

6.3 Pflege und Gesundheitswesen unter Druck – nicht nur in Pandemiezeiten

Die Versorgungssituation in der Pflege war bereits vor der Pandemie kritisch – und hat sich im letzten Jahr signifikant zugespitzt. Die Pandemie verschlechterte die Arbeitsbedingungen teilweise so sehr, dass im Notstand die Versorgungsstrukturen für die berufliche Pflege und die zu Pflegenden fast nicht mehr aufrechtzuerhalten waren. Eine erstmalige Erstellung beziehungsweise notwendige Anpassung der Landespläne, die Einführung von bedarfsgerechten Personaluntergrenzen in allen pflegerischen Bereichen und eine vollumfängliche Erstattung der nachgewiesenen Investitionskosten gibt es bis dato im Saarland nicht. Blickt man auf die Ebene der Bundespolitik, so ist es bisher nicht zu einer echten Aufwertung des Berufsbildes gekommen und es sind bei den Beschäftigten während der Pandemie nur Bonus-Einmalzahlungen sowie Aussetzungen von Personaluntergrenzen und von Arbeitszeitstandards angekommen.

Insgesamt ist die Pflegebranche seit langem von einem anhaltenden und sich stetig verschärfenden Personalmangel gezeichnet. Die regulären Personalausfälle durch Erkrankung standen durch die Pandemie einem erhöhten Versorgungsaufkommen gegenüber. Die zusätzlichen Ausfälle des Pflegepersonals durch eine Covid-Ansteckung kamen dazu und waren teilweise nicht mehr zu kompensieren. Ebenso waren Maßnahmen zur Aufstockung des vorhandenen Personals von Teilzeit auf Vollzeit wenig bis kaum erfolgreich. Die Personalakquise außerhalb des eigenen Arbeitsbereiches auf dem freien Arbeitsmarkt gestaltete sich als äußerst schwierig. Das Pflegepersonal ist in der Folge über alle Maßen belastet, sowohl physisch als auch psychisch.

Erstmals wurden im vergangenen Jahr Personen mit Pflegeerfahrung oder einer pflegerischen oder medizinischen Ausbildung von der Landesregierung aufgerufen, die Krankenhäuser und später auch die stationären Pflegeeinrichtungen zu unterstützen, um die pflegerische Versorgung im Land sicherzustellen, da durch die Pandemie ein stark erhöhter Personalbedarf entstanden war. Gesucht wurden sowohl Fachpflegekräfte als auch Hilfspersonal. Des Weiteren wurde kurzfristig ehrenamtliche Unterstützung für einzelne Bereiche gesucht, insbesondere um die Impf- und Teststrategie der Landesregierung weiter zu unterstützen. Die Arbeitskammer des Saarlandes leistete hierbei in allen Bereichen im Rahmen der Amtshilfe Unterstützungsarbeit zur Personalakquise. So wurden beispielsweise Personalangebote für die mobilen Impfteams des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie gebündelt oder Personen zur Unterstützung im Bereich der stationären Altenhilfe organisiert.

Als schwierig stellte sich im vergangenen Jahr zudem die Kontaktnachverfolgung bei SARS-CoV-2-Infektionen insbesondere in der zweiten Welle dar. Durch die Unterpersonalisierung und die schlechte technische Ausstattung der Gesundheitsbehörden standen nicht genug Personen zur Verfügung, um die Kontaktnachverfolgung lückenlos und rasch zu gewährleisten. Es wurden zusätzliches Personal und Behörden zur Unterstützung herangezogen, wie zum Beispiel die Bundeswehr, die jetzt auch bei der Testung und Impfung unterstützt.

Weitere Verschärfung der Arbeitsbedingungen

Die erste Personalakquise zu Beginn der Pandemie hatte nur kurzfristig Entspannung gebracht. Daher wurden sehr schnell verschiedene Öffnungen von gesetzlichen Regelungen umgesetzt, die in der Praxis zur Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in der Pflege- und Gesundheitsbranche führten.

