

WIE WERDEN ZUKÜNFTIG DIE ANFORDERUNGEN DER PFLEGE GESICHERT?

Prof. Dr. habil. Martina Hasseler,
Fakultät Gesundheitswesen,
Ostfalia HaW

AUS WELCHER PERSPEKTIVE FRAGE BEANTWORTEN?

- Perspektive der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Oder

- Perspektive der Bedarfe aufgrund gesellschaftlicher, gesundheits- und pflegepolitischer, demografischer, altersstruktureller und weiterer Entwicklungen

Oder

- Perspektive Settings/Sektoren (z.B. Langzeitpflege, Akut, Rehabilitation, ambulant, stationär)

Oder

- Perspektive Zielgruppen wie ältere Menschen, Kinder, chronisch Erkrankte

Oder

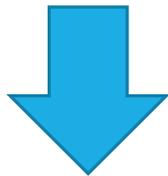
- Perspektive Berufspolitik

Oder

-

ERKENNBAR IST...

- Anforderungen u. Perspektiven d. Pflege sehr komplex, multidimensional
- Anforderungen nicht einfach monoperspektivisch darzustellen
- unterschiedliche Antworten – abhängig von Perspektive



- **Entscheidung:** strukturelle Rahmenbedingungen d. Pflegeberufe skizzieren, um darauf aufbauend einige Anforderungen zu formulieren

GESELLSCHAFT & FACHKRÄFTEMANGEL

- Gesetzliche Reformen/Rahmenbedingungen
- Altersstrukturentwicklung
- z.B. höhere Inanspruchnahme Gesundheitsdienstleistungen mit zunehmendem Alter (Statistisches Bundesamt 2010)
- z.B. prognostizierter Anstieg Pflegebedürftige
- mehrfach belegter Pflegekräftebedarf (z.B. Prognos 2012):

Bedarf in Langzeitpflege	Von 2009 - 2030
Altenpfleger/innen	194.000 auf 331.000 Personen im Jahr 2030 erhöhen
„fachfremder“ Krankenschwestern und – pfleger	von 157.000 auf 298.000
Ungelernte Kräfte/Personen mit sonstigem Abschluss	bis 2030 ca. 350.000

ABER:

- durch Ausbildung in **Altenpflege** auf aktuellem Niveau u. allgemeine sozio-demografische Entwicklung Beschäftigung im Pflegesektor lediglich möglich
- Bestand an Pflegekräften in Höhe von 784.000 Personen im Jahr 2030 (831.000 bis 2020) zu erhalten
- Mehrbedarf an Personal in diesem Segment damit nicht gedeckt

Ähnliches gilt Krankenpflege:

- angebotsseitige Analyse zeigt, dass nicht mit weiterer Steigerung der Zahl der „Krankenschwestern und -pfleger“ im Pflegesektor zu rechnen ist
- Personal im direkten Gesundheitsbereich (Krankenhäuser) benötigt
- bei Gültigkeit dieser Annahme resultiert damit zunächst eine Lücke zwischen Personalnachfrage und -angebot in Höhe von 737.000
- in 9 Jahren fehlen 378.000 Personen für professionelle Pflege- und Hilfstätigkeiten

(Prognos 2012:28)

HOHER ERSATZBEDARF

- Höchster Altersdurchschnitt im Vergleich zu anderen Fachberufen
- in Gesundheits- u. Krankenpflege ohne Spezialisierung: **175.000** der 568.000 sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten zur **Altersgruppe der über 50jährigen**
- wird bis **2030 aus Erwerbsleben** ausscheiden
- in Altenpflege ohne spezialisierte Tätigkeiten: in nächsten 15 Jahren **69.000** Personen **bis 2030 aus Erwerbsleben** aus Altersgründen ausscheiden

(Bertelsmann Stiftung 2015)

AUSWIRKUNGEN AUF GESELLSCHAFT & WIRTSCHAFT

„Wenn es nicht gelingt, mit geeigneten Maßnahmen die Versorgung der Pflegebedürftigen heute und in Zukunft zu sichern, kommt es zu Fehlallokationen von Arbeitskräften in allen Wirtschaftsbereichen. Negative Wachstums- und Wohlstandseffekte sind die Folge. Der Wirtschaftsstandort Deutschland wird geschwächt, wenn dringend benötigte Fachkräfte die Pflege ihrer Angehörigen gewährleisten müssen, weil es uns gleichzeitig nicht gelingt, genügend Pflegekräfte auf dem Arbeitsmarkt verfügbar zu halten und durch adäquate Maßnahmen dem Arbeitsmarkt neue Fachkräfte zur Verfügung zu stellen.“

