

Bielefelder Appell Update 2021, 29.7.2021

Anhang: Material/Quellen

„Jeder und jede müsste eigentlich selbst an einen möglichen eigenen Unfall, der im Krankenhaus behandelt werden muss, oder an das eigene Altern und eine notwendige Betreuung im Pflegeheim denken.

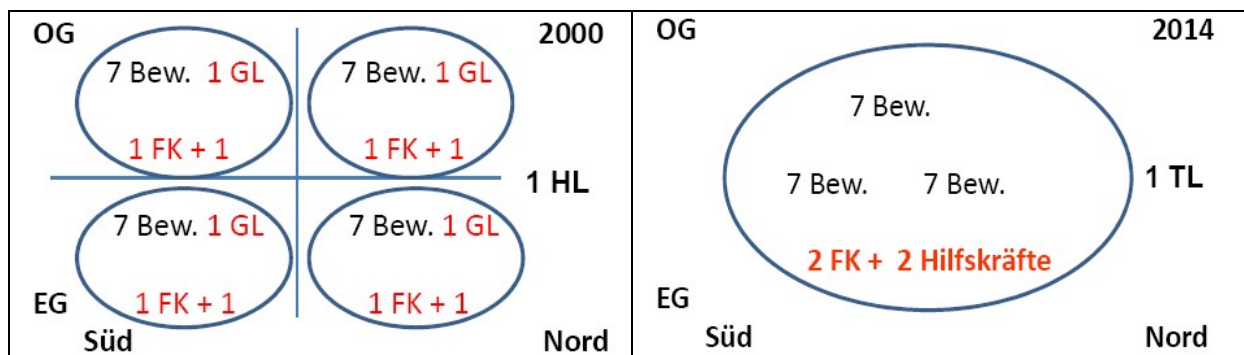
Das gilt erst recht für Menschen, die am Rand der Gesellschaft stehen: Menschen mit Behinderungen oder sozialen Schwächen.“

Eingliederungshilfe - Einrichtungen und Dienste für Behindertenhilfe und Psychiatrie

„Der Überblick über die Veränderungen in der Einrichtung zeigt zwischen 2000 und 2012 folgende Entwicklung:

“Aus vier kleinen war eine große Wohngruppe über beide Etagen und die beiden Flügel geworden. Noch deutlicher waren die Veränderungen auf der Ebene des Personals: Aus vier Teams wurde eines. Statt zwölf im Dienst geplanten Mitarbeitenden, davon acht Fach- und vier Hilfskräften zzgl. einer Hausleitung, bestand die Mindestbesetzung nun aus vier Mitarbeitenden je Schicht, davon noch zwei Fachkräfte. Die Führungskraft sprang als dritte Fachkraft nur noch im Notfall ein. Ein Puffer für Ausfälle war nach Angaben der Mitarbeitenden nicht mehr vorhanden, sodass bei Krankheit improvisiert wurde. Schon diese prekäre Betreuungssituation wurde mit der Reduzierung der Fachkraftquote auf 50 % durch das Wohn- und Teilhabegesetz NRW verursacht.

In der folgenden Abbildung ist diese Entwicklung noch einmal zusammengefasst:



Janßen, Chr. (2021 e)

„... dass nichts bleibt, wie es war!“ - Veränderungen in der Arbeitswelt der Eingliederungshilfe, Arbeitsrecht und Kirche, 2021, 1, 2-9

Krankenhaus

Ulrich Sigrist, Bündnis für mehr Pflegekräfte im Krankenhaus

“Wenn man mich nach einer Lösung des Pflegeproblems fragen würde, würde ich sagen, stellt mehr Pflegekräfte ein.”

“In einer Umfrage des DBFK stufen 2/3 der Pflegekräfte die Personaluntergrenzen als kontraproduktiv ein. Überlastung und Burn-Out werden als Folgen genannt. Vorgegebene Untergrenzen werden auch gerne als Obergrenzen missverstanden. (24.05.2020 Artikel, Ärztezeitung.”

Die Arbeitsbelastung der Pflegenden wurden durch die Personaluntergrenzen nicht gesenkt. Anstatt auf Intensiv jetzt 2 Pat. zu versorgen, sind die Versorgung von 3 oder auch 4 Pat. keine Seltenheit. Darunter leidet die pflegerische Versorgungsqualität. Zu berücksichtigen ist,

dass in vielen Situationen eine 1zu1 Betreuung nötig ist. Viele Pat. gerade auf Intensiv, brauchen die Zuwendung. In Deutschland ist es leider so, dass 1/3 der Pat nach der Entlastung ein posttraumatisches Belastungssyndrom entwickelt, welches bis zu 2 Jahren anhält. 1/3 dieses Pat.-klientel behält dieses Syndrom, welches entsprechende Folgen hat. (Arbeitslosigkeit, Suizid) Norwegen könnte uns als Beispiel dienen. Hier wird wesentlich mehr Personal auf Intensiv eingesetzt, mit der Folge das die Verweildauer deutlich geringer ist. “

Leider ist es aber so, dass trotz steigende Ausbildungszahlen, die Pflegenden nur selten länger als 7 Jahre im Beruf verbleiben, weil Sie nicht mehr bereit sind unter diesen Arbeitsbedingungen zu arbeiten. Die Folge ist, dass wir einen leergefegten Arbeitsmarkt haben. Die Regierung bleibt wirkliche Perspektiven schuldig.”

Zitat:

In der Berliner Zeitung vom 29. Dezember 2014 forderte der Pflegebeauftragte der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann (CDU) flächendeckende Tariflöhne für Pflegekräfte: *„Es passt doch nicht zusammen, wenn in der Branche der zunehmende Fachkräftemangel beklagt wird, aber gleichzeitig nichts getan wird, die Attraktivität des Berufes zu erhöhen“ (...)* *„Wir brauchen endlich flächendeckend faire Löhne, die von Arbeitgebern und Gewerkschaften in Tarifverträgen ausgehandelt werden“.*

(zit.n. (OR_x) Heintze, C., Öffentlicher Dienst – Quo vadis? - Öffentlicher Dienst zwischen fortgesetzter Auszehrung und Renaissance, 2017, Fußnote S.13
Text als Datei: Artikel/Allgemein/Heintze-C (2017a)

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Offener Brief an den Ministerpräsidenten NRW und aktuellen Kanzlerkandidaten der CDU Armin Laschet vom 6. Mai 2020:

...

In der Psychiatrie beispielsweise wirken sich die angsteinflößende Gesamtsituation und die besonderen Therapiesettings in Kombination mit Einschränkungen der persönlichen Freiheit direkt negativ auf die Genesungsverläufe der Patienten*

innen aus. In der Altenpflege führt das Besuchsverbot zu einer deutlichen Mehrbelastung für das Personal, das neben der Unterstützungsleistung auch die fehlenden Kontakte mit Angehörigen auffangen muss. Die Schließung der Werkstätten für Menschen mit Behinderungen führt zu extrem angespannten Situationen in den entsprechenden Wohnheimen, in denen die Umsetzung notwendiger Hygienekonzepte eine zusätzliche Herausforderung ist. Die pädagogischen Konzepte in Kitas werden derzeit nur in verkleinerten Gruppen umgesetzt. Die allgemeinen Kontaktbeschränkungen und Schulschließungen führen zu vermehrter Inanspruchnahme von sozialen Hilfsdiensten, die diesen Bedarf wiederum nur unter erschwerten Bedingungen nachkommen können.

...

