

Entwicklungsprojekt KOPA_ Kooperative Pflegearbeit in der Uckermark

Phase 1: Analyse der bestehenden Potentiale und Hemmnisse

a) **Gespräche zur Projektvorstellung, Absprachen zur Projektbegleitung und -beratung**

b) **Recherchen**

Phase 2: Sensibilisierung der Akteure und Gewinnen von Partnern sowie eine Analyse bestehender Potentiale und Hemmnisse

Die Erhebung der Situationen, der aktuellen und zukünftigen Herausforderungen in den einzelnen Pflegediensten und Pflegeheimen beinhaltete auch die Sensibilisierung für kooperative Modelle der Arbeitsorganisation sowie die Abfrage der Bereitschaft für die Beteiligung an Modellen des überbetrieblichen kooperativen Personalmanagements und Personalentwicklung.

Dazu wurden insgesamt bisher mit 23 Pflegeeinrichtungen Gespräche nach einem Gesprächsleitfaden geführt (Dauer von 1,5 bis 3 Stunden). Davon wurden 21 vor Ort besucht, 16 mit rein ambulanten Diensten, drei mit ambulanten Diensten und stationärer Einrichtung und zwei rein stationäre Einrichtungen. Mit zwei Pflegediensten wurden die Gespräche telefonisch geführt.

Einbezug internationaler Expert*innen

Zu der derzeitigen Lage von Arbeitgeberzusammenschlüssen (AGZ) und speziell zu AGZ im Gesundheitsbereich gab es eine kleine Web-Konferenz (3 Stunden) mit dem Ressourcenzentrum (CRGE) der französischen Region Aquitaine (regionaler Zusammenschluss der AGZ im Südwesten Frankreichs) sowie des AGZ-Ressourcenzentrum in Österreich (St. Pölten und Wien).

Zur Phase 3

Die geführten Gespräche sind weitgehend verschriftlicht und teilweise ausgewertet (siehe Zwischenfazit), derzeit werden die quantitativ erhobenen Daten tabellarisch erfasst und in Diagrammen dargestellt.

Kurzes Zwischenfazit:

a) Arbeits-/Fachkräftesituation

Alle Unternehmen beschreiben den zunehmenden Arbeits- und v.a. Fachkräftemangel in der Region: „Wir konkurrieren um die Fach- und Arbeitskräfte, aber nicht mehr um Klienten“ ist die einhellige Aussage. Fast alle haben große Probleme mit der Personalsituation, im stationären Bereich lassen sich z.T. die Fachkräftequoten nicht mehr halten.

Einige kommen an Grenzen und bewältigen das mit unterschiedlichen, z.T. „prekären“ Strategien:

Ambulante Pflegedienste

- konzentrieren sich mehr auf die Pflege von Menschen in von ihnen betreuten Wohngemeinschaften
- begrenzen ihren Aktionsradius auf einen Ort und den näheren Umkreis (keine weiten Touren mehr)
- grenzen ihr Leistungsportfolio ein

Stationäre Einrichtungen

- nutzen auch teilweise Zeitarbeit zur Abdeckung kurzfristiger Bedarfe
- greifen auf externe Dienstleister zurück (selbständige Einzelunternehmer*innen in der Pflege)

Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände bauen z.T. interne „Pools“ auf und zentralisieren bestimmte Dienstleistungen.

Einzelunternehmen nutzen in vielen Fällen externe Dienstleister für übergreifende Aufgaben: Qualitätsmanagement, Arbeitsschutz, Mobilitätsdienstleister, Hausmeister.

Teilweise existieren auch „informelle“ punktuelle Kooperationen im Personalbereich – „befreundete“ Pflegedienste helfen sich gegenseitig mit Arbeitskräften aus.

b) Probleme und Herausforderungen einer wachsenden Pflegequote in einer „alternden Region“:

Es gibt, so die Meinung und Erfahrung aller, schon jetzt einen Pflegenotstand, d.h. viele Pflegebedürftige werden nicht mehr adäquat versorgt. Das verdeutlicht sich dadurch, dass im Schnitt die ambulanten Pflegedienste 1 bis 8 Anfragen pro Woche bekommen, die sie meist alle abweisen müssen. Währenddessen steigt die Pflegequote immer weiter an, schon jetzt haben mehr als 9,2 % der der Bewohner*innen des Landkreises eine Pflegestufe (BB: 6,1 %, D: 5,0 %).

Die stationäre Quote in der Uckermark sinkt dramatisch,

von **2009**: UM 17,00 % (BB 24,5 %; D 30,7 %) auf **2019**: UM **9,8%** (BB 16,1%; D 19,82 %).

Das bedeutet die stationäre Pflege ist inzwischen zum großen Teil medizinische Intensivpflege. Viele Menschen, die eigentlich eine stationäre Versorgung benötigen, können in der Uckermark nicht mehr entsprechend versorgt werden. Im stationären Bereich steigt damit nicht nur der Anspruch an die Fachkräfte, sondern auch an die pflegerischen Hilfskräfte und Betreuer*innen.

Die zurückgehende Versorgungsquote im stationären Bereich geht einher mit immer stärkeren Herausforderungen im ambulanten Bereich, aber auch im Bereich der familiären Pflege (Pflegegeld) sowohl was die Quantitäten angeht, aber eben auch die wachsenden Anforderungen an die Pflege und Betreuung von immer mehr Menschen mit hohen Pflegestufen, die allein durch Angehörige bzw. mit Unterstützung ambulanter Dienste im häuslichen Bereich oder in WGs oder anderen alternativen Wohnformen versorgt werden müssen.

Kooperationen von Arbeitgebern zur Organisation von Arbeit über die Betriebsgrenzen hinweg, eröffnen Möglichkeiten, Arbeit effektiver und flexibler zu organisieren und damit einerseits für Arbeitgeber*innen die Spielräume zu erhöhen, Kosten zu senken und die Bindungs- und Entwicklungsmöglichkeiten des Personals zu stärken als auch für die Beschäftigten die Attraktivität der Arbeit zu erhöhen z.B. durch mehr Möglichkeiten der Vereinbarkeit und besseren Entwicklungsmöglichkeiten.

Überblick über die Ergebnisse der Gespräche:

Grundsätzlich ist zu konstatieren, dass alle Befragten sehr skeptisch in die Zukunft blicken. Allen ist bewusst, dass es so nicht weitergeht wie bisher: Der Arbeits- und Fachkräftemangel wird weiterwachsen, die Herausforderungen in der Pflege von immer mehr Pflegebedürftigen mit zunehmendem Pflegebedarf sind eigentlich schon jetzt nicht mehr zu bewältigen.

a) AGZ – Bereitschaft

1. Die Bereitschaft, sich an einem Arbeitgeberzusammenschluss zu beteiligen, ist sehr hoch.
2. Vorbehalte

„Alte“ und gegenwärtige Konkurrenzserfahrungen bestehen durchaus: „Es gibt Pflegedienste, mit denen ich zusammenarbeiten kann und das derzeit auch tue, mit anderen kann ich mir das nicht vorstellen“: Kein Vertrauen, Qualitätsunterschiede, unterschiedliche „Pflegeverständnisse“, unterschiedliche Vorstellungen von Pflegearbeit.

3. Zentrale Frage: Womit beginnen? (s.u.)

Wo gibt es den drängendsten Bedarf und eignet sich dieser Bedarf für den Einstieg in einen AGZ?

4. Gibt es formale Hemmnisse?

Finanzierungen/Abrechnungen von Leistungen, Bezugspflege und arbeitsrechtliche Hürden.

b) Erster Überblick über Bedarfslagen für einen AGZ (Auswahl)

1. Übergreifende Ziele/Erwartungen, die mit AGZ verbunden werden:

- Unterstützung bei der Akquisition von Arbeits- und Fachkräften
- Unterstützung bei der Einarbeitung durch den Verbund
- Erhöhung der Arbeitsqualitäten
- stärkere Fachkräftebindung
- mehr Flexibilitätsmöglichkeiten
- Ermöglichung von **Vereinbarkeit** (Kinderbetreuung und Pflege)
- mehr Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Arbeitszeitgestaltung
- bessere Zusammenarbeit im Team
- weniger Konflikte durch mehr Mitbestimmung
- Unterstützung bei einer strategischen Personalpolitik durch das AGZ Management

2. Punktuelle und vorübergehende Bedarfe

Das ist ein drängender und wachsender Bedarf.

Mit diesen punktuellen Bedarfen ist es schwer, einen AGZ zu beginnen, da der AGZ ja keine Arbeitskräfte „vorhalten“ kann, die flexibel abzurufen sind. Eine solche Poolwirkung entsteht erst bei einem größeren AGZ durch eine Minderauslastung in einzelnen Mitgliedsbetrieben.

3. Auslasten von Spezialisten

Medizinisch-pflegerische Fachkräfte, die in ihrem Kompetenzfeld nicht vollständig ausgelastet werden können, könnten in der Kooperation angestellt und durch mehrere Betriebe ausgelastet werden.

4. In-sourcen von externen Dienstleistungen

Auch Fachkräfte/Spezialist*innen aus angrenzenden Bereichen könnten im AGZ eingestellt und betriebsübergreifend ausgelastet werden: Spezielle Logopäd*innen (Menschen, die langzeit-beatmet werden, müssen wieder „sprechen lernen“), Physiotherapeut*innen für Klienten der Intensivpflege. Weiterhin gemeinsame Anstellung und Auslastung von Frisör*innen, Podolog*innen, Kosmetiker*innen etc. Hier wäre auch der Vorteil, dass diese mobil eingesetzt werden könnten.

Weitere Bereiche: Hausmeisterdienste, Pflege/Wartung von Fahrzeugen.

5. Mobilität

Gemeinsame Organisation der Mobilitätsdienstleistungen: Anstellung von Fahrer*innen: Fahrten zu Ärzt*innen, in die Tagespflege, gemeinsame Ausflüge, Tagesfahrten u.a. Dazu kommen Bringe-dienste: z.B. Essenslieferungen, Sanitärbedarfe, Apothekenanfahrten.

6. Gemeinsame Pflegeberatung

Beratung und Qualifizierung von Angehörigen im Verbund.

7. Betreuungsleistungen und haushaltsnahe Dienstleistungen

Hier liegt eine Zukunftsaufgabe – die Trennung von professioneller Pflege von Betreuungsleistungen und haushaltsnahen Dienstleistungen. Die Einbettung des zu Pflegenden in ein funktionierendes soziales Umfeld, in familiäre und/oder nachbarschaftliche Betreuung und soziale örtliche Strukturen sind ausschlaggebend für gute und transparente Pflege. Diese „Trennung“ und die Einbindung von Pflege in solche Strukturen erfordern

Koordinationsleistungen und die Unterstützung des Aufbaus und des Erhalts von entsprechenden Strukturen und Leistungen vor Ort (Konzepte von caring communities, neue Aufgaben für die Kommune etc.). Hier kann das AGZ-Management eine zentrale Rolle bei der Organisation und Koordination von Pflegearbeit, Betreuung und soziale Einbettung spielen.

8. Verbund-Ausbildung

Die ab 2021 verbindliche generalisierte Ausbildung erfordert Ausbildungsnetzwerke und -kooperationen. Diese könnten Grundlage auch für Kooperationen im Bereich Weiterbildung und letztlich auch im Bereich der gemeinsamen Fachkräfte/Arbeitskräfteauslastung sein.

9. Entsprechend der Verbund-Ausbildung – Verbundweiterbildung

Kooperative Einarbeitung, Integration von fachfremden Arbeitskräften, Anpassungsqualifizierung, betriebliche Weiterbildung gemeinsam organisieren im AGZ.

10. Unternehmensübergreifend organisierte zentrale Dienstleistungen

Aufbau von betrieblichem Gesundheitsmanagement für die Mitgliedsbetriebe des AGZ: Einstellung von entsprechenden Fachkräfte: Physiotherapeutinnen, Massage. Organisation gemeinsamer Kinderbetreuung – „Betriebskindergarten“.

11. Einbindung andere Branchen

In fast allen Bedarfsfeldern ist eine Einbindung von Betrieben aus anderen Gesundheitsbereichen (niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, Sanitätshäuser, aber auch aus anderen Branchen (Bildung, Erziehung, Wohnungswirtschaft, darüber hinaus auch Tourismus, Handel über das Handwerk bis zur Landwirtschaft) denkbar und sinnvoll: Mobilität, gemeinsame zentrale Dienstleistungen (Qualität, Arbeitsschutz).

12. Einbindung pflegender Angehöriger

Pflegende Angehörige könnten in AGZ eingebunden werden, wenn sie Arbeitgeberfunktion übernehmen, z.B. bei „24 Stunden-Pflege“.

Gesprächspartner:

Verbände: bpa Arbeitgeberverband und Landesverband, **Private Pflegeanbieter: 21 Pflegedienstleister in der Uckermark, Wohlfahrtsverbände:** DPW, DRK Kreisverband Uckermark West/Oberbarnim e.V., AWO Kreisverband Uckermark e.V., Volkssolidarität Kreisverband Uckermark e.V., Diakonie Prenzlau, **Landkreis Uckermark, MSGIV Brandenburg , MWAE Brandenburg, Pflegeschule MSU Prenzlau, Weitere Pflegeberater*innen und -expert*innen, Krankenkasse AOK Nord-Ost**

Vielen Dank allen Beteiligten der Machbarkeitsstudie, besonders unseren Gesprächspartnern, der Investitionsbank des Landes Brandenburg sowie dem Land Brandenburg-Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Energie. Kofinanziert wurde das Projekt aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds.