

„Ich pflege wieder, wenn ...“

.....

Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung
von Pflegefachkräften

IMPRESSUM

Ein Kooperationsprojekt der Arbeitnehmerkammer Bremen, des Instituts Arbeit und Technik Gelsenkirchen und der Arbeitskammer des Saarlandes

Autor*innen

Dr. Jennie Auffenberg, Arbeitnehmerkammer Bremen
Denise Becka, Michaela Evans, Nico Kokott,
Sergej Schleicher, Institut Arbeit und Technik
Esther Braun, Arbeitskammer des Saarlandes

Unter Mitarbeit von

Prof. Moritz Heß, Hochschule Niederrhein
Franziska Heinze, Universität Bremen

Gefördert durch

Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

Herausgeberin

Arbeitnehmerkammer Bremen
Bürgerstraße 1, 28195 Bremen
Telefon 0421.3 63 01-0
Telefax 0421.3 63 01-89
info@arbeitnehmerkammer.de
www.arbeitnehmerkammer.de

Umschlaggestaltung

GfG/Gruppe für Gestaltung, Bremen

Lektorat

Martina Kedenburg, Arbeitnehmerkammer Bremen
Textgärtnerei, Bremen

Layout

Sarina Schöbel, Arbeitnehmerkammer Bremen

Druck

BerlinDruck GmbH + Co KG, Achim

Stand: April 2022

Jennie Auffenberg, Denise Becka, Michaela Evans, Nico Kokott, Sergej Schleicher, Esther Braun

„Ich pflege wieder, wenn ...“ – Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften

Ein Kooperationsprojekt der Arbeitnehmerkammer Bremen, des Instituts Arbeit und Technik Gelsenkirchen und der Arbeitskammer des Saarlandes

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	6
1 Hintergrund und Ziel der Studie	7
2 Methodik	13
2.1 Fragebogenentwicklung und -aufbau	13
2.2 Datenerhebung	15
2.3 Datenanalyse	16
2.3.1 Faktorenanalyse und Indexbildung	16
2.3.2 Auswertung der Rankingfrage	17
2.4 Mögliche Verzerrungen, Repräsentativität und Generalisierbarkeit	17
3 Stichprobenbeschreibung: Wer sind die Befragten?	22
4 Ergebnisse	33
4.1 Bereitschaft zu Wiedereinstieg und Stundenerhöhung	33
4.1.1 Unterschiede in der Bereitschaft zwischen der Kranken- und Langzeitpflege	34
4.1.2 Teilzeitpflegekräfte: Engagement bei der Stundenerhöhung	35
4.1.3 Ausgestiegene: Engagement bei der Rückkehr	37
4.1.4 Ausgestiegene und Teilzeitpflegekräfte, die Rückkehr beziehungsweise Stundenerhöhung ausschließen	38
4.2 Pflegekräftepotenziale	39
4.2.1 Berechnung der Pflegefachkräftepotenziale – konservatives und optimistisches Modell	39
4.2.2 Teilzeitpflegekräfte	40
4.2.3 Ausgestiegene Pflegekräfte	42
4.2.4 Potenziale unter Berücksichtigung des aktuellen Engagements bei der Rückkehr	47
4.2.5 Potenziale nach Erwerbsstatus und Engagement bei der Rückkehr	48
4.2.6 Potenziale nach angestrebten Wiedereinstiegsbereichen	49
4.3 Förderliche Arbeitsbedingungen für Wiedereinstieg und Stundenerhöhung	52
4.3.1 Rankingfrage – acht wichtige Arbeitsbedingungen in Relation zueinander	52
4.3.2 Top 10 der wichtigsten Arbeitsbedingungen	54
4.3.3 Gruppenspezifische Befunde	57
4.4 Zu den förderlichen Arbeitsbedingungen nach Themenbereichen im Einzelnen	58
4.4.1 Organisation und Führung	58
4.4.2 Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	61
4.4.3 Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	66
4.4.4 Gesundheitsschutz und Prävention	67
4.4.5 Weiterbildung und Karriere	69
4.4.6 Wiedereinstieg	70
4.5 Exkurs: Einfluss der Covid-19-Pandemie	72
4.5.1 Einfluss auf die Bereitschaft zu Wiedereinstieg und Stundenerhöhung	72
4.5.2 Einfluss auf die Arbeitsbedingungen	75
4.5.3 Stundenreduktion oder Ausstieg durch Covid-19	77
5 Handlungserfordernisse und -empfehlungen	78
5.1 Ausreichend Zeit für eine gute Pflege durch bedarfsgerechte Personalbemessung	79
5.1.1 Tarifvertragliche Personalbemessung	79
5.1.2 Gesetzliche Personalbemessung	79
5.1.3 Sanktion von Verstößen	81

5.2 Angemessene Bezahlung durch weitere Aufwertung und Tarifbindung	82
5.2.1 Entgeltniveau	82
5.2.2 Tarifbindung und gesetzliche Ersatzregelungen	84
5.3 Verlässliche Arbeitszeiten durch teambasierte Dienstplangestaltung und Ausfallmanagement	85
5.4 Förderung einer wertschätzenden Führungskultur und Kollegialität	86
5.4.1 Führungskultur	87
5.4.2 Pflegerische Fachlichkeit	87
5.4.3 Teamprozesse	88
5.4.4 Gefährdungsbeurteilung	88
5.5 Erhöhung der Wiedereinstiegs motivation durch umfassende Einarbeitung	89
5.5.1 Informationsangebote zum Wiedereinstieg	89
5.5.2 Onboarding-Programme	90
5.5.3 Finanzierung	90
5.6 Weiterentwicklung attraktiver Tätigkeitsbereiche	91
5.7 Schaffung geeigneter Finanzierungsgrundlagen	92
5.8 Auf einen Blick: Handlungserfordernisse und -empfehlungen	94
Literaturverzeichnis	95
Anhang	104

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung der Teilzeitbeschäftigten	21
Abbildung 2: Altersverteilung der Befragten	23
Abbildung 3: Letzter Arbeitsbereich der Ausgestiegenen	24
Abbildung 4: Aktueller Erwerbsstatus der Ausgestiegenen	25
Abbildung 5: Alle Personen, die zwischen 2012 und 2019 (jeweils zum 15. Dezember) jemals in einem Pflegeberuf tätig waren nach Verbleibsart, 2012–2020, Deutschland ...	26
Abbildung 6: Befragte ausgestiegene und Teilzeitpflegekräfte nach Bundesländern (Krankenpflege und Langzeitpflege)	28
Abbildung 7: Verteilung der befragten Teilzeitkräfte nach Bundesländern und Vergleich mit der Grundgesamtheit (Krankenpflege und Langzeitpflege)	28
Abbildung 8: Selbst eingeschätzter Gesundheitszustand ausgestiegener Pflegekräfte nach Erwerbsstatus	31
Abbildung 9: Einfluss der Arbeit auf den Gesundheitszustand ausgestiegener Pflegekräfte	31
Abbildung 10: Selbst eingeschätzter Gesundheitszustand von Teilzeitpflegekräften nach Qualifikationsniveau	32
Abbildung 11: Einfluss der Arbeit auf den Gesundheitszustand von Teilzeitpflegekräften	32
Abbildung 12: Bereitschaft zum Wiedereinstieg beziehungsweise zur Stundenerhöhung	34
Abbildung 13: Bereitschaft zur Stundenerhöhung in der Kranken- und Langzeitpflege (Teilzeitbeschäftigte)	35
Abbildung 14: Bereitschaft zum Wiedereinstieg in die Kranken- und Langzeitpflege (Ausgestiegene)	35
Abbildung 15: Häufigkeit des Nachdenkens von Teilzeitpflegekräften über Stundenerhöhung	36
Abbildung 16: Bereitschaft zur Stundenerhöhung von alleinerziehenden Teilzeit- beschäftigten im Vergleich	37
Abbildung 17: Häufigkeit des Nachdenkens ausgestiegener Pflegekräfte über Wiedereinstieg	37
Abbildung 18: Engagement ausgestiegener Pflegekräfte beim Wiedereinstieg	38
Abbildung 19: Grafische Darstellung der Grundlage des optimistischen und konservativen Rechenansatzes	40
Abbildung 20: Entwicklung der Grundgesamtheit ausgestiegener Pflegekräfte zwischen 2012 und 2020	45
Abbildung 21: Angestrebte Wiedereinstiegsbereiche ausgestiegener Pflegekräfte	50
Abbildung 22: Ausgestiegene: Was genau meinen Sie, wenn Sie sich mehr Anerkennung wünschen?	64
Abbildung 23: Teilzeitkräfte: Was genau meinen Sie, wenn Sie sich mehr Anerkennung wünschen?	64
Abbildung 24: Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Bereitschaft zum Wiedereinstieg und zur Stundenerhöhung	73
Abbildung 25: Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Bereitschaft zur Stundenerhöhung – differenziert nach Kranken- und Langzeitpflege	74
Abbildung 26: Haben sich die Arbeitsbedingungen durch die Covid-19-Pandemie verbessert?	76
Abbildung 27: Ausstieg aus der Pflege aufgrund der Covid-19-Pandemie	77
Abbildung 28: Stundenreduzierung aufgrund der Covid-19-Pandemie	78

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Aufbau des Fragebogens	15
Tabelle 2: Themenblöcke und Teilindizes nach Faktorenanalyse	17
Tabelle 3: Merkmale der Stichprobe und Abgleich mit der Grundgesamtheit (nur Teilzeitpflegekräfte)	19
Tabelle 4: Altersstruktur der geschätzten Grundgesamtheit ausgestiegener Pflegekräfte	21
Tabelle 5: Ausgestiegene und Teilzeitkräfte in Kranken- und Langzeitpflege	23
Tabelle 6: Höchster Berufsabschluss in der Pflege und derzeitiges Nettoeinkommen nach Arbeitsbereichen	30
Tabelle 7: Sorgeverpflichtungen von Teilzeitpflegekräften und ausgestiegenen Pflegekräften	33
Tabelle 8: Berechnung des bundesweiten Teilzeitpflegekräftepotenzials nach Kranken- und Langzeitpflege	42
Tabelle 9: Definition der Berufsgruppen mit Pflege Tätigkeit	43
Tabelle 10: Schätzung der Grundgesamtheit ausgestiegener Pflegekräfte, basierend auf einer Hochrechnung von GKV-Routinedaten	44
Tabelle 11: Rechnerisches Fachkräftepotenzial ausgestiegener Pflegekräfte in Vollzeitäquivalenten	46
Tabelle 12: Potenziale ausgestiegener Kranken- und Langzeitpflegekräfte nach Engagement bei der Rückkehr in Vollzeitäquivalenten	48
Tabelle 13: Faktorenmatrix „aktueller Erwerbsstatus“ und „Engagement zur Berufs- rückkehr“ (ausgestiegene Pflegekräfte; beide Modellvarianten; Anteilswerte)	49
Tabelle 14: Letzte und angestrebte Wiedereinstiegsbereiche ausgestiegener Pflegekräfte	51
Tabelle 15: Pflegefachkräftepotenziale im Überblick (in Vollzeitäquivalenten, gerundet)	51
Tabelle 16: Ranking der wichtigsten Arbeitsbedingungen für Wiedereinstieg und Stundenerhöhung (Basis: Ergebnisse der Bremer Pilotstudie)	53
Tabelle 17: Die zehn wichtigsten Arbeitsbedingungen für einen Wiedereinstieg	55
Tabelle 18: Die 10 wichtigsten Arbeitsbedingungen für eine Stundenerhöhung	56
Tabelle 19: Ranking der Items im Bereich „Organisation und Führung“	61
Tabelle 20: Ranking der Items im Bereich „Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung“	63
Tabelle 21: Ranking der Items im Bereich „Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben“	67
Tabelle 22: Ranking der Items im Bereich „Gesundheitsschutz und Prävention“	69
Tabelle 23: Ranking der Items im Bereich „Weiterbildung und Karriere“	70
Tabelle 24: Ranking der Items im Bereich „Wiedereinstieg“	71
Tabelle 25: Überblick über die wichtigsten Arbeitsbedingungen nach Themenbereichen	72
Tabelle 26: Gehälter von Hilfs- und Fachkräften in Pflege- und Referenzberufen	83
Tabelle A: Definition der Pflegeberufe	109
Tabelle B: Definition der Pflegebranche	109

1 Hintergrund und Ziel der Studie

Der Fachkräftemangel in der Pflege ist unumstritten, bereits vor der Pandemie war das pflegerische Versorgungssystem in Deutschland aufgrund Personalmangels an der Belastungsgrenze. Rund 35 Prozent der Pflegekräfte erwägen mehrmals im Jahr konkret einen Berufsausstieg, rund 40 Prozent denken an einen Wechsel des Arbeitgebers.¹ Der Arbeitsdruck in der beruflichen Pflege ist, so die Befunde des Stressreports der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), in der Wahrnehmung von Pflegekräften in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Im Längsschnittvergleich (2006, 2012, 2018) ist bezüglich der Arbeitsmerkmale und der Gesundheitsindikatoren von Pflegekräften tatsächlich eine negative Tendenz festzustellen.² Fortbestehender Personalmangel geht mit einer dauerhaften Arbeitsverdichtung einher, die negative Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit, auf die Teilnahme von Pflegekräften am sozialen Leben und auf die Versorgungsqualität hat.³ Nur rund jede fünfte Pflegekraft geht mit Blick auf die aktuellen beruflichen Anforderungen davon aus, die Arbeitsfähigkeit bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter halten und den Beruf bis dahin ausüben zu können.⁴ Pflegekräfte beurteilen ihre Arbeitsfähigkeit zudem deutlich schlechter als der Gesamtdurchschnitt der Beschäftigten.⁵ Die Krankenstände in der Pflegebranche liegen um etwa 6 Prozent höher als in anderen Branchen und die Krankschreibungsdauer ist mit mehr als 22 Tagen pro Jahr länger – auch hier ist die Tendenz steigend.⁶ Besonders häufig sind Altenpflegehilfskräfte krankgeschrieben.⁷ Die Diskrepanz zwischen individuellem Berufsanspruch und betrieblichen Rahmenbedingungen sind laut vorliegender Forschungsbefunde der häufigste Grund für Langzeiterkrankungen⁸ und die Frühberentung von Pflegekräften.⁹

Fachkräftemangel

Betrachtet man die Beschäftigungsentwicklung in den Pflegeberufen, so zeigt sich, dass in den vergangenen fünf Jahren die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Pflege im Vergleich mit anderen Berufsgruppen überdurchschnittlich um 14 Prozent gestiegen ist. Das Gesundheitswesen gehörte, auch in der Corona-Pandemie, zu den wenigen Branchen in Deutschland, die nicht von einem Beschäftigungsrückgang betroffen waren.¹⁰ Für den Krankenhaussektor ist in den letzten Jahren ein Beschäftigungsaufbau im Pflegedienst zu verzeichnen: Der Zuwachs im Pflegedienst des Jahres 2019 war der höchste seit 30 Jahren. Sofern es vermehrte Kündigungen des Pflegepersonals im Krankenhaussektor gab, wurden sie durch eine höhere Zahl an Neueinstellungen kompensiert, sodass der Gesamtsaldo von Kündigungen und Neueinstellungen der Arbeitsmarktstatistik zufolge ein deutliches Plus aufweist.¹¹ Im Zuge der Corona-Pandemie hat das Beschäftigungswachstum in der Pflege zwar insgesamt etwas an Dynamik verloren. Anders als die Beschäftigung insgesamt waren hier allerdings auch im Jahr 2020 weiterhin deutliche Zuwächse in der Krankenpflege sowie der Altenpflege zu verzeichnen.¹²

¹ Vgl. DBfK (2019).

² Vgl. Melzer (2020): S. 139, 143.

³ Vgl. Kraft/Drossel (2019).

⁴ Vgl. DGB (2018).

⁵ Vgl. Schmucker (2019).

⁶ Vgl. Techniker Krankenkasse (2019); Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung (2020).

⁷ Vgl. Rothgang/Müller/Preuß (2020): S. 176.

⁸ Vgl. Weidner et al. (2016).

⁹ Vgl. Schröder (2016).

¹⁰ Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2021b).

¹¹ Vgl. Simon (2021).

¹² Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2021a): S. 6.

Trotz der Beschäftigungszuwächse in den Pflegeberufen ist ein erhebliches Passungsproblem zwischen der Nachfrage nach und dem verfügbaren Angebot an Pflegefachkräften auf dem Arbeitsmarkt unübersehbar. Infolge der Zunahme von Pflegebedürftigkeit wird auch der Fach- und Arbeitskräftebedarf in professioneller Pflege und Betreuung künftig weiter steigen.¹³ Die Vakanzzeit für Fachkräfte in der Altenpflege (ohne Spezialisierung) betrug im Jahresdurchschnitt 2021 bundesweit 231 Tage, für Fachkräfte in der Krankenpflege (ohne Spezialisierung) 201 Tage.¹⁴ Hinzu kommt, dass im Laufe der nächsten 10 bis 12 Jahre bundesweit 500.000 Pflegefachkräfte das Rentenalter erreichen werden.¹⁵ Allein für die Altenpflege wird prognostiziert, dass bis zum Jahr 2030 mehr als 180.000 Pflegekräfte in der Langzeitpflege zusätzlich benötigt werden.¹⁶ Für den Krankenhaussektor ist festzuhalten, dass zwar ein Beschäftigungsaufbau erfolgte, eine strukturelle und nachhaltige Verbesserung der Personalsituation im Pflegedienst der Krankenhäuser für eine bedarfsgerechte Versorgung jedoch drängend ist. Denn weder Pflegepersonaluntergrenzen noch die Umstellung auf ein Pflegepauschalensystem sind hinreichend, um den geschätzten Mehrbedarf an mindestens 100.000 Fachkräften in diesem Bereich sicherstellen zu können.¹⁷

Nicht nur der gesellschaftliche Bedarf an professionellen Pflege- und Betreuungsleistungen steigt, sondern es erhöhen sich auch die pflegfachlichen Anforderungen zur Sicherstellung der Versorgung.¹⁸ Pflegefachpersonen sind eine Schlüsselressource für eine qualitativ hochwertige gesundheitliche und pflegerische Versorgung, nicht nur angesichts der prognostizierten Entwicklung der Pflegebedürftigkeit, sondern auch, weil familiäre und informelle Unterstützungsarrangements zunehmend an ihre Grenzen stoßen. Die Frage, ob und wie es künftig gelingt, mehr Pflegefachpersonen für die Versorgung „am Bett“ zu gewinnen, ist nicht nur für die Zukunft der Pflege entscheidend, sondern auch für gesellschaftliche Care-Verhältnisse und Geschlechterordnungen in der Arbeitswelt insgesamt.¹⁹

Verschärfung der Probleme in der Covid-19-Pandemie

Mit der Covid-19-Pandemie kam es in vielen Einrichtungen und Diensten zu einer „Belastungskaskade“²⁰, in der sich die Arbeitssituation beruflich Pflegenden in den besonders betroffenen Regionen und Einrichtungen nochmals zusätzlich verschärfte. Laut einer aktuellen Umfrage des Meinungsforschungsinstituts „YouGov“ denkt sogar jede/r vierte beruflich Pflegenden in Deutschland derzeit daran, den Beruf aufzugeben.²¹ Ein Beispiel für die verschärfte Lage in den Krankenhäusern ist die klinische Intensivpflege: So war jedes dritte Bett auf den Intensivstationen nach Angaben der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin (DGIIN) Ende des Jahres 2021 gesperrt. Einer der wichtigsten Gründe: Personalmangel, verschärft durch Kündigungen von Intensivpflegekräften während der Pandemie.²² Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) kommt zu dem Ergebnis, dass Ende des Jahres 2021 rund 72 Prozent der befragten Krankenhäuser in Deutschland weniger Intensivpflegepersonal zur Verfügung stand als Ende 2020. Auch hier die Diagnose: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben wegen der pandemiebedingt andauernden Belastungen gekündigt, die Arbeitszeiten reduziert oder intern die

¹³ Vgl. u.a. Blum et al. (2019); Schwinger et al. (2019); Flake et al. (2018).

¹⁴ Vgl. <https://arbeitsmarktmonitor.arbeitsagentur.de> (15.3.2022).

¹⁵ Vgl. Deutscher Pflegerat (2021).

¹⁶ Vgl. Rothgang/Müller (2021): S. 6.

¹⁷ Vgl. Simon (2018): S. 7.

¹⁸ Vgl. Büscher (2020).

¹⁹ Vgl. Rudolph/Schmidt (2020).

²⁰ Vgl. Hower et al. (2020): S. 208.

²¹ Vgl. YouGov/Indeed (2022).

²² Vgl. DIVI/DGIIN (2021).

Stelle gewechselt. Damit habe sich die Abwanderung qualifizierter Pflegekräfte aus der Intensivpflege in mehr als der Hälfte der befragten Krankenhäuser, so das Ergebnis, gegenüber den Vorjahren noch einmal deutlich verschärft.²³ Aber nicht nur auf den Intensivstationen, sondern auch auf den Normalstationen in Krankenhäusern zeigt sich in Teilen eine deutliche Verschärfung der Arbeitsbedingungen, Belastungen und Beanspruchungen des Pflegepersonals: Personelle Mehraufwände in der intensivmedizinischen Versorgung, der Wegfall von Kinderbetreuungsmöglichkeiten für das Personal sowie ein erhöhter Krankenstand schränken die ohnehin knappen personellen Kapazitäten zusätzlich ein.²⁴

Und wie stellte sich die Situation in der Altenpflege dar? Auch hier trugen die schon vor der Covid-19-Pandemie evidenten Personalengpässe, sowohl in der stationären Langzeitpflege als auch in den ambulanten Diensten, dazu bei, dass die Versorgung pflegebedürftiger Menschen oftmals nur durch das hohe Engagement und erhebliche zeitliche Mehraufwände der Beschäftigten oder unter Rückgriff auf Personal in der Arbeitnehmerüberlassung aufrechterhalten werden konnte.²⁵ Mehr als 30.400 Pflegekräfte sind mittlerweile bundesweit in der Arbeitnehmerüberlassung tätig, die Tendenz der letzten Jahre ist insbesondere bei Krankenpflegefachkräften steigend.²⁶ Einem Survey des International Council of Nurses (ICN) zufolge verzeichnete jeder fünfte teilnehmende Mitgliedsverband im Jahr 2020 weltweit aufgrund der Covid-19-Pandemie eine Zunahme der Berufsausstiege in der Pflege. Als Gründe werden extreme Arbeitsbelastung, mangelnde personelle Ressourcen, Burn-out und Stress in der Pandemie angeführt.²⁷

Bessere Arbeitsbedingungen brauchen mehr Personal – mehr Personal braucht bessere Arbeitsbedingungen

Unstrittig ist, dass der Bedarf vieler Pflegeeinrichtungen an Pflegepersonal, insbesondere an Pflegefachkräften, schon heute nicht gedeckt werden kann. Diese Situation droht sich künftig erheblich zu verschärfen. Die Frage, wie Pflegefachpersonen gewonnen und ihre Arbeits- sowie Entlohnungsbedingungen verbessert werden können, ist schon lange Gegenstand gesundheits-, pflege- und arbeitsmarktpolitischer Diskussionen und Maßnahmen. Nicht zuletzt die „Konzertierte Aktion Pflege“ (KAP) hat sich zum Ziel gesetzt, wirksame Strategien und Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel in der Pflege umzusetzen und die Attraktivität der Arbeit in der Pflege zu erhöhen. Wichtige Ansatzpunkte sind unter anderem die Erhöhung der Ausbildungskapazitäten, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Entlohnung. Eine arbeits- und pflegepolitische „High-Road-Strategie“²⁸ ist notwendig, um die berufliche Pflege strukturell und nachhaltig zu stärken. Auch der im Mai 2021 erschienene Bericht des „Rats der Arbeitswelt“ hat auf die Dringlichkeit von Reformmaßnahmen in der beruflichen Pflege hingewiesen und Handlungsempfehlungen formuliert. Angesichts der pressierenden personellen Engpässe muss es zeitnah gelingen, Berufswahlmotive und Berufsrealitäten beruflich Pflegenden besser in Einklang zu bringen.²⁹ Der Koalitionsvertrag der Bundesregierung adressiert unter anderem mit flexiblen Arbeitszeitmodellen, der Einführung einer verbindlichen Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) im Krankenhaus, der Schließung der Gehaltslücke zwischen Kranken- und Altenpflege, mit der Steuerbefreiung von

²³ Vgl. Blum/Löffert (2021).

²⁴ Vgl. Silies et al. (2020).

²⁵ Vgl. Rothgang et al. (2020): S. 270; Wolf-Ostermann et al. (2020): S. 22.

²⁶ Vgl. Berechnung IAT auf Basis der Beschäftigtenstatistik der BA (Stichtag 31.12.2020); siehe auch: Ludwig/Evans (2020).

²⁷ Vgl. ICN (2021).

²⁸ Vgl. Evans/Ludwig (2019).

²⁹ Vgl. Rat der Arbeitswelt (2021): S. 94 ff.

Zuschlägen sowie der Abschaffung geteilter Dienste und mit einem Anspruch auf familienfreundliche Arbeitszeiten relevante Arbeitsbedingungen in der beruflichen Pflege.³⁰

Maßnahmen zur Erschließung von Pflegefachkräftepotenzialen

Ohne Zweifel gibt es nicht das *eine* „Patentrezept“, denn bessere Arbeitsbedingungen erfordern mehr Pflegepersonal und andersherum: Um mehr Pflegepersonal gewinnen zu können, braucht es eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Diese beiden Argumentationsstränge prägen die gegenwärtige Debatte: So wird zum einen etwa argumentiert, dass auch verbindliche Regelungen der Personalbemessung angesichts des Passungsproblems auf dem Arbeitsmarkt zur Verbesserung der Personalsituation nur begrenzt tragfähig seien, da das erforderliche Personal derzeit auf dem Arbeitsmarkt schlicht und ergreifend fehle. Kritiker dieser Position wenden demgegenüber ein, dass der Mangel an Pflegefachpersonen in erster Linie „hausgemacht“ sei. Es gäbe durchaus ein verfügbares Arbeitsmarktpotenzial, das aber ohne eine deutliche Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen für Pflegearbeit nicht aktivierbar sei.

In betrieblicher Praxis, Politik und Wissenschaft werden verschiedene Ansätze diskutiert und verwirklicht, um dem Passungsproblem zwischen der Nachfrage und dem Angebot an Pflegefachpersonen zu begegnen:

- ▶ Die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte, die jedoch in der Praxis mit bürokratischen Hürden und zusätzlichen Ressourcen in der Einarbeitungsphase verbunden ist. Zudem ist die Tätigkeit ausländischer Pflegekräfte häufig nicht von langer Dauer³¹ und wirft aufgrund des Personalmanagements auch in anderen Ländern ethische Fragen auf.
- ▶ Die Ausweitung der Ausbildungskapazitäten, die jedoch nur noch begrenzt möglich ist.³²
- ▶ Die Gewinnung von Quereinsteiger*innen, die neben der Qualifikation ebenfalls zusätzliche Ressourcen für die Einarbeitung und Praxisanleitung erfordern.³³
- ▶ Die Verringerung von Krankenständen und Eintritten in die Erwerbsminderungsrente ist notwendig, erfordert jedoch auch personelle Entlastung und eröffnet geringere Potenziale.³⁴
- ▶ Vermeidung nicht gewünschter Teilzeitbeschäftigung, die Förderung von Stundenerhöhungen und der Berufsrückkehr.

Im Fokus: Ausgestiegene und teilzeitbeschäftigte Pflegefachpersonen

Vor dem Hintergrund dieser beiden Argumentationsstränge und der oben genannten Maßnahmen zur Erschließung von Pflegefachkräftepotenzialen stellt sich umso dringlicher die Frage, ob (1) tatsächlich eine bislang nicht abrufbare Arbeitsmarktreserve von Pflegefachpersonen existiert und (2) unter welchen Voraussetzungen diese aktivierbar wäre. Denn der ohne Zweifel vorhandene Beschäftigungsaufbau in der beruflichen Pflege könnte perspektivisch seine Effekte aufbrauchen, wenn nicht parallel die strukturellen Rahmen- und Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessert werden. Pflege ist nach wie vor ein durch die Erwerbstätigkeit von Frauen geprägtes Berufsfeld. Insofern geht es im Kern in erheblichem Umfang also immer auch um die strukturelle Verbesserung der Rahmen- und

³⁰ Vgl. SPD/Bündnis 90/Die Grünen/FDP (2021): S. 64.

³¹ Vgl. Pütz et al. (2019).

³² Vgl. Die Bundesregierung (2019).

³³ Vgl. Grgić et al. (2018).

³⁴ Vgl. Rothgang/Müller/Preuß (2020): S. 210 f.

Arbeitsbedingungen von Frauen. Wichtige Ansatzpunkte in diesem Zusammenhang sind, die Attraktivität einer Berufsrückkehr und einer Aufstockung von Arbeitsstunden zu erhöhen.

Hierüber werden zwei zentrale Potenzialfelder und Zielgruppen avisiert: (1) Die Rückkehrbereitschaft ausgestiegener Pflegefachkräfte und (2) die Bereitschaft teilzeitbeschäftigter Pflegefachkräfte zur Stundenerhöhung. Umfang und Struktur der Teilzeitbeschäftigung in der beruflichen Pflege sind in Deutschland statistisch gut abgebildet. So arbeiten fast zwei Drittel (65 Prozent) der Pflege- und Betreuungskräfte in ambulanten Diensten und Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Teilzeit,³⁵ im Pflegedienst der Krankenhäuser sind rund 48,7 Prozent der Pflegebeschäftigten in Teilzeit tätig, hinzu kommen rund 11.840 geringfügig Beschäftigte im Pflegedienst der Krankenhäuser.³⁶ Für die Grundgesamtheit ausgestiegener Pflegekräfte in Deutschland liegen keine vergleichbaren Daten vor. Die vorliegende Studie wird die Zahl ausgestiegener Pflegekräfte auf Grundlage von GKV-Routinedaten erstmals schätzen.

Teilzeitbeschäftigung in der Pflege ist als individuelle Entscheidung vielfach eine Reaktion auf die in der Alltagspraxis erlebten beruflichen Belastungen und Beanspruchungen und lässt sich in diesem Zusammenhang auch als häufig „unfreiwillige“ atypische Beschäftigung kennzeichnen.³⁷ Als wichtige Gründe für eine Teilzeit- bzw. gegen eine Vollzeitbeschäftigung geben Teilzeitpflegekräfte häufig an, dass sie eine Vollzeitbeschäftigung als zu stressig beziehungsweise als zu belastend empfinden, sie Zeit für sich selbst benötigen oder gesundheitliche Probleme haben.³⁸ Vor allem ältere Pflegebeschäftigte nutzen die Teilzeit zur Reduktion der Arbeitsbelastung, was jedoch, genau wie bei jüngeren Beschäftigten, mit Einkommensverlusten und (perspektivisch) niedrigen Renten einhergeht.³⁹ Aus Sicht der Einrichtungen sind häufig genannte Gründe für Teilzeitarbeit insbesondere Herausforderungen in der Kinderbetreuung, der Wunsch nach einer besseren Work-Life-Balance, fehlende finanzielle Anreize, gesundheitliche Probleme sowie die Pflege von Angehörigen.⁴⁰ Unter Pflegekräften, die in Teilzeit arbeiten, werden insbesondere Konflikte zwischen Stundenerhöhung und Regenerationszeit, Belastungen durch Anzahl von Arbeitstagen ohne freie Tage und die Sorge vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen infolge einer Stundenerhöhung als relevante Gründe gegen eine Stundenaufstockung benannt.⁴¹

Mit Blick auf die Zielgruppe der ausgestiegenen Pflegefachkräfte wurde 2012 für die Teilregionen Berlin und Brandenburg herausgearbeitet, dass innerhalb der ersten fünf Jahre nach der Ausbildung rund 23 Prozent der Krankenpflegekräfte sowie 24 Prozent der Altenpflegekräfte einer Ausbildungskohorte ihren Beruf verlassen.⁴² Eine aktuelle Studie aus Nordrhein-Westfalen kommt zu dem Ergebnis, dass die mittlere Berufsverweildauer für (Kinder-)krankenpflegende mehr als 18 Jahre, bei Altenpflegenden mehr als 13 Jahre beträgt.⁴³ Als zentrale Ursachen für Ausstiege und Betriebswechsel beruflich Pflegenden können vor allem ein hoher Zeitdruck und zu wenig Personal, eine schlechte Arbeitsorganisation und ein Zurückbleiben hinter den eigenen fachlichen Ansprüchen identifiziert werden.⁴⁴ Für den Berufsverbleib von Pflegefachkräften sowohl in der Alten- als auch in der Krankenpflege sind

³⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021b).

³⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021a).

³⁷ Vgl. Becka/Evans/Öz (2016).

³⁸ Vgl. ebd.

³⁹ Vgl. Merkel/Ruokolainen/Holman (2019).

⁴⁰ Vgl. Blum et al. (2019).

⁴¹ Vgl. Isfort (2022): o. S.

⁴² Vgl. Wiethölter (2012).

⁴³ Vgl. Isfort (2022): o. S.

⁴⁴ Vgl. Kühnel et al. (2020).

verlässliche Arbeitszeiten, eine bedarfsorientierte Personalbemessung und eine wertschätzende Betriebskultur zentrale Determinanten.⁴⁵ Zu den Einflussfaktoren für einen Wiedereinstieg von Pflegekräften lagen bisher keine wissenschaftlich belastbaren Erkenntnisse im deutschen Kontext vor. In Schweden wurden als relevante Einflussfaktoren zur Förderung der Wiedereinstiegsabsicht ausgestiegener beruflich Pflegenden genügend Zeit für eine gute Pflege, familienfreundliche Arbeitszeiten, größere Entscheidungsbefugnisse sowie kompetente Führungskräfte ermittelt.⁴⁶ Im Zuge der Corona-Pandemie wurde zudem deutlich, dass Pflegefachkräfte, die beabsichtigen zeitweise in den Pflegeberuf zurückzukehren oder bereits wieder in der Pflege arbeiten, sich häufig in Zwiespälten befanden, die sich in Kontinuen zwischen Pflichtgefühl, kollegialer Hilfsbereitschaft, Fürsorge und Selbstfürsorge bewegten.⁴⁷

Die in Bremen durchgeführte Pilotstudie „Ich pflege wieder, wenn ...“, an die die vorliegende Befragung anknüpft, hat für Deutschland erstmals wissenschaftlich untersucht, ob und unter welchen Arbeitsbedingungen sich ausgestiegene Pflegekräfte einen Wiedereinstieg beziehungsweise Teilzeitkräfte sich eine Erhöhung ihrer Arbeitsstunden vorstellen können. Hierfür wurden mehr als 1.000 ausgestiegene und in Teilzeit arbeitende Pflegekräfte in Bremen und Umgebung zu ihrer Absicht zum Wiedereinstieg beziehungsweise zur Stundenerhöhung befragt. Mehr als 50 Prozent der befragten Teilzeitpflegekräfte neigten einer Stundenerhöhung um durchschnittlich 8,6 Stunden zu. Von den ausgestiegenen Pflegekräften konnten sich knapp 60 Prozent eine Rückkehr in einem Umfang von durchschnittlich 27,9 Stunden in den Beruf vorstellen. Im Ergebnis wurde auf Grundlage der Bereitschaft zur Stundenerhöhung von Teilzeitpflegekräften ein deutschlandweites Potenzial von 92.000 bis zu 170.000 Vollzeitäquivalenten errechnet. Als wichtigste Bedingungen, damit diese Pflegekräfte tatsächlich in ihren Beruf zurückkehren beziehungsweise ihre Stunden erhöhen würden, wurden eine wertschätzende Führungskultur, mehr Zeit für die Pflege – garantiert durch eine bedarfsorientierte Personalbemessung, verlässliche Arbeitszeiten, Tarifbindung und eine höhere Bezahlung sowie das Vorhandensein einer betrieblichen Interessenvertretung identifiziert.⁴⁸

Zielsetzung und Forschungsfragen der bundesweiten Studie

Die vorliegende Studie stellt die Bremer Pilotstudie nun auf eine bundesweite Datenbasis und vertieft einzelne Aspekte. Folgende Fragestellungen sollen im bundesweiten Kontext beantwortet werden:

- ▶ Wie hoch ist die Bereitschaft ausgestiegener und in Teilzeit beschäftigter Pflegekräfte – unter den für sie richtigen Arbeitsbedingungen – in die Pflege zurückzukehren beziehungsweise Arbeitsstunden zu erhöhen?
- ▶ Wie groß ist das quantitative Potenzial an Pflegefachkräften, die so zusätzlich für die Pflege und zur Entlastung der Beschäftigten in diesem Bereich zur Verfügung stünden?
- ▶ Welche Arbeitsbedingungen müssten aus Sicht der befragten Zielgruppen erfüllt sein, damit sie in ihren Beruf zurückkehren oder ihre Arbeitsstunden erhöhen würden?

Darüber hinaus wurden vertiefend auch das Engagement ausgestiegener Pflegekräfte auf dem Arbeitsmarkt sowie die gewünschten Wiedereinstiegsbereiche untersucht.

Dafür wurden Pflegekräfte sowohl aus dem Bereich der Langzeit- als auch der Krankenpflege per standardisiertem Online-Fragebogen befragt. Neben einer Annäherung an das zu erwartende Potenzial

⁴⁵ Vgl. Kuhn et al. (2021).

⁴⁶ Vgl. Sjögren et al. (2005).

⁴⁷ Vgl. Teczan-Güntekin et al. (2021).

⁴⁸ Vgl. Auffenberg/Heß (2021).

wurde eine Bandbreite an Faktoren abgefragt, die diese Bereitschaft zum Wiedereinstieg beziehungsweise zur Erhöhung der Stundenzahl beeinflussen. Ausgestiegene Pflegepersonen wurden darüber hinaus konkret befragt, was sie für ihren Wiedereinstieg benötigen würden. Ein möglicher Einfluss durch die Covid-19-Pandemie auf die Bereitschaft zum Wiedereinstieg oder Stundenerhöhung sowie zielgruppen- und bereichsspezifische Unterschiede wurden durch entsprechende Fragen ebenfalls kontrolliert.

In der Studie kann nicht ermittelt werden, ob tatsächlich ein Wiedereinstieg oder eine Stundenerhöhung erfolgt und welche Faktoren letztlich die Entscheidung *für* oder *gegen* eine Berufsrückkehr beziehungsweise Stundenerhöhung beeinflussen. Gleichwohl können anhand der Befunde konkrete Ausgangsbedingungen und differenzierende Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, die dazu beitragen können, die Berufsrückkehr von Pflegekräften beziehungsweise die Erhöhung von Arbeitsstunden Teilzeitbeschäftigter zu unterstützen und zu fördern.

Auf einen Blick: Hintergrund und Ziel der Studie

- ▶ Pflegekräfte arbeiten schon lange an der Belastungsgrenze, auch schon vor der Pandemie.
- ▶ Der Bedarf an Pflege steigt, zugleich ist gut ausgebildetes Personal knapp – der Mangel an Pflegefachkräften für eine bedarfsgerechte Versorgung wird sich verschärfen.
- ▶ Bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege erfordern mehr Personal – und dieses benötigt, um gute Pflege zu gewährleisten, bessere Arbeitsbedingungen.
- ▶ Die Gewinnung zusätzlichen Personals durch die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte, die Steigerung der Ausbildungskapazitäten oder die Reduzierung von Krankenständen ist begrenzt.
- ▶ Ein großes Potenzial bieten ausgestiegene und in Teilzeit beschäftigte Pflegefachpersonen.
- ▶ Die Studie will ermitteln,
 - ▷ wie groß die Bereitschaft ausgestiegener und in Teilzeit arbeitender Pflegekräfte ist, wieder (mehr) in der Pflege zu arbeiten,
 - ▷ welches Fachkräftepotenzial sich daraus ergibt und
 - ▷ welche Arbeitsbedingungen Pflegekräfte für ihre Rückkehr oder Stundenerhöhung voraussetzen.

2 Methodik

Im Folgenden wird der methodische Aufbau der vorliegenden Studie beschrieben. Dieser umfasst die Struktur des Fragebogens, das Datenerhebungsverfahren, eine ausführliche Stichprobenbeschreibung, die Verfahren der Datenanalyse sowie Aussagen zur Repräsentativität und Generalisierbarkeit der Ergebnisse.

2.1 Fragebogenentwicklung und -aufbau

Bei dem in dieser bundesweiten Befragung verwendeten Fragebogen handelt es sich um eine überarbeitete und erweiterte Version des Fragebogens der Bremer Pilotstudie.⁴⁹ Dieser wurde entlang

⁴⁹ Vgl. Auffenberg/Heß (2021). Die Fragebögen werden auf Anfrage gerne zur Verfügung gestellt.

von Studienergebnissen⁵⁰ sowie Erfahrungswissen aus der Praxis entwickelt und umfassend im Rahmen eines Pretests sowohl mit Expert*innen aus dem Pflegebereich sowie ausgestiegenen und im Beruf tätigen Pflegekräften getestet.

Der Fragebogen der vorliegenden Befragung enthielt nach den vorgenommenen Überarbeitungen und Ergänzungen insgesamt sechs Blöcke mit insgesamt 50 Fragen an ausgestiegene Pflegekräfte und 43 Fragen an teilzeitbeschäftigte Pflegekräfte. Die Bearbeitungsdauer betrug etwa zwölf Minuten.

Nach einer Filterfrage⁵¹ zur Arbeit in der Pflege (Block 1) wurde den Befragten die zentrale Frage nach der Bereitschaft zur Rückkehr beziehungsweise Erhöhung ihrer Arbeitsstunden gestellt. Diese lautete „Würden Sie unter den für Sie richtigen Arbeitsbedingungen wieder in der Pflege arbeiten?“ beziehungsweise „Würden Sie unter den für Sie richtigen Arbeitsbedingungen Ihre Arbeitsstunden erhöhen?“. Daran schlossen sich weitere Fragen zur gewünschten Arbeitszeit, zum Arbeitsbereich für den Wiedereinstieg und die Stundenerhöhung sowie – neu im Vergleich zur Bremer Pilotstudie – zum Engagement bei der Stundenerhöhung und beim Wiedereinstieg an (Block 2).

Im Anschluss an diese Fragen folgen sechs Themenbereiche mit entsprechenden Itembatterien mit insgesamt 67 Items. Diese bezogen sich auf die Voraussetzungen, an die die Befragten einen Wiedereinstieg oder eine Stundenerhöhung knüpfen. Die Frage lautete „Unter welchen Bedingungen könnten Sie sich vorstellen, wieder im Bereich der Pflege zu arbeiten? Was wäre dabei wichtig – ganz egal, wie realistisch die Umsetzung ist?“ beziehungsweise „Unter welchen Bedingungen könnten Sie sich vorstellen, Ihre Arbeitsstunden zu erhöhen? Was wäre dabei wichtig – ganz egal, wie realistisch die Umsetzung ist?“. Diese konnten auf einer sechsstufigen Likert-Skala nach ihrer Wichtigkeit bewertet werden. Den ausgestiegenen Pflegekräften wurden zusätzlich Bedingungen für ihren Wiedereinstieg (sechster Themenbereich) zur Bewertung angezeigt.

An diese Itembatterien schloss sich eine Rankingfrage an (ebenfalls neu im Vergleich zur Bremer Pilotstudie). Hier sollten vorgegebene Bedingungen nach den subjektiven Präferenzen durch die Befragten in eine Rangfolge gebracht werden. Die vorgegebenen Bedingungen gehen auf die am höchsten bewerteten Items der verschiedenen Themenbereiche der Bremer Pilotstudie zurück (Block 3).

Darauf folgten Fragen zum Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Bereitschaft zur Stundenerhöhung und zum Wiedereinstieg sowie deren Einfluss auf die Arbeitsbedingungen. Hier wurde die Frage an ausgestiegene Pflegekräfte ergänzt, ob sie aufgrund der Pandemie ihren Beruf verlassen haben (Block 4). Zuletzt wurden Fragen zum aktuellen und letzten Arbeitgeber (in der Pflege) (Block 5) sowie zu soziodemografischen und haushaltsstrukturellen Merkmalen gestellt (Block 6).

Am Ende aller sechs Themenbereiche aus Block 3 sowie der Fragen zur Covid-19-Pandemie aus Block 4 hatten die Befragten die Gelegenheit, Ergänzungen in einer offenen Antwortmöglichkeit mit Freitexteingabe vorzunehmen.

⁵⁰ Insbesondere Becka/Evans/Öz (2016); Dörpinghaus/Evans (2011); Strünck et al. (2020).

⁵¹ Folgende Filterfragen wurden gestellt: 1. „Arbeiten Sie derzeit in der Pflege?“, 2. „Haben Sie eine abgeschlossene Pflegeausbildung?“ und 3. „Haben Sie jemals in der Pflege gearbeitet?“.

Tabelle 1: Aufbau des Fragebogens

Block	Alle Befragten	
	Ausgestiegene Pflegekräfte	Teilzeitpflegekräfte
1	Arbeit in der Pflege (Filter)	
2	Bereitschaft zum Wiedereinstieg	Bereitschaft zur Stundenerhöhung
3	Bedingungen des Wiedereinstiegs	Bedingungen der Stundenerhöhung
	Fünf Themenbereiche:	
	(1) Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	
	(2) Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	
	(3) Gesundheitsschutz und Prävention	
	(4) Organisation und Führung	
	(5) Weiterbildung und Karriere	
	Rankingfrage	
	+ (6) Wiedereinstiegsbedingungen	–
4	Covid-19-Pandemie und Arbeit in der Pflege	
5	Letzter Arbeitgeber in der Pflege, aktueller Arbeitgeber außerhalb der Pflege	Letzter und aktueller Arbeitgeber in der Pflege
6	Soziodemografische Angaben	

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“.

Die Beantwortung der Filterfragen am Anfang war für die Befragten zwingend, bei allen anderen Fragen war die Beantwortung freiwillig. Dies erklärt die Varianz der Fallzahlen bei der Auswertung der einzelnen Fragen. Insbesondere im Bereich der soziodemografischen Angaben, die zum Abschluss des Fragebogens auszufüllen waren, ist die Fallzahl deutlich geringer.

2.2 Datenerhebung

Die Befragung wurde als bundesweite, standardisierte Online-Erhebung im Zeitraum vom 16. August bis zum 25. Oktober 2021 mithilfe des Befragungs-Tools LimeSurvey durchgeführt. Sie richtete sich an ausgestiegene sowie Teilzeitpflegekräfte in der Langzeit- sowie Krankenpflege. Die Stichprobenziehung erfolgte nicht zufällig, sondern über ein selbstselektives Verfahren, bei dem sich die Teilnehmenden selbst und freiwillig für die Teilnahme an der Befragung entschieden (auch „convenience sampling“). Es handelt sich daher nicht um eine Zufallsstichprobe, sondern eine nicht-probabilistische Stichprobe, die daher nicht repräsentativ ist.

Die Befragung wurde öffentlich in den Sozialen Medien, über In-App-Werbung und auf pflegespezifischen Internetseiten beworben. Ebenso wurden Fachzeitschriften zur Verbreitung genutzt. Auch die Netzwerke der an der Studie beteiligten Institutionen sowie der Mitglieder des Projektbeirats wurden angesprochen und gebeten, zur Verbreitung der Befragung beizutragen. Außerdem wurde die Befragung per Schneeballprinzip verbreitet. Um die in Teilzeit arbeitenden Pflegefachkräfte zusätzlich an ihren Arbeitsorten zu erreichen, konnten Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen sowie ambulante Dienste dafür gewonnen werden, die Befragung zu bewerben.

Aufgrund der freien Erreichbarkeit des Fragebogens können Mehrfachteilnahmen nicht ausgeschlossen werden. Sie sind jedoch nur begrenzt möglich gewesen, da die IP-Adresse für die Dauer des

Erhebungszeitraums gespeichert wurde und eine Mehrfachteilnahme derselben IP-Adresse nicht erlaubt war.

2.3 Datenanalyse

Alle statistischen Auswertungen wurden mit der Software IBM SPSS Statistics durchgeführt. Konkret kamen die Programmversionen 27 und 28 zum Einsatz.

Die Zielgruppe waren ausgestiegene und teilzeitbeschäftigte Pflegefachkräfte aus der Alten- und Krankenpflege in Deutschland, die mit abgeschlossener Fachkraftausbildung „jemals“ in der Pflege gearbeitet haben. Herausgefiltert und somit ausgeschlossen wurden in Pflegeberufen beschäftigte Vollzeitkräfte, Auszubildende sowie Ungelernte und pflegefremde Personen, die niemals in der Pflege gearbeitet haben. Ziel war es, das nach Berufsgruppen (Kranken-/Langzeitpflege) differenzierte pflegerische Fachkräftepotenzial sowie die relevanten subjektiven Bedingungen für einen Wiedereintritt beziehungsweise eine Stundenerhöhung in Teilzeitarbeitsverhältnissen zu ermitteln.

