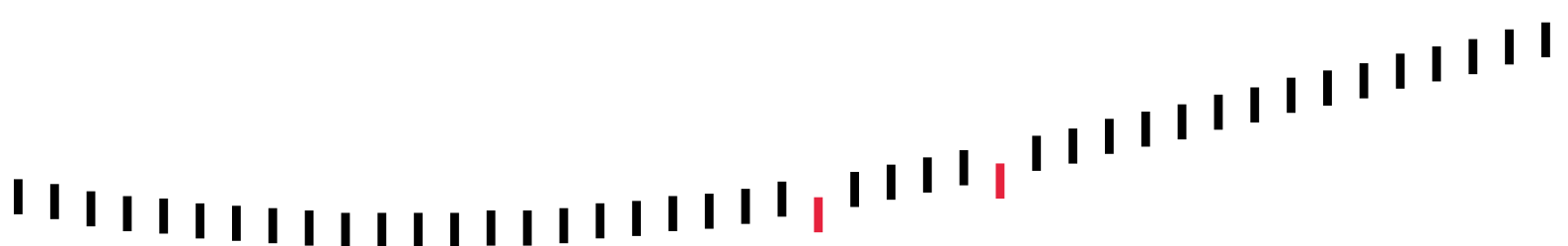


Schlussbericht

RFA Bundesgesetz über Arbeitsbedin- gungen in der Pflege

Regulierungsfolgenabschätzung

Basel , 23.01.2024



Impressum

Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Regulierungsfolgenabschätzung

Schlussbericht

23.01.2024

Auftraggeber: Bundesamt für Gesundheit BAG und Staatssekretariat für Wirtschaft SECO

Autor/innen: Miriam Frey (Projektleitung), Mirjam Suri, Dominic Voll

BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG

Aeschengraben 9

CH-4051 Basel

T +41 61 262 05 55

contact@bss-basel.ch

www.bss-basel.ch

Unser Dank gilt den Vertreterinnen und Vertretern aus den Institutionen und den befragten Fachpersonen, die an der Studie intensiv mitgewirkt haben und ihr Wissen, ihre Erfahrungen und ihre Einschätzungen mit uns geteilt haben. Weiter danken wir dem BAG und dem SECO für die konstruktive Zusammenarbeit.

© 2024 BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG

Inhalt

Executive Summary	vi
Résumé.....	xii
1. Ziel und Methodik	1
1.1 Einleitung.....	1
1.2 Methodik.....	2
1.3 Untersuchungsgegenstand.....	3
2. Prüfpunkt 1: Handlungsbedarf.....	8
3. Prüfpunkt 2: Alternativen	14
4. Prüfpunkt 3: Auswirkungen auf Akteure	21
4.1 Ankündigungsfrist Dienstpläne.....	21
4.2 Wöchentliche Normalarbeitszeit.....	25
4.3 Maximale Anzahl Überstunden	26
4.4 Arbeitszeit bei Bereitschafts- und Pikettdienst	28
4.5 Kompensationen Nacht, Sonntag, Feiertag	29
4.6 Bezahlung der Umkleidezeit.....	31
4.7 Bezahlte Pausen.....	33
4.8 Kompensationen für ungeplante Einsätze	33
4.9 Verworfenen Massnahmen.....	39
4.10 Übersicht	49
5. Prüfpunkt 4: Gesamtwirtschaft	53
5.1 Gesundheitsversorgung	53
5.2 Kosten	54
5.3 Gesellschaft	55
6. Prüfpunkt 5: Vollzug	56
7. Fazit.....	57
Literatur	61
A. Anhang.....	63
A.1 Methodik.....	63
A.2 Übersicht GAV	65
A.3 Ergänzende Auswertungen	73

Tabellen

Tabelle 1	Online-Befragung.....	2
Tabelle 2	Lohnfortzahlung, aktuelle Situation.....	46
Tabelle 3	Übersicht GAV zu den vorgesehenen Massnahmen.....	65
Tabelle 4	Übersicht GAV zu den verworfenen Massnahmen.....	70

Abbildungen

Abbildung 1	Wirkungsmodell	7
Abbildung 2	Gründe für Berufswechsel/-verbleib und Massnahmen	13
Abbildung 3	Alternative Regelungen	20
Abbildung 4	Ankündigungsfrist des Dienstplans, aktuelle Situation nach Bereich	22
Abbildung 5	Möglichkeit Wünsche bei der Dienstplanung zu berücksichtigen	22
Abbildung 6	Bei aktuell kurzer Ankündigungsfrist Dienstpläne, Auswirkungen	24
Abbildung 7	Überstunden pro Woche, aktuelle Situation	27
Abbildung 8	Kompensationen Nacht- und Wochenendarbeit, aktuelle Situation.....	30
Abbildung 9	Bezahlte Umkleidezeit, aktuelle Situation	32
Abbildung 10	Kompensation Dienstplanänderung, aktuelle Situation nach Bereich	34
Abbildung 11	Umgang mit kurzfristigen Ausfällen	35
Abbildung 12	Kompensation Dienstplanänderung, Auswirkungen Zufriedenheit	37
Abbildung 13	Kompensation Dienstplanänderung, Auswirkungen Personalpools	38
Abbildung 14	Kantonale Vorgaben zum Personalschlüssel bei APH, Jahr 2022	40
Abbildung 15	Grade-Mix, nach Versorgungsbereich, Jahr 2019	41
Abbildung 16	Unbezahlter Urlaub, aktuelle Situation.....	47
Abbildung 17	Reduktion Arbeitspensum, aktuelle Situation	48
Abbildung 18	Wichtigste Regelungsbereiche	50
Abbildung 19	Anteil Institutionen mit GAV, verschiedene Merkmale	52
Abbildung 20	Änderung Dienstplan nach Bekanntgabe	73
Abbildung 21	Skill-Grade-Mix	73

Executive Summary

Ziel und Methodik

Am 28. November 2021 wurde die Initiative «Für eine starke Pflege» vom Schweizer Stimmvolk angenommen. Im Rahmen der Umsetzung soll u.a. ein Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege erarbeitet werden. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) haben die Firma BSS Volkswirtschaftliche Beratung mit einer Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) zu diesem Gesetz beauftragt. Das Gesetz beinhaltet gem. Vorentwurf folgende Massnahmen:

1. Ankündigungsfrist Dienstpläne von mindestens 4 Wochen
2. Wöchentliche Normalarbeitszeit zwischen 38 bis 42 Stunden
3. Regelung der maximalen Anzahl Überstunden
4. Regelung der Arbeitszeit bei Bereitschafts- und Pikettdienst sowie deren Kompensation
5. Regelung der Kompensation von Überstunden, Nacht-/Sonntags- und Feiertagsarbeit
6. Bezahlung der Umkleidezeit
7. Bezahlte Pausen
8. Kompensationen für ungeplante Einsätze

Die konkreten Regelungen in den einzelnen Bereichen werden folgen. Als Daten- und Informationsbasis zur Durchführung der RFA wurden eine Online-Befragung bei Institutionen aus allen Versorgungsbereichen durchgeführt (423 Teilnehmende) sowie 29 Fachpersonen interviewt und zwei Fokusgruppengespräche durchgeführt. Weiter wurden Literatur und Statistiken aufbereitet.

Prüfpunkt 1: Handlungsbedarf

Der Handlungsbedarf zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege ist bei den befragten Akteuren unbestritten. Bei Pflegefachpersonen besteht ein Fachkräftemangel, der sich aufgrund der demografischen Entwicklung künftig noch akzentuieren wird und der die Versorgungssicherheit gefährdet. Gemäss nationalem Versorgungsbericht (Obsan, 2021) liessen sich der Ersatz- und Zusatzbedarf in den nächsten Jahren durch neu ausgebildete Personen grundsätzlich decken, die Lücke entsteht wegen vorzeitigen Berufsaustritten und Abgängen beim Übergang Ausbildung-Beruf. Ein wichtiger Ansatzpunkt ist daher die Verlängerung der Berufsverweildauer durch Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Dies fordert auch die Umsetzung der Pflegeinitiative, die den Bund u.a. dazu verpflichtet, rechtliche Bestimmungen zu anforderungsgerechten Arbeitsbedingungen in der Pflege festzulegen. Der Handlungsbedarf ergibt sich auch dadurch, dass der Gesundheitsbereich kein freier Markt ist. Durch Regulierungen sind Wettbewerb und Preisgestaltung eingeschränkt, weshalb eine selbständige Lösung durch den Arbeitsmarkt (d.h. eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen ohne staatlichen Eingriff) bisher nur punktuell eingetreten ist.

Prüfpunkt 2: Alternativen

Die vorgesehenen Massnahmen setzen an verschiedenen Punkten an, welche den Berufsverbleib resp. die Berufsabwanderung beeinflussen. Gleichzeitig gilt zu sagen, dass nicht alle relevanten Faktoren abgedeckt sind. Der Spielraum eines Bundesgesetzes ist allerdings begrenzt, da die Kompetenzen nicht nur beim Bund liegen, sondern auch andere Akteure im Gesundheitswesen

eine entscheidende Rolle spielen. So sind die Institutionen (in Bezug auf Führung, Organisation, Partizipation, Dienstplanung und Kultur), die Sozialpartner sowie die Finanzierungsträger (in Bezug auf Mehrkosten der Massnahmen und Personalausstattung) ebenfalls in der Pflicht.

Als grundsätzliche Kritikpunkte an den Massnahmen resp. daraus folgende alternativen Ansätze bei der Regulierung nannten die befragten Personen folgende Elemente: Sozialpartnerschaftliche und private Lösungen sollten nicht übersteuert werden: Die Rahmenbedingungen sollten so gesetzt werden, dass die Institutionen «von selbst» den in ihren Institutionen bestehenden Handlungsbedarf angehen. Dabei wurde auch eine Verhandlungspflicht für GAV und der Verzicht auf weitere Massnahmen diskutiert. Weiter wurden die Sonderbehandlung einer einzelnen Berufsgruppe sowie Redundanzen zu anderen Gesetzen kritisiert.

Prüfpunkt 3: Auswirkungen auf die Akteure

Massnahme 1: Ankündigungsfrist Dienstpläne

Ankündigungsfristen von 4 Wochen sind bereits gängige Praxis, oftmals ist die Frist sogar länger. Von den Befragten gaben 83% an, den Dienstplan mind. 4 Wochen vor dem Einsatz zu kommunizieren. In diesen Institutionen wäre bei Einführung des Gesetzes keine Anpassung erforderlich resp. keine Auswirkung zu erwarten.

Massnahme 2: Wöchentliche Normalarbeitszeit

In Bezug auf die wöchentliche Normalarbeitszeit ist entscheidend, welcher Wert festgelegt wird. Würde die Normalarbeitszeit bspw. auf die untere Grenze von 38 Stunden gelegt, wäre dies eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Allerdings nur, wenn der Lohn gleich bleibt und die wegfallenden Arbeitsstunden durch mehr Personal kompensiert würden. Dafür wären 15'400 zusätzliche Stellen nötig (was einer Zunahme von rund 10% entspricht resp. Kosten von knapp 1.4 Mia. CHF / Jahr). Würden keine zusätzlichen Stellen geschaffen (und besetzt), könnte demgegenüber ein unerwünschter Effekt eintreten: Zwar wird die Arbeitszeit reduziert, die Arbeitsbelastung wird in der (verkürzten) Arbeitszeit aber höher.

Massnahme 3: Regelung der maximalen Anzahl Überstunden

Die Hälfte der befragten Institutionen gibt Überstunden von durchschnittlich 1-5 Stunden pro Woche und Person an. Ebenfalls etwa die Hälfte kennt bereits eine Regelung zu den Überstunden. Die Auswirkungen einer Obergrenze hängt stark von der Ausgestaltung ab (d.h. welche Obergrenze in welchem Zeitraum festgelegt wird). Bei einer sehr restriktiven Regelung müssten die Institutionen wohl vermehrt auf Temporärarbeit zurückgreifen, wenn bei Ausfällen eine Abdeckung über das Team nicht mehr möglich wäre. Die Pflegenden würden durch die Massnahme entlastet. Allerdings würde auch die Flexibilität eingeschränkt: Ein geplanter Überstundenaufbau für eine längere Freiphase wäre etwa nicht mehr möglich.

Massnahme 4: Regelung der Arbeitszeit bei Bereitschafts- und Pikettdienst

In der Online-Befragung gab etwas mehr als die Hälfte an, dass ihre Mitarbeitenden Pikett- resp. Bereitschaftsdienst leisten. Bei über 90% der Institutionen wird diese Zeit vergütet, wobei die

Ausgestaltung unterschiedlich ist (z.B. Pauschalen pro Pikettdienst, Kompensationen pro Stunde inaktiver Pickettzeit). Die Auswirkung der Regelung hängt von der konkreten Ausgestaltung ab.

Massnahme 5: Regelung der Kompensation Nacht-/Sonntags- und Feiertagarbeit¹

Bei den Spitälern und Alters- und Pflegeheimen (APH) sind Kompensationen für Nachtarbeit und Arbeit an Sonn- und Feiertagen nahezu bei allen Institutionen gängige Praxis. Bei der Spitex ist dies zwar immer noch mehrheitlich, aber doch weniger der Fall (wobei Nachtarbeit ggf. auch weniger verbreitet ist). Die Höhe der Zuschläge beläuft sich im Median auf rund 6 CHF pro Stunde. Vielfach wird neben dem Lohnzuschlag noch eine Zeitgutschrift gewährt.

Die Auswirkungen können ohne Konkretisierung der Ausgestaltung nicht präzise abgeschätzt werden. So ist eine Bandbreite von einer deutlichen Verbesserung der Arbeitsbedingungen (verbunden mit deutlichen Mehrkosten für die Institutionen) bis hin zu marginalen Effekten denkbar.

Massnahme 6: Bezahlung der Umkleidezeit

Bereits aktuell gilt die Umkleidezeit für alle Unternehmen mit privatrechtlichen Arbeitsverhältnissen gemäss der Wegleitung des SECO zum Arbeitsgesetz als Arbeitszeit, sofern sie für den Arbeitsprozess erforderlich ist, d.h. wenn die Arbeitskleidung nicht zuhause angezogen werden kann. Sofern nicht anders vereinbart, wäre die Arbeitszeit zu bezahlen. In der Befragung zeigt sich, dass in der Praxis oftmals keine Bezahlung der Umkleidezeit erfolgt (was u.U. auch gesetzeskonform sein kann, jedoch nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich ist, die rechtliche Beurteilung darüber ist komplex). Vor diesem Hintergrund scheint es wichtig, eine neue Regulierung klar auszugestalten und bekannt zu machen, um eine Wirkung zu erzielen.

Massnahme 7: Bezahlte Pausen

Eine grosse Mehrheit der Befragten in der Online-Befragung kennt bezahlte Pausen für die Arbeitnehmenden (je nach Versorgungsbereich zwischen rund 80% und fast 100%). Bezahlte Pausen liegen je nach Versorgungsbereich im Median während einer Schicht bei 20 Minuten bis 30 Minuten. Die Auswirkung hängt somit von der Ausgestaltung ab: Nur bei grosszügigeren Regelungen würde ein Effekt auf die Arbeitszufriedenheit resultieren. Zudem ist nicht nur die Regelung entscheidend, sondern auch wie sie umgesetzt wird bzw. werden kann. So berichten viele befragten Personen, dass sie aufgrund hoher Arbeitslast die Pausen nicht in Anspruch zu nehmen (können).

Massnahme 8: Kompensationen für ungeplante Einsätze

Ein Drittel der Befragten kennt Kompensationen bei Änderungen des Dienstplans, wobei dies in Spitälern verbreiteter ist als im Bereich der Langzeitpflege. Zuschläge werden i.d.R. bei kurzfristigen Einsätzen gewährt. Die Massnahme wird mehrheitlich als positiv in Bezug auf die Erhöhung der Arbeitszufriedenheit eingeschätzt. Herausforderungen können sich jedoch durch mögliche Fehlanreize, einen erhöhten administrativen Aufwand sowie eine hohe Komplexität ergeben.

¹ Der Vorentwurf umfasst auch Kompensationen von Überstunden. Dies war in einem früheren Entwurf nicht enthalten und daher nicht Bestandteil der Erhebungen.

Gesamtbeurteilung

Die befragten Pflegenden erachten die Kompensationen für ungeplante Einsätze, für Nacht-/Sonntags- und Feiertagarbeit sowie die Ankündigungsfrist für die wichtigsten Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen resp. Erhöhung der Zufriedenheit. Die anderen Massnahmen werden nur von der Hälfte (oder weniger) der Befragten als zielführend eingeschätzt.

Prüfpunkt 4: Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft

Ausgangspunkt des vorgesehenen Gesetzes ist die angespannte Fachkräftesituation, welche die künftige Gesundheitsversorgung gefährden kann. Die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden kann durch die vorgesehenen Massnahmen grundsätzlich positiv beeinflusst werden. Allerdings ist die zu erwartende Wirkung begrenzt, da die Massnahmen auf arbeitsrechtliche Themen beschränkt sind. Andere Elemente, welche Arbeitszufriedenheit und Berufsverbleib nachhaltig stärken könnten, sind im Gesetz nicht enthalten (wobei darauf hinzuweisen ist, dass die Umsetzung der Pflegeinitiative weitere Massnahmen vorsieht). Zudem gibt es einen Vorbehalt: Einige Massnahmen führen zu einem nochmals erhöhten Fachkräftebedarf. Kann dieser nicht gedeckt (oder finanziert) werden, besteht die Befürchtung, dass die Arbeitsbelastung der Pflegenden weiter steigt und damit die Zufriedenheit der Pflegenden sogar sinkt.

Die Mehrkosten der Massnahmen hängen massgeblich von der konkreten Ausgestaltung ab. Aber auch von der Frage, ob die Regelungen auf weitere Berufsgruppen in den Institutionen übertragen werden (z.B. Ärzteschaft, Hotellerie-Personal). Auch wenn die Regelungen für sie formal nicht gelten, ist offen, ob eine Sonderbehandlung einer Berufsgruppe innerhalb einer Institution erfolgen wird.

Prüfpunkt 5: Vollzug

Der Vollzug des Gesetzes schliesst an bestehende Aufgabenverteilungen und Prozesse im Bereich des Arbeitsrechts an. Zudem sieht der Vollzug während einer Übergangsfrist eine Erhöhung der personellen Ressourcen für zusätzliche Kontrollen vor. Dies erscheint wichtig, da das Beispiel der Umkleidezeit darauf hindeutet, dass bestehende Regelungen nicht immer eingehalten werden – möglicherweise auch, weil das Arbeitsrecht sehr komplex ist.

Fazit

Der Handlungsbedarf zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege ist einerseits durch die Annahme der entsprechenden Volksinitiative durch Volk und Stände begründet. Andererseits liegt es im öffentlichen Interesse, dem Fachkräftemangel in der Pflege entgegenzuwirken und die Versorgungssicherheit auch künftig zu gewährleisten. Da es sich um einen regulierten Markt mit eingeschränktem Wettbewerb handelt, spielen die Marktmechanismen nicht ausreichend und ein staatlicher Eingriff kann begründet werden.

Zur Beurteilung der vorgesehenen Massnahmen muss u.E. an den Gründen für die frühzeitigen Berufsaustritte angesetzt werden. Basierend auf den Ergebnissen der Literatur und Erhebungen sind drei Elemente zentral:

- Die wechselnden Arbeitszeiten, Nachtdienste resp. Wochenendedienste sowie kurzfristigen Arbeitseinsätze sind körperlich belastend und erschweren die Vereinbarkeit Beruf / Privatleben.

- Durch eine teils geringe Personalausstattung herrscht ein hoher Arbeitsdruck. Dadurch können Pflegende ihre Aufgaben nicht immer adäquat umsetzen, was auch psychisch belastend ist.
- Teilweise fehlen Mitgestaltungs- und Entscheidungskompetenzen.

Am ersten Punkt setzen die vorgesehenen Massnahmen an, indem sie etwa Schichtarbeit besser kompensieren und die Entschädigung von ungeplanten Arbeitseinsätzen vorgeben. Beim zweiten Punkt können die Massnahmen hingegen einen unerwünschten Effekt mit sich bringen – nämlich dann, wenn die Mehrkosten der Massnahmen durch geringere Personaldotation kompensiert würden. Der dritte Punkt wird durch das Gesetz nicht erfasst. Vor diesem Hintergrund möchten wir drei Aspekte hervorheben.

Wenige, einfache und flexible Regelungen

Die Relevanz einfacher Regelungen zeigt sich aus unserer Sicht insbesondere dadurch, dass das geltende Arbeitsrecht bereits heute nicht immer eingehalten wird. Wir erachten es daher als zentral, sich auf einige wenige Regelungen zu fokussieren, diese einfach zu gestalten und das Wissen zu den geltenden (und künftigen) Regelungen zu verbessern. Weiter scheint eine gewisse Flexibilität wichtig, d.h. die Regelungen sollten nicht zu starr ausgestaltet werden, sondern auf individuelle Bedürfnisse angepasst werden können.

Dabei ist darauf zu achten, dass die Massnahmen keine Fehlanreize mit sich bringen. So wäre aus unserer Sicht zu empfehlen, die Kompensationen auf kurzfristige Einsätze zu beschränken (nicht auf alle Änderungen nach Bekanntgabe der Dienstpläne), da ansonsten mehrere unerwünschte Anreize resp. Folgen entstehen können (Anreiz zur Verkürzung der Ankündigungsfristen, Verhalten der Mitarbeitenden und administrativer Aufwand). Auch sind finanzielle Massnahmen mit Blick auf die bereits angespannte Fachkräftesituation besser zu bewerten als Zeitgutschriften, welche die personelle Knappheit nochmals erhöhen. Hintergrund: Die Kosten steigen bei Zeitgutschriften in einem ähnlichen Ausmass wie bei den direkten finanziellen Massnahmen (da die Arbeiten von anderen Mitarbeitenden erbracht und entsprechend vergütet werden müssen), erfordern dabei aber mehr Personal.

Sicherstellung der Finanzierung

Die Massnahmen führen zu Mehrkosten, deren Finanzierung nicht in der Vorlage geregelt ist, sondern es kommen bereits bestehende Finanzierungsmechanismen zum Tragen. Neben den Institutionen sind somit auch die Finanzierungsträger im Gesundheitswesen in der Pflicht, die Massnahmen mitzutragen, um die Umsetzung zu gewährleisten.² Ansonsten gibt es zwei potenzielle Risiken: 1. Die Massnahmen werden nicht (vollständig) umgesetzt. 2. Sie werden zwar umgesetzt, aber es erfolgen Einsparungen in anderen Bereichen. Dies könnte kontraproduktive Effekte mit sich bringen. So könnten beispielsweise die Stundenausfälle durch die verkürzten Arbeitszeiten mit einer geringeren Personalausstattung kompensiert werden. Die Pflegenden erhielten dadurch zwar mehr Lohn / Freizeit, während ihrer Arbeitszeit würde die Belastung aber nochmals ansteigen. Die Finanzierung der Massnahmen ist daher sicherzustellen.

² Im Bereich Pflegeheime und Pflege zu Hause müssten die Mehrkosten über die Restfinanzierung der Kantone getragen werden, falls die Beiträge, welche über die OKP geleistet werden, nicht angepasst würden (ansonsten würden die Mehrkosten von verschiedenen Finanzierungsträgern getragen werden). Im Bereich der Spitäler müssten die Mehrkosten in der Tarifiermittlung im Rahmen der OKP berücksichtigt werden.

Massnahmen ausserhalb des Gesetzes zu strukturellen Ursachen

Es bestehen weitere wichtige Bereiche für die Pflegenden, welche durch das vorgesehene Gesetz nicht geregelt werden. Ein grosses Potenzial, mehr Personen in der Pflege zu halten, hätten aus unserer Sicht die Pool-Lösungen. Eine Pflicht durch den Bund erachten wir dabei als wenig zielführend. Eine Förderung regionaler Pools durch die Kantone sowie Erleichterungen bei der Bewilligung wären u.E. hingegen zu empfehlen.

Weitere Bereiche sind Personalausstattung, Skill-Grade-Mix und interprofessionelles Arbeiten sowie Themen der Kultur, Führung und neue Arbeitsmodelle. Hier kommen die weiteren Akteure ins Spiel. So sind in erster Linie die Institutionen in der Pflicht resp. auch am besten geeignet, praxisnahe und effektive Veränderungen vorzunehmen. Der Bund könnte dies durch Koordination, Verbreitung, Schulungen und Finanzierung von Pilotprojekten unterstützen. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die geplante Umsetzung der Pflegeinitiative weitere Massnahmen beinhaltet (bspw. im Bereich Interprofessionalität), die mit den obigen Themen ergänzt werden können.

Résumé

Objectif et méthodologie

Le 28 novembre 2021, l'initiative « Pour des soins infirmiers forts » a été acceptée par les électeurs suisses. Dans le cadre de la mise en œuvre, une loi fédérale sur les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers doit entre autres être élaborée. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et le Secrétariat d'État à l'économie (SECO) ont chargé l'entreprise BSS Volkswirtschaftliche Beratung d'effectuer une analyse d'impact de la réglementation (AIR) concernant cet avant-projet. L'avant-projet prévoit de régler les conditions de travail suivantes :

1. délai d'annonce des plans de service d'au moins 4 semaines
2. durée normale de la semaine de travail entre 38 et 42 heures
3. réglementation du nombre maximal d'heures supplémentaires
4. réglementation du temps de travail lors des services de piquet et de permanence ainsi que de leur compensation
5. réglementation de la compensation des heures supplémentaires, du travail de nuit/du dimanche et des jours fériés
6. rémunération du temps d'habillage
7. rémunération des pauses
8. compensations pour les interventions non planifiées

Des dispositions concrètes dans les différents domaines suivront. Afin d'avoir une base de données et d'informations pour la réalisation de l'AIR, une enquête en ligne a été menée auprès d'institutions dans tous les domaines de soins (423 participants), 29 experts ont été interviewés et deux groupes de discussion ont été organisés. De plus, la littérature et les statistiques ont été analysées.

Point à examiner 1 : Nécessité d'agir

La nécessité d'agir pour améliorer les conditions de travail dans le domaine des soins infirmiers est incontestée chez les acteurs interrogés. Il existe une pénurie de personnel qualifié dans le domaine des soins infirmiers, qui s'accentuera encore à l'avenir en raison de l'évolution démographique et qui menace la sécurité des soins. Selon le rapport national sur le personnel de santé en Suisse (Obsan 2021) les besoins de remplacement et supplémentaires pourraient en principe être couverts ces prochaines années par des personnes nouvellement formées, mais le déficit résulte de départs prématurés de la profession et de départs lors de la transition formation-profession. Un élément important est donc la prolongation de la durée d'exercice de la profession par l'amélioration des conditions de travail. C'est également ce qu'exige la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers, qui oblige, entre autres, la Confédération à fixer des dispositions légales pour des conditions de travail conformes aux exigences dans le domaine des soins infirmiers. La nécessité d'agir découle également du fait que le secteur de la santé n'est pas un marché libre. Les réglementations limitent la concurrence et la fixation des prix, c'est pourquoi une solution autonome par le marché du travail (c'est-à-dire une amélioration des conditions de travail sans intervention de l'État) n'est intervenue que ponctuellement jusqu'à présent.

Point à examiner 2 : Alternatives

Les mesures prévues portent sur différents points qui permettent de favoriser le maintien dans la profession et lutter contre l'exode professionnel. Dans le même temps, il faut dire que tous les facteurs pertinents ne sont pas couverts. La marge de manœuvre d'une loi fédérale est toutefois limitée, car les compétences ne relèvent pas uniquement de la Confédération, mais d'autres acteurs du système de santé jouent également un rôle décisif. Ainsi, les institutions (en ce qui concerne la gestion, l'organisation, la participation, la planification des plans de services et la culture d'entreprise), les partenaires sociaux ainsi que les organismes de financement (en ce qui concerne les surcoûts des mesures et la dotation en personnel) ont également une part de responsabilité.

Les personnes interrogées ont mentionné les éléments suivants comme critiques fondamentales à l'égard des mesures ou respectivement des approches alternatives : les solutions qui pourraient être trouvées par les partenaires sociaux ou le secteur privé ne devraient pas être supplantées par une loi au niveau fédéral. Les conditions-cadres devraient être fixées de telle manière que les institutions prennent d'elles-mêmes les mesures nécessaires au sein de leurs établissements. L'obligation de négocier des CCT et la renonciation à d'autres mesures ont également fait l'objet de discussion. Le traitement particulier d'un champ professionnel spécifique et les redondances avec d'autres lois ont également été critiqués.

Point à examiner 3 : Impacts sur les acteurs

Mesure 1 : Délai d'annonce des plans de service

Des délais d'annonce de 4 semaines sont déjà une pratique courante, et souvent le délai est même plus long. Parmi les personnes interrogées, 83% ont indiqué qu'elles communiquaient le tableau de service au moins 4 semaines avant l'intervention. Dans ces institutions, aucune adaptation ne serait nécessaire ou aucun effet ne serait à attendre en cas d'introduction de la loi.

Mesure 2 : Durée normale de la semaine de travail

En ce qui concerne la durée normale de la semaine de travail, la valeur fixée sera déterminante. Si la durée normale de travail était fixée, p. ex., à la limite inférieure de 38 heures, cela constituerait une amélioration nette des conditions de travail. Toutefois, seulement si le salaire reste le même et si les heures de travail supprimées sont compensées par une augmentation du personnel. Il faudrait pour cela 15 400 postes supplémentaires (soit une augmentation d'environ 10% ou des coûts d'environ 1,4 milliard de francs par an). Si aucun poste supplémentaire n'était créé (et occupé), un effet indésirable pourrait en revanche se produire : le temps de travail est certes réduit, mais la charge de travail est plus élevée pendant le temps de travail (réduit).

Mesure 3 : Réglementation du nombre maximal d'heures supplémentaires

La moitié des institutions interrogées indiquent une moyenne d'heures supplémentaires de 1 à 5 heures par semaine et par personne. De même, environ la moitié d'entre elles connaissent déjà une réglementation des heures supplémentaires. Les effets d'une limite supérieure dépendent fortement de sa conception (c-à-d. limite supérieure fixée et la période concernée). En cas de réglementation très restrictive, les institutions devraient sans doute recourir davantage au travail temporaire si, en cas d'absence, l'équipe ne pouvait plus couvrir les besoins. Les soignants seraient soulagés par cette mesure. Cependant, la flexibilité serait également réduite : il ne serait plus

possible de planifier une accumulation d'heures supplémentaires en contrepartie d'une phase de congé plus longue.

Mesure 4 : Réglementation du temps de travail lors des services de piquet et de permanence

Dans l'enquête en ligne, un peu plus de la moitié des établissements ont indiqué que leurs collaborateurs effectuaient des services de piquet et de permanence. Dans plus de 90% des institutions, ce temps est rémunéré, mais les modalités varient (p. ex. forfaits par service de piquet, compensations des heures de piquet lorsque le collaborateur est inactif). L'impact de la réglementation dépend de son aménagement concret.

Mesure 5 : Réglementation de la compensation du travail de nuit, du dimanche et des jours fériés³

Dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux (EMS), la compensation du travail de nuit et le travail le dimanche et les jours fériés est une pratique courante dans presque toutes les institutions. Dans les services d'aide et de soins à domicile c'est majoritairement le cas, mais dans une moindre mesure (parce que le travail de nuit y est peut-être aussi moins répandu). La médiane du montant des suppléments s'élève à environ 6 CHF par heure. Un crédit-temps est souvent accordé en plus du supplément de salaire.

Sans concrétisation de l'aménagement de cette réglementation, les effets ne peuvent pas être évalués avec précision. On peut ainsi imaginer une fourchette allant d'une nette amélioration des conditions de travail (impliquant des coûts supplémentaires importants pour les institutions) jusqu'à des effets marginaux.

Mesure 6 : Rémunération du temps d'habillage

Actuellement, le temps nécessaire au changement de tenue est déjà considéré comme temps de travail pour toutes les entreprises ayant des contrats de travail de droit privé, conformément aux directives du SECO relatives à la loi sur le travail, dans la mesure où il est nécessaire au processus de travail, c-à-d. s'il n'est pas possible de revêtir la tenue de travail à la maison. Sauf accord contraire, le temps de travail devrait être payé. Il ressort de l'enquête que, dans la pratique, le temps d'habillage n'est souvent pas payé (ce qui, le cas échéant, peut être conforme à la loi, mais cela n'est possible que sous certaines conditions, l'évaluation juridique est complexe). Dans ce contexte, il semble important d'élaborer clairement une nouvelle réglementation et de la faire connaître pour qu'elle ait un impact.

Mesure 7 : Rémunération des pauses

Une grande majorité des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête en ligne connaissent des pauses payées pour les employés (selon le domaine des soins infirmiers, entre 80% à presque 100%). La médiane de la durée des pauses rémunérées est de 20 à 30 minutes par service, selon le secteur de soins. L'impact dépend donc des modalités : seule une réglementation bien plus générale aurait un effet sur la satisfaction au travail. En outre, ce n'est pas seulement la

³ L'avant-projet inclut également la compensation des heures supplémentaires. Cet élément ne figurait pas dans le projet antérieur et, donc, il n'a pas été pris en compte dans les enquêtes.

réglementation qui est décisive, mais aussi la manière dont elle est ou peut être appliquée. Ainsi, de nombreuses personnes interrogées indiquent qu'elles ne prennent pas (ou ne peuvent pas prendre) de pauses en raison d'une charge de travail élevée.

Mesure 8 : Compensations pour les interventions non planifiées

Un tiers des personnes interrogées connaissent des compensations en cas de modification du plan de service, cette pratique est plus répandue dans les hôpitaux que dans le domaine des soins de longue durée. Des indemnités sont généralement accordées en cas d'interventions à brève échéance. La mesure est majoritairement considérée comme positive en ce qui concerne l'augmentation de la satisfaction au travail. Des défis peuvent toutefois surgir en raison d'éventuelles mauvaises incitations, d'une charge administrative et d'une complexité accrue.

Évaluation globale

Les soignants interrogés considèrent que les compensations pour les interventions non planifiées, pour le travail de nuit/du dimanche et des jours fériés ainsi que le délai d'annonce sont les mesures les plus importantes pour améliorer les conditions de travail ou augmenter la satisfaction. Les autres mesures ne sont considérées comme suffisamment ciblées que par la moitié (ou moins) des personnes interrogées.

Point à examiner 4 : Impacts sur l'économie dans son ensemble

Le point de départ de l'avant-projet de loi est la situation tendue en matière de personnel qualifié, qui peut mettre en péril les soins de santé futurs. La satisfaction professionnelle des soignants peut en principe être influencée positivement par les mesures prévues. Toutefois, l'effet escompté est limité, car les mesures sont limitées aux questions de droit du travail. L'avant-projet ne contient pas d'autres éléments susceptibles de renforcer durablement la satisfaction au travail et le maintien dans la profession (il convient toutefois de signaler que la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers prévoit d'autres mesures). Il existe en outre une réserve : certaines mesures entraînent une nouvelle augmentation des besoins en personnel qualifié. Si ces besoins ne peuvent être satisfaits (ou financés), il est à craindre que la charge de travail des soignants augmente encore et que leur satisfaction diminue.

Les coûts supplémentaires des mesures dépendent en grande partie de leur aménagement concret. Mais aussi de la question de savoir si les réglementations seront appliquées à d'autres groupes professionnels dans les institutions (p. ex. médecins, personnel hôtelier dans les EMS). Même si les règles ne s'appliquent pas formellement à eux, on ne sait pas si un traitement spécial sera réservé à un groupe professionnel au sein d'une institution.

Point à examiner 5 : Mise en œuvre

La mise en œuvre de la loi s'appuie sur la répartition des tâches et les processus existants dans le domaine du droit du travail. En outre, l'exécution prévoit, pendant une période transitoire, une augmentation des ressources en personnel pour des contrôles supplémentaires. Cela semble important, car l'exemple du temps d'habillage montre que les règles existantes ne sont pas toujours respectées - peut-être aussi parce que le droit du travail est très complexe.

Conclusions

La nécessité d'agir pour améliorer les conditions de travail dans le domaine des soins est justifiée d'une part par l'acceptation de l'initiative populaire correspondante par le peuple et les cantons. D'autre part, il est dans l'intérêt public de lutter contre la pénurie de personnel qualifié dans le domaine des soins et de garantir la sécurité des soins dans le futur. Comme il s'agit d'un marché réglementé avec une concurrence limitée, les mécanismes de marché ne jouent pas suffisamment et une intervention de l'Etat peut être justifiée.

Pour évaluer les mesures prévues, il convient à notre avis de se pencher sur les raisons des sorties précoces de la profession. Sur la base des résultats de la littérature et des enquêtes, les trois principaux éléments sont :

- Les horaires de travail variables, les gardes de nuit ou de week-end ainsi que les interventions à court terme sont physiquement éprouvants et rendent difficile la conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée.
- En raison d'une dotation en personnel parfois faible, la pression au travail est élevée. De ce fait, les soignants ne sont pas toujours en mesure d'accomplir leurs tâches de manière adéquate, ce qui est également éprouvant sur le plan psychique.
- Le manque partiel de compétences de participation et de décision.

Les mesures prévues s'attaquent au premier point en compensant mieux les difficultés liées au travail en équipe et en prévoyant l'indemnisation des interventions non planifiées. Sur le deuxième point, les mesures peuvent en revanche avoir un effet indésirable - à savoir si les coûts supplémentaires des mesures sont compensés par une dotation en personnel plus faible. Le troisième point n'est pas couvert par l'avant-projet. Dans ce contexte, nous souhaitons souligner trois aspects.

Des règles peu nombreuses, simples et flexibles

La pertinence de réglementations simples se manifeste selon nous notamment par le fait qu'aujourd'hui déjà, le droit du travail en vigueur n'est pas toujours respecté. Nous estimons donc qu'il est essentiel de se concentrer sur un petit nombre de réglementations, de les rendre simples et d'améliorer les connaissances sur les réglementations en vigueur (et à venir). En outre, une certaine flexibilité semble importante, c'est-à-dire que les réglementations ne devraient pas être trop rigides, mais pouvoir être adaptées aux besoins individuels.

Il faut notamment veiller à ce que les mesures n'entraînent pas des incitations perverses. Ainsi, il faudrait, à notre avis, limiter les compensations aux interventions à court terme (et non à toutes les modifications après l'annonce des tableaux de service), car sinon, plusieurs incitations ou conséquences indésirables pourraient apparaître (incitation à raccourcir les délais d'annonce, comportement des collaborateurs et charge administrative). En outre, compte tenu de la situation déjà tendue en matière de personnel qualifié, les mesures financières sont préférables aux crédits d'heures, qui augmentent encore la pénurie de personnel. Contexte : les coûts des crédits-temps augmentent dans la même mesure que ceux des mesures financières directes (car les travaux doivent être effectués par d'autres collaborateurs et rémunérés en conséquence), mais ils nécessitent davantage de personnel.

Assurer le financement

Les mesures entraînent des coûts supplémentaires dont le financement n'est pas réglé dans l'avant-projet, mais des mécanismes de financement déjà existants sont applicables. Outre les institutions, les organismes de financement du système de santé sont donc également tenus de soutenir les mesures afin de garantir leur mise en œuvre⁴. Sinon, il y a deux risques potentiels : 1. les mesures ne seront pas (entièrement) mises en œuvre. 2. Elles vont certes être mises en œuvre, mais des économies seront réalisées dans d'autres domaines. Ce qui pourrait avoir des effets contre-productifs. Par exemple, les heures perdues en raison de la réduction du temps de travail pourraient être compensées par une diminution de la dotation en personnel. Certes, les soignants recevraient ainsi plus de salaire / de temps libre, mais pendant leur temps de travail, la charge de travail augmenterait encore. Le financement des mesures doit donc être assuré.

Mesures en dehors du cadre de la loi sur les causes structurelles

Il existe d'autres domaines importants pour les soignants qui ne sont pas réglés par l'avant-projet envisagée. Les solutions de pool auraient, selon nous, un grand potentiel pour maintenir davantage de personnes dans les soins. Nous considérons cependant qu'une obligation imposée par la Confédération ne serait pas très efficace. En revanche, nous recommandons la promotion des pools régionaux par les cantons et l'allègement des procédures d'autorisations.

D'autres domaines sont la dotation en personnel, le skill-grade-mix et le travail interprofessionnel ainsi que les thèmes de la culture, du leadership et des nouveaux modèles de travail. C'est là qu'interviennent les autres acteurs. Ainsi, ce sont en premier lieu les institutions qui ont l'obligation ou qui sont les mieux placées pour procéder à des changements pratiques et efficaces. La Confédération pourrait les soutenir par la coordination, la diffusion, la formation et le financement de projets pilotes. Il convient de noter que la mise en œuvre prévue de l'initiative sur les soins infirmiers comprend d'autres mesures (p. ex. dans le domaine de l'interprofessionnalité) qui peuvent être complétées par les thèmes susmentionnés.

⁴ Dans le domaine des EMS et des soins à domicile, les surcoûts devraient être supportés via le financement résiduel des cantons si les contributions versées via l'AOS n'étaient pas adaptées (sinon, les surcoûts seraient supportés par différents organismes de financement). Dans le domaine des hôpitaux, les coûts supplémentaires devraient être pris en compte dans la détermination des tarifs dans le cadre de l'AOS.

1. Ziel und Methodik

1.1 Einleitung

Am 28. November 2021 wurde die Initiative «Für eine starke Pflege» vom Schweizer Stimmvolk angenommen. Die Umsetzung der Pflegeinitiative erfolgt in zwei Etappen. In der ersten Etappe liegt der Fokus auf der Ausbildungsinitiative. Für die zweite Etappe wurden drei Handlungsfelder definiert:

1. Ausreichende und allen zugängliche Pflege von guter Qualität sicherstellen
2. Anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen und angemessene Abgeltung
3. Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung und kompetenzgerechter Einsatz

In den drei Handlungsfeldern wurden verschiedene Massnahmen entwickelt. Für einen Teil der Massnahmen aus dem Handlungsfeld 2 sollen die Auswirkungen nun mittels einer Regulierungsfolgenabschätzung RFA geprüft werden (ex ante Evaluation). Die Methodik der RFA wurde vom SECO entwickelt und umfasst die folgenden 5 Prüfpunkte:

1. Notwendigkeit und Möglichkeit staatlichen Handelns
2. (Alternative) Handlungsoptionen
3. Auswirkungen auf die einzelnen gesellschaftlichen Gruppen
4. Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft
5. Zweckmässigkeit im Vollzug

Die RFA beinhaltet die folgenden Massnahmen:

- Ankündigungsfrist Dienstpläne
- Wöchentliche Normalarbeitszeit
- Maximale Anzahl Überstunden
- Arbeitszeit bei Bereitschafts- und Pikettdienst
- Kompensationen Nacht, Sonntag, Feiertag
- Bezahlung der Umkleidezeit
- Bezahlte Pausen
- Kompensationen für ungeplante Einsätze
- *Skill-Grade-Mix
- *Personalpools
- *Lohnfortzahlung im Krankheitsfall
- *Recht auf unbezahlten Urlaub
- *Recht auf Reduktion des Arbeitspensums

Die letzten fünf Massnahmen (mit * gekennzeichnet) waren im Rahmen der Erarbeitung des Vorentwurfs in Diskussion und daher Bestandteil der RFA. Im Vorentwurf zum Zeitpunkt der Berichtserstellung waren diese Massnahmen jedoch nicht enthalten.

Die Struktur des Berichts orientiert sich an den 5 Prüfpunkten der RFA.

1.2 Methodik

Als Daten- und Informationsbasis wurden eine Online-Befragung bei Institutionen durchgeführt, Fachpersonen interviewt, Fokusgruppen durchgeführt und Literatur und bestehende Statistiken aufbereitet.

Daten- und Literaturrecherche

Wo vorhanden wurden bestehende Statistiken und bisherige Studien zur Thematik gesichtet und miteinbezogen. Dieser Arbeitsschritt beinhaltete auch die Aufbereitung der aktuellen gesetzlichen Grundlagen im Bereich der Arbeitsbedingungen sowie der bestehenden Gesamtarbeitsverträge (GAV). Für spezifische Fragestellungen, insbesondere in Bezug auf die Pool-Lösungen, wurden zudem ein internationaler (Deutschland und Österreich) und ein intersektoraler (z.B. Polizei, Bahn, Rettungswesen) Quervergleich durchgeführt.

Online-Befragung

Wir führten im Herbst 2023 eine Online-Befragung unter Institutionen aller drei Versorgungsbe-
reiche (Spitäler, APH und Spitex) durch, wobei sowohl öffentlich-rechtliche wie auch private Un-
ternehmen berücksichtigt wurden. Die Befragung wurde auf Deutsch, Französisch und Italienisch
angeboten. In allen Bereichen unterstützten die entsprechenden Verbände die Befragung und de-
ren Verbreitung. Da diese Unterstützung in unterschiedlicher Form erfolgt ist, variierte das Vor-
gehen beim Zugang (z.B. Stichprobenziehung oder Vollerhebung). Bei einer Stichprobe wurde
diese zufällig und unter Berücksichtigung der räumlichen Verteilung gezogen. In der Langzeit-
pflege (APH und Spitex) wurde ein Fragebogen verwendet, welcher sich an Pflegende in leitender
Position richtete. Für den Spital-Bereich wurde in Absprache mit dem Verband Swiss Nurse Lea-
ders entschieden, die Fragen auf zwei Fragebogen aufzuteilen (wobei einzelne Fragen beiden
Gruppen gestellt wurden). Ein Fragebogen richtete sich an die Pflegedirektion, der andere an eine
Abteilungsleitung. Die untenstehende Tabelle enthält eine Übersicht über die Anfragen und den
Rücklauf. Detaillierte Informationen zum Vorgehen bei den Befragungen finden sich im Anhang.

Tabelle 1 Online-Befragung

Bereich	Rechts- form	Unterstützen- der Verband	Abdeckung	Anzahl angefragte In- stitutionen	Anzahl Antworten	Rück- lauf
Spitäler	ge- mischt	Swiss Nurse Leaders	Vollerhe- bung	224 Personen aus 113 Institutionen	Pflegedirektion: 52 Abteilungsleitung: 97	-5
APH	öffent- lich	Artiset	Stichprobe	270	134	50%
	privat	Senesuisse	Vollerhe- bung	Newsletter an 450 Insti- tutionen – <i>keine direkte Anfrage</i>	26	6%
Spitex	öffent- lich	Spitex Schweiz	Stichprobe	136	65	48%
	privat	Association Spitex privée Suisse ASPS	Stichprobe	147	49	33%

⁵ Da die direkten Adressaten gebeten wurden, den Fragebogen weiterzuleiten und damit unklar ist, wie viele Personen effektiv zur Befragung eingeladen wurden, kann kein Rücklauf berechnet werden.

Insgesamt liegen 423 Antworten vor, wovon 373 den Fragebogen vollständig ausfüllten. Der Rücklauf der Befragung ist – sofern ein separates Anschreiben erfolgt ist – mit 33% bis 50% hoch, was die Relevanz der Thematik für die Akteure aufzeigt.

Fachgespräche

Zusätzlich wurden Gespräche mit verschiedenen Fachpersonen geführt. Eine Liste aller Gesprächspartnerinnen und -partner findet sich im Anhang. Interviewt wurden insb. Vertreterinnen und Vertreter der Verbände der Leistungserbringer sowie der Gewerkschaften und Personalverleiher. Ergänzend wurden Gespräche mit Vertretungen aus Spitälern durchgeführt (z.B. mit der Personalabteilung). Die Gespräche fanden telefonisch oder per Videotelefonie statt. Mit einigen Fachpersonen erfolgten zwei Gespräche zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Insgesamt wurden 29 Fachgespräche mit 23 Institutionen durchgeführt.

Fokusgruppen

In einem abschliessenden Arbeitsschritt wurden die Fragestellungen in Fokusgruppen vertieft. An den beiden Fokusgruppen auf Französisch resp. Deutsch nahmen Pflegende (mit und ohne Führungsposition) teil und brachten ihre Sicht aus der Praxis ein. Insgesamt nahmen 11 Personen aus allen drei Versorgungsbereichen teil (2 Spitäler, 4 APH und 5 Spitex). Detailliertere Informationen finden sich im Anhang.

1.3 Untersuchungsgegenstand

Der Untersuchungsgegenstand der RFA beinhaltet die Arbeitsbedingungen von Mitarbeitenden der Pflege. Zunächst werden die aktuell geltenden rechtlichen Bestimmungen sowie die neu vorgesehenen Regelungen kurz in der Übersicht beschrieben. Danach folgt ein Überblick zu den betroffenen Akteuren und die durch die Massnahmen erwarteten Wirkungen werden dargestellt.

Exkurs: Umsetzung der Pflegeinitiative

Die im Rahmen der vorliegenden RFA untersuchten Massnahmen bilden nur ein Element in der Umsetzung der Pflegeinitiative. Daher wird in diesem Exkurs kurz auf die weiteren Elemente verwiesen (Quelle: Website BAG⁶).

Die 1. Etappe der Umsetzung Pflegeinitiative verfolgt zwei zentrale Ziele: eine breite Ausbildungs offensive und die Möglichkeit, bestimmte Pflegeleistungen direkt zulasten der Sozialversicherungen abrechnen zu können. Zudem soll die Effizienz in der medizinischen Grundversorgung gefördert werden. In der 2. Etappe stehen neben den Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen, welche Gegenstand der vorliegenden RFA sind, die Möglichkeiten zur beruflichen Entwicklung in der Pflege sowie die angemessene Abgeltung von Pflegeleistungen im Fokus. Ob die verschiedenen Massnahmen langfristig eine positive Wirkung zeigen, soll ein nationales Monitoring Pflegepersonal zeigen.

⁶ [Link](#).

1.3.1 Aktuelle Regelungen

Regelungen zu Arbeitsbedingungen von Pflegepersonal finden sich in verschiedenen rechtlichen Grundlagen. Dabei ist zu unterscheiden zwischen privaten und öffentlich-rechtlichen Arbeitsverhältnissen. Das neue Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege soll für alle Arbeitsverhältnisse gelten und damit eine Vereinheitlichung erzielen.

Aktuell werden bei privatrechtlichen Arbeitsverhältnissen die Arbeitsbedingungen in Einzelarbeitsverträgen festgehalten. Der rechtliche Rahmen dafür bildet das Obligationenrecht (OR), welches beispielsweise Grundsätze zum Ferienanspruch und zur Lohnfortzahlung bei Krankheit enthält (Steiger-Sackmann & Wohlwend, 2021). Für die Arbeitsverhältnisse in öffentlich-rechtlichen Unternehmen gelten grundsätzlich kantonale Personalgesetze, wobei diese auch auf die Bestimmungen im OR verweisen können. Da offen ist, wie viele kantonale Gesetze auf privatrechtliche Bestimmungen verweisen, ist unklar, welcher Anteil des Pflegepersonals in der Schweiz privatrechtlich bzw. öffentlich-rechtlich angestellt ist (Steiger-Sackmann & Wohlwend, 2021). Die Antworten im Rahmen der Online-Befragung zeigen auf, dass 46% der Befragten öffentlich-rechtliche Arbeitsverhältnisse haben, während die restlichen 54% privatrechtlich organisiert sind.⁷

Bestimmungen zu Gesundheitsschutz sowie Arbeits- und Ruhezeiten enthalten das Arbeitsgesetz (ArG) sowie die dazugehörigen Verordnungen. Die Verordnung ArGV 2 enthält dabei Sonderbestimmungen für gewisse Betriebe der Krankenpflege. Das ArG gilt zwar grundsätzlich für alle Betriebe, aber mit Ausnahmen: So sind beispielsweise die Bestimmungen zu den Arbeits- und Ruhezeiten für bestimmte Gesundheitsinstitutionen mit mehrheitlich öffentlich-rechtlich angestelltem Personal nicht anwendbar. Pärli (2022) geht davon aus, dass die meisten Spitäler und eine grosse Mehrheit der APH und Spitexorganisationen vom Geltungsbereich des ArG erfasst sind. In Bezug auf die Ausnahmen vom Geltungsbereich des ArG ist in der juristischen Lehre zudem umstritten, ob nur zu Gunsten der Arbeitnehmenden von den Bestimmungen des ArG abgewichen werden kann und diese damit doch indirekt Wirkung entfalten (Pärli 2022).⁸

Weitere Regelungen zu Arbeitsbedingungen finden sich im kollektiven Arbeitsrecht, das die zwischen Sozialpartnern ausgehandelten Gesamtarbeitsverträge (GAV)⁹ und Normalarbeitsverträge (NAV) umfasst. Im Rahmen von GAV können sowohl privatrechtliche wie auch öffentlich-rechtliche Anstellungsverhältnisse erfasst werden (Steiger-Sackmann & Wohlwend, 2021). Im Bereich der Pflege bestehen verschiedene GAV (jeweils nach Region und/oder Versorgungsbereich eingeschränkt). Die privatrechtlichen Arbeitsverhältnisse in der Pflege in der ganzen Schweiz sind einem NAV unterstellt, welcher seit 1972 nicht mehr angepasst wurde und dessen Bestimmungen nicht über die heutige Praxis hinausgehen (Steiger-Sackmann & Wohlwend, 2021).

1.3.2 Neue Massnahmen

Der Vorentwurf des Bundesgesetzes¹⁰ über Arbeitsbedingungen in der Pflege beinhaltet 8 Massnahmen, wobei vorgesehen ist, dass der Bundesrat unter Einbezug der Sozialpartner verschiedene Bestimmungen noch auf Verordnungsstufe konkretisiert. Dies wurde zum Zeitpunkt der RFA noch nicht vorgenommen. Massnahmen:

1. Die Ankündigungsfrist von Dienstplänen einschliesslich der geplanten Pikett- und Bereitschaftsdienste darf 4 Wochen nicht unterschreiten.

⁷ Anteil öffentlich-rechtlich in der Befragung: Spitäler: 49%, APH: 43%, Spitex: 50%.

⁸ Zu Auslegung von Art. 71 Abs. 1 lit. b ArG siehe Pärli (2022) und Steiger-Sackmann & Wohlwend (2021).

⁹ Eine Übersicht zu den GAV sowie deren für die RFA relevanten Regelungsinhalte findet sich im Anhang.

¹⁰ Die RFA basiert auf einem Stand des Vorentwurfs vom Oktober 2023.

2. Die wöchentliche Normalarbeitszeit muss zwischen 38 und 42 Stunden liegen.
3. Die zulässige Anzahl Überstunden und die Zeitspanne, innerhalb der diese geleistet werden dürfen, werden vom Bundesrat geregelt.
4. Die Berechnung der Arbeitszeit bei Bereitschafts- und Pikettdienst wird vom Bundesrat geregelt.
5. Die Kompensation für geleistete Überstunden, für Nacht-, Sonntags- und Feiertagsarbeit sowie für Bereitschafts- und Pikettdienst wird vom Bundesrat geregelt.
6. Die angemessene Bezahlung der Umkleidezeit wird vom Bundesrat geregelt.
7. Die Mindestdauer von Pausen, die als Arbeitszeit angerechnet werden müssen, sowie deren Bezahlung werden vom Bundesrat geregelt.
8. Müssen in der Pflege tätige Personen in Abweichung von den angekündigten Dienstplänen Einsätze leisten, so haben sie Anspruch auf Kompensation im Umfang von 10% bis 50% des geleisteten Einsatzes. Der Bundesrat regelt die Voraussetzungen und die Höhe der Kompensation. Die Höhe ist abzustufen, je nachdem, wie kurzfristig der Einsatz erfolgen muss.

Vom Gesetz betroffen sind alle Arbeitgeber, die Arbeitnehmende beschäftigen, welche im Bereich der Pflege tätig sind. Dies umfasst Personen, die im Bereich der Pflege ausgebildet sind (inkl. SRK-Pflegehelfende) und Pflegeleistungen im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) erbringen sowie Personen in Ausbildung zu einem entsprechenden Beruf.

Personen in Ausbildung sind erfasst, während für Kadermitarbeitende in Einzel- oder Gesamtarbeitsverträgen abweichende Regeln festgelegt werden können. Betroffene Arbeitgeber sind damit neben Einrichtungen des Gesundheitswesens insbesondere auch Personalverleiher, die in diesem Bereich tätig sind. Im Rahmen eines GAV kann von den Regelungen abgewichen werden, wobei zwingende arbeitsrechtliche Regelungen des Bundes und der Kantone einzuhalten sind. In der kantonalen Gesetzgebung darf nur eine Besserstellung der Arbeitnehmenden erfolgen.

Im Laufe der Arbeiten wurden zudem weitere Massnahmen diskutiert, die verworfen wurden:

- Die Verbände der Leistungserbringer sollen Empfehlungen für einen settingbezogenen Skill-Grade-Mix ausarbeiten.
- Die Gesundheitsinstitutionen werden verpflichtet, einen internen Pool an Mitarbeitenden aufzubauen, die sie bei Personalmangel für einen Einsatz anfragen, oder sich an einer externen Plattform zu beteiligen, die diese Funktion übernehmen kann.
- Weitere Mindeststandards: Vorgaben für Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Recht auf unbezahlten Urlaub, Recht auf Reduktion des Arbeitspensums.

1.3.3 Betroffene Akteure

Zu den von den Massnahmen betroffenen Akteure zählen primär Pflegende und deren Arbeitgeber (Gesundheitsinstitutionen).¹¹ Weiter sind die Patientinnen und Patienten, Bund und Kantone von den neuen Regelungen betroffen.

¹¹ In einem aktualisierten Vorentwurf wurden Institutionen mit einem kantonalen Leistungsauftrag im sozialen Bereich, bei denen Pflege nur einen geringen Teil ihrer Tätigkeit ausmacht, vom Geltungsbereich ausgenommen. Pflegende, welche in Arztpraxen angestellt sind, erbringen keine Pflegeleistungen gemäss KVG und sind daher nicht vom Geltungsbereich des Gesetzes erfasst.

Pflegepersonal: Im Jahr 2019 waren rund 185'600 Personen im Bereich Pflege und Betreuung in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen und Spitexorganisationen tätig.¹² Der Anteil der Pflegefachpersonen auf Tertiärstufe liegt insgesamt bei ca. der Hälfte, derjenige auf Sekundarstufe II bei einem Drittel. Der Frauenanteil ist mit rund 85% hoch. Der Beschäftigungsgrad liegt je nach Versorgungsbereich bei durchschnittlich zwischen rund 60% (Spitex) und über 75% (Spitäler).¹³

Institutionen: Insgesamt sind ca. 3000 Institutionen von den Regelungen betroffen. Dazu zählen 276 Spitäler, 1543 Alters- und Pflegeheime und 1192 Spitex-Unternehmen (Jahr 2021). Ca. 1000 Unternehmen sind dabei öffentlich-rechtlich.¹⁴

1.3.4 Wirkungsmodell

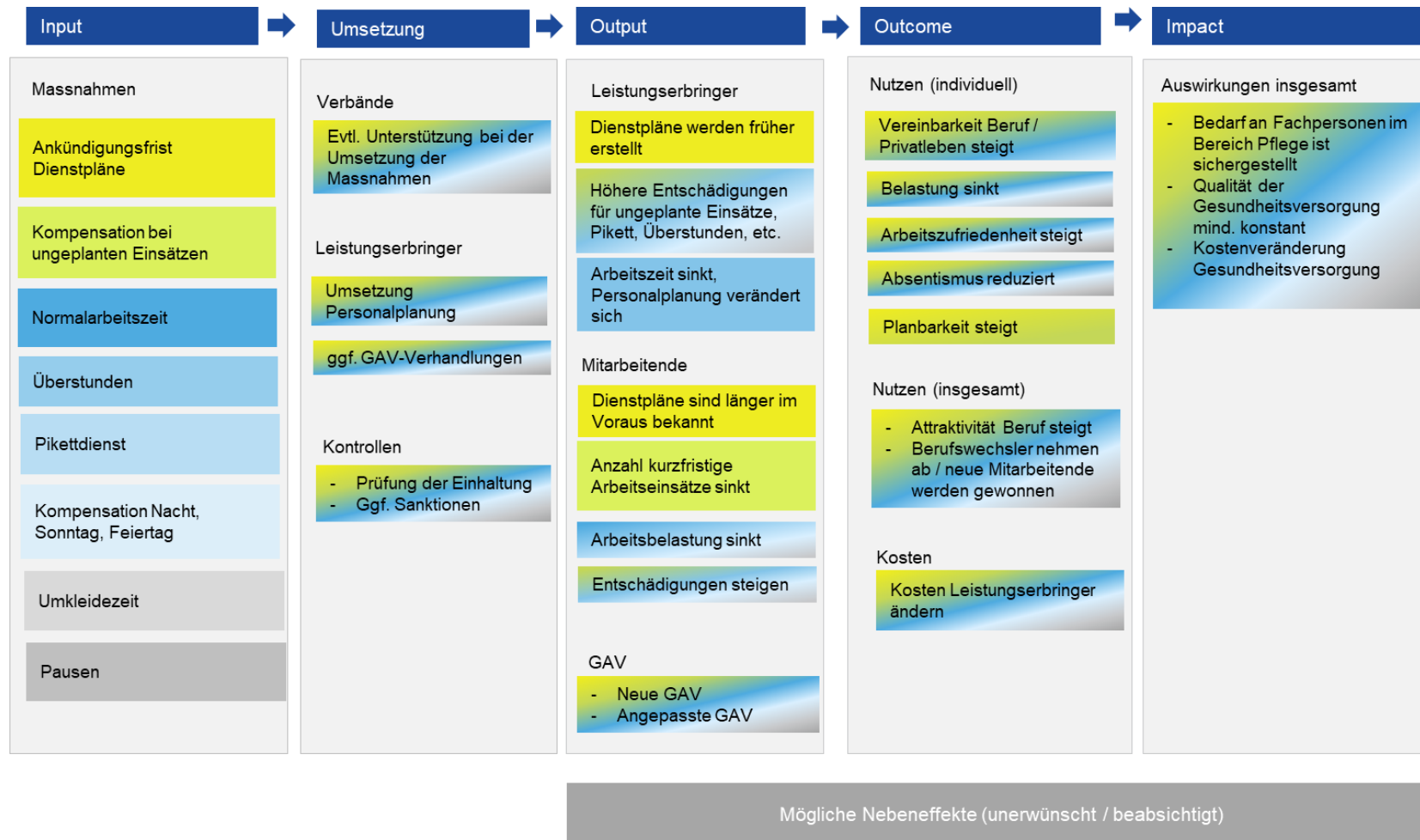
Mit den neuen Regelungen sind Erwartungen zu den Auswirkungen auf die betroffenen Akteure sowie die Gesamtwirtschaft verbunden. Diese sollen in der vorliegenden RFA geprüft werden. Nachfolgend dargestellt ist das Wirkungsmodell, welche die erwarteten Auswirkungen in Form von Wirkungszusammenhängen aufzeigt. Es orientiert sich an den Dimensionen Input (Massnahmen), Umsetzung (Vollzug), Output (Ergebnisse), Outcome (Wirkungen auf die Zielgruppen) und Impact (übergeordnete Wirkungen).

¹² Spitäler: 45%, Alters- und Pflegeheime: 29%, Spitexorganisationen: 17%

¹³ Vgl. Merçay et al. (2021).

¹⁴ Vgl. BFS Krankenhausstatistik, BFS Somed, BFS Spitex Statistik. Anmerkung Spitex: Ergänzend dazu gibt es 1421 selbstständige Pflegefachpersonen. Die Anzahl Leistungserbringer ist somit 2613.

Abbildung 1 Wirkungsmodell



Hinweis: Die Farben beziehen sich auf die unterschiedlichen Massnahmen (Input). Ist eine Aktivität oder Wirkung (auch) als Folge dieser Massnahme erwartet, hat das Feld (auch) die entsprechende Farbe.

2. Prüfpunkt 1: Handlungsbedarf

In Prüfpunkt 1 steht die Frage nach dem Handlungsbedarf, d.h. der Notwendigkeit des staatlichen Handelns im Fokus. Dabei sind verschiedene Dimensionen relevant: 1. Braucht es Massnahmen? 2. Weshalb kann der Arbeitsmarkt dies nicht von selbst regeln? 3. Setzen die Massnahmen an der richtigen Stelle an?

Weshalb braucht es Massnahmen?

Der Fachkräftemangel ist heute in vielen Branchen zur Realität geworden, primär bedingt durch das Austreten der Babyboomer aus dem Arbeitsmarkt. Dies gilt auch für das Gesundheitswesen. Verschärft wird die Situation dadurch, dass die demografische Entwicklung nicht nur das Arbeitsangebot senkt, sondern auch die Nachfrage erhöht.

Aktuelle Fachkräftesituation

Die Personalrekrutierung von Pflegenden ist schwierig, so können offene Stellen erst nach einer gewissen Zeit und nur mit hohem Aufwand besetzt werden (vgl. Merçay et al, 2021). Insbesondere bei Personen mit Tertiärausbildung scheint die Fachkräftesituation angespannt. Dies zeigen Auswertungen des SECO.¹⁵ Die Analysen zur Fachkräftesituation in der Schweiz setzen sich dabei aus unterschiedlichen Indikatoren¹⁶ zusammen. Wenn wir einige zentrale Indikatoren für die Gruppe der Pflegefachkräfte betrachten,¹⁷ zeigt sich ein eindeutiges Bild¹⁸:

- Arbeitslosenquote: Die Arbeitslosenquote bildet den Anteil der Arbeitslosen (d.h. bei einem regionalen Arbeitsvermittlungszentrum registriert) an den Erwerbstätigen ab. Eine tiefe Arbeitslosigkeit kann als Hinweis auf einen Fachkräftemangel betrachtet werden. Die Arbeitslosigkeit bei den Pflegefachpersonen liegt mit 0.9% deutlich unter dem gesamtschweizerischen Wert (2.9%).
- Offene Stellen: Die Quote der offenen Stellen wird als Anteil der offenen Stellen an den Erwerbstätigen berechnet. Eine hohe Quote ist ein Hinweis auf einen Fachkräftemangel. Die Quote der offenen Stellen ist bei den Pflegefachkräften mit 5.6% höher als beim gesamtschweizerischen Wert von 3.2%.
- Gesamtindex: Im Gesamtindex werden die Indikatoren zur Fachkräftesituation zusammengefasst. Je höher der Wert liegt, desto mehr Hinweise gibt es für einen Fachkräftemangel. Bei den Pflegefachkräften liegt der Wert mit 6.7 über dem gesamtschweizerischen Wert von 5.0.

Ausblick und Hintergründe

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) schätzt den Nachwuchsbedarf an Pflegefachpersonen auf der Tertiärstufe bis 2029 auf 43'400 Personen. Auf Sekundarstufe II sind es

¹⁵ Vgl. SECO (2023).

¹⁶ Arbeitslosenquote, offene Stellen, Zuwanderung, Beschäftigungsentwicklung, demografischer Ersatzbedarf, Qualifikationsanforderungen.

¹⁷ Ausgewertet wurde nach der Nomenklatur CH-ISCO-19 die Berufsgattung 2221. Diese umfasst z.B. Pflegedienstleiter/innen und dipl. Pflegefachpersonen (Tertiärstufe).

¹⁸ Vgl. SECO (2023). Die Angaben beziehen sich für alle drei Indikatoren auf das Mittel der Jahre 2019 und 2021.

27'100 Personen. Der Bedarf setzt sich zusammen aus dem Ersatzbedarf (aufgrund Pensionierungen und Berufsaustritten) und dem zusätzlichen Bedarf (aufgrund der demografischen Entwicklung).¹⁹ Dem Bedarf steht das Nachwuchsangebot gegenüber (Absolventinnen und Absolventen). Das Angebot ist jedoch geringer als der Bedarf: Bei Pflegefachpersonen mit Tertiärabschluss kann der Bedarf zu 67 %, auf Sekundarstufe II zu 80 % gedeckt werden.²⁰

Die Herausforderung ist bekannt. Entsprechend wurden und werden intensive Ausbildungsanstrebungen betrieben (vgl. auch Etappe 1 zur Umsetzung der Pflegeinitiative²¹). Dies zeigt Wirkung. So konnte die Lücke zwischen Angebot und Bedarf im Vergleich zum früheren Versorgungsbericht verkleinert werden.

Allerdings bildet die Ausbildung dabei nur eine Seite der Thematik ab. Die Berufsverweildauer ist ebenfalls entscheidend: Knapp 43% der qualifizierten Pflegefachpersonen (Tertiärstufe) treten vor Erreichen des Rentenalters aus dem Beruf aus, auf der Sekundarstufe II sind es etwa 42%, bei den Pflegenden ohne formelle Ausbildung knapp 38%. Zum Vergleich: Bei Ärztinnen und Ärzten sind es ca. 31%, bei Physiotherapeut/innen 27%, bei Hebammen 43%, bei medizinischen Praxisassistent/innen (MPA) 46%.²²

Die hohe Anzahl an Berufsaustritten verschärft die Situation. Im nationalen Versorgungsbericht 2021 steht dazu entsprechend folgendes (S. 8)²³:

«Mit der Steigerung der Ausbildungszahlen im prognostizierten Rahmen liessen sich der Zusatzbedarf bis 2029 und der durch Pensionierungen entstehende Ersatzbedarf theoretisch decken. Die Lücke zwischen Angebot und Bedarf entsteht im Wesentlichen durch die vorzeitigen Berufsaustritte und die Verluste beim Übergang von der Ausbildung zum Eintritt in den Arbeitsmarkt.»

Hierbei spielen die Arbeitsbedingungen eine entscheidende Rolle. So gaben etwa in einer Studie der ZHAW von den befragten diplomierten Pflegefachpersonen zwar rund 90% an, dass sie grundsätzlich längerfristige Verbleibabsichten hätten – 40% allerdings nur dann, wenn sich die aktuelle Situation im Pflegebereich verbessert. Zu den relevanten Faktoren bezüglich der aktuellen Situation zählen insb. die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie und genügend Zeit für das Privatleben.²⁴

Weshalb braucht es den Staat?

Der Handlungsbedarf einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen und somit der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung erscheint somit offensichtlich. Damit stellt sich die nächste Frage: Ist es notwendig, dass gesetzliche Regelungen implementiert werden oder kann dies der Markt von

¹⁹ In den Fachgesprächen mehrfach erwähnt wurde ein Einsparungspotenzial der Kosten und der notwendigen Anzahl Pflegefachpersonen durch eine Konsolidierung der Institutionen. Dies ist nicht Thema der RFA, weshalb nicht näher darauf eingegangen wird.

²⁰ Vgl. Merçay et al. (2021).

²¹ Website BAG: [Link](#)

²² Vgl. Lobsiger und Liechti (2021). Die Auswertung wurde nur für Gesundheitsberufe vorgenommen. Allerdings betrachtet die Analyse des SECO zur Fachkräftesituation auch die Berufsmobilität. Über alle Berufe betrachtet ist etwa die Hälfte der Erwerbstätigen im erlernten Beruf tätig. Vgl. SECO (2023). Als Berufsaustritt gilt bei Lobsiger und Liechti (2021) der Austritt aus der Erwerbstätigkeit, ein Berufswechsel und ein Branchenwechsel. Personen mit einem Berufseintritt können später auch wieder einsteigen.

²³ Vgl. Merçay et al. (2021).

²⁴ Als konkrete Massnahmen zur Reduktion von Vereinbarkeitsproblemen nennen die Teilnehmenden z.B. Teilzeitpensen und mehr Möglichkeiten in Bezug auf die Arbeitsmodelle (z.B. immer dieselben Tage). Vgl. Schaffert et al. (2021).

selbst regeln? Zunächst ist zu sagen, dass der Gesundheitsbereich einen speziellen Markt darstellt, da es sich um einen regulierten Bereich handelt. Ein Beispiel: Für die Ausbildung gelten oftmals Zulassungsbeschränkungen. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass sich der Fachkräftemangel nicht vollständig durch den Markt selbst entschärft, wenngleich auch verschiedene Leistungserbringer bereits aktiv geworden sind. Bei einem freien Wettbewerb würden die Institutionen selbst reagieren müssen: Bedingt durch die Knappheit könnten höhere Löhne bezahlt und Arbeitsbedingungen verbessert werden, um mehr Personen zu rekrutieren und damit die Qualität sicherzustellen und der Nachfrage gerecht zu werden (ggf. würden dafür die Preise erhöht werden). Bei einem regulierten Markt ist dies demgegenüber nicht der Fall: Höhere Löhne und bessere Arbeitsbedingungen sind oftmals mit Mehrkosten verbunden. Die Tarife können aber nicht frei festgelegt werden, sondern sind das Ergebnis von Tarifverhandlungen. Es müsste somit eine interne Optimierung der Ressourcen bei den Leistungserbringern vorgenommen werden, wozu teilweise die Anreize fehlen. Oder die Kantone müssten die Mehrkosten mittragen (was allerdings zu Wettbewerbsverzerrungen führen kann, wenn z.B. kantonale Institutionen deutlich bessere Arbeitsbedingungen schaffen können).

Dies bedeutet: Durch Regulierungen im Gesundheitsbereich sind Wettbewerb und Preisgestaltung eingeschränkt, weshalb eine selbständige Lösung durch den Arbeitsmarkt (d.h. eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen ohne staatlichen Eingriff) bisher nur punktuell eingetreten ist. Daraus lässt sich ein staatlicher Eingriff begründen.

Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund des öffentlichen Interesses: Das öffentliche Interesse der Sicherstellung der (künftigen) Gesundheitsversorgung überwiegt den staatlichen Eingriff in den Arbeitsmarkt.

Unabhängig von diesen Überlegungen: Mit Annahme der Initiative «Für eine starke Pflege» durch das Schweizer Stimmvolk am 28. November 2021 ist ein staatliches Handeln zwingend. Die Pflegeinitiative beinhaltet folgenden Art. in der Bundesverfassung:

Art. 117b Pflege

1 Bund und Kantone anerkennen und fördern die Pflege als wichtigen Bestandteil der Gesundheitsversorgung und sorgen für eine ausreichende, allen zugängliche Pflege von hoher Qualität.

2 Sie stellen sicher, dass eine genügende Anzahl diplomierter Pflegefachpersonen für den zunehmenden Bedarf zur Verfügung steht und dass die in der Pflege tätigen Personen entsprechend ihrer Ausbildung und ihren Kompetenzen eingesetzt werden.

Des Weiteren verlangt eine Übergangsbestimmung die Erarbeitung von Bundesregelungen zu verschiedenen Elementen, u.a. den Arbeitsbedingungen:

1 Der Bund erlässt im Rahmen seiner Zuständigkeiten Ausführungsbestimmungen über:

[...]

c. anforderungsgerechte Arbeitsbedingungen für die in der Pflege tätigen Personen; [...]

Setzen die Massnahmen an der richtigen Stelle an?

Die Gründe für Berufswechsel resp. die entsprechenden Ansatzpunkte sind vielfältig. Der nationale Versorgungsbericht 2021 fasst die relevanten Faktoren wie folgt zusammen:²⁵

Trotz dieser unterschiedlichen Zugänge zeichnet sich ab, dass nach wie vor die unregelmässigen Arbeitszeiten mit Nacht- und Wochenenddiensten und die körperliche und emotionale Belastung, die mit den Gesundheitsberufen verbunden sind, am stärksten fordern.

Die hohe Belastung zeigt sich bspw. auch im Indikator der gesundheitsbedingten Abwesenheiten. So liegt die Dauer der gesundheitsbedingten Absenzen (Krankheit oder Unfall) beim Pflegepersonal bei 5.7% der jährlichen Arbeitszeit. In der Gesamtwirtschaft beträgt der Wert 4.1%.²⁶

Auch in den Fachgesprächen wurden diese Gründe bestätigt: Einerseits wurde die Schichtarbeit als zentrales Element der Arbeitsbelastung genannt, welche oftmals nicht ein ganzes Berufsleben ausgeführt werden könne. Eine Interviewperson stellt in ihrer Institution beispielsweise eine deutlich höhere Fluktuation in der Pflege im Vergleich zu anderen Berufsgruppen fest, was sie auf die Schichtarbeit zurückführt (da viele andere Elemente wie weitere Arbeitsbedingungen oder Kultur vergleichbar seien).

Weiter führt die (mangelnde) Personalausstattung gemäss Interviewpersonen dazu, dass die Arbeit eine hohe Verdichtung und grossen Zeitdruck mit sich bringe. Neben der Arbeitsbelastung führe dies auch dazu, dass die in der Pflege tätigen Personen ihre Aufgaben nicht immer adäquat umsetzen könnten, was hohe Unzufriedenheit und psychische Belastung auslöse. Die hohe grundsätzliche Arbeitslast werde bei hoher Auslastung noch verstärkt, da die Arbeit kaum aufgeschoben werden kann (insb. bei Organisationen mit einer Aufnahmepflicht).

Die Interviewpersonen sehen schliesslich auch die fehlende Autonomie und den Rechtfertigungsdruck als weiteren zentralen Grund für die Unzufriedenheit von in der Pflege tätigen Personen. So sei die Pflege wenig selbstständig tätig, sondern von der Ärzteschaft abhängig. Zudem bestehe ein sehr hoher Druck zur Rechenschaftsablegung «jeder Minute». Dies sei belastend und führe zu hohem Administrationsaufwand resp. einer «Überregulierung» und damit zu einer Reduktion der Kerntätigkeit der Pflege. Dies wurde breit kritisiert. Gleichzeitig wurde auch auf die Rolle der Ausbildung hingewiesen, diese müsse die Berufsrealität umfassend abbilden, um keine falschen Erwartungen und in der Folge rasche Berufsabwanderungen auszulösen.

Auch in den Fokusgruppengesprächen wurden diese Punkte bestätigt. Die Teilnehmenden erwähnten zudem, dass sie – als erste Ansprechperson der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen – häufig hohen Ansprüchen und teilweise auch respektlosem Verhalten ausgesetzt seien.

Aus den Erkenntnissen im nationalen Versorgungsbericht sowie weiteren Studien und den Ergebnissen der vorliegenden Erhebung können aus unserer Sicht fünf zentrale übergeordnete Handlungsfelder abgeleitet werden:²⁷

²⁵ Vgl. Merçay et al. (2021), S. 92.

²⁶ Quelle: Quote der gesundheitsbedingten Absenzen (Krankheit/Unfall) der Vollzeitarbeitnehmenden, 2022, BFS – Arbeitsvolumenstatistik (AVOL).

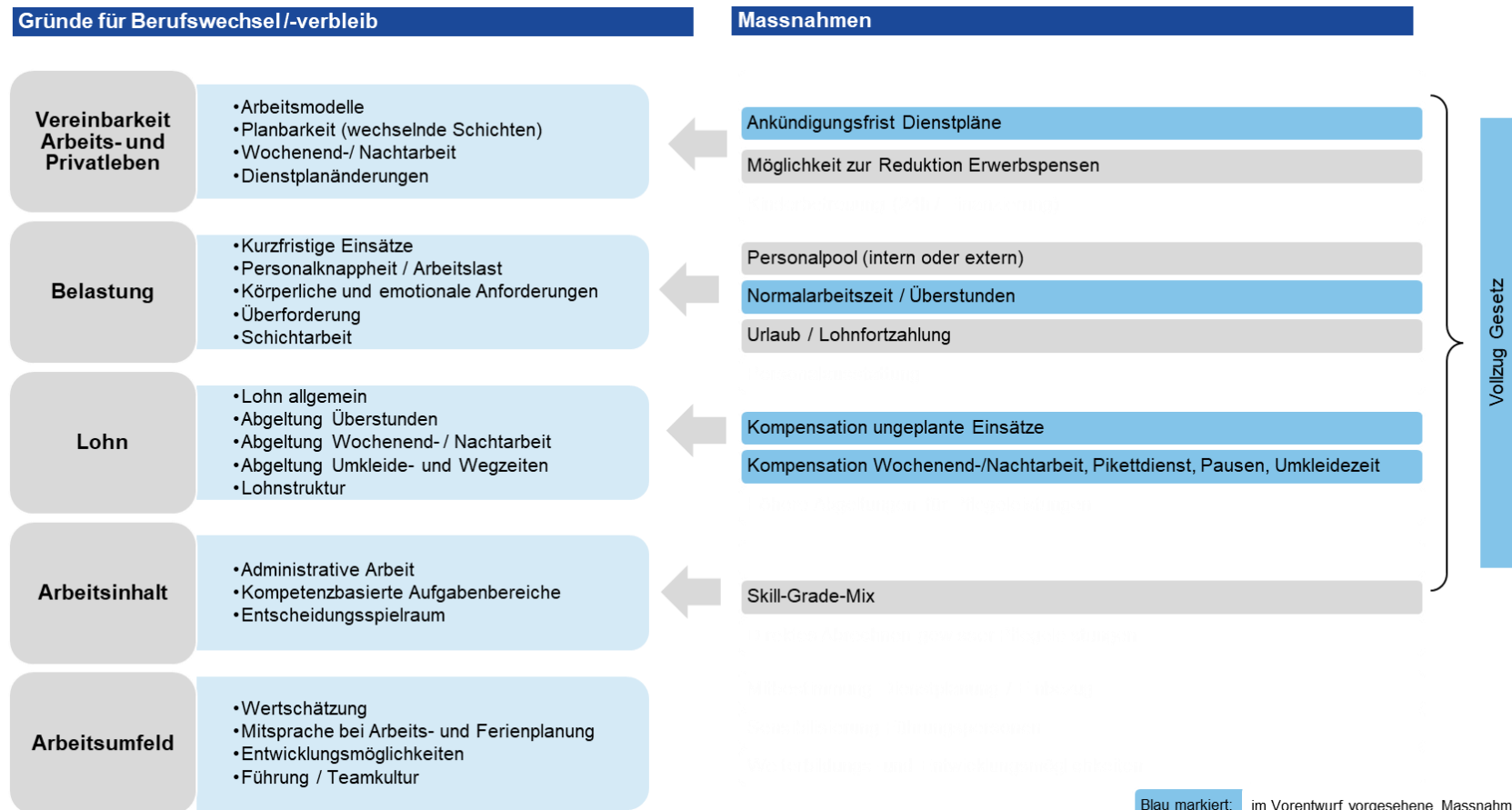
²⁷ Verschiedene Institutionen haben diesbezüglich bereits Ansätze und Modelle entwickelt (z.B. bezüglich Vereinbarkeit Arbeits-/Privatleben).

- Vereinbarkeit Arbeits- und Privatleben (z.B. Arbeitsmodelle, Planbarkeit)
- Belastung (z.B. körperliche und emotionale Anforderungen, Personalknappheit, Nachtdienste)
- Lohn (z.B. Abgeltung Überstunden, Lohnstruktur)²⁸
- Arbeitsinhalt (z.B. administrative Tätigkeiten, Selbstständigkeit, kompetenzgerechter Einsatz)
- Arbeitsumfeld (z.B. Wertschätzung, Entwicklung, Kultur)

Die im Rahmen des Bundesgesetzes über Arbeitsbedingungen vorgesehenen Massnahmen setzen an mehreren Handlungsfeldern an (allerdings nicht zwingend an allen Elementen der übergeordneten Handlungsfeldern).

²⁸ Im Rahmen der Online-Befragung wurde bspw. der Lohn 16-mal erwähnt bei der Frage, welche anderen Regelungsbereiche neben den vorgesehenen Vorschlägen wichtig wären zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit (von insgesamt 114 Antworten). Teilweise wurde dabei auch der Bedarf nach einheitlichen Löhnen geäussert.

Abbildung 2 Gründe für Berufswechsel/-verbleib und Massnahmen



Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Ergebnisse in Merçay et al. (2021), Trede et al. (2017), Peter et al. (2021a), Peter et al. (2021b), Peter et al. (2021c), Zúñiga et al. (2021), Favez & Zúñiga (2021), Rügger (2022), Gatteringer et al. (2023), Martins et al. (2023), Spitex Schweiz (2022), Schaffert et al. (2021). Blau markiert: vorgesehene Massnahmen, grau markiert: verworfene Massnahmen.

Zwischenfazit zu Prüfpunkt 1

Bei den Pflegenden besteht ein Fachkräftemangel, der sich auf Tertiärstufe bereits in mehreren Indikatoren zeigt (wie etwa einer tiefen Arbeitslosigkeit und einer hohen Quote offener Stellen). Künftig wird sich die Situation noch akzentuieren, da die demografische Entwicklung einerseits das Angebot senkt (Babyboomer treten aus dem Arbeitsmarkt aus) und andererseits die Nachfrage erhöht (höherer Bedarf nach Gesundheitsleistungen).

Ein zentraler Punkt ist die kurze Berufsverweildauer, welche die Situation nochmals verschärft. Gleichzeitig ist sie aber auch eine Chance – durch Verbesserung der Arbeitsbedingungen könnten Personen länger im Beruf gehalten werden. Gemeinsam mit der erhöhten Ausbildungsanstrengung könnte die Lücke somit geschlossen werden.

Ein staatlicher Eingriff lässt sich dabei dadurch begründen, dass der Gesundheitsbereich kein freier Markt ist. Durch Regulierungen sind Wettbewerb und Preisgestaltung eingeschränkt, weshalb eine selbständige Lösung durch den Arbeitsmarkt (d.h. eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen ohne staatlichen Eingriff) bisher nur punktuell eingetreten ist. Des Weiteren ist das öffentliche Interesse gross, dass die Gesundheitsversorgung auch künftig sichergestellt werden kann.

Dies fordert auch die Umsetzung der Pflegeinitiative, die den Bund u.a. dazu verpflichtet, rechtliche Bestimmungen zu anforderungsgerechten Arbeitsbedingungen in der Pflege festzulegen. Staatliches Handeln ist damit erforderlich.

3. Prüfpunkt 2: Alternativen

Im Rahmen der RFA ist zu prüfen, ob sich Alternativen zur geplanten Regulierung anboten, um das anvisierte Ziel zu erreichen. Wie in Kapitel 2 beschrieben, tragen viele verschiedene Faktoren zur (Un-)Zufriedenheit des Pflegepersonals bei und beeinflussen damit auch die Abwanderung in diesem Berufsfeld. Ebenso vielfältig sind auch die möglichen Handlungsoptionen. Der Fokus liegt dabei auf der Angebotsseite. In Bezug auf die Nachfrage ist davon auszugehen, dass die Nachfrage nach Pflegedienstleistungen in Zukunft noch steigen wird (siehe auch Kapitel 2). Bei den möglichen Alternativen gilt es aus unserer Sicht zwischen einem grundsätzlichen alternativen Ansatz und Alternativen in der konkreten Ausgestaltung (Regelungsinhalt) zu unterscheiden.

Alternativer Ansatz der Regulierung

In Bezug auf den grundsätzlichen Ansatz eines Bundesgesetzes zu den Arbeitsbedingungen wurden in den Fachgesprächen drei hauptsächliche Kritikpunkte genannt.

Kritikpunkt 1: Übersteuerung von sozialpartnerschaftlichen und privaten Lösungen

Einige Interviewpersonen übten Kritik am vorgesehenen Bundesgesetz, da sie dieses als systemfremd erachteten. So seien die Sozialpartner und einzelne Betriebe – basierend auf den gesetzlichen Grundlagen im Arbeitsrecht – für die Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen zuständig. Das vorgesehene Bundesgesetz würde dieses System aushebeln. Vor diesem Hintergrund wurden zwei Alternativen genannt:

Alternative: Anpassung der Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen sollten so gesetzt werden, dass die Institutionen «von selbst» den in ihren Institutionen bestehenden Handlungsbedarf angehen. Denn eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen liege im Interesse der Institutionen – insbesondere vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels. Aktuell seien aber bspw. die Anreize ungenügend. So müsste die Qualität bei der Finanzierung eine Rolle spielen (bei höherer Qualität sollten die Einnahmen steigen), dann hätten die Institutionen auch Anreize, in den Bereich Pflege zu investieren (z.B. Arbeitsbedingungen, Entwicklung, Personalausstattung). Inwiefern sich in der Praxis auch wirklich Verbesserungen für die Arbeitsbedingungen resultieren würden, wäre dabei zu prüfen.

Alternative: Verhandlungspflicht für einen GAV und Verzicht auf weitere Massnahmen

Eine Verhandlungspflicht für einen GAV wäre gem. Aussagen in einzelnen Interviews vereinbar mit dem jetzigen System (weitere Regelungen jedoch nicht). Wenn kein Ergebnis zustande kommt, solle die öffentliche Hand eingreifen, eine Mediatorenrolle einnehmen und bei Bedarf Regelungen festlegen. Dies solle im Sinne des Subsidiaritätsprinzips erfolgen. Dafür müssten die Kantone zuständig sein, um der Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen gerecht zu werden. Anmerkung: Die Einführung einer GAV-Verhandlungspflicht wurde im Rahmen der Erarbeitung des Gesetzes diskutiert. Da keinerlei Vorgaben zum Inhalt gemacht würden, wäre jedoch offen gewesen, wie weit entsprechende Regelungen gehen würden und der Gedanken einer einheitlichen Lösung hätte dadurch nicht verfolgt werden können. Aus diesem Grund wurde die Alternative durch das EDI verworfen.

Kritikpunkt 2: Sonderbehandlung einer einzelnen Berufsgruppe

Alternative: Verzicht auf berufsspezifische Regelungen

Ein zweiter Kritikpunkt war, dass eine einzelne Berufsgruppe eine Sonderrolle einnehme. Dies wurde von einigen Befragten als wenig gerechtfertigt angeschaut – auch andere Berufsgruppen innerhalb und ausserhalb des Gesundheitswesens hätten bspw. Schichtarbeit und seien somit belastet. Weiter wurde befürchtet, dass die gesetzlichen Regelungen für die Pflege in den Institutionen auch auf die anderen Berufsgruppen (z.B. anderes Gesundheitspersonal, Hotellerie- und Reinigungspersonal) übertragen werden müssten, was mit Kostenfolgen verbunden wäre (vgl. dazu Kapitel 4).

Kritikpunkt 3: Redundanzen zu anderen Gesetzen

Schliesslich wurde kritisiert, dass ähnliche Aspekte in verschiedenen Gesetzen geregelt würden. Entsprechend wurde teilweise gefordert, die vorgesehenen Inhalte in bestehenden Gesetzen zu definieren. Es handelt sich damit nicht um eine inhaltliche, sondern eine formelle Alternative.

Alternative: Anpassung im Rahmen ArG und OR

Die arbeitsrechtlichen Regelungen sind im Obligationenrecht resp. Arbeitsgesetz festgelegt. Eine Anpassung könnte daher in diesem Rahmen erfolgen. Anmerkung: Der Bundesrat sprach sich für die Schaffung eines neuen Gesetzes aus (BR-Entscheid vom 25. Januar 2023 zur 2. Etappe Umsetzung Pflegeinitiative), da ArG und OR keine berufsspezifischen Sonderregelungen vorsehen. Zudem hätten nicht alle Arbeitsverhältnisse (privat-rechtlich, öffentlich-rechtlich) erfasst werden können.

Alternative: Vorgaben im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Weiter wurde diskutiert, dass die Regelungen zum Skill-Grade-Mix in hohem Ausmass eine Komponente der Qualitätssicherung darstellen würden, welche im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geregelt sei. Vorgaben sollten daher in diesem Rahmen erfolgen. Anmerkung: Auch diese Option wurde vom EDI bereits geprüft. Da der Bund Massnahmen zur Qualitätssicherung vorsehen kann, wäre eine Regelung zum Skill-Grade-Mix denkbar. Weitergehende Regelungen zu den Arbeitsbedingungen liessen sich hingegen kaum darunter subsumieren (Steiger-Sackmann & Wohlwend, 2021), weshalb ein eigenes Bundesgesetz vorgesehen ist.

Einschub: NAV als weitere verworfene Alternative

Diskutiert wurde ferner die Option, den seit 1972 geltenden NAV²⁹ zu aktualisieren und den heutigen Bedürfnissen anzupassen. Im Rahmen eines NAV können jedoch lediglich privatrechtliche Arbeitsverhältnisse erfasst werden. Zudem gelten die Bestimmungen eines NAV nicht absolut, sondern können durch Vereinbarung auch zu Ungunsten der Arbeitnehmenden abgeändert werden. Dadurch sind die Steuerungsmöglichkeiten durch einen NAV stark begrenzt (Steiger-Sackmann & Wohlwend, 2021). Eine Aktualisierung des geltenden NAV wurde daher verworfen. Da der Inhalt veraltet ist, wird aktuell dessen Aufhebung angestrebt.

Alternative Regelungsinhalte

In Bezug auf die Ausgestaltung des Gesetzes wurden verschiedene Elemente angesprochen. Mehrfach genannt wurden drei Aspekte.

Thema 1: Sicherstellung der Finanzierung

Im Rahmen der Fachgespräche wurde auch von den grundsätzlichen Befürworterinnen und Befürwortern des Gesetzes wiederholt eine grosse Lücke thematisiert – das Fehlen der Finanzierungsfrage. So würden zwar Vorgaben gemacht, deren Finanzierung sei jedoch nicht spezifisch thematisiert und vor allem nicht sichergestellt. Mehrfach wurde gefordert, dass Mehrkosten ergänzend zur aktuellen Finanzierung übernommen werden müssten. Auch in der Online-Befragung war die Finanzierung einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen immer wieder Thema. Im Rahmen der Umsetzung der Pflegeinitiative wird diese Thematik ebenfalls aufgegriffen: Der Bundesrat fordert die Durchführung eines runden Tisches zur angemessenen Abgeltung von Pflegeleistungen.³⁰

Alternative: Ergänzung des Bundesgesetzes mit einer Sicherstellung der Finanzierung

Thema 2: Vorgaben zur Personalausstattung

Zahlreiche befragte Personen sprachen die Notwendigkeit an, die Personaldotation zu verbessern. Dies sei ein zentraler Grund für die Überforderung und Unzufriedenheit der Pflegenden und

²⁹ Bundesratsbeschluss über einen Normalarbeitsvertrag für das Pflegepersonal, [SR 221.215.328.4](#).

³⁰ Faktenblatt Pflegeinitiative: 2. Etappe Umsetzung Art. 117b und 197 Ziff. 13 BV, Januar 2023, Massnahme 2.4.

entsprechend eine wichtige Stellschraube zur Verbesserung der Situation. Teilweise wurde daher die Vorgabe einer maximalen Anzahl Patientinnen und Patienten pro Pflegefachperson (Nurse-to-Patient Ratio) gewünscht, teilweise wurden dabei aber auch Herausforderungen gesehen.

Im Rahmen der Online-Befragung, in welcher nach weiteren Bereichen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflege gefragt wurde, war die Personalausstattung das am meisten genannte Thema. Nachfolgend einige exemplarische Aussagen zur Illustration:

Die einzige Regelung, welche wirklich die Arbeitsbedingungen verbessern würde, wäre dass mehr Personal finanziert würde, somit die Arbeitslast auf mehr Schultern verteilt werden könnte und gleichzeitig zeitgemässere Arbeitszeitmodelle verwirklicht werden könnten - alle obengenannten Regelungen, Vorgaben verbessern die Arbeitsbedingungen nicht wirklich.

(Aussage Heim Online-Befragung)

La souffrance des soignants vient principalement du fait qu'ils doivent assumer une charge en soins inchangée alors qu'il y existe un sous-effectif passager ou constant. Exemple : s'il manque 2 charpentiers sur 5 prévus, par sécurité la décision est prise ne pas poser la charpente. Dans les soins, aucune notion de sécurité ne va interrompre le processus de soins, et par analogie les soignants seraient sommés d'assumer la pose de la charpente quel qu'en soit le coût en sécurité pour eux et pour les clients (patients).

(Aussage Spital Online-Befragung)

Alternative: Vorgabe einer Nurse-to-Patient Ratio. Anmerkung: Dieser Vorschlag wurde im Rahmen der Erarbeitung des Bundesgesetzes diskutiert, er wurde jedoch durch das EDI verworfen. Die Gründe dafür: 1. Eine national einheitlich festgelegte Minimalvorgabe würde den Anforderungen in den unterschiedlichen Pflegesettings nicht gerecht werden können. 2. Aus dem aktuellen Forschungsstand können keine direkten Anforderungen an diese Vorgabe abgeleitet werden. 3. Die Flexibilität der Institutionen könnte abnehmen (so sei die nötige Zusammensetzung der Pflegenden zum Beispiel unterschiedlich nach Abteilung und auch von weiteren Berufsgruppen abhängig, die in die Versorgung involviert seien).

Thema 3: Massnahmen Arbeitsumfeld und Arbeitsinhalt

Ein wichtiger Diskussionspunkt war schliesslich, dass arbeitsrechtliche Regelungen nicht alle relevanten Abwanderungsgründe umfassen würden. So sind dadurch insb. Themen des Arbeitsumfeldes nicht abgedeckt (Führung, Kultur, interprofessionale Zusammenarbeit) und auch beim Handlungsfeld Arbeitsinhalt gibt es offene Themen (administrative Belastung, Autonomie Pflege). In diesem Zusammenhang wurden Unterstützungsmassnahmen oftmals als zielführender eingeschätzt als Vorgaben. Des Weiteren wurden verschiedene Regelungen und Vorgaben in weiteren Themenbereichen (und von verschiedenen Akteuren) angesprochen, welche Arbeitsumfeld und Arbeitsinhalt ebenfalls beeinflussen.

Alternativen im Bereich Unterstützungsmassnahmen:³¹

- Finanzierung von Pilotprojekten in den Institutionen in den Bereichen Führung, Kultur, interprofessionale Zusammenarbeit, Arbeitsmodelle und Personalausstattung und Erstellung resp. Verbreitung von Good Practices. Hintergrund: Von mehreren Interviewpersonen wurde das Potenzial bei der Einbindung verschiedener Berufsprofile genannt. Teilweise wünschen sie sich mehr Klarheit und Vorgaben dazu, teilweise würden aber auch noch Grundlagen fehlen. In dieselbe Richtung geht die Erarbeitung von Grundlagen zur Personalausstattung in unterschiedlichen Situationen. Auch im Bereich der Kultur und Führung wird Handlungsbedarf resp. Entwicklungspotenzial gesehen. Aus Sicht der Interviewpersonen sind die einzelnen Institutionen dabei am besten geeignet, die spezifischen Grundlagen zu schaffen und eine Weiterentwicklung zu initiieren. Durch eine Unterstützung durch den Bund könnte dies aber beschleunigt, koordiniert und weiteren Institutionen besser zugänglich gemacht werden.³²
- Förderung der Weiterbildung im Bereich Führung, ggf. Zertifizierung von Institutionen
- Finanzierung von Massnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Hintergrund: Mit Unterstützung durch den Bund hat Gesundheitsförderung Schweiz in der Langzeitpflege ein Tool entwickelt,³³ das den Institutionen Handlungsbedarf im Bereich BGM aufzeigt. Die Finanzierung von Massnahmen vom Bund könnte die Umsetzung weiter unterstützen.

Alternativen bei weiteren Themenbereichen:

- Förderung der Digitalisierung in einzelnen Institutionen sowie institutionsübergreifend (bspw. Software zur digitalen Dienstplanung, aber auch Umsetzung des Elektronischen Patientendossiers (EPD)).
- Reduktion der administrativen Anforderungen (z.B. Controlling der Versicherer bei der Ermittlung des Pflegebedarfs) und mehr Verantwortung für die Pflegefachpersonen (z.B. selbstverordnete Erbringung von Pflegeverrichtungen, Unterzeichnung des Formulars zur Pflegeerfassung in der Langzeitpflege durch sog. Advanced Practice Nurses (APN)). Das direkte Abrechnen von Leistungen durch die Pflegefachpersonen wird in der 1. Etappe der Umsetzung der Pflegeinitiative behandelt.
- Förderung des Images des Berufs, der durch die Diskussion rund um die Pflegeinitiative aus Sicht mehrerer Interviewpersonen einen Reputationsverlust erlitten hat. So thematisierten bspw. die Teilnehmenden aus den Fokusgruppengesprächen, dass auch die positiven Seiten ihres Berufs stärker hervorgehoben werden sollten. Auch hier sind Elemente im Rahmen der

³¹ Eher in die Thematik von Etappe 1 der Pflegeinitiative fällt des Weiteren ein Vorschlag zur vermehrten Unterstützung der Höherqualifizierung der in der Pflege tätigen Personen. So gab etwa eine Interviewperson an, in ihrer Institution mehrere Pflegehelfer/innen SRK zu haben, die sich grundsätzlich für eine Höherqualifizierung (FaGe, HF) eignen würden und daran auch interessiert seien. Die finanzielle Unterstützung der Ausbildung (durch Stipendien) sei aber ungenügend und die Anforderungen an die Institution zu hoch.

³² Im Rahmen des Förderprogramms «Effizienz in der medizinischen Grundversorgung» (EmGv), das im Rahmen der 1. Etappe der Pflegeinitiative umgesetzt wird, unterstützt der Bund innovative Projekte, welche die Grundversorgung von Langzeitpatientinnen und -patienten unter den aktuellen Herausforderungen der steigenden Nachfrage und dem bestehenden Fachkräftemangel optimieren und effizient ausrichten. Das können unter anderem Projekte sein, welche die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Grundversorgung fördern oder auch solche, welche die Arbeitsumgebungsfaktoren verbessern (z.B. durch eine Reduktion des Dokumentationsaufwandes, um mehr Zeit den Patientinnen und Patienten widmen zu können).

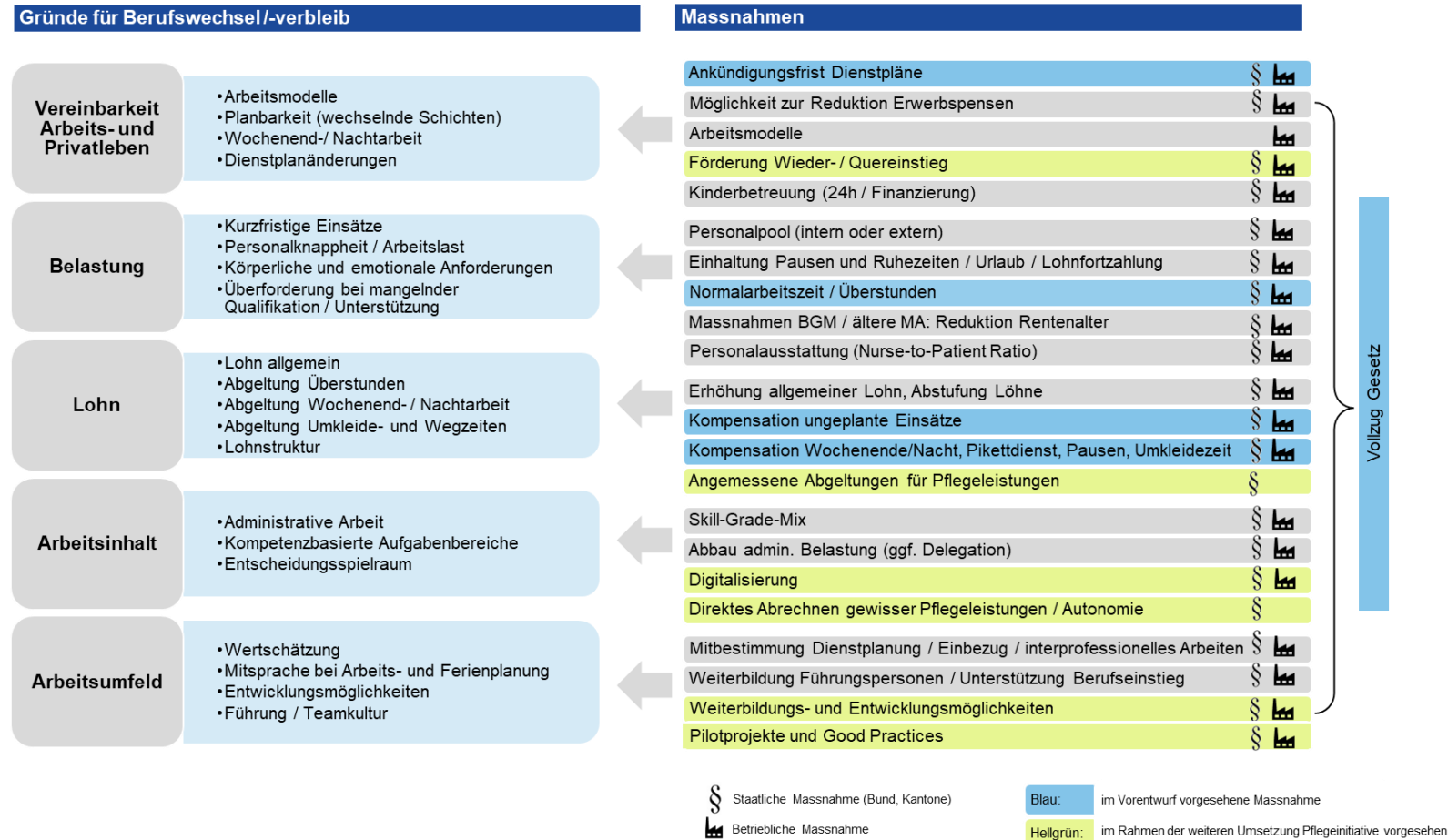
³³ [Link](#) zum Tool Job-Stress-Analysis für die Langzeitpflege

Umsetzung der Pflegeinitiative vorgesehen: Programme zur Förderung des Wiedereinstiegs sowie eine Image-Kampagne im Bereich der Langzeitpflege sollen verlängert werden.³⁴

Abbildung 3 stellt in den Handlungsfeldern zusätzlich zu den vorgesehenen Massnahmen weitere Alternativen dar, die in den Fachgesprächen diskutiert wurden und/oder in der Literatur erwähnt werden (entspricht der Abbildung 2 mit Ergänzungen). Dabei ist zu beachten, dass viele Massnahmen auch auf Ebene der Betriebe umgesetzt werden können. So können beispielsweise die Betriebe selbst um attraktive Arbeitszeitmodelle bemüht sein. Grundsätzlich wäre jedoch überall auch ein staatlicher Eingriff denkbar, sei es durch eine gesetzliche Regelung zu Rahmenbedingungen oder aber durch Sensibilisierungsarbeit. Blau markiert sind dabei jene Massnahmen, welche mit dem aktuellen Vorentwurf adressiert werden. Wie punktuell erwähnt, ist ein Teil der weiteren Massnahmen Gegenstand weiterer Rechtssetzungsvorhaben im Rahmen der Umsetzung der Pflegeinitiative (z.B. Förderung Wieder-/Quereinstieg sowie das direkte Abrechnen gewisser Pflegeleistungen).

³⁴ Faktenblatt Pflegeinitiative: 2. Etappe Umsetzung Art. 117b und 197 Ziff. 13 BV, Januar 2023, Massnahme 3.4 und 3.5.

Abbildung 3 Alternative Regelungen



Quelle: eigene Darstellung auf Basis Merçay et al. (2021), Trede et al. (2017), Peter et al. (2021a), Peter et al. (2021b), Peter et al. (2021c), Zúñiga et al. (2021), Favez & Zúñiga (2021), Rüegger (2022), Gattinger et al. (2023), Martins et al. (2023), Spitex Schweiz (2022), Schaffert et al. (2021), Fachgespräche, Online-Befragung. Blau markiert: vorgesehene Massnahmen, hellgrün markiert: Massnahmen, die im Rahmen der weiteren Umsetzung der Pflegeinitiative ebenfalls vorgesehen sind.

Zwischenfazit zu Prüfpunkt 2

Die Massnahmen setzen an verschiedenen zentralen Handlungsfeldern an, welche den Berufsverbleib resp. die Berufsabwanderung beeinflussen. Gleichzeitig gilt zu sagen, dass damit nicht alle relevanten Faktoren abgedeckt sind – insbesondere sind auch die Institutionen (in Bezug auf Führung, Partizipation und Kultur), die Sozialpartner sowie die Finanzierungsträger (in Bezug auf allfällige Mehrkosten der Massnahmen) in der Pflicht.

Inwieweit die vorgesehenen Massnahmen zudem unerwünschte Auswirkungen auf andere Akteure haben könnten, wird in den nachfolgenden Abschnitten diskutiert.

4. Prüfpunkt 3: Auswirkungen auf Akteure

Nachfolgend werden die vorgesehenen Massnahmen in Bezug auf ihre Auswirkungen auf die Akteure diskutiert. Dabei gehen wir zunächst auf die aktuell geltende Regelung sowie die aktuelle Praxis ein, danach auf die geplante Regelung und deren mögliche Auswirkungen. In Bezug auf die aktuell geltenden Regelungen wird jeweils auf Bestimmungen des Arbeitsrechts sowie des OR verwiesen. Zu berücksichtigen ist, dass Arbeitnehmende von öffentlich-rechtlichen Institutionen nicht unter den Geltungsbereich des OR fallen. Auf der anderen Seite können kantonale Personalgesetze potenziell weiterreichende Regelungen enthalten (vgl. Kapitel 1.3.1).

Die aufgeführten neuen Regelungen entsprechen dem Vorentwurf des Bundesgesetzes über Arbeitsbedingungen in der Pflege mit dem Stand Oktober 2023.

4.1 Ankündigungsfrist Dienstpläne

4.1.1 Status quo

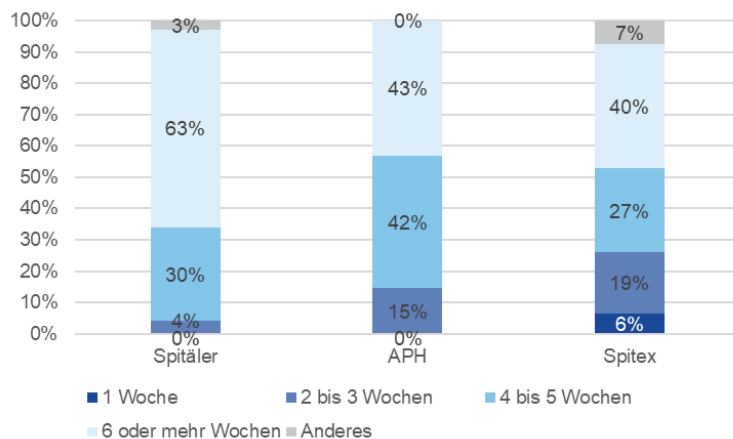
Aktuelle Regelungen

Gemäss Art. 47 ArG i.V.m. Art. 69 ArGV 1 sind die Arbeitszeiten in der Regel 2 Wochen vor einem geplanten Einsatz bekannt zu geben.

Aktuelle Praxis

In der Online-Befragung wurde deutlich, dass die Mehrheit der Institutionen längere Vorankündigungsfristen als gesetzlich vorgeschrieben anwendet. Über alle Versorgungsbereiche hinweg sind es 83%, welche mind. 4 Wochen vorsehen. Vereinzelte Institutionen, welche weniger als 2 Wochen Ankündigungsfrist vorsehen, finden sich bei der Spitex. Allgemein gilt, dass die Ankündigungsfristen im Bereich der Spitex am kürzesten und im Bereich Spitäler am längsten sind. Unter «Anderes» wurde von Seiten Spitex-Organisationen erwähnt, dass die Pflegenden selbstorganisiert ihre Dienstplanung machen.

Abbildung 4 Ankündigungsfrist des Dienstplans, aktuelle Situation nach Bereich

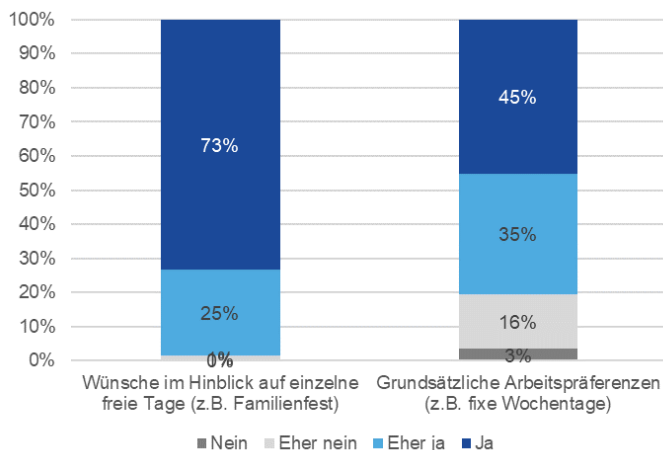


Quelle: Online-Befragung (n=403). Frage: «Wann erhalten die Pflegenden in Ihrem Betrieb den Dienstplan? X Wochen vor dem ersten Einsatz»

In der lateinischen Schweiz sind kürzere Fristen etwas weiter verbreitet als bei den deutschsprachigen Antworten. So haben in der Deutschschweiz 6% der Antwortenden in der Online-Befragung eine Ankündigungsfrist bis zu 2 Wochen, während es bei der lateinischen Schweiz 16% sind.³⁵

Während Wünsche im Hinblick auf einzelne Tage bis auf Ausnahmefälle (eher) berücksichtigt werden, ist dies in Bezug auf grundsätzliche Arbeitspräferenzen bei 20% (eher) nicht der Fall.

Abbildung 5 Möglichkeit Wünsche bei der Dienstplanung zu berücksichtigen



Quelle: Online-Befragung (n=357). Frage: «Können die Wünsche der Pflegenden bei der Dienstplanung berücksichtigt werden? a) Wünsche im Hinblick auf einzelne freie Tage (z.B. Familienfest) b) Grundsätzliche Arbeitspräferenzen (z.B. fixe Wochentage)»

³⁵ Diese Differenz ist nicht auf strukturelle Unterschiede hinsichtlich der Versorgungsbereiche zurückzuführen: Werden die Versorgungsbereiche differenziert betrachtet, ist der Anteil mit einer Ankündigungsfrist bis zu 2 Wochen in allen drei Versorgungsbereichen in der lateinischen Schweiz höher als in der Deutschschweiz.

Die Dienstplanung erfolgt bei 86% der Befragten mittels einer spezifischen digitalen Software (oftmals PEP), lediglich 8% planen mit einem Excel-Dokument / von Hand, 6% haben ein anderes Vorgehen. In den Fachgesprächen wurde verschiedentlich erwähnt, dass in Bezug auf die technische Umsetzung der Dienstplanung noch Optimierungspotenzial besteht. Erwähnt wurde in diesem Zusammenhang: (weiter) verstärkte Nutzung digitaler Tools, integrale Auslastungsplanung sowie bessere Abstimmung verschiedener Software.

4.1.2 Neue Regelung

Neu soll die Ankündigungsfrist für Dienstpläne verlängert werden und mind. 4 Wochen vor dem ersten Einsatz erfolgen.

Text Vorentwurf: «Der Bundesrat regelt [...] die Ankündigungsfrist von Dienstplänen einschliesslich der geplanten Pikett- und Bereitschaftsdienste; die Frist darf 4 Wochen nicht unterschreiten; [...]»

4.1.3 Auswirkungen

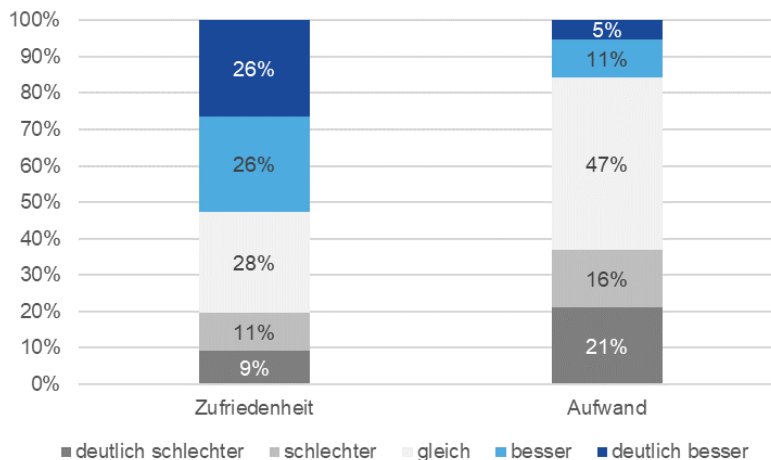
Wie bereits aufgezeigt, sind Ankündigungsfristen von vier oder mehr Wochen gängige Praxis. Von den Befragten in der Online-Befragung gaben 83% an, den Dienstplan mind. 4 Wochen vor dem ersten Einsatz zu erhalten. In diesen Institutionen wäre bei Einführung des Gesetzes keine Anpassung erforderlich. Entsprechend sind für eine Mehrheit der Institutionen (und Pflegenden) keine Auswirkungen zu erwarten.

Im Rahmen der Online-Befragung wurden die Teilnehmenden, die weniger als 4 Wochen Ankündigungsfrist kennen, nach den Auswirkungen einer solchen Massnahme auf die Zufriedenheit der Pflegenden sowie den Aufwand im Betrieb befragt.

Gut die Hälfte der so verbleibenden Befragten erwartet durch die gesteigerte Planungssicherheit einen positiven Effekt auf die Zufriedenheit der Pflegenden. 20% erwarten hingegen gar eine Verschlechterung der Zufriedenheit (mögliche Erläuterungen ergaben die untenstehend aufgeführten Fachgespräche). In der lateinischen Schweiz sind die Erwartungen an eine gesteigerte Zufriedenheit mit 68% merklich höher als in der Deutschschweiz (46%).

In Bezug auf den Aufwand für den Betrieb erwarten 37% der Antwortenden, die aktuell weniger als 4 Wochen Ankündigungsfrist kennen, einen erhöhten Aufwand, während knapp die Hälfte von einem gleichbleibenden Aufwand ausgeht. Die Anmerkungen in der Online-Befragung verdeutlichen, dass der zusätzliche Aufwand in erster Linie durch häufigere Änderungen am Dienstplan vermutet werden. Diese Einschätzungen beziehen sich allerdings nur auf jene 17%, bei denen es überhaupt zu einer Verlängerung der Ankündigungsfrist käme – insgesamt sind die Auswirkungen auf den Aufwand somit als marginal einzustufen.

Abbildung 6 Bei aktuell kurzer Ankündigungsfrist Dienstpläne, Auswirkungen



Quelle: Online-Befragung (n=76). Die Frage wurde nur gestellt, wenn die aktuelle Ankündigungsfrist weniger als 4 Wochen beträgt. Frage: «Stellen Sie sich folgendes Szenario einer neuen gesetzlichen Regelung vor: Der Dienstplan muss mind. 4 Wochen im Voraus bekannt gegeben werden, also z.B. Anfang Juli für den Monat August. Wie würde sich dies auf die Zufriedenheit der Pflegenden bei Ihnen auswirken? Wie würde sich dies auf den Aufwand in Ihrem Betrieb auswirken? Skala deutliche Verschlechterung / Erhöhung --, -, o, +, ++ deutliche Verbesserung / Reduktion»

Die Fachgespräche bestätigen die Ergebnisse aus der Online-Befragung: Es werden positive Auswirkungen auf die Zufriedenheit erwartet, allerdings nur in beschränktem Ausmass, da nur eine Minderheit der Institutionen betroffen wäre. Dies verdeutlicht eine Aussage aus einem Fachgespräch: «Die meisten Institutionen haben das bereits heute. Es würde daher in der Realität nichts ändern, das Gesetz würde einfach die Praxis nachholen.»

Zwei Spannungsfelder wurden in den Fachgesprächen (und vereinzelt in der Online-Befragung und den Fokusgruppengesprächen) angesprochen:

- Je früher der Dienstplan bekannt gemacht wird, desto früher müssen Pflegende ihre Wünsche bzgl. Freitage anbringen. Wenn private Termine erst später bekannt werden, schränkt somit die frühe Bekanntgabe des Dienstplans die Flexibilität ein und wirkt sich so nachteilig aus. Eine Institution berichtete, dass sie eine sehr frühe Bekanntgabe von vier bis sechs Monaten testete, die Pflegenden dies aber aufgrund der eingeschränkten Flexibilität ablehnten.
- Je früher der Dienstplan bekannt gemacht wird, desto mehr Änderungen sind zu erwarten. Dies einerseits da die Auslastung und die personelle Situation (z.B. längerfristige Krankheitsausfälle) noch wenig bekannt sind. Andererseits erfolgen auch viele Änderungen auf Wunsch der Pflegenden selbst. Eine Fachperson aus dem Spital-Bereich führte aus: «Der Dienstplan hängt zwei Monate im Voraus aus, im Monat selbst ist dann aber alles rot, weil so viel umgetauscht und abgetauscht wird.» Die Möglichkeit, Dienste tauschen zu können, bringe die Pflegenden auch näher an ihren Wunschdienstplan. Für den Arbeitgeber ist damit die Herausforderung verbunden, die Einhaltung des Arbeitsgesetzes im Blick zu halten. Die vermehrten Änderungen bei einer frühen Bekanntgabe des Dienstplans können sich negativ auf die Zufriedenheit der Pflegenden auswirken, da sie sich nicht auf diesen verlassen können.

4.2 Wöchentliche Normalarbeitszeit

4.2.1 Status quo

Aktuelle Regelung

Die wöchentliche Normalarbeitszeit entspricht der Arbeitszeit pro Woche, welche vertraglich oder in einem GAV geregelt wird. Es besteht keine rechtliche Regelung in Bezug auf die wöchentliche Normalarbeitszeit. Es kann einzig festgehalten werden, dass die maximale Höchstarbeitszeit pro Woche für Pflegepersonal 50 Stunden beträgt (Art. 9 ArG).³⁶ Stunden oberhalb dieser Grenze gelten als Überzeit und nur unter bestimmten Voraussetzungen zulässig.

Aktuelle Praxis

In der Online-Befragung wurden die Teilnehmenden gebeten, anzugeben, wie viele wöchentliche Arbeitsstunden in den Verträgen der Pflegenden bei einer regulären 100%-Anstellung vorgesehen sind. Von allen 277 Antworten lag der tiefste Wert bei 40 Stunden, der höchste bei 48 Stunden. Im Durchschnitt (wie auch im Median) beträgt die wöchentliche Normalarbeitszeit 42 Stunden. Lediglich 2% der Befragten gaben einen Wert höher als 42.5 Stunden an.

In den Fokusgruppengesprächen und den Fachgesprächen wurde mehrfach hervorgehoben, dass nur wenige Personen (langfristig) ein 100%-Pensum leisten können. Dies primär aufgrund der belastenden Arbeit, z.B. aufgrund der Schichtdienste. Dies deutet darauf hin, dass die wöchentliche Normalarbeitszeit für den Beruf unter den aktuellen Bedingungen als zu hoch eingeschätzt wird.

4.2.2 Neue Regelung

Neu soll der Bundesrat die wöchentliche Normalarbeitszeit regeln. Diese soll gemäss Vorentwurf des Bundesgesetzes zwischen 38 und 42 Stunden liegen.

Text Vorentwurf: «Der Bundesrat regelt [...] die wöchentliche Normalarbeitszeit; sie muss zwischen 38 und 42 Stunden liegen; [...]»

4.2.3 Auswirkungen

Falls die neue Obergrenze auf 42 Stunden festgelegt würde, wären kaum Auswirkungen zu erwarten, da dies für die meisten Institutionen bereits der Praxis entspricht.

Würde die neue Obergrenze hingegen auf 38 Stunden gelegt, hätte dies potenziell grosse Auswirkungen. Zunächst stellt sich jedoch die Frage, ob sich der Lohn in diesem Fall ebenfalls reduzieren würde (was sich nachteilig auf die Zufriedenheit auswirken würde). Die befragten Akteure gehen nicht davon an, dass bei der Einführung der Regulierung Löhne nach unten angepasst würden.

³⁶ Im Rahmen der weiteren gesetzgeberischen Arbeiten wird nun für das Pflegepersonal eine Senkung der maximalen Höchstarbeitszeit im ArG auf 45 Stunden vorgesehen.

Sofern die Finanzierung der Pflegeleistungen nicht verändert wird, ist aber davon auszugehen, dass zumindest längerfristig eine Korrektur erfolgt (bspw. indem andere Entschädigungen (z.B. Nachtzulagen) gekürzt werden oder bei Neueinstellungen). Sofern der Lohn gleichbleibt, wäre eine Reduktion der Normalarbeitszeit auf 38 Stunden eine Entlastung für die Pflegenden und damit verbunden wäre eine Steigerung der Zufriedenheit zu erwarten. Allerdings hätte dies auch grosse Auswirkungen auf die Institutionen: Gehen wir davon aus, dass die rund 146'700 Vollzeit-äquivalente (VZÄ)³⁷, die in der Schweiz in der Pflege arbeiten, neu anstelle von 42 Stunden pro Woche 38 arbeiten würden, würden rund 30 Mio. Arbeitsstunden wegfallen. Dies entspricht rund 15'400 VZÄ, die neu angestellt werden müssten, um die entfallenen Stunden aufzufangen.³⁸ Angesichts der angespannten Personalsituation stellt dies eine Herausforderung dar.

4.3 Maximale Anzahl Überstunden

4.3.1 Status quo

Aktuelle Regelung

Von Überstunden spricht man, wenn mehr als die vertraglich vereinbarte Anzahl Stunden pro Woche, aber nicht mehr als die wöchentliche Höchstarbeitszeit (beim Pflegepersonal 50 Stunden³⁹) geleistet wird. Überstunden sind somit durch diese Obergrenze begrenzt. Arbeitnehmende sind dabei verpflichtet, Überstunden zu leisten, sofern diese notwendig sind, keine Überforderung droht und die Zumutbarkeit und die Einhaltung der Arbeits- und Ruhezeiten gewährleistet ist (Art. 321c Abs. 1 OR). Die Notwendigkeit gilt dabei nur als erfüllt, wenn die Situation überraschend eintritt und der Arbeitgeber sie nicht durch eine bessere Organisation leicht hätte vermeiden können. Werden mehr Stunden als die wöchentliche Höchstarbeitszeit getätigt, ist dies Überzeit. Überzeit sind noch restriktiver zu handhaben und dürfen von Personen mit Familienpflichten lediglich mit deren Einverständnis geleistet werden (Art. 12 ArG i.V.m. Art. 36 ArG). Im Kalenderjahr darf die Überzeit für Arbeitnehmende nicht mehr als 140 Stunden betragen (Art. 12 Abs. 2 lit. B ArG).

Bei der durchschnittlichen Normalarbeitszeit von 42 Stunden könnten maximal 8 Überstunden pro Woche geleistet werden.

Aktuelle Praxis

Die Online-Befragung zeigte auf, dass über alle Versorgungsbereiche gesehen eine durchschnittliche Person bei rund der Hälfte der Institutionen unter einer Stunde Überstunden pro Woche leistet, bei der anderen Hälfte durchschnittlich ein bis fünf Stunden. Im Durchschnitt mehr als

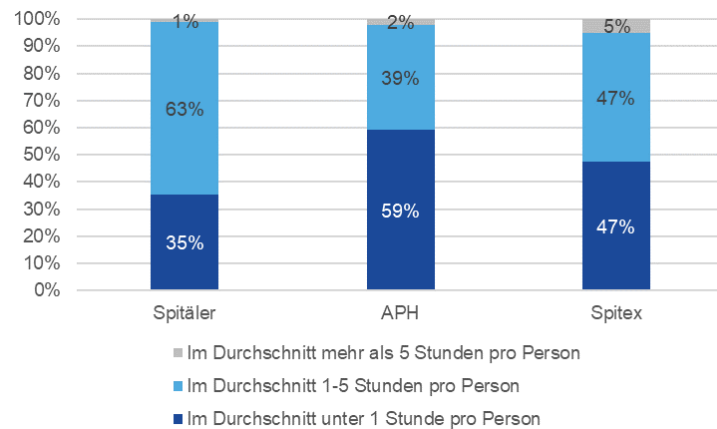
³⁷ BFS Pflegepersonal 2018.

³⁸ Bei einem Durchschnittslohn von ca. 75'000 CHF entspricht dies einer zusätzlichen Lohnsumme von über 1 Mia. CHF pro Jahr. Darin noch nicht berücksichtigt sind weitere Kosten für die Arbeitgeber wie z.B. Sozialversicherungsbeiträge. Gehen wir dafür von 18% aus (Schätzung H+), ergeben sich pro VZÄ Kosten von 88'500 resp. insgesamt von knapp 1.4 Mia. CHF pro Jahr. Angabe Lohn: Vgl. BSS: Zahlen und Fakten zur Pflege in der Schweiz.

³⁹ Im Rahmen der weiteren gesetzgeberischen Arbeiten wird für das Pflegepersonal eine Senkung der maximalen Höchstarbeitszeit im ArG auf 45 Stunden vorgesehen.

fünf Überstunden pro Woche werden nur bei sehr wenigen Institutionen geleistet. Es fällt auf, dass im Bereich der APH Überstunden etwas weniger verbreitet sind.

Abbildung 7 Überstunden pro Woche, aktuelle Situation



Quelle: Online-Befragung (n=335). Frage: «Wie viele Überstunden/Überzeit macht ein/e Vollzeit angestellte/r Pflege(r) (80-100%) durchschnittlich pro Woche?»

Die Teilnehmenden wurden weiter gefragt, ob eine Obergrenze bzgl. der Überstunden / Überzeit besteht. Für den Spital-Bereich ist dies bei rund zwei Drittel der Fall (64%), bei den Bereichen APH (40%) und Spitex (37%) hingegen weniger oft. Wo eine Obergrenze besteht, liegt diese im Median bei 35 Stunden pro Quartal.

4.3.2 Neue Regelung

Neu soll die zulässige Anzahl Überstunden und die Zeitspanne, innerhalb der diese geleistet werden dürfen, geregelt werden. Die genaue Ausgestaltung ist noch offen.

Text Vorentwurf: «Der Bundesrat regelt [...] die zulässige Anzahl Überstunden und die Zeitspanne, innerhalb der diese geleistet werden dürfen; [...]»

4.3.3 Auswirkungen

Die Auswirkungen einer Obergrenze von Überstunden hängt stark von der Ausgestaltung ab: Wird die Obergrenze bereits grösstenteils eingehalten, ist nur von geringfügigen Auswirkungen auszugehen. Ggf. könnten allfällige «schwarze Schafe» gezwungen werden, ihre Praxis anzupassen. Würde die Obergrenze von Überstunden hingegen deutlich reduziert, wäre mit merklichen Auswirkungen zu rechnen. Die Institutionen müssten in diesem Fall wohl vermehrt auf Temporärkräfte zurückgreifen, wenn bei Ausfällen eine Abdeckung über das Team nicht mehr möglich wäre. Die Pflegenden werden entlastet, da keine längeren Phasen mit hohen Überstundenzahlen mehr möglich wären. Die Flexibilität würde jedoch auch eingeschränkt: Bewusster Überstunden-aufbau für eine längere Freiphase wäre etwa nicht mehr möglich.

Unserer Ansicht nach wäre zu empfehlen, die Obergrenze pro Quartal festzulegen, da so einerseits noch etwas Flexibilität für den Arbeitgeber besteht, in gewissen Phasen mehr Überstunden einzufordern, aber auf der anderen Seite die Belastungsphase zeitlich begrenzt bleibt.

4.4 Arbeitszeit bei Bereitschafts- und Pikettdienst

4.4.1 Status quo

Aktuelle Regelung

Art. 14 ArGV 1 führt aus, wie häufig Arbeitnehmende Pikettdienste leisten dürfen: grundsätzlich an höchstens sieben Tagen innerhalb von vier Wochen (wobei auch ergänzende Regelungen sowie Ausnahmegestimmungen bestehen). Wird der Pikettdienst innerhalb des Betriebs geleistet, ist die gesamte Zeit als Arbeitszeit anzurechnen. Wird der Pikettdienst ausserhalb des Betriebs geleistet, wird jene Zeit als Arbeitszeit angerechnet, zu welcher der Arbeitnehmer / die Arbeitnehmerin auch tatsächlich zur Arbeit herangezogen wird, wobei zusätzlich die Wegzeit anzurechnen ist (Art. 15 ArGV 1). Eine ergänzende Sonderregelung besteht für Mitarbeitende von Krankenanstalten und Kliniken (Art. 8a ArGV 2): Ist die verlangte Zeitspanne zwischen Einsatzaufwurf und dem Eintreffen am Arbeitsplatz kürzer als 30 Minuten, haben die Arbeitnehmenden einen Anspruch auf eine Zeitgutschrift von 10% der inaktiven Pikettdienstzeit.

Aktuelle Praxis

In der Online-Befragung gab etwas mehr als die Hälfte der Institutionen an, dass Pflegende Pikett- resp. Bereitschaftsdienst leisten (n= 285). Alle Bereiche sind davon betroffen, von 54% bei den APH bis zu 67% bei den Spitex. Bei 91% der Institutionen wird diese Zeit auf Abruf vergütet. Neben der Abgeltung allfälliger effektiver Arbeitseinsätze scheinen Pauschalen pro Pikettdienst weit verbreitet (häufig in der Grössenordnung zwischen 20 und 40 CHF). Andere Institutionen kennen Kompensationen in Zeit oder Geld pro Stunde inaktiver Pikettzeit.

4.4.2 Neue Regelung

Neu soll die Berechnung der Arbeitszeit bei Bereitschafts- und Pikettdienst geregelt werden. Zudem werden Kompensationen vorgesehen. Die genaue Ausgestaltung ist noch offen.

Text Vorentwurf: «Der Bundesrat regelt [...] die Berechnung der Arbeitszeit bei Bereitschafts- und Pikettdienst; die Kompensationen [...] für Bereitschafts- und Pikettdienst [...]»

4.4.3 Auswirkungen

Die klare Mehrheit der Institutionen, in welchen Pikettdienst geleistet wird, vergütet diese Zeit auch. Dies gilt auch ausserhalb des Spital-Bereichs, also wenn keine entsprechende gesetzliche Regelung greift. Die Auswirkungen einer neuen gesetzlichen Regelung wären wiederum abhängig von der Ausgestaltung: Entspricht die Höhe i.d.R. dem bereits geleisteten, wären wenig Auswirkungen zu erwarten. Müssen hingegen deutlich höhere Kompensationen geleistet werden, wäre

dies mit grossen Mehrkosten für die Institutionen verbunden. In Bezug auf die Zufriedenheit der Pflegenden stellt sich die Frage, wie häufig sie Pikettdienste leisten (müssen) und wie belastend sie diese empfinden. Grundsätzlich würde eine höhere Kompensation sicherlich begrüsst, ob sie langfristig und nachhaltig zur Steigerung der Zufriedenheit beitragen würde, ist offen.

4.5 Kompensationen Nacht, Sonntag, Feiertag⁴⁰

4.5.1 Status quo

Aktuelle Regelung

Nacht: Arbeitnehmende, die nur vorübergehend Nachtarbeit (weniger als 25 Nächte pro Kalenderjahr) verrichten, haben Anspruch auf einen Lohnzuschlag von mindestens 25%. Arbeitnehmende, die regelmässig Nachtarbeit leisten, haben grundsätzlich Anspruch auf eine Kompensation von 10% der Zeit, während der sie Nachtarbeit geleistet haben. Von diesem Anspruch kann aber unter bestimmten Bedingungen abgewichen werden (Art. 17b ArG).

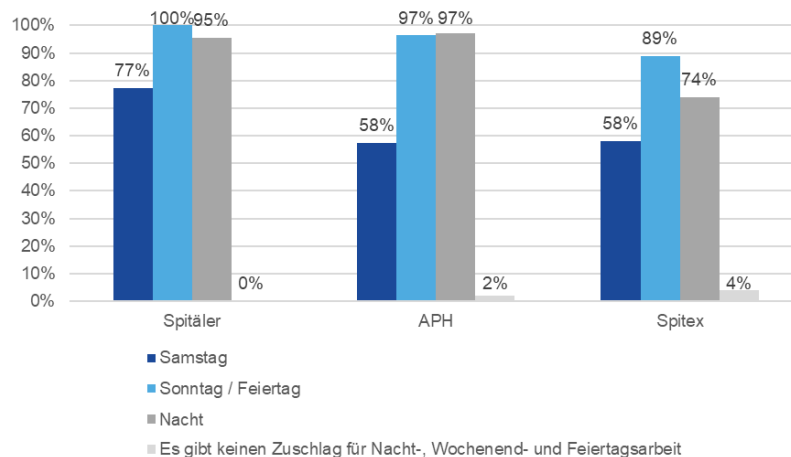
Sonntag / Feiertag: Bei vorübergehender Sonntagsarbeit (weniger als 6 Sonntage / Jahr) ist ein Lohnzuschlag von 50 % zu entrichten (Art. 19 ArG). Für regelmässige Sonntagsarbeit besteht keine Regelung zur Kompensation. Feiertage sind Sonntagen gleichgestellt (Art. 20a ArG).

Aktuelle Praxis

In den Bereichen der Spitäler und APH sind Kompensationen für Nachtarbeit und Arbeit an Sonn- und Feiertagen nahezu bei allen Institutionen gängige Praxis. Bei der Spitex ist dies zwar immer noch mehrheitlich, aber doch deutlich weniger der Fall (wobei im Bereich der Spitex zumindest Nachtarbeit auch weniger verbreitet ist). Kompensationen am Samstag sind über alle Versorgungsbereiche gesehen bei 61% der Institutionen bekannt.

⁴⁰ Der Vorentwurf zum Zeitpunkt der Berichtserstellung umfasst zusätzlich Kompensationen von geleisteten Überstunden. Diese Regelung war in einem früheren Entwurf nicht enthalten und daher nicht Bestandteil der Erhebungen. Hingegen sind Kompensationen am Samstag nicht mehr Teil des neusten Vorentwurfs, wurden aber befragt.

Abbildung 8 Kompensationen Nacht- und Wochenendarbeit, aktuelle Situation



Quelle: Online-Befragung (n=290). Frage: «Erhalten Pflegende einen Zuschlag für Nacht-, Wochenend- und Feiertagsarbeit?»

Die Höhe der Zuschläge beläuft sich im Median auf rund 6 CHF pro Stunde. Bei einem durchschnittlichen Lohn von 75'000 CHF entspricht dies rund 15% des Stundenlohns. Die Beträge sind dabei in der Deutschschweiz leicht höher als in der lateinischen Schweiz. Unterschiede in der Höhe der Entschädigung pro Stunde zwischen Samstag, Sonntag/Feiertag und Nacht gibt es dabei nicht. Vielfach wird bei Nachtarbeit aber zusätzlich zu diesem Lohnzuschlag eine Zeitgutschrift gewährt. Häufig genannt wurden dabei Werte zwischen 10 und 20%.

4.5.2 Neue Regelung

Die Kompensation für Nacht-, Sonntags- und Feiertagsarbeit soll geregelt werden. Die genaue Ausgestaltung ist noch offen.

Text Vorentwurf: «Der Bundesrat regelt [...] die Kompensationen für geleistete Überstunden, für Nacht-, Sonntags- und Feiertagsarbeit sowie für Bereitschafts- und Pikettdienst; [...]»

4.5.3 Auswirkungen

Wiederum sind die Auswirkungen ohne eine Konkretisierung der Ausgestaltung nicht abschätzbar. So ist eine Bandbreite von einer deutlichen Verbesserung der Arbeitsbedingungen verbunden mit deutlichen Mehrkosten für die Institutionen bis hin zu marginalen Effekten denkbar. Werden die Kompensationen tief angesetzt, könnte es sogar sein, dass Institutionen ihre aktuell besseren Zuschläge nach unten hin zum gesetzten Ankerwert bewegen. Allerdings ist dieses Risiko gering, da die Arbeitgeber angesichts der Fachkräftemangels attraktive Bedingungen bieten wollen.

Grundsätzlich muss die Frage der Auswirkungen eng verknüpft mit den Schichtmodellen betrachtet werden: Die Frage der Kompensationen ist gemäss Fachgesprächen insbesondere in Spitälern relevant, welche ein 3-Schicht-Modell haben, da dieses für die Mitarbeitenden sehr belastend sein kann. In APH-Bereich gibt es hingegen teilweise auch Modelle, bei denen die einen Teams nur tagsüber und die anderen Teams nur nachts arbeiten. Entsprechend seien damit keine wechselnden Schichten verbunden. Im Spitex-Bereich ist die Nachtarbeit wohl weniger verbreitet.

Überall wo wechselnde Schichten bestehen, ist zu berücksichtigen, dass Schichten in der Nacht und am Wochenende in der Tendenz unbeliebter sind. Sie sind weniger gut vereinbar mit dem Privatleben und belasten stärker. Nachtarbeit kann zudem insbesondere mit zunehmendem Alter belastender werden. Diese zusätzliche Belastung durch die Nacht- und Wochenendarbeit mit einem Zuschlag zu entschädigen, kann daraus begründet werden. Ergänzend schiene es wertvoll, Arbeitsorganisationsmodelle zu prüfen und ggf. zu fördern, die mehr Selbstbestimmung bzgl. der Arbeitszeitmodelle zulassen.

4.6 Bezahlung der Umkleidezeit

4.6.1 Status quo

Aktuelle Regelung

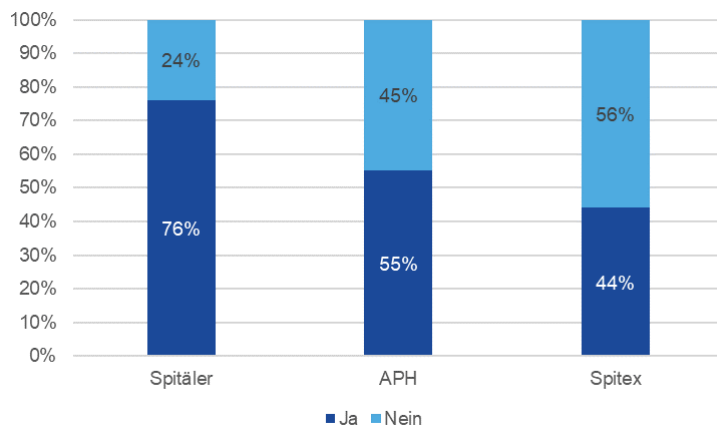
Art. 13 ArGV 1 präzisiert die Arbeitszeit als Zeit, während der sich der Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin zur Verfügung des Arbeitgebers zu halten hat. Die Wegleitung des SECO zur ArGV 1 Art. 13 vom Dezember 2020 hält fest: «Im Zusammenhang mit Umkleiden/Ankleidung gilt somit all das als Arbeitszeit, was obligatorisch Teil des Arbeitsprozesses ist: Anziehen von persönlicher Schutzausrüstung für den Gesundheitsschutz und gegen Unfälle, Anziehen von Überzugskleidern oder steriler Arbeitskleidung wie auch das Durchschreiten einer Schleuse aus Gründen der Hygiene etc.» Sofern die Arbeitskleidung z.B. aus hygienischen Gründen nicht bereits zuhause angezogen werden kann, gilt die Umkleidezeit damit als Arbeitszeit. Diese Regelung gilt wie das gesamte ArG für privatrechtliche Arbeitgeber. Mit der Bestimmung als Arbeitszeit bleibt aber offen, inwiefern diese zu entschädigen ist. Neben einer effektiven Entlohnung als Arbeitszeit ist auch eine pauschale Abrechnung möglich. Zudem kann es möglich sein, mit einer vertraglichen Vereinbarung festzuhalten, dass die Arbeitszeit – oder ein Teil davon wie die Umkleidezeit – unentgeltlich geleistet wird. Dies ist allerdings nicht unumstritten.⁴¹ Ohne die rechtliche Frage abschliessend klären zu können, ist festzuhalten, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen komplex sind und es für die Arbeitnehmenden und die Arbeitgebenden schwierig ist, sich ihrer Rechten und Pflichten klar zu werden.

Aktuelle Praxis

In der Online-Befragung zeigt sich, dass doch in einem relevanten Anteil der Institutionen die Umkleidezeit nicht als Arbeitszeit gilt. Im Spital-Bereich ist dies bei einem Viertel der Fall, bei den anderen Bereichen bei 45% (APH) resp. 56% (Spitex).

⁴¹ So führt Petrik (2019) aus, dass für private Arbeitgeber nicht in Zweifel gezogen werden kann, dass derselbe Lohn für die Umkleidezeit wie für die Haupttätigkeit geschuldet ist. Das Bundesgericht hingegen kam in Bezug auf öffentlich-rechtliche Institutionen zum Schluss, dass das Einschliessen der Umkleidezeit in den Monatslohn nicht willkürlich und damit zulässig ist (8C_28/2022). Curaviva weist in einem Merkblatt von 2019 darauf hin, dass Umkleidezeit als Arbeitszeit anzurechnen ist, ohne darauf hinzuweisen, dass eine Entlohnung nicht zwingend erforderlich sei.

Abbildung 9 Bezahlte Umkleidezeit, aktuelle Situation



Quelle: Online-Befragung (n=278). Frage: «Gilt die Umkleidezeit als Arbeitszeit?»

Gerade im Bereich der Spitex ist durchaus vorstellbar, dass die Arbeitnehmenden sich bereits zuhause umziehen können und damit kein grosser Zusatzaufwand entsteht. Zudem wäre denkbar, dass anstelle der Anrechnung als (bezahlte) Arbeitszeit eine monetäre (pauschale) Abgeltung vorgesehen ist. Dennoch erstaunt der «Nein»-Anteil angesichts der i.d.R. bestehenden gesetzlichen Regelung. Auch eine differenzierte Auswertung nur für privatrechtliche Institutionen (welche davon erfasst werden), macht das Bild nicht besser: hier liegt der durchschnittliche «Nein»-Anteil mit 51% sogar noch höher als bei den öffentlich-rechtlichen Institutionen (38%).

4.6.2 Neue Regelung

Neu soll die angemessene Bezahlung der Umkleidezeit geregelt werden. Die genaue Ausgestaltung ist noch offen.

Text Vorentwurf: «Der Bundesrat regelt [...] die angemessene Bezahlung der Umkleidezeit; [...]»

4.6.3 Auswirkungen

Wiederum kann ohne eine konkretisierte Ausgestaltung keine Aussage über die Auswirkungen gemacht werden. Angesichts der aktuellen Umsetzung erscheint aber primär relevant, dass eine allfällige neue Regelung (resp. auch die bisher geltende) ausreichend bekannt gemacht und die Einhaltung kontrolliert wird.

4.7 Bezahlte Pausen

4.7.1 Status quo

Aktuelle Regelung

Pausen gelten dann als Arbeitszeit, wenn die Arbeitnehmenden ihren Arbeitsplatz nicht verlassen dürfen (Art. 15 Abs. 2 ArG). Weiter bestehen Regelungen zur Minstdauer von Pausen im Allgemeinen (Art. 15 Abs. 1 ArG), die jedoch keine Vorgaben hinsichtlich der Bezahlung umfassen.

Aktuelle Praxis

Eine überwiegende Mehrheit der Befragten in der Online-Befragung kennt bezahlte Pausen für die Arbeitnehmenden. Der Anteil der Institutionen mit bezahlten Pausen reicht von 84% bei der Spitex bis zu 97% im Bereich APH. Wenn vorhanden dauern bezahlte Pausen für eine ganze Schicht in den Bereichen APH und Spitex im Median 20 Minuten. Im Spital-Bereich sind es 30 Minuten.

4.7.2 Neue Regelung

Neu geregelt werden soll die Minstdauer von Pausen, die als Arbeitszeit angerechnet werden, sowie deren Bezahlung. Die genaue Ausgestaltung ist noch offen.

Text Vorentwurf: «Der Bundesrat regelt [...] die Minstdauer von Pausen, die als Arbeitszeit angerechnet werden müssen, sowie deren Bezahlung; [...]»

4.7.3 Auswirkungen

Die Auswirkungen hängen wiederum von der Ausgestaltung ab: Liegen die Vorgaben unter der aktuellen Praxis hat dies wenig Effekt (ggf. sogar einen kontraproduktiven Signaleffekt). Sind die Vorgaben hingegen deutlich grosszügiger als die heutige Praxis, bringt dies Mehrkosten und eine potenziell gesteigerte Zufriedenheit der Pflegenden mit sich. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass in den Fachgesprächen mehrfach betont wurde, dass nicht die Pausenregelung per se problematisch sei sondern eher der Umstand, dass Pausen aufgrund der Arbeitslast nicht eingehalten werden können.

4.8 Kompensationen für ungeplante Einsätze

4.8.1 Status quo

Aktuelle Regelungen

Es besteht keine direkte Regelung in Bezug auf Kompensationen bei ungeplanten Arbeitseinsätzen.

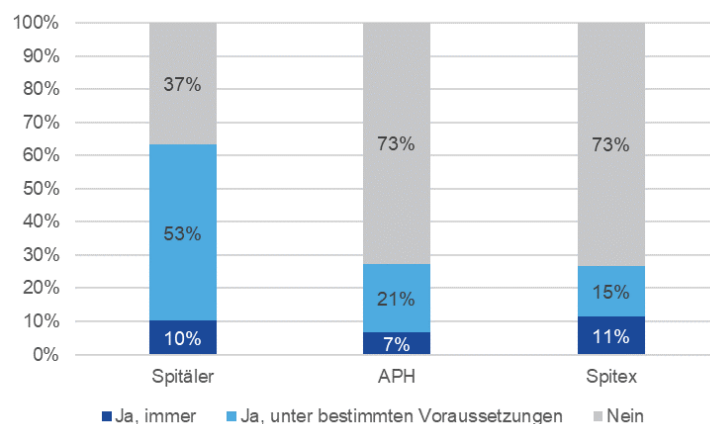
Allerdings kann ein ungeplanter Arbeitseinsatz dazu führen, dass Überstunden oder Überzeit geleistet werden.⁴² Diese sind gesetzlich geregelt: Es muss ein Lohnzuschlag von mind. 25% gewährt werden. Mit Zustimmung des/der Arbeitnehmer/in kann auch ein Ausgleich über Freizeit erfolgen. Ausgenommen sind zudem anderslautende vertragliche Vereinbarungen. Anmerkung: Es ist nicht zwingend, dass ungeplante resp. kurzfristige Arbeitseinsätze zu Überstunden führen. Wenn nämlich eine Schicht getauscht wird, entspricht dies einer kurzfristigen Anpassung des Dienstplans, aber die Arbeitszeit in der Woche bleibt gleich.⁴³

Besondere Bestimmungen gelten zudem, falls es sich bei kurzfristigen Arbeitseinsätzen um Arbeit im Bereitschaftsdienst handelt. Es bestehen nämlich verschiedene Regelungen zu Pikettdienst, u.a. gilt für Spitäler, dass eine Zeitgutschrift von 10% der inaktiven Pikettzeit zu leisten ist, wenn die Zeit von Aufruf bis zum Einsatz unter 30 Minuten liegt (Art. 8a ArGV 2).

Aktuelle Praxis

Ein Drittel der Teilnehmenden der Online-Erhebung gab an, dass in ihrer Institution Kompensationen bei Änderungen des Dienstplans gewährt werden. Im Bereich der APH und Spitex ist dies weniger der Fall (ca. drei Viertel ohne Kompensation), demgegenüber sind Lohn-/Zeitzuschläge in den Spitälern verbreiteter. Wenn Kompensationen gewährt werden, ist dies zumeist an die Voraussetzung geknüpft, dass es sich um kurzfristige Arbeitseinsätze handelt, i.d.R. innert 24 oder allenfalls 48 Stunden.

Abbildung 10 Kompensation Dienstplanänderung, aktuelle Situation nach Bereich



Quelle: Online-Befragung (n=305). Frage: «Wenn ein/e Pflegende/r nach Festlegung resp. Bekanntgabe des Dienstplans auf Wunsch des Arbeitgebers eine andere Schicht übernimmt resp. einspringt: Erhält er/sie dafür einen Lohnzuschlag oder Zeitbonus?»

⁴² Von Überstunden spricht man, wenn mehr als die vertraglich vereinbarte Anzahl Stunden pro Woche, aber nicht mehr als die wöchentliche Höchstarbeitszeit (beim Pflegepersonal 50 Stunden) geleistet wird. Werden mehr als die wöchentliche Höchstarbeitszeit getätigt, ist dies Überzeit.

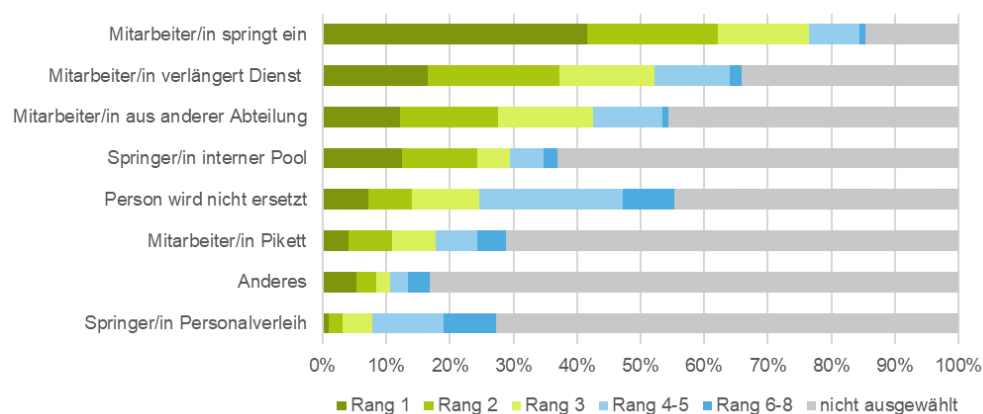
⁴³ Unabhängig davon gelten die Regelungen zu Arbeits- und Ruhezeiten. Die Ruhezeit kann für Arbeitnehmende im Spital und in APH auf 9 Stunden reduziert werden, sofern sie im Durchschnitt von zwei Wochen mind. 12 Stunden beträgt (Art. 9 ArGV 2). Weitere Einschränkungen ergeben sich durch die Regelungen zum wöchentlichen Ruhetag, dem wöchentlichen freien Halbtage sowie zu Nacht-, Wochenend- und Feiertagsarbeit. Regelmässig wiederkehrende Nachtarbeit ist dabei mit einer Kompensation von 10% der Zeit zu entschädigen (Art. 17b ArG i.V.m. Art. 29-31 ArGV 1). Regelmässige Wochenendarbeit muss nicht besonders entschädigt werden.

In rund 60% der Fälle handelt es sich dabei um einen Lohnzuschlag, in knapp 40% um einen Zeitbonus.⁴⁴ Lohnzulagen sind dabei in der Deutschschweiz mehr verbreitet als in der lateinischen Schweiz, in der überwiegend Zeitzulagen gewährt werden. Kleinere Institutionen gewähren zudem etwas öfters einen Zeitbonus. Die Kompensation in Form eines Lohnzuschlags liegt im Median bei 50 CHF pro Einsatz, ein Zeitbonus im Median bei 25%. Die Kompensationen sind in den Spitälern dabei tendenziell höher als bei den APH und der Spitex.

Wir befragten dabei ebenfalls die Häufigkeit der Änderungen. Nach Festlegung des Dienstplans kommt es im Durchschnitt bei 22% der Einsätze zu Änderungen (auf Wunsch Arbeitgeber oder Mitarbeitende). Dabei liegt der Bereich der Spitex genau auf diesem Durchschnitt, der Akutbereich mit 19% leicht darunter und der Bereich APH mit 24% leicht darüber. Über alle Versorgungsbereiche betrachtet resultiert eine kurzfristige Änderung (48 Stunden) im Durchschnitt bei 14% der Einsätze. In etwa 7 von 10 Fällen handelt es sich bei den Änderungen (überwiegend) um kurzfristiges Einspringen, beim Rest waren es neben Einspringen auch wegfallende Schichten. Die kurzfristigen Änderungen sind primär durch Arbeitsverhinderung / Krankheit von Mitarbeitenden bedingt, danach folgen Wünsche der Arbeitnehmenden oder Auslastungsschwankungen.⁴⁵

Das Einspringen von festangestellten Mitarbeiter/innen stellt dabei die häufigste Massnahme bei kurzfristigen Abwesenheiten dar, aber nicht die einzige: Die Institutionen gaben am häufigsten an, dass bei ihnen primär festangestellte Mitarbeitende einspringen resp. die Schicht verlängern / früher beginnen (Mehrfachantworten möglich, wobei die Antworten nach Häufigkeit geordnet wurden). An dritter Stelle folgt, dass die Person nicht ersetzt wird. Die Befragten nutzen zudem andere Lösungen wie Piktettdienste, interne Pools, Personalverleih oder Unterstützung von anderen Abteilungen. Weiter wurde mehrfach die Möglichkeit genannt, dass Vorgesetzte oder Abteilungsleitungen einspringen (die bspw. administrative Tätigkeiten ausgeübt hätten).

Abbildung 11 Umgang mit kurzfristigen Ausfällen



Quelle: Online-Befragung (n=322). Frage: «Denken Sie an folgende Situation: Eine Pflegende meldet sich für den morgigen Tag krank. Wie gehen Sie damit um?»

⁴⁴ Anmerkung: In der Online-Befragung war fälschlicherweise nur eine Einfachauswahl bei den Antworten möglich. Einzelne Teilnehmende merkten an, dass es bei ihnen einen Lohn- und Zeitbonus geben würde.

⁴⁵ In den Interviews wurden diese Gründe bestätigt. Eine befragte Person gab an, dass es bei ihnen verschiedene Modelle der Dienstplanung gebe, die sich in Bezug auf die Autonomie der Erstellung der Dienstpläne unterscheiden würden. Dabei sei festzustellen, dass es weniger Änderungen geben würde, wenn die Teams die Dienstpläne autonom erstellen würden, da sie sich dann dem Dienstplan stärker verpflichtet fühlten.

4.8.2 Neue Regelung

Auch mit einer längeren Ankündigungsfrist für Arbeitseinsätze bleiben Anpassungen der Dienstpläne möglich. Diese soll aber neu kompensiert werden:

Text Vorentwurf: «Müssen in der Pflege tätige Personen in Abweichung von den angekündigten Dienstplänen Einsätze leisten, so haben sie Anspruch auf Kompensation im Umfang von 10–50 Prozent des geleisteten Einsatzes. Der Bundesrat regelt die Voraussetzungen und die Höhe der Kompensation nach Absatz 2. Die Höhe ist abzustufen, je nachdem, wie kurzfristig der Einsatz erfolgen muss.»

Die genaue Ausgestaltung ist aktuell noch offen. Zum Zeitpunkt der Befragung war die Massnahme noch nicht definiert, weshalb in der Online-Befragung zwei Szenarien präsentiert wurden, um die mögliche Ausgestaltung und die Auswirkungen für die Befragten fassbarer zu machen:

1. Springt ein/e Pflegende/r kurzfristig (weniger als 48 Stunden) ein, hat er/sie Anspruch auf einen Zeitbonus oder Lohnzuschlag von 25%.
2. Springt ein/e Pflegende/r nach Bekanntgabe des Dienstplans auf Wunsch des Arbeitgebers ein, hat er/sie Anspruch auf einen Zeitbonus oder Lohnzuschlag, abgestuft nach Dauer der Vorankündigung (weniger als 48 Stunden 25%, davor tiefer z.B. 4 Wochen vorher 10%).

Die nun vorgesehene Massnahme entspricht Szenario 2, wobei die Abstufung und die Höhe der Kompensationen noch offen ist. Wir führen nachfolgend die Ergebnisse zu beiden Szenarien auf, um die Einschätzung befragten Personen einordnen zu können.

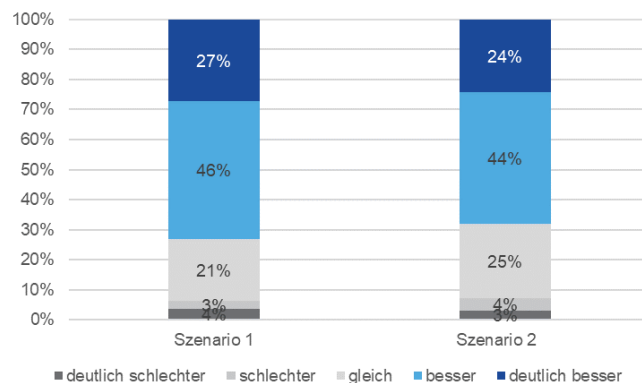
4.8.3 Auswirkungen

Zufriedenheit Pflegende

Im Rahmen der Online-Befragung wurden die Teilnehmenden nach der Auswirkung einer solchen Massnahme auf die Zufriedenheit der Pflegenden in ihrer Institution befragt. Insgesamt gehen rund 70% der Befragten von einem positiven Effekt auf die Zufriedenheit aus. Auch in den Fachgesprächen wurde die Massnahme mehrheitlich positiv eingeschätzt.

Die beiden Szenarien schnitten dabei in der Online-Befragung relativ ähnlich ab. In den Fachgesprächen gab es hingegen eine höhere Zustimmung für Szenario 1 (9 Personen im Vergleich zu 2 Personen, die sich für Szenario 2 aussprachen, weitere 2 Personen wollten einen Zuschlag nach Bekanntgabe des Dienstplans, aber ohne zeitliche Staffelung). Gleiches gilt für die Fokusgruppengespräche: Die Teilnehmenden präferierten Szenario 1 und beurteilten Szenario 2 als nicht sinnvoll. Problematisch an Szenario 2 wurden primär die noch höheren Kosten, vermehrte Fehlansätze (s.u.) und die hohe Komplexität genannt. Zudem setzte Szenario 1 stärker am eigentlichen Problem – den kurzfristigen Arbeitseinsätzen – an.

Abbildung 12 Kompensation Dienstplanänderung, Auswirkungen Zufriedenheit



Quelle: Online-Befragung (n=386). Frage: «Stellen Sie sich folgende (fiktiven) Szenarien einer neuen gesetzlichen Regelung vor. Szenario 1: Springt ein/e Pflegende/r kurzfristig (weniger als 48 Stunden) ein, hat er/sie Anspruch auf einen Zeitbonus oder Lohnzuschlag von 25%. Szenario 2: Springt ein/e Pflegende/r nach Bekanntgabe des Dienstplans auf Wunsch des Arbeitgebers ein, hat er/sie Anspruch auf einen Zeitbonus oder Lohnzuschlag, abgestuft nach Dauer der Vorankündigung (weniger als 48 Stunden 25%, davor tiefer z.B. 4 Wochen vorher 10%). Wie würde sich dies auf die Zufriedenheit der Pflegenden in Ihrem Betrieb auswirken?»

Positiv hervorgehoben an der Massnahme wurde die Anerkennung und Wertschätzung, die damit verbunden sei. Zwei befragte Institutionen haben dabei kürzlich einen Zuschlag implementiert und eine weitere hat die Zulage erhöht. Sie sehen alle den Effekt, dass sich die Bereitschaft, Dienste zu übernehmen, erhöht habe. Dabei gäbe es Personen, welche häufig Dienste übernehmen würden, bei anderen wäre dies sehr selten der Fall. Dies sei positiv: Diejenigen, die wollten, erhielten eine entsprechende Vergütung, diejenige, die nicht wollten, fühlten sich nicht mehr verpflichtet. Der Effekt einer höheren Bereitschaft wurde in den Fokusgruppengesprächen – zumindest in der langen Frist – allerdings nicht bestätigt. Die Teilnehmenden, welche ein solches System schon länger haben, sehen keinen Effekt auf die Bereitschaft einzuspringen.

Sowohl in den Fachgesprächen als auch in der Online-Befragung und in den Fokusgruppengesprächen wurden aber auch Herausforderungen in Zusammenhang mit der Regelung genannt:

- Die Massnahme beinhalte Mehrkosten für die Institutionen sowie einen administrativen Aufwand. Wenn die Finanzierung nicht sichergestellt sei, wäre es denkbar, dass Institutionen darauf verzichten, zusätzliche Mitarbeitende aufzubieten, um die Kosten nicht zu erhöhen. Entsprechend könnten die Belastung der verbleibenden Mitarbeitenden und der Druck ansteigen.
- Die Massnahme beinhalte Fehlanreize. So hätten die Pflegende Anreize, möglichst lange mit der Zusage zu warten (um eine Kompensation resp. höhere Kompensation zu erhalten) oder Abmachungen mit anderen Mitarbeitenden zu treffen, um die Kompensationen zu erhöhen. Aber: Dieses Risiko wird minimiert, indem wie geplant der Zeitpunkt der Ankündigung und nicht der Zusage ausschlaggebend für die Höhe der Kompensation wäre. In den Fokusgruppen wurde zudem befürchtet, dass ggf. die Möglichkeiten für freiwilliges Abtauschen von Schichten eingeschränkt würden.
- Die Massnahme beinhalte Ungerechtigkeiten. Genannt wurden v.a. Mitarbeitende, die in einem hohen Erwerbspensum arbeiten und daher kaum Einsätze übernehmen könnten. Sie würden im Vergleich zu Personen mit einem tieferen Erwerbspensum (und mehr Einsätzen) benachteiligt. Dies könne zu Spannungen im Team sowie dem Anreiz zu einer Erwerbsreduktion führen. Auch Personen, die ihren Dienst verlängern oder früher beginnen würden, würden keine Kompensationen erhalten.
- Die Massnahme sei nicht nachhaltig. Mehrere Befragte bezweifelten, dass finanzielle Anreize einen langfristigen Effekt haben. So käme es zu einem Gewöhnungseffekt und andere Elemente

seien für die Arbeitszufriedenheit zudem wichtiger. Aussage Online-Befragung: «Wir finden, dass mehr als an rein pekuniären Anreizen an der Betriebs- und Führungskultur im Langzeitbereich gearbeitet werden sollte. In unzähligen Bewerbungsgesprächen hören wir von mangelnder Wertschätzung auf der persönlichen Ebene, nicht eingehaltenen Versprechungen betreffend Weiterbildung, schlechter Teamstimmung usw. Da hilft auch kein guter Lohn. [...] Die Kopplung aller Leistungen der Mitarbeitenden an weitere finanzielle Anreize führt aus unserer Sicht nicht zu höherer Zufriedenheit.»

- Teils wurde auch der grundsätzliche Ansatz kritisiert. Am häufigsten seien krankheitsbedingte kurzfristige Absenzen. Diese seien die Folge von hohem Druck, entsprechend sei die Abgeltung dieser Ausfälle eigentlich der falsche Ansatz, denn es müsste an der Ursache angesetzt werden.

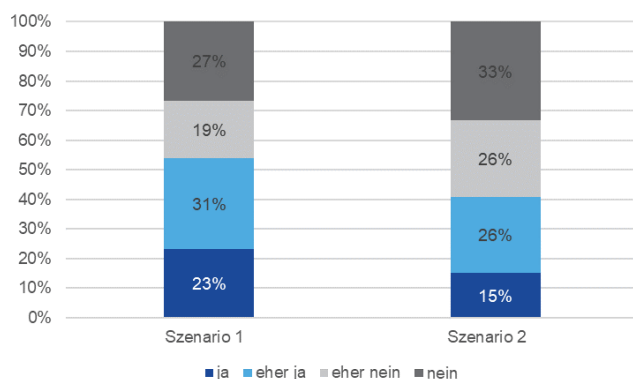
Aus unserer Sicht entsteht beim Szenario 2 zudem ein Anreiz, die Ankündigungsfrist für die Dienstpläne zu verringern. Eine Beschränkung der gesetzlichen Bestimmung auf 4 Wochen würde bei längeren Ankündigungsfristen in der Praxis hingegen die Komplexität und den administrativen Aufwand weiter erhöhen.

Im Rahmen der Fachgespräche wurde zudem diskutiert, ob Lohn- oder Zeitzuschläge sinnvoller seien. 6 Interviewpersonen nannten den Lohnzuschlag, da dadurch mehr personelle Ressourcen verfügbar blieben und zudem bei einem kurzfristigen Einsatz keine längere Erholung nötig sei. Weitere 5 Interviewpersonen wollten eine Wahlmöglichkeit. Sie gaben unterschiedliche Präferenzen der Mitarbeitenden an, so würden beispielsweise jüngere oder geringverdienende Personen eher einen Lohnzuschlag schätzen, ältere Mitarbeitende eher die zusätzliche Zeit für Erholung. Die Wichtigkeit der Wahlmöglichkeit wurde auch von den Teilnehmenden der Fokusgruppengespräche bestätigt, wenngleich dies auch mit administrativem Aufwand verbunden sei.

Einsatz Personalpools

Die Massnahme einer Zulage für kurzfristige Arbeitseinsätze könnte des Weiteren den Einsatz von Personalpools (interne Personalpools, externer Personalverleih) fördern. Mitarbeitende, die in Pool angestellt sind und entsprechend flexibel arbeiten, würden keine Kompensation für ungeplante Einsätze erhalten. Auf die entsprechende Frage geht etwa die Hälfte der Befragten davon aus, dass vermehrt Personalpools eingesetzt würden (dies wäre vermehrt in Szenario 1 der Fall).

Abbildung 13 Kompensation Dienstplanänderung, Auswirkungen Personalpools



Quelle: Online-Befragung (n=386). Frage: «Stellen Sie sich folgende (fiktiven) Szenarien einer neuen gesetzlichen Regelung vor. Szenario 1: Springt ein/e Pflegende/r kurzfristig (weniger als 48 Stunden) ein, hat er/sie Anspruch auf einen Zeitbonus oder Lohnzuschlag von 25%. Szenario 2: Springt ein/e Pflegende/r nach Bekanntgabe des Dienstplans auf Wunsch des Arbeitgebers ein, hat er/sie Anspruch auf einen Zeitbonus oder Lohnzuschlag, abgestuft nach Dauer der Vorankündigung (weniger als 48 Stunden 25%, davor tiefer z.B. 4 Wochen vorher 10%). Gehen Sie davon aus, dass in diesen Szenarien vermehrt Personalpools eingesetzt würden (interne Personalpools oder externer Personalverleih)?»

VZÄ und Kosten

Die Massnahme ist noch nicht konkret ausgestaltet. Im Vorentwurf ist eine Spannweite von 10% bis 50% angegeben. Die konkreten Werte, Staffelung und die Frage, ob Zeit- oder Lohnzuschläge erfolgen, ist noch nicht geklärt. Um eine grobe Grössenordnung zu erhalten, schätzen wir ein Szenario: Zuschlag von 10% für Einsätze nach Bekanntgabe Dienstplan, Zuschlag von 50% bei kurzfristigen Einsätzen. Unter der Annahme, dass keine Anpassungen erfolgen (d.h. gleiche Anzahl an Änderungen), ergibt sich ein Mehrbedarf von ca. 4600 VZÄ resp. etwa 404 Mio. CHF pro Jahr.

Berechnung:

- Anzahl Schichten pro Jahr: 27 Mio. (Schätzung basierend auf VZÄ Bereich Pflege)⁴⁶
- Anzahl Einsätze resp. Änderungen:⁴⁷
 - Änderungen nach Bekanntgabe Dienstplan: 11%
 - Kurzfristige Änderungen: 7%, dies sind 1.9 Mio. Schichten / Jahr
 - Änderungen ohne kurzfristige Ausfälle: 4% (11% - 7%), dies sind 1.1 Mio. Schichten / Jahr
- Kompensation von 10% resp. 50% (falls als Zeitbonus ausgestaltet):
 - Kurzfristige Änderungen: Kompensation von 0.9 Mio. Schichten (50%*1.9 Mio.)
 - Änderungen ohne kurzfristige Ausfälle: Kompensation von 0.1 Mio. Schichten (10%*1.1 Mio.)
 - Insgesamt: 1 Mio. zusätzliche Schichten
- Mehrbedarf von rund 4600 VZÄ (entspricht ca. 3%).
- Bei einem Durchschnittslohn von ca. 75'000 CHF⁴⁸ entspricht dies inkl. Lohnnebenkosten einer zusätzlichen Lohnsumme von 404 Mio. CHF / Jahr.

4.9 Verworfenne Massnahmen

4.9.1 Skill-Grade-Mix

Der Skill-Grade-Mix gibt die Personalzusammensetzung in Bezug auf das Ausbildungsniveau (Grade) resp. die individuelle Berufserfahrung (Skill) der Mitarbeitenden an.⁴⁹ Da der – in Bezug auf die Kompetenzen – adäquate Einsatz von Mitarbeitenden auch zur Arbeitszufriedenheit beiträgt, setzte ursprünglich eine Massnahme des neuen Bundesgesetzes an der Regelung vom Skill-Grade-Mix an. Die Idee einer gesetzlichen Verpflichtung der Verbände, Empfehlungen für eine bedarfsgerechte Personalausstattung zu erarbeiten, wurde im Laufe des Prozesses aber verworfen. Gemäss Aussage des BAG beruhte dieser Entscheid einerseits auf verfassungsrechtlichen Gründen und andererseits fehlten aktuell die fachlichen Grundlagen, auf deren Basis Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte Personalausstattung festgelegt werden könnten.

⁴⁶ Pflegepersonal gem. BFS: 146'700 VZÄ (Jahr 2018), multipliziert mit 230 Arbeitstagen. Die Annahme ist, dass jede Vollzeit-Pflegende an jedem Arbeitstag eine Schicht absolviert. Dies ist wahrscheinlich zu hoch, da es Pflegende ohne Schichtdienst gibt. Wir berücksichtigen daher 80% der so berechneten Schichten.

⁴⁷ Werte gemäss Befragung, wobei nur die Hälfte der Änderungen berücksichtigt wird, da einerseits auch Änderungen auf Wunsch der Arbeitnehmenden erfolgen und andererseits Schichten auch wegfallen.

⁴⁸ Vgl. BSS: Zahlen und Fakten zur Pflege in der Schweiz. Verwendet wird ein (gewichteter) Durchschnitt. Bzgl. der Lohnnebenkosten wie Sozialversicherungsbeiträge wurde ein Wert von 18% verwendet.

⁴⁹ Die Definition orientiert sich an der Massnahme. BFS und Obsan verwenden eine andere Definition und bezeichnen mit «Skill» den Beruf (Pflege- und Betreuungsberufe, medizinisch-therapeutische Berufe, etc.).

Status quo

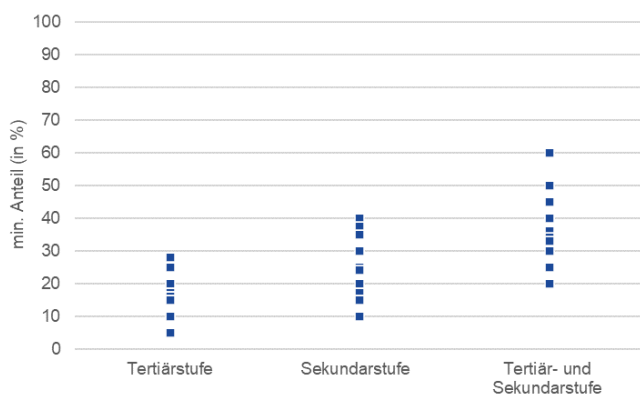
Aktuelle Regelungen

Auf gesamtschweizerischer Ebene bestehen keine Vorgaben zur Personalzusammensetzung. Die Kantone sind allerdings gem. KVV verpflichtet, bei der Aufnahme von Einrichtungen auf ihre kantonale Spital- oder Pflegeheimliste zu prüfen, ob diese über das «erforderliche qualifizierte Personal» verfügen (Art. 58d). Die Umsetzung unterscheidet sich nach Versorgungsbereich:

Spitäler: Bei den Spitälern wurden keine allgemeinen Vorgaben festgelegt.⁵⁰

APH: Im Bereich APH kennt eine Vielzahl der Kantone Vorgaben zum Grade-Mix. So haben 20 Kantone einen minimalen Anteil an Mitarbeitenden mit einem bestimmten Ausbildungsniveau festgelegt. Die Vorgaben unterscheiden sich jedoch. So liegt der minimal geforderte Anteil auf Tertiärstufe je nach Kanton zwischen 5% (Kanton SZ) und 28% (Kanton TI).

Abbildung 14 Kantonale Vorgaben zum Personalschlüssel bei APH, Jahr 2022



Quelle: ARTISET (2022). Zu beachten: Die Zuteilung zu den verschiedenen Bildungsstufen wird von den Kantonen vorgenommen und muss nicht vollständig mit der von BFS / Obsan verwendeten Kategorisierung übereinstimmen.

