

BACHELORARBEIT

Strategien der Personalgewinnung und -erhaltung im Kontext des Pflegefachkräfteengpasses

Vorgelegt am: 02.06.2023

Von: Benita Katharina Bolick

1. Prüfer: Prof. Dr. Susanne Busch
2. Prüfer: Walburga Feldhaus

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**

Department Pflege und Management
Alexanderstraße 1
20099 Hamburg

Zusammenfassung

Hintergrund: Der Pflegeberuf weist einen eindeutigen Pflegefachkräfteengpass auf. Durch den demographischen Wandel wird die Arbeit in der Pflege immer bedeutender, weshalb es umso wichtiger ist gegen den Engpass vorzugehen. Hierfür ist eine Analyse der Ursachen notwendig, damit diese durch Strategien der Personalgewinnung und -erhaltung behoben werden können.

Zielsetzung: Das Ziel dieser Arbeit ist es, Strategien der Personalgewinnung und -erhaltung für den Pflegebereich darzustellen und mit Wünschen von Pflegefachkräften in Beziehung zu setzen.

Methodik: Zu Beginn wurde nach bekannten Ursachen des Engpasses und nach Strategien zur Beseitigung dieser recherchiert. Anschließend wurde eine systematische Literaturrecherche bei PubMed und CINAHL durchgeführt, um Wünsche von Pflegefachkräften zu ermitteln. Die einen Verbleib im Beruf fördern können oder wichtige Gründe für einen Berufswechsel beseitigen. Zusätzlich erfolgte eine Handsuche bei Google Scholar für Studien aus Deutschland.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen eine Übereinstimmung der möglichen Strategien und der Wünsche der Pflegefachkräfte. Es werden sowohl die aktuellen Bemühungen des Staates dargestellt als auch Strategien vorgestellt, die entweder bereits durchgeführt werden oder noch in der Zukunft angewendet werden sollten. Es wird deutlich, dass die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, des Personalbemessungsverfahrens und des Berufsimages unbedingt erforderlich ist. Außerdem sollten der demographische Wandel und seine Auswirkungen nicht außer Acht gelassen werden.

Fazit: Strategien der Personalgewinnung und -erhaltung im Pflegeberuf sind unerlässlich. Der Staat kennt die aktuellen Defizite der Arbeitsbedingungen und setzt sich bereits für Verbesserungen ein. Durch diese Arbeit wird die Wichtigkeit der Verbesserung an verschiedenen Stellen ersichtlich, da nur somit Personal gehalten und neues Personal gewonnen werden kann.

Schlüsselwörter: Pflegefachkräfteengpass, Ursachen, Strategien Personalgewinnung und -erhaltung

Abstract

Background: The nursing profession has a clear nursing shortage. Due to demographic change, work in care is becoming even more important, which is why acting against the shortage is essential. This requires an analysis of the causes and resolve these through strategies for recruiting and retaining personnel.

Aim: The aim of this work is to present strategies for staff recruitment and retention regarding the shortage of nursing staff and to relate them to the wishes of nurses.

Method: To present the strategies, the known causes of the nurses' shortage were researched at the beginning so that suitable strategies could then be filtered out. A systematic literature search was then carried out at PubMed and CINAHL regarding the wishes of nurses to remain in the profession or factors for leaving the profession. In addition, a manual search was carried out on Google Scholar for studies from Germany.

Results: The results show a correspondence between the possible strategies and the wishes of the nurses. They show current efforts of the government, possible strategies for the future and strategies that are already being implemented. It becomes clear that the improvement of the working conditions, the personnel assessment procedure and the image of the profession is inevitable. In addition, should the demographic change and its effects not be ignored.

Conclusions: Strategies for recruiting and retaining staff in the nursing profession are essential. The state knows the deficit of the current working conditions and is already committed to improvements. This work shows the importance of improvement in different areas, as this is the only way to keep staff and recruit new staff.

Key words: shortage of nurses, causes, strategies for recruiting, staff recruitment

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	IV
1. Einleitung	1
1.1 Problembeschreibung.....	1
1.2 Zielsetzung	2
1.3 Aufbau der Arbeit.....	3
2. Theoretischer Hintergrund	3
2.1 Personalmanagement.....	3
2.2 Personalgewinnung und -erhaltung.....	4
2.3 Fachkräfteengpass	6
2.4 Pflegefachkräfteengpass	7
3. Methodisches Vorgehen.....	9
4. Ursachen des Pflegefachkräfteengpasses	10
4.1 Demografischer Wandel	11
4.2 Arbeitsbedingungen.....	12
4.3 Personalschlüssel.....	13
4.4 Image des Berufs.....	14
5. Strategien der Personalgewinnung und -erhaltung	16
5.1 Employer Brand Management	16
5.2 Verbesserung Arbeitsbedingungen	17
5.2.1 Unterstützung des Staates.....	18
5.2.2 Zeitarbeit	19
5.2.3 Ausländische Fachkräfte.....	21

5.3 Einheitliches Personalbemessungsverfahren.....	22
5.4 Image des Berufs.....	24
5.4.1 Darstellung Pflege in Medien	24
5.4.2 Tarifvertrag.....	25
5.4.3 Veränderung Rahmenbedingungen	26
6. Vorstellung der Studien	27
7. Diskussion	30
8. Fazit	34
Literaturverzeichnis	i
Anhang	x
<i>Anhang 1:</i>	<i>x</i>
<i>Anhang 2:</i>	<i>xi</i>
<i>Anhang 3:</i>	<i>xii</i>
<i>Anhang 4:</i>	<i>xiii</i>
Eidesstattliche Erklärung	xiv

Abkürzungsverzeichnis

BMAS	<i>dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales</i>
BMFSFJ	<i>Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend</i>
BMG	<i>dem Bundesministerium für Gesundheit</i>
KAP	<i>Konzertierte Aktion Pflege</i>
PSG	<i>Pflegestärkungsgesetz</i>
TVöD-P	<i>Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst - Pflegekräfte</i>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Eigene Darstellung, Daten aus (Bundesagentur für Arbeit, 2022a)	8
Abbildung 2 Eigene Darstellung mithilfe des Prisma Flow Diagramms.....	10
Abbildung 3 Eigene Darstellung, Daten von Aiken et al. (2012)	14
Abbildung 4 Eigene Darstellung nach (Rump & Kardys, 2022, S. 6) und (Dreyer, 2017, S. 16).....	20

1. Einleitung

1.1 Problembeschreibung

Mit dem Beginn der Covid-19 Pandemie Anfang 2020 wurde der Bedarf an Pflegefachkräften sowohl in Krankenhäusern als auch in Pflegeheimen präsenter. Bereits die Engpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit aus dem Jahr 2019 weist auf einen Pflegefachkräfteengpass im Pflegeberuf hin (Bundesagentur für Arbeit, 2019). Dies liegt zum einen an der „Babyboomer-Generation¹“, welche nun ins Rentenalter kommt und zum anderen an der zu geringen Anzahl neuer Pflegefachkräfte (Karagiannidis, Schröder, Wicker, & Janssens, 2021). Durch die demografische Entwicklung ist der Bedarf an Pflegepersonal in der Kranken- und Altenpflege deutlich gestiegen. Dazu kommt der medizinische Fortschritt, durch welchen die Menschen immer älter werden und die Zahl der pflegebedürftigen Menschen steigt. Im Jahr 2019 gab es bereits knapp 4,1 Millionen pflegebedürftige Menschen in Deutschland, das sind zum Vergleich etwa 21% mehr als im Jahr 2017. Durch die Alterung der Gesellschaft und bei einer konstanten Pflegefallwahrscheinlichkeit dürfte die Zahl der Pflegebedürftigen weiterhin ansteigen. Das Gesundheitsministerium rechnet bis 2050 mit ca. 6,5 Millionen Pflegebedürftigen. Dadurch steigt der Bedarf an Pflegefachkräften weiterhin an und es entsteht eine Herausforderung für die künftige Fachkräftesicherung. (Bundesagentur für Arbeit, 2022a)

Zu dieser Herausforderung kommt eine sinkende Anzahl potenzieller Auszubildender (Benedix & Medjedovic, 2014, S. 8). Laut Eligehausen & Hommel (2012) wird der Pflegeberuf sowohl von Schüler*innen als auch Eltern als „Out“ – Beruf gezählt. Für viele kommt dieser Berufszweig nicht in Frage. Dies liege einerseits an dem eher negativ belasteten Image des Berufs und andererseits an den aktuellen Arbeitsbedingungen (Eligehausen & Hommel, 2012). Der deutsche Arbeitswelt-Bericht aus 2021 beschreibt allerdings, dass sich jede*r fünfte Jugendliche die Arbeit in der Pflege vorstellen kann. Dennoch gibt es verschiedene Einschränkungen, welche die Jugendlichen daran hindern, diesen Karriereweg

¹ Babyboomer-Generation: Beschreibt die Generation der Nachkriegsgeborenen, dort gab es einen starken Anstieg der Geburtenrate (Bundeszentrale für politische Bildung, 2020)

einzuschlagen. Hierzu zählen beispielsweise das Gehalt, die Arbeitsbedingungen oder die Karrierechancen. (Jerusalem, Löffler, & Roth, 2022)

Durch die unzureichende Personalausstattung entsteht ein Teufelskreis. Die Beschäftigten arbeiten unter Zeitdruck und werden überlastet, wodurch sie häufiger krank werden und teilweise vorzeitig in den Ruhestand gehen müssen. Dies führt wieder zu weniger Personal und die Belastung erhöht sich. Die Überlastung wirkt sich sowohl körperlich als auch seelisch auf die Beschäftigten aus (Hans Böckler Stiftung, 2018). Die Beschäftigten reagieren auf die Belastungen mit einem Berufswechsel oder einer Arbeitszeitverringerung, wodurch sich das Personalproblem weiter verschärft (Jacobs, Kuhlmeier, Greß, Klauber, & Schwinger, 2020). Das vorzeitige Ausscheiden aus dem Beruf liegt bei Pflegefachkräften über dem gesellschaftlichen Durchschnitt. Die berufliche Verweildauer bei Pflegefachkräften liegt bei 13,7 Jahren, bei Altenpfleger*innen bei 8,4 Jahren und bei Pflegehelfer*innen bei 7,5 Jahren. Bereits die Hälfte der Pflegefachkräfte verlassen in den ersten 3 ½ Jahren nach der Ausbildung das Berufsfeld und jede zweite Pflegefachkraft kann sich keinen Berufsverbleib bis zur Rente vorstellen. (Benedix & Medjedovic, 2014, S. 10)

Um die Anzahl der Pflegebedürftigen angemessen versorgen zu können und um die Arbeitsbedingungen zu verbessern, müssen sowohl mehr Pflegefachkräfte ausgebildet als auch im Beruf gehalten werden. Hierbei ist es wichtig der Ursache für den Pflegefachkräfteengpass auf den Grund zu gehen und diesbezüglich Strategien zur Personalgewinnung und -erhaltung zu entwickeln.

1.2 Zielsetzung

Die beschriebene Problematik stellt die aktuelle Situation in der Pflege in Deutschland dar. Diesbezüglich wird in dieser Literaturlarbeit mit dem Titel „Strategien der Personalgewinnung und -erhaltung im Kontext des Pflegefachkräfteengpasses“ das Ziel verfolgt, einen Überblick über Strategien zur Personalgewinnung und -erhaltung im Pflegebereich darzustellen. Es handelt sich hierbei um eine Übersicht der aktuellen Lage und Möglichkeiten zur Verbesserung des Personalstands. Hierbei wird die Gesetzgebung und der Rechtsstand bis zum 31. Dezember 2022 berücksichtigt. Studien zum Erfolg der Strategien werden nicht analysiert. Zur Unterlegung der vorgestellten Strategien werden Studien vorgestellt, welche die Wünsche der Pflegefachkräfte für einen Verbleib im Beruf beschreiben.

Diese Bachelorarbeit geht keiner expliziten Forschungsfrage nach. Der Ergebnisteil setzt sich aus der Vorstellung der Strategien zur Personalgewinnung und -erhaltung und einer kurzen unterstreichenden Studienvorstellung zusammen.

1.3 Aufbau der Arbeit

Zu Beginn der Arbeit wird eine Problembeschreibung und die Zielsetzung vorgestellt. Im Anschluss wird auf den theoretischen Hintergrund der Arbeit eingegangen, in welchem das Personalmanagement und der Fachkräfteengpass vorgestellt werden. Daraufhin wird das methodische Vorgehen für diese Literaturlarbeit aufgezeigt. Hierbei werden die einzelnen Schritte der Literaturrecherche beschrieben und eine Trefferübersicht vorgelegt. Das vierte Kapitel stellt bedeutende Ursachen des Pflegefachkräfteengpasses dar. Diesbezüglich werden im anschließenden Kapitel Strategien zur Bekämpfung der Ursachen dargestellt. Zur Bekräftigung dieser wurden qualitative Studien über Pflegefachkräfte hinzugezogen. Ebenfalls wurden Studien verwendet, welche aktuelle Problematiken aus Sicht der Pflegefachkräfte darstellen. Zum Ende werden die Ergebnisse der Strategien und der Studien gegenübergestellt und interpretiert. Als Abschluss wird ein kurzes Fazit gezogen.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Personalmanagement

Der Bereich des Personalmanagements setzt sich mit verschiedenen strategischen Überlegungen auseinander. Hierzu gehört beispielsweise die Beschäftigung mit Märkten und dazu passenden Produkten und Dienstleistungen. Diesbezüglich müssen Mitarbeiter*innen für die Erstellung und den Vertrieb der Angebote, sowie der Ausführung von Prozessen eingesetzt werden. (Hillebrecht, 2021, S. 25-26)

Die personalwirtschaftlichen Aktivitäten können anhand des 5E-Modells (**E**ffizienz, **E**instellung, **E**insatz, **E**ntwicklung und **E**ntlohnung) beschrieben werden. Die 5E's beschreiben zusammengefasst die **E**ffiziente Führung. Es beginnt mit der **E**instellung und Bindung von Personal, bei welchem das Verfahren der Personalauswahl und notwendige Schritte zur Rekrutierung von Mitarbeiter*innen eine essenzielle Rolle spielen. Des Weiteren gibt es den **E**insatz von Personal, worunter die Personalplanung und der Personaleinsatz fallen. Das vierte E steht für die **E**ntwicklung von Personal, hinsichtlich der Investitionen in Humanressourcen für

eine gute Work-Life-Balance, Training oder Karrieremodelle. Der letzte Punkt des Modells beschreibt die Entlohnung und den Erfolg des Personals. Dazu zählen beispielsweise die Leistungsmessung, Vergütung und die Mitarbeiter*innenzufriedenheit. (Stock-Homburg, 2013, S. 4)

Ein essenzieller Bestandteil des Personalmanagements stellt das Personalmarketing dar. Hierfür werden von Kirchgeorg & Müller (2013) nach Scholz (1995) und Sponheuer (2009) drei zentrale Funktionen dargestellt. Die *Profilierungsfunktion* beschreibt die sich verändernden Rahmenbedingungen auf dem Arbeitsmarkt, wodurch die Unternehmen und Institutionen dauerhaft in einem intensiven Wettbewerb zur Gewinnung von qualifizierten Mitarbeiter*innen stehen. Diesbezüglich wären einzigartige Wettbewerbsvorteile hilfreich, um bei den richtigen Zielgruppen eine „Anziehungskraft“ zu entfalten. Als zweites gibt es die *Akquisitionsfunktion*, für welche die Profilierungsfunktion eine Voraussetzung darstellt. Hierbei steht für die Gewinnung externer Zielgruppen die Erzielung eines hohen Bekanntheitsgrades, die Bewerbungsabsicht und die Präferenz im Vordergrund. Als letztes gibt es die *Motivationsfunktion*, bei welcher eine Analyse der Bedürfnisse über die internen Mitarbeiter*innen durchgeführt wird. Dies hilft den Arbeitsplatz und das Arbeitsumfeld bedürfnisgerecht zu gestalten und die Motivation der Mitarbeiter*innen zum Verbleib im Unternehmen zu erhöhen. (Kirchgeorg & Müller, 2013, S. 74-75)

Das Personalmanagement stellt Krankenhäuser grundsätzlich und aktuell vor besondere Herausforderungen. Das Personal im Krankenhaus muss generell eine hohe Kompetenz, Flexibilität aber auch Belastbarkeit mit sich bringen. Zusätzlich gibt es aktuell ein starkes altersbedingtes Ausscheiden aus dem Beruf und weniger nachkommende Kolleg*innen, wobei gleichzeitig mehr Patient*innen versorgt werden müssen. (Von Wietersheim, 2022)

2.2 Personalgewinnung und -erhaltung

Die *Personalgewinnung* stellt eine Teilfunktion des Personalmanagements dar. Dabei werden Arbeitskräfte in qualitativer, quantitativer, zeitlicher und räumlicher Hinsicht rekrutiert (Bartscher & Nissen, 2018). Die Personalgewinnung wird durch ein attraktiv wahrgenommenes und sowohl effizientes als auch effektives System verbessert. Um den Personalbedarf darzustellen, ist eine Personalbedarfsplanung essenziell. Diese legt die Anzahl der zu besetzenden Positionen fest, erstellt