(Prognos AG 2012:2)

EINKOMMENSITUATION

- Bruttoeinkommen **Pflege Krankenhaus** (38 Stunden-Woche) durchschnittlich bei 2.379 EUR EUR mtl.
- **Altenpfleger/in**: durchschnittliches Einkommen bei 2.109 EUR
- Verdienst im **Setting Altenpflege** etwas höher als Helfer/innen Krankenpflege (Krankenhaus)
- **Alterseinkommen bei Renteneintritt** nach 40jähriger Einzahlung in Rentenversicherung nicht deutlich über Grundsicherung
- Frauen in Pflege rund 10% weniger Einkommen als Männer
- hohe Teilzeitquote auch als Maßnahme, um Belastungen zu reduzieren
- oder AG bietet keine Vollzeit an (flexible Dienstplangestaltung, Kosten)
- Verweildauer im Setting Altenpflege geringer als im Bereich Krankenhaus

(IAW 2013; Ehrentraut et al. 2016)

EINKOMMENSITUATION

- Altenpflege gegenüber Krankenpflege (Krankenhaus) wg. Versicherungssysteme benachteiligt (SGB XI, SGB V)
- kleinere Betriebsgrößen in Altenpflege (drei Viertel der Beschäftigten in Altenpflege arbeiten in Betrieben unter 100 Beschäftigten)
- 60% im Setting Altenpflege außertariflich beschäftigt
- befristete Beschäftigungsverhältnisse im Setting Altenpflege häufiger

Erhöhung Gehalt in der Altenpflege, dann:

- Anstieg der Pflegesätze, dann:
- Erhöhung Beitrag Pflegeversicherung, höhere Eigenanteile der Pflegebedürftigen bzw. Anstieg der Transferleistungen Staat

(Ehrentraut et al. 2016)

ARBEITSBEDINGUNGEN KRANKENHAUS

- Pflegekräfte versorgen seit Einführung DRGs mehr Patienten
- Von 46,3 Pat. pro Pflegekraft in 2002
- Auf 53,2 Pat. pro Pflegekraft in 2006
- Auf 59 Pat. pro Pflegekraft in 2011
- Verdichtung der Arbeit für Pflegekräfte durch geringere Liegezeiten

(Braun 2014)

Braun konstatiert Erosionsprozess d. Professionalisierung d. Pflege sowie Arbeitsverständnis von Pflegekräften seit DRG-Einführung

ARBEITSBEDINGUNGEN KRANKENHAUS

Befragte Pflegende im Krankenhaus (Braun 2014):

	2003	2008
Gefühl gut ausgebildet zu sein	70%	58%
Wert auf würdevolle Pflege in Patientenversorgung	88%	79%
Gute Grundpflege	2006:29%	18%

ARBEITSBEDINGUNGEN KRANKENHAUS

- In einer Befragung geben zu einem hohen Anteil befragte Pflegende an, bei **22 vorgegebenen Pflegeleistungen** diese nicht durchzuführen bzw. implizit zu rationieren

z.B.:

- keine Zeit für Zuwendung/Kommunikation: 82% d. Befragten
- Keine/nicht ausreichende Beratung verwirrter Pat.: 57% d. Befragten
- Nicht/keine Mobilität von Pat.: 53% der Befragten

(Braun 2014)

ARBEITSBEDINGUNGEN KRANKENHAUS

- **Vergleich von 12 europäischen Ländern:** Pflegende in Krankenhäusern zu einem hohen Anteil an, pflegerische Tätigkeiten nicht durchzuführen
- **dazu gehören:** psychosoziale Versorgung, Planung und Dokumentation von Pflege, Gespräche mit Patienten, Anleitung und Beratung von Patienten
- **in Dtschl.:** 1 Pflegekraft versorgt durchschnittlich 12,7 Patienten in Dtschl.
- **in Norwegen:** 1 Pflegekraft versorgt 5,2
- **Fazit d. Autoren:** Pflegende in Krankenhäusern mit geringerem Workload, weniger Anforderungen, nicht pflegerische Aufgaben durchzuführen und besseren Arbeitsbedingungen, geben weniger häufiger an, pflegerische Aufgaben nicht durchzuführen

(Ausserhofer et al. 2014)

