



socium

Forschungszentrum
Ungleichheit und Sozialpolitik



Langfassung

Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern

Bericht zur Studie „Ich pflege wieder, wenn...“
der Arbeitnehmerkammer Bremen und des SOCIUM der Universität Bremen

Jennie Auffenberg, Moritz Heß

Langfassung

Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern

Bericht zur Studie „Ich pflege wieder, wenn ...“
der Arbeitnehmerkammer Bremen
und des SOCIUM der Universität Bremen

Langfassung

Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	4
Zusammenfassung	5
1 Hintergrund	5
2 Methodischer Aufbau	10
2.1 Aufbau des Fragebogens	10
2.2 Stichprobe und Generalisierbarkeit	11
2.3 Datenanalyse	15
3 Ergebnisse	16
3.1 Wahrscheinlichkeit des Wiedereinstiegs beziehungsweise der Stundenerhöhung	16
3.2 Pflegekräftepotenzial	17
3.3 Einfluss der Covid-19-Pandemie	19
3.4 Bedingungen des Wiedereinstiegs beziehungsweise der Stundenerhöhung	22
3.5 Zu den Bedingungen im Einzelnen	25
4 Handlungsempfehlungen	31
5 Fazit	35
Literaturverzeichnis	37
Anhang	42

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung der Befragten im Vergleich zu allen Pflegebeschäftigten im Land Bremen.....	15
Abbildung 2: Wahrscheinlichkeit des Wiedereinstiegs beziehungsweise der Stundenerhöhung.....	17
Abbildung 3: Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Bereitschaft zum Wiedereinstieg beziehungsweise zur Stundenerhöhung.....	19
Abbildung 4: Bedingungen des Wiedereinstiegs beziehungsweise der Stundenerhöhung nach Themen.....	22

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung und Abgleich mit der Grundgesamtheit.....	14
Tabelle 2: Pflegekräftepotenzial in Vollkräften (VK).....	18
Tabelle 3: Die 10 wichtigsten Bedingungen für einen Wiedereinstieg beziehungsweise eine Stundenerhöhung.....	23
Tabelle 4: Lineare Regressionsanalysen – Bereitschaft zur Rückkehr beziehungsweise Stundenerhöhung.....	25
Tabelle 5: Ranking der Items „Wiedereinstieg“.....	31
Tabelle 6: Gehälter von Fachkräften in Pflege- und Referenzberufen.....	32

Zusammenfassung

Die Arbeitsbelastung im Bereich der Pflege ist hoch und entsprechend sind viele Pflegekräfte nicht mehr bereit, Vollzeit zu arbeiten, und viele von ihnen steigen aus der Pflege aus. Eine bedarfsorientierte Personalbemessung, die eine Pflege nach den eigenen hohen fachlichen Ansprüchen erlaubt und die Arbeitsbelastung reduziert, könnte Abhilfe schaffen. Doch wird häufig entgegnet, es gebe nicht genügend Fachkräfte, um derartige Regelungen umzusetzen. Gleichzeitig identifizieren sich Pflegekräfte in der Regel stark mit ihrem Beruf und messen ihrer Arbeit eine wichtige gesellschaftliche Bedeutung zu. Sowohl Teilzeit- als auch Ausstiegserwägungen werden von den vorgefundenen Arbeitsbedingungen beeinflusst.

Die vorliegende Studie stellt die Frage, unter welchen Bedingungen ausgestiegene Pflegekräfte in ihren Beruf zurückkehren und Teilzeitkräfte ihre Stunden erhöhen würden. Um diese Frage zu beantworten, wurden 1.032 Pflegekräfte, größtenteils aus Bremen und dem Bremer Umland, befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Bereitschaft zum Wiedereinstieg beziehungsweise zur Stundenerhöhung unter den befragten Pflegekräften groß ist, wenn genügend Zeit für eine qualitativ hochwertige Pflege und menschliche Zuwendung zur Verfügung steht, Vorgesetzte ihnen Wertschätzung und Sensibilität für ihre Belastungen entgegenbringen und ihre Arbeit durch eine höhere Bezahlung anerkannt wird.

1 Hintergrund

Fachkräftemangel

„Der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte ist leergefegt“ – so der häufig zitierte Satz, der begründen soll, warum etwa die Fördermittel im Rahmen des Pflegestellenförderprogramms bei Weitem nicht ausgeschöpft wurden,¹ ein verstärkter Einsatz von Pflegehilfskräften in der Altenpflege notwendig sei oder auch Pflegepersonaluntergrenzen in den Krankenhäusern regelmäßig nicht eingehalten werden. In der Tat sind die Vakanzzeiten für ausgeschriebene Pflegestellen lang und die Engpass-Analyse der Bundesagentur für Arbeit zeigt: 100 gemeldeten Arbeitsstellen für Pflegefachkräfte standen bundesweit im Jahresdurchschnitt 2019 nur 19 Altenpflegefachkräfte beziehungsweise 39 Krankenpflegefachkräfte gegenüber.² In Bremen ist die Situation etwas besser, dennoch stehen auch hier nur 38 arbeitslos gemeldete Altenpflegefachkräfte und 69 Fachkräfte im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe für 100 offene gemeldete Stellen zur Verfügung.³ Dieser Engpass besteht trotz Steigerung der Ausbildungszahlen in der Pflege (Altenpflege sowie Gesundheits- und Krankenpflege gesamt) von 45.164 im Jahr 2012 auf 48.957 im Jahr 2018⁴ und fortgesetzter Bemühungen, junge Menschen für eine Ausbildung in der Pflege zu gewinnen.⁵

Der zukünftige Mehrbedarf an Pflegekräften wird heute bundesweit auf etwa 130.000 Vollkräfte in der Langzeitpflege⁶ und 100.000 Vollkräfte in der Krankenpflege⁷ geschätzt. Bei gleichbleibenden Absolventinnen- und Absolventenzahlen wird für Bremen bis 2035 mit einer Lücke von 181 bis

¹ Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2019).

² Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2020).

³ Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit für das Jahr 2019 im Auftrag der Arbeitnehmerkammer Bremen.

⁴ Vgl. BIBB (2020), S. 183, eigene Berechnungen.

⁵ Dazu zählen die Konzertierte Aktion Pflege oder auch die Serie „Ehrenpflegas“ des Bundesfamilienministeriums.

⁶ Vgl. Schwinger/Klauber/Tsiasioti (2019), S. 19.

⁷ Vgl. Simon (2018), S. 1.

3.084 Fachkräften gerechnet.⁸ Diese Schätzungen basieren auf dem Status quo, das heißt auf einem Zustand, der bereits heute vielfach als unzureichend kritisiert wird.

Personal als Kostenfaktor

Allerdings ist der Fachkräftemangel heute auch so groß, weil Pflegepersonal lange Zeit, vor allem im Krankenhausbereich, als Kostenfaktor gesehen und kontinuierlich abgebaut wurde – während die Fallzahlen anstiegen. Von 1994 bis 2007 wurde in den Krankenhäusern bundesweit Pflegepersonal so stark abgebaut, dass selbst nach 10-jährigem Aufwuchs die Zahl an Pflegekräften ihr Ausgangsniveau von Anfang der 1990er-Jahre noch nicht wieder erreicht hat. In Bremen hat dieser Aufwuchs hingegen nicht stattgefunden. Die Bremer Krankenhäuser waren zwar Anfang der 1990er-Jahre noch besser mit Personal ausgestattet als der Bundesdurchschnitt. Eigene Berechnungen auf Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamts und des Statistischen Landesamts Bremen zeigen jedoch, dass mittlerweile weniger Pflegekräfte für mehr Patientinnen und Patienten („Fälle“) zuständig sind. Damit liegt die Pflegepersonalbelastung seit 2012 leicht über dem Bundesdurchschnitt.⁹ Im Bereich der stationären Langzeitpflege scheint die Arbeitsbelastung hingegen seit 1999 leicht rückläufig: Hier ist eine Vollkraft 1999 noch für durchschnittlich 1,7 Pflegebedürftige in vollstationärer Versorgung zuständig gewesen, während es 2017 nur noch 1,5 Pflegebedürftige waren. Ebenso im Bereich der ambulanten Pflege: Hier war 1999 eine Pflegevollkraft für 3,3 Sachleistungsempfänger zuständig, während es 2017 nur noch 3,1 waren.¹⁰

Eine positive Entwicklung ist in diesem Zusammenhang – zumindest in ihrem Grundsatz – die Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus dem Finanzierungssystem der Fallpauschalen der Krankenhäuser Anfang 2020 durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG).¹¹ Damit haben Krankenhäuser keine Anreize mehr, an den Pflegepersonalkosten zu sparen. Ein spürbarer Personalaufwuchs ist bisher jedoch ausgeblieben und selbst Gesundheitsminister Jens Spahn rechnete 2019 nicht mit einem schnellen Anstieg.¹²

Hohe Arbeitsbelastung

Die Arbeit in der Pflege hat sich dementsprechend intensiviert, die Arbeitsbelastung ist hoch und schlägt sich in einer großen Arbeitsunzufriedenheit nieder: Die Beschäftigtenbefragung der Arbeitnehmerkammer Bremen „Koordinaten der Arbeit“ zeigt, dass Bremer Pflegekräfte sowohl in der Alten- als auch in der Krankenpflege im Vergleich zu anderen Beschäftigten ihre Arbeit zwar als wichtigen Beitrag für die Gesellschaft sehen. Gleichzeitig empfinden sie ihre Arbeit als körperlich und psychisch erheblich belastender als Beschäftigte in anderen Bereichen. Ihre Arbeit ist gekennzeichnet von emotional belastenden Situationen, dem Verbergen der wahren Gefühle, schnellem Arbeiten und steigenden fachlichen Anforderungen. Hinzu kommen alltägliche arbeitszeitliche Belastungen wie das Ausfallenlassen von Arbeitspausen, Überstunden, unverlässlichen Dienstplänen, Schicht- und Wochenendarbeit. Positiver als von Beschäftigten in anderen Bereichen wurde jedoch der kollegiale Zusammenhalt bewertet – vermutlich eine wichtige Ressource für die Bewältigung der Arbeitsbelastungen.¹³ Die Belastungen im Pflegeberuf, die im Vergleich zu vielen anderen Berufen

⁸ Vgl. Huter et al. (2017).

⁹ Vgl. Auffenberg (2020), S. 93–100.

¹⁰ Vgl. Rothgang/Müller (2019), S. 76, 82.

¹¹ Vgl. PpSG (2018) vom 11. Dezember 2018, BGBl. I S. 2394.

¹² Vgl. Ärzteblatt (2019).

¹³ Vgl. Arbeitnehmerkammer Bremen (2020); Arbeitnehmerkammer Bremen (2018); und für vergleichbare bundesweite Ergebnisse siehe DGB (2018).

eindeutig höher sind, bestätigen auch die 2020 erschienene, repräsentative deutschlandweite Umfrage der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin¹⁴ sowie der BARMER Pflegereport 2020.¹⁵

In der Folge leiden Pflegekräfte deutlich häufiger unter gesundheitlichen Beschwerden. Sie geben signifikant häufiger an, dass sie an die Grenzen ihrer eignen Leistungsfähigkeit gehen müssen, körperlich erschöpft sind und unter Muskel-Skelett-Beschwerden leiden. Auch sind sie signifikant häufiger von psychosomatischen Beschwerden betroffen und leiden beispielsweise unter nächtlichen Schlafstörungen.¹⁶ Entsprechend liegen die Krankenstände in der Pflegebranche um etwa 6 Prozent höher als in anderen Branchen. Beschäftigte in der Pflege sind häufiger von Arbeitsunfähigkeiten betroffen, die Krankschreibungsdauer ist mit mehr als 22 Tagen pro Jahr zudem länger und die Arzneiverordnungsmengen fallen höher aus – Tendenz steigend.¹⁷ Als Hauptursachen für die mangelhafte Gesundheit von Pflegekräften identifiziert das Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA) die Arbeitsverdichtung, längere Arbeitszeiten, eine Verantwortungsausweitung sowie den Fachkräftemangel.¹⁸ Hinzu kommt ein im Pflegebereich besonders ausgeprägter Präsentismus. Das heißt, Pflegekräfte arbeiten häufig, obwohl sie krank sind. Dies kann Beschwerden verschlimmern und die Genesung verzögern.¹⁹

Die Diskrepanz zwischen individuellem Berufsanspruch und betrieblichen Rahmenbedingungen sind zudem laut verschiedener Studien der häufigste Grund für Langzeiterkrankungen²⁰ und die Frühberentung von Pflegekräften.²¹ Würde das Niveau an Arbeitsunfähigkeiten und Frühverrentungen in der Pflege auf das Normalmaß in anderen Berufen reduziert, entspräche das einem Volumen von 26.000 Pflegekräften, die für die Pflege zur Verfügung stünden.²²

Teilzeit und Ausstieg als Reaktion

So ist es vor dem Hintergrund der beschriebenen Verhältnisse wenig überraschend, dass laut Gesundheitsberufe-Monitoring 2017 für das Land Bremen durchschnittlich etwa 25 Prozent der Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Altenpflege ihre Ausbildung abbrechen. Dabei spielt in der Altenpflege ausdrücklich auch eine Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen eine Rolle.²³

Der Pflegebereich ist außerdem von hohen Berufsaustrittsquoten geprägt. Innerhalb der ersten fünf Jahre nach der Ausbildung verlassen laut Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) 23 Prozent der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte sowie 24 Prozent der Altenpflegekräfte einer Ausbildungskohorte ihren Beruf.²⁴ Damit gehört der Pflegeberuf zu den Berufen mit „begrenzter Tätigkeitsdauer“.²⁵

Laut Beschäftigtenbefragung der Arbeitnehmerkammer kann sich mehr als ein Drittel der Krankenhausbeschäftigten nicht vorstellen, ihren Beruf bis zum Eintritt des Rentenalters auszuüben;

¹⁴ Vgl. baua (2019), S. 136–145.

¹⁵ Vgl. Rothgang/Müller/Preuß (2020).

¹⁶ Vgl. ebd.

¹⁷ Vgl. Techniker Krankenkasse (2019); Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung (2020).

¹⁸ Vgl. IFA (2018); IFA (2018a).

¹⁹ Vgl. iga (2019).

²⁰ Vgl. Weidner et al. (2016).

²¹ Vgl. Schröer (2016).

²² Vgl. Rothgang/Müller/Preuß (2020), S. 213.

²³ Vgl. Huter et al. (2017).

²⁴ Vgl. Wiethölter (2012).

²⁵ Vgl. Jahn/Ulbricht (2009)

unter den Beschäftigten unter 35 Jahren geben dies gar über 60 Prozent an.²⁶ Dies ist angesichts der Altersstruktur fatal: 2017 waren laut des Statistischen Landesamts 46 Prozent der Bremer Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte und 54 Prozent der Altenpflegefachkräfte zwischen 45 und 59 Jahren alt – letztere waren zu 41 Prozent sogar 50 Jahre und älter.

Auch der hohe Anteil an Teilzeitarbeit – in Bremen liegt dieser laut Statistischem Landesamt mit etwa 52,3 Prozent im Pflegedienst der Krankenhäuser, 69 Prozent in der stationären und 79 Prozent in der ambulanten Langzeitpflege besonders hoch – ist insbesondere in der Krankenpflege eine Strategie, mit der hohen Arbeitsbelastung umzugehen. Im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen ist der dominierende Grund für Teilzeitarbeit von Pflegekräften nicht etwa die Kindererziehung oder Haushaltsführung im typischen „Zuverdienermodell“. Das Teilzeitprofil in der Pflege ist erheblich durch die hohen Belastungen geprägt. So geben in einer Studie des Instituts Arbeit und Technik (IAT) 41 Prozent der Befragten an, dass eine Vollzeitbeschäftigung als zu stressig beziehungsweise belastend empfunden wird. Weitere 33,8 Prozent geben an, Zeit für sich selbst zu benötigen. Für 12 Prozent sind gesundheitliche Probleme Gründe für die Teilzeitarbeit.²⁷ Vor allem ältere Pflegebeschäftigte nutzen die Teilzeit zur Reduktion der Arbeitsbelastung, was jedoch mit Einkommensverlusten und langfristig niedrigen Renten einhergeht.²⁸

Covid-19-Pandemie

Die Covid-19-Pandemie verdeutlicht den bestehenden Pflegepersonalmangel und die zentrale Rolle von Pflegekräften in der Patientinnen- und Patientenversorgung besonders in der Krankenpflege, jedoch auch in der Langzeitpflege. Viele der Zusatzbetten, die in der Pandemie für die Kliniken geschaffen wurden, könnten laut der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) nicht belegt werden, da das Pflegepersonal nicht zur Verfügung steht.²⁹ Dementsprechend war eine der ersten Pandemieschutz-Maßnahmen die Aussetzung der als absolutes Minimum eingeführten Pflegepersonaluntergrenzen in den Krankenhäusern im März 2020. Zudem wurde per Verordnung die Möglichkeit eröffnet, die Tageshöchstleistungszeiten in den Kliniken anzuheben und die Ruhezeiten zu verkürzen. Der Gesetzgeber hielt es offenbar für notwendig, das vorhandene Personal möglichst lange einzusetzen und eine möglichst große Zahl an Patientinnen und Patienten behandeln zu lassen. Dass dies jedoch zu Lasten des Personals und möglicherweise auch der Pflegequalität geht, wurde in Kauf genommen. Im Gegenteil: Lange bevor diese Regelungen voraussichtlich Ende 2020 zurückgenommen werden, wurden die verschiebbaren, planbaren Operationen („elektive Eingriffe“) wieder auf das übliche Niveau hochgefahren. So führte und führt die Covid-19-Pandemie stellenweise zu merklich höheren Belastungen von Pflegekräften in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.³⁰ In den Pflegeeinrichtungen war und ist das Pflegepersonal unter anderem durch Covid-19-Ausbrüche bei Pflegebedürftigen, den Mangel an Schutzmaterial und den Wegfall der Angehörigen-Kontakte zusätzlich belastet. Auch das Risiko, an Covid-19 zu erkranken, ist für Pflegekräfte, sowohl in den Krankenhäusern als auch in den Pflegeeinrichtungen, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich erhöht.³¹ Gleichzeitig stellt die DIVI auch fest, dass eine psychologische Versorgung des Krankenhauspersonals nur rudimentär vorhanden ist.³² Die Aufmerksamkeit für die psychischen Belastungen während der

²⁶ Vgl. Arbeitnehmerkammer Bremen (2020).

²⁷ Vgl. Becka/Evans/Öz (2016).

