

Bochum
Dezember 2022

– Endbericht –
zur Studie

„Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege und
Ermittlung sowie modellhafte Implementierung von Indikatoren
für gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege“

**Los 1: Analyse, Befragungen und Maßnahmenempfehlungen
zum Pflegearbeitsplatz der Zukunft**

im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

IEGUS★
research for better
health and care


contec

 **WifOR**
INSTITUTE

Impressum

IEGUS – Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH

Verena Peters
Benjamin Herten
Katharina Kirstein
Nora Schulte-Coerne
Jonas Seidel
Amber Wellmer
Esther Stehle
Dr. Nils Müller

WifOR GmbH

Patrick Beule
Andrea Laukhuf
Laura Müller
Benedikt Runschke
Dr. Sabrina Spies
Dr. Daniel Stohr
Dr. Sandra Zimmermann

contec – Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH

Dr. Jan Schröder
Nina Bastian
Kathrin Meyer-Frieß
Thomas Reinhardt

Ruhr-Universität Bochum

Prof. Dr. Notburga Ott
Kai-David Klärner
Prof. Dr. Martin Werding

Bochum, 15.12.2022

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	24
1.1 Studienhintergrund.....	24
1.2 Ausgangslage zum Forschungsstand.....	25
2 Systematische Literaturrecherche	25
2.1 Einleitung	25
2.2 Methodisches Vorgehen	26
2.2.1 Übersicht	26
2.2.2 Festlegung des Rechercheprinzips	27
2.2.3 Operationalisierung der Fragestellung	28
2.2.4 Definition der Ein- und Ausschlusskriterien.....	29
2.2.5 Identifikation von (synonymen) Suchbegriffen und Schlagworten	31
2.2.6 Festlegung der zu durchsuchenden Fachdatenbanken	34
2.2.7 Entwicklung und Überprüfung der Suchstrings	36
2.2.8 Durchführung der Recherche.....	37
3 Literatursynthese	42
3.1 Methodische Beschreibung des Vorgehens.....	42
3.2 Kernergebnisse – Faktoren, die auf die Beschäftigung von beruflich Pflegenden wirken	43
3.2.1 Strukturierung der Ergebnisse	43
3.2.2 Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten	44
3.2.2.1 Qualität der Pflegeausbildung.....	45
3.2.2.2 Digitale Kompetenzen als Teil der Pflegeausbildung	49
3.2.2.3 Akademisierung/Professionalisierung und Generalistik.....	51
3.2.2.4 Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten	53
3.2.3 Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation	54
3.2.3.1 Politisch gesellschaftliche Ebene	55
3.2.3.1.1 Ansehen des Pflegeberufs	55
3.2.3.1.2 Fachkräftemangel	57
3.2.3.2 Organisationale Ebene	59
3.2.3.2.1 Betriebliche Personalsituation.....	59
3.2.3.2.2 Führungsverhalten und Betriebskultur.....	61
3.2.3.2.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement.....	63
3.2.3.2.4 Vergütung	65
3.2.3.2.5 Arbeitszeit und Vereinbarkeit.....	68
3.2.3.2.6 Belastung durch pflegefremde Tätigkeiten	71
3.2.3.3 Personale Ebene - Auswirkungen der Belastungsfaktoren	72
3.2.3.3.1 Psychische und körperliche Belastungen.....	72
3.2.3.3.2 Gesundheitsverhalten.....	75

3.2.4	Zeit- und Leiharbeit in der Pflege.....	78
3.2.5	Quereinstieg in die Pflege	80
3.2.6	Berufsrückkehr in die Pflege	82
3.2.7	Dauer der Beschäftigung im Pflegeberuf.....	84
3.3	Kernergebnisse – Maßnahmen, die auf Beschäftigung von beruflich Pflegenden wirken....	94
3.3.1	Strukturierung der Ergebnisse	94
3.3.2	Übergreifende Maßnahmen für alle Ebenen	97
3.3.3	Ausbildung, Weiterbildung, Karrieremöglichkeiten.....	107
3.3.4	Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation	117
3.3.5	Maßnahmengewichtung.....	139
3.3.6	Zusammenfassung Gewichtung	167
4	Analyse der Pflege auf Basis von Unternehmensbewertungsportalen	172
4.1	Methodisches Vorgehen	172
4.2	Überblick der Ergebnisse der Untersuchung	176
4.2.1	Auswertungsergebnisse der kununu-Plattform.....	176
4.2.2	Auswertungsergebnisse der werpflegtwie-Plattform.....	185
4.3	Fazit.....	191
5	Längsschnittanalysen SIAB - Stichprobe der Integrierten Arbeitsmarktbiografie des IAB	194
5.1	Einleitung	194
5.2	Analyse der Stichprobe Integrierter Arbeitsmarktbiografien	194
5.2.1	Datengrundlage.....	194
5.2.2	Datenaufbereitung.....	197
5.2.3	Analysestrategie und methodisches Vorgehen	198
5.3	Deskriptive Ergebnisse und Einflüsse auf Vergütung und Verweildauer.....	204
5.3.1	Altersverteilung von beruflich Pflegenden in Deutschland	204
5.3.2	Vergütung von beruflich Pflegenden	205
5.3.3	Zeit- und Leiharbeit in der Pflegebranche	211
5.3.4	Berufswechsel und Ausstiege aus der Gesundheits- und Krankenpflege.....	214
5.3.5	Verweildauern im Pflegeberuf	218
5.4	Alters- und Kohorten-spezifische Erwerbsverläufe	224
5.4.1	Erwerbsverläufe von beruflich Pflegenden in der Gesundheits- und Krankenpflege	224
5.4.2	Erwerbsverlauf im Anschluss an die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung	245
5.4.3	Altenpflege	248
5.5	Zusammenfassung	255
6	Längsschnittanalysen SOEP - Sozio-oekonomisches Panel des DIW.....	258
6.1	Grundgesamtheit und Datenmanagement.....	258
6.2	Beruflich Pflegende im Sozio-oekonomischen Panel (SOEP).....	260

6.2.1	Erwerbsstatus älterer beruflich Pflegenden	262
6.2.2	Berufseinstieg Pflege.....	263
6.2.3	Veränderungen im Erwerbsleben	264
6.2.4	Episoden und Episodenwechsel.....	266
6.3	Berufliche Wechsel	270
6.3.1	Gründe und Zufriedenheit bei Ausstiegen.....	275
6.3.2	Zeit- und Leiharbeit.....	276
6.4	Geburt eines Kindes	277
6.5	Unterbrechungsphasen bei Geburt eines Kindes	279
6.6	Vorzeitiger Rentenbeginn	284
6.7	Subjektive Einschätzungen	285
6.7.1	Zufriedenheit.....	286
6.7.2	Gesundheit.....	286
6.7.3	Belastungen und Anerkennung.....	287
6.7.4	Einkommen	288
6.8	Fazit.....	288
7	Qualitative Befragung von beruflich Pflegenden	290
7.1	Experteninterviews	290
7.1.1	Methodisches Vorgehen – Einleitung	290
7.1.2	Auswertungsmethode: Qualitative Inhaltsanalyse	292
7.1.3	Auswertung der erwerbsbiografischen Erzählungen.....	293
7.2	Erwerbsbiografische Erzählungen.....	294
7.3	Einflüsse auf erwerbsbiografische Entwicklungen (nicht-narrativ)	299
7.3.1	Berufseinstieg/Quereinstieg	299
7.3.2	Vollzeit/Teilzeit.....	303
7.3.3	Zeit- und Leiharbeit.....	308
7.3.4	Berufsausstieg vs. langfristiger Berufsverbleib	311
7.3.5	Arbeitsalltag	316
7.3.6	Führungsverhalten und Arbeitsklima.....	328
7.3.7	Qualität der Pflege	334
7.3.8	Prävention und Gesundheitsförderung	342
7.3.9	KAP-Maßnahmen	353
7.3.10	Öffentliche Darstellung und Wahrnehmung.....	354
7.3.11	Professionalisierung.....	360
7.3.12	Covid-19-Pandemie.....	373
7.3.13	Übergreifende Themen Gesundheitswesen/Sonstiges	376
7.4	Gruppendiskussionen	377
7.4.1	Erhebungs- und Auswertungsmethode	377

7.4.2	Fallbeschreibungen	379
7.4.3	Reflexion der Ergebnisse der Gruppendiskussionen.....	397
7.5	Reflexion der qualitativen Befragung – Methodik: quantitatives Delphi-Verfahren.....	403
7.5.1	Erste Befragungswelle.....	404
7.5.2	Zweite Delphi-Befragung	413
7.6	Synthese: Forderungen an den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft	415
7.6.1	Arbeitsalltag in der Pflege sollte auf die Bedürfnisse der Mitarbeitenden eingehen	416
7.6.2	Pflege sollte als Beruf in der öffentlichen Wahrnehmung attraktiver werden	418
7.6.3	Pflege sollte sich weiter professionalisieren und als Profession etablieren	419
8	Standardisierte Befragung von beruflich Pflegenden.....	420
8.1	Datenerhebung	420
8.2	Stichprobenbereinigung.....	422
8.3	Beschreibung der Stichprobe	422
8.4	Einflussfaktoren auf erwerbsbiografische Entscheidungen beruflich Pflegenden	428
8.4.1	Berufseinstieg und -rückkehr	428
8.4.2	Voll- und Teilzeittätigkeit	441
8.4.3	Zeit- und Leiharbeit.....	454
8.4.4	Freiberuflichkeit	460
8.4.5	Weiterbildung und Umorientierung innerhalb der Pflege.....	462
8.4.6	Berufsverbleib	468
8.5	Digitalisierung	477
8.6	Vereinbarkeit von familiärer Pflege, Familie und Beruf	492
8.7	Pflegequalität.....	506
8.8	Vergütung	517
8.9	Führung und Teamatmosphäre	532
8.10	Gesundheitsförderung und Prävention	539
8.11	Aus-, Fort- und Weiterbildung	552
8.12	Pflegeprofession, Berufsprofile und Karriere	560
8.13	Auswirkungen der Covid-19-Pandemie	569
8.13.1	Allgemeine Lehren aus der Covid-19-Pandemie.....	569
8.13.2	Übertragbare Maßnahmen für den Normalbetrieb.....	574
8.14	Sonstige Themen.....	581
9	Zusammenfassung und Gesamtfazit	582
10	Literaturverzeichnis	590
11	Anhang.....	614
11.1	Anhang I – Interviewleitfaden Experteninterviews	614
11.2	Anhang II – Leitfaden für die Gruppendiskussionen.....	618

11.3	Anhang III – Kodierleitfaden	620
11.4	Anhang IV – Kategorisierungstabellen erwerbsbiografische Erzählungen	646
11.4.1	Übersicht berufliche Positionen und Tätigkeiten	646
11.4.2	Einflussfaktoren auf und Beweggründe für den Verbleib in einer Position/Tätigkeit oder den Übergang zwischen verschiedenen Positionen/Tätigkeiten	648
11.4.3	Übersicht Einflussfaktoren/Beweggründe, die dem Verbleib in einer Position/Tätigkeit oder dem Übergang zwischen verschiedenen Positionen/Tätigkeiten entgegenstehen.....	650
11.5	Anhang V – Sequenzierungen Gruppendiskussionen	651
11.5.1	Sequenzierung Pilot- Gruppendiskussion (GD00)	651
11.5.2	Sequenzierung GD01.....	652
11.5.3	Sequenzierung GD02.....	654
11.5.4	Sequenzierung GD03.....	656
11.5.5	Sequenzierung GD04.....	657
11.6	Anhang VI – Quantitative Befragung	660
11.6.1	Anschreiben Einrichtungsvertreter*innen.....	660
11.6.2	Anschreiben Verbände und Kammern.....	661
11.6.3	Aushang/E-Mail-Anlage für Mitarbeitende.....	662
11.6.4	Fragebogen	663

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vorgehensweise der systematischen Literaturrecherche im Überblick	27
Abbildung 2: Sensitives und spezifisches bzw. präzises Rechercheprinzip	27
Abbildung 3: Auswirkungen des Rechercheprinzips auf nachfolgende Schritte der Literaturanalyse .	28
Abbildung 4: Flussdiagramm für die verschiedenen Phasen der systematischen Übersicht.....	41
Abbildung 5: Hauptfaktoren, die auf die Beschäftigung von beruflich Pflegenden wirken.....	43
Abbildung 6: Messkonzepte der Dauer von Beschäftigungen	85
Abbildung 7: Übersicht Kernmaßnahmen, die auf die Beschäftigung von beruflich Pflegenden wirken	95
Abbildung 8: Literaturbasiertes Maßnahmen-Priorisierungsrad für den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft	171
Abbildung 9: Übersicht der Kategorien	176
Abbildung 10: Ranking der Kategorien der Unternehmenskultur für die Gesundheits-, Sozial- und Pflegebranche im Vergleich mit der Gesamtwirtschaft	177
Abbildung 11: Abweichungen der Bewertungen für die Gesundheits-, Sozial- und Pflegebranche im Vergleich zur Gesamtwirtschaft	178
Abbildung 12: Die Bewertung der einzelnen Kategorien vom Jahr 2013 bis 2020	179
Abbildung 13: Relative Verteilung der Zusatzleistungen (Benefits) im Branchenvergleich.....	180
Abbildung 14: Vergleich der Bewertungen der Zusatzleistungen (Benefits) zwischen der Gesundheits-, Sozial- und Pflegebranche und der Gesamtwirtschaft.....	181
Abbildung 15: Kategorien von Verbesserungsvorschlägen.....	182
Abbildung 16: Anteil geäußerte Verbesserungsvorschläge je Kategorie in der GSP-Branche.....	183
Abbildung 17: Vergleich Verbesserungsvorschläge zwischen GSP-Branche und Gesamtwirtschaft..	184
Abbildung 18: Auswertung des Gesamt-Ratings und der Unterkategorien.....	186
Abbildung 19: Gesamt-Rating nach Einrichtungstyp.....	187
Abbildung 20: Gesamtrating nach Einrichtungstyp im Zeitverlauf	188
Abbildung 21: Gesamt-Rating nach Personengruppen	189
Abbildung 22: Gesamt-Rating nach Personengruppen im Zeitverlauf.....	190
Abbildung 23: Ablauf der Sequenzmusteranalyse	199
Abbildung 24: Fünf Sequenzen von Personen mit Tätigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege	200
Abbildung 25: Altersverteilung der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im Jahr 2017	204
Abbildung 26: Altersverteilung der beruflich Pflegenden in der Altenpflege im Jahr 2017	205
Abbildung 27: Bruttomonatsentgelte von Zeit- bzw. Leiharbeitnehmer*innen in Pflegeberufen mit einer Vollzeitätigkeit im Vergleich	214
Abbildung 28: Erwerbsverläufe vor Beginn der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung.....	216
Abbildung 29: Alter bei Beginn der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege für Personen mit Meldungen vor Aufnahme der Ausbildung.....	217
Abbildung 30: Berufe nach Ausstieg aus der Gesundheits- und Krankenpflege.....	218
Abbildung 31: Berufe vor Wechsel in die Gesundheits- und Krankenpflege	218

Abbildung 32: Kaplan-Meier-Funktion des unterbrechungsfreien Berufseinstiegs von Pflegekräften in der Gesundheits- und Krankenpflege seit 2005.....	219
Abbildung 33: Kaplan-Meier-Funktion des unterbrechungsfreien Berufseinstieg von Pflegekräften in der Altenpflege seit 2012	220
Abbildung 34: Branchenverbleib von Pflegekräften in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Abschluss der Ausbildung.....	221
Abbildung 35: Branchenverbleib von Pflegekräften in der Altenpflege nach Abschluss der Ausbildung	221
Abbildung 36: Erwerbsverläufe der Kohorte 1955-1959 in der Gesundheits- und Krankenpflege	226
Abbildung 37: Erwerbsverläufe der Kohorte 1955-1959 in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Geschlecht	228
Abbildung 38: Erwerbsverläufe der Kohorte 1960-1964 in der Gesundheits- und Krankenpflege	229
Abbildung 39: Erwerbsverläufe der Kohorte 1960-1964 in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Geschlecht	231
Abbildung 40: Erwerbsverläufe der Kohorte 1965-1969 in der Gesundheits- und Krankenpflege	232
Abbildung 41: Erwerbsverläufe der Kohorte 1965-1969 in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Geschlecht	233
Abbildung 42: Erwerbsverläufe der Kohorte 1970-1974 in der Gesundheits- und Krankenpflege	234
Abbildung 43: Erwerbsverläufe der Kohorte 1970-1974 in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Geschlecht	236
Abbildung 44: Erwerbsverläufe der Kohorte 1975-1979 in der Gesundheits- und Krankenpflege	237
Abbildung 45: Erwerbsverläufe der Kohorte 1975-1979 in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Geschlecht	239
Abbildung 46: Erwerbsverläufe der Kohorte 1980-1984 in der Gesundheits- und Krankenpflege	240
Abbildung 47: Erwerbsverläufe der Kohorte 1980-1984 in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Geschlecht	242
Abbildung 48: Cluster in der Gesundheits- und Krankenpflege der Geburtskohorten im Zeitraum 2005-2017	244
Abbildung 49: Übersicht aller Sequenzen für die ersten fünf Jahre nach Abschluss der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung.....	245
Abbildung 50: Anteile in Clustern für beruflich Pflegende in der Gesundheits- und Krankenpflege, 5 Jahre nach Abschluss der Ausbildung	246
Abbildung 51: Erwerbsverlauf nach Abschluss der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung.....	248
Abbildung 52: Erwerbsverläufe der Kohorte 1955–1959 in der Altenpflege.....	249
Abbildung 53: Erwerbsverläufe der Kohorte 1960–1964 in der Altenpflege.....	250
Abbildung 54: Erwerbsverläufe der Kohorte 1965 – 1969 in der Altenpflege.....	251
Abbildung 55: Erwerbsverläufe der Kohorte 1970 – 1974 in der Altenpflege.....	252
Abbildung 56: Erwerbsverläufe der Kohorte 1975–1979 in der Altenpflege.....	253
Abbildung 57: Cluster in der Altenpflege der Geburtskohorten im Zeitraum 2012-2017	254
Abbildung 58: Jahre im Pflegeberuf nach Befragungsdauer.....	261

Abbildung 59: Altersverteilung beruflich Pflegende im SOEP	262
Abbildung 60: Erwerbsstatus von Personen im Alter von 50 Jahren und älter	263
Abbildung 61: Erster Beruf in der Pflege	264
Abbildung 62: Veränderungen im Erwerbsverlauf im Befragungszeitraum	265
Abbildung 63: Anzahl Episoden in Erwerbsverläufen.....	266
Abbildung 64: Episoden im Pflegeberuf im Befragungszeitraum.....	268
Abbildung 65: Episodenwechsel.....	268
Abbildung 66: Verteilung der beobachteten Dauern von Erwerbstätigkeitsepisoden	269
Abbildung 67: Kinderzahl und Erwerbsverläufe weiblicher beruflich Pflegender, 40 Jahre und älter	269
Abbildung 68: Dauer im Pflegeberuf und Kinderzahl weiblicher beruflich Pflegender, 40 Jahre und älter	270
Abbildung 69: Herkunft bei Episodenwechsel in anderen Beruf	270
Abbildung 70: Typen von Berufsbiografien nach Geschlecht	272
Abbildung 71: Typen von Berufsbiografien nach Staatsangehörigkeit	273
Abbildung 72: Dauern im Pflegeberuf.....	273
Abbildung 73: Berufswechsler nach Alter bei Befragungsende	274
Abbildung 74: Alter beim ersten Ausstieg.....	275
Abbildung 75: Grund für Beschäftigungsende bei Ausstiegen.....	275
Abbildung 76: Häufigkeit und Dauern von Zeit- bzw. Leiharbeitsphasen	277
Abbildung 77: Anzahl der Geburten von weiblichen Pflegkräften.....	278
Abbildung 78: Wechsel der Erwerbsbeteiligung bei Geburt eines Kindes	278
Abbildung 79: Tätigkeiten vor und nach Wechsel bei Geburt	279
Abbildung 80: Verteilung der beobachteten Dauern von Unterbrechungsphasen	280
Abbildung 81: Survivalfunktionen der Unterbrechungen bei Geburt.....	280
Abbildung 82: Unterbrechungsdauern nach Tätigkeit vor und nach der Unterbrechungsphase	281
Abbildung 83: Unterbrechungsdauern nach Familiensituation	282
Abbildung 84: Alter bei Rentenbeginn	284
Abbildung 85: Vorherige Tätigkeit bei vorzeitigem Rentenbeginn	285
Abbildung 86: Mittelwerte von Zufriedenheiten in verschiedenen Lebensbereichen	286
Abbildung 87: Anteile mit Nennung von gesundheitlichen Beschwerden (nur Frauen)	287
Abbildung 88: Anteile der Nennung von Belastungen und Anerkennungen	287
Abbildung 89: Mittelwerte der Einschätzung der Gerechtigkeit des Verdienstes	288
Abbildung 90: Einflussfaktoren und Beweggründe in den Erwerbsbiografien der interviewten Regeleinsteiger*innen.....	295
Abbildung 91: Einflussfaktoren und Beweggründe in den Erwerbsbiografien der interviewten Quereinsteiger*innen.....	297
Abbildung 92: Bewertung der Maßnahmen zu Qualität in der Ausbildung	405
Abbildung 93: Bewertung der Maßnahmen zu Digitalisierung in der Pflegeausbildung	406
Abbildung 94: Bewertung der Maßnahmen zu Akademisierung und Professionalisierung	406

Abbildung 95: Bewertung der Maßnahmen zu Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten	407
Abbildung 96: Bewertung der Maßnahmen zu Ansehen und Image des Pflegeberufs	407
Abbildung 97: Bewertung der Maßnahmen zu Betriebliche Personalsituation und Fachkräfte	408
Abbildung 98: Bewertung der Maßnahmen zu Führungsverhalten und Leitungskräfteentwicklung.	408
Abbildung 99: Bewertung der Maßnahmen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement	409
Abbildung 100: Bewertung der Maßnahmen zu Vergütung	409
Abbildung 101: Bewertung der Maßnahmen zu Arbeitszeit.....	410
Abbildung 102: Bewertung der Maßnahmen zu Digitalisierung	410
Abbildung 103: Bewertung der Maßnahmen zu Vereinbarkeit/Work-Life-Balance.....	411
Abbildung 104: Können Sie sich den Forderungen an den Pflegearbeitsplatz der Zukunft anschließen?	413
Abbildung 105: Entwicklungsrad für den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft	416
Abbildung 106: Anteile Leitungskräfte insgesamt und in den Settings.....	424
Abbildung 107: Qualifikationsverteilung unter Nicht-Leitungskräften.....	424
Abbildung 108: Qualifikationsverteilung unter Leitungskräften.....	425
Abbildung 109: Stichprobe und Vergleichswerte Altersverteilung.....	427
Abbildung 110: Gründe für den (Wieder-)Einstieg in den Pflegeberuf.....	430
Abbildung 111: Ergänzende Einstiegsgründe aus Freitextanalyse.....	431
Abbildung 112: Erfahrungen, die auf den Pflegeberuf aufmerksam gemacht haben	432
Abbildung 113: Informationsquellen, die auf den Pflegeberuf aufmerksam gemacht haben.....	433
Abbildung 114: Priorität der Themenfelder zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs nach Setting (Nicht-Leitungskräfte)	435
Abbildung 115: Priorität der Themenfelder zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs nach Setting (Leitungskräfte)	436
Abbildung 116: Priorität der Themenfelder zur Förderung der Berufsrückkehr nach Setting (Nicht- Leitungskräfte)	437
Abbildung 117: Priorität der Themenfelder zur Förderung der Berufsrückkehr nach Setting (Leitungskräfte)	438
Abbildung 118: Priorität der Themenfelder zur Förderung von Quereinstiegen nach Setting (Nicht- Leitungskräfte)	439
Abbildung 119: Priorität der Themenfelder zur Förderung von Quereinstiegen nach Setting (Leitungskräfte)	440
Abbildung 120: Beschäftigungsumfang nach Setting.....	441
Abbildung 121: Beschäftigungsumfang nach Qualifikation	442
Abbildung 122: Gründe für Teilzeittätigkeit.....	443
Abbildung 123: Gründe für Teilzeittätigkeit nach Qualifikation	444
Abbildung 124: Gründe für geringfügige Beschäftigung.....	445
Abbildung 125: Priorität der Themenfelder für die persönliche Erhöhung des Stellenumfangs nach Setting (Nicht-Leitungskräfte in TZ).....	447

Abbildung 126: Priorität der Themenfelder für die persönliche Erhöhung des Stellenumfangs nach Setting (Leitungskräfte in TZ)	448
Abbildung 127: Priorität der Themenfelder für die persönliche Erhöhung des Stellenumfangs nach Qualifikation (Nicht-Leitungskräfte in TZ)	449
Abbildung 128: Priorität der Themenfelder für die persönliche Erhöhung des Stellenumfangs nach Qualifikation	450
Abbildung 129: Bereitschaft zur Stundenerhöhung.....	451
Abbildung 130: Bereitschaft zur Stundenerhöhung nach Qualifikation	452
Abbildung 131: Priorität der Themenfelder zur Erhöhung der Stellenumfänge nach Setting (Nicht-Leitungskräfte)	453
Abbildung 132: Priorität der Themenfelder zur Erhöhung der Stellenumfänge nach Setting (Leitungskräfte)	454
Abbildung 133: Anteil Befragte in Zeit-/Leiharbeit nach Setting	455
Abbildung 134: Anteil Befragte in Zeit-/Leiharbeit nach Qualifikation.....	455
Abbildung 135: Gründe für Überlegungen, in die Zeit-/Leiharbeit zu wechseln	457
Abbildung 136: Notwendige/bestärkende Verbesserungen für den Wechsel in die Festanstellung .	458
Abbildung 137: Priorität der Themenfelder zur Eindämmung der Leiharbeit nach Setting (Nicht-Leitungskräfte)	459
Abbildung 138: Priorität der Themenfelder zur Eindämmung der Leiharbeit nach Setting (Leitungskräfte)	460
Abbildung 139: Notwendige/bestärkende Verbesserungen für den Wechsel Freiberuflichkeit in die Festanstellung	462
Abbildung 140: Gründe gegen die Aufnahme einer Ausbildung nach Qualifikation	466
Abbildung 141: Gründe für Ausstiegsabsichten nach Setting	471
Abbildung 142: Ergänzende Ausstiegsgründe aus Freitextanalyse	472
Abbildung 143: Priorität der Themenfelder für den persönlichen Berufsverbleib (Nicht-Leitungskräfte mit Ausstiegsabsicht).....	474
Abbildung 144: Priorität der Themenfelder für den persönlichen Berufsverbleib (Leitungskräfte mit Ausstiegsabsicht).....	475
Abbildung 145: Priorität der Themenfelder zur Förderung des Berufsverbleibs nach Setting (Nicht-Leitungskräfte)	476
Abbildung 146: Priorität der Themenfelder zur Förderung des Berufsverbleibs nach Setting (Leitungskräfte)	477
Abbildung 147: Bewertung und Verbreitung digitaler Unterstützungen (alle Settings).....	478
Abbildung 148: Bewertung und Verbreitung digitaler Unterstützungen (ambulante Pflege)	479
Abbildung 149: Bewertung und Verbreitung digitaler Unterstützungen (teilstationäre Pflege).....	480
Abbildung 150: Bewertung und Verbreitung digitaler Unterstützungen (vollstationäre Pflege)	481
Abbildung 151: Bewertung und Verbreitung digitaler Unterstützungen (Krankenhäuser)	482
Abbildung 152: Bewertung und Verbreitung digitaler Unterstützungen (Hospize).....	483
Abbildung 153: Bewertung und Verbreitung digitaler Unterstützungen (Eingliederungshilfe)	484

Abbildung 154: Verbreitung als sinnvoll bewerteter Unterstützungen	486
Abbildung 155: Sinnhaftigkeit und Akzeptanz genutzter digitaler Unterstützungen	487
Abbildung 156: Eignung digitaler Unterstützung zur Entlastung beruflich Pflegender in angespannten Personalsituationen.....	489
Abbildung 157: Nutzung und geplante Nutzung der Förderung der Digitalisierung nach § 8 Abs. 8 SGB XI (Leitungskräfte).....	490
Abbildung 158: Häufigste Verwendungen der Förderung der Digitalisierung nach § 8 Abs. 8 SGB XI (Leitungskräfte)	491
Abbildung 159: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit (Nicht-Leitungskräfte)	493
Abbildung 160: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit (Leitungskräfte)	494
Abbildung 161: Bewertung von Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit nach Setting	495
Abbildung 162: Bewertung von Unterstützungen bei der familiären Pflege und Betreuung	496
Abbildung 163: Bewertung der Ausfallmanagementkonzepte als sinnvoll	497
Abbildung 164: Favorisierte Arbeitszeitmodelle beruflich Pflegender	498
Abbildung 165: Zeitpunkt der Dienstplanveröffentlichung.....	500
Abbildung 166: Wunsch der Dienstplanveröffentlichung nach Setting	501
Abbildung 167: Status quo der Dienstplanveröffentlichung nach Setting	501
Abbildung 168: Zeitpunkt kurzfristiger Dienstplanänderungen.....	502
Abbildung 169: Status quo kurzfristiger Dienstplanänderungen nach Setting	502
Abbildung 170: Akzeptanz kurzfristiger Dienstplanänderungen nach Setting.....	503
Abbildung 171: Durchschnittliche Abweichungen vom Dienstplan im Monat	504
Abbildung 172: Aspekte verlässlicher Dienstplanung	505
Abbildung 173: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung der Pflegequalität (Nicht-Leitungskräfte) (1)	507
Abbildung 174: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung der Pflegequalität (Nicht-Leitungskräfte) (2)	508
Abbildung 175: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung der Pflegequalität (Leitungskräfte) (1).....	509
Abbildung 176: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung der Pflegequalität (Leitungskräfte) (2).....	510
Abbildung 177: Bewertung der Maßnahmen zur Förderung der Pflegequalität nach Setting (1).....	511
Abbildung 178: Bewertung der Maßnahmen zur Förderung der Pflegequalität nach Setting (2).....	512
Abbildung 179: Personal zur Sicherstellung der Pflegequalität nach Setting	513
Abbildung 180: Durch Personalmangel beeinträchtigte Qualitätsbereiche nach Setting (1)	514
Abbildung 181: Durch Personalmangel beeinträchtigte Qualitätsbereiche nach Setting (2)	515
Abbildung 182: Nutzung des Fachkraftstellenprogramms des PpSG für stationäre Pflegeeinrichtungen	516
Abbildung 183: Nutzung des Stellenprogramms des GPVG für stationäre Pflegeeinrichtungen	517

Abbildung 184: Aktuelle und als angemessen empfundene monatliche Vergütung beruflich Pfleger in Vollzeit	518
Abbildung 185: Differenz zwischen als angemessen empfundener und aktueller monatlicher Vergütung beruflich Pfleger in Vollzeit	519
Abbildung 186: Aktuelle und als angemessen empfundene monatliche Vergütung in Vollzeit nach Setting (Nicht-Leitungskräfte)	520
Abbildung 187: Differenz zwischen als angemessen empfundener und aktueller monatlicher Vergütung in Vollzeit nach Setting – Nicht-Leitungskräfte	521
Abbildung 188: Aktuelle und als angemessen empfundene monatliche Vergütung in Vollzeit nach Setting - Leitungskräfte	522
Abbildung 189: Differenz zwischen als angemessen empfundener und aktueller monatlicher Vergütung in Vollzeit nach Setting – Leitungskräfte	523
Abbildung 190: Aktuelle und als angemessen empfundene monatliche Vergütung beruflich Pfleger in Vollzeit nach Qualifikation	524
Abbildung 191: Differenz zwischen als angemessen empfundener und aktueller monatlicher Vergütung beruflich Pfleger in Vollzeit nach Qualifikation	524
Abbildung 192: Aktuelle und als angemessen empfundene monatliche Vergütung beruflich Pfleger nach Tarifbindung	525
Abbildung 193: Differenz zwischen als angemessen empfundener und aktueller monatlicher Vergütung beruflich Pfleger in Vollzeit nach Tarifbindung	526
Abbildung 194: Aktuelle und als angemessen empfundene monatliche Vergütung beruflich Pfleger nach Lohnsteuerklassen.....	527
Abbildung 195: Differenz zwischen als angemessen empfundener und aktueller monatlicher Vergütung beruflich Pfleger in Vollzeit nach Lohnsteuerklassen.....	528
Abbildung 196: Attraktivität der derzeit gezahlten Zulagen für den Pflegeberuf.....	529
Abbildung 197: Attraktivität einer Erhöhung der Zulagen für den Pflegeberuf.....	529
Abbildung 198: Bewertung und Umsetzung der vergütungsbezogenen Maßnahmen (Nicht- Leitungskräfte)	530
Abbildung 199: Bewertung und Umsetzung der vergütungsbezogenen Maßnahmen (Leitungskräfte)	531
Abbildung 200: Bewertung der vergütungsbezogenen Maßnahmen nach Setting	532
Abbildung 201: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung der Teamatmosphäre und Verbesserung der Führung (Nicht-Leitungskräfte).....	534
Abbildung 202: Bewertung der Maßnahmen zur Förderung der Teamatmosphäre und Verbesserung der Führung nach Setting (Nicht-Leitungskräfte).....	535
Abbildung 203: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Stärkung der Leitungskräfte (nur Leitungskräfte)	536
Abbildung 204: Bewertung der Maßnahmen zur Stärkung der Leitungskräfte nach Setting (nur Leitungskräfte)	537
Abbildung 205: Entscheidungen, in die beruflich Pflegenden stärker einbezogen werden sollten	538

Abbildung 206: Führungs- und Entscheidungsprozesse, an denen beruflich Pflegende beteiligt werden sollten	539
Abbildung 207: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention (Nicht-Leitungskräfte)	541
Abbildung 208: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention (Leitungskräfte)	542
Abbildung 209: Bewertung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach Setting	543
Abbildung 210: Fehlen von Hilfsmitteln im letzten Jahr nach Settings	544
Abbildung 211: Bewertung fehlender Hilfsmittel nach Dringlichkeit	545
Abbildung 212: Fehlen von Schutzausrüstung im letzten Jahr nach Settings	546
Abbildung 213: Bewertung fehlender Schutzausrüstung nach Dringlichkeit	546
Abbildung 214: Bewertung der Unterstützungen bei psychischer Belastung nach Sinnhaftigkeit	547
Abbildung 215: Unterstützungsangebote für kurzfristige psychische Entlastung nach Setting	548
Abbildung 216: Wünsche zu Angeboten zur Unterstützung bei körperlicher Belastung nach Setting	550
Abbildung 217: Möglichkeit zur Einhaltung der Pausen nach Setting	551
Abbildung 218: Einhaltung der gesetzlichen Erholungsphasen zwischen den Diensten nach Setting (kein Schichtdienst)	552
Abbildung 219: Einhaltung der gesetzlichen Erholungsphasen zwischen den Diensten (Schichtdienst)	552
Abbildung 220: Bewertung und Umsetzung der auf die pflegerische berufliche Bildung bezogenen Maßnahmen (Nicht-Leitungskräfte)	554
Abbildung 221: Bewertung und Umsetzung der auf die pflegerische berufliche Bildung bezogenen Maßnahmen (Leitungskräfte)	555
Abbildung 222: Bewertung von auf die pflegerische berufliche Bildung bezogenen Maßnahmen nach Setting (1)	556
Abbildung 223: Bewertung von auf die pflegerische berufliche Bildung bezogenen Maßnahmen nach Setting (2)	557
Abbildung 224: Bewertung der auf die pflegerische berufliche Bildung bezogenen Maßnahmen nach Qualifikation in der Pflege (1)	558
Abbildung 225: Bewertung der auf die pflegerische berufliche Bildung bezogenen Maßnahmen nach Qualifikation in der Pflege (2)	559
Abbildung 226: Bewertung der auf die pflegerische berufliche Bildung bezogenen Maßnahmen nach Qualifikation in der Pflege	560
Abbildung 227: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung der Professionalisierung und qualifikations- und professionsübergreifenden Zusammenarbeit (Nicht-Leitungskräfte)	561
Abbildung 228: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung der Professionalisierung und qualifikations- und professionsübergreifenden Zusammenarbeit (Leitungskräfte) ..	562

Abbildung 229: Bewertung der Maßnahmen zur Förderung der Professionalisierung und qualifikations- und professionsübergreifenden Zusammenarbeit nach Setting.....	563
Abbildung 230: Wünsche für die Zusammensetzung multiprofessioneller Teams.....	565
Abbildung 231: Zustimmung zur Übernahme heilkundlicher Verantwortung durch Pflegende	566
Abbildung 232: Interesse an Fort- oder Weiterbildung zur Übernahme erweiterter heilkundlicher Verantwortung (n=1.567).....	567
Abbildung 233: Zustimmung zu ausgewählten Aussagen zu Physician Assistants (n=1.125)	568
Abbildung 234: Lehren aus der Covid-19-Pandemie – Verteilung der Themen aus Freitextantworten	571
Abbildung 235: Maßnahmen der Covid-19-Pandemie – Verteilung der Themen aus den Freitextantworten	577

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Raster Einschlusskriterien.....	30
Tabelle 2: Übersicht Suchbegriffe/Schlagworte.....	31
Tabelle 3: Verwendete Fachdatenbanken	35
Tabelle 4: Angewandte Boolesche Operatoren	36
Tabelle 5: Dokumentation der Datenbankrecherche am Beispiel der Datenbank GeroLit	38
Tabelle 6: Auszug Steuerungsliste.....	39
Tabelle 7: Übersicht qualitative Einstufung der ermittelten Literatur.....	40
Tabelle 8: Belastungsfaktoren im Bereich Qualität der Pflegeausbildung.....	45
Tabelle 9: Belastungsfaktoren im Bereich digitale Kompetenz als Teil der Pflegeausbildung.....	49
Tabelle 10: Belastungsfaktoren im Bereich Akademisierung/Professionalisierung und Generalistik ..	51
Tabelle 11: Belastungsfaktoren im Bereich Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten.....	53
Tabelle 12: Belastungsfaktoren im Bereich Ansehen des Pflegeberufs.....	55
Tabelle 13: Belastungsfaktoren im Bereich Fachkräftemangel.....	57
Tabelle 14: Belastungsfaktoren im Bereich Betriebliche Personalsituation	59
Tabelle 15: Belastungsfaktoren im Bereich Führungsverhalten und Betriebskultur	61
Tabelle 16: Belastungsfaktoren im Bereich Betriebliches Gesundheitsmanagement	63
Tabelle 17: Belastungsfaktoren im Bereich Vergütung.....	65
Tabelle 18: Belastungsfaktoren im Bereich Arbeitszeit und Vereinbarkeit	68
Tabelle 19: Belastungsfaktoren im Bereich pflegefremde Tätigkeiten.....	71
Tabelle 20: Belastungsfaktoren im Bereich psychische und körperliche Belastungen	72
Tabelle 21: Belastungsfaktoren im Bereich Gesundheitsverhalten	75
Tabelle 22: Zeit- und Leiharbeit in der Pflege	78
Tabelle 23: Quereinstieg in die Pflege.....	80
Tabelle 24: Berufsrückkehr in die Pflege.....	82
Tabelle 25: Studien zur Verweildauer im Pflegeberuf.....	89
Tabelle 26: Übergreifende Maßnahmen Digitalisierung	97
Tabelle 27: Übergreifende Maßnahmen Fachkräftesicherung	101
Tabelle 28: Übergreifende Maßnahmen Ansehen des Pflegeberufs	105
Tabelle 29: Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten Übergreifende Maßnahmen	107
Tabelle 30: Bereich Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten Qualität der Pflegeausbildung	108
Tabelle 31: Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten Digitalisierung in der Pflegeausbildung	111
Tabelle 32: Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten Akademisierung/Professionalisierung und Generalistik	113
Tabelle 33: Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten.....	115
Tabelle 34: Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen Übergreifende Maßnahmen.....	117

Tabelle 35: Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation Führung und Betriebskultur	121
Tabelle 36: Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation Betriebliches Gesundheitsmanagement	127
Tabelle 37: Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation Arbeitszeit, Arbeitsorganisation und Work-Life-Balance	133
Tabelle 38: Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation – Vergütung.....	137
Tabelle 39: Gewichtung: Übergreifende Maßnahmen im Bereich Digitalisierung	140
Tabelle 40: Gewichtung: Übergreifende Maßnahmen im Bereich Fachkräftesicherung.....	143
Tabelle 41: Gewichtung: Übergreifende Maßnahmen im Bereich Ansehen Pflegeberuf.....	146
Tabelle 42: Gewichtung: Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten – Übergreifende Maßnahmen	147
Tabelle 43: Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Qualität der Pflegeausbildung	148
Tabelle 44: Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Digitalisierung in der Pflegeausbildung	150
Tabelle 45: Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Akademisierung/Professionalisierung und Generalistik.....	151
Tabelle 46:Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten.....	153
Tabelle 47: Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation ...	155
Tabelle 48: Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Führung und Betriebskultur	157
Tabelle 49: Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Betriebliches Gesundheitsmanagement	160
Tabelle 50: Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Arbeitszeit, Arbeitsorganisation und Work-Life-Balance	163
Tabelle 51: Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Vergütung	165
Tabelle 52: Gewichtung: Zusammenfassung übergreifender Maßnahmen für alle Ebenen	167
Tabelle 53: Gewichtung: Zusammenfassung Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten	168
Tabelle 54: Gewichtung: Zusammenfassung Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation	169
Tabelle 55: Fazit – Gesamtübersicht Gewichtung.....	170
Tabelle 56: Übersicht der Klassifikation der Berufe mit Fallzahlen.....	196
Tabelle 57: Definition der Anforderungsniveaus in der KldB 2010	197
Tabelle 58: Definition von Endpunkten der Bruttoverweildauern.....	203
Tabelle 59: Entwicklung der mittleren monatlichen Bruttoeinkommen von vollzeiterwerbstätigen Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften in der Gesundheits- und Krankenpflege Berechnung für Alte Bundesländer; ohne Auszubildende	206
Tabelle 60: Entwicklung der mittleren monatlichen Bruttoeinkommen von vollzeiterwerbstätigen Pflegefachpersonen und Pflegehilfskräften in der Altenpflege, Berechnung für die alten Bundesländer ohne Auszubildende.....	207
Tabelle 61: Gender Pay Gap in der Gesundheits- und Krankenpflege	208
Tabelle 62: Gender Pay Gap in der Altenpflege	208
Tabelle 63: Unbereinigte Gender Pay Gap in Pflegeberufen 2017 und 2021	209
Tabelle 64: Regression auf das monatliche Bruttoentgelt von vollzeitbeschäftigten beruflich Pflegenden in der Gesundheits- und Krankenpflege im Jahr 2019	210

Tabelle 65: Regression auf das monatliche Bruttoentgelt von vollzeitbeschäftigten beruflich Pflegenden in der Altenpflege im Jahr 2019	211
Tabelle 66: Anteil von beruflich Pflegenden in der Gesundheits- und Krankenpflege in einem Zeit- und Leiharbeitsverhältnis	212
Tabelle 67: Anteil von beruflich Pflegenden in der Altenpflege in einem Zeit- und Leiharbeitsverhältnis	212
Tabelle 68: Anteil von Krankenpflegehilfskräften in einem Zeit- und Leiharbeitsverhältnis	213
Tabelle 69: Anteil von Zeit- und Leiharbeitsverhältnissen in sonstigen Berufsgruppen.....	213
Tabelle 70: Zustand unmittelbar vor Beginn der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung	215
Tabelle 71: Nettoarbeitszeit von Pflegekräften in der Gesundheits- und Krankenpflege ein Jahr nach Ausbildungsende	222
Tabelle 72: Nettoarbeitszeit von Pflegekräften in der Gesundheits- und Krankenpflege drei Jahre nach Ausbildungsende	223
Tabelle 73: Nettoarbeitszeit von Pflegekräften in der Gesundheits- und Krankenpflege fünf Jahre nach Ausbildungsende	223
Tabelle 74: Nettoarbeitszeit von Pflegekräften in der Altenpflege ein Jahr nach Ausbildungsende..	223
Tabelle 75: Nettoarbeitszeit von Pflegekräften in der Altenpflege drei Jahre nach Ausbildungsende	224
Tabelle 76: Alter der Kohorten im Untersuchungszeitfenster	224
Tabelle 77: Kennzahlen der Geburtskohorte 1955/59: Gesundheits- und Krankenpflege.....	226
Tabelle 78: Kennzahlen der Geburtskohorte 1960/64: Gesundheits- und Krankenpflege.....	230
Tabelle 79: Kennzahlen der Geburtskohorte 1965/69: Gesundheits- und Krankenpflege.....	232
Tabelle 80: Kennzahlen der Geburtskohorte 1970/74: Gesundheits- und Krankenpflege.....	234
Tabelle 81: Kennzahlen der Geburtskohorte 1975/79: Gesundheits- und Krankenpflege.....	238
Tabelle 82: Kennzahlen der Geburtskohorte 1980/84: Gesundheits- und Krankenpflege.....	241
Tabelle 83: Ergebniszusammenfassung der Clusteranalyse: Erwerbsverläufe von beruflich Pflegenden in der Gesundheits- und Krankenpflege.....	243
Tabelle 84: Kennzahlen der 4-Clusterlösung nach Ausbildungsende.....	247
Tabelle 85: Kennzahlen der Geburtskohorte 1955/59: Altenpflege	249
Tabelle 86: Kennzahlen der Geburtskohorte 1960/64: Altenpflege	250
Tabelle 87: Kennzahlen der Geburtskohorte 1965/69: Altenpflege	251
Tabelle 88: Kennzahlen der Geburtskohorte 1970/74: Altenpflege	252
Tabelle 89: Kennzahlen der Geburtskohorte 1975/79: Altenpflege	254
Tabelle 90: Veränderungen im Erwerbsverlauf im Befragungszeitraum	265
Tabelle 91: Episodendauern bei Personen mit nur einer Episode	267
Tabelle 92: Personen mit nur 2 Episoden.....	267
Tabelle 93: Typen von Berufsbiografien.....	272
Tabelle 94: Zufriedenheit vor und nach Ausstieg.....	276
Tabelle 95: Biografietypen von Personen in Zeit- bzw. Leiharbeit zum Befragungsende.....	277

Tabelle 96: Beendigung von Unterbrechungsphasen (Cox-Regression)	283
Tabelle 97: Biografietypen von Pflegepersonen mit vorzeitigem Rentenbeginn	285
Tabelle 98: Teilnehmende der Einzelinterviews nach Pflegesetting und Qualifikationsniveau	290
Tabelle 99: Verteilung nach Setting und Leitungsposition.....	422
Tabelle 100: Einrichtungen nach Setting und Trägerform	427
Tabelle 101: Verteilung der Einstiegsarten nach Leitungstätigkeit.....	428
Tabelle 102: Verteilung der Einstiegsarten nach Setting	428
Tabelle 103: Planung Zeit-/Leiharbeit nach Setting	456
Tabelle 104: Anteil Befragte freiberuflich nach Setting	461
Tabelle 105: Anteil Befragte freiberuflich nach Qualifikation.....	461
Tabelle 106: Interesse an Zusatzqualifikationen oder Fachweiterbildung unter Auszubildenden zur Pflegefachperson.....	463
Tabelle 107: Art der interessierenden Zusatzqualifikation oder Fachweiterbildung.....	463
Tabelle 108: Interesse an Studium	464
Tabelle 109: Interessierende Studienfächer - Bachelor	464
Tabelle 110: Interessierende Studienfächer – Master	465
Tabelle 111: Interesse an Qualifizierung zur Übernahme erweiterter heilkundlicher Verantwortung	467
Tabelle 112: Veränderungsabsichten innerhalb der Pflege nach Setting	467
Tabelle 113: Gründe für Umorientierung innerhalb der Pflege	468
Tabelle 114: Befragte mit Ausstiegsabsichten nach Setting	468
Tabelle 115: Befragte mit Ausstiegsabsichten nach Qualifikation.....	469
Tabelle 116: Befragte mit Ausstiegsabsichten nach Leitungstätigkeit.....	469
Tabelle 117: Auszubildende, die bereits über einen Ausbildungsabbruch nachgedacht haben	469
Tabelle 118: Auszubildende, die aktuell über einen Ausbildungsabbruch nachdenken.....	470
Tabelle 119: Codeplan Lehren Covid-19-Pandemie	571
Tabelle 120: Codeplan Maßnahmen Covid-19-Pandemie.....	578
Tabelle 121: Berufliche Positionen und Tätigkeiten.....	646
Tabelle 122: Einflussfaktoren auf und Beweggründe für den Verbleib in einer Position/Tätigkeit oder den Übergang zwischen verschiedenen Positionen/Tätigkeiten	648
Tabelle 123: Einflussfaktoren/Beweggründe, die dem Verbleib in einer Position/Tätigkeit oder dem Übergang zwischen verschiedenen Positionen/Tätigkeiten entgegenstehen	650

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ABVP	Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V.
AEntG	Arbeitnehmer-Entsendegesetz
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ArbZG	Arbeitszeitgesetz
arithm.	arithmetisch
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BB	Brandenburg
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
D	Deutschland
BeH	Beschäftigten-Historik des IAB
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BStatG	Bundesstatistikgesetz
BW	Baden-Württemberg
BWKG	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e. V.
BWL	Betriebswirtschaftslehre
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.
bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
d. h.	das heißt
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DNEbM	Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DPV	Deutscher Pflegeverband e. V.
DRG	Diagnoses Related Groups
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EGH	Eingliederungshilfe
EL	Einrichtungsleitung
ePA	elektronische Patientenakte
et al.	et alii
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GD	Gruppendiskussion
ggf.	gegebenenfalls
GPVG	Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz
GSP-Branche	Gesundheits-, Sozial-, und Pflegebranche
GVWG	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz

IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
IABS	IAB-Beschäftigtenstichprobe
IAT	Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt
i. d. R.	in der Regel
IEB	Integrierte Erwerbsbiografien
IEGUS	Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft
inkl.	inklusive
INT	Interview
insg.	insgesamt
IT	Informationstechnologie
KAP	Konzertierte Aktion Pflege
KldB	Klassifikation der Berufe
MD	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MFA	Medizinische Fachkraft
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NEXT	nurses' early exit study
NI	Niedersachsen
NRW	Nordrhein-Westfalen
o. ä.	oder ähnliches
OP	Operationsbereich
o.S.	ohne Seitenangabe
PDL	Pflegedienstleitung
PfIAPrV	Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz
PSG	Pflegestärkungsgesetz
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
QM	Qualitätsmanagement
RP	Rheinland-Pfalz
S.	Seite
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
SIAB	Stichprobe der Integrierten Arbeitsmarktbiografien
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
ST	Sachsen-Anhalt
TI	Telematikinfrastruktur
TN	Teilnehmer*in
TZ	Teilzeit
u. a.	unter anderem
u. a. m.	und andere mehr
usw.	und so weiter
v. a.	vor allem
ver.di	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
VPI	Verbraucherpreisindex
VR	Virtual Reality

vs.	Versus
VZ	Vollzeit
WBL	Wohnbereichsleitung
WD	West-Deutschland
WG	Wohngemeinschaft
WifOR	Institut für Wirtschaftsforschung
z. B.	zum Beispiel
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

1 Einleitung

1.1 Studienhintergrund

Die Konzentrierte Aktion Pflege (KAP) wurde im Juli 2018 durch den damaligen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, die damalige Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Franziska Giffey sowie dem damaligen Bundesminister für Arbeit und Soziales Hubertus Heil initiiert. Gemeinsam mit den in der Pflege beteiligten Akteuren wurden im Juni 2019 Maßnahmen vereinbart, um mehr beruflich Pflegenden zu gewinnen, sie zu stärken und zu entlasten und die Ausbildung und Arbeitsbedingungen attraktiver zu gestalten. Im Rahmen dieser Konzentrierten Aktion Pflege hat das Bundesministerium für Gesundheit die Studie **Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege und Ermittlung sowie modellhafte Implementierung von Indikatoren für gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege** beauftragt, um die Datengrundlagen zur Situation von beruflich Pflegenden zu verbessern und über die Vereinbarungen der KAP hinaus weitere Maßnahmen zu identifizieren, mit denen die formulierten Ziele der Aktion vorangetrieben werden können.

Gegenwärtige gesellschaftliche Prozesse und allem voran die demografische Entwicklung der Bevölkerung beeinflussen sowohl die Angebots- als auch die Nachfrageseite in der Pflegebranche: So ist auf der Nachfrageseite in den letzten Jahren ein stetiger Zuwachs an Pflegebedürftigen zu beobachten (BMG, 2021b, S. 13). Auszugehen ist aufgrund dieser Entwicklungen für das Jahr 2030 von einer Versorgungslücke von ca. 187.000 Vollzeitäquivalenten in der Pflege (Blum et al., 2019, S. 65). Dennoch konnte in den letzten Jahren auch ein steigendes Interesse an Pflegeberufen verzeichnet werden. Sowohl die Anzahl der Menschen, die eine Pflegeausbildung begonnen haben, als auch die Anzahl an abgeschlossenen Berufsausbildungen stiegen über die letzten zehn Jahre kontinuierlich an (Statistisches Bundesamt, 2020c, o.S.).

Da der Personalbedarf von Faktoren wie den Unterbrechungszeiten, der Verweildauer im Beruf, dem altersbedingten Ausscheiden sowie in der Pflege insbesondere der Entwicklung der Arbeitszeiten abhängig ist, ergibt sich für diese Faktoren die Notwendigkeit einer belastbaren Datengrundlage. Dasselbe gilt für empirisch gesichertes Wissen um Maßnahmen, die Anreize setzen, diese erwerbsbiografischen Prozesse zu beeinflussen – und etwa einen Ausstieg aus dem Pflegeberuf möglichst verhindern. Daten zum Verbleib im Beruf, zum Ausstieg, zu Rückkehr oder Quereinstieg, zu Teil- und Vollzeitbeschäftigung sowie diese Faktoren beeinflussende Anreize sind gegenwärtig nur teilweise vorhanden und können lediglich unzureichende Ansatzpunkte für zusätzliche Maßnahmen der Fachkräftesicherung sowie für eine Gestaltung attraktiver Arbeitsplätze liefern.

Zur wissenschaftlich fundierten Abbildung von Handlungsempfehlungen hin zu einem attraktiveren Arbeitsplatz ist die Erhebung weiterer Primärdaten bei beruflich Pflegenden, Führungskräften sowie Auszubildenden sinnvoll. Ferner ist es zielführend, die bislang vorliegenden Befunde zur Thematik im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche zusammenzutragen und anschließend den aktuellen Forschungsstand zu beschreiben.

Im Rahmen der Studie **Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege und Ermittlung sowie modellhafte Implementierung von Indikatoren für gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege** werden im Rahmen des Los 1 **Analyse, Befragungen und Maßnahmenempfehlungen zum Pflegearbeitsplatz der Zukunft** sowohl die bislang vorliegende Literatur analysiert; als auch eigene Daten erhoben sowie Maßnahmenempfehlungen zum Pflegearbeitsplatz der Zukunft im Zeitraum März 2020 bis September 2022 erarbeitet.

1.2 Ausgangslage zum Forschungsstand

Der gegenwärtige Forschungsstand zu den Arbeitsbedingungen und den Erwerbsbiografien von beruflich Pflegenden sowie die Gründe für Berufseinstiege und -ausstiege stellen die Ausgangslage der durchgeführten Literaturrecherche dar. Nach Durchführung einer Vorabanalyse zeigten sich Forschungslücken in der Datenlage zu den Arbeitsbedingungen und den Erwerbsbiografien von beruflich Pflegenden sowie den Gründen für Berufseinstiege und -ausstiege. Die einzige bekannte größere Studie mit einem expliziten Fokus auf diese Fragen, die europaweite NEXT-Studie aus dem Jahren 2002-2005 (Hasselhorn et al., 2005) entspricht nicht mehr dem aktuellen Stand. Neuere Daten sind v. a. bezüglich einzelner Teilaspekte in umfassenderen Studien und Statistiken zu finden. Die Eckdaten zu den Beschäftigten in Pflegeberufen und der Arbeitsmarktsituation werden im Rahmen der Pflegestatistik regelmäßig von Statistischen Bundesamt und der Bundesagentur für Arbeit (BA) veröffentlicht. Im Pflege-Report der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) (Jacobs et al., 2020) werden die Fehlzeiten anhand der AOK-Versichertendaten untersucht und das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) stellt Informationen zur Vergütung¹ von beruflich Pflegenden bereit (Carstensen et al., 2020). Arbeitszeiten werden vom Institut für Arbeit und Technik (IAT) (Becka et al., 2016) und die Einschätzung der Arbeitsbedingungen durch die beruflich Pflegenden vom Institut DGB-Index Gute Arbeit (DGB-Index, 2018) analysiert. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von Arbeiten mit einzelnen, teils sehr spezifischen Informationen zu den Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden (Bogai, 2017; Hipp et al., 2017; Höhmann et al., 2016; Kraft & Drossel, 2019; Ulusoy et al., 2019; Wrobel et al., 2019).

Ebenso sind einige Studien vorhanden, die sich mit Potenzialen im Kontext erwerbs- und lebensbiografischer Faktoren beruflich Pflegenden beschäftigen. So liefert die **Pflege Come Back-Studie** Hinweise darauf, welches Potenzial von Berufsrückkehrer*innen bei der Bewältigung des Personalmangels in der Pflege ausgehen kann (Psyma Health & CARE, 2018).

Die Ergebnisse dieser und weiterer Studien bildeten die Ausgangslage der systematischen Literaturrecherche, die in der Folge mittels einer umfassenden Desktop- und Internetrecherche durchgeführt wurde. Die Fragen, wie sich beruflich Pflegenden ihren Arbeitsplatz der Zukunft vorstellen und mit welchen Maßnahmen die Attraktivität des Arbeitsplatzes Pflege gesteigert, der Verbleib im Pflegeberuf erhöht und beruflich Pflegenden für die Pflege zurückgewonnen werden können, können im Rahmen der systematischen Literaturrecherche lediglich retrospektiv beantwortet werden. Aus diesem Grund werden sie in ihrer prospektiven Dimension im Zuge einer standardisierten Befragung von beruflich Pflegenden (Primärdatenerhebung) (Kapitel 8) erneut aufgegriffen.

2 Systematische Literaturrecherche

2.1 Einleitung

Wie einleitend erwähnt, sind zu den interessierenden erwerbs- und lebensbiografischen Fragestellungen beruflich Pflegenden zwar Erkenntnisse in der gegenwärtig verfügbaren Literatur zu finden, sie sind jedoch verstreut über verschiedene Quellenarten (Monografien, Zeitschriftenartikel, graue Literatur usw.) und zahlreiche Fachdisziplinen (Sozialwissenschaft, Pflegewissenschaft, Wirtschaftswissenschaft und weitere). Somit ist implizites Forschungsziel, den gegenwärtigen

¹ Mit „Vergütung“ wird in dieser Studie das als Gegenleistung für ihre Arbeitstätigkeit an beruflich Pflegenden gezahlte oder zu zahlende Arbeitsentgelt sowie die Einkünfte freiberuflich Pflegenden bezeichnet und entspricht dem Begriff der „Entlohnung“.

Forschungsstand systematisch im Sinne einer statistischen Metaanalyse nach wissenschaftlichen Standards zu recherchieren und anschließend inhaltlich zu beschreiben.

Eine systematische Literaturrecherche ist vor allem durch eine strukturierte und an transparenten Kriterien orientierte Vorgehensweise charakterisiert (Bortz & Döring, 2016, S. 158). Dementsprechend wird die methodische Vorgehensweise, die im Rahmen der Recherche angewandt wurde, im Folgenden detailliert beschrieben, sodass die im Anschluss verschriftlichte Synthese der Ergebnisse intersubjektiv nachvollzogen werden kann. Sowohl die Durchführung der systematischen Literaturrecherche als auch die methodische Beschreibung ihrer Vorgehensweise orientierte sich an den gängigen wissenschaftlichen Standards (Bortz & Döring, 2016, S. 158-162; Nordhausen & Hirt, 2020, S. 9-48). Das international anerkannte **Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)**-Verfahren (Liberati et al., 2009) wurde für beide Arbeitsschritte angewandt. Dieses PRISMA-Verfahren, welches schwerpunktmäßig wissenschaftliche Qualitätsstandards für systematische Übersichtsarbeiten in der Medizin festlegt, wurde mit Blick auf die eigenen sozialwissenschaftlichen Forschungsfragen kritisch geprüft und für die Qualitätssicherung der durchgeführten Literaturanalyse nutzbar gemacht.

2.2 Methodisches Vorgehen

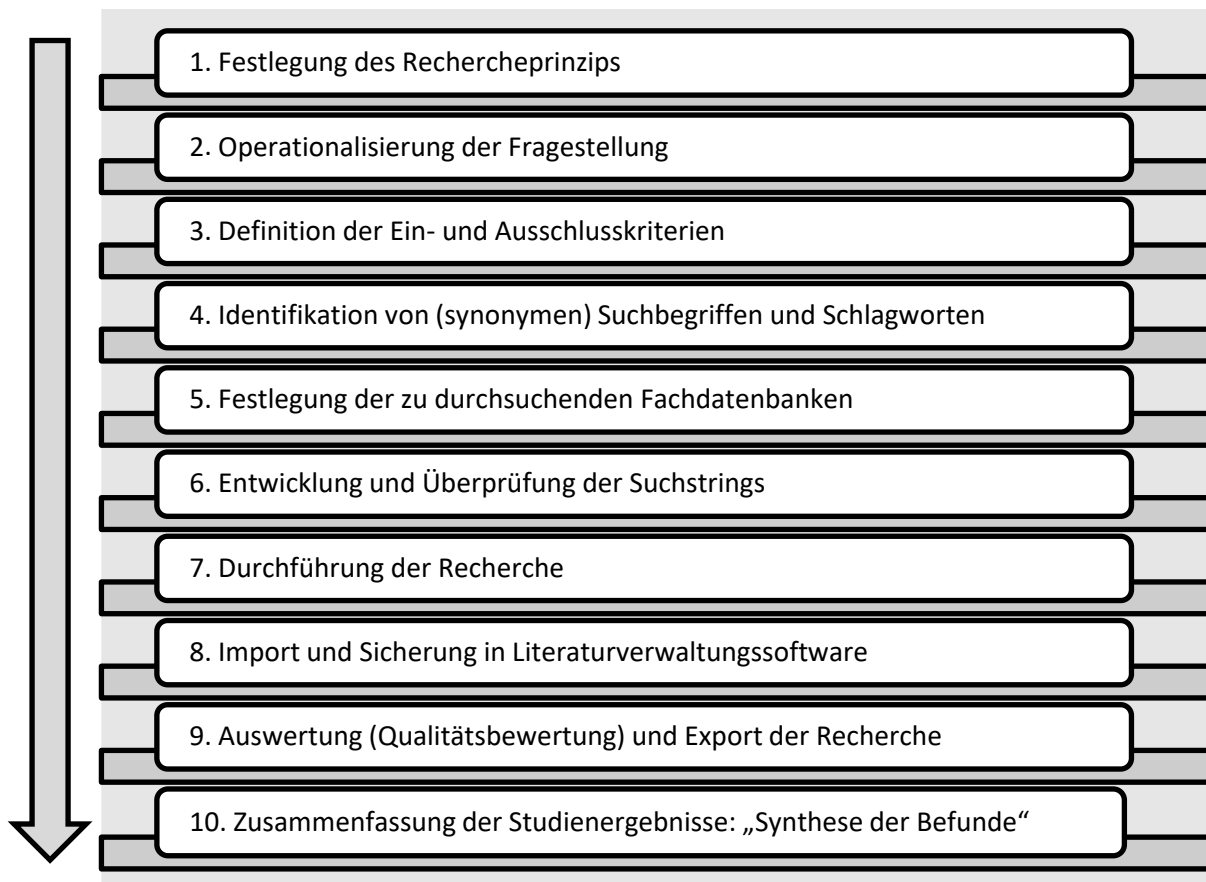
Für die Darstellung der aktuellen Datenlage der interessierenden lebens- und erwerbsbiografischen Evidenz der beruflich Pflegenden wurde die systematische Literaturrecherche im Zeitraum April bis August 2020 durchgeführt. Die wissenschaftlichen Vorgaben erforderten klar formulierte Fragestellungen, zu denen alle verfügbaren Primär- und Sekundärstudien sowie Meta-Analysen systematisch recherchiert, ausgewählt und kritisch bewertet wurden. Im Anschluss wurden die Ergebnisse extrahiert und beschrieben sowie bei gegebener Datenlage mit statistischen Methoden quantitativ aggregiert (DNEbM, 2018; Ziegler et al., 2009, S. 3-10).

Nachfolgend wird die Vorgehensweise sowie die Verwendung der eingesetzten Methoden im Detail dargestellt, mit dem Ziel, den Weg der Ergebnisfindung transparent darzulegen. Es erfolgte eine enge Orientierung am Manual 4.0 zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und der Fachhochschule für Angewandte Wissenschaften St. Gallen (Nordhausen & Hirt, 2020) sowie an der Richtlinie **Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)** (Liberati et al., 2009). Die **Anlehnung an die PRISMA-Methode** ermöglicht die transparente Dokumentation über die genutzten wissenschaftlichen Datenbanken, das Suchdatum, genutzte Schlagworte und die Anzahl der Trefferresultate sowie die (grafische) Darstellung der Studienauswahl anhand eines vierstufigen Flussdiagramms (Ziegler et al., 2009, S. 23) (Kap. 2.2.8, Abbildung 4).

2.2.1 Übersicht

Abbildung 1 zeigt das grundsätzliche Prinzip der Erarbeitung der themen- und datenbankspezifischen Suchstrategie und die Durchführung der systematischen Literaturrecherche im Rahmen des Projekts.

Abbildung 1: Vorgehensweise der systematischen Literaturrecherche im Überblick

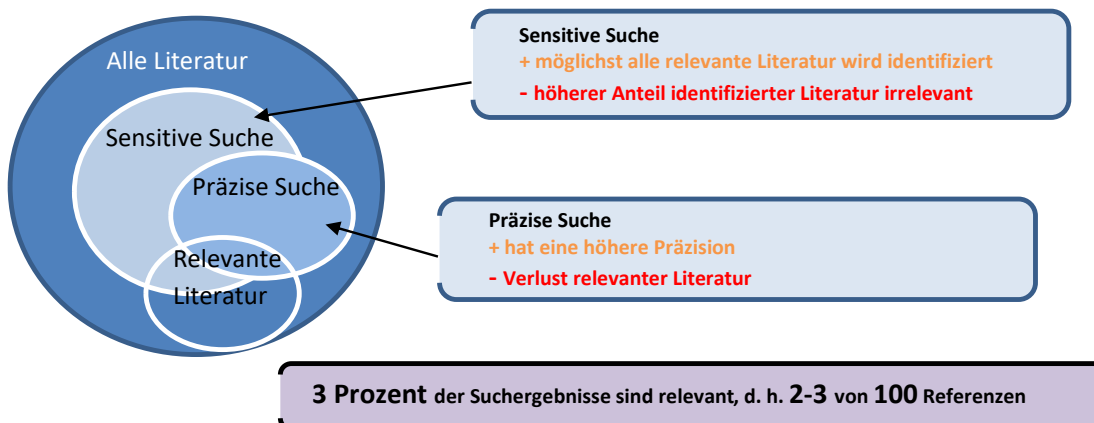


Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021, auf Basis von Nordhausen & Hirt, 2020, S. 9

2.2.2 Festlegung des Rechercheprinzips

Bei wissenschaftlichen Recherchen wird grundsätzlich zwischen einem sensitiven und spezifischen bzw. präzisen Rechercheprinzip unterschieden (Abbildung 2). Die Entscheidung für eines der beiden Prinzipien entfaltet Folgen für den gesamten Rechercheprozess (Abbildung 3) und ergibt sich aus dem Forschungsinteresse der Untersuchung.

Abbildung 2: Sensitives und spezifisches bzw. präzises Rechercheprinzip



Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021, nach Sampson et al. (2011)

Im Rahmen der Studie wurde für die systematische Literaturrecherche das **sensitive Rechercheprinzip** (Nordhausen & Hirt, 2019, S. 5) angewandt. Ziel war es, möglichst alle verfügbaren und relevanten Publikationen zum Thema ausfindig zu machen. Insofern wurden möglichst viele Suchbegriffe und Schlagworte (Kap. 2.2.5) sowie Fachdatenbanken (Kap. 2.2.6) einbezogen.

Abbildung 3: Auswirkungen des Rechercheprinzips auf nachfolgende Schritte der Literaturanalyse

	Sensitives Rechercheprinzip	Spezifisches bzw. präzises Rechercheprinzip
Festlegung der Suchkomponenten		
<i>Anzahl der Suchkomponenten</i>	niedriger	höher
Festlegung der zu durchsuchenden Fachdatenbanken		
<i>Anzahl/Art der zu durchsuchenden Fachdatenbanken</i>	höher, breiter gefächert	niedriger, themenspezifischer
Identifikation von synonymen Suchbegriffen		
<i>Anzahl / Art verwendeter Suchbegriffe</i>	höher, möglichst alle zum Thema existierenden Suchbegriffe	niedriger, beschränkt auf die wichtigsten Suchbegriffe
Identifikation von Schlagwörtern		
<i>Art verwendeter Schlagwörter</i>	eher übergeordnete und allgemeine Schlagwörter	eher untergeordnete und gezielte Schlagwörter
Entwicklung der Suchstrings		
<i>Verwendung von Platzhaltern (Wildcards)</i>	häufiger	seltener
<i>Eingrenzung mittels Suchbefehlen</i>	seltener	häufiger
Durchführung der Recherche		
<i>Eingrenzung mittels Suchfeldern und/oder Suchfiltern</i>	seltener	häufiger

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021, nach Nordhausen & Hirt (2020, S. 10)

Ergänzt wurde die sensitive Literaturrecherche um das sogenannte Schneeballverfahren, bei dem das Literaturverzeichnis von Quellen mit hoher Relevanz und Qualität gezielt nach weiterführender und vertiefender Literatur durchsucht wurde.

2.2.3 Operationalisierung der Fragestellung

Im Rahmen der Operationalisierung der Fragestellung wurden die Kernfragen in ein recherchierbares Format überführt, d. h. in ein Format, das in der Folge in das Suchfeld der jeweiligen Fachdatenbanken eingegeben werden konnte. Dazu wurden in einem ersten Schritt Forschungs- bzw. Leitfragen aus den Zielen der Studie heraus generiert.

Forschungsfrage 1: Welche **Faktoren** wirken auf die Beschäftigung von beruflich Pflegenden?
 Forschungsfrage 2: Welche **Maßnahmen** wirken auf die Beschäftigung von beruflich Pflegenden?
 Forschungsfrage 3: Wie stellen sich beruflich Pflegende ihren Arbeitsplatz der Zukunft (Wünsche) vor?

Diese zugrundeliegenden Fragen ermöglichten in der Folge die Identifikation von (synonymen) Suchbegriffen (Kap. 2.2.5).

2.2.4 Definition der Ein- und Ausschlusskriterien

Um die Fülle an wissenschaftlichen Texten auf die Forschungsfragen zu fokussieren, wurden explizite Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Der Festlegung von Kriterien vorgelagert wurde zunächst eine Begriffsbestimmung bzw. Abgrenzung der Begrifflichkeiten **Langzeitpflege** sowie **Akutpflege** vorgenommen, um einen entsprechenden Definitionsrahmen zu legen.

Generell definiert der Begriff **Langzeitpflege** die medizinische, pflegerische und soziale Betreuung von Menschen, die aufgrund von Krankheit oder Behinderung über einen längeren Zeitraum hinaus nicht in der Lage sind, die alltäglichen Aufgaben des Lebens allein zu bewältigen. Dabei kann die Langzeitpflege zum einen ausschließlich von Angehörigen oder mit Unterstützung eines professionellen ambulanten Pflegedienstes erfolgen. Zum anderen ist aber auch die komplette Durchführung der Pflegeleistung durch einen ambulanten Dienst oder in einer vollstationären Pflegeeinrichtung möglich:

„Unter den Begriff der Langzeitpflege fallen sämtliche Pflegemaßnahmen, die über einen längeren Zeitraum oder auf Dauer erbracht werden. Eine konkrete gesetzliche Definition, wie lange die Pflegebedürftigkeit vorliegen muss, damit die erbrachten Pflegemaßnahmen als Langzeitpflege gelten, existiert nicht. Allerdings muss nach § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Sozialgesetzbuch XI – SGB XI) eine Pflegebedürftigkeit entweder auf Dauer oder für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten vorliegen, um Leistungen aus der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können“ (Deutscher Bundestag, 2017, S. 1).

Dahingegen wird die **Akutpflege** als pflegerische und therapeutische Maßnahme bei einer akuten Erkrankung, Verletzung oder Verschlechterung einer chronischen Erkrankung definiert. Sie ist im Gegensatz zur Langzeitpflege geprägt durch schnell wechselnde Situationen mit geringer Vorherseh- und Planbarkeit.

Für die vorliegende Studie wurde ein enger Definitionsrahmen gelegt, der ausschließlich die **professionelle** ambulante und stationäre Langzeitpflege sowie Akutpflege im Krankenhaus fokussiert. Auch wenn die häusliche Pflege durch Angehörige einen wichtigen Stellenwert einnimmt, wird im Folgenden ausschließlich der **Arbeitsplatz Pflege** beleuchtet; die Pflege durch Angehörige wurde in der Untersuchung nicht berücksichtigt. Weiterhin beinhaltet die Langzeitpflege – über die pflegerische und medizinische Versorgung von Patient*innen und Bewohner*innen hinaus – verschiedene Maßnahmen beziehungsweise Leistungen, die in Abhängigkeit der Pflegebedürftigkeit in Anspruch genommen werden können (u. a. soziale Betreuung, Unterstützung im Alltag, sowie verschiedene therapeutische Maßnahmen wie bspw. Ergo- oder Physiotherapie). Diese wurden ebenfalls nicht in die Untersuchung miteinbezogen.

Dieser Definitionsrahmen bildete die Grundlage für die in der Folge festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien:

Tabelle 1: Raster Einschlusskriterien

Einschlusskriterien	Spezifikation	Besonderheit
Pflegeprofession	Altenpflege (ambulant und stationär) Krankenpflege (ambulant und stationär) Langzeitpflege und Akutpflege Fachkräfte Leitungskräfte Pflegehilfskräfte Azubis und Studierende	
Regionalität	deutschlandweit, sowie auf Länderebene	Bei Forschungsfrage 3 wurden auch internationale Studien berücksichtigt.
Veröffentlichungsdatum	2015 und aktueller	Insgesamt wurden im Rahmen einer ergänzenden Suchstrategie acht Publikationen aufgrund ihrer hohen Relevanz in Bezug auf die Forschungsfragen in die Analyse mit aufgenommen, die vor 2015 veröffentlicht wurden.
Sprache	Deutsch und Englisch	Englischsprachige Literatur wurde nur dann einbezogen, wenn sie die Arbeitssituation der Pflege in Deutschland thematisierte oder gute Best-Practice-Ansätze zeigte.
Quellen	Akademische Primärquellen, Zeitschriftenartikel, Studien, Übersichtsarbeiten, Fachbücher	Graue Literatur wurde nicht ausgeschlossen, wenn sie relevante Erkenntnisse enthielt.

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

Daraus ergaben sich folgende **Ausschlusskriterien**, die auch in den Datenbanken selbst als sogenannte Limits (Einschränkungen) genutzt wurden, um die Recherche zu verfeinern:

- Studien, die ihren Schwerpunkt nicht auf beruflich Pflegende legen oder/und andere Berufe des sozialen Dienstleistungssektors fokussieren.
- Studien, die im Wesentlichen zusätzliche Faktoren (wie z. B. Migrationshintergrund) beleuchteten.
- Studien, die nicht beruflich Pflegende, sondern reine Angehörigenpflege umfassen.
- Studien, die sich in ihrer Analyse nicht auf die deutsche Pflegesituation bzw. Erwerbssituation und Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden in Deutschland beziehen.

- Studien, die ihren Fokus auf den Umgang mit bestimmten Erkrankungen legen oder rein pflegfachliche Aspekte untersuchen.

2.2.5 Identifikation von (synonymen) Suchbegriffen und Schlagworten

Nachdem die Recherchekriterien festgelegt wurden, erfolgte die Identifikation von Suchbegriffen durch die weitere Differenzierung der Forschungs- bzw. Leitfragen:

Forschungsfrage 1: Welche **Faktoren** wirken auf die Beschäftigung von beruflich Pflegenden?

- Ursachen und Gründe für einen Ausstieg oder Verbleib im Pflegeberuf
- Ursachen und Gründe für die Rückkehr oder den Quereinstieg in den Pflegeberuf
- Beweggründe für eine Vollzeit-/Teilzeitbeschäftigung
- Beweggründe für eine Beschäftigung in der Zeit- und Leiharbeit

Forschungsfrage 2: Welche **Maßnahmen** wirken auf die Beschäftigung von beruflich Pflegenden?

- Maßnahmen, mit denen die Attraktivität des Arbeitsplatzes Pflege erhöht werden kann, um beruflich Pflegende zu gewinnen
- Maßnahmen, um Pflegende im Beruf zu halten
- Maßnahmen, um Pflegende, die aus der Pflege ausgeschieden sind, zurückzugewinnen

Forschungsfrage 3: Wie stellen sich beruflich Pflegende ihren **Arbeitsplatz der Zukunft** (Wünsche) vor?

Empirische Beantwortung der Frage, wie sich beruflich Pflegende ihren Arbeitsplatz der Zukunft vorstellen/wünschen

Auf dieser Basis wurde anhand der identifizierten Studien im Rahmen der Voranalyse Suchbegriffe bzw. Schlagworte generiert und entsprechende Synonyme jeden Begriffs aller Suchkomponenten der Fragestellung aufgelistet, um möglichst alle vorstellbaren und relevanten Synonyme zu erfassen. Anschließend wurden dazugehörige Unterbegriffe und verwandte Begriffe eruiert.

Tabelle 2 zeigt das Ergebnis der Identifikation relevanter Suchbegriffe/Schlagworte für die systematische Literaturrecherche im Rahmen des Projekts:

Tabelle 2: Übersicht Suchbegriffe/Schlagworte

Begriff/Schlagwort (Dimension des Forschungsinteresses)	Synonyme	Unterbegriffe	Verwandte Begriffe
Beruflich Pflegende	-Pflegerkraft -Pflegefachkraft -Pflegefachkräfte -Krankenschwester -Altenpfleger -Krankenpfleger -Pflegeperson -Pflegepersonal -Pflegehilfskräfte -Hilfskräfte -Betreuungskräfte		-nichtärztliche Gesundheitsfachberufe -Assistenzberufe -Vereinbarer*innen

Operator „AND“			
Allgemeine Suchanfragen			
Langzeitpflege			
Demografie-Effekt	-Demografischer Wandel -Pflegeprävalenz		
Forschungsfrage 1: Welche Faktoren wirken auf die Beschäftigung (Ausstieg/Rückkehr/Vollzeit-bzw. Teilzeitbeschäftigung) von beruflich Pflegenden?			
Arbeitszeit	-Beschäftigungszeit -Dienstzeit -Arbeitszeitmodell -Arbeitsrhythmus	-Flexible Arbeitszeiten -Überstunden -Vollzeit -Teilzeit -Schichtarbeit -Wochenendarbeit -Arbeit am Abend -Nachtarbeit	-Lebensarbeitszeit
Arbeitsbedingungen	-Rahmenbedingungen -Tätigkeit -arbeitsplatzbezogene Anforderungen	-Fachkräftemangel -Vereinbarkeit -Personalmangel -Fachkräfteengpass -Pflegesetting -Wirtschaftlichkeit	-Nachwuchsmangel -Rekrutierungsprobleme -Mobilität
Personal	-Personalarbeit	-Personalausstattung -Personalbedarf -Personalschlüssel -Stellenabbau -Fehlzeiten -Präsentismus	-Personalbemessung -Pflegerotstand
Arbeitsbelastung	-Arbeitsdruck -Arbeitsüberlastung -Belastungserleben -Belastungsfaktoren	-Zeitdruck -Körperliche Anforderungen -Arbeitsklima -Arbeitsumgebung -Arbeitsverdichtung -Verantwortung -Kommunikation -Arbeitsintensivierung -Stress -Burnout	-Arbeits(un)fähigkeit -Angehörigenarbeit -Cool-Out -Infektionsgefährdung -Präsentismus
Vergütung	-Entgelt -Lohn -Bezahlung -Gehalt	-Lohnniveau -Niedriglohn -Lohndifferenz -Lohnentwicklung	-Lohnanpassung
Dokumentation		-Bürokratie	-Entbürokratisierung
Berufswechsel		-Unterbrechungszeiten -Qualifizierung	-Berufswechselquote
Berufsverbleib	-Berufsverweildauer	-Arbeitsfähigkeit -Berufsbindung	-Verbleibquote
Berufsrückkehr	-Wiedereinstieg	-Rückkehrpotenzial -Rückkehrvoraussetzungen -Quereinstieg	-Berufszuwanderung -Erwerbslosigkeitsrisiko
Pflegequalität	-Versorgungsqualität -Arbeitsqualität	-Patientenzufriedenheit -Patientenkontakt -Patientengefährdung	

Berufsausstieg	-Ausstiegsgründe -Berufsabwanderung -Beschäftigungsabbruch	-Unterbrechungszeiten -Beschäftigungsfähigkeit -Arbeitsfähigkeit	-Fluktuation -Berufsunfähigkeit
Lebenslauf	-Berufsbiografie -Berufsleben -Erwerbsleben -Erwerbsbiografie	-Lebenszeitmodell -lebensphasen- gerecht	
Zeit- und Leiharbeit	-Leiharbeit -Arbeitnehmerüberlassung -Personalüberlassung -Mitarbeiterüberlassung -Personalleasing -Temporärarbeit		
Forschungsfrage 2: Welche Maßnahmen (zur Steigerung der Attraktivität des Arbeitsplatzes) wirken auf die Beschäftigung von beruflich Pflegenden?			
(Aus-)bildung		-Akademisierung -Qualifizierung	
Weiterbildung		-Akademisierung -Qualifizierung	
Personal	-Personalarbeit	-Personalausstattung -Personalschlüssel -Führung	-Personalbemessung
Vergütung	-Entgelt -Lohn -Bezahlung -Gehalt	-Lohnanpassung	-Tarifvertrag
Anerkennung	-Wertschätzung		
Betriebliches Gesundheitsmanagement	-Gesundheitsförderung	-Prävention -Verhältnisprävention -Verhaltensprävention	-Pflugesetting
Digitalisierung		-technische Assistenzsysteme	-technischer Fortschritt
Karrierechancen	-Aufstiegschancen	-Qualifizierung	-Karriereplanung
Work-Life-Balance		-Vereinbarkeit -Zufriedenheit	
Fachkräftesicherung	-Gewinnung von Mitarbeitenden	-Ausländische Fachkräfte -Qualifizierung -Arbeitskräfteangebot -Arbeitskräftenachfrage -Leiharbeit -Personalleasing -Zeitarbeit -Arbeitnehmerüberlassung	-Arbeitsmarkt -Migration
Arbeitsorganisation	-Arbeitszeitorganisation -alternsgerechtes Arbeiten	-Einarbeitung -Mentoring -Dienstplan -Kommunikation -Vernetzung -Mobilität	
Altersgerechtes Arbeiten	-ältere Beschäftigte	-lebensphasengerecht -altersgemischte Teams	-Lebenszeitmodell

Personalmix	-Personalzusammensetzung	-Qualifikationsmix -Skill-Mix -Interdisziplinäre Teams -Diversity Management -Altersgemischte Teams	-kultursensibel -Gender
Forschungsfrage 3: Wie stellen sich beruflich Pflegende ihren Arbeitsplatz der Zukunft vor (Wünsche für gute Arbeitsbedingungen)?			
Arbeitszufriedenheit	-Zufriedenheit		-Berufswünsche
Attraktivität	-Image		
Eigenverantwortung	-Autonomie	-Handlungsspielraum -Einflussmöglichkeit	

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

Die identifizierten Begriffe in der linken Tabellenspalte wurden gleichzeitig als entsprechende Schlagworte festgelegt, die einerseits eine sehr gezielte Suche mit einem höheren Anteil an relevanten Treffern generieren sollten. Andererseits sollten sie der Qualitätssicherung der systematischen Literaturrecherche dienen, da mit ihrer Hilfe alle seitens der jeweiligen Datenbanken indextierten Treffer, denen das jeweilige Schlagwort zugeordnet wurde, gefunden werden konnten.

2.2.6 Festlegung der zu durchsuchenden Fachdatenbanken

Im Rahmen der Festlegung der datenbankspezifischen Suchmaschinen wurden diejenigen ausgewählt, die mit ihren indextierten akademischen Primär- und Sekundärquellen (Studien, Übersichtsarbeiten, Fachbücher und Zeitschriftenartikel) standardmäßig gesundheitswissenschaftliche Schwerpunkte aufweisen und somit ein klarer Bezug zum vorliegenden Forschungsthema besteht. Die verwendeten Fachdatenbanken werden nachfolgend übersichtartig beschrieben:

Tabelle 3: Verwendete Fachdatenbanken

	EBSCO	JStor	PubMed	Web of Science	Springer Link	Gerolit	ZQP
Zugänglichkeit/ Open Source	teilweise frei; Zugang erforderlich	teilweise frei	überwiegend frei	lizensiert	teilweise frei	frei	frei
Themenschwer- punkte	multidisziplinär	multidisziplinär (Artikel aus 75 Disziplinen)	Biomedizin und Gesundheit bzw. damit verbundene Disziplinen der Gesundheitsfachberufe (bspw. Medizin, Pflege, Physiotherapie, Hebammenwesen usw.) oder Forschung im Bereich Gesundheit	Medizin, Pflgewissenschaften, Natur-, Geistes-, Sozial- und Wirtschaftswissen- schaften, Technik	Medizin, Pflgewissenschaften, Natur-, Geistes-, Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, Technik	Gerontologie, Soziologie, insbesondere Alter(n)ssoziologie, Soziologie des Lebenslaufs, Entwicklungspsychologie des höheren Lebensalters, Alten- /Senioren- und Sozialpolitik, Gesundheitliche Versorgung Älterer, Altenhilfe/Altenpflege/Pflege- wissenschaften	Informationen über wissenschaftliche Projekte und Studien zur Pflege und Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen in Deutschland. Themenbereiche sind zum Beispiel E-Health, Pflegeberatung, Partizipation, Prävention, Gesundheitsförderung, Wohnformen, pflegerische Interventionen und palliative Versorgung
Inhalt	wissenschaftliche Zeitschriften aller Fachgebiete	Journals, Bücher, Primärquellen	primär Artikel aus wissenschaftlichen Fachzeitschriften – gering- er Anteil an Artikeln aus Zeitungen, Magazinen und Newslettern	Artikel aus allen Zeitschriften mit einem Impact Factor sowie Teildatenbanken	Artikel aus allen Zeitschriften mit einem Impact Factor sowie Teildatenbanken	Artikel, Bücher, Stellungnahmen und Interviews	Wissenschaftliche Studien sowie Projekte
Therasaurus * / AND / OR	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Einschränkungen und Besonderheiten	Advanced Search	Advanced Search	Advanced Search	größte medizinische Datenbank der Welt	Advanced Search Begriffe aus mehreren Wörtern müssen in „ gesetzt werden		erweiterte Suche sowie Filter nach Schlagworten, Bundesland, Einrichtungsart und konkreten Einrichtungen

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

Die identifizierten Begriffe bzw. Schlagworte wurden sukzessive einzeln in die datenbankspezifischen Schlagwortkataloge eingegeben und damit auf das Vorhandensein eines identischen oder sinngemäßen in der Datenbank hinterlegten Schlagwortes zeitintensiv überprüft.

Neben den in Tabelle 3 aufgeführten Fachdatenbanken wurden zudem diejenigen Internetauftritte der deutschen Pflegeverbände, deren Mitgliederanzahl über 5.000 Mitglieder liegt, hinzugezogen, sowie systematisch nach themenbezogenen Studien und Stellungnahmen durchsucht. Differenziert wurde an der Stelle zwischen Einrichtungsträgerverbänden, Pflegeberufsverbänden, sowie gemischten Verbänden, um die unterschiedlichen Interessenlagen hinsichtlich der Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden zu berücksichtigen. Dies betraf die Angebote folgender Verbände:

Einrichtungsträgerverbände:

- Verband der Schwesternschaft vom DRK e. V. – ca. 21.000 Mitglieder
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) – ca. 13.000 Mitgliedseinrichtungen

Pflegeberufsverbände:

- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK) – ca. 22.000 Mitglieder
- Deutscher Hebammen-Verband e. V. (DHV) – ca. 20.000 Mitglieder (Stand 15.06.20)
- Deutscher Pflegeverband e. V. (DPV) – 5.000 Mitglieder

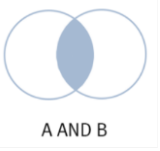

Gemischte Verbände:

- Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP) – 5.000 Mitglieder
- Katholischer Berufsverband für Pflegeberufe e. V. – 5.000 Mitglieder

2.2.7 Entwicklung und Überprüfung der Suchstrings

Im Anschluss wurden die einzelnen Suchkomponenten der Forschungsfragen – alle identifizierten Suchbegriffe und Schlagworte aus Tabelle 3 – mithilfe von sogenannte Booleschen Operatoren, die bestimmte logische Verknüpfungen zwischen einzelnen Suchbegriffen ermöglichen, zu verschiedenen Suchstrings verknüpft. Verwendet wurden dabei die gängigen Operatoren AND und OR:

Tabelle 4: Angewandte Boolesche Operatoren

Operatoren	Grafik	Beschreibung
A AND B (AND; UND; +)		mit dieser Verknüpfung werden nur diejenigen Dokumente gefunden, in denen alle angegebenen Begriffe/ Schlagworte vorkommen
A OR B (OR; ODER;)		mit dieser Verknüpfung werden Dokumente gefunden, in denen mindestens ein Suchwort vorkommen (entweder das eine oder das andere oder beide Schlagworte)

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021 nach Nordhausen & Hirt (2020, S. 14)

Vorgaben für die Suchstrings:

Anhand der in den Vorstudien eruierten Schlagworten wurden in der Folge Suchstrings formuliert, die in der Anwendung an die in den Datenbanken vorgegebenen Möglichkeiten angepasst wurden.

In Anwendung der sensitiven Methode wurde entschieden, möglichst viele Synonyme in die Suche einzuschließen. Somit lautete Teil 1 des Suchstrings immer:

(„beruflich* Pflege*“ OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*)

Um Literatur zu allen Forschungsfragen zu recherchieren und hierbei transparent zu bleiben, wurde im nächsten Schritt der Suchstring jeweils um die vorab eruierten Schlagwörter erweitert:

AND (Unterbegriff OR Synonym(e))

Falls eine Eingrenzung nötig wurde, wurde die Kette um einen dritten Teil verlängert, der logisch sinnvoll an den bisherigen Suchstring anschließt:

Bspw.: („beruflich* Pflege*“ OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND Arbeitsbedingungen AND Work-Life-Balance

Mit dieser Vorgehensweise konnte die Passung der identifizierten Suchbegriffe und Schlagworte gesichert, sowie die zugrundeliegenden Forschungsfragen ausreichend abgebildet werden. Auch die Verknüpfung der Booleschen Operatoren wurde vor der Durchführung der Datenbankrecherche auf ihre Korrektheit hin nochmals überprüft.

2.2.8 Durchführung der Recherche

Die anhand der dargestellten Vorgehensweise ermittelten Suchstrings wurden in der Folge in den ausgewählten Fachdatenbanken eingegeben. Datenbankspezifische Besonderheiten (Tabelle 3) wurden dabei berücksichtigt und Unstimmigkeiten dokumentiert. In der Summe wurden somit 22.477 Titel ermittelt. Die Anwendung der unter Kap. 2.2.4 dargelegten Ein- und Ausschlusskriterien reduzierte die Anzahl möglicher relevanter Titel auf 1.713. Um zu einer Relevanzeinschätzung zur Beantwortung der Forschungsfragen zu gelangen, wurden im Anschluss Titel und Abstract aller 1.713 Publikationen überprüft und Duplikate entfernt, sodass in der Folge weitere, nicht relevante Publikationen ausgeschlossen wurden und sich die Anzahl der bis dato relevanten Treffer aus den Datenbanken auf 772 reduzierte. Zusammen mit den in der Vorabrecherche mittels klassischer Sekundärdatenrecherche (Internetrecherche) ermittelten 61 Publikationen summierte sich die Gesamtzahl auf **833 Titel, die in die Vorauswahl** aufgenommen wurden.

Tabelle 5 zeigt **am Beispiel der Datenbank GeroLit** die elektronische Suchstrategie und somit exemplarisch das Vorgehen der gesamten systematischen Literaturrecherche. Für jeden der vorformulierten Suchstrings wurde eine Suche durchgeführt und die ausgegebenen Treffer zum Stichtag dokumentiert.

Tabelle 5: Dokumentation der Datenbankrecherche am Beispiel der Datenbank GeroLit

Suchstring mit Synonymen	Trefferzahlen	Stichtag
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND (Arbeitszeit OR Beschäftigungszeit OR Arbeitszeitmodell OR Arbeitsrhythmus)	45	08.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND Arbeitsbedingung*	173	08.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND (Personal OR Personalarbeit OR Führung)	81	10.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND (Arbeitsbelastung OR Arbeitsdruck OR Arbeitsüberlastung OR Belastungserleben OR Belastungsfaktoren OR Zeitdruck)	70	10.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND (Vergütung OR Entgelt OR Bezahlung OR Lohn OR Gehalt)	37	10.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND Dokumentation	27	10.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND Berufswechsel	0	10.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND (Berufsverbleib OR Berufsverweildauer)	1	10.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND (Berufsrückkehr OR Wiedereinstieg)	1	10.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND (Pflegequalität OR Arbeitsqualität OR Versorgungsqualität)	156	10.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND (Berufsausstieg OR Berufsabwanderung OR Beschäftigungsabbruch)	1	10.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND (Lebenslauf OR Berufsbiografie OR Berufsleben OR Erwerbsleben OR Erwerbsbiografie)	52	10.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND (Weiterbildung OR Ausbildung)	391	10.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND (Anerkennung OR Wertschätzung)	58	10.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND ("Betriebliches Gesundheitsmanagement" OR "Betriebliche Gesundheitsförderung")	7	10.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND Digitalisierung	39	10.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND (Karrierechancen OR Aufstiegschancen)	0	10.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND Work-Life-Balance	8	10.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND (Fachkräftesicherung OR Mitarbeitergewinnung OR Personalgewinnung)	10	10.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND (Arbeitsorganisation OR Arbeitszeitorganisation)	4	10.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND ("Alternsgerechtes Arbeiten" OR "Ältere Beschäftigte" OR "Ältere Belegschaften")	1	10.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND (Personalmix OR Personalzusammensetzung)	1	10.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND (Arbeitszufriedenheit OR Zufriedenheit)	61	10.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND (Attraktivität OR Berufsimage)	3	10.06.2020
("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND (Eigenverantwortung OR Autonomie)	37	10.06.2020

("beruflich* Pflege*" OR Pflegekr* OR Pflegefachkr* OR Krankenschwester OR Krankenpflege* OR Altenpflege* OR Pflegeperson*) AND (Zeitarbeit OR Leiharbeit OR-Arbeitnehmerüberlassung OR Personalüberlassung OR Mitarbeiterüberlassung OR- Personalleasing OR Temporärarbeit)	2	12.12.2020
Summe ohne Duplikate	1266	
Vorauswahl nach Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien	167	
Vorauswahl nach der Entfernung von Duplikaten	127	

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

Alle anhand der Suchstrategie sowie mittels Desk-Research identifizierten 833 Publikationen der Vorauswahl wurden anschließend tabellarisch in einer Steuerungsliste aufgenommen.

Tabelle 6: Auszug Steuerungsliste

Autoren	Jahr	Titel	Schlagwort	DOI	In Citavi eingepflegt?	Sternebewertung?
Isfort, M. et al.	2017	Arbeitsbedingungen und -zufriedenheit auf deutschen Intensivstationen	Arbeitsbelastung	https://doi.org/10.1007/s41906-017-0064-6	x	5
Schmal, J.	2017	Motivation in der Pflegeausbildung fördern	Berufsausstieg	https://doi.org/10.1007/s41906-017-0059-3	x	1
Sieger, M.	2017	Digitale Medien: Bereichernd in der Weiterbildung	Arbeitsbelastung Digitalisierung Weiterbildung	https://doi.org/10.1007/s41906-017-0022-3	x	1
Träger J.	2017	Führt mehr Selbstbestimmung zu mehr Berufszufriedenheit?	Vergütung	https://doi.org/10.1007/s41906-017-0012-5	x	5
Simon, M.	2017	Personalbemessung: Politisches Handeln dringend erforderlich	Arbeitszeit	https://doi.org/10.1007/s41906-017-0009-0	x	3
Strutz, N. et al.	2020	Analyse der Technikbereitschaft und -nutzung von Pflegeinnovationstechnologien von Mitarbeiter*innen im Pflegeprozess	Weiterbildung Digitalisierung	https://doi.org/10.1007/s16024-020-00339-3	x	5

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

Für eine erste Qualitätseinschätzung der vorausgewählten Publikationen wurde eine Punkte- bzw. Sternbewertung auf Basis des Abstracts bzw. der Einleitung oder auch des Volltextes vorgenommen. Folgende Kriterien wurden dabei zugrunde gelegt:

Tabelle 7: Übersicht qualitative Einstufung der ermittelten Literatur

Anzahl Sterne	Relevanz für Beantwortung der Forschungsfragen	Kriterium / Beispiel
1 Stern	niedrige Relevanz	<ul style="list-style-type: none"> keine wissenschaftliche Publikation Publikation hat eine lediglich marginale inhaltliche Dimension bspw. Kommentare, Artikel
3 Sterne	mittlere Relevanz	<ul style="list-style-type: none"> keine wissenschaftliche Publikation Publikation hat eine relevante inhaltliche Dimension bspw. graue Literatur, Erfahrungswissen, kleinere Umfragen, Verweise auf Studien*
5 Sterne	hohe Relevanz	<ul style="list-style-type: none"> Publikation hat inhaltliche und methodische Relevanz klarer und direkter Bezug zu den Forschungsfragen evidenzbasierte Studien (peer reviewed) **

*Wurden Verweise auf evidenzbasierte Studien im Rahmen von begutachteten Fachartikeln vorgenommen (peer reviewed), wurden diesen die 5 Sterne-Kategorie zugewiesen, falls die Originalarbeit nicht zu recherchieren/erhalten war.

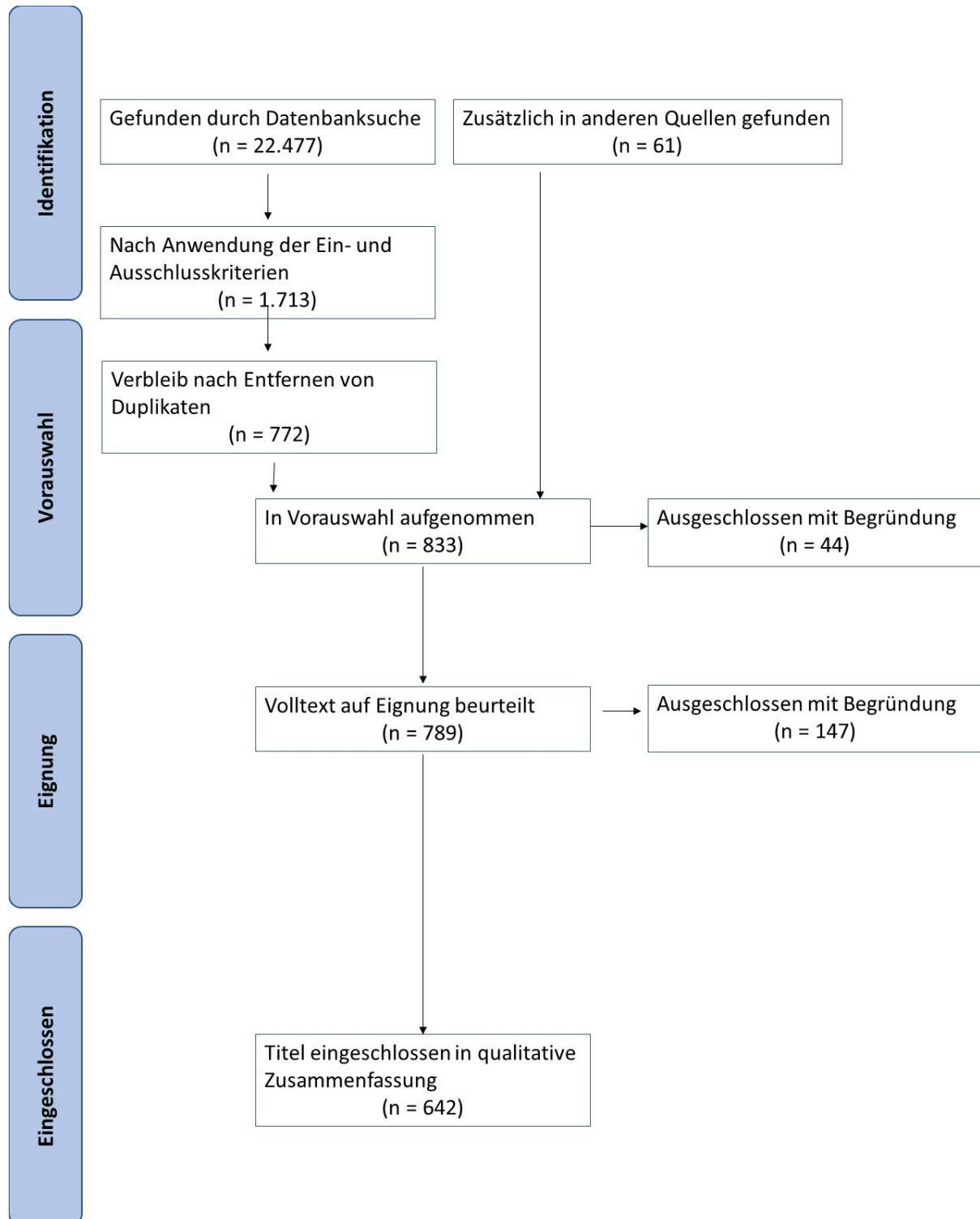
Vereinzelt wurden nicht begutachtete (peer reviewed) Publikationen aufgrund ihrer zugrunde liegenden wissenschaftlichen Methodik des Studiendesigns **aufgewertet und als 5 Sterne Dokument (evidenzbasiert) eingestuft.

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

Im Zuge dieser Qualitätsbewertung – anhand der inhaltlichen Überprüfung der Abstracts – wurden weitere 44 der 833 vorausgewählten Publikationen begründet ausgeschlossen, so dass letztlich 789 Dokumente zur Sicherung, Systematisierung und weiteren Überprüfung der Volltexteingung in die Literaturverwaltungssoftware citavi importiert wurden. Die ausführliche Prüfung der Eignung der Volltexte führte zu einem erneuten begründeten Ausschluss von 147 nicht zielführender Publikationen, sodass letztlich **642 auf die Forschungsfragen bezogene relevante Publikationen** für die qualitative Zusammenfassung (Literatursynthese) aufgenommen und ausgewertet wurden.

Das nachfolgende vierstufige Flussdiagramm spiegelt den Ablauf der Publikationsauswahl, beginnend mit der systematischen Suche bis zum Einschluss der für die Forschungsfragen relevanten Publikationen wider.

Abbildung 4: Flussdiagramm für die verschiedenen Phasen der systematischen Übersicht



Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021, in Anlehnung an Ziegler et al. (2009, S. 23)

3 Literatursynthese

3.1 Methodische Beschreibung des Vorgehens

Die in Tabelle 7 (Kapitel 2.2.8) dargelegte Quellenbewertung bildete die Grundlage für die Priorisierung der Textauswertung. Zunächst wurden diejenigen Publikationen ausgewertet, die eine inhaltlich und methodisch hohe Relevanz sowie einen klaren und direkten Bezug zu den Forschungsfragen aufweisen. Diese Publikationen wurden mit einer Bewertung von 5 Sternen versehen (sog. 5-Sterne-Publikationen). Damit erfolgte eine Kombination der Ergebnisse der wissenschaftlich fundierten Studien, die im Rahmen der Literaturrecherche identifiziert wurden. Kernergebnisse der Publikationen wurden im Vorfeld als sogenannte Wissens Elemente in Citavi gekennzeichnet und in der Folge textlich verarbeitet. Im Anschluss wurden die Kernaussagen derjenigen Publikationen mit mittlerer (3 Sterne) und geringer Relevanz (1 Stern) flankierend ergänzt, um Kernaussagen zu untermauern oder noch nicht erfasste Aussagen zu ergänzen. Insgesamt wurden **3.322 Wissens Elemente aus 523 Publikationen** generiert, kombiniert und in Bezug auf die Forschungsfragen geclustert – **1.021 Wissens Elemente davon aus den sogenannten 5-Sterne-Publikationen** (Tabelle 1Tabelle 7). Des Weiteren wurden 119 Publikationen analysiert, ohne konkrete Wissens Elemente zu generieren, da diese lediglich Zusatzinformationen enthielten, die von den anderen Titeln mit Wissens Elementen bereits abgedeckt worden sind. Von den 523 mit Wissens Elementen versehenen Publikationen wurden die Kernaussagen aus insgesamt 177 Titeln für die Ergebnisdarstellung der Literaturanalyse verwendet. **Zusätzlich konnten insgesamt 39 Publikationen durch eine anschließende Schneeballrecherche ermittelt werden, wovon 37 in die Literaturanalyse mit eingeflossen sind.**² Nachfolgend werden die Kernergebnisse der Literaturanalyse zusammenfassend dargestellt. Zunächst folgt die Darstellung der **Faktoren**, die auf die Beschäftigung von beruflich Pflegenden wirken (Kap. 3.2) und somit Aufschluss darüber geben, welche

- Ursachen und Gründe für einen Ausstieg oder Verbleib im Pflegeberuf,
- Ursachen und Gründe für die Rückkehr in den Beruf und
- Beweggründe für eine Vollzeit-/Teilzeitbeschäftigung

vorliegen. Zudem werden die Ergebnisse von Studien zur Dauer im Pflegeberuf vorgestellt (Kap. 3.2.7).

Im anschließenden Kapitel 3.3 werden entsprechend in der Literatur identifizierte **Maßnahmen** tabellarisch zusammenfassend aufgeführt:

- Maßnahmen, mit denen die Attraktivität des Arbeitsplatzes Pflege erhöht werden kann, um beruflich Pflegenden zu gewinnen,
- Maßnahmen, um beruflich Pflegenden im Beruf zu halten und
- Maßnahmen, um beruflich Pflegenden, die aus der Pflege ausgeschieden sind, zurückzugewinnen.

Hierbei wird eine Differenzierung vorgenommen in identifizierte Maßnahmen, die gemäß den zugrunde gelegten Kriterien eine hohe Relevanz für Beantwortung der Forschungsfragen aufweisen (evidenzbasiert) sowie Maßnahmen, die eine mittlere Relevanz aufweisen (nicht evidenzbasiert, jedoch Publikation mit relevanter inhaltlicher Dimension).

² Die Publikationen der im Nachgang der Literaturanalyse ermittelten Studien sind nicht im Flussdiagramm (Abbildung 4) inbegriffen.

3.2 Kernergebnisse – Faktoren, die auf die Beschäftigung von beruflich Pflegenden wirken

3.2.1 Strukturierung der Ergebnisse

Folgende strukturierte Kategorienübersicht zeigt einen Überblick über die ermittelten **Hauptfaktoren, die auf die Beschäftigung von beruflich Pflegenden wirken**. Diese Struktur gibt die Kapitelfolge vor, innerhalb derer die Kernergebnisse dargestellt werden.

Abbildung 5: Hauptfaktoren, die auf die Beschäftigung von beruflich Pflegenden wirken

1.) Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten	
	<ul style="list-style-type: none"> • Qualität der Pflegeausbildung • Digitale Kompetenzen als Teil der Pflegeausbildung • Akademisierung/Professionalisierung und Generalistik • Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten
2.) Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation	
Politisch-gesellschaftliche Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Ansehen des Pflegeberufs • Fachkräftemangel
	<ul style="list-style-type: none"> • Betriebliche Personalsituation • Führungsverhalten und Betriebskultur • Betriebliches Gesundheitsmanagement • Vergütung • Arbeitszeit und Vereinbarkeit • Belastung durch pflegefremde Tätigkeiten
Personale Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Psychische und körperliche Belastungen • Gesundheitsverhalten
3.) Zeit- und Leiharbeit	
4.) Quereinstieg	
5.) Berufsrückkehr	

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.2.2 Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten

Empirische Erkenntnisse zur Pflegeausbildung in Deutschland liefern die Daten des statistischen Bundesamtes. So ist in den letzten Jahren ein steigendes Interesse an Pflegeberufen zu beobachten. Im Jahr 2019 haben rund 71.300 Menschen eine Pflegeausbildung gestartet, das sind 8,2 Prozent mehr als im Vorjahr und sogar 39 Prozent mehr als im Jahr 2009.

Gleichzeitig schlossen mit rund 44.900 Personen im Jahr 2019 25 Prozent mehr Auszubildende ihre Ausbildung ab, als im Jahr 2009 (Statistisches Bundesamt, 2020c, o.S.). Obwohl sich weiterhin überwiegend Frauen für den Pflegeberuf interessieren (2019 lag der Frauenanteil bei 75 Prozent), streben auch zunehmend Männer eine Tätigkeit in diesem Berufsfeld an. So stieg deren Anteil von 19 Prozent im Jahr 2009 auf 25 Prozent im Jahr 2020 (ebd., o.S.). Differenziert nach Berufsgruppen zeigt sich, dass in den letzten zehn Jahren die Altenpflege den vergleichsweise deutlichsten Zuwachs verzeichnen konnte: Hier starteten im Jahr 2019 7.900 mehr Auszubildende als noch im Jahr 2009. In der Gesundheits- und Krankenpflege betrug der Zuwachs 5.200 Auszubildende (ebd., o.S.). Somit lässt sich differenzieren, dass im Schuljahr 2019/2020 27.309 Personen eine Ausbildung in der Altenpflege, 25.728 in der Gesundheits- und Krankenpflege, 3.081 in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, sowie 900 in Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege ohne Spezialisierung begonnen. Des Weiteren haben sich 9.147 Personen für eine Ausbildung in der Altenpflegehilfe und 5.106 in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe entschieden (Statistisches Bundesamt, 2020a).

Die Absolvent*innen im Jahr 2019 lassen sich folgendermaßen nach den Berufsgruppen differenzieren: In der Altenpflege waren es insgesamt 17.250, in der Gesundheits- und Krankenpflege 16.107, in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 2.091 und in Berufen der Gesundheits- und Krankenpflege ohne Spezialisierung 765 Personen. In den Helferberufen gab es in der Altenpflegehilfe 5.907 und in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe 2.745 Absolvent*innen (ebd.). Im Schuljahr 2020/2021 haben insgesamt rund 48.700 Personen eine Ausbildung im Pflegebereich begonnen. Differenziert nach Berufsgruppen sind das 2.037 neue Auszubildende in der Altenpflege, 1.311 in der Gesundheits- und Krankenpflege, 63 in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie 32.505 als Pflegefachmann/-frau. Außerdem starteten 7.611 Personen eine Ausbildung in der Altenpflegehilfe und 5.166 in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe (Statistisches Bundesamt, 2021).

Im Jahr 2020 gab es aus dem Pflegebereich insgesamt rund 45.000 Absolvent*innen. Davon schlossen 17.388 ihre Ausbildung als Altenpfleger*in, 15.993 als Gesundheits- und Krankenpfleger*in, 2.193 als Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in und 18 als Pflegefachmann/-frau³ ab. Bei den Helferberufen absolvierten 6.081 ihre Ausbildung als Altenpflegehelfer*in und 3.321 als Gesundheits- und Krankenpflegehelfer*in (ebd.).

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche konnten eine Reihe von Faktoren, welche die Beschäftigung und Erwerbsbiografie von beruflich Pflegenden beeinflussen, dem Bereich der Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten zugeordnet werden. Im Folgenden wird vorgestellt, welche Erkenntnisse zu diesen Faktoren in der gegenwärtigen Literatur zu finden sind.

³ Hinweis: Die Anzahl der Absolventen als Pflegefachmann/-frau im Jahr 2020 entstammt der Quelle Destatis, Fachserie 11, Reihe 2: Schuljahr 2020/2022, Tab. 4.4 S+G. Es zeigt sich hierbei eine Inkonsistenz in den aufgeführten Absolventenzahlen. Die Länderübersicht listet 19 Pflegefachmänner/-frauen in Baden-Württemberg auf, jedoch nur 18 für Gesamtdeutschland.

3.2.2.1 Qualität der Pflegeausbildung

Tabelle 8: Belastungsfaktoren im Bereich Qualität der Pflegeausbildung

Qualität der Pflegeausbildung					
Nr.	Textliche Ausführung der Faktoren	Faktoren	Kurzbelege		
			Evidenzbasiert	Fach-/ Management- literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	<p>Mehrfach wird in der Literatur auf die Bedeutung von Belastungen im Arbeitsalltag hingewiesen, die bereits während der Ausbildung ähnlich hoch sind, wie bei examinierten Pflegefachpersonen und vermehrt zu Druck, Überforderung und schließlich Überlastung führen (Kraft & Drossel, 2019, S. 43; Mir et al., 2016, S. 83). Dabei können sich Belastungen auch indirekt durch die Rahmenbedingungen der Ausbildung ergeben, bspw. wenn die derzeit gezahlte Ausbildungsvergütung nicht ausreicht, um in Ballungsräumen bezahlbaren Wohnraum zu finden (Mohr et al., 2019, S. 170). Des Weiteren nehmen Auszubildende ihren Handlungsspielraum im beruflichen Alltag als ähnlich gering wahr wie examinierte Pflegefachpersonen (Mir et al., 2016, S. 86). Ein zentrales Element der Ausbildung ist die Praxisanleitung, hier berichten Auszubildende von Zeitmangel und einer empfundenen geringen Wertschätzung der eigenen Person (Braun et al., 2019, S. 300). Als Faktoren im Sinne des Forschungsgegenstands dieser Studie werden diese Ausbildungsbedingungen relevant, wenn sie bspw. zu frühzeitigen Ausbildungsabbrüchen führen. So weist Burkhardt (2019, S. 24) darauf hin, dass Auszubildende, die nicht ‚fraglos hinnehmen‘, oder sich in die Opferrolle begeben, ihre Ausbildung frühzeitig beenden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Druck, Überforderung und Belastung im Arbeitsalltag • Belastung durch unzureichende Rahmenbedingungen • geringer Handlungsspielraum • Zeitmangel, geringe Wertschätzung im Rahmen der Praxisanleitung 	<p>Kraft & Drossel, 2019</p> <p>Mir et al., 2016</p> <p>Mohr et al., 2019</p>	<p>Braun et al., 2019</p>	<p>Burkhardt, 2019</p>

<p>2</p>	<p>Im Hinblick auf einen vorzeitigen Berufsausstieg von Auszubildenden bzw. jüngst examiniertem Pflegepersonal stellt auch der Übergang von der Ausbildung in den Beruf eine kritische Phase dar: Um eine Überforderung der Absolvent*innen zu vermeiden und diese langfristig im Beruf zu halten, gilt es eine adäquate Unterstützung in der Phase des Berufseinstiegs zu gewährleisten (Braun et al., 2019, S. 302; Neldner et al., 2017, S. 5). Ein weiterer Aspekt, der über die weitere Erwerbsbiografie von jüngst examinierten Pflegefachpersonen führen kann, sind die ersten beruflichen Erfahrungen und ihr Abgleich mit den Ausbildungsinhalten. So entwickeln sich Unzufriedenheit und im negativsten Fall die Entscheidung zum Berufsausstieg insbesondere dann, wenn der in der Ausbildung vermittelte professionelle Anspruch an die eigene Pflege in der Berufspraxis nicht umgesetzt werden kann (Hackmann & Sulzer, 2018, S. 50). Eine mangelnde Passung zwischen Erwartungen und Berufsrealität kann auch bei ausländischen Auszubildenden, die bspw. über ein Praktikum den Zugang zur Pflegeausbildung in Deutschland erlangen wollen, problematisch sein. Durch eine bereits erfolgte Ausbildung im Heimatland sind die Erwartungen an den Berufseinstieg in Deutschland hoch, stimmen jedoch häufig nicht mit den Ausbildungsbedingungen in Deutschland überein (Mohr et al., 2019, S. 170).</p> <p>Diese Erkenntnisse und Zusammenhänge zu Belastungsfaktoren in der Pflegeausbildung bzw. zu Erwartungen an ihre Rahmenbedingungen spiegeln sich auch in empirischen Befunden wider: So haben bei einer von Scharfenberg (2016) durchgeführten Online-Erhebung, an der auch 412 Auszubildende teilgenommen haben, 34 Prozent der Befragten dahingehend geantwortet, dass ihre Erwartungen an die Ausbildung nicht erfüllt werden. Ursächliche Faktoren hierfür sind ein empfundener Zeitdruck, zu wenig Zeit für pflegefachliche Kernaufgaben mit und an Patient*innen, zu wenig Anerkennung seitens des Arbeitgebers sowie ein als nicht</p>	<ul style="list-style-type: none"> • mangelnde Unterstützung im Übergang von der Ausbildung in den Beruf • mangelnder Abgleich der ersten beruflichen Erfahrungen mit den Ausbildungsinhalten • mangelnde Passung zwischen Anspruch/Erwartung und Berufsrealität/Berufseinstieg • empfundener Zeitdruck • zu wenig Zeit für pflegefachliche Kernaufgaben • zu wenig Anerkennung seitens des Arbeitgebers • ein als nicht leistungsgerecht empfundenes Gehalt 	<p>Mohr et al., 2019 Braun et al., 2019</p>	<p>Hackmann & Sulzer, 2018 Scharfenberg, 2016</p>	<p>Neldner et al., 2017</p>
----------	--	---	---	---	-----------------------------

	<p>leistungsgerecht empfundenes Gehalt. Scharfenberg differenzierte bei der Erhebung nicht zwischen den unterschiedlichen Pflegeausbildungen.</p>				
3	<p>Ein weiterer, auf die Beschäftigung und die weitere Erwerbsbiografie einwirkender Faktor im Bereich der Pflegeausbildung ist die Qualität der Ausbildung. In der Literatur werden verschiedene Kriterien zur Bestimmung der Ausbildungsqualität in Ausbildungsstätten vorgeschlagen: So hängt die Qualität laut (Rinsche, 2015, S. 63) von den Faktoren Personalschlüssel, Krankenstand und Motivation zur Anleitung ab. Nach Knappich (2018, S. 45) gibt es fünf Kategorien von Qualitätskriterien: Die Anleitung, die Beziehung der Teammitglieder, die Organisation, die Belastung und die Werteorientierung. Nicht zuletzt ist die Qualität sowohl von der Motivation der Auszubildenden als auch vom Engagement der Praxisanleiter*innen bzw. einer lösungsorientierten Zusammenarbeit von Lernenden und Lehrenden abhängig (Vogt, 2019, S. 48).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • zu geringer Personalschlüssel • hoher Krankenstand • unzureichende Teamarbeit/ Teamatmosphäre • ungenügende Motivation zur Anleitung bzw. Zusammenarbeit zwischen Lernenden und Lehrenden • Unzulänglichkeiten in Aufbau- und Ablauforganisation • mangelnde Werteorientierung 			<p>Rinsche, 2015 Knappich, 2018 Vogt, 2019</p>
4	<p>Aus Sicht der Einrichtungen stellt die Ausbildungsqualität einen wichtigen Faktor im Wettbewerb um Auszubildende bzw. zukünftige Fachkräfte dar (Theim, 2018, S. 37), denn die Ausbildung von Nachwuchskräften ist für Einrichtungen eine der Hauptstrategien, um den eigenen Personalbedarf zu decken und Absolvent*innen langfristig zu binden (Mohr et al., 2019, S. 169-172). In der Ausbildungspraxis deutet sich jedoch eine Diskrepanz zwischen theoretisch formulierten Qualitätsansprüchen und der gegenwärtigen Situation in deutschen Ausbildungsstätten an. In vielen Einrichtungen fehlt es an Lehrkräften, sodass die geforderte Quote von einer Lehrkraft zu 15 Auszubildenden nicht umgesetzt werden kann (Mohr et al., 2019, S. 171).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis im Rahmen der Ausbildung • fehlende Lehrkräfte – Lehrkraftquote vielfach unterschritten • eingeschränkte Umsetzung von Praxisanleitung und Einzelfallberatung 	<p>Mohr et al., 2019 Schwab & Fritz, 2017</p>		<p>Theim, 2018 Vogt, 2019</p>

	Mohr bezieht sich dabei auf erste Ergebnisse aus einer Delphi-Befragung, Experteninterviews und fokussierter multiperspektivischer Betriebsfallstudien aus den Bereichen Kranken- und Altenpflege. Ferner führt Zeitdruck im Berufsalltag dazu, dass Praxisanleitungen und Einzelfallberatungen zumeist nur eingeschränkt oder gar nicht umgesetzt werden können (Schwab & Fritz, 2017, S. 355; Vogt, 2019, S. 53).				
5	Diese Ausbildungsbedingungen sind Faktoren, die sich auf die Beschäftigung von beruflich Pflegenden auswirken und die weitere Berufsbiografie beeinflussen können. So können Pflegefachpersonen, die während ihrer Ausbildung selbst zu stark als Vollarbeitskräfte eingesetzt wurden und kaum Praxisanleitung erfahren haben, dieses Ausbildungsverständnis unbewusst an die nächste Generation von beruflich Pflegenden weitergeben und schaden damit der Ausbildungsqualität langfristig (Mohr et al., 2019, S. 170-172). Darüber hinaus kann fehlende Praxisanleitung in der Ausbildung auch zu einer fehlenden Bindung an die Einrichtung führen und so frühzeitige Berufsausstiege ggf. begünstigen (Vogt, 2019, S. 53).	<ul style="list-style-type: none"> • Weitergabe des negativen Ausbildungsverständnisses an die nächste Generation • fehlende Bindung an die Einrichtung durch fehlende Praxisanleitung 	Mohr et al., 2019		Vogt, 2019

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.2.2.2 Digitale Kompetenzen als Teil der Pflegeausbildung

Tabelle 9: Belastungsfaktoren im Bereich digitale Kompetenz als Teil der Pflegeausbildung

Digitale Kompetenz als Teil der Pflegeausbildung					
Nr.	Textliche Ausführung der Faktoren	Faktoren	Kurzbelege		
			Evidenzbasiert	Fach-/ Management- literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	Ein weiterer Teilaspekt innerhalb des Faktors Ausbildung ist die Digitalisierung im Rahmen der Ausbildung. Obwohl digitale Anwendungen in der Pflege mittlerweile einen wichtigen Lösungsansatz bei der Begegnung der Herausforderungen in der Pflegebranche darstellen, wurden in der bisherigen Pflegeausbildung nach dem Kranken- sowie Altenpflegegesetz entsprechende Inhalte und Kompetenzen in der Ausbildung kaum vermittelt . Aber auch in der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV vom 2. Oktober 2018 ist die Vermittlung von digitalen Kompetenzen lediglich vereinzelt im Bereich der Pflegedokumentation vorgesehen und findet auch in den Rahmenplänen der Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (PflBG) nur vereinzelt Erwähnung . Um digitale Anwendungen in der Pflege erfolgreich zu implementieren, ist jedoch ein einschlägiger Kompetenzaufbau bei beruflich Pflegenden eine wichtige Voraussetzung (Buhtz et al., 2020, S. 5) und wird dementsprechend in der Literatur häufig als Maßnahme an Politik und	<ul style="list-style-type: none"> • unzureichende Vermittlung von digitalen Anwendungen und Lösungsansätzen in der Pflege • Erwerb von Wissen im Bereich digitaler Anwendungen in der bisherigen Pflegeausbildung nach dem Krankenpflegegesetz und dem Altenpflegegesetz zu wenig präsent 	<p>Buhtz et al., 2020</p> <p>Dockweiler et al., 2019</p> <p>Koch et al., 2019</p>	<p>Fiebig & Hunstein, 2018</p>	

<p>Ausbildungsstätten adressiert⁴. Dabei wird darauf hingewiesen, dass beim digitalen Kompetenzerwerb weniger die Bedienung konkreter Geräte im Vordergrund stehen muss, sondern vielmehr die Zusammenhänge zwischen Daten, Kontext und Interpretation sowie eine reflektierende Grundhaltung gegenüber digitalen Anwendungen vermittelt werden sollte (Fiebig & Hunstein, 2018, S. 14). Dass der Erwerb von Wissen im Bereich digitaler Anwendungen in der bisherigen Pflegeausbildung nach dem Krankenpflegegesetz und dem Altenpflegegesetz zu wenig präsent war, spiegelt sich auch in empirischen Befunden wider: So geben 82,8 Prozent der befragten beruflich Pflegenden und Auszubildenden einer quantitativen Studie an, dass sie den digitalen Anwendungsbereich der Pflege telematik innerhalb der Ausbildung als unterrepräsentiert wahrnehmen (Dockweiler et al., 2019, S. 90). Neben der Vermittlung von digitalen Kompetenzen ist auch die Anwendung von digitalen Lernformaten (E-Learning) ein Zukunftsfaktor, der – insbesondere für die jüngeren Generationen – die wahrgenommene Attraktivität der Ausbildung in der Pflege beeinflussen kann. Zurzeit werden E-Learning-Formate vor allem in der akademischen Pflegeausbildung vermehrt als Ergänzung zu Präsenzveranstaltungen umgesetzt (Koch et al., 2019, S. 31).</p>				
--	--	--	--	--

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

⁴ Das Land Berlin hat 2021 themenspezifische didaktische Impulse für die neue Pflegeausbildung erarbeiten lassen. Darin findet sich auch ein Kapitel zur Digitalisierung „Digitalisierung in der Pflege – digitale Transformation begleiten“: https://kopa-bb.de/wp-content/uploads/2021/12/Themenspezifische_didaktische_Impulse_fuer_die_neue_Pflegeausbildung_2021.pdf.

3.2.2.3 Akademisierung/Professionalisierung und Generalistik

Tabelle 10: Belastungsfaktoren im Bereich Akademisierung/Professionalisierung und Generalistik

Akademisierung/Professionalisierung und Generalistik					
Nr.	Textliche Ausführung der Faktoren	Faktoren	Kurzbelege		
			Evidenzbasiert	Fach-/ Management- literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	<p>Auch die akademische Pflegeausbildung wirkt auf die Beschäftigung und die Erwerbsbiografie von beruflich Pflegenden ein. Während die Zahl der Studiengänge mit Schwerpunkt Pflege zwischen 2015 und 2018 zwar um 25 Prozent angestiegen ist, lag zu diesem Zeitpunkt die Quote akademischer Fachkräfte mit zwei Prozent deutlich unter den vom Wissenschaftsrat geforderten zehn Prozent (Pflegezeitschrift, 2018, S. 23). Als alternativer Qualifizierungsweg neben der Ausbildung kann das Pflegestudium vor allem ein Weg für den Einstieg in den Pflegeberuf für Personen sein, die Wert auf eine akademische Bildung legen. Damit die erweiterten Qualifikationen von akademischen Pflegefachpersonen jedoch gewinnbringend in der Praxis eingebracht werden können, müssen die Rollen und Aufgaben von Hochschulabsolvent*innen klar definiert werden (Höhmann et al., 2016, S. 81; Pflegezeitschrift, 2018, S. 23). Nur so kann sichergestellt werden, dass die Akademisierung der Pflege auch nachhaltig mit einer Professionalisierung einhergeht und die Einrichtungen sowohl von den erweiterten methodischen Kompetenzen als auch von der ‚inneren Professionalisierung‘ des akademischen Pflegepersonals profitieren (Hülken-Giesler, 2017, S. 8).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Akademische Pflegeausbildung als Wirkfaktor auf Beschäftigung und Erwerbsbiografie von beruflich Pflegenden • niedrige Quote akademischer Pflegefachpersonen • Rollen und Aufgaben von Hochschulabsolvent*innen unzureichend definiert 	Hülken-Giesler, 2017		<p>Pflegezeitschrift, 2018</p> <p>Höhmann et al., 2016</p>

2	<p>Mit Blick auf die Zukunft der Pflegeausbildung ist schließlich noch die durch das Pflegeberufegesetz eingeführte generalistische Pflegeausbildung⁵, welche zum 1. Januar 2020 gestartet ist, ein Faktor, der auf die Beschäftigung und die Erwerbsbiografien von beruflich Pflegenden einwirken dürfte. Bereits vor ihrer Einführung wurde die generalistische Ausbildung kontrovers diskutiert. Vorteile werden vor allem darin gesehen, dass sich für Auszubildende Unzufriedenheiten und Belastungen durch die größere Flexibilität und Wahlfreiheit zwischen Einrichtungen reduzieren und so die Berufsverweildauer von beruflich Pflegenden verlängert wird (Höhmann et al., 2016, S. 81; Spies, 2018, S. 8). Jedoch ist derzeit noch offen, wie die neue generalistische Ausbildung von an einer Ausbildung in der Pflege interessierten Personen angenommen wird. So geben 37 Prozent der 8.000 befragten Altenpflegeschüler*innen einer Befragung der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie an, dass sie eine generalistische Pflegeausbildung gar nicht erst begonnen hätten (Fiedler, 2016, S. 33).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Generalistische Ausbildung als Wirkfaktor auf Beschäftigung und Erwerbsbiografie von beruflich Pflegenden 			<p>Höhmann et al., 2016 Spies, 2018 Fiedler, 2016</p>
---	---	---	--	--	---

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

⁵ Das im Juli 2017 verkündete Pflegeberufegesetz (PflBG) dient unter anderem dazu, die Pflegeausbildungen zusammenzuführen. Bis zum 31. Dezember 2019 sind diese im Altenpflegegesetz und Krankenpflegegesetz getrennt geregelt worden, „seit dem 1. Januar 2020 erfolgt die Ausbildung auf Grundlage des Pflegeberufegesetzes“ (BMG, 2021a, o.S.). Neben der in allen EU-Mitgliedstaaten automatisch anerkannten generalistischen Pflegeausbildung (ebd., o.S.) ergeben sich mit dem Pflegeberufegesetz weitere Vorteile für Auszubildende. So gibt es eine angemessene Ausbildungsvergütung für alle Auszubildenden und es darf kein Schulgeld für die Pflegeausbildung erhoben werden, da diese nun einheitlich über Landesfonds finanziert wird, um „bundesweit eine qualitätsgesicherte und wohnortnahe Ausbildung“ zu ermöglichen (ebd., o.S.). Des Weiteren ist der Umfang der Praxisanleitung mit § 4 der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -prüfungsverordnung (PflAPrV) auf mindestens zehn Prozent der praktischen Ausbildung festgelegt (Klein et al., 2021, S. 12-13). Auch wurde mit dem Pflegeberufegesetz ein Pflegestudium eingeführt, um neue Karriere- und Aufstiegsmöglichkeiten in der Pflege zu ermöglichen (BMG, 2021a, o.S.).