Aufgaben- und Anforderungsprofile und einen Zeitplan zur Deckung des Personalbedarfs. Die Personalbeschaffung erfolgt intern oder extern. Bei der internen Personalbeschaffung werden Personen ausgewählt, welche bereits im Unternehmen tätig sind, aber in anderen Abteilungen besser eingesetzt werden können. Im Gegensatz dazu werden bei der externen Personalbeschaffung Personen angeworben, welche noch nicht im Unternehmen bekannt sind. Dies erfolgt möglichst über den elektronisch gestützten Markt, da dort der größte Teil an Bewerber*innen zu finden ist. (Müller & Malovecky, 2018, S. 111)

Für eine erfolgreiche Personalgewinnung ist es hilfreich, wenn das Unternehmen vermittelt, was den/die Mitarbeiter*in in dem Unternehmen erwarten wird. Eine gute Integration am Arbeitsplatz und der Beziehungsaufbau zwischen potenziellen Mitarbeiter*innen und dem Unternehmen ist ebenfalls ein wichtiger Faktor. (Hillebrecht, 2021, S. 69-70)

Die *Personalerhaltung* wird von Jerusalem, Löffler, & Roth (2022) in drei Ebenen aufgeteilt. Die erste Ebene behandelt die *individiumsbezogenen Aspekte*. Hierbei werden Faktoren bezüglich des Arbeitnehmers betrachtet, wie beispielsweise die Identifizierung mit dem Job oder die Übereinstimmung der beruflich geforderten Eigenschaften, Fähigkeiten und Fertigkeiten mit dem persönlichen Kontext. In der zweiten Ebene werden die *organisationalen Rahmenbedingungen*, wie Gehalt, Arbeitszeiten oder Zusammenhalt der Abteilung, betrachtet. Die dritte Ebene bezieht sich auf die *sozialen und politischen Aspekte*. Dort geht es um den Blick der Gesellschaft auf das Berufsfeld bzw. die Tätigkeit, da das Ansehen der Bevölkerung einen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit hat. Sobald auf einer der drei Ebenen ein Defizit entsteht, sinkt die Wahrscheinlichkeit im Beruf zu verbleiben. (Jerusalem et al., 2022)

Zur Erhaltung der Mitarbeiter*innen im Unternehmen ist es sinnvoll Maßnahmen zur Förderung der Arbeitszufriedenheit einzusetzen. Diesbezüglich gibt es verschiedene Anreizsysteme, welche verwendet werden können. Zum einen gibt es das *direkt monetäre Anreizsystem*, welches die Entlohnung, geldwerte Sachleistungen oder die Gewährung von Zulagen, Prämien oder Provisionen beinhaltet. Das *indirekte monetäre System* beschäftigt sich beispielsweise mit den Betriebsrenten, Kostenübernahmen von Personalentwicklungsmaßnahmen, Gewährung von Sabbaticals und Unternehmensbeteiligungen aller Art. Das dritte System ist das *nicht-monetäre Anreizsystem*, mit den Elementen

Personalentwicklung, Karriereförderung, Anerkennung und wertschätzender Führungskultur. (Hillebrecht, 2021, S. 149)

Die von Matzke (2018) genannten Strategien zur generationsgerechten Personalgewinnung und -bindung beziehen sich besonders auf das proaktive Zugehen auf potenzielle Mitarbeiter*innen. Hierbei helfen kleine Aufmerksamkeiten, wie Zusendungen der Unternehmenszeitschrift, E-Mails zum Geburtstag oder Einladungen zu Veranstaltungen. Es wird die Wichtigkeit der Kontaktpflege beschrieben, welche durch Begrüßungsschreiben, Zusendungen eines Firmen-Newsletters oder des Leitbilds gestaltet werden kann. Ebenfalls sei es wichtig, dass die Mitarbeiter*innen sich mit Problemen an Personen wie beispielsweise Mentor*innen wenden können. Die Beziehung zu den Vorgesetzten sollte ebenfalls so sein, dass die Mitarbeiter*innen die Möglichkeit haben, Feedback zu geben, aber auch Feedback zu erhalten. Die Mitarbeiter*innen sollten sich wertgeschätzt und anerkannt fühlen. Eine weitere Möglichkeit zur Personalbindung wäre es, Hospitations- und Stipendienprogramme anzubieten. Durch Weiterbildung oder Förderung eines Studiums können einerseits die Mitarbeiter*innen an den Betrieb gebunden werden und andererseits neues Wissen und Innovationen in das Unternehmen hineinragen werden. Zusammengefasst ist ein längerfristiger Beziehungsaufbau und die Pflege der Beziehung zu (potenziellen) Mitarbeiter*innen eine wesentliche Strategie der Personalgewinnung. Hierfür ist ein hohes Maß an kompetenter Führung, Transparenz und guter Kommunikation erforderlich. Durch zufriedene Mitarbeiter*innen können zudem Fachkräfte über den Freundes- und Bekanntenkreis gewonnen werden. Speziell zu der Situation der Pflegefachkräfte wird empfohlen, mehr über die gesamte Arbeit, Ideen und Erfolge zu berichten. Dadurch können neue Mitarbeiter*innen für den Beruf begeistert werden. (Matzke, 2018, S. 122-124)

2.3 Fachkräfteengpass

Ein Fachkräfteengpass besteht, sobald ein Missverhältnis zwischen der Arbeitsnachfrage und dem zur Verfügung stehenden Arbeitsangebot festgestellt wird (Obermeier, 2014). Besteht ein Engpass in einem Berufsfeld kontinuierlich über zwei Jahre, wird von einem Sockelengpassberuf gesprochen (Seyda & Bußmann, 2014). Liegt der Zustand des Engpasses über einen längeren Zeitraum vor, wird von einem Fachkräftemangel gesprochen (Obermeier, 2014). Es wurde aber keine

genaue Zeitangabe gefunden, ab welcher offiziell von einem Fachkräftemangel gesprochen wird.

Die Bundesagentur für Arbeit veröffentlicht jährlich eine Fachkräfteengpassanalyse. Sie stellen eine objektive Einschätzung der Fachkräftesituation berufsfachlich und regional dar. Laut der Bundesagentur für Arbeit (2019) gibt es keine allumfassende Kennzahl zur Messung von Mängeln oder Engpässen. Dennoch schaffen sie Transparenz und stellen objektiv dar, in welchen Berufen Besetzungsschwierigkeiten auftreten. (Bundesagentur für Arbeit, 2019)

Bei der Analyse werden sogenannte Engpassindikatoren betrachtet, welche mit einem Punktwert beurteilt werden. Die Bewertung erfolgt anhand von vierzehn Kriterien, welche in drei Indikatoren unterteilt werden. Zu den *Engpassindikatoren* gehören die Vakanzzeit², Arbeitssuchenden-Stellen-Relation, berufsspezifische Arbeitslosenquote, Veränderung des Anteils sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung von Ausländern und die Abgangsrate aus Arbeitslosigkeit und Entgeltentwicklung. Die *Risikoindikatoren* betrachten die Veränderung des Anteils älterer Beschäftigter (60 Jahre und älter), den Anteil unbesetzter Ausbildungsstellen an allen gemeldeten Ausbildungsstellen, die Absolventen-Beschäftigten-Relation und das Substituierbarkeitspotenzial (IAB)³. Diese sollen helfen, Risiken bezüglich absehbarer Besetzungsschwierigkeiten in naher Zukunft zu erkennen und einzuschätzen. Als letztes gibt es die *Ergänzungsindikatoren*, welche die berufliche Mobilität, Arbeitsstellenbestandsquote, Teilzeitquote und den Anteil der Selbstständigen betrachten. Sobald bei einem Indikator ein festgelegter Grenzwert überschritten wird und dadurch Anzeichen eines Engpasses aufgewiesen werden, bekommt dieser einen Punktwert von drei. Bei schwachen Anzeichen gibt es zwei Punkte und bei keinen Anzeichen einen Punkt. Sollte der Indikator weit von dem Grenzwert entfernt liegen, gibt es null Punkte. Liegt der Gesamtwert bei 2,0 oder höher, gilt der Beruf als Engpassberuf. (Bundesagentur für Arbeit, 2022b)

2.4 Pflegefachkräfteengpass

Bezüglich der oben beschriebenen Engpassanalyse zeigt sich für die Pflegeberufe ein eindeutiges Ergebnis. Der Gesamtwert liegt in Deutschland bei 2,8, wodurch der

² Vakanzzeit: Dauer vom Zeitpunkt der gewünschten Stellenbesetzung und der Abmeldung einer Stelle bei der Arbeitsvermittlung (Statista Research Department, 2023)

³ Substituierbarkeitspotenzial: Gibt an, inwieweit ein Beruf durch Computer oder computergesteuerte Maschinen ersetzt werden kann (IAB-Forum, 2018)

Beruf als Engpassberuf eingestuft ist. Auffällig ist hierbei, dass der Gesamtwert in keinem Bundesland unter 2,7 liegt. Mit Hinblick auf die demografische Entwicklung ist keine Verbesserung absehbar (Bundesagentur für Arbeit, 2022b). Die Gesundheits- und Krankenpflege gehört bereits zu den Sockelengpassberufen in Deutschland (Seyda & Bußmann, 2014).

In der Fachkräfteengpassanalyse aus 2019 wird nach der Analyse ein Fachkräftemangel unter anderem in Gesundheits- und Pflegeberufen festgestellt (Bundesagentur für Arbeit, 2019). In einzelnen Studien wird ebenfalls bereits von einem Fachkräftemangel in der Pflege gesprochen (beispielsweise (DGB Bundesvorstand, 2011), (Bundesagentur für Arbeit, 2022a) und (Riedlinger, Fischer, Lämmel, & Höß, 2020)).

Im Jahr 2021 wurden 36.000 Stellen für Arbeitskräfte im Pflegebereich gemeldet. Hierbei wird deutlich, dass sich die Fachkräftenachfrage in Pflegeberufen weiterhin auf hohem Niveau befindet. Die Mehrheit der Stellenangebote richtet sich an examinierte Pflegefachkräfte mit ca. 27.000 Stellen. Im Vergleich dazu gibt es ca. 9.000 gemeldete Arbeitslose Pflegefachkräfte. Gegensätzlich zeigen sich die Zahlen für die Pflegehelfer. Hier ist die Nachfrage deutlich geringer (9.000 Stellen), wobei die gemeldeten Arbeitslosen deutlich mehr sind (37.000). (Siehe Abb. 1)

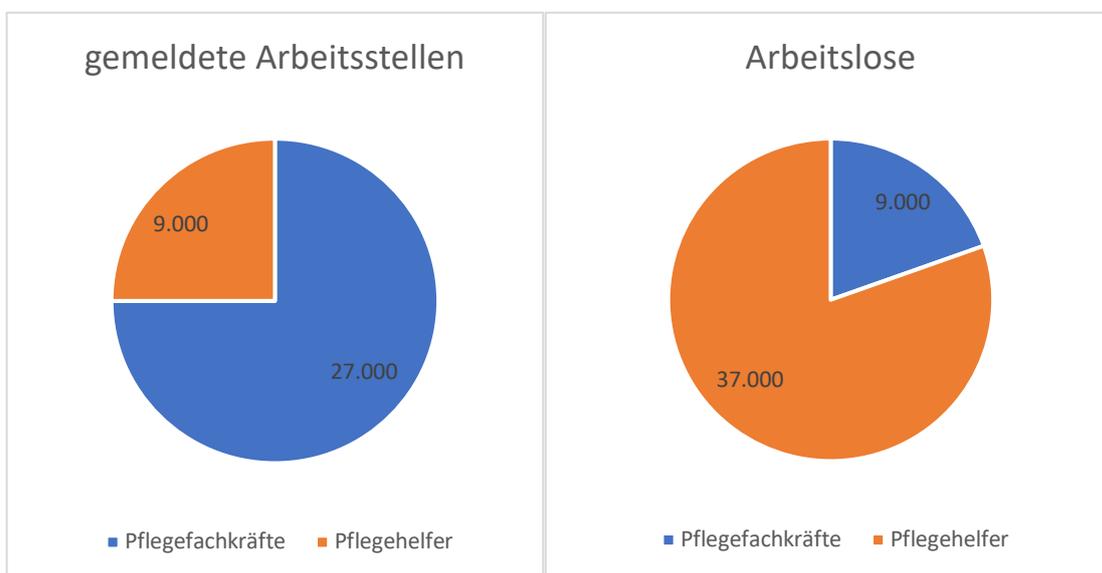


Abbildung 1 Eigene Darstellung, Daten aus (Bundesagentur für Arbeit, 2022a)

Weitere Daten aus dem Jahr 2021 zeigen 1,7 Millionen erwerbstätige Pflegefachkräfte und Pflegehelfer*innen. Hiervon sind ca. drei Fünftel mit verringerter Arbeitszeit angestellt. Es arbeiten rund 62% der Frauen und 40% der Männer in Teilzeit. Zusätzlich ist der Pflegeberuf weiterhin eine Frauendomäne,

2021 waren mehr als vier von fünf Pflegefachkräften weiblich. Der große Anteil an Teilzeitarbeitskräften verstärkt den Fachkräfteengpass und seine Auswirkungen. (Bundesagentur für Arbeit, 2022b)

3. Methodisches Vorgehen

Zu Beginn dieser literaturgestützten Arbeit wurde eine „Quick and Dirty“ Recherche durchgeführt, um einen Gesamtüberblick bezüglich des aktuellen Pflegefachkräftebestands und -bedarfs in Deutschland zu erhalten. Dazu wurde auf Internetseiten der „Bundesagentur für Arbeit“ oder „Statista“ recherchiert. Es ergab sich der deutliche Nachweis eines vorhandenen Pflegefachkräfteengpasses in Deutschland, weshalb sich diese Arbeit auf diesen bezieht. Aus Kapazitätsgründen wurde sich im Folgenden auf den Engpass im Krankenhaus bezogen. Mithilfe von deutschsprachigen Datenbanken wie Google Scholar, SpringerLink und dem Katalog der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg wurden Ursachen für diesen Engpass ermittelt. Hierbei wurden Suchbegriffe wie „Pflegefachkräfteengpass“, „Krankenhaus“ und „Ursachen“ verwendet. Im Anschluss wurde detaillierter zu den ausgewählten Ursachen recherchiert. Die in dieser Arbeit behandelten Ursachen beschreiben die Problematiken des demografischen Wandels, der aktuellen Arbeitsbedingungen, des Personalschlüssels und des beruflichen Images. Die genannten Ursachen wurden jeweils im Zusammenhang mit den Begriffen „Pflegefachkräfteengpass“ und „Krankenhaus“ untersucht. Nachdem diese nachgewiesen wurden, erfolgte eine Suche bezüglich Strategien der Personalgewinnung und -erhaltung im Allgemeinen und anschließend spezialisiert auf den Pflegeberuf. Nach der ersten Überblicksrecherche wurde sich auf das Employer Brand Management, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, ein einheitliches Personalbemessungsverfahren und das Image des Berufs konzentriert. Diesbezüglich wurde eine Handsuche bei Google Scholar, SpringerLink, der Zeitschrift „Management & Krankenhaus“ und dem Katalog der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg durchgeführt. Hierbei wurde nach einschlägiger Literatur gesucht. Um die Wichtigkeit der Strategien zu bekräftigen, wurde anschließend eine systematische Literaturrecherche diesbezüglich durchgeführt. Dafür wurde bei den englischsprachigen Datenbanken PubMed und CINAHL der Suchstrang (shortage of nurses) AND (hospital) AND ((strategies for

recruiting) OR (staff recruitment) OR (personnel recruitment)) verwendet. Das Publikationsdatum der Literatur sollte hierbei nicht länger als zehn Jahre zurückliegen, um die aktuellen Problematiken darstellen zu können. Außerdem wurde die Suche auf deutsch- und englischsprachige Studien aus europäischen Ländern eingegrenzt. Es wurden qualitative Studien zu Befragungen von Pflegefachkräften bezüglich ihrer Wünsche zum Verbleib im Beruf oder Faktoren zum Verlassen des Berufs gefunden. Zusätzlich wurde eine Handsuche speziell für Deutschland durchgeführt, sodass die Situation in deutschen Krankenhäusern verdeutlicht wird. Die beschriebene Literaturrecherche wird in Abbildung 2 mithilfe eines Prisma Flow Diagramms dargestellt.

