Arbeitskammer des Saarlandes
beraten.bilden.forschen.

IAT Westfälische Hochschule RUB

Hans Böckler Stiftung

Arbeitnehmerkammer Bremen

Kurzfassung

„Ich pflege wieder, wenn …“

Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften

IMPRESSUM

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

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

Unter Mitarbeit von
Prof. Moritz Heß, Hochschule Niederrhein
Franziska Heinze, Universität Bremen

Gefördert durch
Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

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

Umschlaggestaltung
GfG / Gruppe für Gestaltung, Bremen

Lektorat
Martina Kedenburg, Arbeitnehmerkammer Bremen

Layout
Sarina Schöbel, Arbeitnehmerkammer Bremen

Druck
BerlinDruck GmbH + Co KG, Achim

Stand: April 2022

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

Kurzfassung

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

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

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis 4

Tabellenverzeichnis 4

1 Hintergrund und Ziel der Studie 5

2 Methodik 6

3 Ergebnisse 7

3.1 Bereitschaft zu Wiedereinstieg und Stundenerhöhung 7

3.2 Pflegefachkräftepotenziale 8

3.2.1 Teilzeitpflegekräfte 9

3.2.2 Ausgestiegene Pflegekräfte 9

3.3 Förderliche Arbeitsbedingungen für Wiedereinstieg und Stundenerhöhung 11

3.3.1 Rankingfrage – acht wichtige Arbeitsbedingungen in Relation zueinander 11

3.3.2 Top 10 der wichtigsten Arbeitsbedingungen 12

3.4 Zu den förderlichen Arbeitsbedingungen nach Themenbereichen im Einzelnen 14

3.4.1 Organisation und Führung 14

3.4.2 Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung 15

3.4.3 Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben 16

3.4.4 Gesundheitsschutz und Prävention 16

3.4.5 Weiterbildung und Karriere 17

3.4.6 Wiedereinstieg 17

3.5 Exkurs: Einfluss der Covid-19-Pandemie 18

4 Handlungserfordernisse und -empfehlungen 19

Literaturverzeichnis 24

Anhang 26

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bereitschaft zum Wiedereinstieg bzw. zur Stundenerhöhung 7
Abbildung 2: Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Bereitschaft zum Wiedereinstieg und zur Stundenerhöhung 19

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schätzung der Grundgesamtheit ausgestiegener Pflegekräfte, basierend auf einer Hochrechnung von GKV-Routinedaten 10
Tabelle 2: Pflegefachkräftepotenziale im Überblick (in Vollzeitäquivalenten, gerundet) 11
Tabelle 3: Ranking der wichtigsten Arbeitsbedingungen für Wiedereinstieg und Stundenerhöhung (Basis: Ergebnisse der Bremer Pilotstudie) 12
Tabelle 4: Die zehn wichtigsten Arbeitsbedingungen für Rückkehr bzw. Stundenerhöhung 13
Tabelle 5: Überblick über die wichtigsten Arbeitsbedingungen nach Themenbereichen 18
Tabelle 6: Ranking der Items im Bereich „Organisation und Führung“ 26
Tabelle 7: Ranking der Items im Bereich „Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung“ 26
Tabelle 8: Ranking der Items im Bereich „Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben“ 27
Tabelle 9: Ranking der Items im Bereich „Gesundheitsschutz und Prävention“ 27
Tabelle 10: Ranking der Items im Bereich „Weiterbildung und Karriere“ 28
Tabelle 11: Ranking der Items im Bereich „Wiedereinstieg“ 28

1 Hintergrund und Ziel der Studie

Der Fachkräftemangel in der Pflege ist unumstritten, bereits vor der Pandemie war das pflegerische Versorgungssystem in Deutschland aufgrund Personalmangels an der Belastungsgrenze.

Die Arbeitsbelastung sowohl in der Langzeit- als auch in der Krankenpflege ist dementsprechend hoch, die Arbeitszufriedenheit schlecht. Nur rund jede fünfte Pflegekraft geht davon aus, bis zur Rente im Beruf arbeiten zu können.[1] Die Diskrepanz zwischen individuellem Berufsanspruch und betrieblichen Rahmenbedingungen ist der häufigste Grund für Langzeiterkrankungen[2] und die Frühberentung von Pflegekräften.[3]

Entsprechend viele Pflegekräfte erwägen, aus dem Beruf auszusteigen und die Covid-19-Pandemie verschärft dieses Problem.[4] Bereits innerhalb der ersten fünf Jahre nach der Ausbildung verlassen knapp 25 Prozent der Pflegekräfte ihren Beruf,[5] Ursachen sind vor allem ein hoher Zeitdruck und zu wenig Personal, eine schlechte Arbeitsorganisation und ein Zurückbleiben hinter den eigenen fachlichen Ansprüchen.[6] Die hohen Arbeitsbelastungen sind auch ein Grund dafür,[7] dass fast zwei Drittel der Pflegekräfte in der Langzeitpflege in Teilzeit arbeiten, ebenso wie knapp die Hälfte der Pflegekräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser.

Auch wenn in den vergangenen Jahren die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Pflege überdurchschnittlich gestiegen ist,[8] ist der Bedarf an Pflegekräften weiterhin nicht erfüllt und wird zukünftig unter anderem infolge der Zunahme von Pflegebedürftigkeit und zunehmender pflegefachlicher Anforderungen weiter steigen. Im Laufe der nächsten zehn bis zwölf Jahre werden zudem bundesweit 500.000 Pflegefachkräfte das Rentenalter erreichen.[9] Allein für die Altenpflege wird prognostiziert, dass bis zum Jahr 2030 mehr als 180.000 Pflegekräfte in der Langzeitpflege zusätzlich benötigt werden[10] und für den Krankenhaussektor ein geschätzter Mehrbedarf an mindestens 100.000 Fachkräften besteht.[11] Diese Schätzungen basieren auf dem Status quo, das heißt auf einem Zustand, der bereits heute vielfach als unzureichend kritisiert wird.

Zur Deckung des Personalbedarfs bestehen verschiedene Möglichkeiten, wie zum Beispiel eine Ausweitung von Ausbildungskapazitäten, die jedoch nur noch begrenzt möglich ist[12] oder die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte, die jedoch in der Praxis mit bürokratischen Hürden und zusätzlichen Ressourcen in der Einarbeitungsphase verbunden ist und aufgrund des Personalmangels auch in anderen Ländern ethische Fragen aufwirft. Auch die Verringerung von Krankenständen und Eintritten in die Erwerbsminderungsrente sind notwendig, erfordert jedoch auch personelle Entlastung und birgt begrenzte Potenziale.

[1] Vgl. DGB (2018).
[2] Vgl. Weidner et al. (2016).
[3] Vgl. Schröer (2016).
[4] Vgl. DIVI/DGIIN (2021).
[5] Vgl. Wiethölter (2012).
[6] Vgl. Kühnel et al. (2020).
[7] Vgl. Becka/Evans/Öz (2016).
[8] Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2021).
[9] Vgl. Deutscher Pflegerat (2021).
[10] Vgl. Rothgang/Müller (2021): S. 6.
[11] Vgl. Simon (2018): S. 7.
[12] Vgl. Die Bundesregierung (2019).

Die Potenziale, die in der Rückkehr und Stundenerhöhung von Pflegekräfte liegen, sowie deren Einflussfaktoren, wurden bisher im deutschen Kontext noch nicht wissenschaftlich untersucht. Die in Bremen durchgeführte Pilotstudie „Ich pflege wieder, wenn …“, an die die vorliegende Befragung anknüpft, hat erstmals wissenschaftlich fundiert zeigen können, dass sich viele ausgestiegene Pflegekräfte einen Wiedereinstieg beziehungsweise Teilzeitkräfte eine Erhöhung ihrer Arbeitsstunden vorstellen. Hierin liegt ein großes Potenzial. Als wichtigste Voraussetzungen für die Rückkehr und Stundenerhöhung wurden eine wertschätzende Führungskultur, mehr Zeit für die Pflege – garantiert durch eine bedarfsorientierte Personalbemessung, verlässliche Arbeitszeiten, Tarifbindung und eine höhere Bezahlung sowie das Vorhandensein einer betrieblichen Interessenvertretung identifiziert.[13]

Die vorliegende Studie stellt die Bremer Pilotstudie nun auf eine bundesweite Datenbasis und vertieft einzelne Aspekte. Sie untersucht die Bereitschaft ausgestiegener und in Teilzeit beschäftigter Pflegekräfte, in die Pflege zurückzukehren beziehungsweise ihre Arbeitsstunden zu erhöhen und die dafür notwendigen Arbeitsbedingungen. Sie schätzt darüber hinaus das quantitative Potenzial an Pflegefachkräften, die so zusätzlich für die Pflege und zur Entlastung der Beschäftigten in diesem Bereich zur Verfügung stünden – in Erweiterung der Bremer Studie erstmals auch für die Gruppe der ausgestiegenen Pflegekräfte. Zuletzt werden ausführliche Handlungsempfehlungen formuliert.