3.2.2.4 Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten

Tabelle 11: Belastungsfaktoren im Bereich Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten

Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten					
Nr.	Textliche Ausführung der Faktoren	Faktoren	Kurzbelege		
			Evidenzbasiert	Fach-/ Management- literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	<p>Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche konnten weiterhin wenige, dafür signifikant beeinflussende Faktoren im Bereich der Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten identifiziert werden, die auf die Beschäftigung und Erwerbsbiografie von beruflich Pflegenden wirken. Die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen und somit auch in den Pflegeberufen ist landesrechtlich geregelt oder erfolgt auf der Grundlage von Empfehlungen von Fachgesellschaften, wie bspw. der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Sie ist attraktiv für Pflegende, weil sie die Berufsbezeichnung ändert, Kompetenzen erhöht und, in den meisten Fällen, ebenso das Gehalt der Absolvent*innen (Bestla, 2016, S. 67). Sie ist nicht nur eine individuelle Strategie der Karriereentwicklung, sondern notwendig vor dem Hintergrund der steigenden Ansprüche an die Pflegenden im Arbeitsalltag (Simon et al., 2015, S. 54). Weiterbildungen haben das Potenzial die Pflegequalität zu verbessern. Mittlerweile sind alle Ausbildungswege, auch Studium und Promotion, für die Pflege offen, die vielfältige Karrieremöglichkeiten und eine Akademisierung ermöglichen (Braun et al., 2019, S. 296). Allerdings zieht sie die beruflich Pflegenden laut DBfK auch oft durch eine anschließende Kompetenzsteigerung von der direkten Pflege im Schichtdienst ab (DBfK, 2019, S. 14), was in der Folge zur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterbildung als wichtiger Wirkfaktor hinsichtlich Berufsattractivität und Strategie individueller Karriereentwicklung • Weiterbildung als Wirkfaktor zur Verbesserung der Pflegequalität • Kompetenzsteigerung durch Weiterbildung zieht Pflegepersonal von der direkten Pflege ab und führt zur Verknappung der Personaldecke 	Braun et al., 2019	Breuckmann, 2016 DBfK, 2019	Bestla, 2016 Simon et al., 2015

	<p>Verknappung der Personaldecke in diesem Bereich führt. Zudem wechseln akademisierte Pflegefachpersonen häufig in Leitungspositionen. So sind laut einer Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) 64 Prozent der akademisierten Pflegenden in Leitungspositionen tätig (Breuckmann, 2016, S. 52).</p>			
2	<p>Mangelnde oder gute Karrieremöglichkeiten sind ein Faktor der Arbeits(un)zufriedenheit bei beruflich Pflegenden. Kraft & Drossel (2019, S. 40) lokalisieren auf Basis von Aiken et al. (2013) unzureichende Bildungsmöglichkeiten und zu wenige Aufstiegschancen als eine Ursache der Berufsunzufriedenheit.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • unzureichende Bildungsmöglichkeiten und Aufstiegschancen als Ursache von Berufsunzufriedenheit 	Kraft & Drossel, 2019	Aiken et al., 2013
3	<p>Insgesamt hemmend auf die Entscheidung, individuelle Weiterbildungsmaßnahmen zu verfolgen, wirkt der Fachkräftemangel, der den Arbeitsdruck so erhöht, dass Weiterbildungen in vielen Fällen nur in der Freizeit möglich sind (Kraft & Drossel, 2019, S. 42). Ein weiterer Grund, sich privat gegen Weiterbildungsmaßnahmen zu entscheiden, besteht in finanziellen Gründen durch fehlende Kompensation (Benedix & Medjedovic, 2014, S. 56).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fachkräftemangel als Hemmfaktor, Weiterbildung zu verfolgen • finanzielle Einbußen durch Weiterbildung durch fehlende Kompensation 	Kraft & Drossel, 2019	Benedix & Medjedovic, 2014

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.2.3 Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche konnten eine Reihe von Faktoren, welche die Beschäftigung und Erwerbsbiografie von beruflich Pflegenden beeinflussen, dem Bereich der Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation zugeordnet werden. Diese sind auf politisch gesellschaftlicher Ebene, organisationaler (betrieblicher) Ebene und personaler (individueller) Ebene verortet. Im Folgenden wird vorgestellt, welche Erkenntnisse zu diesen Faktoren in der gegenwärtigen Literatur zu finden sind.

3.2.3.1 Politisch gesellschaftliche Ebene

3.2.3.1.1 Ansehen des Pflegeberufs

Tabelle 12: Belastungsfaktoren im Bereich Ansehen des Pflegeberufs

Ansehen des Pflegeberufs					
Nr.	Textliche Ausführung der Faktoren	Faktoren	Kurzbelege		
			Evidenzbasiert	Fach-/ Management- literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	<p>Das Ansehen des Pflegeberufs gilt als wichtiger Faktor sowohl für die Motivation der bereits im Beruf etablierten beruflich Pflegenden als auch für die Gewinnung des Pflegenachwuchses. Isfort (2018b, S. 47) bezieht sich auf die Arbeitsgemeinschaft der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert Stiftung (2013) wenn er konstatiert, dass von beruflich Pflegenden häufig bemängelt wird, dass sie zu wenig Anerkennung aus der Gesellschaft erfahren. Mit der gesellschaftlichen Anerkennung für ihre Berufstätigkeit sind nur 53 Prozent der beruflich Pflegenden zufrieden im Gegensatz zu 72 Prozent bei allen Beschäftigten (Rothgang et al., 2020). Außerdem nehmen sich beruflich Pflegenden als schwacher arbeitspolitischer Akteur wahr, der nicht die Macht habe, große Veränderungen herbeizuführen (Becker, 2016, S. 152). Im Gegensatz dazu stehen Bürgerbefragungen, in denen die Befragten eine hohe Achtung gegenüber dem Pflegeberuf ausdrücken. Trotzdem finden viele Menschen den Pflegeberuf unattraktiv. So ergab bspw. eine Befragung von 1.532 Schülerinnen und Schülern von Eggert et al. (2019, S. 8), dass Faktoren, die als wichtig für die eigene Berufswahl sind, als untypisch für den</p>	<ul style="list-style-type: none"> • beruflich Pflegenden bemängeln mangelnde Wertschätzung ihres Berufs durch die Gesellschaft • Pflegeberuf wird trotz hoher Achtung in der Gesellschaft als unattraktiv empfunden 	<p>Isfort, 2018b Becker, 2016</p>		<p>Rothgang et al., 2020 Eggert et al., 2019</p>

	<p>Pflegeberuf angesehen werden: „Gute Bezahlung, freie Wochenenden und genügend Freizeit, die Möglichkeit, eigene Ideen einzubringen, gesunde Arbeitsbedingungen, gute Vorgesetzte, Anerkennung, eine selbständige Arbeitsweise und günstige Karrieremöglichkeiten, regelmäßige Arbeitszeiten sowie die Möglichkeit, mit moderner Technik zu arbeiten.“</p>				
2	<p>In Bezug auf die Bezahlung des Pflegeberufs zeigt die Entgeltstudie des IAB Entgelte von Pflegekräften von September 2021 auf, dass Verdienstmöglichkeiten in der Pflege durchaus gut sein können, dies jedoch vom Standort (Region des Arbeitsplatzes) und der Profession (Gesundheits- und Krankenpflege vs. Altenpflege) abhängig ist (Carstensen et al., 2021). Auch gibt es Unterschiede bei der Vergütung von beruflich Pflegenden hinsichtlich der Art der Einrichtung (Anstellung im Krankenhaus, in der stationären oder in der ambulanten Pflege), in der sie arbeiten (ebd., S. 5). „2020 waren 43 Prozent der Krankenpflegekräfte und 55 Prozent der Altenpflegekräfte in Teilzeit tätig“ (BA, 2021a, S. 9). Bei den Helferberufen in der Pflege liegt die Teilzeitquote teilweise sogar deutlich über 70 Prozent (Bogai et al., 2015, S. 8). Diesbezüglich scheint das Image schlechter zu sein als die tatsächlichen Entgeltbedingungen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verdienstmöglichkeiten von Standort, Art der Einrichtung und Profession abhängig • Image scheint schlechter zu sein als die tatsächlichen Entgeltbedingungen 		<p>Carstensen et al., 2021 BA, 2021a Bogai et al., 2015</p>	
3	<p>Letztlich ist es eine Verkettung von Eigenschaften des Pflegeberufs, die ein gutes Berufsimagen erschweren. Zum einen werden durch den Pflegepersonal-mangel (unzureichende Personalausstattung) und durch den demografischen Wandel die Arbeitsverdichtung erhöht und somit die Arbeitsbedingungen erschwert, worin sich der Investitionsbedarf zeigt. Der Personal-mangel wird durch die hohe Teilzeitquote verstärkt, wodurch die Arbeitsbelastung weiter steigt. Diese Aspekte verringern die Anerkennung des Berufes bei den beruflich Pflegenden selbst, aber auch bei Außenstehenden. Im Umkehrschluss wird durch verbesserte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verkettung von Eigenschaften des Pflegeberufs, die ein gutes Berufsimagen erschweren • Pflegepersonal-mangel • erhöhte Arbeitsverdichtung • erschwerte Arbeitsbedingungen 			<p>Wagner, 2018a</p>

	Arbeitsbedingungen in der Pflege eine höhere Wertschätzung des Berufs folgen (Wagner, 2018a, S. 35-43).	<ul style="list-style-type: none"> • hohe Teilzeitquote • gestiegene Arbeitsbelastung 			
--	---	---	--	--	--

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.2.3.1.2 Fachkräftemangel

Tabelle 13: Belastungsfaktoren im Bereich Fachkräftemangel

Fachkräftemangel					
Nr.	Textliche Ausführung der Faktoren	Faktoren	Kurzbelege		
			Evidenzbasiert	Fach-/ Management-literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	Der demografische Wandel wirkt sich doppelt auf das Fachkräfteangebot in der Pflege aus . Der Pflegebedarf erhöht sich einerseits, während sich andererseits das Arbeitskräfteangebot demgegenüber nicht im selben Maße entwickelt, sondern im Verhältnis niedriger ausfällt. Das resultiert in einer auch zukünftig noch weiteransteigenden Versorgungslücke (Neldner et al., 2017, S. 15).	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgungslücke durch demografischen Wandel 			Neldner et al., 2017
2	Trotz eines kontinuierlichen Anstiegs der Ausbildungseinstiege und Ausbildungsabschlüsse über die letzten Jahre (Statistisches Bundesamt, 2020c), zeigen die Ergebnisse der Befragung des Pflge thermometer 2018 auf Organisationsebene einen bereits vorhandenen Fachkräftemangel . Dieser spiegelt sich in einer unzureichenden Bewerberlage (81 Prozent), in der Stellenbesetzung mit Schwierigkeiten (84 Prozent) und in der abnehmenden Bewerberqualität (83 Prozent) wider – dabei ist zu beachten,	<ul style="list-style-type: none"> • Fachkräftemangel, unzureichende Bewerberlage sowie abnehmende Bewerberqualität als Faktoren des 	Isfort, 2018b	Statistisches Bundesamt, 2020c	

	dass 30 Prozent der Leitungen angegeben haben, ihre vakanten Stellen nicht zu melden, was darauf schließen lässt, dass der Personalmangel statistisch unterschätzt wird (Isfort, 2018b, S. 2).	unzureichenden Fachkräfteangebots			
3	Der Fachkräftemangel hat Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen bzw. die Arbeitsbelastung und damit wiederum für die Gesundheit und Berufsverweildauer der beruflich Pflegenden . Mehr Arbeit, auf weniger Schultern verteilt, führt zu Versorgungsdefiziten bei Bewohner*innen und Patient*innen und gleichzeitig zu gesundheitlichen Folgen bei den Pflegenden, so Isfort und Weidner (2016, S. 5) im Pflege-Thermometer 2016. Empirisch weiterhin belegt wurde, dass die dünne Personaldecke in Verbindung mit einem hohen Krankenstand die Ursache für ungeplante Schichtübernahmen ist (Isfort et al., 2017, S. 47). Die Pflegequalität ist von diesen Entwicklungen betroffen, weil sich der Personalmangel in der Praxis in einen Zeitmangel übersetzen lässt, der dazu führt, dass bestimmte Pflegemaßnahmen nicht durchgeführt werden können, so Kraft und Drossel (2019, S. 42) in ihrer evidenzbasierten Studie.	<ul style="list-style-type: none"> • Auswirkungen des Fachkräftemangels auf Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastung als Faktor gesundheitlicher Folgen • Auswirkungen des Fachkräftemangels auf Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastung als Faktor der Berufsverweildauer • dünne Personaldecke mit hohem Krankenstand Ursache für ungeplante Schichtübernahmen • Personalmangel mündet in Zeitmangel 	Isfort & Weidner, 2016 Isfort et al., 2017 Kraft & Drossel, 2019		

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.2.3.2 Organisationale Ebene

3.2.3.2.1 Betriebliche Personalsituation

Tabelle 14: Belastungsfaktoren im Bereich Betriebliche Personalsituation

Betriebliche Personalsituation					
Nr.	Textliche Ausführung der Faktoren	Faktoren	Kurzbelege		
			Evidenzbasiert	Fach-/ Management- literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	In vielen Pflegeeinrichtungen, ambulanten Diensten und Krankenhäusern ist die Personalsituation angespannt. Dennoch hat insbesondere der Einsatz zusätzlicher Betreuungskräfte zu einer deutlichen Entlastung der beruflich Pflegenden geführt. Ergebnisse einer vom IGES Institut im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes durchgeführten quantitativen Befragung von Betreuungskräften und Wohnbereichsleitungen (n=975) sowie von qualitativen Interviews (n=25) mit Wohnbereichsleitungen, Pflegedienstleitungen, Ergotherapeut*innen und Bewohner*innen hinsichtlich der Zusammenarbeit von Betreuungskräften und Pflegepersonal im Pflegeheim zeigen, dass beruflich Pflegenden durch den Einsatz von Betreuungskräften mehr Zeit für die Pflege der Bewohner*innen gewinnen (Geerdes & Schwinger, 2012, S. 3-4). Auch seien die Bewohner*innen zufriedener und aktiver, was für einen ebenfalls positiven Effekt auf die Qualität der pflegerischen Versorgung spricht (ebd. S. 4). Gleichzeitig steigen die Anforderungen an die beruflich Pflegenden kontinuierlich. Immer mehr ältere, mit dem Alter zunehmend multimorbide und teilweise demenziell erkrankte Patient*innen müssen in den Krankenhäusern behandelt werden,	<ul style="list-style-type: none"> •gestiegene Anforderungen an beruflich Pflegenden •Arbeitsverdichtung •Personalausfall •unzureichende Personalausstattung als Verhinderungsfaktor von Weiterentwicklungsprozessen 	BMG, 2017 Isfort, 2018b	Quernheim, 2018	Geerdes & Schwinger, 2012

	<p>während in den Langzeitpflegeeinrichtungen medizinisches Wissen zunehmend gefragt ist (BMG, 2017, S. 61). Quernheim (2018, S. 160) erläutert, dass die Arbeitsverdichtung und der Personalausfall negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Motivation der Mitarbeitenden haben können. Die Ergebnisse der standardisierten deskriptiven Querschnittstudie Pflege-Thermometer 2018 zeigen, dass zugleich eine unzureichende Personalausstattung notwendige Weiterentwicklungsprozesse in den Einrichtungen verhindern kann (Isfort, 2018b, S. 5). „<i>Ohne eine deutliche Anpassung, die auf der einen Seite zur spürbaren Entlastung des bestehenden Personals führen und gleichermaßen auch die Infrastruktur der Ausbildung in den Blick nehmen muss, lassen sich keine substanziellen Veränderungen in Richtung Versorgungssicherheit und Angebotsausweitung erzielen</i>“ (ebd.).</p>				
2	<p>Einige beruflich Pflegende zieht es in die Zeit- und Leiharbeit, in der sie bessere Arbeitsbedingungen vorfinden (George, 2020, S. 67). Zeit- und Leiharbeit bietet den Einrichtungen den Vorteil schnell verfügbare beruflich Pflegenden bei Personalengpässen und daher punktuelle Entlastung. Gleichzeitig besteht jedoch die Gefahr der Abwanderung der eigenen beruflich Pflegenden in die Zeit- oder Leiharbeit und somit eine Verschärfung der angespannten Personalsituation. Der Einsatz von Zeit- oder Leiharbeitskräften ist für die Unternehmen teurer als das eigene Personal und muss zusätzlich finanziert werden. Wenn mehr Geld für Zeit- und Leiharbeitskräfte ausgegeben wird, bleibt im Umkehrschluss weniger für die Gehälter der Stammebelegschaft übrig (Evans et al., 2019, S. 8). Zeit- und Leiharbeitskräfte bieten auch keine Kontinuität, weder in der Versorgung noch in der Zusammenarbeit, weil sie i. d. R. wenige Tage in einer Einrichtung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • bessere Arbeitsbedingungen in der Zeit- und Leiharbeit • Abwanderung der eigenen beruflich Pflegenden als Faktor einer Verschärfung des Personalmangels • weniger Geld für die Stammebelegschaft durch Einsatz kostenintensiverer Zeit- und Leiharbeiter*innen 		<p>George, 2020 Evans et al., 2019</p>	

	arbeiten und längere Einsätze der gleichen Pflegeperson nicht gewährleistet werden können (George, 2020, S. 68).			
3	Der Einsatz von Pflegehilfskräften kann sich ebenfalls negativ auf die Belastung des Personals auswirken , da diese immer neu angeleitet und kontrolliert werden müssen (Kraft & Drossel, 2019, S. 42).	• Einsatz von Pflegehilfskräften als Belastungsfaktor	Kraft & Drossel, 2019	

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.2.3.2.2 Führungsverhalten und Betriebskultur

Tabelle 15: Belastungsfaktoren im Bereich Führungsverhalten und Betriebskultur

Führungsverhalten und Betriebskultur					
Nr.	Textliche Ausführung der Faktoren	Faktoren	Kurzbelege		
			Evidenzbasiert	Fach-/Management-literatur	Relevante Publikationen/graue Literatur
1	Das Führungsverhalten der Leitungskräfte hat einen großen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen, die Gesundheit und die organisationale Bindung der Beschäftigten und letztlich auf die Attraktivität der Einrichtungen (Lauxen et al., 2018a, S. 60-61; Horstmann & Remdisch, 2016, S. 207; Wagner, 2018a, S. 36; Schauerte et al., 2017, S. 119; Hackmann & Sulzer, 2018, S. 51; Knappe et al., 2018, S. 14; Hillert et al., 2019, S. 22). Ein verantwortungsbewusstes Führungsmanagement hat lt. Zander (2017, S. 52) weitreichenden Einfluss auf die Wechselabsicht des Pflegepersonals. Das gilt auch für den Pflegenachwuchs: Um Auszubildende oder Praktikant*innen an die Pflegeeinrichtung zu binden ist insbesondere der Umgang der	<ul style="list-style-type: none"> tendenzielle Problemorientierung von Leitungskräften mangelndes Loben von Mitarbeitenden seitens der Leitungskräfte zu geringe Wertschätzung von Mitarbeitenden seitens der Leitungskräfte zu seltene Unterstützung des Wunsches nach 	Horstmann & Remdisch, 2016 Knappe et al., 2018, Zander, 2017 Mohr et al., 2019 Horstmann & Remdisch, 2016 Kraft & Drossel, 2019	Lauxen et al., 2018a Schauerte et al., 2017 Hackmann & Sulzer, 2018 Hillert et al., 2019 Strohbach, 2015	Wagner, 2018a

	<p>Teammitglieder untereinander und die Führung des Teams ein entscheidender Faktor (Mohr et al., 2019, S. 170). Nehmen beruflich Pflegende ihre Leitungskräfte als gesundheitsorientiert wahr, so profitieren sie nicht nur passiv, sondern kümmern sich vermehrt aktiv um ihre eigene Gesundheit (Horstmann & Remdisch, 2016, S. 201).</p> <p>In der Literatur finden sich Hinweise auf Verhaltensweisen von Leitungskräften, die zumindest nicht förderlich für die Mitarbeitenden in der Pflege sind – oder sogar belastend sein können (Strohbach, 2015, S. 304). So seien Leitungskräfte häufig eher problem- als lösungsorientiert und loben ihre Mitarbeitenden wenig (Kraft & Drossel, 2019, S. 42). In einer Fragebogenerhebung in 41 Einrichtungen im Landkreis Reutlingen (darunter zwei Altenpflegeschulen, drei Krankenhäuser, 21 ambulante Pflegedienste und 15 Pflegeheime) gaben etwa 40 Prozent der befragten beruflich Pflegenden und Nachwuchskräfte an, von ihren Vorgesetzten zu geringe Wertschätzung zu erhalten (Hackmann & Müller, 2012, S. 233). Auch bei der Gestaltung der Arbeitszeit spielen Leitungskräfte eine wichtige Rolle. So werden beispielsweise der Wunsch nach Aufstockung von Teilzeit auf Vollzeit aufgrund von wirtschaftlichen und arbeitsorganisatorischen Gründen (u. a. „[...] zur Realisierung flexibler Personaleinsatzkonzepte und einer an ‚Arbeitsspitzen‘ ausgerichteten Arbeitsorganisation und Dienstplangestaltung [...]“) zu selten von den Einrichtungen unterstützt (Becka et al., 2016, S. 2). Besonders problematisch ist es, wenn Leitungskräfte Überlastungs- und Gefährdungsanzeigen der Beschäftigten bewusst ignorieren oder sogar verbieten (Kraft & Drossel, 2019, S. 42).</p>	<p>Aufstockung von Teilzeit auf Vollzeit aufgrund von wirtschaftlichen und arbeitsorganisatorischen Gründen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ignorieren oder Verbot von Überlastungs- und Gefährdungsanzeigen der Beschäftigten 	<p>Hackmann & Müller, 2012</p>	<p>Becka et al., 2016</p>	
2	<p>In der Literatur finden sich heterogene Perspektiven auf Leitungsdefizite. Einerseits seien Leitungskräfte in der Pflege für die Herausforderungen nicht ausreichend qualifiziert (Braun et al., 2019, S. 303). Andererseits lägen die</p>	<ul style="list-style-type: none"> • unzureichende Qualifizierung von Leitungskräften 	<p>Braun et al., 2019</p>	<p>DBfK, 2014</p>	

	Ursache für unzureichende Führungsarbeit häufig darin, dass Leitungskräfte ebenso mehrfachbelastet sind, wie beruflich Pflegende selbst (DBfK, 2014).	• Mehrfachbelastung von Leitungskräfte			
3	Die Fragen zur Betriebskultur in den BIBB/BAuA-Erwerbstätigkeitsbefragungen zeigen insgesamt nur wenig Belastung durch mangelnde Unterstützung und Zusammenarbeit im Kollegenkreis. Mit dem Betriebsklima unzufrieden sind 16 Prozent der Alten- und 19 Prozent der Krankenpflegekräfte. Bei sonstigen Berufen liegt die Unzufriedenheit bei 13 Prozent. Bei Altenpflegehilfskräften ist die Unzufriedenheit jedoch mit 25 Prozent deutlich höher (Rothgang et al., 2020a)	• etwas höhere Unzufriedenheit mit Betriebsklima im Vergleich zu anderen Berufen			Rothgang et al., 2020a

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021.

3.2.3.2.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Tabelle 16: Belastungsfaktoren im Bereich Betriebliches Gesundheitsmanagement

Betriebliches Gesundheitsmanagement					
Nr.	Textliche Ausführung der Faktoren	Faktoren	Kurzbelege		
			Evidenzbasiert	Fach-/Management-literatur	Relevante Publikationen/graue Literatur
1	Wegen der hohen und teilweise steigenden körperlichen und psychischen Belastungen , die im Pflegeberuf existieren und angesichts der Tatsache, dass jede beruflich Pflegende individuell besser oder schlechter mit unterschiedlichen Stressoren umzugehen weiß, wird die Aufgabe des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM), die Pflegenden in diesem Bestreben zu unterstützen und vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels	• hohe und teilweise steigende körperliche und psychische Belastung	Isfort, 2018b Boscher et al., 2020	Rövekamp-Wattendorf et al., 2018 Gruber, 2017 Flöttmann & Großheimann, 2017	

	<p>im Beruf zu halten, immer wichtiger (Isfort, 2018b, S. 73; Rövekamp-Wattendorf et al., 2018, S. 175). Über ein aktives Alternsmanagement können sinnvolle Maßnahmen für die verschiedenen Altersstufen angeboten werden, um frühzeitig die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern (Gruber, 2017, S. 89). Vor diesem Hintergrund ist es bemerkenswert, dass die Fachkräftegewinnung unter den Führungskräften zurzeit eindeutig höher priorisiert wird (68,6 Prozent der Einrichtungen mit Fachkräftesicherung als höchste Priorität) als gesundheitsbezogene Probleme (9,8 Prozent) (Boscher et al., 2020). Zudem werden Arbeitgeber, denen die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden wichtig ist und die aktiv und mitarbeiterorientiert versuchen, Fehlzeiten zu verringern, als attraktiver wahrgenommen (Flöttmann & Großheimann, 2017, S. 109).</p>				
2	<p>Die Implementierung von BGM stellt soziale Einrichtungen allerdings vor die Herausforderung, im bereits arbeitsreichen Alltag Arbeitsressourcen für Tätigkeiten im Rahmen des BGM (Dokumentation und Organisation von Treffen und Maßnahmen) sowie Geld und zusätzliches Engagement bereitzustellen (Flöttmann & Großheimann, 2017, S. 113).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeiten, Arbeitsressourcen für BGM bereitzustellen • Schwierigkeiten, monetäre Ressourcen für BGM bereitzustellen • Schwierigkeiten, Engagement für BGM bereitzustellen 		<p>Flöttmann & Großheimann, 2017</p>	

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.2.3.2.4 Vergütung

Tabelle 17: Belastungsfaktoren im Bereich Vergütung

Vergütung					
Nr.	Textliche Ausführung der Faktoren	Faktoren	Kurzbelege		
			Evidenzbasiert	Fach-/ Management- literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	Die Vergütung hat eine zentrale Bedeutung für die Motivation der Beschäftigten, den langfristigen Berufsverbleib und die Attraktivität des Pflegeberufs (Isfort, 2018b, S. 47; Carstensen et al., 2021, S. 8; Bogai, 2017, S. 275; Hackmann & Sulzer, 2018, S. 50-51) und ist laut der Entgeltanalysen des IAB – neben der Verschärfung durch die Covid-19 Pandemie – einer der Hauptgründe für den Fachkräftemangel (Carstensen et al., 2021, S. 8).	<ul style="list-style-type: none"> • Vergütung als Motivationsfaktor für langfristigen Berufsverbleib • Vergütung als Attraktivitätsfaktor für Pflegeberuf • Vergütung als ein Hauptfaktor für Fachkräftemangel • Covid-19-Pandemie als Faktor für Fachkräftemangel 	Isfort, 2018b	Carstensen et al., 2021 Bogai, 2017 Hackmann & Sulzer, 2018	
2	Zwar ist die Vergütung nicht die Hauptmotivation des Pflegepersonals (Hackmann & Sulzer, 2018, S. 24-25), sie wird dennoch u. a. aufgrund der hohen Arbeitsbelastung und in Hinblick auf die erbrachte Leistung häufig als nicht ausreichend empfunden (Münch, 2016, S. 109; Schmucker, 2020, S. 58; DGB-Index, 2020, S. 86). Ein als unangemessen empfundener Lohn schafft Unzufriedenheit (Kraft & Drossel, 2019, S. 40).	<ul style="list-style-type: none"> • aufgrund der hohen Arbeitsbelastung und erbrachten Leistung häufig als unzureichend empfundene Vergütung • unangemessen empfundener Lohn als 	Kraft & Drossel, 2019	Hackmann & Sulzer, 2018 Münch, 2016 Schmucker, 2020	DGB-Index, 2020

		Faktor von Unzufriedenheit				
3	<p>In der Vergangenheit wiesen die ausgehandelten Pflegesätze eine geringe Flexibilität auf (Carstensen et al., 2021, S. 8). Somit reagieren sie nicht genug auf die Nachfrage nach beruflich Pflegenden (Jacobs et al., 2016, S. XVII) und liegt bei Fachpersonal insgesamt unterhalb des allgemeinen Lohndurchschnitts und des statistisch erwarteten Niveaus (Hipp et al., 2017, S. 199). Die Bundesregierung (2019) konstatiert hierzu: „Überall fehlen Pflegekräfte. Offene, voll finanzierte Stellen sind genügend da, aber sie sind schwer zu besetzen. Bislang werden Pflegekräfte sehr unterschiedlich und häufig zu niedrig entlohnt. In der Altenpflege verdienen sowohl Hilfs- als auch Fachkräfte erheblich weniger als in der Gesundheits- und Krankenpflege.“</p> <p>2019 lagen die mittleren Bruttogehälter von Vollzeitfachkräften in der Gesundheits- und Krankenpflege und von Krankenpflegehelfern etwas über dem Durchschnitt aller Fach- bzw. Hilfskräfte, allerdings ließen sich die mittleren Bruttogehälter im Bereich der Altenpflege sowohl bei Vollzeitfachkräften, als auch bei Hilfskräften unter dem Durchschnitt einordnen (Bundesagentur für Arbeit, 2021a, S. 8). Bisher konnte die Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage für Pflegefachkräfte auf dem Arbeitsmarkt nicht geschlossen werden (ebd., S. 17).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • geringe Flexibilität der ausgehandelten Pflegesätze • unzureichende Reaktion der Pflegesätze auf die Nachfrage nach Pflegepersonal • Pflegesätze liegen bei Fachpersonen insgesamt unterhalb des allgemeinen Lohndurchschnitts und des statistisch erwarteten Niveaus • mittlere Bruttogehälter in der Altenpflege unter dem Durchschnitt aller Fach- und Hilfskräfte • Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage für Pflegefachkräfte auf dem Arbeitsmarkt 	Hipp et al., 2017	Carstensen et al., 2021 Jacobs et al., 2016 Bundesregierung, 2019 Bundesagentur für Arbeit, 2021a		
4	<p>Ursachen für die verhältnismäßig niedrige Vergütung finden sich außerdem in der fehlenden Verbreitung von allgemeinverbindlichen Tariflöhnen (Bundespflegekammer, 2021, o.S.), sinkenden oder wegfallenden 13. Monatsgehältern, Teilzeitbeschäftigung und fehlenden</p>	Faktoren für die verhältnismäßig niedrige Vergütung:	Becka et al., 2016	Bundespflegekammer, 2021		

	<p>Vergütungsstrukturen für akademische Fachkräfte und Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen (Benedix & Medjedovic, 2014, S. 62) sowie einer mangelnder Verbreitung von Überstundenzuschlägen (Becka et al., 2016, S. 8). Diese Bedingungen bergen vor allem für die teilzeitbeschäftigte beruflich Pflegende mit niedriger Qualifikation (wie Pflegehilfskräfte) ein Prekarisierungsrisiko (ebd., S. 15).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Verbreitung von allgemeinverbindlichen Tariflöhnen • Sinkende oder wegfallende 13. Monatsgehälter • Teilzeitbeschäftigung • fehlende Vergütungsstrukturen für akademisches Fachpersonal und Pflegepersonal mit erweiterten Kompetenzen • mangelnde Verbreitung von Überstundenzuschlägen • Prekarisierungsrisiko für Teilzeitbeschäftigte mit niedriger Qualifikation 		<p>Benedix & Medjedovic, 2014</p>	
5	<p>In der Gesundheits- und Krankenpflege ist das derzeitige Lohnniveau höher als in der Altenpflege (Bundesagentur für Arbeit, 2021a, S. 8), wodurch die Altenpflege ein relationales Attraktivitätsproblem hat (Evans et al., 2019, S. 7; Hipp et al., 2017, S. 199). Allerdings ist der Wechsel zwischen den Bereichen Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege zahlenmäßig ausgeglichen, so dass sich diese Vermutung statistisch nicht erhärten lässt. Zwar verläuft die Lohnentwicklung in der Altenpflege positiver als in der Gesundheits- und Krankenpflege, doch das Lohnniveau ist in der Altenpflege weiterhin niedriger (Evans et al., 2019, S. 6). Am niedrigsten ist die Vergütung in der ambulanten Pflege (Carstensen et al., 2021, S. 5). Vor dem Hintergrund</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relationales Attraktivitätsproblem der Altenpflege durch derzeitiges höheres Lohnniveau in der Gesundheits- und Krankenpflege 	<p>Hipp et al., 2017</p>	<p>Bundesagentur für Arbeit, 2021a Evans et al., 2019 Carstensen et al., 2021</p>	

<p>der generalistischen Ausbildung könnte der Druck auf die Altenpflege, sich bei der Vergütung dem Niveau der Gesundheits- und Krankenpflege anzugleichen, deutlich zunehmen.</p>				
--	--	--	--	--

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.2.3.2.5 Arbeitszeit und Vereinbarkeit

Tabelle 18: Belastungsfaktoren im Bereich Arbeitszeit und Vereinbarkeit

Arbeitszeit und Vereinbarkeit					
Nr.	Textliche Ausführung der Faktoren	Faktoren	Kurzbelege		
			Evidenzbasiert	Fach-/ Management- literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	<p>Die Arbeitszeitmodelle in der Pflege sind gezeichnet von Schichtdienst, Wochenendarbeit, häufigen Überstunden und spontanem Einspringen für andere. Die Arbeitszeiten stehen in engem Zusammenhang mit der Vereinbarkeit des Pflegeberufs mit der Familie und dem sozialen Umfeld. Häufige Schichtdienste und Wochenendarbeiten können sowohl die Zeit mit der Familie als auch für soziale Kontakte einschränken (Kraft & Drossel, 2019, S. 42; DGB-Index, 2020).</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Arbeitszeitmodelle sind gezeichnet von Schichtdienst, Wochenendarbeit, häufigen Überstunden und spontanem Einspringen für Kolleg*innen •Arbeitszeitmodelle als Faktor der einschränkenden Vereinbarkeit von Familie, Freizeit und Beruf 	Kraft & Drossel, 2019		DGB-Index, 2020

2	<p>Die mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist ein Verstärker für den Wunsch aus dem Beruf auszusteigen (Kraft & Drossel, 2019, S. 43) oder zur Aufnahme einer Teilzeit- statt einer eigentlich gewünschten Vollzeittätigkeit (Becka et al., 2016, S. 2). Denn Kindertagesstätten bieten selten Betreuungszeiten an, die sich mit dem Schichtsystem vereinbaren lassen (Benedix & Medjedovic, 2014, S. 54).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie als Verstärker für den Wunsch hinsichtlich Berufsausstieg • mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie als Verstärker für eine Teil- anstatt einer gewünschten Vollzeitarbeit • mangelnde Vereinbarkeit von Kita-Betreuungszeiten mit dem Schichtsystem 	<p>Kraft & Drossel, 2019</p>	<p>Becka et al., 2016 Benedix & Medjedovic, 2014</p>	
3	<p>Der Fachkräftemangel führt zu einer Unzuverlässigkeit des Dienstplans und schlechten Arbeitsbedingungen, die in Kombination für erheblichen Stress bei beruflich Pflegenden sorgen (Braun et al., 2019, S. 303). Die Unvereinbarkeit führt dazu, dass keine Fort- und Weiterbildungen in der Freizeit durchgeführt werden (Kraft & Drossel, 2019, S. 42). Während der Dienstzeit seien Fort- und Weiterbildungen aufgrund von Personalengpässen häufig nicht möglich (ebd., S. 44).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fachkräftemangel führt zu einer Unzuverlässigkeit des Dienstplans und schlechten Arbeitsbedingungen, die in Kombination zu Stress führen • Fachkräftemangel als Faktor, dass keine Fort- und Weiterbildungen in der Freizeit durchgeführt werden • Personalengpässe als Faktor für ausbleibende Fort- und 	<p>Braun et al., 2019 Kraft & Drossel, 2019</p>		

		Weiterbildungen während der Dienstzeit			
4	Frauen übernehmen immer noch vermehrt familiäre Fürsorgearbeit, weswegen sie zumeist in Teilzeit arbeiten. Dazu kommt, dass beruflich Pflegende häufig parallel Angehörige pflegen (DBfK, 2019, S. 12). Diese Unvereinbarkeit führt dazu, dass eine Aufstockung von Teilzeit auf Vollzeit nicht ohne weiteres möglich ist, um die Personalsituation zu entspannen.	<ul style="list-style-type: none"> • Verpflichtungen in der Familie führen zumeist zu Teilzeitarbeit bei Frauen • Verpflichtungen in der familiären Pflege von Angehörigen führen zumeist zu Teilzeitarbeit bei Frauen • Unvereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf führt zu einer Nicht-Umsetzbarkeit der Aufstockung von Teilzeit auf Vollzeit 		DBfK, 2019	

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.2.3.2.6 Belastung durch pflegefremde Tätigkeiten

Tabelle 19: Belastungsfaktoren im Bereich pflegefremde Tätigkeiten

Pflegefremde Tätigkeiten					
Nr.	Textliche Ausführung der Faktoren	Faktoren	Kurzbelege		
			Evidenzbasiert	Fach-/ Management- literatur	Evidenzbasiert
1	Als pflegefremde Tätigkeiten werden Aufgaben bezeichnet, die außerhalb des eigentlichen Pflegesettings stattfinden, bspw. das Auspacken von Medikamentenlieferungen, die Aufnahme von Essenswünschen, das Verteilen des Essens und das Auffüllen der Patientenschränke. Dies sind Aufgaben, die keine dreijährige Ausbildung voraussetzen, aber das Pflegefachpersonal in der täglichen Pflegearbeit belasten (Benedix & Medjedovic, 2014, S. 26-27). Denn pflegefremde Tätigkeiten nehmen einen nicht unwesentlichen Teil der Arbeitszeit der beruflich Pflegenden in Anspruch. So gaben Pflegende im Krankenhaus an, über 20 Prozent ihrer Arbeitszeit mit pflegefremden Tätigkeiten zu verbringen (Kraft & Drossel, 2019, S. 43). Dies trägt deutlich zur Überlastung der beruflich Pflegenden bei (Höhmann et al., 2016, S. 75). Zusätzlich hat die Pflege „ <i>im Zuge der Bürokratisierung und Technisierung des Krankenhauses [...] in zunehmenden Maße Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Rollenzuschreibungen aus der Administration und Medizin übernommen</i> “ (Hielscher et al., 2015, S. 7-8).	<ul style="list-style-type: none"> • Be- und Überlastung des Pflegefachpersonals durch pflegefremde Tätigkeiten außerhalb des eigentlichen Pflegesettings • pflegefremde Tätigkeiten aus Administration und Medizin als Faktoren der Be- und Überlastung von beruflich Pflegenden 	Kraft & Drossel, 2019	Benedix & Medjedovic, 2014 Hielscher et al., 2015	Höhmann et al., 2016

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.2.3.3 Personale Ebene - Auswirkungen der Belastungsfaktoren

Aufgrund der eingeschränkten Vergleichbarkeit in Hinblick auf die sektoralen und organisational differierenden Rahmenbedingungen lassen sich aus der Literatur hauptsächlich Anforderungen an beruflich Pflegende und Auswirkungen der Belastungsfaktoren identifizieren, die sektorenübergreifend empfunden werden und sich damit als übergeordnete Einflussgrößen für Belastungserleben beschreiben lassen. Eine prozentuale Ausdifferenzierung oder Gewichtung der einzelnen Parameter wird dort vorgenommen, wo die Datenlage es zulässt.

3.2.3.3.1 Psychische und körperliche Belastungen

Tabelle 20: Belastungsfaktoren im Bereich psychische und körperliche Belastungen

Physische und körperliche Belastungen					
Nr.	Textliche Ausführung der Faktoren	Faktoren	Kurzbelege		
			Evidenzbasiert	Fach-/ Management- literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	Im Vergleich zu anderen Berufen sind die Tätigkeiten in den Pflegeberufen mit überdurchschnittlichen körperlichen Anforderungen verbunden (BAuA, 2020, S. 2; DGB-Index, 2020). In der BIBB/BAuA Erwerbstätigenbefragung 2018 wurden 323 Altenpfleger*innen und 618 Gesundheits- und Krankenpfleger*innen befragt und den Antworten von 19.015 Erwerbstätigen aus anderen Berufen gegenübergestellt (ebd., S. 1). Typische körperliche Belastungen in der Pflege sind häufiges Arbeiten im Stehen, Heben und Tragen schwerer Lasten sowie das Arbeiten in Zwangshaltungen (BAuA, 2020 S. 1). Die kumulative Auswertung mehrerer Wellen der BAuA-Erwerbstätigenbefragung (Rothgang et al., 2020a) zeigt: Das Arbeiten im Stehen wird sowohl in der Alten- (92 Prozent) als auch in der	<ul style="list-style-type: none"> • überdurchschnittliche körperliche Anforderungen in der Pflege im Vergleich zu anderen Berufen • häufiges Arbeiten im Stehen, Heben und Tragen schwerer Lasten sowie Arbeiten in Zwangshaltungen als Faktoren der körperlichen Belastungen 			BAuA, 2020 Rothgang et al., 2020 DGB-Index, 2020

	<p>Gesundheits- und Krankenpflege (88 Prozent) als häufigste körperliche Anforderung benannt. Bei den Pflegehilfskräften ist der Anteil noch höher. Das Heben und Tragen schwerer Lasten (76 Prozent zu 64 Prozent) sowie das Arbeiten in Zwangshaltung (45 Prozent zu 31 Prozent) sind in der Altenpflege deutlich stärker ausgeprägt als in der Gesundheits- und Krankenpflege. Als besonders belastend wird aber von etwa der Hälfte der Befragten vor allem das Heben und Tragen schwerer Lasten benannt (ebd. S. 147).</p>				
2	<p>Auch psychische Belastungen werden in den BIBB/BAuA Erwerbstätigenbefragungen wie auch beim DGB-Index (2020) von allen Pflegeberufen häufiger angegeben als in anderen Berufen (BAuA, 2020, S. 1; Rothgang et al., 2020). In der Gesundheits- und Krankenpflege wird die Betreuung verschiedener Arbeiten gleichzeitig (80 Prozent zu 69 Prozent), starker Termin- und Leistungsdruck (71 Prozent zu 63 Prozent) und häufige Unterbrechungen (68 Prozent zu 54 Prozent) häufiger angegeben als in der Altenpflege. In der Altenpflege kommt es dagegen häufiger zu Belastungen durch Zeitvorgaben (DGB-Index, 2018) und Vorschriften zu Mindestleistungen (52 Prozent gegenüber 33 Prozent) und ständige Wiederholungen derselben Arbeitsgänge (62 Prozent zu 54 Prozent). Die Belastung durch sehr schnelles Arbeiten wird in Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege etwa gleich oft genannt (53 Prozent und 59 Prozent). Dabei werden vor allem der Termin- und Leistungsdruck (50 Prozent/56 Prozent) sowie die Notwendigkeit schnell zu arbeiten (42 Prozent/40 Prozent) als besonders belastend empfunden. Die gilt auch für die gefühlsmäßige Belastung, die von 40 Prozent bzw. 38 Prozent der Alten- und Gesundheits- und Krankenpflegekräfte angegeben wird (ebd. S. 151), wobei die Notwendigkeit, Gefühle zu verbergen, von mehr als der Hälfte der beruflich Pflegenden genannt wird (DGB-Index, 2016). Faktoren, die die</p>	<ul style="list-style-type: none"> • höhere psychische Belastungen als in anderen Berufen Arbeitsintensität als Belastungsfaktor in Bezug auf Arbeitszufriedenheit und das psychische Wohlbefinden: • Betreuung verschiedener Arbeiten gleichzeitig • starker Termin- und Leistungsdruck • häufige Unterbrechungen • Arbeiten an der Grenze der eigenen Leistungsfähigkeit • gefühlsmäßige Belastungen • Belastungen durch schnelles Arbeiten • verstärkte Emotionsarbeit 		Schauerte et al., 2017	<p>BAuA, 2020 DGB-Index, 2016 DGB-Index, 2018 DGB-Index, 2020 Rothgang et al., 2020</p>

	<p>Arbeitszufriedenheit und das psychische Wohlbefinden von beruflich Pflegenden beeinflussen sind neben Arbeitsintensität und verstärkter Emotionsarbeit auch unregelmäßige Arbeitszeiten, lange Arbeitsphasen, sowie fehlende erholsame und freie Zeiten. Insbesondere eine Wechselwirkung dieser Einflüsse mit hohen Anforderungen an die Emotionsarbeit hat eine negative Wirkung auf die Erholungsfähigkeit und das psychische Wohlbefinden (Schauerte et al., 2017, S. 116).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • unregelmäßige Arbeitszeiten • lange Arbeitsphasen • fehlende erholsame und freie Zeiten 			
3	<p>Durch die hohen körperlichen und psychischen Anforderungen sind beruflich Pflegende e im Vergleich zu anderen Erwerbstätigen überdurchschnittlich von Muskel-Skelett-Beschwerden und psychosomatischen Beschwerden betroffen (BAuA, 2020, S. 2). Im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung (27,3 Prozent) liegt etwa die Lebenszeitprävalenz von chronischen Rückenschmerzen bei beruflich Pflegenden mit 45,8 Prozent deutlich über dem Durchschnitt (Frey et al., 2018, S. 174). Die Altenpflege ist, dicht gefolgt von der Gesundheits- und Krankenpflege, die Berufsgruppe mit den meisten Fehltagen aufgrund von psychischen Krankheitsbildern (Knüppel, 2017, S. 67; Schauerte et al., 2017, S. 116). In einer Online Befragung von Pflegekammermitgliedern in Rheinland-Pfalz im Jahr 2017 (n=674) wiesen ca. 40 Prozent der Befragten ein hohes Burnout-Risiko auf, was hauptsächlich auf hohen Arbeitsbelastungen, einer geringen Anerkennung bzw. Wertschätzung und einem Ohnmachtsgefühl, dass man persönlich nichts an den Bedingungen verbessern könne, beruht (Breinbauer et al., 2019, S. 19).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • hohe körperliche und psychische Anforderungen als Faktor für überdurchschnittlich häufige Muskel-Skelett-Beschwerden • hohe körperliche und psychische Anforderungen als Faktor für überdurchschnittlich häufige psychosomatische Beschwerden • hohe Arbeitsbelastung, geringe Anerkennung/Wertschätzung sowie Ohnmachtsgefühl in Bezug auf Änderungsmöglichkeiten der Arbeitsbedingungen als hoher Risikofaktor für Burnout 	<p>Frey et al., 2018 Breinbauer et al., 2019</p>	<p>Knüppel, 2017 Schauerte et al., 2017</p>	<p>BAuA, 2020</p>

5	<p>Die hohen Belastungen und damit verbundenen Beschwerden sind häufig ursächlich für den Ausstieg aus dem Beruf oder die Reduzierung der Arbeitszeit. Auch der Wechsel in die Zeit- bzw. Leiharbeit kann eine Strategie zum Umgang mit Belastungen sein: „<i>Um sich diesem Druck – verursacht durch den systemimmanenten Fachkräftemangel und die kollektiven Regulierungsbemühungen – zu entziehen, bietet Zeit- bzw. Leiharbeit den professionell Pflegenden offensichtlich die Möglichkeit eines „Teilausstiegs“: Die Zugehörigkeit zu einer konkreten Einrichtung und zu einem Team wird aufgekündigt, während die Berufszugehörigkeit erhalten bleibt</i>“ (Riedlinger et al., 2020, S. 8).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • hohe Belastungen und damit verbundene Beschwerden als Ausstiegsfaktor aus dem Beruf • hohe Belastungen und damit verbundene Beschwerden als Faktor für Arbeitszeitreduktion • Wechsel in die Zeit- bzw. Leiharbeit als Strategie zum Umgang mit der Arbeitsbelastung 			Riedlinger et al., 2020
---	--	--	--	--	-------------------------

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.2.3.3.2 Gesundheitsverhalten

Tabelle 21: Belastungsfaktoren im Bereich Gesundheitsverhalten

Gesundheitsverhalten					
Nr.	Textliche Ausführung der Faktoren	Faktoren	Kurzbelege		
			Evidenzbasiert	Fach-/ Management-literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	<p>Vor dem Hintergrund der hohen körperlichen und psychischen Anforderungen ist es bedenklich, dass unter den beruflich Pflegenden risikoreiches Gesundheitsverhalten überdurchschnittlich verbreitet ist: Beruflich Pflegende ernähren sich ungesünder, sind körperlich weniger aktiv</p>	<ul style="list-style-type: none"> • risikoreiches Gesundheitsverhalten unter beruflich Pflegenden 	<p>Mojtahadzadeh et al., 2020 Kraft & Drossel, 2019</p>		Ebberts, 2018b

<p>und legen zu wenig Pausen ein (Mojtahedzadeh et al., 2020, S. 3). Generell ist die Neigung, sich auf der Arbeit körperlich und seelisch zu verausgaben, unter beruflich Pflegenden ausgeprägt (Ebbers, 2018b, S. 46). Das zeigt sich auch in einem hohen Präsentismus: 4,7 Tage im Jahr kommen beruflich Pflegende trotz Krankheit zur Arbeit (Kraft & Drossel, 2019, S. 43-44). Im Umgang mit Belastungen zeigen sich teils problematische Gewohnheiten: So korreliert die Einhaltung von Pausenzeiten bspw. mit dem Rauchen (Mojtahedzadeh et al., 2020, S. 3). Eine amerikanische Studie (n=2.589) hat die Beziehung zwischen dem Raucherstatus von Krankenhauspersonal und den Arbeitspausen untersucht, sowie die Beziehungen zwischen persönlichen, beruflichen und arbeitsplatzbezogenen Variablen, die mit versäumten Arbeitspausen verbunden sind. 70 Prozent der Studienteilnehmenden verpassten häufig ihre Pausen. Dies ließ sich nach dem Raucherstatus unterscheiden, sodass 59 Prozent der Raucher*innen und 72 Prozent der Nichtraucher*innen keine Arbeitspausen machten (Sarna et al., 2009, S. 1).</p> <p>Der Anteil verpasster Pausen war unter den Nichtraucher*innen fast doppelt so hoch wie unter den Raucher*innen. Die Studie zeigte darüber hinaus, dass am Arbeitsplatz Meinungsverschiedenheiten, die sich negativ auf die Versorgung von Patient*innen auswirken, durch die Ungleichheiten hinsichtlich der Pauseneinhaltung, insbesondere aufgrund des Raucher-Status, entstehen können (Sarna et al., 2009, S. 1). Auch Mojtahedzadeh et al. (2020, S. 3) konstatieren, dass „[...] die scheinbar aktiver wahrgenommene Pauseneinhaltung von Rauchenden im Vergleich zu Nicht-Rauchenden unter stationären Pflegekräften [auffällig ist]: Die Tabaksucht wurde durch regelmäßige Pausen befriedigt“.</p>	<p>überdurchschnittlich verbreitet</p> <ul style="list-style-type: none"> • hoher Präsentismus unter beruflich Pflegenden • im Umgang mit Belastungen zeigen sich teils problematische Gewohnheiten und Beziehungen zwischen persönlichen, beruflichen und arbeitsplatzbezogenen Variablen, die mit versäumten Arbeitspausen verbunden sind • Konflikte aufgrund von Meinungsverschiedenheiten durch die Ungleichheit hinsichtlich der Pauseneinhaltung von Raucher*innen und Nichtraucher*innen als Faktor, der sich negativ auf die Patientenversorgung auswirkt 	<p>Sarna et al., 2009</p>		
---	---	---------------------------	--	--

2	<p>Im Hinblick auf Ruhepausen während der Arbeitszeit konnte darüber hinaus im Allgemeinen ermittelt werden, dass Pausen signifikant häufiger im Alten- und Gesundheits- und Krankenpflegebereich ausfallen im Vergleich zu sonstigen Beschäftigten. Der Ausfall von Pausen korreliert zudem mit einem gesteigerten Risiko für berichtete körperliche und psychosomatische Beschwerden (Lohmann-Haislah et al., 2019, S. 437). Als ursächlich für das Nicht-Einhalten von Pausen werden die hohen Arbeitsmengen genannt und das Nicht-Vorhandensein einer Ablösung bedingt durch Unterbesetzungen in den unterschiedlichen Bereichen (ebd., S. 418). Das größte Gesundheitsproblem ist die Überlastung. Auf der anderen Seite konnte in einem Scoping Review analysiert werden, dass Pausen zu einem besseren physischen und mentalen Wohlbefinden führen können, beeinflusst durch das Vorhandensein von Pausenräumen, aktiven Pausen, sowie Arbeitsanforderungen und -ressourcen und persönlichen Verhaltensweisen (Wendsche et al., 2017a, S. 65). Infolgedessen kann außerdem angenommen werden, dass regelmäßige Pausen das Potential haben, belastungs- und motivationsbedingte Auswirkungen von Arbeitsanforderungen, wie z. B. Unterbesetzung, auf die Fluktuation von beruflich Pflegenden zu verringern. Regelmäßige Ruhepausen können zudem auch die negativen Folgen chronischer Unterbesetzung abmildern, wie zum Beispiel stärkere Belastungsreaktionen und geringere Motivation (Wendsche et al., 2017b, S. 243). Insgesamt erfordert das Feld der Pausenorganisation weitere Forschungsaktivitäten, wie in der aktuellen Literatur herausgestellt wird, um auf der einen Seite Effekte auf die Arbeitszufriedenheit, Gesundheit der beruflich Pflegenden und letztendlich das pflegerische Outcome zu untersuchen und auf der anderen Seite Maßnahmen zu identifizieren zur Förderung der Einhaltung von Pausen und ihrer positiven Wirkungen (Jaensch et al., 2020, S. 58; Wendsche et al., 2017a, S. 78).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • häufiger Pausenausfall als Korrelationsfaktor eines gesteigerten Risikos für körperliche und psychosomatische Beschwerden • hohe Arbeitsmenge und Unterbesetzung als Faktor des Nicht-Einhaltens von Pausen • Überlastung als größtes Gesundheitsproblem 	<p>Lohmann-Haislah et al., 2019 Wendsche et al., 2017a</p>		<p>Jaensch et al., 2020</p>
---	--	--	--	--	-----------------------------

3.2.4 Zeit- und Leiharbeit in der Pflege

Tabelle 22: Zeit- und Leiharbeit in der Pflege

Zeit- und Leiharbeit in der Pflege					
Nr.	Textliche Ausführung der Faktoren	Faktoren	Kurzbelege		
			Evidenzbasiert	Fach-/ Management- literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	<p>Einen aktuellen quantitativen Beitrag, welche Motive beruflich Pflegende zum Wechsel in die Zeit- und Leiharbeit bewegen, welche beruflichen Erfahrungen sie in der Zeit- und Leiharbeit machen und wie deren Einsatz von der Stammebelegschaft bewertet wird, liefert die Pflegekammer Niedersachsen (2021, S. 55) durch eine Online-Befragung ihrer Mitglieder (n=2.662). Die Stichprobe setzt sich aus Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflege, der Altenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Absolvent*innen eines dualen Pflegestudiums zusammen. Von den 2.662 Befragten geben 3,8 Prozent an, in Zeit- und Leiharbeit beschäftigt zu sein. 76,8 Prozent der Befragten äußern kein Interesse an Zeit- und Leiharbeit, 17,2 Prozent können sich eine Tätigkeit in der Zeit- und Leiharbeit jedoch zukünftig vorstellen (ebd., S. 55-56).</p> <p>Die wichtigsten Motive, die aus Sicht der Befragten für einen Ausstieg aus der Festanstellung und einen Einstieg in die Zeit- und Leiharbeit sprechen, sind eine geringere Vergütung, unflexiblere sowie weniger selbstbestimmte Arbeitszeiten, sowie die Notwendigkeit des spontanen Einspringens im Falle von Dienstplanänderungen. Weitere Gründe sind eine als zu gering wahrgenommene Wertschätzung durch den Arbeitgeber, eine zu hohe organisatorische Verantwortung, die Abhängigkeit von einer Institution</p>	<p>Faktoren für einen Ausstieg aus der Festanstellung (und Einstieg in die Zeit-/ Leiharbeit):</p> <ul style="list-style-type: none"> • geringere Vergütung • unflexiblere sowie weniger selbstbestimmte Arbeitszeiten • Notwendigkeit des spontanen Einspringens im Falle von Dienstplanänderungen • als zu gering wahrgenommene Wertschätzung durch den Arbeitgeber • eine zu hohe organisatorische Verantwortung 		<p>Pflegekammer Niedersachsen, 2021</p>	<p>Riedlinger et al., 2020</p>

<p>oder einem Pflgeteam sowie die Unzufriedenheit mit dem Arbeitgeber. Riedlinger et al. (2020) führten im Rahmen des Forschungsverbunds ZAFH care4care: Fachkräftebedarf in der Pflege im Zeichen von Alterung, Vielfalt und Zufriedenheit von 2018 bis 2019 qualitativ fokussierte multiperspektivische Betriebsfallstudien an zwei Akutversorgungseinrichtungen und zwei stationären Einrichtungen der Langzeitversorgung in Baden-Württemberg durch. Ergänzend wurden eine Delphi-Befragung von pflegefachlichen Leitungen und Schulleitungen (n=125) in der Region Neckar-Alb und Stuttgart sowie Experteninterviews mit Stakeholdern im Pflegesektor umgesetzt. Die Autorinnen interpretieren ihre Ergebnisse mit Blick auf die Motivlagen zum Wechsel in die Zeit- und Leiharbeit dahingehend, dass die Zeit- und Leiharbeit beruflich Pflegenden die Möglichkeit gibt, sich dem Druck, der unter anderem bedingt durch den Fachkräftemangel auf die beruflich Pflegenden wirkt, zu entziehen. Weitere Motive sind eine mangelnde Zeitsouveränität sowie unzureichende Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Bei der Entscheidung für die Zeit- und Leiharbeit handele es sich somit auch um einen Teilausstieg (Riedlinger et al., 2020, S. 148), wodurch die pflegefachliche Arbeit wieder in den Vordergrund gerückt wird und „<i>organisationalen Fragestellungen an die Zeit- bzw. Leiharbeitsfirma abgetreten [werden]</i>“ (ebd., S. 149).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abhängigkeit von einer Institution/Pflgeteam • Unzufriedenheit mit dem Arbeitgeber • Druck aufgrund des Fachkräftemangels • mangelnde Zeitsouveränität • unzureichende Vereinbarkeit von Beruf und Familie 			
---	--	--	--	--

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.2.5 Quereinstieg in die Pflege

Tabelle 23: Quereinstieg in die Pflege

Quereinstieg in die Pflege					
Nr.	Textliche Ausführung der Faktoren	Faktoren	Kurzbelege		
			Evidenzbasiert	Fach-/ Management- literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	<p>Über Quereinsteiger*innen in einen Pflegeberuf liegen aktuell kaum valide Daten vor. Nicht erfasst sind vor allem diejenigen, die keine Qualifizierungsmaßnahme erhielten oder deren Maßnahmen nicht von der BA gefördert wurde (Grgic et al., 2018, S. 13). Letztere veröffentlicht regelmäßig Zahlen zum Einstieg in Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Weiterbildung und so auch zur Pflegefachperson. Dies ist im Rahmen der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege seit Ende 2012 für die Weiterbildung zur Altenpflegefachkraft möglich (Bundesagentur für Arbeit, 2020, S. 19). Weitere Fördermöglichkeiten durch das Qualifizierungschancengesetz sorgten 2019 für einen erneuten Anstieg der Teilnehmenden. Der neue Pflegeberuf ist durch eine unbefristete Ausnahmeregelung ebenfalls über drei Jahre durch die BA förderfähig (ebd., S. 18; § 180 Abs. 4 Satz 3 SGB III). Im Bereich Altenpflege qualifizieren inzwischen (2019) fast alle Weiterbildungen nach dieser Fördermaßnahme zur Altenpflegefachkraft (97 Prozent), 2012 waren es dagegen nur etwas mehr als die Hälfte (Bundesagentur für Arbeit, 2020, S. 18-19). Im Schuljahr 2018/2019 wurde jede*r Vierte Ausbildungs-Einsteiger*in im Rahmen der beruflichen Weiterbildung gefördert, jede*r Vierte hatte demnach eine andere Erst-Ausbildung angefangen oder abgeschlossen. Von den</p>	<p>Faktoren für einen Quereinstieg in den Pflegeberuf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • persönliches Interesse der Quereinsteiger*innen • eine starke Nachfrage nach beruflich Pflegenden und damit gute Jobaussichten • keine Perspektive im bisherigen Arbeitsbereich <p>Faktoren, die hinderlich für den Quereinstieg wirken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die aktuellen Arbeitsbedingungen • das Image der Pflegeberufe 		<p>Grgic et al., 2018 Bundesagentur für Arbeit, 2020 Zieher & Ayan, 2016</p>	

	<p>Pflegefachpersonen, die 2018/2019 ihre Weiter-/Ausbildung mit einem Abschluss beendeten, waren ein halbes Jahr später (Zieher & Ayan, 2016) folgende Anteile sozialversicherungspflichtig beschäftigt (Eingliederungsquote): in der Altenpflege 90 Prozent, in der Altenpflegehilfe und in der Krankenpflege jeweils 66 Prozent (ebd., S. 19).</p> <p>Auch zu den Beweggründen und Motivlagen für einen Quereinstieg in die Pflege liegen nur vereinzelt Studien vor. Eine quantitative, jedoch nicht repräsentative Untersuchung liefern Zieher und Ayan (2016). Trotz geringer Teilnehmerzahl lassen sich hier Hinweise zu den Ursachen für einen Quereinstieg in die Pflege herauslesen: Eine große Rolle spielte demnach das persönliche Interesse der Quereinsteiger*innen (80 Prozent), eine starke Nachfrage nach Pflegefachpersonen (60 Prozent) und demzufolge gute Jobaussichten sowie keine Perspektive im bisherigen Arbeitsbereich (50 Prozent) (ebd., S. 24). Als hinderlich für den Quereinstieg in den Pflegeberuf wurden folgende Punkte gesehen: die aktuellen Arbeitsbedingungen (74 Prozent), das Image der Pflegeberufe (66 Prozent) sowie finanzielle Gründe, auch in Bezug auf die Zeit der Umschulung (71 Prozent) (ebd., S. 24).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • finanzielle Gründe, auch in Bezug auf die Zeit der Umschulung 			
2	<p>Die Hans-Böckler-Stiftung führte ebenfalls eine Studie zu Quereinsteiger*innen in der Pflege durch (Grgic et al., 2018). Einerseits spielt bei der Entscheidung für den Pflegeberuf dabei intrinsische Motivation – helfende und zwischenmenschliche Aspekte, Sinnstiftung, direktes Feedback, positive Rückmeldungen – eine Rolle. Andererseits wirken auch extrinsische Faktoren wie ökonomische Absicherung, gute Jobchancen, Langfristigkeit und berufliche Stabilität (ebd., S. 60). Quereinstiege erfolgten außerdem häufig dann, wenn dies auch in die jeweilige Lebenssituation passte und sich ohnehin biografische Veränderungen ereigneten (bspw. nach</p>	<ul style="list-style-type: none"> • intrinsische Motivation als Faktor für einen Quereinstieg (u. a. helfende Aspekte, Sinnstiftung, usw.) • extrinsische Motivation als Faktor für einen Quereinstieg (u. a. ökonomische Absicherung, gute 		Grgic et al., 2018	

	längerer Erwerbsunterbrechung, Arbeitsplatzverlust, Scheidung) (ebd., S. 61). Einige Studienteilnehmende waren darüber hinaus auch ungeplant im Pflegeberuf gelandet oder über einen längeren Zeitraum hineingewachsen (ebd., S. 63).	Jobchancen, berufliche Stabilität usw.)			
--	---	---	--	--	--

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.2.6 Berufsrückkehr in die Pflege

Tabelle 24: Berufsrückkehr in die Pflege

Berufsrückkehr in die Pflege					
Nr.	Textliche Ausführung der Faktoren	Faktoren	Kurzbelege		
			Evidenzbasiert	Fach-/ Management-literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	Wissenschaftliche Literatur zum Thema Berufsrückkehrer*innen in die Pflege ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt kaum vorhanden und bearbeitet in den meisten Fällen die Rückkehr in den Beruf nach Elternzeit oder einer Pause aus gesundheitlichen Gründen. Über die Rückkehr in den Pflegeberuf nach einem tatsächlichen Ausstieg, mit zwischenzeitlicher Beschäftigung in einem anderen Beruf, gibt es nur wenige Informationen. Die Ergebnisse der #PflegeComeBack Studie zeigen, dass sich aber fast jede zweite ehemalige Pflegefachkraft einen Wiedereinstieg vorstellen kann (Psyma Health & CARE, 2018, S. 2). Voraussetzungen dafür seien insbesondere Verbesserungen von Strukturen und Arbeitsbedingungen, ausreichend Personal, eine bessere Bezahlung und mehr Zeit für Patient*innen oder Bewohner*innen (ebd., S. 7). Im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie stellten Hollaus et al.,	Faktoren für die Berufsrückkehr <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung von Strukturen und Arbeitsbedingungen • ausreichend Personal • bessere Bezahlung • mehr Zeit für Patient*innen oder Bewohner*innen • transparente Kommunikation 		Hollaus et al., 2020	Psyma Health & CARE, 2018 Tezcan-Güntekin et al., 2021

<p>(2020) im Rahmen einer Befragung fest, dass der Anteil derjenigen, die bereits Berufsrückkehrer*innen erlebt haben, anstieg. Über alle Settings (Krankenhaus, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen) erhöhte sich dieser von Anfang April 2020 15 Prozent auf Ende April 2020 19 Prozent (ebd.). Eine Studie von Tezcan-Güntekin et al. (2021) untersucht die Beweggründe für eine Rückkehr in den Pflegeberuf unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie. Ergebnisse zeigen, dass sich insbesondere folgende Faktoren positiv auswirken: transparente Kommunikation von Zugängen, Verfügbarkeit von Schutzkleidung, Verringerung von Barrieren, Wertschätzung von Vorgesetzten, Möglichkeiten der Mitgestaltung von Arbeitsbedingungen, bessere Verdienstmöglichkeiten, Möglichkeit einer Work-Life-Balance, genügend Zeit für die Versorgung von Patient*innen sowie die Einhaltung vorgegebener Personalschlüssel (ebd.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verfügbarkeit von Schutzkleidung • Verringerung von Barrieren • Wertschätzender Umgang • Möglichkeiten der Mitgestaltung von Arbeitsbedingungen • Flexibilität in der Vertragsgestaltung 			
---	--	--	--	--

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.2.7 Dauer der Beschäftigung im Pflegeberuf

Zur Dauer der Beschäftigung im Pflegeberuf werden seit Jahren sehr unterschiedliche Zahlen genannt. Diese reichen von 5-7 Jahre (Flieder, 2002) bis deutlich über 18 Jahre (Isfort, 2022). Allerdings beruhen diese Zahlen auf unterschiedlichen Datengrundlagen und auf unterschiedlichen Messkonzepten, die jeweils unterschiedliche Aspekte des Verbleibs von beruflich Pflegenden im Beruf betrachten. Welche davon Verwendung finden, hängt von der interessierenden Fragestellung ab: Wie lange verbleiben beruflich Pflegenden nach ihrer Ausbildung im Beruf bis sie die Tätigkeit unterbrechen oder aufgeben? Wie viele kehren nach einer Unterbrechung wieder in den Beruf zurück, nach welcher Zeit und wie lange verbleiben sie danach? Wie viele verlassen den Pflegeberuf endgültig und nach welcher Berufsdauer? Die meisten dieser Fragen lassen sich genau genommen erst nach Beendigung der Berufslaufbahn der beruflich Pflegenden beantworten. Hierfür gibt es weder eine geeignete Datenbasis, die gesamte Berufsverläufe umfasst, noch wären solche Ergebnisse für politische Handlungsüberlegungen relevant, da die gesellschaftlichen und beruflichen Bedingungen für beruflich Pflegenden, deren Berufsleben bereits abgeschlossen ist, größtenteils völlig anders waren. Will man Erkenntnisse zum Berufsverbleib aus der jüngeren Vergangenheit ziehen, bleibt man daher auf Statistiken mit eingeschränktem Aussagewert oder auf modellbasierte Schätzungen angewiesen.

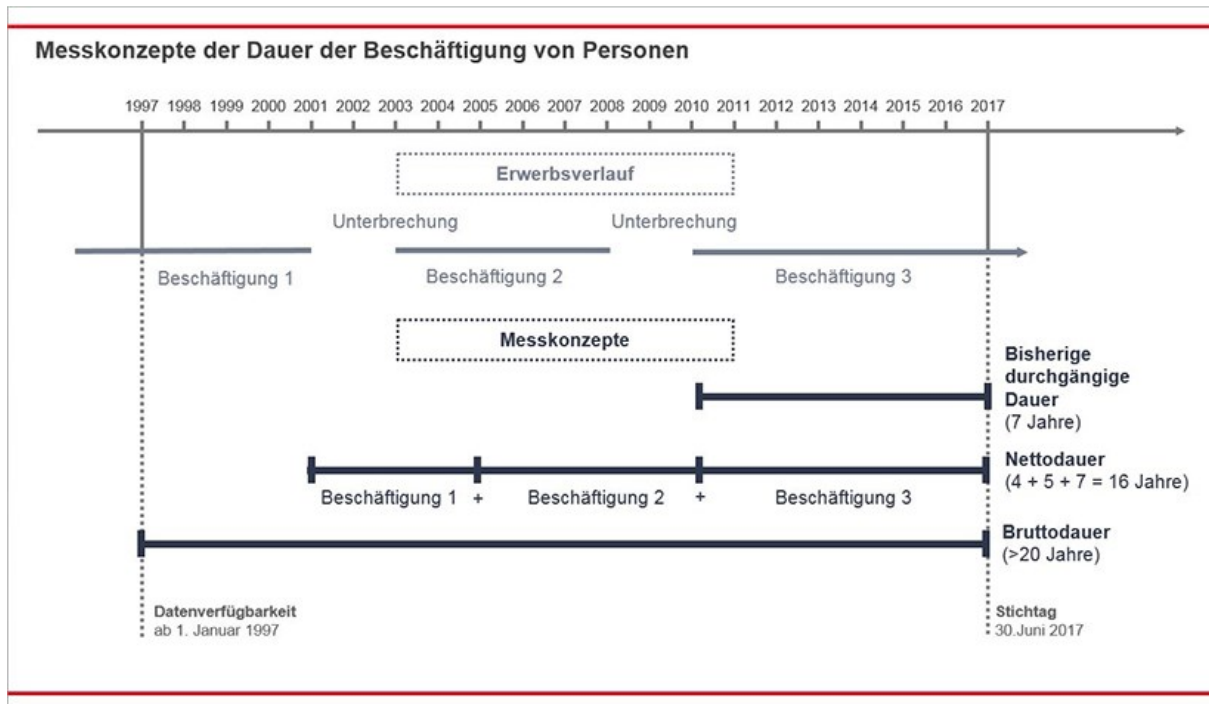
Die Probleme, die sich aufgrund der Datenlage ergeben, lassen sich anhand der Grafik der BA (Abbildung 6) verdeutlichen. Erwerbsverläufe setzen sich bei den meisten Personen aus mehreren Beschäftigungsepisoden zusammen, die häufig auch unterbrochen sind, also Zeiten ohne Beschäftigung aufweisen. Diese müssen in sinnvolle Messkonzepte eingebunden werden. Hierfür spielt zunächst die Abgrenzung des Beobachtungszeitraums eine Rolle, der teilweise bereits durch die Datenverfügbarkeit begrenzt ist. So werden berufsbezogene Individualdaten bei der BA erst seit 1997 gespeichert, weshalb Beschäftigungszeiten davor nicht in die Analyse einbezogen werden können. Dies nennt man eine Linkszensierung der Daten, die zu einer Unterschätzung von abgeleiteten Dauern führt. Eine Rechtszensierung liegt dagegen am Ende des Beobachtungszeitraumes vor, wenn unklar ist, ob und wie lange eine Beschäftigung nach diesem Zeitraum noch erfolgt ist bzw. erfolgen wird. Auch dies führt zu einer Unterschätzung abgeleiteter Dauern, kann aber bei modellbasierten Analysemethoden zumindest teilweise berücksichtigt werden. Die Nettodauer einer Beschäftigung setzt sich aus der Summe aller beobachteten Beschäftigungsepisoden zusammen, liegt also vollständig innerhalb des Beobachtungsfensters (Bruttodauer), selbst wenn die wahre Beschäftigung eigentlich länger ist. Eine ununterbrochene Beschäftigung⁶ bezieht sich dagegen immer nur auf einzelne Beschäftigungsepisoden, die, sofern sie vollständig innerhalb des Beobachtungsfensters liegen, die wahre Dauer aufweisen. Liegt der Fokus der Analyse möglichst nahe am aktuellen Rand, so wird dabei allerdings der Anteil der rechtszensierten Episoden relativ groß sein. Betrachtet man von allen Personen die bisherige durchgängige Beschäftigung, wie sie regelmäßig von der BA ausgewiesen wird⁷, so erhält man sehr aktuelle Zahlen, die die Dauern aber deutlich unterschätzen, da einerseits Episoden

⁶ Die BA weist zudem auch Dauern ohne sogenannte „unschädliche Unterbrechungen“ auf, die weniger als 62 Tage betragen (Bundesagentur für Arbeit, 2018, S. 10).

⁷ Bundesagentur für Arbeit, Statistiken, Dauer von Beschäftigung - Deutschland und Länder (Jahreszahlen). https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?nn=1523068&topic_f=beschaeftigung-sozbe-dauern. Die Daten zur bisherigen durchgängigen Beschäftigung können auch für einzelne Berufsgruppen ausgegeben werden. Daten zu Pflegeberufen aus dem Jahr 2020 sind bei Isfort (2022b) zu finden.

vor Unterbrechungen nicht berücksichtigt sind und andererseits, ein sehr großer Anteil rechtszensiert ist.

Abbildung 6: Messkonzepte der Dauer von Beschäftigungen



Quelle: Bundesagentur für Arbeit (2018): Grundlagen: Methodenbericht, Die Dauer der Beschäftigung von Personen, S. 7.

Darüber hinaus muss auch noch zwischen (jeglicher) Beschäftigung einerseits und Beschäftigung im Pflegeberuf andererseits unterschieden werden. Sind beruflich Pflegende zeitweise oder nach einem Ausstieg in anderen Berufen tätig, so unterteilen sich die relevanten Beschäftigungsepisoden nochmals weiter. Zeiten in anderen Berufen stellen dann eine Unterbrechung der Beschäftigung im Pflegeberuf dar. Welche Verwirrungen dabei entstehen können, zeigt z. B. die Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage im Jahr 2018 (BT-Drs 19/608 2018, S. 9). In der zitierten Studie (IWAK, 2009) werden die durchschnittlichen Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern mit über 19 Jahren (in einem Zeitfenster von 24 bzw. 28 Jahren nach Ausbildungsende) angegeben. In diesen Zahlen sind jedoch auch Zeiten enthalten, in denen die Erwerbstätigkeit unterbrochen oder nicht im Pflegeberuf gearbeitet wurde, im Durchschnitt fast acht Jahre. Somit beträgt die tatsächliche Beschäftigungszeit im Pflegeberuf im Durchschnitt der betrachteten Kohorte nur 11,7 Jahre (ebd.).

Generell sind (vor allem aufgrund der Rechtszensierung) reine Durchschnittswerte für Dauern, wie sie teilweise ausgewiesen werden, nahezu aussageelos, wenn die betrachteten Berufsverläufe unterschiedlich lang sind. Wird beispielsweise die bisherige Berufsdauer von einer Gruppe von Beschäftigten zu einem bestimmten Zeitpunkt untersucht, so hängt die durchschnittliche Dauer von der Verteilung der Altersgruppen in dieser Gruppe ab, die umso geringer ausfallen wird, je kleiner das Beobachtungsfenster ist, weil dann längere Dauern in den Daten gar nicht enthalten sein können. Daher werden in neueren Studien überwiegend nur Verbleiberaten nach bestimmten Berufsdauern betrachtet. Diese werden teilweise sogar für einzelne Kohorten getrennt ausgewiesen, was gewisse Rückschlüsse auf die jeweiligen Beschäftigungsbedingungen der Kohorten ermöglicht.

Vor diesem Hintergrund sollen nun die Ergebnisse verschiedener Studien eingeordnet werden. Etliche Studien betrachten den Verbleib nach Ausbildung bzw. bei erster Berufstätigkeit im Pflegeberuf (Block A in Tabelle 25). Hier werden die ersten Beschäftigungsepisoden bis zur ersten Unterbrechung bzw. bis zum Beobachtungsende betrachtet. Die Daten sind typischerweise rechtszensiert, wenn die Beschäftigung noch fortbesteht. Aber auch bei beruflich Pflegenden, die ihre erste Beschäftigung beendet haben, bleibt unklar, ob sie später wieder in den Pflegeberuf zurückgekehrt sind bzw. rückerkehren werden. Diese Dauern sagen daher kaum etwas über Dauern aus, die beruflich Pflegenden in ihrem Berufsleben in der Pflege tätig sind. Dagegen ist die Frage, welcher Anteil von beruflich Pflegenden wie schnell nach der Ausbildung aussteigt oder die Tätigkeit unterbricht, für politische Maßnahmen zum Verbleib und zur Verstetigung der Berufslaufbahn relevant, auch wenn aus diesen Daten die Gründe für die Unterbrechung nicht hervorgehen, sondern zusätzlich eruiert werden müssen. Die Studien zum Verbleib nach Ausbildungsende zeigen insgesamt ein sehr homogenes Bild. Die Abbruchneigung ist im ersten Berufsjahr sehr hoch (10-30 Prozent), wobei sie in der Altenpflege deutlich höher ist als in der Gesundheits- und Krankenpflege. Noch höher ist sie allerdings bei Pflegehilfskräften. Danach sinkt die Quote der im Beruf verbliebenen langsam, aber stetig weiter ab. Ältere Berufseinsteiger haben dabei eine höhere Verbleiberate als jüngere (Behrens et al., 2009). Betrachtet man einzelne Kohorten so zeigt sich, dass im Zeitverlauf die Verbleiberaten zunehmen (Wrobel et al., 2019).

Dieses Bild bestätigt sich auch bei der Betrachtung der Studien, die die Gesamtdauer der Tätigkeiten im Pflegeberuf (Block B in Tabelle 25) untersuchen. Die meisten dieser Studien betrachten dabei die Dauer im Beruf seit Ausbildungsende bis zum Befragungszeitpunkt oder dem Ausstieg aus dem Beruf. Dieser wird bei der Verwendung von Daten des IAB gemessen als keine weitere Meldung im Pflegeberuf in den Sozialversicherungsdaten der BA. Dies bedeutet, dass in den Dauern etwaige Unterbrechungen enthalten sind, weshalb diese Berufsdauern länger sind als die Dauern der Beschäftigung im Pflegeberuf. Bei Umfragedaten basieren die Angaben auf den Angaben der Befragten, wobei dann teilweise unklar ist, ob diese Unterbrechungszeiten mitzählen oder nicht. Zudem kann in allen Fällen nicht sicher von einem Ausstieg gesprochen werden, da unklar ist, ob die Person nach Ende des Beobachtungszeitraums nicht wieder in den Pflegeberuf zurückgekehrt ist oder rückerkehren wird. Bei Studien auf Basis der Daten der BA wird zudem zwischen enger und weiter Berufstreue unterschieden, wobei eine enge Berufstreue einen Verbleib im ursprünglichen Beruf kennzeichnet, während als weite Berufstreue ein Verbleib im Gesundheitssystem verstanden wird, also v. a. Wechsel zwischen Kranken- und Altenpflege oder Aufstieg durch Weiterbildung beinhaltet. Insgesamt setzt sich das oben gezeigte Bild fort: die Verbleibsquote ist in der Gesundheits- und Krankenpflege am größten und beträgt nach 15 Jahren etwa um die 80 Prozent. In der Altenpflege ist sie deutlich geringer mit etwa 50 Prozent. Bezieht man Wechsel innerhalb des Pflegeberufs ein (weite Berufstreue), so sind die Verbleibsquoten ungefähr um 10-15 Prozent höher. Allerdings differieren die Zahlen zwischen den Studien teilweise erheblich bis zu 20 Prozentpunkten. Dies liegt zum einen an unterschiedlichen Abgrenzungen der Berufsgruppen. So sind die Berufsklassifikationen bei den Daten der BA teilweise doch sehr grob, so dass ausgebildete Pflegefachpersonen teilweise nicht von anderen Berufen wie Hebammen oder Sozialarbeitern getrennt werden können. Einige Autor*innen können Zusatzinformationen verwenden, so dass die ausgewiesenen Verbleiberaten auch bei Verwendung der gleichen Datenbasis abweichen. Zum anderen sind die untersuchten Gruppen je nach regionaler Abgrenzung und nach betrachtetem Zeitraum unterschiedlich zusammengesetzt. Je früher der Betrachtungsbeginn liegt, desto mehr längere Berufsverläufe sind in der Gruppe enthalten. Bei Befragungen hängt zudem die Zusammensetzung der Gruppe auch vom Auswahlmechanismus und

seinen Zufälligkeiten ab. Schließlich hat sich auch das Erwerbs- und Beschäftigungsverhalten der beruflich Pflegenden im Zeitverlauf verändert, wonach man bei späteren Betrachtungszeiträumen bzw. späteren Kohorten einen höheren Verbleib im Pflegeberuf beobachten kann. Besonders offensichtlich ist dies bei der Studie von (Hackmann, 2010), der einzigen Studie, bei der ausschließlich abgeschlossene Berufsverläufe in die Analyse eingehen und daher nur ältere Kohorten erfasst werden. Die ausgewiesenen Dauern bis zum endgültigen Ausstieg von durchschnittlich 13,7 bzw. 8,4 Jahren für beruflich Pflegenden in der Gesundheits- und Kranken- bzw. Altenpflege mögen für diese vor 1941 geborenen Kohorten zutreffend sein, zeichnen bei der heutigen Erwerbsbeteiligung von Frauen aber kein realistisches Bild, wie die Schätzungen für jüngere Kohorten nahelegen.

Relevant für die Frage des Fachkräftemangels ist jedoch die tatsächlich im Pflegeberuf beschäftigte Zeit, also die Nettoverweildauer. Hierzu gibt es für Deutschland nur eine einzige Studie im Bereich der Altenpflege (IWAK, 2009). Für verschiedene Ausbildungskohorten werden hier die Summen der Beschäftigungszeiten bis zum Jahr 2004 ausgewiesen. Der Anteil dieser Beschäftigungszeiten an den jeweiligen Zeiten seit Ausbildungsende zeigt einen U-förmigen Verlauf, was zu einem Großteil auf familiär bedingte Unterbrechungszeiten hindeutet, wonach dann die Nettozeiten nach einer Rückkehr wieder ansteigen. Dafür sprechen auch die Ergebnisse einer Studie für Österreich für den Bereich der Krankenpflege, in der zudem nach unterschiedlichen Berufsbiografien unterschieden wird. Ein U-förmiger Verlauf zeigt sich bei den Berufsunterbrecher*innen, während bei den Berufsaussteiger*innen der Beschäftigungsanteil erwartungsgemäß bei früheren Kohorten sinkt.

Schließlich gibt es noch einige Studien, die die Berufsverläufe nicht grundsätzlich vom Ausbildungsende an betrachten, sondern auch Linkszensierungen enthalten (Block C in Tabelle 25). Wenig aussagekräftig ist dabei die Vorgehensweise von (Fuchs, 2016), wo zwei Kohorten, die in den Jahren 2000 bzw. 2005 im Pflegeberuf erwerbstätig waren, über 15 bzw. 10 Jahre weiterverfolgt wurden, wobei zudem nur die erste Beschäftigtenepisode berücksichtigt wurde. Die Verbleiberaten fallen erwartungsgemäß danach deutlich höher aus, weil die hohen Abbruchquoten direkt nach Ausbildungsende überwiegend nicht im betrachteten Zeitfenster liegen. Dies gilt auch für die Studie von (Behrens et al., 2009), der allerdings ein festes Beobachtungsfenster von 6 Jahren zugrunde legt, ebenfalls unabhängig von Alter und bisherigem Berufsverlauf. Der Anteil der Nettozeiten, d. h. der Zeiten im Pflegeberuf innerhalb dieser 6 Jahre, betragen in der Gesundheits- und Krankenpflege etwa 89 Prozent, in der Altenpflege 87 Prozent, und bei Krankenpflegehilfskräften 86 Prozent. Die zu Beginn der Berufslaufbahn zu beobachtenden, teilweise großen Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen beruflich Pflegenden konzentrieren sich also v. a. auf die Abbruchquoten am Berufsanfang und scheinen sich im späteren Berufsverlauf anzugleichen. Dies bestätigen auch die von der BA ausgewiesenen Nettoverweildauern (Isfort, 2022). Auch hier sind Linkszensierungen enthalten, da erst Daten seit dem Jahr 1997 vorliegen, die jedoch gute Anhaltspunkte für den aktuellen Rand geben. Danach üben im Jahr 2021 in NRW 74 bzw. 65 Prozent der Pflegefachpersonen ihren Beruf seit mehr als 10 Jahren aus. 50 Prozent der Pflegefachpersonen weisen zu diesem Zeitpunkt eine Nettodauer von mindestens 18 bzw. 13 Jahren (Median) auf.

Zwei der Studien beschäftigen sich auch mit der Dauer von Unterbrechungen (Block D in Tabelle 25). Danach sind die Unterbrechungszeiten in der Gesundheits- und Krankenpflege deutlich geringer als in der Altenpflege. 50 Prozent sind bereits nach etwas über einem Jahr wieder zurück im Beruf, während dieser Anteil in der Altenpflege erst nach 3½ Jahren erreicht wird. Die Betrachtung der Unterbrechungsdauern einzelner Kohorten, die sich in unterschiedlichen Lebensphasen befinden, bestätigt dabei die oben geäußerte Vermutung, dass der U-förmige Verlauf der

Nettobeschäftigungsdauern v. a. durch Familienphasen bedingt ist. Die relativ niedrigen Unterbrechungsdauern der jüngeren Kohorten mögen aber auch ein Hinweis darauf sein, dass die Unterbrechungsphasen kürzer werden.

Schließlich soll auch noch auf zwei Analysen hingewiesen werden, die anhand von Übergangsratenmodellen die Unterschiede der Neigung, eine Beschäftigungsphase zu beenden, zwischen verschiedenen Berufsgruppen sowie den Einfluss weiterer Faktoren zu schätzen (Block E in Tabelle 25). Die oben beschriebenen Erkenntnisse hinsichtlich der Unterscheide zwischen Gesundheits- und Kranken-, Altenpflege und Pflegehilfskräften werden auch bei Kontrolle von Alter, Geschlecht, Ausbildung u. a. Merkmalen bestätigt. Zudem zeigt sich, dass entgegen mancher Äußerungen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen nicht schneller ihre Berufstätigkeit verlassen als Frauen in vielen anderen Berufen.

Tabelle 25: Studien zur Verweildauer im Pflegeberuf

Studie	Fokus	Datenbasis	Methode	Ergebnis
A) Verbleib nach Ausbildungsende bzw. erstem Berufseintritt - nur erste ununterbrochene Berufsphase				
Becker, 1998	Altenpflege	Panelbefragung 1992-1997	statistische Auszählung	26,3 % Ausstiege im ersten Jahr von den Verbliebenen im 5. Jahr noch 25 % im Pflegeberuf
Flieder, 2002	Krankenpflege	Befragung, > 20 Jahre berufstätig	statistische Auszählung	durchschnittlicher Verbleib 5-7 Jahre
Behrens et al., 2009	Kranken-/Altenpflege, Rheinland-Pfalz (RP), West-Deutschland (WD) (ohne RP)	Versichertendaten der GEK 1990-2005	Survivalanalyse	<p>Verbleib (enge Berufstreue) nach 1 / 5 / 10 Jahren (WD):</p> <p><u>jüngere Berufsanfänger (20-24 Jahre)</u></p> <p>Krankenpflege 88 % / 72 % / 70 %</p> <p>Altenpflege 61 % / 49 % / 48 %</p> <p>Krankenpflegehilfskräfte 55 % / 38 % / 30 %</p> <p><u>ältere Berufseinsteiger (35-44 Jahre)</u></p> <p>Krankenpflege 95 % / 83 % / 81 %</p> <p>Altenpflege 90 % / 73 % / 72 %</p> <p>Krankenpflegehilfskräfte 90 % / 70 % / 69 %</p> <p>RP: Verbleiberaten der jüngeren Berufsanfänger bei Altenpflege und Pflegehilfskräften etwas höher</p>
Wrobel et al. 2019; Dietrich 2017; Oelsnitz et al. 2014	Kranken-/Altenpflege, Niedersachsen (NI), Deutschland	Beschäftigten-Historik (BeH) des IAB 1993-2017	statistische Auszählung	<p>Verbleib (enge Berufstreue) nach 1 / 10 / 15 / 20 Jahren (D):</p> <p>...Krankenpflege 82 % / 79 % / 65 % / 61 %</p> <p>Altenpflege 75 % / 59 % / 50 % / 48 %</p> <p>Verbleiberaten jüngerer Kohorten höher als die älterer Kohorten</p> <p>NI: Verbleiberate in der Altenpflege etwas geringer</p> <p><u>Wechsel im Pflegeberuf:</u></p> <p>Altenpflege _ Krankenpflege 33,2 %</p> <p>Krankenpflege _ Altenpflege 53,8 %</p>
B) Gesamte Dauer im Pflegeberuf bis zum Zeitpunkt der Befragung				
<i>Berufsdauer, d. h. inkl. Unterbrechungen</i>				
Dietrich, 1994	Krankenpflege	Zusatzbefragung zur Beschäftigtenstatistik der BA	statistische Auszählung (unklar, ob inkl. Unterbrechungen)	Dauer im Beruf bis zum Zeitpunkt der Befragung durchschnittlich 9,5 Jahre Pflegehilfskräfte tendenziell länger im Beruf

Aiken et al. 2014; Becke et al. 2016; Frerichs 2016	Altenpflege	Befragung in Altenheimen	statistische Auszählung (unklar, ob inkl. Unterbrechungen)	9,4 Jahre
IWAK, 2009	Altenpflege	IAB-Beschäftigtenstichprobe (IABS) 1975-2004	statistische Auszählung	Verbleib (enge Berufstreue) nach 5 / 10 / 15 Jahren 77 % / 64 % / 63 %
Hackmann, 2010	Kranken-/Altenpflege	IABS 1975-2004, alle im Jahr 2004 bereits beendeten Erwerbsbiografien	Stromgrößenmodell auf Basis Strebetafelmethode _ Schätzung der Berufsdauern mittels der geschätzten Abbruchwahrscheinlichkeiten jeder Kohorte	Dauer bis Jobabbruch: <u>Altenpflege (insg.)</u> 8,4 Jahre examiniert 12,7 Jahre nicht examiniert 7,9 Jahre <u>Krankenpflege</u> 13,7 Jahre <u>Krankenpflegehilfskräfte</u> 7,5 Jahre
Jahn, 2011	Krankenpflege stationär	21 qualitative Interviews	statistische Auszählung	Verweildauer bis Berufsausstieg in der stationären Pflege 3 bis 20 Jahre 90 % verblieben im Gesundheitssektor
Wiethölter, 2012	Kranken-/Altenpflege Berlin/Brandenburg (BB)	Beschäftigten-Historik (BeH) des IAB 1993-2008	statistische Auszählung, Ausbildungskohorte 1993	enge Berufstreue nach 5 / 10 / 15 Jahren (Berlin), West-/Ostdeutschland nach 15 Jahren: Krankenpflege 96 % / 89 % / 83 % 82,4 % / 82,6 % Altenpflege 53 % / 35 % / 32 % 49,7 % / 37,3 % Krankenpflegehilfskräfte 56 % / 40 % / 42 % 55 % / 40 % weite Berufstreue nach 5 / 10 / 15 Jahren (Berlin): Krankenpflege 98 % / 94 % / 91 % 90,3 % / 92,3 % Altenpflege 82 % / 70 % / 69 % 76,7 % / 66,6 % Krankenpflegehilfskräfte 96 % / 90 % / 87 % 86,2 % / 88,5 % BB: Verbleiberaten: Krankenpflege höher, Altenpflege niedriger
Pilger & Jahn, 2013	Kranken-/Altenpflege Baden-Württemberg (BW)	Beschäftigten-Historik (BeH) des IAB 1993-2008	statistische Auszählung, Ausbildungskohorte 1993	enge Berufstreue nach 5 / 10 / 15 Jahren (BW), West-Deutschland (ohne Berlin) nach 15 Jahren: Krankenpflege 75 % / 65 % / 64 % 67 % Altenpflege 64 % / 57 % / 55 % 53 % Krankenpflegehilfskräfte 72 % / 65 % / 57 % 60 % weite Berufstreue nach 5 / 10 / 15 Jahren (BW): Krankenpflege 77 % / 71 % / 72 % 74 % Altenpflege 70 % / 70 % / 71 % 69 % Krankenpflegehilfskräfte 77 % / 73 % / 68 % 70 %

Isfort, 2022	Kranken-/ Altenpflege, Nordrhein- Westfalen (NRW)	Integrierte Erwerbsbiografien des IAB, Nachbefragung von Absolventen 2010-2014	statistische Auszählung	enge/weite Berufstreue nach 5 Jahren (NRW): Krankenpflege 79 % / 80 %, Altenpflege 69 % / 73 % weite Berufstreue nach 10 Jahren (NRW): Krankenpflege 61 % Altenpflege 55 %
<i>Nettoverweildauer (nur Zeiten in Beschäftigung im Pflegeberuf)</i>				
IWAK, 2009	Altenpflege	IABS 1975-2004	statistische Auszählung Beobachtungsfenster: Ausbildungsende-2004	Ausbildungskohorten 1976-80 / 81-85 / 86-90 / 91-95 / 96-2001 Nettoverweildauer: 11,7 / 8,5 / 6,5 / 5,4 / 3,6 Jahre Anteil an gesamter Beobachtungszeit ^{a)} ca. 45 % / 41 % / 41 % / 49 % / 60 %
Them et al, 2009	Krankenpflege <i>Österreich</i>	retrospektive Befragung 1965-2003	statistische Auszählung Beobachtungsfenster: Ausbildungsende-2003	Ausbildungskohorten 1965-69 / 70-74 / 75-79 / 80-84 / 85-89 / 90-94 / 95-99 Nettoverweildauer bis Befragungszeitpunkt: <u>Berufsverbleibende</u> durchschnittlich 19,5 Jahre 33,5 / 31,6 / 27,8 / 23,5 / 18,7 / 13,6 / 8,9 Jahre <u>Berufswiedereinsteigende</u> durchschnittlich 17,2 Jahre 24,5 / 24,6 / 20,3 / 15,9 / 12,5 / 10,5 / 7,3 Jahre ca. ^{a)} 68 % / 80 % / 78 % / 76 % / 78 % / 95 % / 99 % <u>Berufsaussteigende</u> durchs. 9,4 Jahre 10,9 / 12,2 / 8,4 / 10,0 / 9,0 / 9,1 / 6,1 Jahre ca. ^{a)} 30 % / 39 % / 32 % / 48 % / 56 % / 83 % / 87 %
C) Verweildauer innerhalb eines Beobachtungsfensters (Zeiten davor und danach nicht berücksichtigt)				
<i>Verweildauer in durchgängiger Beschäftigung im Pflegeberuf (nur erste Episode innerhalb des Beobachtungsfensters)</i>				
Fuchs, 2016	Altenpflege, Sachsen-Anhalt (ST), Deutschland (D)	Beschäftigten-Historik (BeH) des IAB 2000-2014	Survivalanalyse, 2 Kohorten: im Jahr 2000 bzw. 2005 im Pflegeberuf (unabhängig von Alter und bisheriger Berufsdauer)	Verbleib im Beruf (D) nach 10 / 15 Jahren: 61 % / 50 % Aufgabe der Beschäftigung 16 % / 21 % Wechsel in anderen Pflegeberuf 20 % / 18 % ST: kein Unterschied in den Verbleiberaten
<i>Nettoverweildauer bei festen Beobachtungsfenstern</i>				
Behrens et al, 2009	Kranken-/ Altenpflege Rheinland-Pfalz, West-	Versichertendaten der GEK 1990-2005	statistische Auszählung, Beobachtungsfenster 6 Jahre unabhängig von Alter und bisheriger Berufsdauer	durchschnittliche Nettodauer im Pflegeberuf innerhalb von 6 Jahren etwa 5,2 Jahre: <u>Anteil an gesamter Beobachtungszeit^{a)}</u>

	Deutschland (ohne RP)			Krankenpflege ca. 89 % Altenpflege ca. 87 % Krankenpflegehilfskräfte ca. 86 % kein Unterschied zwischen RP und WD
Nettoverweildauer bei variablen Beobachtungsfenstern				
Isfort, 2022	Kranken-/ Altenpflege, Nordrhein- Westfalen	Nettodauern der BA im Jahr 2021	statistische Auszählung Beobachtungsfenster: erste Berufsmeldung oder 1997- 2021	Juni 2021: Anteil der beruflich Pflegenden mit einer Dauer von: unter 3 / 3-5 / 6-9 / mehr als 10 Jahren Krankenpflege 2,7 % / 9,6 % / 13,9 % / 73,8 % Altenpflege 1,8 % / 12,2 % / 20,8 % / 65,2 % <u>Median der Nettodauer in der</u> Krankenpflege 18 Jahre Altenpflege 13 Jahre
D) Dauer von Unterbrechungen				
Behrens et al., 2009	Kranken-/ Altenpflege, Rheinland-Pfalz, West- Deutschland (ohne RP)	IAB-Regionalstichprobe (1975-2001)	Survivalanalyse	Median der Rückkehr aus Unterbrechung (WD/RP) nach Krankenpflege 14 / 10 Monaten Altenpflege 42 / 42 Monaten Krankenpflegehilfskräfte 32 / 28 Monaten <u>noch in Unterbrechung (WD/RP) nach 10 Jahren</u> Krankenpflege 14 % / 10 % Altenpflege 21 % / 21 % Krankenpflegehilfskräfte 24 % / 25 %
IWAK, 2009	Altenpflege	IABS 1975-2004	statistische Auszählung Beobachtungsfenster: Ausbildungsende – 2004	Ausbildungskohorten 1976-80 / 81-85 / 86-90 / 91-95 / 96-2001 <u>Unterbrechungszeiten:</u> Durchschnitt 7,8 / 7,4 / 5,1 / 3,0 / 1,5 Jahre Anteil an gesamter Beobachtungszeit ^{a)} ca. 30 % / 34 % / 31 % / 26 % / 20 %

E) Schätzungen zu Einflussfaktoren auf Beendigung der Tätigkeit (Abbruch und Unterbrechung)				
Braun & Müller, 2005	Krankenpflege	GEK 1990-2003	Cox-Regression: Schätzung der Abbruchwahrscheinlichkeit über alle Episoden	Krankenpflegerinnen haben eine geringere Abbruchneigung als die meisten anderen Vergleichsberufsgruppen (Bürofachkräfte, Verkäuferinnen, Zahntechnikerinnen u. a. m.). Pflegehilfskräfte haben eine sehr hohe Abbruchneigung. Kontrollvariablen: Alter, Geschlecht, Bildung, Nationalität
Behrens et al., 2009	Kranken-/ Altenpflege, Rheinland-Pfalz und West- Deutschland	Versichertendaten der GEK 1990-2005	Cox-Regression: Abbruch nach erster Berufsphase	Die Abbruchneigung ist in der Altenpflege höher als in der Krankenpflege und bei Pflegehilfskräfte am höchsten. Kontrollvariablen: Alter, Geschlecht, Ausbildung, Nationalität

a) Anteile, eigene Berechnung, dabei jeweils Kohortenmitte zur Bestimmung der durchschnittlichen Beobachtungszeit der Kohorte verwendet

Quelle: Eigene Darstellung, Ruhr-Universität Bochum, 202

3.3 Kernergebnisse – Maßnahmen, die auf Beschäftigung von beruflich Pflegenden wirken

3.3.1 Strukturierung der Ergebnisse

Folgende strukturierte Kategorienübersicht zeigt einen Überblick über die ermittelten Maßnahmen, die auf die Beschäftigung von beruflich Pflegenden wirken. Diese Struktur gibt die Kapitelfolge vor, innerhalb derer die Kernergebnisse tabellarisch dargestellt werden.

Abbildung 7: Übersicht Kernmaßnahmen, die auf die Beschäftigung von beruflich Pflegenden wirken

	Kernmaßnahmen	Untergliederung	Beispielkategorien aus Wissens-elementen	
Digitalisierung, Fachkräftesicherung, Ansehen des Pflegeberufs	Übergreifende Maßnahmen für alle Ebenen	Digitalisierung	<ul style="list-style-type: none"> • Digitalisierung • Dokumentation • Pflegequalität 	
		Fachkräftesicherung	<ul style="list-style-type: none"> • Berufsverbleib • Berufsausstieg • Berufswechsel • Berufsrückkehrer/Wiedereinstieg • Migration • Arbeitszufriedenheit 	
		Ansehen des Pflegeberufs	<ul style="list-style-type: none"> • Attraktivität/Berufsimago 	
	1) Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten			
	Übergreifende Maßnahmen			
		Qualität der Pflegeausbildung		<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung
		Digitalisierung in der Pflegeausbildung		<ul style="list-style-type: none"> • Digitalisierung
		Akademisierung/Professionalisierung und Generalistik		<ul style="list-style-type: none"> • Akademisierung
		Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten		<ul style="list-style-type: none"> • Fortbildung/Weiterbildung, Karrierechancen
	2) Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation			
	Organisationale/betriebliche Ebene	Übergreifende Maßnahmen		
			Führung und Betriebskultur	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsbedingungen • Personalarbeit/Führung • Anerkennung/Wertschätzung/Arbeitszufriedenheit • Interpersonelle Kommunikation • Interprofessionelle Kommunikation
			Betriebliches Gesundheitsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsbelastung/Arbeitsdruck/ Belastungserleben/Zeitdruck • Alternsgerechtes Arbeiten • Selbstfürsorge/Resilienz • Physische und psychische Gesundheit
			Arbeitszeit, Arbeitsorganisation und Work-Life-Balance	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitszeit/Beschäftigungszeit/ Arbeitszeitmodell/Arbeitsrhythmus • Arbeitszeitorganisation • Arbeitsbelastung/Arbeitsdruck/ Belastungserleben/Zeitdruck • Vereinbarkeit • Personalmix
			Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> • Bezahlung/Lohn/Entgelt

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

Mit dem Anspruch, praxis- und umsetzungsorientierte Maßnahmen zu identifizieren, wurden neben der wissenschaftlich-evidenzbasierten Literatur insbesondere auch praxisorientierte (Pflege-) managementliteratur und einschlägige Fachpublikationen (auch graue Literatur) ohne Evidenz herangezogen, die im Rahmen der 5-Sterne-Bewertung als relevant identifiziert wurden. Für jede Maßnahme wurde jeweils die Umsetzungsebene herausgearbeitet und die Literaturnachweise nach Evidenzniveau differenziert.

3.3.2 Übergreifende Maßnahmen für alle Ebenen

3.3.2.1 Digitalisierung

Welche Maßnahmen sind in Bezug auf den Faktor **Digitalisierung** relevant zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden?

Tabelle 26: Übergreifende Maßnahmen Digitalisierung

Übergreifende Maßnahmen im Bereich Digitalisierung, Fachkräftesicherung und Ansehen des Pflegeberufs						
Themenfeld 1) Digitalisierung						
Nr.	Maßnahme	Umsetzungsebene	Differenzierung/Erläuterung	Kurzbelege		
				evidenzbasiert	Fach-/Management-literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	Strategische Kompetenzentwicklung für Technikeinsatz in der Pflege	Unternehmen	a. komplexe organisatorische Einbindung der Technik, die aus vorherigen Unternehmensanalysen hervorgehen muss		Bleses et al., 2018, S. 68	
			b. strukturierte Überzeugung des Pflegepersonals bezüglich Sinn und Zweck einer implementierten Technologie, die vor allem durch eine klare Orientierung der Technik auf den Praxisnutzen und die Ausbildung technischer Kompetenzen unterstützt werden kann	Buhtz et al., 2020, S. 5	Bleses et al., 2018, Abstract	
			c. aktive Einbindung der beruflich Pflegenden als Nutzer*innen in den Entwicklungsprozess der Technologie	Dockweiler et al., 2019, S. 94	Hielscher et al., 2015, S. 8 Bleses et al., 2018, S. 68	

			d. Erfassung der Erfahrungen und des Wissens professionell Pflegenden sowie weiterer Fachkräfte im Gesundheitswesen bezüglich Pflegeinnovationstechnologien, um gezielte Maßnahmen zur Kompetenzentwicklung zu konzipieren und durchzuführen zu können ⁸	Strutz et al., 2020, S. 3	Hülken-Giesler, 2017, S. 8-9	
			e. Durchführung einer Analyse und Berücksichtigung von förderlichen und hinderlichen Faktoren für eine erfolgreiche Implementierung von neuen Technologien	Strutz et al., 2020, S. 3	Hülken-Giesler, 2017, S. 8-9	
			f. technische Qualifizierung des Pflegepersonals		Bleses et al., 2018, S. 68	
			g. zielgruppenspezifische Entwicklung und Ausgestaltung der Technologie, Begleitung und Schulung der Anwendenden, Einsatz von einheitlichen Standards und Richtlinien sowie Verknüpfung der Technik mit gewohnten Formaten, wie z. B. ein digitaler Stift und Papier, zur Steigerung der Akzeptanz des Technikeinsatzes		Hahnel et al., 2020, S. 90	
			h. Einbezug der beruflich Pflegenden in Entscheidungen, die den Technikeinsatz betreffen, um Mehrbelastungen zu vermeiden und einen bedarfsorientierten Technikeinsatz zu ermöglichen		Braeseke et al., 2019, S. 35f.	

⁸ Hinweis: Es gibt bereits Ansätze im Bereich digitale Kompetenzen für die Pflege wie die *Berliner Zusatzqualifizierung „Pflege 4.0“* (www.digitalekompetenzenpflege.de) für Beschäftigte in der ambulanten und stationären Altenpflege sowie für in der Beratung zu Alter und Pflege tätige Beschäftigte. Auch gibt es bereits Überlegungen zu Weiterbildungsangeboten für Personen im Gesundheitswesen zu Digital-technischen Assistent*innen (DTA). Online unter <https://www.vde.com/resource/blob/2170668/4565d38189f0cf5df50c41af7456a761/positionspapier-gestaltung-digitalisierung-im-gesundheitswesen-data.pdf>.

			i. Bereitstellung von Informationen zum Einsatz von Technologien in der Pflege bspw. durch einen Workshop von Pflegediensten mit Praxiserfahrungen für andere Pflegedienste		Braeseke et al., 2017, S. 85	
			j. Unterstützung von Klein- und Mittelunternehmen in der ambulanten Pflege durch Beratende bei der Einführung von Software		Braeseke et al., 2017, S. 85	
2	Verstärkter Technologieeinsatz im stationären und ambulanten Sektor	Unternehmen und Politik	a. Stärkung der technologischen Kompetenz für einen nutzerorientierten Implementationsprozess – sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor	Dockweiler et al., 2019, S. 88		
			b. Sicherstellung einer guten Übereinstimmung zwischen Anwender, Technologie und Anwendungssituation	Zöllick et al., 2020, S. 50		
			c. Identifikation der dominierenden Wertschöpfungskonfiguration in Hinblick auf die Bedeutung von Digitalisierungseffekten in der stationären Pflege, um systematische Ansatzpunkte in den Wertschöpfungsprozessen zu identifizieren, an denen eine Digitalisierung produktivitätssteigernd wirkt	Heilmann, 2020, S. 7	Schneider et al., 2017, S. 210 Hielscher et al., 2015, S. 10	
			d. Verbesserung der Netzverfügbarkeit und Stärkung der Digitalisierung in Unternehmen		Hahnel et al., 2020, S. 99	
			e. Verbesserung der Praxistauglichkeit technischer Unterstützungssysteme durch Machbarkeits- und Wirksamkeitsuntersuchungen sowie Förderung der Forschung zu Auswirkungen auf Pflegetätigkeiten und Versorgungsqualität		Braeseke et al., 2019, S. 35	

3	Bestehende Qualifikationen der etablierten Pflegeberufe zur Entwicklung von Technologien nutzen, anstatt eine neue Profession wie Pflegeinformatik zu etablieren	Bildungsstätten		Buhtz et al., 2020, S. 6.		
4	Sensibilisierung für Datenschutz und Schaffung klarer rechtlicher Rahmenbedingungen	Unternehmen	a. Sensibilisierung von beruflich Pflegenden in den Einrichtungen für das Thema Datenschutz sowie Schaffung von Angeboten anwendungsorientierter Schulungen – auch in Hinblick auf weitere rechtliche Rahmenbedingungen, z. B. bezogen auf den Einsatz von Technologien bei nicht einwilligungsfähigen Personen		Braeseke et al., 2017, S. 87	Bohnet-Joschko & Stahl, 2019, S. 50f.
			b. besondere Berücksichtigung der Themen Datensicherheit und Schutz vor Datenmissbrauch bei hochsensiblen persönlichen Gesundheits- und Patientendaten		Daum, 2017, S. 13 Hahnel et al., 2020, S. 92	
5	Umsetzung der elektronischen Patientenakte (ePA) und einer digitalen Pflegedokumentation	Unternehmen			Daum, 2017, S. 16 Hielscher et al., 2015, S. 10	Lutze, 2018, S. 17
6	Umsetzung und Individualisierung einer digitalisierten Pflegeplanung	Unternehmen			Schneider et al., 2017, S. 213; S. 223	Lutze, 2018, S. 16

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.2.2 Fachkräftesicherung

Welche Maßnahmen sind in Bezug auf den Faktor **Fachkräftesicherung** relevant zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden?

Tabelle 27: Übergreifende Maßnahmen Fachkräftesicherung

Übergreifende Maßnahmen im Bereich Digitalisierung, Fachkräftesicherung und Ansehen des Pflegeberufs						
Themenfeld 2) Fachkräftesicherung						
Nr.	Maßnahme	Umsetzungsebene	Differenzierung/Erläuterung	Kurzbelege		
				evidenzbasiert	Fach-/Management-literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	Erhöhung der Attraktivität des Berufs und Ausbau des Personalstamms	Unternehmen	a. Sensibilisierung der Mitarbeitenden und Führungskräfte für die diversen Strukturen der Teams und der daraus entstehenden Frage- und Problemstellungen, bspw. im Rahmen der Etablierung eines Diversity Managements	Stagge, 2016, S. 228		
			b. Befassung mit der Wahrnehmung von Altersstereotypen bei Mitarbeitenden und Gestaltung von geeigneten Maßnahmen hinsichtlich des Altersklimas im Unternehmen	Bilinska et al., 2016, S. 17		
			c. Erstellung eines Verhaltenskodexes zum kultursensiblen Verhalten sowohl auf Ebene der Führungskraft als auch der Mitarbeiterschaft sowie die Ernennung eines Integrationsbeauftragten im Unternehmen als direkte Ansprechperson in kultursensiblen Belangen oder Integrationsfragen	Terrier & Zink, 2016, S. 174		

2	Arbeitszeitverlängerung bei Teilzeitbeschäftigten	Unternehmen	a. Ausweitung der Arbeitszeit von bereits gut eingearbeiteten Teilzeitbeschäftigten vor allem im unteren Bereich der Arbeitszeitverteilung	Hipp et al., 2017, S. 203	Himsel et al., 2013, S. 224	Wrobel et al., 2019, S. 56 Orlanski, 2015, S. 30
			b. Sicherung eines angemessenen Auskommens in der Teilzeitarbeit zur Erhöhung der beruflichen Verweildauer und Verringerung des Fachkräftemangels	Hipp et al., 2017, S. 203	Becka et al., 2016, S. 14-15	
			c. Reduktion der Teilzeitarbeit (Umwandlung in Vollzeitstellen) zur Verminderung der Belastung beruflich Pflegenden und des dadurch möglichen Abbaus von Überstunden sowie besserer Einhaltung von Ruhepausen und Erholungsphasen (Wochenende)	Isfort & Weidner, 2016, S. 119		
3	Integration von internationalen Fachkräften	Unternehmen	a. Integration der Zuwanderung von beruflich Pflegenden als Baustein zur Fachkräftesicherung in der Pflege	Kraft & Drossel, 2019, S. 44 Mohr et al., 2019, S. 170-172 Stagge, 2016, S. 225	Strohbach, 2015, S. 302	
			b. verstärken der Integrationsbemühungen internationaler Fachkräfte in Kliniken und Einrichtungen durch bspw. Einräumen von Zeit für fachlichen Austausch und Konfliktlösungsstrategien	Lauxen et al., 2019, S. 794		Ottow, 2019, S. 46-49
			c. systematische Einbindung der Stammebelegschaften in die Integrationsaktivitäten sowie systematisches Monitoring der Zuwanderung in der Pflege	Lauxen et al., 2019, S. 796		
4	Etablierung eines Diversity-Managements	Unternehmen	a. Sensibilisierung der Mitarbeitenden und Führungskräfte für die diversen Strukturen der Teams und der daraus entstehenden Frage-	Stagge, 2016, S. 228		

			und Problemstellungen, bspw. im Rahmen der Etablierung eines Diversity Managements			
			b. Befassung mit der Wahrnehmung von Altersstereotypen bei Mitarbeitenden und Gestaltung von geeigneten Maßnahmen hinsichtlich des Altersklimas im Unternehmen	Bilinska et al., 2016, S. 17		
			c. Erstellung eines Verhaltenskodexes zum kultursensiblen Verhalten sowohl auf Ebene der Leitungskraft als auch der Mitarbeiterschaft sowie die Ernennung eines Integrationsbeauftragten im Unternehmen als direkte Ansprechperson in kultursensiblen Belangen oder Integrationsfragen	Terrier & Zink, 2016, S. 174		
5	Steigerung des Commitments und der Mitarbeiterbindung	Unternehmen	a. Steigerung des affektiven Commitments durch Mitarbeiterorientierung, gerechte Vergütung, Achtung auf die Work-Life-Balance der Mitarbeitenden, Reduktion der Arbeitsbelastung, gutes Arbeitsklima und Verfügbarmachung von Ressourcen sowie Ermöglichung von Autonomie, Partizipation, Handlungsspielräumen und Weiterbildungsmöglichkeiten der Mitarbeitenden		Lauxen et al., 2018a, S. 60-61	
6	Implementierung von automatisierten Techniken (Digitalisierung)	Unternehmen	a. Steigerung der allgemeinen medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität durch gezielten Einsatz digitaler Arbeitsmethoden und Technologien als Maßnahme gegen den Fachkräftemangel	Heilmann, 2020, S. 10	Schneider et al., 2017, S. 207 Daum, 2017, S. 47 Fiebig & Hunstein, 2018, S. 13	
			b. Schaffung automatisierter Techniken zur Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs, verbunden mit der Forderung, die Digitalisierung nicht für Personal- und Kostenreduktion zu nutzen, sondern neue	Zöllick et al., 2020, S. 50 Kubillus, 2018, S. 32; S. 34		

			Perspektiven für den Pflegeberuf und somit der Mitarbeitergewinnung und -bindung zu eröffnen			
			c. Überwindung des Personalmangels auch durch Erhöhung der versorgten Pflegebedürftigen pro Pflegekraft mittels Technikeinsatz		Hahnel et al., 2020, S. 1	
7	Strategische Personalentwicklung	Unternehmen	a. Umsetzung einer strategischen Personalentwicklung, um Fachkräfte zu motivieren und langfristig an das Unternehmen binden zu können	Isfort, 2018b, S. 73 Mohr et al., 2019, S. 172	Strohbach, 2015, S. 304	Ottow, 2019, S. 46-49
8	Verkürzung bzw. Verhinderung von Berufsunterbrechungszeiten	Unternehmen	a. Verkürzung bzw. Verhinderung von Berufsunterbrechungszeiten und einer damit verbunden Verlängerung der Berufsverläufe durch Weiterbildungsmöglichkeiten und der Möglichkeit den Pflegeberuf als lebenslange Karriere zu gestalten	Terrier & Zink, 2016, S. 166 Braun et al., 2019, S. 297		
9	Betriebliche Unterstützung von Mitarbeitenden in Vereinbarkeitssituationen als Strategie gegen den Personalmangel	Unternehmen	a. Ausweitung von Gestaltungsspielräumen insbesondere in den mittleren Führungsebenen		Benedix & Medjedovic, 2014, S. 54	
			b. betriebliche Unterstützung von beruflich Pflegenden, die gleichzeitig informelle Pflege leisten zur Förderung von Arbeitgeberattraktivität und Entgegenwirkung von Personalmangel mittels individueller Arbeitszeitmodelle oder Unterstützung durch den eigenen Sozialdienst			Clasen et al., 2020, S. 65
			c. Abbau von Vereinbarkeitskonflikten zwischen Beruf und privater Sorgearbeit zur Reduktion von Fachpersonalmangel			Schnuch et al., 2019, S. 62

10	Employer Branding entwickeln		a. Schaffung einer nachhaltig implementierten Arbeitgebermarke zur Findung und Bindung von Fachkräften			Aulerich & Stanzel, 2020, S. 27
----	------------------------------	--	--	--	--	---------------------------------

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.2.3 Ansehen des Pflegeberufs

Welche Maßnahmen sind in Bezug auf den Faktor **Ansehen des Pflegeberufs** relevant zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden?

Tabelle 28: Übergreifende Maßnahmen Ansehen des Pflegeberufs

Übergreifende Maßnahmen im Bereich Digitalisierung, Fachkräftesicherung und Ansehen des Pflegeberufs						
Themenfeld 3) Ansehen des Pflegeberufs						
Nr.	Maßnahme	Umsetzungsebene	Differenzierung/Erläuterung	Kurzbelege		
				evidenzbasiert	Fach-/Management-literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	Aufwertung des Pflegeberufs durch Digitalisierung	Unternehmen, Trägerverbände, Pflegeberufsverbände		Heilmann, 2020, S. 7-8	Hahnel et al., 2020, S. 93	
2	Anerkennung und Würdigung nicht sichtbarer zwischenmenschlicher Tätigkeiten in der Pflege	Unternehmen, Trägerverbände, Pflegeberufsverbände	a. gesellschaftliche, pflegetherapeutische und betriebliche Anerkennung und Würdigung unsichtbarer Tätigkeitselemente der Altenpflege und das damit verbundenen Ethos fürsorglicher Praxis		Becke & Bleses, 2016, S. 105	
			b. gesellschaftliche Anerkennung von Pflegearbeit als professionelle Tätigkeit	Heilmann, 2020, S. 18		

3	Positive Imagekampagnen von Politik und Unternehmen	Politik (in Zusammenarbeit mit Unternehmen), Unternehmen, Trägerverbände, Pflegeberufsverbände	a. Leisten von Aufklärungsarbeit zur Aufbesserung des Images der stationären Pflege und Gleichberechtigung zur ambulanten Pflege		Deutscher Pflegeverband DPV e. V. & SPECTARIS e. V., 2016, S. 5-6	
			b. Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen in der Pflege zur Erreichung eines nachhaltigen Imagegewinns		Strohbach, 2015, S. 302	
			c. Steigerung der Attraktivität der Pflege durch mehr Wertschätzung für die Arbeit am Bett			Bechtel, 2017, S. 63
4	Sensibilisierung für die Sinnhaftigkeit des Pflegeberufs	Unternehmen, Trägerverbände, Pflegeberufsverbände			Strohbach, 2015, S. 302	
5	Mehr Autonomie und Verantwortung in der Pflege und stärkere Entscheidungskraft für Pflegefachpersonen⁹	Politik, Unternehmen, Trägerverbände, Pflegeberufsverbände	a. Einbeziehung der Mitarbeitenden in entscheidende Prozesse und Motivation der Mitarbeitenden, eigene Ideen einzubringen		Lukuc, 2018, S. 33	
			b. Verbesserung des Berufsimages und der Karrierechancen durch mehr Verantwortung in der Pflege und eine bessere Ausbildung		Vogler, 2018, S. 6	
6	Berufsstolz der Berufsgruppe Pflege innerhalb der Organisation fördern	Unternehmen, Trägerverbände, Pflegeberufsverbände			Forster, 2018, S. 25	

⁹ Diese Maßnahme wird bereits im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz – GVWG), in weiten Teilen am 20.07.2021 in Kraft getreten, aufgeführt. Beruflich Pflegende erhalten damit mehr Entscheidungsbefugnisse. Konkret geht es um die Verordnungshoheit durch Pflegefachkräfte, wenn die richtigen Pflege- und Pflegehilfsmittel im Sinne der Pflegebedürftigen auszuwählen sind. Außerdem dürfen Pflegefachkräfte eigenständige Entscheidungen treffen, wenn sie in der häuslichen Krankenpflege tätig sind. Das gerade verabschiedete Gesetz bietet den Pflegefachkräften somit mehr Spielraum für wichtige Entscheidungen.

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.3 Ausbildung, Weiterbildung, Karrieremöglichkeiten

3.3.3.1 Übergreifende Maßnahmen

Welche übergreifenden Maßnahmen sind in Bezug auf die Faktoren **Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten** relevant zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden?

Tabelle 29: Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten Übergreifende Maßnahmen

Maßnahmen im Bereich Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten						
Übergreifende Maßnahmen						
Nr.	Maßnahme	Umsetzungsebene	Differenzierung/Erläuterung	Kurzbelege		
				evidenzbasiert	Fach-/Management-literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	Sektorübergreifende und bundesweite Ermittlung von Bedarfskennzahlen zur bedarfsorientierten Ausbildungsplatzplanung	Politik (gemeinsam mit Unternehmen und Ausbildungsstätten)		Isfort & Weidner, 2016, S. 117		
2	Landesrechtliche Aufgaben und Herausforderungen müssen deutlich formuliert werden	Politik (gemeinsam mit Unternehmen und Ausbildungsstätten)		Mohr et al., 2019, S. 173		

3	Bundesweit abgestimmtes, systematisches Vorgehen (mit regionalen Akteuren) zur Erstellung von Ausbildungsstättenplannungen auf Grundlage von Arbeitsmarktanalysen	Politik (gemeinsam mit Unternehmen und Ausbildungsstätten)			Strohbach, 2015, S. 302-303	
---	--	--	--	--	-----------------------------	--

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.3.2 Qualität der Pflegeausbildung

Welche Maßnahmen sind in Bezug auf den Faktor **Qualität der Pflegeausbildung** relevant zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden?

Tabelle 30: Bereich Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten Qualität der Pflegeausbildung

Maßnahmen im Bereich Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten						
Themenfeld 1) Qualität der Pflegeausbildung						
Nr.	Maßnahme	Umsetzungsebene	Differenzierung/Erläuterung	Kurzbelege		
				evidenzbasiert	Fach-/Management-literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	Azubis nicht mehr auf den Stellenschlüssel anrechnen	Unternehmen	a. Verbot der Anrechnung von Auszubildenden auf den Stellenschlüssel, zum Schutz dieser vor dem Einsatz als kostengünstige Arbeitskräfte	Mohr et al., 2019, S. 172		
			b. Streichung Auszubildender vom Dienstplan und Unterstützung dieser bei komplexen Bildungsprozessen durch ausgebildete Pflegefachpersonen			Sahmel, 2017, S. 47

2	Wertschätzung und Invest in die Auszubildenden	Unternehmen		Mohr et al., 2019, S. 171-172	Braun et al., 2019, S.300	
3	Evidenzbasierte Pflege implementieren	Unternehmen (in Zusammenarbeit mit Bildungsstätten)				Käding, 2019, S. 47
4	Verbesserung des Theorie-Praxis-Transfers	Unternehmen (in Zusammenarbeit mit Bildungsstätten)				Vogt, 2019, S. 53
5	Aufwertung und höhere Qualifizierung von Praxisanleitung	Unternehmen	a. höhere Qualifikation von Praxisanleitenden und Ermöglichung der Entfaltung der vielfältigen Aspekte der Begleitung von Auszubildenden beim Lernen in der Praxis, sowie angemessene Vergütung der wichtigen Tätigkeit und Freistellung der Praxisanleitungen aus dem stationären Alltagsgeschehen			Sahmel, 2017, S. 47
			b. Aufwertung der Arbeit von Praxisanleitungen und Ermunterung dieser zur selbstbewussten und offenen Vertretung ihrer pädagogischen Arbeit			Jakobs, 2019, S. 16
			c. Akademisierung von Lehrkräften (pflegewissenschaftliches Studium auf Masterniveau) und Anleitenden (Studium auf Bachelorniveau), sowie Sensibilisierung aller an der Pflegeausbildung beteiligten Personen für die eigene Verantwortung an der Pflegeausbildung und die eigene Rolle eines Vorbildes für Auszubildende und Studierende			Schwab & Fritz, 2017, S. 360

6	Austausch der Praxisanleitungen fördern, bspw. in Form von Qualitätszirkeln in der Region	Unternehmen (in Zusammenarbeit mit Bildungsstätten)		Braun et al., 2019, S. 295-312		
7	Forcierung zukunftsorientierter Berufsbilder in der Pflege	Unternehmen (in Zusammenarbeit mit Bildungsstätten)			Neumann-Ponesch, 2015, S. 21	
8	Train-The-Azubi	Unternehmen (in Zusammenarbeit mit Bildungsstätten)				Heise, 2020, S. 56

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.3.3 Digitalisierung in der Pflegeausbildung

Welche Maßnahmen sind in Bezug auf den Faktor **Digitalisierung in der Pflegeausbildung**¹⁰ relevant zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden?

Tabelle 31: Ausbildung, Weiterbildung und Karriereöglichkeiten Digitalisierung in der Pflegeausbildung

Maßnahmen im Bereich Ausbildung, Weiterbildung und Karriereöglichkeiten						
Themenfeld 2) Digitalisierung in der Pflegeausbildung						
Nr.	Maßnahme	Umsetzungsebene	Differenzierung/Erläuterung	Kurzbelege		
				evidenzbasiert	Fach-/Management-literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	Förderung von Digital Health Literacy: Kompetenzerweiterung in Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich Digitalisierung, Einsatz von assistiven Technologien und digitalen Grundlagenwissens	Politik (Länderebene zusammen mit Bildungsstätten)	a. Auf- und Ausbau von Digital Health Literacy und Schaffung von Rahmenbedingungen im Kontext der Digitalisierung über die Regulierung der Aus- und Weiterbildung	Daum, 2017, S. 49; S. 11		
			b. Umfassende Verankerung von Digitalisierungs-Kernkompetenzen in Aus-, Fort- und Weiterbildungen zur Grundqualifizierung von beruflich Pflegenden im Umgang mit pflegetechnischen Innovationen und auch zur Teilhabe an deren Entwicklungsprozess	Buhtz et al., 2020, S. 6; Dockweiler et al., 2019, S. 87	Braeseke et al., 2019, S. 36; Braeseke et al., 2017, S. 87	Ammenwerth, 2020, S. 8; Ammenwerth & Hackl, 2015, S. 41; Geier et al., 2020, S. 49; Wagner, 2018b, S. 49
			c. Vermittlung digitaler Kompetenz in der (Pflege-)Bildung zur Betrachtung und Interpretation von Daten		Fiebig & Hunstein, 2018, S. 14	

¹⁰ Allgemein kann hier das folgende VDE-Positionspapier „Gestaltung Digitalisierung im Gesundheitswesen didaktische Hinweise für die Pflegeausbildung liefern (Kapitel zur Digitalisierung) . Online unter <https://www.vde.com/resource/blob/2170668/4565d38189f0cf5df50c41af7456a761/positionspapier-gestaltung-digitalisierung-im-gesundheitswesen-data.pdf>.

			d. Ausstattung von Pflegenden mit einschlägigen fachlichen Kompetenzen im Bereich neuer Technologien, sozial-kommunikativen Kompetenzen, Kompetenzen der Emotionssteuerung und reflexiven Technikkompetenzen		Hülksen-Giesler, 2017, S. 9	Pornak, 2020, S. 31
2	Maßnahmen zur Steigerung von Technikakzeptanz	Unternehmen (zusammen mit Bildungsstätten)	a. Förderung der Akzeptanz und Bereitschaft von Auszubildenden mit neuen Technologien zu arbeiten, Nutzung der vorhandenen hohen Bereitschaft zu digitaler Transformation in der Professionellen Pflege, Bedienung des Wunsches nach Fortbildungen im Bereich Digitalisierung	Buhtz et al., 2020, S. 3-8		
			b. Sicherstellung des Kompetenzaufbaus im Umgang mit digitalen Technologien in der Pflegeausbildung	Dockweiler et al., 2019, S. 90-91; Buhtz et al., 2020, S. 5		
3	Wissenschaftliche Erhebung zu Technikeinsatz, -nutzung und -erwartung	Wissenschaft/ Forschung zusammen mit Bildungseinrichtungen und Unternehmen		Isfort, 2018b, S. 60		
5	Implementierung von E-Learning (-Konzepten) innerhalb und außerhalb der Pflegeschulen	Unternehmen (zusammen mit Bildungsstätten)		Koch et al., 2019, S. 45		
5	Systematische Integration von Pflegetechnologie in das Ausbildungscurriculum	Politik (Länderebene zusammen mit Bildungsstätten)		Buhtz et al., 2020, S. 3; S. 5-6; S. 10;	Hülksen-Giesler, 2017, S. 8	

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.3.4 Akademisierung/Professionalisierung und Generalistik

Welche Maßnahmen sind in Bezug auf den Faktor **Akademisierung/Professionalisierung und Generalistik** relevant zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden?

Tabelle 32: Ausbildung, Weiterbildung und Karriereöglichkeiten Akademisierung/Professionalisierung und Generalistik

Maßnahmen im Bereich Ausbildung, Weiterbildung und Karriereöglichkeiten						
Themenfeld 3) Akademisierung/Professionalisierung und Generalistik						
Nr.	Maßnahme	Umsetzungsebene	Differenzierung/Erläuterung	Kurzbelege		
				evidenzbasiert	Fach-/Management-literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	Kompatibilität der Akademisierung mit der Berufspraxis verbessern	Unternehmen (zusammen mit Bildungsstätten und Politik)	a. Stärkung des Angebotes attraktiver Beschäftigungsmöglichkeiten für akademisierte Gesundheitsfachkräfte, sowie Schaffung von klareren Berufswegen und Aufstiegsmöglichkeiten	Mertens et al., 2019, S. 27		Neldner et al., 2017, S. 24
			b. regelmäßige Anpassung von Studiengängen auf ihre Marktkompatibilität durch Hochschulen und Nachbesserung von Gehaltsstrukturen im Rahmen der Möglichkeiten durch die Gestaltung von Rahmenbedingungen und Refinanzierungsmöglichkeiten durch die Politik zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs für akademisierte Pflegefachpersonen			Linke, 2018, S. 51
			c. stärkere Zusammenarbeit von Hochschulen und Krankenhäusern, Berücksichtigung der Bedarfe von Pflegeeinrichtungen bei der Konzeption von Lehrangeboten, zur		Darmann-Finck et al., 2016, S. 4	

			Erleichterung des Arbeitsmarkteintritts für Absolvent*innen und Unterstützung von Krankenhäusern bei der Definition von Aufgaben- und Verantwortungsbereichen für akademisierte Pflegefachpersonen durch Hochschulen			
2	Schaffung passender Berufsprofile für akademisierte Pflegefachpersonen	Unternehmen		Kraft & Drossel, 2019, S. 44		
3	Anpassung der Lehrpläne mit Blick auf Professionalisierung	Unternehmen (zusammen mit Bildungsstätten)			Hülsken-Giesler, 2017, S. 8	
4	Professionalisierung der Pflege durch Qualifikationsmodelle	Politik (in Zusammenarbeit mit Bildungsstätten und Unternehmen)			Hämel & Schaeffer, 2012, S. 47	
5	Bundesweit mehr (hochschulische) Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der Pflege schaffen	Bildungsstätten (zusammen mit Politik)			Strohbach, 2015, S. 303	
6	Qualifizierungsmaßnahmen zur Motivation und Interaktion	Unternehmen			Quernheim, 2018, S. 164	
7	Reha-Steuerungsfunktion als Tätigkeitsfeld für Pflegeakademiker*innen	Unternehmen			Hastedt, 2018, S. 181-195	
8	Einsatz von akademischem Pflegepersonal in der ambulanten Pflege für die Pflegeplanung und als Case-Manager*in	Unternehmen			Thoma-Lürken et al., 2019, S. 48	

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.3.5 Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten

Welche Maßnahmen sind in Bezug auf den Faktor **Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten** relevant zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden?

