

Die Pflege an alten und kranken Menschen ist beweisbar im Verhältnis zum Verdienst, nicht eine „Decent-Work“ (zu Deutsch: gute und menschenwürdige Arbeit), denn diese menschlich und würdevolle Pflege-Tätigkeit in der Kinder-, Kranken- und Alten-Pflege ist derzeit widersinnig nur der Wirtschaftlichkeit und Gewinnmaximierung unterstellt. Die Pflege an alten und kranken Menschen braucht Zeit, um Würde, Selbstbestimmung, und qualitätsvolle Versorgung, gewährleisten zu können. Nur ohne eine „**Wertschätzung**“ durch entsprechenden Verdienst, wird die Tätigkeit auch vom Bürger und Staat nicht richtig geachtet.

Derzeit sind **1,6 Mio. Pflegekräfte** in der Kranken- und Altenpflege sozialversichert tätig, wobei davon 1,1 Mio. in der Krankenpflege und 0,6 Mio. in der Altenpflege arbeiten und haben zu 80 % keinen tariflichen Rechtsanspruch. Es sind in der Altenpflege nur noch unter 20 % der Arbeitgeber tarifgebunden und auch bei den kommunalen Einrichtungen in der Alten- und Krankenpflege besteht zu 80 % über Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst-Pflege (**TVöD-P**) keine tarifliche Bindung.

Pflegekraft ist ein **Mangelberuf**, denn laut ver.di fehlen in der Krankenpflege 80.000 Pflegekräfte und in ambulanter, stationärer Altenpflege 63.000. Laut einem Gutachten für die Bunderegierung fehlen insg. rund 120.000 Pflegekräfte. Zurzeit sind über 34 Verbände im Bereich der stationären und ambulanten Pflege tätig, wobei nur 19 Ihre Mitgliederzahlen wenigstens annähernd veröffentlichten, und nur von 22 Verbänden sind Mitgliederzahlen bekannt.

Es gibt 14.480 Pflege-Einrichtungen für rund **2.7 Mio. Pflege-Bedürftige**, davon 53 % in (kirchlich-) freigemeinnütziger und 42 % in privater Trägerschaft. Nur 5 % der Einrichtungen befinden sich in kommunaler Öffentlicher Hand.

Die 14.100 ambulante Pflege-Dienste, die zu 62 % der in privater Trägerschaft sind, bewerkstelligen für die 1 Mio. eine sog. „Zu-Hause-Pflege“ und sind auch u.a. für 167.156 Pflegenden mit Pflegegrad 1 zuständig.

Über 50 % der Pflegekräfte arbeiten in Teilzeit oder sind geringfügig beschäftigt. Das Einkommen bei Pflegehilfskräften und Pflegefachkräften befindet sich vielfach unterhalb vom soziokulturellen Existenzminimum. Das bedeutet das ihnen die Teilnahme am gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Leben nicht ordentlich ermöglicht wird, worauf allerdings jeder Bürger durch Art. 6 (2) GG iVm. Art. 12 GG, Art. 1 GrCh iVm. Art. 31 GrCh iZm. Art. 33 GrCh, Art. 8 EMRK einen Anspruch hat.

Spätestens ab Juli 2020 muss: „**Gleicher Ort - Gleiche Arbeit – Gleiches Geld**“ für alle Beschäftigten in der Kranken- und Alten-Pflege über das Arbeitnehmerentgeltgesetz (**AEntG**) und auch für alle Pflegekräfte aus den 14 MOE-Staaten, ein Bundestarifvertrag-Pflege (**BTV-Pflege**) vorhanden sein und im Arbeitsvertrag die **Rom-I** (VO (EG) 593/2008) für Beschäftigte aus Dritt-Staaten beinhaltet werden.

Es werden ca. 70 % der Pflegebedürftigen „**Zu Hause**“ mit sog. „**Live-In-Pflegekräften**“ aus den MOE-Staaten über Personal-Dienstleister über die Arbeitnehmerüberlassung (**AÜ**) und ebenso

auch mit Pflegekräften aus Dritt-Staaten gepflegt. Es werden auch sehr viele Pflegekräfte auch mit Scheinselbständigkeit über die teils illegalen Arbeitsvermittlungen nach Deutschland zu den Pflegebedürftigen in häuslicher Pflegehilfe entsendet. Bei den Live-In-Pflegekräften kommt sehr oft – *ohne Leiharbeit-Vertrag* – nur ein **Konkludenter Arbeitsvertrag** zustande, der ohne schriftliches Angebot mit mündlichen Vereinbarungen zustande kommt, da nur die tatsächliche Beschäftigung vorhanden ist, die in Bargeld vergütet wird. Ebenso besteht hier auch die **prekäre Beschäftigung**, die das Arbeitsverhältnis mit niedrigstem Gehalt denn Kost und Wohnung wird als Verdienst berechnet. Häufig ist die Pflegehilfe auch nicht auf Dauer und Kontinuität angelegt; hat keine Absicherung durch die Sozialversicherung oder weist keine arbeitsrechtlichen Schutzrechte auf. Ein **atypisches Beschäftigungsverhältnis** muss hierbei angenommen werden, denn die **Live-In-Pflege** als traditioneller Standard, weicht vom Normalarbeitsverhältnis ab, indem tarifliche Einkommen, die Arbeitszeit, die Integration in die sozialen Sicherungssysteme, die Arbeitnehmer (Schutz)rechte, absichtlich nicht berücksichtigt werden. Experten schätzen, dass in Deutschland zwischen 100.000 und 300.000 Live-In-Pflegekräfte so tätig sind, da hohe Dunkelziffer besteht. Für das polnische Arbeitsministerium gab es eine Studie, wobei diese Pflegekräfte zu **94 % illegal** in Deutschland arbeiten.

Der Arbeitsminister Hubertus Heil schrieb im Januar 2019 in der BMAS auf 22 Seiten (wörtlich):

*„Liebe Leserin, lieber Leser, gute Pflege verdient höchsten Respekt. Das weiß jeder, der schon einmal auf die Unterstützung anderer angewiesen war, ob als Betroffener oder als Angehöriger. Gerade für den engagierten Dienst am Menschen gilt: Wir brauchen anständige Löhne für die Beschäftigten. Denn diese wichtige Arbeit hat ihren Wert. Der Pflegemindestlohn ist dabei ein wichtiger Baustein. [...] Er regelt eine unterste Lohngrenze, die für alle Pflegebetriebe gilt und in keinem Fall unterschritten werden darf - nicht mehr, aber auch nicht weniger Warum gibt es neben dem allgemeinen Mindestlohn noch einen Branchenmindestlohn für die Pflege? Den pflegebedürftigen Mitmenschen eine gute Pflege zu gewährleisten, ist eine der wichtigsten gesamtgesellschaftlichen Aufgaben in der heutigen Zeit. Dafür sind zuverlässige und qualitätsorientierte Pflegebetriebe unabdingbar, in denen es motivierter und gewissenhafter Arbeitskräfte bedarf. Gutes Pflegepersonal wiederum braucht neben der gesellschaftlichen Anerkennung auch angemessene Arbeitsbedingungen.“*

Die „Dritte Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche“ trat am 01.11.2017 in Kraft (Pflegearbeitsbedingungenverordnung = 3. PflegeArbbV) und gilt bis April 2020. Alle Pflegekräfte sind „Angestellte“ und bekommen ein „Gehalt“. Im Januar 2019 betrug das **Pflege-Mindestgehalt** pro Stunde 11,05 € im Westen und 10,55 € im Osten. Im Jahr 2020 wird es auf 11,35 € im Westen und 10,85 € im Osten angehoben. Die Pflegekommission hatte sich schon am 25.04.2017 auf höhere Mindestgehälter geeinigt, sodass ab 01.01.2018 der Mindestgehalt auf 10,55 € pro Stunde im Westen und 10,05 € im Osten anstieg und die Laufzeit endet zum 30.04.2020. Das bedeutet im Westen nur 1964 € brutto im Monat. Am 29.02.2020 hatte die Pflegekommission aus Arbeitgebern und Arbeitnehmern beschlossen, dass bis zum 01.04.2022 das Mindestgehalt für Pflegehilfskräfte in vier Schritten auf 12,55 € angehoben werden soll. Ab dem 01.07.2021 soll es erstmals einen Mindestgehalt für Pflegefachkräfte von 15 € geben und zum 01.04.2022 auf 15,40 € ansteigen soll. Die geforderte Ost-West-Angleichung geben, und soll zum 01.09.2021 auf einheitlich 12 € erhöht werden. Neu ist auch ein Mindestgehalt für qualifizierte Pflegehilfskräfte (angelernte Pflegekräfte mit einjähriger Ausbildung), das erst ab 01.04.2022 auf einheitlich 13,20 € ansteigt. Dazu die Bundesregierung wörtlich:

*„Von diesem Mindestlohn, der über dem gesetzlichen Mindestlohn liegt, profitieren vor allem Pflegehilfskräfte“. „Mindestlöhne sind nur eine Grenze nach unten. Wer gut ausgebildete Fachkräfte sucht, muss mehr bieten als den Mindestlohn. Denn Pflegekräfte sind gefragt. Der Mangel an Fachkräften ist hoch.“*

Die **Pflegebeauftragte der SPD-Bundestagsfraktion**, Heike Baehrens, lehnte den Beschluss der Pflegekommission ab.

Von der Pflegekommission wurden die Berechnungen mit 13,20 € pro Stunde bzw. 2.287 € Brutto unterhalb vom 60 % Median berechnet, der von der EU mit einem nationalen Median von 60 % beabsichtigt ist, was dann ca. 13,66 € pro Stunde bedeuten würde.

Mit Entwurf im § 9 **AEntG** würden Pflegehilfskräfte später auch nur eine solidarische „**Grundrente**“ von ca. **854 € Nettorente** übrighaben. Wenn Pflegekräfte 40 Jahre lang mit alten und/oder kranken Menschen verantwortungsvoll, aufopfernd und belastend gearbeitet haben, werden später nur ca. **960 € Brutto Grundrente** bzw. ca. 854 € Nettorente übrig bleiben und dadurch nur 72 € Netto Unterschied im Monat, wie als wenn ein sozialversicherungspflichtig Beschäftigter nur 33 Jahre gearbeitet hätte. Beispiel: Im Jahr 2019 lag bei alleinstehenden Pflegekräften der persönliche Bedarf zum Anspruch mit Grundsicherung bei 824 € Netto, zuzgl. ca. 400 € Warmmiete je nach Wohnlage und Heizungszuschuss. Hier ist klar ersichtlich, dass Pflegehilfskräfte erst ab 01.04.2022 als Mindestgehalt 13,20 € verdienen und später nur ca. 854 € Netto-Grundrente zum (Über-)Leben übrig haben. Bei ca. 1.400 € Netto (13,20 € = 2.287 € Brutto) im Monat für Pflegehilfskräfte bleibt ihnen später nur ca. 960 € Brutto bzw. ca. 854 € netto als Grundrente übrig. Für ausgebildete Pflegefachkräfte trifft das allerdings nicht zu. Zwischen den Kranken- und Alten-Pflegefachkräften gab es deutliche Unterschiede im Gehalt. Das mittlere Gehalt betrug im Jahr 2017 bei den Pflegefachkräften im Krankenhaus = 3.314 € und bei Pflegefachkräften für Altenpflege = 2.746 €.

Das **Pflege-Mindestgehalt** von bis zu ca. 14 € ist somit nicht möglich und verstößt gegen das EU-Recht, da nicht ein „echter“ Tarifvertrag vorhanden ist und damit beweisbar es sich **nicht** um das „**gleiches Entgelt für gleiche Arbeit am gleichen Ort**“ zur Gleichbehandlung durch die Allgemeinverbindlichkeitserklärung (**AVE**) in 2 Gehaltsgruppen für alle Pflegekräfte handelt, das zu gewährleisten ist.

In Deutschland sollen die Pflegekräfte aus den EU-Ländern und Dritt-Staaten durch das Fachkräfte-Einwanderungsgesetz (**FEG**) vorher in ihren Herkunftsländern die Sprachausbildung haben und werden finanziell unterstützt. Für die Vermittler von Pflegefachkräften aus dem Ausland soll ein Gütesiegel entwickelt werden. Die Ausbildungsbedingungen zur Kinder-, Kranken- und Altenpflege, wird durch Berufsausbildungsbeihilfe für ausländische Auszubildende verbessert. Am 01.06.2013 trat eine neue Beschäftigungsverordnung (Verordnung über die Beschäftigung von Ausländerinnen und Ausländern = **BeschV**) in Kraft, unter welchen Voraussetzungen ausländische Arbeitnehmer und bereits in Deutschland lebende Ausländer zum deutschen Arbeitsmarkt zugelassen werden. Die BeschV betrifft nur diejenigen Ausländer, die in Deutschland einer Aufenthaltserlaubnis bedürfen und denen dann auch die Beschäftigungsaufnahme gesondert erlaubt werden muss und ist iVm. dem FEG zu beachten. Ein Asylbewerber und/oder Flüchtling bzw. Arbeitsmigrant kann unter Voraussetzungen iZm. dem FEG den befristeten Aufenthaltsstatus zur Aufenthaltserlaubnis erwerben. Dafür wird eine Zentrale Servicestelle für berufliche Anerkennung aufgebaut sowie ein Gütesiegel für private Vermittler ausländischer Pflegekräfte entwickelt und die Möglichkeit der Fach- und Sprachausbildung muss für Ausländer in der Kranken- und Altenpflege, schon in den Herkunftsländern geprüft werden. Nur dann werden Personen sofort zur Kranken- und Altenpflege mit einer Arbeitserlaubnis zuzulassen. Nicht von Verordnungen und vom FEG betroffene Bürger, die eine Beschäftigung in Deutschland aufnehmen möchten, sind diejenigen Bürger der EU und des EWR (Island, Liechtenstein, 3 Norwegen) oder Bürger aus der Schweiz. Diesem Personenkreis steht

bereits durch die Personen-Freizügigkeit Art. 21 AEUV und Arbeitnehmerfreizügigkeit Art. 45 AEUV, im Aufenthaltsrecht und Dienstleistungsfreiheit Art. 56 AEUV fest, sodass die Ausübung einer selbstständigen oder unselbstständigen Erwerbstätigkeit erlaubt wird. Durch das FEG könnten die fehlende Pflegefachkräfte oder Pflegekräfte aus den Drittstaaten angeworben werden, denn die menschliche Pflege an kranken und alten Menschen ist in Deutschland teils prekär und durch den Mangelberuf beweisbar unzureichend. Die Notwendigkeit besteht aktuell, dass gleichartige angemessene soziale und gerechte Arbeitsbedingungen durchgesetzt werden müssen, sodass der Arbeitsfrieden in der Pflege gesichert ist.

Die Druckmittel der Gewerkschaft „ver.di“ für einen bundesweiten Tarif etwas bewirken zu können, ist beweisbar nicht vorhanden. Der fast tariflose Zustand mit 20 % Tarifbindung bei Arbeitgebern in der Altenpflege und als Mangelberuf in der Kranken- und Altenpflege, darf vom Staat nicht weiter geduldet werden.

Innenminister Horst Seehofer hatte zum **FEG** sicherlich unbewusst festgelegt, dass für ausländische Beschäftigte, die nach Deutschland wollen um eine dauerhafte Tätigkeit als Pflegefachkräfte aus Dritt-Staaten hier auszuüben, mindestens **21,30 €** für 173 Stunden verdienen müssen, wenn sie über 45 Jahre alt sind. Für Pflegefachkräfte aus Dritt-Staaten die älter als 45 Jahre sind und durch das FEG in Deutschland eine Tätigkeit ausüben wollen, wird vorausgesetzt, dass bei Beantragung der Aufenthaltserlaubnis im gesamten Arbeitsleben bis zur Rente, selbst über eine eigene beweisbare angemessene Altersversorgung verfügen oder ab 45 Jahren mind. **3685 € brutto** verdienen. Damit soll ein unregelmäßiger Zuzug in das deutsche Sozialsystem verhindert werden. Der Nachweis dazu soll im Verfahren zur Zustimmung durch die ARGE mit § 39 (2) Nr. 2, (3) Nr. 2 AufenthG-E geprüft werden, dass durch die BeschV der Nachweis in Anlehnung an der Regelung in § 21 AufenthG durch ausreichende Rentenanwartschaften oder Geld oder Sachvermögenswerte erbracht werden kann.

Einigkeit besteht sogar im **BVerfG** weitgehend darüber, dass der § 5 **TVG** (Tarifvertragsgesetz) eigenständig im Licht der Aufgaben im öffentlichen Interesse nur unter dringendem Mangelberuf so auszulegen ist, dass wegen der Tarifautonomie alle möglichen tariflichen Koalitionspartner zu beteiligen sind, denn ihr wichtigstes Element ist eigentlich nur bei allen Forderungen eine „Ermöglichung“ zu den tariflichen Inhalten und Regelungen. Der Staat darf seine eigene Normsetzungsmacht nicht zu weit zurücknehmen, wenn es beweisbar im öffentlichen Interesse ist, so dass von der Tarifautonomie ein umfassender Gebrauch gemacht werden muss, und/oder die Tarifpartner es nicht können bzw. mangels „Mächtigkeit“ zu schwach sind. Zum Zwecke der **AVE** gehen deshalb für Kranken- und Altenpflege das „Öffentliche Interesse“ mit- und ineinander über, denn sie sind eigentlich immer zwei Seiten bei derselben Umsetzung zur Befriedung und Funktion, sowie zur Aufrechterhaltung im TVG. Daher muss nun zur menschlichen Pflege, die st. Rspr. aller höchsten Gericht mit berücksichtigt werden.

Seit der st. Rspr. **BVerfGE 44, 322**, ist das Öffentliche Interesse zum inhaltlichen Wertungsmaßstab für subsidiäre Regelungskompetenz des Staates bei der AVE geworden, wenn sie dringlich geboten ist, um die Tarifnorm auf Außenseiter zu erstrecken:

*„Die Normsetzungsprärogative der Koalitionen gelte nicht schrankenlos. Es sei Sache des subsidiär für die Ordnung des Arbeitslebens weiterhin zuständigen Gesetzgebers, die Betätigungsgarantie der Koalitionen in einer den besonderen Erfordernissen des jeweiligen Sachbereichs entsprechenden Weise näher zu regeln“*

Das BVerfG spricht hier vom:

*„... eigenen pflichtgemäßen Ermessen“ oder „Gestaltungsfreiraum“ [...]*

*„Die antragsabhängige Allgemeinverbindlicherklärung erweise sich als ein Instrument, das die von Art. 9 Abs. 3 GG intendierte autonome Ordnung des Arbeitslebens durch die Koalitionen abstützen soll, indem sie den Normen der Tarifverträge zu größerer Durchsetzungskraft verhilft.“*