Die Daten der Erhebung wurden differenziert nach den Zielberufen Kranken- und Langzeitpflege analysiert, um bereichsspezifische Unterschiede feststellen zu können. Der Fokus der Analysen lag allerdings auf der Ermittlung der Voraussetzungen für einen Wiedereinstieg beziehungsweise eine Stundenerhöhung in Bezug auf arbeitsbezogene Merkmale (z.B. mehr Zeitrressourcen für gute Pflege, Tarifbindung, bessere Bezahlung etc.). Dabei sollten soziodemografische Faktoren (v.a. Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand, Sorgeverpflichtungen) kontrolliert werden. Die Robustheit der Ergebnisse wurde durch eine Analyse von 25 Teilgruppen (siehe Anhang) getestet.

Zudem hatten die Befragten die Möglichkeit, ihre Angaben zu einzelnen Itembatterien und Themenblöcken im Rahmen einer Reihe von offenen Fragen inhaltlich zu vertiefen oder zu ergänzen. Die auf diese Weise generierten Antworten sind in einem inhaltsanalytisch geleiteten Verfahren nach Mayring (2015) induktiv kategorisiert worden und sollen die Befunde aus der deskriptiven Analyse der Itembatterien anreichern, beispielsweise durch die Darstellung anhand von Ankerzitaten.

2.3.1 Faktorenanalyse und Indexbildung

Um sicherzustellen, dass die abgefragten Items aus den sechs oben beschriebenen Themenbereichen (Block 3) sich auf Basis der gewonnenen Daten trennscharf diesen Blöcken zuordnen lassen, ist eine Faktorenanalyse durchgeführt worden. Diese untersucht, ob alle Items eines Themenblocks auch statistisch dieselbe inhaltliche Oberkategorie messen oder ob es gegebenenfalls innerhalb eines Themenblocks mehrere Dimensionen gibt, die sich mathematisch – und dann im Idealfall auch inhaltlich – voneinander unterscheiden.

Für die Mehrheit der Themenblöcke hat dieses Verfahren keine notwendigen Aufspaltungen in kleinere Blöcke angezeigt, bei zweien jedoch ist eine solche erfolgt. Der Themenbereich „Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben“ weist drei verschiedene Faktoren auf, die mit den darin enthaltenen Items gemessen wurden: Merkmale mit Bezug auf die Planbarkeit und die Verlässlichkeit der Arbeitszeit, auf die „Arbeitszeitlage“ und auf die individuellen Vereinbarkeitsfaktoren (bspw. Kinderbetreuung oder Mobilitätsangebote). Der Themenbereich „Wiedereinstieg“ unterteilt sich nach der Faktorenanalyse in vorgelagerte und begleitende Maßnahmen beim Wiedereinstieg. Diese Ausdifferenzierung der ursprünglich sechs Themenblöcke führt in der Folge zu einer Bildung von insgesamt neun (Teil-)Indizes.

Tabelle 2: Themenblöcke und Teilindizes nach Faktorenanalyse

Themenblöcke	Teilindizes
(1) Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	
(2) Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	Planbarkeit und Verlässlichkeit der Arbeitszeit
	Arbeitszeitlage
	Individuelle Vereinbarkeitsfaktoren
(3) Gesundheitsschutz und Prävention	
(4) Organisation und Führung	
(5) Weiterbildung und Karriere	
(6) Wiedereinstieg (nur Ausgestiegene)	Vorgelagerte Maßnahmen
	Begleitende Maßnahmen

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“.

2.3.2 Auswertung der Rankingfrage

Das in der Beschreibung des Fragebogens bereits erwähnte Ranking (Block 3) wurde mithilfe des Kendall'schen Konkordanzkoeffizienten W analysiert. Dabei handelt es sich um ein nichtparametrisches Analyseverfahren, das den Grad an Übereinstimmung misst, mit dem eine Gruppe von Beurteilenden eine Reihe von Objekten in Relation zueinander bewertet. Die Beurteilenden sind im Falle der vorliegenden Studie die befragten ausgestiegenen und Teilzeitpflegekräfte. Die zu bewertenden Objekte sind die acht wichtigsten aus der Bremer Pilotstudie ermittelten Items, die im Rahmen des Rankings in eine Rangfolge gebracht werden sollten. Die Berechnung des Konkordanzkoeffizienten in SPSS liefert auf Basis der so erhobenen Daten gleich mehrere inhaltlich verwertbare Ergebnisse. Zunächst gibt der Konkordanzkoeffizient selbst an, wie sehr die Beurteilenden in ihrer Bewertung der Objekte übereinstimmen. Hierbei kann W Werte zwischen 0 und 1 annehmen. Darüber hinaus soll ein Test auf Signifikanz eine zufällige Übereinstimmung ausschließen.⁵² Zuletzt werden auch die mittleren Ränge der zu beurteilenden Objekte ausgegeben, die es ermöglichen, eine konsensuale Rangfolge beziehungsweise Präferenzordnung über alle Beurteilenden hinweg abzubilden.

2.4 Mögliche Verzerrungen, Repräsentativität und Generalisierbarkeit

Im Folgenden Abschnitt sollen mögliche Verzerrungen, die durch die Erhebungsmethode aufgetreten sein können, die Repräsentativität der Stichprobe sowie die Generalisierbarkeit der Ergebnisse diskutiert werden.

Die Studie ist trotz der relativ großen Stichprobe mit $n = 12.684$ aufgrund der willkürlichen Stichprobenziehung (auch „convenience sampling“) und der selbstselektiven Teilnahme an der Befragung nicht repräsentativ. Die Selbstselektion kann den Effekt gehabt haben, dass Pflegekräfte überproportional häufig teilgenommen haben, die sich bereits mit einer Aufstockung ihrer Arbeitszeit oder einer Rückkehr in ihren Beruf beschäftigt haben oder die Arbeitsbedingungen des Pflegeberufs besonders kritisch sehen. Möglicherweise sind Pflegekräfte, die keine Rückkehrabsicht hegen und aufgrund von persönlichen Präferenzen in Teilzeit arbeiten, in der Stichprobe unterrepräsentiert. Darüber hinaus ist die Teilnahme an Online-Befragungen immer an den Zugang zu einem elektronischen Endgerät

⁵² Vgl. Legendre (2005); Abdi (2007).

gebunden. Aussagen über die Antwortrate sind nicht möglich, da die Befragung öffentlich und im Schneeballverfahren verbreitet wurde.

Dennoch kann die Studie Aufschluss über Zusammenhänge geben. Ebenso kann anhand der soziodemografischen Angaben der Befragten überprüft werden, inwieweit die Stichprobe der Grundgesamtheit der Pflegekräfte entspricht und ob bestimmte Merkmale adäquat widerspiegelt werden. Wenn die Befragten der Stichprobe in ihrer soziodemografischen Struktur der Grundgesamtheit der (in Teilzeit arbeitenden) Pflegekräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen ähneln, dann können aus der vorliegenden Studie begründete Aussagen getroffen werden, die über den Kreis der Befragten hinaus Gültigkeit haben können. Ein Vergleich ist aufgrund der statistischen Datenlage dabei nur für die befragten Teilzeitpflegekräfte möglich.

Im Bereich der Langzeitpflege sind oder waren 34,1 Prozent der befragten Teilzeitpflegekräfte tätig, im Bereich der Krankenpflege sind oder waren 65,9 Prozent beschäftigt die Verteilung bei den befragten Ausgestiegenen ist ähnlich. Die befragten Teilzeitpflegekräfte aus der Krankenpflege sind in der Stichprobe der vorliegenden Studie überrepräsentiert (Grundgesamtheit: 30,9 Prozent) und Befragte aus der Langzeitpflege unterrepräsentiert (Grundgesamtheit stationär 43 Prozent und ambulant 26,1 Prozent). Dies fällt jedoch in den Ergebnissen nur bedingt ins Gewicht, da insbesondere in Bezug auf die Einflussfaktoren für den Wiedereinstieg und die Stundenerhöhung kaum systematische Unterschiede zwischen den Bereichen gefunden wurden. An Stellen, an denen sich das Antwortverhalten der beiden Gruppen deutlich voneinander unterscheidet, wird dies entsprechend ausgewiesen.

Die Verteilung der befragten Teilzeitbeschäftigten nach Trägerschaft ihrer aktuellen Krankenhäuser ist mit der Verteilung in der Grundgesamtheit weitestgehend vergleichbar. In der ambulanten sowie stationären Langzeitpflege sind Befragte aus öffentlichen Pflegeeinrichtungen deutlich überrepräsentiert (stationär: 21,7 Prozent, Grundgesamtheit: 6 Prozent; ambulant: 13,4 Prozent, Grundgesamtheit: 1,6 Prozent), in der stationären Langzeitpflege sind zusätzlich Befragte aus frei-gemeinnützigen Pflegeeinrichtungen deutlich unterrepräsentiert (46,4 Prozent, Grundgesamtheit: 63,9 Prozent).

Die Verteilung der Geschlechter der Stichprobe ist mit Ausnahme einer etwas größeren Abweichung im Bereich der Krankenpflege (85,1 Prozent weiblich vs. 91,6 Prozent weiblich in der Grundgesamtheit) sehr gut vergleichbar mit der Grundgesamtheit.

Die Altersverteilung zeigt, dass die jüngeren Kohorten unter den Ausgestiegenen in der Stichprobe der Studie stärker als unter den befragten Teilzeitbeschäftigten vertreten sind. Diese Verteilung findet sich in der geschätzten Grundgesamtheit der ausgestiegenen Pflegefachkräfte ebenfalls. Dies ist plausibel, da jüngere Beschäftigten aus der Kategorie der „Motivierten“ überproportional häufig aussteigen.⁵³

Eine dreijährige Ausbildung mit Examensabschluss geben 89,9 Prozent der befragten Teilzeitpflegekräfte aus der Krankenpflege an sowie 68,2 Prozent in der stationären und 78,8 Prozent in der ambulanten Langzeitpflege. Ein pflegewissenschaftliches Studium geben 8,3 Prozent der befragten Teilzeitpflegekräfte aus der Krankenpflege sowie 5 Prozent aus der stationären und 5,8 Prozent der befragten Teilzeitpflegekräfte aus der ambulanten Langzeitpflege an. Hiermit sind Befragte mit akademischem Abschluss gegenüber der Grundgesamtheit der Teilzeitpflegekräfte deutlich überrepräsentiert.

⁵³ Vgl. Hasselhorn et al. (2003).

Tabelle 3: Merkmale der Stichprobe und Abgleich mit der Grundgesamtheit (nur Teilzeitpflegekräfte)

Merkmale	Stichprobe Krankenpflege	Grundgesamtheit Krankenpflege ¹	Stichprobe Langzeitpflege stationär	Grundgesamtheit Langzeitpflege stationär ²	Stichprobe Langzeitpflege ambulant	Grundgesamtheit Langzeitpflege ambulant ²
Verteilung nach Settings	3.534 65,9 %	223.092 ³ 30,9 %	1.117 20,9 %	311.007 ⁴ 43,0 %	709 13,2 %	188.559 ⁴ 26,1 %
Verteilung nach Trägerschaft ⁵	Öffentlich 59,2 %	Öffentlich 50,8 %	Öffentlich 21,7 %	Öffentlich 6,0 %	Öffentlich 13,4 %	Öffentlich 1,6 %
	Frei-gemeinnützig 21,1 %	Frei-gemeinnützig 33,1 %	Frei-gemeinnützig 46,4 %	Frei-gemeinnützig 63,9 %	Frei-gemeinnützig 43,3 %	Frei-gemeinnützig 49,1 %
Geschlechter- verteilung	Privat 19,7 %	Privat 16,0 %	Privat 31,9 %	Privat 30,1 %	Privat 43,3 %	Privat 49,2 %
	Anteil weiblicher Beschäftigter 85,1 %	Anteil weiblicher Beschäftigter ⁶ 91,6 %	Anteil weiblicher Beschäftigter 90,1 %	Anteil weiblicher Beschäftigter 89,7 %	Anteil weiblicher Beschäftigter 89,6 %	Anteil weiblicher Beschäftigter 92,0 %
Verteilung nach Qualifikations- struktur ⁷	Akademischer Abschluss 8,3 %	Akademischer Abschluss 0,4 %	Akademischer Abschluss 5,0 %	Akademischer Abschluss 0,1 %	Akademischer Abschluss 5,8 %	Akademischer Abschluss 0,1 %
	Fachkraft 89,9 %	Fachkraft 86,7 %	Fachkraft 68,2 %	Fachkraft 44,0 %	Fachkraft 78,8 %	Fachkraft 56,5 %
	Assistenzberufe 1,4 %	Assistenzberufe 3,5 %	Assistenzberufe 15,9 %	Assistenzberufe 41,8 %	Assistenzberufe 8,1 %	Assistenzberufe 28,4 %
	Ohne Abschluss 0,4 %	Ohne Abschluss 9,5 %	Ohne Abschluss 10,9 %	Ohne Abschluss 14,1 %	Ohne Abschluss 7,3 %	Ohne Abschluss 15,0 %

Verteilung nach Alter ⁸	Unter 25 Jahre	Unter 25 Jahre	Unter 20 Jahre	Unter 20 Jahre	Unter 20 Jahre	Unter 20 Jahre
	3,5 %	2,9 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,3 %
25–39 Jahre	37,3 %	29,0 %	10,4 %	9,7 %	20–30 Jahre	20–30 Jahre
40–54 Jahre	40,5 %	41,6 %	27,2 %	18,6 %	30–40 Jahre	30–40 Jahre
55 Jahre und älter	18,7 %	26,5 %	27,8 %	22,3 %	40–50 Jahre	40–50 Jahre
			29,1 %	35,8 %	50–60 Jahre	50–60 Jahre
			5,4 %	11,6 %	60–65 Jahre	60–65 Jahre
			0,1 %	1,4 %	65 Jahre und älter	65 Jahre und älter
					27,9 %	33,0 %
					6,3 %	9,4 %
					0,1 %	1,5 %

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021a).

² Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020a).

³ Verteilung nach Settings: TZ-Beschäftigte im Pflegedienst der Krankenhäuser (darunter befinden sich ggf. Beschäftigte im Pflegedienst ohne pflegerischen Berufsabschluss), vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021a).

⁴ Verteilung nach Settings: TZ-Beschäftigte (ohne geringfügig Beschäftigte) in Pflegeheimen (stationär) beziehungsweise ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten (ambulant), Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020a).

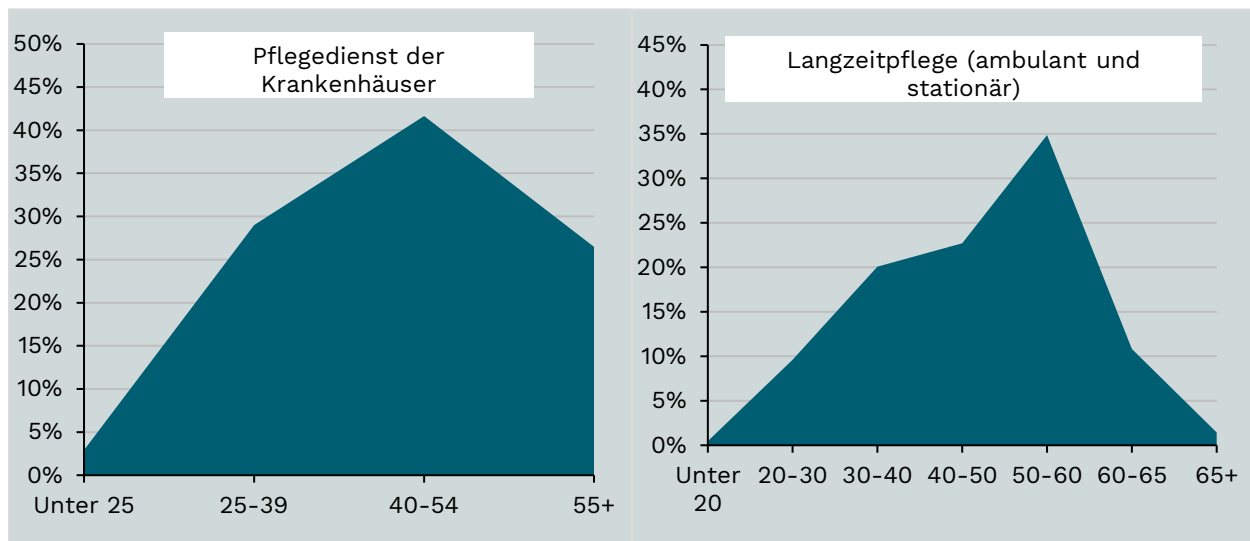
⁵ Verteilung nach Trägerschaft stationäre und ambulante Langzeitpflege: Teilzeitbeschäftigte mit einem Arbeitsanteil zwischen 50 und 100 Prozent für den Pflege- und Betreuungsdienst), vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020d). Verteilung nach Trägerschaft Krankenpflege: Teilzeitbeschäftigte im Pflegedienst der Krankenhäuser, vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021a).

⁶ Geschlechterverteilung: TZ-Beschäftigte nach Berufsgruppen (inkl. „sonstiger Berufsabschluss“).

⁷ Verteilung nach Qualifikationsstruktur: TZ-Beschäftigte nach Berufsgruppen (ohne „sonstiger Berufsabschluss“, um Vergleichbarkeit zu gewährleisten, da in der Befragung nach dem höchsten Abschluss in der Pflege gefragt wurde); Assistenzkräfte umfassen sowohl 1-jährig als auch 2-jährig ausgebildete Assistenzkräfte.

⁸ In der Grundgesamtheit Krankenpflege umfasst liegt den Daten zur Altersverteilung eine andere Strukturierung zugrunde, daher unterscheiden sich die Alterskohorten in dieser Tabelle zwischen Kranken- und Langzeitpflege (Daten nach Pflegestatistik) Die Altersverteilung für den Krankenpflegebereich umfasst teilzeitbeschäftigtes Personal im Pflegedienst der Krankenhäuser (ohne geringfügig Beschäftigte mit weniger als 10 Wochenstunden), Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021c). Die Altersverteilung im Bereich der Langzeitpflege umfasst teilzeitbeschäftigtes Personal insgesamt und kann nicht nach Berufsgruppen ausgewiesen. Geringfügig beschäftigtes Personal wurde auch hier nicht berücksichtigt, Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020a).

Abbildung 1: Altersverteilung der Teilzeitbeschäftigten



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021c), (2020a)

Tabelle 4: Altersstruktur der geschätzten Grundgesamtheit ausgestiegener Pflegekräfte

	Altenpflege- fachkräfte	Altenpflege- hilfskräfte	Krankenpflege- fachkräfte	Krankenpflege- hilfskräfte	Summe
unter 20	0,2 %	1,6 %	0,5 %	1,6 %	0,8 %
20–29	5,2 %	32,7 %	11,2 %	27,5 %	15,4 %
30–39	24,6 %	18,9 %	20,4 %	23,6 %	22,0 %
40–49	22,5 %	15,8 %	20,3 %	16,4 %	19,6 %
50–59	30,3 %	20,7 %	30,7 %	20,1 %	27,3 %
60–64	17,2 %	10,4 %	16,9 %	10,8 %	15,0 %
ab 65	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Summe	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Mittelwert	47,18	39,6	46,41	40,15	44,54
Standardabweichung	11,32	14,01	12,32	13,61	12,94
Durchschnittlich verbleibende Erwerbsjahre zur Rente	17,82	25,4	18,59	24,85	21,67

Quelle: Berechnungen des SOCIUM aus GKV-Routinedaten der BARMER.

Auf einen Blick: Methodischer Aufbau der Studie

- ▶ Die Studie basiert auf einer standardisierten Online-Befragung, die von August bis Oktober 2021 durchgeführt wurde. Beim verwendeten Fragebogen handelt es sich um eine überarbeitete und erweiterte Version des Fragebogens aus der Bremer Pilotstudie.
- ▶ Die Stichprobe umfasst 12.684 auswertbare Antworten von befragten Teilzeitpflegekräften und ausgestiegenen Pflegekräften sowohl aus der Kranken- als auch aus der Langzeitpflege.
- ▶ Die Stichprobe ist selbstselektiv und daher trotz ihrer Größe nicht repräsentativ. Da die Befragten jedoch in wichtigen Merkmalen der Grundgesamtheit der (Teilzeit-)Pflegekräfte in Deutschland ähneln, können Aussagen getroffen werden, die über die Stichprobe hinausgehen.
- ▶ Die Daten wurden mit verschiedenen quantitativen und qualitativen Datenanalyseverfahren ausgewertet.

3 Stichprobenbeschreibung: Wer sind die Befragten?

Im folgenden Abschnitt soll die Stichprobe beschrieben und ein detailliertes Bild von den befragten ausgestiegenen und Teilzeitpflegekräften gegeben werden.

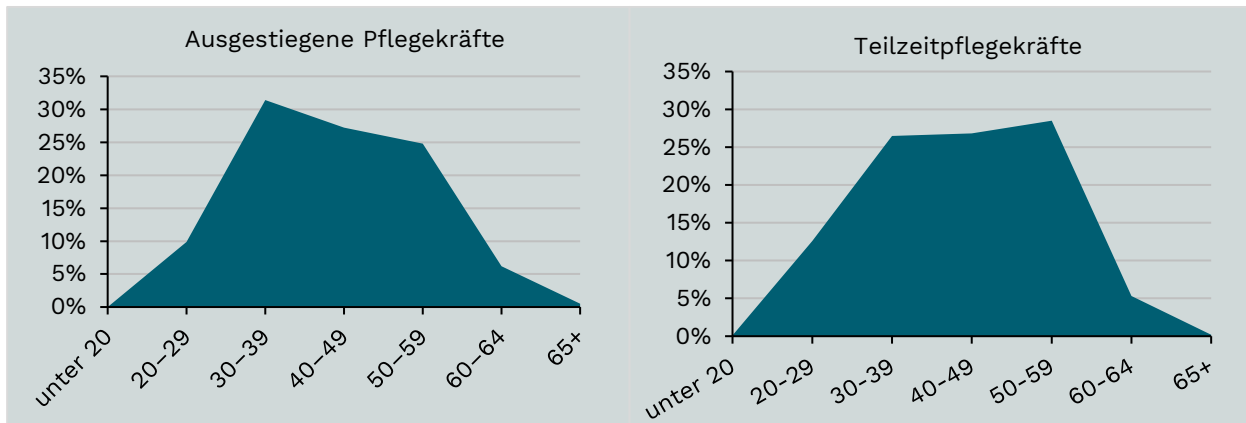
Im etwa dreimonatigen Erhebungszeitraum generierte die Online-Befragung 14.343 Antworten. Davon konnten insgesamt 12.684 ausgewertet werden. Darunter 3.115 (24,6 Prozent) Ausgestiegene und 9.569 (75,4 Prozent) Teilzeitpflegekräfte. Es wurden auch unvollständige Antworten eingeschlossen, um eine Verzerrung hin zu besonders zum Wiedereinstieg oder zur Stundenerhöhung motivierten Befragten zu vermeiden. So erklärt sich jedoch auch die Varianz in der Fallzahl in der Auswertung der einzelnen Fragen. Insbesondere im Bereich der soziodemografischen Angaben, die ganz am Ende des Fragebogens ausgefüllt werden sollten, ist die Fallzahl daher deutlich geringer.

Geschlechter- und Altersverteilung, Verteilung Ausgestiegene/Teilzeitkräfte, Arbeitsbereiche

Der Frauenanteil unter den Befragten betrug knapp 82 Prozent unter den ausgestiegenen Pflegekräften (80 Prozent in der Krankenpflege, 84,1 Prozent in der Langzeitpflege) und knapp 87 Prozent unter den Teilzeitpflegekräften (85,1 Prozent in der Krankenpflege, 89,9 Prozent in der Langzeitpflege).

Das durchschnittliche Alter lag in den Gruppen Ausgestiegene und Teilzeitkräfte bei rund 43 Jahren. In der Altersstruktur unterscheiden sich beide Gruppen: Während die Gruppe der Ausgestiegenen die Spitze in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen aufweist (31 Prozent, $n = 2.031$), liegt sie unter den Teilzeitkräften in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen (29 Prozent, $n = 5.394$). Die Anteile der Teilzeitbeschäftigten nehmen mit aufsteigenden Altersgruppen zu.

Abbildung 2: Altersverteilung der Befragten



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, Teilzeitpflegekräfte n = 2.031, ausgestiegene Pflegekräfte n = 5.394.

Tabelle 5: Ausgestiegene und Teilzeitkräfte in Kranken- und Langzeitpflege

	Fallzahl	Anteil Krankenpflege	Anteil Langzeitpflege	Gesamt
Ausgestiegene Pflegekräfte	2.024	62,9 %	37,1 %	100 %
Teilzeitpflegekräfte	5.360	65,9 %	34,1 %	100 %
Gesamt	7.384			

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“

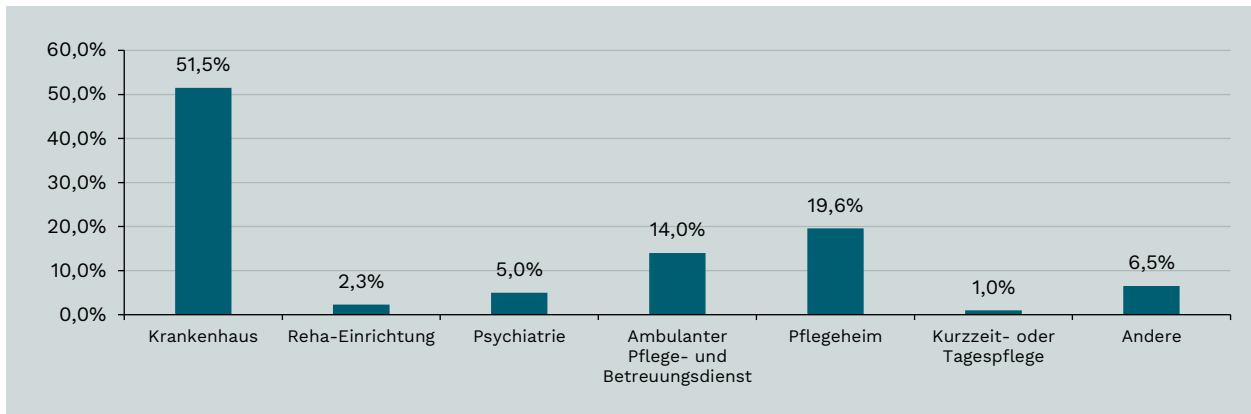
Es haben deutlich mehr Pflegekräfte aus der Krankenpflege als aus der Langzeitpflege teilgenommen. Unter den Ausgestiegenen arbeiteten rund 63 Prozent vor dem Ausstieg in der Krankenpflege und rund 37 Prozent in der Langzeitpflege. Unter den Teilzeitkräften arbeiten in der Krankenpflege rund 66 Prozent und in der Langzeitpflege rund 34 Prozent.

Frühere Arbeitsbereiche der Ausgestiegenen

Die befragten Ausgestiegenen haben zuletzt mehrheitlich in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft (rund 37 Prozent) gearbeitet, gefolgt von privaten Trägern (rund 30 Prozent), kirchlichen Trägern (23,5 Prozent) und frei-gemeinnützigen (nicht-kirchlichen) Trägern (9,5 Prozent) (n = 2.146).

Der letzte Arbeitsbereich Ausgestiegener war in der Mehrheit der Fälle (51,5 Prozent) das Krankenhaus, rund 20 Prozent der Ausgestiegenen arbeiteten im Pflegeheim, 14 Prozent waren vor dem Ausstieg in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten tätig. Einrichtungen der Psychiatrie, Rehabilitation sowie Kurzzeit- und Tagespflege waren dagegen als letzte Arbeitsbereiche weniger stark vertreten.

Abbildung 3: Letzter Arbeitsbereich der Ausgestiegenen



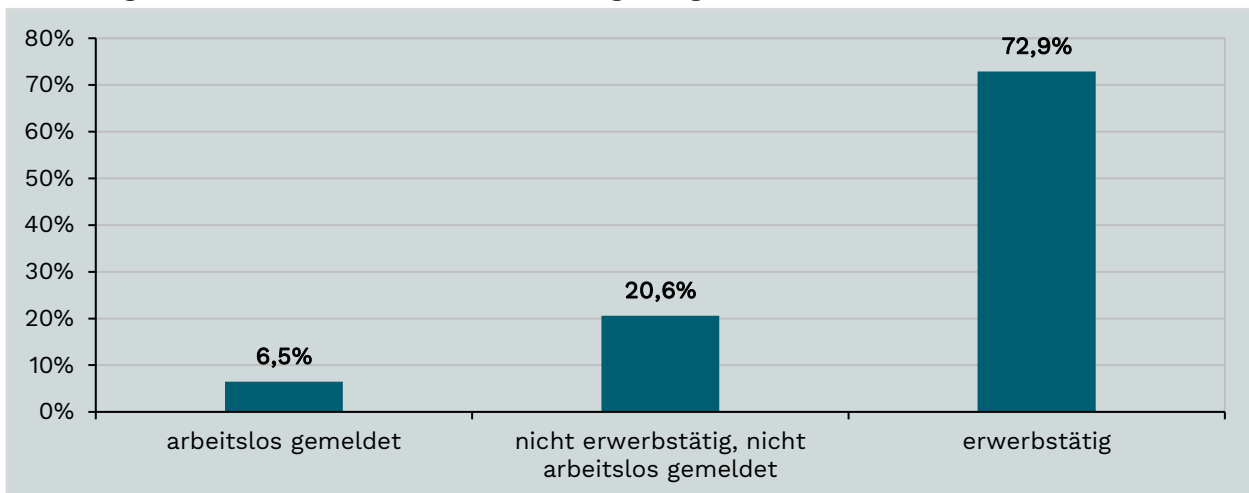
Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“.

Aktueller Erwerbsstatus und aktuelle berufliche Tätigkeit der Ausgestiegenen

Ausgestiegene wurden darüber hinaus in einer offenen Frage mit Freitexteingabe nach ihrer derzeitigen beruflichen Tätigkeit gefragt. Von den derzeit erwerbstätigen Ausgestiegenen haben insgesamt 1.354 Personen Angaben zu ihrer aktuellen Tätigkeit gemacht. Die derzeitigen Tätigkeitsfelder ausgestiegener Pflegekräfte lassen sich danach clustern, inwieweit sie noch einen Bezug zur Pflege- und Gesundheitsversorgung haben beziehungsweise inwiefern es sich hierbei um gänzlich andere Tätigkeiten außerhalb der Pflege- und Gesundheitsversorgung handelt. Der letztgenannte Bereich war am wenigsten stark besetzt, er umfasst vor allem verschiedene Bürotätigkeiten (u.a. Sachbearbeitung, Sekretariat, kaufmännische Tätigkeiten, Verwaltungstätigkeiten), gefolgt von Tätigkeiten im Verkauf/Einzelhandel oder Vertrieb. In einem weiteren, stärker besetzten Cluster können jetzige Tätigkeiten verortet werden, die im sozialpädagogischen Bereich (Soziale Arbeit, Erziehung, Schulbegleitung) und in der pflege- und gesundheitsbezogenen Wissenschaft (z.B. Pflegewissenschaft, Gesundheitswissenschaft) anzusiedeln sind. Zudem berichteten die Befragten über ein breites Spektrum jetziger beruflicher Tätigkeiten, die den Feldern Case Management oder Sozialdienst zuzuordnen sind.

Relativ häufig wurden von den ausgestiegenen Pflegekräften, mit Blick auf ihre derzeitige Tätigkeit, zudem Lehrtätigkeiten in der pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung, pflegebezogene Gutachter-tätigkeiten, Coaching und Beratung für Pflege sowie Tätigkeiten im Gesundheitsamt und in der Pflege-beziehungsweise Heimaufsicht genannt. Darüber hinausgehende, auch relativ häufig vertretene Tätigkeiten sind: die Beschäftigung als Kodierfachkraft, als medizinische Fachangestellte/Arzthelfe-rinnen oder als Fachkraft der Sozialmedizin und Arbeitsmedizin sowie die Tätigkeit als Hygienefach-kraft oder als Laborant/Laborantin. Und schließlich sind ausgestiegene Pflegekräfte auch als Betreuungskräfte/Alltagsbegleiterinnen oder als Gemeindeschwestern/Field Nurses tätig. Insgesamt zeigt sich, dass der Ausstieg der Befragten aus der „Pflege am Bett“ sich nicht notwendigerweise als Ausstieg aus pflege- und gesundheitsassoziierten Tätigkeiten darstellt.

Abbildung 4: Aktueller Erwerbsstatus der Ausgestiegenen



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“.

Exkurs: Ausstiegsverhalten von Pflegebeschäftigten allgemein

Untersuchung der Beschäftigungsverläufe in den Pflegeberufen / Integrierte Erwerbsbiografien (IEB) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

Im Zentrum dieser Analyse steht die Frage nach der beruflichen Stabilität oder Mobilität von Beschäftigten in der Pflege. Dabei wird einerseits der Verbleib in einer Pflegetätigkeit oder der Wechsel in andere Tätigkeiten betrachtet. Bei Letzteren wird noch einmal danach unterschieden, ob ein Verlassen von Pflegeberufen zugleich mit einem Verbleib in der Pflegebranche einhergeht (wie etwa der Wechsel einer Pflegefachkraft in die Verwaltung einer Pflegeeinrichtung) oder nicht.

Zur Untersuchung der Beschäftigungsverläufe in den Pflegeberufen werden die Integrierten Erwerbsbiografien (IEB) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung verwendet. Die IEB vereinigen vollständige, historisierte und aufbereitete Prozessdaten unterschiedlicher Datenquellen der Bundesagentur für Arbeit (BA). Mithilfe der IEB ist es möglich, Erwerbsverläufe – bestehend aus Beschäftigungszeiten, Leistungsempfangszeiten, Arbeitslosen- und Arbeitsuchzeiten sowie Teilnahmen an Maßnahmen – in Kontenform nachzuvollziehen.

Die Daten stammen aus unterschiedlichen operativen Systemen der BA und werden durch das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) als individueller Längsschnittdatensatz aufbereitet. Das Besondere an diesem Datensatz ist, dass er die Daten von allen Beschäftigten, Arbeitslosen, Leistungsempfängenden und Maßnahmeteilnehmenden in Deutschland enthält. Nicht enthalten sind in diesen Daten nicht sozialversicherungspflichtige Erwerbstätige wie Beamt*innen oder Selbstständige. Für die vorliegenden Auswertungen zum Pflegearbeitsmarkt wird eine 10-Prozent-Stichprobe der IEB verwendet.

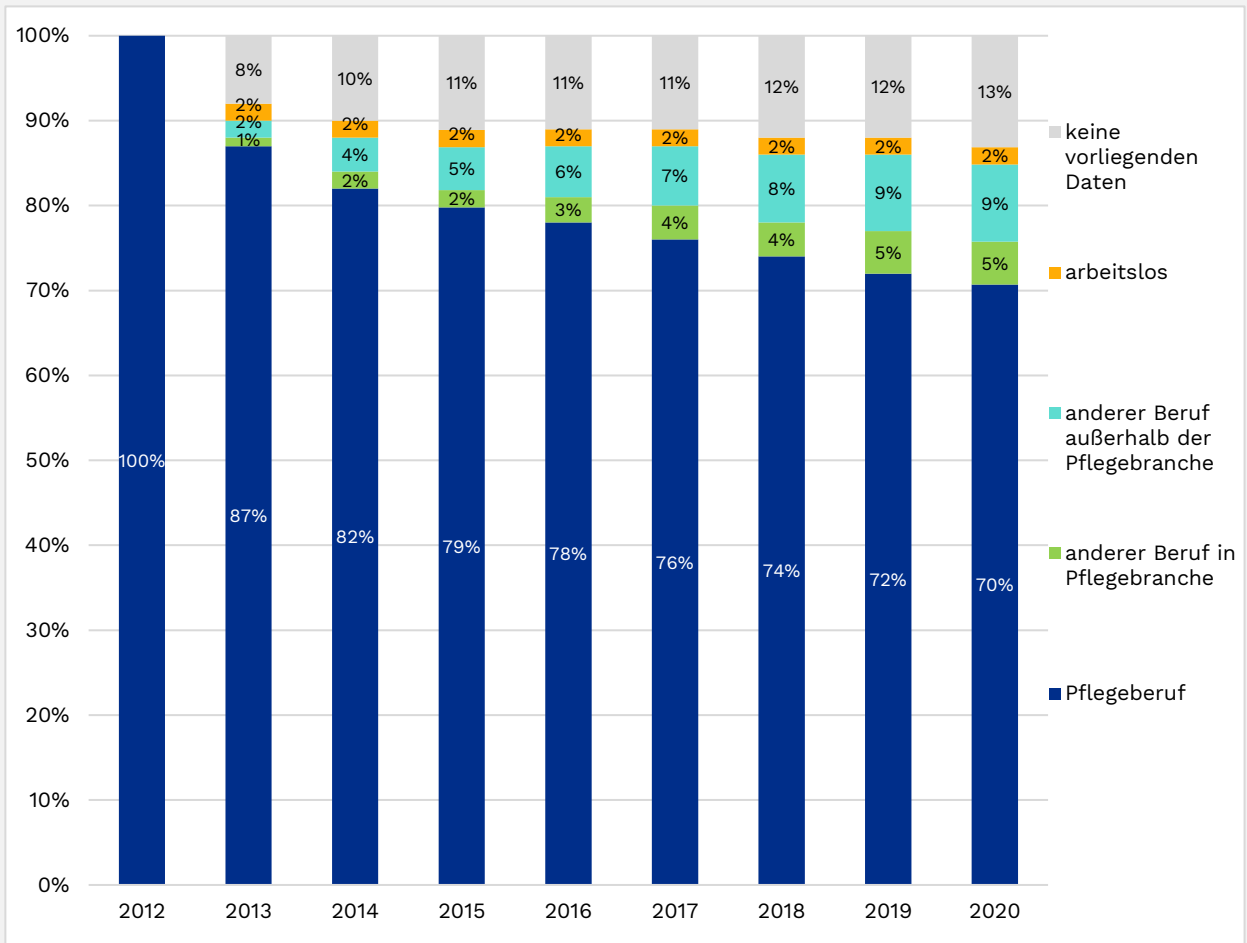
Für die Verbleibsanalysen von Beschäftigten in der Pflege wurden daher Personen ausgewählt, die im Dezember 2012 in einem der gelisteten Berufsgattungen (vgl. Anhang 3) innerhalb der Pflege tätig waren. Diese Beschäftigten werden anschließend bis zum Dezember 2020 weiterbeobachtet. Dabei betrachten wir jeweils die Dezembermonate der Folgejahre bis 2020 und unterscheiden folgende Zustände:

- ▶ Beschäftigung in einem Pflegeberuf (alle Qualifikationsniveaus)
- ▶ Beschäftigung in einem Nicht-Pflegeberuf in einem Betrieb der Pflegebranche (vgl. Anhang 3)
- ▶ Beschäftigung in einem Nicht-Pflegeberuf in einem Betrieb außerhalb der Pflegebranche
- ▶ Arbeitslos
- ▶ Keine vorliegenden Daten

Letztere Kategorie kann neben Übergängen in die Selbstständigkeit oder in Beamtenverhältnisse auch Übergänge in die Rente enthalten. Um solche Rentenübergänge möglichst auszuschließen, schränken wir die Analysen auf Personen ein, die erst ab 1960 geboren und damit im Jahr 2020 maximal 60 Jahre alt sind.

Insgesamt umfasst der Analysedatensatz von Personen, die ab 1960 geboren sind und im Dezember 2012 in Pflegeberufen beschäftigt waren, 87.419 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte.

Abbildung 5: Alle Personen, die zwischen 2012 und 2019 (jeweils zum 15. Dezember) jemals in einem Pflegeberuf tätig waren nach Verbleibsart, 2012–2020, Deutschland



Quelle: IEB (Version); eigene Berechnungen. © IAB

Mit Blick auf die sozialversicherungspflichtigen Pflegekräfte ist zu beobachten, dass die Beschäftigten der Kohorten 2012 folgende Verbleibsmuster zeigen (vgl. Abbildung 6). Demnach sind von den Pflegekräften der Ausgangskohorte 2012 acht Jahre später noch gut 70 Prozent als sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Pflegeberuf tätig. In einem anderen Beruf, aber noch immer in einem Betrieb

der Pflegebranche arbeiten 5 Prozent. Weitere 9 Prozent der Beschäftigten üben acht Jahre später einen anderen Beruf außerhalb der Pflegebranche aus. Etwa 2 Prozent der Beschäftigten sind 2020 arbeitslos gemeldet und über 13 Prozent der Beschäftigten aus der Ausgangskohorte sind keine Informationen verfügbar.

Quelle: Seibert/Wiethölter (2022): Sonderauswertungen durch das IAB Brandenburg. Vertiefende Analysen zur Berufs- und Branchentreue von Pflegekräften in Berlin und Brandenburg sowie in Deutschland sind als Veröffentlichung in der Publikationsreihe IAB regional geplant.

Derzeitige Arbeitsbereiche der Teilzeitpflegekräfte

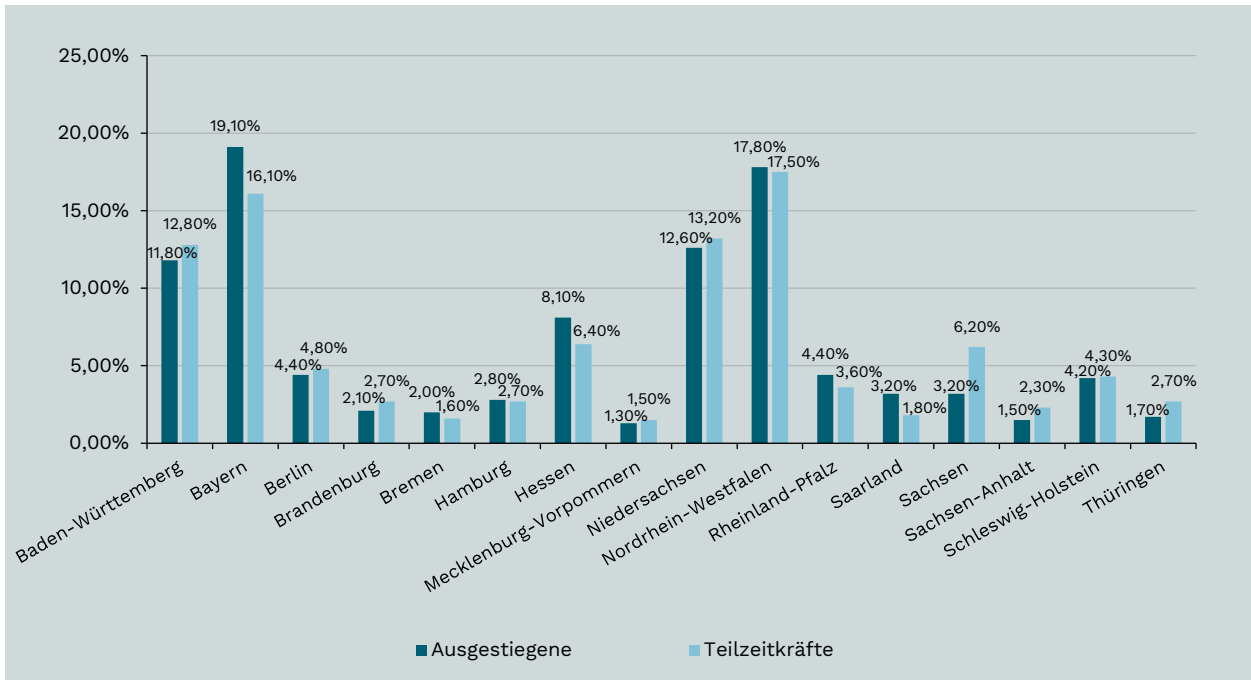
Teilzeitkräfte arbeiten mit einer ähnlichen Verteilung wie die ausgestiegenen Pflegekräfte in öffentlichen (44 Prozent), privaten (rund 26 Prozent), frei-gemeinnützig kirchlichen (20 Prozent) und frei-gemeinnützig nicht-kirchlichen (10 Prozent) Einrichtungen. Die überwiegende Mehrheit der Teilzeitkräfte ist bei einem Arbeitgeber beschäftigt (89,5 Prozent).

Über die Hälfte der befragten Teilzeitpflegekräfte arbeitet aktuell in Krankenhäusern (55 Prozent), 19 Prozent arbeiten in stationären Pflegeheimen, 13 Prozent in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten, kleinere Anteile entfallen auf Psychiatrie (7 Prozent), Reha-Einrichtungen (2 Prozent), Kurzzeit- und Tagespflege (2 Prozent) und die Aus-, Fort- und Weiterbildung (2 Prozent).

Verteilung nach Bundesländern

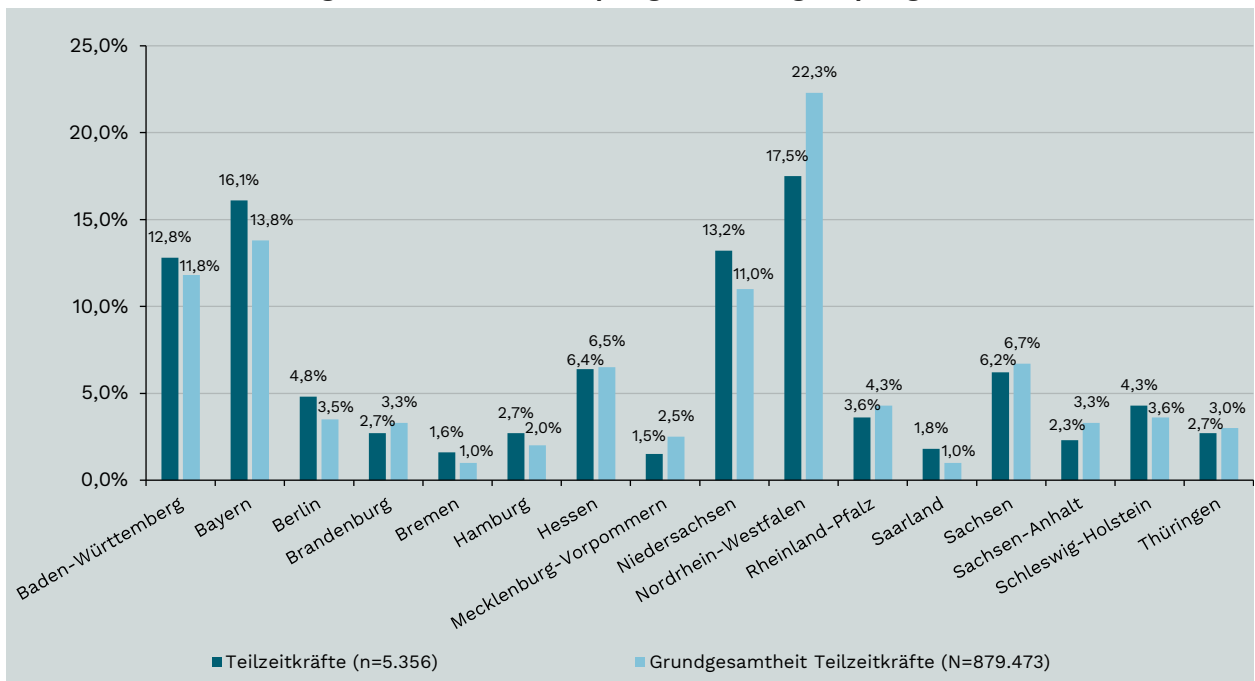
Der Rücklauf der Befragung verteilte sich in den Gruppen der Ausgestiegenen und der Teilzeitkräfte wie folgt auf die Bundesländer. Hohe Antwortraten können insbesondere aus den Bundesländern Bayern, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Baden-Württemberg verzeichnet werden. Ein Vergleich der Verteilung mit der Grundgesamtheit war für die Gruppe der teilzeitbeschäftigten Pflegekräfte in der Kranken- und Langzeitpflege möglich (vgl. Abbildung X). Hier zeigte sich, dass insbesondere in den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und dem Saarland ein überproportionaler Rücklauf zu verzeichnen war, ebenso in den Stadtstaaten Bremen, Berlin und Hamburg. In Nordrhein-Westfalen blieb die Antwortrate trotz einer insgesamt hohen Response hinter den Anteilen in der Grundgesamtheit gemäß der Pflegestatistik zurück.