Tabelle 33: Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten

Maßnahmen im Bereich Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten						
Themenfeld 4) Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten						
Nr.	Maßnahme	Umsetzungsebene	Differenzierung/Erläuterung	Kurzbelege		
				evidenzbasiert	Fach-/Management-literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	Schaffung von Weiterbildungsangeboten zum Thema Digitalisierung	Unternehmen		Buhtz et al., 2020, S. 6; S. 10 Dockweiler et al., 2019, S. 87		
2	Konzepte zur Qualifizierung von Hilfskräften zu Fachkräften anbieten	Unternehmen		Hipp et al., 2017, S. 203		
3	Schaffung von Weiterbildungsangeboten zum Thema Selbstpflege und Selbstwert	Unternehmen		Kraft & Drossel, 2019, S. 44 Braun et al., 2019, S. 300		
4	Schaffung von Weiterbildungsangeboten bzgl. neuen Pflegesettings	Unternehmen			Hülksen-Giesler, 2017, S. 8	

5	Aus-/ Weiterbildungsmöglichkeiten schaffen, um Berufsfelder spreizen zu können	Politik, Unternehmen			Hackmann & Sulzer, 2018, S. 53	
6	Qualifizierung von Pflegefachpersonen zu Pflegeexpert*innen (nicht-akademisch)	Politik (Länderebene zusammen mit Bildungsstätten)			Benedix & Medjedovic, 2014, S. 37	
7	Weiterbildungsmaßnahmen zur Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs	Unternehmen			Dadara et al., 2018, S. 41	
8	zeitlich geblockte Aus-/Fortbildungstage	Unternehmen			Buruck et al., 2015, S. 85-95	

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.4 Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation

3.3.4.1 Übergreifende Maßnahmen

Welche übergeordneten Maßnahmen sind in Bezug auf die Verbesserung der **Arbeitsbedingungen und der Arbeitsorganisation** relevant?

Tabelle 34: Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen Übergreifende Maßnahmen

Maßnahmen im Bereich Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen						
Übergreifende Maßnahmen						
Nr.	Maßnahme	Umsetzungsebene	Differenzierung/Erläuterung	Kurzbelege		
				evidenzbasiert	Fach-/Management-literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	Entwicklung eines übergreifenden Plans, der auf allen relevanten Ebenen ansetzt und zur strukturellen und finanziellen Verbesserung kommunaler Strukturen beiträgt ¹¹	Politik	a. Vorhaltung von Kompetenzen zur (1) Koordinierung bürgerschaftlich gestützter Pflegearbeit in den Regionen (2) Erstellung familien- und populationsorientierter Angebote (3) Erprobung innovativer regionsspezifischer Leistungsangebote	Rothgang et al., 2012, S. 9	Hülsken-Giesler, 2017, S. 8	
			b. Investitionen in unterschiedliche Qualifizierungswege und Arbeits- und Hilfsmittel	Isfort, 2018a, S. 39 Mohr et al., 2019, S. 173		

¹¹ Im Rahmen der Konzertierte(n) Aktion Pflege ist die Erstellung eines Pflege-Masterplans bereits in der Umsetzung. Dementsprechend bestätigt sich diese Vorgehensweise weiterhin durch die analysierte Literatur.

			c. Einbindung zivilgesellschaftlich getragener Pflege zur Delegation pflegerischen Handelns an zivilgesellschaftlich engagierte Menschen im Quartier		Hülken-Giesler, 2017, S. 6	
			d. Förderung der Interessenkongruenz zwischen Gesellschaft und Politik, damit Mittel für gute Pflege bereitgestellt werden und nicht in den Aufgabenbereich von Gewerkschaften fallen		Benedix & Medjedovic, 2014, S. 66	
			e. Erstellung eines Pflege-Masterplans zur Verantwortungsübernahme über alle politischen Ebenen, sowie auch durch Arbeitnehmende und Arbeitgebende			Spies, 2018, S. 7
			f. Vernetzung aller verantwortlicher Stellen (Stadtplanung; Wohnungsbaugesellschaften, Pflegekassen, Leistungsanbieter in Krankenversicherung, Rehabilitation und Pflege)	Rothgang et al., 2012, S. 19		
			g. Befähigung zur einzelfallorientierten Versorgung	Rothgang et al., 2012, S. 12		
			h. freiere Gestaltung von Rahmenbedingungen (z. B. leistungsrechtlich, ordnungsrechtlich und baurechtlich) zur nachhaltigen Verbreitung von Innovationen		Hackmann & Sulzer, 2018, S. 52 Evans et al., 2019, S. 51	
			i. Aufstellung wissenschaftlich geprüfter und für das Personal mit vertretbarem Aufwand umsetzbarer Qualitätsvorgaben		Hackmann & Sulzer, 2018, S. 52 Evans et al., 2019, S. 51	

2	Erhöhung der Finanzierung der Maßnahmen in den unterschiedlichen Bereichen	Politik	a. Erhöhung des Anteils des BIP, der für Maßnahmen der Langzeit-pflege ausgegeben wird für bessere Ressourcenausstattung der Pflegeinstitutionen und ggf. höhere Zielerreichung bei der Qualitätsüberprüfung durch Anheben der Beitragshöhe oder steuerliche Zuschüsse			Graf, 2018, S. 85
			b. Fokussierung der Tarif- und Lohnpolitik im Sinne einer arbeitspolitischen High-Road-Strategie		Evans et al., 2019, S. 51	
			c. Umsetzung einer besseren Finanzausstattung von Krankenhäusern bei Betriebskosten UND Investitionskosten		Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKKG), 2016, S. 66f.	
			d. Umsteuerung relevanter Finanzströme, um die Kommunen in den Stand zu setzen, eine entsprechende Unterstützungs- und Vernetzungsstruktur aufzubauen und dauerhaft zu unterhalten	Rothgang et al., 2012, S. 9		
			e. Umsetzung der Finanzierung in technologische Investitionen im Wege der öffentlichen Förderung weitestgehend durch die Bundesländer		Daum, 2017, S. 10	
3	Implementierung eines bundesweit einheitlichen Personalschlüssels auf	Politik	a. Entwicklung eines einheitlichen Personalbemessungsverfahrens	Rothgang et al., 2020, S. 38	Strohbach, 2015, S. 303 Vincentz Network, 2017, S. 8	Rothgang, 2018
			b. Regelung auf Landesebene, wie besondere Einrichtungskonzepte zu berücksichtigen sind			

	Basis eines Personalbemessungsverfahrens¹²		c. Umsetzung eines atmenden Systems anstatt starrer Quoten			
4	Etablierung von Pflegekammern/einer Bundespflegeberufekammer zur (Berufs-)Politisierung der beruflich Pflegenden	Selbstorganisation durch die beruflich Pflegenden	a. Verfügbarmachen von pflegerischer Expertise für die Politikberatung und Gesetzgebung		DBfK, 2022	
			b. Unterstützung des Ausbaus der beruflichen Identität des Pflegeberufs		DBfK, 2022 Rövekamp-Wattendorf et al., 2018	
			c. Unterstützung der Teilnahme und Mitsprache an Diskussionen Was ist gute Pflege?		Hackmann & Sulzer, 2018, S. 51	
			d. Förderung der Einnahme selbstbestimmter Rollen von beruflich Pflegenden		Hackmann & Sulzer, 2018, S. 51; Hielscher et al., 2015, S. 12	
5	Maßnahmen mit Bezug auf die Veränderungen im Kompetenzmix von professioneller und ehrenamtlicher Pflege	Politik	a. Unterstützung von Anpassungen im Kompetenzmix von professioneller und ehrenamtlicher Pflege bezogen auf die Veränderungen im Case-Mix		Schneider et al., 2017, S. 207	
			b. zeitstabile Absicherung von Gemeinwesenarbeit bzw. Quartiersmanagement zur Förderung Pflege-Mix-Netzwerke vor Ort (1) Ermächtigung und Verpflichtung der Träger der Pflegeversicherung sich konzeptionell, organisatorisch und finanziell an solchen	Rothgang et al., 2012, S. 9		

¹² Das notwendige Personalbemessungsverfahren ist aktuell bereits entwickelt und veröffentlicht (Rothgang et al., 2020) sowie im Rahmen des Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) und des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) gesetzlich verankert worden. Eine praktische Umsetzung der Erkenntnisse und Vorgaben steht jedoch noch aus.

			kommunalen Netzwerken zu beteiligen			
--	--	--	-------------------------------------	--	--	--

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.4.2 Führung und Betriebskultur

Welche Maßnahmen sind in Bezug auf die **Führung und Betriebskultur** relevant?

Tabelle 35: Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation Führung und Betriebskultur

Maßnahmen im Bereich Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation						
Themenfeld 1) Führung und Betriebskultur						
Nr.	Maßnahme	Umsetzungsebene	Differenzierung/Erläuterung	Kurzbelege		
				evidenzbasiert	Fach-/Management-literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	Ressourcen- und potenzialorientierter Umgang mit den Mitarbeitenden, inkl. Anerkennung generationsspezifischer Unterschiede	Unternehmen	a. Aufbau eines positiven Bildes und Identifizierung von Chancen und Lösungen, um Mitarbeitende zu inspirieren und Bewegung zu initialisieren	Zander, 2017, S. 6	Schauerte et al., 2017, S. 119	Matzke, 2018, S. 125
			b. Aufbau einer positiven Gesprächskultur, z. B. durch Führen Systematischer Willkommensgespräche nach jeder Abwesenheit mit allen Mitarbeitenden (1) wichtig dabei: wirkliches Interesse für die Person zu zeigen, damit es nicht zum Kontrollgespräch wird (2) Ziel: Belastungen frühzeitig erkennen		Betschon, 2017, S. 30	

			c. Förderung des Vertrauens innerhalb des Teams	Horstmann & Remdich, 2016, S. 208 Rahnfeld et al., 2016, S. 168 Stagge, 2016, S. 223		
			d. Beachtung von generationsspezifischen Unterschieden im Umgang mit den Mitarbeitenden (transformationales Führungsverständnis)	Huber & Schubert, 2018, S. 203		
2	Umsetzung eines partizipativen Führungsstils und Erhöhung der Gestaltungskompetenz und der Autonomie von Pflegepersonal	Unternehmen	a. Implementierung und Teilnahme an kompetenzfördernden Trainings auf der personenbezogenen Ebene			Misch, 2014, S. 457-468
			b. Erhöhung von Gestaltungskompetenzen von Führungskräften und beruflich Pflegenden, zur Erweiterung des Entscheidungsspielraums und Gestaltungsmöglichkeiten bei der Reaktion auf Anforderungen (1) empfundene Arbeitsbelastung kann bei gleichbleibender Arbeitssituation reduziert wahrgenommen werden (2) höhere Handlungsautonomie führt zu höherer Berufsbindung	Knape et al., 2018, S. 14; Mohr et al., 2019, S. 169; Kraft & Drossel, 2019, S. 44	Lauxen et al. 2018a, S. 60-61 Betschon, 2017, S. 30 Lauxen et al., 2018b, S. 102	Hömann et al., 2016, S. 83
			c. Einräumen von höherer Autonomie und mehr Handlungsspielraum für ältere beruflich Pflegenden aufgrund von langjähriger Erfahrung und angesammeltem Wissen			Hömann et al., 2016, S. 79
			d. Implementierung von flachen Hierarchien zur (1) Förderung größerer Handlungsspielräume		Lauxen et al., 2018b, S. 102	

			(2) eines höheren Grades an Verantwortung und Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme			
3	Verbesserung der Zusammenarbeit Ärzteschaft und beruflich Pflegenden und Stärkung multidisziplinärer Teams	Unternehmen	a. Stärkung der Kommunikation von Ärzteschaft und beruflich Pflegenden (1) Sicherstellung einer besseren Erreichbarkeit von Ärzt*innen (2) größeres Zeitfenster für Visiten für einen konstruktiven und effektiven Informationsaustausch auf Augenhöhe	Meyer-Kühling et al., 2015, S. 71; S. 73		
			b. Ausbau interprofessioneller Ausbildungsstationen und Simulationsräume in Hinblick auf den Theorie-Praxis-Transfer	Mohr et al., 2019, S. 172		
			c. Implementierung und Stärkung multiprofessioneller Versorgungsmodelle (insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen) zur Sicherstellung der Effektivität und Effizienz gesundheitlicher und pflegerischer Leistungen		Strohbach, 2015, S. 304	
			d. Einbindung in multidisziplinäre Teams zur Beratung und Unterstützung von Patienten per Videotelefonie, um pflegerische Perspektive auch innerhalb der Teams zu vertreten		Hielscher et al., 2015, S. 14	
			e. Förderung einer selbstverständlichen multiprofessionellen Zusammenarbeit und eines gewinnbringenden Einsatzes akademisierter beruflich Pflegender (höhere Akzeptanz)	Mertens et al., 2019, S. 27		

4	Förderung Persönlicher Skills der beruflich Pflegenden durch Wertschätzung der Führungspersönlichkeiten	Unternehmen	a. Wertschätzung seitens der Leitungskräfte gegenüber Mitarbeitenden	Kraft & Drossel, 2019, S. 44		Lukuc, 2020, S. 14-17
			b. Implementierung einer Skills-Erfassung für einen proaktiven Zugang der Pflegenden auf die Arbeitgeber (1) Wertschätzung und Förderung der erfassten Skills, z. B. im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements oder individueller Vereinbarungen zu einem selbst gewählten Fortbildungsangebot			Bensch, 2018, S. 21
			c. Angebot von Unterstützung seitens des Vorgesetzten gegenüber den beruflich Pflegenden zur Erfüllung von Aufgaben und Erreichung von Zielen	Weigl et al., 2016, S. 1781	Schauerte et al., 2017, S. 119	
5	Teilnahme an Fortbildungen zur Entwicklung eines transformationalen Führungsstils	Unternehmen	a. Angebot und Teilnahme an speziellen Trainingsprogrammen zur Entwicklung, Reflexion und Erweiterung der Führungsfähigkeiten	Stuber et al., 2019, S. 8; Zander, 2017, S. 52	Schorn et al., 2016, S. 203	
			b. Ausbildung <ul style="list-style-type: none"> • personaler Kompetenzen • Aktivitäts- und umsetzungsorientierter Kompetenzen • fachlich-methodischer Kompetenzen • sozial-kommunikativer Kompetenzen 		Lauxen et al., 2018b, S. 89-104	

6	Maßnahmen zum Konfliktmanagement	Unternehmen	a. Durchführung von Methoden wie (1) Intevision, (2) kollegiale Beratung, (3) Fallbesprechungen, (4) Teamsitzungen, (5) Gesprächsmodelle (z. B. das Mitarbeiterorientierungsgespräch), Einstiegs- und Ausstiegsgespräche, Fördergespräche, Beschwerde- und Konfliktgespräche, Angehörigen- und Patientensprechstunden)			Wehner, 2019, S. 11,
			b. Grundlage einer gelingenden Kommunikations- und Konfliktkultur in Unternehmen ist das Training der Team- und Stationsleitungen sowie weiterer Leitungskräfte			Wehner, 2019, S. 11,
			c. transparente Kommunikation und konstruktiver Umgang mit Konflikten		Schauerte et al., 2017, S. 119	
			d. Implementierung/Angebot spezieller Präventionsprogramme u. a. zu den Themen Kommunikation, Bewältigung von Konfliktsituationen und Teamarbeit	Ehegartner et al., 2020b, S. 35		
			e. Einsatz von Konfliktlotsen im Rahmen der Prävention und Lösung von Konflikten		Grosser, 2014, S. 209-237	
7	Umsetzung von Leadership als Führungshaltung	Unternehmen	a. Befähigung/Motivation der Mitarbeitenden durch Eigenschaften wie Integrität, Begeisterungsfähigkeit und Vertrauen, ein vorgegebenes Ziel zu erreichen			Golombek & Dangel, 2018, S. 36
			b. Vorbildfunktion einnehmen bzgl. Pflegeleitbild und hausinternen Standards und Richtlinien		Betschon, 2017, S. 30 Schauerte et al., 2017, S. 119	

8	Gewährleistung des Informationsflusses und Thematisierung von zwischenmenschlichen Diskursen, um strukturellen Anforderungen des Arbeitsalltags produktiver zu begegnen	Unternehmen	a. Thematisierung zwischenmenschlicher Diskurse, um den strukturellen Anforderungen des Arbeitsalltags langfristig produktiver zu begegnen (1) Entkulturalisierung des Teamgeschehens nicht erfolgsversprechend	Stagge, 2016, S. 226	Horstmann & Remdich, 2016, S. 202	
			b. Stärkung/Verbesserung des Informationsflusses und der Kommunikationsfähigkeit innerhalb der Teams, um Inhalte adäquat transportieren und umsetzen zu können	Stagge, 2016, S. 226	Lauxen et al., 2018b, S. 102	
8	Etablierung von festen, miteinander vertrauten Teams für eine bessere Pflegequalität	Unternehmen		Stagge, 2016, S. 227	Horstmann & Remdich, 2016, S. 208	
9	Umgang vom Team mit Praktikanten muss so geleitet werden, dass der Wunsch entsteht, dort weiterzuarbeiten	Unternehmen	a. Vermittlung von Umgangsformen mit Praktikanten usw. seitens Führungskräfte an das Team: <i>„Leute, das sind eure zukünftigen Kollegen. Ihr müsst sie nicht hoffieren, die Praktikanten sind da, um einen Einblick zu kriegen. Aber ihr müsst Ihnen den Einblick gewähren. Das hat auch zum Nachdenken angeregt“</i>	Mohr et al., 2019, S. 170		
10	Anstreben von divers aufgestellten Teams für einen besseren Ausgleich unterschiedlicher körperlicher usw. Ansprüche	Unternehmen	a. Erhöhung Anteil männlichen Pflegepersonals anstreben	Röper & Fleßa, 2020, S. 21		
			b. Angleichung Altersstruktur anstreben			
11	Etablierung einer offenen Fehlerkultur	Unternehmen	a. Führungsstil soll Etablierung einer offenen und konstruktiven Kultur im Umgang mit Fehlern unterstützen			Ottow, 2019, S. 46-49

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.4.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Welche Maßnahmen sind in Bezug auf den Faktor **betriebliches Gesundheitsmanagement** relevant zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden?

Tabelle 36: Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation Betriebliches Gesundheitsmanagement

Maßnahmen im Bereich Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation						
Themenfeld 2) Betriebliches Gesundheitsmanagement						
Nr.	Maßnahme	Umsetzungsebene	Differenzierung/Erläuterung	Kurzbelege		
				evidenzbasiert	Fach-/Management-literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	Einführung eines ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsmanagements zum Empowerment der Pflege und professionalisierter Selbstfürsorge	Unternehmen, Trägerverbände	a. Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen (Arbeits- und Gesundheitsschutz, gesundheitsförderliche ergonomische und organisatorische Arbeitsbedingungen, mitarbeiterorientierte Führungskultur, Sensibilisierung für gesunden Lebens- und Arbeitsstil)	Boscher et al., 2020, S. 7	Schauerte et al., 2017, S. 115-120 Rövekamp-Wattendorf et al., 2018, S. 175	
			b. Nutzung zunehmender Akademisierung und die Verbreitung von Fremd- und Selbstsorge (Professionalitätsverständnisse) als Treiber, um BGM in Pflegeeinrichtungen auszubauen	Weidner et al., 2017, S. 147		
2	Gesundheitsförderliche Führung und Sicherstellung der Unterstützung der obersten Führungsebene bei der Einführung von	Unternehmen	a. Unterstützung der Gesundheit der Mitarbeitenden durch Vorbildfunktion der Führungskräfte im Umgang mit der eigenen Gesundheit und auf Gesundheit der Mitarbeitenden achten	Horstmann & Remdisch, 2016, S. 201; S. 207	Betschon, 2017, S 29f.	

<p>gesundheitsförderlichen Arbeitsstrukturen</p>	<p>b. Fokussierung auf Reduktion sozialer Belastungen und Förderung sozialer Ressourcen</p>	<p>Horstmann & Remdisch, 2016, S. 199-211; Boscher et al., 2020, S. 7</p>		
	<p>c. Führung als Schlüsselressource zur Vermittlung von Anerkennung und Unterstützung der gesundheitsförderlichen Wirkung</p>	<p>Weigl et al., 2016, S. 1781</p>	<p>Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), 2014, S. 9-11</p>	<p>Purbs et al., 2018, S. 10-13</p>
	<p>d. Schulung der Führungskräfte für einen gesundheitsorientierten Führungsstil durch Fokussierung der Trainingsinhalte an den theoretischen und empirischen Gegebenheiten des Unternehmens, der Branche, der Tätigkeit und der Mitarbeitenden</p> <p>(1) Sensibilisierung der Führungskräfte für das Thema Gesundheit</p> <p>(2) Erlernen das eigene Gesundheitsverhalten zu reflektieren</p> <p>(3) Förderung der Achtsamkeit gegenüber den Mitarbeitenden</p> <p>(4) Umsetzung konkretes Gesundheitsverhalten</p>	<p>Horstmann & Remdisch, 2016, S. 208</p>		
	<p>e. Vermittlung von Möglichkeiten zur Gestaltung des Arbeitsklimas, um soziale Belastungen am Arbeitsplatz zu reduzieren und Ressourcen zu stärken</p>			
	<p>f. ausdrückliche Unterstützung der obersten Führungsebene</p>	<p>Boscher et al., 2020, S. 7</p>	<p>Flöttmann & Großheimann, 2017, S. 111</p>	

			g. Festlegung von klaren Aufgaben- und Verantwortungsbereichen sowie Kompetenzen von und für Führungskräfte und Mitarbeitende vor allem in stressigen Zeiten		Betschon, 2017, S. 30	
			h. Erhöhung des Einflusses und Handlungsspielraums auf die Arbeit und Pausen-/Urlaubsgestaltung durch Partizipation	Janson & Rathmann, 2021, S. 9		
			i. Gestaltung der Arbeitsorganisation zur Verringerung von Work-Privacy Konflikten	Janson & Rathmann, 2021, S. 9		
3	Implementierung gezielter und bedarfsgerechter (am Arbeitsfeld ausgerichteter) Präventionsprogramme	Unternehmen	a. Ausrichtung von Präventionsprogrammen auf spezielle Bedürfnisse und Berücksichtigung spezifischer Belastungen im Arbeitsalltag	Ehegartner et al., 2020a, S. 422-428 Maatouk et al., 2018, S. 1-2 Janson & Rathmann, 2021, S. 9		
			b. Implementierung von Präventionsmaßnahmen im somatischen Bereich mit Fokus auf die Förderung sozialer Unterstützung und Reduktion von quantitativen und physischen Belastungen			Fischer et al., 2020, S. 93-104
			c. Implementierung von Präventionsmaßnahmen im psychiatrischen Bereich mit Fokus auf die Förderung des Handlungsspielraums und die Reduktion von emotionalen Belastungen			Fischer et al., 2020, S. 93-104
			d. konsequente Durchführung von arbeitsmedizinischen Untersuchungen und Monitoring (v. a. bei Dauernachtdienstlern)		Schmal, 2019, S. 229	

			e. Förderung der Selbstwertschätzung der beruflich Pflegenden mittels Präventionsprogrammen (um die psychische Gesundheit und Umgang mit Konflikten zu unterstützen)		Hillert et al., 2019, S. 24- 25	
4	Umsetzung von Maßnahmen zur Einhaltung von Pausen und Pausengestaltung	Unternehmen, Wissenschaft/Forschung	a. Führungskräfte sollten genug Pausenzeiten in die täglichen Arbeitsabläufe einplanen, um die Gesundheit der Mitarbeitenden zu erhalten (1) Einplanung von nicht nur einer längeren Essenspause, sondern zusätzlich kürzeren und häufigeren Pausenzeiten, auch wenn diese als bezahlte Arbeitszeit angesetzt werden	Wendsche et al., 2017a, S. 65-80 Wendsche et al., 2017b, S. 254 Lohmann-Haislah et al., 2019, S. 437		
			b. Information der beruflich Pflegenden über Effekte von Pausen			
			c. Motivation und Erinnerung eine Pause zu machen seitens der Führungskräfte			
			d. Informieren der Patienten über Pausen des Pflegepersonals			
			e. Gestaltung erholsamer Pausenbereiche		Jaensch et al., 2020, S. 56-58	
			f. Angebot von Möglichkeiten zur sozialen Pause		Jaensch et al., 2020, S. 56-58	
			g. Vermeidung von hohen Arbeitsbelastungen (z. B. geringer Qualifikationsmix, Unterbesetzung und Zeitdruck) → gehen mit einer reduzierten Pausenzeit einher			

			h. Forschungsbedarf: Langzeitstudien, speziell Interventionsstudien zum Thema Pausen-Organisation: Untersuchung Pausenpläne und Maßnahmen zur Prävention von Pausenausfall	Wendsche et al., 2017a, S. 65-80		
			i. Forschungsbedarf: Untersuchung von Wirkungszusammenhängen zwischen den von beruflich Pflegenden als gut wahrgenommenen Pausenkonzepten und Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit – und damit letztendlich auch auf den pflegerischen Outcome		Jaensch et al., 2020, S. 58	
5	Etablierung alter(n)sgerechter Arbeitsbedingungen und Arbeitsprozesse	Unternehmen	a. Einsatz von technischen Hilfsmitteln			Neldner et al., 2017, S. 23
			b. konsequente Verbreitung BGM			Neldner et al., 2017, S. 23
			c. Ausdifferenzierung der Beschäftigtenprofile (Skill-Mix)			Neldner et al., 2017, S. 23
			d. Angebote zur Job-Rotation		Strohbach, 2015, S. 302; Benedix & Medjedovic, 2014, S. 51-53	
			e. Einführung flexibler Arbeitszeitmodelle		Strohbach, 2015, S. 302 Benedix & Medjedovic, 2014, S. 51-53	
			f. Ermöglichung von Weiterbildungen in anderen Bereichen (kaufmännischer Art oder in körperlich weniger fordernden Bereiche etwa Palliativpflege)		Strohbach, 2015, S. 302 Benedix & Medjedovic, 2014, S. 51-53	
			g. Implementierung eines Alternsmanagements		Gruber, 2017	

			h. Reduktion hintereinander folgender Schichten von 7 auf 2 bis maximal 3 Tage	Knape et al., 2018, S. 13		
			i. Schaffung neuer Einsatz- und Aufgabenfelder insbesondere für ältere Pflegefachkräfte zur Reduktion körperlicher Belastungen durch den Einsatz von Technik		Hahnel et al., 2020, S. 93	
6	Umsetzung von Maßnahmen zur Verhältnisprävention für Mitarbeitende	Unternehmen	a. Bereitstellung von schichtarbeiterspezifischer Ernährung		Schmal, 2019, S. 229f.	
			b. Integration in ein Team, um z. B. einer zunehmenden Isolation zumindest im Setting Arbeit entgegenzuwirken		Schmal, 2019, S. 229f.	
			c. zur Verfügung stellen und Schulung in der Anwendung von technischen Pflegehilfsmitteln	Janson & Rathmann, 2021, S. 9	Daum, 2017, S. 48	
			d. Implementierung gutes Angehörigenmanagement (z. B. mit technischer Unterstützung)	Seemann & Fischer, 2017, S. 139		
7	Etablierung Angebot Coaching und Supervision	Unternehmen	a. Etablierung eines Angebots für Coaching und Supervision		Gruber, 2017, S. 86-101 Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), 2014, S. 9-11	Grehl, 2018, S. 44 Misch, 2014, S. 457-468
8	Einführung von Gesundheitszirkeln	Unternehmen	a. Einführung von Gesundheitszirkeln	Weigl et al., 2016, S. 1786		Baethge & Rigotti, 2013, S. 43-63 Ebbers, 2018b, S. 46-47
9	Umsetzung von Maßnahmen zur Gewaltprävention im Pflegeberuf	Unternehmen	a. gemeinsamer Gewaltbegriff	Siegel et al., 2018, S. 332-333		
			b. verbindliche Standards/Richtlinien für den Umgang mit Gewalt			

			c. Kultur der Offenheit, des Vertrauens und der Transparenz im Umgang mit Gewalt			
			d. klare Präventionsstrategie			Bacher, 2019, S. 30-33
			e. Fortbildungen			

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.4.4 Arbeitszeit, Arbeitsorganisation und Work-Life-Balance

Welche Maßnahmen sind in Bezug auf die **Arbeitszeit/Arbeitsorganisation und Work-Life-Balance** relevant?

Tabelle 37: Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation Arbeitszeit, Arbeitsorganisation und Work-Life-Balance

Maßnahmen im Bereich Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation						
Themenfeld 3) Arbeitszeit, Arbeitsorganisation und Work-Life-Balance						
Nr.	Maßnahme	Umsetzungsebene	Differenzierung/Erläuterung	Kurzbelege		
				evidenzbasiert	Fach-/Management-literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	Umsetzung von familienfreundlichen Arbeitsbedingungen und Personalpolitik	Unternehmen	a. Gestaltung einer familienfreundlichen Unternehmenskultur, u. a. mit flexiblen Arbeitszeiten und Zeitkonten	Boscher et al., 2020, S. 2 Isfort, 2018b, S. 2 Braun et al., 2019, S. 297	Strohbach, 2015, S. 303 Benedix & Medjedovic, 2014, S. 41	
			b. Sicherstellung einer planbaren Freizeitgestaltung durch festgelegte Arbeitszeiten und Ermöglichung der Einflussnahme auf die Dienstplangestaltung	Knape et al., 2018, S. 9 Braun et al., 2019, S. 303	Benedix & Medjedovic, 2014, S. 5	

			c. Beachtung ökonomischer Dimension familienbewusster Personalpolitik als Notwendigkeit (Vermeidung betrieblicher Folgekosten)			Ebbers, 2018a, S. 44
2	Berücksichtigung von Wünschen bei der Dienstplangestaltung	Unternehmen		Knape et al., 2018, S. 13 Mohr et al., 2019, S. 169	Benedix & Medjedovic, 2014, S. 41	Lukuc, 2020, S. 14-17
3	Schaffung von flexiblen (betriebsinternen) Kinderbetreuungsmöglichkeiten	Unternehmen	a. Anstreben/Ausweitung Zusammenarbeit mit örtlichen Behörden in Bezug auf die Kinderbetreuung oder mit Kinderbetreuungseinrichtungen zur Anpassung der Öffnungszeiten an Schichtdienstzeiten	Joost, 2013, S. 1117		
			b. Einrichtung von z. B. Angeboten zur Ferienbetreuung c. Möglichkeit zur Kooperation mit einem Familienservice – Mitarbeitende können Vermittlungsleistungen nutzen, um kurzfristig Betreuungslösungen für ihre Kinder zu finden		Himsel et al., 2013, S. 224	Ebbers, 2018a, S. 44-46
			d. Gewährung von Zulagen, um neben regulären Kindertagesstätten weitere Betreuungsangebote nutzen zu können e. (Problem: Öffnungszeiten der Kindertagesstätten decken sich nicht mit dem Bedarf im Schichtdienst)		Benedix & Medjedovic, 2014, S. 55	
4	Einführung flexibler Arbeitszeitmodelle	Unternehmen	a. Flexibilisierung der Arbeitszeit, z. B. durch: (1) schichtübergreifende Dienstzeiten oder (2) Home-Office-Zeiten für Dokumentations- und Planungsaufgaben	Boscher et al., 2020, S. 2		Fachinger & Blum, 2016, S. 322 Roßius, 2019, S. 15

			b. Einrichtung von Springerpools, die groß genug sind und sich auf verfügbare Kräfte beziehen (Personen sind nicht in Elternzeit oder Urlaub)		Benedix & Medjedovic, 2014, S. 50	
			c. bei Einsatz von Zeitarbeitenden auf Kontinuität und Verlässlichkeit achten, inkl. Einbindung ins Team		Benedix & Medjedovic, 2014, S. 50	
			d. bei Tarifverträgen: Prüfung der Tarifpartner, ob die Möglichkeit besteht, das Recht auf Überstundenzuschläge, vertraglich zu verankern		Benedix & Medjedovic, 2014, S. 50	
			e. Einrichtung von sogenannte Flexpools mit angepassten Arbeitszeiten			Lukuc, 2020, S. 14-17
5	Etablierung von lebensphasenorientierter Arbeitszeit für eine verbesserte Vereinbarkeit	Unternehmen	a. Beachtung von unterschiedlichen Lebensphasen und den daraus resultierenden Vereinbarkeitsbedürfnissen	Braun et al., 2019, S. 297	Vincentz Network, 2017, S. 8	Ebbers, 2018a, S. 45
			b. Offenheit für eine (Wieder-)Aufstockung der Arbeitszeit		Benedix & Medjedovic, 2014, S. 49	
			c. z. B. Einführung von Mütter-Väter-Touren, die zeitlich später als üblich beginnen		Lauxen et al., 2018b, S. 89-104	
6	Maßnahmenbündel weicher Faktoren zur besseren Work-Life-Balance	Unternehmen	a. Entwicklung von Maßnahmen im Bereich (1) Bürokratieabbau, (2) gute Führungskultur, (3) größeres gesellschaftliches Ansehen des Berufs, (4) bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie (5) bessere Karriereöglichkeiten		Dachs, 2016, S. 62 Himsel et al., 2013, S. 225	
7	Optimierung der Arbeitsteilung zwischen	Unternehmen/Politik	a. Verbesserung der Abläufe durch verbesserte Arbeitsteilung mithilfe von:		Benedix & Medjedovic, 2014, S. 24-26	

	Pflegefachperson und Pflegehilfskraft		<ul style="list-style-type: none"> (1) fallbezogenem Einsatz als Prinzip der Arbeitsteilung, (2) Gewährleistung der Krankenbeobachtung durch Fachkraft, (3) Einbindung der Hilfskräfte ins Team, (4) keine Zeit- und Leiharbeit: <i>„Pflegefachkräfte müssen "ihre" Pflegehilfskräfte kennen, um ihre Fähigkeiten und Einsatzmöglichkeiten beurteilen zu können“</i> (5) Mindestqualifikation für Pflegehilfskräfte (6) Einsatz von zweijährig ausgebildeten Assistenzberufen 			
			b. Einsatz der Arbeitskräfte entsprechend ihrer Qualifikation		Bundesministerium für Gesundheit, 2017, S. 61	
8	Implementierung eines rollierenden Dienstplanmodelles	Unternehmen	a. Implementierung eines rollierenden Dienstplansystems, unter Beachtung der ergonomischen Dienstplanung	Knape et al., 2018, S. 9		

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.4.5 Vergütung

Welche Maßnahmen sind in Bezug auf die **Vergütung** relevant?

Tabelle 38: Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation – Vergütung

Maßnahmen im Bereich Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation						
Themenfeld 3) Vergütung						
Nr.	Maßnahme	Umsetzungsebene	Differenzierung/Erläuterung	Kurzbelege		
				evidenzbasiert	Fach-/Management-literatur	Relevante Publikationen/ graue Literatur
1	Zahlung eines angemessenen Gehalts	Politik, Unternehmen	a. Arbeitszeitmodelle entwickeln, die es ermöglichen in Teilzeit ein angemessenes Auskommen zu haben	Hipp et al., 2017, S. 203		
			b. Anerkennung des Wertes und der Belastungen der Pflege am Menschen seitens Gesellschaft, Politik und Wirtschaft durch Zahlung eines angemessenen Gehalts, auch im Vergleich zu den Durchschnittseinkommen anderer Branchen → Paradigmenwechsel ist notwendig	Hipp et al., 2017, S. 197 Kraft & Drossel, 2019, S. 44 Braun et al., 2019, S. 301-302	Strohbach, 2015, S. 302 Seibert et al., 2018, S. 5 Lauxen et al., 2018a, S. 60-61 Vincentz Network, 2017, S. 8 Münch, 2016, S. 109	Voss, 2017, S. 216
			c. Anstieg der Vergütung für fachlich-qualifiziertes Pflegepersonal gegenüber weniger qualifiziertem Personal und Hilfskräften		Dachs, 2016, S. 62 Hackmann & Sulzer, 2018, S. 24	

			<p>d. Zahlung tariflicher Gehälter¹³ sicherstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung der Auszahlung der Vergütungsvereinbarungen zwischen Pflegekassen und Leistungsanbietern durch Verhinderung von Nebenabsprachen zum Arbeitsvertrag, Aussetzen des Tarifvertrags/ Personalausgründung ohne Tarifbindung • Absicherung tariflicher Verträge und Qualität im Entgelt durch Bündelungen von Trägern zur Angleichung von regional schwankenden Unterschieden • Anreize im Rahmen der Tarif- und Lohnpolitik zur Erhöhung der Attraktivität regulärer Beschäftigung <p>e. Allgemeinverbindlichkeit von Tarifverträgen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Änderung des Tarifvertragsgesetzes um Ablehnung der beantragten Allgemeinverbindlichkeit nur noch mit einer Mehrheitsentscheidung im Tarifausschuss zu ermöglichen 		<p>Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt (IAT), 2017, S. 67 Evans et al., 2019, S. 8 Greß & Stegmüller, 2020, S. 161-165</p>	<p>Szepan, 2019, S. 5-9</p>
			<p>f. Erhöhung des Mindestlohns¹⁴</p>		<p>Greß & Stegmüller, 2020, S. 161-165</p>	

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

¹³ Diese geforderte Maßnahme wird bereits durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vom 11.07.2021 berücksichtigt. Ab dem 1.09.2022 werden nur noch Pflegeeinrichtungen zur Versorgung zugelassen, die ihre Pflege- und Betreuungskräfte nach Tarif oder kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen bezahlen.

¹⁴ 2019 wurde das Pflegehöhneverbesserungsgesetz verabschiedet. Mit ihm wurde die rechtliche Grundlage im Arbeitnehmer-Entsendegesetz (AEntG) geschaffen, die Löhne in der Pflege zu verbessern. Die damit einhergehende Erhöhung der im Jahr 2010 für die Alten- bzw. Langzeitpflege und 2015 für die ambulante Krankenpflege beschlossenen Mindestlöhne, erreicht am 1. April 2022 nun die 4. Stufe. Damit steigen die Mindestlöhne für ungelernete Pflegehilfskräfte bundeseinheitlich auf 12,55 Euro. Für einjährig qualifizierte Pflegehilfskräfte steigt der Mindestlohn bundeseinheitlich auf 13,20 Euro und für Pflegefachkräfte auf 15,40 Euro.

3.3.5 Maßnahmengewichtung

Im Folgenden wurde die identifizierte Literatur mit Punktwerten versehen, um eine Gewichtung vorzunehmen. Dabei wurde evidenzbasierte 5-Sterne-Literatur mit einem Punktwert von 3 versehen, 5-Sterne-Managementliteratur ohne Evidenzbasierung mit einem Punktwert von 2 sowie als relevant identifizierte Publikationen (graue Literatur) die weder evidenzbasiert noch der Managementliteratur zuzuordnen sind, mit 1 Punkt. Pro Maßnahme führt dies zu einer Gesamtpunktzahl.

Die Summen der Punktwerte (Gesamtpunktzahl) werden in den anschließenden Tabellen (Tabelle 52, Tabelle 53, Tabelle 54) addiert, was pro Maßnahmenbereich zu einer Gewichtungsübersicht führt und eine Priorisierung der in der systematischen Literaturrecherche ermittelten Maßnahmen ermöglicht.

3.3.5.1 Gewichtung: Übergreifende Maßnahmen im Bereich Digitalisierung

Tabelle 39: Gewichtung: Übergreifende Maßnahmen im Bereich Digitalisierung

	Maßnahme	Umsetzungs- ebene	5-Sterne- Evidenzliteratur	Punktwert	5-Sterne Fach- und Management- literatur	Punktwert	Kein 5-Sterne- Dokument	Punktwert	Gesamt- punktzahl
1	Strategische Kompetenzentwicklung für Technikeinsatz in der Pflege	Unternehmen	Buhtz et al., 2020, S. 5	3	Hielscher et al., 2015, S. 8	2			
			Dockweiler et al., 2019, S. 94	3	Bleses et al., 2018, S. 68	2			
			Strutz et al., 2020, S. 3	3	Hahnel et al., 2020, S. 90	2			
					Braeseke et al., 2019, S. 35f.	2			
					Braeseke et al., 2017, S. 85	2			
					Hülsken-Giesler, 2017, S. 8	2			
			21						
2		Unternehmen	Dockweiler et al., 2019, S. 88	3	Schneider et al., 2017, S. 210	2			

	Verstärkter Technologieeinsatz im stationären und ambulanten Sektor		Zöllick et al., 2020, S. 50	3	Hielscher et al., 2015, S. 10	2			17
			Heilmann, 2020, S. 7	3	Hahnel et al., 2020, S. 99	2			
					Braeseke et al., 2019, S. 35	2			
3	Sensibilisierung für Datenschutz und Schaffung klarer rechtlicher Rahmenbedingungen	Politik/Unternehmen			Daum, 2017, S. 13	2	Bohnet-Joschko & Stahl, 2019, S. 50f.	1	7
					Hahnel et al., 2020, S. 91	2			
					Braeseke et al., 2017, S. 87	2			
4	Umsetzung der elektronischen Patientenakte (ePA) und einer digitalen Pflegedokumentation	Politik/ Unternehmen			Daum, 2017, S. 16	2	Lutze, 2018, S. 17	1	5
					Hielscher et al., 2015, S. 10	2			

5	Bestehende Qualifikationen der etablierten Pflegeberufe zur Entwicklung von Technologien nutzen, anstatt eine neue Profession wie Pflegeinformatik zu etablieren	Bildungsstätten	Buhtz et al., 2020, S. 6.	3					
6	Umsetzung und Individualisierung einer digitalisierten Pflegeplanung	Unternehmen			Schneider et al., 2017, S. 213; S. 223	2	Lutze, 2018, S. 16	1	

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.5.2 Gewichtung: Übergreifende Maßnahmen im Bereich Fachkräftesicherung

Tabelle 40: Gewichtung: Übergreifende Maßnahmen im Bereich Fachkräftesicherung

	Maßnahme	Umsetzungs- ebene	5-Sterne- Evidenzliteratur	Punktwert	5-Sterne Fach- und Management- literatur	Punktwert	Kein 5-Sterne- Dokument	Punktwert	Gesamt- punktzahl
1	Implementierung von automatisierten Techniken (Digitalisierung)	Unternehmen	Zöllick et al., 2020, S. 50	3	Kubillus, 2018, S. 32; S. 34	2			
			Heilmann, 2020, S. 10	3	Schneider et al., 2017, S. 207	2			
					Daum, 2017, S. 47	2			
					Fiebig & Hunstein, 2018, S. 12	2			
					Hahnel et al., 2020, S. 1	2			
									16
2	Integration von internationalen Fachkräften	Unternehmen	Kraft & Drossel, 2019, S. 44	3	Strohbach, 2015, S. 302	2	Ottow, 2019, S. 46-49	1	
			Mohr et al., 2019, S. 170-172	3					
			Stagge, 2016, S. 225	3					

			Lauxen et al., 2019, S. 794	3					
15									
3	Erhöhung der Attraktivität des Berufs und Ausbau des Personalstamms	Unternehmen	Stagge, 2016, S. 228	3					
			Bilinska et al., 2016, S. 17	3					
			Terrier & Zink, 2016, S. 174	3					
9									
4	Etablierung eines Diversity- Managements	Unternehmen	Stagge, 2016, S. 228	3					
			Bilinska et al., 2016, S. 17	3					
			Terrier & Zink, 2016, S. 174	3					
9									
5	Strategische Personalentwicklung	Unternehmen	Isfort, 2018b, S. 73	3	Strohbach, 2015, S. 304	2	Ottow, 2019, S. 46-49	1	
			Mohr et al., 2019, S. 172	3					
9									
6	Arbeitszeitverlängerung bei Teilzeitbeschäftigten	Unternehmen	Hipp et al., 2017, S. 203	3	Himsel et al., 2013, S. 224	2	Wrobel et al., 2019, S. 56	1	

					Becka et al., 2016, S. 14-15		Orlanski, 2015, S. 30	1	
7									
7	Betriebliche Unterstützung von Mitarbeitenden in Vereinbarkeitssituationen als Strategie gegen den Personalmangel	Unternehmen			Benedix & Medjedovic, 2014, S. 54	2	Clasen et al., 2020, S. 65	1	
							Schnuch et al., 2019, S. 62	1	
							Aulerich & Stanzel, 2020, S. 27	1	
5									
8	Verkürzung bzw. Verhinderung von Berufsunterbrechungszeiten	Unternehmen		3	Braun et al.2019, S. 297	2			
9	Steigerung des Commitments und der Mitarbeiterbindung	Unternehmen			Lauxen et al., 2018a, S. 60-61	2			
10	Employer Branding entwickeln	Unternehmen					Aulerich & Stanzel, 2020, S. 27	1	

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.5.3 Gewichtung: Übergreifende Maßnahmen im Bereich Ansehen Pflegeberuf

Tabelle 41: Gewichtung: Übergreifende Maßnahmen im Bereich Ansehen Pflegeberuf

	Maßnahme	Umsetzungsebene	5-Sterne-Evidenzliteratur	Punktwert	5-Sterne Fach- und Managementliteratur	Punktwert	Kein 5-Sterne-Dokument	Punktwert	Gesamtpunktzahl
1	Aufwertung des Pflegeberufs durch Digitalisierung	Unternehmen	Heilmann, 2020, S. 7-8	3	Hahnel et al., 2020, S. 93	2			5
2	Positive Imagekampagnen von Politik und Unternehmen	Politik und Unternehmen					Deutscher Pflegeverband DPV e.V. & SPECTARIS e.V., 2016, S. 5-6	1	4
					Strohbach, 2015, S. 302	2	Bechtel, 2017, S. 63	1	
3	Anerkennung und Würdigung nicht sichtbarer zwischenmenschlicher Tätigkeiten in der Pflege	Unternehmen	Heilmann, 2020, S. 18	3			Becke & Bleses, 2016, S. 105	1	4
4	Mehr Autonomie und Verantwortung in der Pflege und stärkere Entscheidungsmacht	Unternehmen					Lukuc, 2018, S. 33	1	2
							Vogler, 2018, S. 6	1	

5	Sensibilisierung für die Sinnhaftigkeit des Pflegeberufs	Unternehmen			Strohbach, 2015, S. 301	2			
6	Berufsstolz der Berufsgruppe Pflege innerhalb der Organisation fördern	Unternehmen					Forster, 2018, S. 25	1	

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.5.4 Gewichtung: Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten – Übergreifende Maßnahmen

Tabelle 42: Gewichtung: Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten – Übergreifende Maßnahmen

	Maßnahme	Umsetzungsebene	5-Sterne-Evidenzliteratur	Punktwert	5-Sterne Fach- und Managementliteratur	Punktwert	Kein 5-Sterne-Dokument	Punktwert	Gesamtpunktzahl
1	Sektorübergreifende und Bundesweite Ermittlung von Bedarfskennzahlen zur bedarfsorientierten Ausbildungsplatzplanung	Politik mit Unternehmen und Bildungsstätten	Isfort & Weidner, 2016, S. 117	3					
2	Landesrechtliche Aufgaben und Herausforderungen müssen deutlich formuliert werden	Politik und Unternehmen	Mohr et al., 2019, S. 173	3					

3	Bundesweit abgestimmtes, systematisches Vorgehen (mit regionalen Akteuren) zur Erstellung von Ausbildungsstättenplanungen auf Grundlage von Arbeitsmarktanalysen	Politik mit Unternehmen und Bildungsstätten			Strohbach, 2015, S. 302-303	2			

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.5.5 Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Qualität der Pflegeausbildung

Tabelle 43: Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Qualität der Pflegeausbildung

	Maßnahme	Umsetzungsebene	5-Sterne-Evidenzliteratur	Punktwert	5-Sterne Fach- und Managementliteratur	Punktwert	Kein 5-Sterne-Dokument	Punktwert	Gesamtpunktzahl
1	Wertschätzung und Invest in die Auszubildenden	Unternehmen	Mohr et al., 2019, S. 171-172	3	Braun et al., 2019, S. 300	2			
2	Azubis nicht mehr auf den Stellenschlüssel anrechnen	Unternehmen	Mohr et al., 2019, S. 172	3			Sahmel, 2017, S. 47	1	
3	Aufwertung und höhere Qualifizierung von Praxisanleitung	Unternehmen					Sahmel, 2017, S. 47	1	
							Jakobs, 2019, S. 16	1	

							Schwab & Fritz, 2017, S. 360	1	
			3						
4	Austausch der Praxisanleitungen fördern, bspw. in Form von Qualitätszirkeln in der Region	Unternehmen und Bildungsstätten			Braun et al., 2019, S. 295-312	2			
			2						
5	Evidenzbasierte Pflege implementieren	Unternehmen und Bildungsstätten					Käding, 2019, S. 47	1	
			1						
6	Verbesserung des Theorie- Praxis-Transfers	Unternehmen und Bildungsstätten					Vogt, 2019, S. 53	1	
			1						
7	Train-The-Azubi	Unternehmen und Bildungsstätten					Heise, 2020, S. 56	1	
			1						
8	Forcierung zukunftsorientierter Berufsbilder in der Pflege	Unternehmen und Bildungsstätten					Neumann- Ponesch, 2015, S. 21	1	
			1						

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.5.6 Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Digitalisierung in der Pflegeausbildung

Tabelle 44: Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Digitalisierung in der Pflegeausbildung

	Maßnahme	Umsetzungs- ebene	5-Sterne- Evidenzliteratur	Punktwert	5-Sterne Fach- und Management- literatur	Punktwert	Kein 5-Sterne- Dokument	Punktwert	Gesamt- punktzahl
1	Förderung von Digital Health Literacy: Kompetenzerweiterung in Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich Digitalisierung, Einsatz von assistiven Technologien und digitalen Grundlagenwissens	Politik mit Unternehmen und Bildungsstätten	Daum, 2017, S. 49; S. 11	3	Fiebig & Hunstein, 2018, S. 14	2	Ammenwerth, 2020, S. 8	1	
			Buhtz et al., 2020, S. 6	3	Braeseke et al., 2019, S. 36	2	Ammenwerth & Hackl, 2015, S. 41	1	
			Dockweiler et al., 2019, S. 87	3	Braeseke et al., 2017, S. 87	2	Geier et al., 2020, S. 49	1	
					Hülsken-Giesler, 2017, S. 9	2	Wagner, 2018b, S. 49	1	
							Pornak, 2020, S. 31	1	
22									
2	Maßnahmen zur Steigerung von Technikakzeptanz	Unternehmen und Bildungsstätten	Buhtz et al., 2020, S. 3-8; S. 5	3					
			Dockweiler et al., 2019, S. 90-91; S. 90	3					
6									

3	Systematische Integration von Pflorgetechnologie in das Ausbildungscurriculum	Unternehmen und Bildungsstätten	Buhtz et al., 2020, S. 3; S. 5-6; S. 10	3	Hülsken-Giesler, 2017, S. 8	2			
4	Wissenschaftliche Erhebung zu Technikeinsatz, -nutzung und -erwartung	Wissenschaft/ Forschung, Bildungsstätten, Unternehmen	Isfort, 2018b, S. 60	3					
5	Implementierung von E-Learning(-Konzepten) innerhalb und außerhalb der Pflegeschulen	Unternehmen und Bildungsstätten	Koch et al., 2019, S. 45	3					

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.5.7 Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Akademisierung/Professionalisierung und Generalistik

Tabelle 45: Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Akademisierung/Professionalisierung und Generalistik

	Maßnahme	Umsetzungsebene	5-Sterne-Evidenzliteratur	Punktwert	5-Sterne Fach- und Managementliteratur	Punktwert	Kein 5-Sterne-Dokument	Punktwert	Gesamtpunktzahl
1	Kompatibilität der Akademisierung mit der Berufspraxis verbessern	Unternehmen mit Bildungsstätten und Politik	Mertens et al., 2019, S. 27	3			Neldner et al., 2017, S. 24	1	
							Linke, 2018, S. 51	1	

							Darmann-Finck et al., 2016	1	
6									
2	Schaffung passender Berufsprofile für akademisierte Pflegefachpersonen	Unternehmen	Kraft & Drossel, 2019, S. 44	3					
3									
3	Anpassung der Lehrpläne mit Blick auf Professionalisierung	Unternehmen und Bildungsstätten			Hülsken-Giesler, 2017, S. 8	2			
2									
4	Professionalisierung der Pflege durch Qualifikationsmodelle	Politik mit Bildungsstätten und Unternehmen			Hämel & Schaeffer, 2012, S. 47	2			
2									
5	Bundesweit mehr (hochschulische) Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der Pflege schaffen	Bildungsstätten und Politik			Strohbach, 2015, S. 303	2			
2									
6	Qualifizierungsmaßnahmen zur Motivation und Interaktion	Unternehmen					Quernheim, 2018, S. 164	1	
1									
7	Reha-Steuerungsfunktion als Tätigkeitsfeld für Pflegeakademiker*innen	Unternehmen					Hastedt, 2018, S. 181-195	1	

										1
8	Einsatz akademisierter Pflegefachpersonen in der ambulanten Pflege für die Pflegeplanung und als Case-Manager*in	Unternehmen					Thoma-Lürken et al., 2019, S. 48	1		1
										1

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.5.8 Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten

Tabelle 46: Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten

	Maßnahme	Umsetzungsebene	5-Sterne-Evidenzliteratur	Punktwert	5-Sterne Fach- und Managementliteratur	Punktwert	Kein 5-Sterne-Dokument	Punktwert	Gesamtpunktzahl	
1	Schaffung von Weiterbildungsangeboten zum Thema Digitalisierung	Unternehmen	Buhtz et al., 2020, S. 6; S. 10	3						
			Dockweiler et al., 2019, S. 87	3						
										6
2	Schaffung von Weiterbildungsangeboten zum Thema Selbstpflege und Selbstwert	Unternehmen	Kraft & Drossel, 2019, S. 44	3	Braun et al., 2019, S. 300	2				
										5
3	Schaffung von Weiterbildungsangeboten bzgl. neuen Pflegesettings	Unternehmen			Hülsken-Giesler, 2017, S. 8	2				
										2

4	Konzepte zur Qualifizierung von Hilfskräften zu Fachkräften anbieten	Unternehmen	Hipp et al., 2017, S. 203	3					
5	Aus-/ Weiterbildungsmöglichkeiten schaffen, um Berufsfelder spreizen zu können	Politik und Unternehmen			Hackmann & Sulzer, 2018, S. 53	2			
6	Qualifizierung von Pflegefachpersonen zu Pflegeexperten (nicht-akademisch)	Unternehmen			Benedix & Medjedovic, 2014, S. 37	2			
7	Weiterbildungsmaßnahmen zur Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs	Unternehmen					Dadara et al., 2018, S. 41	1	
8	Zeitlich geblockte Aus-/Fortbildungstage	Unternehmen					Buruck et al., 2015, S. 85-95	1	

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.5.9 Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation – Übergreifende Maßnahmen

Tabelle 47: Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation

	Maßnahme	Umsetzungsebene	5-Sterne-Evidenzliteratur	Punktwert	5-Sterne Fach- und Managementliteratur	Punktwert	Kein 5-Sterne-Dokument	Punktwert	Gesamtpunktzahl
1	Entwicklung eines übergreifenden Plans, der auf allen relevanten Ebenen ansetzt und zur strukturellen und finanziellen Verbesserung kommunaler Strukturen beiträgt	Politik	Isfort, 2018a, S. 39	3	Benedix & Medjedovic, 2014, S. 66	2	Spies, 2018, S. 7	1	
			Rothgang et al., 2012, S. 9	3	Hackmann & Sulzer, 2018, S. 52				
			Mohr et al., 2019, S. 173	3	Evans et al., 2019, S. 51	2			
			14						
2	Erhöhung der Finanzierung der Maßnahmen in den unterschiedlichen Bereichen	Politik	Rothgang et al., 2012, S. 9	3	Evans et al., 2019, S. 51	2	Graf, 2018, S. 85	1	
					Daum, 2017, S. 10	2			
					Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKG), 2016, S. 66f.	2			
			10						
3	Implementierung eines bundesweit einheitlichen Personalschlüssels auf Basis	Politik	Rothgang et al., 2020, S. 38	3	Strohbach, 2015, S. 303	2	Rothgang, 2018	1	

	eines Personalbemessungs- verfahrens			Vincentz Network, 2017, S. 8	2			
								8
4	Etablierung von Pflegekammern/einer Bundespflegerberufekammer zur (Berufs-) Politisierung beruflich Pflegenden	Selbstorganisation durch die beruflich Pflegenden		Deutscher Berufsverband für Pflegerberufe (DBfK), 2022	2			8
				Hackmann & Sulzer, 2018, S. 51	2			
				Hielscher et al., 2015, S. 12	2			
				Rövekamp-Wattendorf et al., 2018, S. 181	2			
5	Maßnahmen mit Bezug auf die Veränderungen im Kompetenzmix von professioneller und ehrenamtlicher Pflege	Politik	Rothgang et al., 2012, S. 9	3	Schneider et al., 2017, S. 207	2		5

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.5.10 Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Führung und Betriebskultur

Tabelle 48: Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Führung und Betriebskultur

	Maßnahme	Umsetzungs- ebene	5-Sterne- Evidenzliteratur	Punktwert	5-Sterne Fach- und Management- literatur	Punktwert	Kein 5-Sterne- Dokument	Punktwert	Gesamt- punktzahl
1	Ressourcen- und Potenzialorientiert mit Personal umgehen und generationsspezifische Unterschiede anerkennen	Unternehmen	Horstmann & Remdisch, 2016, S. 208	3	Schauerte et al., 2017, S. 119	2	Matzke, 2018, S. 125	1	
			Rahnfeld et al., 2016, S. 168	3	Betschon, 2017, S. 30	2			
			Stagge, 2016, S. 223	3					
			Zander, 2017, S. 65	3					
			Huber & Schubert, 2018, S. 203	3					
			20						
2	Partizipativer Führungsstil und Erhöhung der Gestaltungskompetenz und der Autonomie von Pflegepersonal	Unternehmen	Knape et al., 2018, S. 14	3	Lauxen et al., 2018a, S. 60-61	2	Misch, 2014, S. 457-468	1	
			Mohr et al., 2019, S. 169	3	Betschon, 2017, S. 30	2	Höhmann et al., 2016, S. 83	1	
			Kraft & Drossel, 2019, S. 43	3	Lauxen et al., 2018b, S. 102	2			

									17
3	Verbesserung der Zusammenarbeit Ärzteschaft und Pflegepersonal sowie Stärkung multidisziplinärer Teams	Unternehmen	Mohr et al., 2019, S. 172	3	Strohbach, 2015, S. 304	2			
			Meyer-Kühling et al., 2015, S. 71	3	Hielscher et al., 2015, S. 14	2			
			Mertens et al., 2019, S. 27	3					
									13
4	Persönliche Skills der beruflich Pflegenden durch Wertschätzung der Führungspersönlichkeiten fördern	Unternehmen	Kraft & Drossel, 2019, S. 43	3	Schauerte et al., 2017, S. 119	2	Lukuc, 2020, S. 14-17	1	
			Weigl et al., 2016, S. 1781	3			Bensch, 2018, S. 21	1	
									10
5	Teilnahme an Fortbildungen zur Entwicklung eines transformationalen Führungsstils	Unternehmen	Stuber et al., 2019, S. 8,	3	Schorn et al., 2016, S. 203	2			
			Zander, 2017, S. 52	3					
									8
6	Maßnahmen zum Konfliktmanagement	Unternehmen	Ehegartner et al., 2020b, S. 35	3	Schauerte et al., 2017, S. 119	2	Wehner, 2019, S. 11	1	
					Grosser, 2014, S. 209-237	2			
									8

7	Leadership als Führungshaltung	Unternehmen			Betschon, 2017, S. 30	2	Golombek & Dangel, 2018, S. 36	1	
					Schauerte et al., 2017, S. 119	2			
5									
8	Gewährleistung des Informationsflusses und Thematisierung von zwischenmenschlichen Diskursen, um strukturellen Anforderungen des Arbeitsalltags produktiver zu begegnen	Unternehmen	Stagge, 2016, S. 226	3	Horstmann & Remdisch, 2016, S. 202	2			
					Lauxen et al., 2018b, S. 102	2			
7									
9	Feste, miteinander vertraute Teams für eine bessere Pflegequalität	Unternehmen	Stagge, 2016, S. 227	3	Horstmann & Remdisch, 2016, S. 208	2			
5									
10	Umgang von Teams mit Praktikanten muss so geleitet werden, dass der Wunsch entsteht, dort weiterzuarbeiten	Unternehmen	Mohr et al., 2019, S. 170	3					
3									
11	Anstreben von divers aufgestellten Teams für einen besseren Ausgleich unterschiedlicher körperlicher usw. Ansprüche	Unternehmen	Röper & Fleßa, 2020, S. 21	3					
3									
12	Etablierung einer offenen Fehlerkultur	Unternehmen					Ottow, 2019, S. 46-49	1	
1									

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.5.11 Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Betriebliches Gesundheitsmanagement

Tabelle 49: Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Betriebliches Gesundheitsmanagement

	Maßnahme	Umsetzungs- ebene	5-Sterne- Evidenzliteratur	Punktwert	5-Sterne Fach- und Management- literatur	Punktwert	Kein 5-Sterne- Dokument	Punktwert	Gesamt- punktzahl
1	Gesundheitsförderliche Führung und Sicherstellung der Unterstützung der obersten Führungsebene bei der Einführung von gesundheitsförderlichen Arbeitsstrukturen	Unternehmen	Horstmann & Remdisch, 2016, S. 201; S. 207	3	Betschon, 2017, S. 29f.	2	Purbs et al., 2018, S. 10-13	1	
			Weigl et al., 2016, S. 1781	3	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), 2014 S. 9-11	2			
			Boscher et al., 2020, S. 7	3	Flöttmann & Großheimann, 2017, S. 111	2			
			Janson & Rathmann, 2021, S. 9	3					
19									
2	Implementierung gezielter und bedarfsgerechter (am Arbeitsfeld ausgerichteter) Präventionsprogramme	Unternehmen	Ehegartner et al., 2020a, S. 422- 428,	3	Schmal, 2019, S. 229	2	Fischer et al., 2020, S. 93-104	1	
			Maatouk et al., 2018, S. 1-2	3	Hillert et al., 2019, S. 24-25	2			
			Janson & Rathmann, 2021, S. 9	3					

			14					
3	Etablierung Alter(n)sgerechter Arbeitsbedingungen und Arbeitsprozesse	Unternehmen	Knape et al., 2018, S. 13	3	Strohbach, 2015, S. 302	2	Neldner et al., 2017, S. 23	1
					Benedix & Medjedovic, 2014, S. 51-53	2		
					Gruber, 2017, S. 88	2		
					Hahnel et al., 2020, S. 93	2		
12								
4	Umsetzung von Maßnahmen zur Einhaltung von Pausen und Pausengestaltung	Unternehmen	Wendsche et al., 2017a, S. 65-80	3	Jaensch et al., 2020, S. 56-58	2		
			Wendsche et al., 2017b, S. 254	3				
			Lohmann-Haislah et al., 2019, S. 437	3				
11								
5	Einführung eines ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsmanagements zum Empowerment der Pflege und professionalisierter Selbstfürsorge	Unternehmen	Boscher et al., 2020, S. 7	3	Schauerte et al., 2017, S. 115-120	2		
			Weidner et al., 2017, S. 147	3	Rövekamp-Wattendorf et al., 2018, S. 175	2		
10								

6	Umsetzung von Maßnahmen zur Verhältnisprävention für Mitarbeitende	Unternehmen	Seemann & Fischer, 2017, S. 139	3	Schmal, 2019, S. 229f.	2			10
			Janson & Rathmann, 2021, S. 9	3	Daum, 2017, S. 48	2			
7	Etablierung Angebot Coaching und Supervision	Unternehmen			Gruber, 2017, S. 86-101	2	Grehl, 2018, S. 44	1	6
					Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), 2014, S. 9-11	2	Misch, 2014, S. 457-468	1	
8	Einführung von Gesundheitszirkeln	Unternehmen	Weigl et al., 2016, S. 1786	3			Baethge & Rigotti, 2013, S. 43-63	1	5
							Ebbers, 2018b, S. 46-47	1	
9	Umsetzung von Maßnahmen zur Gewaltprävention im Pflegeberuf	Unternehmen	Siegel et al., 2018, S. 332-333	3			Bacher, 2019, S. 30-33	1	4

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.5.12 Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Arbeitszeit, Arbeitsorganisation und Work-Life-Balance

Tabelle 50: Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Arbeitszeit, Arbeitsorganisation und Work-Life-Balance

	Maßnahme	Umsetzungsebene	5-Sterne-Evidenzliteratur	Punktwert	5-Sterne Fach- und Managementliteratur	Punktwert	Kein 5-Sterne-Dokument	Punktwert	Gesamtpunktzahl
1	Familienfreundliche Arbeitsbedingungen und Personalpolitik	Unternehmen	Boscher et al., 2020, S. 2	3	Strohbach, 2015, S. 303	2	Ebbers, 2018a, S. 44	1	
			Knape et al., 2018, S. 9	3	Braun et al., 2019, S. 297	2			
			Isfort, 2018b, S. 2	3	Benedix & Medjedovic, 2014, S. 41	2			
									16
2	Berücksichtigung von Wünschen bei der Dienstplangestaltung	Unternehmen	Knape et al., 2018, S. 13	3	Benedix & Medjedovic, 2014, S. 41	2	Lukuc, 2020, S. 14-17	1	
			Mohr et al., 2019, S. 169	3					
									9
3	Lebensphasenorientierte Arbeitszeit für eine verbesserte Vereinbarkeit	Unternehmen			Braun et al., 2019, S. 297	2	Ebbers, 2018a, S. 45	1	
					Vincentz Network, 2017, S. 8	2			
					Benedix und Medjedovic, 2014, S. 49	2			

					Lauxen et al., 2018b; S. 89- 104	2			
9									
4	Flexible (betriebsinterne) Kinderbetreuungsmöglichkei- ten schaffen	Unternehmen	Joost, 2013, S.1117	3	Benedix & Medjedovic, 2014, S. 55	2	Ebbers, 2018a, S. 44-46	1	
					Himsel et al., 2013, S. 224	2			
8									
5	Einführung flexibler Arbeitszeitmodelle	Unternehmen	Boscher et al., 2020, S. 2	3	Benedix & Medjedovic, 2014, S. 50	2	Roßius, 2019, S. 15	1	
							Lukuc, 2020, S. 14-17	1	
							Fachinger & Blum, 2016, S. 322	1	
8									
6	Maßnahmenbündel weicher Faktoren zur besseren Work- Life-Balance erarbeiten	Unternehmen und Politik			Dachs, 2016, S. 62	2			
					Himsel et al., 2013, S. 225	2			
4									
7	Optimierung der Arbeitsteilung zwischen	Unternehmen und Politik			Benedix & Medjedovic, 2014, S. 24-26	2			

	Pflegefachperson und Pflegehilfskraft				Bundesministerium für Gesundheit, 2017, S. 61	2			
			4						
8	Implementierung eines rollierenden Dienstplanmodelles	Unternehmen	Knape et al., 2018, S. 9	3					
			3						

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.5.13 Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Vergütung

Tabelle 51: Gewichtung: Maßnahmen im Bereich Vergütung

	Maßnahme	Umsetzungsebene	5-Sterne-Evidenzliteratur	Punktwert	5-Sterne Fach- und Managementliteratur	Punktwert	Kein 5-Sterne-Dokument	Punktwert	Gesamtpunktzahl
1	Zahlung eines angemessenen Gehalts	Politik & Unternehmen	Hipp et al., 2017, S. 197	3	Strohbach, 2015, S. 302	2	Voss, 2017, S. 216	1	
			Kraft & Drossel, 2019, S. 44	3	Dachs, 2016, S. 62	2	Szegan, 2019, S. 5-9	1	
					Evans et al. 2019, S. 8	2			
					Seibert et al., 2018, S. 5	2			

					Braun et al., 2019, S. 301-302	2			
					Hackmann & Sulzer, 2018, S. 24	2			
					Lauxen et al., 2018a, S. 60-61	2			
					Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt (IAT), 2017, S. 67	2			
					Münch, 2016, S. 109	2			
					Vincentz Network, 2017, S. 8	2			
					Greß & Stegmüller, 2020, S. 161-165	2			
									30

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

3.3.6 Zusammenfassung Gewichtung

Die in den vorherigen Gewichtungstabellen ermittelten Punktwerte werden im Folgenden addiert, was pro Maßnahmenbereich zu einer Gesamtpunktzahl führt. Zu beachten ist, dass diese Maßnahmen die Häufigkeit und den Grad der Evidenzbasierung der in der systematischen Literaturanalyse ermittelten Themenbereiche widerspiegeln und somit Untersuchungen relevanter empirischer Forschungs- und Fachbeiträge sowie sogenannte graue Literatur der letzten sieben Jahre identifizieren, aus deren Ergebnisse die Relevanz praxisbezogener Erkenntnisse generiert, gewichtet und priorisiert werden kann. Die folgende Priorisierungsübersicht ist somit ein wissenschaftliches sowie aus dem Fach- und Managementbereich der Pflege ermitteltes Analysebild der veröffentlichten Literatur der Jahre 2016 bis 2022, welches sich nicht in jedem Punkt kongruent mit den Ergebnissen der persönlich geführten qualitativen (Gruppen-)Interviews (Kapitel 7.4) zeigt.

3.3.6.1 Zusammenfassung übergreifender Maßnahmen für alle Ebenen

Tabelle 52: Gewichtung: Zusammenfassung übergreifender Maßnahmen für alle Ebenen

	Maßnahmen im Bereich	Umsetzungs- ebene	Gesamt- punktzahl
1	Fachkräftesicherung	Politik und Unternehmen	78
2	Digitalisierung	Unternehmen und Bildungsstätten	56
3	Ansehen des Pflegeberufs	Politik und Unternehmen	18

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

Die zusammenfassende Gewichtungstabelle der in der Literatur identifizierten übergreifenden Maßnahmen für alle Ebenen zeigt eine deutliche Priorisierung des Themenbereichs Fachkräftesicherung, gefolgt vom Themenbereich der Digitalisierung und des Berufsbildes. Um fast 30 Prozent häufiger wurden in der untersuchten und gewichteten Literatur in Bezug auf die Forschungsfragen relevante Aussagen zur Notwendigkeit des ausreichend vorhandenen Personals im Vergleich zum Themenbereich der Digitalisierung getroffen. Im Vergleich zum Thema Berufsbild sind es mehr als 75 Prozent. Diese Häufigkeit der in der untersuchten Literatur behandelten Thematik der Fachkräftesicherung und nachfolgend der Digitalisierung verdeutlicht in hohem Maße dessen Wichtigkeit, wenn es um die Arbeitsplatzsituation in der Pflege geht.

3.3.6.2 Zusammenfassung Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten

Tabelle 53: Gewichtung: Zusammenfassung Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten

	Maßnahmen im Bereich	Umsetzungs- ebene	Gesamt- punktzahl
1	Digitalisierung in der Ausbildung	Politik und Unternehmen und Bildungsstätten	42
2	Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten	Politik und Unternehmen	22
3	Akademisierung/ Professionalisierung und Generalistik	Politik mit Bildungsstätten und Unternehmen	18
4	Qualität der Ausbildung	Unternehmen und Bildungsstätten	18
5	Übergreifende Maßnahmen	Politik mit Unternehmen und Bildungsstätten	8

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

Die Wichtigkeit der Digitalisierung spiegelt sich in der Literatur ebenfalls in den Themenbereichen Ausbildung, Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten wider. Die zusammenfassende Gewichtungstabelle der in der Literatur identifizierten Maßnahmen zeigt auch hier, dass der Förderung und Kompetenzerweiterung in Aus-, Fort- und Weiterbildung u. a. im Bereich des digitalen Grundlagenwissens, dem Einsatz von assistiven Technologien sowie Maßnahmen zur Steigerung von Technikakzeptanz und Implementierung von E-Learning(-Konzepten) hohe Relevanz für die Arbeitsplatzsituation in der Pflege zukommen. Insbesondere die systematische Integration von Pflorgetechnologie in das Ausbildungscurriculum ist dabei von Wichtigkeit.

Nachrangig, jedoch ebenfalls relevant werden in der Literatur Maßnahmen im Bereich der Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten, der Akademisierung, Professionalisierung und Generalistik sowie die Qualität der Ausbildung behandelt. Unter die übergreifenden Maßnahmen, die deutlich seltener genannt, jedoch ebenfalls eine Rolle bei der Gestaltung des Arbeitsplatzes der Zukunft spielen, fallen bspw. die sektorenübergreifende und bundesweite Ermittlung von Kennzahlen zur bedarfsorientierten Ausbildungsplatzplanung, ein entsprechend abgestimmtes, systematisches Vorgehen zur Erstellung von Ausbildungsstättenplanungen sowie die deutlichere Formulierung von landesrechtlichen Aufgaben und Herausforderungen.

3.3.6.3 Zusammenfassung Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation

Tabelle 54: Gewichtung: Zusammenfassung Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation

	Maßnahmen im Bereich	Umsetzungs- ebene	Gesamt- punktzahl
1	Führung und Betriebskultur	Unternehmen	100
2	Betriebliches Gesundheitsmanagement	Unternehmen	81
3	Arbeitszeit, Arbeitsorganisation und Work-Life-Balance	Unternehmen und Politik	61
4	Übergreifende Maßnahmen	Politik	45
5	Vergütung	Politik und Unternehmen	30

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

Die zusammenfassende Priorisierungsübersicht im Bereich Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation zeigt eine sehr hohe Relevanz des Themenfeldes Führung für die Arbeitsplatzsituation in der Pflege. Eine Vielzahl von evidenzbasierten Studien und Abhandlungen im Bereich der Fach- und Managementliteratur weisen darauf hin, dass das Führungsverhalten der Leitungskräfte einen großen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen, die Gesundheit und die organisationale Bindung der Beschäftigten und letztlich auf die Attraktivität der Einrichtungen hat. Dorthinein spielt auch das Betriebliche Gesundheitsmanagement, das ebenso eine hohe Relevanz hat, wie der ganze Themenkomplex der Arbeitszeitgestaltung. Im Vergleich zu diesen Themenfeldern spielt im einrichtungsbezogenen Zusammenhang die Vergütung zwar insgesamt gesehen eine untergeordnete Rolle beim Arbeitsplatz der Zukunft, hat jedoch in der untersuchten Literatur im Kontext der anderen Themenfelder eine ähnlich hohe Bedeutung wie bspw. Fort- und Weiterbildungsangebote oder die Digitalisierung.

3.3.6.4 Fazit – Gesamtübersicht Gewichtung

Nachfolgende Tabelle zeigt die Maßnahmen der einzelnen Bereiche nach Höhe der Gesamtpunktzahl aufgelistet und stellt somit die aus der systematischen Literaturanalyse ermittelten Maßnahmenbereiche gewichtet und priorisiert dar.

Tabelle 55: Fazit – Gesamtübersicht Gewichtung

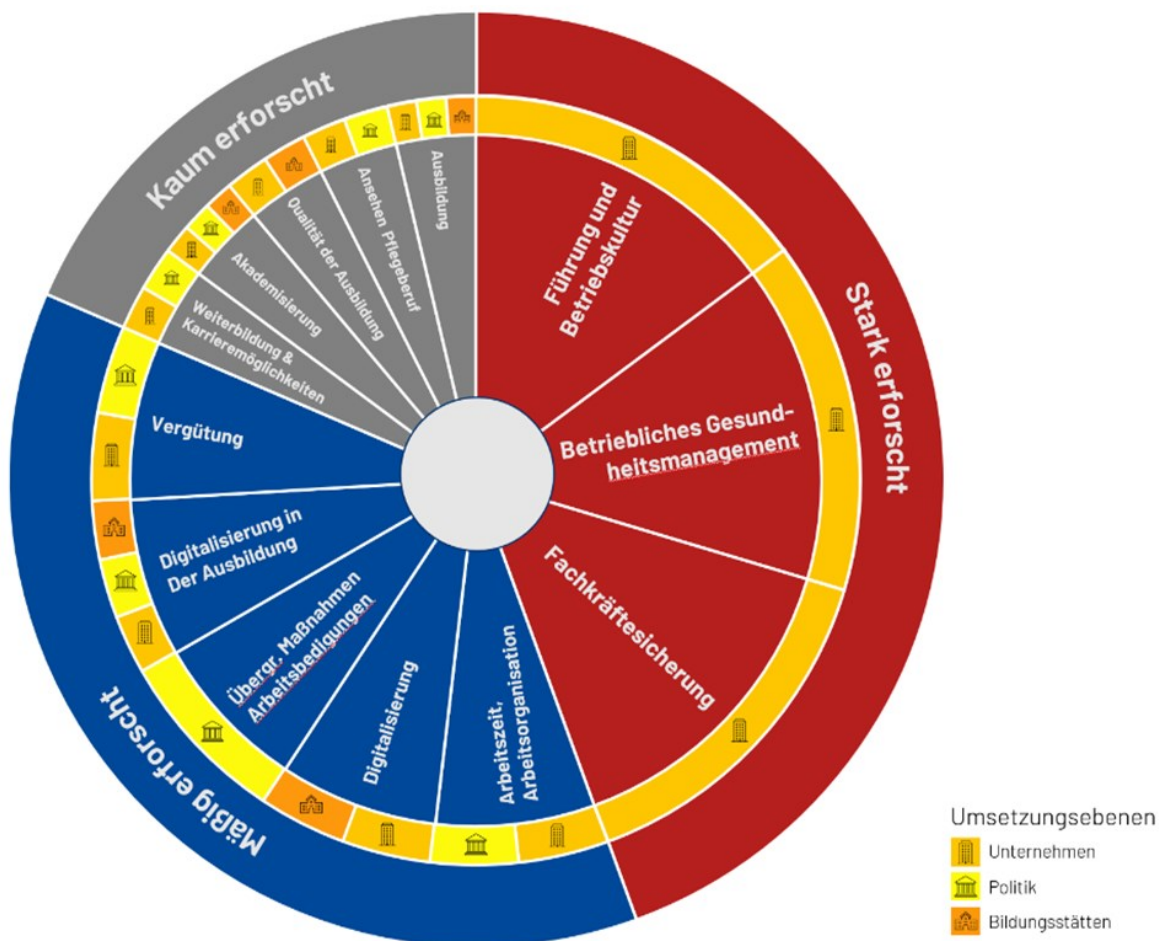
	Maßnahmen im Bereich	Umsetzungs-ebene	Gesamt-punktzahl
1	Führung und Betriebskultur	Unternehmen	100
2	Betriebliches Gesundheitsmanagement	Unternehmen	81
3	Fachkräftesicherung	Unternehmen	78
4	Arbeitszeit, Arbeitsorganisation und Work-Life-Balance	Unternehmen und Politik	61
5	Digitalisierung	Unternehmen und Bildungsstätten	56
6	Übergreifende Maßnahmen Arbeitsbedingungen	Politik	45
7	Digitalisierung in der Ausbildung	Politik, Unternehmen und Bildungsstätten	42
8	Vergütung	Politik und Unternehmen	30
9	Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten	Politik und Unternehmen	22
10	Akademisierung/ Professionalisierung und Generalistik	Politik mit Bildungsstätten und Unternehmen	18
11	Qualität der Ausbildung	Unternehmen und Bildungsstätten	18
12	Ansehen des Pflegeberufs	Politik und Unternehmen	18
13	übergreifende Maßnahmen Aus- und Weiterbildung	Politik mit Unternehmen und Bildungsstätten	8

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

Die Gesamtübersicht zeigt die hohe Relevanz der intraorganisationalen Stellschrauben, wenn es um die derzeitige Arbeitsplatzsituation in der Pflege geht. Angeführt vom Maßnahmenkomplex der Führung und Betriebskultur (Kapitel 3.3.4.2), zeigen sich das Betriebliche Gesundheitsmanagement (Kapitel 3.3.4.3), die Fachkräftesicherung (Kapitel 3.3.2.2) sowie die Arbeitszeit, Arbeitsorganisation und Work-Life-Balance (Kapitel 3.3.4.4) in der Literatur als diejenigen Themen, die vorrangig in Bezug auf den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft betrachtet, analysiert und mit entsprechenden Maßnahmen umzusetzen sind. Dem folgen die Digitalisierung (Kapitel 3.3.2), die von der Politik anzugehenden übergreifenden Maßnahmen (Kapitel 3.3.4.1), die Digitalisierung in der Pflegeausbildung (Kapitel 3.3.3.3) als auch die Vergütung (Kapitel 3.3.4.5). Im unteren Bewertungsdrittel der analysierten Themenfelder aus der Literatur finden sich die Maßnahmenbereiche Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten (Kapitel 3.3.3.5), die Akademisierung, Professionalisierung und Generalistik (Kapitel 3.3.3.4), die Qualität der Ausbildung (Kapitel 3.3.3.2), sowie am Ende das Ansehen des Pflegeberufs (Kapitel 3.3.2.3) und die übergreifenden Maßnahmen in der Aus- und Weiterbildung (Kapitel 3.3.3.1).

Das nachfolgende **Literaturbasierte Maßnahmen-Priorisierungsrad für den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft** (Abbildung 8) gibt eine zusammenfassende grafische Darstellung und damit eine Orientierung, wo Maßnahmen für die Verbesserung der Arbeitsplatzsituation in der Pflege aus Sicht der Literatur primär ansetzen sollten. Dabei stehen die beruflich Pflegenden immer im Mittelpunkt.

Abbildung 8: Literaturbasiertes Maßnahmen-Priorisierungsrad für den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft



Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

4 Analyse der Pflege auf Basis von Unternehmensbewertungsportalen

Die durchgeführte Befragung von beruflich Pflegenden und Führungskräften wird durch eine Analyse der Pflege auf Basis von Unternehmensbewertungsportalen ergänzt¹⁵. Mit Hilfe der Auswertung von Bewertungsportalen können zusätzliche Informationen über die Beschäftigten und deren Arbeitsbedingungen in der Pflege gewonnen werden, die durch klassische Erhebungsverfahren wie z. B. Interviews nur bedingt möglich wären. So lassen sich aus der Analyse u. a. Hinweise darauf gewinnen, wie sich aus Sicht der Bewertenden die Personalsituation darstellt, welche Arbeitsbedingungen herrschen, wie es um die Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf bestellt ist oder welche Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung angeboten werden.

Diese Untersuchung dient somit der Erweiterung und Validierung der Befragungsergebnisse. Dies ermöglicht im Ergebnis eine andere Perspektive auf die Situation in der Pflege, da die wahrgenommene Arbeitsrealität der beruflich Pflegenden untersucht wird. Arbeitszufriedenheit und -bedingungen sowie in diesem Zusammenhang geäußerte Kritik, offene Wünsche und gelungene Aspekte der Beschäftigungsverhältnisse werden in der Untersuchung erfasst und analysiert. Mit Hilfe von Verfahren der künstlichen Intelligenz wird die Lage des Sektors aus Sicht der Arbeitnehmenden, aber auch der zu Pflegenden ermittelt, quantifiziert und so geeignete Maßnahmen zur optimalen Ausgestaltung des Pflegearbeitsplatzes der Zukunft abgeleitet.

4.1 Methodisches Vorgehen

Im Rahmen des hier ausgewählten methodischen Vorgehens – dem sogenannte **Web-Scraping** – können Informationen von Webseiten ausgelesen und analysiert werden. Dadurch werden Ergebnisse gewonnen, die die aktuellen subjektiven Ansichten und Meinungen der Pflegebeschäftigten in Dimensionen wie Lohnniveau, Work-Life-Balance, Weiterbildungsmöglichkeiten, Karrierechancen, Stress und körperliche Belastung abbilden. Darüber hinaus kann auch der Blickwinkel von Pflegeheimbewohner*innen und deren Angehörigen eingefangen werden. Ziel ist es, die Analyseergebnisse durch einen Vergleich mit anderen Branchen (in aggregierter Form der Gesamtwirtschaft) Stärken und Verbesserungspotenziale der Pflege zu identifizieren. Es soll ein umfassendes Bild über die Wahrnehmung und Beurteilung von Pflegeeinrichtungen gewonnen werden. Es wird erarbeitet, welche Faktoren die Arbeitsplatzattraktivität in der Pflege positiv bzw. negativ beeinflussen, um einen optimalen Pflegearbeitsplatz der Zukunft zu entwickeln. Insbesondere soll die Untersuchung der Beantwortung folgender Fragen dienen:

1. Wie wichtig ist den beruflich Pflegenden ein höheres Lohnniveau im Vergleich zu Verbesserungen der Work-Life-Balance?
2. Wie wichtig sind den Beschäftigten im Pflegebereich Weiterbildungsmöglichkeiten?
3. Sind verbesserte Arbeitsbedingungen relevanter als Karrierechancen?
4. Welche Rolle spielen Arbeitszeiten und Belastung?
5. Wünschen sich die Beschäftigten im Pflegebereich mehr technische Unterstützung zur Reduktion der körperlichen Belastung?
6. Wie beurteilen Bewohner*innen, Angehörige und Mitarbeitende die Pflegeeinrichtungen?
7. Unterscheiden sich die Beurteilungen je nach Einrichtungstyp?

¹⁵ Die Erhebung der Daten erfolgte in einem festgelegten Zeitfenster zu Projektbeginn im Jahr 2020, die Auswertung und grafische Umsetzung erfolgte 2021. Die Ergebnisse beziehen sich auf Bewertungen und Daten des Jahres 2020 und tlw. früher.

Um diese Fragen adäquat beantworten zu können, werden zunächst unterschiedliche Datenquellen auf ihre jeweilige Eignung in Bezug auf die Zielsetzung des Forschungsvorhabens geprüft. In Deutschland gibt es eine Vielzahl an Unternehmensbewertungsportalen, die sich teilweise deutlich voneinander unterscheiden. Die Auswahl der für die Untersuchung relevanten Portale orientiert sich maßgeblich an den folgenden Kriterien:

- **Volumen und Nutzung**

Grundlegende Voraussetzung – für die sinnhafte Nutzung einer Plattform als adäquate Datenbasis zur Beantwortung der aufgeworfenen Forschungsfragen – ist eine ausreichende Stichprobengröße, hinreichende Informationsfülle sowie ein relevanter Nutzer- und Rezipientenkreis. Dies bedeutet zum einen, dass die Plattform eine möglichst große Zahl der in Deutschland ansässigen Pflegeeinrichtungen umfasst. Zum anderen, dass die einzelnen Einrichtungen jeweils möglichst viele Bewertungen in Bezug auf die relevanten Bewertungskriterien aufweisen.

- **Struktur und Aufbau**

Die Plattformen müssen, um eine zielführende Datenextraktion zu erlauben, durch ihre Struktur und ihren Aufbau eine Abgrenzung der Pflegebranche zu einem Mindestmaß erlauben. Es muss also sichergestellt werden können, dass der Pflegesektor über die Plattform abbildbar ist. So existiert eine Reihe von Plattformen, die zwar eine Vielzahl von Unternehmen und Einrichtungen umfassen, jedoch keinerlei Möglichkeit bieten diese für die Pflege branchenspezifisch herauszulösen.

- **Inhaltliche Relevanz**

Die auf der Plattform bereitgestellten Informationen müssen größtmöglichen inhaltlichen Bezug zu den oben genannten Fragestellungen haben. Von großer Bedeutung ist hier sowohl die grundsätzliche Abdeckung des Pflegesektors durch die Plattform als auch die Möglichkeit zur spezifischen Adressierung der einzelnen Fragen auf Grundlage der Bewertungen auf der jeweiligen Plattform.

- **Datenqualität**

Online-Bewertungen haben mitunter einen schlechten Ruf hinsichtlich ihrer Validität und Aussagekraft. Gerade um einen möglicherweise den Daten inhärenten Bias herausrechnen zu können, ist eine hinreichende Qualität der Daten unabdingbar. Dies bezieht sich dabei auf Datenumfang, den Anteil fehlender oder fehlerhafter Werte, sowie die Möglichkeit zur kategoriellen und sektoralen Differenzierung, um Qualitätsabgleiche in Bezug auf die extrahierte Information vornehmen zu können. Mittels Verfahren der Künstlichen Intelligenz können Muster und Auffälligkeiten in Bewertungsdaten identifiziert und eliminiert werden. Zum anderen lässt sich ein möglicherweise vorliegender Bias aufgrund von Fake- und/oder Negativbewertungen bei ausreichend großer Stichprobe im Datenabgleich zwischen den einzelnen Branchen mit geeigneten methodischen Verfahren systematisch bereinigen und nivellieren.

- **Technische Machbarkeit**

Zur Extraktion der Daten wird auf die Technik des sogenannten **Web-Scraping** zurückgegriffen. Dies bedeutet, dass die auszuwertenden Plattformen mittels einer eigens für dieses Forschungsprojekt entwickelten Software weitestgehend automatisiert auf- und die

relevanten Informationen abgerufen werden. Dabei ist zu beachten, dass nicht sämtliche Informationen einer Plattform unmittelbar extrahiert und ausgewertet werden können. So ist die Auswertung von Daten in Grafik, Video oder Audioform zwar grundsätzlich technisch realisierbar, der hierfür nötige Arbeitsaufwand würde den Nutzen aber vermutlich bei weitem übersteigen. Dementsprechend kommen für das Projekt nur Plattformen in Frage, die Informationen auch in Textform bereitstellen.

Auf Grundlage dieser fünf Kriterien wurden mehrere Plattformen¹⁶ auf ihre Verwendbarkeit evaluiert und schließlich zwei Plattformen selektiert: **kununu**¹⁷ und **werpflegtwie**¹⁸. Diese beiden Plattformen wurden u. a. deswegen ausgewählt, da sie sich in Bezug auf die Erfüllung der genannten Kriterien gut ergänzen.

kununu ist nach eigenen Angaben derzeit mit über vier Millionen Bewertungen zu mehr als 900.000 Unternehmen die größte Arbeitgeber-Bewertungsplattform in Europa. Zwar sind viele deutsche Pflegeeinrichtungen auf kununu vertreten, der Pflegesektor in seiner Gesamtheit lässt sich jedoch nur annäherungsweise herauslösen. So kann auf der Plattform die Auswahl der Unternehmen und Einrichtungen auf den Bereich **Gesundheit/Soziales/Pflege** beschränkt werden, eine genauere Abgrenzung der Pflege ist jedoch nicht möglich. Dementsprechend punktet kununu beim Kriterium **Volumen und Nutzung**, es müssen aber gewisse Abstriche im Bereich **Struktur und Aufbau** gemacht werden. In Bezug auf eine einzelne Einrichtung ist **Inhaltliche Relevanz** dagegen weitestgehend erfüllt. Die einzelnen Bewertungen lassen sich nach zahlreichen Kategorien (u. a. zu Unternehmenskultur, gebotenen Zusatzleistungen, Position und Unternehmensbereich), die einen großen inhaltlichen Bezug zu den aufgeworfenen Forschungsfragen haben, unterteilen. Die von der Plattform extrahierten Datensätze sind größtenteils vollständig. Die große Anzahl der Bewertungen und die Möglichkeit Branchenabgleiche vorzunehmen, trägt ebenfalls positiv zur **Datenqualität** bei. Zwar werden einige Informationen aus illustrativen Gründen auf der Plattform als Grafiken oder Icons präsentiert, aus dem zugrundeliegenden Quellcode können diese jedoch auch in Textform ausgelesen werden, so dass es in Bezug auf die **Technische Machbarkeit** bei der Plattform kununu keine Hindernisse gibt.

werpflegtwie war das erste deutsche Portal mit spezifischem Fokus auf die Bereiche **Betreuung und Pflege**. Mittlerweile umfasst es mehr als 25.000 Anbieter*innen mit ca. 9.000 Bewertungen. Dementsprechend fällt die Plattform in Bezug auf **Volumen und Nutzung** zwar deutlich gegenüber den absoluten Zahlen von kununu ab, dafür ist bei werpflegtwie durch den ausschließlichen Fokus auf den Pflegesektor keine weitere Abgrenzung der Branche über **Struktur und Aufbau** der Plattform notwendig. Zudem lassen sich einzelne Einrichtungstypen auf der Plattform genauer betrachten.¹⁹ Die Plattform werpflegtwie hat darüber hinaus gegenüber kununu den Vorteil, dass die Pflegebranche aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet werden kann. So können auf ihr sowohl Pflegebedürftige und ihre (pflegenden) Angehörigen, Gäste und Freunde als auch Beschäftigte oder Ehrenamtliche Bewertungen abgeben. Diese Bewertungsmöglichkeit offeriert eine zusätzliche Analyseperspektive. Somit haben die Informationen der Plattform hohe **inhaltliche Relevanz** in Bezug auf die Forschungsfragen, obgleich die Bewertungsoptionen der Plattform nicht annähernd so

¹⁶ „Pflegeplattform24“, „Pflege-Navigator“, „c“, „Weisse Liste“, „Heimverzeichnis“, „kununu“, „werpflegtwie“

¹⁷ <https://www.kununu.com/>

¹⁸ <https://www.werpflegtwie.de/>

¹⁹ Die Plattform gibt Auskunft über sechs verschiedene Einrichtungstypen. Dazu zählen ambulante Pflegedienste, soziale Betreuung, stationäre Pflegeheime, Tagespflege, Pflege-Wohngemeinschaften und betreutes Wohnen.

ausdifferenziert sind wie auf kununu. Hinsichtlich der **Datenqualität** schafft werpflęgtwie insofern Transparenz, als dass bei jeder Bewertung vermerkt ist, ob diese online oder postalisch eingereicht wurde. Da neben dem Pflegesektor keine weiteren Branchen auf der Plattform vertreten sind, lassen sich allerdings Auffälligkeiten in den Bewertungsmustern nur zwischen den Einrichtungen, nicht jedoch zwischen den verschiedenen Branchen feststellen. werpflęgtwie setzt bei der Darstellung der Bewertung teilweise auf iconbasierte Lösungen. Diese können jedoch mittels des entwickelten Web-Scraping-Tools in Textdaten überführt werden, so dass hinsichtlich der **Technischen Machbarkeit** keine Beschränkungen vorliegen.

Beide Plattformen haben ein großes Analysepotenzial für das Forschungsvorhaben. Durch die Kombination beider Plattformen kann ein zusätzlicher Mehrwert gewonnen werden, da ihre genannten Eigenschaften und Vorteile sehr komplementär ausgestattet sind. Das Analyseverfahren sieht dabei vor, sich zunächst über kununu einen umfassenden Überblick über die Gesundheits-, Sozial-, und Pflegebranche (GSP-Branche) insgesamt zu verschaffen und die Branche durch einen Vergleich mit Einrichtungen und Unternehmen anderer Branchen gesamtweitlich einzuordnen. Anschließend werden diese Ergebnisse durch werpflęgtwie vertieft, um die Besonderheiten der Pflegebranche genau herausarbeiten zu können und über die Perspektive der zu Pflegenden zusätzlichen Erkenntnisgewinn zu generieren.

Durch die Analyse der Arbeitgeber-Bewertungen wird untersucht, wie attraktiv der Pflegebereich für Arbeitnehmende im Vergleich zur Gesamtwirtschaft ist. Dazu wurden im Rahmen dieser Studie mehr als 350.000 Nutzerbewertungen von kununu algorithmisch extrahiert und ausgewertet. Mit Hilfe des Web-Scraping-Verfahrens können Bewertungen von mehreren tausend Arbeitnehmenden ausgewertet werden. Die Analyse umfasst dabei Unternehmen der GSP-Branche. Darüber hinaus werden auch Bewertungen von Arbeitgebenden der weiteren Branchen ausgewertet, um die Analyseergebnisse des Sektors – an geeigneten Stellen – denen der Gesamtwirtschaft gegenüberstellen und somit besser einordnen zu können.

Die Ergebnisse werden in zwei verschiedenen Analysedimensionen vorgestellt. Zunächst erfolgt die Auswertung der kununu-Plattform. Dabei werden neben den Zusatzleistungen, die Arbeitgebende anbieten, die Einschätzung der Arbeitnehmenden zu ihrem Arbeitsplatz anhand unterschiedlicher Kriterien aufgezeigt. Hierbei lassen sich durch Bewertungen von insgesamt 13 verschiedenen Bewertungskategorien sowie die am jeweiligen Arbeitsplatz gebotenen Zusatzleistungen (Benefits) Rückschlüsse auf die Attraktivität der Pflegebranche erzielen. Diese 13 Bewertungskategorien werden für die Auswertung nochmals zu fünf Oberkategorien (Abbildung 9) zusammengefasst, um so die Anschlussfähigkeit zu der Primärdatenerhebung gewährleisten zu können.

Abbildung 9: Übersicht der Kategorien

	Übergeordnete Kategorie	Kategorie aus „kununu“
	Vereinbarkeit Familie & Beruf	Work-Life-Balance
	Führungsstil	Arbeitsatmosphäre, Vorgesetztenverhalten, Kommunikation
	Arbeitsbedingungen	Kollegenzusammenhalt, Interessante Aufgaben, Arbeitsbedingungen, Umwelt- und Sozialbewusstsein, Gehalt/Sozialleistungen
	Aus- und Weiterbildung	Weiterbildung
	Diversity	Gleichberechtigung, Umgang mit älteren Kollegen

Quelle: Eigene Darstellung, WifOR, 2021

Bei der anschließenden Auswertung der werpflegt wie Plattform werden neben der abgegebenen Gesamtbewertung, die drei Kategorien **Freundlichkeit**, **Kompetenz** sowie **Zuverlässigkeit** genauer betrachtet. Außerdem wird die Analyse differenziert nach Angehörigen, Besucher*innen, Bewohner*innen und Mitarbeitenden durchgeführt. Dabei werden die abgegebenen Bewertungen sowohl hinsichtlich des Einrichtungstyps (**Ambulante Pflege und Betreuung**, **Stationäre Pflege** und **Hybride Einrichtung**) als auch im Zeitverlauf genauer untersucht.

4.2 Überblick der Ergebnisse der Untersuchung

Die Ergebnisse²⁰, die mittels des zuvor beschriebenen Web-Scraping Verfahrens gewonnen wurden, werden nachfolgend zunächst für die Plattform kununu und anschließend für die Plattform werpflegt wie dargelegt. Da bei der Analyse unterschiedliche Forschungsfragen adressiert werden, sind die Auswertungsergebnisse in einzelnen Unterkapiteln beschrieben.

4.2.1 Auswertungsergebnisse der kununu-Plattform

Die Bewertung des Arbeitsumfeldes anhand der oben angesprochenen Kategorien erfolgt dabei mit Hilfe einer Likert-Skala in Form von Sternen. Hierbei steht ein Stern für eine sehr schlechte Bewertung und fünf Sterne entsprechend für die beste Bewertung. Aus diesen Einschätzungen der einzelnen Kategorien ergibt sich die Gesamtbewertung für das jeweilige Unternehmen. Unter den Kategorien sind sowohl solche vertreten, die die Karrierechancen im Unternehmen beschreiben wie z. B. die Kategorie Aus- und Weiterbildung, als auch Faktoren wie z. B. das Vorgesetztenverhalten (Kategorie Führungsstil), die Rückschlüsse auf das Arbeitsklima zulassen. Auf Basis der Gesamtbewertungen der einzelnen Unternehmen wird anschließend die Bewertung der GSP-Branche sowie die der Gesamtwirtschaft berechnet.

²⁰ Die hier dargestellten Ergebnisse entsprechen teilweise denen des Zwischenberichts. Dies ist der Fall, da es sich gezeigt hat, dass im Zeitraum zwischen Zwischen- und Endbericht nur in zu vernachlässigendem Maße neue Bewertungen auf der kununu-Plattform eingegangen sind. Eine neuerliche Auswertung hätte daher keinen Mehrwert gebracht. Stattdessen wurden die Zwischenergebnisse um zusätzliche Analysen ergänzt.

4.2.1.1 Bewertungen nach Kategorien und Vergleich mit der Gesamtwirtschaft

Aus Sicht der Mitarbeitenden wird die GSP-Branche durchschnittlich mit 3,4 von fünf möglichen Sternen bewertet, womit sie nur knapp unter der Bewertung für die Gesamtwirtschaft liegt. Werden die von den Auszubildenden abgegebenen Bewertungen zu Grunde gelegt zeigt sich, dass diese die GSP-Branche im Schnitt mit 3,8 besser bewerten als die Mitarbeitenden. Jedoch liegt auch hier die Bewertung für die GSP-Branche knapp unter der Gesamtwirtschaft.

Sowohl bei der GSP-Branche als auch auf gesamtwirtschaftlicher Ebene schneidet die Kategorie **Diversity** am besten ab, dicht gefolgt von **Arbeitsbedingungen** (Abbildung 10). Von Beschäftigten der GSP-Branche wird im Kontext von **Diversity** u. a. positiv bewertet, dass alle im Team unabhängig von ihrer Position (bspw. Wiedereinsteiger*in oder Praktikant*in), Alter, Herkunft oder Geschlecht gleichbehandelt und geschätzt werden. Bei den **Arbeitsbedingungen** kann die Branche bspw. mit interessanten Aufgaben und wechselnden Einsatzgebieten punkten. Auch der gute Zusammenhalt im Team wird erwähnt.

Abbildung 10: Ranking der Kategorien der Unternehmenskultur für die Gesundheits-, Sozial- und Pflegebranche im Vergleich mit der Gesamtwirtschaft



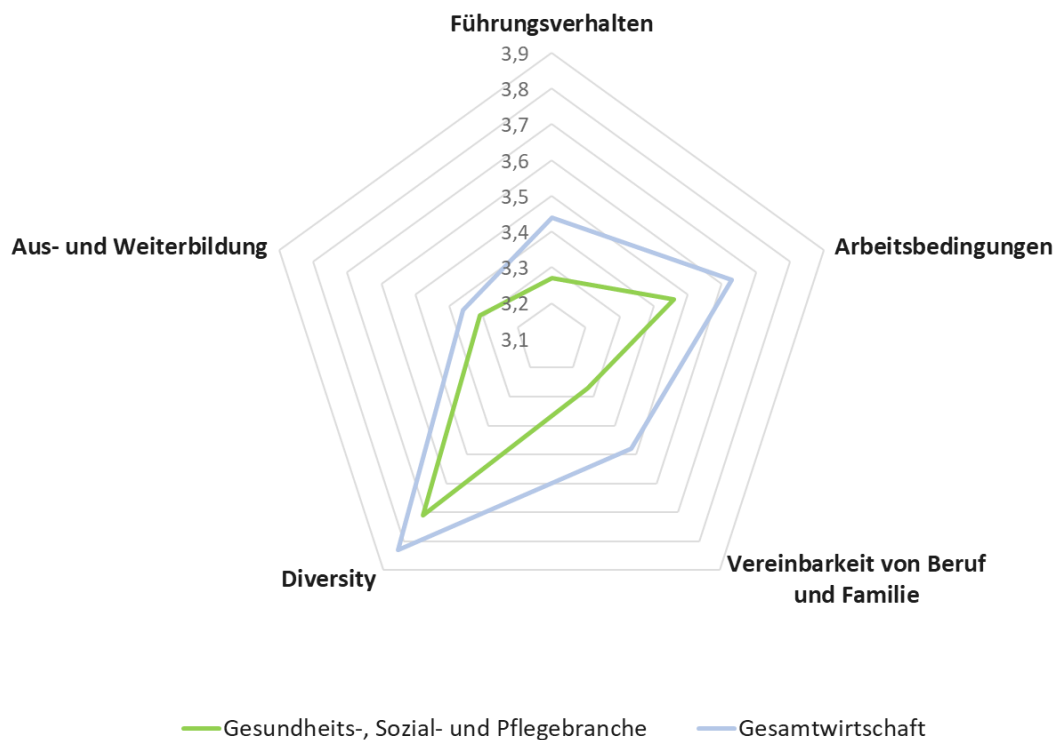
(GSP-Branche n=13.955; Gesamtwirtschaft n=71.247)

Quelle: Eigene Berechnung, WifOR, 2021

Im weiteren Ranking weicht die GSP-Branche nur noch hinsichtlich der Platzierung der Kategorien **Aus- und Weiterbildung** sowie **Vereinbarkeit von Beruf und Familie** von dem der Gesamtwirtschaft ab. Es werden u. a. die Arbeitszeiten und notwendigen Überstunden kritisiert, die die Vereinbarkeit von Familie bzw. Sozialleben und Beruf erschweren.

Entsprechend ergibt sich für die Kategorie **Vereinbarkeit von Beruf und Familie** auch die höchste Abweichung bei den durchschnittlichen Bewertungen zwischen GSP-Branche und Gesamtwirtschaft. In Abbildung 11 werden diese Abweichungen detaillierter dargestellt.

Abbildung 11: Abweichungen der Bewertungen für die Gesundheits-, Sozial- und Pflegebranche im Vergleich zur Gesamtwirtschaft



(GSP-Branche n=13.955; Gesamtwirtschaft n=71.247)

Quelle: Eigene Berechnung, WifOR, 2021

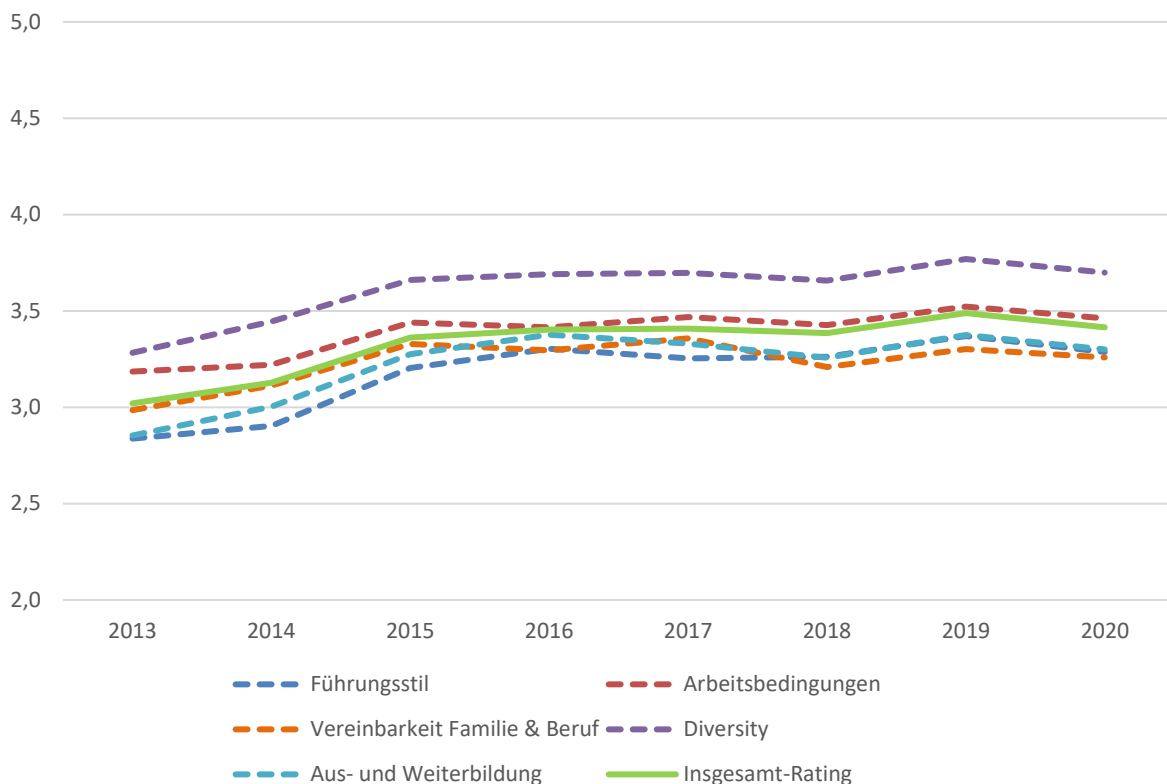
Von allen Kategorien ist der Unterscheid zwischen der GSP-Branche und der Gesamtwirtschaft bei Bewertungen der **Aus- und Weiterbildung** am geringsten. Innerhalb der jeweiligen Branchen weist diese Kategorie jedoch unterschiedliche Ränge auf (Abbildung 10). Bei der GSP-Branche befindet sie sich auf dem dritten Platz, in der Gesamtwirtschaft hingegen auf dem letzten. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte die hohe Institutionalisierung von Schulungen und Weiterbildungen in der GSP-Branche z. B. über die bundeslandspezifischen Berufsordnungen sein.

Im Gegensatz dazu sind innerhalb des Vergleichs die Kategorien **Diversity**, **Arbeitsbedingungen** und **Führungsverhalten** jeweils auf den gleichen Rängen vertreten (Abbildung 10). Es zeigt sich dabei jedoch ein deutliches Gefälle. Die Kategorien **Führungsverhalten** und **Arbeitsbedingungen** weisen einen ähnlich ausgeprägten Unterschied zwischen den Branchen auf. Danach folgt **Diversity** (Abbildung 11).

Grundsätzlich ist zu konstatieren, dass alle Kategorien unter dem Niveau der Gesamtwirtschaft liegen. Abbildung 11 fasst grafisch zusammen, dass Bewertungen der Mitarbeitenden der GSP-Branche im Vergleich zur Gesamtwirtschaft in allen Kategorien niedriger bewerten. Dies verdeutlicht, dass vor allem im Bereich der **Vereinbarkeit von Beruf und Familie**, den **Arbeitsbedingungen** und dem **Führungsverhalten** Handlungsbedarf in der GSP-Branche besteht. Die hier festgestellte Abweichung zwischen den beiden Branchen zeigt sich ebenfalls bei der Untersuchung der vom Arbeitgebenden gebotenen Zusatzleistungen (Benefits).

4.2.1.2 Bewertungen der Kategorien im Zeitverlauf

Abbildung 12: Die Bewertung der einzelnen Kategorien vom Jahr 2013 bis 2020



(n=13.955)

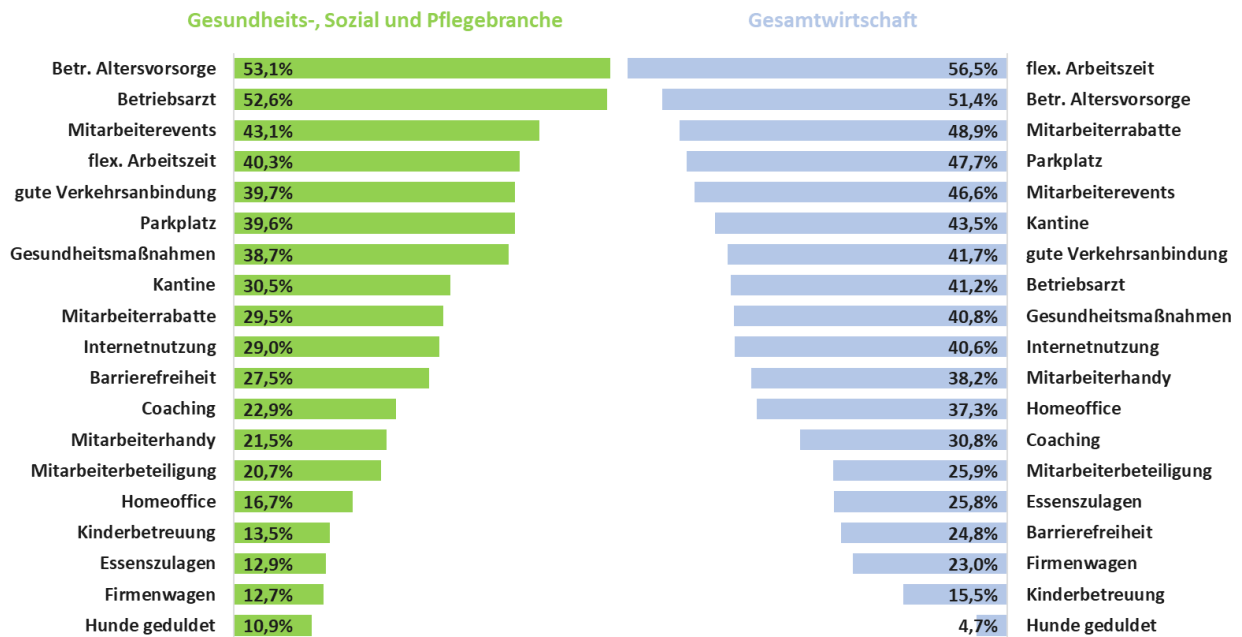
Quelle: Eigene Berechnung, WifOR, 2021

Werden die zuvor beschriebenen Kategorien im Zeitverlauf betrachtet, zeigt sich, dass alle Kategorien im Jahr 2020 verglichen mit dem Jahr 2013 besser bewertet wurden. Auffällig ist, dass **Diversity** im gesamten Zeitverlauf am besten bewertet wurde, gefolgt von der Kategorie **Arbeitsbedingungen**. Weniger Sterne erhielten die Kategorien **Führungsstil** sowie **Aus und Weiterbildung**. Die Bewertung dieser Kategorien hat sich zwar insgesamt verbessert, allerdings sind die zwei Kategorien ebenso wie die Kategorie **Vereinbarkeit von Beruf und Familie** im gesamten Zeitverlauf schlechter bewertet worden als die Kategorien **Arbeitsbedingungen** und **Diversity**.

4.2.1.3 Angebotene Zusatzleistungen im Vergleich

In dem betrachteten Arbeitgeber-Bewertungsportal besteht neben der Bewertung der Unternehmenskultur auch die Möglichkeit, durch Arbeitgebende gebotene Zusatzleistungen (Benefits) anzugeben. Die Arbeitnehmenden können aus insgesamt 19 vorgeschlagenen Zusatzleistungen, wie z. B. Homeoffice, Kantine oder betrieblicher Altersvorsorge, usw., die bei ihnen zutreffenden kennzeichnen. Neben der Auswertung der Bewertungskategorien stellt die Darstellung aller gebotenen Zusatzleistungen eine weitere Möglichkeit dar, die Attraktivität der Arbeitgebenden in der Gesundheits-, Sozial- und Pflegebranche zu beurteilen und mit der Gesamtwirtschaft zu vergleichen. Die folgenden Abbildungen geben einen Überblick über die bereitgestellten Zusatzleistungen der GSP-Branche im Vergleich zur Gesamtwirtschaft. Zunächst wird der Anteil der jeweiligen Zusatzleistung an allen angegebenen Zusatzleistungen für die GSP-Branche bzw. die Gesamtwirtschaft dargestellt.

Abbildung 13: Relative Verteilung der Zusatzleistungen (Benefits) im Branchenvergleich



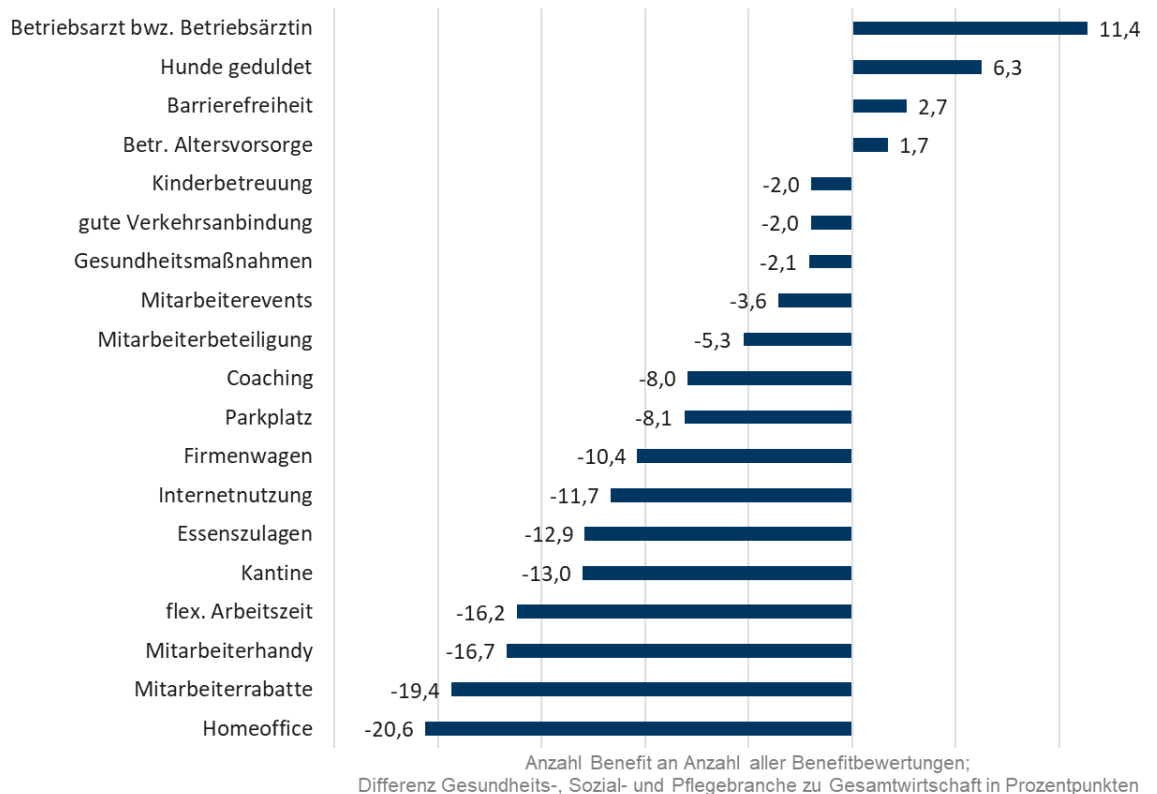
(GSP-Branche n=13.955; Gesamtwirtschaft n=71.247)

Quelle: Eigene Berechnung, WifOR, 2021

Durch diese Auswertung wird deutlich, dass in der GSP-Branche die Zusatzleistung **betriebliche Altersvorsorge** mit 53 Prozent am häufigsten angegeben wurde. Bei der Gesamtwirtschaft wird der Benefit **flexible Arbeitszeiten** mit knapp 57 Prozent am häufigsten genannt, wohingegen er in der GSP-Branche erst an vierter Stelle folgt (40,3 Prozent). Am seltensten wird in den Unternehmen und Einrichtungen der Benefit **Hunde geduldet** (10,9 bzw. 4,7 Prozent) geboten. Insgesamt deutet die Darstellung auf einige Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede zwischen GSP-Branche und Gesamtwirtschaft hin.

Um den Vergleich der GSP-Branche mit der Gesamtwirtschaft detaillierter zu betrachten, wird in einem nächsten Schritt die Differenz der ermittelten Anteile der Zusatzleistungen der Gesamtwirtschaft und der Anteile der Zusatzleistung der GSP-Branche berechnet. Eine positive Differenz bedeutet demnach, dass die entsprechende Zusatzleistung von den Beschäftigten in der Gesundheits-, Sozial- und Pflegebranche häufiger genannt wird als von Beschäftigten der Gesamtwirtschaft.

Abbildung 14: Vergleich der Bewertungen der Zusatzleistungen (Benefits) zwischen der Gesundheits-, Sozial- und Pflegebranche und der Gesamtwirtschaft



(GSP-Branche n=13.955; Gesamtwirtschaft n=71.247)

Quelle: Eigene Berechnung, WifOR, 2021

Allerdings muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass Unterschiede in der Bereitstellung einer Betriebsärztin bzw. eines Betriebsarztes, der Möglichkeit der Nutzung von Homeoffice oder flexiblen Arbeitszeiten vor allem auf die strukturellen Unterschiede zwischen den Branchen zurückzuführen sind. So erscheint das Arbeiten im Homeoffice aufgrund der Tätigkeiten in der GSP-Branche eine eher geringere Rolle einzunehmen.

Auch wenn die Bewertungen dieser Benefits nicht berücksichtigt werden, ergeben sich immer noch beträchtliche Unterschiede zur Gesamtwirtschaft. Es wird deutlich, dass in der GSP-Branche nur vier der betrachteten 19 Benefits häufiger angeboten werden als in der Gesamtwirtschaft. Hierunter fallen beispielsweise **betriebliche Altersvorsorge** und **Barrierefreiheit**. Besonders beachtlich fallen die Unterschiede im Bereich Kantine, flexible Arbeitszeit sowie Mitarbeiterhandy und -rabatte aus. Diese Benefits werden in der Gesamtwirtschaft deutlich häufiger angeboten als in der Gesundheits-, Sozial- und Pflegebranche.

Zusammenfassend kann durch die Analyse gezeigt werden, dass in der GSP-Branche weniger Zusatzleistungen angeboten werden als in der Gesamtwirtschaft. Hinsichtlich der gebotenen Benefits scheint die Gesundheits-, Sozial- und Pflegebranche somit weniger attraktiv als andere Branchen zu sein. Dieses Ergebnis deckt sich auch mit den obigen Auswertungen bezüglich der Unternehmenskultur, da die Beschäftigten der GSP-Branche jede der aufgezeigten Kategorien schlechter bewerten als die Beschäftigten der Gesamtwirtschaft. Bestimmte Zusatzleistungen können

den Arbeitgebenden der Gesundheits-, Sozial- und Pflegebranche also unter Umständen helfen ihre Attraktivität weiter zu steigern und somit Erfolg bei der Fachkräftesuche bzw. -bindung erzielen.

4.2.1.4 Freitextanalyse abgegebener Bewertungen

Über die Analyse der von kununu unmittelbar bereitgestellten Kategorien zur Unternehmenskultur und gebotenen Benefits hinaus, wird eine Freitextanalyse der in Textform geäußerten Bewertungen vorgenommen. Dies dient dazu noch tiefergehende Erkenntnisse zu Indikatoren guter Arbeitsbedingungen gewinnen. Zu diesem Zweck wurden zunächst auf Grundlage des von Los 2 identifizierten Indikatorensets durch manuelle Annotation einer Stichprobe der Bewertungen die neun am meisten genannten Kategorien von Verbesserungsvorschlägen identifiziert. Durch dieses Vorgehen wurden folgende Kategorien identifiziert:

Abbildung 15: Kategorien von Verbesserungsvorschlägen

Kategorie	Verbesserungen bspw. hinsichtlich...
Gehalt	... der Bezahlung einschließlich Sonderzahlungen (Urlaubs- / Weihnachtsgeld), Altersvorsorge und Extras (z. B. Jobticket).
Unterstützung	... Begleitung durch oder Erreichbarkeit von Vorgesetzten.
Arbeitsklima	... der Teamarbeit und dem Umgang der Kolleg*innen untereinander sowie der Kommunikation und dem Zusammenhalt.
Führungsstil	... Kommunikation von und Teilhabe an Entscheidungen.
Wertschätzung	... der Anerkennung und dem Respekt gegenüber Mitarbeiter*innen durch Vorgesetzte.
Arbeitszeitgestaltung	... der Regelungen bzgl. der Überstunden, Pausen und dem Schichtbetrieb.
Karriere	... der Möglichkeiten zu Weiter- und Fortbildungen sowie Aufstiegschancen (Beförderungen).
Arbeitsbelastung	... physischer und psychischer Beanspruchung.
Work-Life-Balance	... Balance zwischen Arbeits- und Privatleben.

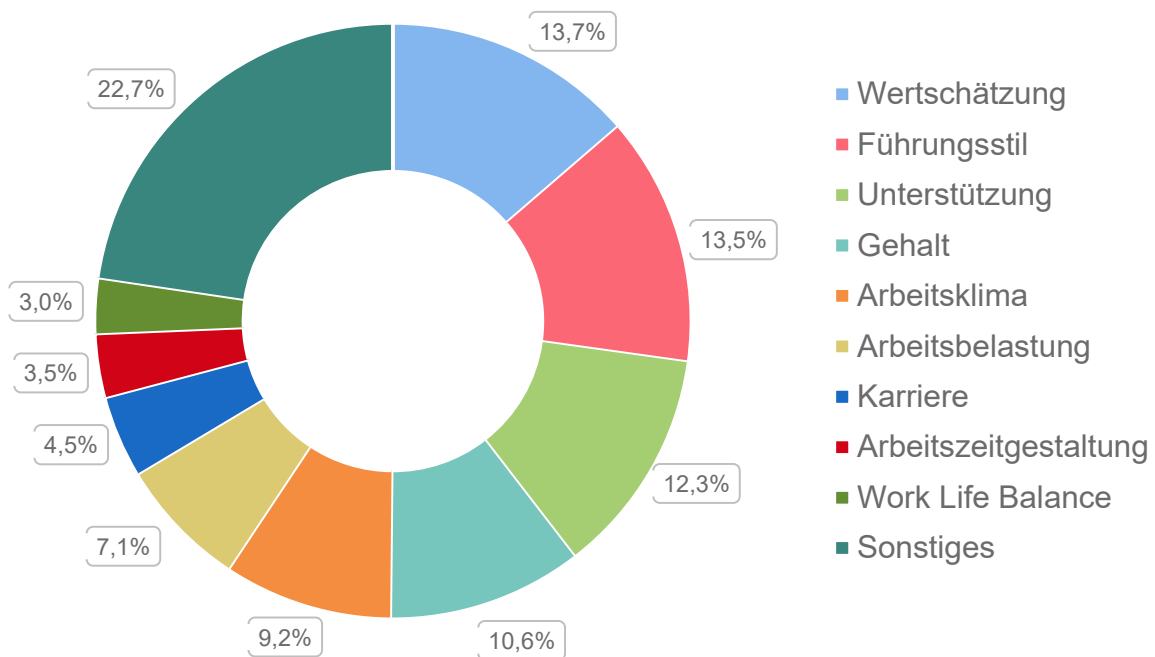
Quelle: Eigene Darstellung, WifOR, 2021

Anschließend wurden sämtliche weiteren Bewertungen algorithmisch in diese Kategorien klassifiziert, d. h. es wurden automatisiert die in den jeweiligen Bewertungstexten adressierten Aspekte erfasst.

Dazu wurden die einzelnen Bewertungen mittels einer Multi-Label-Text-Klassifikation²¹ kategorisiert.

Zunächst wird untersucht, wie sich die von Mitarbeitenden der GSP-Branche geäußerten Verbesserungsvorschläge auf die einzelnen Kategorien verteilen.

Abbildung 16: Anteil geäußerte Verbesserungsvorschläge je Kategorie in der GSP-Branche



(n=6.697)

Quelle: Eigene Berechnung, WifOR, 2021

Dabei zeigt sich, dass der größte Teil der Verbesserungsvorschläge der Kategorie **Wertschätzung** zuzurechnen ist (13,7 Prozent). Die Kategorie bezieht sich dabei nicht auf die Wertschätzung, die den Beschäftigten gesamtgesellschaftlich entgegengebracht wird, sondern meint unmittelbare Wertschätzung durch Vorgesetzte. Knapp dahinter, auf dem zweiten Rang liegend, folgt die Kategorie **Führungsstil** (13,5 Prozent). Passend dazu reiht sich an dritter Stelle mit 12,3 Prozent **Unterstützung** ein. Diese Kategorie umfasst Forderungen und Wünsche nach mehr Unterstützung der Mitarbeitenden speziell von ihren Vorgesetzten. Auffällig ist somit, dass alle drei genannten Kategorien von Verbesserungsvorschlägen sich auf den großen Bereich Führung konzentrieren. Die Art und Weise wie die Einrichtungen in der GSP-Branche geleitet werden und welche Rolle Mitarbeitenden zu Teil wird ist in den Augen der Beschäftigten besonders verbesserungswürdig.

Ein Aspekt, dem in der öffentlichen Diskussion meist ein größerer Stellenwert zu Teil wird als dem der Führung, nämlich der der Vergütung, wird von den Mitarbeitenden nur am vierthäufigsten genannt

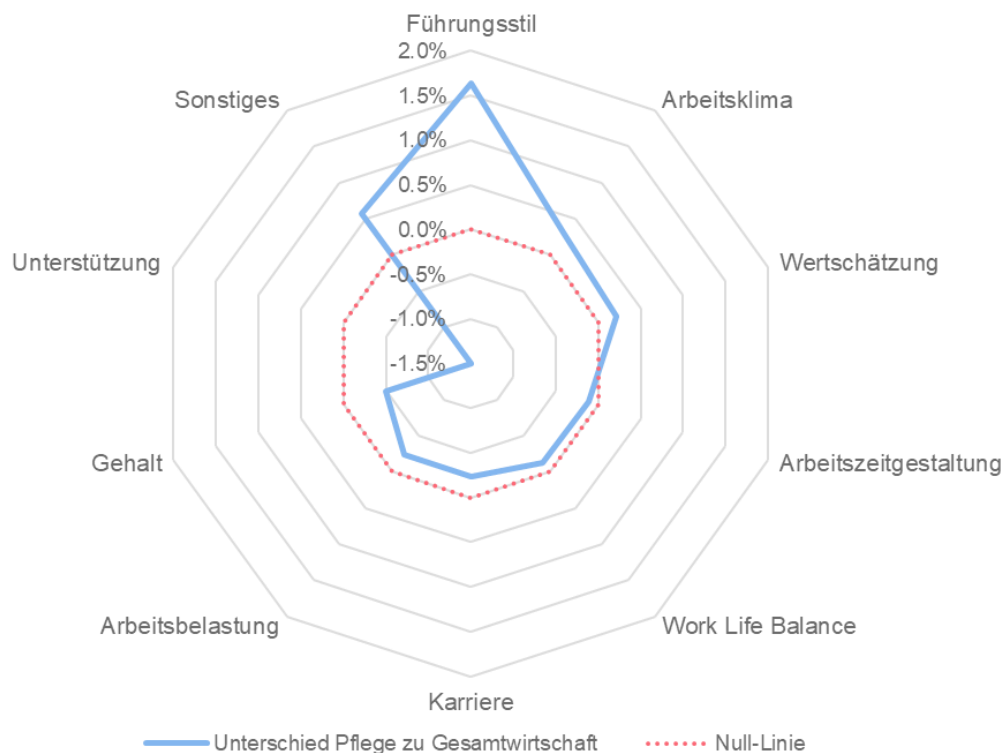
²¹ Dazu zunächst eine manuelle Annotation von 2.500 Verbesserungsvorschlägen vorgenommen. Auf Basis dieser Annotationsgrundlage (Trainingsdatensatz) konnte anschließend mit Hilfe einer Modellvariante des DistilBERT-Algorithmus die Klassifikation vorgenommen werden.