2 Methodik

Zur Beantwortung der beschriebenen Fragestellungen wurden Pflegekräfte aus dem Bereich der Langzeit- und Krankenpflege per Online-Fragebogen befragt. Dieser basierte auf einer überarbeiteten und erweiterten Version des Fragebogens der Bremer Pilotstudie.[14] Darin wurden die Befragten nach ihrer Bereitschaft zur Stundenerhöhung beziehungsweise zum Wiedereinstieg und dem dabei gezeigten Engagement, gewünschten Wiedereinstiegsbereichen und -voraussetzungen befragt. Darüber hinaus konnten diese mithilfe einer Rankingfrage sowie in fünf verschiedenen Themenbereichen Angaben zu den dafür notwendigen Voraussetzungen machen sowie freie Anmerkungen formulieren. Auch Fragen zum Einfluss der Covid-19-Pandemie wurden gestellt.

Auf Grundlage der Angaben zur Bereitschaft zum Wiedereinstieg und zur Stundenerhöhung wurden nach zwei verschiedenen Modellen (konservativ/optimistisch) bundesweite Pflegefachkräftepotenziale berechnet. Dabei konnte im Rahmen dieser Studie erstmals auch die Anzahl der aus ihrem Beruf ausgestiegenen Pflegekräfte geschätzt und auch für diese Gruppe ein Potenzial berechnet werden.

Die Befragung erfolgte im Herbst 2021. Die Stichprobe umfasst 12.684 auswertbare Antworten von Teilzeitpflegekräften und ausgestiegenen Pflegekräften sowohl aus der Kranken- als auch aus der Langzeitpflege. Die Stichprobe ist selbstselektiv und daher trotz ihrer Größe nicht repräsentativ. Da die Befragten jedoch in wichtigen Merkmalen der Grundgesamtheit der (Teilzeit-)Pflegekräfte in Deutschland ähneln, können plausible Aussagen getroffen werden, die über die Stichprobe hinausgehen.

Von allen Befragten waren etwa 25 Prozent ausgestiegene Pflegekräfte und 75 Prozent Teilzeitpflegekräfte. Zwei Drittel arbeiteten aktuell oder zuletzt im Bereich der Krankenpflege und ein Drittel in der Langzeitpflege. Die ausgestiegenen Pflegekräfte waren zum Zeitpunkt der Befragung überwiegend erwerbstätig, 21 Prozent gaben jedoch an, weder erwerbstätig noch arbeitslos gemeldet zu sein; sieben

[13] Vgl. Auffenberg/Heß (2021).
[14] Vgl. Auffenberg/Heß (2021). Die Fragebögen werden auf Anfrage gerne zur Verfügung gestellt.

Prozent waren arbeitslos gemeldet. Die Befragten hatten überwiegend eine mindestens dreijährige Ausbildung in der Pflege (84 Prozent in der Krankenpflege, 69 Prozent in der Langzeitpflege), ein- oder zweijährige Hilfskraftabschlüsse waren deutlich seltener vertreten (1,4 Prozent in der Krankenpflege, 15,9 Prozent in der stationären Langzeitpflege, 8,1 Prozent in der ambulanten Langzeitpflege). Hilfskräfte mit zweijähriger Ausbildung wurden in die Auswertungen einbezogen. Die Potenzialberechnungen beziehen sich jedoch ausschließlich auf Fachkräfte mit dreijähriger Ausbildung. Der Frauenanteil unter den Befragten betrug zwischen 82 (befragte ausgestiegene Pflegekräfte) und 87 Prozent (befragte Teilzeitpflegekräfte). Das Durchschnittsalter betrug 43 Jahre. Aus allen Bundesländern waren Befragte vertreten. Sorgeverpflichtungen für Kinder unter 18 Jahren im Haushalt gab knapp die Hälfte der Befragten an, sonstige Sorgeverpflichtungen gaben gut ein Fünftel an.

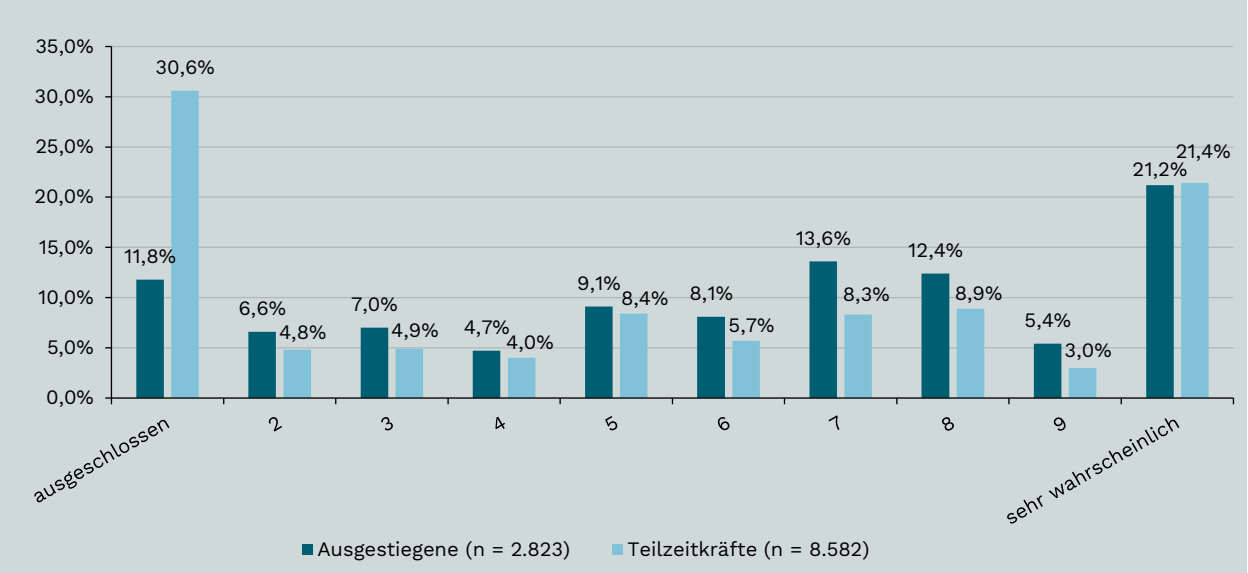
Die Daten wurden mit verschiedenen quantitativen und qualitativen Datenanalyseverfahren ausgewertet. Eine ausführliche Beschreibung der Methodik sowie der Stichprobe findet sich in der Langfassung dieses Berichts.

3 Ergebnisse

3.1 Bereitschaft zu Wiedereinstieg und Stundenerhöhung

Die zentrale Frage der Studie ist die nach der Bereitschaft zum Wiedereinstieg und zur Stundenerhöhung gewesen. Diese lautete: „Würden Sie unter den für Sie richtigen Arbeitsbedingungen wieder in der Pflege arbeiten?“ beziehungsweise „[…] Ihre Arbeitsstunden erhöhen?“. Die Befragten konnten auf einer 10-stufigen Skala von 1 = „ausgeschlossen“ bis 10 = „sehr wahrscheinlich“ ihre Bereitschaft zur Rückkehr oder Stundenerhöhung angeben.

Abbildung 1: Bereitschaft zum Wiedereinstieg bzw. zur Stundenerhöhung



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

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

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

Die Bereitschaft zum Wiedereinstieg und zur Stundenerhöhung wurde auf Grundlage der erhobenen soziodemografischen Daten für insgesamt 25 Teilgruppen untersucht, wobei sich nur wenige Unterschiede fanden. Allein teilzeitbeschäftigte Langzeitpflegekräfte gaben etwas häufiger an (26,6 Prozent verglichen mit 20,1 Prozent), sehr wahrscheinlich ihre Stunden zu erhöhen sowie mehr als ein Viertel der alleinerziehenden Teilzeitpflegekräfte.

Teilzeitpflegekräfte wurden auch danach gefragt, wie häufig sie über eine Aufstockung ihrer Arbeitsstunden nachdenken. Zwei Drittel von ihnen denken weniger als einmal im Monat über eine Stundenerhöhung nach, ein Drittel jedoch mindestens einmal im Monat – rund 19 Prozent der Teilzeitkräfte denken einmal im Monat über eine Aufstockung nach, 6,4 Prozent einmal in der Woche, 5,1 Prozent mehrmals pro Woche und 3,1 Prozent täglich. Dabei scheitert eine beabsichtigte Stundenerhöhung mehrheitlich nicht am Arbeitgeber – dies geben nur 12,7 Prozent der Teilzeitpflegekräfte an.