Abbildung 6: Befragte ausgestiegene und Teilzeitpflegekräfte nach Bundesländern (Krankenpflege und Langzeitpflege)



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, Teilzeitpflegekräfte n = 5.356, ausgestiegene Pflegekräfte n = 1.973.

Abbildung 7: Verteilung der befragten Teilzeitkräfte nach Bundesländern und Vergleich mit der Grundgesamtheit (Krankenpflege und Langzeitpflege)



Quellen: Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021a), (2020b), (2020c), bundesweite Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, eigene Darstellung, Teilzeitpflegekräfte n = 5.356.

Verteilung nach Berufsabschlüssen und derzeitiges Nettoeinkommen

Sowohl die Befragten aus der Krankenpflege als auch diejenigen aus der Langzeitpflege geben mit deutlicher Mehrheit eine dreijährige Berufsausbildung als ihren höchsten Berufsabschluss in der Pflege an – bei den Befragten aus der Krankenpflege sind dies 84,4 Prozent, in der Langzeitpflege 69,4 Prozent. Einen Bachelorabschluss gaben 9,3 Prozent der Krankenpflegekräfte und 5,7 Prozent der Langzeitpflegekräfte an; einen Masterabschluss oder höher hatten 4,1 Prozent der Kranken- und 3,9 Prozent der Langzeitpflegekräfte. Damit besitzen 97,8 Prozent der befragten Krankenpflegekräfte und 79 Prozent der Langzeitpflegekräfte einen mindestens dreijährigen Berufsabschluss in der Pflege. Diese Verteilung findet sich auch in der Differenzierung zwischen Ausgestiegenen und Teilzeitpflegekräften. 92 Prozent der ausgestiegenen Pflegekräfte hat mindestens eine dreijährige Berufsausbildung in der Pflege. Dabei sind hier die Anteile von Pflegekräften, deren höchster Berufsabschluss in der Pflege ein Bachelor oder Master ist, mit 14,6 Prozent und 10,8 Prozent deutlich höher als im Vergleich zu den Abschlüssen von derzeit in der Pflege tätigen Pflegekräften. Unter den Teilzeitpflegekräften haben 91,3 Prozent mindestens eine dreijährige Ausbildung in der Pflege. Auch hier sind die Anteile an Pflegekräften mit einem Bachelor- oder Masterabschluss mit 5,9 und 1,8 Prozent überdurchschnittlich hoch.

Befragte, die angeben, keine, eine einjährige oder zweijährige Berufsausbildung zu haben, stellen mit Werten von unter 4 Prozent einen kleinen Anteil dar. Ausgenommen sind hier Langzeitpflegekräfte, von denen jeweils 8,4 Prozent keine oder eine einjährige Ausbildung angeben sowie 4 Prozent eine zweijährige Ausbildung.

Das mittlere monatliche Nettoeinkommen liegt in der Gruppe der Teilzeitkräfte bei 1.700 Euro (Median), in der Gruppe der Ausgestiegenen, die derzeit erwerbstätig sind, wird mit 1.800 Euro ein etwas höheres mittleres Einkommen erzielt. Anzumerken ist an dieser Stelle jedoch, dass bei den Einkünften der Ausgestiegenen kein Rückschluss auf den Stundenumfang der neuen Tätigkeit gezogen werden kann. Demnach können bei diesen auch Einkünfte aus Vollzeittätigkeiten in die Berechnung eingehen und einen Vergleich der Gruppen entsprechend nach oben verzerren. Das mittlere monatliche Nettoeinkommen (Median) liegt bei den Befragten aus der Krankenpflege (1.850 Euro) über dem Niveau der Befragten aus der Langzeitpflege (1.500 Euro).

Tabelle 6: Höchster Berufsabschluss in der Pflege und derzeitiges Nettoeinkommen nach Arbeitsbereichen

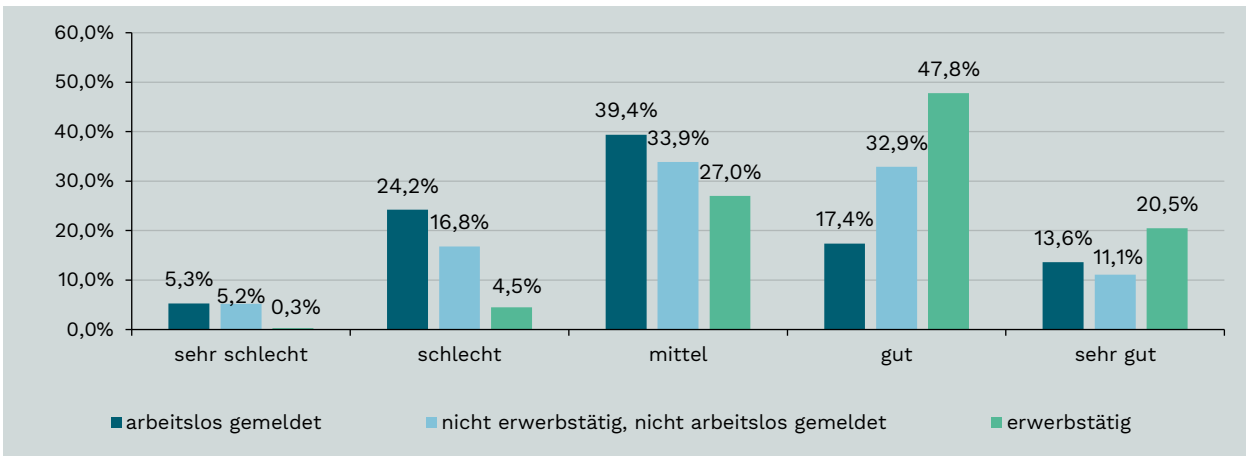
	Kein Abschluss	1-jährige Berufsausbildung	2-jährige Berufsausbildung	3-jährige Berufsausbildung (Examen)	Bachelor	Master oder höher	Gesamt
Krankenpflege							
Berufsabschluss (n = 4.666)	0,6 %	0,8 %	0,7 %	84,4 %	9,3 %	4,1 %	100 %
Monatliches Nettoeinkommen (Median, n = 4.075)	1.500 €	1.400 €	1.450 €	1.800 €	2.000 €	2.200 €	1.850 €
Langzeitpflege							
Berufsabschluss (n = 2.467)	8,4 %	8,4 %	4,0 %	69,4 %	5,7 %	3,9 %	100 %
Monatliches Nettoeinkommen (Median, n = 2.121)	1.200 €	1.300 €	1.400 €	1.600 €	2.000 €	2.100 €	1.500 €
Ausgestiegene							
Berufsabschluss (n = 2.079)	2,8 %	3,0 %	2,2 %	66,6 %	14,6 %	10,8 %	100 %
Monatliches Nettoeinkommen (Median, n = 1.649)	1.300 €	1.000 €	1.325 €	1.725 €	2.300 €	2.400 €	1.800 €
Teilzeitpflegekräfte							
Berufsabschluss (n = 4.963)	3,5 %	3,5 %	1,7 %	83,6 %	5,9 %	1,8 %	100 %
Monatliches Nettoeinkommen (Median, n = 4.984)	1.240 €	1.340 €	1.400 €	1.800 €	1.900 €	1.900 €	1.700 €

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“.

Selbst eingeschätzter Gesundheitszustand der Befragten

Der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand der aus der Pflege Ausgestiegenen wird insbesondere von denjenigen, die erwerbstätig sind, überwiegend als „gut“ bis „sehr gut“ bewertet (68,3 Prozent). Befragte, die nicht erwerbstätig und zugleich nicht arbeitslos gemeldet sind, geben im Vergleich einen mittleren (33,9 Prozent) bis guten (32,9 Prozent) Gesundheitszustand an. Sie sind zugleich die Gruppe, die die geringsten Anteile „sehr gut“ empfundener Gesundheitszustände aufweist (11,1 Prozent). Diejenigen Befragten, die arbeitslos gemeldet sind, geben überwiegend einen mittleren (39,4 Prozent), schlechten (24,2 Prozent) bis sehr schlechten Gesundheitszustand (5,3 Prozent) an.

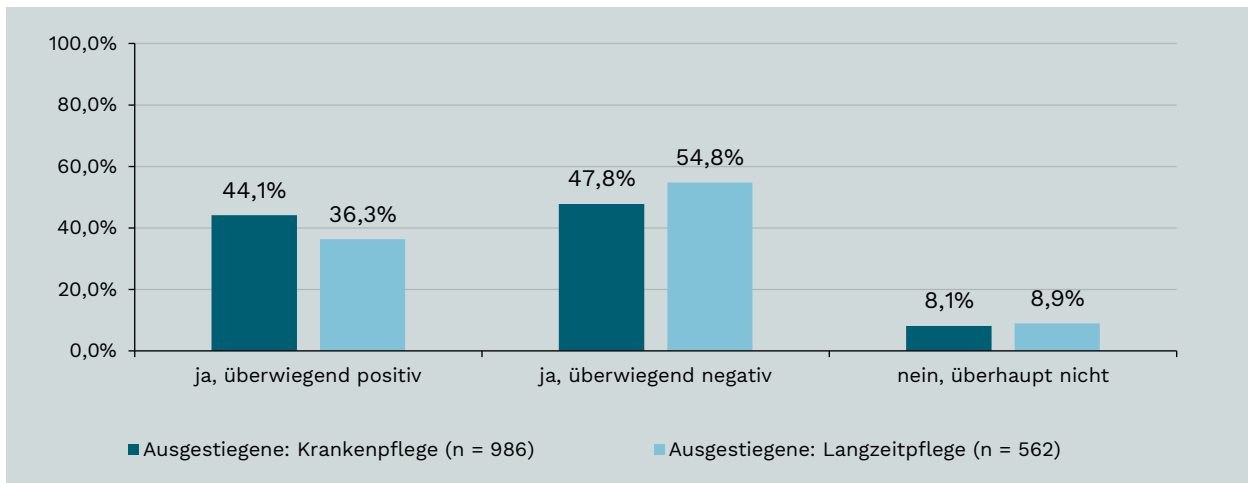
Abbildung 8: Selbst eingeschätzter Gesundheitszustand ausgestiegener Pflegekräfte nach Erwerbsstatus



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, ausgestiegene Pflegekräfte n = 2.049.

Etwa die Hälfte der Befragten gibt an, dass ihre Arbeit einen negativen Einfluss auf ihren Gesundheitszustand hat (54,8 Prozent Langzeitpflege, 47,8 Prozent Krankenpflege). Etwa die Hälfte der ausgestiegenen Krankenpflegekräfte gibt jedoch ebenso an, dass ihre Arbeit einen positiven Einfluss auf ihren Gesundheitszustand hat (44,1 Prozent), während dies nur etwa ein Drittel der ausgestiegenen Langzeitpflegekräfte angibt (36,3 Prozent). Dass die Arbeit keinen Einfluss auf die Gesundheit ausübt, geben jeweils unter 10 Prozent der befragten Ausgestiegenen an.

Abbildung 9: Einfluss der Arbeit auf den Gesundheitszustand ausgestiegener Pflegekräfte

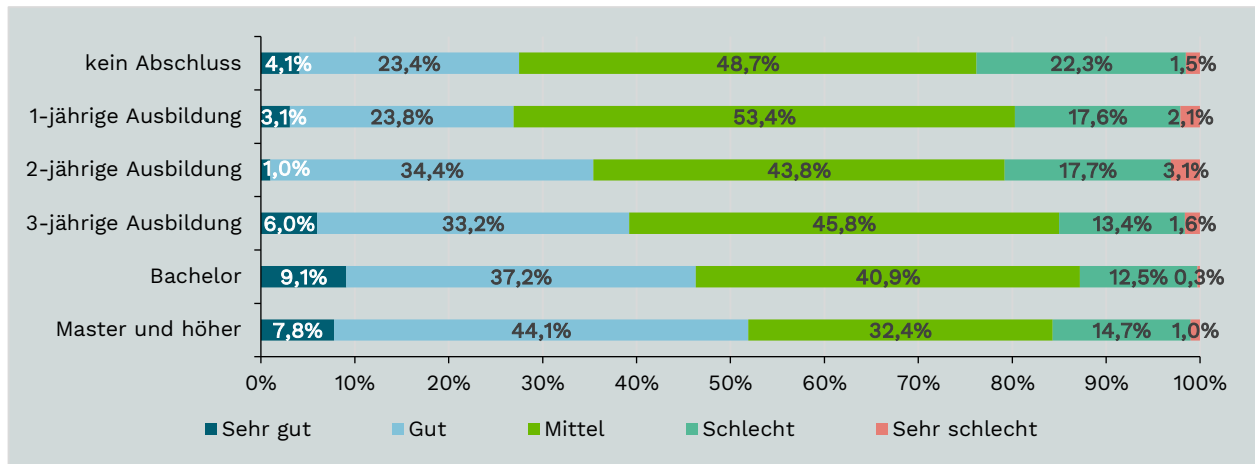


Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, ausgestiegene Pflegekräfte n = 1.548.

Etwa die Hälfte der befragten Teilzeitpflegekräfte mit höheren Qualifikationsniveaus schätzt ihren Gesundheitszustand als gut und sehr gut ein (zusammen 52 Prozent). Diese Einschätzung nimmt jedoch mit sinkenden Qualifikationsniveaus ab. Befragte ohne Berufsabschluss bewerten ihren Gesundheitszustand mit rund 24 Prozent am häufigsten als schlecht oder sehr schlecht, gefolgt von der Gruppe der

2-jährig Ausgebildeten. Am besten bewertete die Gruppe der Teilzeitkräfte mit Bachelorabschluss ihren Gesundheitszustand.

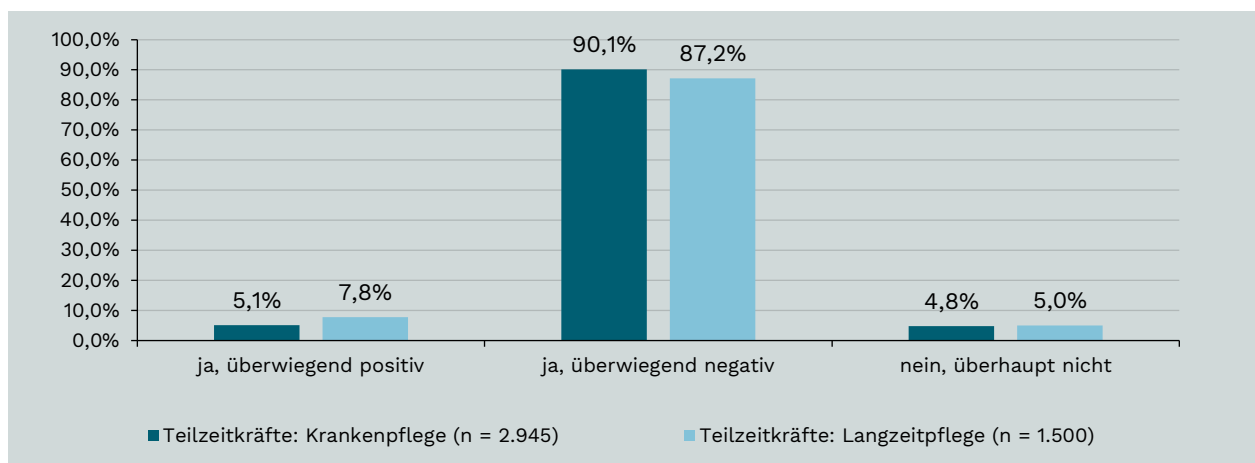
Abbildung 10: Selbst eingeschätzter Gesundheitszustand von Teilzeitpflegekräften nach Qualifikationsniveau



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, Teilzeitpflegekräfte n = 5.564.

Die befragten Teilzeitpflegekräfte bewerten den Einfluss ihrer Arbeit auf ihren Gesundheitszustand im Gegensatz zu den ausgestiegenen Pflegekräften eindeutig negativ (90,1 Prozent Krankenpflege, 87,2 Prozent Langzeitpflege).

Abbildung 11: Einfluss der Arbeit auf den Gesundheitszustand von Teilzeitpflegekräften



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, Teilzeitpflegekräfte n = 4.445.

Sorgeverpflichtungen und Haushaltsstrukturen der Befragten

Sorgeverpflichtungen für Kinder unter 18 Jahren im Haushalt geben rund 48 Prozent der Teilzeitkräfte und 45 Prozent der ausgestiegenen Pflegekräfte an. Zudem ist in der Gruppe der Teilzeitkräfte ein Anteil Alleinerziehender von 11 Prozent und unter den ausgestiegenen Pflegekräften von 9 Prozent zu verzeichnen. Der Status „alleinerziehend“ wurde von Teilzeitpflegekräften in der Langzeitpflege mit

rund 15 Prozent häufiger als in der Krankenpflege angegeben (9 Prozent). Sorgeverpflichtungen für weitere Personen geben 28,8 Prozent der Teilzeitpflegekräfte und 23,8 Prozent der ausgestiegenen Pflegekräfte an. Einen Partner oder eine Partnerin im gleichen Haushalt haben etwa 73 Prozent sowohl der Teilzeitpflegekräfte als auch der ausgestiegenen Pflegekräfte. Diese Person ist in beiden Gruppen in der deutlichen Mehrheit der Fälle berufstätig (etwa 92 Prozent), und zwar mit einem Umfang von 40 Wochenstunden (Median).

Tabelle 7: Sorgeverpflichtungen von Teilzeitpflegekräften und ausgestiegenen Pflegekräften

	Teilzeitpflegekräfte			Ausgestiegene Pflegekräfte		
	Nein	Ja	Trifft nicht zu ⁵⁴	Nein	Ja	Trifft nicht zu
Kinder unter 18 im Haushalt	51,8 %	48,2 %		54,8 %		45,2 %
Alleinerziehend	88,9 %	11,1 %		91,0 %		9,0 %
Sonstige Sorgeverpflichtungen	71,2 %	28,8 %		76,2 %		23,8 %
Partner*in im selben Haushalt?	13,4 %	73,5 %	13,1 %	12,5 %	73,9 %	13,6 %
Falls ja, Partner*in berufstätig?	8,0 %	92,0 %		7,8 %		92,2 %
Stundenumfang Berufstätigkeit Partner*in (Median)	40 Wochenstunden			40 Wochenstunden		

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, Teilzeitpflegekräfte n = 4.728, ausgestiegene Pflegekräfte n = 1.758.

4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Studie beschrieben und interpretiert. Zunächst werden die Bereitschaft zu Wiedereinstieg und Stundenerhöhung sowie das damit verbundene bereits vorhandene Engagement dargestellt. Auf dieser Basis erfolgen Berechnungen von Pflegefachkräftepotenzialen, die sich theoretisch aus Stundenerhöhungen und Wiedereinstiegen ergeben würden. Anschließend werden die für die Stundenerhöhungen und Wiedereinstiege vorausgesetzten Arbeitsbedingungen ausführlich berichtet. Zuletzt erfolgt ein Exkurs zum Einfluss der Covid-19-Pandemie in diesem Kontext.

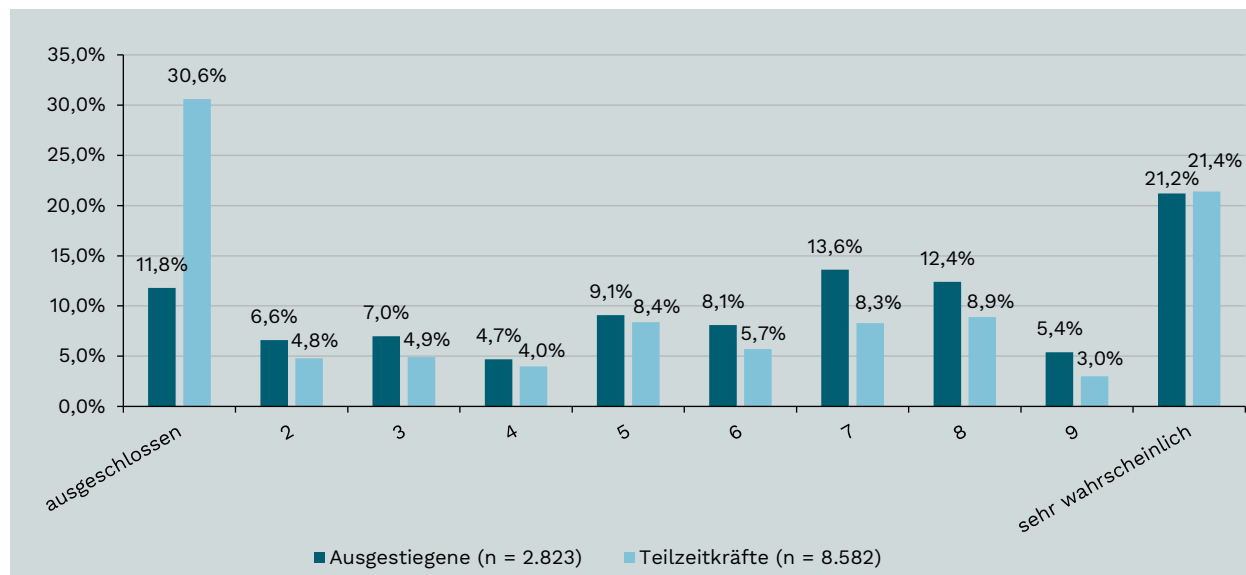
4.1 Bereitschaft zu Wiedereinstieg und Stundenerhöhung

Die zentrale Frage der Studie ist die nach der Bereitschaft zum Wiedereinstieg und zur Stundenerhöhung gewesen. Diese lautete: „Würden Sie unter den für Sie richtigen Arbeitsbedingungen wieder in

⁵⁴ Die Kategorie „Trifft nicht zu“ als Antwortkategorie bezieht sich auf die folgende Frage in der Erhebung: „Sofern Sie in Partnerschaft leben: Lebt Ihr Partner/Ihre Partnerin im selben Haushalt?“.

der Pflege arbeiten?“ beziehungsweise „[...] Ihre Arbeitsstunden erhöhen?“. Die Befragten konnten auf einer 10-stufigen Skala von 1 = „Ausgeschlossen“ bis 10 = „Sehr wahrscheinlich“ ihre Bereitschaft zur Rückkehr oder Stundenerhöhung angeben.

Abbildung 12: Bereitschaft zum Wiedereinstieg beziehungsweise zur Stundenerhöhung



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, Teilzeitpflegekräfte n = 8.582, ausgestiegene Pflegekräfte n = 2.823.

Von den Befragten schließen 30,6 Prozent der Teilzeitpflegekräfte eine Stundenerhöhung aus, ebenso wie 11,8 Prozent der ausgestiegenen Pflegekräfte eine Rückkehr in ihren Beruf ausschließen. Diese Befragten wurden in den weiteren Analysen nicht berücksichtigt, jedoch in Abschnitt 4.1.4 näher beschrieben.

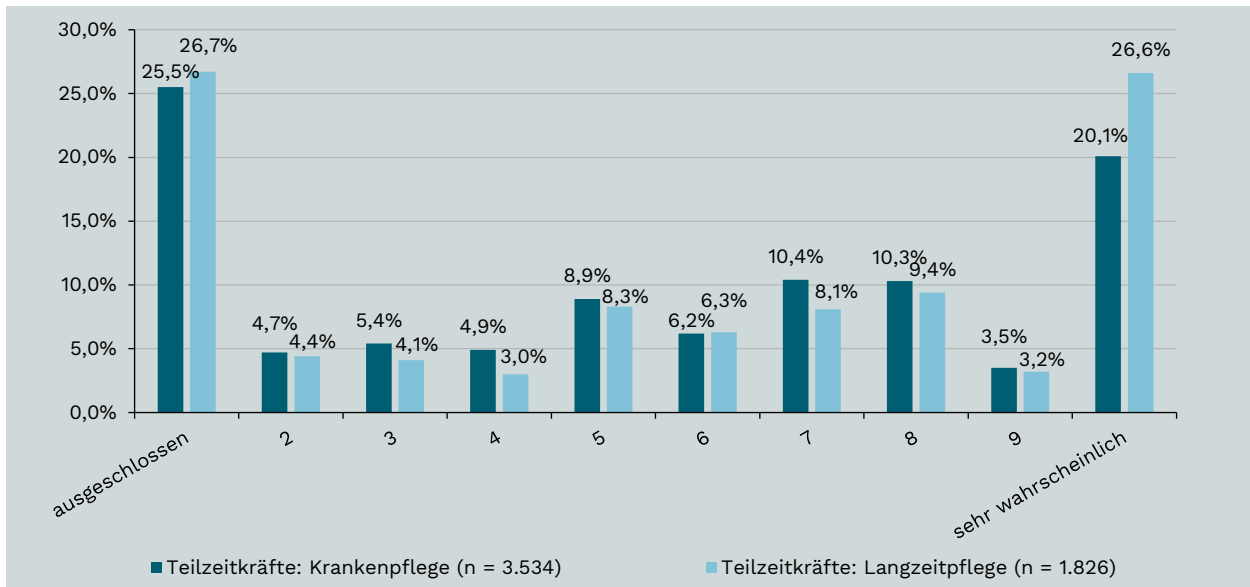
Im Umkehrschluss schließen jedoch 88,2 Prozent der ausgestiegenen Pflegekräfte einen Wiedereinstieg unter den für sie richtigen Arbeitsbedingungen nicht aus, ebenso wie knapp 70 Prozent der Teilzeitpflegekräfte eine Stundenerhöhung. Gut ein Fünftel der Befragten beider Gruppen hält eine Rückkehr in den Beruf beziehungsweise eine Stundenerhöhung sogar für sehr wahrscheinlich. Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass knapp die Hälfte (47,3 Prozent) der Teilzeitpflegekräfte einer Stundenerhöhung sowie gut 60 Prozent (60,7 Prozent) der ausgestiegenen Pflegekräfte einer Rückkehr zuneigen (also jeweils eine 6 oder höher auf der Skala angegeben haben). Die befragten Teilzeitpflegekräfte würden ihre Arbeitsstunden dabei im Median um wöchentlich zehn Stunden erhöhen und die befragten ausgestiegenen Pflegekräfte mit einer Arbeitszeit von wöchentlich 30 Stunden in den Pflegeberuf zurückkehren wollen.

4.1.1 Unterschiede in der Bereitschaft zwischen der Kranken- und Langzeitpflege

Die Bereitschaft von Teilzeitkräften und Ausgestiegenen zu Stundenerhöhung und Rückkehr ist in den Tätigkeitsbereichen der Kranken- und Langzeitpflege leicht unterschiedlich. Teilzeitbeschäftigte Pflegekräfte aus der Langzeitpflege geben etwas häufiger an (26,6 Prozent verglichen mit 20,1 Prozent), sehr wahrscheinlich ihre Stunden zu erhöhen. Ebenso würden ausgestiegene Pflegekräfte aus der Langzeitpflege etwas häufiger sehr wahrscheinlich in ihren Beruf zurückkehren (23,3 Prozent

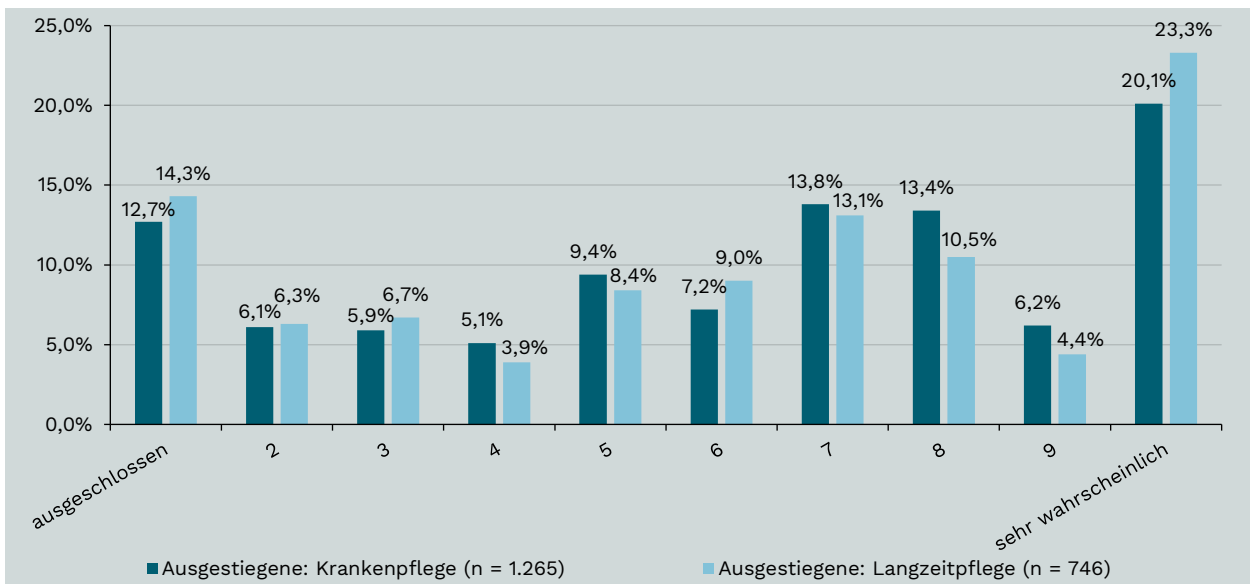
verglichen mit 20,1 Prozent), wobei sich der Unterschied weitestgehend durch etwas höhere Angaben ausgestiegener Krankenpflegekräfte bei den Werten 8 und 9 auf der Skala ausgleicht.

Abbildung 13: Bereitschaft zur Stundenerhöhung in der Kranken- und Langzeitpflege (Teilzeitbeschäftigte)



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, Teilzeitpflegekräfte Krankenpflege n = 3.534, Teilzeitpflegekräfte Langzeitpflege n = 1.826.

Abbildung 14: Bereitschaft zum Wiedereinstieg in die Kranken- und Langzeitpflege (Ausgestiegene)



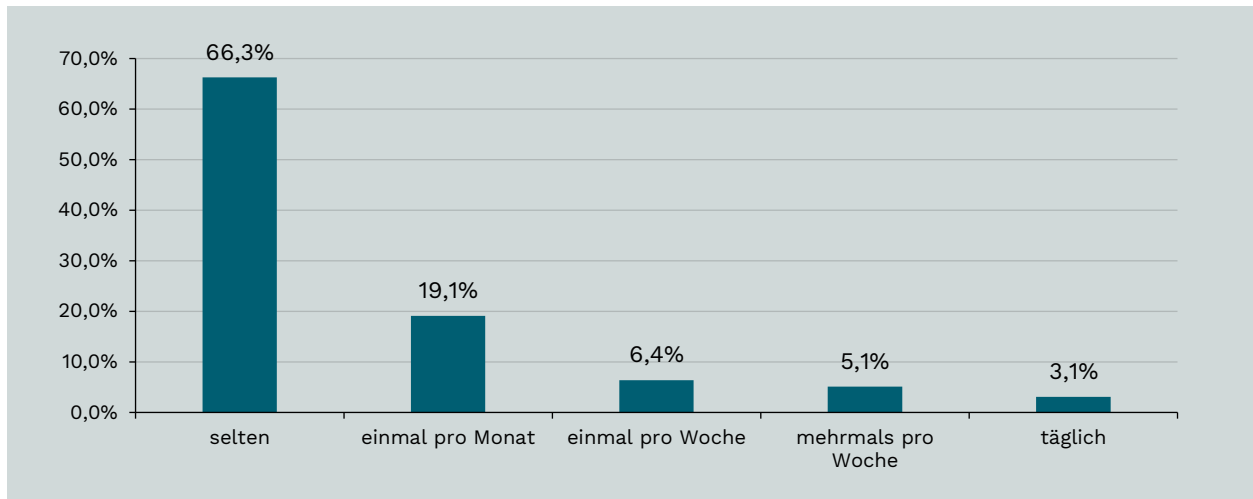
Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, ausgestiegene Pflegekräfte Krankenpflege n = 1.265, ausgestiegene Pflegekräfte Langzeitpflege n = 746.

4.1.2 Teilzeitpflegekräfte: Engagement bei der Stundenerhöhung

Teilzeitpflegekräfte wurden auch danach gefragt, wie häufig sie über eine Aufstockung ihrer Arbeitsstunden nachdenken. Zwei Drittel von ihnen denken weniger als einmal im Monat über eine Stunden-

erhöhung nach, ein Drittel von ihnen jedoch mindestens einmal im Monat – rund 19 Prozent der Teilzeitkräfte denken einmal im Monat über eine Aufstockung nach, 6,4 Prozent einmal in der Woche, 5,1 Prozent mehrmals pro Woche und 3,1 Prozent täglich. Dabei scheitert eine beabsichtigte Stundenerhöhung mehrheitlich nicht am Arbeitgeber – dies geben nur 12,7 Prozent der Teilzeitpflegekräfte an.

Abbildung 15: Häufigkeit des Nachdenkens von Teilzeitpflegekräften über Stundenerhöhung



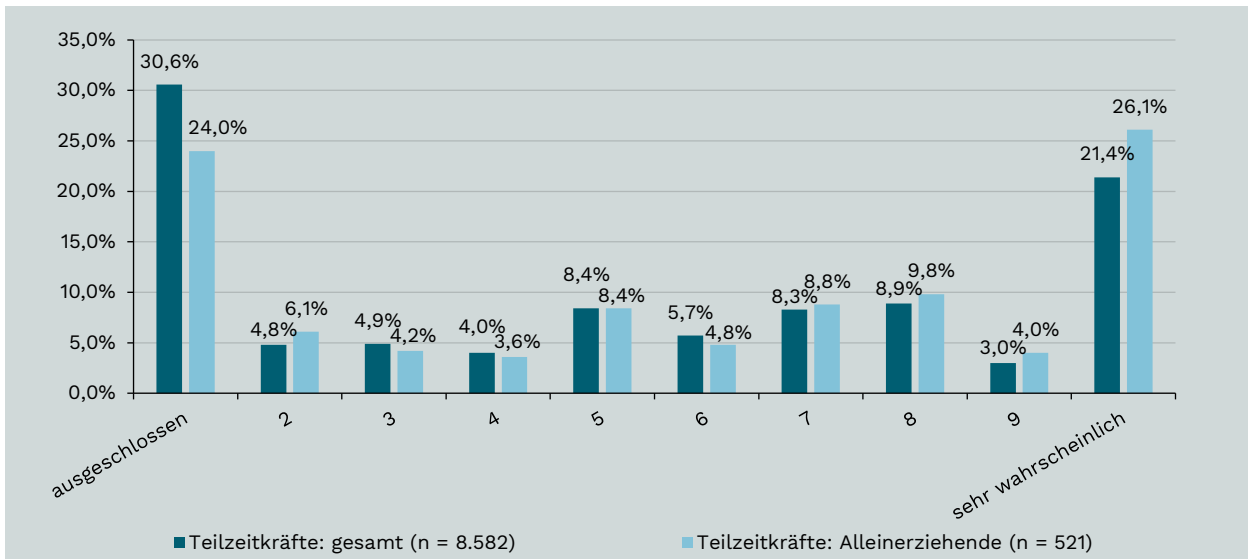
Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, Teilzeitpflegekräfte n = 5.944.

Alleinerziehende Teilzeitpflegekräfte im Fokus

Die Bereitschaft zum Wiedereinstieg und zur Stundenerhöhung wurde auf Grundlage der erhobenen soziodemografischen Daten für insgesamt 25 Teilgruppen untersucht. Dabei konnte eine Gruppe identifiziert werden, die eine überdurchschnittlich hohe Bereitschaft zur Stundenerhöhung zeigte: alleinerziehende Teilzeitbeschäftigte.

Mehr als ein Viertel der alleinerziehenden Teilzeitpflegekräfte hält es für sehr wahrscheinlich, unter den für sie richtigen Arbeitsbedingungen ihre Arbeitsstunden aufzustocken. Damit befinden sich die Alleinerziehenden um knapp fünf Prozentpunkte oberhalb des Gesamtschnitts der Teilzeitkräfte. Diese Differenz wird bei einer Betrachtung der Wertebereiche von 7 bis 9 nochmals leicht vergrößert. Ein möglicher Erklärungsansatz liegt in den jeweiligen finanziellen und familiären Rahmenbedingungen der beiden Gruppen: Während die Partnerinnen und Partner der nicht alleinerziehenden Teilzeitkräfte im Median einer Vollzeittätigkeit mit 40 Wochenstunden (Median) nachgehen und somit voraussichtlich den Großteil zum Haushaltseinkommen beitragen, obliegt den Alleinerziehenden eine größere Verantwortung. Welche Voraussetzungen für eine Stundenerhöhung für die alleinerziehenden Teilzeitpflegekräfte besonders wichtig sind, wird in Abschnitt 4.3.3 dargestellt.

Abbildung 16: Bereitschaft zur Stundenerhöhung von alleinerziehenden Teilzeitbeschäftigten im Vergleich



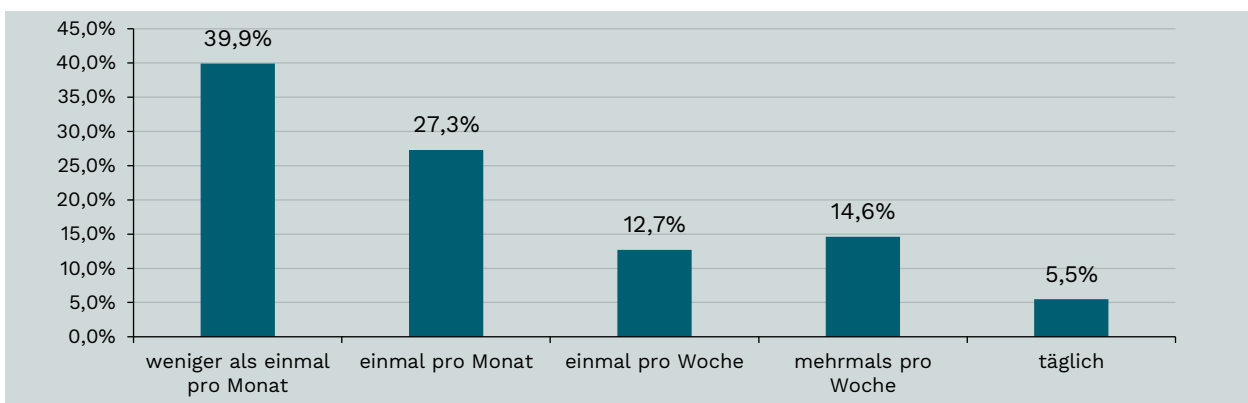
Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, Teilzeitpflegekräfte n = 8.582, alleinerziehende Teilzeitpflegekräfte n = 521.

4.1.3 Ausgestiegene: Engagement bei der Rückkehr

Über eine Rückkehr in den Pflegeberuf denken etwa 40 Prozent der ausgestiegenen Pflegekräfte weniger als einmal im Monat, gut 60 Prozent jedoch mindestens einmal im Monat nach – 12,7 Prozent einmal pro Woche, 14,6 Prozent sogar mehrmals pro Woche und 5,5 Prozent täglich.

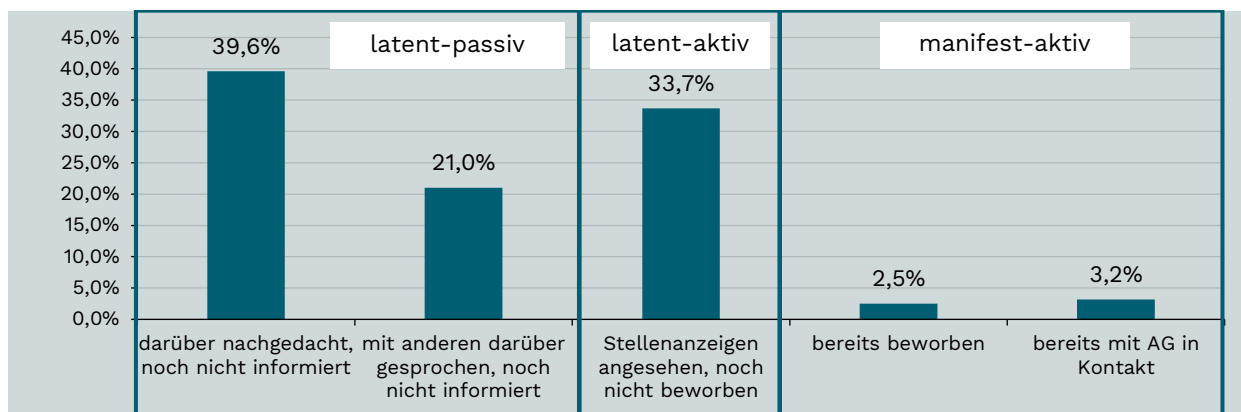
Das Engagement bei der Rückkehr bleibt dabei bei rund 60 Prozent der befragten ausgestiegenen Pflegekräfte zunächst passiv – sie haben zwar über einen Wiedereinstieg nachgedacht oder auch mit anderen darüber gesprochen, sich aber bislang noch nicht informiert („latent-passives Engagement“). Demgegenüber stehen jedoch 33,7 Prozent der Befragten, die sich bereits Stellenanzeigen angesehen, sich aber bislang noch nicht beworben haben („latent-aktives Engagement“). Konkret aktiv geworden sind 5,7 Prozent der Befragten, sie haben sich bereits beworben oder stehen mit einem Arbeitgeber in Kontakt („manifest-aktives Engagement“).

Abbildung 17: Häufigkeit des Nachdenkens ausgestiegener Pflegekräfte über Wiedereinstieg



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, ausgestiegene Pflegekräfte n = 2.501.

Abbildung 18: Engagement ausgestiegener Pflegekräfte beim Wiedereinstieg



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, ausgestiegene Pflegekräfte n = 2.359.

4.1.4 Ausgestiegene und Teilzeitpflegekräfte, die Rückkehr beziehungsweise Stundenerhöhung ausschließen

Die Befragten, die bei der Frage nach der Bereitschaft zum Wiedereinstieg beziehungsweise zur Aufstockung von Stunden „ausgeschlossen“ angegeben haben, wurden mit Blick auf die soziodemografischen Merkmale näher betrachtet. Hierdurch sollten Faktoren identifiziert werden, die mögliche Gründe für die nicht vorhandene Bereitschaft zu einer Aufstockung oder einem Wiedereinstieg anzeigen.

Ausgestiegene, die einen Wiedereinstieg ausschließen (n = 333), sind häufiger männlich (21,0 zu 17,5 Prozent), seltener alleinerziehend (6,3 zu 9,0 Prozent) und tendenziell älter (Durchschnittsalter 46 zu 43 Jahren) als die Befragten in der Gruppe aller Ausgestiegenen (n = 3.115). Auch leben deutlich seltener Kinder unter 18 Jahren in Haushalten Ausgestiegener, die eine Rückkehr ausschließen, als bei allen Ausgestiegenen (69 zu 55 Prozent). Mit Blick auf die Sorgeverpflichtungen als pflegende Angehörige zeigen sich keine eindeutigen Unterschiede zwischen den betrachteten Gruppen. Der Gesundheitszustand der Ausgestiegenen ohne Rückkehrbereitschaft stellt sich im Vergleich mit allen Ausgestiegenen ebenfalls deutlich schlechter dar: Während rund 20 Prozent der Ausgestiegenen ohne Rückkehrbereitschaft ihren Gesundheitszustand als schlecht bis sehr schlecht bezeichnen, ist dies in der Gruppe aller Ausgestiegenen bei lediglich 10 Prozent der Fall. In Bezug auf den höchsten Abschluss in der Pflege sind in der Gruppe aller Ausgestiegenen häufiger Personen mit akademischen Abschlüssen, jedoch seltener Personen mit Fachweiterbildungen vertreten als in der Gruppe derer, die eine Rückkehr ausschließen. Der monatliche Nettoverdienst derer, die eine Rückkehr ausschließen, liegt zudem rund 200 Euro über dem Verdienst aller Ausgestiegenen (2.000 Euro zu 1.800 Euro, Median).

Teilzeitbeschäftigte, die eine Stundenerhöhung ausschließen (n = 2.622), unterscheiden sich mit Blick auf die meisten soziodemografischen Merkmale nicht beziehungsweise kaum (z.B. Geschlecht, Haushaltsstrukturen/Zusammenleben mit dem Partner/der Partnerin im Haushalt, Berufstätigkeit des Partners/der Partnerin) von allen befragten Teilzeitbeschäftigten (n = 9.569). Auch Sorgeverpflichtungen als Alleinerziehende oder als pflegende Angehörige liegen bei denjenigen, die eine Stundenerhöhung ausschließen, nicht häufiger vor als bei allen befragten Teilzeitkräften. Bei Teilzeitkräften, die eine Stundenerhöhung ausschließen, leben deutlich seltener Kinder unter 18 Jahren im Haushalt: 60 Prozent haben keine Kinder unter 18 Jahren im Haushalt, in der Gruppe aller Teilzeitbeschäftigter sind es rund 52 Prozent. Zudem liegt der Altersdurchschnitt in der Gruppe derer, die eine Stundenerhöhung ausschließen, etwas höher (45 zu 43 Jahren). Unterschiede zeigen sich zudem in einem

tendenziell schlechteren Gesundheitszustand derer, die eine Stundenerhöhung ausschließen (zusammengefasste Angaben „schlecht“ und „sehr schlecht“ 19,2 zu 15,5 Prozent). Keine nennenswerten Unterschiede zeigten sich beim höchsten erzielten Abschluss in der Pflege. Allerdings besitzen Teilzeitkräfte, die eine Stundenerhöhung ablehnen, leicht häufiger Fachweiterbildungen als die Gruppe aller Teilzeitbeschäftigter (50 zu 47 Prozent). Die Nettoverdienste beider Gruppen unterscheiden sich um circa 100 Euro zugunsten derer, die eine Stundenerhöhung ausschließen (1.800 Euro zu 1.700 Euro, Median).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Gruppe derer, die eine Rückkehr in den Pflegeberuf beziehungsweise Stundenerhöhungen ausschließt, nicht häufiger mit Erziehungsaufgaben oder Sorgeverpflichtungen belegt ist. Vielmehr werden Unterschiede in Bezug auf den Gesundheitszustand deutlich und weisen damit stärker in Richtung einer eingeschränkten Beschäftigungsfähigkeit.

Auf einen Blick: Bereitschaft und Engagement bei Wiedereinstieg und Stundenerhöhung

- ▶ Knapp 50 Prozent der befragten Teilzeitpflegekräfte wären bereit, ihre wöchentliche Arbeitszeit im Median um zehn Stunden zu erhöhen. Gut 60 Prozent der ausgestiegenen Pflegekräfte könnten sich eine Rückkehr im wöchentlichen Umfang von im Median 30 Stunden vorstellen – unter den für sie richtigen Arbeitsbedingungen. In ihrer Bereitschaft zur Stundenerhöhung/Rückkehr unterscheiden sich Kranken- und Langzeitpflegekräfte nur geringfügig.
- ▶ Von den ausgestiegenen Pflegekräften, die eine Rückkehr nicht ausschließen, denken gut 60 Prozent mindestens einmal im Monat darüber nach. Ein Drittel hat sich bereits Stellenanzeigen angesehen, sich aber noch nicht beworben.
- ▶ Ein Drittel der ausgestiegenen Pflegekräfte engagiert sich latent-aktiv bei der Rückkehr und hat sich bereits Stellenanzeigen angesehen, knapp 6 Prozent haben sich bereits beworben oder stehen schon mit einem Arbeitgeber in Kontakt.
- ▶ Von den Teilzeitpflegekräften, die eine Stundenerhöhung nicht ausschließen, denkt ein Drittel mindestens einmal im Monat über eine Aufstockung nach.
- ▶ Pflegekräfte, die eine Stundenerhöhung oder einen Wiedereinstieg ausschließen, haben seltener Sorgeverpflichtungen als alle anderen Befragten, geben jedoch einen etwas schlechteren Gesundheitszustand an.

4.2 Pflegekräftepotenziale

Der folgende Abschnitt legt das Verfahren zur Berechnung der Pflegefachkräftepotenziale dar und weist die ermittelten Fachkräftepotenziale für Teilzeitpflegekräfte und ausgestiegene Pflegekräfte sowie für die Kranken- und Langzeitpflege aus. Diese Ergebnisse werden ergänzt durch weitere in dieser Befragung gewonnene Erkenntnisse, bezogen auf das Engagement ausgestiegener Pflegekräfte bei der Rückkehr und aufgeschlüsselt nach ihrem aktuellen Erwerbsstatus sowie ihren angestrebten Wiedereinstiegsbereichen.