(10,6 Prozent). **Arbeitsklima** (9,2 Prozent) und **Arbeitsbelastung** (7,1 Prozent) werden ebenfalls noch vergleichsweise häufig angesprochen. Diese Punkte gilt es nicht isoliert zu betrachten, da sie sich teilweise gegenseitig bedingen. So kann bspw. eine hohe Arbeitsbelastung dazu führen, dass sich das Arbeitsklima verschlechtert. Die Kategorien **Karriere** (4,5 Prozent), **Arbeitszeitgestaltung** (3,5 Prozent) und **Work-Life-Balance** (3,0 Prozent) wurden hingegen nur vergleichsweise selten genannt.

Verbesserungsvorschläge, die keiner der vorgenannten neun Kategorien zugeordnet werden können, werden unter der Kategorie **Sonstiges** (22,7 Prozent) subsumiert. Fast ein Viertel aller geäußerten Wünsche und Forderungen bezieht sich somit auf weitere, hier nicht erfasste Aspekte, was die große inhaltliche Bandbreite der genannten Verbesserungsvorschläge zeigt.

Um die Größenverhältnisse der Anteile innerhalb der GSP-Branche noch besser einordnen zu können, wird darüber hinaus auch hier ein Vergleich mit den Anteilen der Gesamtwirtschaft vorgenommen. Wie sich die Verteilung der Verbesserungsvorschläge zwischen GSP-Branche und Gesamtwirtschaft unterscheidet, ist in nachfolgender Abbildung 17 dargestellt.

Abbildung 17: Vergleich Verbesserungsvorschläge zwischen GSP-Branche und Gesamtwirtschaft



(GSP-Branche n=6.697; Gesamtwirtschaft n=36.381)

Quelle: Eigene Berechnung, WifOR, 2021

Dargestellt ist dabei die Differenz der Anteile von GSP-Branche und Gesamtwirtschaft, die jeweils auf die einzelnen Kategorien entfallen. Liegt für eine Kategorie die Linie **Unterschied Pflege zu Gesamtwirtschaft** (blau) weiter (oder näher) vom Zentrum entfernt als die Null-Linie (rot) ist der Anteil, der auf diese Kategorie in der GSP-Branche entfällt, größer (oder kleiner) als der entsprechende Anteil in der Gesamtwirtschaft. Demnach übersteigt der Wert für die GSP-Branche den der Gesamtwirtschaft am deutlichsten in der Kategorie **Führungsstil** (+1,6 Prozentpunkte). Dies bekräftigt den Eindruck, dass der Aspekt Führung besonders im Pflegesektor Ansatzpunkt für

Verbesserungsmaßnahmen sein könnte. Auch bei den Kategorien **Arbeitsklima** und **Wertschätzung** sind die Anteile in der GSP-Branche jeweils größer. Bei allen sechs weiteren Kategorien sind die Verhältnisse dagegen umgedreht. Demzufolge wird auch der Aspekt **Gehalt** in der GSP-Branche seltener genannt als in der Gesamtwirtschaft. Lediglich bei **Sonstiges** ist der Anteil bei der GSP-Branche nochmals größer als bei der Gesamtwirtschaft, was ebenfalls darauf hindeutet, dass die Beschäftigten des Pflegesektors viele unterschiedliche Aspekte mit ihren Verbesserungsvorschlägen adressieren. Die hier identifizierten Unterschiede lassen sich nicht isoliert betrachten und bedingen sich gegenseitig. So kann sich bspw. eine höhere Wertschätzung der Führungskräfte gegenüber den Mitarbeitenden positiv auf das Arbeitsklima auswirken, oder umgekehrt hohe Arbeitsbelastung auch das Arbeitsklima negativ beeinflussen.

Die dargelegten Ergebnisse der kununu-Plattform zeigen, dass es zum Teil größere Unterschiede zwischen der GSP-Branche und der Gesamtwirtschaft gibt. In allen von der kununu-Plattform unmittelbar bereitgestellten Kategorien liegen die Bewertungen der GSP-Branche unterhalb denen der Gesamtwirtschaft. Die größten Unterschiede treten in den Bereichen **Vereinbarkeit von Beruf und Familie** sowie **Führungsverhalten** und **Arbeitsbedingungen** auf. Die Freitextanalyse hat dieses Ergebnis bekräftigt. Insbesondere in den Kategorien **Wertschätzung** und **Arbeitsklima** konnten Verbesserungspotenziale identifiziert werden.

Diese Erkenntnisse werden nachfolgend durch die Auswertung der Plattform werpflegtwie, durch weitere Perspektiven und Auswertungen nach Einrichtungstypen ergänzt.

4.2.2 Auswertungsergebnisse der werpflegtwie-Plattform

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Auswertung der werpflegtwie-Plattform aufgezeigt und diskutiert. Im Gegensatz zu kununu handelt es sich bei der werpflegtwie-Plattform nicht um ein reines Arbeitgeber-Bewertungsportal. Vielmehr können die Pflegeeinrichtungen neben Mitarbeitenden auch von Bewohner*innen, Angehörigen oder Gästen bewertet werden. Somit kann zusätzlich zu dem Blickwinkel der Arbeitnehmenden ein umfassendes Bild über die Wahrnehmung von Pflegeeinrichtungen aus anderen Perspektiven gewonnen werden. Analog zum Arbeitgeber-Bewertungsportal kununu werden die Bewertungen der Pflegeeinrichtungen auf der werpflegtwie-Plattform ebenfalls mit Sternen vorgenommen. Es können zwischen null und fünf Sterne vergeben werden, wobei eine fünf Sternebewertung hierbei die bestmögliche darstellt.

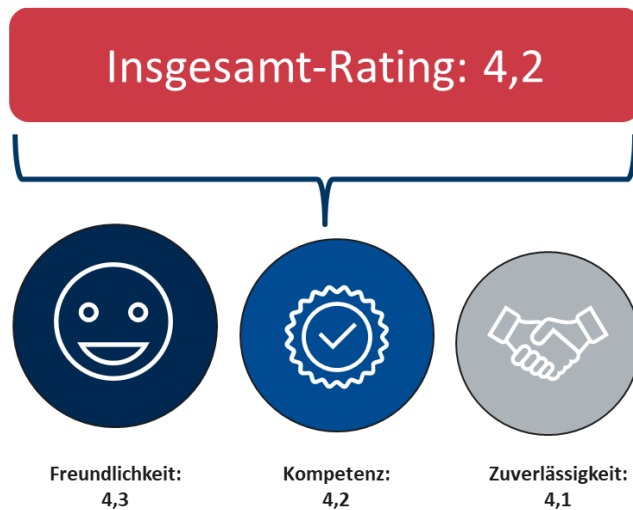
4.2.2.1 Bewertungen nach Kategorien

Zunächst erfolgt eine Darstellung der Gesamtbewertung in Kombination mit drei möglichen Unterkategorien, die ebenfalls bewertet werden konnten. Im Falle der werpflegtwie-Plattform stehen dem Bewertenden die drei Kategorien **Freundlichkeit**, **Kompetenz** sowie **Zuverlässigkeit** zur Verfügung. Die nachfolgende Abbildung 18 gibt einen Überblick über die Bewertungen der einzelnen Kategorien und das daraus resultierende Gesamtergebnis.

Über alle Kategorien hinweg, die gleichgewichtet werden, werden die auf dieser Plattform berücksichtigten Pflegeeinrichtungen im Schnitt mit 4,2 von 5 Sternen bewertet. Diese 4,2 Sterne ergeben sich aus 4,3 Sternen für die Kategorie **Freundlichkeit**, 4,2 Sternen für die Kategorie **Kompetenz** und 4,1 Sternen für die Kategorie **Zuverlässigkeit**. Es lassen sich also nur marginale Unterschiede zwischen den einzelnen Kategorien feststellen. Die Kategorie **Freundlichkeit** wird von

den Bewertenden im Schnitt am höchsten bewertet, die Kategorie **Zuverlässigkeit** erhält die geringste Sternebewertung, wenngleich diese immer noch über vier Sternen liegt.

Abbildung 18: Auswertung des Gesamt-Ratings und der Unterkategorien



(n=5.219)

Quelle: Eigene Berechnung, WifOR, 2021

Aus diesen Ergebnissen ließe sich somit ableiten, dass Pflegeeinrichtungen auf Zuverlässigkeit ihres Personals hinarbeiten könnten, um die Qualität der Pflege innerhalb der Einrichtungen weiter zu steigern. Allerdings sind Aspekte wie Personalumfang oder Pflegeaufwand je Bewohner*in eng mit dem Thema der Zuverlässigkeit verknüpft. Aufgrund des immer weiter voranschreitenden Fachkräftemangels in der Pflege steigt die Arbeitsintensität für die Angestellten. Beschäftigte in der Pflege müssen dadurch viel mehr Aufgaben in der gleichen Zeit erledigen und haben somit je Patient*in weniger Zeit. Um alle Aufgaben an einem Arbeitstag schaffen zu können, werden die Aufgaben nicht mehr so sorgfältig ausgeführt, was sich negativ auf die wahrgenommene Zuverlässigkeit auswirken könnte (Kamps et al., 2019, S. 9, S. 17; Bundesagentur für Arbeit, 2020; Bundesministerium für Gesundheit, 2018, o.S.).

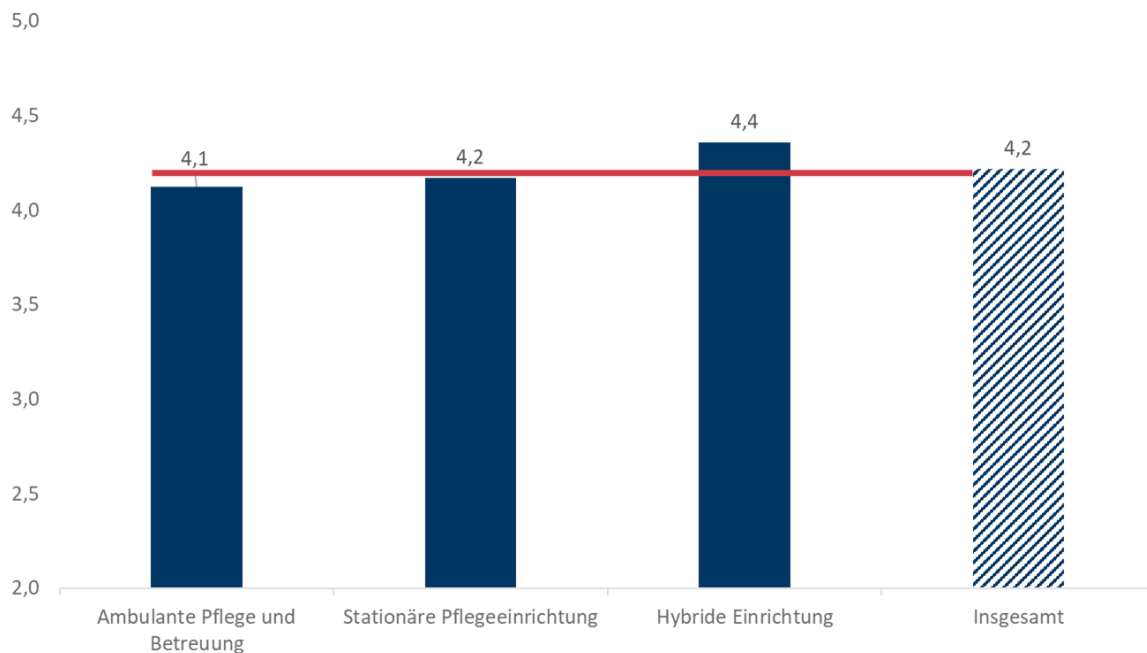
4.2.2.2 Bewertungen nach Einrichtungstyp

Die knapp 5.200 Gesamtbewertungen²² auf der werpflgtwie-Plattform entfallen auf insgesamt ca. 1.250 verschiedene Pflegeeinrichtungen und können nach Art der Einrichtung in ambulante Pflege und Betreuung, stationäre Pflegeeinrichtungen und hybride Einrichtungen, die sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Pflege anbieten, unterschieden werden. Für alle Einrichtungstypen fällt die Bewertung mit mindestens 4,1 Sternen von 5 Sternen positiv aus, wobei die durchschnittliche Bewertung über alle Einrichtungsarten bei 4,2 Sternen liegt. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Einrichtungen sind im Gesamttranking folglich sehr gering. Die Bewertung für Einrichtungen der stationären Pflege entspricht mit 4,2 Sternen genau dem Schnitt der Bewertungen über alle Einrichtungen. Die durchschnittliche Bewertung für Einrichtungen der ambulanten Pflege und Betreuung liegt mit 4,1 Sternen nur sehr knapp unter der durchschnittlichen Bewertung von

²² An dieser Stelle kann kein Rückschluss darauf gezogen werden, welche Personengruppe (Bewohner*in, Mitarbeiter*in, Familienangehörige) die Bewertung abgegeben hat.

4,2 Sternen, während Bewertungen für hybride Einrichtungen mit 4,4 Sternen überdurchschnittlich gut ausfallen.

Abbildung 19: Gesamt-Rating nach Einrichtungstyp



(n=5.219)

Quelle: Eigene Berechnung, WifOR, 2021

Demnach zeigt die Auswertung der werpflegtwie-Plattform, dass marginale Bewertungsunterschiede zwischen den verschiedenen Einrichtungsarten bestehen. Konkrete Ursachen dafür konnten im Rahmen der vorliegenden Analyse aufgrund des Datenmaterials in diesem Kontext nicht identifiziert werden.

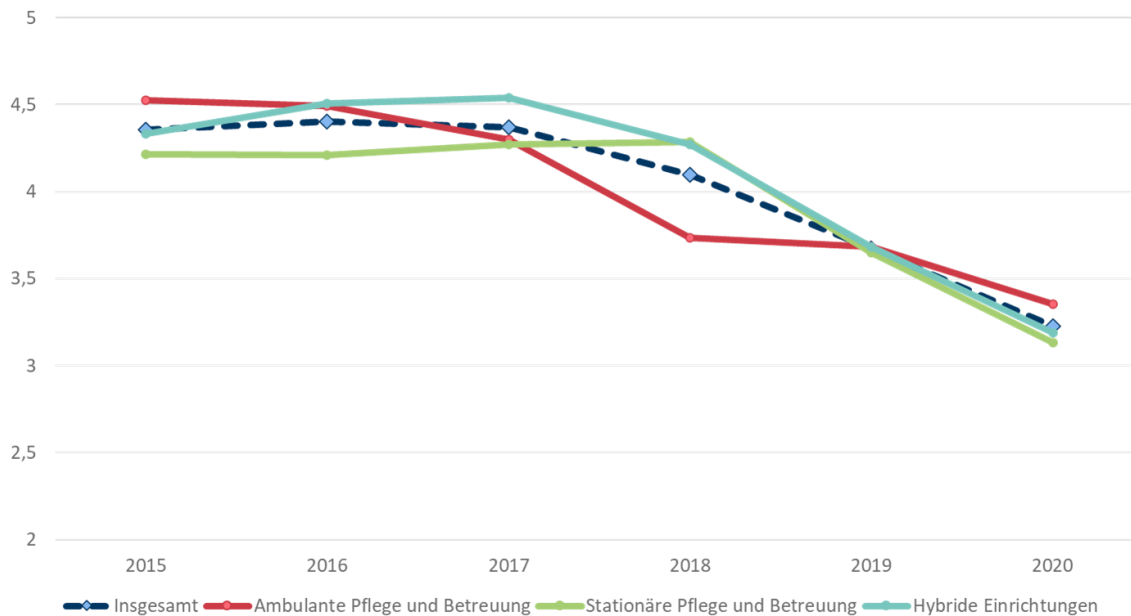
4.2.2.3 Bewertungen im Zeitverlauf

Die mittels Web-Scraping gewonnenen Daten der werpflegtwie-Plattform werden nachfolgend in Abhängigkeit der Einrichtungstypen im Zeitverlauf betrachtet. Der Betrachtungszeitraum umfasst sechs Jahre und erlaubt die Betrachtung von 2015 bis 2020.²³ Im Zeitverlauf zeigt sich ein Abwärtstrend der Bewertungen über alle Einrichtungsarten. Im Jahr 2015 lagen die Bewertungen für alle Einrichtungstypen mit 4,2 Sternen bis 4,5 Sternen noch in einem sehr guten Bereich. Die durchschnittliche Bewertung (blau gestrichelte Linie) im Jahr 2015 betrug 4,3 Sterne. Zu diesem Zeitpunkt hat die stationäre Pflege mit 4,2 Sternen die vergleichsweise schlechteste Bewertung. Die durchschnittliche Bewertung ambulanter Einrichtungen lag mit knapp 4,5 Sternen im Jahr 2015 noch leicht über dem Durchschnitt. Sechs Jahre später ist die durchschnittliche Bewertung über alle Einrichtungstypen auf 3,2 Sterne von 5 möglichen Sternen gesunken – und fiel somit im Jahr 2020 mit einem Verlust von einem Stern gegenüber 2015 deutlich schlechter aus. Im Jahr 2020 sind kaum

²³ Das Jahr 2014 und das Jahr 2021 werden bei der Betrachtung in diesem Kontext nicht berücksichtigt, da die Anzahl der Gesamtbewertungen pro Einrichtungstyp nur sehr gering ausfallen.

Unterschiede in der Bewertung in Abhängigkeit des Einrichtungstypen festzustellen. Welche Faktoren und Entwicklungen maßgeblich für den Abwärtstrend der Bewertungen über alle Einrichtungstypen hinweg verantwortlich sind, kann allein anhand des mittels Web-Scraping gewonnenen Datenmaterials der werpfliegwie-Plattform nicht abschließend geklärt werden.

Abbildung 20: Gesamtrating nach Einrichtungstyp im Zeitverlauf



(n=5.219)

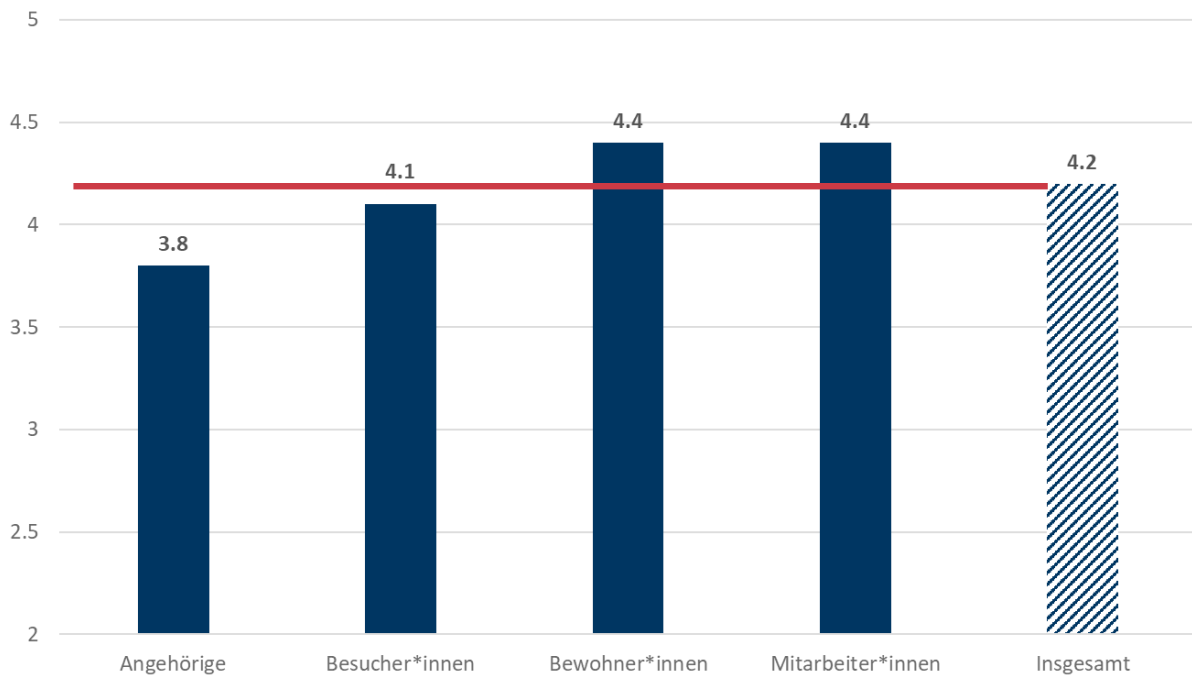
Quelle: Eigene Berechnung, WifOR, 2021

Die hier aufgezeigten Ergebnisse im Zeitverlauf unterscheiden sich von den Ergebnissen der kununu-Plattform. Über mögliche Gründe kann hier nur spekuliert werden, aber mögliche Unterschiede in den Daten könnten sich aufgrund der verschiedenen Einrichtungen je Plattform oder den sich unterscheidenden Bewertenden ergeben.

4.2.2.4 Bewertungen nach Personengruppen

Neben der Unterscheidung nach Art der Pflegeeinrichtung, können die Bewertungen auch nach dem Personengruppen differenziert werden. Hier kann nach **Angehörigen**, **Besucher*innen**, **Bewohner*innen** und **Mitarbeitenden** unterschieden werden. Die folgende Abbildung 21 zeigt jeweils die durchschnittliche Gesamtbewertung je Personengruppen sowie die durchschnittliche Bewertung aller Einrichtungen über alle Personengruppen hinweg.

Abbildung 21: Gesamt-Rating nach Personengruppen



(n=5.219)

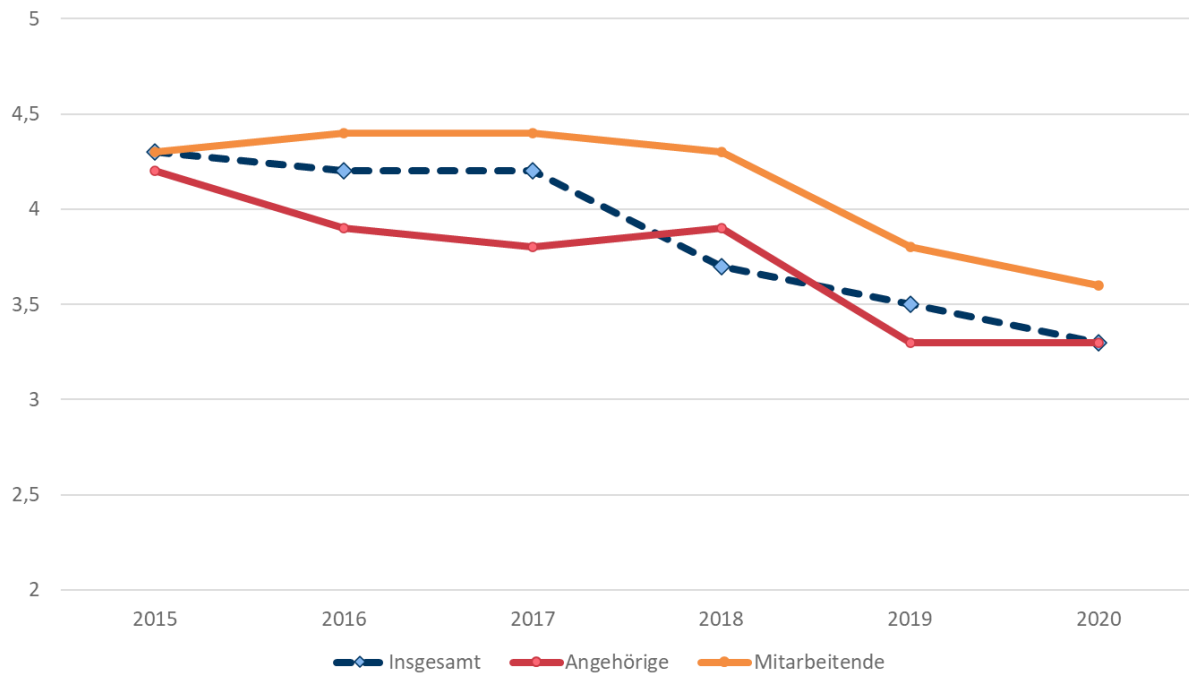
Quelle: Eigene Berechnung, WifOR, 2021

Zwischen den Personengruppen zeigen sich Unterschiede hinsichtlich der Höhe der Bewertung. Vor allem Personen, die das System der Pflegeeinrichtung von **innen** heraus wahrnehmen wie etwa **Bewohner*innen** oder **Mitarbeitenden** bewerten die Einrichtungen im Schnitt überdurchschnittlich mit 4,4 von 5 möglichen Sternen. Im Vergleich dazu bewerten **Angehörige** die Einrichtungen im Schnitt nur mit 3,8 Sternen und somit deutlich schlechter als die anderen Personengruppen.

Somit scheint die Auswertung darauf hinzudeuten, dass Pflegeeinrichtungen von außen schlechter wahrgenommen werden, als es die direkt Beteiligten tun, sofern dieses Ergebnis nicht nur Spiegelbild von Abhängigkeiten ist. Dies kann als positives Signal gewertet werden, dass sich die Mitarbeitenden bzw. die Bewohner*innen in den Einrichtungen überwiegend wohlfühlen scheinen, Besucher*innen und Angehörige jedoch eine etwas kritischere Sichtweise haben. Einrichtungen könnten verstärkt an der Außendarstellung arbeiten, um auch Externen einen Einblick in den Alltag der Pflegeeinrichtung zu geben. Als Folge könnte sich die Wahrnehmung der Pflegeeinrichtungen insgesamt verbessern.

Die Bewertungen nach dem Personengruppen können ebenfalls im Zeitverlauf dargestellt werden. Die folgende Abbildung 22 zeigt die durchschnittliche Bewertung über alle Personengruppen hinweg (blau gestrichelte Linie), die durchschnittliche Bewertung der Angehörigen sowie die durchschnittliche Bewertung der Mitarbeitenden zwischen den Jahren 2015 und 2020. Wie oben bereits durch die Auswertung der Einrichtungstypen im Zeitverlauf wird auch hier deutlich, dass bei allen dargestellten Kategorien die durchschnittliche Bewertung über die Jahre kontinuierlich abnimmt. Außerdem verändert sich der Abstand zwischen den einzelnen Bewertungstypen.

Abbildung 22: Gesamt-Rating nach Personengruppen im Zeitverlauf



(n=5.219)

Quelle: Eigene Berechnung, WifOR, 2021

Im Jahr 2015 liegen alle drei dargestellten Bewertungen noch recht dicht beieinander. So bewerten die Mitarbeitenden die Einrichtungen im Jahr 2015 mit durchschnittlich 4,4 von 5 Sternen, die Angehörigen bewerten mit 4,3 Sternen nur leicht schlechter. Im Jahr 2017 liegen die Bewertungen allerdings bereits deutlich weiter auseinander. Die durchschnittliche Bewertung der Mitarbeitenden liegt unverändert bei 4,4 Sternen. Die Angehörigen bewerteten allerdings im Jahr 2017 nur noch mit 3,8 Sternen. Ab dem Jahr 2018 gehen die Bewertungen beider Bewertungstypen zurück. Die durchschnittliche Bewertung der Mitarbeitenden reduziert sich von 4,4 Sternen im Jahr 2015 auf 3,6 Sterne im Jahr 2020. Die durchschnittliche Bewertung der Angehörigen beträgt im Jahr 2020 sogar nur noch 3,3 von 5 möglichen Sternen. Auch insgesamt betrachtet (d. h. bei Berücksichtigung von Angehörigen, Mitarbeitenden, Bewohner*innen und Besucher*innen) werden die Bewertungen über die Jahre hinweg immer schlechter. Somit kann konstatiert werden, dass die Zufriedenheit mit den Pflegeeinrichtungen seit dem Jahr 2015 kontinuierlich abgenommen hat.

Eine Auswertung der Einrichtungstypen nach Regionen²⁴ ergibt, dass hinsichtlich der durchschnittlichen Gesamtbewertung kein Gefälle zwischen ländlichen und städtischen Regionen existiert. Die durchschnittliche Gesamtbewertung von Einrichtungen auf dem Land fällt mit 3,9 Sternen und für städtische Regionen mit 4,0 Sternen über alle Einrichtungstypen fast identisch aus.²⁵

²⁴ Kommunen unter 50.000 Einwohner*innen sind als ländlich definiert.

²⁵ Die Anzahl der Bewertungen für ländliche Regionen (3.700) über alle Jahre fällt um knapp 1.000 Bewertungen höher aus als die Zahl der Bewertungen für städtische Einrichtungen (2.613).

4.3 Fazit

Ziel dieses Kapitels war es, mittels der durch Web-Scraping gewonnenen Daten der Bewertungsportale kununu und werpfliegwie, die Arbeitsplätze in der GSP-Branche zu analysieren, um die Befragungsergebnisse von IEGUS zu erweitern und zu validieren. Die Untersuchung diente dazu sowohl aus Sicht der Arbeitnehmenden als auch von Angehörigen und Pflegebewohner*innen, einen Eindruck zur Lage in der GSP-Branche zum Zeitpunkt der Erhebung zu gewinnen und Stärken aber auch Problemfelder zu identifizieren.

Durch die Datenanalyse von kununu war es möglich verschiedene thematische Kategorien, beispielsweise Führungsverhalten, Lohnniveau, Work-Life-Balance und Weiterbildungsmöglichkeiten, zu identifizieren, anhand derer die Wahrnehmung der beruflich Pflegenden erfasst werden konnte. Zusätzlich konnte, aufgrund der werpfliegwie-Daten, die Zufriedenheit mit Pflegeeinrichtungen aus Sicht der Pflegeheimbewohner*innen und deren Angehörigen eingefangen und verschiedene Einrichtungstypen miteinander verglichen werden. Die vorgestellten Analyseresultate bieten daher einen Ausgangspunkt zur Optimierung des Pflegearbeitsplatzes der Zukunft.

Die Kategorienauswertung des Arbeitgeberportals kununu zeigt im Vergleich zur Gesamtwirtschaft, dass die Zufriedenheit des Pflegepersonals maßgeblich von Karrierechancen und Weiterbildungsmöglichkeiten, der Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie dem Führungsverhalten der Vorgesetzten beeinflusst wird. Insbesondere diese Faktoren werden im Vergleich zur Gesamtwirtschaft in der GSP schlechter bewertet. Darüber hinaus werden, das ergab die Freitextanalyse, die Kategorien **Wertschätzung, Führungsstil, Vergütung** und **Arbeitsklima** als kritisch von Angestellten empfunden. Die Ergebnisse zeigen, dass weiche Faktoren (Stimmung im Team, Handlungsweisen von Führungskräften) oftmals größeren Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit von beruflich Pflegenden haben als harte ökonomische Größen wie Gehalt oder nicht-monetäre Zuwendungen. Die Vergütung ist demnach zwar relevant für das Pflegepersonal, jedoch nicht alleinige Bedingung für mehr Zufriedenheit am Arbeitsplatz.

Ebenfalls hat der Vergleich der GSP-Branche mit der Gesamtwirtschaft belegt, dass in der GSP weniger Zusatzleistungen (**Benefits**) von Arbeitgeberseite gewährt werden. Zusatzleistungen, die in der Branche geläufig sind, wie zum Beispiel die **Altersvorsorge** oder **Betriebsarzt**, hängen sehr eng mit den strukturellen Voraussetzungen der Branche zusammen und gehen nur selten darüber hinaus.

Da die werpfliegwie-Plattform Informationen zu dem Personengruppen (Bewohner*innen, beruflich Pflegenden, Besucher*innen, Angehörige) und Einrichtungsarten liefert, konnten die Ergebnisse der kununu-Analyse mittels dieser Datenanalyse weiter ergänzt werden. Hier zeigt sich anhand der drei Bewertungskategorien **Freundlichkeit, Kompetenz** und **Zuverlässigkeit**, dass die Einrichtungen recht positiv wahrgenommen werden – lediglich **Zuverlässigkeit** wird vergleichsweise kritisch beurteilt. Durch die werpfliegwie-Analyse konnte beobachtet werden, dass Mitarbeitende und Bewohner*innen die Pflegeeinrichtungen positiver bewerten als die Gruppe der Angehörigen.

Ein Handlungsbedarf zur Verbesserung der (Arbeits-)Bedingungen in der GSP-Branche deutet sich jedoch an, da die Datenauswertung von werpfliegwie über alle Bewertungstypen sowie Einrichtungsarten einen auffallenden Abwärtstrend der Bewertungen im Zeitverlauf aufweist, das heißt die Bewertungen der Einrichtungen haben sich in den letzten Jahren stetig verschlechtert.

Signifikante Bewertungsunterschiede mit Blick auf die Einrichtungstypen und die geografische Lage²⁶ der Pflegebetriebe wurden jedoch nicht festgestellt.

Die Ergebnisse der Datenanalyse des Arbeitgeberbewertungsportals kununu sowie der Bewertungsplattform werpfliegwie weisen darauf hin, dass die Pflegebranche und politische Akteur*innen an unterschiedlichen Stellschrauben drehen können, um zukünftig die Arbeitsplatzsituation in der Pflege zu verbessern und Berufe in der Pflege attraktiver zu gestalten. Welche Beiträge in diesem Kontext Arbeitgebende leisten und welche politischen Impulse für die GSP-Branche fruchtbar sein könnten, wird unter Bezugnahme auf die gewonnenen Ergebnisse nachfolgend umrissen. Ziel ist, dass durch eine optimale Ausgestaltung des Pflegearbeitsplatzes der Zukunft die Zufriedenheit der beruflich Pflegenden, der Bewohner*innen und Angehörigen gesteigert wird.

Eines der prägnantesten Studienergebnisse ist, dass der **Führungsstil**, insbesondere hinsichtlich der **Wertschätzung** und **Unterstützung** durch Leitungskräfte, ein bedeutender Faktor für die Angestellten ist und als verbesserungswürdig empfunden wird. Der Umgang mit den Mitarbeitenden scheint demnach ein Aspekt zu sein auf den in Zukunft besonderer Fokus gelegt werden sollte. Obwohl **Gehalt** und **Arbeitsbelastung** nicht an vorderster Stelle bei den Verbesserungswünschen von beruflich Pflegenden genannt werden, könnten diese extrinsischen Faktoren interdependent mit dem Führungsverhalten und der Wertschätzung berücksichtigt werden, denn gerade in der Kombination könnten diese eine positive Wirkung auf die Mitarbeitenden haben und zur nachhaltigen Bindung beitragen.

Weitere Ausgangspunkte zur Gestaltung eines attraktiveren Pflegearbeitsplatzes sind der Ausbau von Weiterbildungsangeboten, arbeitnehmerfreundlichere Rahmenbedingungen hinsichtlich der Arbeitszeiten und eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Darüber hinaus zeigt sich, dass das Gewähren von Zusatzleistungen etwa in den Bereichen Mitarbeitererrabatte, Mitarbeiterhandy und Kantinennutzung/Essenzulagen in der GSP-Branche noch ausbaufähig ist. Weitere Zusatzleistungen könnten den Arbeitgebern der GSP-Branche unter Umständen helfen ihre Attraktivität weiter zu steigern und somit Erfolge bei der Fachkräftesuche bzw. -bindung erzielen.

Die Auswertung der werpfliegwie-Plattform hat zudem ergeben, dass der Aspekt **Zuverlässigkeit** bei den Einrichtungen vergleichsweise kritisch gesehen wird. Es könnte daher sinnvoll sein, tiefergehende Hintergründe für diese Beurteilung in einer Detailanalyse zu ergründen, um an dieser Stelle zweckmäßige Veränderungen herbeizuführen.

Die Datenauswertung deutet überdies daraufhin, dass Pflegeeinrichtungen von außen (z. B. durch Angehörige) schlechter wahrgenommen werden als durch beruflich Pflegenden und Bewohner*innen. Dies kann insofern positiv gesehen werden, als dass Mitarbeitende und Bewohner*innen sich in den Einrichtungen überwiegend wohlfühlen scheinen. Damit diese positive Einstellung gegenüber den Einrichtungen auch nach außen, an Besuchende und Angehörige, transportiert wird, könnten Einrichtungen ihre Transparenz erhöhen. Dadurch könnten Außenstehende interne Abläufe sowie Strukturen besser kennenlernen und der direkte Kontakt zu Interessenten gepflegt werden.

²⁶ Trotz unterschiedlicher Voraussetzungen, beispielsweise der Infrastruktur medizinischer Versorgungssituationen, fallen ländliche Einrichtungen was die Pflegedienstleistung betrifft nicht hinter städtischen Pflegeeinrichtungen zurück.

Die Tatsache, dass die interne Beurteilung der Pflegeeinrichtungen auf werpflegt wie besser ausfällt als die externe, sollte aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es in der Pflege große Handlungsbedarfe gibt. So hat die kununu-Auswertung ergeben, dass in Bezug auf die Unternehmenskultur die GSP-Branche in sämtlichen Kategorien schlechter abschneidet als die Gesamtwirtschaft. Dies macht noch einmal deutlich, wie wichtig es ist in der Pflege mehr gute Arbeitsplätze zu schaffen und ihr so auch im Vergleich mit anderen Branchen ein besseres Standing zu Teil werden zu lassen.

Die Analyse von kununu und werpflegt wie trägt hierzu bei, indem die tatsächlichen Arbeitsbedingungen und die Wahrnehmung der Arbeit in der Pflege durch Bewohner*innen, Mitarbeitende sowie Angehörige analysiert wurde. Die Untersuchung konkretisiert und verdeutlicht Stärken und Problemfelder der GSP-Branche zur optimalen Ausgestaltung des Pflegearbeitsplatzes der Zukunft. Sie dient der Etablierung guter Arbeitsbedingungen in der Pflege und gibt Hinweise dazu, wie die Zufriedenheit der Beschäftigten zukünftig erhöht werden kann.

5 Längsschnittanalysen SIAB - Stichprobe der Integrierten Arbeitsmarktbiografie des IAB

5.1 Einleitung

Die Erwerbsbiografien von Beschäftigten in der Pflegebranche stellen sich äußerst komplex dar und entsprechen nur in wenigen Fällen der klassischen **Normalbiografie** (Kohli, 1988, S. 36), die in Hinblick auf das Erwerbsleben durch eine Vollzeittätigkeit in demselben Unternehmen über einen langen Zeitraum geprägt ist.

Im folgenden Bericht werden daher auf Basis der Stichprobe Integrierter Arbeitsmarktbiografien und somit anhand von prozessgenerierten Daten der amtlichen Statistik die Erwerbsverläufe von in Pflegeberufen beschäftigten Personen analysiert. Darüber hinaus wird rein deskriptiv die Zusammensetzung und deren Veränderung über die Zeit von Pflegekräften in Deutschland hinsichtlich demografischer Merkmale beschrieben.

In diesem Beitrag werden daher die folgenden Fragen aufgegriffen:

- Wie hat sich die Beschäftigungssituation von Pflegekräften in jüngster Zeit hinsichtlich der Demografie, Vergütung und dem Anteil von Zeit- bzw. Leiharbeitsverhältnissen verändert?
- Aus welchen Berufsgruppen erfolgt ein Wechsel in eine Pflege Tätigkeit?
- Welche Muster können in den Erwerbsbiografien von Pflegekräften hinsichtlich des Arbeitszeitvolumens identifiziert werden? Wie unterscheiden sich diese Muster entlang der Kategorien Alter und Geschlecht?
- Zu- und in welche Berufe wird aus Pflegeberufen gewechselt?
- Wie entwickelten sich die Entgelte von Pflegekräften im Zeitverlauf?
- Welchen Einfluss haben individuelle Eigenschaften der Beschäftigten sowie des Arbeitsverhältnisses auf die Vergütung?
- Wie lange arbeiten Alten- sowie Gesundheits- und Krankenpfleger*innen im erlernten Beruf oder bleiben innerhalb der Pflegebranche beschäftigt?

Um die aufgeworfenen Fragen zu beantworten, folgt in Kapitel 5.2 zunächst die Beschreibung der Analysestrategie, eine Erläuterung der verwendeten Methoden sowie der Datengrundlage und der notwendigen Transformationen an den Rohdaten, um die folgenden Analysen zu ermöglichen. Anschließend werden in Kapitel 5.3 die empirischen Ergebnisse zunächst rein deskriptiv in Form von Aggregatdaten dargestellt, um anschließend mittels Sequenzmusteranalyse Gemeinsamkeiten in den Erwerbsbiografien darzustellen.

5.2 Analyse der Stichprobe Integrierter Arbeitsmarktbiografien

5.2.1 Datengrundlage

Die Datengrundlage für die folgenden Analysen bildet die Stichprobe der Integrierten Arbeitsmarktbiografien (SIAB). Dabei handelt es sich um eine zwei Prozent-Stichprobe aus der Grundgesamtheit der Integrierten Erwerbsbiografien (IEB) des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Diese umfassen die Erwerbsbiografien aller Personen, die einer sozialversicherungspflichtigen oder einer geringfügigen Beschäftigung (seit 1997) in Deutschland nachgegangen sind oder arbeitslos gemeldet waren. Die Datenquellen kommen aus unterschiedlichen

administrativen Systemen (Dorner et al., 2010) und unterliegen daher besonderen Datenschutzbestimmungen. Für die wissenschaftliche Forschung werden entsprechend § 16(6) BStatG unter Wahrung des Datenschutzes verschiedene Versionen zur Verfügung gestellt (FDZ-IAB, 2022): die **Faktisch anonymisierte Version des SIAB-Regionalfile** und die **Schwach anonymisierte Version des SIAB** (Berge et al., 2021). Die Unterschiede zwischen beiden Versionen sind deren Anonymisierungsgrad und Variablenumfang²⁷ sowie der Datenzugang²⁸.

Bei der SIAB handelt es sich um eine einfache Zufallsstichprobe, so dass die Angaben ohne Gewichtung direkt auf die Grundgesamtheit bezogen werden können. Die Multiplikation der Fallzahlen mit dem Faktor 50 ermöglicht es somit, abgesehen von etwaigen Zufallsschwankungen, direkt auf die Grundgesamtheit zu schließen.

Bei den bezogenen Datensätzen handelt es sich zum einen um den faktisch anonymisierten SIAB-Regionalfile 7517, welcher Daten aus den Erwerbsbiografien zwischen 1975 und 2017 umfasst. Die faktische Anonymisierung durch das Forschungsdatenzentrum hat zur Folge, dass lediglich Aussagen auf Grundlage von aggregierten dreistelligen Codes der Klassifikation der Berufe (KldB) möglich sind. Dies bedeutet, dass die Gruppe der beruflich Pflegenden der Gesundheits- und Krankenpflege zusammen mit Geburtshelfenden gefasst wurde. Zudem liegen keine Informationen von über 62-jährigen Personen vor. Beruflich Pflegenden in der Altenpflege wurden in der KldB von 1988 zusammen mit Sozialarbeiter*innen und Sozialpfleger*innen erfasst, so dass eine exakte Analyse erst mit der ab 2011 verwendeten KldB-2010 erfolgen konnte. Trotzdem bietet die SIAB erhebliche Vorteile gegenüber Befragungsdaten. Zunächst sind die, im Vergleich mit dem Sozioökonomischen Panel oder vergleichbaren Bevölkerungsbefragungen erheblich höheren Fallzahlen hervorzuheben, die eine Analyse von kleinen Effekten ermöglichen. Da es sich um Registerdaten handelt, sind zudem die Angaben nicht von der Erinnerungsfähigkeit der Befragten oder durch Verweigerungen und Falschangaben abhängig, wie es bei sensiblen Fragen wie dem Erwerbseinkommen häufig der Fall ist.

Für die Analyse der Verweildauern in Pflegeberufen als auch für die Analyse der Entgelte wurde zusätzlich die schwach anonymisierte Version (SIAB 7519) verwendet.²⁹ Unterschiede zwischen den bezogenen Datensätzen stellen neben dem um zwei Jahre längeren Untersuchungszeitraum (1975-2019), Informationen zu Personen oberhalb des 62. Lebensjahres dar. Mit der vierstelligen KldB wurde ein separat zu beantragendes sensibles Merkmal in die Analysen einbezogen.

Jedoch weisen Analysen mit dem SIAB unabhängig von dem Anonymisierungsgrad einige Nachteile auf. Aussagen zu Einstellungen und subjektiven Gründen können auf Grundlage der prozessgenerierten Daten nicht getroffen werden, so dass die Anzahl an Kovariablen bei den Analysen stark limitiert ist. Des Weiteren mussten viele Merkmale indirekt aus den vorhandenen Daten

²⁷ Die faktisch anonymisierte Version enthält wegen der Löschung datenschutzrechtlich sensibler Informationen insgesamt weniger Merkmale sowie Merkmale, die im Vergleich zur schwach anonymisierten Version nur in vergrößerter Form enthalten sind (z. B. Kreise/Regionen, Berufsklassifikation, Wirtschaftszweige) (FDZ-IAB, 2022).

²⁸ Die schwach anonymisierte Version kann nur im Rahmen von Gastaufenthalten inklusive Datenfernverarbeitung genutzt werden. Die faktisch anonymisierte Version wird den beantragenden Forschungseinrichtungen als Scientific Use File (SUF) Verfügung gestellt. Der gleichzeitige Datenzugang zu beiden Versionen im Rahmen eines und desselben Projekts ist aus Datenschutzgründen nicht möglich (FDZ-IAB, 2022).

²⁹ Der Datenzugang hierzu erfolgte nach Abschluss der Arbeiten mit dem SIAB7517 – Regionalfile über einen Gastaufenthalt am Forschungsdatenzentrum der Bundesagentur für Arbeit im Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (FDZ) und anschließend mittels kontrollierter Datenfernverarbeitung beim FDZ.

abgeleitet werden. Beispielsweise war es nicht möglich direkt zu erkennen, ob eine Person, die innerhalb der Beschäftigtenhistorik als in einer Krankenpflegeausbildung gemeldet wurde, diese tatsächlich abgeschlossen hat. Ferner können für Zeiträume, in denen eine Person weder erwerbstätig noch arbeitslos gemeldet war, keine Aussagen getroffen werden. Insbesondere in Bezug auf die Verweildauern in Pflegeberufen muss zudem beachtet werden, dass für Personen die nicht (länger) im System der deutschen Sozialversicherungen gemeldet sind, keine Daten vorliegen. Dies trifft insbesondere auf Selbstständige zu sowie auf alle Menschen, die außerhalb Deutschlands einer Erwerbstätigkeit nachgehen.

Tabelle 56: Übersicht der Klassifikation der Berufe mit Fallzahlen

KldB 2010 - Code	Bezeichnung der Systematikpositionen	Datensatz	Anzahl Episoden im Datensatz	Klassifikation
813	Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienste und Geburtshilfe	SIAB7517 - Regionalfile	719.778	KldB2010_3
821	Altenpflegeberufe	SIAB7517 - Regionalfile	81.826	KldB2010_3
8130	Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (ohne Spezialisierung)	SIAB7519	749.442	KldB2010_3
8131	Berufe in der Fachkrankenpflege	SIAB7519	14.580	KldB2010_4
8132	Berufe in der Fachkinderkrankenpflege	SIAB7519	957	KldB2010_4
8138	Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (spezialisierte Tätigkeit)	SIAB7519	127	KldB2010_4
8139	Aufsichts- und Leitungskräfte in Gesundheits- und Krankenpflege, Geburtshilfe und Rettungsdienst	SIAB7519	1.168	KldB2010_4

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Daten der Bundesagentur für Arbeit, 2021b, S. 107, dem SIAB7517 – Regionalfile sowie der SIAB7519

In Tabelle 56 werden die verwendeten Codes der KldB 2010 zusammenfassend dargestellt. Zudem sollen die Unterschiede zwischen den verwendeten Datensätzen illustriert werden. Die Anzahl der Episoden bezieht sich auf die Summe aller Datenpunkte (sogenannte Spells, bzw. Sätze) im jeweiligen Datensatz für den gesamten Bezugszeitraum. Die verhältnismäßig geringere Anzahl an Episoden mit einer Tätigkeit in der Altenpflege ist dadurch begründet, dass dieses Merkmal erst ab 2011, bzw. zuverlässig erst ab 2012 erfasst wurde.

Tabelle 57: Definition der Anforderungsniveaus in der KldB 2010

Anforderungsniveau	Zuordnungsregel
Helfer- und Anlernertätigkeiten	Wenig komplexe Tätigkeit, für die maximal eine einjährige Berufsausbildung vorausgesetzt wird
Fachlich ausgerichtete Tätigkeiten	Fachlich ausgerichtete Tätigkeit für die üblicherweise eine zwei- bis dreijährige Berufsausbildung nötig ist
Komplexe Spezialisten Tätigkeiten	Spezialkenntnisse sind notwendig, üblicherweise durch eine Meister- oder Techniker Ausbildung, einen Fachschul- oder Hochschulabschluss
Hoch komplexe Tätigkeiten	Sehr hoher Komplexitätsgrad der Tätigkeit in der Regel mit einem vorausgegangenem Hochschulabschluss (Masterabschluss, Diplom, Staatsexamen o. Ä.)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bundesagentur für Arbeit, 2021b, S. 26 f.

Durch das Merkmal ‚Anforderungsniveau‘ kann zudem eine zweite Dimension in Form verschiedener Anforderungsniveaus unterschieden werden (Bundesagentur für Arbeit, 2021b, S. 19). In Tabelle 57 werden die vier Kategorien des Anforderungsniveaus sowie die von der Bundesagentur für Arbeit verwendete Zuordnungsregel zusammenfassend dargestellt. Die Kategorien zwei bis vier wurden für die Analyse der Pflegeberufe zusammengefasst. Dies erfolgte aufgrund der geringen Fallzahl der Anforderungsniveaus in Kombination mit den jeweiligen Pflegeberufen aus Gründen des Datenschutzes (Hochfellner et al., 2012, S. 17).

5.2.2 Datenaufbereitung

Die verwendeten Methoden zur Analyse von Erwerbsverläufen machen die eindeutige Zuordnung eines Zustands zu einem Zeitraum notwendig. Allerdings wurden bis zu sechs zeitgleiche Zustände gemeldet, so dass ein Hauptzustand identifiziert werden musste. Hierfür erfolgte eine Orientierung an der Ausarbeitung (Dauth & Eppelsheimer, 2020), so dass bei parallelen Erwerbsepisoden anhand des Einkommens sowie der Dauer der Betriebszugehörigkeit und bei parallelen Episoden der Nichterwerbstätigkeit durch die Episodendauer die Identifikation der Hauptepisode erfolgte (ebd., S. 10).

Weiterhin war es notwendig, Beschäftigte in Pflegeberufen zu identifizieren. Da sich dieser Zustand über die Zeit hinweg verändern kann, wurden für die Sequenzmusteranalysen alle Personen einbezogen, die im Beobachtungszeitraum mindestens eine Episode, unabhängig von deren Länge, in einem Pflegeberuf tätig waren.

Da die SIAB auf Daten der Sozialversicherungsträger beruht, sind Angaben über die Entgelte oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung nicht möglich, da in diesem Fall eine Rechtszensierung vorliegt. Im Jahr 2019 lag die Beitragsbemessungsgrenze bei einem monatlichen Bruttoeinkommen von 6.700 Euro für Versicherte in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten. Ebenso liegen keine Daten für geringfügig Beschäftigte vor. Daher sind Entgelte unter 450 Euro (Stand 2019) im Monat somit in der SIAB linkszensiert. Um trotzdem unverzerrte Mittelwerte

abbilden und lineare Regressionen rechnen zu können, wurde ein Tobit-Modell verwendet, um Werte für zensierte Entgelte zu imputieren. Die Durchführung orientierte sich an der durch Dauth und Eppelsheimer für die SIAB beschriebenen Prozedur, die sich besonders für Analysen mit verhältnismäßig wenig zensierten Gehältern anbietet (Dauth & Eppelsheimer, 2020). Für alle Beschäftigten, deren Gehalt der Beitragsbemessungsgrenzen entspricht, wurden für jedes Jahr im Untersuchungszeitraum und jede Berufsgruppe separat, basierend auf den individuellen Eigenschaften Alter, Geschlecht, Dauer der Tätigkeit beim Arbeitgeber, dem Ort der Beschäftigung (differenziert nach Alten und Neuen Bundesländern) sowie den Mittelwerten der im selben Unternehmen tätigen Personen die logarithmierten Löhne geschätzt und imputiert.

Bei allen Berechnungen, die sich auf Zeitpunkte beziehen (Querschnittsdaten), musste die Längsschnittstruktur der SIAB, die in Spells organisiert ist, aufgelöst werden. Dies erfolgte, indem zunächst alle Informationen, die in einem parallelen Spell enthalten waren in die Hauptepisode kopiert, bzw. aufaddiert wurden. So werden beispielsweise Jahressonderzahlungen getrennt von dem Grundgehalt erfasst. Anschließend konnten alle Daten, die zum Stichtag des 30. Juni des entsprechenden Jahres vorlagen, ermittelt werden. Dieser Bearbeitungsschritt war notwendig, um eine Mehrfachzählung einzelner Individuen mit mehreren Sätzen im Beobachtungsjahr zu verhindern.

5.2.3 Analysestrategie und methodisches Vorgehen

Für die Analyse von Erwerbsbiografien haben sich in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften unterschiedliche methodische Forschungsstränge herausgebildet. Einerseits können einzelne Ereignisse oder Übergänge betrachtet werden. Andererseits wird jedoch immer öfter eine holistische Perspektive auf die Biografie angestrebt. Bei den folgenden Analysen von Erwerbsverläufen erfolgt eine Kombination beider Methoden, um drei ausschlaggebende Effekte abbilden zu können:

- Alterseffekte: Mit höherem Alter tritt eine Veränderung der Präferenzen sowie der Leistungsfähigkeit und der Lebensumstände auf.
- Kohorteneffekte: Eine Kohorte macht ähnliche Erfahrungen und erlebt viele Ereignisse gemeinsam, so dass beispielsweise das Durchlaufen der Ausbildung in den 1970er Jahren eine andere Wirkung auf den Erwerbsverlauf hat als der Abschluss der Ausbildung in den 1980er Jahren.
- Periodeneffekte: Veränderungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen wie wirtschaftliche Schocks und politische Reformen betreffen alle Individuen zur selben Zeit. Dies gilt hier v. a. für den Arbeitsmarkt.

Bei prozessgenerierten Daten können zudem durch Veränderungen des Meldesystems Artefakte in der Datengrundlage entstehen, die vollkommen unabhängig von Effekten auf der individuellen Ebene sind. So haben beispielsweise die Arbeitsmarktreformen Anfang der 2000er Jahre nicht nur Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt bewirkt, sondern zudem die Berichterstattung verändert (Antoni et al., 2019, S. 28).

Da diese drei Effekte konfundiert sind, ist eine strikte Trennung nicht möglich. Jedoch wird bei den folgenden Analysen versucht, durch Bildung von jeweils fünf Jahre umfassenden Geburtskohorten sowie durch Eingrenzung des Analysezeitfensters aktuelle und präzise Effekte abzubilden.

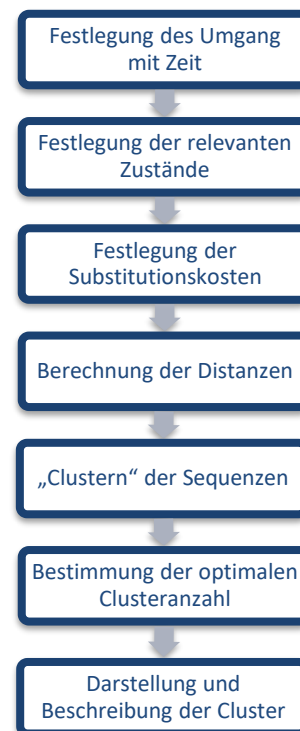
5.2.3.1 Sequenzmusteranalyse

Sequenzmusteranalysen erfreuen sich in den Sozialwissenschaften zunehmender Beliebtheit, um eine holistische Analyse von Lebens- und Erwerbsverläufen zu ermöglichen (Jäckle, 2017; Ritschard & Studer, 2018). Dabei geht es im Kern darum, ähnliche Verläufe über unterschiedliche Statuswechsel zu identifizieren. Im vorliegenden Fall sollen also Gruppen von beruflich Pflegenden gefunden und analysiert werden, die ähnliche Berufsverläufe aufweisen.

Da die Ergebnisse dieses Verfahrens von vielen Annahmen und Festlegungen der Forschenden abhängig sind, wird im Folgenden die Analysestrategie dargelegt (Abbildung 24). Zugunsten aktueller Daten wurde das Analysezeitfenster auf den Zeitraum von 2005 bis 2017 eingegrenzt. Somit werden Verzerrungen der Daten durch die Hartz-Reformen weitestgehend vermieden. In diesem Zeitraum wurde einerseits für unterschiedliche Geburtskohorten untersucht, wie sich der Arbeitsumfang als auch der ausgeübte Beruf in diesem Zeitraum veränderte. Für diese Form der Analyse wurde kalendarische Zeit verwendet. Dementsprechend liegt der erste Messzeitpunkt im Januar 2005. Alternativ kam auch ein relativer Umgang mit Zeit zur Anwendung, in dem die erste Beobachtung dem letzten Monat in der Ausbildung zur Pflegefachkraft entspricht. Als relevante Zustände werden die verschiedenen Berufstätigkeitsphasen in Pflegeberufen, Ausbildung, Arbeitslosigkeit, Tätigkeiten in anderen Berufen und Nicht-Erwerbstätigkeit in die Analyse einbezogen.

Zur Bestimmung der Ähnlichkeit von ganzen Berufsverläufen müssen Wechsel zwischen verschiedenen Status bewertet werden. So ist beispielsweise ein Wechsel zwischen Vollzeit und Teilzeit am gleichen Arbeitsplatz mit deutlich weniger organisatorischen, finanziellen und psychische Aufwand verbunden als der Wechsel in eine völlig andere Tätigkeit. Hierfür werden sogenannte Substitutionskosten bestimmt. Sofern diese nicht auf Basis theoretischer Fundierung bestimmt werden können, werden diese rein empirisch unter der Annahme bestimmt, dass Zustandswechsel mit geringeren Kosten häufiger auftreten. So erfolgte auch hier die Berechnung der Substitutionskosten datengestützt nach folgender Gleichung³⁰:

Abbildung 23: Ablauf der Sequenzmusteranalyse



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Jäckle (2017), S.339

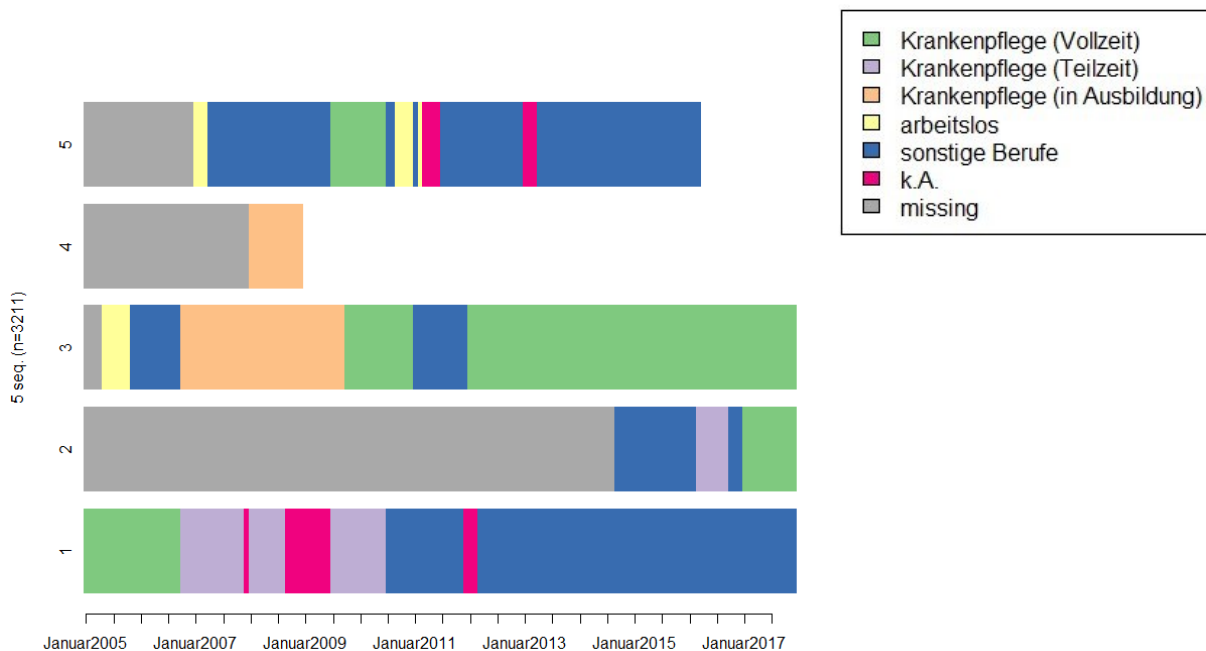
³⁰ Häufig auftretende Zustandswechsel sind somit ‚billiger‘ als seltene Übergänge und liegen innerhalb des Intervalls von null bis zwei. Die Wahl der Indel-Kosten erfolgte der Empfehlung Cornwells entsprechend in Höhe der Hälfte der Substitutionskosten (2015, S. 111).

$$(1) \text{ Substitutionskosten (T-Rate)} = 2 - p\left(\frac{i}{j}\right) - p\left(\frac{j}{i}\right)$$

mit $p\left(\frac{i}{j}\right)$ = Übergangswahrscheinlichkeit zwischen Zustand i und j.

Die darauf basierende Abstandsmatrix wurde mittels Optimal Matching-Verfahren berechnet. Diese diente anschließend als Grundlage für eine hierarchische Clusteranalyse mit der Ward-Methode. Somit werden sich hinsichtlich der Reihenfolge, Dauer und Häufigkeit der Zustandswechsel ähnliche Erwerbsverläufe in einem Cluster zusammengefasst. Mit Hilfe von Dendrogrammen³¹ konnte anschließend die geeignete Anzahl von Clustern bestimmt werden.

Abbildung 24: Fünf Sequenzen von Personen mit Tätigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege



Quelle: SIAB-Regionalfiler 7517; eigene Darstellung

Exemplarisch werden in Abbildung 24 fünf Sequenzen aus dem analysierten Datensatz dargestellt. Eine Linkszensurierung (fehlende Werte vor der ersten Meldung; grauer Bereich in Abbildung 24) sowie Rechtszensurierungen (fehlende Werte nach der letzten Meldung; weißer Bereich in Abbildung 24) werden von Lücken in den Erwerbsbiografien (k. A.; rote Zustände in Abbildung 24) unterschieden. Die Interpretation erfolgt zeilenweise, beispielsweise stellt die erste Sequenz den Erwerbsverlauf einer Person zwischen dem 1. Januar 2005 und dem 31. Dezember 2017 dar, wobei nach einer Vollzeittätigkeit in der Krankenpflege zunächst eine Reduktion der Arbeitszeit auf eine Teilzeitstelle im Februar 2007 erfolgte, anschließend mehrere Lücken auftraten und im Januar 2011 eine Tätigkeit außerhalb der Krankenpflege aufgenommen wurde.

Während die Datenaufbereitung zunächst in Hinblick auf einen Gastaufenthalt am IAB mit dem Statistikprogramm Stata 16 erfolgte, wurde für die Sequenzanalysen das Packet TraMineR in R verwendet (Gabadinho et al., 2011).

³¹ Ein Dendrogramm ist ein Baumdiagramm, mit dem hierarchische Beziehungen zwischen Objekten dargestellt und kategorisiert werden.

5.2.3.2 Regressionsanalyse der Entgelte

Die Vergütung von Personen ist von zahlreichen simultan wirkenden Faktoren abhängig. Neben der rein deskriptiven Darstellung der Gehälter von in Pflegeberufen beschäftigten Personen im Zeitverlauf und bivariaten Zusammenhängen, wurde daher mittels Regressionsanalyse der Einfluss mehrerer Faktoren auf die Entgelte ermittelt. Dabei wurden neben der letztendlich verwendeten linearen Regression auf die brutto Monatsgehälter ebenfalls eine Transformation der abhängigen Variable in Form des logarithmierten Gehalts, die Berechnung einer Median-Regression bzw. die Verwendung einer Quantilregression, geprüft. Erstere erschien in Hinblick auf die durch die Eingrenzung auf beruflich Pflegende bedingte, kaum rechtsschiefe Verteilung der abhängigen Variable als nicht notwendig. Die Quantil- bzw. die Median-Regressionen lieferten vergleichbare, jedoch schwieriger zu interpretierende Ergebnisse (vgl. bspw. Briel et al., 2022, S. 194 ff.). Da nach Prüfung der Anforderungen an eine lineare Regression sowohl ein linearer Zusammenhang zwischen den Variablen als plausibel anzusehen ist und weder Heteroskedastizität noch eine erhebliche Abweichung des Fehlerterms von einer Normalverteilung festzustellen war, wird für die multivarianten Analysen in Kapitel 5.3.2.3 eine lineare Regression auf das Bruttomonatsgehalt dargestellt. Geschätzt wurde somit eine multiple lineare Regression in der durch Gleichung (2) beschriebenen Form.

$$(2) y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_{k-1} X_{k-1,i} + \varepsilon_i$$

Die Regressionsanalysen erfolgten mit der schwach anonymisierten Version der SIAB für das Jahr 2019. Mit einer Regression im Längsschnitt könnte ein erheblich größerer Teil der Varianz der Einkommen erklärt werden, beispielsweise dadurch, dass das Einkommen der Vorperiode als der beste Prädiktor für das aktuelle Einkommen gilt. Jedoch war das Ziel ein Modell zur Erklärung des Einflusses von Faktoren wie dem Geschlecht oder der Berufserfahrung zu berechnen. Dieses Vorgehen folgte somit dem Ansatz der „*regression for explanation*“ (Mauyama, 1998, zit. n. Bortz Döring, 2016, S. 963; Briel et al., 2022), der von einer „*regression for prediction*“ (ebd.) mit dem Ziel einer besonders präzisen Vorhersage abzugrenzen ist.

5.2.3.3 Analyse von Verweildauern – Kaplan-Meier-Analyse

Anknüpfend an die in Kapitel 3.2.7 vorgestellten Studien wurden, um aktuelle Zahlen bezüglich der Dauer im Pflegeberuf zu ermitteln, statistische Auszählungen vorgenommen und Survival-Analysen berechnet. Dabei wurde sowohl die Netto- als auch die Bruttoarbeitszeit berücksichtigt. Diese beiden Kenngrößen können sich erheblich voneinander unterscheiden.

Zunächst mussten jedoch Definitionen bezüglich der Endpunkte der Analyse (Definition des ‚Events‘), den Analysezeitfenstern und der Zustände, bzw. der Episodeninhalte gemacht werden. Grundsätzlich kann zwischen dem Branchen-, Berufs- und Beschäftigungsverbleib unterschieden werden (Wrobel et al., 2019, S. 46ff.). Während ein Wechsel aus einer Anstellung in der Altenpflege in die Gesundheits- und Krankenpflege (oder umgekehrt) als Abbruch der Beschäftigung im Sinne des Berufsverbleibs gewertet wird, würde dieser unter Betrachtung des Branchenverbleibs als fortgeführt gezählt werden. Der Verbleib von beruflich Pflegenden in anderen sozialversicherungspflichtigen Tätigkeiten (Beschäftigungsverbleib) fand bei den durchgeführten Analysen aufgrund der geringen Aussagekraft und fehlender Relevanz für Entscheidungsträger*innen (Kapitel 3.2.7) keine Beachtung. Aus demselben Grund wurde auf Analysen mit linkszensierten Daten verzichtet, so dass alle Verweildauern mit dem Übergang zwischen Ausbildung und Berufsleben beginnen.

Quer zu dieser Definition des Endpunkts stehen Annahmen darüber, wie mit einer Veränderung des Tätigkeitsniveaus und somit Wechseln aus einer Hilfs- in eine Fachtätigkeit sowie dem Arbeitsumfang, respektive einer geringfügigen Beschäftigung (Minijobs) und Beschäftigungen im Übergangsbereich (Midijobs) oder Altersteilzeit in Beruf oder derselben Branche umgegangen wird. In Ermangelung eines einheitlichen Vorgehens der gesichteten Studien bzgl. der Ermittlung von (Brutto-) Verweildauern in Pflegeberufen erfolgte hierbei die Orientierung an der Identifikation von Hauptepisoden. Der Wechsel in eine Tätigkeit mit einer Wochenarbeitszeit von unter 15 Stunden wurde daher als Unterbrechung der Tätigkeit gewertet. Somit wurde ein Wechsel in eine geringfügige oder eine Beschäftigung im Übergangsbereich ebenfalls als eine Erwerbsunterbrechung gewertet, wenn simultan keiner weiteren Tätigkeit im entsprechenden Beruf nachgegangen worden ist.

Da eine Rückkehr in eine Pfl egetätigkeit auch nach einem Wechsel in einen anderen Beruf oder eine Nichterwerbstätigkeit möglich ist, musste zudem in Hinblick auf die Bruttoverweildauern definiert werden, ab welcher Unterbrechungsdauer ein endgültiger Ausstieg aus der Pflege vorliegt. Während die Wahl einer zu langen Zeitspanne zu einer Rechtszensierung der Daten führt und somit keine Aussagen über den Zeitpunkt der letzten Beobachtung (31. Dezember 2019) minus der gewählten Zeitspanne gemacht werden können, wird somit auf aktuelle Daten verzichtet. Gleichzeitig führt die Wahl eines zu kurzen Zeitraums, in dem eine Rückkehr in eine Pfl egetätigkeit angenommen wird, zu einer Unterschätzung der Bruttoverweildauern. Daher wurde die Wahl des Endpunkts an den Analysezeitraum angepasst, so dass für die Analyse des Berufs- und Branchenverbleibs der Ausbildungsjahrgänge 2009 und 2014 ein Ausscheiden als die Aufgabe der Pfl egetätigkeit für sechs Monate bzw. ein Jahr definiert wurde, während bei der Betrachtung der Verweildauer des im Pflegeberuf am längsten beobachteten Ausbildungsjahrgang (1976) ein endgültiger Ausstieg nach fünf Jahren angenommen wurde. Für die Analysen der unterbrechungsfreien Arbeitszeit nach dem Abschluss der Ausbildung der jeweiligen Jahrgänge mussten hingegen keine Abwägungen bezüglich des Zeitraums erfolgen. Angemerkt werden muss jedoch, dass aufgrund der tagesgenauen Erfassung der Daten bereits eine Unterbrechung von lediglich einem Tag als Endpunkt gelten würde. Aus diesem Grund wurde, um Fehler durch einen Meldeverzug bei der Sozialversicherung vorzubeugen, ein Zeitraum von 31 Tagen gewählt, für den trotz fehlender Datenlage keine Unterbrechung des Arbeitsverhältnisses angenommen wird.

In Tabelle 58 werden die getroffenen Annahmen, die für die Berechnung der Bruttoverweildauern getroffen wurden zusammengefasst. Bezogen auf die in Kapitel 3.2.7 angemerkte geringe Anzahl an Studien zu Nettoverweildauern in Pflegeberufen erfolgte diesbezüglich eine Orientierung an der einzigen für Deutschland vorliegenden Studie des Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (Wrobel et al., 2009). Ebenso wie die Autor*innen der Studie wurden für die Analyse Ausbildungskohorten von fünf Jahren definiert, so dass der Analysezeitraum für alle Individuen möglichst wenig Varianz aufweist. Die betrachteten Ausbildungsjahrgänge wurden bis zum Jahr 2014 fortgesetzt. Somit liegt ein minimaler Analysezeitraum von fünf Jahren vor. Berichtet werden neben der durchschnittlichen Nettoverweildauer mit dem ersten (25. Perzentil) und dritten Quartil (75. Perzentil) sowie dem Median weniger für extreme Werte anfällige Verteilungsparameter.

Tabelle 58: Definition von Endpunkten der Bruttoverweildauern

Einheit	Paradigma	Endpunkte	Beispiel	Zeitraum
Ausbildungsjahrgänge 1976	Branchenverbleib	Wechsel in einen nicht pflegerischen Beruf	Gesundheits- und Krankenpflege zu Bürokräft	Fünf Jahre
	Berufsverbleib	Wechsel in einen anderen als den erlernten Pflegeberuf Zusätzlich: keine Meldung bei der Sozialversicherung, Arbeits- oder Erwerbslosigkeit	Gesundheits- und Krankenpflege zu Alten- oder Sozialpflege	
Ausbildungsjahrgänge 2005-2014	Branchenverbleib	Wechsel in einen nicht pflegerischen Beruf	Gesundheits- und Krankenpflege zu Bürokräft	Ein Jahr, bzw. sechs Monate
	Berufsverbleib	Wechsel in einen anderen als den erlernten Pflegeberuf Zusätzlich: keine Meldung bei der Sozialversicherung, Arbeits- oder Erwerbslosigkeit	Gesundheits- und Krankenpflege zu Alten- oder Sozialpflege	
Unterbrechungsfreier Berufseinstieg	Enge Berufstreue	Erster Wechsel in einen anderen Beruf oder erste Unterbrechung des Erwerbslebens	Gesundheits- und Krankenpflege zu Alten- oder Sozialpflege	31 Tage

Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Wrobel et al., 2019 S. 46ff.

Nachdem die Definition der Endpunkte erfolgte und die zu betrachtenden Zeiträume festgelegt worden sind, konnten Survival Analysen verwendet. Hierfür wurden Kaplan-Meier-Analysen gerechnet, um univariate Ergebnisse zu den Überlebenszeiten im Beruf zu ermitteln. Dabei handelt es sich um ein ursprünglich im medizinischen Bereich verbreitetes Verfahren, um Überlebenszeiten von Patient*innen in medizinischen Studien zu bestimmen (Dudley et al., 2016, S. 91). Dementsprechend ist die Nomenklatur durch dieses Forschungsgebiet geprägt. Die Kaplan-Meier-Analyse ist insbesondere vorteilhaft, da nicht alle Individuen zum selben Zeitpunkt die erste Beobachtung aufweisen müssen und auch mit einer Rechtszensierung der Daten umgegangen werden kann. Eine der zentralen Annahmen der Kaplan-Meier-Analysen, dass Individuen unabhängig vom Eintrittszeitpunkt derselben Ausfallwahrscheinlichkeit unterliegen (Dudley et al., 2016, S. 93; Blossfeld et al., 2019, S. 76), kann hinsichtlich von Arbeitsmarkt, Schul- und Pflegereformen nicht angenommen werden. Daher konnte der Untersuchungszeitraum nicht beliebig lang gewählt werden. Zur Berechnung der kumulativen Ausfallrate („hazard rate“) wurde die Kaplan-Meier-Methode in der

durch Gleichung (3) beschriebenen Form verwendet. Für große Stichproben führt diese zu vergleichbaren Ergebnissen wie die Methode nach Nelson und Aalen (Blossfeld et al., 2019, S. 93).

$$(3) \hat{G}(t) = \prod_{l:\tau_l < t} \left(1 - \frac{E_l}{R_l}\right)$$

mit:

E_l = Anzahl der Episoden mit Ereignissen (z.B. Berufswechseln) zum Zeitpunkt τ_l

R_l = Anzahl an Episoden die bei τ_l ausfallen könnten

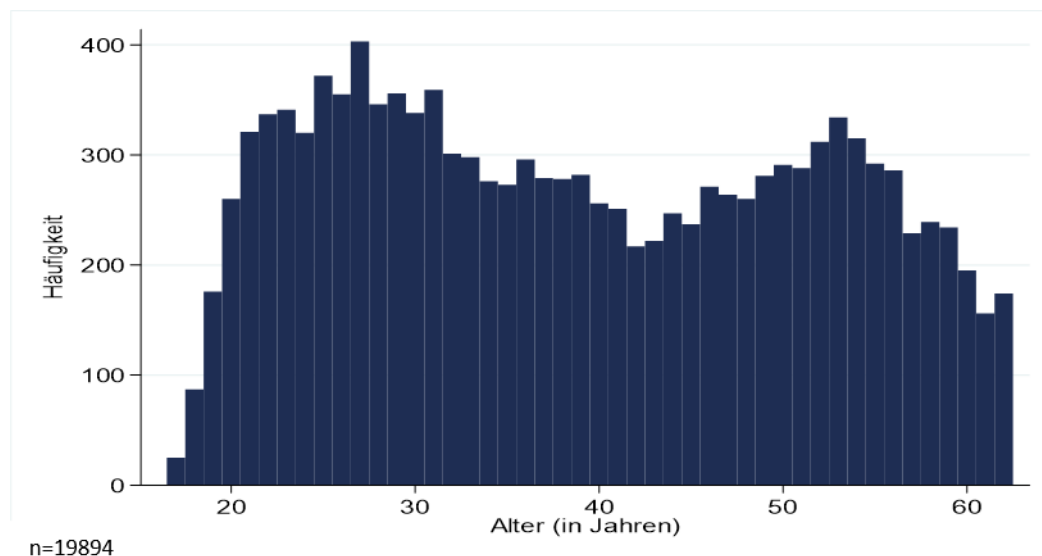
Durch die Anwendung des negativen Logarithmus auf den Produkt-Limit-Schätzer wird zudem die kumulierte Übergangsrate berechnet (ebd., S. 77). Diese wurde für die Visualisierungen der Verweildauern verwendet. Durch Gleichung (3) wird zudem verdeutlicht, dass die Berechnung stufenweise erfolgt, wobei für jeden Zeitpunkt (τ_l) ein Wert für die Überlebensfunktion, bzw. für die Übergangsrate ermittelt wird. Dies führt, insbesondere bei niedrigen Fallzahlen zu erkennbaren Stufen in den Grafiken.

5.3 Deskriptive Ergebnisse und Einflüsse auf Vergütung und Verweildauer

5.3.1 Altersverteilung von beruflich Pflegenden in Deutschland

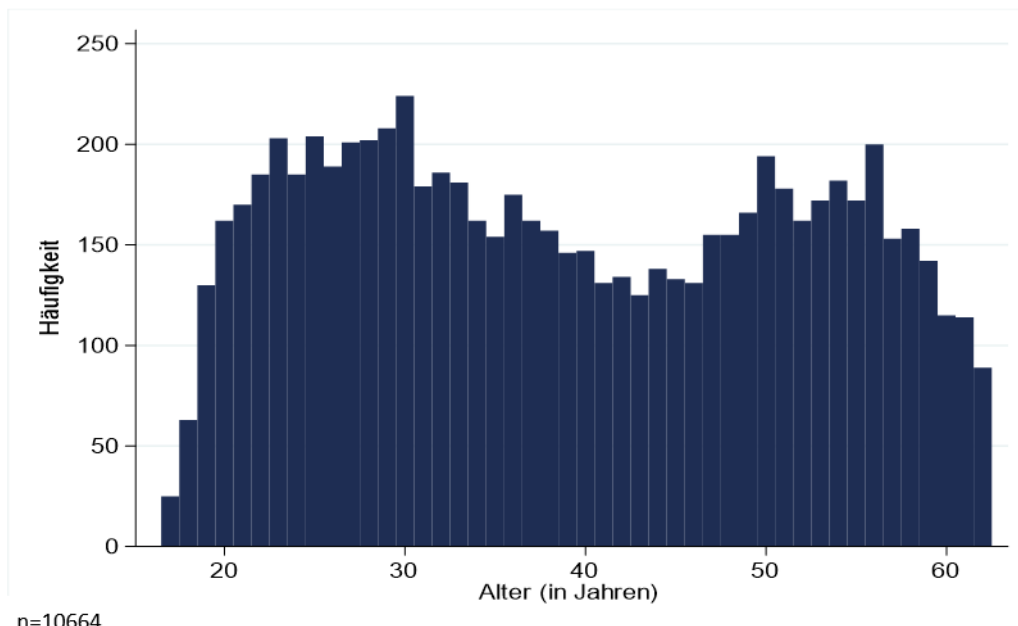
In Berichtsjahr 2017 weist die Altersverteilung eine ‚M-Form‘ auf und zeugt von einem geringeren Anteil der der mittleren Altersgruppen. Dies gilt sowohl für beruflich Pflegenden in der Kranken- wie auch der Altenpflege. Einerseits spiegelt sich hier die demografische Alterung der Gesamtbevölkerung auch in der Altersstruktur der beruflich Pflegenden wider. Andererseits zeigt sich aber auch ein Zuwachs bei den jüngeren Jahrgängen. Fraglich bleibt, ob dieser Zuwachs den absehbaren Ausstieg aus dem Arbeitsmarkt der 50-60-jährigen beruflich Pflegenden kompensieren kann.

Abbildung 25: Altersverteilung der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im Jahr 2017



Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

Abbildung 26: Altersverteilung der beruflich Pflegenden in der Altenpflege im Jahr 2017



Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

5.3.2 Vergütung von beruflich Pflegenden

5.3.2.1 Gehälter von Beschäftigten in Pflegeberufen

Der Fachkräftemangel in der Gesundheits- und Krankenpflege müsste zu einem überproportionalen Lohnzuwachs in dieser Branche führen, insbesondere, um durch eine Würdigung von Qualifikation und Leistung mehr Arbeitskräfte anzuwerben (Hahnenkamp & Hasebrook, 2019). Die Entwicklung der monatlichen Bruttoentgelte von Vollzeitbeschäftigten, dargestellt in Tabelle 59, zeigt einen deutlichen Zuwachs des nominalen mittleren Einkommens in Höhe von etwa 36 Prozent zwischen 2005 und 2021. Real, bei Berücksichtigung der Kaufkraftverringerung, beträgt dieser Zuwachs gut sieben Prozent. Zudem muss angemerkt werden, dass in sieben von 16 der berichteten Jahre eine negative Entwicklung der Realvergütung festzustellen ist. Die Berechnung des Realeinkommens erfolgte mit Hilfe des Verbraucherpreisindex (VPI) für Deutschland, der von dem Statistischen Bundesamt monatlich bereit gestellt wird (Statistisches Bundesamt, 2022, S. 3). Alle Angaben zu Gehältern wurden, um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten, jeweils für den 30. Juni des ausgewiesenen Jahrs berechnet. Jahressonderzahlungen wurden zu der Hauptepisode addiert und finden somit ebenfalls Beachtung.

Da die Bereitstellung der SIAB mit einer Zeitverzögerung von etwa zwei Jahren erfolgt, wurden die Entgelte für die Jahre 2020 und 2021 von der Statistischen Datenbank der Bundesagentur für Arbeit bezogen (Bundesagentur für Arbeit, 2022b). Die Bundesagentur für Arbeit weist die Entgelte auf Grundlage einer Vollerhebung aus (Bundesagentur für Arbeit, 2022c). Zudem werden die Entgelte jeweils zum Stichtag 31.12. ausgewiesen. Daher kann es zu Unterschieden zu den aus der SIAB ermittelten Werten kommen. Dabei handelt es sich jedoch um marginale statistische Abweichungen. Beispielsweise wird auf Grundlage der SIAB ein mittleres monatliches Bruttoeinkommen von Pflegefachpersonen in der Altenpflege im Jahr 2017 in Höhe von 2760 Euro ermittelt, wohingegen aus den Daten der Bundesagentur für Arbeit 2746 Euro hervorgeht.

Tabelle 59: Entwicklung der mittleren monatlichen Bruttoeinkommen von vollzeiterwerbstätigen Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften in der Gesundheits- und Krankenpflege Berechnung für Alte Bundesländer; ohne Auszubildende

Jahr	VPI ^a	Pflegefachkräfte				Pflegehilfskräfte			
		nominal	%AT ^b	real	%AT	nominal	%AT	real	%AT
2005	86,2	2.790		3.237					
2006	87,6	2.800	0,36	3.196	-1,25				
2007	89,6	2.844	1,57	3.174	-0,70				
2008	91,9	2.893	1,72	3.148	-0,82				
2009	92,2	2.980	3,01	3.232	2,67				
2010	93,2	2.980	0,00	3.197	-1,07				
2011	95,2	3.095	3,86	3.251	1,68				
2012	97,1	3.127	1,03	3.220	-0,94				
2013	98,5	3.146	0,61	3.194	-0,82	2.075		2.107	
2014	99,5	3.298	4,83	3.315	3,78	2.102	1,30	2.113	0,28
2015	100	3.371	2,21	3.371	1,70	2.149	2,24	2.149	1,72
2016	100,5	3.410	1,16	3.393	0,65	2.295	6,79	2.284	6,26
2017	102,0	3.434	0,70	3.367	-0,78	2.494	8,67	2.445	7,07
2018	103,8	3.495	1,78	3.367	0,01	2.591	3,89	2.496	2,09
2019	105,3	3.549	1,55	3.370	0,10	2.675	3,24	2.540	1,77
2020	105,8	3.638	2,51	3.439	2,02	2.752	2,88	2.601	2,39
2021	109,1	3.789	4,15	3.473	1,00	2.861	3,96	2.622	0,82
ges. Veränderung		2005-2021	35,81		7,30	2013-2021	37,88		24,48

a) VPI= Verbraucherpreisindex; b) %AT = prozentuale jährliche Veränderung

Quelle: SIAB 7519 und Bundesagentur für Arbeit für 2020 und 2021; eigene Berechnungen

Ausgewiesen werden die mittleren Einkommen, d.h. die jeweiligen Mediane. Der Median ist der Wert, der für die Dateneinheit in der Mitte zutrifft, die also die betrachtete Grundgesamtheit genau in zwei Hälften teilt. Bezogen auf das Einkommen bedeutet dies, dass 50 Prozent der betrachteten Personengruppe ein Einkommen unterhalb des Medians erhält und 50 Prozent ein Einkommen, das darüber liegt. Dieser Indikator hat gegenüber dem häufig verwendeten Durchschnittseinkommen den Vorteil, dass er unempfindlich für extreme Werte an den Rändern ist.³² Daher wird auch in der amtlichen Statistik immer häufiger der Median ausgewiesen. So veröffentlicht auch die Bundesagentur für Arbeit keine Mittelwerte der Entgelte, weshalb auch hier auf das mittlere Einkommen Bezug genommen wird, um eine Zeitreihe mit aktuellen Zahlen abbilden zu können.

Es zeigt sich, dass insbesondere in den letzten Jahren der Anstieg der Bruttoentgelte deutlich über dem in anderen Berufszweigen war. Der starke Anstieg seit 2020 ist dabei vor allem dem Corona-Effekt geschuldet, da im Vergleich zu anderen Berufszweigen im Pflegebereich keine Kurzarbeit geleistet

³² Erhält beispielsweise eine einzelne Person mit einem hohen Einkommen plötzlich eine sehr starke weitere Einkommenserhöhung, so verändert sich auch das Durchschnittseinkommen nach oben, ohne dass sich die Einkommenssituation aller anderen verändert. Der Median bleibt in diesem Fall aber unverändert.

wurde, sondern im Gegenteil mehr gearbeitet wurde (Bundesagentur für Arbeit, 2022d, S. 9). Zudem sieht man, dass die Entgelte für Pflegehilfskräfte noch stärker gestiegen sind, wobei die größten Anstiege in den Jahren 2015/16 anfielen.

Die Entwicklung der Gehälter von beruflich Pflegenden in der Altenpflege (Tabelle 60) entspricht weitestgehend der bereits für die Gesundheits- und Krankenpflege ausgewiesenen.

Tabelle 60: Entwicklung der mittleren monatlichen Bruttoeinkommen von vollzeiterwerbstätigen Pflegefachpersonen und Pflegehilfskräften in der Altenpflege, Berechnung für die alten Bundesländer ohne Auszubildende

Jahr	VPI ^a	Pflegefachpersonen				Pflegehilfskräfte			
		nominal	%AT ^b	real	%AT	nominal	%AT	real	%AT
2013	98,5	2.520		2.558		1.720		1.746	
2014	99,5	2.520	0,00	2.533	-1,01	1.835	6,69	1.844	5,61
2015	100	2.580	2,38	2.580	1,87	1.892	3,11	1.892	2,59
2016	100,5	2.640	2,33	2.627	1,82	1.996	5,50	1.986	4,97
2017	102,0	2.760	4,55	2.706	3,01	2.001	0,25	1.962	-1,22
2018	103,8	2.879	4,31	2.774	2,50	2.069	3,40	1.993	1,61
2019	105,3	3.034	5,38	2.881	3,88	2.185	5,61	2.075	4,10
2020	105,8	3.176	4,68	3.002	4,19	2.241	2,56	2.118	2,08
2021	109,1	3.345	5,32	3.066	2,14	2.352	4,95	2.156	1,78
ges. Veränderung 2013-2021			32,74		19,84		36,74		23,46

a) VPI = Verbraucherpreisindex; b) %AT = prozentuale jährliche Veränderung

Quelle: SIAB 7519 und Bundesagentur für Arbeit für 2020 und 2021; eigene Berechnungen

5.3.2.2 Gender Pay Gap in Pflegeberufen

Neben der Frage der Lohnentwicklung erfährt auch der sogenannte ‚Gender Pay Gap‘, der Lohnunterschied zwischen Männern und Frauen, bzw. der bereinigte Gender Pay Gap bei gleicher Qualifikation und Tätigkeit, eine besondere Beachtung. Über alle Berufsgruppen hinweg betrug der bereinigte Gender Pay Gap in Deutschland im Jahr 2018 sechs Prozent und der unbereinigte Gender Pay Gap 20 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2020b). In der Gesundheits- und Krankenpflege konnte ein teilbereinigter³³ Gender Pay Gap von 15,5 Prozent bei den durchschnittlichen Bruttoentgelten im Jahr 2005, der kontinuierlich bis zum Jahr 2017 auf 11,7 Prozent sank, ermittelt werden (Tabelle 61).

³³ Der unbereinigte Gender Pay Gap ist die Differenz zwischen dem Bruttomonatsentgelt von Frauen und Männern bezogen auf das Entgelt der Männer. Der bereinigte Gender Pay Gap bezieht hingegen auf den Verdienstunterschied zwischen Frauen und Männern mit vergleichbaren Tätigkeiten und Biografien. Da Hier zwar das Qualifikationsniveau, die Berufsgruppe und der Arbeitsumfang zwischen Frauen und Männern äquivalent berücksichtigt werden kann, gilt dies nicht zwischen Fach- und Führungspersonal sowie dem Einfluss von Erwerbsunterbrechungen. Daher findet der Begriff ‚teilbereinigter Gender Pay Gap‘ Verwendung.

Tabelle 61: Gender Pay Gap in der Gesundheits- und Krankenpflege

Jahr	Männer			Frauen			Pay Gap [%]
	N	Mittelwert	Median	N	Mittelwert	Median	
2005	1285	3077,81	3060	3831	2663,55	2730	-15,55
2006	1287	3064,29	3030	3841	2655,57	2700	-15,39
2007	1308	3077,57	3060	3889	2662,18	2730	-15,60
2008	1324	3128,79	3120	3849	2719,82	2790	-15,04
2009	1345	3235,38	3240	3878	2808,23	2880	-15,21
2010	1369	3241,05	3240	3904	2830,87	2910	-14,49
2011	1157	3321,83	3330	3255	2943,29	3000	-12,86
2012	1357	3372,51	3360	3929	3000,91	3030	-12,38
2013	1390	3452,78	3450	3988	3079,61	3120	-12,12
2014	1384	3519,99	3510	4081	3136,59	3180	-12,22
2015	1401	3606,49	3600	4085	3216,52	3270	-12,12
2016	1421	3658,04	3630	4084	3278,09	3300	-11,59
2017	1477	3787,45	3780	4097	3392,04	3390	-11,66

Quelle: SIAB-Regionalfiler 7517; eigene Berechnung

Ähnlich wie Gesundheits- und Krankenpflegerinnen verdienten Altenpflegerinnen im Jahr 2013 10,6 Prozent weniger als Männer, die ebenfalls im Rahmen einer Vollzeittätigkeit denselben Beruf ausübten. Dieser Wert verringerte sich auf 9,4 Prozent im Jahr 2017 (Tabelle 62), so dass für beide Berufsgruppen zumindest ein Trend in Richtung gleicher Bezahlung ersichtlich wird.

Tabelle 62: Gender Pay Gap in der Altenpflege

Jahr	Männer			Frauen			Pay-Gap [%]
	N	Mittelwert	Median	N	Mittelwert	Median	
2013	639	2496.90	2400	2379	2257.40	2220	-10,61
2014	661	2543.37	2490	2451	2290.22	2220	-11,05
2015	689	2613.53	2550	2506	2341.25	2280	-11,63
2016	732	2689.59	2580	2618	2411.12	2370	-11,55
2017	760	2759.37	2640	2646	2522.54	2460	- 9,39

Quelle: SIAB-Regionalfiler 7517; eigene Berechnung

Eine Fortführung der Tabellen mit Daten der Bundesagentur für Arbeit ist hier nicht möglich, da eine vergleichbare Abgrenzung zur Berechnung des teilbereinigten Gender Pay Gap aus den veröffentlichten Daten nicht hergestellt werden kann. Daher sollen hier nur für die Jahre 2017 und 2021 die unbereinigten Pay Gaps für Pflegefachpersonen und Pflegehilfskräfte getrennt ausgewiesen

werden (Tabelle 63). Auch wenn die Niveaus der bereinigten und unbereinigten Pay-Gap-Werte nicht vergleichbar sind, was an den Werten für 2017 zu sehen ist, kann man doch sehen, dass sich die Angleichung der Löhne auch in den letzten Jahren fortgesetzt hat.

Tabelle 63: Unbereinigter Gender Pay Gap in Pflegeberufen 2017 und 2021

		Median Bruttomonatseinkommen Vollzeitbeschäftigter		
		Männer	Frauen	Pay-Gap [%]
Gesundheits- und Krankenpflege				
Fachkräfte	2017	3.563	3.285	- 7,8
	2021	4.013	3.755	- 6,4
Hilfskräfte	2017	2.618	2.450	- 6,4
	2021	2.981	2.816	- 5,5
Altenpflege				
Fachkräfte	2017	2.846	2.714	- 4,6
	2021	3.430	3.315	- 3,4
Hilfskräfte	2017	1.986	1.933	- 2,7
	2021	2.401	2.337	- 2,7

Quelle: Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen

5.3.2.3 Einflussfaktoren auf die Vergütung

Nachdem die Zusammenhänge zwischen der Vergütung und Zeit- und Leiharbeit (Kapitel 5.3.3) sowie dem Geschlecht ermittelt wurden, wurde überprüft, ob diese Effekte ebenfalls unter Kontrolle von weiteren Einflussgrößen bestehen bleiben. Folgende Variablen konnten bei der Regressionsanalyse berücksichtigt werden:

- Alter der Beschäftigten, zentriert sowie quadriert zur Abbildung eines nicht linearen Verlaufs
- Geschlecht in dichotomer Form, wobei Männer die Referenzgruppe bilden
- Berufserfahrung in Monaten, ebenfalls zentriert und in der zweiten Potenz
- Arbeitsort in Neuen Bundesländern, Alte Bundesländer als Referenz
- Anforderungsniveau der Tätigkeit, für Altenpflege aus Datenschutzgründen in dichotomer Form zur Unterscheidung von Fach- und Hilfstätigkeiten. Für Gesundheits- und Krankenpflege wird zwischen Hilfs-, Fach- und spezialisierten Tätigkeiten differenziert
- Befristung des Arbeitsverhältnisses, als Indikator für Elternschafts- oder erkrankungsbedingte Vertretungen
- Zeit- und Leiharbeitsverhältnis, mit anderen Beschäftigungsformen als Referenzgruppe

Außerdem wurden Interaktionen aus dem Anforderungsniveau und dem Vorliegen eines Zeit- und Leiharbeitsverhältnis gebildet, da die bivariaten Analysen einen nicht einheitlichen Effekt vermuten ließen. Ebenso wurde die Interaktion zwischen der Berufserfahrung und dem Geschlecht modelliert.

Tabelle 64: Regression auf das monatliche Bruttoentgelt von vollzeitbeschäftigten beruflich Pflegenden in der Gesundheits- und Krankenpflege im Jahr 2019

	Koeffizient	Standardfehler	t –Wert	p - Wert
Geschlecht weiblich	- 315,8	24,6	- 12,84	0,000
Alter zentr.	3,26	0,985	3,31	0,001
Alter ²	-0,309	0,078	-4,01	0,000
Berufserfahrung zentr.	0,007	0,0004	18,13	0,000
Berufserfahrung ²	0,00634	0,00035	- 0,72	0,328
Geschlecht * Berufserfahrung	- 0,002	0,0004	- 5,26	0,000
Neues Bundesland	- 515,34	24,38	-21,14	0,000
Zeit/Leiharbeit	-168,1	202,4	-0,83	0,406
Anforderungsniveau (Ref.: Hilfstätigkeit)				
Fachkraft	703,45	32,46	21,67	0,000
Spezialisiert	1.207,67	39,26	30,76	0,000
Zeit- und Leiharbeit * Anforderungsniveau				
Zeit- und Leiharbeit * Fachkraft	285,91	213,57	1,34	0,181
Zeit- und Leiharbeit * Spezialisiert	771,78	325,20	2,37	0,018
Befristung	-181,64	32,68	-5,56	0,000
Konstante	3.015,262	36,91	81,70	0,000

N = 7840; R² = 0,2922; adj. R² = 0,2921; P = 0,000

Quelle: SIAB 7519; eigene Berechnung

Tabelle 64 enthält das Ergebnis der linearen Regression auf das monatliche Bruttoentgelt von vollzeitbeschäftigten beruflich Pflegenden in der Gesundheits- und Krankenpflege. Überwiegend sind bekannte bzw. zu erwartende Effekte zu sehen. Frauen erhalten deutlich geringe Löhne, wobei der Parameter mit 315 Euro im Rahmen dessen liegt, was bei der Analyse des Gender Pay Gap zu erwarten war. Mit steigendem Alter ist auch ein höheres Einkommen verbunden, was allerdings mit dem Alter langsamer steigt. Längere Berufserfahrung hat einen positiven Effekt auf das Einkommen, wobei der Parameterwert in der Größenordnung liegt, die auch von Einkommenschätzungen in anderen Berufszweigen bekannt sind. Bei Frauen wirkt sich die Berufserfahrung jedoch weniger stark auf das Einkommen aus. Beruflich Pflegende in den neuen Bundesländern erhalten im Schnitt mehr als 500 Euro weniger Gehalt. Eine Tätigkeit in Zeit- und Leiharbeit führt zwar wie in den bivariaten Analysen gesehen tendenziell zu einem geringeren Einkommen, der Parameter ist jedoch nicht signifikant. Dagegen hat das Anforderungsniveau einen sehr hohen Effekt. Pflegefachpersonen verdienen etwa 700 Euro mehr als Pflegehilfskräfte, und spezialisierte Fachkräfte sogar etwa 1.200 Euro mehr. Spezialisierte Fachpersonen in Zeit- und Leiharbeit verdienen sogar noch deutlich mehr, andere Fachpersonen aber nicht. Schließlich führt auch ein befristetes Arbeitsverhältnis zu Lohnabschlägen.

Tabelle 65: Regression auf das monatliche Bruttoentgelt von vollzeitbeschäftigten beruflich Pflegenden in der Altenpflege im Jahr 2019

	Koeffizient	Standardfehler	t –Wert	p - Wert
Geschlecht weiblich	-145,3	28,5	-5,10	0,000
Alter zentr.	2,47	1,08	2,29	0,022
Alter ²	-0,47	0,9	-5,48	0,000
Berufserfahrung zentr.	0,004	0,0005	7,97	0,000
Berufserfahrung ²	-0,0001	0,0001	-0,24	0,593
Geschlecht * Berufserfahrung	-0,0005	0,0006	-0,94	0,355
Neues Bundesland	-364,8	28,7	-13,0	0,000
Zeit/Leiharbeit	-123,3	128,2	-0,96	0,336
Anforderungsniveau (Ref.: Hilfstätigkeit)				
Fachkraft	850,4	50,6	27,15	0,000
Spezialisiert	2348	71,0	33,08	0,000
Leiharbeit * Fachkraft/Spezialisiert	179,9	164,2	0,97	0,330
Befristung	9,49	31,1	0,31	0,760
Konstante	2.408,1	34,3	70,1	0,000

N = 3481; R² = 0,392; adj. R² = 0,390; P = 0,000

Quelle: SIAB 7519; eigene Berechnung

Die Effekte auf Einkommen in der Altenpflege (Tabelle 65) sind mit denen in der Gesundheits- und Krankenpflege vergleichbar. Allerdings fallen sie durchweg etwas schwächer aus. Zudem sind hier kein geschlechtsspezifischer Einfluss der Berufserfahrung und auch kein Effekt einer Befristung zu sehen.

5.3.3 Zeit- und Leiharbeit in der Pflegebranche

Aussagen zu Zeit- und Leiharbeitsverhältnissen sind auf Basis der SIAB, unabhängig von dem Anonymisierungsgrad, erst seit dem Jahr 2011 möglich. Da es zunächst zu einer Häufung von fehlender Angaben nach der Meldeumstellung kam (Antoni et al., 2019, S. 48), beziehen sich die folgenden Analysen auf den Zeitraum von 2012 bis 2017. Für alle drei diesbezüglich untersuchten Berufsgruppen ist ein Anstieg von Zeit- und Leiharbeit zu verzeichnen. Während im Jahr 2012 rund ein Prozent der beruflich Pflegenden in der Gesundheits- und Krankenpflege in einem Zeit- und Leiharbeitsverhältnis standen, verdoppelt sich dieser Wert auf über zwei Prozent im Jahr 2017 (Tabelle 66).

Tabelle 66: Anteil von beruflich Pflegenden in der Gesundheits- und Krankenpflege in einem Zeit- und Leiharbeitsverhältnis

Zeit- und Leiharbeit:			
Jahr	Ja	Nein	Anteil [%]
2012	119	11.307	1,04
2013	141	11.554	1,21
2014	127	11.761	1,07
2015	147	11.924	1,22
2016	176	12.095	1,43
2017	258	12.272	2,06

Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Berechnung

Weniger stark fiel der Zuwachs von Zeit- und Leiharbeitsverhältnissen in der Altenpflege aus. Bis zum Jahr 2015 ist zunächst ein geringer Zuwachs des Anteils an Zeit- und Leiharbeitsverhältnissen zu beobachten. Diese Entwicklung stagniert seitdem, bzw. ist von der Tendenz her leicht rückläufig (Tabelle 67).

Tabelle 67: Anteil von beruflich Pflegenden in der Altenpflege in einem Zeit- und Leiharbeitsverhältnis

Zeit- und Leiharbeit:			
Jahr	Ja	Nein	Anteil [%]
2012	108	6.255	1,70
2013	116	6.463	1,76
2014	126	6.698	1,85
2015	160	6.892	2,27
2016	159	7.066	2,20
2017	141	7.158	1,93

Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Berechnung

Tabelle 68: Anteil von Krankenpflegehilfskräften in einem Zeit- und Leiharbeitsverhältnis

Jahr	Zeit- und Leiharbeit:		Anteil [%]
	Ja	Nein	
2012	63	2.543	2,42
2013	56	2.662	2,06
2014	55	2.632	2,05
2015	65	2.678	2,37
2016	78	2.800	2,71
2017	99	2.861	3,34

Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Berechnung

Der größte Zuwachs sowie der absolut höchste Anteil von Zeit- und Leiharbeitnehmer*innen ist bei Krankenpflegehilfskräften zu verzeichnen. Dort stieg der Anteil um etwa ein Drittel von 2,4 auf annähernd 3,5 Prozent (Tabelle 68). Offensichtlich ist in der Gesundheits- und Krankenpflege ein, dem Trend von einem weitestgehend konstanten Anteil von Zeit- und Leiharbeit auf Ebene der Gesamtbeschäftigten entgegenläufiger Trend zu beobachten (Tabelle 69).

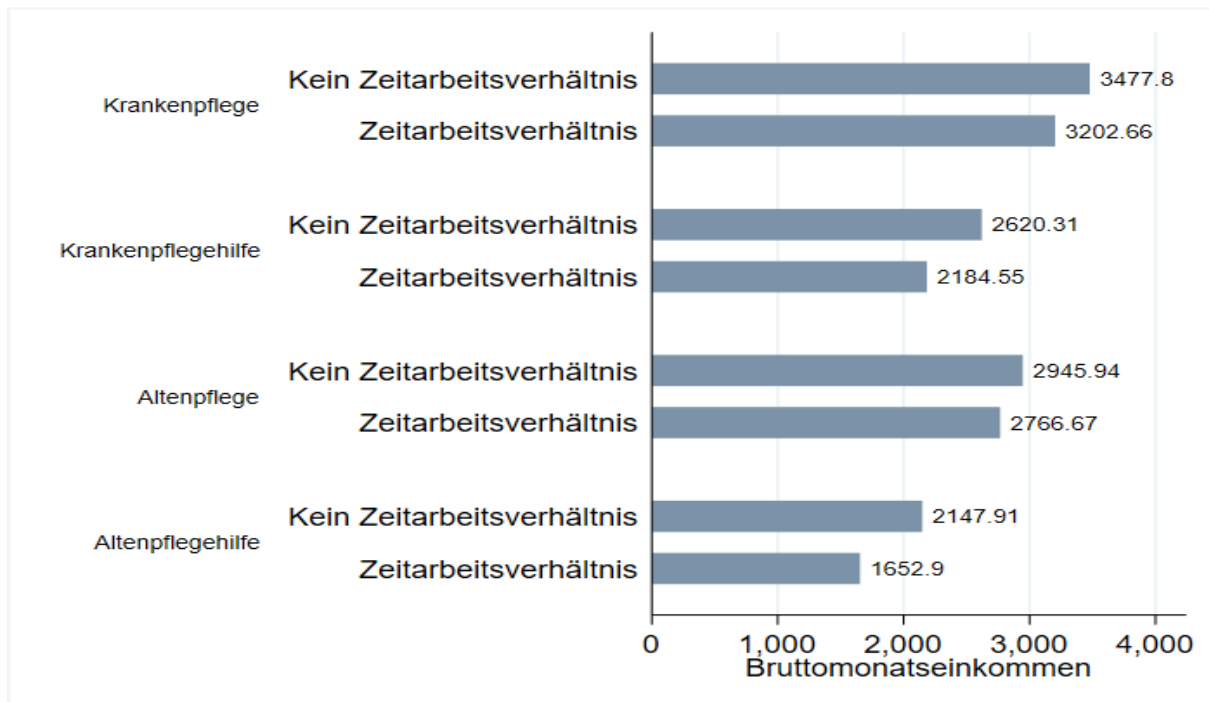
Tabelle 69: Anteil von Zeit- und Leiharbeitsverhältnissen in sonstigen Berufsgruppen

Jahr	Zeit- und Leiharbeit:		Anteil [%]
	Ja	Nein	
2012	16.868	578.784	2,83
2013	15.859	584.197	2,64
2014	16.149	595.201	2,64
2015	16.149	600.859	2,73
2016	16.990	609.038	2,71
2017	17.416	613.140	2,76

Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Berechnung

Die Bundesagentur für Arbeit (2022a, S. 11f.) weist für das Jahr 2021 einen Anteil von zwei Prozent Leiharbeitsverhältnissen in der Pflegebranche aus. Dieser ist nur geringfügig niedriger als in der Gesamtwirtschaft. Während in der Pandemie die Leiharbeit in anderen Bereichen zurückgegangen ist, hat sich das Niveau in der Pflege stabilisiert.

Abbildung 27: Bruttomonatsentgelte von Zeit- bzw. Leiharbeitnehmer*innen in Pflegeberufen mit einer Vollzeittätigkeit im Vergleich



Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

Bezüglich der Vergütung ist festzuhalten, dass über alle vier untersuchten Berufsgruppen hinweg beruflich Pflegende in Zeit- und Leiharbeitsverhältnissen durchschnittlich weniger verdienen als regulär Beschäftigte. Die prozentuale Lohndifferenz fällt bei Fachkräften geringer aus als bei Hilfskräften. Zudem werden, insbesondere für Fachkräfte, jeweils Lohndifferenzen von unter zehn Prozent ermittelt. Diese Differenz fällt deutlich geringer aus als die für alle Berufsgruppen von dem Statistischen Bundesamt ausgewiesenen 29 Prozent für April 2018 (Statistisches Bundesamt, 2020e, o.S.). Leider war es nicht möglich zwischen privatwirtschaftlichen und in öffentlichen Dienstverhältnissen der Beschäftigten zu differenzieren.

5.3.4 Berufswechsel und Ausstiege aus der Gesundheits- und Krankenpflege

5.3.4.1 Wechsel in die Gesundheits- und Krankenpflege

Wird nicht der direkte Weg unmittelbar nach Abschluss der Sekundarbildung hin zu der Aufnahme einer Ausbildung gewählt, so stellt sich ein äußerst heterogenes Bild dar.

Tabelle 70: Zustand unmittelbar vor Beginn der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung

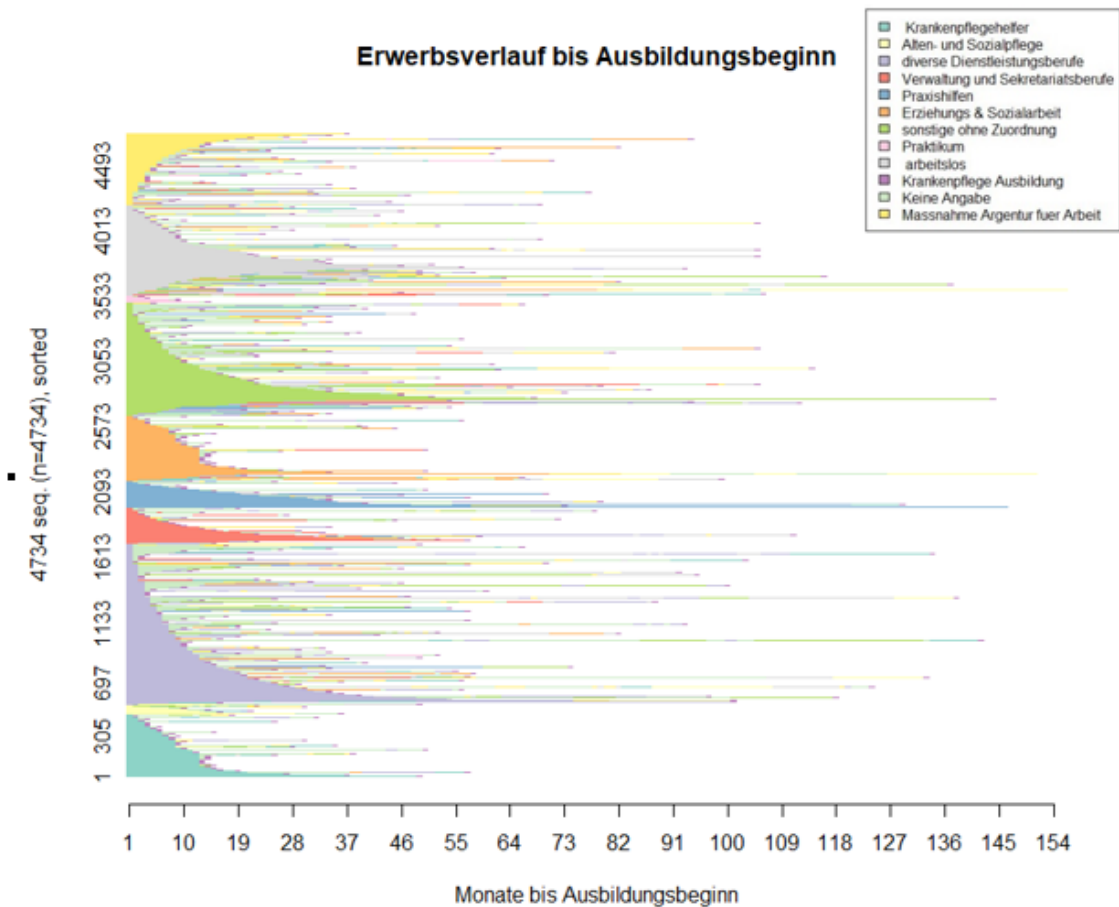
Berufsgruppe	Häufigkeit	Anteil [%]
Arbeitslos	1.271	15,00
Diverse Dienstleistungsberufe	597	7,04
Krankenpflegehelfer*innen	549	6,48
Sonstige, ohne genaue Zuordnung	349	4,12
Erziehungs- und Sozialarbeit	298	3,52
Verwaltung und Sekretariatsberufe	124	1,46
Alten- und Sozialpflege	113	1,33
Praxishilfen	99	1,17
Praktikum	32	0,38
Keine Angabe	5.044	59,51

Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

In Tabelle 70 sind die gemeldeten Tätigkeiten für den Monat, der unmittelbar vor dem Beginn der Ausbildung liegt, dargestellt. Zu erkennen ist einerseits, dass rund 10 Prozent aus medizinischen Berufen (Altenpflege oder einer Tätigkeit als Krankenpflegehelfer*in) wechseln. Der überwiegende Teil ist jedoch entweder nicht³⁴ (60 Prozent) oder arbeitslos (15 Prozent) gemeldet.

34 Nicht gemeldet sind Personen, wenn für den entsprechenden Zeitraum keine Meldung in den zu Verfügung stehenden Datenquellen (Beschäftigtenhistorik, Leistungsempfängerhistorik, Leistungshistorik Grundsicherung, Historik der Arbeitssuchenden oder Maßnahmenteilnehmergehistorik) vorliegt. Dieser Zustand ergibt sich beispielsweise bei Schüler*innen und Studierenden, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen sowie bei erwerbslosen Personen ohne Bezug von Grundsicherung oder Arbeitslosengeld.

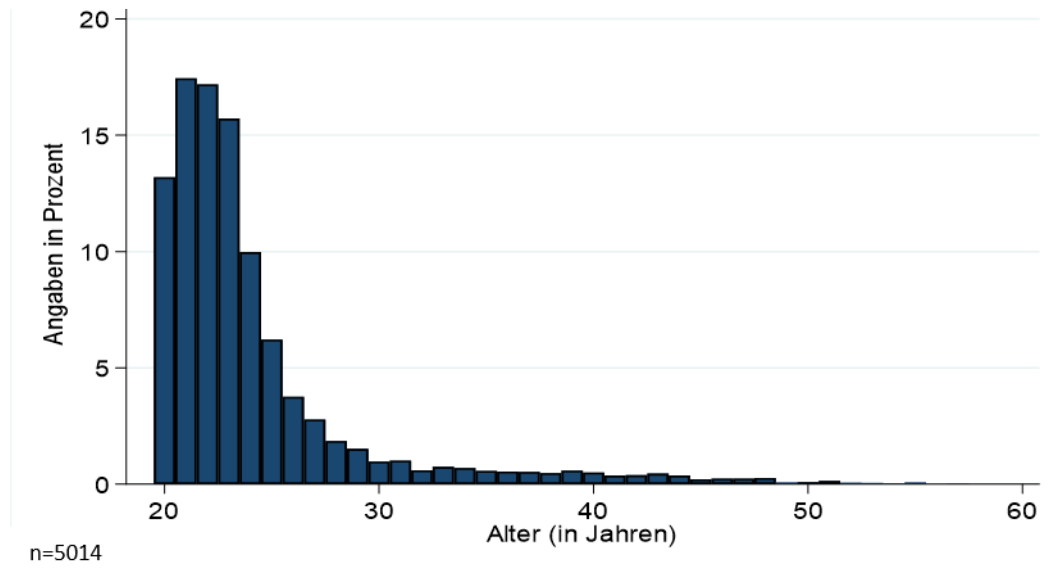
Abbildung 28: Erwerbsverläufe vor Beginn der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung



Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

In Abbildung 28 werden die Erwerbsverläufe bis zu der Aufnahme der Ausbildung zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger*in dargestellt. Auffallend ist die große Variation der Zustände aus denen gewechselt wird sowie die unterschiedliche Verweildauer in den jeweiligen Zuständen. Insgesamt lassen sich acht Gruppen ausmachen, aus denen ein der Wechsel in die Ausbildung erfolgt. Anzumerken ist jedoch, dass sowohl die Kategorie ‚sonstige ohne Zuordnung‘ als auch ‚diverse Dienstleistungsberufe‘ Sammelkategorien für viele individuelle Erwerbsbiografien darstellen, die aufgrund ihrer Heterogenität nicht klassifizierbar sind. Ein Wechsel aus der Sozial- und Altenpflege zu einer Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger*in konnte nur in einem sehr geringen Ausmaß beobachtet werden. Aus medizinischen Berufen erfolgt ein Wechsel im Wesentlichen durch Personen, die entweder einer helfenden Tätigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege nachgegangen sind oder als Praxishilfen beschäftigt waren. Diese Beobachtung kann auf die Wahrnehmung der Krankenpflegeausbildung als Weiterqualifikation dieser beiden Berufsgruppen zurückzuführen sein.

Abbildung 29: Alter bei Beginn der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege für Personen mit Meldungen vor Aufnahme der Ausbildung



Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

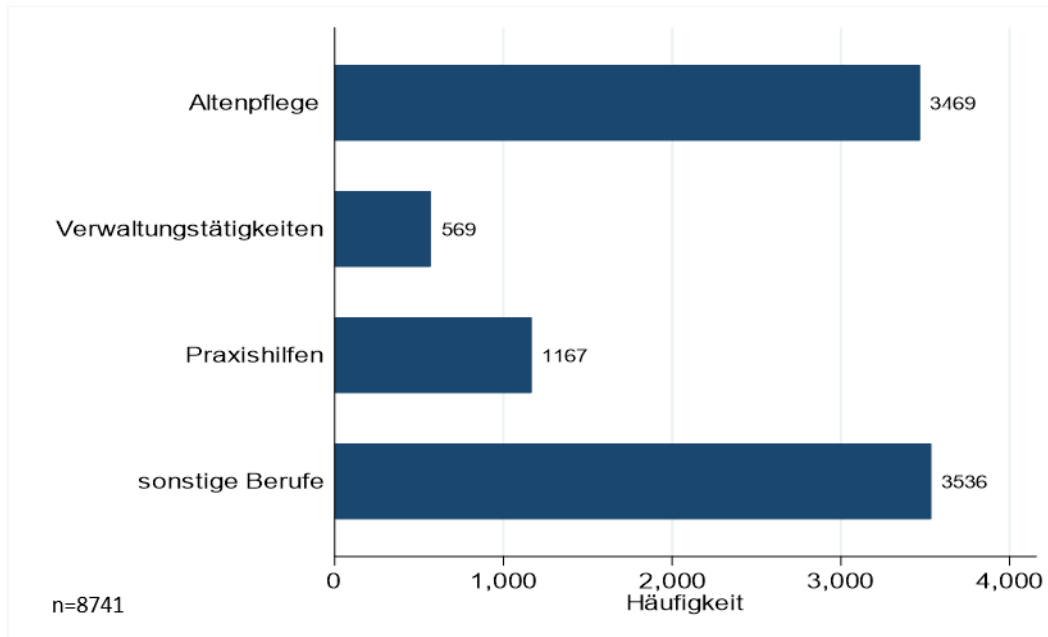
Bezüglich des Alters der Quereinsteiger*innen ist zu konstatieren, dass Wechsel nach der Vollendung des 30. Lebensjahres eine Ausnahme darstellen. Dennoch wird bei einigen Fällen ein Beginn der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung von über 50-Jährigen aus Abbildung 29 ersichtlich.

5.3.4.2 Berufswechsel und Ausstieg aus der Pflege

Ein Wechsel in und aus der Gesundheits- und Krankenpflege ist jedoch nicht nur über den Weg der Ausbildung möglich. Insbesondere zwischen Beschäftigten in der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege findet ein stetiger Austausch von Personal statt. Im Analysezeitfenster haben insgesamt 3.469 Personen ihre Tätigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege aufgegeben, um in der Altenpflege zu arbeiten. Bezogen auf die Grundgesamtheit entspricht dies etwa 173.000 Wechseln³⁵ (Abbildung 30). Jedoch sind ungefähr ebenso viele Altenpfleger*innen in die Gesundheits- und Krankenpflege gewechselt (Abbildung 31). Für Verwaltungstätigkeiten und Praxishilfen konnten ebenfalls ungefähr gleiche Häufigkeiten für Ein- und Ausstiege in die Gesundheits- und Krankenpflege ermittelt werden. Lediglich die Sammelkategorie der ‚sonstigen Berufe‘ weist einen positiven Nettosaldo (zugunsten der Pflege) von etwa 1.500 beobachteten Berufswechseln auf.

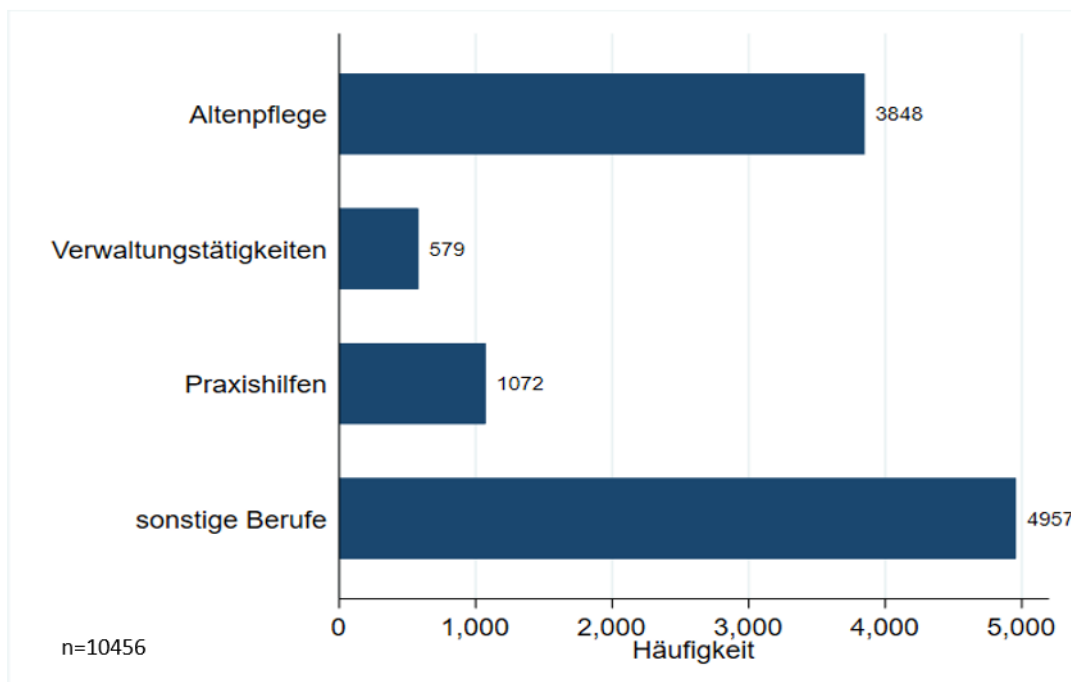
³⁵ Ein Berufswechsel wird als die Aufnahme eines neuen Berufs für einen Zeitraum größer 6 Monate definiert.

Abbildung 30: Berufe nach Ausstieg aus der Gesundheits- und Krankenpflege



Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

Abbildung 31: Berufe vor Wechsel in die Gesundheits- und Krankenpflege



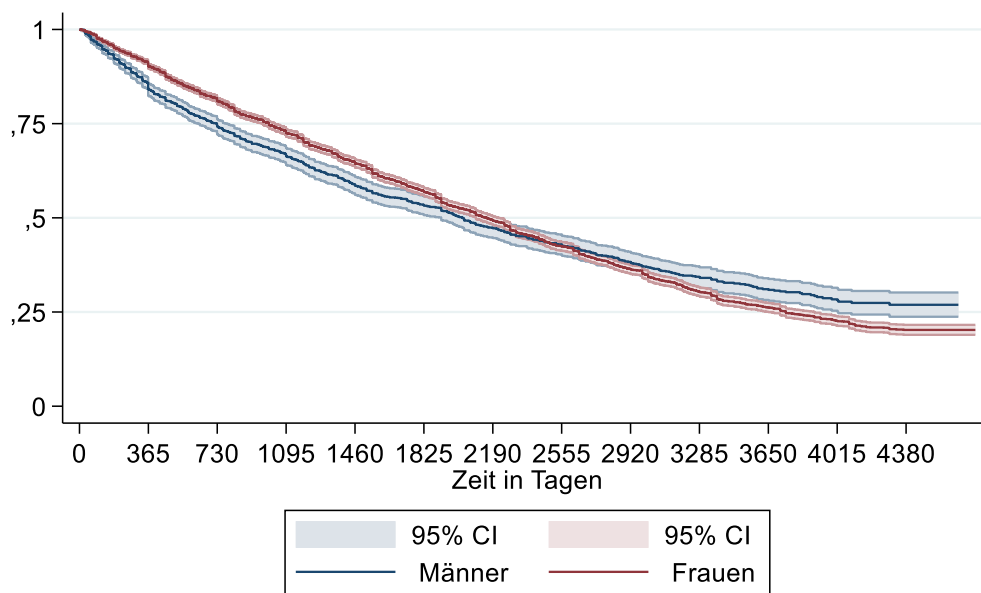
Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

5.3.5 Verweildauern im Pflegeberuf

Eng verbunden mit Berufswechseln ist die Frage nach der Zeit, die in Pflegeberufen Tätige beschäftigt sind, ohne dass sie diesen aufgeben oder aus dem Arbeitsmarkt ausscheiden. Die Nettoverweildauern, entsprechen dem Zeitraum, für den eine Meldung bei einem der Sozialversicherungsträger vorliegt. Bruttoverweildauern beinhalten auch Unterbrechungsphasen.

Im Folgenden werden zunächst Verbleiberaten ohne Unterbrechungen³⁶, für die also Nettoverweildauern und Bruttoverweildauern identisch sind, ausgewiesen. Dies geschieht auf Basis eines Kaplan-Meier-Schätzers, bei dem zensierte und unzensierte Fälle in den Schätzungen unterschiedlich behandelt werden. Im Gegensatz zu den rein beobachteten Daten werden die Informationen von Datensätzen, die rechtszensiert sind und deren wahre Dauer nicht bekannt ist, nicht verworfen, sondern durch geeignete Schätzverfahren berücksichtigt, so dass für jeden Zeitpunkt die sog. Überlebenswahrscheinlichkeit $S(t)$ angegeben werden kann. In den Grafiken wird diese auf der Y-Achse abgetragen und gibt an, welcher geschätzter Anteil der betrachteten Grundgesamtheit zum jeweiligen Zeitpunkt noch in der Tätigkeit verblieben ist. Die am längsten beobachteten Individuen sind jeweils am rechten Rand der Kurven zu finden.

Abbildung 32: Kaplan-Meier-Funktion des unterbrechungsfreien Berufseinstiegs von Pflegekräften in der Gesundheits- und Krankenpflege seit 2005



n = 11202

Quelle: SIAB 7519; eigene Darstellung

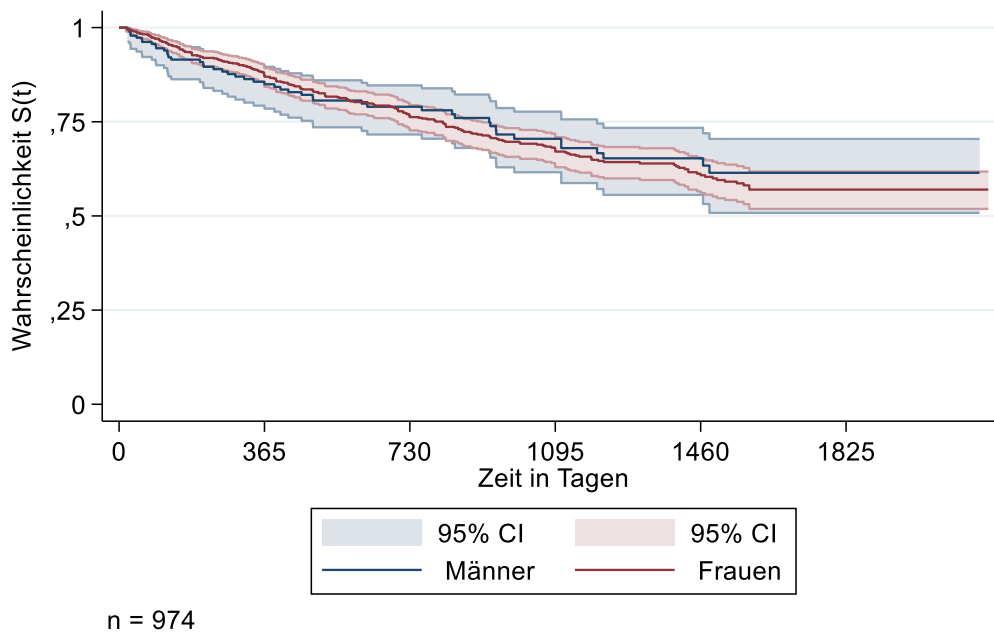
In Abbildung 32 wird der Einstieg in das Berufsleben für Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege getrennt nach Geschlecht für alle Episoden nach dem Abschluss der Ausbildung zwischen 2007 und 2019 dargestellt. Die Unterschiede zwischen dem Berufsbeginn von Männern und Frauen sind nicht sehr groß und zeigen sich in der Steile der Funktion. In den ersten sieben Jahren sind es männliche Beschäftigte, die die Beschäftigung eher ab- oder unterbrechen. Danach sind Unterbrechungen oder Abbrüche bei weiblichen Beschäftigten höher. Nach 5 Jahren sind gut 60 Prozent der Frauen noch ohne Unterbrechung seit Berufseinstig im Pflegeberuf tätig, bei Männern sind es nur knapp über 50 Prozent. Nach 12 Jahren sind noch etwas über 25 Prozent der beruflich Pflegenden Männer ohne Unterbrechung tätig, während der Anteil bei den Frauen knapp darunterliegt. Im Vergleich zu früheren Studien sind die Verbleiberaten nach 5 Jahren und länger etwas

³⁶ Hier sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Meldelücken von bis zu 30 Tagen nicht als Unterbrechung gewertet werden (siehe Kapitel 5.2.3.3).

niedriger. Da hier nur Pflegekräfte mit einem Ausbildungsabschluss seit 2005 betrachtet werden konnten, mag das darauf hindeuten, dass ältere Jahrgänge nach der Ausbildung länger durchgängig in ihrem Beruf verblieben sind (Behrens et al., 2009). Aber auch Datenbeschränkungen mögen hier zu höheren Verbleiberaten führen, wenn durch eine jährliche Stichtagsbetrachtung kürzere Unterbrechungen nicht identifiziert werden können und die Verläufe daher als durchgängig eingestuft werden (Wrobel et al., 2019). Wie in den anderen Studien zeigt sich jedoch auch hier eine relativ hohe Abbruchrate bereits im ersten Jahr nach Ausbildung von 10 bis 15 Prozent.

Für den Berufseinstieg in der Altenpflege liegt aufgrund der begrenzten Datenverfügbarkeit nur ein kürzer Untersuchungszeitraum vor. In Abbildung 33 sind die Kaplan-Meier-Funktionen des unterbrechungsfreien Berufseinstieg zwischen 2013 und 2019 getrennt nach Geschlecht dargestellt. Hinsichtlich des Geschlechts sind keine Unterschiede des Verlaufs zu erkennen. Dies wird durch die sich für den gesamten Zeitraum überschneidenden 95 Prozent-Konfidenzintervalle deutlich. Das in Abbildung 33 nach fünf Jahren dargestellte Plateau ist durch die Rechtszensurierung der Daten bedingt. Insgesamt wurden nur 268 Events beobachtet. Entsprechend haben 27,5 Prozent der Pflegekräfte ihren Beruf im Analysezeitraum gewechselt oder unterbrochen.