Nach der vollständigen Aussetzung der Verordnung für die neuen Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV) ab dem Frühjahr 2020 wurde die Regelung zum 1. August für die Bereiche der Intensivmedizin und Geriatrie wieder in Kraft gesetzt. In der Folge sind die Kliniken seit Beginn des dritten Quartals 2020 wieder verpflichtet, die Erfüllung der Anforderungen für die Pflegepersonaluntergrenzen nachzuweisen, allerdings nur für die Monate August und September. Für die restlichen sechs pflegesensitiven Bereiche (Kardiologie, Unfallchirurgie, Herzchirurgie, Neurologie, Stroke-Unit und Neurologische Frührehabilitation) blieb die PpUGV bis Ende Januar 2021 ausgesetzt und die Wirksamkeit der Verordnung wurde für das Jahr 2021 in den Abteilungen der Inneren Medizin, der allgemeinen Chirurgie und der Kinderheilkunde sowie in den bereits bestehenden pflegesensitiven Bereichen um vier Wochen verschoben.¹

Auch die Verordnung betreffend Abweichungen vom Arbeitszeitgesetz infolge der COVID-19-Pandemie (COVID-19-Arbeitszeitverordnung – COVID-19-ArbZV) ist zum 31.07.2020 außer Kraft gesetzt worden, hatte aber in der vorangegangenen Zeit die Möglichkeit geschaffen, die tägliche Höchstarbeitszeit auf 12 Stunden zu erhöhen und Ruhezeiten auf 9 Stunden zu verkürzen. Dies hat ebenfalls zu einer Überlastung des medizinischen und pflegerischen Personals geführt.

Die ständige Angst, einer Patientin oder einem Patienten nicht mehr gerecht werden zu können, aufgrund von Zeitdruck und Personalmangel etwas zu übersehen oder einen pflegerelevanten Fehler zu begehen, ist zur täglichen Arbeitsrealität geworden.

Ausbau der Intensivkapazität bei gleichzeitiger Bettenschließung

Während in einigen Häusern zusätzliche Beatmungsgeräte bestellt und Beatmungsplätze eingerichtet wurden, wurde und wird in anderen Bereichen (Intensiv-)Bettenabbau und gar Krankenhausschließung entgegen des von der Landesregierung beschlossenen Krankenhausplanes betrieben. Dies geschieht während der Corona-Pandemie, in der jedes Krankenhausbett dringend benötigt wird. Die Begründung lautet hierbei meist, dass den kleinen Kliniken das qualifizierte Personal und die Ausstattung fehle. Pflegekräfte werden nach wie vor nicht besser bezahlt, dies lässt das Berufsbild folglich weiterhin unattraktiv erscheinen. Es fehlt eine bessere Krankenhausplanung durch das Land, nicht alle Kliniken werden bedarfsabhängig besser ausgestattet. Die Folge: Krankenhausträger ziehen es daher vor, Standorte zu schließen. In der Folge zentralisiert sich die Verfügbarkeit von Leistungen und eine flächendeckende Gesundheitsversorgung steht auf der Kippe.

Fort- und Weiterbildung zu Pandemiezeiten lückenhaft

Durch die aufgetretene Notwendigkeit der zusätzlichen Bereitstellung von Beatmungsbetten und der Aufrüstung in die sogenannten Corona-Beatmungszentren entstand außerdem ein Mehrbedarf an entsprechend qualifiziertem Pflegepersonal. Hierbei ergab sich eine weitere große Herausforderung bei der Akquise von Pflegepersonal mit der Fachweiterbildung „Fachkrankenschwester/in für Intensivpflege und Anästhesie“, deren Bedarf nicht zu decken war.

Es wurden aufgrund der Aufstockung der Intensivkapazitäten „Schnellschulungen“ im Rahmen von mehreren Wochen für die Pflegekräfte ohne Fachweiterbildung für Intensivpflege und Anästhesie zur Verfügung gestellt. Diese Pflegekräfte sollten in den jeweiligen Bereichen, bei Bedarf auch am Beatmungsgerät, eingesetzt werden. Die Entwicklung ist nicht nur im Rückblick höchst kritisch zu bewerten. Es kann hier von einer Deprofessionalisierung in einem höchst sensiblen Bereich im Rahmen von fehlender Ausbildung ausgegangen werden. Hierdurch verändert sich die Versorgungssituation zu Lasten der zu Pflegenden.

Aus dieser Erfahrung heraus fordert die Arbeitskammer mehr Fachpersonal auf Intensivstationen, denn zusätzliches Personal und Springer ohne Weiterbildung werden bereits in den meisten Kliniken eingesetzt. Nicht oder schlecht geschultes Personal kann die Fachkräfte zum Beispiel auf einer Intensivstation nicht ausreichend unterstützen und so eventuell zu einer zusätzlichen Belastung werden. Des Weiteren müssen aus Sicht der Arbeitskammer Möglichkeiten für einen zeitnahen Zugang zur Fachweiterbildung „Fachkrankenschwester/in für Intensivpflege und Anästhesie“ nach Interessenlage der Pflegekräfte geschaffen werden, die sich nicht nach den wirtschaftlichen Belangen der einzelnen Häuser richten. Eine Refinanzierung dieser Fachweiterbildung würde die Häuser bei den Kosten entlasten und somit den Garant für weiterhin ausreichend benötigtes Fachpersonal bilden. Eine bundesweite Initiative wäre hier zu begrüßen.

Gerade im Gesundheits- und Pflegebereich braucht es auf Dauer eine umfassende Bestandsanalyse und Koordination der angebotenen und notwendigen Schulungsmaßnahmen. Eine solche Bestandsaufnahme, wie sie die Arbeitskammer des Saarlandes angeboten hat zu übernehmen, wäre eine solide Grundlage für ein qualitativ hochwertiges Bildungssystem in dem vorgenannten Bereich und würde maßgeblich zur Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes beitragen.

Eine erste, qualitativ hochwertige Maßnahme zur Bündelung dieser Aktivitäten stellt das Weiterbildungsportal des Saarlandes dar, das unter der Regie der Arbeitskammer noch im Jahr 2021 an den Start gehen wird. Des Weiteren bietet die Arbeitskammer seit längerem attraktive Bildungsangebote mit zertifizierten Fortbildungspunkten für den Pflegebereich für ihre Mitglieder an. Diese Maßnahmen werden stetig auf den Bedarf hin überprüft und erweitert, um so den Beschäftigten im Pflegebereich bedarfsangepasste und anspruchsgerechte Bildungsmaßnahmen überwiegend kostenlos zur Verfügung zu stellen.

Krankenhäuser, Finanzierung und deren Lücken – auch bei der Versorgung?

Seit 2018 stellt das Saarland den Krankenhäusern jährliche Finanzierungsmittel in Höhe von 32,5 Mio. Euro für die Deckung der Investitionskosten zur Verfügung. Hierbei zu berücksichtigen ist der Investitionskostenrückstau, der sich auf etwa 433 Mio. Euro beläuft.² Den zu gering gezahlten Investitionskosten des Landes stehen die steigenden Betriebskosten durch Erhöhung von beispielsweise Strom- und Abwasserkosten oder tarifliche Steigerungen der Personalkosten gegenüber.

Die Folge dieser Differenz ist, dass Krankenhäuser andere Einnahmequellen nutzen, um nicht in eine finanzielle Schieflage zu geraten. Dies geschieht beispielsweise durch die Kürzung der Verweildauer und dadurch generierte Behandlungserlöse über die Fallkostenpauschalen. Diese Ausgleichsversuche gehen zu Lasten der zu Pflegenden, aber auch der Beschäftigten, denn die Mittel für Personal werden immer wieder zur Deckung von vorhandenen Kosten in anderen Bereichen zweckentfremdet.

Pandemiebedingt hat sich die Situation der Krankenhäuser weiter verschlechtert. Erheblichen finanziellen Mindererlösen, die sich auch aus dem teilweise staatlich angeordneten Verzicht auf nicht notwendige Eingriffe und dem freiwilligen Verzicht von Patienten auf eine Krankenhausbehandlung ergeben, stehen zusätzliche finanzielle Mehrbelastungen durch den Mehrbedarf an Personal, persönlicher Schutzausrüstung (PSA), Personalbindung für die Testung oder die Schaffung zusätzlicher Aufnahme- und Isolationsräume sowie von Beatmungsplätzen gegenüber.