²⁸ Vgl. Merkel/Ruokolainen/Holman (2019).

²⁹ Vgl. Zeit Online (2020).

³⁰ Vgl. Millich (2020).

³¹ Vgl. Nienhaus (2020).

³² Vgl. Deffner et al. (2020).

Covid-19-Pandemie hat nun zumindest für die Zeit der Pandemie vielerorts zur Einrichtung von speziellen psychologischen Unterstützungsangeboten geführt, wie etwa das Projekt „Hilfe für die Helfenden“ von der Gesundheitssenatorin, Psychotherapeutenkammer und Kassenärztlichen Vereinigung in Bremen.³³

Unzureichende Entlohnung

Gleichzeitig verdienen Fachkräfte in der Altenpflege sowie Hilfskräfte in der Alten- und Krankenpflege weniger als der Durchschnitt der Fach- beziehungsweise Hilfskräfte in anderen Berufen.³⁴ Fachkräfte in der Krankenpflege liegen zwar leicht über dem Medianeinkommen. Allerdings zeigt sich, dass nach Kontrolle von Geschlecht, Bildung und weiteren Merkmalen Fachkräfte im Gesundheits- und Pflegebereich vergleichsweise weniger als Beschäftigte in anderen Berufen verdienen.³⁵ Die große Anerkennung, die der „systemrelevanten“ Pfl egetätigkeit zukam, führte im Bereich der Langzeitpflege bisher nur zur einmaligen Prämienzahlung. In der Tarifrunde des öffentlichen Dienstes 2020 profitierten Pflegekräfte der öffentlichen Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Ihre Gehälter stiegen im Vergleich zu den anderen Beschäftigten des öffentlichen Dienstes des Bundes und der Kommunen stärker.

Demografie und Morbidität

Die beschriebenen Tendenzen führen dazu, dass in der Pflege mittlerweile ein großer Fachkräftemangel herrscht. Hinzu kommt ein schnell steigender Pflegebedarf, der demografisch und durch den medizinischen Fortschritt begründet ist.

Pflegekräftepotenzial

Es zeigt sich, dass es einen großen unerfüllten Bedarf und gleichzeitig ein immens großes Potenzial an ausgebildeten Pflegefachkräften gibt, die noch dazu bereits Erfahrung in ihrem Beruf haben, jedoch nicht in ihrem Beruf arbeiten oder ihn aufgrund der vorgefundenen Arbeitsbedingungen nur noch in reduziertem Stundenumfang ausüben wollen. Alle Ausbildungsbemühungen werden geschmälert, wenn gerade die jungen Beschäftigten unzufrieden mit ihren Arbeitsbedingungen sind und ihren Beruf früh wieder verlassen oder ihre Arbeitszeit reduzieren.

In einer internationalen Studie zeigten die Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler Buchan und Aiken anhand statistischer Analysen schon 2008, dass der Fachkräftemangel nicht notwendigerweise ein Mangel an Menschen mit pflegerischer Ausbildung, sondern vielmehr ein Mangel an Pflegekräften ist, die bereit sind, in ihrem Beruf zu arbeiten.³⁶

Die europäische NEXT-Studie zeigt, dass in Deutschland zwei Gruppen von Pflegekräften frühzeitig aus dem Pflegeberuf aussteigen wollen: Zum einen die „Motivierten“, die jung und gut ausgebildet sind, und zum anderen die „Resignierten“, die eine schlechte Gesundheit, geringe Arbeitsfähigkeit aufweisen und ausgebrannt sind. Gleichzeitig betonen die Autorinnen und Autoren, dass viele Pflegekräfte sich mit ihrem Beruf stark identifizieren und das Potenzial hoch ist, Pflegekräfte mit Ausstiegsabsichten im Beruf zu halten.³⁷ Ebenso zeigt auch eine aktuelle Studie in der Langzeitpflege für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, dass eine hohe Belastung durch den

³³ Vgl. Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz (2020).

³⁴ Vgl. Carstensen/Seibert/Wiethölter (2020).

³⁵ Vgl. Hipp/Kelle (2015).

³⁶ Vgl. Buchan/Aiken (2008).

³⁷ Vgl. Hasselhorn et al. (2003).

Arbeitsdruck sowie die Unzufriedenheit mit der Arbeitsorganisation und der Pflegequalität die Wahrscheinlichkeit, den Betrieb oder den Beruf zu wechseln, signifikant erhöht. Auch eine unzureichende Personalausstattung ist ausschlaggebend für Wechselabsichten. Bei einer guten Arbeitsorganisation mit verlässlichen Dienstplänen sowie genug Personal verringert sich die Absicht aus dem Beruf Langzeitpflege auszusteigen.³⁸

Eine weitere Studie des IAT zeigt, dass die Arbeitsbedingungen im ausgeübten Beruf vor einer Ausstiegsphase von Frauen nicht nur die Dauer von Erwerbsunterbrechungen beeinflussen, sondern auch zum endgültigen Berufsausstieg beitragen. Für den Wiedereinstieg sind Berufe besonders unattraktiv, die mit langen Arbeitszeiten und einem körperlich anstrengenden Arbeitsalltag verbunden sind. Attraktiv sind Berufe, die flexible und selbstbestimmte Arbeitszeiten bei geringen körperlichen Belastungen bieten.³⁹

Der Fachkräftemangel scheint also in großem Umfang auf die vorgefundenen Arbeitsbedingungen im Pflegeberuf zurückführbar zu sein. Ebenso könnte daraus jedoch auch folgen, dass ein Potenzial an ausgestiegenen und in Teilzeit arbeitenden Pflegekräften vorhanden ist, die unter den richtigen Bedingungen zurückgewonnen werden könnten.

Ausblick auf die Studie

Die vorliegende Studie möchte genau hier anknüpfen: Wie viele ausgestiegene Pflegekräfte würden wieder in ihren Beruf einsteigen beziehungsweise wie viele in Teilzeit arbeitende Pflegekräfte würden ihre Stundenzahl erhöhen wollen und unter welchen Bedingungen? Dafür wurden ausgebildete Pflegefachkräfte sowohl aus dem Bereich der Langzeit- als auch der Krankenpflege per standardisiertem Online-Fragebogen und vertiefenden Interviews befragt. Neben einer Annäherung an das zu erwartende Potenzial wird eine Bandbreite an Faktoren abgefragt, die diese Bereitschaft zum Wiedereinstieg beziehungsweise zur Erhöhung der Stundenzahl beeinflussen. Ausgestiegene Pflegekräfte 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 wurde durch entsprechende Fragen ebenfalls kontrolliert.

2 Methodischer Aufbau

Der Fragebogen richtete sich an Pflegefachkräfte, die derzeit in Teilzeit im Pflegebereich im Land Bremen arbeiten, sowie an Pflegekräfte, die im Pflegebereich im Land Bremen gearbeitet haben und aus ihrem Beruf ausgestiegen sind. Die Befragung fand vom 15. Juni bis zum 15. September 2020 als Online-Befragung statt.

2.1 Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen umfasste Angaben zur Wahrscheinlichkeit und dem Umfang der Stundenerhöhung von Teilzeitkräften beziehungsweise des Wiedereinstiegs von ausgestiegenen Pflegekräften. Darüber hinaus wurden diese befragt, welche Bedingungen hierfür notwendig seien.⁴⁰ Zuletzt wurden Angaben zur

³⁸Vgl. Strünck et al. (2020).

³⁹Vgl. Dörpinghaus/Evans (2011).

⁴⁰Der Begriff „Bedingungen“ wird in dieser Studie nicht im Sinne von notwendigen und hinreichenden Bedingungen verwendet, sondern im Sinne der im Fragebogen abgefragten Bedingungen für den Wiedereinstieg bzw. die Stundenerhöhung.

Soziodemografie erhoben. Befragte, die angaben, dass ein Wiedereinstieg oder eine Stundenerhöhung für sie ausgeschlossen seien, wurden automatisch auf die abschließenden soziodemografischen Angaben weitergeleitet. Zur Kontrolle von möglichen Effekten der Covid-19-Pandemie auf das Antwortverhalten der Befragten wurde der Einfluss der Pandemie auf die Wahrscheinlichkeit des Wiedereinstiegs beziehungsweise der Erhöhung der Stundenzahl mit mehreren Fragen erhoben.

Die Bedingungen für einen Wiedereinstiegs beziehungsweise eine Stundenerhöhung wurden per Likert-Skala mit sechs Ausprägungen (ganz unwichtig, unwichtig, eher unwichtig, eher wichtig, wichtig, ganz wichtig) abgefragt. Die konkrete Fragestellung war: „Unter welchen Bedingungen könnten Sie sich vorstellen, wieder in der Pflege zu arbeiten? Was wäre dabei wichtig – ganz egal, wie realistisch die Umsetzung ist?“ Teilzeitpflegekräfte wurden hier entsprechend nach den Bedingungen für eine Stundenerhöhung gefragt. Die Fragen gliederten sich in folgende fünf Bereiche:⁴¹

1. Berufliches Selbstverständnis
2. Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben
3. Gesundheitsschutz und Prävention
4. Organisation und Führung
5. Karriere

Der Themenbereich Berufliches Selbstverständnis enthielt eine zusätzliche offene Frage: „Was genau meinen Sie, wenn Sie sich mehr Anerkennung für Ihre Arbeit wünschen? Wie drückt sich das aus?“ Daher wird dieser Themenbereich im Ergebnisteil „Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung“ genannt. Ausgestiegene Pflegekräfte wurden zusätzlich zu konkreten Bedingungen des Wiedereinstiegs befragt, wie etwa zu Wiedereinstiegskursen oder Prämien.

Am Ende jedes Themenbereichs wurde den Befragten die Möglichkeit gegeben, ihr eigenes Relevanzsystem auszubreiten und Anmerkungen in einer offenen Frage zu äußern.

Der Fragebogen wurde für die Studie neu konzipiert und basiert auf Erkenntnissen der oben zitierten Studien⁴² sowie Erfahrungswissen aus der Praxis. Zudem wurde der Fragebogen umfassend in einem Pre-Test sowohl mit Expertinnen und Experten aus dem Pflegebereich sowie ausgestiegenen und im Beruf tätigen Pflegekräften getestet.

2.2 Stichprobe und Generalisierbarkeit

Die Befragung wurde online mithilfe des Befragungstools „Limesurvey“ durchgeführt. Der Befragungslink wurde mittels öffentlicher Werbung und Schneeballprinzip verbreitet. Hierfür wurde auf Anzeigen in der lokalen Print- und Online-Presse, Social Media sowie Mailing-Listen und Kontakten der Arbeitnehmerkammer Bremen sowie des SOCIUM der Universität Bremen zurückgegriffen. Potenziell interessierte Organisationen wurden gezielt angesprochen und um die Verbreitung des Links gebeten.

Die Befragung kann aufgrund der willkürlichen Stichprobenziehung (auch „convenience sampling“) zwar Aufschluss über Zusammenhänge geben, sie ist jedoch nicht repräsentativ. Ebenso sind Effekte der Selbstselektion zu erwarten. So könnte die Teilnahmebereitschaft von Pflegekräften erhöht gewesen sein, die sich bereits mit einer Aufstockung ihrer Arbeitszeit oder einer Rückkehr in ihren Beruf

⁴¹ Für die Fragen im Einzelnen siehe Anhang.

⁴² Insbesondere: Becka/Evans/Öz (2016); Dörpinghaus/Evans (2011); Strünck et al. (2020).

beschäftigt haben oder die Arbeitsbedingungen des Pflegeberufs kritisch sehen. Möglicherweise sind Pflegekräfte, die keine Rückkehrabsicht hegen oder aufgrund von Familien- und Kindererziehungsphasen oder Haushaltsführung in Teilzeit arbeiten in der Stichprobe unterrepräsentiert. Darüber hinaus ist die Teilnahme an Online-Befragungen an den Zugang zu einem elektronischen Endgerät gebunden.

Da die Grundgesamtheit der ausgestiegenen Pflegekräfte nicht bekannt ist, diese auch für die Teilzeitpflegekräfte nicht bestimmt wurde und nicht nachgehalten werden kann, wie viele Personen zwar den Link erhalten, jedoch nicht an der Befragung teilgenommen haben, kann keine Aussage über die Antwortrate getroffen werden. Die Generalisierung der Ergebnisse ist somit nicht möglich.

Dennoch kann anhand der soziodemografischen Angaben der Befragten überprüft werden, inwieweit diese der Gesamtzahl der Pflegekräfte entsprechen und ob bestimmte Merkmale adäquat widerspiegelt werden. Da die Befragten der vorliegenden Studie in ihrer soziodemografischen Struktur der Grundgesamtheit der Pflegekräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser und in Pflegeeinrichtungen ähneln (siehe unten) und die Stichprobe mit $n = 1.032$ relativ groß ist, können aus der vorliegenden Studie begründete Aussagen getroffen werden, die über den Kreis der Befragten hinaus Gültigkeit besitzen können.

Tabelle 1 zeigt die Merkmale der Befragten im Vergleich zur Grundgesamtheit. Das Durchschnittsalter liegt bei 48 Jahren, das Medianalter bei 42 Jahren. Die Altersverteilung zeigt jedoch (siehe Abbildung 1), dass die jüngeren Kohorten im Sample der Studie überrepräsentiert sind. Naheliegender ist, dass sich die jüngeren Beschäftigten aus der Kategorie der „Motivierten“ (siehe oben) überproportional in die Stichprobe selektiert haben.

Die Verteilung der Geschlechter liegt mit einem Frauenanteil von 82 Prozent leicht unter, jedoch nahe an den Werten der Grundgesamtheit (zwischen 82 und 87 Prozent). Der durchschnittliche Nettostundenlohn der befragten und aktuell in der Pflege in Teilzeit Beschäftigten beträgt 14,22 Euro. Der durchschnittliche Nettostundenlohn der befragten ausgestiegenen Pflegekräfte liegt mit 12,41 Euro darunter (siehe Tabelle in Anhang 2).

Von den Befragten arbeiten zwei Drittel als Pflegekräfte in Teilzeit und ein Drittel ist aus dem Pflegeberuf ausgestiegen. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit liegt bei den befragten Teilzeitpflegekräften bei 26,81 Stunden, bei den befragten ausgestiegenen Pflegekräften bei 33,98 Stunden (siehe auch Tabelle in Anhang 2). Die ausgestiegenen Pflegekräfte arbeiten heute in den unterschiedlichsten Bereichen. Am häufigsten sind sie als Lehrkräfte, in der Verwaltung, in der (Pflege-)Beratung und in der Kinder- und Jugendarbeit tätig (siehe auch Grafik in Anhang 5).

Im Bereich der Langzeitpflege sind oder waren 38 Prozent der Befragten tätig, 59 Prozent in der Krankenpflege (3 Prozent nicht zuzuordnen). Damit sind Beschäftigte aus der Krankenpflege in unserem Sample überrepräsentiert und Beschäftigte aus der Altenpflege unterrepräsentiert. Daher wurden die Ergebnisse systematisch dahingehend überprüft, ob es Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den beiden Gruppen gibt.

Eine dreijährige Ausbildung mit Examensabschluss geben 75 Prozent der Befragten an – davon entfallen 55 Prozent auf die Gesundheits- und Krankenpflege, 16 Prozent auf die Altenpflege und 6 Prozent auf die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Ein pflegewissenschaftliches Studium geben 6 Prozent der Befragten an, womit diese überrepräsentiert sind. Dies könnte mit der Verbreitung des Befragungslinks per Schneeballprinzip erklärt werden, der auch an die Angehörigen der entsprechenden Bremer

Langfassung

Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern

Forschungseinrichtungen und Studiengänge verschickt wurde. Helferinnen und Helfer sowie Betreuungskräfte sind zu 6 Prozent unter den Befragten vertreten. 11 Prozent geben einen anderweitigen Abschluss, beispielsweise in der Heilerziehungspflege, an. Die Befragten sind zu 39 Prozent in der Grundpflege, zu 42 Prozent in der spezialisierten Pflege und zu 7 Prozent in der Leitung tätig, außerdem 0,2 Prozent in der Verwaltung und 11 Prozent in sonstigen Bereichen (siehe Tabelle in Anhang 2).

Die befragten Krankenpflegekräfte arbeiten zu 26 Prozent in frei-gemeinnützigen, zu 14 Prozent in privaten und zu 57 Prozent in öffentlichen Kliniken, was die Anteile der Trägerschaften an den Betten der Bremer Krankenhäuser gut widerspiegelt. Die befragten Altenpflegekräfte arbeiten zu 38 Prozent in frei-gemeinnützigen, zu 42 Prozent in privaten und zu 14 Prozent in öffentlichen Pflegediensten und -heimen. Damit sind die Beschäftigten in frei-gemeinnützigen und privaten Einrichtungen leicht unterrepräsentiert, während die Beschäftigten aus öffentlichen Einrichtungen überrepräsentiert sind. Dies kann damit erklärt werden, dass ausgestiegene Beschäftigte nach der Trägerschaft ihres früheren Arbeitgebers in der Pflege befragt wurden und auch Beschäftigte aus anderen Bundesländern teilnahmen.

Obwohl sich die Befragung an Pflegekräfte richtete, die im Land Bremen arbeiten oder gearbeitet haben, und daher nur lokal beworben wurde, nahmen auch Pflegekräfte teil, die einen Ort ihres aktuellen beziehungsweise früheren Arbeitgebers in der Pflege außerhalb Bremens angeben. Rund 44 Prozent der Befragten geben als Ort ihres aktuellen beziehungsweise früheren Arbeitgebers Bremen und 9 Prozent Bremerhaven an. 24 Prozent der Befragten geben einen aktuellen beziehungsweise früheren Arbeitgeber in Niedersachsen und 21 Prozent Orte im restlichen Bundesgebiet an (siehe Tabelle in Anhang 2). Da sich jedoch die Ergebnisse nicht signifikant hinsichtlich des Ortes des Arbeitgebers unterscheiden und es möglich ist, dass diese Pflegekräfte in der Vergangenheit bei einem Bremer Arbeitgeber in der Pflege gearbeitet haben, wurden sie in den Auswertungen berücksichtigt.

Ihren Gesundheitszustand beschreiben 11 Prozent der Befragten als sehr gut, 40 Prozent als gut, 36 Prozent als mittel, 10 Prozent als schlecht und 3 Prozent als sehr schlecht (siehe Tabelle in Anhang 2).

