vergleichbaren Ländern eine deutlich unterdurchschnittliche Personalausstattung der Pflege im Krankenhausbereich hat.

Mit Blick auf die zukünftigen Entwicklungen wird im Antrag auf bekannte Prognosen abgehoben, die deutliche Pflegefachkraftlücken von bis zu mehreren hunderttausend Pflegefachpersonen für das Jahr 2030 vorhersagen. Unabhängig von der Frage, wie präzise und zutreffend solche Prognosen sein können, ist es uns in diesem Zusammenhang wichtig, auf Einflussmöglichkeiten in diesen Entwicklungen hinzuweisen. Im zitierten Themenreport 2030 der Bertelsmannstiftung werden beispielsweise solche Szenarien entwickelt, die verdeutlichen, wie es gelingen kann, die drohende, noch größere Fachkräftelücke mit qualifikatorischen und konzeptionellen Maßnahmen zu schließen. Der Studie zufolge wäre es möglich, den benötigten Fachkräftebedarf deutlich zu reduzieren, wenn man insbesondere quartiersbezogene Sozialraumentwicklungen forciert und entsprechend gut qualifizierte Pflegefachpersonen hat, die im Stande sind, außerhalb von Institutionen tragfähige Netzwerke zu organisieren und Pflegeprozesse zu steuern. Hier zeigen sich einmal sehr deutlich Zusammenhänge aus Fachkräftebedarfen auf der einen Seite und Qualifikationsanforderungen auf der anderen Seite.

Zu den vorgeschlagenen einzelnen Maßnahmen im Antrag nimmt das DIP wie folgt Stellung:

Ohne Zweifel versprechen in allen Bereichen der Akut- und Langzeitversorgung einzusetzende Instrumente der Personalmindestbesetzungen dem fortwährenden Aderlass der in der Pflege Beschäftigten einen wirksamen Riegel vorzuschieben. Den weiteren vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege ist ebenfalls zuzustimmen. Und natürlich müssen angemessene und vergleichbare Löhne für Pflegefachpersonen, die in der stationären Altenhilfe, in ambulanten Einrichtungen oder in der Akutversorgung beschäftigt sind, vereinbart und gezahlt werden. Das betrachten wir als eine Selbstverständlichkeit, wobei bekannt ist, dass die Vergütungen in der Pflege nach Berufsgruppen, Arbeitsplätzen und Regionen in Deutschland mitunter heute noch weit auseinanderklaffen. Und schließlich ist der Forderung nach einem angemessenen und nachhaltigen Ausbau von

grundständigen und weiterbildenden Hochschulausbildungen in der Pflege in Deutschland nur zuzustimmen. International betrachtet hat Deutschland bezüglich akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen einen erheblichen Rückstand aufzuholen.

Die Aussagen und Forderungen im Antrag bezüglich der Pflegeausbildung und Selbstverwaltung der Pflege in Deutschland fallen allerdings hinter den Kenntnisstand der Pflegewissenschaft und den tatsächlichen Entwicklungen zurück. Die vorliegende Empirie sowie die einschlägigen Erfahrungen an beruflichen Schulen und Bildungszentren zur Pflegeausbildung in Deutschland sind eindeutig und verweisen seit Jahren auf eine generalistische Pflegeausbildung. Die Chancen, auf ein zusehends dynamisches Berufsfeld mit einer berufsfeldbreiten generalistischen Pflegeausbildung zu antworten, werden leider von der antragstellenden Fraktion verkannt. Alle anderen gesundheitsbezogenen und sozialen Berufe in Deutschland und in der Welt werden auf diesem Wege qualifiziert.

Ebenfalls überzeugen die im Antrag ausgeführten Analysen und Wege zur Stärkung der Stimme und Selbstverwaltung in der Pflege nicht. Die Entwicklung und Errichtung von Landespflegekammern ist bereits in vollem Gange. Rheinland-Pfalz hat als einziges Land eine Urabstimmung unter den beruflich Beschäftigten durchgeführt, bekanntlich mit einer Zustimmung von mehr als 75 % der registrierten Berufsangehörigen. In allen anderen Bundesländern wurden repräsentative Befragungen durchgeführt. Schaut man sich alle Befragungen genau an, wird sichtbar, dass die Zustimmungsrate zur Pflegekammer mit dem Informationsgrad der Befragten korreliert. In der zitierten Befragung in Hamburg haben mehr als 50 % der befragten Pflegefachpersonen bestätigt, dass sie keine weitergehenden Informationen zur Pflegekammer hatten. Hinzu kommt, dass einige der gestellten Fragen einen stark suggestiven Charakter hatten. Die Befragung zur Pflegekammer in Hamburg halten wir aus diesen Gründen nicht für seriös. Die Einrichtung einer „Vereinigung der bayerischen Pflege“ durch die bayerische Landesregierung wird vehement von der organisierten Pflege in Bayern abgelehnt und bekämpft. Schließlich hatte sich vor einigen Jahren eine Mehrheit in der repräsentativen Befragung für die Einrichtung einer Landespflegekammer ausgesprochen.

Landespflegekammern stellen im Sinne von Heilberufskammern institutionell, organisatorisch und politisch Augenhöhe her zu den anderen Heilberufen. Rechtlich steht der Errichtung von Landespflegekammern nichts entgegen. In Rheinland-Pfalz wurde 2014 das Heilberufsgesetz inklusive der ersten Landespflegekammer in Deutschland einstimmig – mit den Stimmen der Abgeordneten von BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN – verabschiedet. Die wenigen Versuche, die Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz vor dem Verfassungsgericht oder Verwaltungsgerichten in ihrer Existenzberechtigung in Frage zu stellen, sind gescheitert. Kritische Stimmen etwa zu Entscheidungswegen und zur Arbeit von Heilberufskammern müssen immer ernst genommen werden, allerdings können sie – solange es Ärzte-, Apotheker- und Psychotherapeutenkammern gibt – die Existenzberechtigung von Pflegekammern nicht grundsätzlich in Frage stellen.