Wie im Brennglas hat die Corona-Pandemie aufgezeigt, wie fehlerhaft es war, das Gesundheits- und Sozialwesen immer mehr dem Markt und seinen auf Profiterwirtschaftung und Einsparung ausgerichteten Mechanismen zu überlassen. In

nahezu allen aktuell als systemrelevant bezeichneten Berufen gibt es zu wenig Personal, gesetzliche Vorgaben zu Personalbemessungen werden gescheut oder auf ein Niveau festgelegt, dass die Versorgung im gefährlichen Bereich staatlich legitimiert. Die unzureichende Finanzierung der Gesundheits- und Sozialeinrichtungen

in nahezu allen Bereichen verhindert die bedarfsgerechte und menschenwürdige Versorgung und Begleitung der zu Betreuenden und übt zusätzlichen Druck auf die Träger aus, an der Qualität der Versorgung, der Bezahlung des Personals oder dem Personal selbst zu sparen. Das daraus resultierende niedrige Bezahlungsniveau führt dazu, dass sich in Kombination mit der hohen Verantwortung und den schlechten Arbeitsbedingungen immer weniger Menschen vorstellen können, in den Berufen des Gesundheits- und Sozialwesen

langfristig zu bleiben oder entsprechende Ausbildungen zu beginnen. Die Corona-Krise bietet die Möglichkeit, die Fehlentwicklungen der letzten zwei Jahrzehnte anzugehen und einen grundsätzlich anderen Kurs einzuschlagen:

Wir fordern die Landesregierung auf, aus der Corona-Krise zu lernen und ein grundsätzliches Umdenken bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens einzuleiten. Dazu gehört, dass ökonomische Anreize aus der Arbeit mit Menschen verbannt werden und eine Finanzierung sichergestellt wird, die sich einzig an den Bedarfen der zu Betreuenden ausrichtet. Dazu gehört eine verbindliche Festlegung von Personalstandards, die eine hohe Versorgungsqualität und gute Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten sicherstellt. Dazu gehört aus unserer Sicht auch, sich da, wo das Land NRW oder seine Einrichtungen selbst Tarifpartner sind, deutliche Entgelterhöhungen für die Beschäftigten zu verhandeln. Für die anderen Tarifbereiche im Gesundheits- und Sozialwesen fordern wir die Landesregierung auf, über Refinanzierungsregelungen und politische Rahmensetzungen und Einflussnahme auf Bundesebene für deutliche höhere Entgelte zu sorgen.

Die Marktliberalen rufen nach dem Staat

Wo sind heute all diese großmäuligen Marktliberalen, die bei Sonnenschein stets penetrant

„Markt vor Staat“ gepredigt haben? Was ist heute, wenn es „regnet“? Was macht da der „Markt“? Er ruft nach Hilfe vom Staat! Der soll nun das Überleben der marktliberalen Partispender sicherstellen. So eine Frechheit und so viel Heuchelei ist so unausstehlich wie der ständige - und aus der gleichen Ecke kommende - Ruf nach Steuer-senkung für Gutbetuchte.

Leserbrief: Frankfurter Rundschau, 21.3.2020

Marc Gonschorek, Krankenpfleger Stuttgart

Die Corona-Pandemie trifft auf ein System, das auf Kante genäht ist ...

Das ist eine Folge der Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte. Man hat Pflegepersonal vor allem als Riesenkostenfaktor gesehen – und so die Menschen aus der Pflege rausgetrieben. Ich kenne wahnsinnig viele Berufsaussteiger, die sagen alle: Der Job an sich ist super. Aber die Umstände haben sich so verschlechtert, dass sie damit nicht mehr klarkommen. Es gibt Krankenhäuser, die geführt werden wie Supermärkte – und das funktioniert meiner Meinung nach einfach nicht. Ich glaube, man kann diesen Kreislauf nur durchbrechen, wenn man bereit ist, endlich mehr Geld in die Hand zu nehmen, die Gehälter zu erhöhen und daraus folgend den Personalschlüssel zu verbessern. Ich habe noch Glück: Bei meinem Arbeitgeber ist schon einiges passiert, und man tut was dafür, neue Mitarbeiter zu gewinnen. In bestimmten Bereichen werden auch Zulagen bezahlt. Aber das ändert nichts daran, dass das Gesundheitssystem als Ganzes eine problematische Entwicklung durchlaufen hat.

...

Glauben Sie, dass jetzt in der Krise die Chance auf Verbesserungen steckt? Weil Politik und Gesellschaft endlich erkennen, wie wichtig und „systemrelevant“ Ihre Arbeit ist?

Also wenn ich sehe, dass da jetzt ständig applaudiert wird und uns fast ein Heldenstatus zugesprochen wird ... Ich weiß nicht. Da sind bestimmt einige dabei, bei denen das von Herzen kommt, die tatsächlich wissen, was wir leisten. Aber es gibt halt auch die andere Seite. Ich bin jetzt 36 und habe insgesamt fünf Jahre Ausbildung hinter mir. Bis heute passiert es, dass ich gerade mit einem schwer kranken Intensivpatienten arbeite, letztlich seine kompletten Vitalfunktionen überwache und steuere, und dann ein Angehöriger neben dem Bett sitzt und fragt: „Sind Sie der Zivi?“ Oder noch besser: „Sie wollen mal Arzt werden, gell?“ So was macht mich wütend.

Was ärgert Sie dabei?

Ich bin nicht der Assistent vom Arzt! Ich brauche den Arzt, und der Arzt braucht mich, das eine geht nicht ohne das andere. Aber so etwas ist bezeichnend, weil es mir zeigt, dass viele Menschen keinerlei Bewusstsein dafür haben, was professionelle Pflege bedeutet. Die denken, da könnte man jeden hinstellen, ein bisschen einlernen, und dann läuft das. Und wenn ich jetzt diese Lobhudelei höre, ärgert mich das irgendwie.

...

Sie befürchten, dass die Pflege wieder vergessen wird, wenn die Krise vorbei ist?

Ich habe die Sorge, dass danach nichts mehr für uns übrig ist. Dass alle mit dem Wiederaufbau der Wirtschaft beschäftigt sind, und es wieder heißt: Tut uns leid, wir haben kein Geld. Und was hinzukommt: Wenn die Krise richtig schlimm wird, sagen vielleicht fünf von zehn Pflegekräften, das war so traumatisch, ich bin jetzt raus. Zum Teil werden die Leute auch jetzt schon verheizt. Ich habe von Kliniken gehört, die komplette Urlaubssperren bis Oktober verhängt haben. Und was auch sein kann: Wenn wir in Deutschland gerade so vorbeischrammen und die Situation gut handhaben können, heißt es wahrscheinlich: Hey, war doch gar kein Problem, da müssen wir ja auch nichts ändern.

...

Was passiert, wenn nach der Krise trotzdem alles beim Alten bleibt?

Ich glaube, wenn danach wieder zum Status quo übergegangen wird und das alles im Sande verläuft, dann werden uns in Zukunft noch deutlich mehr Pflegekräfte fehlen. Viele werden ihre Konsequenzen ziehen.

Lindhoff, A., Frankfurter Rundschau, 4.4.2020

Interview mit Bernd Hontschik:

“Das Sozialsystem Gesundheitswesen verkommt zu einer Gesundheitswirtschaft. Dividenden werden aus den Krankenkassenbeiträgen der Solidargemeinschaft generiert. Das muss aufhören. Sozialsysteme kann man nicht optimieren. Man verkauft ja auch nicht die Feuerwehr an Investoren und schaut dann zu, wie Stellen gestrichen werden, weil es länger nicht gebrannt hat.

...

Politiker*innen (...) hauen dabei atemberaubende Sprüche raus wie zum Beispiel, die Gesundheit habe zu 100 Prozent Vorrang. Das empört mich. Die Gesundheit hatte noch nie Vorrang, schon gar nicht zu 100 Prozent! Sie hatte beim Nachtflugverbot keinen Vorrang, nicht bei den Hospitalinfektionen, nicht beim Glyphosat, nicht beim Tempolimit, nicht bei der Energiewende – und schon gar nicht bei der Wertschätzung und Bezahlung der Pflegekräfte.

...

Nach Corona: Das heißt für mich auch, dass wirtschaftliche Überlegungen die Medizin nie wieder an die Wand drücken dürfen. Ob Bergamo, Ischgl oder Tirschenreuth, überall fürchteten die Verantwortlichen zuallererst um die Wirtschaft, nicht um die Gesundheit.

...

Gab es nicht gerade eben noch Applaus? Man könnte doch jetzt auf den Balkonen allabendlich der Lufthansa Applaus spenden, aber die Subventionen in Milliardenhöhe stattdessen in den Pflegebereich investieren.

...