Langfassung

Pflegerkräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung und Abgleich mit der Grundgesamtheit

	Stichprobe der Befragung	Grundgesamtheit Altenpflege Bremen	Grundgesamtheit Krankenpflege Bremen
Alter	Ø 48,1 Jahre, 42 Jahre (Median)	Siehe Abbildung 1	Siehe Abbildung 1
Geschlecht			
<i>Frauenanteil</i>	81,76 %	84,1 % ambulant 81,92 % stationär (<i>alle</i> Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen) ¹	86,58 % ¹
Bereich des aktuellen/letzten Arbeitgebers in der Kranken-/Langzeitpflege			
<i>Langzeitpflege</i>	37,97 %	Ambulant: 28 % (2.611 Köpfe) ¹ Stationär: 28 % (2.619 Köpfe) ¹	
<i>Krankenpflege</i>	58,8 %		44 % (4.154 Köpfe) ¹
<i>Sonstige</i>	3,23 %		
Trägerschaft des aktuellen beziehungsweise früheren Arbeitgebers in der Krankenpflege			
<i>frei-gemeinnützig</i>	26,04 %		23,87 % (nach Planbetten) ³
<i>privat</i>	13,75 %		13 % (nach Planbetten) ³
<i>öffentlich</i>	57,08 %		64,1 % (nach Planbetten) ³
<i>weiß nicht</i>	3,12 %		
Trägerschaft des aktuellen beziehungsweise früheren Arbeitgebers in der Langzeitpflege			
<i>frei-gemeinnützig</i>	38,01 %	51,5 % stat. Einrichtungen ¹ (nach Plätzen) 54,7 % amb. Einrichtungen (nach Personal) ¹	
<i>privat</i>	42,81 %	48,5 % stat. Einrichtungen ¹ (nach Plätzen) 45,3 % amb. Einrichtungen (nach Personal) ¹	
<i>öffentlich</i>	14,04 %	keine ¹	
<i>weiß nicht</i>	5,12 %		

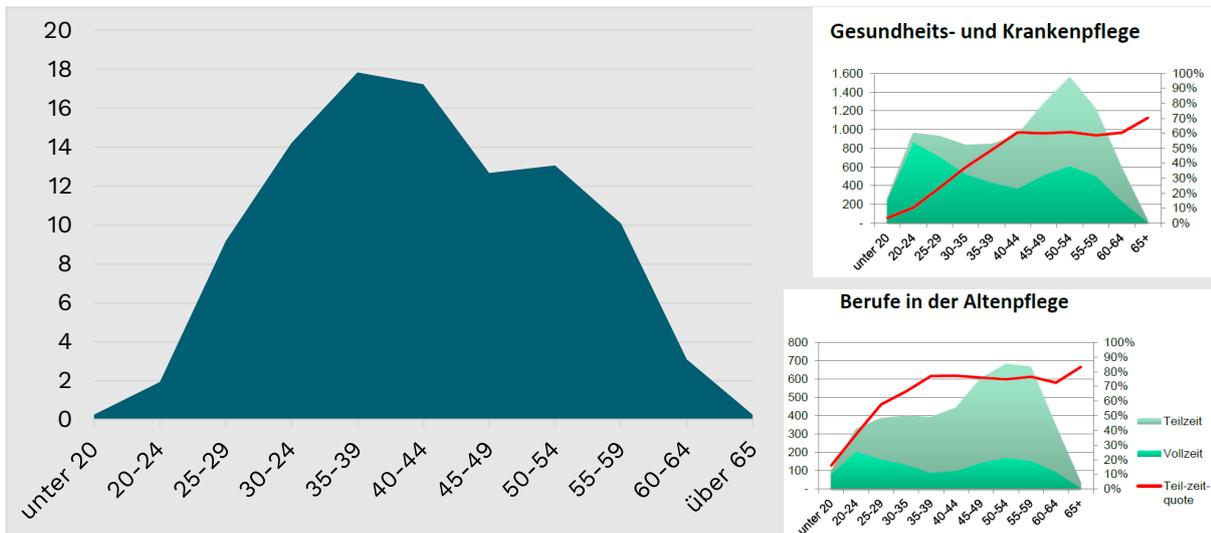
¹ Statistisches Landesamt (2017): Öffentliche Sozialleistungen, Pflege; Gesundheitswesen, Krankenhäuser und Vorsorge- und Reha-Einrichtungen.

² Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit für die Arbeitnehmerkammer Bremen (2018).

³ Landeskrankenhausplan 2018–2021, Anlage 2 zur Deputationsvorlage, Versorgungsaufträge und Kapazitäten, Feststellungs- und Festsetzungsbescheide des Landes Bremen, Vereinbarungsvorschlag 2018–2021, Berechnungen für das Jahr 2021.

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“ von Arbeitnehmerkammer Bremen und SOCIUM der Universität Bremen im Vergleich mit weiteren Daten.

Abbildung 1: Altersverteilung der Befragten im Vergleich zu allen Pflegebeschäftigten im Land Bremen



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“ von Arbeitnehmerkammer Bremen und SOCIUM der Universität Bremen (linke Grafik); Huter et al. 2017 (rechte Grafiken).

2.3 Datenanalyse

Die statistischen Auswertungen wurden mit dem Programm STATA 16 durchgeführt.

Aus Gründen der einfacheren Darstellung wurden die einzelnen Faktoren der fünf oben beschriebenen Themenbereiche zu Indizes zusammengefasst. Dazu wurden für jeden Themenbereich Faktorenanalysen durchgeführt. Diese testen, inwieweit das Antwortverhalten auf die verschiedenen Fragen ähnlich ist und die Zusammenfassung zu einem Index zulässt. Sie prüfen, ob die einzelnen Fragen der Themenbereiche denselben Faktor wiedergeben oder anders gesagt ein Muster zeigen. Die Fragen, die zusammen auf einen Faktor „laden“, wurden in Durchschnittsindizes zusammengefasst. Die Faktorenanalysen zeigen, dass sich die fünf Themenbereiche zu insgesamt acht Indizes zusammenfassen lassen. In zwei Bereichen gibt es dabei einzelne Fragen, die nicht mit den anderen Fragen der Themengruppe zusammenpassen. Im Bereich Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben laden die Items „Keine Wochenenddienste“ und „Keine Nachtschichten“ dabei auf einem eigenen Faktor. Die Frage nach der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege steht für sich allein. Aus der Reihe fallen im Bereich Berufliches Selbstverständnis auch „Eine stärkere Arbeitsteilung zwischen den Qualifikationsniveaus“ und „[...] unter den examinieren Pflegekräften“, können jedoch ebenfalls gesondert zusammengefasst werden. Die Indizes werden im Einzelnen im Ergebnisteil vorgestellt.

Die deskriptiven Statistiken unterscheiden nach Teilzeitkräften und ausgestiegenen Pflegekräften beziehungsweise nach den Bereichen der Langzeit- und Krankenpflege, wenn die entsprechenden Gruppen Unterschiede aufweisen.

Weiterhin wird die Methode der Regressionsanalyse angewandt, um zu untersuchen, ob bestimmte Faktoren einen stärkeren statistischen Zusammenhang mit der Bereitschaft, die Stunden zu erhöhen beziehungsweise wieder in den Pflegeberuf einzusteigen, zeigen. Die Regressionsanalyse ermöglicht es, zu untersuchen, ob solche Zusammenhänge mit einer bestimmten Sicherheit nicht zufällig, sondern statistisch signifikant sind.

Die Antwortmöglichkeit der offenen Fragen zu den verschiedenen Themenbereichen wurde ausgiebig von den Befragten genutzt. 689 Befragte antworteten insgesamt 1.371 Mal auf neun (inkl. Wiedereinstieg) offene Fragen in einem Umfang von insgesamt 30.960 Wörtern. Knapp 26.000 Wörter entfallen zu etwa gleichen Teilen allein auf die Fragen zum Einfluss der Covid-19-Pandemie sowie zum beruflichen Selbstverständnis. Dies könnte jedoch auch auf einen Fragebogeneffekt zurückzuführen sein, da diese die ersten offenen Fragen darstellten. Alle Antworten auf die offenen Fragen wurden systematisch mithilfe des Programms MaxQDA ausgewertet. Hierzu wurden nach dem Verfahren der Strukturierung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring induktiv Kategorien in einem iterativen Prozess gebildet.⁴³ Den Kategorien wurden einzelne Wörter bis hin zu mehreren Sätzen des Materials zugeordnet.⁴⁴

Darüber hinaus wurden die Ergebnisse im Rahmen von vier vertiefenden, leitfadengestützten Interviews mit Teilnehmenden der Online-Befragung trianguliert. Die Interviews wurden per Videokonferenz geführt und aufgezeichnet. Während der Interviews wurden Memos erstellt, die als ergänzende Quellen in die Auswertung eingeflossen sind.

3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung vorgestellt. Da die Ergebnisse insbesondere der einzelnen Themenbereiche sich in der Regel nur geringfügig zwischen ausgestiegenen und in Teilzeit arbeitenden Pflegekräften sowie zwischen dem Bereich der Alten- und der Langzeitpflege unterscheiden, wird auf eine gesonderte Ausweisung verzichtet. Bei signifikanten Unterschieden in den Ergebnissen der beschriebenen Gruppen werden diese ausgewiesen.

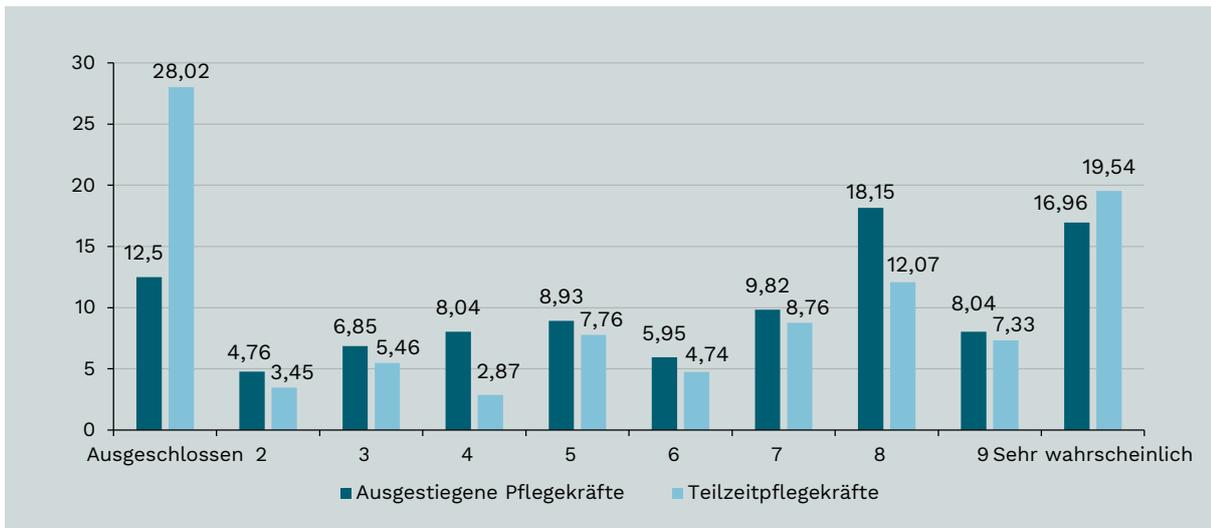
3.1 Wahrscheinlichkeit des Wiedereinstiegs beziehungsweise der Stundenerhöhung

Die Befragten zeigen eine grundsätzlich hohe Bereitschaft, ihre Stundenzahl zu erhöhen beziehungsweise wieder in den Beruf einzusteigen. Auf einer Skala von 1 = „Ausgeschlossen“ bis 10 = „Sehr wahrscheinlich“ geben nur 12,5 Prozent der ausgestiegenen Pflegekräfte an, dass ein Wiedereinstieg ausgeschlossen sei (siehe Abbildung 2). Unter den befragten Teilzeitpflegekräften gibt knapp ein Drittel (28 Prozent) an, dass sie es für ausgeschlossen halten, ihre Stundenzahl zu erhöhen. Diese Befragten wurden in der Folge nicht zu den Bedingungen eines Wiedereinstiegs beziehungsweise einer Stundenerhöhung befragt und direkt zu den soziodemografischen Abschlussangaben weitergeleitet.

Entsprechend schließen 87,5 Prozent der ausgestiegenen und 72 Prozent der Teilzeitpflegekräfte der Studie einen Wiedereinstieg beziehungsweise eine Stundenerhöhung zumindest nicht aus. 17 Prozent der befragten ausgestiegenen Pflegekräfte und 19,5 Prozent der befragten Teilzeitpflegekräfte halten dies sogar für sehr wahrscheinlich. Einen Wert von 6 und mehr geben 58,9 Prozent der ausgestiegenen und 52,4 Prozent der Teilzeitpflegekräfte an.

⁴³Der Prozess der qualitativen Datenanalyse ist zum Zeitpunkt der Versendung der Vorabversion des Berichts noch nicht abgeschlossen.

⁴⁴Vgl. Mayring (2008).

Abbildung 2: Wahrscheinlichkeit des Wiedereinstiegs beziehungsweise der Stundenerhöhung

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“ von Arbeitnehmerkammer Bremen und SOCIUM der Universität Bremen, Ausgestiegene n = 336, Teilzeit n = 696.

3.2 Pflegekräftepotenzial

Anhand dieser Zahlen lässt sich das Potenzial an Arbeitsstunden errechnen, das eine Erhöhung der Stunden bewirken würde. Die befragten Teilzeitpflegekräfte geben an, dass sie, wenn sie sich generell eine Erhöhung der Stunden vorstellen können, diese im Durchschnitt 8,6 Stunden pro Woche betragen würde. Geht man nun davon aus, dass etwas mehr als 70 Prozent eine Erhöhung zumindest nicht ausschließen (diese haben 2 bis 10 auf der Antwortskala angekreuzt), kommt man auf ein Potenzial von 4.303 Stunden Arbeit in der Pflege pro Woche nur für die Teilzeitkräfte, die an der Studie teilnahmen. Dies entspricht bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 38,5 Stunden 111,7 Vollkräften.

Geht man davon aus, dass die Bereitschaft unter allen Bremer Teilzeitpflegekräften ebenso hoch ist wie unter den Befragten, kann das Potenzial auch für das Land Bremen geschätzt werden. Rechnet man die Bereitschaft und den Stundenumfang für die laut Statistischem Landesamt Bremen insgesamt 9.348 Teilzeitkräfte in der Alten- und Krankenpflege (2017) im Land Bremen hoch, kommt man auf 57.867 Stunden Arbeit in der Pflege pro Woche. Dies entspricht 1.503 Vollkräften. Ebenso kann das bundesweite Potenzial geschätzt werden. Nach Daten des Statistischen Bundesamtes arbeiten insgesamt 422.564 Beschäftigte in den Pflegeheimen, 199.078 Beschäftigte in der ambulanten Pflege und 437.799 im Pflegedienst der Krankenhäuser in Teilzeit. Überträgt man die Bereitschaft der in der Studie befragten Teilzeitkräfte, ihre Stunden zu erhöhen, ergibt sich nach der optimistischen Schätzung ein Potenzial von 170.343 Vollkräften

Eine konservativere Schätzung, die nur die befragten Teilzeitkräfte berücksichtigt, die mindestens eine 8 als Antwort auf die Frage nach einer potenziellen Erhöhung der Stundenzahl gewählt haben (siehe Abbildung 2), ergibt für die Beteiligten aus der Stichprobe ein Potenzial von 2.331 Stunden pro Woche und entsprechend 60,5 Vollkräften. Hochgerechnet auf die Bremer Teilzeitbeschäftigten in der Pflege sind dies 31.305 Stunden in der Woche und 813,1 Vollkräfte. Das deutschlandweite Potenzial läge bei der konservativen Schätzung bei 92.153 Vollkräften.

Für die Befragten, die aus der Pflege ausgestiegen sind und sich einen Wiedereinstieg vorstellen können, ist eine Potenzialberechnung für das Land Bremen und ganz Deutschland nicht möglich, da keine

verlässlichen Daten für die Anzahl der ausgestiegenen Pflegekräfte vorliegen. Jedoch geben die ausgestiegenen Befragten der Studie, die sich einen Wiedereinstieg vorstellen können, an, in diesem Falle durchschnittlich 27,9 Stunden arbeiten zu wollen. Daraus ergibt sich für die wiedereinstiegsbereiten Befragten der Studie ein Stundenvolumen von insgesamt 8.203 Stunden pro Wochen und 213,1 Vollkräften, wenn man alle Befragten einschließt, die einen Wiedereinstieg zumindest nicht ausschließen (das heißt, die 2 bis 10 auf der Antwortskala angekreuzt haben). Legt man die konservative Schätzung zugrunde, die nur Befragte berücksichtigt, die mindestens eine 8 auf der Antwortskala angekreuzt haben, kommt man auf 4.046 Stunden pro Woche und 105,1 Vollkräfte. Insgesamt ergibt sich also allein aus den Befragten der Studie ein Potenzial von 165,6 bis zu 324,8 Vollkräften (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Pflegekräftepotenzial in Vollkräften (VK)

	Ausgestiegene Pflegekräfte (Befragung)	Teilzeit-pflegekräfte (Befragung)	Potenzial aller Befragten der Studie	Hochrechnung Teilzeitkräfte Land Bremen	Hochrechnung Teilzeitkräfte Deutschland
Konservative Schätzung	105,1	60,5	165,6	813,1	92.153,2
Optimistische Schätzung	213,1	111,7	324,8	1.503,0	170.343,8

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“ von Arbeitnehmerkammer Bremen und SOCIUM der Universität Bremen, Zahlen des Statistischen Landesamts Bremen 2017, Pflegestatistik 2017 und Grunddaten Krankenhäuser 2018 des Statistischen Bundesamts. Konservative Schätzung: Werte von 8 bis 10 auf der Skala zur Wahrscheinlichkeit des Wiedereinstiegs beziehungsweise zur Stundenerhöhung; optimistische Schätzung: Werte von 2 bis 10 (siehe Abbildung 2).

Hierbei muss aber beachtet werden, dass dies nur hypothetische Berechnungen sind und die Bereitschaft der Teilzeitpflegekräfte zur Erhöhung der Stundenzahl durch einen selection bias überschätzt sein könnte (siehe oben). In der deutschlandweiten Hochrechnung muss beachtet werden, dass in der Langzeitpflege nicht zwischen Pflegekräften und sonstigen Beschäftigten in diesem Bereich unterschieden werden kann. Dennoch ergibt schon die konservative Schätzung ein beachtliches Potenzial an Pflegekräften. Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass die Aktivierung dieses Potenzials den Stress und Arbeitsdruck insgesamt mindern und die Wahrscheinlichkeit verringern würde, dass das vorhandene Personal seine Stunden reduziert oder den Beruf verlässt, frühverrentet, arbeits- oder berufsunfähig wird. So würde zusätzliches Personal gehalten.

Der Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Bereitschaft zur Stundenerhöhung beziehungsweise zum Wiedereinstieg wird im nächsten Abschnitt dargestellt.

3.3 Einfluss der Covid-19-Pandemie

Abbildung 3: Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Bereitschaft zum Wiedereinstieg beziehungsweise zur Stundenerhöhung



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“ von Arbeitnehmerkammer Bremen und SOCIUM der Universität Bremen; n = 641.

Da die Erhebung während der Covid-19-Pandemie stattfand, wurde auch gefragt, wie die Pandemie die Bereitschaft, die Stunden zu erhöhen oder wieder in den Pflegeberuf einzusteigen, beeinflusst hat. Abbildung 3 zeigt einen klaren Unterschied zwischen der Kranken- und Langzeitpflege. So verringert die Covid-19-Pandemie die Bereitschaft in der Krankenpflege eindeutig – dies geben 30 Prozent von ihnen an. Doch auch in der Langzeitpflege verringerte die Pandemie die Bereitschaft bei 16 Prozent der Befragten. Gleichzeitig antwortete jedoch ein größerer Teil der Befragten – 63 Prozent im Bereich der Krankenpflege und 76 Prozent im Bereich der Langzeitpflege –, dass die Pandemie keinen Einfluss auf ihre Bereitschaft hat. Durch den negativen Einfluss der Pandemie auf die Bereitschaft könnte das in der Studie ermittelte Potenzial der Wiedereinstiege und Stundenerhöhungen jedoch das tatsächliche Potenzial unterschätzen.

Darüber hinaus wurden die Teilnehmenden der Studie gefragt, ob sie denken, dass sich durch die Covid-19-Pandemie die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern werden. Nur 4,17 Prozent der Befragten glauben dies. Daher ist eine erhöhte Bereitschaft zur Stundenerhöhung oder zum Wiedereinstieg durch den indirekten Einfluss antizipierter Verbesserungen der Arbeitsbedingungen unwahrscheinlich.

Die Teilnehmenden hatten außerdem die Möglichkeit, sich zu zwei offenen Fragen zu äußern, wenn sie einen Einfluss der Covid-19-Pandemie bejahten. Zum einen wurden sie gefragt, inwiefern die Covid-19-Pandemie ihre Bereitschaft, wieder in den Pflegeberuf einzusteigen, beziehungsweise ihre Stundenzahl beeinflusst und zum anderen, inwiefern sie annehmen, dass sich im Zuge der Pandemie die Arbeit in der Pflege (nicht) verbessern wird.

Zunächst einmal kann festgehalten werden, dass das Thema Covid-19-Pandemie von hoher Relevanz für die Befragten ist. Hier antworteten die Befragten im Vergleich zu den anderen offenen Fragen besonders

häufig und umfangreich. So entfallen 43 Prozent der Antworttexte aller offenen Fragen (13.375 Wörter) auf das Thema der Covid-19-Pandemie. Insgesamt wurden 845 Nennungen codiert.

Sie geben Aufschluss über die Gründe für die verringerte Bereitschaft zum Wiedereinstieg und zur Stundenerhöhung (insgesamt 214 Nennungen). Am häufigsten wurden die Sorge der Gefährdung der eigenen Gesundheit (57 von 214 Nennungen), eine erhöhte Arbeitsbelastung (51 Nennungen) und eine fehlende Wertschätzung (41 Nennungen) geäußert. Die Wertschätzung bezieht sich auf die fehlende finanzielle Anerkennung, jedoch auch auf unzureichende persönliche Schutzausrüstung und Fehlen regelmäßiger Covid-19-Testungen beim Personal. Eine erhöhte Bereitschaft wird vor allem mit Hilfsbereitschaft und Solidarität gegenüber den Kolleginnen und Kollegen begründet (22 Nennungen).

Ebenfalls geben die Antworten Aufschluss über die Erwartung, inwiefern die Covid-19-Pandemie die Arbeit in der Pflege verändern wird (insgesamt 538 Nennungen). In den Antworten findet sich keine einzige Äußerung, in der die Zuversicht bekundet wird, dass die Covid-19-Pandemie zu *Verbesserungen* in der Pflegearbeit führen wird. Lediglich in 11 von 538 Nennungen drücken die Befragten die Hoffnung auf mehr Sichtbarkeit, Gehör und Anerkennung aus.

Der größte Teil erwartet *keine Veränderung* (372 von 538 Nennungen). Dies führen sie auf eine mangelnde Priorität in der Politik (98 von 372 Nennungen) und die Organisation des Gesundheits- und Pflegebereichs nach marktwirtschaftlichen Prinzipien zurück (84 Nennungen).

So haben sie den Eindruck, dass andere Wirtschaftsbereiche prioritär behandelt werden, halten Ankündigungen von Verbesserungen für leere Versprechen und erwarten, dass die Missstände im Pflegebereich nach dem Ende der Pandemie wieder in Vergessenheit geraten werden.

„Sobald die Krise überwunden ist, wird sich der Fokus der Politik auf die wirtschaftliche Instandhaltung richten und nicht auf einen bereits zerbrochenen Sektor.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

„Für uns wurde geklatscht auf den Balkonen. Lufthansa bekam Unmengen an Geld, obwohl es in Pflege wie auch zum Thema Fliegen ein schwerwiegendes Umdenken erfordern würde, beziehungsweise muss. Die Wirtschaft schafft eben Wertschöpfung beziehungsweise hat eine große Lobby. Von dem riesen Mangel in der Pflege bekommen die Entscheider und Geldgeber nichts mit – sind dann ja Privatpatienten, wenn doch mal im Krankenhaus. ... und die ‚Systemrelevanz‘ zu Beginn der Pandemie ist bei der Mehrheit der Bevölkerung schnell wieder vergessen, sobald die Angst vor konkreter Bedrohung durch unabsehbare Entwicklung der Infektionen und fehlende Intensivbetten usw. nicht mehr gegeben ist. Leider. Es interessiert leider keinen, was wir leisten. Mit Schokolade und Applaus ist es nicht getan.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

Es besteht darüber hinaus sogar die Sorge, dass die Pandemie notwendige Veränderungen im Pflegebereich noch erschweren könnten. Pflegekräfte seien in der Pandemie-Zeit kooperativ, gutmütig und nehmen die schweren Belastungen auf sich. Dies könnte als Argument dienen, dass Verbesserungen gar nicht nötig seien – denn „es ging ja auch so“, sogar unter Pandemie-Bedingungen:

„Auch die Pandemie wird irgendwie überstanden werden mit wenig Personalressourcen und dann hat es am Ende ‚ja auch geklappt‘ trotz wenig Personal. Alles ist ‚gut gegangen‘, das System ‚funktioniert‘ ...“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

Langfassung

Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern

„Da sowieso alles notgedrungen auch in so einer stark belastenden Situation funktioniert, sieht keiner den Handlungsbedarf beziehungsweise ignoriert ihn und lässt alles weiterlaufen“

(Teilzeitpflegekraft, Langzeitpflege)

„Außerdem, ‚wir‘ haben es doch auch so geschafft. Warum also was verbessern?“

(Teilzeitpflegekraft, Langzeitpflege)

„Während einer Krise macht man sich Gedanken um mögliche Verbesserungen, danach werden diese schnell mit der Begründung, es ging doch, verworfen. Mittlerweile geht es im Gesundheitssystem nach dem Motto: ‚Profit vor Gesundheit‘“ (Teilzeitpflegekraft, Langzeitpflege)

„Es besteht die Sorge, dass das Argument ‚zu Corona-Zeiten hat das doch auch funktioniert‘ angegeben wird, wenn sich um die Arbeitsbedingungen beschwert wird.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

„Die Wahrnehmung war kurzfristig da, dass etwas an der jetzigen Situation geändert werden sollte. Aber langfristig glaube ich, dass das Thema Care Jobs/systemrelevante Jobs und im Speziellen Krankenpflege wieder vom Bildschirm des marktwirtschaftlichen Alltags verschwindet und [...] dadurch alles bleibt, wie es war. Im pessimistischsten Fall kann ich mir sogar durchaus vorstellen, dass sich eine Haltung in Deutschland/in den Regierungsparteien entwickeln könnte, die besagt, dass wir nur aufgrund unseres so guten Gesundheitssektors so glimpflich durch die Krise kamen, dass wir uns ja nicht beschweren können.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

Eine im vertiefenden Interview befragte, ausgestiegene Pflegekraft bewegt die Covid-19-Pandemie zu der Aussage „Gott sei Dank bin ich da raus“. Sie beschreibt außerdem: „Das neu entstandene Selbstbewusstsein wird uns immer wieder genommen. Erst werden wir als systemrelevant bezeichnet und dann beraubt man uns unserer Rechte [...]. Das ist emotionale Erpressung: ‚Wenn ihr das nicht macht, dann haben wir niemanden mehr.‘“ (Interview 4). Mit den erwähnten Rechten ist die mögliche Verlängerung der Höchstarbeitszeit und Verkürzung der Ruhezeiten gemeint.

Für die zusätzlichen Belastungen – außerhalb und während der Pandemie – sowie Nachteile für Pflegebedürftige und Patientinnen und Patienten machen sie die marktwirtschaftliche Orientierung im Gesundheits- und Pflegebereich verantwortlich:

„Sobald die Pandemie vergessen ist, bleibt alles beim Alten: Sparen und wirtschaften auf dem Rücken des duldsamen Personals.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

„Weil [...] die Umstände nichts mit Corona zu tun haben, sondern damit, dass mit Krankheit Geld gemacht werden muss! DRGs etc. Privatisierung war unser Untergang.“ (Teilzeitpflegekraft, Langzeitpflege)

„Solange man mit kranken Menschen Geld erwirtschaften kann, wird sich in der Pflege nichts ändern.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

„Es ist eine große Schande, dass Kliniken und Pflegeeinrichtungen, die dem Gemeinwohl dienen, profitorientierte Unternehmen sind. Die Versorgung der Patienten wird dadurch nicht besser, es werden zu viele unnötige Untersuchungen durchgeführt und die Mitarbeiter sind nur eine Nummer.“

(Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

Die Erwartung von *Verschlechterungen* im Zuge der Covid-19-Pandemie wird in 155 von 538 Nennungen zum Ausdruck gebracht. Diese beziehen sich auf eine Verschärfung des Personalmangels, zusätzliche Zumutungen (verlängerte Arbeitszeiten, ausgesetzte Personaluntergrenzen, Arbeit trotz Covid-19-Erkrankung) und einen pandemiebedingten Mehraufwand im Pflegealltag.

„Da die lang erkämpfte Personaluntergrenze ausgesetzt wurde, die Wochenstunden erhöht worden sind und uns gesagt wurde, dass wir zwangsverpflichtet werden können, nur weil wir damals einen Beruf gewählt haben, der sozial und menschenorientiert ist, merkt man, wie viel wir der Politik wert sind. Es wird sich nie etwas so verändern, dass man diesen Beruf unter den aktuellen Bedingungen bis zum Rentenalter durchziehen kann.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

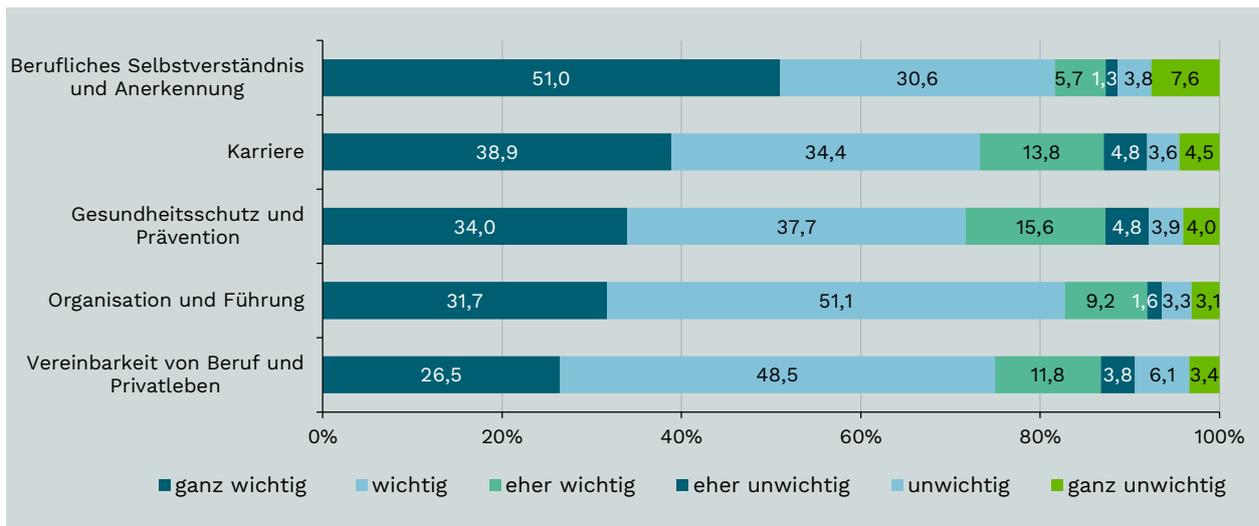
„Ich denke, dass sich bis dato schon längst etwas hätte verbessern müssen. Stattdessen sind die Dienste noch schlimmer, als sie vor Corona waren (ich dachte damals, dass es noch schlimmer gar nicht geht). Die Pflege wird immer mehr ausgepowert und die Gesundheit jedes einzelnen aufs Spiel gesetzt.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

In sechs Fällen äußern Befragte konkrete Ausstiegspläne aufgrund der Covid-19-Pandemie.

Die Auswertung der offenen Fragen zeigt, dass die Covid-19-Pandemie in den Augen der Befragten das Potenzial hat, den Fachkräftemangel im Pflegebereich deutlich zu verschärfen. Umso dringender scheint es daher, die Arbeitsbedingungen umgehend zu verbessern. Eine detaillierte Auswertung der Bedingungen für den Wiedereinstieg und die Stundenerhöhung von Pflegekräften erfolgt im nächsten Abschnitt.

3.4 Bedingungen des Wiedereinstiegs beziehungsweise der Stundenerhöhung

Abbildung 4: Bedingungen des Wiedereinstiegs beziehungsweise der Stundenerhöhung nach Themen



Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“ von Arbeitnehmerkammer Bremen und SOCIUM der Universität Bremen. Gefragt wurden aufgestiegene Pflegekräfte: „Unter welchen Bedingungen könnten Sie sich vorstellen, wieder in der Pflege zu arbeiten? Was wäre dabei wichtig – ganz egal, wie realistisch die Umsetzung ist?“ Teilzeitpflegekräfte wurden gefragt: „Unter welchen Bedingungen könnten Sie sich vorstellen, Ihre Arbeitszeit in der Pflege zu erhöhen? Was wäre dabei wichtig – ganz egal, wie realistisch die Umsetzung ist?“

Die Indizes zeigen, dass sich die Bedingungen in allen fünf Themenbereichen verbessern müssen, damit die Befragten wieder in den Pflegeberuf einsteigen oder ihre Arbeitsstunden erhöhen (siehe Abbildung 4). Über 80 Prozent der Befragten halten Verbesserungen im Bereich Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung sowie Organisation und Führung für „wichtig“ oder „ganz wichtig“. Über die Hälfte der Befragten halten den Bereich Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung für „ganz wichtig“. Der Bereich Karriere ist für 38,9 Prozent „ganz wichtig“, aber auch für knapp 27 Prozent nur „eher wichtig“ oder weniger. Ähnlich verhält es sich mit dem Bereich Gesundheit und Prävention. Die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben ist den Befragten vergleichsweise weniger wichtig. Die fünf Fragen, die sich den fünf Themen-Indizes nicht zuordnen ließen, zeigen insgesamt eine geringere Wichtigkeit für den Wiedereinstieg oder die Erhöhung der Stunden.

Tabelle 3: Die 10 wichtigsten Bedingungen für einen Wiedereinstieg beziehungsweise eine Stundenerhöhung

		1 = ganz unwichtig	2	3	4	5	6 = ganz wichtig
1	Wertschätzung durch Vorgesetzte	6 %	0 %	1 %	0 %	12 %	68 %
2	Zeit für qualitativ hochwertige Pflege	10 %	1 %	1 %	3 %	14 %	62 %
3	Bedarfsorientierte Personalbemessung	9 %	1 %	1 %	3 %	12 %	58 %
4	Sensibilität von Vorgesetzten für Belastungen in der Pflege	5 %	1 %	2 %	4 %	20 %	58 %
5	Tarifbindung	5 %	1 %	2 %	4 %	20 %	58 %
6	Mehr Zeit für menschliche Zuwendung	9 %	1 %	2 %	4 %	16 %	58 %
7	Garantie, an freien Tagen nicht arbeiten zu müssen	10 %	1 %	2 %	6 %	11 %	56 %
8	Betriebliche Interessenvertretung	6 %	2 %	2 %	6 %	19 %	56 %
9	Höheres Grundgehalt	10 %	1 %	2 %	4 %	9 %	56 %
10	Höhere Zulagen für besondere Tätigkeiten	10 %	1 %	2 %	4 %	10 %	55 %

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“ von Arbeitnehmerkammer Bremen und SOCIUM der Universität Bremen. Gefragt wurden ausgestiegene Pflegekräfte: „Unter welchen Bedingungen könnten Sie sich vorstellen, wieder in der Pflege zu arbeiten? Was wäre dabei wichtig – ganz egal, wie realistisch die Umsetzung ist?“ Teilzeitpflegekräfte wurden gefragt: „Unter welchen Bedingungen könnten Sie sich vorstellen, Ihre Arbeitszeit in der Pflege zu erhöhen? Was wäre dabei wichtig – ganz egal, wie realistisch die Umsetzung ist?“

Das beschriebene Bild zeigt sich auch, wenn man die einzelnen Fragen unabhängig von den Themenbereichen nach der Wahl „ganz wichtig“ reiht (siehe Tabelle 3). Angeführt werden die Top 10 der abgefragten 51 Bedingungen für einen Wiedereinstieg oder eine Stundenerhöhung von der Forderung nach mehr Wertschätzung der Vorgesetzten und auch einer höheren Sensibilität der Vorgesetzten für die Arbeitsbelastung in der Pflege. Sehr hoch bewertet werden ebenfalls die Zeit für eine hochwertige Pflege, eine bedarfsorientierte Personalbemessung und mehr Zeit, um sich den Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftigen menschlich zuzuwenden. Unter den Top 10 finden sich ebenfalls die Forderung nach kollektiver Interessenvertretung (Tarifbindung, Betriebliche Interessenvertretung) sowie einem höheren Grundgehalt und Zulagen für besondere Belastungen.

Regressionsanalyse

Um zu prüfen, inwiefern sich soziodemografische Merkmale und die Indizes der Themenbereiche auf die Bereitschaft zur Rückkehr in den Pflegeberuf oder die Erhöhung der Stundenzahl auswirken, wurden Regressionsanalysen durchgeführt (siehe Tabelle 4). Abhängige Variablen sind die Bereitschaft zur Rückkehr beziehungsweise zur Stundenerhöhung (oben beschriebene Skala von 1 bis 10). Unabhängige Variablen sind die Indizes sowie verschiedene soziodemografische Variablen.

Wenig überraschend sind Teilzeitpflegekräfte ohne Kinder und mit guter Gesundheit signifikant eher bereit ihre Stunden zu erhöhen – unter Kontrolle auf potenziell verzerrende Einflüsse durch Alter, Geschlecht oder der Tätigkeit in der Kranken- oder Langzeitpflege. Diese Effekte bleiben auch robust, wenn man die Indizes der fünf Themenbereiche in das Modell mit aufnimmt. Bei der Frage nach dem Wiedereinstieg zeigen sich keine statistisch signifikanten Effekte für die Soziodemografie. Das heißt, Geschlecht, Alter, Kinder und Gesundheitszustand hängen nicht mit der Rückkehrbereitschaft der Ausgestiegenen zusammen.

Betrachtet man die Indizes in der Regressionsanalyse, zeigt sich für die Teilzeitkräfte für den Bereich Karriere und den Bereich Gesundheit und Prävention ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit der Bereitschaft die Stunden zu erhöhen. Befragte, die hier mindestens „eher wichtig“ angegeben haben, sind eher bereit ihre Stunden zu erhöhen. Eine Verbesserung in den Bereichen Karriere sowie Gesundheit und Prävention scheint besonders geeignet, Teilzeitpflegekräfte in der Erhöhung ihrer Stundenzahl zu unterstützen. Bei den Ausgestiegenen sind hingegen Verbesserungen in den Bereichen Organisation und Führung sowie Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben relevant für einen Wiedereinstieg.

Tabelle 4: Lineare Regressionsanalysen – Bereitschaft zur Rückkehr beziehungsweise Stundenerhöhung

	Teilzeitpflegekräfte		Ausgestiegene Pflegekräfte	
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Soziodemografie				
Frau (Ref.: Mann)	0,01	-0,07	0,42	0,47
Langzeitpflege (Ref.: Krankenpflege)	-0,47	-0,62	0,52	0,48
Kinder (Ref.: Keine Kinder)	-1,07***	-1,01***	-0,292	-0,45
Alter	0,01	0,01	0,01	0,01
Gesundheit	0,42**	0,422**	0,18	0,24
Indizes (Ref.: ganz unwichtig bis eher unwichtig)				
Index Karriere		1,06*		-0,04
Index Organisation und Führung		0,19		1,96*
Index Gesundheit und Prävention		1,40**		0,68
Index Berufliches Selbstverständnis		-0,11		1,61
Index Vereinbarkeit Beruf und Privatleben		1,22		1,68*
N	507	311	152	139
R ²	0,02	0,03	0,03	0,06
Modelle 1 und 3: nur soziodemografische Variablen als unabhängige Variablen Modelle 2 und 4: soziodemografische Variablen und Indices als unabhängige Variablen Die Werte beschreiben Regressionskoeffizienten. * p < 0,1, ** p < 0,05, *** p < 0,01				

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“ von Arbeitnehmerkammer Bremen und SOCIUM der Universität Bremen.

3.5 Zu den Bedingungen im Einzelnen

Im Folgenden werden die Ergebnisse für die fünf Bereiche detaillierter berichtet. Die genauen Zahlen finden sich in den Tabellen im Anhang 4.

Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung

Die Auswertung des Bereichs Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung zeigt erneut, dass der Faktor Zeit eine entscheidende Rolle spielt. Dieser soll eine qualitativ hochwertige Pflege (87 Prozent), die menschliche Zuwendung zu Pflegebedürftigen sowie Patientinnen und Patienten (86 Prozent) und eine ganzheitliche Pflege (84 Prozent) ermöglichen. Entsprechend sind die Zustimmungswerte zu einer bedarfsorientierten Personalbemessung (86 Prozent) und einer Garantie, nicht unterbesetzt arbeiten zu müssen, (85 Prozent) hoch. Eine höhere Bezahlung halten die Befragten ebenfalls für wichtig. Dazu zählen ein höheres Grundgehalt, höhere Zulagen (je 84 Prozent) sowie Sonderzahlungen (81 Prozent). Trotz unterschiedlicher Verdienste in der Langzeit- und der Krankenpflege unterscheiden sich die Befragten nicht stark in der Bewertung der Wichtigkeit einer höheren Bezahlung. Dabei ist den unter 35-Jährigen ein höheres Grundgehalt wichtiger (89 Prozent) als den über 50-Jährigen (80 Prozent). Entgegen der Erwartung, dass geringere Verdienste in der Altenpflege zu einer höheren Präferenz für ein höheres Grundgehalt führten, liegt diese in der Bewertung von Befragten aus dem Bereich Krankenpflege (87 Prozent) etwas höher als im Bereich der Langzeitpflege (80 Prozent).

Langfassung

Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern

Vergleichsweise weniger wichtig sind den Befragten dauerhaft mehr Befugnisse für Pflegekräfte (zum Beispiel stärkere Entscheidungskompetenzen in pflegerischen Fragen oder ärztliche Vorbehaltstätigkeiten), eine stärkere Arbeitsteilung in der Pflege zwischen den Qualifikationsniveaus und unter den examinierten Pflegekräften (das heißt eine stärkere Spezialisierung).

Insgesamt mangelt es den Befragten an Anerkennung für die Arbeit in der Pflege (79 Prozent). Die Antworten auf die offene Frage „Was genau meinen Sie, wenn Sie sich mehr Anerkennung für Ihre Arbeit wünschen? Wie drückt sich das aus?“ zeigen, dass sich Anerkennung in drei Dimensionen ausdrückt. Zuallererst und mit Abstand zu den anderen Dimensionen drückt sich Anerkennung für die befragten Pflegekräfte in der Bezahlung aus (170 von 510 Nennungen). Etwas häufiger noch als die Befragten aus dem Bereich der Langzeitpflege nennen die befragten Krankenpflegekräfte hier die Bezahlung als Form der Anerkennung. Zur höheren Bezahlung gehören sowohl ein höheres Grundgehalt als auch Zulagen für Dienste zu ungünstigen Zeiten, für das Einspringen aus der Freizeit und für Überstunden. Auch ein früheres Renteneintrittsalter mit einer Rente ohne Abschläge wird mehrfach von den Befragten genannt, denn „in der Pflege kann man nicht alt werden“ – wie es eine ausgestiegene Pflegekraft in einem vertiefenden Interview ausdrückt (Interview 2).

In der Anerkennung durch die Bezahlung geht es weniger darum, dass das Gehalt mit anderen Fachkräften vergleichbar ist, sondern dass sich darin die hohe Verantwortung der Tätigkeit widerspiegelt:

„Der Mindestlohn in der Pflege von MENSCHEN ist nicht im Geringsten mit der damit einhergehenden Verantwortung (die gerne und mit Herzblut ausgeübt wird) kompatibel. Eine ‚systemrelevante‘ Tätigkeit sollte entsprechend entlohnt werden.“ (Teilzeitpflegekraft, Langzeitpflege)

„Ich arbeite mit Menschen, mit Menschenleben ... Nur ein Fehler von mir kann einen unglaublichen Schaden hervorrufen. Ich trage in meinem Job Verantwortung für Menschenleben ... Und diese Verantwortung sollte sich auch finanziell bemerkbar machen. Denn ich arbeite nicht nur körperlich, sondern muss auch immer voll konzentriert sein. Fehler kann ich mir nicht erlauben. Ich arbeite genau wie die Feuerwehr/Polizei für die Bürger. Fehler von mir können nicht durch irgendwas wieder korrigiert werden. Pflege erfordert Wissen und Kompetenz und ohne Pflege ... Was wäre dann?“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

„Pflege ist nicht einfach nur ein Beruf, man gibt einen viel größeren Teil seines sozialen Selbst, als es in anderen Berufen getan wird.“ (Teilzeitpflegekraft, Langzeitpflege)

Die Befragten vergleichen die Verantwortung im Pflegeberuf mehrfach mit Tätigkeiten in der Polizei und Feuerwehr. Die hohen fachlichen Anforderungen sieht eine Befragte im vertiefenden Interview als vergleichbar mit Tätigkeiten in klassischen Metallverarbeitungsberufen (Interview 1). Das Gefühl der Anerkennung scheint besonders verletzt zu werden, wenn der Lebensunterhalt nur knapp mit dem Gehalt bestritten werden kann:

„Wie kann es sein, dass das finanziell so gewürdigt wird, dass man sich kaum über Wasser halten kann?“ (Teilzeitpflegekraft, Langzeitpflege)

Eine zweite Dimension betrifft die Fachlichkeit des Berufs (134 von 510 Nennungen). Die Befragten, insbesondere aus der Krankenpflege, nehmen eine fehlende Anerkennung ihrer Fachlichkeit im Vergleich zur Ärzteschaft wahr. Diese drücke sich in mangelnder Augenhöhe im Verhältnis zu

Ärztinnen und Ärzten, dem Verhalten von Patientinnen und Patienten, begrenzten Entscheidungsbefugnissen und einer Missachtung der notwendigen Kenntnisse in der Gesellschaft aus.

„Anerkennung der Arbeit wäre: Pflege ist überall dort mit Entscheidungsmacht vertreten, wo es um Pflege geht. Bei der Fallbesprechung, in der Klinikleitung, in Kommunalpolitik. Die unsägliche Anrede ‚Schwester‘ ist verschwunden. Pflege wird als Beruf wahrgenommen und nicht als ‚kann jeder‘.“

(Ausgestiegene Pflegekraft, Langzeitpflege)

„Anerkennung der Pflege als Profession. Den Menschen muss klar werden, dass wir ausgebildete Fachkräfte sind und der Beruf nicht genauso durch Laien ausgeführt werden kann.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

„Dass ich im interdisziplinären Team nicht um jede Intervention betteln muss, sondern meine fachliche Expertise im Behandlungsprozess gleichwertig zur ärztlichen Sicht behandelt wird und in die Entscheidungen einfließt. Dass mich die Patienten nicht mehr ‚Schwester‘ rufen, sondern uns Pflegekräfte genauso als Einzelpersonen wahrnehmen und entsprechend respektvoll mit Nachnamen ansprechen, wie sie es bei Ärzten tun.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

*„Von der Bevölkerung mehr Anerkennung, dass auch Pflegekräfte eine gute Ausbildung und viel Ahnung haben, zum Beispiel zum Teil bei Wundversorgung und anderem mehr als Ärzte. Für einen Großteil der Bevölkerung sind wir immer noch das helfende Dienstmädchen der Ärzte, die nur Leute waschen und bedienen und Ärzte sind die Götter in Weiß. Wenn die Leute wüssten, wie häufig Pflegekräfte sie vor Fehlern der Ärzte bewahrt und ihnen den A****h gerettet haben ... In kaum einem anderen Land ist die Pflege so wenig anerkannt wie in Deutschland.“ (Ausgestiegene Pflegekraft, Krankenpflege)*

„Das Bild der Pflege in der Gesellschaft muss sich ändern. Es muss deutlich werden, wie wichtig eine gute Pflegekraft ist, sie entscheidet oft, wann und weshalb der Arzt gerufen wird, sie ist immer die Erste am Bett und zum Schluss oft der letzte Mensch, wenn es zu Ende geht. Sie beginnt mit Reanimationsmaßnahmen, bis der Arzt dazukommt. Ihr fallen als erstes Veränderungen des Allgemeinzustands auf und [sie] leitet Maßnahmen in die Wege, sie ist da für die Patienten und deren Familien, sie berät sie, ist in schweren Situationen oft da und versucht zuzuhören. (Ausgestiegene Pflegekraft, Krankenpflege)

Prägnant formuliert eine ausgestiegene Pflegekraft im vertiefenden Interview, dass der häufig gehörte Satz „Ich könnte das ja nicht“ im Grunde kein Kompliment, sondern ein „abwertendes Lob“ sei, in dem verkannt würde, was der Pflegeberuf eigentlich beinhalte (Interview 1). Eine andere ausgestiegene Pflegekraft beschreibt die Arbeit unter Zeitdruck und mit entsprechenden fachlichen Abstrichen als „nicht das, was ich gelernt habe“, und vergleicht dies mit der Aufforderung an einen Webdesigner, statt eine Website zu programmieren, Word-Dokumente online zu stellen. Von der Ärzteschaft wünscht sich diese Person, dass die soziale Kompetenz sowie die Nähe von Pflegekräften zu den Patientinnen und Patienten stärker wahrgenommen werden. Sie seien die „Sonde“ der Ärztinnen und Ärzte (Interview 2). Eine dritte ausgestiegene Pflegekraft berichtet positiv von einem Arzt, der die Pflege als die „verlängerten Ohren und Hände“ der Ärztinnen und Ärzte bezeichnete (Interview 3).

Darüber hinaus drückt sich Anerkennung für die Befragten in einer dritten Dimension aus, dem Respekt

vor dem Privatleben (95 von 510 Nennungen):

„Dass mein Privatleben gewürdigt wird und ich nicht mein Leben um den Dienstplan, der sich oft ändert, planen muss.“ (Ausgestiegene Pflegekraft, Langzeitpflege)

Konkret bedeutet dies verlässliche Arbeitszeiten, die Überstunden ausschließen, Pausen erlauben, ein reduziertes Maß an Wechselschichten sowie Nacht- und Wochenendarbeit, kein Einspringen aus der Freizeit und eine stärkere Berücksichtigung von Arbeitszeitwünschen. Insbesondere Pflegekräfte mit Kindern beklagen die Unvereinbarkeit ihres Berufs mit der Kinderbetreuung. Verlässliche und mit dem Privatleben vereinbare Arbeitszeiten werden auch als eine Art der Anerkennung der hohen Belastungen des Pflegeberufs gesehen:

„Es braucht mehr Anerkennung und dies zeigt sich nicht nur mit einem höheren Gehalt, sondern auch im Umgang mit Work-Life-Balance. Es kann nicht sein, dass heute auf morgen Schichten geändert werden/freie Tage entfallen. Wir brauchen viel mehr Erholungsphasen nach den Schichten als in anderen Berufen. Wir sind keine Maschinen.“ (Ausgestiegene Pflegekraft, Krankenpflege)

Weitere häufiger genannte Aspekte der Anerkennung sind wertschätzendes Verhalten durch Vorgesetzte und Rahmenbedingungen, die es ermöglichen, dem Berufsethos gerecht zu werden.

Organisation und Führung

Im Bereich Organisation und Führung werden, wie sich bereits in den Top 10 zeigt, vor allem Ansprüche an die Vorgesetzten hoch bewertet. So werden eine bessere Wertschätzung (92 Prozent) und höhere Sensibilität für die Arbeitsbelastung der Pflege durch Vorgesetzte (91 Prozent) besonders hoch bewertet. Wichtig ist jedoch auch ein kollegialer Umgang, wie die verbesserte Kooperation mit anderen Berufsgruppen, die Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen (beides 88 Prozent) sowie mehr Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft – insbesondere in der Krankenpflege (87 Prozent). Eine klare Abgrenzung zwischen Fach- und Hilfskräften wurde im Vergleich weniger wichtig bewertet (71 Prozent).

Hoch bewertet werden außerdem die kollektive Interessenvertretung in Form von Tarifbindung (91 Prozent), die betriebliche Interessenvertretung (90 Prozent) sowie insgesamt mehr Mitsprache in betrieblichen Abläufen (89 Prozent). Die Tarifbindung wird von den Befragten aus dem Bereich der Krankenpflege höher bewertet (94 Prozent) als von den Befragten aus dem Bereich der Langzeitpflege (89 Prozent).

Der Bereich Organisation und Führung ist der zweite Bereich, der eine besondere Bedeutung für die Rückkehrabsicht der ausgestiegenen Pflegekräfte hat (siehe Regressionsanalyse).

In den Antworten auf die offene Frage nach Anmerkungen zum Bereich Organisation und Führung (insgesamt 1.284 Wörter) begründen die Befragten ihre Unzufriedenheit mit den Vorgesetzten. Sie problematisieren, dass diese unzureichend ausgebildet und durch die Leitung immer größerer Einheiten überfordert seien. Gleichzeitig betont eine ausgestiegene Pflegekraft im vertiefenden Interview die Bedeutung der Vorgesetzten: „Ein Team ist nur so gut wie seine Führung.“ (Interview 3) Die Befragten wünschen sich eine stärkere Beteiligung an der Dienstplanung. Die Erfahrung mit einer Dienstplanung unter Einbezug der Beschäftigten im Team wird auch in einem Interview als sehr positiv bewertet (Interview 4). Zuletzt erkennen die Befragten jedoch auch den Druck, dem die Pflegedienstleitungen selbst ausgesetzt sind, und die Herausforderungen, mit unzureichendem Personal planen zu müssen:

Langfassung

Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern

„Aus einem leeren Sack lässt sich nichts herausholen ...“ (Ausgestiegene Pflegekraft, Krankenpflege)

„Durch den Einsatz von teils unterqualifizierten Pflegekräften in Leitungspositionen kommt es häufig zu Qualitäts- und Strukturmängeln. Daher sollte es klare Regeln geben, welche Position mit welcher Qualifikation besetzt werden darf [...].“ (Teilzeitpflegekraft, Langzeitpflege)

Darüber hinaus wird in den Antworten deutlich, dass die Befragten sich von Pflegedienstleitungen und Ärzteschaft wertgeschätzt fühlen, wenn sie in die Entscheidungen über Behandlungsprozesse einbezogen werden. Darüber hinaus wünschen sich Befragte, dass ihnen schlicht Zeit für ihre Arbeit eingeräumt wird:

„Respektieren der Zeiten für Arbeiten, die in Ruhe erledigt werden müssen (Dokumentation, Schichtwechsel). Das gilt sowohl für andere Berufsgruppen (vor allem Ärzte) als auch für Patienten. Pausen außerhalb der Station ermöglichen, Visitenzeiten mit Pfl egetätigkeiten vereinbaren können, Besuchszeiten wieder einführen, Telefonsprechzeiten von außerhalb des Krankenhauses für bestimmte Zeitfenster einführen oder ein Angehörigentelefon einrichten [...]. Bettenplanung durch Sekretär/in, Bestellungen durch MFAs, Transporte innerhalb des Hauses durch Patientenbegleitedienst [...].“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

Zuletzt wird auch in der Digitalisierung eine Möglichkeit gesehen, den Dokumentationsaufwand zu reduzieren.

Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben

Im Bereich Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben überrascht, dass der Ausschluss von Nacht- und Wochenenddiensten (46 und 52 Prozent) für die Befragten weniger wichtig ist. Diese beiden Fragen belegen die hintersten Plätze im Ranking des Themenbereichs und im Gesamtranking. Daher können die beiden Fragen, wie oben beschrieben, auch nicht in den Index Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben einfließen. Keine Nachtdienste machen zu müssen, wird jedoch mit steigendem Alter der Befragten immer bedeutender. Während 18 Prozent der unter 35-Jährigen und 19 Prozent der 35- bis 50-Jährigen dies für ganz wichtig halten, steigt dieser Anteil bei den über 50-Jährigen auf 31 Prozent.

Die Antworten auf die offene Frage zum Bereich Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben (1.971 Wörter) zeigen jedoch auch, dass Befragte mit Kindern eher die starren Zeiten des Schichtdienstes für schwer vereinbar mit der Kinderbetreuung halten. Diese wünschen sich eine flexiblere und an ihre persönliche Situation angepasste Dienstplangestaltung:

„Vereinbarung von Kindern und Schichtarbeit ist praktisch kaum möglich, da muss mehr auf die Betreuungszeiten der Kinder eingegangen werden, um einen reibungsfreien Ablauf gewährleisten zu können.“ (Teilzeitpflegekraft, Krankenpflege)

Unabhängig von der Kinderbetreuung wünschen sich 86 Prozent der Befragten mit dem Privatleben vereinbare Schichtmodelle (86 Prozent). Auch der Ausschluss von geteilten Diensten ist den Befragten wichtig (82 Prozent).

Das wichtigste Kriterium im Bereich Vereinbarkeit sind jedoch verlässliche Arbeitszeiten, wie zum Beispiel guten Gewissens pünktlich Feierabend machen zu können (87 Prozent), geregelte Pausenzeiten (85 Prozent), keine Überstunden (84 Prozent) und kein Einspringen aus der Freizeit (83 Prozent).

Langfassung

Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern

Insbesondere das Einspringen aus der Freizeit wird stark abgelehnt:

*„Klares Verbot, an freien Tagen angerufen zu werden, um einzuspringen! Akzeptanz der Teilzeitkräfte als Teilzeitkräfte und nicht als heimliche Ressource für Ausfälle von Kollegen*innen. Das Einspringen muss für den Arbeitgeber so teuer sein, dass es sich eher lohnt, mehr qualifiziertes Personal einzustellen [...].“*
(Ausgestiegene Pflegekraft, Krankenpflege)

Die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben ist besonders wichtig für die Rückkehrentscheidung der ausgestiegenen Pflegekräfte (siehe Regressionsanalyse).

Gesundheitsschutz und Prävention

Im Bereich Gesundheitsschutz und Prävention scheint es den Befragten wichtig zu sein, ihre Arbeit psychisch verarbeiten zu können. So haben Zeiten für den Austausch mit Kolleginnen und Kollegen über Erlebtes während der Arbeitszeit wie zum Beispiel kollegiale Beratung (86 Prozent) sowie Präventionsangebote zum Umgang mit psychischer Belastung speziell für Pflegekräfte (86 Prozent) eine hohe Bedeutung. Das gilt sowohl für potenzielle Wiedereinsteigerinnen und -einsteiger als auch für Teilzeitkräfte. Der Bereich Gesundheitsschutz und Prävention spielt eine besonders wichtige Rolle für die Stundenerhöhung von Teilzeitbeschäftigten (siehe Regressionsanalyse).

In den Antworten auf die offene Frage zum Bereich Gesundheitsschutz und Prävention (1.035 Wörter) ist die häufigste Bemerkung, dass die beste Prävention weniger Stress und Arbeitsdruck durch mehr Personal sei. Auch eine auskömmliche Bezahlung verringere den Stress.

„Ist die Belastung besser verteilt und mehr Zeit dafür da, ist das Prävention genug. Auch geht es dem Menschen automatisch besser, wenn er mit höherem Lohn keine Existenzängste haben muss. Daran erkranken in meinen Augen die meisten Menschen. Stress und Sorgen.“
(Ausgestiegene Pflegekraft, Langzeitpflege)

Darüber hinaus werden auch Supervisionen und Coachings zur psychischen Entlastung als sinnvoll erachtet sowie weitere Präventionsangebote und qualitativ hochwertige Arbeitsmaterialien.

Karriere

Im Bereich Karriere sind fachliche Aufstiegsmöglichkeiten (89 Prozent), wie etwa Fachweiterbildungen, sowie die betriebliche Personalentwicklung (88 Prozent) von Bedeutung. Die fachlichen Aufstiegsmöglichkeiten sind den Beschäftigten unter 35 Jahren besonders wichtig (95 Prozent) sowie den Teilzeitpflegekräften (siehe Regressionsanalyse). Im Vergleich sind Aufstiegsmöglichkeiten in der Position, wie etwa Leitungstätigkeiten, und erweiterte Einsatzmöglichkeiten weniger wichtig (je 80 Prozent).

In den Antworten auf die offene Frage zum Bereich Karriere (931 Wörter) wird Unmut darüber geäußert, dass Weiterbildungen oft nicht vom Arbeitgeber unterstützt und gefördert werde und sich dies auch nicht notwendigerweise in einer (deutlich) höheren Bezahlung niederschlage.

„In vielen Betrieben wird mit Weiterbildungs- sowie Aufstiegsmöglichkeiten geworben. Passieren tut da aber in der Regel nicht viel, da die Betriebe Geld verdienen und nicht ausgeben wollen. Dreht sich das Arbeitsrad erst einmal, wird keine Zeit für die Weiterbildung der Mitarbeiter investiert. Bis auf die Pflichtkurse, wie zum Beispiel Hygiene und Brandschutz, passiert da meist nichts mehr. Wer sich nicht

privat zur PDL ausbilden lässt, braucht darauf nicht zu hoffen.“ (Ausgestiegene Pflegekraft, Langzeitpflege)

Zuletzt wird in einem vertiefenden Interview auch der Bezug zur Wertschätzung hergestellt: „Wertschätzung ist Zugang zu Bildung; keine Debatte um Weiterbildung und Fortbildung.“ (Interview 4).

Wiedereinstieg

Tabelle 5: Ranking der Items „Wiedereinstieg“

	unwichtig	wichtig
Geregelte und strukturierte Einarbeitung beim Wiedereinstieg	10 %	90 %
Ein Wiedereinstiegskurs, um meine Pflegekenntnisse aufzufrischen	22 %	78 %
Informationstag des Arbeitgebers für interessierte Wiedereinsteigerinnen und -einsteiger	29 %	71 %
Die Zahlung einer Wiedereinstiegsprämie	34 %	66 %

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“ von Arbeitnehmerkammer Bremen und SOCIUM der Universität Bremen. Gefragt wurden ausgestiegene Pflegekräfte: „Unter welchen Bedingungen könnten Sie sich vorstellen, wieder in der Pflege zu arbeiten? Was wäre dabei wichtig – ganz egal, wie realistisch die Umsetzung ist?“

Die Fragen zum Thema Wiedereinstieg wurden nur den Befragten gestellt, die aus dem Pflegeberuf ausgestiegen sind. Hier zeigt sich, dass Wiedereinstiegsprämien nur wenig Bedeutung zugemessen wird (66 Prozent). Sehr wichtig hingegen ist eine geregelte und strukturierte Einarbeitung beim Wiedereinstieg (90 Prozent). Spezielle Wiedereinstiegsurse und Informationstage durch Arbeitgeber werden als mittelmäßig wichtig angesehen (78 beziehungsweise 71 Prozent).

4 Handlungsempfehlungen

Die vorliegende Studie zeigt, dass es ein großes ungenutztes Potenzial an ausgebildeten Pflegekräften gibt, die bereit wären, in ihren Beruf zurückzukehren oder ihre Stunden zu erhöhen. Diese Bereitschaft wird sich jedoch unter den Bedingungen, unter denen Pflegekräfte heute arbeiten, nicht in reale Personalzuwächse umsetzen lassen. Aus der Studie lassen sich jedoch Handlungsempfehlungen ableiten, die geeignet sind, die Arbeitsbedingungen derart zu verbessern, dass Pflegekräfte gerne wieder (mehr) pflegen.

1. Höhere Bezahlung

Eine höhere Bezahlung befindet sich bereits in der Auswertung der geschlossenen Fragen unter den Top 10. Auch wenn es andere Bedingungen gibt, die wichtiger für einen Wiedereinstieg oder eine Stundenerhöhung sind, ist eine höhere Bezahlung einer der wenigen Ansatzpunkte, die unabhängig von einem Personalaufwuchs sind. Daher wird dieser Punkt hier als erster genannt.

Zudem zeigt die Auswertung der offenen Fragen, dass sich Anerkennung für Pflegekräfte an allererster Stelle durch die Bezahlung ausdrückt. Die Befragten der Studie empfinden ihr Gehalt als nicht angemessen angesichts der hohen fachlichen Anforderungen, psychischen und körperlichen Belastungen und der großen Verantwortung. Ein höheres Grundgehalt ist insbesondere den Beschäftigten unter 35 Jahren wichtig. Auch besondere Tätigkeiten sehen die befragten Pflegekräfte als nicht angemessen durch bestehende Zulagen abgebildet. Als Orientierungspunkt können die Bezüge und Gehälter

vergleichbar ausgebildeter Beschäftigter in Polizei, Feuerwehr sowie der Metall- und Elektroindustrie dienen. Der Entgeltatlas der Bundesagentur für Arbeit zeigt, dass die Mediangehälter von Fachkräften in der Krankenpflege mit 3.547 Euro (Brutto, Vollzeit) sowie in der Heilerziehungspflege mit 3.476 Euro zum Teil über den Verdiensten in Vergleichsberufen auf Fachkraftniveau liegen. Altenpflegefachkräfte verdienen jedoch deutlich weniger als alle genannten Referenzberufe auf Fachkraftniveau. Ebenso liegen Metallarbeiterinnen und Metallarbeiter sowie Beschäftigte in der Berufsfeuerwehr mit 3.738 beziehungsweise 4.580 Euro deutlich über dem Gehalt sowohl von Alten-, Heilerziehungs- als auch Krankenpflegekräften.

Tabelle 6: Gehälter von Fachkräften in Pflege- und Referenzberufen

Beruf auf Fachkraftniveau	Mediangehalt in Euro (Brutto, Vollzeit)
Altenpflegerin oder Altenpfleger	3.032
Mechatronikerin oder Mechatroniker	3.313
Wachpolizistin oder Wachpolizist	3.342
Heilerziehungspflegerin oder Heilerziehungspfleger	3.476
Gesundheits- und Krankenpflegerin oder -pfleger	3.547
Metallarbeiterin oder Metallarbeiter	3.738
Berufsfeuerwehrfrau oder Berufsfeuerwehrmann	4.580

Quelle: Entgeltatlas der Bundesagentur für Arbeit 2020.

Der „Comparable Worth Index“ bewertet die Anforderungen und Belastungen von Berufen. Mit einem durchschnittlichen Bruttostundenlohn von 15,64 Euro verdienen nicht akademische Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte weitaus weniger als Beschäftigte in vergleichbar anspruchsvollen Berufen. Dazu zählen etwa Lehrkräfte im Sekundärbereich, Führungskräfte in der betrieblichen Verwaltung und Ingenieurwissenschaftlerinnen und –wissenschaftler, die durchschnittliche Bruttostundenverdienste von 20,15 Euro bis 27,89 Euro erhalten.⁴⁵ Ein höheres Gehalt würde den Pflegebereich darüber hinaus auch für männliche Beschäftigte attraktiver machen.⁴⁶

Eng zusammen hängt dies mit einer Tarifbindung, die ebenfalls sehr hoch bewertet wird, trotz eines vergleichsweise geringen Anteils an Gewerkschaftsmitgliedern im Pflegebereich. Dies verwundert, da sich der gewerkschaftliche Organisationsgrad – in typischen Frauenberufen sogar stärker als in anderen Berufen – positiv auf die Lohnhöhe auswirkt.⁴⁷ Die Verbesserungen für Pflegekräfte in kommunalen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern in der Tarifrunde des öffentlichen Dienstes 2020 sind begrüßenswert. Auch der Bereich der Langzeitpflege konnte in den vergangenen Jahren Aufwertungstendenzen verzeichnen. Ob diese ausreichend sind, um Pflegekräfte zum Wiedereinstieg oder zur Stundenerhöhung zu motivieren, kann mit dieser Studie nicht beantwortet werden. Festgehalten werden kann jedoch, dass tarifgebundene Betriebe vermutlich bessere Chancen haben, ausgestiegene Pflegekräfte für sich zu gewinnen und Teilzeitkräfte zur Stundenerhöhung zu motivieren. So hätte eine Allgemeinverbindlichkeitserklärung im Bereich der Langzeitpflege einen entsprechenden Effekt für die gesamte Branche.

⁴⁵ Vgl. Klammer et al. (2018). S. 63.

⁴⁶ Vgl. Busch (2013).

⁴⁷ Vgl. Berninger/Schröder (2017).

2. Bedarfsorientierte Personalbemessung

Der Forderung nach einer bedarfsorientierten Personalbemessung wird oft entgegnet, das Pflegepersonal, um diese Vorgaben zu erfüllen, sei nicht verfügbar. Doch die in der Studie befragten Pflegekräfte sehen gerade in der mangelnden Zeit für eine angemessene Pflege einen Grund, ihren Beruf nicht mehr oder nur noch reduziert auszuüben. Auch drückt sich Anerkennung ihrer Tätigkeit für sie darin aus, ausreichend Zeit für eine fachlich hochwertige Pflege und menschliche Zuwendung zu haben. Wichtig scheint, dass eine glaubhafte Aussicht auf einen verringerten Arbeitsdruck vermittelt werden kann. Dies können gesetzliche, tarifliche oder anderweitig verbindliche bedarfsorientierte Personalbemessungsinstrumente leisten.

Erfahrungen mit Instrumenten der bedarfsorientierten Personalbemessung bestehen bereits. In kalifornischen Krankenhäusern gelten seit 1999 Personalschlüssel. Auch hier wurde angenommen, dass der Bedarf sich aufgrund des Fachkräftemangels nicht decken ließe. Jedoch ist die Aussicht auf einen Arbeitsalltag, der es erlaubt, dem Bedarf der Patientinnen und Patienten zu entsprechen, für Pflegekräfte Motivation genug, in ihren Beruf zurückzukehren. Die Anzahl der Registrierung von Pflegekräften stieg zwischen 1999 und 2006 mit 26 Prozent deutlich stärker an, als es ursprünglich mit 4,7 Prozent prognostiziert wurde.⁴⁸

Auch in Deutschland existieren bedarfsorientierte Personalbemessungsinstrumente, die schnell einsetzbar wären. Im Krankenhausbereich gibt es in diesem Bereich darüber hinaus bereits langjährige Erfahrung. In knapp 20 Krankenhäusern, vor allem an Universitätskliniken, hat ver.di seit 2015 erfolgreich Regelungen zur bedarfsorientierten Personalbemessung per Tarifvertrag festschreiben können.⁴⁹ Darüber hinaus hat das ungewöhnliche Bündnis aus ver.di, Deutschem Pflegerat und Deutscher Krankenhausgesellschaft ebenfalls ein bedarfsorientiertes und einfach einsetzbares Instrument der Personalbemessung vorgestellt und modellhaft ausprobiert, die PPR 2.0. Sie basiert auf der Pflegepersonalregelung, die in den 1990er-Jahren bereits in den Krankenhäusern im Einsatz war und noch heute in vielen Krankenhäusern – allerdings mit erheblichen Abschlägen – zur Personalplanung genutzt wird. Der Mehrbedarf an Pflegekräften in den Krankenhäusern durch die PPR 2.0 wird auf bundesweit 40.000 bis 80.000 Vollkräfte geschätzt.⁵⁰ Durch die wiedereingeführte Kostendeckung für Pflegepersonalkosten im Bereich der Krankenhäuser wäre die Refinanzierung sogar gesichert.

Mit der Studie der Bremer Forscherinnen- und Forschergruppe um Prof. Heinz Rothgang liegt seit 2020 ein Instrument zur bedarfsorientierten Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege vor. In den Pflegeeinrichtungen würde das Bremer Personalbemessungsinstrument bundesweit 120.000 zusätzliche Pflegekräfte erfordern. In ihrem Bericht gehen die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler jedoch davon aus, dass dieser Bedarf zum größten Teil mit Hilfskräften gedeckt werden könnte.⁵¹ Das in dieser Studie berechnete Pflegepotenzial ließe es theoretisch zu, den größten Teil des Personalmehrbedarfs mit Pflegefachkräften zu decken und auf den vermehrten Einsatz von Pflegehilfskräften zu verzichten. Dies setzt jedoch eine entsprechende auskömmliche Finanzierung und grundlegende Reformierung der Pflegeversicherung voraus. So müssten beispielsweise im Sinne des „Sockel-Spitze-Tauschs“ die

⁴⁸ Vgl. Gordon/Buchanan/Bretherton (2008).

⁴⁹ Vgl. Kiank (2019).

⁵⁰ Vgl. Göpel (2020); Ärzteblatt (2020).

⁵¹ Vgl. Zeit Online (2020a); Rothgang et al. (2020).

Eigenanteile begrenzt werden, sodass Mehrausgaben nicht automatisch zu Lasten von Pflegebedürftigen und Angehörigen gehen.⁵²

3. Wertschätzung und sensible Kommunikationskultur

Eine sehr hoch bewertete Bedingung, insbesondere für den Wiedereinstieg, jedoch auch für eine Stundenerhöhung, ist das Verhalten von Vorgesetzten. Dieses ist auch entscheidend dafür, dass Pflegekräfte den Beruf verlassen.⁵³ Die befragten Pflegekräfte wünschen sich mehr Wertschätzung und eine höhere Sensibilität von Vorgesetzten für die Belastungen in der Pflege. Möglicherweise lastet auch auf Beschäftigten in Leitungsfunktionen ein Druck, dem eine wertschätzende Kommunikation zum Opfer fällt. Mehr Personal und ausreichend Zeit zu haben, wäre vermutlich ebenfalls förderlich für eine wertschätzende Kommunikation. Dies könnte ebenfalls ermöglichen, unangenehme Situation im Nachgang zu reflektieren, beispielsweise im Rahmen einer kollegialen Beratung.