Rechtlich juristische Hinweise bedeuten, indem das BVerfG seit st. Rspr. ab 1977 an erster Stelle die Gefährdungen des Arbeitsfriedens durch Aushöhlung vom Tarifvertrag nennt. Durch staatlichen Hoheitsakt der **AVE**, wird die Tarifgeltung zum § 5 (4) TVG im Geltungsbereich vom Tarifvertrag, auf die bisher nicht tarifgebundenen Arbeitgeber und Arbeitnehmer erstreckt. Die AVE soll somit das Grundrecht der Koalitionsfreiheit aus Art. 9 (3) GG als *„intendierte autonome Ordnung im Arbeitsleben“* durch die zuständigen Tarifvertragsparteien abstützen. Daneben dient sie dem Ziel, den Außenseitern angemessene Arbeitsbedingungen zu sichern. Gleichrangig geht es um das wirtschaftliche Interesse der Kranken- und Alten-Pflege, die angemessenen Arbeitsbedingungen zu sichern, damit in Deutschland ein ruinöser Wettbewerb beim Gehalt beseitigt wird. Nach der höchstrichterlichen st. Rspr., der von den weit überwiegenden Stellungnahmen in der Rechtslehre zugestimmt wird, kommt dabei dem BMAS zur Entscheidung mehr Kompetenz zu, indem ein weiterer Beurteilungsspielraum besteht, ob nun die AVE im öffentlichen Interesse liegt. Die AVE als ein staatlicher Hoheitsakt, hat nicht nur die Bedeutung einer unselbständigen Zustimmungserklärung zu autonomer Normsetzung tariflicher Koalitionen, sondern auch gegenüber den Außenseitern. Die Mitwirkung vom Staat beim Zustandekommen einer AVE, geht somit auch weit darüber hinaus. So kann das BMAS den Antrag der Tarifvertragsparteien selbstverständlich auch ablehnen, wenn gesetzliche Voraussetzungen iVm. § 5 (1) TVG nach seiner Überzeugung nicht erfüllt sind. Insb. bezüglich der Frage vom öffentlichen Interesse, ist das BMAS nicht am positiven Votum bei einem möglich tariflichen Ausschuss gebunden, sondern hat dieses in eigener Verantwortung zu prüfen und dabei nicht allein die Interessen der Tarifvertragsparteien zu berücksichtigen. Die für allgemeinverbindlich erklärten Tarifnormen, sind gegenüber den Außenseitern bei Unternehmen in der Kranken- und Altenpflege durch staatliche Mitwirkung ausreichend demokratisch legitimiert, da sich der Staat zum Normsetzungsrecht nicht völlig entäußert.

vgl. BVerfGE 44, 322 = BVerfG 2 BvL 11/74 vom 24.05.1977 – Leitsatz Allgemeinverbindlich I

vgl. BVerfGE 55, 7 = BVerfG 1 BvR 24/74 vom 15.07. 1980 – Leitsatz Allgemeinverbindlich II

vgl. BVerfG 1 BvR 561/89 vom 10.09.1991 – zu § 5 TVG

vgl. BVerfG 1 BvR 948/00 vom 18.07.2000 – Verordnungsermächtigung § 1 (3 )a AEntG.

vgl. Gutachten für den Bundestag an 01.09.2016 – Wissenschaftlicher Dienst zur AVE (WD 6 - 3000 – 069/16)

Es muss nun unbedingt zwischen staatlichen und tarifvertraglichen Mindestgehalt mit **AVE** wegen der Qualifizierung zum **TVG** sehr genau unterschieden werden, denn es würde dann ansonsten auch nur eine staatliche Untergrenze beim Einkommen geschaffen werden, obwohl es nicht ein Mindesttarifvertrag sein darf, sondern ein alleine auf dem TVG aufgebauter echter Tarifvertrag.

vgl. EuGH C-341/02 vom 14.04.2005 – Entsendung und Mindestlohn

vgl. BAG 5 AZR 374/16 vom 21.12.2016 – Auslegung vom MiLoG

Der EuGH hatte entschieden, das durch die AVE selbst keine Erstreckung auf Arbeitsverhältnisse mit ausländischem Vertragsstatut erfolgt, wenn es sich bei ihr bzw. den erstreckten Tarifverträgen nicht um ein Regelwerk nicht öffentlich-rechtlicher Art handelt, das die grenzüberschreitende Erbringung von Dienstleistungen iSd. Rechtsprechung des EuGH kollektiv regelt.

vgl. EuGH C-341/05 vom 18.12.2007 - ausländischem Vertragsstatut (Laval), Rn. 98

Das BAG in Erfurt geht in st. Rspr. davon aus, dass das zuständige Arbeitsministerium ein „weiten Beurteilungsspielraum“ einzuräumen sei. Lediglich wenn der Minister-Behörde wesentliche Fehler vorzuwerfen sind, kommt gerichtliche Überprüfung der behördlichen Entscheidung in Betracht.

vgl. BAG 10 ABR 48/15 vom 21.09.2016 – Wirksamkeit einer Allgemeinverbindlichkeitserklärung

vgl. BAG 4 AZR 536/89 vom 28.03.1990 – Allgemeinverbindlichkeit

vgl. BAG 10 AZR 150/95 vom 15.11.1995 – Tarifvertrag, Allgemeinverbindlichkeitserklärung

Nach dem BVerwG begünstigt § 5 TVG bewusst die Tarifparteien, die bei ihrer Ausgestaltung dazu beitragen sollen, die Effektivität der tariflichen Normsetzung zu wahren. Nach dieser st. Rspr. steht dem Minister bei der Beurteilung des öffentlichen Interesses an der Allgemeinverbindlichkeit ein „weites normatives Ermessen“ zu. Die rechtlichen Grenzen dieses Ermessens seien erst dann überschritten, wenn die getroffene Entscheidung in Anbetracht des Zwecks der Ermächtigung und der hiernach zu berücksichtigenden öffentlichen und privaten Interessen – einschließlich der Interessen der Tarifvertragsparteien – schlechthin unvertretbar oder unverhältnismäßig ist.

vgl. BVerwGE 80, 355 = BVerwG 7 C 115.86 vom 03.11.1988 – Kontrolldichte Antragsablehnung (TVG / AVE)

Die geplanten oder/und bestehenden Pflegekammern, können auch nicht durch Mitgliedschaft der Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege als Tarifpartner durch **Art. 9 (3) GG** iVm. § 5 (1) TVG im Tarif direkt tätig werden oder einen Tarifvertrag mit AVE abschließen. Das OVG Lüneburg hatte die Pflegekammer in Nds. nur iVm. **Art 2 (1) GG** erlaubt und die Beschwerde abgewiesen.

Es benötigt nun aufgrund der Inhalte der neu beschlossenen **Entsende-Richtlinie (EU) 2018/957**, eine Änderung nur „zum“ und nicht „auf“ dem **AEntG**, was allerdings nicht allein inkl. **AVE** bei der **AÜ** die Voraussetzung zum **BTV-Pflege** für die Kranken- und Altenpflege sein kann. Es muss nun zwischen staatlichen und tarifvertraglichem Mindestgehalt mit AVE wegen der Qualifizierung zum TVG sehr genau unterschieden werden, da ansonsten auch nur eine staatliche Untergrenze beim Einkommen geschaffen würde. Deshalb muss es nun ein echter BTV-Pflege über TVG aufgebaut werden und den **TVöD-P** unbedingt berücksichtigen.

Seit dem Jahr 2016 erfolgt die länderübergreifende Anerkennung im Verfahren im **Europäischen Berufsausweis** nach der seit dem Jahr 2005 gültigen **Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG**. Der Europäische Berufsausweis (**EBA**; Englisch European Professional Card, kurz: EPC) ist ein elektronisches Zertifikat und soll die Anerkennung der beruflichen Qualifikation beim Wechsel zwischen EU-Staaten erleichtern. Es muss nun eine Neukonzeption der Berufsklassifikation in der **ISCO-08** und **KLDB** geben, denn durch die neue Pflege-Ausbildung wegen dem Pflegeberufsgesetz, muss zum Januar 2020, für die Kranken- und Altenpflege eine neue Berufsqualifikation im Kenntnisbereich (**KLDB**). Die Berufsklassifikationen müssen sich nun auch in der Kranken- und Altenpflege den Pflegeberuf realitätsnah zur **Pflegefachfrau** bzw. zum **Pflegefachmann** abbilden. Die KLDB 2010 orientiert sich bisher an der internationalen Berufsklassifikation (ISCO-08) und die Berufsqualifikation im Kenntnisbereich Nr. **82101 und 81302** ist derzeit immer „noch“ gültig:

Pflegehelfer - Kranken- und Altenpflege...**82101** (P6 TVöD-P nach 3 Jahren = **2.972 €**)

Pflegefachkraft - Kranken- und Altenpflege...**81302** (P9 TVöD-P nach 4 Jahren = **3.721 €**)

Entgeltgruppe P 6 = Pflegehelfer mit einjähriger Ausbildung und entsprechender Tätigkeit.

Entgeltgruppe P 9 = Pflegefachkraft mit abgeschlossener Fachweiterbildung und entsprechender Tätigkeit.

Beispiel: Jahresbrutto von 35.000 € = **2.910 €** brutto im Monat = **16,82 € 40 Std./Woche** bedeutet nach 40 Jahren Pflege-Arbeit bei 48 % Renten-Berechnung = 1.292 € Brutto = **1.142 € Nettorente**. Der BTV-Pflege muss Voraussetzung sein, um das die Dienstleitungsfreiheit in der EU zur Kranken und Alten-Pflege, nun räumlich, fachlich, sachlich und persönlich, zum Lebenshaltungskosten-Index

automatisch erhöht wird, wobei diejenigen Tarifpartner natürlich „zusätzlich“ bessere bzw. höhere Tarife beim Gehalt vereinbaren können. Es muss nun zwischen staatlichen Mindestgehalt und tarifvertraglichem Mindestgehalt mit AVE wegen der Qualifizierung iVm. dem TVG sehr genau unterschieden werden, denn ansonsten würde es auch nur eine staatliche Untergrenze beim Einkommen geben. Der Arbeitgeberverband der privaten Pflegeheim-Betreiber bpa, hat nun ein hartnäckiger Widerstand gegen staatlich vereinheitlichte Gehälter von Flensburg bis Passau angekündigt. Minister Jens Spahn will faire Kostenteilung und konkrete Ansagen zur Finanzierung machten die 3 zuständigen Minister vorerst nicht. Klar ist aber, dass erhebliche Mehrkosten kommen, denn je nach den festzulegenden Steigerungen könnten es laut Gutachten pro Jahr 2 – 5 Mrd. € extra sein. Bei den Eigenanteilen, die für die eigentliche Pflege und weitere Nebenkosten im Heim fällig werden, will die Große Koalition „übermäßige Belastungen“ vermeiden. In Anbetracht vom demografischen Wandel, hin zu einer immer älteren werdenden Gesellschaft, wird die Zahl pflegebedürftiger Menschen von derzeit evtl. 3 Mio. bis zum Jahr 2035 auf dann gut 4 Mio. Bedürftige in der Altenpflege ansteigen.

Zu mehr Verantwortung gehören bessere Arbeitsbedingungen, um diesen menschlich nahen Beruf bis zum Renten-Alter aushalten zu können. Zu besseren Bedingungen sind bezahlte Touren- und Dienst-Pläne bei ambulanter Pfleg und ein verbindlichen Personal-Anteil pro Pflegenden Patienten sehr wichtig. Es ist für einen Staat wie Deutschland sehr beschämend, das die Pflege an kranken und alten Menschen, bisher nicht genug gewürdigt ist und durch die schlechten Bedingungen und gleichzeitig zur hohen Verantwortung der Pflege-Kräfte, war bisher von der Politik nicht eine ordentliche Beachtung erfolgt. Alle Daten zur Kranken- und Altenpflege müssen über **Blockchain** in der digitalen Vernetzung unter Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Ärzten gewährleistet werden und auch das **Offizieldelikt** muss zusätzlich eingeführt werden. Bei einer Nichtbeachtung müssen hohe Sanktionen und/oder Strafen bestehen. Zukünftige Mehr-Kosten für Pflegekräfte, bedeuten auch bessere Arbeitsbedingungen und **Investitionspflicht** der Krankenhäuser und Pflege-Einrichtungen. Die Krankenhausvergütung wird ab dem Jahr 2020 auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Vergütung der Pflegepersonal-Kosten umgestellt, denn dieses Pflege-Budget berücksichtigt die Aufwendungen zum individuellen Pflege-Personalbedarf und für die Pflege-Personalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen im Krankenhaus. Die Regierung dazu wörtlich:

*„Jede zusätzliche bzw. aufgestockte Pflegestelle am Bett muss vollständig von den Kostenträgern refinanziert werden. Auch entstehenden Personal- und Sachkosten durch die Mittel des Ausgleichsfonds refinanziert. Die Krankenhausvergütung wird ab dem Jahr 2020 auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt, denn dieses Pflegebudget berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf und die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen. Bundesministerium für Gesundheit, Finanzen und Arbeit und Soziales müssen die Differenz zur kalenderjährlichen Endabrechnung auszugleichen. Zur Finanzierung zahlt die GKV jährlich pauschal einen Betrag an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Hierzu erhebt der GKV-SV bei den Krankenkassen eine Umlage pro Versicherten. Die private Pflegeversicherung beteiligt sich anteilig entsprechend der Zahl der Pflegebedürftigen an der Finanzierung.“*