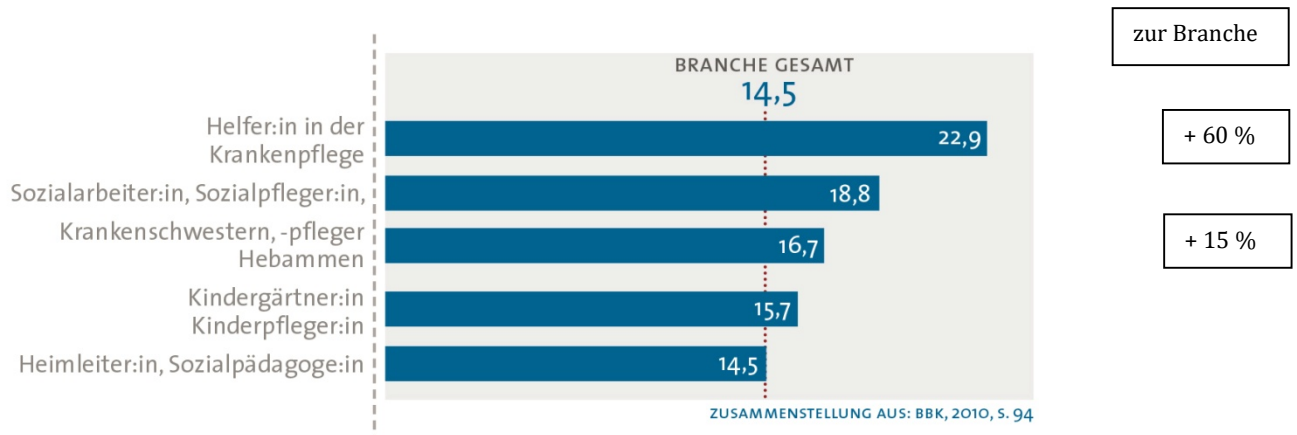
Nehmen Sie den VW-Chef: Er bedient sich beim Kurzarbeitergeld, als gehörte ihm die Kasse der Arbeitsagentur. Er zahlt den Aktionären Dividenden, denn man hat ja Milliardenrücklagen. Im gleichen Atemzug verlangt er staatliche Kaufprämien für seine klimaschädlichen Autos: dreist, unverschämt, nichts verstanden! Nach dem Staat wird nur gerufen, wenn Krise ist.”

Hebel, St. (2020a), Frankfurter Rundschau, 30.5. 2020

Fehlzeiten im Gesundheits- und Sozialwesen

Zahlen aus 2009/2010

Krankentage ausgewählter Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen (2009)



Bundesweit 14,4 AU-Tage

Quelle: BKK (2010)

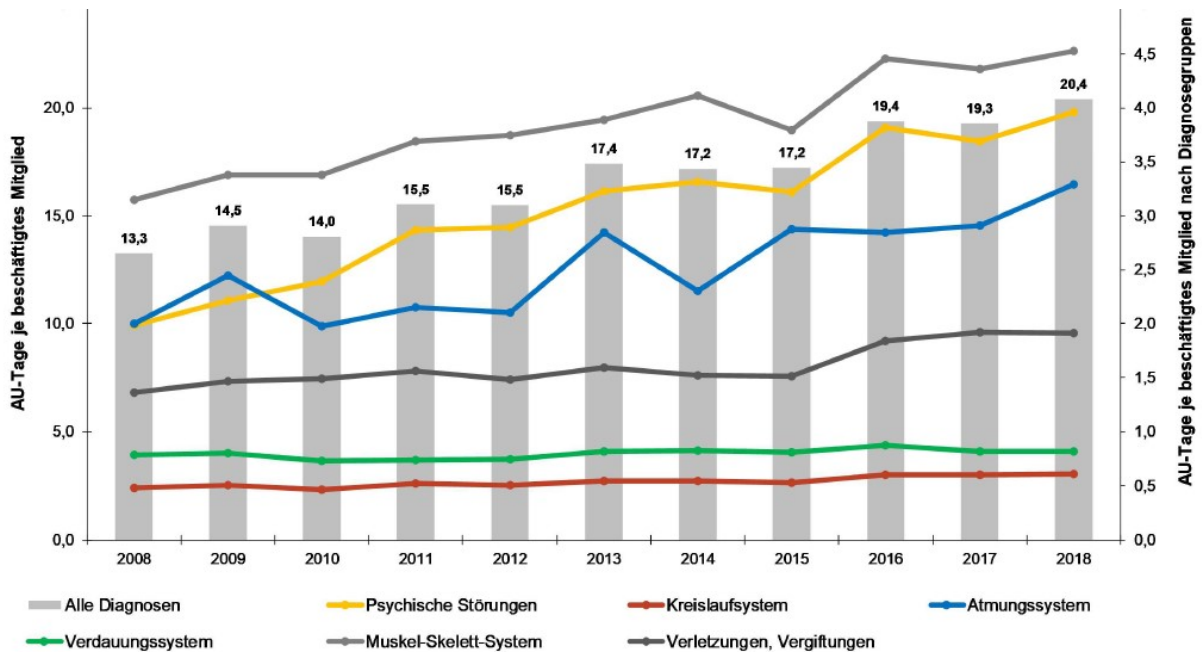
Eine vergleichbare Zusammenstellung ist uns bislang unbekannt. Vergleichbare Indizes zeigen aber weiterhin hohe Belastungen auch 2019:

Zahlen 2018/2019

Technikerkrankenkasse (TKK, 2019a, S.25)

	Krankenpflege-berufe	Altenpflege-berufe	Pflegeberufe Gesamt	Berufstätige Gesamt
Krankenstand	6,02 %	6,94 %	6,29 %	4,09 %
AU-Tage je Fall	16,1	18,1	16,7	12,3

Arbeitsunfähigkeit - AU-Tage der beschäftigten Mitglieder der Wirtschaftsgruppe Gesundheits- und Sozialwesen nach ausgewählten Diagnosehauptgruppen im Zeitverlauf (2008-2018)



S.98

Diagramm 1.4.2 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Wirtschaftsabteilungen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2018)

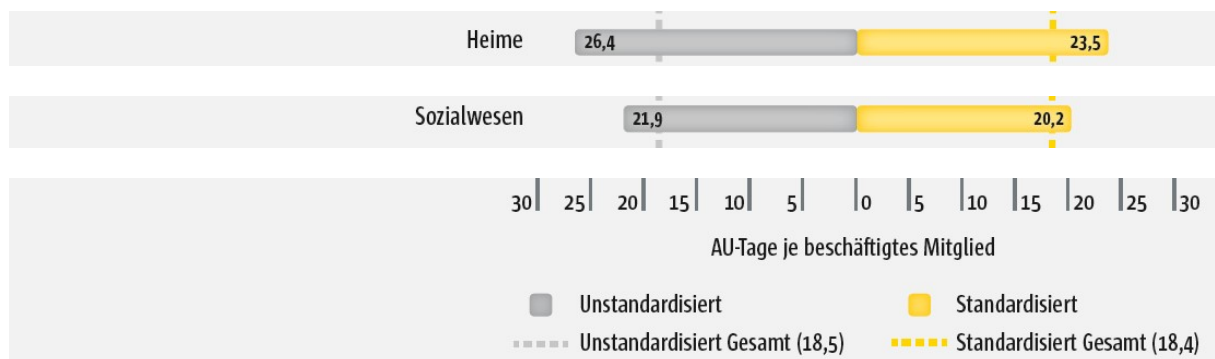
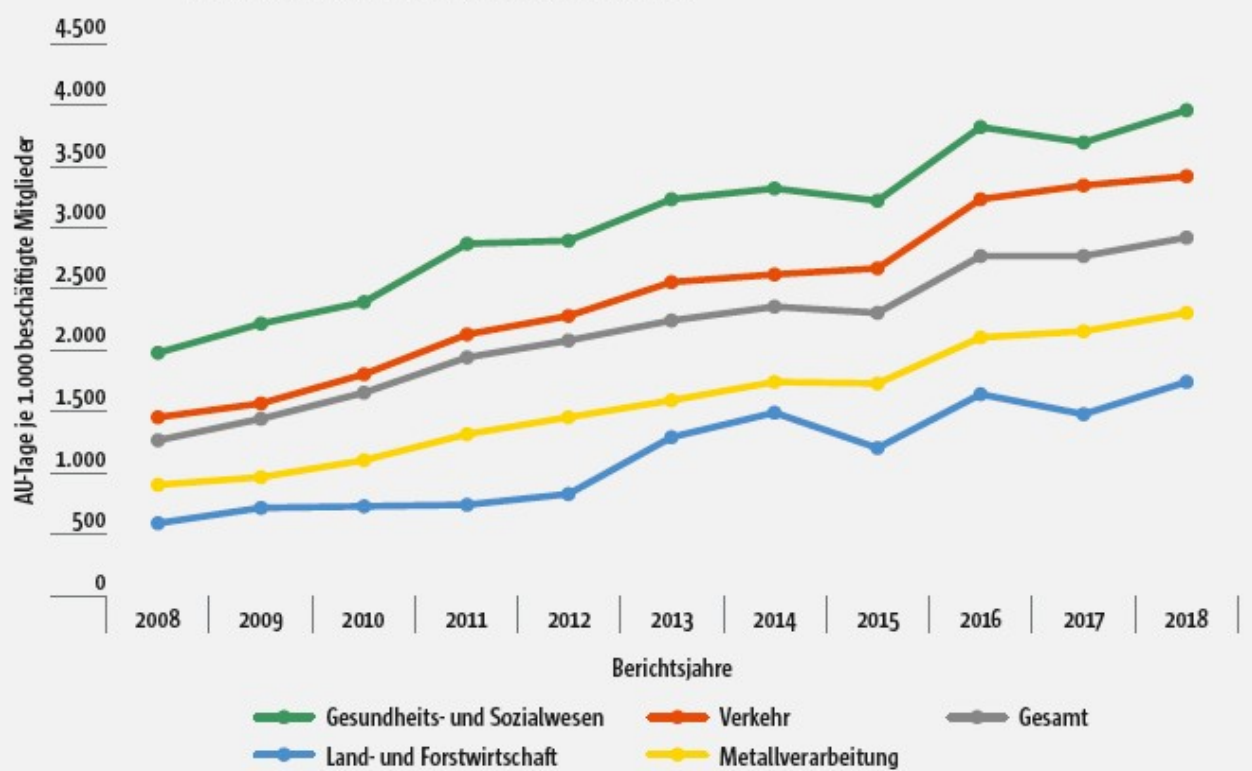