Die Pauschale für die Freihaltung von Betten bis zum 30. September 2020 betrug nach Angaben der Saarländischen Krankenhausgesellschaft (SKG) rund 139 Mio. Euro und entfiel nach der ersten Welle. In der Zeit vom 30. September 2020 bis zum 17. November 2020 hat kein saarländisches Krankenhaus finanzielle Unterstützung erhalten. Erst mit dem Dritten Bevölkerungsschutzgesetz der Bundesregierung vom 18. November 2020 wurde mit Blick auf die weiterhin dynamische Entwicklung der Corona-Pandemie festgelegt, dass zur Erhöhung der Verfügbarkeit intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten planbare Aufnahmen und verschiebbare Operationen oder Eingriffe ausgesetzt werden sollen. Im Unterschied zur Freihaltung in der „ersten Welle“ im Frühjahr 2020 richtet sich diese Regelung nicht an alle Krankenhäuser, sondern gezielt an solche, die vom Land dazu bestimmt wurden. Im Saarland werden daher fünf Kliniken seit dem 18. November 2020 nach der neuen Regelung überhaupt nicht berücksichtigt (SHG Kliniken Sonnenberg, Diakonie Fliedner Neunkirchen, DRK Mettlach, St. Nikolaus Wallerfangen und die Median Klinik Berus). Sie behandeln zwar Covid-Patienten, erhalten aber kein Sonderentgelt und erhalten keinerlei Ausgleichszahlungen.³

Am 1. September 2020 wurde ferner das Gesetz zur Errichtung eines Sondervermögens „Krankenhausfonds“ im Saarland verabschiedet. Es sieht die Errichtung eines Sondervermögens vor, dem in den Jahren 2020 bis 2022 insgesamt 125 Mio. Euro an zusätzlichen Mitteln zugeführt werden. Mit diesen zusätzlichen Mitteln sowie den weiteren vom Bund im Rahmen des Zukunftsprogramms „Krankenhäuser“ für das Saarland in Aussicht gestellten 36 Mio. Euro stehen

den saarländischen Krankenhäusern für die drei Jahre 2020 bis 2022 insgesamt 161 Mio. Euro zur Verfügung. Im Januar 2021 lagen laut SKG die Ausfälle bei den Einnahmen elf Mio. Euro unter dem Niveau des Vorjahres. Darin wurden die Ausgleichszahlungen schon mitberechnet, sie decken nur rund 63 % der Ausfälle. Dies lässt auf eine zukünftige weitere Umstrukturierung im Land mit dem Wegfall von Kliniken schließen, bei der die flächendeckende Versorgung möglicherweise nicht mehr gewährleistet werden kann.

Steigende Eigenanteile im Bereich der stationären Altenpflege und der ambulanten Pflege und der Sockel-Spitze-Tausch als Lösungsvorschlag

Die Pflegeversicherung in Deutschland ist lückenhaft und wurde mit ihrer Einführung 1994 nicht als „Vollkaskoversicherung“ konzipiert. Die Gesamtkosten der Pflegebedürftigkeit werden auch im Saarland nicht gedeckt, obwohl vorgesehen war, dass nur die Kosten für Unterkunft und Logis (die sogenannten „Hotelkosten“) von den zu Pflegenden getragen werden sollten. Ursprünglich waren mit der sozialen Pflegeversicherung im Wesentlichen drei Ziele verbunden:

1. die Situation der Pflegebedürftigen zu verbessern;
2. die Pflegeinfrastruktur auszubauen;
3. die Sozialhilfeabhängigkeit zu vermindern.

Nach rund 25 Jahren muss man nun konstatieren, dass, trotz vieler Nachbesserungen, keines dieser Ziele umfänglich erreicht wurde.

Die Diskussion um die soziale Pflegeversicherung hat in den letzten Jahren an Fahrt aufgenommen. Die diskutierten Vorschläge reichen von ihrer Umgestaltung über Neugestaltung bis hin zu ihrer Abschaffung. Die steigenden Kosten und deren Refinanzierung sind dabei das zentrale Thema. Bereits 2018 bezogen (laut dem AK-Jahresbericht an die Regierung 2019) rund 40 % der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen Sozialhilfeleistungen.

Eine Versicherung, die mit Ausnahme eines Sockels, nämlich der sogenannten „Hotelkosten“ (im Saarland im Schnitt 872 Euro/Monat), alle sonstigen Leistungen abdeckt, ist aus Sicht der Arbeitskammer zu favorisieren. Müssten die Rentner nur diese Kosten tragen, wäre ein großer Teil von ihnen entlastet und mit den dann wegfallenden Sozialhilfeanteilen auch die Kommunen. Aus Sicht der Arbeitskammer des Saarlandes muss eine Pflegevollversicherung alle Leistungen, die im Zusammenhang mit der Pflege stehen und notwendig, wirtschaftlich und zweckmäßig sind, übernehmen.

Hier wird die Solidargemeinschaft ebenso gefordert wie bei der Krankenversicherung. Darüber hinaus wird eine Vollversicherung, unter Berücksichtigung des Sockels, das Prinzip der Krankenversicherung noch erweitern müssen: Nicht nur Leistungen der Pflege im engeren Sinne, sondern auch Leistungen der Teilhabe, etwa am öffentlichen Leben, gehören zum Umfang einer Vollversicherung. Es sprechen also gute Gründe dafür, die soziale Pflegeversicherung im genannten Sinne einer Pflegevollversicherung umzugestalten. Der sogenannte Sockel-Spitze-

Tausch würde mit einem festen Sockelbetrag die Kosten zukünftiger Qualitätssteigerungen im Solidarprinzip von den Pflegebedürftigen auf alle Versicherten umlegen. Mögliche Kosten- und Beitragssatzsteigerungen müssten dann mit Sekundärreformen (Steuerfinanzierung, Bürgerversicherung) begrenzt werden.⁴

Transformation und Digitalisierung in Pflege und Gesundheitswesen schreitet voran

Im Januar hat das Kabinett auf Bundesebene einen Entwurf zum Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) beschlossen mit dem Ziel, die Digitalisierung in Gesundheit und Pflege voranzutreiben. Mehr digitale Hilfen für Pflegebedürftige, mehr Telemedizin und eine gute digitale Infrastruktur sind die Ziele des Gesetzes zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege. Gerade in der Corona-Pandemie hat sich der Bedarf gezeigt: Von Videosprechstunden bis hin zu Überwachungs-Apps in Kombination mit Sensoren, beispielsweise zur Sturzprophylaxe oder der Blutzuckerüberwachung. Viele dieser Leistungen sollen künftig in die Regelversorgung mit aufgenommen werden und können dann mit der elektronischen Patientenakte verknüpft werden.

Telemedizinische Leistungen, E-Rezepte und deren grenzüberschreitende Nutzung sollen unter Wahrung des Datenschutzes und der IT-Sicherheit so auch genutzt und die erbrachten Leistungen vergütet werden. Auch Entlastungsmöglichkeiten bei der Dokumentation oder im Zusammenhang bei der Erbringung schwerer körperlicher Arbeit werden diskutiert und teilweise eingesetzt. Allerdings gilt es, diesen Prozess weiter kritisch zu begleiten, um so nicht zusätzliche Leistungen der Pflegekräfte durch freigewordene Kapazitäten abzurufen und hier eine echte Entlastung zu erfahren.

Erkenntnisse aus der Krise: Bestehende Versorgungslücken schließen und Pflegepersonal schnellstmöglich entlasten

Obwohl bereits im letzten Jahresbericht an die Regierung gefordert, gibt es auch jetzt noch keinen präzisen Überblick zur aktuellen Versorgungssituation in der Pflege im Saarland. Der letzte Landespflegeplan ist bereits im Jahr 2017 ausgelaufen und ein neuer Pflegeinfrastrukturbericht ist erst für Anfang 2022 geplant. Ein umfassender Bericht über die ambulante und stationäre Pflege sowie die Versorgungssituation der zu Pflegenden liegt also noch immer nicht vor, obwohl gerade in der Covid-19-Lage viele Versorgungslücken, zum Beispiel im Bereich der Tagespflegeeinrichtungen und der ambulanten Pflege, sichtbar wurden.

Betrachtet man den schlechten ambulanten Betreuungsschlüssel des Saarlandes im Vergleich zu den anderen Bundesländern, zeigen sich auch im Blick auf das letzte Jahr keine Änderungen. Insbesondere die Betreuung durch die Tagespflege (die teilweise einfach ohne Ersatz ausgesetzt wurde), die therapeutische Versorgung, fach- und hausärztliche Versorgung sowie andere Gesundheitsdienstleistungsbereiche stellen sich als Problemfelder dar. Ebenso kommt es in vielen Fällen bei der Unterstützung der pflegebedürftigen Menschen durch Angehörige,

durch den Freundeskreis und die Nachbarschaft zu umfassenden Einschränkungen. Dies ist insofern besonders kritisch, da die meisten pflegebedürftigen Menschen, rund 45.000 Personen im Saarland, zu Hause leben.

Für die zu Pflegenden ist es von großer Bedeutung, dass sowohl ambulante Dienste als auch Pflegeheime mit anderen Akteuren im Versorgungsprozess zusammenarbeiten, damit eine lückenlose Versorgung gewährleistet ist. Diese Zusammenarbeit verläuft bisher nicht unbedingt reibungslos und kann zu Schnittstellenproblemen bei der Pflege und der gesundheitlichen Versorgung führen. Es zeigte sich in Bezug auf einige Akteure, dass offenbar aus Sicht der Pflege verstärkt Probleme in den jeweiligen Versorgungssituationen auftraten. In der ambulanten Pflege wurden am häufigsten Krankenhäuser, in der stationären Pflege Krankenhäuser und Facharztpraxen als problematisch in der Zusammenarbeit angesehen. Hier sind beispielsweise die Versorgung mit Hilfsmitteln nach einem Krankenhausaufenthalt zu nennen oder die fehlende Weitergabe notwendiger Informationen an die jeweiligen Pflegeeinrichtungen.

Auch die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern gestaltet sich als schwierig, da der öffentliche Gesundheitsdienst tendenziell überlastet ist.⁵ Als Beispiel dafür kann die teilweise nicht mehr mögliche Kontaktrückverfolgung bei SARS-CoV-2-Infektionen und die zeitweise lange Dauer bis zur Kontaktaufnahme durch das zuständige Gesundheitsamt genannt werden. Was teilweise auch auf nicht abgeglichene Meldedaten zwischen Meldebehörden und Gesundheitsämtern zurückzuführen ist.

Insgesamt betrachtet kommt es während der Pandemie zu einer nachteilig veränderten Lebens- und Versorgungssituation für pflegebedürftige Menschen, egal ob sie sich in der Häuslichkeit (mit oder ohne ambulanten Pflegedienst), in der stationären Altenhilfe oder im Krankenhaus befinden.

Wie bereits geschildert hat sich zudem die Situation für das Pflegepersonal sehr nachteilig entwickelt. Dieses sollte bei einem positiven PCR-Test auch mit geringen oder ohne Symptome (in Corona-Pflegebereichen) weiterarbeiten – während alle anderen Menschen in Quarantäne geschickt wurden. Die hohe emotionale Belastung, eventuell andere Personen anzustecken und dann für einen schweren Verlauf bis hin zum Tode gegebenenfalls verantwortlich zu sein, hat die Attraktivität der Arbeit in diesem Bereich weiter geschmälert. Dies kann auch nicht durch die Zahlung verschiedener kurzfristiger Boni ausgeglichen werden.

Rückwirkend betrachtet kann man von einer für den Pflege- und Gesundheitsbereich sehr hohen Belastung bzw. Überlastung im vergangenen Jahr sprechen. Die Arbeitskammer des Saarlandes weist deshalb noch einmal darauf hin, dass ein wertschätzender Umgang und eine leistungsgerechte Bezahlung, gute Arbeitsbedingungen – auch mit Blick auf den Arbeitsschutz – neben der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben unabdingbare Voraussetzungen für die Akquise von Rückkehrerinnen und Rückkehrern und die Gewinnung von jungen Menschen zur Aufnahme einer Ausbildung im Pflegeberuf sind.