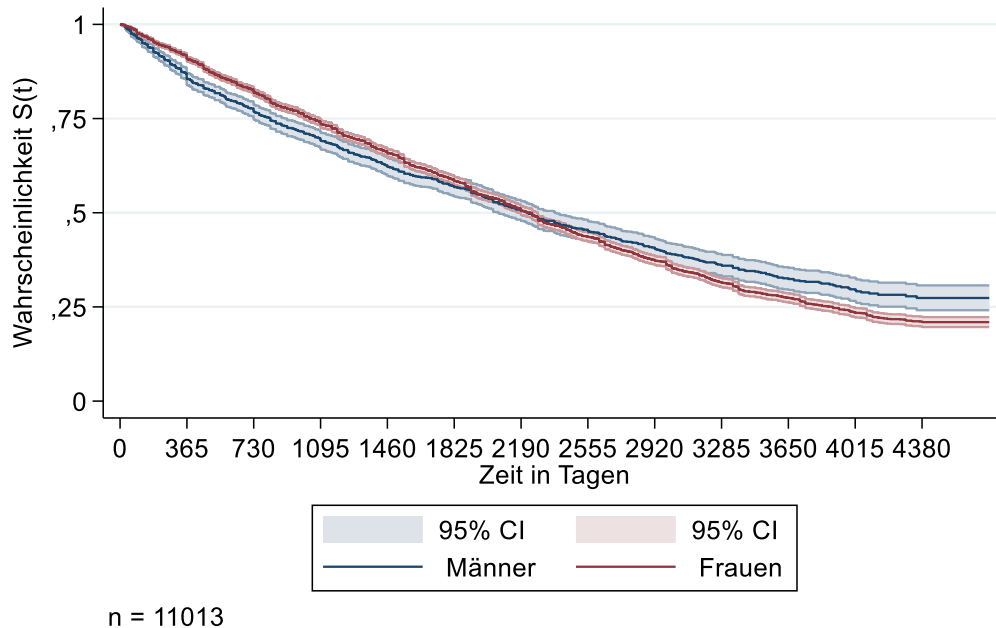
Abbildung 33: Kaplan-Meier-Funktion des unterbrechungsfreien Berufseinstieg von Pflegekräften in



Quelle: SIAB 7519; eigene Darstellung

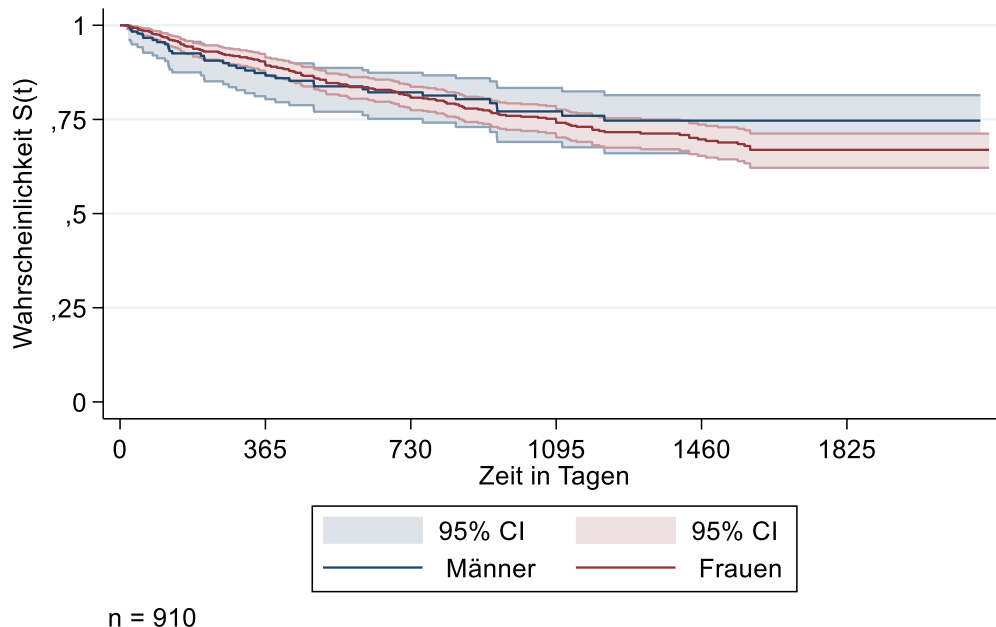
Hinsichtlich des Branchenverbleibs von beruflich Pflegenden, also dem Verbleib in der Gesundheits- und Krankenpflege oder der Altenpflege, zeichnen sich nur geringfügige Veränderungen zum Verbleib im Beruf ab. Die Verläufe von Pflegekräften in der Gesundheits- und Krankenpflege (Abbildung 34) und in der Altenpflege (Abbildung 35) sind nahezu identisch mit denen des Berufsverbleibs. Dies spricht dafür, dass ein Wechsel zwischen Kranken- und Altenpflege zumindest in der frühen Berufslaufbahn meist nicht direkt erfolgt, sondern eher nach Unterbrechungen.

Abbildung 34: Branchenverbleib von Pflegekräften in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Abschluss der Ausbildung



Quelle: SIAB 7519; eigene Darstellung

Abbildung 35: Branchenverbleib von Pflegekräften in der Altenpflege nach Abschluss der Ausbildung



Quelle: SIAB 7519; eigene Darstellung

Die unterbrechungsfreien Zeiten sind jedoch nur ein Indikator für den Verbleib im Pflegeberuf. Viele Pflegekräfte kehren nach einer Unterbrechung, die vielfach familienbedingt ist, wieder zurück und verbleiben dann noch sehr lange im Pflegeberuf. Daher ist für die Frage nach dem Angebot an

Pflegekräften deren gesamte Verweildauer, die sogenannten Nettoverweildauer, von Interesse. Diese errechnet sich aus der Summe aller Beschäftigungszeiten innerhalb des betrachteten Zeitraumes unabhängig davon, ob und wie viele Unterbrechungszeiten vorliegen. Zur Interpretation der Dauern ist dabei zu berücksichtigen, dass faktisch alle Beschäftigungsdauern rechtszensiert sind, da unbekannt ist, ob sie nach Ende des betreffenden Zeitraumes noch weiter im Pflegeberuf tätig sind oder nicht. Daher ist es sinnvoll, die Nettoarbeitszeiten für verschiedene Zeiträume zu betrachten.

Tabelle 71: Nettoarbeitszeit von Pflegekräften in der Gesundheits- und Krankenpflege ein Jahr nach Ausbildungsende

Abschlusskohorte	Mittelwert		Median		Fallzahl
	Tage	Anteil (%)	Tage	Anteil (%)	
2005 – 2009	212	58	304	83	3302
2010 – 2014	213	58	303	83	3266
2015 – 2018	279	76	365	100	4276
Insgesamt	239	65	361	99	10844

Quelle: SIAB 7519; eigene Berechnung

In Tabelle 71 wird die Nettoarbeitszeit im ersten Jahr nach Ausbildungsabschluss von Fachkräften in der Gesundheits- und Krankenpflege für drei Abschlusskohorten dargestellt. Insgesamt ist sowohl der Mittelwert als auch der Median relativ hoch. Der Mittelwert von 239 Nettotagen sagt aus, dass im Durchschnitt aller Personen an 123 Tagen keine Beschäftigung vorlag. Die Nettozeit, die im Durchschnitt im ersten Jahr in Beschäftigung verbracht wurde, beträgt also 65 Prozent. Dass der Median jeweils deutlich über dem Mittelwert liegt, bedeutet allerdings, dass die Verteilung stark rechtssteil ist, es also deutlich mehr Pflegekräfte mit langen Nettozeiten gibt, die nahezu das ganze Jahr über beschäftigt sind, als solche mit geringeren Nettozeiten und langen Unterbrechungszeiten. Neben Lücken, die direkt nach der Ausbildung auftreten, dürften hier die hohen Ab- und Unterbrechungen nach Ausbildungsende verantwortlich sein, wie sie in vielen Studien immer wieder nachgewiesen wurden (siehe Kapitel 3.2.7). Allerdings zeigen sich hier bei den jüngeren Pflegekräften, die ihre Ausbildung in den Jahren 2015-2018 abgeschlossen haben, Veränderungen. Hier liegt der Median bei 365 Tage, was bedeutet, dass mehr als die Hälfte dieser Kohorte das gesamte erste Berufsjahr in der Pflege beschäftigt war, also deutlich weniger Unterbrechungen oder gar Abbrüche aufweist.

Diese Entwicklungen in der jüngeren Zeit zeigen sich auch bei Betrachtungen über längere Zeiträume. Nach drei Jahre (Tabelle 72) liegt der Median bei der jüngsten Kohorte nun bei 791 Tagen, was einer Nettozeit der Beschäftigung im Pflegeberuf von 72 Prozent der gesamten drei Jahre entspricht. Dies bedeutet, dass die Hälfte der Beschäftigten eine Nettobeschäftigungszeit von mehr als 72 Prozent hat. Für die Abschlusskohorte 2005 bis 2009 lag der Anteil der Nettobeschäftigungszeit beim Median nur bei 49 Prozent und für die Kohorte 2010-2014 bei 61 Prozent. Über die Kohorten hinweg zeigt sich also eine Zunahme der mittleren Nettoarbeitszeit.

Tabelle 72: Nettoarbeitszeit von Pflegekräften in der Gesundheits- und Krankenpflege drei Jahre nach Ausbildungsende

Abschlusskohorte	Mittelwert		Median		Fallzahl
	Tage	Anteil (%)	Tage	Anteil (%)	
2005 – 2009	469	43	538	49	3256
2010 – 2014	505	46	670	61	3211
2015 – 2018	565	51	791	72	1151
Insgesamt	499	46	641	59	7618

Quelle: SIAB 7519; eigene Berechnung

Bei noch längeren Betrachtungszeiträumen stabilisiert sich der Nettoanteil dann (Tabelle 73). Bei beiden Kohorten weist der Median den gleichen Anteil der Nettobeschäftigungszeit auf. Die durchschnittlichen Nettoanteile steigen sogar wieder leicht. Dies zeigt, dass gerade bei den Personen mit längeren Unterbrechungszeiten etliche auch wieder in den Beruf zurückkehren. Für die Ausbildungskohorte 2015 – 2018 liegen noch keine Daten für eine Betrachtung über fünf Jahre vor.

Tabelle 73: Nettoarbeitszeit von Pflegekräften in der Gesundheits- und Krankenpflege fünf Jahre nach Ausbildungsende

Abschlusskohorte	Mittelwert		Median		Fallzahl
	Tage	Anteil (%)	Tage	Anteil (%)	
2005 – 2009	813	45	887	49	3214
2010 – 2014	892	49	1115	61	3061
Insgesamt	852	47	1012	55	6275

Quelle: SIAB 7519; eigene Berechnung

Bei den Pflegekräften in der Altenpflege zeigt sich ein ähnliches Bild (Tabelle 74 und Tabelle 75), wengleich hier aufgrund der mangelnden Identifizierbarkeit vor dem Jahr 2012 keine älteren Ausbildungskohorten betrachtet werden konnten. Auch hier zeigen sich im ersten Berufsjahr sehr hohe Nettozeiten, die zwar auch hier bei einem längeren Betrachtungszeitraum von drei Jahren zurück gehen, allerdings weniger als in der Gesundheits- und Krankenpflege.

Tabelle 74: Nettoarbeitszeit von Pflegekräften in der Altenpflege ein Jahr nach Ausbildungsende

Abschlusskohorte	Mittelwert		Median		Fallzahl
	Tage	Anteil (%)	Tage	Anteil (%)	
2013 – 2015	249	68	361	99	1143
2016 – 2018	285	78	365	100	2488
Insgesamt	273	75	365	100	3631

Quelle: SIAB 7519; eigene Berechnung

Tabelle 75: Nettoarbeitszeit von Pflegekräften in der Altenpflege drei Jahre nach Ausbildungsende

Abschlusskohorte	Mittelwert		Median		Fallzahl
	Tage	Anteil (%)	Tage	Anteil (%)	
2013 – 2015	585	53	790	72	1114
2016 – 2018	601	55	785	72	407
Insgesamt	590	54	788	72	1521

Quelle: SIAB 7519; eigene Berechnung

Die Ursachen für die tendenziell höheren Nettozeiten in der Altenpflege dürften vielfältig sein. Hier mögen unterschiedliche Arbeitsbedingungen wie die Möglichkeiten der Teilzeitarbeit oder flexibler Arbeitszeiten mit unterschiedlichen individuellen Lebensplanungen zusammentreffen. Daher sollen im Folgenden die Erwerbsverläufe von Pflegekräften genauer betrachtet werden.

5.4 Alters- und Kohorten-spezifische Erwerbsverläufe

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Sequenzmusteranalyse von Erwerbsverläufen zwischen 2005 und 2017 für Personen, die mindestens eine Episode in der Gesundheits- und Krankenpflege oder der Altenpflege aufwiesen, berichtet. Dabei stehen die Alters- und Kohorteneffekte im Mittelpunkt der Untersuchung. Tabelle 76 gibt zunächst einen Überblick über die Altersbereiche und Fallzahlen der betrachteten Kohorten. Für die beiden ältesten Kohorten kann man davon ausgehen, dass die Berufsverläufe zu einem Großteil abgebildet werden, da diese Kohorten relativ nahe am Rentenzugang sind und daher keine gravierenden Änderungen im Berufsverlauf zu erwarten sind. Die jüngeren Kohorten bilden dagegen die Entwicklungen der letzten Zeit besser ab.

Tabelle 76: Alter der Kohorten im Untersuchungszeitfenster

Kohorte	1955/1059	1960/1964	1965/1969	1970/1974	1975/1979	1980/1984
Min Alter	46	41	36	31	26	16
Max Alter	62	57	52	47	42	37
Anzahl Fälle:						
Gesundheits-/ Krankenpflege	2746	3747	3808	2959	2971	3484
Altenpflege	1835	2432	2470	1928	1987	2241

Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

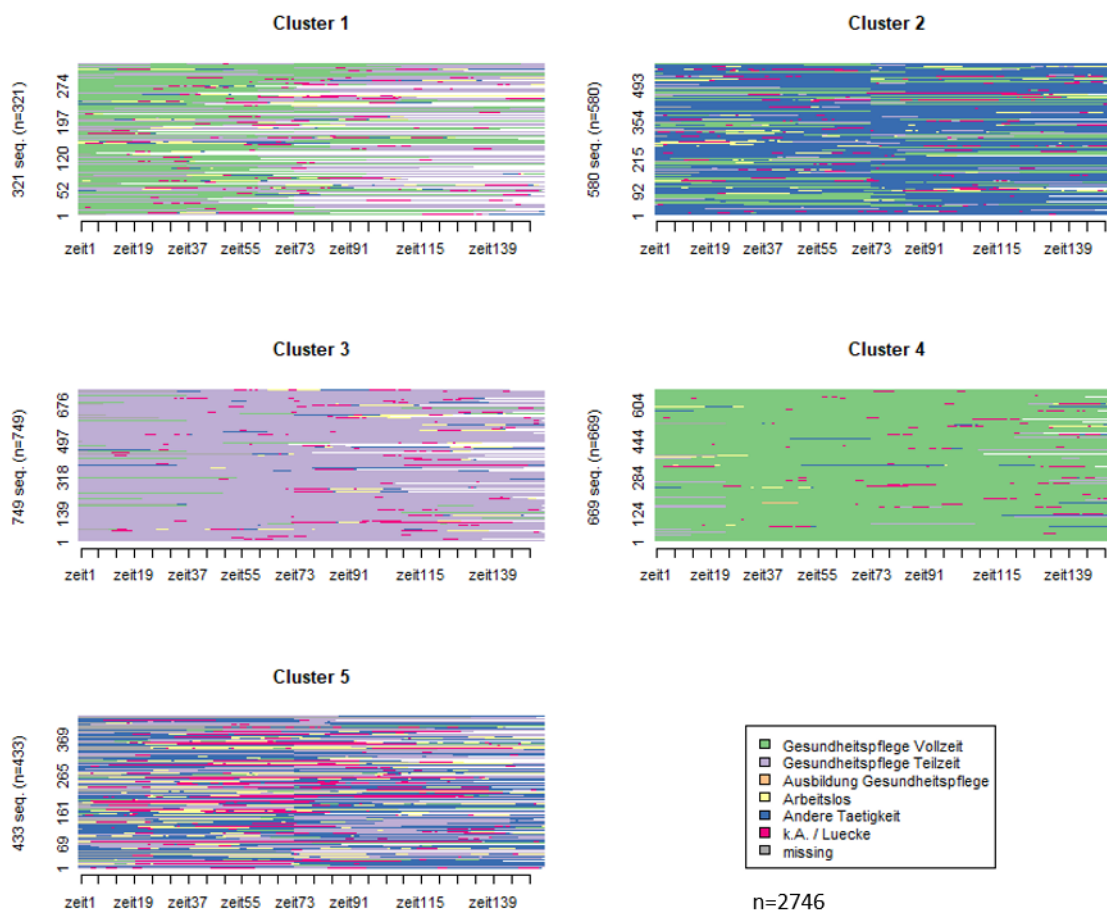
5.4.1 Erwerbsverläufe von beruflich Pflegenden in der Gesundheits- und Krankenpflege

Da von einer Interaktion des Alters mit dem Geschlecht der Beschäftigten auszugehen ist, erfolgten alle Analysen zusätzlich getrennt für Frauen und Männer.

5.4.1.1 Geburtskohorte 1955-1959

Abbildung 36 zeigt die Erwerbsverläufe der ältesten der Analyse zugängliche Geburtskohorte. Für diese konnten im Analysezeitraum (1975-2017) entsprechend der in Kapitel 5.2.3.1 dargelegten Vorgehensweise fünf verschiedene Cluster mit jeweils ähnlichen Erwerbsverlaufsmuster gefunden werden. Der größte Cluster 3 (n=749) wird durch beruflich Pflegende gebildet, die in ihrer Berufsbiografie überwiegend einer Teilzeittätigkeit im Pflegeberuf nachgehen. Dies umfasst 27 Prozent aller Erwerbsverläufe dieser Kohorte. Ebenfalls fast ein Viertel (24 Prozent) der beruflich Pflegenden gehen in ihrem Berufsverlauf überwiegend einer Vollzeittätigkeit im Pflegeberuf nach. (Cluster 4, n=669). Während diese beiden Cluster Gruppen von Personen umfassen, die eine klare und stabile Berufsorientierung in einem nahezu durchgängigen Erwerbsverlauf erkennen lassen, zeigen die verbleibenden Cluster andere Charakteristika. Gut ein Fünftel können als typische Berufswechsel eingeordnet werden (Cluster 2, n=580), wobei sich Abgänge aus dem Krankenpflegeberuf und Quereinstiege in etwa die Waage halten. Hier sei darauf hingewiesen, dass auch ein Wechsel in und aus der Altenpflege als Berufswechsel eingestuft wird, da bis zum Jahr 2012 eine eindeutige Identifizierung von beruflich Pflegenden in der Altenpflege nicht möglich war (Abschnitt 5.2.1). Cluster 5 (n=433, 16 Prozent) umfasst Verläufe, die vor allem durch Instabilität, d. h. vielen Wechseln, Arbeitslosigkeitsphasen und Lücken gekennzeichnet sind. Der kleinste Cluster 1 (n=321, 12 Prozent) umfasst Verläufe, die als ‚Arbeitszeitreduktion‘ beschrieben werden kann, wobei zunächst einer Vollzeittätigkeit nachgegangen wird und anschließend der Tätigkeitsumfang reduziert oder der Arbeitsmarkt verlassen wird.

Abbildung 36: Erwerbsverläufe der Kohorte 1955-1959 in der Gesundheits- und Krankenpflege



Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

Tabelle 77: Kennzahlen der Geburtskohorte 1955/59: Gesundheits- und Krankenpflege

	Cluster 1 Arbeitszeit- reduktion	Cluster 2 Berufswechsel	Cluster 3 Teilzeit (stabil)	Cluster 4 Vollzeit (stabil)	Cluster 5 instabile Verläufe
Anteil Frauen (in %)	86,0	78,3	96,5	75,0	88,7
Durchschn. Anzahl von Betriebs- wechselln	1.37	3.11	0.648	0.638	2.84
Anteil von Personen mit Abitur (in %)	14,6	22,9	10,8	12,0	24,7

Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

Betrachtet man die Kennzahlen in Tabelle 77, so sieht man zunächst das zu erwartende Ergebnis, dass der Anteil der Männer bei den stabil Vollzeiterwerbstätigen besonders hoch ist, aber auch bei den Berufswechsellern. Reine Teilzeitbeschäftigung, Arbeitszeitreduzierung und Berufsausstiege sowie instabile Verläufe mit vielen Wechseln in und aus dem Pflegeberuf sind dagegen vor allem bei Frauen zu finden, was wohl auf die Übernahme von Familienpflichten zurückzuführen sein dürfte. Interessant ist auch, dass die Anzahl der Betriebswechsel bei den stabilen Verläufen im Pflegeberuf relativ gering

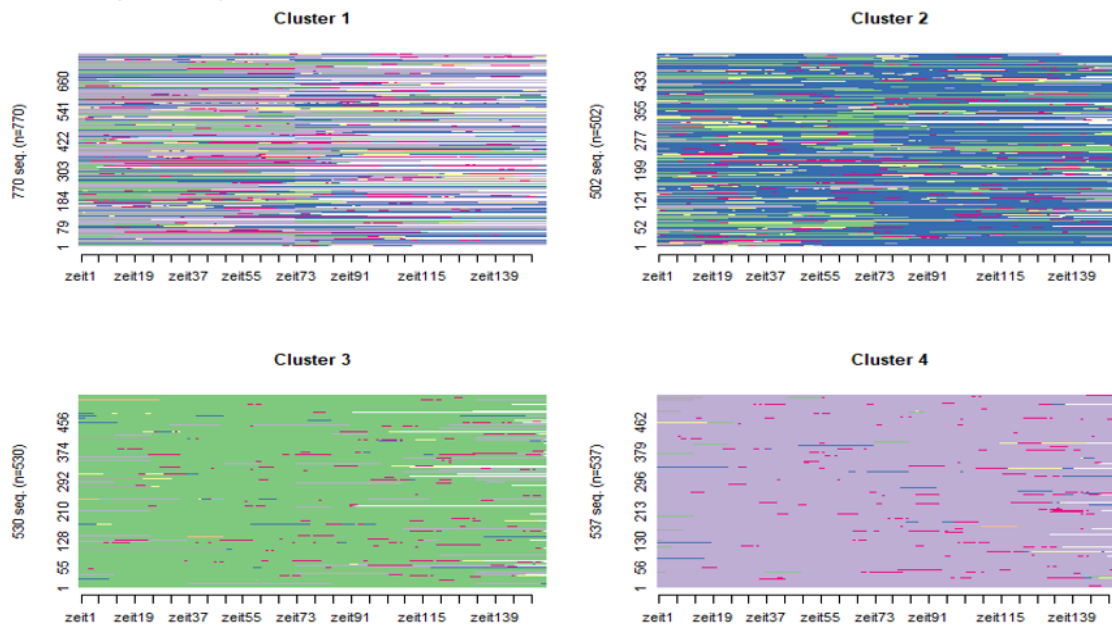
ist, also die beruflich Pflegenden lange in ein und demselben Betrieb verbleiben. Der Anteil von Personen mit Abitur ist bei Berufswechsel und bei instabilen Verläufen besonders hoch. Dies spricht dafür, dass diese Personen den Pflegeberuf oft von vornherein nur als temporäre Tätigkeit eingeplant haben, z. B. während des Studiums oder als Vorbereitung auf ein Medizinstudium.

In Abbildung 37 wird die Sequenzmusteranalyse getrennt nach Geschlecht dargestellt. Für beide Geschlechter wurden jeweils vier Cluster berechnet. Dabei werden bei Frauen die meisten Sequenzen dem Typ der ‚instabilen Teilzeit‘ zugeordnet (Cluster 1, n=770, 33 Prozent), wobei ein relativ großer Anteil nach mehreren Wechseln die Berufstätigkeit bereits ganz aufgegeben hat. Wie bereits angesprochen dürfte dies auf Familienpflichten zurückzuführen sein. Aber auch der Cluster 2 ‚Berufswechsel‘ ist mit 502 Fällen (21 Prozent) relativ groß und weist bei den Frauen sichtbar etliche Wechsel innerhalb der Verläufe auf, womit man auch diesen als instabil kennzeichnen kann. Damit haben mehr als die Hälfte der Frauen einen eher instabilen Erwerbsverlauf. Die beiden übrigen Cluster 3 und 4 sind mit jeweils 23 Prozent etwa gleich groß und weisen stabile Vollzeit- oder Teilzeittätigkeiten im Pflegeberuf auf. Dabei zeigt sich jedoch, dass bei den Vollzeitbeschäftigten (Cluster 3) ein etwas größerer Anteil die Berufstätigkeit bereits aufgegeben hat, also wohl tendenziell früher in Rente geht als die Teilzeitbeschäftigten (Cluster 4).

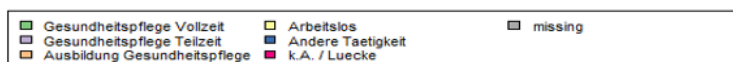
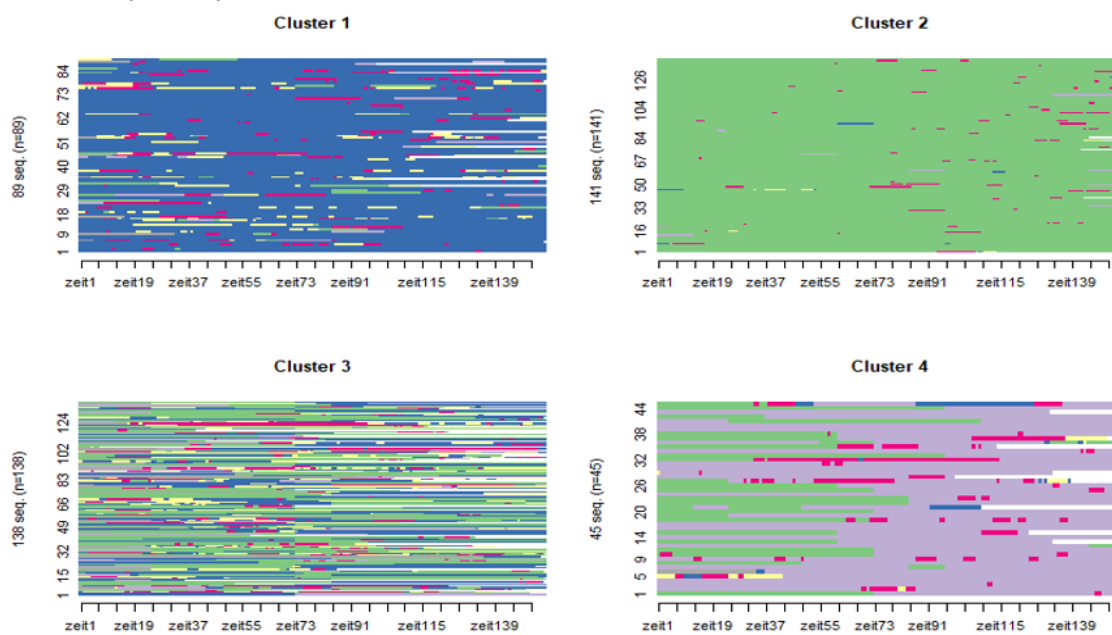
Bei den Männern sind zwar die meisten Verläufe (34 Prozent, n=141) dem Cluster 2 ‚stabile Vollzeitbeschäftigung‘ zuzuordnen, die Mehrheit der Erwerbsbiografien ist jedoch durch verschiedene berufliche Veränderungen gekennzeichnet. So ist ein Großteil einem als instabil zu kennzeichnenden Cluster zuzuordnen (Cluster 3, n=138, 33 Prozent), wobei in den Verläufen jedoch der Anteil von Vollzeittätigkeiten überwiegt. Der Cluster 1 ‚Berufswechsel‘ (n=89, 22 Prozent) zeigt sich dabei jedoch als weniger instabil als bei den Frauen, da in den Verläufen lange durchgehende Phasen von Tätigkeiten in anderen Berufen zu finden sind. Tendenziell scheinen die Berufswechsel bei Männern stringenter und weniger von Zufällen geprägt zu sein. Interessant ist auch der kleinste Cluster 4 (n=45) wonach immerhin 11 Prozent der Biografien als ‚Arbeitszeitreduzierung‘ oder ‚Ausstieg aus dem Arbeitsmarkt‘ zu kennzeichnen sind, indem ein Wechsel aus einer Vollzeitbeschäftigung in eine Nichterwerbstätigkeit oder Teilzeitbeschäftigung erfolgt.

Abbildung 37: Erwerbsverläufe der Kohorte 1955-1959 in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Geschlecht

Frauen (n = 2339)



Männer (n = 413)

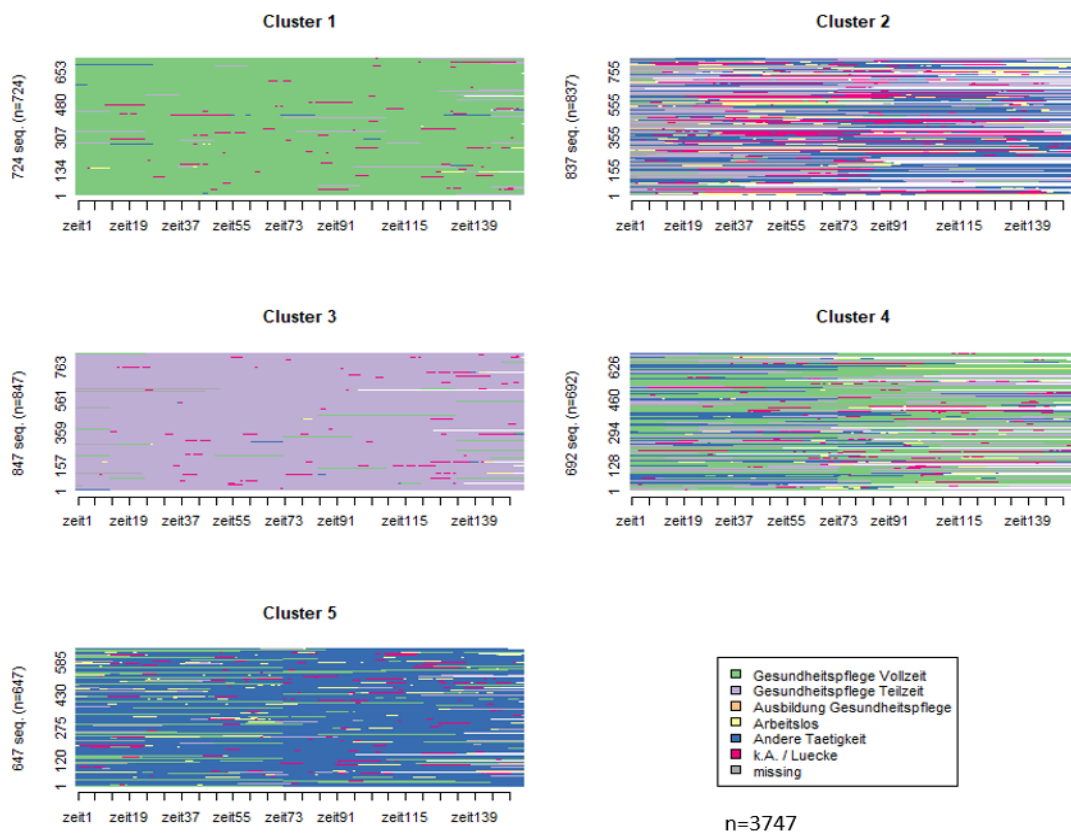


Quelle: SIAB-Regionalfiler 7517; eigene Darstellung

5.4.1.2 Geburtskohorte 1960-1964

Die Erwerbsverläufe der Geburtskohorte der Jahrgänge 1960 bis 1964 (Abbildung 38) unterscheiden sich nicht wesentlich von denen der älteren Kohorte. Der Anteil an stabilen Teilzeitverläufen überwiegt weiterhin (Cluster 3, n=847), ist mit 23 Prozent allerdings etwas geringer. Dies gilt auch für stabile Vollzeitverläufe (Cluster 1, n=724) die nunmehr 19 Prozent der Biografien umfassen. Auch das Cluster ‚Berufswechsel‘ umfasst nun einen etwas kleineren Anteil (Cluster 5, n=647, 17 Prozent). Ein Cluster der Reduktion der Arbeitszeit ist für diese Jahrgänge nicht länger zu beobachten, jedoch sind viele Erwerbsverläufe dem instabilen Typ zuzuordnen, wobei sowohl Lücken, Episoden mit Arbeitslosigkeit bei Teilzeitbeschäftigten (Cluster 2, n=837, 22 Prozent) und Vollzeitbeschäftigten (Cluster 4, n=692, 18 Prozent)

Abbildung 38: Erwerbsverläufe der Kohorte 1960-1964 in der Gesundheits- und Krankenpflege



Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

Tabelle 78: Kennzahlen der Geburtskohorte 1960/64: Gesundheits- und Krankenpflege

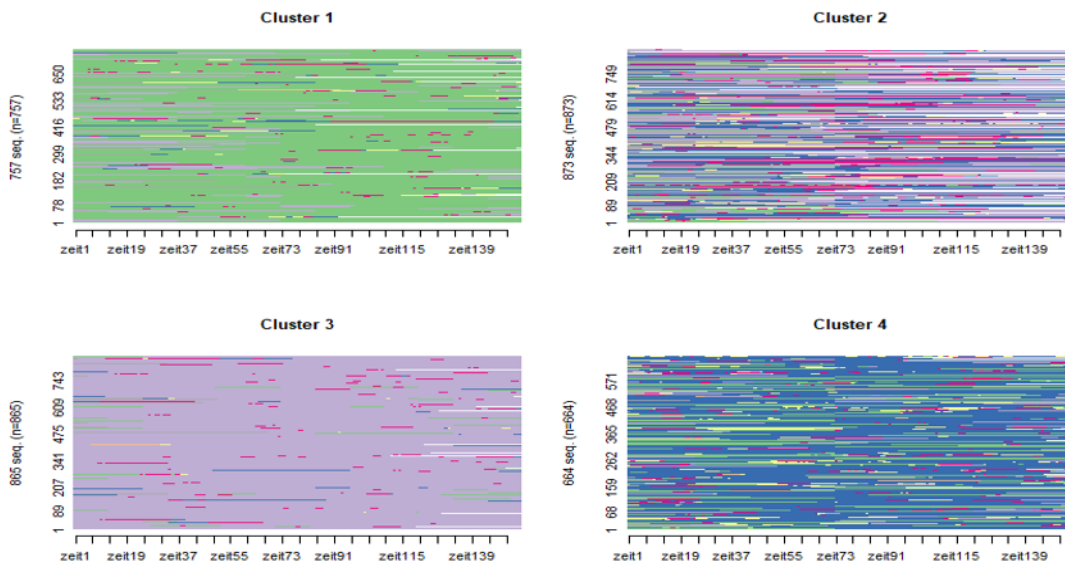
	Cluster 1 Vollzeit (stabil)	Cluster 2 Teilzeit (instabil)	Cluster 3 Teilzeit (stabil)	Cluster 4 Vollzeit (instabil)	Cluster 5 Berufswechsel
Anteil Frauen (in%)	72,4	90,6	97,5	85,0	71,3
Durchs. Anzahl von Betriebswechsell	0,724	2,85	0,662	1,82	3,7
Anteil von Personen mit Abitur (in%)	14,4	24,3	15,2	20,5	22,1

Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

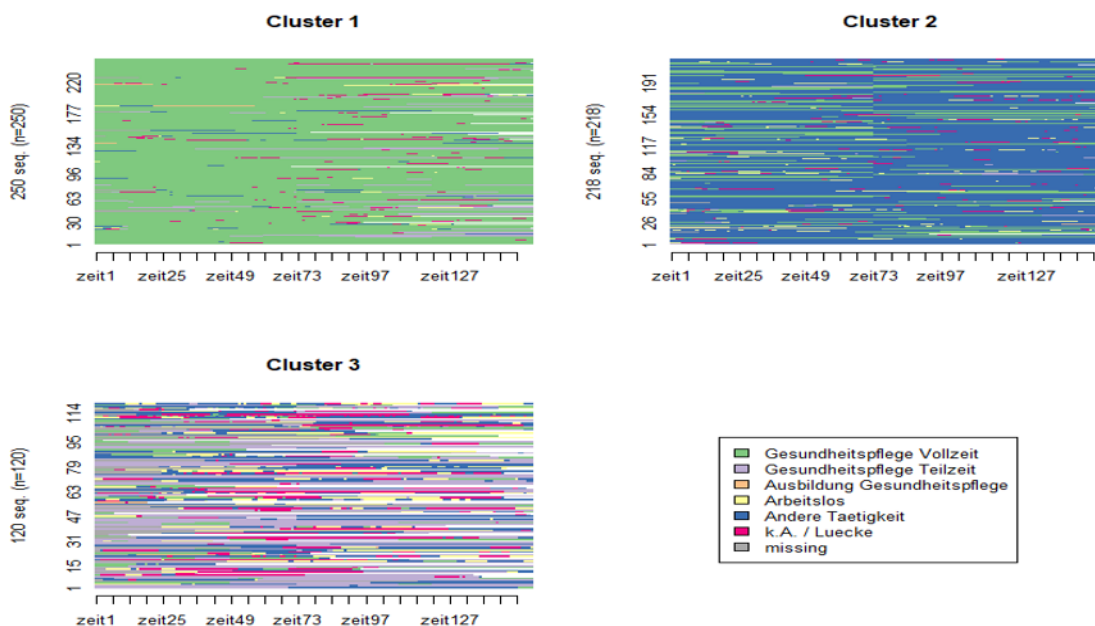
Die nach Geschlecht getrennte Auswertung, dargestellt in Abbildung 39, weist eine unterschiedliche Clusterzahl für Frauen und Männer auf. Während Frauen dieser Jahrgänge zu 28 Prozent stabil in Teilzeit und zu 24 Prozent in Vollzeit beschäftigt waren, waren Männer in stabiler Beschäftigung fast ausschließlich in Vollzeit tätig (42 Prozent). Bei diesen ist der Anteil der Berufswechsler mit 37 Prozent nun relativ hoch gegenüber 21 Prozent bei Frauen. Diese weisen dagegen mit 28 Prozent deutlich mehr instabile Erwerbsverläufe auf (20 Prozent bei Männern).

Abbildung 39: Erwerbsverläufe der Kohorte 1960-1964 in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Geschlecht

Frauen (n = 3159)



Männer (n = 588)



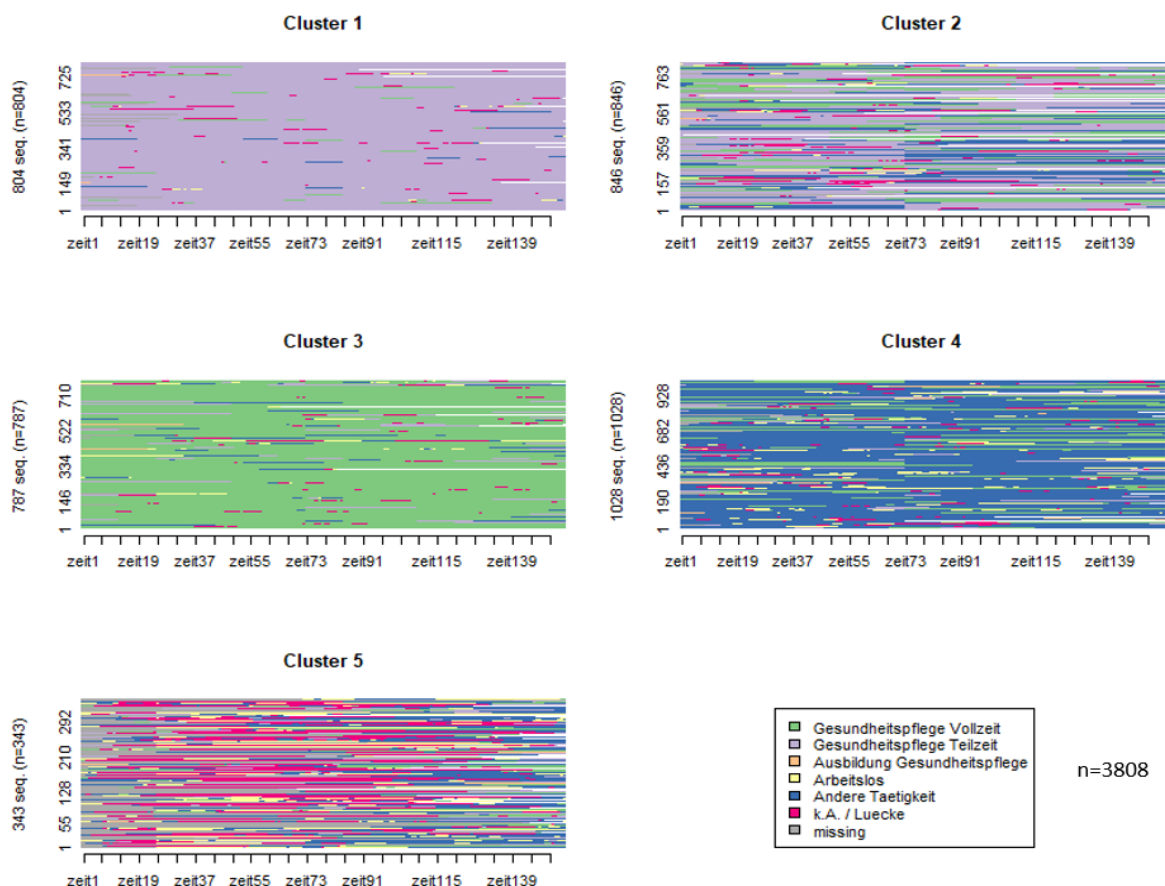
Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

5.4.1.3 Geburtskohorte 1965-1969

Für die Geburtskohorte 1965-1969 konnten erneut die fünf bereits bekannten typischen Verlaufsmuster ermittelt werden (Abbildung 40). Allerdings sind die Anteile der stabil im Pflegeberuf Tätigen nun geringer. Sowohl der Teilzeitcluster (Cluster 1, n=804) als auch der Vollzeitcluster (Cluster 3, n=787) umfassen jeweils 21 Prozent der Verläufe. Verläufe mit Berufswechseln sind mit 27 Prozent

nun häufiger (Cluster 4, n=1028). Der Cluster 2 (n=846) der instabilen Teilzeitbeschäftigung ist mit 22 Prozent etwa gleich groß, während es keinen instabilen Cluster mit großen Anteilen von Vollzeitbeschäftigung gibt. Der mit 9 Prozent kleinste Cluster 5 (n=343) umfasst instabile Verläufe mit großen Lücken und Arbeitslosenphasen.

Abbildung 40: Erwerbsverläufe der Kohorte 1965-1969 in der Gesundheits- und Krankenpflege



Quelle: SIAB-Regionalfiler 7517; eigene Darstellung

Tabelle 79: Kennzahlen der Geburtskohorte 1965/69: Gesundheits- und Krankenpflege

	Cluster 1 Teilzeit (stabil)	Cluster 2 Teilzeit (instabil)	Cluster 3 Vollzeit (stabil)	Cluster 4 Berufswechsel	Cluster 5 instabile Verläufe
Anteil Frauen (in%)	96,0	93,1	71,8	75,2	82,2
Durchs. Anzahl von Betriebswechseln	0,708	1,86	1,14	3,99	3,16
Anteil von Personen mit Abitur (in%)	13,2	16,8	14,9	19,3	25,9

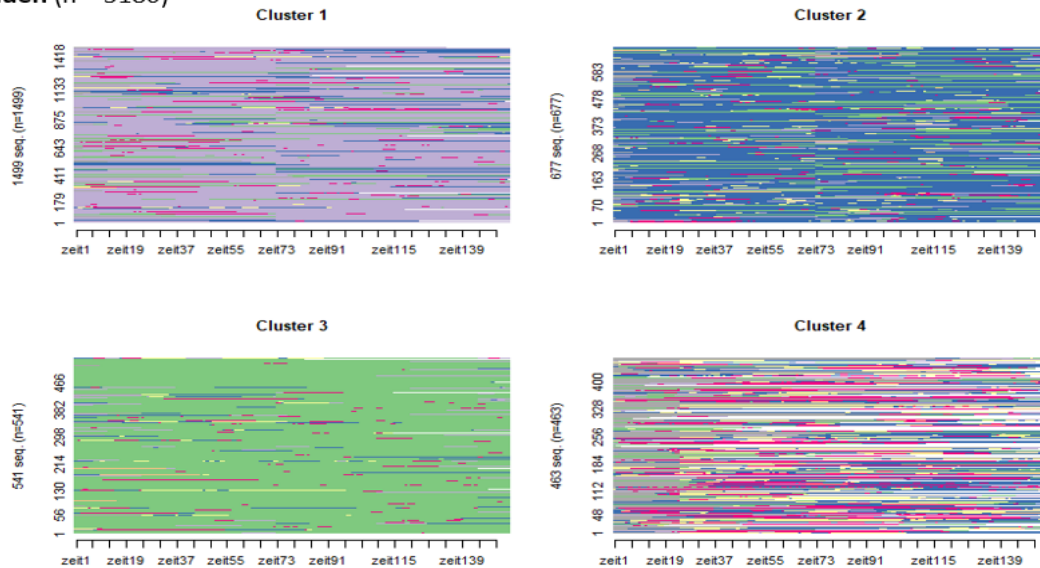
Quelle: SIAB-Regionalfiler 7517; eigene Darstellung

Nach der Analyse getrennt nach Geschlecht setzt sich die bisherige Entwicklung im Kohortenverlauf fort. Bei den Frauen sieht man nun 64 Prozent mit stabilen Beschäftigungsverläufen (47 Prozent in Teilzeit, 17 Prozent in Vollzeit), während es bei den Männern nur noch 39 Prozent (32 Prozent in Vollzeit, sieben Prozent in Teilzeit) sind. Als Berufswechsel werden bei Männern 32 Prozent der

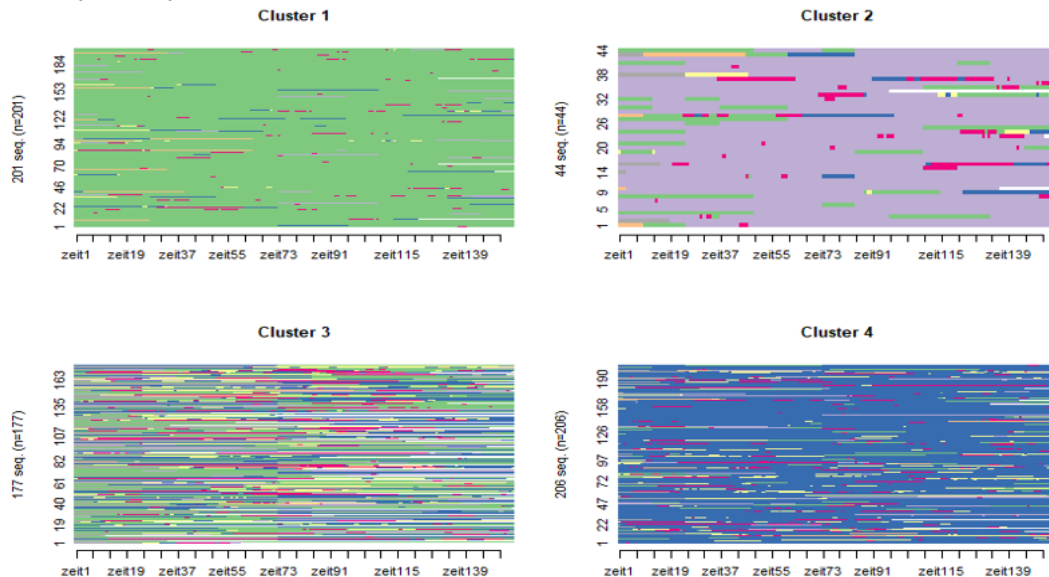
Verläufe eingestuft und bei Frauen 22 Prozent. Instabile Verläufe sieht man bei Frauen zu 15 Prozent gegenüber Männern mit 28 Prozent.

Abbildung 41: Erwerbsverläufe der Kohorte 1965-1969 in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Geschlecht

Frauen (n = 3180)



Männer (n = 628)

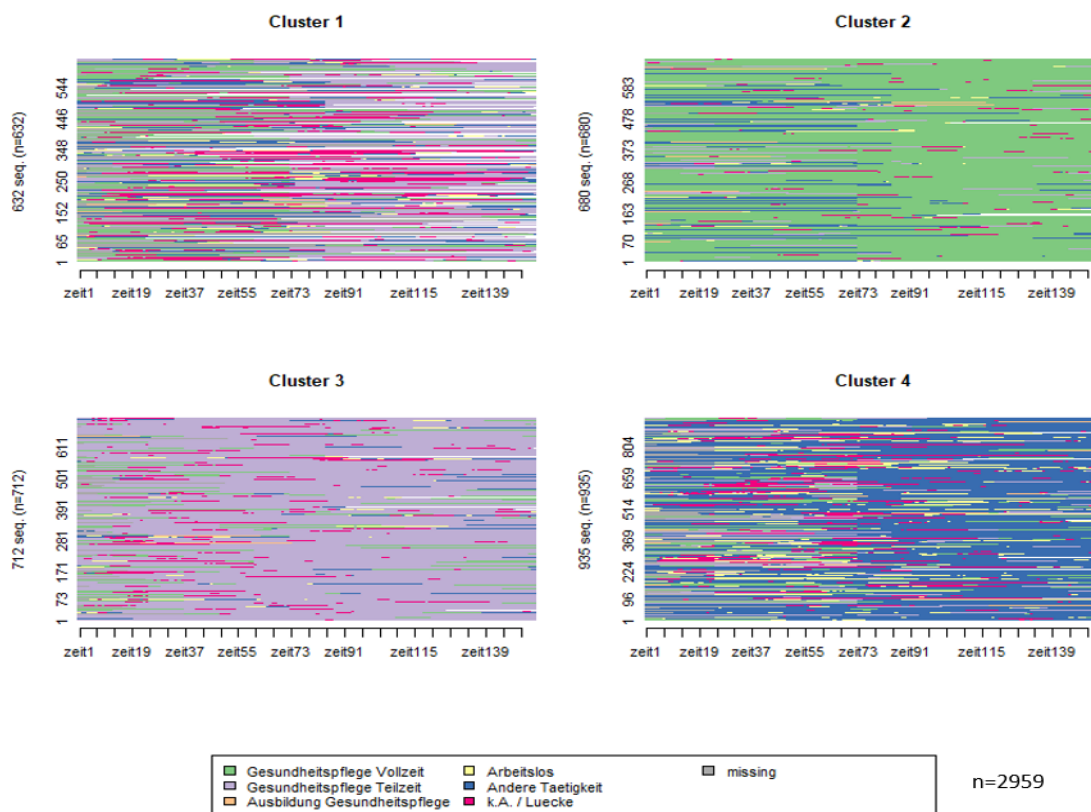


Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

5.4.1.4 Geburtskohorte 1970-1974

Für die zwischen 1970 und 1974 Geborenen wurden die in Abbildung 42 dargestellten Verlaufsmuster berechnet. Die Verläufe mit stabiler Beschäftigung im Pflegeberuf umfassen zusammen 46 Prozent aller Verläufe – 24 Prozent in Teilzeit (Cluster 3) und 22 Prozent in Vollzeit (Cluster 2), wobei auch in diesen Clustern vermehrt Lücken in den Erwerbsverläufen festzustellen sind. Das gleiche ist beim Cluster ‚Berufswechsel‘ (Cluster 4, n=935, 31 Prozent) zu beobachten. Die instabilen Erwerbsverläufe (Cluster 1, n=632, 21 Prozent) beginnen zudem häufiger als bei früheren Kohorten mit einer Vollzeitätigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege, ohne als Berufswechsel oder Arbeitszeitreduzierung bzw. Ausstieg charakterisiert werden zu können. Insgesamt zeigen sich hier die Auswirkungen der hohen Arbeitslosigkeit der 90er Jahre.

Abbildung 42: Erwerbsverläufe der Kohorte 1970-1974 in der Gesundheits- und Krankenpflege



Quelle: SIAB-Regionalfiler 7517; eigene Darstellung

Tabelle 80: Kennzahlen der Geburtskohorte 1970/74: Gesundheits- und Krankenpflege

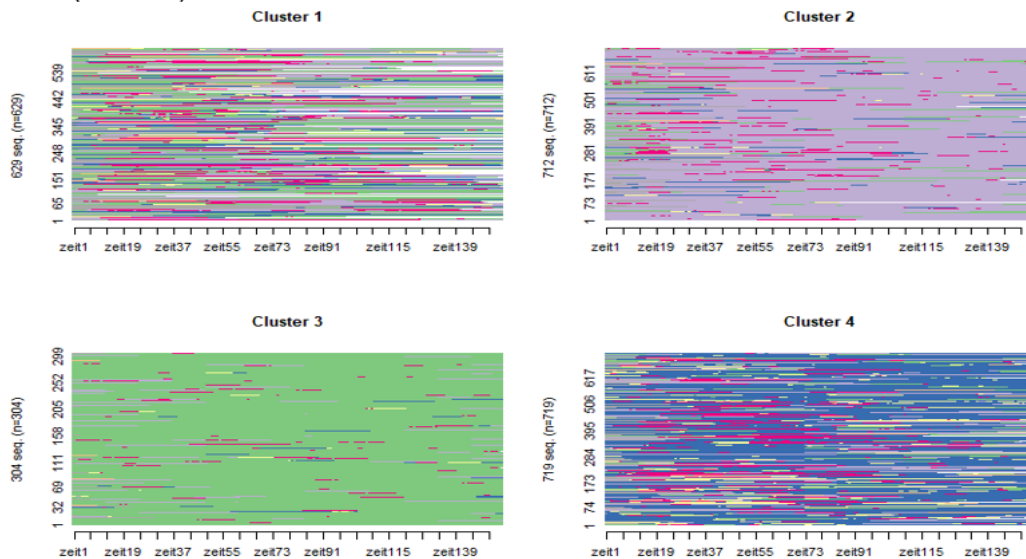
	Cluster 1 Arbeitszeitreduktion	Cluster 2 Vollzeit (stabil)	Cluster 3 Teilzeit (stabil)	Cluster 4 Berufswechsel
Anteil Frauen (in%)	86,2	69,3	96,2	70,9
Durchs. Anzahl von Betriebswechsell	1,86	1,62	1,16	4,10
Anteil von Personen mit Abitur (in%)	25,9	22,1	17,0	27,9

Quelle: SIAB-Regionalfiler 7517; eigene Darstellung

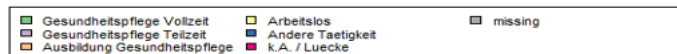
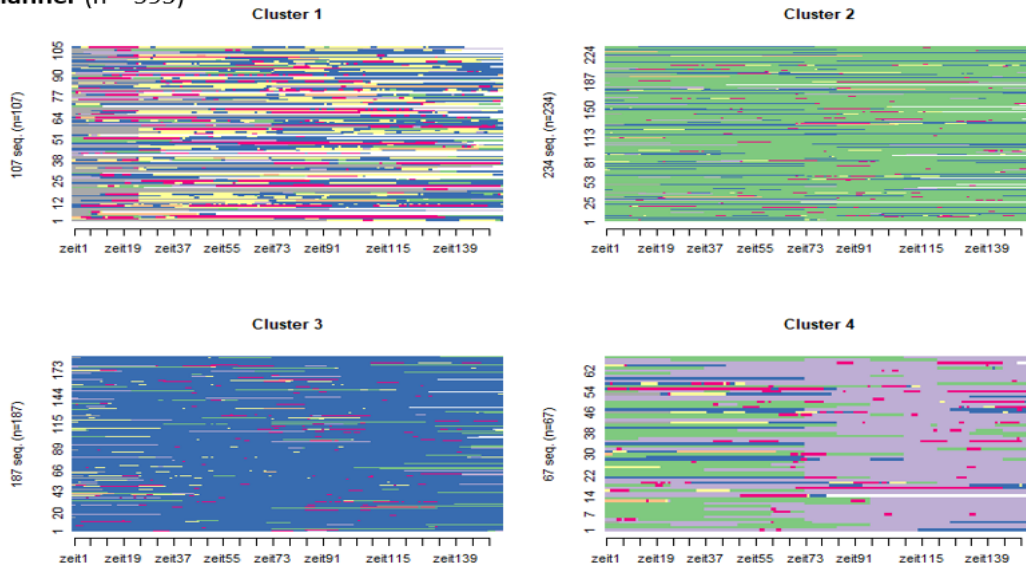
Die geschlechtsspezifische Analyse zeigt ähnliche Ergebnisse wie bei der vorherigen Kohorte, allerdings ist der Anteil stabiler Verläufe noch geringer und beträgt bei den Frauen 43 Prozent (30 Prozent Vollzeit, 13 Prozent Teilzeit) und bei den Männern 39 Prozent (Vollzeit). Auch die Lücken und Arbeitslosigkeitsphasen treten noch deutlicher zu Tage, dies gilt vor allem für Berufswechsel (30 Prozent) bei Frauen. Bei den instabilen Verläufen zeigen sich Unterschiede v. a. dadurch, dass bei Männern mehr Arbeitslosenphasen und bei Frauen mehr Nichterwerbsphasen auftreten. Zudem zeigt sich bei den Männern ein mit 11 Prozent nicht unerheblicher Anteil von Arbeitszeitreduzierungen von Vollzeit in Teilzeit.

Abbildung 43: Erwerbsverläufe der Kohorte 1970-1974 in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Geschlecht

Frauen (n = 2364)



Männer (n = 595)



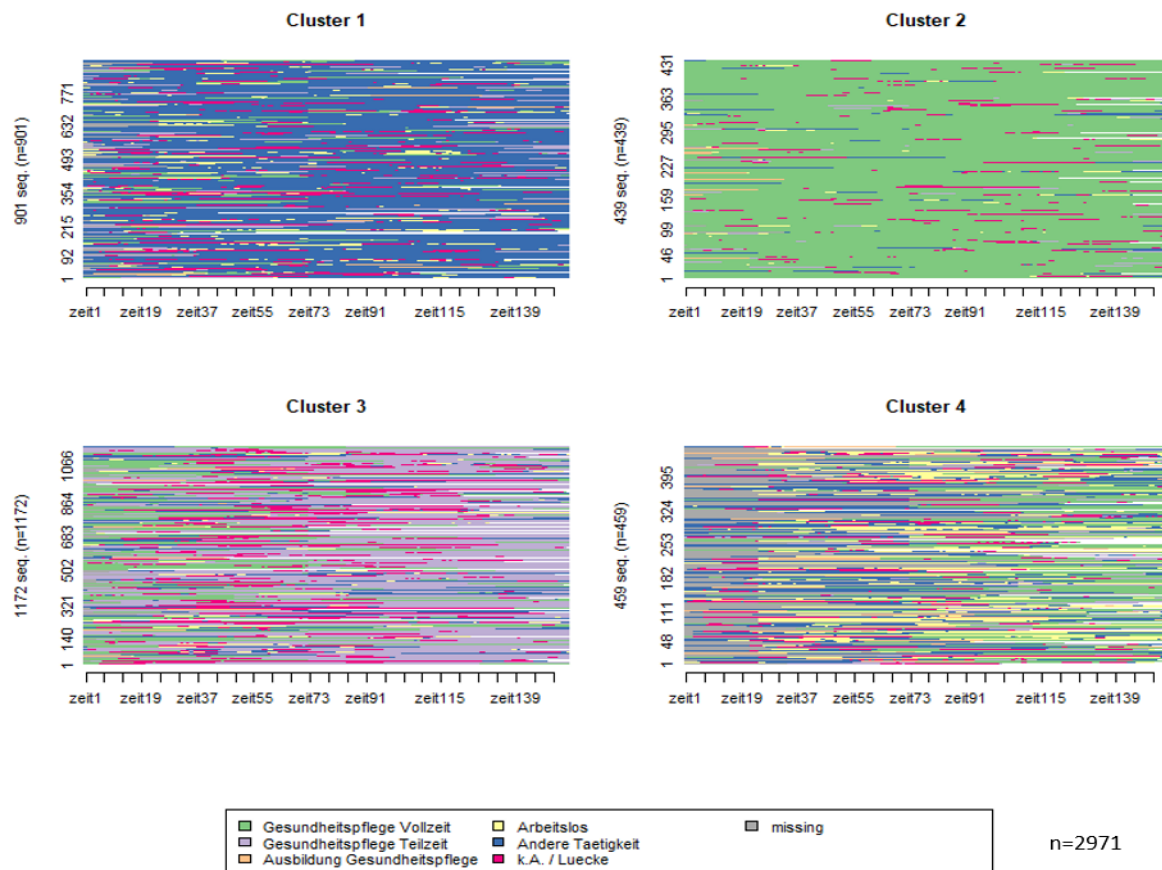
Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

5.4.1.5 Geburtskohorte 1975-1979

Mit der Kohorte 1975-1979 deuten sich weitere Veränderungen in den analysierten Erwerbsbiografien an. So ist hier kein stabiler Teilzeitcluster mehr zu identifizieren. Dies ist zum einen der Begrenzung des Analysezeitraums geschuldet. Die Geburtskohorte 1975-1979 ist die erste Kohorte, die keine linkszensierten Verläufe enthält, da für alle Personen der Berufsbeginn nach dem Jahr 2005 liegt. Bei früheren Kohorten sind in den stabilen Teilzeitclustern mit sehr großer Wahrscheinlichkeit Verläufe

enthalten, die mit einer Vollzeitwerbstätigkeit begonnen haben, die aber aufgrund des begrenzten Beobachtungsfensters abgeschnitten wurden. Dies gilt umso mehr, je jünger die Frauen bei Reduzierung ihrer Arbeitszeit waren, was vor allem für die älteren Kohorten wegen früherer Geburten der Fall sein dürfte. Zum anderen weist dies auch auf ein verändertes Erwerbsverhalten von Frauen hin, die heute nicht mehr nach relativ kurzer Zeit ihre Arbeitszeit reduzieren, weil sonst doch stabile Verläufe mit kurzen Vollerwerbsphasen zu Beginn zu sehen wären, wie sie in den stabilen Teilzeitclustern der beiden vorherigen Kohorten teilweise auch zu beobachten waren. Der Wechsel findet mittlerweile offensichtlich deutlich später statt, wie an dem dominierenden Cluster 3 (n=1172, 40 Prozent) zu sehen ist, der durch Verläufe mit Vollzeittätigkeit, Nichterwerbstätigkeit und einer späteren Teilzeittätigkeit gekennzeichnet ist. Auch der instabile Cluster 4 (n=495, 17 Prozent) und der Cluster ‚Berufswechsel‘ (n=901, 30 Prozent) weisen viel Verläufe mit kurzer Vollzeittätigkeit zu Beginn auf. Der stabile Vollzeitcluster ist verglichen mit den älteren Geburtskohorten verhältnismäßig klein (n=439, 15 Prozent).

Abbildung 44: Erwerbsverläufe der Kohorte 1975-1979 in der Gesundheits- und Krankenpflege Cluster



Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

Veränderungen sind auch bei den Kennzahlen in Tabelle 81 zu sehen. So ist der Anteil von Männern deutlich höher, wie auch der Anteil der Personen mit Abitur. Auch die durchschnittliche Anzahl von Betriebswechselln ist deutlich höher als bei früheren Kohorten. Aber auch dies mag auf die Linkszensurierung der Verläufe früherer Kohorten zurückzuführen sein, indem Betriebwechsel generell in der frühen Berufslaufbahn häufiger vorkommen als später.

Tabelle 81: Kennzahlen der Geburtskohorte 1975/79: Gesundheits- und Krankenpflege

	Cluster 1 Berufswechsel	Cluster 2 Vollzeit (stabil)	Cluster 3 Arbeitszeitreduktion	Cluster 4 instabile Verläufe
Anteil Frauen (in%)	68,4	65,1	89,6	72,3
Durchs. Anzahl von Betriebswechseln	4,81	1,45	2,00	3,24
Anteil von Personen mit Abitur (in%)	37,4	29,2	32,3	35,5

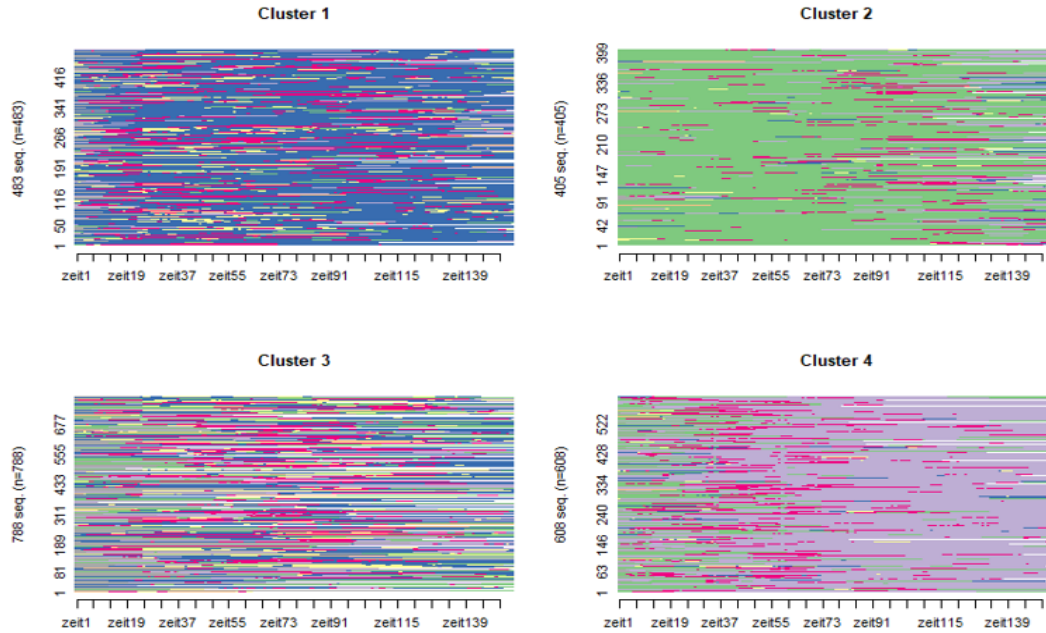
Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

Bei der geschlechtsspezifischen Analyse (Abbildung 45) bestätigen sich die für die Gesamtcluster angestellten Überlegungen. Stabile Teilzeitverläufe waren bei früheren Kohorten vor allem bei Frauen zu beobachten, was in den Kohorte 1975/79 nicht mehr gilt. Den größten Cluster mit 34 Prozent bilden die instabilen Verläufe, gefolgt von den Verläufen mit Arbeitszeitreduzierung (27 Prozent). 21 Prozent sind dem Cluster ‚Berufswechsel‘ zuzuordnen, wobei es sich allerdings um relativ instabile Verläufe mit überwiegender Beschäftigung in anderen Berufsfeldern. Mit 18 Prozent der Verläufe ist der stabile Vollzeitcluster in dieser Kohorte der kleinste. Zudem zeigen sich in diesem Cluster gegen Ende verstärkt Nichterwerbstätigkeitsphasen und auch Wechsel. Hier ist unklar, wie sich diese Biografien weiter entwickeln werden.

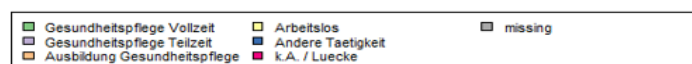
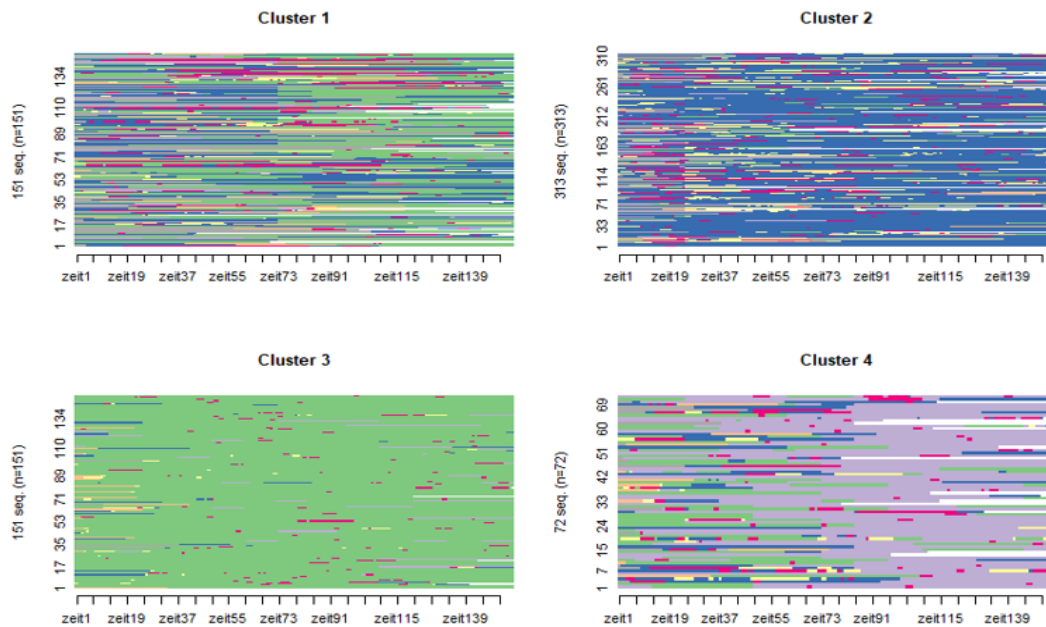
Bei den Männern bilden die Berufswechsel den größten Cluster (46 Prozent), wobei zwar Ausstiege aus dem Pflegeberuf stärker vertreten sind, aber doch auch relativ viele Quereinsteiger zu sehen sind. Dies gilt vor allem auch für den Cluster 1 (22 Prozent), der als ‚instabil Vollzeit‘ charakterisiert wird, da hier die Quereinsteiger in eine Vollzeittätigkeit im Pflegeberuf dominieren. Auch die stabilen Vollzeitverläufe machen 22 Prozent aus. Mit zehn Prozent sind auch hier Verläufe mit Reduzierung der Arbeitszeit oder dem Ausstieg zu sehen.

Abbildung 45: Erwerbsverläufe der Kohorte 1975-1979 in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Geschlecht

Frauen (n = 2284)



Männer (n = 687)

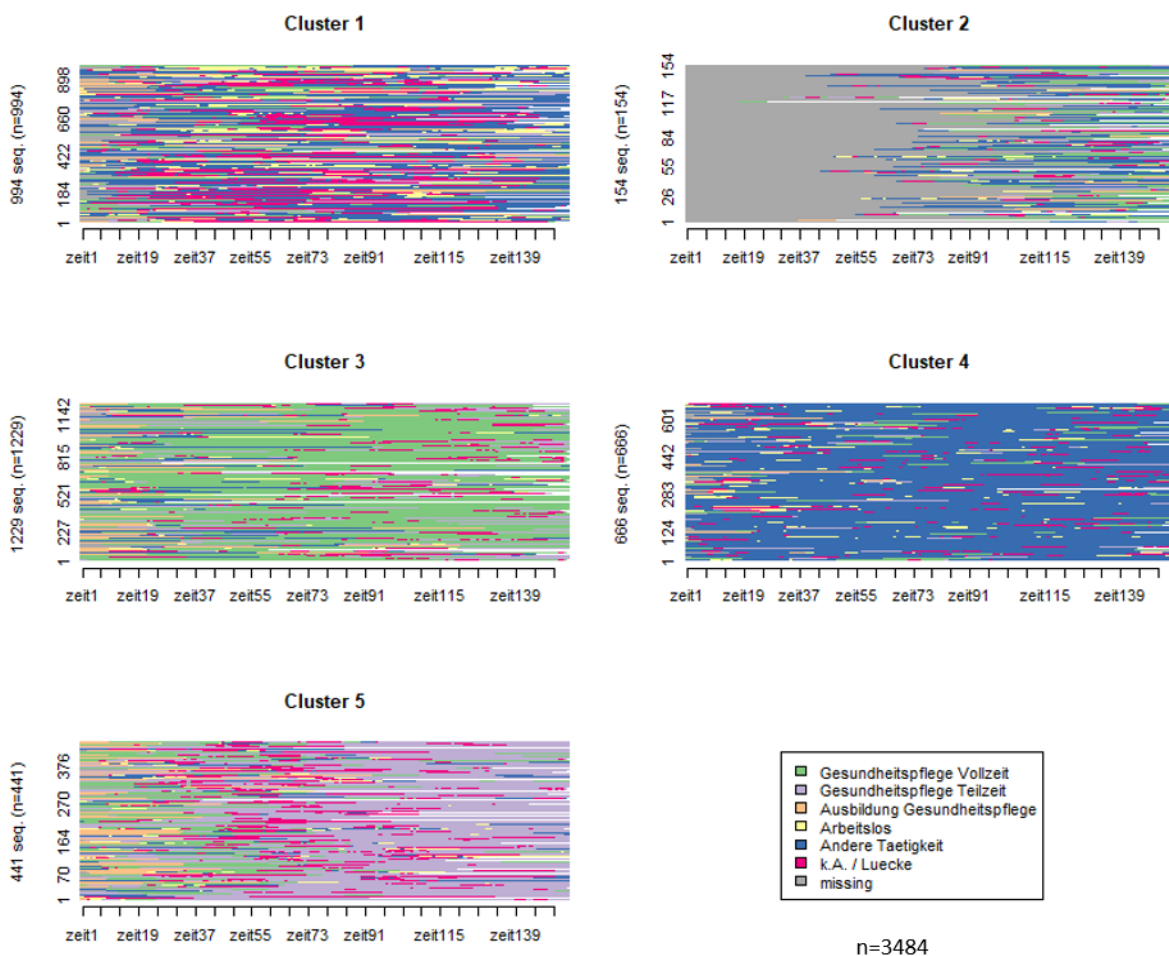


Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

5.4.1.6 Geburtskohorte 1980-1984

Für die jüngste Geburtskohorte der zwischen 1980 und 1984 Geborenen wurden wieder fünf Cluster identifiziert (Abbildung 46). Obwohl das minimale Alter im Jahr 2005 21 Jahre beträgt, liegen für einen Teil der Erwerbsverläufe keine Daten zu Beginn des Beobachtungszeitraums vor, da diese noch keine sozialversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit aufgenommen haben. Da hier überwiegend nur sehr kurze Berufsverläufe vorliegen, werden sie in einem unvollständigen Cluster ‚Erwerbseintritt‘ zusammengefasst (Cluster 2, n=154, vier Prozent). Weiterhin sieht man, dass relativ viele Personen noch in Ausbildung sind und anschließend in eine Teilzeittätigkeit (Cluster 5, n=441, 13 Prozent) und überwiegend in eine Vollzeittätigkeit (Cluster 3, n=1229, 35 Prozent) wechseln. Ein verhältnismäßig großer Teil ist allerdings auch dem Typ der instabilen Erwerbsverläufe zuzuordnen (Cluster 1, n=994, 29 Prozent), wobei dieser durch den Beginn der Krankenpflegeausbildung, Phasen der Nichterwerbstätigkeit und der Arbeitslosigkeit geprägt ist. 19 Prozent der Verläufe sind als Berufswechsel gekennzeichnet, wobei diese nur sehr kurze Phasen im Pflegeberuf aufweisen und überwiegend in anderen Berufen tätig sind. Allerdings halten sind Aussteiger und Quereinsteiger durchaus die Waage.

Abbildung 46: Erwerbsverläufe der Kohorte 1980-1984 in der Gesundheits- und Krankenpflege



Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

Tabelle 82: Kennzahlen der Geburtskohorte 1980/84: Gesundheits- und Krankenpflege

	Cluster 1 instabile Verläufe	Cluster 2 Erwerbseintritt	Cluster 3 Ausbildung, Vollzeit	Cluster 4 Berufswechsel	Cluster 5 Ausbildung, Teilzeit
Anteil Frauen (in%)	76,3	68,8	80,4	62,5	92,5
Durchs. Anzahl von Betriebswechsell	4,88	1,95	2,52	5,20	2,78
Anteil von Personen mit Abitur (in%)	47,6	48,7	36,2	42,2	39,9

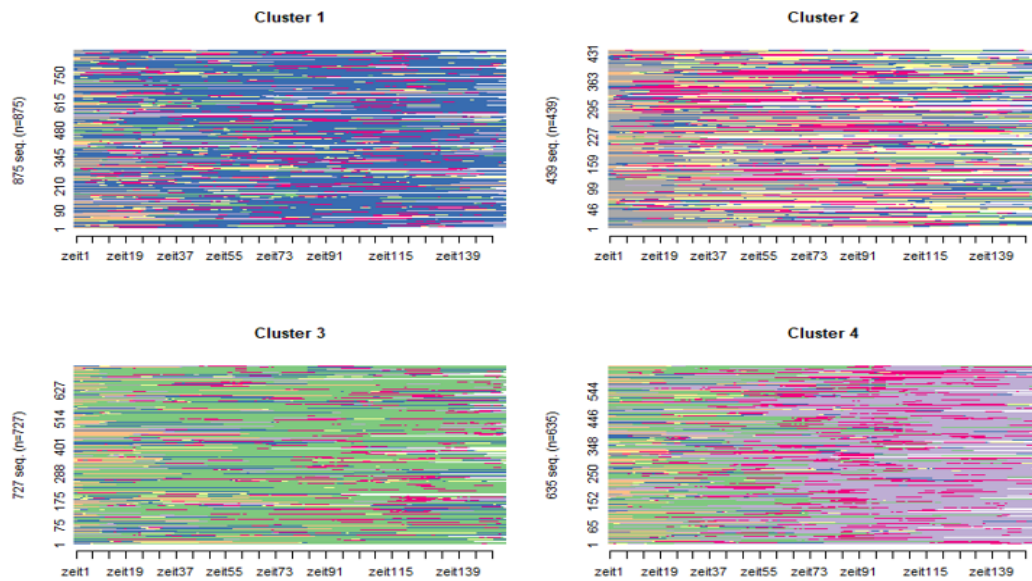
Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

Die getrennt nach Geschlecht durchgeführten Analysen (Abbildung 47) ergab für die Erwerbsverläufe von Frauen vier typische Verlaufsmuster. Alle vier Cluster weisen Episoden des Zustands ‚in Ausbildung‘ auf, wobei in Cluster 1 (n=875, 33 Prozent) auf diese ein Wechsel in Tätigkeiten außerhalb der Gesundheits- und Krankenpflege folgen. Während im Vollzeitcluster (Cluster 3, n=727, 27 Prozent) auf die Ausbildung überwiegend eine dauerhafte Vollzeitbeschäftigung folgt, ist im Teilzeitcluster (Cluster 4, n=635, 24 Prozent) der Übergang zwischen einer Vollzeittätigkeit, Nichterwerbstätigkeit und einer Tätigkeit in Teilzeit zu erkennen. Cluster 2 (n=439, 16 Prozent) beinhaltet viele der sehr kurzen Verläufe mit spätem Berufseintritt gefolgt von unterschiedlichen Phasen der Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Nichterwerbstätigkeit.

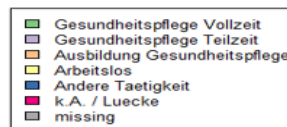
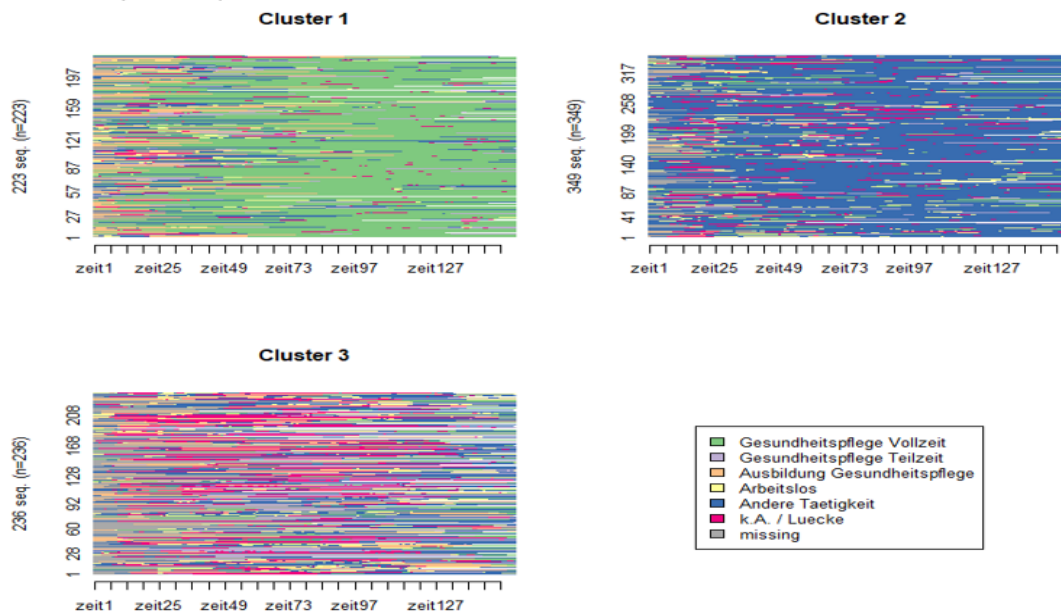
Für Männer können lediglich drei Cluster ermittelt werden. Cluster 1 umfasst Verläufe, die nach einer Ausbildung in Vollzeitbeschäftigung münden (n=223, 28 Prozent), wohingegen der größte Cluster 2 überwiegend Tätigkeiten in anderen Berufen beinhaltet (n=349, 43 Prozent), wobei sowohl Ausstiege als auch Quereinstiege zu beobachten sind. Cluster 3 (n=236, 29 Prozent) ist mit den späten Berufseintritten und instabilen Verläufen dem entsprechendem Cluster bei den Frauen vergleichbar.

Abbildung 47: Erwerbsverläufe der Kohorte 1980-1984 in der Gesundheits- und Krankenpflege nach Geschlecht

Frauen (n = 2676)



Männer (n = 808)



Quelle: SIAB-Regionalfiler 7517; eigene Darstellung

5.4.1.7 Zwischenfazit: Analyse der Erwerbsverläufe in der Gesundheits- und Krankenpflege

Tabelle 83: Ergebniszusammenfassung der Clusteranalyse: Erwerbsverläufe von beruflich Pflegenden in der Gesundheits- und Krankenpflege

	Cluster A	Cluster B	Cluster C	Cluster D	Cluster E
1955 / 1959	Teilzeit (stabil)	Vollzeit (stabil)	Berufswechsel	Instabile Erwerbsverläufe	Reduktion, Ausstieg
Frauen	Teilzeit, Ausstieg (instabil)	Teilzeit (stabil)	Vollzeit (stabil)	Berufswechsel	
Männer	Vollzeit (stabil)	Vollzeit (instabil)	Berufswechsel	Reduktion, Ausstieg	
1960 / 1964	Teilzeit (stabil)	Teilzeit (instabil)	Vollzeit (stabil)	Vollzeit (instabil)	Berufswechsel
Frauen	Teilzeit (instabil)	Teilzeit (stabil)	Vollzeit (stabil)	Berufswechsel	
Männer	Vollzeit (stabil)	Berufswechsel	Teilzeit (instabil)		
1965 / 1969	Berufswechsel	Teilzeit (instabil)	Teilzeit (stabil)	Vollzeit (stabil)	Instabile Erwerbsverläufe
Frauen	Teilzeit (instabil)	Berufswechsel	Vollzeit (stabil)	Instabile Erwerbsverläufe	
Männer	Berufswechsel	Vollzeit (stabil)	Vollzeit (instabil)	Teilzeit (stabil)	
1970 / 1974	Berufswechsel	Teilzeit (stabil)	Vollzeit (stabil)	Reduktion, Ausstieg	
Frauen	Berufswechsel	Teilzeit (stabil)	Instabile Erwerbsverläufe	Vollzeit (stabil)	
Männer	Vollzeit (stabil)	Berufswechsel	Instabile Erwerbsverläufe	Reduktion	
1975 / 1979	Reduktion, Ausstieg	Berufswechsel	Instabile Erwerbsverläufe	Vollzeit (stabil)	
Frauen	Instabile Erwerbsverläufe	Reduktion	Berufswechsel	Vollzeit (stabil)	
Männer	Berufswechsel	Vollzeit (instabil)	Berufswechsel	Reduktion, Ausstieg	
1980 / 1984	Ausbildung Vollzeit	Instabile Erwerbsverläufe	Berufswechsel	Ausbildung Teilzeit	Erwerbseintritt
Frauen	Berufswechsel	Ausbildung, Vollzeit	Ausbildung, Teilzeit	Erwerbseintritt, instabile Verläufe	
Männer	Berufswechsel	Erwerbseintritt, instabile Verläufe	Ausbildung, Vollzeit		

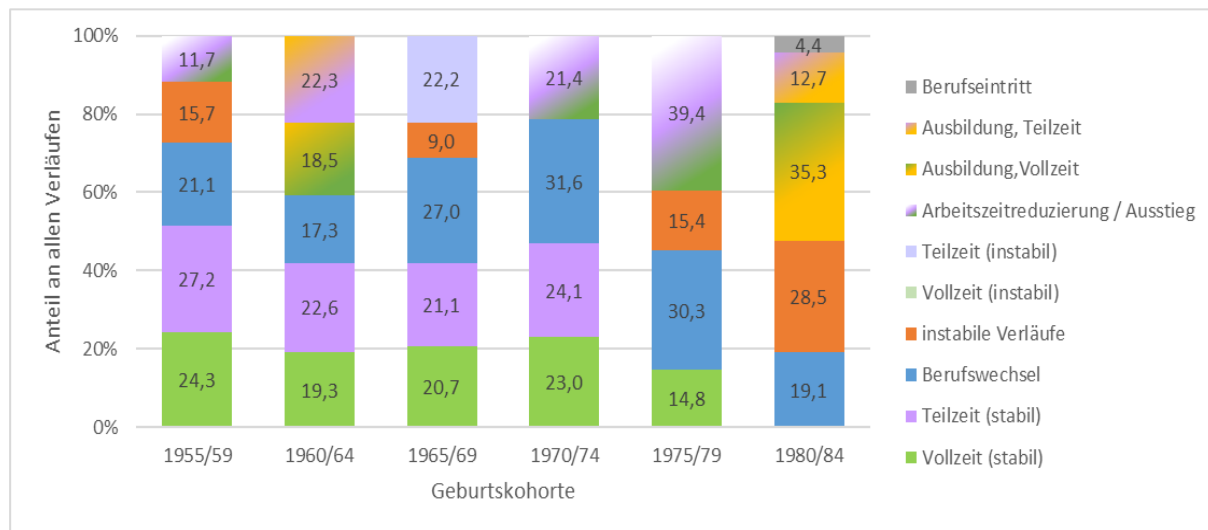
Anm.: Die Reihung der Cluster erfolgt entlang der Größe und unterscheidet sich daher von den Abbildungen

Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

In Tabelle 83 werden die getrennt nach Kohorten durchgeführten Analysen zusammengefasst. Die Reihenfolge der Cluster entspricht deren Größe und kann sich daher von bisher dargestellten Mustern unterscheiden. Cluster 1 stellt somit jeweils das Cluster mit der größten Fallzahl der jeweiligen Kohorte dar. Die Benennung der Cluster erfolgte anhand des dominierenden Zustands. Weiterhin wird zwischen stabilen, über einen Großteil des Zeitraums vorliegenden Zuständen und instabilen, von Wechseln und Unterbrechungen geprägten Episoden differenziert. Für Sequenzmuster ohne dominanten Zustand erfolgt eine Mehrfachnennung oder die Beschreibung des abgebildeten Prozesses (bspw. des Ausstiegs aus dem Arbeitsmarkt).

Das Muster ist im Zeitverlauf sehr unterschiedlich und nicht einfach zu interpretieren. Daher wurden die Cluster über die Kohorten hinweg in Abbildung 48 nochmals grafisch dargestellt. Bei der Interpretation ist dabei zu beachten, dass die Analysen nur den Zeitraum 2005-2017 umfassen, also die früheren Phasen der jeweiligen Berufsverläufe nicht enthalten sind. Lediglich bei der letzten Kohorte kann davon ausgegangen werden, überwiegend die vollständigen, aber noch relativ kurzen Biografien erfasst zu haben. Ansonsten zeigen die Cluster letztlich die Berufsbiografien der verschiedenen Altersgruppen in den betrachteten 12 Jahren auf.

Abbildung 48: Cluster in der Gesundheits- und Krankenpflege der Geburtskohorten im Zeitraum 2005-2017



Quelle: SIAB-Regionalfiler 7517; eigene Darstellung

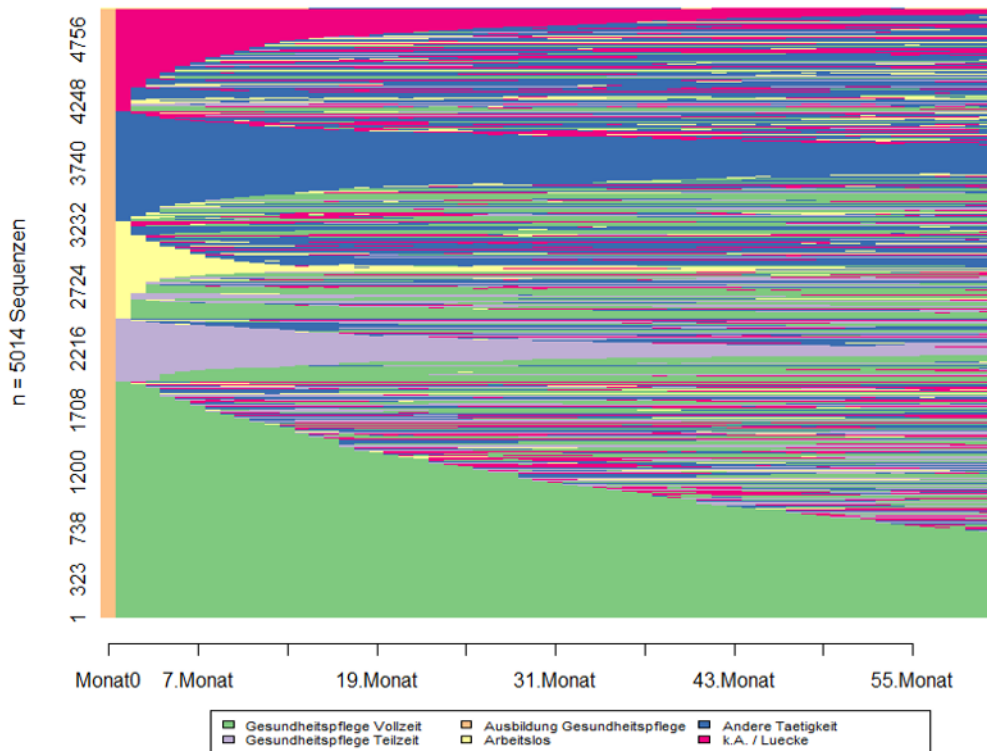
Bis auf die letzte Kohorte weisen alle Kohorten eine relativ stabile Verteilung der Cluster auf, auch wenn dies auf den ersten Blick nicht so ohne weitere zu erkennen ist. Deutlich mehr als die Hälfte weisen jeweils eine stabile Vollzeit- oder Teilzeittätigkeit auf oder reduzieren ihre Tätigkeit im Pflegeberuf ganz überwiegend von Vollzeit auf Teilzeit. Lediglich in der ältesten Kohorte sind auch sehr viele Ausstiege zu sehen, wobei es sich wohl meist um einen vorgezogenen Renteneinstieg handeln dürfte.

Einen relativ großen Anteil nehmen auch die Berufswechsel ein. Dieser Anteil ist bei den jüngeren Kohorten größer, was wohl auch daran liegen dürfte, dass die Entscheidung für einen Berufswechsel tendenziell eher in der früheren Biografie erfolgt und bei den älteren Kohorten im Beobachtungszeitraum nicht mehr so häufig auftritt. Zudem sei darauf hingewiesen, dass in dem Cluster Berufswechsel auch Wechsel zwischen Kranken- und Altenpflege enthalten sind, da letztere bis zum Jahr 2012 im SIAB nicht eindeutig identifiziert werden konnten (Abschnitt 5.2.1). Wie in Kapitel 5.3.4 dargelegt findet jedoch ein nicht unerheblicher Anteil an Wechseln zwischen diesen beiden Pflegeberufen statt. Auch dies könnte ein Grund für den wachsenden Anteil über die Kohorten hinweg sein, da sich die Berufsfelder und auch die Ausbildung immer mehr angenähert haben, und einen Wechsel erleichtern. Sehr instabile Verläufe, die durch Phasen der Arbeitslosigkeit und Nichterwerbstätigkeit, aber auch mit vielen Berufswechseln gekennzeichnet sind, sind in allen Kohorten eher gering vertreten. Lediglich die Jüngste Kohorte sticht heraus, da hier zu Beginn des Beobachtungszeitraumes etwa die Hälfte noch in Ausbildung sind, die meisten jedoch in eine Voll- oder Teilzeittätigkeit im Pflegeberuf münden.

5.4.2 Erwerbsverlauf im Anschluss an die Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung

Jüngere Geburtskohorten, als die der zwischen 1985 bis 1989 geborenen, können aufgrund der unterschiedlichen Eintrittsdaten in das Berufsleben sowie der damit verbundenen fehlenden Werte nicht mit den bisherigen Methoden abgebildet werden. Aus diesem Grund wird im Folgenden der Erwerbsverlauf über einen Fünfjahreszeitraum in Anschluss an die Berufsausbildung analysiert.

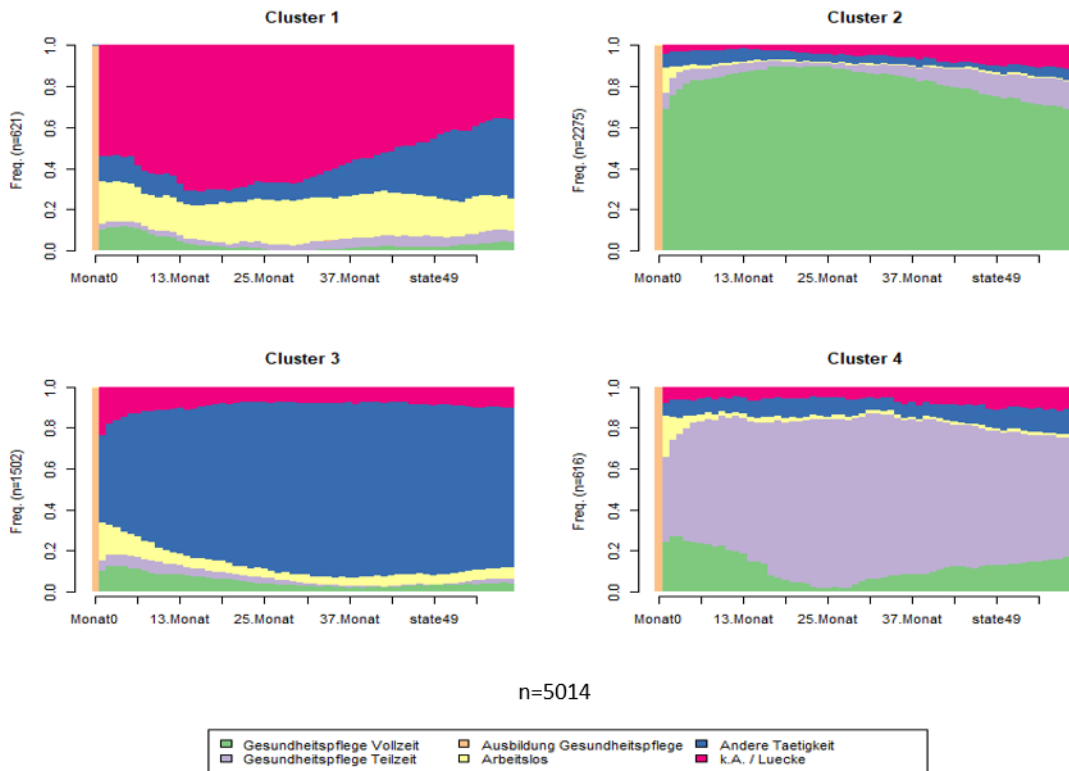
Abbildung 49: Übersicht aller Sequenzen für die ersten fünf Jahre nach Abschluss der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung



Quelle: SIAB-Regionalfiler 7517; eigene Darstellung

Im Zeitraum von 2005 bis 2017 konnten insgesamt 5014 Episoden mit Krankenpflegeausbildungen ermittelt werden. In Abbildung 49 werden diese Sequenzen für ein Zeitfenster von fünf Jahren (60 Monate) nach dem letzten Monat in der Ausbildung ausgewiesen. Direkt ersichtlich wird, dass lediglich etwa 50 Prozent der Auszubildenden unmittelbar im Anschluss an die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege tätig werden. Etwa 600 Erwerbsverläufe weisen zunächst eine Phase der Arbeitslosigkeit auf. Außerdem scheint etwa ein Drittel nach der Ausbildung nicht in der Krankenpflege beschäftigt zu sein. Aufgrund der prozessgenerierten Daten kann nicht mit Sicherheit bestimmt werden, ob die Ausbildung erfolgreich beendet wurde und anschließend ein anderer Beruf aufgenommen oder ob dem Abbruch der Ausbildung die Aufnahme eines anderen Berufs folgte.

Abbildung 50: Anteile in Clustern für beruflich Pflegende in der Gesundheits- und Krankenpflege, 5 Jahre nach Abschluss der Ausbildung



Quelle: SIAB-Regionalfiler 7517; eigene Darstellung

Für den unmittelbar an die Ausbildung anschließenden Erwerbsverlauf konnten die in Abbildung 50 dargestellten Muster ermittelt werden. Anders als bei der bisherigen Darstellung der Cluster werden nicht die einzelnen Erwerbsverläufe, sondern die Anteile der Zustände im entsprechenden Monat dargestellt. Dieses Vorgehen bietet sich aufgrund des kürzeren Analysezeitfensters an. Es konnten vier unterschiedliche Verlaufsmuster ausgemacht werden, wobei unmittelbar an die Ausbildung am häufigsten eine Vollzeitbeschäftigung folgt, deren Anteil gegen Ende des Beobachtungszeitraums leicht abnimmt (Cluster 2, n=2275). Der direkte Übergang in eine Teilzeittätigkeit kommt demgegenüber deutlich seltener vor (Cluster 4, n=616). Ein großer Anteil der Auszubildenden scheint jedoch entweder nicht in der Krankenpflege tätig zu werden und in einen anderen Beruf zu wechseln (Cluster 3, n=1502) oder im Anschluss an die Ausbildung nicht länger gemeldet zu sein (Cluster 1, n=621).

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Cluster weisen beide Ausstiegscluster einen vergleichsweise geringeren Anteil an Personen mit Abitur, sowie einen geringeren Altersdurchschnitt auf. Jedoch arbeiten rund 20 Prozent der dem Cluster 3 Zugehörigen mindestens sechs Monate nach der Ausbildung weiterhin im Betrieb. Wie bereits für die Analyse der Geburtskohorten festgestellt, weist der Teilzeitcluster einen deutlich höheren Frauenanteil auf. Zudem werden rund 39 Prozent der im Anschluss in Vollzeit Erwerbstätigen und 35 Prozent der Teilzeiterwerbstätigen im Ausbildungsbetrieb weiterbeschäftigt (Tabelle 84).

Tabelle 84: Kennzahlen der 4-Clusterlösung nach Ausbildungsende

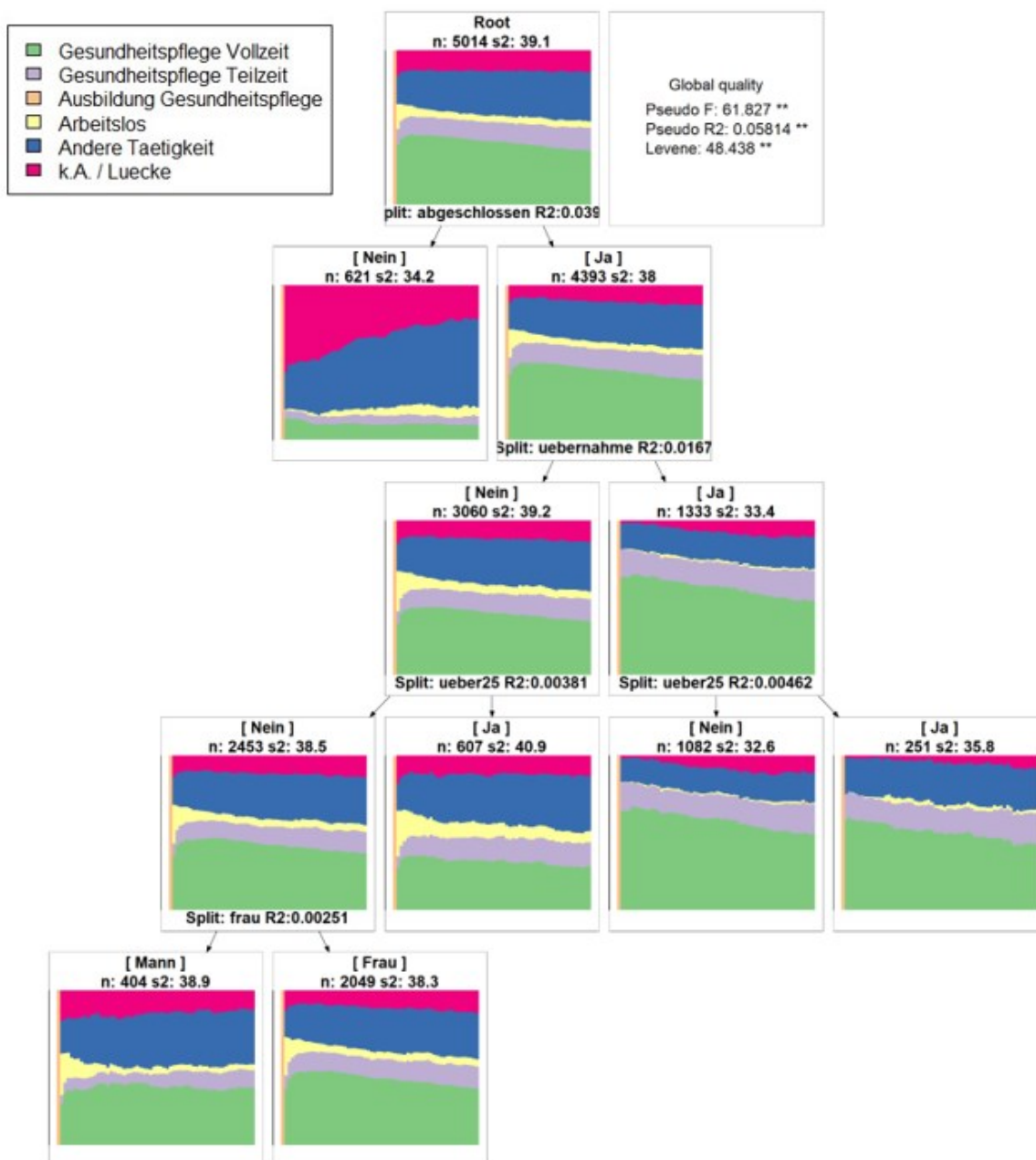
Variable	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4
Schulabschluss:				
Volks-/Realschule	65,12	72,91	79,72	68,05
Abitur	34,88	27,09	20,28	31,95
Geschlecht				
Frauen	74,40	80,18	78,10	84,10
Männer	25,60	19,82	21,90	15,90
Im selben Unternehmen weiterbeschäftigt:				
Ja	10,14	39,12	19,57	35,23
Nein	89,86	60,88	80,43	64,77
Durchschnittliches Alter am Ende der Ausbildung (in Jahren)	22,74	23,43	23,14	24,55

Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

Um die Gründe für die unterschiedlichen Erwerbsverläufe nach der Ausbildung besser zu verdeutlichen, wurde neben der Sequenzmusteranalyse die in Abbildung 51: dargestellte Diskriminanzanalyse durchgeführt. Zur besseren Übersichtlichkeit werden dabei lediglich Variablen dargestellt, die einen signifikanten Einfluss auf den Erwerbsverlauf ausüben.

Interferenzstatistisch wurde getestet, ob auf einem Signifikanzniveau von fünf Prozent die Kovariablen Geschlecht, Neues Bundesland, das Alter bei Beendigung der Ausbildung, eine Betriebsübernahme sowie der erfolgreiche Abschluss der Ausbildung einen Einfluss auf den unmittelbaren Erwerbsverlauf haben. Letzt genanntes Merkmal wurde durch die Meldung einer abgeschlossenen Berufsausbildung in einem, der Berufsausbildung folgenden 18 Monaten gebildet. Dieses Merkmal übt zudem den größten Einfluss auf den unmittelbaren Erwerbsverlauf aus. Dargestellt wird dieser Effekt in der obersten Ebene in Abbildung 51:.. Jedoch scheinen einige Personen auch ohne abgeschlossene Berufsausbildung weiterhin in der Gesundheits- und Krankenpflege tätig zu sein. Ein Meldeverzug innerhalb der Beschäftigtenhistorik oder die Aufnahme einer Tätigkeit als ungelernete Kraft in der Gesundheits- und Krankenpflege könnten diese Beobachtung erklären. Weiterhin übt die Übernahme durch den Ausbildungsbetrieb einen erheblichen Effekt aus. Das Auftreten von Arbeitslosigkeit oder Lücken in den Erwerbsbiografien ist bei einer Weiterbeschäftigung deutlich reduziert. Ob dieser Effekt auf die Betriebsübernahme oder durch die Selektion der Auszubildenden zustande kommt, kann auf Grundlage der prozessgenerierten Daten nicht beantwortet werden. Sowohl das Alter der Auszubildenden als auch das Geschlecht haben innerhalb der ersten fünf Jahre nach der Ausbildung einen signifikanten, jedoch von der Effektstärke zu vernachlässigendem Einfluss.

Abbildung 51: Erwerbsverlauf nach Abschluss der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung



Quelle: SIAB-Regionalfiler 7517; eigene Darstellung

5.4.3 Altenpflege

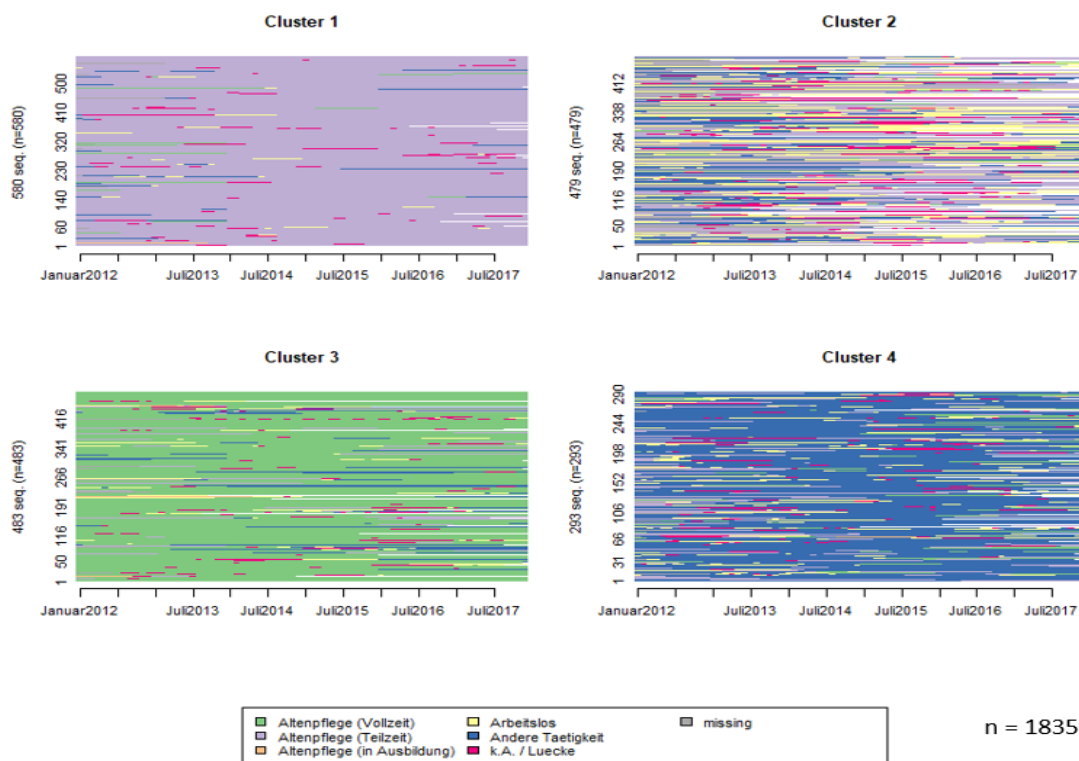
Wie in Kapitel 5.2.1 der vorliegenden Ausarbeitung beschrieben, können beruflich Pflegende in der Altenpflege in der faktisch anonymisierten Version der SIAB erst ab dem Jahr 2012 erfasst werden. Daher musste das Analysezeitfenster auf die Jahre 2012-2017 eingegrenzt werden.

5.4.3.1 Geburtskohorte 1955-1959

Im Bereich der Altenpflege lassen sich für die Geburtskohorte 1955/59 nur vier Cluster von Erwerbsverläufen identifizieren. Diese ähneln denen im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege

sehr. Auch hier ist der größte Anteil der Verläufe dem Cluster ‚stabile Teilzeit‘ zuzuordnen, gefolgt von stabilen Vollzeitverläufen, aber auch in gleichem Umfang von instabilen Verläufen. Der Anteil der Berufswechsel ist auch hier am geringsten und mit 16 Prozent sogar noch deutlich geringer als in der Gesundheits- und Krankenpflege.

Abbildung 52: Erwerbsverläufe der Kohorte 1955–1959 in der Altenpflege



Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

Tabelle 85: Kennzahlen der Geburtskohorte 1955/59: Altenpflege

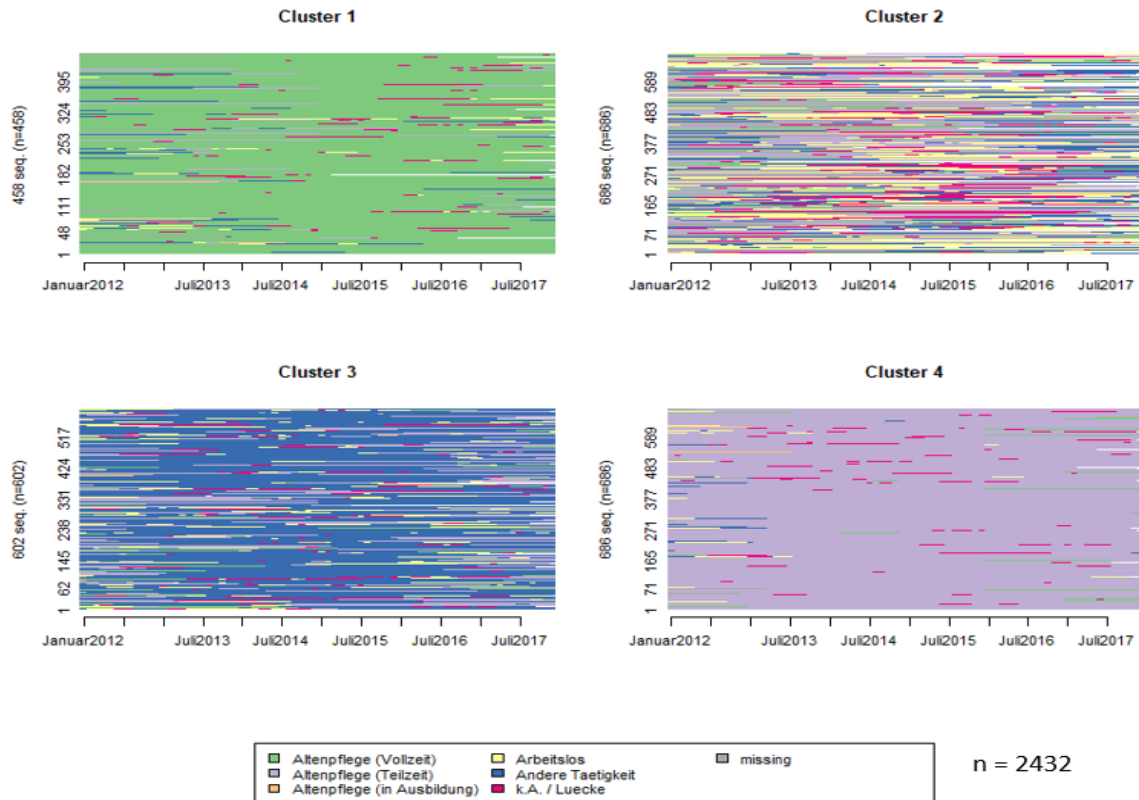
	Cluster 1 Teilzeit (stabil)	Cluster 2 instabile Verläufe	Cluster 3 Vollzeit (stabil)	Cluster 4 Berufswechsel
Anteil Frauen (in%)	93,3	88,1	88,2	89,4
Durchs. Anzahl von Betriebswechselln	0,48	1,93	0,84	2,98
Anteil von Personen mit Abitur (in%)	9,71	15,8	17,1	22,1
Anteil des Clusters an allen Verläufen (in%)	31,6	26,1	26,3	16,0

Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

5.4.3.2 Geburtskohorte 1960-1964

Für die Geburtskohorte 1960-1964 lassen sich die gleichen Cluster wie für die vorherige Kohorte finden. Allerdings sind sie teilweise vom Umfang her unterschiedliche. Der Cluster ‚stabile Vollzeit‘ umfasst deutlich weniger Verläufe, dagegen der Cluster ‚Berufswechsel‘ entsprechend mehr.

Abbildung 53: Erwerbsverläufe der Kohorte 1960–1964 in der Altenpflege



Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

Tabelle 86: Kennzahlen der Geburtskohorte 1960/64: Altenpflege

	Cluster 1 Vollzeit (stabil)	Cluster 2 instabile Verläufe	Cluster 3 Berufswechsel	Cluster 4 Teilzeit (stabil)
Anteil Frauen (in%)	82,1	89,2	91,5	93,0
Durchs. Anzahl von Betriebswechsln	0,83	2,11	2,95	0,56
Anteil von Personen mit Abitur (in%)	15,1	19,5	19,4	10,0
Anteil des Clusters an allen Verläufen (in%)	18,8	28,2	24,8	28,2

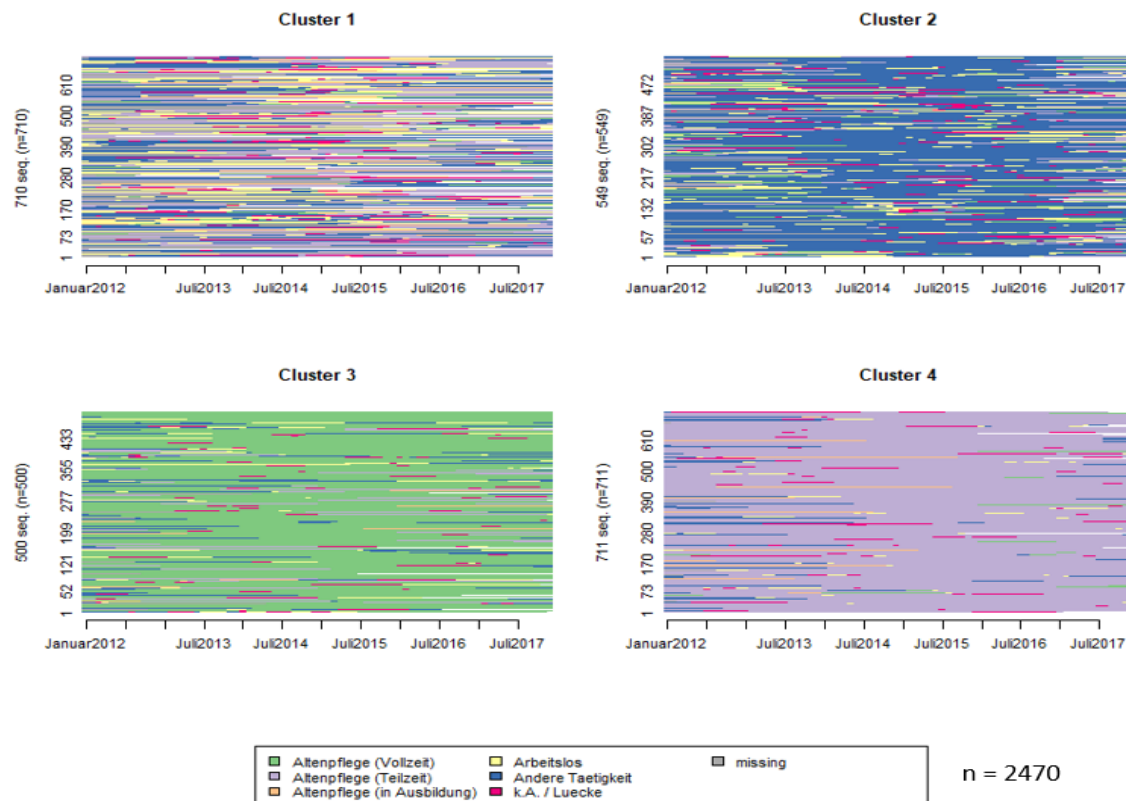
Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

5.4.3.3 Geburtskohorte 1965-1969

Auch bei dieser Geburtskohorte 1965-1969 lassen sich kaum Unterschiede zur vorherigen erkennen. Allerdings deutet sich an, dass die Anzahl der Betriebswechsln gegenüber früheren Kohorten zunimmt.

Dies mag aber teilweise schon an dem begrenzten Beobachtungsfenster liegen, da die Personen dieser Kohorte im Jahr 2005 noch jünger sind und Betriebswechsel v. a. früh im Berufsverlauf stattfinden.

Abbildung 54: Erwerbsverläufe der Kohorte 1965 – 1969 in der Altenpflege



Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

Tabelle 87: Kennzahlen der Geburtskohorte 1965/69: Altenpflege

	Cluster 1 instabile Verläufe	Cluster 2 Berufswechsel	Cluster 3 Vollzeit (stabil)	Cluster 4 Teilzeit (stabil)
Anteil Frauen (in%)	86,8	88,5	78,8	93,4
Durchs. Anzahl von Betriebswechseln	2,33	3,44	1,36	0,84
Anteil von Personen mit Abitur (in%)	16,1	17,4	15,8	11,5
Anteil des Clusters an allen Verläufen (in%)	28,7	22,2	20,2	28,8

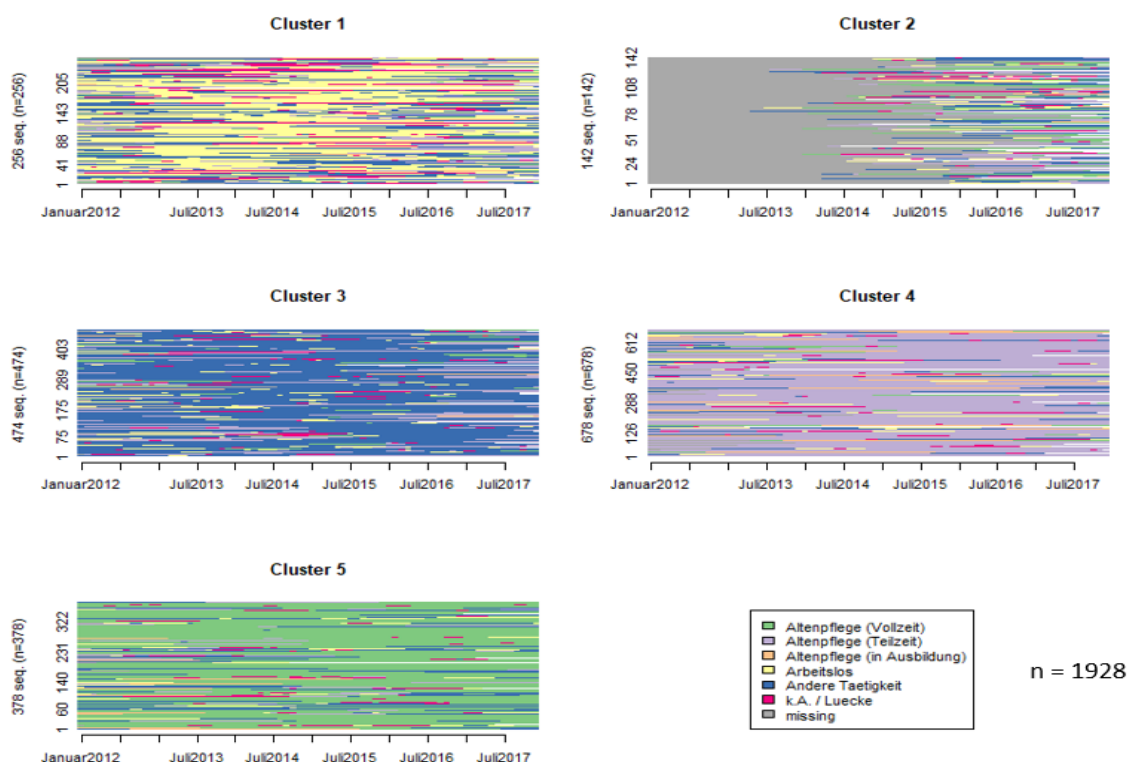
Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

5.4.3.4 Geburtskohorte 1970-1974

Bei der Geburtskohorte der Jahre 1970-1974 gibt es einen nicht unerheblichen Anteil von sieben Prozent, deren gemeldeter Berufsbeginn erst innerhalb des Beobachtungsfensters auftritt. Da es sich um Personen handelt, die im Jahr 2012 mindestens 37 Jahre alt waren, ist hier wohl überwiegend nicht von einem verspäteten Berufseintritt aufgrund verlängerter Ausbildungszeiten oder anderer

temporärer Tätigkeiten vor Berufsbeginn auszugehen. Möglicherweise handelt es sich hierbei um Personen, die aus dem Ausland angeworben wurden oder die zunächst nur einer nicht sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgegangen sind. Mit dem vorliegenden Datensatz lässt sich dies leider nicht untersuchen. Die übrigen Cluster unterscheiden sich von den früheren Kohorten nicht weiter, außer dass in den instabilen Verläufen der Anteil von Arbeitslosigkeitsphasen größer ist.

Abbildung 55: Erwerbsverläufe der Kohorte 1970 – 1974 in der Altenpflege



Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

Tabelle 88: Kennzahlen der Geburtskohorte 1970/74: Altenpflege

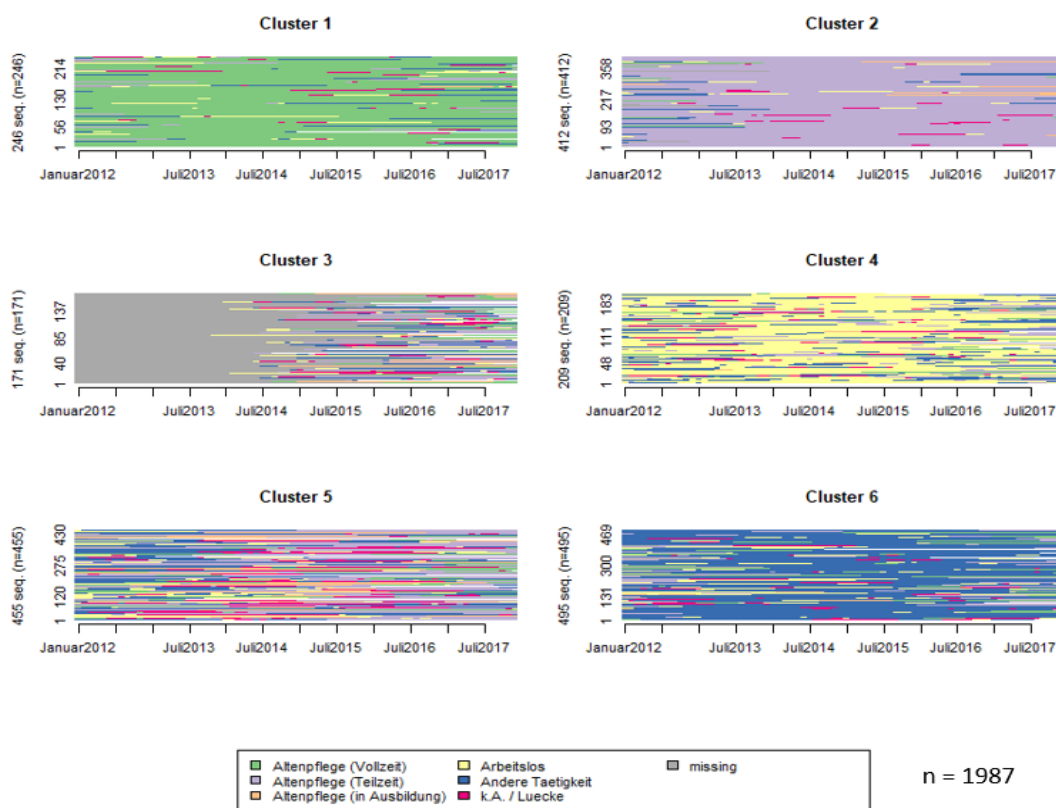
	Cluster 1 instabile Verläufe	Cluster 2 Berufseintritt	Cluster 3 Berufswechsel	Cluster 4 Teilzeit (stabil)	Cluster 5 Vollzeit (stabil)
Anteil Frauen (in%)	88,7	86,1	86,7	84,9	83,8
Durchs. Anzahl von Betriebswechselln	1,82	2,06	2,10	2,04	1,94
Anteil von Personen mit Abitur (in%)	10,5	13,9	16,1	14,3	13,89
Anteil des Clusters an allen Verläufen (in%)	13,3	7,4	25,0	35,2	19,6

Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

5.4.3.5 Geburtskohorte 1975-1979

Bei der jüngsten hier betrachteten Kohorte der 1975-1979 Geborenen finden sich sechs Cluster. Neben dem auch hier relativ großen Anteil von späten Berufseinstiegen (neun Prozent) findet sich auch ein Cluster (zehn Prozent) mit langen Arbeitslosigkeitsverläufen. Vielfach enden diese in einer Beschäftigung im Altenpflegeberuf. Auch hier könnte neben verstärkten Eingliederungsmaßnahmen von Langzeitarbeitslosen auch eine längere Phase der Arbeitssuche bzw. deren Meldung bei der Bundesagentur für Arbeit oder Umschulungsmaßnahmen von beruflich Pflegenden aus dem Ausland eine Rolle spielen. Diese bereits in der vorherigen Kohorte zu beobachtende Entwicklung deckt sich mit der verstärkten Anwerbung von ausländischen beruflich Pflegenden der Altenpflege in den letzten zehn Jahren.

Abbildung 56: Erwerbsverläufe der Kohorte 1975–1979 in der Altenpflege



Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

Tabelle 89: Kennzahlen der Geburtskohorte 1975/79: Altenpflege

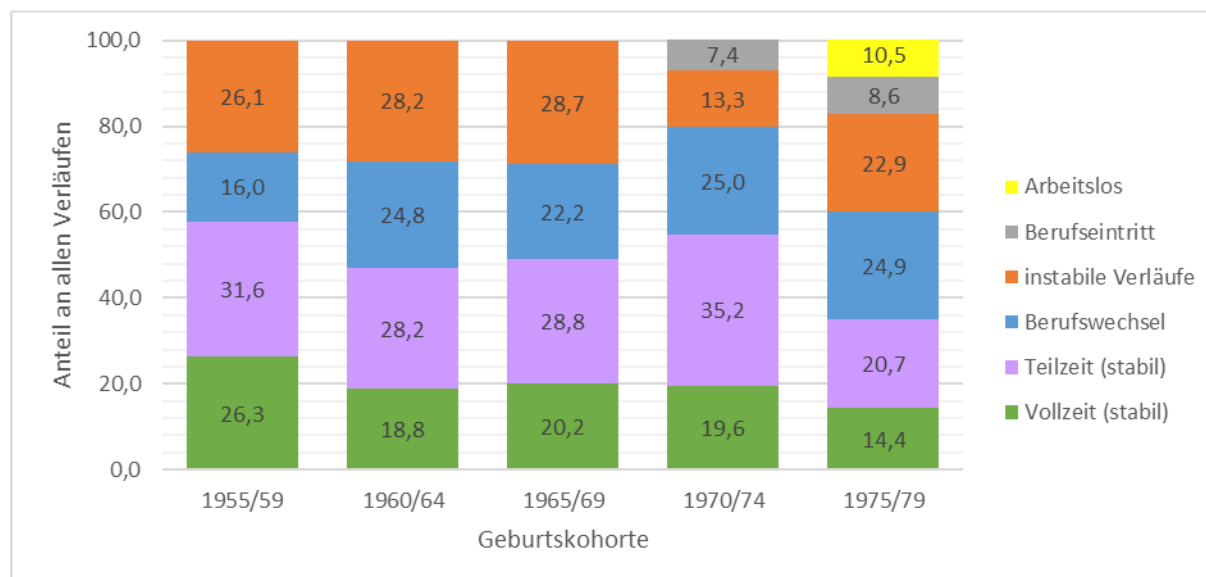
	Cluster 1 Vollzeit (stabil)	Cluster 2 Teilzeit (stabil)	Cluster 3 Berufseintritt	Cluster 4 Arbeitslos	Cluster 5 instabile Verl.	Cluster 6 Berufswechsel
Anteil Frauen (in%)	69,9	86,9	82,5	85,2	84,8	85,1
Durchs. Anzahl von Betriebswechsln	1,35	1,08	1,08	3,03	2,43	3,16
Anteil von Personen mit Abitur (in%)	15,7	12,6	37,4	14,8	20,0	23,5
Anteil des Clusters an allen Verläufen (in%)	14,4	20,7	8,6	10,5	22,9	24,9

Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

5.4.3.6 Zwischenfazit

In der Altenpflege ist im Vergleich zur Gesundheits- und Krankenpflege der Frauenanteil in allen Kohorten und Clustern deutlich höher. Aufgrund dessen musste auf eine nach Geschlecht getrennte Analyse verzichtet werden. Insgesamt fällt auch der Anteil von Beschäftigten mit Abitur zudem in der Altenpflege deutlich geringer aus, obwohl er sich auch hier bei den jüngeren Kohorten erhöht. Vergleicht man die Verteilung der Cluster über die Kohorten hinweg (Abbildung 57) so ergibt sich ein Bild über das Muster der betrachteten 5 Jahre für einzelne Altersgruppen. Auch hier ist bei der Interpretation zu beachten, dass die Analysen nur den Zeitraum 2012-2017 umfassen, also die früheren Phasen der jeweiligen Berufsverläufe nicht enthalten sind. Je jünger die Kohorten sind, desto mehr erfasst man auch den Berufsbeginn.

Abbildung 57: Cluster in der Altenpflege der Geburtskohorten im Zeitraum 2012-2017



Quelle: SIAB-Regionalfile 7517; eigene Darstellung

Insgesamt sieht man über die Kohorten hinweg ein relativ stabiles Muster mit zwei Clustern, die überwiegend stabile Erwerbsverläufe in der Pflege – entweder in Vollzeit oder in Teilzeit – umfassen, sowie einem Cluster mit Berufswechseln und einem mit instabilen Erwerbsverläufen. Dabei ist der Cluster der Teilzeitbeschäftigten jeweils immer größer. Einen relativ großen Anteil nehmen auch

Verläufe mit Berufswechsel ein, wobei hier berücksichtigt werden muss, dass auch die Wechsel zwischen Alten- und Krankenpflege enthalten sind. Die Ausdifferenzierung in bestimmte Verlaufstypen scheint also relativ früh in der Biografie zu erfolgen. Lediglich bei den beiden jüngsten Kohorten, die aber im Jahr 2012 auch mindestens 32 Jahre alt sind, sieht man einen relativ hohen Anteil von Personen, die dann erstmals in der Berufsstatistik erfasst werden oder nach langen Arbeitslosigkeitsphasen in den Pflegeberuf einsteigen. Wie bereits erwähnt mag es sich hierbei zu einem Großteil um ausländische beruflich Pflegenden der Altenpflege handeln, die in den letzten 10 Jahren verstärkt angeworben wurden.

5.5 Zusammenfassung

Hinsichtlich der aufgeworfenen Fragestellungen zu Beginn des vorliegenden Kapitels wurden Analysen in folgenden Bereichen durchgeführt, deren Ergebnisse hier nochmals kurz zusammengefasst werden.

Demografie

Hinsichtlich des Alters wurde Pflegekräfte sowohl in der Gesundheits- und Krankenpflege als auch in der Altenpflege eine Altersstruktur ausgewiesen, die die demografische Alterung auf Ebene der Gesamtbevölkerung widerspiegelt. Daher ist im Jahr 2017 insbesondere im mittleren Altersbereich bei den 40 – bis 50-Jährigen, d.h. den heute 45- bis 55-Jährigen ein deutlich geringerer Anteil zu sehen.

Vergütung

Bezüglich der Vergütung von Pflegekräften ist zu subsumieren, dass der Fachkräftemangel lange Zeit keine Effekte auf die Entgeltentwicklung hatte. Bis zum Jahr 2019 entsprach die Entwicklung bei den Pflegekräften der Gesundheits- und Krankenpflege der durchschnittlichen Entwicklung aller Berufsgruppen. Erst in den letzten beiden Jahren ist eine deutliche Steigerung zu erkennen. Hier ist v. a. auch ein Corona-Effekt zu sehen, wonach die Pflegekräfte in der Pandemie nicht wie andere Berufsgruppen weniger, sondern mehr gearbeitet haben. Bei Beschäftigten in der Altenpflege setzte der Lohnanstieg allerdings schon einige Jahre früher ein, wobei diese zuvor im Vergleich zur Krankenpflege ein sehr niedriges Entgeltniveau hatten. Dies gilt auch für Pflegehilfskräfte in beiden Bereichen, bei denen in den letzten Jahren ein besonders starker Anstieg des Entgeltes zu verzeichnen ist.

Zwischen Frauen und Männern in den Pflegeberufen existiert nach wie vor ein Gender Pay Gap, wonach Frauen vor allem in der Krankenpflege deutlich weniger als Männer verdienen. In der Altenpflege ist der Unterschied merklich geringer. In beiden Bereichen ist aber im Zeitverlauf eine Annäherung der Vergütung erkennbar.

Mit Regressionsanalysen wurde versucht, einige Einflussfaktoren auf die Vergütung zu identifizieren. Hier zeigen sich überwiegend Effekte, wie man sie aus anderen Berufen auch kennt: Mit dem Alter und der Berufserfahrung steigt das Einkommen. Das Anforderungsniveau hat einen sehr starken Effekt. In den neuen Bundesländern verdienen Pflegekräfte deutlich weniger wie auch befristet Beschäftigte. Zeit- bzw. Leiharbeit hat keinen Effekt außer bei spezialisierten Fachpflegekräften, die in Leiharbeit deutlich besser verdienen, v. a. im Bereich der Krankenpflege.

Zeit- und Leiharbeit

Der Anteil an Zeit -und Leiharbeit hat in der Pflege leicht zugenommen und liegt bei Fachkräften bei etwa 2 Prozent, bei Hilfskräften etwas höher. Dabei fällt der Verdienst von Pflegepersonal in einem

Zeit- bzw. Leiharbeitsverhältnis durchschnittlich zehn Prozent geringer aus als von regulär Beschäftigten. Dass man in den Regressionen dennoch keinen signifikanten Effekt findet, liegt daran, dass der Effekt bei den spezialisierten Fachkräften stark positiv ist, was sich dann beim Gesamteffekt nivelliert.

Berufswechsel in und aus der Gesundheits- und Krankenpflege

Für einen Wechsel in die Gesundheits- und Krankenpflege über den Weg der Berufsausbildung konnten im Wesentlichen sechs unterschiedliche Gruppen ausgemacht werden. Aus medizinischen Berufen nehmen sowohl Personen, die bereits einer Hilfstätigkeit in der Krankenpflege oder Praxis nachgegangen sind, eine Krankenpflegeausbildung auf. Des Weiteren sind Quereinstieg aus den Berufen der Verwaltung, Erziehung oder in diversen anderen Dienstleistungsberufen zu sehen. Außerdem erfolgt ein Wechsel in einer nicht unerheblichen Anzahl nach der Teilnahme an Maßnahmen der Agentur für Arbeit. Wechsel über den Weg der Ausbildung in die Gesundheits- und Krankenpflege finden jedoch fast ausschließlich bei Personen unter 30 Jahren statt.

Zudem konnte eine stetige Fluktuation zwischen Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege ermittelt werden. In einem deutlich geringeren Ausmaß trifft dieser Sachverhalt ebenfalls auf Praxishilfen und Sekretariats- und Verwaltungsberufe zu, wobei das Saldo der Zu- und Abgänge in etwa ausgeglichen war.

Verweildauern im Pflegeberuf

Betrachtet man die Zeit, wie lange Pflegekräfte nach der Berufsausbildung unterbrechungsfrei im Beruf verbleiben so zeigen sich die schon bekannten Ergebnisse aus anderen Studien (siehe Kapitel 3.2.7). Die Verbleiberate ist insgesamt relativ hoch. Fünf Jahre nach Ausbildung sind immer noch mehr als die Hälfte der Pflegekräfte im Gesundheitswesen ununterbrochen in ihrem Beruf tätig. Zudem ist der Verbleib im Berufsfeld nahezu identisch, was dafür spricht, dass ein Wechsel zwischen Kranken- und Altenpflege zumindest in der frühen Berufslaufbahn meist nicht direkt erfolgt, sondern eher nach Unterbrechungen.

Die Analyse der Nettoverweilzeiten, d. h. der Zeiten, in denen Pflegekräfte in ihrem Beruf arbeiten unabhängig davon, ob es zwischenzeitlich Unterbrechungen gibt, zeigt, dass ein sehr großer Teil der Pflegekräfte hohe Nettozeiten aufweisen. Dies bedeutet, dass Unterbrechungen überwiegend eher kurz ausfallen. Auf der anderen Seite zeigen die bei längerer Betrachtungszeiträumen stärker sinkenden durchschnittlichen Nettozeiten, dass ein gewisser Anteil von Pflegekräften die Pfl egetätigkeit auch länger unterbricht oder ganz aufgibt. Hervorzuheben sind hierbei die Ergebnisse für die jüngste Abschlusskohorte (2015-2018), die im ersten Jahr nach Ausbildungsende deutlich höhere Nettozeiten aufweisen als ältere Kohorten und von denen mehr als die Hälfte im ersten Jahr durchgängig im Pflegeberuf beschäftigt war. Die hohe Abbruchneigung nach der Ausbildung, die in der Vergangenheit immer aufgezeigt wurde, scheint sich somit in jüngster Zeit deutlich abzuschwächen.

Erwerbsverläufe in der Gesundheits- und Krankenpflege

Die Analyse von Erwerbsverläufen wurde für verschiedene fünf Jahrgänge umfassende Geburtskohorten, durchgeführt, wobei jeweils der Zeitraum von 2015 bis 2017 betrachtet wurde. Hierbei ließen sich für jede Kohorte unterschiedliche Gruppen identifizieren, die vergleichbare Verläufe aufweisen. Bis auf die jüngste Kohorte ist dabei die Verteilung über die verschiedenen Kohorten sehr ähnlich. Fast die Hälfte der Pflegekräfte weisen sehr stabile, nahezu durchgängige

Erwerbsverläufe auf, wobei die Gruppe der Teilzeitbeschäftigten jeweils etwas größer ist als die der Vollzeitbeschäftigten. Lediglich in der zweitjüngsten Kohorte der 1975 bis 1979 Geborenen sieht man bei den Teilzeitbeschäftigten eine eher kurze Phase der Vollzeitbeschäftigung am Beginn, die dann in stabile Teilzeitbeschäftigung mündet. Da bei den älteren Kohorten der Beginn der Berufslaufbahn nicht im Beobachtungszeitraum liegt, lässt sich daher vermuten, dass auch hier der Großteil nicht von Beginn an teilzeitbeschäftigt war, sondern nach einer gewissen Zeit eine Reduzierung des Tätigkeitsumfanges stattgefunden hat. Da diese langen Teilzeitverläufe fast ausschließlich bei Frauen zu beobachten sind, dürften hierfür überwiegend gleichzeitige Familienaufgaben ursächlich sein.

Eine weitere große Gruppe, die ebenfalls recht stabile Verläufe aufweist und nahezu 30 Prozent der Verläufe umfasst, ist die Gruppe der Personen, die ihren Beruf wechseln, also die Krankenpflege verlassen oder aus einem anderen Beruf einsteigen. Hierin sind aufgrund mangelnder Identifizierbarkeit der Altenpflege bis zum Jahr 2012 auch die Wechsel zwischen Kranken- und Altenpflege enthalten. Wie groß dieser Anteil ist, lässt sich leider nicht bestimmen. Der Großteil der Zeit in diesen Verläufen sind die Personen im anderen als dem Krankenpflegeberuf beschäftigt. Dass die Cluster der Berufswechsel bei den älteren Kohorten etwas kleiner sind, dürfte ebenfalls daran liegen, dass auch Berufswechsel früher in der Biografie getroffen werden und daher im Analysezeitraum nicht mehr beobachtet werden.

In allen Kohorten ist aber auch ein Großteil von instabilen Verläufen zu sehen, die neben mehreren Wechseln vor allem auch durch Unterbrechungen und Arbeitslosigkeitsphasen geprägt sind. Bei Männern überwiegen dabei Verläufe mit Vollzeitbeschäftigungen, Arbeitslosigkeit, Berufswechseln, aber auch Abbrüchen, wobei letztere vermutlich auch vielfach wohl auch gesundheitliche Gründe haben dürften. Bei Frauen überwiegen eher viele Wechsel zwischen Teilzeit- und Unterbrechungsphasen, die wiederum auf Familientätigkeiten zurück zu führen sein dürften und auf mangelnde Vereinbarkeit hinweisen. Auffällig ist bei der ältesten Kohorte noch die Gruppe derjenigen, die die Erwerbstätigkeit ganz aufgeben mit 11 Prozent relativ groß ist. Dabei dürfte es sich überwiegend um einen vorgezogenen Renteneintritt handeln, wobei auch der Anteil bei den Männern hier sehr groß ist.

Bei der jüngsten Kohorte ist zumindest zu Beginn des Analysezeitraums der Großteil der Pflegekräfte noch in Ausbildung, weshalb hier die Berufsverläufe abweichen. Es deuten sich jedoch an, dass auch hier nach Abschluss der Ausbildung ähnliche Biografien eingeschlagen werden wie bei den älteren Kohorten.

Erwerbsverläufe in der Altenpflege

Die Erwerbsverläufe in der Altenpflege konnten aufgrund der Datenbeschränkungen lediglich für den Zeitraum von 2012 bis 2017 abgebildet werden. Auch hier zeigen sich über die Kohorten hinweg vergleichbare Muster, die wahrscheinlich bedingt durch dieses enge Analysezeitfenster noch ähnlicher sind. Überwiegend zeigen sich hier Gruppen von Verläufen, die mit denen in der Krankenpflege vergleichbar sind. Allerdings zeichnen sich bei den beiden jüngsten Kohorten neue Entwicklungen ab. Zum einen sieht man späte Berufseintritte im Alter von über 30 Jahren und zum anderen Verläufe mit sehr langen Arbeitslosigkeitsphasen, wohinter sich wahrscheinlich Eingliederungs- und Umschulungsmaßnahmen verbergen. Insgesamt passt dieses Ergebnis zu der verstärkten Anwerbung von ausländischen Altenpflegekräften.

6 Längsschnittdaten SOEP - Sozio-oekonomisches Panel des DIW

Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) ist eine seit 1984 laufende multidisziplinäre Panelstudie, für die derzeit jährlich etwa 30.000 Personen in knapp 15.000 Haushalten befragt werden (Goebel et al., 2019, S. 346).³⁷ Dabei handelt es sich um eine jährliche Wiederholungsbefragung aller Personen in einem Haushalt. Der Vorteil dieses Datensatzes ist die Breite der Informationen, indem neben den arbeits- und berufsbezogenen Merkmalen auch umfangreiche Haushalts- und Familieninformationen enthalten sind. Zudem werden umfangreiche subjektive Einstellungen und Motive zu allen Lebensbereichen und insbesondere zu berufsbezogenen Wechseln erfragt. Für die nachfolgenden Analysen wurden die Daten aus den Jahren 1984 bis 2017 (SOEP-Core v34)³⁸ genutzt.

6.1 Grundgesamtheit und Datenmanagement

Für die Personen liegen im SOEP jeweils unterschiedliche Beobachtungsdauern vor. Nur ein Teil wurde von Anfang an befragt. Seitdem kommen immer wieder weitere Haushalt und Personen hinzu, deren erster Befragungszeitpunkt nach 1984 liegt. Zum einen liegt dies an der natürlichen demografischen Entwicklung, die mit dem Weiterverfolgungskonzept des SOEP insofern nachvollzogen wird, indem Personen in das Befragungsalter hineinwachsen oder mit Personen aus SOEP-Haushalten zusammenziehen. Zum anderen werden regelmäßig Auffrischungstichproben gezogen, um Panalausfälle (durch Tod oder Verweigerung) zu kompensieren und Bevölkerungsveränderungen (z. B. Migration) abzubilden. Mit diesem Konzept gelingt es, einerseits lange Beobachtungsdauern zu realisieren und andererseits Repräsentativität am aktuellen Rand zu gewährleisten.

Um Personen zu identifizieren, die jemals einen Pflegeberuf ausgeübt haben, benötigt man Informationen aus der gesamten Lebensbiografie. Im SOEP sind diese Informationen grundsätzlich vorhanden, da neben den jährlichen Erhebungswellen auch für den Zeitraum vor der Erstbefragung von allen Personen retrospektiv Daten zur Familien-, Bildungs- und Erwerbsbiografie erhoben wurden. Allerdings ist zur Identifikation von beruflich Pflegenden im SOEP zunächst ein umfangreiches Datenediting erforderlich. Hierzu müssen aus jeder der vorliegenden Befragungswellen die individuellen Personendaten zusammengespielt und zu erwerbsbiografischen Sequenzen verknüpft werden. Diese müssen dann mit den Informationen über frühere Erwerbstätigkeit zu vollständigen Biografien ergänzt werden.

Informationen zu Beruf und Erwerbstätigkeit sind im SOEP in mehrfacher Form erhoben. Dadurch entstehen teilweise Redundanzen, die eine Überprüfung der Angaben und damit eine Reduzierung von Fehlcodierungen und unplausiblen Angaben ermöglicht, andererseits den Aufwand für die Datenaufbereitung erheblich erhöht.

- Zur Codierung der Berufe wurden im SOEP sowohl die Internationale Standardklassifikation der Berufe (ISCO) der Internationalen Arbeitsorganisation als auch die Klassifikation der Berufe der Bundesagentur für Arbeit (KldB) verwendet. Da im Laufe der Zeit beide Klassifikationen geändert wurden, finden sich daher zumindest für die letzten 15 Jahre vier Codierungen (ISCO-88, ISCO-08,

³⁷ Eine Nutzung der Daten kann für wissenschaftliche Untersuchungen von wissenschaftlich arbeitenden Institutionen über das Forschungsdatenzentrum SOEP (https://www.diw.de/de/diw_01.c.678568.de/forschungsdatenzentrum_soep.html) beantragt werden.

³⁸ Sozio-oekonomisches Panel (SOEP), Version 34, Daten der Jahre 1984-2017 (SOEP-Core v34). 2019. DOI: 10.5684/soep.v34

KIdB-92, KLdB-2010), auf deren Basis letztlich die Pflegeberufe in nahezu allen Fällen eindeutig identifiziert werden konnten.

- Die Informationen zum Erwerbsstatus werden im SOEP in unterschiedlicher Form erhoben:
 - In der jährlichen Befragung wird der Erwerbsstatus zum Befragungszeitpunkt erhoben.
 - Gleichzeitig wird die Erwerbsbeteiligung im Vorjahr der jeweiligen Befragung auf Monatsbasis erhoben. Diese jährlichen Kalendarien sind zu wellenübergreifenden Spells zusammengefasst und erhalten die Erwerbsbiografien aus dem Befragungszeitraum.
 - Zudem wird einmalig (meist bei der Erstbefragung) die gesamte Erwerbsbiografie retrospektiv seit dem 15. Lebensjahr bis zum Eintritt in das SOEP auf Jahresbasis erhoben.

Für die Analysen wurden aus diesen Informationen die gesamten Erwerbsbiografien bis zum Beobachtungsende bzw. bis zum Renteneintritt auf Jahresbasis erstellt. Bei Überlappungen aufgrund mehrerer Tätigkeiten innerhalb eines Jahres wurde den Erwerbstätigkeitsphasen der Vorrang gegeben.

Mit diesem Vorgehen wurde für Personen, die im Befragungszeitraum jemals einer Pflegetätigkeit nachgegangen sind, die gesamte Erwerbsbiografie abgebildet. Informationen, ob es sich dabei um Pflegetätigkeiten gehandelt hat, liegen allerdings nur für den Befragungszeitraum vor. Es können somit nur beruflich Pflegenden seit dem Jahr der jeweiligen Erstbefragung eindeutig identifiziert werden. Da aber zudem auch Informationen zur Berufsausbildung sowie zu Umschulungen und Weiterbildungen vorhanden sind, lässt sich für die meisten Personen identifizieren, wann sie erstmals einen Pflegeberuf ausgeübt haben.

Mit der Entscheidung, die Erwerbsbiografie auf Jahresbasis zu betrachten, gehen sicherlich Informationen über innerjährliche Veränderungen innerhalb des Befragungszeitraumes verloren. Grundsätzlich werden Veränderungen in der Erwerbsbiografie in den jährlichen Retrospektivteilen auf Monatsbasis erhoben, hier zeigen sich jedoch erhebliche Ungenauigkeiten und teilweise Widersprüche zu den Informationen zum Befragungszeitpunkt, die nicht ohne gravierende Zusatzannahmen bereinigt werden können. Eine solche monatliche Genauigkeit brächte jedoch kaum zusätzlichen Nutzen, da einerseits viele der für die Analyse interessierenden Merkmale nur für den jeweiligen Befragungszeitpunkt vorhanden sind, dessen monatsgenaue Zuordnung jedoch an Grenzen stößt, und andererseits einige Ereignisse selbst keine punktgenauen Informationen darstellen, wie z. B. eine Erwerbsveränderung bei Geburt eines Kindes, die bereits vor der Geburt während der Schwangerschaft oder aber auch erst Wochen danach nach dem Mutterschutz realisiert wird. Daher wird die Abgrenzung auf Jahresbasis als vergleichsweise unproblematisch angesehen, die zudem eine durchgängig konsistente Erwerbsbiografie auch mit den Zeiten vor dem ersten Befragungszeitpunkt ermöglicht.

Bei der Interpretation der Dauern von einzelnen Episoden ist dann allerdings zu beachten, dass hier jeweils ein Spielraum von mehreren Monaten vorliegen kann, was insbesondere bei den kürzeren Dauern berücksichtigt werden muss. So bedeutet eine ausgewiesene Dauer von einem Jahr lediglich, dass die Person in genau diesem Befragungsjahr den ausgewiesenen Erwerbsstatus innehatte. Die tatsächliche Dauer kann allerdings nur einen Monat oder aber auch zwölf Monate betragen; ausgewiesene Dauern von zwei Jahren können zwei bis 24 Monate umfassen. Erst ab einer ausgewiesenen Dauer von drei Jahren kann sicher von einer durchgängigen Erwerbstätigkeit von deutlich mehr als einem Jahr ausgegangen werden. Deshalb werden in der Analyse kürzere Dauern **unter zwei Jahren** vielfach ausgeschlossen.

Schließlich musste auf eine Gewichtung und Hochrechnung verzichtet werden, da dies für die generierten Längsschnittdaten bei den doch relativ kleinen Fallzahlen schlichtweg nicht möglich ist. Zwar werden vom SOEP-Team Hochrechnungsfaktoren angeboten, die im Querschnitt an die Randverteilungen einer Reihe von Merkmalen angepasst sind. Diese können allerdings bei der Betrachtung im Längsschnitt nicht angewendet werden, weil durch selektive Panelausfälle das Gewicht derselben Person oder desselben Haushalts im Zeitverlauf variiert. Für Längsschnittanalysen wären daher gesondert zu berechnende Längsschnittgewichte zu verwenden. Dazu müsste aus den vom SOEP-Team berechneten Hochrechnungsfaktoren und Bleibewahrscheinlichkeiten auf Personenebene ein für jede Erwerbsepisode relevanter Längsschnittfaktor berechnet werden, mit dem die Selektivität bei der Weiterverfolgung und die spezifischen Panelausfälle angemessen berücksichtigt werden (Pischner et al., 2003, S. 32). Mit diesen einzelnen Episodengewichten ergibt sich jedoch kein einheitliches Gewicht für die gesamte Erwerbsbiografie, weshalb es insbesondere für Übergänge zwischen den Episoden, die hier besonders interessieren, keine Gewichtungsfaktoren gibt, die Repräsentativität beanspruchen können.

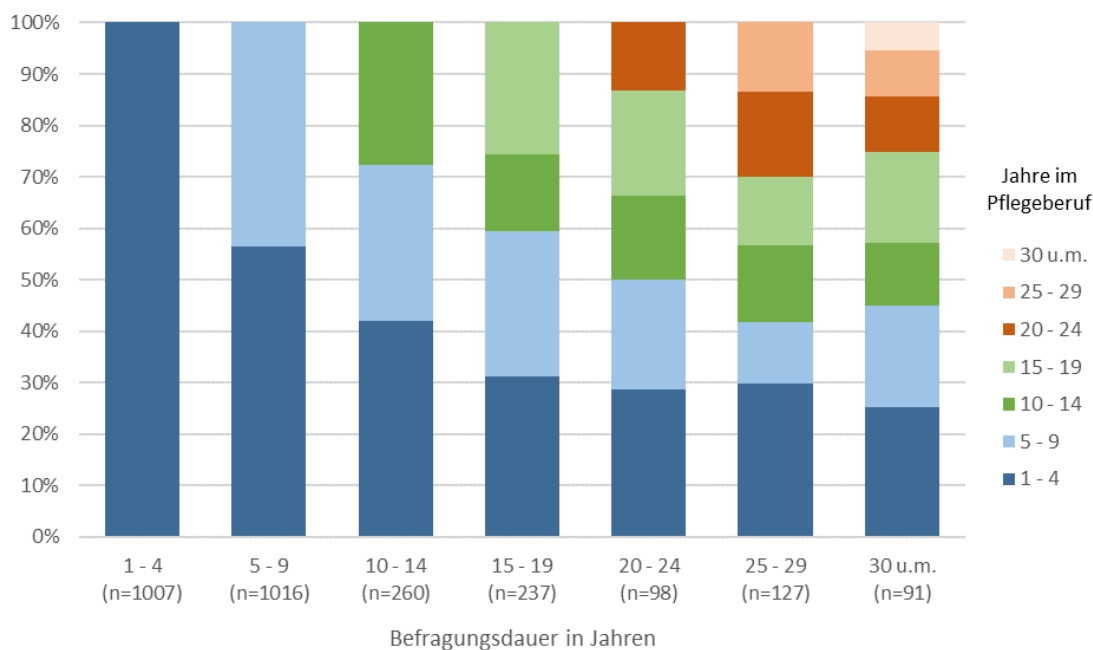
Die nachfolgenden Ergebnisse und Verhältniszahlen sind daher ausschließlich für die betrachtete Personenauswahl des SOEP gültig und können nicht auf die Grundgesamtheit der Bevölkerung bzw. der beruflich Pflegenden in der Gesamtbevölkerung übertragen werden. Da aber die Grundgesamtheit des SOEP nach Repräsentativitätskriterien ausgewählt wurde, darf man durchaus annehmen, dass zumindest bei größeren Teilgruppen wie z. B. der Unterscheidung nach Geschlecht die Tendenzen richtig abgebildet werden. Da die Analysen mit dem SOEP hier als Ergänzung zu den repräsentativen Daten des SIAB durchgeführt wurden, um zusätzliche Einflussfaktoren für bestimmte Übergänge in den Erwerbsbiografien zu identifizieren, müssen sie immer im Zusammenhang mit den Ergebnissen des SIAB gesehen werden.

6.2 Beruflich Pflegende im Sozio-oekonomischen Panel (SOEP)

Im SOEP lassen sich 2.836 Personen, die im jeweils individuellen Befragungszeitraum jemals einer Pflegetätigkeit nachgegangen sind, identifizieren, für die insgesamt 25.477 Befragungszeitpunkte vorliegen. Davon sind 456 Männer (16 Prozent) und 2.380 Frauen (84 Prozent). Hierbei ist zu beachten, dass dies die Anteile in der untersuchten Stichprobe sind, die nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung ist.

Etwa die Hälfte dieser Personen haben nur eine kurze Befragungsdauer von bis zu sechs Jahren, was v. a. daran liegt, dass diese erst zu einem späteren Zeitpunkt als 1984 in die Befragung aufgenommen wurden. Mehr als 20 Befragungsjahre weisen nur etwa zehn Prozent auf. Entsprechend überwiegen auch die eher kurzen beobachteten Dauern im Pflegeberuf mit knapp 70 Prozent der Dauern unter fünf Jahren, wobei sämtliche Jahre im Pflegeberuf gezählt wurden unabhängig von Unterbrechungen. Setzt man diese Dauern im Pflegeberuf in Relation zur jeweiligen Befragungsdauer (Abbildung 58), so zeigen sich jedoch auch bei längeren beobachteten Biografien relativ kurze Dauern im Pflegeberuf. Gleichzeitig sind jedoch etwa ein Viertel der beruflich Pflegenden mit einem Befragungszeitraum von mehr als zehn Jahren ganz überwiegend (mehr als 70 Prozent der Beobachtungszeit) im Pflegeberuf tätig. Dies weist auf die hohe Vielfalt und Unterschiedlichkeit der Berufsbiografien von beruflich Pflegenden hin. Zwischen den Geschlechtern zeigen sich hinsichtlich der Befragungsdauern wie auch der beobachteten Jahre im Pflegeberuf keine Unterschiede.

Abbildung 58: Jahre im Pflegeberuf nach Befragungsdauer

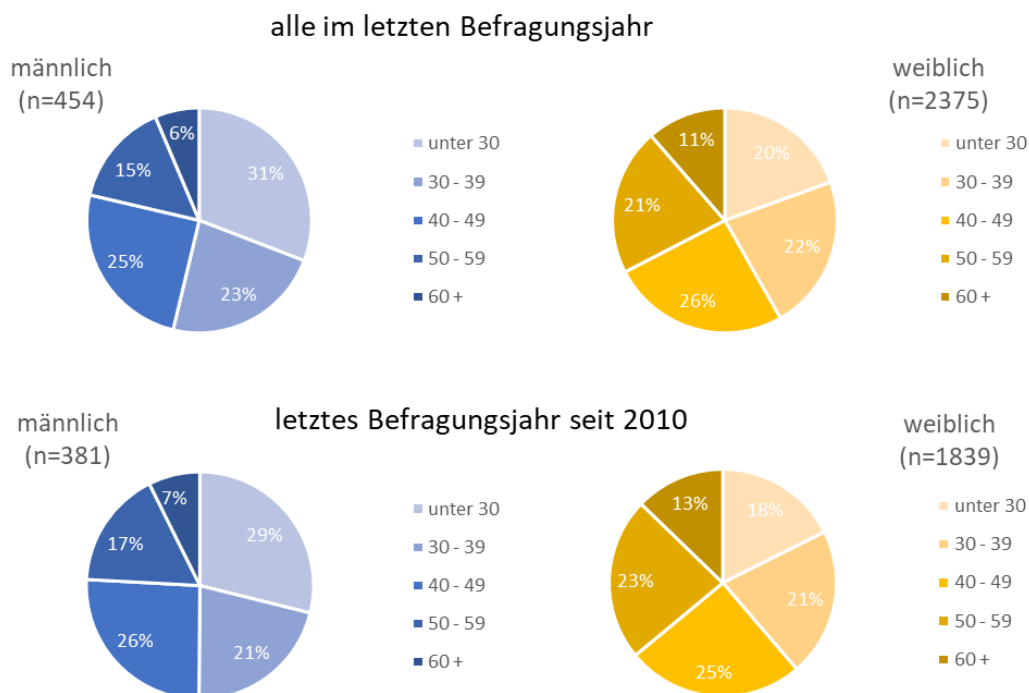


Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Um einen Überblick über die Altersverteilung der beruflich Pflegenden im SOEP zu gewinnen, werden im Folgenden die Merkmale der Personen im letzten individuellen Befragungsjahr bzw. Alter 65, dem bis 2018 geltenden regulären Renteneintrittsalter betrachtet. Hierbei zeigt sich eine breite Streuung des letzten Befragungsjahres von 1984 bis 2018, wobei die sehr frühen Beobachtungsenden eher selten sind. Nur knapp zehn Prozent der Biografien enden vor dem Jahr 2000, zwischen 2000 und 2010 weitere 15 Prozent. Somit enden 75 Prozent seit dem Jahr 2010, wobei knapp die Hälfte davon (31,3 Prozent von allen) bis ins Jahr 2018 beobachtet wird.

Die Altersverteilung beider Geschlechter ändert sich über die Jahre hinweg allerdings kaum (Abbildung 59). Über den ganzen Zeitraum hinweg ist ein Drittel der Frauen 50 Jahre und älter, während es bei den Männern nur gut 20 Prozent sind. Bei beiden Geschlechtern ist allerdings der Anteil der Älteren über 50 im Zeitraum seit 2010 leicht gestiegen.

Abbildung 59: Altersverteilung beruflich Pflegende im SOEP

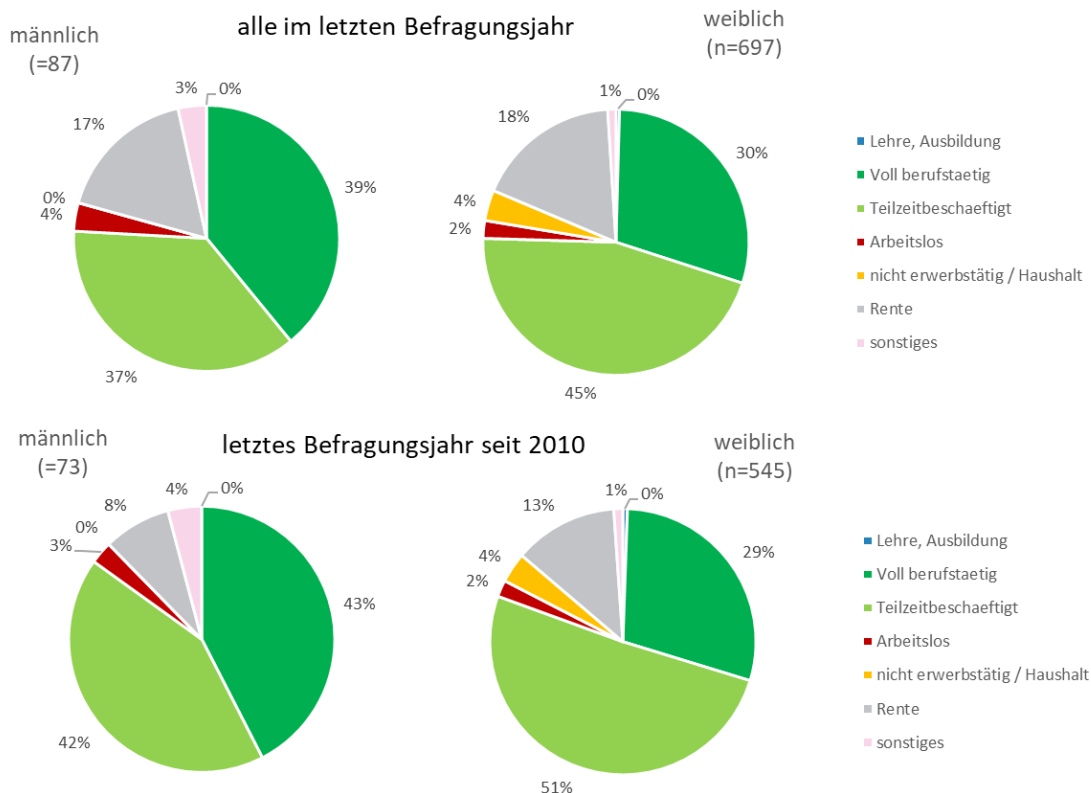


Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

6.2.1 Erwerbsstatus älterer beruflich Pfleger

Betrachtet man den Erwerbsstatus der älteren beruflich Pflegenden (50 Jahre und älter zum jeweils letzten Befragungszeitpunkt seit 2010, Abbildung 60) so zeigt sich eine deutlich höhere Erwerbsbeteiligung der Männer, die mit über 40 Prozent voll erwerbstätig sind, während dies nur für knapp 30 Prozent der Frauen zutrifft. Diese sind stärker teilzeitbeschäftigt oder ausschließlich im Haushalt tätig. Diese Verteilung hat sich im Zeitablauf kaum verändert, außer dass im Zeitraum seit 2010 der Anteil derjenigen älteren beruflich Pflegenden, die bereits in Rente sind, deutlich abgenommen hat. Dies dürfte jedoch nicht typisch für den Pflegeberuf sein, sondern eher Ausdruck der allgemeinen Erhöhung des faktischen Renteneintrittsalters in jüngerer Zeit, v. a. durch Einschränkung von Altersteilzeit und der Möglichkeiten des vorgezogenen Rentenzugangs. Der Frage, ob beruflich Pflegenden häufig vorzeitig in Rente gehen, wird in Kapitel 6.6 nachgegangen.

Abbildung 60: Erwerbsstatus von Personen im Alter von 50 Jahren und älter



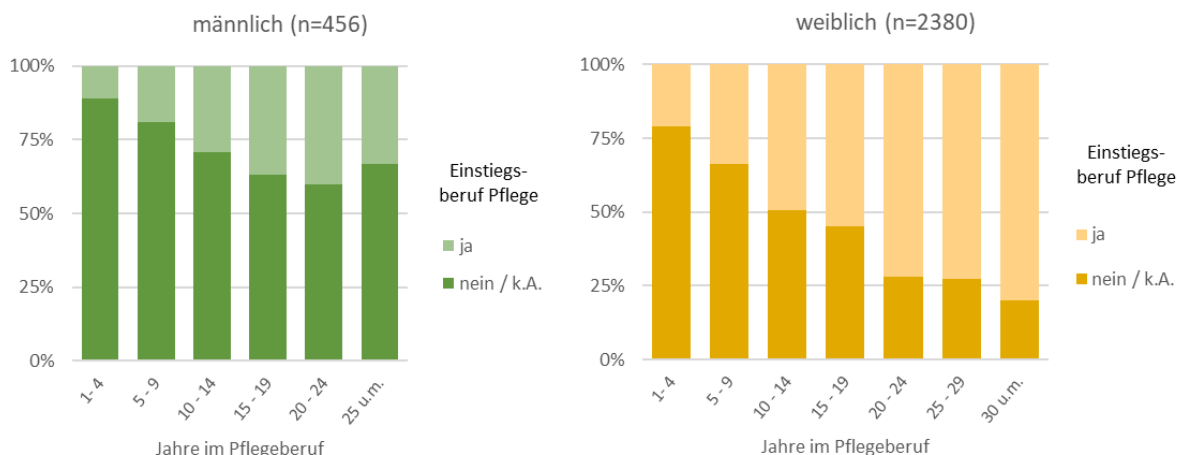
Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

6.2.2 Berufseinstieg Pflege

Grundsätzlich wird im SOEP mit der Retrospektiverhebung bei der Erstbefragung auch der Beruf beim Berufseinstieg erfasst, was für die Analyse der Berufsverläufe von großem Interesse wäre. Leider sind diese Informationen nur begrenzt verwertbar. Von den 2.836 Personen mit einer Pfl egetätigkeit im Befragungszeitraum geben nur 745 an, dass auch ihre erste Berufstätigkeit eine Pfl egetätigkeit war. Dieser Anteil ist unplausibel gering und beruht vor allem auf fehlenden und unklaren Angaben zum ersten Beruf. Die beruflich Pfl egenden, die als Einstiegsberuf keinen Pfl egeberuf angeben, können daher nicht grundsätzlich als Quereinsteiger*innen angesehen werden. Trotz dieser Einschränkungen zeigen sich bei der Betrachtung der Angabe des Einstiegsberufs interessante Erkenntnisse (Abbildung 61).

Weibliche beruflich Pfl egende mit langen Dauern im Pfl egeberuf geben deutlich häufiger als Männer an, dass sie bereits zum Berufsbeginn in der Pfl ege tätig waren. Bei Männern zeigen sich dagegen häufiger Angaben zum ersten Beruf, die darauf hindeuten, dass es sich um Gelegenheitsjobs während einer Ausbildung handelt und nicht um den Einstiegsberuf in eine kontinuierliche Erwerbstätigkeit.

Abbildung 61: Erster Beruf in der Pflege



Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Darüber hinaus finden sich 1.641 Personen mit einem Einstiegsberuf im Pflegebereich, die im Befragungszeitraum jedoch keine Pflege Tätigkeit mehr angeben. Zu einem Großteil waren diese Personen bei Befragungsbeginn bereits nicht mehr erwerbstätig. Bei anderen fehlen relevante Angaben im Befragungszeitraum. Diese Personen können daher leider nicht weiter analysiert werden, sie dürfen jedoch nicht als generell als Aussteiger*innen angesehen werden. Die Angaben zum Einstiegsberuf werden daher in der weiteren Analyse nicht verwendet und Frage nach dem Wechsel zwischen Pflegeberuf und anderen Berufen ausschließlich anhand der beobachteten Episoden untersucht.

6.2.3 Veränderungen im Erwerbsleben

Betrachtet man nun die Dynamik innerhalb der Erwerbsbiografien, soll ein erster Blick auf alle Veränderungen im Erwerbsleben gelegt werden. Im Befragungszeitraum geben die Personen jedes Jahr an, ob und welche Veränderungen es gegeben hat. Dazu gehören Wechsel des Arbeitgebers ebenso dazu wie Stellenwechsel im gleichen Betrieb, der Wechsel von Vollzeit in Teilzeit oder eine Unterbrechung oder (Wieder-)Aufnahme der Erwerbstätigkeit. Tabelle 90 zeigt die Anzahl solcher Veränderungen, die innerhalb des Befragungszeitraumes angegeben werden, für die jeweils beobachteten Jahre im Pflegeberuf. Hier sieht man eine nicht unerhebliche Fallzahl von Veränderungen, die größer sind als die Jahre im Pflegeberuf (Felder oberhalb der Diagonalen), wobei zu beachten ist, dass Veränderungen vor dem ersten Befragungszeitpunkt hierin nicht enthalten sind, dies also für die meisten der Befragten nur die Untergrenze darstellt.

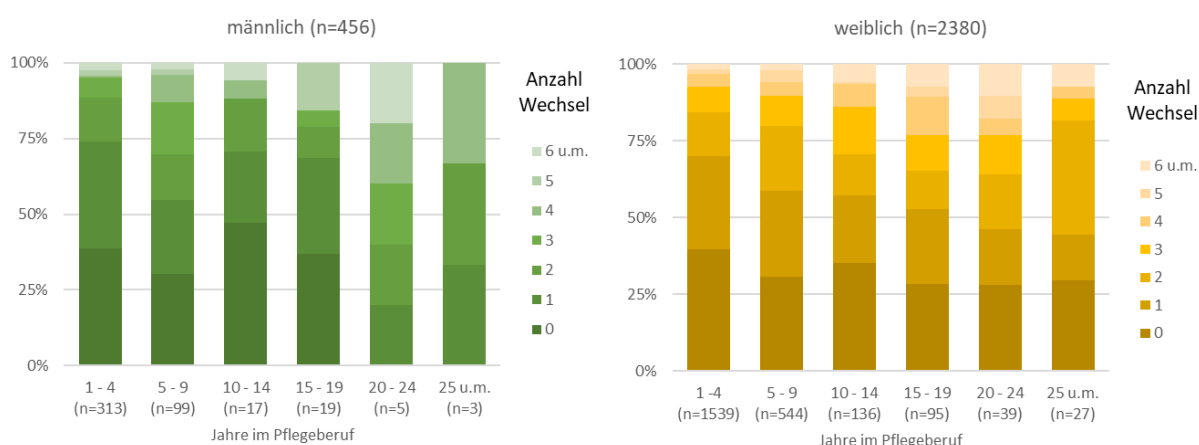
Tabelle 90: Veränderungen im Erwerbsverlauf im Befragungszeitraum

Jahre im Pflegeberuf	Stellenwechsel													Gesamt
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13	
1	313	260	105	55	27	11	6	1	2	1	0	0	0	781
2	247	173	70	33	14	4	3	3	2	1	1	0	1	552
3	97	82	40	36	15	9	5	3	0	2	0	1	0	290
4	73	65	50	22	11	5	1	2	0	0	0	0	0	229
5	53	38	47	24	14	8	3	0	0	0	0	0	0	187
6	65	60	30	20	7	7	2	2	1	0	0	0	1	195
7	33	27	31	9	9	3	1	0	0	0	0	0	0	113
8	26	24	14	10	2	3	1	0	0	1	0	0	0	81
9	21	26	8	8	1	2	1	0	0	0	0	0	0	67
10	14	7	5	5	5	0	0	1	0	0	0	0	0	37
11	16	7	6	4	1	0	2	1	1	0	0	0	0	38
12	10	6	3	5	0	1	1	0	0	0	0	0	0	26
13	9	7	3	3	3	0	0	0	1	0	0	0	0	26
14	7	7	4	4	2	0	2	0	0	0	0	0	0	26
15 u. m..	53	42	33	20	17	9	7	1	2	1	2	1	0	178
Gesamt	1037	831	449	258	128	62	35	14	9	6	3	2	2	2836

Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Was die Anzahl der Veränderungen betrifft, zeigt sich zunächst kein Unterschied zwischen männlichen und weiblichen beruflich Pflegenden. Betrachtet man jedoch zugleich die beobachteten Dauern im Pflegeberuf (Abbildung 62), so weisen Frauen v. a. mit den längeren Pflegeberufsphasen mehr Wechsel auf als Männer. Allein diese ersten Betrachtungen zeigen die große Heterogenität und Dynamik der Berufsbiografien von beruflich Pflegenden auf.

Abbildung 62: Veränderungen im Erwerbsverlauf im Befragungszeitraum

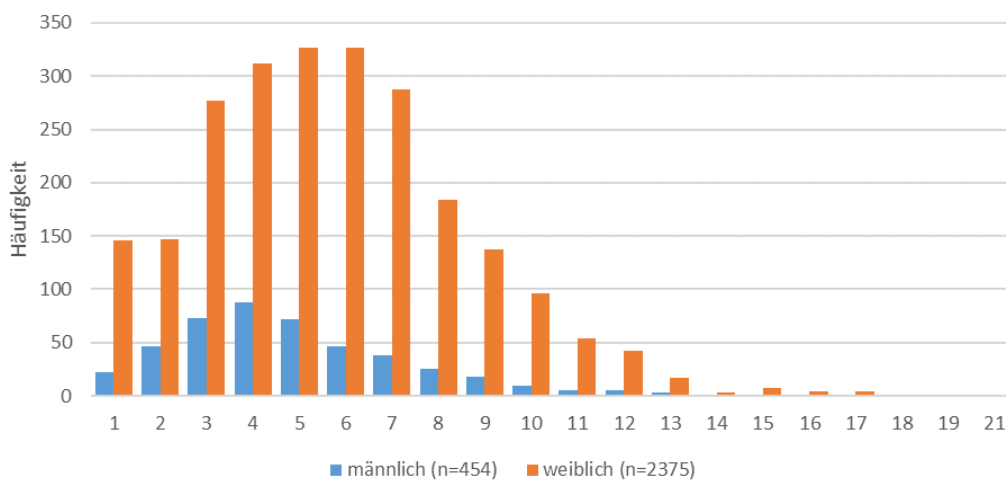


Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

6.2.4 Episoden und Episodenwechsel

Ein anderer Blick auf die Dynamik des Erwerbslebens von beruflich Pflegenden im SOEP ist die Betrachtung der Übergänge zwischen verschiedenen Episoden der Erwerbsbeteiligung. Da diese Informationen auch retrospektiv erhoben wurden, liegen sie für die gesamten Erwerbsverläufe vor. Da für den Zeitraum vor der Erstbefragung im SOEP keine Informationen über den Beruf vorliegen, kann bei den Erwerbstätigkeitsepisoden nicht bestimmt werden, ob die Tätigkeit in einem Pflegeberuf ausgeübt wurde oder nicht. Da hier nur Personen betrachtet werden, die als Pflegekraft identifiziert wurden, ist allerdings mindestens eine Episode eine im Pflegeberuf. Insgesamt weisen die 2.836 beruflich Pflegenden 15.678 Erwerbsepisoden auf.

Abbildung 63: Anzahl Episoden in Erwerbsverläufen



Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Die große Mehrheit aller Personen haben dabei drei bis sieben Episoden (Abbildung 63). Höhere Episodenzahlen haben vor allem Frauen, die aber auch gleichzeitig deutlich häufiger als Männer nur eine Episode berichten. Dabei handelt es sich überwiegend um sehr kurze Episoden (Tabelle 91), weil die Personen nur eine entsprechend kurze Zeit befragt wurden, so dass über den weiteren Erwerbsverlauf keine Aussagen gemacht werden können. Zu einem Großteil (34 Prozent, n=58) sind diese Personen noch in Ausbildung. Vielfach fehlen jedoch auch die Retrospektivangaben, so dass diese Episoden als linkszensiert gelten müssen und in den weiteren Analysen überwiegend ausgeschlossen werden.

Tabelle 91: Episodendauern bei Personen mit nur einer Episode

		männlich	weiblich	Gesamt
Episodendauer in Jahren	1	8	99	107
	2	1	13	14
	3	2	14	16
	4	2	7	9
	5	2	3	5
	6 u. m.	7	10	17
Gesamt		22	146	168

Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Interessant ist jedoch, dass es auch einige sehr lange Erwerbsverläufe ohne jede Veränderung gibt, wobei diese bei den Frauen länger sind (bis zu 16 Jahren) als bei den Männern. Dies sind ausschließlich Episoden in Vollzeitberufstätigkeit. Ähnliches gilt auch für die letzten Episoden von Personen mit nur zwei Episoden, wobei die erste überwiegend eine Ausbildung war und nur ganz wenige in eine Nichterwerbstätigkeit wechseln (Tabelle 92).

Tabelle 92: Personen mit nur 2 Episoden

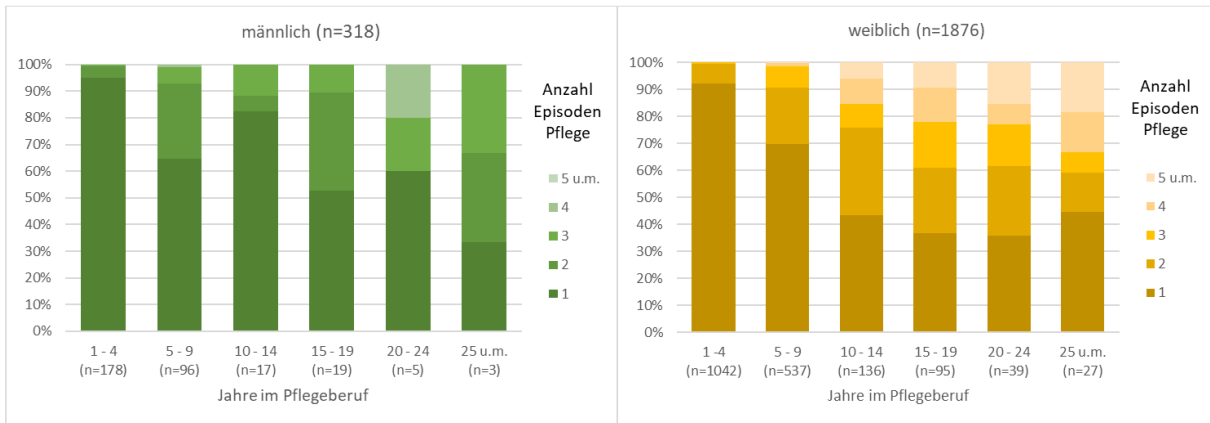
Erste Episode	Zweite Episode			Gesamt
	Vollzeit erwerbstätig	in Ausbildung	nicht erwerbstätig	
erwerbstätig	2	3	8	13
in Ausbildung	102	59	13	174
nicht erwerbstätig	7	0	0	7
Gesamt	51	62	10	194

Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Insgesamt deuten diese Daten darauf hin, dass es v. a. Frauen sind, die sehr viele Episoden, also eine fragmentierte Erwerbsbiografie haben, aber auch Frauen eher eine lange, kontinuierliche Erwerbstätigkeit im Pflegeberuf aufweisen.

Dies zeigt sich auch, wenn man nur die Erwerbsepisoden im Pflegeberuf (Abbildung 64), betrachtet, die allerdings nur im Befragungszeitraum identifiziert werden können und deren Anzahl daher nur die Untergrenze darstellt. Bei den Frauen mit langen Dauern im Pflegeberuf (15 Jahre und mehr) sind etwa 40 Prozent durchgängig berufstätig, aber auch knapp 25 Prozent weisen vier und mehr Erwerbstätigkeitsphasen auf, wobei die Anzahl der Phasen mit der Dauer im Pflegeberuf zunimmt. Bei Männern überwiegend auch bei längeren Dauern im Pflegeberuf die Biografien mit ein oder zwei Episoden deutlich.

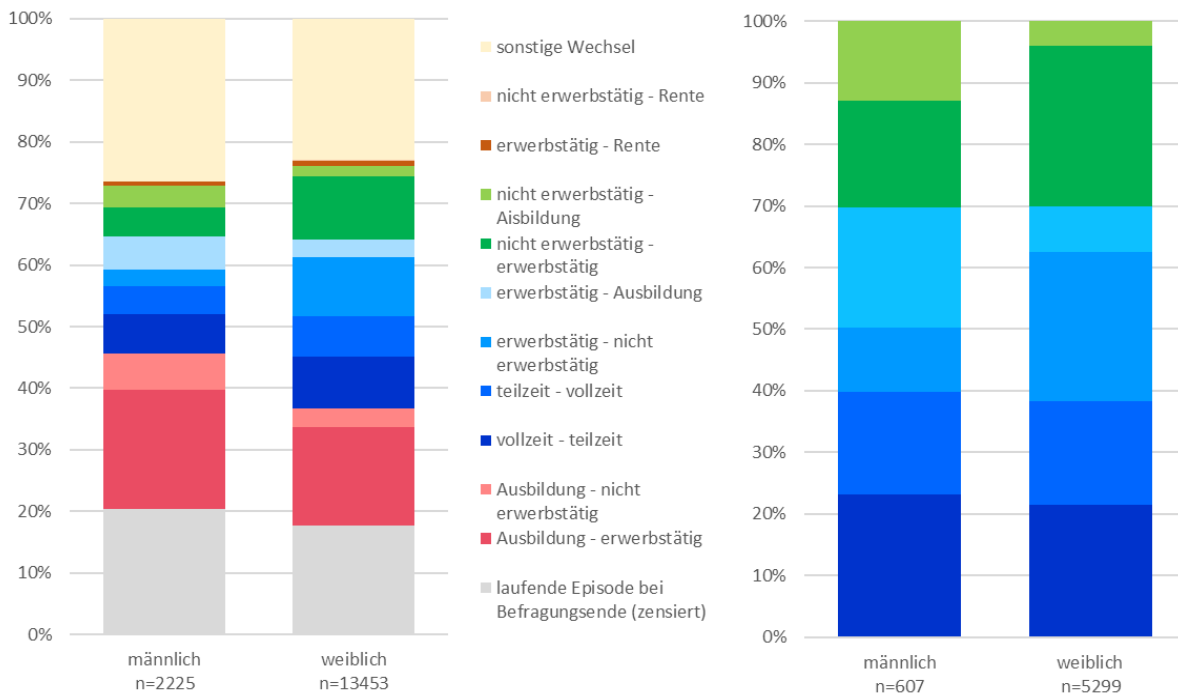
Abbildung 64: Episoden im Pflegeberuf im Befragungszeitraum



Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

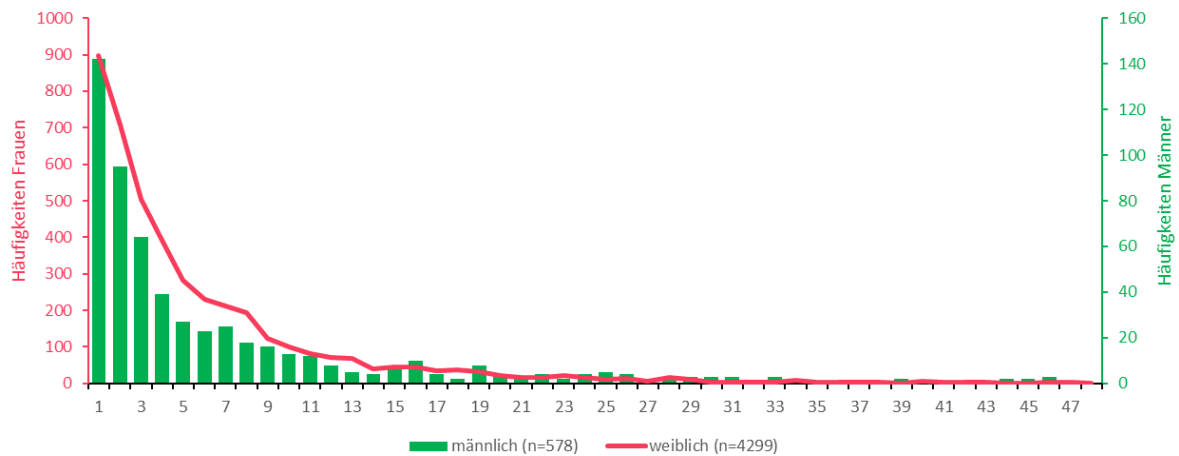
Auf derartige Unterschiede zwischen den Geschlechtern weisen auch die Übergänge zwischen einzelnen Episoden hin. In Abbildung 65 sind im linken Teil alle Episoden und Episodenwechsel dargestellt. Etwa 205 aller Episoden sind die laufenden Episoden zum Befragungsende, von denen unklar ist, ob sie bereits beendet sind. Sie sind also rechtszensiert. Einen großen Anteil nehmen auch die Ausbildungsepisoden ein, wobei dies bei den Männern ausgeprägter ist. Dies liegt vor allem daran, dass Frauen häufiger zwischen Vollzeit, Teilzeit und Nichterwerbstätigkeit wechseln und daher anteilmäßig deutlich mehr Erwerbsepisoden aufweisen, die dann überwiegend auch kürzer sind. So liegt der Anteil der Episoden unter neun Jahren bei Frauen deutlich über dem der Männer (Abbildung 66).

Abbildung 65: Episodenwechsel



Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Abbildung 66: Verteilung der beobachteten Dauern von Erwerbstätigkeitsepisoden

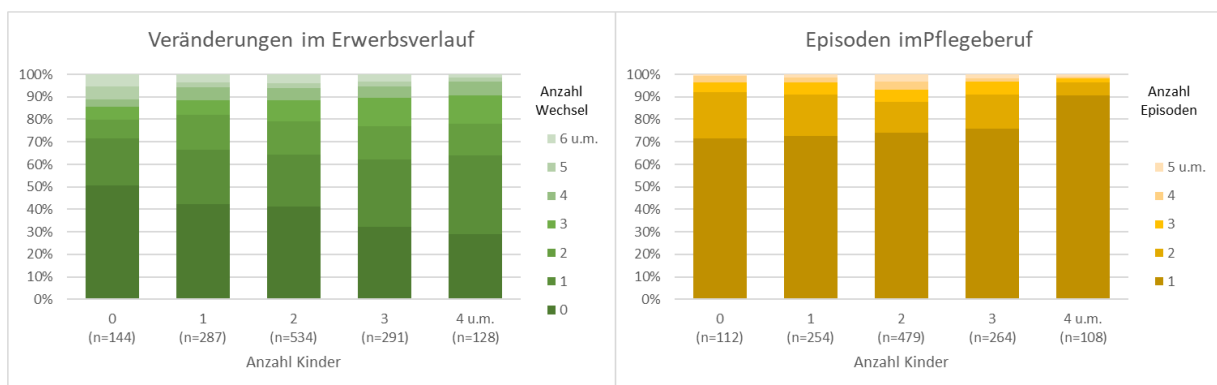


Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Betrachtet man ausschließlich die Erwerbs- und Nichterwerbsepisoden so stellt man zunächst fest, dass die jeweiligen Anteile bei Männern und Frauen annähernd gleich sind. Allerdings unterscheiden sie sich bei der nachfolgenden Tätigkeit erheblich. Während Frauen vor allem Wechsel zwischen Erwerbs- und Haushaltstätigkeit aufweisen, wechseln Männer sowohl aus der Erwerbs- als auch aus der Nichterwerbstätigkeit sehr viel häufiger in eine Ausbildung. Die Phase der Nichterwerbstätigkeit ist dabei vielfach durch Arbeitslosigkeit gekennzeichnet und die nachfolgende Ausbildung vielfach eine Weiterbildung oder Umschulung. Dies gilt auch für die direkten Wechsel aus Erwerbstätigkeit in Ausbildung.

Es liegt nahe, anzunehmen, dass diese Unterschiede in Zusammenhang mit Mutterschaft und Kindererziehung stehen. Dieser zeigt sich auch im gesamten Erwerbsverlauf, indem die Wechsel in der Biografie mit Anzahl der Kinder zunehmen (Abbildung 67, links). So weist die Hälfte der kinderlosen Frauen überhaupt keinen Wechsel auf und sie sind kontinuierlich im Pflegeberuf tätig. Betrachtet man nur die Episoden im Pflegeberuf (Abbildung 67, rechts), so relativiert sich dieses Bild etwas, da auch Frauen mit Kindern sogar etwas häufiger nur eine Erwerbsepisode aufweisen, also trotz mehreren Kindern eine lange kontinuierliche Berufsphase im Pflegeberuf haben.

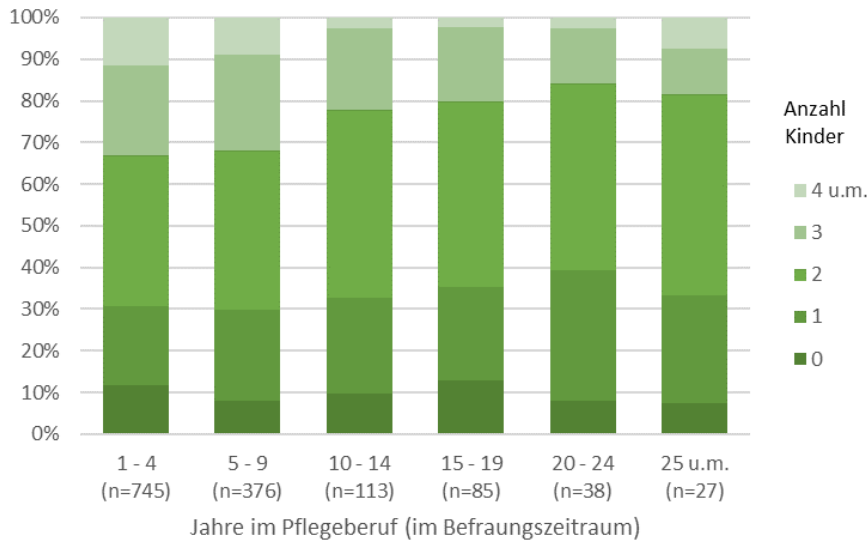
Abbildung 67: Kinderzahl und Erwerbsverläufe weiblicher beruflich Pflegenden, 40 Jahre und älter



Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Auch bei der Dauer im Pflegeberuf zeigen sich nur geringe Unterschiede in der Verteilung der Kinderzahlen (Abbildung 68), lediglich bei den kürzeren Dauern (unter 10 Jahren) sind Frauen mit drei und mehr Kindern häufiger vertreten.

Abbildung 68: Dauer im Pflegeberuf und Kinderzahl weiblicher beruflich Pflegenden, 40 Jahre und älter

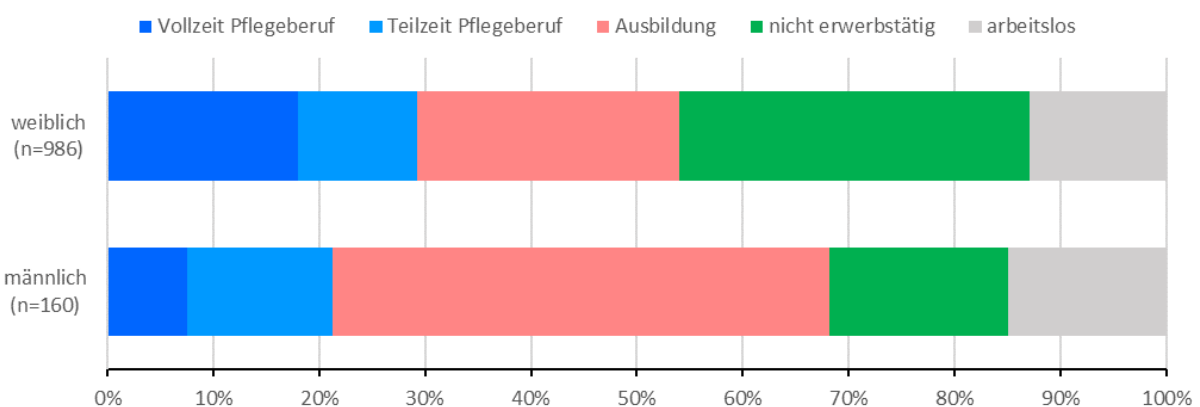


Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

6.3 Berufliche Wechsel

Im Folgenden sollen nun die Wechsel zwischen dem Pflegeberuf und anderen Berufen betrachtet werden. Es finden sich in den Erwerbsbiografien der beruflich Pflegenden insgesamt 1.146 Wechsel in eine andere Berufstätigkeit als den Pflegeberuf. Allerdings erfolgen nur 28 Prozent davon direkt aus einer pflegerischen Tätigkeit, wobei der Anteil bei den Männern noch geringer ist. Diese waren knapp zur Hälfte zuvor in einer Ausbildung, bei den Frauen dagegen nur ein Viertel. Dafür wechseln diese nahezu doppelt so häufig aus einer Nichterwerbstätigkeit in einen anderen Beruf. Knapp 15 Prozent waren zuvor arbeitslos.

Abbildung 69: Herkunft bei Episodenwechsel in anderen Beruf



Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Außer den direkten Wechseln aus einer Pflegetätigkeit können diese Übergänge in einen anderen Beruf jedoch nicht generell als (temporärer) Ausstieg aus dem Pflegeberuf eingestuft werden. So liegen mehr als die Hälfte der Ausbildungsepisoden von Männern (n=43) am Anfang der Erwerbsbiografie, die dann mit einer Nichtpfeletätigkeit beginnt und erst später in einen Pflegeberuf mündet. Die anderen Ausbildungsepisoden sind dagegen Weiterbildungen und Umschulungen für einen anderen Beruf. Die Wechsel aus Nichterwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit sind dagegen bei Männern überwiegend als Zwischenphase zum Wechsel in einen anderen Beruf anzusehen. Diesen Episoden geht in drei Viertel der Fälle eine Pflegetätigkeit oder eine Ausbildung voraus, womit sie als Ausstieg aus dem Pflegeberuf eingestuft werden können. Bei den Frauen ist der Anteil bei den Ausbildungsepisoden, die am Erwerbsanfang liegen, mit 66 Prozent (n=151) sogar noch höher. Dagegen sind bei den Wechseln aus Nichterwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit 86 Prozent (n=390) als Ausstieg anzusehen.

Insgesamt sind somit von den betrachteten Episodenwechseln bei den Männern zwei Drittel (n=106) als Ausstieg einzustufen, während es bei den Frauen nur 45 Prozent (n=445) sind.

Mit dieser Abgrenzung sind jedoch nicht alle Wechsel zwischen Pflegeberuf und anderen beruflichen Tätigkeiten erfasst. Die betrachteten Episoden sind an der Erwerbsbeteiligung orientiert und bilden damit nur dann einen Wechsel der beruflichen Tätigkeit ab, wenn dieser auch mit einer Veränderung der Erwerbsbeteiligung einhergeht. Berufliche Wechsel können aber auch innerhalb einer solchen Episode stattfinden, wenn etwa von einer Vollzeittätigkeit im Pflegeberuf direkt in eine Vollzeittätigkeit in einem anderen Beruf gewechselt wird. Um dies zu identifizieren, müssen zusätzlich die Informationen der einzelnen Befragungszeitpunkte genutzt werden. Als Ausstieg werden dabei Verläufe gewertet, wenn die Person bereits in einem Pflegeberuf erwerbstätig war und im Folgejahr einen **anderen Beruf** angibt. Analog dazu werden Verläufe als Einstieg betrachtet, die die Person im laufenden Jahr in einem Pflegeberuf arbeitet und zuvor schon einen anderen Beruf hatte. Diese Informationen wurden dann mit den Episoden zusammengespielt. Auf diese Weise konnten 636 weitere Episoden identifiziert, in denen sowohl eine Tätigkeit im Pflegeberuf als auch einer anderen Tätigkeit nachgegangen wurde.

Eine genaue Datierung dieser Wechsel innerhalb der Episoden war jedoch überwiegend nicht möglich. Zum einen finden insbesondere bei Teilzeit- oder geringfügiger Beschäftigung mehrere Tätigkeiten gleichzeitig oder in mehrfachen kurzen Wechseln hintereinander statt, und zum anderen liegen hier offensichtlich erhebliche Fehlangaben und Codierungsfehler vor, da ein mehrfacher Wechsel des Berufes innerhalb einer Vollzeitepisode doch sehr unplausibel ist. Insgesamt lassen sich 1023 Personen identifizieren, die einen oder mehrere Ausstiege berichten, und 899 Personen, die einen oder mehrere Einstiege aufweisen.

Betrachtet man diese Veränderungen über die gesamte Erwerbsbiografie, so zeigt sich zum Ende der jeweiligen Befragungszeit folgende Verteilung von unterschiedlichen Berufsbiografien:

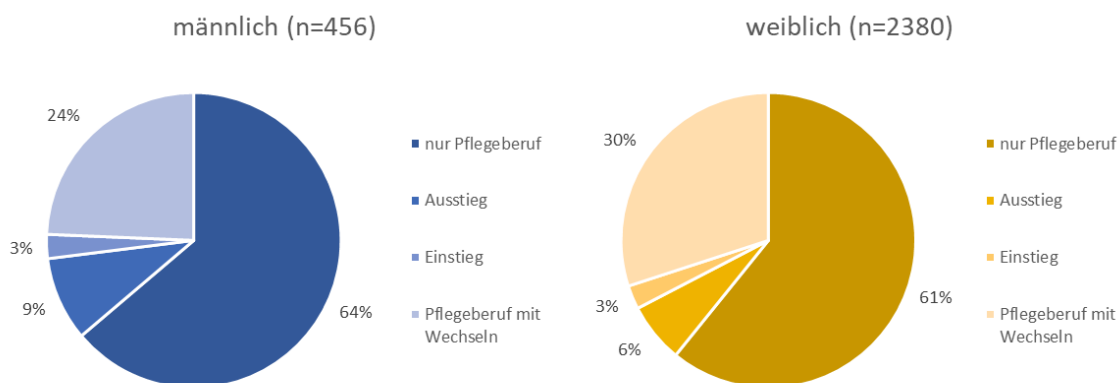
Tabelle 93: Typen von Berufsbiografien

	Häufigkeit	Prozent
nur Pflegeberuf	1739	61,3
Ausstieg	198	7,0
Einstieg	74	2,6
Pflegeberuf mit Wechseln	825	29,1
Gesamt	2836	100,0

Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Gut 60 Prozent der beruflich Pflegenden im SOEP sind ausschließlich im Pflegeberuf tätig wenngleich nicht unbedingt durchgängig, sondern auch mit Unterbrechungen. Personen, die in Ihrer Biografie nur einmal wechseln, sind mit knapp zehn Prozent vergleichsweise selten. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass die allermeisten Biografien noch nicht abgeschlossen sind und sich hier noch weitere Veränderungen ergeben können. Knapp 30 Prozent aller beruflich Pflegenden zeigen mehrere Wechsel auf.

Abbildung 70: Typen von Berufsbiografien nach Geschlecht

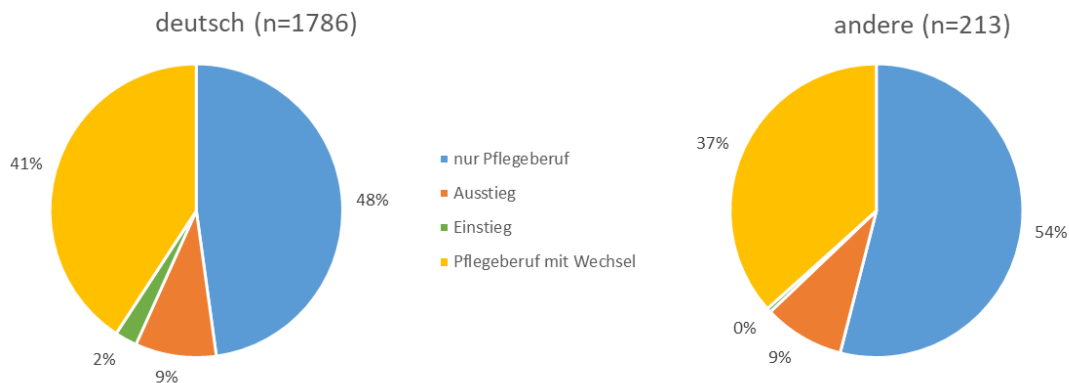


Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Diese Wechselbiografien werden deutlich häufiger von Frauen gelebt (Abbildung 70). Zu einem Großteil stellen sie sich als temporäre Ausstiegsphase aus dem Pflegeberuf während der Kindererziehung dar, in der einer anderen Tätigkeit, die sich besser mit Familienaufgaben vereinbaren lässt, nachzugehen, um anschließend wieder in den Pflegeberuf zurückzukehren.

15 Prozent der betrachteten beruflich Pflegenden haben keine deutsche Staatsangehörigkeit. Sie weisen wesentlich weniger Wechsel auf als deutsche beruflich Pflegenden. Dies dürfte aber zum Teil auch darauf zurückzuführen sein, dass hier die Befragungsdauern vielfach deutlich kürzer sind.

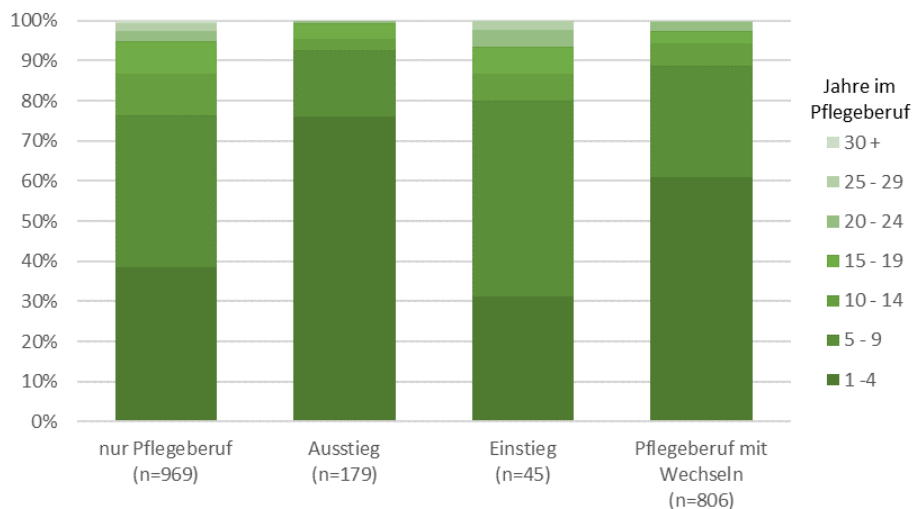
Abbildung 71: Typen von Berufsbiografien nach Staatsangehörigkeit



Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen, Auswahl: Befragungsdauer mind. vier Jahre

Wie bereits oben ausgeführt sind sehr viele Erwerbsbiografien sehr kurz, da die Befragten noch sehr jung sind. Entsprechend sind auch die Dauern im Pflegeberuf noch sehr kurz und für die Betrachtung der Dynamik in der Berufsbiografie kaum aussagekräftig. Daher werden für die weiteren Analysen nur Personen betrachtet, die mindestens vier Jahre lang befragt wurden. Damit gehen 837 Fälle verloren.

Abbildung 72: Dauern im Pflegeberuf

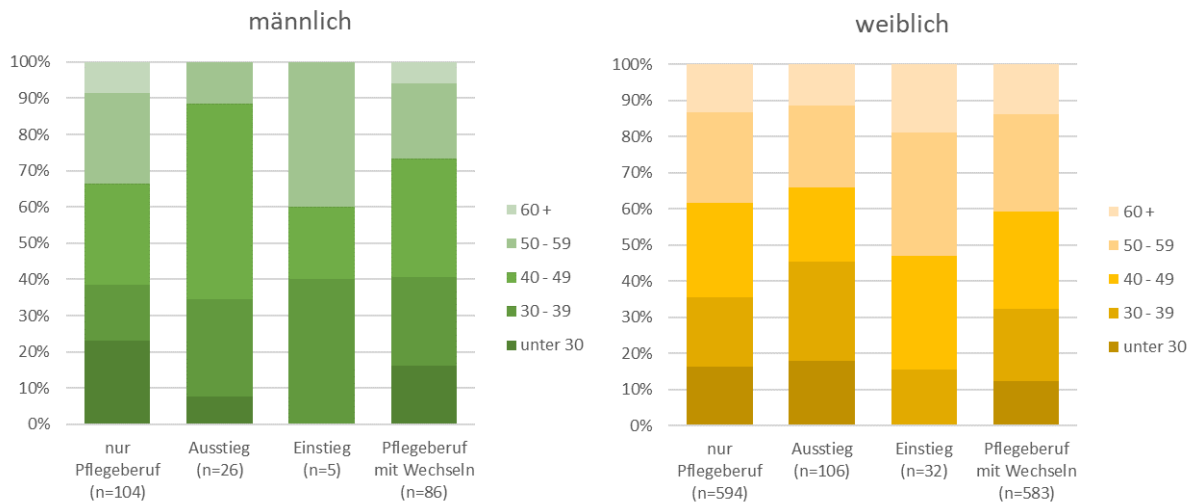


Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen, Auswahl: Befragungsdauer mindestens vier Jahre

Insgesamt sind dennoch etwa die Hälfte aller beobachteten Dauern im Pflegeberuf kürzer als fünf Jahre, wobei diese vor allem bei den Ausstiegs- und den Wechselbiografien zu sehen sind. Zwischen den Geschlechtern zeigt sich dabei kaum ein Unterschied, nur sind die Anteile der sehr kurzen Berufsdauern bei den Frauen noch etwas höher. Da im SOEP auch sehr lange Biografien enthalten sind von Personen, die schon sehr lange in Rente sind, und deren Berufsverläufe aufgrund der anderen Rahmenbedingungen völlig anders aussehen, werden die Analysen zusätzlich auf Personen beschränkt, deren Beobachtungsende oder regulärer Renteneintritt in den Jahren seit 2010 liegt. Die entsprechende Grundgesamtheit verringert sich dadurch um weitere 463 Fälle und umfasst dann 1.536 Personen. Bezüglich der Verteilung der Dauern im Pflegeberuf zeigt sich dabei allerdings kein Unterschied.

Die kurzen Dauern im Pflegeberuf sind bei den Aussteigs- und Wechselbiografien allerdings nur zum Teil auf kurze Beobachtungsdauern zurückzuführen, wie auch die Altersverteilung zum Befragungsende nahelegt (Abbildung 73).

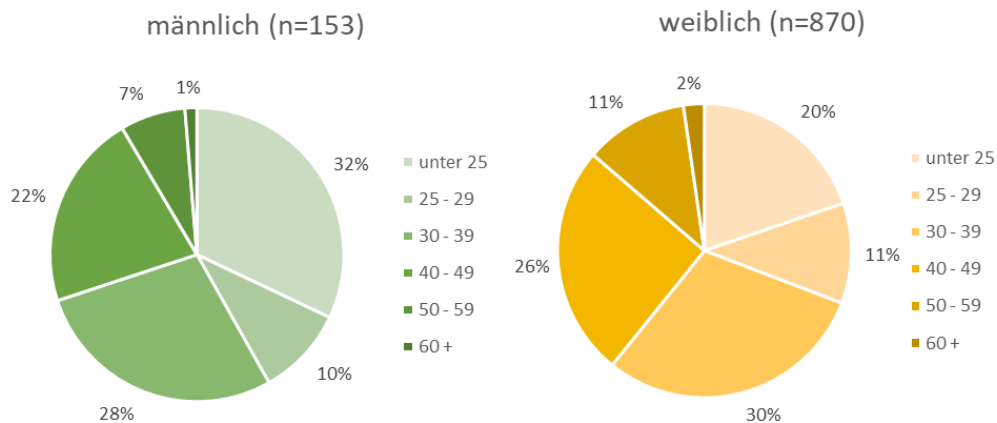
Abbildung 73: Berufswechsler nach Alter bei Befragungsende



Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen, Auswahl: Befragungsdauer mind. 4 Jahre und Befragungsende seit 2010

Es zeigt sich hier, dass Ausstiege aus dem Pflegeberuf vielfach sehr früh erfolgen, unabhängig davon, ob eine spätere Rückkehr erfolgt oder nicht. Betrachtet man das Alter beim ersten Wechsel in einen anderen Beruf (Abbildung 74), so sieht man, dass dies insbesondere für Männer gilt, von denen 42 Prozent im Alter unter 30 Jahren und ein Drittel sogar unter 25 Jahren den Pflegeberuf verlässt. Vielfach sind dies Personen, die noch eine weitere Ausbildung absolvieren und wohl zu einem Großteil den Pflegeberuf eher als Überbrückung oder als Zusatzqualifikation und Finanzierung während der Ausbildung geplant haben. Bei den Frauen sind es dagegen nur 31 Prozent, die unter 30 Jahren zum ersten Mal in einen anderen Beruf wechseln. Hierbei handelt es vielfach um eine temporäre Ausübung eines anderen Berufs während der Kinderziehung, meist auch nach einer Unterbrechung der Erwerbstätigkeit.

Abbildung 74: Alter beim ersten Ausstieg

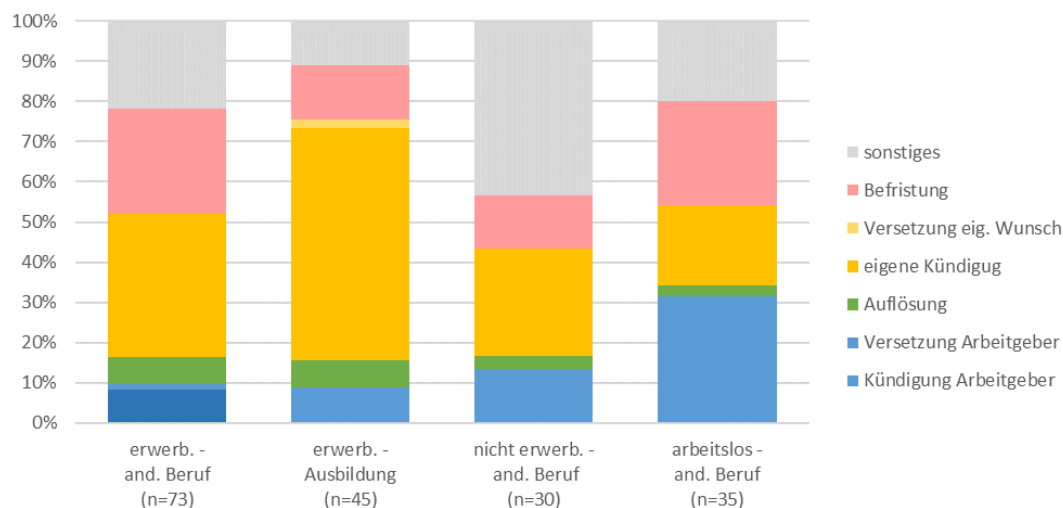


Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen, Auswahl: Befragungsdauer mind. vier Jahre und Befragungsende seit 2010

6.3.1 Gründe und Zufriedenheit bei Ausstiegen

Interessant sind bei den Personen, die in einen anderen Beruf wechseln, auch die Gründe für die Beendigung des letzten Arbeitsverhältnisses (Abbildung 75), auch wenn diese Angaben bei den Ausstiegen aufgrund fehlender Angaben nur für einen kleinen Teil vorhanden sind. Insgesamt überwiegt hier die Beendigung des Pflegeberufs auf eigenes Bestreben. Lediglich bei dem Weg über eine Arbeitslosigkeit spielen Arbeitgeberkündigungen in größerem Umfang eine Rolle.

Abbildung 75: Grund für Beschäftigungsende bei Ausstiegen



Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Die Mehrheit der Wechsel in einen anderen Beruf erfolgt somit aufgrund persönlicher Motive, die direkt jedoch nicht erfragt wurden. Aufschluss können aber die subjektiven Zufriedenheitseinschätzungen zu verschiedenen Lebensbereichen geben, die jedes Jahr erhoben werden. Somit kann die Zufriedenheit vor und nach einem Ausstieg untersucht werden, wobei hier die beiden Befragungszeitpunkte in den Jahren vor und nach dem Ausstieg verglichen wurden. In Tabelle 94 sind die Mittelwertvergleiche zu beiden Zeitpunkten ausgewiesen, wobei die Angaben zu

den jeweiligen Zeitpunkten auf individueller Ebene verknüpft sind, so dass hier die individuellen Veränderungen in der Zufriedenheit gemessen werden.

Tabelle 94: Zufriedenheit vor und nach Ausstieg

Zufriedenheit mit ...	n	Mittelwerte (Skala 0-Niedrig bis 10-Hoch)		T-Test (gepaarte Variablen)		
		vor Ausstieg	nach Ausstieg	T	df	Sig. (2-seit.)
Lebensstandard	182	6,92	6,71	-1,473	181	0,143
Gesundheit	1020	6,93	7,26	4,623	1019	0,000
Schlaf	480	6,59	6,82	2,259	479	0,024
Arbeit	542	6,73	7,16	3,651	541	0,000
Haushaltstätigkeit	756	6,68	6,85	2,081	755	0,038
Haushalts-Einkommen	979	5,86	5,93	0,877	978	0,381
persönlichem Einkommen	510	5,20	5,09	-0,846	509	0,398
Kinderbetreuung	1001	7,46	7,39	-0,944	1000	0,346
Familienleben	710	6,67	6,74	0,623	709	0,533
Freundes-, Bekanntenkreis	166	7,23	7,46	1,197	165	0,233
Lebenszufriedenheit gegenwärtig	502	8,00	8,07	0,756	501	0,450
Lebenszufriedenheit in 5 Jahren	175	7,86	8,26	2,945	174	0,004

Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

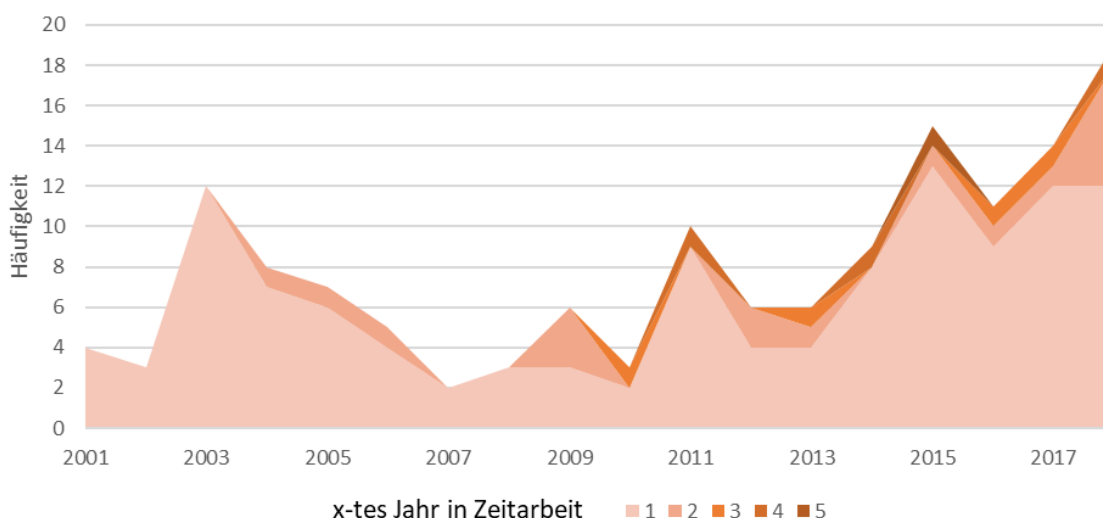
In den meisten ausgewiesenen Lebensbereichen ist eine Zunahme der Zufriedenheit zu sehen, wobei diese jedoch überwiegend nicht signifikant ist und auch auf zufälligen Schwankungen beruhen kann. Hoch signifikant ist die Zunahme jedoch in den Bereichen Gesundheit, Schlaf, Arbeit und Haushaltstätigkeit. Eine Abnahme der Zufriedenheit ist beim aktuellen Lebensstandard, beim persönlichen Einkommen und der Kinderbetreuung zu sehen, die jedoch ebenfalls nicht signifikant sind. Insgesamt deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass zum einen durch den Ausstieg die Arbeits- und Gesundheitssituation verbessert werden konnte, was auf eine Motivation schließen lässt, durch den Wechsel beruflichen Stress reduzieren zu können. Zum anderen sind, wie bereits oben schon angesprochen, v. a. temporäre Ausstiege in Phasen der Kinderbetreuung und Wechsel in Berufstätigkeiten zu beobachten, die die Doppelbelastung verringern und das Familienleben verbessern. Auch dies deutet auf individuelle Lösungen zur Stressreduzierung hin, da sich die Situation der Kinderbetreuung auch durch den Berufswechsel nicht verbessert. Das persönliche Einkommen scheint beim Berufswechsel keine allzu große Rolle zu spielen, denn anderenfalls hätten sicherlich etliche Personen auch eine deutliche Verbesserung realisieren können. Interessant ist auch, dass es eine deutliche Steigerung der Zukunftserwartungen gibt, was darauf schließen lässt, dass die Personen im Jahr nach dem Ausstieg diesen Schritt unabhängig von der jeweils zugrunde liegenden Motivation nicht bereuen und eine weitere Verbesserung ihres Lebens erwarten.

6.3.2 Zeit- und Leiharbeit

Ob eine Person in einem Zeit- bzw. Leiharbeitsverhältnis steht, wird im SOEP seit 2001 kontinuierlich erhoben. Unter den hier betrachteten beruflich Pflegenden waren 214 seitdem auch in Zeit- bzw. Leiharbeit tätig. Bei 34 von ihnen dauerte dieses Arbeitsverhältnis länger als ein Jahr. Einer Pflegetätigkeit gehen in dieser Zeit 55 Prozent (n=117) nach. Zwischen Männern und Frauen sind bzgl. der Dauern in Zeit- bzw. Leiharbeit keine Unterschiede zu sehen. Im Laufe der Zeit haben die Zeit- bzw.

Leiharbeitsverhältnisse deutlich zugenommen (Abbildung 76), knapp zwei Drittel wurden seit 2010 eingegangen. Zudem wurden die Zeiten in Zeit- bzw. Leiharbeit in jüngerer Zeit auch länger.

Abbildung 76: Häufigkeit und Dauern von Zeit- bzw. Leiharbeitsphasen



Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Im letzten Befragungsjahr befinden sich 60 Personen gerade in einem Zeit- bzw. Leiharbeitsverhältnis, davon aktuell nur 58 Prozent im Pflegeberuf. Hinsichtlich der Berufsbiografien zeigen sich bei diesen Personen keine Unterschiede.

Tabelle 95: Biografietypen von Personen in Zeit- bzw. Leiharbeit zum Befragungsende

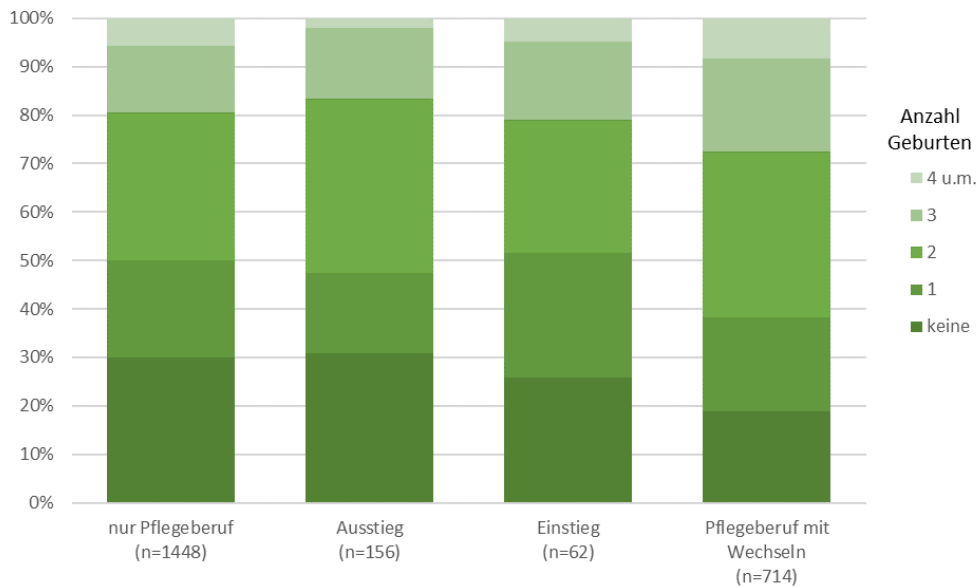
	aktuell Zeit- bzw. Leiharbeit				Gesamt	
	Ja		Nein			
nur Pflegeberuf	33	55,0%	1230	59,0%	1293	60,1%
Ausstieg	22	36,7%	645	30,9%	667	31,1%
Einstieg	2	3,3%	62	3,0%	64	3,0%
Pflegeberuf mit Wechseln	3	5,0%	118	5,7%	121	5,6%
Gesamt	60	100%	2085	100%	2145	100%

Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

6.4 Geburt eines Kindes

Von den 2.380 Frauen haben drei Viertel (n=1.749) in ihrer bisherigen Biografie ein Kind bekommen, 73 Prozent von ihnen (n=1277) sogar zwei oder mehr Kinder. Betrachtet man nun die verschiedenen Typen der Berufsverläufe (Abbildung 77), so fallen vor allem die mehrfachen Wechslerinnen auf, die seltener kein Kind und deutlich häufiger mehrere Kinder haben. Dies liegt nicht an der Altersverteilung, da die Mehrfachwechslerinnen kein höheres Alter aufweisen (Abbildung 73). Es zeigt wiederum auf, dass ein Teil der weiblichen Pflegekräfte die Herausforderung Beruf und Familie zu vereinbaren mit einem flexiblen Wechsel in andere Tätigkeiten meistern. Aber auch diejenigen, die im Pflegeberuf verbleiben, haben zu 50 Prozent mehr als ein Kind und zu 20 Prozent sogar mehr als zwei Kinder. Inwieweit auch diese Frauen die Vereinbarkeit mit den Familienaufgaben durch flexible Gestaltung der Erwerbsbeteiligung zu realisieren versuchen, soll im Folgenden genauer untersucht werden.

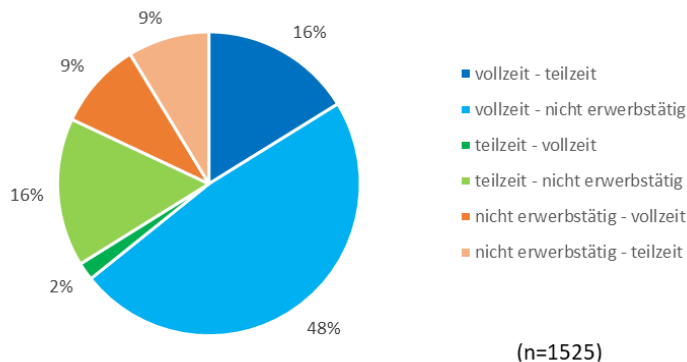
Abbildung 77: Anzahl der Geburten von weiblichen Pflegekräften



Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Vielfach wird direkt bei einer Geburt ein Wechsel bei der Erwerbstätigkeit vollzogen. Die trifft bei 1.525 von insgesamt 3.759 Geburten (40 Prozent) zu. Knapp zwei Drittel (63,9 Prozent) unterbrechen die Erwerbstätigkeit. Weitere 16,2 Prozent reduzieren die Erwerbsarbeit auf eine Teilzeittätigkeit. Es gibt aber auch wenige Fälle (n=29), die eine Teilzeittätigkeit zu Vollzeit ausweiten. Knapp ein Fünftel (18 Prozent) nimmt allerdings auch eine Erwerbstätigkeit auf.

Abbildung 78: Wechsel der Erwerbsbeteiligung bei Geburt eines Kindes



Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

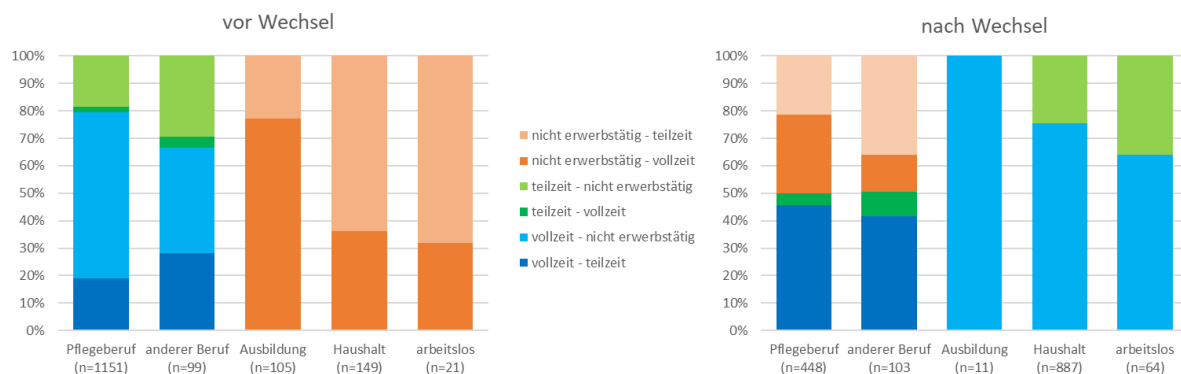
Schlüsselt man diese Erwerbsphasen weiter auf (Abbildung 79), so sieht man zunächst einen deutlichen Unterschied zwischen Personen, die in einem Pflegeberuf tätig waren und denen, die einem andern Beruf nachgegangen sind. Letztere reduzieren häufiger den Erwerbsumfang auf eine Teilzeittätigkeit und Unterbrechen die Erwerbstätigkeit v. a. aus einer Teilzeittätigkeit heraus. Umgekehrt sind Frauen, die bei Geburt aus einer Nichterwerbstätigkeit in einen anderen Beruf wechseln häufiger nur teilzeitbeschäftigt. Hier ist allerdings zu bedenken, dass nicht sämtliche Episoden mit Tätigkeit in einem anderen Beruf identifiziert werden konnten, wenn diese vor dem ersten Befragungszeitpunkt lagen. Die aufgezeigten Unterschiede mögen somit vielleicht auch schwächer sein, wenn diese Episoden richtig zugeordnet werden würden. Da es sich dabei jedoch

überwiegend um weit zurückliegende Episoden handelt, dürften die Ergebnisse das Verhalten in der jüngeren adäquat widerspiegeln.

Frauen, die bei der Geburt eines Kindes eine Erwerbstätigkeit neu aufnehmen, waren zu 38 Prozent zuvor in einer Ausbildung. Diese wechseln häufiger direkt in eine Vollzeittätigkeit. Ob diese Ausbildung abgeschlossen oder wegen der Geburt abgebrochen wurde, lässt sich aufgrund mangelnder Informationen nicht nachvollziehen.

Die Frauen, die bei einer Geburt die Erwerbstätigkeit aufgeben, sind anschließend nahezu alle im Haushalt tätig. Lediglich ein kleiner Anteil von sechs Prozent wechselt in Arbeitslosigkeit.

Abbildung 79: Tätigkeiten vor und nach Wechsel bei Geburt



Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

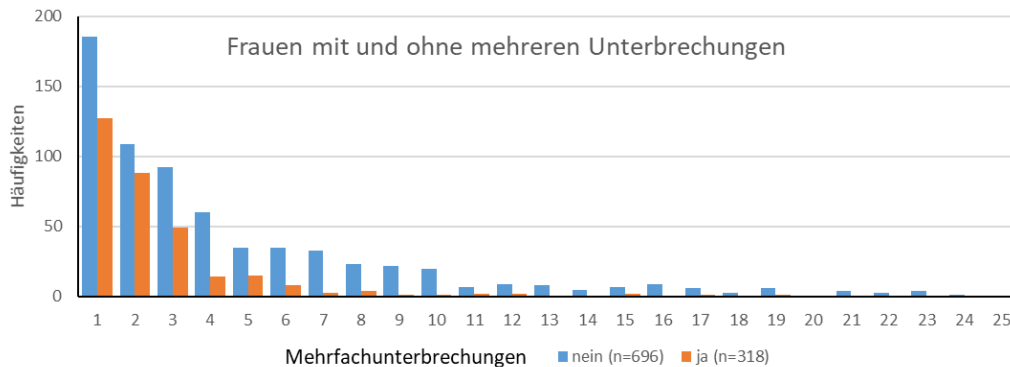
Knapp 30 Prozent aller Frauen, die bei einer Geburt einen Wechsel ihrer Erwerbsbeteiligung vorgenommen haben, haben in der nachfolgenden Episode noch eine oder mehrere Geburten, ohne wiederum die Erwerbsbeteiligung zu verändern. Dies ist unabhängig von dem jeweiligen Erwerbsstatus in dieser Episode. Diese Frauen, auch die in eine Vollzeiterwerbstätigkeit gewechselt sind, haben offensichtlich geeignete Arrangements gefunden, die es ihnen erlauben, die Erwerbsbeteiligung bei einer weiteren Geburt unverändert aufrecht zu erhalten.

Andere Frauen sehen sich jedoch bei einer weiteren Geburt wiederum zu Veränderungen veranlasst, wobei hier meist zwischenzeitlich die Erwerbsbeteiligung bereits wieder geändert wurde. Dies gilt insbesondere für die weitaus häufigste Reaktion bei der Geburt von Kindern, eine Unterbrechung der Erwerbsarbeit. Diese Phasen sollen im Folgenden genauer betrachtet werden.

6.5 Unterbrechungsphasen bei Geburt eines Kindes

Um sich einen ersten Überblick über die Unterbrechungsphasen bei Geburt eines Kindes zu verschaffen, soll zunächst die Verteilung der Dauern betrachtet werden. Diese streuen über einen Bereich von 1 bis zu 38 Jahren. Dabei sind erwartungsgemäß die kurzen Episoden deutlich in der Überzahl. Die Unterbrechungsdauern sind allerdings deutlich kürzer, wenn eine Frau mehrmals ihre Erwerbstätigkeit bei weiteren Geburten unterbricht (Abbildung 80). Dann sind auch die Phasen zwischen den Unterbrechungen, die fast ausnahmslos reine Erwerbsepisoden sind, tendenziell kürzer. Die ein- und zweijährigen Unterbrechungen entsprechen dabei den Erziehungs- bzw. Elternzeiten, die im SOEP nicht eindeutig identifiziert werden können. Ein Teil dieser Biografien stellen daher eigentlich eine durchgängige Erwerbstätigkeit mit Inanspruchnahme der jeweils geltenden Erziehungs- und Elternzeitsprüche dar.

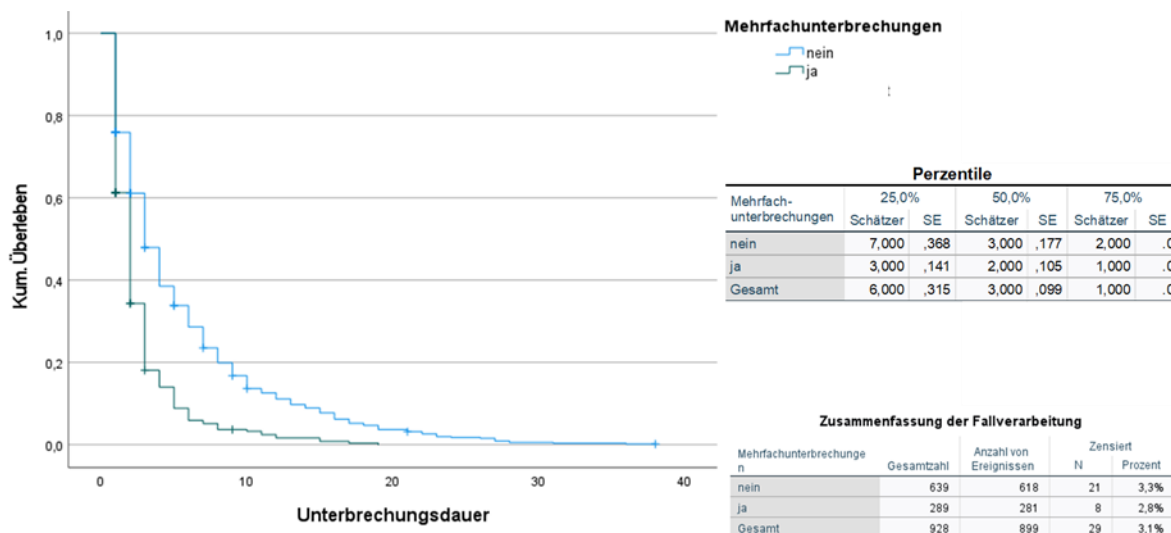
Abbildung 80: Verteilung der beobachteten Dauern von Unterbrechungsphasen



Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Die beobachteten Dauern spiegeln aber die Realität nur begrenzt wider, da etliche dieser Episoden noch nicht abgeschlossen sind. Die tatsächliche Dauer ist daher noch nicht bekannt; diese Episoden sind also rechtszensiert. Im hier vorliegenden Datensatz von insgesamt 1014 Unterbrechungsepisoden sind 16 Prozent (n=168) rechtszensiert. Zur Analyse solcher Daten können jedoch Verfahren der Verlaufsdatenanalyse genutzt werden. Zur Beschreibung der Verteilung von Dauern bieten sich sogenannte Survivalfunktionen an, bei denen zensierte und unzensierte Fälle in den Schätzungen unterschiedlich behandelt werden. Sie geben an, welcher Anteil aller Episoden nach einer bestimmten Zeit noch andauert. Ausgeschlossen werden bei den Analysen die wenigen Unterbrechungsepisoden von Männern (N=28) sowie Wechsel aus einer Erwerbstätigkeit in einem anderen Beruf (n=67). Die Survivalfunktionen werden nach der Kaplan-Meier-Methode geschätzt.

Abbildung 81: Survivalfunktionen der Unterbrechungen bei Geburt

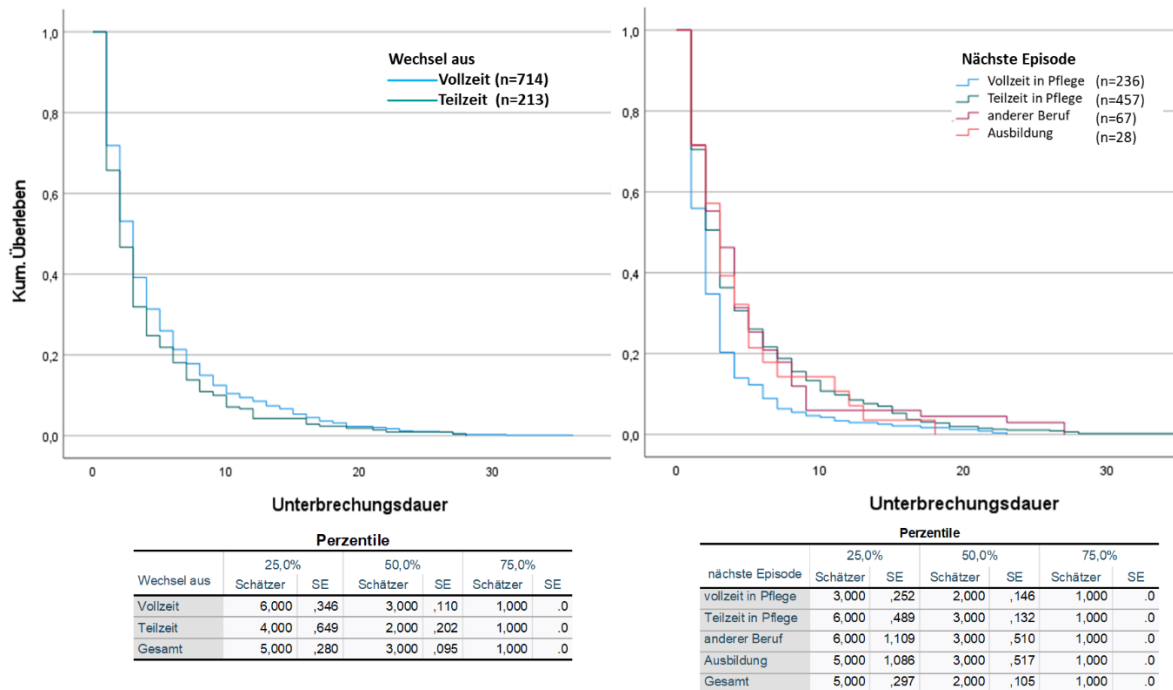


Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Die Survivalfunktionen in Abbildung 81 zeigen, welcher Anteil der Frauen nach der jeweiligen Unterbrechungsdauer nach wie vor noch in der Nichterwerbstätigkeit sind bzw. umgekehrt welcher Anteil die Nichterwerbstätigkeit bereits beendet hat. Man erkennt, dass sehr viele Unterbrechungen nur von kurzer Dauer sind und bereits nach einem Jahr enden. Die Betrachtung der Verläufe von Frauen mit nur einer und mehreren Unterbrechungsphasen bei Geburt eines Kindes zeigt hier sehr

deutlich, wie schnell Frauen mit mehreren Geburten die damit verbundenen Erwerbsunterbrechungen beenden. Für knapp 40 Prozent gilt dies bereits nach einem Jahr, während dieser Anteil bei den Frauen mit nur einer Unterbrechung noch unter 25 Prozent liegt. Nach drei Jahren sind nur noch 25 Prozent der Frauen mit Mehrfachunterbrechungen in Nichterwerbstätigkeit, während dieser Anteil bei Frauen mit einer Unterbrechungsphase erst nach sieben Jahren erreicht wird.

Abbildung 82: Unterbrechungsdauern nach Tätigkeit vor und nach der Unterbrechungsphase



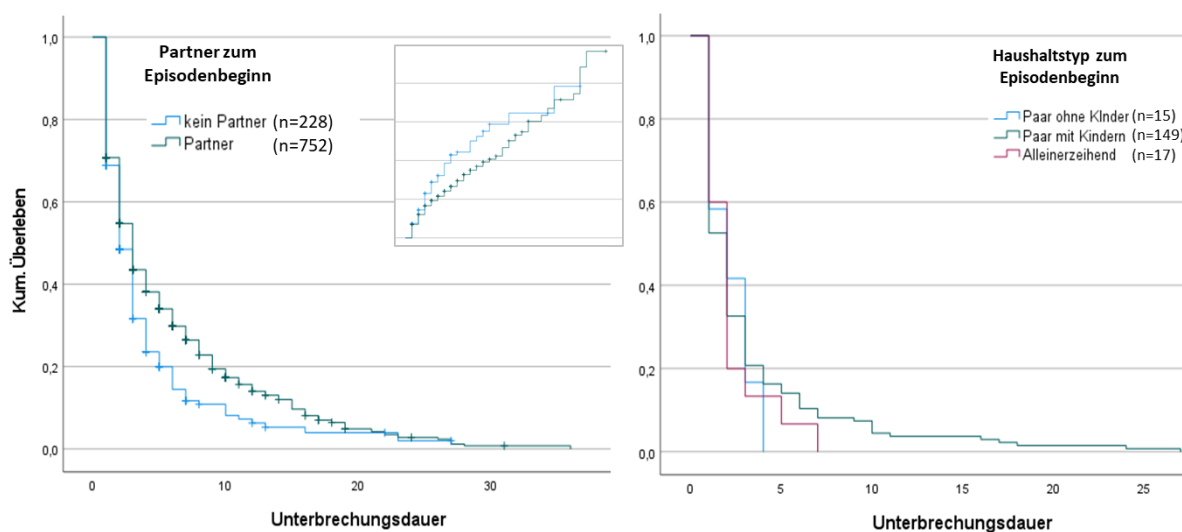
Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Unterscheidet man die Verläufe danach, welcher Tätigkeit vor der Unterbrechung und nach Beendigung der Nichterwerbsphase nachgegangen wurde (Abbildung 82), so zeigen sich ebenfalls Unterschiede, die jedoch eher schwach ausfallen. Frauen, die vorher teilzeitbeschäftigt waren, verlassen diese Phase etwas schneller. So sind etwa nach fünf Jahren gut 30 Prozent der vormals Vollzeitbeschäftigten noch in Nichterwerbstätigkeit, während es von den vormals Teilzeitbeschäftigten nur noch 25 Prozent sind. Schaut man auf die Tätigkeit nach der Unterbrechung, so zeigen sich nur Effekte bei Frauen, die danach wieder in Vollzeit im Pflegeberuf tätig sind. Diese kehren schneller in den Beruf zurück. Hierbei dürfte es sich überwiegend um eine reine Elternzeitphase handeln, nach der die Personen wieder ihren alten Arbeitsplatz einnehmen.

Da Unterbrechungen der Erwerbstätigkeit bei der Geburt eines Kindes mit der Frage nach der Vereinbarkeit von Beruf und Familie zusammenhängen, sollen nun noch der Einfluss familialer Merkmale auf den Erwerbsverlauf untersucht werden. Hierfür werden diese Informationen zum Beginn der jeweiligen Unterbrechungsphase genutzt. Während Partnerinformationen auch retrospektiv für das gesamte Leben erhoben werden, sind Informationen zur Zusammensetzung der Haushalte nur für den jeweiligen Befragungszeitraum verfügbar, weshalb hierfür die Fallzahlen relativ gering sind (n=240). Sehr deutlich ist ein Unterschied bei Frauen mit und ohne Partner*in zu beobachten (Abbildung 83). Frauen, die ihre Erwerbstätigkeit bei der Geburt eines Kindes unterbrechen, ohne mit einem Partner/einer Partnerin zusammen zu leben, kehren deutlich früher in

eine Erwerbstätigkeit zurück. Hier dürfte die Notwendigkeit des Einkommenserwerbs der dann überwiegend Alleinerziehenden den Wiedereinstieg beschleunigen. Dies gilt bis etwa einer Dauer von etwa fünf Jahren. Ab etwa einer Dauer von acht Jahren flachen die Hazards (d. h. das bedingte Risiko die Phase zu beenden) wieder stark ab, wohinter sich einerseits prekäre Situationen von Alleinerziehenden verbergen dürften, denen ein Wiedereinstieg nicht gelingt, aber auch Fälle, bei denen ein baldiger Zusammenzug mit dem Partner/der Partnerin die Situation entspannt und längere Erziehungspausen ermöglichen. Eine Veränderung des Partnerschaftsstatus während der Unterbrechungsphase ist allerdings in nur wenigen Fällen zu sehen und kann hier nicht weiter betrachtet werden.

Abbildung 83: Unterbrechungsdauern nach Familiensituation



Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Betrachtet man ergänzend noch die Haushaltstypen zu Beginn der Unterbrechung, um zu berücksichtigen, ob bereits Kinder im Haushalt leben, lassen sich angesichts der geringen Fallzahlen keine belastbaren Aussagen treffen. Lediglich bei Paaren ohne Kinder, für die die betrachtete Geburt überwiegend das erste (gemeinsame) Kind sein dürfte, scheinen die Frauen in den ersten Jahren tendenziell später in die Erwerbstätigkeit zurückzukehren. Da hier kaum Dauern von mehr als drei Jahren zu beobachten sind, dürfte dies auf eine umfangreiche Nutzung von Erziehungs- bzw.-Elternzeiten hindeuten, während bei Paaren, die bereits Kinder haben, teilweise andere, schon bewährte Arrangements genutzt werden. Auch die Fallzahlen der Alleinerziehenden sind so gering (n=20), dass Unterschiede im Vergleich zu Paaren nicht identifiziert werden können. Im Übrigen ist im Datensatz nur eine Alleinstehende, die ebenfalls ihr erstes Kind bekommt, enthalten, die nur eine Unterbrechungsdauer von einem Jahr ausweist.

Um die gemeinsamen Effekte all dieser Einflussfaktoren zu untersuchen, sind schließlich multivariate Verfahren notwendig. Bei Verlaufsanalysen mit zensierten Daten bietet sich dafür die sogenannte Cox-Regression an. Dabei handelt es sich um ein semiparametrisches proportional Hazard-Modell. Die abhängige Variable ist dabei das Risiko bzw. die Neigung für einen Zustandswechsel zu einem bestimmten Zeitpunkt, jeweils bezogen auf die Fälle, die sich bis dahin noch im Ausgangszustand befinden (sogenannte Hazards). In semiparametrischen Modellen, werden jedoch die Hazards nicht selbst geschätzt, sondern nur der Einfluss der Kovariablen auf diese. Beim proportional Hazard-Modell

wird dabei unterstellt, dass die Kovariablen über den gesamten Zeitraum einen zum zugrundeliegenden Hazard proportionalen Einfluss hat.

Tabelle 96: Beendigung von Unterbrechungsphasen (Cox-Regression)

	Koeffizient (B)	Standardfehler	Wald	df	Sign.	Exp(B)
Mehrfachunterbrechungen Ref.gr.: nein	,575	,083	48,302	1	,000	1,778
Partner bei Episodenbeginn Ref.gr.: ja	,193	,090	4,641	1	,031	1,213
Anderer Beruf nach Unterbrechung Ref.gr.: nein	,229	,138	2,741	1	,098	1,257
Teilzeit vor Unterbrechung Ref.gr.: Vollzeit	-,131	,091	2,075	1	,150	,877
Alleinerziehend Ref.gr.: nein	-,026	,303	,008	1	,930	,974
Alter bei Episodenbeginn in Jahren	,011	,008	2,282	1	,131	1,011
Episodenbeginn seit 2005 Ref.gr.: nein	,354	,095	13,847	1	,000	1,425
Staatsangehörigkeit deutsch Ref.gr.: ja	,042	,131	,101	1	,751	1,043
Typ: nur Pflegeberuf Ref.gr.: ja	-,209	,079	7,009	1	,008	,811
-2 Log-Likelihood	Chi-Quadrat	df	Sign.	Fälle	Ereignisse	
9125,659	95,439	9	,000	900	765	

Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Tabelle 96 enthält die Ergebnisse der Cox-Regression auf die Hazards eine Unterbrechungsphase zu beenden. Positive Koeffizienten bedeuten, dass das die Neigung zur Beendigung erhöht wird, also dazu führt, dass die Personen die Phase schneller verlassen. Die Effektstärke lässt sich an $\text{Exp}(B)^{39}$ ablesen. Für die bereits betrachteten Merkmale werden die bisherigen Eindrücke überwiegend bestätigt. Frauen mit mehrfachen Unterbrechungen bei mehreren Geburten beenden diese Phasen deutlich schneller, wohl als Teil ihrer Strategie einer flexiblen Anpassung der Erwerbsbeteiligung an die Erfordernisse der Kinderversorgung. Auch Frauen, die beim Ausstieg aus dem Erwerbsleben nicht mit einem Partner/einer Partnerin zusammenleben, haben kürzere Dauern. Wie bereits oben diskutiert, gilt dies vor allem für die ersten Jahre der Unterbrechung. Hier ist also die Annahme des proportionalen Einflusses über die gesamte Zeit verletzt. Trotzdem zeigt sich auch in der Regression ein signifikanter, wenn auch schwächerer Effekt. Keine signifikanten Effekte haben wie erwartet die Orientierung in einen anderen Beruf oder der Status alleinerziehend zu sein. Auch ob vor der Unterbrechung in Vollzeit oder Teilzeit gearbeitet wurde hat keinen signifikanten Einfluss. Hier löst sich der bei der bivariaten Analyse gefundene Unterschied durch die Hinzuziehung weitere Merkmale auf. Keinen signifikanten Einfluss haben auch die zusätzlich aufgenommen Merkmale Alter zum Zeitpunkt der Unterbrechung und die Staatsangehörigkeit. Dagegen zeigt sich eine Veränderung im Zeitverlauf, dass die

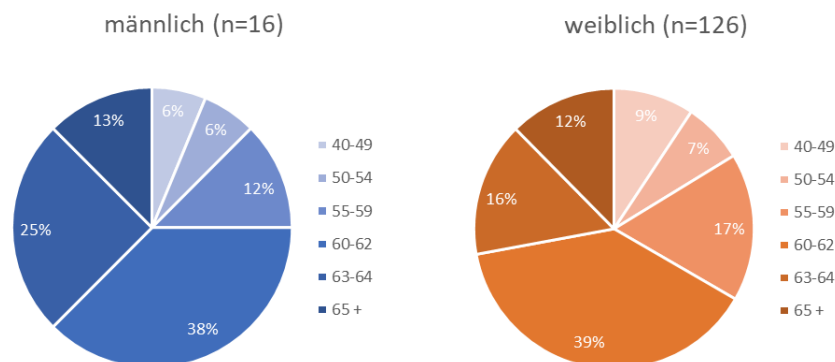
³⁹ Ein Wert über 1 gibt an, dass die Neigung (Hazard), die Unterbrechungsphase zu beenden, erhöht ist, bei einem Wert unter 1 ist sie entsprechend verringert. Der Wert 1,778 besagt somit, dass Frauen mit Mehrfachunterbrechungen zu jedem Zeitpunkt der Unterbrechungsphase eine um 77,8 Prozent erhöhte Neigung der Beendigung haben als Frauen mit nur einer Unterbrechung.

Unterbrechungsphasen in jüngerer Zeit signifikant kürzer sind. Schließlich wurde noch das Merkmal des Berufstyps aufgenommen. Dieses Merkmal wurde aufgenommen als Indikator für die Einstellung zum Pflegeberuf und/oder zu den individuellen Vorstellungen über Erwerbsarbeit und Familienleben, die bereits in frühen Jahren Einfluss auf das Verhalten hat. Hier zeigt sich eine signifikant höhere Neigung zu einer schnelleren Rückkehr in den Beruf von Personen, die ihre gesamte beobachtete Erwerbsbiografie immer im Pflegeberuf tätig waren. Frauen, die zwischen Pflegeberuf und einem anderen Beruf wechseln, verbleiben dagegen tendenziell länger in Nichterwerbsphasen nach einer Geburt.

6.6 Vorzeitiger Rentenbeginn

Schließlich soll im Folgenden noch untersucht werden, wann und wie häufig beruflich Pflegende vorzeitig in Rente gehen. Ein vorzeitiger Rentenbeginn ist dabei nicht ohne weiteres zu identifizieren. Über den betrachteten Zeitraum gab es etliche Rentenreformen, mit denen der Zeitpunkt des Renteneintritts zur regulären Altersrente immer wieder verändert wurde. Die letzte Änderung ist die stufenweise Anhebung des Renteneintrittsalters von 65 auf 67 Jahre, die hier aber vernachlässigt werden kann, da bis zum letzten Jahr im Beobachtungszeitraum (2018) das reguläre Renteneintrittsalter noch für alle Personen unter 66 Jahren lag. Da bei der Betrachtung auf Jahresbasis die innerjährlichen Veränderungen im Datensatz vernachlässigt werden, wurden alle Rentenzugänge ab dem Alter 65 als Zugang zur regulären Altersrente gewertet. Vereinzelt Personen, die verzögert in Rente in höherem Alter gegangen sind, werden dabei vernachlässigt. Relevant sind für verschiedene Geburtskohorten aber die Altersgrenzen von 60 und 63 Jahren, die zeitweise bei Arbeitslosigkeit, bei langjähriger Versicherung und vor allem für Frauen bis zum Jahr 2012 einen regulären früheren Rentenzugang ermöglichten.

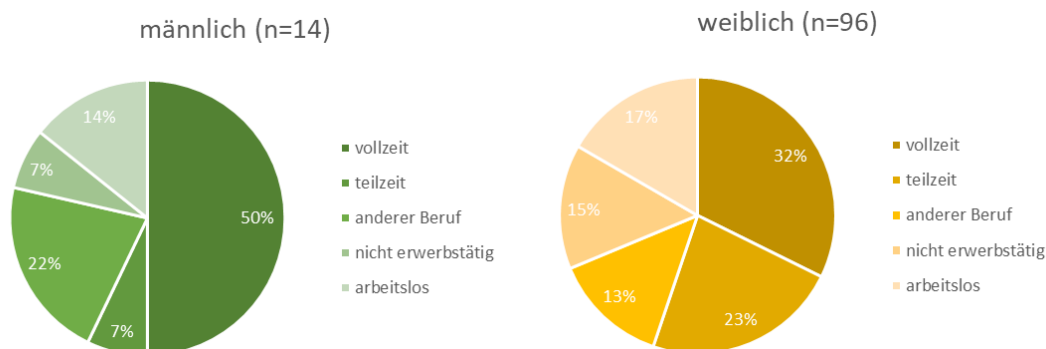
Abbildung 84: Alter bei Rentenbeginn



Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Nach der Altersverteilung bei Rentenbeginn (Abbildung 84) im vorliegenden Datensatz der identifizierten beruflich Pflegenden, sind insgesamt zwölf Prozent als regulärer Rentenzugang im Alter 65 zu werten. 33 Prozent der Frauen und 24 Prozent der Männer weisen dagegen eindeutig einen vorzeitigen Rentenbeginn im Alter unter 60 Jahren auf. Für die Personen im Alter zwischen 60 und 65 Jahren wurde versucht, einen vorzeitigen Rentenbeginn nach den jeweils für die Geburtskohorte geltenden Regelungen, abzuschätzen. Danach können von den 127 Personen, die im Alter unter 65 Jahren in Rente gehen, 110 Personen identifiziert werden, die vorzeitig in Rente gehen.

Abbildung 85: Vorherige Tätigkeit bei vorzeitigem Rentenbeginn



Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Bei Betrachtung der Tätigkeit vor Renteneintritt (Abbildung 85) sieht man, dass mehr als zwei Drittel der Frauen und mehr als drei Viertel der Männer bis zum vorgezogenen Renteneintritt erwerbstätig waren. Aber auch der Anteil der Personen in Arbeitslosigkeit ist mit insgesamt 16 Prozent relativ hoch. Auffällig ist zudem, dass der Anteil der Personen, die direkt vor Rentenbeginn in einem anderen als dem Pflegeberuf tätig waren, relativ hoch ist. Dabei handelt es sich überwiegend um Personen mit mehreren Wechseln zwischen Pflege- und anderem Beruf in ihrem Lebenslauf (Tabelle 97). Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass fragmentierte Erwerbsbiografien auch mit einem früheren Renteneintritt verbunden sind. Eine weitere Analyse des vorzeitigen Renteneintritts ist angesichts der geringen Fallzahlen jedoch nicht möglich.

Tabelle 97: Biografietypen von Pflegepersonen mit vorzeitigem Rentenbeginn

	Geschlecht				Gesamt	
	männlich		weiblich			
nur Pflegeberuf	10	71,4%	61	63,5%	71	64,5%
Ausstieg	0	0,0%	7	7,3%	7	7,3%
Einstieg	1	7,1%	0	0,0%	1	0,9%
Pflegeberuf mit Wechseln	3	21,4%	28	29,2%	31	28,2%
Gesamt	14	100%	96	100%	110	100%

Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

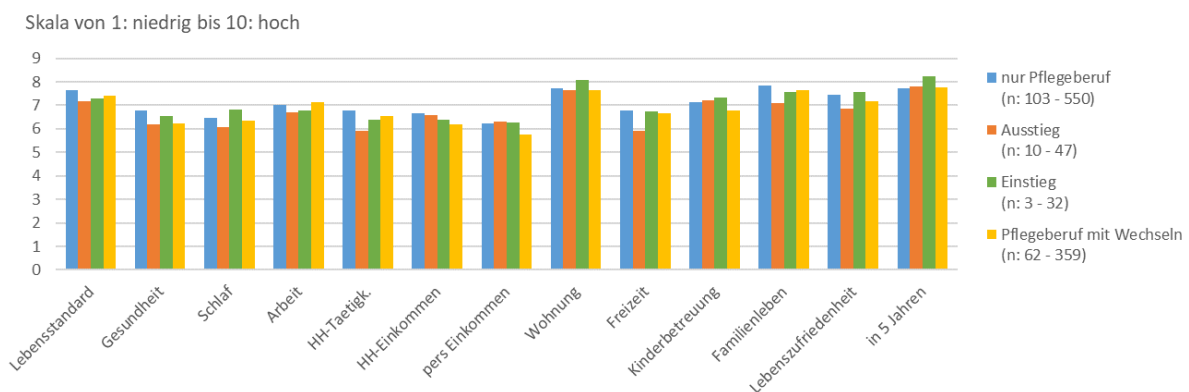
6.7 Subjektive Einschätzungen

Schließlich sollen noch die subjektiven Bewertungen der beruflich Pflegenden zu verschiedenen Lebensbereichen in Zusammenhang mit den Erwerbsbiografien betrachtet werden. Solche Einschätzungen werden in unregelmäßigen Abständen im SOEP erhoben. Um hier annähernd vergleichbare Informationen zugrunde zu legen, werden nur jüngere Einschätzungen aus den letzten Jahren betrachtet. Wie bereits oben beschrieben werden nur Informationen zum letzten Befragungsjahr, sofern dies nicht vor seit 2010 liegt, verwendet. Die subjektiven Einschätzungen älterer Biografien sind somit nicht enthalten. Sofern die subjektiven Einschätzungen im letzten Befragungsjahr nicht erhoben wurden, wurden für diese Personen die Informationen aus der letzten verfügbaren Befragung aus dem Zeitraum seit 2010 genutzt.

6.7.1 Zufriedenheit

Zunächst soll die Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen für die unterschiedlichen Berufstypen betrachtet werden. Diese werden regelmäßig auf einer Skala von 0 – niedrig bis 10 – hoch erhoben. In Abbildung 86 sind die jeweiligen Mittelwerte abgetragen. Obwohl die durchschnittliche Zufriedenheit insgesamt für alle Lebensbereiche relativ hoch ist, fällt doch auf, dass die Zufriedenheit in den Bereichen Gesundheit, Schlaf und persönliches Einkommen erkennbar niedriger ist. Unterschiede zwischen den Berufstypen sind zwar zu erkennen aber nur in den Bereichen Lebensstandard, Gesundheit, Haushaltstätigkeit, Freizeit und Familienleben signifikant, was teilweise auf geringe Fallzahlen aufgrund fehlender Angabe zurückzuführen ist. Auffällig ist, dass insbesondere die Personen, die aus dem Pflegeberuf aussteigen, in sehr vielen Bereichen eine geringere Zufriedenheit aufweisen, außer beim persönlichen Einkommen und der Kinderbetreuung. Dies deutet vielleicht darauf hin, dass hier Gründe für den Ausstieg gelegen haben, wenngleich dies im direkt nach einem Ausstieg noch nicht zu sehen war (Tabelle 94). Personen mit mehreren Wechseln zwischen Pflege- und einem anderen Beruf unterscheiden sich kaum von den durchgängig im Pflegeberuf tätigen, außer beim persönlichen Einkommen und der Kinderbetreuung. Hier zeigen sich wohl die Schwierigkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die zu fragmentierten Berufsverläufen führen. Interessant ist auch, dass Personen, die immer nur im Pflegeberuf tätig waren und sind, allein im Bereich der Zukunftserwartungen (erwartete Lebenszufriedenheit in fünf Jahren) tendenziell unter den Bewertungen aller anderen Wechsler*innen liegen.

Abbildung 86: Mittelwerte von Zufriedenheiten in verschiedenen Lebensbereichen



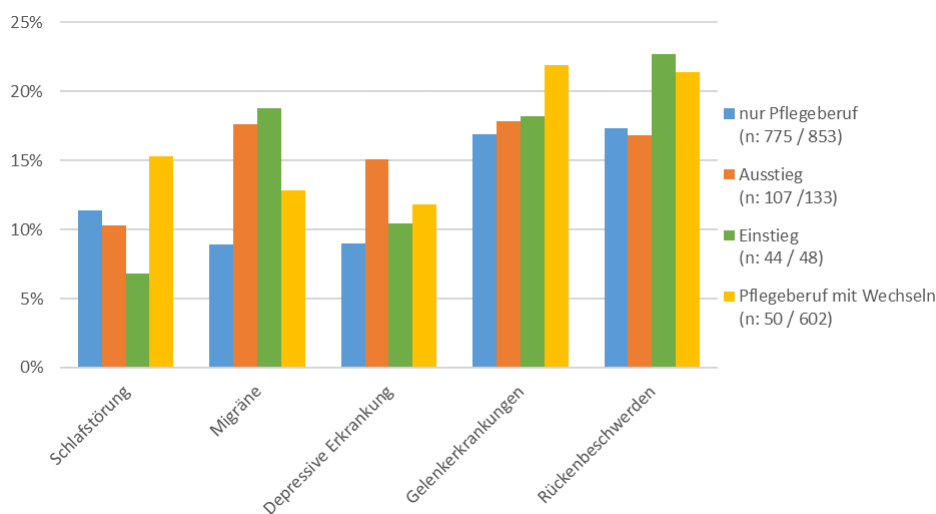
Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen, Fallzahlen je nach Zufriedenheitskategorie unterschiedlich

6.7.2 Gesundheit

Auch Fragen zur Gesundheit werden im SOEP in größeren Abständen gestellt, zuletzt in den Jahren 2011, 2013, 2015 und 2017. Hiervon wurden die Informationen des jeweils letzten dieser Jahre verwendet, was bei den meisten der Befragten das Jahr 2017 ist. Abbildung 87 zeigt die Anteile der Frauen auf, die entsprechende gesundheitliche Beschwerden nennen, wobei solche betrachtet wurden, bei denen ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Pflegeberuf diskutiert wird. Die männlichen Personen wurden dabei nicht betrachtet, da gerade im Gesundheitsbereich besonders viele fehlende Angaben vorliegen. Insgesamt geben die durchgängig im Pflegeberuf Tätigen tendenziell weniger gesundheitliche Probleme an als Personen, die wechseln. Dies spricht dafür, dass diese Beschwerden mit ein Grund v. a. für den Ausstieg aus dem Pflegeberuf sein mögen. Auffällig ist der hohe Anteil der Nennung von Migräne und Rückenbeschwerden bei den Quereinsteiger*innen, der

schwer zu interpretieren ist. Möglicherweise verbergen sich dahinter eine im Vergleich zum vorherigen Beruf erhöhte Belastung in der Pflege.