Diagramm 1.5.9 Arbeitsunfähigkeit – AU-Tage der beschäftigten Mitglieder für Psychische Störungen nach ausgewählten BKK Wirtschaftsgruppen im Zeitverlauf (2008–2018)



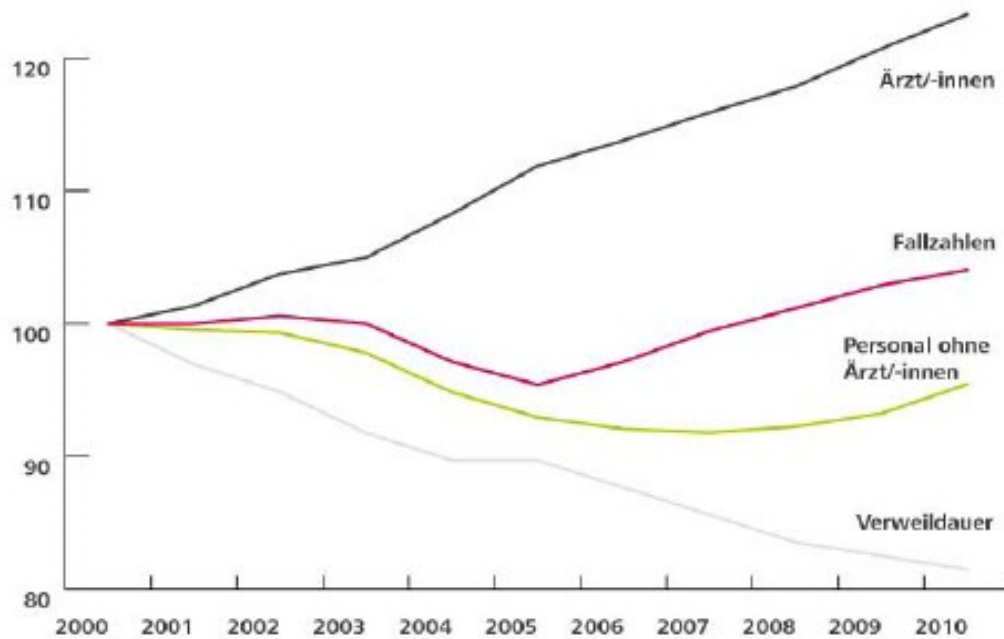
Personalentwicklung und Fallzahlen 2000 bis 2010

Eine permanente Unterdeckung beim Personal kennzeichnet die Einführung von Fallpauschalen (DRGs) in den Krankenhäusern. 2001 wird die DRG-Einführung mit dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) konkret festgelegt. Die Zeit danach wird durch die DRG-Konvergenz und die Korrekturen im Krankenhausfinanzierungsgesetz KHFG bestimmt.

2010 sind die DRGs vollständig eingeführt. Die budgetneutrale Phase zeigt 2003 bis 2005 Wirkung: Die Fallzahlen sinken, der Personalabbau geht weiter. Mehr Fälle bringen nicht mehr Geld in die Häuser. Umgekehrt ist es leichter, durch weniger Fälle einen höheren Landesbasisfallwert zu vereinbaren.

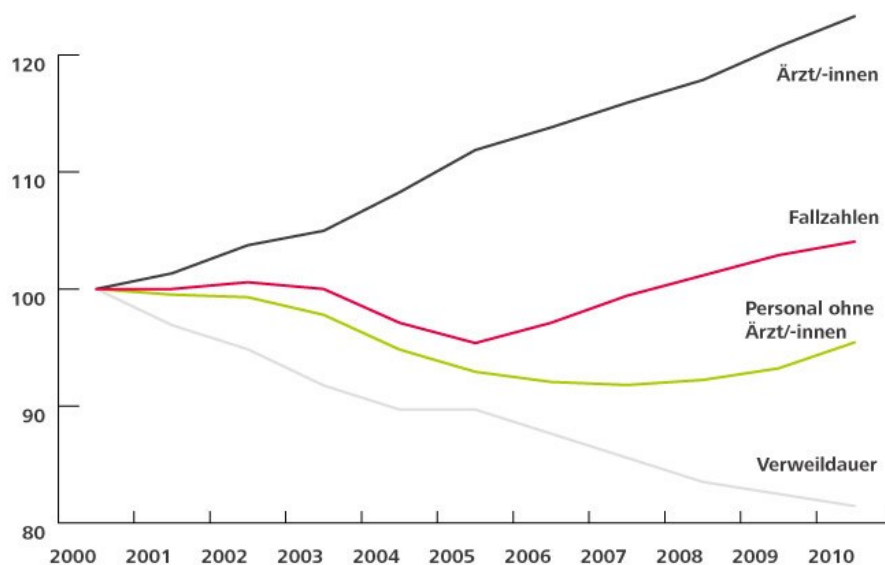
2006 dreht sich die Situation. Es kommt zu einem starken Anstieg der Fallzahlen. Zuerst wird das noch mit dem vorhandenen Personal geschultert. Lediglich die Zahl der Ärztinnen und Ärzte steigt weiter. Ihre Diagnosen bringen den Krankenhäusern schließlich bares Geld.

Erst 2008 wird der Personalbestand insgesamt wieder erhöht. In diesem Jahr protestieren die Beschäftigten aller Krankenhäuser. Die ver.di-Kampagne »Der Deckel muss weg!« bringt Verbesserungen bei der Krankenhausfinanzierung. Ein befristetes Förderprogramm führt erstmals wieder zu mehr Pflegepersonal. Doch die gewünschte Entlastung bleibt aus. Zahl und Schwere der Fälle nehmen weiter zu. Dadurch steigen 2010 die Ausgaben der Krankenkassen für die stationäre Behandlung trotz Budgetbegrenzung auf 1,54 Prozent tatsächlich um 3,84 Prozent.