Da sich der Aspekt der Wertschätzung jedoch eindeutig auf die Vorgesetzten bezieht, wäre eine gezielte Sensibilisierung und Schulung dieser Gruppe im Rahmen von Fortbildungsangeboten denkbar. Eine qualitativ gute und angemessene Führung ist zudem geeignet, psychische Belastungen abzuschwächen und ihre Bewältigung zu erleichtern.⁵⁴

4. Kollektive Interessenvertretung

Nicht nur die Tarifbindung zählt zu den zehn wichtigsten Bedingungen, sondern auch die betriebliche Interessenvertretung. Zudem halten die Befragten mehr eigene Mitsprachemöglichkeiten in betrieblichen Abläufen für vergleichbar wichtig wie die betriebliche Interessenvertretung. Betriebe mit Personalrat, Betriebsrat oder einer Mitarbeitervertretung, die darüber hinaus Beschäftigte in die Ausgestaltung betrieblicher Abläufe einbeziehen, sind demnach attraktivere Arbeitsstätten für Pflegekräfte. Denkbar wären darüber hinaus Zusagen von Arbeitgebern für verbesserte Freistellungsmöglichkeiten für Interessenvertretungen und eine Betriebskultur, in der die Tätigkeit in einer Interessenvertretung kein Karrierehemmnis ist, sondern eine Befähigung für Leitungstätigkeiten. Die betriebliche Mitbestimmung spielt eine besondere Rolle für die Rückkehrbereitschaft von ausgestiegenen Pflegekräften.

5. Verlässliche Arbeitszeiten

Wenn auch Nacht- und Wochenenddienste für die Bereitschaft zur Rückkehr in die Pflege oder zur Stundenerhöhung nur eine untergeordnete Rolle spielen, so sind verlässliche Arbeitszeiten umso wichtiger. Dies umfasst, guten Gewissens pünktlich Feierabend machen zu können, geregelte Pausenzeiten, keine Überstunden und kein Einspringen aus der Freizeit. Eine ausreichende Personalausstattung, gute Personalplanung und ein Einsatz von Springerpools können dabei helfen. Verlässliche Arbeitszeiten sind insbesondere für ausgestiegene Pflegekräfte ein wichtiger Anreiz für die Rückkehr.

6. Kollegiale Beratung und psychische Unterstützung

Die im Bereich Gesundheit und Prävention am wichtigsten bewerteten Bedingungen sind Zeiten für den Austausch mit Kolleginnen und Kollegen während der Arbeitszeit, zum Beispiel im Rahmen einer kollegialen Beratung. Als sehr wichtig werden auch Präventionsangebote zum Umgang mit psychischer

⁵² Vgl. Rothgang/Kalwitzki/Cordes (2019).

⁵³ Vgl. Merkel/Ruokolainen/Holman (2019).

⁵⁴ Vgl. Montano/Reeske-Behrens/Franke (2016).

Belastung speziell für Pflegekräfte bewertet. Die Verarbeitung von psychischen Belastungen sollte wie in anderen Bereichen, wie etwa der Psychotherapie, Polizei, Feuerwehr oder dem Technischen Hilfswerk, fester Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements sein. Dazu würde das Angebot entsprechender an die Zielgruppe angepasster Schulungen zählen sowie regelmäßige und feste Zeiten, die während der Arbeitszeit für die kollegiale Beratung zur Verfügung stehen. Diese Angebote zeigen sich als besonders ausschlaggebend für die Bereitschaft zur Stundenerhöhung der befragten Teilzeitkräfte. Diesen könnte eine Stundenerhöhung dezidiert für die kollegiale Beratung angeboten werden. Hierbei müsste natürlich beachtet werden, dass Vollzeitkräfte dadurch nicht schlechter gestellt und entsprechend entlastet werden. Denkbar wären ebenfalls spezielle Supervisionsangebote.

7. Fachliche Aufstiegsmöglichkeiten und betriebliche Personalentwicklung

Ebenfalls hängen fachliche Aufstiegsmöglichkeiten und eine betriebliche Personalentwicklung stark mit der Bereitschaft zur Stundenerhöhung bei Teilzeitkräften zusammen. Die fachlichen Aufstiegsmöglichkeiten spielen zudem vor allem für die befragten Beschäftigten unter 35 Jahren eine wichtige Rolle. Denkbar wären Angebote zur Ermittlung des persönlichen Weiterbildungsbedarfs, Freistellungsmöglichkeiten zur Weiterbildung sowie die Übernahme von Weiterbildungskosten. Ebenso müssten entsprechende Stellen vorhanden sein, sodass Weiterbildungen auch mit einer Bildungsrendite einhergehen.

5 Fazit

Die vorliegende Studie untersucht, welche Bedingungen die Bereitschaft von Pflegekräften zur Rückkehr in ihren Beruf oder zur Erhöhung ihrer Stundenzahl positiv beeinflussen können. Es zeigt sich, dass das Potenzial enorm groß ist, dass (ausgestiegene) Pflegekräfte den Pflegeberuf gerne (wieder) ausüben. Für eine im vertiefenden Interview befragte, ausgestiegene Pflegekraft ist die Tätigkeit in der Pflege noch immer der „einzig echte, wertvolle Job, den ich im Leben gemacht habe“. (Interview 2)

Die Rückkehr oder Erhöhung der Stundenzahl ist für die befragten Pflegekräfte jedoch nur unter Bedingungen eine Option: den eigenen Ansprüchen entsprechend und unter Anerkennung ihrer Fachlichkeit pflegen zu können, dabei von Vorgesetzten wertgeschätzt zu werden, betrieblich mitbestimmen zu können, das Privatleben nicht immer wieder ungeplant der Arbeit unterordnen zu müssen, psychisch gesund zu bleiben und dabei der Verantwortung angemessen bezahlt zu werden. Verbesserungen in diesen Bereichen motivieren nicht nur ausgestiegene und Teilzeitpflegekräfte, sondern werden sich auch für alle anderen Pflegekräfte positiv auswirken und zum Verbleib im Beruf beitragen können.

Zuletzt muss jedoch darauf verwiesen werden, dass die ermittelten förderlichen Bedingungen für einen Wiedereinstieg beziehungsweise eine Stundenerhöhung – allen voran ein höheres Gehalt und weniger Zeitdruck – nicht ohne eine auskömmliche Finanzierung zu erreichen sein werden. Daher müssen die hier vorgestellten Ergebnisse und Handlungsansätze verknüpft werden mit grundlegenden Veränderungen der Finanzierung. So wird es unumgänglich sein, die Finanzierungsgrundlage im Bereich der Pflege- und Krankenversicherung im Sinne einer Bürgerversicherung auszuweiten.⁵⁵ Ebenfalls müsste die Pflegeversicherung dahingehend reformiert werden, dass höhere Kosten nicht zu

⁵⁵ Vgl. Brosig/Geraedts (2019).

Langfassung

Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern

Lasten der Pflegebedürftigen gehen.⁵⁶ Im Bereich der Krankenversicherung bietet eine Abkehr von den Fallpauschalen und eine Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip Potenzial für Kosteneinsparungen und zugunsten bedarfsorientierter Ausgaben.⁵⁷

⁵⁶ Vgl. ebd.

⁵⁷ Vgl. Auffenberg (2020a).

Literaturverzeichnis

- Arbeitnehmerkammer Bremen (2018): Am Limit! Arbeitsbedingungen in Gesundheits- und Pflegeberufen
https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Arbeitsmarkt/Koordinaten_Info_Pflege_2018.pdf; Zugriff am 17.12.2020.
- Arbeitnehmerkammer Bremen (2020): Gefährdungsanzeige! Beschäftigte in Bremer Krankenhäusern
https://arbeitnehmerkammer-bremen.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Arbeitsmarkt/Koordinaten_Beschaeftigte_Krankenhaus.pdf; Zugriff am 17.12.2020.
- Ärzteblatt (2019): Spahn rechnet beim Pflegepersonal nicht mit schnellem Anstieg
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/102533/Spahn-rechnet-beim-Pflegepersonal-nicht-mit-schnellem-Anstieg>; Zugriff am 17.12.2020.
- 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 17.12.2020.
- Auffenberg, Jennie (2020): Pflegepersonal entlasten, halten und gewinnen – Handlungsbedarfe in der Bremer Krankenpflege aus Beschäftigtensicht. In: Bericht zur Lage der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Land Bremen 2020, S. 93–100
https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Jaehrliche_Publikationen/Lagebericht2020_Auffenberg_Pflegepersonal.pdf; Zugriff am 17.12.2020.
- Auffenberg, Jennie (2020a): 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 17.12.2020.
- baua – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2019): Stressreport Deutschland 2019. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden, 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2020, S. 136–145.
- Becka, Denisa/Evans, Michaela/Öz, Fikret (2016): Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege, Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich
https://www.ddniedersachsen.de/assets/messages/Anl_4_forschungaktuell2016-04.pdf; Zugriff am 17.12.2020.
- Berninger, Ina/Schröder, Tim (2017): Inklusion oder Schließung? Gewerkschaftlicher Organisationsgrad, berufliche Geschlechtersegregation und der Gender Pay Gap, Industrielle Beziehungen, 24 (2), S. 186.
- BIBB (2020): Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2020, S. 183, eigene Berechnungen.
https://www.bibb.de/datenreport/de/datenreport_2020.php; Zugriff am 17.12.2020.
- Brosig, Magnus/Geraedts, Regine (2019): Sozialversicherungen: Stärken und modernisieren
https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/KammerPosition/KammerPosition_Sozialversicherungen.pdf; Zugriff am 17.12.2020.

- Buchan, James/Aiken, Linda (2008): Solving nursing shortages: a common priority. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 3262–3268.
- Bundesagentur für Arbeit (2020): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?_blob=publicationFile&v=8; Zugriff am 17.12.2020.
- Busch, Anne (2013): Der Einfluss der beruflichen Geschlechtersegregation auf den „Gender Pay Gap“. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 65, 301–338.
- Carstensen, Jeanette/Seibert, Holger/Wiethölter, Doris (2020) Entgelte von Pflegekräften http://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften_2020.pdf; Zugriff am 17.12.2020.
- Deffner, Teresa et al. (2020): Klinische psychosoziale Notfallversorgung im Rahmen von COVID19 – Handlungsempfehlungen <https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/covid-19-dokumente/200321-COVID19-psychosoziale-notfallversorgung.pdf>; Zugriff am 17.12.2020.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2019): Der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte ist leergefegt <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/der-arbeitsmarkt-fuer-pflegekraefte-ist-leergefegt/>; Zugriff am 17.12.2020.
- DGB (2018): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege <https://index-gute-arbeit.dgb.de/+ + co + + df07ee92-b1ba-11e8-b392-52540088cada>; Zugriff am 17.12.2020.
- Dörpinghaus, Sandra/Evans, Michaela (2011): Prekäre Perspektive? Berufsrückkehr und Wiedereinstieg von Frauen in die Gesundheitswirtschaft <https://www.iat.eu/forschung-aktuell/2011/fa2011-03.pdf>; Zugriff am 17.12.2020.
- 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 17.12.2020.
- Gordon, Suzanne/Buchanan, John/Bretherton, Tanya (2008): *Safety in Numbers: Nurse-to-Patient Ratios and the Future of Health Care*. Oxford University Press.
- Hasselhorn, Hans Martin et al. (2003): Intent to leave nursing in Germany. In: ebd., *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*. National Institute for Working Life: Stockholm.
- Hipp, Lena/Kelle, Nadiya (2015): Nur Luft und Liebe? Die Entlohnung sozialer Dienstleistungsarbeit im Länder- und Berufsvergleich. Friedrich-Ebert-Stiftung <https://www.fes.de/nur-luft-und-liebe>; Zugriff am 17.12.2020.
- Huter, Kai et al. (2017): Gesundheitsberufe-Monitoring und Bedarfsvorausschätzung für den Fachkräftebedarf in ausgewählten Gesundheitsberufen im Land Bremen https://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/Gesundheitsberufe-Monitoring-Bremen-Abschlussbericht_erg.pdf; Zugriff am 17.12.2020.
- IFA (2018): Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Ausführliches Branchenbild aus dem Risikoobservatorium der DGUV <https://www.ipa->

[dguv.de/medien/ifa/de/fac/arbeiten_4_0/branchenbild_pflege_langfassung.pdf](https://www.dguv.de/medien/ifa/de/fac/arbeiten_4_0/branchenbild_pflege_langfassung.pdf); Zugriff am 17.12.2020.

IFA (2018a): Krankenhäuser und Kliniken, Ausführliches Branchenbild aus dem Risikoobservatorium der DGUV https://www.dguv.de/medien/ifa/de/fac/arbeiten_4_0/branchenbild_kliniken_langfassung.pdf; Zugriff am 17.12.2020.

iga – Initiative Gesundheit und Arbeit (2019): Präsentismus: Verlust von Gesundheit und Produktivität, 2. überarbeitete Auflage <https://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/igafakten/igafakten-6>; Zugriff am 17.12.2020.

Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung (2020): Branchenbericht Pflege, Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK-versicherten Beschäftigten im Rheinland und in Hamburg https://www.bgf-institut.de/fileadmin/redaktion/downloads/gesundheitsberichte/aktuelle_Gesundheitsberichte/BGF_Pflege_2020_Web.pdf; Zugriff am 17.12.2020.

Jahn, Frauke/Ulbricht, Sabine (2009): „Mein nächster Beruf“ – Personalentwicklung für Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_17_1_Mein_naechster_Beruf_Krankenpflege.pdf; Zugriff am 17.12.2020.

Kiank, Cordula (2019): Entlastung per Tarifvertrag <https://gesundheits-soziales.verdi.de/themen/entlastung/+ + co + + b9ccf964-dfaa-11e9-9abe-525400423e78>; Zugriff am 17.12.2020.

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.

Mayring, Philipp (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Vol. 10. Neu ausgestattete Ausgabe. Weinheim und Basel: Beltz.

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.

Millich, Nadine (2020) Pflegepersonal durch COVID-19 psychisch stark belastet <https://www.bibliomed-pflege.de/news/pflegepersonal-durch-covid-19-psychisch-stark-belastet>; Zugriff am 17.12.2020.

Montano, Diego/Reeske-Behrens, Anna/Franke, Franziska (2016): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Führung www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/F2353-2a.html; Zugriff am 17.12.2020.

Nienhaus, Albert (2020): Update: Covid-19 bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege, Zeitschrift für medizinische Prävention <https://www.asu-arbeitsmedizin.com/wissenschaft/update-covid-19-bei-beschaeftigten-im-gesundheitsdienst-und-der-wohlfahrtspflege>; Zugriff am 17.12.2020.

PpSG (2018): Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11. Dezember 2018, BGBl. I S. 2394.

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) https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf; Zugriff am 17.12.2020.

Rothgang, Heinz/Kalwitzki, Thomas/Cordes, Janet (2019): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung II (AAPV II) https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2._Gutachten_AAPV_-_Langfassung.pdf; Zugriff am 17.12.2020.

Rothgang, Heinz/Müller, Rolf (2019): BARMER Pflegereport 2019, Ambulantisierung der Pflege, S. 76, 82 <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports/pflegereport>; Zugriff am 17.12.2020.

Rothgang, Heinz/Müller, Rolf/Preuß Benedikt (2020): BARMER Pflegereport 2020, Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen; Zugriff am 17.12.2020.

Schröer, Laura (2016): Erwerbsminderungsrenten in der Krankenpflege: Erklärungsansätze und Handlungsempfehlungen <https://www.iat.eu/forschung-aktuell/2016/fa2016-01.pdf>; Zugriff am 17.12.2020.

Schwinger, Antje/Klauber, Jürgen/Tsiasioti, Chrysanthi (2019): Pflegepersonal heute und morgen. In: Jacobs et al.: Pflege-Report 2019, Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? S. 19. <https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/pflege-report/2019/>; Zugriff am 17.12.2020.

Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz (2020): Projektverlängerung: Hilfe für die Helfenden wird gesichert <https://www.senatspressestelle.bremen.de/detail.php?gsid=bremen146.c.346377.de&asl=bremen02.c.730.de>; Zugriff am 17.12.2020.

Simon, Michael (2018): Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung, S. 1 https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=8222; Zugriff am 17.12.2020.

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; Zugriff am 17.12.2020.

Techniker Krankenkasse (2019): Gesundheitsreport: Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften <https://www.tk.de/resource/blob/2066542/2690efe8e801ae831e65fd251cc77223/gesundheitsreport-2019-data.pdf>; Zugriff am 17.12.2020.

Langfassung

Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern

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; Zugriff am 17.12.2020.

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; Zugriff am 17.12.2020.

Zeit Online (2020): Ärzte warnen vor dramatischem Mangel an Pflegekräften <https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2020-10/coronavirus-aerzte-pflegepersonal-covid-19-patienten>; Zugriff am 17.12.2020.

Zeit Online (2020a): Altenpflegeheime brauchen 120.000 zusätzliche Fachkräfte <https://www.zeit.de/wirtschaft/2020-02/pflege-pflegekraefte-altenheime-fachkraeftemangel>; Zugriff am 17.12.2020.