Der Vorschlag, dass die Bundesregierung ein unabhängiges wissenschaftliches Gutachten in Auftrag geben soll, das Verbesserungspotenziale für eine stärkere Vertretung der Pflegenden herausarbeiten und konkrete Handlungsempfehlungen für den Gesetzgeber ableiten soll, halten wir insbesondere im Hinblick auf die Errichtung von Landespflegekammern und zukünftig auch einer Bundespflegekammer für nicht zielführend. Die Bundesregierung ist hier nicht zuständig. Wohl aber wäre von Interesse zu begutachten, wie die Expertise und Interessenvertretung der Pflege – auch über die Heilberufskammern hinaus – etwa in Gremien

der Selbstverwaltung wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss stärker und verbindlich eingebunden werden kann.

Das DIP sieht im Kontext der angesprochenen, vielfältigen Einzelthemen im Antrag und im Wissen um die Komplexität und Dynamik der Herausforderungen der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung Handlungsbedarfe auf fünf ineinandergreifenden Ebenen, die zukünftig stärker im Zusammenhang betrachtet werden müssen. Diese sollten im Rahmen des vorgeschlagenen Gesundheitsberufegipfels im Antrag als **Masterplan für Pflege bis 2030** intensiv diskutiert und mittelfristig angegangen werden:

1. Personale Ebene: Es geht um Wege und Maßnahmen einer umfassenden Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der beruflichen Pflege bei der Rekrutierung und Qualifikation von jungen Menschen und um angemessene, zukunftsweisende Ausbildungs- und Karrieremöglichkeiten. Dazu gehört der Einstieg in die generalistische Pflegeausbildung inklusive hochschulischer Qualifikationsmöglichkeiten. Auf dieser Ebene geht es v.a. um die Förderung und Herausbildung von Kompetenzen, um verantwortlich auch anspruchsvolle Pflegeprozesse planen, steuern und evaluieren zu können. Ebenfalls gehören zu dieser Ebene abgestufte Zugangswege für geringer qualifizierte Menschen über eine möglichst bundeseinheitlich vereinbarte Pflegeassistentenausbildung.
2. Organisatorische Ebene: Auf dieser Ebene geht es um die Gewinnung, Bindung und Wiedergewinnung von Pflegepersonal in den Einrichtungen des Gesundheits- und Pflegewesens. Dazu gehören alle Themen zur modernen und zukunftsfähigen Ausgestaltung von Arbeitsplätzen, die auch langfristig den sich verändernden Ansprüchen und Möglichkeiten von beruflich Beschäftigten in der Pflege, die weiterhin überwiegend Frauen sein werden, entsprechen können. Ebenfalls gehören gerechte und angemessene Vergütungen wie auch betriebliche Gesundheitsmanagementsysteme dazu.
3. Berufspolitische Ebene: Die Stärkung der Stimme der Pflege und die wirksamere Einbindung in relevante politische Entscheidungsprozesse muss von verschiedenen Seiten und Akteuren gleichzeitig angegangen werden. Zugleich muss in diesem Prozess geklärt werden, wer eigentlich in Deutschland mit welcher Perspektiven und mit welchen Interessen für die berufliche Pflege sprechen kann und spricht. Die Politik kann Wege der verbindlichen und wirksamen Mitbestimmung der Pflege in der Selbstverwaltung auf Bundesebene und/ oder den Bundesländern angehen. Dazu gehört auch die sachliche Auseinandersetzung mit der Errichtung von Landespflegekammern in den Bundesländern und einer Bundespflegekammer als Dachorganisation der Landespflegekammern. Informationskampagnen für die Berufsangehörigen über Chancen und Möglichkeiten, aber auch Grenzen von Pflegekammern sind als Voraussetzung für eine ehrliche Auseinandersetzung notwendig. Die Berufsangehörigen der Pflege können sich darüber hinaus freiwillig in Berufsverbänden und Gewerkschaften organisieren.
4. Sozial- und leistungsrechtliche Ebene: In den vergangenen Jahren sind insbesondere im Hinblick auf die Langzeitpflege immer wieder und zu Recht die Leistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen angepasst und auch ausgeweitet worden. Zukünftig muss es um eine funktionierende Verknüpfung von sozial- und leistungsrechtlichen Entwicklungen und Ansprüchen auf der einen Seite und beruflichen und weiteren Kapazitäten auf der anderen Seite gehen. Berechtigte Leistungsausweitungen

müssen mit notwendigen Personal- und Finanzausstattungen auf der Seite der Dienstleister einhergehen.

5. Ordnungspolitische Ebene: Letztlich müssen Gesetze, Regelungen und Verordnungen insbesondere auf Bundes- und Länderebene in die vorgenannten Kontexte eingebunden und bei der Entwicklung und Umsetzung hinsichtlich ihrer Voraussetzungen und Wirkungen betrachtet werden. Dazu gehören beispielsweise Gesetze zum Berufsrecht (z.B. Pflegeausbildung, Neuaufteilung von Aufgaben im Gesundheitswesen), Regelungen zu Personalmindestausstattungen in Krankenhäusern und Einrichtungen der stationären Altenhilfe sowie Systeme zur (externen) Qualitätsüberprüfung und -sicherung, um hier nur einige der wichtigsten Themen aufzugreifen.

Köln, 24.5.2017



Univ.-Prof. Dr. Frank Weidner
Vorstandsvorsitzender des
Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP)