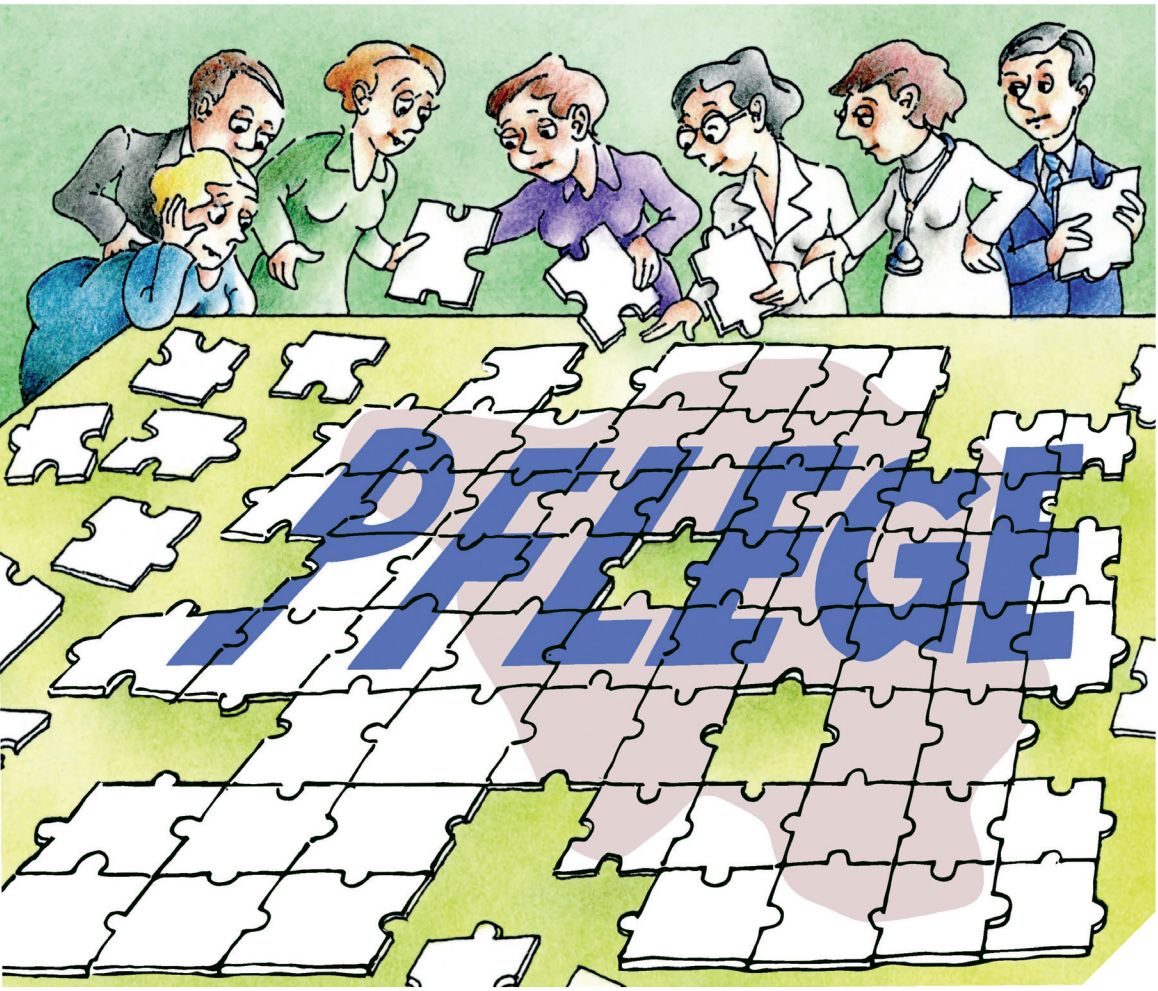
beraten.bilden.forschen.

BERICHT AN DIE REGIERUNG DES SAARLANDES 2019



ZUR WIRTSCHAFTLICHEN, ÖKOLOGISCHEN, SOZIALEN UND KULTURELLEN LAGE DER ARBEITNEHMERINNEN UND ARBEITNEHMER

Schwerpunktthema:
Pflege im Saarland –
Herausforderungen gemeinsam gestalten!

Zur wirtschaftlichen, ökologischen, sozialen und kulturellen Lage der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

Schwerpunktthema:

Pflege im Saarland – Herausforderungen gemeinsam gestalten!

Bericht an die Regierung des Saarlandes 2019

Arbeitskammer des Saarlandes
beraten.bilden.forschen.

Herausgeber:
Arbeitskammer des Saarlandes
Fritz-Dobisch-Straße 6–8, 66111 Saarbrücken
Telefon: 0681 4005-0, Fax: -401
E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@arbeitskammer.de
www.arbeitskammer.de

Verfasser/innen:
Elke Backes, Doris Bechtel, Jonas Boos, Dr. Torsten Brandt, Esther Braun, Andreas Dörr, Dagmar Ertl, Lisa Hau, Dr. Volker Hielscher (Gastautor), Jörg Jacoby, Andrej Kessler, Dr. Elisabeth Krupp (Gastautorin), Roman Lutz, Bernd Meyer (Gastautor), Heike Nickl, Sabine Ohnesorg, Christian Ott, Karsten Ries, Jana Rößler (Gastautorin), Gertrud Schmidt, Rainer Thimmel, Egbert Ulrich, Carina Webel, Beatrice Zeiger

Redaktion:
Dr. Torsten Brandt (Federführung), Roman Lutz, Carina Webel
Peter Jacob (Gesamtredaktion)

Schlussredaktion und Lektorat:
Peter Jacob
Gudrun Müller, Saarbrücken

Titel:
Kurt Heinemann, Völklingen

Satz:
MediaDesign Frank, Greimerath

Druck:
Krüger Druck+Verlag, Merzig

Hinweis:
In dieser Publikation wurde insbesondere beim Schwerpunktthema Pflege vorwiegend die weibliche Schreibweise gewählt. Zur besseren Lesbarkeit wurde insgesamt darauf verzichtet, immer gleichzeitig die weibliche und die männliche Schreibweise zu benutzen. Die benutzten Formulierungen umfassen in gleicher Weise immer Männer, Frauen und dem diversen Geschlecht zugehörige Personen.

Abgeschlossen im Juni 2019

ISSN 0940-3396

Vorwort

Der demografische Wandel sorgt dafür, dass die Zahl der Pflegebedürftigen im Saarland weiter rasant ansteigt. Schon heute ist die Versorgungssituation teils sehr problematisch: In der Mehrzahl der Fälle werden Pflegebedürftige durch ihre Angehörigen zu Hause und zumeist ohne Unterstützung durch ambulante Pflegedienste versorgt. Angehörige brauchen dringend verbesserte Entlastungsangebote, zum Beispiel im hauswirtschaftlichen Bereich, sowie schnell verfügbare Informations- und Beratungsangebote. Auch Freistellungsmöglichkeiten beim Arbeitgeber sollten besser bekannt sein und ausgebaut werden. Wird ein ambulanter Pflegedienst beauftragt, so ist der Betreuungsschlüssel in kaum einem anderen Bundesland so ungünstig wie im Saarland. Die stationäre Heimunterbringung wiederum wird für viele schnell zum finanziellen Problem, weil die Heimkosten nur teilweise von der Pflegeversicherung übernommen werden.

Die Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden im Saarland sind für viele so schlecht, dass sie frühzeitig dem Pflegeberuf den Rücken kehren oder nur Teilzeit arbeiten. Bei den ohnehin sozial ungünstigen Arbeitszeiten werden vorgeschriebene Ruhepausen und Erholungszeiten viel zu oft nicht eingehalten. Dagegen sind Arbeit auf Abruf und unbezahlte Mehrarbeit weiter verbreitet als in anderen Branchen. Hinzu kommt, dass angesichts der schweren körperlichen und psychischen Arbeit der Pflegeberuf finanziell unterbewertet ist.

Dringend notwendig ist es daher, alters- und alternsgerechte Arbeitsplätze zu gestalten, um Fachkräfte zu halten, Ausgeschiedene zurückzugewinnen und um neue Auszubildende für den Pflegeberuf zu begeistern. Denn gerade was die Ausbildungswege und Weiterbildungslandschaft im Saarland angeht, so ist vieles positiv in Bewegung: etwa die neue generalistische Ausbildung, Berufszugänge auch für Personen mit niedrigen Schulabschlüssen oder neue Studienmöglichkeiten in der Pflege. In diesem Bereich ist auch die Arbeitskammer zunehmend aktiv, zum Beispiel in der Evaluierung und Koordinierung der Ausbildungs- und Pflegebedarfe im Saarland. Dies geschieht immer gemeinsam mit ihren Partnerinnen und Partnern in der saarländischen Pflegepolitik.

Eines macht der vorliegende Bericht klar: Die zu bewältigenden Aufgaben in der Pflege sind so vielschichtig und umfangreich, dass alle Akteure im Saarland gefordert sind, an einem Strang zu ziehen. Umso erfreulicher ist es, mit dem vorliegenden Bericht an die Landesregierung eine umfängliche Analyse der wesentlichen Handlungsbedarfe für das Saarland inklusive Lösungsvorschlägen anzubieten!

Saarbrücken, im Juni 2019

Jörg Caspar
Vorsitzender des Vorstandes

Thomas Otto
Hauptgeschäftsführer

Inhalt

I Schwerpunktthema: Pflege im Saarland – Herausforderungen gemeinsam gestalten!

1 Pflege im Saarland: Zentrale Befunde und Handlungsempfehlungen . . 9

Ergebnisse und 22 Forderungen der Arbeitskammer im Überblick 29

2 Politische und institutionelle Rahmenbedingungen in der Pflege . . . 33

2.1 Pflegepolitik primär Bundesaufgabe 33
2.2 Pflegepolitik als Landesaufgabe 42
2.2.1 Akteure und Zuständigkeiten in der saarländischen Pflegepolitik 42
2.2.1.1 Die Rolle des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie 44
2.2.1.2 Weitere wichtige Akteure und ihr Zusammenspiel in der saarländischen Pflegepolitik 46
2.2.1.3 Der Pflegepakt Saarland: eine Zwischenbilanz 51
2.2.2 Landespläne als Gestaltungsinstrumente der Landespolitik . . . 54
2.3 Die Rolle der Arbeitskammer in der Pflegepolitik 66

3 Versorgungsstrukturen in Gesundheit und Pflege 70

3.1 Der demografische Wandel als Herausforderung für die Pflege 70
3.2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit 76
3.3 Der Arbeitsmarkt im Pflegebereich 82
3.3.1 Positive Beschäftigungsentwicklung nicht ausreichend 82
3.3.2 Fachkräftemangel und Fachkraftquote mit attraktiver Ausbildung sowie Guter Arbeit begegnen 96
3.4 Vermarktlichung der Träger in Gesundheit und Pflege 106
3.5 Angebotsstrukturen in wichtigen Versorgungsbereichen . . . 111
3.5.1 Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 111
3.5.2 Stationäre Langzeitpflege: Altenheime und Behinderteneinrichtungen 117
3.5.3 Ambulante Dienste 123
3.5.4 Weitere Angebote der häuslichen Versorgung 129
3.5.5 Hospiz- und Palliativeinrichtungen 131
3.5.6 Beratungsangebote 135
3.6 Die Versorgungssituation aus Sicht der Patienten und pflegenden Angehörigen 138
3.6.1 Versorgungssituation und Versorgungslücken in der Pflege im Saarland 138
3.6.2 Trotz Familienpflegezeit und Pflegezeitgesetz: Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bleibt schwierig 144

4 Arbeitsbedingungen in der Pflege 151

4.1 Pflegearbeit als professionelle Dienstleistung 151
4.1.1 Pflegerisches Handeln als spezifische Interaktionsarbeit 151
4.1.2 Ökonomisierung in Langzeitpflege und Akutversorgung . . . 152
4.1.3 Fachliche Anforderungen und Nachhalteprozesse 156
4.2 Personalbemessung und -ausstattung in der Pflege 158
4.3 Arbeitsbedingungen in der Pflege – Fachkräfte akquirieren und halten 168
4.4 Einkommen: Große Unterschiede je nach Einsatzbereich 177
4.5 Tarifpolitik: Zentrale Rolle bei Arbeitsbedingungen 185
4.6 Gesundheit und Sozialbeziehungen am Arbeitsplatz 191
4.6.1 Pflegende – Eine besonders arbeitsbelastete Berufsgruppe . . 191
4.6.2 Schwierige Arbeitszeiten in der Pflege 199
4.6.3 Gesundheitliche Folgen der Arbeitsbelastungen in der Pflege . .204
4.6.4 Gesundheitsmanagement – eine notwendige Antwort auf Belastungssituation und Fachkräftemangel in der Pflege 209
4.7 Exkurs: Digitalisierung in der Pflege – Chancen und Grenzen 215
4.8 Betriebliche Mitbestimmung in der Pflege – Situation und Herausforderungen 220

5 Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege – Ein Berufsfeld mit vielen Perspektiven 226

5.1 Professionalisierung der Pflege im historischen Kontext 226
5.2 Reform der Pflegeausbildung 231
5.2.1 Generalistik als Herausforderung 231
5.2.2 Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege 236
5.2.3 Pflegeassistenz, Helferausbildung, Betreuungs- und Entlastungspflege 239
5.2.4 Weitere Gesundheitsberufe 242
5.3 Akademisierung der Pflege 245
5.4 Fort- und Weiterbildung wird bedeutsamer 248
5.4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen 248
5.4.2 Aktuelle Fort- und Weiterbildungspolitik: Wenig transparent 250
5.4.3 Finanzierung 252
5.4.4 Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR/DQR) . . 253
5.4.5 Anerkennung ausländischer Berufsausbildungen 255
5.4.6 Herausforderungen für die Zukunft 256

6 Gesundheit und Pflege in der Großregion 257

7 Angebote der Arbeitskammer 264

II Berichte zur wirtschaftlichen, ökologischen, sozialen und kulturellen Lage der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

1 Wirtschaft, Arbeitsmarkt, Einkommen 269

1.1 Wirtschaftliche Entwicklung an der Saar 269
1.1.1 Entwicklung der Saarwirtschaft 269
1.1.2 Entwicklung in Branchen 270
1.1.3 Entwicklung 2019 279
1.2 Weitere Entspannung auf dem Arbeitsmarkt 281
1.3 Einkommensentwicklung 286

2 Gute Arbeit 298

2.1 Arbeits- und Gesundheitsschutz – zu geringe Fortschritte . . . 298
2.2 Prekäre Beschäftigung und Gute Arbeit als Herausforderungen. 305
2.3 Landesregierung unterstützt Frauen verstärkt 311

3 Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik 315

3.1 Arbeitsmarktpolitik: Erfolgversprechende Schritte jetzt umsetzen 315
3.2 Zehn Jahre UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in Deutschland – eine Bestandsaufnahme 325

4 Bildungs-, Wissenschafts- und Kulturpolitik 332

4.1 Frühkindliche Bildung – die Qualität darf nicht auf der Strecke bleiben 332
4.2.1 Ausbildungsmarkt 2018: Unternehmen müssen sich stärker engagieren 340
4.2.2 Mehr in die Zukunft beruflicher Schulen investieren. 350
4.3 Schüler mit Migrationshintergrund 359
4.4 Hochschulen: Studium und Lehre stärken, mehr Dauerstellen schaffen 364
4.5 Der politische Rahmen der Erinnerungskultur im Saarland. . . 372

5 Öffentliche Haushalte – Konjunkturelle Abschwächung zeigt sich (noch) nicht 378

6 Innovation, Umwelt, Energie, Verkehr und Ressourcenschutz 386

7 Europa – Chancen und Aufgaben 395

7.1 Freizügigkeit 395
7.2 Grenzgängerpolitik. 398
7.3 Grenzgängerfragen in der Großregion 399

Abkürzungsverzeichnis 405
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren 410
Abbildungsverzeichnis 413

I. Schwerpunktthema

Pflege im Saarland – Herausforderungen gemeinsam gestalten!

1 Pflege im Saarland: Zentrale Befunde und Handlungsempfehlungen

Das Thema Pflege betrifft als gesamtgesellschaftliches Thema nicht nur die beruflich Pflegenden, sondern auch Kranke und Pflegebedürftige sowie deren Angehörige. Angesichts des demografischen Wandels, der Personalengpässe verbunden mit dem bestehenden Fachkräftemangel und schwieriger Arbeitsbedingungen, ist die Pflegepolitik und deren Finanzierung ganz oben auf der politischen Agenda angekommen.

Auch die Arbeitskammer des Saarlandes ist seit längerem in besonderem Maße in der Pflegepolitik aktiv. Sie hat es sich zur Aufgabe gemacht, ganzheitlich für eine spürbare Verbesserung der beruflich Pflegenden, der pflegenden Angehörigen und der zu Pflegenden einzutreten. Unter diesem Gesichtspunkt ist der hier vorliegende Bericht an die Regierung des Saarlandes mit dem Schwerpunkt „Pflege im Saarland – Herausforderungen gemeinsam gestalten!“ entstanden. Denn klar ist erstens: Die Herausforderungen der Pflege sind so umfassend, dass sie nur gemeinsam mit allen Beteiligten angegangen werden können. Und zweitens: Zielführend kann das nur geschehen, wenn auf Basis einer fundierten Analyse Handlungsbedarfe für das Saarland aufgezeigt und Handlungsempfehlungen diskutiert werden mit dem Ziel, gemeinsam konkrete Verbesserungen zu erreichen. Daher sind in dem vorliegenden Bericht neben Expertisen der Arbeitskammer auch Zuarbeiten externer Experten und Forschungsinstitute eingeflossen.

Zielbestimmung und Aufbau des Schwerpunktberichts Pflege

Entsprechend dem ganzheitlichen Anspruch dieses Berichts stehen folgende Fragen und Themen im Vordergrund:

Kapitel 2: Politische und institutionelle Rahmenbedingungen in der Pflege: Was waren und sind die (wie zu bewertenden) gesetzgeberischen Weichenstellungen der Bundespolitik? Welche Akteure, Zuständigkeiten und Kooperationen bestehen in der saarländischen Pflegepolitik? Wie sind die diversen Landespläne zu bewerten, und welche Rolle nimmt die Arbeitskammer ein?

Kapitel 3: Eine umfassende Analyse der Versorgungsstrukturen und Qualität im Saarland. Unterteilt nach Herausforderungen: Wie wird sich der Pflegebedarf entwickeln? Wie entwickelt sich die Beschäftigung zur Bewältigung des Pflegebedarfs in den unterschiedlichen Pflegebranchen und wie lässt

sich der Fachkräftemangel beheben? Wie stellen sich die Angebote für die verschiedenen Bereiche der pflegerischen Versorgung dar: Im Krankenhaussektor, in der stationären und ambulanten Langzeitpflege. Abschließend wird die saarländische Situation, speziell aus Sicht der Patienten und pflegenden (teils berufstätigen) Angehörigen, analysiert.

Kapitel 4: Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden: Personalbemessung, Fachkräftebindung und -akquise, Einkommen, Tarifpolitik, Arbeitsbelastungen, Digitalisierung und betriebliche Mitbestimmung.

Kapitel 5: Aus-, Fort- und Weiterbildung der beruflich Pflegenden: Nicht nur die Reform der Pflegeausbildung wird hier beleuchtet, sondern auch die Anforderungen an eine strategische Neuausrichtung der Fort- und Weiterbildung.

Kapitel 6 und 7 fokussieren auf die Pflege in der Großregion beziehungsweise stellen das umfassende Leistungsspektrum der Arbeitskammer in der Pflege dar.

Kapitel 2: Politische und institutionelle Rahmenbedingungen

Herausforderungen der Pflegepolitik auf Bundesebene
Die Pflegepolitik ist primär eine Bundesaufgabe. Pflege hat in der Bundespolitik der letzten Jahre einen größeren Stellenwert bekommen. Im Vordergrund standen und stehen insbesondere Fragen nach der Verbesserung der Arbeitsbedingungen, der Gewinnung von zusätzlichem Pflegepersonal, nach der Zukunft der Ausbildung in den Pflegeberufen und nach der Finanzierung beziehungsweise Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Letzteres, um Pflege aus Sicht der Betroffenen finanzierbarer zu gestalten. Eine große Herausforderung der Zukunft liegt darin, das Image des Pflegeberufes wieder in ein positives Licht zu rücken. Dies kann nur mit entsprechenden Verbesserungen der Arbeitsbedingungen gelingen.

Folgende **aktuelle Reformen und Maßnahmen** wurden von der Bundesregierung in den vergangenen Jahren auf den Weg gebracht:

- Zur Verbesserung der Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige und Angehörige wurden die Pflegestärkungsgesetze (I-III) erlassen;
- zur Verbesserung der Ausbildung wurde das Pflegeberufereformgesetz mit der Regelung einer generalistischen Ausbildung beschlossen;

- um die Schaffung zusätzlicher Stellen voranzutreiben und eine Mindestbesetzung von pflegesensitiven Bereichen im Krankenhaus sicherzustellen, traten das Pflegepersonalstärkungsgesetz sowie das Sofortprogramm Pflege in Kraft;

- auch die Konzertierte Aktion Pflege zielt auf eine Verbesserung der Situation der Pflege.

Der Gesetzgeber hat also ein ganzes Bündel an Reformen und Maßnahmen auf den Weg gebracht. Kritisch zu bewerten ist aber, dass das große Rad einer umfassenden Pflegereform inklusive Umverteilungsfragen innerhalb des Sozialversicherungssystems nicht gedreht wird. So haben im 1. Quartal 2018 die gesetzlichen Krankenkassen einen Überschuss in Höhe von rund 416 Millionen Euro erzielt. Die soziale Pflegeversicherung hingegen weist in ihrem Jahresergebnis 2017 ein Finanzierungssaldo von minus 2,42 Milliarden Euro aus.

Auch hier versucht der Gesetzgeber durch Einzelmaßnahmen, wie etwa der Erhöhung der Beitragssätze zur Pflegeversicherung, gegenzusteuern. Angesichts der Debatte um die Zumutbarkeit der von den Betroffenen zu tragenden Kosten im Falle von Pflegebedürftigkeit erscheint dies nicht ausreichend, da es sich bei der Pflegeversicherung nur um eine „Teilkaskoversicherung“ handelt. Eine Vielzahl von Menschen ist im Pflegefall von enorm hohen Zusatzkosten betroffen, die in der Zukunft noch weiter steigen werden. Hierdurch werden auch die Kommunen, als Träger der Sozialhilfe, immer stärker belastet. Die Arbeitskammer fordert deshalb die Deckelung der Kosten für die, Heimpflege, damit eine deutliche finanzielle Entlastung der Betroffenen und der Kommunen erreicht wird. Hierzu muss die Finanzierung der Pflegeversicherung nicht nur aus Beitragsmitteln, sondern auch aus Steuermitteln ermöglicht werden.

Pflegepolitik als Landesaufgabe

Gutes Zusammenspiel der Akteure in der saarländischen Pflegepolitik

Den Ländern steht eine Gesetzgebungskompetenz nur dann zu, wenn der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht Gebrauch macht beziehungsweise den Ländern Regelungen zur Ausführung von Gesetzen zuweist. In diesem Rahmen stellt sich der „Pflegepakt Saarland“ mit den dort vereinigten Akteuren in der saarländischen Pflegepolitik und deren Zuständigkeiten, als Voraussetzung zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflege im Saarland, positiv dar. Hier gelingt es durchaus, Verbesserungen für die Sicherung der pflegerischen Versorgung sowie rechtliche Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung des Berufsbildes Pflege zu initiieren

und zu unterstützen. Dabei haben auch die vielfältigen Aktivitäten und Angebote der Arbeitskammer, deren enge Verzahnung mit der Politik und ihre Mitarbeit im Pflegepakt zu einer Verbesserung der Situation der Pflege beigetragen (zum Angebot der Arbeitskammer siehe I.2.3).

Landespläne als Gestaltungsinstrumente nutzen – Landespflegeplan ist zu aktualisieren

Die Landesregierung des Saarlandes ist unter anderem zuständig für die Erstellung der Landespläne. So kommt dem Landeskrankenhausplan eine besondere Bedeutung für die bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zu. Daneben existieren noch der Demenzplan und der Landesbehinderten-, Senioren- und Pflegeplan, mit nur nachgeordneter Relevanz für die Gestaltung der Versorgung.

Die Landesregierung sollte das Instrument der Landespläne stärker nutzen, indem sie diese konkreter, verbindlicher und damit auch überprüfbar gestaltet. Wichtig ist dabei jeweils die Formulierung von konkreten Aufgaben und Zielen, die den Landesplänen zugrunde liegen. Sonst entwickeln diese Gestaltungsmittel nur wenig Relevanz für die Gestaltung der Versorgungsstrukturen.

Die Überarbeitung und Aktualisierung des Landespflegeplans steht als wichtige Aufgabe für das Sozialministerium an. Dabei besteht insbesondere Bedarf an einem präzisen Überblick zur aktuellen Versorgungssituation in der Pflege im Saarland, insbesondere für den ambulanten Bereich. Eine solche Bestandsaufnahme ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass das Saarland seiner gesetzlichen Verpflichtung aus § 9 Sozialgesetzbuch XI nachkommen kann, für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur zu sorgen. Dies ist umso wichtiger, da im ambulanten Bereich bereits Versorgungsengpässe auftreten.

Investitionskosten der Krankenhäuser sicherstellen

Ebenso fordert die Arbeitskammer die Erstattung der nachgewiesenen und notwendigen Investitionskosten der Krankenhäuser durch die Landesregierung, um die in finanzielle Schieflagen geratenen Krankenhäuser zu entlasten.

Die an die Krankenhausplanung (geplanter Bettenzuwachs von 563 Betten im vollstationären Bereich bis zum Jahr 2025) anknüpfende Investitionsförderung durch das Land wurde von 28,5 Millionen Euro im Jahr 2017 auf 32,5 Millionen Euro ab 2018 erhöht und damit nach sieben Jahren erstmals wieder angehoben. Allerdings geht auch die Landesregierung davon aus, dass bei fehlenden Investitionsmitteln von 433 Millionen Euro bei den saar-

ländischen Krankenhäusern, die Erhöhung der jährlichen Investitionsförderung um vier Millionen Euro nicht ausreichend ist.

Kapitel 3: Versorgungsstrukturen in Gesundheit und Pflege

Demografischer Wandel nimmt rapide zu: Der Anteil, der über 60-Jährigen wird bis 2030 um 50 % ansteigen

Der demografische Wandel setzt die Pflege in zweifacher Weise unter Druck: Während die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter, die heute die Pflege leisten, abnimmt, steigt die Zahl der Menschen, die mit dem Alter zunehmend auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind. So ist im Saarland die Zahl der Bevölkerung im Alter von 60 Jahren und älter von 1990 bis 2017 von 167.000 auf 233.00 gewachsen und der Anteil der Bevölkerung dieser Bevölkerungsgruppe von 16 % auf 23 % gestiegen. Bis 2030 rechnet das Statistische Bundesamt für das Saarland mit einem weiteren Anstieg des Anteils dieser Altersgruppe auf 31 %.

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist seit 1999 um 68 % angestiegen

Die Zahl der Pflegebedürftigen im Saarland hat stark zugenommen: Vom Jahr 1999 mit 27.200 stieg sie bis 2015 auf 38.000 (+40 %). Mit der Einführung des neuen, weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriffs Anfang 2017 wuchs die Zahl nochmals erheblich auf 46.600 Pflegebedürftige. Der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen im Saarland um insgesamt 68 % seit 1999 entspricht dem bundesweiten Trend (+69 %). Der demografische Wandel führt dazu, dass in Zukunft der Bedarf an professioneller Pflege allerdings weiter steigen wird.

Pflegebedürftige werden überwiegend zu Hause allein durch Angehörige versorgt

Drei Viertel aller Pflegebedürftigen im Saarland (34.000 Personen) wurden 2017 zu Hause versorgt. Davon erhielten 24.000 Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld, sie wurden also zu Hause ausschließlich durch Angehörige gepflegt. Weitere 9.900 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten. Bei ihnen erfolgt die Pflege durch ambulante Pflegedienste. Ein Viertel der Pflegebedürftigen wurde in Pflegeheimen versorgt.

Der Arbeitsmarkt im Pflegebereich

Die Beschäftigungsentwicklung in den Pflegesektoren war nicht ausreichend

- In den Krankenhäusern im Saarland waren im Jahr 2017 im Pflegedienst rund 4.800 sogenannte Vollkräfte (Vollzeitäquivalente) beschäftigt. Von 1997 bis 2007 wurden mehr als 900 Stellen abgebaut.

- Dagegen ist die Beschäftigtenzahl in der Altenpflege von 7.700 im Jahr 1999 kontinuierlich auf 14.600 Personen im Jahr 2017 und damit um rund 90 % gewachsen (in Deutschland um 85 %). Hierbei war die Zunahme in der stationären Altenpflege stärker als in der ambulanten Altenpflege: 10.700 Personen arbeiten in Pflegeheimen, 98 % mehr als 1999 und 3.900 Personen in der ambulanten Versorgung, 69 % mehr als im Jahr 1999.

- Trotz dieses Anstiegs (von 69 %) bleibt die Personalentwicklung im ambulanten Bereich deutlich hinter der bundesweiten Entwicklung zurück (+ 112 %). Dies korrespondiert damit, dass eine Pflegekraft in einem ambulanten Dienst im Saarland deutschlandweit die meisten Pflegebedürftigen zu betreuen hat.

Strukturmerkmale der Pflegebeschäftigten: Teilzeitarbeit von Frauen überdurchschnittlich und kürzere Berufsverweildauer

- Über alle Pflegeberufe hinweg stellen die examinierten Pflegefachkräfte die Mehrheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Krankenhäuser weisen den höchsten Anteil an Fachkräften auf (92,2 %), gefolgt von deutlich niedrigeren Fachkräfteanteilen in der ambulanten Pflege (70,1 %) und in Pflegeheimen (49,2 %).

- Pflegeberufe sind eine Frauendomäne: Der Beschäftigungsanteil von Frauen ist mit 80,9 % nahezu doppelt so hoch wie in der Gesamtwirtschaft (45,4 %).

- Damit einher geht ein überdurchschnittlicher Anteil an Teilzeitbeschäftigung (37,9 %; Gesamtbeschäftigung: 26,8 %).

- Die Altersstruktur zeigt, dass insbesondere Pflegefachkräfte in den höheren Altersgruppen weniger stark vertreten sind. Dies deutet auf eine vergleichsweise kurze Berufsverweildauer. Daher ist es notwendig, die Arbeitsbedingungen alterns- und altersgerecht zu gestalten. Gerade die kurzen Berufsverweildauern verweisen darauf, dass die Fachkräfteengpässe in der Pflege zu großen Teilen „hausgemacht sind“.

Prekäre Beschäftigung primär bei osteuropäischen Hilfskräften in Pflegehaushalten relevant

- Zeitarbeit/Leiharbeit ist im Pflegesektor zumeist nicht prekär und kann Beschäftigten mitunter sogar bessere Arbeitsbedingungen bieten. Im Saarland ist diese Form noch wenig verbreitet (229 Personen im Juni 2018). Auch Minijobs spielen bisher keine große Rolle (1.200 Minijobber im Juni 2018).

- Als besonders prekäre Beschäftigtengruppe ist dagegen die Wanderarbeit in der Pflege, genauer osteuropäische Hilfskräfte in Pflegehaushalten, zu sehen, deren Zahl in diesem Graubereich nur vage geschätzt werden kann (auf bis zu 2.700 Wanderarbeiterinnen) und sicherlich steigen wird. Hier ist es dringend notwendig, Beratungs- und Unterstützungsangebote sowohl für Angehörige der Pflegebedürftigen (hinsichtlich Qualitäts- und Arbeitsstandards) anzubieten wie auch diese für ausländische Hilfskräfte selbst zu verbessern.

Fachkräftemangel auch mit Umschulungen und Fachkraftquoten begegnen

Trotz aller Anstrengungen, gegen den Pflegenotstand vorzugehen, ist eine Entspannung auf dem Pflegemarkt nicht in Sicht: Auch im Saarland ist der Arbeitsmarkt für examinierte Alten- und Krankenpflegekräfte leergefegt. Nur im Helferbereich übersteigt das Angebot die Nachfrage. Ein Ansatzpunkt ist, Arbeitslosen über Umschulungen in einen Pflegeberuf eine Chance zu geben. 2017 haben im Saarland 121 Personen eine Umschulung zur Fachkraft in der Altenpflege begonnen. Sicherlich sollte diese Zahl ausgebaut werden, deutlich aber ist: Mit Umschulungen allein lässt sich der Fachkräftemangel nicht beheben. Um die Attraktivität der Pflege zu erhöhen, ist es daher notwendig, angemessene Fachkraftquoten zu setzen.

Ausgestaltung von Personalschlüssel und Fachkraftquoten

Je nach Pflegebereich stellen sich Fachkraftquoten sowie Anforderungen an deren zukünftige Ausgestaltung unterschiedlich dar:

- Für die **Krankenhäuser** gibt es aktuell keine generelle Fachkraftquote. Allerdings bestehen seit dem 01.01.2019 Personaluntergrenzen für sogenannte pflegesensitive Bereiche.

- In den **stationären Pflegeeinrichtungen** gilt im Saarland seit den 1970er Jahren eine Fachkraftquote von 50 %.

- Bei den **ambulanten Pflegediensten** gibt es keinerlei vergleichbare gesetzliche Vorgabe zum Fachkräfteanteil. Hier besteht auf Bundesebene dringender Handlungsbedarf.

Angebotsstrukturen in wichtigen Versorgungsbereichen
Seit 2003 hat sich mit der Einführung des DRG-Systems (Diagnosis Related Groups), der sogenannten Fallpauschalen, die Anzahl der Kliniken im Saarland reduziert. Die Einführung des Fallpauschalensystems führte tendenziell eher zur Dominanz betriebswirtschaftlicher Handlungsprinzipien denn zur Optimierung der Krankenhausversorgung. Die Zahl der ambulanten Pflegedienste nahm bis 2007 besonders stark ab. Die Vermarktlichung der Trägerlandschaft zeigt sich im Saarland besonders durch eine deutliche Zunahme privater Träger im Bereich der Pflegeheime.

Hohe Krankenhausdichte bei geringer Spezialisierung und Abbau der Rehabilitationsangebote trotz erhöhtem Bedarf problematisch
Die Krankenhauslandschaft im Saarland zeichnet sich durch eine überdurchschnittliche Krankenhausdichte mit einer hohen Zahl kleiner Standorte mit geringem Spezialisierungsgrad aus. Im Bereich der Vorsorge- und Rehaeinrichtungen kritisiert die Arbeitskammer, dass die Zahl der stationären Rehabilitationsangebote deutlich rückläufig ist, denn eine alternde Bevölkerung führt zu einem höheren Bedarf an medizinischer Rehabilitation, insbesondere im geriatrischen Bereich. Dem stehen aber eine gegenläufige Entwicklung und der Abbau von Betten gegenüber. Hier sind Maßnahmen geboten, die den Bestand an Angeboten stabilisieren und langfristig in der Region eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten.

Stationäre Langzeitpflege: Hohe Angebotsdichte
Im Saarland wird ein größerer Teil der Pflegebedürftigen stationär versorgt als im Bundesdurchschnitt. Parallel zur wachsenden Zahl der Pflegebedürftigen sind Pflegeheimplätze insbesondere von privaten Trägern deutlich ausgebaut worden. Die stationäre Langzeitpflege im Saarland ist durch eine vergleichsweise hohe Angebotsdichte und eine leicht überdurchschnittliche Personalausstattung gekennzeichnet (siehe Kapitel I.3.5.2). Sie hat sich allerdings in der letzten Dekade deutlich verteuert, so dass die Kosten für die Pflegebedürftigen zu den höchsten in Deutschland gehören. Für weitere Steigerungen der Pflegesätze und damit der Eigenanteile bestehen kaum noch Spielräume. Insofern sollte das Saarland bundespolitische Initiativen unterstützen, die darauf abzielen, das Teilleistungsprinzip der Pflegeversicherung dahingehend zu verändern, dass die Höhe der Eigenanteile auf bestimmte Maximalbeträge begrenzt wird.

Ambulante Dienste: Schlechtes Versorgungsangebot ist im Landespflegeplan zu berücksichtigen
Das Saarland hat im Ländervergleich die geringste Versorgungsdichte mit ambulanten Pflegediensten. Eine Pflegekraft in einem ambulanten Dienst im Saarland hat deutschlandweit die meisten Pflegebedürftigen zu betreuen. Während ein standardisierter „Musterpflegedienst“ mit 20 Vollkräften

bundesweit im Durchschnitt 62 Pflegebedürftige versorgt, sind es im Saarland 80 Pflegebedürftige pro 20 Vollkräfte. Daher besteht ein besonderer Bedarf am Ausbau dieser Angebote. Um diesen Bedarf genauer abschätzen zu können, ist ein aktualisierter Landespflegeplan, in den die Versorgungssituation und der Versorgungsbedarf in der ambulanten Pflege zu integrieren sind, von hoher Bedeutung.

Hospiz- und Palliativeinrichtungen: Ambulante Versorgung ist rückläufig
Seit einigen Jahren sind im Saarland spezialisierte Palliativstationen geschaffen worden, die an Krankenhäuser angegliedert sind. Auch die Zahl der Hospize wurde erhöht. Problematischer ist der Rückgang in der ambulanten Palliativversorgung. Zudem gibt es im Saarland weniger niedergelassene Palliativmediziner als im Bundesdurchschnitt.

Die Versorgungssituation aus Sicht der Patienten und pflegenden Angehörigen

Versorgungsprobleme vor allem bei den ambulanten Diensten und bei den hauswirtschaftlichen Angeboten
Besonders schwierig scheint laut Experteninterviews die Lage bei den Entlastungsangeboten im hauswirtschaftlichen Bereich zu sein. Hier können mögliche Leistungen der Pflegeversicherung kaum genutzt/abgerufen werden.

Zu diskutieren ist daher zum einen, den Entlastungsbetrag direkt an die Pflegebedürftigen auszuzahlen, so dass sie diesen auch im Rahmen informeller Hilfenetzwerke nutzen können. Zum anderen könnte die Schaffung eines breiteren Angebots an Hilfen auch dadurch unterstützt werden, dass die Landesregierung die Zulassung qualitätsgesicherter Angebote der ambulanten Pflegedienste erleichtert. Dazu zählen neben den Angeboten der Agenturen für haushaltsnahe Arbeit (AHA) auch sonstige Anbieter von hauswirtschaftlichen Unterstützungsleistungen.

Pflegestützpunkte benötigen mehr Personal, Fortbildungsmöglichkeiten und Öffentlichkeitsarbeit
Mit den acht Pflegestützpunkten besitzt das Saarland eine sehr gute Beratungsinfrastruktur. Die Schwierigkeiten der pflegenden Angehörigen, zu Beginn einer Pflegesituation eine konkrete Anlaufstelle und damit einen Pflegestützpunkt zur Beratung zu finden, zeigen aber einen hohen Bedarf an Öffentlichkeitsarbeit. Nur wenn es gelingt, die Pflegestützpunkte mit ihren Aufgaben in weiten Teilen der Bevölkerung bekannt zu machen, kommt das Beratungsangebot auch dort an, wo es gebraucht wird. Zudem bedürfen die Mitarbeiterinnen der Pflegestützpunkte Fortbildungsmöglichkeiten, um die Beratungsqualität hochzuhalten. Auch die personelle Aus-

stattung der Pflegestützpunkte begrenzt die Möglichkeiten und kann die Nachfrage an aufsuchender Beratung nicht befriedigen.

Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bleibt schwierig
Beschäftigte, die parallel Angehörige pflegen, sind zumeist Frauen und mit zahlreichen Vereinbarkeitsproblemen konfrontiert. Der Gesetzgeber versucht, die Situation für die Beschäftigten mit dem Pflegezeitgesetz und dem Familienpflegezeitgesetz zu verbessern. Diese Regelungen sind teilweise noch nicht genug bekannt und reichen in ihrer jetzigen Form nicht aus. Eine Ausweitung der Freistellung für Pflegeleistende ist daher zu prüfen. Sinnvoll wäre es auch, die beiden Gesetze zusammenzuführen und übersichtlicher zu gestalten, denn für betroffene Personen ist es schwer, die Anforderungen zu prüfen, die die Beantragung nach dem einen oder anderen Gesetz nach sich zieht.

Pflegelotsinnen: ein hilfreicher Beitrag der Betriebe
Auch die Betriebe selbst können hier unterstützend wirken. So bietet die saarländische Unternehmensförderungsgesellschaft saar.is seit zwei Jahren eine Fortbildung zum Pflegelotsen in den Betrieben an. Dazu werden auf Kosten der Betriebe einzelne Beschäftigte in einer Kurzzeitschulung dazu ausgebildet, nützliche Hinweise und erste Hilfestellungen an Beschäftigte weiterzugeben, wenn der Pflegefall in der Familie eintritt.

Kapitel 4: Arbeitsbedingungen in der Pflege

Personalbemessung und Maßnahmen gegen den Pflegenotstand orientieren sich nicht am Pflegebedarf
Die Personalbemessung basiert in allen Bereichen der Pflege auf politischen Vorgaben oder Verhandlungsergebnissen. Problematisch für die Versorgungsqualität und die Arbeitsbedingungen in der Pflege ist, dass bisher keine Instrumente zur Personalbemessung zum Einsatz kommen, bei denen der Personalbedarf unmittelbar aus dem Pflegebedarf der Pflegebedürftigen abgeleitet wird.

Aus Sicht der Arbeitskammer sollte sich die Personalbemessung grundsätzlich aus dem Pflegebedarf der zu versorgenden Patienten/Klienten oder Bewohner ergeben, der je nach Versorgungsbereich variiert. Dabei sollte das Ziel die Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung sein. Hierzu muss durch gezielte Forschung eine wissenschaftlich gestützte und valide Basis für die Kriterien zur Bestimmung des Pflegebedarfs entwickelt werden. Diese Befunde müssen in die Entwicklung eines verbindlichen Personalbemessungsinstruments einmünden. Aktuell

stellt sich die Personalbemessung in den verschiedenen Pflegebereichen ganz unterschiedlich dar:

Personalbemessung in Krankenhäusern nur in Teilbereichen
Ausschließlich für psychiatrische Krankenhäuser wurde zur Personalbedarfsermittlung Anfang der 1990er Jahre eine Personalverordnung in Kraft gesetzt, die bis heute gilt. Für alle weiteren Krankenhäuser wurde die Pflegepersonal-Regelung implementiert, die den Pflegebedarf präziser erfasste und einen umfassenden Mehrbedarf an Personal aufzeigte. Diese Regelung wurde nach drei Jahren wieder außer Kraft gesetzt.

Allerdings wurden mit der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) vom 05.10.2018 Vorgaben zur personellen Besetzung für die sogenannten pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern (Intensivstation, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie) festgeschrieben, die seit dem 01.01.2019 einzuhalten sind.

Maßnahmen zur Personalbemessung für den Krankenhausbereich auf Bundes- und Landesebene
Im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11.12.2018 ist die Einführung eines „Pflegepersonalquotienten" zu finden, der erstmals zum 31.05.2020 für jedes Krankenhaus berechnet werden soll. Er ist definiert als Verhältniszahl, die „das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreibt". Die sinnvolle Relation zwischen Mitteleinsatz, Bedarf und pflegerischem Outcome sollte hier als Definition für die wirtschaftliche Angemessenheit dienen. Die Frage nach der Angemessenheit aus pflegerischer und aus wirtschaftlicher Sicht ist in dieser Vermischung nicht unproblematisch. Grundlage der PpUGV ist nicht der tatsächliche Pflegebedarf, sondern die Ist-Besetzung der pflegesensitiven Bereiche, die bereits durch Unterbesetzung gekennzeichnet sind. Dass die Pflegepersonaluntergrenzen auf Basis der Werte des unteren Viertels der am schlechtesten besetzten Krankenhäuser definiert werden sollen, wird von der Arbeitskammer deutlich kritisiert. Damit kann keine bedarfsgerechte Personalbesetzung erreicht werden, sondern nur eine Mindestbesetzung.

Auf Landesebene wurde gemäß § 22 Absatz 3 b) Saarländisches Krankenhausgesetz in der Fassung vom 22.08.2018 die Ermächtigungsgrundlage zum Erlass einer Rechtsverordnung zur Festlegung von Personalmindestzahlen (Personaluntergrenzen) in allen pflegerischen Bereichen der Krankenhäuser geschaffen. Der Erlass dieser Verordnung steht bisher allerdings noch aus. Insgesamt wurden die, in den vergangenen Jahren den Krankenhäusern zur Verfügung gestellten, zusätzlichen Finanzmittel leider nicht mit einer Verpflichtung verbunden, diese für Pflegepersonal einzusetzen.

Verhandlungen der Tarifparteien über Personalbemessung positiv
Angesicht dieser gesetzgeberischen Mängel ist es positiv, dass vielerorts Gespräche und Verhandlungen zur Pflegepersonalbesetzung zwischen den Krankenhausträgern und Betriebsräten oder Gewerkschaften geführt werden. Im Saarland sind die Universitätskliniken in Homburg sowie die SHG-Klinik in Völklingen prominente Beispiele dafür. Im Grunde nehmen Tarifparteien hier eine sozialpolitische Aufgabe wahr, für die eigentlich die Gesundheitspolitik zuständig ist.

Personalbemessung in der teil- und vollstationären Pflege
Für die teil- und vollstationäre Pflege ergeben sich Vorgaben zur Personalbemessung aus dem § 75 im SGB XI, wonach die Landesverbände der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen pro Bundesland einheitliche Rahmenverträge abschließen müssen. Hier finden sich allerdings keine Vorgaben zur Ermittlung einer am Pflegebedarf orientierten Personalbemessung, sondern nur Personalrichtwerte über die Anzahl der Heimbewohner zur Anzahl der Pflegekräfte. Die Personalrichtwerte sind auch abhängig von den Pflegegraden. Ein analytisches Instrument zur Bemessung des tatsächlichen Personalbedarfs liegt nicht vor. Eine weitere Vorgabe zur Personalausstattung in qualitativer und quantitativer Hinsicht ist die sogenannte Fachkraftquote von mindestens 50 Prozent.

Die Arbeitskammer begrüßt daher, dass der Gesetzgeber mit dem Pflegestärkungsgesetz II vom 21.12.2015 zum ersten Mal bundesweit zumindest ein Verfahren zur Erprobung eines Personalbemessungssystems in der stationären Langzeitpflege gesetzlich verankert hat, das bis zum 30.06.2020 abschließend entwickelt sein soll. Aber: Ein wissenschaftliches Instrument allein wird die Zahl des Pflegepersonals nicht verbessern. Vielmehr sind eine einheitliche Umsetzung, die verpflichtende Überprüfung sowie entsprechende Sanktionsmöglichkeiten auf Landesebene dringend erforderlich.

Personalbemessung in ambulanten Pflegediensten
Die Vorgabe einer Fachkraftquote gibt es in der ambulanten Pflege nicht. Hier sind lediglich länderspezifische Vorgaben hinsichtlich des Einsatzes und der Erbringung von Pflegeleistungen zu berücksichtigen. So dürfen in Rheinland-Pfalz und im Saarland Leistungen der Behandlungspflege bisher ausschließlich von Pflegefachkräften mit einer dreijährigen Ausbildung erbracht werden.

Fachkräfte akquirieren und halten: Verbesserung der Arbeits- und Ausbildungsbedingungen sowie alters- und alternsgerechte Arbeitsplätze sind nachhaltig
Angesichts der mutmaßlich kurzen Berufsverweildauern ist aus Sicht der Arbeitskammer, neben dem Erfordernis der Verbesserung der Arbeitsbedin-

gungen, eine weitere wichtige Maßnahme, um Fachkräfte zu halten, alters- und alternsgerechte Arbeitsplätze zu gestalten. Dies ist auch eine Voraussetzung, damit ehemalige Fachkräfte bereit sind, in die Pflege zurückzukehren. Zudem ist die Verbesserung der Arbeitsbedingungen eine Voraussetzung, um mehr Auszubildende zu gewinnen. Um sie zu halten, müssen zudem deren Ausbildungsbedingungen und -perspektiven verbessert werden. Grundsätzlich positiv ist daher auch die Zielsetzung, den Auszubildenden durch eine generalistische Ausbildung mehr Möglichkeiten hinsichtlich ihrer späteren Tätigkeit in einem Krankenhaus oder in einem Altenpflegeheim zu eröffnen. Außerdem sollen eine angemessene Ausbildungsvergütung, die Stärkung der Praxisanleitung und -begleitung sowie die Eröffnung von Karriereperspektiven durch Qualifizierung und Studium zukünftig zur deutlichen Attraktivitätssteigerung beitragen. Es scheint jedoch geboten, die Jugendlichen bei dieser neuen Ausbildung sorgfältig zu begleiten.

Die **Fachkraftakquise aus dem Ausland** wird ebenfalls zur Reduzierung der Personalprobleme genutzt, scheitert aber oft schon an den langwierigen Anerkennungsverfahren und den nicht ausreichenden Angeboten an guten Sprachkursen. An diesem Punkt ist zum einen die Bundespolitik gefragt, Rahmenbedingungen für ein modernes Zuwanderungsgesetz zu schaffen, zum anderen die Landesregierung, durch die Aufstockung von Personal im Landesamt für Soziales die Anerkennungsverfahren, ohne Reduktion der Qualität, zu beschleunigen. Zugleich bedroht aber die Fachkraftakquise die Gesundheitsversorgung im Ausland.

Auch die Leiharbeit in der Pflege wird in geringem Umfang genutzt, um schnell den engen Personaldecken entgegenzuwirken. Allerdings besteht hier die Gefahr, aufgrund der besseren Arbeitsbedingungen gegenüber regulär Beschäftigten, zwei Klassen von Pflegekräften zu schaffen und den Betriebsfrieden zu stören. Hinsichtlich der Fachkräfteakquise stellt zudem das klassische Recruiting jüngerer Pflegekräfte keine nachhaltige Lösung dar, da hier lediglich Personal von einer Einrichtung zur nächsten verschoben wird.

Einkommen: Niedrige Löhne in der Altenpflege

Die Verdienste in den verschiedenen Pflegeberufen variieren erheblich:

- Fachkräfte in der Krankenpflege verdienen durchschnittlich 3.596 Euro (Medianlöhne einschließlich der Zuschläge für Nachtschicht-, Wochenend- und Feiertagsdienste). Damit liegt ihr Entgelt rund 8,2 % über dem saarländischen Durchschnittseinkommen. Helfer in der Krankenpflege kommen allerdings lediglich auf ein mittleres Bruttoeinkommen von 2.487 Euro.

- Erheblich weniger verdienen Fachkräfte in der Altenpflege. Mit einem durchschnittlichen Bruttolohn von 2.827 Euro erhalten sie ein Fünftel

weniger als Fachkräfte in der Krankenpflege (21,4 %; 770 Euro). Ihr Einkommen liegt damit um 14,9 % oder gut 500 Euro unter dem Durchschnitt der saarländischen Beschäftigten. Noch geringer fällt der Verdienst der Altenpflegehelfer mit durchschnittlich 2.146 Euro brutto aus.

- Die Verdienstunterschiede zwischen Fachkräften und dem Helferbereich sind in der Krankenpflege stärker ausgeprägt (-1.109 Euro) als in der Altenpflege (-681 Euro).

Berücksichtigt wurden hier nur Beschäftigte in Vollzeit. Viele Teilzeitbeschäftigte erreichen aber im Vergleich zu Vollzeitlöhnen nur eine niedrigere Position. Angesichts des hohen Teilzeitanteils in der Pflege ist davon auszugehen, dass die durchschnittlichen Einkommen in der Pflege unter den dargestellten Ergebnissen liegen. Außerdem spielt es eine wichtige Rolle, ob die Pflegekräfte in Krankenhäusern oder in der stationären beziehungsweise ambulanten Pflege beschäftigt sind. In Krankenhäusern werden die höchsten Verdienste erzielt und in der ambulanten Pflege die niedrigsten.

Im Bundesvergleich erzielen die Fachkräfte in der Krankenpflege im Saarland das höchste Durchschnittseinkommen. In erster Linie liegt dies daran, dass alle saarländischen Krankenhäuser tarifgebunden sind. Dies zeigt die hohe Bedeutung der Tarifbindung.

Pflegeberufe sind unterbewertet und unterbezahlt

Unter dem Aspekt gleichwertiger Arbeitsbewertung sind die frauendominierten Pflegeberufe gleichwohl als unterbewertet und daher auch als unterbezahlt zu betrachten. So werden Anforderungen an die Kommunikationsfähigkeit und das Einfühlungsvermögen der Beschäftigten nicht bei der Leistungsbewertung berücksichtigt. Auch körperliche Anforderungen finden keine Erwähnung, während sie bei handwerklichen Tätigkeiten explizit für die Entlohnung herausgehoben werden. Insgesamt ist, gerade vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels in der Pflege, die finanziell attraktive Entlohnung der Pflegeberufe neben der Gestaltung ihrer Arbeitsbedingungen die wesentliche Stellschraube.

Stärkung der Tarifbindung nötig: Voraussetzung für allgemeinverbindlichen bundesweiten Tarifvertrag Altenpflege schaffen

Während in der Krankenpflege eine relativ hohe Tarifbindung besteht, ist diese in der Altenpflege geringer und in der Konsequenz auch die Bezahlung in der Altenpflege. Vor allem kommerzielle Anbieter von Altenpflege verweigern Tarifverträge und sind damit maßgeblich für das schlechte Einkommensniveau verantwortlich. Daher begrüßt die Arbeitskammer, dass die Bundesregierung im Koalitionsvertrag verabredet hat, die Voraussetzungen für einen bundesweit allgemeinverbindlich gültigen Tarifvertrag Altenpfle-

ge zu schaffen, der für alle Beschäftigte in der stationären und ambulanten Altenpflege gelten soll. Der 2009 eingeführte Pflegemindestlohn, der sich bis Januar 2020 auf lediglich 11,35 Euro erhöhen soll, hat sich demgegenüber als ungeeignet erwiesen, nötige Verbesserungen herbeizuführen.

Gesundheit und Sozialbeziehungen am Arbeitsplatz

Hohe Arbeitsbelastung in der Pflege ist mit dem Baugewerbe vergleichbar
Der Pflegeberuf weist im Vergleich mit anderen Berufsgruppen eine hohe Arbeitsbelastung auf. Sie ist zum Beispiel mit dem Baugewerbe zu vergleichen ist. Dabei ist der Arbeits- und Gesundheitsschutz im Baugewerbe im Allgemeinen besser aufgestellt und auch die psychische Belastung fällt geringer aus. In den Pflegeberufen fehlt eine systematische Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes. In erster Linie stehen hier die Arbeitgeber und die Pflegeeinrichtungen selbst in der Pflicht.

Schwierige Arbeitszeiten in der Pflege
Beschäftigte in der Kranken- und Altenpflege arbeiten überwiegend in Schicht-, Nacht- und Wochenenddiensten. Geringer Einfluss auf die Dienstplangestaltung, Mehrarbeit und ständige Erreichbarkeit („Rufen aus dem Frei“) haben negative Auswirkungen auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Hohes Arbeitspensum, Arbeiten unter Zeitdruck in ohnehin schon belastenden Zeitlagen bringen Gefahren für körperliche und psychische Gesundheit.

Nichteinhaltung der täglichen Höchstarbeitszeit, Pausenzeiten und unbezahlte Mehrarbeit überdurchschnittlich verbreitet
Die Ergebnisse des AK-Betriebsbarometers 2019 zeigen, dass die Einhaltung der Arbeitszeit in der Pflege deutlich häufiger als in anderen Branchen nicht oder nur eingeschränkt gewährleistet ist. So berichten die saarländischen Betriebs- und Personalräte, dass die Einhaltung der täglichen Höchstarbeitszeit in 8 % der Einrichtungen „gar nicht“ und in 25 % „in weniger hohem Maße“ gewährleistet ist. In allen anderen Branchen ist dies in 1 % beziehungsweise 11 % der Arbeitsstätten der Fall. Ähnlich sieht es bei den Pausenzeiten aus: Die gesetzlichen Pausenzeiten werden in 8 % der Einrichtungen „gar nicht“ beziehungsweise in 42 % „in hohem Maße nicht“ gewährleistet (alle Branchen 1 % und 13 %). Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

Dienstplangestaltung – sollte verlässlich und mitbestimmt sein!
Eine wichtige Ressource für viele Beschäftigte sind Handlungsspielräume in Bezug auf die Gestaltung der eigenen Arbeitszeit. Nur 28 % der Pflegekräfte gaben bei der bundesweiten Beschäftigtenbefragung im Rahmen des DGB-Index Gute Arbeit an, in sehr hohem oder hohem Maße Einfluss

auf ihre Dienstplangestaltung zu haben (47 % in allen Branchen). Auch hier besteht Handlungsbedarf.

Gesundheitliche Ausprägungen der Arbeitsbelastungen in der Pflege
Die vielfältigen Arbeitsbelastungen in der Pflege führen zu einer überdurchschnittlichen Krankheitslast. Vorn liegen dabei die psychischen Belastungen und die Muskel- und Skeletterkrankungen. Große Probleme bereiten auch für die Pflege typische Berufskrankheiten, wie Infektions- und Hautkrankheiten.

Gesundheitsmanagement und Gefährdungsbeurteilungen sind notwendige Antworten auf die hohen Belastungen in der Pflege
Die Notwendigkeit für Einrichtungen in der Kranken- und Altenpflege, ein funktionierendes betriebliches Gesundheitsmanagement aufzubauen, ergibt sich schon aus der Belastungssituation in der Pflege. Grundvoraussetzung für entsprechendes Handeln sind belastbare Ergebnisse aus der Gefährdungsbeurteilung. Im Ergebnis des AK-Betriebsbarometers 2019 haben immerhin 58 % der saarländischen Kranken- und Pflegeeinrichtungen eine Gefährdungsbeurteilung hinsichtlich körperlicher Belastungsfaktoren vollständig durchgeführt. Auf weitere 42 % trifft dies zumindest teilweise zu. Auch bei der Beurteilung psychischer Belastungsfaktoren scheint es voranzugehen. Demnach haben 33 % diese Komponente bereits durchgeführt, 54 % nur teilweise. Dennoch wurde in 13 % der Einrichtungen noch keine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt.

Digitalisierung hält Einzug in der Pflege
Mit IT-gestützter Verwaltung, Pflegeprozessplanung und -dokumentation halten digitalisierte und standardisierte Arbeitsschritte Einzug in die Pflege und beeinflussen auch die Pflegeinteraktion. Daher sind Beschäftigte und Interessenvertretungen hinreichend für die Gestaltung des Wandels zu qualifizieren.

Betriebliche Interessenvertretungen: Sehr schlechte Bewertung der eigenen Situation im Branchenvergleich und geringe Verbreitung der betrieblichen Mitbestimmung in Pflegeeinrichtungen
Im saarländischen Krankenhaus- und stationären Rehabereich besteht eine nahezu flächendeckende Verbreitung von betrieblichen Interessenvertretungen. Dagegen ist die Verbreitung in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen eher mangelhaft. Die eigene Situation wird laut AK-Betriebsbarometer von den betrieblichen Interessenvertretungen in der Pflege, im Vergleich zu der in anderen Branchen, weitaus häufiger als schlecht eingeschätzt. Dies ist bedauerlich, agieren sie doch auf betrieblicher Ebene als hilfreiche Problemlöser.

Kapitel 5: Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege: Ein Berufsfeld mit vielen Perspektiven

Der Wandel zu einem echten Berufsbild Pflege erfolgte historisch gesehen vergleichsweise spät. Aufgrund dessen verläuft die Entwicklung von einzelnen Berufsbildern in der Pflege rasant.

Reform der Pflegeausbildung
Die Reform der Pflegeausbildung und die Hinwendung zur Generalistik sind nicht nur mit dem Ziel verbunden, die Attraktivität des Pflegeberufes durch erweiterte Tätigkeitsbereiche zu steigern. Sie sind auch darauf zurückzuführen, dass in den Pflegeeinrichtungen zunehmend behandlungspflegerische Tätigkeiten erbracht werden und in den Krankenhäusern der Anteil pflegebedürftiger, zum Beispiel demenzkranker Menschen, steigt.

Ausgestaltung der Generalistik als Herausforderung
Mit dem Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) vom 17.07.2017 wurde daher ab 2020 der Weg für eine generalistische Pflegeausbildung frei gemacht. Die ersten beiden Jahre sind grundsätzlich generalistisch ausgerichtet, jedoch wird bereits im Ausbildungsvertrag ein Vertiefungseinsatz festgelegt (der allerdings später noch abgeändert werden kann). Danach erfolgt im 3. Ausbildungsjahr weiterhin eine generalistische Ausbildung oder eine Spezialisierung auf die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege beziehungsweise auf die Altenpflege. Zudem wird den Ländern die Möglichkeit eröffnet, bei Beendigung der Ausbildung nach zwei Jahren, die in der Zwischenprüfung erlernten Kompetenzen zum Beispiel im Rahmen einer „Pflegeassistenz“ anzuerkennen. Die einjährigen Ausbildungen in der Alten- und Krankenpflegehilfe, die häufig Eingangstür für die dreijährige Ausbildung waren, werden abgeschafft.

Durchaus zweischneidig ist, dass die Ausbildungsvoraussetzungen (Qualifizierter Hauptschulabschluss, zehn Schuljahre) nicht dem internationalen Stand entsprechen (in der Regel zwölf Schuljahre und ein Sekundarstufe-II-Abschluss). Einerseits steigert dies die Attraktivität des Pflegeberufes gerade für junge Menschen mit höherem Schulabschluss nicht, hält andererseits aber die Möglichkeiten zum Einstieg in die Ausbildung für Jugendliche mit niedrigerem Bildungsabschluss weiter offen.

Schwierigkeiten mit der Umsetzung der Generalistik
Die Umsetzung der generalistischen Pflegeausbildung wird für die Pflegepraxis, die Pflegeschulen und die Hochschulen zu einer gewaltigen Herausforderung, da die im Gesetz geforderten Mindestanforderungen an die Pflegeschulen kaum umsetzbar sein dürften; auch bei einer Übergangszeit bis 2029 und Bestandschutz für die bisher Lehrenden, die die neu gefor-

derten Qualifikationen nicht aufweisen. Zudem ist zu erwarten, dass mit Einführung der generalistischen Ausbildung die Gesamtzahl der Auszubildenden, zumindest für 2020, deutlich zurückgehen wird: Veränderte Anforderungen können zu einer Verunsicherung bei der Berufswahl führen und Auszubildende, die den Weg bisher über die Helferausbildung eingeschlagen haben, fallen weg.

Beschäftigungsverschiebung von der Alten- zur Krankenpflege erwartbar
Zudem lassen sich Vermutungen aufstellen über die Effekte der Generalistik hinsichtlich möglicher Beschäftigungsverschiebungen beziehungsweise eines Ausgleichs der unterschiedlichen Einkommen zwischen Kranken- und Altenpflege: Angesichts des Einkommensgefälles zwischen der Alten- und Krankenpflege wird mit der Generalistik – bei Fortbestehen der derzeitigen Regelung über die Kostentragung für die Heimpflege im Rahmen der Pflegeversicherung – keine Nivellierung der Einkommen erwartet, sondern ein Sogeffekt von der Alten- zur Krankenpflege.

Praktische Ausbildung in der Alten-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege problematisch
Auszubildende in der Altenpflege erleben sich häufig als Lückenbüßer in einem Arbeitsfeld, das durch Ablauf- und Verrichtungsorientierung und einen hohen Anteil von Hilfskräften geprägt ist. Es besteht zwar grundsätzlich die Möglichkeit, Praxisanleitungen in ausreichendem Umfang von der Regelarbeitszeit freizustellen. Aufgrund des Fachkräftemangels müssen diese jedoch häufig in der Pflege mitarbeiten, um den Mangel zu kompensieren. Das führt in der Konsequenz dazu, dass eine qualitativ hochwertige Ausbildung kaum möglich ist, denn praktische Anleitung findet kaum statt oder wird von Hilfskräften im Alltag vermittelt. Auch in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege erfolgt die praktische Anleitung weitgehend ungeplant und dem Zufall überlassen.

Ausbildung zur Betreuungs- und Entlastungspflege sowie Pflegeassistenz und Helferausbildung: ein „Gemischtwarenhandel“
Mit den sogenannten „zusätzlichen Betreuungskräften“ wurden 2012 einer Gruppe von Menschen, die dem ersten Arbeitsmarkt nicht oder nur begrenzt zur Verfügung standen, neue Betätigungsfelder in der Altenpflege eröffnet. Damit wurde die soziale Betreuung hochvulnerabler Menschen auch in die Hände von angelernten Laien gelegt.

Zur Qualitätsverbesserung in diesem Bereich eröffnet nun das Pflegeberufereformgesetz die Option der Einführung eines „Pflegeassistenten“. Daneben wird im saarländischen Pflegepakt zurzeit eine zweijährige Ausbildung zum „Saarländischen Pflegeassistenten“ diskutiert und im Vergleich zu der bisherigen Helferinnenausbildung favorisiert. Der Einstieg wäre zwar zum

einen bereits mit einem Hauptschulabschluss nach 9 Schuljahren möglich, zum anderen würde die zweijährige Ausbildungsdauer jedoch eine Aufwertung des bisherigen Berufsbildes Alten- beziehungsweise Krankenpflegehelferin darstellen. Offen ist, inwieweit eine Berücksichtigung der Pflegeassistenz bei der Fachkraftquote geplant ist. Aus Sicht der Arbeitskammer darf eine Anrechnung in keinem Fall dazu führen, dass eine bestimmte Anzahl von Pflegeassistentinnen eine Pflegefachkraft ersetzt und zum Beispiel nachts ausschließlich Pflegeassistentinnen eingesetzt sind.

Aus Sicht der Arbeitskammer wird Folgendes deutlich: Ohne grundlegende Verbesserung der personellen Strukturen in der Pflegepraxis droht die praktische Ausbildung weiterhin defizitär zu bleiben.

Akademisierung der Pflege

Die zunehmende Akademisierung der Pflegeberufe führt dazu, dass ein Anreiz bei den Beschäftigten geschaffen wird, zukünftig höherwertigere Tätigkeiten zu übernehmen. Eine Regelausbildung an Hochschulen ist gesetzlich normiert und soll, gegenüber der generalistischen Ausbildung, erweiterte wissenschaftsbasierte Ausbildungsziele vermitteln. Allerdings ist das Berufsprofil relativ unklar. Auch im Saarland bestehen entsprechende Studienmöglichkeiten (an der Hochschule für Technik und Wirtschaft Saarland (htw saar), an der Berufsakademie für Gesundheits- und Sozialwesen Saarland (BAGSS) und an der Hamburger Fernhochschule (HFH)), obgleich der Qualifikation entsprechende Beschäftigungen begrenzt erscheinen. Die Unklarheiten über den zukünftigen Einsatz der vielfältigen Berufsgruppen sollten daher ausgeräumt werden.

Neue Anforderungen an die Fort- und Weiterbildung für Beschäftigte und Bildungsplanung

Neue Anforderungen ergeben sich nicht nur aus den mit dem medizinischen Fortschritt einhergehenden Spezialisierungen, denn auch die zukünftige generalistische Erstausbildung vermittelt im ersten Schritt ausschließlich Grundkenntnisse. Je nachdem, in welchem beruflichen Tätigkeitsfeld später gearbeitet wird, ist jedoch weiteres spezialisiertes Fachwissen erforderlich. Dieses muss daher hauptsächlich nach absolvierter Ausbildung in Form von Anpassungs- und Aufstiegsqualifizierungen erworben werden. Damit steigt einerseits der Fort- und Weiterbildungsdruck auf die Beschäftigten. Andererseits müssen auch die Angebote von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen darauf kontinuierlich abgestimmt werden.

Diese wichtige Aufgabe ist durchaus anspruchsvoll, denn im Ergebnis sind im Bereich der Fort- und Weiterbildungspolitik entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, um sowohl saarlandweit einheitliche Angebote zu schaffen als auch eine länderübergreifende Vergleichbarkeit herzustellen.

Bildungspolitik muss dringend die aktuell unübersichtlichen und lückenhaften Fort- und Weiterbildungsangebote angehen

Derzeit stellt sich die Angebotslage an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu pflegerelevanten Themen im Saarland sehr unübersichtlich und teils unvollständig dar. Auch ist für Bildungswillige kaum zu durchschauen, welche finanziellen Fördermöglichkeiten sich ihnen bieten. Besser stellt sich die Situation für berufsspezifische nichtakademische Fachweiterbildungen beziehungsweise Aufstiegsweiterbildungen in der Pflege dar. Darunter werden Weiterbildungen mit dem Ziel eines beruflichen Aufstiegs oder einer Anpassung zu einer qualifizierten Fachkraft verstanden.

Insgesamt wird die Notwendigkeit einer Bedarfsanalyse überdeutlich, um die bestehenden sowie die benötigten Angebote koordinieren und hinsichtlich Inhalt, Kompetenzerlangung und Stundenzahl vergleichen zu können. Die Arbeitskammer des Saarlandes (AK) hat sich dieser Aufgabe bereits durch die Einsetzung eines Lehrbeauftragten angenommen. Dieser wird sowohl die bestehenden Angebote systematisch zusammenstellen als auch Bedarfe analysieren. Die Ergebnisse dieser Arbeit werden in der bei der AK angesiedelten Weiterbildungsdatenbank eingestellt.

Herausforderungen für die Zukunft der Fort- und Weiterbildung

Laut § 6 Berufsordnung für Pflegekräfte im Saarland sollen die Pflegefachkräfte in der Regel Bildungsmaßnahmen im Umfang von mindestens zehn Stunden im Jahr nachweisen. Die Nichteinhaltung des § 6 stellt zwar eine Ordnungswidrigkeit dar. Der Gesetzgeber nimmt hier jedoch ausschließlich die Pflegefachkräfte in die Verantwortung, nicht die Arbeitgeber. Dies muss sich ändern. Die Verantwortung zur Wahrnehmung verpflichtender Fort- und Weiterbildung kann nicht nur auf die Schultern der Beschäftigten gelegt werden. Grundsätzlich müssen auch die Arbeitgeber in die Verantwortung genommen werden, Sorge dafür zu tragen, dass ihre Pflegekräfte für die gesetzlich vorgeschriebenen Schulungen freigestellt werden und dass die Teilnahme kontrolliert wird. Die Träger der Pflegeeinrichtungen und Kliniken müssen daher verpflichtet werden, sicherzustellen, dass die Beschäftigten die erforderliche persönliche und fachliche Eignung für die von ihnen ausgeübte Funktion und Tätigkeit haben. Hiermit muss die Verpflichtung einhergehen, den Beschäftigten die Gelegenheit zur Teilnahme an berufsbegleitenden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu geben oder regelmäßige Fortbildungen in den Einrichtungen anzubieten, die sie für die Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben nach dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse benötigen. Die Teilnahme an diesen Fortbildungen ist als Arbeitszeit anzurechnen.

Kapitel 6: Gesundheit und Pflege in der Großregion

In der Großregion ist bei den Pflegekräften eine hohe Mobilität erkennbar, überwiegend in eine Richtung nach Luxemburg: Rund die Hälfte der Pflegekräfte in Luxemburg sind Grenzgängerinnen. In Luxemburg verdient eine Pflegekraft 94.000 € im Jahr, in Deutschland rund 36.000 €. Kooperationsbeispiele in der Großregion zeigen aber auch, dass sich eine grenzüberschreitende Kooperation bei der Pflegeausbildung positiv bei den zu Pflegenden auswirken kann.

*

Ergebnisse und 22 Forderungen der Arbeitskammer im Überblick

Heimpflegekosten

1. Die Arbeitskammer fordert von der Bundespolitik die Deckelung der Kosten für die Heimpflege, damit eine deutliche finanzielle Entlastung der Betroffenen und der Kommunen erreicht wird. Die Finanzierung der Pflegeversicherung sollte nicht nur aus Beitragsmitteln, sondern auch aus Steuermitteln ermöglicht werden.

Investitionskosten der Krankenhäuser

2. Die Arbeitskammer fordert die Erstattung der nachgewiesenen und notwendigen Investitionskosten der Krankenhäuser durch die Landesregierung.

Landespläne als Instrument nutzen

3. Die Landesregierung sollte das Instrument der Landespläne stärker nutzen, indem sie diese konkreter, verbindlicher und damit auch überprüfbar gestaltet. Insbesondere die Überarbeitung des Landespflegeplans steht als wichtige Aufgabe an, da im ambulanten Bereich bereits Versorgungsengpässe auftreten.

Versorgungsstrukturen

4. Sehr problematisch ist: Eine Pflegekraft in einem ambulanten Dienst im Saarland hat deutschlandweit die meisten Pflegebedürftigen zu betreuen. Es gibt keinerlei gesetzliche Vorgaben zum Fachkräfteanteil in den ambulanten Pflegediensten. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

Angebotsstrukturen

5. Problematisch ist auch der Rückgang in der ambulanten Palliativversorgung. Zudem gibt es im Saarland weniger niedergelassene Palliativmediziner als im Bundesdurchschnitt.

6. Schwierig ist die Lage bei den Entlastungsangeboten im hauswirtschaftlichen Bereich, da hier mögliche Leistungen der Pflegeversicherung nicht genutzt/abgerufen werden können. Die Arbeitskammer fordert, den Entlastungsbetrag direkt an die Pflegebedürftigen auszuzahlen, so dass sie diesen auch im Rahmen informeller Hilfenetzwerke nutzen können.

7. Die acht Pflegestützpunkte, als Anlaufstellen für pflegende Angehörige, benötigen eine bessere personelle Ausstattung, Fortbildungsmöglichkeiten für das Beratungspersonal und mehr Öffentlichkeitsarbeit.

8. Problematisch ist die rückläufige Zahl der stationären Rehabilitationsangebote. Hier sind Maßnahmen geboten, die eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten.

9. Um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu fördern, sollten die gesetzlichen Freistellungsmöglichkeiten ausgeweitet und bekannter gemacht werden. Betriebe sollten dies durch eine Kurzausbildung von Pflegelotsen im Betrieb fördern.

Arbeitsbedingungen in der Pflege

10. Aus Sicht der Arbeitskammer sollte sich die Personalbemessung grundsätzlich aus dem Pflegebedarf der zu versorgenden Patienten/Klienten oder Bewohner ergeben, der je nach Versorgungsbereich variiert. Das heißt etwa für den Krankenhausbereich, dass die Pflegepersonaluntergrenzen nicht auf Basis der Werte des unteren Viertels, der am schlechtesten besetzten Krankenhäuser, definiert werden dürfen.

11. Die Landesebene ist gefordert, den Erlass einer Rechtsverordnung zur Festlegung von Personalmindestzahlen (Personaluntergrenzen) in allen pflegerischen Bereichen der Krankenhäuser umzusetzen.

Fachkräfte akquirieren und halten

12. Damit Fachkräfte nicht frühzeitig aus ihrem Beruf ausscheiden oder zurückkehren, sind die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und die Gestaltung alters- und alternsgerechter Arbeitsplätze wichtige Maßnahmen. Dies ist auch eine Voraussetzung, damit ehemalige Fachkräfte bereit sind, in die Pflege zurückzukehren.

13. Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen ist zudem eine Voraussetzung, um überhaupt mehr Auszubildende gewinnen zu können. Um sie dann zu halten, müssen deren Ausbildungsbedingungen und Perspektiven verbessert werden: Eine angemessene Ausbildungsvergütung, die Stärkung der Praxisanleitung und -begleitung, eine generalistische Ausbildung sowie die Eröffnung von Karriereperspektiven durch Qualifizierung und Studium sind notwendig.

14. Um – soweit zwingend erforderlich – ersatzweise Fachkräfte aus dem Ausland zu gewinnen, ist die Landesregierung gefragt, durch die Aufstockung von Personal im Landesamt für Soziales die Anerkennungsverfahren, ohne Reduktion der Qualität, zu beschleunigen.

Einkommen

15. Eine finanziell attraktive Entlohnung der Pflegeberufe ist angesichts der Unterbewertung und Unterbezahlung des Pflegeberufes eine wichtige Stellschraube.

16. Angesichts der niedrigen Einkommen und geringen Tarifbindung in der Altenpflege begrüßt die Arbeitskammer, dass die Bundesregierung im Koalitionsvertrag verabredet hat, die Voraussetzungen für einen bundesweit allgemeinverbindlich gültigen Tarifvertrag Altenpflege zu schaffen.

Gesundheit und Sozialbeziehungen am Arbeitsplatz

17. Die Arbeitsschutzgesetze in den Pflegeberufen sind systematisch umzusetzen. Dringender Handlungsbedarf besteht bei den Arbeitszeiten: Die Nichteinhaltung der täglichen Höchstarbeitszeit, Pausenzeiten und unbezahlte Mehrarbeit sind überdurchschnittlich verbreitet. Auch der Einfluss auf die Dienstplangestaltung ist unterdurchschnittlich.

18. Da die eigene Situation von den betrieblichen Interessenvertretungen in der Pflege, im Vergleich zu der in anderen Branchen, weitaus häufiger als schlecht eingeschätzt wird, fordert die Arbeitskammer hier eine Verhaltensänderung der Arbeitgeber.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

19. Hinsichtlich der Einführung einer Pflegeassistenz (ob nach Bundes- und/oder Landesrecht) ist offen, inwieweit eine Berücksichtigung der Pflegeassistenz bei der Fachkraftquote geplant ist. Aus Sicht der Arbeitskammer darf eine Anrechnung in keinem Fall dazu führen, dass eine bestimmte Anzahl von Pflegeassistentinnen eine Pflegefachkraft ersetzt.

20. Die bestehenden Unklarheiten über die Einsatzmöglichkeiten von Personen mit einer Hochschulausbildung im Bereich der Pflege müssen ausgeräumt werden.

21. Eine Bedarfsanalyse im Bereich der Fort- und Weiterbildung muss dringend erstellt werden, um die bestehenden sowie die benötigten Angebote koordinieren und hinsichtlich Inhalt, Kompetenzerlangung und Stundenzahl vergleichen zu können. Die Arbeitskammer des Saarlandes hat sich dieser Aufgabe bereits angenommen.

22. Auch die Arbeitgeber müssen in die Verantwortung genommen werden Sorge dafür zu tragen, dass ihre Pflegekräfte für die gesetzlich vorgeschriebenen Weiterbildungen freigestellt werden und dass die Teilnahme kontrolliert wird.

2 Politische und institutionelle Rahmenbedingungen in der Pflege

2.1 Pflegepolitik primär Bundesaufgabe

Die Pflegepolitik ist primär eine Bundesaufgabe. Dies sieht das Grundgesetz (GG) im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung (Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19, 19a in Verbindung mit Artikel 72 Abs. 1 und 2) vor. Den Ländern steht aufgrund dessen eine Gesetzgebungskompetenz nur dann zu, wenn der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit keinen Gebrauch macht beziehungsweise den Ländern eine Regelungsbefugnis zur Ausführung einräumt. Die Debatten und Reformen der letzten Jahre zeigen, dass das gesamtgesellschaftliche Thema auf Bundesebene einen noch größeren Stellenwert bekommen hat. Sowohl die Inhalte der Pflegestärkungsgesetze (PSG I bis III) haben Gesundheitspolitikerinnen hierbei intensiv beschäftigt als auch die Fragen nach der Zukunft der Ausbildung in den Pflegeberufen und die nach der Gewinnung von Fachkräften. Dennoch zwingt der demografische Wandel zu weiteren Reformen, zum Beispiel bei der Pflegeversicherung. Da es sich bei dieser nur um eine „Teilkaskoversicherung" handelt, ist eine Vielzahl von Menschen im Pflegefall von enorm hohen Zusatzkosten betroffen. Hierdurch werden auch die Kommunen als Träger der Sozialhilfe immer stärker belastet. Die Arbeitskammer fordert, hier eine Deckelung der Heimkosten und somit eine deutliche finanzielle Entlastung für alle von Pflege Betroffenen einzuführen.

Allgemeine Rahmenbedingungen

Die Gestaltung des heutigen Gesundheitssystems basiert auf den folgenden Prinzipien: Dem Sozialstaatsgebot, dem Solidarprinzip, dem Subsidiaritätsprinzip und dem Bedarfsdeckungsprinzip.[1] Seit dem Jahr 2012 durchläuft Deutschland eine Phase sehr aktiver politischer Bewegung im Gesundheitswesen, verbunden mit umfassenden Reformen und deren Auswirkungen. Die größte Säule der Krankenhausfinanzierung basiert seit 2003 auf der Grundlage des GKV-Gesundheitsreformgesetzes vom 22.12.1999. Hier wurde ein „durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem" (§ 17 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)), die Diagnosis Related Groups (DRGs), eingeführt. Im Jahr 2015 fanden mit Blick auf den Bereich der Krankenhäuser durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) vom 10.12.2015 weitere größere Veränderungen statt. So wurden Qualitätskriterien und -anforderungen an Kliniken zur Aufnahme in den Landeskrankenhausplan in § 8 Abs. 1a KHG an die „im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben" geknüpft.

Das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) vom 17.12.2014 verbesserte hingegen die Unterstützungsleistungen für die zu Pflegenden und deren Angehörige. Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) vom 21.12.2015 beabsichtigt der Gesetzgeber, sich mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes an den individuellen Bedürfnissen der Menschen zu orientieren. Darüber hinaus wurde die Möglichkeit geschaffen, die Beratung durch Pflegestützpunkte zu verbessern und die Selbstverwaltung aufgefordert, bis 2020 ein wissenschaftlich fundiertes System zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen zu entwickeln.[2] Auf die jüngsten Reformen und geplanten Maßnahmen wird im späteren Verlauf eingegangen.

Rolle/Aufgabe der sozialen Pflegeversicherung

Mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 als eigenständiger Teil der Sozialversicherung im Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) wurde eine gesetzliche Pflichtversicherung in Deutschland geschaffen, sowohl für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung als auch der privaten Krankenversicherung. Zusammen mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vom 17.03.2009 bildet sie die Grundlage pflegerischer und medizinischer Versorgung in Deutschland. Seit dem 1. Januar 2019 beträgt der Beitragssatz zur Pflegeversicherung 3,05 %.[3] „Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind." (§ 1 Abs. 4 SGB XI) Die Pflegebedürftigkeit wird mittels Pflegegraden ermittelt (§ 15 SGB XI). Die gesetzliche Pflegeversicherung ist allerdings nur eine Teilkostenversicherung, da sie nicht alle Kosten bei aufgetretener Pflegebedürftigkeit abdeckt. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Leistungen der Pflegeversicherung auf.

Tabelle 1 **Leistungen der Pflegeversicherung**

Pflegegrade	Geldleistung (ambulant) Euro	Sachleistung (ambulant) Euro	Zweckgebundener Entlastungsbetrag (ambulant) Euro	Leistungsbetrag (vollstationär) Euro
PG 1	-	-	125	125
PG 2	316	689	125	770
PG 3	545	1.298	125	1.262
PG 4	728	1.612	125	1.775
PG 5	901	1.995	125	2.005

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit Arbeitskammer

Die Finanzierung des Gesundheitswesens

Die Finanzierung des Gesundheitswesens in Deutschland lässt sich grob in zwei Teile gliedern: Die Krankenhausfinanzierung und die Finanzierung im Falle der Pflegebedürftigkeit. Die duale Finanzierung des Krankenhaussektors teilt sich wie folgt auf: Die Investitionskosten werden von den Ländern getragen, der laufende Betrieb der Krankenhäuser wird über die von den Krankenkassen gezahlte Vergütung finanziert nach § 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Dieses System krankt allerdings an den gegensätzlichen Interessen der Finanzierungsträger. Steigende Betriebskosten stehen rückläufigen öffentlichen Investitionen gegenüber.[4] Die Folge ist, dass Krankenhäuser die Differenz der Investitionskosten durch andere Einnahmequellen wie beispielsweise Behandlungserlöse auszugleichen versuchen und in eine finanzielle Schieflage gelangen. Dies geschieht unter anderem zu Lasten der Patienten, da durch kürzere Verweildauern höhere Fallzahlen erreicht werden müssen. Weitere Leidtragende sind die Beschäftigten, da zur Verfügung stehende Mittel für Personal zweckentfremdet werden.

Im Bereich der Pflege werden die Kosten, die nicht von der Pflegeversicherung gedeckt sind, auf die Betroffenen selbst umgelegt. Dies führt zu unterschiedlich hohen Zuzahlungsbeträgen, abhängig von den in Anspruch genommenen Leistungen. Ist es nicht zumutbar, die zur Hilfe zur Pflege benötigten Mittel aus Einkommen oder Vermögen aufzubringen, besteht Anspruch auf Hilfe zur Pflege (§ 61 SGB XII).

Gemeinsam haben beide Bereiche, dass sich die Finanzierungsprobleme auf die Arbeitsbedingungen negativ auswirken. Dies führt zu akutem Fachkräftemangel und besonders belasteten Beschäftigten. Ebenfalls leidtragend sind die Betroffenen – sowohl die Patienten als auch die Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind.

Die aktuellen Reformen und Maßnahmen der Bundesregierung

Ziel der Bundesregierung ist es, die Situation in der Pflege deutlich zu verbessern. Im Fokus hierbei stehen die Pflegebedürftigen, pflegende Angehörige und das Pflegepersonal. Hierzu wurden folgende Maßnahmen auf den Weg gebracht:

1. Pflegestärkungsgesetze (I-III) – Verbesserung der Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige und Angehörige;
2. Pflegeberufereformgesetz – Verbesserung der Ausbildung;

3. Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und Sofortprogramm Pflege – Stellen schaffen und Personaluntergrenzen festlegen;
4. Konzertierte Aktion Pflege – Stellen besetzen.[5]

1. Pflegestärkungsgesetze

Zentraler Änderungspunkt im zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) vom 21.12.2015 ist die Änderung der Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Erstmalig werden körperliche, geistige und psychische Beeinträchtigungen gleichwertig berücksichtigt und damit einhergehend wird ein gleichberechtigter, optimierter Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung geschaffen. Die Bedürfnisse von Menschen mit Demenzerkrankungen finden ab jetzt Berücksichtigung. Hierzu wurden eine neue Begutachtungsmethode und die Einstufung in fünf Pflegegrade in das SGB XI aufgenommen.[6]

Die Geldleistungen wurden erhöht und es wurde die Möglichkeit geschaffen, Geld- und Sachleistungen zu kombinieren mit dem Ziel, eine möglichst langfristige Versorgung zu Hause zu erreichen. Hierzu wurden weitere Reformen, wie zum Beispiel die Familienpflegezeit, auf den Weg gebracht, um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu verbessern. Ebenso wurde der Anspruch auf Pflegeberatung für pflegende Angehörige geschaffen. Zum 01.01.2015 wurde ferner die Förderung von Umbaumaßnahmen und Pflegehilfsmitteln erhöht.[7]

Der Gesetzgeber hat die Absicht, die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen zu erhalten und zu fördern. Zur Finanzierung wurde der Beitragssatz zur Pflegeversicherung bereits 2017 um 0,2 Prozentpunkte angehoben, eine weitere Anhebung folgte zum 01.01.2019 um 0,5 Prozentpunkte.

Festzuhalten bleibt, dass die Reformbemühungen an den Grundprinzipien der Pflege nicht gerüttelt haben. Man erweiterte den Kreis der Anspruchsberechtigten und versuchte, durch höhere Geld- und Sachleistungen finanzielle Erleichterungen für die Betroffenen zu schaffen und das Beratungsangebot zu erweitern.[8]

2. Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG)

„Das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe soll die erforderliche Grundlage für eine zukunftsfähige Pflegeausbildung, die notwendige Verbesserung der Pflegequalität und die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes schaffen.“[9] Das PflBRefG vom 17.07.2017 reformiert in Artikel 1, dem Pflegeberufegesetz (PflBG), die Ausbildung für die Kranken-, Kinderkranken-

und Altenpflege in weitreichendem Maße. Die bisher im Altenpflegegesetz und im Krankenpflegegesetz getrennt geregelten Ausbildungen werden ab dem 01.01.2020 zusammengeführt und damit wird die generalistische Ausbildung eingeführt. Ziel ist es, einen universelleren Einsatz des Personals zu ermöglichen.

Die Akademisierung des Pflegeberufes wird durch die ergänzende Einführung der „Hochschulischen Pflegeausbildung" (§§ 37 ff. PflBG) vorangetrieben. Ebenfalls neu geregelt wird die Finanzierung der Ausbildung über Landesfonds, zur Sicherstellung einer qualitätsgesicherten und wohnortnahen Ausbildung. Die Schulgelder werden abgeschafft und der Anspruch auf eine Ausbildungsvergütung wird geschaffen. Die Anerkennung der generalistischen Pflegeausbildung in anderen EU-Ländern ist ebenfalls Tatbestand des PflBRefG.[10]

Ob die vom Gesetzgeber angestrebte Verbesserung der Durchlässigkeit zwischen den Pflegebereichen tatsächlich erreicht wird, wird die Praxis zeigen. Die ersten Ausbildungsgänge sollen 2020 starten. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung ist die Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) vom 02.10.2018 zwar verabschiedet, die Umsetzung in die entsprechenden Curricula steht allerdings aus.

Die Attraktivitätssteigerung ist durch das breiter gefächerte Angebot und die Möglichkeit des Pflegestudiums formal gegeben. Auch hier wird die Praxis zeigen, ob einerseits die akademisch ausgebildeten Kräfte in der Masse benötigt werden und ob sich andererseits die Arbeitsbedingungen dahingehend verbessern, dass mehr Fachkräfte zur Verfügung stehen. Eine ausführliche Betrachtung des Themas ist in Kapitel I.5.2. zu lesen.

3. Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)

Primäres Ziel des „Sofortprogramms Pflege" ist es, durch eine bessere Personalausstattung und Arbeitsbedingungen eine Verbesserung der Situation der professionell Pflegenden zu erreichen.[11] Hierzu wurde das PpSG am 09.11.2018 im Deutschen Bundestag verabschiedet.[12]

Zukünftig soll jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig von den Kostenträgern refinanziert werden. Hervorzuheben ist hierbei, dass die Mittel zweckgebunden für zusätzliche und aufgestockte Pflegestellen am Bett sind. Die Pflegepersonalkosten werden zukünftig besser und vor allem unabhängig von den Fallpauschalen vergütet, die DRGs um die Pflegepersonalkosten bereinigt und die Tarifsteigerungen und Ausbildungsvergütungen im ersten Ausbildungsjahr beginnend 2019 refinanziert. Auch für er-

höhten Pflegeaufwand können zusätzliche Mittel geltend gemacht werden. Neben den finanziellen Aspekten wurde auch die Möglichkeit geschaffen, Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf von Pflegekräften hälftig aus Mitteln der Kostenträger zu decken.[13]

Ein weiterer wichtiger Aspekt des „Sofortprogramms Pflege" ist die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen und im Nachtdienst (§ 137i SGB V), die bei Nichteinhaltung gem. § 137i Abs. 5 SGB V „in Form von Vergütungsabschlägen oder einer Verringerung der Fallzahl" sanktioniert werden. Die genaue Ausgestaltung regelt die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) vom 05.10.2018.

Zum Ausgleich fehlender Investitionsmittel der Länder wird der Krankenhausstrukturfonds fortgesetzt und ausgebaut. Analog der bisherigen Förderkriterien soll erreicht werden, dass das Fördervolumen der Länder nicht weiter abgesenkt wird. Weiteres Ziel des Gesetzgebers ist die Schaffung von 13.000 Stellen für Altenpflegekräfte in stationären Einrichtungen.

Im Fokus all dieser Maßnahmen steht die Schaffung von Stellen und damit einhergehend die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in der Pflege. Ob genügend Fachkräfte akquiriert werden können, wird die Zukunft zeigen.

4. Konzertierte Aktion Pflege

Die Konzertierte Aktion Pflege ist ein gemeinsames Projekt von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU), Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey (SPD) und Bundesarbeitsminister Hubertus Heil (SPD). Diese Aktion hat zum Ziel, Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen und Pflegekräfte wieder für ihren gelernten Beruf zurückzugewinnen. Hierzu sollen der Arbeitsalltag der Pflegekräfte entlastet und die Arbeitsbedingungen verbessert werden. Instrumente dafür sind: mehr Wertschätzung, bessere Arbeitsbedingungen und gerechtere Bezahlung. Zudem soll die Ausbildung gestärkt werden.[14] In fünf Arbeitsgruppen beteiligt sind Pflegeberufs- und Pflegeberufsausbildungsverbände, Verbände der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, die Kirchen, Pflege- und Krankenkassen, Betroffenenverbände, die Berufsgenossenschaft, die Bundesagentur für Arbeit sowie die Sozialpartner. Diese sollen konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der beruflich Pflegenden entwickeln. So soll die Zahl der Auszubildenden in der Pflege bis zum Jahr 2023 um 10 % steigen. Hierzu wurde die „Ausbildungsoffensive Pflege" gestartet. Weitere Maßnahmen befinden sich derzeit in Abstimmung.[15]

Der Erfolg des Projektes ist maßgeblich abhängig von den noch zu erarbeiteten Maßnahmen und der Qualität der Umsetzung. Die Anstrengung dreier Bundesministerinnen verdeutlicht einmal mehr die Brisanz der Situation.

Herausforderungen der Pflegepolitik

Bei der Beschreibung der Vielzahl an verschiedenen Maßnahmen wird bereits deutlich, dass akuter Handlungsbedarf besteht, um die Struktur der Pflegelandschaft in Deutschland aufrechtzuerhalten. Nahezu alle Reformen und Projekte haben eines gemeinsam: die Verbesserung der Situation der Pflegebeschäftigten. Damit einhergehend ist eine Qualitätssteigerung der Pflege, die den zu Pflegenden zugutekommt.

Eine große Herausforderung der Zukunft liegt darin, das Image des Pflegeberufes wieder in ein positives Licht zu rücken. Dies kann nur mit entsprechenden Verbesserungen der Arbeitsbedingungen gelingen. Für viele Beschäftigte in der Pflege ist der Beruf eine Berufung, die Bedingungen allerdings so katastrophal, dass die Ausübung der Berufung schier unmöglich scheint. Die Bundesregierung steht vor der Herausforderung, die Rahmenbedingungen so zu verändern, dass die vorgesehenen Maßnahmen auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommen.

An dieser Stelle drängt sich die Frage der Finanzierbarkeit auf. Im 1. Quartal 2018 haben die gesetzlichen Krankenkassen einen Überschuss in Höhe von rund 416 Millionen Euro erzielt.[16] Die soziale Pflegeversicherung hingegen weist in ihrem Jahresergebnis 2017 ein Finanzierungssaldo von minus 2,42 Milliarden Euro aus.[17]

Der Gesetzgeber hat bereits reagiert und die Beitragssätze zur Pflegeversicherung angepasst, aber auch die Leistungsträger Krankenkassen im Rahmen des PpSG dazu verpflichtet, Personalkosten direkt zu refinanzieren.

Die Bundesregierung steht – neben all den Einzelmaßnahmen, die zwingend erforderlich sind – ebenfalls vor der herausfordernden Frage, wie viel einerseits dem Staat und andererseits jedem Individuum Pflege wert ist. Die aktuelle Debatte, die Pflegeversicherung nicht nur aus Beitragsmitteln, sondern auch aus Steuermitteln zu finanzieren, ist bereits ein wichtiger Anfang. Ebenfalls herausfordernd ist die Diskussion um die Zumutbarkeit der von den Betroffenen zu tragenden Kosten im Falle von Pflegebedürftigkeit.

Die zunehmende Akademisierung und Hierarchisierung der Pflegeberufe schafft Anreize bei den Beschäftigten, zukünftig höherwertigere Tätigkei-

ten zu übernehmen. Der Qualifikation entsprechende Jobs sind allerdings begrenzt. Ferner müssen Unklarheiten über den zukünftigen Einsatz der vielfältigen Berufsgruppen ausgeräumt werden. Als eine letzte Herausforderung ist die tatsächliche Durchlässigkeit nach der generalistischen Ausbildung zu nennen. Dies muss entsprechend evaluiert werden.

Fazit

Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Jahren ein ganzes Bündel an Reformen und Maßnahmen auf den Weg gebracht. Die Brisanz des Themas ist angekommen und wird angegangen. Kritisch zu bewerten ist, dass eine Vielzahl von Einzelreformen auf den Weg gebracht wird, das große Rad einer umfassenden Pflegereform inklusive Umverteilungsfragen innerhalb des Sozialversicherungssystems wird jedoch nicht wirklich angepackt.

Die Arbeitskammer fordert, die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten deutlich zu verbessern. Hierzu zählen mehr Personal, geregelte Arbeitszeiten, klare Aufgabenverteilungen und mehr Wertschätzung gegenüber den Beschäftigten in der Pflege. Nur mit besseren Rahmenbedingungen kann eine gute Qualität der Pflege erreicht werden.

Eine weitere Forderung ist die Deckelung der Kosten für die Heimpflege, damit eine deutliche finanzielle Entlastung der Betroffenen erreicht wird. Hierzu muss die Finanzierung der Pflegeversicherung nicht nur aus Beitragsmitteln, sondern auch aus Steuermitteln ermöglicht werden.

Es muss aber auch eine gesellschaftliche Debatte über den Wert der Pflege angestoßen werden. Die Leistung der Pflegekräfte verdient mehr Wertschätzung.

[1] Simon, Michael: Das Gesundheitswesen in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 6. Auflage, Bern 2017, Seite 60 f.

[2] Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestaerkungsgesetz-zweites-psg-ii.html (letzter Zugriff 11.04.2019).

3 Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten/warum-hoehere-beitraege-zur-pflegeversicherung-notwendig-sind.html (letzter Zugriff 11.04.2019).

[4] Vgl. Klafki, Anika: Krankenhausfinanzierung in der Krise – Alle Macht den Krankenkassen?, https://www.juwiss.de/95-2017/ (letzter Zugriff 11.04.2019).

[5] Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/strategie-fuer-pflege.html#c13491(letzter Zugriff 12.04.2019).

[6] Walhalla Fachredaktion (Hrsg.): PSG III – BTHG: Die neue Hilfe zur Pflege im SGB XII, 2017. https://ebookcentral.proquest.com/lib/hwr/detail.action?docID=4863779 (letzter Zugriff 11.04.2019).

[7] Vgl. Kehl, Konstantin: Nach dem Pflegestärkungsgesetz II: Eine alternative Interpretation der Probleme und ein Plädoyer für potenzialorientierte Reformen. Zeitschrift für Sozialreform, 62(1) 2016, S. 53 f.

[8] Ebd., S. 54.

[9] Weiß, Thomas; Meißner, Thomas; Kempa, Stephanie: Kommentierte Textausgabe des Pflegeberufegesetzes (Artikel 1 des Pflegeberufereformgesetzes) mit Materialien. In: Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG). Wiesbaden 2018, S. 89.

[10] Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegeberufegesetz.html (letzter Zugriff 12.04.2019).

[11] Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html (letzter Zugriff 12.04.2019).

[12] BT-Drucksache 19/4453. http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/044/1904453.pdf (letzter Zugriff 12.04.2019).

[13] Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html (letzter Zugriff 12.04.2019).

[14] Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/konzertierte-aktion-pflege.html (letzter Zugriff 12.04.2019).

[15] Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html (letzter Zugriff 12.04.2019).

[16] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2018/2-quartal/finanzreserven-krankenkassen.html (letzter Zugriff 12.04.2019).

[17] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_11_07_2018.pdf. S. 4 (letzter Zugriff 12.04.2019).

2.2 Pflegepolitik als Landesaufgabe

2.2.1 Akteure und Zuständigkeiten in der saarländischen Pflegepolitik

Die pflegepolitische Landschaft des Saarlandes setzt sich aus einer Vielzahl verschiedener Akteure zusammen. Wichtige Player sind das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, die Arbeitskammer, die Gewerkschaft ver.di, der Landespflegerat und weitere Einrichtungen, Organisationen und Verbände. Die Aufgabengebiete überschneiden sich teilweise, jedoch kann keine Institution eine andere ersetzen. Vielmehr ist eine Zusammenarbeit aller Akteure die Voraussetzung für eine nachhaltige Weiterentwicklung der Pflege – sowohl politisch als auch praktisch betrachtet hinsichtlich Infrastruktur, Arbeitsbedingungen und Sicherstellung einer guten pflegerischen Versorgung der saarländischen Bevölkerung. Besondere Bedeutung kommt hierbei dem Pflegepakt Saarland zu. In Zusammenarbeit sämtlicher Beteiligter werden Handlungsempfehlungen für die Sicherung der aktuellen und künftigen pflegerischen Versorgung und ihrer Qualität sowie rechtliche Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung des Berufsbildes Pflege entwickelt.

Im Folgenden werden wichtige Akteure der saarländischen Pflegepolitik und ihre Zuständigkeiten dargestellt. Die Grafik auf der folgenden Seite gibt einen Überblick:

Grafik 1

Akteure und Zuständigkeiten in der saarländischen Pflegelandschaft

Hoheitliche Ebene

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MSGFF)
Zu den hoheitlichen Aufgaben gehören u.a.
- Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen
- Krankenhausplanung
- Gesundheitswesen
- Aufsicht über Unfallkasse, Krankenkassen und Deutsche Rentenversicherung
- Überwachung akademischer und nichtakademischer Heilberufe
- Heimaufsicht inklusive Überwachung ambulanter Pflegedienste

Landesamt für Soziales
Als nachgeordnete Behörde des MSGFF u.a. zuständig für:
- Weitreichende Aufgaben bei Ausbildung, Prüfung, Berufsausbildung staatlich geregelter Gesundheitsberufe
- Erteilung der Approbationen und Berufserlaubnisse
- Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse

Saarländischer Pflegebeauftragter
Unabhängige, beratende Stelle für pflegebedürftige Menschen, deren Angehörige und für die Pflege ausführende Personen
- Anzuhören im Gesetzgebungsverfahren
- Zuständig für die Weiterentwicklung und Optimierung der Pflege

Pflegepakt Saarland
Zusammenschluss aller Beteiligten, um die Rahmenbedingungen in der Pflege zu verbessern

Dezentrale Anlaufstellen

Pflegestützpunkte
- Auskunft und Beratung von zu Pflegenden und deren Angehöriger in sämtlichen pflegerischen Belangen
- Koordinierung und Vernetzung aller regionalen Versorgungs- und Unterstützungsangebote

Interessenvertretungen

Arbeitskammer des Saarlandes
- Gesetzliche Vertretung der Arbeitnehmer/innen
- Politikberatung
- Anzuhören im Gesetzgebungsverfahren
- Forschung zur Situation der Beschäftigten
- Beratung der Mitglieder individuell und kollektiv
- Weiterbildungsangebote für Beschäftigte

Saarländische Pflegegesellschaft
Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflegeeinrichtungen
- Beratung und Vertretung ihrer Mitglieder bei Verhandlungen mit Krankenkassen und Pflegeversicherung
- Anzuhören im Gesetzgebungsverfahren
- Förderung und Entwicklung pflegerischer Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Zuständige Stelle für Altenpflegeausbildungsumlage

Saarländische Krankenhausgesellschaft
Vertretung der Träger der saarländischen Kranken-, Heil-, und Pflegeanstalten mit ihren Spitzenverbänden
- Beratung ihrer Mitglieder
- Vertragsverhandlungen mit den Krankenkasse
- Sprachrohr gegenüber der Landespolitik
- Förderung Aus-, Fort- und Weiterbildung

Gewerkschaft ver.di
Zuständig für:
- Tarifpolitik
- Sprachrohr der Beschäftigten gegenüber der Politik

Landespflegerat
Interessenvertretung der beruflich Pflegenden und Hebammen
- Anhörung im Gesetzgebungsverfahren
- Organisation und Durchführung von berufspolitischen Veranstaltungen und Fortbildungen

Arbeitskammer

2.2.1.1 Die Rolle des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

Als wichtigster Akteur in der saarländischen Pflegelandschaft hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MSGFF) eine Vielzahl unterschiedlicher politischer Arbeitsfelder und Aufgaben im Bereich der Pflege.[1]

Zuständigkeiten des Ministeriums im Bereich Soziales, Schwerpunkt Pflege:

- Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen sowie die Überwachung der Umsetzung der Pflegeversicherung.
- Führung der Heimaufsicht und seit Inkrafttreten des Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätsgesetzes (HeimG SL) am 05.05.2017 gemäß § 1c auch die Überwachung der ambulanten Pflegedienste.
- Analyse der demografischen Entwicklung und damit verbunden die Behandlung der Problematik der alternden Bevölkerung, die wiederum eine steigende Bedeutung für den Bereich der Altenpflege hat.

Zuständigkeiten des Ministeriums im Bereich Gesundheit, Schwerpunkt Pflege:

- Als Krankenhausplanungsbehörde ist das Ministerium verantwortlich dafür, dass ausreichende stationäre und teilstationäre Kapazitäten im Land vorgehalten werden. Darüber hinaus obliegt ihm die Finanzierung und Verteilung der Investitionskosten für die saarländischen Krankenhäuser.
- Überwachung aller Angelegenheiten der akademischen und nichtakademischen Heilberufe sowie der Krankenhäuser.
- Aufsicht über die Unfallkasse, die Krankenkassen und die Deutsche Rentenversicherung Saarland, hier zuständig für Fragestellungen aus der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung.
- Gesundheitsberichterstattung inklusive der Themenfelder Gesundheitsschutz, Gesundheitshilfe und -förderung sowie öffentlicher Gesundheitsdienst.

Dem MSGFF obliegt insgesamt die Verantwortung zur Erstellung, Überprüfung sowie Überarbeitung von Gesetzen und Verordnungen, die in der pflegepolitischen Landschaft relevant sind und für die das Land die Regelungsbefugnis hat. Dies sind zum Beispiel:

- das Saarländische Krankenhausgesetz;
- das Hebammenweiterbildungsgesetz (WuHG) in der Fassung vom 11.11.2015, Verordnung zur Durchführung der Fachweiterbildung in den Pflegeberufen in der Fassung vom 24.11.2015;
- die Berufsordnung für Pflegekräfte im Saarland in der Fassung vom 17.11.2014;
- das HeimG SL vom 05.05.2017 sowie die Saarländische Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätspersonalverordnung in der Fassung vom 05.05.2017;
- die Verordnung zur Durchführung der Praxisanleitung in Einrichtungen der praktischen Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege vom 20.02.2017.
- Landesamt für Soziales (LAS).

Das MSGFF hat dem LAS als nachgeordnete Behörde eine Vielzahl an Aufgaben übertragen. Im Gesetzgebungsverfahren findet eine enge Zusammenarbeit der Häuser statt.

Zuständigkeiten des LAS, Schwerpunkt Pflege:

- Vielschichtige Aufgaben in den Bereichen Ausbildung, Prüfung (Landesprüfungsamt) und der Berufsausübung der staatlich geregelten Gesundheitsberufe. Insbesondere ist das LAS die zuständige Stelle für die Durchführung der Berufsgesetze der nichtakademischen Heilberufe (Gesundheitsfachberufe) im Saarland.
- Erteilung von Approbationen und Berufserlaubnissen nach den Gesetzen über die einzelnen Gesundheitsberufe.
- Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse.[2]

2.2.1.2 Weitere wichtige Akteure und ihr Zusammenspiel in der saarländischen Pflegepolitik

Die Arbeitskammer des Saarlandes – Gut beraten in der Pflege!

Die in der saarländischen Verfassung verankerte Arbeitskammer des Saarlandes vertritt als Dienstleister für die saarländischen Beschäftigten ihre Mitglieder im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages. Sie setzt sich für die Interessen ihrer Mitglieder ein. Auf der politischen Ebene steht sie hierzu im ständigen Dialog mit den Spitzen der saarländischen Landesregierung, um Verbesserungen im Bereich der Pflege anzustoßen. Zu diesem Zweck verfasst sie auch Stellungnahmen zu Gesetzen sowie Verordnungen und nimmt an Anhörungen teil. Im Rahmen ihres Forschungsauftrages analysiert die Arbeitskammer die Situation der saarländischen Beschäftigten in der Pflege und setzt sich für die Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität in allen pflegerelevanten Bereichen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens ein. Außerdem engagiert sie sich für pflegende Angehörige, die vor der Herausforderung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege stehen. Sie bündelt zudem die berufspolitischen Interessen ihrer Mitglieder und vertritt deren Positionen nicht nur in der Politik, sondern auch in der Öffentlichkeit. So stellt sie ihre Expertise und ihre Erkenntnisse regelmäßig in Veranstaltungen und Veröffentlichungen vor. Darüber hinaus unterstützt sie ihre Mitglieder mit konkreten Beratungsleistungen und maßgeschneiderten Weiterbildungsangeboten. Eine ausführlichere Darstellung der Rolle der Arbeitskammer findet sich im Kapitel I.2.3.

Die Gewerkschaft ver.di

ver.di ist zuständig für die Tarifpolitik insgesamt und die Vergütung im Besonderen sowie für die individuell auf den Betrieb oder auf das Arbeitsverhältnis bezogene Fragestellungen zum Arbeitsrecht. Mit Blick auf die besonders problematischen Arbeitsbedingungen in der Pflege wird hier ein Schwerpunkt auf das Erstreiten von Entlastungstarifverträgen gelegt. Mit ihrer Arbeit ergänzt und unterstützt ver.di das Leistungsspektrum der betrieblichen Interessenvertretungen, deren Aufgaben die Überwachung und Einhaltung von Arbeits- und Gesundheitsschutz, personellen und sozialen Angelegenheiten und der wirtschaftlichen Angelegenheiten eines Betriebes sind. Gewerkschaften planen und organisieren, falls notwendig, Arbeitskämpfe. Außerdem ist ver.di integriert in die Planung und Entwicklung der Rahmenbedingungen für die Ausübung des Berufes und bringt ihre Expertise im Rahmen von Anhörungen bei den jeweils zuständigen Ausschüssen des Landes ein.

Die Saarländische Pflegegesellschaft e.V. (SPG)

Laut ihrer Satzung fungiert die SPG als Dachverband der Spitzenverbände ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie sonstiger Einrichtungen im Saarland auf Landesebene, die Aufgaben im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes wahrnehmen. In dieser Funktion nimmt die SPG die Interessen aller ambulanten Dienste der Wohlfahrtsverbände sowie von mehr als 90 % der privat-gewerblichen Pflegedienste wahr.

Zweck des Vereins ist die Förderung der Altenhilfe und Pflege im Saarland. Die Satzung der SPG wird insbesondere durch folgende Aufgaben verwirklicht:

- Behandlung grundsätzlicher Fragen der Altenhilfe und Pflege sowie der Entwicklung und Umsetzung von Perspektiven zur Zukunft der Altenhilfe und Pflege, soweit diese die gemeinsamen Belange der Mitglieder betreffen;
- Beratung und Vertretung seiner Mitglieder bei der Wahrnehmung der Aufgaben nach dem Pflegeversicherungsgesetz bei Verhandlungen mit Kranken- und Pflegekassen (Verhandlung der Pflegesätze und deren Leistungskomplexe);
- Wahrnehmung der Belange der Pflegeeinrichtungen bei der Vorbereitung und Durchführung von Gesetzen und Verordnungen;
- Förderung und Entwicklung der pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Seit dem 01.01.2011 ist die Saarländische Pflegegesellschaft die „Zuständige Stelle Altenpflegeausbildungsumlage“ (ZSA) gemäß der „Verordnung über die Einführung einer Umlage in der Altenpflegeausbildung (VO-EUFA)“.[3] Die Rechtsaufsicht hat das MSGFF.

Der Landespflegerat Saarland (LPR)

Der Dachverband der Pflegeorganisationen und des Hebammenwesens im Saarland (DPO Saarland) wurde 1998 als Kooperationsprojekt gegründet. Im Jahr 2009 wurde der DPO Saarland umbenannt in den heutigen Landespflegerat Saarland (LPR).

Der LPR ist eine institutionelle Standesvertretung und sowohl staatlich als auch politisch unabhängig. Die Kompetenzen liegen beispielsweise in der Standesförderung, in der berufspolitischen Interessenvertretung und in der Unterstützung der Qualitätsentwicklung. Aber auch die Mitgestaltung und Entwicklung berufspolitisch relevanter Themen und die Beteiligung an Gesetzgebungs- und Verordnungsverfahren sind ein Betätigungsfeld.[4]

Außerdem nimmt der Landespflegerat Einfluss auf die Rahmenbedingungen für die Ausübung des Berufes und deren Weiterentwicklung. Die Expertise fließt ebenfalls im Rahmen von Anhörungen in die entsprechenden Verfahren ein.

Die Saarländische Krankenhausgesellschaft (SKG)

Die Saarländische Krankenhausgesellschaft (SKG) mit Sitz in Saarbrücken ist eine von 16 Landeskrankenhausgesellschaften in der Bundesrepublik. Sie wurde im Oktober 1950 gegründet und ist Mitglied der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Mitglieder der Saarländischen Krankenhausgesellschaft sind die Träger der saarländischen Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten und ihre Spitzenverbände. Derzeit werden durch die SKG 22 Akutkrankenhäuser an 23 Standorten mit insgesamt 7.163 Betten/Plätzen, drei an Akutkrankenhäuser angeschlossene geriatrische Abteilungen mit 140 Betten/Plätzen, eine Reha-Einrichtung mit 200 Betten/Plätzen sowie ein Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin mit 157 Betten/Plätzen vertreten.[5]

Zu ihren Aufgaben gehört die Beratung ihrer Mitglieder und Mitgliedskrankenhäuser in Grundsatzfragen des Krankenhauswesens. Darüber hinaus fördert sie die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Krankenhausmitarbeiterinnen. Des Weiteren dient die SKG als Sprachrohr der von ihr vertretenen Krankenhäuser gegenüber den Landesbehörden, der Landesregierung und dem Landtag.

Die SKG führt Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen über die Ausgestaltung und die Entgelte von Krankenhausleistungen und unterstützt die Mitgliedskrankenhäuser in Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern. Eine weitere Aufgabe besteht darin, die Patienten und Bürger des Landes über die Krankenhausversorgung zu informieren.

Weitere Organisationen und Verbände

Als weitere wichtige Partner in der Pflege sind der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) mit der Landesgeschäftsstelle Saarland,

die der Freien Wohlfahrtspflege zugeordneten Organisationen Arbeiterwohlfahrt (AWO), der Deutsche Caritasverband (DCV), hier im Saarland vertreten durch die Caritas Trägergesellschaft Trier (ctt) und die Caritas Trägergesellschaft Saarbrücken (cts), das Deutsche Rote Kreuz (DRK) sowie die Diakonie zu nennen. Auch der Arbeitersamariterbund (ASB), der Sozialverband VdK und die unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) setzen sich für die Belange der Pflege ein.

Im Bereich der Finanzierung der Pflege spielen der Verband der Ersatzkassen (vdek) mit seinen Mitgliedern, die IKK und die AOK eine wichtige Rolle (zur Finanzierung siehe Kapitel I.2.1).

Der Pflegebeauftragte: Saarland als Vorreiter

Mit der Entscheidung der Landesregierung, einen unabhängigen Pflegebeauftragten zu installieren, setzte das Saarland als erstes Bundesland einen Meilenstein.

Allen pflegebedürftigen Menschen in Pflegeheimen, in Krankenhäusern, in Heimen für behinderte Menschen, in häuslicher und ambulanter Pflege sowie deren Angehörigen und den in der Pflege Tätigen (professionell Pflegenden) wird somit eine zentrale, unabhängige und beratende Stelle für alle Belange der Pflege zur Verfügung gestellt.

Die Aufgabe des Pflegebeauftragten besteht darin, sich unter Wahrung der Vertraulichkeit und der Achtung personenbezogener Daten, den Anliegen der sich an ihn wendenden Menschen aus dem obengenannten Personenkreis anzunehmen.[6] Als Ansprechpartner für die Belange der pflegebedürftigen Menschen sowie deren Angehöriger und der Pflegekräfte fungiert der Landespflegebeauftragte weisungsungebunden.

Er wird vom saarländischen Landtag berufen und legt diesem jährlich einen Bericht vor, in dem der Status quo der Pflege im Saarland dargelegt wird. Der Pflegebeauftragte agiert unabhängig und ist nicht an Weisungen gebunden, seine Geschäftsstelle ist beim MSGFF eingerichtet. Einmal im Jahr beruft er Regionalkonferenzen im Einzugsbereich der acht saarländischen Pflegestützpunkte ein. Bei diesen Konferenzen werden auch die jeweiligen Heimbeiräte angehört. Der Landespflegebeauftragte informiert dann über die aktuelle Situation in der saarländischen Pflege.

Der saarländische Pflegebeauftragte ist bei allen Gesetzes-, Verordnungs- und sonstigen wichtigen Vorhaben, soweit sie Fragen der Rechte und des

Schutzes von pflegebedürftigen Menschen, deren Angehörigen und professionell Pflegenden betreffen oder berühren, zu beteiligen.

Die Pflegestützpunkte

Im Jahr 2009 wurde damit begonnen, Pflegestützpunkte im Saarland als dezentrale Anlauf- und Beratungsstellen einzurichten. Paritätisch finanziert (gemäß §§ 7a und 7c SGB XI) von den Kranken- und Pflegekassen, den Landkreisen/dem Regionalverband und dem Land, dienen sie der wohnortnahen, kostenlosen Beratung von zu Pflegenden und deren Angehöriger. Sie sorgen für alle nötigen Informationen aus einer Hand.

Die drei Hauptaufgaben der Pflegestützpunkte sind: [7]

- Auskunft und Beratung in sämtlichen pflegerischen Belangen;
- Koordinierung aller regionalen Versorgungs- und Unterstützungsangebote;
- Vernetzung abgestimmter pflegerischer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

Fazit

Die im pflegepolitischen Bereich tätigen Akteure im Saarland sind miteinander vernetzt. Gemeinsames Ziel ist es, die Entwicklung der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe „Pflege“ positiv zu begleiten. Dies wird insbesondere durch den Zusammenschluss im Pflegepakt Saarland deutlich. Ein Alleinstellungsmerkmal des Saarlandes in der Pflegelandschaft hat hierbei die Arbeitskammer als Interessenvertretung der Beschäftigten.

Trotz aller Initiativen und gesetzlichen Verbesserungen gibt es noch viele Themen, bei denen Handlungsbedarf besteht: Zum Beispiel die Bekämpfung des akuten Fachkräftemangels, die weitere Verbesserung der Arbeitsbedingungen, schnellere Anerkennungsverfahren von im Ausland erworbenen Abschlüssen – soweit Vergleichbarkeit besteht – sowie die Umsetzung der gesetzlich vorgesehenen Abdeckung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen. Hierbei wird insbesondere der Vernetzung der Akteure auf Landesebene in Zukunft eine immer bedeutendere Rolle zukommen, gerade mit Blick auf bundespolitische Einflussnahme. Im Fokus muss gleichwohl immer die Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Pflege stehen.

2.2.1.3 Der Pflegepakt Saarland: eine Zwischenbilanz

Bereits im Mai 2016 wurde der Pflegepakt Saarland von der Landesregierung initiiert. Grund war die anstehende Novellierung des Pflegeberufes und damit verbunden die Chance für eine Weiterentwicklung der Pflege im Saarland.[8] Mit über 20 Partnern, darunter auch die Arbeitskammer, widmet sich der Pflegepakt bis heute folgenden Zielen:

- Weiterentwicklung der Pflege, insbesondere des Pflegeberufes;
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege durch Schaffung zusätzlicher refinanzierter Pflegestellen;
- Akquise von Berufsum- und -einsteigern, auch durch den Ausbau von Betreuungsangeboten für Kinder und Angehörige sowie familienfreundlichen Arbeitszeiten.

Zur Umsetzung der Ziele wurden folgende drei Arbeitsgruppen (AGn) gegründet, deren Themen im Laufe der Zeit erweitert wurden:

- AG I: Befassung mit der Umsetzung des Pflegeberufereformgesetzes inklusive Ausgestaltung der generalistischen Ausbildung nebst Ausgleichsfonds, Einführung des Berufsbildes der Pflegeassistenz auf Landesebene, Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege (Praxisanleiterverordnung, Weiterbildung);
- AG II: Beratung der Themen Familienfreundlichkeit, Gesundheitsmanagement, Arbeitsorganisation und Personalsituation;
- AG III: Beschäftigung mit der Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe und der Nachwuchsgewinnung.

Handlungsempfehlungen des Pflegepaktes wurden in die „Verordnung zur Durchführung der Praxisanleitung in Einrichtungen der praktischen Ausbildung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege“[9] vom 20.02.2017 aufgenommen. Sie enthält Vorgaben zur Sicherstellung einer fachlich fundierten praktischen Ausbildung.[10]

Der Pflegepakt hat die Änderung des Saarländischen Krankenhausgesetzes (SKHG) positiv begleitet. Hier wurde gemäß § 22 Absatz 3 b) in der Fassung vom 22.08.2018 die Ermächtigungsgrundlage zum Erlass einer Rechtsverordnung zur Festlegung von Personalmindestzahlen (Personaluntergrenzen) in allen pflegerischen Bereichen der Krankenhäuser geschaffen. Der Erlass dieser Verordnung steht bisher allerdings noch aus.

Von Seiten des Pflegepaktes wurde ein Eckpunktepapier „Pflegeassistenz“ auf Landesebene erarbeitet. Die neu zu gestaltende zweijährige Ausbildung der Pflegeassistenz soll die einjährige Helferqualifizierung ersetzen. Hier erarbeitet der Pflegepakt die Zugangsvoraussetzungen, Grundlagen, Möglichkeiten des Übergangs in die dreijährige Fachausbildung sowie die sonstigen rechtlichen Rahmenbedingungen für diese neue zweijährige Ausbildung. Zudem wird das Verhältnis der auf Bundesebene geregelten Pflegeassistenz zu der Pflegeassistenz auf Landesebene geprüft. Beide Assistenzmodelle sollen die „Pflege am Bett“ verstärken (siehe Kapitel I.5.2).

Von Seiten der Arbeitskammer wurde für den Pflegepakt eine umfangreiche Synopse mit Blick auf die Weiterbildungsregelungen im Saarland und Rheinland-Pfalz erstellt. Diese soll als Grundlage zur Optimierung der Regelungen im Saarland dienen.

Die Initiierung der Umfrage „Starke Pflege, starkes Saarland“[11] durch den Pflegepakt wurde mit ihren Ergebnissen zur Entwicklung wirksamer Strategien mit Blick auf die Rückgewinnung von Pflegekräften, die aus dem Beruf ausgestiegen sind, genutzt. Insbesondere durch die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege erscheint hier eine Rückgewinnung möglich.

Die Pflegepaktpartner haben gemeinsam eine „Erklärung zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf und zur Förderung der Gesundheit von Beschäftigten in Gesundheits- und Pflegefachberufen“ erarbeitet. Diese soll Grundlage freiwilliger Zielvereinbarungen zwischen Trägern und Beschäftigten in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen sein.[12] Einige Pflegeeinrichtungen haben die Vereinbarung unterzeichnet und sich damit dazu verpflichtet, individuell abgestimmte Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, aber auch zur Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung von Beschäftigten in der Pflege zu ergreifen.

Eine Imagekampagne für den Pflegeberuf wurde ebenfalls aus den Bestrebungen des Pflegepaktes heraus gestartet. Hier wurde und wird der Pflegeberuf durch Filme in Kinos, Beiträge in Rundfunksendern und auch in den Sozialen Medien beworben. In diesem Jahr wurde zudem der Wettbewerb „Gesichter der Pflege“ ausgelobt. Die Kampagne widmet sich insgesamt der Gewinnung von möglichen Interessentinnen für den Pflegeberuf sowie der Fachkraftakquise. Auch die Arbeitskammer des Saarlandes beteiligt sich an diesem umfangreichen Programm zur Gewinnung von Auszubildenden für die Zukunft.

Des Weiteren hat das MSGFF zusammen mit den übrigen Pflegepaktpartnern auch in diesem Jahr den „Tag der Pflegeberufe“ innerhalb des Monats

der Pflegeberufe (im Mai) ausgerichtet. Hier bieten die Pflegepaktpartner ein breites Angebot an Informationsveranstaltungen, Workshops oder Weiterbildungsmaßnahmen an.

Wichtig in der pflegepolitischen Entwicklung des Landes ist auch die Wiederaufstockung des Investitionskostenzuschusses für die Krankenhäuser. Diese wurde nach intensiven Diskussionen im Pflegepakt von der Landespolitik zur Umsetzung gebracht. Aktuell beläuft sich der Zuschuss auf 32,5 Millionen Euro, die im Doppelhaushalt des Saarlandes 2019/20 beschlossen wurden. Die Krankenhausträger selbst fordern allerdings mindestens 40 Millionen Euro im Jahr. Hierzu bleibt anzumerken, dass im Koalitionsvertrag ursprünglich 38,5 Mio. Euro zugesagt waren. Die eingetretene finanzielle Entlastung setzt Mittel für die Beschaffung von dringend benötigtem Pflegepersonal frei, deckt aber die Investitionskosten der Krankenhäuser und den Investitionskostenrückstau von insgesamt knapp 450 Mio. Euro nicht.

---

1 Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie: Aufgaben. https://www.saarland.de/SID-BCF1A840-4B6095EA/59820.htm (letzter Zugriff am 24.04.2019).

2 Landesamt für Soziales: Zentralstelle für Gesundheitsberufe/ Landesprüfungsamt. https://www.saarland.de/SID-7C938D46-BDCE90C1/gesundheitsberufe.htm (letzter Zugriff am 24.04.2019).

3 Saarländische Pflegegesellschaft: ZSA Zuständige Stelle Altenpflegeausbildungsumlage. https://www.saarlaendische-pflegegesellschaft.de/zsa.html (letzter Zugriff am 24.04.2019).

4 Landespflegerat Saarland: Wir über uns. https://www.lpr-saarland.de/ueber-uns.html (letzter Zugriff am 24.04.2019).

5 https://skgev.de/die-skg/mitglieder.html (letzter Zugriff am 24.04.2019).

6 https://www.saarland.de/102827.htm (letzter Zugriff am 24.04.2019).

7 Pflegestützpunkte im Saarland: Was ist der Pflegestützpunkt? https://www.psp-saar.net/der-pflegestuetzpunkt/was-ist-der-pflegestuetzpunkt.html (letzter Zugriff am 24.04.2019).

8 Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie: Pflegepakt. https://www.saarland.de/225337.htm (letzter Zugriff am 24.04.2019).

9 http://sl.juris.de/cgi-bin/landesrecht.py?d=http://sl.juris.de/sl/gesamt/Ges_KrPflPrAnlDV_SL.htm

10 Ein wesentlicher Bestandteil ist die Festschreibung des Umfangs der strukturierten und dokumentierten praktischen Anleitung auf insgesamt 10 % der praktischen Ausbildung. Darüber hinaus wurde das Verhältnis von Praxisanleiter zu Auszubildenden von bislang 1:56 auf 1:20 abgesenkt. Diese freigestellten Praxisanleitungen tragen zusätzlich zur Entlastung der Pflege bei, da diese Aufgaben nun aus der täglichen Routine genommen werden können.

11 https://www.saarland.de/59841_218929.htm

12 „Gesund pflegen" und die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf sind auch zentrale Schwerpunkte der Arbeitskammer im Bereich Pflege. Die Pflegereferenten beraten, unterstützt durch das Gesundheitsreferat sowie die übrigen Fachabteilungen und Arbeitskammereinrichtungen, zu betrieblichen und überbetrieblichen Fragen in diesem Zusammenhang.

Zu dem Thema „Gesund Pflegen – Gesundheitsschutz in der Kranken- und Altenpflege" hat das AK-Referat Arbeits- und Gesundheitsschutz eine Broschüre erstellt.

2.2.2 Landespläne als Gestaltungsinstrumente der Landespolitik

Die Regierung des Saarlandes ist zuständig für die allgemeinen Aufgaben in Gesundheit und Pflege, aber auch für die Erstellung der Landespläne. Landespläne sind ein wichtiges Mittel, um sicherzustellen, dass eine leistungsfähige, ausreichende und wirtschaftliche pflegerische Versorgungsstruktur vorgehalten wird. So kommt dem Landeskrankenhausplan eine besondere Bedeutung für die bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zu. Der Demenzplan wird in einem kontinuierlichen Prozess schrittweise umgesetzt. Demgegenüber beschreiben Landesbehinderten-, Senioren- und Pflegeplan politische Prioritäten und Szenarien, haben aber eine nur nachgeordnete Relevanz für die Gestaltung der Versorgung. Wichtig bei der Erstellung dieser Pläne ist die Formulierung von konkreten Aufgaben und Zielen, sonst entwickeln diese Instrumente nur wenig Relevanz für die Gestaltung der Versorgungsstrukturen. Zudem würde eine Konkretisierung die Abstimmung und Abgrenzung der verschiedenen Pläne (zum Beispiel Landespflegeplan und Landesseniorenplan) vereinfachen. Die Arbeitskammer des Saarlandes fordert, alle auf Landesebene zur Verfügung stehenden Mittel zu nutzen, um nachhaltige strukturelle Verbesserungen – sowohl für das Berufsfeld Pflege als auch für die pflegerische Versorgung – zu schaffen. Ebenso fordert sie, dass die Landesregierung die nachgewiesenen und notwendigen Investitionskosten erstattet, damit die in finanzielle Schieflage geratenen Krankenhäuser entlastet werden.

Die Regierung im Saarland möchte über Landespläne, wie den Krankenhausplan, den Demenzplan, den Landesbehindertenplan, den Seniorenplan und den Landespflegeplan, die alle den Bereich der Pflege zumindest tangieren, gestaltend Einfluss nehmen.

Bei der Krankenhausplanung handelt es sich um ein formalisiertes Planungsverfahren, welches durch gesetzliche Vorgaben und durch Rechtsprechung strukturiert und inhaltlich bestimmt wird. Die Erstellung eines Demenzplans im Saarland erfolgte dagegen ohne gesetzlichen Auftrag, nur aus einer politischen Entscheidung heraus. Der Planungsprozess war damit frei gestaltbar. In dieser Spannbreite bewegen sich die nachfolgend dargestellten Planungen. Es stellt sich die Frage, inwieweit diese unterschiedlich stark formalisierten Prozesse die Wirksamkeit und Durchsetzbarkeit der Landespläne bestimmen.

Krankenhausplanung

Um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und qualitativ hochwertigen Krankenhäusern zu gewährleisten, ist gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) über eine duale Finanzierung für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zu sorgen. Die Krankenhäuser haben Anspruch auf Förderung der Investitionskosten durch die Bundesländer, soweit und solange sie im Krankenhausplan aufgenommen sind. Krankenhäuser gelten außerdem als zugelassen im Sinne des Sozialgesetzbuches V, wenn sie in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen wurden. Diese Plankrankenhäuser stellen die Hauptsäule der Krankenhausversorgung dar.[1] Fehlt es an einer solchen Zulassung, werden von den gesetzlichen Krankenversicherungen die Leistungen der Krankenhäuser für die Versicherten nicht bezahlt. Für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung der Bevölkerung zu finanzierbaren Krankenhauskosten kommt damit dem Landeskrankenhausplan eine bedeutende Rolle zu.

Aufgaben und Grundsätze der Krankenhausplanung werden in § 22 des Saarländischen Krankenhausgesetzes beschrieben. Danach ist die bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, insbesondere mit Blick auf die Bevölkerungszahl und -struktur, die Inanspruchnahme und Qualität der Krankenhäuser, die Krankheitsarten, die übrigen Versorgungsangebote im Gesundheitswesen und die vergleichbare Versorgungsdichte in Bund und Ländern im Krankenhausplan zu bestimmen.

Der Krankenhausplan muss eine Dokumentation der Krankenhausziele, eine Beschreibung des zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung und eine Beschreibung der Versorgungsangebote bei den in den Plan aufgenommenen Krankenhäusern enthalten. Über Planungsvorgaben ist auch die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen sicherzustellen. Der Krankenhausplan bildet die Grundlage für die Entscheidung, mit welchen Krankenhäusern in welchem Umfang der zur Versorgung der Bevölkerung festgestellte Bedarf gedeckt werden soll. Dabei ist gegebenenfalls unter mehreren bedarfsgerechten Krankenhäusern eine Auswahlentscheidung zu treffen. Die Krankenhausplanungsbehörde erörtert dafür in Planungsgesprächen mit den Krankenhausträgern und Krankenkassen die für das betreffende Krankenhaus beabsichtigten Vorgaben, um zu einvernehmlichen Lösungen zu kommen.

Aktueller Krankenhausplan für das Saarland:
Ausbau der Bettenkapazitäten geplant

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes hat als Krankenhausplanungsbehörde auf Basis eines Sachverständigengut-

achtens der Beratungsgesellschaft aktiva Beratung im Gesundheitswesen GmbH den derzeitigen Krankenhausplan für das Saarland erstellt.[2] Der Planungszeitraum ist gesetzlich nicht vorgeschrieben und erstreckt sich dieses Mal vom 01.01.2018 bis zum 31.12.2025 und damit erstmals über einen Zeitraum von acht Jahren.

Ziel des aktuellen Krankenhausplans ist es, im Saarland durch stärkere Schwerpunktbildung, Spezialisierung und den Abbau von Doppelstrukturen die Versorgungsqualität zu verbessern. Die sichere Versorgung in Wohnortnähe und eine stärkere Verzahnung mit dem ambulanten Sektor soll gewährleistet werden. Für die Prognose zum Krankenhausbedarf und zu den Bettenzahlen in den verschiedenen Fachbereichen wurden vom Gutachter neben statistischen Auswertungen auch umfangreiche Expertenbefragungen zur zukünftigen Entwicklung des jeweiligen Fachgebietes durchgeführt. Die ermittelten Kapazitäten des Gutachtens wurden von der Krankenhausplanungsbehörde grundsätzlich übernommen und bewegen sich in der Regel zwischen dem mittleren und maximal prognostizierten Bedarf an Planbetten.

Laut Krankenhausplan werden bis zum Jahr 2025 die vollstationären Kapazitäten um 536 Betten und damit um über 8 % auf 6.902 Betten und die teilstationären Kapazitäten um 64 Plätze, und damit sogar um 15 % auf 490 Plätze erstmals wieder erhöht. Außerdem werden für 25 Zentren in 20 verschiedenen Versorgungsbereichen besondere Aufgaben oder Schwerpunkte ausgewiesen. Darüber hinaus soll bis zum Jahr 2022 mit knapp 400 neuen Ausbildungsplätzen die Ausbildung für die Gesundheitsfachberufe sichergestellt werden.

Die an diese Planung anknüpfende Investitionsförderung durch das Land wurde von 28,5 Millionen Euro in 2017 auf 32,5 Millionen Euro ab 2018 und damit nach sieben Jahren erstmals wieder angehoben.[3] Allerdings geht auch die Landesregierung davon aus, dass bei fehlenden Investitionsmitteln von 433 Millionen Euro bei den saarländischen Krankenhäusern die Erhöhung der jährlichen Investitionsförderung um 4 Millionen Euro nicht ausreichend ist.[4] Eine Erstattung der Investitionskosten durch die Landesregierung, um die in finanzielle Schieflage geratenen Krankenhäuser zu entlasten, ist dringend geboten.