Anhang

Anhang 1: Themenbereiche und Fragen des Fragebogens

- ▶ *Berufliches Selbstverständnis:* Mehr Zeit für eine qualitativ hochwertige Pflege. Eine bedarfsorientierte Personalbemessung. Eine stärkere Arbeitsteilung unter den examinierten Pflegekräften. Eine stärkere Arbeitsteilung in der Pflege zwischen den Qualifikationsniveaus. Mehr Anerkennung für die Arbeit in der Pflege. Höheres Grundgehalt. Höhere Sonderzahlungen. Höhere Zulagen für besondere Tätigkeiten. Eine Garantie, dass ich nicht unterbesetzt arbeiten muss. Dauerhaft mehr Befugnisse für Pflegekräfte. Die Möglichkeit, ganzheitlich zu pflegen. Mehr Zeit, mich den Pflegebedürftigen beziehungsweise Patientinnen und Patienten menschlich zuzuwenden.
- ▶ *Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben:* Keine Nachtdienste. Mit meinem Privatleben vereinbare Schichtmodelle. Lebensarbeitszeitkonten. Individuell flexible Arbeitszeitgestaltung. Mehr Urlaubstage. Keine geteilten Dienste. Vereinbarkeit mit häuslicher Pflege von Angehörigen. Keine regelmäßig geplanten Überstunden. Betriebliche Finanzierung von Mobilitätsangeboten. Geregelter Pausenzeiten. Guten Gewissens pünktlich Feierabend machen können. Kein Einspringen aus der Freizeit. Bereitstellung passender Kinderbetreuung. Keine Wochenenddienste.
- ▶ *Gesundheitsschutz und Prävention:* Betriebliches Eingliederungsmanagement nach Krankheit. Präventionsangebote zum Umgang mit psychischer Belastung speziell für Pflegekräfte. Betriebliche Gesundheitsförderung. Zeiten für Austausch mit einer geschulten Person über Erlebtes während der Arbeitszeit. Präventionsangebote zum Umgang mit körperlicher Belastung speziell für Pflegekräfte. Zeiten für Austausch mit Kolleginnen und Kollegen über Erlebtes während der Arbeitszeit.
- ▶ *Organisation und Führung:* Mehr Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft. Eine Vertretung der Beschäftigten im Betrieb durch einen Betriebsrat oder eine Mitarbeitervertretung. Tarifbindung. Klare Abgrenzung zwischen Fach- und Hilfskräften. Vorgesetzte, die sensibel für meine Arbeitsbelastung sind. Mehr Mitsprachemöglichkeiten in betrieblichen Abläufen. Weniger Dokumentationsaufwand. Vorgesetzte, die wertschätzend und respektvoll sind. Wenig personelle Wechsel im Team. Mehr Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen. Bessere Kooperation mit anderen Berufsgruppen. Eigenständige Planung von Pflegeprozessen. Schulungen zum Umgang bei Konflikten mit Kolleginnen und Kollegen. Teambildungsmaßnahmen mit den Kolleginnen und Kollegen.
- ▶ *Karriere:* Erweiterte Einsatzmöglichkeiten. Betriebliche Personalentwicklung. Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Fachliche Aufstiegsmöglichkeiten. Aufstiegsmöglichkeiten in der Position.
- ▶ *Wiedereinstieg:* Die Zahlung einer Wiedereinstiegsprämie. Geregelter und strukturierter Einarbeitung beim Wiedereinstieg. Informationstag des Arbeitgebers für interessierte Wiedereinsteigerinnen und -einsteiger. Ein Wiedereinstiegskurs, um meine Pflegekenntnisse aufzufrischen.

Anhang 2: Weitere Merkmale der Stichproben

Befragte	
<i>Pflegerkräfte in Teilzeit</i>	67,44 % der Befragten
- <i>Aktuelle durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche</i>	26,81 Stunden
<i>Ausgestiegene Pflegekräfte</i>	32,56 % der Befragten
- <i>Aktuelle durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche</i>	33,98 Stunden
Ort des aktuellen/früheren Arbeitgebers	
<i>Bremen</i>	44,14 %
<i>Bremerhaven</i>	8,67 %
<i>Niedersachsen</i>	23,87 %
<i>Andere</i>	21,32 %
Ausbildung	
<i>Exam. Altenpflegerin o. -pfleger (mit dreijähriger Ausbildung)</i>	15,52 %
<i>Exam. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin o. -pfleger (mit mindestens dreijähriger Ausbildung)</i>	5,47 %
<i>Exam. Gesundheits- und Krankenpflegerin o. -pfleger (mit mindestens dreijähriger Ausbildung)</i>	54,58 %
<i>Altenpflegehelferin o. -helfer (mit mindestens einjähriger Ausbildung)</i>	3,56 %
<i>Krankenpflegehelferin o. -helfer (mit mindestens einjähriger Ausbildung)</i>	1,4 %
<i>Qualifizierung zur Betreuungskraft</i>	0,64 %
<i>Pflegewissenschaftliches Studium (Bachelor)</i>	5,60 %
<i>Pflegewissenschaftliches Studium (Master)</i>	1,91 %
<i>Andere</i>	11,32 %
(Frühere) Funktion	
<i>Grundpflege</i>	38,75 %
<i>Spezialisierte Pflege</i>	42,33 %
<i>Leitung</i>	7,39 %
<i>Verwaltung</i>	0,22 %
<i>Sonstige</i>	11,31 %
Nettostundenlohn	
<i>Teilzeitpflegekräfte</i>	14,22 Euro
<i>Ausgestiegene Pflegekräfte</i>	12,41 Euro
Kinder im Haushalt	
<i>Ja</i>	52,68 %
<i>Nein</i>	47,32 %
Falls Kinder im Haushalt	
- <i>Wie viele</i>	1,77 %
- <i>Alleinerziehend</i>	
<i>Ja</i>	20,83 %
<i>Nein</i>	79,17 %
Weitere Pflegeverpflichtungen	
<i>Ja</i>	25,45 %
<i>Nein</i>	74,55 %
Gesundheitszustand	
<i>Sehr gut</i>	11,08 %
<i>Gut</i>	39,24 %
<i>Mittel</i>	36,43 %
<i>Schlecht</i>	10,32 %
<i>Sehr schlecht</i>	2,93 %

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“ von Arbeitnehmerkammer Bremen und SOCIUM der Universität Bremen.

Langfassung

Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern

Anhang 3: Ranking der Items nach „ganz wichtig“ auf der Likert-Skala

		1 = ganz unwichtig	2	3	4	5	6 = ganz wichtig
1	Vorgesetzte, die wertschätzend und respektvoll sind	7 %	0 %	1 %	0 %	14 %	77 %
2	Bedarfsorientierte Personalbemessung	11 %	2 %	1 %	3 %	14 %	69 %
3	Höheres Grundgehalt	12 %	1 %	3 %	4 %	11 %	68 %
4	Mehr Zeit für fachlich hochwertige Pflege	11 %	1 %	1 %	4 %	16 %	68 %
5	Zulagen für besondere Tätigkeiten	12 %	2 %	2 %	5 %	13 %	66 %
6	Garantiert nicht unterbesetzt arbeiten müssen	12 %	1 %	2 %	7 %	13 %	66 %
7	Keine geteilten Dienste	13 %	2 %	3 %	5 %	12 %	65 %
8	Sensibilität von Vorgesetzten für Belastungen von Pflegekräften	6 %	2 %	2 %	4 %	22 %	64 %
9	Mehr Zeit für menschliche Zuwendung	10 %	2 %	2 %	5 %	18 %	64 %
10	Tarifbindung	6 %	1 %	2 %	5 %	22 %	64 %
11	Betriebliche Interessenvertretung	6 %	2 %	2 %	7 %	21 %	62 %
12	Mehr Anerkennung für Pflegearbeit	11 %	3 %	7 %	9 %	13 %	58 %
13	Mit Privatleben vereinbare Schichtmodelle	8 %	3 %	4 %	7 %	21 %	58 %
14	Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft	8 %	1 %	4 %	6 %	24 %	57 %
15	Geregelte Pausenzeiten	9 %	2 %	4 %	7 %	22 %	56 %
16	Fachliche Aufstiegsmöglichkeiten	6 %	2 %	3 %	8 %	26 %	55 %
17	Guten Gewissens pünktlich Feierabend machen können	8 %	1 %	3 %	10 %	22 %	55 %
18	Bessere Kooperation mit anderen Berufsgruppen	5 %	2 %	5 %	11 %	23 %	54 %
19	Höhere Sonderzahlungen	12 %	3 %	4 %	11 %	18 %	52 %
20	Kein Einspringen aus der Freizeit	8 %	2 %	7 %	13 %	19 %	51 %
21	Keine regelmäßig geplanten Überstunden	9 %	2 %	5 %	9 %	25 %	49 %
22	Präventionsangebote zum Umgang mit psychischer Belastung speziell für Pflegekräfte	6 %	3 %	5 %	14 %	25 %	48 %
23	Die Möglichkeit, ganzheitlich zu pflegen	9 %	2 %	4 %	13 %	26 %	45 %
24	Mehr Mitsprachemöglichkeiten in betrieblichen Abläufen	5 %	2 %	3 %	11 %	34 %	44 %
25	Präventionsangebote zum Umgang mit körperlicher Belastung speziell für Pflegekräfte	5 %	4 %	6 %	16 %	25 %	44 %
26	Weniger Dokumentationsaufwand	6 %	2 %	7 %	16 %	26 %	43 %
27	Bereitstellung passender Kinderbetreuung	12 %	5 %	9 %	14 %	17 %	43 %
28	Zeiten für Austausch mit Kolleginnen und Kollegen über Erlebtes während der Arbeitszeit	5 %	4 %	5 %	14 %	30 %	43 %
29	Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten	6 %	3 %	8 %	13 %	28 %	42 %
30	Betriebliche Personalentwicklung	4 %	3 %	4 %	13 %	33 %	42 %
31	Teambildungsmaßnahmen mit den Kolleginnen und Kollegen	7 %	4 %	5 %	16 %	26 %	41 %
32	Zeiten für Austausch mit einer geschulten Person über Erlebtes während der Arbeitszeit	5 %	5 %	7 %	17 %	25 %	41 %
33	Schulungen zum Umgang bei Konflikten mit Kolleginnen und Kollegen	6 %	4 %	9 %	16 %	26 %	40 %
34	Mehr Urlaubstage	6 %	4 %	12 %	18 %	20 %	40 %
35	Individuell flexible Arbeitszeitgestaltung	8 %	5 %	11 %	15 %	21 %	40 %

Langfassung

Pflegerkräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern

36	Erweiterte Einsatzmöglichkeiten	6 %	5 %	8 %	12 %	28 %	40 %
37	Aufstiegsmöglichkeiten in der Position	6 %	4 %	10 %	14 %	28 %	38 %
38	Lebensarbeitszeitkonten	6 %	4 %	12 %	16 %	23 %	38 %
39	Wenig personelle Wechsel im Team	5 %	3 %	8 %	18 %	29 %	38 %
40	Mehr Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen	5 %	2 %	5 %	18 %	35 %	35 %
41	Dauerhaft mehr Befugnisse für Pflegekräfte	6 %	5 %	11 %	20 %	23 %	34 %
42	Betriebliche Finanzierung von Mobilitätsangeboten	9 %	8 %	13 %	17 %	21 %	33 %
43	Betriebliches Eingliederungsmanagement nach Krankheit	5 %	4 %	7 %	20 %	34 %	31 %
44	Vereinbarkeit mit häuslicher Pflege von Angehörigen	10 %	6 %	11 %	18 %	25 %	30 %
45	Eine stärkere Arbeitsteilung in der Pflege zwischen den Qualifikationsniveaus	9 %	6 %	14 %	19 %	24 %	27 %
46	Klare Abgrenzung zwischen Fach- und Hilfskräften	7 %	7 %	15 %	20 %	24 %	27 %
47	Betriebliche Gesundheitsförderung	7 %	6 %	14 %	22 %	26 %	26 %
48	Keine Nachtdienste	20 %	13 %	22 %	13 %	10 %	23 %
49	Eine stärkere Arbeitsteilung unter den examinierten Pflegekräften (das heißt stärkere Spezialisierung)	8 %	9 %	16 %	23 %	23 %	21 %
50	Eigenständige Planung von Pflegeprozessen	6 %	4 %	4 %	18 %	50 %	18 %
51	Keine Wochenenddienste	14 %	14 %	21 %	18 %	16 %	18 %

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“ von Arbeitnehmerkammer Bremen und SOCIUM der Universität Bremen.

Anhang 4: Ranking der Items nach „wichtig“, gruppiert und nach Themenbereichen

Ranking der Items „Berufliches Selbstverständnis“

		unwichtig	wichtig
1	Mehr Zeit für fachlich hochwertige Pflege	13 %	87 %
2	Mehr Zeit für menschliche Zuwendung	14 %	86 %
3	Bedarfsorientierte Personalbemessung	14 %	86 %
4	Garantiert nicht unterbesetzt arbeiten müssen	15 %	85 %
5	Die Möglichkeit, ganzheitlich zu pflegen	16 %	84 %
6	Zulagen für besondere Tätigkeiten	16 %	84 %
7	Höheres Grundgehalt	16 %	84 %
8	Höhere Sonderzahlungen	19 %	81 %
9	Mehr Anerkennung für die Pflegearbeit	21 %	79 %
10	Dauerhaft mehr Befugnisse für Pflegekräfte	22 %	78 %
11	Eine stärkere Arbeitsteilung in der Pflege zwischen den Qualifikationsniveaus	30 %	70 %
12	Eine stärkere Arbeitsteilung unter den examinierten Pflegekräften (das heißt stärkere Spezialisierung)	33 %	67 %

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“ von Arbeitnehmerkammer Bremen und SOCIUM der Universität Bremen.

Ranking der Items „Karriere“

		unwichtig	wichtig
1	Fachliche Aufstiegsmöglichkeiten	11 %	89 %
2	Betriebliche Personalentwicklung	12 %	88 %
3	Fort- und Weiterbildung	17 %	83 %
4	Aufstiegsmöglichkeiten in der Position	20 %	80 %
5	Erweiterte Einsatzmöglichkeiten	20 %	80 %

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“ von Arbeitnehmerkammer Bremen und SOCIUM der Universität Bremen.

Ranking der Items „Gesundheitsschutz und Prävention“

		unwichtig	wichtig
1	Zeiten für Austausch mit Kolleginnen und Kollegen über Erlebtes während der Arbeitszeit	14 %	86 %
2	Präventionsangebote zum Umgang mit psychischer Belastung speziell für Pflegekräfte	14 %	86 %
3	Präventionsangebote zum Umgang mit körperlicher Belastung speziell für Pflegekräfte	15 %	85 %
4	Betriebliches Eingliederungsmanagement nach Krankheit	16 %	84 %
5	Zeiten für Austausch mit einer geschulten Person über Erlebtes während der Arbeitszeit	17 %	83 %
6	Betriebliche Gesundheitsförderung	26 %	74 %

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“ von Arbeitnehmerkammer Bremen und SOCIUM der Universität Bremen.

Langfassung

Pflegerkräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern

Ranking der Items „Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben“

		unwichtig	wichtig
1	Guten Gewissens pünktlich Feierabend machen können	13 %	87 %
2	Mit Privatleben vereinbare Schichtmodelle	14 %	86 %
3	Geregelte Pausenzeiten	15 %	85 %
4	Keine regelmäßig geplanten Überstunden	16 %	84 %
5	Kein Einspringen aus der Freizeit	17 %	83 %
6	Keine geteilten Dienste	18 %	82 %
7	Mehr Urlaubstage	22 %	78 %
8	Lebensarbeitszeitkonten	22 %	78 %
9	Individuell flexible Arbeitszeitgestaltung	24 %	76 %
10	Bereitstellung passender Kinderbetreuung	26 %	74 %
11	Vereinbarkeit mit häuslicher Pflege von Angehörigen	27 %	73 %
12	Betriebliche Finanzierung von Mobilitätsangeboten	30 %	70 %
13	Keine Wochenenddienste	48 %	52 %
14	Keine Nachtdienste	54 %	46 %

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“ von Arbeitnehmerkammer Bremen und SOCIUM der Universität Bremen.

Ranking der Items „Organisation und Führung“

		unwichtig	wichtig
1	Vorgesetzte, die wertschätzend und respektvoll sind	8 %	92 %
2	Tarifbindung	9 %	91 %
3	Sensibilität von Vorgesetzten für Belastungen von Pflegekräften	9 %	91 %
4	Betriebliche Interessenvertretung	10 %	90 %
5	Mehr Mitsprachemöglichkeiten in betrieblichen Abläufen	11 %	89 %
6	Bessere Kooperation mit anderen Berufsgruppen	12 %	88 %
7	Mehr Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen	12 %	88 %
8	Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft	13 %	87 %
9	Eigenständige Planung von Pflegeprozessen	14 %	86 %
10	Weniger Dokumentationsaufwand	15 %	85 %
11	Wenig personelle Wechsel im Team	16 %	84 %
12	Teambildungsmaßnahmen mit den Kolleginnen und Kollegen	17 %	83 %
13	Schulungen zum Umgang bei Konflikten mit Kolleginnen und Kollegen	18 %	82 %
14	Klare Abgrenzung zwischen Fach- und Hilfskräften	29 %	71 %

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Befragung „Ich pflege wieder, wenn ...“ von Arbeitnehmerkammer Bremen und SOCIUM der Universität Bremen.

IMPRESSUM

Arbeitnehmerkammer Bremen

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

Autor/-innen

Dr. Jennie Auffenberg, Referentin für Gesundheits- und Pflegepolitik, Arbeitnehmerkammer Bremen

Prof. Dr. Moritz Heß, Hochschule Niederrhein, affiliertes Mitglied am SOCIUM Forschungszentrum für Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen

Lektorat

Werbelektorat Textgärtnerei

Gestaltung

GfG/Gruppe für Gestaltung GmbH, Bremen

Druck

Wilhelm Brüggemann Buchbinderei und Druckerei GmbH

Stand: Januar 2021

Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern

Die Arbeitsbelastung im Bereich der Pflege ist hoch und entsprechend sind viele Pflegekräfte nicht mehr bereit, Vollzeit zu arbeiten, und viele von ihnen steigen aus der Pflege aus. Eine bedarfsorientierte Personalbemessung, die eine Pflege nach den eigenen hohen fachlichen Ansprüchen erlaubt und die Arbeitsbelastung reduziert, könnte Abhilfe schaffen. Doch wird häufig entgegnet, es gebe nicht genügend Fachkräfte, um derartige Regelungen umzusetzen. Gleichzeitig identifizieren sich Pflegekräfte in der Regel stark mit ihrem Beruf und messen ihrer Arbeit eine wichtige gesellschaftliche Bedeutung zu. Sowohl Teilzeit- als auch Ausstiegserwägungen werden von den vorgefundenen Arbeitsbedingungen beeinflusst.

Die vorliegende Studie stellt die Frage, unter welchen Bedingungen ausgestiegene Pflegekräfte in ihren Beruf zurückkehren und Teilzeitkräfte ihre Stunden erhöhen würden. Um diese Frage zu beantworten, wurden 1.032 Pflegekräfte, größtenteils aus Bremen und dem Bremer Umland, befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Bereitschaft zum Wiedereinstieg beziehungsweise zur Stundenerhöhung unter den befragten Pflegekräften groß ist, wenn genügend Zeit für eine qualitativ hochwertige Pflege und menschliche Zuwendung zur Verfügung steht, Vorgesetzte ihnen Wertschätzung und Sensibilität für ihre Belastungen entgegenbringen und ihre Arbeit durch eine höhere Bezahlung anerkannt wird.



**Arbeitnehmerkammer
Bremen**

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