Die Pflegeversicherung hatte 2018 bereits ein Minus von 3,5 Mrd. €, denn es musste auf ihre Reserve zurückgegriffen werden. Zuvor war die Pflegeversicherung erst umgestellt worden, denn die Pflege wird seither nicht mehr nach Minuten abgerechnet. Maßstab muss nun sein, dass Hilfebedürftige Bürger am sozialen Leben halbwegs – *je nach Krankheit* – weiterhin teilnehmen können. Auch die häuslichen Gegebenheiten bei bestimmten notwendigen Umbauten um

weiterhin ambulant zu Hause gepflegt zu werden, sind – *unter Berechnung gegenüber der Pflegekosten in einer Pflege-Einrichtung* – gemeinsam von allen zuständigen Kostenträgern zu bezahlen. Die Umstellung brachte vor allem den Dementen etwas mehr Geld. Die Mehr-Kosten zum Umbau, um weiterhin mit der ambulanten Alten-Pflege bei Behinderung, zu Hause von Angehörigen und teils von Externen Pflegekräften gepflegt werden zu können, dürfte nicht aus Pflegeversicherung bezahlt werden. Auch **volle Renten-Punkte** bei den Angehörigen und Externen Pflegekräften von den zu pflegenden Personen, müssen im Verhältnis der Zeit zur Pflege iVm. bei digitalen Aufzeichnungen wie bei Pflegefachkräften berücksichtigt werden, da die häusliche Pflege im Verdienst – wie die **angelernten Pflegehilfskräften** – total unterbezahlt ist. Allerdings sind alle Ideen auch nichts wert, wenn unklar bleibt, wer genau die zusätzlichen Kosten tragen soll, denn das kann nur noch aus **nur ein einheitlichen Pflegefonds** geschehen, wo alle beschäftigten Bürger extra prozentual je nach Einkommen einzahlen müssen. Fast die Hälfte aller Alten-Heime haben private Träger oder gehören Fondsgesellschaften, denn bei denen vielfach Rendite von 7 – 14 % an erster Stelle steht und es kaum finanzielle Verbesserungen für gute menschlich würdevolle Pflege dort zu erwarten ist. Eine **Investitionspflicht** mit Rücklagen zur Größe der Pflege-Einrichtung, die den Gewinn direkt vor Ort in der jeweiligen Gemeinschafts-Einrichtung behält, muss gesetzlich vorgeschrieben werden. Die private Pflegeversicherung hat bei Versicherten mit wesentlich höheren Einkommen und wesentlich geringerem Krankheits- und Pflegerisiko mit über **34 Mrd. € Rücklagen** vorgesorgt und hat pro Versicherten einen deutlich geringeren Aufwand als die soziale Pflegeversicherung, wobei das Geld **nicht** für die Verbesserung der Pflege eingesetzt wird.

In Deutschland befinden sich **ohne AVE** zum **TVöD-P** in der Kinder-, Kranken- und Altenpflege, ca. 2/3 der Pflegekräfte im unteren Einkommen und mit der darauffolgenden Rente, sind sie später vielfach unterhalb vom soziokulturellen Existenzminimum. Der derzeitige teils niedrige, Verdienst mit zeitbedingten bzw. körperlichen Belastungen im Pflege-Alltag, werden die Pflegefachkräfte es in der jetzigen Situation nicht mehr sehr lange aushalten. Hier muss sofort eine Änderung zu der körperlichen Tätigkeit in der Kinder-, Kranken- und Altenpflege herbeigeführt werden, denn nur dann werden auch weiterhin Pflegefachkräfte noch bereit sein, ihren sehr verantwortungsvollen und belastenden Beruf, an den kranken und alten Menschen, mit Liebe, Freude und Mühe, aufopfernd fortzuführen.

Die „**Würdevolle Pflege**“ an alten und kranken Menschen, haben sich SPD 60plus Petenten mit 14 Punkten, für die Politik in Berlin, zur Aufgabe und Umsetzung gemacht, damit zur Sicherstellung in den zuständigen Gesetzen und Verordnungen, die Politiker eine dementsprechende Beinhaltung richtig beschließen.

Die „**Würdevolle Pflege**“, muss Wohlbefinden, Gesundheit, Sicherheit, Bedürfnisse, menschlicher Umgang, menschlicher Wille, passende Pflegemaßnahmen, beinhalten und bedeutet eine Pflicht von Staat und Gesellschaft die tatsächlich gewährleistet wird.

Die „**Würdevolle Pflege**“ ist ein Rechtsanspruch und umfasst neben der unveränderbaren Würde des Einzelnen Menschen, auch bestimmte therapeutische und ärztliche Maßnahmen, wobei bestimmte bedeutende menschliche Gewohnheiten und Bedürfnisse „mit“ beachtet werden müssen.

Die „**Würdevolle Pflege**“ bedeutet im Rechtsanspruch, dass der menschlich würdevollen Umgang der betroffenen alten und kranken Menschen, mit Werten und Inhalten der „Menschenwürde“ im Einklang und Vordergrund stehen muss, sodass nachweislich durch Art. 1 AEMR, Art. 1 EMRK, Art. 1 GrCh, Art. 1 GG, eine eindeutige Garantie zur Beachtung und Gewährleistung besteht.

***Abends sind wir klug für den gewesenen Tag - doch niemals klug genug für den der kommen mag !***