- Pflegende geben häufiger an, pflegerische Aufgaben nicht durchzuführen, wenn mehr Patienten pro Pflegekraft versorgt werden müssen (Ball et al. 2014)

ARBEITSBEDINGUNGEN LANGZEITPFLEGE

- **finanzierte u. nicht finanzierte Leistungen** in stationärer Langzeitpflege
- **Nicht finanzierte Leistungen:** als wichtig erachtet, aber nicht in Pauschalen o. in Pflegesätzen u. damit nicht in Personalbedarfsermittlung einbezogen
- **Nicht finanzierte Leistungen:** z.B. Beratung von Angehörigen, Infektionsprävention, Hygiene, Qualitätsmanagement, Organisation, Koordination
- **Nicht finanzierte Leistungen:** machen 64% d. Aufgabenkomplexe in Einrichtungen aus
- **D.h.:** Input von Ressourcen wie bspw. Pflegepersonal wird durch Pflegekassen, MDK, Aufsichtsbehörden beeinflusst, wie auch Durchführung d. Prozesse u. Ergebnisse

(Freund 2015)

FOLGEN: ARBEITSBEDINGUNGEN

- Hohe gesundheitliche Belastungen (physische u. psychische Belastungen)
- **Altenpflege:** durchschnittlich 25,7 Fehltage
- Fehlzeiten wg. psychischer Erkrankungen in Altenpflege auf Rang vier hinter Muskelskeletterkrankungen, Verletzungen u. Erkrankungen d. Atemwege
- **In Gesundheits- u. Krankenpflege:** auf Rang 2 d. Fehlzeiten aufgrund von AU
- Seit 2009 steigt Zahl offen gemeldeter Stellen bei Bundesagentur Zahl der arbeitslosen Fachkräfte
- Viele offene Stellen werden Bundesagentur nicht gemeldet
- **Vakanzeit** (Zeit bis zur Wiederbesetzung der Stelle) **in Altenpflege:** 4 Monate (122 Tage)
- **in Gesundheits- u. Krankenpflege** 111 Tage
- im Vergleich Vakanzeit für Fachkräfte aller Berufe: 79 Tage

(Bertelsmann-Stiftung 2015)

FOLGEN: ARBEITSBEDINGUNGEN

- Hoher Workload
- Problematische Arbeitsorganisation
- Höhere Gefahr Gratifikationskrisen
- Pflegeberuf als Sackgasse – fehlende berufliche Entwicklungsmöglichkeiten
- Konkurrenzdenken u. Ängste
- Geistige Unterforderung
- Geringe Partizipation in Entscheidungen
- Geringe Autonomie
- Rollenkonflikte & moralisches Stressempfinden
- Höhere Wechselbereitschaft bei unter 35-jährigen (Zimber 2011; Siegrist 2011; Faller & Reinboth 2011; iga Report 17)

FOLGEN: ARBEITSBEDINGUNGEN

- **Erlebte Belastungen** im Kontext, dass im Pflegeethos zentralen, aber unsichtbaren Anteile guter Pflegepraxis nicht unterstützt, sondern behindert werden, in der Organisation keine Anerkennung finden und in der Dokumentation keinen Platz haben (Senghaas-Knobloch 2014:28)
- **unsichtbare Aufgaben z.B.:**
 - Gewährleistungs- u. Vermittlungsaufgaben für andere Funktionsgruppen (z.B. Röntgenbilder für Ärzte holen, Laborgänge etc.)
 - gute Gestaltung der Beziehung zwischen Pflegenden u. Pat.
 - Emotionsarbeit

FOLGEN: ARBEITSBEDINGUNGEN

„Wenn Pflegekräfte keine Zeit haben, dann bedeutet das eben nicht nur, dass sie sich nicht mit einem unterhalten können. Das bedeutet vor allem, dass unter Umständen Tätigkeiten wie Mobilisation und Anleitung zur Selbstständigkeit kaum bzw. nur unter hohem Zeitdruck durchgeführt werden können. Dann wird man eben im Bett gewaschen, statt ins Bad begleitet. Dann wird der pflegebedürftigen Person das Essen halt eingegeben oder vielleicht gleich eine Magensonde gelegt. Dann wird ein verwirrter Mensch halt im Bett fixiert, anstatt dass man ihn anderweitig beruhigt oder beschäftigt. Das geht schneller, verstärkt aber auch die Pflegebedürftigkeit.

Wenn diese Dinge passieren, werden Betroffene buchstäblich "ins Bett gepflegt".