4.2.1 Berechnung der Pflegefachkräftepotenziale – konservatives und optimistisches Modell

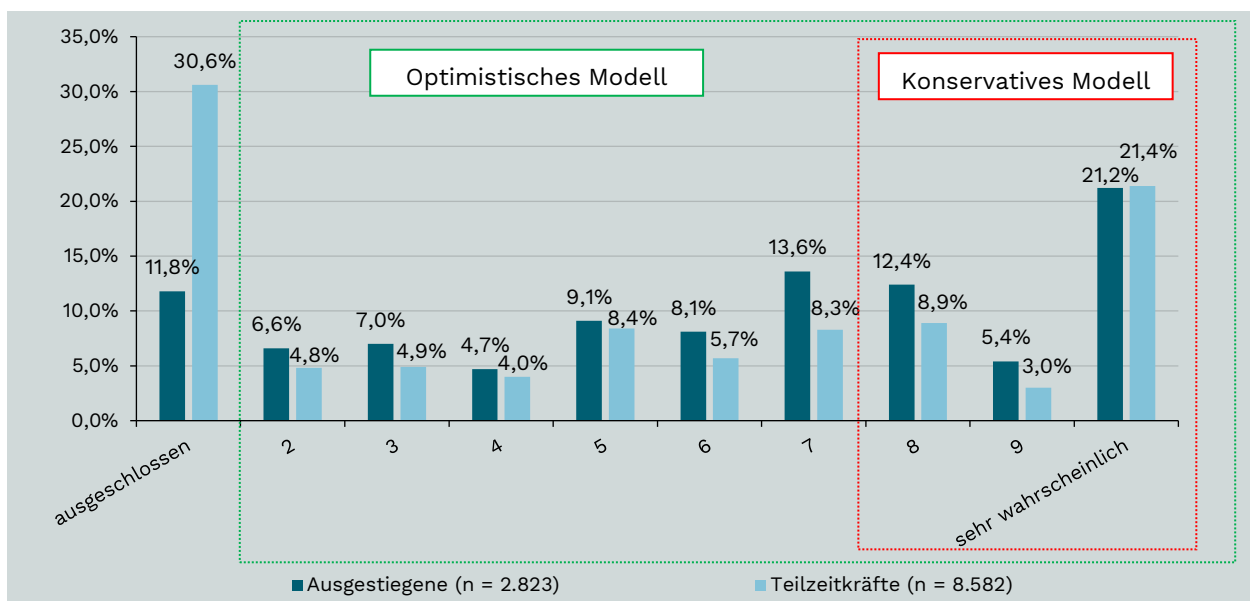
Auf Basis der von den Befragten getätigten Angaben zur Bereitschaft, in den Pflegeberuf zurückzukehren beziehungsweise die wöchentlichen Arbeitsstunden zu erhöhen, und dem errechneten Median des dabei gewünschten Stundenumfangs, können Fachkräftepotenziale ermittelt werden.

Befragte, die eine Berufsrückkehr oder Stundenerhöhung von vornherein ausschließen, wurden nicht berücksichtigt.

Die Bereitschaft aller übrigen Befragten wird in zwei Rechenmodelle einbezogen: Das optimistische Modell schließt alle Befragten ein, die eine Berufsrückkehr oder Stundenerhöhung nicht kategorisch ausschließen, das heißt alle, die auf der oben genannten Skala (Abbildung 20) mindestens eine 2 angegeben haben. Dementgegen steht ein konservatives Modell, bei dem nur Befragte einbezogen werden, die eine Bereitschaft von mindestens 8 von 10 auf der oben genannten Skala angegeben haben, unter den für sie richtigen Bedingungen in die Pflege zurückzukehren beziehungsweise ihre wöchentlichen Arbeitsstunden zu erhöhen.

Diese Bereitschaft wird dann auf die Grundgesamtheit der Teilzeitpflegefachkräfte sowie auf die im Rahmen dieser Studie erstmals geschätzten Grundgesamtheit der ausgestiegenen Pflegefachkräfte übertragen. Zur Berechnung des Gesamtstundenvolumens werden die in der Studie ermittelte gewünschte wöchentliche Arbeitszeit von im Median 30 Stunden sowie der von Teilzeitpflegekräften im Median angegebenen gewünschten Erhöhung ihrer wöchentlichen Arbeitszeit von zehn Stunden herangezogen. Zur Umrechnung in potenziell (zurück-)gewinnbare Vollzeitäquivalente wird eine regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit von 38,5 Stunden zugrunde gelegt. Die für beide Rechenmodelle ausgewiesenen Vollzeitäquivalente bilden in der Folge einen Ergebniskorridor, mit dem eine Annäherung an ein mögliches Potenzial versucht werden soll.

Abbildung 19: Grafische Darstellung der Grundlage des optimistischen und konservativen Rechenansatzes



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, Teilzeitpflegekräfte n = 8.582, ausgestiegene Pflegekräfte n = 2.823.

4.2.2 Teilzeitpflegekräfte

Die befragten Teilzeitkräfte geben im Median an, ihre wöchentliche Arbeitszeit um 10 Stunden erhöhen zu wollen. Nach dem optimistischen Modell wären von den in der Krankenpflege beschäftigten Teilzeitkräften etwa 75 Prozent der Befragten bereit, dies unter den für sie richtigen Arbeitsbedingungen zu tun. Bei den in der Langzeitpflege beschäftigten Teilzeitkräften trifft das auf etwa 73 Prozent der

Befragten zu. Nach dem konservativen Ansatz verringern sich diese Zahlen auf etwa 34 Prozent der Befragten für die Krankenpflege und etwa 39 Prozent der Befragten für die Langzeitpflege.

Da die Grundgesamtheit der teilzeitbeschäftigten Pflegekräfte in Deutschland bekannt ist, lässt sich, basierend auf der Annahme, dass sich die grundsätzliche Bereitschaft zur Stundenerhöhung und der dabei gewünschte Stundenumfang der befragten Teilzeitpflegekräfte auf die Gesamtheit aller Teilzeitpflegekräfte in Deutschland übertragen lässt, eine Hochrechnung des Potenzials durchführen.

Nach Daten des Statistischen Bundesamts sind in Deutschland 223.092 Teilzeitfachkräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser beschäftigt.⁵⁵ Davon ausgehend, dass davon ebenfalls 34 bis zu 75 Prozent zu einer Aufstockung der wöchentlichen Arbeitszeit um zehn Stunden unter den für sie richtigen Arbeitsbedingungen bereit sind, ergibt sich für die Krankenpflege in Deutschland ein Potenzial von rund 20.000 (konservativ) bis zu 43.000 (optimistisch) Vollzeitäquivalenten.

Auf Basis von Daten der Pflegestatistik⁵⁶ kann für ganz Deutschland von einer Grundgesamtheit von 184.687 Teilzeitkräften auf Fachkraftniveau in den Bereichen Pflege und Betreuung in der Langzeitpflege ausgegangen werden. Davon ausgehend, dass davon ebenfalls etwa 73 beziehungsweise 39 Prozent zu einer Aufstockung der wöchentlichen Arbeitszeit um zehn Stunden unter den für sie richtigen Arbeitsbedingungen bereit sind, ergibt sich für die Langzeitpflege in Deutschland ein Potenzial von rund 19.000 (konservativ) bis zu 35.000 (optimistisch) Vollzeitäquivalenten.

Insgesamt ergibt sich somit ein Teilzeitpflegekräftepotenzial auf Fachkraftniveau in der Kranken- und Langzeitpflege von rund 38.000 bis zu 78.000 Vollzeitäquivalenten.⁵⁷

⁵⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021a).

⁵⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020a).

⁵⁷ Diese Zahlen liegen deutlich niedriger im Vergleich zu den Berechnungen in der Bremer Pilotstudie, da diese im Bereich der Langzeitpflege nicht nach Berufsabschlüssen und Tätigkeitsbereichen unterschieden hat, sondern alle Teilzeitkräfte in diesem Bereich zugrunde gelegt hat. Die entsprechenden Differenzierungen lagen in der Pflegestatistik von 2017 noch nicht vor.

Tabelle 8: Berechnung des bundesweiten Teilzeitpflegekräftepotenzials nach Kranken- und Langzeitpflege

Teilzeitpflegekräfte in der Krankenpflege			Teilzeitpflegekräfte in der Langzeitpflege		
Teilzeitfachkräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser ¹	223.092		Teilzeitfachkräfte in Pflegeheimen in den Bereichen Pflege und Betreuung ² (über 50 %, bis unter 50 %, aber nicht geringfügig)	107.166	
			Teilzeitkräfte in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten in den Bereichen Pflege und Betreuung ² (über 50 %, bis unter 50 %, aber nicht geringfügig)	77.521	
			Teilzeitfachkräfte in der Langzeitpflege insgesamt	184.687	
Bereitschaft zur Stundenerhöhung³	Konservativ	Optimistisch	Bereitschaft zur Stundenerhöhung³	Konservativ	Optimistisch
<i>Köpfe</i>	<i>75.628</i> <i>(33,9 %)</i>	<i>166.204</i> <i>(74,5 %)</i>	<i>Köpfe</i>	<i>257.301</i> <i>(39,2 %)</i>	<i>481.127</i> <i>(73,3 %)</i>
Gewünschte Stundenerhöhung³	10		Gewünschte Stundenerhöhung³	10	
Gesamtzahl der potenziellen Wochenstunden	756.281,88	1.662.035,40	Gesamtzahl der potenziellen Wochenstunden	723.973	1.353.756
Vollzeitäquivalente (38,5 Wochenstunden)	19.644	43.170	Vollzeitäquivalente (38,5 Wochenstunden)	18.805	35.163
Gesamt	38.449 bis zu 78.333 Vollzeitäquivalente				

¹ Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021a)

² Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020a)

³ Ergebnisse der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021a), (2020a)

4.2.3 Ausgestiegene Pflegekräfte

Schätzung des theoretischen Pflegefachkräftepotenzials mittels GKV-Routinedaten der BARMER

Franziska Heinze, SOCIUM, Universität Bremen

Eine Möglichkeit der Abschätzung des Pflegekräftepotenzials durch Berufsrückkehrer*innen liegt in der Analyse von Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Im Rahmen der Meldung ihrer sozialversicherungspflichtigen Angestellten werden durch die Arbeitgeber unter anderem auch die Tätigkeitsschlüssel übermittelt. Anhand dieser Schlüssel und der zugehörigen Meldungszeiträume lässt sich so die Berufshistorie der Versicherten rekonstruieren und prüfen, wer in der Vergangenheit eine Pfl egetätigkeit ausgeübt hat. Die gemeldeten Tätigkeitsschlüssel wurden bis Ende 2011 nach der Klassifikation der Berufe 1998 kodiert, seit 2012 wurde die Kodierung auf die Klassifikation der Berufe 2010 umgestellt (BA 1998, 2013).

Methodische Hinweise

Die BARMER ist bundesweit aktiv und mit 8,7 Millionen Versicherten (Stand Januar 2022) eine der beiden größten Krankenkassen in Deutschland. Für die Auswertung wurden die Daten von Versicherten verwendet, für die gültige Informationen zum Alter und Geschlecht vorliegen, deren Versicherungsdauer zum Stichtag (jeweils 31.12. der Jahre 2012 bis 2020) mindestens ein Jahr betrug und die im Stichjahr zwischen 15 und 64 Jahre alt waren. Versicherte der ehemaligen Deutschen BKK (Zusammenschluss mit der BARMER am 1.1.2017) wurden ausgeschlossen, um etwaige Verzerrungen durch Datenlücken zu vermeiden.

Mithilfe der übermittelten Tätigkeitsschlüssel wurden danach alle Versicherten zu beruflich Pflegenden (Tätigkeit in der Berufsgruppe der Pflegekräfte am Stichtag) und Nicht-Pflegenden (= keine oder andere Tätigkeit) differenziert. Anschließend wurde die verfügbare Berufshistorie der Nicht-Pflegenden auf eine vorausgehende Tätigkeit im Pflegesektor geprüft. Eine solche Tätigkeit wird als Qualifikation für eine potenzielle Berufsrückkehr angesehen. Die Vorgaben für eine Zuteilung anhand der Tätigkeitsschlüssel zu den Berufsgruppen der Altenpflegefach- und -hilfskräfte sowie Krankenpflegefach- und -hilfskräfte sind der Tabelle 1 zu entnehmen. Sollte in der Berufshistorie mehr als eine der vier Pflegeberufsgruppen vorliegen, so wird für diese Versicherten bei potenzieller Rückkehr die zeitlich letzte ausgeübte Berufsgruppe vor dem Stichtag angerechnet.

Tabelle 9: Definition der Berufsgruppen mit Pflegetätigkeit

	KldB 1988	KldB 2010
Altenpflegefachkräfte	861 (Sozialarbeiter, Sozialpfleger) inklusive Pflegehilfe	821xx (Altenpflege) ohne 82101 (Altenpflege-Helfer)
Altenpflegehilfskräfte	Nicht identifizierbar	82101 (Altenpflege-Helfer)
Krankenpflegefachkräfte	853 (Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen)	813xx (Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe) ohne 81301 (Gesundheits- und Krankenpflege-Helfer), 8133x (Berufe der operations-/medizinischen Assistenz) und 8134x (Berufe im Rettungsdienst)
Krankenpflegehilfskräfte	854 (Helfer in der Krankenpflege) inklusive Sanitäter, Wochenpflegerinnen	81301 (Gesundheits- und Krankenpflege-Helfer)

Quelle: Bundesagentur für Arbeit (1988), (2013)

Für die Jahre 2012 bis 2020 entsprechen die in die Auswertung einbezogenen BARMER-Versicherten 9,00 bis 9,85 Prozent der deutschen Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren. Zum 31.12.2020 sind 3,70 Prozent der in die Analyse einbezogenen Versicherten in einem Pflegeberuf tätig. In Deutschland insgesamt liegt der Anteil zu diesem Zeitpunkt und bezogen auf die Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren bei 3,15 Prozent. Die Anzahl beschäftigter Pflegekräfte zum Stichtag in Deutschland wurde

auf Grundlage der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes⁵⁸ und der Tätigkeitsschlüssel-Definition aus Tabelle 9 ermittelt und umfasst alle Altersgruppen.

Die Hochrechnung von den BARMER-Versicherten auf die deutsche Bevölkerung erfolgte mittels folgenden Faktors: Gesamtheit der 15- bis 64-Jährigen ohne berufliche Pflege Tätigkeit in Deutschland/ Gesamtheit der 15- bis 64-jährigen BARMER-Versicherten ohne berufliche Pflege Tätigkeit.⁵⁹ Für die Berechnung des Zählers wurden die Pflegekräfte von der Gesamtbevölkerung subtrahiert. Da seitens des Statistischen Bundesamtes für 2020 noch keine Zahlen für die Pflegekräfte nach Tätigkeitsschlüssel vorliegen, wurde die Gesamtheit der beruflich Pflegenden in Deutschland zum Stichtag 31.12.2020 deshalb mit der Anzahl der Pflegekräfte von 2019 gleichgesetzt. Für das Jahr 2020 ergab sich so ein Hochrechnungsfaktor von 11,17.

Ergebnisse: Schätzung der Grundgesamtheit ausgestiegener Pflegekräfte

Die Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse der Abschätzung der Grundgesamtheit ausgestiegener Pflegekräfte in Köpfen für die vier definierten Berufsgruppen der Alten- und Krankenpflegefach- und -hilfskräfte. Zum Stichtag 31.12.2020 waren nach der Hochrechnung knapp 1,275 Millionen ehemalige beruflich Pflegenden inzwischen nicht mehr als Pflegekräfte tätig. Dabei entfallen 29,2 Prozent beziehungsweise 38,6 Prozent auf Fachkräfte der Alten- und Krankenpflege sowie 13,3 Prozent beziehungsweise 18,9 Prozent auf die jeweiligen Hilfskräfte. Wie in Abbildung 1 ersichtlich, ist die Abschätzung über die Jahre 2012 bis 2020 für die Fachkräfte und Krankenpflegehilfskräfte relativ konsistent. Die Grundgesamtheit ausgestiegener Altenpflegehilfskräfte steigt hingegen deutlich an, da diese Berufsgruppe erst mit der Klassifikation der Berufe 2010 identifizierbar wurde und somit Berufsausstiege erst ab dem Datenjahr 2012 identifiziert werden können.

Tabelle 10: Schätzung der Grundgesamtheit ausgestiegener Pflegekräfte, basierend auf einer Hochrechnung von GKV-Routinedaten

	Altenpflege- fachkräfte	Altenpflege- hilfskräfte	Krankenpflege- fachkräfte	Krankenpflege- hilfskräfte	Fachkräfte gesamt	Hilfskräfte gesamt	Fach- und Hilfskräfte gesamt
2020*	372.065	169.509	491.901	241.482	863.966	410.991	1.274.957

Hochrechnung: Nicht-Pflegende der Versicherten standardisiert auf die deutsche Bevölkerung ohne Pflege Tätigkeit (15–64 Jahre)

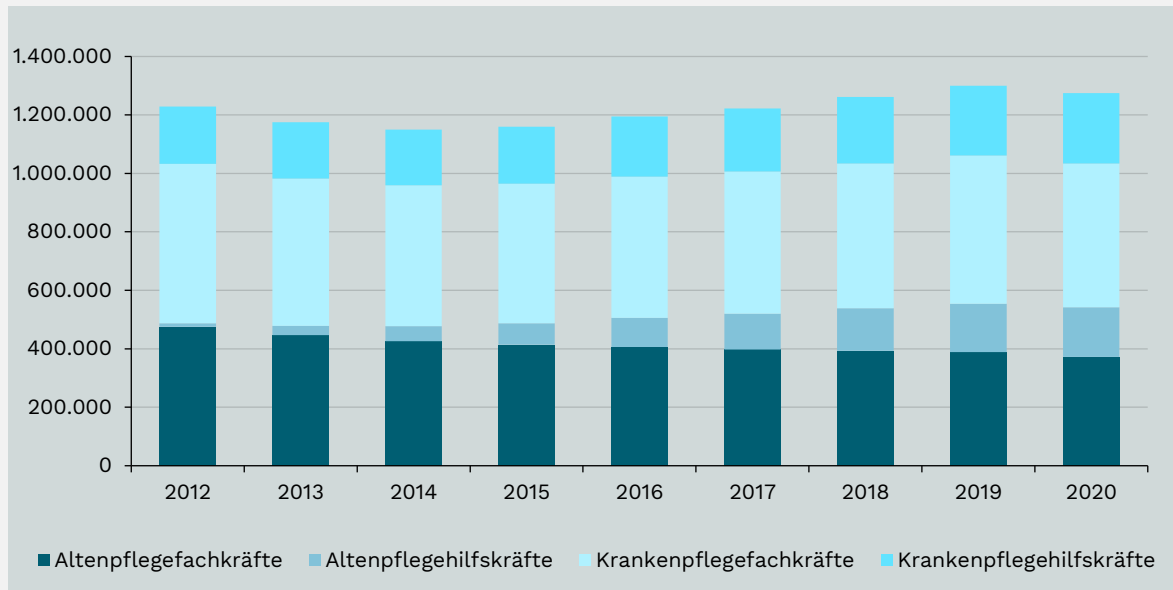
* Für 2020 liegen noch keine Zahlen des Statistischen Bundesamtes für die Pflegekräfte nach Tätigkeitsschlüssel vor. Die Gesamtheit der nicht-pflegenden Bevölkerung zum Stichtag 31.12.2020 für den Hochrechnungsfaktor wurde deshalb mit der Anzahl der Pflegekräfte von 2019 berechnet.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage von GKV-Routinedaten der BARMER.

⁵⁸ Statistisches Bundesamt – GPR, Gesundheitspersonal nach Geschlecht, Einrichtung und Beruf (Primärquelle: Statistisches Bundesamt, Gesundheitspersonalrechnung unter: www.gbe-bund.de (17.3.2022)).

⁵⁹ Statistisches Bundesamt – Bevölkerung am Jahresende ab 2011 (Grundlage Zensus 2011) (Primärquelle: Statistisches Bundesamt, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes unter: www.gbe-bund.de (17.3.2022)).

Abbildung 20: Entwicklung der Grundgesamtheit ausgestiegener Pflegekräfte zwischen 2012 und 2020



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage von GKV-Routinedaten der BARMER.

Berechnung des Pflegekräftepotenzials ausgestiegener Pflegekräfte

Geht man davon aus, dass sich die Wiedereinstiegsbereitschaft und die gewünschte wöchentliche Arbeitszeit der befragten ausgestiegenen Pflegekräfte der vorliegenden Studie auf die geschätzte Grundgesamtheit der ausgestiegenen Pflegekräfte übertragen lässt, kann ein Pflegekräftepotenzial berechnet werden.

Dabei ergibt sich ein Pflegefachkräftepotenzial von 152.000 bis zu 335.000 Vollzeitäquivalenten im Bereich der Altenpflege. Für die Krankenpflege ergibt sich ein Pflegefachkräftepotenzial von 111.000 bis zu 248.000 Vollzeitäquivalenten. Insgesamt stünden durch die Rückkehr ausgestiegener Pflegekräfte zwischen 263.000 bis zu 583.000 Vollzeitäquivalente für eine gute Pflege und zur Entlastung vorhandener Pflegekräfte zur Verfügung.

Tabelle 11: Rechnerisches Fachkräftepotenzial ausgestiegener Pflegekräfte in Vollzeitäquivalenten

Ausgestiegene Fachkräfte in der Krankenpflege			Ausgestiegene Fachkräfte in der Langzeitpflege		
Geschätzte Anzahl an ausgestiegenen Krankenpflegefachkräften ¹	491.901		Geschätzte Anzahl an ausgestiegenen Langzeitpflegefachkräften ¹	372.065	
Bereitschaft zum Wiedereinstieg ²	Konservativ	Optimistisch	Bereitschaft zum Wiedereinstieg ²	Konservativ	Optimistisch
<i>Köpfe</i>	195.285 (39,7 %)	429.430 (87,3 %)	<i>Köpfe</i>	142.129 (38,2 %)	318.860 (85,7 %)
Gewünschte wöchentliche Arbeitszeit ²	30		Gewünschte wöchentliche Arbeitszeit ²	30	
Gesamtzahl der potenziellen Wochenstunden	5.858.541	12.882.887	Gesamtzahl der potenziellen Wochenstunden	4.263.865	9.565.791
Vollzeitäquivalente (38,5 Wochenstunden)	152.170	334.620	Vollzeitäquivalente (38,5 Wochenstunden)	110.750	248.462
Gesamt	262.920 bis zu 583.083 Vollzeitäquivalente				

¹ Geschätzte Grundgesamtheit ausgestiegener Krankenpflegefachkräfte und Altenpflegefachkräfte aus GKV-Routinedaten der BARMER

² Ergebnisse der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der Schätzung der Grundgesamtheit ausgestiegener Krankenpflegefachkräfte und Altenpflegefachkräfte aus GKV-Routinedaten der BARMER sowie auf Grundlage der Ergebnisse der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“.

Zur Abschätzung des Fachkräftepotenzials ist auch die Berücksichtigung der Altersstruktur der ausgestiegenen Pflegekräfte hilfreich. Diese zeigt, dass ausgestiegene Altenpflegefachkräfte durchschnittlich 47 Jahre alt sind und theoretisch noch knapp 18 Jahre bis zur Rente in der Pflege arbeiten könnten. Ausgestiegene Krankenpflegefachkräfte sind durchschnittlich 46 Jahre alt und könnten theoretisch noch knapp 19 Jahre in der Pflege arbeiten. Die Altersstruktur der geschätzten Grundgesamtheit der Fachkräfte, auf denen die Potenzialberechnungen basieren, sind mit der Altersstruktur der Stichprobe ausgestiegener Pflegekräfte dieser Befragung vergleichbar (siehe 2.4).

Methodische Limitationen, Über- und Unterschätzung und Einordnung

Die Nutzung und Hochrechnung der GKV-Routinedaten für die Fragestellung bringen eine Reihe von Limitationen mit sich. Zum einen wird für die Abschätzung des Pflegekräftepotenzials angenommen, dass die BARMER-Versicherten repräsentativ für die gesamte deutsche Bevölkerung sind. Die Abdeckung entspricht fast 10 Prozent der deutschen Bevölkerung, ein gewisser Selektionsbias und Datenlücken durch fehlende oder fehlerhafte Meldungen der Tätigkeitsschlüssel können hier aber nicht ausgeschlossen werden. Beispielsweise steigt der Anteil der nach Tätigkeitsschlüssel identifizierten Pflegekräfte, die bei der BARMER versichert sind, gemessen an allen Pflegekräften in Deutschland zwischen den Datenjahren 2012 und 2020 von 4,22 Prozent auf 11,44 Prozent an. Erwarten würde man bei entsprechender Repräsentativität hingegen Werte, die der Versichertenabdeckung der BARMER entsprechen. Doch gerade in den früheren Datenjahren scheinen Pflegekräfte hier unterrepräsentiert, was Auswirkungen auf das berechnete Pflegekräftepotenzial haben kann. Auch die Vollständigkeit der Berufshistorie ist nur bei kontinuierlicher Versicherung bei der BARMER gewährleistet, sodass es zu einer Unterschätzung der ehemaligen Pflegekräfte kommen kann, weil eine frühere Tätigkeit im Pflegesektor eventuell unerkannt bleibt.

Zusätzlich ist die Definition der Berufsgruppen vor 2010 nicht eindeutig und resultiert beispielsweise in einer Überschätzung durch ehemalige Sozialarbeiter*innen unter den Altenpflegefachkräften und einer Unterschätzung der Altenpflegehilfskräfte, weil diese vor 2010 nicht separat ausgewiesen werden können. Zusätzlich wurde aufgrund fehlender offizieller Zahlen für die Ermittlung des Hochrechnungsfaktors die Anzahl der Pflegekräfte von 2019 als Subtrahend angesetzt.

Unter den potenziellen Berufsrückkehrer*innen, die zum Stichtag keine Tätigkeit in der Pflege ausüben, dies aber in ihrer Vergangenheit getan haben, können überdies auch Personen eingeschlossen sein, die nicht mehr für eine Tätigkeit im Pflegeberuf geeignet sind. Sei es aufgrund von gesundheitlichen Ursachen, einer nicht mehr ausreichenden Qualifikation oder dem eigenen Einstieg in die Pflegebedürftigkeit oder Erwerbsminderungsrente. Die Eintritte in die Erwerbsminderungsrente innerhalb eines Jahres sind in der Pflege zwar etwas häufiger im Vergleich mit allen Beschäftigten, sie liegen jedoch bei unter einem Prozent (jeweils 0,39 Prozent bei Alten- sowie Krankenpflegefachkräften gegenüber 0,3 Prozent bei allen Beschäftigten).⁶⁰ Die Abschätzung des theoretischen Pflegefachkräftepotenzials könnte in dieser Hinsicht mit einer leichten Überschätzung einhergehen.

Zusätzlich bleibt offen, welche Folgen ein Abzug der potenziellen Pflegekräfte aus ihrer neuen Tätigkeit hätte. Zwar lagen zu den 1,275 Millionen potenziellen Rückkehrer*innen von 2020 zum Stichtag für 52,8 Prozent kein gültiger Tätigkeitsschlüssel vor. Diejenigen, für die eine Angabe vorliegt, sind zu 11,9 Prozent im Bereich „Erziehung, Sozialarbeit, Heilerziehung“ beschäftigt, 3,5 Prozent in der „Arzt- und Praxishilfe“ und 2,6 Prozent werden anhand der ersten drei Ziffern ihres Tätigkeitsschlüssels der Berufsgruppe „Büro und Sekretariat“ zugeordnet. In der Heilerziehung könnten Versicherte auch als Pflegekräfte beschäftigt sein. Aufgrund der vergleichsweise kleinen Anzahl von Beschäftigten in diesem Bereich kann von einem zu vernachlässigenden Einfluss auf die Schätzung des Pflegefachkräftepotenzials ausgegangen werden.

4.2.4 Potenziale unter Berücksichtigung des aktuellen Engagements bei der Rückkehr

Ein weiterer wichtiger Faktor zur Beurteilung des kurz- und mittelfristigen Rückkehrpotenzials zeigt sich in der Intensität beziehungsweise in dem Engagement, mit dem eine Rückkehr in den Pflegesektor verfolgt wird. Wenn man davon ausgeht, dass sich das Engagement der befragten ausgestiegenen Pflegefachkräfte auf alle ausgestiegenen Pflegefachkräfte bundesweit übertragen lässt, dann können latente und manifeste Pflegefachkräftepotenziale bestimmt werden.

So ergibt sich bundesweit ein latent-passives Pflegefachkräftepotenzial von rund 159.000 bis zu 353.000 Vollzeitäquivalenten, ein latent-aktives Potenzial von rund 97.000 bis zu 215.000 Vollzeitäquivalenten und ein manifest-aktives Potenzial von rund 15.000 bis zu 33.000 Vollzeitäquivalenten.

⁶⁰ Vgl. Rothgang et al. (2020): S. 19.

Tabelle 12: Potenziale ausgestiegener Kranken- und Langzeitpflegekräfte nach Engagement bei der Rückkehr in Vollzeitäquivalenten

Engagement bei der Rückkehr			Potenziale konservatives Modell		Potenziale optimistisches Modell	
Latent-passives Potenzial	<i>Über einen Wiedereinstieg nachgedacht, aber noch nicht informiert</i>	39,6 %	104.116	159.329	230.901	353.348
	<i>Mit anderen über einen Wiedereinstieg gesprochen, aber noch nicht informiert</i>	21,0 %	55.213		122.447	
Latent-aktives Potenzial	<i>Stellenanzeigen angesehen, aber noch nicht beworben</i>	33,7 %	88.604	88.604	196.499	196.499
Manifest-aktives Potenzial	<i>Bereits beworben</i>	2,5 %	6.573	14.986	14.577	32.236
	<i>Bereits mit Arbeitgeber in Kontakt</i>	3,2 %	8.413		18.659	
Gesamt		100 %	262.920	262.920	583.083	583.083

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“ und GKV-Routinedaten der BARMER.

4.2.5 Potenziale nach Erwerbsstatus und Engagement bei der Rückkehr

Die Merkmale des aktuellen Erwerbsstatus ausgestiegener Pflegekräfte und ihres Engagements in der Berufsrückkehr können kombiniert werden.

Es zeigt sich, dass 65,5 Prozent (konservatives Modell) beziehungsweise 72,5 Prozent (optimistisches Modell) der befragten ausgestiegenen Pflegekräfte derzeit erwerbstätig sind. Demgegenüber sind 25,5 Prozent beziehungsweise 21,1 Prozent der Befragten derzeit weder erwerbstätig noch arbeitssuchend gemeldet. Gegenwärtig nicht erwerbstätig und arbeitssuchend sind 8,9 Prozent beziehungsweise 6,4 Prozent der Befragten. Für beide Teilgruppen ist die hohe Relevanz des latent-passiven und latent-aktiven Engagements⁶¹ zur Rückkehr in den Pflegeberuf festzustellen. Lediglich 9,3 Prozent (konservatives Modell) beziehungsweise 5,7 Prozent (optimistisches Modell) der befragten rückkehrbereiten Pflegekräfte sind für eine Rückkehr in den Pflegeberuf derzeit manifest aktiv.

Mithilfe der Kombination der Merkmale (Tabelle 13) können differenzierende Aussagen über die Zielgruppe der ausgestiegenen Pflegekräfte, insbesondere mit Blick auf Handlungsempfehlungen zur Aktivierung des Potenzials rückkehrbereiter, ausgestiegener Pflegekräfte, getroffen werden. Denn für die derzeit berufstätigen, ausgestiegenen Pflegekräfte würde es faktisch um einen erneuten Berufswechsel gehen. Hier überraschen allerdings die hohen Anteile derjenigen Befragten (28,6 beziehungsweise 23,1 Prozent), die mit Blick auf ihr Rückkehrengagement bereits latent-aktiv sind. Und es gilt, auch die rückkehrbereiten Pflegekräfte, die derzeit weder erwerbstätig noch arbeitssuchend gemeldet

⁶¹ Latent-passiv: über einen Wiedereinstieg nachgedacht oder mit anderen darüber gesprochen, aber noch nicht informiert; latent-aktiv: Stellenanzeigen angesehen, aber noch nicht beworben; manifest-aktiv: bereits beworben oder bereits mit Arbeitgeber in Kontakt.

sind, aber latent-passiv oder sogar bereits latent-aktiv in ihrem Rückkehrengagement sind, über gezielte Ansprache- und Unterstützungsmaßnahmen künftig genauer in den Blick zu nehmen.

Tabelle 13: Faktorenmatrix „aktueller Erwerbsstatus“ und „Engagement zur Berufsrückkehr“ (ausgestiegene Pflegekräfte; beide Modellvarianten; Anteilswerte)

Konservatives Modell			
n = 807	Engagement zur Berufsrückkehr		
Aktueller Erwerbsstatus	latent-passiv	latent-aktiv	manifest-aktiv
Erwerbstätig	32,5 %	28,6 %	3,8 %
Nicht erwerbstätig & nicht arbeitssuchend	10,2 %	11,9 %	3,8 %
Nicht erwerbstätig & arbeitssuchend	3,2 %	4,4 %	1,6 %
Optimistisches Modell			
n = 1.760	Engagement zur Berufsrückkehr		
Aktueller Erwerbsstatus	latent-passiv	latent-aktiv	manifest-aktiv
Erwerbstätig	46,0 %	23,1 %	2,5 %
Nicht erwerbstätig & nicht arbeitssuchend	10,7 %	9,0 %	2,1 %
Nicht erwerbstätig & arbeitssuchend	2,7 %	2,9 %	1,0 %

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“.

4.2.6 Potenziale nach angestrebten Wiedereinstiegsbereichen

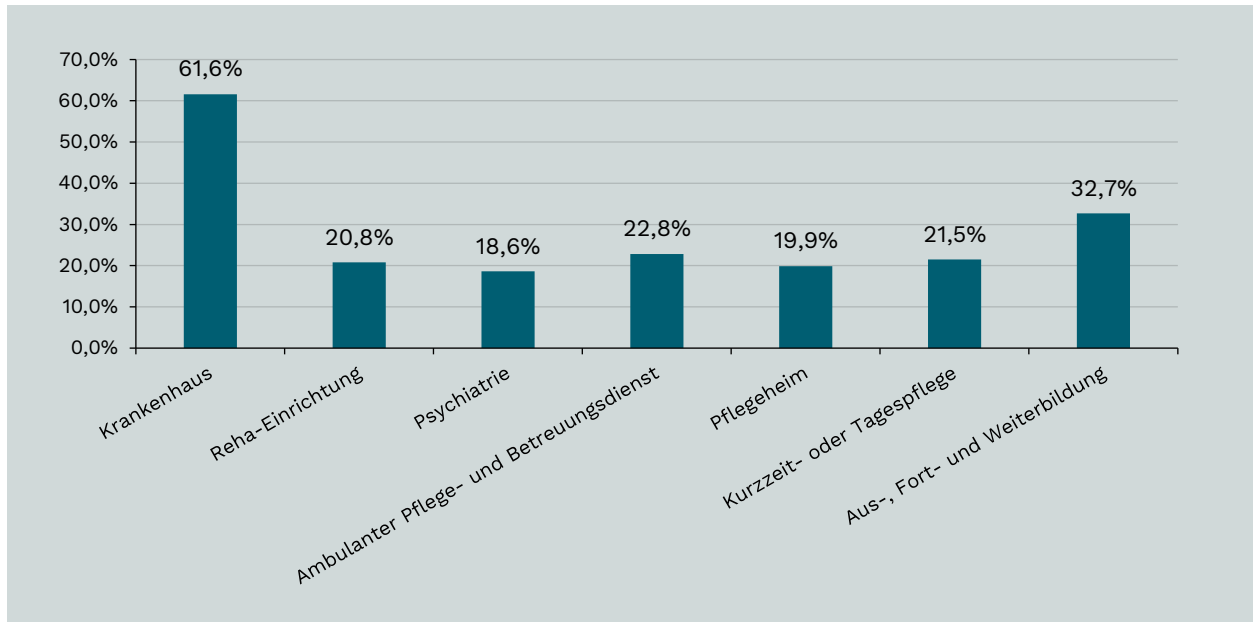
Da der Fachkräftemangel in der Pflege nicht in gleich hohem Maße für alle Arbeitsbereiche gilt und auch die Wiedereinstiegsbereitschaft nicht für alle Bereiche gleich ist, ist es hilfreich, die Potenziale der Rückgewinnung ausgestiegener Pflegekräfte auch unter Berücksichtigung des angestrebten Bereichs der Berufsrückkehr zu betrachten. Dabei konnten die Befragten eine Mehrfachauswahl treffen, das heißt mehr als einen Bereich für ihren Wiedereinstieg angeben.

Deutlich zu erkennen ist, dass ein großer Anteil der Befragten ein Interesse am Wiedereinstieg im Krankenhaus angibt (61,6 Prozent). Dies ist jedoch auch mit der hohen Anzahl an Befragten aus diesem Bereich zu erklären. Darüber hinaus ist der Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung, der nicht als letzter Arbeitsbereich angegeben werden konnte, vergleichsweise häufig als eine Option benannt worden (32,7 Prozent) (vgl. Abbildung 22).

Der Vergleich der Arbeitsbereiche vor dem Ausstieg aus der Pflege mit den Bereichen, in die ein Wiedereinstieg in der Pflege angestrebt wird, zeigt zunächst Kontinuität: Ausgestiegene geben überwiegend die eigenen ehemaligen Arbeitsbereiche als gewünschten Bereich für einen Wiedereinstieg an. Dies ist insbesondere der Fall bei Beschäftigten, die zuletzt im Krankenhaus (87,5 Prozent) und in der Psychiatrie (79,6 Prozent) gearbeitet haben. Auffällig ist, dass die Beschäftigten, die zuletzt in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten tätig waren, ihren eigenen Bereich seltener als Wiedereinstiegsbereich angeben (54,3 Prozent) und vergleichbar oft das Krankenhaus (41,8 Prozent)

sowie die Kurzzeit- und Tagespflege (35,2 Prozent) als mögliche Arbeitsfelder nennen. Über alle Befragten der verschiedenen letzten Arbeitsgebiete hinweg zeigt sich der Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung konstant als mögliche Option für einen Wiedereinstieg (vgl. Tabelle 14).

Abbildung 21: Angestrebte Wiedereinstiegsbereiche ausgestiegener Pflegekräfte



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, Ausgestiegene n = 2.413, Anzahl der Antworten n = 4.777.

Tabelle 14: Letzte und angestrebte Wiedereinstiegsbereiche ausgestiegener Pflegekräfte

Letzter Arbeitsbereich	Angestrebte Wiedereinstiegsbereiche						
	Krankenhaus	Reha-Einrichtung	Psychiatrie	Ambulanter Pflege- und Betreuungsdienst (APB)	Pflegeheim	Kurzzeit- oder Tagespflege (KTP)	Aus-, Fort- und Weiterbildung
Krankenhaus (n = 952, Antworten = 1.713)	87,5 %	17,4 %	13,6 %	12,4 %	5,3 %	10,1 %	33,7 %
Reha-Einrichtung (n = 40, Antworten = 100)	45,0 %	57,5 %	27,5 %	27,5 %	22,5 %	35,0 %	35,0 %
Psychiatrie (n = 98, Antworten = 211)	32,7 %	16,3 %	79,6 %	23,5 %	11,2 %	21,4 %	30,6 %
APB (n = 256, Antworten = 581)	41,8 %	27,0 %	14,8 %	54,3 %	23,0 %	35,2 %	30,9 %
Pflegeheim (n = 347, Antworten = 799)	32,6 %	27,1 %	16,7 %	28,0 %	57,3 %	39,2 %	29,4 %
KTP (n = 20, Antworten = 41)	20,0 %	20,0 %	10,0 %	25,0 %	30,0 %	65,0 %	35,0 %
Sonstige (n = 110, Antworten = 217)	45,5 %	23,6 %	20,0 %	20,9 %	17,3 %	20,9 %	49,1 %

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“.

Auf einen Blick: Pflegefachkräftepotenziale

Tabelle 15: Pflegefachkräftepotenziale im Überblick (in Vollzeitäquivalenten, gerundet)

	Krankenpflege		Langzeitpflege		Gesamt	
	Konservativ	Optimistisch	Konservativ	Optimistisch	Konservativ	Optimistisch
Teilzeitpflegefachkräfte	20.000	43.000	19.000	35.000	39.000	78.000
Ausgestiegene Pflegefachkräfte	152.000	335.000	111.000	248.000	263.000	583.000
Gesamt	172.000	378.000	130.000	283.000	302.000	661.000

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, Grunddaten Krankenhäuser 2019, Pflegestatistik 2019 des Statistischen Bundesamts, GKV-Routinedaten der BARMER.

4.3 Förderliche Arbeitsbedingungen für Wiedereinstieg und Stundenerhöhung

Nachdem die Bereitschaft zur Stundenerhöhung und zum Wiedereinstieg sowie die auf dieser Grundlage geschätzten Pflegefachkräftepotenziale dargestellt wurden, werden in den folgenden Abschnitten die für den Wiedereinstieg und die Stundenerhöhung notwendigen Veränderungsbedarfe dargestellt. Dies ist eine wichtige Einschränkung des Pflegepotenzials – denn die Befragten haben angegeben, nur unter den für sie richtigen Arbeitsbedingungen bereit zu sein, in ihren Beruf zurückzukehren oder ihre Stundenzahl zu erhöhen.

4.3.1 Rankingfrage – acht wichtige Arbeitsbedingungen in Relation zueinander

Ergänzend zur Bremer Pilotstudie wurden die Befragten der bundesweiten Studie gebeten, acht vorgegebene Arbeitsbedingungen nach der Bedeutung für ihren Wiedereinstieg beziehungsweise ihre Stundenerhöhung zu sortieren. Der Hintergrund für diese Aufgabe war, dass in der Bremer Pilotstudie ein Großteil der abgefragten Arbeitsbedingungen in Verbindung mit einem Wiedereinstieg und einer Stundenerhöhung als „wichtig“ und „sehr wichtig“ bewertet wurde und eine Aussage über die Relevanz der einzelnen Arbeitsbedingungen für einen Wiedereinstieg oder eine Stundenerhöhung im Verhältnis zueinander nur begrenzt möglich war.

Die acht vorgegebenen Arbeitsbedingungen generierten sich aus den als am wichtigsten bewerteten Arbeitsbedingungen aus den einzelnen Themenbereichen der Bremer Befragung.⁶² Diese sollten von den Befragten der bundesweiten Studie in Relation zueinander gesetzt und in eine Rangfolge gebracht werden. Die Ergebnisse erlauben Aussagen über die Relevanz einer Arbeitsbedingung im Verhältnis zu einer anderen.

Diese Frage unterschied sich von der Systematik der weiteren Fragen zu den Arbeitsbedingungen. Im weiteren Verlauf des Fragebogens bewerteten die Befragten innerhalb der fünf (bzw. sechs) Themenbereiche insgesamt 61 (bzw. 66) Arbeitsbedingungen jeweils einzeln auf einer Likert-Skala von „ganz unwichtig“ bis „ganz wichtig“ (Darstellung der Ergebnisse in den nächsten Abschnitten sowie ausführlich in Abschnitt 4.4). Aufgrund der großen Anzahl der zu bewertenden Arbeitsbedingungen wäre hier eine Sortierung durch die Befragten wie in der hier beschriebenen Rankingfrage nicht möglich gewesen.

⁶² Vgl. Auffenberg/Heß (2021): S. 23.

Tabelle 16: Ranking der wichtigsten Arbeitsbedingungen für Wiedereinstieg und Stundenerhöhung (Basis: Ergebnisse der Bremer Pilotstudie)

Rangstufe	Arbeitsbedingungen	Mittlerer Rang
1	Mehr Zeit für eine gute Pflege durch mehr Personal	2,15
2	Höhere Bezahlung	3,07
	Verlässliche Arbeitszeiten	3,32
3	Mehr Wertschätzung von Vorgesetzten	4,60
	Tarifbindung	5,05
4	Fachliche Aufstiegsmöglichkeiten	5,68
	Erlebtes während der Arbeitszeit psychisch verarbeiten können	5,97
	Betriebliche Interessenvertretung/Mitsprache	6,15

W = 0,37, p <0,001

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, alle Befragten n = 5.204.

Die in Tabelle 16 ersichtliche Rangordnung der abgefragten Merkmale ist für insgesamt 25 Teilgruppen überprüft worden – unter anderem aufgeteilt nach Ausgestiegenen und Teilzeitkräften, den Bereichen der Kranken- und Langzeitpflege, dem Geschlecht und dem wahrgenommenen Gesundheitszustand. Die folgenden Befunde sind über alle Teilgruppen und die Gesamtheit der Befragten hinweg stabil. Eine einzige Ausnahme bilden Ausgestiegene, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut wahrnehmen (n = 285). Doch auch dort findet sich lediglich eine Abweichung zwischen den Rangstufen 3 und 4.

Obwohl die exakte Reihenfolge der Arbeitsbedingungen nicht für alle Teilgruppen gleich ist, lassen sich insgesamt vier stabile Rangstufen aus den Berechnungen ableiten. Innerhalb einer Rangstufe tauschen einzelne Merkmale zwischen zwei Teilgruppen der Befragten unter Umständen die Plätze, zwischen zwei Rangstufen finden solche Bewegungen unabhängig von der betrachteten Teilgruppe jedoch nicht statt. Darüber hinaus lassen sich auch merkliche Unterschiede in den Abständen zwischen den mittleren Rängen feststellen. Innerhalb einer Rangstufe fallen diese Abstände deutlich geringer aus als zwischen zwei Rangstufen. Das bedeutet, die vier abgeleiteten Rangstufen unterscheiden sich hinsichtlich der Präferenz der Befragten stärker voneinander als die Arbeitsbedingungen innerhalb einer Rangstufe.

Mehr Zeit für eine gute Pflege durch mehr Personal ist die Bedingung, die von allen Befragten deutlich als die wichtigste für eine Entscheidung zur Berufsrückkehr oder Stundenerhöhung angesehen wird und auf der ersten Rangstufe zu finden ist. Dahinter reihen sich eine höhere Bezahlung und verlässliche Arbeitszeiten ein. Mit etwas größerem Abstand auf der dritten Rangstufe finden sich die Wünsche nach mehr Wertschätzung von Vorgesetzten sowie nach Tarifbindung. Fachliche Aufstiegsmöglichkeiten, die Möglichkeit, Erlebtes während der Arbeitszeit psychisch verarbeiten zu können sowie betriebliche Interessenvertretung und Mitsprache bilden die vierte und in Relation zu den anderen als am wenigsten wichtig betrachtete Rangstufe.

Diese Befunde sind zum einen hochsignifikant und weisen zum anderen ein beachtliches Maß an Übereinstimmung aller Befragten bei der Beurteilung der Merkmale auf. Ein Konkordanzkoeffizient W von 0,37 liegt zwar lediglich im unteren Mittelfeld des möglichen Wertebereichs, fällt aber angesichts der hohen Fallzahl und Heterogenität der befragten Pflegekräfte einerseits sowie der relativ großen Menge an zu beurteilenden Merkmalen andererseits bemerkenswert hoch aus. Somit kann auf Basis dieses Rankings von einer stabilen und eindeutigen Präferenzordnung der für die Entscheidung zu einer Berufsrückkehr oder Stundenerhöhung relevanten Arbeitsbedingungen gesprochen werden.

Zur korrekten inhaltlichen Interpretation dieser Befunde ist es essenziell zu beachten, dass hier für die Befragten lediglich eine Rangfolge der entsprechenden Merkmale in Relation zueinander zu bilden war. Somit sind Aussagen zur absoluten Wichtigkeit einzelner Arbeitsbedingungen für die Entscheidung zur Berufsrückkehr oder Stundenerhöhung auf Basis dieser Präferenzordnung allein nicht möglich, sondern lediglich, wie eindeutig einzelne Arbeitsbedingungen mehr oder weniger stark bei dieser Entscheidung ins Gewicht fallen. Damit ergänzen sich die abgefragten Themenbereiche und die Rankingfrage insofern, als dass Erstere Aussagen über die absolut empfundene Wichtigkeit einzelner Arbeitsbedingungen zulassen, sich dabei aber nicht in Relation zueinander setzen lassen, und Letztere auf ebendiese Erkenntnisdimension abzielt. Die Ableitung von Handlungsempfehlungen aus den Befunden dieser Studie profitiert also von einer kombinierten Interpretation beider Messverfahren.

Im Folgenden werden die zehn wichtigsten der 67 in den Themenbereichen abgefragten Arbeitsbedingungen präsentiert.