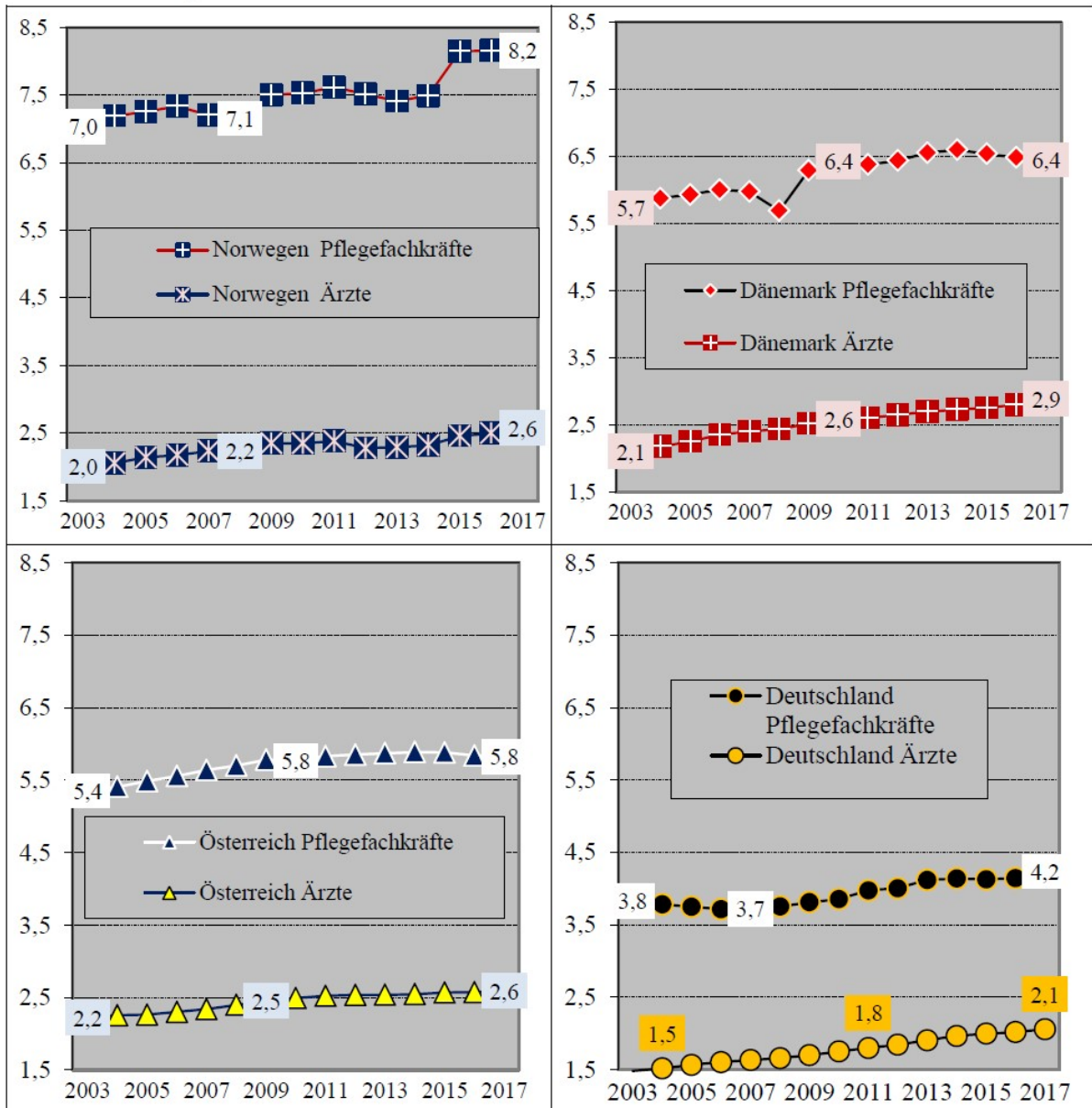


Quellennachweis: Statistisches Bundesamt, Bearbeitung ver.di
 Index: 2000 = 100% (in absoluten Zahlen: Fallzahlen = 17,3 Mio; Ärzte/Ärztinnen = 108.695; Personal ohne Ärzte = 725.889)

Quelle: verdi-publik, 2012, 1, S.3



Entwicklung der Dichte von Ärzten und Pflegefachkräften (Vollkräfte) in Krankenhäusern auf 1000 Einwohner von 2003 bis 2017: Deutschland im Vergleich mit Dänemark, Norwegen und Österreich



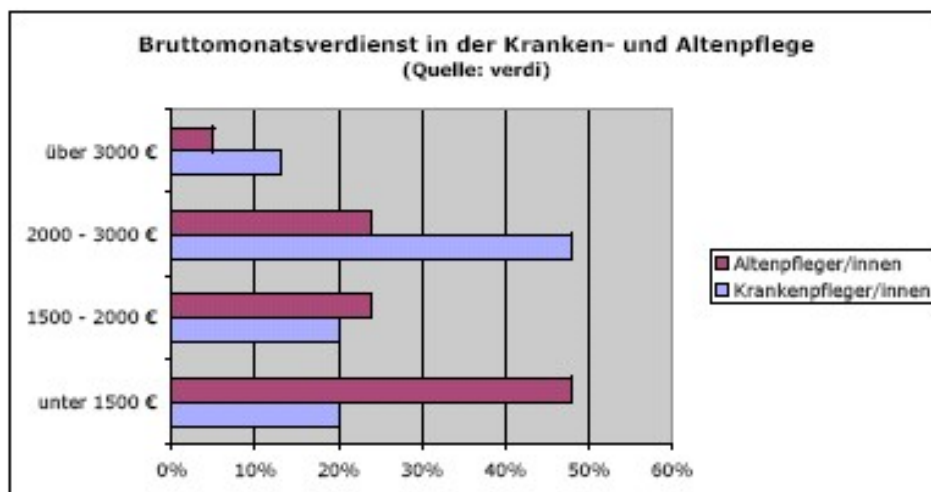
Erläuterung: Unter Pflegefachkräfte sind die akademisch an Hochschulen ausgebildeten Fachkräfte (incl. Hebammen) und die nicht-akademisch an Fachschulen ausgebildeten Kräfte erfasst.
 Quelle: Eurostat, Krankenhauspersonal [hlth_rs_prshp1]; Update vom 24.02.2020; eigene Auswertung

In: Heintze, C.
 Coronakrise und Gesundheitsversorgung, Mai 2020

Verdienststruktur

„Der DGB-Index Gute Arbeit erlaubt einen Blick auf die Verdienststruktur bezogen auf einzelne Einkommensgruppen: Laut des Indexes beziehen 20 Prozent der Vollzeitbeschäftigten in der Krankenpflege und 48 Prozent der Vollzeitbeschäftigten in der Altenpflege einen monatlichen Bruttolohn von unter 1500 Euro. Wiederum 20 Prozent der Beschäftigten in der Krankenpflege und 24 Prozent der Beschäftigten in der Altenpflege verdienen monatlich weniger als 2000 Euro. Einkommen von unter 2000 Euro werden vom DGB als Prekärlohne eingestuft, unter 1500 Euro als Armutslohne. Fast die Hälfte der Krankenpfleger/innen (48 Prozent) verdient monatlich zwischen 2000 und 3000 Euro und 13 Prozent verdienen mehr als 3000 Euro. Im Bereich der Altenpflege sind es lediglich 24 Prozent der Beschäftigten, die zwischen 2000 und 3000 Euro verdienen; und nur 5 Prozent haben ein Einkommen von über 3000 Euro. Hieran erkennt man, dass in beiden Pflegeberufen ein großer Teil der Beschäftigten trotz Vollzeitbeschäftigung für Bruttolöhne arbeitet, die den Armuts- und Prekärlohnen zugeordnet werden, wobei die Situation in der Altenpflege noch deutlich gravierender ausfällt als in der Krankenpflege. Somit ist es nicht verwunderlich, dass die Einkommenssituation von beiden Berufsgruppen als sehr negativ eingeschätzt wird (vgl. verdi 2008a: 10; verdi 2008 b: 10).

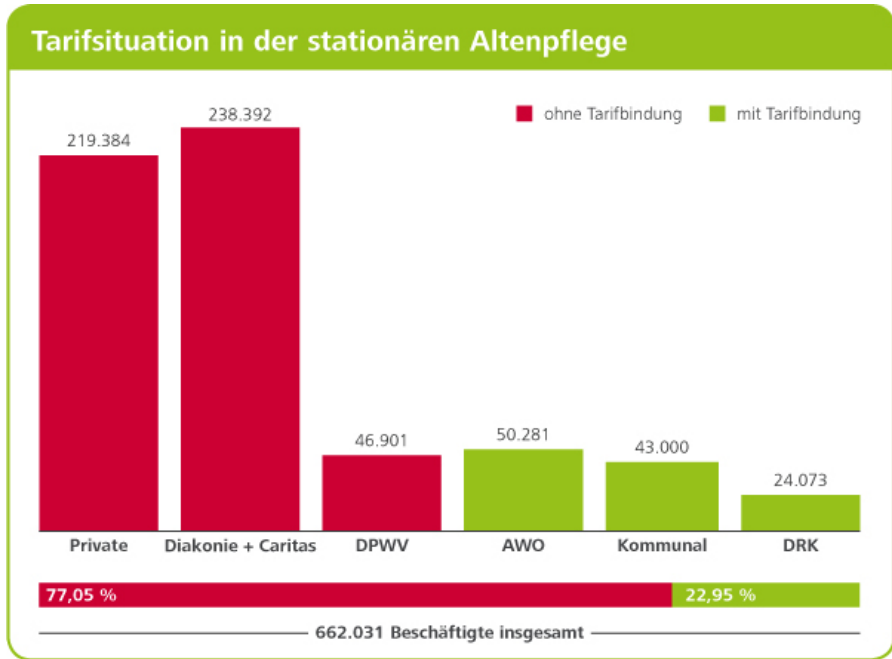
Abbildung 3: Bruttomonatsverdienst



Als Vergleichsgröße bieten sich hier die Regelvergütungen nach AVR (Richtlinien für Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes) an, welche an den Tarif des Öffentlichen Dienstes angelehnt sind. Kranken- und Altenpfleger/innen in stationären und ambulanten Einrichtungen erhalten laut AVR-Bundesmittelwerttabelle eine Regelvergütung von mindestens 2.092,69 Euro bei Eingruppierung in Vergütungsgruppe KR 4 ohne Zulagen. Hinzu kommen Zulagen wie z.B. Kinderzulagen oder Wechselschichtzulagen.