Ausgestiegene Pflegekräfte wurden ebenfalls gefragt, wie häufig sie über eine Rückkehr in den Pflegeberuf nachdenken. Etwa 40 Prozent von ihnen tun dies weniger als einmal im Monat, gut 60 Prozent jedoch mindestens einmal im Monat – 12,7 Prozent einmal pro Woche, 14,6 Prozent sogar mehrmals pro Woche und 5,5 Prozent täglich. Das Engagement bei der Rückkehr bleibt dabei bei rund 60 Prozent der befragten ausgestiegenen Pflegekräfte zunächst passiv – sie haben zwar über einen Wiedereinstieg nachgedacht oder auch mit anderen darüber gesprochen, sich aber bislang noch nicht informiert („latent-passives Engagement“). Demgegenüber stehen jedoch 33,7 Prozent der Befragten, die sich bereits Stellenanzeigen angesehen, sich aber bislang noch nicht beworben haben („latent-aktives Engagement“). Konkret aktiv geworden sind 5,7 Prozent der Befragten, sie haben sich bereits beworben oder stehen mit einem Arbeitgeber in Kontakt („manifest-aktives Engagement“).

3.2 Pflegefachkräftepotenziale

Auf Basis der von den Befragten getätigten Angaben zur Bereitschaft, in den Pflegeberuf zurückzukehren beziehungsweise die wöchentlichen Arbeitsstunden zu erhöhen, und dem errechneten Median des dabei gewünschten Stundenumfangs, können Fachkräftepotenziale ermittelt werden. Befragte, die eine Berufsrückkehr oder Stundenerhöhung von vornherein ausschließen, wurden nicht berücksichtigt.

Die Bereitschaft aller übrigen Befragten wird in zwei Rechenmodelle einbezogen: Das optimistische Modell schließt alle Befragten ein, die eine Berufsrückkehr oder Stundenerhöhung nicht kategorisch ausschließen, das heißt alle, die auf der oben genannten Skala mindestens eine 2 angegeben haben.

Dementgegen steht ein konservatives Modell, bei dem nur Befragte einbezogen werden, die eine Bereitschaft von mindestens 8 von 10 auf der oben genannten Skala angegeben haben, unter den für sie richtigen Bedingungen in die Pflege zurückzukehren beziehungsweise ihre wöchentlichen Arbeitsstunden zu erhöhen.

Diese Bereitschaft wird dann auf die Grundgesamtheit der Teilzeitpflegefachkräfte sowie auf die im Rahmen dieser Studie erstmals geschätzten Grundgesamtheit der ausgestiegenen Pflegefachkräfte übertragen. Zur Berechnung des Gesamtstundenvolumens werden die in der Studie ermittelte gewünschte wöchentliche Arbeitszeit von im Median 30 Stunden sowie der von Teilzeitpflegekräften im Median angegebenen gewünschten Erhöhung ihrer wöchentlichen Arbeitszeit von zehn Stunden herangezogen. Zur Umrechnung in potenziell (zurück-)gewinnbare Vollzeitäquivalente wird eine regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit von 38,5 Stunden zugrunde gelegt.

3.2.1 Teilzeitpflegekräfte

Nach Daten des Statistischen Bundesamts sind in Deutschland 223.092 Teilzeitfachkräfte im Pflegedienst der Krankenhäuser beschäftigt.[15] Davon ausgehend, dass davon, wie die Befragten der Studie, ebenfalls 34 bis zu 75 Prozent zu einer Aufstockung der wöchentlichen Arbeitszeit um zehn Stunden unter den für sie richtigen Arbeitsbedingungen bereit sind, ergibt sich für die Krankenpflege in Deutschland ein Potenzial von rund 20.000 (konservativ) bis zu 43.000 (optimistisch) Vollzeitäquivalenten.

Auf Basis von Daten der Pflegestatistik[16] kann für ganz Deutschland von einer Grundgesamtheit von 184.687 Teilzeitkräften auf Fachkraftniveau in den Bereichen Pflege und Betreuung in der Langzeitpflege ausgegangen werden. Davon ausgehend, dass davon ebenfalls etwa 73 beziehungsweise 39 Prozent zu einer Aufstockung der wöchentlichen Arbeitszeit um zehn Stunden unter den für sie richtigen Arbeitsbedingungen bereit sind, ergibt sich für die Langzeitpflege in Deutschland ein Potenzial von rund 19.000 (konservativ) bis zu 35.000 (optimistisch) Vollzeitäquivalenten.

Insgesamt ergibt sich somit ein Teilzeitpflegekräftepotenzial auf Fachkraftniveau in der Kranken- und Langzeitpflege von rund 38.000 bis zu 78.000 Vollzeitäquivalenten.[17]

3.2.2 Ausgestiegene Pflegekräfte

Zur Berechnung des Pflegekräftepotenzials ausgestiegener Pflegekräfte wurde zunächst die Anzahl aller ausgestiegenen Pflegekräfte auf Grundlage von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung der BARMER geschätzt. Ausführliche methodische Hinweise hierzu finden sich in der Langfassung dieses Berichts.

Zum Stichtag 31.12.2020 waren nach der Hochrechnung auf Grundlage der BARMER-Daten knapp 1,275 Millionen ehemalige beruflich Pflegende inzwischen nicht mehr als Pflegekräfte tätig. Dabei entfallen etwa 372.000 auf Altenpflegefachkräfte, sowie 492.000 auf Krankenpflegefachkräfte.

[15] Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021).
[16] Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020).
[17] Diese Zahlen liegen deutlich niedriger im Vergleich zu den Berechnungen in der Bremer Pilotstudie, da diese im Bereich der Langzeitpflege nicht nach Berufsabschlüssen und Tätigkeitsbereichen unterschieden hat, sondern alle Teilzeitkräfte in diesem Bereich zugrunde gelegt hat. Die entsprechenden Differenzierungen lagen in der Pflegestatistik von 2017 noch nicht vor.

Tabelle 1: Schätzung der Grundgesamtheit ausgestiegener Pflegekräfte, basierend auf einer Hochrechnung von GKV-Routinedaten

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

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

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

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

Geht man davon aus, dass sich die in dieser Studie ermittelte Bereitschaft zum Wiedereinstieg auf alle ausgestiegenen Pflegekräfte übertragen lässt, ergibt sich ein Pflegefachkräftepotenzial von rund 152.000 bis zu 335.000 Vollzeitäquivalenten im Bereich der Altenpflege. Für die Krankenpflege ergibt sich ein Pflegefachkräftepotenzial von rund 111.000 bis zu 248.000 Vollzeitäquivalenten. Insgesamt stünden durch die Rückkehr ausgestiegener Pflegekräfte zwischen rund 263.000 bis zu 583.000 Vollzeitäquivalente für eine gute Pflege und zur Entlastung vorhandener Pflegekräfte zur Verfügung. Ausführliche methodische Limitationen hierzu finden sich in der Langfassung dieses Berichts.

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

Ein weiterer wichtiger Faktor zur Beurteilung des kurz- und mittelfristigen Rückkehrpotenzials zeigt sich in der Intensität beziehungsweise in dem Engagement, mit dem eine Rückkehr in den Pflegesektor verfolgt wird. Hier ergibt sich bundesweit ein latent-passives Pflegefachkräftepotenzial von rund 159.000 bis zu 353.000 Vollzeitäquivalenten, ein latent-aktives Potenzial von rund 97.000 bis zu 215.000 Vollzeitäquivalenten und ein manifest-aktives Potenzial von rund 15.000 bis zu 33.000 Vollzeitäquivalenten.

Nach den gewünschten Wiedereinstiegsbereichen befragt, gibt ein großer Anteil der ausgestiegenen Pflegekräfte ihren letzten Arbeitsbereich an. Dabei geben jedoch die Befragten, die zuletzt in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten tätig waren, ihren eigenen Bereich seltener als Wiedereinstiegsbereich an (54,3 Prozent) und vergleichbar oft das Krankenhaus (41,8 Prozent) sowie die Kurzzeit- und Tagespflege (35,2 Prozent). Über alle Befragten der verschiedenen letzten Arbeitsgebiete hinweg, zeigt sich der Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung konstant als mögliche Option für einen Wiedereinstieg.