(Beatrice Habberger, <http://www.jetzt.de/job/unterschaetzter-beruf-krankenpflegerin>, Zugriff am 14.02.2016)

FOLGEN: ARBEITSBEDINGUNGEN

„Wenn die Zeit- und Effizienzvorgaben am industriellen Verrichtungsprinzip orientiert sind und wenig mit dem berufsspezifisch gebotenen Personenbezug zu tun haben, stehen viele Pflegekräfte in einem alltäglichen Stressfeld, das sie krank machen kann, besonderes durch Erschöpfungserkrankungen. Aber nicht nur hohe Krankenzahlen können die Folge sein, auch das Ethos guter Pflege ist gefährdet.“ (Senghaas-Knobloch 2014:29)

- Bei Rationierung d. Personals und nicht angemessenen Pat.-Personalschlüssel werden bestimmte pflegerische Maßnahmen nicht mehr durchgeführt
- Politik, Betreiber, Kassen, Gesellschaft möchten qualitativ hochwertige Pflege, aber nicht mit entsprechenden Rahmenbedingungen unterstützen

FOLGEN: ARBEITSBEDINGUNGEN

- **Bsp. Altenpflegerin:** 32 ältere Menschen, 3 Pflegekräfte im Frühdienst, jeder musste jeden Tag geduscht werden in einem Zeitraum von 2 Stunden mit wenig Zeit u. angemessener Partizipation
- gute Pflege gefährdet in Situationen, in denen Pflegende kaum Raum für professionelle Handlungsweisen haben

„Wer sich inhumanen Organisationsbedingungen ausgesetzt sieht, wird unter Umständen hart gegenüber dem Gegenstand seiner Arbeit, auch wenn es Menschen sind.“ (Senghaas-Knobloch 2014:31)

FOLGEN: ARBEITSBEDINGUNGEN

- Aktuelle **Form Personalbedarfsermittlung** ohne Berücksichtigung d. tatsächlichen Leistungsgeschehens führt zu:
 - **Ressourcenkonflikt** um Ressourcen „Personal“ und „Zeit“
 - **Entscheidungsalgorithmus** richtet sich am vorhandenen Personal u. Qualifikationen u. im zweiten Schritt an Versorgungsbedarfen
 - *„Insbesondere das Pflegepersonal ist systembedingten gesundheitsschädigenden Bedingungen ausgesetzt, dass die Pflegekräfte nur sehr eingeschränkt steuern oder beeinflussen und denen sie nur entgegenwirken oder ausweichen können, wenn sie den Beruf verlassen.“ (Freund 2015:535)*

FOLGEN: BERUFSFINDUNG

- Übersichtsarbeit Wu et al. (2015) zur Frage der Berufsfindung in Gesundheitsberufen

Gründe, dass Pflege nicht als Beruf gewählt wird:

- wird allgemein als ein wenig gut bezahlter Beruf mit einem niedrigen Status gesehen
- weibliche Studierende suchen eher nach Berufen mit regelmäßigen Arbeitszeiten
- männliche Studierende suchen eher nach Berufen mit angemessener finanzieller Bezahlung, Prestige und Autonomie im Beruf
- Eltern befürchten, dass Pflegeberufe diese Karriereperspektiven nicht bieten u. empfehlen ihren Kindern, nicht in diese Berufe einzutreten

FOLGEN: BERUFSFINDUNG

„Tatsache ist aber: wenn ich irgendjemanden erzähle, dass ich in der Krankenpflege arbeite, wird mir sehr schnell versichert, wie wichtig und verantwortungsvoll mein Beruf ist. Kurz darauf heißt es aber auch: „Also, ich könnte das nicht...“ Damit will mein Gegenüber mir meist nicht sagen, dass der Beruf sehr anspruchsvoll ist und sehr viel Kompetenz erfordert, sondern meint hauptsächlich die Schichtarbeit, die Arbeitsbelastung und die für viele mit Ekel verbundenen Arbeiten, wie die Unterstützung bei der Körperpflege oder Toilette. Manche sind dann noch überrascht, wenn sie feststellen, dass ich intelligent bin. Weil Pflege neben hoher Arbeitsbelastung hauptsächlich mit Hilfsbereitschaft und Mitgefühl verbunden wird, statt mit Fachwissen und Kompetenz.“

(Beatrice Habegger, <http://www.jetzt.de/job/unterschaetzter-beruf-krankenpflegerin>, Zugriff am 14.02.2016)

WAS WISSEN WIR?

- Veränderung Aufgabenbereich der Pflege

z.B.:

- Patientenedukation-, beratung
- Technischer Unterstützungsbedarf
- Versorgungssteuerung

(Wissenschaftsrat 2012)

WAS WISSEN WIR? ANGEMESSENE PAT.- PERSONALSCHLÜSSEL...

- **Höhere Pflegekraft-Pat. Schlüssel reduzieren Wahrscheinlichkeit v. Mortalität u. „failure to rescue“**
- **Bessere Arbeitsbedingungen u. mehr Pflegekräfte reduzieren Wahrscheinlichkeit d. Komplikationen**
- **Höhere Qualifikation von Pflegenden mit höheren Effekten in Krhs. mit besseren Arbeitsbedingungen**
- **Höherer BSN-Schlüssel keine Wirkungen, wenn schlechte Arbeitsumgebung**

(Aiken et al. 212)

WAS WISSEN WIR? ANGEMESSENE PAT.- PERSONALSCHLÜSSEL...

- **Geringere 30-Tage-Mortalitätsraten** bei Krankenhäusern mit höherem Prozentanteil RN u. höherem Anteil Bachelorabsolventen, **mehr Ressourcen für Pflegepersonal**, höherem Anteil von Patientenprotokollen oder „maps“, Burnout bei Pflegenden
- **10% Erhöhung von RN führten zu 6 weniger Sterbefällen** pro 1 000 entlassene Patienten

(Tourangeau et al. 2006)

WAS WISSEN WIR? ANGEMESSENE PAT.-PERSONALSCHLÜSSEL...

- **bessere Arbeitsbedingungen** für Pflegende und **geringere Pflege-Pat.-Personalschlüssel** auf medizinischen (innere Abteilungen/Stationen) **erhöhen** Wahrscheinlichkeit v. **Pat.** nach Herz-Kreislaufstillstand zu überleben
- Wahrscheinlichkeit zu überleben in Krankenhäusern mit schlechteren Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte bei Pat. **um 16% geringer**

(McHugh et al. 2016)

WAS WISSEN WIR? ANGEMESSENE PAT.- PERSONALSCHLÜSSEL...

- Pat. bewerten Krankenhäuser mit besserer Personalausstattung besser u. empfehlen diese eher weiter
- weniger Wiedereinweisungen bei besserer Personalausstattung
- Pat. mit besserer Personalausstattung erhalten mehr Informationen für zu Hause
- **Erklärung d. Autoren:** Workload d. Pflegenden bei besserer Personalausstattung besser, Arbeit effektiver durchzuführen

(McHugh et al. 2013)

WAS WISSEN WIR? ANGEMESSENE PAT.- PERSONALSCHLÜSSEL...

Professionelle u. qualifizierte Pflege macht einen Unterschied, z.B. in:

- Qualität d. Gesundheits- u. Pflegeversorgung
- Gesundheitsförderung und Prävention (z.B. Mitarbeit in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention)
- Pflegegeleitete Raucherentwöhnungsprogramme
- Pflegegeleitete Sprechstunden (nurse-led clinics)
- Diabetes mellitus im wohnortnahen Bereichen
- im Bereich advanced nurse practice – erweiterte Pflegepraxis (spezialisierte Aufgaben in unterschiedlichen Settings und Sektoren d. Gesundheits- u. Pflegeversorgung)
- u.w.m.



Welche Anforderungen erfüllen?

GESUNDHEITSFÖRDERUNG & PRÄVENTION BEI PFLEGEKRÄFTEN

- **Mögliche Maßnahmen – Ansatzpunkte:**

- a) Beseitigung/Verringerung von Belastungen
- b) Verfügbare Ressourcen ausbauen

Durch

- *Organisationale Ressourcen:* Aufgabenvielfalt, Tätigkeitsspielraum, Partizipationsmöglichkeiten
- *Soziale Ressourcen:* Unterstützung durch Vorgesetzte, Arbeitskollegen, Lebenspartner, andere Personen
- *Personale Ressourcen:* Gesundheitsbewusstsein, Selbstmanagementfähigkeit, Konfliktfähigkeit, günstige Bewältigungsstile

(Zimber 2011:309f)

Ein “Frauenberuf” ohne Rücksicht auf Frauen

„Dabei ist es ja schon Herausforderung genug, in einem klassischen „Frauenberuf“ wie der Pflege Lebensläufe mancher Frauen mitzudenken. Ein Großteil der Pflegebetriebe ist zum Teil gar nicht darauf vorbereitet, wenn eine ihrer Angestellten einfach so schwanger wird. Durch das Mutterschutzgesetz dürfen Pflegerinnen nicht mehr in allen Schichten arbeiten, Tätigkeiten wie schweres Heben und alles, womit man mit Ausscheidungen in Berührung kommt, sind tabu. Selten existiert aber ein Konzept, das klare Regelungen aufstellt, wo und wie eine schwangere Pflegerin arbeiten kann, ohne dass sie und ihr Kind Gefahren ausgesetzt sind und die übrigen Kolleg*innen mit zusätzlicher Arbeit belastet werden.

Nach der Geburt wird es für Eltern durch den Schichtdienst auch nicht leichter. Pflegekräfte mit Kindern haben zwar den Vorteil, dass sie auch in Teilzeit arbeiten können. Das bedeutet, sie können in ganzen Schichten arbeiten und haben deswegen mehrere freie Tage. Trotzdem muss dann eine Kinderbetreuung ab 6 Uhr morgens bis 22 Uhr abends oder die ganze Nacht gewährleistet sein. Dies ist aber ohne Partner*in oder Familie in der Nähe meist nicht möglich.“

(Beatrice Habegger, <http://www.jetzt.de/job/unterschaetzter-beruf-krankenpflegerin>, Zugriff am 14.02.2016)

Ein “Frauenberuf” ohne Rücksicht auf Frauen

„Wechselnde Schichten machen Pfleger*innen aber nicht nur Probleme, das Privatleben zu organisieren. Sie begünstigen auch Erkrankungen wie Schlafstörungen, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber auch Krebserkrankungen. In Dänemark hat man Brustkrebs als Berufskrankheit für Nachtarbeitende anerkannt. Unabhängig davon, dass es schwer ist, einen Ausgleich zu einem stressigen Beruf zu finden, wenn das eigene Privatleben durch unregelmäßige Freizeiten schwieriger zu planen ist: Es fehlt einfach das Grundverständnis, welchen Preis Pfleger*innen möglicherweise für ihren Beruf zahlen. Hier in Deutschland musste eine Pflegerin gegen ihre Kündigung klagen, weil sie gesundheitsbedingt nach 30 Jahren Berufstätigkeit keine Nachtdienste mehr ausüben konnte.“

(Beatrice Habegger, <http://www.jetzt.de/job/unterschaetzter-beruf-krankenpflegerin>, Zugriff am 14.02.2016)

GESUNDHEITSFÖRDERUNG & PRÄVENTION BEI PFLEGEKRÄFTEN

- **In Langzeitpflege folgende Möglichkeiten:**
 - *Arbeitsbedingungen* verändern durch Dienstregelungen und entsprechende Absprachen, transparente Kommunikationsregelungen...
 - *Unterstützung der MA* im Umgang mit Anforderungen u. Belastungen
 - *Möglichkeiten, Fähigkeiten u. Kompetenzen einsetzen zu können*, erweiterte Tätigkeitsspielräume ermöglichen; lernförderliche Arbeitsgestaltung (Autonomie, Selbstgestaltung)
 - *Institutionelle Ressourcen*: Einsatz von Hilfsmitteln, Einfluss der MA auf Arbeitsabläufe, soziale Unterstützung durch das Team
 - *Individuelle Ressourcen*: berufliche Handlungskompetenzen erweitern bspw. durch Qualifizierungsmaßnahmen

(Zimber 2011)

D.H.:

- Systematische Personalentwicklung (z.B. Qualifikations-, Kompetenzentwicklung)
- Alternative Arbeitszeitmodelle
- **BGM mit Themen:** Work-Family-Balance, Work-Life-Balance
- Maßnahmen der Organisationsentwicklung (Dienstplangestaltung, Arbeitspausen, Arbeitszeiten)
- Mitarbeiter/innen an Entscheidungsprozessen partizipieren
- Ursachen & Gründe von Präsentismus, Absentismus erkunden u. Maßnahmen einleiten
- Age-Management in den Pflegeberufen
- Demografiemanagement
- Professionalisierung Führungsebene (z.B. Leadershipstile u.wm.)