In stationären Einrichtungen der Caritas können Altenpfleger/innen bis zu 3.838,22 Euro (Vergütungsgruppe KR 11) und Krankenpfleger/innen bis zu 4.815,64 Euro (Vergütungsgruppe KR 14) verdienen. In ambulanten Einrichtungen können sowohl Kranken- als auch Altenpfleger/innen bis in Vergütungsgruppe KR 10 aufsteigen, welche mit bis zu 3.606,24 entlohnt wird (alle vorangegangenen Angaben verstehen sich ohne Zulagen).

Betrachtet man diese Tarifvorgaben mit den realen Bruttolöhnen, die durch die Erhebung des DGB sichtbar wurden, muss man erkennen, dass nach Tarif zahlende Arbeitgeber – vor allem in der Altenpflege – wohl eher die Ausnahme als die Regel bilden, da hier 72 Prozent trotz Vollzeitstelle weniger als untersten Tariflohn erhalten. Dass die gezahlten Löhne auch von den Beschäftigten als nicht leistungsgerecht empfunden werden, zeigt sich aus ersten Ergebnissen aus qualitativen Betroffeneninterviews im Projekt BiS (vgl. hierzu ausführlich Nölle/Goesmann 2009).



Quelle: ver.di, 2008

Vergütung

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di, 2012h)
 Pflege am schlechtesten bezahlt, ver.di.publik, drei, 2018, 65, S.8

Fachkräfte in der Pflege am schlechtesten bezahlt

Durchschnittliches Bruttogehalt pro Jahr in Euro nach Branchen

Ärzt/Innen	84.233
Banken	70.889
IT	64.837
Versicherungen	62.687
Bildung und Soziales	44.012
Handwerk	38.857
Pflege, Therapie und Assistenz	38.510

Quelle: Stepstone Gehaltsreport 2018

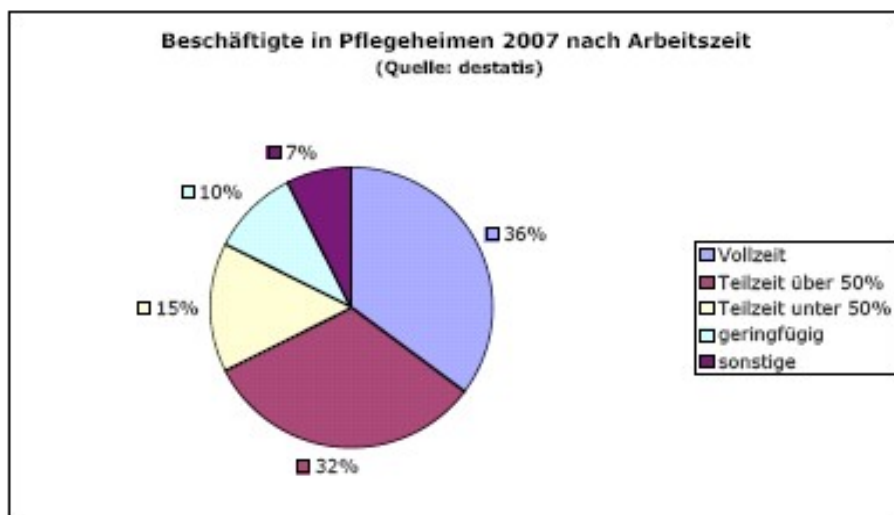
Die Arbeitgeber im Gesundheits- und Sozialwesen jammern über Fachkräftemangel. Manche missbrauchen ihn gar als Argument gegen verbindliche Personalvorgaben. Stattdessen sollten sie sich mit den Ursachen beschäftigen. Zum Beispiel könnten sie einen Blick auf die Ergebnisse dieser Befragung von 50.000 Fach- und Führungskräften werfen. Sie zeigt eindrücklich: Fachkräfte in den Bereichen Soziales, Pflege, Therapie und Assistenz sind völlig unterbezahlt. Die *Süddeutsche Zeitung* schreibt dazu: »Wer sein Einkommen zügig verbessern will, sollte einen Jobwechsel in Betracht ziehen.« Wir meinen: Wir sollten einen Systemwechsel in Betracht ziehen. -red

Bispinck, R., Dribbusch, H, Öz, F. & Stoll, E.
 Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen, Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank, Arbeitspapier 07/2012
http://www.boeckler.de/pdf/ta_lohnspiegel_pflegeberufe_2012.pdf [1.5.2019]
https://www.boeckler.de/38555_40692.htm# (Zusammenfassung)]

Bispinck, R., Dribbusch, H, Öz, F. & Stoll, E.
 Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen, Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank, Arbeitspapier 21/2013
http://www.boeckler.de/pdf/ta_lohnspiegel_2013_21_pflegeberufe.pdf [30.4.2019]

Arbeitszeit

Abbildung 4: Arbeitszeit in Pflegeheimen



Verweildauer im Beruf:

Die Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz (Behrens 2009), die sich auf Daten der GEK Gmünder Ersatzkasse bezieht, liefert sowohl Daten über die Situation in Rheinland-Pfalz (RP) als auch im Bundesgebiet (ohne RP). Im Folgenden werden einige Ergebnisse zur bundesdeutschen Situation (ohne RP) übernommen. 50 Prozent der Altenpflegekräfte beenden ihre Tätigkeit nach dreieinhalb Jahren (nach Beginn der Erstbeschäftigung), bei den Krankenpfleger/innen wird diese Marke innerhalb des Beobachtungszeitraumes von 10 Jahren nicht erreicht.

Eine aktuelle Studie des IWAK Frankfurt zu Berufsverläufen von Altenpflegerinnen und Altenpflegern (IWAK 2009), die auf Prozessdaten der Sozialversicherung aus der Beschäftigtenstichprobe des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) basiert, kommt zu anderen Ergebnissen. Demnach hatten die ältesten in dieser Auswertung erfassten Altenpfleger/innen (Ausbildungsabschluss 1976-1980) einen Berufsverlauf von durchschnittlich 19,47 Jahren, der sich aus 11,69 Beschäftigungsjahren und 7,78 Jahren an Unterbrechungszeit zusammensetzt (vgl. IWAK 2009: 8). (...) Nach fünf Jahren sind noch 77 Prozent der Altenpfleger/innen im Beruf, nach zehn Jahren sind es noch 64 Prozent und nach 15 Jahren noch 63 Prozent. Insgesamt kann die Berufsbindung also als hoch bezeichnet werden. Es konnten keine Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Beschäftigten hinsichtlich der Beschäftigungs- und Unterbrechungszeiten und der Berufsverlaufdauern festgestellt werden.

Die NEXT-Studie geht einen anderen Weg und liefert Aufschlüsse über den Wunsch, den Pflegeberuf zu verlassen. Der Nachteil besteht darin, dass nicht nachvollzogen wird, wie viele Personen diesen Wunsch umsetzen. Der Vorteil der Studie jedoch ist, dass die Einflussvariablen des Berufsausstiegs nachvollzogen werden. Zunächst gaben knapp 9 Prozent der Befragten an, „mehrmals wöchentlich oder häufiger“ über einen Berufsausstieg nachzudenken, weitere 10 Prozent taten dies „mehrfach monatlich“. 34 Prozent beschäftigten sich „mehrmals im Jahr“ mit diesem Gedanken und 47 Prozent erwogen dies „nie“.

Interessant ist, dass das Unternehmen, in dem die Pflegekräfte beschäftigt sind, eine einflussreiche Variable in Bezug auf den Ausstiegswunsch darstellt. Ebenfalls nimmt der Wunsch mit zunehmender Betriebszugehörigkeit ab. (vgl. Hasselhorn et al. 2005: 138ff.) Der Arbeitgeber hat also einen entscheidenden Einfluss darauf, ob er seine Beschäftigten halten kann oder nicht. Dies ist gerade angesichts des sich ankündigenden Pflegenotstandes von Bedeutung.