Der Krankenhausplan enthält neben einer Beschreibung der Rahmenbedingungen und Grundsätze der Krankenhausplanung in seinem Hauptteil zu den einzelnen Fachgebieten kurze Analysen und die zugehörigen Standortentscheidungen. Dabei werden die bisherige Versorgungssituation für die Jahre 2009 und 2016 und die bedarfsnotwendigen Bettenkapazitäten im Saarland bis zum Jahr 2025 beschrieben und die Zahl der Planbetten an den

einzelnen Standorten festgelegt. Der Hintergrund zu den einzelnen Standortentscheidungen wird im Krankenhausplan nicht transparent gemacht.

Um die Krankenhausplanung als kontinuierlichen Prozess zu gewährleisten, will die Landesregierung mit Blick auf die lange Laufzeit den Krankenhausplan bereits in den Jahren 2020/2021 evaluieren lassen und bei Bedarf fortschreiben. Um für die Notfallversorgung eine neue Richtlinie umzusetzen, sollte es noch im Jahr 2018 zu einer ersten Anpassung des Krankenhausplans kommen. Bisher ist diese aber nicht veröffentlicht worden.[5] Nichtsdestotrotz bleibt der Krankenhausplan – auch bei fehlender Fortschreibung trotz eventuellem Änderungsbedarf – für alle Beteiligten verbindlich.

Landesdemenzplan: Vorreiterrolle Saarland

Bereits im Jahr 2015 hat das Saarland einen landesweiten Demenzplan erstellt. Es nimmt dabei zusammen mit Schleswig-Holstein und Bayern in Deutschland eine Vorreiterrolle ein. Der Demenzplan kann als eine Selbstverpflichtung des Landes zur koordinierten Verbesserung der Angebote für Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen interpretiert werden. Das Saarland konnte dabei an eine Vielzahl bereits bestehender Projekte und Initiativen anknüpfen, zum Beispiel an die Landesfachstelle Demenz, an die in allen sechs Landkreisen bestehenden Lokalen Allianzen oder an die „Allianz für Demenz – Netzwerk Saar“. Das wesentliche Ziel des Demenzplans bestand darin, aufzuzeigen, wie für die Versorgung der mehr als 20.000 Menschen mit Demenz im Saarland „unter Beteiligung der verschiedenen Akteure in wichtigen Handlungsfeldern innovative und vernetzte Maßnahmen entwickelt und pilothaft umgesetzt werden können“.[6]

Zur Unterstützung der Maßnahmenentwicklung wurde eine wissenschaftliche Begleitung durch das Saarbrücker iso-Institut durchgeführt. Dabei wurden die professionellen saarländischen Akteure im Themenfeld Demenz befragt, um bereits vor der eigentlichen Erarbeitungsphase des Demenzplans eine Priorisierung der vielfältigen Handlungsbedarfe zu ermöglichen. Die eigentliche Erarbeitung des Demenzplans erfolgte unter Einbezug von mehr als 100 Praktikern in mehreren Workshops, wobei insgesamt 29 Einzelmaßnahmen in vier Handlungsfeldern entwickelt wurden:

1. **Enttabuisierung der Demenz und soziale Teilhabe:** In diesem Handlungsfeld geht es um die Schaffung sozialer Akzeptanz und die Vermeidung von Stigmatisierung und Ausgrenzung von Demenzkranken. Dazu wurden elf Maßnahmen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit, zur Schulung bestimmter Berufsgruppen sowie zu Teilhabeangeboten für Demenzkranke erarbeitet.

2. **Beratung und Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen:** Dieses Handlungsfeld adressiert vor allem die Unterstützung und Beratung von pflegenden Angehörigen. Dazu wurden vier Maßnahmen zur Qualifizierung von Beratungskräften und zur Sicherung fachlicher Standards in der Beratung sowie zur verbesserten Vernetzung von Hausarztpraxen und Beratungsstellen entwickelt.

3. **Optimierung von Pflege und Versorgung:** Hier geht es sowohl um die pflegerische wie auch die medizinische Versorgung von Menschen mit Demenz. Insgesamt wurden neun Maßnahmen zur Förderung eines demenzfreundlichen Umfeldes im Akutkrankenhaus, zu Tagespflegeangeboten und zur Stärkung der Demenzkompetenz in Arztpraxen aufgestellt.

4. **Forschung und Transfer:** In diesem Handlungsfeld steht das Ziel im Vordergrund, den Transfer von Modelllösungen und die Nutzbarkeit von Forschungsergebnissen zu verbessern. Dazu wurden fünf Maßnahmen vorgeschlagen, zum Beispiel die Schaffung einer Datenbank mit saarländischen Gute-Praxis-Beispielen oder die Unterstützung von Einrichtungen bei der Einführung von Innovationen.

Der saarländische Demenzplan wurde im Dezember 2015 der Öffentlichkeit durch die Sozialministerin vorgestellt. Die Umsetzung eines Großteils der Maßnahmen erfolgt durch die Landesfachstelle Demenz oder durch eigene Aktivitäten des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen.

Zur Sicherstellung der Beteiligung von Betroffenen und ihrer Angehörigen am Demenzplan hat das iso-Institut 2016 im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie eine schriftliche Befragung durchführt. Es wurden dabei Daten über die Bewertung der Wichtigkeit der einzelnen Maßnahmen des Demenzplans erhoben. Die Ergebnisse wurden in die weiteren Planungen einbezogen und führten unter anderem zur Etablierung einer ersten Selbsthilfegruppe für Menschen mit Demenz in einem frühen Stadium.

Im September 2018 hat der saarländische Landtag anlässlich des Welt-Alzheimertages unter anderem die dauerhafte finanzielle Absicherung der Landesfachstelle Demenz gefordert, welche seit 2013 aus Modellmitteln nach der Pflegeversicherung gefördert wird. Für das Jahr 2019 sind eine Fortschreibung der Planungen als „Demenzplan 2.0“ und eine Sensibilisierungskampagne angekündigt.

Landesbehindertenplan: Noch viele Baustellen

Im Jahr 2009 ratifizierte Deutschland das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention). Seither ist dies ein in Deutschland verbindlicher Handlungsrahmen für Bund, Länder und Kommunen. Daher beauftragte der Landtag im Mai 2010 die Landesregierung damit, einen Aktionsplan für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention zu erstellen (siehe auch Kapitel II.3.2).

Bis dahin gab es im Saarland einen Landesbehindertenplan, der 1975 erstmals veröffentlicht und in der Folgezeit in unregelmäßigen Abständen aktualisiert wurde. Seit 2003 besteht über das Saarländische Behindertengleichstellungsgesetz eine gesetzliche Verpflichtung zur regelmäßigen Fortschreibung des Landesbehindertenplans einmal in jeder Legislaturperiode. Zuletzt wurde 2012 der 5. Landesbehindertenplan beschlossen, der sich schwerpunktmäßig mit der Umsetzung der UN-Konvention im Saarland beschäftigt. Damit wurde der Aktionsplan der Landesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention mit der Landesbehindertenplanung verknüpft. Der 5. Landesbehindertenplan mit seinem Schwerpunkt auf Beschreibung und Analyse und der eher handlungsorientierte Aktionsplan der Landesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention können daher nur zusammen gedacht werden.[7]

Das Saarländische Behindertengleichstellungsgesetz macht keine inhaltlichen Vorgaben für den Landesbehindertenplan. Dagegen empfiehlt der UN-Fachausschuss zur Behindertenrechtskonvention bezüglich der inhaltlichen Ausrichtung eines Aktionsplans, alle Rechte und substanziellen Felder der Konvention abzudecken, konkrete und messbare Ziele, finanzielle Mittelzuweisungen und Indikatoren zur Fortschrittsmessung zu benennen. Sowohl der 5. Landesbehindertenplan als auch der Aktionsplan wurden von der saarländischen Landesregierung unter Beteiligung des Landesbeauftragten für die Belange von Menschen mit Behinderungen und eines Beirats von Expertinnen und Experten aus Fachverbänden und Behindertenorganisationen, des Otto-Blume-Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e. V. (ISG Köln) und von transfer – Unternehmen für soziale Innovation erstellt. Ausgangspunkt des partizipativen Prozesses bildete ein Impulskongress im Februar 2011, bei dem auch die Öffentlichkeit dazu aufgerufen wurde, sich einzubringen. Zu verschiedenen Handlungsfeldern wurden außerdem unter Beteiligung von Menschen mit Behinderungen Arbeitskreise gebildet und Experteninterviews geführt. Die Ergebnisse wurden 2012, zu Beginn der 15. Legislaturperiode, der Öffentlichkeit präsentiert.

Schwerpunkt des Landesplans und des Aktionsplans bilden zehn Handlungsfelder. Für Themen wie „Bildung“, „Arbeit“ und „Wohnen“ oder „Alter und Pflege“ werden im Landespflegeplan Ausgangssituationen beschrieben. Der Lebensbereich „Alter und Pflege“ befasst sich dabei besonders mit den Problemen Pflegebedürftigkeit und Demenzerkrankungen im Alter. Der Aktionsplan führt als notwendige Maßnahmen Vernetzungen im Bereich der ambulanten Versorgung, die Förderung einer Beraterstelle für Demenz oder ein Förderprogramm auf, welches barrierefreies Wohnen ermöglichen soll. Ein Zeitplan zur Umsetzung ist nicht vorgegeben. Auch die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel werden nicht benannt. Weder der Landesbehindertenplan noch der Aktionsplan führen die spezifischen Ziele auf, die mit den angedachten Maßnahmen erreicht werden sollen. Im Handlungsfeld „Alter und Pflege“ fällt insbesondere auf, dass die Maßnahmen erkennbar nicht aus den Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen abgeleitet wurden, denn sie knüpfen vor allem an die Bedürfnisse älterer und pflegebedürftiger Menschen, nicht aber an die besonderen Erfordernisse behinderter Menschen im Alter an. Darüber hinaus werden die zahlreichen Aspekte, die unterschiedliche Behinderungen mit sich bringen, nicht in die Planung einbezogen.

Insgesamt lässt sich die Umsetzung des Landesbehindertenplans und des Aktionsplans im Saarland und damit deren Relevanz nur schwer überprüfen. Allerdings vereinbart der Koalitionsvertrag für die 16. Legislaturperiode die Beauftragung des Deutschen Instituts für Menschenrechte in Berlin als unabhängige Monitoring-Stelle, welche die Defizite bezüglich der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention aufzeigen und Lösungsansätze formulieren soll. Die Beauftragung einer unabhängigen Monitoring-Stelle mit diesem Aufgabenbereich ist auch im aktuellen Entwurf der Landesregierung zum Saarländischen Behindertengleichstellungsgesetz vorgesehen. Danach soll außerdem weiterhin ein einmal pro Legislaturperiode erscheinender Landesbehindertenplan Bestandteil der saarländischen Landesplanung bleiben.[8] Dessen Konkretisierung und damit auch dessen Bedeutung werden sicherlich wachsen, wenn die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention im Saarland regelmäßig evaluiert wird.

Landesseniorenplan: Bisher kaum verbindliche Maßnahmen

Im Jahr 2016[9] wurde in das Saarländische Pflegegesetz die Verpflichtung der Landesregierung zu einer kontinuierlichen Berichterstattung zur Lage der Senioren im Saarland und zu einer entsprechenden regelmäßigen Fortschreibung des Landesseniorenplans durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie neu aufgenommen.[10] Danach soll, frühestens ab 2018, einmal pro Legislaturperiode eine möglichst aktuelle

Bestandsaufnahme der individuellen und gesellschaftlichen Lebenswirklichkeit von Seniorinnen im Saarland erfolgen, um auf dieser Informations- und Datenbasis wirksames politisches Handeln im seniorenpolitischen Bereich entwickeln zu können. Damit soll der Landesseniorenplan als Planungs- und Entwicklungsinstrument vorausschauend und zielgenau die programmatische Grundlage für die Landesseniorenpolitik bilden und deren Leitlinien vorgeben.[11]

Unter Begleitung des Instituts für Gesundheitsforschung und -technologie der htw saar (igft) und des Landesseniorenbeirats sowie auf Grundlage von mehreren Fachveranstaltungen entstand 2012 der 3. Teil des Landesseniorenplans zum Thema „Alter und Pflege".[12] Während das igft mit zwei Begleitstudien zur demografischen Entwicklung im Saarland und den aktuellen und sich ergebenden Versorgungsbedarfen und -angeboten im Land die wissenschaftliche Basis lieferte, sollte der Dialog auf den Fachveranstaltungen neben Problemlagen auch Handlungsoptionen aufzeigen. Im Ergebnis enthält Teil 3 neben der ausführlichen Beschreibung der Ist-Situation auch Überlegungen zu zukünftigen Entwicklungen im Land. Punktuell werden allgemeine Handlungsempfehlungen ausgesprochen, ohne aber konkrete Maßnahmen oder Zeiträume für die Umsetzung zu benennen.

So bewertete dann auch die LIGA der Freien Wohlfahrtspflege Saar, ein Zusammenschluss der sechs saarländischen Wohlfahrtsverbände, in ihrer Stellungnahme vom Oktober 2012 den Landesseniorenplan als eine sehr gute Darstellung der unterschiedlichen Bereiche der Altenpolitik, welche auf einer sehr gut recherchierten und aufbereiteten Datenbasis fundiere und somit eine gute Grundlage für die Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur darstellen könne. Sie gab aber zu bedenken, dass die Effizienz und Wirksamkeit des Landesseniorenplans davon abhängig sei, dass für jedes der beschriebenen Probleme auch eine konkrete Maßnahme und damit eine konkrete Benennung der Verantwortlichkeiten verbunden sein müsse. Darüber hinaus wurde die Notwendigkeit gesehen, dass die politisch Verantwortlichen auf Landes- sowie regionaler Ebene in regelmäßigen Abständen überprüfen, inwiefern die im Landesseniorenplan beschriebenen Ziele erreicht wurden und dass das Ergebnis in die Fortschreibung weiterer Landesseniorenpläne zu integrieren sei.[13]

Im Oktober 2018 hat die saarländische Landesregierung für spätestens 2022 einen „Masterplan für Senioren" angekündigt.[14] Es bleibt abzuwarten, ob damit eine Fortschreibung des Landesseniorenplans anhand der neuen Kriterien im Saarländischen Pflegegesetz erfolgt und die zu entwickelnden Maßnahmen konkreter, verbindlicher und damit auch überprüfbar werden.

Landespflegeplan 2013 bis 2017: Veraltet und kaum tauglich

Gemäß § 9 Sozialgesetzbuch XI sind die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich. Damit wird klargestellt, dass die Länder für die Angelegenheiten der Daseinsvorsorge auf dem Gebiet der Pflege zuständig sind. Ihnen wird somit das Nähere zur Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen überlassen. Über Landespflegegesetze und die dazugehörigen Verordnungen regeln die meisten Bundesländer dann die Bedarfsplanung und -lenkung der Pflegeeinrichtungen.

Im Saarland ist dafür laut Landespflegegesetz[15] vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie im Einvernehmen mit den Landkreisen und dem Regionalverband Saarbrücken und nach Anhörung des Landespflegeausschusses ein Landespflegeplan[16] aufzustellen und alle fünf Jahre fortzuschreiben. Die Planung soll sicherstellen, dass das Angebot an Einrichtungen der teilstationären Pflege, der Kurzzeitpflege und die Wohnqualität in den vollstationären Pflegeeinrichtungen bedarfsgerecht und qualitativ angemessen ist.[17] Dafür sollen im Landespflegeplan Anforderungen an die bauliche Qualität von Pflegeeinrichtungen festgesetzt und ein Überblick über die qualitative und quantitative Versorgungssituation in der Pflege gegeben werden.

Daneben ist ein Landespflegeplanverzeichnis zu führen. Die Aufnahme in das Verzeichnis ist Voraussetzung für eine Investitionsförderung der teilstationären Einrichtungen und verlangt neben einem Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse die Erfüllung weiterer qualitativer Anforderungen.[18] Eine echte Angebotssteuerung erfolgt mit diesem Instrument allerdings nicht. Denn während es bei der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern eine Beschränkung der Zulassung gibt, ist dies bei der Versorgung der Bevölkerung mit pflegerischen Leistungen nicht der Fall. Durch den gesetzlich verbrieften Anspruch auf Zulassung durch Abschluss eines Versorgungsvertrages wird jedem Einrichtungsträger der Zugang zum Pflegemarkt eröffnet.[19]

Eine Bedarfsplanung im ambulanten Bereich ist laut Landespflegegesetz nicht vorgesehen. Da hier Investitionen nicht gefördert werden, hat der Gesetzgeber eine Planung für nicht notwendig erachtet. Dies ist insofern bemerkenswert, als der Sicherstellungsauftrag eigentlich für alle Pflegeangebote Maßnahmen verlangt, wenn diese den Bedarf nicht decken. Wenn aber keine Bedarfsplanung erfolgt, kann auch nicht festgestellt werden, ob der Bedarf an (ambulanten) Versorgungsangeboten gedeckt ist.

Der derzeitig vorliegende Landespflegeplan umfasst den Planungszeitraum 2013 bis 2017, wurde aber erst 2016 veröffentlicht. Nach Prognosen der Bevölkerungszahlen bis zum Jahr 2025 folgen Ausführungen zu qualitativen Anforderungen an bedarfsgerechte vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Dazu zählen beispielsweise die Gestaltung der Räume oder die sanitäre Ausstattung. Am Ende erfolgt eine Prognose von Anzahl und Bedarf an Pflegeheimplätzen bis Ende 2017. Zur Kurzzeit- und Tagespflege ist das Vorgehen gleich. Ergänzend wird hier aber die Aufnahme in das Landespflegeplanverzeichnis an die Erfüllung verschiedener qualitativer Anforderungen geknüpft. Denn eine dadurch mögliche Investitionsförderung ist nur noch für die Kurzzeit- und Tagespflege, nicht mehr aber für die vollstationäre Pflege vorgesehen. Die Forderungen an die baulichen oder konzeptionellen Gestaltungen der Einrichtungen haben insbesondere für die vollstationäre Pflege nur empfehlenden Charakter.

Den eigentlich vorgesehenen Überblick über die qualitative Versorgungssituation in der Pflege gibt der Landespflegeplan nicht.[20] Insbesondere wird nicht der Bestand an Pflegeeinrichtungen ausgewiesen, die den Anforderungen des Landespflegeplans entsprechen. Denn dieser wird nicht statistisch erfasst. Es können daher lediglich die Daten der saarländischen Pflegestatistik in den Pflegeplan aufgenommen werden, die aber keine Aussage zur Qualität der bestehenden Versorgungseinrichtungen zulassen.

Der derzeitige Landespflegeplan umfasst den Planungszeitraum bis 2017. Eigentlich gilt er nach Ablauf bis zur Bekanntgabe eines neuen Landespflegeplans weiter. Dies kann aber nur für die qualitativen Anforderungen des Plans gelten. Über die Versorgungssituation der kommenden Jahre kann er keine Aussagen treffen. Zwar hatte das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie im Mai 2018 einen neuen Pflegeplan bis zum Ende desselben Jahres angekündigt.[21] Bisher liegt dieser aber nicht vor.[22]

Fazit

Die Wirksamkeit und Durchsetzbarkeit der Landespläne stehen nicht im alleinigen Zusammenhang mit gesetzlichen Vorgaben. So gibt es bundesgesetzliche Regelungen, die eine Landespflegeplanung einfordern. Trotzdem erfolgt nur eine Teilplanung, die oft mit Zeitverzug aktualisiert und angepasst wird. Der Demenzplan entfaltet dagegen Wirksamkeit und wird umgesetzt, obwohl es für diesen Prozess keine Regelungen gibt. Damit ein Landesplan relevantes Planungsinstrument wird, bedarf es daher auch eines entsprechenden politischen Gestaltungswillens.

Die Überarbeitung und Aktualisierung des Landespflegeplans steht als wichtige Aufgabe für das Sozialministerium an. Dabei besteht insbesondere Bedarf für einen präzisen Überblick zur aktuellen Versorgungssituation in der Pflege im Saarland, insbesondere für den ambulanten Bereich. Eine solche Bestandsaufnahme ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass das Saarland seiner gesetzlichen Verpflichtung aus § 9 Sozialgesetzbuch XI nachkommen kann, der zufolge die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich sind. Dies ist umso wichtiger, als im ambulanten Bereich bereits Versorgungsengpässe auftreten.

[1] Daneben ist gemäß § 108 SGB V eine Zulassung von Krankenhäusern über Versorgungsverträge mit den Krankenkassen möglich, wenn der Krankenhausplan dafür noch Raum bietet. Auch Hochschulkliniken, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als solche anerkannt sind, gelten als zugelassen in diesem Sinne.

[2] Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie: Krankenhausplan für das Saarland 2018 bis 2025, Saarbrücken 2018.

[3] Deutsche Krankenhausgesellschaft: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Berlin 2018; Haushaltsplan des Saarlandes für die Rechnungsjahre 2019 und 2020. Einzelplan 05 für den Geschäftsbereich des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, S. 68.

[4] Landtag des Saarlandes (16. Wahlperiode): 16. Sitzung am 13. Juni 2018, Zweite Lesung des Gesetzes zur Änderung des Saarländischen Krankenhausgesetzes, S. 905f.

[5] Stand Januar 2019.

[6] Kirchen-Peters, Sabine; Hielscher, Volker: Gemeinsam für ein demenzfreundliches Saarland. Erster Demenzplan des Saarlandes, Saarbrücken 2015, S. 8.

[7] Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie: 5. Landesplan. Menschen mit Behinderungen im Saarland. Saarland inklusiv – Unser Land für alle. Saarbrücken 2012; Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie: Aktionsplan der Landesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Saarland inklusiv – Unser Land für alle. Saarbrücken 2012.

[8] Landtag des Saarlandes: Drucksache 16/618, Gesetzentwurf, Gesetz zur Änderung des Saarländischen Behindertengleichstellungsgesetzes, 31.10.2018.

[9] Bis dahin war der Landesseniorenplan lediglich in einer Rechtsverordnung als „Altenplan" vorgesehen. Er soll danach – ohne weitere strukturelle oder inhaltliche Vorgaben – gemeinsam mit dem Landesbehindertenplan die Grundlagen für die Rahmenplanung des Landes und damit Planungsgrundsätze für den Landespflegeplan liefern. Siehe Rechtsverordnung über die Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen vom 16. Januar 1997, zuletzt geändert durch die Verordnung vom 24. November 2015 (Amtsblatt I S. 894).

[10] Landtag des Saarlandes (15. Wahlperiode): Gesetzentwurf der Regierung des Saarlandes. Gesetz zur Änderung des Saarländischen Pflegegesetzes. Drucksache 15/1805, 09.05.2016, S. 3.

[11] Landtag des Saarlandes (15. Wahlperiode): Gesetzentwurf der Regierung des Saarlandes. Gesetz zur Änderung des Saarländischen Pflegegesetzes. Drucksache 15/1805, 09.05.2016, S. 10.

[12] Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie: Ältere Menschen im Saarland. Landesseniorenplan. Dritter Teil, Saarbrücken 2012.

[13] Landtag des Saarlandes (15. Wahlperiode): Anhörung zum Gesetzentwurf. Gesetz zur Änderung des Saarländischen Pflegegesetzes. Auszug aus dem Protokoll der 95. Sitzung des Ausschusses für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Drucksache 15/1805, 30.08.2016, S. 9f.

[14] Saarbrücker Zeitung, 18. Oktober 2018, https://www.saarbruecker-zeitung.de/saarland/saarland-will-masterplan-fuer-senioren_aid-33847881 (Aufruf am 12.12.2018).

[15] Gesetz Nr. 1694 zur Planung und Förderung von Angeboten für hilfe-, betreuungs- oder pflegebedürftige Menschen im Saarland (Saarländisches Pflegegesetz) vom 1. Juli 2009, zuletzt geändert durch das Gesetz vom 14. September 2016 (Amtsbl. I S. 1012).

[16] Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie: Landespflegeplan des Saarlandes. Neufassung 2013-2017, Saarbrücken 2016.

[17] Rechtsverordnung über die Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen vom 16. Januar 1997, zuletzt geändert durch die Verordnung vom 24. November 2015 (Amtsbl. I S.894).

[18] Seit dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 28.06.2001 wird diese Praxis der Bundesländer als wettbewerbsverzerrend und als nicht verfassungskonform problematisiert.

[19] Kramer, Ute; Plantholz, Markus: Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar, 5. Auflage, Baden-Baden 2018, § 72 Randnummer 22; Bundessozialgericht, Urteil vom 28.06.2001, Aktenzeichen: B 3 P 9/00 R, https://www.jurion.de/urteile/bsg/2001-06-28/b-3-p-9_00-r/ (Aufruf am 22.01.2019).

[20] Im aktuellen Landespflegeplan wird auch kein Bezug zur Landesbehindertenplanung oder zum Seniorenplan hergestellt.

[21] Landtag des Saarlandes: Anhörung zur Versorgungssituation in der ambulanten Pflege. Auszug aus dem Protokoll der 19. Sitzung des Ausschusses für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, 09.05.2018, S. 7.

[22] Stand Januar 2019.

2.3 Die Rolle der Arbeitskammer in der Pflegepolitik

Gesundheits- und Pflegepolitik sind für die Arbeitskammer unverzichtbare Handlungsfelder bei der Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags im Allgemeinen. Die spezifischen gesellschaftlichen Entwicklungen, die sich aktuell treffend mit dem Begriff „Pflegenotstand" zusammenfassen lassen, unterstreichen die Notwendigkeit einer Fokussierung noch einmal dramatisch. Die Arbeitskammer hat sich daher dem gesellschaftlichen „Megathema" Pflege angenommen. Sie hat es sich zur Aufgabe gemacht, für eine spürbare Verbesserung der Bedingungen einzutreten. Dies wurde auch durch eine Anpassung ihrer Organisationsstrukturen dokumentiert.

Pflegepolitik nachhaltig und ganzheitlich gestalten

Pflege hat aus Sicht der Arbeitskammer zumindest drei Dimensionen, die ganzheitlich im Fokus ihrer arbeitnehmerorientierten Politik stehen:

1. die Verbesserung der Situation der beruflich Pflegenden;
2. die Verbesserung der Situation der pflegenden Angehörigen und
3. die Verbesserung der Situation der zu Pflegenden.

Pflegepolitik ist für die Arbeitskammer zwar auf die beruflich Pflegenden zu fokussieren, darf aber nicht auf diese allein reduziert werden. Die beruflich Pflegenden und ihre Arbeitsbedingungen stehen in der Diskussion um den Pflegenotstand und die gesellschaftlichen Veränderungen, unter anderem im Kontext einer alternden Gesellschaft, im Mittelpunkt der Debatten. Vielfältige Angebote zur systematischen Unterstützung dieser Berufsgruppe werden von Seiten der Kammer entwickelt. Pflege betrifft aber zunehmend auch die Gruppe der pflegenden Angehörigen. Gerade im Saarland ist deren Anteil überdurchschnittlich hoch. Hier kann über Nacht jede und jeder betroffen sein. Oft entstehen dann Fragen der Vereinbarkeit eigener Berufstätigkeit mit dem privaten Pflegeauftrag oder es steht die Suche nach professioneller Hilfe an. Schließlich ist auch die Situation der zu Pflegenden selbst Teil einer umfassenden Pflegepolitik. Bezogen auf die Mitgliedschaft bei der Arbeitskammer, zu der alle drei Personengruppen gehören können, muss ein Ansatz arbeitnehmerorientierter Pflegepolitik diese Dimensionen im Kontext und umfassend berücksichtigen.

Um diese Aufgaben im Sinne ihrer Mitglieder erfüllen zu können, hat die Arbeitskammer 2015 ein Referat Pflegepolitik eingerichtet. Dort wurden die bisherigen Aktivitäten organisatorisch gebündelt und schließlich seitdem deutlich erweitert. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Referats arbeiten dabei eng mit dem Referat Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie

der Behinderten- und Altenpolitik zusammen. Für die Arbeitsorganisation der Arbeitskammer typisch kann das Pflegereferat bei der Umsetzung seiner Aufgaben auf alle Ressourcen der Organisation zurückgreifen. Insbesondere die Zusammenarbeit mit den Abteilungen Öffentlichkeitsarbeit und Beratung sowie dem Bildungszentrum in Kirkel ermöglicht eine hohe Wirksamkeit bei der Umsetzung der sehr guten Facharbeit aus dem Referat.

Im Sinne der Idee der Selbstverwaltung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer durch die Vertreterversammlung wurde 2017 auch ein Ausschuss für Pflegepolitik in der Arbeitskammer eingerichtet. Dort beraten und unterstützen Vertreterinnen und Vertreter sowie Fachleute aus der Pflegepraxis die Arbeit des Pflegereferats. In den Sitzungen werden aber auch die Zuarbeit der Arbeitskammer zum Pflegepakt fachlich reflektiert und Empfehlungen diskutiert.

Zur Wahrnehmung der Interessen der eingangs erwähnten Personengruppen arbeitet die Arbeitskammer eng mit der Politik zusammen. Sie ist unter anderem Mitglied im Pflegepakt und liefert regelmäßig Expertise aus Arbeitnehmersicht an die Arbeitsgruppen. Auch hierdurch stellt die Arbeitskammer den Transfer ihrer Pflegepolitik, verbunden mit einer engen Vernetzung mit den saarländischen Akteuren in der Pflege, sicher. Durch die Erstellung einer umfangreichen Synopse mit Blick auf die Weiterbildungsordnung in Rheinland-Pfalz und die im Saarland vorhandenen Regelungen zur Fort- und Weiterbildung konnten insbesondere die Vorteile der saarländischen Herangehensweise, aber auch Regelungsbedarfe aufgezeigt werden. Auch bei der Debatte um die Ausbildung für den Saarländischen Pflegeassistenten in Abgrenzung zum (Bundes-)Pflegeassistenten und der generalistischen Ausbildung zur Pflegefachkraft hat die Arbeitskammer ihre Expertise einbringen können. Darüber hinaus nimmt die Arbeitskammer regelmäßig zu Gesetzen und Verordnungen Stellung und drängt die Politik auch hierdurch dazu, Verbesserungen im Bereich der Pflege vorzunehmen.

Klare Arbeitsstrukturen und Arbeitsergebnisse für eine aktive Pflegepolitik

Im Sinne ihrer arbeitnehmerorientierten Politik hat die Arbeitskammer eine klare Arbeitsstruktur für die Pflege entwickelt. So legt die Arbeitskammer mit dem Bericht an die Landesregierung 2019 erstmals und für das Saarland in dieser Qualität alleinstehend einen umfassenden Blick auf die Pflegesituation im Saarland vor. Der Schwerpunktteil 2019 ist allerdings keine einmalige Bestandsaufnahme. Vielmehr forscht die Arbeitskammer bereits seit Jahren kontinuierlich zu Themen wie Gesundheit und Pflege und arbeitet eng mit weiteren Forschungseinrichtungen zusammen. Zu nennen sind hier:

- Das iso-Institut e.V. Es untersucht für die Arbeitskammer regelmäßig die Beschäftigungsentwicklung im Bereich der Gesundheitsberufe.
- Die Betriebs- und Personalrätebefragung „AK-Betriebsbarometer". Sie wird erhoben durch die Technologieberatungsstelle BEST e.V. und liefert empirische Werte zur Qualität der Arbeit und der Arbeitsbedingungen für den Gesundheits- und Pflegebereich im Saarland.

Die Arbeitskammer stellt ihre Expertise und ihre Erkenntnisse regelmäßig in Veranstaltungen und Veröffentlichungen vor. Sie unterstützt ihre Mitglieder mit konkreten Beratungsleistungen und maßgeschneiderten Weiterbildungsangeboten.

2019 findet bereits das 3. Pflegeforum der Arbeitskammer statt. Die thematischen Schwerpunkte der ersten beiden Foren waren: Resilienz, Berufsordnung/Vorbehaltene Tätigkeiten für Pflegende, Pflegeethik, Recht in der Pflege, Pflegeschlüssel in Krankenhäusern und Überlastungsanzeigen. Gemeinsam mit den Akteuren des Landes ist die Arbeitskammer auch regelmäßig beim „Tag der Pflegeberufe" und der Gesundheitsmesse „Salut" präsent. Sie informiert dort über aktuelle Fragestellungen rund um das Thema Pflege. Zum Beispiel zur Personalbemessung im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen, zu Ausbildungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der Pflege und zu Präventionsmöglichkeiten.

Zahlreiche Publikationen rund um die Pflege ergänzen ein umfangreiches Informationsangebot. Für professionell Pflegende stellt die Arbeitskammer in ihrem Pflege-Blog Positionen zu aktuellen Themen vor. Orientiert an dem spezifischen Arbeits- und (leider seltenen) Freizeitrhythmus der Pflegekräfte, der durch Schichtdienst und unregelmäßige Arbeitszeiten gekennzeichnet ist, hat die Arbeitskammer ihr Social-Media-Angebot stark auf die Pflege ausgerichtet. Ein überdurchschnittlich hohes Interaktionsgeschehen, gerade bei den Beiträgen zur Pflege, zeigt das hohe Informationsbedürfnis dieser Berufsgruppe.

Die Arbeitskammer kümmert sich auch um die Entwicklung der Weiterbildung im Bereich Pflege. Für den Pflegepakt hat sie mit der bereits erwähnten Synopse der Weiterbildungsregelungen in Rheinland-Pfalz und dem Saarland den Weg für eine Optimierung dieser Regelungen beschritten. Zudem arbeitet die Arbeitskammer an einem Konzept zur Bedarfsanalyse der Weiterbildung in der Pflege. Ziel ist es, die bestehenden sowie die benötigten Angebote zu koordinieren und hinsichtlich Inhalt, Kompetenzerlangung und Stundenzahl vergleichen zu können. Mit der Einsetzung eines Lehrbeauftragten bei der Arbeitskammer werden von diesem sowohl die bestehenden Angebote im Saarland systematisch zusammengestellt als

auch die Bedarfe analysiert. Die Ergebnisse dieser Arbeit wird die AK in der bei ihr angesiedelten Weiterbildungsdatenbank Saar einstellen.

Parallel zu dieser qualitativen Erweiterung der Angebote in der Datenbank ist 2019 auch deren genereller Ausbau geplant. So soll die Transparenz über die bestehenden Angebote im Land weiter erhöht werden. Im Bildungszentrum Kirkel ist die Arbeitskammer aber auch selbst Weiterbildungsanbieter. Das Angebot wird ab 2020 deutlich erweitert.

Neben Informationsversorgung und Weiterbildungsangeboten ist für die Arbeitskammer die Vernetzung mit den Akteuren der Pflege im Land von besonderer Bedeutung. Die Arbeitskammer ist mit Vorträgen und Präsentationen bei verschiedensten Veranstaltungen aktiv. Gemeinsam mit der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di und weiteren Akteuren ist die AK Teil eines starken Bündnisses für die Pflege.

Die sehr gute Beratung in arbeits- und sozialrechtlichen Fragen bietet die Arbeitskammer auch für die Pflege. Hier bekommen Beschäftigte im Pflegebereich, aber auch pflegende Angehörige und auch zu Pflegende Unterstützung. Thematisch geht es um Beratungen zur Arbeitszeit, zur Dienstplangestaltung, zu Weiterbildungsfragen und Fragen rund um die Ausbildung. Durch die Beratungsstelle BEST, das Pflegereferat und das Referat Arbeits- und Gesundheitsschutz werden insbesondere Betriebs- und Personalräte sowie Mitarbeitervertretungen bei ihren gremienspezifischen Fragen unterstützt.

3 Versorgungsstrukturen in Gesundheit und Pflege

3.1 Der demografische Wandel als Herausforderung für die Pflege

Aufgrund stetig steigender Lebenserwartung und niedriger Geburtenraten gibt es immer mehr ältere Menschen. Der demografische Umbruch wirkt sich insbesondere auf den Pflegesektor aus. Die starke Alterung der Bevölkerung bei gleichzeitiger Abnahme der Bevölkerung im Erwerbsalter setzt die Pflege in zweifacher Weise unter Druck: Während die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter, die heute die Pflege leisten, abnimmt, steigt die Zahl der Menschen, die mit dem Alter zunehmend auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind.

Die demografische Entwicklung als doppelte Herausforderung für die Pflege

Der demografische Wandel ist heute bereits deutlich spürbar und wird auch künftig als einer der Megatrends die gesellschaftliche Entwicklung in den Industriestaaten stark beeinflussen. Die Zahl und der Bevölkerungsanteil älterer Menschen in Deutschland und im Saarland sind bereits kräftig gewachsen und werden in den kommenden Jahren weiter erheblich zunehmen. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko von schweren Erkrankungen oder einer Pflegebedürftigkeit. Gleichzeitig altert und schrumpft die Erwerbsbevölkerung.[1] Die Pflege ist von diesem Prozess deshalb in doppelter Weise betroffen: Mit der Alterung der Bevölkerung steigt die Nachfrage von Gesundheitsleistungen und nach professioneller Pflege. Gleichzeitig sinkt das Arbeitskräfteangebot, aus dem der Bedarf an Pflegefachkräften gedeckt werden kann.

Die zwei wichtigsten Triebkräfte für den demografischen Wandel in Deutschland sind ein langfristig niedriges Geburtenniveau sowie eine steigende Lebenserwartung. Dieser Prozess wird im Saarland mit hohen Bevölkerungsverlusten durch Wanderungen in andere Bundesländer verstärkt.

Trotz Trendwende bleibt das Geburtenniveau zu niedrig

Seit den 1970er Jahren ist das Geburtenniveau in Deutschland wie auch im Saarland sehr niedrig. Es werden nur etwa zwei Drittel so viele Kinder geboren, wie notwendig wären, damit die nachfolgende Generation zahlen-

Tabelle 1

Bevölkerungsentwicklung im Saarland

Jahr	Geburten-überschuss bzw. -defizit	Wanderungs-gewinn/ -verlust	darunter Wanderungssaldo		Bevölkerung[2] am 31.12.
			gegenüber dem Bundesgebiet	gegenüber dem Ausland[1]	
1990	- 1.632	+ 9.689	+ 3.294	+ 6.395	1.072.963
1995	- 2.920	+ 3.089	- 1.376	+ 4.465	1.084.370
2000	- 3.528	+ 730	- 1.263	+ 1.993	1.068.703
2005	- 4.828	- 1.307	- 1.103	- 204	1.050.293
2010	- 5.230	+ 190	- 1.810	+ 2.000	1.017.567
2015	- 5.916	+ 12.450	- 2.728	+ 15.178	995.597
2016	- 4.682	+ 5.946	- 3.621	+ 9.567	996.651
2017	- 4.962	+ 2.668	- 2.190	+ 4.858	994.187

[1] Einschließlich ohne Angaben
[2] Bis 2010 auf Basis VZ 87; ab 2011 auf Basis des Zensus 2011; einschließlich Korrekturen

Quelle: Statistisches Amt Saarland — Arbeitskammer

mäßig genau so groß ist wie die Elterngeneration. Die Geburtenziffer lag im Saarland 2017 bei 1,51 Kindern pro Frau. Für den langfristigen Erhalt der Bevölkerung müsste die Geburtenziffer allerdings 2,1 Kinder pro Frau betragen. Im Jahr 2017 wurden an der Saar 8.300 Kinder geboren. Damit ist die Zahl der Geburten seit Tiefstand 2013 mit 21 % zwar kräftig gestiegen. Das Geburtendefizit bleibt allerdings mit einem Minus von 5.000 auf einem hohen Niveau, da die Zahl der Sterbefälle – 13.300 Verstorbene 2017 – die Geburtenzahl weiterhin erheblich übersteigt (siehe Tabelle 1). Damit wird deutlich, die Trendwende bei der Geburtenentwicklung im Saarland reicht derzeit nicht aus, um den demografischen Wandel aufzuhalten. Zudem wird es mindestens 20 Jahre dauern, bis höhere Geburtenzahlen auf dem Arbeitsmarkt wirksam werden.

Die Abwanderung in andere Bundesländer verstärkt den demografischen Wandel

Auch Wanderungsbewegungen wirken sich auf die demografische Entwicklung aus. Sie sind altersselektiv[2], das heißt besonders Menschen im jüngeren oder mittleren Erwachsenenalter verlegen häufiger ihren Lebensmittelpunkt sowohl über nationalstaatliche Grenzen (Außenwanderung) als auch über die Grenzen von Bundesländern (Binnenwanderungen) hinweg. Zu den Ursachen zählen neben familiären Gründen die Aufnahme einer Ausbildung oder Erwerbsarbeit. Die Wanderungsverluste in Abwanderungs-

regionen betreffen daher insbesondere die Bevölkerung im jüngeren sowie mittleren Alter und tragen daher zur demografisch bedingten Alterung bei.

Das Saarland verliert, bedingt durch den Strukturwandel seit den 1960er Jahren, Menschen an andere Bundesländer. Die Nettoverluste an andere Bundesländer betragen seit 2005 jährlich rund 2.100 Personen. Mit einem Minus von 2.200 im Jahr 2017 bleiben die Binnenwanderungsverluste auch aktuell auf einem hohen Niveau (siehe Tabelle 1).[3] Diese langfristige Entwicklung ist ausschlaggebend dafür, dass der demografische Wandel im Saarland im bundesweiten Vergleich früher eingesetzt hat und stärker ausgeprägt ist.

Zuwanderung aus dem Ausland hat sich abgeschwächt

Getrieben durch die starke Zuwanderung aus dem Ausland konnte in den vergangenen Jahren der Bevölkerungsrückgang im Saarland gebremst werden. In den Jahren 2015 und 2016 verzeichnete das Land sogar eine Bevölkerungszunahme. Dieser Trend hat sich mittlerweile jedoch erheblich abgeschwächt. Im Jahr 2017 ergab die Nettozuwanderung aus dem Ausland ein Plus von 4.900 Personen und ist damit im Vergleich zum Vorjahr um die Hälfte gesunken, weil inzwischen erheblich weniger geflüchtete Menschen ins Land kommen. Aber auch die Nettozuwanderung aus Ländern der EU hat deutlich nachgelassen.

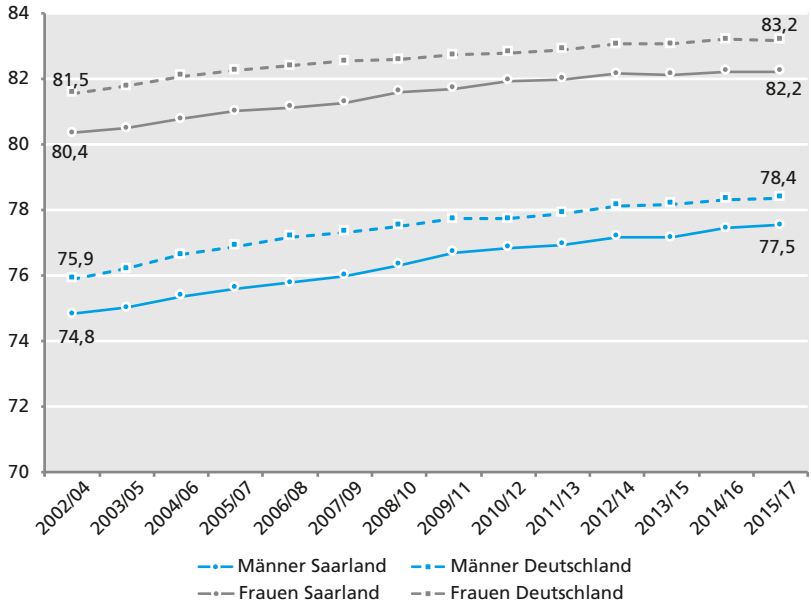
Die Lebenserwartung ist stark angestiegen

Eine weitere wichtige Komponente des demografischen Wandels ist die steigende Lebenserwartung. Seit den 1970er Jahren hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung bundesweit um etwa 2,5 Jahre pro Dekade erhöht.[4] Während bis Mitte des vergangenen Jahrhunderts insbesondere ein Rückgang der Säuglingssterblichkeit für den Anstieg der Lebenserwartung sorgte, ist dies danach vor allem auf ein Sinken der Sterblichkeit im höheren Alter zurückzuführen. Ein wichtiger Faktor hierfür ist die Verbesserung der sozialen Lage. Auch wenn sich bei den Frauen der Anstieg mittlerweile abflacht, ist ein Ende dieses Trends nicht absehbar.[5] Im Saarland stieg die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt seit 2002 von Frauen um 1,7 auf 82,2 Jahre und die der Männer um 2,7 auf 77,5 Jahre (siehe Grafik 1). Zugenommen hat zugleich auch die „fernere Lebenserwartung“ ab dem Alter von 60 Jahren. In der Folge werden immer mehr Menschen 80 Jahre und älter.

Grafik 1

Lebenserwartung bei der Geburt

in Jahren



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2018

Arbeitskammer

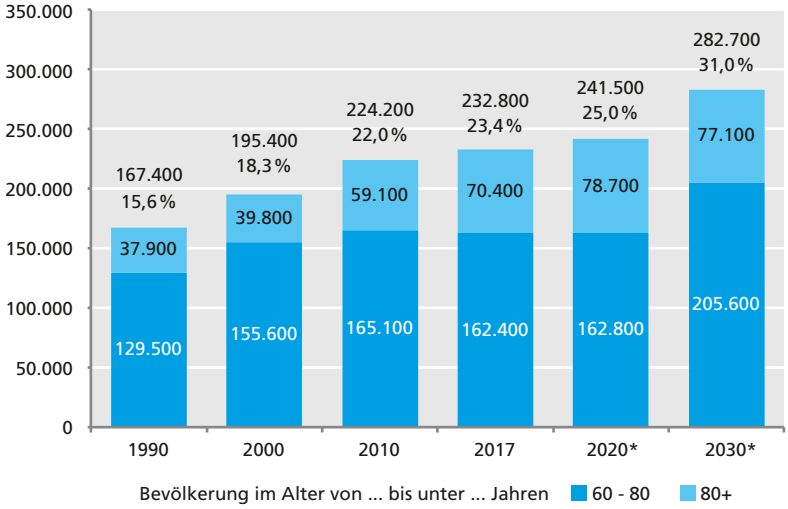
Der Altersaufbau verschiebt sich zunehmend in Richtung älterer und hochaltriger Menschen

Die saarländische Bevölkerung befindet sich aktuell bereits in einem fortgeschrittenen Prozess der demografischen Alterung. Im Ergebnis gibt es weniger junge und mehr ältere Menschen. So ist die Zahl der Bevölkerung im Alter von 60 Jahren und älter von 1990 bis 2017 von 167.000 auf 233.000 gestiegen und der Anteil der Bevölkerung dieser Bevölkerungsgruppe von 16 % auf 23 % gestiegen (siehe Grafik 2). Bis 2030 rechnet das Statistische Bundesamt im Saarland mit einem weiteren Anstieg des Anteils dieser Altersgruppe auf 31 % (13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 2).[6] Besonders die Zahl der Hochaltrigen hat bereits erheblich zugenommen. Gab es im Jahr 1990 noch 37.900 Menschen im Alter von 80 Jahren und älter, hat sich die Zahl dieser Altersgruppe bis 2017 mit 70.400 Personen nahezu verdoppelt. Sie wird gemäß 13. koordinierter Bevölkerungsvorausberechnung bis zum Jahr 2030 auf 77.100 steigen (+10 % gegenüber 2017).

Grafik 2

Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren im Saarland

Absolute Zahlen und Anteil an der Gesamtbevölkerung in %



* Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 2

Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Arbeitskammer

Die Bevölkerung im Erwerbsalter nimmt ab

Gleichzeitig trifft der demografische Wandel auch die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter: Sie schrumpft und altert im Saarland bereits seit Jahren. Dies hat erhebliche Auswirkungen auf das künftige Angebot an Arbeitskräften.[7] Die Pflege gerät damit auch auf der Angebotsseite unter Druck. Bei Pflegefachkräften besteht bereits heute im Saarland und in den meisten anderen Bundesländern ein Fachkräftemangel.[8] Die zuletzt etwas höher ausgefallene Zuwanderung aus dem Ausland kann diese Entwicklung lediglich etwas abbremsen. Im Jahr 2017 gehörten im Saarland 596.000 Menschen der Altersgruppe zwischen 20 und 64 Jahren an. Bei Berücksichtigung des steigenden Rentenalters wird die Zahl der dann 20- bis 66-Jährigen bis 2030 auf etwa 531.000 sinken.[9] Wenn keine Gegenmaßnahmen gefunden werden, ist deshalb bei den Pflegekräften mit einer wachsenden Lücke von Angebot und Nachfrage zu rechnen. Dies stellt auch eine strukturpolitische Herausforderung dar.

[1] Arbeitskammer des Saarlandes (2018): Bericht an die Regierung 2018. S. 38.

[2] Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015): Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf die Gesundheit und Gesundheitsversorgung in Deutschland. In: Gesundheit in Deutschland. Berlin, 2015. S. 437f .

[3] Die in den Jahren 2015 und 2016 deutlich höheren Nettowanderungsverluste in andere Bundesländer sind das Resultat einer höheren Binnenwanderung von Ausländern im Zusammenhang von Flucht und Asyl. Zudem gibt es in diesen beiden Jahren erhöhte Studienabsolventenzahlen aufgrund der doppelten Abiturjahrgänge in 2009. Wegen lukrativer Arbeitsangebote außerhalb des Saarlandes steigt in diesen Jahren auch die Zahl der Fortzüge in andere Bundesländer.

[4] Bogai, Dieter (2017): Der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte im Wohlfahrtsstaat. Berlin, 2017. S. 85.

[5] Ebd., S. 86.

[6] Vgl. Statistisches Amt Saarland (2015): Die Entwicklung der Bevölkerung im Saarland 2014 bis 2060. Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Statistische Berichte AI8 – unr. 2015. Variante 2.

[7] Arbeitskammer des Saarlandes (2018): Bericht an die Regierung 2018. S. 46f .

[8] Bundesagentur für Arbeit (2018): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. S.12.

[9] Eigene Berechnungen auf Basis der revidierten Daten der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes 2015 (V 2-A).

3.2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Die zunehmende Pflegebedürftigkeit in einer alternden Gesellschaft ist eine zentrale sozialpolitische Herausforderung. Der Großteil der Pflegebedürftigen wird derzeit auch im Saarland zu Hause versorgt, überwiegend alleine von den Angehörigen. In Zukunft wird der Bedarf an professioneller Pflege allerdings weiter steigen.

Wie im vorhergehenden Kapitel gezeigt, sind durch den demografischen Wandel die Zahl und der Anteil älterer Menschen in Deutschland und im Saarland bereits kräftig gestiegen; und sie werden in den kommenden Jahren weiter wachsen. Mit der alternden Bevölkerung hat auch die Pflegebedürftigkeit erheblich zugenommen. Mit einem weiteren kräftigen Anstieg ist zu rechnen. Dies ist eine der zentralen Herausforderungen für die Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstrukturen. Im Folgenden werden daher die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit im Saarland und der wichtigsten Einflussfaktoren untersucht.

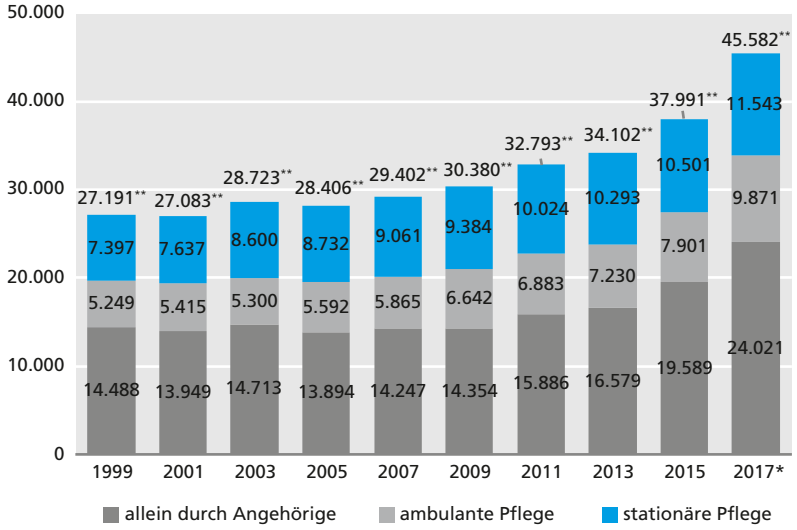
Zu den Pflegebedürftigen zählen Menschen, die Leistungen nach SGB XI erhalten. Pflegebedürftige sind Personen, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können und deshalb auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, der Hilfe durch andere bedürfen (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde zum 01.01.2017 mit dem Ziel der Gleichbehandlung von körperlich, kognitiv und psychisch beeinträchtigten Menschen erweitert. Anstelle der bis Ende 2016 geltenden Pflegestufen gibt es seit 2017 fünf Pflegegrade. Basis der folgenden Ausführung ist die seit 1999 vorliegende Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes, die ausschließlich die Entwicklung der Zahl der sozialrechtlich anerkannten Pflegebedürftigen abbildet.

Zahl der Pflegebedürftigen auf 45.600 gestiegen

Im Dezember 2017 waren laut Pflegestatistik im Saarland 45.600 Menschen pflegebedürftig. Damit ist die Zahl der Pflegebedürftigen um 7.600 (+20 %) gegenüber der Erhebung im Dezember 2015 erheblich gestiegen. Die starke Zunahme ist zum größten Teil auf die Einführung des neuen, weitergefassten Pflegebedürftigkeitsbegriffs zurückzuführen. Die Mehrheit (70 %) der Pflegebedürftigen war 75 Jahre und älter. Insgesamt waren knapp zwei Drittel (63 %) der Pflegebedürftigen Frauen.

Grafik 1

Pflegebedürftige im Saarland nach Versorgungsart



* Daten zur Vorerhebung nur bedingt vergleichbar (neuer Begriff der Pflegebedürftigkeit)

** Summe ohne teilstationäre Pflege

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik

Arbeitskammer

Demografisch bedingte Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen

Seit Einführung der Pflegestatistik ist durchgängig eine Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen zu beobachten. Vom Jahr 1999 mit 27.200 stieg sie im Saarland bis 2015 auf 38.000 (+40 %). Mit der Einführung des neuen, weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriffs Anfang 2017 wuchs die Zahl erheblich auf 45.600 Pflegebedürftige. Der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen im Saarland um insgesamt 68 % seit 1999 folgt weitgehend dem bundesweiten Trend (+69 %).

Die veränderte sozialrechtliche Anerkennung beeinflusst die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit maßgeblich, jedoch muss gleichzeitig festgehalten werden, dass die wachsende Zahl älterer Menschen eine wesentliche Ursache für den Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen ist.

Pflegebedürftige überwiegend zu Hause versorgt

Drei Viertel aller Pflegebedürftigen im Saarland (34.000 Personen) wurden 2017 zu Hause versorgt. Davon erhielten 24.000 Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld, das bedeutet, sie wurden zu Hause ausschließlich durch Angehörige gepflegt. Weitere 9.900 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten. Bei ihnen erfolgt die Pflege jedoch zum Teil oder vollständig durch 122 ambulante Pflegedienste. 11.500 Menschen oder ein Viertel der Pflegebedürftigen wurden in Pflegeheimen versorgt.

Die Versorgungsstrukturen haben eine zentrale Bedeutung für den Bedarf an professionellen Pflegekräften. Bei der Art der Versorgung von Pflegebedürftigen zeigen sich im Bundesgebiet erhebliche regionale Unterschiede. So schwankt der Anteil der in Heimen stationär versorgten Pflegebedürftigen zwischen 18 % in Brandenburg und 33 % in Schleswig-Holstein. Das Saarland liegt mit 25 % leicht über dem Bundesschnitt von 24 %. Der Anteil der ambulanten Pflege an der Saar ist mit 22 % niedriger als bundesweit mit 24 %. Die Schwankungsbreite liegt hier zwischen 19 % in Baden-Württemberg und 30 % in Hamburg. Der Anteil der ausschließlich durch Angehörige gepflegten Menschen ist im Saarland mit 53% etwas höher als bundesweit (52 %). In Baden-Württemberg ist hier der Anteil mit 57 % am höchsten und in Schleswig-Holstein mit 44 % am niedrigsten.

Anders als in skandinavischen Ländern beruht das Pflegesystem in Deutschland auf dem Prinzip der Subsidiarität. Pflege wird demnach noch immer

Grafik 2

Pflegebedürftige im Saarland 2017* nach Versorgungsart

45.600 Pflegebedürftige insgesamt					
Pflegegrad	I	II	III	IV	V
	1,8 %	46,1 %	29,7 %	16,1 %	6,2 %
zu Hause versorgt: 34.000 Personen (74,6 %)				in Heimen versorgt: 11.500 Personen (25,3 %)	
allein durch Angehörige: 24.000 Pflegebedürftige (52,7 %)		ambulante Pflegedienste: 9.900 Pflegebedürftige (21,7%)			
		durch 122 ambulante Pflegedienste mit 3.900 Beschäftigten		in 180 Pflegeheimen mit 10.700 Beschäftigten	

* zum Jahresende

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2017 Arbeitskammer

in die Familie verwiesen.[1] Dabei werden die anfallenden Arbeiten überwiegend privat erbracht. Rund 63 Stunden pro Woche wendet ein durchschnittlicher Pflegehaushalt auf, wobei nur rund 10 % durch professionelle Dienstleister abgedeckt werden.[2]

Frauen häufiger pflegebedürftig

Im Jahr 2017 waren 28.800 Frauen und 16.800 Männer pflegebedürftig. Mit einem Anteil von knapp zwei Drittel spielen Frauen hinsichtlich des Pflegebedarfs eine deutlich größere Rolle als Männer. Hierfür sind verschiedene Gründe ausschlaggebend: Häufig überleben Frauen ihren meist älteren Ehe- oder Lebenspartner, so dass sie zwar seine Pflege übernehmen können, selbst jedoch später auf professionelle Pflegehilfe angewiesen sind. Zudem werden Frauen im Schnitt älter als Männer. Somit sind die höheren Altersgruppen mit hohem Pflegerisiko stärker weiblich besetzt.

Im Saarland höheres Pflegerisiko

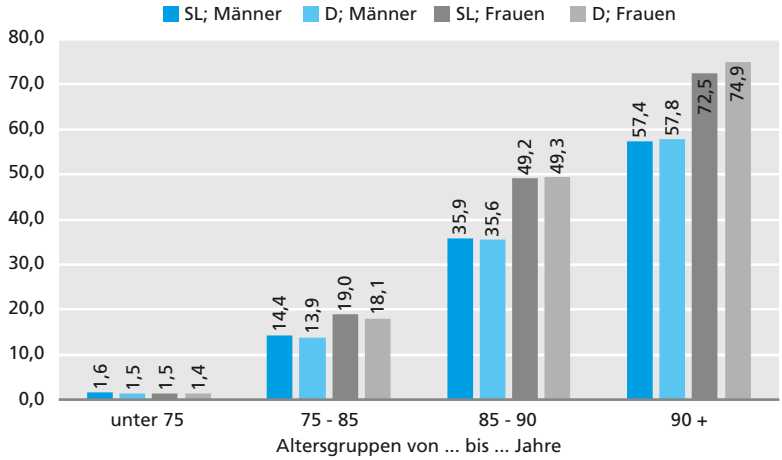
Neben der Alterung ist die Zahl der Pflegebedürftigen vom individuellen Risiko, pflegebedürftig zu werden, abhängig. Die Pflegeprävalenz beziehungsweise das Pflegerisiko drückt das Verhältnis der pflegebedürftigen Menschen zur gesamten Einwohnerzahl aus. Das alters- und geschlechtsspezifische Pflegerisiko misst den prozentualen Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung im jeweiligen Alter und Geschlecht. Das Pflegerisiko, bezogen auf die saarländische Gesamtbevölkerung, liegt mit 4,6 % auffallend höher als der entsprechende Wert der Gesamtbevölkerung in Deutschland (4,1 %). Ein entscheidender Faktor hierfür ist die vergleichsweise ältere Bevölkerung im Saarland. Bei diesem Indikator gibt es zwischen den Bundesländern größere Unterschiede. So variiert die Pflegequote bezogen auf die Gesamtbevölkerung im Jahr 2017 zwischen 3,1 % in Bayern und 5,7 % in Mecklenburg-Vorpommern.

Generell zeigen sich starke Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Außerdem wird deutlich, dass das Pflegerisiko höherer Altersgruppen erheblich ansteigt: Im Alter von 90 Jahren und älter sind mehr als jeder zweite Mann und nahezu drei Viertel der Frauen pflegebedürftig. Ein Vergleich des altersspezifischen Pflegerisikos im Saarland mit Deutschland insgesamt zeigt in der Altersgruppe der 75- bis unter 85-Jährigen sowohl bei Männern als auch bei den Frauen leicht höhere Anteile im Saarland. Bei über 90-Jährigen dagegen weist das Saarland etwas niedrigere Anteile auf.

Grafik 3

Pflegequoten* 2017 im Saarland und in Deutschland

nach Alter und Geschlecht in %



* Daten zur Vorerhebung nur bedingt vergleichbar (neuer Begriff der Pflegebedürftigkeit)

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2017

Arbeitskammer

Wachsender Bedarf bei der pflegerischen Versorgung auch in der Zukunft

- Der demografische Wandel mit der Alterung der Bevölkerung sowie der deutlichen Zunahme hochaltriger Bevölkerungsgruppen hat erhebliche Auswirkungen auf die zu erwartende Zahl der Pflegebedürftigen. Auch die quantitativen Verhältnisse der Generationen verschieben sich deutlich: Die Generation der Babyboomer, die Geburtsjahrgänge 1959 bis 1968, ist zahlenmäßig groß genug, um heute als Pflegekräfte oder pflegende Angehörige für ihre hochbetagten Eltern zu sorgen. Wenn die Babyboomer jedoch selbst ein Alter erreichen, in dem sie zunehmend pflegebedürftig werden, werden in der nachwachsenden Generation deutlich weniger Erwachsene für diese Aufgabe zur Verfügung stehen.[3]

- Der künftige Bedarf an Pflegekräften wird neben der Alterung maßgeblich durch den Gesundheitszustand der Betroffenen und dem damit verbundenen altersspezifischen Pflegerisiko bestimmt. Es gibt Annahmen, dass mit steigender Lebenserwartung auch die gesunden Lebensjahre Hochaltriger zunehmen und sich die Pflegebedürftigkeit auf eine kleine Zeitspanne am Lebensende komprimiert. Damit würden die Pflegebedürftigen nicht im gleichen Maße wie die Zahl der Hochaltrigen steigen.[4] Dies würde sich in sinkenden Pflegequoten zeigen. Ob diese

Entwicklung tatsächlich eintritt, erscheint allerdings unsicher. Vorausberechnungen des Pflegebedarfs differieren deshalb in ihren Annahmen.[5]

- Problematisch ist zudem, dass Prognosen meist auf Basis der Pflegestatistik erfolgen und damit nur die Entwicklung der sozialrechtlich anerkannten Pflegebedürftigen vorausberechnen. Diese decken aber nicht den gesamten Pflege- und Hilfebedarf ab und sind zudem von pflegepolitischen Entscheidungen abhängig, die den Kreis der Anspruchsberechtigten verändern können.[6] Die häufig zitierte Vorausberechnung der Statistischen Ämter vom Jahr 2010,[7] die bis 2030 einen Anstieg der Pflegebedürftigen in Deutschland auf 3,4 Millionen und für das Saarland auf 40.000 voraussagen, dürfen angesichts der aktuellen Zahlen als überholt gelten. Neuere Berechnungen für die Entwicklung in den Ländern sind daher dringend erforderlich.

- Wichtig erscheint dabei auch ein weiterer Aspekt: Heute wird ein großer Teil (75 % im Saarland) der Pflegeleistungen zu Hause von Angehörigen, Nachbarn, Freunden und Ehrenamtlichen erbracht. Der größte Teil davon ohne Unterstützung durch Pflegedienste. Dies wird sich bedingt durch die demografische Entwicklung, die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen, längere Lebensarbeitszeiten und zunehmende Entfernung vom Wohnort der Eltern grundlegend verändern und zu einem weiter ansteigenden Bedarf an Pflegekräften führen.[8] Alle Zukunftsszenarien gehen daher von einem erheblich ansteigenden Bedarf an Pflegepersonal aus, der das heutige Angebot an Pflegekräften deutlich übersteigt.

---

1 Schildmann, Claudia; Voss Dorothea: Aufwertung von sozialen Dienstleistungen. Hans-Böckler-Stiftung, Forschungsförderung Report Nr. 4 (2018), S. 3.

2 Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine; Nock, Lukas: Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Study der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 363. Düsseldorf 2017.

3 Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf die Gesundheit und Gesundheitsversorgung in Deutschland. In: Gesundheit in Deutschland. Berlin 2015, S. 444.

4 Bogai, Dieter: Der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte im Wohlfahrtsstaat. Berlin 2017. S. 222.

5 A.a.O.: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015), S. 444.

6 Ebd., S.144.

7 Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Heft 2. Wiesbaden 2010.

8 Ebd., S.145.

3.3 Der Arbeitsmarkt im Pflegebereich

3.3.1 Positive Beschäftigungsentwicklung nicht ausreichend

Trotz steigender Beschäftigung war die Entwicklung der Zahl der Pflegekräfte in den verschiedenen Pflegebereichen nicht ausreichend. Im Pflegedienst der Krankenhäuser konnte der Stellenabbau seit Mitte der 1990er Jahre noch nicht wieder ausgeglichen werden. Auch wenn heute noch die Krankenpflege dominiert, zeigt sich eine Strukturverschiebung in Richtung Altenpflege. Insbesondere in der ambulanten Altenpflege ist die Zahl der Pflegekräfte im Saarland deutlich weniger gestiegen als bundesweit. Die überproportionale Ausweitung der Teilzeitarbeit ist auch die Folge hoher Belastungen. Als besonders prekäre Beschäftigungsgruppe sind osteuropäische Hilfskräfte in Pflegehaushalten zu sehen, deren Zahl nur geschätzt werden kann. In diesem Graubereich sind entsprechende Beratungsangebote dringend erforderlich.

Die Versorgung der künftig stark zunehmenden Zahl der Pflegebedürftigen ist eine der zentralen sozialpolitischen Herausforderungen. Die Analyse des Angebots an Arbeitskräften im Pflegesektor steht deshalb in diesem Kapitel im Zentrum. Untersucht wird die bisherige Entwicklung der Gesamtbeschäftigung nach Qualifikation und anderen Strukturmerkmalen. Um unterschiedliche Entwicklungen und ihre Einflussfaktoren darzustellen, werden verschiedene Datengrundlagen herangezogen: Das ist zum einen die Pflegestatistik, die seit 1999 alle zwei Jahre Angaben zum Personal in Pflegeeinrichtungen liefert. Zur Analyse der Beschäftigungsentwicklung in den Krankenhäusern wird die Krankenhausstatistik ausgewertet. Als weitere Quelle dient die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, für eine differenzierte Betrachtung der Beschäftigung nach Qualifikation und Beschäftigungsformen.

Ambulante und stationäre Altenpflege: Ambulante Versorgung im Rückstand

Seit der Einführung der Pflegeversicherung ist im Saarland die Beschäftigtenzahl in der Altenpflege von 7.700 im Jahr 1999 kontinuierlich auf 14.600 Personen im Jahr 2017 und damit um rund 90 % gestiegen (in Deutschland um 85 %). In Pflegeheimen arbeiteten davon 10.700 Personen (+98 % seit 1999).[1] 3.900 Personen waren in der ambulanten Versorgung beschäftigt, 69 % mehr als im Jahr 1999. Trotz dieses Anstiegs bleibt die Personalentwicklung im ambulanten Bereich deutlich hinter der bundesweiten Entwicklung zurück (+112 %). Hieraus ergibt sich: Die ambulanten Pflegedienste

im Saarland betreuen vergleichsweise mehr Pflegebedürftige mit einem ungünstigeren Personalschlüssel. Während ein standardisierter „Musterpflegedienst“ mit 20 Vollkräften bundesweit im Durchschnitt 62 Pflegebedürftige versorgt, sind es im Saarland 80 Pflegebedürftige pro 20 Vollkräfte (näheres siehe im Kapitel I.3.5 Angebotsstrukturen).

Im Pflegesektor wird im großen Umfang Teilzeit gearbeitet. Von 1999 bis 2017 hat sich der Beschäftigungsanteil deutlich in Richtung Teilzeit verschoben. So ging der Anteil der Beschäftigten in Vollzeit im Bereich der Pflegeheime von 56 % auf 43 % und im Bereich der ambulanten Pflege von 30 % auf 27 % zurück.

Eine zentrale Größe im Bereich der Pflege ist die Zahl der Fachkräfte. Der Anteil der examinierten Alten-, Kranken- und Kinderpflegefachkräfte lag 2015 im Saarland bei 33,8 %. Der Anteil der ausgebildeten Pflegehilfskräfte lag bei 9,1 %. 9,8 % (1.326 Beschäftigte) verfügten über keinen Ausbildungsabschluss. Auffällig ist die hohe Zahl der Beschäftigten mit fachfremden oder fachnahen Berufsabschlüssen.

Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser nicht wieder aufgeholt

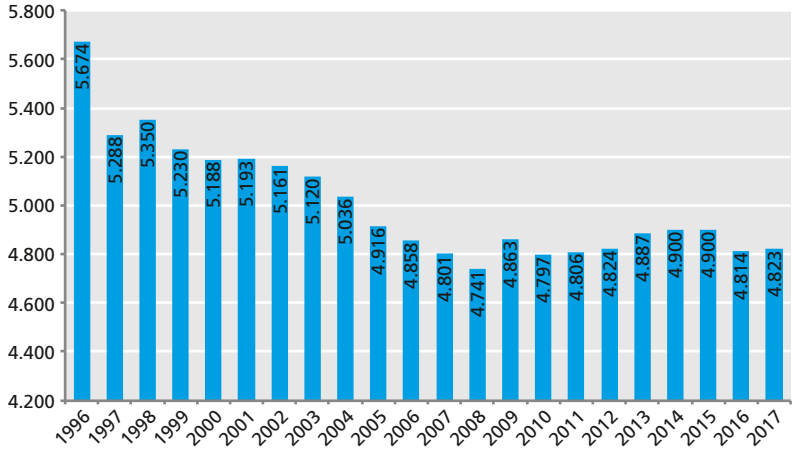
In den Krankenhäusern im Saarland waren im Jahr 2017 nach Angaben der Krankenhausstatistik im Pflegedienst rund 4.800 sogenannte Vollkräfte (Vollzeitäquivalente) beschäftigt. Diese Zahl liegt deutlich unter dem Wert des Jahres 1996 (siehe Grafik 1). Von 1997 bis 2007 wurden mehr als 900 Stellen abgebaut. Die Gründe für den bundesweit erfolgten Stellenabbau im Bereich Pflegedienst liegen vor allem in mehrfachen Budgetkürzungen seit den 1990er Jahren und der Einführung des Fallpauschalensystems (DRG) 2004.[2]

Der Personalabbau erfolgte, obwohl die Anforderungen in der Pflege zunehmend steigen. Das gilt für die Zahl der Behandlungsfälle und den steigenden Anteil älterer, oft multimorbider und damit pflegebedürftigeren Patienten (vgl. auch folgende Kapitel). Die Unterbesetzung in den Krankenhäusern ist bereits seit Jahren Gegenstand der öffentlichen und gesundheitspolitischen Debatte. Die politischen Maßnahmen, wie das Pflegeförderprogramm von 2009, haben zwar den Rückgang gestoppt, aber zu keinen wesentlichen Zuwächsen der Beschäftigung im Pflegedienst geführt. Deshalb findet aktuell erneut eine Diskussion über eine bedarfsgerechte Personalbesetzung und -bemessung statt.[3]

Grafik 1

Beschäftigte im Pflegedienst der Krankenhäuser im Saarland

Vollkräfte



Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik

Arbeitskammer

Ergebnisse der Beschäftigungsstatistik

Die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit ermöglicht die Darstellung von Strukturmerkmalen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Wirtschaftszweigen sowie nach Berufen mit beruflichem Anforderungsniveau. Die nachfolgende Betrachtung beschränkt sich auf vier Pflegeberufe und bildet damit nicht die Gesamtheit der Beschäftigten im Pflegesektor ab.[4] Sofern kein anderer Zeitpunkt angegeben ist, beziehen sich die folgenden Angaben auf den Stichtag Juni 2018.

Rein quantitativ dominiert die Krankenpflege

Mitte 2018 waren in den verschiedenen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern im Saarland insgesamt rund 18.000 Pflegekräfte sozialversicherungspflichtig beschäftigt, davon rund 11.400 (63,4 %) in der Krankenpflege und 6.600 (36,6 %) in der Altenpflege. Betrachtet man die Einsatzgebiete der Pflegekräfte (Sektoren), so arbeitete die Hälfte von ihnen in Krankenhäusern, die damit den größten Beschäftigungssektor in der Pflege bilden. In Pflegeheimen war mit 6.600 Pflegekräften (36,8 %) rund ein Viertel weniger beschäftigt, die ambulante Pflege war mit 2.300 Pflegebeschäftigten der kleinste Pflegesektor.

In der Mehrheit examinierte Pflegekräfte

Einen weiteren Einblick über die Strukturen in der Pflege liefert die Betrachtung nach Berufsgruppen: Berufsübergreifend waren Pflegekräfte zu knapp drei Vierteln (73,4 %) Fachkräfte mit dreijähriger Ausbildung oder einer vergleichbaren Qualifikation und entsprechenden Fachkenntnissen und Fertigkeiten. Helferinnen führen dagegen einfache, wenig komplexe (Routine-)Tätigkeiten aus – ohne formalen beruflichen Bildungsabschluss oder mit einer einjährigen geregelten Berufsausbildung. In der Krankenpflege wird die Beschäftigtenstruktur sehr deutlich von Fachkräften dominiert, während das Verhältnis zwischen Fachkräften und Helferinnen in der Altenpflege ausgeglichen ist. Nach Sektoren weisen Krankenhäuser den höchsten Anteil an Fachkräften auf (92,2 %), gefolgt von der ambulanten Pflege (70,1 %) und Pflegeheimen (49,2 %).

Tabelle 1

Entwicklung der Pflegebeschäftigung im Saarland nach Berufen

Pflegesektor / Pflegeberuf	30. Juni						2013–2018	
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	absolut	in %
Insgesamt	**15.478**	**16.197**	**16.505**	**17.087**	**17.789**	**18.029**	**2.551**	**16,5**
Fachkräfte Krankenpflege	9.450	9.643	9.651	9.795	9.935	9.952	502	5,3
Helfer Krankenpflege	1.391	1.431	1.387	1.411	1.478	1.464	73	5,2
Fachkräfte Altenpflege	2.404	2.678	2.809	2.961	3.167	3.289	885	36,8
Helfer Altenpflege	2.233	2.445	2.658	2.920	3.209	3.324	1.091	48,9
dar.: Krankenhaus	**8.678**	**8.816**	**8.748**	**8.784**	**8.920**	**9.037**	**359**	**4,1**
Fachkräfte Krankenpflege	7.928	8.052	8.011	8.039	8.163	8.212	284	3,6
Helfer Krankenpflege	637	644	617	620	621	665	28	4,4
Fachkräfte Altenpflege	77	84	82	91	99	116	39	50,6
Helfer Altenpflege	36	36	38	34	37	44	8	22,2
dar.: Pflegeheime	**5.233**	**5.616**	**5.806**	**6.176**	**6.530**	**6.635**	**1.402**	**26,8**
Fachkräfte Krankenpflege	702	712	705	795	808	821	119	17,0
Helfer Krankenpflege	553	553	487	497	509	520	-33	-6,0
Fachkräfte Altenpflege	1.975	2.162	2.239	2.292	2.399	2.440	465	23,5
Helfer Altenpflege	2.003	2.189	2.375	2.592	2.814	2.854	851	42,5
dar.: Ambulante Dienste	**1.567**	**1.765**	**1.951**	**2.127**	**2.339**	**2.357**	**790**	**50,4**
Fachkräfte Krankenpflege	820	879	935	961	964	919	99	12,1
Helfer Krankenpflege	201	234	283	294	348	279	78	38,8
Fachkräfte Altenpflege	352	432	488	578	669	733	381	108,2
Helfer Altenpflege	194	220	245	294	358	426	232	119,6
Gesamtbeschäftigung	**369.721**	**372.592**	**377.088**	**379.591**	**384.202**	**389.131**	**19.410**	**5,2**

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit — Arbeitskammer

Hoher Beschäftigtenzuwachs in der ambulanten Altenpflege

Nicht zuletzt demografisch bedingt hat die Nachfrage nach Pflegekräften erheblich zugenommen. Mit einem Plus von 16,5 % gegenüber 2013 stieg die Zahl der Pflegebeschäftigten insgesamt rund drei Mal stärker als die Gesamtbeschäftigung (+5,2 %). Die überdurchschnittliche Beschäftigungsentwicklung geht dabei in erster Linie auf das überproportional starke Wachstum in der Altenpflege zurück, während sich die Entwicklung in der Krankenpflege im Mittel der Gesamtbeschäftigung bewegt. Analog zur Pflegestatistik wuchs der Bereich der ambulanten Pflege besonders stark. Sowohl die Zahl der Fachkräfte als auch die der Helferinnen hat sich in der Altenpflege im Vergleich zu 2013 mehr als verdoppelt.

Strukturmerkmale der Pflegebeschäftigten

Pflegeberufe verfügen gegenüber anderen Berufen über besondere Strukturmerkmale.[5] Sie gelten zunächst als besondere Frauendomäne, was sich in einem nahezu doppelt so hohen Beschäftigungsanteil von Frauen (80,9 %) im Vergleich zur Gesamtwirtschaft (45,4 %) niederschlägt. Am niedrigsten fällt er bei Fachkräften in der Krankenpflege aus, wo „nur“ rund 79 % der Beschäftigten Frauen sind.

Teilzeitbeschäftigung spielt eine wichtige Rolle

Mit dem hohen Frauenanteil geht ein überdurchschnittlicher Anteil an Teilzeitbeschäftigung (37,9 %) in den Pflegeberufen insgesamt einher (Gesamtbeschäftigung: 26,8 %). Werden nur die Frauen betrachtet, steigt die Teilzeitquote sogar auf 44 % (Gesamtwirtschaft: 48 %). In den Berufen der Krankenpflege hat sich die Teilzeitbeschäftigung mit +7,7 % damit gegenüber 2013 dynamischer entwickelt als die Gesamtbeschäftigung, in der Altenpflege stieg sie sogar um +35,5 % (insgesamt 42,6 %).

Die Gründe für Teilzeitarbeit sind vielfältig:

- Laut einer Studie des Instituts für Arbeit und Technik (IAT) spielen die Arbeitsbedingungen und -belastungen in der Pflege wie in keinem anderen Berufsfeld eine zentrale Rolle. Ihr zufolge empfinden zwei von fünf teilzeitbeschäftigten Pflegekräften (41 %) eine Vollzeitbeschäftigung als zu stressig oder zu belastend und 12 % nannten Gesundheitsprobleme als Grund für die Reduzierung der Arbeitszeit.[6]

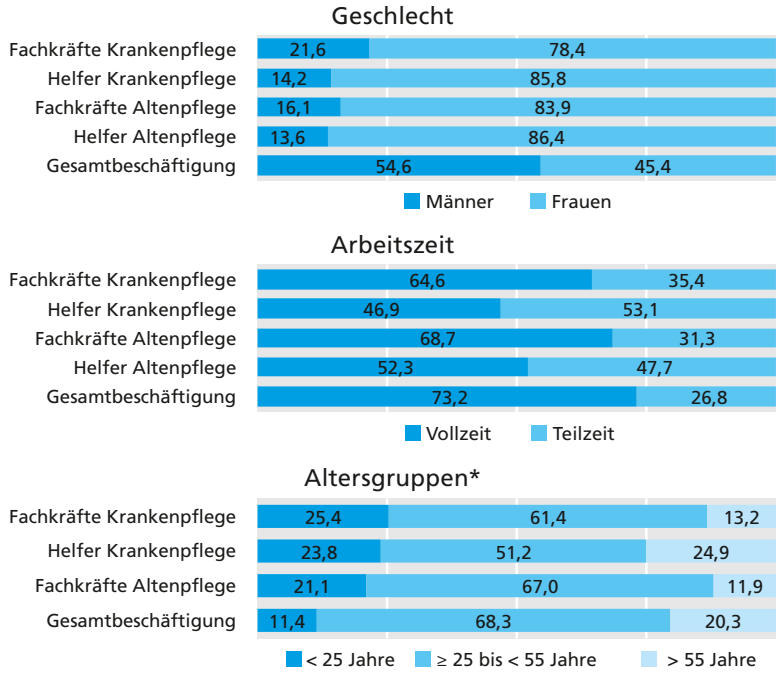
- Nach einer Sonderauswertung des Mikrozensus geben in Westdeutschland außerdem persönliche und familiäre Gründe häufig den Ausschlag für kürzere Arbeitszeiten. Unfreiwillige Teilzeit aufgrund fehlender Vollzeitstellen spielt dagegen nur eine untergeordnete Rolle.[7]

Bei der Altersstruktur sind bei allen Pflegeberufen vor allem die höheren Anteile jüngerer Beschäftigter bis 25 Jahre auffällig sowie die geringeren Anteile älterer Beschäftigter ab 55 Jahren bei den Fachkräften. Die Zahlen deuten zum einen darauf hin, dass Pflegeberufe – insbesondere für junge Frauen – eine attraktive Ausbildungsperspektive bieten. Zum anderen zeigen sie, dass die hohen Belastungen der Pflegetätigkeit womöglich zu einem früheren Ausscheiden aus dem Beruf führen.

Grafik 2

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (einschl. Auszubildende) in der Pflege nach Geschlecht, Arbeitszeit und Alter im Saarland in %

30.6.2018



* Altersgruppen für Helfer in der Altenpflege nicht ausweisbar

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Arbeitskammer

Minijobs: Nur geringe Bedeutung

Atypische und prekäre Beschäftigung sind auch in der Pflege ein Thema, mit zum Teil branchenspezifischen Besonderheiten. Ein wesentliches Element im Hinblick auf diese Beschäftigungsformen ist der Umfang der Arbeitszeit, da er entscheidend für das erzielte Einkommen ist.

- Laut Beschäftigungsstatistik gab es im Saarland im Juni 2018 rund 1.200 Minijobberinnen in den Pflegeberufen, die rund 18.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigen gegenüberstanden. Damit ist das Verhältnis deutlich geringer ausgeprägt als in anderen frauendominierten Bereichen. Vor allem durch die fehlende soziale Absicherung handelt es sich aus Arbeitnehmerperspektive hierbei nicht um eine reguläre Beschäftigung, sondern nur um eine Möglichkeit des Zuverdiensts.

- Die meisten Minijobs (700 Personen; 59 %) entfallen auf ambulante Dienste. Dies ist der Umstellung des Pflegestufensystems auf Pflegegrade geschuldet, die hier trotz auftretender Probleme in der Praxis zu einer gewissen Ausweitung hauswirtschaftlicher Hilfskräfte geführt hat. In Pflegeheimen waren 260 Personen geringfügig beschäftigt. Gegenüber 2013 hat ihre Zahl hier deutlich um 130 Personen (-33,2 %) abgenommen. Angestiegen ist die Zahl dagegen in Krankenhäusern, die 2018 mit 220 Personen (+27,3 %) fast so viele Pflegebeschäftigte in Minijobs zählten wie die Pflegeheime.

Tabelle 2

Entwicklung der geringfügig entlohnten Beschäftigten in der Pflege im Saarland

	30. Juni						2013-2018	
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	absolut	in %
Fachkräfte Krankenpflege	439	405	432	457	462	440	1	0,2
Helfer Krankenpflege	363	351	297	251	296	287	-76	-20,9
Fachkräfte Altenpflege	166	153	159	167	152	162	-4	-2,4
Helfer Altenpflege	362	321	291	271	298	293	-69	-19,1
Gesamtbeschäftigung	**98.293**	**99.055**	**96.829**	**96.842**	**96.805**	**96.027**	**-2.266**	**-2,3**

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit — Arbeitskammer

Zeitarbeit in der Pflege weniger prekär und zahlenmäßig (noch) unbedeutend

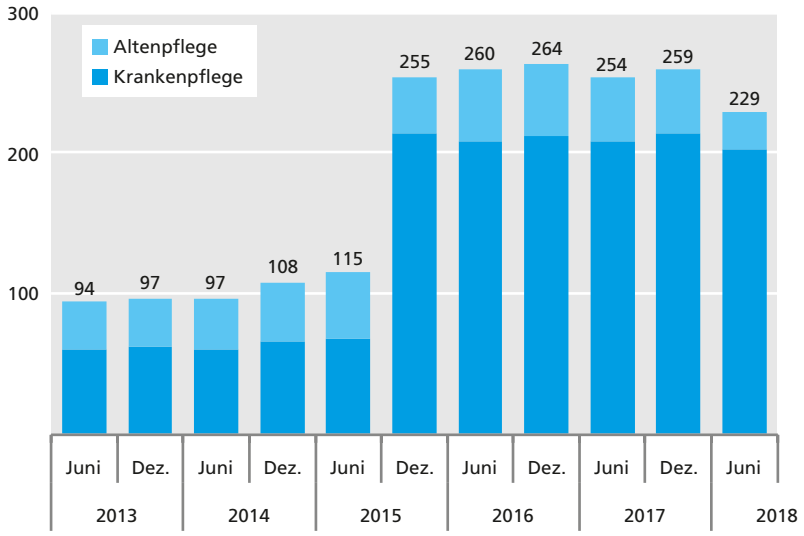
Zeitarbeit in der Pflege unterscheidet sich von anderen Branchen. Mit der Kompensation von Auftragsspitzen und der Aufrechterhaltung der Versorgung bei zu geringer Personalausstattung ist der Anlass für den Einsatz von Zeitarbeit vergleichbar. Aber während in der Industrie vor allem Geringqualifizierte Arbeitnehmer auf Helferniveau nachgefragt werden, sind es in der Pflege in der Regel qualifizierte, teilweise auch spezialisierte Fachkräfte, die das Feld dominieren.[8]

Daher erzielen Pflegekräfte in der Zeitarbeit von Beginn an ein vergleichbares, mitunter auch ein höheres Einkommen als regulär Beschäftigte und müssen keine Verdienstabstriche in Kauf nehmen. Laut Arbeitnehmerüberlassungsgesetz gilt der Equal-Pay-Grundsatz für Leiharbeitnehmer ansonsten erst ab einer Einsatzdauer von über zehn Monaten.

Für Beschäftigte ist darüber hinaus besonders attraktiv, dass sie im Vergleich zu ihren direkt in Krankenhäusern angestellten Kolleginnen weniger den organisatorisch-institutionellen Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind, wodurch sich ihre Arbeitsbedingungen insgesamt günstiger darstellen: Sie ha-

Grafik 3

Leiharbeitnehmer in Berufen der Kranken- und Altenpflege



Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Arbeitskammer

ben mehr Einfluss auf ihre Wunscharbeitszeiten, müssen keine kurzfristigen Überstunden leisten und können auch über ihren Einsatzort mitbestimmen. Mittlerweile werben bereits verschiedene Plattformen und spezialisierte Verleihbetriebe mit diesen Vorzügen aktiv um Beschäftigte.

Im Saarland spielt Leiharbeit in der Pflege noch keine besonders große Rolle. Zuletzt waren saarlandweit 230 Leiharbeitnehmerinnen in der Pflege beschäftigt. Ende 2015 ist ihre Zahl sprunghaft von 115 auf 255 Personen angestiegen, was allein dem Universitätsklinikum des Saarlandes (UKS) in Homburg geschuldet war, das zu der Zeit einen äußerst hohen Krankenstand verkraften musste. Angesichts des akuten Personalmangels konnte die Besetzung der Dienste nur über Leiharbeit und Freelancer gesichert werden. Aufgrund des derzeitigen Personalbedarfs aller saarländischen Krankenhäuser[9] dürfte Leiharbeit in diesem Bereich perspektivisch zunehmen, zumal die Zahl der Leiharbeitnehmerinnen nach dem Anstieg 2015 nicht wieder zurückgegangen ist. Von dem derzeitigen Mangel an Pflegekräften sind Verleih- und Entleihbetriebe allerdings gleichermaßen betroffen. Hieraus könnten sich andererseits insgesamt Chancen für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege ergeben.

Wanderarbeit: Ein Wachstumsmarkt im Graubereich

Im Saarland wurden im Jahr 2017 drei Viertel aller Pflegebedürftigen (34.000 Personen) zu Hause versorgt, davon 24.000 allein durch Angehörige (siehe Kapitel I.3.2). Wem es allerdings nicht möglich ist, selbst seine Angehörigen zu pflegen und wer die teuren Heimkosten nicht zahlen kann, greift häufig auf osteuropäische Betreuungskräfte zurück, um zu Hause eine 24-Stunden-Betreuung sicherzustellen (sogenannte „Live-ins“).

Umfang der Wanderarbeit in der Pflege nicht unerheblich

Schätzungen der Gewerkschaft ver.di (2014) gehen davon aus, dass in deutschen Pflegehaushalten rund 115.000 bis 300.000 Migrantinnen beschäftigt sind.[10] Eine Untersuchung des iso-Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft[11] brachte im Rahmen einer bundesweiten Befragung von 1.024 Pflegehaushalten (zwischen November 2015 bis 2016) folgenden Befund: Hochgerechnet auf die Gesamtheit der Pflegehaushalte dürften in Deutschland 8 % der Pflegehaushalte, das sind etwa 163.000 Pflegehaushalte, eine Hilfskraft beschäftigen, die in der Regel aus dem Ausland stammt und im Pflegehaushalt lebt. Auf dieser Basis lässt sich für das Saarland mit seinen 34.000 Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, schätzen, dass bis zu 2.700 Pflegehaushalte auf eine solche Hilfskraft zurückgreifen.

Sparmodell nur für einkommensstärkere Haushalte

In der iso-Befragung wurden für die Haushalte, die eine im Haushalt wohnende Hilfskraft beschäftigt haben, im Durchschnitt circa 1.800 Euro an finanziellen Kosten für diese Versorgungsform angegeben (Entlohnung, Unterkunft, Verpflegung und weitere Nebenkosten).

Dies ist als Alternative zur Heimunterbringung vergleichsweise günstig, allerdings werden die Kosten nicht durch die Pflegeversicherung übernommen, sondern müssen von den Pflegehaushalten privat aufgebracht werden. Allein mit dem Bezug von Pflegegeld lassen sich diese Kosten nur teilweise kompensieren.

Die Befragungsergebnisse besagen denn auch, dass eine im Haushalt lebende Hilfskraft vor allem von einkommensstärkeren Haushalten, in denen ein hoher Pflegebedarf besteht, genutzt wird.[12] Haushalte mit geringem Einkommen und ohne Vermögen, das für eine solche Versorgung aufgezehrt werden kann, können sich die Beschäftigung einer Hilfskraft kaum über längere Zeit leisten.

Einsatzmodelle arbeitsrechtlich häufig fraglich

Ein Blick auf die vertraglichen Arbeitsbedingungen zeigt ganz unterschiedliche Einsatzmodelle, mit entsprechend unterschiedlichen Kosten: reguläre sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, Schwarzarbeit oder (im Rahmen des Entsendegesetzes) die Entsendung einer Pflegekraft durch einen osteuropäischen Pflegedienst, der mit einem Haushalt in Deutschland einen Vertrag abschließt. Faktisch handelt es sich zumeist, angesichts der direkten Arbeitsanweisungen durch die Privathaushalte und nicht durch die ausländische Entsendefirma, um illegale Arbeitnehmerüberlassung.[13]

Bei der vertraglichen Ausgestaltung der Einsatzmodelle kommen oftmals Vermittlungsagenturen zum Zuge, da die Privathaushalte hiermit überfordert sind. Inwieweit die Vermittlungsagenturen ausreichende Qualitätsstandards der vermittelten Dienstleistungen und korrekte Arbeitsbedingungen sicherstellen, erschließt sich erst im Einzelfall.

Irreguläre Pflegekräfte arbeiten zudem in selbstorganisierten Rotationssystemen, jenseits staatlicher oder arbeitsrechtlicher Regelungen und wechseln sich alle paar Wochen oder Monate ab, wobei sich mehrere Pflegende um eine pflegebedürftige Person kümmern.[14]

Häufig prekäre Arbeitsbedingungen

Laut der iso-Befragungsergebnisse benötigen diese Kräfte täglich im Durchschnitt rund 10 Stunden Zeit für Pflege- und Betreuungsaufgaben. Die Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes (Höchstarbeitszeit am Tag: 10 Stunden) werden dabei sicherlich kaum eingehalten. Es wird zudem eine mehr oder minder permanente Arbeitsbereitschaft erwartet, eine klare Abgrenzung zwischen Arbeitszeit und Freizeit findet meist kaum statt. Außerdem fällt der in der iso-Befragung ermittelte Durchschnittswert von 1.800 Euro Entgelt pro Monat, im Vergleich zu Modellrechnungen der Bundesagentur für Arbeit für die Kosten einer osteuropäischen Hilfskraft, relativ gering aus: Dort wird als Minimum für eine den arbeits- und sozialrechtlichen Mindeststandards entsprechende Beschäftigung ein Kostenrahmen von etwa 2.150 Euro errechnet.[15] Dies ist ein Indikator dafür, dass in der Praxis auch die gesetzlichen Regelungen zum geltenden Mindestlohn unterlaufen werden. Studien zu der Heimatsituation der Hilfskräfte zeigen zudem, dass diese nicht selten aus sozialen Zwangslagen heraus die Arbeit in deutschen Haushalten anbieten.[16]

Die „Live-in"-Pflege, wie sie in Deutschland so häufig praktiziert wird, ist grundsätzlich zu hinterfragen, löst man doch damit ganze transnationale Pflegeketten aus. In den Heimatländern der Pflegenden muss die Versorgung und Pflege der Familien, die bis dahin meist von den „entsendeten Frauen" erledigt wird, in der Folge ebenfalls oft mit fremder Hilfe organisiert werden.[17] Im internationalen Vergleich fällt zudem auf, dass der Vorrang der „Pflege zu Hause" stark davon abhängt, wie die Qualität und die finanzielle Ausstattung der stationären Pflege im jeweiligen Land aussieht. In nordeuropäischen Ländern ist diese finanzielle Ausstattung deutlich höher, der Anteil der Pflege zu Hause und damit die Inanspruchnahme von Arbeitsmigrantinnen entsprechend niedriger.[18]

Unterstützungsangebote für Privathaushalte und ausländische Hilfskräfte ausbauen

Perspektivisch sollte die häusliche Versorgung verbessert und Gute Arbeit für Beschäftigte in Privathaushalten gesichert werden. Notwendig ist daher eine bessere Finanzierung durch eine Pflegevollversicherung, damit Pflege zu Hause für alle, die dies möchten, möglich ist.

Angesichts dessen, dass jedoch kurzfristig kaum auf häusliche Pflegekräfte aus dem Ausland verzichtet werden kann und es sich hier gegenwärtig um einen großen Wachstumsmarkt handelt, ist es dringend notwendig, Beratungs- und Unterstützungsangebote sowohl für Angehörige der Pfle-

gebedürftigen (hinsichtlich Qualitäts- und Arbeitsstandards) als auch für die ausländischen Hilfskräfte selbst (die keine organisierte Lobby besitzen) zu verbessern. Nicht zuletzt die bei der Arbeitskammer angesiedelte Beratungsstelle Wanderarbeit plant, sich zukünftig vermehrt dieser Aufgabe zu widmen.

Fazit: Unterbesetzung in der Pflege ist ein Hauptproblem

Die Analyse der Beschäftigungsentwicklung zeigt zusammengefasst Folgendes:

- In den Krankenhäusern im Saarland konnte der Stellenabbau im Pflegedienst zwischen 1997 und 2007 mit mehr als 900 Stellen bis heute nicht wieder ausgeglichen werden, obwohl die Leistungsanforderungen an die Pflege zunehmend ansteigen.

- In der Altenpflege sind sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich Personalzuwächse zu verzeichnen. Die Entwicklung bei den ambulanten Pflegediensten im Saarland bleibt allerdings hinter der gesamtdeutschen Entwicklung zurück.

- Die Mehrheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sind über alle Pflegeberufe hinweg examinierte Pflegefachkräfte. Im Krankenhaussektor dominieren sie die Beschäftigtenstruktur deutlich. Teilzeitarbeit spielt in der Pflege eine große Rolle und hat in den vergangenen Jahren zugenommen. Die Gründe sind nur zum Teil familiär bedingt. Teilzeitarbeit ist auch Teil einer Kostensenkungsstrategie und dient individuell dem Schutz der eigenen Gesundheit.[19]

- Die Altersstruktur zeigt, dass insbesondere Pflegefachkräfte in den höheren Altersgruppen weniger stark vertreten sind. Um ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf zu vermeiden, ist es daher notwendig, die hohen Arbeitsbelastungen in der Pflege zu reduzieren und die Arbeitsbedingungen alterns- und altersgerecht zu gestalten.

- Anders als in anderen Branchen ist Zeitarbeit im Pflegesektor nicht prekär und kann Beschäftigten mitunter sogar bessere Arbeitsbedingungen bieten. Im Saarland ist diese Form noch wenig verbreitet, Minijobs spielen bisher keine große Rolle.

- Der Umfang ausländischer Pflegekräfte in saarländischen Privathaushalten ist nicht unerheblich und wird weiter steigen. Beratungsangebote für die ausländischen Hilfskräfte und für Pflegehaushalte, die auf diese zurückgreifen wollen, sind auszubauen.

Die entscheidende Frage und die größte Herausforderung für den Pflegearbeitsmarkt, heute und verstärkt auch in Zukunft, ist die Sicherstellung eines ausreichenden Angebots an (Pflege-)Fachkräften.

[1] Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 1999 bis 2017.

[2] Simon, Michael: Unterbesetzung und Pflegemehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten. Hannover: Hochschule Hannover, 2015.

[3] Schildmann, Claudia; Voss, Dorothea: Aufwertung von sozialen Dienstleistungen. Hans-Böckler-Stiftung, Forschungsförderung Report Nr. 4, 2018, S. 6.

[4] Seit der Einführung der neuen Klassifikation der Berufe (KldB 2010) können seit 2012 neben tätigkeitsbezogenen Differenzierungsmerkmalen auch Informationen zum beruflichen Anforderungsniveau abgerufen werden. Erstmals liegen auf dieser Grundlage auch detaillierte Informationen für Beschäftigte in der Altenpflege vor, die vorher nicht einzeln ausgewiesen werden konnten. Nachfolgend werden nur die beiden Anforderungsniveaus „Helfer" und „Fachkräfte" betrachtet, mit denen 95 % der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen erfasst werden. Im Einzelnen handelt es sich um Fachkraft (81302) beziehungsweise Helfer (81301) in der „Gesundheits- und Krankenpflege" sowie Fachkräfte (82102) und Helfer (81301) in der „Altenpflege". Der Akademisierungsgrad in den Pflegeberufen (3,2 %) ist im Vergleich zur Gesamtbeschäftigung (11,7 %) sehr gering ausgeprägt. Zudem werden Akademiker hier zumeist als Fachkräfte und damit unterwertig beschäftigt (vgl. Bogai, Dieter: Der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte im Wohlfahrtsstaat. Berlin 2017, S. 124). Aufgrund dieser Beschränkung und weil sowohl Krankenhaus- wie auch Pflegestatistik noch weitere Berufsgruppen umfassen, fällt die Zahl der Pflegebeschäftigten laut Beschäftigtenstatistik niedriger aus.

[5] Vgl. Bogai, Dieter; Seibert, Holger; Wiethölter, Doris: Beschäftigte in den Pflegeberufen – Bedeutung, Strukturmerkmale, Entwicklung und Perspektiven. In: Gesundheit und Arbeit - Blickpunkt Gesundheitswesen, BKK Gesundheitsatlas 2017, hg. von Kliner, Karin; Rennert, Dirk; Richter, Matthias; Bogai, Dieter, Berlin 2017, S. 93–102.

[6] Vgl. Becka, Denise; Evans, Michaela; Öz, Fikret: Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege. Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich. IAT. Gelsenkirchen (Forschung Aktuell, 4/2016), S. 12.

[7] Vgl. Bogai u. a., a. a. O., S. 129-133.

[8] Bräutigam, Christoph; Dahlbeck, Elke; Enste, Peter; Evans, Michaela; Hilbert, Josef: Flexibilisierung und Leiharbeit in der Pflege (Arbeitspapier 215), hg. von der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf 2010, S. 3.

[9] „Saar-Kliniken suchen hunderte Pflegekräfte". In: Saarbrücker Zeitung vom 29.01.2019.

[10] Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di): Migrantinnen aus Osteuropa in Privathaushalten. Problemstellung und politische Herausforderungen, Berlin 2015.

[11] Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine, Nock, Lukas: Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft, HBS Study Nr. 363, Juni 2017, Düsseldorf.

[12] Hielscher u. a., a. a. O., Endnote 3, S. 62 ff.

[13] Jacobs, Klaus u. a. (Hrsg.): Pflege-Report 2016, Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus, Stuttgart 2016, S. 127-138.

[14] Ebd., Endnote 5.

[15] Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit: Vermittlung von europäischen Haushaltshilfen, Bonn 2016.

[16] Emunds, Bernhard: Damit es Oma gut geht. Pflege-Ausbeutung in den eigenen vier Wänden, Frankfurt 2016.

[17] Ebd.

[18] Jonas Hagedorn arbeitet an der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Sankt Georgen an einem vierjährigen Forschungsprojekt zur Pflegearbeit in Privathaushalten, siehe dazu: https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2016-08/pflegekraefte-bundesregierung-osteuropa-illegal-hausangestellte

[19] Simon, Michael (2012): Soziale Dienstleistungen und Fachkräftemangel: Das Beispiel Pflege. Vortrag auf der Jahrestagung der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e. V., Loccum. https://www.sozialerfortschritt.de/wp-content/uploads/2012/07/Simon1.pdf

3.3.2 Fachkräftemangel und Fachkraftquote mit attraktiver Ausbildung sowie Guter Arbeit begegnen

Mehr Pflegebedürftige, fehlendes Personal und Fachkräftemangel – der Pflegenotstand herrscht auch im Saarland. Eine Entspannung auf dem Arbeitsmarkt für Pflegekräfte ist nicht in Sicht. Für mehr Stellen fehlen qualifizierte Fachkräfte. Der Arbeitsmarkt für examinierte Alten- und Krankenpflegekräfte ist auch im Saarland leergefegt. Lediglich im Helferbereich übersteigt das Angebot die Nachfrage. Ein verbindlicher Personalschlüssel (Fachkraftquote) sowie mehr und bessere Qualifizierung sind erforderlich.

Der Fachkräftemangel in der Pflege steht aktuell in der öffentlichen und gesundheitspolitischen Debatte ganz oben auf der Agenda. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist die Zahl der Pflegebedürftigen erheblich gestiegen und wird weiter wachsen. Auch wenn Prognosen zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen, wird der Bedarf an Pflegefachkräften zunehmen. Vor dem Hintergrund, dass bereits heute ein Fachkräftemangel im Saarland bei examinierten Alten- und Krankenpflegekräften herrscht, bleibt die künftige Fachkräftesicherung in der Pflege eine große Herausforderung.

Die Entwicklung der Arbeitslosigkeit im Pflegesektor ist weniger konjunkturell bedingt, sondern mehr von den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen abhängig. Mit der Zusammenführung von Alten- und Krankenpflege zu einer generalisierten Ausbildung sowie einer stärkeren Akademisierung im Pflegesektor nimmt der Gesetzgeber eine Anpassung an europäische Standards vor. Ob damit das Ziel, mehr Fachkräfte für die Pflege zu gewinnen, erreicht werden kann, ist derzeit schwer abschätzbar.

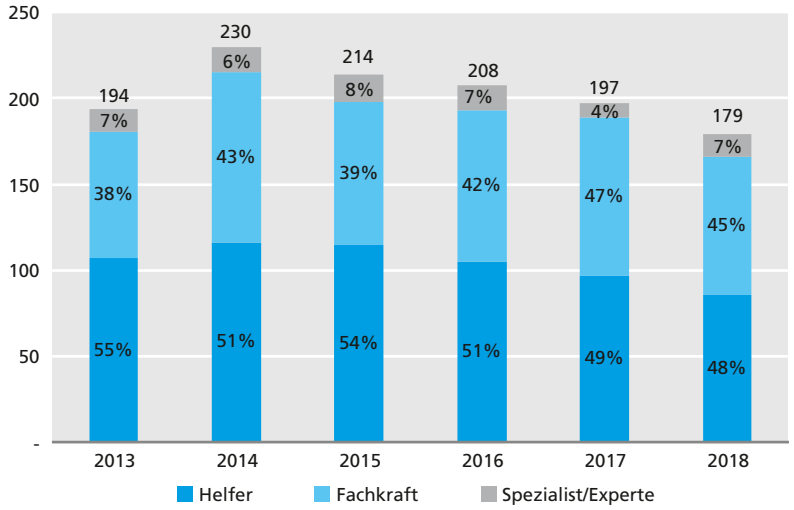
Die Arbeitslosigkeit von Krankenpflegekräften ist rückläufig

Im Bereich der Krankenpflege waren 2018 im Saarland im Durchschnitt insgesamt 179 Personen arbeitslos gemeldet und damit 9 % weniger als im Vorjahr. Auch im längerfristigen Trend ist Arbeitslosigkeit im Berufsfeld Krankenpflege rückläufig. Hinter den niedrigen Bestandsveränderungen verbirgt sich allerdings eine viel höhere Dynamik der Bewegungen, denn arbeitslos gemeldete Krankenpflegekräfte finden vergleichsweise schnell eine neue Beschäftigung.[1] Die Zahl der bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldeten Stellen für Arbeitskräfte in diesem Bereich ist im Saarland von 2013 bis 2018 um rund 50 % gestiegen. Allerdings richten sich mehr als neun von zehn der gemeldeten Stellen an Fachkräfte, Spezialisten oder Experten. In diesem Bereich übersteigt die Nachfrage das Angebot erheblich.

Grafik 1

Arbeitslose Krankenpflegekräfte im Saarland

Anzahl und Anteil im Jahresdurchschnitt



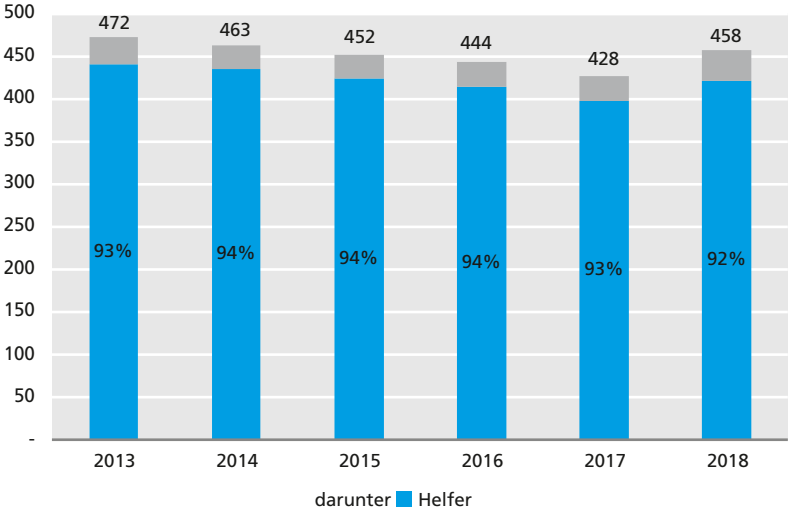
Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung

Arbeitskammer

Grafik 2

Arbeitslose Altenpflegekräfte im Saarland

Anzahl und Anteil im Jahresdurchschnitt



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung

Arbeitskammer

Altenpflege: Neun von zehn Arbeitslosen im Helferbereich

Im Bereich der Altenpflegekräfte ist das Bild weniger eindeutig. In der längerfristigen Betrachtung geht die Arbeitslosigkeit zurück. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Zahl der Arbeitslosen 2018 allerdings um 7,1 % angestiegen. Insgesamt waren 458 Altenpflegekräfte arbeitslos gemeldet. Dabei dominiert der Helferbereich: Bei neun von zehn Arbeitslosen in der Altenpflege handelt es sich um Altenpflegehelferinnen. Die Zahl der gemeldeten Stellen für Fachkräfte übersteigt die der arbeitslosen Fachkräfte erheblich. Im Helferbereich ist die Nachfrage zwar gestiegen. Doch liegt die Zahl der arbeitslosen Altenpflegehelferinnen erheblich über der gemeldeten Nachfrage.

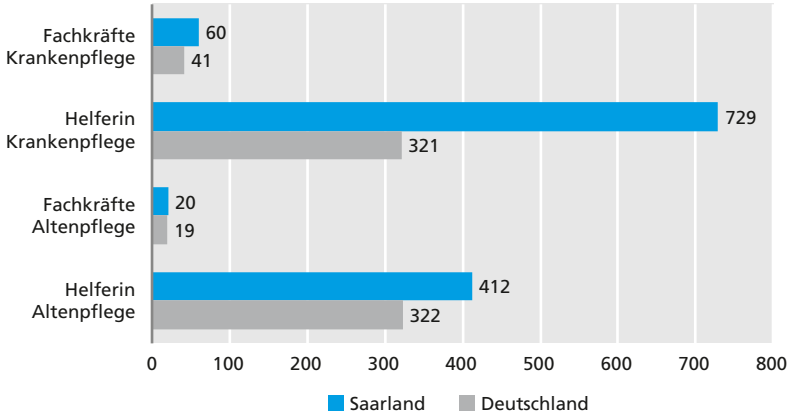
Bei Pflegefachkräften übersteigt die Nachfrage das Angebot

Eine Möglichkeit zur Beurteilung der Arbeitsmarktsituation in bestimmten Berufen ist ein Vergleich der Zahl der Arbeitslosen und der Zahl der gemeldeten Stellen. Hierzu wird der Indikator Arbeitslose je 100 Stellen herangezogen (siehe Grafik 3). Dabei zeigt sich bundesweit wie auch im Saarland ein Fachkräftemangel bei examinierten Kranken- und Altenpflegekräften. In der Krankenpflege ist diese Relation 2018 im Saarland leicht günstiger als bundesweit. In der Altenpflege ist die Mangelsituation noch ausgeprägter:

Grafik 3

Arbeitslose und gemeldete Stellen im Pflegebereich

Arbeitslose je 100 gemeldete Stellen im Jahresdurchschnitt 2018



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Sonderauswertung

Arbeitskammer

Auf 100 gemeldete Stellen kommen im Saarland lediglich 20 beziehungsweise 19 Arbeitslose bundesweit.

Ganz anders sieht es im Helferbereich aus. Dort stehen sowohl in der Kranken- als auch in der Altenpflege deutlich mehr Arbeitslose den angebotenen Stellen gegenüber.

Offene Stellen für Fachkräfte länger unbesetzt

Zur Beurteilung der Fachkräftesituation kann neben der Bewerber-Stellenrelation auch die Entwicklung der Laufzeit offener Stellen betrachtet werden. Dabei wird untersucht, wie lange es gedauert hat, eine offene Stelle zu besetzen. Auch dieser Indikator zeigt ein ähnliches Bild. Gemeldete Stellenangebote für examinierte Kräfte in der Krankenpflege wie auch in der Altenpflege waren 2018 im Saarland jeweils 169 Tage vakant. Deutschlandweit lag diese Kennziffer bei Fachkräften in der Krankenpflege bei 154 Tagen und 179 Tagen in der Altenpflege auf einem ähnlichen Niveau. Im Helferbereich sind die Ergebnisse deutlich niedriger. Die Vakanzzeit lag 2018 bei Altenpflegehelferinnen im Saarland bei 121 Tagen und bundesweit bei 126 Tagen.[2] Damit wird deutlich: Der Mangel bei den Alten- und Krankenpflegekräften konzentriert sich auf examinierte Fachkräfte.

In die Engpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit fließen beide Indikatoren ein. Die Ergebnisse vom Dezember 2017 zeigen: Der Fachkräftemangel in der Altenpflege konzentriert sich auf examinierte Fachkräfte und Spezialisten; er ist flächendeckend in allen Bundesländern zu beobachten. Auch im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe herrscht ein Mangel an Fachkräften und Spezialisten. Diese Situation gilt für das Saarland und nahezu bundesweit.

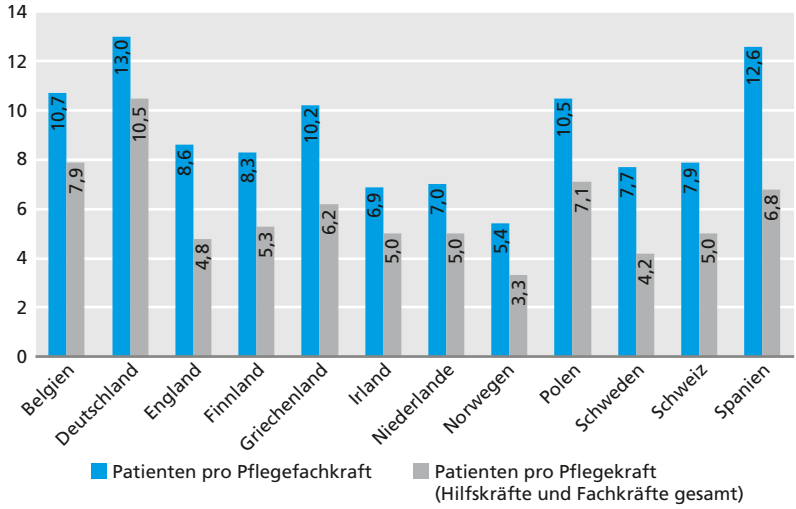
Bedarfsgerechte Personalausstattung in der Pflege sichern

Der zunehmende Fachkräftemangel und vor allem die chronische Unterversorgung im Pflegedienst der Krankenhäuser ist seit Jahren Gegenstand der gesundheitspolitischen Debatte. Um die Attraktivität der Pflege zu erhöhen, ist es notwendig, eine angemessene Personalausstattung zu erreichen. Hierzu hat die Bundesregierung Reformpläne zur Verbesserung der Situation im Pflegedienst der Krankenhäuser vorgestellt.

Aktuell ist eine Fachkraftquote für die Krankenhäuser noch nicht vorhanden. Jedoch traten bereits im Oktober 2018 Personaluntergrenzen per Verordnung in Kraft. Sie enthalten Vorgaben zur personellen Besetzung in den

Grafik 4

Personalausstattung europäischer Krankenhäuser



Quelle: * siehe Literaturverzeichnis Simon/Mehmecke (2017), eigene Darstellung

Arbeitskammer

sogenannten pflegesensitiven Bereichen, die seit dem 01.01.2019 einzuhalten sind. Im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11.12.2018 ist die Einführung eines „Pflegepersonalquotienten" zu finden, der im vorhergehenden Referentenentwurf noch nicht enthalten war. Der Pflegepersonalquotient ist definiert als Verhältniszahl, die „das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreibt" (§ 137j Abs. 1 SGB V). Damit wird die Personalausstattung mit Pflegevollkräften zum Pflegeaufwand festgelegt.

Der Quotient soll erstmals zum 31.05.2020 vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für jedes Krankenhaus berechnet werden. Die Berechnung erfolgt auf Basis eines sogenannten Pflegelast-Katalogs, der in § 137j Abs. 1 SGB V als „Katalog zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands" bezeichnet wird. Ein Vergleich der Quotienten aller Krankenhäuser soll durch das InEK erstellt und im Internet veröffentlicht werden. Mit der aktuellen Festsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen auf Basis der Werte des unteren Viertels der am schlechtesten besetzten Krankenhäusern kann allerdings keine bedarfsgerechte Personalbesetzung erreicht werden, sondern nur eine Mindestbesetzung. Weitergehende Vorgaben, die eine bedarfsangepasste Personalbesetzung zum Ziel haben, werden vom Spitzen-

verband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Bundesministerium für Gesundheit abgelehnt.[3]

Diese Regelung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) kritisieren die Arbeitskammer, die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, der Deutsche Gewerkschaftsbund, der Deutsche Pflegerat und viele weitere Verbände scharf. Um eine am tatsächlichen Bedarf angepasste Personaldecke vorzuhalten, fordert die Arbeitskammer staatliche Vorgaben, die sich am individuellen Pflegebedarf von Menschen orientieren.[4]

Fachkraftquote in der stationären Altenhilfe einhalten

Im Saarland wie in den meisten Bundesländern gilt seit den 1970er Jahren eine Fachkraftquote von 50 % in den stationären Pflegeeinrichtungen.[5] Diese Quote ist vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Altersentwicklung, zunehmender Alterskrankheiten, Multimorbidität sowie Demenz und demenzieller Entwicklung als nicht zu unterschreitende Mindestanforderung an das Qualifikationsniveau in der Altenpflege zu betrachten, die wesentlich mit zur Attraktivität dieses pflegerischen Arbeitsfeldes beiträgt. In der Praxis führt ihre Nichteinhaltung unmittelbar zu einer Arbeitsverdichtung für die dreijährig ausgebildeten Pflegefachkräfte. Angesichts steigender Qualifikationsanforderungen können ihre anspruchsvollen Tätigkeiten nicht einfach an Hilfskräfte übertragen werden. Folgen wären eine Entwertung und „Entqualifizierung" von Fachkrafttätigkeiten und eine weitere Arbeitsverdichtung infolge steigender Anleitungsbedarfe.

Die Arbeitskammer begrüßt daher grundsätzlich die mit dem Pflegestärkungsgesetz II geplanten einheitlichen Bemessungen des Personalbedarfs und einer angepassten Fachkraftquote. Der Gesetzgeber hat nun zum ersten Mal bundesweit ein Verfahren zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungssystems in der stationären Langzeitpflege gesetzlich verankert, das gemäß § 113c SGB XI bis zum 30.06.2020 abschließend entwickelt sein soll. Eine hohe Fachkraftquote und eine auskömmliche Finanzierung der Einrichtungen sind aus Sicht der Arbeitskammer Voraussetzung für eine fachlich hochwertige Versorgung.[6] Kritisch anzumerken ist aber, dass ein wissenschaftliches Instrument allein weder die Zahl des Pflegepersonals noch die pflegerische Qualität verbessert. Hierzu sind zusätzlich eine einheitliche Umsetzung, die verpflichtende Überprüfung sowie entsprechende Sanktionsmöglichkeiten auf Landesebene dringend erforderlich.

Die Fachkraftquote in ambulanten Diensten fehlt

Eine vergleichbare gesetzliche Vorgabe zum Fachkräfteanteil in den ambulanten Pflegediensten ist derzeit nicht vorhanden. Hier besteht auf Bundesebene noch Handlungsbedarf.

Im Vordergrund steht dort momentan allerdings die Deckung des zunehmenden Bedarfs an Nachwuchskräften in der Pflege. Anfang des Jahres hat die Bundesregierung hierzu eine „Ausbildungsoffensive Pflege" gestartet. Die „Konzertierte Aktion Pflege", an der das Gesundheits-, das Arbeits- und das Familienministerium beteiligt sind, will die Ausbildungszahlen in der Pflege erheblich steigern.[7] Sie soll durch verschiedene Maßnahmenbündel, wie die neue Pflegeausbildung mit Ausbildungsvergütung (ohne Schulgeld), attraktiver werden.

Ausbildung und Umschulung in Pflegeberufe erhöhen

Beim Blick auf die Entwicklung der Ausbildungszahlen in der Pflege im Saarland zeigen sich deutliche Unterschiede in den Bereichen Krankenhaus und Altenpflege. Die Zahl der Schülerinnen in der Ausbildung zur Krankenpflegefachkraft (einschließlich Kinderkrankenpflege) ist im Vergleich zum Vorjahr um 7 % auf 1.208 zurückgegangen. Auch langfristig ist eher ein abnehmender Trend erkennbar (minus 12 % seit dem Schuljahr 2011/12). Die

Tabelle 1

Auszubildende in Pflegeberufen im Saarland

Schuljahr	Krankenpflegefachkraft insgesamt*	darunter		Krankenpflegehilfe*	Altenpflegefachkraft**	Altenpflegehilfe
		Krankenpflege*	Kinderkrankenpflege*			
2010/11	1.344	1.233	111	42	k.A.	k.A.
2011/12	1.373	1.266	107	61	604	137
2012/13	1.254	1.254	k.A.	55	762	233
2013/14	1.267	1.173	94	66	912	249
2014/15	1.253	1.157	96	56	1.026	256
2015/16	1.322	1.217	105	63	1.071	295
2016/17	1.305	1.204	101	54	1.034	359
2017/18	1.208	1.100	108	42	1.136	346

* Schülerinnen in Schulen des Gesundheitswesens
** Ausbildungszahlen Altenpflege und Altenpflegehilfe

Quelle: Statistisches Bundesamt, Saarländische Pflegegesellschaft — Arbeitskammer

Ausbildungszahlen im Helferbereich spielen im Bereich der Krankenhäuser eher eine untergeordnete Rolle.

Anders sieht es dagegen bei der Entwicklung der Ausbildungszahlen in der Altenpflege aus. Nachdem das Saarland im Jahr 2011 als eines der ersten Bundesländer eine Ausbildungsumlage in der stationären und ambulanten Pflege eingeführt hat, konnte eine Trendwende erreicht werden. Seitdem ist die Zahl der Auszubildenden zur Altenpflegefachkraft um 88 % auf 1.136 Auszubildende im Schuljahr 2017/18 gestiegen. Im Helferbereich fiel der Zuwachs um 152 % auf 346 noch deutlicher aus. Die Einführung der Umlagefinanzierung der Ausbildung kann damit als Erfolg gewertet werden.

Angesichts des Fachkräftemangels stellt die Umschulung in einen Pflegeberuf auch für Arbeitslose eine große Chance dar. Die Bundesagentur für Arbeit fördert die berufliche Weiterbildung zu Altenpflegefachkräften bis Ende 2019 über die gesamte Ausbildungszeit von drei Jahren. Diese Maßnahme hat bundesweit eine erhebliche Bedeutung: Nahezu jede vierte Ausbildung zur Fachkraft in der Altenpflege wurde 2016/2017 als geförderte Umschulung begonnen.[8] 2017 haben im Saarland 121 Personen eine solche Umschulung begonnen. Für die Weiterbildung von Krankenpflegefachkräften gibt es diese günstigen Rahmenbedingungen allerdings nicht; mit der Folge von erheblich weniger geförderten Umschulungen in dieser Berufsgruppe. Es wäre daher sinnvoll, auch im Hinblick auf die Generalistik, Umschulung sowohl zur Fachkraft Altenpflege als auch zur Pflegefachfrau/-mann und zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin über die gesamte Ausbildungszeit zu fördern.

Pflegeberufe attraktiver machen

Wie sich das Angebot und der Bedarf im Berufsfeld der Pflege- und Gesundheitsberufe ohne Approbation in Zukunft entwickeln werden, haben das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) und das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) in der Qualifikations- und Berufsfeldprojektion untersucht.[9] Die Projektion für das Jahr 2035 geht weiter von einem flächendeckenden Fachkräftemangel aus. Aufgrund der vergleichsweise schwachen Lohnentwicklung in diesen Berufen und der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen werden dann deutschlandweit 270.000 Fachkräfte fehlen. Um gegenzusteuern, haben die Autoren mögliche Ausgleichsmechanismen untersucht. Sie betonen, dass neben Maßnahmen, um bestehendes Personal zu halten, die Ausbildung in diesem Bereich ein wichtiger Faktor ist. Denn der überwiegende Teil der Ausgebildeten bleibt nach der Ausbildung im Beruf. Wichtige Faktoren, um Pflegeberufe attraktiv zu

machen, sind die Vergütung sowie die Verbesserung von Arbeitsbedingungen und Aufstiegschancen.

Einen wachsenden Fachkräftemangel in der Gesundheitsbranche prognostiziert die aktuelle Studie des WifOR-Instituts zur Gesundheitswirtschaft für das Saarland. Danach übersteigt im Jahr 2030 die Nachfrage das Angebot in der Gesundheitswirtschaft um 17.000 Arbeitskräfte. Im stationären Dienstleistungsbereich fehlen dann 5.000 Arbeitskräfte und im ambulanten Dienstleistungsbereich 4.300.[10]

Die dargestellten Befunde zeigen: Wenn keine wirksamen Gegenmaßnahmen gefunden werden, wird die Lücke zwischen Angebot und Bedarf an Pflegekräften weiter wachsen. Zuwanderung kann hier nur eine begrenzte Entlastung schaffen. Entscheidende Bedeutung hat die Gewinnung junger Menschen für den Pflegeberuf. Hierzu gehören konkrete Ziele und Maßnahmen, um die Aus- und Weiterbildung in der Alten- und Krankenpflege zu fördern und die Attraktivität des Berufsfeldes zu erhöhen. Die Arbeitskammer begrüßt die Zielsetzung einer stufenweisen Steigerung der Ausbildungszahlen um jährlich 10 %. Hierzu müssen wirksame Umsetzungsschritte auch für das Saarland formuliert werden.

Doch angesichts des ausgeprägten Fachkräftemangels sind weitere Anstrengungen notwendig. Sinnvoll erscheint besonders die Förderung der Weiterqualifizierung von Altenpflegehelferinnen zu Fachkräften. Hierzu sollten finanzielle Anreize, zum Beispiel die Fortzahlung der Helfervergütung während der Weiterbildung, gewährt werden.

[1] Die Abgangsraten aus Arbeitslosigkeit in Beschäftigung am ersten Arbeitsmarkt waren für Krankenpflegekräfte 2017 in Deutschland fast doppelt so hoch wie die Abgangsraten insgesamt. Vgl. Bundesagentur für Arbeit: Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt, Mai 2018, S. 10.

[2] Wegen der geringen Zahl der gemeldeten Stellen für Krankenpflegehelferinnen wird der entsprechende Wert nicht ausgewiesen. Deutschlandweit lag 2018 die Vakanzzeit der Stellen für Krankenpflegehelferinnen bei 133 Tagen.

[3] Simon, M.: Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung. Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle. Working-Paper Forschungsförderung Nummer 96, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf, 2018.

[4] ebd.

[5] Verordnung über personelle Anforderungen für Einrichtungen nach dem Saarländischen Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätsgesetz (Saarländische Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätspersonalverordnung) HeimG SL § 5 : https://www.saarland.de/dokumente/res_soziales/HeimG_SL_Fliesstext.pdf, 2019.

[6] Greß, S. und Stegmüller, K.: Personalausstattung, Personalbemessung und Qualität in der stationären Langzeitpflege. In: Jacobsen, K. u. a. (Hrsg.): Pflege-Report 2018. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg, 2018.

[7] Vgl. Bundesregierung (2019): Mehr Menschen für Pflegeberufe gewinnen. https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/mehr-menschen-fuer-pflegeberuf-gewinnen-1574280, abgerufen am 27.03.2019.

[8] Bundesagentur für Arbeit (2018): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt, Mai 2018, S. 15.

[9] Neuber-Pohl, Caroline (2017): Das Pflegepersonal wird knapper. In: Berufsbildung in Zahlen, BWP 1/2017.

[10] WifOR-Institut: Die Gesundheitswirtschaft als Zukunftsbranche an der Saar. Eine ökonomische und arbeitsmarktpolitische Analyse der Gesundheitswirtschaft im Saarland. Eine Studie im Auftrag des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit, Energie und Verkehr, Darmstadt, Berlin 2019.

* Simon, M.; Mehmecke, S.: Nurse-to-Patient Ratios. Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Working-Paper Forschungsförderung Nummer 27, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf, 2017.

3.4 Vermarktlichung der Träger in Gesundheit und Pflege

Die Privatisierung in der Versorgung der Patienten und Bewohner zeigt sich im Saarland verstärkt im Bereich der Pflegeheime durch eine deutliche Zunahme privater Träger. Die Anzahl der Kliniken hat sich dagegen seit der Einführung der Fallpauschalen/Diagnosis Related Groups (DRGs) reduziert. Die Zahl der ambulanten Pflegedienste reduzierte sich besonders stark bis 2007, seitdem ist sie relativ gleichgeblieben. Die Einführung des Fallpauschalensystems führte zur Dominanz betriebswirtschaftlicher Handlungsprinzipien statt zur Optimierung der Krankenhausversorgung.

Pflegeheime: Private Träger auf dem Vormarsch

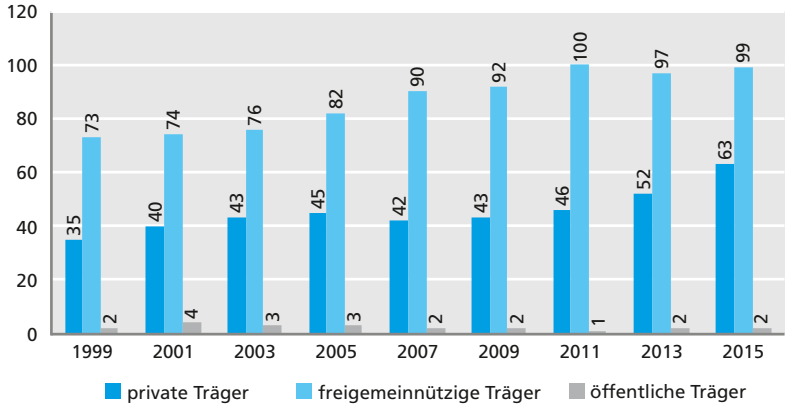
Die Pflegeversicherung wurde am 01.01.1995 als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt. Seitdem gilt eine umfassende Versicherungspflicht für alle gesetzlich und privat Versicherten. Alle, die gesetzlich krankenversichert sind, sind automatisch in der sozialen Pflegeversicherung versichert. Privatversicherte müssen eine private Pflegeversicherung abschließen.

Neben der Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen und dem Ausbau der Pflegeinfrastruktur war ein grundlegendes Ziel der Pflegever-

Grafik 1

Einrichtungen der stationären Pflege im Saarland

Anzahl der Heime



Quelle: Statistisches Amt Saarland; eigene Zusammenstellung

Arbeitskammer

sicherung, die Abhängigkeit von der Sozialhilfe zu vermeiden. Leider ist dies gerade im stationären Bereich oft nicht gelungen und es kommt zu hohen Zuzahlungen der Sozialämter bei der stationären Versorgung. Ein wirksames Instrument, die Zuzahlung zu vermeiden, wäre eine Pflegevollversicherung, wie in Kapitel I.2.1 ausgeführt.

Wille der handelnden Akteure war auch die Schaffung eines „Pflegemarktes", um neuen, innovativen Leistungsanbietern den Zugang zu öffnen und so den Wettbewerb unter den Pflegeeinrichtungen zu fördern. Sehr schnell erkannten private Investoren und börsennotierte, auch pflegefremde Konzerne die Renditechancen, die ein freier Pflegemarkt in einer alternden Gesellschaft bietet. Auch wenn durch gesetzliche Vorgaben Mindeststandards, wie eine 50 %-Fachkraftquote und (flexible) Personaluntergrenzen, vorgegeben wurden, bleibt ausreichend Spielraum, Rendite im zweistelligen Bereich zu erzielen. Dies wird auch von Seiten der Politik zunehmend kritisch gesehen.[1] So verwundert es nicht, dass im Saarland die Anzahl der Pflegeeinrichtungen von 1999 bis ins Jahr 2015 um knapp 50 % stieg (von 110 auf 164) und darunter die Zunahme der Pflegeeinrichtungen mit privatem Träger mit +80 % (von 35 auf 63) noch deutlicher ausfiel.[2]

Auswirkungen des Fallpauschalensystems auf die Krankenhäuser im Saarland

Ebenso wurde durch die Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) im Jahr 2003 ein Vergütungssystem geschaffen, das auch das Krankenhaus für private Investoren mit Renditeerwartungen öffnete. Das DRG-System ist ein pauschalisierendes Abrechnungssystem, bei dem stationäre Krankenhausbehandlungen weitgehend unabhängig von der Verweildauer des Patienten über Fallpauschalen abgerechnet werden. Damit rückte ein Vergütungssystem in den Vordergrund, das der optimalen Kombination aus Wirtschaftlichkeit und Leistungsqualität dienen sollte: Bis zum Jahr 2003 wurden allgemeine Krankenhausleistungen über krankenhausindividuelle Pflegesätze vergütet, die je Tag des Krankenhausaufenthaltes zu zahlen waren. Diese tagesbezogenen Pflegesätze wurden unabhängig davon berechnet, wie hoch der Behandlungsaufwand für einzelne Patientinnen und Patienten tatsächlich war. Ein leicht erkrankter Patient (beziehungsweise seine Krankenversicherung) zahlte damit bei gleicher Behandlungsdauer genauso viel wie ein schwer kranker Patient, der in der gleichen Fachabteilung eines Krankenhauses behandelt wurde. Durch die Einführung der DRGs wurde der Wettbewerb unter den Kliniken bei Überkapazität verschärft. Damit sollte ein Konzentrationsprozess in der Kliniklandschaft gefördert werden.

In der Folge kam es zu einer Reduzierung der Kliniken im Saarland von 28 (2002) auf 22 Kliniken (2019). Auch wurde in Deutschland die durchschnittliche Verweildauer in allgemeinen Krankenhäusern deutlich verringert, von 9,7 Tagen im Jahr 2000 auf 7,3 Tage im Jahr 2017. Gleichzeitig stieg aber die Fallzahl von 17,3 Millionen Fällen auf 19,5 Millionen Fälle.[3] Zugleich konzentrierten sich die Klinikbetreiber auf die lukrativeren Fälle, während bei den weniger lukrativen Fällen die Versorgung sank. Zum Beispiel erhöhten sich die Beatmungsstunden pro Fall in nur zwei Jahren von 1,6 Millionen Stunden im Jahr 2002 auf 3,2 Millionen Stunden im Jahr 2004, da die Kassen für die Beatmungsstunden als aufwändige Prozedur mehr bezahlen.[4] Dies führt dazu, dass sich in Kliniken der Maximalversorgung sogenannte Extremkostenfälle sammeln, die dort jährlich millionenschwere Defizite verursachen und diese Kliniken an den Rand des wirtschaftlichen Überlebens bringen.

Nach dem gesetzlichen Prinzip der dualen Krankenhausfinanzierung haben die Bundesländer für Investitionskosten und die Krankenkassen für Betriebskosten von Krankenhäusern aufzukommen. Nach Berechnungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK) beziffert sich das notwendige Jahresinvestitionsvolumen für die Kliniken in Deutschland auf 6,7 Mrd. Euro. Die tatsächlich bereitgestellten Mittel waren jahrelang rückläufig, da die Bundesländer ihren Verpflichtungen nicht nachkommen, und liegen mittlerweile bei 2,8 Mrd. Euro jährlich, obwohl das Gesetz etwas anderes verlangt.[5]

Dies alles führt dazu, dass in allen Kliniken versucht wird, sich die lukrativen Fälle zu sichern und die weniger profitablen erst gar nicht zu behandeln. Weiter wird tendenziell versucht, dem sogenannten „Kunden“ mehr Produkte zu verkaufen und so die Fallpauschalen zu steigern.

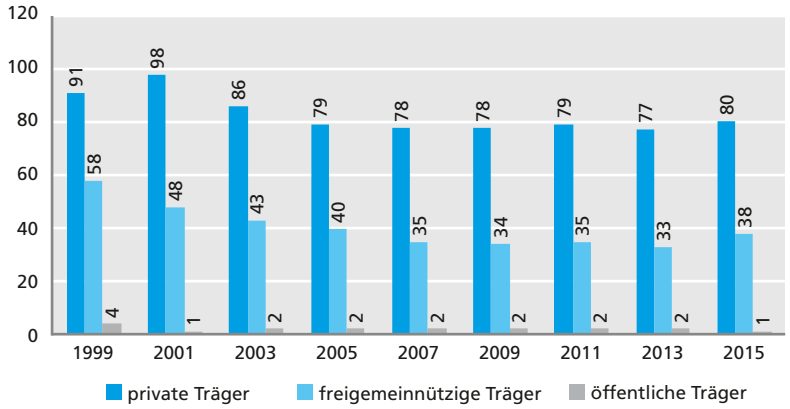
Um die prekäre Situation der saarländischen Kliniken nicht weiter zu verschärfen, fordert die Arbeitskammer des Saarlandes, dass das Land seinen Beitrag für die Investitionskosten aufstockt und somit vollumfänglich die Investitionen der Kliniken finanziert.

Ambulante Dienste und häusliche Versorgung

Die Zahl der ambulanten Dienste hat seit 1999 bis ins Jahr 2007 kontinuierlich abgenommen und stagnierte seitdem. Der Rückgang betrug insgesamt von 1999 bis 2015 rund 22 %. Davon betroffen waren in höherem Maße öffentliche Träger (-75 %), aber auch freigemeinnützige Träger (-34,5 %) und ambulante Dienste in privater Trägerschaft (-12,2 %). Dieser Umstand

Grafik 2

Ambulante Pflegedienste im Saarland



Quelle: Statistisches Amt Saarland; eigene Zusammenstellung

Arbeitskammer

ist der Konzentration des Marktes geschuldet. Kleine und mittelgroße Anbieter fusionieren oder verschwinden vom Markt.

Diese Entwicklung vollzieht sich, obwohl immer mehr Pflegedürftige in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden. Es ist davon auszugehen, dass sich Pflegedienste zusammengeschlossen haben, um die Versorgung sicherzustellen. Dies wird jedoch unter der derzeitigen Finanzierung immer schwieriger. Nicht nur in Deutschland, sondern auch im Saarland bestehen große regionale Unterschiede in der Dichte der Leistungsanbieter. Dies geht als erstes auf Kosten schwach besiedelter und entlegener Regionen. Da im Pflegesektor Größen- und Verbundvorteile eine tragende Rolle spielen, besteht hier die Gefahr, dass eine flächendeckende ambulante Versorgung langfristig nicht garantiert werden kann. Abgelegene und entsiedelte Regionen sind wirtschaftlich kaum mehr attraktiv für Anbieter.

Die arbeitsvertraglichen Regelungen in der privaten Pflege sind sehr unterschiedlich. Variationen gibt es hier nicht nur im Einstiegsgehalt, sondern etwa auch durch Berufserfahrung und Größe der Einrichtung. Ebenso gibt es starke Unterschiede zwischen stationärer und ambulanter Pflege.

Das derzeitige System der Refinanzierung belohnt Träger, die es schaffen, Mitarbeiterinnen im individuellen Arbeitsvertrag oder durch Abschluss von Haustarifen unterhalb von ortsüblichen Tarifen zu entlohnen, da diese nicht mit Abschlägen in der Refinanzierung rechnen müssen. Dies führt dazu, dass die Anbieter mit Flächentarifen, wie AWO, ASB und kirchliche Träger,

zunehmend unter Druck geraten. Hier kommt es zusammen mit den beschriebenen Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen zu höchst problematischen Entwicklungen auf einem immer mehr umkämpften Arbeitsmarkt. Die Sicherung der derzeit noch bestehenden guten Standards der Qualität der Versorgung wird so mittelfristig gefährdet.

Um diese nicht weiter voranzutreiben fordert die Arbeitskammer, den Flächentarifvertrag für das Saarland als verbindlich zu erklären.

---

[1] https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/pflegeheime-spahn-will-gegen-zu-hohe-renditen-in-der-pflege-vorgehen/22915172.html (letzter Zugriff 24.04.2019).

[2] eigene Berechnungen aus statistische Berichte K VIII 1999-2015 des Statistischen Amtes Saarland, https://www.saarland.de/dokumente/thema_statistik/STALA_BER_KVIII-2J-15.pdf (letzter Zugriff 24.04.2019).

[3] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html (letzter Zugriff 24.04.2019).

[4] ebd.

[5] https://www.dkgev.de/dkg/positionen/ (letzter Zugriff 24.04.2019).

3.5 Angebotsstrukturen in wichtigen Versorgungsbereichen

In den folgenden Abschnitten wird das Angebot für verschiedene Bereiche der pflegerischen Versorgung im Saarland dargestellt. Hierbei bilden die Situationen im Krankenhaussektor sowie in der stationären und ambulanten Langzeitpflege einen Schwerpunkt. Ergänzend werden das Beratungsangebot der Pflegestützpunkte sowie die Palliativversorgung im Saarland einbezogen. Soweit die Datenlage es zulässt, werden dabei punktuell auch vergleichende Betrachtungen zum Bundesgebiet und zu anderen Bundesländern angestellt.

3.5.1 Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Die Krankenhauslandschaft im Saarland ist durch eine hohe Zahl kleiner Standorte mit einem geringen Spezialisierungsgrad und einer insgesamt überdurchschnittlichen Krankenhausdichte geprägt. Die Kliniken werden von der saarländischen Bevölkerung auch häufiger als anderswo für stationäre Aufenthalte in Anspruch genommen. Die Zahl der stationären Rehabilitationsangebote ist im Saarland wie im gesamten Bundesgebiet deutlich rückläufig.

Die stationäre Versorgung in Krankenhäusern ist eine wichtige Säule des Gesundheitssystems. Zu den Aufgaben der Krankenhäuser gehören neben der Versorgung von Patienten auch die klinische Forschung und die Ausbildung in den Gesundheitsberufen und die akademische Lehre. Die Bedeutung der Krankenhäuser für die Gesundheitsversorgung wird unter anderem daran sichtbar, dass in Deutschland knapp jeder sechste Erwachsene pro Jahr mindestens einen stationären Krankenhausaufenthalt hat und ein großer Teil der Gesundheitsausgaben für Leistungen im Krankenhaus aufgewendet wird. Im Jahr 2017 entfielen in Deutschland mit rund 95 Milliarden Euro gut ein Viertel der Gesundheitskosten allein auf den stationären Bereich der Krankenhäuser.[1]

Dichte Versorgung im Saarland

Die Angebotsstrukturen in der stationären medizinischen Versorgung werden wesentlich durch die saarländische Krankenhausplanung definiert (siehe Kapitel I.2.2.2). Die Krankenhauslandschaft hierzulande wird im Bundesvergleich durch einige Besonderheiten charakterisiert. So weist sie mit vielen kleinen Standorten eine überdurchschnittlich hohe Krankenhaus-

dichte bei gleichzeitig hoher Überschneidung der Einzugsgebiete auf.[2] Das Angebot ist durch einen geringen Spezialisierungsgrad und insbesondere in Ballungsgebieten durch Doppelstrukturen geprägt.[3] So verweisen Expertengutachten darauf, dass beispielsweise im südlichen Saarland kostenintensive Stroke Units zur Versorgung von Schlaganfallpatienten so oft vorgehalten werden, dass bei anstehenden Änderungen des Behandlungsregimes auf Grundlage neuer Erkenntnisse die notwendigen Fallzahlen möglicherweise unterschritten werden.[4] Im Saarland existieren lediglich zwei Krankenhäuser in privater Trägerschaft, die allerdings für die Akutversorgung keine Rolle spielen.

Die meisten Krankenhäuser sind im Regionalverband angesiedelt, gefolgt von den Landkreisen Saarlouis und Neunkirchen. Im Saarpfalz-Kreis befindet sich mit dem Universitätsklinikum des Saarlandes die größte Einrichtung. Obwohl die Landkreise Merzig-Wadern und St. Wendel nur von kleineren Häusern mit weniger Betten versorgt werden, ist die Grundversorgung trotz der Schließung des Standortes in Wadern auch dort gesichert.[5]

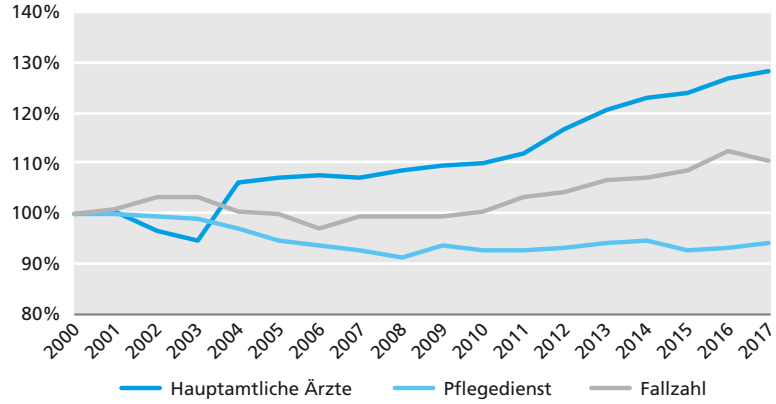
Den 994.000 Bewohnern des Saarlandes standen im Jahr 2017 knapp 6.500 Krankenhausbetten in 23 Krankenhäusern an 27 Standorten[6] zur Verfügung. Die Bettenanzahl pro Einwohner liegt damit über dem bundesdeutschen Durchschnitt. Und auch wenn sich die Saarländer überdurchschnittlich gesund fühlen,[7] gibt es im Saarland nach Bremen die zweithäufigsten Krankenhausfälle bezogen auf die Einwohnerzahl und mit 85,4 % die höchste Bettenauslastung im Bundesländervergleich. Möglicherweise spielen hierfür die grenznahe Lage des Saarlandes und entsprechende Behandlungsfälle aus Lothringen eine gewisse Rolle. Jedenfalls kann die hohe Inanspruchnahme der Krankenhäuser nicht dadurch erklärt werden, dass eine fehlende ambulante ärztliche Versorgung kompensiert werden müsste. Denn obwohl die Arztzahlen im ambulanten Bereich im Saarland zurückgehen, liegt die Versorgung hierzulande aufgrund einer hohen Facharztdichte und einer durchschnittlichen Hausarztdichte insgesamt über dem Bundesdurchschnitt.[8]

Mehr Behandlungsfälle

Ebenso wie im gesamten Bundesgebiet steigt im Saarland die Zahl der im Krankenhaus behandelten Menschen. Die Zahl der Krankenhausbetten war die letzten Jahre dagegen rückläufig. Erst im Krankenhausplan 2018-2025 wurde die Bettenzahl wieder um 500 angehoben (siehe Kapitel I.2.2.2). Ebenso ging die Verweildauer in den saarländischen Krankenhäusern wie auch im Bund weiter zurück und betrug 2017 noch 7,1 Tage.

Grafik 1

Entwicklung des Personals und der Fallzahlen in saarländischen Krankenhäusern bezogen auf das Jahr 2000



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Arbeitskammer

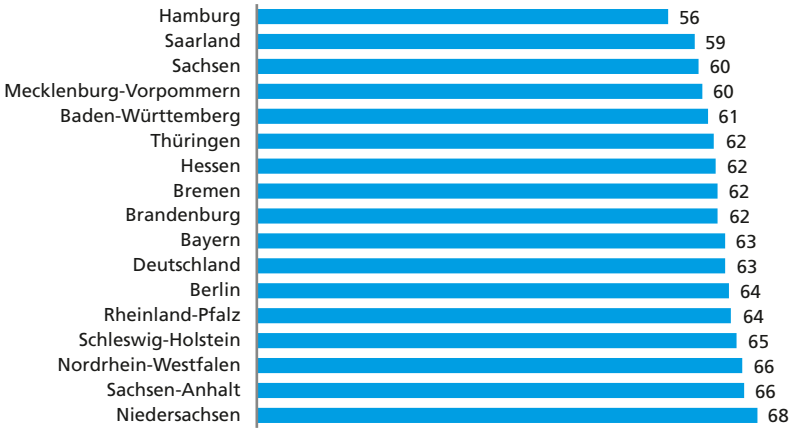
Die Entwicklung des Pflegepersonals hat dagegen mit der Entwicklung der Fallzahlen in den Krankenhäusern nicht Schritt gehalten und ist in den letzten zwei Jahrzehnten gesunken. Im Jahr 2017 wurden in saarländischen Krankenhäusern im Pflegedienst 4.874 Vollkräfte[9] beschäftigt und damit 6,1 % weniger als im Jahr 2000. Demgegenüber stieg die Zahl der Ärzte bis zum Jahr 2017 auf 2.178 und damit auf 128,3 % des Ausgangswertes aus dem Jahr 2000.

Im Saarland hatte eine Vollkraft im Pflegedienst im Jahr 2000 lediglich 50 Fälle zu betreuen, während diese Zahl im Jahr 2017 auf 59 stieg.[10] Dies bedeutet aber nicht, dass eine Pflegevollkraft im Jahr 2017 tatsächlich nur 59 Patienten zu versorgen hatte. Hierbei handelt es sich lediglich um einen Quotienten aus Behandlungsfällen und Vollzeitäquivalenten, welcher helfen soll, Entwicklungen bei der Belastung der Beschäftigten aufzuzeigen und Vergleiche zu ermöglichen.

Diese Entwicklung weist auf eine zunehmende Belastung für das Pflegepersonal in den Krankenhäusern hin. Mehr Fälle mit kürzeren Verweildauern führen insgesamt zu einer stärkeren Arbeitsbelastung. Die Anzahl der Pflegestunden pro Patiententag nimmt mit sinkender Verweildauer zu, da bestimmte Tätigkeiten der Pflege und Dokumentation für jeden Patienten unabhängig von der Aufenthaltsdauer anfallen.[11]

Grafik 2

Behandlungsfälle gerechnet auf eine Pflegevollkraft im Jahr 2017 nach Bundesländern



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen, Umrechnung von Teilzeitstellen in Vollzeitäquivalente

Arbeitskammer

Trotzdem sind die saarländischen Krankenhäuser bezüglich des Pflegepersonals im Vergleich zu den anderen Bundesländern etwas besser aufgestellt. Betrachtet man nur die Personalzahlen der Allgemeinkrankenhäuser, also der Häuser mit vollstationären Fachabteilungen, so entfallen auf eine Pflegevollkraft im Saarland rund 59 Behandlungsfälle und damit nach Hamburg die zweitwenigsten im Vergleich der Bundesländer. Durchschnittlich entfallen in Deutschland 63 Fälle auf eine Vollkraft des Pflegedienstes.

Gleichzeitig ist im Saarland für die Fachpflege die Gehaltssituation vergleichsweise günstig. Das monatliche Bruttoentgelt für Fachkräfte in der Krankenpflege betrug 2017 im Mittel 3.596 Euro; damit liegt das Saarland an der Spitze aller Bundesländer. Dies ist sicherlich auch das Ergebnis einer erfolgreichen gewerkschaftlichen Tarifpolitik in der Region. Das niedrigste Einkommen in Westdeutschland mit 3.278 Euro erhielten die Fachkräfte der Krankenpflege in Niedersachsen. In Ostdeutschland lag das mittlere Bruttoeinkommen zum Teil sogar unter 3.000 Euro.[12]

Mit den hohen Kosten für den Pflege- und den ärztlichen Dienst liegen im Saarland die Kosten pro Behandlungsfall nach wie vor über dem Bundesdurchschnitt. Zwar hat das Saarland nach Rheinland-Pfalz, wenn auch mit deutlichem Abstand, weiterhin den zweithöchsten Landesbasisfallwert, welcher zwischen den Krankenhausgesellschaften und den Krankenkassen

verhandelt wird und den Basispreis für die Vergütung der stationären Leistungen definiert. Die sich daraus ergebende überdurchschnittliche Erlössituation steht aber entsprechend höheren Kosten und deutlich zurückgefahrenen Investitionsförderungen des Landes gegenüber, so dass den Krankenhäusern keine großen finanziellen Spielräume bleiben.[13]

Von Expertenseite wird argumentiert, dass sich die finanzielle Basis durch. Spezialisierung und Abbau von Doppelstrukturen mit einer Bündelung von Leistungen in Krankenhauszentren stabilisieren ließe. Als attraktive Standorte könnten diese überdies leichter Fachkräfte rekrutieren. Auch die Versorgungsqualität könnte davon profitieren, wenn sich durch weniger Konkurrenz um Patienten die finanzielle Situation der Häuser verbessern würde.[14]

Rückbau von Rehabilitationsangeboten

Neben der Akutversorgung ist die medizinische Rehabilitation ein weiterer wichtiger Bereich der Gesundheitsversorgung. Diese soll gesundheitliche Beeinträchtigungen beseitigen oder abmildern, die durch eine Krankheit oder einen Unfall entstanden sind und die Teilhabe am Erwerbsleben oder am Leben in der Gemeinschaft bedrohen.

Die alternde Bevölkerung, der Wandel des Krankheitsspektrums und eine Arbeitswelt mit sich ändernden Belastungen stellen das Rehabilitationssystem in Deutschland vor große Herausforderungen: Wachsende Patientenzahlen im höheren und hohen Lebensalter sowie eine Zunahme von Multimorbidität und psychischen Erkrankungen gehören zu den zentralen Elementen.[15] Dem sich daraus ergebenden vergrößerten Bedarf steht allerdings eine rückläufige Entwicklung der Zahl der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gegenüber. Gab es saarlandweit im Jahr 2000 noch 22 Einrichtungen mit 3.372 Betten, so waren es im Jahr 2017 nur noch 16 Einrichtungen mit 2.746 Betten. Die Einrichtungen verteilen sich dabei über alle Landkreise. Der Schwerpunkt der Versorgung liegt im Landkreis Merzig-Wadern mit 895 Betten, gefolgt vom Saarpfalz-Kreis mit 623 Betten. Die geringste Bettenzahl von 197 findet sich im Regionalverband Saarbrücken. Sechs der Einrichtungen sind einem Krankenhaus angeschlossen.[16]

Auch der durch die Altersentwicklung bestehende besondere Bedarf an geriatrischer Rehabilitation spiegelt sich nicht im Angebot der Einrichtungen. Von 2007 bis 2011 gab es sechs geriatrische Fachabteilungen mit 320 Betten. Mittlerweile haben sich diese auf fünf Abteilungen mit nur noch 270 Betten reduziert.

[1] Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. Euro. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger; http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=7807395&nummer=322&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=71951883 (Aufruf am 28.3.2019)

[2] aktiva – Beratung im Gesundheitswesen GmbH: Gutachten zur Vorbereitung des Saarländischen Krankenhausplans 2018-2025 für das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Köln 2017, S. 77f.

[3] Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI): Überblick Krankenhausstrukturen Rheinland-Pfalz und Saarland. Endbericht, Essen 2016, S. 9.

[4] aktiva, a. a. O., S. 160.

[5] aktiva, a. a. O., S. 78.

[6] Die Zahl wird sich 2019 reduzieren, weil der Standort Dillingen des Marienhaus Klinikum Saarlouis-Dillingen geschlossen wird.

[7] Statistisches Bundesamt (Destatis): Mikrozensus 2017. Fragen zur Gesundheit. Kranke und Unfallverletzte, Wiesbaden 2018.

[8] aktiva, a. a. O., S. 57f.; Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), a. a. O., S. 32f.

[9] Die Krankenhausstatistik benutzt die Begriff „Vollkraft" für Vollzeitäquivalente. Dafür werden zum Vergleich die Teilzeitkräfte auf Vollzeitkräfte umgerechnet.

[10] Statistisches Amt Saarland: Statistische Berichte. Krankenhäuser im Saarland. A IV 2, 2000-2017.

[11] iGES: Faktencheck Pflegepersonal im Krankenhaus. Internationale Empirie und Status quo in Deutschland, Gütersloh 2017, S. 46.

[12] Seiber, Holger; Carstensen, Jeanette; Wiethölter, Doris: Entgelte von Pflegekräften – große Unterschiede zwischen Berufen, Bundesländern und Pflegeeinrichtungen (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung), November 2018, S. 4.

[13] Hielscher, Volker: Beschäftigung und Arbeit in der saarländischen Gesundheitswirtschaft (AK-Texte), Saarbrücken 2018, S. 16.

[14] aktiva, a. a. O., S. 77f.

[15] Gesundheitsberichterstattung, a. a. O., S. 318.

[16] Statistisches Bundesamt (Destatis): Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Krankenhausverzeichnis). Stand 31.12.2017; https://skgev.de/krankenhaeuser-reha-einrichtungen/reha-einrichtungen/ueberblick.html (Aufruf am 20.02.2019).

3.5.2 Stationäre Langzeitpflege: Altenheime und Behinderteneinrichtungen

Parallel zur wachsenden Zahl der Pflegebedürftigen sind Pflegeheimplätze deutlich ausgebaut worden. Im Saarland wird ein größerer Teil der Pflegebedürftigen stationär versorgt als im Bundesdurchschnitt. Hervorzuheben ist, dass die Pflegekosten im Saarland höher sind als in den meisten anderen Bundesländern. Dafür profitiert die stationäre Pflege von einer überdurchschnittlichen Personalausstattung.

Mit Jahresbeginn 2017 wurde durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, insbesondere um kognitive und seelische Einschränkungen bei der Feststellung von Pflegebedarf besser berücksichtigen zu können. Durch die Einbeziehung der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen sprunghaft erhöht, wenn auch ein Teil dieser Erhöhung mit der Entwicklung der Altersstruktur zusammenhängt. Betrug laut Statistischem Bundesamt die Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2015 knapp 2,9 Millionen, so erhöhte sie sich auf über 3,4 Millionen im Jahr 2017, was einer Steigerung um 19,4 % entspricht.[1]

Im Jahr 2017 wurden die 45.582 Pflegebedürftigen im Saarland zu einem großen Teil zu Hause von Angehörigen gepflegt: 53 % aller Pflegebedürftigen werden allein durch Angehörige versorgt, 21,7 % der Pflegebedürftigen zusammen mit oder allein durch Pflegedienste. Der Anteil derer, die in Pflegeheimen leben, beträgt 25,3 %.[2] Insgesamt ist der Anteil der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen innerhalb des beschriebenen Versorgungsmix rückläufig.[3] Im Saarland wurden 2015 hier noch 27,6 % der Pflegebedürftigen vollstationär versorgt und damit 2,3 Prozentpunkte mehr als 2017.[4]

Dem steht aber eine Erhöhung der absoluten Zahlen gegenüber. Denn durch den starken Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen hat sich auch die Anzahl der im vollstationären Bereich versorgten Pflegebedürftigen in Deutschland um 4,5 %, im Saarland sogar um 9,9 % erhöht, wobei es sich hierzulande im Ländervergleich um den höchsten Anstieg von Pflegebedürftigen in der Pflegeheimversorgung handelt.[5]

Die Zahl der angebotenen Pflegeheimplätze liegt zudem weit höher. Im Saarland boten im Jahr 2017 152 Heime mit vollstationärer Langzeitpflege 12.347 Plätze an. Die Auslastung lag bei knapp 90 % und damit gut zwei Prozentpunkte höher als 2015.[6]

Hohe Kosten für Eigenanteile

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurde auch ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil für die Pflegebedürftigen in Pflegeheimen eingeführt. Dieser beschreibt die durchschnittlichen Kosten, die in einer vollstationären Pflegeeinrichtung – einrichtungseinheitlich – an alle Heimbewohner weitergegeben werden. Zu dem pflegebedingten Eigenanteil kommen weitere Kosten für Verpflegung, Unterkunft und Investitionskosten. Auch diese variieren von Pflegeheim zu Pflegeheim, so dass sich die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Kosten nicht nur zwischen den Bundesländern, sondern auch innerhalb eines jeden Bundeslandes erheblich unterscheiden.

Studien zufolge betrug im Mai 2017 der durchschnittliche Gesamteigenanteil in deutschen Pflegeheimen 1.691 Euro, im Saarland 2.194 Euro pro Monat. Das Saarland lag damit auf Platz zwei nach Nordrhein-Westfalen. Für 121 Pflegeheime in Deutschland mussten pro Monat über 3.000 Euro Gesamteigenanteil gezahlt werden.[7]

Tabelle 1

Pflegeheime, Plätze und Kosten nach Landkreisen

	Anzahl der Pflegeheime im Jahr 2018	Verfügbare Plätze in der vollstationären Dauerpflege pro 10.000 Einwohner im Dezember 2017	Durchschnittlich zu zahlende Eigenanteile pro Monat* im Jahr 2018
Regionalverband Saarbrücken	50	128	2.175
Merzig-Wadern	23	157	2.195
Neunkirchen	23	142	2.320
Saarlouis	26	97	2.138
Saarpfalz-Kreis	19	117	2.201
St. Wendel	19	116	2.562
Saarland	160	124	2.194

Quelle: Statistisches Amt Saarland, Saarländische Pflegegesellschaft und eigene Berechnungen

* Um die monatlichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteile zu berechnen, wurden die Tagessätze mit 30,42 multipliziert.

Arbeitskammer

Betrachtet man die Kosten der Pflegeheime im Saarland, wie sie die Saarländische Pflegegesellschaft für das Jahr 2018 veröffentlicht hat, so findet sich der höchste durchschnittliche Eigenanteil im Landkreis St. Wendel mit 2.562 Euro, welcher gut 400 Euro über dem niedrigsten Wert in Saarlouis liegt. Insgesamt erheben von den 154 Einrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege, deren Gesamteigenanteile vorliegen, lediglich elf Eigenbei-

träge unterhalb des bundesdeutschen Durchschnitts von 1.691 Euro und in fünf Pflegeheimen liegt der Eigenanteil bei über 3.000 Euro.[8] Dies zeigt, dass die durchschnittlichen Kosten in den Landkreisen nicht durch einzelne sehr teure Pflegeheime bestimmt werden, sondern insgesamt sehr hoch sind.

Im zeitlichen Vergleich steigen die Pflegeheimkosten seit Jahren an. Von 2005 zu 2015 sind sowohl die Pflegekosten als auch die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung deutlich gestiegen. Im Saarland sind die Eigenanteile für Pflegestufe I und II innerhalb von zehn Jahren um fast 100 % angewachsen. Damit nimmt das Saarland bundesweit einen Spitzenplatz ein. Selbst in Ostdeutschland – hier gab es ein niedrigeres Ausgangsniveau – haben sich die Eigenanteile von 2005 bis 2015 in der Regel nur um 50 % erhöht.[9]

Personalsituation in den Pflegeheimen

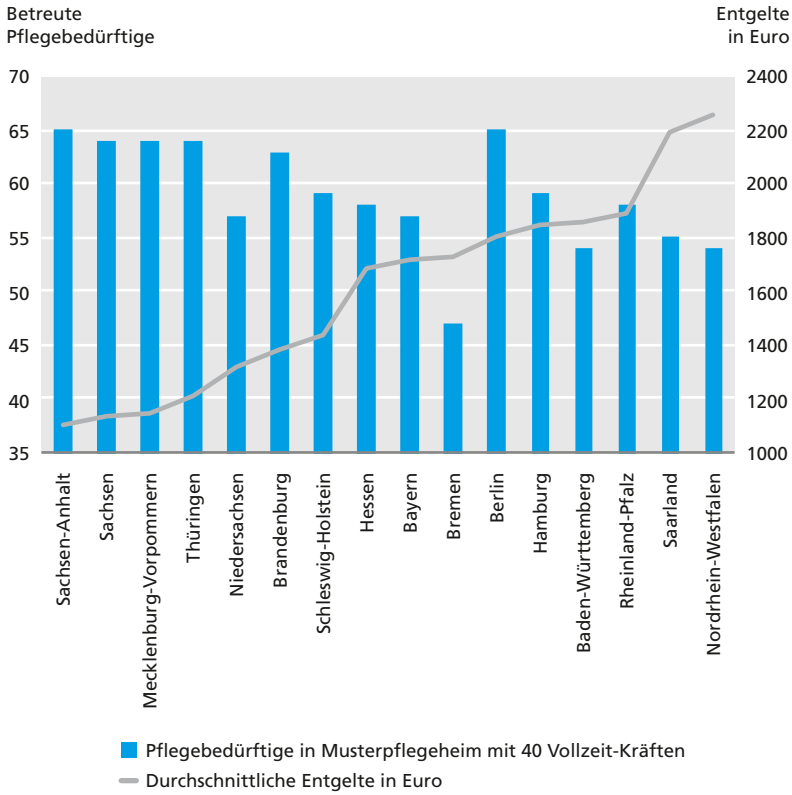
Als Grund für die hohen Eigenanteile der Pflegeheimbewohner im Saarland wird in der Regel die Einführung eines festen Personalschlüssels im Jahr 2000 genannt, der seitdem regelmäßig aufgestockt wurde. Die Saarländische Pflegegesellschaft beziffert das dadurch erreichte Personalplus auf 30 %.[10] Die Grafik auf der folgenden Seite zeigt die Betreuungsrelationen in den Heimen und die Eigenanteile im Ländervergleich.

Betrachtet man die Zahl der Beschäftigten in (geschätzten) Vollzeitäquivalenten über alle Tätigkeitsbereiche hinweg, so gab es 1999 im Saarland 4.329 Beschäftigte, im Jahr 2017 dagegen 8.103, was einer Steigerung um 87 % entspricht. Zeitgleich erhöhte sich die Zahl der in der stationären Pflege betreuten Personen um 53 % von 7.267 auf 11.108.[11] Dies bedeutet für ein „Musterpflegeheim“ mit 40 Vollzeitbeschäftigten, dass dieses im Jahr 1999 im Saarland 67 Pflegebedürftige zu betreuen hatte, im Jahr 2017 dagegen nur noch 55, also rund ein Fünftel weniger. Insofern kann von einer deutlichen Verbesserung der Personalausstattung gesprochen werden, auch wenn bei dieser Betrachtung die Veränderungen der Pflegeanforderungen (zunehmende Hochaltrigkeit, Multimorbidität, Demenzerkrankungen) nicht berücksichtigt werden. Zudem werden in diesem Modell nicht nur die pflegerischen Aufgaben, sondern alle Tätigkeitsbereiche in einem Pflegeheim erfasst.

Auch in allen anderen Bundesländern hat sich die Personalsituation in den Heimen verbessert. Im Jahr 2017 hatten Bremen, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen das meiste Personal pro Pflegebedürftigen zur Verfügung. Das Saarland steht in personeller Hinsicht auf Platz vier. Drei der

Grafik 1

Behandlungsfälle gerechnet auf eine Pflegevollkraft im Jahr 2017 nach Bundesländern



Quelle: Statistisches Bundesamt, Rothgang Pflegereport 2017, eigene Berechnungen

Arbeitskammer

vier für die Pflegebedürftigen teuersten Bundesländer befinden sich damit unter den vier Ländern mit der besten Personalisierung. Gleichzeitig erreichen aber Bremen und Baden-Württemberg bei geringeren Kosten für die Pflegebedürftigen eine bessere Betreuungsrelation als das Saarland.

Die Kosten in den saarländischen Pflegeeinrichtungen

Die Kosten im Saarland sind für die Unterbringung in stationären Pflegeeinrichtungen im bundesweiten Vergleich am höchsten und sind auf die besondere Ausgangslage zurückzuführen: Der größte Teil der Aufwendungen entsteht aus der Pflege des Menschen selbst und wird über die Leistungen

der Pflegeversicherung abgedeckt. Dazu addiert werden die Ausgaben für die Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten für Instandhaltung, Sanierung der Gebäude. Zusätzlich fallen im Saarland Aufwendungen für den Ausbildungsrefinanzierungsbedarf an, welcher jährlich neu berechnet wird. Für die Praxisanleitung in der Ausbildung wird ab dem ersten Auszubildenden eine Vollzeitkraft mit einem Stellenanteil von 0,2 refinanziert. Ebenfalls fallen hier finanzielle Mittel für das Ehrenamt ins Gewicht und es wird pro 20 Ehrenamtlichen ebenfalls ein Stellenanteil von 0,2 Vollzeitäquivalenten vergütet.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die starke Tarifbindung im Saarland, die gerade in der Grenzregion Saar-Lor-Lux eine wichtige Determinante bezüglich Fachkraftbindung ist (siehe Kapitel I.4.3). Diese betrifft im Übrigen sowohl die Versorgung im Krankenhaus als auch die in der stationären Pflege. Durch die grenznahe Lage und den bereits existierenden Fachkräftemangel können sich Betriebe in der Pflegewirtschaft kaum mehr leisten, nicht nach Tarif zu zahlen, da die grenznahe Lage zu Luxemburg zu einer schnellen Abwanderung mit weitaus lukrativerer Bezahlung verlockt.

Stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe

Neben den in der Pflegestatistik ausgewiesenen Pflegeheimen gibt es auch stationäre Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. Sie werden stärker von jüngeren Pflegebedürftigen in Anspruch genommen. Da bei jungen Pflegebedürftigen häufig andere Beeinträchtigungen und Hilfebedarfe vorliegen als bei älteren, müssen die Einrichtungen auch anderen Anforderungen gerecht werden.

Bei Pflegebedürftigkeit junger Menschen liegt regelmäßig auch ein Ausmaß an Behinderung vor, aus dem Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe nach dem Sozialgesetzbuch IX entstehen.[12] So müssen in den Behinderteneinrichtungen die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen.

Im Saarland gab es im Januar 2018 118 Einrichtungen, die vor allem für geistig oder seelisch behinderte Menschen 2.185 Plätze anboten. In der Regel handelt es sich um Wohnheimplätze. Es gibt aber auch eine große Anzahl sogenannter Außenwohngruppenplätze. Hier leben die behinderten Menschen in einer Wohngemeinschaft. Eine besonders hohe Versorgungsdichte an Plätzen besteht in den Landkreisen Merzig-Wadern und Saarlouis. Alle anderen Landkreise sind im Saarland-Vergleich schwächer versorgt.[13]

[1] Statistisches Bundesamt (Destatis): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftige. 2017, Wiesbaden 2018.

[2] Ebd.

[3] Jacobs, Klaus; Kuhlmey, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (Hg.): Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege, Berlin 2018, S. 184.

[4] Statistisches Bundesamt (Destatis): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegebedürftige. 2015 und 2017, Wiesbaden 2017 und 2018.

[5] Destatis, a. a. O.

[6] Destatis, a. a. O.

[7] Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Runte, Rebecca; Unger, Rainer: Pflegereport 2017 (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 5), Bremen 2017, S. 30.

[8] https://www.saarlaendische-pflegegesellschaft.de/assets/files/einrichtungslisten/entgelte-vs-2018.pdf (Aufruf am 08.03.2019).

[9] Destatis, a. a. O.

[10] Saarbrücker Zeitung vom 17.10.2018, S. 12.

[11] Statistisches Bundesamt (Destatis): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegeheime. 1999 und 2017, Wiesbaden 2001 und 2018.

[12] Rothgang, a. a. O., S. 14.

[13] https://www.saarland.de/dokumente/res_soziales/Verzeichnis_SGB_XII_01032018.pdf (Aufruf am 14.03.2019)

3.5.3 Ambulante Dienste

Trotz des Vorrangs der häuslichen Versorgung in der Pflegeversicherung werden im Saarland nur vergleichsweise wenige Menschen durch ambulante Pflegedienste unterstützt. Trotz einer Zunahme der Pflegebedürftigkeit ist die Zahl der Pflegedienste in den letzten 20 Jahren sogar zurückgegangen und konnte sich erst seit 2013 wieder stabilisieren. Eine Pflegekraft in einem ambulanten Dienst im Saarland hat deutschlandweit die meisten Pflegebedürftigen zu betreuen.

Ambulante Pflegedienste unterstützen Pflegebedürftige und deren Angehörige bei der Versorgung zu Hause. Zu den Angeboten der häuslichen Pflegehilfe, die als Pflegesachleistung über das Sozialgesetzbuch XI abgerechnet werden können, gehören zum einen körperbezogene Pflegemaßnahmen.[1] Gemeint ist damit beispielsweise die Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität oder Lagerung. Des Weiteren gehören zu den Angeboten pflegerische Betreuungs- und Entlastungsmaßnahmen, zum Beispiel Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld. Pflegedienste bieten aber auch Hilfen bei der Haushaltsführung, der Reinigung der Wohnung und der hauswirtschaftlichen Versorgung.[2] Die ambulanten Pflegedienste übernehmen daneben die Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bei pflegerischen Fragestellungen und sollen bei der Vermittlung von Hilfsdiensten unterstützen. Sofern die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind, erbringt ein ambulanter Pflegedienst auch häusliche Krankenpflege als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.[3]

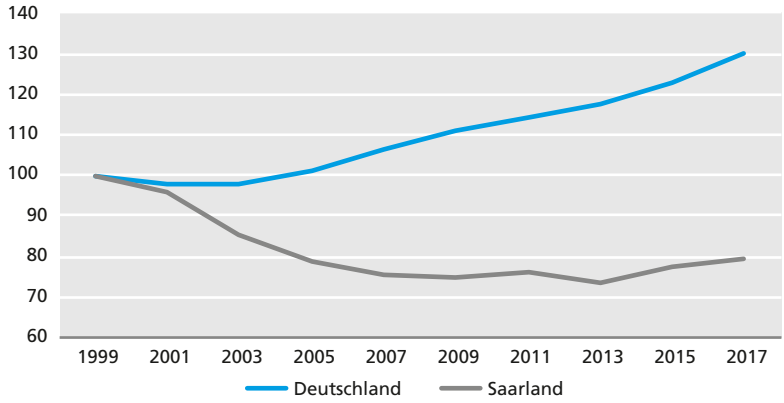
Zum Jahresende 2017 wurden bundesweit 829.958 Pflegebedürftige durch ambulante Dienste betreut. Diese Zahl ist gegenüber 2015 um fast 20 % angestiegen, was der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen entspricht. Der Anteil der Pflegebedürftigen, der durch einen ambulanten Dienst betreut wird, lag im bundesdeutschen Durchschnitt für das Jahr 2017 bei 24,3 %. Im Saarland erhielten lediglich 21,7 %, also 9.871 Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen, Unterstützung durch Pflegedienste. Das Saarland hat damit nach Baden-Württemberg die zweitniedrigste Versorgungsquote durch Pflegedienste.[4]

Gegenläufige Entwicklung der Zahl der Pflegedienste im Saarland

Deutschlandweit hat die Zahl der ambulanten Dienste deutlich zugenommen: Gab es 1999 noch 10.820 Pflegedienste, so stieg deren Zahl um rund 30 % auf 14.050 im Jahr 2017. Gleichzeitig erhöhte sich die Zahl der Pflegebedürftigen, die pro Pflegedienst versorgt werden, von 38,4 auf 59,1.

Grafik 1

Entwicklung der ambulanten Pflegedienste bezogen auf 1999 in Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Arbeitskammer

Entgegen dem Bundestrend verringerte sich dagegen die Zahl der ambulanten Pflegedienste im Saarland. Lag sie 1999 noch bei 153, ging die Anzahl der ambulanten Pflegedienste bis 2009 auf 114 zurück, um seither wieder leicht anzusteigen. Im Jahr 2017 waren im Saarland 122 Pflegedienste zugelassen. In keinem anderen Bundesland ist damit die Zahl der Pflegedienste so stark zurückgegangen wie im Saarland.[5]

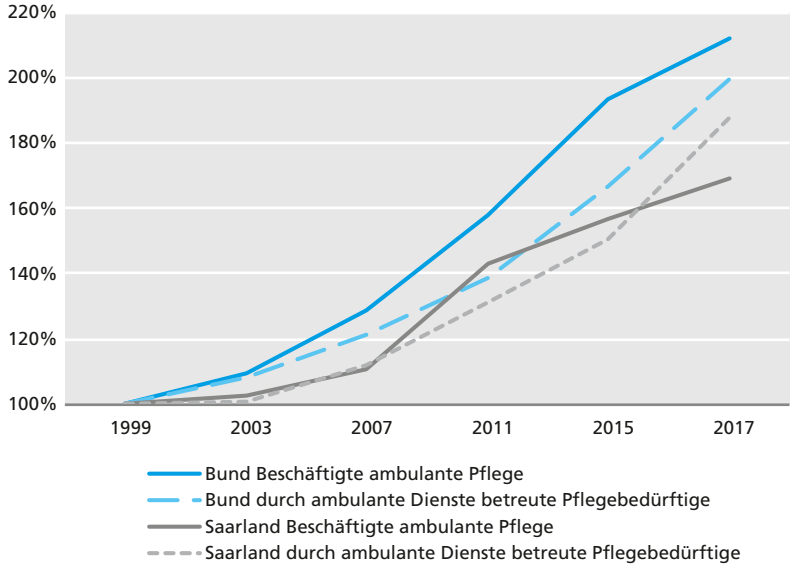
Der Verringerung der Zahl der Pflegedienste seit 1999 steht die Erhöhung der Zahl der zu betreuenden Pflegebedürftigen gegenüber. Die Grafik 2 zeigt, dass sich die Zahl der durch ambulante Dienste betreuten Pflegebedürftigen im Saarland wie auch im Bund in etwa verdoppelt hat. Deutliche Unterschiede zeigen sich jedoch bei der Entwicklung der Beschäftigtenzahlen. Während das Personal der Pflegedienste im betrachteten Zeitraum bundesweit mehr als verdoppelt wurde, sind die saarländischen Dienste mit einem Zuwachs des Personals um lediglich zwei Drittel in den vergangenen zwei Jahrzehnten regelrecht abgehängt worden. Dies hat erhebliche Folgen für die Arbeitsbelastung, was sich auch an den Betreuungsrelationen ablesen lässt.

Ungünstige Betreuungsrelationen bei saarländischen Pflegediensten

Während im Jahr 1999 ein Pflegedienst im Saarland durchschnittlich 34,3 Pflegebedürftige betreute, stieg diese Zahl auf 80,9 im Jahr 2017. Damit

Grafik 2

Beschäftigte in ambulanten Diensten und betreute Pflegebedürftige



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Arbeitskammer

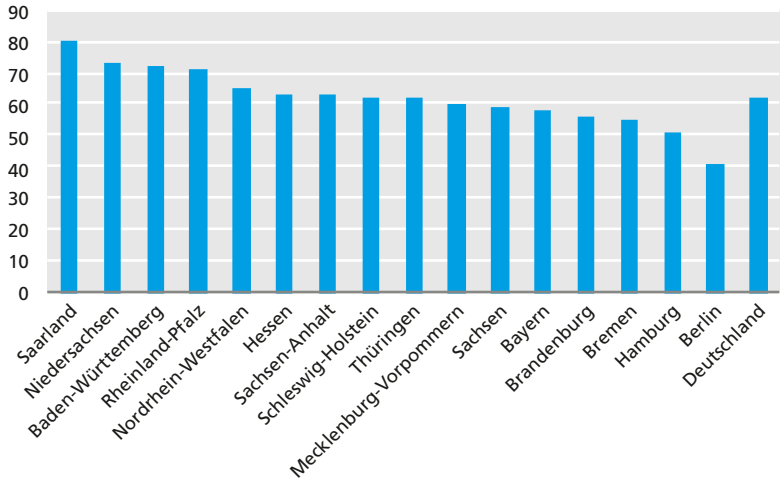
betreute 2017 ein Pflegedienst im Saarland im Ländervergleich mit Abstand die meisten Pflegebedürftigen, fast zwei Drittel mehr als in Bayern.[6]

Zieht man die Beschäftigtenzahlen im Ländervergleich hinzu, so bestätigt sich die ungünstige Betreuungsrelation für das Saarland. Bundesweit waren 2017 rund 266.000 Mitarbeiter (geschätzte Vollzeitäquivalente)[7] bei Pflegediensten über alle Tätigkeitsbereiche hinweg beschäftigt. Dabei wurden die Teilzeitkräfte in Vollzeitbeschäftigte umgerechnet, so dass die Personalzahlen zwischen den Bundesländern vergleichbar sind. Im Ergebnis entfielen im Bundesschnitt 18,9 gerechnete Vollzeitkräfte auf einen Pflegedienst. Die Pflegedienste im Saarland haben durchschnittlich 20,3 Beschäftigte pro Pflegedienst und liegen in der Betriebsgröße nur leicht über dem bundesdeutschen Durchschnitt. Es liegt also nicht an deren besonders überdurchschnittlicher Größe und Mitarbeiterzahl, dass hierzulande so viele Pflegebedürftige pro Pflegedienst betreut werden.

Die erheblichen regionalen Unterschiede zeigt die länderbezogene Betrachtung eines modellhaften ambulanten Dienstes mit 20 Mitarbeitern (in Vollzeitäquivalenten). Ein solcher „Musterpflegedienst“ hatte 2017 bundes-

Grafik 3

Versorgte Pflegebedürftige in „Musterpflegedienst“ mit 20 Vollzeitkräften



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen

Arbeitskammer

weit durchschnittlich 62 Pflegebedürftige zu versorgen. In Berlin waren es allerdings nur 41 und im Saarland dagegen 80 Pflegebedürftige. Erst mit großem Abstand folgen Niedersachsen mit 73 und Baden-Württemberg mit 72 Pflegebedürftigen.

Günstig stellt sich im Saarland dagegen die lokale Verteilung und Erreichbarkeit der Pflegedienste dar. So gibt es hier ebenso wie in Nordrhein-Westfalen vergleichsweise wenige Gemeinden ohne mindestens einen Standort eines ambulanten Pflegedienstes. Die Entfernung zum nächsten Standort beträgt im Saarland durchschnittlich 3,5 Kilometer. Die Pkw-Fahrzeit beträgt für den nächstgelegenen ambulanten Dienst unter zehn Minuten. Auch bei Wegfall des nächstgelegenen Standortes, etwa wenn dieser keine neuen Kunden mehr aufnehmen kann, kommt das Saarland noch auf gute Erreichbarkeiten.[8] Letztlich spielt hierfür die Kleinräumigkeit des Saarlandes eine begünstigende Rolle.

Darüber hinaus bestehen auch zwischen den Landkreisen des Saarlandes Unterschiede in der Betreuungsquote. So wurden in St. Wendel 2017 fast 110 Pflegebedürftige pro Pflegedienst betreut und damit nochmals deutlich mehr als im saarländischen Durchschnitt. Daneben gibt es auch innerhalb der einzelnen Landkreise unterschiedlich gut versorgte Gebiete. Wertet man die Adressdaten der Standorte aus, konzentrieren sich die ambulan-

Tabelle 1

Pflegedienste nach Landkreisen

	Anzahl der Pflegedienste 2017	Pflegebedürftige pro Pflegedienst Dezember 2017	Anzahl der Pflegedienste Februar 2019
Regionalverband Saarbrücken	41	81,4	44
Merzig-Wadern	11	80,0	12
Neunkirchen	15	83,6	15
Saarlouis	28	76,2	29
Saarpfalz-Kreis	17	68,8	18
St. Wendel	10	109,8	11
Saarland	122	80,9	129

Quelle: Statistisches Amt Saarland, Saarländische Pflegegesellschaft, eigene Berechnungen

Arbeitskammer

ten Dienste auf den städtischen Bereich. Der Süden des Saarpfalz-Kreises, aber auch die Grenzregion im Landkreis Saarlouis sind deutlich schlechter mit Pflegediensten versorgt, als es die Versorgungsdichte für die beiden Landkreise erkennen lässt.

Insofern kann davon ausgegangen werden, dass nicht nur, aber besonders auch im Saarland ein evidenter Bedarf für den weiteren Ausbau der ambulanten Versorgungsangebote besteht. Vermutet werden kann, dass in diesem Sektor Marktpotenziale nicht ausgeschöpft werden. Immerhin lässt sich seit 2017 ein Aufwärtstrend bei der Zahl der zugelassenen Pflegedienste erkennen. Im Sinne einer qualitativ hochwertigen häuslichen Versorgung ist zu wünschen, dass sich dieser Trend im Saarland weiter fortsetzt.

[1] Im Sozialgesetzbuch XI wurde ab 2017 der Begriff „Grundpflege“ durch „körperbezogene Pflege“ ersetzt.

[2] In den Pflegestatistiken wurde der Begriff „Hilfen bei der Haushaltsführung“ übernommen. Das Sozialgesetzbuch XI spricht aber daneben auch noch von „hauswirtschaftlicher Versorgung“.

[3] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/ambulanter-pflegedienst.html (Aufruf am 06.03.2019).

[4] Statistisches Bundesamt (Destatis): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste. 2017, Wiesbaden 2018.

[5] Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hg.): Pflege-Thermometer 2016. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege, Köln 2016, S. 23.

[6] Statistisches Bundesamt (Destatis): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste. 1999-2017, Wiesbaden 002-2018.

[7] Die Schätzmethode der Vollzeitäquivalente entspricht der des Statistischen Bundesamtes. Die Faktoren für die Hochrechnung der Teilzeitbeschäftigten sind in den Pflegestatistiken im Glossar beschrieben.

[8] Neumeier, Stefan: Lokale Verteilung Ambulanter Pflegedienste nach SGB XI in Deutschland auf Basis eines rasterbasierten GIS-Erreichbarkeitsmodells, Braunschweig 2015, S. 65f.

3.5.4 Weitere Angebote der häuslichen Versorgung

Neben den ambulanten und stationären Angeboten in der Langzeitpflege existieren weitere Angebote zur teilstationären oder temporären vollstationären Versorgung, die darauf ausgerichtet sind, die häusliche Versorgung zu stabilisieren. Die Pflegeversicherung bietet dafür die teilstationäre Tages- und Nachtpflege an, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist (§ 41 Sozialgesetzbuch XI). Die Kosten werden zusätzlich zu den Pflegegeld- oder Pflegesachleistungen von der Pflegekasse finanziert. Die Tagespflege hat eine enorm wichtige Bedeutung, Angehörige tagsüber von den Betreuungsaufgaben zu entlasten, insbesondere bei der Betreuung von an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen.

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, können darüber hinaus Pflegebedürftige bis zu acht Wochen pro Jahr im Rahmen von Kurzzeitpflege in einem Pflegeheim untergebracht werden. Eine besondere Bedeutung hat dieses Angebot für Personen, die nach einem Krankenhausaufenthalt einen erhöhten Pflegebedarf haben und nicht direkt wieder nach Hause zurückkehren können. Auch hierfür sieht das Sozialgesetzbuch XI in § 42 eine gesonderte Finanzierungsregelung vor.

Im Saarland existierten nach Daten der Saarländischen Pflegegesellschaft 71 Tagespflegeeinrichtungen und 113 Einrichtungen, die Kurzzeitpflege anbieten.[1] Viele Tages- und Kurzzeitpflegeangebote sind an stationäre

Tabelle 1

Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen nach Landkreisen

	Anzahl der Tagespflegeeinrichtungen im Oktober 2018	Anzahl der Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Oktober 2016
Regionalverband Saarbrücken	17	39
Merzig-Wadern	10	12
Neunkirchen	9	16
Saarlouis	17	16
Saarpfalz-Kreis	8	16
St. Wendel	10	14
Saarland	71	113

Quelle: Saarländische Pflegegesellschaft — Arbeitskammer

Pflegeheime angegliedert. Kurzzeitpflegeplätze sind allerdings nur unter schwierigen betriebswirtschaftlichen Bedingungen vorzuhalten: Bei ihnen ist eine durchgehende Belegung nur schwer zu organisieren. Nicht selten werden Pflegeplätze, die für die Kurzzeitpflege gedacht waren, bei entsprechender Nachfrage dann doch für die Langzeitpflege belegt. Insofern ist trotz zahlreicher Anbieter die reale Verfügbarkeit von Kurzzeitpflegeangeboten kritisch zu hinterfragen.

Aussagekräftiger ist dagegen die Zahl der tatsächlich in Anspruch genommenen Pflegeplätze. Setzt man diese für die Tagespflege in Beziehung zu den Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, so erreicht das Saarland eine Verfügbarkeit von Tagespflegeplätzen, die der durchschnittlichen Quote in Deutschland entspricht. Bei der Kurzzeitpflege bewegt sich das Saarland über dem bundesdeutschen Durchschnitt auf Platz fünf. Allerdings erfolgt die Erhebung der Tages- und Kurzzeitpflegegäste jeweils stichtagsbezogen am 15. Dezember eines Jahres.[2] Schwankungen der Nachfrage im Laufe eines Jahres, insbesondere der höhere Bedarf in den Sommermonaten, können dadurch nicht erfasst oder beschrieben werden.

Die Saarländische Pflegegesellschaft hat noch für dieses Jahr ein Online-Portal angekündigt, welches die Suche nach freien Kurzzeit- und Tagespflegeplätzen vereinfachen soll. Die Einrichtungen können dann freie Plätze über einen eigenen Zugang übermitteln und über das Internet zur Verfügung stellen. Bei einer breiten Nutzung durch die Einrichtungen könnte mit dem Portal die Transparenz über die Angebotssituation im Saarland deutlich verbessert werden.

Eine häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen ist auch in ambulant betreuten Wohngemeinschaften möglich. Diese Wohngemeinschaften spielen allerdings im Saarland kaum eine Rolle. Nach dem saarländischen Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätsgesetz sind Wohngemeinschaften ab sechs Personen der Heimaufsicht unterworfen. Damit verbinden sich erhöhte Anforderungen an den Betrieb der Wohngemeinschaften und an die fachliche Qualität der Betreuung, die möglicherweise den Ausbau solcher Angebote bremsen.

---

[1] Saarländische Pflegegesellschaft, https://www.saarlaendische-pflegegesellschaft.de/dienste-und-einrichtungen.html (Aufruf am 14.03.2019).

[2] Destatis, Pflegestatistik Pflegebedürftige (siehe vorige Kapitel); Destatis, Pflegestatistik Pflegeheime (siehe vorige Kapitel).

3.5.5 Hospiz- und Palliativeinrichtungen

Im Saarland sind bereits seit einigen Jahren spezialisierte Palliativstationen geschaffen worden, die an Krankenhäuser angegliedert sind und ein wichtiges Angebot für schwerstkranke Menschen darstellen. Ebenso hat sich die Zahl der Hospize erhöht. Schwieriger sieht die ambulante Versorgung aus: So ist die Zahl spezialisierter ambulanter Palliativversorgung rückläufig. Auch stehen den Saarländern weniger niedergelassene Palliativmediziner zur Verfügung als im Bundesdurchschnitt.

Die meisten Menschen verbinden die Vorstellung, in Würde und selbstbestimmt in einer vertrauten Umgebung im Kreis von Angehörigen und Freunden zu sterben, mit einem Sterben zu Hause. So möchten laut einer DAK-Umfrage 60 % der Bevölkerung zu Hause sterben, laut einer repräsentativen Erhebung der Bertelsmann Stiftung sogar 76 % der Deutschen. Nur 16 % beziehungsweise 10 % wollen in einem Hospiz sterben, noch weniger im Pflegeheim oder in einem Krankenhaus.[1] Tatsächlich ist das Krankenhaus aber für 46 % der über 65-Jährigen in Deutschland der Ort, an dem sie sterben und für 31 % ist es das Pflegeheim.[2] Auch wenn mehr als drei Viertel der Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit gepflegt werden, sterben die meisten von ihnen im Krankenhaus oder im Pflegeheim.[3]

Für fast 70 % der Pflegebedürftigen gehört ein Krankenhausaufenthalt in den letzten Lebensmonaten zur Versorgungsrealität. Daneben wechselt ein großer Teil der Verstorbenen noch im letzten Quartal vor dem Tod von zu Hause in die Kurzzeit- oder Langzeitpflege und verstirbt hier schließlich. Die nicht gewünschten Sterbeorte Krankenhaus und Pflegeheim ergeben sich daraus, dass die häusliche Versorgung in den letzten Lebensmonaten häufig instabil wird.[4] Damit die Präferenz vieler Menschen, zu Hause sterben zu wollen, realisiert werden kann, ist eine unterstützende Infrastruktur notwendig.

Unterschiedliche Dichte verschiedener Hospizangebote

Im Saarland gibt es für die Palliativversorgung derzeit 14 ambulante Hospizdienste, einen ambulanten Kinderhospizdienst, vier Palliativstationen, eine altersübergreifende Palliativstation, eine palliativ-pädiatrische Kriseninterventionseinheit, einen palliativmedizinischen Konsiliardienst, vier Teams für die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV), davon ein SAPV-Brückenteam für Kinder, ein palliativpflegerisches Projekt in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe und vier stationäre Hospize.[5]

Stationäre Hospize haben sich als Versorgungsinfrastruktur für sterbende Menschen etabliert. Sie kommen dann für die Sterbebegleitung in der

letzten Lebensphase in Betracht, wenn eine Krankenhausbehandlung nicht nötig, eine ambulante Versorgung zu Hause aber nicht möglich ist. Die Versorgungssituation mit stationären Hospizen stellt sich im Saarland positiv dar. In vier Einrichtungen können jetzt 44 Betroffene begleitet und versorgt werden. Die Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und der European Association of Palliative Care, 40 bis 50 Hospizbetten auf 1.000.000 Einwohner vorzuhalten, wird im Saarland seit 2016 erfüllt.[6] Ein spezielles Kinderhospiz gibt es allerdings bisher nicht. Aus der Sicht der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz e.V. besteht hierfür nur ein geringer Bedarf im Saarland.[7] Auch in einem Gutachten, welches von Unterstützern für ein Kinderhospiz in Auftrag gegeben wurde, wird im Ergebnis betont, dass im Saarland der Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen für Kinder dringlicher sei.[8]

Ambulante Dienste erbringen qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung, palliativpflegerische Beratung und regionale Netzwerkarbeit. Ihnen gehören mindestens 15 qualifizierte ehrenamtliche Hospizhelferinnen und Hospizhelfer sowie mindestens eine hauptamtliche Hospizfachkraft an.[9] Im Saarland gab es zum Zeitpunkt der letzten Bedarfsanalyse im Jahr 2013 acht ambulante Dienste, die als nicht ausreichend für die Versorgung betrachtet wurden;[10] mittlerweile hat sich diese Zahl um sechs erhöht. Auch ein ambulanter Kinderhospizdienst übernimmt saarlandweit die Betreuung. Ob diese Angebote ausreichend sind, müsste allerdings in einer neuen Bedarfsanalyse überprüft werden.

Leidet der Pflegebedürftige an einer nicht heilbaren Krankheit, die eine besonders aufwändige medizinische und pflegerische Versorgung erfordert, dann kommt die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) in Betracht. Die Versorgung erfolgt durch ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeiterinnen und weiteren Fachkräften mit spezialisierten Kenntnissen der Palliativversorgung. Im Saarland ist die SAPV rückläufig. 2015 gab es noch sechs Teams, mittlerweile nur noch vier. Damit entspricht die Versorgungslage mit SAPV-Teams im Saarland noch der vom Gesetzgeber vorgesehenen Quote von vier Teams auf eine Million Einwohner. Die European Association of Palliative Care sieht den Bedarf allerdings bei zehn Teams auf eine Million Einwohner.[11]

Ausbau von Palliativstationen in Kliniken

In den letzten Jahren sind die Palliativstationen in den Krankenhäusern deutlich ausgebaut worden. Das Ziel, schwer kranke Patienten so weit zu stabilisieren, dass sie wieder in die häusliche Umgebung entlassen werden können, wird in diesen Stationen aber häufig nicht erreicht. Denn der An-

teil der im Krankenhaus verstorbenen älteren Menschen ist umso größer, je häufiger die Krankenhäuser eine spezialisierte palliativmedizinische Behandlung anbieten.[12] Bereits 2015 gab es hierzulande fünf Palliativstationen mit 46 Betten.[13] Dies entspricht ebenfalls den Empfehlungen von 40 bis 50 Krankenhausbetten in diesem Bereich auf eine Million Einwohner.[14]

Die Landesarbeitsgemeinschaft Hospizverein e.V. hat darüber hinaus angeregt, in jedem Krankenhaus des Saarlandes palliativmedizinische Expertise vorzuhalten, etwa durch die Etablierung eines palliativmedizinischen Konsiliardienstes.[15] Eine solche Einrichtung gibt es aber bisher nur in einem der 23 Krankenhäuser.

Eine Untersuchung der Bertelsmann Stiftung konnte außerdem zeigen, dass in Bundesländern mit einem hohen Anteil ambulant arbeitender Palliativmediziner der Anteil der älteren Menschen, die im Krankenhaus sterben, relativ niedrig ist.[16] Im Jahr 2016 führten 5.157 im ambulanten Sektor tätige Ärzte in Deutschland die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“, im Saarland 53. Ihre Zahl ist damit in den vergangenen Jahren in ganz Deutschland kontinuierlich gestiegen.[17] Die Versorgung im Saarland bleibt aber mit 5,3 ambulanten Palliativmedizinern auf 100.000 Einwohner hinter dem bundesdeutschen Durchschnitt von 6,2 Ärzten zurück.

Die Hospiz- und Palliativversorgung ist in den vergangenen Jahren im Saarland ausgebaut worden. Inwieweit dies hinreichend ist, allen von schwerer Krankheit betroffenen Saarländern ein würdevolles Sterben zu Hause zu ermöglichen, bedürfte aber genauerer Untersuchungen.

[1] Rebscher, Herbert (Hg.): Pflegereport 2016. Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven, Hamburg – Freiburg 2016, S. 6; Grote-Westrick, Marion; Volbracht, Eckhard: Palliativversorgung. Leistungsangebot entspricht (noch) nicht dem Bedarf – Ausbau erfordert klare ordnungspolitische Strategie, in: Spotlight Gesundheit. Daten, Analysen, Perspektiven (10/2015), S. 2.

[2] Grote-Westrick, a. a. O., S. 2.

[3] Rebscher, a. a. O., S. 6.

[4] Rebscher, a. a. O., S. 9.

[5] http://www.hospiz-saarland.de/ (Aufruf am 04.03.2019).

[6] http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/uebersicht_zum_aktuellen_Stand_der_Hospiz_08-2015_wegweiser.pdf; https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser-und-hospize/hospize/fliedner-hospiz-neunkirchen/leben-im-hospiz/ (Aufruf am 01.03.2019).

[7] Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Saarland e.V.: Stellungnahme zum mittelfristigen Bedarf der Hospiz- und Palliativversorgung im Saarland, Saarbrücken 2013, S. 26.

[8] Klie, Thomas; Bruker, Christine: Bedarfsanalyse zu den Angeboten für Familien mit lebensverkürzend und schwer erkrankten Kindern. Regionalstudie Saar-Mosel. Abschlussbericht, Freiburg 2015.

[9] § 1 Absatz 4 der Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 8 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.03.2016 zwischen dem GKV und den Trägern der ambulanten Palliativversorgung.

[10] LAG Hospiz, a. a. O., S. 16.

[11] http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/uebersicht_zum_aktuellen_Stand_der_Hospiz_08-2015_wegweiser.pdf (Aufruf am 01.03.2019).

[12] Grote-Westrick, a. a. O., S. 5.

[13] Im Saarländischen Krankenhausplan werden die Fachabteilungen Schmerztherapie und Palliativmedizin zusammen aufgeführt. Deren dort angegebene Anzahl ist dadurch höher als fünf.

[14] http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/uebersicht_zum_aktuellen_Stand_der_Hospiz_08-2015_wegweiser.pdf (Aufruf am 01.03.2019).

[15] LAG Hospiz, a. a. O., S. 25.

[16] Grote-Westrick, a. a. O., S. 4.

[17] http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17066.php (Aufruf am 02.03.2019).

3.5.6 Beratungsangebote

Die Säule der Pflegeberatung in Deutschland bilden die Pflegestützpunkte. Im Saarland arbeiten acht solcher Stützpunkte, die über alle Regionen des Landes verteilt sind. Im Vergleich zu anderen Bundesländern sind die Pflegestützpunkte hierzulande personell gut ausgestattet, so dass auch Hausbesuche geleistet werden können. Jedoch sind die Pflegestützpunkte noch immer nicht allen Bevölkerungsgruppen hinlänglich bekannt.

Ein möglichst selbstständiges Leben in der eigenen Häuslichkeit ist ein zentrales Anliegen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Auch der Gesetzgeber räumt der ambulanten Versorgung einen Vorrang ein. Oft mangelt es jedoch an Kenntnissen zu den vielfältigen Leistungen sowie ihrem fall- und situationsgerechten Einsatz.[1] Hier setzen Ansprüche der Versicherten auf Beratung und Unterstützung durch die Pflegeversicherung an. Dazu hat der Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch XI die Einrichtung von Pflegestützpunkten durch die Pflegekassen und Krankenkassen zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten vorgesehen. Die für Altenhilfe und Hilfe zur Pflege nach dem Sozialgesetzbuch XII zuständigen kommunalen Träger sollen dabei beteiligt werden. Fast alle Bundesländer haben sich für die Einrichtung von Pflegestützpunkten entschieden.[2]

Zu den Aufgaben der Pflegestützpunkte im Saarland gehören die unabhängige Auskunft und Beratung zu den Leistungsangeboten des Sozialgesetzbuches XI, auch zu möglichen weiteren Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten sowie die Hilfestellung bei der Inanspruchnahme von Leistungen, beispielsweise beim Stellen von Anträgen. Pflegestützpunkte sollen außerdem die wohnortnahe Versorgung und Betreuung von Hilfs- und Unterstützungsangeboten koordinieren, Netzwerke von Versorgungsangeboten aufbauen und ehrenamtliche Strukturen fördern.[3]

Unterschiedliche Dichte von Pflegestützpunkten in den Ländern

Trotz bundesgesetzlicher Vorgaben wird die Einrichtung von Pflegestützpunkten in den Bundesländern sehr unterschiedlich gehandhabt. So befinden sich von den bundesweit mehr als 400 Pflegestützpunkten allein 135 in Rheinland-Pfalz und acht im Saarland; in Sachsen und Sachsen-Anhalt wurden gar keine Pflegestützpunkte eingerichtet. Damit erreicht Rheinland-Pfalz die größte Versorgungsdichte, wobei ein Pflegestützpunkt für rund 30.000 Einwohnerinnen und Einwohner zuständig ist. Eine vergleichsweise hohe Dichte an Pflegestützpunkten besteht auch im Saarland; hierzulande kommt eine solche Beratungsstelle auf 125.000 Personen. Die Zahl

der Pflegestützpunkte gibt aber nur bedingt Auskunft über die Beratungsstruktur. Aussagekräftiger ist die Zahl der Beratenden. Danach weist das Saarland ähnliche Werte wie Rheinland-Pfalz auf.

Eine wichtige Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit eines Pflegestützpunktes ist also eine hinreichende und qualifizierte Personalausstattung. Durchschnittlich verfügen die Pflegestützpunkte in Deutschland über Personal in einem Umfang von zwei Vollzeitäquivalenten. Im Saarland sollen bezogen auf 100.000 Einwohner mindestens drei Vollzeit-Beratungskräfte sowie Verwaltungskräfte in erforderlichem Umfang vorgehalten werden.[4] Dies bedeutet rechnerisch 30 Vollzeitkräfte für das Saarland und durchschnittlich knapp vier Mitarbeiter pro Pflegestützpunkt allein für die Beratung. Auf der Homepage der Pflegestützpunkte wurden im Frühjahr 2019 38 Personen als Ansprechpartner aufgeführt.[5] Die Saarländerinnen und Saarländer warten allerdings trotz der vergleichsweise günstigen Beraterquote etwas länger als im Bundesdurchschnitt auf einen persönlichen Beratungstermin.[6]

Beratungsdichte im Saarland

Nach einer bundesweiten Umfrage zur Dienstleistungsorganisation der Pflegestützpunkte wurden im ersten Quartal 2014 im Saarland 566 Pflegeberatungen durchgeführt.[7] Doch ist die Zahl der Beratungsfälle allein nur wenig aussagekräftig. Für die betroffenen Pflegehaushalte ist es zum Beispiel ein wichtiger Faktor der Beratungsqualität, dass auch Hausbesuche möglich sind. So können weniger mobile Ratsuchende besser erreicht werden. Zudem kann der Hausbesuch genutzt werden, um die Beratungsinhalte, etwa im Falle notwendiger Wohnraumberatung, konkreter zu gestalten. Bei den Hausbesuchen ist Rheinland-Pfalz mit einem Anteil von 72 % an den Beratungen Vorreiter. Aber auch das Saarland ist mit einem Anteil von 50 % Hausbesuchen gut aufgestellt. In anderen Ländern sind Beratungen in Form von Hausbesuchen hingegen eher die Ausnahme, wie zum Beispiel in Bremen mit einem Anteil von nur 5 %. Rheinland-Pfalz kommt eine sehr hohe Dichte an Pflegestützpunkten und die räumliche Nähe zu den Ratsuchenden zugute, was die Durchführung von Hausbesuchen vereinfacht. Im Saarland, wo die Einzugsbereiche größer sind, hat man Pflegestützpunkte mit entsprechend größeren Teams gebildet und den Einzugsbereich in mehrere Regionen mit unterschiedlichen Zuständigkeiten aufgeteilt. Dadurch bleibt trotz der Hausbesuche immer eine Person im Pflegestützpunkt ansprechbar.[8] Allerdings wird der Zuschnitt der Einzugsbereiche insbesondere beim Regionalverband Saarbrücken kritisiert. So sind die Ratsuchenden aus Brebach dem Pflegestützpunkt in Sulzbach zugewiesen, der dann auch nur die Hausbesuche für die Brebacherinnen und Brebacher vornehmen darf.

Sie würden sich aber bei einem Beratungsbedarf vielleicht eher an den für sie günstiger gelegenen Stützpunkt in Saarbrücken wenden wollen.[9]

In der Kritik steht immer wieder der niedrige Bekanntheitsgrad der Pflegestützpunkte bei den Saarländern.[10] Hier wird ein einheitliches Konzept für die Öffentlichkeitsarbeit und ein gemeinsames Auftreten der Pflegestützpunkte angemahnt. Aufgrund der Organisationsstruktur der Pflegestützpunkte, die unter Beteiligung unterschiedlicher Kranken- und Pflegekassen, der Landkreise beziehungsweise des Regionalverbandes und des Landes organisiert und finanziert werden, fehlt es an einer wirksamen Koordinierung, die eine konzertierte Öffentlichkeitsarbeit leisten könnte.

---

1 Kirchen-Peters, Sabine; Nock, Lukas; Baumeister, Peter; Mickley, Birgit: Pflegestützpunkte in Deutschland. Die Sicht der Mitarbeitenden – Der rechtliche Rahmen – Die politische Intension (WISO-Diskurs 7/2016), Bonn 2016, S. 2.

2 Kirchen-Peters, a. a. O., S. 6.

3 § 4 des Saarländischen Rahmenvertrages gemäß § 92 c Absatz 8 SGB XI zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte/Beratungs- und Koordinierungsstellen, in: 2. Bericht des Pflegebeauftragten, Saarbrücken 2017, S. 291-300.

4 Kirchen-Peters, a. a. O., S. 27; 2. Bericht des Pflegebeauftragten, a. a. O., S. 291-300.

5 Die Verwaltungskräfte sind zum Teil darin enthalten. Zum Beschäftigungsumfang wird keine Aussage getroffen: https://www.psp-saar.net/beratung-vor-ort/pflegestuetzpunkte-im-saarland.html (Aufruf am 01.03.2019).

6 Kirchen-Peters, a. a. O., S. 26.

7 Kirchen-Peters, a. a. O., S. 16-22.

8 Kirchen-Peters, a. a. O., S. 26.

9 2. Bericht des Pflegebeauftragten, a. a. O., S. 31.

10 Saarbrücker Zeitung, 13.06.2018: https://www.saarbruecker-zeitung.de/saarland/saarland/pflegestuetzpunkte-sollen-bekannter-werden_aid-23402219 (Aufruf am 01.03.2019).

3.6 Die Versorgungssituation aus Sicht der Patienten und pflegenden Angehörigen

3.6.1 Versorgungssituation und Versorgungslücken in der Pflege im Saarland

Insgesamt findet sich hierzulande ein Versorgungsproblem vor allem bei den ambulanten Diensten und deren hauswirtschaftlichen Angeboten. Die stationäre Langzeitversorgung sowie die Akutversorgung in Krankenhäusern sind durch hohe Personalbedarfe und bestimmte qualitative Defizite, wie zum Beispiel problematisches Überleitungsmanagement, gekennzeichnet. Diese Probleme sind allerdings struktureller Natur und kaum saarlandspezifisch geprägt. Ergänzend zu den Datenauswertungen wurden Experteninterviews durchgeführt, um eine Einschätzung der Versorgungssituation im Saarland zu gewinnen.

Trotz der Möglichkeit, die pflegerische Versorgung anhand der Datenlage für das Saarland beschreiben zu können, bleibt es schwierig zu beurteilen, ob die Angebote für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige tatsächlich quantitativ und qualitativ ausreichend sind. Dies liegt vor allem daran, dass es keine Kennzahlen gibt, an denen man eine gute Versorgung festmachen kann.

Über Experteninterviews sollte daher ein Eindruck zu Quantität und Qualität der professionellen Pflegeangebote im Saarland gewonnen werden, der allein durch statistische Auswertungen nicht möglich ist.

Für die folgenden Ausführungen wurden acht leitfadengestützte Interviews geführt. Die dafür gewonnenen Personen haben über viele Jahre beruflich, aber auch privat mit Pflege zu tun, beschäftigen sich mit Pflegepolitik, sind als institutionelle Ansprechpartner oder in der Pflegeberatung tätig. Alle Experten sind Teil von örtlichen oder auch saarlandweiten Netzwerken und kennen dadurch nicht nur die Bedarfe von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, sondern auch die Versorgungsstruktur und -situation im Saarland. Über die Experteninterviews hinaus konnte außerdem auf eine Auswertung der Kranken- und Pflegekasse DAK-Gesundheit zurückgegriffen werden, die 2018 speziell die Pflege- und Versorgungsstruktur im Saarpfalz-Kreis untersucht hat.

Beratungsstrukturen teilweise nicht bekannt

Mit dem Eintreten von Pflegebedürftigkeit entsteht meist ein umfassender Bedarf an Beratung. Das Leistungsrecht der Pflegeversicherung ist kom-

pliziert und für viele Menschen schwer durchschaubar. Hier sollen die Beratungsstellen der Pflegekassen und Pflegestützpunkte Anlaufstellen sein. Die Experten berichten jedoch übereinstimmend von den Schwierigkeiten der Angehörigen, eine Anlaufstelle für Beratung zu finden, weil die Pflegestützpunkte in der Bevölkerung nicht genügend bekannt seien. Die Interviews zeigen, dass sich die Betroffenen oft lange Zeit selbst durchschlagen, bis es ohne Hilfe von außen nicht mehr geht. Der Hinweis auf die Pflegestützpunkte erfolgt dann meist über Umwege und „Mund-Propaganda". Schwierigkeiten gibt es dabei für Menschen, die nicht ausreichend vernetzt sind. Dass die Beratungsangebote aufgrund des geringen Bekanntheitsgrades insgesamt relativ wenig in Anspruch genommen werden, ist auch ein Ergebnis für den Saarpfalz-Kreis im DAK-Pflegereport.[1]

In der Folge sind sich die Experten einig, dass die wichtige – weil neutrale – Beratung durch die Pflegestützpunkte bei der Bevölkerung bekannter werden müsse. Die Vorschläge, wie dies gelingen könne, sind unterschiedlich. Sie reichen von einer gemeinsamen Öffentlichkeitsarbeit der Stützpunkte bis hin zu einer stärkeren Einbeziehung der Hausärzte, die bei festgestelltem Pflegebedarf auf Beratungsangebote hinweisen könnten.

Zusätzliche Beratungsangebote sind Mangelware

Die meisten Experten betonen die Wichtigkeit einer neutralen Beratung durch die Pflegestützpunkte. Sie äußern sich zufrieden mit der personellen Ausstattung und der Qualifikation der Berater. Zum Teil wird, je nach Arbeitsbereich des Experten, die gute Zusammenarbeit mit den Pflegestützpunkten gelobt. Mehrere Experten nennen aber auch Bereiche, die von den Stützpunkten nicht abgedeckt werden. So kommen die Pflegestützpunkte teilweise ihrer Dokumentationspflicht nicht immer nach und kennen die Versorgungsinfrastrukturen nicht in ausreichendem Maße. Außerdem fehle es an genügend häuslicher und insbesondere auch präventiver Beratung. Der DAK-Pflegereport betont den Bedarf an sogenannten zugehenden Beratungsangeboten, sprich präventiven Hausbesuchen.[2] Spezielle Themen, wie das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen, die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf oder die besondere Situation von Migranten, kämen bei den Pflegestützpunkten zu kurz. Die Angehörigen der Pflegebedürftigen brauchen nach dieser Einschätzung außerdem eine stärkere Begleitung und Entlastung. Zum Teil machen die Experten aber auch deutlich, dass diese Aufgaben nicht alle von den Pflegestützpunkten abgedeckt werden können.

Betont wird der Gesprächsbedarf der Angehörigen, der über die Beratung und Unterstützung hinaus besteht. Hierfür gibt es im Saarland Gesprächskreise, sowohl privat als auch durch Pflegekassen organisiert, die den An-

gehörigen von Pflegebedürftigen einen Erfahrungsaustausch bieten und diese auch emotional stabilisieren können. Ob diese Angebote ausreichen, wird aber nicht deutlich. Die Angehörigen nutzen in jedem Fall auch andere Möglichkeiten für persönliche Gespräche, wenn sie sich bieten. Dabei werden durchaus Strukturen genutzt, die für das „Sich-von-der-Seele-reden" eigentlich nicht gedacht sind.

Angebote für die häusliche Versorgung: Grundpflege ausreichend

Eine wichtige Struktur zur Unterstützung der häuslichen Versorgung von Pflegebedürftigen bieten die ambulanten Pflegedienste. Inwiefern deren Angebote im Saarland ausreichend sind, dazu gehen die Meinungen der Experten auseinander.

Relativ einheitlich ist die Einschätzung, dass die Grundpflege wie auch die Behandlungspflege von den Pflegediensten in ausreichendem Maße angeboten werden. Allerdings wird auch auf Probleme bei der häuslichen Krankenpflege hingewiesen. Gerade kleinere Pflegedienste halten nicht genügend Fachpersonal vor, da dieses teurer ist als Personal für die pflegerische Versorgung nach dem Sozialgesetzbuch XI.

Von einzelnen Experten wird angemerkt, dass es relativ schwach versorgte Gebiete, wie zum Beispiel den Warndt, gibt. Auch im südwestlichen Saarpfalz-Kreis deutet sich laut DAK-Expertenbefragung eine Unterversorgung an.[3]

Große Probleme bei weiteren Unterstützungsformen

Einigkeit herrscht darüber, dass die Angebote im Betreuungs- und im hauswirtschaftlichen Bereich für den Entlastungsbetrag nach § 45b Sozialgesetzbuch XI unzureichend sind. Problematisch ist, dass der Gesetzgeber nur qualitätsgesicherte Leistungen fördert und damit hohe Hürden setzt. Erschwerend kommen teilweise besondere landesrechtliche Anforderungen hinzu. Außerdem würden die Pflegedienste ihr Personal nicht entsprechend qualifizieren. Die Experten erkennen zwar das Interesse des Gesetzgebers an Qualitätssicherung an, empfehlen aber tendenziell eher eine direkte Auszahlung des Entlastungsbetrages an die Pflegebedürftigen vergleichbar wie beim Pflegegeld. Dies wäre sinnvoll, da derzeit wegen fehlender Angebote die Gelder häufig verfallen. Die Wartelisten bei den Anbietern sind sehr lang. Pflegebedürftige mit Pflegegrad I haben aber ausschließlich diesen Anspruch und können ihn aufgrund der genannten Umstände nicht realisieren. Eine Direktauszahlung birgt aber gleichzeitig eine gewisse

Gefahr, diese Tätigkeiten in den Bereich der Schattenwirtschaft zu verlagern. Zwar stehen Beschäftigte über die im Saarland tätigen Agenturen für Haushaltsdienstleistungen (AHA) grundsätzlich für diese Arbeiten zur Verfügung. Jedoch müssen diese zuvor ein zusätzliches Anerkennungsverfahren durch die Pflegekassen durchlaufen, und dies in einer ohnehin angespannten Personalsituation. Letztlich erfolgt die Unterstützung häufig durch Nachbarn oder Freunde. Solche Hilfeleistung aber ist keine qualitätsgesicherte Leistung im Sinne des Gesetzes und kann nicht vergütet werden. Im Ergebnis ist es bisher nicht gelungen, die benötigten niedrigschwelligen Angebote zu schaffen.

Laut DAK-Pflegereport wird im Saarpfalz-Kreis mit seinen wenigen ambulanten Diensten in vergleichsweise vielen Haushalten auf 24-Stunden-Kräfte, meist aus Osteuropa, zurückgegriffen. Ohne diese oft ungelernten Kräfte würde die Pflege im Landkreis zusammenbrechen.[4] Die hier befragten Experten bestätigen die Bedeutung der im Haushalt lebenden Hilfskräfte für die Versorgung im Saarland, wenn auch die tatsächliche quantitative Verbreitung nur annähernd zu schätzen ist (siehe Kapitel I.3.3.1).

Zur Unterstützung der häuslichen Versorgung sehen die Experten die Tages- und Kurzzeitpflege als wichtiges Angebot, wobei das Saarland hierbei gut aufgestellt sei. Allerdings wird darauf verwiesen, dass besondere Angebote für jüngere Erwachsene und auch pflegebedürftige Kinder fehlen. Die Angebote richten sich in erste Linie an ältere Pflegebedürftige.

Die Nachtpflege wird unterschiedlich beurteilt: Überwiegend wird der Bedarf als gering eingeschätzt, auf der anderen Seite aber auch fehlende Angebote kritisiert. In der Praxis werden Angehörige, die hier Bedarf haben, auf Kurzzeitpflegeplätze verwiesen.

Situation in Pflegeheimen hat sich verbessert

Thema für fast alle Experten ist die Versorgungsqualität in den Pflegeheimen. Die Situation in den Heimen hat sich demnach in den letzten 30 Jahren deutlich gewandelt und sehr verbessert. Dennoch werden einzelnen Einrichtungen Qualitätsmängel zugeschrieben, die auf Personalmangel beziehungsweise zu schlecht ausgebildetes Personal zurückzuführen sind. Darüber hinaus wird auch die durchgängige Einhaltung der Fachkraftquote bezweifelt.

Die hohen Pflegesätze im Saarland für die stationäre Langzeitpflege werden insgesamt als weniger bedeutendes Problem gesehen, jedoch sind sich die Experten einig, dass kein Spielraum für eine weitere Verteuerung der Eigenleistungen besteht.

Krankenhäuser: Probleme beim Überleitungsmanagement

Im Bereich der Krankenhausversorgung werden vor allem die Koordinierung von Überleitungspflege und das Entlass-Management kritisch beurteilt. Hier spielen komplizierte gesetzliche Regelungen eine Rolle, die zum Beispiel die Sicherstellung der Medikamentenversorgung betreffen. Gleichzeitig sei auch die Kooperation der Einrichtungen untereinander verbesserungswürdig. Mehrfach betont werden Probleme bei der Krankenhausentlassung vor dem Wochenende: Der Sozialdienst des Krankenhauses verweist in einem solchen Fall an den Pflegestützpunkt, der jedoch am Freitagnachmittag eine nahtlose Übergabe nicht mehr gewährleisten kann. Schwierig werde es vor allem für alleinstehende ältere Patienten, die nach der Krankenhausentlassung auf Hilfe angewiesen sind. Aus den Beschreibungen der Experten wird aber auch deutlich, dass es hier Unterschiede zwischen den Krankenhäusern gibt. Dies bestätigt der DAK-Pflegereport, der beispielsweise dem Kreiskrankenhauses St. Ingbert eine überdurchschnittlich gut funktionierende Kooperationskultur zwischen Institutionen, Hausärzten und sozialen Diensten bescheinigt. Kritisch wird dagegen das Entlass-Management des Universitätsklinikums des Saarlandes gesehen.[5]

Insgesamt sind nach Meinung der Experten die Krankenhäuser im Saarland nicht gut auf ältere pflegebedürftige und eventuell demenzerkrankte Patienten eingestellt. Dies wird an der – auch qualitativen – Personalausstattung festgemacht. Darüber hinaus überforderten die Prozesse eines Krankenhauses mit ihren vielen Untersuchungen, dem Informationsüberfluss und den schnellen Abläufen nicht nur Demenzpatienten. Gerade die kurzen Liegezeiten von Patienten werden als Problem gesehen, da die Versorgung nach der Krankenhausentlassung nicht in dieser kurzen Zeit organisiert werden kann.

Hervorgehoben wurde das Modellprojekt „Demenz im Krankenhaus“ (Demi-K), welches die Demenzversorgung in saarländischen Krankenhäusern verbessern soll. Damit könne eine Sensibilisierung für das Thema Demenz im Krankenhaus erreicht werden. Trotzdem bleibt noch Handlungsbedarf, da es sich nur um ein Modellprojekt mit beschränkter Reichweite handelt und seine Maßnahmen nicht von allen Kliniken im Saarland übernommen worden sind.

Angesichts der demografischen Entwicklung und des steigenden Bedarfs weisen die Experten für den Bereich der geriatrischen Rehabilitation auf wachsende Versorgungslücken hin.

[1] Storm, Andreas (Hg.): Pflegereport 2018. Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung Band 26), Hamburg – Freiburg 2018, S. 255f.

[2] Storm, a. a. O., S. 22.

[3] Storm, a. a. O., S. 262.

[4] Storm, a. a. O., S. 264.

[5] Storm, a. a. O., S. 267.

3.6.2 Trotz Familienpflegezeit und Pflegezeitgesetz: Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bleibt schwierig

Die Zahl der Beschäftigten, die parallel Angehörige pflegen, steigt und wird auch absehbar weiter anwachsen. Dabei kommt es zu zahlreichen Vereinbarkeitsproblemen in der Praxis. Pflegende sind vor allem Frauen, deren durchschnittliche Erwerbstätigkeit bei gleichbleibender Pflegebelastung pro Woche steigt. Der Gesetzgeber versucht, die Situation für die Beschäftigten mit verschiedenen Gesetzen zu verbessern. Diese Regelungen sind teilweise noch nicht genug bekannt und reichen in ihrer jetzigen Form nicht aus. Eine Ausweitung der Freistellung für Pflegeleistende ist daher zu prüfen. Dies zeigen Erfahrungen aus der Praxis und Ergebnisse verschiedener Studien.

In der Diskussion um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie rückt neben der Frage der Kinderbetreuung mehr und mehr die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger in den Fokus. Die demografische Entwicklung bringt es mit sich, dass der Anteil pflegebedürftiger älterer Menschen schnell wächst. Eine zunehmende Zahl von Beschäftigten steht deshalb jetzt oder in naher Zukunft vor der Frage, wie sie ihre Berufstätigkeit mit der Pflege Angehöriger zusammenbringen kann. Dies gilt umso mehr, als die Pflege zu Hause das bevorzugte Modell ist, bevor der Schritt hin zu stationärer Kurzzeit- oder Langzeitpflege getan wird (siehe Kapitel I.3.2).

Gleichzeitig verändern sich gesellschaftliche Rollenzuschreibungen, die Frauenerwerbstätigkeit steigt weiter an. Die traditionell überwiegend von weiblichen Pflegepersonen übernommenen Aufgaben werden mittlerweile sehr häufig parallel zu einer Erwerbstätigkeit geleistet. Zu einem gewissen Teil trifft dies auch für Männer zu, die Angehörige pflegen. Ähnlich wie bei der Kindererziehung ist es bei der Pflege mittlerweile (zumeist) Konsens, dass die Versorgung von Pflegebedürftigen und eine (möglichst vollzeitnahe) Erwerbstätigkeit gleichermaßen anzustreben sind. Dabei hinkt der Vergleich zur Kinderbetreuung an verschiedenen Stellen, denn Pflege ist ein unkalkulierbarer Tatbestand, von dem man weder die Dauer noch die Intensität vorher abschätzen kann. Daher ist es dringend notwendig, seitens der Gesetzgebung, der Tarifverträge und der betrieblichen Vereinbarungen noch bessere Hilfestellungen für die Beschäftigten anzubieten.

Pflege überwiegend durch Frauen

Wie viele Erwerbstätige gleichzeitig Angehörige pflegen, ist für das Saarland im Detail schwer abzuschätzen. Laut einer Befragung des Deutschen Gewerkschaftsbundes gaben bundesweit rund 9 % der Beschäftigten an,

dass sie Pflegeverantwortung haben.[1] Davon betroffen sind laut DGB vor allem die Altersgruppe der Beschäftigten von 50 bis unter 60 Jahren (13 %) und noch stärker die Gruppe der 60-Jährigen und älter (18 %). Bundesweite Daten aus dem Sozioökonomischen Panel (SOEP) aus 2012 zeigen einen Anstieg der Pflegeleistenden insgesamt, dabei sind rund ein Drittel Männer und zwei Drittel Frauen.[2] Im Vergleich zu 2001 hat sich der Anteil der pflegeleistenden Männer bis 2012 leicht erhöht. Insgesamt gestiegen ist parallel der Anteil derjenigen, die zusätzlich erwerbstätig sind, ob geringfügig beschäftigt, Teilzeit oder Vollzeit arbeitend. Dieselbe Quelle weist dazu passend einen Anstieg der Erwerbsquoten von Pflegeleistenden aus: Die Erwerbsquote weiblicher Pflegeleistender stieg seit 2001 von gut 37 auf 61 %; bei den Männern stieg der Anteil von knapp 46 auf 67 %.[3] Der allgemeine Anstieg hat sich seit 2012 (Zeitpunkt der Erhebung) vor dem Hintergrund der wachsenden Pflegebedürftigkeit und dem bevorzugten Modell der Pflege zu Hause vermutlich noch verstärkt und läuft im Saarland ganz ähnlich ab.

Parallel zu dem Anstieg der Erwerbsquoten der Pflegeleistenden betrug der durchschnittliche Pflegeumfang nahezu unverändert knapp drei Stunden pro Tag.[4] Dies zeigt den ansteigenden Druck der Pflegenden im Alltag.

Pflegezeitgesetz und Familienpflegezeitgesetz sollen unterstützen

Anfang Januar 2015 ist das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf in Kraft getreten. Damit wurden die bestehenden Regelungen im Pflegezeitgesetz (PflegeZG) und im Familienpflegezeitgesetz (FamilienpflegeZG) weiterentwickelt und besser miteinander verzahnt.

1. Pflegezeitgesetz

Innerhalb des Pflegezeitgesetzes gibt es zwei Tatbestände zu unterscheiden:

a) Kurzzeitige Arbeitsverhinderung
Beschäftigte haben nach dem PflegeZG das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut auftretenden Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Dieses Recht gilt unabhängig von der Größe des Betriebes und ist nicht von der Zustimmung des Arbeitgebers abhängig. Für diese zehn Arbeitstage besteht ein Anspruch auf eine Lohnersatzleistung, das Pflegeunterstützungsgeld.

b) Pflegezeit

In der Pflegezeit haben Beschäftigte einen Anspruch, sich für maximal sechs Monate vollständig von der Arbeit freistellen zu lassen oder in Teilzeit zu arbeiten, um einen pflegebedürftigen nahen Angehörige zu betreuen. Hier gibt es eine Ankündigungsfrist gegenüber dem Arbeitgeber von zehn Tagen. Dabei gilt als Voraussetzung eine Mindestmitarbeiterzahl von 16 Beschäftigten.

2. Familienpflegezeit

Laut Familienpflegezeitgesetz können Beschäftigte ihre wöchentliche Arbeitszeit für maximal 24 Monate auf bis zu 15 Stunden reduzieren, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen. Dabei gilt eine Ankündigungsfrist von acht Wochen. Hier gilt eine Mindestzahl von Mitarbeiter/innen im Betrieb von 26.

3. Gemeinsame Regelungen für beide Fälle

Zur besseren Abfederung des Lohnausfalls während der Familienpflegezeit und der Pflegezeit wurde ein Anspruch der Beschäftigten auf Erhalt eines zinslosen Darlehens eingeführt. Dieses kann direkt beim Bundesamt für zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Es wird in monatlichen Raten ausgezahlt und deckt grundsätzlich die Hälfte des durch die Arbeitszeitreduzierung fehlenden Nettogehalts ab.

Dieser Anspruch auf ein zinsloses Darlehen besteht auch, wenn Freistellungen nach dem PflegeZG oder dem FamilienpflegeZG in kleinen Unternehmen, in denen der Rechtsanspruch nicht gilt, auf freiwilliger Basis vereinbart werden.

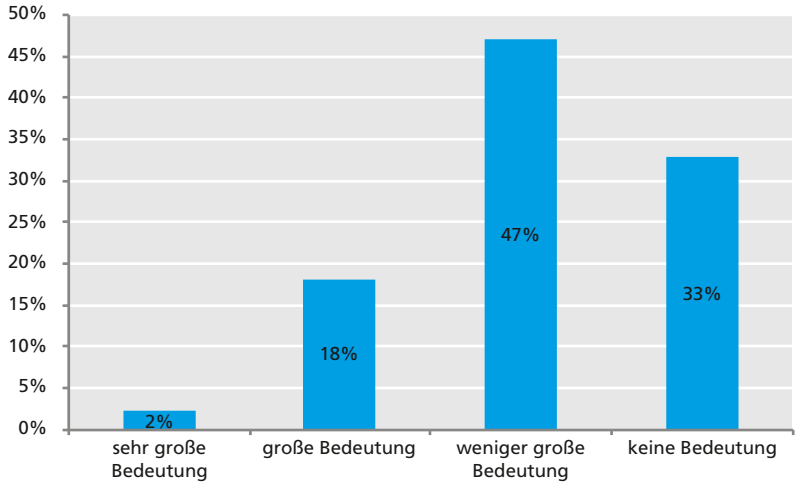
Eine weitere Verbesserung wurde 2015 durch die Erweiterung des Begriffes der nahen Angehörigen erreicht. Jetzt gelten zum Beispiel auch Stiefeltern, Partner in einer lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft oder Ehegatten der Geschwister als nahe Angehörige. Ferner genießen Beschäftigte bis zur Beendigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung, der Pflegezeit oder der Familienpflegezeit Kündigungsschutz.

Thema in den Betrieben noch immer wenig sichtbar

Die dargestellten Regelungen sollen die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf verbessern. Es muss jedoch die Frage gestellt werden, inwieweit diese Möglichkeiten tatsächlich in der betrieblichen Praxis angenommen werden. In

Grafik 1

Unterstützung von Arbeitnehmer/innen bei der Pflege von Angehörigen



Quelle: AK-Betriebsbarometer 2019 Arbeitskammer

der Forschung werden immer wieder Zweifel laut, ob die gesetzlichen Leistungen den pflegenden Angehörigen überhaupt umfassend bekannt sind.[5]

Erhebungen zum Thema Pflege und Erwerbsarbeit weisen außerdem darauf hin, dass Pflegearbeit noch immer als etwas sehr Privates angesehen wird, das im Arbeitsleben nicht so ohne weiteres besprochen wird. So schätzten in einer Studie des FORSA-Instituts 72 % der Befragten die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf als „eher/sehr schlecht" ein.[6] 64 % der Befragten wollten aus Sorge um den Arbeitsplatz die Pflegeverantwortung nicht thematisieren, rund 50 % hatten Angst vor mangelhaftem Verständnis durch die Vorgesetzten.

Umsetzung verbesserungsfähig

Wie die Thematik bisher in den saarländischen Betrieben angekommen ist, dazu gibt es verschiedene Anhaltspunkte.

Im AK-Betriebsbarometer 2019 wurden Betriebs- und Personalräte befragt, welche Bedeutung die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege aus ihrer Sicht in den Betrieben hat. Demnach hat das Thema in nur 20 % der Betriebe bisher „eine große bis sehr große Bedeutung" – in 80 % kommt es „mehr oder

weniger“ nicht vor. Dieses Ergebnis könnte eine Bestätigung dafür sein, dass Pflege von Familienangehörigen seitens der Beschäftigten sehr oft als Privatproblem angesehen wird. An dieser Stelle sind daher die Betriebe verstärkt gefragt, die ihrerseits mehr Offenheit und Sensibilität für das Thema Pflege zeigen und die notwendigen Unterstützungen anbieten sollten.

Die genauere Nachfrage im Betriebsbarometer zeigt jedoch auch, dass bei 80 % der Betriebs- und Personalräte die gesetzlichen Freistellungs- und Teilzeitregelungen im Falle von Pflege der Angehörigen durchaus bekannt sind. Die Analyse verdeutlicht, dass diejenigen Betriebe, für die das Thema erklärtermaßen eine Bedeutung hat, die Regelungen auch anwenden. 50 % der Befragten bestätigten dies, die andere Hälfte gibt jedoch an, die Regelungen nicht anzuwenden (13 %) beziehungsweise keinen Bedarf zu haben (37 %).

Die Analysen zeigen jedoch insgesamt, dass das Problem mit den vorhandenen Gesetzen nicht nur in ihrem mangelnden Bekanntheitsgrad liegt, sondern auch, dass diese Gesetze in ihrer bisherigen Übersichtlichkeit und ihrer inhaltlichen Ausgestaltung klar verbesserungsfähig sind. Die bisher vorliegenden Regeln sind sehr komplex, nicht zuletzt, da sie in zwei verschiedenen Gesetzen geregelt sind. Diese Unübersichtlichkeit wird in vielen Zusammenhängen aus der betrieblichen Praxis bestätigt (so bei Workshops der AK-Netzwerkstelle Frauen im Beruf (FiB) oder bei lokalen Bündnisveranstaltungen zum Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf).

Zusammenlegung der bisherigen Regelungen und Verbesserungen notwendig

Das Pflegezeitgesetz und das Familienpflegezeitgesetz sind miteinander verzahnt, wurden aber bisher nicht durch ein einheitliches Gesetz ersetzt. Dieser Tatbestand macht es für betroffene Personen sehr schwer, die Anforderungen zu prüfen, die die Beantragung nach dem einen oder anderen Gesetz nach sich zieht. Sinnvoll wäre daher, die beiden Gesetze zusammenzuführen und übersichtlicher zu gestalten.

Dabei wäre es wichtig, die Flexibilität der Regelungen zu erhöhen. Natürlich muss die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege klare und praxisorientierte gesetzliche Rahmenbedingungen haben, dabei darf aber die im Pflegefall nötige Flexibilität für die Beschäftigten nicht zu kurz kommen. Es muss daher die Möglichkeit des weiteren Ausbaus der Freistellung von der Erwerbsarbeit geprüft werden.[7] Darauf weist auch der DGB in seinem DGB-Index Gute Arbeit hin: Für 61 % der Befragten wären zusätzliche berufliche Auszeiten für die Pflege wünschenswert.[8]

Außerdem kann die Finanzierung der Familienpflegezeit zum Problem werden. Dies gilt vor allem für Geringverdiener kurz vor der eigenen Rente. Durch die Verringerung der Erwerbstätigkeit werden niedrigere Beiträge in die Rentenversicherung entrichtet, die Rente fällt entsprechend niedriger aus. Ein Vorschlag wäre, für einen Teil der Pflegezeit einen Lohnausgleich analog zum Elterngeld zu schaffen, um für Pflegende vergleichbare Leistungen bereitzustellen.[9] Außerdem könnte die unzureichende Rentenabsicherung für pflegende Angehörige (vergleichbar zur Rentenabsicherung bei der Erziehung von Kindern) aufgestockt werden. Hier geht es zum Beispiel auch um die Gutschrift von Entgeltpunkten. Letztlich brauchen die Beschäftigten die Sicherheit, dass aus der wahrgenommenen Pflegeverantwortung keine beruflichen und finanziellen Nachteile entstehen.

Pflegelotsen und Pflegelotsinnen: Beitrag der Betriebe

Die Notwendigkeit, sich verstärkt mit dem Thema Pflege von Angehörigen der Beschäftigten auseinanderzusetzen, bleibt in vielen Betrieben nicht unbeachtet. Mit dem Eintreten von Pflegebedürftigkeit entstehen meist eine hohe Unsicherheit und ein umfassender Bedarf an Beratung der Beschäftigten. Das Leistungsrecht der Pflegeversicherung und die übrigen Regelungen sind unübersichtlich und die Situation für die Betroffenen von heute auf morgen sehr belastend. Um diese Situation etwas abzumildern, bietet die Beratungseinrichtung saar.is seit zwei Jahren eine Fortbildung zum Pflegelotsen und zur Pflegelotsin in den Betrieben an.[10] Dazu werden auf Kosten der Betriebe einzelne Beschäftigte in einer Kurzzeitschulung dazu ausgebildet, nützliche Hinweise und erste Hilfestellungen an Beschäftigte weiterzugeben, wenn der Pflegefall in der Familie eintritt. Es wird Hintergrundwissen über die rechtlichen Zusammenhänge, zum Beispiel die Möglichkeiten der Freistellung, vermittelt; es werden aber auch Beratungswege in die verschiedenen Institutionen (Pflegestützpunkte, Pflegeeinrichtungen) aufgezeigt. Ziel ist, dass die so geschulten Beschäftigten schnell und unkompliziert eine erste Orientierungshilfe im Pflegefall geben können.

Diese Vorgehensweise ist einer von mehreren Schritten, die die Betriebe gehen sollten, um dem Thema Vereinbarkeit und Pflege zu begegnen. Sie treffen damit eine nützliche Vorsorge für die Beschäftigten für den Fall der plötzlichen Pflegeverantwortung. Bisher wurden 90 Pflegelotsen und Pflegelotsinnen ausgebildet, die Reaktionen auf die Fortbildung sind überwiegend positiv.

[1] Vgl. auch: DGB-Index Gute Arbeit, 02/2018, kompakt, https://index-gute-arbeit.dgb.de

[2] Geier, J.; Schulz, E.: „Who cares", in: DIW Wochenbericht Nr. 14 (2014) S. 299.

[3] Dabei ist zu bedenken, dass der Anteil der pflegeleistenden Frauen deutlich höher ist als der der Männer.

[4] Geier, a. a. O. Der DGB-Index Gute Arbeit, 02/2018, kompakt, spricht von rund 13,3 Stunden Pflegeaufwand pro Woche.

[5] Geier, a. a. O.

[6] Naumann, D.; Teubner, C.; Eggert, S.: ZQP-Bevölkerungsbefragung „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf" durch FORSA aus 2014, in: ZQT-Themenreport „Vereinbarkeit Beruf und Pflege", Berlin 2016.

[7] Vgl. 2. Gleichstellungsbericht der Bundesregierung: „Erwerbs- und Sorgearbeit gemeinsam neu gestalten", Themenblatt 7: Gleichstellung und Pflege, Berlin 2017.

[8] DGB-Index Gute Arbeit, a. a. O.

[9] Bestätigt wird diese Einschätzung auch durch die ZQP-Bevölkerungsbefragung, FORSA 2014 (wie Endnote 6).

[10] https://www.saaris.de/nc/termine/veranstaltungen/seminare/artikel/betrieblicher-pflegelotse/

4 Arbeitsbedingungen in der Pflege

4.1 Pflegearbeit als professionelle Dienstleistung

Pflege ist eine anspruchsvolle, komplexes Wissen und umfangreiche Kompetenzen erfordernde, professionelle Dienstleistung. Sie beinhaltet einen besonderen Typus von Arbeit, nämlich Interaktionsarbeit „am Menschen" in einer Fürsorgesituation. Die damit verbundenen Anforderungen sind spezifisch und lange Zeit in der wissenschaftlichen und öffentlichen Wahrnehmung unterschätzt worden. Gleichzeitig sind die Rahmenbedingungen sowohl für die Langzeitpflege als auch in der Akutversorgung einerseits von struktureller Personalknappheit und andererseits von hohen fachlichen Anforderungen geprägt. Für die Einrichtungen und Dienste, aber auch für den Arbeitsalltag der Beschäftigten bedeutet dies einen ständigen Spagat zwischen Effizienz und dem Anspruch an „gute Pflege".

Die pflegerische Versorgung von Menschen unterscheidet sich von der Arbeit vieler anderer Berufsgruppen. Pflege ist eine Dienstleistung, die in den vergangenen Jahrzehnten durch die Schaffung qualifizierter Ausbildungsberufe einen enormen Professionalisierungsschub erfahren hat. Im Folgenden sollen die Pflege als eine spezifische Form von Interaktionsarbeit charakterisiert und die Rahmenbedingungen der professionellen Pflege in Deutschland skizziert werden.

4.1.1 Pflegerisches Handeln als spezifische Interaktionsarbeit

Der Arbeitsalltag von Pflegekräften ist vor allem durch Interaktionsarbeit geprägt. Bei dieser Form der Arbeit kommt der Interaktion zwischen zwei Akteuren – also der Pflegekraft und dem zu Pflegenden – eine zentrale Rolle zu. Alle personenbezogenen Dienstleistungen, also die Arbeit „am Menschen", sind durch Interaktionsarbeit geprägt. Sie unterscheiden sich darin grundlegend von der Arbeit an Objekten, etwa in der Industrie oder im Handwerk. Das Konzept der Interaktionsarbeit versucht, die Eigentümlichkeiten von personenbezogener Dienstleistungsarbeit in verschiedenen Dimensionen darzustellen:[1]

Kooperationsarbeit dient der Herstellung einer Kooperationsbeziehung zwischen professionellen Dienstleistern und ihren Kunden oder Klienten. Erst durch eine funktionierende Kooperation, genauer gesagt: der Ko-Produktion, können personenbezogene Dienstleistungen erfolgreich erbracht werden.[2]

Im Zuge der **Emotionsarbeit** werden die eigenen Gefühle der professionell Handelnden bearbeitet. Beispiele dafür sind die Geduld mit Personen, die herausfordernde Verhaltensweisen an den Tag legen, oder der Umgang mit Ekel- und Schamgefühlen.

Mit dem Begriff der **Gefühlsarbeit** wird dagegen die Bearbeitung der Gefühle anderer, also der Klienten bezeichnet. Sie dient dazu, zum Beispiel über den Aufbau von Vertrauen, die Gefühle der „Dienstleistungsnehmer" so zu beeinflussen, dass die eigentliche Dienstleistungsarbeit begünstigt oder überhaupt erst ermöglicht wird. Empathie ist eine wichtige Kompetenz dafür.

Das **subjektivierende Arbeitshandeln** schließlich umschreibt die Fähigkeit, intuitiv und auf der Grundlage von Erfahrungswissen mit Unwägbarkeiten umgehen und sich auf unplanbare Situationen einstellen zu können. Sie ist für die Interaktionsarbeit unerlässlich, weil sich der „Arbeitsgegenstand Mensch"[3] nicht vollständig in vorab definierte Prozesse und Vorgehensweisen einfügen lässt.

Diese Eigenschaften der **Interaktionsarbeit** sind für die professionelle Pflege zentral. Darüber hinaus ist die Pflege als solche geprägt durch „eine die Existenz umfassende, heilende, Anteil nehmende und fürsorgende Hilfe und Unterstützung in krisenhaften, oftmals sehr verletzlichen Situationen".[4] Die Pflegeinteraktion unterscheidet sich somit von der Interaktionsarbeit, zum Beispiel bei Frisören, durch die Fürsorgeleistung, in der sich Pflegende und zu Pflegende in einer Situation der Hilfebedürftigkeit begegnen. Diese spezielle Beziehung ist für viele Fachkräfte in helfenden Berufen eine wichtige Berufsmotivation. Sie unterscheidet Pflegearbeit von vielen Tätigkeiten in Industrie, Handwerk und wissenschaftlich-technischen Dienstleistungen. Bei der Betrachtung der Arbeitsbedingungen in der Pflege ist diesem besonderen Typus der Arbeit Rechnung zu tragen.

4.1.2 Ökonomisierung in Langzeitpflege und Akutversorgung

Die Ökonomisierung lässt sich für den Bereich der Pflege oder allgemeiner: in den sozialen Dienstleistungen, aus zwei verschiedenen Richtungen betrachten. Zum einen sind in verschiedenen Bereichen durch politische Entscheidungen Markt- und Wettbewerbsbeziehungen überhaupt erst entstanden. Dies zeigt sich zum Beispiel in der Schaffung eines Pflegemarktes und dessen Öffnung für private Anbieter mit der Einführung der Pflegeversicherung. Zum anderen geht mit der Privatisierung von Leistungen einher, dass soziale Dienstleister in wachsendem Maße betriebswirtschaftlichen

Handlungsweisen unterworfen werden. Vielfach werden Managementkonzepte aus dem privatwirtschaftlichen Bereich auf die Administration und Führung sowie auf die Gestaltung von Arbeitsprozessen übertragen.[5]

Gerade im Gesundheits- und Pflegesektor sind diese Entwicklungen nicht ohne Folgen für die Arbeitsbedingungen geblieben. Im Folgenden sollen die Mechanismen der Ökonomisierung für die Pflege und das Krankenhauswesen kurz skizziert werden.

Pflegeversicherung und Pflegemarkt

Bei der Schaffung der Pflegeversicherung spielten finanzielle Motive eine zentrale Rolle. Zum einen sollten die Kommunen von den Sozialhilfekosten entlastet werden, die durch die steigende Zahl von Pflegebedürftigen, die die Heimkosten selbst nicht aufbringen konnten, verursacht wurden. Zum anderen sollten von vornherein die Kosten bei der Umsetzung des neuen Versicherungszweigs begrenzt werden. Dazu wurde erstmals in der Geschichte der Sozialversicherungen ein Teilleistungs-Prinzip verankert. Dafür wurde das für die anderen Sozialversicherungszweige noch weitgehend geltende Bedarfsdeckungsprinzip zugunsten des Budgetprinzips aufgegeben. Unter Budgetierung ist zu verstehen, dass – unabhängig vom tatsächlichen Hilfebedarf des Einzelnen – der individuelle Leistungsanspruch auf eine normierte finanzielle Summe begrenzt ist.

Das Teilleistungs-Prinzip manifestiert sich in doppelter Hinsicht:

Der Bezug der Leistungen erfolgt zwar unabhängig vom Einkommen und Vermögen, die Leistungen sind jedoch von vornherein gesetzlich „gedeckelt“ und werden an bestimmte Höchstbeträge gekoppelt. Dies hat zur Konsequenz, dass die Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen Eigenmittel oder eigene Zeit für die Pflege einbringen müssen, um nicht abgedeckte Versorgungsbedarfe zu tragen. Einkommensschwächere Personen, die diese Eigenleistungen nicht aufbringen können, bleiben bei einem Umzug ins Pflegeheim nach wie vor häufig gezwungen, von den Kommunen Hilfe zur Pflege in Anspruch zu nehmen. Mit dem Argument, die Höhe der Eigenbeteiligungen (und die Kosten der Kommunen) in Grenzen zu halten, sind der Finanzierung der Pflege strukturell restriktive Grenzen gesetzt. Dies drückt nicht nur auf das Gehaltsniveau der Beschäftigten, sondern es entsteht eine chronisch enge Personalisierung, weil sich die Besetzungsstärke in den Einrichtungen aus den finanziellen Begrenzungen und weniger aus dem tatsächlichen Hilfebedarf ableitet. Die Höhe der Pflegesätze, der Eigenbeteiligungen und damit auch der Personalstärke variiert in den Bundesländern erheblich (siehe Kapitel I.3.4).

In der ambulanten Versorgung wird nicht danach gefragt, ob die durch die Pflegeversicherung finanzierten Leistungen den tatsächlichen Hilfebedarf abdecken. Grundsätzlich sind hier die Pflegehaushalte selbst in der Pflicht. Untersuchungen zum privaten Aufwand für die Pflege zeigen, dass der tatsächliche zeitliche und finanzielle Aufwand der Versorgung in den Familien enorme Dimensionen annimmt.[6]

Ein weiteres Element des Teilleistungs-Prinzips ist die Einschränkung des leistungsberechtigten Personenkreises. Nicht jede Person mit einem pflegerischen Unterstützungsbedarf bekommt Hilfen der Pflegeversicherung. Um Leistungen zu erhalten, ist ein Mindestmaß an Hilfebedarf nachzuweisen. Mit der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 wurde ein differenzierteres System von fünf Pflegegraden eingeführt. Erstmals werden auch kognitive und kommunikative Fähigkeiten, also die Bedarfe von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, systematisch berücksichtigt und soziale Teilhabe wird als Ziel definiert. Diese mit dem Pflegestärkungsgesetz II umgesetzte Reform wird in der Fachwelt als eine deutliche Verbesserung der Situation beschrieben. Vormals waren Menschen mit einem geringen körperlichen Pflegeaufwand, aber mit einem hohen Betreuungsbedarf, also zum Beispiel Demenzkranke, weitgehend von den Leistungen ausgeschlossen.[7] Zudem war der Schwellenwert für die Hilfeleistungen so hoch angesetzt, dass viele Menschen, deren Antrag auf eine Pflegeeinstufung abgelehnt wurde, mit ihrem Hilfebedarf für Betreuung und Pflege allein blieben.[8] Ob mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff mehr Menschen Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten, scheint eine offene Frage, die einer genaueren Analyse bedarf.[9]

Durch das Teilleistungs-Prinzip der Pflegeversicherung ist die Langzeitpflege nach dem Sozialgesetzbuch XI durch die Paradoxie geprägt, dass trotz hoher Qualitätsansprüche immer auch die Kosten sowohl für die Pflegeversicherung als auch für die Pflegebedürftigen und ihre Familien begrenzt bleiben sollen. Daraus resultiert eine strukturelle Ressourcenknappheit, die trotz verschiedener kleiner Detailverbesserungen prägend für die Personalsituation und die Arbeitsbedingungen in der Pflege ist. Reformkonzepte, die diese Systematik adressieren, wie etwa die Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Vollversicherung oder die Begrenzung der Eigenleistungen der Versicherten, sind zwar Gegenstand der politischen Diskussion, konnten sich aber bisher nicht durchsetzen.[10]

Krankenhaussektor

Ähnlich wie in der Pflege wurden seit den 1990er Jahren auch für die Krankenhäuser tiefgreifende Veränderungen in der Finanzierung mit gravie-

renden Folgen für die Arbeitsbedingungen in den Kliniken vorgenommen. Treiber waren dabei Bestrebungen, die sogenannte „Kostenexplosion" im Gesundheitswesen einzudämmen.

Der bedeutsamste Einschnitt für die Krankenhausfinanzierung war die Ablösung des Selbstkostendeckungsprinzips durch die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems. Wurden zuvor die Betriebskosten der Krankenhäuser quasi retrospektiv über eine Tagessatzfinanzierung gedeckt, wonach für jeden Patient von den Krankenkassen tageweise Pflegesätze erstattet wurden, so fand mit der Anwendung der sogenannten DRGs (Diagnosis Related Groups) eine Kehrtwende in der Finanzierungslogik statt: Über prospektive leistungsbezogene Fallpauschalen erhalten die Kliniken seither eine diagnosebezogene Pauschalvergütung, über die sie sämtliche anfallenden Behandlungskosten zu begleichen haben – unabhängig vom tatsächlichen individuellen medizinischen oder pflegerischen Aufwand. Gewissermaßen als Reaktion auf die Standardisierung der Bonifikation entwickelten die Einrichtungen zunehmend standardisierte Diagnose- und Therapieprozesse. Um ein Überschreiten der in den DRGs angelegten Liegezeiten zu verhindern, wurde die Ablauforganisation anhand sogenannter klinischer Behandlungspfade neu justiert und stark an Effizienz- und Effektivitätskriterien ausgerichtet.

Durch die Finanzierung über Fallpauschalen ist in den Kliniken ein ökonomischer Anpassungsdruck entstanden, dessen Folgen den Krankenhausalltag prägen:[11]

- Der Wettbewerb zwischen den Kliniken um die Patienten hat sich verschärft. Zugleich mussten viele Häuser Betten und Personal abbauen oder den Betrieb einstellen – eine Entwicklung, die auch im Saarland von Bedeutung ist (siehe Kapitel I.3.4).

- Der Personalabbau richtete sich vor allem auf die Pflegekräfte, während die Zahl der Ärzte, die als Erlös produzierende Berufsgruppe betrachtet werden, angewachsen ist.

- Gleichzeitig haben sich insbesondere öffentliche und freigemeinnützige Träger aus der Krankenhausträgerschaft zurückgezogen, während die Zahl der privaten Träger von Kliniken – mit regionalen Unterschieden – angestiegen ist.

- Die Liegezeiten von Patienten wurden erheblich verkürzt, da lange Verweildauern im Krankenhaus nicht mehr durch Tagessätze gegenfinanziert werden.

- Während also die Zahl der Krankenhausbetten deutlich reduziert wurde, haben die Fallzahlen insgesamt pro Jahr deutlich zugenommen.

Der erheblich höhere „Durchlauf" von Patienten bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen des Personals. Die an jedem einzelnen Patienten zu verrichtenden Tätigkeiten verdichten sich auf einen kürzeren Zeitraum, und es müssen für deutlich mehr Patienten Aufnahme- und Entlassungsprozeduren durchgeführt werden. Die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals ist daher zunehmend Gegenstand gewerkschaftlichen Protests insbesondere auch im Saarland, welcher nicht zuletzt den Gesetzgeber bewogen hat, mit der Schaffung von Personaluntergrenzen und der Verpflichtung der Kostenträger auf die Finanzierung zusätzlichen Personals auf diese Situation zu reagieren. Allerdings ist angesichts des Fachkräftemangels in der Pflege kaum eine rasche Linderung der Situation zu erwarten.

4.1.3 Fachliche Anforderungen und Nachhalteprozesse

Der Gesetzgeber definiert nicht nur die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen im Gesundheitssektor, sondern regelt auch Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Pflegeleistungen. Bereits mit der Einführung der Pflegeversicherung waren die Anbieter aufgefordert, eine angemessene Versorgungsqualität sicherzustellen sowie eine damit einhergehende dynamisierte und kontinuierliche Weiterentwicklung der Pflege- und Versorgungsqualität zu garantieren. Jedoch hatten Studien und die ersten Qualitätsberichte des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes der Krankenkassen (MDS) gravierende Mängel in der Versorgung aufgezeigt, insbesondere bei der Ernährung und bei der Prophylaxe von Druckgeschwüren.[12] Ausgehend von diesen Berichten und öffentlicher Berichterstattung entfachte sich Mitte der 2000er Jahre eine kritische Diskussion um den „Pflegenotstand" und um die menschenwürdige Versorgung von hilfebedürftigen Menschen in Deutschland. Vor dem Hintergrund dieser Debatte setzte der Gesetzgeber mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 Neuregelungen für die Qualitätsentwicklung und -sicherung in Kraft. Diese Regelungen umfassten unter anderem eine Erweiterung der Prüfkompetenzen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Zudem mussten die Ergebnisse dieser Prüfungen als Pflegenoten in den Pflegebetrieben ausgehängt werden (Transparenzvorschrift). Darüber hinaus wurden die Anbieter verpflichtet, die Pflege fortan an wissenschaftlich definierten Expertenstandards auszurichten.[13] Neben diesen Qualitätsprüfungen werden die Pflegeanbieter weiteren staatlichen Kontrollen, wie zum Beispiel der Heimaufsicht, unterzogen.

[1] Die Charakteristika der Interaktionsarbeit sind in unterschiedlich akzentuierten Konzepten entwickelt und empirisch erforscht worden, zum Beispiel: Böhle, Fritz; Stöger, Ursula; Weihrich, Margit: Interaktionsarbeit gestalten. Vorschläge und Perspektiven für eine humane Dienstleistungsarbeit. Berlin 2015; Dunkel, Wolfgang; Weihrich, Margit (Hg.): Interaktive Arbeit. Theorie, Praxis und Gestaltung von Dienstleistungsbeziehungen. Wiesbaden 2012.

[2] Gross, Peter; Badura, Bernhard: Sozialpolitik und soziale Dienste. Entwurf einer Theorie personenbezogener Dienstleistungen. In: Ferber, Christian von; Kaufmann, Franz-Xaver (Hg.): Soziologie und Sozialpolitik. Wiesbaden 1977, S. 361-385. Der Begriff der „Compliance" umschreibt die aktive Mitwirkung von Patienten an therapeutischen Maßnahmen.

[3] Hacker, Winfried: Arbeitsgegenstand Mensch: Psychologie dialogisch-interaktiver Erwerbsarbeit. Ein Lehrbuch. Lengerich 2009.

[4] Darmann-Fink, Ingrid; Friesacher, Heiner: Professionalisierung muss am Kern des Pflegerischen ansetzen! Editorial, in: IPP-Info, Institut für Public-Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen, Nr. 7 (2009), S. 1.

[5] Kühn, Hagen: Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit. In: Büssing, André; Glaser, Jürgen (Hg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus, Göttingen 2003, S. 77-98; Marrs, Kira: Arbeit unter Marktdruck. Die Logik der ökonomischen Steuerung in der Dienstleistungsarbeit. Berlin 2008.

[6] Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine; Nock, Lukas: Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Study Nr. 363. Düsseldorf 2017.

[7] Seit 2008 mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und 2012 mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz sowie durch weitere schrittweise Leistungsverbesserungen gab es bereits Bemühungen, diese Bedarfe zu adressieren.

[8] Hielscher u. a., a. a. O.

[9] Erste Auswertungen des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes der Krankenkassen weisen auf eine Vergrößerung des Personenkreises hin. Pick, Peter: Bestandsaufnahme: Ein Jahr neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, Berlin 2018, http://www.gesundheitskongresse.de/berlin/2018/dokumente/praesentationen/Pick-Peter--Pflegebeduerftigkeitsbegriff-aus-Sicht-des-MDS.pdf (Aufruf am 25.01.2019). Auch hat laut aktueller Pflegestatistik die Zahl der Pflegebedürftigen gegenüber 2015 um gut 19 % zugenommen. Das ist auf den ersten Blick ein doppelt so starker Anstieg wie zwischen 2013 bis 2015. Dabei sind allerdings Pflegebedürftige ohne Pflegestufe mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz eingerechnet, die vor 2017 nicht als Pflegebedürftige statistisch erfasst wurden. Es könnte hier also auch ein statistischer Effekt vorliegen. Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2017. Wiesbaden 2018, S. 8.

[10] Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas: Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur. Gutachten für die Initiative Pro Pflegereform. Ohne Ortsangabe 2017; Lüngen, Markus: Vollversicherung in der Pflege. Quantifizierung von Handlungsoptionen. Langfassung des Gutachtens, Berlin 2013.

[11] Nock, Lukas; Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine: Dienstleistungsarbeit unter Druck: Der Fall Krankenhauspflege. Arbeitspapier 296. Düsseldorf 2013.

[12] Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes der Krankenkassen (MDS): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 1. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Berlin 2004; Garms-Homolová, Vjenka; Roth, Günter: Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln. Forschungsbericht. Berlin - Göttingen 2004.

[13] Diese Standards werden von einem Netzwerk von Experten aus Wissenschaft, Verbänden und Selbsthilfeorganisationen erarbeitet (www.dnqp.de). Bisher liegen zehn für die Pflege relevante Standards vor.

4.2 Personalbemessung und -ausstattung in der Pflege

In allen Bereichen der Pflege basiert die Personalbemessung auf politischen Vorgaben oder Verhandlungsergebnissen. Bisher kommen keine Instrumente zur Personalbemessung zum Einsatz, bei denen der Personalbedarf unmittelbar aus dem Pflegebedarf der Pflegebedürftigen abgeleitet wird. Zwar wurden in der jüngeren Zeit Anstrengungen unternommen, die Personalsituation in der Pflege zu verbessern. Es bedarf jedoch in Politik und Gesellschaft einer grundlegenden Begriffsklärung und einer Einigung auf eine gemeinsame Zielsetzung. Grundsätzlich ist zu klären, ob eine Personalbesetzung, die eine bedarfsorientierte und bedarfsgerechte pflegerische Versorgung in allen Pflegebereichen gewährleistet, tatsächlich gewollt ist.

Die Personalbemessung in Krankenhäusern, in stationären/teilstationären Einrichtungen und ambulanten Pflegediensten sollte sich aus dem tatsächlichen Personalbedarf ergeben. Der Personalbedarf ist eng mit dem Pflegebedarf der zu versorgenden Patienten/Klienten oder Bewohner gekoppelt und variiert je nach Versorgungsbereich. Der Pflegebedarf umfasst den aus pflegefachlicher Sicht bestehenden Bedarf an Pflegeleistungen eines Patienten/Klienten oder Bewohners. Bei einem Patienten einer Intensivstation liegt ein anderer Pflegebedarf vor als beispielsweise bei einer werdenden Mutter auf einer Station der Geburtshilfe. Der Pflegebedarf hängt vom Allgemeinzustand, vom Grad der Pflegebedürftigkeit, vom Schweregrad einer vorliegenden Erkrankung und weiteren Faktoren ab. Dieser sollte zu Beginn der Versorgung als erster Schritt im Pflegeprozess durch eine Pflegefachkraft präzise eingeschätzt und in der Pflegeplanung dokumentiert werden.[1]

Der Pflegebedarf von Patienten/Klienten oder Bewohnern sollte die entscheidende Grundlage für die Personalbemessung sein. Er wird jedoch nicht in ausreichendem Maß in den Instrumenten zur pflegerischen Personalbemessung berücksichtigt. Darin liegt eine der Hauptursachen der problematischen Personalisierung in der Pflege in Deutschland, auf die bereits vielfach von Pflegewissenschaft und Berufsverbänden hingewiesen wurde.

Darüber hinaus hat der Personalbedarf in der Pflege auch eine qualitative Seite. Der qualitative Personalbedarf wird derzeit vielfach unter dem Begriff des Grade- und Skillmix diskutiert. Grades beziehen sich auf die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus von Pflegefachkräften, die aus Aus- und Weiterbildungen sowie Studiengängen resultieren.[2] Bereits jetzt reichen die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus von der Pflegehilfskraft bis zur Pflegeexpertin mit akademischem Masterabschluss. Nach dem neuen Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (PflBRefG), welches am 1. Januar 2020 in Kraft treten wird, werden die Qualifikationsniveaus noch um eine zweijäh-

rige Pflegeassistenz erweitert. Auf der qualitativen Ebene werden neben der Qualifikation auch noch die Skills in den Blick genommen. Hierzu zählen Fähigkeiten, Fertigkeiten und die Berufserfahrung einer Pflegefachkraft. Die Skills unterscheiden sich von Person zu Person und es kann aus dem Grademix nicht zwangsläufig auf einen Skillmix in einem Team geschlossen werden. Bei der Auswahl des passenden Grade- und Skillmix geht es immer um die Frage, wie viele Pflegefachpersonen mit welchen Kompetenzen und Qualifikationen in den verschiedenen Tätigkeitsfeldern der Pflege benötigt werden. Hierzu müssten Tätigkeitsprofile für die verschiedenen Qualifikationen erstellt, Arbeitsprozesse in den Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern überdacht und an spezifische Kompetenzen der Beschäftigten angepasst werden. Für die Praxis der Versorgung ist die qualitative Betrachtung der Personalbemessung ein wichtiger Aspekt, aber sie wird in den Krankenhäusern und stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen unterschiedlich gehandhabt und findet kaum Berücksichtigung in den Rahmenvorgaben.

Personalbemessung in Krankenhäusern

Seit mehr als zwei Jahrzehnten wird über die Personalbemessung im Pflegedienst der Krankenhäuser diskutiert und es herrscht chronischer Personalmangel. Schätzungen zufolge fehlen aktuell mehr als 100.000 Vollzeitstellen im Pflegedienst der Krankenhäuser.[3] Hierfür gibt es mehrere Gründe.

Zur Personalbedarfsermittlung wurde Anfang der 1990er Jahre eine Personalverordnung für psychiatrische Krankenhäuser in Kraft gesetzt, die bis heute gilt, allerdings soll bis zum Jahr 2022 ein Pauschaliertes Entgelt für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) eingeführt werden. Dies widerspricht als Entgeltsystem dem System der Pflege-Personalregelung. Für alle weiteren Krankenhäuser wurde die Pflege-Personalregelung (PPR) implementiert. Damit wurde versucht, den Pflegebedarf präziser zu erfassen. Durch diese Regelung wurde ein umfassender Mehrbedarf an Personal deutlich. Allerdings wurde die Pflege-Personalregelung nach drei Jahren wieder außer Kraft gesetzt.[4] Weiterhin wurden durch die Schaffung einer neuen Finanzierungsgrundlage der Krankenhäuser im Jahr 2004 eine deutliche Arbeitsverdichtung sowie ein Anstieg des Pflege- und Personalbedarfs erzeugt.[5] Dem stand ein massiver Stellenabbau gegenüber. In der Zeit von 1997 bis 2007 wurden rund 50.000 Vollzeitstellen im Pflegedienst der Krankenhäuser abgebaut.[6] Zeitgleich wurden im ärztlichen Dienst Stellen neu geschaffen.[7] Der massive Stellenabbau in der Pflege blieb nicht ohne Folgen und führte zur Arbeitsüberlastung und Fluktuation der Pflegenden, ebenso wurden Risiken der Patientensicherheit kritisiert.[8] In den vergangenen Jahren wurden den Krankenhäusern zusätzliche Finanzmittel zur Verfügung

gestellt, allerdings war hiermit keine Zweckmittelbindung verknüpft. Es bestand somit keine Verpflichtung, die zusätzlichen Mittel für Pflegepersonal einzusetzen. Mit dem ersten Pflege-Förderprogramm im Jahr 2009 wurden 17.000 zusätzliche Stellen geschaffen, aber es erfolgte keine systematische Personalbemessung. Auch ein zweites Pflege-Förderprogramm im Jahr 2015 konnte mit 6.000 zusätzlichen Stellen die Situation nur geringfügig lindern, aber im November des vergangenen Jahres wurde das vom Bundesgesundheitsminister vorgelegte Pflege-Sofortprogramm zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege vom Bundestag verabschiedet.[9] Hierin waren die Fortsetzung des Pflegestellen-Förderprogramms und das Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes im Januar 2019 vorgesehen. Jede aufgestockte und jede neu besetzte Stelle im Pflegedienst der Krankenhäuser wird seit 2019 von der Krankenversicherung finanziert, ebenso werden Tarifsteigerungen rückwirkend für 2018 übernommen.

Außerdem gilt seit Januar 2019 die Personaluntergrenzen-Verordnung für sogenannte pflegesensitive Bereiche. Hierzu zählen die Intensivstation, die Geriatrie, die Unfallchirurgie und die Kardiologie.[10] In der Personaluntergrenzen-Verordnung wird die maximal zulässige Anzahl an Patienten pro Pflegekraft in Abhängigkeit der Tag- oder Nachtschicht in den erwähnten Bereichen festgelegt (siehe Tabelle 1).

Demnach entfallen beispielsweise auf einer Intensivstation auf eine Pflegekraft maximal 2,5 Patienten in der Tagschicht und während der Nachtschicht maximal 3,5 Patienten. Der Anteil an Pflegekräften kann zu einem gewissen prozentualen Anteil durch ausgebildete Pflegehilfskräfte ersetzt werden.[11] Die Personaluntergrenzen-Verordnung ist jedoch nicht Ergebnis einer präzisen Ermittlung des Pflegebedarfs, sondern resultiert aus einem gescheiterten Verhandlungsversuch zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese hatten einen Vorschlag vorgelegt, welcher die Soll-Vorgabe der Personaluntergrenzen an der Ist-Besetzung der genannten Fachabteilun-

Tabelle 1

Maximal zulässige Patientenzahl pro Pflegekraft

Fachabteilung	Tagschicht (6:00 bis 22:00 Uhr)	Nachtschicht (22:00 bis 6:00 Uhr)
Intensivstation	2,5	3,5
Geriatrie	10	20
Unfallchirurgie	10	20
Kardiologie	12	24

Quelle: Simon 2018, siehe Fußnote 3; eigene Darstellung — Arbeitskammer

gen orientiert, die bereits durch Unterbesetzungsprobleme gekennzeichnet sind. Ein Zusammenschluss aus Deutschem Pflegerat, dem Deutschen Gewerkschaftsbund, der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft, der Gewerkschaft ver.di und Organisationen der Patientenvertretung hatte die Personaluntergrenzen-Verordnung deutlich kritisiert und die Regierungskoalition im Sommer 2018 aufgefordert, von der Verordnung in dieser Form abzusehen. Auf diese Forderung ist das Bundesministerium für Gesundheit jedoch nicht eingegangen und hat die Personaluntergrenzen-Verordnung als „Minimum" der Personalbesetzung festgesetzt.[12] Es ist geplant, in den kommenden Jahren weitere Personaluntergrenzen für bettenführende Abteilungen der Krankenhäuser festzulegen. Bei der Festlegung der Personaluntergrenzen wurde sich nicht am Pflegebedarf der Patienten orientiert, sondern sie sind Ergebnis eines politischen Definitionsprozesses.

Darüber hinaus wurde vom Bundesgesundheitsministerium mit dem sogenannten „Pflexit" ein Systemwechsel begonnen, indem die Finanzierung der Pflegepersonalkosten in Krankenhäusern ab 2020 aus den Fallpauschalen (DRG) ausgegliedert werden wird.[13] Die Vertragspartner der Selbstverwaltung, die deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband, hatten den Auftrag, eine sogenannte „Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung" zu verhandeln. Diese dient als Grundlage für die Ermittlung des Pflegebudgets, welches aus den Fallpauschalen (DRG) herausgerechnet werden soll.[14] Der Deutsche Pflegerat begrüßt die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen, macht aber darauf aufmerksam, dass der Pflexit unbedingt mit der Entwicklung eines am Pflegebedarf orientierten Personalbemessungsinstruments einhergehen muss.[15]

Inzwischen zeigt sich eine Parallelentwicklung, denn nicht nur auf Bundesebene, sondern auch an vielen Kliniken und Standorten werden Gespräche und Verhandlungen zur Pflegepersonalbesetzung zwischen den Krankenhausträgern und Betriebsräten oder Gewerkschaften geführt. Das Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg ist das prominenteste Beispiel dafür. Dort mussten bereits ganze Stationen geschlossen und Operationen wegen Pflegepersonalmangel abgesagt werden.[16] Mithilfe einer Anschubfinanzierung (300.000 Euro) durch die saarländische Landesregierung wurde Ende 2017 erstmals im Rahmen eines Modellprojekts der Einsatz eines sogenannten „Mitarbeiterpools" für das Universitätsklinikum beschlossen. Ab April 2018 wurden sechs zusätzliche Mitarbeiter im chirurgischen Bereich überall dort, wo personelle Engpässe herrschten, flexibel eingesetzt. Dennoch konnte damit der Personalmangel nicht wirksam beseitigt werden. Nach massiven Protesten der Beschäftigten und einer entsprechenden Streikandrohung wurde schließlich eine Entlastungsvereinbarung zwischen der Gewerkschaft ver.di und der Klinikleitung unterzeichnet.[17] Die Vereinbarung beinhaltete die Schaffung von 145 zusätzlichen Stellen.[18] Die

umfassende Vereinbarung sollte eine Verbesserung herbeiführen, jedoch gestaltet sich aufgrund der Arbeitsmarktsituation und der fehlenden Personalbindung im Unternehmen die Umsetzung schwierig. Auch diese 145 neuen Stellen sind ein Ergebnis politischer Verhandlungen, dabei erfolgte keine Orientierung am Pflegebedarf auf den einzelnen Stationen.

Ebenso wurde in den SHG-Kliniken Völklingen bereits im März 2018 eine Entlastungsvereinbarung zwischen der Gewerkschaft ver.di und der Klinikleitung vereinbart.[19] Demnach arbeitet in den SHG-Kliniken keine Pflegefachkraft mehr allein im Nachtdienst und ähnlich wie in Homburg sollen zukünftig zusätzliche Stellen geschaffen sowie eine Sollbesetzung und ein Personalbemessungssystem festgelegt werden. Inwiefern sich Letzteres am tatsächlichen Pflegebedarf orientieren wird, ist eine offene Frage.

Personalbemessung in der teil- und vollstationären Pflege

Vorgaben zur Personalbemessung in der teil- und vollstationären Pflege ergeben sich aus dem § 75 im SGB XI, wonach die Landesverbände der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger von stationären Pflegeeinrichtungen pro Bundesland einheitliche Rahmenverträge abschließen müssen. Die Partner der Selbstverwaltung, zu denen die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen gehören, sind demnach verpflichtet, aus zwei Systemen zur Festlegung der Personalausstattung in stationären Pflegeeinrichtungen ein System auszuwählen.[20] Es besteht entweder die Möglichkeit, den Personalbedarf beziehungsweise die Pflegezeiten zu ermitteln oder sogenannte Personalrichtwerte als Punktwert oder als Korridor mit Mindest- und Höchstwerten auf Landesebene festzulegen. In keinem der bestehenden Landesrahmenverträge sind Vorgaben zur Ermittlung einer am Pflegebedarf orientierten Personalbemessung zu finden, sondern es wird sich ausschließlich an Personalrichtwerten orientiert.[21] Personalrichtwerte geben das Verhältnis der Anzahl der Heimbewohner zur Anzahl der Pflege- und Betreuungskräfte wieder. Die Vorgaben zur Personalbemessung im SGB XI werden bisher sehr unterschiedlich in den Rahmenverträgen realisiert. Die eingesetzten Personalrichtwerte unterscheiden sich in den Bundesländern erheblich voneinander. So liegt beispielsweise der Personalrichtwert in Baden-Württemberg im Pflegegrad 1 bei 1:4,47, in Hamburg hingegen bei 1:13,4.[22] Das bedeutet, dass in Baden-Württemberg von einer Pflegekraft im Durchschnitt 4,47 Bewohner und Bewohnerinnen in Pflegegrad 1 und in Hamburg 13,4 Bewohner und Bewohnerinnen versorgt werden. Im Saarland werden neue Personalrichtwerte für die einzelnen Pflegegrade zurzeit entwickelt. Eine Begründung für die verschiedenen Personalrichtwerte in den Bundesländern gibt es nicht und ein valides Instrument für die bedarfsgerechte Personalbemessung fehlt.

In der stationären Pflege werden seit Jahren erhebliche Probleme der Unterversorgung wegen Personalmangels beklagt. Derzeit wird ein „Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen" an der Universität Bremen entwickelt (§ 113c Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB XI). Die gesetzlichen Krankenversicherungen wurden im Pflege-Sofortprogramm ab 2019 zur Finanzierung von 13.000 zusätzlichen Stellen in stationären Pflegeeinrichtungen verpflichtet.[23] Altenpflegeeinrichtungen erhalten pro 40 Bewohner je eine halbe Stelle zusätzlich, bis 120 Bewohner maximal zwei Vollzeitstellen. Die praktischen Effekte dieser Maßnahmen können gegenwärtig noch nicht abgeschätzt werden.

Eine weitere Vorgabe zur Personalausstattung in qualitativer und quantitativer Hinsicht ist die sogenannte Fachkraftquote von 50 Prozent, die in der Regel in den Heimpersonal-Verordnungen der Länder verankert ist. Die Fachkraftquote gilt als absolute Mindestanforderung und soll Pflegequalität und Bewohnersicherheit gewährleisten. In den letzten Jahren häufen sich Vorschläge, die Fachkraftquote zu senken mit dem Argument, durch preiswerteres Personal mehr Köpfe in die Pflege bringen zu können. Dies wird kontrovers diskutiert. Andere Vorschläge zielen darauf ab, die Fachkraftquote angesichts der wachsenden Zahl von Bewohnern mit komplexen Versorgungsbedarfen in den Altenpflegeeinrichtungen anzuheben.

Aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs haben die Vertragspartner im Saarland in ihrer Rahmenvereinbarung aus dem Jahr 2016 eine Übergangsregelung festgehalten.[24] Es wurde von der Saarländischen Pflegegesellschaft für den Zeitraum Januar 2017 bis Juni 2018 eine Erhebung durchgeführt, um die Verteilung der Bewohnerinnen auf die Pflegegrade in den Altenpflegeeinrichtungen zu ermitteln.[25] Diese soll laut Rahmenvereinbarung als Grundlage für die Berechnung landeseinheitlicher Personalrichtwerte dienen. Die Personalrichtwerte können im zweiten Schritt von den Einrichtungsträgern in den Einzelverhandlungen mit den Kostenträgern genutzt werden. Landeseinheitliche Mindestpersonalzahlen liegen derzeit im Saarland nur in Bezug auf die ehemaligen Pflegestufen vor.[26]

Entscheidende Faktoren für die Personalausstattung sind die von den Selbstverwaltungspartnern ausgehandelten Pflegesätze in den einzelnen Pflegegraden. Diese variieren sehr stark in den einzelnen Bundesländern. Im Saarland waren nach Angeben des Statistischen Bundesamtes in 2017 die zweithöchsten Pflegesätze bundesweit ausgehandelt worden.[27] Dies ermöglicht grundsätzlich eine vergleichsweise bessere Personalausstattung in den stationären Pflegeeinrichtungen als in anderen Bundesländern.

Personalbemessung in ambulanten Pflegediensten

Die ambulante Pflege zählt wegen der demografischen Entwicklung und der durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erweiterten Anspruchsgrundlage auf ambulante Pflegeleistungen zu einem stark wachsenden Markt in der Gesundheitswirtschaft. Über 74 % der als pflegebedürftig eingestuften Personen im Saarland werden zu Hause versorgt.[28] Der Personalmangel ist auch hier allgegenwärtig und die ambulante Pflege gilt wegen ihrer besonderen Arbeitsbedingungen nur bedingt als attraktives Beschäftigungsfeld. In der Häuslichkeit der Klienten sind die Pflegenden auf sich allein gestellt und können nicht direkt auf die Unterstützung im Team zurückgreifen. Sie begeben sich als Gast in einen sehr privaten Bereich der Klienten, in dem sie nur bedingt auf die jeweilige Versorgungssituation Einfluss nehmen können.

Die Vorgabe einer Fachkraftquote wie in der stationären Pflege gibt es in der ambulanten Pflege nicht, sondern hier sind länderspezifische Vorgaben hinsichtlich des Einsatzes und der Erbringung von Pflegeleistungen zu berücksichtigen. So dürfen im Saarland in der ambulanten Pflege Leistungen der Behandlungspflege bisher ausschließlich von Pflegefachkräften mit dreijähriger Ausbildung erbracht werden, während in Rheinland-Pfalz die Pflegehilfskräfte nach einer speziellen Fortbildung ausgewählte Tätigkeiten der Behandlungspflege (zum Beispiel Kompressionsstrümpfe anziehen) in der ambulanten Pflege durchführen dürfen. Auf der Basis von Landesrahmenverträgen zwischen den Pflegediensten und den zuständigen Kostenträgern werden Vergütungsvereinbarungen abgeschlossen. Dabei werden Pflegesachleistungen in der Regel als Komplexleistungen abgerechnet. Die Saarländische Pflegegesellschaft listet auf ihrer Webseite 17 unterschiedliche Leistungskomplexe auf.[29] Diesen länderspezifischen Leistungskomplexen werden Punktzahlen zugeordnet, die den durchschnittlichen Aufwand abbilden sollen. Der Preis für einen Leistungskomplex errechnet sich durch die Multiplikation der Punktzahl mit einem Punktwert, welcher die regionalen Betriebskosten (Miete, Energie, Lohnkosten oder sonstige Fixkosten) kalkulatorisch berücksichtigt. Im Ergebnis variieren die Preise für die Leistungskomplexe in den Bundesländern erheblich.

Daneben führen ambulante Dienste auch Behandlungspflegeleistungen durch, für die jedoch eine ärztliche Verordnung vorliegen muss; ebenso bieten sie zumeist auch zusätzliche Betreuungs- und Serviceleistungen oder hauswirtschaftliche Dienste an. Angesichts der unterschiedlichen Finanzierungsquellen und Preise für die einzelnen Leistungen müssen ambulante Dienste einen möglichst optimalen Mix an SGB-XI- und SGB-V-Leistungen für jeden Hausbesuch zusammenstellen, um wirtschaftlich arbeiten zu können. Das Personal wird anhand der erzielbaren Erlöse durch die Dienste

eingestellt. Da sie zumeist auf jeder Tour die Fähigkeiten zur Erbringung behandlungspflegerischer Leistungen vorhalten müssen, ist die Fachkraftquote bei den ambulanten Diensten deutlich höher als in den stationären Einrichtungen.

Der Zeitwert für die verschiedenen Pflegeleistungen wird durch einen Quotienten zwischen der Vergütung eines Leistungskomplexes und den Betriebskosten errechnet. Finden Lohnsteigerungen oder eine Preiserhöhung bei den Spritkosten statt, so wirkt sich dies durch höhere Bruttostundenlohnkosten auf den Zeitwert der Einzelleistung aus. Der Pflegekraft steht in der Folge beim Klienten ein geringerer Minutenwert für die Einzelleistung zur Verfügung, falls nicht die Vergütung der Leistungskomplexe automatisch an steigende Kosten angepasst wird. Wünschenswert wäre auch hier die Entwicklung eines einheitlichen Verfahrens zur Personalbedarfsermittlung, abgeleitet aus dem Pflegebedarf der Klienten, ähnlich wie dies für die stationäre Pflege entwickelt wird.

Personalbemessung in Krankenhäusern und in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen als Zielgröße

Die Schaffung zusätzlicher Stellen durch das Pflege-Sofortprogramm der Bundesregierung wurde in der Fachpresse skeptisch beurteilt. Einerseits wurde die Anzahl der Stellen als zu gering eingeschätzt, andererseits wurde bezweifelt, ob sich überhaupt genügend Bewerberinnen und Bewerber für diese neuen Stellen bei unveränderten Arbeitsbedingungen finden lassen. Wirkung und Folgen personeller Unterbesetzung, die damit einhergehende Unzufriedenheit und Resignation der Pflegenden sollten nicht unterschätzt werden. Simon weist in dem Zusammenhang auf eine „schleichende Erosion berufsethischer Orientierungen“ hin. Gemeint ist damit die Schwächung von in der Berufsausbildung erlernten berufsethischen Maßstäben und Werthaltungen, die aufgrund der gegebenen Arbeitsbedingungen nicht umgesetzt werden können. Diese Entwicklungen seien mit einer reinen Stellenaufstockung allein nicht aufzufangen.

Eine weitere Möglichkeit, dem Personalmangel in der Pflege langfristig entgegenzuwirken, ist die Anhebung der Ausbildungszahlen. Bereits im Jahr 2011 rief die Saarländische Pflegegesellschaft Ausbildungsbetriebe dazu auf, vermehrt Ausbildungsplätze anzubieten und sie führte gemeinsam mit der Landesregierung eine Altenpflegeausbildungsumlage ein. Diese Umlage beteiligt alle Ausbildungsbetriebe gleichermaßen an den Ausbildungskosten. Durch diese Maßnahme konnte die Anzahl der Auszubildenden in der Altenpflege von 741 Personen im Jahr 2011/12 auf insgesamt 1.482

Auszubildende im Jahr 2017/18 verdoppelt werden.[30] Mit dieser Regelung kann das Saarland eine gewisse Vorreiterrolle beanspruchen.

Es bleibt abzuwarten, ob die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem Fallpauschalensystem der Krankenhäuser und die Einführung eines gesonderten Pflegebudgets ab 2020 tatsächlich zur erhofften Entspannung führen.

Entscheidende Voraussetzung für eine gelingende Personalbemessung in der Pflege ist eine gemeinsame Zielsetzung, die nicht nur proklamiert, sondern auch tatsächlich von allen Ebenen gewollt und verfolgt wird. Eine wichtige Frage dabei ist, ob sich bei der Personalbemessung in allen Pflegebereichen an einer Minimalausstattung zur Vermeidung von größeren Schäden orientiert werden soll, oder ob eine Personalausstattung angestrebt wird, die eine bedarfsorientierte und bedarfsgerechte pflegerische Versorgung der Bevölkerung gewährleistet. Um eine am Bedarf orientierte und bedarfsgerechte Pflege zu erreichen, muss durch gezielte Forschung eine wissenschaftlich gestützte und valide Basis für die Kriterien zur Bestimmung des Pflegebedarfs entwickelt werden. Diese Befunde müssen in die Entwicklung eines verbindlichen Personalbemessungsinstruments einmünden, das den tatsächlichen Bedarf des hilfebedürftigen Menschen zum Ausgangspunkt nimmt. Nur so ließe sich die Frage, wie viele Pflegekräfte mit welcher Qualifikation tatsächlich gebraucht werden, substanziell beantworten.

---

1 Simon, Michael: Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung, http://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon__2008__HBS-Studie_Personalbemessung_Pflegedienst.pdf (Aufruf am 11.06.2017).

2 Bensch Sandra: Grade- und Skillmix – was steckt dahinter? Bottom-Up- und Top-Down-Strategie in der Pflege, in: Pflegezeitschrift (2018), S. 18-21.

3 Simon, Michael: Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung, Düsseldorf 2018.

4 Ebd.

5 Ebd.

6 Isfort, Michael; Weidner, Frank; Neuhaus, Andreas; Brühe, Roland; Kraus, Sebastian; Köster, Veit; Gehlen, Dany: Zur Situation des Pflegepersonals in deutschen Krankenhäusern – Ergebnisse des Pflege-Thermometers 2009, in: Pflege & Gesellschaft 16(1) (2016), S. 5-19.

7 Thomas, Dominik; Reifferscheid, Antonius; Pomorin, Natalie; Wasem, Jürgen: Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland, Diskussionspapier im Auftrag der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), IBES Diskussionsbeitrag Nr. 204, https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5832c9aef1b4cd68fea7792e/download/DP%20204-Wasem-endg.pdf (Aufruf am 08.02.2019).

[8] Isfort et al., a. a. O.

[9] Bundesministerium für Gesundheit: Sofortprogramm Pflege, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege.html#c13144 (Aufruf am 14.02.2019).

[10] Simon, Michael: Die unzureichende Verordnung, in: Die Schwester Der Pfleger 1(2019), S. 18-21.

[11] Ebd.

[12] Ebd.

[13] Röder, Norbert: „Kliniken sollten jetzt alle Hebel in Bewegung setzen", in: Die Schwester Der Pfleger 1(2019), S. 12-17.

[14] BibliomedManager: Pflexit-Vereinbarung steht, https://www.bibliomedmanager.de/news-des-tages/detailansicht/37611-pflexit-vereinbarung-steht/ (Aufruf am 13.03.2019).

[15] BibliomedManager: Negative Effekte ausschließen, https://www.bibliomedmanager.de/zeitschriften/fw/heftarchiv/ausgabe/artikel/fw-3-2019-pflexit/37572-negative-effekte-ausschliessen/ (Aufruf am 13.03.2019).

[16] Saarbrücker Zeitung: Schwester und Pfleger stehen bereit, https://www.saarbruecker-zeitung.de/saarland/homburg/homburg/schwestern-und-pfleger-stehen-bereit_aid-6918032 (Aufruf am 13.02.2019).

[17] Wiermer, Patrick (2018): Einigung verhindert Streik an Uniklinik Homburg, https://www.sr.de/sr/home/nachrichten/politik_wirtschaft/streik_an_uks_abgewendet100.html (Aufruf am 13.02.2019).

[18] Klostermann, Dietmar: Verdi zählt 1100 Fälle von Unterbesetzung in Uniklinik, https://www.saarbruecker-zeitung.de/saarland/weiter-kampf-um-mehr-pflegestellen-in-uniklinik-homburg_aid-35555311 (Aufruf am 13.02.2019).

[19] ver.di: Keine Nacht allein in Völklingen, https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/entlastung/++co++ab6e83ba-1deb-11e8-8c5b-525400f67940 (Aufruf am 13.02.2019).

[20] Wiermer, a. a. O.

[21] Deutscher Bundestag: Ausarbeitung Personalbemessung in der voll- und teilstationären Pflege, Wissenschaftliche Dienste (2018) WD 9 – 3000 – 056/17.

[22] Rothgang, Heinz: Einheitliche Bemessung, Personalbedarf in Pflegeeinrichtungen 2018, https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2018-0304/personalbemessung.html (Aufruf am 15.02.2019).

[23] Bundesministerium für Gesundheit, a. a. O.

[24] Saarländische Pflegegesellschaft: Rahmenvereinbarung gem. § 86 Absatz 3 SGB XI über ein vereinfachtes Verfahren nach § 92 c SGB XI als Übergangsregelung für die vollstationäre Pflege im Saarland, https://www.saarlaendische-pflegegesellschaft.de/assets/files/vertraege/stationaer/rv-paragraph-86-sgb-xi-zu-§-92c-psg-ii_vollstationaer.pdf (Aufruf am 15.02.2019).

[25] Saarländische Pflegegesellschaft: https://www.saarlaendische-pflegegesellschaft.de/assets/files/startseite/auswertung-monitoring-bis-06_18.pdf (Aufruf am 16.02.2019).

[26] Der Pflegebeauftragte Saarland: Bericht des Pflegebeauftragten 2015, https://www.saarland.de/dokumente/thema_soziales/Bericht_des_Pflegebeauftragten.pdf (Aufruf am 15.02.2019).

[27] Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Pflegeheime 2017, Wiesbaden 2018. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheime5224102179004.pdf?__blob=publicationFile (Aufruf am 16.02.2019).

[28] Ebd.

[29] Saarländische Pflegegesellschaft: https://www.saarlaendische-pflegegesellschaft.de/assets/files/vertraege/ambulant/leistungskomplexe-haeusliche-pflege-ab-1.januar-2017.pdf (Aufruf am 06.03.2019).

[30] Kilian, Harald: Fachkräftebedarf in der Altenpflege, https://www.saarlaendische-pflegegesellschaft.de/zahlen-daten-fakten/fachkräftebedarf-in-der-altenpflege.html (Aufruf am 16.02.2019).

4.3 Arbeitsbedingungen in der Pflege – Fachkräfte akquirieren und halten

Der Gesundheitssektor war in den letzten Jahren eine der Branchen mit dem dynamischsten Arbeits- und Wachstumsfeld. Neuerungen der Technik, zum Beispiel im Bereich der Digitalisierung, aber auch die neuesten Forschungsergebnisse aus Pflege und Medizin stellen die Branche vor die Herausforderung einer umfassenden Reorganisation der Arbeitsprozesse. Dadurch werden Anstrengungen zur Fachkräftesicherung und -Akquise im Gesundheitswesen zunehmend wichtiger. Um gezielt die neuesten Erkenntnisse anwenden zu können, braucht es dementsprechend qualifiziertes Personal. Dies kann mit der vorhandenen Personaldecke oft nicht mehr unter gesunden Arbeitsbedingungen und/oder mit Arbeitszufriedenheit geleistet werden. Was aber geschieht, wenn sich der Personalpool plötzlich durch Krankheit oder Arbeitsunfälle weiter drastisch reduziert? Oder die professionell Pflegenden ihre Arbeitszeiten wegen bestehender Überlastung noch stärker reduzieren beziehungsweise gar kündigen? Ein Gegensteuern durch Maßnahmen mit verschiedenen Schwerpunkten, wie beispielsweise Modellen zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf, sind ein erster Schritt.

Ausgangssituation und Entwicklung

Alle Einrichtungen in der Pflege, egal ob stationär oder ambulant, in der Altenhilfe oder Krankenpflege, kämpfen mit dem Problem der Verknappung von Fachkräften. Der Beschäftigungszuwachs in diesem Bereich verlangsamt sich laut Statistischem Bundesamt deutlich und das Personal wird täglich knapper. Gab es im Jahr 2013 noch einen Zuwachs von 2,9 % und 2014 von 2,2 %, so wurde mit dem Jahr 2015 ein neuer Tiefpunkt mit 1,7 % erreicht.[1] Der Kampf um die potenziellen Auszubildenden hat begonnen, leider meist wenig erfolgreich. Die Gründe dafür liegen oft in der Gestaltung von Arbeitsrealitäten und damit auch in der Work-Life-Balance der professionell Pflegenden. Die Arbeitsbedingungen scheinen bei diesem interessanten und facettenreichen Beruf leider oft wenig attraktiv.[2]

Bereits die Notwendigkeit, die Personalbemessung in einem Pflegebetrieb so zu gestalten, dass reguläre Ausfälle wie Urlaub, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Krankheit einkalkuliert sind, ist mit der heute herrschenden Situation des Fachkräftemangels kaum mehr umsetzbar. Im Bereich der medizinischen Gesundheitsberufe müssen laut den ersten Erkenntnissen des AK-Betriebsbarometers 2019 59 % der Beschäftigten in der Pflege regelmäßig unbezahlte Arbeit für ihren Betrieb leisten. Wenn zusätzlich noch die Menge derer, die krank zur Arbeit gehen, betrachtet wird, nämlich 70 %, sind häu-

fige Ausfälle durch Überlastung, Krankheit oder Folgeerkrankungen nicht weiter verwunderlich.[3] Laut der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege führen häufige Wechselschichten und ungeplante Vertretungseinsätze bei Personalausfall zu erheblichem Stress. Langfristig kann dies zu chronischer Erschöpfung, Schlafstörungen, Depressionen oder Suchtverhalten führen.[4] Immer häufiger führt dies wiederum zum Verlassen des Berufs. Zudem gehen die Möglichkeiten der Bedarfsdeckung durch den Einsatz von fachfremden Personen und Personen ohne Ausbildung zurück. Letztere stehen aufgrund der zur Steigerung der Qualität begrüßenswerten Regulierung der Pflegeberufe nur noch in reduzierter Form zur Verfügung.[5] Auch die Akquise von Personal aus dem Ausland reicht zur Personalbedarfsdeckung schon jetzt nicht mehr aus. Laut Statistischem Bundesamt wird sich diese Situation in der Zukunft noch weiter erheblich zuspitzen. So zeigen die BIBB-IAB-Qualifikations- und Berufsfeldprojektionen bis zum Jahr 2035 einen Mangel von circa 270.000 Pflegekräften.[6]

Die Einrichtungen in der Pflege versuchen, mit der Optimierung von Dienstplänen und der Annäherung an passgenaue Arbeitszeiten zur Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf beizutragen. Anreizsysteme und Imagekampagnen sind weitere Maßnahmen zur Akquise und Personalbindung.

Auf Bundes- und Landesebene wird versucht, durch den Erlass von Gesetzen und Verordnungen die Situation in der Pflege zu verbessern. Hierzu später mehr.

Problematische Arbeitszeiten, Krankheit und andere Gründe für Absentismus oder das Ausscheiden aus dem Pflegeberuf

Neben dem Fachkräftemangel steht der ohnehin schon sehr enge Stellenplan bei den Mängeln in der Arbeitsrealität weit vorn. Die Gründe hierfür liegen zu einem großen Teil in dem auf der Grundlage des Fallpauschalengesetzes (FPG) vom 23.04.2002 eingeführten und zum 01.01.2003 in Kraft getretenen DRG-Systems. Damit wurde das bisherige System der Pflegepersonal-Regelung (PPR) gemäß § 17b Absatz 1 Satz 1 KHG durch ein „durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalisiertes Vergütungssystem“ ersetzt. Zeiten für eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung von Patientinnen stehen seither nicht mehr in ausreichendem Maße zur Verfügung. Das führt schnell zur Demotivation bei der Arbeit, insbesondere wenn die „…Mitarbeiter das Gefühl haben, sie können ihre eigenen Maßstäbe an eine qualitative Pflege und Betreuung nicht erfüllen“.[7]

Es ist ein Dauerzustand, dass Mitarbeiterinnen wegen eines kurzfristigen Ausfalls einer Kollegin einspringen müssen und somit die zur Erholung die-

nenden Freiphasen unterbrechen oder überhaupt nicht nehmen können. Eine schlechte Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf sowie geringe Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Dienstplangestaltung oder die Strukturierung der Arbeit tun ihr Übriges. Viele Pflegekräfte reduzieren ihre Arbeitszeit wegen Überlastung oder orientieren sich um in andere Arbeitsbereiche. Häufig kommt es auch zum Absentismus, also nicht zur Arbeit zu gehen, obwohl es keine Verhinderungsgründe (wie etwa Krankheit) gibt. Aber auch Krankheit, beispielsweise durch die mangelhafte Nutzung betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention, fehlender oder schlechter Arbeits- und Gesundheitsschutz oder eine allgemein ungünstige Arbeitsumgebung können Gründe für Arbeitszeitreduzierung oder das Ausscheiden aus dem Beruf sein. Hier muss gegengesteuert werden von allen Akteuren, damit Fachkräfte nicht frühzeitig aus ihrem Beruf ausscheiden, sondern auch aus Berufspausen zurückkehren.

Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene

In Deutschland gab es seit der Aussetzung der Pflegepersonal-Regelung (PPR) ab dem Jahr 2003 keine bindende Pflegepersonalbemessung mehr. Mit dem Pflegestärkungsgesetz II vom 21.12.2015 hat der Gesetzgeber nun zum ersten Mal ein Verfahren zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungssystems in der stationären Langzeitpflege gesetzlich verankert, das gemäß § 113c Abs. 1 SGB XI bis zum 30.06.2020 abschließend entwickelt sein soll. Mit der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 05.10.2018 wurden darüber hinaus Vorgaben zur personellen Besetzung für die sogenannten pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern festgeschrieben, die seit dem 01.01.2019 einzuhalten sind. Außerdem ist die Einführung eines „Pflegepersonalquotienten“ im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11.12.2018 zu finden. Dieser soll die Personalausstattung mit Pflegevollkräften zum Pflegeaufwand ins Verhältnis setzen (siehe Kapitel I.3.3.2 Fachkraftquote). Die sinnvolle Relation zwischen Mitteleinsatz, Bedarf und pflegerischem Outcome sollte hier als Definition für die wirtschaftliche Angemessenheit dienen.[8] Die Frage nach der Angemessenheit aus pflegerischer und aus wirtschaftlicher Sicht ist in dieser Vermischung durchaus nicht unproblematisch und daher zu diskutieren und kritisch zu begleiten.

Auf Landesebene wurde gemäß § 22 Absatz 3 b) Saarländisches Krankenhausgesetz in der Fassung vom 22.08.2018 die Ermächtigungsgrundlage zum Erlass einer Rechtsverordnung zur Festlegung von Personalmindestzahlen (Personaluntergrenzen) in allen pflegerischen Bereichen der Krankenhäuser geschaffen. Der Erlass dieser Verordnung steht bisher allerdings noch aus.

Aktuelle Handlungsstrategien gegen den Fachkräftemangel

Das Angebot von altersgerechtem und alternsgerechten Arbeiten ist die Grundvoraussetzung dafür, Pflegekräfte auch im fortgeschrittenen Alter in den Pflegeeinrichtungen halten zu können. Hier gilt es, passgerechte Arbeitsplätze und Arbeitsrealitäten zu schaffen, in denen auch das Älterwerden im Pflegeberuf bis zum Ende der Berufslaufbahn ermöglicht wird. Das klassische Recruiting jüngerer Pflegekräfte stellt dagegen keine nachhaltige Lösung des Fachkräfteproblems dar, da hier lediglich Personal von einer Einrichtung zur nächsten verschoben wird. Ebenso wenig erfolgversprechend erscheint der Einsatz von mehr Hilfspersonal. Er birgt die Gefahr der „Entqualifizierung" und einer zusätzlichen Mehrbelastung der Pflegefachkräfte durch Tätigkeitsanleitung und notwendiger Überprüfung.[9] Im Laufe der Zeit tritt zwar durch das Abgeben von berufsspezifischen Tätigkeiten an Pflegehilfskräfte eine Entlastung ein und zwar sobald die Hilfskräfte richtig eingearbeitet sind und eine Mehrbelastung durch Anleitung, ständige Kontrolle, Einteilung und weiterem nicht mehr stattfinden muss. Allerdings werden dann häufig fachfremde Tätigkeiten (zum Beispiel vom ärztlichen Personal) an die professionelle Pflege delegiert und durch sie substituiert. Dadurch stellt sich schnell das Problem zwischen Anordnungsverantwortung (Anordnung an die Pflegefachkraft), Durchführungsverantwortung (Ausführung durch die Pflegefachkraft) und dem Übernahmeverschulden (Haftbarkeit bei Durchführung einer Tätigkeit); dies führt in der Arbeitsrealität von Pflegebeschäftigten in der Folge zu Überlastungssituationen und vielfältigen Spannungsfeldern.

Auch die Leiharbeit in der Pflege wird aktuell genutzt, um schnell engen Personaldecken entgegenzuwirken. Für Pflegekräfte ist die Leiharbeit ein interessantes Beschäftigungsverhältnis, da sie hier (anders als in anderen Branchen üblich) bessere Arbeitsbedingungen als in einem regulären Arbeitsverhältnis vorfinden. Sie müssen nur die Arbeitszeit erbringen, die ihr Verleiher mit dem Krankenhaus vereinbart hat und haben auch nicht die Pflicht, kurzfristig einzuspringen. Zusätzlich erhalten sie in der Regel eine bessere Bezahlung als festangestellte Pflegefachkräfte; dadurch werden zwei Klassen von Pflegekräften geschaffen und der Betriebsfrieden wird gestört.

Die Fachkraftakquise aus dem Ausland wird ebenfalls zur Reduzierung der Personalprobleme genutzt, scheitert aber oft schon an den langwierigen Anerkennungsverfahren und den nicht ausreichenden Angeboten an guten Sprachkursen. An diesem Punkt ist die Bundespolitik gefragt, Rahmenbedingungen für ein modernes Zuwanderungsgesetz zu schaffen. Mit Blick auf die Lage des Saarlandes als Grenzregion muss jedoch überlegt werden, welche Maßnahmen auf Landesebene zur Verbesserung der Anerkennung im Ausland erworbener Abschlüsse ergriffen werden können. Dies gilt ins-

besondere für die qualitativ hochwertigen Berufsabschlüsse im Bereich der Pflege in Luxemburg und in Frankreich. Hier erscheint eine Aufstockung der personellen Kapazitäten im Landesamt für Soziales als dringend erforderlich, damit Anerkennungsverfahren zügig abgewickelt werden können.

Akquise beginnt noch vor der Ausbildung

In der Vergangenheit wurden potenzielle Auszubildende durch suboptimale Ausbildungsbedingungen von der Aufnahme einer Ausbildung im Pflegebereich teilweise abgeschreckt. Zudem wurden Ausbildungsplätze im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege nur in einem limitierten Rahmen angeboten, da erst mit Erlass des Pflegeberufegesetzes vom 17.07.2017, welches zum 01.01.2020 in Kraft tritt, die Einführung von Landesfonds zur Finanzierung der generalistischen Ausbildung gesetzlich festgeschrieben wurde. Im Bereich der Altenpflege existiert dieser Fonds im Saarland bereits seit Dezember 2011. Außerdem war die Ausbildung bisher auf einen Ausbildungsberuf konzentriert, das heißt es wurde nur Altenpflege, nur Gesundheits- und Krankenpflege oder nur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ausgebildet. Auch dies ändert sich mit dem PflBRefG. Ziel ist es insbesondere, den Auszubildenden durch eine generalistische Ausbildung mehr Möglichkeiten hinsichtlich ihrer späteren Tätigkeit in einem Krankenhaus oder in einem Altenpflegeheim zu eröffnen. Außerdem sollen eine angemessene Ausbildungsvergütung, die Stärkung der Praxisanleitung und -begleitung sowie die Eröffnung von Karriereperspektiven durch Qualifizierung und Studium zukünftig zur deutlichen Attraktivitätssteigerung beitragen. Es werden neue Werbestrategien und Informationsmaterialien eingesetzt und eine stärkere Fokussierung auf Umschülerinnen ist ebenfalls angedacht.[10]

Bindung von Fachkräften durch positive Führung und funktionierende Mitbestimmung

Voraussetzung für ein gutes Betriebsklima und damit auch die Bindung von Fachkräften ist der wertschätzende, motivierende und konstruktive Umgang der Führungsebene mit den Beschäftigten. Kommunikative Strukturen sind hierfür von enormem Vorteil, denn nichts anderes als die gemeinsame Bewältigung von Problemen mit einer beidseitigen Kommunikation kann die Entwicklung hier voranbringen.[11]

Des Weiteren trägt auch eine funktionierende Mitbestimmung im Betrieb zur Verbesserung des Betriebsklimas bei, indem zwischen Führung und Beschäftigten vermittelt wird, aber auch Probleme, zum Beispiel mit Blick auf Arbeitszeitregelungen, aufgegriffen und gelöst werden.

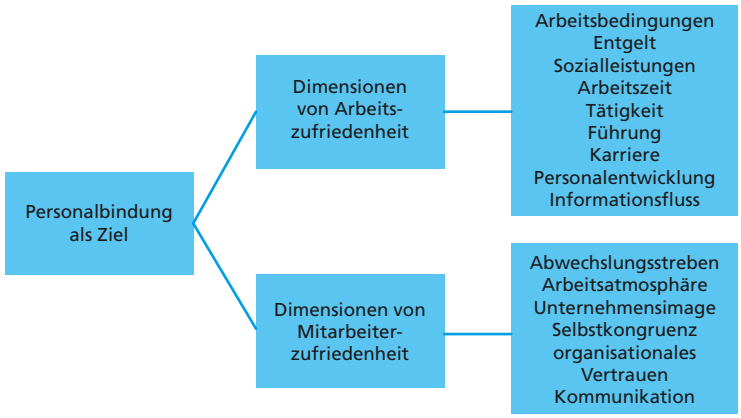
Hierzu liefern die ersten Ergebnisse des AK-Betriebsbarometers 2019 aussagekräftige Zahlen.[12] Während 59 % der Befragten „mehr oder weniger regelmäßig" von unbezahlter Mehrarbeit und 71 % von Bereitschaftsdiensten und/oder Rufbereitschaft betroffen sind, geben 89 % an, dass die Vorhersehbarkeit oder Verlässlichkeit der Arbeitszeit „eine hohe bis sehr hohe Bedeutung" für sie hat. Trotz dieser Wichtigkeit geben 39 % der Befragten an, dass ihre tägliche Höchstarbeitszeit entweder „gar nicht oder in weniger hohem Maße" gewährleistet ist. Ebenso ist es mit der Einhaltung der gesetzlichen Pausenzeiten, diese sind für 62 % der Befragten ebenfalls „gar nicht oder nur in weniger hohem Maße" gewährleistet. Ähnlich verhält es sich mit den gesetzlichen Ruhezeiten, die von lediglich 55 % als „gewährleistet" angesehen werden. Hier sind die betrieblichen Interessenvertretungen gefordert, die die Einhaltung von gesetzlichen Regelungen fordern und in Zusammenarbeit mit der Einrichtungsleitung eine Dienstvereinbarung zur Dienstplangestaltung abschließen können. Interessant ist, dass Interessenkonflikte in saarländischen Betrieben mit Betriebs-/Personalräten (BR/PR) oder Mitarbeitervertretungen (MAV, Werte in Klammern folgend) „häufig oder sehr häufig" bei 86 % (74 %) der Befragten in Gesprächen und Verhandlungen geklärt werden können. Allerdings geben 34 % der Befragten mit BR/PR an, dass die Betriebs- oder Dienstvereinbarungen vom Arbeitgeber „nicht oder nur schlecht eingehalten" werden, bei den Betrieben mit MAV sind es sogar 63 %, die eine schlechte Umsetzung der getroffenen Vereinbarungen sehen. Bei einer vertrauensvollen und guten Zusammenarbeit zwischen Einrichtungsleitungen und Mitbestimmungsgremien können Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz und die Arbeitsschutzgesetze bereits im Vorfeld verhindert und die Arbeitsbedingungen verbessert werden. Dies führt wiederum zu einer Steigerung der Attraktivität der Einrichtungen für Fachkräfte.

Weitere Strategien und Maßnahmen zur Bindung und Akquise von Fachkräften

Zur Bindung von Fachkräften erscheint neben der Ergreifung der bereits beschriebenen Einzelmaßnahmen auch die Kombination verschiedener Maßnahmen zielführend zu sein. Dies zeigt ein, aus Wettbewerbsgründen nicht konkret benannter, Best-Practice-Betrieb aus dem Saarland, bei dem seit langem eine sehr niedrige Personalfluktuation festzustellen ist. In diesem Betrieb wurden mehrere Kompensations- und Entlastungsmodelle miteinander kombiniert und durch erweiterte Maßnahmen im Bereich der Betreuungsmöglichkeiten für Kinder oder der häuslichen Entlastung von pflegenden Beschäftigten ergänzt. Echte Anreizsysteme wurden geschaffen und mit beschäftigtenorientierten Regelungen zur Arbeit auf Abruf, Jobrotation und Arbeitszeitkonten kombiniert. Sämtliche Regelungen wurden

Grafik 1

Wirkungszusammenhänge Personalbindung



Quelle: Merk, J.: Strategisches Personalbindungsmanagement im Krankenhaus, eigene Darstellung

Arbeitskammer

unter Hinzuziehung des Betriebsrates und Einbindung der Beschäftigten innerhalb angemessener Zeiträume überprüft und optimiert. Dies hat dazu geführt, dass der Leistungsausfall fast vollständig zurückgegangen ist, die Pflegequalität stabilisiert werden konnte und Überlastungen nur noch sehr selten vorkommen. Abschließend wurden auch die Anforderungen an den Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie an die Work-Life-Balance an die aktuellen und tatsächlichen Bedarfe der Beschäftigten angepasst und als Gesamtkonzept ausgezeichnet.

Die Kombination der verschiedenen beschäftigtenorientierten Maßnahmen hat einen direkten Wirkzusammenhang auf die Personalbindung in Krankenhäusern und kann auch auf andere Gesundheitseinrichtungen umgelegt werden. Ebenso verhält es sich mit den Dimensionen der Mitarbeiterzufriedenheit.[13] Die einzelnen Determinanten sind nach einer Analyse von Prof. Dr. Wolfgang Merk in der obigen Grafik benannt.[14]

In der Untersuchung der einzelnen Determinanten hat sich gezeigt, dass folgende Faktoren in Kombination die höchste Bindungsstärke ausüben:

- Arbeitsatmosphäre
- Tätigkeit
- Informationsfluss
- Entgelt
- Personalentwicklung
- Kommunikation
- Sozialleistungen

Das Thema Entgelt in der Pflege wird im Kapitel I.4.4 näher betrachtet. An dieser Stelle kann jedoch festgestellt werden, dass dieses Thema sowohl bei der Frage der Bindung als auch der Frage der Akquise von Fachkräften eine wichtige Rolle spielt.

Zur Akquise sowohl von Auszubildenden als auch von Pflegefachkräften ist die Beschreitung neuer Wege notwendig. In Zeiten der Digitalisierung ist die Schaltung von Anzeigen und Kampagnen über die Social-Media-Kanäle unabdingbare Voraussetzung, um Jugendliche zu erreichen, Bewerberinnentage zum Kennenlernen eines Betriebes bzw. einer Ausbildungsstätte oder Einladungen zum Jobspeeddating werden bereits angeboten. Zu ergänzen sind diese Maßnahmen durch eine insgesamt starke Öffentlichkeitsarbeit.

[1] Vgl. Statistisches Bundesamt (2017): 2015: Beschäftigungszuwachs in medizinischen Gesundheitsberufen verlangsamt sich. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_030_23621.html (letzter Zugriff am 06.04.2019).

[2] Afentakis, A. und Maier, T.: Projektionen des Personalbedarfs und -angebots in Pflegeberufen bis 2025. Wirtschaft und Statistik 11/2010, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, Seite 1002.

[3] Vgl. Arbeitskammer des Saarlandes (2017): AK-Beschäftigtenbefragung Index Gute Arbeit Saar 2016. https://www.arbeitskammer.de/index.php?id=4242&no_cache=1&sword_list[0]=ak&sword_list[1]=beschaeftigtenbefragung (letzter Zugriff am 06.04.2019).

[4] Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege - BGW (2010): Gesund pflegen – Gesund bleiben. https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW04-06-111_Gesund-pflegen-gesund-bleiben_Download.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff am 06.04.2019).

[5] Vgl. Neuber-Pohl, C.: Das Pflege- und Gesundheitspersonal wird knapper. Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis 1/2017, Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), Bonn, 2019, Seite 4.

[6] Maier, T. u. a.: BIBB Report 3/2016 - Die Bevölkerung wächst – Engpässe bei fachlichen Tätigkeiten bleiben aber dennoch bestehen. BIBB-IAB-Qualifikations- und Berufsfeldprojektionen bis zum Jahr 2035 unter Berücksichtigung der Zuwanderung Geflüchteter. https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/show/8147 (letzter Zugriff am 06.04.2019).

[7] Initiative Neue Qualität der Arbeit (2017): Kein Stress mit dem Stress. Lösungen und Tipps für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. 2017. https://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/psyga-kein-stress-mit-dem-stress-beschaeftigte.pdf;jsessionid=BB17C9E02035D31C772457919CFB3348?__blob=publicationFile&v=2 (letzter Zugriff am 25.04.2019).

[8] Vgl. Isfort, M.: Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus - oder zur Beharrlichkeit der Normativität. Pflege & Gesellschaft 15. Jg. 2010 H.1, Beltz Juventa Verlag, Duisburg, Seite 21.

[9] Vgl. Baumeister, A. und Darmann-Finck, I.: Qualifikationsmix in der stationären Krankenpflege. Einsatzpotenziale für Pflegehelferberufe. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis 1/2017, Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn, Seite 18.

[10] Vgl. Die Bundesregierung: Ausbildungsoffensive Pflege (2019-2023). Vereinbarungstext Ergebnis der Konzertierten Aktion Pflege/ AG I, Seite 2. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/Vereinbarungstext_KAP.pdf (letzter Zugriff am 06.04.2019).

[11] Vgl. Bechtel, P. u. a. (Hg.): Mitarbeitermotivation ist lernbar. Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen motivieren, führen und coachen, Springer-Verlag GmbH, Berlin, 2010, Seiten 54, 58, 84, 212.

[12] AK-Betriebsbarometer, Sonderauswertung für den Bereich Pflege. Im Betriebsbarometer befragt die Arbeitskammer regelmäßig Betriebs-, Personalräte und Mitarbeitervertretungen über die Situation in den Betrieben und Einrichtungen, in denen sie tätig sind. Im Saarland wurden branchenübergreifend zur Jahreswende 2018/2019 231 betriebliche Interessenvertretungen befragt. Darunter entstammen insgesamt 24 betriebliche Interessenvertretungen aus dem saarländischen Klinikbereich und aus der stationären Altenpflege (keine aus ambulanten Pflegeeinrichtungen).

[13] Vgl. Bettig, U. u. a. (Hg.): Fachkräftemangel in der Pflege. Konzepte, Strategien, Lösungen. S. 282 f., medhochzwei Verlag GmbH: Heidelberg, 2012.

[14] Vgl. Merk, J.: Strategisches Personalbindungsmanagement im Krankenhaus. Theoretisch und empirisch gestützte Gestaltungsempfehlungen zur Verringerung der Fluktuation kompetenter Mitarbeiter, Berliner Wissenschafts-Verlag, Berlin, 2008, Seite 88.

4.4 Einkommen: Große Unterschiede je nach Einsatzbereich

Zwischen den Pflegeberufen variieren die Verdienste erheblich. Examinierte Krankenschwestern in Vollzeit erzielen im Saarland verhältnismäßig hohe Einkommen, Altenpflege wird deutlich weniger gut entlohnt, liegt im Bundesvergleich aber im Mittelfeld. Unter dem Aspekt gleichwertiger Arbeitsbewertung sind frauendominierte Pflegeberufe als unterbewertet und daher auch als unterbezahlt zu betrachten. Insgesamt müssen vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels die Einkommen angehoben werden.

Das Einkommen stellt einen zentralen Aspekt der Arbeitsbedingungen in einem Beruf dar. Die Entlohnung von Pflegekräften kann über die Bruttoarbeitsentgelte abgebildet werden, die im Rahmen des Meldeverfahrens zur Sozialversicherung erhoben werden. Die Angaben entsprechen den tatsächlichen Zahlungen der Arbeitgeber, inklusive Sonderzahlungen und Zuschlägen für Nachtschichten sowie Sonn- und Feiertagsdienste. Berücksichtigt werden dabei allerdings nur Vollzeitbeschäftigte (ohne Auszubildende), da für Teilzeitbeschäftigte keine Informationen zum tatsächlichen Stellenumfang vorliegen. Aufgrund dessen sind berufsspezifische Entgeltangaben in den Pflegeberufen für das Saarland nur eingeschränkt verfügbar.

Große Einkommensunterschiede nach Berufen …

Die Einkommensunterschiede in den Pflegeberufen sind beträchtlich. Die höchsten Einkommen erzielen Fachkräfte[1] in der Krankenpflege mit 3.596 Euro pro Monat.[2] Damit liegt ihr Entgelt rund 270 Euro über dem saarländischen Durchschnittseinkommen (3.323 Euro). Das Einkommen von Fachkräften in der Altenpflege liegt mit 2.827 Euro gut 500 Euro unter dem saarländischen Durchschnitt. Im Vergleich zu Krankenpflegefachkräften verdienen sie ein Fünftel (21 %; 770 Euro) weniger. Der Verdienstunterschied zwischen Fachkräften in der Krankenpflege und Krankenpflegehelferinnen[3] ist in der Krankenpflege (-1.109 Euro) erheblich stärker ausgeprägt als in der Altenpflege (-681 Euro). Im Durchschnitt verdienen Helferinnen in der Krankenpflege 31 % und in der Altenpflege 24 % weniger als die entsprechenden Pflegefachkräfte.

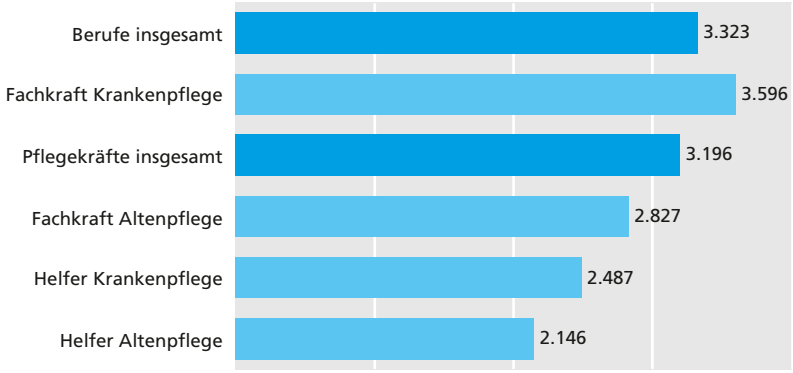
… und Regionen

Im regionalen Vergleich ist bemerkenswert, dass die saarländischen Fachkräfte in der Krankenpflege in Vollzeit bundesweit das höchste Einkom-

Grafik 1

Monatliche Bruttoentgelte von Pflegekräften

Medianentgelt von Vollzeitkräften (ohne Auszubildende) in Euro, 31.12.2017



Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Arbeitskammer

men erzielen. In erster Linie ist dies dem Umstand geschuldet, dass alle saarländischen Krankenhäuser tarifgebunden sind.[4] Laut Verdienststrukturerhebung 2014 betrug der Verdienstrückstand von Vollzeitbeschäftigten in Westdeutschland in Betrieben ohne Tarifbindung im gesamten Gesundheits- und Sozialwesen -20 %. Dies zeigt die hohe Bedeutung, die die Tarifbindung dagegen hat.

Die Einkommen von Krankenpflegehelferinnen rangieren demgegenüber bundesweit im unteren Mittelfeld, im Hinblick auf die westdeutschen Flächenländer verdienen nur Beschäftigte in Niedersachsen und Schleswig-Holstein weniger. Fachkräfte der Altenpflege liegen mit ihren Verdiensten im westdeutschen Mittel und die saarländischen Altenpflegehelferinnen kommen mit ihren Einkommen bundesweit auf den dritten Platz. Die Unterschiede dürften hier in den länderspezifischen Qualifizierungswegen liegen.

Teilzeitarbeit beeinflusst Lohnniveau

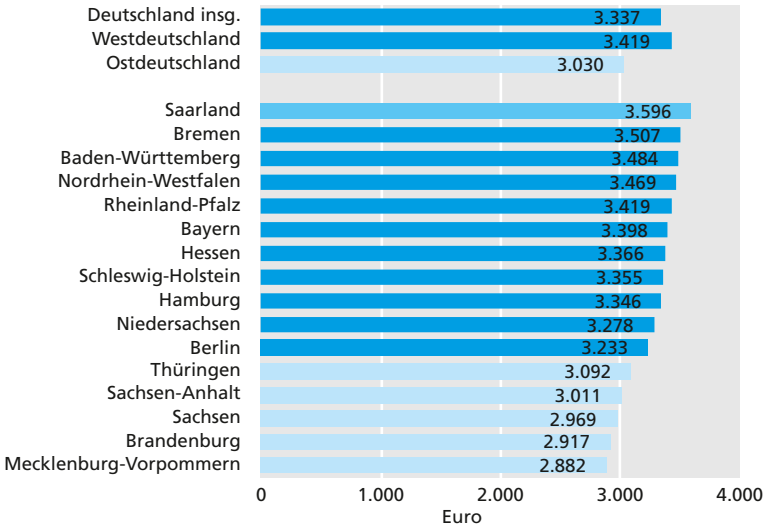
Die ausschließliche Orientierung am Durchschnittseinkommen greift jedoch zu kurz, um die Verdienstsituation von Pflegekräften zu bestimmen, denn angesichts des hohen Teilzeitanteils ist ein Großteil der Pflegekräfte überhaupt nicht in der Lage, diese Einkommenshöhe tatsächlich zu realisieren. Bei der Betrachtung der Einkommensverteilung zeigt sich, dass der Verdienstvorsprung gegenüber dem Durchschnitt aller Berufe hauptsächlich

Grafik 2
Teil 1

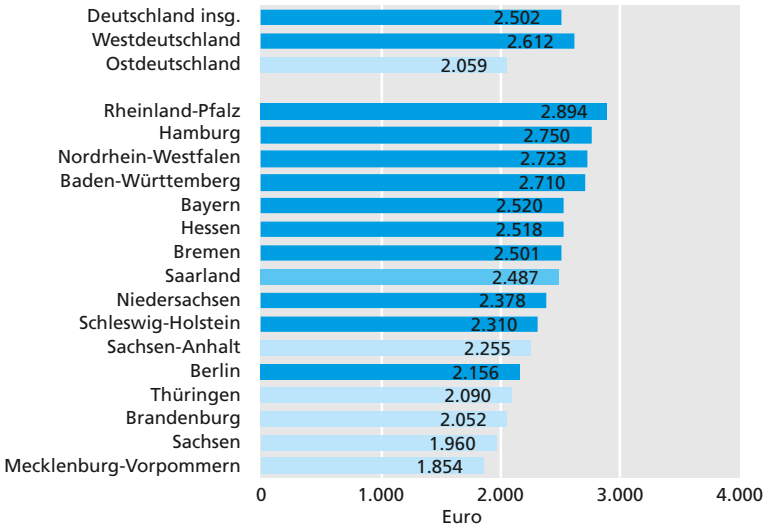
Monatliche Bruttoeinkommen in den Pflegeberufen nach Bundesländern*

Medianentgelt für Vollzeitkräfte (ohne Auszubildende) in Euro, 31. Dezember 2017

Fachkräfte in der Krankenpflege



Helfer in der Krankenpflege



* ungenaue Werte für Helfer und Fachkräfte in der Kranken- und Altenpflege in Bremen sowie für Helfer in der Kranken- und Altenpflege im Saarland (geringe Fallzahlen)

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

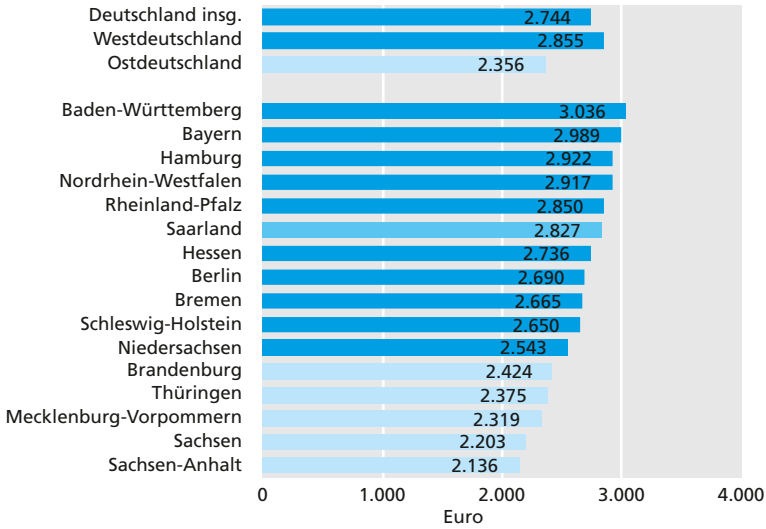
Arbeitskammer

Grafik 2
Teil 2

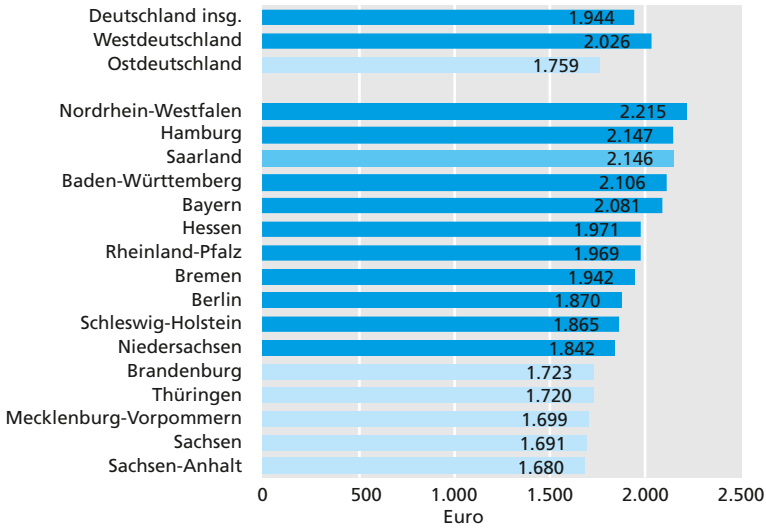
Monatliche Bruttoeinkommen in den Pflegeberufen nach Bundesländern*

Medianentgelt für Vollzeitkräfte (ohne Auszubildende) in Euro, 31. Dezember 2017

Fachkräfte in der Altenpflege



Helfer in der Altenpflege



* ungenaue Werte für Helfer und Fachkräfte in der Kranken- und Altenpflege in Bremen sowie für Helfer in der Kranken- und Altenpflege im Saarland (geringe Fallzahlen)

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Arbeitskammer

auf das Fünftel der Beschäftigten mit den höchsten Einkommen zurückzuführen ist. Die Einkommen am unteren Ende der Verteilung liegen dagegen zum Teil deutlich darunter.[5]

Zusätzlich spielt auch der Pflegesektor – also in welchen Häusern Beschäftigte eingesetzt sind – im Hinblick auf die Einkommensverteilung eine wichtige Rolle. Altenpflegefachkräfte können selbst im unteren „Verdienstfünftel" im Krankenhaus ein um 500 Euro höheres Einkommen erzielen als bei einer Anstellung in einem Pflege- oder Altenheim. Umgekehrt ist für Fachkräfte in der Krankenpflege der Einsatz in Altenheimen oder bei ambulanten Diensten finanziell unattraktiv.[6]

Nach Bogai[7] können die Entgeltunterschiede zwischen Kranken- und Altenpflege auf verschiedene Ursachen zurückgeführt werden:

- Bei der Krankenpflege liegt über die gesetzliche Krankenversicherung eine „Vollkostenerstattung" vor. Dagegen wird die Altenpflege über die Pflegeversicherung finanziert, die nur einen „Teilkasko-Charakter" aufweist und auf zusätzliche Eigenleistungen der Pflegebedürftigen beziehungsweise Hilfen zur Pflege angewiesen ist.

- In der Altenpflege herrscht eine heterogene Struktur der Arbeitgeberorganisationen vor. Entsprechend gering ist die Tarifbindung und Verhandlungen zu einem Flächentarifvertrag gestalten sich für Gewerkschaften äußerst schwierig.[8]

Pflegeberufe sind deutlich unterbewertet

Gerade im Vergleich zu anderen Berufen ist für Pflegeberufe sowie soziale Berufe allgemein eine grundsätzliche Benachteiligung feststellbar. Als typische Frauenberufe weisen sie ein niedrigeres Einkommensniveau auf. Historisch betrachtet ist dies darauf zurückzuführen, dass diese Tätigkeiten lange Zeit unentgeltlich in der Familie oder häufig in kirchlichen Einrichtungen erfolgten und ihre Verberuflichung erst spät einsetzte.[9] Folge davon ist aus soziologischer Perspektive zum einen eine gesellschaftliche Abwertung frauendominierter Tätigkeiten (Devaluation). Zum anderen unterscheidet sich dadurch die Struktur der Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Beziehungen erheblich von industriell geprägten Berufen, die sich über Jahrzehnte in Aushandlungsprozessen entwickelt und institutionell verfestigt hat. Zusammen führt dies dazu, dass Arbeitsbewertungsmaßstäbe zu geschlechtsspezifischen Einkommensunterschieden führen, auch wenn sie geschlechtsneutral formuliert und vordergründig scheinbar objektiv sind.[10]

Exemplarisch kam eine Analyse der Entgeltstruktur des Tarifvertrags der Länder (TV-L) im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes zu dem Schluss, dass darin, je nach Tätigkeitsbereichen, vier verschiedene Entgeltordnungen mit unterschiedlichen Bewertungsmaßstäben zur Anwendung kommen, weil:

- die Festsetzung der Eingruppierung etlicher Tätigkeiten an manchen Stellen ohne explizite Benennung von Anforderungsmerkmalen erfolgt,
- charakteristische Anforderungen von frauentypischen Tätigkeiten nicht berücksichtigt werden,
- die Anforderungen für Tarifstufen teilweise fehlen oder unklar formuliert sind.[11]

Im Fall von Pflegetätigkeiten werden etwa Anforderungen an die Kommunikationsfähigkeit und das Einfühlungsvermögen der Beschäftigten nicht bei der Leistungsbewertung berücksichtigt. Auch körperliche Anforderungen finden keine Erwähnung, während sie bei handwerklichen Tätigkeiten explizit für die Entlohnung herausgehoben werden. Dieser Tatbestand wird in der öffentlichen Diskussion gern mit dem Beispiel hinterfragt, warum es in der Bewertung einen Unterschied macht, ob man zum Beispiel Beton schleppt oder Patienten heben und tragen muss.

Nur wenn berufliche Arbeitsanforderungen und Belastungen nach einem einheitlichen Maßstab mit denselben Dimensionen und Einzelindikatoren bewertet werden, kann das Lohngefüge tatsächlich geschlechtsneutral verglichen werden. Ein solches Instrument stellt der „Comparable-Worth-Index“ dar, der in einem Kooperationsprojekt des Instituts für Arbeit und Technik (IAT) und des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts in der Hans-Böckler-Stiftung (WSI) entwickelt wurde.[12] Mit Hilfe eines Paarvergleichs werden dabei verschiedene, inhaltlich unterschiedliche Tätigkeiten auf ihre Gleichwertigkeit überprüft. Dabei findet eine analytische Neubewertung der Tätigkeiten über insgesamt vier Dimensionen (Wissen und Können; Psychosoziale Anforderungen; Verantwortung; Physische Anforderungen) mit zusammen 19 Einzelkriterien statt. Über die erreichte Gesamtsumme[13] können dann Gruppen gleichwertiger Tätigkeiten identifiziert werden, die in einem zweiten Schritt hinsichtlich ihrer Verdienste und des Frauenanteils verglichen werden können.

Die beruflichen Anforderungen von nicht akademischen Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräften sind auf dieser Basis unter anderem mit Lehrkräften im Sekundarbereich, Führungskräften in der betrieblichen Verwaltung und in unternehmensbezogenen Dienstleistungen sowie mit Inge-

Tabelle 1

Bruttostundenverdienste und Frauenanteil nicht akademischer Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte und gleichwertiger Berufe

ISCO 08 (3-Steller)		CW-Index im Beruf	Brutto-stunden-verdienst im Beruf in Euro	Frauen-anteil im Beruf in %
322	Nicht akademische Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte	28	15,64	87
263	Sozialwissenschaftler, Geistliche und Seelsorger	28	20,15	66
233	Lehrkräfte im Sekundarbereich	28	21,56	64
235	Sonstige Lehrkräfte	28	21,66	79
121	Führungskräfte in der betrieblichen Verwaltung und in unternehmensbezogenen Dienstleistungen	28	23,96	43
214	Ingenieurwissenschaftler (ohne Elektrotechnik, Elektronik und Telekommunikation)	28	27,80	21

Quelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012, Berechnungen IAT/WSI

Arbeitskammer

nieurwissenschaftlern als gleichwertig zu betrachten. Im Vergleich weisen sie als Frauendomäne aber einen deutlich höheren Frauenanteil und einen wesentlich geringeren Bruttostundenverdienst auf. Insgesamt lagen die Stundenverdienste in 15 von 24 weiblich dominierten Berufen unter dem Durchschnitt ihrer als gleichwertig ermittelten Vergleichsgruppen.

Einkommen in der Pflege müssen angehoben werden

Pflegeberufe sind demnach hinsichtlich ihrer Anforderungen unterbewertet und Pflegekräfte unterbezahlt. Wie allgemein bei personenbezogenen Dienstleistungen können bei diesen Tätigkeiten aber keine Rationalisierungserlöse erzielt werden, die wie bei industriell geprägten Berufen in Lohnerhöhungen umgemünzt werden (können).[14] Höhere Löhne führen unter den gegenwärtigen Refinanzierungsbedingungen der Branche daher zwangsläufig zu steigenden Eigenbeiträgen der zu Pflegenden, was die Löhne vor allem in der Altenpflege auf niedrigem Niveau regelrecht ausbremst.[15]

Der jüngste Tarifabschluss für die Beschäftigten der Länder (TV-L) kann vor diesem Hintergrund aus Sicht der Arbeitskammer nur als erster Schritt in die richtige Richtung bei der Eingruppierung von Pflegekräften betrach-

tet werden. Durch die Angleichung der tariflichen Entgelte zwischen TV-L und TVöD werden zwar rund 2.000 Pflegekräfte des Universitätsklinikums des Saarlandes in Homburg endlich wie ihre Kolleginnen und Kollegen in anderen Kliniken bezahlt, an dem eklatanten Missverhältnis zwischen den Anforderungen des Pflegeberufs und seiner Entlohnung ändert sich dadurch allerdings nichts. Vor dem Hintergrund des steigenden Pflegebedarfs und des herrschenden Fachkräftemangels in der Pflege, ist die finanziell attraktive Entlohnung der Pflegeberufe neben der Gestaltung ihrer Arbeitsbedingungen die wesentliche Stellschraube. Nur wenn dies gelingt, werden sich mehr Personen für einen Pflegeberuf entscheiden. An der gleichen Bezahlung von gleichwertiger Arbeit führt damit kein Weg vorbei.

---

[1] Fachkräfte haben fundierte Fachkenntnisse und Fertigkeiten, die sie in der Regel über eine abgeschlossene dreijährige Ausbildung erworben haben.

[2] Entgeltvergleiche basieren auf dem Entgeltmedian, der von den Beschäftigten in den verschiedenen Berufen erzielt wird. 50 % der Beschäftigten verdienen mehr und 50 % weniger. Stichtag der Statistik ist der 31.12. eines Jahres.

[3] Helferinnen führen einfache, weniger komplexe (Routine-)Tätigkeiten aus, für die kein formaler beruflicher Bildungsabschluss oder eine einjährige (geregelte) Berufsausbildung erforderlich ist.

[4] Bei den Kliniken mit kirchlichen Trägern gelten die Arbeitsvertraglichen Richtlinien (AVR), die an den Tarifvertrag Öffentlicher Dienst angelehnt sind.

[5] Vgl. Evans, Michaela; Ludwig, Christine: Zwischen Aufwertung, Abwertung und Polarisierung, Chancen der Tarif- und Lohnpolitik für eine arbeitspolitische „High-Road-Strategie" in der Altenpflege (HBS Working Paper Forschungsförderung, Nummer 128), Düsseldorf 2019, S. 37. https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5ca1d96edda4fb12ad3fd601/download/Evans_Ludwig_p_fofoe_WP_128_2019.cleaned.pdf (letzter Zugriff 24.04.2019).

[6] Ebd., S. 35.

[7] Bogai, Dieter: Der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte im Wohlfahrtsstaat. Berlin 2017, S. 211.

[8] Vgl. Bühler, Sylvia: Markt und Gewinnstreben im Sozialsektor: Wirkungen auf die Beschäftigungsbedingungen und die Qualität der Versorgung aus gewerkschaftlicher Sicht. In: WSI 70 (3/2017), S. 218–220.

[9] Vgl. Bogai, Dieter: Der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte im Wohlfahrtsstaat, Berlin, 2017, S. 28-33.

[10] Vgl. Lillemeier, Sarah: Der „Comparable Worth"-Index als Instrument zur Analyse des Gender Pay Gaps, Arbeitsanforderungen und Belastungen in Frauen- und Männerberufen (WSI Working Paper, Nr. 205), Düsseldorf 2016. https://www.boeckler.de/pdf/p_wsi_wp_205.pdf (letzter Zugriff 24.04.2019).

[11] Vgl. Jochmann-Döll, Andrea; Tondorf, Karin: Gleiches Entgelt für gleichwertige Arbeit? Die Entgeltordnung des Tarifvertrags der Länder (TV-L) auf dem Prüfstand, hg. von Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin 2018, S. 7. https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Entgelt_UN_Gleichheit/TV_L.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (letzter Zugriff 24.04.2019).

[12] Klammer, Ute; Klenner, Christina; Lillemeier, Sarah: „Comparable Worth". Arbeitsbewertungen als blinder Fleck in der Ursachenanalyse des Gender Pay Gaps? Projektbericht (Hans-Böckler-Stiftung, Study, Nr. 014), Düsseldorf 2018. https://www.boeckler.de/pdf/p_wsi_studies_14_2018.pdf (letzter Zugriff 24.04.2019).

[13] Insgesamt können im Paarvergleich 59 Punkte erreicht werden. Auf den Bereich „Wissen und Können" entfallen 41 %, auf „Psycho-soziale Anforderungen" 24 %, auf „Verantwortung" 20 % und auf „Physische Anforderungen" 15 %. Aufgrund der unterschiedlichen Werte findet zusätzlich eine Gewichtung der Einzelbereiche statt. Vgl. Klammer u. a., a. a. O., S.15.

[14] Hartwig, Jochen; Krämer, Hagen: 50 Jahre Baumol'sche Kostenkrankheit. In: Wirtschaftsdienst 97 (11/2017), S. 793–800.

[15] Evans u. a., a. a. O.

4.5 Tarifpolitik: Zentrale Rolle bei Arbeitsbedingungen

Die Tarifpolitik gestaltet die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in zentraler Weise mit. Tarifverträge verbessern die Bedingungen über die gesetzlichen Bestimmungen hinaus. Gesonderte Tarifverträge für eine Berufsgruppe lehnt die Gewerkschaft ver.di ab. Für den Bereich der Altenpflege tritt die Arbeitskammer für einen bundesweit gültigen Tarifvertrag Altenpflege ein. Dieser müsste für alle Beschäftigten in der stationären und ambulanten Altenpflege gelten. Der 2009 eingeführte Pflegemindestlohn hat sich als ungeeignet erwiesen, die nötigen strukturellen Verbesserungen herbeizuführen.

Tarifverträge gestalten neben der Entlohnung auch maßgeblich Arbeitsbedingungen mit. So werden in den meisten Tarifverträgen in der Pflegebranche neben einem besseren Urlaubsanspruch oft auch Urlaubs- und Weihnachtsgeld sowie Zulagen definiert. Der Fachbereich „Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen“ verhandelt mit 29 % die meisten Tarifverträge innerhalb der Gewerkschaft ver.di. Konkret bedeutet dies, dass dieser Fachbereich von 2015 bis Ende 2018 etwa 2.400 Kündigungs-, Verhandlungs- und Abschlussvollmachten zu bearbeiten hatte. Deshalb widmet die Gewerkschaft der Tarifpolitik im Gesundheitsbereich sehr hohe Aufmerksamkeit.

Verteilung der Tarifverträge im Saarland

2018 gab es den letzten Tarifabschluss für den Bereich des Öffentlichen Dienstes (TVöD). Dieser, in der Fassung TVöD-K, hat direkte Auswirkungen auf das Klinikum Saarbrücken, das Kreiskrankenhaus St. Ingbert, die SHG-Kliniken Sonnenberg, die SHG-Kliniken Völklingen, das Krankenhaus Merzig und über den Umweg des TV-DRV fast identisch auf die Knappschaftskrankenhäuser in Püttlingen und Sulzbach. Ferner wirkt dieser Abschluss größtenteils, wenn auch zeitversetzt, auf die Arbeitsvertraglichen Richtlinien (AVR) der Caritas und somit auf die katholischen Krankenhäuser sowie bedingt auch auf die Regelungen der „Stiftung kreuznacher diakonie“ mit ihren Häusern in Neunkirchen und Saarbrücken. Die zwei DRK-Krankenhäuser in Saarlouis und Mettlach unterliegen einem eigenen Tarifvertrag, der sich ebenfalls am TVöD orientiert. Bleibt als besonderes Problem noch die Median-Klinik in Berus, die mit ihren Akutbetten mittlerweile auch Teil des Krankenhausplanes ist. Die Allgemeine Hospitalgesellschaft (AHG) wurde 2016 von Median übernommen, Besitzer ist die Private-Equity-Investment-Gruppe Waterland. Für Berus gilt ein eigener Tarifvertrag.

Am Universitätsklinikum des Saarlandes und in der Merziger Forensik gilt der Tarifvertrag der Länder.

Im Reha-Bereich besteht lediglich für die MediClin Bliestal Kliniken ein Tarifvertrag, für die Fachklinik/Gesundheits- & Rehazentrum Saarschleife ist ein Tarifvertrag in Nachwirkung in Kraft.

Im Bereich der Wohlfahrtsverbände besteht ein Tarifvertrag für die Arbeiterwohlfahrt Saar, für die Gästehäuser des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) gilt der DRK-Reformtarifvertrag, für das Altenheim am Schloss in Saarbrücken gilt der TVöD-B und für die Altenheime des Arbeitersamariterbundes (ASB) gilt ein eigener Tarifvertrag, der sich am TV-L orientiert.

Neue Entgeltordnung im Öffentlichen Dienst: Viele Verbesserungen sind auf dem Weg

So unterschiedlich die einzelnen Bereiche tarifvertraglich gebunden sind, so unterschiedlich sind teilweise die zu Grunde liegenden Tarifverträge. Dabei konnten in jüngster Vergangenheit bereits einige Verbesserungen umgesetzt werden:

- Mit der Tarifrunde der Kommunen und des Bundes 2016 setzte die Gewerkschaft eine neue Entgeltordnung für Gesundheitsberufe durch.
- Für die Pflege wurde außerdem eine neue Tabelle „P“ eingeführt. Berufsanfänger steigen höher ein, für die Entgeltgruppen P 9 bis P 14 gibt es nun eine neue Stufe 6, das heißt, Beschäftigte mit Berufserfahrung erhalten seitdem mehr Geld.
- Für Leitungskräfte wurden neue Tätigkeitsmerkmale geschaffen. Diese sind nicht mehr ausschließlich davon abhängig, wie viele nachgeordnete Beschäftigte tätig sind.
- Für Lehrkräfte für Gesundheitsberufe mit entsprechender Qualifizierung konnte die Entgeltgruppe 13 durchgesetzt werden, die weit über dem bisher gezahlten Entgelt liegt.
- Praxisanleitung wird erstmalig als zusätzlich zu bezahlende Tätigkeit angesehen und entsprechend tarifiert.

Die Entwicklung in der Tarifpolitik geht auch aktuell weiter:

- 2019 konnte für die Pflege auch im Bereich der Länder eine neue Entgelt-Tabelle eingeführt werden, die sich an den Vorgaben der Kommunen orientiert. Damit wurde die seit langem bestehende Schlechterstellung der Beschäftigten am Universitätsklinikum und in der Forensik beseitigt.

- Im Bereich des TVöD konnten mit der Tarifrunde 2018 einige Benachteiligungen der Krankenhausbeschäftigten beseitigt werden. So wurde der Nachtzuschlag auf 20 % angehoben. Wer in Wechselschicht arbeitet, ist besonders belastet. Deshalb wird der Zusatzurlaub bis 2021 auf 9 Tage angehoben.

- Zudem wird aktuell über weitere Verbesserungen verhandelt, wie die Erhöhung des Zeitzuschlags für Samstagsarbeit, die Einrechnung der Pausen in die Arbeitszeit bei Wechselschicht und Überstundenzuschläge für Teilzeitbeschäftigte bei Wechselschichtarbeit. In der Altenpflege verweigerten die Arbeitgeber jedoch eine Gleichbehandlung.

Schwierige Lage in der Altenpflege

Zwar schneidet im Bundesvergleich die Altenpflege an der Saar mit am besten ab, trotzdem ist die Bezahlung auch hier deutlich schlechter als in der Krankenpflege. Schuld ist die geringere Tarifbindung. Vor allem kommerzielle Anbieter von Altenpflege verweigern Tarifverträge und sind damit maßgeblich für das schlechte Einkommensniveau verantwortlich.

Erfreulich ist in diesem Zusammenhang, dass CDU und SPD im Koalitionsvertrag vereinbart haben, die gesetzlichen Voraussetzungen zu schaffen, damit in der Altenpflege flächendeckend Tarifverträge zur Anwendung kommen. Bisher haben die privaten Arbeitgeberverbände auf regionaler Ebene verhindert, Tarifverträge in der Altenpflege für allgemeinverbindlich zu erklären (zum Beispiel Bremen, 2017). Allerdings konnte in Bremen mit der Tarifgemeinschaft Pflege ein „Tarifvertrag für die Pflege in Bremen“ vereinbart werden. Zu der Tarifgemeinschaft gehören dort die AWO, das Deutsche Rote Kreuz, der Paritätische Wohlfahrtsverband, die Diakonie und die Caritas. Dieses positive Beispiel könnte ins Saarland übertragen werden.

Massiver Widerstand gegen einen allgemeinverbindlichen Tarif in der Altenpflege kommt vom Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa). Demgegenüber formiert sich auf Initiative der AWO ein neuer Verband, die Bundesvereinigung der Arbeitgeber in der Pflegebranche (AGVP). Diesem sollen AWO, Paritätischer Wohlfahrtsverband und später auch das DRK angehören. Ziel des Verbandes ist es, mit ver.di einen neuen Tarifvertrag aushandeln. Dabei ist auch eine Lösung für die kirchlichen Arbeitgeber gefunden. Die Vertretungen von Caritas und Diakonie werden bei Tarifverhandlungen nicht offiziell mit am Tisch sitzen. Sie sollen aber eng eingebunden werden und würden anschließend die Vereinbarungen übernehmen. Ein so verhandelter Tarifvertrag, der aufgrund der hohen Zahl der Beteiligten mindestens die Hälfte des Marktes erfassen

würde, könnte vom Bundesarbeitsministerium für allgemeinverbindlich erklärt werden. Damit müssten sich auch die privaten Anbieter an die ausgehandelten Ergebnisse halten.

Große Bemühungen im Kampf für mehr Personal und Entlastung im Krankenhaus

Bereits 2013 hat die Gewerkschaft ver.di in einer bundesweiten Befragung festgestellt, dass in deutschen Krankenhäusern 162.000 Beschäftigte fehlen, im Saarland waren es 3.350. Im Jahr 2016 forderte ver.di 21 saarländische Krankenhäuser zu Tarifverhandlungen über Entlastung und mehr Personal auf.

Alle saarländischen Kliniken wurden im Zuge dieser Vorgänge zum Streik aufgerufen. Am 08.03.2017 kam es zu einer großen Demonstration in Saarbrücken unter dem Motto „Aufstehen für die Pflege“. Die damalige saarländische Ministerpräsidentin Annegret Kramp-Karrenbauer (CDU) brachte am 10.03.2017 einen Entschließungsantrag in den Bundesrat ein und forderte die Bundesregierung auf, Personalstandards verbindlich zu regeln.

Nach Gesprächsangeboten aller Träger wurden kurz vor den Landtagswahlen die angekündigten Streiks zurückgezogen. Da die kommunalen Kliniken ihrer mündlich gemachten Zusage zu Verhandlungen widersprachen, kam es am Montag nach den Landtagswahlen zu einem Warnstreik.

Im Sommer 2017 zogen auch die katholischen Krankenhäuser ihre Gesprächsbereitschaft zurück. Am 11.10. und am 25.10.2017 legten Pflegekräfte der Marienhausklinik in Ottweiler die Arbeit nieder. Dies war der erste Streik einer katholischen Einrichtung in Deutschland.

Beispiel: Universitätsklinikum des Saarlandes

Nachdem eine Prozessvereinbarung am Universitätsklinikum des Saarlandes gescheitert war, wurde dort ein Ultimatum ausgesprochen und ein unbefristeter Streik vorbereitet. In einer Urabstimmung sprachen sich 98 % der Befragten für einen Arbeitskampf aus.

In der Folge wurden bereits Stationen geschlossen und über 400 Betten gesperrt. Unter „Rücksichtnahme auf die satzungsrechtlichen Bindungen des Saarlandes“ im Tarifvertrag der Länder kam es am 18.09.2018 zu einer sogenannten schuldrechtlichen Vereinbarung „über die Entlastung und

Stärkung der Beschäftigten des Universitätsklinikums des Saarlandes". Dort wurden neben Personalmindestzahlen maßgebliche Verbesserungen der Arbeitsbedingungen vereinbart. So wurde beschlossen, dass es eine Soll- und Regelbesetzung in allen Pflegebereichen geben wird. 145 zusätzliche Stellen müssen am Universitätsklinikum des Saarlandes geschaffen werden, davon 15 im nicht pflegerischen Bereich. Eingeführt wird ferner ein „Konsequenzenmanagement" bei Unterschreitung der Sollbesetzung. Der Einstieg in das Vorhaben „Keine Nacht allein" für Pflegekräfte auf Station ist geschafft, gestellte Gefährdungsanzeigen müssen binnen drei Tagen bearbeitet werden. Außerdem: Auszubildende sind auf die Soll- und Regelbesetzungen nicht mit anzurechnen und 10 % der Ausbildungszeit aller Gesundheitsberufe müssen mit einer im Dienstplan verbindlich festgelegten Praxisanleitung durchgeführt werden. Damit soll der häufigen Gepflogenheit entgegengewirkt werden, die Anleitung in der Praxis ausschließlich nebenher durchzuführen.

Ein weiterer Schritt: Erstmalig in Deutschland wurde ein individuell einklagbarer Belastungsausgleich als neues tarifpolitisches Mittel geschaffen. Nach einer bestimmten Anzahl von Belastungstagen, also Tagen, in welchen in Unterbesetzung gearbeitet werden muss, gibt es im nächsten Schichtplan einen freien, bezahlten Tag. Ob damit tatsächlich bessere Arbeitsbedingungen auf Dauer geschaffen werden, wird wohl daran liegen, inwieweit es dem Universitätsklinikum des Saarlandes gelingt, die Vereinbarung zu leben und umzusetzen.

Weitere Beispiele

Aktuell findet im Saarland eine Auseinandersetzung an den SHG-Kliniken statt. Die Gewerkschaft ver.di bemüht sich auch hier, sowohl auf der politischen als auch auf der betrieblichen Ebene Entlastungsvereinbarungen zu erstreiten sowie das tarifpolitische Gebiet weiterzubearbeiten.

Da aktuell im Krankenhaus Tarifsteigerungen in der Pflege durch die Konstruktion der Finanzierung vollständig refinanziert werden, gehen diese Mehrausgaben nicht zu Lasten anderer Berufsgruppen. Doch statt gemeinsam für Aufwertung und Entlastung zu sorgen, gibt es Arbeitgeber, die andere Wege gehen wollen. So will zum Beispiel der Helios-Konzern die Pflege aus dem gemeinsamen Tarifvertrag herausbrechen und mit einem „Pflegetarifvertrag" vorgeblich eine „attraktive und marktgerechte Vergütung" schaffen. Eine Abspaltung der Pflege vom Rest der Belegschaften aber stößt auf den eindeutigen Widerstand der Gewerkschaften.

Mindestlöhne gewährleisten keine ausreichende Alterssicherung

Der 2009 eingeführte Pflegemindestlohn hat sich als ungeeignet erwiesen, die nötigen strukturellen Verbesserungen herbeizuführen. Der Pflegemindestlohn wird auf Vorschlag einer Kommission, der neben Gewerkschaften und nichtkirchlichen Arbeitgebern auch Vertreter der kirchlichen Pflegearbeitgeber angehören, durch die Bundesregierung verordnet.

Die Forderungen der Gewerkschaft ver.di lagen deutlich über dem beschlossenen Mindestlohn und beinhalteten außerdem noch qualitative Forderungen zu Urlaub und Zulagen.

Das wurde von den Arbeitgebern abgelehnt. Beschlossen wurde eine schrittweise Erhöhung des Mindestlohnes in der Pflege vom November 2017 bis Januar 2020 auf 11,35 Euro.

Der Mindestlohn bewirkt zwar höhere Löhne in der Pflege, aber hilft in der längerfristigen Betrachtung nicht viel weiter: Nach Berechnungen der Bundesregierung führt der erhöhte Mindestlohn auch nach 45 Berufsjahren (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 38,5 Stunden) nicht dazu, dass eine Rentenempfängerin über der derzeitigen Grundsicherung liegen würde. Dafür wäre ein Mindestlohn von mindestens 12,63 Euro notwendig. Daher ist nach Auffassung der Arbeitskammer des Saarlandes auch der bisher geltende, etwas höhere Pflegemindestlohn nicht ausreichend und bedarf einer Anpassung.[1]

[1] Bühler, Sylvia: Markt und Gewinnstreben im Sozialsektor: Wirkungen auf die Beschäftigungsbedingungen und die Qualität der Versorgung aus gewerkschaftlicher Sicht. WSI- Mitteilungen 3/2017, S. 218-220. https://www.boeckler.de/wsi-mitteilungen_108222_108229.htm# (letzter Zugriff 24.04.2019).

4.6 Gesundheit und Sozialbeziehungen am Arbeitsplatz

4.6.1 Pflegende – Eine besonders arbeitsbelastete Berufsgruppe

Es ist keine neue Erkenntnis, dass der Pflegeberuf im Vergleich zu anderen Berufsgruppen eine hohe Arbeitsbelastung aufweist und in dieser Hinsicht zum Beispiel mit dem Baugewerbe zu vergleichen ist. Eine Gegenüberstellung dieser Berufsfelder zeigt allerdings, dass der Arbeits- und Gesundheitsschutz im Baugewerbe im Allgemeinen besser aufgestellt ist und dass die psychische Belastung geringer ausfällt. Das Arbeitsschutzgesetz stellt auch im Pflegeberuf den rechtlichen Rahmen zum Schutz aller Beschäftigten, doch es fehlt eine systematische Umsetzung. In der Pflegepolitik müssen die Themen Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie die Minderung der Arbeitsbelastungen ganz oben auf die Tagesordnung; beim Bund und bei den Ländern. In erster Linie stehen aber die Arbeitgeber und die Pflegeeinrichtungen selbst in der Pflicht.

Die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals ist gekennzeichnet sowohl durch psychische als auch physische Belastungsfaktoren, welche nur in Ausnahmefällen getrennt voneinander betrachtet werden können. Zusätzlich sind viele soziale und emotionale Faktoren mit dem Pflegeberuf verbunden, so dass eine zusätzliche starke emotionale Belastung beim Pflegepersonal auftreten kann.[1] Die Betrachtung der Arbeitsbelastungen erfolgt immer ganzheitlich, denn zwischen allen Belastungsformen bestehen Wechselwirkungen, die andere Belastungen hervorrufen oder mindern. Zum Beispiel kann eine technologische oder ergonomische Anpassung in den Pflegeeinrichtungen die Arbeitsschwere mindern, den Arbeitsdruck senken und sich positiv auf die Arbeitszeit auswirken.[2]

Unterbesetzung, Fachkräftemangel und wachsende Anforderungen führen zu einer ständigen Überlastung des Pflegepersonals. Die Beseitigung von Personalmangel ist ebenso wichtig, wie die Minderung der bestehenden psychischen und physischen Arbeitsbelastungen, um Berufskrankheiten und einen krankheitsbedingten Personalausfall in der Pflege zu vermeiden. Die Umsetzung der Maßnahmen im Arbeits- und Gesundheitsschutz muss weiter vorangebracht werden, denn eine dauerhafte Arbeitsüberlastung der Pflegekräfte wirkt sich auch auf die Pflegequalität aus. Die Kontrolle der Umsetzung von Maßnahmen und Gesetzen, wie dem Landespräventionsschutzgesetz oder dem Arbeitsschutzgesetz, ist notwendig, damit die Pflegekräfte bis ins Rentenalter in ihrem Beruf verbleiben und diesen voll ausüben können.

Strukturen des Arbeitsschutzes

Der rechtliche Handlungsrahmen ist klar vorgegeben, diesen bestimmt das duale Arbeitsschutzsystem. In diesem System fest verankert und für den Arbeitgeber verpflichtend ist die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA), die sich seit 2019 bereits in ihrer dritten Phase befindet. Die Ziele der GDA, die Gesundheit der Beschäftigen zu erhalten, zu verbessern und zu fördern, sind klar definiert und jeder Arbeitgeber steht in der Pflicht, sie umzusetzen.[3] Der Gesetzgeber und die Träger der gesetzlichen Unfallversicherungen, hier vor allem die Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege, liefern Handlungsempfehlungen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz im Pflegebereich und unterstützen die Pflegeeinrichtungen in der Umsetzung. Die Arbeitskammer des Saarlandes bietet als Mitglied im „Pflegepakt Saarland“ in ihrem Pflege-Referat eine umfangreiche Beratung in allen Themenfelder der Pflege an und stellt Forderungen an die Landespolitik im Saarland.[4]

Die Gefährdungsbeurteilung ist das maßgebliche Instrument im Arbeitsschutz. Auch in der Pflege ist es essenziell wichtig, dass diese ganzheitlich durchgeführt wird. Grundlage für die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung ist ein gut aufgestellter Arbeitsschutz in den Pflegeeinrichtungen, angefangen von der Betreuung durch eine Fachkraft für Arbeitssicherheit bis hin zur regelmäßigen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung durch einen Betriebsarzt. Hier ist positiv anzumerken, dass im AK-Betriebsbarometer 2019[5] knapp 91 % der befragten Beschäftigtenvertretungen im Pflegebereich angaben, über eine Fachkraft für Arbeitssicherheit in ihrem Betrieb zu verfügen; 92 % haben eine betriebsärztliche Betreuung.

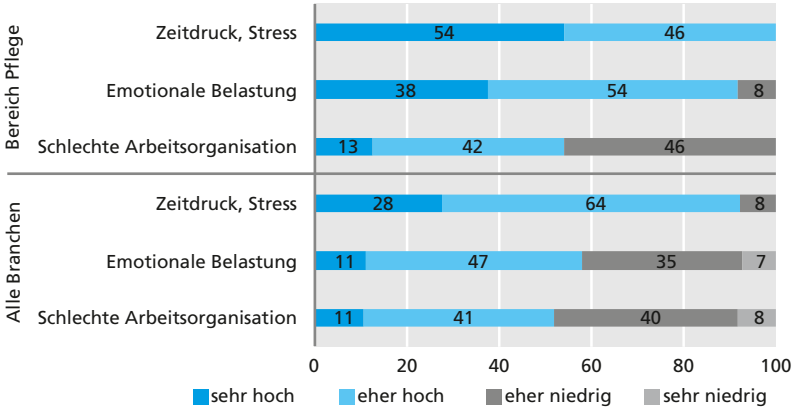
Fachkräfte für Arbeitsschutz, Betriebsärzte und die Beschäftigtenvertretungen bilden die Grundlage für Gute Arbeit in der Pflege. Hier gilt es, über die Gefährdungsbeurteilung und die Mitbestimmung des Betriebsrates die Weichen für die Gesundheitspolitik in den Pflegeeinrichtungen zu stellen. Auch das Personal steht in der Pflicht. Nach dem Arbeitsschutzgesetz ist jede Arbeitnehmerin und jeder Arbeitnehmer verpflichtet, eine Überlastung beim Arbeitgeber anzuzeigen, wenn diese zu einer Gefährdung der Gesundheit oder der Sicherheit führt.[6] In Zusammenarbeit mit den Beschäftigtenvertretungen kann hierzu eine Dienstvereinbarung über den Umgang mit Überlastungsanzeigen geschlossen werden.

Psychische Belastung auf hohem Niveau

Mit dem Wandel der Arbeitswelt haben psychische Anforderungen enorm zugenommen, psychische Erkrankungen, Burnout und Depressionen wer-

Grafik 1

AK-Betriebsbarometer 2019
Psychische Belastungen im Bereich Pflege und in allen Branchen
(in % der Betriebe)



Quelle: AK-Betriebsbarometer 2019 und Sonderauswertung Pflege Arbeitskammer

den in der Arbeitswelt sehr stark diskutiert, sorgen jedoch immer noch für Verunsicherungen in vielen betrieblichen Einrichtungen. Psychische Belastungen, resultierend aus Zeitdruck, schlechter Arbeitsorganisation oder ebenso aus emotionalen Faktoren, sind im Pflegebereich sehr oft zu beobachten. Vor allem der Umgang mit Pflegebedürftigen oder kranken Personen stellt nach einer Sonderauswertung der Erwerbstätigenbefragung des DGB-Index Gute Arbeit 2018 in der Alten- und Krankenpflege eine besondere Belastung dar.[7]

Die Belastung durch Zeitdruck, damit verbunden unter anderem die Arbeitshetze oder der Schichtdienst, ist nach Angaben des DGB-Index Gute Arbeit 2018 in der Alten- und Krankenpflege eine der größten Belastungen. Diese wirkt sich in vielfältiger Weise und besonders stark auf die Psyche der Pflegekräfte aus. Starke Wechselwirkungen sind durch Arbeitshetze zu beobachten. So wird die anstehende Arbeit unter Zeitdruck und damit oft persönlicher Eigenbelastung durchgeführt. Darauf folgend werden die zur Verfügung stehenden Arbeits- und Hilfsmittel nicht eingesetzt und die Patienten zu Lasten der eigenen Gesundheit mobilisiert (siehe Kapitel I.4.6.3). Auch die Auswertung des AK-Betriebsbarometers 2019 zeigt für den Bereich der Pflege eine deutlich höhere psychische Belastung durch Zeitdruck, Stress und die emotionale Belastung als in der Gesamtwirtschaft des Saarlandes (siehe Grafik 1).

Einen Grenzwert für die emotionale Belastung zu definieren oder die Messung solch einer Belastung durchzuführen, ist nicht möglich. Die ständige Konfrontation mit Krankheit, Tod oder Konfliktsituationen führt zu einer sehr starken emotionalen, psychosozialen Belastung der Pflegekräfte. Diese Belastungsform ist gerade im Arbeitsalltag der Pflege sehr präsent. Nach Einschätzungen der Beschäftigtenvertretungen im AK-Betriebsbarometer 2019 wird die emotionale Belastung von 38 % als „sehr hoch" und von 54 % als „eher hoch" angegeben. Diese besondere Belastungsform kann sich negativ auf die Arbeit und das Privatleben auswirken und in der Folge psychische Störungen oder Depressionen auslösen. Hier gilt es Methoden aufzuzeigen, damit die Pflegekräfte im Umgang mit diesen Situationen nicht allein sind und fachliche Unterstützung bekommen.

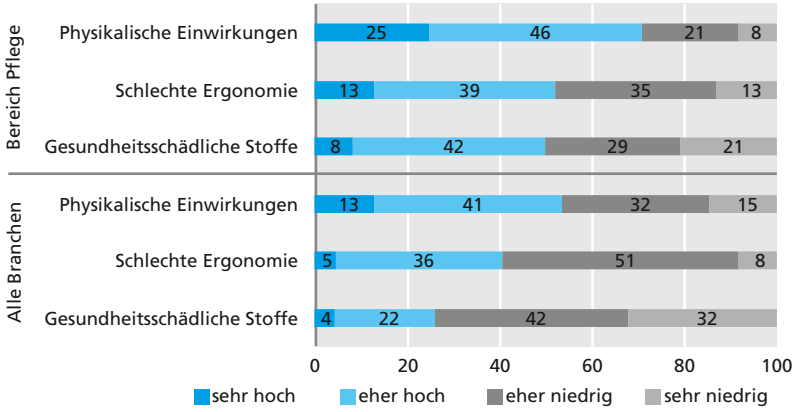
Eine weitere Ursache für psychische Belastung kann in der mangelnden Arbeitsorganisation in vielen Pflegeeinrichtungen beobachtet werden.[8] Dies beinhaltet die oft dünne Personaldecke, schlecht ausgearbeitete Dienstpläne, lange Dienstwege sowie mangelnde oder defekte Arbeitsmittel. Die Einführung und Umsetzung von Standards und die Strukturierung von Behandlungsabläufen erweist sich im Pflegeberuf als schwierig, denn es treten immer wieder unvorhergesehene Arbeitsspitzen auf, die schlecht zu kompensieren sind. Dennoch ist eine Orientierung an arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen wichtig, um die vorhandenen Personalressourcen besser zu nutzen und die Pflegekräfte auch präventiv vor psychischer Überlastung zu schützen.

Körperliche Belastungen liegen gleich auf

Ungünstige Körperhaltungen, schweres Heben, Tragen und langes Stehen sind nur ein Teil der hohen physischen Belastungen des Muskel-Skelett-Apparates. In der Pflege müssen Patienten für die pflegerische Tätigkeit angehoben, umgelagert oder getragen werden, größtenteils unter Einnahme von Zwangshaltungen. Zusätzlich besteht die Gefahr, mit gefährlichen Stoffen in Kontakt zu kommen sowie ein bestehendes Verletzungs- und Infektionsrisiko, welchem die Pflegekräfte ausgesetzt sind.[9] In der ambulanten Pflege ist zudem noch eine zusätzliche körperliche Belastung gegeben. Diese wird in der Regel allein ausgeführt und es stehen dem Pflegepersonal häufig keine technischen Hilfsmittel oder Kolleginnen zur Unterstützung zur Verfügung. In den privaten Wohnungen der Patienten sind häufig suboptimale Bedingungen vorzufinden, um die Arbeiten ergonomisch korrekt durchzuführen. Nach den Erwerbstätigenbefragungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und des Bundesinstitutes für berufliche Bildung (BIBB) ist der Pflegeberuf eine der körperlich am stärksten belasteten Berufsgruppen in Deutschland.[10] In der Folge leiden Pflege-

Grafik 2

AK-Betriebsbarometer 2019
Körperliche Belastungen im Bereich Pflege und in allen Branchen
(in % der Betriebe)



Quelle: AK-Betriebsbarometer 2019 und Sonderauswertung Pflege Arbeitskammer

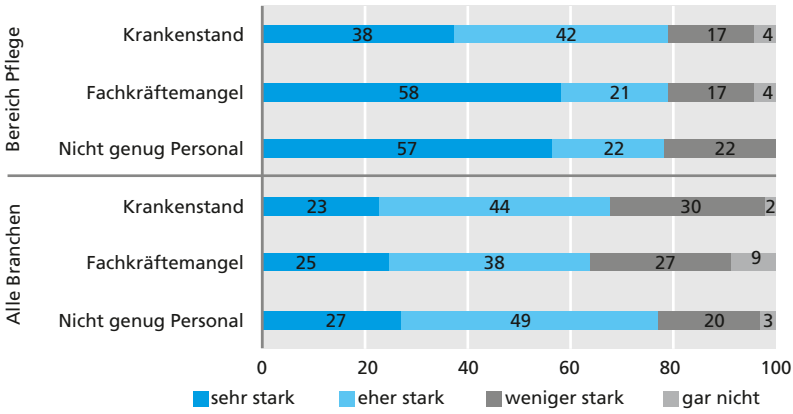
kräfte überproportional häufig an Rückenschmerzen.[11] Zu beachten ist, dass der Pflegeberuf überwiegend von Frauen ausgeübt wird, was die statistischen Auswertungen des DGB-Index Gute Arbeit und der Bundesagentur für Arbeit belegen.[12] Die Beurteilung der körperlichen Anforderungen muss von daher in vielen Punkten geschlechtsspezifisch betrachtet werden.

Trotz der bereits seit einigen Jahren bekannten und andauernden Situation im Pflegebereich ist keine Erleichterung im Arbeitsalltag der Pflegekräfte festzustellen. Der DGB-Index Gute Arbeit geht bundesweit sogar von einem Anstieg der körperlichen Schwerarbeit im Pflegebereich um bis zu 30 % aus.[13]

Die Auswertungen der DAK zeigen auf, dass die körperlichen Belastungen in der Pflege im Saarland wie auch im Bundesgebiet auf vergleichsweise hohem Niveau liegen.[14] Auch die Sonderauswertung des AK-Betriebsbarometers 2019 zeigt deutlich höhere körperliche Belastungen in der Pflege als in der Gesundheitswirtschaft insgesamt. Bei der Frage nach den physischen Belastungen bei der Arbeit gaben 25 % der Interessenvertretungen eine „sehr hohe“ und 46 % eine „eher hohe“ Belastung bei der Pflegearbeit an. Die Belastungen durch die mangelnde Ergonomie wurden von 13 % als „sehr hoch“ und von 39 % als „eher hoch“ eingeschätzt.

Grafik 3

AK-Betriebsbarometer 2019
"Wie stark wirken sich gegenwärtig die folgenden Sachverhalte auf Ihren Betrieb/Ihre Dienststelle aus?"
(in % der Betriebe)



Quelle: AK-Betriebsbarometer 2019 und Sonderauswertung Pflege Arbeitskammer

Eine hohe Belastung der Haut, besonders die der Hände, tritt im Pflegeberuf ebenfalls sehr stark auf. Nach Einschätzung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) besteht bei rund einem Drittel der Pflegekräfte ein Verdacht auf eine Berufskrankheit, bezogen auf die Haut.[15] Neben der Belastung durch Reinigungs- und Desinfektionsmittel ist vor allem die Belastung durch häufigen Wasserkontakt bei Wasch- und Reinigungsvorgängen der Patienten sowie die Tragedauer von Schutzhandschuhen ausschlaggebend für die Erkrankung der Haut. Hier kann durch Aufklärung und Stärkung des Gesundheitsbewusstseins viel Präventionsarbeit geleistet werden. Arbeitgeber und Beschäftigte sind hier gleichermaßen gefordert, Initiativen zu ergreifen, um der Hautbelastung vorzubeugen.

Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung ist ein überdurchschnittlicher Krankenstand und nicht selten das vorzeitige Ausscheiden der Pflegekräfte aus diesem Beruf zu beobachten. Die Auswertung des AK-Betriebsbarometers 2019 zeigt hier einen erhöhten Krankenstand im Pflegebereich auf, der mit 15 % deutlich über den Werten aller ausgewerteten Branchen des Saarlandes liegt und die Pflegeeinrichtungen in der Hinsicht personell sehr belastet. Grundsätzlich verzeichnet die Pflegebranche eine viel zu dünne Personaldecke in allen Bereichen. Die vorherrschenden Arbeitsbelastungen wirken sich dabei zusätzlich negativ auf die zu besetzenden Arbeitsstellen aus.

Ein Vergleich von Berufsfeldern im Bundesgebiet lässt sich durch die Auswertungen der BIBB/BAuA aufzeigen. Das Tragen und Heben von schweren Lasten wird in der Bauwirtschaft und in der Pflege (besonders Altenpflege) mit jeweils 72 % angegeben.[16] Hiermit wird nochmals ganz stark verdeutlicht, welche enormen körperlichen Belastungen der Pflegeberuf mit sich bringt.

Kontakt mit gefährlichen Arzneimitteln

Gefahrstoffe sind im Pflegeberuf genauso verbreitet wie in anderen Branchen. Der Umgang mit sogenannten hochwirksamen Arzneimitteln stellt hier eine besondere Gefahr für das Pflegepersonal dar. Zum Beispiel ist der Einsatz von Zytostatika zur Behandlung von Krebserkrankungen oder Multipler Sklerose durch die zunehmende Lebenserwartung der Bevölkerung angestiegen.[17] Der Umgang mit diesen Gefahrstoffen erfordert vom Pflegepersonal eine sorgfältige Arbeitsweise und eine hohe Aufmerksamkeit, aber auch angepasste Arbeitsplatzbedingungen durch den Arbeitgeber.[18]

Gefährdungsbeurteilung: Kriterien für guten Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Pflege

Die Beurteilung aller Gefährdungsfaktoren und ihrer Wechselwirkungen gibt Auskunft über das Ausmaß der Belastung im Pflegealltag. Aber jeder Mensch wird anders beansprucht. Deshalb sind Alter, das Geschlecht und die körperliche Konstitution der Beschäftigten im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung zu berücksichtigen. Die Ergebnisse müssen zusammengeführt und dann im Kontext mit den Pflegezielen betrachtet werden. Nur so können die Ziele für den Gesundheitsschutz der Pflegekräfte und ein hohes Pflegeniveau überhaupt benannt werden. Den Ergebnissen müssen gezielte Maßnahmen zum Schutz der Pflegekräfte folgen. Sie müssen mit den Pflegekräften gemeinsam erarbeitet und von den Führungskräften stetig eingefordert werden. Alle Abläufe im Krankenhaus müssen darauf ausgerichtet sein.

Arbeits- und Patientenräume müssen so eingerichtet sein, dass die Pflegetätigkeiten gesundheitsgerecht ausgeführt werden können. Die Beschäftigten müssen über die Gefährdungen und die Folgen für die Gesundheit informiert werden. Sie müssen systematisch unterwiesen und weitergebildet werden. Ihnen soll die Teilnahme an (betrieblichen) Maßnahmen zur Gesundheitsförderung ermöglicht werden. Eine wichtige Rolle kommt dabei den Führungskräften zu. Sie legen die einzelnen Pflegetätigkeiten und die hierfür erforderlichen Schutzmaßnahmen fest.

Die Pflegeeinrichtungen haben über eine adäquate Gefährdungsbeurteilung sicherzustellen, dass Gefährdungen ermittelt und passgenaue Schutz- und Präventionsmaßnahmen durchgeführt werden. Durch die Zusammenarbeit mit Interessenvertretungen kann hier über Dienst- und Betriebsvereinbarungen ein verbindlicher Rahmen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz erarbeitet werden.

---

[1] Medizinisches Lexikon der beruflichen Belastungen und Gefährdungen, Landau, K. und Pressel, G. (Hrsg.), Stuttgart, 2004.

[2] Ergonomisches Patientenhandling, Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (Hrsg.), Berlin, 2010.

[3] Siehe u. a. auch www.gda-portal.de

[4] Siehe https://www.saarland.de/225337.htm

[5] AK-Betriebsbarometer, Sonderauswertung für den Bereich Pflege. Im Betriebsbarometer befragte die Arbeitskammer regelmäßig Betriebs-, Personalräte und Mitarbeitervertretungen über die Situation in den Betrieben und Einrichtungen, in denen sie tätig sind. Im Saarland wurden branchenübergreifend zur Jahreswende 2018/2019 231 betriebliche Interessenvertretungen befragt. Darunter entstammen insgesamt 24 betriebliche Interessenvertretungen aus dem saarländischen Klinikbereich und aus der stationären Altenpflege (keine aus ambulanten Pflegeeinrichtungen).

[6] Pflichten und Rechte der Beschäftigten, Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), § 14 und § 16.

[7] Siehe DGB-Index Gute Arbeit 2018, Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege.

[8] Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, BAuA (Hrsg.), Dortmund, 2018.

[9] Medizinisches Lexikon der beruflichen Belastungen und Gefährdungen, a. a. O.

[10] Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin/Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB/BAuA), Factsheet 10 und 11, Dortmund, 2012.

[11] BAuA (Hrsg.), Schwerpunkt: Arbeit und Gesundheit in der Pflege; BAuA: Aktuell 2/2018.

[12] Blickpunkt Arbeitsmarkt–Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Statistik der Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.), Nürnberg, 2018.

[13] Siehe DGB-Index Gute Arbeit 2018, a. a. O.

[14] DAK-Gesundheitsreport, DAK-Gesundheit (Hrsg.), 2018.

[15] Gesund pflegen – gesund bleiben, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – BGW (Hrsg.), Hamburg, 2011.

[16] Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin/Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB/BAuA), a. a. O.

[17] Arzneistoffe mit Verdacht auf sensibilisierende und CMR-Eigenschaften, BGW (Hrsg.), Hamburg, 2017.

[18] Gefahrstoffe-Reinhaltung der Luft 11/2016, Tätigkeiten mit Arzneimitteln in Gesundheits- und Pflegeberufen – Das BESI-Projekt, Werner, S.; Kimbel, R.; Heinemann A.: DGUV (Hrsg.), S. 450-455.

4.6.2 Schwierige Arbeitszeiten in der Pflege

Beschäftigte in der Kranken- und Altenpflege arbeiten überwiegend in Schicht-, Nacht- und Wochenenddiensten. Geringer Einfluss auf die Dienstplangestaltung, Mehrarbeit und ständige Erreichbarkeit haben negative Auswirkungen auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie andere private Verpflichtungen. Hohes Arbeitspensum, Arbeiten unter Zeitdruck in ohnehin schon belastenden Zeitlagen bringen Gefahren für die körperliche und psychische Gesundheit.

Schicht-, Nacht- und Wochenenddienst sind typische Arbeitszeiten in der Pflege

Die Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfrage zum DGB-Index Gute Arbeit 2012-2017 zeigen eindeutig: Pflegekräfte arbeiten im Vergleich zu allen bundesweit Beschäftigten (nachfolgend in Klammern) deutlich mehr in belastenden Zeitlagen. So leisten demnach 64 % (16 %) der Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege regelmäßig oder ständig Schichtdienst. Pflegearbeit ist rund um die Uhr erforderlich. Arbeiten an Samstagen und/oder Sonntagen werden von 73 % (28 %) der Pflegekräfte „sehr häufig“ oder „oft“ geleistet. In den Abendstunden bis 23.00 Uhr arbeiten 59 % (19 %) und nachts zwischen 23.00 und 6.00 Uhr arbeiten immerhin 31 % (9 %) der in der Pflege Beschäftigten.[1]

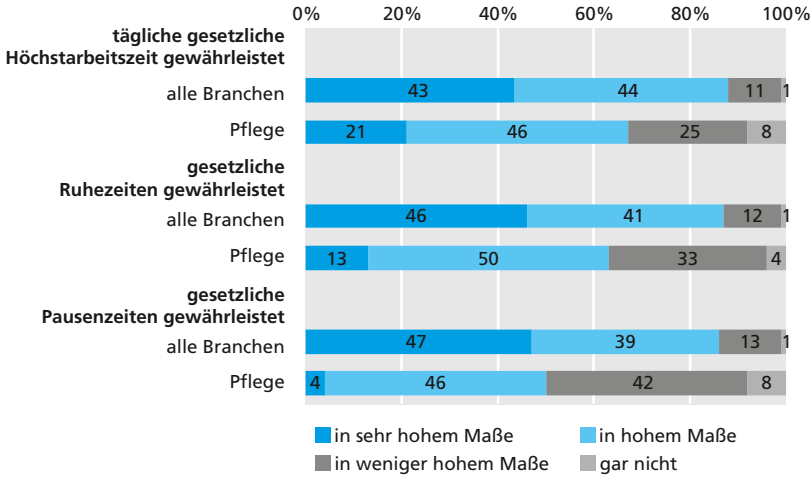
Arbeitszeiten belasten überdurchschnittlich

Arbeitshetze durch hohes Arbeitspensum bei gleichzeitig geringer Personaldecke und ungünstigen Arbeitszeiten belasten die Gesundheit des Pflegepersonals zusätzlich (siehe Kapitel I.4.6.1). Die Ergebnisse des AK-Betriebsbarometers 2019 zeigen, dass die Einhaltung der Arbeitszeit in der Pflege deutlich häufiger als in anderen Branchen nicht oder nur eingeschränkt gewährleistet ist.[2] So berichten die Betriebs- und Personalräte, dass die Einhaltung der täglichen Höchstarbeitszeit in 8 % der Einrichtungen „gar nicht“ und in 25 % „in weniger hohem Maße“ gewährleistet ist. In allen anderen Branchen ist dies in 1 % bzw. 11 % der Arbeitsstätten der Fall.

Die gesetzliche Ruhezeit ist in 4 % „gar nicht“ und in 33 % „in weniger hohem Maße“ in den Einrichtungen gewährleistet (alle Branchen 1 % und 12 %). Ähnlich sieht es bei den Pausenzeiten aus: Die gesetzlichen Pausenzeiten werden in 8 % der Einrichtungen „gar nicht“ bzw. in 42 % „in hohem Maße“ nicht gewährleistet (alle Branchen 1 % und 13 %).

Grafik 1

Einhaltung der Arbeitszeiten



Quelle: AK-Betriebsbarometer 2019,
Sonderauswertung Pflegeeinrichtungen

* Abweichungen durch Auf- bzw. Abrunden möglich

Arbeitskammer

Besorgniserregend ist das Thema unbezahlte Mehrarbeit in der Pflege: Nach Angabe der im Rahmen des AK-Betriebsbarometers 2019 befragten Betriebs- und Personalräte ist das Thema unbezahlte Mehrarbeit in 26 % der Pflegeeinrichtungen von „sehr großer“ bzw. „großer“ Bedeutung. Im Vergleich dazu traf dies bei allen anderen Branchen nur auf 15 % zu.

Diese Ergebnisse zeigen deutlich, dass regelmäßige Kontrollen durch das LUA in den Betrieben notwendig sind.

Das Betriebsbarometer bestätigt damit die Ergebnisse anderer Erhebungen: Bereits bei der AK-Beschäftigtenbefragung 2016 wurde mehr als deutlich, in welch hohem Maße Pflegekräfte geplante und ungeplante Mehrarbeit leisten. 89 % der befragen Pflegekräfte waren damals davon regelmäßig betroffen. Gleichzeitig hatten 21 % der Beschäftigten in der Pflege „nur in geringem Maß“ und 20 % „gar keinen“ Einfluss darauf, wann diese Überstunden ausgeglichen werden können, wenn überhaupt. In circa 60 % der saarländischen Gesundheitseinrichtungen fallen zusätzlich noch Bereitschaftsdienste oder Rufbereitschaften an.

Diese Gesamtsituation hat nicht nur erhebliche psychische, sondern auch körperliche Gesundheitsrisiken zur Folge. Übermüdung und Konzentra-

tionsstörungen, nicht nur durch Arbeiten entgegen dem Tagesrhythmus, zum Beispiel im Nachtdienst, haben unmittelbare Auswirkungen auf die Arbeitssicherheit und erhöhen das Unfallrisiko.[3]

Dienstplangestaltung sollte verlässlich und mitbestimmt sein!

Eine wichtige Ressource für viele Beschäftigte sind Handlungsspielräume in Bezug auf die Gestaltung der eigenen Arbeitszeit.[4] Pflegekräfte benötigen verlässliche Dienstpläne, damit sie ihren sozialen Verpflichtungen nachkommen können. Planbarkeit auf längere Sicht ist jedoch in der Pflege eher selten anzutreffen und der Einfluss der Beschäftigten auf die Dienstplangestaltung gering. Nur 28 % der Pflegekräfte gaben bei der bundesweiten Beschäftigtenbefragung im Rahmen des DGB-Index Gute Arbeit an, in „sehr hohem“ oder „hohem“ Maße Einfluss auf ihre Dienstplangestaltung zu haben. Das Ergebnis der Befragten aller Branchen liegt dagegen mit 47 % deutlich darüber.

Die ungünstigen, jedoch üblichen Arbeitszeitlagen in der Pflege haben Auswirkungen auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie und auf andere private Verpflichtungen.

Vereinbarkeit von Familie und Beruf muss stärker unterstützt werden

Ein Arbeitszeitmodell, das den Bedürfnissen der Beschäftigten gerecht wird, kann sich dagegen positiv auf die psychische Gesundheit auswirken. Gerade für Eltern oder Pflegende von Angehörigen können speziell ausgerichtete Arbeitszeitmodelle, welche diese Bedürfnisse berücksichtigen, in hohem Maße entlastend wirken. Unterstützung bei der Kinderbetreuung ist für die Beschäftigten laut AK-Betriebsbarometer 2019 in mehr als der Hälfte der Pflegeeinrichtungen von großer oder sehr großer Bedeutung. In Bezug auf die Pflege von Angehörigen trifft dies für jede dritte Einrichtung zu. An dieser Stelle bleibt für die Einrichtungen in der Pflege zukünftig also noch einiges zu tun, um die Beschäftigung für ihre Mitarbeiterinnen attraktiver zu machen.

Wie sich Arbeitszeit- bzw. Schichtmodelle in Krankenhäusern auf die Gesundheit der Pflegekräfte auswirken, muss im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung ermittelt werden. Gerade in Krankenhäusern gibt es beträchtliche Unterschiede in der Ausgestaltung der Arbeitszeitmodelle, etwa in der Form der Schichtsysteme oder in der Länge einzelner Schichten. Dazu gibt es bereits einen fundierten Kenntnisstand.[5]

Ständige Erreichbarkeit durch digitale Kommunikation hat zugenommen

Der Trend, mit Hilfe von digitalen Kommunikationssystemen auch außerhalb der regulären Arbeitszeit für den Arbeitgeber erreichbar zu sein, hat insbesondere in der Pflege zugenommen. Während bundesweit unter allen Beschäftigten von nur 24 % die ständige Erreichbarkeit eingefordert wird, sind bereits 41 % der Pflegekräfte davon betroffen. Beschäftigte in der Kranken- und Altenpflege sind in diesem Punkt gleichermaßen betroffen. Anlässe dafür können zum Beispiel Probleme bei der Schichtbesetzung aufgrund von Personalmangel oder gesundheitsbedingten Ausfällen sein. Die betroffenen Pflegekräfte müssen dann spontan ihren Dienst aufnehmen, um Engpässe aufzufangen. Dass eine höhere Erreichbarkeit auch ein gesteigertes Depressionsrisiko nach sich zieht, wurde bereits im DAK-Gesundheitsbericht 2013 für das Saarland deutlich beschrieben.

Arbeitszeiten müssen sozialverträglich geregelt werden

Patienten müssen nicht selten rund um die Uhr betreut werden. Diese Aufgabe wird meist von Pflegekräften mit hohem Engagement und Empathie geleistet. Gleichzeitig geschieht dies allzu oft unter hohen Arbeitsbelastungen und auf Kosten der Gesundheit der Pflegenden. Zahlreiche Studien belegen, dass schon allein die oben beschriebenen Arbeitszeitbedingungen die Gesundheit der Beschäftigten gefährden.[6]

Gute Pflege benötigt gesunde, leistungsfähige und leistungsbereite Pflegekräfte. Den belastenden und gesundheitsschädlichen Arbeitsbedingungen, gerade in Bezug auf die Arbeitszeit, muss entschieden entgegengesteuert werden. Verlässliche Dienstpläne, mehr Einfluss auf die Gestaltung der Arbeitszeiten, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen sowie ausreichend qualifiziertes Personal sind dabei die Kernbereiche mit dringendem Handlungsbedarf. Hier sind die Einrichtungen und Betriebe gefragt. Hinzu kommt: Die Landesregierung sollte die Betriebe mit der Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen unterstützen. Diese Rahmenbedingungen müssen mit der zukünftigen demografischen wie auch technologischen Entwicklung und den daraus resultierenden Erfordernissen für die Pflege Schritt halten. Die Bedingungen sind darüber hinaus von Seiten der zuständigen Arbeitsschutzbehörde einzufordern und zu überwachen.

[1] DGB-Index Gute Arbeit (Hrsg.): „Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege“, Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit, 2018, S. 13. Ebd., S. 15.

[2] Mit dem AK-Betriebsbarometer 2019 wurden im Saarland branchenübergreifend zur Jahreswende 2018/2019 231 betriebliche Interessenvertretungen befragt. Darunter entstammen insgesamt 24 betriebliche Interessenvertretungen aus dem saarländischen Klinikbereich und aus der stationären Altenpflege (keine aus ambulanten Pflegeeinrichtungen).

[3] Krüger, Jan; Udovicic, Ljiljana: „Lichtmangel und Licht zur falschen Zeit“, in: BAuA-aktuell 03/2017.

[4] BAuA (Hrsg.): Arbeitszeitreport 2016.

[5] BEST (Hrsg.): Kooperationsprojekt „Arbeitszeit in der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung – ein Überblick über Instrumente zum Einsatz in Krankenhäusern“, unter www.arbeitskammer.de

[6] BAuA (Hrsg.): Orts- und zeitflexibles Arbeiten: Gesundheitliche Chancen und Risiken, BAuA-Bericht 2018.

4.6.3 Gesundheitliche Folgen der Arbeitsbelastungen in der Pflege

Die vielfältigen Arbeitsbelastungen in der Pflege führen zu einer überdurchschnittlichen Krankheitslast, so auch bei den saarländischen Pflegekräften. Ganz vorn liegen dabei die psychischen Belastungen durch den hohen Arbeits- und Zeitdruck und die Muskel- und Skeletterkrankungen. Erhebliche Probleme bereiten auch einzelne, für die Pflege typische Berufskrankheiten, wie Infektions- und Hautkrankheiten. Erschwert wird die Situation außerdem dadurch, dass einige dieser Krankheiten häufig nicht als Berufskrankheiten anerkannt werden – mit allen versicherungsrechtlichen Folgen.

Pflegekräfte bekunden in der Regel eine hohe Arbeitszufriedenheit. Im Rahmen der Erwerbstätigenbefragung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin von 2012 geben 89 % der Krankenpflegekräfte und 87 % der Altenpflegekräfte an, dass sie mit ihrer Arbeit „zufrieden" oder sogar „sehr zufrieden" sind.[1] Grund hierfür ist unter anderem, dass sie ihre Arbeit deutlich häufiger als andere Berufsgruppen als wichtige Tätigkeit bewerten, also die Sinnhaftigkeit ihrer Arbeit betonen. Sinnerleben bildet nach neuen Erkenntnissen der Gesundheitswissenschaften eine wesentliche Gesundheitsressource.[2]

Eine geringe Arbeitszufriedenheit steht im direkten Zusammenhang mit der Höhe der Fehlzeiten (siehe unten).[3] Arbeitszufriedenheit wird in der Kranken- und Altenpflege durch vielfältige Belastungen (siehe Kapitel I.4.6.1), die Arbeitszeitlagen und weitere negative Entwicklungen bedroht. Allen voran sind hier der allgegenwärtige Personalmangel und die daraus resultierende schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Familie und weitere soziale Aspekte zu nennen.

Arbeiten bis zur Erschöpfung

Arbeitshetze, belastende Arbeitszeitlagen, Vereinbarkeitsprobleme und geringe Arbeitszufriedenheit wirken sich nachweislich auf die psychische Gesundheit aus. Folgen können stressassoziierte Erkrankungen wie Depressionen oder Herzkreislauferkrankungen sein.[4] Können die hohen und insbesondere emotionalen Arbeitsanforderungen nicht mehr kompensiert werden, besteht die Gefahr, dass ein bedrohlicher Erschöpfungszustand erreicht wird. Erschöpfung – gewissermaßen die Vorstufe eines Burnout-Syndroms – wurde ja nicht von ungefähr erstmalig im Pflegebereich wissenschaftlich beschrieben. 2017 wurden bundesweit Pflegekräfte aus Krankenhäusern verschiedener Träger und Versorgungsstufen in Bezug auf die beruflichen Belastungen und Beanspruchungen befragt. Ein wenig überraschendes Ergebnis: Je höher

die Belastung, desto häufiger treten Erschöpfungszustände (Burnout) unter den Pflegekräften auf.[5] Angststörungen können eine weitere Facette bilden. In der Folge überlegen sich die Betroffenen häufig, aus dem Pflegeberuf auszusteigen oder zum Schutz ihrer Gesundheit die Arbeitszeit zu reduzieren.[6]

Brennpunkt Rückenschmerzen

Die in der Pflege auftretenden Belastungen, insbesondere der Wirbelsäule, aber auch des gesamten Stütz- und Bewegungsapparates, entstehen durch ungünstige Körperhaltungen bei den Pflegetätigkeiten, beim Transfer von Patienten, der körperlichen Pflege (Hygiene) und Mobilisation von Patienten sowie aufgrund schlechter Arbeitsumgebungsbedingungen. Dies führt langfristig zu Verschleißerkrankungen der Wirbelsäule, der Bandscheiben und der Gelenke. Für Beschäftigte in Pflegeberufen ist das Risiko, eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Wirbelsäule zu erleiden, höher als bei anderen Berufsgruppen.[7] Die Belastungen treten in den jeweiligen Pflegebereichen unterschiedlich stark auf. Besonders betroffen sind Pflegekräfte in der Altenpflege infolge der zumeist inaktiven zu pflegenden Menschen, die bei den täglichen Verrichtungen nicht aktiv mithelfen können. Hier berichtet fast jede zweite Pflegekraft, mindestens einmal in ihrem Leben länger andauernde Rückenschmerzen gehabt zu haben.

Berufsbedingte Infektionskrankheiten

Krankenhäuser nehmen die „Spitzenposition" bei den anerkannten Berufskrankheiten infolge von Infektionen ein. Das Erregerspektrum unterscheidet sich je nach Versorgungsbereich. So steht in der stationären Altenpflege die Skabies (Krätze) im Vordergrund, in den Krankenhäusern die Tuberkulose. Durch Blut übertragbare Hepatitis-Infektionen sind zwar rückläufig, bedürfen aber aufgrund ihrer schweren Krankheitsverläufe mehr Aufmerksamkeit im Hinblick auf die Prävention. Für Pflegekräfte besteht ein erhöhtes Gesundheitsrisiko, wenn infektiöse Patienten betreut werden. Bei den als Berufskrankheiten anerkannten Infektionskrankheiten, aber auch bei den hierdurch neu bewilligten Renten (bei Eintreten „nachhaltiger Gesundheitsschäden", was aber lediglich auf 4,3 % der Fälle zutrifft) stehen Tuberkuloseinfektionen und durch Blut übertragbare Hepatitis-Infektionen im Vordergrund.[8]

Schwierigkeiten bei der Anerkennung von Berufskrankheiten

Schwierigkeiten bereitet in der (Begutachtungs-)Praxis die Abgrenzung zwischen der beruflichen und der privat erworbenen Berufskrankheit. Dies

ist aber für die monokausal zu bewertende Berufskrankheit entscheidend. Die Beweislast liegt bei Berufskrankheiten bei den Beschäftigten. Hier wäre dringend eine Beweislastumkehr zu erreichen, eine seit langem gehegte Forderung der Gewerkschaften. Da diese Forderung im deutschen Rechtssystem allerdings nicht anwendbar ist, muss die Zielformulierung „Prävention vor Entschädigung" lauten, ohne auf Entschädigung zu verzichten.

Für eine erkrankte Pflegekraft, die im Unfallversicherungsjargon gesprochen „einer der versicherten Tätigkeit innewohnenden Infektionsgefahr besonders ausgesetzt war", wird die Beweislast etwas erleichtert, da damit quasi ein eigenständiges Tatbestandsmerkmal den individuellen Nachweis der Einwirkung ersetzt.

Aus Sicht der betroffenen Beschäftigten wäre es wünschenswert, wenn die sich häufenden Besiedlungen mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) adäquat durch das Berufskrankheitenrecht abgebildet würden. Da es sich hierbei nicht um einen sogenannten „regelwidrigen" Gesundheitszustand im Sinne des Berufskrankheitenrechts handelt, ist die gesetzliche Voraussetzung für eine Berufskrankheit nicht erfüllt (§ 9 (1) SGB VII.). Nur wenige MRSA-bedingte Erkrankungen wurden bisher von der zuständigen Berufsgenossenschaft als Berufskrankheit anerkannt.[9]

In vielen Einrichtungen fehlen jedoch Standards bezüglich Screening und Meldung von MRSA-Besiedlungen bei Beschäftigten sowie für Maßnahmen zur Sanierung der Besiedlung. Eine starke Besiedlung mit MRSA (oder anderen multiresistenten Erregern (MRE)) kann im schlimmsten Fall zu einem Beschäftigungsverbot oder einer Kündigung führen. Problematisch ist auch, dass beruflich bedingte Influenza-Infektionen ebenso wie luftübertragene Kinderkrankheiten von den behandelnden Ärzten oft nicht als beruflich bedingt angesehen und daher dem Unfallversicherungsträger auch nicht gemeldet werden, oft zum Nachteil der Betroffenen.

Umfassende gesetzliche Regelungen zur Hygiene existieren bereits. Sie verpflichten alle Krankenhäuser zu einem professionellen Hygienemanagement. Es gibt jedoch keine Institution außerhalb der Krankenhäuser, die die Einhaltung der Regelungen konsequent überwacht.

Gesundheitsgefährdung wird im Gesundheitswesen höher eingeschätzt

Ergebnisse einer BKK-Befragungsstudie aus 2017 ergaben, dass die wahrgenommene Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit in den Pflegeberufen besonders hoch bewertet wird. Dabei werden in der Altenpflege in allen Bereichen deutlich schlechtere Umfragewerte erzielt.[10]

So lag bei den Beschäftigten in der Krankenpflege der Anteil derer, die sich körperlich oder psychisch durch die Arbeit stark beeinflusst fühlen, bei 15,4 beziehungsweise 13,8 %. Der Anteil der Altenpflegekräfte lag mit 17,9 beziehungsweise 23,2 % deutlich höher. Innerhalb zweier weiterer Vergleichsgruppen aus den Bereichen Maschinenbau und Informatik wurden folgende Werte ermittelt: 6,3 beziehungsweise 1,5 % bezüglich körperlicher und 7,8 beziehungsweise 5,8 % bzgl. psychischer Gesundheitsgefährdungen.

Die dargestellten Ergebnisse der Belastungen spiegeln sich auch in den Statistiken zu Krankmeldungen: „Psychische Störungen“ und „Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE)“ verursachen die meisten AU-Tage. Das hat die oben genannte BKK-Befragungsstudie zum Thema Arbeitsunfähigkeitstage mit Bezug zur Arbeitsbelastung ergeben. Die Beschäftigten in der Altenpflege sind davon häufiger betroffen. Frauen weisen in beiden Diagnosegruppen längere Fehlzeiten auf als Männer.

Arbeitsbedingungen müssen gesundheitsförderlich gestaltet werden

Das Erkrankungsrisiko für Beschäftigte in der Pflege ist sehr hoch. Deshalb müssen die Arbeitsbedingungen dringend gesundheitsförderlich gestaltet werden. Mittels Gefährdungsbeurteilung sollten der Handlungsbedarf erhoben und geeignete Schutzmaßnahmen formuliert werden. Darüber hinaus brauchen Pflegekräfte mehr Gesundheitskompetenz. Sie müssen in die Lage versetzt werden, die Belastungen auch durch eigenes Handeln zu reduzieren und den Schutz ihrer Gesundheit bei den Führungskräften einzufordern. Allein an die Stärkung der Resilienz zu appellieren, reicht hier nicht aus. Arbeitgeber und Führungskräfte haben die Pflicht, die Beschäftigten vor Fehlbelastungen zu schützen.

[1] Feldmann, J.: Die Situation von Pflegekräften in Deutschland. Stress und Arbeitsdruck nehmen zu. BAuA: Aktuell, 2/2018, S. 3.

[2] Perschke-Hartmann, C. und Drupp, M.: Ressourcen stärken in der Altenpflege. In: B. Badura u. a. (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2018. Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit. Springer-Verlag, Berlin, 2018.

[3] Wenderlein, Friederike Uta: Analyse hoher Fehlzeiten bei Pflegekräften – Schwerpunkt Arbeitszufriedenheit: eine empirische Studie an 1.020 Probanden. Dissertation, Universität Ulm (2002).

[4] Rau, Renate; Buyken, Diana: Der aktuelle Kenntnisstand über Erkrankungsrisiken durch psychische Arbeitsbelastungen: Ein systematisches Review über Metaanalysen und Reviews. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, S. 213-229 (2015).

[5] BGW (Hrsg.): Befragung junger Angestellter in Krankenhäusern – vorläufige Ergebnisse des Forschungsprojektes, (2018).

[6] BAuA (Hrsg.): Berufsausstieg bei Pflegepersonal, Ü 15 Schriftenreihe, (2005).

[7] Ellegast, R: Wirbelsäulenbelastungen im Pflegebereich. IFA-Report 0199. Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Ausgabe 2/2013.

[8] Dulon, M. u. a.: Berufsbedingte Infektionskrankheiten bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst 2017. Routinedaten der Berufsgenossenschaften für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie, Ausgabe 1/2019, S. 16-23.

[9] Peters, C. u. a.: MRSA-Kolonisation bei Beschäftigten und Bewohnern in stationären Altenpflegeeinrichtungen. In: Sonderausgabe von DAGUM und ASU zur 55. Wissenschaftlichen Jahrestagung 2015, S. 135.

[10] Kliner, K. u. a. (Hrsg.): Gesundheit und Arbeit. Blickpunkt Gesundheitswesen. BKK Gesundheitsatlas 2017. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2017.

4.6.4 Gesundheitsmanagement – eine notwendige Antwort auf Belastungssituation und Fachkräftemangel in der Pflege

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) hat zurzeit eine besonders große Bedeutung im Zusammenhang mit dem Wettbewerb um Pflegekräfte.[1] Die Notwendigkeit für Einrichtungen in der Kranken- und Altenpflege, ein funktionierendes BGM aufzubauen, ergibt sich schon aus der Belastungssituation in der Pflege. Grundvoraussetzung für entsprechendes Handeln sind belastbare Ergebnisse aus der Gefährdungsbeurteilung. Dabei ergeben sich auch durch den Einsatz neuer Techniken neue Herausforderungen.

Gründe für den Aufbau eines Gesundheitsmanagements

Saarländische Kranken- und Pflegeeinrichtungen sind von hohen Krankenständen „sehr stark“ oder „eher stark“ betroffen, wie sich im AK-Betriebsbarometer 2019 zeigt. Entsprechend der Aussagen der jeweiligen Personalvertretungen trifft dies 2018 auf 80 % der befragten Einrichtungen zu. Die Krankenstände liegen damit deutlich höher als in anderen Branchen (67 %). Gründe hierfür sind insbesondere die hohen Belastungen bei der Pflegearbeit (siehe Kapitel I.4.6.2) sowie der andauernde Personalmangel, von dessen Auswirkungen mehr als drei Viertel der genannten Einrichtungen „sehr stark“ (56 %) beziehungsweise „eher stark“ (22 %) betroffen sind.

Auch in der Pflege müssen die Beschäftigten immerfort mit steigenden Qualitätsanforderungen mithalten können und ihre fachlichen Kompetenzen erweitern. Gleichzeitig nehmen das Durchschnittsalter der Belegschaft zu und die Fähigkeiten, Belastungen zu kompensieren, ab.

Der Pflegeberuf ist unter diesen Bedingungen kaum mehr attraktiv und das führt nun schon seit Jahrzehnten zu wachsenden Schwierigkeiten bei der Wiederbesetzung von Stellen mit Fachkräften. Die Analyse der Beschäftigtenzahlen bestätigt dies, der Anteil der älteren Beschäftigten in der Pflege ist nicht zuletzt aufgrund der Belastungen relativ niedrig (siehe Kapitel I.3.3.1).

Umso bedeutender werden Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit der Beschäftigten und eine alterns- und altersgerechte Arbeitsgestaltung. Bevor jedoch isoliert Kurse zur Gesundheitsförderung angeboten werden, müssen die Belastungen und insbesondere die Fehlbelastungen der Beschäftigten ermittelt werden. Dazu benötigen die dafür verantwortlichen Führungskräfte gezielte Kenntnisse und Fähigkeiten im Handlungsfeld gesundheitsrelevanter Bedarfe, damit sie die Umsetzung passgenauer Maßnahmen einleiten können. Physische und psychische Belastungsmomente

sind hierbei gleichermaßen zu berücksichtigen. Wichtig ist, dass Beurteilung und Maßnahmeanpassung als sich ständig wiederholender Kreislauf verstanden werden, insbesondere wenn sich Arbeitsbedingungen ändern oder neue Aufgaben hinzukommen.

Von der Gefährdungsbeurteilung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM)

Erste und wichtigste Voraussetzung für ein zielführendes BGM ist die Gefährdungsbeurteilung gemäß § 5 Arbeitsschutzgesetz. Die Ergebnisse dieser Beurteilung bestimmen den Handlungsbedarf. Gesetzgeber, Unfallversicherungsträger, Krankenkassen sowie die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) bieten eine Vielzahl von fundierten Ansatzpunkten, die auf Erfahrungen und arbeitswissenschaftlichen sowie arbeitsmedizinischen Erkenntnissen basieren. Diese bieten sich zur sicheren Ausgestaltung von Schutzmaßnahmen an. Alle Maßnahmen, die die Verhältnisse in den Einrichtungen und/oder das Verhalten der Beschäftigten gesundheitsförderlich positiv beeinflussen sollen, müssen sich an diesen Erkenntnissen orientieren und sich an ihnen messen lassen.