DA: MERKMALE ATTRAKTIVER ARBEITGEBER IN DER PFLEGE

Organisation

- Reputation d. AG
- Vertrauen in das Management
- Identifikation m. strategischen Zielen
- Information & Partizipation
- Würdigung von Engagement
- Familienfreundlichkeit
- Entwicklungs- u. Karriereförderung

Team

- Transformationale Führung
- Offene & angstfreie Kommunikation

Arbeit

- Handlungsspielraum
- wenig Arbeitslast & Zeitdruck

ANGEMESSENE ARBEITSBEDINGUNGEN

- **Gemäß Literaturfolge Kennzeichen von Kliniken mit geringer Fluktuation:**
 - Partizipation d. Beschäftigten bezogen auf die eigene Arbeit
 - Autonomie im beruflichen Handeln
 - Vorgesetzte kommen ihren Führungsaufgaben in hoher Qualität nach (Wertschätzung, Feedback, problemlösungsorientierte Unterstützung)
 - Gutes soziales Klima und Zusammenhalt in allen Bereichen der Zusammenarbeit
 - Vermeidung einer Überlast durch quantitative Arbeitsanforderungen
 - Altersgerechte Arbeitsorganisation
 - Ermöglichung von Qualifizierung und beruflicher Entwicklung
 - Gewährleistung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf

(iga.Report 17:34; Casey et al. 2010)

ERHÖHUNG ARBEITSKRÄFTEANGEBOT DURCH HÖHERE LÖHNE

„Tatsächlich liegt die These nahe, dass die Löhne in der Pflege gerade deswegen so schlecht sind, weil hauptsächlich Frauen sie ausüben. Denn, wie gesagt, handelt es sich um einen qualifizierten, anspruchsvollen Beruf – nur eben einen, den Männer (bisher) eher nicht machen wollen.“

(Beatrice Habberger, <http://www.jetzt.de/job/unterschaetzter-beruf-krankenschwester>, Zugriff am 14.02.2016)

ERHÖHUNG ARBEITSKRÄFTEANGEBOT DURCH HÖHERE LÖHNE

- Erhöhung Arbeitskräfteangebot durch diverse Maßnahmen (bessere Entlohnungsbedingungen, längere Verweildauern)
- **In Altenpflege:** Erhöhung Lohn um 1% erhöht Arbeitskraftangebot um 1,37%
- **Erforderlich:** Lohnerhöhung in Altenpflege auf Niveau in Pflege im Krankenhaus erforderlich, um bis 2030 Verweildauern zu erhöhen
- Höhe d. Lohns neben Arbeitsumfang beeinflusst Entscheidung, um Beruf zu bleiben
- Bessere Vereinbarkeit von Familie u. Beruf

(Ehrentraut et al. 2016)

ANFORDERUNG: NURSING WORKLOAD („ARBEITSBELASTUNG“)

- Verständnis von „nursing workload“ entwickeln
- Angemessene Pflegepersonal-Patientenschlüssel
- Angemessene Pflegepersonal-Patientenschlüssel kosteneffektiv (Ausserhofer et al. 2014)

Alghamdi (2015) versteht darunter:

- Zeit- und Pflegeumfang, den ein Pflegekraft (direkt/indirekt) für Patienten, Arbeitsplatz und professionelle Entwicklung benötigt; direkt und nicht-direkte pflegerische Aktivitäten müssen in Berechnung „nursing workload“ berücksichtigt werden
- **Nursing workload beeinflusst:** Zufriedenheit, Fluktuation, Stress, Produktivität, Kommunikation

(Aghamidi 2015)

ANFORDERUNG: BERUFSFINDUNG

„Vor einigen Jahren versuchten Politiker*innen den Personalmangel in der Altenpflege vor allem durch schwervermittelbare Langzeitarbeitslose aufzufangen. Weil ihnen diese Arbeit „zugemutet“ werden kann. Schon an dieser Wortwahl zeigt sich, wie die Politik in Sachen Pflege wirklich tickt: Der Beruf wird buchstäblich als Zumutung empfunden, nicht als qualifizierte Tätigkeit. Die ehemalige Familienministerin Kristina Schröder sprach sich sogar dafür aus, doch „gerade solche aus bildungsfernen Schichten, die wegen schlechter Zeugnisse den Einstieg nicht geschafft hätten“ in die Pflegeberufe zu bringen. Der ehemalige Gesundheitsminister Daniel Bahr erklärte, dass Schulbildung für den Pflegeberuf weniger wichtig sei als soziale Kompetenz.“

(Beatrice Habberger, <http://www.jetzt.de/job/unterschaetzter-beruf-krankenpflegerin>, Zugriff am 14.02.2016)