Abbildung 87: Anteile mit Nennung von gesundheitlichen Beschwerden (nur Frauen)

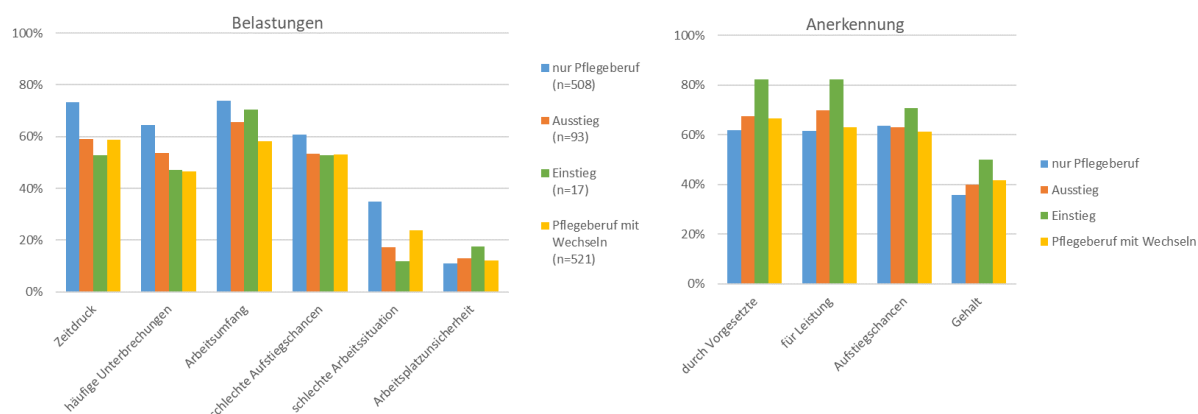


Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen, Fallzahlen je nach Fragekomplex unterschiedlich, zweiter Wert gilt für Migräne und depressive Erkrankung

6.7.3 Belastungen und Anerkennung

In den Jahren 2011, 2012 und 2016 wurden auch spezifische Fragen zum Arbeitsplatz gestellt, und zwar sowohl zu den Belastungen als auch Anerkennungen. Dabei wurde zum einen gefragt, ob diese überhaupt verkommen, und im Falle der Bejahung zusätzlich die Intensität der jeweiligen Empfindung.

Abbildung 88: Anteile der Nennung von Belastungen und Anerkennungen



Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

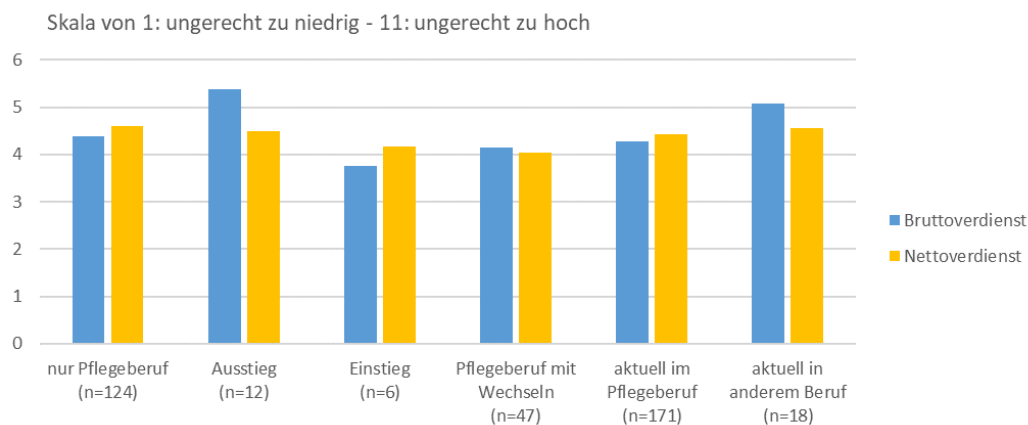
In Abbildung 88 sind zunächst die Anteile der jeweiligen Nennungen abgebildet. Hier wurden beide Geschlechter gemeinsam betrachtet, da keine Unterschiede zwischen ihnen zu sehen waren. Insgesamt sind die Nennungen sowohl bei den Belastungen als auch den Anerkennungen sehr hoch. Durchweg sehen mehr als die Hälfte der beruflich Pflegenden eine Belastung in den Bereichen Zeitdruck, häufige Unterbrechungen, Arbeitsumfang und schlechte Aufstiegschancen. Dies wird von den ausschließlich im Pflegeberuf Tätigen besonders häufig genannt. In diesen Bereichen wird die

Belastung subjektiv auch als gravierender empfunden. Dies deutet darauf hin, dass die Belastungen am Arbeitsplatz wohl auch ein Grund für einen Berufswechsel sein mögen. Bei der Nennung von Anerkennungen, die gleichwohl relativ hoch sind, fallen vor allem die höheren Nennungen von Personen, die in den Pflegeberuf wechseln, auf, die im Vergleich zu ihrem vorherigen Beruf offensichtlich im Pflegeberuf eine höhere Anerkennung erfahren. Auffällig ist aber auch die deutlich niedrigere Nennung von Gehalt als Anerkennung bei den ausschließlich im Pflegeberuf Tätigen. Dabei bleibt unklar, ob das Gehalt eine subjektiv empfundene geringere Rolle als Anerkennung spielt oder aufgrund seiner Höhe nicht als Anerkennung angesehen wird.

6.7.4 Einkommen

Daher soll abschließend noch der die Frage analysiert werden, ob der gegenwärtige Verdienst als gerecht eingeschätzt wird. Diese wurde im Jahr 2017 mit einer Skala von 1 (ungerecht zu niedrig) bis 11 (ungerecht zu hoch) (6=gerecht) abgefragt.

Abbildung 89: Mittelwerte der Einschätzung der Gerechtigkeit des Verdienstes



Quelle: SOEP V34, eigene Berechnungen

Durchweg wird das Gehalt als eher ungerecht zu niedrig eingeschätzt. Allerdings gilt dies für die Personen, die aus dem Pflegeberuf ausgestiegen sind oder aktuell nicht in einem Pflegeberuf arbeiten, deutlich weniger.

Es ist daher zu vermuten, dass dieses als ungerecht empfundene Gehalt auch nicht als Anerkennung angesehen wird. Dass die Zufriedenheit der ausschließlich im Pflegeberuf Tätigen dennoch insgesamt relativ hoch ausfällt, spricht aber auch dafür, dass für diese Personen das Gehalt nicht der wichtigste Aspekt an ihrem Beruf ist. Für Personen, bei denen das Gehalt eine wichtigere Rolle spielt, scheint dies auch ein Grund zum Wechseln zu sein.

6.8 Fazit

Im SOEP lassen sich 2.836 Personen identifizieren, die im Befragungszeitraum jemals einer Pfl egetätigkeit nachgegangen sind. Für diese wurden aus den verfügbaren Informationen zu Beruf und Erwerbstätigkeit Erwerbsbiografien auf Jahresbasis erstellt, wobei Informationen zum Beruf nur für den Befragungszeitraum vorliegen. Die Berufsverläufe sind daher teilweise sowohl links- als auch rechtszensiert. Daher können überwiegend nur Analysen für den Befragungszeitraum und nur begrenzt für die gesamte Erwerbsbiografie durchgeführt werden.

Die Mehrheit der beruflich Pflegenden im SOEP sind ausschließlich im Pflegeberuf tätig. Aussteiger*innen und Quereinsteiger*innen sind mit etwa zehn Prozent vergleichsweise selten. Die weiteren Personen wechseln mehrfach zwischen Pflegeberuf und anderen Berufen. Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit weisen weniger Wechsel auf. Zwischen den Geschlechtern zeigt sich kein Unterschied in der Verteilung der Biografietypen. Allerdings haben Frauen häufiger fragmentierte Verläufe mit kürzeren Episoden und Mehrfachwechseln zwischen Pflegeberuf und anderen Berufen. Frauen haben aber auch längere kontinuierliche Verläufe im Pflegeberuf. Ausstiege aus dem Pflegeberuf erfolgen vielfach sehr früh, unabhängig davon, ob eine spätere Rückkehr erfolgt oder nicht. Die Analyse subjektiver Bewertungen lässt auf eine Motivation schließen, durch den Wechsel beruflichen Stress reduzieren zu können. So zeigt sich, dass durch den Ausstieg die Arbeits- und Gesundheitssituation verbessert werden konnte. Auch sind temporäre Ausstiege in Phasen der Kinderbetreuung sowie Wechsel in Berufstätigkeiten zu sehen, die die Doppelbelastung verringern und das Familienleben verbessern, was auf individuelle Lösungen zur Stressreduzierung hindeutet, da sich die Situation der Kinderbetreuung trotz Berufswechsel nicht verbessert. Bei Frauen lässt sich zudem häufiger ein vorzeitiger Rentenbeginn beobachten. Sie sind bei Rentenbeginn häufiger teilzeitbeschäftigt oder nicht erwerbstätig. Auch scheint eine fragmentierte Erwerbsbiografie einen vorzeitigen Rentenbeginn zu befördern.

Die Analyse von Unterbrechungsphasen bei der Geburt eines Kindes zeigt den Einfluss verschiedener Faktoren auf die Dauer der Unterbrechung. Frauen mit mehrfachen Unterbrechungen bei mehreren Geburten beenden diese Phasen deutlich schneller, wohl als Teil ihrer Strategie einer flexiblen Anpassung der Erwerbsbeteiligung an die Erfordernisse der Kinderversorgung. Auch Frauen, die beim Ausstieg aus dem Erwerbsleben nicht mit einem Partner bzw. einer Partnerin zusammenleben, haben kürzere Dauern. Dagegen zeigt sich eine Veränderung im Zeitverlauf, dass die Unterbrechungsphasen in jüngerer Zeit signifikant kürzer sind. Auch zeigt sich eine höhere Neigung zu einer schnelleren Rückkehr in den Beruf von Personen, die ihre gesamte beobachtete Erwerbsbiografie immer im Pflegeberuf tätig waren. Frauen, die zwischen Pflegeberuf und einem anderen Beruf wechseln, verbleiben dagegen tendenziell länger in Nichterwerbsphasen nach einer Geburt. Insgesamt lässt sich folgern, dass die Erwerbsbeteiligung der Frauen vielfach an familiäre Aufgaben angepasst wird.

Schließlich zeigen sich bei den subjektiven Bewertungen Unterschiede zwischen Personen, die ausschließlich im Pflegeberuf tätig waren, und denen, die zeitweise auch einen anderen Beruf ausübten. So ist die Zufriedenheit bei Personen, die aus dem Pflegeberuf aussteigen oder mehrfach zwischen dem Pflegeberuf und anderen Berufstätigkeiten wechseln, in nahezu allen abgefragten Bereichen tendenziell niedriger. Dies gilt allerdings nicht für das persönliche Einkommen. Personen, die dauerhaft aus dem Pflegeberuf aussteigen und in einem anderen Beruf arbeiten, scheinen sich beim Einkommen zu verbessern, was für diese Personen wohl auch ein Ausstiegsgrund gewesen sein dürfte. Bei einem mehrfachen Wechsel scheint dies allerdings nicht der Fall zu sein, da hier die temporäre Tätigkeit in einem anderen Beruf wohl vielfach der besseren Vereinbarkeit mit Familienaufgaben dient. Zudem schätzen Personen, die im Pflegeberuf tätig sind, ihr Gehalt als weniger gerecht ein als Personen, die in einen anderen Beruf gewechselt sind. Ein weiterer Ausstieggrund mögen auch gesundheitliche Gründe sein, da ausschließlich im Pflegeberuf Tätige weniger gesundheitliche Beschwerden nennen. Gleichzeitig nennen diese Personen aber höhere Belastungen im Beruf als Personen mit Wechseln. Insgesamt deuten diese Ergebnisse auf eine hohe

intrinsische Motivation bei den ausschließlich in der Pflege Tätigen hin, dass sie trotz hohen und teils belastenden Arbeitsbedingungen nicht in einen anderen Beruf wechseln.

7 Qualitative Befragung von beruflich Pflegenden

Durch die systematische Literaturrecherche wurde der aktuelle Forschungsstand zu den interessierenden Fragestellungen einem strukturierten Ablauf folgend erhoben und beschrieben. Die Ergebnisse zeigen, dass die Datenlage zu erwerbsbiografischen Faktoren beruflich Pflegenden sowie zu Maßnahmen, die Anreize zu erwerbsbiografischen Entscheidungen setzen, insgesamt ausbaufähig ist. Zahlreiche Maßnahmen und deren Auswirkungen zur Erhöhung der Attraktivität des Arbeitsplatzes Pflege werden zwar diskutiert, eine empirisch fundierte Untersuchung der Erfahrungen der Betroffenen – also der beruflich Pflegenden selbst – liegt zum gegenwärtigen Zeitpunkt jedoch nicht vor. Mit dem Ziel, diese empirische Forschungslücke zu schließen, wurden im Rahmen der Studie eine qualitative Befragung von beruflich Pflegenden durchgeführt, deren Ergebnisse im Folgenden vorgestellt werden.

7.1 Experteninterviews

7.1.1 Methodisches Vorgehen – Einleitung

Dem Studienverlauf folgend waren 20 Experteninterviews entsprechend (Bogner et al., 2014) geplant. Als Zielgruppen wurden beruflich Pflegenden, Leitungskräfte und Auszubildende im dritten Lehrjahr berücksichtigt. In der Fallauswahl galt es eine Heterogenität bzgl. der Merkmale *Versorgungsform, Qualifikation, Region, Raum* und *Alter* der Befragten sicherzustellen. Ein Pre-Test trug zur Qualitätssicherung bei der Erstellung des teilstandardisierten Gesprächsleitfadens bei, der auf Basis der systematischen Literaturrecherche entwickelt wurde. Angesichts der pandemiebedingten angespannten beruflichen und privaten Situation für beruflich Pflegenden wurde die Zahl der Gesprächstermine erhöht, um kurzfristige Ausfälle zu kompensieren und ausreichend Gesprächsmaterial zu generieren. Außerdem wurden weitere Interviews durchgeführt, wenn eine neue nicht repräsentierte interessante Merkmalskombination realisiert werden konnte (beispielsweise männlicher Quereinsteiger im 3. Ausbildungsjahr). Weiterhin konnten auch Gespräche mit neun aus der Pflege ausgestiegenen beruflich Pflegenden geführt werden und damit auch direkte Erfahrungen und Beweggründe hinsichtlich eines Berufsausstiegs mit aufgenommen werden. In der Summe wurden 34 Einzelinterviews mit elf Männern und 23 Frauen durchgeführt.

Tabelle 98: Teilnehmende der Einzelinterviews nach Pflegesetting und Qualifikationsniveau

	Ambulante Pflege	Stationäre Langzeitpflege	Krankenhaus	GESAMT
Auszubildende im 3. Lehrjahr	1	1	2	4
Pflegefachpersonen ⁴⁰	4	4	9	17
Leitungskräfte ⁴¹	4	7	2	13

⁴⁰ Davon nicht mehr in der direkten Pflege tätig: 6

⁴¹ Davon nicht mehr in der direkten Pflege tätig: 3

GESAMT	9	12	13	34
--------	---	----	----	----

Weiterhin wurden fünf Gruppendiskussionen mit Auszubildenden im dritten Lehrjahr, Pflegefachpersonen und Leitungskräften geführt. An allen Diskussionsrunden waren jeweils beruflich Pflegende aller Pflegesettings beteiligt: Stationäre Langzeitpflege, ambulante Pflege und Krankenhaus.

- Eine Gruppendiskussion mit vier Leitungskräften der unterschiedlichen Pflegesettings
- Eine Gruppendiskussion mit drei Pflegefachpersonen
- Eine Gruppendiskussion mit drei Auszubildenden
- Eine qualifikationsübergreifende Gruppendiskussion mit sieben Pflegefachpersonen und Leitungskräften
- Eine Gruppendiskussion mit Pflegefachpersonen und Leitungskräften aus dem Interim- und Recovery Management einer Unternehmensberatung

In Form von leitfadengestützten Experteninterviews wurden die Einschätzungen der in Einzelinterviews Befragten sowie der Teilnehmenden der Gruppendiskussionen zu den Themenbereichen *Beweggründe und Entwicklungstendenzen für erwerbsbiografische Faktoren, konkrete Aspekte der Arbeitsplatzsituation, Covid-19-Pandemie und Arbeitsplatz Pflege der Zukunft* erhoben (Leitfaden, Kapitel 11.1). Die Befragten wurden über die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Möglichkeit informiert, das Interview jederzeit ohne Angabe von Gründen abzubrechen und ihre Daten löschen zu lassen. Alle Interviews und Gruppendiskussionen fanden vor allem auch der pandemischen Lage geschuldet per Videokonferenz bzw. per Telefon (drei Interviews) statt. Nach mündlichem Einverständnis der Teilnehmenden wurden die Interviews und Gruppendiskussionen je nach Kommunikationsmedium mit Video (bei Videokonferenz mit dem Videokonferenztool von Microsoft Teams) oder ausschließlich auf der Tonspur (bei Telefoninterviews mit Diktiergerät) aufgezeichnet. Die aufgezeichneten Interviews wurden in Anlehnung an die Transkriptionsregeln nach (Kuckartz et al., 2007) folgendermaßen verschriftlicht:

- Sprache und Interpunktion wurden leicht geglättet und dem Schriftdeutsch angepasst
- Die Kommasetzung orientierte sich v. a. am Sprechfluss, die Regeln der deutschen Rechtschreibung wurden dem untergeordnet
- Pausen wurden durch Auslassungspunkte verdeutlicht, von (.) = kurze Pause, bis (...) = lange Pause
- Besonders betonte Begriffe wurden durch Unterstreichungen gekennzeichnet
- Bestätigende Lautäußerungen des Interviewenden wurden nicht transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen
- Einwürfe der jeweils anderen Person wurden in Klammern gesetzt und gekennzeichnet
- Lautäußerungen der befragten Person, wie etwa lachen oder seufzen, wurden in Klammern gesetzt
- Unverständliche Wörter wurden durch drei Fragezeichen (???) kenntlich gemacht.

Nachdem alle Transkripte vorlagen, wurde das Datenmaterial mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Das methodische Vorgehen wird im folgenden Kapitel dargestellt.

7.1.2 Auswertungsmethode: Qualitative Inhaltsanalyse

Die Experteninterviews und Gruppendiskussionen (Kapitel 7.4) wurden anhand der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet (Mayring, 2015, S. 97-115; Schreier, 2014; Kuckartz, 2018, S. 97-121). Ziel der Methode ist eine systematische Erfassung und Beschreibung des Materials entlang ausgewählter inhaltlicher Kategorien (Schreier, 2014).

Entlang der in den Interviewleitfaden eingeflossenen Strukturierungsdimensionen wurde deduktiv eine erste Fassung des Kategoriensystems entwickelt. Die Regeln zur Zuordnung der Textsegmente – Definitionen und Abgrenzungsregeln – wurden in einem Kodierleitfaden festgehalten (Anhang 11.3). Anhand eines Pilotsamples, bestehend aus fünf Transkripten von Interviews mit Befragten aus den verschiedenen Versorgungsformen und mit verschiedenen Qualifikationsniveaus, wurden Trennschärfe, Relevanz und Vollständigkeit des Kodierleitfadens getestet und optimiert sowie den Kategorien orientierende Ankerbeispiele in Form veranschaulichender Zitate zugeordnet. Anhand dessen wurde das gesamte Material kodiert, d. h. die relevanten Segmente wurden regelgeleitet den inhaltlichen Kategorien auf unterster Gliederungsebene zugeordnet. Die Transkripte wurden als Ganzes nacheinander kodiert; das einzelne Interview stellt damit die Auswertungseinheit dar, auf die sich auch die in der Ergebnisdarstellung vorgenommenen sprachlichen Quantifizierungen beziehen (Mayring, 2015, S. 61). Als Kodiereinheit, das kleinste separat kodierbare Textsegment, wurde der Teilsatz festgelegt (ebd.). Als Kontexteinheit und damit als maximaler Umfang einer kodierten Textstelle wurde die gesamte Antwort inklusive der auslösenden Frage gewählt (ebd.). Drei Interviews enthielten relevante Passagen mit uneindeutiger Kategorienzugehörigkeit. Diese wurden von einem zweiten Kodierenden separat kodiert und abweichende Zuordnungen diskutiert (Schreier, 2012, S. 162).

Im nächsten Schritt wurden fallbezogene thematische Zusammenfassungen verfasst, d. h. die teils umfangreichen und komplexen kodierten Segmente innerhalb einer Unterkategorie auf Ebene der Auswertungseinheit, des einzelnen Interviews, hinsichtlich ihrer Kernaussagen zusammengefasst (Kuckartz, 2018, S. 111-115). Diese wurden im Anschluss über verschiedene Settings und Qualifikationsniveaus bzw. Positionen hinweg systematisch verglichen und kategorienweise zur im nächsten Abschnitt folgenden Ergebnisdarstellung verdichtet. Die Häufigkeit der Nennung spezifischer Themen und Aspekte wurde darin sprachlich eingeordnet (bspw. **Einzelmeinung**, **mehrfach berichtet/mehrmals berichtet** (mehr als einmal erwähnt, aber weniger als ca. ein Viertel), **oft berichtet** (ca. ein Viertel bis ein Drittel der Befragten⁴²), **häufig berichtet** (ca. die Hälfte der Befragten), **größtenteils/zum Großteil** (mehr als die Hälfte der Befragten), usw.) und insofern feststellbar auf Unterschiede zwischen den verschiedenen beruflichen Hintergründen hingewiesen. Als Belege für die in der Ergebnisdarstellung aufgeführten Erfahrungen/Einschätzungen/Aussagen wurden jeweils die Interviews angeführt, die mit großer Eindeutigkeit den entsprechenden Inhalten zugeordnet werden konnten. Beispielhaft wurden außerdem Aussagen, in denen die unter einer Kategorie subsumierten Inhalte in besonders prägnanter Form zum Ausdruck kamen, im Wortlaut zitiert.

Die Ergebnisse dieses Auswertungsschritts werden im Folgenden dargelegt. Inhaltlich sind die einzelnen Themenfelder so aufgebaut, dass nach einer Kurzzusammenfassung der Kernaussage

⁴² Bezugsgröße ist nicht immer das Gesamtkollektiv der Befragten, sondern können teilweise auch einzelne Teilgruppen, bspw. Aussteiger*innen sein. Falls das der Fall ist, findet sich ein sprachlicher Hinweis.

– bezogen auf die jeweilige Kategorie – eine detailliertere stichpunktartige Auflistung der Inhalte der Kategorie, unterlegt mit Belegen und Zitaten aus dem Interviewmaterial, erfolgt.

7.1.3 Auswertung der erwerbsbiografischen Erzählungen

Die erwerbsbiografischen Erzählungen in den Einzelinterviews wurden einer separaten Analyse unterzogen. Im Hauptkodierdurchgang wurden sie als eigenständige Kategorie behandelt, um sie im Gesamtverlauf auswerten zu können. Zur Identifikation wurden sowohl formale Kriterien (Vergangenheitsform, temporale Struktur und (Ansätze einer) Strukturierung in funktionale Segmente (Labov & Waletzky, 1966), als auch inhaltliche Kriterien (Aspekte der eigenen Erwerbsbiografie mussten im Vordergrund stehen), herangezogen (Kodierleitfaden, Anhang 11.3).

Der Detailgrad der Erzählungen variierte stark. Zum Teil stellten die Befragten ihren Erwerbsverlauf ohne erkennbare Hinweise auf die dahinterstehenden Motive dar. Ein narrationsanalytisches Auswertungsverfahren wurde deshalb als ungeeignet erachtet, um aus dem gesamten Material die Struktur der erzählten Erwerbsbiografien nach einheitlichem Vorgehen zu extrahieren und gebündelt darzustellen. Es wurde daher ein dem Interviewmaterial angemesseneres Verfahren gewählt: Ein ebenfalls an der Qualitativen Inhaltsanalyse orientiertes, jedoch stärker induktives und quantifizierendes Vorgehen. Im Ergebnis ermöglichte dieser Ansatz die Visualisierung der aggregierten erzählten Erwerbsverläufe und dahinterstehenden Beweggründe/Einflussfaktoren nach Vorbild eines Sankey-Diagramms (Schmidt, 2008). Das Sankey-Diagramm ist eine Sonderform des Flussdiagramms mit erhöhtem Gehalt an quantitativer Information: Die Höhe der Formen sowie die Breite der Pfeile sind proportional zur dargestellten Größe. Diese Eigenschaft wird hier dazu genutzt, Einblick in die Anzahl an Personen zu geben, die von den jeweiligen beruflichen Positionen/Tätigkeiten und Veränderungen berichtet hatten.

Im ersten Schritt erfolgte die induktive Kategorienbildung. Die verschiedenen Positionen und Tätigkeiten in der Erwerbsbiografie sowie die erwähnten Einflussfaktoren und Beweggründe wurden aus dem Interviewmaterial extrahiert und in geeigneter Form zusammengefasst. Bei den Einflussfaktoren und Beweggründen wurde eine feingliedrige Kategorisierung vorgenommen, um die für die verschiedenen erwerbsbiografischen Entscheidungen spezifischen Motivationen in der Visualisierung mit hohem Informationsgehalt darstellen zu können. Tabelle 121, Tabelle 122 und Tabelle 123 (Anhang 11.4) zeigen das Ergebnis.

Im zweiten Schritt folgte die deduktive Kategorienanwendung. Dem Kategoriensystem folgend wurden den erwerbsbiografischen Erzählungen die Übergänge von einer Position in die andere entnommen und tabellarisch festgehalten. Eingetragen wurden jeweils die Ausgangs- und Endposition bzw. Tätigkeit sowie die Beweggründe und Einflussfaktoren, durch für den Verbleib und/oder Übergang in der Erzählung eine Rolle spielten. Besonderheiten und Zusammenhänge, die über das Schema nicht abgebildet werden konnten, wurden in Form von Notizen festgehalten und flossen in die Ergebnisdarstellung ein.

Im dritten Schritt wurde die Visualisierung (Abbildung 90 und

Abbildung 91) erstellt. Dazu wurden die Anzahlen der Personen je Positions- und Übergangskategorie berechnet. Die Höhe der dunkelblauen, schwarzen und rotvioletten Rechtecke bildet dabei die Anzahl der Befragten ab, die davon erzählt hatten, die jeweilige Position innegehabt zu haben oder weiterhin

innezuhaben. Bei parallelen beruflichen Tätigkeiten in unterschiedlichen Kategorien floss die Person mehrfach ein. Die hellgrauen Pfeile folgen derselben Logik: Ihre Breite zeigt die Anzahl der Befragten, in deren Erzählungen sich ein Übergang vom jeweiligen Anfangs- zum jeweiligen Endpunkt des Pfeils fand. Auch die Aufnahme einer zusätzlichen Tätigkeit gilt dabei als Übergang, um die Zahl der Personen je Übergangsbewegung korrekt abbilden zu können.

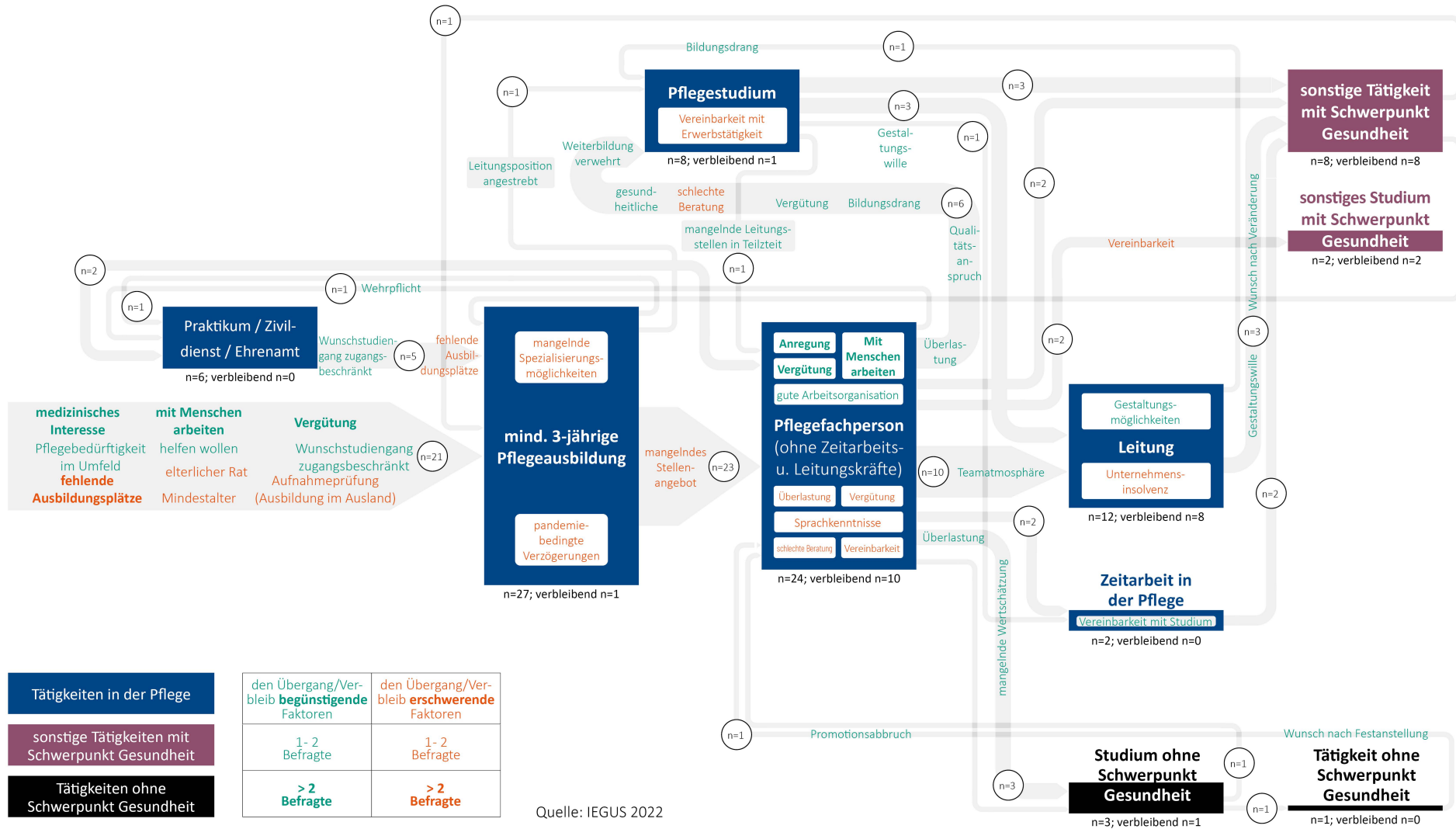
Die Positionen und Übergängen wurden mit den extrahierten Gründen/Faktoren beschriftet, die den Verbleib oder Übergang begünstigten (türkise Schrift) oder erschwerten (orangene Schrift). Die Schrifttype (Fettdruck/kein Fettdruck) gibt Einblick in die Anzahl der Befragten, die den jeweiligen Grund/Faktor in diesem Kontext nannten. Um die Komplexität der Abbildung zu reduzieren, werden die Berufsbiografien von Regeleinsteiger*innen und Quereinsteiger*innen getrennt dargestellt.

7.2 Erwerbsbiografische Erzählungen

Beginnend mit der Analyse der erwerbsbiografischen Erzählungen werden im Folgenden die Ergebnisse der Interviewauswertung dargestellt und erläutert.

Abbildung 90: Einflussfaktoren und Beweggründe in den Erwerbsbiografien der interviewten Regeleinsteiger*innen

Einflussfaktoren und Beweggründe in den Erwerbsbiografien der interviewten **Regeleinsteiger*innen** (n = 27)

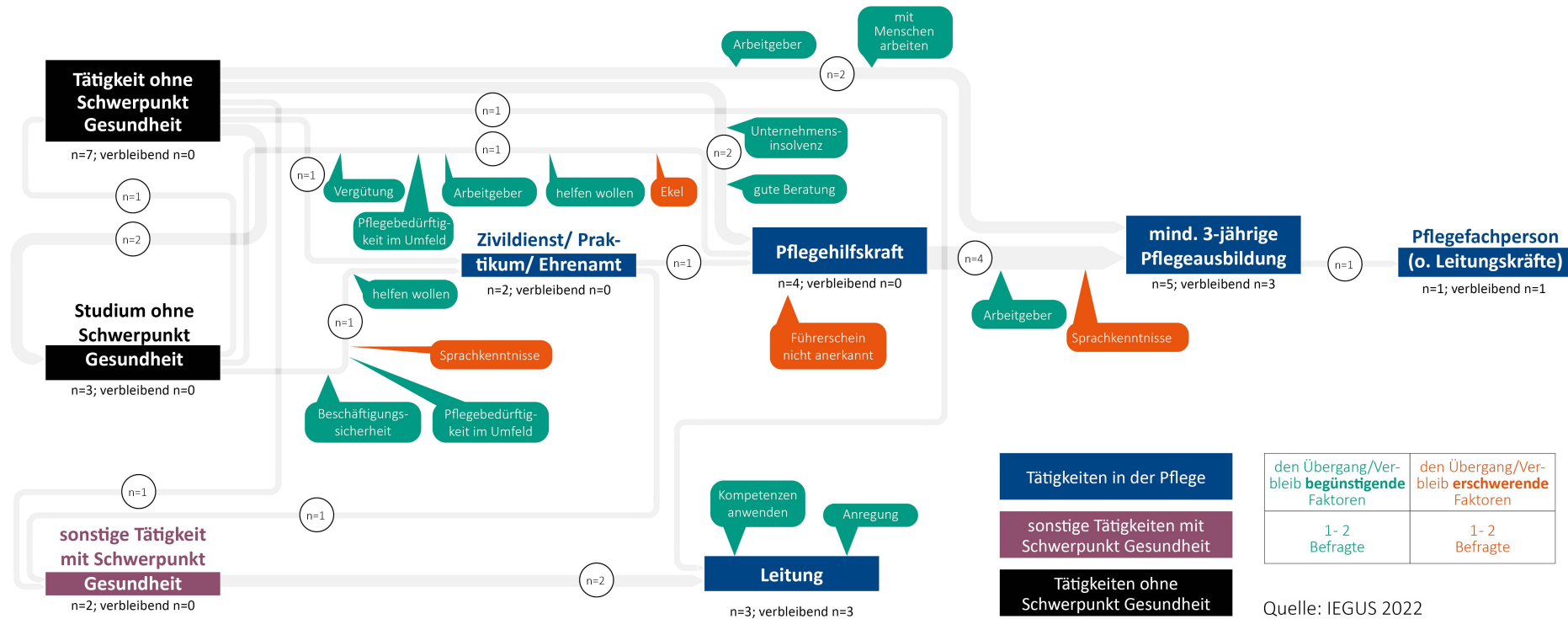


Beispiel zum Lesen dieser Grafik:

Der Kasten „Praktikum/ Zivildienst/Ehrenamt“ spiegelt in seiner Höhe die Anzahl der Befragten wider, die davon erzählt hatten, ein Praktikum, den Zivildienst oder eine ehrenamtliche Tätigkeit in der Pflege ausgeübt/absolviert zu haben (n=6). Die von dieser Box ausgehenden Pfeile zeigen die Befragten, die im Anschluss oder parallel dazu andere Tätigkeiten ausgeübt haben. Eine Person nahm eine Tätigkeit als Pflegefachperson auf. Fünf Personen gingen in die mindestens dreijährige Fachkraftausbildung. Dieser Übergang wurde bei 1-2 Befragten dadurch begünstigt, dass sie keinen Zugang zu ihrem Wunschstudiengang hatten. Bei 1-2 Befragten wurde er durch den Mangel an Ausbildungsplätzen erschwert.

Abbildung 91: Einflussfaktoren und Beweggründe in den Erwerbsbiografien der interviewten Quereinsteiger*innen

Einflussfaktoren und Beweggründe in den Erwerbsbiografien der interviewten **Quereinsteiger*innen** (n = 8)



Die Mehrheit der Regeleinsteiger*innen (n=21) startete direkt mit der dreijährigen Ausbildung in den Beruf. Fünf Regeleinsteiger*innen stiegen über ein Praktikum, den Zivildienst oder eine ehrenamtliche Tätigkeit in die Pflege ein. Die Quereinsteiger*innen fanden aus den unterschiedlichsten Richtungen ihren Weg in die Pflege und waren zuvor bspw. im Einzelhandel oder in der Metallverarbeitung tätig. Im Gegensatz zu den Regeleinsteiger*innen war hier nur für eine Minderheit (n=2) die Ausbildung zur Pflegefachperson die erste Tätigkeit in der Pflege. Drei Befragte stiegen über eine Hilfskrafttätigkeit ein; drei Befragten gelang der Quereinstieg direkt in die Leitungsebene.

Der am häufigsten genannte Grund für den Einstieg in die Pflege war bei Regel- wie bei Quereinsteiger*innen der Wunsch, mit Menschen zu arbeiten. Auch die Erfahrung von Pflegebedürftigkeit im persönlichen Umfeld kam in beiden Personengruppen als Auslöser der beruflichen Orientierung in Richtung Pflege vor, insbesondere bei den Quereinsteiger*innen.

Bei den Regeleinsteiger*innen spielte darüber hinaus das medizinische Interesse eine wichtige Rolle bei der Berufswahl. Für die meisten Befragten, für die das medizinische Interesse leitend war, war die Pflege nicht der primäre Berufswunsch, sondern andere Gesundheitsberufe, insbesondere der Arztberuf. Die Entscheidung zur Pflegeausbildung fiel in diesem Fall aus finanziellen Gründen, wegen des fehlenden Zugangs zum Studium oder weil die Befragten in ihrem Wunschberuf keinen Ausbildungsplatz fanden. Für zwei Regeleinsteiger*innen war der Rat der Eltern ein Auslöser des Berufseinstiegs, jedoch schilderte auch eine Befragte, dass ihre Eltern ihr aufgrund der Arbeitszeiten vom Pflegeberuf abgeraten hätten. Das am häufigsten genannte Hindernis beim Regeleinstieg war der Mangel an Ausbildungsplätzen.

Während die Regeleinsteiger*innen überwiegend aus Eigeninitiative in die Pflege einstiegen, spielte bei den Quereinsteiger*innen häufig die Arbeitgeberinitiative oder die Beratung durch die Bundesagentur für Arbeit eine Rolle. Quereinsteiger*innen berichteten häufiger von Hindernissen beim Berufseinstieg, die mit dem Zuzug nach Deutschland verbunden waren. Die Vergütung wurde in dieser Gruppe unterschiedlich bewertet: Eine zuvor berufstätige Befragte bewertete die Ausbildungsvergütung negativ, während für eine Befragte, die ihr Studium aus finanziellen Gründen abbrechen musste, die Vergütung ein wichtiger Grund für ihre berufliche Neuorientierung war.

Ihre berufliche Tätigkeit in der Pflege schilderten mehrere Befragte als spannend und abwechslungsreich und schätzten es, mit Menschen arbeiten zu können. Andererseits wurde von Überlastung, mangelnden Gestaltungsmöglichkeiten, Vereinbarkeitsproblemen und Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Zuzug nach Deutschland berichtet. Teilweise führten diese Belastungen zu einer beruflichen Umorientierung weg von der Pflegepraxis in Richtung Studium oder Leitungstätigkeit. Die meisten Aussteiger*innen blieben der Gesundheitsbranche verbunden, was jedoch teilweise auf die Akquisestrategie bei der Gewinnung der Interviewpartner*innen zurückzuführen ist.

Eine Befragte berichtete von für sie unzureichenden Spezialisierungsmöglichkeiten während der Ausbildung. Sie habe in der Kinderkrankenpflege arbeiten wollen und sich durch die Ausbildung „gequält“, in der sie in der Erwachsenenpflege arbeiten musste. Dort seien die Arbeitsbedingungen deutlich schlechter gewesen. Zwei Befragte berichteten von negativen Erfahrungen mit den bestehenden Berufsberatungsangeboten. Eine Person, die aus gesundheitlichen Gründen nicht länger in der Pflegepraxis tätig sein konnte, habe eine Umschulung empfohlen bekommen, die sie als nicht zukunftssicher bewertete. Eine nach Deutschland zugezogene Pflegefachperson mit entsprechenden

Erfahrungen wollte in Deutschland in der Intensivpflege oder im Operationsdienst tätig werden; ihr sei jedoch von der Arbeitsagentur gesagt worden, sie könne nur in der stationären Altenpflege tätig werden. Beide konnten durch Eigeninitiative einen für sie zufriedenstellenden Weg einschlagen.

7.3 Einflüsse auf erwerbsbiografische Entwicklungen (nicht-narrativ)

Im Folgenden werden die Inhalte der Kategorie **Einflüsse auf erwerbsbiografische Entwicklungen** (nichtnarrativ) dargestellt. Im Fokus liegen zunächst Faktoren, die aus Sicht der Befragten den Berufseinstieg bzw. einen Quereinstieg beeinflussen können.

7.3.1 Berufseinstieg/Quereinstieg

Gründe für den Berufseinstieg/Quereinstieg beinhalten intrinsische (individuelle Eigenschaften, Werte, Vorstellungen usw.) und extrinsische (äußere Rahmenbedingungen) Auslöser, sowie Berührungspunkte und Erfahrungen mit pflegerischen Tätigkeiten im privaten oder beruflichen Kontext (bspw. pflegebedürftige Person in der Familie, Freiwilliges Soziales Jahr).

Gründe und Strategien, die nach Aussage der befragten beruflich Pflegenden zu einem Berufseinstieg bzw. Quereinstieg in die Pflege führen können, basieren darauf, dass die Interessierten einen realistischen Einblick und positive Erfahrungen in Bezug auf die Tätigkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten im Rahmen des Pflegeberufs sammeln oder aber sich durch positive Erfahrungsberichte von relevanten Peers beeinflussen lassen können. In diesem Zusammenhang trägt auch eine betriebliche Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Interessierten und Mitarbeitenden zur Attraktivität und Entscheidungsfindung bei. Vor allem die Themen Vereinbarkeit, die Möglichkeit des Aufbaus sozialer Beziehungen zu Patient*innen/Bewohner*innen und Kolleg*innen, sowie (Weiter-) Entwicklungsmöglichkeiten sind als attraktive Merkmale des Arbeitsplatzes Pflege hervorzuheben. Weniger relevant scheint die Höhe des Gehalts bei der Entscheidung für den Einstieg in den Pflegeberuf zu sein.

Als intrinsische Gründe für den Berufs-/Quereinstieg in die Pflege werden Faktoren in Verbindung mit der Möglichkeit des Beziehungsaufbaus mit Patient*innen, der Zusammenarbeit in einem Team, fachlichen Interessen sowie die Sinnhaftigkeit der Pfl egetätigkeit genannt, die die Entscheidung für den Einstieg in die Pflege beeinflusst haben.

Intrinsische Gründe für den Berufseinstieg/Quereinstieg	Interview-Code (Auswahl)
Interesse an sozialen, psychologischen und medizinischen Tätigkeitsbereichen	Int12, Int27, GD00

Möglichkeit des Beziehungsaufbaus mit Patient*innen, Führung, Schulung der Patient*innen	Int06, Int07, Int15, Int19, Int20, Int22
Zusammenarbeit im Team als wichtiger Anreiz	Int17, Int19, Int22
Helfersyndrom als persönliches Attribut, Menschen helfen wollen	Int03, Int04, Int06, Int15, Int20, Int25, Int28, Int30, Int32
Wunsch nach Abwechslung im Beruf	Int13, Int32
Sinnhaftigkeit eines Berufes, gebraucht werden als Anforderung an eine erfüllende Tätigkeit	Int06, Int14, Int29, Int34, GD02
Etwas Praktisches machen wollen	Int12

Als **extrinsische Gründe** für den Berufs-/Quereinstieg in die Pflege werden Faktoren **in Verbindung mit der Sicherheit des Arbeitsplatzes, Flexibilität, Ansehen und Weiterentwicklungsmöglichkeiten** genannt, die die Entscheidung für den Einstieg in die Pflege beeinflusst haben.

Extrinsische Faktoren, die den Einstieg bedingen können, beziehen sich auf die folgenden Aspekte:

Extrinsische Gründe für den Berufseinstieg/Quereinstieg	Interview-Code (Auswahl)
Krisensicherheit des Berufs und gute Arbeitsmarktsituation	Int01, Int03, Int05, Int12, GD02
Flexibilität durch Schichtdienst	Int03, Int07, Int12
Verdienstmöglichkeiten im Vergleich zu anderen Berufen werden vor allem von befragten Quereinsteiger*innen bspw. aus dem Einzelhandel als besser wahrgenommen...	Int34
...aber insgesamt wird die Vergütung selten als Hauptauslöser/Grund für den Einstieg in den Pflegeberuf angesehen	Int28, GD02
Aus Sicht von befragten Quereinsteiger*innen: Pflegeberuf im Vergleich zum Einzelhandel weniger körperlich anstrengend und weniger Überstunden notwendig	Int31, Int34
Hohes gesellschaftliches Ansehen des Pflegeberufs, Wertschätzung durch An- und Zugehörige	Int04, Int08, Int34
viele Weiterentwicklungsmöglichkeiten/Zukunftsperspektiven	Int03, Int05, Int29

Möglichkeit sichtbare Veränderung bei den zu pflegenden Personen zu bewirken	Int14
---	-------

Berufsbiografische Auslöser, die einen Einstieg in die Pflege bei den Befragten unterstützt haben oder diesen aus Sicht der Befragten unterstützen können, beziehen sich auf **vorherige Berührungspunkte oder Erfahrungen mit pflegerischen Tätigkeiten** (beruflich oder privat) im entsprechenden Bereich.

Berufsbiografische Auslöser für einen Einstieg in die Pflege	Interview-Code (Auswahl)
(Quer-)Einstieg durch Erfahrungsaustausch mit Freunden/Bekanntem aus Pflege/ Mund-zu-Mund-Propaganda	Int01, Int09, Int13, Int23, Int34
gutes Team als Grund für Einstieg/Weiterentwicklung	Int18
Erfahrungen/Eindrücke durch Aufenthalte im Krankenhaus, Pflege von Angehörigen usw.	Int04, Int14, Int22, Int33, GD00
Einstieg nach Praktikum, Freiwilligem Sozialen Jahr (FSJ), Zivildienst usw.	Int03, Int05, Int07, Int08, Int19, Int22, Int23, Int27, Int32
Helferausbildung als Einstieg, Kennenlernen von Weiterentwicklungsoptionen während der Tätigkeit	Int07, Int18

Strategien/Erfahrungen bei der Gewinnung von Berufs-/Quereinsteiger*innen stehen in Verbindung mit einem praxisnahen Bild des Pflegeberufs und professioneller Weiterentwicklung.

Basierend auf den Gründen für den (Quer-)Einstieg in den Pflegeberuf können in über der Hälfte der Interviews, Aussagen identifiziert werden, die darauf hindeuten, dass zur Gewinnung von mehr Personal für die Pflege die Darstellung eines positiven und gleichzeitig realistischen Bildes der Pflege und ihrer Tätigkeiten notwendig ist. Das betrifft einerseits die mediale Kommunikation, andererseits aber auch die interne Darstellung beispielsweise in der Zusammenarbeit mit Praktikant*innen, FSJler*innen usw. Kritisiert wird in dem Zusammenhang, dass der Pflegeberuf häufig von beruflich Pflegenden selbst „*schlecht geredet*“ (bspw. Int22, Leitungskraft, Krankenhaus) wird und dieser sich in der Folge bspw. für Praktikant*innen nicht (mehr) als attraktiver Beruf darstellt. Die Verantwortung für ein positiveres Bild wird demzufolge auch innerhalb der Berufsgruppe gesehen.

Konkrete Strategien, welche die Befragten sich vorstellen können oder bereits selbst genutzt haben, betreffen einerseits Möglichkeiten, die einen umfassenden Einblick in die Pflege ermöglichen, wie bspw. Jahrespraktika, und andererseits Strategien, die auf die Gewinnung von neuem Personal durch berufliche und private Netzwerke setzen. Aktuell erfolgt eine erfolgreiche Rekrutierung kaum über

klassische Stellenanzeigen, sondern über **Mund-zu-Mund Propaganda, Erfahrungsberichte** und eigene Erfahrungen. Den Beruf an sich und entsprechende Unternehmen positiv darzustellen ist aus diesem Grund unbedingt notwendig (bspw. Int06, Int13). Aufstiegs- und Karriereöglichkeiten durch **Erweiterung von Kompetenzen und Professionalisierung** können die Attraktivität des Pflegeberufs für Berufsein- und Quereinsteiger*innen unterstützen (bspw. Int18, GD02).

Zur **Steigerung der Attraktivität des Arbeitsplatzes Pflege für Berufs- und Quereinsteiger*innen** können und sollten die beruflich Pflegenden selbst durch ein **positives und realistisches Bild** beitragen (bspw. Int06, Int16, Int20, Int22, GD01).

Steigerung der Attraktivität durch positivere Darstellung in der Außenwahrnehmung	Interview-Code (Auswahl)
Aufklärung über wirkliche Tätigkeitsbereiche innerhalb der Pflege: Pflege ist „nicht nur Popos abputzen“	Int33
Aufzeigen von (Weiter-)Entwicklungsmöglichkeiten	Int19, Int31
Herausstellung der Krisensicherheit des Arbeitsplatzes Pflege	Int19
Bereitstellung eines modernen Arbeitsplatzes durch bspw. den Einsatz von digitalen Technologien	GD02
Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben muss ermöglicht werden (sowohl finanziell als auch zeitlich gesehen)	Int05, Int16, Int24
Gesetzliche Berücksichtigung der Kenntnisse von medizinischen Assistenzberufen , wie bspw. Arzthelfer*in Bezug auf die Vergütung und den Einsatz in Pflegesettings → medizinische Grundkenntnisse ähneln denen der beruflich Pflegenden, nur Pflege und Betreuung müsste angelernt werden	Int32

Konkrete Strategien zur Umsetzung:

Konkrete Strategien zur Umsetzung	Interview-Code (Auswahl)
Angebot von Schnuppertagen/-wochen, (Jahres-)Praktika und FSJ , auch für Erwachsene und positive Kommunikation über Pflegeberuf während der Betreuung der Praktikant*innen usw.	Int06, Int09, Int21, Int24, Int28, Int29
Netzwerkarbeit , z. B. durch niedrigschwellige Kooperationen mit Jobcentern	Int06, Int09, Int21, GD00

Arbeitgebermarke schaffen mit Fokus auf individuelle Bedürfnisse von Mitarbeitenden	Int06
Kulturelle Arbeit zur Rekrutierung von internationalen beruflich Pflegenden, Geflüchteten usw.	Int08, GD01
Bedürfnisgerechte Ansprache konkreter Zielgruppen <ul style="list-style-type: none"> ○ Schüler*innen ○ Studierende (z. B. Medizin, Soziale Arbeit, Ingenieurwesen) ○ Angehörige ○ Service- und Assistenzkräfte ○ Berufsgruppen aus dem Dienstleistungsbereich, die während der Pandemie ihre Arbeit nicht weiter ausführen konnten 	Int08, Int09, Int14, Int21, Int22, Int29
Nutzung von sozialen Medien zur positiven Außendarstellung des Pflegeberufs	Int09, Int33
Umsetzung von TV-Serien, die ein realistisches Bild vermitteln	Int33

7.3.2 Vollzeit/Teilzeit

Die genannten Gründe für die Wahl verschiedener Arbeitszeitmodelle betreffen hauptsächlich die Faktoren Entlastung, Vereinbarkeit und höhere Flexibilität beim Personaleinsatz.

Die Gründe für die Ausübung einer Teilzeitbeschäftigung konzentrieren sich auf die fehlende Erholungszeit bei einer Vollzeitbeschäftigung, die Möglichkeit Beruf und Familie besser zu verbinden, sowie dass keine lukrativen finanziellen Anreize für eine Vollzeittätigkeit vor allem in Verbindung mit der fehlenden Erholungszeit vorhanden sind. Außerdem können auch betriebliche Gründe bei der Wahl des Arbeitsmodells eine Rolle spielen. So setzen einige Arbeitgeber auf eine höhere Kopfanzahl, um flexibler auf Ausfälle reagieren zu können und bieten daher keine Vollzeittätigkeiten an. Auch gibt es Setting-spezifische Ursachen, die dazu führen, dass eine Teilzeittätigkeit ausgeübt wird.

Auf der anderen Seite ist die Wahl einer Vollzeittätigkeit häufig damit verbunden, sich beruflich weiterzuentwickeln und finanzielle Sicherheiten aufzubauen. Erwähnt wird auch, dass diese Personen häufig keine Kinder haben.

Im Folgenden sind die Gründe, die über die Gesamtzahl der Interviews und Gruppendiskussionen hinweg sehr präsent waren, dargestellt und mit einer Auswahl an Interviews belegt.

Gründe für die Wahl verschiedener Arbeitszeitmodelle	Interview-Code (Auswahl)
Hohes Arbeitspensum und fehlende Erholungszeit Gründe für die Wahl eines Teilzeitmodells:	Int01, Int07, Int08, Int13, Int15, Int16, Int18, Int19, Int22, Int26, Int27, Int28,

<ul style="list-style-type: none"> ○ Arbeitsumfang durch Überstunden bereits auf Vollzeitniveau ○ keine ausreichende Erholungs- und Freizeit in Vollzeit ○ mangelnde Planbarkeit ○ hohe körperliche und psychische Belastung ● --> Belastung bei Teilzeit z. T. bereits so hoch, dass Vollzeit nicht erwogen wird 	<p>Int29, Int30, Int31, Int32, Int33 GD00, GD03</p>
<p>Vereinbarkeit mit der Familie, Privatleben usw.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Teilzeit auf Grund von Kinderbetreuung, Vereinbarkeit mit der Familie <ul style="list-style-type: none"> ▪ häufig Mütter, klassisches Rollenbild ▪ wollen trotz Betreuungsoption bei Kindern bleiben --> Familie hat Vorrang ○ Vollzeitkräfte haben meist keine Kinder ○ Teilzeit zur besseren Vereinbarkeit mit einem Studium 	<p>Int02, Int03 Int04, Int06, Int10, Int12, Int13, Int24, Int28, Int29, Int32, Int34, GD04</p>
<p>Finanzielle Gründe</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verdienst nicht angemessen für Arbeitsumfang bei Vollzeit ○ Verdienst in Teilzeit (70-80 Prozent Arbeitszeit) wird als ausreichend für Lebensunterhalt wahrgenommen ○ Teilzeit, da Partner mehr verdient ○ keine Vollzeit, da Verdienst nicht ausschlaggebend höher --> Überstunden, Schichtzulagen und Zusatzurlaubstage in Teilzeit rentieren sich mehr als eine Vollzeitstelle 	<p>Int04, Int19, Int22, Int25, GD01, GD04</p>
<p>Betriebliche Gründe</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Teilzeit häufig vom Arbeitgeberseite gewünscht: höhere Kopfanzahl, höhere Flexibilität <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeit kann nicht erledigt werden ohne weitere Köpfe ▪ Kompensation von Krankheitsausfällen ▪ Umsetzung familienfreundlicher Dienstzeiten ○ kaum Vollzeitstellen in der ambulanten Pflege 	<p>Int01, Int05, Int06, Int20, Int23, Int27 GD00</p>
<p>Setting-spezifische Gründe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>ambulant</u>: Teilzeit, damit man Dokumentation, Pflegeplanung usw. nach der direkten Pfl egetätigkeit in der ambulanten Pflege besser erledigen kann ○ <u>ambulant</u>: Vollzeitbeschäftigung wird als eher schwierig wahrgenommen, da Tätigkeiten sich auf kürzere Zeitspannen morgens und abends konzentrieren; anspruchsvolle Pflege bei Schwerstpflegebedürftigen acht Stunden am Stück wird als „schon `ne Nummer“ (Int29, Leitungskraft, ambulant) beschrieben ○ <u>ambulant</u>: Viele Teildienste auch bei Vollzeit werden als stressauslösend eingeordnet 	<p>Int17, Int20, Int23, Int25, Int29, Int31</p>

Gründe für Vollzeittätigkeit	Interview-Code (Auswahl)
<ul style="list-style-type: none"> ○ Weiterentwicklung und/oder Aufbau finanzieller Sicherheit ○ zeitliche Flexibilität von beruflich Pflegenden, die keine Kinder haben 	Int04, Int19, Int26, Int34

Strategien zur Erhöhung der Arbeitszeit beinhalten Anpassungen der Ablaufplanung und die individuelle Planbarkeit der Arbeitszeiten.

Strategien, um eine Vollzeittätigkeit für beruflich Pflegende attraktiver zu machen, sind in Verbindung mit der Veränderung der Ablaufplanung, der Flexibilisierung von Arbeitszeiten bzw. der Etablierung geregelter/fester Arbeitszeiten, dem Personalschlüssel sowie finanzieller Anreize denkbar. Auch die Ermöglichung von Vereinbarkeit mit dem Privatleben durch Betriebs-Kitas, bzw. an die Schichtarbeit angepasste Kita-Zeiten, werden genannt.

Erwähnt wird aber, dass die Gründe für den Eintritt in die Teilzeitarbeit entscheidend für Strategien zur Erhöhung der Arbeitszeit sind: Nur wenn damit die ursächliche Intention zur Teilzeitarbeit hinfällig wird, kann sich eine Erhöhung der Arbeitszeit attraktiver für die beruflich Pflegenden darstellen. Z. B. wird von einigen Befragten erläutert, dass vor allem Mütter eine Teilzeitbeschäftigung wählen, um mehr Zeit mit ihrer Familie zu verbringen. Eine Rückkehr in eine Vollzeittätigkeit wird an der Stelle als unwahrscheinlich eingeschätzt, auch bei entsprechenden Maßnahmen.

Nachfolgend sind die möglichen Strategien aufgelistet, die sich Befragte in Einzelinterviews und Gruppendiskussionen vorstellen konnten oder mit denen sie bereits eigene Erfahrungen gemacht haben. Große Unterschiede hinsichtlich der verschiedenen Settings waren nicht auffällig, dennoch ist es sinnvoll, die einzelnen Maßnahmen auf den jeweiligen Pflegekontext anzupassen.

Dargestellt werden an dieser Stelle die relevanten Nennungen.

Erhöhung der Arbeitszeit durch Veränderung der Ablaufplanung	Interview-Code (Auswahl)
Veränderung der Arbeitsorganisation durch Entzerren der Spitzen , bspw. nicht alle Bewohner*innen müssen innerhalb einer festgelegten Zeit gewaschen sein	Int01, GD00
Beim Neubau eines Pflegeheims bereits Aspekte in Bezug auf Arbeitsorganisation/Ablaufplanung berücksichtigen : „ <i>Wie baut man das? Welche Größe? Wie optimiere ich da diesen Einsatz?</i> “	GD00
Möglichkeiten zur Weiterbildung oder andere patientenferne Tätigkeiten als Teil des Stellenprofils ansehen, und somit innerhalb der Arbeitszeiten ermöglichen	Int07
Umstrukturierung der Aufgabenteilung auf Station, z. B. Einbindung von Hilfskräften zur Entlastung, Delegation von Aufgaben,	Int01, Int30

Übernahme von Zwischendiensten, Fokus auf Erfüllung von Vorbehaltsaufgaben	
Möglichkeit der Erledigung von patientenfernen Tätigkeiten im Homeoffice	Int24

Erhöhung der Arbeitszeit durch Flexibilisierung der Arbeitszeiten	Interview-Code (Auswahl)
Flexible Arbeitszeiten: Flexibles Planen der Arbeitstage/-zeiten zur besseren Vereinbarkeit	Int01, Int08, Int11
An Arbeitsaufkommen angepasste und flexible Arbeitszeitmodelle , z. B.: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflegefachpersonen mit 35 Stunden Vollzeit und WBL, PDL usw. mit 40 Stunden Vollzeit ○ Reduzierung der Vollzeitarbeitszeit ○ individuelles Eingehen auf Wünsche der Mitarbeitenden ○ sogenannte Flexipools für Eltern, Studierende: Halbjahreskonto, das bis zum Ende des Halbjahres ausgeglichen sein muss. Dies ermöglicht individuelle Planung der Arbeitszeiten ○ <u>ambulant</u>: „Mütter-Väter-Runden“ → individuell angepasste Arbeitszeiten für Eltern ○ Pool-Lösungen im Krankenhaus: individuelle Umsetzung von Arbeits- und Urlaubszeiten, aber Einsatz auf unterschiedlichen Stationen ○ 9-10 Stunden-Schicht und dafür einen Tag mehr frei (Gleitzeit) 	Int06, Int08, Int11, Int20, Int21, Int33
Staffelung des Schichtbeginns durch bspw. unterschiedliche Startzeiten für Frühdienst, um Vereinbarkeit mit familiären Aufgaben zu ermöglichen	Int30

Erhöhung der Arbeitszeit durch geregelte und planbare Arbeitszeiten	Interview-Code (Auswahl)
Geregelte und planbare Arbeitszeiten: „Ganz normal eine 5 Tage Woche, das müsste machbar sein“ (Int31, Auszubildende*r, ambulant)	Int22, Int31
Fest eingeplante freie Tage	Int13, Int16

Erhöhung der Arbeitszeit durch Anpassung des Personalschlüssels	Interview-Code (Auswahl)
<p>Mehr Personal (v. a. auch in Vollzeit), um mehr planbare Freizeit/Wochenenden zu haben:</p> <p><i>„Wenn ich halt nicht so belastet bin während meiner Arbeitszeit, dann kann ich mir teilweise auch vorstellen, mehr davon zu machen.“</i> (Int07, ausgestiegen, Krankenhaus)</p>	Int07, Int13, GD00
<p>Änderung der Patientenschlüssel: Limitierung der Patient*innen pro Pflegefachperson</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Untergrenzen müssen eingehalten werden → Erfahrung mit „Schummeleien“ im Stationsalltag → Assistenzkräfte werden im Dienstplan aufgeführt, um mehr Patient*innen versorgen zu können, obwohl zu wenig Pflegefachpersonen vorhanden sind 	Int16, Int30, GD03
<p>Dienste mit bis zu elf Tagen am Stück im Notfall sollten nicht mehr geplant werden, da durch Personalmangel Notfallzustand im Prinzip dauerhaft gegeben ist → Dienste wären nicht mehr so stark belastend, wenn mehr Personal vor Ort wäre</p>	Int16

Erhöhung der Arbeitszeit durch Sicherstellung der Vereinbarkeit mit dem Privatleben	Interview-Code (Auswahl)
Vereinbarkeit mit der Familie ist eine Rahmenbedingung	Int07
Betriebskita	Int34
Passende Kita-Zeiten bzw. für die Kita angepasste Arbeitszeiten usw.	Int08, Int14

Erhöhung der Arbeitszeit durch Anpassung der Vergütung	Interview-Code (Auswahl)
Besserer Lohn als Anreiz für Vollzeitbeschäftigung	Int33
Bei Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten daran angepasste Vergütung	Int30
Freizeit ist wichtiger als Geld	Int13
Erhöhung auf Vollzeit möglicherweise nur mit Erhöhung der Vergütung für Vollzeitbeschäftigung sinnvoll → auslösende Gründe für Teilzeit sind ausschlaggebend , ob eine Erhöhung der Arbeitszeit in Betracht gezogen wird.	Int28

Erhöhung der Arbeitszeit durch Optimierung der Multiprofessionellen Zusammenarbeit	Interview-Code (Auswahl)
Einhaltung von Absprachen in der interprofessionellen Zusammenarbeit mit Ärzten, insgesamt Optimierung der multiprofessionellen Zusammenarbeit mit Ärzt*innen und Therapeut*innen zum Wohle der Patient*innen	Int15, Int22

7.3.3 Zeit- und Leiharbeit

Erfahrungen/Gründe für den Einstieg in die Zeit- und Leiharbeit beinhalten die Bereiche Vergütung, Arbeitszeiten und Arbeitsaufgaben.

Als die hauptsächlichen Gründe und Motivationsfaktoren, die einen Eintritt in die Zeit- und Leiharbeit bedingen können, werden von den Befragten die bessere Planbarkeit der Dienstzeiten, eine bessere Vergütung und der ausschließliche Fokus auf die Pflegeaufgabe ohne Dokumentations- und Auffüllaufgaben (bspw. Regale, Medikamente usw.) eingeschätzt. Gründe, die entgegen einem Einstieg in die Leiharbeit stehen, sind an der Stelle vor allem die fehlende Einbindung in ein Team und die fehlenden Routinen, sowie fehlende Kenntnisse über Stations-/Arbeitsabläufe in fremden Einrichtungen. Dies wird über die Interviews hinweg, neben der hohen Einarbeitungszeit für Zeit- und Leiharbeiter*innen, als Risiko für die Aufrechterhaltung der Qualität der Pflege eingeordnet.

Nachfolgend werden Erfahrungen und teilweise auch die von den Befragten angenommenen Gründe, die mit einem Einstieg in die Zeit- und Leiharbeit zusammenhängen, aufgezählt. Miteinbezogen sind sowohl die Motivationsfaktoren, die für einen Einstieg sprechen, als auch die Faktoren, die dem aus Sicht der Befragten entgegenstehen könnten. Weiterhin sind Erfahrungen aus der Praxis in der Zusammenarbeit mit oder als Zeit- und Leiharbeiter*in aufgeführt.

Gründe/Motivation für Einstieg in die Zeit- und Leiharbeit	Interview-Code (Auswahl)
Möglichkeit, den eigenen Dienstplan zu gestalten , flexibler zu sein sowie individuell ausgerichtete feste Arbeitszeiten zu haben	Int05, Int07, Int08, Int10, Int13, Int14, Int15, Int20, Int30, Int34, GD00
Erhalt einer (viel) besseren Vergütung und weiteren Leistungen (bspw. Firmenwagen) im Vergleich zu einer Festanstellung	Int05, Int07, Int08, Int10, Int14, Int15, Int16, Int19, Int24, Int30, Int34
Keine Übernahme von pflegefremden Tätigkeiten im Stationsablauf: Dokumentation, Auffüllaufgaben, Medikamentenbestellung usw.	Int05, Int07, Int08, Int11, Int16, Int27, Int28, Int32, GD01
Weniger zusätzliche Belastung durch angespannte Teamatmosphäre und emotionale Bindungen zu Patient*innen/Bewohner*innen	Int08, Int11, Int28, Int29, Int30
Möglichkeit verschiedene Erfahrungen zu sammeln, Abwechslung zu haben oder auch Arbeit und Reisen zu verbinden:	Int11, Int12, Int22, Int24, Int26, Int33

<p>„Man kann das vielleicht kombinieren mit ein bisschen Reisen, ein bisschen Arbeiten – dann hat man von allem ein bisschen Vergnügen.“ (Int33, Auszubildende*r, stationäre Langzeitpflege)</p>	
<p>Möglichkeit für einen niedrigschwelligen Einstieg in Zeit- und Leiharbeitsfirmen: flache Hierarchien, Kommunikation auf Augenhöhe und Phasen der Arbeitslosigkeit können im Gegensatz zum Einstieg in andere Einrichtungen ohne viel Zeitverzögerung überbrückt werden:</p> <p>„Das Uniklinikum ist jetzt eine bürokratische Krake, das heißt die Wiedereinstellung von mir hätte Wochen gedauert und ich wollte aber nicht wochenlang arbeitslos sein, kein Geld bekommen, (...) und ich hab die Leiharbeit angerufen und die meinten, ja wollen Sie vorbeikommen und den Vertrag unterschreiben, Sie können heute Abend anfangen zu arbeiten, wenn sie Bock haben.“ (Int08, ausgestiegen, Krankenhaus)</p>	<p>Int06, Int08, GD00</p>

Erfahrungen mit Leiharbeit in Einrichtungen/Betrieben	Interview-Code (Auswahl)
<p>Hohe Einarbeitungszeit notwendig, da Zeit- und Leiharbeitende Abläufe usw. nicht kennen</p>	<p>Int02, Int03, Int13, Int16, Int34</p>
<p>Weniger gute Erfahrungen mit der Qualität der Arbeitsleistung von Zeit- und Leiharbeitnehmenden:</p> <p>„Ich hatte jetzt schon mehrere Kollegen, die dann kamen und wirklich keine gute Arbeit gemacht haben oder die dann nach kurzer Zeit wieder aufgehört haben.“ (GD01, Leitungskraft, ambulant)</p> <p>→ kann Unzufriedenheit bei Kund*innen und Mitarbeitenden erhöhen</p>	<p>Int06, GD01</p>
<p>Gefahr: eigene Mitarbeitende lernen Zeit- und Leiharbeit kennen und bewerten sie als attraktiver im Vergleich zur Arbeit im bestehenden Betrieb, vor allem in der ambulanten Pflege</p>	<p>Int06</p>

Gründe NICHT in die Zeit- und Leiharbeit einzusteigen	Interview-Code (Auswahl)
<p>Fehlende Teamzugehörigkeit</p>	<p>Int13, Int22, Int29, Int32)</p>
<p>Fehlende Routinen, da Stationsabläufe, Einrichtungen und Teams nicht bekannt sind</p>	<p>Int13, Int31</p>
<p>Stressauslösend: sich immer auf neue Kontexte einstellen zu müssen</p>	<p>Int14</p>

Strategien/Einschätzungen zur Eindämmung der Zeit- und Leiharbeit beziehen sich auf die Teamatmosphäre und die Berücksichtigung persönlicher Wünsche bei der Dienstplangestaltung.

Um Zeit- und Leiharbeiter*innen für die Stammebelegschaft zu gewinnen oder eine Abwanderung zu verhindern, sind die Teamatmosphäre, das Arbeiten an einem festen Ort und das Eingehen auf persönliche Wünsche bei der Dienstplangestaltung als stärkste Faktoren für einen Verbleib/eine Rückkehr einzuordnen. Als konkrete Strategien und Instrumente, um die Abwanderung von Mitarbeitenden in Zeit- und Leiharbeit zu vermeiden, werden Lösungen genannt, die die Flexibilität bzgl. der Dienstplanung in den Einrichtungen/Betrieben intern ermöglichen, wie bspw. eigene Pool-Lösungen und die Einstellung von mehr Personal. Die konkreten Faktoren, Ideen und Lösungen können im Folgenden nachvollzogen werden.

Faktoren, die den Verbleib/die Rückkehr in die Stammebelegschaft beeinflussen können	Interview-Code (Auswahl)
Teamzugehörigkeitsgefühl und gutes Betriebsklima als stärkster Anreizfaktor für den Verbleib/die Rückkehr	Int06, Int20, Int26, Int28, Int29, Int30
Arbeit an einem festen Arbeitsort : Routinen, feste Arbeitswege, weniger Notwendigkeit für Dienstreisen, Bindung zu Bewohner*innen/Patient*innen	Int09, Int19, Int33
Einfluss und Berücksichtigung von individuellen Wünschen bei der Dienstplanung	Int09, Int30, Int31, Int32
Anpassung der Vergütung und sonstiger Benefits (Tankgeld, mehr Urlaub) an Angebot der Zeit- und Leiharbeitsfirmen	Int09, Int14, Int16, Int20, Int21, Int28
Strukturierte Organisationsabläufe	Int06
Angebot von Weiterentwicklungsmöglichkeiten /Einbindung von Mitarbeitenden bei Weiterentwicklungsmöglichkeiten	Int10, Int28
Stabile Personaldecke	Int16, Int34

Konkrete Strategien und Instrumente zur Umsetzung	Interview-Code (Auswahl)
Implementierung von Springer-Pools und internen Zeitarbeitskonzepten : flexibler Einsatz auf unterschiedlichen Stationen innerhalb einer Einrichtung: Vorteile → Mitarbeitende kennen die Einrichtung und es ermöglicht eine individuelle Planbarkeit der Dienstzeiten	Int08, Int13, Int14
Akquirierung von Personal durch Ausbildung und Auslandsakquise : für eine „gute Mitarbeiterdecke“ (Int26) → um weniger Bedarf an Leiharbeitskräften zu haben	Int06, Int22, Int26

<p>Favorisierte Zeit- und Leiharbeitende regelmäßig in Einrichtung/Betrieb einsetzen, damit Betreffende Vorteile der Einrichtung sehen: „<i>dass er merkt, wie toll es doch bei uns ist</i>“ (Int06, ausgestiegen)</p>	<p>Int06</p>
<p>Versprechungen aus Stellenanzeigen halten/in Stellenanzeigen den genauen Bedarf kommunizieren:</p> <p>„<i>Wenn ich einen Mitarbeiter anwerbe, verspreche: ‚ah, sie haben jeden Montag frei und das vereinbaren wir‘, und ich halte das nicht.</i>“ (Int32, Leitungskraft, stationäre Langzeitpflege)</p>	<p>Int31, Int32</p>
<p>Übergeordnet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zeit- und Leiharbeitsfirmen dazu verpflichtet, auch Wochen- und Feiertagsdienste zu übernehmen ○ Verbot von Zeit- und Leiharbeitsfirmen nicht notwendig, wenn Arbeitsklima und Organisationsstrukturen stimmen → dann besteht kein Bedarf: <p>„<i>Ich finde das keinen sinnigen Schritt, weil es gibt Unternehmen, die brauchen die [Anm. Zeit- und Leiharbeitende] und wenn du ein gutes Unternehmen bist und hast dich gut strukturiert und beschäftigst dich damit und vor allem mit deinen Mitarbeitern, dann musst du nicht darüber nachdenken, Leiharbeitsfirmen zu verbieten, weil dann brauchst du sie nicht und dann werben die auch keine Mitarbeiter bei dir ab.</i>“ (Int06, ausgestiegen)</p>	<p>Int06, Int27</p>

7.3.4 Berufsausstieg vs. langfristiger Berufsverbleib

Gründe/Erfahrungen im Zusammenhang mit einem Berufsausstieg beinhalten fehlende Gestaltungsmöglichkeiten und Faktoren in Verbindung mit einer niedrigen Personaldecke (die bspw. verhindert, persönliche und/oder geforderte Qualitätsansprüche aufrecht zu erhalten).

Durch den Umstand, dass auch einige Personen im Befragungskollektiv aus der direkten Pflege ausgestiegen waren, konnten zum einen die tatsächlichen Ausstiegsgründe betreffender Interviewpartner*innen identifiziert werden und zum anderen die Erfahrungen der anderen Befragten in dem Bereich mitaufgenommen werden.

Die von den Berufsaussteiger*innen am häufigsten⁴³ genannten Gründe, den Pflegeberuf zu verlassen, waren die fehlenden Möglichkeiten den Arbeitsplatz mitzugestalten und auf bestimmte Entwicklungen Einfluss zu nehmen. Weiterhin wurde die Diskrepanz zwischen den eigenen Ansprüchen an eine gute Pflege genannt und was letztendlich in der Praxis umgesetzt werden konnte, bedingt durch Zeitdruck, fehlendes Personal und ökonomischem Druck, dem die Einrichtungen ausgesetzt sind. Dennoch sieht sich ein Großteil der befragten Aussteiger*innen immer noch mit dem Pflegeberuf verbunden und

⁴³ von knapp 50 Prozent aller Befragten Aussteiger*innen als mindestens ein Grund erwähnt.

setzt sich für das Berufsbild ein. Zumeist befinden sich die Betroffenen zwischenzeitlich in Positionen, in denen die Möglichkeit der Einflussnahme auf eine Veränderung der Arbeitsbedingungen in der Pflege besser möglich scheint (z. B. Organisationsberatung).

Vermutete Ausstiegsgründe, die von den Nicht-Ausstieger*innen genannt werden, konzentrieren sich auf Faktoren, die in Verbindung mit einer geringen Personaldecke als Auslöser stehen. In dem Zusammenhang wird auch angemerkt, dass aktuell der Fachkräftemangel vor allem die Bindung von Personal erschwert, da ein Wechsel des Arbeitsplatzes durch die hohe Anzahl an vakanten Stellen problemlos möglich ist. Außerdem wird vereinzelt darauf hingewiesen, dass einige Ausstiegsgründe nicht für alle Pflegesettings gelten bzw. der Wechsel in ein anderes Setting eine Lösung darstellen kann. So kann zum Beispiel die Flexibilität und die Vereinbarkeit mit familiärer Pflege, Familie und Beruf einfacher im ambulanten Bereich umgesetzt werden als in stationären Kontexten. Auch wird erwähnt, dass besonders die Verantwortung für oder die Zusammenarbeit mit Kolleg*innen, die nach eigenem Selbstverständnis qualitativ schlechtere Arbeit leisten, stark belastend sein kann. Durch einen Wechsel vom stationären in den ambulanten Bereich wird von einigen befragten Personen angenommen, dass sich diese Belastung abschwächt, da man dort weniger Verantwortung für die Arbeit von Kolleg*innen übernehmen muss und selbstbestimmter arbeiten kann.

Ausstiegsgründe von Befragten Berufsaussteiger*innen	Interview-Code (Auswahl)
<p>Häufig: fehlende Gestaltungs- und Mitsprachemöglichkeiten:</p> <p><i>„Also es war einfach eine größere Station [...], aber so in der Gesamtschau da jetzt irgendwie was anzupacken oder Dinge da anzustoßen, war einfach gefühlt extrem schwierig.“ (Int07, ausgestiegen)</i></p>	Int07, Int10, Int11, Int12
<p>Fehlende Möglichkeiten sich weiterzuentwickeln und fachlich fortzubilden, sowie fehlende Anerkennung (finanziell und/oder durch Erweiterung der Aufgaben-/Verantwortungsbereiche) der Weiterqualifizierung</p>	Int07, Int11, Int12, GD00
<p>Theorie-Praxis-Diskrepanz: Pflegequalität aus Sicht der Befragten durch Personalmangel und Zeitdruck oft unzureichend → beruflich Pflegende können/wollen Verantwortung für das Ergebnis nicht übernehmen:</p> <p><i>„Für mich war es so, dass ich, dass ich das nicht mehr verantworten wollte und verantworten konnte“ (Int10, ausgestiegen)</i></p>	Int07, Int08, Int10
<p>Vereinbarkeit mit der Familie schwierig zu organisieren</p>	Int07, Int09
<p>Wirtschaftlicher Druck von Einrichtungen wird an beruflich Pflegende weitergegeben: Zunehmende körperliche und psychische Belastung durch Arbeitsverdichtung um „<i>wirtschaftlich zu sein</i>“ und keine Aussicht auf Veränderung:</p> <p><i>„Es ist gekippt zu dem Zeitpunkt als das Uniklinikum anfang zu sagen, wir haben unsere Budgetplanung für nächstes Jahr und</i></p>	Int08

<p><i>die Pflege steht da mit 8 Millionen Euro minus. Die beteiligen sich nicht am wirtschaftlichen Erfolg. Und das war so ein Schlag ins Gesicht, denn was sollst du denn als Pflegekraft machen, ich verdiene ja nicht mehr Geld, wenn ich eine Person mehr wasche, ich bringe nur mehr Geld ein dem Haus und das haben sie dann auch gemacht, indem wir mit weniger Personal die gleiche Arbeit erledigen." (Int08, ausgestiegen)</i></p>	
<p>Andere Präferenzen, die zu einem Wechsel des Arbeitsfeldes führen: bspw. Interesse für Leitungsaufgaben oder andere Aufgaben im Rahmen der Organisationsstruktur</p>	Int06

Potenzielle Ausstiegsgründe aus Sicht aller befragten beruflich Pflegenden (aktive und Aussteiger*innen)	Interview-Code (Auswahl)
<p>Geringe Personaldecke als Auslöser für verschiedene Faktoren, die einen Ausstieg begünstigen können:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Dienstzeiten und Freizeit sind nicht verlässlich planbar → Notwendigkeit zum Einspringen ○ geringe Erholungszeiten zwischen Schichten/Diensten ○ hohe körperliche und psychische Belastung durch hohes Arbeitspensum ohne Pausen während der Dienste ○ Theorie-Praxis Diskrepanz: Pflege kann nicht nach eigenem Selbstverständnis von guter Pflege ausgeführt werden bzw. wird von Kolleg*innen nicht danach ausgeführt bei gleichzeitig hohem Druck, gute Pflege zu leisten <p><i>„Das ist einfach so das große Problem.“ (Int14, Pflegefachperson, Krankenhaus),</i></p> <p><i>„Aber auch ich habe immer wieder den Gedanken, alles hinzuschmeißen, weil man es kaum ertragen kann. Also es ist oft an vielen Tagen ist es Fließbandarbeit. Alles, was man gelernt hat, zählt überhaupt nicht. Man hat so viele Menschen irgendwie zu versorgen und steht dann da und den Menschen tut es nicht gut und uns natürlich auch nicht. Es ist eine große psychische Belastung wo und einfach eine große körperliche Belastung natürlich auch.“ (Int20, Leitungskraft, stationäre Langzeitpflege)</i></p>	Int01, Int02, Int09, Int13, Int14, Int15, Int16, Int17, Int18, Int19, Int20, Int26, Int28, Int32, Int33, GD00
<p>Teamkonflikte/schlechtes Betriebsklima/fehlende Führungsqualität als Grund für einen Wechsel der Station/Einrichtung/des Berufs</p>	Int06, Int08, Int13, Int17
<p>Fehlende Wertschätzung des Pflegeberufs durch als nicht angemessen empfundene Bezahlung, keine Sonderurlaubstage</p>	Int02, Int14, Int29, Int33, GD04
<p>Körperliche/gesundheitliche Beschwerden durch fehlende Hilfsmittel/Arbeitsschutzmaßnahmen</p>	Int01, Int03, Int05, Int14, Int19, Int26, Int31, Int33

„Die meisten haben Bandscheibenvorfälle, die meisten haben Rückenschmerzen, Rheuma, Arthrose. Das kommt halt alles mit dem Beruf mit.“ (Int33, Auszubildende/r, stationäre Langzeitpflege)	
Psychische Belastung durch Pflegeaufgabe an sich, z. B. Umgang mit schwer erkrankten Patient*innen	Int04, Int09, Int19, Int31, Int32
Schwierige Vereinbarkeit mit der Familie	Int03, Int16, Int22, Int24, Int29, Int30
Fehlende Aufstiegsmöglichkeiten in der praktischen Pflege, Aufstieg erfolgt nur über Ausstieg aus direkter Pflege ins Management	GD04

Strategien/Erfahrungen für die Rückgewinnung bzw. einen langfristigen Verbleib im Pflegeberuf umschließen Aspekte hinsichtlich der Betriebskultur, der Eröffnung von Gestaltungsmöglichkeiten und Mitsprachrecht sowie eine Anpassung der Ablauforganisation.

Aus Sicht der Berufsaussteiger*innen sind vor allem eine positive Betriebskultur und eine mitarbeiterorientierte Führung, die zum Wohlfühlen beiträgt, sowie Gestaltungsmöglichkeiten und die Anhebung des Personalschlüssels Faktoren, die einen langfristigen Verbleib, bzw. eine Rückkehr begünstigen können. Das Thema Vergütung wird als unterschiedlich relevant eingeschätzt. Ein Teil der Befragten weist der Vergütung einen hohen Stellenwert zu, während ein anderer Teil die Relevanz der Vergütungshöhe eher gering einschätzt.

Ähnliche Aspekte hinsichtlich der Rückgewinnung bzw. für einen langfristigen Verbleib sehen ebenfalls diejenigen Befragten, die noch in der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung tätig sind. Konkrete Strategien beziehen sich auf die Anpassung der Ablauforganisation in Verbindung mit personenzentrierten Pflegeansätzen, sowie eine Berücksichtigung und Miteinbeziehung der Bedürfnisse und Kompetenzen der beruflich Pflegenden.

Strategien zur Vermeidung eines Berufsausstiegs	Interview-Code (Auswahl)
Betriebskultur und Führungskräfte sind grundlegend für die Vermeidung von Berufsausstiegen → Betriebskultur und gute Führungsarbeit sind ausschlaggebend, um in der Pflege zu bleiben	Int05
Unterschiedliche Einschätzungen zur Wichtigkeit der Vergütung höhere/angemessenere Bezahlung vs. Bezahlung ist ausreichend bzw. Annahme, dass einzig Gehaltssteigerung nicht ausreichend ist, damit Personen in der Pflege bleiben	Int02, Int11, Int13, Int14, Int18, Int33 Int05, Int12, Int34
Emanzipation der Pflege selbst, um die Möglichkeit zu haben, mehr zu gestalten	Int10, Int11

<ul style="list-style-type: none"> ○ Arbeitsbedingungen und Rahmenbedingen müssen verändert werden: mehr Einfluss/Mitgestaltungsmöglichkeiten für beruflich Pflegende <p><i>„Dass ich nicht jeden Tag vom Arbeiten (Anm. nach Hause) gehe und denke: das ging alles jetzt wieder nicht.“ (Int10)</i></p>	
<p>Anhebung des Personalschlüssels</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ um die Einhaltung freier Tage zu sichern, bei Krankheit ausreichend Genesungszeit haben ○ um Arbeit in angemessenem Umfang aufteilen zu können und Reserven bei Engpässen/bei Ausnahmezuständen zu haben ○ um qualitativ gute Pflege professionell durchzuführen: ermöglicht mehr Zeit für die zugewiesenen Patient*innen/Bewohner*innen ○ stabile Personaldecke als Grundbedingung für Verbindlichkeit des Dienstplanes und Auffangen von Krankmeldungen 	<p>Int12, Int14, Int20, Int26, Int27</p>
<p>Umstellung der Ablauforganisation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ wichtig in der Umsetzung: Kommunikation mit Pflegepersonal und Bewohner*innen/Angehörigen: Alle müssen involviert werden ○ Rotationssystem in stationären Einrichtungen um Belastung durch herausfordernde Bewohner*innen (z. B. Menschen mit Demenz) zu verteilen ○ Fokus auf individueller Pflege: Entzerren der Arbeitsabläufe in stationären Einrichtungen: <p><i>„Also der Tag hat 24 Stunden. Ich habe immer gesagt, wenn jemand eine schwere Demenz hat und der ist eh ein Nachtläufer, dann darf man den auch in einer Nacht frisch machen und fertig machen. Ist das jemand, der schläft in der Nacht, lässt man den natürlich schlafen. Aber ansonsten kann man natürlich Zeiten nutzen, wo Möglichkeiten da sind.“ (Int09, ausgestiegen)</i></p>	<p>Int09, GD00</p>
<p>Gestaltung des Arbeitsalltags mit Berücksichtigung der Bedürfnisse und Stärken/Schwächen des Personals</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Arbeitszeiten und -inhalte an individuelle Bedürfnisse und Stärken anpassen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ persönliche Gespräche zu Bedürfnissen und Stärken mit Mitarbeitenden führen ▪ Kompetenzorientierung bei der Aufgabenverteilung: <p><i>„Also Menschen, die in der Pflege arbeiten, brauchen eine Aufgabe, etwas, was er besonders gut kann, womit er auch einen besonders wertvollen Beitrag leistet, was eben nicht beliebig austauschbar ist, was eben auch mit mir als Person</i></p>	<p>Int01, Int03, Int04, Int06, Int09, Int13, Int15, Int16, Int19, Int21, Int24, Int26, Int32, GD00</p>

<p>verbunden wird, wo es sicherlich auch Menschen gibt, die das vertretungsweise tun können." (T3_GD00, ausgestiegen)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verteilung der Verantwortung und neue Arbeitsprofile etablieren: <p><i>„Also ich denke, dass Relevanz etwas wäre, wo man sagt, da kann man Menschen nochmal hinterm Ofen hervorlocken, wenn man denen ein anderes Arbeitsprofil auch anbietet. Eine andere Form der Eigenwahrnehmung. Selbstwirksamkeit. Wichtigkeit.“ (T3_GD00, ausgestiegen)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Angebote zur Gesundheitsförderung, Betriebsevents, Teambuilding, Sonderzahlungen, familiären Gedanken in Betrieben unterstützen ○ Angebot von Weiterbildungen ○ Ausbau Arbeitsschutz: mehr Fördermöglichkeiten für Einrichtungen, um Hilfsmittel zu beschaffen sowie umfassende Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln (verstellbare Betten, Lagerungshilfen, Dekubitus Matratzen, Lifter, Umlagerungshilfen usw.) ○ Angebote Supervision, Bewegungskurse, Umgang mit Stress, usw. attraktiver gestalten und sichtbarer machen (bspw. mehr auf Prävention ausrichten <i>„bevor es zu einer Überforderung kommt“</i>) 	
<p>Wertschätzende Arbeitsumgebung schaffen</p>	<p>Int21</p>
<p>Unterstützung bei der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Unterstützung bei der Kinderbetreuung z. B. durch an Kita angepasste Dienstzeiten, Betriebs-Kitas oder Einsatz von Babysitter-Agenturen durch Arbeitgebende ○ Angebot von zeitflexiblen Möglichkeiten: z. B. interne Pool-Lösungen ○ <i>„Rückendeckung vom Arbeitgeber“</i> bei der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben: <p><i>„Also, wenn, wenn man da weiß, man hat die Rückendeckung von seinem Arbeitgeber, das ist ein unheimlich beruhigendes Gefühl und man, also das macht auch zufrieden. Und wenn, wenn man dann zufrieden ist und so, dann arbeitet man da auch gerne“ (T2_GD00, ausgestiegen)</i></p>	<p>Int13, Int14, GD00, GD03</p>

7.3.5 Arbeitsalltag

7.3.5.1 Dienstplangestaltung und Vereinbarkeit

Erfahrungen bzgl. Dienstplangestaltung/Vereinbarkeit beinhalten die Problematik des „Einspringens“ und fehlende Erholungszeiten durch lange Dienste und Schichtwechsel.

Nach vielen Aussagen der Befragten wäre der Pflegeberuf in der Theorie sehr gut mit unterschiedlichen Lebensstilen vereinbar. Durch die Notwendigkeit häufig einzuspringen, werden die Dienstpläne allerdings als wenig verlässlich eingeschätzt. Aus diesem Grund ist es in der Praxis laut den Befragten schwierig, die Arbeit tatsächlich gut mit dem Privatleben zu vereinbaren. Ein weiterer häufig erwähnter Erfahrungswert ist, dass durch die Notwendigkeit einzuspringen und die Gestaltung der Dienstpläne mit teilweise langen Diensten und Schichtwechseln die Erholungszeiten nicht ausreichend sind.

Einschätzungen in Verbindung mit Vereinbarkeit	Interview-Code (Auswahl)
<p>Vereinbarkeit mit dem Privatleben ist theoretisch sehr gut möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ um Vereinbarkeit herzustellen: Flexibilität vom Arbeitgeber hinsichtlich der angebotenen Arbeitszeitmodelle erforderlich ○ 3-Schicht-System ist schwierig mit Familie zu vereinbaren <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vereinbarkeit Familie und Kinder nur in Teilzeit und mit flexiblen Arbeitszeiten möglich; es wird wiederholt erwähnt, dass das nicht funktioniert, wenn beide Partner im Schichtdienst arbeiten: <p><i>„mit Kindern sehr schwierig, wenn beide Partner im Schichtdienst arbeiten.“ (Int07, ausgestiegen)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vereinbarkeit Beruf und Studium bzw. Privatleben ohne Kinder gut möglich bei Flexibilität 	<p>Int03, Int05, Int07, Int12, Int14, Int15, Int16, Int22, Int24, Int25, Int29, Int30, Int32, Int34, GD00 GD01, GD03</p>
<p>Größtes Problem bei der Vereinbarkeit: Dienstpläne sind durch häufige Notwendigkeit einzuspringen nicht verlässlich/können nicht eingehalten werden:</p> <p><i>„Fällt Irgendjemand aus, sieht das schon wieder anders aus.“ (Int34, Auszubildende*r, Krankenhaus),</i></p> <p><i>„Und bei uns scheitert es halt daran, an einem Krankenstand, daran das man sie eben doch öfter anrufen musste, dass sie einspringt.“ (Int09, ausgestiegen)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Freizeit und Privatleben sind kaum planbar (v. a. als Vollzeitkraft) ○ Monats-Soll wird bereits in der Dienstplanung überschritten ○ Erfahrung einer Leitungskraft amb. Pflege (Int29): Generationenunterschiede: Ältere ab 45+ springen häufiger ein, während Jüngere <i>„ihre Freiräume einfordern“</i> (Int29, Leitungskraft, ambulant) 	<p>Int01, Int09, Int10, Int12, Int13, Int26, Int27, Int28, Int29, Int31, Int32, Int33, Int34,</p>
<p>Unterstützung bei der Kinderbetreuung seitens der Leitungskräfte ist wichtig für Zufriedenheit und Vereinbarkeit:</p> <p><i>„Also wenn, wenn man da weiß, man hat die Rückendeckung von seinem Arbeitgeber, das ist ein unheimlich beruhigendes Gefühl und man, also das macht auch zufrieden. Und wenn, wenn man dann zufrieden ist und so, dann arbeitet man da auch gerne“ (T2_GD00, ausgestiegen)</i></p>	<p>Int14, Int19, Int30, GD00</p>
<p>Mehrfach berichtet: Konflikte bei der Urlaubsplanung</p>	<p>Int06, Int19, Int28</p>

<ul style="list-style-type: none"> ○ Jüngere müssen häufiger zugunsten von beruflich Pflegenden mit Kindern zurückstecken ○ Erfahrung im stationären Kontext, dass man durch Personalmangel wenig Einfluss auf die Planung des eigenen Urlaubs hat <p><i>„Okay den Urlaub, den man gerne mit seiner Familie verbringen möchte, den kriegt man aber aufdiktiert.“ (Int06, ausgestiegen)</i></p>	
--	--

Einschätzungen in Verbindung mit belastender Dienstplangestaltung	Interview-Code (Auswahl)
<p>Hohe Belastung durch wenig Erholungszeiten zwischen den Diensten/Schichten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ viele geplante Dienste am Stück und zusätzliches Einspringen: <p><i>„Du arbeitest dann auch gut und gern mal so wie ich 11, 12 Tage am Stück. Springst ein. Hast eigentlich frei und bevor du in Feierabend gehst hast du dann halt die Informationen: oh könntest du vielleicht bisschen arbeiten morgen ist jemand ausgefallen.“ (Int02, Pflegefachperson, stationäre Langzeitpflege)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ kaum Erholungszeiten bei Schichtwechsel von Spät auf Früh ○ häufig erwähnt: Freizeit kann nicht erholsam genutzt werden, da eine hohe Belastung während der vielen Dienste am Stück ohne Erholungstag dazwischen und zu wenig freie Zeit zwischen den Diensten besteht <p><i>„Weil wenn ich einfach danach dann drei Tage frei habe, ist das zwar schön, aber da brauche ich die drei Tage tatsächlich auch einfach, um mich überhaupt wieder zu erholen.“ (T2_GD03, Auszubildende*r, Krankenhaus)</i></p>	<p>Int02, Int04, Int10, Int12, Int13, Int16, Int19, Int27, Int30, GD03</p>
<p>Einspringen belastet auch über die Arbeitszeit hinaus, dadurch, dass nicht richtig abgeschaltet werden kann und immer auf den Anruf zum Einspringen gewartet wird:</p> <p><i>„Aber weil man, weil man oft auch einspringen musste, das ist irgendwie schon klar. Aber für mich vor allem hat mich das in meinem Privatleben immer extrem beschäftigt, weil ich da auch ganz oft so nah an so einem Burnout war. Also, dass sich das gezeigt hat damit, dass ich sozusagen kein anderes Thema mehr gefunden habe, auch in meinem Privatleben (...) weil diese Situation so belastend war.“ (Int10, ausgestiegen)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hinzu kommt, dass im ambulanten Bereich der Einsatz bei teilweise unbekanntem Patienten belastend sein kann <p><i>„Ich muss immer präsent sein. Ich muss bereit sein. Ich muss einspringen. Ich muss Frühdienst Spätdienst fahren. Ich habe</i></p>	<p>Int10, Int17</p>

<p><i>Mittagsdienste. Jetzt habe ich wieder Nachtdienste. Ich schlafe nicht so gut, weil es könnte ja jemand angerufen haben. Wir haben vielleicht (...) so 350 bis 400 Patienten, einer von denen könnte anrufen und sagen ich muss kommen, aber ich kenne den gar nicht. Wie gut geht's dem?" (Int17, Pflegefachperson, ambulant)</i></p>	
---	--

Wünsche/Strategien bei der Dienstplangestaltung und Vereinbarkeit fokussieren sich auf die Erhöhung des Personalschlüssels, die Beachtung individueller Bedürfnisse bei der Dienstplangestaltung, sowie die Ermöglichung von mehr Flexibilität.

Die Wünsche im Zusammenhang mit der Dienstplanung und Vereinbarkeit im Pflegeberuf konzentrieren sich verstärkt auf mehr Personal zur Entlastung und mehr Zeit zur Erholung. Weiterhin konzentrieren sie sich auf Faktoren wie Flexibilität und individuelle Beachtung der Lebenssituationen der Mitarbeitenden, konkrete Betreuungsangebote und Regelungen, um die Verlässlichkeit des Dienstplanes und damit die Planbarkeit des Privatlebens zu unterstützen.

Wünsche für die Dienstplangestaltung und Vereinbarkeit	Interview-Code (Auswahl)
<p>Hauptwunsch: Einsatz von mehr Personal</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ um mehr Freizeit zu haben, bspw. 5-6 Tage-Wochen etablieren 	<p>über fast alle Interviews hinweg, implizit und explizit erwähnt</p>
<p>Starker Wunsch: Ermöglichung von Flexibilität und Individualität in Bezug auf die unterschiedlichen Bedürfnisse bei der Dienstplangestaltung, sowie mehr Erholungszeiten:</p> <p><i>„Die Mitarbeiter möchten Freizeit haben, (...) wenn die hier schwer arbeiten, Wochenende, Feiertag, und ich würde jetzt kommen und sagen: "Leute, vom Staat gibt es ab sofort zwei Tage Urlaub mehr. (...) Was denken Sie, was das, was das wieder für Euphorie bringen würde?" (Int27, Leitungskraft, ambulant)</i></p>	<p>Int01, Int03, Int05, Int06, Int07, Int22, Int26, Int27, Int28, Int31, Int33, GD00, GD01, GD03</p>
<p>Starker Wunsch nach Verlässlichkeit des Dienstplanes:</p> <p><i>"freie Tage, die auch frei bleiben" (Int30, Pflegefachperson, Krankenhaus)</i></p>	<p>Int13, Int17, Int20, Int22, Int26, Int27, Int28, Int30, GD01, GD02</p>

<p>Wunsch von Familien: Vereinbarkeit durch konkrete Betreuungsangebote für Kinder</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Konflikt: Kita-Zeiten müssen mit Schichtdienst vereinbar sein, aber Eltern wollen ihre Kinder auch nicht sehr früh morgens schon in Kita geben: <p><i>„Und natürlich das Thema Betreuung, wobei ich sagen muss, ich würde jetzt nicht, wenn ich Frühdienst habe, meine Kinder um 5 irgendwo in die Betreuung geben wollen (...), da würde ich sagen, das fände ich schwierig.“ (Int07, ausgestiegen)</i></p>	<p>Int06, Int07, Int08, Int14, Int22, Int28, GD01, GD03</p>
--	---

Strategien/Maßnahmen für die Dienstplangestaltung und Vereinbarkeit	Interview-Code (Auswahl)
Strategien/Maßnahmen zur Ermöglichung von Flexibilität und Individualität	
<p>Häufig genannt: Möglichkeit Dienstplan selbst zu planen, um bspw. Kontrolle über die Dienstplanung und das Einspringen zu haben, auch unterstützt durch digitale Tools.</p> <p><i>„Ich fände es deutlich schöner, wenn die Mitarbeiter selbst sehen, wenn einer ausfällt und sagen, „ich könnte da anbieten zu arbeiten“, als wenn man angesprochen werden muss von der Leitungskraft „könntest du da arbeiten“. Das ist ein ganz anderes Gefühl, wenn man was gibt, als wenn man immer angerufen wird in seinem Frei, ob man einspringen kann.“ (Int05, ausgestiegen),</i></p> <p><i>„Und warum muss die Dienstplanung eigentlich immer der eine tun? Warum ist der Dienstplaner eigentlich immer die Leitungskraft? Die dann irgendwelche Menschen verplant, wo sie überhaupt nicht hinpasst, sondern der Dienstplan-Eigner kann ein gesamtes Team sein und das kann eine Teamleistung sein.“ (T3_GD00, ausgestiegen)</i></p>	<p>Int05, Int11, Int14, Int20, GD00, GD03</p>
<p>Monats-/Halbjahreszeitkonten, flexible Erfüllung der festgelegten Arbeitsstunden, z. B. an einigen Tagen mehr Arbeiten, um mehr Tage frei zu haben zur Regenerierung</p> <p><i>„Es wäre für mich zum Beispiel eine Möglichkeit gewesen zu sagen, ich arbeite nicht 8 Stunden am Tag (...), sondern ich arbeite vielleicht 9 oder 10 durch und habe aber dafür ein Tag mehr frei in der Woche (...) weil ich einfach finde, ich bin nach dem Frühdienst eh so platt gewesen, dass da nicht viel zu machen wäre, ob ich dann zwei Stunden mehr arbeite und dann platt bin wäre egal gewesen, aber ich hätte deutlich mehr Zeit gehabt, um mich zu regenerieren insgesamt in der Woche, weil ich nicht zwei Tage Wochenende, sondern 3 Tage Wochenende habe.“ (Int08, ausgestiegen)</i></p>	<p>Int08, Int32</p>

<p>Springer-Pools, Flexi-Pools: „super attraktiv“ (Int08, ausgestiegen) für Familien oder Studierende</p>	<p>Int08, Int14, Int24, Int27</p>
<p>Mütterrunden: werden häufig schon umgesetzt, v. a. in der ambulanten Pflege (abhängig von der Einrichtung/dem Betrieb) → Gefahr: Unmut im Team über Sonderregelungen für Eltern:</p> <p><i>„Das erzeugt dann teilweise auch, habe ich das Gefühl, manchmal so, also Unstimmigkeiten, weil klar, wenn man um 6 Uhr anfängt zwischen 6 und ich sag mal halb 9, 9 Uhr ist erst einmal und auch je nach Station großes Waschen angesagt. (...) und wenn dann Schwester XY um 8 Uhr kommt, wenn alles fertig ist, (...) dass es dann heißt, boah die hat immer Glück. Die muss ja nicht morgens die Waschlappen schwingen.“</i> (Int34, Auszubildende*r, Krankenhaus)</p>	<p>Int06, Int27, Int32, Int34, GD00</p>
<p>Zwischendienste/Teildienste zu Arbeitsspitzen, Staffelung von Schichten</p>	<p>Int01, Int21, Int24, Int30, Int32, GD03</p>
<p>Dienstplanung im Homeoffice ermöglichen, um Urlaub und Dienstzeiten mit Familie zu planen</p>	<p>Int22, Int24, GD00</p>
<p>Reduzierung der maximalen Arbeitszeit pro Woche, da Belastung bei 40-Stunden-Woche zu hoch:</p> <p><i>„Also 40 Stunden in der Woche am Bett zu stehen, das ist sportlich!“</i> (T4_GD02)</p>	<p>GD02</p>
<p>Am Rande erwähnt: Abbau starrer, hierarchischer Strukturen in der Pflege: Bereitschaft für Change-Management und Entwicklung/Implementierung neuer Arbeits(zeit)modelle, z. B. auch shared-Leadership Modelle:</p> <p><i>„Ich glaube, das Thema Dienstplangestaltung ist noch nicht in vielen Unternehmen angekommen, also viele Unternehmen haben noch dieses ganz klassische starre Konzept: wenn einer krank ist, wird einer angerufen.“</i> (Int05, ausgestiegen);</p> <p><i>„Und dann muss es aber auch eben Kliniken und Institutionen geben, die da auch Bock draufhaben. Konservative Haltungen sind in unserer Kliniklandschaft ja auch weit verbreitet, was es eben auch schwierig macht, Änderungen herbeizuführen.“</i> (Int11, ausgestiegen)</p>	<p>Int05, Int11, Int29</p>
<p>Strategien/Maßnahmen, um die Verlässlichkeit des Dienstplans sicherzustellen</p>	

<p>Ausfall systematisch mit Einplanen, durch „zu viel“ Personal pro Schicht einplanen, damit kein großer Personalaufwand und damit Kostenaufwand betrieben werden muss, um Ausfall zu kompensieren, in dem eine Person zum Einspringen gesucht wird:</p> <p><i>„Weil Unternehmen dafür echt zu kurzfristig denken und sagen „oh, einer mehr, das kostet mich aber mehr“. Wenn ich überlege, wie viele Kosten da hinterher hängen, wenn eine Pflegedienstleitung den ganzen Tag telefonieren muss, um Ersatz zu finden und Ausfall zu kompensieren, ist ein Tag mal eine Pflegefachkraft mehr laufen zu lassen, wo sich keiner krankmeldet, wahrscheinlich doch deutlich günstiger.“</i> (Int05, ausgestiegen)</p>	Int05
<p>Regelungen für Notfall (zu wenig Personal) definieren, sonst ist aufgrund der aktuellen personellen Lage in vielen Einrichtungen „immer Notfall“ (Int16, Pflegefachperson, Krankenhaus)</p>	Int16
<p>Rollierender Dienstplan zur besseren Planbarkeit (GD03)</p>	GD03
<p>Regelungen in Hinblick auf Rufbereitschaft etablieren</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prämien für's Einspringen: monetär, freie Zeit ○ Aufstellung eines Plans zur Rufbereitschaft <p><i>„Weil dann gibt's eine geregelte Liste, wo man dann abgehakt wird, und dann weiß man ok, nächstes Wochenende müsste ja aber dann nichts sein mit Einspringen. Und nicht, dass immer derselbe gefragt wird. Das ist auch total oft so, dass man weiß, die sagt ja eh ja, die rufen wir als erstes an. Dass das alles ein bisschen geregelter ist, (...).“</i> (Int13, Auszubildende*r, Krankenhaus)</p>	Int13, Int22, Int27, GD01
<p>Konkret erwähnte Betreuungsangebote für Kinder</p>	
<p>Angebot von Betreuung durch Babysitter-Agenturen</p>	Int14
<p>Betriebs-Kitas mit Angebot Übernachtung/Wochenende</p>	Int14
<p>(Hausaufgaben-)Betreuung bspw. durch Rentner*innen → vergleichbar mit den sogenannten Grünen Damen</p>	Int28

7.3.5.2 Arbeitsteilung und Ablaufplanung

Erfahrungen in Hinblick auf die Arbeitsteilung/Ablaufplanung zeigen Entlastungs- aber auch Konfliktpotentiale auf.

Die Arbeitsteilung zwischen den unterschiedlichen Qualifikationen in der Pflege wird zwar als bereichernd und entlastend einerseits wahrgenommen, bietet durch unklare Rollen- und Aufgabenabgrenzung aber auch Konfliktpotential, vor allem in der stationären Langzeitpflege und in ambulanten Settings. Im Krankenhaus ist den Berichten der Befragten zufolge der Einsatz von

Hilfskräften zur Entlastung und Unterstützung eher weniger verbreitet, wird aber besonders bei Auffüllaufgaben als sehr sinnvoll erachtet. Befragte aus allen Settings berichten über den präsenten und für sie belastenden Fachkräftemangel. Am drängendsten ist dieser laut den Berichten im Krankenhaus und in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen.

Skill-Mix wird zwiespältig gesehen und nicht durchgängig umgesetzt.

Erfahrungen in Hinblick auf den Skill-Mix	Interview-Code (Auswahl)
Zusammenarbeit wird als „ Bereicherung “ und „ Entlastung “ gesehen, sofern die Kompetenz und Kommunikation stimmt	Int03, Int10, Int15, Int17, Int19, Int21, Int25
Inhaltliche Abgrenzung der einzelnen Aufgaben ist kaum umgesetzt	Int10, GD02
Ganzheitliche Pflege , „ <i>schöne</i> “ Aufgaben der Pflege (bspw. Biografiearbeit, betreuende Leistungen), fallen für Fachkräfte in der stationären Langzeitpflege und im ambulanten Bereich bei Aufgabenaufteilung weg	Int20, Int25, Int29, GD04
<p>Im Krankenhaus: v. a. Übertragen von Auffüllaufgaben wird als Entlastung wahrgenommen:</p> <p><i>„[...] das fand ich auch total super. Die hatten Stations-Hilfen für alles. Also die hatten dann nicht nur eine Reinigungsdame, die hatten jemand, der ist da rumgelaufen, der hat die Schränke aufgefüllt. Die hatten jemand, der hat das Essen ausgeteilt, die hatten viel für alles, hatten die jemanden und die Pflegekräfte, die konnten wirklich einfach nur Pflege machen. Und das war. Das war so schön, weil du hattest nicht das Gefühl, um 8 Uhr deine Pflege abbrechen zu müssen, weil du musst dann auch Frühstück austeilen.“</i> (Int13, Auszubildende*r, Krankenhaus)</p>	Int13, Int30
<p>Im Krankenhaus: berichtet wird, dass ein Skill-Mix/Einsatz von Assistent*innen seltener umgesetzt wird:</p> <p><i>„Also ich glaub ich habe bis jetzt ein Haus mal erlebt, die das so umgesetzt haben, wo man gesagt hat, die die Schicht Leitung ist eine Dreijährige, die kümmert sich wirklich um Verbände und Infusionen und um die reine Grundpflege und ums Mobilisieren kümmert sich eine KPH, weil die nicht mehr dürfen.“</i> (Int28, Leitungskraft, Krankenhaus)</p>	Int28
<p>Unklarheit bei der Aufgabenverteilung zwischen Fachkraft und Hilfskraft sowie anderen Berufsgruppen:</p> <p><i>„Aber die Fachkräfte denken häufig, sie wären nur ein vollwertiges Teammitglied, wenn sie genauso malochen oder</i></p>	Int05, Int07, Int11, Int12, Int16, Int20, Int21, Int22, Int30, Int31, GD00

<p><i>Leute versorgen wie eine Pflegehilfskraft. Und ich glaube, da fehlt manchmal so ein bisschen der klare Blick, was ist wirklich meine Aufgabe und was ist die Aufgabe des anderen.“ (Int05, ausgestiegen)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fachkräfte übernehmen auf Stationen in Krankenhäusern Aufgaben von anderen Berufsgruppen: <p><i>„Und wenn man dann ganz viel Pech hat, dann ist man verschiedene Berufsgruppen in einer Person.“ (Int12, ausgestiegen)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aufgaben verwischen: bspw. wird erwähnt, dass ohne Anwesenheit bei der Grundpflege, Pflege-Maßnahmen nicht geplant werden können oder Informationen über die Essenaufnahme wichtig sind 	
<p>Rolle von beruflich Pflegenden mit akademischer Ausbildung ist unklar (Berichte vor allem aus dem stationären Bereich): werden von nicht-akademischen Kräften negativ wahrgenommen als „<i>was Besseres</i>“:</p> <p><i>„Ja, sie, sie fühlen sich glaub ich manchmal auch, ja, in ihrer Kompetenz untergraben. Ja, nach dem Motto: „Ja, die sind ja jetzt was Besseres, nur weil sie studiert haben.“ (Int24, Leitungskraft, stationäre Langzeitpflege)</i></p>	<p>Int11, Int24</p>
<p>V. a. in der stationären Langzeitpflege und im ambulanten Bereich erwähnt: Verantwortungsübernahme für Tätigkeiten, die durch Hilfskräfte ausgeübt werden, wird als Belastung empfunden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Qualität der Pflege-Leistungen kann schwierig sichergestellt werden, Hilfskräfte übernehmen teilweise Aufgaben, für die sie nicht ausgebildet wurden <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfahrung aus Einrichtungen der stationären Altenpflege: durch längere Zugehörigkeit der Hilfskräfte im Betrieb fühlen diese sich überlegen: <p><i>„Weil quasi die Helfer sind die, die sich im Haus auskennen, die die Bewohner kennen, die die Küche kennen, die alle Leute kennen, aber eigentlich nicht das Fachwissen haben und dann aber quasi sich hierarchisch den Fachkräften überlegen fühlen, weil sie eben dieses ganze Unternehmenswissen haben, und das höre ich ganz oft, dass das ein riesiges Problem ist.“ (Int07, ausgestiegen)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hilfskräfte überschätzen ihre Fähigkeiten: <p><i>„Sie denken, das könnten sie auch. Und dann passieren Fehler.“ (Int20, Leitungskraft, stationäre Langzeitpflege,)</i></p>	<p>Int07, Int15, Int20, Int29</p>

Fachkräftemangel wird in allen Settings wahrgenommen, am präsentesten aber im Krankenhaus und in der stationären Langzeitpflege.

Erfahrungen in Hinblick auf den Fachkräftemangel	Interview-Code (Auswahl)
<p>V. a. bestimmte Stationen in Krankenhäusern sind betroffen: bspw. die Geriatrie und die Innere Medizin sind unattraktiver → „<i>Teufelskreis</i>“, da beruflich Pflegende sich aussuchen können, wohin sie gehen und diese Stationen dann nicht auswählen:</p> <p><i>„Und wenn die mir sagen, ja die einzige Station, die wir ihnen anbieten können, ist die Station, über die ich gerade geredet habe, werde ich nicht machen. Tut mir leid, das ist ein Teufelskreis. Die einen hören auf, die anderen sagen „Nee, das mache ich nicht.“ Und irgendwann ist da gar keiner mehr.“</i> (Int34, Auszubildende*r, Krankenhaus)</p>	Int04, Int34
<p>Personalwegfall: sehr stressauslösend, da Ausfall kompensiert werden muss, ohne die Chance selbst Einfluss auf die Situation zu nehmen</p>	Int01, GD00
<p>Ausfall wird selten systematisch geplant, obwohl das täglich vorkommt:</p> <p><i>„Es ist ja nicht so, dass ich sage, Oh ja, in zwölf Monaten ist das in drei Monaten zweimal vorgekommen, dass einer nicht kommt, sondern eher ist es ja so, dass in zwölf Monaten mal einen Monat ist, wo vielleicht mal nicht drei Leute fehlen. Also es ist ja tatsächlich ein beständiges, tatsächlich tägliches Erleben.“</i> (T3_GD00, ausgestiegen)</p>	GD00
<p>Personaluntergrenzen werden oft nicht eingehalten (Berichte vor allem aus Krankenhaus)</p>	Int03, Int16
<p>Neue Anforderungen von Bewohner*innen werden als nicht mehr mit Personalberechnungen abgedeckt wahrgenommen</p>	Int05
<p>Definition von Fachkräften in der Altenpflege kann sinnvoll sein: In der stationären Altenhilfe ist die Erfüllung der Fachkraftquote schwierig, da Pflege nicht mehr unmittelbar an Gesundung beteiligt wird und Fachkräfte nicht immer ausbildungsgerecht eingesetzt werden können. Daher wäre eine Definition, wer sind die Fachkräfte und was sollen sie leisten, relevant – vor allem in Hinblick auf die sozialen Komponenten bei der Pflege:</p> <p><i>„Heißt die Fachkraft dann eigentlich ausschließlich Fachkraft, wenn sie aus der Kranken- oder Altenhilfe kommt als pflegerischen Beruf? Oder sind es nicht eigentlich andere Leute, die auch als Fachkräfte dort auf Augenhöhe begegnen sollten? Ja, deswegen bei Ihnen (Anm. Person aus</i></p>	GD02

<p><i>Krankenhaus-Bereich) ist Skill-Mix klar, das sind verschiedene pflegerischen Sachen. Aber bei mir wäre Skill-Mix einfach jemand, der ausgebildet ist, die Situation nochmal anders zu beleuchten." (T5_GD02, Leitungskraft, stationäre Langzeitpflege)</i></p>	
--	--

Erfahrungen speziell von Befragten aus dem ambulanten Bereich:

Erfahrungen aus dem ambulanten Bereich hinsichtlich der Ablaufplanung	Interview-Code (Auswahl)
<p>Höherer Grad an eigenverantwortlicher Ablaufplanung möglich, Belastung aber durch enge Taktung der Zeiten und viel Dokumentationsaufwand</p>	<p>Int23, Int25, Int32</p>
<p>Digitalisierung wird unterschiedlich wahrgenommen: Entlastung, da Wegezeiten nicht mehr gerechtfertigt werden müssen, sondern „die Zeit immer mitläuft“ (Int25, Pflegefachperson, ambulant) oder als Instrument zur Überwachung, dass den „Reiz der Pflege“ (Int23, Pflegefachperson, ambulant) wegnimmt</p>	<p>Int23, Int25</p>
<p>Hoher Dokumentationsaufwand, da Nicht-Fachkräfte keine Evaluierung machen dürfen, obwohl sie teilweise Patient*innen häufiger sehen:</p> <p><i>„Also sie sagt mir, wie der Zustand ist und ich muss es aufschreiben. Also das ist ein bisschen paradox, weil wie gesagt, Nicht-Fachkräfte, keine Evaluierung durchführen dürfen und die sind ja nun regelmäßig dran.“ (Int17, Pflegefachperson, ambulant)</i></p>	<p>Int17</p>

Wünsche/Strategien zur Arbeitsteilung/Ablaufplanung fokussieren sich auf qualifikationsgerechte und individuell planbare Einsätze.

Wünsche in Bezug auf die Ablaufplanung und Arbeitsteilung fokussieren sich vor allem auf die klare Regelung der Rollen und Aufgaben der unterschiedlichen Qualifikationen und die Anpassung bzw. Einhaltung der Personaluntergrenzen. Konkrete Strategien und Maßnahmen, um vor allem dem Personalmangel und der hohen Arbeitsdichte entgegenzuwirken, werden verstärkt bei der Anpassung von Arbeitsabläufen, weg von strikten Abläufen hin zu mehr individuell ausgerichteten Planungen berichtet. Auch die systematische Einplanung von Personalausfall und Unterbesetzung kann mit konkreten Maßnahmen gestaltet werden.

Wünsche hinsichtlich Arbeitsteilung/Ablaufplanung	Interview-Code (Auswahl)
Häufig erwähnte Wünsche	
<p>Aufgabenerfüllung soll im Rahmen der Qualifikation stattfinden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ zur Sicherung der Qualität ○ nicht „alle machen alles“ (Int31, Auszubildende*r, ambulant) → Vorteile: Zeitersparnis, Entlastung, Fokus auf Pflege 	Int03, Int05, Int08, Int09, Int15, Int26, Int30, Int31, Int32, GD01, GD03
<p>Aufgaben/Rollen klarer verteilen, regeln und abgrenzen in allen Settings</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Entwicklungsperspektiven und Kompetenzorientierung umsetzen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterbildung/Fortbildung soll, neben mehr Geld, auch mit Ausweitung der Aufgaben, Verantwortung und Selbstbestimmung einher gehen ▪ Arbeitsinhalte auf mehrere Köpfe verteilen → nach Kompetenz 	Int08, Int26, Int29, GD02
<p>Anpassung und Einhaltung der Personaluntergrenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Im Krankenhaus: Sicherstellung, dass im Notfall Betten gesperrt werden → nicht immer der Fall ○ Als „perfekter“ Personalschlüssel wird 1:6; oder 1:1/:2 in der Intensivpflege (Krankenhaus) beschrieben ○ Individuelle Personalbemessung in stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern sinnvoll 	Int16, Int20, Int28, Int30, GD03, GD04
Weitere genannte Wünsche	
Feste Sprechzeiten für Angehörige in stationären Einrichtungen	Int20
Kleinere Bereiche in stationären Einrichtungen für bessere Aufgabenverteilung	Int20
Mehr an die Pflegepraxis orientierte Zeitvorgaben , v. a. mehr Fokus auf Gesprächsführung/psych. Unterstützung in der ambulanten Pflege	Int27
mehr Freiheiten bei der Pflegeplanung und Umsetzung in der ambulanten Pflege	GD04
Dokumentation sollte schneller durchführbar sein	GD01
einzelne Dienste im Monat sollten zur fachlichen Fortbildung genutzt werden	Int07

Strategien/Maßnahmen hinsichtlich Arbeitsteilung/Ablaufplanung	Interview-Code (Auswahl)
Anpassung von Arbeitsabläufen	
Entzerrung von Arbeitsspitzen durch personenzentrierte Pflege /individuelle Beachtung von Bedürfnissen der Patient*innen <ul style="list-style-type: none"> ○ Umsetzung Tourenpläne in stationären Einrichtungen ○ Pflegebedarfe tagesaktuell vorab ermitteln in der ambulanten Pflege 	Int09, Int20, Int22, Int29, GD00, GD01
Lebensphasenorientierte Aufgabenverteilung <ul style="list-style-type: none"> ○ Beachtung von körperlichen und psychischen Voraussetzungen ○ Beachtung der privaten Lebenslage 	Int28, GD02
Verlagerung von Dokumentationstätigkeiten (v. a. stationäre Langzeitpflege und ambulante Pflege, in Akutpflege eher nicht sinnvoll) und Tätigkeiten in Verbindung mit Führungsaufgaben im Homeoffice (z. B. auch Online-Besprechungen)	Int07, Int22, Int24
Systematische Planung von Personalausfall	
Muss-Kann-Soll Leistungen definieren: Kategorisierung der Pflegeaufgaben zur Reduktion des Arbeitsumfangs bei Unterbesetzung <ul style="list-style-type: none"> ○ Welche Leistungen können delegiert werden/wegfallen? Was muss auf jeden Fall erledigt werden? --> verbindliche Liste 	Int06, Int22, GD01
mehr Personen für Dienste einplanen als eigentlich benötigt	Int06, Int16
gezielt Personal für Arbeitsspitzen einstellen	Int15
Einsatz von Hilfskräften ausbauen , vor allem im Krankenhaus	Int03, Int14, Int15, Int34, GD03

7.3.6 Führungsverhalten und Arbeitsklima

7.3.6.1 Führung

Der Führung in der Pflege wird eine zentrale Rolle zugeschrieben, die noch großes Optimierungspotential in ihrer Ausgestaltung birgt.

Der Führung wird eine zentrale Rolle in Bezug auf die Arbeitsplatzzufriedenheit und den Verbleib im Pflegeberuf zugeschrieben. Viele der Befragten beschreiben den Status quo in Bezug auf die Führung in der Pflege als eines der größten Probleme des Pflegeberufs. Führung ist für einen Großteil der Befragten ein wichtiger Faktor („maßgeblich“ (bspw. Int22), „allerwichtigste“ (bspw. Int20)) bei der Arbeitszufriedenheit. Stressige Situationen können durch gute Führung „gepuffert“ (T6_GD02)

werden. Kritisch gesehen werden dementsprechend verstärkt die fehlende Führungskräfteentwicklung und hierarchische Top-Down-Führungsstile. Wichtig ist den Befragten vor allem ein wertschätzender, persönlicher Umgang auf Augenhöhe zwischen Führungskräften und ihren Mitarbeitenden, der aber häufig so nicht wahrgenommen wird.

Verstärkt in den unteren Führungsebenen (bspw. WBL) erfolgt kaum Ausbildung/Weiterbildung von Führungskräften/Führungskräfteentwicklung, sodass die Umsetzung der Führungsaufgabe überfordernd wirken kann.

„Und wenn die Leitung gut ist, macht das Arbeiten Spaß, ist die Leitung schlecht, macht sie keinen Spaß, weil man sich dann immer um Dinge kümmern muss, die einen frustrieren.“ (Int06, ausgestiegen)

„Aber die Leute werden allein gelassen, ohne Know how und das bringt halt nichts, wenn die EL und die PDL super Führungskompetenzen haben und alles gut ausmalen und die WBL in ganz anderen Spielen läuft. Und das wird häufig nicht beachtet und das Kapital und da müssen auch Unternehmen ansetzen.“ (Int05, ausgestiegen)

Erfahrungen/Einschätzungen Führungskräfteentwicklung	Interview-Code (Auswahl)
Kritisch gesehen wird, dass Führungskräfte nach fachlichen Kriterien ausgewählt werden und nicht nach ihrer Führungskompetenz	Int06, Int08, Int11
Leitungskräfte sind teilweise überfordert , da sie nicht gelernt haben, für sich und andere „gesund“ zu führen; das kann Unzufriedenheit im Team verursachen	Int07, Int08
Leitungskräfte übernehmen häufig nur verwaltende und wenig gestaltende Aufgaben : <i>„Der Fisch fängt vom Kopf an zu stinken, ich erlebe es leider immer wieder, Teams können nicht gut arbeiten, wenn die Führungskraft nicht gut ausgebildet ist und wenn dann nicht, also Führungskraft im Sinne von Leadership im Sinne von Begleiten, Vorbild sein, an die Hand nehmen, zusammen gemeinsam etwas schaffen.“ (Int11, ausgestiegen)</i> ○ Problem neben fehlender Weiterbildung für Führungsaufgabe: hoher Druck durch Fluktuation und Fachkräftemangel	Int11, GD00, GD02
Potential: Ausbau Führungskompetenzen könnte Probleme im Pflegealltag auffangen	Int08, Int11

Häufig wird von Unzufriedenheit durch hierarchische Top-Down Führungsstile berichtet bzw. werden Charakteristika partnerschaftlicher Führungsstile als wünschenswert hervorgehoben.

„Na also, wenn dann alles immer nur von oben herab diktiert wird, ohne richtig in Kommunikation mit denen zu gehen, die das durchführen, ist das natürlich auch immer für die Arbeitsatmosphäre nicht so schön.“ (Int16, Pflegefachperson, Krankenhaus)

Erfahrungen/Einschätzungen Führungsstile	Interview-Code (Auswahl)
Erfahrungen in Bezug auf ein Gefühl des „herumgeschubst Werdens“ (Int33, Auszubildende*r, stationäre Langzeitpflege), Gefühl von Überwachung und das Ausführen von Befehlen werden kritisch hervorgehoben <ul style="list-style-type: none"> ○ Befragte berichten teilweise von Angst vor der Kommunikation mit der Leitungskraft 	Int12, Int16, Int33
Seitens der Leitungskräfte wird ein wenig wertschätzender Umgang wahrgenommen <ul style="list-style-type: none"> ○ Unzufriedenheit: oftmals nur Floskeln in der Betriebskommunikation, Änderungsvorschläge von Mitarbeitenden werden nicht wahrgenommen oder blockiert 	Int14, Int30

Wünsche/Forderungen in Verbindung mit Führung betreffen einen wertschätzenden Umgang, partnerschaftliches Zusammenarbeiten mit der Führungsperson und die Entwicklung von Führungskompetenzen.

Wünsche/Forderungen für einen wertschätzenden Umgang	Interview-Code (Auswahl)
Vor allem von höheren Leitungsebenen wird erwartet, dass mehr Präsenz und Interesse gezeigt wird, bspw. durch Hospitationen, um auch Probleme auf Station nachvollziehen zu können, „sich mal sehen lassen“ (Int22, Leitungskraft, Krankenhaus)	Int14, Int16, Int21, Int22
Lob, kleine Gesten des Danks werden im Sinne eines wertschätzenden Umgang als wichtig erachtet und teilweise auch höher bewertet als finanzielle Bonuszahlungen: <i>„Ich habe das so erlebt, dass z. B. an warmen Tagen in unsere Bereichsleitung da mal Eis spendiert hat und so und so etwas macht viel mehr aus, als man 50 Euro mehr im Monat kriegt oder sowas, weil man halt, also Wertschätzung empfindet.“ (Int16, Pflegefachperson, Krankenhaus)</i>	Int13, Int16, Int17, Int27, Int31
Wertschätzender Umgang charakterisiert sich für einige Befragte auch dadurch, dass Bedürfnisse/Gefühle usw. ernstgenommen,	Int03, Int22, Int30, GD03

<p>wahrgenommen und berücksichtigt werden (bspw. bei der Dienstplangestaltung):</p> <p><i>„Da springe ich auch 100 Dienste ein, wenn ich dann so eine Wertschätzung in dem Moment wieder habe, der mir möglich macht, mein Kind mit der Arbeit irgendwie zu vereinen.“</i> (Int30, Pflegefachperson, Krankenhaus)</p>	
<p>Passende und ausreichend Arbeitskleidung, Mitarbeiterparkplätze, ein gutes Auto in der ambulanten Pflege werden mehrmals hervorgehoben</p>	<p>Int15, Int28, Int29, Int30, Int33</p>
<p>Kommunikation auf Augenhöhe</p>	<p>Int09, Int18</p>
<p>Angebot von Fortbildungen werden ebenfalls als Mittel zur Wertschätzung bewertet</p>	<p>Int24</p>

Anforderungen bzgl. Eigenschaften und Aufgaben von Leitungskräften	Interview-Code (Auswahl)
<p>Leitungskräfte sollten „ansprechbar“ für Mitarbeitende sein:</p> <p><i>„Wir können immer da sofort hingehen, wenn was ist. Wir brauchen dann nicht mehr einen Termin machen oder sowas. (...) Die Türen sind immer alle auf, sodass man auch vorbeigehen kann und winken kann und sagen, kann ich noch mal reinkommen? Kann ich dir mal was erzählen? Oder wie siehst du das denn? Ich habe da ein Problem. Also ich glaube, das ist das allerwichtigste, was sein kann.“</i> (Int20, Leitungskraft, stationäre Langzeitpflege)</p>	<p>Int01, Int02, Int07, Int09, Int20, Int24</p>
<p>Versprechungen/Vereinbarungen sollten eingehalten werden (bspw. festgelegte Arbeitstage)</p>	<p>Int28, Int32</p>
<p>Rückendeckung von den Leitungskräften gegenüber Patient*innen, Bewohner*innen, Angehörigen oder auch höheren Leitungsebenen wird als sehr wichtig erachtet</p>	<p>Int14, Int18, Int30, Int33, GD03</p>
<p>Entscheidungen müssen gegenüber dem Team vertreten/durchgesetzt werden (bspw. sog. familienfreundliche Dienste, Freistellung für Praxisanleitung)</p>	<p>Int27, Int28</p>
<p>Leitungskräfte sollten in der Lage sein, Aufgaben zu delegieren, um mehr Ressourcen für Führung zu haben</p>	<p>GD02, GD03</p>
<p>Leitungskräfte sollten Handlungsspielräume ermöglichen (v. a. von beruflich Pflegenden im ambulanten Bereich erwähnt)</p>	<p>Int19, Int26, Int29</p>
<p>Leitungskräfte sollten Vertrauen in die Arbeit ihrer Mitarbeitenden vermitteln</p>	<p>Int05, Int29</p>
<p>Leitungskräfte sollten den „Faktor Mensch“ miteinbeziehen und nicht nur auf Zahlen schauen</p>	<p>Int05</p>
<p>Leitungskräfte sollten auf die psychische Belastung der Mitarbeitenden achten</p>	<p>Int19, Int29, GD01</p>
<p>Wunsch nach mehr partnerschaftlichen Führungsstilen, flache Hierarchien, bottom-up: <i>„Weg von der Schafherde, hin zu</i></p>	<p>Int09, Int19, Int20, Int21, Int26, Int32, GD01, GD02</p>

<p><i>Bienenvölkern.</i>" (Int32, Leitungskraft, stationäre Langzeitpflege), und mehr Agilität/sich selbststeuernde Teams</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Problem: bürokratische Organisation der Finanzierung im Gesundheitswesen und Unklarheit über verfügbare Gelder: <p><i>„Also man weiß auch nie mit welchem Geld man überhaupt arbeitet. Das ist ein ganz schwieriges Finanzierungssystem und dann in so einem System agile Führung umzusetzen ist schon eine hohe Hausnummer, ist schon hohe Kunst, weil am Ende des Jahres zählen nur die Zahlen.“</i> (T3_GD01, Leitungskraft, Krankenhaus)</p>	
--	--

Strategien und Forderungen, um Führungsqualitäten zu steigern	Interview-Code (Auswahl)
Leitungskräfteausbildung und -entwicklung optimieren	Int05, Int06, Int08, Int10, Int11, Int16, GD02
<i>„Leitungsschmiede“</i> im eigenen Betrieb: Leitungskräfte im eigenen Haus ausbilden und regelmäßig weiterbilden, z. B. mittels extern moderierter Leitungskräfteworkshops	Int06
Umsetzung von Shared Governance (Konzept Magnetkrankenhaus)	GD02

7.3.6.2 Team/Betriebsklima

Die Atmosphäre im Team und die Zusammenarbeit im Team wird von den meisten Befragten als sehr wichtig (*„extrem wichtig“* (bspw. Int05), *„eine 10 von 10“* (bspw. Int30)) hervorgehoben.