4.3.2 Top 10 der wichtigsten Arbeitsbedingungen

Tabelle 17 bietet einen Überblick über die zehn wichtigsten Arbeitsbedingungen zur Rückkehr in den Pflegebereich aus der Perspektive von ausgestiegenen Pflegekräften. Berücksichtigt werden dabei 67 Merkmale aus sechs Themenbereichen (siehe 2.1 Fragebogenentwicklung und -aufbau). Um eine Vergleichbarkeit der Items über die jeweiligen Themenbereiche zu ermöglichen, haben alle zu bewertenden Arbeitsbedingungen sechs identische Antwortkategorien (ganz unwichtig/unwichtig/eher unwichtig/eher wichtig/wichtig/ganz wichtig). Die Rangfolge der Arbeitsbedingungen wird auf Basis der Summe aus den Kategorien 5 = „wichtig“ und 6 = „ganz wichtig“ erstellt.

Tabelle 17: Die zehn wichtigsten Arbeitsbedingungen für einen Wiedereinstieg

	Arbeitsbedingungen	Themenbereiche	wichtig/ ganz wichtig	n
1	Fairer Umgang unter Kolleg*innen	Organisation und Führung	96,7 %	2.043
2	Bedarfsgerechte Personalbemessung	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	95,5 %	2.316
3	Vorgesetzte, die wertschätzend und respektvoll sind	Organisation und Führung	95,5 %	2.042
4	Mehr Zeit für menschliche Zuwendung	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	94,2 %	2.328
5	Vorgesetzte, die sensibel für meine Arbeitsbelastung sind	Organisation und Führung	93,6 %	2.040
6	Nicht unterbesetzt arbeiten müssen	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	93,4 %	2.327
7	Verbindliche Dienstpläne	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	90,0 %	2.255
8	Fort-/Weiterbildung = höheres Gehalt	Weiterbildung und Karriere	89,4 %	1.958
9	Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft	Organisation und Führung	89,2 %	2.038
10	Vereinfachte Dokumentation	Organisation und Führung	88,8 %	2.043

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, ausgestiegene Pflegekräfte n = 1.958–2.328.

Mit Blick auf die Top 10 der am wichtigsten für einen Wiedereinstieg bewerteten Arbeitsbedingungen zeigt sich eine Dominanz der Themenbereiche „Organisation und Führung“ sowie „Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung“. Acht der zehn wichtigsten Items entstammen diesen beiden Bereichen.

Hoch bewertet wurden von den Ausgestiegenen im Themenbereich „Organisation und Führung“ vor allem ein fairer Umgang unter Kolleg*innen (96,7 Prozent) sowie Vorgesetzte, die wertschätzend und respektvoll (95,5 Prozent) sowie sensibel für ihre Arbeitsbelastungen sind (93,6 Prozent). Außerdem ist den Befragten in diesem Bereich die Augenhöhe mit der Ärzteschaft wichtig (89,2 Prozent) sowie eine vereinfachte Dokumentation (88,8 Prozent).

Im Bereich „Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung“ ist den Ausgestiegenen eine bedarfsgerechte Personalbemessung ganz besonders wichtig (95,5 Prozent), ebenso wie nicht unterbesetzt arbeiten zu müssen (93,4 Prozent) und mehr Zeit für menschliche Zuwendung zu haben (94,2 Prozent).

Aus dem Bereich „Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben“ findet sich in den Top 10 der Wunsch nach verbindlichen Dienstplänen (90 Prozent) sowie aus dem Bereich „Weiterbildung und Karriere“, dass sich eine Fort- oder Weiterbildung auch in einem höheren Gehalt niederschlagen soll (89,4 Prozent).

Tabelle 18: Die 10 wichtigsten Arbeitsbedingungen für eine Stundenerhöhung

	Arbeitsbedingungen	Themenbereiche	Wichtig/ ganz wichtig	n
1	Fairer Umgang unter Kolleg*innen	Organisation und Führung	97,6 %	4.611
2	Vorgesetzte, die wertschätzend und respektvoll sind	Organisation und Führung	96,9 %	4.613
3	Bedarfsgerechte Personalbemessung	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	94,8 %	5.391
4	Vorgesetzte, die sensibel für meine Arbeitsbelastung sind	Organisation und Führung	94,7 %	4.604
5	Nicht unterbesetzt arbeiten müssen	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	92,6 %	5.414
6	Mehr Zeit für menschliche Zuwendung	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	92,2 %	5.402
7	Vereinfachte Dokumentation	Organisation und Führung	92,0 %	4.599
8	Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft	Organisation und Führung	89,2 %	4.574
9	Verbindliche Dienstpläne	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	88,7 %	5.137
10	Fort-/Weiterbildung = höheres Gehalt	Weiterbildung und Karriere	88,6 %	4.386

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, Teilzeitpflegekräfte n = 4.108–5.414.

Tabelle 18 weist die zehn wichtigsten Merkmale hinsichtlich einer Erhöhung der bisherigen Arbeitszeit aus Sicht teilzeitbeschäftigter Pflegekräfte aus. Berücksichtigt werden im Vergleich zu den ausgestiegenen Pflegekräften jedoch lediglich 61 statt 67 Merkmale, da sechs Fragen zur Relevanz von möglichen Wiedereinstiegsmaßnahmen nur ausgestiegenen Pflegekräften gestellt wurden.

Auffällig ist, dass die zehn wichtigsten Merkmale für Ausgestiegene und Teilzeitpflegekräfte identisch sind. Allein in der Rangfolge gibt es eine geringfügige Abweichung. Wie auch bei den ausgestiegenen Pflegekräften entfallen neun der zehn wichtigsten Arbeitsbedingungen auf die Themenbereiche „Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung“ sowie „Organisation und Führung“. Aus Letztgenanntem entspringen gar drei der vier wichtigsten Merkmale. Hierbei handelt es sich um einen fairen Umgang unter Kolleg*innen (97,6 Prozent) sowie um Vorgesetzte, die wertschätzend und respektvoll (96,9 Prozent) und sensibel für ihre Arbeitsbelastungen sind (94,7 Prozent). Ebenso wie den ausgestiegenen Pflegekräften sind den Teilzeitpflegekräften im Bereich „Organisation und Führung“ eine vereinfachte Dokumentation (92,0 Prozent) sowie das Arbeiten auf Augenhöhe mit der Ärzteschaft (89,2 Prozent) wichtig.

Im Bereich „Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung“ ist auch den Teilzeitpflegekräften wichtig, ausreichend Zeit für die Pflege zu haben: eine bedarfsgerechte Personalbemessung (94,8 Prozent), nicht

unterbesetzt arbeiten zu müssen (92,6 Prozent) und mehr Zeit für menschliche Zuwendung (92,2 Prozent).

Als einzige Arbeitsbedingungen außerhalb der beiden beschriebenen Themenbereiche finden sich in den Top 10 der wichtigsten Arbeitsbedingungen für eine Stundenerhöhung auch bei den Teilzeitpflegekräften verbindliche Dienstpläne (88,7 Prozent) aus dem Bereich „Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben“ sowie Fort- und Weiterbildungen, die sich in einem höheren Gehalt niederschlagen sollen (88,6 Prozent) aus dem Bereich „Weiterbildung und Karriere“.

Alle Ergebnisse aus den sechs Themenbereichen werden in Abschnitt 4.4 im Detail vorgestellt und ausführlich interpretiert.

4.3.3 Gruppenspezifische Befunde

Nachdem der vorherige Abschnitt die Top 10 für die Gesamtgruppe der Ausgestiegenen und Teilzeitkräfte in den Blick genommen hat, soll der Fokus im Folgenden auf gruppenspezifische Unterschiede innerhalb der ausgestiegenen und in Teilzeit arbeitenden Pflegekräfte gelegt werden. Berücksichtigt werden dabei eine Gegenüberstellung der Top 10 der wichtigsten Arbeitsbedingungen für den Wiedereinstieg und die Stundenerhöhung von Pflegekräften aus der Kranken- und Langzeitpflege, Unterschiede zwischen Befragten mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus sowie eine Betrachtung der Gruppe der Alleinerziehenden.

Pflegekräfte in der Kranken- und Langzeitpflege

Grundsätzlich lässt sich auch bei der Betrachtung von Gruppenunterschieden in der Kranken- und Langzeitpflege eine in weiten Teilen homogene Relevanzstruktur erkennen. Sieben Items aus den Themenbereichen „Organisation und Führung“ sowie „Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung“ finden sich in sämtlichen Teilgruppen unter den Top 10 der vorausgesetzten Arbeitsbedingungen. Dennoch lassen sich auch einige gruppenspezifische Differenzen feststellen. So zeigt sich für ausgestiegene Langzeitpflegekräfte, dass sie den Ausschluss von regelmäßig geplanten Überstunden (89,3 zu 87,2 Prozent) höher bewerteten als Krankenpflegekräfte. Auch bewerteten Langzeitpflegekräfte nachvollziehbarerweise die Abwesenheit geteilter Dienste (89,8 Prozent zu 87,3 Prozent bei Teilzeitkräften; 87,4 Prozent zu 86,5 Prozent bei Ausgestiegenen) höher als die befragten Krankenpflegekräfte. Krankenpflegekräfte wiederum bewerteten nachvollziehbarerweise die Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft höher als Langzeitpflegekräfte (92,7 Prozent zu 82,6 Prozent bei Teilzeitkräften; 92,5 Prozent zu 82,8 Prozent bei Ausgestiegenen). In Teilzeit arbeitenden Langzeitpflegekräften war zudem ein höheres Grundgehalt (88,1 Prozent) leicht wichtiger als den befragten Teilzeitkräften in der Krankenpflege (86,5 Prozent).

Pflegekräfte mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus

Auch bei Betrachtung unterschiedlicher Berufsabschlüsse finden sich in den Top 10 viele der bereits dargestellten Arbeitsbedingungen der Themenbereiche „Organisation und Führung“ sowie „Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung“. Bei ausgestiegenen Pflegekräften mit niedrigen Berufsabschlüssen spielen jedoch finanzielle Aspekte eine größere Rolle, sie bewerteten ein höheres Grundgehalt, höhere Sonderzahlungen oder auch höhere Zulagen etwas wichtiger. Pflegekräfte mit Fachkraftabschluss oder akademischem Abschluss maßen hingegen der Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft eine vergleichsweise höhere Bedeutung zu (über 88 Prozent). Auch außerhalb der zehn wichtigsten Bedingungen zeigen sich beim Vergleich der Berufsabschlüsse Relevanzverschiebungen. So haben diverse Arbeitsbedingungen aus dem Themenbereich „Gesundheitsschutz und Prävention“ vor allem bei ausgestie-

genen und teilzeitbeschäftigten Pflegehilfskräften eine vergleichsweise hohe Relevanz. Genannt sei in diesem Zusammenhang die Forderung nach Präventionsangeboten, bezogen auf körperliche Belastungen (über 70 Prozent). Pflegefachkräfte und akademisierte Pflegekräfte bezeichnen dieses Merkmal nur zwischen 60 und 70 Prozent als wichtig oder ganz wichtig.

Alleinerziehende Teilzeitpflegekräfte

Für alleinerziehende Teilzeitkräfte zeigt sich in einer Gegenüberstellung zur Gesamtheit der befragten Teilzeitkräfte eine Verschiebung der wichtigsten Bedingungen hin zu Merkmalen mit finanziellem Bezug. So finden sich Forderungen nach einer verbesserten Entlohnung auf Basis von durchgeführten Fort- und Weiterbildungen (90,9 Prozent) sowie generell höheren Gehältern (90,2 Prozent) und Sonderzahlungen (82,1 Prozent) in der Gruppe der alleinerziehenden Teilzeitkräfte allesamt in den Top 10 der wichtigsten Bedingungen. Analoge Befunde lassen sich auch für alleinerziehende Ausgestiegene identifizieren. Hier spielt allerdings das Merkmal „Höhere Sonderzahlungen“ eine untergeordnete Rolle.

4.4 Zu den förderlichen Arbeitsbedingungen nach Themenbereichen im Einzelnen

Im Folgenden werden die bisher beschriebenen Ergebnisse auf der Ebene der einzelnen Themenbereiche differenziert betrachtet und interpretiert. Hierbei werden Teilzeitpflegekräfte und Ausgestiegene sowie die Bereiche der Kranken- und Langzeitpflege zusammengefasst. An Stellen, an denen sich die Ergebnisse der einzelnen Gruppen signifikant voneinander unterscheiden, wird dies entsprechend ausgewiesen. Ergänzt werden diese Ergebnisse um die Auswertungen der offenen Frage, die nach jedem Themenbereich Raum für Anmerkungen gab und von einer Vielzahl der Befragten auch genutzt wurde.

Die Ergebnisse werden nach der Relevanz der Themenbereiche sortiert präsentiert. Die Arbeitsbedingungen in den Bereichen „Organisation und Führung“ und „Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung“ wurden insgesamt als deutlich wichtiger für einen Wiedereinstieg und eine Stundenerhöhung bewertet als die meisten Arbeitsbedingungen in den übrigen Themenbereichen.

4.4.1 Organisation und Führung

Die Rangfolge der im Bereich „Organisation und Führung“ abgefragten Voraussetzungen für den Wiedereinstieg und die Stundenerhöhung ist bis auf eine Ausnahme über alle Teilgruppen stabil gewesen. Diese Ausnahme findet sich bei den Teilzeitkräften in der Langzeitpflege, bei denen der Wunsch nach mehr Mitsprachemöglichkeiten in betrieblichen Abläufen (66,6 Prozent) auf dem letzten Rang landete.

Besonders hoch bewertet für einen Wiedereinstieg und eine Stundenerhöhung wurden im Bereich „Organisation und Führung“ vor allem Arbeitsbedingungen, die die Zusammenarbeit betreffen. Der faire Umgang unter Kolleg*innen (97,4 Prozent, 1/67) belegte dabei den ersten Platz – auch im Vergleich mit allen anderen Themenbereichen. Hierbei handelt es sich um ein umformuliertes Item der Bremer Pilotstudie (ursprünglich „Mehr Unterstützung durch Kolleg*innen“), das von den Bremer Befragten deutlich niedriger bewertet wurde (im dortigen Gesamtranking auf Platz 7 von 51). Die höhere Relevanz in der bundesweiten Befragung könnte ein Effekt dieser Umformulierung sein. Sie könnte jedoch auch mit zunehmenden Spannungen im Kollegium im Laufe der andauernden Covid-19-Pandemie erklärt werden.

Gleichzeitig bewerteten die Befragten jedoch Teambildungsmaßnahmen (71,7 Prozent, 39/67) und wenige personelle Wechsel im Team (71,5 Prozent, 40/67) als verhältnismäßig weniger wichtig, auch

im Gesamtranking. Schulungen zum Umgang mit Konflikten mit Kolleg*innen belegten im Bereich „Organisation und Führung“ sogar den letzten Platz (65,1 Prozent, 48/67). Auch eine bessere Kooperation mit anderen Berufsgruppen ist nicht das wichtigste Anliegen (84,5 Prozent, 19/67), eine klar definierte Aufgabenteilung zwischen Fach- und Hilfskräften findet sich im Gesamtranking erst in der zweiten Hälfte (73,9 Prozent, 37/67). Dies und die Antworten auf die offenen Fragen deuten daher eher darauf hin, dass die hohen Zustimmungswerte zu einem fairen Umgang unter Kolleg*innen schlicht als wichtige Voraussetzung zu verstehen sein könnten, die weniger auf ein gewachsenes Defizit verweisen, als vielmehr auf die Wahrnehmung der Kollegialität als Ressource, die im Laufe der Covid-19-Pandemie zusätzlich an Bedeutung gewonnen hat.

Auch in den Antworten auf die offene Frage zu diesem Themenbereich bezogen sich die häufigsten Nennungen auf die Zusammenarbeit (127 von 419 Nennungen). Die Befragten drückten eine allgemeine Wertschätzung für einen kollegialen Umgang aus, auch über die verschiedenen Berufsgruppen und Hierarchien hinweg, ohne auf eine Verschlechterung hinzuweisen. Auch wenn vermehrte Probleme unter den Kolleg*innen benannt wurden, werden diese nicht ausschließlich auf die Pandemie zurückgeführt:

„Arbeiten und Kommunizieren auf Augenhöhe mit allen am Arbeitsprozess Beteiligten – von der Putzkraft bis zur Haus- und Geschäftsleitung – ist Grundvoraussetzung für gute Teamarbeit.“ (Teilzeitpflegekraft, Arbeitsbereich unbekannt)

„Wertschätzung nicht nur durch direkte Vorgesetzte, sondern eine Kultur der Wertschätzung von der Spitze der Hierarchie bis ganz nach unten. Dies auch völlig unabhängig von der Berufszugehörigkeit aller Arbeitnehmenden.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

„Das Wichtigste ist mir der wertschätzende Umgang untereinander mit Kollegen und Ärzten ohne Leistungsdruck.“ (Ausgestiegene Pflegekraft, Krankenpflege)

„Leider bekomme ich Diskrepanzen vermehrt unter den Kollegen mit. Wenn die Teamfairness leidet, wäre es für mich tatsächlich ein Grund, wieder dort aufzuhören. Das Problem besteht ja seit langem in der Pflege.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

In der Zusammenarbeit nimmt das Verhältnis zu den Vorgesetzten eine hervorgehobene Stellung ein. Besonders wichtig im Bereich „Organisation und Führung“, aber auch im Gesamtranking, sind den Befragten für einen Wiedereinstieg und eine Stundenerhöhung Vorgesetzte, die wertschätzend und respektvoll (96,5 Prozent, 2/67) sowie sensibel für ihre Arbeitsbelastungen sind (94,4 Prozent, 4/67). Auch gegenüber der Ärzteschaft wünschen sich viele, dass mehr auf Augenhöhe gearbeitet wird (89,1 Prozent, 9/67). In diesem Zusammenhang wird in den Freitextantworten häufiger angemerkt, dass Pflegekräfte keine „Handlanger“ oder „Dienstleister“ für die Ärztinnen und Ärzte seien. Angemahnt wird dabei die Anerkennung ihrer pflegerischen Fachkompetenz und auf ihre Nähe zu den Patientinnen und Patienten hingewiesen. Auch eine Akademisierung des Pflegeberufs wird in diesem Zusammenhang häufiger genannt.

Viele Freitextantworten auf die offenen Fragen (78 von 419 Nennungen) führten Voraussetzungen und Merkmale guter und wertschätzender Führung aus, auch der Personalmangel war häufig Thema (98 von 419 Nennungen):

*„Wertschätzung durch Vorgesetzte, Rückhalt durch Vorgesetzte, Berücksichtigung von Vorschlägen und Hinweisen zur Veränderung von Sachverhalten oder Situationen oder der Organisation von Abläufen.“
(Teilzeitkraft, Krankenpflege)*

*„Respekt gegenüber den Pflegern von Bereichsleitungen/Ärzten und Personalabteilung Verständnis für Krankheit, kein entwertendes oder drohendes Verhalten Professioneller Umgang (Nicht anschreien etc.)“
(Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)*

„Respekt vor dem Privatleben und den Erholungsbedarf der Pflegenden. Dies nicht nur von den Vorgesetzten, sondern auch untereinander. Kein Wettkampf wer am längsten Durcharbeiten kann, bis er zusammen bricht.“ (Teilzeitpflegekraft, Langzeitpflege)

„Wertschätzendes Verhalten der Vorgesetzten und Leitungsebene, deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten durch vernünftiges Personalmanagement, Pflege im Akkord Fließband macht krank, gehst du kaputt, in kurzer Zeit die ganze Arbeit erledigen ist inakzeptabel. Ständiges einspringen da keine Personalreserven vorhanden sind bzw überhaupt nicht daran gedacht wird.“ (Teilzeitpflegekraft, Langzeitpflege)

„ein gute führung leidet, leider unter dem personalmangel ! für eine gute personal führung benötigt man zeit“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

Augenhöhe und Wertschätzung scheint sich für die Mehrheit der Befragten dabei nicht zuvorderst durch mehr Eigenständigkeit in der Arbeit und mehr Mitsprache auszudrücken: Die eigenständige Planung, Steuerung und Überwachung von Pflegeprozessen (77,6 Prozent, 25/67) und auch mehr Mitsprachemöglichkeiten in betrieblichen Abläufen (67,2 Prozent, 43/67) wurden von den Befragten vergleichsweise weniger wichtig bewertet und befanden sich im Gesamtranking im Mittelfeld.

Zuletzt spielt eine vereinfachte Dokumentation (91 Prozent, 7/67) eine wichtige Rolle für den Wiedereinstieg und eine Stundenerhöhung. Dabei liegen digitale Anwendungen zur Unterstützung der Arbeitsorganisation (77,4 Prozent, 26/67) oder zur Kommunikation und Abstimmung (74,1 Prozent, 36/67) jedoch nur im Mittelfeld im Gesamtranking der wichtigsten Voraussetzungen für Wiedereinstieg und Stundenerhöhung.

Tabelle 19: Ranking der Items im Bereich „Organisation und Führung“

Rang	Gesamt-ranking	Item	wichtig/ ganz wichtig	n
1	1/67	Fairer Umgang unter Kolleg*innen	97,4 %	6.654
2	2/67	Vorgesetzte, die wertschätzend und respektvoll sind	96,5 %	6.655
3	4/67	Vorgesetzte, die sensibel für meine Arbeitsbelastung sind	94,4 %	6.644
4	7/67	Vereinfachte Dokumentation	91,0 %	6.642
5	9/67	Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft	89,1 %	6.612
6	19/67	Bessere Kooperation mit anderen Berufsgruppen	84,5 %	6.615
7	25/67	Eigenständige Planung, Steuerung & Überwachung von Pflegeprozessen	77,6 %	6.548
8	26/67	Digitale Anwendungen zur Unterstützung der Arbeitsorganisation	77,4 %	6.548
9	36/67	Digitale Anwendungen zur Kommunikation und Abstimmung	74,1 %	6.535
10	37/67	Klar definierte Aufgabenteilung zwischen Fach- und Hilfskräften	73,9 %	6.586
11	39/67	Teambildungsmaßnahmen mit den Kolleg*innen	71,7 %	6.605
12	40/67	Wenig personelle Wechsel im Team	71,5 %	6.587
13	43/67	Mehr Mitsprachemöglichkeiten in betrieblichen Abläufen	67,2 %	6.605
14	48/67	Schulungen zum Umgang bei Konflikten mit Kolleg*innen	65,1 %	6.578

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, ausgestiegene Pflegekräfte und Teilzeitpflegekräfte n = 6.535–6.655.

4.4.2 Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung

Auch im Themenbereich „Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung“ gleichen sich die Befunde für Ausgestiegene und Teilzeitkräfte. Eine bedarfsgerechte Personalbemessung wurde von den Befragten mit 96 beziehungsweise 94 Prozent am häufigsten als wichtige oder ganz wichtige Bedingung genannt, die Möglichkeit der Spezialisierung liegt für beide Gruppen auf dem letzten Rang in diesem Themenblock (67 bzw. 65 Prozent). Allein für die Teilgruppe Teilzeitpflegekräfte in der Langzeitpflege liegt der Wunsch nach dauerhaft mehr Befugnissen auf dem letzten Rang (64,7 Prozent, n = 1.312). Ansonsten sind diese Befunde für alle Teilgruppen gleich.

Wichtig für einen Wiedereinstieg und eine Stundenerhöhung ist den Befragten im Bereich „Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung“, ebenso wie im Gesamtranking, ausreichend Zeit für eine gute Pflege zu haben. Entsprechend hoch bewerteten sie eine bedarfsgerechte Personalbemessung (95,1 Prozent, 3/67), nicht unterbesetzt arbeiten zu müssen (92,8 Prozent, 5/67) und mehr Zeit für menschliche Zuwendung zu haben (92,7 Prozent, 6/67).

Dabei wurde in den Antworten auf die offenen Fragen (in diesem Bereich besonders zahlreich) am dritthäufigsten eine grundsätzliche Kritik an der Profitorientierung im Gesundheitswesen geäußert (198 von 1.496 Nennungen). Folgendes Zitat verknüpft diese mit vielen wichtigen bereits genannten Voraussetzungen für einen Wiedereinstieg und eine Stundenerhöhung, auch der Wunsch nach

Anerkennung fand sich hier, der schon an dieser Stelle am zweithäufigsten genannt wurde (251 von 1.496 Nennungen), der jedoch weiter unten ausführlicher diskutiert wird:

„Wirkliche Anerkennung und Wertschätzung müssen sich in der Pflegepraxis zeigen. Für mich ist ein besserer Personalschlüssel ein zentraler Aspekt, um qualitativ hochwertig und menschenwürdig Pflegen zu können. Da nicht sofort mehr Personal zur Verfügung stehen wird, müssen meiner Meinung nach Betten gesperrt werden, bis mehr Pflegepersonal für mehr Patienten zur Verfügung steht. Nur so verbessern sich sofort die Arbeitsbedingungen in der Pflege und viel wichtiger: die Patienten können wieder angemessen gepflegt werden. Das müssen die Geldgeber akzeptieren und dafür sorgen das die Kliniken trotzdem finanzierbar bleiben. Es geht schließlich um Menschen, Pflegende und Patienten, um dies ist hoffentlich in unserer Gesellschaft wichtiger als Profit und Wirtschaft.“

Ebenfalls im obersten Drittel des Gesamtrankings finden sich finanzielle Faktoren, wie höhere Zulagen für besondere Tätigkeiten oder Spezialisierungen (87,2 Prozent, 13/67), ein höheres Grundgehalt (87 Prozent, 15/67) oder eine Tarifbindung (84,1 Prozent, 20/67). Höhere Sonderzahlungen finden sich im zweiten Drittel im Gesamtranking (75,6 Prozent, 31/67).

Auf die Bezahlung bezogen sich die Freitexteingaben zu diesem Themenbereich am vierthäufigsten (184 von 1.496 Nennungen), illustriert durch folgende Zitate:

„Viel zu wenig Geld für viel zu viel Arbeit. Anerkennung läuft in unserer Gesellschaft über Geld. Als Pfleger muss man jeden Tag seine Arbeit stringenter organisieren als die meisten mittleren Manager um das zu schaffen. Mehr Verantwortung trägt man auch. Das spiegelt sich auch in meinen Gehaltsvorstellungen wieder.“ (Ausgestiegene Pflegekraft, Krankenpflege)

„Wenn eine Krankenschwester oder ein Pfleger ein Gehalt wie ein Ingenieur oder Chefarzt bekämen, würden auch wieder mehr Menschen den Beruf ergreifen wollen. Es ist ein Beruf mit vollem Körpereinsatz – man sollte deshalb nicht um sein Auskommen in der Rentenzeit bangen müssen. [...]“ (Ausgestiegene Pflegekraft, Krankenpflege)

„Respekt und ansprechende Bezahlung in einem Rahmen der mit genügend Personal bewältigt werden kann“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

Die Mitsprache in betrieblichen Abläufen wurde im Bereich „Organisation und Führung“ noch als verhältnismäßig weniger wichtig bewertet, im Bereich „Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung“ wird eine bessere Vertretung in politischen Entscheidungsgremien (87,6 Prozent, 12/67) im Verhältnis höher bewertet. Eine betriebliche Interessenvertretung (77,2 Prozent, 27/67) findet sich im zweiten Drittel des Gesamtrankings und die Mitsprache bei Entscheidungen am Arbeitsplatz spielt eine Rolle in Verbindung mit dem Wunsch nach mehr Anerkennung, wie weiter unten zu zeigen sein wird.

Während die Anwendung erworbener Kompetenzen im Arbeitsalltag (84,5 Prozent, 18/67) und nach berufsfachlichen Standards arbeiten zu können (80 Prozent, 24/67) noch im unteren ersten Drittel/oberen zweiten Drittel zu finden sind, spielen dauerhaft mehr Befugnisse für Pflegekräfte (z.B. Entscheidungskompetenzen in pflegerischen Fragen oder ärztliche Vorbehaltstätigkeiten) (66,9 Prozent, 44/67) oder auch Möglichkeiten der Spezialisierung für bestimmte Aufgaben (z.B. Wundmanagement) (65,2 Prozent, 47/67) eine untergeordnete Rolle für einen Wiedereinstieg oder eine Stundenerhöhung.

Die häufigsten Freitextantworten in diesem Bereich (303 von 1.496 Nennungen) griffen dem im Aufbau des Fragebogens vierten Themenbereich „Organisation und Führung“ vor und bezogen sich auf soziale Kompetenzen der Leitungsebene, eine bessere Aufgabenverteilung und genauer definierte Kompetenzen sowie die wichtige Bedeutung eines guten Arbeitsklimas im Kollegium.

Tabelle 20: Ranking der Items im Bereich „Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung“

Rang	Gesamt-ranking	Item	wichtig/ ganz wichtig	n
1	3/67	Bedarfsgerechte Personalbemessung	95,1 %	7.707
2	5/67	Nicht unterbesetzt arbeiten müssen	92,8 %	7.741
3	6/67	Mehr Zeit für menschliche Zuwendung	92,7 %	7.730
4	12/67	Bessere Vertretung in politischen Entscheidungsgremien	87,6 %	7.624
5	13/67	Höhere Zulagen für besondere Tätigkeiten/Spezialisierungen	87,2 %	7.717
6	15/67	Höheres Grundgehalt	87,0 %	7.699
7	16/67	Mehr Anerkennung	85,6 %	7.681
8	18/67	Anwendung erworbener Kompetenzen im Arbeitsalltag	84,5 %	7.710
9	20/67	Tarifbindung	84,1 %	7.527
10	24/67	Berufsfachliche Standards	80,0 %	7.590
11	27/67	Betriebliche Interessenvertretung	77,2 %	7.639
12	31/67	Höhere Sonderzahlungen	75,6 %	7.680
13	44/67	Dauerhaft mehr Befugnisse	66,9 %	7.655
14	47/67	Möglichkeit der Spezialisierung	65,2 %	7.657

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, ausgestiegene Pflegekräfte und Teilzeitpflegekräfte n = 7.527–7.741.

Exkurs: Anerkennung für die Arbeit in der Pflege

Des Weiteren wurde den Befragten im Bereich „Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung“ zum Item „mehr Anerkennung für die Arbeit in der Pflege“ (85,6 Prozent, 16/67) eine weiterführende Frage mit sechs Antwortoptionen gestellt. Sie lautete: „Was genau meinen Sie, wenn Sie sich mehr Anerkennung wünschen?“ Die Antwortoptionen wurden aus der qualitativen Auswertung einer gleichlautenden offenen Frage der Bremer Pilotstudie generiert. Die Befragten konnten hier drei Formen der Anerkennung auswählen.

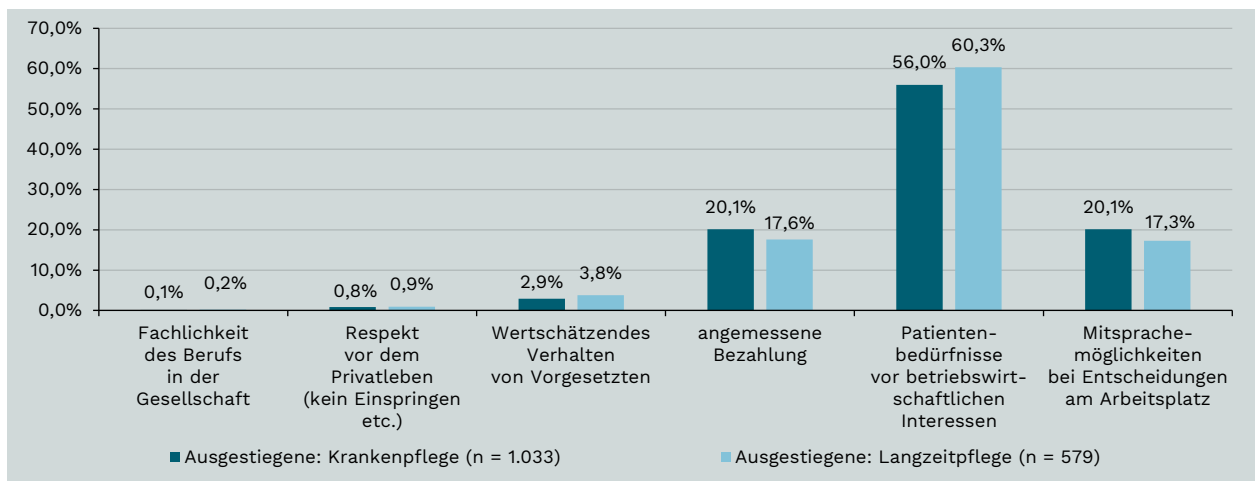
Die Ergebnisse zeigen, dass die für alle Befragten wichtigste Form der Anerkennung die Möglichkeit ist, bei der Arbeit den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden und sich nicht an betriebswirtschaftlichen Interessen orientieren zu müssen (zwischen 55 und 60 Prozent). Die höchsten Zustimmungswerte zeigen hier aus der Langzeitpflege ausgestiegene Befragte (60 Prozent).

Mit deutlichem Abstand folgen eine angemessene Bezahlung (18 bis 26 Prozent) und mehr Mitsprachemöglichkeiten bei Entscheidungen, die den Arbeitsplatz betreffen (15 bis 21 Prozent). Eine angemessene Bezahlung als Ausdruck von Anerkennung wurde häufiger von Teilzeitkräften als von Ausgestiegenen in der Langzeitpflege genannt (26,3 zu 17,6 Prozent) und von Teilzeitkräften in der Krankenpflege (21,6 Prozent). Die Mitsprache bei Entscheidungen am Arbeitsplatz betrachten ausgestiegene und in Teilzeit arbeitende Krankenpflegekräfte (20,1 beziehungsweise 20,5 Prozent)

etwas häufiger als wichtige Form der Anerkennung als Langzeitpflegekräfte (17,3 beziehungsweise 14,5 Prozent).

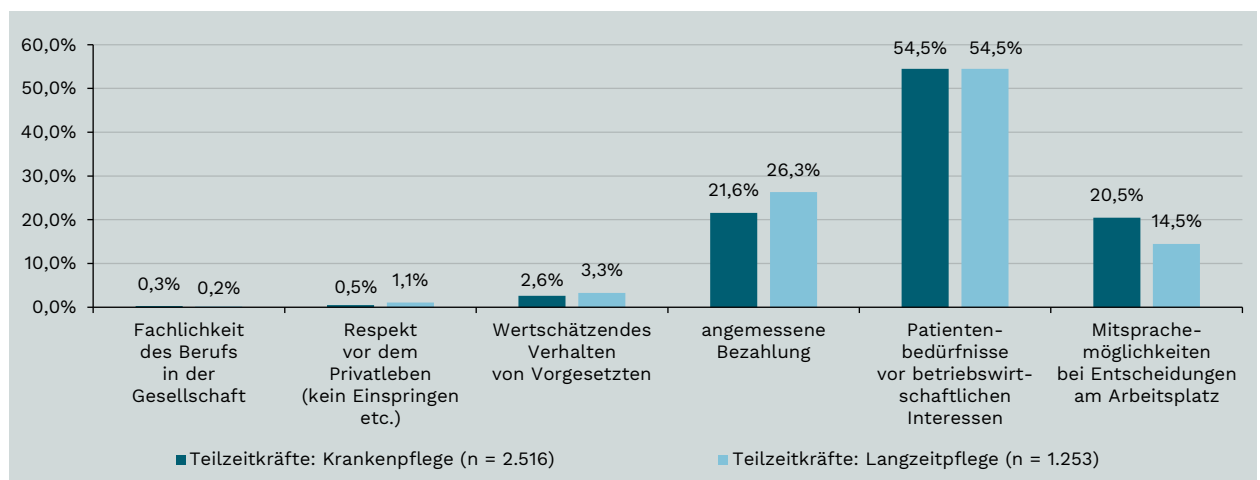
Auch wenn den Befragten die Wertschätzung von Vorgesetzten für einen Wiedereinstieg und eine Stundenerhöhung ganz besonders wichtig sind, so wählt nur ein geringer Teil von ihnen diese als eine der drei wichtigsten Formen der Anerkennung aus (zwischen 2,6 und 3,8 Prozent). Ebenso verhält es sich mit dem Respekt vor dem Privatleben (kein Einspringen etc.) als Form der Anerkennung: Trotz der hohen Präferenz für verlässliche Dienstpläne im Gesamtranking wird diese Bedingung nur von einem geringen Teil der Befragten hier ausgewählt (um die 1 Prozent). Auch die Anerkennung der Fachlichkeit des Berufs in der Gesellschaft spielt im Vergleich zu den anderen Formen eine untergeordnete Rolle (unter 1 Prozent).

Abbildung 22: Ausgestiegene: Was genau meinen Sie, wenn Sie sich mehr Anerkennung wünschen?



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, Ausgestiegene Krankenpflege n = 1.033, Ausgestiegene Langzeitpflege n = 579. Die Mehrfachauswahl war für die Befragten auf drei Antwortkategorien beschränkt.

Abbildung 23: Teilzeitkräfte: Was genau meinen Sie, wenn Sie sich mehr Anerkennung wünschen?



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, Teilzeitkräfte Krankenpflege n = 2.516, Teilzeitkräfte Langzeitpflege n = 1.253. Die Mehrfachauswahl war für die Befragten auf drei Antwortkategorien beschränkt.

Diese Ergebnisse lassen sich mit den Antworten auf die offenen Fragen weiter interpretieren und ergänzen. Bereits in den Freitextantworten zum gesamten Bereich „Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung“ bezogen sich die Befragten am zweithäufigsten auf das Thema der Anerkennung (251/1.496). Diese forderten sie auf vielen Ebenen – durch eine Politik, die die Profitorientierung begrenzt, eine Gesellschaft, die Pflegearbeit ebenso wertschätzt wie andere Tätigkeiten, sowie die Möglichkeit, die pflegerische Fachlichkeit selbstständig auszuüben.

„Von der Politik einfach verkauft zu werden, als ob man den Politikern gehört hätte, obwohl man doch eigentlich für die Kranken arbeiten wollte, was von allen in einem Solidarsystem finanziert wird, fühlt sich so falsch an. [...] Wir halten nur zusammen, weil unsere Arbeit für die Patienten wichtig ist. Durch die Fallpauschalen können die Patienten nicht mehr gesund entlassen werden, was den Erfolg unserer Arbeit oft vernichtet und uns frustriert.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

„Patienten und Angehörige wertschätzen unsere Arbeit. Aber ich habe den Eindruck, dass soziale (ebenso wie handwerkliche) Berufe generell nicht anerkannt werden. Zu wenig Geld, Schichtdienst, "Umgang mit menschlichen Abgründen", etc.: man kann damit keinen "Status" in der Gesellschaft erreichen - wie z.B. mit IT und sonstigen "neuen" Berufen. Und ich denke, dass ein Studium in der Krankenpflege keine Verbesserung bringt. Ich habe die Befürchtung, dass dabei eines verloren geht: sich auf den Menschen, der vor einem steht, einzulassen.“ (Teilzeitpflegekraft, Langzeitpflege)

„Die nicht vorhandene Anerkennung der Pflege ist in einer generellen Abwertung von Sorge-Arbeit/Reproduktionsarbeit eingebettet. Die schlechten Arbeitsbedingungen, die mangelnden Ressourcen wie Zeit oder die schlechte Bezahlung zeigt sich in allen (vor allem von Frauen getragenen) Sorge-Bereichen wie Pflege, Erziehung, Bildung, Gesundheit oder Hauswirtschaft. Die Abwertung der Pflege und die Krise der gesellschaftlichen Reproduktion hat System. Dieses System heißt Kapitalismus – alles was keinen Mehrwert produziert wird abgewertet und als Kostenfaktor betrachtet, den es zu minimieren gilt. Nicht die Pflegekräfte sind systemrelevant sondern deren Ausbeutung ist systemrelevant. Dieses Verständnis für die Probleme die wir in der Pflege haben und auch zukünftig haben werden, würde ich mir vermehrt wünschen. Sowohl von der Gesellschaft, als auch von Sorgetätigen, egal ob bezahlt oder unbezahlt.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

„Eine Fachkrankenschwester für Intensivpflege Arbeit zu 90% ohne ärztliche Präsenz. Nur im Notfall wird er hinzugezogen. Eine Aufwertung der Fachkrankenpflege hinsichtlich ihrer tatsächlichen Aufgaben auf der Intensivstation fehlt, denn es fehlt eine dezidierte Stellenbeschreibung. Zudem ist man verpflichtet, sich trotz hoher Fachlichkeit, Kompetenz und Erfahrung bei Jungärzten, deren Ausbildung zu einem nicht geringen Teil auch vom pflegerischen Fachpersonal erfolgt(!), eine „ärztliche“ Absicherung einzuholen. Auch rechtlich ist die Fachpflege in der Lage und Position, Verantwortung für ihre Tätigkeiten zu übernehmen.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

„Der Pflege muss unbedingt mehr Fachlichkeit zugetraut und gestattet werden! Es ist frustrierend, wenn Pflegenden auf inkompetente Anweisungen vom Arzt angewiesen sind, die einen Patienten nur hin und wieder sehen und die medizinische Kompetenz den Pflegenden völlig abgesprochen wird!!! Wie es einem zu Pflegenden geht weiß der, der ihn fast täglich sieht und mit ihm kommuniziert!!!“ (Teilzeitpflegekraft, Langzeitpflege)

Die geschlossene Frage „Was genau meinen Sie, wenn Sie sich mehr Anerkennung wünschen?“ enthielt auch die Möglichkeit, „Sonstiges“ auszuwählen und eine weitere Freitexteingabe vorzunehmen. Diese Möglichkeit nahmen 370 Befragte wahr. Hier kamen erneut flache Hierarchien, die Wertschätzung durch Vorgesetzte, die Anerkennung der Expertise durch Ärztinnen und Ärzte, aber auch der Respekt von jüngeren Kolleginnen und Kollegen zur Sprache (zusammen 58 von 370 Nennungen). Viele Antworten bezogen sich darüber hinaus auf eine gute Vereinbarkeit und Gesundheitsförderung, wie etwa die Forderung nach altersgerechtem Arbeiten, einem früheren Renteneintritt ohne Einbußen sowie elterngerechten Arbeitszeiten (49 von 370 Nennungen). Ebenfalls häufig genannt wurden verlässliche Arbeitszeiten sowie eine verkürzte Arbeitszeit als weitere Formen der Anerkennung (30-Stunden- oder 4-Tage-Woche) (44 von 370 Nennungen).

4.4.3 Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben

Im Themenbereich „Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben“ ergab die Faktorenanalyse, dass dieser in mehrere Dimensionen aufgeteilt werden muss. Von besonderer Bedeutung für einen Wiedereinstieg oder eine Stundenerhöhung war die Dimension der planbaren und verlässlichen Arbeitszeiten. Diese umfasst verbindliche Dienstpläne (89,1 Prozent, 8/67), keine regelmäßig geplanten Überstunden (87,8 Prozent, 11/67), keine geteilten Dienste (87,1 Prozent, 14/67), guten Gewissens pünktlich Feierabend machen zu können (84,9 Prozent, 17/67), kein Einspringen aus der Freizeit (81,5 Prozent, 22/67) und (vergleichsweise niedrig bewertet) geregelte Pausenzeiten (68 Prozent, 42/67).

Dementsprechend entfielen die meisten Antworten der offenen Fragen auf das Thema der Dienstplanung (182 von 833 Nennungen). Dabei wurde gefordert, Bereitschaftsdienste als volle Arbeitszeit anzuerkennen, Dienstpläne langfristiger im Voraus zu planen, diese stärker an individuellen Bedürfnissen zu orientieren, auch kurzfristig Flexibilität zu gewähren und gleichzeitig ein gutes Ausfallmanagement zu gewährleisten. Zudem fand sich wie schon im Bereich „Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung“ auch in den Freitextantworten im Bereich „Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben“ häufig die Forderung nach einer allgemeinen Reduzierung der Arbeitszeit, etwa durch die Einführung einer 4-Tage- oder 30-Stunden-Woche (99 von 833 Nennungen).

Eine zweite Dimension betrifft individuelle Vereinbarkeitsfaktoren. Alle Arbeitsbedingungen dieser Dimension liegen jedoch bereits mit einigem Abstand hinter der Dimension der planbaren und verlässlichen Arbeitszeiten und im Gesamtranking im untersten Drittel. Hierzu zählen die Bereitstellung passender Kinderbetreuung (z.B. nah am Arbeitsort, abgestimmt auf Schichtarbeit) (65,4 Prozent, 46/67) sowie Lebensarbeitszeitkonten (z.B. um Stunden anzusparen und später eine Zeit lang weniger zu arbeiten) (63,6 Prozent, 51/67). Die Bereitstellung von Betreuungsmöglichkeiten für pflegebedürftige Angehörige (z.B. Tagespflege) (57,6 Prozent, 57/67) und die Finanzierung von Mobilitätsangeboten (z.B. Jobticket, Jobrad, private Nutzung des Dienstwagens) (56,8 Prozent, 59/67) wurden in dieser Dimension als weniger wichtig für die Vereinbarkeit bewertet. Eine größere Rücksichtnahme auf private Sorgearbeit wurde dennoch vergleichsweise häufig in den Freitexteingaben gefordert (insgesamt 144 von 833 Nennungen), wie etwa mehr Krankentage für Kinder, angepasste Kitazeiten oder auch die finanzielle Unterstützung bei der Pflege Angehöriger.

Die dritte Dimension betrifft die Arbeitszeitlage, die die geringste Bedeutung für die Stundenerhöhung und den Wiedereinstieg besitzt. Der Ausschluss von Nacht- (32,2 Prozent, 66/67) und Wochenenddiensten (25,5 Prozent, 67/67) spielt hierbei sowohl für Ausgestiegene als auch für Teilzeitkräfte die geringste Rolle, auch im Gesamtranking aller Arbeitsbedingungen. Auch mehr

Urlaubstage (60,4 Prozent, 56/67) und eine individuell flexible Arbeitszeitgestaltung (z.B. Gleit- und Kernarbeitszeitmodelle) (60,9 Prozent, 54/67) finden sich im Gesamtranking nur im untersten Drittel.

Tabelle 21: Ranking der Items im Bereich „Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben“

Rang	Gesamtranking	Item	wichtig/ ganz wichtig	n
1	8/67	Verbindliche Dienstpläne	89,1 %	7.392
2	11/67	Keine regelmäßig geplanten Überstunden	87,8 %	7.380
3	14/67	Keine geteilten Dienste	87,1 %	6.793
4	17/67	Pünktlich Feierabend machen können	84,9 %	7.410
5	22/67	Kein Einspringen aus der Freizeit	81,5 %	7.384
6	42/67	Geregelte Pausenzeiten	68,0 %	7.385
7	46/67	Kinderbetreuung	65,4 %	7.050
8	51/67	Lebensarbeitszeitkonten	63,6 %	7.197
9	54/67	Individuell flexible Arbeitszeitgestaltung	60,9 %	7.108
10	56/67	Mehr Urlaubstage	60,4 %	7.312
11	57/67	Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger	57,6 %	6.918
12	59/67	Finanzierung von Mobilitätsangeboten	56,8 %	7.242
13	66/67	Keine Nachtdienste	32,2 %	7.157
14	67/67	Keine Wochenenddienste	25,5 %	7.239

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, ausgestiegene Pflegekräfte und Teilzeitpflegekräfte n = 6.793–7.410.

4.4.4 Gesundheitsschutz und Prävention

Der Themenbereich „Gesundheitsschutz und Prävention“ spielt im Vergleich zu den vorgenannten Bereichen eine weniger wichtige Rolle für den Wiedereinstieg und die Stundenerhöhung. Alle Arbeitsbedingungen dieses Bereichs finden sich im zweiten und dritten Drittel im Gesamtranking aller Arbeitsbedingungen.

Innerhalb dieses Bereichs am wichtigsten waren den Befragten verbindliche Maßnahmen nach einer Gefährdungsbeurteilung von Gesundheits- und Sicherheitsrisiken am Arbeitsplatz (76,3 Prozent, 28/67), gefolgt von einem altersgerechten Zuschnitt von Tätigkeiten (76 Prozent, 29/67), dem Einsatz von Technik zur Reduktion körperlicher Belastungen (z.B. Heberoboter) (75,3 Prozent, 32/67), Präventionsangeboten während der Arbeitszeit zum Umgang mit psychischer Belastung (z.B. Überlastung oder Umgang mit Trauer und Tod im Arbeitsalltag) (74,8 Prozent, 34/67) und einem betrieblichen Eingliederungsmanagement nach Krankheit (z.B. schrittweise wieder einsteigen) (75 Prozent, 33/67). Der Einsatz von Technik zur Reduktion körperlicher Belastungen sowie ein altersgerechter Zuschnitt von Tätigkeiten wurden dabei von ausgestiegenen Pflegekräften als wichtigste Bedingung bewertet, während Teilzeitpflegekräften verbindliche Maßnahmen nach Gefährdungsbeurteilung am wichtigsten waren.