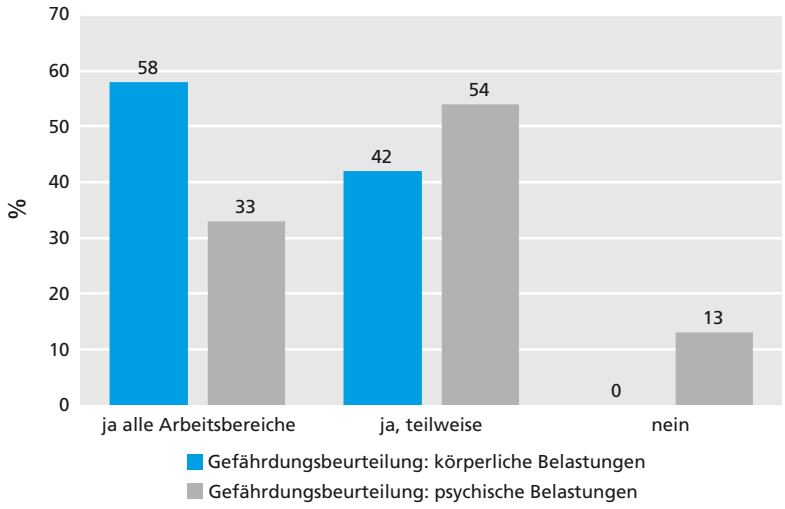
Im Ergebnis des AK-Betriebsbarometers 2019 hinsichtlich der Beurteilung von Gefährdungen und Belastungen der Pflegekräfte haben immerhin 58 % der saarländischen Kranken- und Pflegeeinrichtungen eine Gefährdungsbeurteilung hinsichtlich körperlicher Belastungsfaktoren durchgeführt. Auf weitere 42 % trifft dies zumindest teilweise zu. Aber auch die Beurteilung psychischer Belastungsfaktoren scheint voranzugehen. Demnach haben 33 % diese Komponente bereits durchgeführt, 54 % nur teilweise. Dennoch wurde in 13 % der Einrichtungen noch keine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt (siehe Grafik).

Eine entscheidende Säule für das BGM ist die genannte Gefährdungsbeurteilung gemäß dem Arbeitsschutzgesetz. Eine zweite, stabilisierende Säule ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) gemäß § 167 SGB IX. Das BEM hat zum Ziel, das Arbeits- bzw. Beschäftigungsverhältnis der Beschäftigten nach/während einer Erkrankung oder mehreren Erkrankungsfällen zu erhalten und die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen.

Laut AK-Betriebsbarometer 2019 haben 92 % der befragten saarländischen Kranken- und Pflegeeinrichtungen ein BEM etabliert und liegen damit über dem Ergebnis aller Branchen (81 %). Bisher gibt es jedoch keine Studien darüber, wie diese Verfahren qualitativ ausgestaltet sind und ob sie tatsächlich dem Grundgedanken der Eingliederung entsprechen. Gespräche zum Thema BEM in den Unternehmen und Dienststellen sind häufig von

Grafik 1

Durchgeführte Gefährdungsbeurteilungen



Quelle: AK-Betriebsbarometer 2019, Sonderauswertung Pflegeeinrichtungen

Arbeitskammer

Konflikten statt von Einvernehmen und Fürsorge geprägt, wie sich aus Anfragen von Beschäftigten bei der Arbeitskammer des Saarlandes zu diesem Thema zeigt.

Wesentliche Grundelemente des BGM

Das Aufstellen eines Früchtekorbs oder ein einzelner Kurs zur Rückengymnastik sind isolierte Maßnahmen. Sie beziehen sich auf das Verhalten der Beschäftigten und sind nur bedingt geeignet, um Folgen schlechter Essgewohnheiten oder belastenden Arbeitsbedingungen effektiv entgegenzuwirken. Solche Maßnahmen sind generell zu begrüßen, reichen aber bei weitem nicht aus und gehören zur sogenannten persönlichen Verhaltensprävention. Ein Betriebliches Gesundheitsmanagement muss dagegen die Gesamtheit der Verhältnisse am Arbeitsplatz in den Blick nehmen, welche die Ursachen von Gesundheitsbelastungen darstellen. Dabei geht es um die Verhältnisprävention. Entscheidend ist ein ganzheitlicher Ansatz im Sinne der genannten gesetzlichen Vorgaben.[2] Entscheidend dabei: Das betriebliche Arbeitsumfeld muss derart gestaltet sein, dass es ein gesundheitsgerechtes Verhalten ermöglicht. Dabei sollten alle Beschäftigten in dem Prozess „mitgenommen" werden und zwar von Anfang an. Auch in den

Lehrplänen der Pflegeausbildung sollte daher Arbeits- und Gesundheitsschutz als Querschnittsthema integriert sein.[3]

Das notwendige Wissen zur Vermeidung von arbeitsbedingten Erschwernissen und gegebenenfalls zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit gehört ebenso zum Wissens- und Vermittlungsspektrum. Die Handlungskompetenz von Führungskräften wäre dabei zu stärken!

Pflegekräfte sehen – ähnlich wie Beschäftigte in anderen Branchen – in den Führungskräften einen wichtigen Einflussfaktor insbesondere für die psychische Gesundheit.[4] Führungskräfte sind daher in einer besonderen Verantwortung, gesundheitsgerechtes Arbeiten für Psyche und Körper zu ermöglichen und einzufordern. Im Rahmen des BGM muss die Weiterbildung von Führungskräften einen großen Raum einnehmen.

BGM-Themenfelder sind vielfältig

Ein BGM betrifft viele Themenfelder, die sich ergänzen, aber auch gegenseitig beeinflussen können. Aus diesem Grund ist ein integrierter Ansatz bereits bei der Gefährdungsbeurteilung von entscheidendem Vorteil. Nachfolgende Themenbeispiele sollen die Idee des BGM aufzeigen, sie sind jedoch nicht abschließend:

- Ergonomie – Arbeitsgestaltung unter humanen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten;
- Arbeitsorganisation – Teamarbeit, Arbeitszeit, Pausenkultur;
- Führungskräfte – Verantwortung, anleiten, motivieren, unterstützen, Leitlinien[5];
- Gesundheitsaspekte hinsichtlich Geschlecht und Alter.

Unterstützungsstrukturen, Initiativen und Netzwerke

Die Modelle für ein BGM sind vielfältig erprobt. Es gibt jedoch nicht „das Standard-BGM", da jeder Fall spezifisch ist und auch so behandelt werden muss. So ist zum Beispiel die Belastungssituation in jeder Einrichtung eine andere. Auch das jeweilige Krankheitsbild der verschiedenen Menschen unterscheidet sich im Falle einer Erkrankung. Trotzdem können gewisse methodische Standards sowie praxisnahe Modellprojekte wertvolle Unterstützung liefern.

Hier einige Beispiele:

- „psyGA – kein Stress mit dem Stress für Pflegeeinrichtungen“, ein Projekt der „Initiative Neue Qualität der Arbeit” (INQA) unter fachlicher Anleitung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).
- Leitfaden der BAuA „Gute Stationsorganisation“[6].

Digitalisierung in der Pflege: Zusätzliche Herausforderung

Bereits heute ist die Digitalisierung ein Thema in der Pflege (siehe dazu auch Kapitel I.4.7).

Stichworte dazu wären:

- Elektronische Dokumentation: Pflege planen und erfassen, Prozesse optimieren.
- Technische Assistenzsysteme: Pflegearbeit intelligent unterstützen, Belastungen optimieren.
- Telecare: Distanzen überwinden, Versorgung sicherstellen.
- Robotik: Routinen abgeben, Pflegende unterstützen.

Digitale Systeme können jedoch erst dann hilfreich sein und gleichzeitig entlasten, wenn die Voraussetzungen vor Ort dies störungsfrei zulassen und die Beschäftigten durch beständige Weiterbildung gut vorbereitet sind (präventiver Ansatz der Gefährdungsbeurteilung). Die Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege hat einen Forschungsbericht über den Einsatz moderner Technologien aus Sicht der Pflegekräfte vorgelegt.[7,8] Dabei zeigt sich: Mit einem guten BGM-Konzept kann Fehlbelastungen im Zuge neuer Trends und Arbeitsmethoden frühzeitig entgegengewirkt werden.

Pflegepakt Saar setzt sich für die Förderung der Gesundheit der Pflegekräfte ein

Die Intentionen des „Pflegepaktes Saarland“ zum Gesundheitsmanagement gehen in die richtige Richtung. Sie müssen sich allerdings daran messen lassen, ob sie in der Lage sind, mittelfristig die Arbeitsbedingungen in den Partnerhäusern zu verbessern. Die Ausgestaltung der Projekte muss die jeweilige Belastungssituation in den Kranken- und Altenpflegeeinrichtungen

widerspiegeln. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung dürfen nicht einfach nur von anderen Einrichtungen imitiert, sondern müssen kontinuierlich in die jeweiligen Arbeitsabläufe implementiert werden. Die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung, verankert im Regelkreis des Arbeitsschutzrechts, ist die zentrale Voraussetzung für einen zielgerichteten Gesundheitsschutz der in der Pflege Tätigen.

---

[1] Tews-Harms, Bettina: Interview in: Kliner, K. u. a. (Hrsg.): Gesundheit und Arbeit. Blickpunkt Gesundheitswesen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2017.

[2] Bendig, Hanka: Gesundheit für Pflegekräfte im Berufsalltag; iga-Wegweiser 2017.

[3] siehe INQA-Broschüre „Kein Stress mit dem Stress. Lösungen und Tipps für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen“ unter www.psvga.info/pflege.

[4] Kramer, Ina; Oster, Stephan; Blum, Michael (Zstg.): Führungskräfte sensibilisieren und Gesundheit fördern – Ergebnisse aus dem Projekt „iga-Radar“, iga-Report 29 (2015).

[5] Ebd.

[6] BAuA (Hrsg.): Gute Stationsorganisation. Ein Leitfaden für Pflegeeinrichtungen. BAuA Praxis. Dortmund 2016.

[7] INQA/Offensive Gesund Pflegen in Zusammenarbeit mit der BGW (Hrsg.): Digitalisierung in der Pflege. Wie intelligente Technologien die Arbeit professionell Pflegender verändern. Berlin 2018.

[8] BGW (Hrsg.): Pflege 4.0 – Einsatz moderner Technologien aus der Sicht professionell Pflegender, Forschungsbericht, 2017.

4.7 Exkurs: Digitalisierung in der Pflege – Chancen und Grenzen

Die Digitalisierung kommt bisher nur teilweise im Arbeitsalltag von professionell Pflegenden an. Während viele spektakuläre High-Tech-Entwicklungen in der Praxis kaum eine Rolle spielen, halten mit IT-gestützter Verwaltung, Pflegeprozessplanung und -dokumentation digitalisierte und standardisierte Arbeitsschritte Einzug und beeinflussen auch die Pflegeinteraktion. Beschäftigte und Interessenvertretungen sind daher hinreichend für die Gestaltung des Wandels zu qualifizieren.

In Politik und Wirtschaft wird derzeit viel über die Digitalisierung diskutiert. Sie gilt als die gegenwärtig tiefgreifendste Veränderung im modernen Arbeitsleben. Dennoch spielen in der aktuellen Debatte um „Industrie 4.0“ oder „Arbeiten 4.0“ die personenbezogene, soziale Dienstleistungsarbeit und insbesondere die Pflegearbeit nur eine nachrangige Rolle.[1] Selten wird diskutiert, inwiefern durch forcierte Techniknutzung die Arbeits- und Versorgungsqualität gefördert werden kann. Stattdessen zeigt sich auch nach Jahren öffentlich geförderter Modell- und Prototypentwicklungen ein Spannungsfeld zwischen den technischen Möglichkeiten und der realen Nutzung von Technologien. Einerseits werden in den Bereichen Robotik, Künstliche Intelligenz und Pflege-Labore anspruchsvolle High-Tech-Lösungen entwickelt, die aber in der Praxis bisher kaum eine Rolle spielen. Andererseits ist gleichzeitig in den vergangenen Jahren eher unspektakulär eine zunehmende Nutzung von (neuen) Technologien im Alltag der professionellen Pflege beobachtbar.[2] Während Pflegekräfte im Krankenhaus bereits seit vielen Jahren in einem hoch technisierten Umfeld arbeiten, beginnt nun offenbar auch die Langzeitpflege nachzuziehen.

Vor diesem Hintergrund ist zum einen der Blick darauf zu richten, was sich in puncto Technikeinsatz in der Praxis der Einrichtungen und Dienste tatsächlich tut und zum anderen, wie moderne Technik dazu genutzt werden kann, sowohl die Versorgungsqualität der Pflegebedürftigen und gleichzeitig auch die Arbeitsqualität der Beschäftigten zu verbessern.

Wie werden digitale Technologien in der Pflege genutzt?

Durch Computer, Mobilfunk und Internet werden Daten immer schneller verarbeitet und es wird möglich, auf diese Daten an beinahe jedem Ort zuzugreifen. Für viele Anwendungsbereiche existieren ausgereifte Techniklösungen.[3] Sie werden jedoch in sehr unterschiedlichem Maße in der Praxis genutzt. Zum Beispiel gewinnen Assistenz- und Unterstützungssysteme für den häuslichen Bereich (AAL, Telemonitoring, Mobile Health) für die

Versorgung im eigenen Haushalt eine zunehmende Bedeutung; sie spielen allerdings für die Pflegeanbieter und im Alltag professionell Pflegender bisher eine nachrangige Rolle. Doch viele Einrichtungen haben seit den 1990er Jahren digitale Unterstützungs-, Informations- und Kommunikationssysteme in der Verwaltung (zum Beispiel bei Abrechnung, Personaleinsatz, Arbeitszeit- und Ausfallplanung) eingeführt. Durch die digitale Vernetzung verschiedener Anbieter können überdies Versorgungsprozesse „aus einer Hand" organisiert, gesteuert und dokumentiert werden. Gesundheitseinrichtungen werden in die Lage versetzt, neue Lösungen in den Feldern Zuweisungsmanagement, Leistungs- und Entlassmanagement sowie in der häuslichen Patientenbetreuung und -begleitung zu organisieren. Von wachsender Bedeutung sind auch digitale Plattformen, die Versorgungsangebote an der Schnittstelle von professionalisierter Pflege und Haushaltshilfe neu organisieren. Die Potenziale digitaler Angebote für die Fort- und Weiterbildung in der Pflege werden in Deutschland allerdings bisher nur in Ansätzen genutzt.

In vielen Pflegeeinrichtungen sind EDV-gestützte Dokumentations- und Pflegeplanungssysteme die wichtigste technologische Erneuerung, mit der die Pflegekräfte in ihrem Arbeitsalltag unmittelbar konfrontiert sind. Der Pflegeprozess und die Maßnahmen werden dabei mit Hilfe einer speziellen Software für jeden Bewohner individuell angelegt und zentral gespeichert. Im Alltag wird die Verrichtung einzelner Pflegeschritte an mobilen oder dezentral angebrachten Eingabegeräten quasi während der Arbeit „abgehakt" und auf einem zentralen Datenserver gespeichert. Die Daten von Klientinnen und Klienten müssen nicht mehr in papierenen Akten nachgeschlagen werden, sondern können auf Knopfdruck aktuell aufgerufen werden. Eine „Digitalisierung der Pflegearbeit" findet vor allem in diesem Bereich der Pflegeprozessplanung und der Dokumentation statt. Mit Blick auf die Arbeitsbedingungen professionell Pflegender tauchen dabei verschiedene Fragen auf.

Sind Pflegende ausreichend qualifiziert?

Nur wenn sich Beschäftigte kompetent in der Handhabung einzelner Geräte oder ganzer technischer Systeme fühlen, sind sie in der Lage und dazu bereit, die Technologien auch im Arbeitsalltag produktiv zu nutzen. Werden sie nach dem Motto „mach' einfach mal" mit den Geräten alleingelassen, stellt die Auseinandersetzung mit der Technik eher eine Mehrbelastung in einem ohnehin schon hoch beanspruchenden Beruf dar. Genügend Schulungen, Coaching und Zeit zum „Ausprobieren" sind daher wichtige Voraussetzungen für den Erwerb der notwendigen Technikkompetenzen.

Doch gerade kleinere Einrichtungen und Dienste haben nur beschränkte Kapazitäten, die Beschäftigten neben dem laufenden Betrieb für Schulungen freizustellen – hier bleibt eine Herausforderung für Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzepte in der Branche bestehen, die die Beschäftigten mit dieser Aufgabe nicht allein lassen dürfen. Es sollte konkret darüber nachgedacht werden, ob nicht nach rheinland-pfälzischem Vorbild die mittelständischen und kleineren Unternehmen in der Pflege bei den Freistellungskosten für Qualifizierungsmaßnahmen unterstützt werden können.

Wofür wird die Zeiteinsparung genutzt?

Mit dem IT-Einsatz in der Dokumentation verbinden sich häufig Erwartungen an eine größere Effizienz, weil sie einfacher und schneller „am Bett" erledigt werden kann und das aufwändige tägliche „Schreiben" der Dokumentation entfällt. Falls es in der Praxis tatsächlich Zeitgewinne gibt, ist zu fragen, wo diese Potenziale verbleiben. Hier zeigt sich ein Spannungsfeld: Es könnten mehr Freiräume für die eigentliche Pflegearbeit „am Menschen" genutzt werden, wenn die Pflegekräfte in der gewonnenen Zeit keine zusätzlichen Aufgaben übernehmen müssen. Es könnte aber auch darauf hinauslaufen, dass langfristig Personal eingespart wird, damit sich die Investitionen in die Technologie rentieren.

Stärkere Kontrolle der Beschäftigten?

Die EDV-gestützte Dokumentation bildet die Pflegearbeit in einem bisher nicht gekannten Ausmaß ab. Mit einem Mausklick kann nachgesehen werden, welche Arbeiten bereits erledigt sind. Dies wirft Fragen nach der Kontrolle der Pflegearbeit auf: Unter welchen Bedingungen sollen Leitungskräfte in „Echtzeit" die Arbeitsleistung des Personals überprüfen können? Wie kann die höhere Transparenz der Dokumentation für eine Stärkung der Pflegequalität genutzt werden, ohne den Leistungsdruck für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhöhen? Bisher werden diese Fragen im betrieblichen Alltag kaum thematisiert. Betriebliche Interessenvertretungen, sofern sie in der Pflege überhaupt existieren, scheinen die Spielräume der Mitbestimmung in diesem Punkt nur selten auszuschöpfen.

Für die Leitungskräfte in den Einrichtungen ist überdies interessant, inwiefern eine genauere Erfassung der Pflegeleistungen auch zur Refinanzierung der Pflege beitragen kann – etwa wenn mit Blick auf das Einstufungsmanagement die Dokumentation eine realistischere und präzisere Beurteilung des Pflegeaufwands erlaubt.

Auswirkungen auf die Pflegearbeit „am Menschen“

In Bezug auf die Abläufe in der Pflege ist nach den Wirkungen der standardisierten EDV-Abfragen zu fragen: Wird möglicherweise angesichts des Arbeitsdrucks in der Pflege nur noch das erledigt, was das Menü einer Dokumentationssoftware abfordert? Welche Spielräume bleiben für spontane Zuwendung und für ein situatives Eingehen auf die Bedarfe der zu Pflegenden? Wie können solche nicht geplanten Bedarfe wiederum in den Standards des Systems erfasst werden? Hier sind hinsichtlich der Prägung der Pflegeinteraktion durch die Technologie noch viele Fragen offen.

In neueren Untersuchungen zum Technikeinsatz in der Altenpflege[4] konnte gezeigt werden, dass die Technik in unterschiedlichem Ausmaß in die Interaktion zwischen Pflegekraft und zu Pflegendem „eindringt“. So müssen die Pflegekräfte bei vielen digitalen Dokumentationssystemen die durchgeführten Maßnahmen oder Vitalwerte am Smartphone im Beisein von Heimbewohnern „abhaken“. Manche Systeme erinnern durch einen Klingelton daran, dass bestimmte Pflegeleistungen abgeschlossen sein sollten. All dies kann zu Irritationen beim Pflegebedürftigen führen. Für die Beschäftigten entsteht dadurch die neue Anforderung, dass sie die Techniknutzung „vermitteln“ müssen. Die Anwendung der Technik muss also begründet und erläutert werden, damit Pflegebedürftige und Angehörige zum einen verstehen, wozu technische Gerätschaften genutzt werden, und zum anderen diese technische Unterstützung auch akzeptieren. Sonst könnte das Eintippen von Werten in ein Smartphone schnell in der Richtung missverstanden werden, dass die Pflegekraft während ihrer Arbeitszeit mit dem Handy „herumspielt“.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass digitale Dokumentation und Prozessplanung Zeitaufwand reduzieren und dazu beitragen können, Pflegearbeit genauer zu steuern und Fachstandards stringent umzusetzen. Vor allem Pflegehilfskräfte können durch standardisiertes Abfragen der Pflegeschritte wirkungsvoll dabei unterstützt werden, alle Pflegehandlungen umfassend und vollständig auszuführen. Dagegen führen Pflegefachkräfte gelegentlich an, dass diese Standardisierung der Komplexität des Pflegealltags nicht gerecht und im Face-to-Face-Kontakt zur pflegebedürftigen Person als unangemessen oder fremd empfunden wird.

Es bleiben viele offene Fragen!

Die hier angesprochenen Aspekte werden in der Debatte um „Pflege 4.0“ bisher wenig berücksichtigt. Auf der Ebene des individuellen Arbeitshandelns stehen professionell Pflegende vor der neuen Aufgabe, zwischen

ihren fachlichen Handlungszielen, den Anforderungen der Technikbedienung und den Bedürfnissen der Hilfebedürftigen zu vermitteln. Technikvermittlung stellt in diesem Sinne eine Erweiterung der professionellen Rolle dar und knüpft dabei an soziale und digitale Kompetenzen an, die mitunter erst noch aufzubauen sind. Vor diesem Hintergrund ist die gesellschaftliche Debatte um „Digitalisierung" oder „Arbeit 4.0" in der Pflege auch deshalb nur bedingt angekommen, weil sie bisher einen blinden Fleck für personennahe Dienstleistungen hat: Technik muss in die interaktive Arbeitssituation, also in den Austausch und die Beziehung zwischen Professionellen und Hilfebedürftigen, hineinpassen und von dort aus entwickelt und gestaltet werden.

---

[1] Evans, Michaela; Hielscher, Volker; Voss, Dorothea: Damit Arbeit 4.0 in der Pflege ankommt. Wie Technik die Pflege stärken kann. Policy-Brief der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 4/2018, Düsseldorf 2018.

[2] Hielscher, Volker; Nock, Lukas; Kirchen-Peters, Sabine: Technikeinsatz in der Altenpflege. Potenziale und Probleme in empirischer Perspektive, Baden-Baden 2015. Während die öffentliche Auseinandersetzung mit dem Technikeinsatz bzw. der Digitalisierung in der Pflege in Deutschland erst in den vergangenen Jahren an Fahrt aufgenommen hat, besteht hierzu im angloamerikanischen Sprachraum bereits seit Jahrzehnten ein reger wissenschaftlicher Diskurs, siehe: Hielscher, Volker: Technikeinsatz und Arbeit in der Altenpflege. Ergebnisse einer internationalen Literaturrecherche (iso-Report Nr. 1), Saarbrücken 2014; Hülsken-Giesler, Manfred: Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik, Osnabrück 2008.

[3] Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hg.): Intelligente Technik in der beruflichen Pflege. Von den Chancen und Risiken einer Pflege 4.0, Dortmund 2015; Wegweiser Alter und Technik: Karlsruhe: Forschungszentrum Informatik am Karlsruher Institut für Technologie (o. J.), https://www.wegweiseralterundtechnik.de (Aufruf am 5.2.2019). Rösler, Ulrike; Schmidt, Kristina; Merda, Meiko; Melzer, Marlen: Digitalisierung in der Pflege. Wie intelligente Technologien die Arbeit professionell Pflegender verändern, Berlin 2018.

[4] Hielscher, Volker; Nock, Lukas; Kirchen-Peters, Sabine: Technikvermittlung als Anforderung in der Dienstleistungsinteraktion. Empirische Befunde zum Technikeinsatz in der Altenpflege, in: Arbeit: Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik, 25 (2016) 1/2, S. 3-19.

4.8 Betriebliche Mitbestimmung in der Pflege – Situation und Herausforderungen

Während im Krankenhaus- und stationären Rehabereich eine nahezu flächendeckende Verbreitung von betrieblichen Interessenvertretungen existiert, ist die Verbreitung in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen eher mangelhaft. Gerade Mitarbeitervertretungen sind in der Pflege häufiger anzutreffen als in anderen Branchen, haben aber vergleichsweise eingeschränkte Rechte. Zudem wird die eigene Situation von den betrieblichen Interessenvertretungen in der Pflege, im Vergleich zu denen in anderen Branchen, weitaus häufiger als schlecht eingeschätzt. Das gilt insbesondere für die Mitarbeitervertretungen. Gerade hinsichtlich des Personalmangels haben Beschäftigte und Arbeitgeber ein gemeinsames Interesse an dessen Behebung. Insgesamt ist daher die Unterstützung der betrieblichen Interessenvertretungen durch Arbeitgeber und Pflegepolitik sowie die gemeinsame Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten dringend geboten.

Vielfältige Formen der betrieblichen Mitbestimmung

Auf überbetrieblicher Ebene vollziehen sich die Mitbestimmung und die Gestaltungsoptionen der Beschäftigten in der Pflege im Saarland über verschiedene Verbände, Arbeitsgemeinschaften, Gewerkschaften und über die Arbeitskammer des Saarlandes (siehe dazu Kapitel I.2.2.1 und I.2.3). Die Mitbestimmung durch betriebliche Interessenvertretungen der Beschäftigten wird, je nach Betriebsform und Trägerschaft der Betriebe, entweder über Personalräte (in Dienststellen der öffentlichen Verwaltung), über Mitarbeitervertretungen (MAVen) bei kirchlichen Trägern oder über Betriebsräte bei privaten Trägern ausgeübt. Teilweise existieren aber auch gar keine betrieblichen Interessenvertretungen.

Mitarbeitervertretungen: Vergleichsweise eingeschränkte Rechte

Die von den Beschäftigten gewählten Arbeitnehmervertretungen haben je nach Form der Interessenvertretung unterschiedliche Beratungs-, Informations-, Anhörungs- und Mitbestimmungs-, Vorschlags-, Zustimmungs- oder Antragsrechte.

Die Aufgaben und Rechte der Personalräte definieren sich über das Bundespersonalvertretungsgesetz sowie über das Saarländische Personalvertretungsgesetz (SPersVG). Die umfassenderen Rechte der Betriebsräte regelt das Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG). Die Rechte und die Aufgaben der

MAVen sind im Vergleich zu denen der Betriebs- und Personalräte vergleichsweise eingeschränkt.[1] Ihre Sonderrolle wird über das Kirchenrecht ermöglicht. Konkretisiert wird die Rolle über die Mitarbeitervertretungsordnung (MAVO) und das Mitarbeitervertretungsgesetz der Evangelischen Kirche Deutschlands (MVG-EKD). Das Betriebsverfassungsgesetz und das Personalvertretungsgesetz greifen daher in diesen Betrieben nicht. Im Rahmen der „kirchlichen Betriebsführung" gilt dabei für die MAVen: Das enthaltene „Bekenntnis zur Dienstgemeinschaft" steht für die „Partnerschaftlichkeit" zwischen den Mitarbeiterinnen und dem Arbeitgeber und sieht keine Sanktionselemente gegen den Dienstherrn vor, wie es zum Beispiel im Betriebsverfassungsgesetz der Fall ist.

Zudem ist für kirchliche Träger mit mehreren Einrichtungen eine Bündelung zu Gesamtmitarbeitervertretungen möglich (so bei der Marienhaus GmbH mit 12 Krankenhäusern und 17 Pflegeheimen im Saarland und in Rheinland-Pfalz).[2] Der Streik in einem kirchlichen Krankenhaus in Ottweiler im Jahr 2017, der einen Entlastungstarifvertrag mit verbindlichen Vorgaben für die Personalausstattung zum Ziel hatte, war vor diesem Hintergrund eine bundesweite Ausnahmeerscheinung und ein kirchlicher Präzedenzfall.[3]

Große Bedeutung von MAVen und Betriebsräten im Klinikbereich

Grundsätzlich gilt, dass für die Belegschaft ein Recht auf die Wahl einer betrieblichen Interessenvertretung besteht, sobald ein Unternehmen fünf oder mehr ständige Arbeitnehmer beschäftigt. Bei kirchlichen und öffentlichen Trägern ist diese Wahl verpflichtend, in Betrieben des privaten Rechts handelt es sich um eine Kann-Regelung. Im Ergebnis besitzen alle kirchlichen und öffentlichen Träger eine betriebliche Interessenvertretung, wohingegen auf dem Markt der privaten Pflegeanbieter auch mitbestimmungsfreie Zonen zu finden sind.

Expertisen zur Verbreitung betrieblicher Interessenvertretung im Saarland zeigen denn auch je nach Verbreitung der Träger für den Krankenhaus-, Reha- und stationären oder ambulanten Pflegebereich ein uneinheitliches Bild: In den saarländischen Krankenhäusern und auch bei den Reha-Einrichtungen existiert eine nahezu flächendeckende betriebliche Interessenvertretungsstruktur. Von 23 Klinikstandorten haben 12 kirchliche Träger, deren Mitarbeiterinnen allesamt durch MAVen vertreten werden (so die Marienhaus GmbH mit Krankenhäusern, zum Beispiel in St. Wendel, Ottweiler, Saarlouis). Acht Standorte mit kommunalen Trägern, Körperschaften und GmbHs werden durch Betriebsräte vertreten (zum Beispiel das SHG-Klinikum mit über 4.000 Beschäftigten, das Klinikum Saarbrücken, das Kreis-

krankenhaus St. Ingbert). Lediglich die circa 2.000 (Pflege-)Beschäftigten des Universitätsklinikums des Saarlandes in Homburg werden durch einen Personalrat vertreten. Hinzu kommen zwei kleine Privatkliniken, von denen eine (in Berus) als Teil des Median-Konzerns einen Betriebsrat hat und eine weitere, sehr kleine ohne betriebliche Interessenvertretung ist. Von den 16 Reha-Einrichtungen werden 11 durch Betriebsräte vertreten (etwa bei der REHA GmbH als größerer Arbeitgeber) und vier durch MAVen.

Verbreitung der betrieblichen Interessenvertretung in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen mangelhaft

Im Bereich stationärer Pflegeeinrichtungen existierten im Jahr 2015 im Saarland laut Statistischem Amt 164 Pflegeeinrichtungen,[4] davon 86 bei Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege, 13 bei sonstigen gemeinnützigen öffentlichen Trägern und zwei bei öffentlichen Trägern. 63 Einrichtungen – also fast 40 % der Pflegeeinrichtungen – werden von privaten Trägern getragen, die mutmaßlich mitbestimmungsfrei sind: Laut Angaben des Arbeitgeberverbandes Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa), der zurzeit rund 160 Einrichtungen sozialer Dienste im Saarland vertritt, hat wohl kaum eine Pflegeeinrichtung eines Privatanbieters stationärer oder ambulanter Pflege im Saarland einen Betriebsrat.[5] Hier besteht dringender gewerkschaftlicher und betrieblicher Organisierungsbedarf.

Noch problematischer stellt sich die mangelhafte Verbreitung von betrieblichen Interessenvertretungen bei den 119 ambulanten Pflegediensten dar, da von diesen ein Großteil (80) von privaten Trägern (mutmaßlich ohne Betriebsräte) geführt wird (hinzu kommen 20 Tagespflegeeinrichtungen privater Träger), 28 ambulante Pflegeeinrichtungen von Trägern der freien Wohlfahrtspflege und 10 von sonstigen, gemeinnützigen Trägern. Diese besitzen nur teilweise betriebliche Interessenvertretungen. Lediglich eine ambulante Pflegeeinrichtung saarlandweit wird von einem kommunalen Träger (mit Personalrat) geführt.

Die betrieblichen Interessenvertretungen in der Pflege stehen im Saarland teils miteinander in regem Austausch. Zudem nehmen beispielsweise die Gewerkschaft ver.di und die Arbeitskammer des Saarlandes Aufgaben der Beratung und Schulung der Interessenvertretungen wahr, wodurch sie auch als Bindeglied zwischen den betrieblichen Interessenvertretungen fungieren.

Wichtigste Themen: Personalmangel, Arbeitszeitbedingungen und Gesundheitsschutz

Der Personal- und Fachkräftemangel ist das in der Öffentlichkeit deutlich sichtbare Problem der Pflege, bei dem es ein gemeinsames Interesse der Bewältigung zwischen den Beschäftigten, den Arbeitgebern und den zu Pflegenden gibt. Dabei stellen sich die damit verbundenen Probleme im Krankenhaus- und Rehabereich etwas anders dar als im stationären und ambulanten Pflegebereich.

In Klinik- und Reha- Einrichtungen sind aus Sicht der Interessenvertretungen neben dem Fachkräftemangel insbesondere Erwartungen an eine ständige Verfügbarkeit der Beschäftigten und flexible Arbeitszeiten die wesentlichen Herausforderungen. Der Fachkräftemangel führt zur Überbelastung der Beschäftigten, daraus folgt häufiger Personalausfall. Dieser wiederum bewirkt, dass viele Beschäftigten, auch wenn keine Rufbereitschaft besteht, an freien Tagen zum Einsatz gerufen werden. Damit werden wiederum Erholungszeiten gefährdet und die Spirale zunehmender Ausfalltage beginnt von vorn. Insbesondere Teilzeitkräfte (darunter insbesondere Mütter) sind zudem von flexiblen Arbeitszeiten übermäßig und negativ betroffen.[6]

Pflegeheime und ambulante Pflege mit besonderen Herausforderungen

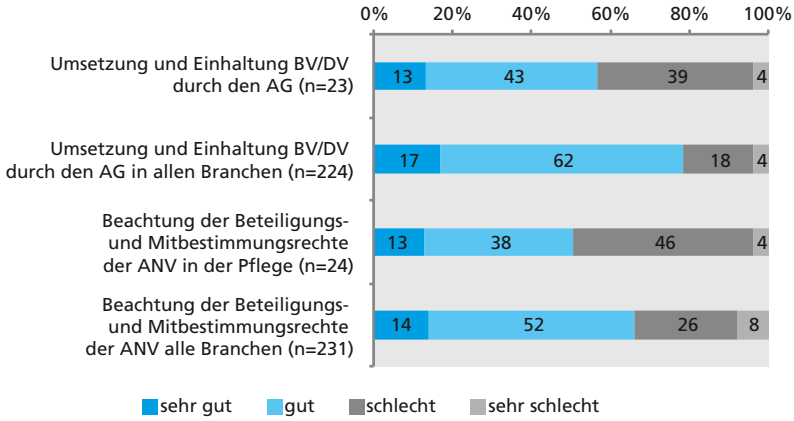
Ein aktuelles Thema, das unter anderem gemeinsam von ver.di und den betrieblichen Interessenvertretungen im Krankenhausbereich thematisiert wird, sind die im Krankenhausbereich nicht existierenden Personaluntergrenzen. Dieses hat in den Pflegeheimen, vor dem Hintergrund einer dort existierenden Personalbedarfsbemessung mit Orientierung an den Pflegegraden der Bedürftigen, eine eher nebensächliche Bedeutung: In Pflegeeinrichtungen ist mehr noch die vergleichsweise schlechtere Bezahlung als im Klinik- und Rehabereich ein Problem bei der Suche nach Fachkräften. In der Folge wird häufiger mit Hilfskräften und angelerntem Personal gearbeitet, dessen Anleitung für die examinierten Pflegekräfte eine zusätzliche Belastung darstellt. Hinzu kommt der Belastungsaspekt, dass hier Ärztinnen oftmals noch weniger ausreichend als Ansprechpartnerinnen zur Verfügung stehen.

In der ambulanten Pflege wiederum stellt die häufig nicht vorhandene Interessenvertretung ein besonderes Problem dar. Die in diesem Bereich spezifischen Arbeitsbedingungen, wie das stärker isolierte und eigenverantwortliche Arbeiten unter hohem Zeitdruck, sind besonders belastend und die Beschäftigten sind ohne Interessenvertretung im Alltag auf sich allein gestellt.

Grafik 1

Situation der Arbeitnehmervertretungen in der Pflege und in allen Branchen im Saarland 2019

(Gültige in Prozent)



Quelle: AK-Betriebsbarometer 2019 Arbeitskammer

Diese Befunde werden auch durch erste Ergebnisse der Befragung von betrieblichen Interessenvertretungen im Rahmen des AK-Betriebsbarometers 2019 bestätigt: Danach wurden im Saarland branchenübergreifend zur Jahreswende 2018/2019 231 betriebliche Interessenvertretungen befragt. Darunter stammen insgesamt 24 betriebliche Interessenvertretungen aus dem saarländischen Klinikbereich und aus der stationären Altenpflege (keine aus ambulanten Pflegeeinrichtungen). Eine Sonderauswertung zeigt nun, dass die wichtigsten Themen, mit denen sich die meisten Gremien in den letzten zwei Jahren befasst haben, die Gesundheitsförderung (70 % der Gremien) und der Arbeits- und Gesundheitsschutz (57 %) waren. Weitere wichtige Themen sind Ausbildungsthemen, die Integration Schwerbehinderter und Arbeitszeitprobleme. Die Beschäftigung mit diesen Herausforderungen mündete häufig in dem Abschluss von entsprechenden Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen.

Situation der Interessenvertretungen in der Pflege schlechter als in anderen Branchen

Grundsätzlich agieren betriebliche Interessenvertretungen angesichts ihrer zahlreichen Aufgaben in der Pflege, wie auch in anderen Branchen, als wichtige Problemlöser. Auffällig ist aber, dass in der Pflege die betrieblichen

Interessenvertretungen ihre eigene Situation im Verhältnis zu den Arbeitgebern schlechter einschätzen als Arbeitnehmervertretungen in anderen Branchen.

So zeigen erste Sonderauswertungen des AK-Betriebsbarometers 2019 (siehe Grafik 1), dass die „Umsetzung und Einhaltung von Betriebs- oder Dienstvereinbarungen durch den Arbeitgeber" von 22 % der betrieblichen Interessenvertretungen aus allen Branchen als entweder „schlecht" oder „sehr schlecht" beurteilt wird, im Bereich der (stationären) Pflege sehen das sogar 43 % der Arbeitnehmervertretungen so. Auch die „Beachtung der Beteiligungs- und Mitbestimmungsrechte der Arbeitnehmervertretungen" wird in der Pflege schlechter eingeschätzt, und zwar von 50 % der Gremien als „schlecht" oder „sehr schlecht" (in allen Branchen von 34 %). Auch ist unmittelbar erkennbar, dass die (4 %) sehr schlechten Einschätzungen von allen 231 Arbeitnehmervertretungen ausschließlich aus dem Pflegebereich stammen.

Auffällig ist zudem, dass im Krankenhausbereich und im stationären Pflegebereich, bezüglich der Beachtung der Rechte der Arbeitnehmervertretungen und der Einhaltung der betrieblichen Vereinbarungen, die MAVen ihre eigene Situation (noch) schlechter einschätzen als die Betriebs- und Personalräte.

---

[1] Fries, Henning: Betriebliche Mitbestimmung in der Pflege im Saarland. Expertise für die Arbeitskammer des Saarlandes, Gehweiler 2019.

[2] Urban, Lea: Betriebliche Interessenvertretungen in der Pflege im Saarland. Expertise für die Arbeitskammer des Saarlandes, Kirkel-Limbach 2019.

[3] Kaufmann, Matthias: Erstmals Streik an einem katholischen Krankenhaus, aus: Spiegel Online, 11.10.2017; download: http://www.spiegel.de/karriere/ottweiler-verdi-streikt-an-einem-katholischen-krankenhaus-erstmals-a-1172311.html (abgerufen am 28.03.2019).

[4] Statistisches Amt des Saarlandes: Pflegestatistik im Saarland 2015. Pflegebedürftige im Saarland am 15. Dezember 2015, Saarbrücken 2016.

[5] Urban, Lea: a. a. O., laut Anfrage beim Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. am 05.03.2019.

[6] Fries, Henning: a. a. O.

5 Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege – Ein Berufsfeld mit vielen Perspektiven

5.1 Professionalisierung der Pflege im historischen Kontext

Der Pflegeberuf hat eine sehr spezielle Vergangenheit. Lange Zeit war Pflegearbeit eine rein weibliche Tätigkeit von Bürgertöchtern, häufig über kirchliche Institutionen organisiert. Der Wandel zu einem echten Berufsbild erfolgte erst sehr spät. Es wurde dann eine Vielzahl von einzelnen Berufsbildern entwickelt. Aktuell sind Generalistik und Akademisierung die Stichworte in der Ausbildung und deren Weiterentwicklung.

Pflege als speziell weiblicher Dienst an der Gesellschaft
Berufe in der Pflege unterliegen einer langen und wechselhaften Geschichte.

1. Krankenpflege
Zu Anfang des 20. Jahrhunderts war Krankenpflege gebunden an die bürgerliche Rolle der Frau und wurde schon zu damaliger Zeit zu einer Frauendomäne. Oft waren es Töchter aus bürgerlichen Familien, die als Krankenschwestern arbeiteten, organisiert über einen Orden oder eine Schwesternschaft, die mit einem kirchlichen Krankenhaus verwachsen war. Das Entgelt wurde an den Träger abgeführt, der für die Altersvorsorge, Krankenversorgung und den Lebensunterhalt der Schwestern sorgte. Zu dieser Zeit gab es nur zehn Prozent sogenannte „freie Schwestern“, die nicht bei einem Träger arbeiteten und meist schlecht angesehen waren.

Das Bild der Krankenpflege wurde von der Gesellschaft primär als speziell weiblicher Dienst mit christlicher Motivation gesehen, weniger als Beruf. Als „freie Schwester“ ein Entgelt für die Arbeit zu verlangen, widersprach der Erwartung der damaligen Gesellschaft. Auch die komplexe Beziehung zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigem war divergent gegenüber der heutigen Zeit: Sie war geprägt von einer Weisungsbefugnis gegenüber den zu Pflegenden, einer widerspruchslosen Akzeptanz von Anordnungen der Pflegekraft und einem absoluten Abhängigkeitsverhältnis. Die Beschäftigten in der Pflege wurden damals nicht als Berufstätige in heutigem Sinn anerkannt und fast 50 Jahre lang änderte sich diese Situation nicht. Frau stand ganztägig der Einrichtung zur Verfügung, hatte ein spartanisches Quartier (meist in der Klinik) und ein Privatleben war nicht vorgesehen. Arbeitsschutz, wie zum Beispiel Schutzmaßnahmen gegen Pocken, Tuberkulose und andere gefährliche Erkrankungen, war damals nicht gegeben,

sicheres Arbeitsmaterial gab es nicht. Es wurde also nicht nur bis zur Erschöpfung gearbeitet, die Arbeit war außerdem sehr riskant.

2. Altenpflege
Bis zum 19. Jahrhundert existierte noch keine Altenpflege, wie man sie heute kennt, weil die Menschen im Durchschnitt nicht sehr alt wurden. Ältere Menschen lebten in der Regel zu Hause und wurden durch Angehörige oder Ordensschwestern gepflegt. Die in Armenhäusern lebenden Alten waren sich oft selbst überlassen. Erst im 19. Jahrhundert entstanden die ersten Alten- und Pflegeheime. Grund hierfür war, dass die Kliniken sich weigerten, die Armenarbeit weiterhin mit zu übernehmen. In die dann entstehenden Alten- und Pflegeheime, die unter kirchlicher Führung standen, kamen hauptsächlich „Sieche-Personen". Die Pflege oblag auch hier fast ausschließlich Ordensschwestern. Erst Mitte des 20. Jahrhunderts wurden erste Formen der heutigen Alten- und Pflegeheime gegründet.[1]

Wandel des Berufsbildes kam erst sehr spät in Gang

In den 1960er Jahren wurde erstmals ein Schwesternmangel sichtbar. Durch diesen Personalnotstand waren die Einrichtungen gezwungen zu handeln. Mehr freie Pflegekräfte wurden eingestellt, was von den unterschiedlichen Verbänden zunächst kritisch betrachtet wurde. Es wurde befürchtet, der Idealismus gehe verloren.

Von den Verbänden wurde eine Anpassung des Berufsbildes im Sinne einer Aufwertung mit Blick auf die weiterentwickelten tatsächlichen Arbeitsanforderungen jedoch strikt abgelehnt. Eine erste echte Aufwertung erfuhr die Pflege erst 1965, als die Dauer der Ausbildung auf drei Jahre festgelegt wurde. Dies leitete eine Wende in Ansehen und im Selbstbild der Pflegekräfte ein. Ab 1974 arbeiteten Pflegekräfte nach dem damals eingeführten Pflegeprozess der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Allerdings war nach wie vor das Verhältnis zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal stark geprägt durch Hierarchien und strikte Weisungsbefugnis. Die Pflege wurde weiterhin als einfacher Heilhilfeberuf gesehen und nicht als eigenständiger, qualifizierter Beruf. Erst zu Beginn der 1990er Jahre, als der Mangel an Pflegekräften offensichtlich wurde, wurden weitere Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung und Professionalisierung beschlossen.

Mit der 2004 eingeführten Berufsbezeichnung der „Gesundheits- und Krankenpflege" wurden erstmals die Berufsdefinitionen den Aufgabengebieten angeglichen. Die ersten Hochschulen richteten pflegebezogene Studien-

gänge ein. Heute schreitet die Professionalisierung der Pflege immer weiter voran. Man beruft sich auf Kompetenzmodelle, gesplittet nach Fachdisziplinen und Aufgabenspektrum. Verschiedene Pflegemodelle werden nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen eingesetzt, immer in Bezug auf patienten- und bedürfnisorientiertes Handeln. Die Arbeit im Pflegebereich stellt die Akteure fast täglich vor neue Herausforderungen. Der Rollenwechsel der Kliniken von Heilanstalten zu Wirtschaftsbetrieben macht Patienten zu Kunden und Pflegende zu Dienstleistern.

Im Rahmen dieser Veränderungen änderte sich auch das Rollenverständnis der Pflegekräfte. Pflege ist nun ein interessanter und vielfältiger Arbeitsbereich mit Dienstleistungen auf höchstem Niveau, der in steigender partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit den anderen am Pflegeprozess beteiligten Berufsgruppen ausgeübt wird.

Verschiedene Novellierungen der Berufsbilder

1985 wurde die (Kinder-)Krankenpflegeausbildung in Deutschland grundlegend reformiert und – zumindest auf dem Papier – generalistisch ausgelegt, um den Gesundheitszielen der WHO, der Europäischen Union, der Erklärung von Alma-Ata „Primary Health Care“ und den europäischen Mindestanforderungen zu genügen. Die Ausbildungsdauer blieb bei drei Jahren, der theoretische Unterrichtsanteil wurde deutlich erhöht. Im Gegensatz zu den meisten Ländern, in denen die (Fach-)Hochschulreife Zugangsvoraussetzung ist, blieb Deutschland (bis heute) bei der Anforderung des mittleren Bildungsabschlusses bzw. Hauptschulabschlusses nebst (mindestens) zweijähriger Berufsausbildung.

Die erneute Novellierung des Krankenpflegegesetzes zum Januar 2004 wurde notwendig, um internationalen Standards zu entsprechen. Im Rahmen dieser Novellierung wurde die theoretische Ausbildung auf 2.100 Stunden erhöht und die praktische Ausbildung auf 2.500 Stunden reduziert Die neue Berufsbezeichnung lautet „Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/in“, auch um den zentralen Aspekt der Pflege, die „Gesundheitsförderung“, herauszuheben. Erstmals wurde die Gesamtverantwortung für die Ausbildung an die Schule delegiert und qualitative Mindestanforderungen für Schulleitungen und hauptberuflich Lehrende aufgestellt.

Besonderheit Altenpflege

Ab 1969 entstanden, als Reaktion auf den zunehmenden und nicht kompensierbaren Bedarf in der Versorgung alter Menschen, die ersten Regelungen

zur Institutionalisierung der Altenpflege auf Länderebene. Adressaten für dieses Berufsbild waren insbesondere Berufswiedereinsteigerinnen mit Erfahrungen in der familiären Pflege, Frauen nach der Familienphase und Interessentinnen, denen die formalen Voraussetzungen für die Krankenpflegeausbildung fehlten. Erst 2003 wurde das erste bundeseinheitliche Altenpflegegesetz verabschiedet. Sowohl die Ausbildungsdauer als auch die Inhalte rückten nahe an die Krankenpflegeausbildung heran, womit der Weg für eine zukünftig gemeinsame Ausbildung freigemacht wurde.

Ausdifferenzierung einzelner Berufsfelder

Der „Beruf" Pflege ist bis in die heutige Zeit weder in sich gefestigt, noch klar definiert und war von Anfang an Spielball unterschiedlichster Interessengruppen sowie wirtschaftlicher und politischer Begehrlichkeiten. Dies führte im Ergebnis dazu, dass aus ursprünglich pflegerischen Handlungsfeldern „neue" Berufe entstanden sind, wie zum Beispiel Kinderkrankenpflege, Heilerziehungspflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Medizinisch-technische Assistentin, Rettungssanitäter oder Operationstechnische Assistentin.[2]

Helferinnenberufe als kürzere Ausbildungsform

Im Laufe der Zeit überlegte man, wie man mit einem kürzeren, zusätzlichen Ausbildungsgang dem zunehmenden Personalmangel begegnen kann. Auf Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft wurde 1965 die Krankenpflegehilfeausbildung (500 Stunden Theorie/ 1.100 Stunden praktische Ausbildung) eingeführt. Sie war und ist (noch) häufig der Einstieg in die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege bzw. zur Altenpflege. Mit abgeschlossener Helferausbildung kann die dreijährige Ausbildung auf Antrag um ein Jahr verkürzt werden. Mit Einführung der neuen, generalistischen Pflegeausbildung wird es diese Ausbildung in Zukunft nicht mehr geben.

Parallel dazu etablierten sich, quasi als Gegenmodell zur Endprofessionalisierung, diverse, hochspezialisierte, aber immer am medizinischen Bedarf ausgerichtete Fachweiterbildungen, unter anderem Intensiv- und Anästhesiepflege, Psychiatriepflege, Pflege im Operationsdienst.[3]

Aktuell: Generalistik als Ziel

Der demografische und epidemiologische Wandel führt zu einer qualitativen und quantitativen Steigerung der pflegerischen Versorgungsbedarfe.

Vor diesem Hintergrund wurde die Berufsausbildung in den Gesundheitsfachberufen aktuell neu strukturiert hin zur Generalistik. Die generalistische Pflegeausbildung soll dazu beitragen, den mit dem Wandel verbundenen Herausforderungen in der Pflege professionell gerecht werden zu können und darüber hinaus die Attraktivität des Berufsbilds Pflege zu steigern. Ein weiteres Ziel der generalistischen Ausbildung besteht darin, die notwendige Vernetzung und Zusammenarbeit der verschiedenen pflegerischen und gesundheitlichen Versorgungsbereiche zu verbessern (siehe hierzu im Einzelnen Kapitel I.5.2).

---

[1] https://www.altenpflegeschueler.de/sonstige/entstehung-der-pflege/

[2] Bögemann-Großheim, E.: Bildungs- und Berufswege in Deutschland. Hamburger Fernhochschule. Studienbrief. Hamburg, 2011

[3] Bögemann-Großheim, E.: Handlungsfelder der Pflege. Hamburger Fernhochschule. Studienbrief. Hamburg, 2011.

5.2 Reform der Pflegeausbildung

Seit Jahrzehnten beschäftigt man sich in Deutschland mit der Reform der Pflegeausbildung. Vor allem in den letzten beiden Legislaturperioden wurden die Debatten um eine generalistische Pflegereform vorangetrieben und Modellprojekte ausgewertet. Ursachen sind die veränderten Versorgungsstrukturen und Pflegebedarfe in der Akut- und Langzeitpflege. Während in den Pflegeeinrichtungen immer mehr behandlungspflegerische Tätigkeiten erbracht werden müssen, steigt in den Krankenhäusern der Anteil pflegebedürftiger, zum Beispiel demenzkranker Menschen. Damit haben sich auch die Anforderungen an die Pflegekräfte verändert. Zudem soll die Attraktivität des Pflegeberufes durch die erweiterten Tätigkeitsbereiche gesteigert werden. 2020 wird die generalistische Pflegeausbildung starten.

5.2.1 Generalistik als Herausforderung

Mit dem Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG) vom Juli 2017 (hier insbesondere mit der in Artikel 1 einhergehenden Änderung des Pflegeberufegesetzes – PflBG sowie der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) vom 02.10.2018, die beide am 01.01.2020 in Kraft treten werden), wurde der Weg für eine generalistische Pflegeausbildung freigemacht. Damit geht auch in Deutschland nach mehr als hundert Jahren – zumindest offiziell und teilweise – der Anachronismus von drei Pflegeberufeausbildungen seinem Ende entgegen. Ebenfalls im Gesetz geregelt wird die primärqualifizierende hochschulische Pflegeausbildung, die bis dato nur Modellcharakter hatte.

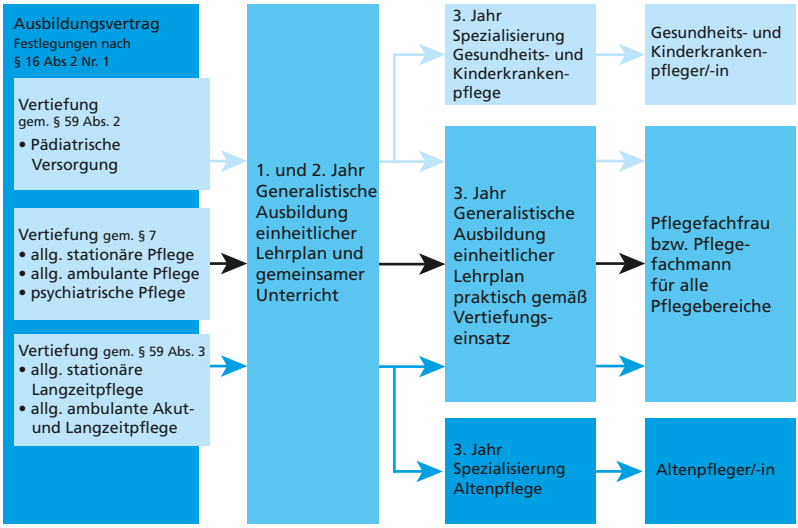
Kennzeichen der generalistischen Ausbildung

Es bleibt bei drei Jahren Ausbildungsdauer, zehn Jahren Schulausbildung (zum Beispiel Qualifizierter Hauptschulabschluss, Realschulabschluss) als Zugangsvoraussetzung und einem unveränderten Umfang der theoretischen und praktischen Ausbildung. Die Gesamtverantwortung für die Ausbildung trägt die Schule. Gemäß § 16 Absatz 2 Nr.1 PflBG ist im Ausbildungsvertrag bereits der beabsichtigte Vertiefungseinsatz, welcher im 3. Jahr der Ausbildung stattfindet, festzulegen (§ 59 PflBG,Vertiefungseinsatz). Des Weiteren ist die Bezeichnung des Berufes, zu dem nach den Vorschriften des PflBP ausgebildet wird, anzugeben. Eine Änderung dieser Festlegungen ist bis zum Beginn des Vertiefungseinsatzes nach dem 2. Ausbildungsjahr einvernehmlich möglich. Die ersten beiden Jahre sind grundsätzlich generalistisch ausgerichtet, unabhängig vom gewählten Schwerpunkt bzw. Vertiefungseinsatz. Diejenigen, die ihren Vertiefungseinsatz in der pädiatrischen

Grafik 1

Generalistische Ausbildung

nach PflBG



Arbeitskammer

Versorgung wählen, können sich gemäß § 59 Absatz 2 PflBG im 3. Ausbildungsjahr auf die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege spezialisieren. Diejenigen, die ihren Vertiefungseinsatz gemäß § 59 Abs. 3 PflBG in der allgemeinen stationären Langzeit- beziehungsweise allgemeinen ambulanten Akut- und Langzeitpflege wählen, können sich im 3. Ausbildungsjahr auf die Altenpflege spezialisieren.

Nach dem zweiten Drittel der Ausbildung wird eine obligatorische Zwischenprüfung durchgeführt, die aber für die Fortsetzung der Ausbildung keine Relevanz hat. Auch bei Nichtbestehen der Zwischenprüfung kann die Ausbildung fortgesetzt werden. Ist erkennbar, dass das Ausbildungsziel gefährdet ist, prüfen die Träger der praktischen Ausbildung und die Pflegeschule gemeinsam mit der oder dem Auszubildenden, welche Maßnahmen erforderlich sind, um den Ausbildungserfolg zu sichern. Zudem wird den Ländern gem. § 7 PflBG in Verbindung mit Anlage 1 PflAPrV die Möglichkeit eröffnet, bei Beendigung der Ausbildung nach zwei Jahren, die bis zur Zwischenprüfung erlernten Kompetenzen im Rahmen einer Pflegeassistenz- oder -Helferausbildung anzuerkennen. Die Zuständigkeit für die Einführung einer zweijährigen Ausbildung nach Landesrecht bleibt hiervon unberührt (hierzu mehr unter I.5.2.2). Die einjährigen Ausbildungen in der

Alten- und Krankenpflegehilfe, die häufig „Eingangstür“ für die dreijährige Ausbildung waren, wird es nicht mehr geben.

Durchaus zweischneidig ist, dass die Ausbildungsvoraussetzungen (Qualifizierter Hauptschulabschluss, zehn Schuljahre), bei weitem nicht dem internationalen Stand (in der Regel zwölf Schuljahre und Sekundarstufe-II-Abschluss) entsprechen. Dies steigert die Attraktivität des Pflegeberufes gerade für junge Menschen mit höherem Schulabschluss nicht, hält allerdings die Möglichkeiten zum Einstieg in die Ausbildung für Jugendliche mit mittlerem Bildungsabschluss weiter offen.

Trotz einer grundlegend generalistischen Ausrichtung der Pflegeausbildung ergibt sich parallel hierzu die Beibehaltung des bisherigen Systems der Alten-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Bereits mit dem Ausbildungsvertrag werden der Vertiefungseinsatz und der Schwerpunkt der Ausbildung festgelegt. Träger, die hauptsächlich in einer Sparte, zum Beispiel der Altenpflege, aktiv sind und nicht selten auch Altenpflegeschulen betreiben, werden daher beispielsweise ein hohes Interesse daran haben, den Schwerpunkt auf die Altenpflege zu richten.

Außerdem kann die Auszubildende nach zwei Jahren die „generalistische“ Richtung aufgeben und sich für die Kinderkrankenpflege oder die Altenpflege entscheiden. Dies läuft dem Grundgedanken der Generalistik entgegen. Zudem wird das Niveau der Altenpflege niedriger angesiedelt als das der generalistischen Ausbildung (Anlage 4 PflAPrV). Dadurch werden die beruflichen Handlungsfelder der zukünftigen Altenpflegerinnen deutlich begrenzt und beschnitten. Bei der Gestaltung der Regelungen konnten sich hier die (privaten) Altenheimbetreiber offensichtlich durchsetzen. Es bleibt der Eindruck, dass Quantität vor Qualität geht.

Ausbildungsfinanzierung über einen Ausgleichsfonds

Die Finanzierung der Ausbildung erfolgt über einen auf Landesebene zu organisierenden Ausgleichsfonds. Daran beteiligen sich das Land, die Pflegeversicherungen, die Krankenhäuser sowie die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen über ein Umlageverfahren.

Die Träger der praktischen Ausbildung und die Pflegeschulen erhalten ein Ausbildungsbudget zur Finanzierung der voraussichtlichen Ausbildungskosten, das bei wirtschaftlicher Betriebsführung alle ausbildungsbezogenen Kosten decken soll. Dazu gehören auch tarifvertraglich vereinbarte Vergütungen für Auszubildende, die Praxisanleitung und die Betriebskosten der Schulen.

Schwierigkeiten mit der Umsetzung in verschiedenen Bereichen

Die Generalistik stellt einige Anforderungen an die Pflegeschulen. Die im Gesetz geforderten Mindestanforderungen sehen wie folgt aus:

- die Schulleitung muss über eine abgeschlossene Hochschulausbildung auf Master- oder vergleichbarem Niveau verfügen,
- die restlichen Lehrkräfte müssen fachlich und pädagogisch qualifiziert sein, mit entsprechender, insbesondere pflegepädagogischer Hochschulausbildung auf Master- oder vergleichbarem Niveau (im Verhältnis 1:20).

Zumindest im Saarland dürften diese Anforderungen kaum umsetzbar sein, auch bei einer Übergangszeit bis 2029 und Bestandschutz für die bisher Lehrenden ohne entsprechende Qualifikation (Hochschulstudium). In der praktischen Ausbildung müssen mindestens 10 % der Tätigkeitszeit als praktische Anleitung nachgewiesen werden (im Saarland bereits seit 2017 vorgeschrieben, aber nicht kontrolliert).

Die Anforderungen an die Praxisanleiterinnen umfassen eine pädagogische Zusatzqualifikation von mindestens 300 Stunden und jährliche berufspädagogische Fortbildungen im Umfang von 24 Stunden, die der zuständigen Behörde nachzuweisen sind. Nicht wenige ambulante Pflegedienste, aber auch stationäre Einrichtungen der Altenpflege werden diese Anforderungen bis 2020 nicht erfüllen können.

Ein weiterer „Knackpunkt“ ist der gesetzlich vorgegebene Pflichteinsatz von 60 Stunden in der Kinderkrankenpflege. Die vorhandenen Kapazitäten dieses Fachgebietes dürften nicht ausreichen, allen Auszubildenden den Einsatz zu ermöglichen. Auch hier ist das Land gefordert, Alternativen, zum Beispiel integrative Kindergärten, als Praktikumsort zu erlauben. Zu erwarten ist, dass mit Einführung der generalistischen Ausbildung die Gesamtzahl der Auszubildenden, zumindest für 2020, deutlich zurückgehen wird. Zum einen fehlen die Auszubildenden, die bisher den Weg über die Helferausbildung eingeschlagen haben, zum anderen können veränderte Anforderungen zu einer möglichen Verunsicherung bei der Berufswahl führen.

Die Umsetzung der generalistischen Pflegeausbildung wird für die Pflegepraxis, die Pflegeschulen und die Hochschulen eine gewaltige Herausforderung werden. Grundständige pflegepädagogische Studiengänge gibt es im Saarland bisher nicht. Eine berufsbegleitende Nachqualifikation für Pflegelehrende, die nicht über die geforderte akademische Qualifikation auf Hochschulniveau mit Bachelorabschluss verfügen, könnte zumindest vorübergehend ein Weg sein, den Qualitätsanforderungen näherzukommen.

Hier sind, neben den Rahmenbedingungen, die durch das Land zu schaffen sind, vor allem auch die Arbeitgeber gefordert, die finanziellen und zeitlichen Räume bereitzustellen.

Exkurs: Vorbehaltene Tätigkeiten

Mit § 4 PflBG werden in Deutschland erstmals explizit vorbehaltene Tätigkeiten für „Pflegefachfrauen bzw. -männer“ definiert:

- Die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs;
- die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses;
- die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege.

Grundsätzlich ist die Festlegung von vorbehaltenen Tätigkeiten zu begrüßen, allerdings erscheint die konkrete Ausgestaltung problematisch. Dies insbesondere, weil die Regelung keine Geltung für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und die Altenpflegerin entfaltet. Aufgrund dessen ist in der Praxis eine Hierarchisierung der Pflegeberufe zu befürchten. Zusätzlich findet quasi eine Herabsetzung der Wertigkeit der Pflegearbeit „am Menschen“ statt.

5.2.2 Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege

Die Theoriecurricula in der Gesundheits- und Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege und der Altenpflege orientieren sich an der Definition der professionellen Pflege nach dem ICN (International Council of Nurses). Hiernach ist Grundlage der Pflege(ausbildung) „(…) die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind hiernach: Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse, Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“[1] Die Umsetzung dieser Anforderungen ist im Klinikalltag oder der Altenpflegepraxis jedoch nur teilweise zu finden. In kaum einem anderen Beruf dürfte die Diskrepanz zwischen theoretischer Ausbildung und Praxis so groß sein, wie in den Pflegeberufen.

Verantwortlich dafür sind vor allem die strikte Trennung zwischen Grund- und Behandlungspflege, die Einführung der Sozialen Pflegeversicherung und die Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft durch die Einführung der Fallpauschalen (DRG). Das DRG-System ist auf ökonomische Effizienz ausgelegt. In der Folge haben Klinikträger in der Vergangenheit immer wieder auf Kosten des Pflegepersonals – und auch der Patienten – Finanzmittel eingesetzt zur Generierung von Einnahmen oder Tätigung von Investitionen, zum Beispiel in Großgeräte.

Praktische Ausbildung in der Altenpflege

Auszubildende in der Altenpflege erleben sich häufig als Lückenbüßer und Manövriermasse in einem Arbeitsfeld, das durch Ablauf- und Verrichtungsorientierung definiert ist. Dies zeigt Folgendes: Die durchschnittlichen Personalanhaltszahlen liegen im Saarland bei 1:3 (Mittelwert), das heißt eine Einrichtung mit 90 pflegebedürftigen Menschen bekommt über den Pflegesatz 30 Pflegekräfte refinanziert. Das ergibt 15 Fachkräfte (50 %- Quote) und 15 Hilfskräfte. Die sogenannte 1:30-Regel schreibt vor, dass dienstplanmäßig eine Fachkraft für 30 Pflegebedürftige im Tagdienst ausgewiesen werden muss. Im Idealfall stehen im Frühdienst, wegen des höheren Pflegeaufwandes, für 30 Pflegebedürftige eine Fachkraft und zwei Hilfskräfte, im Spätdienst eine Fachkraft und eine Hilfskraft zur Verfügung. Nachts sind eine Fach- und eine Hilfskraft vorhanden. Im Saarland besteht entsprechend der Rahmenvereinbarung gemäß § 86 Absatz 3 SGB XI[2] für Einrichtungen, die Altenpflegerinnen ausbilden, zwar grundsätzlich die Möglich-

keit, Praxisanleitungen in ausreichendem Umfang von der Regelarbeitszeit freizustellen. Aufgrund des herrschenden Fachkräftemangels müssen sie jedoch trotz Freistellung oftmals in der Pflege mitarbeiten, um den Mangel zu kompensieren. Das Gleiche gilt für Auszubildende, Absolventinnen des Freiwilligen Sozialen Jahres (FSJ) und Praktikantinnen (soweit vorhanden).

Dieser Zustand trägt nicht zur Ausbildungsqualität oder Attraktivität bei, da eine qualitativ hochwertige Ausbildung unter diesen Bedingungen kaum möglich ist. Praktische Anleitung findet kaum statt oder wird von Hilfskräften im Alltag vermittelt. Die theoretischen Unterrichtsinhalte finden sich in der Alltagsroutine kaum wieder. Dies führt, neben den hohen körperlichen Belastungen, die auch Auszubildende erleben, zu nicht unerheblichen psychischen und emotionalen Belastungen. Praktikantinnen und FSJ-Absolventinnen, die sich für den Bereich der Altenpflege interessieren, werden dadurch häufig frühzeitig „abgeschreckt" und davon abgehalten, den Beruf in die engere Auswahl zu nehmen oder sich für eine Ausbildung zu entscheiden.

Praktische Ausbildung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Pflegerische Leistungen werden im DRG-System kaum oder gar nicht berücksichtigt beziehungsweise in den Hintergrund gerückt. Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege setzen sich in der theoretischen Ausbildung – auch im europäischen Vergleich – auf hohem Niveau intensiv mit Gesundheitsvorsorge, Prävention, pflege- und sozialwissenschaftlichen Grundlagen sowie anderen pflegerelevanten Bezugswissenschaften auseinander. In der realen Krankenhauspraxis kommen diese Kenntnisse jedoch kaum zur Geltung und werden oft nicht abgerufen. Im Vordergrund stehen dagegen häufig die reibungslose Aufrechterhaltung des Stationsablaufs und die möglichst unreflektierte Durchführung ärztlicher Anordnungen „am Fließband".

Das allgemeine Hauptaugenmerk der pflegerischen Versorgung liegt auf delegierbaren Leistungen der Diagnostik und Therapie, die patientennahen pflegerischen Anforderungen treten in den Hintergrund, werden an Hilfskräfte, Praktikantinnen oder Auszubildende abgegeben. So ist es oft Dauerzustand, dass Auszubildende in der praktischen Ausbildung nicht selten ausschließlich für Helfertätigkeiten eingesetzt werden.

Praktische Anleitung erfolgt weitgehend ungeplant und bleibt eher dem Zufall überlassen. Auszubildende berichten immer wieder, dass die zuständige Praxisanleitung während des gesamten Praxiseinsatzes nicht auf dem gleichen Dienst geplant war und sich niemand verantwortlich fühlte. Die

Schaffung und Gestaltung einer angemessenen Lernumgebung für den pflegerischen Nachwuchs wird nicht selten eher als störend denn als Investition wahrgenommen.

Mit Blick auf die Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist außerdem schon vor der Einführung der Generalistik ein zusätzliches Problem aufgetaucht. Dadurch, dass auch die Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege in diesem Bereich Pflichtstunden ableisten müssen, ist zeitweise eine starke Konzentration von Auszubildenden in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege vorhanden. Meist reichen die Kapazitäten schon jetzt nicht mehr, alle Auszubildenden im entsprechenden Bereich unterzubringen und ihnen die notwendigen Kenntnisse zu vermitteln. Mit der anstehenden Verknappung pädiatrischer Fachabteilungen wird das Problem größer werden.

5.2.3 Pflegeassistenz, Helferausbildung, Betreuungs- und Entlastungspflege

Seit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) vom 29.06.2012 werden zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI (früher Alltagsbegleiter nach § 87b SGB XI) für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (zum Beispiel Demenz) von den Pflegekassen finanziert. Mit den sogenannten zusätzlichen Betreuungskräften wurde faktisch ein neues Berufsbild in der Altenpflege eingeführt. In der Betreuungskräfte-Richtlinie in der Fassung vom 23.11.2016 wird die Qualifizierung der zusätzlichen Betreuungskräfte in Modulen geregelt, denen ein 40-Stunden-Orientierungspraktikum voransteht.[3]

Diese Module bestehen aus dem Basiskurs „Betreuungsarbeit in stationären Pflegeeinrichtungen“ mit einem Umfang von 100 Stunden, dem Betreuungspraktikum mit einem Umfang von zwei Wochen und dem Aufbaukurs „Betreuungsarbeit in einer stationären Pflegeeinrichtung“ mit einem Umfang von 60 Stunden. Dabei soll die Fähigkeit und Kompetenz vermittelt werden, mit gerontopsychiatrisch veränderten Menschen den Alltag zu gestalten, sie zu betreuen und zu fördern. Eine Vollzeitstelle wird über 20 Klientinnen mit attestierter „eingeschränkter Alltagskompetenz“ und einem Arbeitsaufwand von 10 Minuten je Klientin refinanziert.

Mit den zusätzlichen Betreuungskräften wurden aus arbeitsmarktpolitischer Sicht für eine Gruppe von Menschen, die dem ersten Arbeitsmarkt nicht oder nur begrenzt zur Verfügung standen, neue Betätigungsfelder geschaffen. Aus berufspolitischer Sicht wurden zentrale Aspekte der Altenpflege, die soziale Betreuung hochvulnerabler Menschen, ausgelagert und in die Hände von angelernten Laien gelegt, was der Attraktivität des Altenpflegeberufes nicht unbedingt förderlich ist und immer wieder zu Spannungen in der Zusammenarbeit führt. Betreuungskräfte müssen jährlich 16 Stunden „fachbezogene“ Fortbildungen nachweisen und dürfen nicht für pflegerische Tätigkeiten herangezogen werden. In der Realität ist dies jedoch nur begrenzt umsetzbar.

Pflegeassistenz

Neben der durch das PflBG eingeführten, generalistisch ausgebildeten Pflegeassistenz als zweijährige Berufsausbildung (siehe I.5.2.1) sind in den verschiedenen Bundesländern unter dem Begriff der Pflegeassistenz unterschiedlichste Ausgestaltungen dieses „Berufsbildes“ zu finden. Die Pflegeassistenz ist keine geschützte „Berufsbezeichnung“ und kann daher beliebig verwendet werden. In Bremen und Niedersachsen ist die bereits

vorhandene Pflegeassistenz zum Beispiel eher eine Schulabschlussqualifizierung, in anderen Ländern zum Teil eine Helferschulung.

Saarländische Pflegeassistenz, ein neuer Zugang zur Ausbildung?

Den bisherigen Zugang zur verkürzten dreijährigen Ausbildung über die Alten- beziehungsweise Krankenpflegehilfeausbildung wird es ab 2020 nicht mehr geben. In den Bundesländern, in denen der Hauptschulabschluss bereits nach neun Schuljahren erreicht wird, wird damit für Hauptschulabsolventen die Möglichkeit entfallen, einen direkten Zugang zur generalistischen Ausbildung zu erhalten. Bisher bestand zum Beispiel im Saarland die Möglichkeit, mit dem neunjährigen Hauptschulabschluss plus Pflegepraktikum, in die Alten- bzw. Krankenpflegehilfeausbildung einzusteigen und nach einem Jahr die Prüfung zur examinierten Helferin abzulegen. Nach bestandener Prüfung war es möglich, direkt (oder zu einem späteren Zeitpunkt) ins zweite Jahr der Alten- oder Krankenpflegeausbildung einzusteigen.

Damit betrug die Gesamtausbildungszeit, auch für Menschen mit neunjähriger Schulbildung, nur drei Jahre. Rund ein Drittel der saarländischen Fachkräfte in der Altenpflege sind bisher diesen (verkürzten) Weg gegangen und haben entscheidend dazu beigetragen, die Fachkraftproblematik zu entschärfen. Da die Helferausbildung auf Länderebene zu regeln ist, liegt es an den betroffenen Ländern, Regelungen zu entwickeln, die den Zugang zur generalistischen Ausbildung ermöglichen.

Im saarländischen Pflegepakt wird zurzeit eine zweijährige Ausbildung zum „Saarländischen Pflegeassistenten“ diskutiert und favorisiert. Zugangsvoraussetzungen sollen Hauptschulabschluss und Sprachniveau B2 sein, die Ausbildungsziele orientieren sich am Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) Niveau 3 für die Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen. Hierfür soll ein einheitliches Curriculum erstellt werden und die Finanzierung über eine Umlage erfolgen. Nach bestandener Prüfung ist ein „Quereinstieg“ ins zweite Ausbildungsjahr der generalistischen Ausbildung möglich, die Gesamtausbildungsdauer betrüge dann vier Jahre. Im Vergleich zur bisherigen Helferinnenausbildung ist die „Saarländische Pflegeassistenz“ eine deutliche Aufwertung des bisherigen Berufsbildes Alten- bzw. Krankenpflegehelferin, dessen Profil noch zu klären sein wird. Offen ist, ob beziehungsweise inwieweit eine Berücksichtigung bei der Fachkraftquote geplant ist. In keinem Fall darf diese Anrechnung dazu führen, dass eine bestimmte Anzahl von Pflegeassistentinnen eine Pflegefachkraft ersetzten kann und zum Beispiel nachts ausschließlich Pflegeassistentinnen eingesetzt sind.

Zwischenfazit

Ohne grundlegende Verbesserung der personellen Strukturen in der Pflegepraxis, die auch mittelfristig nicht in Sicht ist, wird die praktische Ausbildung weiterhin defizitär bleiben. Ohne deutliche Verbesserungen der Arbeitsbedingungen in der Pflege wird es ohnehin kaum noch möglich sein, die primäre Zielgruppe der Pflegeausbildung, junge Menschen mit mittlerem oder höherem Bildungsabschluss, für den Beruf zu gewinnen. Die Zielgruppe ist „heiß begehrt" und die vergleichbar guten Ausbildungsgehälter in der Pflege sind inzwischen kein Alleinstellungsmerkmal mehr.

Hinzu kommt außerdem: Im europäischen Vergleich führt die Einstufung der deutschen Pflegeausbildung im Niveau DQR 4 (in den Nachbarländern wird das Niveau 5 oder sogar 6 erreicht) zu einer Reduzierung der Attraktivität bei Jugendlichen mit höherem Bildungsabschluss (näheres siehe Kapitel I.5.4.4).

Ähnliches gilt für das Studium: Überwiegend Idealisten werden sich für ein grundständiges Pflegestudium entscheiden, solange die Perspektiven so vage sind wie derzeit. Allerdings besteht auch die Hoffnung, dass vorausschauende Arbeitgeber den „Mehrwert" von akademisch ausgebildeten Fachkräften erkennen und Rahmenbedingungen schaffen, die ein Pflegestudium möglich machen.

5.2.4 Weitere Gesundheitsberufe

Eine allgemeingültige Definition des Begriffs der Gesundheitsberufe gibt es nicht. Im Gesamten werden darunter alle Berufe zusammengefasst, die auf verschiedene Weise etwas mit Gesundheit zu tun haben. Hier muss unterschieden werden zwischen zwei Kategorien: die der gesetzlich geregelten und die der nicht geregelten Gesundheitsberufe. Der Staat ist nur zuständig für einen Teil dieser Berufe und deren Ausbildung. Der größte Teil entwickelt sich ohne staatliche Ausbildungsregelungen beziehungsweise ohne Reglementierung.

Bei den geregelten Berufen gibt es Ausbildungen und Berufe, die durch Bundesrecht geregelt sind und solche, die im Landesrecht verankert sind (zum Beispiel Alten- und Krankenpflegehilfe). Auf der Bundesebene erstreckt sich die Gesetzgebungskompetenz auf die folgenden Berufsbereiche der Gesundheitsberufe:

- Heilberufe;
- Berufe nach Berufsbildungsgesetz;
- Berufe nach der Handwerksordnung (sogenannte Gesundheitshandwerke).

Alle weiteren Berufszweige, zum Beispiel der der Heilpraktikerin, zählen zu dem Zweig der ungeregelten Berufe und gehören damit nicht zu den staatlich anerkannten Berufen. Die Ausbildung ist ebenfalls nicht staatlich geregelt. Diese Unterschiede werden dann relevant, wenn bei Tätigkeitsausübungen eine staatliche Anerkennung vorgeschrieben ist. Dies ist der Fall, wenn eine Person zum Beispiel bei den gesetzlichen Versicherungsträgern tätig werden will.

Heilberufe

Die Regelung der Heilberufe ist im Grundgesetz (GG) verankert, die Bundesregierung darf nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 GG die Zulassung regeln. Hierbei gibt es eine Liste mit einer Vielzahl an Berufen, deren Tätigkeitsfeld die Heilung von Krankheiten „und die medizinisch helfende Behandlung und Betreuung von Patienten und Patientinnen erfasst“.[4]

Eine Gemeinsamkeit der Heilberufe ist die geschützte Berufsbezeichnung, die nur mit einer Berufserlaubnis oder Approbation geführt werden darf. Das Führen einer solchen Bezeichnung ohne Erlaubnis ist ein Straftatbestand oder wird als Ordnungswidrigkeit bestraft. Eine Erlaubnis wird auf Antrag erteilt, wenn ein Nachweis über die gesetzlich geregelte Ausbildung und

Tabelle 1

Beispiele für geregelte Heilberufe

Berufe	geregelt in:
Gesundheits- und Krankenpfleger/in	Krankenpflegegesetz – KrPflG
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in	Krankenpflegegesetz – KrPflG
Hebamme/Entbindungspfleger	Hebammengesetz - HebG
Notfallsanitäter/in	Notfallsanitätergesetz – NotSanG
Altenpfleger/in (zuständig Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)	Altenpflegegesetz – AltPflG
Rettungsassistent/in (lief zum 31.12.2014 aus)	Rettungsassistentengesetz – RettAssG
medizinisch-technische/r Assistent/in für Funktionsdiagnostik	MTA-Gesetz

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, eigene Darstellung

die bestandene Prüfung vorliegt, die Person sich keines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufes ergibt, und sie gesundheitlich zur Ausübung des Berufes geeignet ist. Hierzu gelten die jeweils anhängigen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen.

Der Bund regelt nur die Erstzulassung des Berufes, während die Fort- und Weiterbildung auf Landesebene geregelt werden muss. Für die reglementierten Berufe gilt die europäische Richtlinie 2005/36/EG. Hier geht es um die Anerkennung von Berufsqualifikationen in der EU, außerhalb des eigenen Mitgliedsstaates. Durch die Anerkennung nach dieser Richtlinie ist es möglich, den erworbenen Beruf in den übrigen Mitgliedsstaaten der EU auszuüben. Für einige Berufe gibt es eine automatische Anerkennung, zum Beispiel für die Gesundheits- und Krankenpflegerin sowie für die Hebamme/den Entbindungspfleger.[5] Die Altenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin fallen nicht unter diese Regelung. Für sie und die anderen Berufe gilt das allgemeine System, in dem Ausbildungen nach dem Gesetz über die Feststellung der Gleichwertigkeit von Berufsqualifikationen miteinander verglichen werden und eventuell Qualifizierungsmaßnahmen nachgeholt werden, bevor eine Berufszulassung erfolgt.

Berufe nach Berufsbildungsgesetz

Die Ausbildungsberufe des Bundes sind im Berufsbildungsgesetz geregelt. Hierzu zählen im Pflegebereich die medizinischen und zahnmedizinischen Fachangestellten sowie die pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten.

Ihre Tätigkeiten sind zum großen Teil gewerblich-kaufmännisch geprägt, deswegen werden sie nicht den Heilberufen zugeordnet.

Gesundheitshandwerke

Berufe wie Orthopädiemechanikerin, Hörgeräteakustikerin oder Zahntechnikerin unterliegen als ein Gesundheitshandwerk der Handwerksordnung. Die Zuständigkeit liegt beim Bundesministerium für Wirtschaft und Energie.

Heilerziehungspflege

Die Ausbildung zur Heilerziehungspflegerin ist nicht einheitlich auf Bundesebene geregelt und hat je nach Bundesland unterschiedliche Berufsbezeichnungen (zum Beispiel Erzieherin (Heilpädagogik), Heilerzieherin, Pflegerin Heilerziehung). Die Aufgaben der Heilerziehungspflege konzentrieren sich auf Beratung und Begleitung, Assistenz und Alltagsunterstützung sowie die Erziehung, Bildung und Pflege von Menschen aller Altersgruppen mit einer Behinderung. Die Prüfungsordnung über die staatliche Prüfung zur Heilerziehungspflegerin im Saarland regelt die Zugangsvoraussetzungen zur Abschlussprüfung und zur bestandenen Ausbildung.[6]

---

1 International Council of Nurses (ICN)-Definition von Pflege.

2 https://www.saarlaendische-pflegegesellschaft.de/assets/files/vertraege/stationaer/rv-paragraph-86-abs-3-sgb-xi-verguetungsverfahren-stationaer.pdf, letzter Zugriff 29.04.2019.

3 GKV-Spitzenverband: Richtlinien nach § 53c SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in stationären Pflegeeinrichtungen (Betreuungskräfte-RL) vom 19. August 2008 in der Fassung vom 23. November 2016, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/betreuungskraefte/2016_11_23_Pflege_Betreuungskraefte-RL__53c_SGB_XI.pdf, 2019.

4 Bundesministerium für Gesundheit: Gesundheitsberufe. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html, 2019.

5 Anerkennung in Deutschland – Das Informationsportal der Bundesregierung zur Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen: Berufliche Anerkennung. Gesundheitsberufe, https://www.anerkennung-in-deutschland.de/html/de/gesundheitsberufe.php, 2019.

6 Ministerium der Justiz: Verordnung – Prüfungsordnung – über die staatliche Prüfung zur Heilerziehungspflegerin/zum Heilerziehungspfleger, http://sl.juris.de/cgi-bin/landesrecht.py?d=http://sl.juris.de/sl/gesamt/HeilerzPrO_SL_2004.htm, 2019.

5.3 Akademisierung der Pflege

Die Akademisierung der Pflege in Deutschland hat eine relativ junge Geschichte. Anders als in anderen europäischen Ländern, vor allem in Nordamerika, haben sich in Deutschland erst seit Beginn der 1990er Jahre Studienangebote fest etabliert.

Eine Akademisierung[1] des Berufs Pflege erschien vielen lange Jahre als nicht erstrebenswert und unnötig. Pflege galt sozusagen als „Jederfraufähigkeit", die keiner höheren Qualifikation bedarf. Mit dem sozialen Wandel in den westlichen Industrieländern (demografischer Wandel, Multimorbidität und Chronifizierung von Krankheitsverläufen, vermehrter Einsatz neuer Technologien) entstanden zunehmend neue Herausforderungen, die mit den üblichen Qualifikationen in der Pflege nicht mehr zu bewältigen waren. Publikationen wie „Pflege braucht Eliten"[2] von der Robert-Bosch-Stiftung haben die Diskussionen um die Akademisierung maßgeblich befördert.

Tendenziell zeichnet sich mittlerweile auch in Deutschland im Hochschulbereich eine Richtung ab, die vergleichbar ist mit den europäischen Nachbarländern und den USA. Sie basiert auf einem grundständigen und generalistischen „dualen" Studium mit erweiterter Kompetenz und eröffnet den Weg zu spezialisierten Masterstudiengängen und zur Promotion. Hier entstehen neue Berufsfelder, deren Einordnung in die deutsche, ärztlich dominierte Gesundheitslandschaft revolutionär sein dürften.

In relativ kurzer Zeit wurden in Deutschland an circa 40 (Fach-)Hochschulen rund 60 pflegespezifische Diplom-Studiengänge gegründet, mit den Fachbereichen Pflegemanagement, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft. Ursprünglich waren die Adressaten ausgebildete Pflegekräfte mit einer Hochschulzugangsberechtigung. Meist hatten diese schon diverse Weiterbildungen erfolgreich absolviert. Sie nahmen finanzielle und persönliche Einschränkungen ohne klare Perspektive auf sich, um die Chance auf einen akademischen Abschluss zu erhalten.

Durch den Bologna-Prozess – ausgelöst durch die europäische Bologna-Charta – werden „duale" Studienmöglichkeiten, die zu einem generalistischen Berufsabschluss und dem akademischen Grad eines Bachelors of Nursing führen, angeboten. Problematisch ist, dass hier keine einheitlichen beziehungsweise vergleichbaren Strukturen und Inhalte definiert sind. Masterabschlüsse mit unterschiedlichen Spezialisierungen und Promotionen sind möglich. Während Absolventinnen mit Studienabschlüssen in Pflegemanagement und Pflegepädagogik vom Arbeitsmarkt „aufgesaugt" werden, stehen Absolventinnen mit dualen Studienabschlüssen häufig vor der

Problematik, dass die Arbeitgeber noch nicht so recht wissen, was sie mit dieser Qualifikation anfangen können.

Pflegestudium derzeit wenig attraktiv, da unklare Perspektiven

Eine Regelausbildung an Hochschulen ist gesetzlich geregelt und soll, gegenüber der generalistischen Ausbildung, erweiterte wissenschaftsbasierte Ausbildungsziele vermitteln. Unklar bleibt, welche Tätigkeitsbereiche hierfür definiert werden können, ohne Generierung eines eigenständigen Berufsprofils. Für Studierende gelten zudem keine arbeitsrechtlichen Absicherungen vergleichbar denen der Auszubildenden. So haben sie während der praktischen Ausbildungsphasen, die immerhin mindestens 2.300 Stunden umfassen, nur Praktikantenstatus ohne Anspruch auf Vergütung. Diese Rahmenbedingungen tragen nicht dazu bei, das Pflegestudium attraktiv zu machen, zumal ungeklärt ist, wie studierte Pflegefachpersonen eingesetzt werden und auch tariflich einzugruppieren sind.[3]

Pflegestudienmöglichkeiten im Saarland

Folgende Studienmöglichkeiten an der Hochschule für Technik und Wirtschaft (htw saar) in Saarbrücken, der Berufsakademie für Gesundheits- und Sozialwesen Saarland (BAGSS) sowie der Hamburger Fernhochschule (HFH) bieten sich saarländischen Studierenden :

- Die htw saar bietet einen primärqualifizierenden, ausbildungsintegrierten Studiengang Bachelor of Science Pflege (B.Sc.) und einen Aufbaustudiengang Bachelor of Arts (B.A.) Management und Expertise im Pflege- und Gesundheitswesen an.
  Im Studiengang Bachelor of Science Pflege erwerben die Studierenden einen akademischen Abschluss sowie drei Berufsabschlüsse in acht Semestern: Bachelor of Science (B.Sc.) und gleichzeitig die Berufsanerkennung als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Gesundheits- und Krankenpflegerin und als Altenpflegerin. Die theoretische Hochschulausbildung findet an der htw saar, die praktische Ausbildung in Kooperationseinrichtungen statt.
  Der Aufbaustudiengang B. A. Management und Expertise im Pflege- und Gesundheitswesen umfasst sechs Semester und gliedert sich in ein Grund- und ein Hauptstudium. Aufbauend auf den Grundlagenmodulen im dreisemestrigen Grundstudium werden im Hauptstudium vertiefende Module und Wahlpflichtangebote aus den Bereichen Management und Expertise angeboten. Im 4. und 5. Semester ist ein Studienprojekt integriert. Die Übertragung der fachwissenschaftlich erlernten Zusam-

menhänge auf Probleme der Praxis wird durch eine zwölfwöchige praktische Studienphase im 5. Semester vertieft. Das Studium wird mit der Bachelor-Arbeit abgeschlossen.

- Die BAGSS bietet seit 2012 den dualen Studiengang Pflege an. Nach sechs Semestern wird der Berufsabschluss in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Altenpflege erreicht, nach dem 7. Semester, mit bestandener Bachelor-Prüfung, der akademische Grad B.Sc. erlangt.
  Zum 1. Oktober 2018 startete zudem der siebensemestrige Bachelor-Studiengang Berufspädagogik im Gesundheitswesen. Adressaten des berufsbegleitenden, praxisintegrierenden Studiengangs sind Lehrende in Gesundheitsfachberufen (Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie und andere).

- Die HFH bietet im Rahmen des siebensemestrigen Fernstudiengangs Pflegemanagement Präsenzveranstaltungen am Studienzentrum in St. Ingbert an. Adressaten sind Fachkräfte aus den Gesundheitsberufen, die sich für Management- und Leitungsaufgaben im Gesundheitswesen qualifizieren wollen.
  Weitere, für Pflegekräfte relevante Studiengänge der HFH sind: Berufspädagogik für Gesundheits- und Sozialberufe (B. A.), Gesundheits- und Sozialmanagement (B. A.), Therapie- und Pflegewissenschaften (B. Sc.) auch als duales Studium und der Master Management im Gesundheitswesen (M. A.).

[1] Friesacher, H.: Professionalisierung der Pflege – vom Hilfsberuf zur evidenzbasierten Heilkunde? In: intensiv 17/4 (2009), S. 177–181.

[2] Pflege braucht Eliten: Denkschrift der Kommission der Robert-Bosch-Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. Stuttgart, 1992.

[3] Dielmann, G.: Das Ziel verfehlt. Anmerkungen zur Ausbildungsreform: Dr. med. Mabuse Nr. 237, S. 45–48. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 2019.

5.4 Fort- und Weiterbildung wird bedeutsamer

Im Rahmen der Generalistik werden in der Ausbildung hauptsächlich Grundlagen in den verschiedenen Bereichen der bisher getrennten Berufsfelder gelegt. Als Konsequenz braucht es daher spezialisierte, aber auch aufeinander abgestimmte Fort- und Weiterbildungsangebote, um in den unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern fachlich kompetent handeln zu können. Bisher ist das Fort- und Weiterbildungsangebot jedoch eher unübersichtlich. Erforderlich ist daher eine bessere Strukturierung.

5.4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Fortbildung dient der beruflichen Kompetenzerhaltung, Weiterbildung ist die Wiederaufnahme organisierten Lernens nach Abschluss einer Berufsausbildung. Fortbildung beschreibt das kurzfristige Auffrischen von Wissen, eine berufliche Weiterbildung wird über einen längeren Zeitraum absolviert und geht meist mit einer erweiterten Berufsbezeichnung und einem erweiterten Aufgabenbereich einher.

Pflegefachkräfte sind verpflichtet, Maßnahmen zur beruflichen Kompetenzerhaltung zu ergreifen. Gemäß § 6 der Berufsordnung für Pflegekräfte im Saarland, in der aktualisierten Fassung vom November 2014, sollen die Pflegefachkräfte, neben dem Studium der Fachliteratur, in der Regel Maßnahmen im Umfang von mindestens zehn Stunden im Jahr gegenüber dem Landesamt für Soziales (LAS) beziehungsweise dem zuständigen Gesundheitsamt (bei Selbstständigkeit) in geeigneter Form nachweisen. Der Gesetzgeber nimmt hier jedoch ausschließlich die Pflegefachkräfte in die Verantwortung (zum Beispiel durch die Sanktionierung eines Verstoßes gegen § 6 gem. § 11 Abs.1 Nr. 6), nicht die Arbeitgeber.

In der Praxis werden die Vorgaben nach § 6 (zu Unrecht) schon durch die obligatorischen Unterweisungen wie Notfallmanagement-, Brandschutz- und Hygieneschulungen als erfüllt angesehen. Hier besteht dringender Nachbesserungsbedarf.

Fort- und Weiterbildung vor neuen Anforderungen

Zudem macht der medizinische Fortschritt Spezialisierungen im pflegerischen Bereich erforderlich, da die sogenannte „Gerätemedizin“ besondere Anforderungen an das pflegerische Personal stellt. Deshalb braucht Pflege Möglichkeiten der Spezialisierung in Form von Weiterqualifizierungskon-

zepten, die durch die Teilnahme an Fachweiterbildungen oder an Bachelor- beziehungsweise Masterstudiengängen erworben werden können.

Zusätzliche Anforderungen entstehen auch durch die generalistische Ausbildung: „Das neue Gesetzesvorhaben erhöht die Bedeutung von spezialisierten Kompetenzen für die zunehmend komplexer werdenden Pflegesituationen.“[1] Das Pflegeberufegesetz (PflBG) vom 17.07.2017 und die damit verbundene generalistische Erstausbildung (für die Bereiche der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (GKiP), der Gesundheits- und Krankenpflege (GKP) und der Altenpflege (AP) vermittelt im ersten Schritt ausschließlich Grundkenntnisse in allen Bereichen. Je nachdem in welchem beruflichen Tätigkeitsfeld später gearbeitet wird, ist jedoch weiteres spezialisiertes Fachwissen erforderlich. Dieses muss daher hauptsächlich nach absolvierter Ausbildung in Form von Anpassungs- und Aufstiegsqualifizierungen erworben werden. Damit steigt einerseits der Fort- und Weiterbildungsdruck auf die Beschäftigten. Andererseits müssen auch die Angebote der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen diesem Druck Rechnung tragen.

In diesem Zusammenhang sind im Bereich der Fort- und Weiterbildungspolitik entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, um sowohl saarlandweit einheitliche Angebote zu schaffen als auch eine länderübergreifende Vergleichbarkeit herzustellen.

5.4.2 Aktuelle Fort- und Weiterbildungspolitik: Wenig transparent

Die Angebotslage an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu pflegerelevanten Themen gestaltet sich im Saarland bis heute sehr unübersichtlich. Das Angebot erstreckt sich zum Beispiel auf die Umsetzung der Expertenstandards, aber auch auf Fortbildungen zu arbeitsrechtlichen und haftungsrechtlichen Fragen sowie zu Kommunikation und Teamentwicklung. Ein wichtiges Themenfeld, auch und gerade in Bezug auf die Alterung der Gesellschaft, die gerontologische und gerontopsychiatrische Pflege, ist derzeit leider noch unterrepräsentiert.

Insgesamt zeigt sich daher die Notwendigkeit einer Bedarfsanalyse, um die bestehenden sowie die benötigten Angebote koordinieren und hinsichtlich Inhalt, Kompetenzerlangung und Stundenzahl vergleichen zu können. Die Arbeitskammer des Saarlandes hat sich dieser Aufgabe bereits durch die Einsetzung eines Lehrbeauftragten angenommen. Dieser wird sowohl die bestehenden Angebote systematisch zusammenstellen als auch Bedarfe analysieren. Die Ergebnisse dieser Arbeit werden in der bei der AK angesiedelten Weiterbildungsdatenbank eingestellt werden.

Besser stellt sich die Situation für berufsspezifische nichtakademische Fachweiterbildungen bzw. Aufstiegsweiterbildungen in der Pflege dar. Darunter werden Weiterbildungen mit dem Ziel eines beruflichen Aufstiegs oder einer Anpassung zu einer qualifizierten Fachkraft verstanden. Diese werden in der Regel berufsbegleitend angeboten und enden mit einer Abschlussprüfung, die zum Erwerb einer neuen Berufsbezeichnung oder einer erweiterten Berufsbezeichnung führt. Die Gestaltung dieser Weiterbildungen unterliegt in Deutschland der Rechtshoheit der Landesgesetzgebung.

Im Saarland gibt es fünf Fachpflegeweiterbildungen, die in der „Verordnung zur Durchführung der Fachweiterbildungen in den Pflegeberufen“ geregelt sind.[2]

Dabei handelt es sich um die Fachpflege
- in der Intensivmedizin und Anästhesie;
- in der Psychiatrie;
- in der Rehabilitation und Langzeitpflege;
- im operativen und endoskopischen Funktionsdienst sowie
- in der Schmerztherapie, Onkologie, Palliativmedizin und im Hospiz.

Voraussetzung für diese Fachpflegeweiterbildungen ist in allen Bereichen ein theoretischer und praktischer Unterricht von mindestens 720 Stunden sowie ein berufspraktischer Anteil von 1.600 Stunden, abzuleisten in vorge-

schriebenen Einrichtungen mit spezieller Versorgung. Die Weiterbildungen dauern in der Regel zwei Jahre. Es wäre wünschenswert, berufsspezifische Fachweiterbildungen auch in den Bereichen Geriatrie und Gerontopsychiatrie zu konzipieren und diese gleichfalls bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu etablieren.

- Neben den oben aufgeführten, an den medizinisch-pflegerischen Belangen orientierten Fachweiterbildungen werden Managementweiterbildungen zur Stations-, Wohnbereichs- oder Pflegedienstleitung angeboten. Diese scheinen aber eine immer geringere Rolle zu spielen, da sich hier zunehmend Hochschulabsolventinnen etablieren.

- Aktuell nachgefragt ist die staatlich anerkannte Funktionsweiterbildung zur Praxisanleiterin für Gesundheitsberufe. Hintergrund ist die Änderung der Verordnung zur Durchführung der Praxisanleitung in Einrichtungen der praktischen Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege vom 20.02.2017, wonach gemäß § 2 Abs. 2 für mindestens 10 % der vorgeschriebenen praktischen Ausbildungszeit Praxisanleitung zu gewährleisten ist.

- Andere Weiterbildungsangebote bedürfen rechtlicher Rahmenbedingungen, damit für die Absolventinnen die Voraussetzungen geschaffen werden, in den Gebieten ihrer Weiterbildung tätig werden zu können. Dies gilt zum Beispiel für die Weiterbildungen zur Familiengesundheitspflegerin, die vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe in Kooperation mit der Barmer GEK konzipiert wurde. Hier bietet sich eine Etablierung im Bereich des Schmerzmanagements oder der Palliativversorgung an. Damit würde den Absolventinnen dieser Weiterbildungen ermöglicht, einen tarifwirksamen Abschluss zu erhalten und rechtssicher zu arbeiten.

5.4.3 Finanzierung

Die Finanzierung der Fort- und Weiterbildung im Bereich der Pflege bedarf einer grundlegenden Verbesserung. Für Bildungswillige ist kaum zu durchschauen, welche finanziellen Fördermöglichkeiten sich ihnen bieten. Viele Arbeitgeber unterstützen zwar das Engagement ihrer Mitarbeiterinnen in Sachen Weiterbildung durch die Gewährung von Freistellungen oder finanzieller Zuschüsse zu den Weiterbildungskosten. Auch das Einbringen von Bildungsurlaub in die Weiterbildung ist weit verbreitet. Insgesamt erscheinen aber die derzeitigen finanziellen Angebote sowie die Regelungen des Saarländischen Bildungsfreistellungsgesetzes (SBFG) vom 20.04.2016, auch mit Blick auf die Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten, nicht ausreichend. Hier ist eine Nachsteuerung erforderlich.

5.4.4 Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR/DQR)

Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR) ist der Referenzrahmen für den Vergleich der verschiedenen nationalen Qualifikationssysteme. Ziel ist es, bisher voneinander abgeschottete Bildungssysteme aufeinander zu beziehen und die Durchlässigkeit im Bildungssystem zu erhöhen.

Kernstück des EQR sind acht Referenzniveaus. Sie beschreiben Lernergebnisse, also das, was Lernende wissen, verstehen und in der Lage sind, zu tun. Der EQR stellt die abstrakte Kategorie der Lernergebnisse, unterteilt in Wissen, Fähigkeiten, Verantwortung und Autonomie, in den Mittelpunkt. Der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) impliziert noch als vierte Kategorie die Sozialkompetenz. Die Niveaus des DQR wurden im Rahmen der sogenannten Referenzierung „1:1“ den Niveaus des EQR zugeordnet. Beide wurden entwickelt, um Berufs- und Bildungsabschlüsse europaweit vergleichbarer und transparenter zu machen. Auf Niveau 1 sind zum Beispiel berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen, auf Niveau 4 duale Berufsausbildungen mit 3- bis 3,5-jähriger Dauer, und auf Niveau 8 Promotionen angesiedelt.

Um die Besonderheiten der Länder der Europäischen Union bezüglich der Bildungs- und Qualifikationssysteme sicherzustellen, hat jedes Land einen eigenen Nationalen Qualifikationsrahmen (NQR) entwickelt. Der Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) wurde im März 2011 vom Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK-DQR) verabschiedet.[3]

Er soll dazu beitragen:

- „die Gleichwertigkeit von allgemeiner, beruflicher und hochschulischer Bildung zu verdeutlichen,
- die Orientierung der Qualifikationen an Kompetenzen zu fördern,
- die Orientierung der Qualifizierungsprozesse an Lernergebnissen zu fördern,
- Durchlässigkeit und Qualitätssicherung im deutschen Bildungssystem zu unterstützen,
- Möglichkeiten der Anerkennung und Anrechnung von nicht-formal und informell erworbenen Kompetenzen zu verbessern sowie
- lebenslanges Lernen insgesamt zu stärken.“[4]

Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR, Stand 2017)

Niveau	Qualifikation
8	• Promotion
7	• Master/Betriebswirte (HK/IHK)/Berufspädagogen (Geprüfte)
6	• Bachelor • Meister/Fachwirte/Fachkaufleute/Aus- und Weiterbildungspädagoge • Fachschule • Staatlich anerkannte Fortbildungsgänge z.B. Strategische Professionals
5	• Staatlich anerkannte Fortbildungsgänge z.B. IT-Spezialisten
4	• Drei- und dreieinhalbjährige staatlich anerkannte Ausbildungsordnungen • (Berufsbilder) Fachhochschulreife (FHR) • NEU: Fachgebundene Hochschulreife (FgbHR) • NEU: Allgemeine Hochschulreife (AHR)
3	• Zweijährige staatlich anerkannte Ausbildungsordnungen (Berufsbilder) • NEU: Berufsfachschule (Mittlerer Schulabschluss) • NEU: Mittlerer Schulabschluss (MSA)
2	• Berufsausbildungsvorbereitung: - Maßnahmen der Arbeitsagentur (BvB) - Berufsvorbereitungsjahr (BVJ) - Einstiegsqualifizierung (EQ) • Berufsfachschule (Berufliche Grundbildung) • NEU: Hauptschulabschluss (HSA)
1	• Basisqualifikationen • Berufsausbildungsvorbereitung: - Maßnahmen der Arbeitsagentur (BvB) - Berufsvorbereitungsjahr (BVJ) - Einstiegsqualifizierung (EQ)

Quelle: BIBB

2014 wurden erstmals die Pflegefachberufe in das DQR-System aufgenommen und in Niveau 4 eingeordnet, während die berufliche Pflege in den Nachbarländern mindestens auf Niveau 5, in der Regel auf 6 eingeordnet ist. Dies erschwert den Pflegekräften mit einer Ausbildung in Deutschland eine Berufsfindung über die Grenzen hinweg, außerdem ist diese Einstufung keine Werbung für die deutsche Pflege. Die Ausbildungsdauer beträgt in allen anderen Ländern mindesten 3,5 Jahre, in Deutschland auch in der Generalistik weiterhin nur drei.

Konkret bedeutet dies, dass Pflegefachkräfte aus Deutschland in den europäischen Nachbarländern formal deutlich schlechter gestellt sind als die Kolleginnen, die dort ihre Ausbildung absolviert haben.

5.4.5 Anerkennung ausländischer Berufsausbildungen

2010 einigte sich die Weltgemeinschaft auf den „WHO-Verhaltenskodex zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal“[5]. Dieser fordert die Staaten in erster Linie auf, selbst ausreichend einheimisches Gesundheitspersonal auszubilden und zu beschäftigen. Nur für den Ausnahmefall, dass der Bedarf nicht gedeckt werden kann, etabliert der Kodex Verfahren zur zurückhaltenden Rekrutierung von Fachkräften aus dem Ausland. Aber inzwischen werden in Süd- und Osteuropa verstärkt Werbekampagnen gestartet, um in Deutschland den Bedarf an Pflegekräften zu decken. Die Bundesregierung hat im Jahr 2012 das sogenannte Anerkennungsgesetz als Instrument zur Sicherung des Fachkräftebedarfs in Deutschland verabschiedet. Nach der erfolgreichen Anerkennung sind mittlerweile neun von zehn Fachkräften mit ausländischem Berufsabschluss erwerbstätig. Zu diesem Ergebnis kommt eine umfangreiche Wirkungsanalyse, die die Bundesregierung im Juni 2017 vorgestellt hat.[6]

Bevor das Anerkennungsgesetz in Kraft trat, hatten nur wenige zuwandernde Fachkräfte die Möglichkeit, ihre beruflichen Qualifikationen bewerten zu lassen. Das Gesetz hat dies geändert. Es schafft für alle bundesrechtlich geregelten Berufe möglichst einheitliche und transparente Anerkennungsverfahren. So kann die Gleichwertigkeit des ausländischen Berufsabschlusses mit dem deutschen Abschluss ermittelt werden. Dies ist auch in der Pflege Voraussetzung dafür, in diesem Beruf zu arbeiten oder sich selbstständig zu machen. Das Gesetz verbessert damit die Chancen für Menschen, die ihre beruflichen Qualifikationen im Ausland erworben haben, in Deutschland in ihrem erlernten Beruf zu arbeiten und ermöglicht so eine bessere Arbeitsmarktintegration. Mit 2,2 Millionen Euro unterstützt das Bundesgesundheitsministerium ein neues Modellprojekt im Saarland, das ausländische Pflegekräfte integrieren und zugleich den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen bekämpfen will.[7] Dennoch tut eine Verbesserung bezogen auf eine zügige Bearbeitung der Anerkennungsverfahren Not. Dies kann nur durch die Aufstockung des Personals in dem hier zuständigen Landesamt für Soziales erreicht werden.

5.4.6 Herausforderungen für die Zukunft

Fort- und Weiterbildungen waren und werden immer zentraler Bestandteil des Berufsbildes der Pflege sein. Lebenslanges Lernen, Arbeiten nach evidenzbasierten Erkenntnissen, bestmögliche Versorgung der Patienten – all das impliziert die Relevanz von Fort- und Weiterbildungen in der Pflege. Mit Blick auf den demografischen und epidemiologischen Wandel gilt es, politisch in den Bereichen der pflegeberuflichen Bildung Rahmenbedingungen zu schaffen, die es ermöglichen, auch zukünftig den Entwicklungen und Herausforderungen in der Pflege professionell gerecht werden zu können und darüber hinaus die Attraktivität des Berufsbildes Pflege zu steigern.

Hinzu kommt: Die Verantwortung zur Wahrnehmung verpflichtender Fort- und Weiterbildung kann nicht nur auf die Schultern der Beschäftigten gelegt werden. Grundsätzlich müssen auch die Arbeitgeber in die Verantwortung genommen werden, Sorge dafür zu tragen, dass ihre Pflegekräfte für die gesetzlich vorgeschriebenen Schulungen freigestellt werden und dass die Teilnahme kontrolliert wird.

Die Träger der Pflegeeinrichtungen und Kliniken müssen daher verpflichtet werden, sicherzustellen, dass die Beschäftigten die erforderliche persönliche und fachliche Eignung für die von ihnen ausgeübte Funktion und Tätigkeit haben. Hiermit muss die Verpflichtung einhergehen, den Beschäftigten die Gelegenheit zur Teilnahme an berufsbegleitenden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu geben oder regelmäßige Fortbildungen in den Einrichtungen anzubieten, die sie für die Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben nach dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse benötigen. Die Teilnahme an diesen Fortbildungen ist als Arbeitszeit anzurechnen.

---

[1] Gaidys, U.: Generalistik braucht Spezialisierung, in: Die Schwester Der Pfleger. Die führende Fachzeitschrift für die Pflege, Jahrgang 8/16 (2016), S. 93.

[2] Verordnung zur Durchführung der Fachweiterbildungen in den Pflegeberufen vom 30.01.2001, zuletzt geändert 24.11.2015.

[3] https://www.dqr.de/media/content/Der_Deutsche_Qualifikationsrahmen_fue_lebenslanges_Lernen.pdf (Abruf am 10.04.2019).

[4] https://www.dqr.de/content/60.php. (Abruf am 10.04.2019).

[5] Angenendt, Steffen; Clemens, Michael; Merda, Meiko: Der WHO-Verhaltenskodex, in: SWP-aktuell, April 2014.

[6] https://www.bmbf.de/de/anerkennung-auslaendischer-berufsqualifikationen-1091.html (Abruf am 29.03.2019).

[7] ÄrzteZeitung vom 16.01.2019.

6 Gesundheit und Pflege in der Großregion

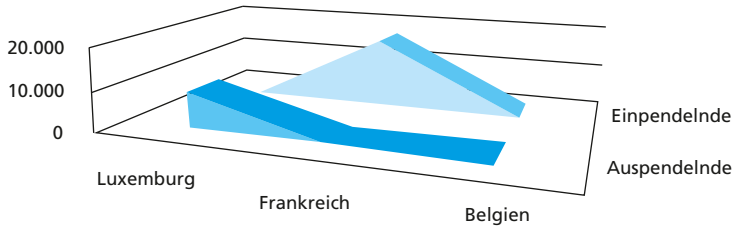
Bei Pflegekräften ist eine hohe Mobilität in der Großregion erkennbar, allerdings überwiegend nur in eine Richtung. Rund die Hälfte der Pflegekräfte in Luxemburg sind Grenzgängerinnen. Grund sind die unterschiedlichen Einkommensniveaus: In Luxemburg verdient eine Pflegekraft 94.000 € im Jahr, in Deutschland rund 36.000 €, je nach Einsatzgebiet und Berufserfahrung.[1] Die Praxis in der Großregion zeigt aber, dass sich eine grenzüberschreitende Pflegeausbildungs-Kooperation positiv bei den zu Pflegenden auswirken kann.

Gesamt-Erwerbstätigkeit in der Großregion ist gestiegen

Im Jahr 2017 gab es mit rund 232.000 Grenzgängerinnen in der Großregion die meisten Pendlerinnen in Europa, mit Ausnahme der Schweiz.[2] Über die Hälfte von ihnen stammt aus Frankreich und mehr als ein Viertel arbeitete in Luxemburg. Während dort die Zahl der Pendlerinnen insgesamt stetig steigt, geht in Deutschland die Anzahl der meist aus Frankreich stammenden Arbeitskräfte zurück. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über Ein- und Auspendlerinnen in der Großregion:

Grafik 1

Anzahl der Ein- und Auspendelnden im Saarland gesamt



	Luxemburg	Frankreich	Belgien
Auspendelnde	8.960	0	0
Einpendelnde	40	17.063	13

Quelle: Berechnungen IBA (Stichtag 30.06.2017), eigene Darstellung Arbeitskammer

INTERREG V und die Projekte zu Gesundheit und Pflege

Im Rahmen des grenzüberschreitenden Kooperationsprogramms INTERREG V der Europäischen Union werden mehrere Projekte im Bereich Gesundheit und Pflege mit dem Ziel gefördert, die Entwicklung eines integrierten Arbeitsmarktes voranzutreiben sowie Bildung, Ausbildung und nachhaltige Mobilität in dem Bereich nachhaltig zu fördern (Prioritätenachse 1). Hierbei sind im Besonderen zwei Projekte für den Pflegebereich relevant:[3]

- PTFSI – Grenzüberschreitende Krankenhauspartnerschaft im Bereich der Aus- und Weiterbildung in der Pflege,
- NHL-ChirEx – Chirurgisches & strahlentherapeutisches Exzellenzprogramm der medizinischen Fakultäten Nancy, Homburg/Saar und Lüttich.

Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulante Pflegeeinrichtungen sind wichtige Arbeitgeber in allen Teilregionen

In allen Teilregionen sind Pflegekräfte vor allem in Krankenhäusern, Pflegeheimen und im Bereich der ambulanten Pflege beschäftigt.[4] In Lothringen und in der Wallonie arbeitete im Jahr 2011 nahezu jede zehnte Beschäftigte in einem der drei Pflegesektoren. In den beiden deutschen Teilregionen Rheinland-Pfalz und Saarland betrifft dies jeweils etwa 6 % der Erwerbstätigen. In der Deutschsprachigen Gemeinschaft (DG) Belgien und in Luxemburg waren etwa 5 % der Erwerbstätigen in den Pflegesektoren tätig. Die Zahl der Beschäftigten in den Pflegesektoren hat zwischen 1999 und 2011 zugenommen, obwohl in der Krankenhauslandschaft Konzentrations- und Fusionsprozesse stattgefunden haben. Besonders stark sind die Beschäftigtenzahlen in den Pflegeheimen und im ambulanten Bereich gestiegen. Vor allem in Luxemburg waren im Jahr 2011 deutlich mehr Personen in diesen Sektoren tätig als noch zwölf Jahre zuvor. In allen Teilregionen können die Pflegesektoren auch in der Zukunft als Beschäftigungsmotoren betrachtet werden.[5]

Mehr als 150.000 Pflegekräfte in der Großregion

Im Jahr 2011 waren in der gesamten Großregion 150.792[6] Pflegekräfte tätig. Gut zwei Drittel davon (103.796 Beschäftigte) waren Pflegefachkräfte, knapp ein Drittel Helferinnen (46.996 Beschäftigte). Mehr als die Hälfte aller Pflegefachkräfte waren in Krankenhäusern beschäftigt. Von den Pflegehelferinnen arbeitete ein größerer Anteil in Pflegeheimen und ambulanten Diensten. In den sechs Teilregionen wird Pflege von unterschiedlichen Berufen erbracht. Die Zuständigkeiten der Berufe variieren von Region zu Region. Aufgrund dieser Unterschiede wurden die Berufe vier Kategorien

von Berufsgruppen zugeordnet, je nachdem, welche Tätigkeiten überwiegend erbracht werden.[7]

- Kategorie 1: Führungskräfte
- Kategorie 2: Pflegefachkräfte
- Kategorie 3: Pflegehelferinnen
- Kategorie 4: Pflegehilfskräfte

Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Beschäftigungsstrukturen

Eine Gemeinsamkeit in allen Teilregionen ist der hohe Frauenanteil in den Pflegeberufen, der bei etwa 90 % liegt. Unterschiede werden dagegen hinsichtlich der Altersstruktur der Pflegekräfte deutlich: Im Schnitt ältere Belegschaften finden sich in den beiden deutschen Teilregionen und in der DG Belgien. Zudem ist in den deutschen Teilregionen der Anteil der Fachkräfte in allen drei Pflegesektoren deutlich höher als in den anderen Gebieten der Großregion (zur Beschäftigungsstruktur im Saarland vgl. Kapitel I.3.3).[8]

Tabelle 1 **Verhältnis beschäftigte Pflegefachkräfte zu Pflegehelferinnen und -helfern**

sektorenübergreifend im Jahr 2011

Rheinland-Pfalz	9,0 : 1
Saarland	8,5 : 1
Lorraine	1,1 : 1
Luxembourg	2,1 : 1
Wallonie	1,8 : 1
DG Belgien	1,1 : 1

Quelle: Lauxen, O.: Der Pflegearbeitsmarkt in der Großregion (Langfassung), eigene Darstellung

Kaum arbeitslose Pflegekräfte

Die Arbeitslosenzahlen für Pflegefachkräfte sind in allen sechs Teilregionen sehr niedrig. Im Jahr 2012 waren die Zahlen in Rheinland-Pfalz (292), in der Wallonie (248) und Lothringen (227) am höchsten. Im Saarland waren nur 38 Pflegefachkräfte arbeitslos gemeldet, in Luxemburg 36 und in der DG Belgien 8. Die Arbeitslosenzahlen entwickeln sich seit 2007 in den Teilregionen unterschiedlich: Rückläufige Zahlen weisen die deutschen Teilgebiete und die Wallonie (mit Ausnahme 2013) auf, in Lothringen und Luxemburg steigt die Zahl, in der DG Belgien blieb sie unverändert. Die wohl nur temporären Anstiege in einigen Regionen lassen sich auf Fusionen und Ratio-

nalisierungsbestrebungen im Gesundheitssektor und damit verbundenen Freisetzungen und Einstellungsstopps zurückführen sowie in Lothringen auf doppelte Absolventenjahrgänge im Jahr 2012 aufgrund der Umstellung des Ausbildungssystems aus dem Jahr 2009.[9]

Die Altersstrukturdaten der Arbeitslosen zeigen, dass in Lothringen und in der Wallonie mehr jüngere Pflegefachkräfte arbeitslos sind als in den deutschen Teilregionen, wo das einrichtungsnahe Ausbildungssystem den Übergang von der Ausbildung in den Beruf für Nachwuchskräfte erleichtert. Davon abgesehen ist Arbeitslosigkeit in den Pflegeberufen kein strukturelles Problem des Pflegearbeitsmarktes der Großregion: Die Absolutzahlen sind gering und auch der Anteil der Langzeitarbeitslosen in den Pflegeberufen ist geringer ausgeprägt.

Fast 22.000 Auszubildende in den Pflegeberufen

Im Jahr 2011 befanden sich in der Großregion insgesamt 21.909 Personen in einer Ausbildung zur Pflegefachkraft oder Pflegehelferin beziehungsweise in einer Weiterbildung oder Spezialisierung. Ausbildung findet in allen sechs Teilregionen statt. Während in Rheinland-Pfalz, im Saarland und in der Wallonie vor allem Pflegefachkräfte ausgebildet werden, ist der Anteil der Pflegehelferinnen in Lothringen und Luxemburg relativ hoch. Auch die Anzahl der Absolvierenden zeigt, dass den Aide-soignants (Pflegerin) in Lothringen eine besondere Bedeutung zukommt. Auf 1.285 Absolventinnen der Fachkraft-Ausbildung kamen im Jahr 2012 fast ebenso viele Pflegehelferinnen. Auch in Luxemburg und in der DG Belgien qualifizierten sich im Jahr 2012 in etwa gleich viele Helferinnen wie Fachkräfte für den Arbeitsmarkt. In den beiden deutschen Bundesländern und in der Wallonie sind die Absolventenzahlen bei den Fachkräften dagegen deutlich höher als bei den Helferinnen.

Der Anteil der jungen Menschen im Alter zwischen 15 und 29 Jahren, die eine Pflegeausbildung absolviert haben, ist in Lothringen, aber auch in den beiden deutschen Teilgebieten höher als in Luxemburg und in den belgischen Regionen. Auch im Vergleich zum Beschäftigtenstand sind die Absolventenzahlen in Lothringen, im Saarland und in Rheinland-Pfalz am höchsten. Hier konnte der Beschäftigtenstand im Jahr 2011 durch Absolventinnen der Ausbildungen stärker erweitert werden als in den anderen Teilgebieten. Die Ausbildungszahlen für die Pflegeberufe sind in den vergangenen Jahren in den deutschen Teilgebieten, in Lothringen und in der Wallonie stark gestiegen. In der DG Belgien blieben die Ausbildungszahlen seit dem Jahr 2000 weitgehend konstant, in Luxemburg ist lediglich die Helferinnen-Ausbildung ausgeweitet worden.

Grenzgängerinnen in den Pflegesektoren leben in grenznahen Regionen

Die Betrachtung der Grenzgängerinnenströme in die drei luxemburgischen Pflegesektoren zeigt, dass die meisten Einpendlerinnen in Grenznähe zum Großherzogtum wohnen. Der größte Anteil kommt aus dem lothringischen Thionville-Est (18 %), gefolgt von Briey (15 %) sowie den rheinland-pfälzischen Landkreisen Bitburg-Prüm und Trier-Saarburg, in denen jeweils knapp 11 % aller Grenzgängerinnen und Grenzgänger für die Pflegesektoren leben. Das größte Einzugsgebiet aus Richtung der Wallonie bildet mit 8 % Arlon. Eine ähnliche Bedeutung kommt dem Landkreis Merzig-Wadern im Saarland zu (7 %).

Pflegefachkräfte in luxemburgischen Krankenhäusern sind zur Hälfte Grenzgängerinnen

Gut ein Drittel aller Beschäftigten in Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Diensten lebten nicht im Großherzogtum. In den Krankenhäusern sind sogar mehr als die Hälfte der beschäftigten Pflegefachkräfte Grenzgängerinnen. Von den 3.574 im Jahr 2012 in Krankenhäusern beschäftigten Pflegefachkräften stammten 919 aus Frankreich (26 %), 491 aus Belgien (14 %) und 460 aus Deutschland (13 %). Lediglich 1.704 Pflegefachkräfte lebten auch im Großherzogtum (48 %).

Grenzgängerinnenstrom nach Luxemburg nimmt zu

Die Zahl der beschäftigten Pflegefachkräfte in den Krankenhäusern des Großherzogtums insgesamt hat zwischen 2008 und 2013 um 15 % zugenommen. Die Zahl der einheimischen Beschäftigten ist jedoch nur um 10 % gestiegen. Weit stärker ist der Grenzgängerstrom aus Frankreich gewachsen (+31 %). Die Zahl deutscher Grenzgängerinnen und Grenzgänger ist um 11 % gestiegen, die der belgischen um 8 %.

Kaum Grenzgängerinnenmobilität in die anderen Teilgebiete

Die Grenzgängerinnenmobilität im Pflegebereich in die anderen Teilgebiete der Großregion ist im Vergleich zu Luxemburg erheblich geringer.[10] Während in Luxemburg 35 % der Beschäftigten in den Pflegesektoren Grenzgängerinnen sind, bewegen sich die Einpendlerinnenquoten in den anderen Teilgebieten im niedrigen einstelligen Bereich. Die Mehrheit der Grenzgängerinnen in der DG Belgien stammt aus Deutschland, die Einpendlerinnen in die beiden deutschen Bundesländer sind überwiegend in

Frankreich ansässig. Bei ihnen handelt es sich größtenteils um sogenannte atypische Grenzgängerinnen, also Personen mit deutscher Nationalität, die ihren Wohnsitz nach Frankreich verlegt haben.

Exkurs: Ein aktuelles Kooperationsbeispiel aus der Praxis (2016–2020): „Grenzüberschreitende Krankenhauspartnerschaft im Bereich der Aus- und Fortbildung in der Pflege" (INTERREG V Großregion)

Auf Initiative der Pflegedirektionen kooperieren die SHG-Kliniken Völklingen und das Institut für Krankenpflegeausbildung des Saargemünder Krankenhauses („IFSI de Sarreguemines" des „Centre Hospitalier de Sarreguemines") seit 2008 im Bereich Pflegeausbildung. Beschränkte sich die Zusammenarbeit zunächst auf vereinzelte Praxiseinsätze von Pflegestudierenden des IFSI de Sarreguemines in Völklingen, intensivierte sich die Partnerschaft seither immer weiter und mündete 2011 in einem ausgefeilten Partnerschaftskonzept. Dieses wird aufgrund seines innovativen Charakters und grenzüberschreitenden Mehrwerts bis Mitte 2020 vom INTERREG-V-Programm Großregion gefördert.

Ziel der Partnerschaft ist es, die grenzüberschreitende Beschäftigungsfähigkeit der Pflegeabsolventinnen in der Großregion zu fördern. Die Absolventinnen sollen befähigt werden, ihre beruflichen Ziele und Entwicklungswünsche unabhängig von Region und Arbeitsort zu verwirklichen. Dieses Ziel soll durch die Umsetzung konkreter und ineinandergreifender Maßnahmen erreicht werden: Das IFSI de Sarreguemines entwickelte ein innovatives „Deutschwahlmodul" für seine Studierenden, das berufsspezifische Sprachschulung (theoretischen und praktischen Unterricht) sowie Bewerbungstrainings enthält (Dauer: Drei Jahre, insgesamt 44 Stunden). Der Kurs wird von einem deutsch-französischen Tandem gehalten, das heißt einer Saargemünder Pflegelehrerin und Stationsleitungen der SHG-Kliniken Völklingen. Auf deutscher Seite bietet die SHG ihren Auszubildenden einen berufsorientierten Basiskurs Französisch. Hinzu kommen seit 2018 Französischkurse für das Pflegepersonal im Herzkatheterlabor und auf den Intensivstationen der SHG-Kliniken Völklingen. Das Wahlmodul bereitet die französischen Studierenden auf einen möglichen Praxiseinsatz in Völklingen vor.

Im Praxiseinsatz können sie den Berufsalltag und das Berufsbild der Gesundheits- und Krankenpflegerin im Nachbarland kennenlernen und für die Zukunft realistisch einschätzen. Es bedurfte Jahre der Organisation, um diese grenzüberschreitenden Praxiseinsätze regelkonform zu gestalten: Stationsauswahl, Vergleich von Tätigkeiten, Übersetzungen des Portfolios, gemeinsame Schulung Praxisanleitung. Auch die deutschen Auszubilden-

den können sich für einen Hospitationstag im Saargemünder Psychiatriekrankenhaus anmelden.

Ergänzend zu den Sprachangeboten und Praktika organisieren die Einrichtungen Besuchstage (zum Beispiel Entdeckungstage in den Einrichtungen), gemeinsame Fortbildungen („Deutsch-französischer Beatmungstag“) und Seminarteilnahmen („Herz im Fokus“).

Auf administrativer Ebene wurde eine Erleichterung des automatischen Anerkennungsprozesses für die französischen Absolventinnen des Projektes erwirkt: Die Kandidatinnen aus Frankreich werden beim Anerkennungsprozess intensiv von der Beauftragten für grenzüberschreitende Zusammenarbeit der SHG-Kliniken Völklingen betreut. Aktuell erarbeiten die Einrichtungen ein „Deutsch-französisches Pflegelexikon von der Pflege für die Pflege“, welches auf 100 Seiten die wichtigsten Pflegethemen im stationären Sektor zweisprachig aufarbeitet. Dies soll den Berufsalltag und die Praxiseinsätze in Deutschland erleichtern sowie die Patientinnenkommunikation in der Muttersprache unterstützen.

Seit Beginn des Projektes 2016 konnten bereits über 20 Praxiseinsätze organisiert werden. Im Dezember 2018 nahmen 80 Pflegestudierende und 20 Gesundheits- und Krankenpflegerinnen aus den Partnerkrankenhäusern in Forbach und Saargemünd am Symposium „Herz im Fokus 2018“ teil. Außerdem konnten seit Projektbeginn vier Pflegeabsolventinnen im Herz-Zentrum Saar der SHG-Kliniken Völklingen eingestellt werden. Mit diesen Einstellungen können insbesondere die Patientinnen aus Frankreich noch optimaler in ihrer Muttersprache betreut werden.

---

1 Bericht zur wirtschaftlichen und sozialen Lage der Großregion 2017/2018 für den Wirtschafts- und Sozialausschuss der Großregion (WSAGR), Netzwerk der Fachinstitute der Interregionalen Arbeitsmarktbeobachtungsstelle. https://www.iba-oie.eu/fileadmin/user_upload/Berichte/WSAGR-Berichte/WSAGR_17-18_web.pdf; letzter Zugriff am 12.04.2019.

2 Ebd.

3 Ministerium für Wirtschaft, Arbeit, Energie und Verkehr: Interreg Großregion. Entdecken Sie die Projekte des Programms Interreg VA Großregion! https://www.saarland.de/214976.htm, 2019; letzter Zugriff am 12.04.2019.

4 Diese Bereiche wurden von der Arbeitsgruppe WSAGR als die relevanten „Pflegesektoren“ definiert. Dabei wurde sich hauptsächlich an der europäischen Wirtschaftszweigsystematik (NACE) orientiert.

5 Lauxen, O.; Dr. Larsen, C.: Der Pflegearbeitsmarkt in der Großregion – Berufe, Mobilität und Fachkräftesicherung, Januar 2015, S. 29.

6 Vgl. ebd. S. 64 und 69.

7 Vgl. ebd., S. 33 f.

8 Vgl. ebd., S. 55 f.

9 Vgl. zur Arbeitslosigkeit bei Pflegekräften in der Großregion, Lauxen, a. a. O., S. 56.

10 Vgl. Kapitel 3.6 zur Grenzgängermobilität bei Lauxen, a. a. O.

7 Angebote der Arbeitskammer

Die aktuellen Fragen rund um die Pflege stellen Politik und Gesellschaft vor große Herausforderungen. Die Arbeitskammer ist hier wichtiger Akteur und arbeitet zur Verbesserung der Situation in der Pflege in einem Netz von Partnern mit spezifischen Zuständigkeiten (siehe Kapitel I.2.2.1.2). Sie vertritt die Pflegebeschäftigten basierend auf ihrem gesetzlichen Auftrag und organisiert diese Angebote angelehnt an ihre Kernkompetenzen „beraten. bilden. forschen.". Dabei geht es der Arbeitskammer ganzheitlich um die Belange der beruflich Pflegenden, um die Situation der pflegenden Angehörigen sowie den zu Pflegenden selbst. Sie will mit ihrem Angebot deren Situation verbessern.

Beratung

Die Arbeitskammer bietet ihren Mitgliedern sowohl individuelle als auch für deren Interessenvertretungen kollektive Beratungen zum Arbeits- und Sozialrecht an. Diese Beratungen sind grundsätzlich kostenlos. Im Haus der Beratung in der Saarbrücker Innenstadt finden Mitglieder kompetente Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zu Fragen rund um das Arbeitsleben.

Speziell für Beratungsfragen im Kontext der Pflege hat die Arbeitskammer dabei ihr Angebot in den letzten Jahren systematisch verstärkt. Das Team im Pflegereferat unterstützt, mit den Referentinnen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie den Beratern der Technologieberatungsstelle BEST e. V.[1,2], die Beratung in Fragen rund um gute Arbeitsbedingungen. So spielen Themen zur psychischen und physischen Belastung, die Dienstplangestaltung, aber auch rechtliche Fragen, wie zum Beispiel zu freiheitsentziehenden Maßnahmen, eine zunehmende Rolle bei den konkreten Beratungsfällen, die insbesondere von den Personal- und Betriebsräten, aber auch von vielen Pflegekräften in Anspruch genommen werden.

Die Beratung stützt sich dabei auf einen intensiven Erfahrungs- und Wissensaustausch mit den Praktikern der Pflege. Vor Ort bei Betriebs- und Personalräten oder im Austausch in Netzwerken haben die Referenten der Arbeitskammer immer ein Ohr an den Themen und Problemlagen der betroffenen Kolleginnen und Kollegen.

Veranstaltungen

Neben der Beratung fließen diese Erkenntnisse in eine Vielzahl von Veranstaltungen, Messen und Kongressen ein. Die Arbeitskammer ist Partner beim jährlich von der Gesundheitswirtschaft veranstalteten Gesundheitskongress „Salut“ und beim „Tag der Pflegeberufe“ des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Sie veranstaltet das jährliche AK-Pflegeforum und bietet in zahlreichen kleineren Formaten viele tagesaktuelle Informationen zur Pflege an. Dabei kooperiert die Kammer mit weiteren Partnern für die Pflege sowie mit renommierten Experten, die mit Fachvorträgen und in Podiumsdiskussionen unterstützen.

Veröffentlichungen, Flyer und Broschüren sowie Internet und Social Media

Die Informationen und Erkenntnisse aus den Beratungen, den Netzwerken und den Veranstaltungen fließen in die Publikationen der Arbeitskammer ein. Eine Übersicht über die Leistungen der Arbeitskammer bietet die Broschüre „Pflege in der Arbeitskammer – Ein Wegweiser“. Weitere aktuelle Broschüren und Info-Faltblätter sind „Gesund Pflegen – Gesundheitsschutz in der Kranken- und Altenpflege“, „Pflegefall akut! – Was tun in den ersten 10 Tagen“ sowie „Pflegezeitgesetz/Familienpflegezeitgesetz“.

Alle Informationen zu Broschüren, Info-Faltblättern, Stellungnahmen wie auch Veranstaltungshinweise finden AK-Mitglieder auf den neuen Pflegeseiten der Arbeitskammer-Website[3] oder im Pflegeblog[4]. Darüber hinaus informiert die Kammer regelmäßig über Facebook[5] und Instagram[6].

Politikberatung

Politikberatung ist für die Arbeitskammer eine wichtige Aufgabe, die sich auch ganz konkret aus dem Gesetz ergibt. Die Kammer ist bei Anhörungen im Landtag dabei, gibt Stellungnahmen zu Gesetzesvorhaben mit Bezug auf ihre Mitglieder – also auch konkret, wenn es um Pflege geht – ab. Sie unterstützt im saarländischen Pflegepakt und bezieht in ihrem jährlichen Bericht an die Landesregierung kritisch Stellung zur wirtschaftlichen, ökologischen, sozialen und kulturellen Lage der Beschäftigten im Land.

Weiterbildung

Die Lage der Beschäftigten hat zunehmend mit den tatsächlichen Entwicklungsmöglichkeiten im Beruf und im Betrieb zu tun. Weiterbildung steht

dabei ganz oben auf der Agenda. Auch hier ist die Arbeitskammer aktiv und bietet ganz konkrete Unterstützung. In der Weiterbildungsdatenbank Saar[7] sind viele Angebote der Träger im Saarland gebündelt. Diese Datenbank wird bis 2020 zu einem echten Weiterbildungsportal ausgebaut – auch mit einem Schwerpunkt Pflege.

Die Arbeitskammer ist mit ihrem Bildungszentrum in Kirkel (BZK) aber selbst Bildungsanbieter. Interessierte finden im Bildungskurier und auch auf den Internetseiten des BZK[8] spannende Angebote rund um die Pflege. Aktuelle Themen im Bildungsprogramm der Arbeitskammer: „Freiheitsentziehende Maßnahmen“, „Berufliche Haftung in der Pflege“, „Datenschutz in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen“, „Weisungsrecht“ und „Arbeitsrecht“.

Forschung

Die Angebote und Positionen der Arbeitskammer basieren auf einer soliden Wissensgrundlage. So kommen die im Pflegereferat beschäftigten Kolleginnen und Kollegen selbst aus der Pflegepraxis und haben sich pflegespezifisch akademisch weitergebildet.

Die Arbeitskammer forscht selbst und beauftragt Forschung, um fundiert zu argumentieren und passgenaue Lösungen zu entwickeln. Beispiele: Das Betriebsbarometer von BEST e. V. und der DGB-Index Gute Arbeit mit Sonderauswertungen zum Saarland.

Die an Arbeitnehmerinteressen orientierten Einrichtungen wie das iso-Institut e. V., die Kooperationsstelle Wissenschaft und Arbeitswelt (KoWA) an der Universität des Saarlandes sowie das INFO-Institut e. V. stehen ebenfalls für fallbezogene Forschung rund um die Themen der Pflege für die Arbeitskammer bereit.