ANFORDERUNG: BERUFSFINDUNG - PERSONALGEWINNUNG

- Vieldimensionalität Pflege anerkennen
- Potenzial pflegerischer Expertise besser nutzen
- Differenzierung von Qualifikationen (Advanced Nurse Practice – erweiterte Pflegepraxis, unterschiedliche Bereiche u. Möglichkeiten)
- Skillmix (unterschiedliche Verantwortlichkeiten – erfordern unterschiedliche Qualifikationen)
- Regelung der Verantwortlichkeiten, der rechtlichen Grundlagen, Autonomie, Finanzierung der Gesundheitsdienstleistungen pflegerischer Berufe
- Beitrag qualifizierter u. professioneller Pflege an qualitativ hochwertiger Gesundheits- u. Pflegeversorgung erkennen
- Konzepte von Empowerment, Clinical Leadership u.w.m.
- Professionalisierungstendenzen u. Differenzierung von Qualifikationen mit entsprechenden Honorierungen unterstützen

ANFORDERUNG – ABSCHLIEßEND...

Gesellschaftliche Übereinkunft: qualitativ hochwertige Pflege

Erkenntnisse anerkennen: professionelle Pflege macht einen Unterschied

Diverse Rahmenbedingungen erforderlich

Kooperation v. Management, Praxis, Theorie u. Wissenschaft

ANFORDERUNG – ABSCHLIEßEND...

„Was auch immer die Zukunft der Pflege bereithält, ich wünsche mir, dass das Bild der sich aufopfernden Pflegerin nicht mehr Teil davon ist. Denn Pflege ist keine Wohltätigkeit, bei der wir in Kauf nehmen, dass sie uns ruiniert. Finanziell, körperlich und sozial. Pflege ist ein wichtiger Teil der Gesundheitsversorgung, der früher oder später uns alle angeht.“

(Beatrice Habegger, <http://www.jetzt.de/job/unterschaetzter-beruf-krankenpflegerin>, Zugriff am 14.02.2016)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Prof. Dr. rer. medic. habil. Martina Hasseler

Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Fakultät Gesundheitswesen

Schwerpunkt Gerontologische Pflege / Gesundheitswissenschaften

Rothenfelder Str. 10

38440 Wolfsburg

Tel.: 05361 8922 23250

Fax: 05361 8822 23251

Mobil: 0162 9698980

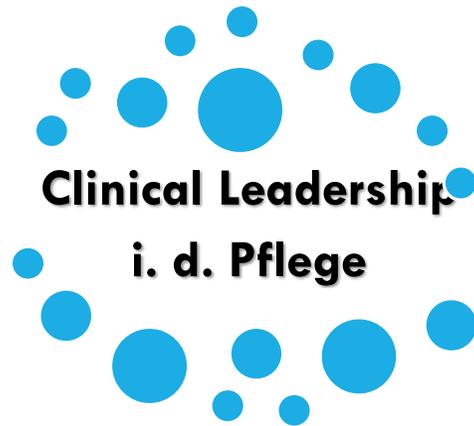
Web: www.ostfalia.de/cms/de/pws/hasseler/index.html

WIE WERDEN ZUKÜNFTIG ANFORDERUNG ERFÜLLT?

Allgemeine Anforderungen in Langzeitpflege

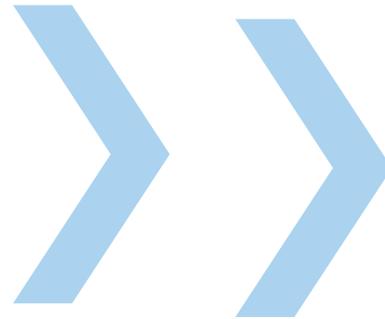
- Personalmix optimieren
- Ausbau AAL
- Ausbau differenzierter Pflegeangebote im häuslichen Bereiche
- Ausbau Pflegeberatung
- Schnittstellenoptimierung

ANFORDERUNG: PERSONALBINDUNG, Z.B. DURCH: CLINICAL LEADERSHIP IN DER PFLEGE



Angelsächsisches Konzept

Prinzip: gute „leader“
gewährleisten gute
Gesundheitsver-sorgung



- **Pflegende als „change agents“ in Gesundheitsversorgung mit der Fähigkeit**
- evidenzbasierte Lösungen zu formulieren und umzusetzen,
- an Erarbeitung u. Umsetzung von Richtlinien u. Standards mitzuwirken,
- deren Effekte zu evaluieren,
- Verantwortung für ihre Maßnahmen zu übernehmen,
- sowie diese zu begründen
- Stellen akademische Expertise u. klinische Erfahrung zur Verfügung