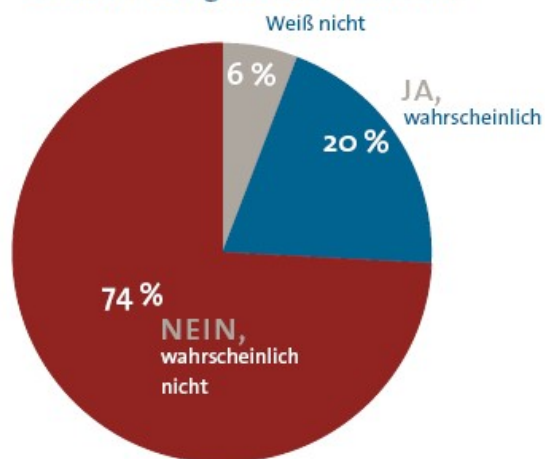
Arbeitszufriedenheit

Objektive Daten werden durch verschiedene subjektive Befragungen gestützt (vgl. Abb. 2). Die Sonderauswertung im DGB-Index Gute Arbeit (ver.di, 2013) zeigt neben anderen ähnlichen Ergebnissen z.B., dass Dreiviertel aller Befragten in Pflege, Betreuung und Begleitung nicht davon ausgehen, dass sie ihre Arbeit ohne Einschränkungen bis zur Rente ausüben können.

Abb. 2

Abb. 2 | Arbeitsfähig bis zur Rente? –
So antworten die Beschäftigten in Pflegeberufen

› Meinen Sie, dass Sie unter den derzeitigen Anforderungen Ihre Tätigkeit bis zum gesetzlichen Rentenalter ohne Einschränkung ausüben könnten?‹



VER.DI, 2013

Quelle: ver.di, 2013

Der DGB-Index Gute Arbeit liefert ein differenziertes Bild zur Arbeitszufriedenheit. Es wurden fünf Kategorien gebildet, in die sich die Befragten einordnen konnten: stabile Zufriedenheit, progressive Zufriedenheit, resignative „Zufriedenheit“, konstruktive Unzufriedenheit und fixierte Unzufriedenheit¹⁶. Demnach gelten 17 Prozent der Krankenpfleger/innen (und 22 Prozent der Altenpfleger/innen) als stabil zufrieden, 47 (bzw. 32) Prozent als progressiv zufrieden, 13 (bzw. 19) Prozent als resignativ zufrieden, 19 (bzw. 24) Prozent als konstruktiv unzufrieden und schließlich 4 (bzw. 3) Prozent als fixiert unzufrieden (vgl. Verdi 2008a: 14f.; Verdi 2008b: 14f.).

Abschließend wird in nachfolgender Tabelle die Krankenpflege der Altenpflege anhand der Zusammenfassung des DGB-Indexes Gute Arbeit gegenübergestellt, da dies auf einen Blick die Bedingungen der beiden Berufe für sich aber auch ihr Verhältnis zueinander und zur Arbeit in Deutschland allgemein veranschaulicht. Alarmierend ist hierbei, dass mehr als die Hälfte der Altenpfleger/innen in Arbeits- und Einkommensbedingungen beschäftigt sind, die als schlechte Arbeit eingestuft werden (vgl. Verdi 2008a: 3; Verdi 2008b: 3)

Abbildung 7: DGB-Index Gute Arbeit (Quelle: verdi)

	Krankenpflege (N=467)	Altenpflege (N=166)	Arbeit in Deutschland insgesamt
Gute Arbeit	7%	12%	13%
Mittelmäßige Arbeit	47%	36%	54%
Schlechte Arbeit	46%	52%	33%

Quelle: Goesmann & Nölle, 2009

„Bundesweit nehmen die klassischen körperlichen Belastungen durch Lärm, Gefahrstoffe, Heben und Tragen usw. leicht zu. Den stärksten Anstieg in den letzten fünfzehn Jahren verzeichnen jedoch psychosoziale Belastungen. Unbestritten ist ihr Zusammenhang zur Zunahme von Arbeitsintensität und Zeitdruck. Nach dem DAK-Gesundheitsreport lag die Zahl der krankheitsbedingten Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen im Gesundheitswesen um 55 % über dem Bundesdurchschnitt (ebd.). Im BGW/DAK-Stressmonitoring wurden die Arbeitsbedingungen und der Stress in Berufsgruppen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft untersucht und z. T. erhebliche Unterschiede bei den dreiundzwanzig untersuchten Berufsgruppen festgestellt, die jeweils in unterschiedlicher Höhe vom Bundesdurchschnitt abweichen.“

Quelle: BGW/DAK, 2001

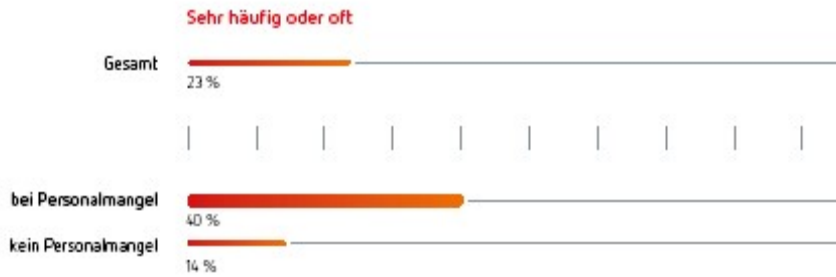
Abb. 14, S.15



Abb. 15, S. 15

Qualitätsabstriche und Personalmangel

Wie häufig kommt es vor, dass Sie Abstriche bei der Qualität Ihrer Arbeit machen müssen, um Ihr Arbeitspensum zu schaffen?



DGB-Index Gute Arbeit GmbH, 2019

Betriebskrankenkassen Bundesverband (BKK, 2017c)

S.10

Diagramm 1.4 Umfrage – Arbeitsfähigkeit: WAI-Kategorien bzw. WAI-Gesamtwert nach ausgewählten Berufsgruppen