In den Antworten auf die offene Frage zum Themenbereich „Gesundheitsschutz und Prävention“ werden die Gefährdungsbeurteilungen entsprechend kritisiert (insgesamt 105 von 667 Nennungen mit allgemeiner Kritik am betrieblichen Gesundheitsmanagement):

„Gesundheitsschutz von Pflegekräften findet meist leider nur auf dem Papier der Gefährdungsbeurteilung statt.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

*„Echte Gefährdungsbeurteilungen durchführen, nicht nur abhaken von Checklisten von Beteiligten, die keine fachliche Eignung mitbringen. Dann Maßnahmen ableiten und regelmäßige Evaluation.“
(Teilzeitpflegekraft, Langzeitpflege)*

Altersgerechte Arbeitszeitmodelle und Tätigkeiten wurden in den Freitextantworten am zweithäufigsten gefordert (168 von 667 Nennungen):

„Leidensgerechte Arbeitsplätze- und -zeiten für ältere Pflegekräfte ab 60 und älter. Darüber wird bislang nichtmal im Ansatz nachgedacht, obwohl sich die Lebensarbeitszeit von Jahrgang zu Jahrgang erhöht und heute 60 jährige schon deutlich länger als bis 65 arbeiten müssen.“ (Teilzeitpflegekraft, Langzeitpflege)

Der Einsatz von Technik wird begrüßt, allerdings werden die Bedingungen, unter denen Technik derzeit zum Einsatz kommt, als nicht optimal beurteilt:

„Der Einsatz von Technik zur körperlichen Belastungsverringerung sollte auf alle Aufgabenbereiche, die die Pflege leistet, durchdacht Anwendung finden. Denn wenn die Dokumentation am Computer nur in ungesunder Haltung möglich, oder der Heberoboter zwar vorhanden, aber leider kein Platz am Patientenbett für ihn ist, dann nutzt weder die Anschaffung noch eine Schulung.“ (Ausgestiegene Pflegekraft, Krankenpflege)

„Mehr Zeit, um Technik zu nutzen. Bisher vorhandene Technik anzuwenden, kostet mehr Zeit als selber zu heben. Und der bisherige Zeitdruck lässt einen die Technik in der Ecke stehen.“ (Teilzeitpflegekraft, Langzeitpflege)

Auch die Personalsituation und die Notwendigkeit einer Personalbemessung kam in den offenen Antworten des Themenbereichs zur Sprache (insgesamt 195 von 667 Nennungen zu Themen des Arbeitsschutzes, der Arbeitsausstattung, Digitalisierung und Personalvorgaben).

Tabelle 22: Ranking der Items im Bereich „Gesundheitsschutz und Prävention“

Rang	Gesamt-ranking	Item	wichtig/ ganz wichtig	n
1	28/67	Verbindliche Maßnahmen nach Gefährdungsbeurteilung	76,3 %	6.840
2	29/67	Altersgerechter Zuschnitt von Tätigkeiten	76,0 %	6.843
3	32/67	Einsatz von Technik zur Reduktion körperlicher Belastungen	75,3 %	6.938
4	33/67	Betriebliches Eingliederungsmanagement	75,0 %	6.875
5	34/67	Präventionsangebote (psychische Belastung)	74,8 %	6.969
6	38/67	Austausch mit Kolleg*innen über Erlebtes	72,5 %	6.941
7	41/67	Präventionsangebote (körperliche Belastung)	69,0 %	6.963
8	45/67	Prävention diskriminierender Erfahrungen am Arbeitsplatz	65,7 %	6.861
9	49/67	Austausch mit geschulter Person über Erlebtes	64,5 %	6.918
10	52/67	Betriebliches Gesundheitsmanagement	62,3 %	6.922
11	64/67	Möglichkeit, in wechselnden Aufgabenfeldern arbeiten zu können	36,6 %	6.724

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, ausgestiegene Pflegekräfte und Teilzeitpflegekräfte n = 6.724–6.969.

4.4.5 Weiterbildung und Karriere

Der Bereich „Weiterbildung und Karriere“ hat im Vergleich zu allen anderen Themenbereichen die geringste Bedeutung für den Wiedereinstieg und die Stundenerhöhung – mit Ausnahme einer finanziellen Komponente: Fort- und Weiterbildung muss sich auch in einem höheren Gehalt widerspiegeln (88,9 Prozent, 10/67). Dies wird sowohl von Ausgestiegenen als auch von Teilzeitkräften als wichtigste Bedingung in diesem Themenfeld angegeben und wird am häufigsten in den Antworten auf die offene Frage in diesem Bereich thematisiert (113 von 415 Nennungen):

„Fort- und Weiterbildung werden bisher kaum mit mehr Gehalt belohnt, was sehr schade ist. Kompetenzentwicklung ist sehr wichtig, damit die Pflege das was sie tut, sehr gut umsetzen kann. Weiterbildung wird kaum gefördert und wenn durchgeführt noch schlechter bezahlt. Das muss sich ändern. Weiterbildung ist wichtig und hilft sehr gute Pflege umzusetzen. Das muss auch am Gehalt sichtbar sein. Gut geschultes Pflegepersonal kann Leiden lindern und Pflegeprozesse erleichtern, Angehörige und Patienten fühlen sich sicherer und sind besser auf die kommende Situation vorbereitet.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

„Fort- und Weiterbildungen werden zu wenig ermöglicht und wenn doch, muss viel selbst bezahlt und investiert werden. Sind Fort- und Weiterbildungen abgeschlossen, bekommt man kaum merklich mehr Gehalt. Was sind 75€ brutto? Da kann man sich den Aufwand sparen. Kaum Aufstiegsmöglichkeiten und Anerkennung. Pausenzeiten nicht geregelt und werden sehr oft unterbrochen oder nicht eingehalten, weil man mit der Arbeit nicht fertig wird. Wann ist die Pflege je fertig? Die Patienten gehen ja nicht bei Schichtende ebenfalls.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

„Fachweiterbildungen sind bisher viel zu unattraktiv. Der Kompetenzgewinn ist enorm, aber er schlägt sich weder im Gehalt noch in der tatsächlichen Kompetenzverteilung nieder. Man erwirtschaftet im hohen

*Maße Geld und Prestige für die Station/die Klinik und wird in der gerechten Verteilung aber ausgelassen.“
(Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)*

Im Mittelfeld des Gesamtrankings befanden sich noch Wünsche nach fachlichen Aufstiegsmöglichkeiten (z.B. Fachweiterbildung) (76 Prozent, 30/67) sowie generell mehr Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten (z.B. zur Demenzfachkraft oder zur/zum Hygienebeauftragten) (74,4 Prozent, 35/67). Besonders niedrig, auch im Gesamtranking, wurden dabei eine betriebliche Personalentwicklung (z.B. individuelle Laufbahn-/Karriereplanung) (64,1 Prozent, 50/67), erweiterte fachliche Einsatzmöglichkeiten (z.B. sog. Community Health Nursing) (62,2 Prozent, 53/67), die Unterstützung akademischer Weiterbildung (60,9 Prozent, 55/67) sowie die betriebliche Bereitstellung von E-Learning-Angeboten (57,3 Prozent, 58/67) bewertet. Insbesondere Aufstiegsmöglichkeiten in der Position (z.B. Leitungsfunktion wie Pflegedienstleitung) (55,2 Prozent, 61/67) spielen für die Befragten nur eine untergeordnete Rolle für Stundenerhöhung und Wiedereinstieg.

Tabelle 23: Ranking der Items im Bereich „Weiterbildung und Karriere“

Rang	Gesamtranking	Item	wichtig/ ganz wichtig	n
1	10/67	Fort-/Weiterbildung = höheres Gehalt	88,9 %	6.344
2	30/67	Fachliche Aufstiegsmöglichkeiten	76,0 %	6.325
3	35/67	Mehr Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten	74,4 %	6.329
4	50/67	Betriebliche Personalentwicklung	64,1 %	6.228
5	53/67	Erweiterte fachliche Einsatzmöglichkeiten	62,2 %	5.998
6	55/67	Unterstützung akademischer Weiterbildung	60,9 %	6.234
7	58/67	Bereitstellung von E-Learning-Angeboten	57,3 %	6.226
8	61/67	Aufstiegsmöglichkeiten in der Position	55,2 %	6.274

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, ausgestiegene Pflegekräfte und Teilzeitpflegekräfte n = 5.998–6.344.

4.4.6 Wiedereinstieg

Ausgestiegene Pflegekräfte wurden auch nach den Voraussetzungen gefragt, die konkret ihren Wiedereinstieg betreffen. Die Faktorenanalyse hat gezeigt, dass sich die abgefragten Items in vorgelagerte sowie begleitende Maßnahmen beim Wiedereinstieg gliedern lassen. Geringe Bedeutung für einen Wiedereinstieg haben dabei auch im Gesamtranking vorgelagerte Maßnahmen wie ein Informationstag des Arbeitgebers für interessierte Wiedereinsteiger*innen (38,2 Prozent, 63/67) sowie die Zahlung einer Wiedereinstiegsprämie (35,1 Prozent, 65/67). Bei den begleitenden Maßnahmen gibt es deutliche Unterschiede in der Bewertung. Hier werden Stufenmodelle zur schrittweisen Erhöhung der Arbeitszeit (47,4 Prozent, 62/67) sowie Wiedereinstiegskurse zur Auffrischung von Pflegekenntnissen (56,3 Prozent, 60/67) gering bewertet. Deutlich wichtiger und auch im Gesamtranking hoch bewertet sind hingegen die geregelte und strukturierte Einarbeitung am Arbeitsplatz durch eine Führungskraft oder Praxisanleitung (83,6 Prozent, 21/67) sowie die Begleitung beim Wiedereinstieg am Arbeitsplatz durch eine*n Kolleg*in (81,1 Prozent, 23/67). Die Bedeutung der Einarbeitung kommt auch in den vergleichsweise wenigen Antworten (insgesamt 88 Nennungen) auf die offene Frage zum Ausdruck:

„Die Einarbeitung muss nicht grundsätzlich durch eine Führungskraft oder durch einen Mentor, allerdings ist es wichtig, dass die Einarbeitung überwiegend durch die gleiche Person stattfindet mit entsprechenden Fachkenntnissen und sozialer Kompetenz“ (Ausgestiegene Pflegekraft, Krankenpflege)

„Bei meiner letzten Beschäftigung (Versuch zurück in den Beruf zu gehen) wurde ich trotz Einarbeitungsklausel nicht angeleitet. Ich habe davor auf einer geschlossenen Station der Psychiatrie gearbeitet und nun sollte ich auf einer Inneren-Station volle Leistung erbringen. Das war natürlich mit meinem Gewissen des Patienten gegenüber nicht vereinbar. Noch während der Probezeit habe ich wieder gekündigt.“ (Ausgestiegene Pflegekraft, Krankenpflege)

Tabelle 24: Ranking der Items im Bereich „Wiedereinstieg“

Rang	Gesamt-ranking	Item	wichtig/ ganz wichtig	n
1	21/67	Strukturierte Einarbeitung durch Führungskraft/ Praxisanleitung	83,6 %	1.921
2	23/67	Begleitung beim Wiedereinstieg durch Kolleg*in	81,1 %	1.923
3	60/67	Wiedereinstiegskurs, um Pflegekenntnisse aufzufrischen	56,3 %	1.918
4	62/67	Stufenmodell zur schrittweisen Erhöhung der Arbeitszeit	47,4 %	1.876
5	63/67	Informationstag für interessierte Wiedereinsteiger*innen	38,2 %	1.898
6	65/67	Zahlung einer Wiedereinstiegsprämie	35,1 %	1.898

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, ausgestiegene Pflegekräfte n = 1.876–1.923.

Auf einen Blick: Wichtigste Arbeitsbedingungen für Wiedereinstieg und Stundenerhöhung

Tabelle 25: Überblick über die wichtigsten Arbeitsbedingungen nach Themenbereichen

Rang im Gesamtranking	Arbeitsbedingungen	wichtig/ ganz wichtig
Organisation und Führung		
1/67	Fairer Umgang unter Kolleg*innen	97,4 %
2/67	Vorgesetzte, die wertschätzend und respektvoll sind	96,5 %
4/67	Vorgesetzte, die sensibel für meine Arbeitsbelastung sind	94,4 %
Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung		
3/67	Bedarfsgerechte Personalbemessung	95,1 %
5/67	Nicht unterbesetzt arbeiten müssen	92,8 %
6/67	Mehr Zeit für menschliche Zuwendung	92,7 %
Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben		
8/67	Verbindliche Dienstpläne	89,1 %
Gesundheitsschutz und Prävention		
28/67	Verbindliche Maßnahmen nach Gefährdungsbeurteilung	76,3 %
Weiterbildung und Karriere		
10/67	Fort-/Weiterbildung = höheres Gehalt	88,9 %
Wiedereinstieg		
21/67	Strukturierte Einarbeitung durch Führungskraft/Praxisanleitung	83,6 %

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“.

4.5 Exkurs: Einfluss der Covid-19-Pandemie

Da die Erhebung im Rahmen der vorliegenden Studie während der Covid-19-Pandemie durchgeführt wurde, enthielt der Fragebogen auch einen Themenblock, der sich mit der Pandemie und ihren Auswirkungen auf die Pflegekräfte und ihre Arbeit befasst. In diesem Block fanden sich Fragen danach, wie sich die Pandemie auf die Bereitschaft der Ausgestiegenen und Teilzeitkräfte sowie die Arbeitsbedingungen in der Pflege auswirkt. Zu beiden Fragen war es den befragten Pflegekräften außerdem möglich, ihre Antworten offen zu begründen. Im Folgenden werden die daraus gewonnenen zentralen Befunde vorgestellt.

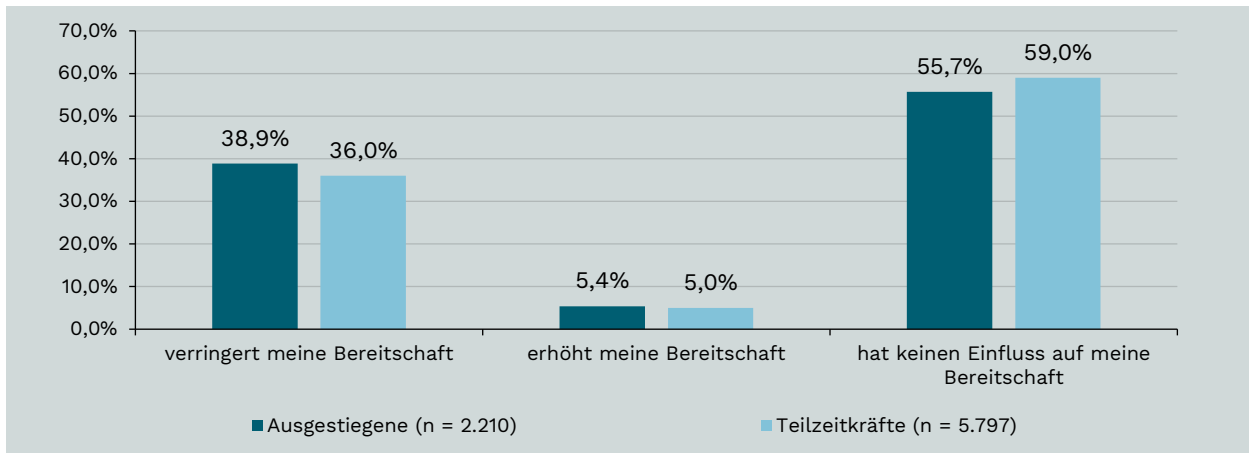
4.5.1 Einfluss auf die Bereitschaft zu Wiedereinstieg und Stundenerhöhung

Wie aus der unten stehenden Grafik deutlich wird, hat die andauernde Covid-19-Pandemie einen deutlich negativen Effekt auf die Bereitschaft von Ausgestiegenen und Teilzeitkräften, in der Pflege zu arbeiten. 38,9 Prozent der Ausgestiegenen und 36 Prozent der Teilzeitkräfte geben eine entsprechende Verringerung ihrer Bereitschaft an. Demgegenüber stehen nur etwa 5 Prozent aus beiden Gruppen, die angeben, dass die Pandemie ihre Bereitschaft, in der Pflege zu arbeiten, erhöht hat. Der größte Teil sowohl der befragten Ausgestiegenen als auch Teilzeitkräfte gibt jedoch an, dass die Pandemie keinen Einfluss auf ihre Bereitschaft hat, in der Pflege zu arbeiten (55,7 bzw. 59 Prozent).

Im Vergleich zur Bremer Pilotstudie hat sich der negative Effekt der Pandemie auf die Bereitschaft, in der Pflege zu arbeiten, deutlich verstärkt. Im Spätsommer 2020 gaben nur 25 Prozent der Teilzeitkräfte und 22,4 Prozent der Ausgestiegenen an, dass die Pandemie ihre Bereitschaft, in der Pflege zu arbeiten, verringert – ein Unterschied von 11 beziehungsweise 16,5 Prozentpunkten. Ein Jahr zuvor gaben

außerdem noch 9,6 Prozent der Ausgestiegenen und 7,1 Prozent der Teilzeitkräfte an, dass die Pandemie ihre Bereitschaft erhöhe, in der Pflege zu arbeiten.⁶³

Abbildung 24: Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Bereitschaft zum Wiedereinstieg und zur Stundenerhöhung



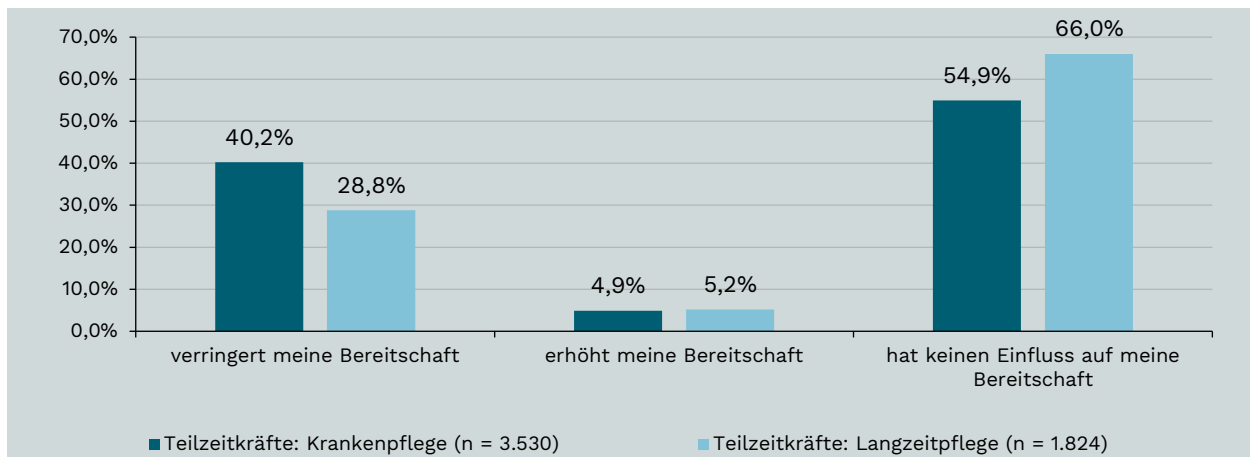
Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, ausgestiegene Pflegekräfte n = 2.210, Teilzeitpflegekräfte n = 5.797.

Während sich die Pandemie sehr ähnlich auf die Bereitschaft ausgestiegener und in Teilzeit arbeitender Pflegekräfte auswirkt, finden sich größere Unterschiede zwischen den Teilzeitkräften in der Kranken- und in der Langzeitpflege. Teilzeitkräfte aus der Krankenpflege geben deutlich häufiger an, dass die Pandemie ihre Bereitschaft verringert, als die entsprechende Gruppe aus der Langzeitpflege (40 zu 29 Prozent). Umgekehrt geben Teilzeitkräfte aus der Langzeitpflege häufiger als diejenigen aus der Krankenpflege an, dass die Pandemie sich nicht auf die Bereitschaft auswirkt (66 zu 55 Prozent). Die Anteile derjenigen, die eine erhöhte Bereitschaft angeben, bleiben zwischen den beiden Bereichen und im Vergleich zur Gesamtheit der Befragten nahezu identisch.

Auch diese Zahlen haben sich im Vergleich zur Bremer Pilotstudie verschlechtert. Im Spätsommer 2020 gaben mit 15,6 Prozent insbesondere die Befragten aus dem Bereich der Langzeitpflege deutlich seltener an, dass die Pandemie ihre Bereitschaft, in der Pflege zu arbeiten, verringere. Und auch in der Krankenpflege lag dieser Wert mit 30,4 Prozent noch niedriger – ein Unterschied von 13,2 beziehungsweise 9,8 Prozentpunkten zum Spätsommer 2021. Umgekehrt haben noch mehr Befragte aus der Langzeit- und Krankenpflege angegeben, dass die Pandemie ihre Bereitschaft zur Arbeit in der Pflege erhöht (8,8 bzw. 6,1 Prozent).

⁶³ Vgl. Auffenberg/Heß (2021), S. 19.

Abbildung 25: Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Bereitschaft zur Stundenerhöhung – differenziert nach Kranken- und Langzeitpflege



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, ausgestiegene Pflegekräfte n = 3.530, Teilzeitpflegekräfte n = 1.824.

Auf die Frage nach den Gründen für den Einfluss der Pandemie auf die Bereitschaft, in der Pflege zu arbeiten, haben insgesamt 3.466 Befragte geantwortet. Auf Gründe für eine Erhöhung der Bereitschaft entfallen dabei 268 Nennungen (8 Prozent), auf eine Verringerung 2.182 Nennungen (63 Prozent) und auf keinen Einfluss 1.016 Nennungen (29 Prozent).

Begründungen dafür, dass die Covid-19-Pandemie *keinen Einfluss* auf die Bereitschaft der Befragten hat, reichen von der unabhängig von der Pandemie fehlenden Zeit für die Arbeit in der Pflege (166 Nennungen) über die fehlende finanzielle Notwendigkeit (40 Nennungen) bis hin zu bereits vor der Pandemie als zu schlecht empfundenen Arbeitsbedingungen (368 Nennungen) und einer für die Befragten zu sehr betriebswirtschaftlichen Ausrichtung in erster Linie von Krankenhäusern, etwa im Zuge von Privatisierungen (65 Nennungen).

„Die Arbeitsbedingungen in der Pflege waren schon vor Corona schlecht. Keiner hört uns. Ich konnte nicht mehr abschalten, durchschnaufen, war am Ausbrennen, hatte keine Perspektiven. Ich hatte es leid einzuspringen und Kolleginnen zum Einspringen zu zwingen. Ich konnte schon seit Jahren nicht mehr die Patienten versorgen, wie es mein Anspruch an Pflege ist. Ich war nicht mehr bereit die Verantwortung zu übernehmen. Mein Privatleben litt sehr.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

Die Motive für eine *Verringerung der Bereitschaft* sind vielfältig. Prominent genannt werden vor allem die durch die Pandemie zusätzlich erschwerten Arbeitsbedingungen und deren Folgen (1.001 Nennungen). Konkret werden etwa Überstunden, längere Schichten, ein Aussetzen der Pflegepersonaluntergrenzen sowie ein verschlechtertes und angespanntes Arbeitsklima angesprochen, aber auch einige daraus resultierende Folgen für die Pflegekräfte, wie beispielsweise mehr Stress, erhöhte physische sowie psychische Arbeitsbelastung, Arbeitsmüdigkeit, fehlende Motivation, Frustration und Burn-out.

Des Weiteren entfällt auf unmittelbar durch Maßnahmen gegen die Covid-19-Pandemie verursachte wahrgenommene Mehrbelastung der Pflegekräfte ein erheblicher Teil der Antworten (391 Nennungen). Beispiele hierfür sind etwa die Impf- und Maskenpflicht, das Tragen von Schutzausrüstung und ein allgemein erhöhter Arbeitsaufwand im Zusammenhang mit Maßnahmen zum Schutz gegen Covid-19.

Auch Aspekte bezüglich der von Politik und Arbeitgeberseite geschaffenen Rahmenbedingungen der Arbeit in der Pflege werden von den Befragten angesprochen (222 Nennungen). Beispiele in diesem Zusammenhang sind mangelnde Hygienekonzepte, schlechte Ausrüstung, die Aussetzung des Arbeitsschutzgesetzes, falsche Versprechungen der Politik und zu viel Bürokratie.

Außerdem stellen mit Covid-19 einhergehende gesundheitliche Risiken (195 Nennungen), aus der Pandemie resultierende Fürsorgeverpflichtungen (bspw. Homeschooling, 118 Nennungen), ein wahrgenommenes Fehlen gesellschaftlicher Wertschätzung und Umsicht im Hinblick auf die Pandemie und ihre Auswirkungen (163 Nennungen) sowie finanzielle Gründe wie eine schlechte Bezahlung oder unzureichende Prämien (66 Nennungen) weitere relevante negative Einflussfaktoren auf die Bereitschaft dar.

„Durch die ‚Pandemie‘ wurden die bereits langjährig vorhandenen Missstände weiter deutlich. Der Wert der Pflege ist gleich Null. Klatschen für die Pflege – also echt. Krank arbeiten ohne Schutzausrüstung. Ohne Pause, ohne Extrazulage, ...“ (Ausgestiegene Pflegekraft, Krankenpflege)

„Die Arbeitsbelastung ist in der Pandemie weiter gestiegen: noch mehr personeller Ausfall durch Quarantäne. Das Arbeiten in Iso-Kleidung und mit FFP-Maske ist ein weiterer Faktor. Die soz. Distanz mit Kollegen und auch Pat. ist grausam. Teamgespräche und Meetings online etc sind nicht förderlich um Teamgefüge zu stabilisieren.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

„Besonders von der Politik wünscht man sich etwas mehr als warme Worte oder einen Applaus. Aussagen, wie "die Pflege war zu keinem Moment in der Pandemie überlastet" bringen das Fass zum überlaufen, weil wir schon vorher überlastet waren. Allein die Coronaprämie war ein absoluter Witz, wenn jeder Beamte die gleiche Summe erhält, bzw. privatisierte Kliniken nichts gezahlt haben. Ein Comeback in der Pflege würde ich nur geben, wenn der Personalschlüssel sich nicht wenigstens verdoppelt. Es bringt nichts, wenn man ein faires Gehalt hat, aber fix und fertig nach Hause kommt, weil man 14kilometer täglich im Dienst geht.“ (Ausgestiegene, Krankenpflege)

Die beiden dominanten Motive für eine *Erhöhung der Bereitschaft* unter den Befragten sind Solidarität mit den Kolleg*innen, vor allem in Bezug auf die gemeinsame Bewältigung des durch die Pandemie weiter verstärkten Personalmangels in der Pflege (121 Nennungen), sowie ein Berufsethos, mit dem ein Pflichtbewusstsein und das Empfinden einer gesellschaftlichen Verantwortung einhergeht (80 Nennungen).

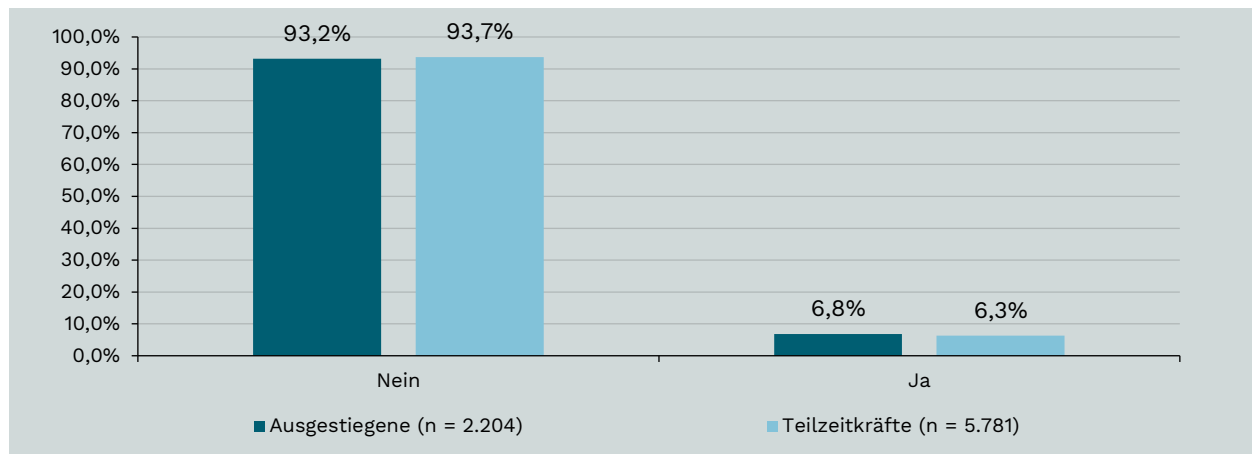
Das Solidaritätsmotiv wird von dieser befragten Teilzeitkraft besonders im Hinblick auf die Unterstützung der in Vollzeit beschäftigten Pflegekräfte illustriert:

„Ich habe meine Arbeitszeit zu Beginn der Pandemie aufgestockt aus Solidarität den Kollegen gegenüber, die in Vollzeit Gefahr liefen, sich vollends aufzureiben.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

4.5.2 Einfluss auf die Arbeitsbedingungen

Hinsichtlich der Frage, ob sich die Arbeitsbedingungen in der Pflege im Zuge der Covid-19-Pandemie verbessert haben, zeigt sich über alle untersuchten Teilgruppen hinweg ein eindeutiges Bild: Über 90 Prozent der befragten Pflegekräfte sind der Ansicht, dass sich die Arbeitsbedingungen nicht verbessert haben.

Abbildung 26: Haben sich die Arbeitsbedingungen durch die Covid-19-Pandemie verbessert?



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, ausgestiegene Pflegekräfte n = 2.204, Teilzeitpflegekräfte n = 5.781.

Auf die offene Frage nach den Gründen dafür, dass sich die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte durch die Covid-19-Pandemie verbessert beziehungsweise nicht verbessert haben, haben insgesamt 5.088 Befragte geantwortet. Davon entfallen 334 Nennungen (7 Prozent) auf Gründe dafür, dass Verbesserungen der Arbeitsbedingungen beobachtet worden sind, und 4.754 Nennungen (93 Prozent) auf Gründe für ein Ausbleiben solcher Verbesserungen.

Als prominente Begründung für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen wird etwa die erhöhte Sichtbarkeit der Pflege im Zuge der Pandemie („Brennglaseffekt“) und der damit verbundene öffentliche Druck, Verbesserungen der Arbeitsbedingungen zu erwirken (185 Nennungen) genannt. Außerdem werden Hoffnung und Zuversicht aufgrund beobachteter erster Schritte hin zu verbesserten Arbeitsbedingungen (80 Nennungen) geäußert:

*„Weil Covid wie ein Brennglas den Fokus auf die schweren Probleme im Pflegebereich lenkt: Die katastrophalen Arbeitsbedingungen durch die fehlenden, gesetzlich nicht vorgeschriebenen und daher ständig unterwanderten schichtbezogenen Personalschlüssel und die Pflegeflucht, die hieraus resultiert.“
(Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)*

Diejenigen Befragten, die keine Verbesserung der Arbeitsbedingungen beobachten, begründen dies vor allem mit einem Abflachen der anfänglichen gesellschaftlichen Solidarität, dem Fehlen von Besserungsaussichten – auch aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen unabhängig von der Pandemie – und damit verbundener Resignation (1.433 Nennungen):

„Sobald die Pandemie vorbei ist und die Gesundheitsversorgung nicht zusammengebrochen ist in dieser Zeit, heißt es wieder, es funktionierte ja, wieso sollte man was ändern und die Pflege gerät wieder in Vergessenheit.“ (Ausgestiegene Pflegekraft, Krankenpflege)

*„Es zeigt sich doch jetzt schon dass von dem Beifallklatschen zu Beginn der Pandemie nichts geblieben ist. Und so läuft das in der Pflege doch schon immer: Viel Gerede und am Ende bleibt heiße Luft.“
(Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)*

Politische Systemkritik, damit einhergehend mangelndes Vertrauen sowie ein Beklagen von mangelnder Unterstützung seitens Politik und Arbeitgeberseite und darüber hinaus eine unzureichende

Interessenvertretung der Pflege und damit verbunden die Feststellung einer „Genügsamkeit der Pflegekräfte“, die sich zum Beispiel darin ausdrückt, dass zu wenig gestreikt wird, bildet einen weiteren großen Block der Begründungen für ein Ausbleiben von Verbesserungen der Arbeitsbedingungen (1.189 Nennungen). Die folgenden beiden Zitate machen den Vorwurf der Genügsamkeit deutlich:

„Pfleger setzen sich selbst zu wenig für eine Veränderung in der Pflege ein. Deshalb wird sich Politik nicht für eine Veränderung stark machen.“ (Ausgestiegene Pflegekraft, Krankenpflege)

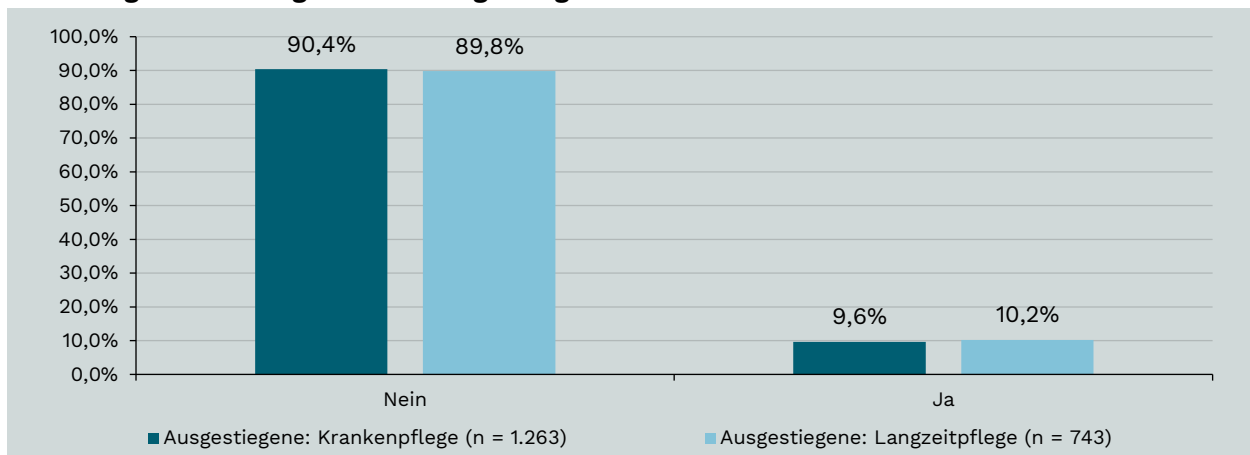
„Die Pflege hat keine Lobby. Viele Pflegekräfte streiken nicht, haben ein ausgesprochenes Helfersyndrom und nehmen die Bedingungen hin.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

Weitere Gründe betreffen – teils analog zu den Begründungen der Antworten auf die vorherige Frage – einen Mangel an gesellschaftlicher Solidarität (778 Nennungen), Personalmangel und schwierige, sich durch die Pandemie verschlechternde Arbeitsbedingungen sowie eine hohe Arbeitslast (755 Nennungen). Außerdem werden eine zu niedrige Bezahlung, zu geringe Prämien und eine zunehmend betriebswirtschaftliche Ausrichtung von Kliniken im Zuge von Privatisierungen (556 Nennungen) beklagt. Des Weiteren wird der Schutz der persönlichen Gesundheit beziehungsweise der Eigen- und Arbeitsschutz als Motiv genannt (43 Nennungen).

4.5.3 Stundenreduktion oder Ausstieg durch Covid-19

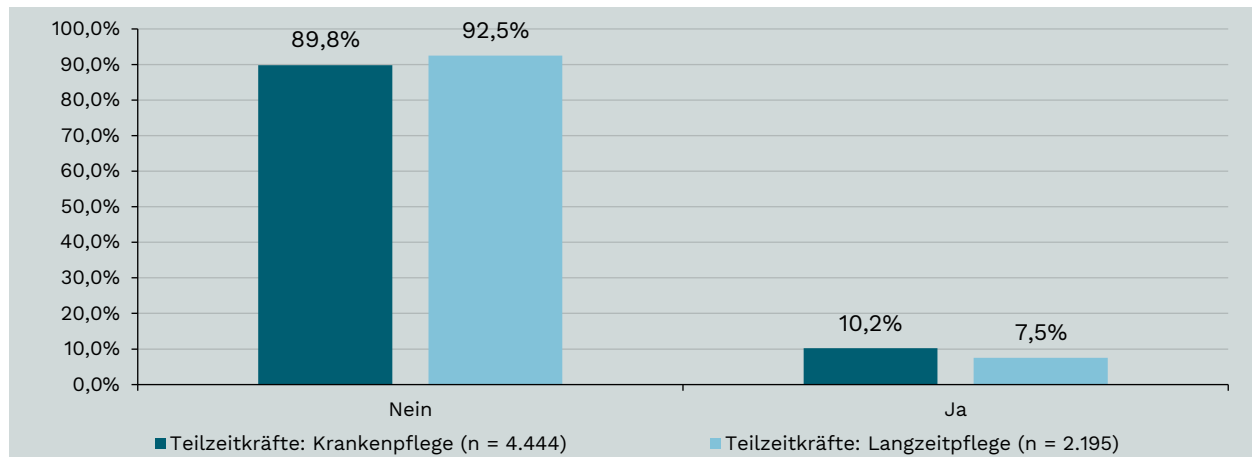
Mit der letzten Frage im Themenblock zur Covid-19-Pandemie sollte erfasst werden, wie viele der Befragten aufgrund der Pandemie ihre Arbeitsstunden verringert haben oder sogar ganz aus der Pflege ausgestiegen sind. Von den Befragten haben 10,2 Prozent in der Langzeitpflege und 9,6 Prozent in der Krankenpflege angegeben, im Zuge der Covid-19-Pandemie aus der Pflege ausgestiegen zu sein. Ebenso haben 7,5 Prozent der Befragten in der Langzeitpflege und 10,2 Prozent in der Krankenpflege angegeben, ihre Arbeitsstunden aufgrund der Pandemie verringert zu haben. Umgekehrt verneinen jedoch rund 90 Prozent aller Befragten dies.

Abbildung 27: Ausstieg aus der Pflege aufgrund der Covid-19-Pandemie



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, ausgestiegene Pflegekräfte n = 1.263, Teilzeitpflegekräfte n = 743.

Abbildung 28: Stundenreduzierung aufgrund der Covid-19-Pandemie



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, ausgestiegene Pflegekräfte n = 4.444, Teilzeitpflegekräfte n = 2.195.

5 Handlungserfordernisse und -empfehlungen

Die Befragung anlässlich der bundesweiten Studie „Ich pflege wieder, wenn ...“ hatte zum Ziel, das Potenzial an Teilzeitpflegekräften, die bereit wären, ihre Stunden zu erhöhen, sowie das Potenzial an ausgestiegenen Pflegekräften, die bereit wären, in ihren Beruf zurückzukehren, zu ermitteln und plausibel hochzurechnen. Den dafür notwendigen Veränderungen in der Pflegearbeit wurde in der Befragung besondere Aufmerksamkeit gewidmet – sie wurden in sechs Themenbereichen umfassend abgefragt. Auch individuelle Faktoren, wie etwa Alter, Geschlecht, Tätigkeitsbereich oder Sorgerepflichtungen, wurden berücksichtigt.

Die bundesweite Untersuchung bestätigt die Ergebnisse der Bremer Pilotstudie. Die größer angelegte Befragung zeigt ebenfalls: Viele Pflegefachkräfte wären bereit, in ihren Beruf zurückzukehren oder ihre Stunden zu erhöhen, wenn sie dort eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen vorfinden würden. Viele der als besonders wichtig bewerteten Faktoren lassen sich hierbei vornehmlich durch mehr Personal erfüllen: So etwa der dringende Wunsch, genügend Zeit zu haben, um eine gute Pflege leisten zu können. Es klingt paradox: Mehr Personal ist nötig, um mehr Personal zu gewinnen. Entscheidend ist, die Negativspirale aus problematischen Arbeitsbedingungen sowie Ausstiegen und Stundenreduzierungen zu durchbrechen und positiv zu wenden und so Pflegekräfte zur Stunden-erhöhung und Rückkehr in den Pflegeberuf zu motivieren. Dabei bieten sich Ansatzpunkte: So können etwa Verbesserungen bei der Bezahlung, insbesondere im Bereich der Langzeitpflege, oder in der Führungskultur realisiert werden, ohne dass bereits mehr Personal vorhanden ist. Die Einführung von beispielsweise bedarfsgerechten Personalbemessungsinstrumenten kann dabei zudem eine glaubhafte Perspektive auf Verbesserungen vermitteln. Sie müssen jedoch einhergehen mit einer allgemeinen Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die es Pflegekräften ermöglicht, gesund und ihren eigenen berufsfachlichen Ansprüchen entsprechend, auch im Pflegeberuf zu verbleiben.

Im Folgenden werden Handlungserfordernisse und -empfehlungen in Bezug auf die wichtigsten in der Befragung ermittelten Faktoren für eine Rückkehr oder eine Stundenerhöhung dargestellt. Diese orientieren sich an den Ergebnissen des Rankings, die über 25 Teilgruppen (Ausgestiegene, Teilzeitkräfte, Langzeit-, Krankenpflege, Gesundheitszustand, Sorgerepflichtung etc.) stabil geblieben sind,

sowie an den wichtigsten zehn in dieser Studie ermittelten Arbeitsbedingungen für einen Wiedereinstieg und eine Stundenerhöhung. Auch naheliegende Handlungsempfehlungen, die nicht unmittelbar aus der Befragung resultieren, aber mit ihnen in Zusammenhang stehen, wurden aufgenommen und gesondert ausgewiesen.

5.1 Ausreichend Zeit für eine gute Pflege durch bedarfsgerechte Personalbemessung

Der wichtigste Faktor für eine Rückkehr oder Stundenerhöhung war für die Befragten, ausreichend Zeit für eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Pflege zu haben. Mehr Zeit für eine gute Pflege durch mehr Personal ist in der Rankingfrage von allen Teilgruppen auf den ersten Platz gewählt worden. Zu diesem Punkt zählten außerdem, mehr Zeit für menschliche Zuwendung zu haben (92 Prozent), nicht unterbesetzt arbeiten zu müssen (93 Prozent) und, explizit und allen voran, eine bedarfsgerechte Personalbemessung (94 Prozent). Eine bedarfsgerechte Personalbemessung wurde insbesondere von den befragten ausgestiegenen Pflegekräften hoch bewertet (96 Prozent).

5.1.1 Tarifvertragliche Personalbemessung

Für die tarifliche Ebene hat Verdi seit 2015 mit bisher 18 Entlastungstarifverträgen gezeigt, dass Verbesserungen im Bereich der Personalbemessung möglich sind. Diese Tarifverträge betreffen vor allem große Universitätskliniken, aber auch den größten kommunalen Krankenhausträger Vivantes in Berlin und enthalten verbindliche Regelungen zur Personalbemessung.⁶⁴ Sie haben ebenfalls deutlich gemacht, wie groß das Mobilisierungspotenzial für dieses Anliegen ist. So konnten auch die Organisationsgrade in den entsprechenden Kliniken regelmäßig erheblich gesteigert werden. Diese Entlastungstarifverträge und zahlreiche weitere Aktivitäten Verdis haben wesentlich zur Diskussion und Akzeptanz von Personalbemessungsverfahren beigetragen und sollten weiter fortgeführt werden. Klar ist jedoch auch, dass Pflegekräfte für tarifliche Personalbemessungsregelungen bereit sein müssen, selbst aktiv zu werden und mit ihrer Gewerkschaft dafür zu kämpfen. Mit Blick auf die geringe Tarifbindung, insbesondere im Bereich der Langzeitpflege, ist eine gesetzliche Verankerung einer ausreichenden Personalbemessung dennoch unabdingbar.

5.1.2 Gesetzliche Personalbemessung

Für die stationäre Langzeitpflege liegt seit 2020 das von Prof. Rothgang und Kolleg*innen entwickelte Instrument zur „Personalbedarfsmessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ (PeBeM) vor.⁶⁵ Dessen Einführung wäre bereits zum Zeitpunkt der Erhebung 2018 mit einem bundesweiten Mehrbedarf von 120.000 Pflegekräften einher gegangen. Diese Zahlen dürften sich aufgrund der demografischen Entwicklung und zunehmender Pflegebedarfe bereits gesteigert haben.

Neben einem geringfügigen Aufwuchs von dreijährigen Fachkräften sollen die Mehrbedarfe nach dem PeBeM-Verfahren hauptsächlich mit ein- oder zweijährig qualifizierten Pflegehilfskräften gedeckt werden. Hierbei besteht das Problem, dass von allen Hilfskräften in der Langzeitpflege derzeit 80 Prozent über weniger als einjährige Qualifikationen verfügen, also lediglich angelernt sind. Es besteht also ein großer Bedarf an Personalentwicklung und Qualifizierung. Grundsätzlich, aber mindestens, solange ein- und zweijährig qualifizierte Hilfskräfte nicht zur Verfügung stehen, sollten höher

⁶⁴ Vgl. Verdi (2021).

⁶⁵ Vgl. Rothgang et al. (2020).

qualifizierte Pflegekräfte, das heißt auch Fachkräfte, im Rahmen der PeBeM eingesetzt und refinanziert werden können.

Zudem muss die Assistenzausbildung auf Qualifikationsniveau 3 wie im Koalitionsvertrag vorgesehen bundeseinheitlich gestaltet und zweijährig angelegt werden. Sie muss sowohl als (berufsbegleitende) Umschulung förderfähig sein und auch ein Aufstieg zur dreijährig ausgebildeten Fachkraft muss künftig durch die Agentur für Arbeit förderfähig sein. Denn sonst wird die Assistenzausbildung, die entsprechend der Roadmap zur Einführung der PeBeM stark anwachsen muss, zur Sackgasse für die beruflich Pflegenden.

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wurde das Personalbemessungsinstrument PeBeM⁶⁶ in einer ersten Stufe – mit vorerst großen Abschlägen und nur als Obergrenze in der stationären Langzeitpflege gesetzlich verankert. In den Pflegesatzverhandlungen können dabei nur Personalausstattungen, die unterhalb dieser Grenze liegen, vereinbart werden. Darüber liegende Ausstattungen werden nicht regelhaft refinanziert. Diese Regelungen ab Juli 2023 wirksam (§ 113c SGB XI).

Der Koalitionsvertrag enthält den knappen Hinweis, dass der Ausbau der Personalbemessungsverfahren in der stationären Langzeitpflege beschleunigt werden soll. Entscheidend ist jedoch, dass die PeBeM perspektivisch vollständig, also zu 100 Prozent, umgesetzt wird und hierfür ein verbindlicher Zeitplan verabredet und festgelegt wird. Gesetzlich verankert sind derzeit nur 40 Prozent. Für Mitte 2025 hat der Gesetzgeber eine Evaluation vorgesehen, die vieles offen lässt und Einrichtungen und damit auch Beschäftigte verunsichert. Die Refinanzierung höherer Personalausstattungen als aktuell mit dem GVWG vorgesehen, sollte vorzeitig ermöglicht werden – in mehreren Bundesländern liegt die erste PeBeM Ausbauphase unterhalb der aktuellen Personalbemessung.

Das PeBeM-Verfahren lässt sich nicht einfach auf die ambulante Langzeitpflege übertragen. Dies hängt damit zusammen, dass pflegebedürftige Menschen die Leistungsinhalte und -umfänge individuell mit dem ambulanten Pflegedienst vereinbaren und diese nicht objektiv oder durch den Leistungserbringer bestimmt werden können.⁶⁷ Daher ist mindestens eine angemessene Vergütung der Leistungskomplexe nötig, wenn nicht die Entwicklung hin zu einer selbstbestimmten Leistungserbringung mit Vergütung der aufgewendeten Arbeitszeit. Auch in der ambulanten Langzeitpflege besteht ein erheblicher Personalmehrbedarf.⁶⁸ Damit die ambulante Langzeitpflege im Vergleich zu den anderen Sektoren ein attraktiver Arbeitsbereich bleibt, müssen die in der Roadmap des BMG/ BMFSFJ vom Februar 2021 aufgeführten Prüfaufträge weiter verfolgt werden, um auch hier zu bedarfsgerechten Versorgungs- und Personalbemessungskonzepten zu kommen.

Gesetzlich existieren im *Krankenhausbereich* bisher nur die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)⁶⁹, die jedoch nicht bedarfsgerecht ist, sondern auf Basis durchschnittlicher Ist-Werte der personell bereits heute schlecht ausgestatteten Krankenhäuser willkürlich gesetzt wurde. Sie stellt allenfalls eine untere Haltelinie dar und sind wenig anspruchsvoll. 75 Prozent der Krankenhäuser lagen nach der Systematik der Personaluntergrenzen-Verordnung (Quartilansatz)⁷⁰ schon bei deren

⁶⁶ Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S 2754).

⁶⁷ Vgl. Büscher et al. (2018).

⁶⁸ Vgl. ebd.

⁶⁹ Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) vom 28.10.2019 (BGBl. I S. 1492).

⁷⁰ Vgl. Schreyögg et al. (2014); Friedrich et al. (2018); ausführlich dazu Simon (2018): S. 63–74.

Einführung über der vorgegebenen Ausstattung. Die Verordnung gilt zudem auch heute noch nicht für alle Bereiche.⁷¹

Mit dem GVWG wurde die Selbstverwaltung 2021 beauftragt, im Einvernehmen mit dem Bundesgesundheitsministerium bis Ende 2024 die Entwicklung und Erprobung eines Instruments zur Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus (PePiK) sicherzustellen. Ziel ist ein „bedarfsgerechtes, standardisiertes, aufwandsarmes, transparentes, digital anwendbares und zukunftsfähiges Verfahren, das eine fachlich angemessene pflegerische Versorgung in den Krankenhäusern gewährleistet“ (§ 137k SGB V).

Bis zur Einführung dieses wissenschaftlich fundierten Instruments muss dringend eine Übergangslösung gefunden werden. Bereits im Januar 2020 wurde, wie in der Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP) auf Bundesebene vereinbart, das vonseiten eines Bündnisses aus ver.di, Deutschem Pflegerat und Deutscher Krankenhausgesellschaft entwickelte Pflegepersonalbemessungsinstrument PPR 2.0 dem Bundesgesundheitsministerium vorgestellt. Die schnell einsetzbare PPR 2.0 basiert auf der Pflegepersonalregelung PPR, die in den 1990er-Jahren bereits in den Krankenhäusern zum Einsatz gekommen ist und noch heute in vielen Krankenhäusern – allerdings mit erheblichen Abschlägen – zur Personalplanung genutzt wird. Die PPR 2.0 wurde von dem Bündnis umfassend aktualisiert (Neubewertung von Leistungen, Unterscheidung in vier Leistungsstufen, Aktualisierung der Grund- und Fallwerte) und modellhaft erprobt. Der Mehrbedarf an Pflegefachkräften in den Krankenhäusern durch die PPR 2.0 wird auf bundesweit 40.000 bis 80.000 Vollkräfte geschätzt.⁷² Durch die mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)⁷³ wiedereingeführte Kostendeckung für Pflegepersonalkosten im Bereich der Krankenhäuser wäre die Refinanzierung hierfür gesichert.

Gleichwohl in der PPR 2.0 Verbesserungspotenziale bei der schichtgenauen Festlegung des Personalbedarfs sowie der verbindlichen Prüfung der Einhaltung der Vorgaben für Beschäftigte bestehen, braucht es nun zügig verlässliche Regelungen für Pflegekräfte.

Der Koalitionsvertrag sieht vor, die PPR 2.0 kurzfristig als verbindliche übergangswise Personalbemessung einzuführen. Dies muss erfolgen, da es ein entscheidendes Signal für Pflegekräfte in Richtung der strukturellen Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen darstellt. Die Entwicklung der PePiK muss an die so erreichten Verbesserungen bei der Personalausstattung anknüpfen. Die Refinanzierung der Pflegepersonalkosten über eigene Pflegebudgets ist dabei sicherzustellen.

5.1.3 Sanktion von Verstößen

Eine entscheidende Frage bei der Einführung von Personalbemessungsinstrumenten ist, inwiefern diese erfüllt und eingehalten werden (können) und welche Konsequenzen ihre Nicht-Einhaltung hat. Dabei lässt sich zum einen auf die häufige Nicht-Einhaltung der PpUGV in den Krankenhäusern verweisen, obwohl diese mit finanziellen Sanktionen einhergeht. Hier sind die Einrichtungen in der Pflicht, sich nicht durch Strafzahlungen von der Einhaltung der Personaluntergrenzen zu befreien. Die Möglichkeiten von Strafzahlungen sollten per Gesetz begrenzt werden, die Rechtsfolgen unterschrittener Pflegepersonaluntergrenzen verschärft werden. Dies kann beispielsweise im Sinne der Beschäftigten durch die Verpflichtung zur Gewährung von Entlastungstagen für Arbeit in Unterbesetzung erfolgen.

⁷¹ Sie gelten aktuell in folgenden Bereichen: Intensivmedizin und Pädiatrische Intensivmedizin, Geriatrie, Innere Medizin und Kardiologie, allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie, Herzchirurgie, Neurologie, Neurologische Frührehabilitation, Neurologische Schlaganfallereinheit sowie Pädiatrie.

⁷² Vgl. Göpel (2020); Ärzteblatt (2020).

⁷³ Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11.12.2018 (BGBl. I S. 2394).

Derartige Regelungen sind bereits in einigen Entlastungstarifverträgen Verdis zu finden: Kann die Personalbemessung in einer bestimmten Anzahl von Schichten nicht eingehalten werden und müssen Pflegekräfte unterbesetzt arbeiten, so muss den betroffenen Beschäftigten diese Belastung in Freizeit ausgeglichen werden.⁷⁴ Als eine weitere Möglichkeit, die Einhaltung von Personalvorgaben sicherzustellen, wird im Krankenhaus die Verpflichtung zu entsprechenden Leistungseinschränkungen diskutiert. Diese sind aus einer Versorgungsperspektive selbstverständlich nicht erstrebenswert. In der Praxis sind Bettensperrungen jedoch nach eigenen Angaben des Deutschen Krankenhausinstituts⁷⁵ oder auch der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)⁷⁶ aufgrund von Personalmangel bereits an der Tagesordnung.

Was an der vielfachen Nicht-Einhaltung ebenfalls deutlich wird, ist, dass die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung nicht geeignet war, Pflegepersonal zu gewinnen. Dabei gibt es Hinweise, dass die Einführung einer bedarfsgerechten Personalbemessung das benötigte Personal anziehen kann. Hier lässt sich auf die Erfahrung in kalifornischen Krankenhäusern verweisen, in denen seit 1999 verbindliche Personalschlüssel gelten. Auch hier wurde angenommen, dass der Bedarf sich aufgrund des Fachkräftemangels nicht decken ließe. Jedoch war die Aussicht auf einen Arbeitsalltag, der es erlaubt, dem Bedarf der Patient*innen zu entsprechen, für Pflegekräfte Motivation genug, in ihren Beruf zurückzukehren. Die Anzahl der registrierten Pflegekräfte stieg zwischen 1999 und 2006 mit 26 Prozent deutlich stärker an, als es ursprünglich mit 4,7 Prozent prognostiziert wurde.⁷⁷

Festzuhalten bleibt, dass bedarfsgerechte Instrumente der Personalbemessung einer der stärksten Motivationsfaktoren sowohl für die Rückkehr in den Pflegeberuf als auch eine Stundenerhöhung sind. Die zeitnahe Einführung derartiger Instrumente kann daher ein positives Signal sein. Alternativ wäre auch eine schrittweise Einführung denkbar. Die Entlastung muss dabei im Alltag spürbar werden, sodass eine qualitativ hochwertige Pflege nach den eigenen berufsethischen Standards möglich ist. Dadurch würde auch die Attraktivität des Berufs gesteigert werden, was wiederum zu einer Gewinnung zusätzlicher Pflegefachkräfte führen und den Umgang mit belastenden Situationen erleichtern kann, solange diese auftreten. Auch flankierende Maßnahmen, die die Einhaltung der Personalbemessung unterstützen, wie etwa ein umfassendes Ausfallmanagement, das von den Einrichtungen etabliert und zum Beispiel in Stellenausschreibungen beworben wird, sind begleitend notwendig und sinnvoll.

5.2 Angemessene Bezahlung durch weitere Aufwertung und Tarifbindung

Eine höhere Bezahlung fand sich in der Präferenzordnung für einen Wiedereinstieg und eine Stundenerhöhung auf dem zweiten Rang – zusammen mit dem Wunsch nach verlässlichen Arbeitszeiten. Ebenso hoch bewertet wurden höhere Zulagen für besondere Tätigkeiten oder Spezialisierungen (88 Prozent) sowie ein höheres Grundgehalt (88 Prozent). Eine angemessene Bezahlung wird neben der Mitsprache bei Entscheidungen am Arbeitsplatz und dem besonders wichtigen Primat einer guten Pflege vor betriebswirtschaftlichen Interessen auch als eine Form der Anerkennung gesehen.

5.2.1 Entgeltniveau

Die Bruttomediantgelte von Krankenpflegefachkräften sowie von Altenpflegefachkräften unterscheiden sich, trotz der Zuwächse in den letzten Jahren, noch erheblich. So betrug im Jahr 2020 das Bruttomediantgelt einer Krankenpflegekraft im Krankenhaus 3.737 Euro, das

⁷⁴ Vgl. Verdi (2022).

⁷⁵ Vgl. Blum et al. (2019): S. 16 f.

⁷⁶ Vgl. DIVI/DGIIN (2021).

⁷⁷ Vgl. Gordon/Buchanan/Bretherton (2008).

Bruttomedianentgelt einer Altenpflegefachkraft im Pflegeheim betrug 3.224 Euro und in der ambulanten Pflege 2.857 Euro.⁷⁸ Zwar sind die Gehälter von Krankenpflegefachkräften von 2012 bis 2019 um 20 Prozent gestiegen, von Altenpflegefachkräften um 28 Prozent.⁷⁹ Ähnlich große Zuwächse gab es auch bei den Helfer*innen, die jedoch mit aktuell im Median monatlich 2.288 Euro in der Altenpflege und 2.988 Euro in der Krankenpflege der Krankenhäuser deutlich weniger verdienen – und zudem oft in Teilzeit arbeiten. Zumindest die Gehälter von Krankenpflegehilfs- und -fachkräften liegen damit heute nur noch leicht hinter denen von Hilfs- und Fachkräften in der Metallherstellung und -bearbeitung. Altenpflegehilfs- und -fachkräfte verdienen jedoch weiterhin deutlich weniger. Und auch in anderen Bereichen liegen die Gehälter von Fachkräften deutlich höher, wie etwa bei den Versicherungs- und Finanzdienstleistungen (4.895 Euro), der Informatik (4.270 Euro) oder im Chemiebereich (4.228 Euro).

Tabelle 26: Gehälter von Hilfs- und Fachkräften in Pflege- und Referenzberufen

Klassifikation der Berufe	Helfer*innen	Fachkräfte
721 Versicherungs- und Finanzdienstleistungen	–	4.895
431 Informatik	–	4.270
413 Chemie	3.113	4.228
241 Metallherzeugung	2.826	3.735
813 Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe	2.752	3.638
242 Metallbearbeitung	2.617	3.560
821 Altenpflege	2.241	3.176

Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2022, Entgelte nach Berufen im Vergleich; jeweils Mediangehalt, brutto, Vollzeit, in Euro, eigene Darstellung.

Die Beschäftigten in der Pflege betrachten ihre Arbeit auch im Vergleich zu anderen Berufen, die von einer ebenso großen Verantwortung sowie von hohen fachlichen, physischen und psychischen Anforderungen gekennzeichnet sind. Dies hat auch der „Comparable Worth Index“ getan, der die Anforderungen und Belastungen von Berufen bewertet hat. Er zeigt, dass nicht-akademische Krankenpflegefachkräfte und Hebammen weitaus weniger als Beschäftigte in Berufen mit vergleichbar hohen Anforderungen verdienen.⁸⁰ Hierbei darf es allerdings nicht in erster Linie darum gehen, Belastungen zu entlohnen, vielmehr gilt es, diesen durch strukturell verbesserte Arbeitsbedingungen zu begegnen. Des Weiteren muss der Verdienst, mit Blick auf die hohen Anforderungen in diesem Beruf, gesteigert werden. Ein guter Nebeneffekt wäre, dass der Pflegebereich darüber hinaus auch für Männer attraktiver würde.⁸¹ Die differenzierte Betrachtung der Lebenssituationen der Befragten zeigte außerdem, dass finanzielle Aspekte eine besonders wichtige Rolle für alleinerziehende Teilzeitpflegekräfte spielen, die stärker als alle anderen Befragten bereit sind, ihre Stunden zu erhöhen.

⁷⁸ Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit (2021) für das IAT; Stichtag: 31.12.2020.

⁷⁹ Vgl. Carstensen et al. (2021).

⁸⁰ Vgl. Klammer et al. (2018): S. 63.

⁸¹ Vgl. Busch (2013).

5.2.2 Tarifbindung und gesetzliche Ersatzregelungen

Die Bezahlung hängt eng mit der Tarifbindung zusammen, die ebenfalls im obersten Drittel der abgefragten Einflussfaktoren für eine Rückkehr und Stundenerhöhung liegt. Trotz der hohen Präferenz für eine höhere Bezahlung und Tarifbindung ist der Anteil an Gewerkschaftsmitgliedern im Pflegebereich vergleichsweise gering. Dabei wirkt sich der gewerkschaftliche Organisationsgrad in typischen Frauenberufen sogar stärker als in anderen Berufen positiv auf die Lohnhöhe aus.⁸² An dieser Stelle sind Pflegekräfte selbst gut beraten, sich gewerkschaftlich zu organisieren. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist auch, dass die Wirksamkeitsüberzeugung eines gewerkschaftlichen Engagements für die Beschäftigten in ihrem unmittelbaren Arbeitsumfeld erfahrbar wird. In diesem Kontext wäre es notwendig, offensiver zu kommunizieren, wie Tarifpolitik im unmittelbaren Arbeitsumfeld, auch jenseits von Lohnfragen, konkret dazu beiträgt, Arbeitsbedingungen zu verbessern. Und schließlich wäre es wichtig, erfolgreiche Interessenvertretungsarbeit für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen deutlicher in den Fokus zu rücken. Hierzu beitragen könnte auch die Steuerpolitik mit einer stärkeren Begünstigung von Gewerkschaftsbeiträgen.

Die geringe Bereitschaft zum Abschluss von Tarifverträgen vonseiten insbesondere privater Arbeitgeber in der Altenpflege ist mit Blick auf die in der Studie ermittelte hohe Präferenz für Tarifbindung problematisch. Die Politik hat diese Problematik erkannt. So sieht das GVWG vor, dass ab September 2022 nur noch Pflegeeinrichtungen zur Versorgung zugelassen werden, die ihren Beschäftigten in der Pflege und Betreuung Pflegebedürftiger mindestens eine Entlohnung zahlen, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart ist – oder ihren Beschäftigten im Durchschnitt der drei relevanten Beschäftigungs-/Qualifikationsgruppen in Pflege und Betreuung mindestens eine Entlohnung in Höhe des für die Beschäftigungs-/Qualifikationsgruppen ermittelten regional üblichen Entgelt-niveaus bezahlen (sogenannte Durchschnittsanwendung). Für tarifgebundene oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Pflegeeinrichtungen gilt, dass sie direkt die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen und die Entlohnung der Beschäftigten in Pflege und Betreuung auf Basis der tariflichen Regelungen von den Kostenträgern in den Pflegesatz- und Vergütungsverhandlungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.

Bei nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Einrichtungen bestehen für die Zulassung zur Versorgung unterschiedliche Optionen: der Abschluss eines Tarifvertrags, die Option „Durchschnittsanwender“, die Option der 1:1-Anwendung eines Tarifvertragswerks/einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung sowie die Option, keine 1:1-Anwendung vorzunehmen, sondern das geltende Lohngefüge abzubilden. Dazu zählt die Mindesteinhaltung der Erfahrungsstufen sowie die Einhaltung der Eingruppierungsgrundsätze des Tarifwerks beziehungsweise der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen. Im individuellen Arbeitsvertrag muss geklärt sein, auf welches Tarifwerk beziehungsweise welche kirchliche Arbeitsrechtsregelung Bezug genommen wird. Zudem gilt für die nicht an Tarifverträge beziehungsweise kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Einrichtungen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung der 110-Prozent-Korridor des über die drei Beschäftigten-/Qualifikationsgruppen ermittelten regional üblichen Entgelt-niveaus (§§ 72 Abs. 3, 3a, b und c; § 82c; § 84 Abs. 7 SGB XI).

Gleichwohl können von den Pflegeeinrichtungen auch bestimmte sachliche Gründe (z.B. hoher Fachkräfteanteil) für eine Überschreitung des regional üblichen Entgelt-niveaus in der Wirtschaftlichkeitsprüfung angeführt werden. Auch wenn dies ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung ist, so ist

⁸² Vgl. Berninger/Schröder (2017).

dies nach dem Scheitern des Allgemeinverbindlichen Tarifvertrags für die Altenpflege lediglich die zweitbeste Lösung. Zumal derzeit noch offen ist, wie sich die Regelungen des GVWG mit seinen in den Zulassungs- und Pflegevergütungs-Richtlinien normierten Optionen auf die Tarifstrukturen und die Tarifbindung, auf Entlohnungsstrukturen und die Eigenanteile der Pflegeversicherten auswirken (etwa mit Blick auf die Option „Durchschnittsanwender“). Zudem bestehen unter anderem Nachbesserungsbedarfe hinsichtlich des Umgangs mit variablen pflegetypischen Zuschlägen (z.B. Nacharbeit, Sonntagsarbeit, Feiertagsarbeit etc.). In Nordrhein-Westfalen werden die Wirkungseffekte evaluiert.

Festzuhalten bleibt: Insbesondere die Durchschnittsanwendung, also die Orientierung am regional üblichen Entgeltniveau ohne Tarifbindung, ist kein Ersatz für einen Tarifvertrag, der den Beschäftigten nicht nur bei der Vergütung Verlässlichkeit und Transparenz ermöglicht. Tarifverträge regeln darüber hinaus Rahmenbedingungen wie Arbeitszeit, Urlaubsdauer, Zahlung von Zuschlägen oder auch Entgeltfortzahlungsansprüche im Krankheitsfall. Daher können die Regelungen des GVWG nur eine Zwischenlösung sein.

Hinzu kommt: Die Regelungen und Optionen nach dem GVWG sind für die Beschäftigten kaum transparent. Die Umsetzung des GVWG geht sowohl für die Beschäftigten als auch für die Einrichtungen mit einem erheblichen Informations- und Beratungsbedarf einher. Die Länder sind aufgerufen, hier eine Transparenzoffensive zu starten, um allen Beschäftigten die Möglichkeit zur Überprüfung zu eröffnen. Auch ist derzeit auf Bundesebene nicht geklärt, wie künftig mit den variablen pflegetypischen Zuschlägen unter Berücksichtigung unterschiedlicher Zeit- und Ausgleichregelungen verfahren werden soll. Eine Klarstellung hierzu ist dringend nötig.

Ebenso ist zwar die Anhebung der Pflegemindestlöhne durch die Pflegekommission begrüßenswert, sie ist jedoch kein Ersatz für Tarifverträge und eine weitere Anhebung des Entgeltniveaus in der Altenpflege ist notwendig, auch mit Blick auf die generalistische Ausbildung.

Die Koalition hat sich im Koalitionsvertrag die Steuerbefreiung von Zuschlägen in der Pflege vorgenommen, dies ist prinzipiell zu begrüßen. Vor einer ausufernden Verbreitung steuerfreier Zuschlags- und Prämiensysteme ist jedoch schon deshalb zu warnen, weil sie wenig echte, verlässliche monetäre Aufwertung beinhalten und zudem das Beitrags- und Steueraufkommen für wichtige Bereiche schmälern – nicht zuletzt für das öffentliche Gesundheitswesen.

5.3 Verlässliche Arbeitszeiten durch teambasierte Dienstplangestaltung und Ausfallmanagement

Im Bereich Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben zeigen die Ergebnisse, dass die Verlässlichkeit der Arbeitszeiten deutlich wichtiger für einen Wiedereinstieg oder eine Stundenerhöhung ist als die Arbeitszeitlage. So wurde – auch im Vergleich mit allen anderen Faktoren – der Ausschluss von Nacht- und Wochenenddiensten als am wenigsten wichtig für eine Rückkehr oder Stundenerhöhung bewertet: Pflegekräfte wissen und akzeptieren, dass ihre Arbeit zu allen Zeiten wichtig und nötig ist. Die verlässlichen Arbeitszeiten rangierten dagegen unter den wichtigsten Faktoren. Sowohl im Ranking befinden sie sich auf der zweiten Rangstufe, zusammen mit einer höheren Bezahlung, und auch im Gesamtranking gehören „Verbindliche Dienstpläne“ zu den Top 10. Für die befragten Pflegekräfte ist es wichtig, nicht dauerhaft Überstunden machen zu müssen. Auch zählt zu den wichtigen Arbeitsbedingungen, guten Gewissens pünktlich Feierabend machen zu können und nicht aus der Freizeit einspringen zu müssen. Entsprechende Nennungen waren im ersten Drittel des Gesamtrankings platziert.

Der Zusammenhang zwischen einer ausreichenden Personalausstattung und der gewünschten höheren Verlässlichkeit der Dienstplanung muss hier nicht ausgeführt werden. Auch hierfür ist ein Personalaufbau unerlässlich. Um die Arbeitszufriedenheit in diesem Zusammenhang zu erhöhen, ist eine partizipative Dienstplangestaltung nötig, die zudem auf einer stärkeren Selbstorganisation in der Dienstplangestaltung aufbaut. Dabei kann eine stärkere Selbstorganisation in der Dienstplangestaltung hilfreich sein. Die Dienstplanung als Teamaufgabe ist gleichwohl anspruchsvoll und birgt Konflikte. Auch scheint es vielen Pflegekräften schwerzufallen, bei der Dienstplanerstellung darum zu bitten, dass private Termine berücksichtigt werden. Daher sollte die Dienstplanung als Teamprozess in die Organisationsentwicklung eingebettet und begleitet werden. Bewährt haben sich klare Regeln und ein hohes Maß an Transparenz. Digitale Anwendungen können diesen Prozess erleichtern.⁸³

Ergänzend bietet sich ein umfassendes Ausfallmanagement an, um insbesondere ein Einspringen aus der Freizeit auszuschließen. Dieses kann beispielsweise nach kurz-, mittel- und langfristigen Personalausfall differenzieren und verschiedene, gesondert vergütete Springerpool- und Bereitschaftsdienstvarianten kombinieren. Hier ist es an den Arbeitgebern, ihre Führungskräfte und Teams für die Dienstplanung zu qualifizieren sowie im Ausfallmanagement nachzubessern. Teilweise scheitert eine Stundenerhöhung auch immer noch am Arbeitgeber. Auch die betrieblichen Interessenvertretungen können ihr Mitspracherecht aktiv nutzen, um Dienstplanung und Ausfallmanagement zu gestalten. Der Koalitionsvertrag nennt die Förderung der Einrichtung trägereigener Springerpools bereits explizit. Der Bund sollte zeitnah ein entsprechendes Anreizsystem zu deren Einführung für die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen schaffen. Ebenfalls sind im Koalitionsvertrag die Abschaffung geteilter Dienste und die Einführung eines Anspruchs auf familienfreundliche Arbeitszeiten vorgesehen. Diese Projekte müssen nun zeitnah in den zuständigen Ministerien angegangen werden.

Auch die Vereinbarkeit von Pflegeberuf und informeller Pflegearbeit im familiären Umfeld wird künftig an Bedeutung gewinnen, auch wenn dieses Thema in der Befragung nicht hoch gerankt wurde. Wichtige Ansatzpunkte liegen, über die politisch avisierten Maßnahmen hinaus, unter anderem in der Förderung und Unterstützung des Ausbaus trägerinterner und -übergreifender lokaler Kooperationen, Arbeitgeberservices und trägerspezifischer unterstützender (auch: haushaltsnaher Dienstleistungen) für die Vereinbarkeit von Pflegeberuf und informeller Sorgearbeit. Da viele Träger von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen oftmals auch in anderen weiteren Feldern der öffentlichen Daseinsvorsorge aktiv sind, können hierüber Synergiepotenziale erschlossen werden. Zudem können entsprechende arbeitgeberseitige Unterstützungsangebote, wie andere Branchen zeigen, auch tarifvertraglich geregelt werden.

5.4 Förderung einer wertschätzenden Führungskultur und Kollegialität

Vorgesetzte, die wertschätzend und respektvoll sowie sensibel für die Arbeitsbelastungen in der Pflege sind, standen auf Platz zwei und drei der Präferenzen ausgestiegener und in Teilzeit arbeitender Pflegekräfte und auf der dritten Rangstufe des Rankings. Ein neuer, sehr wichtiger Faktor – aufgrund der besonders angespannten Lage in der Pflege, die der nun bereits über zwei Jahre anhaltenden Pandemie geschuldet ist – ist der faire Umgang unter Kolleginnen und Kollegen. Im Bereich Organisation und Führung gibt es folglich einen besonders großen Bedarf. Die Chance in diesem Bereich besteht darin, dass hier Verbesserungen in der Arbeitszufriedenheit möglich sind, ohne dass bereits mehr Personal zur Verfügung steht.

⁸³ Vgl. Blaudszun-Lahm/Kubek (2020).

5.4.1 Führungskultur

Eine wertschätzende Führung kann bereits bei einer unterstützenden Haltung der Führungskraft anfangen, die in betriebsinternen Leitlinien unter Einholung der Expertise von Beschäftigten integriert werden kann. Sie kann sich außerdem in regelmäßigen Mitarbeitendengesprächen ausdrücken, für die Führungskräfte geschult werden und in die Beschäftigte ihre eigenen Themen einbringen können. Ebenso können Führungskräfte Teamgespräche oder Übergaben nutzen, um Veränderungsvorschläge abzufragen oder auch Raum für Austausch, Schulung und Feedback der Beschäftigten zu geben.⁸⁴ Dabei agieren auch Führungskräfte unter schwierigen externen Rahmenbedingungen. Hier können diese im Sinne der Beschäftigten auch selbst für eine Veränderung eintreten. Gleichzeitig spielt aufgrund der oftmals schwierigen Sandwichposition Selbstfürsorge eine wichtige Rolle. Hier können die Betriebe oder auch die Unfallversicherungsträger wie die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) die Vernetzung von Führungskräften vorantreiben. Auch können niedrigschwellige außerbetriebliche psychosoziale Unterstützungsangebote mit Förderung der Gesundheitsministerien auf Bundes- und Landesebene auf- und ausgebaut werden. Wo derartige Angebote bereits bestehen, kann ihre Bekanntheit erhöht werden.

Darüber hinaus ist die Fortbildung für Leitungskräfte in der Pflege bundesweit nicht einheitlich geregelt. Im Zuge der Überarbeitung der Aufgaben- und Tätigkeitsfelder von Pflegekräften im Rahmen der Konzertierte(n) Aktion Pflege müssen diese vereinheitlicht sowie Aspekte der Teamorganisation, Dienstplangestaltung im Team, Reflexion der eigenen Führungsrolle, positive Psychologie und wertschätzende Führung sowie spezielle Onboarding-Bedarfe ausgestiegener Pflegekräfte im Curriculum verankert werden.

5.4.2 Pflegerische Fachlichkeit

Neben den Ansprüchen an eine wertschätzende Führung fand sich auch die „Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft“ unter den zehn wichtigsten Voraussetzungen für den Wiedereinstieg und die Stundenerhöhung. Die Freitextantworten zeigten, dass es den Befragten vor allem wichtig ist, als eigenständige Berufsgruppe wahrgenommen zu werden und ihre Fachlichkeit ausüben zu können. Das Pflegeberufegesetz (PflBG) macht hier bereits eindeutige Vorgaben und verpflichtet die Arbeitgeber dazu, pflegerische Aufgaben Fachkräften vorzubehalten. § 4 des Pflegeberufgesetzes adressiert vorbehaltene Tätigkeiten von Pflegefachpersonen. Diese beziehen sich auf pflegerische Aufgaben und umfassen die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege. In § 4 Absatz 3 findet sich zudem der Hinweis, dass der Arbeitgeber Verantwortung dafür trägt, dass es weder zu einer aktiven, nicht rechtskonformen Übertragung pflegerischer Tätigkeiten an Personen kommt, die für diese Aufgaben nicht qualifiziert sind, noch, dass dieses passiv geduldet wird. Hier müssen Beschäftigte Möglichkeiten erhalten, Verstöße zu melden. Die Behörden sind angehalten, ihre Kontrolle entsprechend auszugestalten, denn Verstöße gegen das Gesetz sind sanktionsbewehrt.

Umgekehrt wollen Pflegekräfte die in Ausbildung oder Studium erworbenen Kompetenzen und das in der anspruchsvollen Ausbildung erworbene Wissen auch einsetzen und nicht als „Handlanger“ für die Ärztinnen und Ärzte wahrgenommen werden. Der Koalitionsvertrag sieht die Schaffung eines allgemeinen Heilberufegesetzes vor sowie die Ergänzung der professionellen Pflege um heilkundliche

⁸⁴ Ergebnisse des Workshops „Förderung einer wertschätzenden Führungskultur“ der Arbeitnehmerkammer und ver.di im Rahmen der Bremer Pflegeinitiative. Vgl. außerdem beispielsweise Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2017).

Tätigkeiten. Dieses muss es Pflegekräften ermöglichen, ihre Fachlichkeit und die damit verbundenen Aufgaben und Tätigkeiten rechtssicher einsetzen und wo gewünscht ausweiten zu können.

5.4.3 Teamprozesse

Raum für Austausch zwischen den Beschäftigten zu geben, kann darüber hinaus geeignet sein, die hoch geschätzte Kollegialität unter den Beschäftigten zu erhalten und zu stärken. Die kollegiale Beratung kann als Instrument zur psychischen Entlastung, aber auch zum Wissensmanagement von den Einrichtungen eingesetzt werden. Auch bietet sie einen kollektiven Rahmen, der notwendig ist, um moralische Verletzungen – nicht vermeidbare wiederholte Verletzungen eigener berufsethischer Standards aufgrund widriger politischer Rahmenbedingungen – zu bearbeiten.⁸⁵ Die kollegiale Beratung ist ein leicht zu erlernendes, strukturiertes Verfahren, das Beschäftigte einer Hierarchieebene selbst durchführen können. Benötigt wird pro Fall etwa eine Stunde Zeit. Dabei werden bestimmte Rollen festgelegt und einer klaren Ablaufstruktur gefolgt.⁸⁶ Die Methode kann möglicherweise in Dienstbesprechungen, längere Übergaben oder Fortbildungen integriert werden.⁸⁷ Praxisanleitungen wären qualifiziert, das Verfahren anzuleiten, und erlernen es zum Teil schon in ihrer Weiterbildung. Die kollegiale Beratung könnte im Rahmen der Überarbeitung der Aufgaben- und Tätigkeitsfelder der Konzierten Aktion Pflege (KAP) als Aufgabe der Praxisanleitungen verankert werden.

Hierbei ist zu beachten, dass Praxisanleitungen nicht durch zusätzliche Aufgaben überlastet werden dürfen und daher auch der Einsatz zusätzlicher Praxisanleitungen in den Einrichtungen durch das Bundesgesundheitsministerium gefördert werden sollte. Die kollegiale Beratung kann ebenfalls als Teil des betrieblichen Gesundheitsmanagements durchgeführt und finanziert werden. Hierfür müssen Betriebe die entsprechenden Mittel vorsehen. Auch hier erscheint die Schaffung von Anreizsystemen durch die Bundesregierung notwendig. Arbeitgeber und betriebliche Interessenvertretungen haben hier Gestaltungsmöglichkeiten. Auch die Krankenkassen können auf Fördermöglichkeiten im Rahmen des Präventionsgesetzes aktiv hinweisen und Hilfestellungen geben.

5.4.4 Gefährdungsbeurteilung

Das Instrument der Gefährdungsbeurteilung sollte noch stärker genutzt werden, um psychische Belastungen und Problemlagen zu ermitteln. Dabei ist festzuhalten, dass das Instrument der Gefährdungsbeurteilung letztlich darauf zielt, gut gestaltete Pflegearbeit zu ermöglichen. Ausgehend hiervon sind zwei Aspekte in den Blick zu nehmen: (1) Häufig wird die Pflicht zur Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen nicht erfüllt oder nur unvollständig wahrgenommen. (2) Wichtig ist, dass auf Grundlage der identifizierten Probleme auch konkrete Maßnahmen erfolgen und deren Wirkungen evaluiert werden. Hiervon ausgehend können möglicherweise in einem (extern) begleiteten, ergänzenden Prozess auch Probleme in der Zusammenarbeit mit Führungskräften und unter Kolleginnen und Kollegen bearbeitet werden.

Die Arbeitgeber müssen ihre Pflicht zur Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen wahrnehmen, sich darin professionalisieren und auch ihre Führungskräfte hierzu schulen. Hierin könnte auch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) noch stärker unterstützen. Führungskräfte, die die Chance und den Wert einer Gefährdungsbeurteilung kennen, werden deren Einsatz eher vorantreiben und auch ein Interesse an den daraus ermittelten notwendigen Maßnahmen haben. Insgesamt wird die Pflicht zur Durchführung der Gefährdungsbeurteilung zu oft nicht erfüllt und

⁸⁵ Vgl. Greenberg et al. (2020).

⁸⁶ Vgl. beispielsweise Kocks et al. (2012).

⁸⁷ Vgl. beispielsweise SbE-Institut (2020); BBK (2021).

damit ein zentrales Element des Arbeitsschutzes nicht umgesetzt. Hier ist es sinnvoll, das bestehende Informations- und Beratungsangebot auszuweiten und dabei auch den ambulanten Pflegebereich mit Blick auf eine präventive Arbeitsgestaltung stärker zu fokussieren. Darüber hinaus sind von Seiten der Länder auch die Kontrollmechanismen durch die Gewerbeaufsicht zu verbessern. Eine Erhöhung der Prüfkapazitäten bei staatlichen Aufsichtsämtern und Unfallversicherungsträgern kann zu einer verbesserten Durchsetzung der Gefährdungsbeurteilung und daraus abgeleiteten Maßnahmen beitragen.

Zudem ist mehr Aufmerksamkeit darauf zu richten, wie es Pflegeeinrichtungen trotz ungünstiger Rahmenbedingungen gelingen kann, Maßnahmen für gut gestaltete Arbeit, Konzepte und Strategien betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) und des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) zu implementieren und welche Wirkungseffekte damit erzielt werden. So sind die Krankenkassen eine wichtige Anlaufstelle zur Förderung von Maßnahmen im Bereich BGF/ BGM. Im Zusammenspiel – u.a. von BGW, Unfallkassen, Krankenkassen, der Gewerkschaft ver.di und INQA (Initiative Neue Qualität der Arbeit) – können themenspezifische „Lernreisen“ und Bildungsangebote etabliert werden, die insbesondere die Ermöglichungs- und Gelingensbedingungen der Maßnahmenumsetzung fokussieren und darüber hinaus auch eine Perspektive für diejenigen Pflegeeinrichtungen aufzeigen, die aufgrund ihrer kleinst- und kleinbetrieblichen Strukturen oder aufgrund mobiler Arbeit in der ambulanten Pflege besondere Konzepte erfordern.

5.5 Erhöhung der Wiedereinstiegs motivation durch umfassende Einarbeitung

Die befragten ausgestiegenen Pflegekräfte gaben an, dass ihnen für den Wiedereinstieg eine strukturierte Einarbeitung durch eine Führungskraft oder Praxisanleitung (84 Prozent) sowie eine Begleitung durch Kolleg*innen (81 Prozent) besonders wichtig sind – mit deutlichem Abstand vor einem Wiedereinstiegskurs (56 Prozent) und einem Stufenmodell zur schrittweisen Erhöhung der Arbeitszeit (47 Prozent). Besonders niedrig bewertet wurden ein Informationstag für interessierte Wiedereinsteiger*innen (38 Prozent) sowie die Zahlung einer Wiedereinstiegsprämie (35 Prozent). Dabei haben zwei Drittel der ausgestiegenen Pflegekräfte bisher nur über den Wiedereinstieg nachgedacht oder darüber gesprochen, sich aber noch nicht informiert. Ein Drittel hat sich hingegen bereits Stellenanzeigen angesehen, aber sich noch nicht beworben. Ein kleiner Prozentsatz der Befragten hatte sich bereits beworben oder stand schon mit einem Arbeitgeber in Kontakt.

5.5.1 Informationsangebote zum Wiedereinstieg

Vor diesem Hintergrund erscheint es möglich, dass das Engagement von ausgestiegenen Pflegekräften für eine Rückkehr gesteigert werden kann, wenn sie aktiv angesprochen werden. Im Rahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ (KAP) wurden im Programm „Perspektive Wiedereinstieg“ für rückkehrinteressierte Kund*innen der Agenturen für Arbeit und der Jobcenter spezifische E-Learning-Module zur Unterstützung der Berufsrückkehr entwickelt. Die Befunde der vorliegenden Studie zeigen jedoch, dass viele der rückkehrbereiten Pflegefachkräfte durch diese Maßnahmen nicht erreicht werden, da sie keine Kund*innen der Agenturen für Arbeit oder der Jobcenter sind. Ausgehend hiervon wäre es zielführend, wenn Pflegeeinrichtungen entweder selbst oder in Kooperation mit lokalen Arbeitsmarkt- und Beratungsnetzwerken entsprechende zielgruppenspezifische Angebote weiterentwickeln. Dabei sollte, neben digitalen Unterstützungsangeboten, verstärkt auf analoge Begleitprozesse- und -instrumente gesetzt werden.

Ebenfalls können ausgestiegene Pflegekräfte durch Öffentlichkeitskampagnen aktiv angesprochen werden, beispielsweise im Rahmen der KAP. Wichtig ist jedoch, dass diese Kampagnen mit den

notwendigen Verbesserungen der Arbeitsbedingungen verbunden werden und nicht für sich allein stehen. Insbesondere sollten diese mit Einarbeitungsprogrammen verbunden werden. Aufgrund der großen Zahl an ausgestiegenen Pflegekräften, die sich bereits Stellenanzeigen angesehen haben, könnten Betriebe darin gezielt mit Einarbeitungsprogrammen werben.

5.5.2 Onboarding-Programme

Die Einrichtung von strukturierten Einarbeitungs- oder auch Onboarding-Programmen durch die Betriebe ist daher in mehrfacher Hinsicht sinnvoll. Sie können einerseits zur gezielten Ansprache ausgestiegener Pflegekräfte genutzt werden, die bereits ein gewisses Engagement bei der Rückkehr zeigen und sich Stellenanzeigen ansehen. Sie können darüber hinaus auch eingesetzt werden, um insbesondere generalistisch ausgebildete Berufseinsteiger*innen, ausländische und quereingestiegene Pflegekräfte oder auch neue Beschäftigte generell einzuarbeiten.

Ein umfassendes Onboarding-Programm sollte dabei sowohl von Führungskräften oder Praxisanleitungen getragen als auch von Kolleginnen und Kollegen gestützt werden. Es sollte der fachlichen, sozialen und werteorientierten Integration dienen, die nicht nur die Anpassung der Beschäftigten an den Arbeitsplatz, sondern auch umgekehrt, zum Ziel hat. Das Programm beginnt mit der Vertragsunterzeichnung, bietet Orientierung in der ersten Woche und begleitet strukturiert über das gesamte erste Jahr.⁸⁸ Dabei ist zu beachten, dass eine Einarbeitung mit erhöhten Belastungen für die beteiligten Personen einhergeht und hierfür ausreichende Kapazitäten, mindestens aber für eine Akzeptanz in den aufnehmenden Teams gesorgt werden sollte.⁸⁹ Die strukturierte Einarbeitung kann auch durch einen Wiedereinstiegskurs ergänzt werden, der fachliche Auffrischung und Reflexion sowie Möglichkeiten des Austauschs bietet.⁹⁰ Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Präferenz der Befragten für derartige Angebote im Vergleich zu einer strukturierten Einarbeitung deutlich geringer ausfiel.

Auch im Onboarding-Prozess können Praxisanleitungen eine wertvolle Rolle spielen, sofern sie hierdurch nicht überlastet beziehungsweise die personellen Kapazitäten in diesem Bereich gegebenenfalls ausgeweitet werden. Dies sollte die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) bei der Überarbeitung der Aufgaben- und Tätigkeitsfelder berücksichtigen.

5.5.3 Finanzierung

Eine wichtige Frage ist die Finanzierung derartiger Wiedereinstiegsprogramme. Mit dem GVWG wurde nun ein neuer Fördertatbestand ins SGB XI aufgenommen, die „Entwicklung von Konzepten zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung“ (§ 8 Abs. 7 Nr. 3 SGB XI).⁹¹ Die Befunde der vorliegenden Studie liefern Evidenz dafür, dass dies ein wichtiger und notwendiger Schritt ist. Anspruchsberechtigt sind alle nach § 72 SGB XI zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Die Förderung erfolgt aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Sie ist auf die Jahre 2019 bis 2024 begrenzt und umfasst bis zu 50 Prozent der verausgabten Mittel, maximal jedoch 7.500 Euro pro Jahr. Diese Fördermöglichkeit sollte von den Krankenkassen aktiv beworben und von den Betrieben genutzt werden. Auch die betrieblichen Interessenvertretungen können dies vorantreiben. Zur Erleichterung des Mittelabrufs wäre ebenfalls

⁸⁸ Vgl. Bergmann (2010); Brenner (2020).

⁸⁹ Ergebnisse des Workshops „Wiedereinstiegskurse, Einarbeitung und Praxisanleitung“ der Arbeitnehmerkammer Bremen und ver.di im Rahmen der Bremer Pflegeinitiative.

⁹⁰ Umfangreiche Überlegungen zu Inhalten eines Wiedereinstiegsprogramms mit Hinweisen zu Finanzierungsmöglichkeiten: VdPB Vereinigung der Pflegenden in Bayern (im Erscheinen).

⁹¹ Die genauen Regelungen zur Förderung und Beantragung finden sich in den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 8 Abs. 7 SGB XI in der Fassung vom 14.7.2021.

denkbar, vonseiten der KAP oder des Bundesgesundheitsministeriums offensiver Beispiele und ihre Gelingensbedingungen für strukturierte Einarbeitungsprogramme und Wiedereinstiegskurse zu schaffen und zu kommunizieren.

Eine weitere Finanzierungsmöglichkeit besteht in der personenbezogenen Förderung durch die Bundesagentur für Arbeit (BA). Diese erscheint vor dem Hintergrund interessant, dass 6,5 Prozent der ausgestiegenen Befragten angaben, arbeitslos gemeldet zu sein, sowie des noch deutlich höheren Anteils von 20,6 Prozent derer, die nicht erwerbstätig und nicht arbeitssuchend gemeldet sind – sich eine Rückkehr in die Pflege aber vorstellen können. Der Fokus von durch die BA geförderten Bildungsmaßnahmen muss hierbei auf einer Anpassung der Qualifikation an die beruflichen Anforderungen liegen. Dies ist für den Kontext des Wiedereinstiegs gegeben. Dabei können Anpassungsqualifizierungen von Beschäftigten gefördert werden, wenn sie bereits bei einem Arbeitgeber beschäftigt sind. Ebenso können für arbeitslos gemeldete Personen nach Prüfung des Einzelfalls die Kosten der Weiterbildung sowie Lebenshaltungskosten in Höhe des Arbeitslosengeldes gezahlt werden. Die Bildungsmaßnahme muss mindestens 120 Unterrichtseinheiten beinhalten und die durchführenden Bildungseinrichtungen müssen dabei AZAV-zertifiziert sein.⁹² Die gezielte Förderung der Entwicklung entsprechender Bildungsmaßnahmen durch AZAV-zertifizierte Bildungseinrichtungen sowie die breite Information von ausgestiegenen Pflegekräften und Betrieben über die Nutzungsmöglichkeiten durch das Bundesministerium wären hier nötig. Ebenso wäre eine erleichterte AZAV-Zertifizierung, bezogen auf Wiedereinstiegsprogramme, hilfreich.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Zurverfügungstellung finanzieller Mittel angesichts der ohnehin knappen personellen Ressourcen in der Pflege allein wenig Erfolg versprechend ist. Deswegen sollte ergänzend zur finanziellen Unterstützung auch eine Offensive für die strukturierte Aufbereitung der Praxiskonzepte und -erfahrungen sowie für den Transfer praxistauglicher Lösungen angegangen werden. Hier könnte eine gemeinsame Initiative von Arbeitgebern, der Berufsgenossenschaft BGW, INQA, Gewerkschaften und Berufsverbänden der Pflege ansetzen.

5.6 Weiterentwicklung attraktiver Tätigkeitsbereiche

Die befragten ausgestiegenen Pflegekräfte können sich verschiedene Bereiche für ihre Rückkehr vorstellen. Darunter ist bei einem Großteil der Befragten auch der ursprüngliche Arbeitsbereich vertreten, und zwar besonders bei Pflegekräften, die vor ihrem Ausstieg in Krankenhäusern oder Psychiatrien gearbeitet haben. Über alle Befragten hinweg zeigt sich der Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung konstant als Option für einen Wiedereinstieg.

Hinweise deuten darauf hin, dass auch im Bereich Aus-, Fort- und Weiterbildung Personal gesucht wird.⁹³ Zudem wird der Personalbedarf in den Pflegeschulen nicht nur durch die in der KAP angestrebte weitere Erhöhung der Ausbildungszahlen steigen, sondern auch durch die Einführung der PeBeM. Für diese werden in großem Umfang Nachqualifikationen von Hilfskräften in der ein- und zweijährigen Assistenz Ausbildung nötig sein. Das Interesse ausgestiegener Pflegekräfte für diesen Bereich ist daher erfreulich. Pflegekräfte könnten gezielt auf den Wiedereinstieg in den Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung angesprochen werden und die Länder die entsprechenden pflegepäda-

⁹² Ausführliche Informationen zur Gestaltung einer derartigen Bildungsmaßnahme finden sich in: VdPB Vereinigung der Pflegenden in Bayern (im Erscheinen).

⁹³ Vgl. Ärzte Zeitung (2021).

gogischen und didaktischen Kompetenzen und Qualifikationen fördern. Die Bezahlung von Lehrkräften an Pflegeschulen sollte erhöht und an die Bezahlung an Berufsschulen angepasst werden.

Ausgestiegene Pflegekräfte, die am Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung interessiert sind, könnten möglicherweise auch mit der Aussicht auf eine Weiterbildung zur Praxisanleitung und den damit verbundenen Aufgaben für die Arbeit in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen gewonnen werden. Gründe für eine Ausweitung der personellen Kapazitäten im Bereich der Praxisanleitungen (zusätzlich zum Grund der Gewährleistung des Anspruchs auf Praxisanleitung im Rahmen der generalistischen Ausbildung) wurden oben bereits beschrieben. Möglicherweise wäre eine Tätigkeit als Praxisanleitung auch für ältere ausgestiegene Pflegekräfte attraktiv.

5.7 Schaffung geeigneter Finanzierungsgrundlagen

Nicht zuletzt muss jedoch darauf verwiesen werden, dass die ermittelten förderlichen Bedingungen für einen Wiedereinstieg beziehungsweise eine Stundenerhöhung immer wieder an Grenzen stoßen und letztlich nicht ohne eine auskömmliche Finanzierung zu erreichen sind. Daher müssen die hier vorgestellten Ergebnisse und Handlungsansätze verknüpft werden mit grundlegenden und nachhaltigen Veränderungen der Finanzierung.

So wird es unumgänglich sein, die Finanzierungsgrundlage im Bereich der Pflege- und Krankenversicherung mittelfristig im Sinne einer Bürgerversicherung auszuweiten.⁹⁴ Diese würde den Einbezug aller Bürger*innen (u.a. Selbstständige und Beamtinnen und Beamte) und aller Einkommensarten (u.a. Mieten und Kapitaleinkommen) bedeuten sowie die Abschaffung der derzeit relativ niedrig angesetzten Beitragsbemessungsgrenze.⁹⁵ Die Einbeziehung der derzeit privat Versicherten würde sogar eine dämpfende Wirkung auf die Versicherungsbeiträge haben⁹⁶. Dies wäre der beste Weg, jedoch sieht der Koalitionsvertrag dies nicht vor. Auf dem Weg zu einer sozialen Bürgerversicherung für Krankheit und Pflegebedürftigkeit sind pragmatische Zwischenschritte denkbar. Zunächst könnte ein Risikostrukturausgleich zwischen den bestehenden gesetzlichen und privaten Systemen eingeführt werden, um die tendenziell „besseren Risiken“ in den privaten Versicherungen am breiteren Solidarausgleich zu beteiligen. Diese „starken Schultern“ blieben damit zwar zunächst „unter sich“, wären aber hinsichtlich der Finanzierung nicht länger außen vor. In einem nächsten Schritt sollten sie noch stärker nach ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit beteiligt werden, indem statt risikobezogener Prämien nunmehr einkommensabhängige Beiträge zu entrichten sind und über den entsprechend ausgeweiteten Gesundheitsfonds/Ausgleichsfonds in der Pflegeversicherung umverteilt werden.

Ebenfalls müsste die gesetzliche Pflegeversicherung dahingehend reformiert werden, dass höhere Kosten beispielsweise durch einen vermehrten Personaleinsatz nicht zulasten der Pflegebedürftigen gehen. Dies setzt neben einer auskömmlichen Finanzierung auch eine grundlegende Reformierung der Pflegeversicherung voraus. So müssten beispielsweise im Sinne des „Sockel-Spitze-Tauschs“ die Eigenanteile begrenzt werden, sodass Mehrausgaben einerseits planbar werden und nicht automatisch zulasten von Pflegebedürftigen und Angehörigen gehen.⁹⁷ Der Koalitionsvertrag sieht in dieser Hinsicht nur die Prüfung einer Ergänzung der sozialen Pflegeversicherung um eine freiwillige, paritätisch

⁹⁴ Vgl. Rothgang/Domhoff (2019).

⁹⁵ Vgl. Brosig/Geraedts (2019).

⁹⁶ Vgl. Rothgang/Domhoff (2020): S. 14 f.

⁹⁷ Vgl. Rothgang/Kalwitzki/Cordes (2019).

finanzierte Vollversicherung vor, die die Übernahme der vollständigen Pflegekosten umfassend absichert. Mindestens dieser Prüfauftrag muss nun zeitnah von der Bundesregierung umgesetzt werden.

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sieht der Koalitionsvertrag die Dynamisierung des Bundeszuschusses vor. Dieser ist unerlässlich, nachdem die jahrelang hohen Rückstellungen der gesetzlichen Krankenkassen im Zuge der Pandemie zu weiten Teilen aufgebraucht werden mussten. Jedoch zeigt sich aktuell, dass sich nach diesem Prinzip eine veränderte Haushaltslage schnell negativ auf die Finanzierung der Krankenversicherung auswirken kann. Investitionen in gute Pflege müssen im Haushalt der Bundesregierung prioritär behandelt werden und dürfen angesichts neuer Herausforderungen nicht ins Hintertreffen geraten. Eine ausreichende Finanzierung der Gesundheitsversorgung ist fundamental wichtig. Dies muss sich in den haushaltspolitischen Entscheidungen der Bundesregierung niederschlagen.

Darüber hinaus bleibt das Problem bestehen, dass die Länder regelmäßig ihrer Investitionskostenverpflichtung im Bereich der Krankenhausinfrastruktur nicht nachkommen. Der Koalitionsvertrag sieht eine Unterstützung der Länder durch den Bund in diesem Bereich vor. Diese muss nun zeitnah vom Bund an die Länder gezahlt werden und geeignet sein, auch den jahrelang aufgebauten Investitionsstau abzubauen. Auch die Modifizierung der Schuldenbremse in dem Sinne, dass wertige Investitionen kreditfinanziert werden können, würde den Ländern zumindest theoretisch die Möglichkeit geben, ihrer Investitionskostenverpflichtung nachzukommen.

Auch wenn die Pflegepersonalkosten mittlerweile aus den Fallpauschalen ausgegliedert sind, trägt der durch sie generierte Kostendruck nicht zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern bei. So muss weiterhin das Fallpauschalensystem als Ganzes kritisiert werden. Es schafft zahlreiche Anreize der Über-, Unter- und Fehlversorgung und sorgt damit auch dafür, dass Pflegepersonal für Behandlungen eingesetzt werden muss, die medizinisch nicht notwendig sind, während es in unterversorgten Bereichen fehlt.⁹⁸ Eine vollständige Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip, wie bereits im Bereich der Pflegepersonalkosten durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz geschehen⁹⁹, ist hier notwendig. Eine Abkehr von den Fallpauschalen und eine Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip böte Möglichkeiten für Kosteneinsparungen zugunsten bedarfsorientierter Ausgaben.¹⁰⁰ Der Koalitionsvertrag sieht weitere Schritte in Richtung einer kostendeckenden Finanzierung vor. So soll kurzfristig für eine auskömmliche Finanzierung in der Pädiatrie, der Notfallversorgung und der Geburtshilfe gesorgt werden. Ebenso sollen die Fallpauschalen um erlösunabhängige Vorhaltepauschalen ergänzt werden. Dies sind Schritte in die richtige Richtung, die die Bundesgesundheitspolitik nun unverzüglich umsetzen sollte.

⁹⁸ Vgl. Simon (2020).

⁹⁹ Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11.12.2019 (BGBl. I S. 2394).

¹⁰⁰ Vgl. Auffenberg (2020).

5.8 Auf einen Blick: Handlungserfordernisse und -empfehlungen

- ▶ Schaffung einer Perspektive auf ausreichend Zeit für die Pflege durch
 - ▷ die zügige Einführung der PPR 2.0 in der Krankenpflege und beschleunigte Entwicklung und Einführung der PePiK,
 - ▷ die Einführung der vorhandenen Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege zu 100 Prozent und
 - ▷ die Entwicklung bedarfsgerechter Versorgungs- und Personalbemessungskonzepte für die ambulante Pflege.
- ▶ Förderung angemessener Bezahlung durch
 - ▷ den weiteren Anstieg der Gehälter, insbesondere in der Langzeitpflege, und
 - ▷ die Erhöhung der Tarifbindung,
 - ▷ die Prüfung der Option „Durchschnittsanwender“ nach GVWG,
 - ▷ den Aufbau von Informations- und Beratungsangeboten im Kontext der GVWG-Umsetzung (Beschäftigte, Interessenvertretungen, Betriebe).
- ▶ Garantie verlässlicher Arbeitszeiten durch
 - ▷ eine partizipative und selbstorganisierte Dienstplangestaltung und
 - ▷ ein umfassendes Ausfallmanagement.
- ▶ Förderung einer wertschätzenden Führungskultur und Kollegialität durch
 - ▷ die Novellierung der Weiterbildungscurricula für Führungskräfte und eine einheitliche Leitungskräftefortbildung
 - ▷ die Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen – vor allem psychischer Belastungen,
 - ▷ Transparenz über betriebliche Praxis der Maßnahmenumsetzung nach Gefährdungsbeurteilung und Ausbau von Beratungsangeboten,
 - ▷ die Gewährung von Zeiten für kollegiale Beratung und Teamprozesse,
 - ▷ eine einheitliche Leitungskräftefortbildung mit entsprechenden Schwerpunkten.
- ▶ Erhöhung der Wiedereinstiegs motivation ausgestiegener Pflegekräfte durch
 - ▷ umfassende Onboarding-Programme und
 - ▷ offensive Kommunikation guter betrieblicher Onboarding-Praxis in Stellenanzeigen.
- ▶ Weiterentwicklung des Berufsbildes und attraktiver Tätigkeitsbereiche
 - ▷ durch den vermehrten Einsatz und die Stärkung der Rolle von Praxisanleitungen,
 - ▷ durch eine Attraktivierung der Lehrtätigkeit an Pflegeschulen.
- ▶ Schaffung geeigneter Finanzierungsgrundlagen durch
 - ▷ Die mittelfristige Einführung einer Bürgerversicherung – wenn zeitnah politisch nicht umsetzbar durch geeignete Zwischenschritte
 - ▷ einen auskömmlichen Steuerzuschuss für die gesetzliche Krankenversicherung
 - ▷ den Ausbau der gesetzlichen Pflegeversicherung zu einer Vollversicherung – wenn zeitnah politisch nicht umsetzbar durch geeignete Zwischenschritte,
 - ▷ weitere Begrenzung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege,
 - ▷ die weitere Umstellung des Vergütungssystems im Krankenhausbereich von einer pauschalierten auf eine kostendeckende Refinanzierung,

die Erfüllung der Investitionskostenverpflichtung der Länder im Bereich der Krankenhausinfrastruktur.

Literaturverzeichnis

- Abdi, Hervé (2007): The Kendall Rank Correlation Coefficient. In: Neil Salkind (Hrsg.): Encyclopedia of Measurement and Statistics. Thousand Oaks: Sage, S. 1-7.
- Ärzteblatt (2020): Bündnis stellt Instrument zur Messung des Pflegebedarfs vor.
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/108631/Buendnis-stellt-Instrument-zur-Messung-des-Pflegebedarfs-vor>; Zugriff am 14.3.2022.
- Ärzte Zeitung (2021): Fehlendes Lehrpersonal: Pflegeverbände warnen vor Personalnotstand.
<https://www.springerpflege.de/pflegeverbaende-warnen-vor-personalnotstand/19802574>, Zugriff am 2.4.2022.
- Auffenberg, Jennie (2020): Stellungnahme: Bedarfsorientierte Versorgung oder Erlösorientierung – Strukturelle Probleme der deutschen Krankenhäuser im Spiegel der Covid-19-Pandemie,
https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Stellungnahme_Krankenh%C3%A4user_und_Covid-19.pdf, Zugriff am 3.2.2022.
- Auffenberg, Jennie/Heß, Moritz (2021): Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern. Bericht zur Studie „Ich pflege wieder, wenn ...“ der Arbeitnehmerkammer Bremen und des SOCIUM der Universität Bremen. Bremen.
https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bericht_zur_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf.
- BAuA (2018): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. Höhere Anforderungen, mehr gesundheitliche Beschwerden. BAuA: Fakten 31, Dortmund.
https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fakten/BIBB-BAuA-31.pdf?_blob=publicationFile&v=1.
- BBK [Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe] (2021): COVID-19: Psychosoziale Hilfen für Krankenhauspersonal.
https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/Flyer/covid-19-a4-krankenhauspersonal-psycosoz-hilfen.pdf?_blob=publicationFile&v=2, Zugriff am 22.3.2022.
- Becka, Denise/Evans, Michaela/Öz, Fikret (2016): Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege: Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich. Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik. Forschung Aktuell, Nr. 04/2016.
- Bergmann, Bärbel (2010): Sozialisationsprozesse bei der Arbeit. In: Kleinbeck, Uwe/Schmidt, Klaus-Helmut (Hrsg.): Arbeitspsychologie, Hogrefe, S. 287–323.
- Berninger, Ina/Schröder, Tim (2017): Inklusion oder Schließung? Gewerkschaftlicher Organisationsgrad, berufliche Geschlechtersegregation und der Gender Pay Gap, Industrielle Beziehungen, 24 (2), S. 186.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2017): Gesund und motivierend führen – Wie Führungskräfte ihr Team und sich selbst stärken. <https://www.bgw-online.de/resource/blob/14708/d468ac6a7c4b5202141a8eb800b88ac3/bgw04-07-011-gesund-fuehren-data.pdf>, Zugriff am 22.3.2022.

- Blaudszun-Lahm, Annette/Kubek, Vanessa (2020): Stärkung der Selbstorganisation im Team durch eine digitale Dienstplanungsplattform. In: Kubek, Vanessa/Velten, Sebastian/Eierdanz, Frank/Blaudszun-Lahm, Annette (Hrsg.): Digitalisierung in der Pflege. Zur Unterstützung einer besseren Arbeitsorganisation. [S.l.]: Springer Vieweg, S. 31–40.
- Blum, Karl/Löffert, Sabine/Offermanns, Matthias/Steffen, Petra (2019): Krankenhausbarometer, Umfrage 2019, Deutsches Krankenhausinstitut. https://www.dki.de/sites/default/files/2019-12/2019_Bericht%20KH%20Barometer_final.pdf, Zugriff am 14.3.2022.
- Blum, Karl/Offermanns, Matthias/Steffen, Petra (2019): Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030. Deutsches Krankenhausinstitut e. V., Düsseldorf. https://www.dki.de/sites/default/files/2019-10/DKI%202019%20-%20Pflege%202030%20-%20Bericht_final_0.pdf.
- Blum, Karl/Löffert, Sabine (2021): DKI Krankenhaus-Pool. Umfrage April 2021: Drohende Überlastung der Kliniken durch die 3. Pandemiewelle? Deutsches Krankenhausinstitut e. V., Düsseldorf. https://www.dki.de/sites/default/files/2021-04/2021_04_12_Corona-Befragung%20final.pdf.
- Brenner, Doris (2020): Onboarding: Als Führungskraft neue Mitarbeiter erfolgreich einarbeiten und integrieren, 2. Auflage, Springer Gabler.
- Brosig, Magnus/Geraedts, Regine (2019): Sozialversicherungen: Stärken und modernisieren. KammerPosition Nr. 1/2019. Arbeitnehmerkammer Bremen (Hrsg.). Bremen.
- Büscher, Andreas (2020): Bedarfslagen in der häuslichen Pflege. In: Jacobs et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2020: Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung, S. 55–64. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-61362-7.pdf>.
- Büscher, Andreas/Wingenfeld, Klaus/Wibbeke, Daria et al. (2018): Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege, Abschlussbericht. <https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2018/11/Verfahren-Qualita%CC%88t-ambulant-Abschlussbericht-HSOS-IPW-samt-Anha%CC%88ngen-13.-September-2018.pdf>, Zugriff am 1.4.2022.
- Bundesagentur für Arbeit (1988): Klassifizierung der Berufe 1988. Systematisches und alphabetisches Verzeichnis der Berufsbenennungen. Verfügbar unter: https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Berufe/KldB1975-1992/Generische-Publikationen/KldB1988-Systematisches-und-alphabetisches-Verzeichnis-der-Berufsbenennungen.html?_blob=publicationFile, Zugriff am 17.03.2022].
- Bundesagentur für Arbeit (2013): Klassifikation der Berufe 2010 – Systematisches Verzeichnis. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.
- Bundesagentur für Arbeit (2021a): Statistik der Bundesagentur für Arbeit
- Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt | Mai 2021 – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?_blob=publicationFile.

- Bundesagentur für Arbeit (2021b): Mehr Beschäftigte in der Alten- und Gesundheitspflege. Presseinformation Nr. 19 vom 7.5.2021. <https://www.arbeitsagentur.de/presse/2021-19-tag-der-pflege-mehr-beschaeftigte-in-pflegeberufen>
- Busch, Anne (2013): Der Einfluss der beruflichen Geschlechtersegregation auf den „Gender Pay Gap“. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 65, S. 301–338.
- Carstensen, Jeanette/Seibert, Holger/Wiethölter, Doris (2021): Entgelte von Pflegekräften 2020: Aktuelle Daten und Indikatoren, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, https://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften_2020.pdf, Zugriff am 14.3.2022.
- DBfK [Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe] (2019): Impulse zur Mitarbeiterbindung. Ergebnisse einer Online-Umfrage zum Thema Dienstplan. <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Umfrage-Dienstplan-Ergebnisse.pdf>.
- DGB (2018): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege <https://index-gute-arbeit.dgb.de/+ +co + +df07ee92-b1ba-11e8-b392-52540088cada>; Zugriff am 21.04.2022.
- Deutscher Pflegerat (2021): 500.000 professionell Pflegende werden in den nächsten 12 Jahren in Rente gehen. Pressemitteilung vom 9.3.2021. <https://deutscher-pflegerat.de/2021/03/09/500-000-professionell-pflegende-werden-in-den-naechsten-12-jahren-in-rente-gehen/>.
- Die Bundesregierung (2019): Ausbildungsoffensive Pflege (2019-2023). Vereinbarungstext Ergebnis der Konzertierte(n) Aktion Pflege/AG 1, Juli 2019, 2. Auflage. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/135564/63509cfe1ba9a83a10e1cc456320c001/ausbildungsoffensive-pflege-2019-2023-data.pdf>.
- DIVI/DGIIN (2021): Fehlende Pflegekräfte auf Intensivstationen: In jedem dritten Bett kann kein Patient mehr behandelt werden. Pressemeldung vom 21. Oktober 2021. <https://www.divi.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/fehlende-pflegekraefte-auf-intensivstationen-in-jedem-dritten-bett-kann-kein-patient-mehr-behandelt-werden>.
- Dörpinghaus, Sandra/Evans, Michaela (2011): Prekäre Perspektive? Berufsrückkehr und Wiedereinstieg von Frauen in die Gesundheitswirtschaft. Forschung Aktuell 3/2011, Gelsenkirchen. <https://www.iat.eu/forschung-aktuell/2011/fa2011-03.pdf>.
- Evans, Michaela/Ludwig, Christine (2019): "Dienstleistungssystem Altenhilfe" im Umbruch: arbeitspolitische Spannungsfelder und Herausforderungen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 69, Nr. 33–34, S. 31–36.
- Flake, Regina/Kochskämper, Susanne/Risius, Paula/Seyda, Susanne (2018): Fachkräfteengpass in der Altenpflege. IW Trends 3/2018, Köln. https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/IW-Trends/PDF/2018/IW-Trends_2018-03-02_Pflegefallzahlen.pdf.

- Friedrich, Stefan/Karwetzky, Christopher/Straub, Niels/Diserens, Philippe/Penter, Volker/Beivers, Andreas (2018): Studie zur Pflegepersonalausstattung und „Pflegebelastung“ in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern, Abschlussbericht. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/pflegepersonaluntergrenzen/2018_09_24_KPMG_Pflegepersonalausstattung_und_Pflegebelastung_Studie_final.pdf, Zugriff am 14.3.2022.
- Göpel (2020): Neues PPR 2.0: Künftig immer zu zweit im Nachtdienst <https://www.pflegen-online.de/neues-ppr-20-kuenftig-immer-zu-zweit-im-nachtdienst>; Zugriff am 14.3.2022.
- Gordon, Suzanne/Buchanan, John/Bretherton, Tanya (2008): Safety in Numbers: Nurse-to-Patient Ratios and the Future of Health Care. Oxford University Press.
- Greenberg, Neil/Docherty, Mary/Gnanapragasam, Sam/Wessely, Simon (2020): Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. In: BMJ, 1–4.
- Grgic, Mariana/Riedel, Birgit/Weihmayer, Lena Sophie/Weimann-Sandig, Nina/Wirner, Lisa (2018): Quereinsteigende auf dem Weg zur Fachkraft. Ergebnisse einer qualitativen Studie in den Berufsfeldern Kindertagesbetreuung und Altenpflege. Study 392 der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-007021.
- Hartmann (2018): #PflegeComeBack Studie. Hintergründe zu Ausstieg und Rückkehr in den Pflegeberuf. https://www.hartmann.info/-/media/corporate-news/doc/hartmann_pflegetcomeback_handout-studie.pdf?rev=63da3cb39ab547058f2ec3861001c95c.
- Hasselhorn, Hans Martin et al. (2003): Intent to leave nursing in Germany. In book: Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe, S. 136–145. National Institute for Working Life: Stockholm.
- Hower, Kira Isabel/Pfaff, Holger/Pförtner, Timo-Kolja (2020): Pflege in Zeiten von COVID-19: Onlinebefragung von Führungskräften zu Herausforderungen, Belastungen und Bewältigungsstrategien. In: Pflege, Jahrgang 33, Heft 4, August 2020, S. 207–218.
- ICN [International Council of Nurses] (2021): The Global Nursing shortage and Nurse Retention. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20Policy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention.pdf.
- Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung (2020): Branchenbericht Pflege. Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK-versicherten Beschäftigten im Rheinland und in Hamburg, Köln. Online verfügbar unter: https://www.bgf-institut.de/fileadmin/redaktion/downloads/gesundheitsberichte/aktuelle_Gesundheitsberichte/BGF_Pflege_2020_Web.pdf.
- Isfort, Michael (2022): Berufseinmündung und Berufsverbleib in der Pflege in NRW. Eine Analyse der Einstiegs-, Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld der Pflege (Kurzbericht). Presseinformation zur Landespressekonferenz am 28.3. 2022, Düsseldorf. Online verfügbar unter: https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/kurzbericht_berufseinmuendung_berufsverbleib_pfleger_in_nrw_28032022_dip.pdf.

- Klammer, Ute/Klenner, Christina/Lillemeier, Sarah (2018): Comparable Worth Index. Arbeitsbewertungen als blinder Fleck in der Ursachenanalyse des Gender Pay Gaps? WSI Study No. 14. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Kocks, Andreas/Segmüller, Tanja/Zegelin, Angelika (2012): Kollegiale Beratung in der Pflege. Ein Praxisleitfaden zur Einführung und Implementierung, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg.). <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/LeitfadenBIS1.pdf>, Zugriff am 22.3.2022.
- Kraft, Stephanie/Drossel, Matthias (2019): Untersuchung des sozialen, beruflichen und gesundheitlichen Erlebens von Pflegekräften in stationären Krankenpflegeeinrichtungen – Eine qualitative Analyse. In: HBSscience 10/2019, S. 39–45.
- Kühnel, Markus/Ehlers, Anja/Bauknecht, Jürgen/Heß, Moritz/Stiemke, Philipp/Strünck, Christoph (2020): Personalfuktuation in Einrichtungen der pflegerischen Versorgung – Eine Analyse von Ursachen und Lösungsmöglichkeiten. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. / Institut für Gerontologie an der TU Dortmund. http://www.ffg.tu-dortmund.de/cms/Medienpool/Personalfuktuation_Abschlussbericht-mit-Anhang_final.pdf.
- Kuhn, Andrea/Mack, Claire/Weinert, Stephan (2021): Berufsverbleib und Wiedereinstieg von Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein. Befragung zur Arbeitszufriedenheit im Rahmen des Projektes beruflicher Wiedereinstieg von Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein angesiedelt bei der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein. https://forschungsnetzwerk-gesundheit.hwg-lu.de/fileadmin/user_upload/forschung-transfer/Forschungsnetzwerk_Gesundheit/Forschung/Berufsverbleib_in_Schleswig-Holstein/210510_Berufsverbleib_und_Wiedereinstieg_von_Pflegefachpersonen_in_Schleswig-Holstein_Abschlussbericht_HWG_LU_Maerz_2021_final.pdf.
- Legendre, Pierre (2005): Species associations: the Kendall coefficient of concordance revisited. *Journal of Agricultural, Biological, and Environmental Statistics* 10 (2), S. 226–245.
- Ludwig, Christine/Evans, Michaela (2020): Löhne in der Altenpflege: Helferniveaus im Spiegel von Fachkräftesicherung und Lohnverteilung. Ein Beitrag zur Lohn- und Tarifdebatte. Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik. *Forschung Aktuell*, Nr. 11/2020, Gelsenkirchen.
- Melzer, Marlen (2020): Arbeitssituation und Gesundheit beruflich Pflegenden. In: BAuA (2020). *Stressreport Deutschland 2019: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Stressreport-2019.pdf?_blob=publicationFile&v=8.
- Merkel, Sebastian/Ruokolainen, Mervi/Holman, Daniel (2019): Challenges and practices in promoting (ageing) employees working career in the health care sector – case studies from Germany, Finland and the UK. *BMC health services research*, 19(1), 918.
- Müller, Irma (2022): Ausfallmanagement im Pflegedienst. https://arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Veranstaltungen/Veranstaltungsdokumentation/Downloads/M%C3%BCller_-_Ausfallmanagement.pdf, Zugriff am 22.3.2022.

- Ochmann, Richard/Albrecht, Martin/Schiffhorst, Guido (2020): Geteilter Krankenversicherungsmarkt. Risikoselektion und regionale Verteilung der Ärzte, Bertelsmann Stiftung. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Studie_Geteilter_Krankenversicherungsmarkt.pdf, Zugriff am 23.3.2022.
- Pütz, Robert/Kontos, Maria/Larsen, Christa/Rand, Sigrid/Ruokonen-Engler, Minna Kristiina (2019): Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland: Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte, Hans-Böckler-Stiftung Study 416/2019. Link: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/194585/1/1662526695.pdf>.
- Rat der Arbeitswelt (2021): Vielfältige Ressourcen stärken – Zukunft gestalten. Impulse für eine nachhaltige Arbeitswelt zwischen Pandemie und Wandel. Arbeitswelt-Bericht des Rates der Arbeitswelt, Mai 2021. https://www.arbeitswelt-portal.de/fileadmin/user_upload/awb_2021/210518_Arbeitsweltbericht.pdf.
- Rothgang, Heinz/Domhoff, Dominik (2019): Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung Beitragsatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung, Working Paper Forschungsförderung Nr. 150, Hans-Böckler-Stiftung. https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_150_2019.pdf, Zugriff am 23.3.2023.
- Rothgang, Heinz/Domhoff, Dominik (2020): Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“ - Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE. https://www.linksfraktion.de/fileadmin/user_upload/PDF_Dokumente/2021/210628_Einfuehrung_einer_Solidarischen_Gesundheits-_und_Pflegeversicherung..._ohne_k.pdf, Zugriff am 23.3.2022.
- Rothgang, Heinz/Kalwitzki, Thomas/Cordes, Janet (2019): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung II (AAPV II): bedarfsgerecht – ortsunabhängig – bezahlbar. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform. https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2._Gutachten_AAPV_-_Langfassung.pdf, Zugriff am 3.2.2022.
- Rothgang, Heinz et al. (2020): Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM), Bremen, August 2020. https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf.
- Rothgang, Heinz/Müller, Rolf/Preuß, Benedikt (2020): BARMER Pflegereport 2020, Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen. https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2020/20201201_BARMER_Pflegereport_2020.pdf.
- Rothgang, Heinz/Müller, Rolf (2021): BARMER Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. <https://www.barmer.de/resource/blob/1032106/2ad4e5f56c47cb7b7e914190f9fae62f/barmer-pflegereport-2021-band-32-bifg-data.pdf>.

- Rudolph, Clarissa/Schmidt, Katja (2020): Vergeschlechtlichung und Interessenpolitik in Care-Berufen – das Beispiel Pflege. In: Artus, I. et al. (Hrsg.): Arbeitskonflikte sind Geschlechterkämpfe, S. 229–248.
- SbE-Institut (2020): Entlastungsrunde am Schichtende für Krankenhauspersonal. https://sbe-ev.de/images/download/Leitfaden_Entlastungsrunde_Covid_19_Krankenhauspersonal.pdf, Zugriff am 22.3.2022.
- Schmucker, Rolf (2019): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In: Jacobs, Klaus et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin: Springer, S. 49–59. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58935-9_3.
- Schreyögg, Jonas/Bäumel, Matthias/Krämer, Jonas/Dette, Tilman/Busse, Reinhard/Geissler, Alexander (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG, Endbericht. https://www.g-drg.de/Datenbrowser_und_Begleitforschung/Begleitforschung_DRG/Forschungsauftrag_gem_17b_Abs_9_KHG, Zugriff am 14.3.2022.
- Schröer, Laura (2016): Erwerbsminderungsrenten in der Krankenpflege: Erklärungsansätze und Handlungsempfehlungen, IAT Forschung Aktuell 1/2016, Gelsenkirchen. <https://www.iat.eu/forschung-aktuell/2016/fa2016-01.pdf>.
- Schwinger, Antje/Klauber, Jürgen/Tsiasioti, Chrysanthi (2019): Pflegepersonal heute und morgen. In: Jacobs, Klaus et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2019, S. 4–21. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-58935-9.pdf>.
- Silies, Katharina/Schley, Angelika/Sill, Janna/Fleischer, Steffen/Müller, Martin/Balzer, Katrin (2020): Die COVID-19-Pandemie im akutstationären Setting aus Sicht von Führungspersonen und Hygienefachkräften in der Pflege – Eine qualitative Studie. *Pflege*, 2020; 33(5), S. 289–298. doi: 10.1024/1012-5302.
- Simon, Michael (2018): Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung: Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle. Working Paper Nummer 096, Oktober 2018 der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=8222.
- Simon, Michael (2020): Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser – Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems, Working Paper Forschungsförderung Nr. 196, Hans-Böckler-Stiftung. https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-007898/p_fofoe_WP_196_2020.pdf, Zugriff am 23.2.2022.
- Simon, Michael (2021): Pflegepersonal in Krankenhäusern: Eine Analyse neuerer Entwicklungen auf Grundlage der Daten der Krankenhausstatistik und der Arbeitsmarktstatistik. https://f5.hs-hannover.de/fileadmin/HsH/Fakultaet_V/Bilder/UEber_uns/Personen/Simon_2021_Pflegepersonal_in_Krankenha_usern_-_neuere_Entwicklungen.pdf.
- Sjögren, Katarina/Fochsen, Grethe/Josephson, Malin/Lagerström, Monica (2005): Reasons for leaving nursing care and improvements needed for considering a return: a study among Swedish nursing personnel. In: *International Journal of Nursing Studies* 42, S. 751–758.

- SPD/Bündnis 90/Die Grünen/FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP).
https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020a): Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020b): Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegeheime.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020c): Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020d): Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Sonderauswertung Trägerstruktur.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021a): Gesundheit 2019: Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12. Reihe 6.1.1.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021b): Altenpflegekräfte arbeiten sehr häufig in Teilzeit. Pressemitteilung Nr. N068 vom 8. Dezember 2021.
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/12/PD21_N068_2313.html.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021c): Gesundheit 2019: Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12. Reihe 6.1.1. Sonderauswertung Altersstruktur.
- Strünck, Christoph et al. (2020): Personalfuktuation in Einrichtungen der pflegerischen Versorgung – eine Analyse von Ursachen und Lösungsmöglichkeiten http://www.ffg.tu-dortmund.de/cms/Medienpool/Personalfuktuation_Abschlussbericht-mit-Anhang_final.pdf.
- Techniker Krankenkasse (2019): Gesundheitsreport: Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften. <https://www.tk.de/resource/blob/2066542/2690efe8e801ae831e65fd251cc77223/gesundheitsreport-2019-data.pdf>.
- Teczan-Güntekin, Hürrem/Schmidt, Julia Margarethe/Özer-Erdogdu, Ilknur (2021): Zurück in die Pflege: Zwischen „Sollen“, „Wollen“ und „Können“ – Berufsidentitäten von Pflegefachkräften in Krisensituationen am Beispiel der Sars-CoV-2-Pandemie. Gesundheitswesen. DOI: 10.1055/a-1531-5079.
- VdPB [Vereinigung der Pflegenden in Bayern] (im Erscheinen): Wiedereinstiegs-Programm für Pflegefachpersonen – Modulhandbuch und Umsetzungsempfehlungen.
- Verdi (2021): Tarifbewegung Entlastung an Krankenhäusern: ver.di erzielt Einigung mit dem Berliner Klinikkonzern Vivantes. <https://www.verdi.de/presse/pressemitteilungen/+ +co + +b7a07442-2b7d-11ec-bdd7-001a4a16012a>, Zugriff am 14.3.2022.
- Verdi (2022): Der Westen fordert Entlastung. <https://gesundheits-soziales.verdi.de/themen/entlastung/+ +co + +f66c4e2a-7abb-11ec-a771-001a4a160117>, Zugriff am 14.3.2022.

- Weidner, Frank et al. (2016): Langzeiterkrankte Pflegefachpersonen in der beruflichen Rehabilitation – Ursachen, Wege und Erklärungen. https://www.bfw-koblenz.de/fileadmin/user_upload/Reha-Biograf/Pilotstudie_Reha-Biograf.pdf.
- Wiethölter, Doris (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg: Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf: Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich. http://doku.iab.de/regional/BB/2012/regional_bb_0312.pdf.
- Wolf-Ostermann, Karin/Schmidt, Annika/Preuß, Benedikt/Heinze, Franziska/Seibert, Kathrin/Friedrich, Anna-Carina (2020): Pflege in Zeiten von Corona: Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittstudie zu ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen. *Pflege*, 33 (5), S. 277–288.
- YouGov/Indeed: (2022): Jede vierte Pflegeperson will Job wechseln. Meldung vom 16.3.2022 in „Bibliomed Pflege“. <https://www.bibliomed-pflege.de/news/jede-vierte-pflegeperson-will-job-wechseln>.

Anhang

Anhang 1: Gesamtranking aller Arbeitsbedingungen, Ausgestiegene und Teilzeitpflegekräfte

Rang	Arbeitsbedingung	Themenbereich	wichtig/ ganz wichtig	n
1	Fairer Umgang unter Kolleg*innen	Organisation und Führung	97,4 %	6.654
2	Vorgesetzte, die wertschätzend und respektvoll sind	Organisation und Führung	96,5 %	6.655
3	Bedarfsgerechte Personalbemessung	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	95,1 %	7.707
4	Vorgesetzte, die sensibel für meine Arbeitsbelastung sind	Organisation und Führung	94,4 %	6.644
5	Nicht unterbesetzt arbeiten müssen	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	92,8 %	7.741
6	Mehr Zeit für menschliche Zuwendung	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	92,7 %	7.730
7	Vereinfachte Dokumentation	Organisation und Führung	91,0 %	6.642
8	Verbindliche Dienstpläne	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	89,1 %	7.392
9	Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft	Organisation und Führung	89,1 %	6.612
10	Fort-/Weiterbildung = höheres Gehalt	Weiterbildung und Karriere	88,9 %	6.344
11	Keine regelmäßig geplanten Überstunden	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	87,8 %	7.380
12	Bessere Vertretung in politischen Entscheidungsgremien	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	87,6 %	7.624
13	Höhere Zulagen für besondere Tätigkeiten/Spezialisierungen	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	87,2 %	7.717
14	Keine geteilten Dienste	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	87,1 %	6.793
15	Höheres Grundgehalt	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	87,0 %	7.699
16	Mehr Anerkennung	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	85,6 %	7.681
17	Pünktlich Feierabend machen können	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	84,9 %	7.410
18	Anwendung erworbener Kompetenzen im Arbeitsalltag	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	84,5 %	7.710
19	Bessere Kooperation mit anderen Berufsgruppen	Organisation und Führung	84,5 %	6.615
20	Tariffindung	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	84,1 %	7.527
21	Strukturierte Einarbeitung durch Führungskraft/Praxisanleitung	Wiedereinstieg	83,6 %	1.921
22	Kein Einspringen aus der Freizeit	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	81,5 %	7.384
23	Begleitung beim Wiedereinstieg durch Kolleg*in	Wiedereinstieg	81,1 %	1.923
24	Berufsfachliche Standards	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	80,0 %	7.590

25	Eigenständige Planung, Steuerung, Überwachung von Pflegeprozessen	Organisation und Führung	77,6 %	6.548
26	Digitale Anwendungen zur Unterstützung der Arbeitsorganisation	Organisation und Führung	77,4 %	6.548
27	Betriebliche Interessenvertretung	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	77,2 %	7.639
28	Verbindliche Maßnahmen nach Gefährdungsbeurteilung	Gesundheitsschutz und Prävention	76,3 %	6.840
29	Altersgerechter Zuschnitt von Tätigkeiten	Gesundheitsschutz und Prävention	76,0 %	6.843
30	Fachliche Aufstiegsmöglichkeiten	Weiterbildung und Karriere	76,0 %	6.325
31	Höhere Sonderzahlungen	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	75,6 %	7.680
32	Einsatz von Technik zur Reduktion körperlicher Belastungen	Gesundheitsschutz und Prävention	75,3 %	6.938
33	Betriebliches Eingliederungsmanagement	Gesundheitsschutz und Prävention	75,0 %	6.875
34	Präventionsangebote (psychische Belastung)	Gesundheitsschutz und Prävention	74,8 %	6.969
35	Mehr Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten	Weiterbildung und Karriere	74,4 %	6.329
36	Digitale Anwendungen zur Kommunikation und Abstimmung	Organisation und Führung	74,1 %	6.535
37	Klar definierte Aufgabenteilung zwischen Fach- und Hilfskräften	Organisation und Führung	73,9 %	6.586
38	Austausch mit Kolleg*innen über Erlebtes	Gesundheitsschutz und Prävention	72,5 %	6.941
39	Teambuildingmaßnahmen mit den Kolleg*innen	Organisation und Führung	71,7 %	6.605
40	Wenig personelle Wechsel im Team	Organisation und Führung	71,5 %	6.587
41	Präventionsangebote (körperliche Belastung)	Gesundheitsschutz und Prävention	69,0 %	6.963
42	Geregelte Pausenzeiten	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	68,0 %	7.385
43	Mehr Mitsprachemöglichkeiten in betrieblichen Abläufen	Organisation und Führung	67,2 %	6.605
44	Dauerhaft mehr Befugnisse	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	66,9 %	7.655
45	Prävention diskriminierender Erfahrungen am Arbeitsplatz	Gesundheitsschutz und Prävention	65,7 %	6.861
46	Kinderbetreuung	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	65,4 %	7.050
47	Möglichkeit der Spezialisierung	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	65,2 %	7.657
48	Schulungen zum Umgang bei Konflikten mit Kolleg*innen	Organisation und Führung	65,1 %	6.578
49	Austausch mit geschulter Person über Erlebtes	Gesundheitsschutz und Prävention	64,5 %	6.918
50	Betriebliche Personalentwicklung	Weiterbildung und Karriere	64,1 %	6.228
51	Lebensarbeitszeitkonten	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	63,6 %	7.197
52	Betriebliches Eingliederungsmanagement	Gesundheitsschutz und Prävention	62,3 %	6.922
53	Erweiterte fachliche Einsatzmöglichkeiten	Weiterbildung und Karriere	62,2 %	5.998
54	Individuell flexible Arbeitszeitgestaltung	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	60,9 %	7.108
55	Unterstützung akademischer Weiterbildung	Weiterbildung und Karriere	60,9 %	6.234

56	Mehr Urlaubstage	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	60,4 %	7.312
57	Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	57,6 %	6.918
58	Bereitstellung von E-Learning-Angeboten	Weiterbildung und Karriere	57,3 %	6.226
59	Finanzierung von Mobilitätsangeboten	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	56,8 %	7.242
60	Wiedereinstiegskurs, um Pflegekenntnisse aufzufrischen	Wiedereinstieg	56,3 %	1.918
61	Aufstiegsmöglichkeiten in der Position	Weiterbildung und Karriere	55,2 %	6.274
62	Stufenmodell zur schrittweisen Erhöhung der Arbeitszeit	Wiedereinstieg	47,4 %	1.876
63	Informationstag für interessierte Wiedereinsteiger*innen	Wiedereinstieg	38,2 %	1.898
64	Möglichkeit, in wechselnden Aufgabenfeldern arbeiten zu können	Gesundheitsschutz und Prävention	36,6 %	6.724
65	Zahlung einer Wiedereinstiegsprämie	Wiedereinstieg	35,1 %	1.898
66	Keine Nachtdienste	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	32,2 %	7.157
67	Keine Wochenenddienste	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	25,5 %	7.239

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“, ausgestiegene Pflegekräfte und Teilzeitpflegekräfte.

Anhang 2: Untersuchte Teilgruppen des Rankings

- ▶ **Teilgruppen:**
 - ▷ Ausgestiegene insgesamt (n = 1.638)
 - ▷ Teilzeitkräfte insgesamt (n = 4.663)
- ▶ **Geschlecht:**
 - ▷ Männlich (n = 866)
 - ▷ Weiblich (n = 5.134)
- ▶ **Engagement beim Thema Rückkehr:**
 - ▷ Latent-passiv (n = 946)
 - ▷ Latent-aktiv (n = 536)
 - ▷ Manifest-aktiv (n = 81)
- ▶ **Arbeitsbereiche:**
 - ▷ Ausgestiegene: Krankenpflege (n = 950)
 - ▷ Ausgestiegene: Langzeitpflege (n = 522)
 - ▷ Teilzeitkräfte: Krankenpflege (n = 2.901)
 - ▷ Teilzeitkräfte: Langzeitpflege (n = 1.376)
- ▶ **Wahrgenommener Gesundheitszustand:**
 - ▷ Ausgestiegene: sehr schlechter Gesundheitszustand (n = 19)
 - ▷ Ausgestiegene: schlechter Gesundheitszustand (n = 110)
 - ▷ Ausgestiegene: mittlerer Gesundheitszustand (n = 454)
 - ▷ Ausgestiegene: guter Gesundheitszustand (n = 669)
 - ▷ Ausgestiegene: sehr guter Gesundheitszustand (n = 285)
 - ▷ Teilzeitkräfte: sehr schlechter Gesundheitszustand (n = 61)
 - ▷ Teilzeitkräfte: schlechter Gesundheitszustand (n = 619)
 - ▷ Teilzeitkräfte: mittlerer Gesundheitszustand (n = 2.059)
 - ▷ Teilzeitkräfte: guter Gesundheitszustand (n = 1.484)
 - ▷ Teilzeitkräfte: sehr guter Gesundheitszustand (n = 259)
- ▶ **Kinder: alleinerziehend oder nicht?**
 - ▷ Ausgestiegene: Alleinerziehende (n = 121)
 - ▷ Ausgestiegene: nicht Alleinerziehende (n = 1.180)
 - ▷ Teilzeitkräfte: Alleinerziehende (n = 409)
 - ▷ Teilzeitkräfte: nicht Alleinerziehende (n = 3.355)

Anhang 3: Methodische Erläuterung zum Ausstiegsverhalten von Pflegebeschäftigten allgemein

IAB-Berechnungen „Berufsverläufe von Pflegekräften“

Im Jahr 2010 wurde eine neue Klassifikation der Berufe eingeführt.¹⁰¹ Die sogenannte KldB2010 zeichnet sich gegenüber ihrer Vorgängerklassifikation aus dem Jahre 1988 vor allem dadurch aus, dass die verzeichneten Berufsgattungen (5-Steller) mithilfe einer Clusteranalyse über die Ähnlichkeit ihrer Tätigkeiten generiert wurden, die in der Berufsdatenbank der BA BERUFENET beschrieben sind.

Für Analysen im Pflegebereich eignet sich die KldB2010 insbesondere deshalb wesentlich besser als die frühere Klassifikation, weil nun auch die Pflegekräfte in der Altenpflege eindeutig identifiziert werden können, die zuvor eine Teilgruppe der nicht weiter differenzierbaren Sozialarbeiter*innen darstellten. Berufsdaten nach der KldB2010 liegen in den Beschäftigungsdaten ab Dezember 2012 vor. Mit der Einführung der KldB2010 in Meldesysteme zur Sozialversicherung gab es eine Übergangsfrist für die Arbeitgeber, in der diese nach der alten oder bereits nach der neuen Klassifizierung Beschäftigungsmeldungen abgeben konnten. Erst ab Dezember 2012 sind die Berufsdaten nach der KldB2010 ausreichend gefüllt, um von der Statistik der BA veröffentlicht werden zu können.

Für die Verbleibsanalysen von Beschäftigten in der Pflege wählen wir daher Personen aus, die im Dezember 2012 in einem der in Tabelle A gelisteten Berufsgattungen innerhalb der Pflege tätig waren. Diese Beschäftigten werden anschließend bis zum Dezember 2020 weiterbeobachtet. Dabei betrachten wir jeweils die Dezembermonate der Folgejahre bis 2020 und unterscheiden folgende Zustände:

- ▶ Beschäftigung in einem Pflegeberuf
- ▶ Beschäftigung in einem Nicht-Pflegeberuf in einem Betrieb der Pflegebranche (vgl. Tabelle B)
- ▶ Beschäftigung in einem Nicht-Pflegeberuf in einem Betrieb außerhalb der Pflegebranche
- ▶ Arbeitslos
- ▶ Keine vorliegenden Daten

Letztere Kategorie kann neben Übergängen in die Selbstständigkeit oder in Beamtenverhältnisse auch Übergänge in die Rente enthalten. Um solche Rentenübergänge möglichst auszuschließen, schränken wir die Analysen auf Personen ein, die erst ab 1960 geboren und damit im Jahr 2020 maximal 60 Jahre alt sind.

Insgesamt umfasst der Analysedatensatz von Personen, die ab 1960 geboren sind und im Dezember 2012 in Pflegeberufen beschäftigt waren, 87.419 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte.

¹⁰¹ <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Berufe/KldB2010/Printausgabe-KldB2010/Printausgabe-KldB-2010-Nav.html;jsessionid=AC6E85691C512A56DC8BF82909417483>.

Tabelle A: Definition der Pflegeberufe

81301	Gesundheits-, Krankenpflege (o.S .) – Helfer
81302	Gesundheits-, Krankenpflege (oS) – Fachkraft
81313	Fachkrankenpflege – Spezialist
81323	Fachkinderkrankenpflege – Spezialist
81382	Gesundheits-, Krankenpflege (s.s.T.) – Fachkraft
81383	Gesundheits-, Krankenpflege (s.s.T.) – Spezialist
82101	Altenpflege (o.S.) – Helfer
82102	Altenpflege (o.S.) – Fachkraft
82103	Altenpflege (o.S.) – Spezialist
82182	Altenpflege (s.s.T.) – Fachkraft
82183	Altenpflege (s.s.T.) – Spezialist

Tabelle B: Definition der Pflegebranche

86.10.1	Krankenhäuser (o. HS-Klinik, Vorsorge- + Reha-Klinik)
86.10.2	Hochschulkliniken
86.10.3	Vorsorge- und Rehabilitationskliniken
87.10.0	Pflegeheime
87.20.0	Stat. Einr. z. psych. Betreu., Suchtbekäm. u.Ä.
87.30.0	Altenheime; Alten- u. Behindertenwohnh.
87.90.0	Sonst. Heime (o. Erholungs- u. Ferienheime)
88.10.1	Ambulante soziale Dienste
88.10.2	Sonst. soz. Betreu. ält. Menschen + Behindert.

Quelle: Seibert/Wiethölter (2022): Sonderauswertungen durch das IAB Brandenburg. Vertiefende Analysen zur Berufs- und Branchentreue von Pflegekräften in Berlin und Brandenburg sowie in Deutschland sind als Veröffentlichung in der Publikationsreihe IAB regional geplant.

DANKSAGUNGEN

Hans-Böckler-Stiftung

Dr. Dorothea Voss
Dr. Eike Windscheid
Christina Schildmann

Projektbeirat

Claus Bölicke, AWO, Bündnis für gute Pflege
Matthias Gruß, ver.di
Prof. Moritz Heß, Hochschule Niederrhein
Prof. Gertrud Hundenborn, dip
Bernhard Krautz, Michael Wittmann, Vereinigung der Pflegenden in Bayern
Jana Luntz, Deutscher Pflegerat
Prof. Albert Nienhaus, BGW
Dr. Ulrike Rösler, BAuA
Prof. Heinz Rothgang, Universität Bremen
Dr. Dorothea Voss, Dr. Eike Windscheid, Christina Schildmann, Hans-Böckler-Stiftung

Wir danken herzlich für die
vielfältige Unterstützung!

„Ich pflege wieder, wenn ...“ – Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften

Die Pflegedarfe steigen, der Fachkräftemangel in der Pflege verschärft sich zunehmend – wir steuern zusehends auf eine Pflegekrise zu. Aufgrund der schon seit vielen Jahren hohen Arbeitsbelastungen haben viele Pflegekräfte ihre Arbeitsstunden reduziert oder sind gar ganz aus ihrem Beruf ausgestiegen, auch wenn sie die Pflegearbeit an sich weiterhin schätzen. Hierin liegt ein großes Potenzial: Wie viele ausgestiegene Pflegekräfte wären bereit, wieder in der Pflege zu arbeiten und wie viele Teilzeitpflegekräfte wären bereit, ihre Stunden zu erhöhen? Welche Ansprüche stellen sie dabei an ihre Arbeitsbedingungen?

Die vorliegende Studie hat hierfür erstmals bundesweit mehr als 12.000 ausgestiegene und in Teilzeit arbeitende Pflegekräfte zu ihrer Bereitschaft zu Wiedereinstieg bzw. Stundenerhöhung befragt und darauf basierend Pflegefachkräftepotenziale berechnet, die der Pflege theoretisch zur Verfügung stünden. Diese sind so groß, dass sie geeignet wären, einen erheblichen Teil der Fachkräftelücke zu decken. Die Studie hat zudem die wichtigsten Veränderungsbedarfe, die Pflegekräfte für einen Wiedereinstieg oder eine Stundenerhöhung voraussetzen ermittelt. Diese betreffen insbesondere die Einführung bedarfsgerechter Personalbemessungsinstrumente, die Förderung einer wertschätzenden Führungskultur, verlässliche Arbeitszeiten sowie eine angemessene Bezahlung.

Die Studie leitet daraus detailliert Handlungserfordernisse ab. Diese beziehen sich unter anderem auf die unverzügliche und vollständige Umsetzung bedarfsgerechter Personalbemessungsinstrumente, die Schaffung geeigneter Finanzierungsgrundlagen, sowie die Förderung wertschätzender Führung und Kollegialität.

www.ich-pflege-wieder-wenn.de