Hierzu sei auch auf den Bericht zur Studie „Ich pflege wieder, wenn ...“ der Arbeitskammer Bremen und des SOCIUM der Universität Bremen hingewiesen. Es wurde untersucht,

welche Bedingungen die Bereitschaft von dringend benötigten Pflegekräften zur Rückkehr in ihren Beruf oder zur Erhöhung ihrer Stundenzahl positiv beeinflussen können, da hier ein großes Potenzial zu heben ist.⁶

Die Rückkehr oder Aufstockung der Stunden ist für die befragten Pflegekräfte jedoch nur eine Option, wenn das Arbeiten unter den nachfolgenden Bedingungen ermöglicht wird: den eigenen Ansprüchen entsprechend, unter Anerkennung ihrer eigenen Expertise pflegen zu können, mit Wertschätzung vom Vorgesetzten, mit der betrieblichen Mitbestimmung, mit der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben und dem Erhalt der physischen und psychischen Gesundheit sowie einer der Verantwortung gerechten Bezahlung. Dies motiviert nicht nur zum Wiedereinstieg oder zur Aufstockung der Arbeitsstunden, sondern wird sich auch bei der Personalbindung und dem Verbleib im Beruf sowie bei der Wahl eines Ausbildungsplatzes bemerkbar machen.

Ergebnisse und Forderungen der Arbeitskammer

- Die Arbeitskammer fordert die Landesregierung auf, die Landespläne im Gesundheits- und Pflegebereich strikt durchzusetzen – gerade im Hinblick auf den Mehrbedarf an Betten, die Schließungen von Krankenhäusern und deren finanziellen Notlagen. Die Arbeitskammer fordert, den bereits 2017 ausgelaufenen Landespflegeplan jetzt zeitnah, gerade wegen den aufgetretenen Versorgungslücken, zu überarbeiten und umzusetzen.
- Das DRG-System, das nicht am tatsächlichen (Pflege-)Bedarf der zu Pflegenden, sondern rein am Gewinn orientiert ist, muss abgeschafft und auf dem Weg zu einer wissenschaftlich basierten Personalbemessung die PPR 2.0 umgehend eingeführt werden.
- Eine bedarfs- und qualitätsangepasste Bildungsanalyse für den Gesundheits- und Pflegebereich muss, wie von der Arbeitskammer des Saarlandes bereits angeboten, schnellstmöglich durchgeführt und mit passgenauen Maßnahmen unterstützt werden. Dies trägt neben einer wertschätzenden und verantwortungsangepassten Bezahlung zur Attraktivität des Berufsfeldes und zur Entlastung des Pflegepersonals bei.
- Psychologische Betreuung für die Pflegekräfte auf den Corona-Intensivstationen muss in verschiedenen Unterstützungsformen als Entlastungsangebot vorgehalten werden, um der emotionalen Überlastung mit Krankheitsfolge vorzubeugen.

-
- ¹ Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV): Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Gesetze im Internet: https://www.gesetze-im-internet.de/ppugv_2021/PpUGV.pdf (zuletzt abgerufen 12.03.2021).
 - ² Landtag des Saarlandes (16. Wahlperiode): 16. Sitzung am 13. Juni 2018, Zweite Lesung des Gesetzes zur Änderung des Saarländischen Krankenhausgesetzes, S. 905f.
 - ³ Landtag des Saarlandes - Ag16_1595.pdf (landtag-saar.de) (zuletzt abgerufen 12.03.2021).
 - ⁴ Rothgang, Heinz: Eine Pflegeversicherung für die nächsten 25 Jahre. Warum eine Revolution notwendig ist und wie sie aussehen könnte. Universität Bremen, 2019. SOCIUM Forschungszentrum. <https://www.socium.uni-bremen.de/lib/download.php?file=163ada6ad9.pdf&filename=2019-11-19%20Rothgang%2025%20Jahre%20Pflegeversicherung.pdf> (zuletzt abgerufen 12.03.2021).
 - ⁵ Deutsches Ärzteblatt (2020b): Im öffentlichen Gesundheitsdienst fehlen 10.000 Fachkräfte, Ausgabe vom 16.07.2020. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/114749/Im-oeffentlichen-Gesundheitsdienst-fehlen-10-000-Fachkraefte> (zuletzt abgerufen 12.03.2021).
 - ⁶ Auffenberg, Jennie; Heß, Moritz: Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern. Bericht zur Studie „Ich pflege wieder, wenn ...“ der Arbeitskammer Bremen und des SOCIUM der Universität Bremen, 2021.