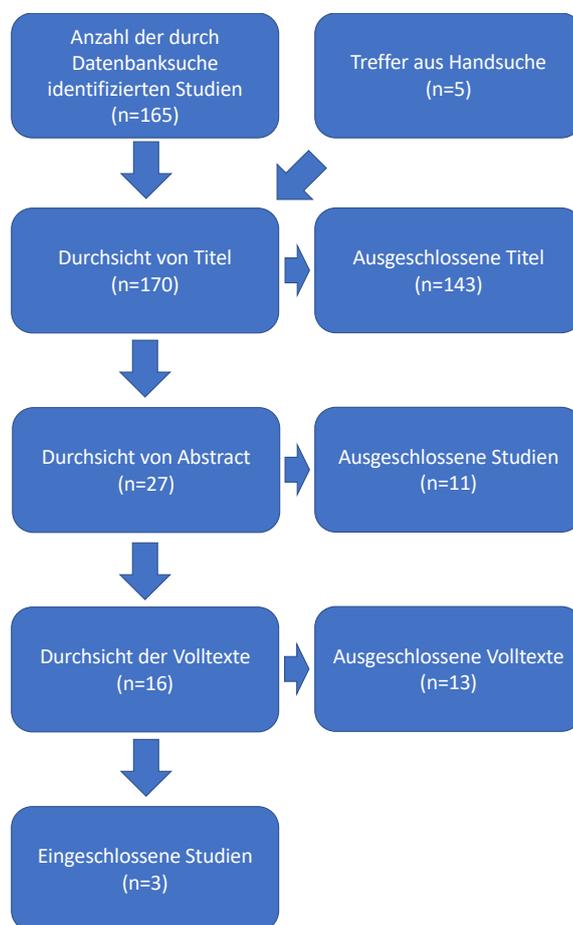


Abbildung 2 Eigene Darstellung mithilfe des Prisma Flow Diagramms

4. Ursachen des Pflegefachkräfteengpasses

Im Folgenden werden die Ursachen des Pflegefachkräfteengpasses näher erläutert. Hierbei wird der Fokus auf den demografischen Wandel, die aktuellen Arbeitsbedingungen, den Personalschlüssel und das Image des Berufs gelegt.

4.1 Demografischer Wandel

Der demografische Wandel bezeichnet die Bevölkerungsentwicklung und ihre Veränderungen bezüglich der Altersstruktur und der Entwicklung der Geburtenzahl und Sterbefälle. Zusätzlich werden die Anteile von Inländern, Ausländern und Eingebürgerten, inklusive der Zuzüge und Fortzüge, betrachtet. Seit den 1970er-Jahren ist der demografische Wandel in Deutschland gekennzeichnet durch eine niedrigere Geburten- als Sterberate, wodurch die Bevölkerungsanzahl ohne Zuwanderungen sinken würde. Hinzu kommt die mittlerweile erhöhte Lebenserwartung der Bevölkerung, welche zusätzlich den Anteil der älteren Bevölkerung erhöht. Dies wird in Anhang 1 anhand einer Bevölkerungspyramide verdeutlicht. (Bundeszentrale für politische Bildung, 2016b)

Durch den demografischen Wandel werden Veränderungen in den Versorgungssystemen und der Pflege unausweichlich (Benedix & Medjedovic, 2014, S. 7). Durch die Alterung der Gesellschaft und bei einer konstanten Pflegefallwahrscheinlichkeit wird die Anzahl der Pflegebedürftigen weiter zunehmen. Daraus ergibt sich ein steigender Bedarf für Pflegepersonal in der Kranken- und Altenpflege (Bundesagentur für Arbeit, 2022a). Hinsichtlich der steigenden Lebenserwartung besteht die Wahrscheinlichkeit, dass sich das Patient*innenklientel verändert und es eine Zunahme beispielsweise bei Demenzerkrankungen und der Multimorbidität⁴ gibt. Diesbezüglich gibt es unterschiedliche Thesen, welche beide empirisch belegt werden können. Zum einen gibt es die *Kompressionsthese*, welche besagt, dass die Menschen gesünder alt werden und die Multimorbidität in ein höheres Alter verlegt wird (AOK-Bundesverband, 2023a). Widersprüchlich dazu gibt es die *Medikalisierungsthese*. Diese besagt, dass chronische Krankheiten und Multimorbiden zunehmen werden, wodurch ein höherer Pflegebedarf entstehen würde (AOK-Bundesverband, 2023b). Die Deutsche Akutvereinigung e.V. geht in Deutschland von einer Medikalisierung aus. Dies wird mit den kostenintensiven Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchen, innovativen ambulanten Therapiemethoden und wirksameren Medikamenten begründet. (Deutsche Aktuarvereinigung e.V., 2017)

⁴ Multimorbidität: Bezeichnung für eine Person, welche zwei oder mehr gleichzeitig vorkommende chronische Erkrankungen hat (Seeger & Gaertner, 2020).

4.2 Arbeitsbedingungen

Die Arbeitsbedingungen werden zu Beginn des Arbeitsverhältnisses festgehalten und beziehen sich beispielsweise auf das Arbeitsentgelt, Arbeitszeiten, Urlaubsdauer oder die Bezeichnung bzw. Beschreibung der zu leistenden Tätigkeit (Bundeszentrale für politische Bildung, 2016a). In Berichten über Pflegeberufe werden die Arbeitsbedingungen meistens negativ dargestellt. Sie sind gekennzeichnet durch hohe körperliche und psychische Belastungen aber auch durch Personalmangel bedingten Stress. Die körperlichen Belastungen entstehen einerseits durch die Schicht- und Wochenenddienste (DGB Bundesvorstand, 2011) und andererseits durch das Heben erheblicher Gewichte, das Arbeiten in gebückter oder hockender Stellung, Lärm und dauerndes Multitasking (Hans Böckler Stiftung, 2018). Die psychische Belastung entsteht durch die besondere Verantwortung gegenüber Pflegebedürftigen (DGB Bundesvorstand, 2011). Zusätzlich stellt die Arbeit in der Pflege eine „Emotionsarbeit“, durch den täglichen Umgang mit schweren Krankheiten, Leid und Sterben, dar. Bei Interaktionen mit den Patient*innen müssen bestimmte Emotionen unterdrückt werden und/oder gewünschte emotionale Ausdrücke müssen gezeigt werden (Jacobs et al., 2020, S. 51-55). Die Unterbesetzung macht sich laut des deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (2019) durch unzuverlässige Dienstpläne, häufiges Einspringen, Überstunden, Doppelschichten, Zeitdruck, sowie das Absagen von Urlauben und Fortbildungsmaßnahmen bemerkbar (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2019). Der Pflege Report 2019 beschreibt den starken Stress mit einer hohen Arbeitsintensität, hohen Arbeitslast bei gering verfügbarer Zeit oder dauerhaftem Arbeiten mit hoher Intensität (Jacobs et al., 2020, S. 51-55).

Durch die genannten Punkte werden Abstriche bei der Versorgungsqualität gemacht und zusätzlich wird in einem hohen Tempo gearbeitet. Die Einschränkungen der Qualität stellen einen Widerspruch zu den professionellen Standards und dem Berufsethos der Pflegefachkräfte dar, wodurch eine zusätzliche psychische Belastung entsteht. Außerdem haben die Qualitätseinbußen unmittelbare Auswirkungen auf die Patient*innen, wodurch das Wohlbefinden, der Genesungsprozess und der Gesundheitszustand beeinträchtigt wird. Durch die hohen körperlichen Anforderungen entstehen gesundheitliche Risiken im Bereich von Muskel- und Skeletterkrankungen. (Jacobs et al., 2020, S. 51-55)

Die Arbeitsbedingungen haben zur Folge, dass Pflegefachkräfte im Durchschnitt kürzer in ihrem Beruf verbleiben als andere Berufsgruppen. Häufig verbleiben sie nicht länger als sieben bis acht Jahre in ihrer Tätigkeit und beinahe jede dritte Pflegefachkraft verlässt aus gesundheitlichen Gründen den Beruf – meist aufgrund von Wirbelsäulenerkrankungen, Hauterkrankungen oder Infektionskrankheiten. (DGB Bundesvorstand, 2011)

4.3 Personalschlüssel

Der Personalschlüssel ist generell ein Schema, mit welchem die Zahl der Mitarbeiter*innen für einen bestimmten Bereich oder eine bestimmte Aufgabe festgelegt wird (Dudenredaktion, o. J.). In der Pflege wird der Personalschlüssel auch als Nurse-to-Patient Ratio bezeichnet. Hierbei handelt es sich um Verhältniszahlen, welche die Anzahl der Pflegefachkräfte für eine bestimmte Zahl an Patient*innen pro Schicht und Station angeben (Simon & Mehmecke, 2017, S. 7). Dargestellt wird es mit einem Zahlenverhältnis 1:X, wobei das X für die Anzahl der zu betreuenden Menschen steht (CareWork, o. J.). Dieses Instrument soll zur Qualitätssicherung in der Pflege dienen (Simon & Mehmecke, 2017, S. 7).

In Deutschland gibt es aktuell keinen einheitlich vorgegebenen Pflegepersonalschlüssel. Im Durchschnitt wird in Deutschland in der Pflege mit einem Personalschlüssel von 1:13 gearbeitet. Im Vergleich hierzu kann in Abbildung 3 gesehen werden, dass der Personalschlüssel in anderen Ländern deutlich geringer ist. Beispielsweise kommen in den Niederlanden auf eine Pflegefachkraft 7 Patient*innen und in den USA betreut eine Pflegefachkraft im Schnitt 5,3 Patient*innen. (Simon & Mehmecke, 2017, S. 116)

Land	Patient*innen pro examinierte Pflegefachkraft
Deutschland	13,0
Spanien	12,6
Belgien	10,7
Polen	10,5
Griechenland	10,2
England	8,6
Finnland	8,3
Schweiz	7,9
Schweden	7,7
Niederlande	7,0
Irland	6,9
Norwegen	5,4
USA	5,3

Abbildung 3 Eigene Darstellung, Daten von Aiken et al. (2012)

In anderen Staaten ist ein gesetzlicher Mindest-Personalschlüssel bereits seit mehreren Jahren vorgegeben (Hans Böckler Stiftung, 2018). Seit dem 01. Februar 2021 gibt es in Deutschland einheitliche Personaluntergrenzen, welche die maximale Anzahl von Patient*innen pro Pflegekraft angeben. Unterschieden wird hierbei nach Fachrichtung und Tag- und Nachtschichten. Beispielsweise liegt die Untergrenze bei der Inneren Medizin und der Kardiologie am Tag bei 1:10 und in der Nacht bei 1:22. Alle Angaben diesbezüglich sind in Anhang 2 zu sehen. (Bundesministerium für Gesundheit, 2023)

Eine dünne Personaldecke wirkt sich auf die Arbeitsbedingungen aus, da sich der Arbeitsdruck erhöht und sich die Qualität der sozialen Dienstleistungen verschlechtert. Da die Arbeit mit Menschen nicht liegen bleiben kann, sondern zeitig erledigt werden muss, besteht ein essenzieller Zusammenhang zwischen der Personalbemessung und der Qualität der erbrachten Dienstleistungen und der Gesundheit der Beschäftigten. Durch eine dünne Personaldecke entsteht mehr Stress bei der Arbeit, wodurch die Beschäftigten häufiger krank werden oder den Beruf verlassen. Daraus folgt eine steigende Belastung für die Beschäftigten und die Wahrscheinlichkeit krank zu werden oder abzuwandern erhöht sich. (Schildmann & Voss, 2018)

4.4 Image des Berufs

Das Image des Pflegeberufs wird von Außenstehenden und den Pflegefachkräften selbst sehr unterschiedlich wahrgenommen. Während die Pflegefachkräfte in der Gesellschaft ein hohes Ansehen genießen, sehen die Pfleger*innen ihren Beruf

sehr negativ behaftet. In einer von Statista durchgeführten Umfrage im Juli 2022 wurden Proband*innen zum Ansehen einzelner Berufsgruppen in der Gesellschaft in Deutschlands befragt. Hierbei landete die Krankenpfleger*innen mit 88% auf Platz zwei und die Altenpfleger*innen auf Platz vier mit 85%. Nach diesen Zahlen genießen die Mitarbeiter*innen in der Pflege ein hohes Ansehen in der Gesellschaft. (Rudnicka, 2022)

Der Report von Benedix & Medjedovic (2014) beschreibt das Image hingegen aus Sicht der Fachkräfte als schlecht. Hierbei berichten Pflegefachkräfte von den negativen und teils realitätsfernen Bildern aus ihrem Umfeld. Häufig hören sie Sätze wie „Pflege – das könnte ich nicht“, diese Aussagen klingen erstmals respektvoll, allerdings meinen viele Personen hiermit nicht die hohe Verantwortung, sondern den Umgang mit Fäkalien oder ähnlichem (Benedix & Medjedovic, 2014, S. 68). In den Medien wird häufig nur von Skandalen oder den schlechten Bedingungen in der Pflege berichtet, wodurch ein negativ besetztes öffentliches Bild entsteht (Eligehausen & Hommel, 2012, S. 80-81). Für viele Personen zeigt sich der gesellschaftliche Wert eines Berufs durch die Vergütung (Benedix & Medjedovic, 2014, S. 68). Das Gehalt für Pflegefachkräfte liegt im Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD-P) zwischen 2.932,41 Euro und 3.654,17 Euro (Springermedizin, 2023). Im Vergleich lag das durchschnittliche Bruttomonatsgehalt im April 2022 in Deutschland bei 4.105 Euro (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023). Bei einer Umfrage von Jacobs et al. (2020) gaben 73% der Befragten an, gar nicht oder nur in geringem Maß angemessen entlohnt zu werden. Pflegefachkräfte würden durch eine bessere, leistungsgerechtere Bezahlung einen Imagegewinn erwarten (Benedix & Medjedovic, 2014, S. 68). Die Pflegefachkräfte wünschen sich eine Vereinbarkeit zwischen Beruf und privaten Verpflichtungen oder Interessen. Hierzu gehört beispielsweise die Vereinbarkeit des Berufs mit der Familie. Durch Schichtdienste, kurzfristige Änderungen des Dienstplanes oder das Einspringen für ausfallende Kolleg*innen gestaltet sich diese häufig als schwierig. Zusätzlich besteht die Teilzeit in Pflegeberufen häufig nicht aus, beispielsweise vier Stunden arbeiten täglich, sondern normalem Schichtdienst mit weniger Arbeitstagen die Woche. Dadurch gestaltet sich zum Beispiel die Versorgung des Kindes (in Kindergarten oder Schule) als kompliziert. (Benedix & Medjedovic, 2014, S. 54-55)

5. Strategien der Personalgewinnung und -erhaltung

In diesem Abschnitt werden Strategien zur Verbesserung der zuvor dargestellten Ursachen für den bestehenden Pflegefachkräfteengpass vorgestellt.

5.1 Employer Brand Management

Der demografische Wandel ist unaufhaltsam. Dementsprechend sind Maßnahmen, welche einerseits angehende Auszubildende oder Student*innen für den Job gewinnen und andererseits das vorhandene Personal im Job halten, sehr hilfreich. Durch den soziodemografischen Wandel (Renteneintritt Babyboomer-Generation) scheiden viele hochqualifizierte Mitarbeiter*innen altersbedingt aus dem Berufsleben aus. Dadurch kommt ein erheblicher Ersatzbedarf auf die Arbeitgeber*innen zu. Diesbezüglich steigt die Relevanz der Etablierung und der Professionalisierung von Personalmarketing-Prozessen innerhalb des Personalmanagements (Kirchgeorg & Müller, 2013, S. 73). Ein essenzieller Punkt hierbei ist es, die Mitarbeiter*innen mithilfe von systematischen Unternehmensstrategien und -prozessen zu finden und zu binden. Hierzu gehören Themen, wie Gesundheit, Work-Life-Balance und Vertrauenskultur. (Kastner, 2013, S. 521)

Eine Strategie zur Personalgewinnung ist das *Employer Brand Management*. Mit dieser Strategie wird das Ziel verfolgt, den Arbeitgeber als vertrauenswürdige Markenunternehmen aufzubauen und zu etablieren (Von Wietersheim, 2022). Es wird dann von einer Arbeitgebermarke gesprochen, welche durch Unternehmensnamen, Unternehmenslogo oder andere sichtbaren Markenelemente einprägsam gemacht wird (von Walter & Kremmel, 2016, S. 5). Mit der Arbeitgebermarke soll eine starke Sog- und Magnetwirkung erzielt werden, wodurch bestehende Mitarbeiter*innen gebunden und neue Mitarbeiter*innen gewonnen werden (Von Wietersheim, 2022). Das Employer Brand Management setzt sich aus einem strategischen und einem operativen Teil zusammen. Das strategische Management umfasst die Analyse der Ausgangssituation und entwickelt oder aktualisiert die Employer Brand Strategie. Der operative Part setzt die Strategie anschließend um, einschließlich der Konzeption und Durchführung eines Programms zur Kommunikation der Arbeitgebermarke und regelmäßigen Erfolgskontrollen. (von Walter & Kremmel, 2016, S. 3)

Die Zeitung „Management & Krankenhaus – Zeitung für Entscheider im Gesundheitswesen“ beschreibt die Möglichkeit des Employer Brand Management im Krankenhaus. Um das oben genannte Ziel in Krankenhäusern zu erreichen, wären gesundheitspolitische Initiativen zur Personalgewinnung, schnelle Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse und die Weiterbildung von ärztlichem und pflegerischem Personal äußerst sinnvoll. Zusätzlich sollten mehr Menschen für den Beruf begeistert, die Motivation auf verschiedenen Ebenen gefördert und gesundheitspolitische Initiativen zur Personalgewinnung eingesetzt werden. Ein weiterer wichtiger Punkt der Arbeitgebermarke ist die Innen- und Außenkommunikation. Diese kann durch ein respektvolles und persönliches Betriebsklima beeinflusst werden, aber auch durch Angebote zu Aus- und Weiterbildungen. Dadurch würden die Mitarbeiter*innen gut über ihren Arbeitgeber sprechen, was in der öffentlichen Wahrnehmung authentischer als zum Beispiel eine Stellenanzeige wirkt. Zusätzlich sollte die Arbeitgebermarke durch Recruiting-Kanäle, wie beispielsweise Online-Jobbörsen, Social-Media-Kanäle oder Google Ads, nach außen kommuniziert werden. Zur Verbesserung der Sogwirkung für neue Mitarbeiter*innen sollte es ein unkompliziertes Bewerbermanagementsystem geben. Es wirkt sich positiv aus, wenn der Bewerbungsprozess einfach und schmal gestaltet ist. (Von Wietersheim, 2022).