Spitex: Im Bereich der Spitex basiert die Personalzusammensetzung auf den verordneten Leistungen (so dürfen bspw. nur dipl. Pflegefachpersonen bestimmte Leistungen durchführen).⁵¹

Aktuelle Praxis

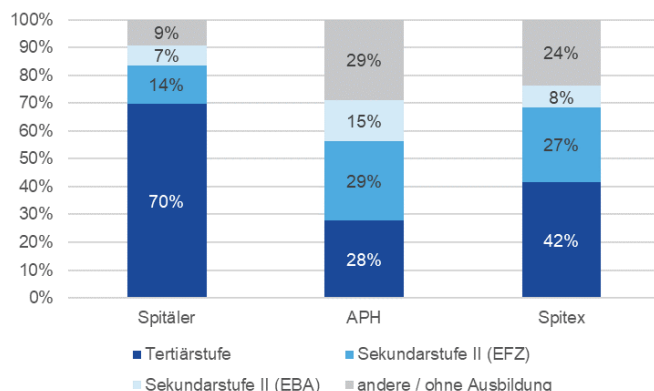
In der Befragung gaben knapp 80% an, Vorgaben zum Skill-Grad-Mix zu haben (37% Grade-Mix, 39% Skill-Grade-Mix, 2% Skill-Mix). Die Vorgaben sind meist betriebsintern (insb. bei den Spitälern) oder vom Kanton vorgegeben (v.a. APH, teils auch Spitex). Kleinere Organisationen und Organisationen in der lateinischen Schweiz haben etwas weniger Vorgaben zum Skill-Grade-Mix.

Auf nationaler Ebene sind Zahlen zum Grade-Mix nach Versorgungsbereich differenziert verfügbar. Der Anteil dipl. Pflegefachpersonen liegt zwischen 28% (APH) und 70% (Spitäler). Der Anteil Beschäftigte mit Tertiär- oder EFZ-Diplom liegt zwischen 56% (APH) und 83% (Spitäler).

⁵⁰ Vgl. Simon et al. (2020). Teils sind auch Vorgaben im Rahmen von Zertifizierungen relevant.

⁵¹ Die Kantone können zudem weitere Vorgaben machen. Vgl. Simon et al. (2020).

Abbildung 15 Grade-Mix, nach Versorgungsbereich, Jahr 2019



Quelle: Merçay, C., Grünig, A. & Dolder, P. (2021). Basis: Anzahl Beschäftigte.

Vergleich kantonale Regelungen und Praxis (APH)

Eine Analyse von Avenir Suisse vergleicht die Vorgaben mit dem effektiven Grade-Mix in den Kantonen.⁵² Die Erhebung zeigt – zumindest für das Jahr 2015– folgende drei zentralen Ergebnisse auf: Erstens variiert der Anteil qualifizierter Personen nach Kanton substanziell. Zweitens liegen die (durchschnittlichen) Werte meist deutlich über den Vorgaben. Drittens zeigt sich kaum ein Zusammenhang zwischen den Vorgaben und den effektiven Werten, so weisen die Kantone ohne Vorgabe bspw. keine geringeren Werte auf als andere Kantone.

Verworfenne neue Regelung

Die Verbände der Leistungserbringer sollen Empfehlungen zum Skill-Grade-Mix erarbeiten. Eine Vorgabe besteht jedoch nicht. Auf die Massnahme wurde im Laufe des Prozesses verzichtet.

Auswirkungen

Die Massnahmen zum Skill-Grade-Mix basieren an zwei zentralen Stellen auf Freiwilligkeit:

- Einerseits sind die Verbände der Leistungserbringer nicht verpflichtet, Empfehlungen zu erarbeiten. Solche Empfehlungen zu entwickeln, scheint herausfordernd. Denn es liegen aktuell keine gesicherten Erkenntnisse zum optimalen Skill-Grade-Mix vor. Dies zeigt sich bspw. auch dadurch, dass die Vorgaben der Kantone zum Grade-Mix sich in erster Linie an Durchschnitts- und Erfahrungswerten orientieren und sehr unterschiedlich sind.⁵³ Die Verbände müssten also zunächst Grundlagen dafür schaffen.
- Andererseits ist nicht zwingend, dass die Kantone diesen Empfehlungen dann auch tatsächlich folgen würden und die Vorgaben verbindlich erklären würden. Vor dem Hintergrund der aktuell substanziellen Spannweite der Vorgabe sowie der Tatsache, dass es bspw. bei den Spitälern kaum Vorgaben gibt, ist dies zumindest fraglich.

Selbst wenn beide Akteursgruppen – Verbände und auch Kantone – die Empfehlungen entwickeln resp. umsetzen, kann zum heutigen Zeitpunkt keine Abschätzung der Auswirkungen

⁵² Vgl. Cosandey & Kienast (2016).

⁵³ Vgl. Simon et al. (2020).

vorgenommen werden. Denn diese hängt davon ab, welche Vorgaben definiert würden und wie sehr sie von der heutigen Praxis abweichen würden. Daher können an dieser Stelle nur allgemeinen Aussagen zu den Auswirkungen gemacht werden:

Ein Skill-Grade-Mix wäre gem. Befragung rund 20% der Institutionen neu. Eine Erhebung von Lipp et al. (2019) in der Langzeitpflege gibt sogar noch höhere Werte an: Nur ca. die Hälfte der von ihnen befragten Beschäftigten arbeitet auf Grundlage von Grade-Mix-Konzepten. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Konzepte zum Skill-Grade-Mix eine positive Auswirkung auf die Beschäftigten zeigen. So gaben in der Erhebung von Lipp et al. (2019) in der Langzeitpflege die befragten Pflegefachpersonen an, dass sie dadurch bei der Ausübung ihrer Arbeit entlastet würden. Die im Rahmen der Fachgespräche befragten Interviewpersonen bestätigten dies. So könnten Überforderung verhindert, gefährliche Situationen reduziert und die Qualität verbessert werden. In Bezug auf die konkrete Massnahme erfolgte allerdings eine skeptische Beurteilung:

- Es wurde bezweifelt, ob tatsächlich Empfehlungen erarbeitet und umgesetzt würden und falls ja, wie die Empfehlungen aussehen und angewendet würden (s.o.). Aussage: *«In Bezug auf die Zufriedenheit wäre dies eine wichtige Massnahme, aber in dieser Ausgestaltung bin ich sehr skeptisch. Entweder wäre die Vorgabe zu allgemein, dann bringt sie nichts oder zu detailliert, dann wird es sehr komplex. Zudem würde sie nur wirken, wenn auch die Kontrolle und Aufsicht funktionieren.»*
- Ein Risikofaktor für die Umsetzung seien des Weiteren Rekrutierungsschwierigkeiten. Selbst wenn Vorgaben zum Anteil an dipl. Pflegefachpersonen für verbindlich erklärt würden, liessen sie sich nur umsetzen, wenn die Personen auch beschäftigt werden könnten. Dies bestätigt die Online-Befragung, in welcher zwischen 14% (Spitex) bis 26% (APH) angaben, ihren Skill-Grade-Mix aktuell nicht einhalten zu können. Aussage: *«Immer öfters werden Teams mit schlechter ausgebildeten Personen besetzt, weil es zu wenig gut ausgebildetes Personal (dipl. Pflegefachperson HF/FH) auf dem Markt hat. Somit übernimmt dipl. Pflegefachpersonal immer mehr Verantwortung und die Qualität sinkt vorzu, was zu grosser Unzufriedenheit führt (nicht nur seitens Patienten sondern auch seitens Personal).»*
- Teilweise wurde die Massnahme als Überregulierung wahrgenommen, welche die Prozessentwicklung und Zusammenarbeit verhindern könne, wenn z.B. neue Berufsrollen nicht integriert werden könnten. Als Beispiel wurde der Einsatz von Medizinischen Praxisassistentinnen und -assistenten im Spital (ambulanter Bereich) zur Entlastung der Pflegefachpersonen genannt.
- Verschiedenen Interviewpersonen fehlte der Aspekt der Personalausstattung, d.h. eine Vorgabe zum nurse-per-patient ratio. Auch hier wurde die fehlende Grundlage thematisiert (z.B. die Frage, wie der Pflegebedarf adäquat bemessen werden kann). Allerdings wurde die Möglichkeit erwähnt, keinen eigentlichen Wert vorzugeben, sondern ein Konzept der Institution zu verlangen. Beispiel einer befragten Institution: Für jede Abteilung wurde eine optimale Personalausstattung definiert, d.h. das angestrebte nurse-per-patient ratio. Daneben gibt es einen minimalen Wert. Wird dieser unterschritten, müssen Betten geschlossen werden (was in der Vergangenheit bereits der Fall war).
- Mehrere Interviewpersonen erwähnten schliesslich, dass die Massnahmen eng verknüpft mit Qualitätsaspekten der Gesundheitsversorgung ist. Zwei Personen empfahlen daher eine Einbindung in bestehende Gesetze und Prozesse. Aussage: *«Dies ist ein Qualitätsaspekt, es müsste daher auch in diesem Zusammenhang geregelt werden, z.B. durch eine Ergänzung im KVG. Es ist wichtig, nicht Gesetze zu schaffen, welche Bereiche regeln, die bereits über andere Gesetze bestimmt werden, dies ergibt ein Chaos.»*

4.9.2 Personalpools

Status quo

Der Einsatz von Personalpools kann an der Häufigkeit und in der Folge der Belastung der Mitarbeitenden für kurzfristige Arbeitseinsätze ansetzen. Denn bei kurzfristigen Ausfällen springen nicht die festangestellten Mitarbeitenden, sondern die Pool-Mitarbeitenden ein. Ein Pool kann dabei im Rahmen eines internen Pools (eigene Institution oder institutionsübergreifend) oder als externe Lösung organisiert sein. Bei der internen Lösung gibt es dabei zwei Varianten: Neben Pools, die eigene Pool-Mitarbeitende haben, gibt es auch die Variante, dass festangestellte Mitarbeitende nebenbei noch im Pool arbeiten.

Aktuelle Regelungen

Aktuell gibt es keine Pflicht zu Implementierung und Einsatz von internen Personalpools resp. externem Personalverleih. Mitarbeitende externer und zwischenbetrieblicher Personalpools unterstehen dem GAV Personalverleih (und sind auch vom Vorentwurf erfasst).⁵⁴

Aktuelle Praxis

Im Rahmen der vorliegenden Analyse haben wir mit Fachgesprächen und einer Online-Recherche eine Marktanalyse durchgeführt.

Interne Personalpools

Interne Personalpools sind verbreitet, vor allem in grossen Institutionen und bei den Spitälern. So weisen bspw. von den 15 grössten Spitälern mind. 12 einen internen Personalpool auf (bei den weiteren 3 liegen keine Angaben vor), über alle Spitäler betrachtet wird ein Anteil von über 50% geschätzt. Im Rahmen der Online-Befragung haben wir dies ebenfalls erhoben: 119 von 322 Personen gaben an, dass sie aktuell einen Pool nutzen. Bei etwa einem Drittel davon ist dies dann auch die häufigste Lösung bei kurzfristigen Ausfällen von Mitarbeitenden.

Die internen Personalpools sind dabei oftmals auf die eigene Institution beschränkt. Institutions- oder bereichsübergreifende Lösungen sind selten. In Bezug auf die konkrete Durchführung gibt es zwei Varianten: Die Verwaltung kann intern oder extern erfolgen. Letzteres bietet der Personalverleih careanesth an (Arbeitgeber bleibt aber die Institution).

Externer Personalverleih

Die Nutzung von Personal von externen Personalverleihern ist ebenfalls häufig. Im Rahmen der Online-Befragung gibt etwa ein Viertel der Befragten an, Personen aus dem Personalverleih bei einem kurzfristigen Ausfall zu beschäftigen. Nur 3 Personen sagten jedoch, dass dies die häufigste Lösung sei.

Im Rahmen der Fachgespräche wurde ebenfalls deutlich, dass die externen Personalpools aktuell oftmals erst in Anspruch genommen werden, wenn keine interne Lösung gefunden wird. Die

⁵⁴ Zur rechtlichen Einordnung von Pflegepools siehe Demir (2023).

Gründe dafür sind höhere Kosten,⁵⁵ Aufwand zur Einarbeitung der neuen Mitarbeitenden, mögliche negative Auswirkungen auf das Betriebsklima und fehlende Stabilität in Betreuung und Pflege. Mittels einer Hochrechnung basierend auf den grösseren Anbietern gehen wir schätzungsweise von bis zu 2000 Einsätzen pro Tag aus. Dies liegt in der Grössenordnung von ca. 2% aller Arbeitseinsätze von Pflegenden.

Anbieter sind dabei «klassische» Personalverleiher (die in verschiedenen Branchen tätig sind), spezialisierte Personalverleiher im Bereich Gesundheit (z.B. careanesth, flexmedics, CarePeople) und private Spitexorganisationen (z.B. Spitex Puls 24, Züri Pflege). Anmerkung: Private Spitalorganisationen müssen aufgrund ihrer Leistungen im Bereich Hauswirtschaft Personalverleih-Bewilligungen⁵⁶ besitzen (öffentliche Spitexorganisationen sind von dieser Pflicht ausgenommen). Allerdings sind sie nicht als zentrale Akteure in diesem Bereich zu betrachten.

Die Marktrecherche ergab insgesamt ca. 30 Anbieter, wobei es ca. 5 grössere Anbieter mit dem Fokus Pflege gibt. Das Angebot erstreckt sich dabei von typischer Temporärarbeit über Spontaneinsätze bis zur Pool Verwaltung (s.o.). Der grösste Anbieter im Bereich Springer- und Poolösungen ist careanesth (Marktanteil von über 60% in der Deutschschweiz).

Verworfenne neue Regelung

Diskutiert wurde die Pflicht für Institutionen, einen internen Personalpool aufzubauen oder einen externen Personalverleih zu nutzen, mit dem Ziel einer Überbrückung von situationsbezogenen Personalengpässen. Die Massnahme wurde im Laufe der Arbeiten jedoch verworfen.⁵⁷

Auswirkungen

Die Massnahme wurde im Rahmen der Fachgespräche skeptisch beurteilt:

- Die Massnahme wurde als zu grosser staatlicher Eingriff betrachtet, wobei insb. auch die Ebene Bund nicht adäquat sei. Die Massnahme würde sinnvolle Lösungen der Praxis übersteuern.
- Die Umsetzung in der Praxis wurde als herausfordernd betrachtet: Wie würde die Grösse des Pools definiert? Wie erfolgt die Überprüfung? Welche Hürde stellt die Bewilligungspflicht dar? Wie würde damit umgegangen, wenn Fachpersonen für den Pool fehlen würden?
- Inhaltlich waren einige Interviewpersonen ebenfalls skeptisch: Knappe Personalressourcen würden «besetzt», möglicherweise würde eine Vielzahl – ineffizienter – kleiner Pools geschaffen und bei fehlender Finanzierung würde vielleicht die Anzahl Pools, aber nicht deren Inanspruchnahme steigen.

⁵⁵ Eine Studie der ZHAW i.A. des Personalverleihers careanesth ergab, dass die externe Lösung ca. 11% teurer pro Stunde resp. Tag ist (ohne MWST), allerdings nicht teurer als ein interner Personalpool. Grosses Kosteneinsparungspotenzial wurde zudem durch eine verbesserte Personalplanung verortet.

⁵⁶ Wer regelmässig Personal verleiht, braucht gemäss dem Bundesgesetz vom 6. Oktober 1989 über die Arbeitsvermittlung und den Personalverleih eine Verleihbewilligung.

⁵⁷ Anmerkung: Die Massnahme der Errichtung von Personalpools ist auch international ein Thema. So wird in Deutschland im Gesetzentwurf Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) die Pflicht zur Vereinbarung von Personal- bzw. «Springerpool» sowie vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte aufgenommen. Diese werden in den Landesrahmenverträgen zwischen den finanzierenden Versicherungen und den Leistungserbringern festgelegt (inkl. Finanzierung). Die Ziele sind eine Entlastung der Pflege, Erhöhung der Attraktivität des Berufs und eine Reduktion der Leiharbeit. Aktueller Stand: Verabschiedung des Gesetzentwurfs durch den Bundestag in 2./3. Lesung am 26.05.2023.

- Externe Personalpools resp. Personalverleihunternehmen wurden teils grundsätzlich kritisch betrachtet. Neben den oben erwähnten Gründen (hohe Kosten, Aufwand Einarbeitung, fragile Pflegequalität) begründet sich dies aufgrund des möglichen gleichzeitigen Bedarfs an Ressourcen sowie arbeitsrechtlichen Schwierigkeiten (die Höchstarbeitszeit muss von den Mitarbeitenden bei mehreren Pools selbst kontrolliert werden).

Trotz dieser Kritik, v.a. an der Pflicht zu Personalpools: Personalpools können aus unserer Sicht die Problematik von kurzfristigen Arbeitseinsätzen substanziell reduzieren und zwar über zwei Wirkungskanäle:⁵⁸

- Mitarbeitende in Gesundheitsinstitutionen werden durch bessere Arbeitsbedingungen im Beruf gehalten. These: Aktuell sind Anfragen für kurzfristige Einsätze häufig und belastend.⁵⁹ Die Nutzung von Personalpools senkt die Anzahl kurzfristiger Einsätze. Die Zufriedenheit der Mitarbeitenden steigt und in der Folge sinken Berufswanderungen. Die These erscheint plausibel – sofern die Pools attraktiv in Bezug auf Kosten, Verfügbarkeit und Qualität sind.
- Durch andere Arbeitsmodelle werden neue Mitarbeitende in den Personalpools gewonnen: These: Personalpools ermöglichen eine höhere Flexibilität (z.B. bezüglich Wochentagen) und auch tiefere Erwerbspensen. Sie erreichen somit andere Personen (und halten diese zudem im Beruf). Beispiele sind etwa Mütter mit kleinen Kindern, ältere Mitarbeitende, Personen, die länger reisen, Generation Z. Die These trifft sicher nicht für alle Institutionen zu – in den Befragungen zeigten sich verschiedene, sehr flexible und vielfältige Arbeitsmodelle in einigen Institutionen. Dennoch gibt es auch viele Institutionen, bei denen keine niedrigprozentige Tätigkeit resp. Flexibilität möglich ist. Für Mitarbeitende dieser Institutionen kann die Temporärarbeit den Verbleib im Beruf ermöglichen. Auch Studienergebnisse bestätigen dies: Die Erhebung von Schaffert et al. (2021) zu Berufskarrieren in der Pflege zeigt, dass mehr Regelmässigkeit bei den Einsätzen, eine höhere Flexibilität bei Einsatzwünschen und die Möglichkeit tiefer Teilzeitarbeit zentrale Massnahmen für den Verbleib im Beruf darstellen. Gemäss den Aussagen von Personalverleihern werden auch mit selbstbestimmter Einsatzplanung alle Schichtarten angeboten. Dabei ist u.E. auch folgender Vorteil von Personalverleihern zu berücksichtigen: Die Rekrutierung von Personen ist ihr Kerngeschäft. Ein Beispiel illustriert dies eindrücklich: Ein Personalverleiher baute für ein Spital einen Pool auf und nahm dafür einen Aufruf bei allen ehemaligen Mitarbeitenden vor, die nach der Geburt ihrer Kinder ausgestiegen sind. Die Folge: Die Anzahl Pool-Mitarbeitenden stieg innerhalb von zwei Monaten von 8 auf 80 Personen.

Im Ergebnis lässt sich somit aus unserer Sicht folgendes Fazit ziehen: Die Pflicht eines Pools erscheint problematisch. Allerdings wäre eine Förderung von Pool-Lösungen wichtig und zielführend. So wäre bspw. denkbar, dass die Kantone und Leistungserbringer gemeinsam regionale Pools schaffen oder auch, dass der Bund Pool-Lösungen z.B. durch Vereinfachungen bei der Bewilligungspflicht oder durch Unterstützung bei der technischen Umsetzung fördert.

⁵⁸ Der Einsatz von Temporärkräften in der Pflege wird gegenwärtig im Forschungsprojekt CroWiS untersucht. Ahmadi Shad et al. (2023) thematisieren die Auswirkungen von Leiharbeit in der Pflege, Liberatore et al. (2023) berichten über Managementherausforderungen.

⁵⁹ In einer Umfrage der Unia (2018 und 2019), an welcher mehrere Tausend Pflegende teilnahmen, kam bspw. zum Ergebnis, dass von über 70% der Befragten erwartet wird, dass sie ausserhalb der Arbeitszeit erreichbar und für Arbeitseinsätze abrufbar sind (Kategorien ja und eher ja). Die Resultate der Umfrage sind unter diesem [Link](#) verfügbar.

4.9.3 Lohnfortzahlung im Krankheitsfall

Status Quo

Aktuelle Regelungen

Sind Arbeitnehmende ohne ihr Verschulden an der Arbeitsleistung verhindert (insb. Krankheit), so hat ihm der Arbeitgeber für eine beschränkte Zeit den Lohn weiter zu entrichten, sofern das Arbeitsverhältnis mehr als drei Monate gedauert hat oder für mehr als drei Monate eingegangen ist (Art. 324a ArG). Die Konkretisierung, was als angemessene Zeitspanne gilt, ergibt sich anhand von regionalen Skalen mit Bezug auf das Dienstalter.

Aktuelle Praxis

Die Teilnehmenden der Online-Befragung wurden gebeten, anzugeben, wie lange der Lohn im Krankheitsfall zu mindestens 80% weiterbezahlt wird. Dabei wurden 3 Beispiele gewählt: Nach 1, 5 und 10 Dienstjahren. Die Auswertung zeigt auf, dass durchschnittlich deutlich länger Lohnfortzahlungen geleistet werden, als dies gesetzlich gefordert wäre. Im ersten Dienstjahr unterschritt keine einzige Angabe den vorgegebenen Wert gemäss den regionalen Skalen, bei den höheren Dienstjahren gab es vereinzelte Angaben unter dem vorgeschriebenen Wert. Es ist offen, ob es sich bei diesen Einzelfällen um eine Fehlinformation der ausfüllenden Person handelte oder ob das aktuell geltende Recht effektiv nicht eingehalten wird.

Tabelle 2 Lohnfortzahlung, aktuelle Situation

Dienstalter	Fortzahlung Median (Befragung)	Regionale Skalen ⁶⁰
1 Dienstjahr	12 Monate	3 Wochen
5 Dienstjahre	23 Monate	3 Monate
10 Dienstjahre	24 Monate	3 bis 4 Monate

Quelle: Online-Befragung (n=190). Frage: «Welche Regelung wenden Sie in Bezug auf die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall an? Bitte geben Sie an, wie lange der Lohn zu mindestens 80% weiterbezahlt wird nach 1, 5 resp. 10 Jahren?»

Verworfenne neue Regelung

Diskutiert wurde eine Regelung resp. eine Ausdehnung der Lohnfortzahlung, wobei keine genaue Ausgestaltung formuliert wurde. Auf die Massnahme wurde im Laufe des Prozesses verzichtet.

Auswirkungen

Da viele Institutionen grosszügigere Regelungen haben als gesetzlich vorgeschrieben, wäre eher von geringen Auswirkungen auszugehen resp. die neue Regelung müsste massiv weiterreichend

⁶⁰ Quelle: SECO: [Verhinderung des Arbeitnehmers an der Arbeitsleistung \(admin.ch\)](#). Bezieht sich auf die Basler, Berner und Zürcher Skala. Teilweise wurden Wochen auf ganze Monate gerundet.

sein, um positive Effekte zu erzielen. Dies wäre mit deutlichen Mehrkosten verbunden. Zudem würden nur Pflegende profitieren, welche von einer längeren Krankheit betroffen sind.

4.9.4 Recht auf unbezahlten Urlaub

Status Quo

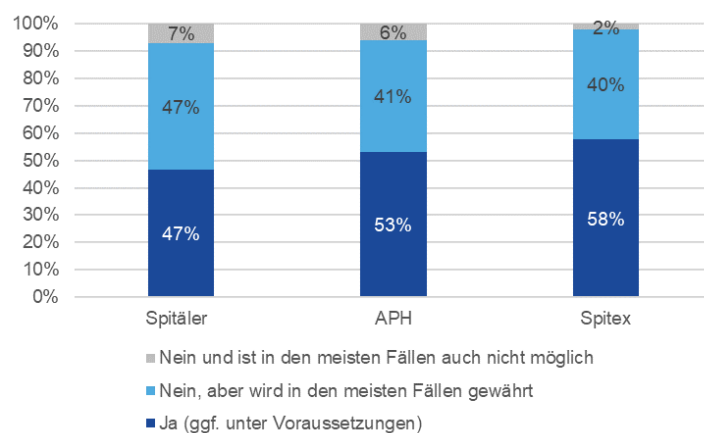
Aktuelle Regelungen

Es besteht keine aktuelle Regelung in diesem Bereich.

Aktuelle Praxis

In der Online-Befragung gaben rund die Hälfte der Befragten an, dass in ihrer Institution ein Recht auf unbezahlten Urlaub besteht, wobei dieses ggf. an Voraussetzungen beispielsweise in Bezug auf die Dauer oder Dienstalter geknüpft ist. Bei vielen weiteren Institutionen besteht zudem zwar kein Recht auf unbezahlten Urlaub, dieser wird jedoch in den meisten Fällen gewährt. Nur wenige Institutionen würden einen unbezahlten Urlaub kaum gewähren.

Abbildung 16 Unbezahlter Urlaub, aktuelle Situation



Quelle: Online-Befragung (n=275). Frage: «Haben Pflegende Recht auf unbezahlten Urlaub?»

Verworfenne neue Regelung

Diskutiert wurde die Einführung eines Rechts auf unbezahlten Urlaub. Die genaue Ausgestaltung war noch offen. Auf die Massnahme wurde im Laufe des Prozesses verzichtet.

Auswirkungen

Bereits in der heutigen Praxis können Pflegende in der Regel einen unbezahlten Urlaub wahrnehmen, wenn sie das möchten. Insbesondere aufgrund der Fachkräftesituation sind Arbeitgeber bemüht, entsprechenden Wünschen der Arbeitnehmenden nachzukommen, um Kündigungen zu

vermeiden. Eine gesetzliche Regelung zu einem Recht auf unbezahlten Urlaub hätte daher kaum Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Pflegenden. Auch für die Institutionen wären die Auswirkungen marginal. Bei der Ausformulierung eines rechtlichen Rahmens würden sich Herausforderungen ergeben, da ein absolutes Recht auf unbezahlten Urlaub wohl kaum im Sinne des Gesetzgebers wäre. Entsprechend müssten spezifische Voraussetzungen wie Dienstalter oder Dauer des Urlaubs festgehalten werden, was zu Herausforderungen im Vollzug führen könnte und den Verhandlungsspielraum von Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden einschränken würde.

4.9.5 Recht auf Reduktion des Arbeitspensums

Status Quo

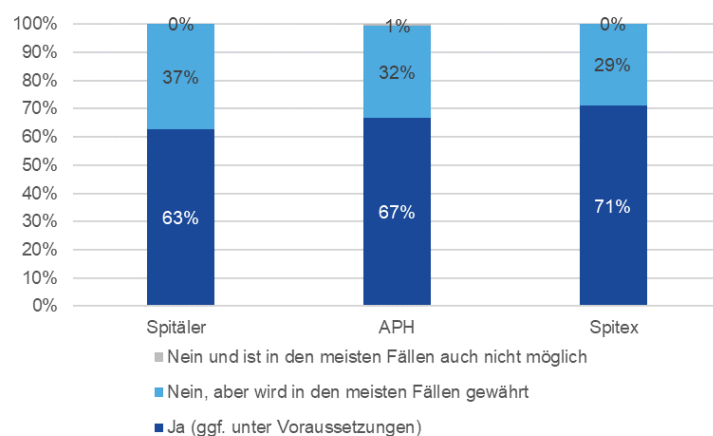
Aktuelle Regelungen

Es besteht keine aktuelle Regelung in diesem Bereich.

Aktuelle Praxis

Gemäss Online-Befragung besteht bei rund zwei Drittel der Institutionen ein Recht auf Reduktion des Arbeitspensums, wobei dies ggf. an Voraussetzung beispielsweise in Bezug auf die Höhe des Pensums geknüpft ist. Bei den weiteren Institutionen ist eine Reduktion des Arbeitspensums in den meisten Fällen möglich, auch wenn kein Recht darauf besteht. Einschränkend muss erwähnt werden, dass die Befragung keine Hinweise auf das Ausmass der möglichen Reduktion gibt: Während Reduktionen auf ein mittleres Pensum kaum problematisch sein dürften, können Reduktionen auf tiefe Pensum (20 – 40%) den Betrieb vor Herausforderungen stellen und daher ggf. nicht gewährt werden. In den Fachgesprächen wurde darauf hingewiesen, dass zumindest ein tieferes Pensum von vielen Institutionen abgelehnt würde.

Abbildung 17 Reduktion Arbeitspensum, aktuelle Situation



Quelle: Online-Befragung (n=279). Frage: «Haben Pflegende ein Recht auf die Reduktion des Arbeitspensums?»

Verworfenne neue Regelung

Diskutiert wurde die Einführung eines Rechts auf Reduktion des Arbeitspensums. Die genaue Ausgestaltung war noch offen. Auf die Massnahme wurde im Laufe des Prozesses verzichtet. Eine mögliche Regelung könnte sich an Art. 60a Abs. 4 der Bundespersonalverordnung (BPV) orientieren: Nach einer Geburt oder Adoption haben Eltern einen Anspruch auf eine 20%-Pensumsreduktion, wobei die untere Grenze bei 60% liegt. Zudem haben sie innerhalb von 3 Jahren nach der letzten erfolgten Reduktion das Recht, das Pensum wieder zu erhöhen.

Auswirkungen

Die Möglichkeit einer Reduktion des Arbeitspensums besteht für alle Pflegenden. Die Frage ist, in welchem Ausmass. Da aktuell ein tiefes Teilzeitpensum nicht überall möglich scheint, könnte möglicherweise die Zufriedenheit gesteigert und ggf. Personen im Beruf gehalten werden, welche sonst austreten. Dies hängt jedoch stark von der gewählten Regelung ab: Ein absolutes Recht auf jede Reduktion ist nicht praktikabel. Die gesetzliche Festlegung von detaillierten Voraussetzungen würde jedoch wiederum Herausforderungen mit sich bringen und wohl nur einem Teil der Pflegenden zugutekommen (z.B. Personen, die ein Kind bekommen).

4.10 Übersicht

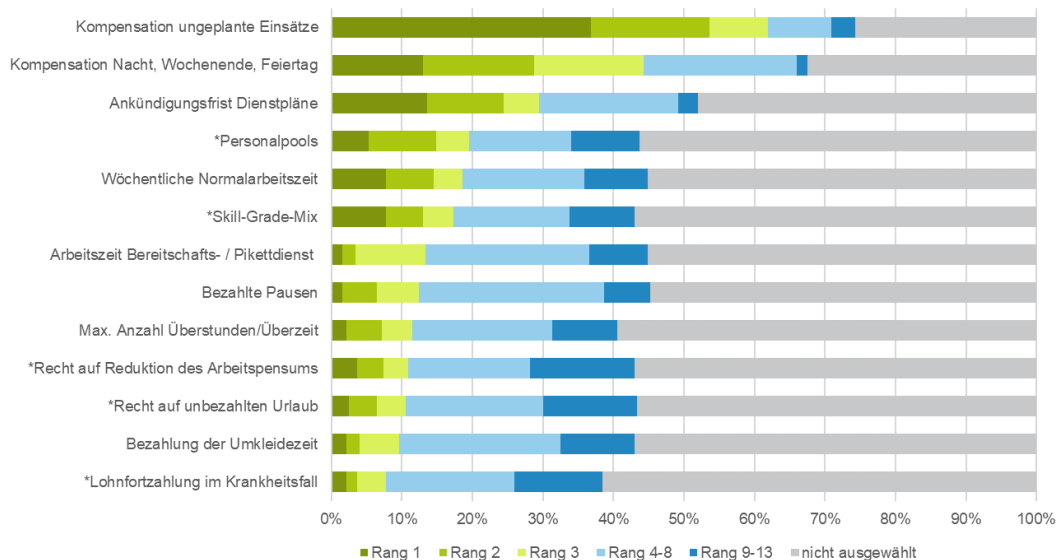
Nachdem die einzelnen Regelungsbereiche einzeln diskutiert wurden, soll dieses Kapitel einen Überblick geben, wie die verschiedenen Regelungsbereiche zu gewichten sind. Welche Bereiche sind für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege zentral, welche vielleicht weniger wichtig? Was sind die Gründe dafür?

Gewichtung der Bereiche

In der Online-Befragung konnten die Teilnehmenden Massnahmen, die aus ihrer Sicht wichtig resp. zielführend sind, auswählen und in eine Rangfolge bringen. Die wichtigsten Massnahmen für die Befragten sind die Kompensationen für ungeplante Einsätze, gefolgt von den Kompensationen für Nacht-, Wochenend-, und Feiertagsarbeit sowie der Ankündigungsfrist für Dienstpläne. Die weiteren Massnahmen wurden von weniger als der Hälfte als wichtig empfunden.

Über die drei Versorgungsbereiche zeigt sich ein ähnliches Bild hinsichtlich der Rangfolge der Regelungsbereiche. Allerdings wählten Vertreterinnen und Vertreter der Spitex weniger Regelungsbereiche als wichtig aus, waren also insgesamt kritischer.

Abbildung 18 Wichtigste Regelungsbereiche



Quelle: Online-Befragung (n=323). Mit * sind jene Massnahmen gekennzeichnet, welche Stand Berichterstellung nicht im Vorentwurf vorgesehen sind (siehe Kapitel 4.9). Frage: «Welche Regelungsbereiche wären zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegenden (Zufriedenheit) wichtig? Bitte wählen Sie die wichtigen möglichen Regelungsbereiche aus und ordnen Sie sie nach ihrer Wichtigkeit in eine Rangreihe ein. Vorgaben zur Ankündigungsfrist Dienstpläne / Vorgaben zur Lohnzuschlägen für ungeplante Arbeitseinsätze / Vorgaben zum Skill-Grade-Mix / Vorgaben für Personalpool (interner Personalpool oder externe Lösung über Personalverleih) / Vorgaben zur max. vertraglich vereinbarten Arbeitszeit pro Woche / Vorgaben zur max. Anzahl Überstunden/Überzeit pro Quartal / Vorgaben für Entschädigungen für Nacht-, Wochenend- und Feiertagsarbeit / Vorgaben zur Arbeitszeit im Rahmen von Pikettdienst / Arbeit auf Abruf / Vorgaben für bezahlte Pausen / Vorgaben für Bezahlung der Umkleidezeit / Vorgaben für Lohnfortzahlung im Krankheitsfall / Recht auf unbezahlten Urlaub / Recht auf Reduktion des Arbeitspensums»

In den Fachgesprächen wurden die Interviewpersonen gebeten, eine Gesamtbeurteilung des Vorentwurfs vorzunehmen. Eine knappe Mehrheit beurteilte das Gesetz mehrheitlich positiv (8 Nennungen), 4 Personen stehen dem Gesetz ambivalent gegenüber, während 3 es mehrheitlich negativ beurteilten (zu den Gründen weiter unten). Einschränkend ist zu erwähnen, dass aufgrund der vielfach noch sehr offenen Ausgestaltung der Regelungen keine abschliessende Beurteilung vorgenommen werden konnte.

Auch in den Fachgesprächen wurde nach den wichtigsten Regelungsbereichen gefragt. Folgende Bereiche wurden dabei (in absteigender Wichtigkeit) am häufigsten genannt:

- Kompensationen für Nacht-, Wochenend-, und Feiertagsarbeit
- Reduktion der wöchentlichen Normalarbeitszeit (bei gleichem Lohn)
- Maximale Anzahl Überstunden
- Regelungen zum Skill-Grade-Mix (wobei nicht immer die vorgeschlagene Ausgestaltung, resp. eher der grundsätzliche Regelungsbereich angesprochen wurde)

Dass die Einschätzungen von jenen in der Befragung abweichen, ist möglicherweise durch den Umstand zu erklären, dass andere Akteursgruppen Auskunft gaben (an den Fachgesprächen tendenziell eher Verbandsebene). Als wenig zielführend wurden das Recht auf unbezahlten Urlaub und auf die Reduktion des Erwerbspensums eingeschätzt. Aus dem Bereich der Spitex wurde erwähnt, dass die Anrechnung resp. Bezahlung der Wegzeit zusätzlich geregelt werden müsste (analog zur Umkleidezeit).

Gründe für die Einschätzung

Insgesamt wurde der grundsätzliche Ansatz des Gesetzes oftmals bestätigt: Die Arbeitsbedingungen in der Pflege müssten dringend verbessert werden – auch aufgrund der Fachkräftesituation. Das Gesetz sei dabei ein Schritt in die richtige Richtung. Einige der aufgeführten Regelungsbereiche würden an zentralen Stellschrauben ansetzen.

Bezogen auf die Massnahmen wurden jedoch nur drei Regelungsbereiche von mind. der Hälfte der Befragten als wichtig empfunden. Dies mag auch darauf zurückzuführen sein, dass in vielen Bereichen bereits Regelungen in den Institutionen bestehen (und aufgrund der noch offenen Ausgestaltung unklar war, ob sich eine Veränderung ergäbe). Auch die Interviewpersonen begründeten ihre negative Einschätzung in Bezug auf das Recht auf unbezahlten Urlaub und auf die Reduktion des Erwerbspensums mit der bereits üblichen Praxis. Ein absolutes Recht stehe zudem für die Institutionen im Spannungsfeld mit der Gewährleistung der Versorgung (wenn z.B. mehrere Personen gleichzeitig unbezahlten Urlaub nehmen wollten).

Weitere Kritikpunkte resp. mögliche Herausforderungen – in Bezug auf die Gesamtheit der Massnahmen – wurden auch genannt:

- Mehrere Interviewpersonen erwähnten die Problematik der Finanzierung, die nicht gewährleistet sei und der bereits aktuell knappen Ressourcen. Ohne zusätzliche Mittel sei die Umsetzung des Gesetzes nicht möglich, resp. komme es zu unerwünschten Effekten. Dies betrifft neben der Finanzierung der Massnahmen an sich auch die Abgeltung des damit verbundenen administrativen Aufwands. Neben der eigentlichen Berücksichtigung der Mehrkosten in den Tarifen wäre zudem die Übergangsfinanzierung aufgrund der zeitlichen Verzögerung zu klären. Aufgrund der heute bereits fehlenden Ressourcen komme es überhaupt erst zu schlechten Arbeitsbedingungen. Solange daran nichts geändert wird, seien keine Verbesserungen möglich. Eine Interviewperson führt dazu aus: *«Es besteht viel Bereitschaft, aber es ist auch geprägt von der Finanzierung. Beispielsweise die Pausen, man hat oft keine Zeit für Pausen wegen fehlender personeller Ressourcen. Wenn man alles einhalten kann, was heute gilt, dann wäre es schon sehr gut. Ich denke, neue Regelungen, die weitergehen würden, könnten nicht umgesetzt werden. Man will nicht dem Personal schaden, aber man kann nicht – das ist ein Riesenproblem. Dies ist Aufgabe der Teamleiter. Das HR sagt klar, wie es ist, aber die Umsetzung ist beim Teamleiter und wenn es zu wenig Personal gibt, kann man es nicht umsetzen. Das ist das Dilemma der Organisationen. Und das wird dann noch stärker.»*
- Die Regelungen würden zu stark in die unternehmerische Freiheit eingreifen (*«Mikromanagement»*). Die Institutionen hätten aufgrund der Fachkräftesituation heute bereits einen Anreiz, Wünschen der Arbeitnehmenden nachzukommen. Zentral sei, dass bei der Ausgestaltung ausreichend Flexibilität vorgesehen werde. Die idealen Arbeitsbedingungen sehen für jede Pflegende und jeden Pflegenden anders aus. Der Schutz der Arbeitnehmenden sollte Raum lassen für diese unterschiedlichen Bedürfnisse. Es sei daher wichtig, dass auf Wunsch der Arbeitnehmenden von den Regelungen abgewichen werden könne.
- Mit dem Arbeitsgesetz bestünden bereits ausreichende Regelungen.
- Teilweise wurde bezweifelt, ob die Regelungen die Zufriedenheit langfristig erhöhen könnten. Einige Interviewpersonen gehen von einem Gewöhnungseffekt aus und schätzen die Massnahmen entsprechend nicht als zielführend ein. Wichtiger seien Elemente wie Beeinflussbarkeit der eigenen Arbeitssituation, berufliche Entwicklung, Wertschätzung und Themen der Führung. Dies wurde auch in den Fokusgruppengesprächen deutlich: Die Teilnehmenden nannten die Wertschätzung (auch von extern), Lohn und die Sicherstellung der Pflegequalität als

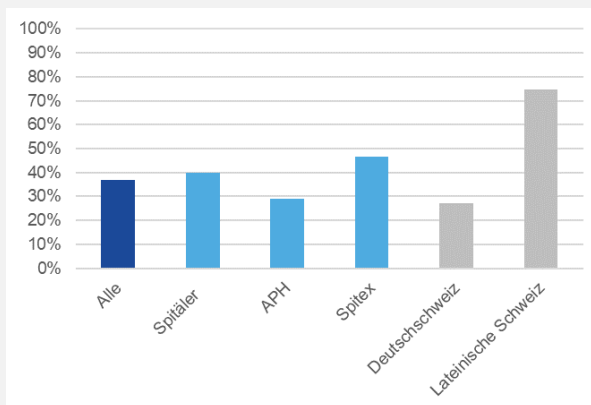
zentrale Faktoren zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit. Die Massnahmen fokussieren demgegenüber primär auf monetäre Aspekte und Zeitboni. Personen, die intrinsisch motiviert seien, würden damit weniger angesprochen. Für diese Personen sei die Personalausstattung die zentrale Stellschraube für den Verbleib im Beruf. Dieses Thema wurde in den Fokusgruppengesprächen auch von den Personen aus der Praxis hervorgehoben.

- Nicht alle Pflegenden würden von den Massnahmen profitieren. In den Fokusgruppengesprächen wurde dies kritisch beurteilt: Nach Annahme der Pflegeinitiative wurde von Verbesserungen für alle ausgegangen. In diesem Zusammenhang wurde die Befürchtung geäussert, dass das Thema mit Einführung des Gesetzes in der öffentlichen Wahrnehmung als «erledigt» betrachtet wird.

Exkurs: Option GAV

Von den neuen Regelungen des Bundesgesetzes über Arbeitsbedingungen in der Pflege kann – auch zu Ungunsten der Arbeitnehmenden – abgewichen werden, sofern ein GAV besteht. Die zwingenden Bestimmungen des Arbeitsgesetzes, des Obligationenrechts, von kantonalen Personalgesetzen und weiteren spezialrechtlichen Regelungen müssen jedoch weiterhin eingehalten werden. Aktuell unterstehen 37% der teilnehmenden Institutionen der Online-Befragung einem GAV. Im Bereich der Spitex sind GAV weiter verbreitet als bei den APH und in der lateinischen Schweiz deutlich mehr als in der Deutschschweiz.

Abbildung 19 Anteil Institutionen mit GAV, verschiedene Merkmale



Quelle: Online-Befragung (n=312). Frage: «Sind die Arbeitsverhältnisse der Pflegenden einem Gesamtarbeitsvertrag (GAV) unterstellt?» Die Einteilung in die Sprachregion erfolgte anhand der gewählten Sprache in der Online-Befragung.

Es stellt sich die Frage, ob es mit der Einführung des Gesetzes zu mehr oder weniger GAV käme. Die bestehenden GAV müssten wohl vielfach neu ausgehandelt werden unter Berücksichtigung der neuen Standards. Möglicherweise kommt es dabei in einigen Fällen nicht zu einem erneuten Abschluss. Für die Pflegenden würden in diesem Fall die gesetzlichen Standards gelten. Auf der anderen Seite könnte die Option, mit einem GAV von den gesetzlichen Standards abzuweichen, einen Anreiz für neue GAV-Verhandlungen führen. Dabei müssten die Arbeitgebenden aber punktuell merklich bessere Bedingungen anbieten, damit eine allfällige Unterschreitung eines Standards für die Pflegenden in Frage kommt. In den Fachgesprächen wurde nicht mit einem Anstieg an abgeschlossenen GAV gerechnet, da der Anreiz für Verhandlungen auf Seiten der Arbeitnehmenden gering sein würde.

Zwischenfazit zu Prüfpunkt 3

Die aktuelle Praxis in den vorgesehenen Regelungsbereichen unterscheidet sich: Während die Ankündigungsfrist von mind. 4 Wochen bereits von den meisten Institutionen so gehandhabt wird, sind Kompensationen bei Änderungen des Dienstplans nur bei einem Drittel der befragten Institutionen bereits Bestandteil der Abgeltung (und sind dabei nur für kurzfristige Änderungen vorgesehen). Bei den anderen Massnahmen ist die Ausgestaltung entscheidend: Je nach Konkretisierung wären die Änderungen in der Praxis substanziell oder nur geringfügig.

In mehreren Bereichen sind bereits Regelungen im Arbeitsrecht vorgesehen. Die neuen Regelungen würden aber einerseits darüber hinausgehen und zudem alle Institutionen umfassen, auch jene die nicht unter den Geltungsbereich des Arbeitsgesetzes fallen.

Von allen vorgeschlagenen Massnahmen beurteilen die befragten Pflegenden die Kompensationen für ungeplante Einsätze und für Nacht-, Wochenend-, und Feiertagsarbeit sowie die Ankündigungsfrist für die Dienstpläne als wichtigste Massnahmen in Bezug auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen resp. der Zufriedenheit. Die anderen Massnahmen werden von der Hälfte (oder mehr) nicht als wichtig resp. zielführend eingeschätzt.

5. Prüfpunkt 4: Gesamtwirtschaft

5.1 Gesundheitsversorgung

Ausgangspunkt der Regelung ist die angespannte Fachkräftesituation mit möglichen Folgen auf die künftige Gesundheitsversorgung. Es stellt sich somit die Frage, ob die Massnahmen die Fachkräftesituation positiv beeinflussen, konkret die Pflegenden länger im Beruf halten können. Aus Sicht der befragten Interviewpersonen ist dies tendenziell der Fall. Die Wirkung auf die Fachkräftesituation wird von 8 Personen bejaht (2 Personen sehr positiv, 6 Personen positiv). Weitere 4 Personen sehen keinen Effekt und 1 Person eine negative Wirkung.

Die verschiedenen Kritikpunkte resp. Lücken aus Sicht der befragten Personen wurden bereits thematisiert. Insb. die Fokussierung auf einzelne arbeitsrechtliche Aspekte begrenzt die Wirkung aus Sicht der Interviewpersonen. Die Wirkung sei nicht nachhaltig und spreche nur einen Teil der Personen an. Die strukturellen Bereiche, die auch langfristig eine positive Wirkung auf die Arbeitszufriedenheit und den Verbleib im Beruf schaffen könnten, seien nicht enthalten: Autonomie und Mitsprachemöglichkeiten, Kultur und Führung sowie Personalausstattung. Bei den finanziellen Massnahmen wurde zudem die Befürchtung eines gegenteiligen Effekts auf die Fachkräftesituation geäussert: Die Erwerbspensen würden reduziert und die Personalausstattung verschlechtere sich.

In dieselbe Richtung geht auch die Abschätzung im Rahmen der vorliegenden Studie: Wenn z.B. die vertraglich definierte Arbeitszeit pro Woche reduziert würde, wird die Fachkräfteproblematik nochmals deutlich verschärft. In der kurzen Frist wäre die Wirkung daher kontraproduktiv. Wenn diese Stellen aber nicht besetzt werden (können), könnte sich der erwünschte Effekt in sein Gegenteil verkehren: Zwar müssen die Pflegenden vielleicht 4 Stunden weniger arbeiten, aber in den 38 Stunden, in denen sie arbeiten, steigt der Druck nochmals an. Ein solcher Effekt zeigt sich bereits heute (in kleinerem Umfang): Eine befragte Person berichtete, dass die Bezahlung der

Umkleidezeit in ihrer Institution aufgrund der geforderten Budgetneutralität dazu führte, dass die Schichten jeweils 20 Minuten kürzer seien, aber dieselbe Arbeit geleistet werden müsse, was den Druck erhöhe.

Die Frage nach der Qualität der Gesundheitsversorgung hängt aus Sicht der befragten Personen eng mit der Veränderung der Arbeitszufriedenheit der Pflegenden und deren Arbeitslast (resp. Personalausstattung) zusammen und wurde entsprechend in den Interviews heterogen beurteilt. Während 4 Personen von einer positiven Wirkung ausgehen, schätzen 5 Personen keinen Effekt und 2 Personen sehen eine negative Wirkung.

5.2 Kosten

Bei der Auswirkung auf die Kosten waren sich die Interviewpersonen hingegen einig: Es wird teurer. Die Beurteilung kann zum jetzigen Zeitpunkt allerdings kaum konkretisiert werden, da die Regelungen noch nicht bestimmt sind. Nur in zwei Bereichen liegen quantitative Werte vor, allerdings auch hier nur in einer Spannweite.

Auf dieser Basis wurde in der vorliegenden Analyse eine grobe Abschätzung vorgenommen. Würde die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit auf 38 Stunden reduziert und der Lohn bliebe gleich, würde dadurch eine um knapp 1.4 Mia. CHF höhere Lohnsumme pro Jahr ausgeschüttet (inkl. Sozialversicherungsbeiträge). Die Massnahme der Kompensationen für ungeplante Einsätze hätte ebenfalls eine Kostenfolge von mehreren Hundert Mio. CHF pro Jahr. Noch nicht darin enthalten sind allfällige Mehrkosten, wenn die Regelungen auch auf andere Berufsgruppen übertragen würden (s.u.).

In Bezug auf die Finanzierung ist darauf hinzuweisen, dass ein anderes Element der Umsetzung der Pflegeinitiative sich damit beschäftigt: Der Bundesrat sieht die Durchführung eines runden Tisches zur angemessenen Abgeltung von Pflegeleistungen vor.⁶¹

Exkurs Finanzierung

Pflegeheime und Pflege zu Hause: Pflegeleistungen nach Art. 7 KLV werden von drei Parteien finanziert (vgl. Art. 25a Abs. 1 KVG):

- Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) leistet einen fixen Beitrag an die Pflegeleistungen (die Krankenversicherungsbeiträge sind in der KLV geregelt);
- Die Versicherten beteiligen sich mit maximal 20 Prozent des OKP-Beitrags
- Die Restfinanzierung wird durch die Kantone geregelt und ist Aufgabe der Kantone und/oder der Gemeinden.

Sollten die Krankenversicherungsbeiträge resp. die KLV nicht angepasst werden, wären die Mehrkosten durch die vorliegenden Massnahmen in erster Linie durch die Restfinanzierung der Kantone zu tragen. Andernfalls würden die Mehrkosten sich auf die verschiedenen Finanzierungsträger verteilen. Wie dies umgesetzt würde, ist offen.

⁶¹ Faktenblatt Pflegeinitiative: 2. Etappe Umsetzung Art. 117b und 197 Ziff. 13 BV, Januar 2023, Massnahme 2.4.

Spitäler: Die Spitaltarife werden zwischen den Tarifpartnern verhandelt und von den Kantonen genehmigt. Im stationären Bereich der Spitäler fliessen die Mehrkosten in die Tarifiermittlung der Folgeperiode ein. Somit werden die Mehrkosten grundsätzlich durch die OKP-Tarife anteilmässig zwischen Kantonen (55%) und OKP (45%) vergütet. Auch die Vergütung von ambulanten Leistungen im Spitalbereich wird in Tarifverträgen geregelt.

Mit einer einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen (E-FAS) kann sich die Finanzierung in Zukunft verändern.

Weitere Kosten für die Kantone und auch für den Bund resultieren in Zusammenhang mit dem Vollzug (s.u.).

5.3 Gesellschaft

In Bezug auf die gesellschaftlichen Effekte wurde im Rahmen der Analyse immer wieder ein Punkt angesprochen: Ist die Sonderbehandlung einer Berufsgruppe angemessen und akzeptiert?

Vor dem Hintergrund der Pflegeinitiative erscheint der Handlungsspielraum hierbei begrenzt. Es wäre lediglich denkbar, die Arbeitsbedingungen auch für andere Beschäftigte anzupassen – eine Anpassung, die mit staatlichen Eingriffen und Kostenfolgen verbunden wäre. Aus unserer Sicht sind berufsbezogene Vorgaben begründbar, wenn sie sich auf berufsbezogene Spezifika der Pflege beziehen. D.h. Ungleiches ist nach Massgabe seiner Ungleichheit ungleich zu behandeln (Rechtsgleichheitsgrundsatz nach Art. 8 Abs. 1 BV). Daher ist zu fragen, was den Beruf besonders belastend macht. Aus unserer Sicht liegt dies in der Kumulation verschiedener Aspekte: Schichtarbeit mit wechselnden Arbeitszeiten, hohe Verantwortung des Berufs, psychische Belastung in schwierigen Situationen, körperliche Anstrengung, Personalknappheit, kurzfristige Einsätze, Fremdbestimmung. Einzelne Elemente gelten auch für andere Berufe, aber in der Gesamtheit könnte hier die Pflege besonderen Belastungen ausgesetzt sein. Eine besondere Behandlung könnte daraus abgeleitet werden (zu klären wäre, ob dies allenfalls für vereinzelte andere Berufsgruppen auch gilt).

Eine aktuelle Erhebung bei rund 1700 Gesundheitsfachpersonen (SCOHPICA) liefert dazu allerdings keine eindeutigen Ergebnisse.⁶² Die Arbeitsbelastung wird von Pflegenden auf mittlerer Stufe bspw. besser eingeschätzt als im Durchschnitt aller Gesundheitsfachpersonen, hingegen weisen die Pflegefachpersonen (dipl.) unterdurchschnittliche Werte auf (allerdings besser als Ärztinnen oder Apotheker).

Die Frage ist, ob eine Sonderbehandlung der Pflegenden in der Praxis auch durchgesetzt und akzeptiert wird. Dies muss tendenziell mit nein beantwortet werden. Die befragten Institutionen gaben zu über 70% an, dass sie die vorgesehenen Regelungen auch auf andere Berufsgruppen in der Institution übertragen würden. Dies aus Gründen der Gleichbehandlung. Eine befragte Person drückt sich wie folgt aus:

«Dass die Optik momentan so stark auf der Pflege liegt, wird von den anderen Berufsgruppen kritisch betrachtet. Eine Gleichbehandlung ist für mich innerhalb der Institution zwingend.»

⁶² Die Ergebnisse sind unter diesem [Link](#) verfügbar.

Auch in den Interviews berichteten mehrere Institutionsvertreterinnen und -vertreter, dass eine unterschiedliche Behandlung innerhalb der Institution kaum möglich sei. So seien bei für die Pflege eingeführten Zulagen (z.B. für kurzfristige Einsätze) rasch Forderungen von anderen Berufsgruppen entstanden, diese Zulagen auszuweiten. Dabei wurden insb. folgende Berufsgruppen genannt: Gastronomie, Küche, Hauswirtschaft, Administration, Hotellerie, technischer Dienst, Betreuung, Aktivierung, Reinigung, medizinisch-therapeutische Bereiche, Hebammen, medizinisch-technische Mitarbeitende (Labor), Ärztinnen und Ärzte.

Zwischenfazit zu Prüfpunkt 4

Ausgangspunkt der Regelung ist die angespannte Fachkräftesituation mit möglichen Folgen auf die künftige Gesundheitsversorgung. Die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden steigt durch die vorgesehenen Massnahmen grundsätzlich an. Allerdings ist die Wirkung auf den Berufsverbleib begrenzt, da die Massnahmen auf arbeitsrechtliche Themen beschränkt sind. Andere Elemente, welche die Arbeitszufriedenheit und den Berufsverbleib nachhaltig stärken könnten, sind im Gesetz nicht enthalten (wobei darauf hinzuweisen ist, dass die Umsetzung der Pflegeinitiative noch weitere Massnahmen vorsieht). Zudem gibt es einen grossen Vorbehalt: Einige Massnahmen führen zu einem nochmals erhöhten Fachkräftebedarf. Kann dieser nicht gedeckt (oder finanziert) werden, besteht die Befürchtung, dass die Arbeitsbelastung der Pflegenden nochmals ansteigt und damit die Arbeitszufriedenheit weiter sinken könnte.

Die Mehrkosten der Massnahmen hängen massgeblich von der konkreten Ausgestaltung ab. Aber auch von der Frage, ob die Regelungen auf weitere Berufsgruppen in den Institutionen übertragen werden. Auch wenn die Regelungen für sie formal nicht gelten, ist zu bezweifeln, ob eine Sonderbehandlung einer Berufsgruppe innerhalb von einzelnen Gesundheitsinstitutionen erfolgen wird.

6. Prüfpunkt 5: Vollzug

Gem. Vorentwurf obliegt der Vollzug des Gesetzes den Kantonen unter der Oberaufsicht des Bundes (konkret: des SECO). Damit schliesst der Vollzug an bereits bestehende Aufgabenverteilungen im Bereich des Arbeitsrechts an. Zudem sieht der Vorentwurf eine Übernahme der zusätzlichen Kontrollen durch die kantonalen Inspektorinnen und Inspektoren während einer Übergangsfrist von 5 Jahren vor. Dies erscheint sinnvoll, um ausreichend personelle Ressourcen für die Überprüfung der Gesetzeseinhaltung bereitzustellen. Diese zusätzlichen Kosten fallen seitens Bund an. Der Vorentwurf sieht zudem ein Klagerecht für Arbeitnehmerverbände vor. Zur Diskussion steht die Einführung von kantonalen tripartiten Kommissionen, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Kantone sowie Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen, welche die Auswirkungen auf die Qualität der Gesundheitsversorgung sowie die Gesundheitskosten beobachten sollen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Vollzugskosten auch seitens der kantonalen Inspektorate mit der Einführung des Gesetzes zunehmen würden.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob ausreichend Mittel in die Bekanntmachung und die Prüfung der Einhaltung der bereits bestehender (sowie auch künftigen) Regelungen fliessen. Wie das Beispiel der Umkleidezeit zeigt, sind die bestehenden gesetzlichen Regelungen sehr komplex und es gibt Hinweise, dass diese nicht überall eingehalten werden. In einer Befragung von VPOD

(2018)⁶³ gaben 97% der befragten Spitalangestellten an, dass ihnen die Umkleidezeit nicht angerechnet wird. Auch wenn dies auch öffentlich-rechtliche Institutionen umfasst, für welche aktuell keine Pflicht besteht und es zudem anderslautende vertragliche Vereinbarungen geben könnte, scheint dies ein eher hoher Wert zu sein. Steiger-Sackmann & Wohlwend (2021) führen in diesem Zusammenhang aus, dass die arbeitsrechtlichen Bestimmungen insbesondere zum Gesundheitsschutz in hohem Masse auslegungsbedürftig seien. Aufgrund des «laschen Vollzugs» gebe es kaum Rechtsprechung, so dass Arbeitgebenden oftmals unklar sei, wie die Rechte und Pflichten konkret aussehen. Konkret fordern Steiger-Sackmann & Wohlwend (2021) konkretere Wegleitungen des Bundes zur Umsetzung des Arbeitsrechts. Auch werden fehlende finanzielle und personelle Ressourcen bei den kantonalen Vollzugsbehörden genannt und es wird erwähnt, dass die Nähe zu den kantonal finanzierten Spitälern und Pflegeinstitutionen für einen wirksamen Vollzug hinderlich sein kann (mögliche Interessenskonflikte aufgrund der Doppelrolle Eigentümer / Kontrollbehörde).

Auch in den Fachgesprächen wurde erwähnt, dass bereits geltende arbeitsrechtliche Bestimmungen nicht immer eingehalten werden. Dies in erster Linie, aufgrund fehlender finanzieller und personeller Ressourcen in den Institutionen (z.B. Einhaltung der Pausen). Damit ist auch beim Vollzug neuer Bestimmungen im Rahmen des Bundesgesetzes über Arbeitsbedingungen in der Pflege zu rechnen. Förderlich ist u.E. eine Bekanntmachung der komplexen arbeitsrechtlichen Regelungen. Dies bildet die Grundlage für eine konsequente Umsetzung und Überprüfung der Einhaltung.

Zwischenfazit zu Prüfpunkt 5

Der Vollzug des Gesetzes schliesst an bestehende Aufgabenverteilungen und Prozesse im Bereich des Arbeitsrechts an und sieht eine Erhöhung der personellen Ressourcen vor. Dies erscheint wichtig, da das Beispiel der Umkleidezeit darauf hindeutet, dass nicht alle bestehenden Regelungen genügend klar und bekannt sind resp. auch eingehalten werden.

7. Fazit

Der Handlungsbedarf zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege ist bei den befragten Akteuren unbestritten. Bei Pflegefachpersonen besteht ein Fachkräftemangel, der sich aufgrund der demografischen Entwicklung künftig wahrscheinlich noch akzentuieren wird und der die Versorgungssicherheit gefährdet. Ein zentraler Ansatzpunkt ist die Verlängerung der Berufsverweildauer durch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Gemeinsam mit der erhöhten Ausbildungsanstrengung könnte die Fachkräftesituation verbessert und die Gesundheitsversorgung gewährleistet werden. Dabei stellt der Gesundheitsbereich kein freier Markt dar. Durch Regulierungen sind Wettbewerb und Preisgestaltung eingeschränkt, weshalb eine Lösung durch den Arbeitsmarkt selbst bisher nur punktuell eingetreten ist. Zudem besteht ein öffentliches Interesse an der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Dadurch begründet sich ein staatlicher Eingriff. Das staatliche Handeln ist zudem mit der Pflegeinitiative, welche den Bund verpflichtet, gesetzliche Regelungen zu Arbeitsbedingungen in der Pflege festzulegen, zwingend.

⁶³ https://zuerich.vpod.ch/news/2018/2018-11-02_umkleiden/

Zur Beurteilung der vorgesehenen Massnahmen muss u.E. an der heutigen Problematik angesetzt werden. Also den Gründen der Berufsaustritte. Basierend auf den Ergebnissen der Literatur und Erhebungen sind drei Elemente zentral:⁶⁴

1. Die wechselnden Arbeitszeiten, Nachtdienste resp. Wochenenddienste sowie kurzfristigen Arbeitseinsätze sind körperlich belastend und erschweren die Vereinbarkeit Beruf / Privatleben.
2. Durch eine teils geringe Personalausstattung herrscht ein hoher Arbeitsdruck. Dadurch können Pflegende ihre Aufgaben nicht immer adäquat umsetzen, was auch psychisch belastend ist.
3. Teilweise fehlen Mitgestaltungs- und Entscheidungskompetenzen.

Am ersten Punkt setzen die vorgesehenen Massnahmen an, indem sie etwa Schichtarbeit besser kompensieren und die Entschädigung von ungeplanten Arbeitseinsätzen vorgeben. Beim zweiten Punkt könnten die Massnahmen hingegen einen unerwünschten Effekt mit sich bringen – nämlich dann, wenn die Mehrkosten der Massnahmen durch geringere Personaldotation kompensiert würden. Der dritte Punkt wird durch das Gesetz nicht erfasst. Vor diesem Hintergrund möchten wir drei Aspekte hervorheben.

Wenige, einfache und flexible Regelungen

Die Relevanz einfacher Regelungen zeigt sich aus unserer Sicht insbesondere dadurch, dass das geltende Arbeitsrecht bereits heute nicht immer eingehalten wird.⁶⁵ Wir erachten es daher als zentral, sich auf einige wenige umsetzbare Regelungen zu fokussieren, diese einfach zu gestalten und das Wissen zu den geltenden (und künftigen) Regelungen zu verbessern. Die Flexibilität der Regelungen ist dabei von zentraler Bedeutung (z.B. die Möglichkeit von individuellen Anpassungen auf Wunsch der Arbeitnehmenden). Denn das heutige Arbeitsrecht ist gemäss verschiedener Aussagen nicht immer im Interesse der Pflegenden. Beispiel: Gemäss Interviewaussagen würde ein Teil der Pflegenden ihre Nachtdienste gerne am Stück leisten, um weniger durch Rhythmuswechsel belastet zu sein. Aufgrund der max. Höchstarbeitszeit pro Woche ist dies nicht gesetzeskonform, die Nachtdienste müssen zweimal pro Monat angesetzt werden.

Dabei ist darauf zu achten, dass die Massnahmen keine Fehlanreize mit sich bringen. So wäre aus unserer Sicht zu empfehlen, die Kompensationen für ungeplante Einsätze auf kurzfristiges Einspringen zu beschränken, da ansonsten Anreize für eine Verkürzung der Ankündigungsfrist gesetzt werden (welche heute oftmals länger ist als in der künftigen Minimalanforderung vorgesehen). Auch sind finanzielle Massnahmen vor dem Hintergrund der bereits angespannten Fachkräftesituation besser zu bewerten als Zeitgutschriften, welche die Knappheit nochmals erhöhen. Hintergrund: Die Kosten steigen bei Zeitgutschriften in einem ähnlichen Ausmass wie bei den direkten finanziellen Massnahmen (da die Arbeiten von anderen Mitarbeitenden erbracht und entsprechend vergütet werden müssen), erfordern dabei aber mehr Personal.

⁶⁴ Heterogene Rückmeldungen gab es zur Thematik Grundlohn: Während dieser in den Fokusgruppen ebenfalls als zentrales Thema angesehen wurde, nahm die Thematik in den Fachgesprächen und der Online-Befragung eine weniger zentrale Rolle ein.

⁶⁵ In diesem Zusammenhang ist auf eine weitere Massnahme zur Umsetzung der Pflegeinitiative hinzuweisen: Das SECO wird prüfen, ob ein mehrjähriger Vollzugsschwerpunkt festgelegt wird, um den Vollzug des Arbeitsgesetzes zu optimieren (Massnahme 2.3.). Vgl. Bundesamt für Gesundheit (2023).

Sicherstellung der Finanzierung

Gemäss Prinzip der fiskalischen Äquivalenz müssen die Entscheider den Finanzierungsträgern entsprechen. Im Gesundheitsbereich, in dem die Kantone einen Grossteil der Finanzierung übernehmen, ergibt sich bereits aus der Grundkonzeption des Bundesgesetzes ein Spannungsfeld. Der Bund hat mit der Pflegeinitiative allerdings von der Stimmbevölkerung den Auftrag, ein solches Gesetz zu entwickeln. Unabhängig davon führen die Vorgaben zu Mehrkosten, deren Finanzierung nicht sichergestellt ist.⁶⁶ Neben den Institutionen sind somit auch die Finanzierungsträger in der Pflicht, die Massnahmen mitzutragen, um die Umsetzung zu gewährleisten. Ansonsten gibt es zwei Risiken: 1. Die Massnahmen werden nicht umgesetzt. 2. Die Massnahmen werden zwar umgesetzt, aber die Einsparung erfolgt bei der Pflege in anderen Bereichen. Dies könnte kontraproduktive Effekte mit sich bringen. Ein Beispiel: Die Lohnzuschläge und Zeitboni werden durch eine geringere Personalausstattung kompensiert – entweder um die Kosten nicht zu erhöhen oder aber, weil die Institutionen nicht über genügend personelle Ressourcen verfügen. Die Pflegenden erhalten dadurch zwar mehr Lohn / Freizeit, während ihrer Arbeitszeit steigt die Belastung aber nochmals. Denkbar wären weitere Einsparungen bei anderen Berufsgruppen oder der Versorgungsqualität. Daher erachten wir es als entscheidend, dass die Finanzierung der Massnahmen sichergestellt ist (d.h. dass die Finanzierungsträger nötige Mehrkosten tragen).

Massnahmen ausserhalb des Gesetzes zu strukturellen Ursachen⁶⁷

Ein grosses Potenzial, mehr Personen in der Pflege zu halten und die Arbeitsbedingungen zu verbessern, hätten aus unserer Sicht die Pool-Lösungen. Eine Pflicht durch den Bund erachten wir dabei als wenig zielführend. Eine Förderung regionaler Pools durch die Kantone sowie Erleichterungen bei der Bewilligung wären u.E. hingegen zu empfehlen.

Schliesslich bestehen weitere wichtige Bereiche für die Pflegenden, welche durch das vorgesehene Gesetz nicht geregelt werden. Hier kommen die weiteren Akteure ins Spiel. So sind in erster Linie die Institutionen in der Pflicht resp. auch am besten geeignet, praxisnahe und effektive Veränderungen vorzunehmen. Durch Koordination, Verbreitung, Schulungen und Finanzierung von Pilotprojekten kann der Bund dies aber unterstützen. Dabei ist zu beachten, dass die Umsetzung der Pflegeinitiative bereits weitere Massnahmen beinhaltet, welche in diese Richtung gehen.

Personalausstattung, Skill-Grade-Mix und interprofessionellem Arbeiten: Auf die Festlegung von Vorgaben zur Personalausstattung und Skill-Grade-Mix wurde im Vorentwurf verzichtet. Die Argumentation dafür erscheint nachvollziehbar: Einheitliche Vorgaben seien nicht angemessen und die Grundlagen für die Festlegung der Werte würden fehlen. Gleichzeitig zeigt sich damit aber auch Handlungsbedarf, die Grundlagen zu schaffen. Entsprechend könnte die Erarbeitung von Modellen resp. Konzepten der Personalausstattung in unterschiedlichen Situationen im Rahmen von Pilotprojekten entwickelt und durch Good Practices verbreitet werden. Hier könnte der Bund eine koordinierende Rolle einnehmen und die Entwicklung durch Finanzierungsmöglichkeiten fördern.⁶⁸ In dieselbe Richtung geht der Bereich interprofessionelles Arbeiten. Von

⁶⁶ Der Bund äussert sich zur Finanzierung wie folgt (Massnahme 2.4.): «Vor dem Hintergrund der steigenden Gesundheitskosten und Prämien kann zudem nicht einfach mehr Geld für die Umsetzung der Pflegeinitiative zur Verfügung gestellt werden. Es sollen deshalb sämtliche Akteure an einen Runden Tisch eingeladen werden, mit dem Ziel, dass die Leistungserbringer ihre Finanzierungssysteme anpassen und mehr Mittel aus den aktuell gültigen Tarifen für die Pflege einsetzen.» Vgl. Bundesamt für Gesundheit (2023).

⁶⁷ Ein Ansatz wäre bspw. das Magnet-Konzept.

⁶⁸ Im Bereich der Interprofessionalität ist dies bereits vorgesehen, vgl. Massnahme 3.6: Schwerpunkt Förderung der Effizienz in der medizinischen Grundversorgung insbesondere Interprofessionalität. Vgl. Bundesamt für Gesundheit (2023).

mehreren Interviewpersonen wurde das Potenzial bei der Einbindung verschiedener Berufsprofile genannt (welche eine Entlastung der Pflegenden mit sich bringen kann). Auch hierbei gilt es, die entsprechenden Grundlagen zu schaffen.

Kultur und Führung / Arbeitsmodelle: Optimierungen im Bereich Organisation, Führung und Kultur sind mit den vorgesehenen Massnahmen nicht angesprochen, scheinen aber ebenfalls ein zentraler Faktor zu sein. Dazu gehören aus unserer Sicht auch die Entwicklung und Bekanntmachung neuer Arbeitsmodelle, die in der Online-Befragung wiederholt thematisiert wurden. Auch hier sind die Institutionen am besten geeignet und in der Pflicht, praxisnahe und effektive Veränderungen vorzunehmen. Durch Schulungen und Finanzierung von Pilotprojekten kann der Bund dies aber unterstützen.

Literatur

Ahmadi Shad, M., Grossmann, N., Musy S., Liberatore, F. und Simon M. (2023). Leiharbeit in der Pflege: Ursachen und Auswirkungen aus Sicht vom Pflegemanagement. Pflegerecht 3/2023. ZHAW, Winterthur

ARTISET (2022). Vorgaben Kantone Personalschlüssel / Ausbildungsverpflichtung

Bundesamt für Gesundheit (2023). Faktenblatt Pflegeinitiative: 2. Etappe Umsetzung Art. 117b und 197 Ziff. 13 BV

Bundesamt für Gesundheit (2021). Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime 2021

Cosandey, J. und Kienast, K. (2016): Neue Massstäbe für die Alterspflege, Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe, Kantonsmonitoring 7, Avenir Suisse

Demir, E. (2023): Rechtliche Einordnung von digitalen Pflegepools. Pflegerecht 3/2023. ZHAW, Winterthur

Favez, L. & Zúñiga, F. (2021). Die Situation des Personals in Alters- und Pflegeheimen (Obsan Bulletin 05/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Gattinger, H., Bernet, M., Zumstein-Shaha, M. und Schliuer, A.-B. (2023). Die Pflegeinitiative aus pflegewissenschaftlicher Perspektive, NOVAcura 3/23

Liberatore, F., Schmelzer, S. und Berger, S. (2023). Managementherausforderungen flexibler Arbeitsmodelle in der Pflege. Pflegerecht 3/2023. ZHAW, Winterthur

Lipp, I. Hahn, S. & Schellinger, J. (2019): Grademix in der Schweizer Langzeitpflege: Konzepte, Einflussfaktoren und Umsetzung, NOVAcura 7/19

Lobsiger, M. & Liechti, D. (2021). Berufsaustritte und Bestand von Gesundheitspersonal in der Schweiz. Eine Analyse auf Basis der Strukturerhebungen 2016–2018 (Obsan Bericht 01/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Martins, T., Möckli, N., Zúñiga, F. et al. (2023). SPOTnat – Spitex Koordination und Qualität – eine nationale Studie. Nationaler Bericht. Universität Basel. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7843008>

Merçay, C., Grünig, A. und Dolder, P. (2021). Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021. Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung (Obsan Bericht 03/2021). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Peter, K., Renggli, F., Schmid, X., Lazarevic, T., Bürgin, R., Kunz, S., Voirol und C., Hahn, S. (2021a). Arbeitsbedingter Stress bei Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz, Abschlussbericht STRAIN für: alle Organisationen, Berner Fachhochschule

Peter, K., Renggli, F., Schmid, X., Lazarevic, T., Bürgin, R., Kunz, S., Voirol, C. und Hahn, S. (2021b). Arbeitsbedingter Stress bei Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz, Abschlussbericht STRAIN für: Spitex Organisationen, Berner Fachhochschule

Peter, K., Schmid, X., Schwarze, T., Lazarevic, T., Kunz, S., Voirol, C. und Hahn, S. (2021c). STRAIN – Empfehlungen für die Praxis

Pärli, K. (2022). Rechtsgutachten "GAV-Verhandlungspflicht gestützt auf Art. 197 Ziffer 13 lit. c Bundesverfassung", im Auftrag des BAG. Universität Basel, Bern

Petrik, A. (2019). Ist Umkleidezeit Arbeitszeit? In: Pflegerecht 3/2019, S. 144–149.

Rüegger, R. (2022). Wie man Pflegekräfte gewinnt, Schweizerische Ärztezeitung, 2022;103(41):12–16

Schaffert, R., Trede, I., Grønning, M., Hänni, M., Bänziger, A. und Helfenstein, E. (2021). Berufskarrieren Pflege. Resultate einer Längsschnittstudie zum Berufseinstieg von diplomierten Pflegenden und Erkenntnisse aus einem kombinierten Datensatz zu diplomierten Pflegenden und Fachfrauen/Fachmännern Gesundheit

SECO (2023). «Indikatorensystem Arbeitskräftesituation – Methodische Grundlagen und Ergebnisse». Grundlagen für die Wirtschaftspolitik Nr. 40. Staatssekretariat für Wirtschaft SECO, Bern.

Simon, M., Musy, S., Eggenschwiler L., Gehri, B., Martins, T., Osinska, M., Zúñiga, F. (2020). Wie kann die Qualität in der Pflege sichergestellt werden? Bericht im Auftrag der Abteilung Gesundheitsberufe des BAG, nicht veröffentlicht.

Spitex Schweiz (2022). Sicherstellung Fachkräftebedarf in der ambulanten Pflege – Position Spitex Schweiz

Steiger-Sackmann, S. & Wohlwend, M. (2021). Juristisches Gutachten zur arbeitsrechtlichen Situation des Pflegepersonals, im Auftrag des BAG. ZHAW, Winterthur

Trede, I., Grønning, M., Pregaldini, D., Kriesi, I., Schweri, J., Baumeler, C. (2017). Fachfrau/Fachmann Gesundheit – Traumjob oder Zwischenstopp? Neue Resultate zu den Berufs- und Bildungsverläufen der Lehrabsolventinnen und -absolventen, Zollikofen, Bern: Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung EHB und OdASanté

Zúñiga, F., Favez, L. Baumann, S. et al. (2021). SHURP 2018 – Schlussbericht. Personal und Pflegequalität in Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz und Romandie. Universität Basel. <https://shurp.unibas.ch/shurp-2018-publikationen/>

A. Anhang

A.1 Methodik

Online-Befragung

Spitäler

Der Verband Swiss Nurse Leaders sandte die Befragung an alle Senior-Mitglieder in den Bereichen Akut, Psychiatrie und Rehabilitation. Damit wurden 224 Personen aus 113 Institutionen kontaktiert. Die Angeschriebenen wurden gebeten, je nach ihrer Funktion den Fragebogen weiterzuleiten. Ein Fragebogen richtete sich an die Pflegedirektionen der Institutionen. Die Pflegedirektion wurde zudem gebeten, einen zweiten Fragebogen an die leitende Person einer oder zwei möglichst typischen Abteilung(en) weiterzuleiten. 52 Personen füllten den Fragebogen «Pflegedirektion» aus, 97 Personen den Fragebogen «Abteilungsleitung».

APH

Der Verband Artiset stellte BSS Adressdaten seiner Mitglieder für eine einmalige Nutzung zur Verfügung. Aus den Adressdaten wurde eine Zufallsstichprobe von 300 Institutionen gezogen. Aufgrund einiger ungültiger Kontakte belief sich die bereinigte Anzahl angefragter Institutionen auf 270. Diese Unternehmen wurden direkt durch BSS zur Befragung eingeladen und mit einem Reminder erneut kontaktiert, wenn sie nach Ablauf der Frist nicht teilgenommen hatten. Im Anschreiben wurde zudem auf die Unterstützung durch den Verband hingewiesen. Insgesamt haben 134 Institutionen den Fragebogen ausgefüllt (123 davon vollständig), was einem hohen Rücklauf von 50% entspricht.

Zudem machte der Verband Senesuisse seine 450 Mitglieder im Rahmen eines Newsletters auf die Befragung aufmerksam und ermunterte sie zur Teilnahme. Insgesamt haben 26 Institutionen den Fragebogen ausgefüllt (21 davon vollständig).

Spitex

Für die öffentlich-rechtlichen Spitex erstellten wir über eine Online-Recherche eine Stichprobe von 137 Organisationen. Dabei wurden je nach Einwohnerzahl eines Kantons sowie der Anzahl der Spitex-Organisationen innerhalb des Kantons zwischen 1 bis 15 Spitex-Organisationen pro Kanton ausgewählt. Sofern möglich wurde eine Person kontaktiert, die auf der Homepage als Pflegeleitung aufgeführt ist. Da eine Anfrage ungültig war, ergab sich eine bereinigte Stichprobe von 136 Organisationen. Diese Unternehmen wurden direkt durch BSS zur Befragung eingeladen und mit einem Reminder erneut kontaktiert, wenn sie nach Ablauf der Frist nicht teilgenommen hatten. Im Anschreiben wurde zudem auf die Unterstützung durch den Verband Spitex Schweiz hingewiesen. Insgesamt haben 65 Institutionen den Fragebogen ausgefüllt (57 davon vollständig), was einem guten Rücklauf von 48% entspricht.

Für die privaten Spitex wurde anhand der öffentlich zugänglichen Mitgliederliste des Verbands Association Spitex privée Suisse ASPS eine Zufallsstichprobe von 150 Organisationen gezogen. Die bereinigte Stichprobe ohne ungültige Anfragen belief sich auf 147. Ausgeschlossen wurden Unternehmen, die schwerpunktmässig stationäre Langzeitpflege anbieten, um doppelte Kontaktaufnahmen durch die Befragung APH zu vermeiden. Zudem wurden Selbstständige ohne

Angestellte ausgeschlossen, da sie nicht von den neuen Regelungen betroffen wären. Für die ausgewählten Organisationen wurden online Kontaktangaben recherchiert. Wiederum erfolgte die Einladung zur Befragung direkt durch BSS (inkl. Reminder). Im Anschreiben wurde auf die Unterstützung durch den Verband hingewiesen. Insgesamt haben 49 Institutionen den Fragebogen ausgefüllt (39 davon vollständig), was einem Rücklauf von 33% entspricht.

Fachgespräche: Liste der Gesprächspartner/innen

Organisation	Name
ARTISET	Catherine Bugmann
Association Spitex privée Suisse ASPS	Marcel Durst
Careanesth	Alain Meyer
ElfenauPark	Barbara Zuber
GDK - CDS	Annette Grünig
H+	Ines Trede / Markus Trutmann
Inselspital Bern	Paula Adomeit
Kantonsspital Winterthur Berufsbildung	Seraina Beerli
Obsan	Clémence Merçay
ospita Verband der Schweizer Gesundheitsunternehmen	Guido Schommer
SBK/ASI	Yvonne Ribi
Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil	Simon Supersaxo
senesuisse	Pia Coppex
Spitex Schweiz	Patrick Imhof / Franziska Adam
SwissNurseLeaders	Mario Desmedt
Syna	Migmar Dhakye
Triaplus AG	Christa Fehlmann
VPOD/SSP	Viviane Hösli
Gespräche mit Personalverleihern: Carepeople, JokerPersonal, Spitex24, VokusPersonal, VitalRh	

Fokusgruppen

Zielgruppe der Fokusgruppen waren die Pflegenden «an der Front». Dabei wurde eine Mischung aus Pflegenden ohne Führungsfunktion und Pflegenden mittleren Kaders angestrebt. Über den Verband SwissNurseLeaders wurden Institutionen mit der Bitte kontaktiert, interessierte Mitarbeitende zu melden. Wenn sich in einem Versorgungsbereich in einer Sprachregion keine Meldung ergab, wurden zusätzlich zufällig ausgewählte Institutionen angefragt. An den beiden Fokusgruppen auf Französisch resp. Deutsch nahmen 11 Personen aus allen drei Versorgungsbereichen teil (2 Spitäler, 4 APH und 5 Spitex). In jeder Fokusgruppe waren jeweils zwei Versorgungsbereiche vertreten.

A.2 Übersicht GAV

Tabelle 3 Übersicht GAV zu den vorgesehenen Massnahmen

Name/Organisationen	Ankündigungsfrist Dienstpläne	Wöchentliche Normalarbeitszeit	Maximale Anzahl Überstunden	Bereitschafts- und Pikettdienst	Nacht, Wochenende, Feiertag	Umkleidezeit	Bezahlte Pausen	Zuschläge ungeplante Einsätze
Aargauer Kantonsspitäler	4 Wochen	42 Std./Woche		+50% Arbeitszeit, wenn abgerufen 2 CHF/Std. Pikett	Nacht: 20% Zeitzuschlag; Wochenende/Nacht 6.5 CHF/Std.		15 min Pause	
Bernische Langzeitpflege-Institutionen	4 Wochen	42 Std./Woche		Wird separat auf Stufe der Unternehmen geregelt	Nacht: 20% Zeitzuschlag; Wochenende/Nacht 6 CHF/Std.	Arbeitszeit nur wenn auf Anweisung (im Betrieb). Ausserhalb gibt eine monatliche Entschädigung von 50 CHF.	Ab 4 Std. 15 min +7 Std. 2x 15 min	
Berner Spitäler und Kliniken	4 Wochen	42 Std./Woche		30 CHF je Pikettdienst	Nacht: 20% Zeitzuschlag (bis Lohnband 18 dann 10%); Nacht- und Wochenenddienst Zulage von 6 CHF/Std. (keine Kumulation); ab Lohnband 25 nur noch 10% Zeitzuschlag		4 Std.=15 min +7 Std.2x 15 min +9 Std. 2x15 und 30 Min Essenspause (anderes Zeitkonto); Pause während Einsatzbereitschaft und in der Nacht	
Kantonsspital Baselland / Psychiatrie Baselland		42 Std./Woche	Ende Jahr max. 80 Plusstunden; Der Saldo der angeordneten Überzeit darf 170 Stunden nicht überschreiten.	Pikettzulage 2 CHF/Std.; Bereitschaftsdienst im Betrieb zählt als Arbeitszeit.	Für angeordnete Nacht- Samstags- und Sonntagsarbeit beträgt 10 CHF/Std. (nicht kumulierbar)		4 Std. = 10 min 8 Std. = 20 min.	

REHAB (BS)		42 Std./Woche			Nacht, Sonntag und Feiertag: 7 CHF/Std. (Nacht reduziert sich um 50%, wenn schon eine andere Zulage)	Arbeitszeit	4 Std. =10 min Pause 7 Std. =20 min. Pause	
USB/FPS/UPK (BS)	4 Wochen	42 Std./Woche	Der Ende Jahr übertragbare Arbeitszeitsaldo beträgt +/-100 Stunden (Der Rest verfällt Ende Jahr)	Pikettbereitschaft beträgt 3 CHF/Std. Arbeitszeit = geleistete Zeit +max. 30 min Weg (1x); Erfolgt kein Einsatz, wird die Zeit als Ruhetag oder Kompensationstag angerechnet. Bereitschaft im Betrieb 100% Arbeitszeit.	Nacht (20-06): Zeitzuschlag von 20%; Nacht-/Sonntag 7 CHF/Std. Feiertags 10 CHF/Std. (wenn beides nur 50% des Nachts)	Regelt jedes Spital in einem eigenen Reglement.	½ Tag =15 min Pause	Für das Aufgebot zu kurzfristigen Einsätzen, die innerhalb von weniger als 48 Stunden an geplanten Frei- oder Ruhetagen stattfinden, wird ein Zeitzuschlag von mindestens 25% gewährt.
GE	30 Tage	40 Std./Woche	Effektive Arbeitszeit wird kompensiert. Falls nach drei Monaten nicht kompensiert wird diese Vergütet mit 50% Lohnzuschlag.	Pikett: Entschädigung. Einsatzzeit mit Zuschlag von 50% Arbeitszeit/Vergütung.	Zulage entspricht der «Etablissements publics medicaux (EPM)». Zusätzlich Zulage wie im Arbeitsgesetz vorgesehen.			
L'Hôpital du Jura		42 Std./Woche	Der Arbeitszeitsaldo der Mitarbeiterin sollte grundsätzlich 50 Stunden (anteilig zur Beschäftigungsrate) nicht überschreiten.	6 min/Std. + 4 CHF/Std. Einsatzzeit ist Arbeitszeit (mit normalen Zulagen, ohne Pikettzulagen).	Nacht (23-6): 15% Zeitzuschlag Lors de travail de nuit occasionnel, la collaboratrice peut demander une majoration de salaire de 25% pour les heures travaillées entre 23h00 et 6h00. La compensation en temps et		Pro Tag 20 min (1x 20 min oder 2x 10 min)	

					l'indemnité financière ne sont pas octroyées.			
Entre les institutions de l'AJIPA et la FAS		42 Std./Woche	Kompensieren innert 3 Monate, sonst ausbezahlen mit 25% Lohnzuschlag	Pro 100 Std. Pikett->1 Tag Arbeitszeit 4CHF/Std. Pikett Ein Einsatz gilt als normale Arbeitszeit			Pro Tag 20 min (1x 20 min oder 2x 10 min)	
VIVIA Luzern		42 Std./Woche	Überzeit: max. 2 Std. Tag und im Jahr max. 140 Std.	30 CHF/Tag	Nacht (20-06): Zeitzuschlag von 10 min/Std. + 6 CHF/Std.; Sonntag/Feiertag: 8 CHF/Std. (kumulierbar)		Unter 7 Std. 15 min Ab 7 Std. 2x 15 min	
LUKS, Höhenklinik, Psychiatrie	6 Wochen	42 Std./Woche		Pikettdienst mit gelegentlichem Einsatz (inaktive Zeit mit 3 CHF/Std.); Pikett innert 30/60 Minuten (und regelmässiger) 6 CHF/Std.; Pikettdienst in weniger als 30 min (10% Arbeitszeit inaktiv) + 6 CHF/Std. (lups) / 10 CHF/Std. LUKS	Nacht (20-06): 6 CHF/Std. brutto + 16.67% Zeitzuschlag; Sonntagszulage 8 CHF/Std.	Bezahlt (tatsächliche Zeit bis max. 10 Minuten)	½ Tag = 15 min	
Secteur de la santé du canton de Neuchâtel	1 Monat	41 Std./Woche (max. 45 Std./Wochen planbar)	Le travail supplémentaire est limité à 100 heures au maximum par année civile, au prorata du taux d'activité.	5 CHF/Std., In weniger als 30 Minuten bereit, gibt einen Zeitzuschlag von 10 %. Bei einem Einsatz gibt es auf	Nacht (20-06): Bis zu 24 Tage/Jahr ->+25% Lohn, ab 25 Tage/Jahr +15% Lohn		2x 15 Minuten pro Tag	

				die Arbeitszeit einen Zuschlag von 25%.	+10% Zeit, Sonntage 3 CHF/Std.; Wochenende (06-20): 6 CHF/Std.			
Kanton Solothurn (Angestellte des Kantons)		42 Std./Woche		Pikett: 2.5 CHF/Std., Präsenzdienst: 6 CHF/Std. effektive Arbeitszeit (ab Abruf) gilt als Arbeitszeit; pro Jahr nicht mehr als 168 Tage auf Pikett:	Nacht (23-06): +20% Zeit; Nacht- (19-07) / Wochenend- dienst 6 CHF/Std. (Nicht kumulierbar)		15 min/3 Std. Max 2 solcher Pausen/Tag	
Spital Thurgau		42 Std./Woche	Höchstarbeitszeit 50 Std./Woche, darf um max. 140 Std./Jahr überschritten werden; Überzeit innert 14 Wochen ausgleichen	Innerhalb 30 min bereit, pro Weg 30 min pauschal und effektive Arbeitszeit; Pikettzulage 2.70 CHF/Std.; im Zeitraum von 4 Wochen höchstens 7 Tage Pikettdienst	Nacht (21-06): 6.05 CHF/Std. (23-07) +10% Zeit Wochenende /Feiertag: 6.05 CHF/Std. (nicht kumuliert)		15 min/Tag	
Contratto collettivo di lavoro per il personale occupato negli Istituti ospedalieri privati del Cantone Ticino		Durchschnitt 40 Std., kann aber zwischen 35 Std. und 48 Std. schwanken.			Sonn- und Feiertage: 9 CHF/Std.; Nachtzulage von 3 CHF/Std. + 10% Zeit	In der Gehaltsklasse finanziell anerkannt.	ab 4 Stunden: 10 Minuten	Mit weniger als 24 Stunden Vorankündigung an Arbeitstagen, die nicht im monatlichen Arbeitsplan vorgesehen sind: Zuschlag von 75 %.
Regolamento organico per il personale occupato presso gli Istituti dell'Ente Ospedaliero Cantonale	Ferienplan der einmal jährlich im April gemacht wird	Die wöchentliche Arbeitszeit darf im Durchschnitt von vier aufeinanderfolgenden Wochen 40 Stunden nicht		Wird mit Urlaub oder eine Entschädigung von 75 CHF pro Dienst (max. 24 Std. Pikett möglich);	Nacht (23-6) 2.5 CHF/Std. +10% Zeit; Wochenende: 5 CHF/Std. (nicht kumulierbar)			

		überschreiten.; max. 6 Tage infolge 48 Std.		Einsatz effektive Arbeitszeit +30 Minuten für Ar- beitsweg (pro Ab- ruf)				
Contratto collet- tivo di lavoro per il personale occu- pato presso le Case per anziani ed altri enti del Canton Ticino				Dauer 6-24 Std.: 75 CHF, weniger als 6 Std. 37.5 CHF	Nacht (23-06): + 10% Zeit, Wo- chenenddienst: 5.66 CHF/Std. (Nicht kumulier- bar)			
CCT dans le sec- teur sanitaire pa- rapublic vaudois	2 Wochen	41.5 Std./Woche		3 CHF/Std.	Nacht (20-06): +20% Zeit (weni- ger als 25 Nächte: +25% Lohn) Nacht 5 CHF/Std., Sonntag/Feier- tage: 4 CHF/Std.		ab 4 Stunden: max. 30 Minuten	
Spital Wallis			Grundsätzlich dürfen Überstun- den nicht zur Re- gel werden. Falls dies eintreten sollte, muss die Lage analysiert und durch einen ausreichenden Personalbestand oder eine bes- sere Organisation korrigiert werden	4 CHF/Std. Bereit in weniger als 30 min gilt als Bereitschafts- dienst und ist so- mit Arbeitszeit. Max. 7 Tage Pi- kett in 4 Wochen, dann 2 Wochen ohne Pikett.	Nacht (20-07): 6.50 CHF/Std. +15% Zeit (weni- ger als 25 Nacht- schichten +25% Zeit); Sonntags- und Feiertagsar- beit beträgt 6 CHF/Std. (nicht kumulierbar); Feiertags-, Wo- chenend- und Abendarbeit: +15% Zeit		+3.5 Std. unun- terbrochen: 15 min Pause, max. 2 solcher Pausen	
Kantonsspital Zug	Mind. 4 Wo- chen, wenn betrieblich möglich 6 Wo- chen	42 Std./Woche			Zeitzuschlag von 20% für Nachtar- beit (20-06)	12 min/Dienst	15 min	

Tabelle 4 Übersicht GAV zu den verworfenen Massnahmen

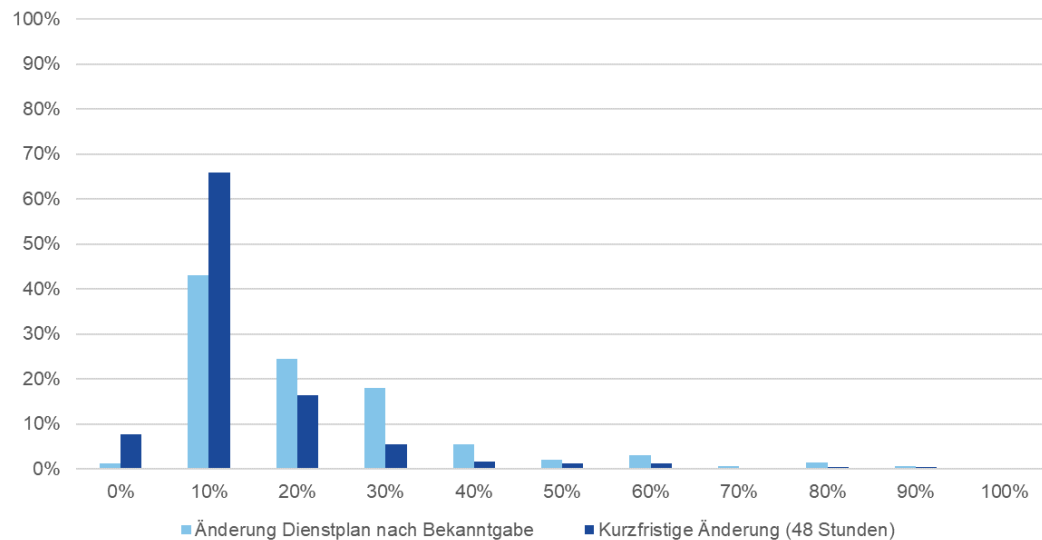
Name	Skill-Grade-Mix	Lohnfortzahlung im Krankheitsfall	Recht auf unbezahlten Urlaub	Recht auf Reduktion des Arbeitspensums
Aargauer Kantonsspitaler		Für 3 Monate 100% des Lohnes. Für 730 Tage Krankentaggeldversicherung (80% des AHV-pflichtigen Lohnes).	Man hat das Recht, einen Antrag stellen zu dürfen.	
Bernische Langzeitpflege-Institutionen		24 Monate mind. 80%; 1. Dienstjahr 2 Monate 100%, 3. Dienstjahre 5 Monate, ab 5. Dienstjahre 12 Monate 100%	Kein. Geregelt wie man Antrag stellt, mind. 6 Monate im Voraus und bis Ende Dezember des Vorjahres.	
Berner Spitäler und Kliniken		24 Monate mind. 80%; 1. Dienstjahr 6 Monate 100%, 3. Dienstjahre 10 Monate, ab 4. Dienstjahre 12 Monate 100% (Personen im Pensionsalter nach Berner Skala)	Unbezahlter Urlaub bis zu einem halben Jahr im Anschluss an den Mutterschaftsurlaub wird (sicher) gewährt.	
Kantonsspital Basel-land / Psychiatrie Baselland		730 Tage Lohnfortzahlung.	Werden bewilligt, wenn keine zwingenden betrieblichen Gründe dagegensprechen. In den ersten 2 Jahren nach Geburt bis zu 12 Monate Elternurlaub möglich.	Nach Mutterschaftsurlaub möglich und man schaut für gleiche/gleichwertige Funktion.
REHAB (BS)		1. Dienstjahr: 30 Tage; 2. Dienstjahr: 90 Tage danach bis 720 Tage 80%	Begründete Fälle und Dienstbetrieb müssen es erlauben. Länger als 6-Monate nicht möglich (GL kann aber Arbeitsplatz garantieren). Nach Geburt von eigenem Kind max. 6 Monate.	Nach Mutterschaftsurlaub
USB/FPS/UPK (BS)		Bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit stellt der Arbeitgeber für insgesamt 730 Tage die Lohnfortzahlung sicher. Diese beträgt während der Dauer der Anstellung 100% des vertraglich vereinbarten Lohnes (Nettolohnprinzip), danach 80%.	Grundsätzlich unterstützt der Arbeitgeber den Bezug von unbezahltem Urlaub, sofern es die betriebliche Situation zulässt.	• Ab 55 auf Antrag ein Angebot des Arbeitgebers • Eltern von Kindern (bis Schulpflicht) • wenn es pflegebedürftige Angehörige gibt
GE		100% in den ersten 12 Monaten, 80% in den Monaten 13-24.	Vater und Mutter haben Recht auf ein Jahr.	
L'Hôpital du Jura		100% in den ersten 30 Tagen, dann 90% bis zu 720 Tagen.	Die Gewährung von unbezahltem Urlaub ist Teil der Personalpolitik der	Wenn der Zugang zur Teilzeitarbeit verweigert wird, müssen die Gründe

			Institution. Er wird je nach den Möglichkeiten des Dienstes von Fall zu Fall gewährt. Ein Anspruch darauf besteht nicht.	dafür der Mitarbeiterin dargelegt werden.
Entre les institutions de l'AJIPA et la FAS		100% während den ersten 30 Tagen. 90% bis zum 720. Tag.	Nach Mutterschaftsurlaub Recht auf 7.5 Monate unbezahlten Urlaub.	
VIVIA Luzern		Bei unverschuldeter Arbeitsverhinderung infolge Krankheit bezahlt die Arbeitgeberin während zweier Monate den vollen Lohn. Anschliessend besteht ein Anspruch auf 100% des Nettolohnes bis zu 730 Tage innerhalb von 900 Tagen	Jeweils nach fünf Dienstjahren. Nach dem Mutterschaftsurlaub. Unabhängig von dem kann man bis zu 6 Monate haben, wenn es der Betrieb erlaubt.	Eine Reduktion des Pensums bei Geburt oder Adoption eines Kindes kann in Absprache mit der Arbeitgeberin erfolgen. Die Pensenänderung bedarf der Schriftform.
LUKS, Höhenklinik, Psychatrie		Bis zu 730 Tage Lohnfortzahlung ohne Inkonvenienzzulagen	Nach Mutterschaftsurlaub 6 Monate Väter im ersten Lebensjahr des Kindes auf 4 Wochen	
Secteur de la santé du canton de Neuchâtel				
Kanton Solothurn (Angestellte des Kantons)		100% 12 Monate als Festangestellter. Befristet: 3 Monate im 1. Dienstjahr, 3. Dienstjahr wie unbefristet. Für Unbefristete im 2. Jahr Krankentaggeld.	Unbezahlte Urlaube sind antrags- und bewilligungspflichtig. Sie sind zu bewilligen, wenn es die betrieblichen Interessen gestatten.	
Spital Thurgau	«Die Spital Thurgau AG muss ihre finanziellen, fachlichen und personellen Möglichkeiten auf die Leistungsangebote abstimmen.»	730 Tage Lohnfortzahlung (Netto) für unbefristete Mitarbeitende. Befristete und gekündigten Mitarbeiter erhalten 90 Tage Karenzfrist und werden max. 730 Tagen Krankentaggelder.	Unbezahlter Urlaub ist antrags- und bewilligungspflichtig. Für die Organisation der Betreuung bei Krankheit und Unfall und weitere Hilfestellungen in Notsituationen für den Ehepartner, den Lebenspartner sowie für die eigenen Eltern besteht pro Ereignis ein Anspruch auf bis zu 2 Tage unbezahlten Urlaub. Unbezahlter Urlaub kann bis zu einer Dauer von höchstens 12 Monaten gewährt werden. Nach Ablauf des Mutterschaftsurlaubs besteht ein Anspruch auf unbezahlten Urlaub von maximal 2 Monaten.	

Contratto collettivo di lavoro per il personale occupato negli Istituti ospedalieri privati del Cantone Ticino		100% • Probezeit: 2 Wochen • 1. Jahr: 1 Monat • 2. Jahr: 2 Monate • 3. Jahr: 3 Monate • 4. Jahr: 4 Monate • Ab 5. Jahr: 6 Monate Nach Ablauf der Frist hat der Arbeitnehmer Anspruch auf 80% des Lohnes durch die Versicherung.	Schwerwiegende dokumentierte familiäre Gründe: max. 30 Tage/Jahr. Pflege von Familienmitgliedern 3 Tage/Fall max. 10/Jahr. Nach Mutterschaftsurlaub	
Regolamento organico per il personale occupato presso gli Istituti dell'Ente Ospedaliero Cantonale		80% für 720 Tage. 100% 2. Dienstjahr: 4 Monate ab 4. Dienstjahr 6 Monate	Schwerwiegende dokumentierte familiäre Gründe: max. 30 Tage/Jahr. Pflege von Familienmitgliedern 3 Tage/Fall max. 10/Jahr. Nach Mutterschaftsurlaub	
Contratto collettivo di lavoro per il personale occupato presso le Case per anziani ed altri enti del Canton Ticino		Die CPA zahlt dem Mitarbeiter 90% des Gehalts ab dem Tag, an dem die Zahlung des vollen Gehalts endet, bis zum 720. Tag der Krankheit/nichtberuflichen Unfalls.	Schwerwiegende dokumentierte familiäre Gründe: max. 30 Tage/Jahr.	Die CPA fördert nach Möglichkeit die Einstellung in Teilzeitarbeit aus sozialen, familiären und bildungstechnischen Gründen sowie die berufliche Wiedereingliederung, unter Berücksichtigung der betrieblichen Erfordernisse.
CCT dans le secteur sanitaire parapublic vaudois		Angestellte ab 2 Monaten: 720 Tage versichert für 90% (+10% vom AG)		
Spital Wallis		Der/die Arbeitnehmer/in hat Anspruch auf Lohnfortzahlung während 720 Abwesenheitstagen in einer Periode von 900 Tagen. (30 Tage 100%, dann 90%)		
Kantonsspital Zug		1-12 Monate 100% 12-24 Monate 80%	Im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten max. 6 Monate	Das min Pensum ist 40%. Sobald 58. Altersjahr vollendet ist, kann zwischen 10 und 40% reduzieren.

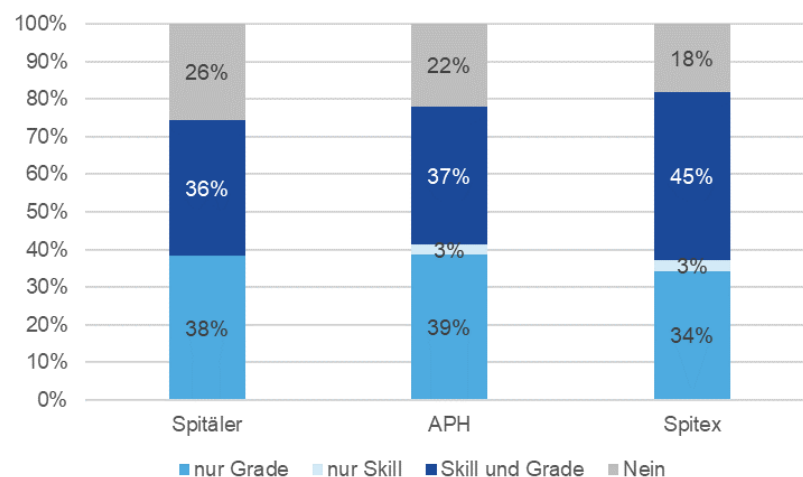
A.3 Ergänzende Auswertungen

Abbildung 20 Änderung Dienstplan nach Bekanntgabe



Quelle: Online-Befragung (n=332 resp. 328), nur Personen berücksichtigt, die beim den kurzfristigen Änderungen einen Wert kleiner oder gleich alle Änderungen angegeben haben. Frage: «Wie häufig kommt es nach Festlegung des Dienstplans eines/r durchschnittlichen Mitarbeitenden zu Änderungen (auf eigenen Wunsch oder Wunsch Arbeitgeber)? Bei ungefähr ____% ihrer/seiner geplanten Schichten / Denken Sie an alle Schichten eines/r durchschnittlichen Mitarbeitenden im letzten Monat: Welcher Anteil dieser Schichten wurde kurzfristig, d.h. innert 48 Stunden angepasst? Ungefähr ____% ihrer/seiner geplanten Schichten»

Abbildung 21 Skill-Grade-Mix



Quelle: Online-Befragung (n=302). Frage: «Gilt in Ihrem Betrieb eine Vorgabe bezüglich Skill-Grade-Mix in der Pflege? Ja, aber nur bezüglich Grade (Qualifikationsniveau) / Ja, aber nur bezüglich Skill (z.B. Berufserfahrung) / Ja, bezüglich Skill und Grade / Nein.»