---

1 Beratungsstelle für sozialverträgliche Technologiegestaltung e. V. /www.best-saarland.de
2 www.arbeitskammer.de/ak-themenportale/pflege.html
3 ebd.
4 www.ak-pflege-blog.de oder www.blog-zur-pflege.de
5 www.facebook.com/arbeitskammersaarland
6 www.instagram.com/arbeitskammersaarland
7 www.weiterbildungsdatenbank-saar.de
8 www.bildungszentrum-kirkel.de/seminare-im-bzk/seminare-im-bzk

II. Berichte zur wirtschaftlichen, ökologischen, sozialen und kulturellen Lage der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

1 Wirtschaft, Arbeitsmarkt, Einkommen

2 Gute Arbeit

3 Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik

4 Bildungs-, Wissenschafts- und Kulturpolitik

5 Öffentliche Haushalte

6 Innovation, Umwelt, Energie, Verkehr und Ressourcenschutz

7 Europa – Chancen und Aufgaben

1 Wirtschaft, Arbeitsmarkt, Einkommen

1.1 Wirtschaftliche Entwicklung an der Saar

Als einziges Bundesland hat das Saarland im Jahr 2018 einen Rückgang der Wirtschaftsleistung verzeichnet. In diesem Jahr hat die Wirtschaft weiter mit Problemen zu kämpfen: Außenwirtschaftliche Risiken, eine Vielzahl an Herausforderungen in der Automobilindustrie, fehlende Wachstumsimpulse – die Arbeitskammer rechnet mit nur geringen Wachstumsraten für Wirtschaft und Beschäftigung.

1.1.1 Entwicklung der Saarwirtschaft

Die saarländische Wirtschaft hat ein schwieriges Jahr hinter sich. 2018 verzeichnete das Saarland mit einem Minus von 0,8 % einen Rückgang der Wirtschaftsleistung (gemessen am preisbereinigten Bruttoinlandsprodukt). Im Bundesländervergleich liegt das Saarland damit auf dem letzten Platz – alle anderen Bundesländer konnten sich positiv entwickeln. Die stärkste Wachstumsrate verzeichnete Berlin (+3,1 %), gefolgt von Hessen (+2,2 %) und Bremen (+2,1 %). Bundesweit stieg die gesamtwirtschaftliche Wirtschaftsleistung um 1,4 %.

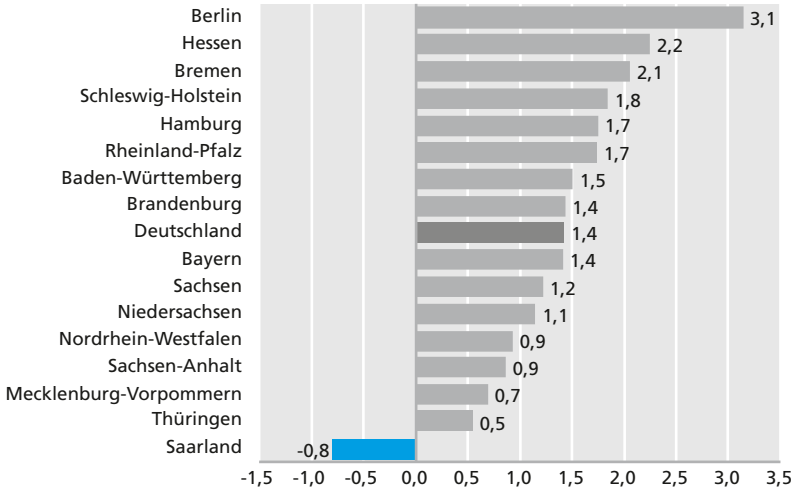
Etwas positiver erscheinen zunächst die Zahlen auf dem Arbeitsmarkt. Nach vorläufigen Berechnungen des Arbeitskreises Erwerbstätigenrechnung stieg 2018 die Zahl der Erwerbstätigen im Inland saarlandweit um 0,4 % gegenüber 2018 (auf 531.700 Personen) – deutschlandweit betrug der Anstieg 1,3 %. Werden nur die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (zum 30.06.) betrachtet, erhöht sich die Steigerungsrate im Saarland zwar auf +1,3 %, der Abstand zur Entwicklung auf Bundesebene bleibt allerdings gleich (Bund: +2,2 %) – nur in den ostdeutschen Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen wurde weniger Beschäftigung aufgebaut als im Saarland. Dennoch bedeutet die Zahl von 389.131 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten einen historischen Höchststand. Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass dabei nicht alle neuen Beschäftigungsverhältnisse den Kriterien Guter Arbeit entsprechen. Beispielsweise ist im Saarland weiterhin circa jeder fünfte Vollzeitbeschäftigte im Niedriglohnsektor beschäftigt (siehe Kapitel II.2.2). Erfreulich entwickelt sich die Arbeitslosigkeit: Im Jahresdurchschnitt 2018 waren im Saarland 7,0 % weniger Personen arbeitslos gemeldet als im Jahr 2017 (Bund: -7,7 %). Die Zahl der Arbeitslosen an der Saar lag damit bei 32.233 Personen, die Arbeitslosenquote bei 6,1 % (Bund: 5,2 %). Mehr dazu in Kapitel II.1.2.

Grafik 1

Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes nach Bundesländern 2018

(preisbereinigt)

Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %



Quelle: Arbeitskreis „Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder“, eigene Darstellung

Arbeitskammer

1.1.2 Entwicklung in Branchen

Starke Einbrüche in der saarländischen Industrie

Zurückzuführen ist die derzeit schwache Entwicklung der saarländischen Wirtschaft auf das Verarbeitende Gewerbe. Das Saarland ist nach wie vor stark abhängig von der Industrie. Zwar entwickelte sich die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung im letzten Jahr noch positiv (+0,9 % beziehungsweise 900 Beschäftigte), allerdings gingen im Jahr 2018 sowohl Bruttowertschöpfung (-3,1 %), Produktion (-5,7 %), Umsatz (-2,4 %) als auch Auftragseingänge (-3,7 %) in der saarländischen Industrie zurück. Begründet sind diese negativen Entwicklungen vor allem durch eine schwache Auslandsnachfrage. Dabei ist die saarländische Industrie in hohem Maße exportorientiert. Die Auslandsumsätze machen über die Hälfte der Gesamtumsätze aus, rund 52 % davon durch den Euroraum (deutschlandweit waren es nur 41,9 %). Die Exportabhängigkeit der saarländischen Industrie wird in Zeiten zunehmender Unsicherheiten der globalen wirtschaftspolitischen Rahmenbedingungen zum Problem. Vor allem der Welthandel macht Sorgen – die

Diskussionen um den Brexit, die Handelskonflikte der USA mit der EU und China, die wachsende Gefahr einer Schuldenkrise in Italien, die Krise in der Türkei, eine Wachstumsverlangsamung in China. In der Folge sind die industriellen Auslandsumsätze an der Saar im Jahr 2018 um 4,2 % gesunken, die Bestellungen aus dem Ausland sogar um 8,3 %. Neben den unmittelbar negativen Effekten auf die Exportentwicklung wirken sich die Risiken auch auf das Investitionsverhalten der Unternehmen aus – eine erschwerte Planungssicherheit führt zu einer Zurückhaltung bei den Investitionen.

Insbesondere die saarländische Kfz-Industrie blickt unsicher in die Zukunft. Aus den Daten des AK-Betriebsbarometers 2019[1] geht hervor, dass über 50 % der befragten Betriebsräte aus der saarländischen Kfz-Industrie die gegenwärtige wirtschaftliche Lage ihres Betriebs als „eher schlecht" einschätzen. Mit Blick in die Zukunft erwarten über 70 % „eher oder sogar sehr schlechte" Aussichten. Für die saarländische Gesamtindustrie liegen die pessimistischen Einschätzungen jeweils bei „nur" rund 35 %.

Brexit

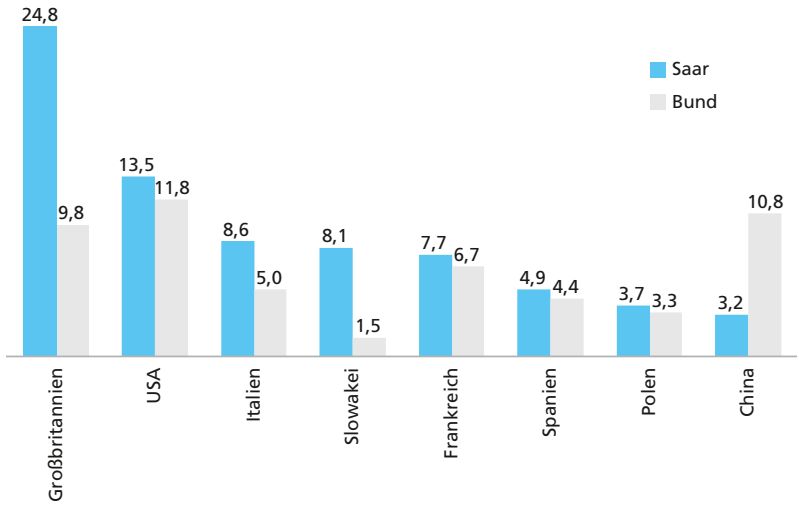
Vor allem die Sorge um einen ungeordneten Brexit dürfte für die großen Unsicherheiten in der saarländischen Kfz-Industrie mitverantwortlich sein. Schon im Jahr nach der Ankündigung des Brexits verlor Großbritannien seine Stellung als wichtigster Handelspartner für die Saarwirtschaft. Seit 2017 ist Frankreich nun wieder vorne. Dennoch hat Großbritannien für das Saarland im Vergleich zu den anderen deutschen Bundesländern die mit Abstand größte Bedeutung. Die saarländische Wirtschaft exportierte im letzten Jahr insgesamt Waren im Wert von knapp 2 Mrd. Euro nach Großbritannien. Das entspricht einem Anteil von 12,4 % aller Ausfuhren des Saarlandes (zum Vergleich, Bund: 6,2 %). Im Jahr 2015 lag der Wert noch bei 2,7 Mrd. Euro beziehungsweise 17,8 %. Der Grund für die Einbußen schon vor dem Brexit-Vollzug: der gesunkene Pfund-Kurs. Das britische Pfund hat nach dem Brexit-Votum schlagartig gegenüber dem Euro an Wert verloren. Ein fallender Wechselkurs macht Importe für Großbritannien teurer, weshalb die Nachfrage nach ausländischen Produkten dort zurückging. Bereits hier zeigen sich erste Hinweise darauf, welche Verluste drohen, wenn weitere Handelshemmnisse durch Zölle hinzukommen sollten. Wenn es zu einem harten Brexit kommt, gelten für den Handel Großbritanniens mit der EU die Regeln der Welthandelsorganisation WTO. Der Einfuhrzoll etwa für Pkw aus Deutschland läge damit künftig bei 10 %. Die importierten Kraftfahrzeuge könnten sich entsprechend verteuern.

Dabei ist Großbritannien vor allem wichtigster Handelspartner der saarländischen Schlüsselindustrie Automobil. An allen Ausfuhren nach Groß-

Grafik 2

Kfz-Exporte nach Zielgebiet 2018

Anteile an allen Kfz-Exporten in %



Quelle: Statistisches Bundesamt; Berechnung und Darstellung: Arbeitskammer

Arbeitskammer

britannien aus dem Saarland machte die Kfz-Industrie fast 80 % aus (rund 1,5 Mrd. Euro). Durch eine Verringerung der Ausfuhren beziehungsweise der Produktion für Großbritannien infolge des Brexits könnten nach Schätzungen auf Basis einer Studie des Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung Halle (IWH)[2] im Saarland 1.300 bis 1.500 Jobs auf dem Spiel stehen. Besonders betroffen wären der Saarpfalz-Kreis und der Kreis Saarlouis. Beispielsweise wird im Saarlouiser Ford-Werk das Modell Focus produziert. Ford ist mit den Modellen Focus und Fiesta Marktführer in Großbritannien. Bei Ford Saarlouis arbeiten (noch) rund 6.300 Personen. Der Warenaustausch betrifft aber nicht nur fertige Autos. So werden sämtliche Dieselmotoren, die in den Werkshallen in Saarlouis in die Autos eingesetzt werden, in Großbritannien produziert. Durch einen harten Brexit mit Zollkontrollen an den Grenzen stünde Ford in Saarlouis damit auch vor logistischen Schwierigkeiten in beide Richtungen. An den Grenzen müssten Lkw wieder kontrolliert werden. Zusätzlicher Bürokratieaufwand bedeutet weiteren Zeitverlust – Zollerklärungen müssten ausgefüllt und möglicherweise Güter zwischengelagert werden. Fabriken könnten die Zulieferteile ausgehen. Es wäre also nicht nur die saarländische Kfz-Industrie von einem harten Brexit stark betroffen, sondern in einer zweiten Wirkungskette auch die Zuliefererbranchen (zum Beispiel Stahlindustrie und Maschinenbau) oder das Transportgewerbe.

Trends in der Kfz-Industrie

Neben dem Brexit hat die für das Saarland so gewichtige Automobilindustrie mit weiteren Herausforderungen zu kämpfen: Diesel-Abgasskandal, Digitalisierungsprozesse oder der Technologiewandel in Bezug auf die Antriebstechnik. Im Jahr 2018 sind Bestellungen (-10,6 %), Umsätze (-6,1 %, Ausland: -9,5 %) und Produktion (-12,7 %) der saarländischen Kfz-Industrie eingebrochen. Das Statistische Amt Saarland führt dies unter anderem auf „produktionstechnische Umstellungen im Fahrzeugbau" zurück. Bleibt zu hoffen, dass sich entsprechende Nachholeffekte bemerkbar machen und die saarländische Kfz-Industrie wieder an Fahrt gewinnt. Am aktuellen Rand scheint dies nicht der Fall zu sein: Sowohl die Auftragseingänge (-12,0 %) als auch die Umsätze (-3,6 %) sind in den ersten zwei Monaten des Jahres 2019 gegenüber dem Vorjahr erneut rückläufig.

Eine Herausforderung in der Kfz-Industrie ist hervorzuheben: Der Technologiewandel in Bezug auf die Antriebstechnik. Ein Großteil der Wertschöpfung – und entsprechend auch (meist gut ausgestaltete) Arbeitsplätze[3] – könnte wegfallen, wenn der Verbrennungsmotor zunehmend durch andere Antriebsformen ersetzt wird. Die Studie „Wirkungen der Fahrzeugelektrifizierung auf die Beschäftigung am Standort Deutschland (ELAB)" des Fraunhofer-Instituts für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO kommt zu dem Ergebnis, dass bis 2030 jeder zweite Arbeitsplatz in der Antriebstechnik von Pkw direkt oder indirekt von der Elektromobilität betroffen sein könnte.[4] Die Studie „Aktuelle Entwicklungen in der Automobilindustrie und E-Mobilität" des INFO-Instituts knüpft daran an: „Ein wesentlicher Anteil der Fertigung eines Verbrennungsmotors wird durch Tätigkeiten der Zerspanung (Drehen, Fräsen, Bohren und Schleifen) abgedeckt. Im Rahmen der Transformation werden diese formgebenden Tätigkeiten nach und nach durch Montageprozesse, die zur Herstellung von Elektromotoren, Batterien und Brennstoffzellen benötigt werden, ersetzt." Voraussichtlich geht damit ein Bedeutungsverlust des – insbesondere für die saarländische Industrie gewichtigen – Metallgewerbes einher. Das INFO-Institut kommt zu dem Ergebnis, dass im Saarland rund 18.500 Arbeitsplätze in den durch die Elektrifizierung stark betroffenen Unternehmen in Verbindung stehen und somit „etwa 46 % der Beschäftigten der saarländischen Automobilindustrie mit großen Veränderungen konfrontiert sein werden".[5] Entsprechend reagieren bereits einige Unternehmen: Beispielsweise investiert der Getriebehersteller ZF 800 Millionen Euro, um die Produktionsanlagen in Saarbrücken auf Hybridtechnik umzurüsten. Im April wurde nun bekannt, dass der Automobilhersteller BMW ZF damit beauftragt hat, das weiterentwickelte elektrifizierte 8-Gang-Automatgetriebe zu produzieren. Dies soll ab 2022 im Werk Saarbrücken stattfinden und könnte den Standort (derzeit circa 8.700 Beschäftigte) langfristig sichern. Ein positives Signal für das Saarland und

die hiesige Zuliefererbranche. Die VOIT Automotive GmbH aus St. Ingbert (circa 1.000 Beschäftigte) kündigte ebenfalls an, sich stärker als bisher auf die E-Mobilität zu fokussieren. Aber auch neue Akteure beziehungsweise Zulieferer – wie aus den Bereichen der Energiewirtschaft, der Informations- und Kommunikationstechnologie oder der Elektrochemie – werden voraussichtlich mehr und mehr in die Wertschöpfungskette beim Fahrzeugbau eingegliedert werden.[6]

Neben der Motorisierung sind weitere technologische Entwicklungstrends erkennbar, unter anderem im Bereich „automatisiertes beziehungsweise autonomes Fahren". Im Saarland wird seit 2013 auf dem Testfeld in Merzig autonomes Fahren erforscht. Anfang 2019 hat die Staatskanzlei des Saarlandes die Förderung für die nächsten drei Jahre angekündigt. Auf Unternehmensseite hat jüngst ZF ein Technologie-Forschungszentrum mit 100 Mitarbeitern für die Entwicklung Künstlicher Intelligenz in Bezug auf autonome Autos eröffnet. Der Püttlinger Zuliefererbetrieb Dürr Assembly Products (300 Beschäftigte im Saarland) hat im vergangenen Jahr Prüfstände für autonom fahrende Wagen entwickelt. Dürr gilt darüber hinaus auch beim Megathema Digitalisierung als Vorreiterunternehmen. So hat Dürr in der Fertigung bereits ein System im Bereich der Mensch-Roboter-Kooperation etabliert. An dieser Stelle sei erneut darauf hingewiesen, dass die Digitalisierung vor allem Fertigungsberufe bedroht – der Produktionsstandort Saar könnte daher stärker betroffen sein als andere Regionen.[7]

Dieselkrise

Fertigungsberufe in der saarländischen Kfz-Industrie sind auch durch die Auswirkungen des Diesel-Abgasskandals betroffen. Die Dieselkompetenz, die zum Beispiel Bosch im Saarland erworben hat, ist durch das „Dieselgate" und mögliche Dieselfahrverbote nicht unerheblich entwertet. Im Saarland betrug der Anteil der Dieselmodelle an allen Pkw-Neuzulassungen im Jahr 2018 circa 26 %. Vor dem Abgasskandal lag der Anteil noch bei etwa 42 %. Die Folgen: Mitte Februar 2019 kündigte Eberspächer einen Stellenabbau von 200 Arbeitsplätzen bis Ende 2020 an. Künftig wird der Standort nur noch rund 1.000 Personen beschäftigen. Zudem verzichten die Beschäftigten bis 2024 auf Teile ihres Lohns. Bosch in Homburg hat bereits im vergangenen Jahr 2018 rund 600 Stellen im Bereich des Dieselgeschäfts abgebaut und erwartet auch für die Zukunft weitere Rückgänge in diesem Gebiet. Positiv ist zu bewerten, dass das Homburger Werk den Zuschlag zur Fertigung von Bauteilen für Brennstoffzellen erhalten hat – auch wenn dies allein wohl nicht ausreichen wird, um den Standort mit seinen circa 4.000 Beschäftigten zu sichern.

Tabelle 1

Entwicklung im Verarbeitenden Gewerbe nach Wirtschaftsbereichen

Januar bis Dezember 2018

Wirtschaftszweig	Beschäftigte		Geleistete Arbeitsstunden		Gesamtumsatz		darunter: Auslands-umsatz insgesamt		darunter: Eurozone		Auftrags-eingang		Produktions-index	
	Saar	Bund	Saar	Bund	Saar	Bund	Saar	Bund	Saar	Bund	Saar	Bund	Saar	Bund
	Veränderung Januar bis Dezember 2018 gegenüber Januar bis Dezember 2017 in Prozent													
Verarbeitendes Gewerbe insgesamt	1,3	2,7	-1,2	1,9	-2,4	2,3	-4,2	2,8	-0,9	3,9	-3,7	1,2	-5,7	1,2
Kraftwagen und Kraftwagenteile	-0,7	1,8	-6,4	0,1	-6,1	0,4	-9,5	1,6	-4,3	0,4	-10,6	-1,8	-12,7	-1,5
Maschinenbau	2,7	3,5	0,1	3,0	-9,3	3,7	-10,5	3,2	-6,8	5,6	0,7	3,7	-6,3	2,2
Metallerzeugung und -bearbeitung	1,2	1,6	-1,3	0,8	2,1	3,8	6,3	4,8	5,8	3,4	2,0	-0,1	-3,3	0,1
*darunter Stahlindustrie**	*2,2*	*0,8*	*1,2*	*0,3*	*2,8*	*5,5*	*8,2*	*8,0*	*9,3*	*8,5*	*-2,3*	*0,7*	*-4,6*	*-2,4*
Metallerzeugnisse	-4,9	3,3	-4,3	2,4	4,5	3,1	2,6	1,9	2,2	2,9	0,6	1,8	-1,0	1,6
Nahrungs- und Futtermittel	-0,1	3,1	-1,3	2,4	-3,0	-1,0	-5,2	-0,6	-5,1	0,1	-	-	-1,9	-0,6
Gummi- und Kunststoffwaren	9,6	3,0	8,6	2,2	6,0	2,1	2,3	3,2	-1,9	4,7	-	-	2,1	0,2
Glas, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden	-0,5	3,7	-1,3	3,1	1,8	5,5	1,3	9,7	1,1	10,2	-	-	-3,8	0,6
Elektrische Ausrüstungen	12,2	2,9	17,1	2,4	35,1	0,5	54,0	-0,1	27,5	0,5	8,0	0,8	15,9	1,7
DV-Geräte, elektronische und optische Erzeugnisse	8,5	4,0	6,2	3,4	22,1	5,0	18,7	6,5	31,1	10,2	12,9	2,1	-3,0	2,1
Chemische Erzeugnisse	9,4	2,1	7,9	1,3	-3,4	2,0	-1,6	2,7	10,8	2,3	3,5	1,6	3,2	-2,0

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistisches Amt Saarland
* Stahlindustrie = Erzeugung von Roheisen, Stahl und Ferrolegierungen
Betriebe mit 50 und mehr tätigen Personen

Arbeitskammer

Maschinenbau und Stahlindustrie

Auch die beiden anderen Schlüsselindustrien an der Saar, der Maschinenbau und die Stahlbranche, leiden – unter anderem auch aufgrund ihrer engen Verflechtungen zur Kfz-Industrie – unter den oben genannten Problemen. Infolge der Dieselkrise baut beispielsweise die Dillinger Aluminium-Gießerei Nemak (1.100 Beschäftigte) 150 Arbeitsplätze ab und der Zulieferer Schaeffler (2.800 Beschäftigte in Homburg) kündigt deutschlandweite Stellenstreichungen an. Insgesamt sind die Umsätze im saarländischen Maschinenbau im vergangenen Jahr um 9,3 % gesunken, die Produktion um 6,3 %. Das Statistische Amt Saarland führt die schlechte Entwicklung unter anderem auf Basiseffekte aus dem hohen Niveau des Jahres 2017 zurück. Deutschlandweit fielen die Kennzahlen im Maschinenbau positiv aus (siehe Tabelle 1).

Kaum Lichtblicke auch bei der saarländischen Schlüsselindustrie Stahl. Zwar verliefen die Umsätze noch positiv (+2,8 %), die Produktion (-4,6 %) hingegen und auch die Auftragseingänge (-2,3 %) weisen allerdings auf die Schwierigkeiten hin, mit denen die Stahlindustrie weiterhin zu kämpfen hat: Überkapazitäten, EEG-Umlage, Emissionsrechtehandel, Außenhandelspolitik des US-Präsidenten Donald Trump.[8]

Trend zur Tertiarisierung setzt sich fort

Dass die saarländische Wirtschaft trotz der Schwierigkeiten in der Industrie im vergangenen Jahr nicht noch stärker eingebrochen ist, ist überwiegend den Entwicklungen im Dienstleistungssektor zu verdanken: Die Bruttowertschöpfung ist um 2,4 % gestiegen, die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung um 1,5 % (Westdeutschland: 3,5 % beziehungsweise 3,0 %). Langfristig erwartet die Arbeitskammer, dass sich der Trend zur Tertiarisierung verstärkt fortsetzen wird. Insbesondere in der Gesundheitsbranche – und dort im Fokus die Pflege (siehe Schwerpunktkapitel I.3.2) – ist mit einem weiteren Beschäftigungsaufbau in den kommenden Jahren zu rechnen.

Für die Dienstleistungsbereiche im Allgemeinen gilt, dass die Qualität der Beschäftigungsverhältnisse hinter der in der Industrie zurückbleibt. Zudem sind gewerkschaftlicher Organisationsgrad und Tarifbindung im heterogenen Dienstleistungssektor nicht so stark ausgeprägt wie im produzierenden Sektor. Auch aus diesem Grund bedarf es einer zukunftsorientierten Dienstleistungspolitik im Saarland, welche den Aspekt Gute Arbeit stärker im Blick hat und versucht, die Mitbestimmungsstrukturen zu verbessern.

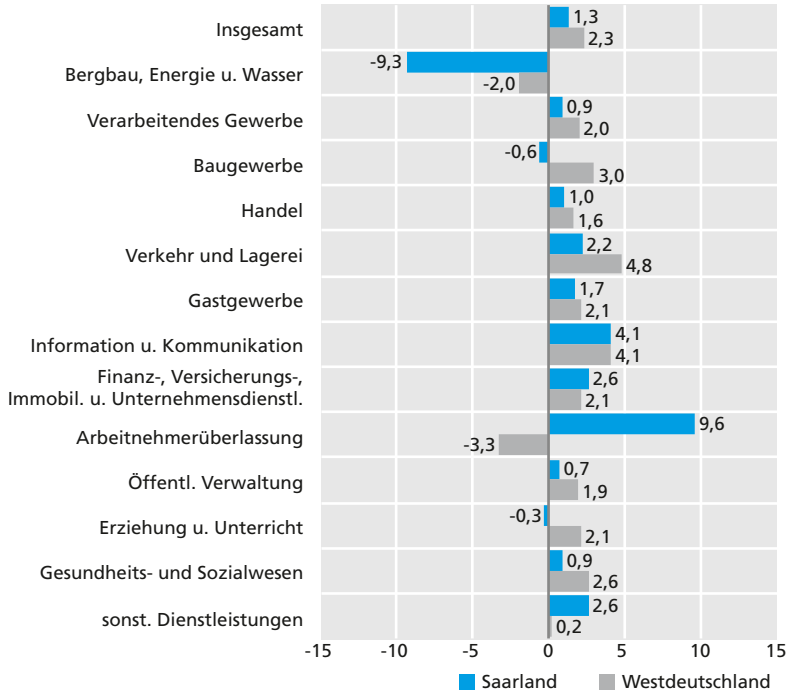
Im vergangenen Jahr wurde vor allem auch im Bereich Information und Kommunikation Beschäftigung aufgebaut (+4,1 % beziehungsweise +370

Arbeitsplätze). Im Zuge der voranschreitenden Digitalisierung ist zu erwarten, dass vermehrt Arbeitsplätze in den Bereichen Softwareentwicklung und IT-Beratung geschaffen werden. Hier sollte das Saarland von dem Informatik-Schwerpunkt an der Universität des Saarlandes (UdS) sowie dem im Februar 2018 gegründeten Helmholtz-Zentrum für IT-Sicherheit (CISPA) in Saarbrücken profitieren. Bis zum Jahr 2026 sollen dort 600 bis 800 Personen beschäftigt sein. Die IHK des Saarlandes geht davon aus, dass dadurch regionalwirtschaftliche Effekte in Höhe von 78,2 bis 98,3 Millionen Euro entstehen.[9] Darüber hinaus ist zu erhoffen, dass das Helmholtz-Zentrum auch die Dynamik von Ausgründungen und Start-up-Gründungen an der UdS vorantreibt sowie Anreize für die Ansiedlung innovativer Unternehmen schafft. Bei dem oben schon erwähnten Beispiel des ZF-Technologie-Forschungszentrums kooperieren ZF, CISPA und das Deutsche Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz (DFKI). Hier lassen sich bereits Ansätze einer möglichen Cluster-Bildung erkennen. Um die Chance tatsächlich nutzen zu

Grafik 3

Beschäftigungsentwicklung nach Wirtschaftsbereichen

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte
Veränderungen 2018/2017 (zum 30.06.) in %



Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen Arbeitskammer

können, sind verstärkte Ausgaben in der (Weiter-)Bildung notwendig. Zum einen um Spitzenforschung im Saarland zu ermöglichen, zum anderen um sicherzustellen, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen wegen mangelnder Fähigkeit nicht den Zugang zum Arbeitsmarkt verlieren. Daneben sei darauf hingewiesen, dass insbesondere im IT-Bereich Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Ausgestaltung der Arbeitsplätze im Sinne „Guter Arbeit" sowie hinsichtlich des Ausbaus der Tarifbindung und der Mitbestimmung besteht.

Binnennachfrage stärken

Auch im Einzelhandel wurde Beschäftigung aufgebaut (+1,3 % beziehungsweise +410 Beschäftigte). Zwar stiegen die Einzelhandelsumsätze (real) im Jahr 2018 ebenfalls an, allerdings nur um 0,6 % (Bund: +1,5 %). Dabei ist angesichts der oben geschilderten Hemmnisse im Außenhandel ein kraftvoller Binnenmotor von enormer Wichtigkeit für die Stärkung der Konjunktur: über den Mechanismus einer dynamischen Binnennachfrage infolge höherer Löhne und steigender (sicherer) Beschäftigung hin zu einem verstärkten Konsum und zunehmender privater Investitionstätigkeit. Zu hoffen ist, dass sich die privaten Konsumausgaben 2019 wieder etwas stärker ausweiten. Die Inflation wird voraussichtlich niedriger ausfallen als 2018 (infolge des nicht mehr steigenden Rohölpreises), was die Kaufkraft der privaten Haushalte stärkt. Positiv auf die Nachfrage könnten auch die Änderungen im Einkommensteuertarif (Anhebung Grundfreibetrag), die Erhöhung des Kindergeldes und der Altersrente sowie die Leistungsausweitung bei der Mütterrente wirken. Derzeit profitierten die privaten Haushalte noch von günstigen Zinskonditionen, was die positiven Zahlen beim Wohnungsbau an der Saar miterklären könnte: Sowohl Auftragseingänge (+6,9 %) als auch Genehmigungen im Wohnungsbau sind im Jahr 2018 gestiegen. Demgegenüber stehen allerdings negative Entwicklungen im öffentlichen Bau (Auftragseingänge: -4,8 %). Dabei könnten höhere öffentliche Investitionen in die teilweise verschlissene Infrastruktur (Schulen, öffentliche Gebäude, Straßen und Brücken) sowie in den sozialen Wohnungsbau einen wesentlichen Beitrag auch zur Zukunftssicherung und Stabilisierung der Beschäftigung in der Bauwirtschaft leisten. Im Jahresverlauf 2018 hat die Beschäftigung (sozialversicherungspflichtig) im Baugewerbe leicht abgenommen (-0,6 %). Auch im Handwerk ist nach vorläufigen Berechnungen des Statistischen Amtes Saarland die Zahl der Beschäftigten im Jahr 2018 zurückgegangen (-1,1 %). Der Umsatz der zulassungspflichtigen Handwerksunternehmen ist hingegen um 5,0 % gestiegen. Insbesondere „Maurer und Straßenbauer", „Installateure und Heizungsbauer" sowie „Metallbauer" entwickelten sich positiv. Damit die Nachfrage nach diesen Fachkräften bedient werden kann, sollten diese Berufe bei Maßnahmen zur Sicherung der Fachkräfteversorgung in den Blick genommen werden.

1.1.3 Entwicklung 2019

Die Aussichten für das weitere Jahr 2019 sind trübe: Außenwirtschaftliche Risiken, Kurseinbrüche an den Börsen, Probleme in der Automobilindustrie, fehlende Wachstumsimpulse, schwächelnde Konsumausgaben, reduzierte Wachstumsprognosen der Konjunkturforscher – die Arbeitskammer rechnet mit nur geringen Wachstumsraten für Wirtschaft und Beschäftigung an der Saar.

Insbesondere aufgrund einer schwächeren Exportnachfrage senkten verschiedene Konjunkturforscher ihre Einschätzungen für den Zuwachs des BIPs in Deutschland zuletzt um die Hälfte auf 0,5 % bis maximal 1,0 %. Für das Saarland erwartet die Arbeitskammer für 2019 ebenfalls keine zunehmende wirtschaftliche Dynamik – das BIP-Wachstum dürfte nur geringfügig steigen und abermals hinter dem bundesweiten Wachstum bleiben. Entsprechend verhalten sind die Beschäftigungserwartungen. Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) prognostiziert für das Saarland einen Anstieg der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten um 1,0 % im Jahr 2019. Das Saarland würde demnach in einem Bundesländervergleich auf dem drittletzten Platz landen (Bund: +2,1 %). In einem pessimistischen Szenario des IAB droht dem Saarland 2019 sogar ein Stillstand bei der Beschäftigungsentwicklung (+0,1 %).

Um diesen Befürchtungen zu begegnen, sind nachhaltige Wachstumsimpulse für die saarländische Wirtschaft und Beschäftigung notwendig. Von daher fordert die Arbeitskammer:

- eine Stärkung der Binnennachfrage über expansive Lohnpolitik und die Schaffung sicherer Arbeitsplätze;
- eine Steigerung der Verteilungsgerechtigkeit im Zuge einer angemessenen Steuerpolitik;
- eine Ausweitung der öffentlichen Investitionen schon vor 2020, statt einem Festhalten an der Schuldenbremse;
- die Ermöglichung einer gleichberechtigten Teilhabe am Arbeitsmarkt für alle Personengruppen.

[1] Die Ergebnisse des AK-Betriebsbarometers 2019 werden voraussichtlich im August 2019 veröffentlicht. Ausgewertet wurden die Antworten von 236 Arbeitnehmervertretungen, die zusammen circa 120.500 Beschäftigte repräsentieren.

[2] Vgl. Brautzsch, Hans-Ulrich; Holtemöller, Oliver: Potential International Employment Effects of a Hard Brexit, 2019, S. 8.

[3] Vgl. Boos, Jonas: Im automobilen Strukturwandel ist Beschäftigungssicherung ein Muss, in AK-Beiträge 1/2018, 2018, S. 82ff.

[4] Vgl. Fraunhofer IAO: Wirkungen der Fahrzeugelektrifizierung auf die Beschäftigung am Standort Deutschland (ELAB), 2018, S. 7.

[5] Vgl. Kischewski, S.; Hahn, P.; Gry, S.: Aktuelle Entwicklungen in der Automobilindustrie und E-Mobilität, 2017, S. 30ff.

[6] Vgl. Boos, Jonas: Analyse der Branchenstrukturen im Saarland, in AK-Texte, 2017, S. 47f.

[7] Vgl. Arbeitskammer des Saarlandes: Bericht an die Landesregierung des Saarlandes 2018, 2018, S. 104ff.

[8] Vgl. Arbeitskammer des Saarlandes: Bericht an die Landesregierung des Saarlandes 2018, 2018, S. 99.

[9] Vgl. Meier, Carsten; Berck, Oliver: Das CISPA Helmholtz-Zentrum: Eine sehr gute Investition in die Zukunftsfähigkeit des Saarlandes, 2018, S. 1f.

1.2 Weitere Entspannung auf dem Arbeitsmarkt

Die Lage auf dem saarländischen Arbeitsmarkt hat sich im Jahr 2018 weiter positiv entwickelt. Die Arbeitslosenquote sank erneut deutlich auf 6,1 %, mit einem Abstand von 1,3 Prozentpunkten liegt sie allerdings nach wie vor über dem westdeutschen Durchschnitt. Vom Rückgang der Arbeitslosigkeit profitierten insbesondere Langzeitarbeitslose.

Die Zahl der Arbeitslosen im Saarland lag im Jahresdurchschnitt 2018 bei 32.233 Personen und sank gegenüber dem Vorjahr um -7,0 % auf den niedrigsten Stand seit der Wiedervereinigung. Auch die Arbeitslosenquote ging nochmals deutlich von 6,7 % auf 6,1 % zurück. Da sich der Rückgang der Arbeitslosigkeit in Westdeutschland in einer ähnlichen Größenordnung bewegte, blieb der Abstand der Arbeitslosenquoten nahezu unverändert bei 1,3 Prozentpunkten (-0,1 Prozentpunkte). Auf Ebene der Bundesländer sank die Arbeitslosenquote im letzten Jahr zwischen -0,3 und -0,9 Prozentpunkten. Bezogen auf Westdeutschland fiel der Rückgang im Saarland und in Nordrhein-Westfalen mit -0,6 Prozentpunkten am größten aus. Allerdings weisen neben diesen beiden Ländern nur die beiden Stadtstaaten Bremen und Hamburg eine Arbeitslosenquote von über 6 % auf, während Bayern und Baden-Württemberg sogar unter beziehungsweise nahe der 3-%-Marke liegen.

Langzeitarbeitslose profitieren von Arbeitsmarktentwicklung

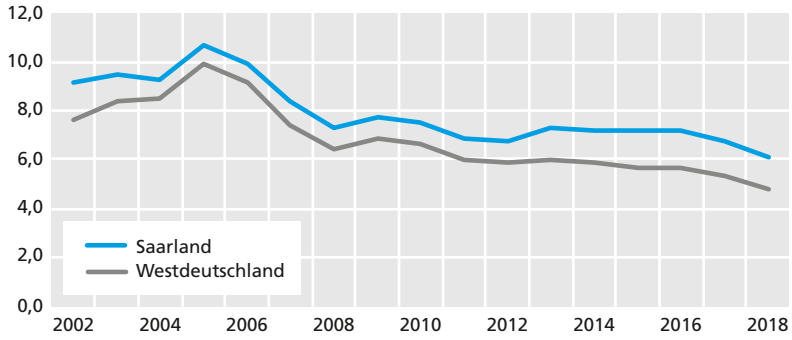
Im Hinblick auf die Struktur der Arbeitslosen weisen mit Ausnahme von Personen ohne Berufsausbildung alle Personengruppen einen Rückgang bei der Arbeitslosigkeit auf. Überdurchschnittlich profitierten insbesondere Arbeitslose, die länger als ein Jahr arbeitslos waren (Langzeitarbeitslose). Ihre Zahl ging im Jahresdurchschnitt 2018 gegenüber dem Vorjahr um 1.163 Personen zurück (-9,5 %). Ihr Anteil an allen Arbeitslosen sank um -0,9 Prozentpunkte auf 34,6 %, so dass weiterhin jede dritte arbeitslose Person über längere Zeit ihren Arbeitsmarktstatus nicht verändern konnte.

Insgesamt konnten mehr als 1.800 Personen den SGB-II-Bezug beenden (-7,6 %). Nach wie vor entfallen mit 22.457 Personen aber die meisten Arbeitslosen (69,7 %) auf den Bereich der Grundsicherung. Auch wenn die Zahl der Langzeitarbeitslosen zuletzt deutlich gesunken ist, bleiben die Chancen, eine neue Stelle zu finden, für Personen, die bereits länger arbeitslos sind, weiterhin sehr gering. Im Vergleich fällt die Gruppe der Arbeitslosen in der Arbeitsförderung und Arbeitslosenversicherung (SGB III) 2018 mit durchschnittlich 9.776 Personen deutlich kleiner aus. Das waren -5,7 % weniger als ein Jahr zuvor.

Grafik 1

Arbeitslosenquoten im Saarland und Westdeutschland

Jahreswerte, in %



Westdeutschland ohne Berlin
Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Arbeitskammer

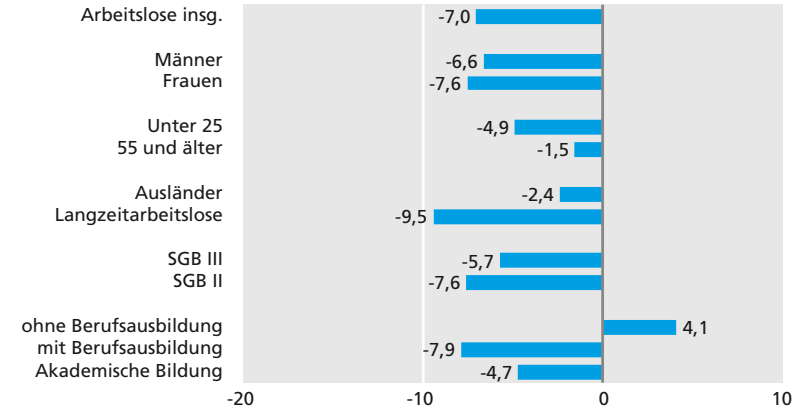
Problemgruppe: Arbeitslose ohne abgeschlossene Schulausbildung

Mit 19.007 Personen stellt die Gruppe der Arbeitslosen ohne abgeschlossene Berufsausbildung die größte Herausforderung bei der Bekämpfung der Arbeitslosigkeit dar. Als einzige Gruppe ist ihre Zahl 2018 um 4,1 % angestiegen. Arbeitslose mit Berufsausbildung profitierten dagegen besonders beim Rückgang der Arbeitslosigkeit.

Grafik 2

Arbeitslose im Saarland

Veränderungen nach Personengruppen 2018 zu 2017 in %



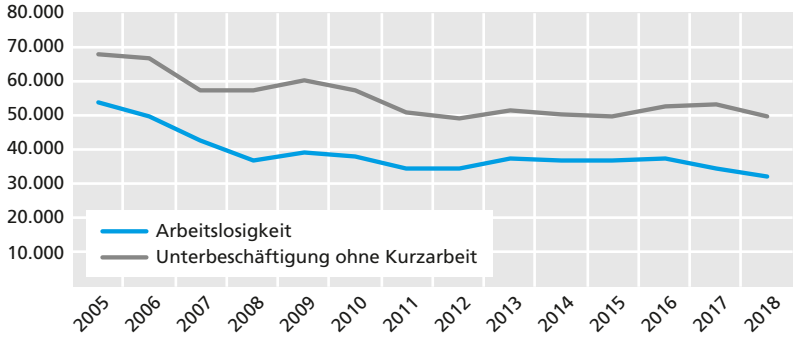
Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Arbeitskammer

Grafik 3

Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung 2005 - 2018

Jahresdurchschnitt



Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Arbeitskammer

Frauen konnten die Arbeitslosigkeit etwas häufiger (-7,6 %) verlassen als Männer (-6,6 %). In den Altersgruppen unter 25 Jahren (-4,9 %) sowie ab 55 Jahren (-1,5 %) sank sie weniger ausgeprägt. Insgesamt setzte sich die positive Entwicklung der Vorjahre aber auch hier fort. Nur leicht abgenommen hat die Zahl der arbeitslosen Ausländer (-2,4 %), die mit 9.018 Personen damit weiter auf hohem Niveau verharrt. Arbeitsmarktpolitische Instrumente und Maßnahmen bleiben somit zur gesellschaftlichen Integration dieser Menschen weiterhin erforderlich.

Arbeitslose und Unterbeschäftigung

Die reine Betrachtung der Arbeitslosenzahlen bildet das Arbeitsmarktgeschehen allerdings nur unzureichend ab. Tatsächlich fehlen im Saarland mehr Arbeitsplätze, als die Zahl der Unterbeschäftigung (ohne Kurzarbeit) zeigt. Diese umfasst neben den ausgewiesenen Arbeitslosen auch die nicht als arbeitslos geltenden Teilnehmer von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen. Nach einem Anstieg im Vorjahr ist diese Zahl auf 49.445 Personen im Jahresdurchschnitt 2018 zurückgegangen. Niedriger war der Wert zuletzt nur 2015 und 2012. Die Entwicklungen zu Beginn von 2019 lassen erwarten, dass die Unterbeschäftigung in diesem Jahr in etwa auf dem Niveau der Vorjahre verharren wird.

Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) erwartet in seiner regionalisierten Arbeitsmarktprognose vom Frühjahr 2019, dass sich der Abbau der Arbeitslosigkeit angesichts eines

schwächeren Wirtschaftswachstums insgesamt etwas verlangsamen wird. Für das Saarland fallen die Erwartungen etwas verhaltener aus als für Westdeutschland. Die Zahl der Arbeitslosen wird mit voraussichtlich -5,0 % an der Saar weniger stark sinken (Westdeutschland: -5,5 %).

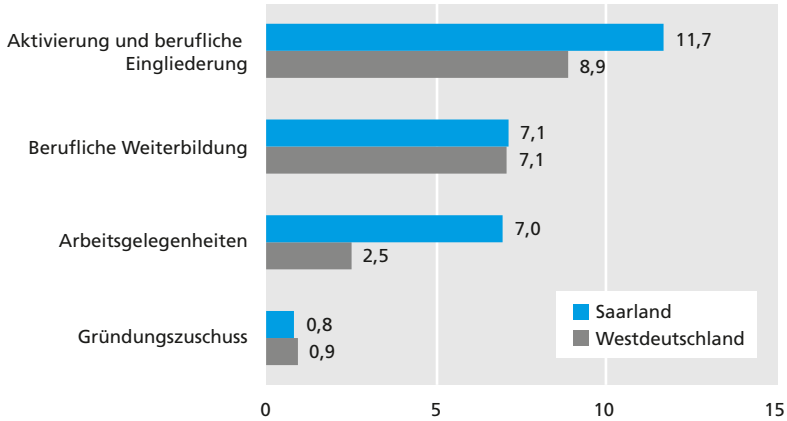
Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen: Teilnehmerzahlen rückläufig

Die Zahl der Teilnehmer an arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen ist gegenüber dem Vorjahr leicht zurückgegangen. Die Zahl der Arbeitsgelegenheiten („Ein-Euro-Jobs“) sank um rund 200 auf 2.231 Teilnehmer. Prozentual fiel der Rückgang etwas stärker aus als im Bundesvergleich (West). Im Saarland wird allerdings auch im Rahmen des Landesprogramms „Arbeit für das Saarland – ASaar“ gerade auf dieses Instrument zurückgegriffen, so dass es hierzulande deutlich häufiger zur Anwendung gelangt. Entsprechend fällt die Relation der Teilnehmerzahl je 100 arbeitslose Personen an der Saar weit überdurchschnittlich aus (7,0 %). Sowohl der ökonomische Nutzen als auch insbesondere die positiven sozialen Effekte bei den Teilnehmenden, die im Rahmen der Evaluation des Programms durch eine Studie der Hochschule für Wirtschaft und Technik des Saarlandes (htw saar)[1] festgestellt wurden, belegen insgesamt die Bedeutung dieser Maßnahmen.

Grafik 4

Teilnehmer in arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen

je 100 Arbeitslose



Jahresdurchschnitt
Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnung

Arbeitskammer

Bei der Aktivierung und beruflichen Eingliederung kommen im Saarland auf 100 Arbeitslose noch einmal 11,7 % Maßnahmenteilnehmer (Westdeutschland 8,9 %). 2018 gab es in diesem Bereich gegenüber dem Vorjahr gut 400 Teilnehmer weniger, was einem Rückgang von -10,2 % entspricht. Auch in Westdeutschland ging die Teilnehmerzahl in gleicher Größenordnung zurück (-10,3 %).

Bei Maßnahmen zur beruflichen Weiterbildung und beim Gründungszuschuss bewegt sich die Teilnehmerrelation im Saarland ebenfalls auf dem Bundesniveau. Knapp 2.300 Arbeitslose wurden über berufliche Weiterbildungsmaßnahmen gefördert. Das waren 50 (+2,3 %) mehr als im Vorjahr.

[1] Vgl. Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes: Evaluation der Arbeitsgelegenheiten nach SGB II für das Landesprogramm „Arbeit für das Saarland – ASaar" zur Flankierung der öffentlich geförderten Beschäftigung im Saarland. Social Return on Investment. Abschlussbericht. Saarbrücken 2017.

1.3 Einkommensentwicklung

Die gesamtwirtschaftlichen Bruttolöhne und -gehälter stiegen 2018 bundesweit um 3,2 %. Preisbereinigt verblieben davon nach Berücksichtigung der Inflationsrate von 1,9 % noch 1,2 % und netto nach Abzug von Sozialbeiträgen und Einkommensteuer ein Plus von 1,1 %. Werden nur die vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmer betrachtet, fiel die Zunahme der Bruttomonatsverdienste im Saarland mit 1,2 % weniger als halb so hoch aus wie im Bund (West einschließlich Berlin). Der gesamtwirtschaftliche Verdienstrückstand vergrößerte sich dadurch auf -9,7 %. Positiv verliefen die Entwicklung in den Kernbereichen der saarländischen Industrie im Verarbeitenden Gewerbe: In der Metall- und Elektro- sowie in der Kfz-Industrie stiegen die Verdienste saarland- und bundesweit überdurchschnittlich. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung erwartete in seiner Frühjahrsprognose auch für 2019 und 2020 Lohnzuwächse in ähnlicher Höhe.

In der Tarifrunde des Jahres 2018[1] wurden für rund 11 Millionen Beschäftigte neue Tarifabschlüsse vereinbart. In den meisten Branchen lagen die Tarifsteigerungen zwischen 2,5 und 3,5 %,teilweise sogar über 4,0 % und damit über denen der Vorjahre. Die durchschnittliche Abschlussrate belief sich auf 3,9 %. Unter Berücksichtigung der verschiedenen Laufzeiten, gegebenenfalls vereinbarter Nullmonate und Abschlüssen aus den Vorjahren (bei Stufenerhöhungen) sowie Einmal- und Pauschalzahlungen, ergibt sich für rund 19,5 Millionen Beschäftigte eine jahresbezogene Tariferhöhung von 3,0 %. Zuletzt wurde 2014 (3,1 %) ein ähnlicher Wert erreicht.

Höhere Abschlüsse bei steigenden Laufzeiten

Kennzeichnend für die Tarifrunde war ein Anstieg der Laufzeiten auf durchschnittlich 26,5 Monate, bei der die vereinbarten Abschlussraten nicht unmittelbar vollständig, sondern über Stufenerhöhungen sukzessiv während der Laufzeit wirksam werden. Daneben gewannen Pauschal- und Einmalzahlungen wieder an Bedeutung, die in vielen Fällen als Ausgleich für sogenannte Nullmonate gezahlt wurden, in denen es keine tabellenwirksame Erhöhung gab.

Die Effektivlöhne pro Stunde aller Beschäftigten, also nicht nur der Tarifbeschäftigten, stiegen 2018 mit 2,9 % fast genauso stark wie die Tariflöhne mit 3,0 %. Unter den Bedingungen einer ökonomischen Prosperitätsphase und einer vergleichsweise positiven Arbeitsmarktlage können es sich auch viele nicht tarifgebundene Unternehmen nicht erlauben, hinter der Tariflohnentwicklung zurückzubleiben.

Tabelle 1

Tarifsteigerung 2018*

Angaben in %

Wirtschaftsbereich	West	Ost	Gesamt
Gartenbau, Land- und Forstwirtschaft	4,3	6,0	4,5
Energie- und Wasserversorgung, Bergbau	2,3	2,1	2,3
Grundstoff- und Produktionsgütergewerbe	2,7	2,8	2,7
Investitionsgütergewerbe	3,6	3,6	3,6
Verbrauchsgütergewerbe	2,6	4,7	2,9
Nahrungs- und Genussmittelgewerbe	2,4	2,8	2,5
Baugewerbe	4,2	4,3	4,2
Handel	2,7	2,7	2,7
Verkehr und Nachrichtenübermittelung	2,4	2,4	2,4
Kreditinstitute, Versicherungsgewerbe	1,5	1,5	1,5
Priv. Dienstleistungen, Organ. o. Erwerbszweck	2,4	3,5	2,6
Gebietskörperschaften, Sozialversicherung	3,1	3,0	3,1
Gesamte Wirtschaft	**3,0**	**3,3**	**3,0**

* Jahresbezogene Erhöhung der tariflichen Grundvergütung 2018 gegenüber 2017.

Quelle: WSI-Tarifarchiv; Stand: 31.12.2018 Arbeitskammer

Tabelle 2

Ausgewählte Tarifdaten 2018

Lohn und Gehalt	
Tarifabschlüsse (neu) für … ArbeitnehmerInnen	10,9 Mio.
Tarifliche Abschlussrate in %[1]	
– wirksam im Jahr 2018	3,9
– inkl. Stufenerhöhung in Folgejahren	5,7
Tarifsteigerungen 2018 aus dem Vorjahr für …	8,6 Mio.
Jahresbezogene Tarifsteigerung[2] 2018	3,0
Verzögerungsmonate („Nullmonate“) für … ArbeitnehmerInnen	7,3 Mio.
Pauschalzahlung pro Verzögerungsmonat	54 Euro
Laufzeit der Vergütungstarifverträge in Monaten	26,5
Tarifniveau Ost/West in %	97,6
Arbeitszeit	
Tarifliche Wochenarbeitszeit in Std.	37,7
Tarifurlaub (Endstufe) in Arbeitstagen	30
Tarifliche Jahresarbeitszeit in Std.	1.658,0

[1] Erhöhung der Tabellenvergütungen (ohne Pauschal- und Einmalzahlungen).

[2] Durchschnittliche tarifliche Grundvergütung inkl. Pauschal- und Einmalzahlungen gegenüber dem Vorjahr.

Quelle: WSI-Tarifarchiv; Stand: 31.12.2018 Arbeitskammer

Weiter nur bescheidene Kaufkraftzuwächse

Die gesamtwirtschaftlichen Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (alle Beschäftigten einschließlich marginal Beschäftigte[2]) verbesserten sich 2018 im Bund um 3,2 %. Angesichts der weiter leicht steigenden Inflationsrate von 1,9 % reduzierte sich die Erhöhung der durchschnittlichen Bruttoverdienste preisbereinigt auf 1,2 %. Nach Abzug von Sozialbeiträgen und Einkommensteuer blieb davon netto ein Plus von 1,1 %. Im Vergleich zum Vorjahr fiel der Anstieg größer aus, blieb aber auch 2018 unter dem Niveau der Jahre 2014 bis 2016. Die größere Erhöhung war damals insbesondere auf die geringeren Preissteigerungsraten zurückzuführen. Angesichts zunehmend längerer Tariflaufzeiten stellen steigende Verbraucherpreise in den nächsten Jahren ein höheres Risiko für die Verdienstentwicklung dar. Trotz auf den ersten Blick kräftiger Lohnzuwächse[3] dürften die Lohnzuwächse in den nächsten Jahren vergleichsweise gering bleiben.[4]

2018 lagen die gesamtwirtschaftlichen Bruttojahresverdienste aller Arbeitnehmer (alle Beschäftigten einschließlich marginal Beschäftigte) im Saarland bei 32.905 Euro. Im Vergleich der westlichen Bundesländer rangiert das Saarland hinter Rheinland-Pfalz und vor Niedersachsen und Schleswig-Holstein auf dem drittletzten Platz und hat sich gegenüber dem Vorjahr um einen Platz verschlechtert. Ohne marginal Beschäftigte beliefen sich die saarländischen Bruttojahresverdienste auf 38.009 Euro. Nur Niedersachsen (37.453 Euro) und Schleswig-Holstein (35.855 Euro) lagen darunter. Der Rückstand des Saarlandes zu Westdeutschland (einschließlich Berlin) betrug -7,6 %, werden auch die marginal Beschäftigten mitberücksichtigt, vergrößert er sich auf -8,8 %.

Teilzeit-Bruttostundenverdienste mit deutlichen Zuwächsen

Die Verdiensterhebungen erlauben einen differenzierteren Blick auf die Verdienstentwicklung. Insgesamt lagen die Bruttostundenverdienste der Arbeitnehmer im Saarland 2018 bei 22,73 Euro und sind gemessen am Vorjahr mit 1,9 % etwas weniger stark angestiegen als in Westdeutschland (2,9 %). Der Vergleich von vollzeit- und teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern offenbart dabei deutliche Unterschiede: Während die Zuwächse bei den Bruttostundenverdiensten von Vollzeitbeschäftigten nur rund halb so hoch waren (1,6 %) wie in Westdeutschland (3,0 %), verbesserten sich Verdienste von Teilzeitbeschäftigten mit 3,7 % überdurchschnittlich. Zurückzuführen ist diese Entwicklung vor allem auf die merklichen Steigerungen im Produzierenden Gewerbe (6,3 %) sowie bei den marktbestimmten Dienstleistungen (5,7 %). Vor diesem Hintergrund dürften die Beschäftigten in diesen Branchen im Saarland die neuen tariflichen Flexibilisierungsmög-

Tabelle 3

Bruttostundenverdienste 2018

Wirtschaftsbereich	Saarland			Früheres Bundesgebiet (einschl. Berlin)			Abstand Saarland/ Früheres Bundesgebiet
	Bezahlte Wochenarbeitszeit	Bruttostundenverdienst	Veränderung gegenüber Vorjahr	Bezahlte Wochenarbeitszeit	Bruttostundenverdienst	Veränderung gegenüber Vorjahr	
	Stunden	EUR	%	Stunden	EUR	%	%
Vollzeit- und teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer							
Produzierendes Gewerbe und Dienstleistungsbereich	35,3	22,73	1,9	35,3	24,91	2,9	**-8,8**
Produzierendes Gewerbe und wirtschaftliche Dienstleistungen	36	22,89	1,9	36,2	25,53	3,1	**-10,3**
Produzierendes Gewerbe	37,2	25,84	2,2	37,3	27,65	2,5	**-6,5**
Verarbeitendes Gewerbe	36,7	27,24	2,1	37,1	28,9	2,5	**-5,7**
Dienstleistungsbereich	34,4	21,14	2,1	34,5	23,69	3,1	**-10,8**
Marktbestimmte Dienstleistungen	34,9	20,11	3	35,4	23,91	3,5	**-15,9**
Öffentliche und persönliche Dienstleistungen	33,9	22,37	1,8	33,3	23,38	2,5	**-4,3**
Nachrichtlich: Investitionsgüterproduzenten	36,4	29,97	2,6	37,1	32,57	2,4	**-8,0**
Vollzeitbeschäftigte Arbeitnehmer							
Produzierendes Gewerbe und Dienstleistungsbereich	38,9	23,62	1,6	39,1	26,02	3,0	**-9,2**
Produzierendes Gewerbe und wirtschaftliche Dienstleistungen	38,7	23,78	1,6	39,0	26,59	3,1	**-10,6**
Produzierendes Gewerbe	38,2	26,11	2,1	38,5	27,98	2,5	**-6,7**
Verarbeitendes Gewerbe	37,6	27,54	2	38,3	29,3	2,5	**-6,0**
Dienstleistungsbereich	39,4	22,02	1,6	39,4	24,94	3,2	**-11,7**
Marktbestimmte Dienstleistungen	39,4	21,14	2,3	39,3	25,36	3,7	**-16,6**
Öffentliche und persönliche Dienstleistungen	39,4	23,16	1,5	39,6	24,24	2,4	**-4,5**
Nachrichtlich: Investitionsgüterproduzenten	37,2	30,07	2,7	38,1	32,76	2,4	**-8,2**
Teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer							
Produzierendes Gewerbe und Dienstleistungsbereich	24,5	18,51	3,7	24,9	20,17	3,0	**-8,2**
Produzierendes Gewerbe und wirtschaftliche Dienstleistungen	24,4	16,98	5,4	25,0	18,9	2,9	**-10,2**
Produzierendes Gewerbe	24,4	20,61	6,3	25,2	22,85	3,1	**-9,8**
Verarbeitendes Gewerbe	24,5	21,39	5,8	25,7	23,32	3,0	**-8,3**
Dienstleistungsbereich	24,6	18,3	3,4	24,9	19,86	3,0	**-7,9**
Marktbestimmte Dienstleistungen	24,4	16,19	5,7	24,9	17,9	2,8	**-9,6**
Öffentliche und persönliche Dienstleistungen	24,7	20,22	2,7	24,9	21,54	3,2	**-6,1**
Nachrichtlich: Investitionsgüterproduzenten	23,8	27,3	1,7	24,9	28,77	3,9	**-5,1**

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistisches Amt Saarland, eig. Ber. Arbeitskammer

lichkeiten zur Arbeitszeit stärker in Anspruch genommen haben. Bei den öffentlichen und persönlichen Dienstleistungen sowie den Investitionsgüterproduzenten, wo diese Regelungen nicht bestehen, waren die Zuwächse deutlich geringer.

Bei den Vollzeitbeschäftigten verzeichneten die Investitionsgüterproduzenten mit 2,7 % den stärksten Anstieg. Auch das Produzierende Gewerbe und die marktbestimmten Dienstleistungen wiesen bei ihnen höhere Zuwächse auf, die aber mit Ausnahme der Investitionsgüterproduzenten alle unter den westdeutschen Vergleichswerten blieben.

Bruttomonatsverdienste driften weiter auseinander

Bruttomonatsverdienste können nur für Vollzeitbeschäftigte betrachtet werden. Sie stellen im Saarland knapp zwei von drei (64,3 %) der in der Verdiensterhebung erfassten Arbeitnehmer. Im Produzierenden Gewerbe und im Dienstleistungsbereich insgesamt fiel der Zuwachs der Bruttomonatsverdienste im Saarland mit 1,2 % weniger als halb so hoch aus wie in Westdeutschland (einschließlich Berlin; 3,0 %). In der Folge vergrößerte sich der Verdienstrückstand des Saarlandes gegenüber dem Vorjahr (-8,2 %) deutlich auf -9,7 %. Sowohl in der Privatwirtschaft als auch bei den marktbestimmten und den nicht marktbestimmten Dienstleistungen blieben die Verdienstzuwächse im Saarland zum Teil deutlich hinter den Vergleichswerten zurück.

Uneinheitliches Bild in der Industrie

Im Verarbeitenden Gewerbe konnten die saarländischen Vollzeitbeschäftigten im Vergleich zur Gesamtwirtschaft mit +2,1 % saarlandweit überdurchschnittliche Verdienstzuwächse realisieren. Sie lagen damit 0,6 Prozentpunkte unter dem Plus, das für das frühere Bundesgebiet (einschließlich Berlin) zu Buche stand. Stärker als in der Gesamtwirtschaft sowie im Bundesvergleich schnitten nur drei Kernbereiche der saarländischen Industrie ab: In der Metallerzeugung und -bearbeitung (3,7 %) sowie der Herstellung von elektrischen Ausrüstungen (3,9 %) fiel der Anstieg dreimal stärker aus als im Saarland insgesamt, in der Kfz-Industrie (5,5 %) sogar um mehr als das Vierfache. Die zum Teil deutlichen Verdienstrückstände veränderten sich dadurch aber nur unwesentlich. Sie waren gerade in der Kfz-Industrie (-14,8 %) sowie bei der Herstellung elektrischer Ausrüstungen (-19 %) besonders ausgeprägt.

In den übrigen industriell geprägten Branchen fielen die Verdienstzuwächse im Saarland dagegen geringer aus. Mit durchschnittlich 4.100 Euro er-

zielen lediglich die Vollzeitbeschäftigten in der Gummi- und Kunststoffindustrie absolut höhere Verdienste als im Bundesschnitt (+ 2,6 %). Der Anstieg ihrer Bruttomonatsverdienste war mit 1,3 % „nur“ 0,5 Prozentpunkte niedriger als im Bund. Die Steigerung der Einkommen bei Beschäftigten in der Herstellung von Metallerzeugnissen im Bund (3,6 %) überstieg das saarländische Verdienstplus (1,2 %) um das Dreifache, wodurch sich der Lohnabstand in der Branche auf -5,7 % erhöhte. Im Maschinenbau sank das Durchschnittseinkommen an der Saar sogar leicht um -0,3 %, während bundesweit (West, einschließlich Berlin) ein Anstieg um 1,8 % zu verzeichnen war. Aber auch dort lag der Verdienstzuwachs unterhalb des gesamtwirtschaftlichen Durchschnitts. Insgesamt verlief die Verdienstentwicklung in der Industrie damit uneinheitlich.

Weitgehend unverändert blieben die Verdienste bei der Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln (+0,1 %), wo in Westdeutschland mit 3,5 % ein überdurchschnittliches Plus zu verbuchen war. In der Getränkeherstellung konnte der Rückgang im vergangenen Jahr (-0,8 %) durch höhere Zuwächse (2,8 %) 2018 nahezu ausgeglichen werden.

Dienstleistungsbereich fällt weiter zurück

Während sich die Verdienstentwicklung im Dienstleistungsbereich in Westdeutschland nahezu auf dem Niveau der Privatwirtschaft bewegt (3,1 beziehungsweise 3,2 %), stiegen die Verdienste in den Dienstleistungsbranchen an der Saar mit 0,9 % etwas weniger stark wie in der Privatwirtschaft (1,2 %). Das Plus liegt damit deutlich unterhalb des Verdienstzuwachses im Bund (West: 3,1 %). Erheblich schwächer verlief die Entwicklung insbesondere bei den marktbestimmten Dienstleistungen (1,1 %; Bund West: 3,7 %). Hier konnten der Bereich Verkehr und Lagerei (3,1 %) sowie die sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen (14,0 %) saarland- (und auch bundes-) weit zwar überdurchschnittliche Verdienstzuwächse erzielen, unverändert weisen die Branchen für das Saarland im Bundesvergleich aber hohe Verdienstrückstände auf. Ebenfalls deutlich, aber weniger ausgeprägt als in Westdeutschland, erhöhten sich die Bruttomonatsverdienste der Vollzeitbeschäftigten im Bereich der freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen (3,3 %). Nur halb so stark wuchsen die Einkommen im saarländischen Handel (1,7 %).

Im Gastgewerbe sowie bei den Finanz- und Versicherungsdienstleistungen fielen die durchschnittlichen Bruttomonatsverdienste der vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmer sogar niedriger aus als im Vorjahr. In diesen Bereichen fallen die Einkommen damit noch weiter hinter den Durchschnitt der westlichen Bundesländer zurück. Diese Tendenzen gelten insbesondere auch

Tabelle 4

Durchschnittliche Bruttomonatsverdienste nach Wirtschaftsabschnitten im Jahr 2018

Vollzeitbeschäftigte Arbeitnehmer

Wirtschaftsabschnitt	Saarland	Früheres Bundesgebiet (einschl. Berlin)	Saarland	Früheres Bundesgebiet (einschl. Berlin)	Abstand Saar / Bund
	insgesamt		Veränderung gegenüber 2017		
	EUR		%		%
Produzierendes Gewerbe und Dienstleistungsbereich	**3.992**	**4.421**	**1,2**	**3,0**	**-9,7**
Privatwirtschaft	**4.004**	**4.501**	**1,2**	**3,2**	**-11,0**
Produzierendes Gewerbe	**4.332**	**4.686**	**2,2**	**2,7**	**-7,6**
Verarbeitendes Gewerbe	**4.502**	**4.874**	**2,1**	**2,7**	**-7,6**
dar.: Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln	2.882	3.355	0,1	3,5	-14,1
Getränkeherstellung	4.274	4.464	2,8	2,1	-4,3
Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren	4.100	3.997	1,3	1,8	2,6
Metallerzeugung und -bearbeitung	4.786	4.857	3,7	2,8	-1,5
Herstellung von Metallerzeugnissen	3.932	4.169	1,2	3,6	-5,7
Herstellung von elektrischen Ausrüstungen	4.216	5.203	3,9	3,8	-19,0
Maschinenbau	4.821	5.238	-0,3	1,8	-8,0
Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen	5.190	6.092	5,5	3,9	-14,8
Energieversorgung	5.574	5.817	-2,8	1,0	-4,2
Wasserversorgung[1]	3.408	3.847	0,1	1,9	-11,4
Baugewerbe	3.448	3.736	5,5	3,7	-7,7
Dienstleistungsbereich	**3.768**	**4.272**	**0,9**	**3,1**	**-11,8**
Marktbestimmte Dienstleistungen	**3.619**	**4.334**	**1,1**	**3,7**	**-16,5**
Handel[2]	3.467	4.081	1,7	2,8	-15,0
Verkehr und Lagerei	3.018	3.389	3,1	0,8	-10,9
Gastgewerbe	2.174	2.575	-2,6	3,9	-15,6
Information und Kommunikation	4.677	5.624	-10,4	1,1	-16,8
Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	5.292	6.383	-0,8	1,9	-17,1
Grundstücks- und Wohnungswesen	3.811	5.057	14,2	5,4	-24,6
Freiberufl., wissenschaftl. u. techn. Dienstleistungen	4.696	5.663	3,3	4,3	-17,1
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	2.681	2.913	14,0	6,0	-8,0
Nicht marktbestimmte Dienstleistungen	**3.960**	**4.167**	**1,3**	**2,2**	**-5,0**
dar.: Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversich.	3.877	4.015	2,2	2,1	-3,4
Erziehung und Unterricht	4.338	4.505	2,1	3,0	-3,7
Gesundheits- und Sozialwesen	3.890	4.130	-0,2	2,1	-5,8

[1] Einschl. Abwasser- u. Abfallentsorgung, Beseitigung von Umweltverschmutzungen

[2] Einschl. Instandhaltung und Reparatur von Kfz

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistisches Amt Saarland, eig. Ber.

Arbeitskammer

für den Bereich Information und Kommunikation (Entwicklung: -10,4 %; Verdienstrückstand gegenüber Westdeutschland: 16,8 %). Mit ursächlich für diese Entwicklung sind zum einen die fehlende Tarifbindung in dieser Branche sowie die geringere Verbreitung der betrieblichen Mitbestimmung. Wenn das Saarland im Strukturwandel tatsächlich verstärkt auf den IT-Bereich setzt, werfen diese Entwicklungen im Hinblick auf eine künftige Fachkräftegewinnung kein gutes Licht auf den Standort.

Auch bei den nicht marktbestimmten Dienstleistungen verlief die Verdienstentwicklung zum Vorjahr weniger ausgeprägt als in Westdeutschland. Dies betrifft insbesondere das Gesundheits- und Sozialwesen, in dem die Durchschnittsverdienste um -0,2 % unter dem Vorjahr liegen, während sie bundesweit (West, einschließlich Berlin) um 2,1 % angestiegen sind. Der Verdienstabstand vergrößerte sich damit auf -5,8 %. Im Bundestrend stiegen die Verdienste in der Öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung, im Bereich Erziehung und Unterricht fiel der Verdienstzuwachs dagegen rund einen Prozentpunkt niedriger aus.

Angesichts der zunehmenden Fachkräfteknappheit wird es sowohl für Betriebe in der Privatwirtschaft, besonders aber auch für Dienststellen im Öffentlichen Dienst zunehmend schwieriger, ausreichend qualifizierte Arbeitskräfte zu finden. Branchenübergreifend und im regionalen Wettbewerb gewinnt das Verdienstniveau damit an Bedeutung und Brisanz.

Verdienstrückstände in höheren Leistungsgruppen

Der gesamtwirtschaftliche Verdienstrückstand des Saarlandes kann auf verschiedene Gründe zurückgeführt werden. Eine wesentliche Rolle spielt die hiesige Wirtschaftsstruktur, die geprägt ist von einem Defizit an Unternehmenszentralen und einer geringeren Bedeutung höherwertiger Tätigkeiten. Dadurch gibt es in der hiesigen Arbeitsplatzstruktur zum einen weniger hochbezahlte Spitzenpositionen, zum anderen sind gerade bei diesen Positionen die Verdienstrückstände besonders ausgeprägt, während Arbeitnehmer in den unteren Leistungsgruppen an der Saar sogar höhere Verdienste erzielen. Die Verdienstabstände in den höheren Leistungsgruppen sind allerdings so ausgeprägt, dass der Verdienstvorsprung von Arbeitnehmern mit überwiegend einfachen Tätigkeiten in der Leistungsgruppe 4 sowie in der Metall- und Elektroindustrie in Leistungsgruppe 3 (Fachkräfte) überkompensiert wird und sich zu einem gesamtwirtschaftlichen Verdienstrückstand summiert.

Die sich abzeichnenden Strukturveränderungen in der saarländischen Wirtschaft werden insgesamt zu einem Anstieg der Qualifikationsanforderun-

gen führen. Arbeitnehmer, die eigenständig einen Verantwortungsbereich übernehmen können (zum Beispiel Vorarbeiter, Meister) und mit komplexeren und vielfältigeren Anforderungen umgehen können, werden zukünftig an Bedeutung gewinnen. Hierfür ist im überregionalen Wettbewerb eine Angleichung der Verdienstmöglichkeiten unausweichlich.

Tarifbindung verbessert Einkommenschancen

Die Tarifgebundenheit verbessert die Einkommenschancen von Arbeitnehmern maßgeblich. Letztlich profitieren nicht nur Arbeitnehmer von der Tarifbindung, sondern auch Unternehmen bei der Suche nach neuen Fachkräften. Auf Basis der vierteljährlichen Verdiensterhebung erzielten Vollzeitbeschäftigte in Betrieben mit Tarifvertragsbindung ein Einkommen, das rund ein Fünftel (20,5 %) beziehungsweise 808 Euro über dem von Beschäftigten in Betrieben ohne Tarifvertragsbindung lag. Im Produzierenden Gewerbe waren die Unterschiede besonders deutlich ausgeprägt. Hier verdienten Fachkräfte (Leistungsgruppe 3) ohne Tarifbindung 30,9 % (-1.135 Euro) weniger als ihre Kolleginnen und Kollegen mit Tarifbindung. Im Dienstleistungsbereich fiel die Diskrepanz mit -12 % (-527 Euro) etwas geringer aus, was in erster Linie auf die hohe Tarifbindung der öffentlichen Dienstleistungen zurückzuführen sein dürfte.

Mindestlohn als „living wage“ ausgestalten

Zum 1. Januar 2019 wurde der gesetzliche Mindestlohn auf 9,19 Euro angehoben, was einer Erhöhung um 4 % beziehungsweise, aufgrund des zweijährigen Erhöhungsturnus, real 2,1 % entspricht.[5] Seit seiner Einführung im Jahr 2015 hat der Mindestlohn in Deutschland deutliche Verbesserungen der Einkommenssituation im Niedriglohnbereich bewirkt. Allerdings liegt der deutsche Mindestlohn noch unter dem Niveau der meisten westeuropäischen Staaten, wo fast überall mehr als 9,60 Euro pro Arbeitsstunde gezahlt werden.

Im Januar hat die Bundesregierung angekündigt, sich im Zuge ihrer EU-Ratspräsidentschaft ab dem zweiten Halbjahr 2020 schwerpunktmäßig mit der Mindestlohnpolitik beschäftigen zu wollen. Laut WSI-Mindestlohnbericht[6] ist europaweit ein Trend zu einer dynamischeren Mindestlohnentwicklung zu beobachten. Er steht dort im Mittelpunkt der Debatte für ein soziales Europa und wird im Kontext sogenannter „living wages“, also existenzsichernder Mindestlöhne, diskutiert. Der deutsche Mindestlohn entspricht dieser Anforderung nicht: In Relation zum Medianeinkommen (Kaitz-Index) liegt dieser bei einem Niveau von 47,8 %, erforderlich wäre eine Relation

Tabelle 6

Durchschnittliche Bruttomonatsverdienste (inkl. Sonderzahlungen) je Arbeitnehmer im Jahr 2018

Abstand Saarland zu früherem Bundesgebiet (einschl. Berlin) in %

Wirtschaftszweig	Leistungsgruppen					
	Insgesamt	1	2	3	4	5
Produzierendes Gewerbe und Dienstleistungsbereich	**-9,7**	-14,1	-9,0	-1,1	9,7	-4,6
Privatwirtschaft	**-11,0**	-14,5	-10,6	-0,9	10,6	-5,0
Verarbeitendes Gewerbe	**-7,6**	-12,7	-7,1	3,6	12,5	-7,2
Metallerzeugung und -bearbeitung	**-1,5**	-5,4	2,2	1,5	4,2	-1,7
Elektroindustrie	**-19,0**	-13,7	-23,1	-14,6	-4,0	/
Maschinenbau	**-8,0**	-13,7	0,0	2,9	11,2	.
Kraftwagen und Kraftwagenteile	**-14,8**	-18,8	-17,5	-7,7	6,6	(-8,6)
Metall- und Elektroindustrie insg.	**-8,9**	-13,0	-7,0	1,9	9,6	-3,8
Baugewerbe	**-7,7**	/	(1,6)	-4,8	0,4	(-11,0)
Dienstleistungsbereich insgesamt	**-11,8**	-15,5	-10,2	-4,4	4,7	-2,8
Marktbestimmte Dienstleistungen	**-16,5**	-18,3	-14,5	-6,9	5,4	(-5,1)
Handel; Inst.h. u. Rep. v. Kfz	**-15,0**	(-18,4)	(-20,0)	-7,3	-0,5	/
Verkehr und Lagerei	**-10,9**	(-14,0)	-6,9	-3,4	(-6,0)	-14,5
Gastgewerbe	**-15,6**	(-13,7)	-5,5	-14,8	-13,0	-11,8
Information und Kommunikation	**-16,8**	-11,5	-13,0	(-12,6)	(-19,4)	-23,9
Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	**(-17,1)**	-21,2	-16,7	-7,6	-13,5	7,0
Grundstücks- und Wohnungswesen	**(-24,6)**	/	(-16,4)	(-14,4)	.	(-36,6)
Freiberufl., wissenschaftl. u. techn. Dienstleistungen	**-17,1**	-23,4	-5,6	(-7,1)	16,8	/
Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	**-8,0**	/	-1,3	-4,3	(16,3)	-5,8
Nicht marktbestimmte Dienstleistungen	**-5,0**	-5,3	-2,3	-0,7	2,1	1,5

Leistungsgruppe 1 „Arbeitnehmer in leitender Stellung" = Arbeitnehmer mit Aufsichts- und Dispositionsbefugnis. Hierzu zählen z. B. angestellte Geschäftsführer, sofern deren Verdienst zumindest teilweise erfolgsunabhängige Zahlungen enthält. Eingeschlossen sind auch alle Arbeitnehmer, die in größeren Führungsbereichen Dispositions- oder Führungsaufgaben wahrnehmen und Arbeitnehmer mit Tätigkeiten, die umfassende kaufmännische oder technische Fachkenntnisse erfordern. In der Regel werden die Fachkenntnisse durch ein Hochschulstudium erworben.

Leistungsgruppe 2 „Herausgehobene Fachkräfte" = Arbeitnehmer mit sehr schwierigen bis komplexen oder vielgestaltigen Tätigkeiten, für die i. d. R. nicht nur eine abgeschlossene Berufsausbildung, sondern darüber hinaus mehrjährige Berufserfahrung und spezielle Fachkenntnisse erforderlich sind. Die Tätigkeiten werden überwiegend selbstständig ausgeführt. Dazu gehören auch Arbeitnehmer, die in kleinen Verantwortungsbereichen gegenüber anderen Mitarbeitern Dispositions- oder Führungsaufgaben wahrnehmen (z. B. Vorarbeiter, Meister).

Leistungsgruppe 3 „Fachkräfte" = Arbeitnehmer mit schwierigen Fachtätigkeiten, für deren Ausübung in der Regel eine abgeschlossene Berufsausbildung, zum Teil verbunden mit Berufserfahrung, erforderlich ist.

Leistungsgruppe 4 „Angelernte Arbeitnehmer" = Arbeitnehmer mit überwiegend einfachen Tätigkeiten, für deren Ausführung keine berufliche Ausbildung, aber insbesondere Kenntnisse und Fertigkeiten für spezielle, branchengebundene Aufgaben erforderlich sind. Die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten werden in der Regel durch eine Anlernzeit von bis zu zwei Jahren erworben.

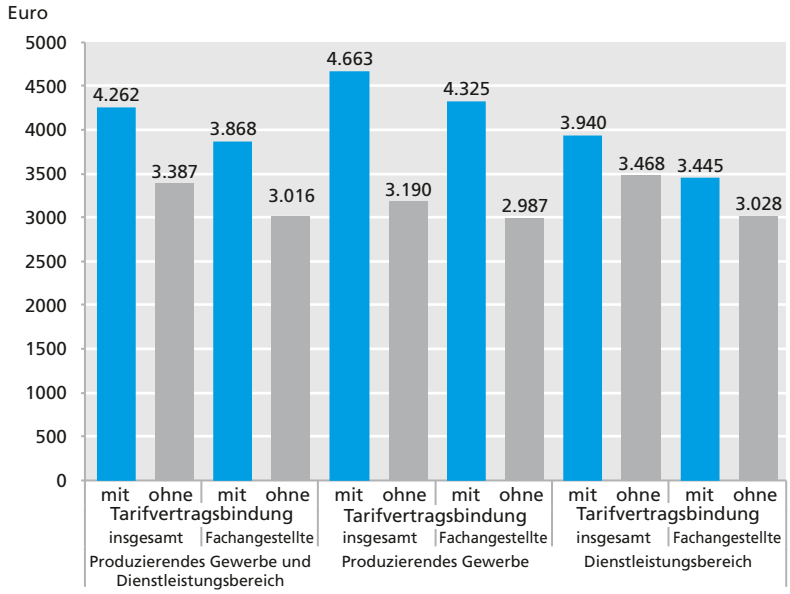
Leistungsgruppe 5 „Ungelernte Arbeitnehmer" = Arbeitnehmer mit einfachen, schematischen Tätigkeiten oder isolierten Arbeitsvorgängen, für deren Ausübung keine berufliche Ausbildung erforderlich ist. Das erforderliche Wissen und die notwendigen Fertigkeiten können durch Anlernen von bis zu drei Monaten vermittelt werden.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistisches Amt Saarland, eigene Berechnungen

Arbeitskammer

Grafik 1

Bruttomonatsverdienste der saarländischen Vollzeitbeschäftigten mit und ohne Tarifvertragsbindung im Jahr 2018



Quelle: Statistisches Amt Saarland, eigene Darstellung

Arbeitskammer

von 60 %.[7] Unabhängig von verschiedenen in den Raum gestellten Überlegungen zur konkreten Höhe von Mindestlöhnen, zeigen in der Praxis festgestellte Verstöße gegen den Mindestlohn, dass viele Unternehmen die Regelungen zur Lohnuntergrenze unterlaufen, indem sie etwa die Vorgaben zur Arbeitszeit nicht einhalten. Dadurch enthalten sie Arbeitnehmern nicht nur den ihnen zustehenden Mindestlohn vor, sie behindern damit gleichzeitig auch die Kontrollmöglichkeiten der zuständigen Behörden.[8]

Angesichts dessen verwundert nicht, dass mehr Kontrollen, härtere Strafen für Arbeitgeber, wirksamere Beschwerdemöglichkeiten sowie höhere Anforderungen bei den Dokumentationssystemen (insbesondere bei der Zeiterfassung) gefordert werden. Dazu braucht der Zoll, der für die Kontrolle des Mindestlohns zuständig ist, dringend zusätzliche Kapazitäten.[9]

[1] Vgl. Schulten, Thorsten: Kräftige Lohnzuwächse und mehr Selbstbestimmung bei der Arbeitszeit. Tarifpolitischer Jahresbericht 2018. WSI-Tarifarchiv. Düsseldorf 2019.

[2] Als marginal Beschäftigte werden Personen angesehen, die als Arbeiter und Angestellte keine voll sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausüben, jedoch nach dem Labour-Force-Konzept der Internationalen Arbeitsorganisation als Erwerbstätige gelten, wenn sie in einem einwöchigen Berichtszeitraum wenigstens eine Stunde gegen Entgelt gearbeitet haben. Dazu zählen in Deutschland insbesondere ausschließlich geringfügig Beschäftigte und Beschäftigte in Arbeitsgelegenheiten (sog. „Ein-Euro-Jobs").

[3] Vgl. Schulten, a. a. O.

[4] Vgl. Flassbeck, Heiner: Die 8 ist keine 3. In: makroskop vom 04.03.2019 sowie Spiecker, Friederike; Flassbeck, Heiner: Der Lohn in Deutschland. In: makroskop vom 19.03.2019.

[5] In Deutschland empfiehlt die Mindestlohnkommission alle zwei Jahre, wie der Mindestlohn angepasst werden soll. Zu ihren Aufgaben gehört auch die Überprüfung der Auswirkungen des Mindestlohns. Die Mindestlohnkommission wird gemäß § 4 Abs. 2 MiLoG alle fünf Jahre neu berufen. Sie besteht aus einer/einem Vorsitzenden, sechs stimmberechtigten ständigen Mitgliedern aus dem Kreis der Sozialpartner und zwei beratenden Mitgliedern aus der Wissenschaft ohne Stimmrecht.

[6] Schulten, Thorsten; Lübker, Malte: WSI-Mindestlohnbericht 2019: Zeit für kräftige Lohnzuwächse und eine europäische Mindestlohnpolitik. In: WSI-Mitteilungen 2/2019, S. 133-141.

[7] Rechnerisch entspricht dies einem Mindestlohn von 11,53 Euro pro Stunde.

[8] DGB Bundesvorstand, Abteilung Wirtschafts-, Finanz- und Steuerpolitik: Arbeitszeitdebatte soll Mindestlohn aufweichen (klartext, Nr. 05/2019). Berlin 2019.

[9] Arbeitskammer des Saarlandes: Arbeitsmarkt und Arbeitsmarktpolitik im Saarland – erfolgreich ausrichten, sozial und sicher gestalten. Bericht an die Regierung des Saarlandes 2018. Saarbrücken 2018, S. 326.

2 Gute Arbeit

2.1 Arbeits- und Gesundheitsschutz – zu geringe Fortschritte

Das Arbeitsschutzgesetz und damit die Verpflichtung der Arbeitgeber zur Durchführung der Gefährdungsbeurteilung ist seit 1996 die wichtigste Voraussetzung für einen guten Arbeits- und Gesundheitsschutz. Die Beurteilung der Gefährdungen am Arbeitsplatz hat in den vergangenen Jahren mehr Aufmerksamkeit erlangt. Sowohl im gesamten Bundesgebiet als auch im Saarland ist aber ein klares Defizit in der Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung zu beobachten. Maßgebend für die seltenen Kontrollen ist die anhaltende Unterbesetzung der hierfür zuständigen saarländischen Behörde, dem Landesamt für Umwelt und Arbeitsschutz (LUA). Daher stellt die Arbeitskammer die Forderung nach mehr Aufsichtspersonen für das Saarland sowie mehr Kontrollen durch das LUA. Darüber hinaus ist der Lehrstuhl für Arbeitsmedizin an der Universität des Saarlandes seit längerem unbesetzt und dem Saarland fehlt die Expertise in der Forschung, der Beratung und der Ausbildung von Betriebs- und Arbeitsmedizinern. Vor allem hier gilt es, auf politischer Ebene aktiv zu werden, um die Arbeitsmedizin sowie den Arbeits- und Gesundheitsschutz im Land weiter voranzubringen.

Der Arbeitgeber steht immer in der Fürsorgepflicht gegenüber seinen Arbeitnehmern. Er muss die vorhandenen Arbeitsbedingungen sowie alle Gegebenheiten beurteilen und diese so gestalten, dass sich keine Gefahren für die Beschäftigten ergeben. Fachkräfte für Arbeitsschutz und Arbeitsmediziner stellen nach Gesetzgebung die Fachkompetenz im Arbeitsschutz dar und müssen immer in die Gefährdungsbeurteilung miteinbezogen werden.[1] In der Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung ist dann besonders die Einstellung der Führungskräfte zum Arbeitsschutz ein entscheidender Faktor. Festzustellen ist, dass nach mehr als 20 Jahren Arbeitsschutzgesetz viele Führungskräfte beim Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz immer noch auf derselben Stelle treten. Nicht selten stehen die Fachkräfte für Arbeitsschutz in der Umsetzung der Arbeitssicherheit allein da und müssen mit nur geringfügigen Mitteln den Schutz der Arbeitnehmer gewährleisten. Viele Arbeitgeber sehen im Arbeitsschutz vor allem viel Aufwand und immense Kosten, daher investieren sie zu selten in den Erhalt der Gesundheit ihrer Beschäftigten. Es hat sich aber gezeigt, dass ein gut aufgestellter Arbeits- und Gesundheitsschutz auf lange Sicht ein Unternehmen wettbewerbsfähiger macht und damit gewinnbringend für alle Beteiligten ist.

Positive Ergebnisse liefert das AK-Betriebsbarometer 2019[2], fast alle befragten Betriebs- und Personalräte im Saarland vermelden, dass sie über

eine sicherheitstechnische Betreuung durch eine Fachkraft für Arbeitsschutz und einen Betriebsarzt verfügen.

Geringer Fortschritt in der Gefährdungsbeurteilung

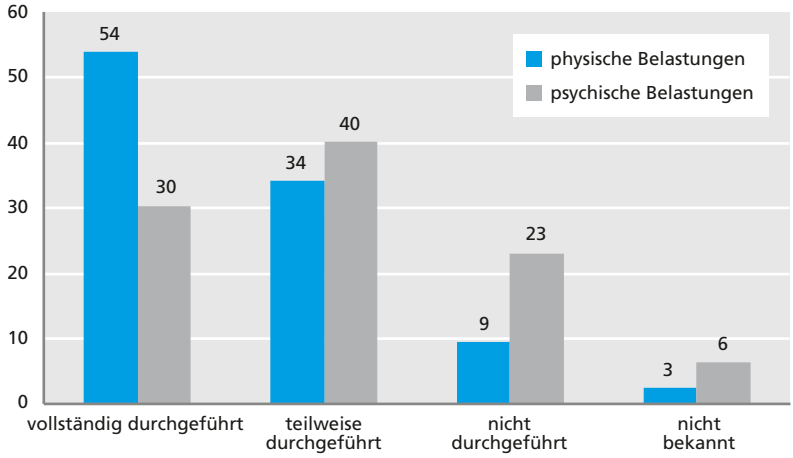
Bei vielen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Saarland liegen weiterhin hohe Belastungen und Gefährdungen am Arbeitsplatz vor. Die Gefährdungsbeurteilung ist und bleibt das wichtigste Präventionsinstrument im betrieblichen Arbeitsschutz und bildet die Voraussetzung für sichere Arbeitsplätze und gesunde Mitarbeiter. Leider wird diese Gefährdungsbeurteilung für die **physische** Belastung nur von 54 % der befragten saarländischen Interessenvertretungen der Betriebe als vollständig durchgeführt angegeben. Dies beinhaltet die Betrachtung der Gefährdungen aller Art, die Maßnahmendefinition und Umsetzung, die Kontrolle der Wirksamkeit und die fortlaufende Dokumentation. Im Vergleich zum AK-Betriebsbarometer 2017 (Umsetzungsstand von 48 %) gab es hier nur eine geringe Steigerung um 6 Prozentpunkte. Eine „teilweise“ durchgeführte Gefährdungsbeurteilung oder eine „angefangene“ Gefährdungsbeurteilung wird von 34 % der für das AK-Betriebsbarometer 2019 befragten Interessenvertretungen der Betriebe angegeben. Die Zahl der 2019 befragten Betriebe, die keine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt haben, ist dagegen zurückgegangen.

In der zunehmenden Digitalisierung und dem Wandel der Arbeitswelt sehen Arbeitnehmer und deren Interessenvertretungen zwei Gründe mehr, die Analyse der **psychischen** Belastung zu fordern. Der Gesetzgeber hat bereits 2007, mit der Einführung der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) und der Anpassung des Arbeitsschutzgesetzes, die Verpflichtung zur Analyse der psychischen Belastung festgelegt. Die Arbeitgeber stehen unter Druck, die psychische Belastung am Arbeitsplatz zu analysieren und Präventionsmaßnahmen anzubieten. Nur 30 % der befragten Interessenvertretungen in den Betrieben gaben 2019 an, eine vollständige Gefährdungsbeurteilung der psychischen Belastung im Betrieb durchgeführt zu haben. Es ist eine positive Entwicklung im Vergleich zur Befragung 2017 festzustellen, hier lag der Umsetzungsstand bei 21 %. Die sukzessive zunehmende Entwicklung in der Gefährdungsbeurteilung ist nach Ansicht der Arbeitskammer immer noch zu gering. Die Auswertungen der GDA kommen bundesweit zu ähnlichen Ergebnissen.[3]

Es ist wichtig, die Gefährdungsbeurteilung ganzheitlich zu betrachten und alle Punkte des Gefährdungs- und Belastungskataloges zu erfassen. Physische und psychische Belastungen am Arbeitsplatz müssen parallel betrachtet werden. Sie treten in den meisten Fällen als eine Belastungskombination auf, die sich auf die Mitarbeiter auswirkt. Berufskrankheiten aufgrund

Grafik 1

Umsetzungsstand der Gefährdungsbeurteilungen
(in % der Betriebe)



Quelle: AK-Betriebsbarometer 2019 Arbeitskammer

von dauerhaften Arbeitsbelastungen stehen im Zusammenhang mit der Frühverrentung von Arbeitnehmern. Das Saarland liegt nach Zahlen des DAK-Gesundheitsreports 2018 bei den Frühverrentungen über dem Bundesdurchschnitt.[4] Schlussfolgernd kann somit eine erhöhte Arbeitsbelastung der saarländischen Arbeitnehmer angenommen werden. Die Auswertungen aus dem AK-Betriebsbarometer 2019 bestätigen das. Im AK-Betriebsbarometer 2019 wird von 28 % der befragten Interessenvertretungen der ständige Zeitdruck im Betrieb als ein „sehr hoch belastender" Faktor bei der Arbeit angegeben und 64 % der Interessenvertretungen der Betriebe sehen diesen als „tendenziell hoch" an. Hinzu kommen die physischen Belastungen am Arbeitsplatz, diese werden von 21 % der 2019 in den Betrieben befragten Interessenvertretungen als „immer noch sehr hoch" eingeschätzt. Hier müssen die Arbeitgeber ganz klar tätig werden, um die zunehmende Tendenz der Belastungen zu stoppen. Erste Auswertungen der zweiten GDA-Periode kommen zu ähnlichen Ergebnissen auf der Bundesebene.[5]

Die Arbeitskammer sieht diese Entwicklungen als „nicht ausreichend" an! Es ist zu bedenken, dass die Gesundheit des Menschen von vielen politischen Akteuren als besonders wichtig angesehen wird und die Gefährdungsbeurteilung als Instrument bereits seit mehr als 20 Jahren (!) verpflichtend ist.

Beratungen, Kontrollen, aber auch Sanktionen sind notwendig

Das deutsche Arbeitsschutzsystem ist dual aufgebaut, die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben wird vom Staat und von den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern kontrolliert. Staatliche Arbeitsschutzinstitutionen und Unfallversicherungsträger sorgen gemeinsam, aber mit unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen, für Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit. Das Landesamt für Umwelt- und Arbeitsschutz (LUA) wird seit vielen Jahren von der Arbeitskammer und den Gewerkschaften regelmäßig aufgefordert, mehr Kontrollen durchzuführen und die Betriebe bei auftretenden Missständen zu sanktionieren. Das LUA setzt dabei seinen Fokus eher auf Beratungen und die Prüfung von verschiedenen betrieblichen Zulassungen. Das zeigen auch die Ergebnisse des AK-Betriebsbarometers 2019: Weniger als die Hälfte der saarländischen Betriebe wurde in den letzten drei Jahren durch eine Aufsichtsbehörde kontrolliert.

Vor dem Hintergrund der bekannten personellen Unterbesetzung des LUA sind die Durchführung von betrieblichen Kontrollen und zugleich die Beratungen der Betriebe nur schwer umsetzbar. Denn entsprechend dem Richtwert der Internationalen Arbeitsorganisation ILO (ILO-Konvention von 1947) und der Europäischen Union müsste für das Saarland, als Industriekernland, eine Aufsichtsperson für jeweils 10.000 Beschäftigte als Bemessungsgröße herangezogen werden.[6] Das wären für das Saarland bei circa 486.000 Beschäftigten mindestens 48 zu besetzende Stellen im Arbeitsschutz. Tatsächlich unterschreitet das LUA diese Mindestanforderung und muss mit weniger als der Hälfte der geforderten Anzahl an Aufsichtspersonen auskommen. Umfangreiche Änderungen im Arbeitsschutzrecht haben jedoch dazu geführt, dass die staatlichen Aufgaben im Arbeitsschutz in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen haben, ebenso die heutigen Ansprüche an die Aufgabenerfüllung. Der zunehmend schnellere Wandel der Arbeit und die voranschreitende Digitalisierung sind bei der Berechnung der Planstellen ebenfalls zu berücksichtigen. Rückmeldungen aus den betrieblichen Beratungsfällen, Seminaren und Veranstaltungen der Arbeitskammer zeigen, dass mehr Präsenz der Aufsichtsbehörde im Betrieb erforderlich ist. Die Beratung der Arbeitnehmer sowie der Arbeitgeber ist ebenso wichtig und muss zusätzlich erbracht werden. Vielen Arbeitnehmern sowie Auszubildenden sind die Beratungs- und Anlaufstellen im Arbeits- und Gesundheitsschutz im Saarland nicht bekannt, somit bleiben viele Beratungssuchende oft auf sich allein gestellt. Die Arbeitskammer fordert daher, dass ausreichend betriebliche Kontrollen im Saarland durchgeführt werden, so wie es die Vereinbarungen im Koalitionsvertrag vorsehen. Der Arbeits- und Gesundheitsschutz muss im Land wieder einen höheren Stellenwert bekommen, um das höchste Gut, die Gesundheit der Arbeitnehmer, zu schützen.

Arbeitsmedizin im Saarland liegt brach

Der Lehrstuhl für Arbeitsmedizin an der Universität des Saarlandes ist seit mehr als fünf Jahren unbesetzt, eine Neubesetzung ist längst überfällig. Es fehlt dem Land nicht nur die rein wissenschaftliche Expertise, sondern auch die Unterstützung des Arbeitsschutzes in der fachmedizinischen Beratung. Insbesondere aber verliert das Saarland die Möglichkeit der Aus- und Weiterbildung von Arbeits- und Betriebsmedizinern. Durch den demografischen Wandel und somit dem Ausscheiden der Betriebs- und Arbeitsmediziner wird die Anzahl der Betriebsärzte im Saarland und im gesamten Bundesgebiet sinken.[7] Um hier gegensteuern zu können, muss nach Auffassung der Arbeitskammer der Lehrstuhl für Arbeitsmedizin an den Homburger Unikliniken unverzüglich wiederbesetzt werden.

Digitalisierung und Automatisierung

Die fortschreitende Digitalisierung stellt bereits jetzt den Arbeits- und Gesundheitsschutz vor neue Herausforderungen und zwingt alle Akteure, gemeinsam zu arbeiten. Es geht darum, den technologischen Wandel nicht nur sicher, sondern auch human und sozialverträglich zu gestalten. Der „Kollege“ Roboter arbeitet in den Betrieben vermehrt kollaborierend mit dem Menschen zusammen. Der Mensch und der Roboter teilen sich hierbei einen Arbeitsraum, was wiederum neue Anforderungen an die Sicherheit stellt. Der Arbeitgeber wird hier einmal mehr in der Pflicht stehen, eine ganzheitliche Beurteilung aller Gefährdungen und Arbeitsbedingungen sowie deren Wechselwirkungen zu betrachten. Vor allem die Mitbestimmung der Interessenvertretungen wird gefragt sein, um eine sozialverträgliche und menschengerechte Digitalisierung im Unternehmen zu erreichen.

Die Betrachtung von neuen Arbeitsformen gewinnt ebenfalls mehr an Bedeutung. Bei Telearbeitsplätzen, mobiler Arbeit oder virtueller Teamarbeit muss der Arbeitsschutz für alle Beschäftigten sichergestellt werden. Das Zusammenwachsen der Lebensbereiche Arbeit und Privates macht es zunehmend schwerer, klare Grenzen zu ziehen. Hier gilt es, eine gesunde Work-Life-Balance zu finden.

Leiharbeiter haben viel häufiger Arbeitsunfälle

Selten können Leiharbeiter fachliche Qualifikationen und somit Verständnis für verschiedene Arbeitsvorgänge oder zunehmend ausreichende Sprachkenntnisse vorweisen, was die Kommunikation der vielen Gesetzgebungen und Normen im Arbeits- und Gesundheitsschutz erschwert. Die Unterwei-

sung ist hier der Dreh- und Angelpunkt, diese muss in einfacher Form und nach Möglichkeit in unterschiedlichen Sprachen angefertigt werden. Danach sollte jeder Mitarbeiter vor Arbeitsaufnahme und wiederkehrend in der für ihn verständlichen Sprache unterwiesen werden, um das Unfallrisiko zu verringern. Leiharbeiter sind hier nach Auswertungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin besonders stark gefährdet.[8] Mit der Unterweisung im Unternehmen ist es aber noch lange nicht getan. Seit 2017 fordert der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) von den Leiharbeitsfirmen, aber auch von den entleihenden Unternehmen, nicht nur tarifvertragliche Absicherungen, sondern ein besseres betriebliches Gesundheitsmanagement aufzubauen, um den Erhalt der Gesundheit der Leiharbeiter zu gewährleisten.[9]

Das Bündnis für Arbeits- und Gesundheitsschutz Saar

Die Bündnisarbeit befindet sich weiterhin auf einem guten Weg, neue Akzente im Arbeits- und Gesundheitsschutz zu setzen. Die Unternehmen sowie die Beschäftigten dabei zu unterstützen, die Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit zu gewährleisten und zu verbessern, ist immer noch das primäre Ziel des Bündnisses für Arbeits- und Gesundheitsschutz Saar (BAGS). Mit der vierten Arbeitsschutzkonferenz 2018, die turnusgemäß wieder als Großveranstaltung in der Saarbrücker Congresshalle stattfand, wurde unter der Federführung der Arbeitskammer ein großer Schwerpunkt auf die betriebliche Gesundheit gelegt; mit Blick auf die demografische Entwicklung sowie den technologischen und digitalen Wandel im Land. Beispiele aus der Praxis zeigten auf, dass die gesetzlichen Vorgaben umsetzbar sind und keine kostspielige Angelegenheit für funktionierende klein- und mittelständische Unternehmen (KMU) darstellen.

Mit dem Eintritt der dritten Periode der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie in diesem Jahr steht das Bündnis wieder in der Verantwortung, die Umsetzung der vorgegebenen Ziele voranzutreiben und das Saarland im Arbeitsschutz in der Spur zu halten.[10] Die Ziele der GDA, gute Arbeitsgestaltung für Muskel-Skelett-Belastungen, gute Arbeitsgestaltung für die psychische Belastung und sicherer Umgang mit krebserregenden Stoffen, bleiben immer noch bestehen und werden verstärkt unter dem gemeinsamen Motto „Prävention mit Hilfe der Gefährdungsbeurteilung“ vorgetragen.

[1] DGUV Vorschrift 1 – Grundsätze der Prävention, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), 2013.

[2] AK-Betriebsbarometer 2019. Im Betriebsbarometer befragt die Arbeitskammer regelmäßig Betriebs-, Personalräte und Mitarbeitervertretungen über die Situation in den Betrieben und Einrichtungen, in denen sie tätig sind.

[3] GDA – Wirkungsprojekt:: Ergebnisbericht, Berlin, 2018.

[4] DAK-Gesundheitsreport für das Saarland, DAK-Gesundheit (Hrsg.), 2018.

[5] 1. Zwischenbericht – Auswertung der Betriebs- und Beschäftigtenbefragungen, Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), Berlin, 2018.

[6] Kohte, Wolfhard: Aufsicht im Arbeitsschutz – internationale Anforderungen und Impulse, WSI-Mitteilungen 3/2015, S. 170-177.

[7] Ärztestatistik zum 31.12.2017 – Bundesgebiet gesamt, Bundesärztekammer (BÄK).

[8] Arbeitswelt im Wandel: Zahlen – Daten – Fakten (2018), Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), Dortmund, 2018.

[9] Siehe www.dgb.de, Pressemitteilung 031.

[10] Arbeitsschutz im Dialog – 12. Arbeitsschutzforum, Hamburg 2017.
Siehe auch www.gda-portal.de

2.2 Prekäre Beschäftigung und Gute Arbeit als Herausforderungen

Prekäre Beschäftigungsformen sind im Saarland weiter verbreitet als in Westdeutschland. Insbesondere Niedrigeinkommen spielen hierzulande eine größere Rolle. Immer mehr Menschen sind daher auf eine Zweitbeschäftigung oder zusätzlich Transferleistungen angewiesen. Daher ist es gerade im Saarland wichtig, im Rahmen der Gute-Arbeit-Politik des Landes Maßnahmen zur Begrenzung prekärer Beschäftigung und zur Verbesserung der Arbeitsqualität voranzutreiben.

Die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist bis Juni 2018 gegenüber dem Vorjahr um 4.929 Personen auf einen historischen Höchststand angestiegen. Das Beschäftigungswachstum an der Saar blieb mit +1,3 % jedoch erneut hinter der westdeutschen Entwicklung (+2,3 %) zurück. Die positive Beschäftigungsentwicklung darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass viele Beschäftigungsverhältnisse nicht den Anforderungen Guter Arbeit genügen. Laut Mikrozensus galt 2017 rund ein Viertel der abhängig Beschäftigten als atypisch beschäftigt. Darunter bilden Teilzeitbeschäftigte mit weniger als 20 Arbeitsstunden pro Woche die größte Teilgruppe (68 %). 90 % von ihnen waren Frauen.

Jeweils knapp ein Drittel der atypisch Beschäftigten war befristet oder geringfügig beschäftigt und jede zehnte Person befand sich in einem Leiharbeitsverhältnis.[1]

Die einzelnen Beschäftigungsformen entwickeln sich unterschiedlich und sind vor dem Hintergrund Guter Arbeit differenziert zu bewerten:

Der Trend zunehmender Teilzeitarbeit setzt sich fort

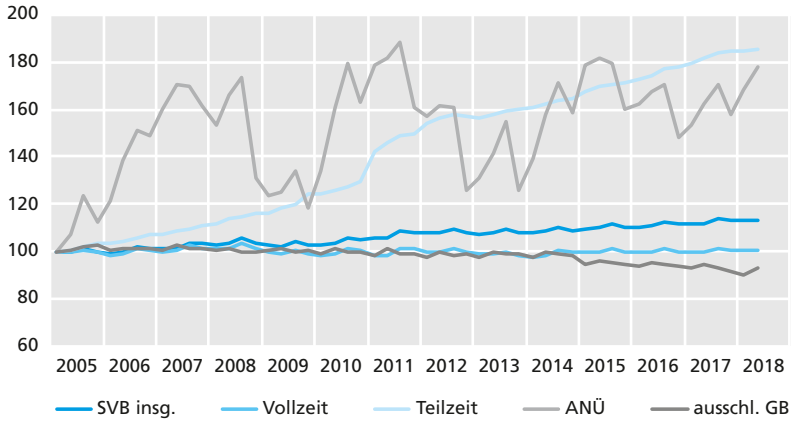
Die Veränderungsrate der Teilzeitbeschäftigten fiel mit +1,8 % höher aus als die der Vollzeitbeschäftigten (+1,1 %), auch wenn die Zahl der Vollzeitbeschäftigten absolut stärker angestiegen ist (+4.756 gegenüber +1.801 Personen). Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten an allen neuen Beschäftigungsverhältnissen lag mit 63,5 % allerdings gut 10 Prozentpunkte unter ihrem Anteil an der Gesamtbeschäftigung (73,2 %).

Mehr als zwei Drittel der Minijobber war ausschließlich geringfügig beschäftigt. Im Vergleich zum Vorjahr waren das 1,7 % und gegenüber 2013 6,8 % weniger. Der gesetzliche Mindestlohn zeigt hier positive Auswirkungen. Vor allem unmittelbar nach seiner Einführung wurden zahlreiche Minijobs in reguläre (Teilzeit-)Beschäftigungsverhältnisse umgewandelt.[2] Zu

Grafik 1

Beschäftigungsentwicklung im Saarland 2005 – 2018

2005 = 100 %



Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Arbeitskammer

beobachten ist dagegen eine kontinuierliche Zunahme der geringfügigen Beschäftigungen im Nebenjob auf zuletzt 30.000. Gegenüber 2017 waren das 2,6 % mehr (+10,9 % seit 2013). Prekär sind Nebentätigkeiten dann, wenn sie auf ökonomische Zwänge zurückzuführen sind.

37.436 Personen gingen 2018 saarlandweit mehr als einer Beschäftigung nach.[3] Neben denjenigen Beschäftigten, die neben einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung noch eine geringfügige Nebentätigkeit ausüben, sind in dieser Zahl auch Personen mit mehreren sozialversicherungspflichtigen oder mehreren geringfügigen Beschäftigungen enthalten. Die Mehrfachbeschäftigungsquote steigt seit 2013 (7,4 %) kontinuierlich und lag zuletzt bei 8,2 Prozent bezogen auf alle abhängig Beschäftigten.

Mehr Leiharbeit, Befristungen und Niedriglohnbeschäftigung im Saarland

Die obige Grafik zeigt deutlich, dass saarländische Unternehmen konjunkturelle Schwankungen häufig mit dem Einsatz von Leiharbeitskräften ausgleichen. 2018 verzeichnete ihre Zahl deutliche Aufwüchse und der Anteil der Leiharbeit war hierzulande erneut höher als in Westdeutschland. Leiharbeitnehmer zählen innerbetrieblich zur Randbelegschaft mit niedrigeren Löhnen und einem höheren Risiko, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Sie sind damit einer permanenten sozialen Unsicherheit ausgesetzt. In jüngster Zeit

haben mehrere saarländische Betriebe angekündigt, die Verträge ihrer Zeitarbeiter aus ökonomischen Gründen nicht zu verlängern.

Im Jahr 2017 waren laut Mikrozensus 7,4 % der abhängigen saarländischen Kernerwerbstätigen befristet beschäftigt. Den Daten des IAB-Betriebspanels zufolge hat sich die Zahl der befristeten Arbeitsverträge hierzulande seit 2002 auf 38.200 Beschäftigte verdoppelt und war 2017 damit so hoch wie noch nie zuvor. Rund die Hälfte der Befristungen erfolgte sachgrundlos.

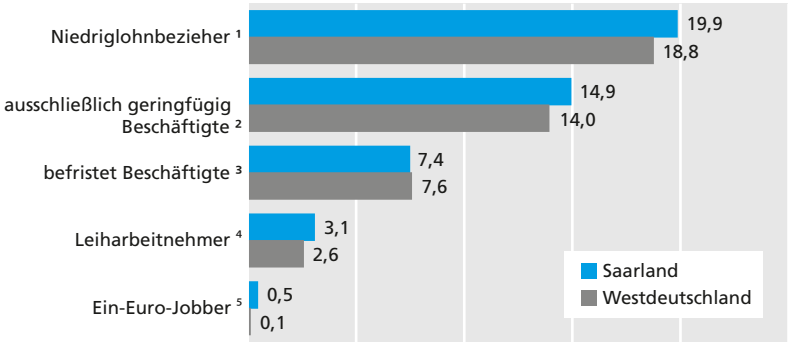
Niedrige Einkommen sowie eine fehlende oder reduzierte soziale Absicherung stellen die gravierendsten Prekarisierungsrisiken dar. Im Vergleich zu Westdeutschland sind im Saarland gerade die Anteile der Niedriglohnbeschäftigung, der ausschließlich geringfügigen Beschäftigung sowie der Leiharbeit überdurchschnittlich ausgeprägt.

- Rund 50.500 Vollzeitbeschäftigte (ohne Auszubildende) beziehungsweise ein Fünftel (19,9 %) aller Vollzeitbeschäftigten bezogen 2017 ein Einkommen unterhalb der westdeutschen Niedriglohnschwelle von 2.226 Euro.[4]

- 8.000 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, darunter knapp 1.900 Vollzeitbeschäftigte, waren im Juni 2018 daher zusätzlich auf ergänzende Sozialleistungen angewiesen („working poor“).

Grafik 2

Prekäre Beschäftigung
Anteil an abhängig Beschäftigten in %



1) Anteil an sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigten (Kerngruppe), 31.12.2017
2) Anteil an allen abhängig Beschäftigten, Juni 2018
3) Anteil an allen abhängigen Kernerwerbstätigen, 2017
4) sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in ANÜ nach WZ 2008, Anteil an allen svB, Juni 2018
5) Jahresdurchschnitt 2018, bezogen auf Arbeitnehmer (ETR 2018)

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit — Arbeitskammer

Attraktive Arbeits- und faire Entlohnungsbedingungen sind gerade in Zeiten knapper Arbeitskräfteressourcen entscheidend zur Fachkräftesicherung in saarländischen Betrieben. In den jüngeren Tarifabschlüssen wurde daher insbesondere auf die unteren Lohnsegmente ein besonderes Augenmerk gerichtet. Auch der gesetzliche Mindestlohn wurde zum 1. Januar 2019 auf Empfehlung der Mindestlohnkommission auf 9,19 Euro angehoben und steigt Anfang 2020 weiter auf dann 9,35 Euro. Aber auch dann wird er nicht ausreichen, um nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben eine existenzsichernde Altersversorgung aufzubauen.

Neue prekäre Beschäftigungsformen durch Wandel der Arbeitswelt

Atypische und prekäre Beschäftigung wird in Abgrenzung zum Normalarbeitsverhältnis (unbefristet, Vollzeit, existenzsicherndes Einkommen) definiert. Durch den Wandel der Arbeitswelt im Zuge zunehmender Digitalisierung sind eine Reihe neuer Beschäftigungsformen (Gig-Work, Crowd-Work, Microtasking) entstanden, die zunehmend weniger mit einem klassischen Normalarbeitsverhältnis in Einklang zu bringen sind und neue Formen der Prekarisierung mit sich bringen. Insbesondere die Plattform-Ökonomie bricht mit dem hergebrachten Verständnis von Arbeitsbeziehungen und Arbeitsorganisation und stellt die sozialen Sicherungssysteme vor erhebliche Herausforderungen.[5] Erschwerend kommt hinzu, dass diese neuen Beschäftigungsformen auch für Gewerkschaften nur schwer zugänglich sind. Tarifbindung, Mitbestimmung oder gemeinsames solidarisches Vorgehen, etwa für bessere Arbeitsbedingungen, sind hier noch kaum verbreitet und werden sogar aktiv verhindert und bekämpft. Damit wird den Beschäftigten die Chance auf Gute Arbeit vorenthalten.

Maßnahmen der Landesregierung zur Begrenzung prekärer Arbeit

Angesichts der hohen Anteile von Niedriglohnbeschäftigung und atypischer Beschäftigungsformen im Saarland ist es dringend notwendig, auch im Rahmen der Landesarbeitspolitik gegenzusteuern. Zur Eindämmung von Niedriglohnbeschäftigung lässt sich zum einen auch bei den Erwerbseinkommen selbst ansetzen, zum anderen kann die Landesregierung in ihrem Einflussbereich Rahmenbedingungen setzen, die darauf zielen, prekäre Beschäftigungsformen einzugrenzen.

So ist die Kontrolle der Einhaltung des gesetzlichen Mindestlohnes und von Branchenmindestlöhnen im Wesentlichen eine Aufgabe der Finanzkontrolle Schwarzarbeit (FKS als Teil der Bundeszollbehörde), dennoch kann das Land hier unterstützend wirken: Mit dem Saarländischen Tariftreuegesetz

(STTG) sorgt es bei der Vergabe öffentlicher Aufträge innerhalb des Saarlandes dafür, dass der saarländische Vergabemindestlohn eingehalten wird und bei der Beschäftigung von Leiharbeitnehmern diese vom ersten Tag an wie regulär Beschäftigte entlohnt werden müssen. Hier wurde eigens eine effizient arbeitende Prüfstelle eingesetzt. Der saarländische Vergabemindestlohn orientiert sich, dem Beschluss der saarländischen Tarifkommission folgend, am bundesweit gültigen gesetzlichen Mindestlohn (9,19 Euro ab Januar 2019 und 9,35 Euro ab 2020) und bleibt damit in der Höhe hinter den Bundesländern zurück, die im Rahmen ihrer eigenständigen Festlegung einen höheren Vergabemindestlohn beschlossen haben; dies mit dem Ansinnen, über eine Orientierung am Niveau der untersten Entgeltgruppe im Öffentlichen Dienst, das Outsourcing der öffentlichen Hand auf Private zu verhindern. Andererseits ist im aktuellen Koalitionsvertrag der saarländischen Landesregierung die Absicht und Formulierung enthalten: „Bei der Vergabe öffentlicher Aufträge wird die Einhaltung eines repräsentativen Tarifvertrages zur Bedingung." Diese Absichtserklärung geht über das Setzen von Mindestlöhnen weit hinaus und ist aus Sicht der Arbeitskammer zu begrüßen, allerdings ist eine Einschätzung, ob oder inwiefern dies europarechtskonform umgesetzt werden kann, offen.

Bereits im letzten Bericht an die Regierung 2018 hat die Arbeitskammer bemängelt, dass im Koalitionsvertrag des Landes hinsichtlich der Berücksichtigung von Qualitätskriterien Guter Arbeit im Rahmen der Wirtschaftsförderung keine Weiterentwicklung (zum Beispiel der Leiharbeitsquoten) beschlossen wurde. Dies ist weiterhin eine offene Baustelle. Zudem hat das Land auch eine besondere Verantwortung als öffentlicher (Modell-)Arbeitgeber. Dieses betrifft etwa die Einschränkung sachgrundloser Befristungen in der Landesverwaltung.

Eine weitere Möglichkeit zur Durchsetzung von Mindestarbeitsbedingungen auch in der Privatwirtschaft ist das Vorhaben, im Rahmen von branchenspezifischen Konsultationen, gerade in schwarzarbeitanfälligen Branchen (wie etwa der Bau-, Hotel-, Gastronomiebranche), unterschiedliche Behörden im Saarland (FKS, Arbeitsschutzbehörde, Unfallkassen, Jobcenter, Prüfstelle STTG, Lohnsteueraußenamt) zusammenzubringen, um über eine optimierte Koordinierung Handlungs- und Abstimmungsbedarfe zu ermitteln. Erstmals erfolgte dies durch das Wirtschafts- und Arbeitsministerium in der saarländischen Baubranche, eine Intensivierung und Ausweitung auf weitere Branchen ist aber zu empfehlen.

In Folge zunehmender Arbeitsmigration innerhalb Europas stellt „Wanderarbeit" eine besondere Form prekärer Beschäftigung dar. Die bei der Arbeitskammer im Frühjahr 2018 eingerichtete und über Landesmittel finanzierte „Saarländische Beratungsstelle Wanderarbeit" wird sehr stark

nachgefragt und liefert einen wichtigen Baustein der regionalen Arbeitsmarktpolitik zur Begrenzung von Lohn- und Sozialdumping gerade im Rahmen der EU-Osterweiterung.

Gute Arbeit auch in Normalarbeitsverhältnissen voranbringen

Neben der Begrenzung von Niedriglöhnen und prekärer Beschäftigung geht es im Rahmen der Gute-Arbeit-Politik des Landes auch in Normalarbeitsverhältnissen um eine Verbesserung der Arbeitsqualität. Angesichts einer starken Binnenabwanderung hochqualifizierter Beschäftigter aus dem Saarland ist dies zur regionalen Fachkräftebindung essenziell. Die Landesregierung unterstützt dies über diverse Projekte und Initiativen. Aus Sicht der Arbeitskammer positiv hervorzuheben ist etwa die Fortsetzung des stark nachgefragten Beratungsprojektes „BetriebsMonitor Gute Arbeit Saar“, welches ganz konkret mit den Arbeitgebern und den Beschäftigtenvertretern auf betrieblicher Ebene Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Wettbewerbsfähigkeit voranbringt. Dies kann etwa über Arbeitszeitberatungen, Digitalisierungsberatungen oder die Unterstützung zur Umsetzung von Gefährdungsanalysen psychischer Belastungen erfolgen. Wichtig, gerade zur Erhöhung der im Saarland niedrigen Erwerbstätigenquote von Frauen und zur Unterstützung von Selbstständigkeitsgründungen von Frauen, sind individuelle Unterstützungen von Frauenberatungsstellen, deren Koordinierung über die Projektstelle Frauen im Beruf (FiB) bei der Arbeitskammer erfolgt.

Offene Projektvorhaben aus dem Koalitionsvertrag sind die Einführung eines freiwilligen „Unternehmensgütesiegels Gute Arbeit“ und die Einrichtung von Digitalisierungsberatern zur Unterstützung des Mittelstandes, bei den Kammern und bei der Wirtschaftsförderung.

---

[1] Die Abgrenzung der Beschäftigungsformen ist nicht trennscharf. Aufgrund dieser Mehrfachzuordnung ergibt sich eine Summe von über 100 Prozent.

[2] Vgl. Institut für Arbeit und Beschäftigung (IAB): Arbeitsmarktspiegel, Entwicklungen nach Einführung des Mindestlohns, Ausgabe 7 (IAB-Forschungsbericht 10/2018), Nürnberg 2018.

[3] Die Mehrfachbeschäftigungsquote setzt die Mehrfachbeschäftigten in Relation zu den abhängig Beschäftigten (sozialversicherungspflichtig Beschäftigte plus ausschließlich geringfügig Beschäftigte). Vgl. Mehrfachbeschäftigung, hg. von der Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg 2016.

[4] Diese beträgt zwei Drittel des mittleren westdeutschen Lohns (Median).

[5] Vgl. AK-Jahresbericht 2018.

2.3 Landesregierung unterstützt Frauen verstärkt

Die Erwerbsbeteiligung der Frauen im Saarland steigt seit Jahren kontinuierlich an. Dennoch gibt es eine nicht unerhebliche stille Reserve, viele Frauen arbeiten noch immer in Minijobs oder unfreiwilliger Teilzeit. Die Landesregierung will mit dem Landesprogramm „Frauen in Arbeit" gegensteuern. Die neuen Beratungsstellen, die in den einzelnen Landkreisen eingerichtet werden sollen, werden von der Netzwerkstelle Frauen im Beruf (FiB) bei der Arbeitskammer koordiniert und vernetzt.

Frauen im Saarland sind – wie in Deutschland insgesamt – immer stärker am Erwerbsleben beteiligt. Dies zeigen die Erwerbsquoten der 15- bis 64-jährigen Frauen deutlich. Sowohl für die eigene Existenzsicherung, die Absicherung im Alter als auch zur Verwirklichung von Autonomie und eigener Lebensentwürfe spielt bezahlte Erwerbsarbeit eine wesentliche Rolle. Aktuell liegt die Erwerbsquote der Frauen im Saarland allerdings noch immer rund 2,1 Prozentpunkte hinter den Werten in Westdeutschland zurück (71,2 % zu 73,3 % im Jahr 2017, Männer: 80,7 %).[1] Im Bundesländervergleich der Frauenerwerbsquoten hat sich das Saarland mittlerweile vom letzten Platz auf den drittletzten Platz „vorgearbeitet".

Beschäftigung steigt überwiegend in Teilzeit und Minijob

Die Frauenerwerbsquoten erfassen all diejenigen, die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Diese Frauen sind aber nicht zwangsläufig tatsächlich beschäftigt. Klarer wird das Bild außerdem, wenn die unterschiedlichen Beschäftigungsformen von Frauen herangezogen werden. Mitte 2018 lag die Zahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen im Saarland bei rund 176.700 (Männer: 212.400). Im Vergleich zum Jahr 2000 ist dies ein Anstieg um rund 24 %.[2]

Die genauere Untersuchung der Daten zeigt: Der rasante Beschäftigungsanstieg der Frauen ist vor allem auf den Anstieg der Teilzeitbeschäftigung zurückzuführen. Diese hat sich im Saarland seit dem Jahr 2000 quasi verdoppelt, während die Zahl der vollzeitbeschäftigten Frauen sogar lange Zeit tendenziell rückläufig war. Erst in den letzten beiden Jahren konnte sich die Zahl der vollzeitbeschäftigten Frauen stabilisieren und stieg zuletzt leicht auf 92.000 an.

Mit in die Beschäftigungsbilanz gehören außerdem die ausschließlich geringfügig beschäftigten Frauen: Weibliche Minijobberinnen gab es Mitte 2018 im Saarland rund 41.800.[3] Seit der statistischen Erfassung ist eine hohe Bedeutung dieser Beschäftigungsform im Saarland festzustellen.

Allerdings lag ihre Zahl hierzulande vor wenigen Jahren sogar noch deutlich höher, seit ein paar Jahren sinkt sie langsam ab. Dies ist sicherlich der Einführung des gesetzlichen Mindestlohnes zu verdanken, der dazu führte, dass Minijobs in reguläre Beschäftigung umgewandelt wurden und werden. Dennoch ist die Zahl der Minijobberinnen immer noch sehr hoch. Dabei ist diese Beschäftigungsform angesichts all der Nachteile, die sich für Frauen mittel- bis langfristig daraus ergeben, keine anzustrebende Erwerbsvariante. Leider aber gelingt es vielen Betroffenen nicht, aus dieser als vorübergehendem Einstieg ins Erwerbsleben vorgesehenen Arbeitsform (noch einmal) in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (zurück-)zukommen.

Landesprogramm „Frauen in Arbeit“ bringt Unterstützung

Im Rahmen des Fachkräftepakts auf Landesebene wurde Anfang 2016 auch festgestellt, dass Frauen bezüglich des Ausmaßes ihrer Erwerbstätigkeit im Saarland zwar aufgeholt haben, es aber noch Luft nach oben gibt. Der Rückstand hat verschiedene Ursachen (Wirtschaftsstruktur, Arbeitsplatzangebot, Tradition und Kultur), die sich nicht durch eine Maßnahme allein verändern lassen. Deutlich aber wurde in der Analyse der Arbeitsgruppe im Fachkräftepakt, dass es für Frauen auf dem Weg zur Erwerbstätigkeit oft zu Informations- und Reibungsverlusten kommt. Dies gilt vor allem, wenn die Rahmenbedingungen schwierig sind, wie für Alleinerziehende, Wiedereinsteigerinnen, Frauen mit Migrationshintergrund.

Die Koordinierungsstelle „Frau und Beruf“, die im Saarpfalz-Kreis angesiedelt ist, wurde mit ihrem Angebot und ihrer Arbeitsweise als Modell dafür gesehen, wie man Frauen zusätzlich unterstützt. Ein erster Schritt auf Landesebene war die im Fachkräftebündnis beschlossene Netzwerkstelle „Frauen im Beruf“ (FiB), die seit 2017 bei der Arbeitskammer des Saarlandes angesiedelt ist. Die FiB dient in Fragen der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit beziehungsweise auch bei Gründungsfragen als Netzwerkorganisatorin und Ansprechpartnerin für die auf den verschiedenen Ebenen handelnden Akteure. Sie kann außerdem betroffenen Frauen Hinweise geben, wohin diese sich weiter wenden können. Dabei sind den Frauen bei Bedarf auch die Möglichkeiten aufzuzeigen, sich mit geeigneten Ideen beruflich selbstständig zu machen. Zielvorgabe war außerdem, ein landesweites Konzept zur Weiterentwicklung der beruflichen (Re-) Aktivierung von Frauen zu entwickeln.

Individuelle Beratung wird verstärkt

Die bisherigen Erfahrungen der FiB bestätigen viele der zuvor getroffenen Annahmen. In den einzelnen Landkreisen gibt es verschiedene Angebote, deren Transparenz aber häufig für Ratsuchende nicht gewährleistet ist. Auch den Akteuren untereinander fehlt es oft an Wissen darüber, was die jeweils anderen anbieten und tun. Außerdem stellte sich immer wieder heraus, dass eine unabhängige, niedrigschwellige, individuelle Beratung vor Ort sehr sinnvoll wäre, um Frauen zu unterstützen, die sich dem Thema Erwerbstätigkeit nähern, vor allem, wenn diese seit längerer Zeit nicht mehr gearbeitet haben.

Die Landesregierung griff die Empfehlungen und Hinweise der FiB, die diese in regelmäßigen Rückmeldungen und in ihren Zwischenberichten gegeben hat, im Herbst 2018 mit dem Landesprogramm „Frauen in Arbeit“ auf. Kern des Programms ist die Einrichtung von regionalen Beratungsstellen innerhalb der Landkreise des Saarlandes/des Regionalverbandes Saarbrücken. Neben der Koordinierungsstelle „Frau und Beruf“ im Saarpfalz-Kreis gibt es bereits in Neunkirchen seit 2017 eine Beratungsstelle „Frau & Beruf“, es fehlen demnach aktuell noch vier weitere Beratungsstellen. Diese können von den Landkreisen – über ESF-Mittel – bezuschusst eingerichtet werden. Der Zuschuss des Kooperationspartners Landkreis wird anschließend vom Land aus Mitteln des Landesprogramms erstattet. Die Beratungsstellen sollen Frauen individuell beraten und weiter begleiten und außerdem die kleinräumige Vernetzung vor Ort und den lokalen Überblick über die verschiedenen Möglichkeiten gewährleisten.

Teil des Programms ist außerdem die Möglichkeit, den ratsuchenden Frauen mittelfristig geeignete Orientierungsmaßnahmen auf ihrem weiteren Planungsweg zur Unterstützung anzubieten. Diese Maßnahmen sind von den Beratungsstellen passend zu den Bedarfen in Zusammenarbeit mit örtlichen Bildungsträgern zu konzipieren. Sie können in einem gewissen Umfang über das Landesprogramm, das dafür ein Maßnahmenbudget bereithält, finanziert werden.

Der dritte Bestandteil des Landesprogramms ist die Verlängerung der Netzwerkstelle FiB bei der Arbeitskammer. Sie wird weiterhin als zentrale Vernetzungsstelle fungieren und zwar sowohl zwischen den einzelnen Beratungsstellen als auch zwischen den beiden Teilbereichen der FiB (Förderung der abhängigen Beschäftigung und Förderung der Existenzgründung). Damit ist sie ein aktiver Bestandteil des landesweiten Konzeptes zur beruflichen (Re-)Aktivierung von Frauen.

FiB bei der AK als zentrale Kooperationsstelle

Im Rahmen der Mitwirkung bei der Umsetzung des Landesprogramms „Frauen in Arbeit“ wird die FiB zukünftig verschiedene Funktionen übernehmen:

- Koordination und Beratung der verschiedenen Partnerinnen und Partner, Beratungsstellen.
- Durchführung von Fachveranstaltungen für die Beratungsstellen wie auch für die Öffentlichkeit.
- Bereitstellung von Informationen/Öffentlichkeitsarbeit/Marketing mit dem Ziel, eine zentrale Internetseite zu entwickeln.
- Berücksichtigung bundesweiter Rahmenbedingungen/Blick über die Landesgrenzen, um Erfahrungswerte zu transportieren und weitere Ideen zu sammeln.
- FiB als Schnittstelle zu Netzwerkpartnern und Netzwerkpartnerinnen, die in der Summe recht zahlreich an dem Prozess beteiligt sind (Agentur für Arbeit, Jobcenter, Landkreise/Regionalverband, Gewerkschaften, Verbände, Ministerien, Bündnisse und Gremien).
- Anzusprechen sind nicht zuletzt auch Betriebe und Unternehmen. Gerade in Branchen, in denen von Fachkräftemangel gesprochen wird (im Handwerk oder in der Pflege), sind Anregungen denkbar, wie Arbeitsplätze (für Frauen und Familien insgesamt) attraktiver gestaltet werden können (Stichwort: „Arbeitgeberattraktivität“). An dieser Stelle wird die Zusammenarbeit mit der Servicestelle „Arbeiten und Leben im Saarland“ (ALS) bei der saar.is weiter fortgeführt und intensiviert.

---

[1] Statistisches Bundesamt, Fachserie 4.1.1, Ergebnisse des Mikrozensus zum Arbeitsmarkt.

[2] Statistik über die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung der Bundesagentur für Arbeit.

[3] Ebd.

3 Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik

3.1 Arbeitsmarktpolitik: Erfolgversprechende Schritte jetzt umsetzen

Mit dem Teilhabechancengesetz und dem Qualifizierungschancengesetz sind zu Beginn des Jahres zwei neue Regelungen in Kraft getreten, die in vielen Teilen an arbeitsmarktpolitische Forderungen der Arbeitskammer anknüpfen. Für das Saarland bieten diese Änderungen neue und lange erwartete Möglichkeiten, gerade angesichts des sich abzeichnenden wirtschaftlichen Strukturwandels. Mit dem „Saarländischen Beschäftigungspakt" hat die Landespolitik wichtige Akteure ins Boot geholt, um die neuen Programme mit Leben zu füllen. Mit der neuen Gesetzgebung wurden bundespolitisch erste wichtige Weichen in der Arbeitsmarktpolitik gestellt. Noch fehlt allerdings eine grundlegende Neuausrichtung.

Die Nachrichten zur Arbeitsmarktentwicklung sind bundesweit, wie auch im Saarland, insgesamt positiv. Die Beschäftigungsnachfrage bleibt trotz etwas nachlassender Intensität hoch und die Zahl der Arbeitslosen sinkt weiter. Allerdings schneidet das Saarland bei den Kennzahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung und des Arbeitsmarktes im Vergleich unverändert weniger gut ab als der Bundesdurchschnitt. Insgesamt – so das zentrale Ergebnis des Berichts der Arbeitskammer im letzten Jahr – befindet sich die Arbeitsmarktpolitik in einer Sackgasse.[1] Die Politik der Aktivierung im Rahmen der Agenda-Politik der letzten fünfzehn Jahre lief zum Teil ins Leere und konnte die grundlegenden Probleme des Arbeitsmarktes nicht lösen. Stattdessen brachten die Reformen der Arbeitsmarktpolitik eine tiefgreifende soziale Spaltung des Arbeitsmarktes mit sich, die sich in einer Zweiklassengesellschaft der Arbeitslosigkeit manifestiert: Auf der einen Seite Arbeitslose in der Arbeitsförderung und der Arbeitslosenversicherung (SGB III), auf der anderen Seite Personen mit multiplen Problemlagen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II), deren Lage sich zunehmend verfestigt.

Strukturelle Probleme des Arbeitsmarktes bestehen weiter fort

Die strukturellen Probleme des saarländischen Arbeitsmarktes bestehen vor diesem Hintergrund auch weiterhin fort:

- Im Jahresdurchschnitt 2018 befanden sich im Saarland 49.500 Personen in Unterbeschäftigung. Im März 2019 lag die Unterbeschäftigungsquote[2] bei 8,9 % und damit 0,7 Prozentpunkte unter dem Vorjahreswert

(9,6 %). Im Vergleich zum Bund (West) fiel sie erneut deutlich überdurchschnittlich aus (6,6 %).

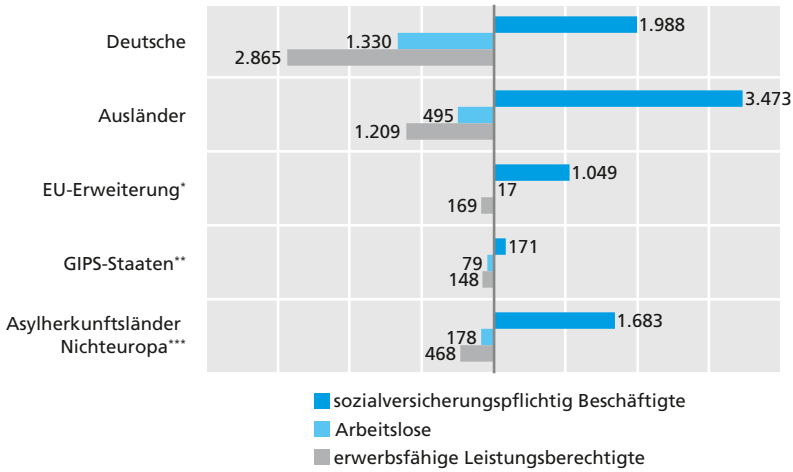
- Im Jahresdurchschnitt 2018 waren im Saarland rund 32.200 Personen arbeitslos registriert, davon 11.100 Personen als Langzeitarbeitslose. Diese haben seit mindestens einem Jahr keinen Job und beziehen überwiegend Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II/Hartz IV). Die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit im SGB II lag 2018 mit 464 Tagen auf dem gleichen Niveau wie 2014, nachdem sie 2015 sogar bis 482 Tage angestiegen war. Auch wenn die Zahl der Langzeitarbeitslosen und die Dauer der Beschäftigungslosigkeit zuletzt gesunken sind, bleiben die Chancen, eine neue Stelle zu finden, für diesen Personenkreis weiterhin sehr gering. Die Perspektiven für Langzeiterwerbslose haben sich somit in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert.

- Ausländische Beschäftigte haben im vergangenen Jahr weiter erheblich zum Beschäftigungsaufbau im Saarland beigetragen. Erfreulich ist, dass

Grafik 1

Arbeitsmarktkennzahlen im Saarland nach ausgewählten Staatsangehörigkeiten

Veränderung zum Vorjahr



* Estland, Lettland, Litauen, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn, Bulgarien, Rumänien, Kroatien
** Griechenland, Irland, Portugal, Spanien
*** Afghanistan, Eritrea, Irak, Iran, Nigeria, Pakistan, Somalia, Syrien

Stand: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung August 2018; Arbeitslosigkeit Februar 2019; erwerbsfähige Leistungsberechtigte November 2018.

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit (Migrationsmonitor) Arbeitskammer

auch die Zahl der Beschäftigten aus den Asylherkunftsländern deutlich steigt, was zeigt, dass geflüchtete Personen zunehmend Stellen auf dem saarländischen Arbeitsmarkt finden. Die im Saarland praktizierte Kombination von Sprachförderung, Einstiegsqualifizierung sowie einer möglichst frühzeitigen Ausbildungsorientierung zahlt sich aus und sollte weitergeführt werden.

Einstieg in einen sozialen Arbeitsmarkt

Arbeitsmarktpolitiker diskutieren seit längerem darüber, wie für von Arbeitslosigkeit betroffenen Personen, insbesondere wenn sie über einen längeren Zeitraum keine Beschäftigung finden konnten, wieder „Brücken in den Arbeitsmarkt“ gebaut werden können. Die Arbeitskammer hat sich in der Vergangenheit diesbezüglich eindeutig positioniert und für die Schaffung eines sozialen Arbeitsmarktes und die Einführung des sogenannten Passiv-Aktiv-Transfers (PAT) ausgesprochen. Zum 01.01.2019 sind mit dem Teilhabechancengesetz und dem Qualifizierungschancengesetz zwei rechtliche Grundlagen in Kraft getreten, die zentrale Forderungen der Arbeitskammer berücksichtigen. Laut Koalitionsvertrag sollen über das Instrument „Teilhabe am Arbeitsmarkt“ bundesweit bis zu 150.000 Langzeitarbeitslose erreicht werden. Im Saarland wären dies rund 2.000 Betroffene. Angesichts von derzeit 15.300 (Dezember 2018) arbeitslosen Langzeitbeziehern besteht allein hierzulande aber ein deutlich höherer Bedarf. Ob sich das Gesetz als „Zeitenwende in der Sozialpolitik“[3] erweist, muss sich vor dem Hintergrund dieser Zielsetzung herausstellen.

Vier Milliarden Euro für Lohnkostenzuschüsse für zwei Zielgruppen

Mit dem Gesetz zur Schaffung von Teilhabechancen für Langzeitarbeitslose auf dem allgemeinen und sozialen Arbeitsmarkt (Teilhabechancengesetz) will die Bundesregierung die Situation von Langzeitarbeitslosen verbessern. Bis 2022 werden für die neuen Leistungen des Gesetzes insgesamt vier Milliarden Euro im Bundeshaushalt eingestellt. Zusätzlich soll auf Länderebene ein Passiv-Aktiv-Transfer (PAT) ermöglicht werden. Das bedeutet, dass Jobcenter auch Geld in das Programm stecken können, das sie einsparen, weil sie aufgrund der geförderten Jobs die Sozialleistungen (Hartz-IV-Leistungen) für den Lebensunterhalt nicht mehr bezahlen müssen. Die eingesparten kommunalen Kosten der Unterkunft (KdU) sind hierbei allerdings nicht eingeschlossen. Problematisch ist weiter, dass die Regelung bisher nicht im SGB II verankert ist und die Mittel hierfür gedeckelt sind.[4] Für das Saarland zeigte die Evaluation des Landesprogramms ASaar, dass rund drei Viertel der eingesetzten Mittel über verschiedene Kanäle wieder zurückfließen.[5]

Über das Gesetz werden in erster Linie Lohnkostenzuschüsse finanziert, wenn Arbeitgeber Langzeitarbeitslose sozialversicherungspflichtig beschäftigen. Mit den Instrumenten der „Eingliederung von Langzeitarbeitslosen", die mindestens zwei Jahre arbeitslos sind, und dem neuen Regelinstrument „Teilhabe am Arbeitsmarkt", das sich an Personen richtet, die in den letzten sieben Jahren mindestens sechs Jahre Hartz-IV-Leistungen[6] bezogen haben, werden zwei unterschiedliche Zielgruppen angesprochen. Positiv hervorzuheben ist, dass die bisherigen Kriterien Zusätzlichkeit, öffentliches Interesse und Wettbewerbsneutralität entfallen.

Weiterentwicklung bestehender Instrumente

Bei der „Eingliederung von Langzeitarbeitslosen" handelt es sich um eine Weiterentwicklung des bereits bestehenden Instruments der „Förderung von Arbeitsverhältnissen" nach § 16e SGB II. Arbeitgebern wird für die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung von Personen, die mindestens zwei Jahre arbeitslos waren, ein degressiver Lohnkostenzuschuss gewährt. Dieser beträgt im ersten Jahr 75 % und im zweiten Jahr 50 % des tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelts (Arbeitgeber-Brutto) einschließlich der pauschalisierten Sozialversicherungsbeiträge.

Die bisherige Verknüpfung der Förderung an bestehende Vermittlungshemmnisse wurde in der Neufassung aufgehoben, was zunächst grundsätzlich positiv zu bewerten ist. Allerdings wurde die Förderhöhe im Durchschnitt deutlich abgesenkt. Bislang war eine Förderung von 75 % des Arbeitsentgelts über den gesamten Förderzeitraum vorgesehen. Als besonders problematisch anzusehen ist, dass der Lohnkostenzuschuss keine Beiträge zur Arbeitslosenversicherung enthält, so dass die Betroffenen nach dem Auslaufen der Förderung direkt wieder ins Hartz-IV-System rutschen, wenn ihr Beschäftigungsverhältnis nicht regulär weitergeführt wird.

Sozialen Arbeitsmarkt durch Teilhabe ermöglichen

Der Lohnkostenzuschuss zur „Teilhabe am Arbeitsmarkt" (§ 16i SGB II) stellt das eigentliche Herzstück des neuen Gesetzes dar. Er zielt nicht primär auf den Übergang in ungeförderte Beschäftigung, sondern soll Personen mit besonderer Arbeitsmarktferne eine längerfristige Teilhabe an Erwerbsarbeit ermöglichen. Arbeitgeber können hierzu über fünf Jahre einen ebenfalls degressiven Zuschuss erhalten, wenn sie einen langjährig Arbeitslosen in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis einstellen. In den ersten beiden Jahren werden die Kosten zu 100 % voll von den Jobcentern übernommen, in den Folgejahren sinkt der Zuschuss jeweils um

zehn Prozentpunkte bis auf 70 % im fünften Jahr. Geförderte Personen müssen mindestens 25 Jahre alt sein, während mindestens sechs der letzten sieben Jahre Hartz-IV-Leistungen bezogen haben und in dieser Zeit nicht oder nur kurzzeitig beschäftigt oder selbstständig gewesen sein. Außerdem sind sie nur dann förderfähig, wenn für sie für eine Dauer von fünf Jahren keine Zuschüsse an Arbeitgeber geleistet wurden.

Coaching soll Maßnahmenabbrüche verhindern

Mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit nimmt die Arbeitsmarktferne in der Regel zu, weil im Zeitverlauf nicht nur Qualifikationen entwertet werden, sondern bei den Betroffenen auch zusätzliche Vermittlungshemmnisse infolge des Verlusts tagesstrukturierender Abläufe entstehen können. Angesichts dessen gestaltet sich die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben häufig problematisch. Um dem zu begegnen, sieht das Teilhabechancengesetz bei beiden Instrumenten eine regelmäßige beschäftigungsbegleitende Betreuung (Coaching) vor. Diese soll die ehemaligen Langzeitarbeitslosen dabei unterstützen, im Berufsleben wieder Fuß zu fassen und ihnen bei Problemen auch außerhalb des Erwerbslebens helfen – in der Familie oder bei der Organisation des Alltags.[7]

In dieser sozialen Unterstützung kommt der Teilhabegedanke besonders zum Tragen, insofern arbeitsmarktpolitische Interessen mit einem sozial- und bildungspolitischen Interesse verknüpft werden. Für das Saarland zeigten die vorläufigen Ergebnisse der Evaluation ausgewählter Maßnahmen im Bereich Zuwanderung und Menschen mit Migrationshintergrund durch die Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (im Rahmen des Zukunftsbündnisses Fachkräfte Saar), dass diese Konstellation geeignet ist, um mittelfristig oder auch erst perspektivisch einen Beitrag zur Fachkräftesicherung zu leisten.[8]

Stop and Go bei öffentlich geförderter Beschäftigung nicht überwunden

Das Teilhabechancengesetz bietet eine gute Grundlage für den Einstieg in einen sozialen Arbeitsmarkt. Zahlreiche Anregungen von Arbeitnehmerseite fanden noch kurz vor seiner Verabschiedung Berücksichtigung: Bemerkenswert ist, dass sich die Lohnzuschüsse nach den Tariflöhnen und nicht – wie ursprünglich vorgesehen – am Mindestlohn orientieren, was zu höheren Eigenanteilen und damit zu einer unangemessenen Benachteiligung tarifgebundener Arbeitgeber geführt hätte. Auch wurde auf die Kriterien, dass geförderte Arbeitsplätze im öffentlichen Interesse sowie zusätzlich und

wettbewerbsneutral sein müssen, verzichtet. Diese haben sich in der Praxis häufig als problematisch erwiesen.

Wo Licht ist, gibt es aber auch Schatten. Aus Sicht der Arbeitskammer ist die Zielgruppe für die Lohnkostenzuschüsse zur „Teilhabe am Arbeitsmarkt" zu klein gefasst. Nach der zeitlichen Grenze von zwei Jahren zur „Eingliederung von Langzeitarbeitslosen" klafft eine zu große Lücke, so dass die Förderung an dieser Stelle zu spät einsetzt. Den Jobcentern sollte hier ein größerer Spielraum eingeräumt werden. Grundsätzlich sollte die Förderung der Beschäftigung auf Freiwilligkeit beruhen. Auch im sozialen Arbeitsmarkt werden Arbeitgeber nur motivierte Personen einstellen.

Das größte Manko stellt jedoch die Befristung des Gesetzes bis 2024 dar. Unter den Bedingungen möglicher anderer Regierungskonstellationen steht der dauerhaft finanzierte soziale Arbeitsmarkt dann möglicherweise wieder zur Disposition. Das „Stop and Go" bei der öffentlich geförderten Beschäftigung, das Träger und Betroffene vor größte Probleme stellt, droht damit fortgesetzt zu werden.

Arbeitskammer begrüßt saarländischen Beschäftigungspakt

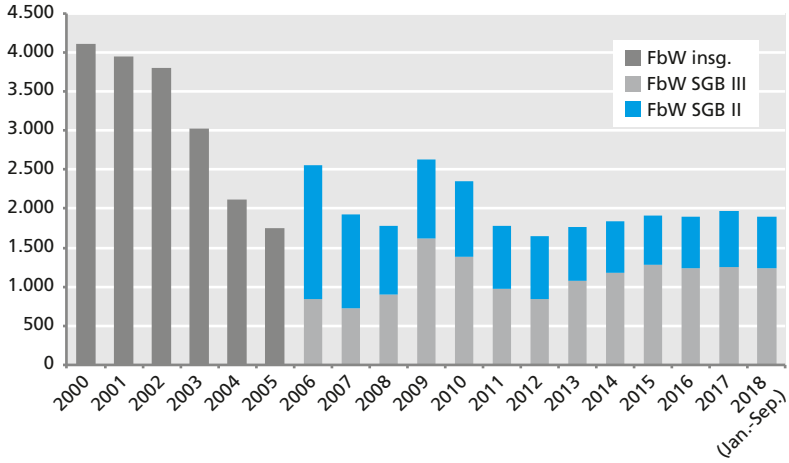
Um die Umsetzung dieser neuen Regelung zügig voranzubringen, hat die Landesregierung bereits im November letzten Jahres den „Saarländischen Beschäftigungspakt" für öffentlich geförderte Beschäftigung und soziale Teilhabe initiiert, ein Bündnis mit kommunalen Spitzenverbänden, der Bundesagentur für Arbeit, den saarländischen Jobcentern, Sozialverbänden und weiteren Partnern, an dem auch die Arbeitskammer beteiligt ist. Ziel dieser Kooperation ist es, in der Zusammenarbeit mit den vielfältigen Akteuren, die neuen Instrumente mit Leben zu füllen und dabei möglichst kreative Lösungen zu finden. Derzeit sind die Jobcenter bereits auf dem Weg: Erste vorläufige Zahlen der Bundesagentur für Arbeit weisen im März 2019 im Saarland 169 Teilnehmer in der Förderung von Arbeitsverhältnissen und 206 in der Maßnahme „Teilhabe am Arbeitsmarkt" aus. Aus Sicht der Arbeitskammer ist es wichtig, dass die Möglichkeiten der Instrumente möglichst passgenau genutzt werden und Arbeitsplätze für Langzeitarbeitslose sowohl im öffentlichen Bereich und bei Beschäftigungsträgern als auch bei privaten Arbeitgebern geschaffen werden.

Berufliche Weiterbildung spielt eine zentrale Rolle

Der Strukturwandel der Arbeitswelt erfordert eine kontinuierliche Anpassung der Qualifikation an sich wandelnde Herausforderungen. Beschäftigte

Grafik 2

Bestand an Teilnehmern in Förderung der beruflichen Weiterbildung (FbW) insgesamt Saarland



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Förderstatistik, Sonderauswertung Arbeitskammer

müssen Schritt halten können und ihre beruflichen Qualifikationen weiterentwickeln und Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit gefährdete Personen brauchen Weiterbildung, um ihre Beschäftigungschancen zu erhalten beziehungsweise zu verbessern.[9] Gerade Arbeitslose ohne Berufsausbildung, für die sich die Arbeitsmarktchancen verschlechtert haben, benötigen dringend eine abschlussbezogene Nachqualifizierung, damit auch sie eine realistische Chance auf Teilhabe am Erwerbsleben erhalten können.

Dennoch bestehen bei der beruflichen Weiterbildung große Defizite. Die staatlichen Ausgaben für von der Bundesagentur für Arbeit (BA) geförderte Weiterbildung sind erheblich zurückgegangen. Im Zuge der Hartz-Reformen erfolgte ein Paradigmenwechsel in der Arbeitsmarktpolitik und die Weiterbildungsförderung wurde drastisch reduziert.[10] Das zeigt sich auch an der Weiterbildungsteilnahme im Saarland. Während sich im Jahr 1994 noch knapp 7.000 Menschen in beruflicher Weiterbildung befanden, waren es 2017 nur knapp 2.000.[11]

An dieser Stelle setzt das „Gesetz zur Stärkung der Chancen für Qualifizierung und für mehr Schutz in der Arbeitslosenversicherung“ (Qualifizierungschancengesetz) an und will insbesondere Beschäftigte, deren Arbeitsplatz durch den digitalen Wandel gefährdet ist, sowie Arbeitslose durch die Förderung von Weiterbildung unterstützen. Gerade für das Saarland,

das nach einschlägigen Studien aufgrund seiner Wirtschaftsstruktur ein besonderes hohes Automatisierungspotenzial aufweist, ist das Gesetz von besonderer Bedeutung.

Nach der Verabschiedung des Gesetzes wurden die Finanzmittel, die im Haushalt der Bundesagentur für Arbeit für Weiterbildungsförderung zur Verfügung stehen, von 1,7 Milliarden Euro auf 2,1 Milliarden Euro erhöht. Dadurch steht das Weiterbildungsangebot der Bundesagentur für Arbeit einem größeren Personenkreis offen.[12]

Verbesserte Weiterbildungsberatung, ein Anspruch auf Weiterbildungsförderung fehlt

Bislang zielt die Weiterbildungsförderung über das Programm „Weiterbildung Geringqualifizierter und beschäftigter älterer Arbeitnehmer in Unternehmen" (WeGebAU) auf Arbeitslose und vor allem auf Geringqualifizierte und ältere Arbeitnehmer. Mit der gesetzlichen Neuregelung wird die Weiterbildung aus Mitteln der Arbeitslosenversicherung nun auch für Beschäftigte ermöglicht, unabhängig vom Lebensalter und der Größe des Betriebes.

Die Ausweitung der Weiterbildungs- und Qualifizierungsberatung richtet sich nunmehr an alle Beschäftigten, einschließlich der Beschäftigten im aufstockenden Leistungsbezug nach SGB II, unabhängig von Alter, Qualifikation und Betriebsgröße. Die Förderung umfasst Zuschüsse zu den Weiterbildungskosten und ermöglicht in Abhängigkeit von der Betriebsgröße auch Zuschüsse zum Arbeitsentgelt.[13] Die Arbeitskammer begrüßt diese Erweiterung als Schritt in die richtige Richtung. Wichtig wäre aber, dass neben der betrieblich initiierten Weiterbildung auch Weiterbildung auf Eigeninitiative ermöglicht wird und ein Initiativrecht der Betriebsräte für Weiterbildung gestärkt wird.

Erheblich ausgebaut wurde die Weiterbildungsberatung. Beschäftigte und Arbeitslose sowie Arbeitgeber haben zukünftig einen Rechtsanspruch, sich von Arbeitsagenturen in Fragen der Weiterbildung und Qualifizierung beraten zu lassen. Allerdings besteht kein Rechtsanspruch auf eine Weiterbildungsförderung, auch wenn hierbei ein eindeutiger Weiterbildungsbedarf festgestellt werden sollte. Die Arbeitskammer fordert einen Rechtsanspruch auf eine Förderung, wenn die Qualifizierung notwendig ist, um einen neuen Arbeitsplatz zu finden oder die Beschäftigung zu erhalten. Arbeitslose und Beschäftigte ohne (verwertbaren) Berufsabschluss sollten generell einen Rechtsanspruch auf Erwerb eines Abschlusses haben.

Für Arbeitslose wird zudem der Schutzbereich der Arbeitslosenversicherung durch das Qualifizierungschancengesetz ausgeweitet und so die Inan-

spruchnahme erleichtert: Wer während der letzten 30 Monate (Ausweitung der Rahmenfrist von bisher 24 Monaten) mindestens zwölf Monate Versicherungszeit in der Arbeitslosenversicherung nachweisen kann, hat nun einen Anspruch auf Arbeitslosengeld. Diese Regelung tritt aus verwaltungstechnischen Gründen aber erst ab dem 01.01.2020 in Kraft.

Insgesamt ist das Qualifizierungschancengesetz damit ein wichtiger Schritt. Neben der Einbindung der Betriebsparteien und der besseren Einkommensabsicherung während der Weiterbildungsteilnahme („Qualifizierungsgeld") wären aus Sicht der Arbeitskammer insbesondere eine weitere Ausdehnung der Rahmenfrist auf 36 Monate sowie eine längere Bezugsdauer für ältere und langfristig Beschäftigte erforderlich gewesen. Durch die geplante Beitragssenkung zur Arbeitslosenversicherung und die nicht nachvollziehbare spätere Erweiterung der Rahmenfrist steht zu befürchten, dass der beabsichtigte Ausbau der Fort- und Weiterbildung konterkariert wird.

Auf der anderen Seite erhalten Unternehmen bei Vorliegen einer Betriebsvereinbarung zur betrieblichen und außerbetrieblichen Qualifizierung bessere Förderkonditionen. Damit wird indirekt die Sozialpartnerschaft und die Mitbestimmung in Unternehmen honoriert und gefördert, was positiv zu bewerten ist.

Die saarländische Landespolitik ist gefordert

Die Rahmensetzung für die Arbeitsmarktpolitik erfolgt auf Bundesebene. Die Landespolitik sollte die erweiterten Möglichkeiten durch die neuen Gesetzesvorgaben nutzen, ist aber insbesondere auch gefordert, um die noch vorhandenen Lücken mit eigenen Schwerpunktsetzungen zu füllen:

- Wichtige Ansatzpunkte wurden bereits entwickelt und sollten weiterhin verfolgt werden. Neben dem Ende 2018 geschlossenen „Saarländischen Beschäftigungspakt" für öffentlich geförderte Beschäftigung und soziale Teilhabe sind von besonderer Bedeutung die Fortsetzung des Programms ASaar zur Bekämpfung der Langzeitarbeitslosigkeit, die Maßnahmen im Rahmen des „Zukunftsbündnisses Fachkräfte Saar (ZFS)", die Netzwerkstelle „Frauen im Beruf (FiB)" und die „Beratungsstelle Wanderarbeit".

- Die Arbeitsmarktpolitik des Landes ist eingebunden in die Gute-Arbeit-Strategie, die eng mit struktur- und sozialpolitischen Herausforderungen verknüpft ist. Dies hat sich bewährt und muss fortgeführt werden.

- Der Stellenwert von Qualifizierung und beruflicher Weiterbildung wird weiter an Bedeutung gewinnen. Besonderes Augenmerk sollte gerade auf die Nachqualifizierung von Arbeitslosen und Beschäftigten ohne abgeschlossene Berufsausbildung gelegt werden.

---

[1] Vgl. Arbeitskammer des Saarlandes: Arbeitsmarkt und Arbeitsmarktpolitik im Saarland – erfolgreich ausrichten, sozial und sicher gestalten. Bericht an die Regierung des Saarlandes 2018. Saarbrücken 2018.

[2] Im Unterschied zur Arbeitslosenquote werden bei der Unterbeschäftigungsquote im Nenner über die (zivilen) Erwerbspersonen und Arbeitslosen hinaus zusätzlich auch die Zahlen der Teilnehmer der Maßnahmen berücksichtigt (sogenannte Erweiterte Bezugsgröße).

[3] Höck, Carl-Friedrich: Sozialer Arbeitsmarkt: Bundestag beschließt Teilhabechancengesetz. 2018. Online verfügbar unter: https://www.vorwaerts.de/artikel/sozialer-arbeitsmarkt-bundestag-beschliesst-teilhabechancengesetz.

[4] Die Regelung basiert auf einem Haushaltsvermerk und ist bundesweit auf 700.000 Euro begrenzt. Vgl. www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsmarkt/Arbeitsfoerderung/Fragen-und-Antworten-Teilhabechancen/faq-teilhabechancen-langzeitarbeitslose.html.

[5] Vgl. Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes: Evaluation der Arbeitsgelegenheiten nach SGB II für das Landesprogramm „Arbeit für das Saarland – ASaar“ zur Flankierung der öffentlich geförderten Beschäftigung im Saarland. Social Return on Investment. Abschlussbericht. Saarbrücken 2017.

[6] Schwerbehinderte und Personen mit minderjährigen Kind(ern) können bereits nach fünf Jahren Leistungsbezug gefördert werden.

[7] Vgl. „Die Fee von Fulda“ in „Die Zeit“ Nr. 15/2019.

[8] Vgl. Hochschule für Technik und Wirtschaft: Monitoring und Evaluation der Maßnahmen im Rahmen des „Zukunftsbündnisses Fachkräfte Saar“. Vorstellung der Zwischenergebnisse der Evaluation ausgewählter Maßnahmen in den Handlungsfeldern 7, 8 und 9. Vortrag vom 19.12.2018. Saarbrücken 2018 (unveröffentlichte PowerPoint-Präsentation).

[9] Der DGB informiert: Mit Weiterbildung Zukunft jetzt gestalten – das Qualifizierungschancengesetz. Hg. vom DGB Bundesvorstand, Abteilung Arbeitsmarktpolitik. Berlin 2019.

[10] Dobischat, Rolf; Münk, Dieter; Rosendahl, Anna: Weiterbildungsfinanzierung in Deutschland 1995 bis 2015. Aktueller Stand, Entwicklung, Problemlagen und Perspektiven. Bertelsmann Stiftung 2019, S. 25f.

[11] Vgl. Arbeitskammer des Saarlandes: Arbeitsmarkt und Arbeitsmarktpolitik im Saarland – erfolgreich ausrichten, sozial und sicher gestalten. Bericht an die Regierung des Saarlandes 2018. Saarbrücken 2018, S. 241 f.

[12] Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di): Qualifizierungschancengesetz will neue Perspektiven bieten (sopoaktuell, Nr. 278). Berlin 2019.

[13] Vgl. DGB Bundesvorstand 2019, a. a. O., S. 4.

3.2 Zehn Jahre UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in Deutschland – eine Bestandsaufnahme

Die Bundesrepublik Deutschland hat sich 2009 durch den Beitritt zur UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet, alles Mögliche zu tun, damit behinderte Menschen in unserem Land ein weitgehend normales Leben führen können und dass Behinderung in unserer Gesellschaft als normaler Bestandteil menschlichen Lebens verstanden wird. Der Weg dorthin führt über verbesserte Wege zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und den Abbau von Barrieren, die Behinderungen erzeugen beziehungsweise verstärken. Es genügt nicht, alte Strukturen mit neuen Etiketten zu überkleben. Es geht darum, diese Barrieren mit allen Mitteln abzubauen und Behinderung neu zu denken.

2009 ist die Bundesrepublik dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) beigetreten. Seither ist es ein in Deutschland verbindlicher Handlungsrahmen für Bund, Länder und Kommunen. Die UN-BRK ist ein Meilenstein in der Politik für Menschen mit Behinderung. Behinderung wird hier verstanden als selbstverständlicher Bestandteil menschlichen Lebens und als Teil der Vielfalt der Gesellschaft. Zentrale Forderungen sind das Recht auf Selbstbestimmung, Partizipation und umfassenden Diskriminierungsschutz sowie eine barrierefreie und inklusive Gesellschaft.

Inklusion bedeutet, gesellschaftliche Teilhabe für alle Menschen in allen Lebensbereichen auf der Basis gleicher Rechte zu ermöglichen. Im Unterschied zur Integration fordert Inklusion Anpassungsleistungen der gesamten Gesellschaft. Für Menschen mit Behinderungen bedeutet Inklusion, Bedingungen vorzufinden, innerhalb derer sie ihren Aufenthaltsort frei wählen und entscheiden können, wo und mit wem sie leben wollen. Sie sollen ihre Begabungen und Fähigkeiten ein Leben lang voll zur Entfaltung bringen und ihren Lebensunterhalt durch Arbeit verdienen können. Dies zu verwirklichen, ist eine Verpflichtung für den Staat, für die Politik und für die Zivilgesellschaft. Dabei geht es neben der Teilhabe in den Bereichen Leben, Arbeiten und Mobilität auch um politische Teilhabe.

In Deutschland sind rund 81.000 Menschen, die unter dauerhafter Betreuung in allen Angelegenheiten stehen, vom aktiven und passiven Wahlrecht ausgeschlossen.[1] Basis des Wahlausschlusses ist ein veraltetes Modell, das bei den betreuten Personen eine vermutete Entscheidungs- beziehungsweise Nichtentscheidungsfähigkeit zugrunde legt. Dieses Verständnis beruht auf überholten Vorurteilen und steht im Widerspruch zum Grundgesetz. Das im Grundgesetz in Artikel 38 verankerte Wahlrecht ist

ein Grundrecht und ermöglicht politische Mitbestimmung. In diesem Zusammenhang der politischen Teilhabe veröffentlichte das Bundesverfassungsgericht im Februar 2019 seine Entscheidung zu einem Urteil, nach dem die Wahlrechtsausschlüsse für Menschen mit Betreuung in allen Angelegenheiten und für Menschen, die schuldunfähig eine rechtswidrige Tat begangen und in einer Psychiatrie untergebracht sind, verfassungswidrig und nicht mit dem Grundgesetz vereinbar sind.[2] Das soll sich ändern. Dieser Grundsatzentscheidung folgend fordert die Arbeitskammer auch im Saarland die entsprechenden Wahlausschlüsse aus dem Landtagswahl- und Kommunalwahlgesetz zu streichen. Dies wäre ein weiterer Schritt in Richtung einer inklusiven Gesellschaft.

Bundesteilhabegesetz umsetzen

Seit Januar 2017 ist das Bundesteilhabegesetz (BTHG) in Kraft. Die mit dem BTHG verbundenen Reformen treten in mehreren Stufen in Kraft.

Mit dem Bundesteilhabegesetz wurde die Novellierung des SGB IX eingeleitet. Die neue Gesetzgebung soll dazu beitragen, die UN-BRK in Deutschland umzusetzen. Selbstbestimmung und individuelle Lebensplanung der Menschen mit Behinderung sollen gestärkt, die Eingliederungshilfe zum modernen Teilhaberecht soll weiterentwickelt werden. Damit verbunden ist ein Paradigmenwechsel. Bisher war das Verständnis von Behinderung rein fürsorglich geprägt. Der neue Behinderungsbegriff legt einen deutlichen Schwerpunkt auf die Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt: „Menschen mit Behinderung sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.“[3] Grundlage der Neudefinition ist das sogenannte bio-psycho-soziale Modell, das auch der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Gesundheit (ICF) zugrunde liegt. Nicht mehr die Defizite der Menschen führen zu einer Behinderung, sondern Defizite der Umwelt behindern die umfassende Teilhabe.

Stärkung der Schwerbehindertenvertretung

Verbessert wurden durch das BTHG auch die Rechte und Zuständigkeitsbereiche der Schwerbehindertenvertretung. Bisher konnte die Schwerbehindertenvertretung in Betrieben mit mehr als 200 schwerbehinderten Beschäftigten auf Wunsch von ihrer Tätigkeit freigestellt werden. In Zukunft ist die Freistellung bereits ab 100 schwerbehinderten Menschen in einem

Weiteres Vorgehen – Inkrafttreten			
Nach Verkündung 01.01.2017 bzw. 01.04.2017	01.01.2018	01.01.2020	01.01.2023
Reformstufe 1	**Reformstufe 2**	**Reformstufe 3**	**Reformstufe 4**
· Ab 1.1.2017: vorgezogene Änderungen im Schwerbehindertenrecht · Erster Schritt bei Verbesserungen in der Einkommens- und Vermögensberücksichtigung im SGB XII · Ab 1.4.2017: Erhöhung des Schonvermögens für Bezieher von SGB-XII-Leistungen von derzeit 2.600 Euro auf 5.000 Euro	· Einführung SGB IX Teil 1 und Teil 3 · Reform des Vertragsrechts der EGHneu im SGB IX · vorgezogene Verbesserungen im Bereich Teilhabe am Arbeitsleben und im Gesamtplanverfahren in der EGH im SGB XII	· Einführung SGB IX Teil 2 (EGHneu) · Zweiter Schritt bei Verbesserungen in der Einkommens- und Vermögensberücksichtigung	· Leistungsberechtigter Personenkreis in der Eingliederungshilfe (Artikel 25a BTHG, § 99 SGB IX)

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016 Arbeitskammer

Betrieb möglich. Zu bestimmten Aufgaben kann dann auch eine Stellvertretung hinzugezogen werden, ab 200 schwerbehinderten Beschäftigten eine zweite Stellvertretung. Außerdem ist der Vertrauensperson eine Bürokraft in angemessenem Umfang zur Verfügung zu stellen. Für Schulungs- und Bildungsveranstaltungen sind die Vertrauensperson und die erste Stellvertretung in Zukunft freizustellen.

Die neuen Inhalte haben bereits Einfluss auf die Schulungen der Schwerbehindertenvertretungen, Betriebs- und Personalräte, die die Arbeitskammer gemeinsam mit dem Landesamt für Soziales organisiert und durchführt. Verstärkte Nachfragen, sowohl bei den Seminaren als auch bei den Beratungen, bestätigen, dass es notwendig war, die Rechte der Schwerbehindertenvertretungen zu verbessern.

Novellierung Saarländisches Behindertengleichstellungsgesetz

Durch die Novellierung des Saarländischen Behindertengleichstellungsgesetzes (SBGG) sollen die Ziele und Grundsätze der UN-BRK im Landesgesetz nachvollzogen werden. „Kernziel des Behindertengleichstellungsgesetzes" – so steht es in der Begründung des Gesetzentwurfes der Regierung des Saarlandes – „ist die Herstellung von Barrierefreiheit, um eine möglichst umfängliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu erreichen."[4]

Die Verwirklichung von Barrierefreiheit, wie sie in der Begründung zum Gesetzentwurf gefordert wird, ist eine Grundvoraussetzung für die gleichberechtigte Teilhabe und gehört zu den zentralen Prinzipien der UN-BRK, die sowohl von der EU als auch von Deutschland seit nunmehr bereits zehn Jahren als geltendes Recht zu beachten ist. „Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise ohne besondere Erschwernisse und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind.“[5]

Der vorliegende Entwurf des Saarländischen Behindertengleichstellungsgesetzes enthält einige konkrete Verbesserungen für Menschen mit Behinderung, die die Arbeitskammer ausdrücklich begrüßt. Es fehlt jedoch ein auf allen Ebenen überzeugendes Bekenntnis zur Verwirklichung der vollen Teilhabe der Menschen mit Behinderung, wie sie die UN-BRK vorsieht. Der Entwurf geht an vielen Stellen nicht über Absichtserklärungen und „Soll“-Bestimmungen hinaus. Insofern ist er nur ein Schritt in die richtige Richtung, aber mehr nicht. Es fehlen verbindliche Regelungen, wie die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung in verschiedenen Lebensbereichen umgesetzt werden kann. Um dieses Ziel zu erreichen, ist generell mehr Verbindlichkeit der gesetzlichen Regelungen notwendig.

Das Ziel muss eine barrierefreie Gestaltung der Umwelt und nicht eine Anpassung der behinderten Menschen an die Umwelt sein. Auch heute noch ist in manchen Bereichen die Vorstellung handlungsleitend, es genüge, die Betroffenen so zu trainieren oder mit Hilfsmitteln auszustatten, dass sie mit der Umwelt zurechtkommen können. Sollte das nicht ausreichen, müssen spezielle Sonderlösungen her. Dies aber ist das Gegenteil von Gleichberechtigung. Notwendig sind stattdessen mehr Selbstbestimmung, grundsätzliche Wahlmöglichkeiten, gesellschaftliche Teilhabe und effektiver Rechtsschutz von Menschen mit Behinderung. Grundvoraussetzung hierfür ist – im Sinne der Definition von Barrierefreiheit –, dass die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen bei der Gestaltung der Umwelt genauso gleichberechtigt zu berücksichtigen sind, wie alle anderen Anforderungen auch (beispielsweise Brandschutz).

Dieser Paradigmenwechsel muss noch in vielen Bereichen mit Nachdruck vorangetrieben werden. Das geht nicht ohne den zusätzlichen Einsatz finanzieller Ressourcen, ansonsten wird die stärkere gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung durch eine Politik der weitgehenden Kostenneutralität verhindert werden.

Barrierefreiheit auch in den Bereichen Bau und Verkehr

Für eine inklusive Gesellschaft im Sinne der UN-BRK ist auch die Barrierefreiheit in den Bereichen Bau und Verkehr für Menschen mit Behinderung unverzichtbar. Die Art, wie heute Wohnungen gebaut werden, bestimmt darüber, wie und wo man in Zukunft leben wird, und darüber, ob ein selbstbestimmtes Leben für alle möglich ist. Gerade in einer alternden Gesellschaft ist die Barrierefreiheit unverzichtbar. Hier ist die Landesregierung in der Pflicht, jetzt die Chance zu ergreifen, den Wohnungsmarkt für alle zukunftssicher zu gestalten. Dazu gehört auch die Verankerung der vieldiskutierten Quote für rollstuhlgerechte Wohnungen. Von Bedeutung ist dabei vor allem der höhere Raumbedarf aufgrund größerer Bewegungsflächen.

In den Bereichen Bau und Verkehr ist die Barrierefreiheit daher verpflichtend zu regeln. Die Nutzbarkeit für alle Menschen muss von vornherein mit in den Blick genommen werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass es in Zukunft barrierefreie Wohnungen in ausreichender Zahl geben wird. Barrierefreiheit kommt letztendlich allen zugute – Menschen mit Behinderung, aber auch älteren Menschen oder Eltern mit Kleinkindern. Barrierefreiheit von Anfang an mitzudenken ist im Endeffekt günstiger, als Häuser und Wohnungen im Nachhinein umzubauen. Bei Nichteinhaltung der Barrierefreiheit sind gesetzliche Sanktionsmöglichkeiten sowie die Anordnung der nachträglichen Herstellung von Barrierefreiheit notwendig. Auch in der Landesbauordnung (LBO) muss die Anordnung der nachträglichen Barrierefreiheit und die Sanktionierung der Nichteinhaltung mit einem entsprechenden Bußgeld festgesetzt werden. Nur so kann eine Zielerreichung sichergestellt werden.

Der vorliegende Gesetzentwurf zur Novellierung des SBGG spart jedoch nach wie vor die Privatwirtschaft bezüglich der Barrierefreiheit auch bei neuen Maßnahmen fast vollständig aus. Der Gesetzentwurf geht damit am Alltag der Menschen mit Beeinträchtigungen und der Lebenswirklichkeit weitgehend vorbei. Es müssen klare gesetzliche Regelungen geschaffen werden, die öffentliche und private Anbieter von Gütern und Dienstleistungen zur Barrierefreiheit verpflichten.

Eine freiwillige Selbstverpflichtung ist hier keine Lösung. Es gibt keine Beispiele dafür, auch nicht aus anderen Politikbereichen, dass Freiwilligkeit jemals zum Erfolg geführt hat, weder bei der Frauenquote noch beim Umweltschutz. Finanziert werden sollte letztlich nicht in erster Linie die Behinderung, wie etwa durch die Versorgung mit Hilfsmitteln, finanziert werden muss stattdessen deren Überwindung. Wirtschaftliche Interessen dürfen hier nicht handlungsleitend sein.

Gleiches Recht auf Arbeit

Arbeit zu haben, zählt zu den wichtigsten Bedürfnissen der Menschen und kann entscheidend zum Gelingen eines zufriedenen Lebens beitragen. Das ist bei Menschen mit einer Behinderung nicht anders.

Die UN-Behindertenrechtskonvention konkretisiert in Artikel 27 das Menschenrecht auf Arbeit – auch für Menschen mit Behinderung. Dieses Recht kann nur dann für alle Menschen gleichermaßen verwirklicht werden, wenn der Arbeitsmarkt und das Arbeitsumfeld auch für Menschen mit Behinderungen zugänglich sind. Sie sollen ihren Arbeitsplatz frei wählen und damit ihren Lebensunterhalt verdienen können.

Im Jahr 2017 arbeiteten bundesweit über 310.000 Menschen mit Behinderung in 681 Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) in 2.759 Betriebsstätten, davon 3.802 Menschen im Saarland.[6] 11,6 % der Beschäftigten im Arbeitsbereich gehen einer Teilzeitbeschäftigung nach. Fast die Hälfte der Zugänge in das Eingangsverfahren sind „Quereinsteiger“ mit Vorerfahrungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. 44 % der Werkstattbeschäftigten sind weiblich, 56 % sind männlich. 75 % aller Werkstattbeschäftigten sind Menschen mit einer geistigen Behinderung, 21 % haben eine psychische Beeinträchtigung und 3,4 % haben eine körperliche Beeinträchtigung.

Die Wahrscheinlichkeit des Wechsels von einer WfbM auf den ersten Arbeitsmarkt ist verschwindend gering. Das Bundesteilhabegesetz will mehr Teilhabe am Arbeitsleben ermöglichen – auch für Beschäftigte einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM). Sie sollen wählen können, ob sie in einer Werkstatt arbeiten, zu einem anderen Leistungsanbieter gehen oder auf den allgemeinen Arbeitsmarkt wechseln. Um hier gegenzusteuern, hat der Gesetzgeber das Instrument „Budget für Arbeit“ ins BTHG eingeführt. Hiervon profitieren nicht nur Menschen, die von einer WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt wechseln, sondern auch Menschen mit einer seelischen Behinderung, die nicht in einer WfbM arbeiten wollen.

Das Budget für Arbeit besteht aus einem dauerhaften Lohnkostenzuschuss an den Arbeitgeber zum Ausgleich der Leistungsminderung des Beschäftigten, nebst dessen Anleitung und Begleitung am Arbeitsplatz. Der Lohnkostenzuschuss beträgt bis zu 75 % des vom Arbeitgeber regelmäßig gezahlten Arbeitsentgelts. Wichtig ist, dass ein Anspruch darauf besteht, in die WfbM zurückzukehren.

Es wäre utopisch davon auszugehen, dass alle Menschen mit Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Fuß fassen können. Es wird auch zukünftig immer Menschen mit Behinderung geben, die nicht in den allgemei-

nen Arbeitsmarkt übergehen können. Die Werkstätten werden somit auch weiterhin eine arbeitsmarkt- und sozialpolitische Rolle spielen. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass die Werkstätten ihre Strukturen weiterhin so verändern, dass sie den Menschen mit Behinderung ein passgenaues Angebot bieten und ihr Recht auf Teilhabe und Selbstbestimmung noch mehr als bisher achten. Die bereits erfolgte Verdopplung des Arbeitsförderungsgeldes von 26 auf 52 Euro und die Stärkung der Werkstatträte im Rahmen des BTHG sind Schritte im Sinne der Beschäftigten, denen weitere folgen müssen.

[1] https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2018/PM6_Wahlrechtsausschluesse.html

[2] https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2019/bvg19-013.html (Aufruf am 12.03.2019).

3 Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Behindertengleichstellungsgesetz – BGG) vom 27. April 2002 (BGBl. I S. 1468), zuletzt geändert durch Art. 19 Abs. 2 BundesteilhabeG vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234, geändert durch Gesetz vom 17.07.2017, BGBl. I S. 2541).

[4] Drucksache 16/618, S. 26.

[5] Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen im Saarland (Saarländisches Behindertengleichstellungsgesetz – SBGG) vom 26. November 2003.

[6] https://www.bagwfbm.de/category/104 (Aufruf am 14.03.2019).

4 Bildungs-, Wissenschafts- und Kulturpolitik

4.1 Frühkindliche Bildung – die Qualität darf nicht auf der Strecke bleiben

Durch den immensen Ausbau der Betreuungsplätze im frühkindlichen Bereich in den vergangenen Jahren ist nicht nur der Bedarf an ausgebildeten Fachkräften gestiegen, auch die gesellschaftlichen Anforderungen an die Kindertageseinrichtungen haben zugenommen. Die Folge ist ein Mangel an Fachkräften und eine steigende Arbeitsverdichtung. Große Hoffnungen setzten die Fachkräfte auf das lang erwartete Bundesqualitätsgesetz. Ein großer Teil der dadurch fließenden Bundesmittel wird im Saarland nun allerdings in die Senkung der Elternbeiträge gesteckt. Um hochwertige Bildungs- und Betreuungsangebote im frühkindlichen Bereich vorhalten zu können, sind höhere Investitionen in die Qualität unabdingbar.

Es hat im Vergleich zu anderen europäischen Ländern lange gedauert, bis Deutschland sich entschieden hat, einen einklagbaren Rechtsanspruch auf Kindertagesbetreuung für Kinder ab dem ersten Lebensjahr einzuführen. Inzwischen steht fest, dass die Nachfrage nach Plätzen in Kindertageseinrichtungen und Tagespflege wesentlich höher ist als das von Kommunen und Ländern zur Verfügung gestellte Angebot. Der Bedarf bezieht sich nicht nur auf die Anzahl der Plätze und auf die zum Teil unzureichenden Betreuungszeiten, sondern auch auf die Qualität und den Umfang der Personalausstattung. Die Qualitätsdebatte hat inzwischen eine große Brisanz erhalten, weil nach den Ergebnissen der NUBBEK-Studie[1] (Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit) sowie jährlich erscheinender Studien der Bertelsmann Stiftung die Qualität der deutschen Kindertagesbetreuung deutlich hinter den fachlichen Anforderungen und hinter europäischen Standards zurückliegt. Ein Ergebnis dieser Studien ist, dass die Hoffnung des Durchbrechens von Armutskreisläufen durch frühkindliche Bildung nur erfüllt werden kann, wenn insbesondere in den ersten Lebensjahren die Personalausstattung in den Krippen hochwertig ist. Hiervon ist Deutschland momentan noch weit entfernt. Um die Nachfrage nach Plätzen mit bedarfsgerechten Angebotszeiten und qualitativ gut ausgebildetem Personal zu decken, fehlen laut dem Ländermonitoring der Bertelsmann Stiftung[2] zurzeit in Deutschland circa fünf Milliarden Euro pro Jahr in den Haushalten der Kommunen. Im Saarland geht man laut Monitoring von zusätzlichen Kosten in Höhe von 72 Millionen Euro pro Jahr für den Qualitätsausbau aus.

Um die Situation in den Kitas zu verbessern, hoffte man in den letzten Jahren auf das Bundesqualitätsgesetz. Erst am 14.12.2018 wurde das lang erwartete „Gesetz zur Weiterentwicklung der Qualität und zur Teilhabe in der Kindertagesbetreuung" (KiQuTG), das sogenannte „Gute-Kita-Gesetz", verabschiedet. Das Gesetz ist das Ergebnis eines seit 2012 bestehenden Prozesses von Bund und Ländern unter Einbeziehung der kommunalen Spitzenverbände, zahlreicher anderer Verbände, der Gewerkschaften und der Wissenschaft. Bereits 2014 versprach die damalige Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig (SPD) ein Qualitätsgesetz für den Kita-Bereich. Zu den bundesweit gültigen Standards sollte unter anderem eine verbindliche Fachkraft-Kind-Relation gehören. Aufgrund des Widerstandes der Länder, die höhere Kosten befürchteten, wurde das Vorhaben im selben Jahr wieder gestoppt. Erst am 19.05.2017 verständigte sich die Jugend- und Familienministerkonferenz (JFMK) mehrheitlich auf „Eckpunkte für ein Qualitätsentwicklungsgesetz". Darin werden neun Parameter für eine bessere Kita-Qualität formuliert, aus denen sich die Bundesländer die für sie geeigneten auswählen sollen. Im Juli 2018 legte die Bundesfamilienministerin Franziska Giffey (SPD) den „Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Qualität in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege" vor. Gegenüber dem Eckpunktepapier von 2017 stockte der Bund die Investitionssumme von 3,5 auf 5,5 Milliarden Euro auf. Diese finanziellen Mittel werden den Ländern über Festbeträge bei der Umsatzsteuerverteilung zur Verfügung gestellt. Im Jahr 2019 erhalten die Länder 485 Millionen Euro. 2020 erhalten sie 985 Millionen Euro, in den Jahren 2021 und 2022 jeweils 1,985 Milliarden Euro. Anders als im Eckpunktepapier von 2017 machte der Bund jedoch keine Zusage, die Finanzierung über 2022 hinaus zu verstetigen. Die Länder können aus einem Katalog von zehn Maßnahmen („Instrumentenkasten") diejenigen Handlungsfelder auswählen, die sie zur Weiterentwicklung der Qualität in der Kindertagesbetreuung für erforderlich halten. Vier Handlungsfelder bezeichnet das Gesetz als Maßnahmen „von vorrangiger Bedeutung" zur Qualitätssicherung in der frühkindlichen Bildung:

- ein bedarfsgerechtes Angebot,
- ein guter Fachkraft-Kind-Schlüssel in den Einrichtungen,
- die Gewinnung und Sicherung qualifizierter Fachkräfte und
- die Stärkung der Leitungsfunktion.

Auch hier weicht das Gesetz vom Eckpunktepapier ab. So ist nicht mehr die Rede davon, Leitungskräfte grundsätzlich freizustellen. In der Begründung heißt es lediglich, dass die Träger den Beschäftigten „ausreichende Zeitkontingente für Leitungsaufgaben" zur Verfügung stellen müssten. Zudem fehlen im Vergleich zu 2017 Festlegungen mit Blick darauf, die mittelbare pädagogische Arbeitszeit (Vor- und Nachbereitung, Elternabende) anzu-

rechnen. Darüber hinaus wurden in das Gesetz auch Maßnahmen zur Entlastung der Eltern bei den Gebühren als förderfähig aufgenommen.

Bei der Anhörung im Familienausschuss des Bundestages wurde der Gesetzentwurf von den geladenen Fachleuten deshalb auch heftig kritisiert. Die beiden größten Kritikpunkte der Fachleute waren:

- Die Finanzierung: Da keine dauerhafte Finanzierung zur Qualitätsverbesserung im Gesetz vorgesehen ist, besteht die Gefahr, dass eine Qualitätsentwicklung mittel- und langfristig von den Ländern nicht gewährleistet werden kann. Hinzu kommt, dass anders als vorgesehen, kein Sonderfonds eingerichtet wurde, sondern die Investitionssumme des Bundes über die Umsatzsteuer erfolgt, dadurch gibt es keine Sanktionsmöglichkeiten, falls die Länder sich nicht an die verhandelten Zielvereinbarungen halten.

- Das Fehlen von bundesweiten, einheitlichen Standards: Eine verbindliche, bundesweite Fachkraft-Kind-Relation und die Aufnahme ins Gesetz sind nach Auffassung der Experten notwendig, um Qualitätsverbesserungen zu erzielen. Da keine bundesweiten Standards festgelegt wurden, gibt es auch keine flächendeckende Qualitätssteigerung, da die Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern durch das Gesetz nicht abgebaut werden.

Trotzdem passierte das Gesetz am 14.12.2018 den Bundestag und den Bundesrat. Am 01.01.2019 trat es in Kraft.

Das Hauptanliegen eines Bundesqualitätsgesetzes war es, die Situation in den Kindertageseinrichtungen durch bessere Personalisierung zu verbessern; so heißt es auch im verabschiedeten Gesetz selbst, dass „gleichwertige qualitative Standards“[3] in den Bundesländern angestrebt werden sollen. Durch die breitgefächerten Möglichkeiten für die Länder, die Bundesmittel einzusetzen, hat man die Chance vertan, verbindliche Qualitätsstandards in allen Kitas zu erzielen, und eine Angleichung der Lebensverhältnisse und der Qualitätsstandards ist am Ende ein reines Zufallsprodukt. Die Vermischung der beiden politischen Ziele der Elternbeitragsfreiheit und der Qualitätsverbesserung in der frühkindlichen Bildung führt letztendlich dazu, dass der flächendeckende Qualitätsausbau ausgebremst wird.

Was bedeutet das „Gute-Kita-Gesetz“ für das Saarland?

„Der saarländische Weg“[4] des „Gute-Kita-Gesetzes“, wie ihn Bildungsminister Ulrich Commerçon (SPD) am 13.02.2019 in der Saarbrücker Zeitung nannte, sieht folgendermaßen aus:

Voraussichtlich 63,5 Millionen Euro erhält das Saarland insgesamt bis 2022 aus den Bundesmitteln des „Gute-Kita-Gesetzes“. Aus dem Instrumentenkasten des Gesetzes mit den zehn Handlungsfeldern wurden vier Felder ausgewählt, in die investiert werden soll.

An erster Stelle fließen rund drei Viertel der Gelder (46,3 Millionen Euro) in die Reduzierung der Elternbeiträge. Um das angestrebte Ziel, die Elternbeiträge bis zum 01.08.2022 zu halbieren, zu erreichen, investiert das Land zusätzlich zu den Bundesmitteln 45,5 Millionen Euro. Dadurch wird ermöglicht, dass bereits ab dem Kindergartenjahr 2019/20 die Elternbeiträge von derzeit höchstens 25 % der gesamten Personalkosten in drei Schritten um jeweils vier Prozentpunkte und ab dem Kindergartenjahr 2022/23 um einen weiteren halben Prozentpunkt reduziert werden. Ab dem 01.08.2019 soll der Elternbeitrag demnach höchstens 21 %, ab dem 01.08.2020 höchstens 17 %, ab dem 01.08.2021 höchstens 13 % und ab dem 01.08.2022 noch höchstens 12,5 % der Personalkosten betragen.

Die restlichen rund 17 Millionen der Bundesmittel des „Gute-Kita-Gesetzes“ werden in die Qualitätsentwicklung der Einrichtungen gesteckt. So wird beispielsweise für stärker belastete Kindertageseinrichtungen der Fachkraft-Kind-Schlüssel so modifiziert, dass diese zusätzlich eine Viertelstelle pro Gruppe zur Verfügung gestellt bekommen.

Außerdem sollen die Erzieherinnenausbildung attraktiver gestaltet, der Zugang zu berufsbegleitender Ausbildung verbessert und bezahlte Ausbildung ermöglicht werden. Dafür sollen zusätzlich Mittel in Höhe von 2,7 Millionen Euro aus dem Bundesprogramm „Fachkräfteoffensive für Erzieherinnen und Erzieher“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) genutzt werden. Das BMFSFJ unterstützt Länder und Träger dabei, Modelle einer vergüteten, praxisintegrierten Ausbildung zu erproben. Dabei gewährt der Bund modellhaft (für zwei Ausbildungsjahrgänge von jeweils dreijähriger Dauer) Trägern einen Zuschuss für die Schaffung zusätzlicher vergüteter Ausbildungsplätze. Für das Saarland sind 52 Ausbildungsplätze pro Ausbildungsjahrgang vorgesehen, darüber hinaus wird derzeit geprüft, ob weitere 41 Ausbildungsplätze über Mittel aus dem „Gute-Kita-Gesetz“ gefördert werden können.

Ein weiteres Handlungsfeld liegt zudem in der Förderung der sprachlichen Bildung in den Kitas. Durch die Übernahme der Kosten des bereits existierenden Zertifikatsstudiengangs „Sprache und interkulturelle Bildung“ an der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (htw saar) sollen saarländische Fachkräfte ermuntert werden, sich zukünftig weiter zu qualifizieren.

Dass im Saarland ein Großteil der Bundesmittel zur Senkung der Elternbeiträge eingesetzt werden soll, stand bereits vor der Verabschiedung des „Gute-Kita-Gesetzes“ fest. So steht bereits im Koalitionsvertrag 2017–2022 von CDU und SPD die Absichtserklärung: „Wir beginnen in dieser Legislaturperiode mit einer Absenkung der Beiträge ab dem Kindergartenjahr 2019/2020 in drei Schritten und entlasten damit die Eltern bis zum Ende der Legislaturperiode um rund ein Viertel ihrer Kosten. Mögliche Bundesmittel in diesem Bereich werden wir nutzen, um die Eltern auch darüber hinaus zu entlasten – bestenfalls um bis zu einem Drittel ihrer Kosten.“[5]

Laut „Gute-Kita-Gesetz“ sollten allerdings bei der Analyse der Ausgangslage zur Ermittlung der Handlungsfelder, Maßnahmen und Handlungsziele insbesondere die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe, die freien Träger, Sozialpartner sowie Vertreterinnen und Vertreter der Elternschaft in geeigneter Weise beteiligt werden und wissenschaftliche Standards berücksichtigt werden.[6]

Diese Beteiligung bei der Analyse der Ausgangssituation fand nach Angaben der Gewerkschaften nicht statt. Erst nach der Entscheidung, wie die Mittel eingesetzt werden sollen, wurden mit den zuständigen Gewerkschaften Gespräche geführt.

Legt man zur Festlegung der Handlungsfelder und Maßnahmen sowie des Einsatzes der Bundesmittel wissenschaftliche Studien zugrunde, stellt man fest, dass Kita-Beiträge laut der Elternbefragung ElternZOOM[7] vor allem arme Haushalte belasten. So müssen Haushalte unterhalb der Armutsrisikogrenze einen fast doppelt so hohen Anteil ihres Einkommens für den Kita-Besuch ihrer Kinder aufbringen wie wohlhabendere Eltern. Insgesamt errechnet die Studie, dass für eine politisch gewünschte Beitragsfreiheit für alle Kinder bundesweit nach neuesten Schätzungen pro Jahr 7,3 Milliarden Euro benötigt würden. Eine Befreiung einkommensschwacher Familien von den Kita-Kosten und eine soziale Staffelung der Beiträge wären allerdings mit 730 Millionen Euro jährlich möglich. Die Studie belegt zudem auch, dass eine Mehrheit aller Eltern – unabhängig von ihrem Einkommen – bereit wäre, noch höhere Kosten in Kauf zu nehmen, sofern die Qualität sich verbessert.

Auch weitere Studien der Bertelsmann Stiftung untermauern, dass Qualitätssteigerungen nur durch die Verbesserung der Strukturqualität zu erzielen sind. So wurden im Ländermonitoring Frühkindliche Bildungssysteme[8] für die zusätzlichen Bedarfe, um den Qualitätsausbau umsetzen zu können, Investitionen von jährlich 72 Millionen Euro pro Jahr im Saarland errechnet, die ausschließlich zur Qualitätsverbesserung eingesetzt werden müssten. Dabei werden vor allem Bedarfe in den Bereichen angemessene Leitungs-

ausstattung, kindgerechte Personalschlüssel in Kindergartengruppen und in Krippengruppen zugrunde gelegt.

Die angestrebte Beitragsfreiheit für Kindertageseinrichtungen im Saarland ist als familienpolitische Maßnahme aus Sicht der Arbeitskammer grundsätzlich zu begrüßen, denn Ziel muss es sein, dass alle Gebühren für Bildung abgeschafft werden. Problematisch dabei ist allerdings, dass sowohl die Beitragsfreiheit als auch die Qualitätsverbesserung in ein Gesetz gepackt wurden und mit den gleichen Mitteln finanziert werden sollen. Die Elternbeitragsfreiheit muss separat betrachtet werden, sonst werden zwangsläufig Qualitätsverbesserungen gegen Beitragsfreiheit ausgespielt.

Die aktuelle Situation in den saarländischen Kitas

Der Bereich der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung hat sich auch im Saarland in den letzten zehn Jahren grundlegend verändert. Ausschlaggebend dafür sind zunehmende Bedarfe an besserer Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die gestiegenen Erwartungen an die Kindertageseinrichtung als erstem öffentlichen Bildungsort. Vor allem die Kindertagesbetreuung für Kinder im Alter unter 3 Jahren gewann in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung. Die Ausweitung des Rechtsanspruchs auf frühkindliche Förderung in einer Kindertageseinrichtung oder in der Kindertagespflege für Kinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr am 01.08.2013 hatte einen stetigen Ausbau der Krippenplätze zur Folge. Zwischen 2007 und 2017 stieg die Anzahl der Kinder in Kindertageseinrichtungen insgesamt von 32.440 auf 34.939, insbesondere die Anzahl der Kinder unter 3 Jahren erhöhte sich von 2.565 auf 6.244. Das pädagogische Personal in den Kindertageseinrichtungen erhöhte sich in diesem Zeitraum von 4.031 auf 6.473 Beschäftigte.[9]

Im Zuge dieses quantitativen Ausbaus haben sich gleichzeitig auch die Anforderungen an das Personal in Kindertageseinrichtungen gewandelt: Die Familienstrukturen haben sich verändert. Mehr Mütter und Väter müssen Familie und Beruf vereinbaren, es gibt mehr Patchworkfamilien und viele Alleinerziehende. Die Gesellschaft hat sich verändert, sie ist zunehmend multiethnisch geprägt, was zur Folge hat, das beispielsweise längst nicht mehr alle Kinder auf dem gleichen sprachlichen Niveau sind, wenn sie in den Kindergarten kommen. In manchen Kindergärten haben bis zu 98 % der Kinder einen Migrationshintergrund. Hinzu kommen zusätzliche Aufgaben neben der unmittelbaren Arbeit mit den Kindern, zum Beispiel durch Dokumentation, Elterngespräche und vermehrte Sicherheitsvorschriften sowie Dienstanweisungen.

Im Ländermonitoring „Frühkindliche Bildungssysteme“ der Bertelsmann Stiftung[10] wird zudem gezeigt, dass sich die Fachkraft-Kind-Relation im Saarland verschlechtert hat. In Krippengruppen kam zum Stichtag 01.03.2017 eine Fachkraft auf 3,8 Kinder, 2015 waren es 3,6 Kinder pro Fachkraft. In Kindergartengruppen war eine Fachkraft sogar für 9,6 Kinder im Durchschnitt verantwortlich, bei steigenden Anforderungen blieb die Relation somit gleich wie zum Stichtag 01.03.2015. Die von der Bertelsmann Stiftung empfohlenen Personalschlüssel liegen bei 1 zu 3,0 bei Kindern unter 3 Jahren und bei 1 zu 7,5 bei Kindern ab 3 Jahren bis zum Schuleintritt. Die Personalbemessung ist somit nach den wissenschaftlichen Standards ungünstig. Überdies sind Stellen nicht besetzt. Zu dieser unzureichenden Personalbemessung kommen weitere Ausfälle aufgrund von Urlaub, Fortbildungen, Krankheit oder Schwangerschaft hinzu. Diese Fehlzeiten werden bei der Berechnung der Personalstunden durch das Landesjugendamt nicht adäquat berücksichtigt. Die tatsächliche Fachkraft-Kind-Relation ist also noch unzureichender, als im Ländermonitoring aufgeführt. In der Realität führt diese Verschiebung der Fachkraft-Kind-Relation zu einer massiven Arbeitsverdichtung bei den pädagogischen Fachkräften.

Diese hohe Arbeitsbelastung belegt auch die bereits im Juli/August 2017 durchgeführte Umfrage der GEW Saarland mit dem Thema „Wie steht es um die Arbeitsbedingungen und -belastungen von Mitarbeiter_innen in Kindertageseinrichtungen?“[11]: 77,5 % der Befragten sehen die Belastungssituation durch Personalausfälle als Hauptstressfaktor, gefolgt von Personalknappheit an zweiter Stelle (53,6 %) und zusätzlichen Aufgaben an dritter Stelle (47,2 %). In den offenen Fragen der Umfrage beschreiben die Mitarbeiterinnen der Kindertageseinrichtungen unter anderem Zeitdruck als dauerhaften Stressfaktor. Hinzu kommen das Fehlen von geeignetem Mobiliar, der schlechte bauliche Zustand vieler Einrichtungen, zu große Gruppen sowie die Problematik, dass Fortbildungen aufgrund von Personalmangel nicht besucht werden können.[12]

Vor diesem Hintergrund ist die Entscheidung des Landes, den Hauptteil der Bundesmittel des „Gute-Kita-Gesetzes“ in die Senkung der Elternbeiträge fließen zu lassen, nochmals problematischer zu betrachten. Die Kerngruppe Sozial- und Erziehungsdienst der ver.di-Betriebsgruppe Landeshauptstadt Saarbrücken wandte sich bereits im Dezember 2018 in diesem Zusammenhang mit einem Schreiben an die politischen Verantwortlichen und startete am 29.01.2019 die offene Petition „Kita-Personal am Limit – Gesellschaft am Ende?“. Mit knapp 10.000 Unterschriften wurde Ende März 2019 die Sammlung beendet, die Übergabe an den Ministerpräsidenten Tobias Hans erfolgte Anfang Mai. Zudem wurden persönliche Stellungnahmen der gewählten Vertreter im saarländischen Landtag angefordert. Die Antworten

lagen zum Redaktionsschluss des Berichts an die Landesregierung der Arbeitskammer noch nicht vor.

Soll frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung, wie allgemein gefordert, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglichen und gleichzeitig der erste außerfamiliäre Bildungsort sein, dann muss nicht nur der quantitative Ausbau weiter vorangetrieben werden, sondern auch die Qualität im frühkindlichen Bereich weiter verbessert beziehungsweise nachhaltig gesichert werden. Nach Auffassung der Arbeitskammer bedarf es deshalb qualitativer Verbesserungen. Hierzu gehören:

- Verbesserung des Personalschlüssels beziehungsweise der Fachkraft-Kind-Relation nach wissenschaftlichen Standards;
- mindestens 25 % der Arbeitszeit für mittelbare pädagogische Arbeit (Vor- und Nachbereitungszeit etc.);
- ausreichende Zeitkontingente und Förderung für Fort- und Weiterbildung;
- Personalreserve bei Urlaubs- und Krankheitsausfällen in allen Kreisen;
- Sicherung der Freistellung von Leitungskräften;
- ausreichende Zeitkontingente für die Praxisanleitung von Auszubildenden und eine entsprechende Qualifizierung für das neue Ausbildungsmodell PiA (Praxisintegrierte Ausbildung).

---

1 Vgl. Tietze, Wolfgang u.a. (Hrsg.): NUBBEK-Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit. verlag das netz, Weimar/Berlin, 2013.

2 Vgl. Bertelsmann Stiftung: Ländermonitoring Frühkindliche Bildungssysteme. Gütersloh, 2018.

3 Gesetz zur Weiterentwicklung der Qualität und zur Teilhabe in der Kindertagesbetreuung (KiQuTG), § 1 Abs. 3.

4 Vgl. Saarbrücker Zeitung: „Kita-Gebühren sinken ab dem 1. August". 13.02.2019.

5 Koalitionsvertrag für die 16. Legislaturperiode des Landtages des Saarlandes (2017–2022) zwischen der Christlich Demokratischen Union, Landesverband Saar, und der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands, Landesverband Saar, S. 47.

6 Gesetz zur Weiterentwicklung der Qualität und zur Teilhabe in der Kindertagesbetreuung (KiQuTG), § 3 Abs. 3.

7 Vgl. Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): ElternZOOM 2018. Schwerpunkt: Elternbeteiligung an der KiTa-Finanzierung. Gütersloh, 2018.

8 Vgl. Bertelsmann Stiftung: Ländermonitoring Frühkindliche Bildungssysteme. Gütersloh, 2018.

9 Statistisches Bundesamt: Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege, verschiedene Jahrgänge.

10 Vgl. Bertelsmann Stiftung: Ländermonitoring Frühkindliche Bildungssysteme. Gütersloh, 2018, S. 6.

11 Vgl. GEW Saarland: Arbeitsbelastung im Bereich KITA. In: Erziehung und Wissenschaft im Saarland 03/2018, S. 10 ff.

12 Vgl. GEW Saarland: Arbeitsbelastung im Bereich KITA. In: Erziehung und Wissenschaft im Saarland 04/2018, S. 10 ff.

4.2.1 Ausbildungsmarkt 2018: Unternehmen müssen sich stärker engagieren

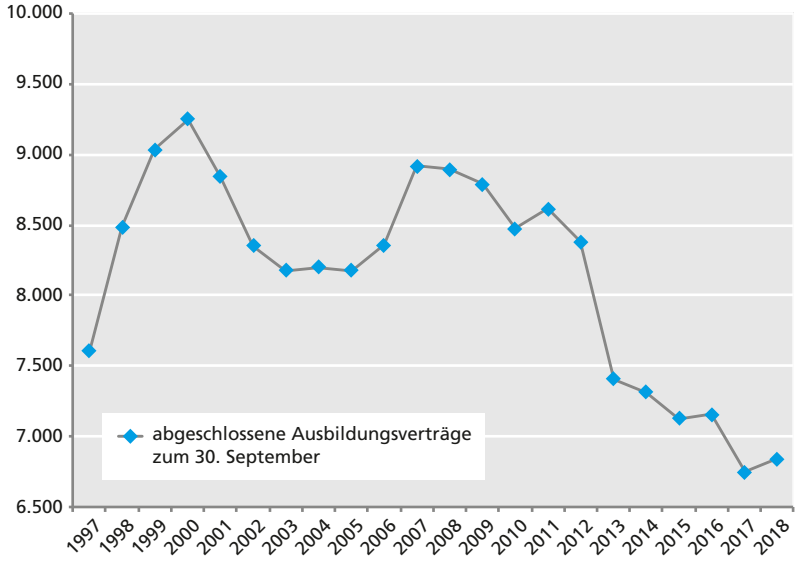
Eine abgeschlossene Berufsausbildung ist gerade in einer sich stetig wandelnden Arbeitswelt der Schlüssel zu Erwerbsarbeit und damit zu gesellschaftlicher Teilhabe. Nach wie vor aber bleiben auch im Saarland noch immer zu viele junge Menschen ohne Ausbildung. Trotz vielfältiger Reformbemühungen befanden sich im vergangenen Jahr 3.786 Jugendliche in Maßnahmen des sogenannten Übergangssystems, das ihnen weder einen Berufsabschluss noch eine Anschlussmöglichkeit bietet. Zwar wurde im vergangenen Jahr im Saarland mit 6.843 neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen wieder ein kleines Plus von 1,5 % erreicht, aber junge Menschen mit Hauptschulabschluss oder mit Migrationshintergrund haben erhebliche Nachteile auf dem Ausbildungsmarkt. Ebenso bedenklich ist es, wenn sich immer weniger junge Frauen für eine duale Berufsausbildung entscheiden und die Quote der Ausbildungsbetriebe weiter rückläufig ist. Die Unternehmen im Land müssen nicht nur verstärkt ausbilden, sondern auch die Qualität der Ausbildung verbessern und jungen Menschen bessere berufliche Perspektiven bieten.

Im Saarland wurde im vergangenen Ausbildungsjahr mit 6.843 Verträgen erstmals wieder ein kleines Plus von 1,5 % erzielt. Bundesweit gab es mit 531.414 neuen Verträgen einen Zuwachs von 1,6 % oder 8.124 Verträgen. Im Ranking der Bundesländer belegt das Saarland damit den sechsten Platz. Betrachtet man die Entwicklung über einen längeren Zeitraum, so muss man feststellen, dass die Zahl der jährlich abgeschlossenen Verträge im Saarland seit 2011 kontinuierlich gesunken ist und 2017 ihren bislang historischen Tiefpunkt erreicht hat. Lediglich 2016 gab es einen geringfügigen Zuwachs von 0,4 %.[1]

Während es 2017 im Bereich der Industrie- und Handelskammer nach dem deutlichen Minus von 4,9 % im vergangenen Jahr mit 4.170 Verträgen ein Plus von 1,3 % (54 Verträge) gab, ist die Situation im Handwerk nach wie vor schwierig. Hier ist die Zahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge seit 2012 stetig gesunken. Auch im vergangenen Jahr wurden mit 1.870 Verträgen 1,8 % (33 Verträge) weniger Verträge abgeschlossen. Ein Minus gab es auch in den Bereichen der Land- und der Hauswirtschaft mit 5,6 % (sechs Verträge) beziehungsweise 9,5 % (sechs Verträge). Eine positive Bilanz können lediglich der Öffentliche Dienst mit 9,7 % (48 Verträge) und die freien Berufe mit 30,3 % (27 Verträge) ziehen.[2]

Grafik 1

Entwicklung neu abgeschlossener Ausbildungsverträge im Saarland 1997 - 2018



Quelle: Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) Arbeitskammer

Ausbildungsplatzindikatoren

- Im Ausbildungsjahr 2018 (Oktober 2017 bis September 2018) interessierten sich nach Angaben des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) im Saarland 9.852 junge Menschen für eine Berufsausbildung und boten den saarländischen Betrieben damit zunächst einmal ein großes Potenzial für den von ihnen benötigten Fachkräftebedarf. Allerdings gab es für nur 6.843 von ihnen auch einen Ausbildungsplatz, was einer Quote von 69,5 % (2017: 68,5 %) entsprach. Folglich blieben 3.009 Ausbildungsinteressierte ohne den von ihnen angestrebten Ausbildungsplatz, obwohl sie ein ernsthaftes Interesse an einer Ausbildung hatten.[3]

- Von den 9.852 jungen Menschen, die sich während dieses Zeitraums für einen Ausbildungsplatz interessierten, hatten sich 5.428 bei den saarländischen Agenturen für Arbeit und den Jobcentern um einen Ausbildungsplatz beworben. Das waren 1,9 % (104 Jugendliche) weniger als ein Jahr zuvor. Die Bewerberzahl mit ausländischer Herkunft stieg dabei um 25,1 % auf 923 Jugendliche und damit auf einen Anteil von 17,0 %.[4]

- Im gleichen Zeitraum wurden den Agenturen von den Betrieben 7.015 Ausbildungsstellen gemeldet. Das waren 372 oder 5,6 % mehr als im Vorjahreszeitraum. Von den gemeldeten Stellen blieben bei den Agenturen bis Ende September 975 unbesetzt und damit 563 Stellen oder 136,7 % mehr als ein Jahr zuvor. Gleichzeitig ist der Anteil derer, die Ende September noch weiter suchten mit 832 Jugendlichen unverändert hoch. Von ihnen haben sich 727 für eine Alternative – meist mit Warteschleifencharakter – entschieden oder haben resigniert. 105 blieben ohne Alternative und damit „unversorgt".[5] Zu den Ursachen für diese paradoxe Situation dürfte neben dem Einstellungsverhalten der Betriebe, die Ausbildungsbewerber als nicht geeignet einstufen, auch die mangelnde Attraktivität einiger Ausbildungsberufe gehören.[6]

- Die zur Beschreibung der Ausbildungsplatzsituation verwendete Kennziffer „Angebots-Nachfrage-Relation" gemäß der erweiterten Nachfrageberechnung verbesserte sich gegenüber dem Vorjahr von 93,6 auf jetzt 101,9.[7]

- Zur Sicherstellung eines auswahlfähigen Angebotes wären im Saarland bei einem Mindestüberhang von 12,5 % sowie unter Berücksichtigung der erweiterten Ausbildungsplatznachfrage im abgelaufenen Ausbildungsjahr 8.634 Stellen erforderlich gewesen. Zu einem auswahlfähigen Angebot fehlen nach dieser Berechnung 816 Stellen.[8]

Zahl der Ausbildungsbetriebe sinkt ungebremst

Mit Besorgnis muss festgestellt werden, dass die Beteiligung der saarländischen Wirtschaft an der betrieblichen Ausbildung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen seit Jahren sinkt. Es reicht nicht, wenn nur 24,1 % der Betriebe im Saarland (2015: 24,6 %) den Nachwuchs ausbilden, den alle benötigen. Auf Bundesebene ist die Quote sogar auf 19,8 % gesunken. Im Ländervergleich hat das Saarland allerdings weiterhin den höchsten Anteil ausbildender Betriebe, gefolgt von Niedersachsen, Bremen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz, die auf Anteilswerte zwischen 22,3 % und 23,3% kamen. Im Zeitvergleich zwischen 2008 und 2016 sank die Quote unter den westlichen Bundesländern im Saarland mit 5,5 Prozentpunkten am stärksten. Eine vergleichbare Entwicklung zeigt sich auch bei der Ausbildungsquote, das ist der Anteil der Auszubildenden an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Sie betrug 2016 5,4 % und ist zwischen 2008 und 2016 um 1,5 Prozentpunkte zurückgegangen.[9] Zu den Folgen dieser Entwicklung gehört es auch, dass 2016 im Saarland 16,8 % der Menschen im Alter von 20 bis 34 Jahren ohne Berufsabschluss waren (+0,8 %) und somit nicht über die Voraussetzung für eine qualifizierte Beteiligung am Erwerbs-

leben verfügen.[10] Damit sich die Situation verbessert und Betriebe wieder mehr ausbilden, muss eine gezielte Ansprache seitens der Kammern und der Politik erfolgen und die Beratung von Betrieben intensiviert werden. Auch die Möglichkeit der Verbundausbildung sollte angesichts anspruchsvoller werdender Ausbildungsberufe und stark spezialisierter Betriebe wieder stärker in Betracht gezogen werden.

Noch immer zu viele Jugendliche im Übergangssystem

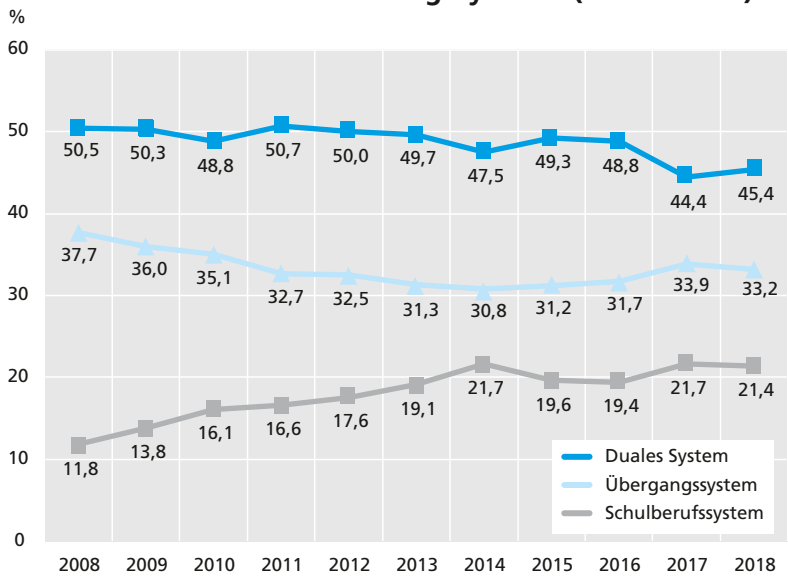
Das Ausbildungsgeschehen im Anschluss an die Sekundarstufe I wird vom Statistischen Bundesamt in der integrierten Ausbildungsberichterstattung (iABE) dokumentiert und in vier Sektoren dargestellt: duale Berufsausbildung, Schulberufssystem, Übergangsbereich, Erwerb der Hochschulzugangsberechtigung und Studium. Während das duale System die klassische duale Ausbildung in Berufsschule und Betrieb abbildet, sind dies im Schulberufssystem vor allem die Berufe des Erziehungs-, Gesundheits- und Sozialwesens. Wem der Einstieg in eine dieser Ausbildungen allerdings nicht gelingt, der besucht in der Regel zunächst einen der berufsvorbereitenden Bildungsgänge im Übergangssektor.

Betrachtet man die drei Sektoren des beruflichen Ausbildungssystems, so haben sich nach ersten vorläufigen Ergebnissen der integrierten Ausbildungsberichterstattung 2018 von den 11.401 Jugendlichen in diesen drei Sektoren 5.174 (45,4 %) für eine Ausbildung im dualen System entschieden. 2.441 Jugendliche (21,4 %) haben eine Ausbildung im Schulberufssystem absolviert und 3.786 (33,2 %) mündeten ins Übergangssystem.[11] Die Quote des dualen Systems ist in den vergangenen zehn Jahren kontinuierlich von 50,5 % auf jetzt 45,4 % gesunken. Dies dürfte zum einen auf die zurückgehenden Schülerzahlen zurückzuführen sein, nicht zuletzt aber auch auf die Lage am Ausbildungsstellenmarkt. Letzteres erklärt auch die nach wie vor hohe Zahl von Jugendlichen im Übergangssystem. Zwar ist die Quote von 37,7 % im Jahr 2008 auf aktuell 33,2 % gesunken, aber mit einem Drittel nach wie vor zu hoch. Einen deutlichen Anstieg gab es bei den Ausbildungen im Schulberufssystem. Waren es 2008 noch 1.676 Schüler (11,8 %), so stieg die Zahl bis 2018 auf 2.441 Schüler (21,4%).

Die Grafik verdeutlicht, dass die Affinität der Jugendlichen zum dualen System weiterhin als sehr hoch einzuschätzen ist. Von einer „nachlassenden Attraktivität“ ist wenig zu bemerken. Das zeigt sich zum einen an der konstant hohen Nachfrage nach einer dualen Ausbildung (9.852 Ausbildungsinteressierte), zum anderen aber auch an der Anzahl derer, die eine Berufsausbildung im dualen System nach Berufsbildungsgesetz (BBiG)/Handwerksordnung (HwO) oder eine schulische Berufsausbildung absolvieren. So

Grafik 2

Verteilung der Neuzugänge auf die drei Sektoren des beruflichen Ausbildungssystems (2008 – 2018)



Quelle: Statistisches Bundesamt, integrierte Ausbildungsberichterstattung, eigene Berechnungen, März 2019

Arbeitskammer

haben 2018 7.714 junge Menschen eine duale oder schulische Ausbildung absolviert, während 6.504 ein Studium aufgenommen haben. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass es für einen Großteil der Jugendlichen kaum gleichwertige Alternativen zu einer dualen Ausbildung gibt. Jedoch wächst mit dem steigenden Anteil von Jugendlichen mit Studienberechtigung der Anteil der Jugendlichen, für die eine Ausbildung im dualen System nur eine Option von mehreren darstellt. 2017 entschied sich jeder dritte Jugendliche (35,6 %) mit einer Studienberechtigung für die duale Berufsausbildung (2016: 36,4 %).[12]

Soziale Ausgrenzung durch schlechte Ausbildungschancen

Die duale Ausbildung ist nicht nur für die hohe Produktivität und die Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit der saarländischen Wirtschaft ein zentrales Fundament, sondern auch für die Bewältigung des Fachkräftebedarfs wesentlich. Neben dieser ökonomischen Betrachtung gibt es jedoch noch einen weiteren Aspekt, den man nicht außer Acht lassen sollte. Er betrifft die gesellschaftlichen Folgen der schwierigen Integration bestimmter

sozialer Gruppen von Jugendlichen in Ausbildung. Obwohl sich die Lage für Bewerber verbessert hat und Stellen zunehmend unbesetzt bleiben, profitieren Jugendliche mit einem Hauptschulabschluss davon kaum. Auch Jugendliche ohne deutschen Pass haben im Ausbildungssystem deutlich schlechtere Chancen als ihre deutschen Altersgenossen. Als Schlüssel für ein selbstbestimmtes Leben und für eine gesellschaftliche Teilhabe ist die berufliche Erstausbildung bei der Integration junger Menschen ins Berufsleben, letztlich aber auch für den Zusammenhalt unserer Gesellschaft, von zentraler Bedeutung. Gelingt diese Integration nicht, droht ein Leben in Arbeitslosigkeit oder prekärer Beschäftigung. Die soziale Ausgrenzung durch schlechte Ausbildungschancen kann bei diesen Jugendlichen zu einer Perspektiv- und Orientierungslosigkeit führen, die zu einer gesellschaftlichen Distanzierung beziehungsweise Radikalisierung führen und letztlich die Zukunft der Gesellschaft und der Demokratie gefährden kann. Damit es nicht so weit kommt und jeder Jugendliche eine Ausbildung bekommt, bedarf es neben einem verstärkten Engagement der Arbeitgeber für diese Jugendlichen auch verstärkter Anstrengungen seitens der Regierungen in Bund und Ländern. Enorme Kraftanstrengungen werden in den nächsten Jahren für die Ausbildungsintegration ausländischer Jugendlicher erforderlich sein, vor allem für die zwischen 2014 und 2016 zugewanderten schutz- und asylsuchenden Personen, die sich in großer Zahl aktuell noch im Übergangssektor befinden.

Insbesondere für Betriebe mit Besetzungsproblemen bieten Jugendliche mit einem schwächeren Schulabschluss beziehungsweise mit einem Förderbedarf eine Chance, ihre Ausbildungsplätze zu besetzen. Hierbei benötigen sie allerdings Unterstützung, die im Rahmen der bestehenden Fördermöglichkeiten wie Einstiegsqualifizierung, Assistierte Ausbildung, ausbildungsbegleitende Hilfen oder dem Landesprogramm „Ausbildung jetzt“ möglich ist. Darüber hinaus sollten die Betriebe bei ihrer Ausbildungsgestaltung von vornherein besondere Unterstützungsmaßnahmen in Betracht ziehen. Hierzu gehören insbesondere eine individuelle Betreuung durch Ausbilder, die Besprechung von Arbeitsergebnissen, zusätzlicher innerbetrieblicher Unterricht, externe Fördermaßnahmen sowie eine intensive Prüfungsvorbereitung.

Damit kein Jugendlicher im Übergang von Schule und Beruf verloren geht, ist nach Auffassung der Arbeitskammer aber auch eine rechtlich verankerte Ausbildungsgarantie notwendig. Das bedeutet, jedem ausbildungsinteressierten Jugendlichen, der die Schule verlässt und zum 30. September des Jahres keinen betrieblichen Ausbildungsplatz bekommen hat, wird der Einstieg in das erste Ausbildungsjahr eines anerkannten Ausbildungsberufes garantiert. Die Ausbildung beginnt dann beispielsweise an einer beruflichen Schule oder in einer Bildungseinrichtung mit dem Ziel eines Übergangs

in betriebliche Ausbildung. Hierzu bedarf es eines Maßnahmenpaketes von Bund und Ländern, bei dem auch gewährleistet sein muss, dass sich Betriebe nicht aus der Verantwortung ziehen.

Unternehmen müssen Attraktivität der Ausbildung steigern

Die mangelnde Attraktivität von Ausbildungsberufen in bestimmten Branchen und die daraus resultierenden Schwierigkeiten bei der Besetzung freier Ausbildungsplätze sind nachweislich auch eine Folge des schlechten Images von bestimmten Berufen. So haben vor allem jene Ausbildungsberufe Rekrutierungsprobleme, in deren Branchen die Vergütung zum Teil weit unter dem Durchschnitt liegt. Die Defizite – insbesondere im Hinblick auf die Ausbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten – sind auch mitverantwortlich für das schlechte Image von Ausbildungsberufen mit Rekrutierungsproblemen. Zu den davon betroffenen Berufen beziehungsweise Branchen zählen insbesondere der Hotel- und Gaststättenbereich, das Friseurhandwerk, das Lebensmittelhandwerk im Bereich Fachverkäufer oder die zahnmedizinischen Fachangestellten. Die Ausbildung in diesen Berufen weist zum Teil seit Jahren auffällig häufig hohe Vertragslösungs- oder Misserfolgsquoten auf. Darüber hinaus schneiden sie auch bei Befragungen von Auszubildenden besonders schlecht ab, wie nicht zuletzt die Ausbildungsreporte des DGB der vergangenen Jahre zeigen.[13]

Welchen Stellenwert der Ausbildungsbetrieb im Rahmen des Berufswahlprozesses spielt, danach haben die Bundesagentur für Arbeit und das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) im Rahmen ihrer Bewerberbefragung 2016 erstmals gefragt.[14] Die Auswertung ergab, dass das Potenzial und die Attraktivität des Betriebes als langfristiger Arbeitgeber, welche sich in einem guten Betriebsklima (93 %), in sicheren Arbeitsplätzen (90 %) sowie in sehr guten Übernahmechancen (86 %) widerspiegeln, an erster Stelle stehen. An zweiter Stelle wünschen sich die Ausbildungsstellenbewerber gute Rahmenbedingungen während der Ausbildung. Dazu gehören für sie eine gute Erreichbarkeit des Betriebes (75 %) oder eine gute Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr (80 %) sowie die Möglichkeit eines geregelten und auch in der Freizeit planbaren Lebens (72 %).

Wenn die duale Ausbildung im Wettbewerb um junge Menschen nicht verlieren soll, dürfen Unternehmen nicht nur über einen Fachkräftemangel und fehlende Ausbildungsplatzbewerber klagen, sondern stattdessen mehr in Ausbildung investieren und sich als attraktives Unternehmen präsentieren. Hierzu sollten sie gute Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen bieten, die Entwicklungsmöglichkeiten im Unternehmen aufzeigen, Perspektiven eröffnen und finanzielle Voraussetzungen schaffen. Gemeint sind damit

angemessene motivierende Ausbildungsvergütungen und im Anschluss an die Ausbildung eine mindestens tarifliche Bezahlung sowie die Möglichkeit des Aufstiegs durch Weiterbildung und Qualifizierung.

Ausbildungsabbruch: Mehr als jeder Vierte will nicht mehr

Im Saarland betrug 2016 die Quote derer, die frühzeitig aus ihrem Ausbildungsvertrag ausgestiegen sind, 28,8 %. Die Lösungsquoten unterscheiden sich dabei deutlich zwischen den Ländern. Sie reichen von durchschnittlich circa 22 % in Baden-Württemberg und Bayern bis circa 34 % in Sachsen-Anhalt, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern. Mit 28,8 % ist die Quote im Saarland vergleichsweise hoch und liegt auch deutlich über der Bundesquote von 25,8 %.[15] Die Abbruchquote ist damit so hoch wie seit Anfang der 1990er Jahre nicht mehr. Das bedeutet, dass nur drei von vier Auszubildenden, die eine Ausbildung beginnen, bis zur Prüfung durchhalten. Köche, Restaurantfachkräfte oder Friseure sind hier die besonders betroffenen Berufsgruppen – in diesen Jobs schmeißt sogar etwa jeder zweite Azubi hin.

In den Zuständigkeitsbereichen ist es vor allem die Hauswirtschaft, die mit 43,5 % die höchste Lösungsquote hat, gefolgt vom Handwerk mit 42,8 %, der Landwirtschaft mit 28,7 %, den freien Berufen mit 26,3 % und dem Bereich Industrie und Handel mit 21,7 %. Mit 10,6 % ist die Quote im Öffentlichen Dienst am geringsten.[16] Ursächlich für vorzeitige Vertragslösungen sind Konflikte mit Ausbildern, eine mangelnde Ausbildungsqualität, ungünstige Arbeitsbedingungen, aber auch persönliche und gesundheitliche Gründe, ein Berufswechsel oder eine Insolvenz beziehungsweise eine Schließung des Betriebes. Es gilt weiter, dass Lösungsquoten dort gering sind, wo die Betriebe mehr in die Ausbildung investieren. In Betrieben, die weniger investieren und bei denen die produktive Verwertung der Auszubildenden im Vordergrund steht, sind die Quoten hingegen höher. Festgestellt werden muss überdies, dass nicht jede Vertragslösung einen gänzlichen Abbruch der dualen Berufsausbildung bedeutet. Studien belegen, dass etwa die Hälfte aller Personen mit vorzeitiger Vertragslösung erneut einen Ausbildungsvertrag abschließt.

Um vorzeitigen Vertragslösungen vorzubeugen, sollten nach Auffassung der Arbeitskammer die Berufsorientierung verbessert und Ausbildungsberater beziehungsweise Mediatoren bei auftretenden Konflikten frühzeitig hinzugezogen werden. Notwendig sind aber auch bessere betriebliche Ausbildungsbedingungen (höhere Ausbildungsvergütungen, verbesserte Ausbildungsqualität, Stütz- und Fördermaßnahmen) und nicht zuletzt auch regelmäßige Weiterbildungen des Ausbildungspersonals.

Immer weniger Frauen in der dualen Ausbildung

Die Bemühungen von Politik und Wirtschaft, das Interesse der jungen Menschen nach dualer Berufsausbildung zu steigern, sind nicht bei beiden Geschlechtern gleichermaßen erfolgreich.

- Die Zahl der mit jungen Frauen abgeschlossenen Verträge ging im Saarland 2018 gegenüber dem Vorjahr von 2.526 (37,4 %) auf 2.505 (36,6 %) zurück.[17]

- Im vergangenen Ausbildungsjahr waren von den 5.428 bei der Agentur für Arbeit gemeldeten Bewerbern 37,9 % weiblich (2017: 39,3 %). Während 40,4 % von ihnen über eine Hochschulreife verfügen, waren es bei den Männern lediglich 31,2 %. Über einen mittleren Bildungsabschluss verfügten 29,1 % der jungen Frauen, demgegenüber waren es bei den Männern lediglich 25,7 %. Der Hauptschulabschluss stellte bei 35,7 % der jungen Männer die Grundlage für die berufliche Zukunft dar, bei den Frauen war dies hingegen nur bei 25,6 % der Fall. Die Quote derer, die ohne einen Hauptschulabschluss waren, lag bei den Frauen bei 0,7 %, während sie bei den Männern 0,9 % betrug.[18]

Nach wie vor ist in der dualen Berufsausbildung eine deutliche geschlechtsspezifische berufliche Trennung zu beobachten. Die berufsstrukturellen Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind seit Mitte der 1980er Jahre nahezu unverändert geblieben. Das zeigen nicht zuletzt die deutlichen Unterschiede zwischen den Ausbildungsberufen der einzelnen Wirtschaftsbereiche. Beispielsweise ist der Frauenanteil – trotz vieler Bemühungen und Kampagnen – in den technischen Ausbildungsberufen immer noch sehr gering.

Diese Unterschiede zeigen sich auch in den Zuständigkeitsbereichen. So sind Frauen in der Ausbildung im Handwerk weiterhin deutlich unterdurchschnittlich vertreten. 2018 lag ihr Anteil bei nur noch 18,8 %, während er 2008 noch bei 24,5 % lag. Und auch bei den freien Berufen ist der Anteil der Frauen unter den Auszubildenden rückläufig: Waren es 2008 noch 94,3 %, so ist ihr Anteil 2018 nur noch 91,1 %.[19] Zwischen den Ausbildungsberufen der einzelnen Wirtschaftsbereiche zeigen sich ebenfalls deutliche Unterschiede.

Vor dem Hintergrund von Chancengleichheit und Entwicklungsmöglichkeiten, aber auch angesichts der Ausschöpfung vorhandener Begabungspotenziale und deren gesellschaftlicher Nutzbarmachung müssen hier verstärkte Anstrengungen unternommen werden. Dazu gehören für junge Frauen neben attraktiven Ausbildungsplätzen auch entsprechende Berufs- und

Aufstiegsperspektiven im Anschluss an eine Ausbildung sowie eine geschlechterneutrale Entlohnung. Nicht zuletzt aber bedarf es entsprechender Arbeitszeitmodelle für beide Geschlechter, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu gewährleisten. Der Weg von der Schule in das Berufsleben ist gerade auch für junge Frauen ein wichtiger Abschnitt in ihrem Leben.

---

[1] Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB): Erhebung zum 30. September 2018, neu abgeschlossene Ausbildungsverträge vom 1. Oktober bis zum 30. September 2018 nach Ländern und Zuständigkeitsbereichen und Veränderung der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge von 2018 zu 2017 nach Ländern und Zuständigkeitsbereichen.

[2] ebd.

[3] Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB): Tabelle A1, Eckwerte zum Ausbildungsmarkt 2018 in Deutschland, West- und Ostdeutschland und in den Ländern und Tabelle A2, Veränderungen der Ausbildungsmarkt-Eckwerte 2018 gegenüber 2017 in Deutschland, West- und Ostdeutschland und in den Ländern.

[4] Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Bewerber und Berufsausbildungsstellen Land Saarland, Nürnberg, September 2018.

[5] ebd.

[6] Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB): Tabelle A1, Eckwerte zum Ausbildungsmarkt 2018 in Deutschland, West- und Ostdeutschland und in den Ländern, eigene Berechnungen.

[7] ebd.

[8] Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB): Tabelle A1, Eckwerte zum Ausbildungsmarkt 2018 in Deutschland, West- und Ostdeutschland und in den Ländern, eigene Berechnungen sowie Bundesverfassungsgericht: Urteil des Zweiten Senats vom 10.12.1980 zum Ausbildungsplatzförderungsgesetz. Das Gericht bestätigt darin, dass ein auswahlfähiges Angebot an Ausbildungsplätzen nur gegeben sei, wenn die Zahl der freien Lehrstellen um mindestens 12,5 % größer ist als die Zahl derer, die einen Ausbildungsplatz suchen.

[9] Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB): Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2018, Schaubild A7.1-2 (Seite 207) und A7.1-3 (Seite 208).

[10] Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB): Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2018, Tabelle A11.2-3, Seite 318.

[11] Statistisches Bundesamt: Schnellmeldung integrierte Ausbildungsberichterstattung 2018 – Anfänger im Ausbildungsgeschehen 2018 nach Sektoren/Konten und Ländern, 1. Anfänger 2018 insgesamt, Wiesbaden, März 2019.

[12] Statistisches Bundesamt, Fachserie 11, Reihe 3, 2017, 2.4 Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge 2017 nach schulischer Vorbildung und Ländern.

[13] DGB Bundesvorstand: Studie Ausbildungsreport 2018, September 2018.

[14] Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB): Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2018, Tabelle A5.6-5 (Seite 156).

[15] ebd.

[16] Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB): Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2018, Tabelle A5.6-5, Seite 156, Vertragslösungsquoten in % der begonnenen Ausbildungsverträge nach Zuständigkeitsbereichen und Ländern 2016.

[17] Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB): Erhebung zum 30. September 2018, Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge 2018 nach strukturellen Merkmalen.

[18] Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Berufsausbildungsstellen und Bewerber für Berufsausbildungsstellen (Monatszahlen), Land Saarland, Nürnberg, September 2018.

[19] Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB): Erhebung zum 30. September 2018, Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge 2018 nach strukturellen Merkmalen (Anteil in %).

4.2.2 Mehr in die Zukunft beruflicher Schulen investieren

Berufliche Schulen stellen mit ihrem vielfältigen Bildungsangebot ein wichtiges Bindeglied zwischen allgemeinbildender Schule und Arbeitswelt dar. Zu den Herausforderungen, die sie zu bewältigen haben, gehören neben der Beschulung einer sehr heterogenen Schülerschaft auch die Integration geflüchteter Jugendlicher, die Umsetzung der Inklusion, die Bewältigung des Sanierungsstaus und nicht zuletzt die Realisierung einer digitalen Infrastruktur. Dies alles erfordert von der Landesregierung und den Schulträgern umfassende Investitionen. Denn nach wie vor sind die beruflichen Schulen unterfinanziert und unterpersonalisiert. Die Folgen: große infrastrukturelle Mängel, im bundesweiten Vergleich zu geringe Ausgaben je Schüler, nach wie vor zu große Klassen sowie ein Mangel an dringend notwendiger Schulsozialarbeit.

Der seit 2008 im Saarland festzustellende Rückgang bei den Schülerzahlen beruflicher Schulen setzte sich auch im Schuljahr 2017/18 fort. Nach Angaben des Statistischen Amtes Saarland besuchten noch 35.489 Schüler die 228 beruflichen Schulen und damit 1.037 oder 2,8 % weniger als ein Jahr zuvor. Betrachtet man den Zeitraum der letzten zehn Jahre, so beträgt der Rückgang 13,8 %.[1]

Während die Schülerzahlen an Berufsschulen (-3,0 %), Fachoberschulen (-5,8 %), Fachschulen (-3,1 %), beruflichen Gymnasien (-3,8 %) und an Schulen des Gesundheitswesens (-8,3 %) rückläufig waren, verzeichneten das Berufsgrundbildungsjahr (24,2 %), das Berufsvorbereitungsjahr (3,3 %), die Berufsgrundschulen (3,6 %) und die Berufsfachschulen (0,5 %) hingegen einen Zuwachs an Schülern.[2] Letzteres lässt sich mit dem Einmünden junger Geflüchteter in diese Schulformen erklären.

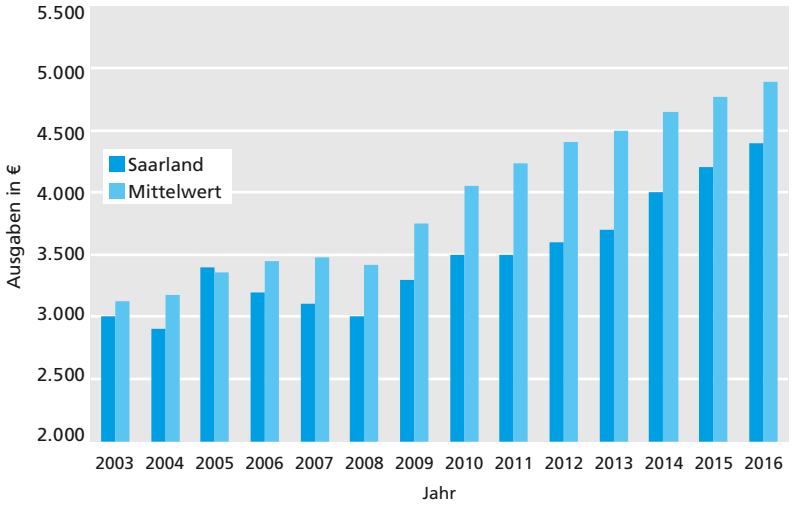
Berufsbildende Schulen weiterhin unterfinanziert

Die Ausgaben je Schüler an beruflichen Schulen stellen das Maß dafür dar, wie viel Geld ein Bundesland jedes Jahr im Durchschnitt für die Bildung eines Schülers in dieser Schulform ausgibt. Darüber hinaus belegen die finanziellen Aufwendungen aber auch, inwieweit das berufliche Schulwesen gegenüber dem allgemeinbildenden Schulwesen, insbesondere dem Gymnasium, an Gleichwertigkeit besitzt.

Im Jahr 2016 gab das Saarland nach Angaben des Statistischen Bundesamtes[3] durchschnittlich 4.400 Euro für die Ausbildung eines Schülers an beruflichen Schulen aus (hierunter fallen Ausgaben für Personal, laufenden

Grafik 1

Saar-Ausgaben je Schüler an beruflichen Schulen im Vergleich zum bundesweiten Mittelwert 2003–2016



Quelle: Statistisches Bundesamt, Bildungsausgaben

Arbeitskammer

Sachaufwand und Investitionen). Obwohl das Saarland gegenüber dem Vorjahr 200 Euro mehr ausgegeben hat, ist es nach Mecklenburg-Vorpommern, Bremen und Nordrhein-Westfalen das Bundesland, das am wenigsten für seine beruflichen Schulen ausgibt. Im Vergleich dazu gab das Land mit 7.700 Euro und einem Plus von 200 Euro gegenüber dem Vorjahr für Schüler an Gymnasien deutlich mehr aus.

Nach wie vor Personalbedarf an beruflichen Schulen

Was die Personalsituation an den beruflichen Schulen anbelangt, so ist festzustellen, dass diese insgesamt deutlich besser geworden ist. Aufgrund der teilweise recht knappen Personaldecke gibt es aber nach wie vor strukturellen Unterrichtsausfall. Hier würde ein prozentualer Personalüberhang oder eine standortbezogene Lehrerreserve die Situation vor Ort grundsätzlich verbessern. Allerdings ist es gegenwärtig schwierig, die benötigten Lehrkräfte auch tatsächlich zu bekommen. Dies gilt vor allem für die gewerblich-technischen oder berufsqualifizierenden Fächer wie Metall, Elektro, Fahrzeugtechnik, Informatik, Hauswirtschaft und Ernährung oder Sozialpädagogik. Damit der Nachwuchs gesichert werden kann, bedarf es

neben einer Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes auch der Schaffung finanzieller Anreize sowie eines attraktiven Arbeitsumfelds mit einer modernen Ausstattung.

Denn die beruflichen Schulen konkurrieren insbesondere in den gewerblich-technischen Berufen mit der Wirtschaft um die Bewerber. Darüber hinaus muss das Berufsbild des Lehrers an beruflichen Schulen Teil der Studien- und Berufsberatung werden, um bei jungen Menschen mit einer gezielten Ansprache und Werbung für ein solches Studium Interesse zu wecken. Zur Nachwuchsgewinnung müssen aber auch die Studienkapazitäten für das Lehramt an beruflichen Schulen an der Universität ausgeweitet und die Studierenden der Hochschule für Technik und Wirtschaft in den Blick genommen werden, um diese für ein solches Studium zu gewinnen.

Dazu bedarf es neben einer verstärkten Kooperation der Hochschulen auch der Einrichtung eines Lehrstuhls in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik und der Didaktik der beruflichen Fächer. Damit der Bedarf wenigstens einigermaßen gedeckt werden kann, behilft man sich bereits seit längerem mit Quereinsteigern. Das sind Menschen aus anderen Berufen, die ohne Lehramtsstudium direkt als Referendar an einer beruflichen Schule anfangen können. Allerdings hat man hiermit sehr unterschiedliche Erfahrungen gemacht.

Um die Zahl der Studienanfänger, insbesondere in den technischen Fächern, erhöhen zu können und die Qualifizierung der Quer- und Seiteneinsteiger durch bundesweite Mindeststandards zu verbessern, spricht sich die Arbeitskammer für ein Bund-Länder-Programm „Pro Lehramt Berufsschule“ aus. Ein solches Programm könnte auch das gegenseitige Abwerben ausgebildeter Lehrkräfte beenden. Darüber hinaus besteht durch die 2018 von Bund und Ländern beschlossene neue Förderrichtlinie der „Qualitätsoffensive Lehrerbildung“ ab 2020 die Möglichkeit, berufliche Schulen bei ihren Bemühungen zu unterstützen. Die Richtlinie sieht als neue Förderschwerpunkte die Themen „Digitalisierung in der Lehrerbildung“ und „Lehrerbildung für die beruflichen Schulen“ vor.

Investitionsstau beseitigen – Gebäude und technische Ausstattung modernisieren

In skandinavischen Ländern gilt der Schulraum neben den Schülern und den Lehrkräften als „dritter Pädagoge“. Ein angenehmer Raum, so die Erkenntnis in den nordischen Staaten, wirkt sich positiv auf Lernklima und Konzentration aus. Gemessen daran, ist der Zustand vieler beruflicher Schulen im Land mehr als ernüchternd. Die allermeisten davon sind ins Alter

gekommene, meist rein funktionale und zwischenzeitlich viel zu klein gewordene Gebäude in einem sanierungsbedürftigen Zustand. Zur Verbesserung des schulischen Zustandes bedarf es neben einer umfassenden und energetischen sowie behindertengerechten Gebäudesanierung auch der Modernisierung beziehungsweise des Neu- und Ausbaus der Schulen. Hinzu kommen vielfach noch organisatorische Neugliederungen der gewerblich-technischen Räumlichkeiten oder wünschenswerterweise eine Gestaltung der Schule als Lern- und Lebensort. Um eine zukunftsfähige (Aus-)bildung zu ermöglichen, ist aber nicht nur die Sanierung und der Umbau der Schulen, sondern auch eine Modernisierung der Ausstattung mit zeitgemäßen Arbeitsmitteln auf technisch aktuellem Stand erforderlich. Dazu zählt eine moderne und umfangreiche IT-Infrastruktur, mit mobilen Endgeräten, internetgestützten Lernplattformen und einem glasfaserbasierten Breitband-Internetzugang, die allen Lernenden Ressourcen für die Ausgestaltung ihrer Lernprozesse zur Verfügung stellt. Bei einem Blick auf die digitale Gegenwart beruflicher Schulen im Saarland zeigt sich jedoch eine sehr ungleiche Verteilung der Ressourcen. Sie hängt im Wesentlichen von den jeweiligen Schulträgern und deren finanziellen Möglichkeiten und administrativen Hemmnissen ab. Hinzu kommt die Technikaffinität der jeweiligen Schulleitung. Auch die digitale Grundausstattung wie Notebooks, Beamer, Whiteboards oder das Vorhandensein eines leistungsstarken Breitbandnetzes stellt sich je nach Schulstandort recht unterschiedlich dar. Darüber hinaus fehlt den meisten Schulen ein Systemadministrator für eine zeitnahe Pflege und Wartung sowie anfallende Reparaturarbeiten. Vieles funktioniert oft nur deshalb, weil engagierte Lehrkräfte sowohl ihre Freizeit als auch ihre privaten Geräte einbringen.

Um die Infrastruktur und die Ausstattung zu verbessern, hat die Landesregierung im vergangenen Jahr ein Sonderinvestitionsprogramm Berufsbildungszentren beschlossen, das aus zwei Säulen besteht und mit dem bis Ende 2020 insgesamt 37 Millionen Euro in die Schulen fließen sollen. Allerdings kommt ein Großteil des Geldes nicht allen 20 Standorten zugute. Von der ersten Säule mit rund vier Millionen Euro können alle Schulen profitieren. Zwei Millionen stammen aus EU-Fördermitteln, eine Million steuert das Land bei und eine Million müssen die Schulträger aufbringen. Diese Mittel stehen für die Förderung von Kompetenzzentren der beruflichen Aus- und Weiterbildung zur Verfügung. Anders sieht es bei dem zweiten deutlich größeren Paket aus, das 33,3 Millionen Euro umfasst. Hier gibt es 10 Millionen aus einem Förderprogramm des Bundes (Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur (GRW)“), 10 Millionen stammen vom Land und 13,3 Millionen müssen die Schulträger finanzieren. Mit diesem Geld können die Schulträger die Gebäude aus- und umbauen, neue IT-Geräte und Software beschaffen. Mittel aus diesem Topf können die Schulträger aber nur dann beantragen, wenn sie im ausgewiesenen

GRW-Fördergebiet liegen und das sind lediglich die Landkreise Saarlouis, Neunkirchen und der Regionalverband. Für eine verbesserte Ausstattung der Schulen mit digitaler Technik könnten darüber hinaus die finanziellen Mittel aus dem nach langem Hin und Her jetzt endlich beschlossenen Digitalpakt sorgen. Hier will der Bund über einen Zeitraum von fünf Jahren insgesamt fünf Milliarden Euro zur Verfügung stellen, davon 3,5 Milliarden noch in dieser Legislaturperiode.

Damit bereitstehende Mittel auch zeitnah verwendet werden können, bedarf es außerdem einer angemessenen Erhöhung des zuständigen Personals bei den Kreisbauämtern. Aufgrund von Engpässen im personellen Bereich der Kommunen ist es in der Vergangenheit vielfach zu Verzögerungen bei den dringend notwendigen Investitionen gekommen. Damit alle Schulen flächendeckend nach ihrem Bedarf ausgestattet werden können, gilt es, die von der Großen Koalition beschlossene Änderung des Kooperationsverbots umfassend zu nutzen und auf dieser Grundlage eine „Investitionsoffensive Berufsschule“ zu starten. Das bedeutet im Einzelnen: Der Bund wird aufgefordert, ein Programm aufzulegen, um Länder und kommunale Schulträger nachhaltig zu unterstützen und den vorhandenen Sanierungsstau zu beheben. Denn die Länder und Kommunen können diese Aufgabe allein nicht stemmen, dazu bedarf es einer gemeinsamen Bildungsallianz von Bund, Ländern und Kommunen.

Die jetzt zur Verfügung stehenden Finanzmittel werden sicherlich einiges bewegen und verbessern. Ob sie am Ende aber ausreichen werden, um alle 20 Berufsbildungszentren zeitnah und im notwendigen Umfang zu sanieren und zu modernisieren sowie mit zeitgemäßen Arbeitsmitteln auf technisch neuestem Stand auszustatten, wird sich zeigen.

Ohne ausreichende Schulsozialarbeit geht es nicht mehr

Schulsozialarbeit, im weiteren Sinne die Kooperation von Jugendhilfe und Schule, ist nach Auffassung der Arbeitskammer an den beruflichen Schulen im Land ein elementar notwendiger Bestandteil des schulischen Lebens. Berufliche Schulen haben sich zu einem Lern- und Lebensort entwickelt, der das Leben und die Entwicklung junger Erwachsener zunehmend bestimmt. In kaum einer anderen Schulform findet sich eine so heterogene und teilweise auch schwierige Schülerschaft wie in den beruflichen Schulen. In ihrer individuellen Verschiedenheit, ihrer kulturellen und sozialen Vielfalt, aber auch in der großen Bandbreite ihrer Bedürfnisse und Interessen sind die Schüler mit gut angelegten Angeboten zu unterstützen. Dies erfordert eine systematische, konzeptionell fundierte Zusammenarbeit aller Akteure. Wenn Schule und Jugendhilfe, Lehrkräfte und sozialpädagogische Fachkräfte ko-

operieren, können beide ihrer sozialen Verantwortung gerecht werden und dafür sorgen, dass die jungen Menschen gut aufwachsen und zur Ausbildung befähigt werden. Das bedeutet, dass Schule sich der Bedeutung ihres Bildungsauftrages für die soziale Integration ihrer Schüler bewusst sein muss und Jugendhilfe ihren sozialpädagogischen Auftrag nicht ausschließlich, aber zu einem wichtigen Teil in der Verbesserung der Bildungschancen junger Menschen sieht.[4]

Will man Bildungsgerechtigkeit erreichen, Begabungen, Potenziale und Interessen junger Menschen fördern und Bildungsabbrüche und die damit verbundenen persönlichen und gesellschaftlichen Folgen vermeiden, bedürfen diese Jugendlichen auf ihrem Bildungsweg mehr denn je nicht nur der sozialpädagogischen, sondern auch der psychologischen Unterstützung. Die Arbeitskammer fordert daher in einem ersten Schritt, die Schulsozialarbeit systematisch auszubauen und an allen Berufsbildungszentren professionell und nicht mehr prekär beschäftigt zu etablieren. In einem weiteren Schritt sollten an den Schulen dann multiprofessionelle Teams eingerichtet werden, in denen sich Lehrkräfte gemeinsam mit Schulsozialarbeitern, Schulpsychologen, Pädagogen, Erziehern und Mitarbeitern der Jugendhilfe um die bestmögliche Förderung der Jugendlichen mit ihren Problemen kümmern können.

Die Landesregierung ist daher aufgefordert, eine Finanzierung der Schulsozialarbeit zu gewährleisten, die den bedarfsgerechten Ausbau an jeder Schule sicherstellt. In einem ersten Ausbauschritt ist eine Größenordnung von einer Vollzeitstelle für Schulsozialarbeit pro 150 Schüler zu realisieren. Hierzu muss die Finanzierung allerdings unabhängig von den unterschiedlichen und bislang bestehenden finanziellen Möglichkeiten von Kommunen und vom Land gesichert sein und als Regelangebot mit unbefristeten, tariflichen Beschäftigungsverhältnissen umgesetzt werden. Neben Schulsozialarbeitern benötigen berufliche Schulen im Rahmen ihres Bildungs- und Erziehungsauftrages aber auch Unterstützung durch Schulpsychologen. Nach der von der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW) herausgegebenen Studie „Bildungsfinanzierung der öffentlichen Hand“[5] fehlen für berufliche Schulen im Saarland bei Zugrundelegung eines Schulpsychologen auf 5.000 Schüler sieben Psychologen.

Neuordnung des Übergangssystems der beruflichen Schulen

Auf die sich in den letzten Jahren häufende Kritik am Übergangssystem im Allgemeinen und am Übergangsgeschehen der beruflichen Schulen im Besonderen reagiert das Bildungsministerium jetzt mit der vorgelegten Neustrukturierung des Übergangssystems der beruflichen Schulen. Für die für das Schuljahr 2020/21 geplante Neustrukturierung, vor allem aber für deren

Akzeptanz an den Schulen, wäre es gut gewesen, wenn man die Schulen und deren Vertreter frühzeitig mit in die Reformüberlegungen einbezogen hätte. Die Arbeitskammer, die bereits seit langem eine Reform des gesamten Übergangssystems von Schule-Beruf fordert, begrüßt grundsätzlich die jetzt vorliegende Neustrukturierung, sieht jedoch bei dem vorliegenden Entwurf in einzelnen Punkten noch Änderungsbedarf und offene Fragen.

- Mit der neuen Struktur einer einheitlichen Ausbildungsvorbereitung sowie der neuen zweijährigen Berufsfachschule dürfte die bisherige unübersichtliche Systemvielfalt bestehend aus Berufsvorbereitungsjahr (BVJ), dualisiertem oder nicht dualisiertem Berufsgrundbildungsjahr (BGJ), Berufsgrundschule (BGS), Produktionsschule, Werkstattschule sowie der zweijährigen Berufsfachschulen nach Auffassung der Arbeitskammer beseitigt und damit mehr Übersichtlichkeit und Transparenz erzielt werden.

- Mit der Neustrukturierung sind zugleich die Zugangsvoraussetzungen sowohl für die Ausbildungsvorbereitung als auch für die Berufsfachschule überschaubarer und klarer geworden.

- Ausdrücklich begrüßt wird seitens der Arbeitskammer das für die betroffenen Jugendlichen sowohl in der Ausbildungsvorbereitung als auch in der Berufsfachschule dringend notwendige Angebot eines auf den jeweiligen Bildungsstand abgestimmten Lernangebotes sowie eine individuelle Lernbegleitung auch in sozial-emotionaler Hinsicht.

- Nicht zuletzt ist auch der Fremdsprachenunterricht im berufsübergreifenden Bereich der Ausbildungsvorbereitung positiv zu bewerten, da er einerseits zu einer Durchlässigkeit im Schulsystem, insbesondere der neuen zweijährigen Berufsfachschule, beiträgt, andererseits aber auch entsprechende Fremdsprachenkenntnisse für eine zukünftige Ausbildung oder Berufstätigkeit ermöglicht.

- Positiv beurteilt die Arbeitskammer schließlich die im vorliegenden Entwurf der Neuordnung des Übergangssystems vorgesehenen verstärkten Betriebskontakte durch Orientierungspraktika und fachpraktische Ausbildung. Angesichts der auch in anderen Schulformen vorgeschriebenen Praktika steht jedoch die Frage im Raum, ob die Nachfrage nach Praktikumsplätzen durch ein entsprechendes und qualitativ gutes Angebot gedeckt werden kann.

Kritisch beurteilt die Arbeitskammer hingegen die im jetzigen Entwurf vorgesehene einjährige Ausbildungsvorbereitung. Da es das Ziel und die Aufgabe der neuen Ausbildungsvorbereitung sein soll, Schüler für die Auf-

nahme einer Berufsausbildung oder einer beruflichen Tätigkeit vorbereitend zu fördern, wäre es nach Auffassung der Arbeitskammer sinnvoller und förderlicher, die jetzt vorgesehene einjährige Ausbildungsvorbereitung als zweijährige Regelschule anzubieten. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass es sich bei den Schülern, welche in die Ausbildungsvorbereitung einmünden werden, um Jugendliche handeln dürfte, die größtenteils einen besonderen Förderungsbedarf haben und einer intensiveren und damit auch einer längeren Betreuung und beruflichen Orientierung bedürfen.

Auch das Entfallen der im Berufsvorbereitungsjahr bis dato gegebenen Möglichkeit, verschiedene Berufsfelder (Metalltechnik, Holztechnik, Ernährung und Hauswirtschaft) kennenzulernen, sieht die Arbeitskammer kritisch. Statt die Vielfalt beruflicher Möglichkeiten erleben zu können, müssen sich die Jugendlichen in der Ausbildungsvorbereitung von Beginn an für einen Berufsbereich/eine Fachrichtung entscheiden. Für sie gibt es auch nicht die Möglichkeit, innerhalb eines Zeitfensters einen Fachrichtungswechsel vorzunehmen, wie dies etwa bei der Berufsfachschule vorgesehen ist. Eine breitere Berufsorientierung ist dadurch kaum möglich. Dabei werden gerade in die Ausbildungsvorbereitung die Jugendlichen kommen, denen es oftmals noch an einer beruflichen Orientierung fehlt und für die ein breites Kennenlernen von Berufsfeldern sinnvoll wäre. Darüber hinaus dürfte die einjährige Ausbildungsvorbereitung auch nicht ausreichen, die Entwicklungspotenziale sowie die erforderlichen sozialen und praktischen Kompetenzen der Jugendliche in dieser Zeit in dem erforderlichen Maße zu stärken. Hier würde eine zweijährige Ausbildungsvorbereitung den zeitlichen Rahmen eröffnen, um die verschiedenen Berufsfelder kennenzulernen. Kritisch ist auch die Regelung zu sehen, Schüler bei nicht erfolgreichem Abschluss die Ausbildungsvorbereitung wiederholen zu lassen. Auch diesbezüglich wäre eine längere Ausbildungsvorbereitung sinnvoll.

Mit Blick auf die sicherlich schwierige und heterogene Schülerschaft wäre es pädagogisch sinnvoll, wenn in den Klassen der Ausbildungsvorbereitung ein möglichst kleiner Klassenteiler angesetzt würde und die Schüler durch je zwei Lehrkräfte pro Klasse unterrichtet beziehungsweise betreut würden. Des Weiteren ist es nach Auffassung der Kammer elementar notwendig, die Ausbildungsvorbereitung durch eine bedarfsgerechte Schulsozialarbeit zu ergänzen.

Als problematisch wird seitens der Arbeitskammer außerdem die in der Berufsfachschule vorgesehene Rückstufung beziehungsweise Rückversetzung in die Ausbildungsvorbereitung angesehen. Angesichts der auch in der Fachstufe 1 der Berufsfachschule zu erwartenden sehr heterogenen Schülerschaft und dem Anspruch, eine Pädagogik für niveaudifferenziertes Lernen mit individualisierten Lernprozessen und enger Lernbegleitung realisieren

zu wollen, sollte auch hier der Klassenteiler möglichst klein angesetzt werden. Unklar ist nach Einschätzung der Arbeitskammer weiter, wie die Inklusionsverordnung im Rahmen der Neuordnung realisiert werden soll.

Wenn – wie allgemein gefordert – die duale Ausbildung gestärkt und die Attraktivität der beruflichen Bildung erhöht werden soll, dann müssen die Rahmenbedingungen an den beruflichen Schulen verbessert werden und es muss deutlich mehr Geld investiert werden.

---

[1] Statistisches Amt Saarland: Statistische Berichte, Berufliche Schulen im Schuljahr 2017/18 – Eckdaten, BII1-J-17/18, Juni 2018.

[2] ebd.

[3] Statistisches Bundesamt (2019): Bildungsausgaben, Ausgaben je Schülerin und Schüler 2016, S. 6 u. S. 8.

[4] Beschluss des 27. Gewerkschaftstages der GEW vom 16.06.2013: Ausbau und dauerhafte Absicherung von Schulsozialarbeit.

[5] Jaich, Roman: Bildungsfinanzierung der öffentlichen Hand, Frankfurt/M. 2016.

4.3 Schüler mit Migrationshintergrund

Die Bildungsintegration der jungen Migrantinnen und Migranten rückte nicht erst mit der massiven Fluchtbewegung der Jahre 2015/16 ins öffentliche Blickfeld. Bereits mit der viel zitierten PISA-Studie 2001 wurde der Öffentlichkeit vor Augen geführt, dass Migrantenkinder im deutschen Schulsystem im Vergleich zu ihren Mitschülerinnen und Mitschülern ohne Migrationshintergrund eklatant benachteiligt sind. Heute haben Migrantenschüler aufgeholt. Doch Schulen tun sich immer noch schwer, alle mitzunehmen – nicht nur wegen der vielen jungen Geflüchteten.

Die Schülerschaft in Deutschland wird immer vielfältiger. Von insgesamt 11 Millionen (Saarland rund 91.000) Schülern im Jahr 2017/2018 hatte über ein Drittel (35,5 %) einen Migrationshintergrund. Das ist ein deutlicher Unterschied zum Anteil der Schüler mit ausländischer Staatsangehörigkeit, der im Schuljahr 2017/2018 lediglich rund 11 % (Saarland etwa 13 %) der gesamten Schülerschaft ausmachte. Ausländische Schüler sind mit etwa einem Drittel nur ein Teil der Gesamtgruppe Schüler mit Migrationshintergrund.[1]

Das ist wichtig hervorzuheben, denn die bundesweite Schulstatistik erfasst immer noch lediglich den Status Ausländer, was bei der Interpretation der Daten nicht selten zu Irritationen oder Fehlschlüssen führt. Denn gesehen werden muss, dass Schüler mit Migrationshintergrund, die einen deutschen Pass haben, insgesamt deutlich besser abschneiden als die ohne deutsche Staatsangehörigkeit. Entscheidend hierfür ist die Zugehörigkeit zur zweiten oder dritten Generation. Deren individueller sowie familiärer Hintergrund ist folglich gekennzeichnet durch einen längeren Integrationsprozess, die Kinder haben bereits von den Erfahrungen der Eltern oder gar Großeltern gelernt.

Die ausländische Gruppe setzt sich zusammen aus Schülern, die zwar zur zweiten oder dritten Generation gehören, aber dennoch nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen und aus Kindern mit unmittelbarer Migrationsgeschichte. Letztere sind als sogenannte Seiteneinsteiger gekommen und verfügen somit nur über eine geringe oder keine Integrationserfahrung, zum Beispiel sprechen sie kaum die deutsche Sprache. Dies trifft im Wesentlichen auf junge Geflüchtete wie auch junge EU-Europäer zu, die in den letzten Jahren nach Deutschland eingewandert sind. Ihre Zahl liegt schätzungsweise bei etwa einer halben Million. Ihre Startchancen sind also deutlich ungünstiger.

Angleichung bei Hochschulreife und mittlerem Bildungsabschluss – doch viele ohne Schulabschluss

Allgemein ist zu konstatieren, dass die Bildungsbenachteiligung der Migrantenschüler im Vergleich zu den früheren Jahren (PISA-Studie 2001) geringer geworden ist. Eine differenzierte Betrachtung ist dennoch angesagt: Nach einer Auswertung des Statistischen Bundesamtes mit der Kategorie „Migrationshintergrund" aus dem Jahr 2017 haben junge Migranten (26 %) vor allem in puncto Hochschulreife mit den „einheimischen" Schülern (28 %) nahezu gleichgezogen. Ihre Erfolgsquote hat sich somit in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt. Bei einem Vergleich Deutsche zu Ausländern fiel der Unterschied deutlich größer aus. Auch im Bereich der mittleren Schulabschlüsse (MBA) hat sich der Abstand zwischen jungen Migranten (16 %) und Nichtmigranten (21 %) leicht verringert. Stagnation auf besorgniserregendem Niveau hingegen offenbart jedoch das untere Segment des deutschen Schulsystems. Rund 10 % der jungen Migranten verlassen die Schule ohne Abschluss, was zugleich die Möglichkeit einer qualifizierten beruflichen Ausbildung faktisch ausschließt. Ihr Anteil ist damit fünfmal so hoch wie der der Schüler ohne Migrationshintergrund. Dies trifft insbesondere auf junge Muslime mit türkischem oder arabischem Hintergrund zu – ein Aspekt, der in Zeiten eines ausufernden Rechtspopulismus und zunehmender Islamfeindlichkeit Anlass zur Sorge gibt.

Endet der Weg für die jungen Flüchtlinge in der „schulischen Sackgasse"?

Die massive Fluchtbewegung der Jahre 2015 und 2016 hat die deutschen Schulen mit einer außergewöhnlichen Herausforderung konfrontiert. Das Ziel: Geschätzte zweihundert- bis dreihunderttausend geflüchtete, großenteils traumatisierte Kinder und Jugendliche mit grauenvollen Erlebnissen im Kopf, galt es so schnell wie möglich in eine völlig fremde Kultur und Gesellschaft aufzunehmen und zu integrieren. Wie es ihnen seitdem ergangen ist, darüber gibt es nur wenig belastbare Erkenntnisse. Die aktuell einzige größere Studie wurde vom Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) im Mai 2017 in einigen Bundesländern (nicht im Saarland) an 56 sogenannten Brennpunktschulen im Sekundarbereich durchgeführt.[2] Die Fokussierung auf segregierte Schulen erfolgte deswegen, weil die allermeisten jungen Flüchtlinge auf solche Schulen verteilt wurden. Die Ergebnisse sind ernüchternd: Trotz einzelner Erfolge und des Engagements der Lehrerschaft und vieler Ehrenamtlicher, warnen die Forscher vor der Gefahr einer „Schule als Sackgasse" beziehungsweise einer „misslungenen Bildungsintegration". Die allermeisten der jungen Geflüchteten – wen wundert's angesichts der Hintergründe – seien, sobald sie in den Regelunterricht kommen, restlos überfordert und könnten dem Unter-

richt nur selten folgen. Neben persönlichen Gründen bei den Jugendlichen verweisen die Forscher auf folgende Probleme:

- Das Leben in segregierten Umständen – außerschulisch wie schulisch. Ihre Sozialisation vollziehe sich weitestgehend nur unter ihresgleichen, zusammen mit jungen Menschen, die ähnlich sozial benachteiligt, konfliktbelastet, nicht selten leistungsschwach und zum Teil verhaltensauffällig seien.

- Darüber hinaus seien segregierte Schulen, deren Lehrpersonal ohnehin mehrfach belastet ist, organisatorisch wie personell in Bezug auf die neuen Umstände völlig überfordert.

- Oft fehle es an Kompetenzen in der Konfrontation mit soziokultureller Vielfalt und Diversität. Gerade im Umgang mit den psychischen Folgen einer Flucht, wie Traumata, fehle es an geschultem Personal und gezielter Förderung.

Fehler der Vergangenheit dürfen sich nicht wiederholen

Insgesamt drängt sich der Eindruck auf, dass der Elan des Jahres 2015, als allenthalben das Ziel und der feste Wille zur schulischen Integration geradezu beschworen wurden, eher Resignation und Fatalismus gewichen ist. Dies liegt mutmaßlich auch an den deutlich rückläufigen Flüchtlingszahlen, was die Dringlichkeit der zu bewältigenden gesamtgesellschaftlichen Aufgabe in den Hintergrund gedrängt hat. Doch selbst wenn der Migrationsdruck einstweilen gebremst ist, sei daran erinnert, dass die deutsche Gesellschaft es sich nicht noch einmal leisten kann, das Potenzial eines Teils einer ganzen Generation junger Einwanderer zu vergeuden. Aus dem langjährigen Erfahrungsbereich des Interkulturellen Kompetenzzentrums der Arbeitskammer in Völklingen ist bekannt, dass ein derartiger Verlust sich noch weit über die nächste Generation ungünstig auswirken kann. Politik und Gesellschaft sollten aus den Fehlern der Vergangenheit bezüglich der damaligen zweiten und dritten Einwanderergeneration gelernt haben. Zur problematischen Bildungsintegration der jungen Geflüchteten kommt erschwerend die Aufgabe hinzu, junge Seiteneinsteiger aus EU-Staaten, vornehmlich Rumänien und Bulgarien, zu integrieren. Diese Herausforderung, so berichten saarländische Lehrer, sei durchaus vergleichbar mit der schwierigen Integration junger Flüchtlinge. Und angesichts der wirtschaftlichen und politischen Situation in den Herkunftsländern ist mit einem weiteren Nachzug zu rechnen.

Rassismus und Diskriminierung gefährden Schulerfolge

Auch wenn junge Migranten hinsichtlich Schulerfolgen in den zurückliegenden Jahren aufgeholt haben, sind die Potenziale bei weitem nicht ausgeschöpft. Einer OECD-Studie[3] zufolge, die zwar drei Jahre alt ist, aber an Aktualität nichts eingebüßt haben dürfte, stagniert die positive Entwicklung seit etwa 2012 zumindest bis 2015. Demnach „fühlen sich Zuwanderer in der Schule weniger dazugehörig, haben häufiger schulbezogene Ängste und sind insgesamt weniger mit ihrem Leben zufrieden. Allerdings sind Schüler mit Migrationshintergrund häufiger hoch motiviert, um in der Schule und darüber hinaus das Bestmögliche zu erreichen".

Diese persönlichen Befindlichkeiten sollten ernst genommen und in Bezug auf den schulischen Alltag angemessen eingeordnet werden. Der Rassismusforscher und Didaktikexperte Karim Fereidooni[4] geht davon aus, dass die allermeisten Schüler, „die nicht als weißdeutsch angesehen werden", im schulischen Umfeld Rassismuserfahrungen machen. Auch in der gegenwärtigen MeTwo-Debatte haben zahlreiche Migranten über erlebten Rassismus und Diskriminierung in der Schule berichtet. Die vielfältigen Formen von Diskriminierung und Rassismus in Schulen sind in den letzten Jahren in Studien thematisiert worden.[5] Sie können struktureller Art sein oder reichen auf der personalen Ebene von offen bis subtil, wobei bezüglich Letzterem nicht immer eine böse Absicht vorliegen muss: beispielsweise einem Kind eine bestimmte Leistung nicht zuzutrauen, weil es zu einer bestimmten Gruppe gehört. Eine Untersuchung der Universität Mannheim hat im vergangenen Jahr belegt, dass Migrantenkinder bei Deutsch-Diktaten und Mathearbeiten bei gleichwertigen Ergebnissen schlechter bewertet werden als Schüler ohne Migrationshintergrund.[6]

Es versteht sich, dass entsprechende Erlebnisse und Erfahrungen von Migrantenschülern die schulische Entwicklung nicht unbedingt begünstigen, im Gegenteil: sie gefährden im Falle der empfundenen Normalisierung massiv den Schulerfolg. Die Zementierung der Vorstellung, „wir sind nun mal die Ausländer", die letztlich nicht dazugehören, führt zur Frustration und Resignation, in manchen Fällen auch zur Aggression mit fatalen gesellschaftlichen Folgen.

Empfehlungen

Das Lernumfeld Schule spiegelt die zunehmende Diversität der Gesellschaft. Ähnlich wie diese muss Schule sich daher weiter interkulturell öffnen und Vielfalt an Schulen als Normalität verstehen. Interkulturelle Öffnung bedeutet aber mehr, als Kinder mit Migrationshintergrund willkommen zu hei-

ßen. Die im Arbeitskammer-Bericht an die Regierung des Saarlandes 2016 formulierten Eckpunkte einer interkulturellen Schulreform beanspruchen auch heute noch ihre Gültigkeit.

Besonders die überlasteten Schulen, wo Migranten- und Flüchtlingskinder die große Mehrheit in den Klassen sind, benötigen dringend weitere personelle Verstärkung – nicht nur Lehrer, auch Sozialarbeiter, Psychologen und eventuell Dolmetscher, um erst einmal eine Basis für soziale Beziehungsarbeit zu schaffen. Die diesbezüglich im Saarland ausgesuchten Schulen sind ein erster Schritt in die richtige Richtung, dem weitere folgen müssen. Das zu frühe Eingliedern in den Regelunterricht angesichts der problematischen Hintergründe vieler Neuankömmlinge zeigt deutliche Schwächen. Handlungsorientierte Projektarbeit in Sport, Werken, Musik und Kunst kann als erste psychisch stabilisierende Aufbaumaßnahme dienen. Zur Vermeidung der „Verinselung" der Schulen könnte Zusammenarbeit mit sozial aktiven Institutionen im Umfeld einen wichtigen Beitrag leisten.

Dass das Saarland ab dem Schuljahr 2018/19 für die zahlenmäßig relevanten Herkunftssprachen wie Türkisch, Arabisch, Italienisch und Russisch den muttersprachlichen Unterricht durch selbst rekrutierte Lehrkräfte eingeführt hat, ist ein wichtiger Baustein in Richtung interkulturelle Schule. Es signalisiert Wertschätzung gegenüber den jungen Migranten, ihren Eltern sowie ihrer kulturellen Herkunft über den praktischen Nutzen hinaus. Gleichzeitig dokumentiert es in Richtung Mehrheitsgesellschaft unser Selbstverständnis als das, was wir sind: eine interkulturelle Gesellschaft – in Zeiten von Rechtspopulismus und Renationalisierung eine wichtige Manifestation.

Intelligente Pädagogik und respektvoller Umgang können die Herausforderungen zumindest minimieren. Voraussetzung: Man stellt die notwenigen Ressourcen bedarfsorientiert zur Verfügung, auch wenn es haushaltspolitisch schmerzhaft erscheint und Mut im haushaltspolitischen Diskurs verlangt. Es würde zudem dem Wunsch einer deutlichen Mehrheit der Bevölkerung entsprechen.[7]

---

[1] Statistisches Bundesamt: Fachserie 1, Mikrozensus 2017, 08/2918; ebenso Fachserie 11 Reihe 1, Allgemeinbildende Schulen, 08/2018.