Tabelle 2: Pflegefachkräftepotenziale im Überblick (in Vollzeitäquivalenten, gerundet)

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

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn …“; Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021); Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020); GKV-Routinedaten der BARMER

3.3 Förderliche Arbeitsbedingungen für Wiedereinstieg und Stundenerhöhung

Im Folgenden werden die für den Wiedereinstieg und die Stundenerhöhung notwendigen Veränderungsbedarfe dargestellt. Dies ist eine wichtige Einschränkung des Pflegepotenzials – denn die Befragten haben angegeben, nur unter den für sie richtigen Arbeitsbedingungen bereit zu sein, in ihren Beruf zurückzukehren oder ihre Stundenzahl zu erhöhen.

3.3.1 Rankingfrage – acht wichtige Arbeitsbedingungen in Relation zueinander

Zunächst konnten die Befragten acht vorgegebene Arbeitsbedingungen nach der Bedeutung für ihren Wiedereinstieg beziehungsweise ihre Stundenerhöhung sortieren. Diese acht vorgegebenen Arbeitsbedingungen generierten sich aus den als am wichtigsten bewerteten Arbeitsbedingungen aus der Bremer Befragung.[18]

Diese Frage unterschied sich von der Systematik der weiteren Fragen zu den Arbeitsbedingungen und steht für sich. Im weiteren Verlauf des Fragebogens bewerteten die Befragten innerhalb der fünf (bzw. sechs für die Ausgestiegenen) Themenbereiche insgesamt 61 (bzw. 66) Arbeitsbedingungen jeweils einzeln auf einer Likert-Skala von „ganz unwichtig“ bis „ganz wichtig“ (Darstellung der Ergebnisse in Abschnitt 3.4).

[18] Vgl. Auffenberg/Heß (2021): S. 23.

Tabelle 3: Ranking der wichtigsten Arbeitsbedingungen für Wiedereinstieg und Stundenerhöhung (Basis: Ergebnisse der Bremer Pilotstudie)

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

W = 0,37, p <0,001

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

Die in Tabelle 3 ersichtliche Rangordnung der abgefragten Merkmale ist für insgesamt 25 Teilgruppen überprüft worden – unter anderem aufgeteilt nach Ausgestiegenen und Teilzeitkräften, den Bereichen der Kranken- und Langzeitpflege, dem Geschlecht und dem wahrgenommenen Gesundheitszustand. Die folgenden Befunde sind bis auf eine kleine Ausnahme über alle Teilgruppen und die Gesamtheit der Befragten hinweg stabil. Obwohl die exakte Reihenfolge der Arbeitsbedingungen nicht für alle Teilgruppen gleich ist, lassen sich insgesamt vier stabile Rangstufen aus den Berechnungen ableiten: Mehr Zeit für eine gute Pflege durch mehr Personal ist die Bedingung, die von allen Befragten deutlich als die wichtigste angesehen wird und auf der ersten Rangstufe zu finden ist. Dahinter reihen sich eine höhere Bezahlung und verlässliche Arbeitszeiten ein. Mit etwas größerem Abstand auf der dritten Rangstufe finden sich die Wünsche nach mehr Wertschätzung von Vorgesetzten sowie nach Tarifbindung. Fachliche Aufstiegsmöglichkeiten, die Möglichkeit, Erlebtes während der Arbeitszeit psychisch verarbeiten zu können sowie betriebliche Interessenvertretung und Mitsprache bilden die vierte Rangstufe und werden in Relation zu den anderen Bedingungen als am wenigsten wichtig angesehen.

3.3.2 Top 10 der wichtigsten Arbeitsbedingungen

Im Folgenden werden die zehn wichtigsten der 67 in den Themenbereichen abgefragten Arbeitsbedingungen präsentiert. Tabelle 4 bietet einen Überblick über die zehn wichtigsten Arbeitsbedingungen für eine Rückkehr beziehungsweise eine Stundenerhöhung. Diese Ergebnisse werden zusammengefasst präsentiert, da die wichtigsten zehn Arbeitsbedingungen in beiden Gruppen identisch sind und nur in ihrer Rangfolge leicht abweichen.

Tabelle 4: Die zehn wichtigsten Arbeitsbedingungen für Rückkehr bzw. Stundenerhöhung

	Arbeitsbedingungen	Themenbereiche	wichtig/ ganz wichtig	n
1	Fairer Umgang unter Kolleg/innen	Organisation und Führung	97,4 %	6.654
2	Vorgesetzte, die wertschätzend und respektvoll sind	Organisation und Führung	96,5 %	6.655
3	Bedarfsgerechte Personalbemessung	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	95,1 %	7.707
4	Vorgesetzte, die sensibel für meine Arbeitsbelastung sind	Organisation und Führung	94,4 %	6.644
5	Nicht unterbesetzt arbeiten müssen	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	92,8 %	7.741
6	Mehr Zeit für menschliche Zuwendung	Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung	92,7 %	7.730
7	Vereinfachte Dokumentation	Organisation und Führung	91,0 %	6.642
8	Verbindliche Dienstpläne	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	89,1 %	7.392
9	Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft	Organisation und Führung	89,1 %	6.612
10	Fort-/Weiterbildung = höheres Gehalt	Weiterbildung und Karriere	88,9%	6.344

Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage der bundesweiten Befragung „Ich pflege wieder, wenn …“, ausgestiegene Pflegekräfte n = 6.612–7.707.

Für beide Gruppen zeigt sich eine besondere Wichtigkeit für Arbeitsbedingungen aus den Themenbereichen „Organisation und Führung“ sowie „Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung“. Acht der zehn wichtigsten Items entstammen diesen beiden Bereichen. Hoch bewertet wurden im Themenbereich „Organisation und Führung“ vor allem ein fairer Umgang unter Kolleg*innen sowie Vorgesetzte, die wertschätzend und respektvoll sowie sensibel für ihre Arbeitsbelastungen sind. Außerdem ist den Befragten in diesem Bereich eine vereinfachte Dokumentation sowie die Augenhöhe mit der Ärzteschaft wichtig. Im Bereich „Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung“ ist den beiden Gruppen eine bedarfsgerechte Personalbemessung besonders wichtig, ebenso wie nicht unterbesetzt arbeiten zu müssen (92,8 Prozent) und mehr Zeit für menschliche Zuwendung zu haben. Aus dem Bereich „Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben“ findet sich in den Top 10 der Wunsch nach verbindlichen Dienstplänen sowie aus dem Bereich „Weiterbildung und Karriere“, dass sich eine Fort- oder Weiterbildung auch in einem höheren Gehalt niederschlagen soll.

Auch bei Betrachtung der Befragten der Kranken- und Langzeitpflege finden sich nur wenige Unterschiede: So zeigt sich für ausgestiegene Langzeitpflegekräfte, dass sie den Ausschluss von regelmäßig geplanten Überstunden höher bewerteten als Krankenpflegekräfte. Auch bewerteten Langzeitpflegekräfte es nachvollziehbarerweise höher, dass keine geteilten Dienste geleistet werden müssen. Ebenso nachvollziehbar bewerten Krankenpflegekräfte die Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft höher als

Langzeitpflegekräfte. In Teilzeit arbeitenden Langzeitpflegekräften war zudem ein höheres Grundgehalt etwas wichtiger als den befragten Teilzeitkräften in der Krankenpflege.

Pflegekräfte mit niedrigeren Berufsabschlüssen bewerteten finanzielle Aspekte sowie den Gesundheitsschutz etwas wichtiger als alle anderen Befragten. Auch für alleinerziehende Pflegekräfte spielten finanzielle Anreize eine größere Rolle für einen Wiedereinstieg und eine Stundenerhöhung.

3.4 Zu den förderlichen Arbeitsbedingungen nach Themenbereichen im Einzelnen

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

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

3.4.1 Organisation und Führung

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

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

Gleichzeitig bewerteten die Befragten jedoch Teambildungsmaßnahmen und wenige personelle Wechsel im Team als verhältnismäßig weniger wichtig, auch im Gesamtranking. Schulungen zum Umgang mit Konflikten mit Kolleg*innen belegten im Bereich „Organisation und Führung“ sogar den letzten Platz. Auch eine bessere Kooperation mit anderen Berufsgruppen ist nicht das wichtigste Anliegen, eine klar definierte Aufgabenteilung zwischen Fach- und Hilfskräften findet sich im Gesamtranking erst in der zweiten Hälfte. Dies und die Antworten auf die offenen Fragen deuten daher eher darauf hin, dass die hohen Zustimmungswerte zu einem fairen Umgang unter Kolleg*innen schlicht als wichtige Voraussetzung zu verstehen sein könnten, die weniger auf ein gewachsenes Defizit verweisen, als vielmehr auf die Wahrnehmung der Kollegialität als Ressource. Auch in den Antworten auf die offene Frage zu diesem Themenbereich bezogen sich die häufigsten Nennungen auf die Zusammenarbeit (127 von

419 Nennungen). Die Befragten drückten eine allgemeine Wertschätzung für einen kollegialen Umgang aus, auch über die verschiedenen Berufsgruppen und Hierarchien hinweg.