5.2 Verbesserung Arbeitsbedingungen

Für die in Kapitel 4.2 beschriebenen Arbeitsbedingungen, werden im Folgenden Strategien zur Verbesserung vorgestellt. Durch eine steigende Dynamik und Komplexität von Produkten, Dienstleistungen oder Prozessen nehmen Ängste, Burnouts⁵ und Depressionen zu, weshalb es wichtig ist, durch strategisches Personalmanagement die Mitarbeiter*innen mithilfe eines Leistungs- und Gesundheitsmanagements leistungsfähig, motiviert und gesund zu halten (Kastner, 2013, S. 521-522). Diesbezüglich versucht der Staat durch verschiedene Ansätze die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Da sich ein Teil der beschriebenen Arbeitsbedingungen auf den bestehenden Fachkräfteengpass zurückführen lassen, werden zur Behebung dieser Problematik immer häufiger auf ausländische

⁵ Burnout: Bezeichnet den Zustand der totalen körperlichen und geistigen Erschöpfung, welcher durch Stress am Arbeitsplatz ausgelöst und nicht erfolgreich verarbeitet werden kann (Radtke, 2023)

Fachkräfte oder Zeitarbeiter*innen zurückgegriffen (Bundesagentur für Arbeit, 2022a; Riedlinger et al., 2020).

5.2.1 Unterstützung des Staates

Der Staat hat in den letzten Jahren verschiedene Gesetze entworfen und Initiativen unterstützt, welche alle zum Ziel haben, die Arbeitsbedingungen in der Pflege mittel- und langfristig zu verbessern. Zum einen gibt es drei Pflegestärkungsgesetze (PSG), welche nicht nur Pflegebedürftige und deren Angehörigen unterstützen sollen, sondern auch das Pflegepersonal (Deutsches Medizinrechenzentrum, 2023). Das erste wurde 2015 wirksam und sorgte hauptsächlich für Unterstützung der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen (Bundesministerium für Gesundheit, 2017c). In dem PSG II (seit 2017) wurden Veränderungen und Verbesserungen im Pflegesystem für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegefachkräfte vorgenommen. Es setzt Schwerpunkte bezüglich der Personalbemessung in stationären Einrichtungen, wodurch bis 2020 eine einheitliche Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt werden sollte. Außerdem wurden Regelungen zur Qualitätssicherung, Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung weiterentwickelt. (Bundesministerium für Gesundheit, 2017d) Das PSG III sorgte für die Umstellung von der Pflegestufe auf den Pflegegrad, wodurch Pflegebedürftige höhere pflegerische Betreuungsleistungen erhalten. Außerdem verfolgte es für Pflegeeinrichtungen die Anhebung der Entlohnung auf Tarifniveau. (Bundesministerium für Gesundheit, 2017b)

Zusammengefasst sollen mit den PSG's Akzente für die Pflege hinsichtlich zusätzlicher Betreuungskräfte, weniger Bürokratie, Personalbemessungsverfahren und gesetzliche Rahmenbedingungen für eine bessere Bezahlung der Pflegefachkräfte gesetzt werden.

Für die Verbesserung des Arbeitsalltags und der Arbeitsbedingungen von Pflegefachkräften hat sich die Initiative Konzertierte Aktion Pflege (KAP) Ziele und Maßnahmen überlegt. Die KAP wurde von dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gegründet. Die Initiative möchte die Arbeitsbedingungen in der Pflege so umgestalten, dass neue Personen für den Beruf gewonnen werden können und erfahrene Pflegefachkräfte im Beruf gehalten oder zurückgewonnen werden können. Zum

einen soll mehr Vollzeitbeschäftigung ermöglicht werden und damit die Anzahl der Teilzeitbeschäftigten reduziert werden. Außerdem sollen Anreize und Unterstützungsangebote geschaffen und ausgebaut werden. Hierzu zählen zum Beispiel verbesserte Förderungsmöglichkeiten und Fort- und Weiterbildungen. Auch die Agentur für Arbeit und Jobcenter bieten verschiedene Beratungs- und Integrationsunterstützungen an. Die Arbeitgeber werden bei Maßnahmen zum Arbeitsschutz, Gefährdungsbeurteilungen, Präventionen und betrieblichen Gesundheitsförderungen unterstützt. Allgemein möchte die Initiative eine Transparenz für gute Arbeitsbedingungen schaffen, sodass das Stammpersonal gehalten werden kann und die Leiharbeit reduziert wird. Zur Sicherstellung, welche Indikatoren für gute Arbeitsplätze bzw. Arbeitsbedingungen angesehen werden, wurden diesbezüglich Studien analysiert. Beim Herausfiltern der wichtigsten Kriterien wurden unter anderem die Folgenden als am wichtigsten angesehen: der Führungsstil, Zeit für individuelle Pflege, Arbeitsbelastung, Work-Life-Balance, Stundenlohn/Gehalt, Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung und das Arbeitsklima. (Bundesministerium für Gesundheit, 2021, S.12 und 56-66)

5.2.2 Zeitarbeit

In der deutschen Gesetzgebung wird meistens von der „Leiharbeit“ gesprochen. Juristisch betrachtet bezeichnet das Wort „Leihen“ eine vorübergehende Nutzung und Rückgabe einer Sache im vorherigen Zustand. Allerdings sind Arbeitnehmer*innen weder eine Sache, noch werden sie „im gleichen Zustand“ zurückgegeben (Hillebrecht, 2021, S. 254). Daher wird im Folgenden von der Zeitarbeit gesprochen. Ein Zeitarbeitsverhältnis besteht aus drei Parteien, dem/der Verleiher*in, dem/der Zeitarbeitnehmer*in und dem/der Entleiher*in. Wie in Abbildung 4 zu erkennen ist, entsteht ein Dreiecksverhältnis. Der Verleiher ist hierbei das Zeitarbeitsunternehmen, welche mit dem/der Zeitarbeitnehmer*in einen Arbeitsvertrag abschließt. Der/Die Zeitarbeitnehmer*in wird von dem Zeitarbeitsunternehmen vergütet und arbeitet in der Firma der Entleiher. Der Entleiher stellt das Unternehmen dar, welches den/die Zeitarbeitnehmer*in benötigt. Hierbei wird ein Überlassungsvertrag zwischen dem Verleiher und dem Entleiher abgeschlossen. (Rump & Kardys, 2022, S. 5-6)

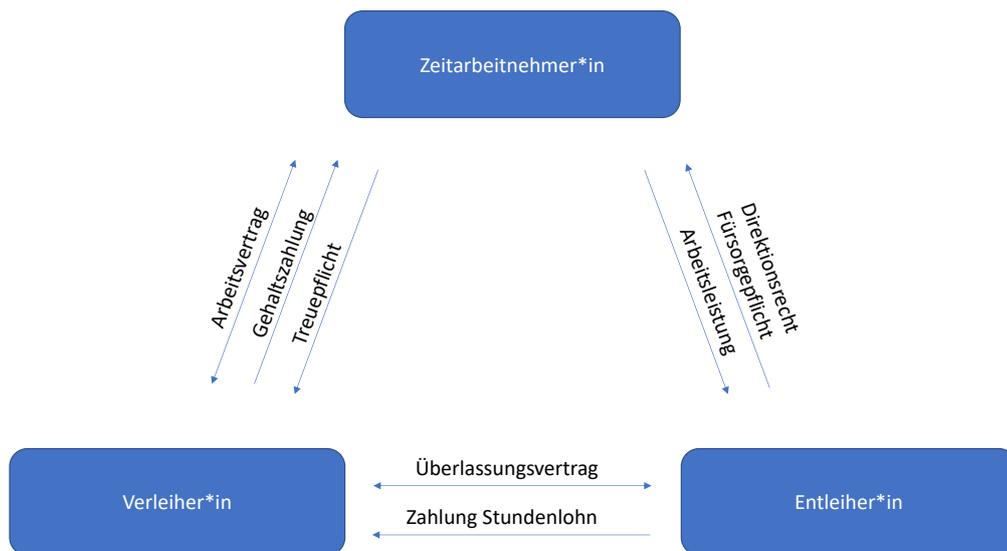


Abbildung 4 Eigene Darstellung nach (Rump & Kardys, 2022, S. 6) und (Dreyer, 2017, S. 16)

Diese externe Personalbeschaffung wird von Unternehmen angewendet, wenn sie keine eigenen Mitarbeiter*innen finden, der externe Anbieter Kosten- und/oder Zeitvorteile bietet, der Einsatz der Arbeitskraft von vorneherein begrenzt ist oder das Unternehmen zunächst Mitarbeiter*innen „proben“ möchte. Die Vorteile hierbei sind beispielsweise die unternehmerische Freiheit oder die Bezahlung der Steuern und Beiträge zu Sozialversicherungen. Außerdem entsteht bei 7-40 Prozent der Arbeitnehmer*innen eine Art „Klebeffekt“ und sie werden bei Bedarf in die Stammebelegschaft übernommen. Der Nachteil hingegen stellt sich durch die Verdrängung der Stammebelegschaft dar, da sie durch Zeitarbeiter*innen ersetzt werden. Außerdem führen teilweise die unsicheren Arbeitsverhältnisse zu einer mentalen Belastung bei den Zeitarbeiter*innen. (Hillebrecht, 2021, S. 254-258)

Insgesamt stellt die Zeitarbeit eine teure Alternative dar, welche, solange genügend Arbeitssuchende auf dem Arbeitsmarkt sind, eher gemieden werden sollte. Wenn der Arbeitsmarkt angespannt ist oder das Unternehmen die Stammebelegschaft nur vorübergehend aufstocken muss, gewinnt die Zeitarbeit an Attraktivität. (Schwaab, 2017, S. 64-65)

Im Pflegebereich stellt die Zeitarbeit eine immer größer werdende Rolle dar. Die Anzahl der Zeitarbeiter*innen hat sich von 12.000 im Jahr 2014 auf 22.000 (2018) erhöht und sich somit fast verdoppelt. Die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte

verzeichnet die stärkste Zunahme in der Gesamtbeschäftigung. Die Gründe hierfür sind zum Beispiel die überdurchschnittlichen Löhne, bezahlte Überstunden und ein hohes Mitbestimmungsrecht bei der Dienstplangestaltung. Demgegenüber müssen die Zeitarbeitnehmer*innen sich immer wieder in einer neuen Umgebung zurechtfinden, haben häufige Ortswechsel und keine Team-Zugehörigkeit. Für den Arbeitgeber entwickeln sich zusätzliche Kosten und ein hoher Organisationsaufwand. Für die Stammebelegschaft entsteht oftmals ein zusätzlicher Zeitaufwand, da die Zeitarbeitnehmer*innen eingearbeitet und teilweise überwacht werden müssen. Außerdem müssen sie die unattraktiven Schichten und Dienste übernehmen, wobei sie zusätzlich geringere Stundenlöhne und Zulagen erhalten. Und für die Patient*innen verzeichnet sich häufig ein Versorgungsdefizit, da sich die Stammebelegschaft verkleinert und durch fremde Pflegefachpersonen aufgefüllt wird. Den Zeitarbeitnehmer*innen fehlt der Blick auf die Gesamtsituation und häufig das Verantwortungsgefühl für eine nachhaltige Versorgung, wodurch die Versorgungsqualität sinkt. (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2019)

Durch den Einsatz von Zeitarbeiter*innen können die Vorgaben der Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten werden, wodurch den Pflegefachkräften mehr Zeit zur Verfügung steht und die Arbeitsbedingungen verbessert werden. Dennoch möchte die Regierung, aufgrund der genannten Problematiken, den Einsatz der Zeitarbeiter*innen beschränken. (Rump & Kardys, 2022, S. 9)

5.2.3 Ausländische Fachkräfte

Eine weitere Strategie zur Erhaltung von mehr Personal und somit der Verbesserung der Arbeitsbedingungen besteht aus dem Einsatz von ausländischen Fachkräften. Der Anteil an ausländischen Arbeitskräften ist in den letzten Jahren stark angestiegen. Seit 2017 ist die Anzahl ausländischer Pflegefachkräfte von 29.000 auf 88.000 angestiegen. Am häufigsten kommen die Fachkräfte aus Polen, Bosnien und Herzegowina, Türkei, Rumänien und Kroatien. (Bundesagentur für Arbeit, 2022a)

Mit der Reform der Beschäftigungsverordnung ist es seit 2013 Arbeitgeber*innen eines Mangelberufs erlaubt, Fachkräfte aus Drittstaaten zu rekrutieren. Es gibt gezielte Abkommen zur internationalen Rekrutierung aus ausgewählten Ländern. Hierzu zählen beispielsweise Bosnien und Herzegowina, Serbien oder die Philippinen. Die Rekrutierung der Fachkräfte bringt einerseits Unterstützung in den

Berufen, allerdings bringen sie auch Schwierigkeiten mit sich. Darunter fallen beispielsweise die Anerkennung der Qualifikation oder das unterschiedliche Arbeitswesen. Die Migrant*innen erleben außerdem Probleme bei der Zusammenarbeit und teilweise Diskriminierung. (Theobald, 2022, S. 169-170)

Damit ein erfolgreicher Einsatz der migrierten Pflegefachkräfte gelingt, ist eine gute Zusammenarbeit mit den Vorgesetzten essenziell. Besonders spielt die Unterstützung der Stationsleitung eine große Rolle, beispielsweise beim Zurechtfinden im neuen beruflichen Umfeld. Zusätzlich sollten die oberen Führungsebenen (Pflegedienstleitung oder Einrichtungsleitung) ebenfalls die Unternehmens- und Führungskultur weiterentwickeln, um den zunehmenden Herausforderungen gewachsen zu sein. Diesbezüglich gibt es zwei Führungsansätze. Der eine wird als transformationale Führung beschrieben und hat das Ziel, die Initiative und den Wunsch nach Selbstbestimmung und Weiterentwicklung der Mitarbeitenden zu analysieren und für die Organisation zu nutzen. Bei dem zweiten Ansatz wird das Diversitätsmanagement angewendet. Hierzu gehört beispielsweise das Cultural Awareness Training, welches hilft, andere Kulturen besser zu verstehen. Es ist ebenfalls hilfreich einen Wertekodex der Zusammenarbeit auf den Stationen zu erarbeiten oder ein gemeinsames Verständnis der Organisationsstruktur und -kultur herzustellen. Gelingt die Integration der ausländischen Fachkräfte nicht, steigt die Gefahr des Abbruchs der Tätigkeit oder das Verlassen der Einrichtung. Außerdem könnten die migrierten Mitarbeiter*innen eine Unzufriedenheit ausstrahlen, welche sich ebenfalls auf die deutschen Mitarbeitenden auswirkt. Dies führt zu einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit der Einrichtung. (Marchand & Geißler, 2022, S. 17-22)

5.3 Einheitliches Personalbemessungsverfahren

Zur Gewährleistung einer guten Pflege ist eine qualitativ und quantitativ am Bedarf ausgerichtete Personalausstattung essenziell. Es wird ausreichend Zeit für Pflegebedürftige, Patient*innen, betriebliche Maßnahmen zum gesundheitsförderlichen Führungsverhalten, gutes Personalmanagement, sowie für die Umsetzung des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung benötigt. (Bundesministerium für Gesundheit, 2021, S. 49) Durch die Aufstockung weiterqualifizierter Betreuungskräfte können Pflegebedürftige verbessert in

alltäglichen Aktivitäten unterstützt werden und die Lebensqualität erhöht sich. (Bundesministerium für Gesundheit, 2017a)

Das PSG II setzte Akzente bezüglich eines verbesserten Personalschlüssels in stationären Einrichtungen (wie bereits in Kapitel 5.2.1 kurz angeschnitten). Es sollte ein neues Personalbemessungsverfahren entwickelt und erprobt werden, wodurch der Bedarf für zusätzliche Betreuungskräfte festgestellt und festgeschrieben werden sollte. (Bundesministerium für Gesundheit, 2017d)

Die Anpassungen durch das PSG II wurden von Rothgang & Wagner (2019) anhand einer „Quantifizierung der Personalverbesserung in der stationären Pflege im Zusammenhang mit der Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes“ überprüft. Hiermit sollten die Veränderungen der Personalziffern und -schlüssel der vollstationären Dauerpflege und der tatsächlichen Personalausstattung in Pflegeheimen in Folge des PSG II dargestellt werden. Eine Problematik zeigte sich im Vergleich der Bundesländer, da der Personalschlüssel auf Landesebene festgelegt wurde. Eine weitere Problematik ergibt sich durch den Anpassungszeitraum, den es benötigt, die Personalausstattung an den vorgeschriebenen Pflegeschlüssel anzupassen. Ein Personalzuwachs ist laut der Studie bereits erkennbar, jedoch noch nicht so stark, wie es erforderlich wäre. Das Ergebnis wies nach, dass eine alleinige Anhebung des Stellenschlüssels nicht zu einer Verbesserung der Versorgungssituation führt. Zusätzlich sollten Maßnahmen zur Erhöhung des Pflegekräfteangebots und der Berufsattraktivität erfolgen. (Rothgang & Wagner, 2019)

Die Mitglieder der KAP setzen sich für einheitliche Verbesserungen ein. Zum Beispiel forderten sie ein bundeseinheitliches Personalbemessungsverfahren für vollstationäre Einrichtungen nach §113c SGB XI. Mithilfe dieses Gesetzes soll ab dem 01. Juli 2023 die Anzahl und Qualifikation des erforderlichen Pflegepersonals zur Versorgung von Pflegebedürftigen festgelegt werden. Dies wird abhängig vom Pflegegrad der Pflegebedürftigen festgelegt (siehe Anhang 3). Zusätzlich wurde Ende Februar 2021 die „Roadmap zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege und zur schrittweisen Einführung eines Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen“ veröffentlicht. In dieser werden notwendige Umsetzungsschritte zur Einführung des Personalbemessungsverfahrens in Kombination mit einem Zeitplan aufgezeigt. Es erfolgte zum 01. Januar 2021 die Umsetzung der ersten Personalausbaustufe, wodurch ein ca. 20% zusätzlicher

Personalbedarf entstand. Ab dem 01. Juli 2023 soll die zweite Personalausbaustufe erfolgen, wodurch erneut 20% zusätzliches Personal benötigt wird. Parallel dazu sollen Maßnahmen zur Personal- und Organisationsentwicklung erfolgen. Bis Ende 2024 sollen weitere Prüfungen zu Personalausbaustufen erfolgen und zusätzliche Stellen für Pflegefachkräfte und Pflegehilfs- und Pflegeassistentenpersonen ermöglicht werden. (Bundesministerium für Gesundheit, 2021, S. 49)

5.4 Image des Berufs

Das Image des Pflegeberufs wird, wie in Kapitel 4.4 beschrieben, häufig negativ dargestellt. Zur Aufwertung der Dienstleistungsarbeit könnte beispielsweise das Entgelt angepasst werden, geregelte Arbeitszeiten/Schichtdienste oder berufliche Entwicklung förderlich sein (Hans Böckler Stiftung, 2018). Im Folgenden wird beschrieben, wie die Attraktivität durch die Darstellung des Berufs in den Medien, ein angemessenes Entgelt und durch eine verbesserte Vereinbarkeit von Familie und Beruf gesteigert werden kann.

5.4.1 Darstellung Pflege in Medien

Wie in Kapitel 2.2 beschrieben, spielen die sozialen und politischen Aspekte bei der Personalerhaltung eine wichtige Rolle. Wenn der Blick der Gesellschaft auf das Berufsfeld eher negativ belastet ist, entsteht eine Unzufriedenheit bei den Mitarbeiter*innen. Entsteht ein derartiges Defizit, steigt die Bereitschaft, den Beruf zu wechseln (Jerusalem et al., 2022). Daher ist es wichtig, ein positives Image des Berufs zu fördern und zu erhalten. Als Ursache für das schlechte Image der Pflege, wird unter anderem die Darstellung des Berufs in den Medien genannt. Das Thema wird in Zeitungen oder im Fernsehen meist nur im Zusammenhang mit negativen Aspekten behandelt. Auch das Thema „gesetzliche Pflegeversicherung“, welches die Pflege als zusätzlichen Kostenfaktor für die Bürger*innen hervorhebt, führt zu einer negativen Betrachtung in der Bevölkerung. Dieses negativ besetzte öffentliche Bild führt dazu, dass der Pflegeberuf von Schüler*innen und Eltern nicht als „In“-Beruf gezählt wird und dementsprechend weniger junge Menschen für diesen Beruf anzieht. (Eligehausen & Hommel, 2012, S. 80-81)

Die Personalverantwortlichen sollten versuchen, positivere Bilder an die Medien zu vermitteln, sodass eine differenzierte Darstellung gezeigt werden kann. Dadurch könnten Vorverurteilungen und Pauschalisierungen vermieden werden. Sobald die ganze Breite des Berufsbildes dargestellt wird, werden auch die positiven Aspekte

der Öffentlichkeit gezeigt (Benedix & Medjedovic, 2014, S. 68). In der aktuellen Darstellung wird das Wertschöpfungspotenzial und die zentrale Bedeutung der Pflege für die Gesundheitsversorgung nicht oder nur unzureichend benannt. Der Fokus wird meist auf Finanzierungsfragen oder auf die „miserablen“ und „menschenverachtenden“ Arbeitsbedingungen gelegt. Damit wird die Pflege zu einem Gegenstand der Skandalisierung gemacht. (Eligehausen & Hommel, 2012, S. 81)

Diesbezüglich setzt sich die KAP für die Wertschätzung und Anerkennung der Pflege ein. Durch verschiedene Angebote sollen die Fähigkeiten und Kompetenzen von beruflich Pflegenden in der Öffentlichkeit dargestellt und angehoben werden. Dies wird beispielsweise von der Arbeitswelt Ausstellung in Dortmund (DASA) unterstützt. Sie zeigt der Öffentlichkeit Basis- und Orientierungswissen aus verschiedenen Berufszweigen. Dort gibt es unter anderem den Bereich „Heilen und Pflegen“, welcher den Besucher*innen mithilfe von Mitmach-Stationen einen Einblick in die Aufgaben der Pflegefachkräfte gibt. Zusätzlich wird dargestellt, welche Fähigkeiten und Kompetenzen benötigt werden, um in der Pflege zu arbeiten. (Bundesministerium für Gesundheit, 2021, S. 72)

Es ist wichtig, dass von Seiten der Arbeitgeber*innen eine aktive, offensive und strategisch angebundene Unternehmenskommunikation erfolgt, sowie ein professionelles Marketing betrieben wird. Dadurch wird die Pflege positiver besetzt und die Attraktivität des Berufszweiges lässt sich perspektivisch verbessern. (Eligehausen & Hommel, 2012, S. 82)

5.4.2 Tarifvertrag

Die sozialen Dienstleistungen werden meist bezüglich des Entgelts als unattraktiv bezeichnet. Im Jahr 2018 betrug der durchschnittliche Bruttostundenlohn bei Pflegefachkräften ca. 16,23 Euro. Im Vergleich dazu lag der Mittelwert aller Beschäftigten in Deutschland bei 16,97 Euro, dementsprechend nur knapp über dem der Pflegefachkräfte (Hans Böckler Stiftung, 2018). Durch Tarifverträge soll nun das Entgelt einheitlich angepasst werden. Der Tarifvertrag regelt sowohl die materiellen Arbeitsbedingungen wie das Arbeitsentgelt und Zulagen, aber auch Arbeitszeit, Urlaub und Sozialleistungen (Oechsler, 2013, S. 15-16). Laut TVöD-P stehen einem beispielsweise 30 Urlaubstage zu, wobei sich diese bei Sonderdiensten wie Schichtarbeit erhöhen können. Zusätzlich sind Zulagen wie

Weihnachtsgeld, Pflege- und Intensivzulagen ebenfalls festgelegt. Durch den Fachkräfteengpass seien weitere Zulagen in Zukunft wahrscheinlich, um die Attraktivität des Berufs zu erhöhen. (Springermedizin, 2023)

Der Lohnzuwachs in der Krankenpflege stieg von 2017 bis 2021 bereits um 13,6 Prozent an. Außerdem ist seit dem 01. September 2022 eine tarifliche Bezahlung in Pflegeeinrichtungen verpflichtend. Das bedeutet, dass entweder die Einrichtung tarifgebunden sein muss oder die Pflege- und Betreuungskräfte in Höhe des TVöD-P entlohnt werden müssen (Bundesministerium für Gesundheit, 2022b). Durch die aktuelle Situation und die regelmäßig neu ausgehandelten Tarifverträge wird dieser für Pflegefachkräfte immer attraktiver. Die Verhandlungen beinhalten sowohl eine Lohnprogression als auch weitere Zulagen (Springermedizin, 2023).

5.4.3 Veränderung Rahmenbedingungen

Die Arbeit am Abend und am Wochenende erschwert die Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Hans Böckler Stiftung, 2018). Um diese zu verbessern, gibt es zum einen Aktionen von den Einrichtungen und zum anderen Förderungen durch den Staat.

Die Rahmenbedingungen können durch verlässliche Arbeitszeit- und Dienstplanungen (Bundesministerium für Gesundheit, 2021) oder Unterstützungen bei der Kinderbetreuung (Benedix & Medjedovic, 2014, S. 55) verändert werden. Einige Einrichtungen haben einen Kindergarten für Kinder des Personals und andere bieten Zulagen, wenn keine interne Kinderbetreuung angeboten werden kann (Benedix & Medjedovic, 2014, S. 55). Durch diese Unterstützungen könnte bereits die Attraktivität des Berufs gestärkt werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2021) und es würden mehr Menschen den Beruf dauerhaft ausüben (Benedix & Medjedovic, 2014, S. 55).

Bezüglich dieser Veränderungen hat sich das BMG dafür eingesetzt, finanzielle Unterstützung für Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser zu gewährleisten, wenn sich diese für die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf der Mitarbeiter*innen einsetzen. Diese Gelder wurden am häufigsten für Beratung, Coaching und Weiterbildungen verwendet. An zweiter Stelle lag die Einführung neuer familienorientierter Personalmanagementmodelle. Der restliche Anteil wurde gleichermaßen auf Beratungsleistungen zur Optimierung der Dienstplangestaltung und konkrete Beratungsangebote aufgeteilt. Diese Angebote könnten noch weit

mehr genutzt werden, da aktuell nur ein kleiner Teil des zur Verfügung stehenden Geldes abgerufen wird.(Bundesministerium für Gesundheit, 2021, S. 69-70)

6. Vorstellung der Studien

Im Folgenden werden drei Studien vorgestellt, welche die Wichtigkeit der vorgestellten Strategien unterstreichen. Es handelt sich um qualitative Studien, in welchen jeweils Pflegefachkräfte zu der aktuellen Arbeitssituation befragt wurden. Die Pflegefachkräfte gaben Auskunft über Verbesserungswünsche, durch welche sie in den Beruf zurückkehren würden, oder welche Aspekte sie als Intention sehen, den Beruf zu verlassen.

„Ich pflege wieder, wenn...“

Die qualitative Studie „Ich pflege wieder, wenn...“ von Auffenberg et al. (2022) stellt eine Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften dar. Im Rahmen dieser Studie wurden Pflegefachkräfte zu der Bereitschaft eines Wiedereinstiegs in den Beruf oder eine Stundenzahlerhöhung (bei Teilzeitfachkräften) im Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen befragt. Daraus wurde ein Fachkräftepotenzial abgeleitet.

Dazu erfolgte eine deutschlandweite Online-Befragung im Jahr 2021, welche sich an ausgestiegene- und Teilzeitpflegekräfte der Langzeit- und Krankenpflege richtete. Anhand dieser konnten 12.684 Antworten ausgewertet werden, worunter 24,6 Prozent ausgestiegene Pflegefachkräfte und 75,4 Prozent Teilzeitpflegekräfte waren. Der Frauenanteil lag unter den Ausgestiegenen bei ca. 82 Prozent und bei den Teilzeitpflegekräften bei 87 Prozent. Das Durchschnittsalter lag bei 43 Jahren, wobei die meisten der Ausgestiegenen im Alter von 30-39 Jahren und der Teilzeitpflegekräften 50-59 Jahren waren. (Auffenberg et al., 2022, S. 22)

Die Bereitschaft zum Wiedereinstieg bzw. zur Stundenerhöhung bei „richtigen Arbeitsbedingungen“ konnte auf einer Skala von 1 (Ausgeschlossen) bis 10 (Sehr wahrscheinlich) eingestuft werden. Unter den Ausgestiegenen schlossen 11,8 Prozent eine Rückkehr in den Pflegeberuf aus und 21,2 Prozent hielten einen Wiedereinstieg für sehr wahrscheinlich. Insgesamt gab die Mehrheit (60,7 Prozent) 6 Punkte oder mehr an. Im Vergleich schlossen 30,6 Prozent der Teilzeitpflegekräfte eine Stundenerhöhung aus und 21,4 Prozent hielten eine

Stundenerhöhung für sehr wahrscheinlich. Von den Teilzeitpflegekräften gaben 47,3 Prozent 6 Punkte oder mehr an. (Auffenberg et al., 2022, S. 34)

Für den Wiedereinstieg oder die Stundenerhöhung wurden die herausgearbeiteten Handlungserfordernisse und -empfehlungen vorgestellt. Der wichtigste Faktor stellte „Ausreichend Zeit für gute Pflege durch bedarfsgerechte Personalbemessung“ dar. Darunter fällt die Entwicklung und Einführung einer tarifvertraglichen und gesetzlichen Personalbemessung, die mit angemessenen Sanktionen bei Verstößen versehen werden sollte. Auf dem zweiten Platz kam die angemessene Bezahlung durch die Anpassung des Entgeltlevels und der Tarifbindung. Ebenfalls gehörten verlässliche Arbeitszeiten für eine Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben zu den wichtigen Faktoren. Hierunter fielen eine teambasierte Dienstplangestaltung und ein umfassendes Ausfallmanagement. Daneben gehörte die Förderung einer wertschätzenden Führungskultur und Kollegialität zu den relevanten Aspekten. Dazu zählten sowohl eine einheitliche Führungskräftefortbildung, als auch die Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen und der Ausbau von Beratungsangeboten. Außerdem wurde auf die Wichtigkeit von Onboarding-Programmen für Wiedereinsteiger, die Weiterentwicklung des Berufsbildes und die Schaffung geeigneter Finanzierungsgrundlagen eingegangen. (Auffenberg et al., 2022, S. 79-93)

„Keeping nurses in nursing: a qualitative study of German nurses' perceptions of push and pull factors to leave or stay in the profession“

Das Ziel dieser qualitativen Studie von Roth et al. (2022) war es, die Faktoren zu verstehen, welche deutsche Pflegefachkräfte in der Profession halten, und solche zu analysieren, welche die Fachkräfte zum Verlassen des Berufs oder zum Verbleiben bewegen. Dafür wurden in vier deutschen Krankenhäusern persönliche oder telefonische Interviews durchgeführt. Diese fanden von September 2019 bis August 2020 statt. Die Pflegefachkräfte waren mindestens 18 Jahre alt und an einem der Krankenhäuser festangestellt. Eine Mindeststundenanzahl wurde hierbei nicht festgelegt. Das Durchschnittsalter lag bei 40,4 Jahren, wobei der/die Jüngste 22 Jahre alt und der/die Älteste 60 Jahre alt war. Von den Proband*innen identifizierten sich 81 Prozent als weiblich. Die Arbeitserfahrung lag im Schnitt bei 19,5 Jahren. Die Ergebnisse wurden in Push und Pull Faktoren unterteilt.

Die *Push Faktoren* zeigen Aspekte, welche die Pflegefachkräfte zu einem Ausstieg des Berufs verleiten. Dazu zählen zum Beispiel die begrenzten Karrieremöglichkeiten und fehlende oder eingeschränkte Förderungsmöglichkeiten. Als zweiter Punkt wird die vorhandene Barriere zwischen den Generationen beschrieben. Hierbei beschreiben sowohl die älteren als auch die jüngeren Pflegefachkräfte einen Unterschied zwischen den Generationen bezüglich der Werte und der Motivationen. Die jüngere Generation wünschte sich ein Mitspracherecht zur positiven Beeinflussung des Arbeitsplatzes. Als Minderheit fühlte sich die jüngere Generation nicht in der Position eine Veränderung zu initiieren. Dabei wurden unterschiedliche Denkweisen deutlich, wodurch beispielsweise neue Arbeitsmethoden nicht von der älteren Generation angenommen werden. Als weiterer Aspekt wird das negative öffentliche Image genannt. Die in den Medien dargestellten stereotypischen Bilder führen zu einer unvorteilhaften Darstellung der Profession. Das große Spektrum von Verantwortung und Fähigkeiten wird meistens nicht gezeigt. Als letztes wird die Belastung am Arbeitsplatz genannt. Es wird die ungenügende personelle Besetzung und die sich daraus ergebenden negativen Arbeitsbedingungen beschrieben. Durch wenig Personal resultiert Zeitdruck bei der Patient*innenversorgung und physischer Stress. Die Arbeitsbedingungen werden häufig durch unflexible Dienstplangestaltung und der Bewältigung von emotionaler Arbeit negativ beeinflusst.

Im Gegensatz zu den *Push Faktoren* beschreiben die *Pull Faktoren* Aspekte und Wünsche zum Verbleib in dem Berufsfeld. Als erste wird der Stolz für die Profession genannt. Es wird die Wichtigkeit des Ehrgefühls und die Bedeutsamkeit des Berufs betont. Als nächstes wird auf ein angemessenes Gehalt eingegangen. Ein besseres Entgelt würde den Status der Profession erhöhen und die Pflegefachkräfte erhielten eine Wertschätzung für sich und ihre Arbeit. Die Anerkennung der Pflege beschreibt den nächsten Faktor. Hierzu zählt zum einen der Blick der Gesellschaft auf den Beruf und zum anderen die Betrachtung der Pflegefachkräfte auf ihre Profession. Es wird eine negative Darstellung des Berufs durch ältere Pflegekräfte beschrieben. Sie geben beispielsweise an die jüngeren Fachkräfte oder Auszubildenden die Empfehlung, den Beruf zu verlassen. Die Professionalisierung des Berufs, beispielsweise durch den Pflege-Studiengang, wird ebenfalls als wichtig angesehen. Der letzte Faktor beschreibt die Vermarktung der Pflege. Zur

Verbesserung des Images wären eine effektive Medienpräsenz und Kampagnen für die jüngere Generation hilfreich. Zusätzlich könnten Informationstage in Schulen abgehalten werden oder Stände bei Berufsmessen stehen. (Roth et al., 2022)

“Nurses’ intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries”

Diese beobachtende Querschnittsstudie von Heinen et al. (2012) ermittelte in zehn europäischen Ländern die Intentionen von Pflegefachkräfte den Beruf zu verlassen und die dafür auslösenden Faktoren. Die teilnehmenden Länder waren Belgien, Finnland, Deutschland, Irland, Norwegen, Polen, Spanien, Schweiz, das vereinigte Königreich und die Niederlande. Insgesamt nahmen 23.159 Pflegefachkräfte an der Studie teil. Das Durchschnittsalter betrug 37,5 Jahre und 93 Prozent der Teilnehmenden war weiblich.

Von allen Proband*innen beabsichtigen im Schnitt 9 Prozent die Profession zu verlassen, aufgrund einer Unzufriedenheit im Beruf. In Deutschland stimmten am meisten Teilnehmer*innen (17%) für die Intention den Beruf zu verlassen. Im Vergleich dazu stimmten in den Niederlanden und in Spanien nur jeweils fünf Prozent dafür. Die Ergebnisse zeigten in allen Ländern „Burnout“ als Ursache für eine höhere Wahrscheinlichkeit den Beruf zu verlassen. In Deutschland wurden die Qualität der Pflege, ein höheres Alter oder das weibliche Geschlecht als wesentliche Ursache für einen Berufswechsel festgestellt. Keinen wesentlichen Einfluss für den Wunsch nach einem Berufswechsel, zeigten in allen Ländern der Patient*innenschlüssel, die Größe des Krankenhauses, die Art der Ausbildung und die empfundene Pflegequalität. Aspekte wie Pflegekraft-Arzt-Beziehungen, Leitung, mangelnde Beteiligung an Krankenhausangelegenheiten, höheres Alter, männliches Geschlecht oder Teilzeitarbeit scheinen auf internationaler Ebene relevant zu sein, aber durch die stark unterschiedlichen Ergebnisse der Länder kann kein allgemein europäisches Modell für die Berufsausstiegsabsichten dargestellt werden. (Heinen et al., 2012)

7. Diskussion

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen Strategien für die Personalgewinnung und -erhaltung auf, die mithilfe von qualitativen Studien über Pflegefachkräfte untermauert worden sind. In diesem Kapitel werden die Ergebnisse

gegenübergestellt und ihre Wirksamkeit diskutiert. Herausgefiltert wird hierbei, inwiefern die Strategien den Vorstellungen und Wünschen der Pflegefachkräfte entsprechen. Zum Abschluss wird auf die Limitationen dieser Arbeit hingewiesen.

In den im vorigen Kapitel vorgestellten Studien wird nicht explizit das Thema des Employer Brand Managements angesprochen, dennoch wird eine Unzufriedenheit bei den Pflegefachkräften durch eine ungenügende personelle Besetzung deutlich. Die in den Studien genannten Verbesserungswünsche werden durch das in Kapitel 5.1 vorgestellte Employer Brand Management unterstützt. Die beschriebenen Generationsbarrieren und begrenzten Karrieremöglichkeiten, welche in der Studie von Roth et al. (2022) angesprochen werden, können durch ein erfolgreiches Employer Branding verbessert werden. Mit einem respektvollen und persönlichen Betriebsklima verbessert sich die Innen- und Außenkommunikation. Mit Angeboten für Aus- und Weiterbildungen werden den Mitarbeiter*innen Karrieremöglichkeiten eröffnet. Durch diese Maßnahmen im Personalmanagement wird auch die Arbeitgebermarke gestärkt, wodurch mehr Menschen für den Beruf begeistert und die Motivation gefördert wird.

Die Verbesserung der aktuellen Arbeitsbedingungen stellt eine wesentliche Strategie zum Personalerhalt dar und wird auch in den Studien von Auffenberg et al. (2022) und Roth et al. (2022) behandelt. Für die befragten Pflegefachkräfte stellte der Arbeitsdruck und die aktuellen Arbeitsbedingungen ein Faktor für den Ausstieg aus dem Beruf dar. Es wurde der physische Stress und die unflexible Dienstplangestaltung beschrieben. Die Pflegestärkungsgesetze des Staates und die Initiative KAP wirken unmittelbar auf die Arbeitsbedingungen ein und sollten signifikante Verbesserungen mit sich bringen. Das Einsetzen einer angemessenen Personalanzahl reduziert den Stress. Zusätzlich könnten die Führungskräfte zusammen mit den Pflegefachkräften eine teambasierte Dienstplangestaltung und ein umfassendes Ausfallmanagement entwickeln.

Das Einsetzen von Zeitarbeiter*innen wird von vielen Arbeitgeber*innen als Strategie angesehen. Diese wird von dem im Krankenhaus angestellten Stammpersonal kurzfristig als Hilfe angesehen, aber zeigt keine langfristige Lösung des Personalengpasses (Riedlinger et al., 2020). Der deutsche Berufsverband für

Pflegeberufe hält die Zeitarbeit für eine verfehlte Personalstrategie (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2019). Ein gutes Personalmanagement versucht bei anhaltendem Einsetzen von Zeitarbeiter*innen neues Stammpersonal zu beschäftigen.

Durch angeworbene ausländische Fachkräfte steht mehr Personal zur Verfügung, dennoch entstehen zusätzlich große Herausforderungen. Der Einsatz von ausländischem Personal stellt zwar eine Verbesserung des Arbeitsalltags dar, ist aber nur als mittelfristige Lösung anzusehen, da die Fachkräfte häufig nur einige Jahre bleiben. Darüber hinaus ist der Einsatz von ausländischen Fachkräften mit zusätzlichen Schwierigkeiten versehen, wie der Aufwand bei der Rekrutierung, die Anerkennung der Qualifikation, Sprachbarrieren oder Diskriminierung durch das Stammpersonal oder Patient*innen. Insbesondere die letzten beiden Punkte führen zum vorzeitigen Ausstieg der Fachkräfte oder der Rückkehr ins Heimatland. (Marchand & Geißler, 2022; Theobald, 2022, S. 169-170)

Ein einheitliches Personalbemessungsverfahren ist essenziell für die Verbesserung der Personalentwicklung (Auffenberg et al., 2022, S. 79-81). Die Pflegefachkräfte aus der Studie von Roth et al. (2022) beschreiben die ungenügende personelle Ausstattung als maßgeblichen Grund für den Berufswechsel. Durch das Einsetzen von mehr Personal kann der Zeitdruck und der physische Stress verringert werden. Daher ist die geplante Einführung eines Personalbemessungsverfahrens ein Schritt in die richtige Richtung.

Ein weiterer wichtiger Punkt für die Personalgewinnung und -erhaltung ist eine Aufwertung des Berufsbildes der Pflegefachkräfte. Dabei zählt das schlechte Image und die damit öffentlich dargestellten Stereotypen zu einem Faktor, der zum Ausstieg des Berufs verleitet. Um dies zu vermeiden, beschreiben die Pflegefachkräfte den Wunsch nach einer positiven Vermarktung mit effektiver Werbung und entsprechenden Kampagnen. Ein verbessertes Image erhöht die Motivation im Beruf zu verbleiben und Onboarding-Programme für Berufsrückkehrer fördern den Wiedereinstieg. (Roth et al., 2022; Auffenberg et al., 2022, S. 90)

Ein Anstieg der Gehälter und eine Tarifbindung zählt sowohl zu den genannten Strategien als auch zu den Wünschen der Pflegefachkräfte. Insbesondere beschreiben die Fachkräfte, dass sich der Status der Profession erhöhen würde und sie sich wertgeschätzt fühlen würden (Auffenberg et al., 2022). Nach § 72 Abs. 3a bis 3f Sozialgesetzbuch XI ist die Tarifbindung am 01. September 2022 verpflichtend eingeführt worden (Siehe Anhang 4). Nach Prognosen wird sich die Entlohnung nach dem TVöD-P im Laufe der Jahre noch deutlich verbessern. Dies wird anhand der bereits angepassten Gehälter vorausgesagt. (Springermedizin, 2023)

Durch die Gegenüberstellung der Ergebnisteile (Strategien und Studien) konnte die Wichtigkeit der Personalgewinnung und -erhaltung dargestellt werden. Es wurde deutlich, dass die Strategien den Wünschen der befragten Pflegefachkräfte entsprechen. Über den Erfolg der Strategien kann noch nichts gesagt werden, da sie entweder noch nicht umgesetzt oder gerade erst eingesetzt werden. Grundsätzlich ist es aber wichtig, dass bei der Erstellung und Umsetzung neuer Strategien die Pflegefachkräfte miteinbezogen werden, um die Effektivität der Maßnahmen zu erhöhen.

Trotz der guten Übereinstimmung der Strategien mit den Erwartungen der Pflegefachkräfte müssen die Limitationen dieser Arbeit berücksichtigt werden. Zum einen kann der Erfolg der Strategien noch nicht nachgewiesen werden und zum anderen wurden nur drei Studien zur Vorstellung der Bedürfnisse von Pflegefachkräften verwendet, welche ebenfalls Limitationen mit sich bringen. Die Studie von Auffenberg et al. (2022) befragt beispielsweise nur Ausgestiegene- und Teilzeit-Pflegefachkräfte, wodurch die Vollzeitkräfte außer acht gelassen werden. Dennoch wird eine relativ hohe Anzahl von Proband*innen aus ganz Deutschland einbezogen, wodurch die Problematik im ganzen Land dargestellt wird. Es wird deutlich, dass viele Pflegefachkräfte dazu bereit wären bei verbesserten Bedingungen in den Beruf zurückzukehren oder die Stundenanzahl zu erhöhen. Dadurch würde dem Pflegefachkräfteengpass deutlich entgegengewirkt werden. Zusätzlich ist diese Studie aus dem letzten Jahr, wodurch die aktuellen Bedürfnisse dargestellt werden können.

Die Studie von Roth et al. (2022) beschreibt hingegen nur die Faktoren von Pflegefachkräften aus vier Krankenhäusern aus dem Süden Deutschlands. Deshalb muss die Beeinflussung von regionalen Faktoren berücksichtigt werden. Ebenfalls wird hier betont, dass durch die Ergebnisse nicht eindeutig auf alle Pflegefachkräfte in Deutschland geschlossen werden kann. Es wäre möglich, dass nicht teilgenommene Fachkräfte andere Ansichten haben oder die genannten Problematiken nicht sehen. Daher können die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden, jedoch unterstützen sie die vorgestellten Strategien.

Durch die europaweite Umfrage von Heinen et al. (2012) können keine eindeutigen Ergebnisse für einzelne Länder dargestellt werden. Es muss hierbei außerdem beachtet werden, dass die Umfrage bereits 2012 veröffentlicht wurde und sich daher Problematiken eventuell verbessert haben oder neue hinzugekommen sind. Die Studie zeigte keinen direkten Zusammenhang mit den vorgestellten Strategien. Dies liegt zum einen an der länderübergreifenden Befragung, wodurch die Menge der teilweise stark unterschiedlichen Antworten nicht verallgemeinert werden kann. Dennoch wurde eine Intention zum Verlassen des Berufs deutlich und anhand des Vergleichs der Länder konnte eine erhöhte Intention in Deutschland wahrgenommen werden.

Mit dieser Arbeit wird die Wichtigkeit der Personalgewinnung und -erhaltung im Pflegeberuf dargestellt werden. Aber diese Arbeit beschränkt sich auf die Suche nach allgemeinen Ursachen und Strategien zur Personalgewinnung und -erhaltung. Daher wird hier zum Beispiel nicht auf die Effekte der Covid-19 Pandemie oder die Professionalisierung des Berufs durch ein Studium eingegangen.

8. Fazit

In der vorliegenden Literaturarbeit mit dem Thema „Strategien der Personalgewinnung und -erhaltung im Kontext des Pflegefachkräfteengpasses“ konnten erfolgreich Strategien vorgestellt werden, welche entweder die Notwendigkeit für einen Personalzuwachs darstellen oder die eine große Übereinstimmung mit den Wünschen der Pflegefachkräfte aufweisen. Außerdem konnte ein Zusammenhang zwischen den Strategien und den Wünschen der Pflegefachkräfte hergestellt werden. Es wird deutlich, dass ein Pflegefachkräfteengpass vorliegt, der durch den demografischen Wandel verstärkt wird. Es konnte gezeigt werden, dass sich der Staat bereits über die schwierigen

Arbeitsbedingungen und den sich daraus ergebenden Konsequenzen dieser bewusst ist und Besserungen durch Gesetzgebung und Initiativen geschaffen hat. Durch den vorgestellten Teufelskreis des Fachkräfteengpasses und den sich daraus resultierenden negativen Arbeitsbedingungen wird die Notwendigkeit der Arbeit an allen Punkten ersichtlich. Die alleinige Anhebung der Personalbemessungsgrenzen wird nicht ausreichen, um genügend Personal in dem Beruf zu halten oder für den Beruf neu zu gewinnen. Sowohl die Arbeitsbedingungen als auch das öffentliche Image des Berufs sollten aufgewertet werden. Für ein bestmögliches Ergebnis zur Personalgewinnung, -erhaltung aber auch -rekrutierung ist es sinnvoll die Pflegefachkräfte einzubeziehen und sie nach ihren Wünschen und Bedürfnissen zu befragen.

Abschließend kann gesagt werden, dass der Pflegefachkräfteengpass erkannt wurde und entsprechende Gegenmaßnahmen in der Umsetzung sind.

Literaturverzeichnis

AOK-Bundesverband, D. G. (2023a). Kompressionsthese | K | Lexikon | AOK-Bundesverband. Abgerufen 23. März 2023, von https://aok-bv.de/lexikon/k/index_06430.html

AOK-Bundesverband, D. G. (2023b). Medikalisierungsthese | M | Lexikon | AOK-Bundesverband. Abgerufen 23. März 2023, von https://aok-bv.de/lexikon/m/index_06431.html

Auffenberg, J., Becka, D., Evans, M., Kokott, N., Schleicher, S., & Braun, E. (2022). *Ich pflege wieder wenn ...* (Arbeitnehmerkammer Bremen, Hrsg.).

Bartscher, T., & Nissen, R. (2018, Februar 14). Definition: Personalbeschaffung [Text]. Abgerufen 11. April 2023, von <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/personalbeschaffung-44990> website: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/personalbeschaffung-44990/version-268291>

Bechtel, P., Friedrich, D., & Kerres, A. (Hrsg.). (2018). *Mitarbeitermotivation ist lernbar: Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen motivieren, führen, coachen*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-54421-1>

Benedix, U., & Medjedovic, I. (2014). *Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege: Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten*.

Bundesagentur für Arbeit. (2019). *Fachkräfteengpassanalyse 2019*. Abgerufen von https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201912/arbeitsmarktberichte/fk-engpassanalyse/fk-engpassanalyse-d-0-201912-pdf.pdf?__blob=publicationFile&v=1

Bundesagentur für Arbeit. (2022a). *Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich*.

Bundesagentur für Arbeit. (2022b). *Fachkräfteengpassanalyse 2021*. Abgerufen von

https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?nn=27096&topic_f=fachkraefte-engpassanalyse

Bundesministerium der Justiz, & Bundesamt für Justiz. (o. J.-a). Sozialgesetzbuch (SGB)—Elftes Buch (XI)—Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014) § 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag. Abgerufen 28. Mai 2023, von Gesetze im Internet website: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/_72.html

Bundesministerium der Justiz, & Bundesamt für Justiz. (o. J.-b). Sozialgesetzbuch (SGB)—Elftes Buch (XI)—Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014) § 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Abgerufen 3. Mai 2023, von Gesetze im Internet website: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/_113c.html

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2017a). *Die Pflegestärkungsgesetze—Das Wichtigste im Überblick*. Abgerufen von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/PSG_Das_Wichtigste_im_Ueberblick.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2017b). Drittes Pflegestärkungsgesetz (PSG III). Abgerufen 25. April 2023, von Bundesgesundheitsministerium website: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestaerkungsgesetz-drittes-psg-iii.html>

Bundesministerium für Gesundheit. (2017c). Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I). Abgerufen 25. April 2023, von Bundesgesundheitsministerium website: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestaerkungsgesetz-erstes-psg-i.html>

Bundesministerium für Gesundheit. (2017d). Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG

II). Abgerufen 25. April 2023, von Bundesgesundheitsministerium website:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestaerkungsgesetz-zweites-psg-ii.html>

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2021). *Konzertierte Aktion Pflege*.

Abgerufen von

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/KAP_Zweiter_Bericht_zum_Stand_der_Umsetzung_der_Vereinbarungen_der_Arbeitsgruppen_1_bis_5.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2022a, Juli 8). Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus. Abgerufen 6. Dezember 2022, von

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegepersonaluntergrenzen.html>

Bundesministerium für Gesundheit. (2022b, September 1). Tarifliche Bezahlung in der Altenpflege verpflichtend. Abgerufen 4. Mai 2023, von Bundesgesundheitsministerium website:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/tarifliche-bezahlung-in-der-altenpflege-verpflichtend.html>

Bundesministerium für Gesundheit. (2023, Februar 1).

Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus. Abgerufen 19. Mai 2023, von Bundesgesundheitsministerium website:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegepersonaluntergrenzen.html>

Bundeszentrale für politische Bildung. (2016a). Duden Wirtschaft von A bis Z: Grundlagenwissen für Schule und Studium, Beruf und Alltag: Arbeitsbedingungen. Abgerufen 24. April 2023, von Bpb.de website: <https://www.bpb.de/kurzknapp/lexika/lexikon-der-wirtschaft/18658/arbeitsbedingungen/>

Bundeszentrale für politische Bildung. (2016b). Duden Wirtschaft von A bis Z: Grundlagenwissen für Schule und Studium, Beruf und Alltag: Demografischer

Wandel. Abgerufen 21. April 2023, von Bpb.de website: <https://www.bpb.de/kurzknapp/lexika/lexikon-der-wirtschaft/240461/demografischer-wandel/>

Bundeszentrale für politische Bildung. (2020, Dezember 3). Generation Babyboomer. Abgerufen 27. April 2023, von Bpb.de website: <https://www.bpb.de/die-bpb/foerderung/akquisos/322074/generation-babyboomer/>

CareWork. (o. J.). Personalschlüssel. Abgerufen 23. April 2023, von CareWork website: <https://www.24stundenbetreut.com/pflegelexikon/personalschluessel/>

Deutsche Aktuarvereinigung e.V. (2017, September 7). Kompression & Medikalisierung. Abgerufen 23. März 2023, von <https://aktuar.de/unsere-themen/aktuarielles-glossar/Seiten/Eintrag.aspx?FilterField1=ID&FilterValue1=19>

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (2019). *Arbeitnehmerüberlassung in der Pflege*.

Deutsches Medizinrechenzentrum. (2023). Pflegestärkungsgesetz 2022 / 2023: Alle Infos zu PSG 1, 2 und 3. Abgerufen 25. April 2023, von DMRZ website: [https://www.dmrz.de/wissen/ratgeber/pflegestaerkungsgesetz?sword_list\[0\]=antrag&cHash=3c1e53bbb7b07f6a37b26d4d5bf94d49#c5017](https://www.dmrz.de/wissen/ratgeber/pflegestaerkungsgesetz?sword_list[0]=antrag&cHash=3c1e53bbb7b07f6a37b26d4d5bf94d49#c5017)

DGB Bundesvorstand (Hrsg.). (2011). *Fachkräftemangel in der Pflegebranche ist hausgemacht*. (01). Abgerufen von <https://www.dgb.de/themen/++co++c3284668-1c9e-11e0-50c0-00188b4dc422>

Dudenredaktion. (o. J.). Personalschlüssel. Abgerufen 23. April 2023, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Personalschluessel>

Eligehausen, S., & Hommel, T. (2012). Mitarbeiterbindung durch gutes Image und Marketing nach außen. In P. Bechtel & I. Smerdka-Arhelger (Hrsg.), *Pflege im Wandel gestalten—Eine Führungsaufgabe: Lösungsansätze, Strategien, Chancen ; mit 4 Tabellen* (1. Aufl, S. 79–90). Berlin Heidelberg: Springer.

Hans Böckler Stiftung. (2018). *Gute Arbeit gegen Pflegenotstand*. 2.

Heinen, M., Van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., ... Schoonhoven, L. (2012, September 30). Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries | Elsevier Enhanced Reader. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019>

Hillebrecht, S. (2021). *Perspektivenorientierte Personalwirtschaft: Einführung in das Personalmanagement aus Arbeitnehmer- und Arbeitgebersicht*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-32094-2>

IAB-Forum. (2018, April 12). Substituierbarkeitspotenzial [Magazin des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung]. Abgerufen 26. April 2023, von IAB-Forum website: <https://www.iab-forum.de/glossar/substituierbarkeitspotenzial/>

Jacobs, K., Kuhlmei, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (Hrsg.). (2020). *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher?* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9>

Jerusalem, A., Löffler, K., & Roth, P. (2022). „Wenn ich groß bin, geh' ich in die Pflege“. *ProCare*, 27(1–2), 48–51. <https://doi.org/10.1007/s00735-022-1524-9>

Karagiannidis, C., Schröder, H., Wicker, S., & Janssens, U. (2021). Pflegende deutlich häufiger krank. *Deutsches Ärzteblatt*.

Kastner, M. (2013). Ganzheitliches Gesundheitsmanagement in Unternehmen. In R. Stock-Homburg (Hrsg.), *Strategisches Personalmanagement* (S. 521–551). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-00431-6>

Kirchgeorg, M., & Müller, J. (2013). Personalmarketing als Schlüssel zur Gewinnung, Bindung und Wiedergewinnung von Mitarbeitern. In R. Stock-Homburg (Hrsg.), *Strategisches Personalmanagement* (S. 73–90). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-00431-6>

Marchand, K., & Geißler, J. (2022). Der Einsatz migrierter Fachkräfte im Pflegebereich als Herausforderung für das Management. In G. Lux & D. Matusiewicz (Hrsg.), *Pflegemanagement und Innovation in der Pflege: Wie sich Mensch und Maschine sinnvoll ergänzen* (S. 13–24). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-35631-6>

Matzke, U. (2018). IV Perspektive Arbeitgeber—Personalgewinnung und -bindung im Wandel. In A. Simon (Hrsg.), *Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal* (S. 115–135). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-54887-5>

Müller, T., & Malovecky, M. (2018). Personalgewinnung. In P. Bechtel, D. Friedrich, & A. Kerres (Hrsg.), *Mitarbeitermotivation ist lernbar: Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen motivieren, führen, coachen* (S. 93–112). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-54421-1>

Obermeier, T. (2014, Januar 31). Fachkräftemangel. Abgerufen 6. Januar 2023, von Bpb.de website: <https://www.bpb.de/themen/arbeit/arbeitsmarktpolitik/178757/fachkraeftemangel/>

Oechsler, W. (2013). Rechtliche Rahmenbedingungen des Personalmanagements. In R. Stock-Homburg (Hrsg.), *Strategisches Personalmanagement* (S. 9–25). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-00431-6>

Radtke, R. (2023, Januar 13). Berufsgruppen mit den meisten Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund von Burn-out-Erkrankungen im Jahr 2021. Abgerufen 9. Mai 2023, von Statista website: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/239672/umfrage/berufsgruppen-mit-den-meisten-fehltagen-durch-burn-out-erkrankungen/>

Riedlinger, I., Fischer, G., Lämmel, N., & Höß, T. (2020). „Leasing ist wie ein stummer Streik“—Zeitarbeit in der Pflege. *AIS-Studien*.

<https://doi.org/10.21241/SSOAR.70996>

Roth, C., Wensing, M., Breckner, A., Mahler, C., Krug, K., & Berger, S. (2022). Keeping nurses in nursing: A qualitative study of German nurses' perceptions of push and pull factors to leave or stay in the profession. *BMC Nursing*, 21(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00822-4>

Rothgang, H., & Wagner, C. (2019). *Quantifizierung der Personalverbesserungen in der stationären Pflege im Zusammenhang mit der Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes*. Abgerufen von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Quantifizierung_der_Personalverbesserungen.pdf

Rudnicka, J. (2022, September 2). Ansehen von Berufen in der Gesellschaft 2022. Abgerufen 24. April 2023, von Statista website: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/163400/umfrage/ansehen-der-berufe-in-der-gesellschaft/>

Rump, A., & Kardys, C. (2022). Arbeitnehmerüberlassung (Zeitarbeit) in der Pflege – eine Bestandsaufnahme vor dem Hintergrund aktueller politischer und demografischer Entwicklungen. In G. Lux & D. Matusiewicz (Hrsg.), *Pflegemanagement und Innovation in der Pflege: Wie sich Mensch und Maschine sinnvoll ergänzen* (S. 3–11). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-35631-6>

Schildmann, C., & Voss, D. (2018). *Aufwertung von sozialen Dienstleistungen. Warum sie notwendig ist und welche Stolpersteine noch auf dem Weg liegen*. 44.

Schwaab, M.-O. (2017). Zeitarbeit aus betrieblicher Perspektive. In M.-O. Schwaab & A. Durian (Hrsg.), *Zeitarbeit—Chancen – Erfahrungen – Herausforderungen* (S. 55–65). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-15686-2>

Seger, W., & Gaertner, T. (2020). Multimorbidität: Eine besondere Herausforderung. *Deutsches Ärzteblatt*, (44/2020). Abgerufen von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/216462/Multimorbidaet-Eine-besondere-Herausforderung>

Seyda, S., & Bußmann, S. (2014). *Fachkräfteengpässe in Unternehmen*. Abgerufen von https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Ausbildung-und-Beruf/fachkraefteengpaesse-in-unternehmen.pdf?__blob=publicationFile&v=5

Simon, M., & Mehmecke, S. (2017). Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. *Hans Böckler Stiftung*, 156.

Springermedizin. (2023). TVöD Pflege 2023: Dieser Tarifvertrag gilt für Pflegekräfte. Abgerufen 4. Mai 2023, von Jobs.springermedizin website: <https://jobs.springermedizin.de/pflege-karriere/gehalt/tvoed-pflege>

Statista Research Department. (2023, März 31). Vakanzzeit freier Arbeitsstellen nach Anforderungsniveau. Abgerufen 26. April 2023, von Statista website: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1318407/umfrage/vakanzzeit-gemeldeter-arbeitsstellen-nach-anforderungsniveau/>

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2023). Verdienste nach Branchen und Berufen. Abgerufen 24. April 2023, von Statistisches Bundesamt website: https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Verdienste-Branche-Berufe/_inhalt.html

Stock-Homburg, R. (Hrsg.). (2013). *Strategisches Personalmanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-00431-6>

Theobald, H. (2022). Zur Situation der Pflegekräfte in Deutschland—Herausforderungen und Lösungsansätze. In F. Waldenberger, G. Naegele, H. Kudo, & T. Matsuda (Hrsg.), *Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe*:

Deutsche und japanische Ansätze und Erfahrungen (S. 163–178). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-36844-9>

von Walter, B., & Kremmel, D. (2016). Employer Brand Management: Grundlagen, Strategie, Umsetzung. In B. von Walter & D. Kremmel (Hrsg.), *Employer Brand Management* (S. 3–35). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-06938-4>

Von Wietersheim, H.-O. (2022). Employer Branding im Krankenhaus. *Management & Krankenhaus - Zeitung für Entscheider im Gesundheitswesen*. Abgerufen von <https://www.management-krankenhaus.de/restricted-files/151650>

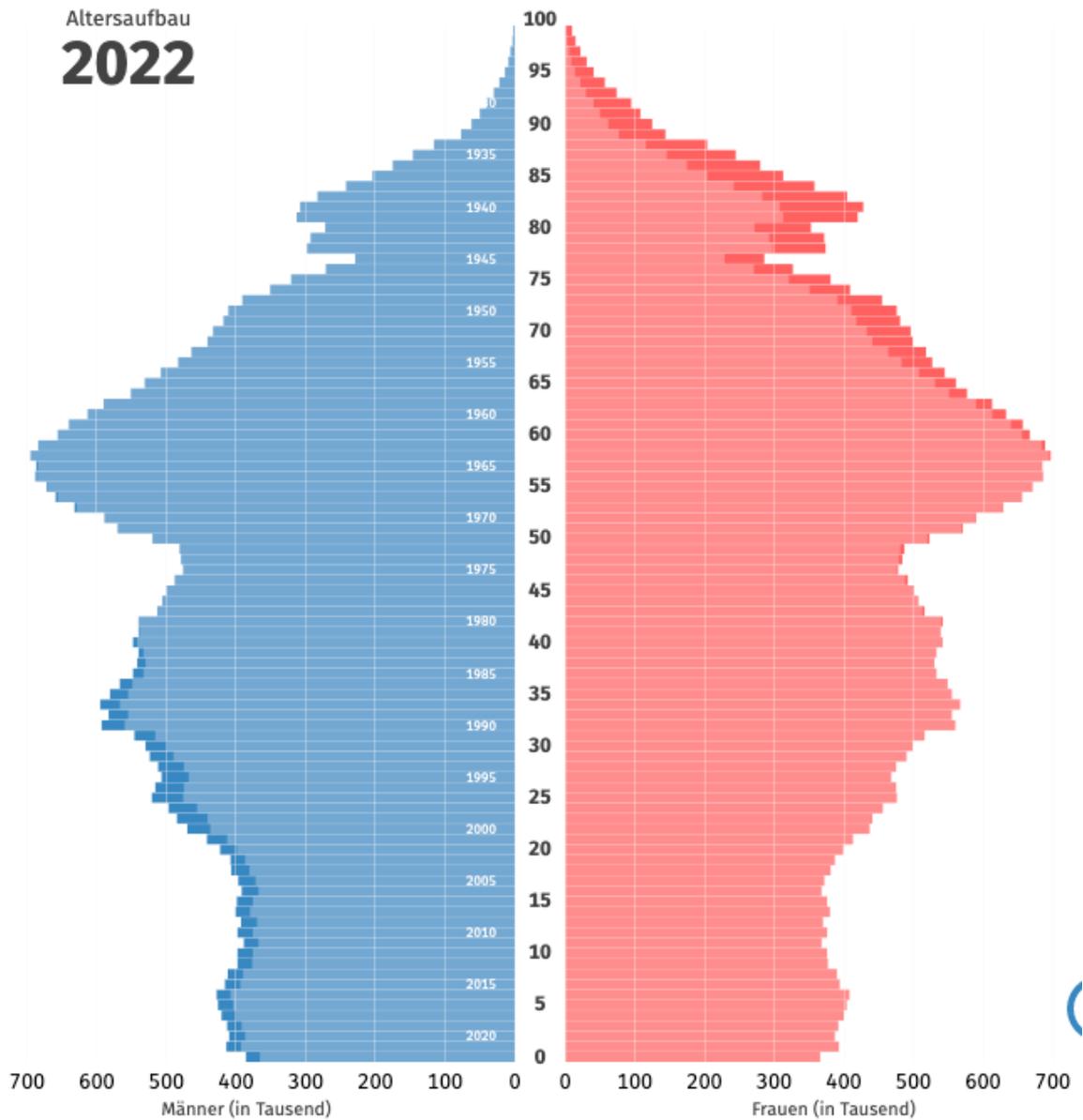
Anhang

Anhang 1:

15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland

Variante 1: Moderate Entwicklung der Geburtenhäufigkeit und Lebenserwartung bei niedrigem Wanderungssaldo (G2L2W1)

🌐 English



(Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023a)

Anhang 2:

Die Untergrenzen werden als maximale Anzahl von Patientinnen und Patienten pro Pflegekraft festgelegt. Dabei wird zwischen Tag- und Nachtschichten unterschieden.

Intensivmedizin und pädiatrische Intensivmedizin

- Seit 1. Februar 2021: Tagschicht 2 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 3 Patienten pro Pflegekraft

Geriatric

- Tagschicht 10 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 20 Patienten pro Pflegekraft

Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie

- Seit 1. Januar 2022: Tagschicht 10 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 20 Patienten pro Pflegekraft

Innere Medizin und Kardiologie

- Seit 1. Februar 2021: Tagschicht 10 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 22 Patienten pro Pflegekraft

Herzchirurgie

- Seit 1. Februar 2021: Tagschicht 7 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 15 Patienten pro Pflegekraft

Neurologie

- Seit 1. Februar 2021: Tagschicht 10 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 20 Patienten pro Pflegekraft

Neurologische Schlaganfallereinheit

- Seit 1. Februar 2021: Tagschicht 3 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 5 Patienten pro Pflegekraft

Neurologische Frührehabilitation

- Seit 1. Februar 2021: Tagschicht 5 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 12 Patienten pro Pflegekraft

Allgemeine Pädiatrie

- Seit 1. Januar 2022: Tagschicht 6 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 10 Patienten pro Pflegekraft

Spezielle Pädiatrie

- Seit 1. Januar 2022: Tagschicht 6 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 14 Patienten pro Pflegekraft

Neonatologische Pädiatrie

- Seit 1. Januar 2022: Tagschicht 3,5 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 5 Patienten pro Pflegekraft

Gynäkologie und Geburtshilfe

- Seit 1. Januar 2023: Tagschicht 7,5 Patienten pro Pflegekraft; Nachtschicht 15 Patienten pro Pflegekraft

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

- Seit dem 1. Januar 2023: Tagschicht 10 Patienten pro Pflegekraft, Nachtschicht 22 Patienten pro Pflegekraft

Urologie

- Seit dem 1. Januar 2023: Tagschicht 10 Patienten pro Pflegekraft, Nachtschicht 22 Patienten pro Pflegekraft

Rheumatologie

- Seit dem 1. Januar 2023: Tagschicht 13 pro Pflegekraft, Nachtschicht 30 Patienten pro Pflegekraft

(Bundesministerium für Gesundheit, 2023)

Anhang 3:

Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014) § 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

(1) Ab dem 1. Juli 2023 kann in den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen höchstens die sich aus nachfolgenden Personalanhaltswerten ergebende personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden:

1. für Hilfskraftpersonal ohne Ausbildung nach Nummer 2
 - a) 0,0872 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,
 - b) 0,1202 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,
 - c) 0,1449 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,
 - d) 0,1627 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4,
 - e) 0,1758 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5,
2. für Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr
 - a) 0,0564 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,
 - b) 0,0675 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,
 - c) 0,1074 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,
 - d) 0,1413 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4,
 - e) 0,1102 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5,
3. für Fachkraftpersonal
 - a) 0,0770 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,
 - b) 0,1037 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,
 - c) 0,1551 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,
 - d) 0,2463 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4,
 - e) 0,3842 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5.

(2) Abweichend von Absatz 1 kann ab dem 1. Juli 2023 eine höhere personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden, wenn

1. in der bestehenden Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 bereits eine personelle Ausstattung vereinbart ist, die über die personelle Ausstattung nach Absatz 1 hinausgeht und diese personelle Ausstattung von der Pflegeeinrichtung vorgehalten wird, oder
2. in dem am 30. Juni 2023 geltenden Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 eine höhere personelle Ausstattung für Fachkraftpersonal geregelt ist, als nach Absatz 1 Nummer 3 vereinbart werden kann, oder
3. die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe für die Überschreitung der personellen Ausstattung nach Absatz 1 darlegen kann.

(3) Sofern ab dem 1. Juli 2023 eine personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart wird, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung im Sinne von Absatz 5 Nummer 1 hinausgeht,

1. soll die Pflegeeinrichtung Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, und
2. kann die Pflegeeinrichtung für die Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgeht, auch Pflegehilfskraftpersonal vorhalten, das folgende Ausbildungen berufsbegleitend absolviert:
 - a) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 Ausbildungen nach § 12 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes und
 - b) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 3 eine Ausbildung nach § 5 des Pflegeberufgesetzes.

Finanziert werden kann auch die Differenz zwischen dem Gehalt der Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung, sofern die Pflegehilfskraft mindestens ein Jahr beruflich tätig war. Finanziert werden können zudem Ausbildungsaufwendungen, soweit diese Aufwendungen nicht von anderer Stelle finanziert werden.

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben bis zum 30. Juni 2022 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe gemeinsame Empfehlungen zu den Inhalten der Verträge nach Absatz 5 ab. Sie arbeiten dabei mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen eng zusammen. Kommen die Empfehlungen nach Satz 1 nicht innerhalb der dort genannten Frist zustande, wird ein Schiedsgremium aus drei unparteiischen und unabhängigen Schiedspersonen gebildet. Der unparteiische Vorsitzende des Schiedsgremiums und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene benannt. Kommt eine Einigung über ihre Benennung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Das Schiedsgremium setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder spätestens bis zum Ablauf von zwei Monaten nach seiner Bestellung die Empfehlungen fest. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu gleichen Teilen.

(5) Abweichend von § 75 Absatz 3 Satz 1 sind in den Rahmenverträgen nach § 75 Absatz 1 ab dem 1. Juli 2023 für die vollstationäre Pflege unter Berücksichtigung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 insbesondere zu regeln:

1. die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung, die sich aus den Personalanhaltszahlen für das Pflege- und Betreuungspersonal einschließlich des Anteils der ausgebildeten Fachkräfte aus den Vorgaben der zum 30. Juni 2023 geltenden Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 in Verbindung mit landesrechtlichen Vorgaben ergibt; dabei sind auch die Pflegesituation in der Nacht sowie Besonderheiten in Bezug auf Einrichtungsgrößen und Einrichtungskonzeptionen einzubeziehen,
2. besondere Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, für die Qualitätsbeauftragte oder für die Praxisanleitung,
3. die erforderlichen Qualifikationen für das Pflege- und Betreuungspersonal, das von der Pflegeeinrichtung für die personelle Ausstattung nach Absatz 1 oder Absatz 2 vorzuzuhalten ist; bei der personellen Ausstattung mit Fachkräften sollen neben Pflegefachkräften auch andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich vorgehalten werden können.

Geregelt werden kann auch, dass die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 Nummer 1 weiter nach Qualifikationen unterteilt werden. § 75 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. Ab dem 1. Juli 2023 gelten die Empfehlungen nach Absatz 4 als unmittelbar verbindlich, soweit die Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 keine Vorgaben nach Satz 1 Nummer 1 bis 3 regeln.

(6) Ab dem 1. Juli 2023 können Anträge auf Vergütungszuschläge zur Finanzierung von zusätzlichen Fachkräften nach § 8 Absatz 6 und von zusätzlichen Pflegehilfskräften nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 jeweils nicht mehr gestellt werden. Vergütungszuschläge nach Satz 1, die bis zum Beginn des ersten nach dem 1. Juli 2023 stattfindenden Pflegesatzverfahrens vereinbart oder beschieden worden sind, werden in diesem Pflegesatzverfahren in die Pflegesätze nach § 84 Absatz 1 und die Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Absatz 5 übertragen. Die Übertragung hat spätestens bis zum 31. Dezember 2025 zu erfolgen.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales unmittelbar nach Vorlage der erforderlichen Daten und Ergebnisse durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Satz 3, ob eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 und der Personalanhaltszahlen nach Absatz 5 Nummer 1 möglich und notwendig ist. Die Prüfung erfolgt insbesondere im Hinblick auf

1. die Erkenntnisse aus der wissenschaftlich gestützten Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 8 Absatz 3b,
2. die in den Ländern durchschnittlich nach den Absätzen 1 und 2 vereinbarte personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgeht, und
3. die Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 1. April 2025 die erforderlichen Daten und Ergebnisse für die Prüfung nach Satz 1 und 2 zur Verfügung. Die Bundesregierung legt dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat innerhalb von sechs Monaten nach der Vorlage der Daten und Ergebnisse durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe sowie einen Vorschlag für die weitere Umsetzung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen vor.

(Bundesministerium der Justiz & Bundesamt für Justiz, o. J.-b)

Anhang 4:

Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014) § 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

(1) Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).

(2) Der Versorgungsvertrag wird zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung oder einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger und den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land abgeschlossen, soweit nicht nach Landesrecht der örtliche Träger für die Pflegeeinrichtung zuständig ist; für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2) einschließlich für einzelne, eingestreute Pflegeplätze eines Pflegeeinrichtungsträgers, die vor Ort organisatorisch miteinander verbunden sind, kann, insbesondere zur Sicherstellung einer quartiersnahen Unterstützung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen, ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) geschlossen werden. Er ist für die Pflegeeinrichtung und für alle Pflegekassen im Inland unmittelbar verbindlich. Bei Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a sind bereits vorliegende Vereinbarungen aus der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste zu beachten.

(3) Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die

1. den Anforderungen des § 71 genügen,
2. die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten und die Vorgaben des Absatzes 3a oder Absatzes 3b erfüllen,
3. sich verpflichten, nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln,
4. sich verpflichten, alle Expertenstandards nach § 113a anzuwenden,
5. sich verpflichten, die ordnungsgemäße Durchführung von Qualitätsprüfungen zu ermöglichen,
6. sich verpflichten, an dem Verfahren zur Übermittlung von Daten nach § 35 Absatz 6 des Infektionsschutzgesetzes teilzunehmen, sofern es sich bei ihnen um stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2 handelt;

ein Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages besteht, soweit und solange die Pflegeeinrichtung diese Voraussetzungen erfüllt. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Pflegeeinrichtungen sollen die Versorgungsverträge vorrangig mit freigezeigten und privaten Trägern abgeschlossen werden. Bei ambulanten Pflegediensten ist in den Versorgungsverträgen der Einzugsbereich festzulegen, in dem die Leistungen ressourcenschonend und effizient zu erbringen sind.

(3a) Ab dem 1. September 2022 dürfen Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, Gehälter zahlen, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart ist, an die die jeweiligen Pflegeeinrichtungen gebunden sind.

(3b) Mit Pflegeeinrichtungen, die nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen für ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, gebunden sind, dürfen Versorgungsverträge ab dem 1. September 2022 nur abgeschlossen werden, wenn diese Pflegeeinrichtungen ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, eine Entlohnung zahlen, die

1. die Höhe der Entlohnung eines Tarifvertrags nicht unterschreitet, dessen räumlicher, zeitlicher, fachlicher und persönlicher Geltungsbereich eröffnet ist,
2. die Höhe der Entlohnung eines Tarifvertrags nicht unterschreitet, dessen fachlicher Geltungsbereich mindestens eine andere Pflegeeinrichtung in der Region erfasst, in der die Pflegeeinrichtung betrieben wird, und dessen zeitlicher und persönlicher Geltungsbereich eröffnet ist,
3. die Höhe der Entlohnung von Nummer 1 oder Nummer 2 entsprechenden kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht unterschreitet oder
4. hinsichtlich der Entlohnungsbestandteile nach Satz 2 Nummer 1 bis 5, die den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern der in § 82c Absatz 2 Satz 4 genannten Qualifikationsgruppen jeweils im Durchschnitt gezahlt werden, die Höhe der jeweiligen regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und hinsichtlich der pflegetypischen Zuschläge nach Satz 2 Nummer 6, die den in Satz 1 genannten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Durchschnitt gezahlt werden, die Höhe der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3, jeweils in der nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten Höhe, nicht unterschreitet.

Zur Entlohnung im Sinne dieses Gesetzes zählen

1. der Grundlohn,
2. regelmäßige Jahressonderzahlungen,
3. vermögenswirksame Leistungen des Arbeitgebers,
4. pflegetypische Zulagen,
5. der Lohn für Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft sowie
6. pflegetypische Zuschläge.

Pflegetypische Zuschläge im Sinne von Satz 2 Nummer 6 sind Nachtzuschläge, Sonntagszuschläge und Feiertagszuschläge. Diese sind von den Pflegeeinrichtungen im Fall von Satz 1 Nummer 4 unter den folgenden Voraussetzungen zu zahlen:

1. Nachtzuschläge für eine Tätigkeit in der Nacht, mindestens im Zeitraum zwischen 23 und 6 Uhr,
2. Sonntagszuschläge für eine Tätigkeit an Sonntagen im Zeitraum zwischen 0 und 24 Uhr,
3. Feiertagszuschläge für eine Tätigkeit an gesetzlichen Feiertagen im Zeitraum zwischen 0 und 24 Uhr.

Die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen haben die Entlohnung im Sinne von Satz 1, soweit mit ihr die Voraussetzungen nach dieser Vorschrift erfüllt werden, in Geld zu zahlen. Tritt im Fall von Satz 1 Nummer 1 bis 3 eine Änderung im Hinblick auf die in dem jeweiligen Tarifvertrag oder in den jeweiligen kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbarte Entlohnung ein, haben die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen die erforderlichen Anpassungen der von ihnen gezahlten Entlohnung spätestens innerhalb von zwei Monaten vorzunehmen, nachdem die jeweilige Änderung nach § 82c Absatz 5 veröffentlicht wurde. Erhöhen sich im Fall von Satz 1 Nummer 4 die nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 oder die nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3, haben die Pflegeeinrichtungen ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, die höhere Entlohnung im Zeitraum ab dem 1. Februar 2023, nach dem 1. Februar 2023 jeweils spätestens ab dem 1. Januar des Jahres, das auf die Veröffentlichung der Werte nach § 82c Absatz 5 folgt, zu zahlen. Zur Erfüllung der Vorgaben von Satz 1 Nummer 4 sind im Zeitraum vom 1. September 2022 bis zum 31. Januar 2023 die aufgrund der Mitteilung nach Absatz 3e in der am 20. Juli 2021 geltenden Fassung und auf der Grundlage von § 82c Absatz 5 in der am 20. Juli 2021 geltenden Fassung veröffentlichten regional üblichen Entgelt-niveaus in drei Qualifikationsgruppen und pflegetypischen Zuschläge nach den Sätzen 3 und Satz 4 maßgebend.

(3c) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien, erstmals bis zum Ablauf des 30. September 2021, das Nähere insbesondere zu den Verfahrens- und Prüfungsgrundsätzen für die Einhaltung der Vorgaben der Absätze 3a und 3b sowie zu den nach Absatz 3e Satz 1 Nummer 2 erforderlichen Angaben fest. In den Richtlinien ist auch festzulegen, welche Folgen eintreten, wenn eine Pflegeeinrichtung ihre Mitteilungspflicht nach Absatz 3d Satz 2 oder Absatz 3e nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllt. Die in den Richtlinien vorgesehenen Folgen müssen verhältnismäßig sein und im Einzelfall durch den jeweiligen Landesverband der Pflegekassen gegenüber der Pflegeeinrichtung verhältnismäßig angewendet werden. Bei der Festlegung hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales genehmigt. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien sind für die Pflegekassen und ihre Verbände sowie für die Pflegeeinrichtungen verbindlich.

(3d) Pflegeeinrichtungen haben den Landesverbänden der Pflegekassen zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen des Absatzes 3a oder des Absatzes 3b mitzuteilen,

1. an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind,
2. welcher Tarifvertrag oder welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen in den Fällen des Absatzes 3b Satz 1 Nummer 1 bis 3 für sie maßgebend ist oder sind oder
3. ob im Fall des Absatzes 3b Satz 1 Nummer 4 die veröffentlichte Höhe der regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und die veröffentlichte Höhe der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 für sie maßgebend sind.

Im Jahr 2022 sind alle Pflegeeinrichtungen verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen die in Satz 1 in der am 20. Juli 2021 geltenden Fassung genannten Angaben spätestens bis zum Ablauf des 28. Februar 2022 mitzuteilen. Die Mitteilung nach Satz 2 gilt, sofern die Pflegeeinrichtung dem nicht widerspricht, als Antrag auf entsprechende Anpassung des Versorgungsvertrags mit Wirkung zum 1. September 2022.

(3e) Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, haben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen bis zum Ablauf des 31. August jeden Jahres Folgendes mitzuteilen:

1. an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind,
2. Angaben über die sich aus diesen Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ergebende am 1. August des Jahres gezahlte Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, soweit diese Angaben zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach den Absätzen 3a und 3b oder zur Ermittlung des oder der regional üblichen Entlohnungsniveaus sowie der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 erforderlich sind.

Der Mitteilung ist die jeweils am 1. August des Jahres geltende durchgeschriebene Fassung des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen beizufügen. Tritt nach der Mitteilung nach Satz 1 eine Änderung im Hinblick auf die Wirksamkeit oder den Inhalt des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ein, haben die in Satz 1 genannten

Pflegeeinrichtungen dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen diese Änderung unverzüglich mitzuteilen und dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen unverzüglich die aktuelle, durchgeschriebene Fassung des geänderten Tarifvertrags oder der geänderten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zu übermitteln.

(3f) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales bis zum 31. Dezember 2025 die Wirkungen der Regelungen der Absätze 3a und 3b und des § 82c.

(3g) Versorgungsverträge, die mit Pflegeeinrichtungen vor dem 1. September 2022 abgeschlossen wurden, sind spätestens bis zum Ablauf des 31. August 2022 mit Wirkung ab dem 1. September 2022 an die Vorgaben des Absatzes 3a oder des Absatzes 3b anzupassen.

(4) Mit Abschluss des Versorgungsvertrages wird die Pflegeeinrichtung für die Dauer des Vertrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten zugelassen. Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet; dazu gehört bei ambulanten Pflegediensten auch die Durchführung von Beratungseinsätzen nach § 37 Absatz 3 auf Anforderung des Pflegebedürftigen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Leistungen der Pflegeeinrichtung nach Maßgabe des Achten Kapitels zu vergüten.

(5) (aufgehoben)

(Bundesministerium der Justiz & Bundesamt für Justiz, o. J.-a)

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

02.06.2023

Datum, Untersch



5.2 Erklärung über die Themenbereiche der Bachelor-Thesis im Dualen Studiengang Pflege

Name Studierende*r Benita Bolick 

Geben Sie bitte in der folgenden Tabelle an, welche drei Themenbereiche der KrPflAPrV Sie in der Bachelor-Thesis bearbeitet haben, lassen Sie sich dies **von der*dem Erstgutachter*in und der*dem Zweitgutachter*in** mit deren Unterschrift bei Abgabe Ihrer Bachelor-Thesis bestätigen. Beachten Sie bitte, dass aus den drei erstgenannten Themenbereichen mindestens zwei Bestandteil Ihrer Bachelor-Thesis sein müssen. Alle nicht in der Bachelor-Thesis abgebildeten Themenbereiche sind Bestandteil des mündlichen Teils Ihrer Examensprüfung in M 25.

Themenbereiche Bestandteil der Bachelor-Arbeit	
Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten (Anlage 1 Nr.1 KrPflAPrV)	<input checked="" type="checkbox"/>
Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und auswerten (Anlage 1 Nr.2 KrPflAPrV)	<input type="checkbox"/>
Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbestimmungen sowie wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten (Anlage 1 Nr.6. und 7. KrPflAPrV)	<input checked="" type="checkbox"/>
Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten (Anlage 1 Nr.3 KrPflAPrV)	<input type="checkbox"/>
berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen (Anlage 1 Nr.10 KrPflAPrV)	<input checked="" type="checkbox"/>
bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken und in Gruppen und Teams zusammenarbeiten (Anlage 1 Nr.8. und 12. KrPflAPrV) (nur mündlich!)	

Zwei dieser Themenbereiche auf jeden Fall schriftlich bearbeiten