[2] Vgl. SVR: „Schule als Sackgasse? Jugendliche Flüchtlinge an segregierten Schulen", 2018, S. 4 ff.

[3] OECD-Studie 2018: Pressemitteilung, Sonderauswertung der Pisa-Daten 2015.

[4] Fereidooni, Karim: Mediendienst Integration vom 30.01.2019.

[5] Arbeitskammer des Saarlandes: Bericht an die Regierung des Saarlandes 2016, S. 383 f.

[6] Presseinformation der Universität Mannheim, 2018.

[7] GEW: Zeitung „Erziehung und Wissenschaft im Saarland" des Landesverbandes, Überlastete Schulen – Was tun?, 02/2018.

4.4 Hochschulen: Studium und Lehre stärken, mehr Dauerstellen schaffen

Trotz steigendem demografischem Druck, sinkender Bewerberzahlen und wachsender überregionaler Konkurrenz konnten die staatlichen Hochschulen im Saarland ihre Studierendenzahlen weitgehend halten und bei den Erstsemesterzahlen sogar leicht zulegen – eine erfreuliche Entwicklung angesichts des harten Spardiktats der Landesregierung, das auch 2019 noch zu schmerzhaften Einschnitten führen wird. Zumindest ab 2020 sehen die Hochschulen aber finanziell wieder etwas Licht am Ende des Tunnels, wodurch strategische Weiterentwicklungen vorangetrieben werden können. Dabei gilt es, auch die Breite im Blick zu behalten, neben der Forschung auch Studium und Lehre zu stärken sowie Dauerstellen für Daueraufgaben zu schaffen.

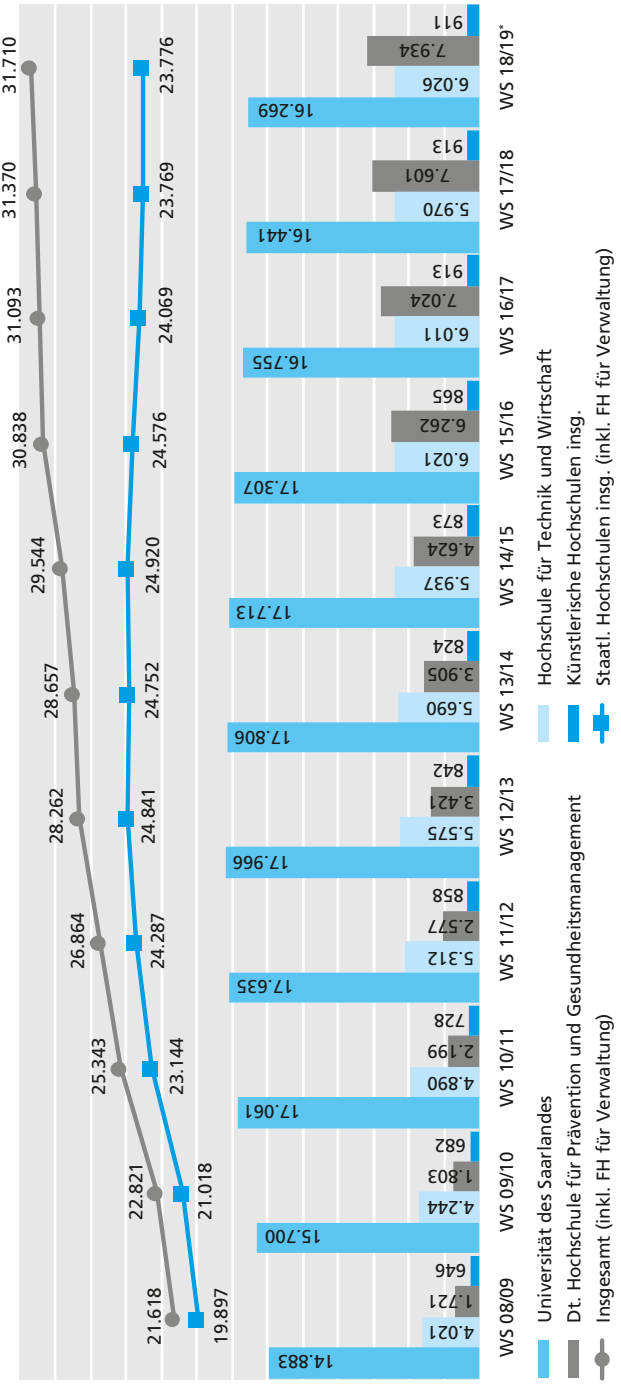
Nach ersten vorläufigen Ergebnissen waren im Wintersemester 2018/19 an den Hochschulen im Saarland rund 31.700 Studierende eingeschrieben (vgl. Grafik 1). Im Vergleich zum Wintersemester 2017/18 erhöhte sich damit die Zahl der Studierenden um 1,1 %, etwas mehr als im Bundesdurchschnitt (+0,7 %). Knapp 16.300 Studierende (51,3 %) entfielen auf die Universität des Saarlandes (UdS); an den beiden Fachhochschulen (ohne FH für Verwaltung) waren fast 14.000 Studierende (44 %) immatrikuliert. Die verbleibenden Studierenden verteilen sich auf die beiden Kunsthochschulen (2,9 %) und die Fachhochschule für Verwaltung (1,7 %).

DHfPG sorgt erneut für Zuwachs der Studierendenzahl im Saarland

Ursächlich für den erneuten Zuwachs der Studierendenzahlen ist vor allem die private, seit 2008 als Fachhochschule anerkannte Deutsche Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement (DHfPG), die mit ihren Fernstudiengängen auf eine hohe Nachfrage trifft. Nach den vorläufigen Ergebnissen der Hochschulstatistik konnte sie im Vergleich zu den anderen Hochschulen im Saarland zum Wintersemester 2018/19 mit nunmehr rund 7.900 Studierenden abermals ein überdurchschnittliches Plus realisieren, das aber mit +4,4 % doch merklich niedriger ausfiel als in den Vorjahren mit überwiegend zweistelligen Zuwachsraten (WS 2010/11 bis WS 2016/17). Weitgehend konstant beziehungsweise leicht im Minus verlief die Entwicklung an den beiden künstlerischen Hochschulen (-0,2 %). An der UdS waren 1 % weniger Studierende eingeschrieben als im Vorjahr. Ein leichtes Plus (+0,9 %) verzeichnete dagegen die Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (htw saar). Mit gut 6.000 Studierenden hält sie damit das Niveau der vergangenen Jahre. Zusammengenommen blieb nach den vorläufigen Ergebnissen der Hochschulstatistik die Zahl der Studierenden an

Grafik 1

Studierende an den Hochschulen des Saarlandes
WS 2008/09 bis WS 2018/19 (Anzahl)



Quelle: Stat. Bundesamt, Fachserie 11, Reihe 4.1, versch. Jahrgänge
* WS 2018/19: Vorläufiges Ergebnis (Vorbericht vom 27.02.2019)

Arbeitskammer

den staatlichen Hochschulen des Saarlandes zum Wintersemester 2018/19 weitgehend konstant. Der seit dem Wintersemester 2015/16 zu beobachtende Rückgang hat sich somit nicht weiter fortgesetzt.

Mehr Erstsemester an saarländischen Hochschulen

Die Zahl der Studienanfänger, die im Studienjahr 2018 erstmals ein Studium aufgenommen haben, ist im Saarland nach ersten vorläufigen Ergebnissen gegenüber dem Vorjahr um 4,7 % auf gut 6.100 gestiegen (vgl. Grafik 2). Knapp die Hälfte der Erstimmatrikulierten (48,7 %) hat sich an der UdS eingeschrieben, mehr als jeder Vierte (26,9 %) begann ein Studium an der DHfPG, rund 20 % an der htw saar. Die beiden künstlerischen Hochschulen stellten 2 % der Studienanfänger.

Die positive Entwicklung der Studienanfängerzahlen ging 2018 vor allem auf das Konto der htw saar: Nach dem Minus im Vorjahr weisen die vorläufigen Ergebnisse der Hochschulstatistik ein deutliches Plus auf, die Zahl der Erstsemester stieg von 1.065 auf nunmehr 1.230. Zugelegt haben ebenso die DHfPG sowie (mit einem leichten Plus) die UdS. An den beiden künstlerischen Hochschulen gab es einen Rückgang bei einem allerdings vergleichsweise hohen Ausgangsniveau 2017.

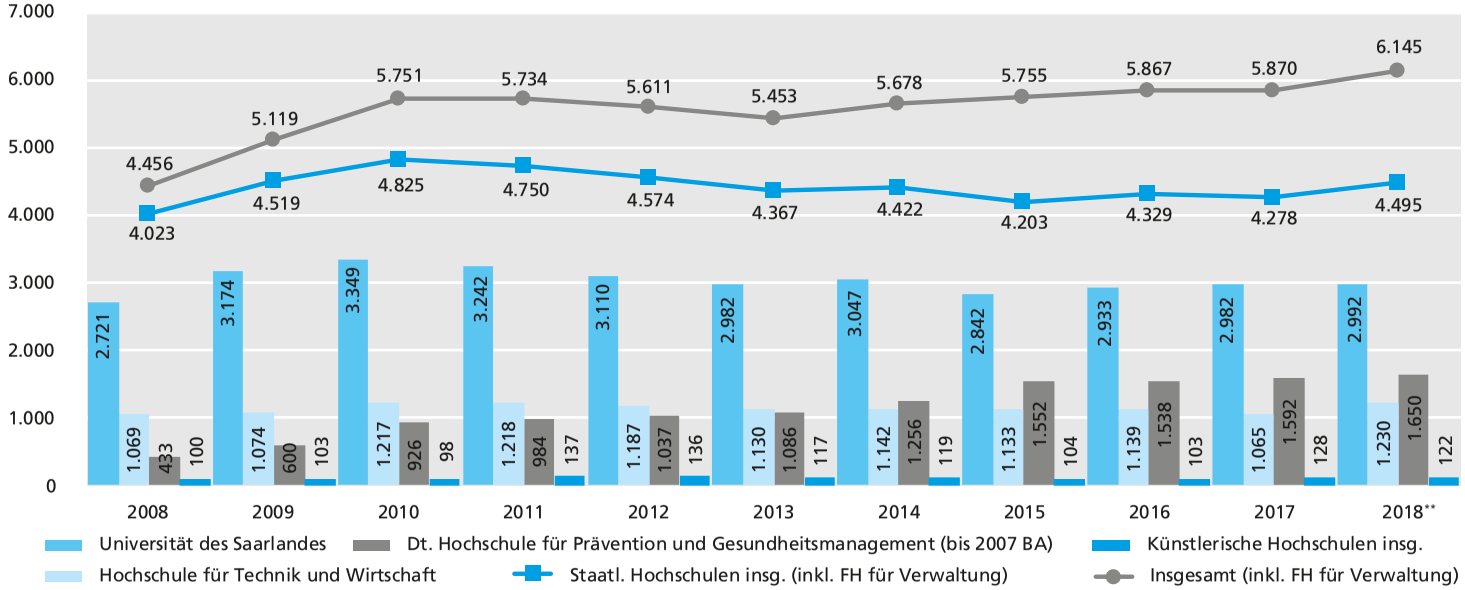
In der Gesamtbilanz konnten die staatlichen Hochschulen des Landes damit nach ersten vorläufigen Daten im vergangenen Studienjahr mehr Erstsemesterzahlen verbuchen – angesichts der demografischen Entwicklung, der sinkenden Bewerberzahlen an UdS wie htw saar und der wachsenden Konkurrenz auf überregionaler Ebene ein erfreuliches Ergebnis.[1] Für das stark vom demografischen Wandel betroffene Saarland ist es von großer Bedeutung, dass die Hochschulen ihre Studienanfänger- und Studierendenzahlen zumindest halten können – einer der wenigen Hebel, um die hohen Wanderungsverluste des Landes gerade bei jungen Menschen abzumildern. Entsprechende Zielvorgaben sind daher sowohl im Landeshochschulentwicklungsplan als auch in den Ziel- und Leistungsvereinbarungen der Staatskanzlei mit den beiden großen Landeshochschulen verankert.

Studentische Binnenmigration: Saarland mit hohen Verlusten

Für die Hochschulen ist dies jedoch keine leichte Aufgabe, denn der demografische Druck steigt: Nach aktuellen (ebenfalls noch vorläufigen) Daten des Statistischen Bundesamtes ist deutschlandweit die Zahl der Studienberechtigten im Jahr 2018 um 1,8 % zurückgegangen, und zwar nahezu parallel zur demografischen Entwicklung der relevanten Altersgruppe (-1,6 %

Grafik 2

Studienanfänger (im 1. Hochschulsemester) an den Hochschulen des Saarlandes in den Studienjahren* 2008 bis 2018 (Anzahl)



* Studienjahr = Sommersemester und nachfolgendes Wintersemester (z. B. SJ 2018 = SoSe 2018 + WS 2018/19)
** 2018: vorläufiges Ergebnis WS 2018/19 (Vorbericht vom 27.02.2019, SoSe 2018 endg.)
Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 11, Reihe 4.1

Arbeitskammer

bei den 17- bis 20-Jährigen).[2] Im Saarland war der Rückgang besonders ausgeprägt: Im Vergleich zum Vorjahr sank die Zahl der Studienberechtigten (und damit die potenzielle Studiennachfrage der Landeskinder) um 5,7 %; nur in Schleswig-Holstein war das Minus noch höher.

Zudem fällt im Saarland der Wanderungssaldo auch an den Hochschulen traditionell negativ aus,[3] was durch eine aktuelle Studie zu studentischen Wanderungsbewegungen in Deutschland nochmals (retrospektiv) bekräftigt wurde:[4] Danach zählt das Saarland zu den sechs Bundesländern, die beim Übergang von der Schule zur Hochschule einen nennenswerten Wegzug, also mehr Abwanderung von Landeskindern an Studienorte außerhalb, als Zuwanderung von Studienanfängern aus anderen Bundesländern haben. Mit -31,3 % weist das Saarland hier sogar die mit Abstand höchsten Wanderungsverluste unter den Bundesländern auf.[5] Wenig überraschend verzeichnet die Studie für das Saarland ebenso ein Minus am Übergang von der Hochschule in die Erwerbstätigkeit (-19,7 %), wobei frühere Absolventenstudien teils deutlich höhere Abwanderungsquoten ermittelten. Unter den westlichen Bundesländern schneiden in dieser Studie lediglich Rheinland-Pfalz (-40,1 %) und Schleswig-Holstein (-20,1 %) noch ungünstiger ab.

Internationale Studierende als Potenzial für schrumpfende Standorte

Angesichts des demografischen Wandels speist sich das weiterhin hohe Niveau der Studiennachfrage neben der fortschreitenden Akademisierung von Berufsfeldern sowie dem Erfordernis lebensbegleitenden Lernens vor allem durch die unverändert hohe Studierneigung junger Menschen und eine stetig wachsende Zuwanderung internationaler Studierender in das deutsche Hochschulsystem. Zwar sind an deutschen Hochschulen mehr Studierende denn je eingeschrieben. Aber eine aktuelle, vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Studie des Sachverständigenrats deutscher Stiftungen für Integration und Migration hat nun Hochschulstandorte identifiziert, die gegen den allgemeinen Trend schrumpfen.[6] Niedrige Geburtenraten und hohe Abwanderungsraten junger Menschen führen dazu, dass die Zahl der einheimischen Studierenden spürbar zurückgeht. Davon sind bereits 41 der bundesweit 263 Fachhochschul- und Universitätsstandorte betroffen – mehrheitlich im Osten sowie abseits der großen Metropolen.[7] Dort sanken die Studierendenzahlen seit 2012 um durchschnittlich 11 %. Auch das Saarland mit seiner einzigen Landesuniversität zählt dazu (-8 %). Parallel verzeichneten jedoch 26 dieser Standorte mit negativer Gesamtbilanz im gleichen Zeitraum ein deutliches Plus bei den internationalen Studierenden – und zwar von 42 % (Durchschnitt aller 41 schrumpfenden Standorte: +33 %, Saarland: +13 %). Damit konnten sie den Schwund einheimischer Studierender zumindest teilweise ausgleichen.[8]

Europäisches und internationales Profil weiter ausbauen

Nun waren im Saarland aufgrund der deutsch-französischen Grenzlage im Herzen Europas und aus der besonderen Historie heraus internationale Studierende und entsprechende Studienangebote mit internationalen Doppelabschlüssen seit jeher weitaus stärker vertreten als im Bundesschnitt. Diese profilschärfende Tradition wird daher auch konsequent weitergeführt. Sie ist ein wichtiger Baustein der strategischen Weiterentwicklung insbesondere an den beiden großen Landeshochschulen, was von der Arbeitskammer ausdrücklich begrüßt wird. Hier gilt es, wie in den strategischen Planungen der Hochschulen vorgesehen, die Profilschwerpunkte Europa und Internationalität gezielt zu verstärken und neue internationale Studierendengruppen in weiteren zukunftsweisenden Bereichen zu erschließen. Eine besondere Chance bietet sich hier auch und gerade mit der Universität der Großregion (UniGR), die sich nun zudem als „Europäische Universität" gemäß der Macron-Initiative beworben hat. Die 2008 gegründete UniGR als Zusammenschluss von sechs Standorten in vier Ländern bietet bereits heute rund 130.000 Studierenden die Möglichkeit, grenzüberschreitend zu lernen, sich für ein späteres Berufsleben in der Großregion fit zu machen und schon während der Hochschulausbildung die Lebens-, Studien- und Arbeitsbedingungen in den beteiligten Länder kennen zu lernen.

Heterogenität gerecht werden, Studium und Lehre stärken

Klar ist aber auch, dass mit einer zunehmend internationalen Studierendenschaft auch die ohnehin wachsende Heterogenität unter den Studierenden mit ihren unterschiedlichen Bildungsbiografien, sozialen oder kulturellen Hintergründen, Lernvoraussetzungen und Lebensumständen weiter ansteigt. Die Hochschulen stehen hier vor der Herausforderung, Bildungsangebote mit entsprechenden Unterstützungs- und Serviceleistungen zu machen, die dieser Vielfalt auch gerecht werden. Gerade internationale Studierende schließen etwa ihr Studium nicht immer erfolgreich ab. Insbesondere im Bachelorstudium sehen sie sich teilweise so hohen Hürden gegenüber, dass fast jeder Zweite nicht bis zum Examen durchhält. Sie benötigen daher mehr Unterstützung und eine stärker strukturierte Studieneingangsphase.[9] Und damit sind sie nicht allein: Denn dies gilt in ähnlicher Weise für weitere nicht traditionelle Studierendengruppen, wie etwa beruflich Qualifizierte oder Studierende aus nicht akademischen Elternhäusern.

All dies ist ohne eine qualitativ hochwertige und innovative Lehre nicht möglich. Gute Lehre muss in der Lage sein, mit dieser Heterogenität umzugehen und möglichst viele Studierende qualitätsgesichert zu einem Ab-

schluss zu führen. Neben der Forschungsleistung müssen daher auch und gerade Verbesserungen der Lehrqualität sowie generell Maßnahmen zur Weiterentwicklung von Lehre und Studium stärker in den Mittelpunkt der Hochschulpolitik gestellt werden. In den aktuell (während der Erstellung des vorliegenden Berichts noch) laufenden Verhandlungen zur Nachfolge des Hochschulpakts soll dem auch Rechnung getragen werden – wie genau, darüber gibt es unterschiedliche Auffassungen. Klar ist, dass zusätzliche Ressourcen erforderlich sind – vor allem mehr Lehrpersonal auf unbefristeten Stellen, um Qualität und Kontinuität der Lehre zu sichern, neue Studienformate zu entwickeln, die Arbeitsmarktrelevanz von Studiengängen zu stärken, digitale Lehr- und Lernformate zu konzipieren oder eben die Internationalisierung von Studienangeboten voranzutreiben. Und das geht nicht ohne eine auskömmliche und verlässliche Grundfinanzierung.

„Frist ist Frust“ – mehr Dauerstellen für Daueraufgaben

So betonte etwa der Senat der Hochschulrektorenkonferenz (HRK) in seiner Entschließung vom März 2019, die qualitative Gestaltung der Lehre hänge „wesentlich von der Verfügbarkeit einer starken Grundfinanzierung ab“.[10] Und der Wissenschaftsrat empfahl schon im April 2018 in seinem Positionspapier zur Nachfolge des Hochschulpakts neben der Verstetigung und Dynamisierung der Mittel die dauerhafte Finanzierung zusätzlicher unbefristeter Stellen in „erheblichem Umfang“.[11] Insbesondere die ausgeprägte Heterogenität der Eingangsqualifikationen der heutigen Erstsemester verlange eine umfassende Qualitätsverbesserung der Lehre.[12] Auch die Gewerkschaften GEW und ver.di sowie das Netzwerk für Gute Arbeit in der Wissenschaft fordern gemeinsam unter dem Motto „Frist ist Frust“, dass die durch den neuen Pakt verstetigten Mittel zu 100 % für Dauerstellen eingesetzt werden müssen („Der Hochschulpakt muss zum Entfristungspakt werden!“).[13] Selbst die Bundesbildungsministerin hat als Position des Bundes in die Hochschulpaktverhandlungen eingebracht, dass mit den Mitteln insbesondere unbefristete Beschäftigungsverhältnisse an den Hochschulen geschaffen werden sollen, um Lehre und Studienbedingungen an allen Hochschulen nachhaltig zu verbessern.[14]

Dem ist eigentlich nur hinzuzufügen, dass hier auch die Länder in der Verantwortung stehen. Umso bedauerlicher ist es etwa, dass in den kürzlich abgeschlossenen Ziel- und Leistungsvereinbarungen zwischen Staatskanzlei und UdS sowie htw saar die notwendige Schaffung von Dauerstellen keine Erwähnung findet. Von der ab 2020 etwas verbesserten Finanzsituation der beiden Landeshochschulen müssen aus Sicht der Arbeitskammer auch und gerade die Beschäftigten profitieren. Gute Wissenschaft braucht Gute Arbeit. Und qualitativ hochwertige Lehre sowie gute Studienbedingungen

in der Breite sind ohne entsprechende Arbeitsbedingungen des Hochschulpersonals nicht nachhaltig zu realisieren.

---

[1] Sofern sich die Zahlen auch in den endgültigen Ergebnissen bestätigen werden; erfahrungsgemäß gibt es hier immer wieder Abweichungen.

[2] Vgl. hier und im Folgenden Pressemitteilung (Korrektur) Nr. 068 des Statistisches Bundesamtes vom 27. Februar 2019.

[3] In den letzten Jahren schrumpft das Minus zwar, was aber in erster Linie auf die DHfPG zurückzuführen sein dürfte, die als Fernhochschule naturgemäß eine überregionale Nachfrage bedient. Für eine genaue Analyse der innerdeutschen Wanderungsbewegungen auf Ebene der einzelnen Hochschulen wäre an dieser Stelle eine Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes erforderlich, was aber aufgrund des hohen Aufwandes nicht praktikabel ist.

[4] Vgl. Studitemps GmbH; Maastricht University: Studentische Wanderungsbewegungen innerhalb Deutschlands zwischen Schule, Studium und Beruf. Sonderauswertung der Studienreihe „Fachkraft 2030", Köln-Maastricht Februar 2019. Grundlage der Analyse bilden die 9., 11. und 13. Erhebung der seit 2012 halbjährlich durchgeführten Studierendenbefragung „Fachkraft 2030". Befragt wurden jeweils zwischen 18.000 und 21.000 Studierende, Exmatrikulierte und Schüler aus ganz Deutschland.

[5] Dazu gehören ebenso Schleswig-Holstein (-19,8 %), Mecklenburg-Vorpommern (-18,6 %), Niedersachsen (-18,4 %), Brandenburg (-17,9 %) sowie (mit deutlichem Abstand) Baden-Württemberg (-7,0 %).

[6] Vgl. Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR-Forschungsbereich): Dem demografischen Wandel entgegen. Wie schrumpfende Hochschulstandorte internationale Studierende gewinnen und halten, Berlin 2019.

[7] Diese Standorte beheimaten neben zwölf größeren Universitäten insbesondere kleine und mittelgroße Fachhochschulen mit 1.000 bis 5.000 Studierenden. Knapp zwei Drittel der schrumpfenden Hochschulstandorte liegen in Ostdeutschland (vgl. ebd., S. 6 f.).

[8] Vgl. ebd., S. 8 sowie Tab. 3 im Anhang (S. 49).

[9] Vgl. ebd., S. 21.

[10] HRK – Hochschulrektorenkonferenz: Weiterentwicklung des Qualitätspakts Lehre. Entschließung des 141. Senats der HRK am 12. März 2019 in Berlin.

[11] Wissenschaftsrat: Hochschulbildung im Anschluss an den Hochschulpakt 2020. Positionspapier. Drs. 7013-18, Trier, April 2018, S. 42.

[12] Vgl. ebd., S. 41 f.

[13] Vgl. https://www.gew.de/aktuelles/detailseite/neuigkeiten/her-mit-dem-entfristungspakt/

[14] Vgl. Pressemitteilung 031/2019 des BMBF vom 05.04.2019.

4.5 Der politische Rahmen der Erinnerungskultur im Saarland

Unser Blick in die Vergangenheit ist einerseits geprägt von unseren gegenwärtigen Erfahrungen und Fragen und von den Ereignissen und Prozessen selbst, die wir in der Vergangenheit betrachten. Der Blick in die nationalsozialistische Vergangenheit wird besonders stark von den historischen Prozessen – massenhafter, konsequenter Verfolgung, rabiater Entrechtung und Mord – geprägt. Andererseits gibt es Konjunkturen der Erinnerung und die Möglichkeit, gezielt und überlegt die – nicht nur nationalsozialistische – Vergangenheit zu diskutieren. Von Seiten der saarländischen Regierung und Verwaltung gibt es aktuell vielversprechende Ansätze, die Debatte über Geschichte und Erinnerung zu befördern. Aus Sicht der Arbeitskammer des Saarlandes ist es wichtig, diese Debatte informiert zu führen. Schließlich kann die Kenntnis der Geschichte und der Debatte über sie unsere Fragen an die Gegenwart klarer erscheinen lassen und so den Austausch über unser demokratisches Zusammenleben sinnvoll zuspitzen.

Erinnerungspolitik und Erinnerungskultur – Wie stehen sie zueinander?

Mit dem Begriff der Erinnerungskultur wird die Reflexion einer Gesellschaft über ihre Geschichte oder die Geschichte ihrer Mitglieder beschrieben. Sie umfasst mehr als die Geschichtspolitik, welche die Bestrebung, mit Geschichte Politik zu machen oder Geschichtsbilder mit Politik zu beeinflussen, beschreibt. Die Beschäftigung mit Erinnerungskultur wird kompliziert durch die nicht einfach zu bewertende Geschichte selbst und die konkrete Gegenwart, aus der auf die Geschichte geblickt wird mit ihren Machtkämpfen, Interessen, Gruppenbildungen sowie Verbrechen.

Die größte gegenwärtige – erinnerungskulturelle – Herausforderung für die Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland und damit auch für die Gesellschaft im Saarland ist der „Angriff der Antidemokraten“ (Samuel Salzborn). Mit diesem „Angriff“ werden verschiedene Vorschläge bezeichnet, die zum einen eine positive und möglichst unkomplizierte Darstellung der deutschen Geschichte bieten sollen, auf die sich zum anderen eine kollektive Identität in der Gegenwart beziehen können soll. Den gegenwärtigen Herausforderungen im Wirtschafts- und Erwerbsleben und den globalen Entwicklungen, die den Einzelnen heute zu überwältigen drohen, soll so eine gestärkte und geschlossene Gemeinschaft entgegengestellt werden. Diese Vorstellungen widersprechen der gesellschaftlichen Realität in der heterogenen Gesellschaft der Bundesrepublik und im Saarland im Speziellen. Die Auseinandersetzung mit Geschichte, insbesondere mit der Geschichte des Nationalsozialismus, ist nicht berechenbar durch den zeitlichen Abstand

zum historischen Geschehen: Die Widersprüche des historischen Geschehens und die Widersprüche der Gegenwart bestimmen das Auf und Ab der Debatte. In einer demokratischen Gesellschaft ist eine Debatte über ihre Geschichte und somit über die Erinnerung Bestandteil ihres demokratischen Wesens. Regierung und Staat sollten sich hüten, ein einziges Bild der Geschichte vorzugeben und somit der wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Debatte vorzugreifen oder diese zu unterdrücken. Andererseits können sie – nicht zuletzt in den Schulen – eine informierte, widersprüchliche und offene Diskussion ermöglichen, ohne sie zu manipulieren.

Geht es nach den Grundwerten der Demokratie, dem Grundgesetz und der Landesverfassung, gibt es durchaus inhaltliche Grenzen des Diskurses, nämlich dort, wo die Grundrechte von Menschen und das Strafrecht berührt werden. Beispiele sind hier die Tatbestände der Volksverhetzung oder der Beleidigung. Hier müssen Regierung und Staat gegebenenfalls konsequent die Grundrechte der Menschen durchsetzen.

Erinnerungskulturelle Vernetzung im Saarland – regional und international

Zu begrüßen ist die Gründung der „Landesarbeitsgemeinschaft Erinnerungsarbeit im Saarland“, die aus dem „Runden Tisch Erinnerungsarbeit“ hervorgegangen ist. Angeregt hatte diesen das Ministerium für Bildung und Kultur. Die Landesarbeitsgemeinschaft wird von der Landeszentrale für politische Bildung organisatorisch betreut. Mehr als 80 Organisationen und Personen – darunter die Arbeitskammer des Saarlandes – haben im September 2018 die Landesarbeitsgemeinschaft gegründet und am 09.11.2018 der Ereignisse während der Pogromnacht im Jahr 1938 mit einem Mahnmarsch durch die Saarbrücker Innenstadt gedacht. Über diese eindrückliche Veranstaltung hinaus soll die Landesarbeitsgemeinschaft Aktivitäten im Bereich der Erinnerung an den Nationalsozialismus bündeln und vernetzen. Die selbst gestellte Aufgabe besteht in der Erinnerung an die Verbrechen im Nationalsozialismus und die daraus abgeleitete Stärkung der offenen, demokratischen Gesellschaft. Außerdem sollen die nationalsozialistischen Verbrechen weiterhin erforscht und dokumentiert werden. Insbesondere „Einzelschicksale aus der Region, regionalspezifische Themen sowie regionale und lokale Ereignisse und Strukturen mit ihren überregionalen Zusammenhängen“[1] sollen aufgearbeitet und vermittelt werden. Im März 2019 haben sich bereits Mitglieder und einer der Arbeitskreise der Landesarbeitsgemeinschaft an einer Veranstaltung des Landesinstituts für Pädagogik und Medien beteiligt. Am „Tag der Erinnerungsarbeit“ an der Universität des Saarlandes konnten sich Lehrer, aber auch andere Interessierte, zum Thema „Erinnern ohne Zeugen!?“ fortbilden.

- Sich in einer großen Arbeitsgemeinschaft zu koordinieren und als Landesarbeitsgemeinschaft produktiv zu werden, ist die Herausforderung für ihre Mitglieder – auch für die Arbeitskammer des Saarlandes.

Darüber hinaus sind die überregionalen und internationalen Vernetzungen zum Thema Erinnerung durch das Ministerium für Bildung und Kultur positiv zu bewerten. Zu nennen wäre beispielsweise die Beteiligung am Interreg-Projekt „Land of Memory" der Großregion: Hier ist der Nationalsozialismus ein herausragender, aber nicht der einzige historische Bezugspunkt für eine konfliktreiche und zugleich verbindende regionale und grenzüberschreitende Geschichte. Sie soll gesellschaftlich und auch wirtschaftlich-touristisch fruchtbar gemacht werden.[2] Im Kontext der Lehrerfortbildung ist das Saarland außerdem mit Rheinland-Pfalz seit Mai 2018 Partner in einer Kooperation mit der internationalen Holocaust-Gedenkstätte Yad Vashem in Israel.[3] Interessierte aus dem Saarland können im Zweijahresturnus vor Ort in der pädagogischen Abteilung der Gedenkstätte an Seminaren teilnehmen.

Sowohl Schüler als auch Jugendliche in anderen Bildungszusammenhängen sollten gerade über die historisch-politische Bildung befähigt werden, Gesellschaft und sich selbst in ihr reflektieren zu können. Entsprechend der heterogenen Lebenswege müssen verschiedene Zugänge erarbeitet und vermittelt werden. Die Erkenntnisse aus Forschung und Erfahrung sollten die Beteiligung an gesellschaftlichen Debatten fördern und einen demokratischen Streit ermöglichen. Durch internationale Vernetzung können saarländische Bildungsinstitutionen von anderen Schulsystemen, Bildungsträgern und Gedenkstätten profitieren. Insbesondere die unterschiedlichen Perspektiven und durchaus größeren Erfahrungen anderer Institutionen sind eine Bereicherung.

- Es wird eine Herausforderung bleiben, die Anregungen aus den internationalen Kooperationen in die Breite zu tragen, nämlich die erarbeiteten Inhalte zu vermitteln und eine breite, informierte Diskussion zu ermöglichen.

Lebhafte Erinnerungspolitik – eine Initiative aus dem saarländischen Landtag

Im ersten Jahr seiner Präsidentschaft hat sich Landtagspräsident Stephan Toscani (CDU) verstärkt der Erinnerung an den Nationalsozialismus gewidmet. Am Gedenken an den Saarbrücker Willi Graf und an die Widerstandsgruppe „Weiße Rose" hat sich Toscani im Herbst 2018 beteiligt. Ebenfalls im Herbst 2018 besuchte Toscani mit Schülern die Kreisstadt St. Wendel

und die Gemeinde Blieskastel als Erinnerungsorte. Beteiligt hat er sich auch an den Gedenkfeiern zur Pogromnacht in Merzig, Dillingen und Saarbrücken. Die Übergriffe, Verfolgungen und Vertreibungen von Juden sollten als konkrete Verbrechen an und von konkreten Menschen vor Ort bewusst gemacht werden. Die Besuche saarländischer Erinnerungsorte sollen weitergeführt werden, beispielsweise in Homburg und Nohfelden.[4]

Auch die Veränderung des Zeremoniells der Gedenkveranstaltung zum 27.01.2018, dem Tag des Gedenkens an die Opfer des Nationalsozialismus, wurde von Landtagspräsident Toscani veranlasst. In Kooperation mit der Landeszentrale für politische Bildung sollen auch zukünftig Schülerinnen und Schüler die Gedenkveranstaltung im Landtag mitgestalten.

Darüber hinaus sollen verschiedene historische Gedenk- oder Erinnerungsanlässe genutzt werden, um Orte und Entwicklungen der Demokratiegeschichte hervorzuheben.

- Das Ziel des Landtagspräsidenten, den Opfern des Nationalsozialismus ihre Würde zurückzugeben, ist positiv zu bewerten. Außerdem begrüßt es die Arbeitskammer des Saarlandes, dass damit die Aufforderung einhergeht, die Vergangenheit ehrlich und kritisch zu erkunden, um die Debatten um die demokratische Verfasstheit unserer Gesellschaft zu präzisieren. Die Beteiligung verschiedener Altersgruppen an den Gedenkveranstaltungen ist nicht nur angemessen, sondern notwendig.

Erinnerungsorte im Saarland – Ein kurzer Blick

Im Saarland bleibt die Gedenkstätte Gestapo-Lager Neue Bremm der zentrale Gedenkort mit Bezug zu den Verbrechen des Nationalsozialismus. Während die Homepage der Initiative Neue Bremm sperrig ist und offensichtlich nicht aktualisiert wird,[5] sind der Gedenkort selbst und die Wissensvermittlung weiterentwickelt worden. So wurden in den vergangenen Jahren im nordöstlichen Bereich der Gedenkstätte zusätzliche Grundrisse von ursprünglich im Lager genutzten Baracken durch weitere Stahlbänder im Boden sichtbar gemacht und der Dokumentationstext an der Innenseite der westlichen Betonwand wurde ergänzt. Außerdem wurde im April 2019 im Rahmen einer Fortbildung des Landesinstituts für Pädagogik und Medien für Lehrer eine neue Handreichung zur Unterrichtsgestaltung vorgestellt und benutzt sowie die Gedenkstätte als außerschulischer Lernort erklärt und erkundet.

Mit der Kunstinstallation von Christian Boltanski im Weltkulturerbe zum Thema Zwangsarbeit hat die späte Auseinandersetzung der Institution mit der umstrittenen Geschichte der Völklinger Hütte ihren vorerst raschen

Abschluss gefunden. Im Jahr 2012 hatte der Leiter des Weltkulturerbes, Meinrad Maria Grewenig, noch in der Debatte um die Benennung des Wohngebiets „Hermann-Röchling-Höhe“ vor der Umbenennung gewarnt und die Verlegung einer Stolperschwelle durch Gunter Demnig kritisiert. Seit 2014 wird die Zwangsarbeit auf der Hütte im Zweiten und auch im Ersten Weltkrieg thematisiert und erforscht. Einem Vortragsnachmittag folgte der zugehörige Sammelband. Die Historikerin Inge Plettenberg wurde mit einer Monographie zur Zwangsarbeit in der Völklinger Hütte beauftragt und legte diese 2018 vor.

Aus Sicht der Arbeitskammer ist die Darstellung der konkreten Arbeitsbedingungen am konkreten Erinnerungsort nach wie vor unzureichend. Bislang diente die Völklinger Hütte in großen Teilen eher der Inszenierung der großen Ausstellungen als einer Vermittlung der stahlindustriellen Vergangenheit.

- Bei der Nachbesetzung der Leitung des Weltkulturerbes sollte dringend darauf geachtet werden, dass eine mögliche Nachfolgerin oder ein möglicher Nachfolger von Grewenig die Kompetenz hat, das Weltkulturerbe auch als industriekulturellen Standort weiterzuentwickeln.

Ebenso ist die Hütte nicht in einen größeren Kontext des industriellen Erbes im Saarland konkret eingebunden beziehungsweise dieser nicht wesentlich weiterentwickelt worden. Die Grube Velsen als Besucherbergwerk erfreut sich zwar regen Interesses, bleibt aber nach wie vor im Besitz der RAG Aktiengesellschaft und ist nicht dauerhaft gesichert oder in eine feste saarländische Besuchs- und Ausstellungslandschaft integriert. Ähnlich geht es den übrigen Standorten, egal welcher Klassifizierung.

- Die materiellen Überreste des industriellen Erbes – die Relikte aus den früheren Industrialisierungsschüben im Saarland beziehungsweise Mitteleuropa – sollten erhalten und in einen sinnhaften Zusammenhang gestellt werden. So sind historisch informierte Debatten erst möglich. Vor dem Hintergrund des Wissens über die Vergangenheit können gegenwärtig anstehende wirtschaftliche und soziale Umbrüche in der Gesellschaft präziser kritisiert und analysiert werden. Erst in einer informierten Debatte mit umfassender gesellschaftlicher Beteiligung können die erwarteten Veränderungen bewältigt werden.

[1] Landeszentrale für politische Bildung Saarland: Leitlinienpapier der „Landesarbeitsgemeinschaft Erinnerungsarbeit im Saarland", Saarbrücken 2018, S. 1, online unter: https://www.lpm.uni-sb.de/typo3/fileadmin/Benutzer/lpb/pdf/pdf2018/Leitlinien_LAG-Erinnerung-Saar.pdf (abgerufen am 03.04.2019).

[2] O.A.: Land of Memory – On the conflicts' steps at the origin of Europe, online unter: http://www.interreg-gr.eu/wp-content/uploads/2018/12/Land-of-Memory_DE_Beschreibung.pdf (abgerufen am 03.04.2019).

[3] Kultusministerkonferenz: Weitere Länder kooperieren mit Gedenkstätte Yad Vashem, Berlin 2018, online unter: https://www.kmk.org/aktuelles/artikelansicht/weitere-laender-kooperieren-mit-gedenkstaette-yad-vashem.html (abgerufen am 03.04.2019); Yad Vashem: Yad Vashem unterzeichnet Bildungsabkommen mit drei weiteren Bundesländern, Jerusalem 2018, online unter: https://www.yadvashem.org/de/events/30-may-2018.html (abgerufen am 03.04.2019).

[4] So der Landtagspräsident in seiner Antwort auf eine schriftliche Anfrage der Arbeitskammer des Saarlandes vom 04.04.2019.

[5] http://www.gestapo-lager-neue-bremm.de (abgerufen am 03.04.2019).

5 Öffentliche Haushalte – Konjunkturelle Abschwächung zeigt sich (noch) nicht

Seit dem zweiten Halbjahr 2018 kündigt sich bundesweit, und besonders deutlich im Saarland, eine Abschwächung der konjunkturellen Entwicklung an. Da die Beschäftigung aktuell aber noch nicht von dieser Entwicklung betroffen ist, stellt sich die Lage der öffentlichen Haushalte insgesamt gesehen noch entspannt dar. Die bundesweiten Prognosen für das BIP wurden allerdings deutlich nach unten korrigiert. In welcher Form sich dies 2019 auch auf die öffentlichen Haushalte auswirkt, wird sich im Jahresverlauf zeigen.

Seit 2014 sind im gesamtstaatlichen Haushalt der Bundesrepublik Haushaltsüberschüsse erzielt worden. Dies ist in erster Linie auf das teilweise kräftige Wachstum des Bruttoinlandsproduktes (BIP) und außerordentlich niedrige Zinszahlungen zurückzuführen und nicht auf einen positiven strukturellen Primärsaldo.[1] 2018 wuchsen die Steuereinnahmen der Länder gegenüber dem Vorjahr um 6,2 %.

Auch dem Saarland ist es vor dem Hintergrund einer positiven Beschäftigungsentwicklung und außergewöhnlich niedriger Zinszahlungen 2018 erstmals gelungen, netto Schulden zu tilgen. Das Steueraufkommen im Saarland stieg 2018 im Vergleich zum Länderdurchschnitt etwas weniger stark um 5,7 % auf 3,202 Milliarden Euro.[2] Diese etwas schwächere Einnahmeentwicklung ist auf die deutlich schlechtere Wirtschaftslage des Saarlandes im Vergleich zu anderen Bundesländern zurückzuführen (siehe Kapitel II.1.1).

Unter den Ländersteuern stellt nach wie vor die Grunderwerbsteuer die Haupteinnahmequelle für das Saarland dar. Die Steuereinnahmen sind 2018 im Vergleich zum Vorjahr leicht (+0,5 %) auf 117,5 Millionen Euro gestiegen. Auf alle Bundesländer gesehen sind die Einnahmen allerdings viel stärker, um 7,2 %, gestiegen. Während die Einnahmen aus der für das Saarland zweitwichtigsten Ländersteuer, der Erbschaftsteuer, für die Länder insgesamt deutlich an Bedeutung gewonnen haben (Bundesländer insgesamt: +11,4 %), sind die Einnahmen aus dieser Quelle im Saarland 2018 um -12,5 % auf 55,7 Millionen Euro zurückgegangen.[3] Genau wie bei der Vermögensteuer, die ebenfalls den Ländern zufließen würde, aber bereits seit 1997 nicht mehr erhoben wird, werden hier erhebliche Einnahmepotenziale nicht ausgeschöpft.

Mit 75,5 % des bundesweiten Durchschnitts (vor Länderfinanzausgleich und Bundesergänzungszuweisungen) bleibt das Saarland das einnahmeschwächste westdeutsche Bundesland.[4] Dies resultiert nicht nur aus einer

geringeren Wirtschaftskraft (die 92,5 % des Länderdurchschnitts beträgt), sondern zu einem großen Teil auch aus Benachteiligungen bei der Steuerzerlegung und für das Saarland ungünstigen Doppelbesteuerungsabkommen mit Luxemburg und Frankreich.[5] Aus dem Länderfinanzausgleich erhielt das Saarland 2018 um etwa vier Millionen Euro geringere Zahlungen (2018: 194 Millionen Euro, 2017: 198 Millionen Euro). Die allgemeinen Bundesergänzungszuweisungen blieben 2018 mit 91 Millionen Euro auf dem Niveau des Vorjahres.[6]

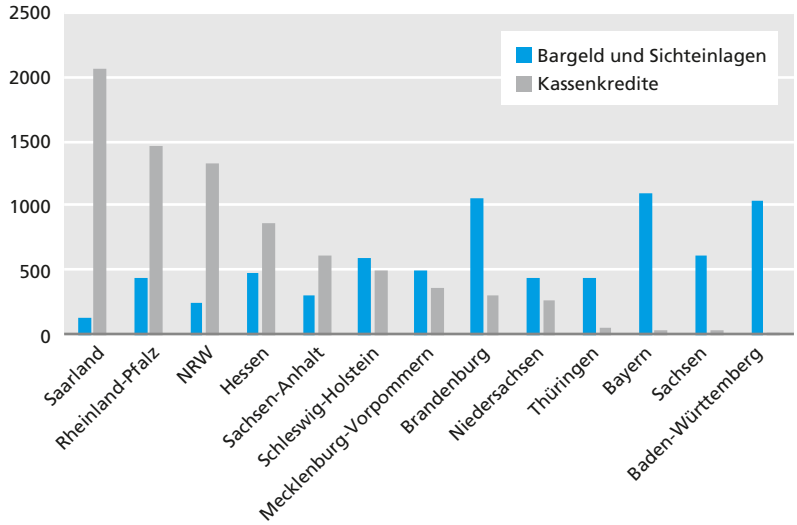
Steigende Steuereinnahmen und weiter sinkende Zinsaufwendungen ermöglichten dem Saarland 2018 erstmals seit 18 Jahren wieder einen Haushaltsüberschuss. Aufgrund der Vorgaben durch die Schuldenbremse darf dieser konjunkturell bedingte Überschuss allerdings nicht für zusätzliche Ausgaben verwendet werden, sondern fließt vollständig in den Schuldenabbau. Ursprünglich war für 2018 noch eine Nettoneuverschuldung von acht Millionen Euro geplant, tatsächlich konnten nun unter Berücksichtigung der Konsolidierungshilfen 73 Millionen Euro Schulden getilgt werden.[7] Der von der Schuldenbremse vorgegebene Defizitabbau wird damit übererfüllt. Für den Doppelhaushalt 2019/2020 ist ebenfalls eine Schuldentilgung in Höhe von insgesamt etwa 160 Millionen Euro vorgesehen.

Für die Zukunft bestehen allerdings erhebliche Risiken für die deutsche Wirtschaft insgesamt sowie die Saarwirtschaft im Besonderen, die sich auch in Form von geringeren Steuereinnahmen auswirken können (siehe Kapitel II.1.1). Außerdem bleibt die Belastung durch Altschulden und Versorgung im Saarland weiterhin überdurchschnittlich hoch. Zwar sanken die Zinsausgaben des Landes 2018 auf 361 Millionen Euro.[8] 2017 lagen die Zinsausgaben noch bei 377 Millionen Euro und damit 21 Millionen Euro beziehungsweise 5,4 % unterhalb der Planung für 2018.[9] Bei den Versorgungsausgaben (Versorgung und Beihilfe) war hingegen weiterhin ein Anstieg zu verzeichnen. Sie stiegen von 660 Millionen Euro im Jahr 2017 auf 661 Millionen Euro im Jahr 2018.[10] In seinem Bericht zur Beamtenversorgung aus 2012 hat der Rechnungshof des Saarlandes festgestellt, dass die Anzahl der Versorgungsempfänger im Saarland bis 2024 weiter ansteigen wird, wobei sich der Zuwachs allmählich abflachen werde.

Nach der Neuregelung der Bund-Länder-Finanzbeziehungen schreibt das Sanierungshilfengesetz Tilgungen in Höhe von jahresdurchschnittlich 80 Millionen Euro ab 2020 in einem Fünfjahreszeitraum gesetzlich vor. Um den finanzpolitischen Spielraum des Saarlandes noch einigermaßen zu gewährleisten, erhält das Land bei Einhaltung der Tilgungsanforderungen jährlich Sanierungshilfen in Höhe von 400 Millionen Euro, die im Unterschied zu den bisherigen Konsolidierungshilfen nicht zur weiteren Schuldentilgung eingesetzt werden müssen, sondern für den allgemeinen Haushalt zur Verfügung

Grafik 1

Bargeld/Sichteinlagen bzw. Kassenkredite der Kommunen 2017 (Euro je Einwohner)



Quelle: Hildebrand, Jan (2019): Überschüsse in Bayern, Schulden in NRW: Deutschlands Kommunen sind gespalten, Handelsblatt 04.04.2019, und Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

Arbeitskammer

stehen. Um sicherzustellen, dass die Anforderungen aus dem Sanierungshilfengesetz auch in konjunkturell schwierigeren Phasen erfüllt werden, wurden im Landeshaushalt die Sondervermögen „Konjunkturausgleichsrücklage“ und „Zinsausgleichsrücklage“ eingerichtet. Der Zinsausgleichsrücklage werden ab 2020 jährlich 21,5 Millionen Euro zur Absicherung gegen das Zinsänderungsrisiko zugeführt, der Konjunkturausgleichsrücklage im Jahr 2021 11,3 Millionen Euro.[11]

Aktuell befindet sich der Gesetzentwurf zur „Umsetzung der grundgesetzlichen Schuldenbremse und zur Haushaltsstabilisierung“ in den parlamentarischen Beratungen im saarländischen Landtag. Die landesgesetzliche Regelung ist von zentraler Bedeutung, da das Saarland ohne eine Landesregelung unmittelbar der Regelung des Grundgesetzes unterworfen wäre, die keine konjunkturabhängige Ausgestaltung der Schuldenbremse vorsieht, diese aber durch Landesgesetz zulässt. Die Nutzung dieses (wenn auch geringen) Handlungsspielraums ist für das Saarland, dessen Haushaltspolitik sich durch deutsche und europäische Fiskalregeln sowie das Sanierungshilfengesetz in sehr engen Grenzen bewegt, unerlässlich. Positiv zu beurteilen in Bezug auf den Gesetzentwurf ist, dass die Schuldenbremse nicht in die

saarländische Landesverfassung übernommen wird, sondern einfachgesetzlich geregelt werden soll. So wird verhindert, dass die Schuldenbremse im Falle einer (aktuell zwar unwahrscheinlichen, aber dennoch zu erhoffenden) Grundgesetzänderung zur Abschaffung der Schuldenbremse im Saarland weiter gelten würde.

Vor dem Hintergrund der konjunkturellen Abschwächung scheint langsam ein Umdenken auch in der deutschen wirtschaftswissenschaftlichen Forschung stattzufinden. Prominente Ökonomen wie Michael Hüther, Direktor des arbeitgebernahen Instituts der deutschen Wirtschaft (IW), oder Marcel Fratzscher, Präsident des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), fordern Reformen der Schuldenbremse, da die zu geringe Investitionstätigkeit der öffentlichen Hand zunehmend ein Problem darstellt.[12]

Im Saarland bleibt die Investitionsquote trotz angekündigter Investitionsoffensive mit in der Finanzplanung für 2020 vorgesehenen 430,6 Millionen Euro nahezu gleich (2020: 9,0 %, 2018: 8,7 %).[13] Der Investitionsrückstand ist auf diese Weise nicht aufzuholen.

Europäische Strukturfonds: Diskussionen um neue Förderperiode

Seit vielen Jahren spielen Finanzmittel aus den Strukturfonds der EU für das Saarland eine bedeutende Rolle. In der aktuellen Förderperiode 2014 bis 2020 erhält das Land bereits deutlich weniger Finanzmittel als in der Förderperiode 2007 bis 2013. Dennoch sind diese Finanzmittel für Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik des Landes unverzichtbar. Aus dem Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) fließen in der aktuellen Förderperiode 143 Millionen Euro ins Saarland. Fördergegenstände sind Forschung, technologische Entwicklung, Maßnahmen zur Verringerung der CO_2-Emissionen, Maßnahmen zur Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit von kleinen und mittleren Unternehmen sowie die Tourismusförderung. Aus dem Europäischen Sozialfonds (ESF) erhält das Saarland im Förderzeitraum 2014 bis 2020 weitere 74 Millionen Euro an Fördergeldern. Sie unterstützen die Arbeitsmarktintegration benachteiligter Gruppen, aber auch die Verbesserung der Qualifikation Beschäftigter. Der Europäische Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER) steuert weitere 33,6 Millionen Euro an Fördermitteln der EU bei. Die jeweiligen Fördermittel der EU-Fonds werden durch nationale Kofinanzierungsmittel ergänzt, so dass das gesamte bewegte Fördervolumen deutlich größer ist.

Es ist davon auszugehen, dass die Fördermittel in der neuen Förderperiode weiter abnehmen. Ursachen dafür sind der Brexit, durch den die EU infolge des voraussichtlichen Ausscheidens Großbritanniens einen wichtigen Netto-

zahler verliert, die Integration vormals eigenständiger Programme in den ESF+ sowie gestiegene Anforderungen an die Ausgaben für Verteidigung, Sicherheit und Grenzschutz.

Besonders kritisch zu sehen ist neben den geplanten Mittelkürzungen auch die vorgesehene Senkung der Kofinanzierungssätze. Dadurch würde die Nutzung der für das in seiner Haushaltspolitik so beschränkte Saarland bedeutenden Fördermittel erheblich erschwert. Der DGB lehnt eine Reduzierung der Förderquoten ab, die Arbeitskammer schließt sich dieser Position an.[14]

Kommunale Finanzen: Hohe Heterogenität im Bundesgebiet

Die günstige Steuereinnahmenentwicklung in Deutschland schlägt sich auch in den kommunalen Haushalten positiv nieder. So berichtete das Statistische Bundesamt Anfang April 2019 von einem Finanzierungsüberschuss von insgesamt 9,8 Milliarden Euro im Jahr 2018. Wie das Statistische Bundesamt auf Grundlage der vierteljährlichen Kassenstatistik weiter mitteilte, wurde damit der Rekordüberschuss des Jahres 2017 von 10,7 Milliarden Euro nicht erreicht. Das Ergebnis liege aber noch immer weit über dem Wert von 5,4 Milliarden Euro aus dem Jahr 2016. Das Steueraufkommen in den Kommunen sei 2018 im Vergleich zum Vorjahr um 5,5 % angestiegen. Infolge der günstigen Finanzlage der vergangenen Jahre sei 2018 die kommunale Investitionstätigkeit deutlich erhöht worden (+12,9 % für Sachinvestitionen in Höhe von 30,1 Milliarden Euro). Die Ausgaben für Sozialleistungen seien demgegenüber um 0,5 % auf 59,5 Milliarden Euro unterdurchschnittlich gewachsen.[15] Zum Redaktionsschluss dieses Berichts lagen die Daten nach Bundesländern gegliedert noch nicht vor. Generell ist bei dieser positiven Meldung zu berücksichtigen, dass die Heterogenität zwischen den Kommunen in Bezug auf Einnahmen und Ausgaben sowie Verschuldung und Vermögen sehr groß ist.

Ein zentraler Indikator für kommunale Finanznot ist das Kassenkreditvolumen, mit dem die Kommunen belastet sind. Die Haushaltslage der saarländischen Kommunen bleibt weiterhin sehr problematisch. Zwar ging der Kassenkreditbestand der saarländischen Kommunen 2018 im Vergleich zu 2017 von 2.068 Euro je Einwohner etwas zurück auf 1.947 Euro je Einwohner.[16] Dennoch ist dies nach wie vor der mit Abstand höchste Bestand unter allen bundesdeutschen Flächenländern.

Die Kurzfristigkeit dieser Kredite, die mittlerweile seit längerem zur Finanzierung der laufenden Kosten und nicht mehr – wie ursprünglich vorgesehen – nur zur kurzfristigen Liquiditätssicherung genutzt werden, birgt ein

erhebliches Zinsänderungsrisiko. Die mit dem hohen Stand dieser Schulden einhergehenden Einschränkungen in Bezug auf die Investitionstätigkeit führen langfristig zu weiteren Belastungen durch eine sinkende Wohn- und Standortattraktivität und damit verbundenen Auswirkungen auf die demografische und wirtschaftliche Entwicklung.

Eine Teillösung dieses Problems, das den Investitions- und Handlungsspielraum der Kommunen massiv einengt, wurde Ende 2018 mit dem von der Landesregierung auf den Weg gebrachten sogenannten „Saarland-Pakt" erzielt. Der Saarland-Pakt stellt einen Kompromiss zwischen dem von der CDU vorgeschlagenen Konzept einer „Saarland-Kasse" und dem von der SPD eingebrachten Entwurf „Kommunalpakt plus" dar.

Ziel des 2020 anlaufenden Pakts ist eine Teilentschuldung sowie eine Stärkung der Investitionskraft der Kommunen. Hauptelement der Maßnahme ist die Übernahme von einer Milliarde Euro Altschulden, also etwa der Hälfte des kommunalen Altschuldenbestandes, durch das Land. Über 45 Jahre hinweg tilgt das Land jährlich 30 Millionen Euro dieser Schulden. Im Gegenzug sollen die Kommunen verpflichtet werden, die bei ihnen verbleibende andere Hälfte der Altschulden ebenfalls in diesen 45 Jahren abzuzahlen. Diese Verpflichtung soll jedoch nicht mit Sanktionen abgesichert werden, sondern über positive Anreize gesteuert werden. Ministerpräsident Tobias Hans kündigte dazu in seiner Regierungserklärung eine Reform des Haushaltsrechts an, so dass über den Tilgungsplan hinausgehende Überschüsse für Investitionen genutzt werden dürfen. Dies ist auch aus Sicht der Arbeitskammer ein begrüßenswertes Element des Saarland-Pakts. Kommunen ohne Kassenkredite erhalten eine Kompensation (diese Kompensation gibt es allerdings nur für die Gemeinden, nicht für die Landkreise ohne Kassenkredite). Mit weiteren 20 Millionen Euro pro Jahr sollen kommunale Investitionen gefördert werden.

Die Vereinbarung zum Saarland-Pakt stößt auf breite Zustimmung. Der Saarländische Städte- und Gemeindetag begrüßt ausdrücklich die gefundene Regelung und spricht von einer „Anerkennung der erheblichen Leistungen, die die saarländischen Städte und Gemeinden zur Sanierung des Landeshaushaltes in den vergangenen Jahren getätigt haben".[17]

Aus Sicht der Arbeitskammer ist die Rückgewinnung finanzieller Spielräume für Investitionen auf kommunaler Ebene dringend erforderlich, weshalb der Saarland-Pakt grundsätzlich ein richtiger Schritt ist. Die Übertragung der Hälfte der Altschulden auf das Land ist dabei nicht zuletzt auch deshalb sinnvoll, weil so viel günstigere Zinskonditionen erzielt werden können. Nichtsdestotrotz muss betont werden: Der Investitionsrückstand der saarländischen Kommunen ist aufgrund der schwierigen Einnahmesituation

erheblich. 20 Millionen Euro pro Jahr werden nicht ausreichen, um zu den finanzstärkeren Kommunen anderer Bundesländer aufzuschließen.

Dass die Heterogenität der Finanzkraft zwischen den Kommunen durch die alleinige Betrachtung der Kassenkredite allerdings sogar noch deutlich unterschätzt wird, wird in einer aktuellen Studie der Bertelsmann Stiftung deutlich, die die Höhe der liquiden Mittel (Bargeldbestände und Sichteinlagen) der einzelnen Kommunen untersucht hat. Während eine Kommune in Bayern durchschnittlich 1.100 Euro pro Einwohner an liquiden Mitteln besitze, seien es im Saarland als Flächenland mit den ärmsten Kommunen lediglich 124 Euro. Betrachte man nur die Kassenkredite, so liege der Unterschied zwischen reichen und armen Kommunen bei knapp 2.000 Euro je Einwohner, so die Autoren der Studie. Unter Hinzurechnung der Bar- und Sichteinlagen wachse die Differenz auf 2.945 Euro.[18]

Eine vollständige Lösung der Schwierigkeiten aus eigener Kraft ist für das Saarland kaum zu erreichen. Im Saarland kämpft insbesondere die Landeshauptstadt weiter mit einer schwierigen finanziellen Situation. Dies hat sie gemeinsam mit vielen anderen deutschen Städten, die sich mit ihren Problemen häufig allein gelassen fühlen. Aus diesem Grund wurde bereits 2014 das bundesweite Aktionsbündnis „Für die Würde unserer Städte“ ins Leben gerufen. Dieses Bündnis aus etwa 70 Städten aus acht Bundesländern hat sich Anfang 2019 anlässlich der Sitzung der Arbeitsgruppe „Kommunale Altschulden“ der Kommission für gleichwertige Lebensverhältnisse, deren Ko-Vorsitz das Saarland innehat, mit einem Positionspapier an die Bundesregierung gewandt. In diesem Papier wird unter anderem eine viel stärkere Beteiligung des Bundes an den Sozialkosten, die Übernahme kommunaler Altschulden durch den Bund sowie die Einrichtung einer Gemeinschaftsaufgabe „Abbau kommunaler Liquiditätskredite“ gefordert.

Auch aus Arbeitskammer-Perspektive gilt es nach wie vor, den Bund zur Übernahme von Sozialkosten zu bewegen und eine gesamtstaatliche Lösung für die Altschuldenproblematik zu finden. Die Erfolgsmeldung des Statistischen Bundesamtes, in der Einnahmen und Schulden für alle Kommunen zusammengerechnet ausgewiesen werden, ohne auf die bestehenden Disparitäten hinzuweisen, ist somit wenig hilfreich. Die Kommission für gleichwertige Lebensverhältnisse muss ihren Auftrag ernst nehmen und Lösungen für die Verringerung dieser Kluft zwischen armen und reichen Kommunen finden.

Darüber hinaus ist mit einer angemessenen Steuerpolitik der Handlungsspielraum der öffentlichen Hand einnahmeseitig zu erweitern. Es bedarf dringend einer ernsthaften Reform der Erbschaftsteuer, einer Wiedereinführung der Vermögensteuer (die als Ländersteuer besonders positiven

Einfluss hätte) sowie der Anhebung des Spitzensteuersatzes. Weiter vor allem auf konjunkturell bedingt steigende Steuereinnahmen zu setzen, ist – insbesondere bei den derzeit bestehenden Risiken und bereits entsprechend nach unten korrigierten Wachstumsprognosen – kaum eine sinnvolle Strategie für staatliches Handeln.

---

1 Rietzler, Katja: Konsolidierungserfolge nach der Krise – primär eine Folge glücklicher Umstände, in: Jahrbuch für öffentliche Finanzen 1-2018, Berlin 2018, S. 411-422.

2 Monatsberichte des Bundesministeriums der Finanzen Januar 2019 und 2018.

3 Monatsbericht des Bundesministeriums der Finanzen, Januar 2019, https://www.bundesfinanzministerium.de/Monatsberichte/2019/01/Inhalte/Kapitel-3-Analysen/3-5-steuereinnahmen-haushaltsjahr-2018.html

4 Bundesministerium der Finanzen (2019): Daten zum Länderfinanzausgleich, https://www.bundesfinanzministerium.de/Web/DE/Themen/Oeffentliche_Finanzen/Foederale_Finanzbeziehungen/Laenderfinanzausgleich/laenderfinanzausgleich.html

5 Kurtz, Hans Peter: Ursachen und Folgen der Verschuldung des Saarlandes, in: Ist das Saarland noch zu retten?, hg. von Daniel Kirch, Saarbrücken 2014, S. 118-138.

6 Monatsbericht des Bundesministeriums für Finanzen, März 2019, https://www.bundesfinanzministerium.de/Monatsberichte/2019/03/monatsbericht-03-2019.html

7 Pressemitteilung des Ministeriums für Finanzen und Europa des Saarlandes: Finanzminister Peter Strobel stellt Haushaltsabschluss 2018 vor, 19.02.2019.

8 Monatsberichte des Bundesministeriums der Finanzen Januar 2019 und 2018, Übersichten zur Entwicklung der Länderhaushalte.

9 wie Anm. 7.

10 wie Anm. 8.

11 Ministerium für Finanzen und Europa des Saarlandes (2018): Mittelfristige Finanzplanung des Saarlandes 2018-2022.

12 Hildebrand, Jan (2019): Ökonom Hüther macht überraschenden Vorstoß zur Reform der Schuldenbremse, Handelsblatt 26.03.2019, https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/kredite-fuer-investitionen-oekonom-huether-macht-ueberraschenden-vorstoss-zur-reform-der-schuldenbremse/24141436.html?ticket=ST-2747441-K1fhgQiGJKIW24b7NaOJ-ap6

13 wie Anm. 11.

14 Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zur europäischen Strukturpolitik ab 2021 im Kontext der Debatte um den Mehrjährigen Finanzrahmen (26.09.2018), https://www.dgb.de/downloadcenter/++co++4fd46f5e-cafe-11e8-9647-52540088cada

15 Pressemitteilung Nr.127/2019 des Statistischen Bundesamtes: Kommunen mit 9,8 Milliarden Euro Finanzierungsüberschuss im Jahr 2018, 02.04.2019, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/04/PD19_127_71137.html

16 Statistisches Bundesamt, Fachserie 15, Reihe 5.2; Einwohnerzahl zum 31.12.2016 aus Fachserie 1, Reihe 1.3, eigene Berechnungen.

17 Pressemitteilung des Saarländischen Städte- und Gemeindebundes: Der Saarländische Städte- und Gemeindetag sieht in dem vorgesehenen Saarlandpakt einen bedeutenden Schritt, 15.11.2018, https://www.ssgt.de/fileadmin/user_upload/SSGT/PDF/Presse/2018/Oktober_November_Dezember/PM_Saarlandpakt_15_11_2018.pdf

18 Hildebrand, Jan (2019): Überschüsse in Bayern, Schulden in NRW: Deutschlands Kommunen sind gespalten, Handelsblatt 04.04.2019, https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/studie-der-bertelsmann-stiftung-ueberschuesse-in-bayern-schulden-in-nrw-deutschlands-kommunen-sind-gespalten/24175490.html?social=fb-hb_hk-ph-ne-or-&fbclid=IwAR3r6VhrhdSr30UbByEyw-uFRGOPFwzOUs6F5_1GD8ZFi8DbKM56oVqDxtE

6 Innovation, Umwelt, Energie, Verkehr und Ressourcenschutz

Der saarländische Nahverkehr stagniert hinsichtlich Nutzung und Fahrgeldeinnahmen; die Entwicklungspotenziale im Energiesektor über das Jahr 2020 hinaus sind begrenzt; der Endenergieverbrauch liegt auf hohem Niveau. Die umweltpolitischen Kennzahlen im Saarland zeigen sich langjährig unverändert. In den genannten Bereichen ist die Landesregierung aufgefordert, durch konsequentes politisches Handeln zukunftsfähige Maßnahmen umzusetzen. Mit einem hohen Maß an Innovationsfähigkeit kann es gelingen, bei diesen ökologisch definierten Handlungsfeldern über das Jahr 2020 hinaus, den Anschluss an die bundesweite Entwicklung zu halten.

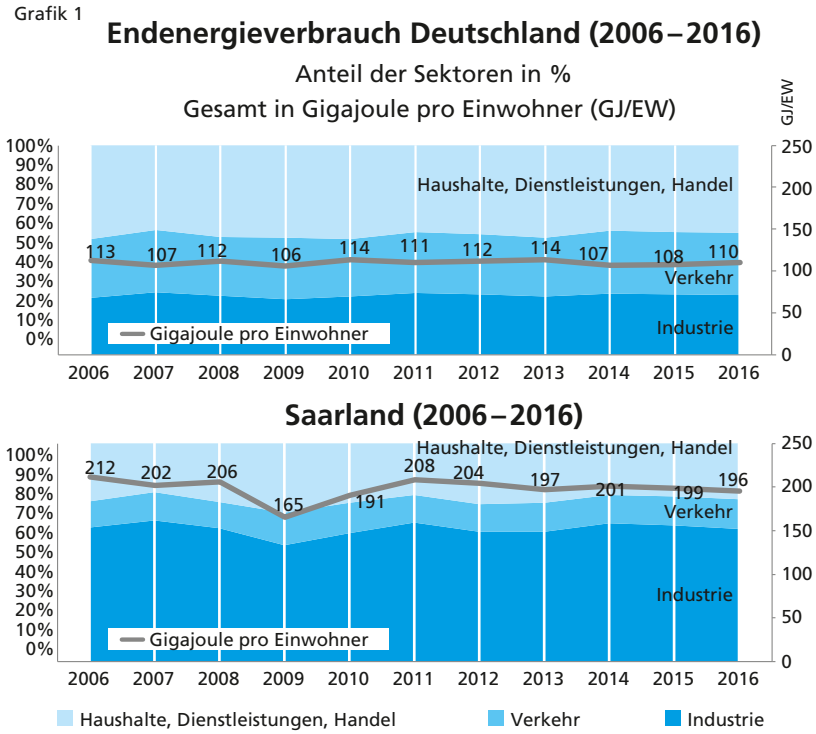
In diesem Kapitel sind ausgewählte Indikatoren aus den Bereichen Umwelt, Energie und Verkehr zusammengefasst, die es ermöglichen, periodische und punktuelle Vergleiche des Saarlandes mit anderen Regionen herzustellen und die Entwicklungen hin zur aktuellen Situation darzustellen.

Die Bereiche Umwelt, Energie, Verkehr verlangen von Seiten der Landesregierung rasches und konsequentes Handeln. Der Endenergieverbrauch im Land liegt durch den industriellen Besatz weiter auf einem sehr hohen Niveau. Damit die energieintensiven Industrien im Saarland erhalten werden können, bedarf es der richtigen Strategien (klimafreundliche Energiegewinnung, weitere Effizienzsteigerungen). Der Ausbau Erneuerbarer Energien gerät zunehmend ins Stocken. Der Nahverkehr als Rückgrat nachhaltiger Mobilitätsgestaltung hat mit stagnierenden Fahrgastzahlen zu kämpfen und weder Waldzustand noch Haushaltsabfallaufkommen zeigen positive Entwicklungen. Die Landesregierung braucht daher eine Strategie über das Jahr 2020 hinaus, um auf die umwelt-, verkehrs-, und klimapolitischen Herausforderungen reagieren zu können.

Neben vielen Schwierigkeiten gibt es auch positive Entwicklungen im Saarland festzustellen. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Innovationskennzahlen. Seit der ersten Erhebung des Innovationsindex konnte sich das Saarland kontinuierlich verbessern und zeigt gerade im Dynamikindex gute Werte. Doch auch hier ist im Vergleich zu anderen Bundesländern viel Potenzial nach oben.

Endenergieverbrauch im Industriesektor leicht rückläufig

Grafik 1



Quelle: Statistisches Landesamt Saarland, 2018, BMWi, 2018, eigene Berechnungen

Arbeitskammer

Der Endenergieverbrauch bleibt in Deutschland im langjährigen Vergleich auf hohem Niveau. Während die Endenergieverbräuche der Industrie stabil blieben, hat der Verkehrssektor in den Jahren 2015 und 2016 wieder leicht zugelegt.

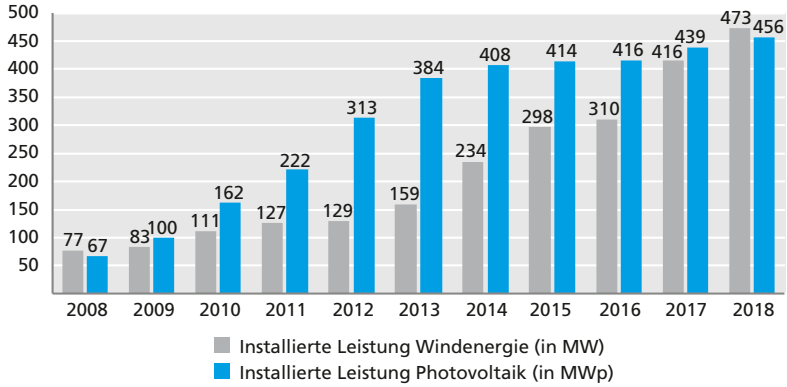
Im Saarland hat sich in den Jahren 2011 bis 2016 ein leicht abnehmender Trend der Pro-Kopf-Emissionen eingestellt. Trotz starker Produktions- und Auftragslage ist der Endenergieverbrauch in der Industrie nicht mehr gewachsen. Gewachsen hingegen ist er leicht im Sektor Haushalte, Dienstleistungen, Handel. Mit 196 Gigajoule Endenergieverbrauch pro Einwohner (GJ/EW) blieb der Wert im Saarland relativ hoch. Der hohe Endenergieverbrauch und die damit zusammenhängende Emission von Treibhausgasen bleiben für den Industriestandort Saarland herausfordernd. Es braucht dringend neue Konzepte, wie vor diesem Hintergrund die zu erwartende industrielle Transformation im Saarland ökologisch und sozial gestaltet werden soll.

Ausbau Erneuerbarer Energien schreitet langsam voran – Maßnahmen über das Jahr 2020 hinaus nötig

Grafik 2

Installierte Leistung, Windenergie und Photovoltaik

Saarland
2008 - 2018, in MW



Quelle: www.foederal-erneuerbar.de (2018), MWAEV (2019) Arbeitskammer

Der Ausbau der Erneuerbaren Energien im Saarland setzt sich fort. Mit der Genehmigung weiterer Windenergieanlagen in den Jahren 2016 und 2017 konnte bis ins Jahr 2018 die installierte Leistung von 310 Megawatt (MW) auf 473 MW gesteigert werden. Auch der Ausbau der Photovoltaikanlagen setzte sich fort. Wenngleich die Dynamik seit 2014 etwas gebremst ist, erfolgte 2018 ein stetiger Ausbau auf 456 MW. Damit werden die selbst gesteckten Ziele von 20 % erneuerbaren Stroms im Saarland bis Ende 2020 knapp erreicht. Darüber hinaus sind zukünftige Ausbaupotenziale der Windenergie kaum vorhanden. Durch das saarländische Waldgesetz werden über die bereits genehmigten Flächen hinaus seit 2017 im Staatsforst keine weiteren Flächen mehr zur Verfügung gestellt. Es gibt kaum neue wirtschaftlich umsetzbare Projekte in den Schwachwindzonen des Saarlandes.

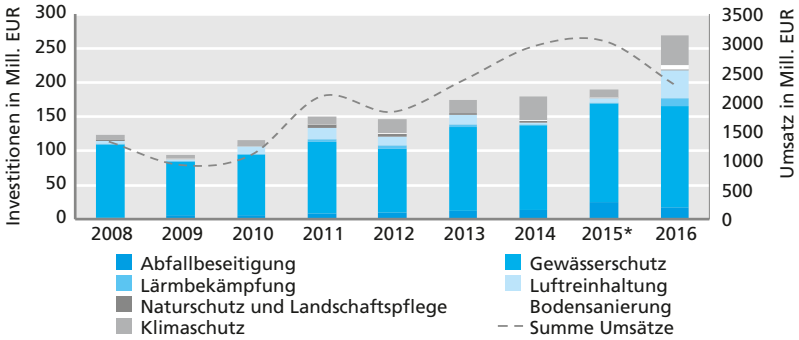
Durch die Ende 2018 in Kraft getretene saarländische Verordnung für Photovoltaikanlagen auf benachteiligten Agrarflächen können weitere 100 MW bis zum Jahr 2022 realisiert werden. Nur mit diesen Projekten gelingt es bis 2020 die geforderten 20 % zu erreichen und in den Folgejahren etwas darüber hinaus auszubauen. Jedoch sind bei diesem Ausbaupfad die langfristigen politisch vereinbarten Ziele einer Reduktion von Treibhausgasen um 80 bis 95 % bis 2050 nicht zu erreichen.

Umweltschutzinvestitionen gestiegen

Grafik 3

Investitionen in Umweltschutzbereiche/ umweltschutzbezogener Umsatz

2008 - 2016, in Millionen EUR



Quelle: Statistisches Amt Saarland 2018, eigene Darstellung
* ab 2015 neue Abschneidegrenzen zur Erfassung von Betrieben lt. Gesetzesnovellierung

Arbeitskammer

Die Unternehmen, die in diesem Segment statistisch erfasst werden, haben in den Jahren nach 2010 kontinuierlich mehr Umweltschutzinvestitionen getätigt. Der Gewässerschutz nimmt den größten Anteil der Investitionen ein. Investitionen in Klimaschutz und Luftreinhaltung wurden verstärkt getätigt und lagen mit jeweils rund 40 Millionen Euro so hoch, wie bisher noch nie.

Nach dem umweltschutzbezogenen Rekordumsatz des Jahres 2015 ging er 2016 wieder auf etwa 2,3 Mrd. Euro zurück. Durch neue Abschneidekriterien bei der statistischen Erfassung werden seit 2015 etwa 65 Betriebe weniger berücksichtigt.

Seit 2010 sind die Umweltschutzinvestitionen im Land gestiegen, wobei die Investitionsrate zwischen den Jahren 2015 und 2016 besonders stark anstiegen ist. Mit einem Anteil von 0,8 % am Bruttoinlandsprodukt liegt der Anteil im Saarland um 0,5 %-Punkte höher als im Bundesschnitt.

Tabelle 1

Anteil der Umweltschutzinvestitionen am BIP

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Saarland	0,4 %	0,3 %	0,4 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,8 %
Bund	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %

Quelle: Statistisches Bundesamt 2018, eigene Berechnungen

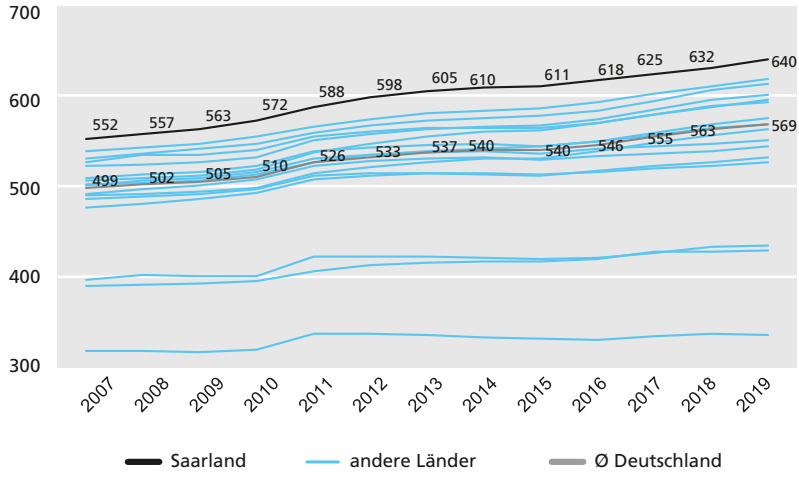
Arbeitskammer

Der Trend zum Pkw erschwert die Verkehrswende im Saarland

Grafik 4

Pkw-Dichte Saarland, Deutschland und andere Bundesländer

2007– 2019, in Pkw pro 1.000 Einwohner



Quelle: Statistisches Bundesamt 2019, Kraftfahrtbundesamt 2019, Stichtag 01.01.

Arbeitskammer

Die Anzahl in Deutschland gemeldeter Pkw hat sich in den vergangenen Jahren stark erhöht. Der Motorisierungsgrad stieg zum Jahr 2018 auf 569 Pkw pro 1.000 Einwohner und erreichte damit einen neuen Höchststand. Im Saarland gibt es Anfang 2019 640 Autos pro 1.000 Einwohner. Damit bleibt das Saarland mit großem Abstand das Bundesland mit der stärksten Pkw-Dichte.

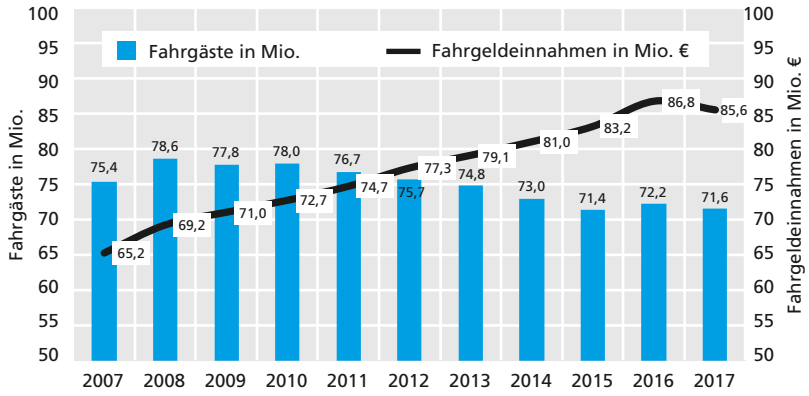
Eine steigende Pkw-Dichte führt aufgrund von Anschaffungen von Zweit- und Drittwagen nicht zwangsläufig zu mehr motorisiertem Individualverkehr (MIV), allerdings widerspricht dieser Trend den Zielsetzungen, Mobilität verstärkt im Umweltverbund zu gewährleisten und somit Klimaschutzpotenziale im Verkehr zu nutzen. Ein Umstieg wird bei hohem Pkw-Besatz unwahrscheinlicher. Eine anhaltende Priorisierung des MIV gegenüber Alternativen erschwert eine nachhaltige Mobilitätsgestaltung. Daher bedarf es Anstrengungen der Landesregierung, nachhaltige Mobilität im Saarland zu ermöglichen, ohne den MIV weiter zu steigern.

Auf der einen Seite muss das bestehende Angebot im Nahverkehr weiter ausgebaut und verbessert werden. Auf der anderen Seite braucht es Steuerungsinstrumente, um den Kauf und die Nutzung des eigenen Pkw so zu beeinflussen, dass die definierten Klimaschutzziele im Verkehrssektor erreicht werden.

Fahrgastzahlen im Nahverkehr entwickeln sich im Saarland gegen den Bundestrend – Stagnation statt Aufschwung

Grafik 5

Entwicklung der Fahrgastzahlen und der Einnahmen aus Ticketverkäufen im saarVV von 2007–2017



Quelle: SNS GmbH (2018), eigene Darstellung

Arbeitskammer

Seit 2004 – dem ersten Jahr, für das vergleichbare Daten vorliegen – ist nach Angaben des Statistischen Bundesamtes die Zahl der Fahrgäste im Liniennahverkehr in Deutschland insgesamt kontinuierlich gestiegen. 2018 war das Aufkommen um 1,4 Milliarden Fahrgäste höher (+14,5 %) als 14 Jahre zuvor. In 2018 stieg im Vergleich zu 2017 die Zahl der Fahrgäste im Nahverkehr um 0,5 % an.

Demgegenüber haben sich die Fahrgastzahlen im saarländischen Nahverkehr negativ entwickelt. Die positive Entwicklung in 2016 kann nicht als Trendwende definiert werden. Es handelt sich dabei um einen Sondereffekt, ausgelöst durch die 2016 stark angewachsene Zahl von Flüchtlingen im Saarland, die auf den Nahverkehr angewiesen waren.

Im gleichen Zeitraum sind die durch den saarVV erzielten Einnahmen aus den Ticketverkäufen bis 2016 kontinuierlich angestiegen. 2017 setzte sich diese Entwicklung erstmals nicht fort.

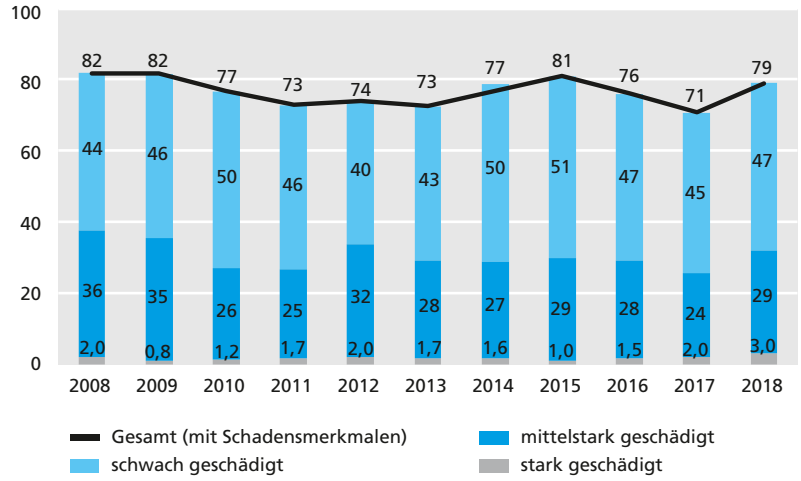
Im Auftrag des Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit, Energie und Verkehr wurden Vorschläge für eine Tarifreform im saarVV erarbeitet. Die zeitnahe Umsetzung dieser Vorschläge ist dringend zu empfehlen, um perspektivisch die Akzeptanz des Nahverkehrs zu erhöhen und neue Fahrgäste für den saarVV zu gewinnen.

Saarländische Wälder leiden unter ungünstigen Witterungsbedingungen

Grafik 6

Geschädigte Waldfläche im Saarland

2008–2018, in Prozent



Quelle: Waldzustandsbericht 2018; eigene Darstellung

Arbeitskammer

Bei Betrachtung der Schadstufenverteilung saarländischer Wälder kann für das Jahr 2018 eine Zunahme von 7 % gegenüber dem Vorjahr festgestellt werden. Über den Gesamtbetrachtungszeitraum allerdings präsentiert sich der Waldzustand stabil. Mit einem Anteil von knapp 80 % geschädigter Waldfläche sind die bisher ergriffenen Maßnahmen kaum ausreichend. 2018 litt die Fichte besonders unter der Hitze des Sommers. Neben zunehmenden Borkenkäferkalamitäten führte auch die Trockenheit zu einem verstärkten Ausfall der Holzernte.

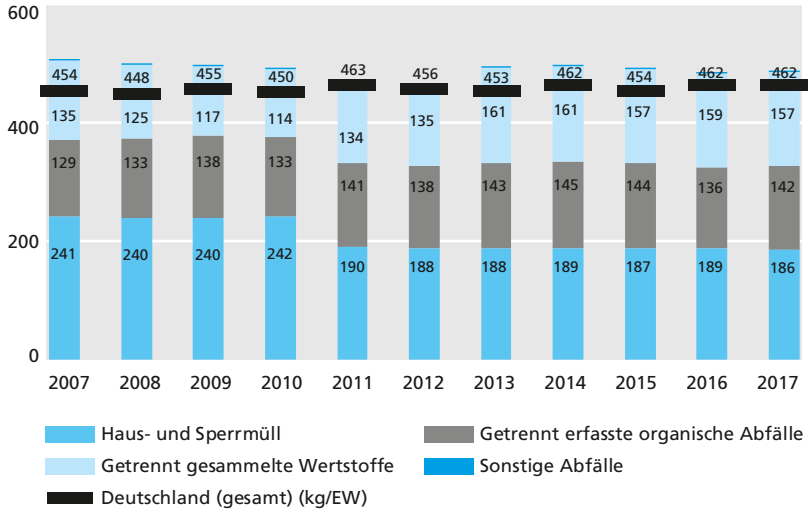
Nach wie vor werden Wälder durch Luftschadstoffe belastet. Die Säurebelastung übersteigt laut saarländischem Umweltministerium (MUV) noch immer das Pufferpotenzial vieler Waldbestände. Vor allem die Stickstoffeinträge übersteigen die Schwellenwerte der Ökosystemverträglichkeit. Auch Ozon wirkt weiterhin waldschädigend. Laut MUV werden die Verträglichkeitsgrenzen für Waldbäume an allen Messstandorten überschritten. Somit werden Immissionsschutz und begleitende Boden- und Waldschutzmaßnahmen eine wichtige Aufgabe für die Landesregierung bleiben; insbesondere, um die Beeinträchtigungen auf die Umwelt zu reduzieren und damit den Klimawandel abzumildern.

Aufkommen von Haushaltsabfällen im Saarland und im Bund konstant

Grafik 7

Haushaltsabfälle

Saarland/Deutschland, 2007–2017, in kg/Einwohner



Quelle: Statistisches Amt Saarland (2018) Arbeitskammer

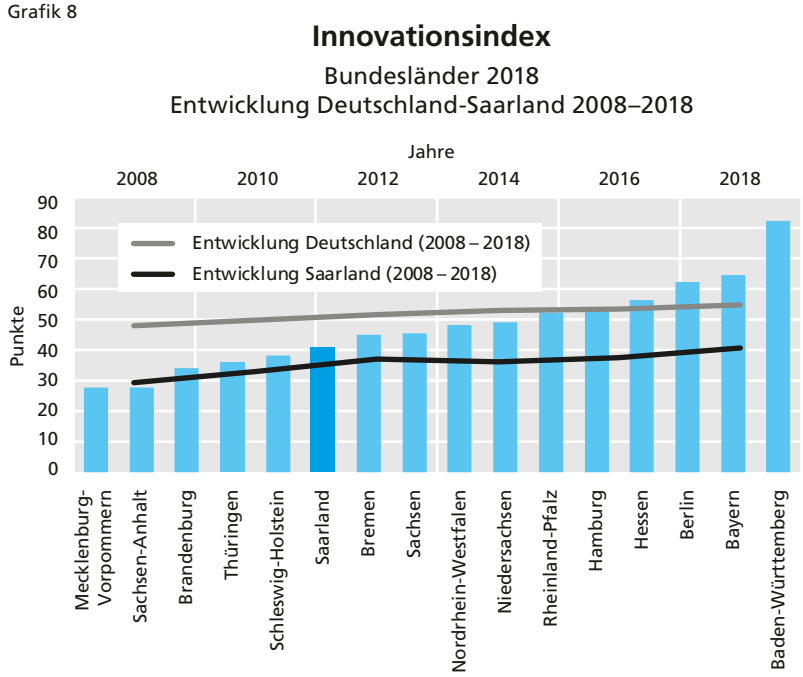
Das Aufkommen der Haushaltsabfälle bleibt weiterhin auf einem konstant hohen Niveau. Im Saarland wurden im Jahr 2017 485 kg Haushaltsabfälle gesammelt, unterteilt in 186 kg Haus- und Sperrmüll, 142 kg getrennt erfasste organische Abfälle, 157 kg getrennt gesammelte Wertstoffe und etwa 1 kg sonstige Abfälle. Verglichen mit den Vorjahren konnte keine Reduktion erzielt werden; der Abstand zu bundesweit erfassten Pro-Kopf-Mengen blieb konstant. Damit liegen die pro-Kopf-Mengen im Saarland etwa 20 kg über dem Bundesschnitt.

Die Menge an Haus- und Sperrmüll konnte im Saarland kontinuierlich verringert werden. Diese Fortschritte bei der getrennten Sammlung von Wertstoffen und organischen Abfällen hatte daran maßgeblichen Anteil, wobei eine Reduktion des Gesamtaufkommens seit 2012 nicht mehr festgestellt werden kann. Auch die Einführung von Wertstofftonnen konnte keine signifikante Abnahme bewirken, weshalb weitere Maßnahmen zur Abfallreduktion unerlässlich bleiben.

Landesregierung und Kommunen sind aufgefordert, neben der Sensibilisierung, angemessene Maßnahmen zu entwickeln, den noch immer anhaltenden Trend steigender Verpackungsabfallmengen umzukehren.

Die Innovationsfähigkeit des Saarlandes hat sich verbessert – die starke Konkurrenz verlangt jedoch weitere Anstrengungen

Grafik 8



Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2018 Arbeitskammer

Der vom Statistischen Landesamt Baden-Württemberg entwickelte Innovationsindex wird in einem zweijährigen Turnus berechnet. Zur Berechnung der aktuellen Innovationsfähigkeit wurden jeweils sechs Innovationsindikatoren herangezogen. Diese sind: die Ausgaben für Forschung und Entwicklung (FuE), das FuE-Personal, die Erwerbstätigen in Hochtechnologiebranchen, die Erwerbstätigen in wissensintensiven Dienstleistungsbranchen, die Erwerbstätigen in wissenschaftlich-technischen Berufen und die Anzahl der Patentanmeldungen.

Zwölf der deutschen Bundesländer liegen im europäischen Vergleich im überdurchschnittlichen Bereich, darunter auch das Saarland, welches sich seit Erhebungsbeginn 2008 stetig verbessert hat. Gerade die 2018 berechnete Dynamik ist stärker ausgeprägt als in anderen Regionen. Allerdings bleibt der Abstand des Saarlandes zu Spitzenregionen noch immer groß. Die gemeinsamen Anstrengungen, die Innovationsfähigkeit des Saarlandes zu steigern, müssen fortgeführt werden. Dabei ist das Potenzial sozialer Innovationsfähigkeit, welches nicht über diesen Index abgebildet wird, stärker zu berücksichtigen.

7 Europa – Chancen und Aufgaben

Im Saarland wird Europa hautnah erlebt, in der Großregion werden die Vorteile Europas schneller erfahrbar als in anderen Landesteilen: beim Bezahlen mit dem Euro in unterschiedlichen Ländern, beim Grenzübertritt ohne Kontrollen und beim Einkaufen in den Nachbarländern. Auch der Arbeitsmarkt in der Großregion wächst immer näher zusammen. Über 231.000 Menschen leben in einem Land und arbeiten in einem anderen. Nicht immer passen alle Arbeits-, Sozial- und Steuergesetze übereinander. Durch Abkommen wird versucht, Regelungen zu finden; aber trotz vieler europäischer Verordnungen und Richtlinien fallen Grenzgänger immer wieder durch das Raster. Durch die Arbeitnehmerfreizügigkeit kommen immer mehr Menschen aus Ost- und Mitteleuropa ins Saarland, um hier zu arbeiten. Wegen mangelnder Sprachkenntnisse werden diese Menschen oft bei der Arbeitsvertragsgestaltung sehr stark benachteiligt: Mindestlohnverstöße, rechtsungültige Kündigungen, Vorenthaltung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall sind keine Seltenheit. Und eine dritte Gruppe, Menschen aus afrikanischen und arabischen Ländern, die als Geflüchtete zu uns kommen, fasst Fuß auf dem saarländischen Arbeitsmarkt.

7.1 Freizügigkeit

Geregelt ist die Freizügigkeit für alle EU-Bürger in der „Richtlinie 2004/38/EG des EUROPÄISCHEN PARLAMENTS und des RATES vom 29.04.2004“. Diese besagt, dass alle Bürgerinnen und Bürger aller Mitgliedsstaaten in der EU das Recht haben, in einen anderen Mitgliedsstaat einzureisen. Sie können sich als Unionsbürger in der EU frei bewegen. Dieses Recht gilt maximal drei Monate. Länger in einem Mitgliedsland bleiben können: Arbeitnehmer, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen, Selbstständige, Auszubildende und Studierende (sofern diese über ausreichende Mittel und Krankenversicherungsschutz verfügen) sowie deren Angehörige.

- Im Saarland betrug nach Zahlen des Statistischen Landesamtes seit dem Inkrafttreten der Arbeitnehmerfreizügigkeit im Mai 2011 der Wanderungsgewinn aus Ländern der EU jährlich zumeist über 2.000 Personen und stieg nach der Freizügigkeitsfreigabe am 01.01.2014 für Bulgaren und Rumänen 2015 gar auf ein Plus von rund 4.000. Der Wanderungsgewinn war gegenüber folgenden Herkunftsländern am stärksten: Rumänien (+1.359), Bulgarien (+657), Italien (+515), Polen (+314), Luxemburg (+273), Ungarn (+223), Türkei (+173), Kroatien (+172), Spanien (+134), Griechenland (+101), Frankreich (+65).

- Für eine quantitative Abschätzung sind auch die Zu- und Abwanderungszahlen beeindruckend: Allein im Jahr 2015 sind aus Rumänien 2.507 Menschen zugewandert und 1.148 aus dem Saarland nach Rumänien fortgezogen. Aus den EU-Staaten sind fast 9.842 ins Saarland zugewandert (zum Großteil aus Osteuropa) und ins EU-Ausland fortgezogen sind 5.900 (+3.961). Aus Asien (wohl primär aus Bürgerkriegsregionen) sind 11.327 zugezogen und nur 733 fortgezogen (+10.600).

Die Bedeutung der Zuwanderung aus Osteuropa auch für den saarländischen Arbeitsmarkt wird nochmal größer, wenn die Arbeitsbedingungen und ihre Effekte berücksichtigt werden. Das Hotel- und Gaststättengewerbe, die Logistikbranche, die Gebäudereinigung, das Baugewerbe und die Landwirtschaft sind Beispiele für Branchen, die heute kaum noch ohne Arbeitskräfte aus anderen europäischen Regionen auskommen. Keineswegs handelt es sich um ein sogenanntes „Level playing field“: Für saarländische Arbeitnehmer und entsendete Beschäftigte gelten eben nicht die gleichen Arbeits- und damit Wettbewerbsregelungen.

Im Land der Erwerbstätigkeit greifen auf Grundlage der EU-Entsenderichtlinie von 1996 zunächst nur Mindestarbeitsbedingungen, wie Mindestlöhne, die aber häufig über Werkverträge und Scheinselbstständigkeit ausgehebelt werden. Angesichts der Gesamtsituation von mehr oder weniger legaler Arbeit und (Sammel-)Unterkunft gegen Lohneinbehaltung, fehlenden Sprach- und Rechtskenntnissen sowie mangelhafter Interessenvertretung muss häufig von „moderner Sklaverei“ gesprochen werden. Dabei sitzen in- und ausländische Beschäftigte in einem Boot: Die niedrigen Arbeitsstandards des Wanderarbeiters führen dazu, dass Druck auf vergleichsweise bessere Arbeitsbedingungen ausgelöst wird.

Ein zunehmendes Problem – insbesondere in der Baubranche – ist laut Berichten des Zolls/Finanzkontrolle Schwarzarbeit (FKS) und der Deutschen Rentenversicherung die Zunahme der international organisierten Schwarzarbeit, die auch im Rahmen der Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder (ASMK) problematisiert wird. Dazu passt, dass zum Beispiel laut Industriegewerkschaft Bauen-Agrar-Umwelt Saar seit 2012 tendenziell die Anzahl der Minijobs im saarländischen Baugewerbe steigend ist (die Verbindung von geringfügiger Beschäftigung und gleichzeitiger vollzeitiger Schwarzarbeit liegt nahe – ein Modell, das auch in der Gastronomie verbreitet ist). Betroffen seien vor allem Rumänen, Bulgaren und Ungarn.

Die Erfahrung der vergangenen Jahre zeigte, dass Beschäftigte aus Osteuropa nicht wissen, wohin sie sich wenden sollen und mehrheitlich nicht deutsch sprechen. Der Zoll als primäre Vollstreckungsbehörde ist hier für die Beschäftigten selbst nicht hilfreich oder zuständig. Gewerkschaften sind allein schon

wegen der Sprachbarrieren überfordert. Zudem gibt es kein niederschwelliges Angebot, das gar eine aufsuchende Beratungsarbeit ermöglicht.

Die Lösung bestand in der Einrichtung einer „Saarländischen Beratungsstelle Wanderarbeit/mobile Beschäftigte“ und deren finanzieller Förderung durch das Land. Da es im Saarland kein derartiges Angebot gab, forderten die Einzelgewerkschaften, der Deutsche Gewerkschaftsbund und die Arbeitskammer mit Nachdruck, im Saarland eine dauerhaft gesicherte Beratungsstelle für mobile Beschäftigte in Kooperation mit der Arbeitskammer einzurichten und zu finanzieren. Diese Forderung hat auch Eingang in die Parteiprogramme zur Landtagswahl im Saarland 2017 gefunden. Im Koalitionsvertrag für die 16. Legislaturperiode des Landtages des Saarlandes (2017–2022) wurde schließlich festgeschrieben, eine „Saarländische Beratungsstelle für Wanderarbeiter und mobile Beschäftigte“ mit finanzieller Förderung durch das Land einzurichten.

Offiziell startete die „Saarländische Beratungsstelle für Wanderarbeit und mobile Beschäftigte“ im Mai 2018. Bei der Arbeitskammer wurden in der Stabsstelle „Grenzüberschreitende Projekte“ die organisatorischen Voraussetzungen geschaffen. Zwei Beraterinnen, eine Bulgarin und eine Rumänin, nahmen die Beratungstätigkeit auf. Die Beratungsstelle ist eingebettet in das Netzwerk „Faire Mobilität“ des DGB und das Netzwerk aller Beratungsstellen im Bundesgebiet.

In den ersten sieben Monaten konnten – trotz des gleichzeitigen Aufbaus der Beratungsstelle, der Netzwerkkontakte zu „Faire Mobilität“ und des Aufbaus und der Begleitung der saarländischen Netzwerke auf Landes- und Kreisebene – bis Ende Dezember schon **118 Beratungsgespräche** durchgeführt werden, davon 73 Beratungen in Rumänisch, 38 in Bulgarisch, 6 in Englisch und eine in Ungarisch.

Häufigste Probleme der Kunden in der Beratungsstelle Wanderarbeit und mobile Beschäftigte waren:

- Lohn wurde nicht gezahlt;
- Kündigung durch den Arbeitgeber;
- Arbeitsunfähigkeit ohne Lohnfortzahlung;
- Kündigung während Krankheit.

In vielen Fällen konnten die Beraterinnen mit den Betroffenen berechtigte Leistungen einfordern. Im Fall eines rumänischen Ehepaars auf einem Bauernhof im Nordsaarland hat die Frau ihre Ansprüche in einer Güteverhandlung per gütlicher Einigung mit dem Arbeitgeber durchsetzen können, beim Ehemann war der Arbeitgeber zu einer Einigung nicht bereit, dieser Fall wird noch in diesem Jahr beim Arbeitsgericht Saarbrücken entschieden.

Über ein Viertel der Ratsuchenden kamen aus der Baubranche, ansonsten aus den Bereichen Hotel und Gaststätten, Reinigungsgewerbe, Logistik und andere.

Im Juli 2018 wurde ebenfalls in der Stabsstelle eine „Arbeitsrechtliche Beratungsstelle für Geflüchtete“ im Rahmen des Netzwerkes IQ Faire Integration eingerichtet. Der dortige Berater spricht Arabisch, Serbokroatisch und Deutsch und die Sachbearbeiterin ebenfalls Arabisch, Englisch und Deutsch. Auch dort ist ein zunehmender Beratungsbedarf zu erkennen.

Beide Beratungsstellen haben auf der Internetseite der Arbeitskammer jeweils eine Vorstellung in Bulgarisch, Rumänisch und Arabisch. Ebenso werden die Informationsmaterialien in den Sprachen der Ratsuchenden vorgehalten.

7.2 Grenzgängerpolitik

Die Europäische Kommission (EK) beschreibt die Notwendigkeit einer grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in ihrer „Mitteilung der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament“ vom 20.09.2017: „Maßnahmen müssen über eine europäische Förderung hinausgehen – Finanzmittel und Investitionen allein können diese anhaltenden Schwierigkeiten (Lavieren zwischen verschiedenen Verwaltungs- und Rechtssystemen in Grenzregionen) nicht lösen.“

Das Verständnis der Menschen für Europa entscheidet sich an der Erkenntnis eines echten Mehrwertes von Europa, Rechtsungleichbehandlungen, zum Beispiel von Grenzgängern, entfernen die Menschen von der europäischen Idee. Darum kommt die EK zum Schluss: „Die territoriale und dabei insbesondere die grenzüberschreitende Zusammenarbeit gelten anerkanntermaßen als Garanten für einen echten Mehrwert für die Menschen in Europa.“

Die Task Force Grenzgänger wurde als Interreg-IV-A-Projekt mit einer Laufzeit von zunächst vier Jahren im Januar 2011 gegründet und dann bis zum 30. Juni 2015 verlängert. Nachdem das Projekt Task Force Grenzgänger sehr erfolgreich gelaufen ist, hat der Gipfel der Großregion bereits am 04.12.2014 den Wunsch nach einer Fortführung des Projektes geäußert. Daraufhin haben die Partnerregionen der Großregion eine neue Strategie und ein erweitertes Konzept für das Projekt Task Force Grenzgänger der Großregion 2.0 entwickelt.

Es gibt drei Schwerpunktaufgaben:

1. Identifizierung von Mobilitätshemmnissen in der Großregion;

2. Einwirkung auf regionale, nationale und europäische Gesetzgebung;
3. präventive Gesetzesfolgenabschätzung in laufenden Gesetzgebungsverfahren.

Die Partnerregionen haben sich darauf verständigt, die Task Force Grenzgänger der Großregion 2.0 (TFG 2.0) mithilfe von EU-Mitteln zu finanzieren. Die Finanzierung des Projektes erfolgt zu rund 60 % über das Programm Interreg V A Großregion und zu 40 % über die Projektpartner.

Organisatorisch und räumlich ist die TFG 2.0 im Referat E/6 „Beschäftigung in der Großregion – Task Force Grenzgänger der Großregion 2.0“ des saarländischen Wirtschaftsministeriums angesiedelt, das die Dienstherrn- und Arbeitgeberfunktion sowie die institutionelle Einrichtung der TFG 2.0 übernommen hat und zugleich auch der federführende Begünstigte des Interreg-Projektes ist.

Um das Projekt effizienter und sichtbarer zu machen, haben sich die ehemaligen Partner darauf geeinigt, die Partnerstruktur erheblich zu erweitern. Statt lediglich einem operativen Partner hat die Task Force Grenzgänger der Großregion 2.0 (TFG 2.0) nunmehr sieben operative Partner. Daneben verfügt die TFG 2.0 über vier strategische Partner.[1] Die Task Force Grenzgänger (TFG) hat im Sinne dieser Mehrwertschaffung nach der Europäischen Kommission in den zurückliegenden Jahren viele Mobilitätshemmnisse in der Großregion identifiziert und Lösungsvorschläge erarbeitet. Genauso wichtig waren aber auch die präventiven Gesetzesfolgenabschätzungen, die die TFG bei bevorstehenden Gesetzgebungsverfahren eingebracht hat.

In den Jahren 2019 und 2020 hat das Saarland den Vorsitz im Gipfel der Großregion und will diesen dazu nutzen, die Herausforderungen der Großregion aufzugreifen und aktiv zu gestalten. Die Landesregierung hat im Koalitionsvertrag formuliert: „Die Alltagsfragen für Grenzgängerinnen und Grenzgänger, gemeinsame Berufsausbildung, gemeinsame Studiengänge und Vorhaben im Bereich der Forschung, Mehrsprachigkeitspolitik, Sicherheit und wirtschaftliche Entwicklung – all dies wird künftig auch auf regionaler Ebene noch mehr an Bedeutung gewinnen.“ Die Verstetigung der TFG 2.0 in eine dauerhafte Struktur im Sinne einer TFG 3.0 wäre ein politischer Erfolg, der die unterschiedlichsten Lebenssituationen und -fragen der Grenzgänger hilfreich mitgestalten könnte.

7.3 Grenzgängerfragen in der Großregion

Die Großregion besteht aus fünf Regionen, vier Ländern, in denen drei Sprachen von 11,6 Millionen Einwohnern gesprochen werden. Flächen-

mäßig erstreckt sie sich über 65.401 km². Die Großregion liegt im historischen Kern Europas, weniger als 300 km von Paris, Brüssel, Rotterdam und Frankfurt und nicht einmal 600 km von London, Berlin, Prag und Mailand entfernt.Geografisch liegt die Großregion inmitten der großen Ballungsgebiete Brüssel, Rhein-Ruhr, Rhein-Main, Rhein-Neckar, Basel-Mülhausen und Paris.

Sie setzt sich aus folgenden Teilregionen zusammen:
1. Deutschland: Saarland und Rheinland-Pfalz;
2. Frankreich: Lothringen;
3. Luxemburg: das Großherzogtum Luxemburg;
4. Belgien: die Wallonie, die Fédération Wallonie-Bruxelles und die Deutschsprachige Gemeinschaft.

Im Jahr 2017 wurde ein rechnerisches Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 390 Milliarden Euro erwirtschaftet, das entspricht ungefähr 2,5 % des BIP der Europäischen Union.

231.000 Pendler überqueren täglich eine der Grenzen, um zu ihrem Arbeitsplatz zu kommen. Der Hauptstrom der Grenzgänger pendelt nach Luxemburg ein, circa 180.000 Einreisende, von denen 90.000 aus Lothringen kommen, und circa je 45.000 aus Deutschland und Belgien. Nach Belgien pendeln circa 30.000 Menschen überwiegend aus dem französischen Raum. Das Saarland nimmt knapp 17.000 Grenzpendler auf, die wiederum überwiegend aus Frankreich kommen, und nach Rheinland-Pfalz pendeln knapp 4.700 Grenzgänger.[1]

Diese unterschiedlichen Grenzgängerströme bringen ganz unterschiedliche Problemlagen zu Tage. Die TFG und die TFG 2.0 haben in den letzten Jahren zu folgenden Mobilitätshemmnissen Lösungsvorschläge erarbeitet:

Sozialrecht
- Berechnungsmethode des Insolvenzgeldes für Grenzgänger, die in Frankreich wohnen und in Deutschland arbeiten;
- neue Berechnungsweise des Differenzkindergeldes in Deutschland;
- Besteuerung von deutschen privaten Krankenversicherungsverträgen in Frankreich;
- zum Begriff der „Kurzarbeit“ bei Grenzgängern im Europäischen Sozialrecht;
- fehlender Unfallversicherungsschutz bei grenzüberschreitenden beruflichen Eingliederungs- und Weiterbildungsmaßnahmen zwischen Deutschland und Frankreich;
- Ende der „Paketlösung“ bei der Berechnung von Familienleistungen für Grenzgänger-Familien;

- Berechnung von Elterngeld für Grenzgänger, die in Frankreich wohnen und in Deutschland beschäftigt sind;
- deutsches Kinderpflegekrankengeld wird auch an Grenzgänger gezahlt;
- neues Gesetz zur Studienbeihilfe in Luxemburg;
- Benachteiligung von Grenzgängern bei der Berechnung des Kranken-, Verletzten- und Mutterschaftsgeldes;
- alle Grenzgänger der Großregion sollen zukünftig Differenzkindergeld erhalten;
- die verpflichtenden Zusatzleistungen der belgischen Mutualités;
- Ausstellung des Formulars U1 durch die luxemburgische Arbeitsverwaltung;
- belgische Laufbahnunterbrechungszulage wird in Luxemburg nicht als Familienleistung angesehen;
- Gewährung von Beihilfen an Arbeitgeber zur Einstellung von arbeitslosen (ehemaligen) Grenzgängern;
- Ende der Benachteiligung von ehemaligen Grenzgängern in der Rentenbesteuerung ist in Sicht.

Steuerrecht

- Auswirkungen der Steueränderung in Luxemburg für verheiratete Grenzgänger aus Deutschland;
- Gewährung einer Steuervergünstigung für unterhaltsberechtigte Kinder in Belgien;
- Besteuerungshoheit in Bezug auf die Löhne von Berufskraftfahrern zwischen Deutschland und Luxemburg;
- Gleichstellung der belgischen Lebenspartnerschaft mit der luxemburgischen Lebenspartnerschaft;
- Besteuerung der in Frankreich lebenden Empfänger von Leistungen der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung;
- steuerliche Behandlung des Arbeitslohns von Mitarbeitern einer deutsch-französischen Institution.

Sonstige Rechtsgebiete

- Grenzüberschreitender Taxiverkehr zwischen Belgien und Deutschland;
- Nachweis der grenzüberschreitenden Weiterbildung von Berufskraftfahrern in der Großregion;
- der deutsche Aufhebungsvertrag im System der französischen Arbeitslosenversicherung;
- grenzüberschreitender Taxiverkehr zwischen Deutschland und Frankreich;
- ärztliche Kontrolluntersuchung von Grenzgängern;
- das Ende der Anwendung der Rechtsprechung „Miethe“ im Bereich der Arbeitslosenversicherung;
- Freistellung von der Arbeitszeit wegen Ausübung eines politischen Mandats „congé politique“;

- Bearbeitung der Reisepassanträge von Deutschen mit Wohnsitz in Lothringen durch grenznahe inländische deutsche Passbehörden;
- grenzüberschreitende Berufsausbildung in der Großregion;
- Kinder von Grenzgängern können einen integrativen Kindergarten in Deutschland besuchen.

Die Arbeitskammer des Saarlandes hat den gesetzlichen Auftrag, sowohl ihre Mitglieder als auch die Politik und die Gremien der Arbeitnehmervertretungen zu beraten. In diesem Zusammenhang hat bei der Arbeitskammer die Grenzgängerberatung eine lange Tradition.

Grenzgänger, die im Saarland arbeiten, sind auch Mitglieder der Arbeitskammer und haben wie alle anderen das Recht, in steuer-, arbeits- und sozialrechtlichen Fragen beraten zu werden. Die Beraterinnen und Berater leisten im Jahr über 44.000 Beratungen, davon entfallen etwa 1.200 auf die Grenzgängerberatung.

Grenzgänger haben in der Regel die gleichen Anfragen wie die saarländischen Beschäftigten (Abmahnung, Kündigung, Mutterschutz, Krankengeld etc.), aber es gibt natürlich auch Probleme bei Grenzgängern, die Einheimische nicht haben: Bezug von Sozialleistungen, Unvereinbarkeit beim Bezug einer Rente (ab 60 Jahre in Frankreich möglich) und der Zahlung von Krankengeld bei einer Arbeit in Deutschland, Anerkennung der Grenzgängereigenschaft, Zahlung von Kindergeld bei Patchworkfamilien.

Bei den Grenzgängern vermittelt die Arbeitskammer auch zu den zuständigen Partnern im Ausland. Die Berater haben gute Kontakte zu den deutschen Krankenkassen, zur französischen und deutschen Rentenversicherung, zum Comité des Frontaliers in Saargemünd, zur grenzüberschreitenden Servicestelle MOSA (Maison Ouverte des Services pour l'Allemagne) in Forbach, zu den Gewerkschaften und zur Arbeitnehmerkammer in Luxemburg.

Aus Sicht der Arbeitskammer haben gerade die Menschen in den Grenzregionen an die Europäische Union, mit Kommission, Rat und Europäischem Parlament, viele Erwartungen. Es gilt, die europäische Idee im alltäglichen Leben erfahrbar zu machen. Darum fordert die Arbeitskammer und setzt sich dafür ein, dass:

- Grenzregionen mehr in den Fokus der nationalen Gesetzgeber kommen müssen;
- Grenzregionen Räume sein müssen, in denen gesamteuropäische Lösungen im Kleinen ausprobiert werden können; dazu brauchen Grenzregionen einen gesonderten Status;

- Institutionen wie der IPR (Interregionaler Parlamentarierrat) und der WSAGR (Wirtschafts- und Sozialausschuss der Großregion) noch stärker mit den regionalen und nationalen Parlamenten zusammenarbeiten müssen;
- dauerhaft Institutionen, wie die Task Force Grenzgänger, in Grenzregionen eingesetzt werden, um die schlimmsten Auswüchse im grenzüberschreitenden Arbeiten zu verhindern;
- eine Harmonisierung der Steuerpolitik erfolgen muss;
- der Umbau des bisherigen wirtschaftlichen Europas zu einem Europa, das den Menschen in den Mittelpunkt stellt, vorangetrieben wird (Mindestlohn, Mindestarbeitsbedingungen, Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse);
- Bildung in der Großregion gestärkt wird;
- eine industrieverträgliche Umweltpolitik in den Fokus rückt;
- eine Verbesserung der grenzüberschreitenden Mobilität/Öffentlicher Personennahverkehr in der Großregion eingeleitet wird;
- die demokratischen Strukturen und die Parlamente gestärkt werden.

Europa ist gerade für Saarländer seit vielen Jahren alltäglich geworden. Die Vorzüge von offenen Grenzen, einer einheitlichen Währung und der Freizügigkeit auf dem Arbeitsmarkt erleben viele fast jeden Tag. Was für uns längst selbstverständlich ist, wird von rechten Strömungen in Europa massiv sabotiert. Die Arbeitskammer steht für ein solidarisches Europa. Ein Europa der offenen Grenzen und sozialen Gerechtigkeit. Die Errungenschaften der Europäischen Union sind in der Tat oft nicht greifbar. Die Debatten um krumme Gurken und mangelnde Mitbestimmungsmöglichkeiten überschatten in der öffentlichen Wahrnehmung häufig die Vorzüge. Zähe Abstimmungsprozesse, neoliberale Kürzungspolitik und hohe bürokratische Hürden machen es nicht einfach, die Akzeptanz europäischer Politik zu steigern.

Mit ihren 17 Thesen zeigt die Arbeitskammer auf, warum Europa vor allem für die Menschen in der Großregion so wichtig ist und warum es sich lohnt, sich für ein solidarisches Europa einzusetzen:

1. Als Europäerinnen und Europäer haben wir die Freiheit, ohne Grenzen und damit auch ohne Kontrollen in andere EU-Länder zu reisen und dort zu arbeiten.
2. Die EU kümmert sich mit Transferzahlungen um strukturschwache Regionen. Es fließt Geld etwa in konkrete Infrastrukturprojekte. Von diesen Mitteln profitiert auch das Saarland, unter anderem im Tourismus.
3. Der europäische Binnenmarkt ist wichtig für die exportorientierte saarländische Industrie und ihre Produkte. Er sichert Arbeitsplätze.
4. Der Euro als gemeinsames Zahlungsmittel macht uns den Alltag als Europäer einfacher.

5. Ein starkes Europa erhöht die Wettbewerbsfähigkeit der EU und der Mitgliedsstaaten gegenüber anderen großen Wirtschaftsblöcken wie etwa den USA und China.
6. Offene Grenzen erhöhen die Chancen für viele tausend Arbeitnehmer, Gute Arbeit zu finden. Die EU entwickelt soziale Mindeststandards für den riesigen Arbeitsmarkt Europa.
7. Mit dem Europäischen Sozialfonds (ESF) unterstützt die EU eine aktive Arbeitsmarktpolitik in den Regionen. Davon profitieren wir hier im Saarland ganz konkret.
8. Die EU-Maßnahmen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention sorgen dafür, dass Barrieren europaweit abgebaut werden.
9. Europa ist der Motor für mehr Klimaschutz – nationale Alleingänge haben im globalen Wettbewerb keine Chance.
10. Eine verbindliche europäische Umweltpolitik hilft, Natur, Umwelt und Tierwelt zu schützen.
11. Mobilität ohne Grenzen. Dank der europäischen Integration werden wichtige Lücken im Schienennetz an den Grenzen geschlossen.
12. Die Möglichkeiten der grenzüberschreitenden Berufsausbildung erhöhen die internationalen Berufschancen.
13. Schüleraustausche, die Möglichkeit doppelter Schulabschlüsse sowie Erasmus-Programme fördern die europäische Identität.
14. Der Zusammenschluss der Hochschulen in der Großregion bietet Studierenden die Möglichkeit, sich multinational auf die Herausforderungen des Arbeitslebens in Europa vorzubereiten.
15. Kultur verbindet. Die EU fördert nicht nur in den Mitgliedsstaaten das kulturelle Leben, sondern insbesondere grenzüberschreitende, kooperative Projekte.
16. Gleichstellungspolitik: Die EU ist mit ihren Leitlinien und Rechtsvorschriften zur Gleichstellung der Geschlechter starker Motor für die nationale Gleichstellungspolitik.
17. Friedenspolitik: Die EU trägt mit ihren Institutionen zur friedlichen Beilegung von Konflikten in Europa bei.[3]

Vgl. https://www.tf-grenzgaenger.eu/ueber-uns/projekt.html

[1] Vgl. Interregionale Arbeitsmarktbeobachtungsstelle: Die Arbeitsmarktsituation in der Großregion – Grenzgängermobilität, Saarbrücken, Januar 2019.

[3] Erläuterungen zu den Thesen unter www.arbeitskammer.de/europawahl

Abkürzungsverzeichnis:

A

AAL	Ambient (oder Active) Assisted Living
AGn	Arbeitsgruppen
AGVP	Arbeitgeberverband Pflege
AhA	Agenturen für haushaltsnahe Arbeit
AHG	Allgemeine Hospitalgesellschaft
AK	Arbeitskammer des Saarlandes
AK DRQ	Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen
ALS	Servicestelle „Arbeiten und Leben im Saarland“
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AP	Altenpflege
ASaar	Landesprogramm „Arbeit für das Saarland“
ASB	Arbeitersamariterbund
ASMK	Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder
AU	Arbeitsunfähigkeit
AWO	Arbeiterwohlfahrt

B

BA	Bundesagentur für Arbeit
BAGS	Bündnis für Arbeits- und Gesundheitsschutz Saar
BAGSS	Berufsakademie für Gesundheits- und Sozialwesen Saarland
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BEST	Beratungsstelle für sozialverträgliche Technologie-gestaltung e. V.
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BGJ	Berufsgrundbildungsjahr
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BGS	Berufsgrundschule
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BVJ	Berufsvorbereitungsjahr
BVPA	Bundesvereinigung der Arbeitgeber in der Pflegebranche

C

cts	Caritas Trägergesellschaft Saarbrücken
ctt	Caritas Trägergesellschaft Trier

D

DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DCV	Deutscher Caritasverband
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DHfPG	Deutsche Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DPO	Dachverband der Pflegeorganisationen und des Hebammenwesens im Saarland
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
DRG	Diagnosis Related Groups
DRK	Deutsches Rotes Kreuz

E

EFRE	Europäischer Fonds für regionale Entwicklung
EK	Europäische Kommission
ELER	Europäischer Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen für lebenslanges
ESF	Europäischer Sozialfonds
Lernen	
EU	Europäische Union

F

FH	Fachhochschule
FiB	Netzwerkstelle „Frauen im Beruf“
FKS	Finanzkontrolle Schwarzarbeit
FPG	Fallpauschalengesetz
FSJ	Freiwilliges Soziales Jahr
FuE	Forschung und Entwicklung

G

GDA	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
GEW	Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft
GKiP	Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
GKP	Gesundheits- und Krankenpflege
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRW	Gemeinschaftsaufgabe Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur

H

HFH	Hamburger Fernhochschule
HRK	Hochschulrektorenkonferenz
htw saar	Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes
HwO	Handwerksordnung

I

iABE	integrierte Ausbildungsberichterstattung
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit
IAT	Institut für Arbeit und Technik
ICN	International Council of Nurses
igft	Institut für Gesundheitsforschung und -technologie der htw saar
IKK	Innungskrankenkasse
ILO	Internationale Arbeitsorganisation
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
INQA	Initiative Neue Qualität in der Arbeit
IPR	Interregionaler Parlamentarierrat
ISG	Otto-Blume-Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V.
iso	Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V.
IW	Institut der deutschen Wirtschaft

J

JFMK	Jugend- und Familienministerkonferenz der Länder

K

KdU	Kosten der Unterkunft
kg	Kilogramm
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KiQuTG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Qualität und zur Teilhabe in der Kindertagesbetreuung
KldB	Klassifikation der Berufe
KMU	Klein- und mittelständische Unternehmen
KoWA	Kooperationsstelle Wissenschaft und Arbeitswelt der Universität des Saarlandes

L

LAS	Landesamt für Soziales
LBO	Landesbauordnung
LPR	Landespflegerat Saarland
LUA	Landesamt für Umwelt- und Arbeitsschutz

M

MAV	Mitarbeitervertretung
MAVO	Mitarbeitervertretungsordnung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes der Krankenkassen
MIV	Motorisierter Individualverkehr
MOSA	Maison Ouverte des Services pour l'Allemagne
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MSE	Muskel-Skelett-Erkrankungen
MSGFF	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes
MUV	Ministerium für Umwelt und Verbraucherschutz des Saarlandes
MVG-EKD	Mitarbeitervertretungsgesetz der Evangelischen Kirche Deutschlands

N

NQR	Nationaler Qualifikationsrahmen
NUBBEK	Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit

P

PAT	Passiv-Aktiv-Transfer
PEPP	Pauschaliertes Entgelt für Psychiatrie und Psychosomatik
PflBG	Pflegeberufegesetz
PflBRefG	Pflegeberufereformgesetz
PflAPrV	Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
PiA	Praxisintegrierte Ausbildung
Pkw	Personenkraftwagen
PNG	Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz
PPP	Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
PpUGV	Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung
PSG	Pflegestärkungsgesetz
psyGA	Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt

S

SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
SBFG	Saarländisches Bildungsfreistellungsgesetz
SBGG	Saarländisches Behindertengleichstellungsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
SHG	Saarland-Heilstätten GmbH
SKG	Saarländische Krankenhausgesellschaft

SOEP	Sozioökonomisches Panel
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SPersVG	Saarländisches Personalvertretungsgesetz
SPG	Saarländische Pflegegesellschaft
STTG	Saarländisches Tariftreuegesetz
SVR	Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration

T

TFG	Task Force Grenzgänger
TV-DRV	Tarifvertrag Deutsche Rentenversicherung
TV-L	Tarifvertrag der Länder
TVöD	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst

U

UdS	Universität des Saarlandes
UKS	Universitätsklinikum des Saarlandes
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen
UniGR	Universität der Großregion
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
UV	Unfallversicherung

V

vdek	Verband der Ersatzkassen
VdK	Sozialverband VdK (ursprünglich: Verband der Kriegsopfer)
ver.di	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
VO-EUFA	Verordnung über die Einführung einer Umlage in der Altenpflegeausbildung

W

WeGebAU	Weiterbildung Geringqualifizierter und beschäftigter älterer Arbeitnehmer in Unternehmen
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WS	Wintersemester
WSAGR	Wirtschafts- und Sozialausschuss der Großregion
WSI	Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut der Hans-Böckler-Stiftung
WuHG SL	Hebammenweiterbildungsgesetz

Z

ZFS	Zukunftsbündnis Fachkräfte Saar
ZSA	Zuständige Stelle Altenausbildungsumlage

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

a) Arbeitskammer

Backes, Elke
Referentin für Behindertenpolitik, Altenpolitik und Rehabilitation

Bechtel, Doris
Referentin für Migrationspolitik

Boos, Jonas
Referatsleiter Konjunktur-, Struktur- und Beschäftigungspolitik

Brandt, Dr. Torsten (Federführung)
Abteilungsleiter Gesellschaftspolitik

Braun, Esther
Referentin für Pflege

Dörr, Andreas
Referent für Pflege

Ertl, Dagmar
Referentin für Arbeitsmarktpolitik

Hau, Lisa
Referentin für Bildungs- und Kulturpolitik

Jacoby, Jörg
Referent für Bildungs- und Kulturpolitik

Kessler, Andrej
Referent für Arbeitsschutz und Arbeitsorganisation

Lutz, Roman
Abteilungsleiter Bildungs- und Wissenschaftspolitik

Nickl, Heike
Referentin für Arbeitsschutz und Arbeitsorganisation

Ohnesorg, Sabine
Referatsleiterin Wissenschaft und Hochschulen

Ott, Christian
Referent für Innovation und Umwelt

Ries, Karsten
Referent für Beschäftigungspolitik

Schmidt, Gertrud
Referatsleiterin Frauen- und Gleichstellungspolitik

Thimmel, Rainer
Referatsleiter Betrieblicher Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz

Ulrich, Egbert
Stabsstellenleiter Grenzüberschreitende Projekte

Webel, Carina
Abteilungsleiterin Wirtschaftspolitik

Zeiger, Beatrice
Geschäftsführerin

b) Extern

Hielscher, Dr. Volker
Wissenschaftlicher Mitarbeiter und stellvertretender Geschäftsführer am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (iso) Saarbrücken;
Sozialwissenschaftler mit Arbeitsschwerpunkten zu Arbeit und Gesundheit, zu sozialer Dienstleistungsarbeit und in der Arbeitszeitforschung

Krupp, Dr. Elisabeth
Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (iso) Saarbrücken;
Pflegewissenschaftlerin mit Arbeitsschwerpunkten in der klinischen Pflegeforschung, zu Versorgung von Menschen mit Demenz sowie zu Pflege und Gesundheit

Meyer, Bernd
M.A. Pflege- und Gesundheitswissenschaftler, Diplom-Pflegewirt, Experte für gerontologische Pflege;
Leiter des Wichernhauses der Stiftung kreuznacher diakonie

Rößler, Jana
Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (iso) Saarbrücken;
Juristin mit Arbeitsschwerpunkten zu Strukturen im Gesundheits- und Pflegesektor, zu innovativen personenbezogenen Dienstleistungen und zum Datenschutz

Abbildungsverzeichnis

Art	Titel	Seite
Tabelle	Leistungen der Pflegeversicherung	34
Grafik	Akteure und Zuständigkeiten in der saarländischen Pflegelandschaft	43
Tabelle	Bevölkerungsentwicklung im Saarland	71
Grafik	Lebenserwartung bei der Geburt	73
Grafik	Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren im Saarland	74
Grafik	Pflegebedürftige im Saarland nach Versorgungsart	77
Grafik	Pflegebedürftige im Saarland 2017 nach Versorgungsart	78
Grafik	Pflegequoten 2017 im Saarland und in Deutschland	80
Grafik	Beschäftigte im Pflegedienst der Krankenhäuser im Saarland	84
Tabelle	Entwicklung der Pflegebeschäftigung im Saarland nach Berufen	85
Grafik	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (einschließlich Auszubildende) in der Pflege nach Geschlecht, Arbeitszeit und Alter im Saarland	87
Tabelle	Entwicklung der geringfügig entlohnten Beschäftigten in der Pflege im Saarland	88
Grafik	Leiharbeitnehmer in Berufen der Kranken- und Altenpflege	89
Grafik	Arbeitslose Krankenpflegekräfte im Saarland	97
Grafik	Arbeitslose Altenpflegekräfte im Saarland	97
Grafik	Arbeitslose und gemeldete Stellen im Pflegebereich	98
Grafik	Personalausstattung europäischer Krankenhäuser	100
Tabelle	Auszubildende in Pflegeberufen im Saarland	102
Grafik	Einrichtungen der stationären Pflege im Saarland	106
Grafik	Ambulante Pflegedienste im Saarland	109
Grafik	Entwicklung des Personals und der Fallzahlen in saarländischen Krankenhäusern bezogen auf das Jahr 2000	113
Grafik	Behandlungsfälle gerechnet auf eine Pflegevollkraft im Jahr 2017 nach Bundesländern	114
Tabelle	Pflegeheime, Plätze und Kosten nach Landkreisen	118
Grafik	Behandlungsfälle gerechnet auf eine Pflegevollkraft im Jahr 2017 nach Bundesländern	120
Grafik	Entwicklung der ambulanten Pflegedienste bezogen auf 1999	124
Grafik	Beschäftigte in ambulanten Diensten und betreute Pflegebedürftige	125

Art	Titel	Seite
Grafik	Versorgte Pflegebedürftige in „Musterpflegedienst“ mit 20 Vollzeitkräften	126
Tabelle	Pflegedienste nach Landkreisen	127
Tabelle	Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen nach Landkreisen	129
Grafik	Unterstützung von Arbeitnehmer/innen bei der Pflege von Angehörigen	147
Tabelle	Maximal zulässige Patientenzahl pro Pflegekraft	160
Grafik	Wirkungszusammenhänge Personalbindung	174
Grafik	Monatliche Bruttoentgelte von Pflegekräften	178
Grafik	Monatliche Bruttoeinkommen in den Pflegeberufen nach Bundesländern, Teil 1: Krankenpflege	179
Grafik	Monatliche Bruttoeinkommen in den Pflegeberufen nach Bundesländern, Teil 2: Altenpflege	180
Tabelle	Bruttostundenverdienste und Frauenanteil nicht akademischer Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte und gleichwertiger Berufe	183
Grafik	Psychische Belastungen im Bereich Pflege und in allen Branchen	193
Grafik	Körperliche Belastungen im Bereich Pflege und in allen Branchen	195
Grafik	„Wie stark wirken sich gegenwärtig die folgenden Sachverhalte auf Ihren Betrieb/Ihre Dienststelle aus?“ (AK-Betriebsbarometer 2018)	196
Grafik	Einhaltung der Arbeitszeiten	200
Grafik	Durchgeführte Gefährdungsbeurteilungen	211
Grafik	Situation der Arbeitnehmervertretungen in der Pflege und in allen Branchen im Saarland 2019	224
Grafik	Generalistische Ausbildung nach PflBG	232
Tabelle	Beispiele für geregelte Heilberufe	243
Tabelle	Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR, Stand 2017)	254
Grafik	Anzahl der Ein- und Auspendelnden im Saarland gesamt	257
Tabelle	Verhältnis beschäftigte Pflegefachkräfte zu Pflegehelferinnen und -helfern	259
Grafik	Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes nach Bundesländern 2018	270
Grafik	Kfz-Exporte nach Zielgebiet 2018	272
Tabelle	Entwicklung im Verarbeitenden Gewerbe nach Wirtschaftsbereichen Januar bis Dezember 2018	275

Art	Titel	Seite
Grafik	Beschäftigungsentwicklung nach Wirtschaftsbereichen	277
Grafik	Arbeitslosenquoten im Saarland und Westdeutschland	282
Grafik	Arbeitslose im Saarland	282
Grafik	Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung 2005 – 2018	283
Grafik	Teilnehmer in arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen	284
Tabelle	Tarifsteigerung 2018	287
Tabelle	Ausgewählte Tarifdaten 2018	287
Tabelle	Bruttostundenverdienste 2018	289
Tabelle	Durchschnittliche Bruttomonatsverdienste nach Wirtschaftsabschnitten im Jahr 2018	292
Tabelle	Durchschnittliche Bruttomonatsverdienste (inkl. Sonderzahlungen) je Arbeitnehmer im Jahr 2018	295
Grafik	Bruttomonatsverdienste der saarländischen Vollzeitbeschäftigten mit und ohne Tarifvertragsbindung im Jahr 2018	296
Grafik	Umsetzungsstand der Gefährdungsbeurteilungen	300
Grafik	Beschäftigungsentwicklung im Saarland 2005 – 2018	306
Grafik	Prekäre Beschäftigung, Anteil an abhängig Beschäftigten	307
Grafik	Arbeitsmarktkennzahlen im Saarland nach ausgewählten Staatsangehörigkeiten	316
Grafik	Bestand an Teilnehmern in Förderung der beruflichen Weiterbildung (FbW) insgesamt im Saarland	321
Tabelle	Bundesteilhabegesetz: Weiteres Vorgehen – Inkrafttreten	327
Grafik	Entwicklung neu abgeschlossener Ausbildungsverträge im Saarland 1997 – 2018	341
Grafik	Verteilung der Neuzugänge auf die drei Sektoren des beruflichen Ausbildungssystems (2008 – 2018)	344
Grafik	Saar-Ausgaben je Schüler an beruflichen Schulen im Vergleich zum bundesweiten Mittelwert 2003 – 2016	351
Grafik	Studierende an den Hochschulen des Saarlandes WS 2008/09 – WS 2018/19	365
Grafik	Studienanfänger (im 1. Hochschulsemester) an den Hochschulen des Saarlandes in den Studienjahren 2008 – 2018	367
Grafik	Bargeld/Sichteinlagen bzw. Kassenkredite der Kommunen 2017	380
Grafik	Endenergieverbrauch Deutschland/Saarland (2006 – 2016)	387
Grafik	Installierte Leistung, Windenergie und Photovoltaik	388

Art	Titel	Seite
Grafik	Investitionen in Umweltschutzbereiche/umweltschutzbezogener Umsatz	389
Tabelle	Anteil der Umweltschutzinvestitionen am BIP	389
Grafik	Pkw-Dichte Saarland, Deutschland und andere Bundesländer	390
Grafik	Entwicklung der Fahrgastzahlen und der Einnahmen aus Ticketverkäufen im saarVV von 2007 – 2017	391
Grafik	Geschädigte Waldfläche im Saarland	392
Grafik	Haushaltsabfälle	393
Grafik	Innovationsindex	394