In der Zusammenarbeit nimmt das Verhältnis zu den Vorgesetzten eine hervorgehobene Stellung ein. Besonders wichtig sind den Befragten Vorgesetzte, die wertschätzend und respektvoll sowie sensibel für ihre Arbeitsbelastungen sind. Auch gegenüber der Ärzteschaft wünschen sich viele, dass mehr auf Augenhöhe gearbeitet wird. In diesem Zusammenhang wird in den Freitextantworten häufiger angemerkt, dass Pflegekräfte keine „Handlanger“ oder „Dienstleister“ für die Ärztinnen und Ärzte seien. Angemahnt wird dabei die Anerkennung ihrer pflegerischen Fachkompetenz und auf ihre Nähe zu den Patientinnen und Patienten hingewiesen. Auch eine Akademisierung des Pflegeberufs wird in diesem Zusammenhang häufiger genannt.

Augenhöhe und Wertschätzung scheint sich für die Mehrheit der Befragten dabei nicht zuvorderst durch mehr Eigenständigkeit in der Arbeit und mehr Mitsprache auszudrücken: Die eigenständige Planung, Steuerung und Überwachung von Pflegeprozessen und auch mehr Mitsprachemöglichkeiten in betrieblichen Abläufen wurden von den Befragten vergleichsweise weniger wichtig bewertet.

3.4.2 Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung

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

Wichtig für einen Wiedereinstieg und eine Stundenerhöhung ist den Befragten im Bereich „Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung“, ebenso wie im Gesamtranking, ausreichend Zeit für eine gute Pflege zu haben. Entsprechend hoch bewerteten sie eine bedarfsgerechte Personalbemessung, nicht unterbesetzt arbeiten zu müssen und mehr Zeit für menschliche Zuwendung zu haben.

Dabei wurde in den Antworten auf die offenen Fragen (in diesem Bereich besonders zahlreich) häufig eine grundsätzliche Kritik an der Profitorientierung im Gesundheitswesen geäußert (198 von 1.496 Nennungen).

Ebenfalls im obersten Drittel des Gesamtrankings finden sich monetäre Aspekte, wie höhere Zulagen für besondere Tätigkeiten oder Spezialisierungen, ein höheres Grundgehalt oder eine Tarifbindung.

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

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

Des Weiteren wurde den Befragten im Bereich „Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung“ zum Item „mehr Anerkennung für die Arbeit in der Pflege“ eine weiterführende Frage gestellt. Sie lautete: „Was genau meinen Sie, wenn Sie sich mehr Anerkennung wünschen?“ Die Befragten konnten hier drei Formen der Anerkennung auswählen. Am wichtigsten ist es, bei der Arbeit den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden und sich nicht an betriebswirtschaftlichen Interessen orientieren zu müssen. Die höchsten Zustimmungswerte zeigen hier aus der Langzeitpflege ausgestiegene Befragte. Mit deutlichem Abstand folgen eine angemessene Bezahlung und mehr Mitsprachemöglichkeiten bei Entscheidungen, die den Arbeitsplatz betreffen.

3.4.3 Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben

Im Themenbereich „Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben“ ergab die Faktorenanalyse, dass dieser in mehrere Dimensionen aufgeteilt werden muss. Von besonderer Bedeutung für einen Wiedereinstieg oder eine Stundenerhöhung war die Dimension der planbaren und verlässlichen Arbeitszeiten. Diese umfasst verbindliche Dienstpläne, keine regelmäßig geplanten Überstunden, keine geteilten Dienste, guten Gewissens pünktlich Feierabend machen zu können, kein Einspringen aus der Freizeit und (vergleichsweise niedrig bewertet) geregelte Pausenzeiten.

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

Eine zweite Dimension betrifft individuelle Vereinbarkeitsfaktoren. Hierzu zählen die Bereitstellung passender Kinderbetreuung (zum Beispiel nah am Arbeitsort, abgestimmt auf Schichtarbeit) sowie Lebensarbeitszeitkonten (zum Beispiel um Stunden anzusparen und später eine Zeit lang weniger zu arbeiten).

Die dritte Dimension betrifft die Arbeitszeitlage, die die geringste Bedeutung für die Stundenerhöhung und den Wiedereinstieg besitzt. Der Ausschluss von Nacht- und Wochenenddiensten spielt hierbei sowohl für Ausgestiegene als auch für Teilzeitkräfte die geringste Rolle, auch im Gesamtranking aller Arbeitsbedingungen.

3.4.4 Gesundheitsschutz und Prävention

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

Innerhalb dessen waren den Befragten verbindliche Maßnahmen nach einer Gefährdungsbeurteilung von Gesundheits- und Sicherheitsrisiken am Arbeitsplatz am wichtigsten, gefolgt von einem altersgerechten Zuschnitt von Tätigkeiten, dem Einsatz von Technik zur Reduktion körperlicher Belastungen (zum Beispiel Heberoboter), Präventionsangeboten während der Arbeitszeit zum Umgang mit psychischer Belastung (zum Beispiel Überlastung oder Umgang mit Trauer und Tod im Arbeitsalltag) und einem betrieblichen Eingliederungsmanagement nach Krankheit (zum Beispiel schrittweise wieder

einsteigen). Der Einsatz von Technik zur Reduktion körperlicher Belastungen sowie ein altersgerechter Zuschnitt von Tätigkeiten wurden dabei von ausgestiegenen Pflegekräften als wichtigste Bedingung bewertet, während Teilzeitpflegekräften verbindliche Maßnahmen nach einer Gefährdungsbeurteilung am wichtigsten waren.

3.4.5 Weiterbildung und Karriere

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

Im Mittelfeld des Gesamtrankings befanden sich noch Wünsche nach fachlichen Aufstiegsmöglichkeiten (zum Beispiel Fachweiterbildung) sowie generell mehr Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten (zum Beispiel zur Demenzfachkraft oder zur/zum Hygienebeauftragten).

3.4.6 Wiedereinstieg

Ausgestiegene Pflegekräfte wurden auch nach den Voraussetzungen gefragt, die konkret ihren Wiedereinstieg betreffen. Die Faktorenanalyse hat gezeigt, dass sich die abgefragten Items in vorgelagerte sowie begleitende Maßnahmen beim Wiedereinstieg gliedern lassen. Geringe Bedeutung für einen Wiedereinstieg haben dabei auch im Gesamtranking vorgelagerte Maßnahmen wie ein Informationstag des Arbeitgebers für interessierte Wiedereinsteiger*innen sowie die Zahlung einer Wiedereinstiegsprämie. Bei den begleitenden Maßnahmen gibt es deutliche Unterschiede in der Bewertung. Hier werden Stufenmodelle zur schrittweisen Erhöhung der Arbeitszeit sowie Wiedereinstiegskurse zur Auffrischung von Pflegekenntnissen gering bewertet. Deutlich wichtiger und auch im Gesamtranking hoch bewertet sind hingegen die geregelte und strukturierte Einarbeitung am Arbeitsplatz durch eine Führungskraft oder Praxisanleitung sowie die Begleitung beim Wiedereinstieg am Arbeitsplatz durch eine*n Kolleg*in.

Tabelle 5: Überblick über die wichtigsten Arbeitsbedingungen nach Themenbereichen

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

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

3.5 Exkurs: Einfluss der Covid-19-Pandemie

Da die Erhebung im Rahmen der vorliegenden Studie während der Covid-19-Pandemie durchgeführt wurde, enthielt der Fragebogen auch einen Themenblock, der sich mit der Pandemie und ihren Auswirkungen auf die Pflegekräfte und ihre Arbeit befasst. Der deutlich negative Effekt der Pandemie auf die Bereitschaft von Ausgestiegenen und Teilzeitkräften, in der Pflege zu arbeiten, deutet darauf hin, dass die in dieser Studie errechneten Potenziale die tatsächlichen Potenziale unterschätzen, die im Szenario einer verbesserten pandemischen Lage zur Verfügung stehen könnten.