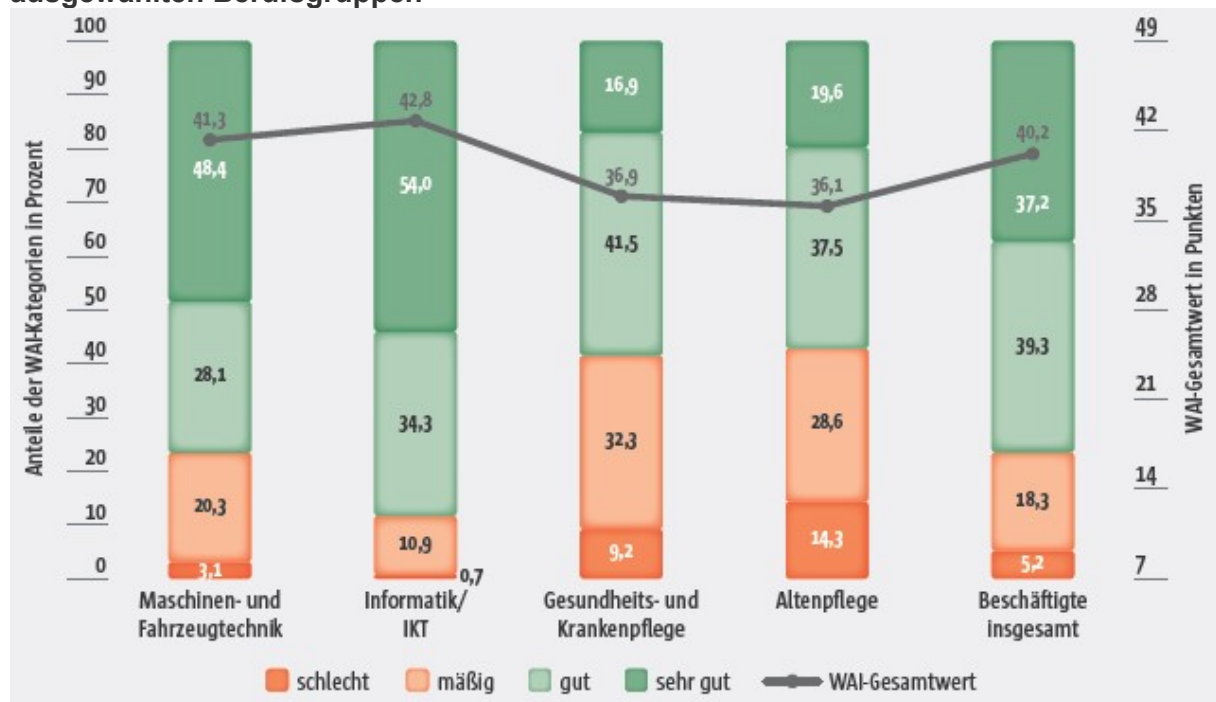
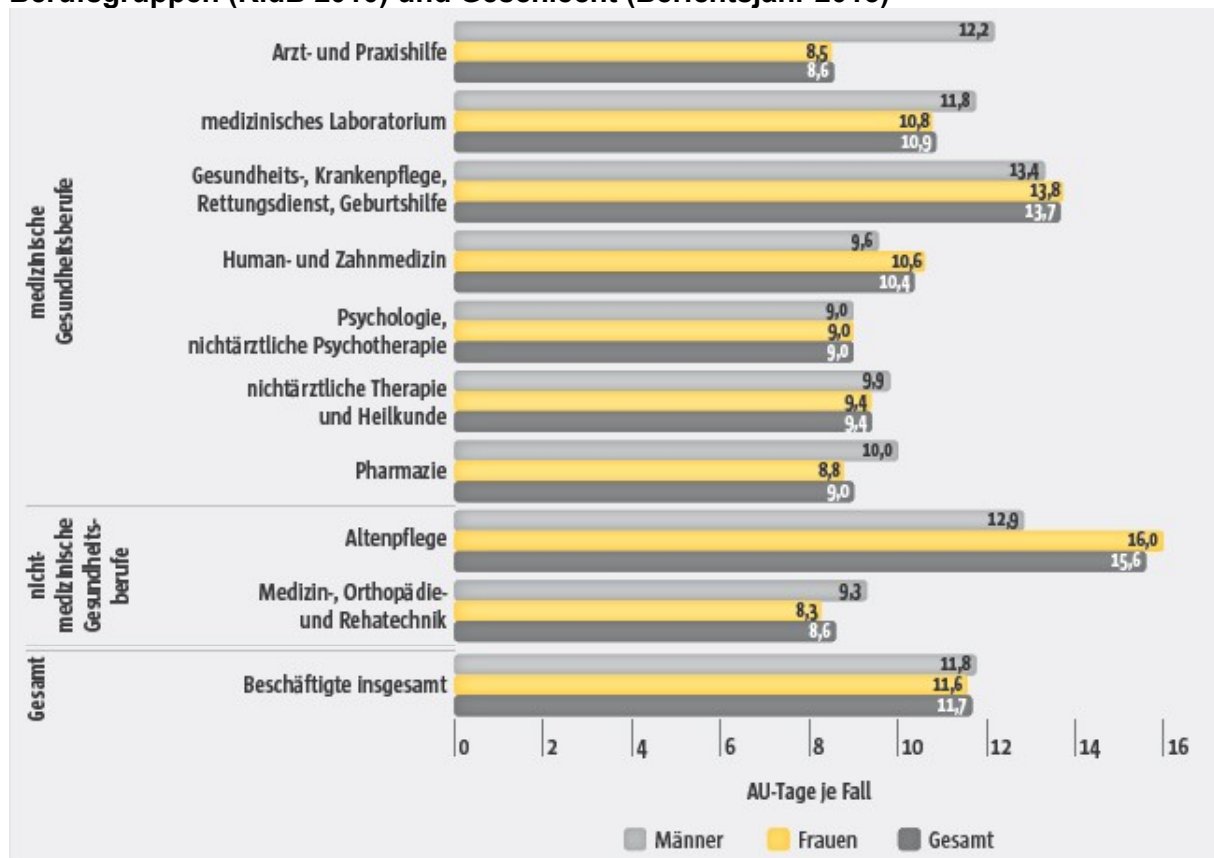
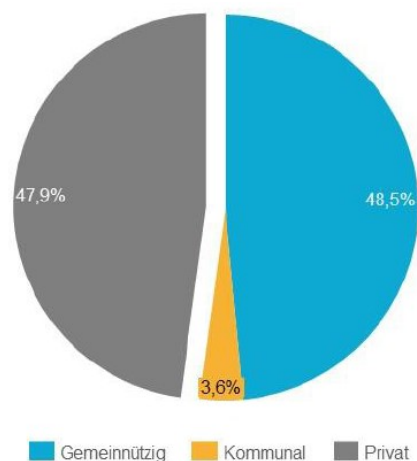


Diagramm 2.24 AU-Tage je Fall der beschäftigten Mitglieder nach ausgewählten Berufsgruppen (KldB 2010) und Geschlecht (Berichtsjahr 2015)



Privatisierung

In der Altenhilfe werden bereits etwa die Hälfte der Einrichtungen privat geführt:



Quelle: pm pflegemarkt.com (2019)

Investoren bestimmen inzwischen in manchen Bundesländern auch über den größten Teil der stationären Gesundheitsversorgung (Bundesärztekammer, 2007).

Quellen aus dieser Zusammenstellung:

- Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtspflege & Deutsche Angestelltenkrankenkasse (Hrsg.). (2001). BGW/DAK-Stressmonitoring 2001. Hamburg.
- Betriebskrankenkassen, Bundesvorstand (BKK)
BKK Gesundheitsreport 2010, Seelische Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft, Essen, 2010
- Betriebskrankenkassen, Bundesvorstand (BKK)
BKK Gesundheitsreport 2011, Zukunft der Arbeit, Essen, 2011
- Betriebskrankenkassen Bundesverband (BKK, 2017c)
BKK Gesundheitsatlas 2017 - „Gesundheit und Arbeit – Blickpunkt Gesundheitswesen“. BKK, Kliner, K, Rennert, D. & Richter, M. (Hrsg.), Essen, 2017
- Betriebskrankenkassen Dachverband
Rennert, D., Zusammenstellung der Auswertung für das Gesundheits- und Sozialwesen, aus Knieps, F. & Pfaff, H. (Hrsg.), BKK Gesundheitsreport 2019, Psychische Gesundheit und Arbeit, Berlin, 2019, Essen, 13.5.2020
- Bundesärztekammer
Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland. Folgen für die ärztliche Tätigkeit - Voraussetzungen, Wirkungen, Konsequenzen und Potenziale aus ärztlicher Sicht, Berlin Juni 2007
www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Privatisierung_Krankhaeuser_2007.pdf [22.5.2020]
- Bundesministerium für Gesundheit
Gesetzliche Krankenversicherung – Krankenstand 1970 bis 2010 und Januar bis Juni 2011 (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1), Berlin, 2011 (Stand: 5. Juli 2011)
- DAK
DAK-Gesundheitsreport 2010, Neue Westfälische, 9.7.2011
- DAK
DAK-Gesundheitsreport 2011, Neue Westfälische, 18.8.2011
- Deutsche Angestelltenkrankenkasse (Hrsg.). (2005).
DAK-Gesundheitsreport (Schwerpunkt: Psychische Erkrankungen, Angststörungen, Depressionen). Hamburg.
- DGB-Index Gute Arbeit GmbH
DGB-Index Gute Arbeit - Der Report 2019, Wie die Beschäftigten die Arbeitsbedingungen in Deutschland beurteilen, Mit dem Themenschwerpunkt: Arbeiten am Limit - Arbeitsintensität., Frankfurt, Dezember 2019
- Frankfurter Rundschau, 6.7.2012
Mehr Leiharbeiter in der Pflege, Niedriglöhne zur Kostensenkung
- Goesmann, Chr. & Nölle, K.
Die Wertschätzung für die Pflegeberufe im Spiegel der Statistik, Dortmund, 2009
- Städtetag NRW, Landkreistag NRW, Städte- und Gemeindebund NRW, Landschaftsverband Rheinland & Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Perspektiven der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung - Gemeinsames Positionspapier der drei kommunalen Spitzenverbände und der beiden Landschaftsverbände, Juni 2012
- Stuckard, P.
Höchster Krankenstand seit 15 Jahren, Neue Westfälische, 30.3.2012
- Technikerkrankenkasse (TKK, 2019a)
TKK Gesundheitsreport 2019, Seelische Pflegefall Pflegebranche? Wo geht's Deutschlands Pflegekräften, Hannover, 2019, S.25
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Hrsg., verdi, 2013)
Arbeitsethos hoch, Arbeitshetze massiv, Bezahlung völlig unangemessen, Beschäftigte in Pflegeberufen - So beurteilen sie ihre Arbeitsbedingungen, Sonderauswertung DGB-Index Gute Arbeit 2012, Berlin, 2013
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Bundesfachkommission Behindertenhilfe
Göttinger Erklärung von Betriebsräten und Mitarbeitervertretungen in der Behindertenhilfe zum Bundesteilhabegesetz, Göttingen, 17.6.2016

<https://gesundheit-soziales.verdi.de/branchen/behindertenhilfe/tagung-behindertenhilfe-2016/++co++ef621bc6-36d5-11e6-a65e-525400ed87ba> [28.11.2016]