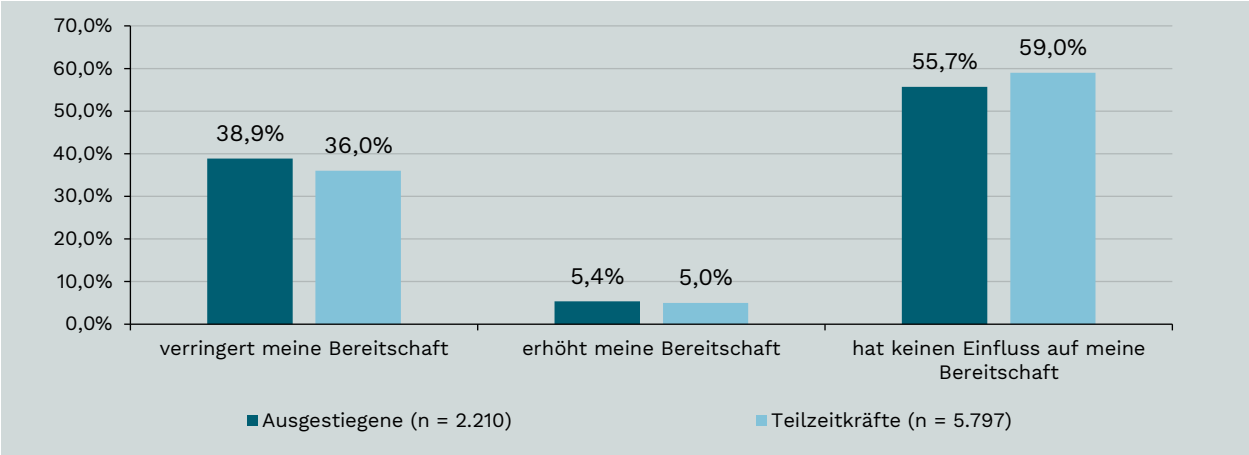
Nach dem Einfluss der Pandemie befragt, geben 38,9 Prozent der Ausgestiegenen und 36 Prozent der Teilzeitkräfte eine Verringerung ihrer Bereitschaft in der Pflege zu arbeiten an. Dies zeigt sich vor allem bei Teilzeitkräften aus der Krankenpflege, verglichen mit Befragten aus der Langzeitpflege (40 zu 29 Prozent). Als Gründe wurden in den Freitextantworten die erschwerten Arbeitsbedingungen wie etwa Überstunden, längere Schichten, Mehrbelastungen unter anderem durch das Tragen von Schutzausrüstung oder auch das Fehlen derselben, die Impf- und Maskenpflicht, ein Aussetzen der Pflegepersonaluntergrenzen sowie ein verschlechtertes und angespanntes Arbeitsklima angegeben. Ebenfalls genannt wurden persönliche gesundheitliche Risiken, gestiegene Sorgeverpflichtungen, eine fehlende gesellschaftliche Wertschätzung oder auch unzureichende Prämien. Im Vergleich zur Bremer Pilotstudie hat sich der negative Effekt der Pandemie auf die Bereitschaft, in der Pflege zu arbeiten, deutlich verstärkt.[19]

Nur fünf Prozent der ausgestiegenen als auch in Teilzeit arbeitenden Pflegekräfte geben an, dass die Pandemie ihre Bereitschaft, in der Pflege zu arbeiten, erhöht hat. Dies wurde mit Solidarität mit den

[19] Vgl. Auffenberg/Heß (2021), S. 19.

Kolleg*innen sowie dem Berufsethos und einer gesellschaftlichen Verantwortung im Zuge der Pandemie begründet. Der größte Teil sieht jedoch keinen Einfluss der Pandemie auf ihre Bereitschaft, in der Pflege zu arbeiten (55,7 bzw. 59 Prozent).

Abbildung 2: Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Bereitschaft zum Wiedereinstieg und zur Stundenerhöhung



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

Hinsichtlich der Frage, ob sich die Arbeitsbedingungen in der Pflege im Zuge der Covid-19-Pandemie verbessert haben, zeigt sich über alle untersuchten Teilgruppen hinweg ein eindeutiges Bild: Über 90 Prozent der befragten Pflegekräfte sind der Ansicht, dass sich die Arbeitsbedingungen nicht verbessert haben. Diese Einschätzung wird in den Freitextantworten mit politischer Systemkritik untermauert. Darüber hinaus wird sie mit einer mangelnden Unterstützung seitens Politik und Arbeitgeberseite sowie einer unzureichenden Interessenvertretung der Pflege und damit verbunden die Feststellung einer „Genügsamkeit der Pflegekräfte“, die sich zum Beispiel darin ausdrückt, dass zu wenig gestreikt werde, begründet.

Dementsprechend gaben 10,2 Prozent der Befragten in der Langzeitpflege und 9,6 Prozent in der Krankenpflege an, im Zuge der Covid-19-Pandemie aus der Pflege ausgestiegen zu sein. Ebenso haben 7,5 Prozent der Befragten in der Langzeitpflege und 10,2 Prozent in der Krankenpflege angegeben, ihre Arbeitsstunden aufgrund der Pandemie verringert zu haben.

4 Handlungserfordernisse und -empfehlungen

Die bundesweite Untersuchung bestätigt die Ergebnisse der Bremer Pilotstudie. Auch die größer angelegte Befragung zeigt: Viele Pflegefachkräfte wären bereit, in ihren Beruf zurückzukehren oder ihre Stunden zu erhöhen, wenn sie dort eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen vorfinden würden. Ohne Zweifel gibt es nicht das *eine* „Patentrezept“, denn bessere Arbeitsbedingungen erfordern mehr Pflegepersonal und andersherum: Um mehr Pflegepersonal gewinnen zu können, braucht es eine deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Entscheidend ist, die Negativspirale aus problematischen Arbeitsbedingungen und daraus folgendem Aussteigen aus dem Beruf oder Stundenreduzierungen entgegenzuwirken und Pflegekräfte stattdessen zur Stundenerhöhung und Rückkehr in den Pflegeberuf zu motivieren. Dabei können etwa Verbesserungen bei der Bezahlung, insbesondere in der Lang-

zeitpflege, oder eine veränderte Führungskultur realisiert werden, ohne, dass schon mehr Personal vorhanden ist.

Am wichtigsten scheint indes, den Rückkehrwilligen und Aufstockungsbereiten glaubhaft zu vermitteln, dass es einen Plan und auch das Geld gibt, um Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen personell angemessen auszustatten. Dies muss einhergehen mit Arbeitsbedingungen, die es Pflegekräften ermöglicht, gesund und den eigenen berufsfachlichen Ansprüchen entsprechend zu arbeiten.

Ausreichend Zeit für eine gute Pflege durch bedarfsgerechte Personalbemessung

Mehr Zeit für eine gute Pflege durch mehr Personal ist die Bedingung, die von allen Befragten deutlich als die wichtigste angesehen wird.

Personalbemessungsregelungen lassen sich sowohl tariflich als auch gesetzlich verankern. Für die tarifliche Ebene hat Verdi seit 2015 mit bisher 18 Entlastungstarifverträgen Beispiele geschaffen, die zeigen, dass Verbesserungen im Bereich der Personalbemessung großes Mobilisierungspotenzial haben und möglich sind.[20] Hierzu müssen Pflegekräfte jedoch selbst aktiv werden und mit ihrer Gewerkschaft dafür kämpfen. Mit Blick auf die geringe Tarifbindung, insbesondere im Bereich der Langzeitpflege, ist eine gesetzliche Verankerung einer ausreichenden Personalbemessung dennoch unabdingbar.

Ein Personalbemessungsinstrument für die Langzeitpflege existiert inzwischen (PeBeM).[21] Gesetzlich durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)[22] verankert sind jedoch nur 40 Prozent der dadurch zu erreichenden Personalausstattung. Für Beschäftigte jedenfalls ist eine Verbesserung noch nicht klar absehbar. Auch Einrichtungen sind verunsichert, denn in manchen Bundesländern liegt die Personalbemessung schon jetzt oberhalb dieser gesetzlich verankerten Grenze. Entscheidend ist also, dass die PeBeM perspektivisch vollständig, also zu 100 Prozent, umgesetzt wird und hierfür ein verbindlicher Zeitplan verabredet und festgelegt wird. Zudem stützt sich das PeBeM-Modell in großem Umfang auf Assistenzkräfte, die unterhalb der Pflegefachkraft qualifiziert sind. Dann ist jetzt der Zeitpunkt, diese Assistenzausbildung – bislang landesrechtlich geregelt – bundeseinheitlich zu gestalten, sie als Umschulung zu fördern aber auch den Aufstieg zur Fachkraft förderfähig zu machen. Sonst befinden sich die Assistenzkräfte in einer Sackgasse.

Auch in der ambulanten Langzeitpflege müssen personelle Verbesserungen angestrebt werden. Hierfür ist eine erhöhte Vergütung der Leistungskomplexe nötig, wenn nicht die Entwicklung hin zu einer selbstbestimmten Leistungserbringung mit Vergütung der aufgewendeten Arbeitszeit.[23] Auch in der ambulanten Langzeitpflege besteht ein erheblicher Personalmehrbedarf.[24] Damit dieser Bereich im Vergleich zu den anderen attraktiv bleibt, muss es auch hier zu bedarfsgerechten Versorgungs- und Personalbemessungskonzepten kommen.

Gesetzlich existieren im Krankenhausbereich bisher nur die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV), die jedoch nicht bedarfsgerecht sind und zudem nicht für alle Bereiche gelten. Die Selbstverwaltung ist mit dem GVWG beauftragt worden, vergleichbar der PeBeM in der Langzeitpflege, bis Ende 2024 auch für das Krankenhaus ein Instrument zur Personalbemessung zu entwickeln. Bis dahin braucht es nun verlässliche Zwischenlösungen, auf die dieses Instrument aufbauen kann. Der Koalitionsvertrag sieht

[20] Vgl. Verdi (2021).
[21] Vgl. Rothgang et al. (2020).
[22] Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S 2754).
[23] Vgl. Büscher et al. (2018).
[24] Vgl. ebd.

vor, ein bereits erprobtes bedarfsgerechtes Personalbemessungsinstrument, die PPR 2.0, übergangsweise einzuführen. Dies ist ein entscheidendes Signal für Pflegekräfte in Richtung der strukturellen Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen.

Festzuhalten bleibt, dass bedarfsgerechte Instrumente der Personalbemessung einer der stärksten Motivationsfaktoren sowohl für die Rückkehr in den Pflegeberuf als auch für eine Stundenerhöhung sind. Betrieblich sind auch flankierende Maßnahmen, die die Einhaltung der Personalbemessung unterstützen, wie etwa ein umfassendes Ausfallmanagement, das von den Einrichtungen etabliert und zum Beispiel in Stellenausschreibungen beworben wird, notwendig und sinnvoll.

Angemessene Bezahlung durch weitere Aufwertung und Tarifbindung

Die Bruttomedianentgelte von Gesundheits- und Krankenpflegefachkräften sowie von Altenpflegefachkräften unterscheiden sich, trotz der Zuwächse in den letzten Jahren, noch erheblich. 2020 verdiente eine Krankenpflegekraft im Krankenhaus 3.737 Euro, das Bruttomedianentgelt einer Altenpflegefachkraft im Pflegeheim betrug 3.224 Euro und in der ambulanten Pflege 2.857 Euro.[25] Schon vor dem Hintergrund der generalistischen Ausbildung ist die Angleichung der Gehälter von Kranken- und Altenpflege essenziell.

Auch eine erhöhte Tarifbindung trägt dazu bei, dass Löhne steigen und das Lohngefüge transparent ausgestaltet ist. Die Politik hat diese Problematik erkannt. So sieht das GVWG vor, dass ab September 2022 nur noch Pflegeeinrichtungen zur Versorgung zugelassen werden, die ihren Beschäftigten in der Pflege und Betreuung Pflegebedürftiger mindestens eine Entlohnung zahlen, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart ist oder ihren Beschäftigten im Durchschnitt der drei relevanten Beschäftigungs-/Qualifikationsgruppen in Pflege und Betreuung mindestens eine Entlohnung in Höhe des für die Beschäftigungs-/Qualifikationsgruppen ermittelten regional üblichen Entgeltniveaus bezahlen (sogenannte Durchschnittsanwendung).

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

Verlässliche Arbeitszeiten durch teambasierte Dienstplangestaltung und Ausfallmanagement

Verlässliche Dienstpläne waren den Befragten ebenso wichtig wie die angemessene Bezahlung. Für die befragten Pflegekräfte ist es wichtig, nicht dauerhaft Überstunden machen zu müssen, guten Gewissens pünktlich Feierabend machen zu können und nicht aus der Freizeit einspringen zu müssen. Auch hier hängen Verbesserungen mit einer besseren Personalausstattung der Einrichtungen eng zusammen – jedoch können auf betrieblicher Ebene bereits Verbesserungen angestrebt und umgesetzt werden. Arbeitsorganisatorisch bietet sich ein umfassendes Ausfallmanagement an, um insbesondere ein Einspringen aus der Freizeit auszuschließen. Dieses kann beispielsweise nach kurz-, mittel- und langfristigem Personalausfall differenzieren und verschiedene, gesondert vergütete Springerpool- und Bereitschaftsdienstvarianten kombinieren. Hier ist es an den Arbeitgebern, ihre Führungskräfte und Teams für die Dienstplanung zu qualifizieren sowie im Ausfallmanagement nachzubessern.

[25] Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit (2021) für das IAT; Stichtag: 31.12.2020.

Die Dienstplanung selbst sollte partizipativ ausgestaltet sein und in die Organisationsentwicklung eingebettet und begleitet werden. Der Koalitionsvertrag sieht die Abschaffung geteilter Dienste und die Einführung eines Anspruchs auf familienfreundliche Arbeitszeiten vor. Diese Vorhaben müssen nun konkretisiert werden.

Förderung einer wertschätzenden Führungskultur und Kollegialität

Die kollegiale und wertschätzende Zusammenarbeit – auch über die Berufsgruppen hinweg – war den Befragten besonders wichtig. Wie bei der Bezahlung besteht auch hier die Chance, Verbesserungen bei der Arbeitszufriedenheit zu erreichen, ohne dass bereits mehr Personal zur Verfügung steht.

Vorgesetzte, die wertschätzend und respektvoll sowie sensibel für die Arbeitsbelastungen in der Pflege sind, gehören ebenso dazu wie der faire Umgang unter Kolleginnen und Kollegen. Im Bereich Organisation und Führung gibt es folglich einen besonders großen Bedarf. Zum Beispiel ist die Fortbildung für Leitungskräfte in der Pflege bundesweit nicht einheitlich geregelt. Im Zuge der Überarbeitung der Aufgaben- und Tätigkeitsfelder von Pflegekräften im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege müssen diese vereinheitlicht sowie Aspekte der Teamorganisation, Dienstplangestaltung im Team, Reflexion der eigenen Führungsrolle, positive Psychologie und wertschätzende Führung sowie spezielle Onboarding-Bedarfe ausgestiegener Pflegekräfte im Curriculum verankert werden.

Neben den Ansprüchen an eine wertschätzende Führung, fand sich auch die „Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft“ unter den wichtigen Voraussetzungen für den Wiedereinstieg und die Stundenerhöhung. Die Freitextantworten zeigten, dass es den Befragten vor allem darum geht, als eigenständige Berufsgruppe wahrgenommen zu werden und ihre Fachlichkeit ausüben zu können. Umgekehrt wollen Pflegekräfte die in Ausbildung oder Studium erworbenen Kompetenzen auch einsetzen und nicht als „Handlanger“ für die Ärzt*innen wahrgenommen werden. Der Koalitionsvertrag sieht die Schaffung eines allgemeinen Heilberufegesetzes vor sowie die Ergänzung der professionellen Pflege um heilkundliche Tätigkeiten. Dieses muss es Pflegekräften ermöglichen, ihre Fachlichkeit und die damit verbundenen Aufgaben und Tätigkeiten rechtssicher einsetzen und wo gewünscht ausweiten zu können.

Erhöhung der Wiedereinstiegsmotivation durch umfassende Einarbeitung

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

Schaffung geeigneter Finanzierungsgrundlagen

Am Ende wird es unumgänglich sein, die Finanzierungsgrundlage im Bereich der Pflege- und Krankenversicherung auszuweiten – am geeignetsten dafür ist eine Bürgerversicherung die alle, auch Selbstständige und Beamte einbezieht.[26] Dies wäre der beste Weg, jedoch sieht der Koalitionsvertrag dies nicht vor. Auf dem Weg zu einer sozialen Bürgerversicherung für Krankheit und Pflegebedürftigkeit sind pragmatische Zwischenschritte denkbar, so zum Beispiel ein Risikostrukturausgleich zwischen den gesetzlichen und privaten Versicherern. Einstweilen muss mindestens sichergestellt werden, dass die Krankenkassen durch angemessene Steuerzuschüsse handlungsfähig bleiben, auch im Sinne guter

[26] Vgl. Rothgang/Domhoff (2019).

Pflege. Ein wie im Koalitionsvertrag vorgesehener dynamisierter Bundeszuschuss ist unerlässlich, nachdem die hohen Rückstellungen der gesetzlichen Krankenkassen im Zuge der Pandemie zu weiten Teilen aufgebraucht wurden. Wie sich aktuell zeigt, kann sich das „Modell Bundeszuschuss“ bei veränderter Haushaltslage schnell negativ auf die Finanzierung der Krankenversicherung auswirken.

Auch die gesetzliche Pflegeversicherung muss so reformiert werden, dass höhere Kosten beispielsweise durch mehr Personal, nicht zulasten der Pflegebedürftigen gehen. Dies setzt neben einer auskömmlichen Finanzierung auch eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung voraus.[27] Beispielsweise können die Eigenanteile begrenzt werden, sodass Mehrausgaben nicht automatisch zulasten von Pflegebedürftigen und Angehörigen gehen. Der Koalitionsvertrag sieht in dieser Hinsicht nur die Prüfung einer Ergänzung der sozialen Pflegeversicherung um eine freiwillige, paritätisch finanzierte Vollversicherung vor, die die Übernahme der vollständigen Pflegekosten umfassend absichert. Mindestens dieser Prüfauftrag muss nun umgesetzt werden.

Bei der Finanzierung der Krankenhäuser muss das vielfältig kritisierte Fallpauschalensystem weiter aufgelöst und zum Selbstkostendeckungsprinzip zurückgekehrt werden.[28] Die eigenständigen Pflegebudgets müssen in jedem Fall erhalten werden. Die Länder müssen ihrer Verpflichtung, die Investitionskosten der Krankenhäuser zu tragen, nachkommen. Eine Modifizierung der Schuldenbremse ist dafür notwendig.

Die ausreichende Finanzierung der Gesundheitsversorgung ist fundamental wichtig. Investitionen in gute Pflege müssen im Haushalt der Bundesregierung prioritär behandelt werden und dürfen angesichts neuer Herausforderungen nicht ins Hintertreffen geraten.

Der Koalitionsvertrag der Bundesregierung adressiert unter anderem mit flexiblen Arbeitszeitmodellen, die Einführung einer verbindlichen Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) im Krankenhaus, der Schließung der Gehaltslücke zwischen Kranken- und Altenpflege, mit der Steuerbefreiung von Zuschlägen sowie mit der Abschaffung geteilter Dienste und einem Anspruch auf familienfreundliche Arbeitszeiten relevante Arbeitsbedingungen in der beruflichen Pflege. Es ist jedoch unklar, welche Priorität diesen Themen eingeräumt wird – und wie sie finanziell hinterlegt sind. Die vorliegende Studie bekräftigt die Notwendigkeit dieser Vorhaben – und fügt ihnen weitere hinzu. So kann man, bei entsprechender politischer Weichenstellung, durchaus hoffnungsvoll sein, dass gute Pflege im Sinne aller Beteiligten – der Pflegebedürftigen und der Pflegebeschäftigten – machbar ist.

[27] Vgl. Rothgang/Kalwitzki/Cordes (2019).
[28] Vgl. Simon (2020).

Literaturverzeichnis

Auffenberg, Jennie/Heß, Moritz (2021): Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern. Bericht zur Studie „Ich pflege wieder, wenn …“ der Arbeitnehmerkammer Bremen und des SOCIUM der Universität Bremen. Bremen. https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bericht_zur_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf.

Becka, Denise/Evans, Michaela/Öz, Fikret (2016): Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege: Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich. Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik. Forschung Aktuell, Nr. 04/2016.

Büscher, Andreas/Wingenfeld, Klaus/Wibbeke, Daria et al. (2018): Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der ambulanten Pflege, Abschlussbericht. https://www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2018/11/Verfahren-Qualita%CC%88t-ambulant-Abschlussbericht-HSOS-IPW-samt-Anha%CC%88ngen-13.-September-2018.pdf, Zugriff am 1.4.2022.

Bundesagentur für Arbeit (2021): Mehr Beschäftigte in der Alten- und Gesundheitspflege. Presseinformation Nr. 19 vom 7.5.2021. https://www.arbeitsagentur.de/presse/2021-19-tag-der-pflege-mehr-beschaeftigte-in-pflegeberufen

Deutscher Pflegerat (2021): 500.000 professionell Pflegende werden in den nächsten 12 Jahren in Rente gehen. Pressemitteilung vom 9.3.2021. https://deutscher-pflegerat.de/2021/03/09/500-000-professionell-pflegende-werden-in-den-naechsten-12-jahren-in-rente-gehen/.

DGB (2018): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++df07ee92-b1ba-11e8-b392-52540088cada; Zugriff am 21.04.2022.

Die Bundesregierung (2019): Ausbildungsoffensive Pflege (2019-2023). Vereinbarungstext Ergebnis der Konzertierten Aktion Pflege/AG 1, Juli 2019, 2. Auflage. https://www.bmfsfj.de/resource/blob/135564/63509cfe1ba9a83a10e1cc456320c001/ausbildungsoffensive-pflege-2019-2023-data.pdf.

DIVI/DGIIN (2021): Fehlende Pflegekräfte auf Intensivstationen: In jedem dritten Bett kann kein Patient mehr behandelt werden. Pressemeldung vom 21. Oktober 2021. https://www.divi.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/fehlende-pflegekraefte-auf-intensivstationen-in-jedem-dritten-bett-kann-kein-patient-mehr-behandelt-werden.

Kühnel, Markus/Ehlers, Anja/Bauknecht, Jürgen/Heß, Moritz/Stiemke, Philipp/Strünck, Christoph (2020): Personalfluktuation in Einrichtungen der pflegerischen Versorgung – Eine Analyse von Ursachen und Lösungsmöglichkeiten. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. / Institut für Gerontologie an der TU Dortmund. http://www.ffg.tu-dortmund.de/cms/Medienpool/Personalfluktuation_Abschlussbericht-mit-Anhang_final.pdf.

Rothgang, Heinz/Domhoff, Dominik (2019): Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung, Working Paper Forschungsförderung Nr. 150, Hans-Böckler-Stiftung. https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_150_2019.pdf, Zugriff am 23.3.2023.

Rothgang, Heinz/Kalwitzki, Thomas/Cordes, Janet (2019): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung II (AAPV II): bedarfsgerecht – ortsunabhängig – bezahlbar. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform. https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2._Gutachten_AAPV_-_Langfassung.pdf, Zugriff am 3.2.2022.

Rothgang, Heinz et al. (2020): Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM), Bremen, August 2020. https://www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf.

Rothgang, Heinz/Müller, Rolf/Preuß, Benedikt (2020): BARMER Pflegereport 2020, Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen. https://www.socium.uni-bremen.de/uploads/News/2020/20201201_BARMER_Pflegereport_2020.pdf.

Rothgang, Heinz/Müller, Rolf (2021): BARMER Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. https://www.barmer.de/resource/blob/1032106/2ad4e5f56c47cb7b7e914190f9fae62f/barmer-pflegereport-2021-band-32-bifg-data.pdf.

Schröer, Laura (2016): Erwerbsminderungsrenten in der Krankenpflege: Erklärungsansätze und Handlungsempfehlungen, IAT Forschung Aktuell 1/2016, Gelsenkirchen. https://www.iat.eu/forschung-aktuell/2016/fa2016-01.pdf.

Simon, Michael (2018): Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung: Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle. Working Paper Nummer 096, Oktober 2018 der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=8222.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020): Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021): Gesundheit 2019: Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12. Reihe 6.1.1.

Verdi (2021): Tarifbewegung Entlastung an Krankenhäusern: ver.di erzielt Einigung mit dem Berliner Klinikkonzern Vivantes. https://www.verdi.de/presse/pressemitteilungen/++co++b7a07442-2b7d-11ec-bdd7-001a4a16012a, Zugriff am 14.3.2022.

Weidner, Frank et al. (2016): Langzeiterkrankte Pflegefachpersonen in der beruflichen Rehabilitation – Ursachen, Wege und Erklärungen. https://www.bfw-koblenz.de/fileadmin/user_upload/Reha-Biograf/Pilotstudie_Reha-Biograf.pdf.

Wiethölter, Doris (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg: Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf: Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich. http://doku.iab.de/regional/BB/2012/regional_bb_0312.pdf.

Anhang

Tabelle 6: Ranking der Items im Bereich „Organisation und Führung“

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

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

Tabelle 7: Ranking der Items im Bereich „Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung“

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

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

Tabelle 8: Ranking der Items im Bereich „Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben“

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

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

Tabelle 9: Ranking der Items im Bereich „Gesundheitsschutz und Prävention“

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

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

Tabelle 10: Ranking der Items im Bereich „Weiterbildung und Karriere“

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

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

Tabelle 11: Ranking der Items im Bereich „Wiedereinstieg“

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

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

DANKSAGUNGEN

Hans-Böckler-Stiftung
Dr. Dorothea Voss
Dr. Eike Windscheid
Christina Schildmann

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

Wir danken herzlich für die
vielfältige Unterstützung!

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

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

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

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