Die Atmosphäre im Team wird ebenfalls als ein sehr wichtiger Faktor in Bezug auf die Arbeitsplatzzufriedenheit und den Verbleib im Pflegeberuf angesehen. Die Atmosphäre im Team und eine gute Führungskultur können als sich ergänzende Faktoren interpretiert werden. Gut funktionierende Teams werden als positiv in Bezug auf die Pflegequalität und die Ausfallquote wahrgenommen. Stressige und beanspruchende Situationen können durch das Team aufgefangen werden. Wichtig ist aus Sicht der Befragten das Angebot von Teambuildingmaßnahmen, -events oder Ähnlichem. Konfliktpotentiale werden teilweise in Bezug auf die Generationen und in reinen Frauentams erfahren.

Erfahrungen/Einschätzungen Team/Betriebsklima	Interview-Code (Auswahl)
Sehr häufig erwähnt: „Schlechte Tage“ (Int04, ausgestiegen), Belastungen bspw. durch Versterben von Patient*innen usw. können durch gutes Team/gute Teamatmosphäre aufgefangen werden	Int01, Int04, Int13, Int16, Int17, Int23, Int24, Int25, GD02
Guter Zusammenhalt und Zusammenarbeit ist wichtig für die Pflegequalität	Int01, Int20, Int25, Int28, Int30, Int31

<ul style="list-style-type: none"> ○ Vertrauen in die Kolleg*innen bei der Durchführung von Pflege/sich aufeinander verlassen können als wichtiger Faktor: <p><i>„Ich bin wirklich sehr froh über dieses Team, was ich da habe. Weil die so motiviert sind, man macht das für sich gegenseitig, viele Sachen, weil man dem anderen helfen möchte. Und ich glaube, wenn das nicht funktioniert, dann ist alles durch.“</i> (Int20, Leitungskraft, stationäre Langzeitpflege)</p>	
<p>Unzufriedenheit im Team wird wirtschaftlich gesehen als problematisch eingeschätzt: unzufriedene Teams kosten "wahnsinnig viel Geld" (Int05, ausgestiegen)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Erfahrung: Arbeitsleistung wird nicht zu 100 Prozent ausgeschöpft ○ hohe Krankenstände und geringere Bereitschaft, Dienste zu kompensieren 	Int05
<p>Konfliktpotentiale</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ intergenerationale Konflikte: bspw. ○ durch die Einführung von familienfreundlichen Diensten, die teilweise als „ungerecht“ empfunden werden, da „unbeliebte“ Schichten von anderen abgedeckt werden müssen ○ oder Ältere fühlen sich Jüngeren überlegen, obwohl diese teilweise in höherer Leitungsposition sind → werden dann teilweise nicht ernst genommen in ihrer Führungsrolle 	Int10, Int34, GD00

Wünsche für gut funktionierende Teams	Interview-Code (Auswahl)
<p>Häufig erwähnt: Umsetzung von gemeinsamen Aktionen außerhalb des Arbeitssettings: Betriebsausflüge, -feiern, Teambuilding-Maßnahmen</p>	Int01, Int15, Int20, Int24, Int29, GD01
<p>Am Rande erwähnt: Diversität, v. a. in Verbindung mit mehr Männern im Pflegeberuf, zur Reduzierung von Konflikten und Unterstützung bei körperlich schwierigen Aufgaben, allgemein von Erfahrungen profitieren, aber auch durch unterschiedliche Kulturen:</p> <p><i>„Aber wo ich dir auf jeden Fall sehr zustimme, ist, dass ich auch finde, dass Männer in Teams sehr wichtig sind. Die Teams, die gut zusammenarbeiten, die ich erlebt habe, da waren immer Männer dabei und es war auch immer, das hat tatsächlich auch immer eine Rolle gespielt, dass die Männer an sich einen, einen beruhigenden Einfluss teilweise auch hatten.“</i> (T2_GD03, Auszubildende*r, Krankenhaus)</p> <p><i>„(...) aber ich arbeite lieber mit gemischten Teams und mit Männern im Team, weil das dann irgendwie immer besser klappt. Und man dann auch mal einen Mann fragen kann, wenn man irgendwie schwere Kisten schleppen muss. Männer</i></p>	Int16, Int31, Int32, GD03

<i>in der Pflege werben das ist schon wichtig, ja."</i> (Int16, Pflegefachperson, Krankenhaus)	
Kleinere Teams (im ambulanten Bereich positiv gesehen: emotionale Bindung zu Kolleg*innen) können positive Wirkung haben	Int23, GD01
Mehr Rücksicht bei fehlenden Sprachkenntnissen	GD03
Angewandte Strategien zur Förderung der Teams (Einzelnennungen) <ul style="list-style-type: none"> ○ mit Mitarbeitenden gemeinsam „arbeiten“ (Int05, ausgestiegen) auch mit externer Unterstützung ○ Umsetzung von Bar Camps zur Förderung des Austauschs 	Int05, Int26

7.3.7 Qualität der Pflege

7.3.7.1 Erfahrungen und Wünsche Multi-/interprofessionelle Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und der Pflege wird Setting-übergreifend als schwierig empfunden. Wünsche nach mehr multiprofessioneller Zusammenarbeit werden geäußert.

In Bezug auf die Qualität der Pflege ist das Thema der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege Setting-übergreifend relevant. Vor allem fehlende Wahrnehmung der Kompetenzen und Wertschätzung der Pflege seitens der Ärzteschaft wird hervorgehoben und als belastend durch die beruflich Pflegenden beschrieben. Als wünschenswert wird darüber hinaus die Etablierung multiprofessioneller Teams bzw. Zusammenarbeit mit Therapeut*innen und Ärzt*innen zur Optimierung der Pflegequalität geäußert. Im ambulanten Setting wird außerdem die Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen als hoher Belastungsfaktor durch in der Praxis stark einschränkende Vorgaben seitens des Medizinischen Dienstes gesehen.

Erfahrungen und Wünsche in der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflege	Interview-Code (Auswahl)
<p>Kompetenzen der Pflege werden nicht wahrgenommen: Pflege kennt Patient*innen häufig besser, trotzdem werden ärztliche Entscheidungen ohne Berücksichtigung der pflegerischen Einschätzung getroffen:</p> <p><i>„Wir sehen die Bewohner jeden Tag oder fast jeden Tag. Und wir wissen, was Sie brauchen, wir schlagen das vor. Und trotzdem sagen die meisten Nein, das mache ich nicht.“</i> (T3_GD03, Auszubildende*r, stationäre Langzeitpflege)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht-Wahrnehmung der pflegerischen Einschätzung seitens der Ärzteschaft kann in der Praxis die Qualität der Pflege/der Behandlung negativ beeinflussen, teilweise sogar gefährden → wird als Belastung empfunden: 	Int25, Int28, GD03, GD04

<p><i>„Und da finde ich diese Kommunikation, die fehlt halt total, dass man sich da besser ausspricht, dass die ja besser so den Stand des Patienten verstehen und dann nicht Anordnungen machen, die total unrealistisch sind und man dann noch einen auf den Deckel kriegt, wenn man das nicht durchführt oder durchführen kann, weil es dem Patienten einfach nicht so geht. Dann ist man halt gestresst.“ (T1_GD03, Auszubildende*r, Krankenhaus)</i></p>	
<p><u>Berichtete Situation in Krankenhäusern:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Übernahme von vielen ärztlichen Aufgaben und von Ärzt*innen delegierte Aufgaben hinsichtlich Stationsorganisation, teilweise auch zu Lasten der eigenen pflegerischen Aufgaben → bspw. Organisation von Patientenaufnahmen, „Sekretär*innen“-Tätigkeiten (Int30, Pflegefachperson, Krankenhaus): <p><i>„Ganz oft sind wir, sind wir, so überlagert mit Aufgaben, die eigentlich nicht in unseren Arbeitsbereich einfallen, dass ich meinen eigenen Arbeitsbereich, die Pflege an sich, überhaupt nicht mehr machen kann“ (Int30, Pflegefachperson, Krankenhaus)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wunsch: wenn Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten an Patient*innen → dann entsprechende Vergütung der Leistung ○ Wunsch: mehr auf Pflegeabläufe im Stationsalltag achten: nicht alles nach ärztlichem Ablauf richten zur besseren Qualität der Pflege, bessere Kommunikation ○ insgesamt wenig Wertschätzung/Anerkennung oder Respekt seitens der Ärzt*innen empfunden: <i>„Da sind die dann wieder uns gegenüber abwertend und hochnäsiger zum Teil.“ (Int15, Pflegefachperson, Krankenhaus)</i> ○ und traditionelles Hierarchie-Denken: <p><i>„Das ist auch wieder so ein Hierarchie-Ding von früher noch.. Dass die Krankenschwester alles zu beaufsichtigen hat und der Arzt geht schön Mittagspause machen. Also da herrschen noch ganz, ganz, ganz viele alte Strukturen irgendwie im Krankenhaus.“ (Int30, Pflegefachperson, Krankenhaus)</i></p>	<p>Int13, Int14, Int15, Int28, Int30</p>
<p><u>Berichtete Situation in der stationären Langzeitpflege:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Schnittstelle zu Ärzt*innen häufig schwierig: hierarchische Organisation ○ Wunsch: flache Hierarchien, Zusammenarbeit auf Augenhöhe ○ Strategie: Etablierung regelmäßig organisierte Treffen, niedrigschwellige Kommunikationsstrukturen 	<p>Int24, Int32</p>
<p><u>Berichtete Situation in der ambulanten Pflege:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Langwierige Kommunikationswege 	<p>Int25</p>

<ul style="list-style-type: none"> ○ Wunsch: Zusammenarbeit Ärzt*innen und Pflege wird formal geregelt und „mandatiert“ (Int25, Pflegefachperson, ambulant) <p>„Das ist auch eine Frage der Zusammenarbeit mit dem Arzt, wenn man mit dem zusammensitzen würde zweimal in der Woche und die Patienten, die man hat, durchgehen würde. Dann könnte man das mit dem besprechen und er wüsste dann auch gleich viel mehr. Diese Kommunikationsschnittstelle findet nicht statt, das steht separat.“ (Int25, Pflegefachperson, ambulant)</p>	
---	--

Die Etablierung multiprofessioneller Teams aus Pflege, Therapeut*innen und Ärzt*innen zur besseren Pflegequalität ist erwünscht.

Wünsche für mehr multiprofessionelle Zusammenarbeit in allen Settings	Interview-Code (Auswahl)
<p>Vermeidung von „Silo-Denken“ (Int11, ausgestiegen) → Aufgaben können effizienter aufgeteilt und übernommen werden</p>	Int11, Int22
<p>Zusammenarbeit mit Therapeut*innen kann Pflege erleichtern und Ergebnis positiv beeinflussen:</p> <p><i>„Mir ist ja immer wichtig, die aktivierende Pflege, das eigentlich, was meine Aufgabe auch ist. Und das hat immer auch die Multiprofessionalität gefördert. Denn in der Akut-Geriatrie, da waren Ergotherapeuten, da waren Physiotherapeuten, da gabs immer Absprachen zwischen uns, wer welche Tätigkeit übernimmt.“</i> (Int15, Pflegefachperson, Krankenhaus)</p>	Int15, Int25
<p>Ambulant: bessere Setting-übergreifende Kommunikation, um Pflegeerfolg auch während Krankenhaus-Aufenthalts sicherzustellen:</p> <p><i>„Manchmal ist es halt nötig, dass jemand ins Krankenhaus geht, aber da soll ja nicht kränker wiederkommen.“</i> (T3_GD04, Pflegefachperson, ambulant)</p>	Int25, GD04
<p>Vorschlag im Rahmen von der Gruppendiskussion mit Auszubildenden: Etablierung multiprofessioneller Zusammenarbeit schon in Ausbildung/Studium, bspw. im Rahmen von sogenannte „Schülerstationen“ → Pflegeschüler*innen und Therapie-Schüler*innen kümmern sich gemeinsam um Patient*innen</p>	GD03

Ambulant: häufiger Kritikpunkt: Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen	Interview-Code (Auswahl)
Zusammenarbeit mit/Kontrolle durch den Medizinischen Dienst wird als zu bezogen „penibel“ (Int18, Pflegefachperson, ambulant) empfunden: einschränkend bei der Gestaltung der Pflege → löst hohen Druck aus	Int18, Int27
Kritik: Vorgaben des Medizinischen Dienstes werden „ständig“ (Int18, Pflegefachperson, ambulant) geändert und erfordert hohen Einarbeitungsaufwand: „Es müssen sich Millionen Pflegekräfte ständig umstellen, was denn gerade, auf was denn gerade in diesem Jahr der MDK wieder wert legt. Und ich finde, dass ist absolut überzogen.“ (Int18, Pflegefachperson, ambulant)	Int17, Int18
Wunsch: mehr Nachvollziehbarkeit innerhalb des Dokumentationssystems für mehr Praktikabilität	Int17

7.3.7.2 Fachkraftquote

Die Fachkraftquote wird je nach Setting als unterschiedlich wichtig betrachtet: Im Krankenhaus ist sie von hoher Bedeutung, in der Altenpflege wird sie teilweise als weniger wichtig empfunden.

Das Thema Fachkraftquote wurde weniger häufig von den Befragten explizit mitaufgegriffen. Festzuhalten ist, dass die Fachkraftquote je nach Setting mit unterschiedlicher Wichtigkeit bewertet wird. Während die Fachkraftquote im Krankenhaus, v. a. auf der Intensivstation als sehr wichtig angesehen wird, wird in der stationären Langzeitpflege eher darauf verwiesen, dass je nach Einrichtungsart auch weniger Fachkräfte notwendig sein können, damit diese nur ihrer Qualifikation entsprechende Aufgaben durchführen können. In der ambulanten Pflege dagegen wird angemerkt, dass ein ausschließlicher Einsatz der Fachkräfte nach ihrer Qualifikation bedingt durch den Personalmangel nicht möglich ist.

Einordnung der Fachkraftquote in unterschiedlichen Settings	Interview-Code (Auswahl)
Im <u>Krankenhaus</u> wird die Fachkraftquote als sehr sinnvoll und „unheimlich“ (Int14, Pflegefachperson, Krankenhaus) wichtig empfunden und bewertet <ul style="list-style-type: none"> ○ Pflege direkt am Patienten sollte qualifikationsentsprechend nur von Fachkräften ausgeführt werden; andere Aufgaben können delegiert werden 	Int07, Int09, Int14, Int22

<p>Im stationären Bereich: Sinnhaftigkeit der Fachkraftquote ist abhängig von der Art der Einrichtung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Einrichtungen mit psychiatrischen Patient*innen: sehr hohe, bis zu einer 100 Prozent Fachkraftquote wichtig ○ Einrichtungen mit weniger herausfordernden Bewohner*innen: geringere Fachkraftquote (20 Prozent) wird meist als ausreichend empfunden ○ Einbezug von Assistenzberufen, wie z. B. medizinische Fachangestellte bei Visiten und Behandlungspflege → dann sind weniger Fachkräfte notwendig ○ Wichtig: Aufgaben sollten der Qualifikation entsprechen 	<p>Int08, Int20, Int24, Int32, GD02</p>
<p>Im ambulanten Bereich: keine Fachkraftquote festgeschrieben</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wunsch nach mehr Fachkräften auf Grund des Personal mangels: Einsatz nach Qualifikation ist oftmals nicht möglich, die Fachkraftquote aber weniger relevant ○ Hinweis aus einem Einzelinterview: obwohl von den Krankenkassen empfohlen → Delegation von Aufgaben an Nicht-Fachkräfte wird nicht umgesetzt, da Schulungen bspw. hinsichtlich der Insulingabe als nicht ausreichend empfunden werden 	<p>Int17, Int18, Int19, Int27, Int29</p>
<p>Annahmen von Befragten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Einsatz von beruflich Pflegenden mit akademischer Ausbildung könnte Fachkraftquote obsolet machen ○ Entwicklung hin zu Primary Nursing: eine Fachkraft und mehrere Hilfskräfte → würde ebenfalls die Notwendigkeit einer Fachkraftquote senken 	<p>Int05, Int09</p>

7.3.7.3 Digitalisierung

Digitalisierung wird größtenteils als Chance verstanden, in der Umsetzung gibt es allerdings noch große Optimierungspotentiale, sowohl bei Hardware und Software, als auch bei der Schulung und Sensibilisierung der Mitarbeitenden.

Digitalisierung in der Pflege wird im Allgemeinen vor allem in Hinblick auf Zeitersparnis und zur Verbesserung der Pflegequalität positiv bewertet. Jedoch berichtet die Mehrheit der Befragten, dass der aktuelle Stand der Umsetzung (Einsatz von Software, Ausstattung mit Geräten) noch viele Optimierungspotentiale offenlegt, teilweise sogar mehr Zeit kostet oder die Pflegequalität gefährdet. Betont wurde weiterhin immer wieder, dass der Einsatz von Robotik bei der direkten Pflege an Patient*innen/Bewohner*innen nicht gewünscht ist, wohl aber als Unterstützung, z. B. bei Auffüllaufgaben, sinnvoll sein kann.

Digitalisierung in der Pflege hat aus Sicht der Befragten das Potential die Pflegequalität zu verbessern.

Erfahrungen mit und Erwartungen an die Digitalisierung in der Pflege	Interview-Code (Auswahl)
<p>Bessere Lesbarkeit/Nachvollziehbarkeit der Dokumentation:</p> <p><i>„Da weiß ja keiner mehr im Spätdienst was die im Frühdienst gemacht haben, wenn die da so rumschmierern. Ja. Deswegen: Also ich freue mich da schon drauf.“</i> (Int13, Auszubildende/r, Krankenhaus)</p>	Int13, Int25, Int34
<p>Höhere Medikamentensicherheit</p>	GD03
<p>Schnelle Verfügbarkeit von Daten:</p> <p><i>„Es ist einfach gleich da, weil einfach alles eingegeben wird oder eingescannt wird. Und ich kann es dann gleich sehen (...) Also ich finde es spart Zeit, es ist übersichtlich und es kommt ja dann am Schluss auch wieder dem Patienten zugute.“</i> (Int19, Leitungskraft, ambulant)</p>	Int17, Int19
<p>Digitalisierung in der Pflege hat aus Sicht der Befragten das Potential, Zeit bei der Dokumentation zu sparen. Dadurch, dass z. B. die Vitalzeichen automatisch erfasst werden und der Fokus der Dokumentation auf Parametern liegt, die nicht durch Geräte erfasst werden können (bspw. Pupillenkontrolle, Hautzustand)</p>	Int01, Int07, Int08, Int09, Int14, Int20, GD01
<p>Befragte aus der ambulanten Pflege empfinden digitale Tourenplanung häufig als eine Art der Überwachung und damit auch Druck ausübend und belastend</p>	Int17, Int23
<p>Die Ausstattung mit und Umsetzung von Digitalisierung in den Betrieben der Befragten ist unterschiedlich</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ teilweise wird der aktuelle Stand mit dem Beginn der Digitalisierung der Patientenakten beschrieben, andererseits wird die automatisierte Erhebung von Werten und Einsatz von bspw. VR-Brillen als aktueller Status quo in der Einrichtung erwähnt → folglich bestehen aktuell noch unterschiedliche Digitalisierungsgrade ○ häufig wird auch von fehlender technischer Ausstattung (Geräte und Software) berichtet 	über alle Interviews hinweg

Das Nutzungsverhalten und die Akzeptanz der vorhandenen digitalen Tools/Geräte ist abhängig vom Alter der Beschäftigten und der Praktikabilität.

Erfahrungen sowie Strategien zum Nutzungsverhalten digitaler Tools/Geräte	Interview-Code (Auswahl)
Mehrfach berichtet: Tablets in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen werden kaum bis gar nicht genutzt	Int05, Int09, Int21, GD00
Häufig berichtet: Ältere Mitarbeitende haben oft Schwierigkeiten beim Verständnis und bei der Nutzung digitaler Technologien	Int12, Int19, Int27, Int28, Int33, Int34
Strategie/Vorschlag: Mitarbeitende sollten bei Entwicklung und Implementierung miteinbezogen werden → positive Erlebnisse mit Tools würden „ <i>Begeisterung</i> “ für Digitalisierung schaffen	Int07, GD00, GD02
Strategie/Vorschlag: Schulungen sollten regelmäßig im Monat stattfinden → Teilnahme sollte bei Bedarf immer möglich sein	Int28

Kritikpunkte/Herausforderungen im Rahmen der Digitalisierung	Interview-Code (Auswahl)
<p>Oft erwähnt: Systeme müssen technisch funktionieren, leicht in den Pflegealltag integriert werden können und dürfen nicht ausfallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ einige Erfahrungsberichte (Setting-übergreifend), in denen von eingeschränkter Nutzbarkeit der Systeme durch Störungen bei Hard- und Software berichtet wurde, welches sich negativ auf die Pflegequalität auswirkte: bspw. automatisierte Datenerfassung auf der Station funktioniert nicht einwandfrei → mehr Kontrollaufwand: <p><i>„Also wir haben ein sogenanntes Fluid Management, da werden eigentlich alle Perfusoren, z. B. die am Patienten laufen, über das hausinterne direkt in den PC gespeist und sollten eigentlich die ganzen Laufraten alle automatisch da reingehen. Funktioniert leider nicht. Deshalb muss ich zu Beginn der Schicht jeden Perfusor eigenhändig nochmal kontrollieren, ob er dann richtig in der Akte läuft, den Milliliter Stand da eintragen, die Laufrate eintragen. Also wenn es funktionieren würde, wäre es eine super Sache, die mir wirklich viel Arbeit abnehmen würde. Tut sie aber leider nicht.“</i> (Int30, Pflegefachperson, Krankenhaus)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ im ambulanten Bereich: Berichte über nicht funktionierende Handys → kein Zugriff auf Tourenplanung und Informationen zu Patient*innen möglich 	Int03, Int13, Int30, Int31, Int33

<p>Wahrnehmung einiger Befragter: Systeme sind häufig user-unfreundlich und nicht intuitiv gestaltet, sodass die Bedienung einen hohen Zeitaufwand erfordert:</p> <p><i>„Ist eigentlich ganz gruselig, weil das System (...) und die Oberfläche hat vergleichsweise wenig mit den tatsächlichen Arbeitsanforderungen zu tun.“</i> (Int25, Pflegefachperson, ambulant)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Annahme möglicher Grund: zu wenig IT-Personal, um Programme praxisbezogen zu implementieren und weiterzuentwickeln 	Int11, Int14, Int16, Int25. GD02
<p>Fehlende Standards/Einheitlichkeit der Systeme</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Berichte, dass jeder Betrieb, vereinzelt sogar jede Station ein anderes System nutzt und diese teilweise nicht kompatibel miteinander sind 	Int03, Int16, Int32
<p>Fehlende Vernetzung der Technologien/Systeme untereinander</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vernetzung hätte das Potential Zeit zu sparen und Pflegequalität zu verbessern: <p><i>„Also wenn dieser kleine Computer das direkt an den Hauptcomputer senden würde, das wären so kleine Schritte, die aber dann irgendwie doch im Endeffekt viel erleichtern würden, auch viel Zeit sparen würden. (...) Jeder Patient hat so sein eigenes iPad am Bett und man kann direkt am Bett dokumentieren und das aber so abspeichern. Wenn ich auf Speichern drücke, dass der Arzt das im Nebenzimmer schon direkt auf seinem iPad abrufen kann, das wäre ein Träumchen.“</i> (Int13, Auszubildende*r, Krankenhaus)</p> 	Int13, Int15, Int16
<p>Schulungen werden als nicht ausreichend empfunden</p>	Int02, Int03, Int16
<p>Damit Digitalisierung ein Attraktivitätsmerkmal wird, <i>„muss schon noch einiges passieren.“</i> (Int12, ausgestiegen); <i>„Also, sie sind ja in jedem Supermarkt besser vernetzt und digitalisiert als, als im Dienst.“</i> (Int29, Leitungskraft, ambulant)</p>	Int12, Int29

Wünsche im Rahmen der Digitalisierung	Interview-Code (Auswahl)
<p>Hauptwunsch: Robotik sollte nicht die menschliche Pflege an Patient*innen/Bewohner*innen ersetzen --> Technologien sollten nur unterstützen und Zeit sparen:</p> <p><i>„Also das kann, kann nur Helfershelfer sein, die Elektronik.“</i> (Int21, Leitungskraft, stationäre Langzeitpflege),</p> <p><i>„Ich glaube, Pflege ist ein menschlicher Bereich. Menschliche Arbeiten, Lifter ja, Roboter zur Grundversorgung nein.“</i> (T3_GD03, Auszubildende*r, stationäre Langzeitpflege)</p>	über alle Interviews hinweg

<p>Hinterlegung der Pflegeplanung auf der digitalen Gesundheitskarte:</p> <p><i>„Weil jede Pflegekraft schreibt die gleichen Daten ein und wenn das einfach auf der Karte drauf wäre. Dann wäre das schon mal das Einfachste. Ich lese die Karte ein und hab alle Daten da und evaluiere, passe an, lese wieder ein und gibt's zurück, weiß jeder, was der andere getan hat.“ (Int32, Leitungskraft, stationäre Langzeitpflege)</i></p>	Int32
<p>Einsatz von Smart Home-Systemen, intelligenten Assistenzsystemen in der Häuslichkeit und in der stationären Langzeitpflege</p>	Int10, Int24, Int32, Int33
<p>Einsatz von Virtual Reality-Brillen zur Dokumentation</p>	GD02
<p>Einsatz/Ausbau von Künstlicher Intelligenz bei der Dokumentation</p>	Int20
<p>Einsatz/Ausbau Nutzung Tablets zur Wunddokumentation</p>	Int25

7.3.8 Prävention und Gesundheitsförderung

7.3.8.1 Pausen

Berichte in Hinblick auf Erfahrungen mit Pausenzeiten/-gestaltung variieren über das Untersuchungskollektiv hinweg, sind teilweise positiv und teilweise eher negativ.

Die Pausengestaltung wird von den Befragten unterschiedlich wahrgenommen. Einerseits wird von Problemen dadurch berichtet, dass Pausen nicht ohne Unterbrechung durch fehlende Ablösung genommen werden können, andererseits erwähnen auch viele Befragte, dass es genug Optionen gibt, um sich Pausen zu nehmen und diese erholsam zu verbringen. Klar voneinander abgrenzbar ist die Pausengestaltung in stationären Settings gegenüber der ambulanten Pflege. In der ambulanten Pflege wird von einer stark eigenverantwortlich geprägten Pausenplanung und -gestaltung gesprochen, während im stationären Sektor die Pausenplanung und -gestaltung eher durch Einrichtungsspezifika bestimmt sind, beispielsweise ob es eine Ablösung oder einen Pausenraum gibt.

Erfahrungen bei der Pausengestaltung	Interview-Code (Auswahl)
<p>Pause kann vor allem in stationären Bereichen (Akutpflege und stationäre Langzeitpflege) selten ohne Unterbrechung genommen werden, da häufig niemand zur Ablösung verfügbar ist:</p> <p><i>„Und wenn ich aber Pause machen gehen möchte, dann muss ich quasi mit einem halben Ohr trotzdem noch auf Station sein und kann nicht weggehen, sondern esse mein Brot am Stationstresen, weil der Arzt passt nicht auf, wenn ich nicht da bin.“ (Int30, Pflegefachperson, Krankenhaus)</i></p>	Int03, Int12, Int30, Int32

Teilweise darf die Station während der Pausenzeiten nicht verlassen werden, sodass keine Abgrenzung zum Stationsgeschehen möglich ist → Ausnahme Raucher*innen	Int10, Int01, Int31, Int33
Teilweise fehlende oder fehlende Nutzung von Pausenräumen zur Abgrenzung	Int20, Int29
Andere erwähnen, dass genug Möglichkeiten für eine erholsame Pause vorhanden sind , diese aber auch eigenverantwortlich genutzt werden müssten	Int02, Int04, Int22
Einzelnenennungen: <ul style="list-style-type: none"> ○ auf Einhaltung von Pausen von Auszubildenden wird stärker geachtet ○ viele arbeiten die Pausen durch, um früher nach Hause gehen zu können 	Int29, Int34
In der ambulant en Pflege : Pausen können eigenverantwortlich geplant und genommen werden, oft ist die Pause aber nur im Auto möglich	Int18, Int23

Wünsche und Strategien zu Pausenzeiten/-gestaltung stehen in Zusammenhang mit Ablösungsregelungen, Möglichkeiten der Abgrenzung vom Arbeitsalltag und der Selbstorganisation der Pausen.

Um eine erholsame Pause zu gewährleisten, wird von den Befragten hervorgehoben, dass Ablösungsregelungen notwendig sind, und die Pause möglichst außerhalb der Station/des Arbeitsbereiches, am besten an der frischen Luft, ermöglicht werden sollte. Auch eine Vergütung der Pause, wenn nicht gewährleistet werden kann, dass sie genommen werden kann, ist für einige Befragte denkbar (bspw. Int32, Int33). In einem Einzelinterview wurde von der befragten Person ebenfalls die Führung in die Pflicht genommen, die auf die Einhaltung der Pausen achten sollte (Int24).

Wünsche zur Pausengestaltung	Interview-Code (Auswahl)
Schaffen von Regelungen in Bezug auf die Ablösung, um erholsame und sichere Pausen zu gewährleisten	Int03, Int05, Int16, Int30, Int33
Erholsame Pausen durch <ul style="list-style-type: none"> ○ Möglichkeit, die Station zu verlassen ○ Frischluftpausen auch für Nichtraucher*innen ○ Bewegte Pausen ○ Pausenräume als Rückzugsmöglichkeit ○ Selbstorganisation der Pause 	Int05, Int16, Int20, Int26, Int33, GD03

7.3.8.2 Psychische und physische Auswirkungen

Die psychischen und physischen Belastungen werden durchgängig als sehr hoch eingeschätzt, bedingt durch den Umgang mit schwererkrankten Patient*innen, mit dem Tod und der hohen Verantwortung, die mit der Pflegeaufgabe einhergeht.

Erfahrungen mit psychischen und physischen Belastungen	Interview-Code (Auswahl)
<p>Körperliche und psychische Belastung wird durchgehend als sehr hoch eingeschätzt</p> <ul style="list-style-type: none"> teilweise wird erwähnt, dass es abhängig von dem Bereich/ der Station usw. ist, ob es psychisch (z. B. in der Akutpsychiatrie) oder körperlich (z. B. auf inneren Stationen) belastender ist; grundsätzlich wird die Belastung aber Bereichs- und Setting-übergreifend als sehr hoch bewertet 	<p>Durchgängig erwähnt</p>
<p>Hohe psychische Belastung durch Umgang mit herausfordernden Erkrankungen und Schicksalen</p> <ul style="list-style-type: none"> Kontakt mit dem Tod, psychischen Erkrankungen oder die Angst vor eigener Ansteckung werden als belastende Faktoren genannt <p><i>„Und bei mir war das halt auch der Fall, dass ich mit einem Patienten gleichzeitig auf die Station gekommen bin, ihn vier Wochen lang gepflegt habe und nach vier Wochen ist er leider verstorben. Und das hat mich schon sehr belastet, auch psychisch. Ich habe das auch sehr oft mit nach Hause genommen.“</i> (Int04, ausgestiegen)</p> <ul style="list-style-type: none"> ambulant: die beruflich Pflegenden als häufig einziger Kontakt des Pflegebedürftigen, sodass eine emotionale Bindung zu den Patient*innen entsteht, der man als Pflegefachperson nicht immer gerecht werden kann: <p><i>„Sie will festhalten und eigentlich nicht, dass ich gehe. Natürlich muss ich dann auch gehen, irgendwann. Ich kann es nicht ändern. Es ist halt sehr schwierig (...) Man kennt die Leute dann irgendwann und hat auch eine Beziehung zu ihnen. Aber diese Beziehung soll dann eben auch nicht dadurch enttäuscht werden, dass man immer nur sagen muss, ich muss jetzt aber weiter, ich muss gehen.“</i> (T3_GD04, Pflegefachperson, ambulant)</p>	<p>Int03, Int04, Int09, Int13, Int25, GD04</p>
<p>Hohe psychische Belastung durch hohe Verantwortung</p> <ul style="list-style-type: none"> Verantwortung für Menschenleben und Umgang mit Schuldgefühlen: 	<p>Int01, Int03, Int19, Int27, GD04</p>

<p>„Und es ist dann halt schwierig auch das mit sich selbst dann zu vereinbaren. Man weiß eigentlich, dass man nicht schuld ist. Aber es ist quasi in deinem Dienst passiert, du warst alleine da und (...) und das ist halt dieses schwierige.“ (Int03, Pflegefachperson, Krankenhaus)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ambulant: die Verantwortung wird als noch etwas höher eingeschätzt, da man häufig die alleinige Verantwortung bei der Pflege vor Ort trägt ○ Zeitdruck, „die Arbeit zu schaffen“ (Int01, Pflegefachperson, stationär) und niemanden zu vernachlässigen, wird ebenfalls als auslösender Faktor für psychische Belastungen beschrieben 	
<p>Fehlende Entlastungsmöglichkeiten für psychische Belastungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Abgrenzung und Abschalten von den Erlebnissen im Dienst wird als häufig schwierig empfunden. Genannte Situationen, die dies befördern, sind folgende: <ul style="list-style-type: none"> ○ nach Notfallsituationen im Dienst „wo man danach total fertig ist“ (Int19, Leitungskraft, ambulant), weiterarbeiten ○ fehlende Gesprächspartner*innen nach Beendigung belastender Dienste „um sich zu entlasten“ (Int01, Pflegefachperson, stationär), da man auch Familienmitglieder, Freund*innen usw. nicht mit Ereignissen von im Dienst belasten möchte 	<p>Int01, Int03, Int19, Int26, Int31</p>
<p>Hohe körperliche Belastung durch Lagerung der Patient*innen und viele Laufwege</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ v. a. im Krankenhaus und im ambulanten Bereich wird, bedingt durch fehlende Hilfsmittel, von hoher körperlicher Belastung berichtet ○ Ausübung des Pflegeberufs bis zur Rente durch hohe körperliche Belastung wird als schwierig eingeschätzt 	<p>Int13, Int14, Int16, GD03</p>

7.3.8.3 Umsetzung von Arbeitssicherheitsmaßnahmen/BEM

Das am häufigsten angesprochene Thema in diesem Bereich ist die oftmals fehlende Verfügbarkeit, Ausstattung und Nutzung von Hilfsmitteln zur körperlichen Entlastung.

Zentrales Thema und Kritikpunkt im Kontext der Arbeitssicherheit ist die oft fehlende Verfügbarkeit, Ausstattung und Nutzung von Hilfsmitteln zur körperlichen Entlastung. Vor allem im Krankenhaus und im ambulanten Bereich wird die fehlende Ausstattung oder die fehlende Möglichkeit, Hilfsmittel einzusetzen (ambulant), häufig beschrieben. Weiterhin spielt in den Berichten aus stationären Bereichen die Praktikabilität der Hilfsmittel eine größere Rolle. So wird von den Befragten teilweise erwähnt, dass der Einsatz von Hilfsmitteln einen höheren Aufwand bedeuten kann, der oftmals aus

Zeitdruck usw. nicht umgesetzt wird. Anzunehmen ist, wie auch von einzelnen Befragten vermutet, dass an der Stelle eine Sensibilisierung für die Wichtigkeit des Einsatzes von Hilfsmitteln fehlt.

Das Instrument der Gefährdungsbeurteilung ist bei den Nicht-Leitungskräften weitestgehend unbekannt, aber auch Leitungskräfte können die Begrifflichkeit oft nicht zuordnen. Wenn das Instrument bekannt ist, wird es als grundsätzlich sinnvoll empfunden.

Der Prozess der Wiedereingliederung wird überwiegend als positiv empfunden. Kritisiert wird hingegen von denjenigen Befragten, die nähere Erfahrungen mit dem Prozess des BEM haben, häufiger⁴⁴ die Gestaltung des Gesprächs zur beruflichen Wiedereingliederung als zu einschüchternd durch die Teilnahme verschiedener Leitungskräfte.

Vor allem von Befragten aus dem Krankenhaus und dem ambulanten Setting wird von geringer (Krankenhaus, ambulant) oder veralteter (Krankenhaus) Ausstattung mit Hilfsmitteln berichtet.

„Nö, haben wir nicht. Gibt es gar nicht. Also doch ich glaube, wir haben einen Lifter irgendwo ganz hinten in einer Ecke verborgen und dafür gibts keine Tücher mehr. Also, man braucht ja so ein Tuch, um den Patienten darin einzuspannen. Ich glaube, die sind irgendwann mal vor 20 Jahren in der Wäsche verschwunden. Die gibt's nicht mehr.“ (Int30, Pflegefachperson, Krankenhaus)

Erfahrungen und Einschätzungen in Bezug auf die Anwendung von Hilfsmitteln	Interview-Code (Auswahl)
<p>Krankenhaus:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ zu wenig/keine Hilfsmittel verfügbar → wenn, dann lange Wege und zeitlicher Mehraufwand zur Anwendung zuzüglich fehlender Einweisung in Bezug auf die Nutzung 	<p>Int05, Int16, Int28, Int30, Int34</p>
<p>Ambulanter Bereich:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Einsatz und Nutzung von Hilfsmitteln häufig abhängig von der Bereitschaft der Patient*innen/Angehörigen „Wir sind Gast im Haus“ (Int23, Pflegefachperson, ambulant): <i>„Wir haben manchmal auch Patienten, die sich weigern, Hilfsmittel zu akzeptieren. Also eine volle Wohnung, überall Möbel, kein Platz, ein Bett in 20 Zentimeter Höhe und Patienten mit multiplen Problemen und Übergewicht. Die soll man dann ins Bad bewegen.“ (Int25, Pflegefachperson, ambulant)</i> ○ Lieferung neuer Hilfsmittel wird mit hohen Wartezeiten verbunden 	<p>Int10, Int23, Int25, Int27, Int31, GD04</p>

⁴⁴ Knapp die Hälfte der Personen, die bereits Erfahrungen mit dem BEM haben.

<ul style="list-style-type: none"> ○ Unklarheit/Nicht-Nachvollziehbarkeit des Genehmigungsverfahrens mit den Krankenkassen: Gefühl, dass immer erst ein Widerspruch notwendig sei (T3_GD04); sowie fehlende präventive Ausrichtung bspw. bei der Bestellung von Dekubitus-Kissen ○ auf Nutzung wird teilweise aus Zeitdruck-Gründen verzichtet 	
<p>Stationäre Langzeitpflege:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ häufig wird von guter Ausstattung berichtet, aber der Wunsch nach Schulungen zur Anwendung und leichter Bedienung der Hilfsmittel besteht ○ Ausstattung von Einrichtung zu Einrichtung kann unterschiedlich sein, „<i>sodass sich viele doch noch ihren Rücken kaputt machen, was man meiner Meinung nach heutzutage nicht mehr muss.</i>“ (Int32, Leitungskraft, stationäre Langzeitpflege) 	<p>Int20, Int21, Int24, Int26, Int32, Int33</p>
<p>Wunsch: bessere Fördermöglichkeiten für Arbeitgeber zur Anschaffung von Hilfsmittel zur Prävention → aktuell werden Hilfsmittel erst eingesetzt, wenn bereits eine körperliche Überlastung/Problematik diagnostiziert ist</p>	<p>Int27, Int28, Int32, GD03</p>
<p>Wunsch: mehr Sensibilisierung und Aufklärung, sowie Schulung hinsichtlich der Anwendung von Hilfsmitteln zur körperlichen Entlastung, da diese häufig bedingt durch angenommenen zeitlichen Mehraufwand selten genutzt werden, auch wenn sie verfügbar sind</p>	<p>Int02, Int20, Int29, Int32, Int33, GD01</p>
<p>Strategie: Einbeziehung von Mitarbeitenden bei der Anschaffung von Hilfsmitteln, um Passung an Anforderungen und Praktikabilität zu fördern und damit wirtschaftlich effizienter zu agieren:</p> <p><i>„Dass man da wirklich auch die Mitarbeiter ins Boot holt, „was ist euch wichtig?“ und ich denke, wenn man jetzt Vergleiche sieht: 3.000 Euro mehr für ein Gerät, gegen jetzt mal einen Ausfall von einer Pflegefachkraft oder von einer Pflegekraft dagegen rechnet, ist das dann schon gering, diese Mehrkosten. Also, da fehlt manchmal auch der unternehmerische Weitblick, auch mal die Zusammenhänge zu erkennen zwischen wirklich solchen Sachen, solchen einfachen Sachen.“</i> (Int05, ausgestiegen)</p>	<p>Int05</p>

Das Instrument der Gefährdungsbeurteilung ist bei den Befragten weitestgehend nicht bekannt. Wenn dann wird es meist in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft genannt.

Erfahrungen und Einschätzungen in Bezug auf die Umsetzung von Gefährdungsbeurteilungen	Interview-Code (Auswahl)
Einschätzung: Gefährdungsbeurteilung wird wenig genutzt, ist eher „ Formalie “ (Int06, ausgestiegen)	Int06
Von Personen, die Gefährdungsbeurteilungen kennen, wird diese als wichtiges und sinnvolles Instrument empfunden	Int05, Int08, Int09, Int14, Int22, Int24
Kritik: als Leitungskraft wird man nicht in die Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung eingeführt	Int06
Berichtetes Dilemma/Problem: Schwangere könnten bei pflegefernen Tätigkeiten eingesetzt werden, aber die Refinanzierung fehlt , sodass ein Berufsverbot nach Gefährdungsbeurteilung bevorzugt wird	Int32
Aufnahme der hohen Belastungssituation durch den Umgang mit dem Tod in die Gefährdungsbeurteilung und Entwicklung entsprechender Maßnahmen → Fokus soll auch auf die psychische Gefährdung gelegt werden	Int08, GD02

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM): Der Eingliederungsprozess wird als positiv eingeschätzt, das BEM-Gespräch hingegen eher negativ wahrgenommen.

Erfahrungen und Einschätzungen in Bezug auf die Umsetzung des BEM	Interview-Code (Auswahl)
<p>BEM-Gespräch wird als „<i>einschüchternd</i>“ (Int05, ausgestiegen) und zu „<i>management-lastig</i>“ (Int14, Pflegefachperson, Krankenhaus) empfunden und mit Angst vor Kündigung durch Teilnahme von höheren Leitungskräften verbunden → häufige Wahrnehmung einer geringen Teilnahmereitschaft:</p> <p>„Dann sitzt man so einem Tribunal entgegen und ja, man fühlt sich da ja unwohl.“ (Int05, ausgestiegen)</p> <ul style="list-style-type: none"> Mitarbeitende fühlen sich „<i>gegängelt</i>“, „<i>bevormundet</i>“ (Int14, Pflegefachperson, Krankenhaus) oder nicht als Person wahrgenommen: „<i>Alle haben über meine Person gesprochen, als ob ich nicht da wäre.</i>“ (Int15, Pflegefachperson, Krankenhaus) 	Int05, Int09, Int14, Int15, Int20, Int22, Int21, Int32

<ul style="list-style-type: none"> ○ als wichtig von Befragten eingeschätzt: Sensibilisierung und Aufklärung für die Wichtigkeit des Gesprächs, um zur Teilnahme zu motivieren: <p><i>„Leider muss man da auch immer sehr viel Lobbyarbeit leisten im vorab. Wenn wir so eine Einladung rausgeben, ich übergebe die gerne auch persönlich, weil ich dann einfach nochmal dazu sag: "Okay, es geht hier nicht drum dir zu sagen, du bist ständig krank und wir wollen dich jetzt kündigen, du bist schlecht, sondern es geht in diesem Gespräch darum dir zu helfen." Und warum auch immer - diese Gespräche finden selten statt (...).“ (Int32, Leitungskraft, stationäre Langzeitpflege)</i></p>	
<p>BEM als Instrument muss richtig „genutzt“ werden → nicht nur zeitliche Eingliederung besprechen, sondern als ein offenes Gespräch hinsichtlich Ziele und Maßnahmen genutzt werden</p>	Int06
<p>Wunsch: Angebot der Wiedereingliederung und Einarbeitung auch nach dem Mutterschutz</p>	Int30

7.3.8.4 Angebote Prävention und Gesundheitsförderung

Vor allem im Bereich psychische Gesundheit fehlen Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung. Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung insgesamt werden durch fehlende Passung an Bedürfnisse wenig angenommen.

Die Umsetzung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention wird durchgängig als ausbaufähig empfunden. Vor allem der Bereich psychische Gesundheit wird bisher kaum beachtet, aber als sehr wichtig hervorgehoben. Mitarbeiterbefragungen werden seltener als Instrument genutzt, um die Arbeitssituation zu verbessern. Wenn sie genutzt wurden, wurden sie jedoch als sehr positiv empfunden, unter der Voraussetzung, dass Maßnahmen daraus entstanden und umgesetzt wurden. Gewaltprävention in der Pflege wird von einem Großteil der Befragten als wichtig eingeschätzt. Dennoch berichten viele Interviewpartner*innen, dass das aktuelle Angebot nicht ausreicht oder keines vorhanden ist. Mehrmals wird angemerkt, dass Gewalt in der Einrichtung/dem Betrieb keine Rolle spielt.

Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention werden in unterschiedlicher Tiefe umgesetzt.

Erfahrungen in Bezug auf die Umsetzung von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention	Interview-Code (Auswahl)
Erfahrungen reichen von der Kenntnis ausschließlich über Flyer zur Bewegungsförderung bis hin zu einem professionell betreuten BGM mit verschiedenen vielfältigen Angeboten	Durchgängig über alle Interviews hinweg
Hauptsächlicher Fokus von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention liegt zumeist bei Bewegungsförderung, Angeboten von Kursen bei Rückenproblemen, Sportangeboten (bspw. Fitnessstudio, Job-Bike, Massage usw.)	Int08, Int22, Int28, GD00)
Wahrnehmung: häufig wird nur das (gesetzlich) Notwendige gemacht und wenig darüber hinaus, teilweise als „ <i>halbherzig</i> “ (Int17, Pflegefachperson, ambulant) empfunden: „ <i>Aber das sind auch gesetzliche Vorlagen. Wir wollen uns nichts vormachen.</i> “ (Int15, Pflegefachperson, Krankenhaus); „ <i>Wird nur "obligatorisch gemacht, wenn es notwendig ist"</i> (Int01, Pflegefachperson, stationäre Langzeitpflege); „ <i>Vielleicht wird mal ein Fitnessstudio gefördert, aber das ist dann auch schon das höchste der Gefühle, was ich so mitbekommen habe.</i> “ (T1_GD00, ausgestiegen)	Int01, Int05, Int15, Int17, Int22, GD00

Häufig erwähnt wird, dass die psychische Belastung nicht ernstgenommen wird und dementsprechend wenig Maßnahmen für die psychische Gesundheit angeboten werden.

Erfahrungen in Bezug auf Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Belastungen	Interview-Code (Auswahl)
Wahrnehmung: beruflich Pflegende sollen belastende Erlebnisse nicht an sich ranlassen → wird als Zeichen von Unprofessionalität gewertet: „ <i>Es wird halt so abgetan. Man muss tauff sein, man muss funktionieren. Hab dich nicht so. Das gehört zum Beruf dazu. Aber das ist es eben nicht. Wir sind eben wirklich alle nur Menschen. Und das macht einfach was mit uns, wenn wir tagtäglich solche Situationen erleben.</i> “ (T4_GD02, Leitungskraft, stationäre Langzeitpflege) ○ Wunsch: Kultur schaffen, Gefühle zuzulassen sowie ein Auffangen im Team zur Entlastung	Int03, Int16, GD01, GD02

Supervision wird oftmals als sinnvoll und hilfreich empfunden, wird aber selten umgesetzt	Int11, Int12, Int14, Int16, Int24
Vereinzelt wird von einem Angebot der seelsorgerlichen Beratung berichtet → Möglichkeit der Inanspruchnahme wird als zu gering empfunden	Int04
Strategie: Umsetzung von Konfliktmanagement und internen Clearing-Stellen zur Unterstützung der Mitarbeitenden	Int26, GD02

Die Annahme von bzw. Teilnahme an Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention durch beruflich Pflegende wird häufig als gering beschrieben.

Erfahrungen in Bezug auf die Teilnahme an Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention	Interview-Code (Auswahl)
Einschätzung: damit beruflich Pflegende an Kursen usw. zur Gesundheitsförderung und Prävention teilnehmen können, ist eine ausreichende Personaldecke notwendig, ansonsten können bspw. Zeitmangel und hohe Arbeitsbelastung Gründe für die Nicht-Wahrnehmung von Angeboten sein: <i>„Die höchste und die wichtigste Aufgabe ist die stabile Decke, ohne fällt es alles hinten runter, das können Sie vergessen und das wird so wahrgenommen: Ja, was soll ich denn machen? Ich kann doch da gar nicht hin. Ich habe grad vierzehn Tage am Stück gearbeitet.“</i> (Int26, Leitungskraft, stationäre Langzeitpflege)	Int26
Angebote sind nicht mit dem Schichtdienst vereinbar : es besteht die Wahrnehmung, dass diese eher für Verwaltungsmitarbeitende sind, <i>„weil zu den Zeiten, wo das angeboten wird, kann kein normaler Mensch, der im Schichtdienst ist.“</i> (Int14, Pflegefachkraft, Krankenhaus)	Int14, Int20, Int28, Int30
Angebote sind wenig bekannt , Kritik: Arbeitgeber informieren häufig nicht pro-aktiv über Angebote , Mitarbeitende müssen selbst aktiv werden → Selbstverantwortung	Int28, Int32, Int33
Angebote entsprechen nicht den Bedürfnissen/Präferenzen	Int31, GD00
fehlende Möglichkeit der Abgrenzung zwischen beruflich und privat bei Angeboten in bspw. einrichtungsweg internen Fitnessstudios	Int28

Erfahrungen in Bezug auf Mitarbeiterbefragungen	Interview-Code (Auswahl)
Mitarbeiterbefragungen werden im Interviewkollektiv wenig umgesetzt → teilweise wird von Befragten hervorgehoben, dass dieses Instrument häufiger eingesetzt werden sollte	Int05, Int09
Vereinzelt werden durchgeführte Mitarbeiterbefragungen kritisiert, da Anonymität der Befragungen nicht sichergestellt war	Int20, Int31
Wenn Maßnahmen daraus entstehen , wird das als sinnvoll erachtet → Problem: mehrmalige Erwähnung, dass an Befragungen teilgenommen wurde, ohne dass etwas daraus entstanden ist bzw. eine Veränderung/Aktivität wahrgenommen wurde	Int06, Int19, Int30

Erfahrungen in Bezug auf Gewaltprävention	Interview-Code (Auswahl)
<p>Weniger häufig angeboten, aber vermehrt wird Wichtigkeit, Sinnhaftigkeit und Wunsch nach mehr Angeboten und Sensibilisierung zum Thema Gewalt in der Pflege geäußert</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ bei der Pflege von Menschen mit Demenz ○ bei der ambulanten Pflege durch das „<i>Alleine sein</i>“ (bspw. Int10, T3_GD04) mit Patient*innen ○ zur Deeskalation <p>„In der ambulanten Pflege fand ich das manchmal wirklich tatsächlich auch brenzlige Situationen, in denen man eben alleine war und auch zu Tages- und Nachtzeiten, die ja, man hat da ja keinen Notfall Knopf oder irgendwie so jemand.“ (Int10, ausgestiegen)</p>	Int05, Int07, Int09, Int10, Int11, Int12, Int13, Int14, Int15, Int17, Int20, Int22, Int23, Int30, Int33, GD04
<p>Vereinzelter Wunsch nach mehr Beachtung bei von der Pflege ausgehender Gewalt → bspw. auch Möglichkeit beobachtetes Verhalten zu melden:</p> <p>„Also es wird immer alles hingenommen und es gibt aber nichts, womit man sich hinwenden kann oder wo das dann gelöst wird. Da fällt mir nichts ein.“ (Int16, Pflegefachperson, Krankenhaus)</p>	Int12, Int16
<p>Vorkommen/Vorhandensein von Gewalt in der Pflege wird unterschiedlich wahrgenommen und beeinflusst damit auch die Einordnung der Wichtigkeit von Maßnahmen zur Gewaltprävention</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ einerseits wird es als eines der größten Probleme in der Pflege eingeschätzt, da es selten angesprochen wird, sowohl die Gewalt untereinander zwischen Mitarbeitenden als auch den Pflegebedürftigen gegenüber ○ andererseits ist die Negierung des Vorkommens von Gewalt im Pflegekontext weniger präsent (vor allem von Befragten aus dem <u>ambulanten Bereich</u>) 	Int05, Int06, Int09, Int18, Int27, Int29

<p>„Ja, aber da ging es ja eigentlich darum, dass wir als Pflegekräfte den Patienten Gewalt antun, oder die sexuell belästigen, ich meine auf die Idee kommt ja keiner eigentlich...“ (Int18, Pflegefachperson, ambulant)</p> <p>„Kommt bei uns so nicht vor.“ (Int29, Leitungskraft, ambulant)</p> <p>„Haben wir aber auch nicht. Gewalt in der Pflege. Also kann ich jetzt nicht sagen, hatten wir noch nicht gehabt und auch so von den Mitarbeitern her noch nicht. War noch nie Thema auf dem Tisch.“ (Int27, Leitungskraft, ambulant)</p>	
---	--

7.3.9 KAP-Maßnahmen

Die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) und daraus resultierende Maßnahmen sind im Interviewkollektiv weitestgehend unbekannt.

Die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) und daraus resultierende Maßnahmen sind im Interviewkollektiv weitestgehend unbekannt. Erwartungen, die an die KAP oder an politische Initiativen in dem Kontext im Rahmen der Interviews gestellt wurden, beinhalten Punkte in Bezug auf die Veränderung bei der Personalstruktur, die Vergütung und die Außenwirkung. Als Herausforderung wird die Umsetzung der Maßnahmen in der Praxis eingeordnet.

Wahrnehmung und Einschätzung in Bezug auf die KAP	Interview-Code (Auswahl)
<p>Wenn KAP bekannt ist, wird berichtet, dass Auswirkungen der KAP bisher kaum wahrgenommen werden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ nur: Gefühl, „<i>dass einer hinter einem steht</i>“ (Int24, Leitungskraft, stationäre Langzeitpflege) durch wissenschaftlich fundiertes Arbeiten 	Int22, Int24
<p>Erwartung durch KAP-Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Veränderungen bei der Personalbemessung, Fachkraftquote ○ Umsetzung einer Minimalvergütung ○ Stärkung der Außenwirkung <ul style="list-style-type: none"> ○ Kampagne Ehrenpflegas aber von einzelnen Befragten durchgehend als negativ und unpassend in Bezug auf die Realität des Pflegeberufs hervorgehoben: <p>„[...] es zeigt ein völlig wirres, falsches und erschreckendes Bild von der Pflege und nicht nur von der Pflege, sondern auch von unserer Jugend und damit stehe ich nicht allein. Also ich kenne niemanden in meinen Freundes-, Bekanntenkreis, der im Pflegebereich arbeitet, der das cool fand.“ (Int08, ausgestiegen)</p> <p>„Kann jeder werden. Hallo! Das kann nicht jeder werden. Also der Pflegeberuf braucht gewisse Kompetenzen. Nun ja, und</p>	Int05, Int08, Int15

<i>das kann nicht jeder werden, definitiv nicht.</i> (Int15, Pflegefachperson, Krankenhaus)	
Mögliches Hindernis: Umsetzungsbereitschaft der Praxisakteure und beruflich Pflegenden → Wahrnehmung von befragten Personen, dass v. a. ältere beruflich Pflegenden Neuerungen nicht annehmen und lieber „meckern“ (Int12, ausgestiegen)	Int10, Int12
Inhalte der KAP werden als positiv wahrgenommen, aber nicht als neu, als wichtiger wird die letztliche Umsetzung in die Praxis eingeschätzt: <i>„Manchmal wird das angestoßen, aber nicht zu Ende gedacht. Meiner Meinung nach oder nicht durchgeführt. Also es geht nicht wirklich durch.“</i> (Int05, ausgestiegen) Als gut hervorgehoben wird, dass alle wichtigen Stakeholder für den Pflegebereich zusammenarbeiten und somit <i>„an einem Tisch sitzen“</i> (Int08, ausgestiegen)	Int05, Int08, Int10, Int29

7.3.10 Öffentliche Darstellung und Wahrnehmung

7.3.10.1 Außendarstellung/ Wahrnehmung des Pflegeberufs

Der Pflegeberuf wird in der öffentlichen Darstellung nicht realistisch porträtiert. Dies fördert ein aus Sicht der Befragten „bedauerndes“ Bild des Pflegeberufs in der gesellschaftlichen Wahrnehmung.

Aus Sicht der Befragten ist eines der Hauptprobleme bei der Außendarstellung und Wahrnehmung der Pflege, dass kein realistisches Bild der Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen vermittelt wird. Die Pflegeaufgabe wird aus ihrer Sicht nur auf die Tätigkeit der Begleitung bei Toilettengängen reduziert und damit deutlich abgewertet in der Gesellschaft wahrgenommen. Die Professionalität, die es für den Pflegeberuf benötigt, wird demzufolge in der Gesellschaft nach Empfinden der Befragten nicht erkannt. Dies lässt die Pflege gesamtgesellschaftlich als unattraktiv im Vergleich zu anderen Berufen erscheinen. Viele Aussagen können weiterhin dahingehend interpretiert werden, dass die Befragten zwar einerseits einen großen Stolz auf die professionelle Ausübung ihrer Tätigkeit aufweisen, diesen jedoch durch die angenommene Geringschätzung der Pflgetätigkeit in der öffentlichen Meinung nicht in anderen sozialen Kontexten vertreten wollen/können. Vor allem Bemerkungen von nicht in der Pflege tätigen Personen, die Mitleid in Bezug auf die Ausübung des Pflegeberufs durch Ausdrücke, wie bspw. „das könnte ich nicht“ formulieren, werden von einigen Befragten so aufgefasst, als sei die Ausübung des Pflegeberufs etwas zu Bedauerndes – statt eines Berufes, den man mit Stolz ausführt. An dieser Stelle wird teilweise auch die Akademisierung der Pflege diskutiert, da vor allem Ausbildungsberufe im gesellschaftlichen Ansehen als weniger wertig gesehen werden als der Abschluss eines Studiums.

Als Lösungsansatz wird die Vermittlung eines realistischeren Bildes des Pflegeberufs gefordert, sowohl über mediale Kampagnen als auch durch das Schaffen von Berührungspunkten. Wichtig ist darüber hinaus die Einbeziehung von beruflich Pflegenden bei der medialen und öffentlichkeitswirksamen Kommunikation und Darstellung.

Pflege als professionelles Handeln, für das es fachliche Expertise braucht, wird durchgängig von den Befragten als nicht ausreichend gesellschaftlich anerkannt und wertgeschätzt wahrgenommen.

Eigenwahrnehmung des Images des Pflegeberufs	Interview-Code (Auswahl)
<p>Pflege wird nach allgemeiner Ansicht der Befragten gesellschaftlich häufig nur auf grundpflegerische Tätigkeiten und den Umgang mit Ausscheidungen reduziert wahrgenommen:</p> <p><i>„Nur zum Hintern abwischen da oder nur satt und sauber sein“</i> (Int05, ausgestiegen)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gesellschaftliches Bild und mediale Darstellung von Pflege sind häufig realitätsfern: <p><i>„Das finde ich traurig, dass der Pflegeberuf da auch zu wenig so dargestellt wird, wie er eigentlich ist und was die Leute da eigentlich tun.“</i> (Int10, ausgestiegen)</p> <p><i>„Wenn ich sage, ich bin Kinderkrankenschwester, dann stehen immer alle da. Oh, wie süß. Ja klar ist süß, sind ja auch alle süß die Kinder. Aber das ist ja so unendlich viel mehr. Und es ist nicht süß, dem Kind zu erklären, dass ich jetzt komme und da mal pieken muss.“</i> (Int14, Pflegefachperson, Krankenhaus)</p>	<p>Durchgängig erwähnt</p>
<p>Durchgängig von Befragten erwähnt: Aussagen, wie „das könnte ich nicht“ von Außenstehenden werden als negativ aufgefasst</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Empfindung: Berufsbild wird als bedauerenswert empfunden → Ambivalenz: Öffentlichkeit/Gesellschaft will Bewunderung ausdrücken, beruflich Pflegenden fassen es als Abwertung ihres Berufsbildes auf ○ Erklärungsansatz von einer befragten Person: Anerkennung in der Gesellschaft ist schon da, nur wird diese oft auch durch ein hohes Frust-Level nicht wahrgenommen: <p><i>„Aber ich glaube schon, dass die Anerkennung da ist, wird vielleicht teilweise nicht wahrgenommen. Ich glaube also wirklich, der Frust hat sich da bei einigen Kollegen so hochgeschaukelt, [...], ich glaube, da kann es gar nicht genug Anerkennung geben, dass die wieder zufrieden sind. Die sind halt glaub ich echt frustriert aufgrund, ich weiß nicht, der letzten 10, 15, 20 Jahre, das wird auch nicht mehr weggehen.“</i> (Int34, Auszubildende*r, Krankenhaus)</p>	<p>Durchgängig erwähnt</p>

<ul style="list-style-type: none"> ○ Wunsch: Pflege soll als Beruf gesehen werden, der attraktiv ist „den man gerne macht“ (bspw. T2_GD03, Auszubildende*r, Krankenhaus) und damit vergleichbar mit anderen Berufen sein, wie bspw. dem Lehrberuf oder dem Ingenieursberuf 	
<p>Pflege als Ausbildungsberuf wird mit geringerer Wertigkeit angesehen als akademische Berufe:</p> <p><i>„Ja, ist noch (...) nicht so angesehen halt, wenn man eine Ausbildung macht. Ein Studium ist irgendwie noch immer angesehener bei uns in der Gesellschaft und dann ja, ich denke, das steht auch der Pflege so ein bisschen im Weg.“</i> (Int28, Leitungskraft, Krankenhaus)</p>	Int28
<p>Arbeit am Bett wird als weniger wertig eingeschätzt und fördert deswegen den Druck, aus der direkten Pflege am Bett wegzugehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ gesellschaftlicher Druck von der Pflege am Bett wegzugehen in Führungspositionen, Medizinstudium usw. → v. a. Druck auf Männer, da Pflege noch häufig als klassischer „Frauenberuf“ (T2_GD03, Auszubildende*r, Krankenhaus) gesehen wird: <i>„Aber ebenfalls wird den Männern noch stärker, glaub ich, eingeredet, dass sie das ja nur als Sprungbrett benutzen sollen, weil die Männer, die ich so kenne, die mit mir die Ausbildung machen, die hören regelmäßig, ja dann wirst du ja dann Arzt oder so. Also das denen wird noch mehr eingeredet, weil halt die Pflege ja auch so klassisch halt einfach ein Frauenberuf ist.“</i> (T2_GD03, Auszubildende*r, Krankenhaus) 	GD03

Wahrnehmung der Darstellung des Pflegeberufs in der Gesellschaft	Interview-Code (Auswahl)
<p>Durchgängige Wahrnehmung der Befragten: nur negative Seiten des Pflegeberufs werden medial diskutiert → schlechte Vergütung und Arbeitsbedingungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ mindert Attraktivität des Berufes ○ auch durch teilweise vieles Klagen der beruflich Pflegenden selbst beeinflusst: <i>„Aber mit so einer Abgeleiertheit und Müdigkeit und den Beruf selbst schlechtredend gewinnt man ja niemanden.“</i> (Int22, Leitungskraft, Krankenhaus) 	Durchgängig erwähnt
<p>Mediale Darstellung in Kampagnen, TV-Serien usw. meistens als realitätsfern empfunden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Komplexität der Pflegeaufgabe wird nicht dargestellt ○ Facettenreichtum und Karrieremöglichkeiten in der Pflege werden nicht dargestellt ○ Schöne Seiten, z. B. Kontakt mit unterschiedlichen Menschen sowie Menschen zu helfen wird kaum wiedergegeben 	Int14, Int28

<ul style="list-style-type: none"> ○ Abwertende, realitätsferne Darstellung der Tätigkeit in TV-Serien, da kaum eine Darstellung der Selbstständigkeit, der Verantwortung usw. vorgenommen wird: <p><i>„Irgendwie so die Püppchen mit den Klimper-Wimpern und ziemlich dumm. Und irgendwie nur mit Kaffeetrinken beschäftigt, wogegen die Mädels dann eben in den USA jedoch sehr autark und eigenständige Entscheidungen treffen. So wie es eben auch ist. Aber dass letzten Endes auch wir hier in Deutschland sehr eigenständig agieren könnten, wenn man uns ein bisschen mehr lassen würde, das kommt überhaupt nicht so rüber.“</i> (Int14, Pflegefachperson, Krankenhaus)</p>	
<p>Pflege ist im Vergleich zur Medizin von geringerem Stellenwert und wird kaum genutzt bei der Außendarstellung: „Keiner wirbt mit guter Pflege.“ (Int11, ausgestiegen)</p>	Int11
<p>Aussagen zu konkreten Kampagnen/Darstellungen usw.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ehrenpfleras stark kritisiert, da Reduktion der positiven Seiten auf Gehalt und berufliche Sicherheit; Kritik an Slogan „Das kann jeder“ → das kann nicht jeder, dazu ist eine professionelle Ausbildung notwendig ○ ProSieben-Dokumentation zum Pflegealltag als positiv empfunden, da dort Realität dargestellt wurde 	Int07, Int08, Int15, Int16, GD04

Einordnungen der Wertschätzung der Arbeit in der Pflege	Interview-Code (Auswahl)
<p>Echte Wertschätzung/Anerkennung wird nur von Personen, die Berührungspunkte mit der Pflege haben (Patient*innen, Angehörige) empfunden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ als wichtig für die Zufriedenheit bewertet und als <i>„Wertschätzung, die man als Pflegekraft auch haben möchte.“</i> (Int19, Leitungskraft, ambulant) ○ teilweise wird auch berichtet, dass von Patient*innen wenig Dankbarkeit erfahren wird 	Int15, Int19
<p>Wertschätzung/Anerkennung durch Klatschen/Danksagungen während der Corona-Pandemie wurde als negativ empfunden, da dem keine Aktivitäten zur Verbesserung der Situation folgten/wahrgenommen wurden:</p> <p><i>„Leute, das ist lieb und nett gemeint, aber das hilft uns letztendlich auch nicht weiter.“</i> (Int11, ausgestiegen); <i>„keiner hat Lösungswege“, „Schöne Worte, immer schöne Worte.“</i> (Int27, ambulant, Leitungskraft)</p>	Int11, Int27
<p>Wertschätzung/Anerkennung durch Danksagungen usw. von Politik wurde als „Hohn“ (T2_GD04, Pflegefachperson, stationär) empfunden → Politik sollte Worten Taten folgen lassen</p>	Int11, Int27, GD04

Wünsche/Forderungen/Vorschläge zur Verbesserung des Images	Interview-Code (Auswahl)
<p>Darstellung eines realitätsnäheren Bildes der Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Einbezug von Pflege bei der Planung von Kampagnen usw. ○ Komplexität und Facettenreichtum der Pflege darstellen: <i>„Und als Fazit: Hey, generalisierte Pflegeausbildung mit einer Spezialisierung: damit kannst du eigentlich alles machen.“</i> (T3_GD04, Pflegkraft, ambulant) ○ sowohl positive als auch negative Seiten berücksichtigen → Vermeidung von Praxischocks 	<p>Durchgängig erwähnt</p>
<p>Berührungspunkte schaffen, um realistisches Bild von der Pflege zu schaffen:</p> <p><i>„Junge Menschen in die Pflege bringen und den Pflegeberuf kennenlernen lassen, um denen zu zeigen, was Pflege eigentlich ist und nicht was man nur hört oder aus dem Bekanntenkreis oder der Familie hört, sondern Pflege wirklich kennenlernen und ich glaube, das ist ein entscheidender Faktor.“</i> (Int08, ausgestiegen)</p>	<p>Int08</p>

7.3.10.2 Vergütung

Die Vergütung in der Pflege sollte an die Verantwortung und die Arbeitsbelastung angepasst werden, um attraktiver für beruflich Pflegenden zu sein.

Die Vergütung wird von den Befragten größtenteils *„nicht so schlecht, wie es sich in der Außenwahrnehmung darstellt“* (bspw. T1_GD00, ausgestiegen), empfunden. Zumeist folgt jedoch der Zusatz, dass die wirklichen Arbeitsaufwendungen nicht ausreichend durch die Vergütung wertgeschätzt sind und für den Grad an Verantwortung und Arbeitsbelastung ein höheres Gehalt angemessen wäre. Für viele ist aber die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die Reduktion von körperlichem und psychischem Stress usw. wichtiger als eine Erhöhung der Vergütung. Ein großer Teil der Befragten sieht in einer besseren Vergütung demgegenüber aber auch einen möglicherweise auslösenden Faktor, der einen Einstieg und Verbleib in der Pflege attraktiver macht und damit prekäre Arbeitsbedingungen ausgleichen/abmildern könnte.

„Ich glaube, viele sehen für das was sie tun die Bezahlung zu schlecht, das was auf dem Konto vielleicht rauskommt ist ok, aber für die Tätigkeit und die Verantwortung, die sie haben sehen sie das zu schlecht.“ (Int08, ausgestiegen)

Wahrnehmung und Einschätzung der Vergütungssituation	Interview-Code (Auswahl)
Durch Schichtzulagen und tarifliche Vergütung kann ein guter Verdienst erreicht werden	Int03, Int05, Int07, Int09, Int22, Int26, Int32
Teilweise wird erwähnt, dass die Vergütung für Alleinvertienende nicht ausreichend ist, um eine Familie zu versorgen	Int24, Int25
Unterschiede zwischen privaten Betrieben und Betrieben im Tarifgefüge: im privaten Sektor wird häufig schlechter vergütet	Int05, Int32, GD01, GD03
<p>Hohe Arbeitsbelastung (psychisch, physisch), hoher Verantwortungsgrad, Belastung durch Personalmangel spiegelt sich nicht im Gehalt wider:</p> <p><i>„Letztendlich hat man uns in der Pflegeschule beigebracht jedes Mal, wenn wir einen Schritt in unsere Einrichtung gehen, sind wir mit einem Bein im Knast. (...) und das ist für mich ein Skandal, dass man die Altenpflege so schlecht bezahlt.“</i> (Int02, Pflegefachperson, stationäre Langzeitpflege)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wahrnehmung: fehlende Wertschätzung der Arbeit in der Pflege durch die Vergütung im Vergleich zur Vergütung von Berufen vor allem in der Industrie ohne Verantwortung für Menschenleben <p><i>„Ich bin sicher, dass meine Kompetenzen nicht weniger wert sind, doch eigentlich viel umfassender sind und auch einen gesellschaftlichen Wert haben, als wenn ich nur in der Produktion bin.“</i> (T3_GD04, Pflegefachperson, ambulant)</p>	Int02, Int08, Int13, Int14, Int24, Int30, Int31, Int33, GD04
<p>Vergütung wird in Bezug auf die Rolle als Motivationsfaktor für Einstieg/Verbleib unterschiedlich gesehen:</p> <p><u>Einerseits:</u> Vergütung ist nicht so wichtig im Vergleich zu anderen Themen, z. B.: Arbeitsaufgabe, Arbeitsbedingungen usw.</p>	Int04, Int08, Int11, Int12, Int21, Int28, Int29, Int34
<p><u>Andererseits:</u> Vergütung wird als wichtigster Motivationsfaktor eingeschätzt und als wichtigste Form der Wertschätzung angesehen, der einen <i>„selbstverstärkenden Prozess“</i> (Int25, Pflegefachperson, ambulant) unterstützen könnte, der die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessert</p>	Int01, Int05, Int15, Int25, Int33
<p>Ausbildungsvergütung wird als attraktiv eingeschätzt im Vergleich zu anderen Ausbildungsberufen; die Vergütung nach der Ausbildung dagegen ist im Vergleich zu anderen Berufen nicht mehr attraktiv</p>	Int03, Int07, Int16
<p>Annahme: für Quereinsteiger*innen mit bereits bestehenden finanziellen Verpflichtungen ist das Ausbildungsgehalt allein zu gering</p>	Int16

Forderungen/Wünsche in Bezug auf die Vergütungssituation	Interview-Code (Auswahl)
<p>Vergütung sollte an Kompetenz/Verantwortung angepasst/orientiert werden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ kann als Anreiz für Weiter-/Fortbildung dienen ○ fördert die Wertschätzung von Weiter-/Fortbildungen und den Ausbau von Verantwortlichkeiten 	Int08, Int24, GD02
<p>Aufwertung der Vergütung durch zusätzliche Urlaubstage, Anstieg von Zulagen, Steigerung Tariflohn, Gefahrenzulagen z. B. bei der Pflege von Corona-Patient*innen (als Wertschätzung der hohen Arbeitsbelastung) werden erwähnt</p>	Int14, Int22, GD04
<p>Umsetzung eines Pflegebudgets/von eigenen Diagnoseschlüsseln für Pflege, um Pflegeleistungen besser abrechnen zu können:</p> <p><i>„Ich will nicht mehr meine Arbeit mit den ärztlichen Diagnosen, jetzt medizinischen Diagnosen bezahlen, denn es ist auch deutlich, dass die Ärzte häufiger die Erkrankung kodieren, die mehr Ärztevorteile hat. Aber das muss nicht heißen, wenn es für die Ärzte eine gute Vergütung ist, dass das für die Pflege auch der gleiche Grund [Anm. gemeint ist vermutlich Behandlungsaufwand] ist.“ (T1_GD04, Pflegefachperson, Krankenhaus)</i></p>	GD04
<p>Vereinzelt werden auch Aussagen zu konkreten Wunschgehältern/Gehaltssteigerungen getroffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ziel: 3.500-3.800 Euro Nettoverdienst für Pflegefachpersonen ○ 1.000 Euro Bruttoverdienst mehr für alle beruflich Pflegenden 	

7.3.11 Professionalisierung

7.3.11.1 Selbstverständnis der Pflege

Um dem Selbstverständnis der beruflich Pflegenden nach „gute Pflege“ auszuführen, sind mehr Entscheidungsfreiheiten, Kompetenzen und Flexibilität notwendig, damit die aktuelle Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis angeglichen werden kann und die Professionalität der Pflege gestärkt wird.

Für die Befragten ist eines der größten Probleme im Pflegeberuf, dass eine nach ihrem Selbstverständnis und ihrer Qualifikation entsprechende **gute Pflege** nicht umgesetzt werden kann. Stattdessen wird häufiger die Diskrepanz zwischen dem theoretisch Erlernten und der praktischen Umsetzung hervorgehoben, die durch Personalmangel, als zu strikt empfundene Vorgaben und die fehlenden Möglichkeiten selbst Einfluss zu nehmen, charakterisiert ist.

Die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeitsleistung wird im Verhältnis zum Gehalt häufig als wichtiger bewertet. In dem Zusammenhang sind zur Erfüllung der Ansprüche an **gute Pflege** vor allem mehr Entscheidungsfreiheiten und Flexibilität, auch mit dem Hintergrund der Anerkennung der Kompetenz und Professionalität der Pflege wichtig.

Größtes Problem: Theorie vs. Praxis Diskrepanz: Gute Pflege kann nicht umgesetzt werden.

Einschätzungen bzgl. der Auswirkungen der Theorie vs. Praxis Diskrepanz	Interview-Code (Auswahl)
<p>Festgelegte Standards und zeitliche Abläufe ohne Möglichkeit eigener Einflussnahme in Bezug auf die Pflegequalität und der individuellen Berücksichtigung der Bedürfnisse der zu Pflegenden führt aus Sicht der Befragten zu...</p>	
<p>... einer erhöhten Fehlerwahrscheinlichkeit</p>	<p>Int01, Int07, Int09, Int10, Int11, Int12, Int14, Int26, Int29, Int31, Int32</p>
<p>... einem hohen Frustrationspotential, dadurch, dass man nicht mit den anstehenden Aufgaben nach den eigenen Qualitätsansprüchen „fertig“ (bspw. Int11, ausgestiegen) wird</p>	
<p>... hoher psychischer Belastung</p>	
<p>... einem Ausstieg aus dem Pflegeberuf, da die Ausübung des Pflegeberufs „nicht mehr mit dem Gewissen vereinbart werden kann“ (bspw. Int09, ausgestiegen)</p>	
<p><i>„Also, ich glaube, das ist einfach so das große Problem. Man kann sich einfach wirklich nicht um die Leute kümmern, die einem anvertraut sind.“ (Int14, Pflegefachperson, Krankenhaus)</i></p>	

Gute Pflege beinhaltet ausreichend Zeit für eine ganzheitliche, den Bedürfnissen der Patient*innen/ Bewohner*innen entsprechende Pflege.

Aussagen vor dem Hintergrund des Selbstverständnisses guter und professioneller Pflege	Interview-Code (Auswahl)
<p>Kommunikation mit Bewohner*innen, Patient*innen in stationärer Langzeitpflege und ambulanter Pflege wird als wichtig betrachtet, teilweise sogar als wichtiger als die Körperpflege</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ eine ausreichende Refinanzierung für diesen Teil der Pflege fehlt nach Einschätzung einiger Befragter: <p><i>„(...) und dann sagen "Okay, heute machen wir mal das und das ist jetzt vielleicht wichtiger als die Dusche, sondern jetzt setze ich</i></p>	<p>Int02, Int19, Int29, GD04</p>

<i>mich immer mit hin und wir trinken mal zusammen Tee." Das ist an dem Tag vielleicht viel, viel sinnvoller und wichtiger als die Dusche." (Int29, Leitungskraft, ambulant)</i>	
Beruflich Pflegenden fehlt oftmals die Kenntnis/der Überblick über tatsächliche Aufgaben der Pflege und was professionelle Pflege ausmacht <ul style="list-style-type: none"> o veraltetes Bild der Pflege: nur körperlich harte und viel Arbeit entspricht guter Pflege 	Int05
Eigene Zufriedenheit mit dem Arbeitsergebnis = Wertschätzung, Zufriedenheit	Int21, Int22, Int34
Unterschiedliche Einordnung/Sichtweisen der Befragten in Bezug auf die Professionalisierung der Pflege: Orientierung an Medizin und Übernahme ärztlicher Aufgaben vs. Fokus auf Vorbehaltsaufgaben und Weiterentwicklung pflegerischer Aufgaben Unterschiedliche Wahrnehmungen stehen aber meist in Verbindung mit ...	
... einem Ausbau der Verantwortungsbereiche und rechtlicher Absicherung	Int14
... mehr Entscheidungsfreiheiten und Gestaltungsmöglichkeiten bei der Ausübung der Pflegeaufgaben	Int06, Int08, Int09, Int14, Int23, Int25, Int29, GD00, GD02
... Anerkennung der Kompetenz von Pflege und Kompetenzorientierung <ul style="list-style-type: none"> o einige beruflich Pflegenden fühlen sich austauschbar: <i>„Hauptsache ich bin da und erfülle die Fachkraftquote“ (T3_GD00, ausgestiegen)</i> o v. a. in ambulanter Pflege deuten einige Aussagen darauf hin, dass die beruflich Pflegenden das Gefühl haben, ihre Kompetenz wird infrage gestellt: <i>„Ich möchte die Freiheit haben, mich um jemanden zu bemühen, und ich weiß ja, der nächste Patient, der braucht dann ja auch seine Versorgung. Wenn ich um 8 Uhr Insulin spritzen muss, dann muss ich irgendwie gucken, dass ich gegen 8 Plus Minus eine Viertelstunde halt auch da bin, damit der andere essen kann. Das weiß ich ja alles, da bin ich ja kompetent für, das kann ich ja wissen bei meinen Patienten, die kenne ich ja in der Regel. Aber dass das eher ein Handlungsorientierung ist.“ (Int25, Pflegefachperson, ambulant)</i> 	Int15, Int25, GD00, GD02
Wichtig zur Sicherstellung der Pflegequalität: Weiterbildungszeiten/-möglichkeiten für beruflich Pflegenden im Rahmen der Dienste einplanen/ermöglichen	Int03, Int07, Int14, Int16, Int24

Das Selbstbild von beruflich Pflegenden wird oft mit einer „Opferrolle“ in Verbindung gebracht.

Einschätzungen/Aussagen zum Selbstbild von beruflich Pflegenden	Interview-Code (Auswahl)
<p>Eigenes Selbstbild ist ein sich selbst verstärkender Mechanismus im Hinblick auf die Außenwahrnehmung</p> <ul style="list-style-type: none"> beruflich Pflegende nehmen ihren Beruf mit wenig Stolz wahr: „nur Pflegekraft“ (v. a. in der Altenpflege Reduktion auf Tätigkeit „<i>Hintern abputzen</i>“) <p>„(...) Ich bin NUR Altenpfleger ist leider in den Köpfen ganz tief verankert. Man schämt sich fast zu sagen, dass man in der Pflege arbeitet, in der Altenpflege.“ (Int05, ausgestiegen)</p>	Int05, GD00, GD01, GD04
<p>Kritische Anmerkungen: verbreitetes Bild innerhalb der Pflege, dass beruflich Pflegende keine Gefühle zulassen/zeigen dürfen:</p> <p>„im Krankenhaus wird das abgetan (...) und es ist kein Platz für Gefühle.“ (T6_GD02, Krankenhaus),</p> <p>„Das gehört zum Beruf dazu.“ (T4_GD04, Krankenhaus)</p> <ul style="list-style-type: none"> führt zu hoher psychischer Belastung und wenig Gegensteuerung durch die beruflich Pflegenden und Arbeitgeber selbst → stattdessen wäre es aus Sicht der Befragten professioneller, das Erlebte zu reflektieren 	GD02, GD04

Die Höhe der Vergütung wird als weniger wichtig bewertet im Vergleich dazu, gute Pflege umsetzen zu können, Zeit für Patient*innen/Bewohner*innen zu haben und die Möglichkeit der eigenen Einflussnahme (*gehört werden*) auf die Gestaltung der Arbeit nach dem eigenen Selbstverständnis von guter und professioneller Pflege.

7.3.11.2 Interessenvertretung

Jammern der beruflich Pflegenden ohne selbst aktiv zu werden/werden zu wollen, wird als zentrales Hindernis bei der Vertretung und Umsetzung pflegeberuflicher Interessen angesehen.

Als Hauptproblem explizit benannt wird im Rahmen der Interessenvertretung, dass sich auf Seiten der beruflich Pflegenden häufig nur beklagt wird, ohne selbsttätig die Situation zu verändern, sich als

beruflich Pflegende zu organisieren und für die eigenen Wünsche einzutreten. Stattdessen wird der Pflegeberuf eigenständig durch das sogenannte „Jammern“ abgewertet und spiegelt sich dementsprechend in der Außenwahrnehmung auch so wider.

„Da haben die keinen Bock drauf. Meckern ja, aber Lösen sollen es andere. Aber das Machen sie nicht und das hat die Pflege bisher leider nicht verstanden.“ (Int11, ausgestiegen)

Einschätzungen/Aussagen in Bezug auf das Thema „jammern“	Interview-Code (Auswahl)
Pflege trägt durch eigene Untätigkeit Mitschuld an eigener prekärer Situation	Int21
„Jammern“ und Selbstdegradierung durch Eigenwahrnehmung als „NUR-Pflegekraft“ (Int05, ausgestiegen) führt zu negativem Bild in der Gesellschaft → Abkehr von diesem Bild und Eigeninitiative sind notwendig: „Raus aus diesem Gejammere“ (Int32, stationär, Leitungskraft)	Int05, Int21, Int26, Int27, Int30, Int32, GD00, GD01, GD04
Problem: Pflege und beruflich Pflegende sind auf relevanten Entscheidungsebenen in Einrichtungen nicht vertreten und haben kaum Möglichkeit Dinge zu beeinflussen, stattdessen werden Entscheidungen von kaufmännischen oder ärztlichen Leitungskräften getroffen	Int11

Strategie/Vorschläge zur Förderung der Interessenvertretung in der Pflege	Interview-Code (Auswahl)
Unterschiedliche Berufsgruppen (v. a. im Zusammenhang mit Alten- und Krankenpflege genannt) müssen über Settings und Qualifikationen hinweg „zusammenwachsen“ (T4_GD02), um Pflege zu repräsentieren und „sich als Eines verstehen“ (T5_GD02)	Int15, GD02
Lobbyarbeit für Pflege umsetzen	Int11, Int22, Int32
Organisation einer eigenen Interessenvertretung , einige Befragte kritisieren vor allem auch die bisherige Umsetzung	Int15, Int21, Int22, Int25
Auf Ebene der Einrichtungen: mehr Kooperationen zwischen Einrichtungen , um strukturelle Ziele zu erreichen und Veränderungen anzuschieben	Int28, Int32

7.3.11.3 Aus-, Fort- und Weiterbildung; Berufsprofile und Karrieremöglichkeiten

7.3.11.3.1 Generalistik/Ausbildung insgesamt

Die generalistische Ausbildung ist aus Sicht eines Großteils der Befragten für den Umfang der Lerninhalte zu kurz geplant. Anschlussfortbildungen, praktische Einsätze und Einarbeitungen sind notwendig zur Erhaltung der Pflegequalität.

Die Umstellung auf die Generalistik wird einerseits als positiv wahrgenommen, aber andererseits auch mit einigen Herausforderungen verknüpft. So werden Potentiale hinsichtlich der Attraktivität, einer höheren Fachlichkeit, vor allem in der Altenpflege, sowie hin zu einer höheren Flexibilität und Zusammenarbeit in der Pflege gesehen. Kritisch hervorgehoben wird häufig die, aus Sicht der Befragten, zu kurze Ausbildungsdauer. Hier besteht die Gefahr, dass die Pflegequalität nach Abschluss der Ausbildung durch fehlende theoretische Tiefe und praktische Erfahrungen durch mangelnde Zeit nicht in dem benötigten Maße geleistet werden kann. Weiterhin wird als Herausforderung die Attraktivität des Altenpflegebereichs für ausgebildete Pflegefachpersonen gesehen.

Im Allgemeinen gibt es vereinzelte Anmerkungen, dass Themen wie die Gestaltung der Zulassungsbedingungen, die Auswahl der Praxisanleitungen, sowie die Ermöglichung von Lern- und Vorbereitungszeiten für Prüfungen eine Rolle bei der Attraktivität der Pflegeausbildung spielen.

Vor allem in Bezug auf die oftmals als zu kurz wahrgenommene Ausbildungszeit im Rahmen der Generalistik werden unterschiedliche Strategien/Vorschläge geäußert, um dem entgegenzuwirken. Hauptsächlich wird vorgeschlagen, nach Beendigung der Ausbildung ein praktisches Jahr oder weitere verpflichtende Fortbildung im Bereich der Spezialisierung umzusetzen.

Mögliche Potentiale der Generalistik beinhalten Punkte hinsichtlich der Pflegequalität als auch hinsichtlich einer generellen Aufwertung der Arbeitsbedingungen.

Wahrgenommene Potentiale der Generalistik	Interview-Code (Auswahl)
Aufwertung des Pflegeberufs durch die Möglichkeit der internationalen Vergleichbarkeit	Int07, Int08, In10 Int16
Höhere Fachlichkeit und Qualität der Pflege kann entstehen	Int05, Int13
Einschätzung: Generalistik kann einen Anreiz liefern, damit sich Arbeitgeber (v. a. in der Altenhilfe) attraktiver darstellen: <i>„Ich glaube, dass das eher förderlich ist als hinderlich und wird damit zur Verbesserung gezwungen. Aber ich finde das nicht schlimm. Viele sind ja oft durch Druck von außen beeinflusst und dann positiv war. Von daher stehe ich der Ausbildung für die Pflege insgesamt und auch für die Altenpflege eigentlich positiv gegenüber.“ (Int05, ausgestiegen)</i>	Int05, Int10, GD01

Höhere Flexibilität bei der Wahl des Arbeitsortes (v. a. im Zusammenhang Altenpflege und Krankenpflege) und die Möglichkeit sich nach eigenen Stärken zu spezialisieren	Int01, Int19
Potenziell ist eine größere Durchmischung und mehr Zusammenarbeit in der Pflege erwartbar	Int03, Int11, GD01
Generalistik kann qualitative Aufwertung durch verschiedene Praxiseinsätze für die Altenpflege fördern → eine erhöhte Abwanderung von Auszubildenden von der Altenpflege in den Krankenhaus-Bereich wird nicht angenommen, da in der Altenpflege andere inhaltliche Themen wichtig sind, z. B. Beziehungspflege: <i>„Ich habe auch keine Angst, dass Leute abwandern ins Krankenhaus (...). Ich würde mich immer noch dafür aussprechen, (...) - also ich fand es schon auch schön, dass man mit Bewohnern auch eine Beziehung aufbaut, mal über längere Zeit.“</i> (T5_GD02, Leitungskraft, stationäre Langzeitpflege)	Int20, Int21, Int24, Int26, Int33, GD02

Mögliche Risiken der Generalistik beinhalten hauptsächlich die als zu kurz eingeschätzte Ausbildungsdauer und die Unattraktivität der Arbeit in der Altenpflege für Berufseinsteiger*innen.

Wahrgenommene Risiken der Generalistik	Interview-Code (Auswahl)
Ausbildungsdauer wird häufig als zu kurz eingeschätzt, um nach der Ausbildung direkt eine hohe Pflegequalität zu erbringen <ul style="list-style-type: none"> v. a. Zeit für Spezialisierung auf Kinderkrankenpflege im dritten Jahr wird als zu kurz bemängelt <i>„Was will man mit 77 Stunden Pädiatrie, um dann auf einer Intensivstation für Kinderkrankenpflege zu arbeiten?“</i> (Int22, Leitungskraft, Krankenhaus)	Int12, Int13, Int14, Int15, Int16, Int20, Int22, Int24, Int25
Generalistik wird als problematisch für die Altenpflege eingeschätzt, da sich aufgrund besserer Arbeitsbedingungen und Vergütungssituation potenziell mehr Auszubildende für die Arbeit im Krankenhaus entscheiden könnten	Int02, Int09, Int20, Int21, Int25, Int31
Gefahr: v. a. bei der Kinderkrankenpflege: Spezialisierung im Bereich Kinderkrankenpflege kann in der Generalistik weniger angeboten werden , da diese in der Ausbildung zu teuer für Einrichtungen ist	Int14
Praxisanleitungen, v. a. in der Altenpflege verfügen nicht über das Wissen der Krankenpflege, da viele Einrichtungen und Verbände nicht ausreichend auf Generalistik vorbereitet sind	Int08
Gefahr: Abwanderung von beruflich Pflegenden ins Ausland (v. a. in Grenzgebieten), in denen die Vergütung besser ist	Int09

Gefahr: höhere Zugangskriterien können dazu führen, dass die Pflegeausbildung nur zur Überbrückung bis beispielsweise zum Medizinstudium genutzt wird und Auszubildende dann den Pflegeberuf bzw. die Ausbildung verlassen	Int12, Int16
kleinere ambulante Dienste können Praxiseinsätze aufgrund fehlender Praxisanleitungen, finanzieller Mittel und zeitlicher Planung nicht mehr umsetzen	Int27

Allgemeine Kritikpunkte und Anmerkungen zur Pflegeausbildung betreffen Zulassungskriterien, Inhalte der Ausbildung, die Auswahl von Praxisanleitungen und die Außenwahrnehmung.

Allgemeine Kritikpunkte/Anmerkungen Pflegeausbildung	Interview-Code (Auswahl)
Vereinzelt erwähnt: Zulassungskriterien sollten nicht nur Schulabschluss betreffen	Int09
Vereinzelt erwähnt: Theorie-Praxis-Schock, da Azubis nicht auf verschiedene Rollen während der Ausbildung (Z. B. Schichtleitung, in der ambulanten Pflege eine Tour alleine zu fahren) vorbereitet sind	Int06, Int26
Praxisanleitungen teilweise nur fachlich qualifiziert , aber insgesamt der Rolle nicht gewachsen, sodass Auszubildende möglicherweise ein negatives Bild vom Pflegeberuf vermittelt bekommen: „Und wenn du dann einen Praxisanleiter hast, der eigentlich gar keinen Bock auf seinen Job hat, der irgendwie nur genervt ist, der aber Praxisanleiter geworden ist, weil [die] formalen Voraussetzungen gegeben [waren](...), dann sorgt der dafür, dass ich keine neuen Mitarbeiter kriege, weil was sollen die denn lernen, wenn [die Auszubildenden] am meisten von dem begleitet werden. Dass der Job, den sie in Zukunft machen sollen, scheiße ist, das lernen sie. Und das ist kein Einzelfall. Das ist sehr häufig, leider so.“ (Int06, ausgestiegen)	Int06
Problem: Ausbildungsberufe in der Gesellschaft nicht so hoch angesehen , wie ein Studium: „ <i>das steht der Pflege so ein bisschen im Weg</i> “ (Int28, Leitungskraft, Krankenhaus)	Int28
Fehlende Lern-/Vorbereitungszeiten für Prüfungen während der Ausbildungen	GD03

Strategien und Wünsche beziehen sich hauptsächlich auf die Implementierung verbindlicher Weiterbildungsregelungen.

Strategien und Wünsche in Bezug auf die Pflegeausbildung	Interview-Code (Auswahl)
<p>Lösungen für Umgang mit Spezialisierung und Einarbeitung in der Praxis zur Sicherstellung der Pflegequalität sind aus Sicht einiger Befragter notwendig → direkte Vorschläge:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ nach der generalistischen Ausbildung verpflichtende Weiterbildungen im Bereich der Spezialisierung anbieten ○ Einarbeitungskonzepte für nach der Ausbildung müssten entwickelt werden bzw. Orientierung am Vorgehen des angloamerikanischen Raums: Grundausbildung zwei Jahre und danach zwei Jahre Qualifikation für den zukünftigen Fachbereich ○ drei Jahre generalistische Ausbildung plus ein zusätzliches Jahr Spezialisierung in der Praxis: z. B. als Trainee on the Job → <u>Anmerkung</u>: Einführung entsprechender Vergütungsstufe zwischen Ausbildung und Pflegefachperson ist notwendig ○ Orientierung an Facharztausbildung im Krankenhaus: Einführung verpflichtender Fortbildungen <p>„Also man kann ja dann nicht irgendwie allgemein alles lernen und dann ist man fertig und dann darf man in alle Bereiche rein uns muss dann dort aber keine Fortbildungen mehr machen dazu. Also ich finde, das müsste dann auch Pflicht sein.“ (Int16, Pflegefachperson, Krankenhaus)</p>	Int03, Int10, Int16, Int22, GD00
Strategie: Einsatz von VR-Brillen und Lerninseln zur Unterstützung der Auszubildenden	GD02
Wunsch: Einbindung berufspolitischer Inhalte in das Curriculum	Int07

7.3.11.3.2 Weiterbildung/Karriere

Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten bieten nicht genug Anreize durch fehlende Unterstützung des Arbeitgebers, fehlende finanzielle Honorierung und kaum merkliche Ausweitung der Aufgabenbereiche. Karrieremöglichkeiten gibt es meist nur außerhalb der direkten Pflege ins Management, wenig fachliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten in die Breite werden wahrgenommen.

In Verbindung mit den Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, sowie Karrierechancen ist die Kernaussage, dass zwar eine hohe Anzahl an oft auch sehr vielfältigen Fort- und Weiterbildungen vorhanden ist, es jedoch an entsprechenden Anreizen, sowie Unterstützung und Finanzierung seitens des Arbeitgebers mangelt. Gute Karriere- und Weiterbildungschancen werden häufig mit einem hohen Maß an Eigeninitiative in Verbindung gebracht und teilweise auch eigenen Investitionen in die eigene Weiterentwicklung. Karriere im Pflegeberuf wird oft gleichbedeutend damit angesehen, dass die

unmittelbare pflegerische Versorgung am Patientenbett verlassen wird und die Tätigkeit auf den Managementebenen stattfindet. Eine fachliche Weiterentwicklung in die Breite wird als kaum sinnvoll möglich wahrgenommen.

Konkrete Wünsche hinsichtlich der Weiterbildungs- und Karrierechancen betreffen den Ausbau von Anreizen, sowie eine bessere Ausbildung der Führungskräfte, interkulturelle Weiterbildungen und die Förderung von Weiterbildungen von Hilfskräften zur Entlastung der Fachkräfte.

Einschätzungen bzgl. Fort- und Weiterbildung in der Pflege	Interview-Code (Auswahl)
Angebot vieler und teilweise auch vielfältiger Weiterbildungen, aber ...	
<p>... Anreize fehlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aufgabenbereich verändert sich dadurch nicht und Wissen kann teilweise nicht angewandt werden: <i>„[Da] Mache ich hinterher das gleiche wie vorher“ (Int07, ausgestiegen),</i> <i>„Ich dachte eigentlich, man könnte sich mordsmäßig weiterbilden und jetzt, so im Endeffekt sind es alles kleine Lehrgänge, die man irgendwie machen kann. Von denen hat man aber am Ende nichts auf der Hand.“ (Int30, Pflegefachperson, Krankenhaus)</i> ○ nur geringfügig höhere Vergütung trotz größerer Verantwortung, auch als Leitungskraft → fehlende Honorierung der Leistung: <i>„Aber ich denke, es sind viele, die es nicht machen wollen einfach, man lockt zwar mit 5 Prozent mehr Lohn und keine Ahnung was. Wie gesagt, ich kann jetzt nicht aus Erfahrung sprechen, aber ich weiß nicht, ob ich für 5 Prozent mehr Lohn diese 100 Prozent mehr Verantwortung haben möchte.“ (Int13, Auszubildende*r, Krankenhaus)</i> ○ Weiterentwicklung oft nur nach oben und nicht in die Breite möglich: zur Abgrenzung könnte aber auch fachliche Spezialisierung (in die Breite) einen Anreiz und eine Möglichkeit für bspw. einen besseren Verdienst darstellen: <i>„Weil im Prinzip sind alle gleich und mehr Geld bekomme ich aktuell nur solange ich da bin, also Durchhalten bringt mir mehr Geld, nicht mich engagieren und was tun, bringt Geld.“ (Int08, ausgestiegen)</i> 	<p>Int02, Int05, Int07, Int08, Int10, Int11, Int13, Int16, Int17, Int20, Int28, Int30, GD00</p>
<p>... angebotene Fort- und Weiterbildungen werden teilweise als qualitativ weniger gut wahrgenommen, die Genehmigung und Finanzierung durch Arbeitgeber ist zudem häufig schwierig: oft ist die Wertbeimessung von Fortbildungen des Arbeitgebers ausschlaggebend → <i>„wird auf die Mark geguckt“ (Int05, ausgestiegen)</i></p>	<p>Int05, Int12, Int15, Int18, Int21, Int24, Int31, Int32, GD04</p>

<ul style="list-style-type: none"> o gute Karriere- und Weiterbildungschancen werden erkannt, aber nur wenn entsprechend hohe Eigeninitiative und teilweise eigene finanzielle Investitionen getätigt werden (bspw. Int05, ausgestiegen) können diese ergriffen werden 	
... durch hohe Anzahl an Weiterbildungen Unübersichtlichkeit und schwierige Entscheidung, was sinnvoll ist	Int24

Kritikpunkte Fort- und Weiterbildung in der Pflege	Interview-Code (Auswahl)
<p>Einzelne Aussagen darüber, dass es keine verpflichtenden Weiterbildungen im Krankenhaus gibt (in der Altenpflege schon): die Pflegequalität leidet, da beruflich Pflegende wenig externe Anreize wahrnehmen, sich weiterzubilden</p> <ul style="list-style-type: none"> o neueste wissenschaftliche Erkenntnisse kommen oft nicht an 	Int16, GD01, GD02
<p>Einschätzung/Sorge: Karriere wird mit der Abkehr von der direkten Pflege verbunden</p> <p><i>„Also ich sage es mal so, wenn Sie Wert drauflegen, Karriere zu machen, dann werden Sie nicht mehr in der Pflege arbeiten. Das funktioniert einfach nicht.“ (Int23, Pflegefachperson, ambulant)</i></p>	Int23, Int29, Int31, GD04

Wünsche in Bezug auf die Fort- und Weiterbildung in der Pflege	Interview-Code (Auswahl)
Bessere Aus- bzw. Fortbildung von und für Führungskräfte	Int06, Int11
Digitale Durchführbarkeit von Pflichtschulungen zu Hause ist sinnvoll	Int19, Int22
Finanzielle Unterstützung/Übernahme von Weiterbildungen durch den Arbeitgeber	Int24
Angebot von interkulturellen Weiterbildungen bei der Einbindung internationaler beruflich Pflegender	Int20
<p>Schaffung von Anreizen und angemessene Honorierung bzw. Wertschätzung von Fort- und Weiterbildungen</p> <ul style="list-style-type: none"> o Vergütungsanpassung nach erfolgreicher Absolvierung von Fort- und Weiterbildungen o Möglichkeit zum Ausbau der Verantwortungsbereiche und von Entscheidungsmöglichkeiten, auch gegenüber anderen Professionen (z. B. Ärzteschaft) 	Int10, Int11, Int25

7.3.11.3.3 Akademische Pflegeausbildung

Potentiale und Einsatzbereiche von beruflich Pflegenden mit akademischer Ausbildung sind in der Praxis kaum bekannt. Sie können aktuell selten ihrer Qualifikation entsprechend eingesetzt werden.

Das Hauptthema über alle Interviews hinweg in Bezug auf die akademische Pflegeausbildung ist, dass die Rolle und der Einsatz dieser in der Praxis noch unklar sind. So fehlt es einerseits an Vergütungsstrukturen zur qualifikationsgerechten Refinanzierung und andererseits an konkreten Einsatzbereichen im Pflegealltag. Akademische Pflege wird im stationären und ambulanten Bereich häufig eher mit Managementaufgaben verbunden, wohingegen einige Befragte sich den Einsatz von akademischen Fachkräften vielmehr als Führungsfunktion im operativen Bereich zur Qualitätssicherung und zur Weiterentwicklung der Pflegepraxis vorstellen. Die Etablierung einer akademischen Pflegeausbildung wird von einigen Befragten als Möglichkeit zur Aufwertung des Pflegeberufs und als Möglichkeit zur Stärkung der Profession wahrgenommen, um sich gegenüber anderen Berufsgruppen (v. a. Ärzteschaft) zu behaupten.

Hinsichtlich akademischer Fachkräfte wird es als wünschenswert empfunden, die Rolle dieser dementsprechend weiter zu schärfen und wissenschaftliche Inhalte in den Pflegealltag zu integrieren. Konkret wurde außerdem geäußert, dass der Fokus akademischer Fachkräfte nicht mehr die Grundpflege sein sollte, sondern die Unterstützung bei ärztlichen Tätigkeiten.

Die Rolle und Einsatz beruflich Pflegenden mit akademischer Ausbildung ist größtenteils noch unklar und eine Sensibilisierung für die Vorteile fehlt.

„Die Stationen wissen nicht was mit den Bachelor- Studierenden anzufangen und die Bachelor-Studierenden verleugnen glaube ich noch lieber ihre Qualifikation, weil sie nicht das ausüben können, was sie jetzt an Mehrwert mitbringen können. Ich glaube, da gehört viel Überzeugungsarbeit auch dazu, die noch nicht passiert ist auf der Station.“ (Int10, ausgestiegen)

Erfahrungen/Einschätzungen in Bezug auf Akademisierung in der Pflegeausbildung	Interview-Code (Auswahl)
Ausschließliche Ausführung der Pflege am Bett wird als nicht der Qualifikation entsprechend wahrgenommen (aktuelles Handling)	Int09, Int11, Int22, Int26, GD02
Neue Rollen/Aufgaben müssen geschaffen werden: mehr Verantwortung, größere Tätigkeitsbereiche	Int09
Bisher sind keine passenden Vergütungsstrukturen für beruflich Pflegenden mit akademischer Ausbildung zur Refinanzierung vorhanden	Int22, Int26, GD02

Risiko: akademische Ausbildung wird häufig als wenig praxisorientiert wahrgenommen	Int21, Int33
<p>Vorteile von beruflich Pflegenden mit akademischer Ausbildung werden durch beruflich Pflegende ohne akademische Ausbildung wenig erkannt (bspw.):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ beruflich Pflegende mit akademischer Ausbildung sind eher im Management und weniger in der direkten Pflege tätig: <i>„Man studiert ja, um sich nicht mehr die Hände schmutzig zu machen, wie man früher sagte. Sie fangen ja nicht ein Studium an, um in der Pflege zuzuarbeiten.“</i> (Int23, Pflegefachperson, ambulant) ○ beruflich Pflegende mit akademischer Ausbildung werden von Pflegefachpersonen teilweise negativ wahrgenommen und können dementsprechend ihre Kenntnisse nur schwierig an diese vermitteln: <i>„Und die wurden auf Station immer ganz schief angeguckt und immer mit: Ach, ihr denkt, ihr seid was Besseres. Und das ist ein großes Problem, weil man dann auch nicht richtig mit seiner Expertise die Leute anlernen kann.“</i> (T6_GD02, Pflegefachperson, Krankenhaus) 	Int10, Int12, Int13, Int14, Int15, Int17, Int19, Int20, Int23, Int34, GD02

Potenzielle Einsatzbereiche, sowie Chancen der Akademisierung in der Pflegeausbildung	Interview-Code (Auswahl)
Einräumen von Zeiten, um im Rahmen der Praxisentwicklung mit wissenschaftlicher Basis Projekte umzusetzen: Zeit für Forschung	Int07, Int14
übergeordnete Führungsaufgaben im operativen Bereich (vergleichbar mit Primary Nursing in den USA): Verantwortung für einen Anteil an Pflegeprozessen und Zusammenarbeit mit beruflich Pflegenden	Int09, Int26, Int32)
Übernahme von Aufgaben im Controlling und bei der Dokumentation	Int05
Koordination interner Abläufe	Int05
Akademischer Grad soll sich in der Arbeit AM Bett widerspiegeln: <i>„Also ich bin wirklich davon überzeugt, dass es (...) unbedingt wichtig ist, dass der akademische Grad nicht gleich zum Wohnbereichsleiter, zum Stationsleiter führt, sondern am Bett sich letztendlich verwirklicht.“</i> (T5_GD02, Leitungskraft, stationäre Langzeitpflege)	Int29, GD02

<p>Akademische Pflegeausbildung als Möglichkeit, die Pflegeprofession auch gegenüber der Ärzteschaft zu stärken und sich behaupten zu können sowie für eine höhere gesellschaftliche Anerkennung:</p> <p><i>„Akademisierte Pflege viel stärker mit einzubinden, finde ich ganz wichtig einfach, um Pflege zu einer eigenen Profession zu machen, die sich auch gegen Ärzte behaupten.“ (Int08, ausgestiegen)</i></p>	<p>Int08, Int15, Int29, Int30</p>
---	-----------------------------------

7.3.12 Covid-19-Pandemie

Hohe körperliche und psychische Belastungen wurden während der Covid-19-Pandemie berichtet. Aber auch positive Aspekte hinsichtlich der Anpassung von Arbeitsabläufen, intra- und interprofessioneller Zusammenarbeit, einer hohen Sensibilität für Infektionsschutzmaßnahmen, sowie einer Stärkung der Pflegeprofession durch die öffentliche Berichterstattung fanden Erwähnung.

Das vorherrschende Thema in Bezug auf die Covid-19-Pandemie sind die hohen körperlichen, mentalen und sozialen Belastungen durch das Tragen von Schutzkleidung, die Einhaltung der Hygienestandards und das Risiko der eigenen Ansteckung. Aber auch die Ansteckung der Patient*innen/Bewohner*innen und sozialer Kontakte, sowie dem daraus resultierenden hohen Krankenstand und die Notwendigkeit diesen durch hohes Arbeitspensum auszugleichen, zählen zu den belastenden Faktoren. Dennoch konnten auch positive Aspekte genannt werden, die von Verbesserungen in den Arbeitsabläufen über einen stärkeren Teamzusammenhalt hin zu gesellschaftlicher Aufmerksamkeit und gesteigertem Selbstbewusstsein führen. Auch der Fokus auf Arbeitssicherheit durch eine erhöhte Sensibilität für eine häufigere Nutzung von Schutzkleidung bei übertragbaren Krankheiten wurde als positiv und zur Beibehaltung für nach der Pandemie als sinnvoll eingeordnet.

Erfahrungen in Verbindung mit der Covid-19-Pandemie sind vor allem mit einer hohen Belastung durch unterschiedliche Auslöser charakterisiert.

Negative Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie	Interview-Code (Auswahl)
Hohe wahrgenommene körperliche Belastung durch Tragen von FFP2-Masken und Schutzkleidung	Int05, Int18, Int20, Int22, Int31, Int32, Int33
Hoher Druck auf Führungskräfte , sehr kurzfristig auf neue Anforderungen/Regelungen vom Bund zu reagieren und Konzepte zu	Int05, Int28

erstellen: mehr Unterstützung durch Vorlagen oder Raster wären wünschenswert gewesen	
Hohes Stresslevel durch Ausweitung der Arbeitszeiten auf 12-Stunden-Schichten (Bericht aus Krankenhaus) und hohe Krankenstände	Int08, Int15, Int16, Int19, Int20, Int29
<p>Hohe Belastung (gesundheitlich, mental und sozial) durch Corona-Infektionsrisiko</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gefahr der eigenen Ansteckung ○ Gefahr der Ansteckung der Bewohner*innen: <p><i>„Dann die Angst, dass man sich zu Hause irgendwo ansteckt und das mit ins Altenheim bringt. Und dann sterben die Leute da. Da wird man fast verrückt.“</i> (Int20, Leitungskraft, stationäre Langzeitpflege)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gefahr der Ansteckung des sozialen Umfeldes und Wegfall sozialer Kontakte: <p><i>„Also meine Familie z. B. wollte mich nicht mehr so richtig sehen und das hat nichts damit zu tun, dass sie mich nicht sehen wollen, sondern ich arbeite halt auf der Corona-Station. Ich bin halt potenziell absolute Gefahr.“</i> (Int12 ausgestiegen)</p>	Int12, Int15, Int16, Int19, Int20, Int34
<p>Einrichtungen im stationären Bereich nehmen Hilfen teilweise nicht in Anspruch (Einzelaussage):</p> <p><i>„Und das regt mich tatsächlich extrem auf. Und das ist tatsächlich auch belastend, wenn man dann in Arbeitskreisen drinsitzt, und dann sich immer wieder dieses Gejammer anhören muss "Ah, es ist so schlimm." Nee, es ist nicht schlimm. Es ist eine Pandemie. Ja, wir leben in dieser Pandemie, müssen es akzeptieren. Aber der Staat stellt uns alle Hilfsmittel zur Verfügung, die wir brauchen und auch Bundeswehr. Egal. Es ist ja so viel gemacht worden und es wird ja teilweise gar nicht in Anspruch genommen. Und dann sage ich Leute, dann braucht ihr nicht rumjammern. Und wenn man das in Anspruch nimmt, dann macht es einem auch das Leben leichter.“</i> (Int32, Leitungskraft, stationäre Langzeitpflege)</p>	Int32
<p>Regelmäßigerer Austausch mit anderen Einrichtungen bzgl. der Umsetzung von verschiedenen Richtlinien wäre sinnvoll gewesen (Einzelaussage):</p> <p><i>„Was habt ihr gemacht? Was habt ihr anders gemacht als wir? Warum habt ihr so viele Infizierte? Warum habt ihr keine Infizierten? Ja. Dass man in so einen Austausch mal geht mit Heimen und mit ambulanten Diensten.“</i> (Int27, Leitungskraft, ambulant)</p>	Int27

Als positiv empfundene Entwicklungen und Maßnahmen während der Pandemie beziehen sich auf Abläufe, das pflegerische Selbstbewusstsein, die Arbeitssicherheit und den Teamzusammenhalt.

Positive Erfahrungen und Entwicklungen während der Corona-Pandemie	Interview-Code (Auswahl)
Entstehung eines stärkeren Teamzusammenhalts und stärkerer gegenseitiger Unterstützung	Int06, Int08
Aufmerksamkeit gegenüber dem Pflegeberuf in der Öffentlichkeit ist gestiegen	Int08
<p>Selbstbewusstsein der Pflege ist gestiegen, sodass pflegerische Entscheidungen besser gegenüber anderen (bspw. Angehörigen) vertreten werden konnten:</p> <p><i>„Also wir haben sehr viel Selbstbewusstsein gewonnen und sind da jetzt auch mal selbstbewusst zu sagen „Okay. Nee, dann so nicht.“ Entweder Besucher oder Externe, wo wir ganz klar sagen „das läuft so hier“. Punkt. Aus. „Wenn Sie das nicht akzeptieren, das ist die Tür.“ (Int32, Leitungskraft, stationäre Langzeitpflege)</i></p>	Int23, Int32
<p>Digitale Umsetzung in vielen Bereichen (z. B. Besprechungen, Fortbildungen) als sinnvoll erachtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ermöglicht Zeitersparnis ○ fördert Flexibilität und Familienfreundlichkeit, z. B. wenn auch Arbeit im Home-Office möglich ist 	Int09, Int14, Int19, Int24, Int32
<p>Wahrgenommene bessere Aufgabenverteilung durch Arbeit nach Corona-Richtlinien, Arbeitsabläufe konnten problemloser und zeiteffizienter durchgeführt werden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>im Krankenhaus</u>: Zusammenarbeit mit Ärzteschaft wurde als besser eingestuft, da jeder ausschließlich die vorbehaltenen Tätigkeiten ausfüllen konnte: <p><i>„Es gab in diesen drei Tagen nichts zu diskutieren, da war überhaupt keine Zeit zu diskutieren, sondern es hat einer den Hut aufgehakt. Der hat sich mit Person 2 was überlegt, haben da eine Strategie entwickelt und danach ist gefahren worden und es war eine super Sache. Das hat tatsächlich einfach, also das erste Mal so richtig Hand in Hand funktioniert von den Arbeitsabläufen her, hatte ich das Gefühl.“ (Int30, Pflegefachperson, Krankenhaus)</i></p> ○ <u>in der stationären Langzeitpflege</u>: Aufgabenverteilung und Unterstützung von Hilfskräften und Betreuungsassistent*innen wurde als sinnvoller/effizienter empfunden: Essensverteilung/Geschirr wurde bspw. von der Küche organisiert, nicht mehr von beruflich Pflegenden, sodass mehr Zeit für die Pflege vorhanden war; 	Int20, Int30

Betreuungsassistent*innen und Hilfskräfte wurden immer für eine Station eingesetzt, mussten Station nicht mehr wechseln	
Entlastung durch weniger Besucher*innen/reglementierte Besuchszeiten: erleichtern Arbeitsalltag und Abläufe → für auch nach der Covid-19-Pandemie als sinnvoll eingeordnet, deutlich festere Besuchszeiten (im Krankenhaus und stationären Pflegeeinrichtungen) zu etablieren	Int08, Int13, Int20
Ausbau und Nutzung von während der Pandemie entstandenen Freiwilligennetzwerken zur Personalgewinnung (z. B. Bundeswehr, Flugbegleiter*innen)	Int09, Int28
Höhere Sensibilität gegenüber übertragbaren Krankheiten auch nach der Covid-19-Pandemie durch höhere Hygienestandards und weiterhin tragen von FFP2-Masken bei sinnvoller Indikation als Arbeitssicherheitsmaßnahme beibehalten: <i>„Ich könnte mir da auch gut vorstellen, selbst wenn Corona vorbei ist, dass wir dann trotzdem die Maskenpflicht weiterführen müssen, um einfach uns auch selbst zu schützen.“</i> (Int03, Pflegefachperson, Krankenhaus) → weitere Maßnahmen, bspw. Tragen von Handschuhen bei Waschung und Medikamentengabe denkbar	Int03, Int07, Int13, Int33
Bewusstere Patientenaufnahme im Krankenhaus für mehr Entlastung: <i>„Also der Blick darauf, wer aufgenommen wird und wer medizinische Betreuung oder Behandlungen benötigt, das hat sich schon verändert. Und auch Patienten kommen nicht mehr so ins Krankenhaus.“</i> (Int22, Leitungskraft, Krankenhaus)	Int22
Zusammenarbeit mit zuständigen Ämtern wurde einerseits durch den besseren Informationsfluss als produktiver eingeschätzt, andererseits wurde die „Informationsflut“ (Int27, Leitungskraft, ambulant) auch als unübersichtlich kritisiert	Int27, Int32

7.3.13 Übergreifende Themen Gesundheitswesen/Sonstiges

Profitorientierung und bürokratische Vorgaben stehen dem Selbstverständnis der Pflege und der praktischen Realität, sowie einer modernen Aufstellung des Pflegeberufs, entgegen.

Einige Befragte haben über die Interviewleitfaden-Fragen hinaus Äußerungen zu übergreifenden Themen getätigt, die Aspekte der Inhalte des Interviewleitfadens zwar aufgreifen, aber auf höherer Ebene als dem konkreten Arbeitsalltag zu verorten sind. Wichtig ist anzumerken, dass es sich hierbei größtenteils um Einzelmeinungen handelt. Das Thema Ökonomisierung der Pflege wurde vereinzelt

aufgriffen und bemängelt, dass eine Profitorientierung entgegen dem Selbstverständnis der Pflege stehen würde. Weiterhin wird der fehlende Praxisbezug beim Treffen politischer Entscheidungen angemerkt. Außerdem ist ein genannter Punkt, der vor allem in zwei Gruppendiskussionen (GD00, GD01) aufkam, dass die bürokratische Organisation im Gesundheitssystem, die Umsetzung moderner Führungsmethoden, bspw. agile Führung sowie die Gestaltungsmöglichkeiten bei der Vergütung einschränkt und somit einer Weiterentwicklung und Attraktivitätssteigerung in der Pflege im Weg steht.

Übergreifende Themen Gesundheitswesen/Sonstiges	Interview-Code (Auswahl)
Profitorientierung im Krankenhaussektor geschieht häufig auf Kosten von Patient*innen und Mitarbeitenden → wird als der wichtigste Grund für den Fachkräftemangel eingeschätzt	Int12, Int25
Wirtschaftliche Aspekte sollten im Vergleich zur Pflegeaufgabe nicht die größte Rolle spielen; stattdessen braucht es Anreize für stationäre Einrichtungen, um Pilotprojekte zur Weiterentwicklung der Pflegequalität umzusetzen	Int24
Politische Entscheidungen sollten praxisnäher getroffen werden: <i>„Dass man wirklich sagt, ich habe hier keinen Sachstand oder kein Blatt Papier in den Händen, sondern ich habe hier tatsächlich einen Menschen. Und da sage ich mir, da ist wirklich Theorie und Praxis sind manchmal doch sehr weit auseinander. Also diese Praxisnähe wäre meines Erachtens wirklich ein wichtiger Faktor.“</i> (Int27, Leitungskraft, ambulant)	Int27
Umdenken beim Finanzierungssystem von Pflegeleistungen, da diese als zu bürokratisch und durchorganisiert empfunden werden, um moderne Strukturen zu schaffen. Bspw. wird eingeschätzt ... <ul style="list-style-type: none"> ○ ... dass agile Führung in dem aktuellen System nicht möglich ist ○ ... dass es wenig Gestaltungsmöglichkeiten bei der Vergütung gibt 	GD00, GD01

7.4 Gruppendiskussionen

Zusätzlich wurden im Rahmen der qualitativen Befragung fünf Gruppendiskussionen mit beruflich Pflegenden, Leitungskräften und Auszubildenden des dritten Lehrjahres geführt, deren methodisches Vorgehen im Folgenden transparent gemacht wird.

7.4.1 Erhebungs- und Auswertungsmethode

Zu Beginn wurde eine Pilot-Gruppendiskussion mit Pflegefach- und Leitungskräften aus dem Interim- und Recovery Management einer Unternehmensberatung umgesetzt. Grundgedanke war an der Stelle mithilfe der breitgefächerten Erfahrungen aus unterschiedlichen Pflegesettings und Einrichtungen der Berater*innen, den entwickelten Leitfaden zu testen, zu ergänzen und zu optimieren, sowie die Erkenntnisse aus der beraterischen Praxis mitaufzunehmen. Daran anschließend wurden vier Gruppendiskussionen mit unterschiedlicher Besetzung in Bezug auf die Position und das Arbeitssetting der beruflich Pflegenden koordiniert und realisiert:

- Eine Gruppendiskussion mit vier Leitungskräften
- Eine qualifikationsübergreifende Gruppendiskussion mit sieben Fach- und Leitungskräften
- Eine Gruppendiskussion mit drei Auszubildenden des 3. Lehrjahres
- Eine Gruppendiskussion mit drei Fachkräften

Es wurde darauf geachtet, möglichst eine Durchmischung der in der Studie betrachteten Pflegesettings (Krankenhaus, stationäre Langzeitpflege, ambulante Pflege) in allen Gruppendiskussionen umzusetzen.

Um die Sichtweisen und „*eigenen Relevanzen*“ (Kleemann et al., 2009) der Teilnehmenden sowie organisationskulturelle Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten, wurde sich bei Durchführung und Analyse der Gruppendiskussionen an dem Vorgehen der Dokumentarischen Methode orientiert (Bohnsack, 2001). Bei diesem Gruppeninterviewverfahren geht es generell um einen Zugang zu den kollektiv geteilten Alltagsorientierungen innerhalb einer Gruppe, einer Organisation oder eines Milieus (ebd.). Erkenntnisleitend waren in der folgenden Analyse, die Erfassung und die Synthese der latenten Orientierungsmuster sowie Interessen der Teilnehmenden, um ein komplexes Gesamtbild des Arbeitsplatzes Pflege der Zukunft zu beschreiben.

Die Durchführung und Auswertung von Gruppendiskussionen nach der Dokumentarischen Methode ermöglicht es, sozial geformte und in der Alltagspraxis der Befragten eingelagerte Denk-, Verhaltens- und Interaktionsmuster („*konjunktive Erfahrungsräume*“, „*Orientierungsrahmen*“, „*tacit knowledge*“) in ihrer Soziogenese zu rekonstruieren (Bohnsack, 2001). Dementsprechend wurden die Gruppendiskussionen vor allem mit Fokus auf die Selbstläufigkeit des Gesprächs moderiert. Die Forschenden rahmten die Diskussion zwar mit Themen entsprechend den interessierenden Forschungsfragestellungen, griffen aber idealerweise nicht aktiv in die Kommunikation unter den Teilnehmenden ein. Das bedeutete auch, dass bestmöglich versucht wurde, auf Suggestiv- und geschlossene Fragen zu verzichten, sodass die Diskussionen entsprechend der Präferenzen der Teilnehmenden verlaufen konnten.

Die Gruppendiskussionen wurden zunächst transkribiert und formal gegliedert. Die Gesprächsinhalte der einzelnen Gruppendiskussionen wurden daran anschließend sequenziert. Grundlage dieser Sequenzierung bildeten sowohl thematische Wechsel im Gesprächsverlauf als auch Veränderungen in der Diskussionsdynamik, die einen Hinweis auf potenzielle Orientierungsrahmen der Gruppe lieferten. Anschließend wurden die Analyseschritte der formulierenden und reflektierenden Interpretation umgesetzt. Zunächst wurden die Gruppendiskussionen einzeln in Form einer Fallbeschreibung hinsichtlich ihrer objektiven Inhalte untersucht. Zentral war es an dieser Stelle, das **explizite Wissen** und die Ansichten der interviewten Gruppenmitglieder herauszufiltern und die Dynamik der Diskussion abzubilden. Weiterhin wurden auch bereits erste reflexive Interpretationen vorgenommen, um ebenfalls das **Wie** Aussagen getätigt bzw. Diskussionen geführt wurden, zu berücksichtigen. Zielgebend war es an der Stelle, innerhalb der Gruppe die gemeinsamen und gegenläufigen Orientierungen zu identifizieren. Neben dieser formulierenden und interpretativen Darstellung der einzelnen Gruppendiskussionen wurden auch diskussionsübergreifende Interpretationen angeschlossen. Analysiert wurden in Hinblick auf die Themen, die innerhalb der einzelnen Gruppendiskussionen am intensivsten aufgegriffen wurden, die jeweiligen Orientierungen und Wissensbestände vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Positionen (Fachkraft, Leitungskraft, Auszubildende im dritten Lehrjahr) und Arbeitssettings (Krankenhaus, stationäre Langzeitpflege, ambulante Pflege) der jeweiligen Teilnehmenden, sowie der jeweiligen Gruppenzusammensetzung. Die Auswahl der Themen

erfolgte einerseits über die Häufigkeit der Bezugnahme zu entsprechenden Inhalten während der Diskussionen und über die Wahrnehmung stärkerer Veränderungen in der Diskussionsdynamik bei Ansprache der Themen, charakterisiert bspw. durch das Interaktionsverhalten (hohe Interaktionsdichte, anschwellende Lautstärke der Diskutierenden, andere sprachliche Besonderheiten). Andererseits wurden Themen fokussiert, die eine besondere Relevanz zur Beantwortung der Forschungsfragen aufwiesen. Themenbereiche, die diesen Kriterien entsprachen, waren: Bewertung der Vergütungssituation in der Pflege, Weiterentwicklung- und Karrieremöglichkeiten, Selbstverständnis in der Pflege, auch in Verbindung mit der Außendarstellung/-wirkung und Ausbildung einer Interessenvertretung, Führung in der Pflege sowie Gesundheitsförderung und Prävention im Pflegealltag.

Im Folgenden werden zunächst die Analysen der einzelnen Gruppendiskussionen vor dem Hintergrund der formulierenden und reflektierenden Auswertung in Form von Fallbeschreibungen dargestellt. Anschließend erfolgt die Gegenüberstellung der Gruppendiskussionen in Verbindung mit den von den Forschenden als relevant identifizierten Themen.

7.4.2 Fallbeschreibungen

7.4.2.1 Pilot-Gruppendiskussion

Die Pilot-Gruppendiskussion wurde mit vier Mitarbeitenden aus dem Interim- und Recovery Management einer Unternehmensberatung durchgeführt. Die Teilnehmenden dieser Gruppendiskussion haben alle eine Fachkraft-Ausbildung absolviert, sind aber aktuell nicht mehr in der aktiven Pflege tätig, sondern beraten Institutionen und Einrichtungen.

Pseudonym	Position vor Ausstieg aus Pflegeberuf	Pflegesetting
T1_GD00	PDL, EL	Stationäre Langzeitpflege
T2_GD00	PDL, EL	Krankenhaus, Stationäre Langzeitpflege (Altenpflege)
T3_GD00	PDL, EL	Ambulante Pflege
T4_GD00	PDL, EL	Stationäre Pflege (Akut- und Langzeit)

Die Gruppendiskussion wurde mit der Frage eröffnet, welche persönlichen Gründe für die Teilnehmenden ausschlaggebend waren, die aktive Pflege zu verlassen und wie bzw. ob diesen bei der Gestaltung des Arbeitsplatzes der Zukunft begegnet werden kann.

Die genannten Gründe für den Ausstieg sind heterogen. So wurden fehlende Karriere-/Weiterentwicklungsoptionen vor allem auch in der Fachlichkeit und nicht nur im Rahmen der Übernahme von Leitungspositionen, unflexible Arbeitszeiten bzw. das Schichtsystem, wenig Flexibilität und Steigerungsmöglichkeiten bei der Vergütung als ausschlaggebende Gründe genannt. Außerdem wurde von gesundheitlichen Ursachen berichtet, auf Grund derer die Arbeit in der aktiven Pflege nicht mehr ausgeführt werden konnte. Auf die Frage, welche Ausstiegsgründe sich die Teilnehmenden aus

ihrer Erfahrung im Allgemeinen vorstellen können, wurden übereinstimmend Stress und psychische Belastung durch den Fachkräftemangel und die damit verbundene fehlende Aussicht auf Veränderung dieser Situation aufgezählt. Betont wurde im Rahmen des Gesprächs, dass an der Stelle vor allem auch Leitungskräfte betroffen seien, die mit der ständigen Konfrontation des Personalmangels nach Erfahrung der Teilnehmenden teilweise überfordert wären.

„Also es gibt so viele verbrannte Pflegedienstleitungen und mittlerweile auch Einrichtungsleitungen, die das einfach so nicht mehr mittragen können, weil dieser Personalausfall und diese Flucht, das ist ja wirklich tatsächlich zu raumfordernd in den letzten Jahren geworden, sodass sie da Stress bedingt dann einfach auch kapitulieren. Also die geben auf: „Ich kann das nicht mehr.“ „Ich will das nicht mehr, weil ich hab nur noch quasi dieses eine Thema“ und bedingt dadurch fallen eben alle anderen Themen über den Rand, weil die möchten dann schon gerne innovativ sein und auch neue Dinge konzipieren und auch teilweise strukturieren und organisieren.“ (T4_GD00, z. 210-217)

Um der hohen Fluktuation in der Pflege und damit auch dem Personalmangel zu begegnen, wird einerseits die Akzentuierung des Rollenbildes von beruflich Pflegenden bereits in der Ausbildung genannt. Aus Erfahrung von T3_GD00 ist dieses oftmals nicht realistisch und führt letztendlich zur Unzufriedenheit in den Pflgeteams, in denen sich die beruflich Pflegenden in einer „Opferrolle“ wahrnehmen. Dazu wird die unzureichende Ausbildung von Leitungskräften in der Pflege angeführt, mit bestimmten Verhaltensweisen in diesem Kontext umzugehen (z. 243 ff., 367 ff.).

Andererseits wird in Verbindung mit Strategien zum Personalmangel/Personalausfall angemerkt, dass es der systematischen Einplanung von Ausfall bedürfe. Ergänzt wird das um das Angebot von flexiblen, lebensphasengerechten Arbeitszeiten. In dem Zuge kommen die Diskutierenden darauf zu sprechen, dass es nicht allein flexible Dienstzeiten brauche, sondern ebenfalls ein Umdenken bei der Ablaufplanung, in dem Arbeitsspitzen durch mehr personenzentrierte Pflege sowie eine höhere Flexibilität entzerrt würden.

„Und da fehlt mir so ein bisschen die Agilität und die Flexibilität, über den Tagesablauf zu sagen. Es gibt ja keine Verpflichtung, hier morgens Akkord-waschen zu machen. Wir haben ja keine Stückzahl-Verpflichtung. Wir müssen nicht von 6 bis 9 Uhr 35 Menschen waschen und wenn wir das nicht schaffen, bricht der Kamm ab.“ (T3_GD00, z. 326-330)

In Folge des Gesprächs wird auch der Vorschlag eingeworfen, dass der Dienstplan idealerweise von den beruflich Pflegenden selbst aufgestellt werden könne, um hier die Bedürfnisse dieser besser zu berücksichtigen.

„Warum ist der Dienstplaner eigentlich immer die Führungskraft? Die dann irgendwelche Menschen verplant, wo sie überhaupt nicht hinpasst, sondern der Dienstplan-Eigner kann ein gesamtes Team sein und das kann eine Teamleistung sein, wenn so ein Betriebsrat da mitgeht. Aber ich sehe da ehrlicherweise überhaupt kein Hindernis.“ (T3_GD00, z. 350-353)

Im Anschluss an das Diskussionsthema Strategien zum Umgang mit Personalmangel kommen die Teilnehmenden nach moderierender Nachfrage noch einmal auf das Thema Führungskräfteentwicklung zu sprechen. Sie betonen hier weiterhin übereinstimmend, dass es vor allem auch einer spezifischen Fortbildung zur Führung mit Blick auf Kommunikationsstrategien und Führungsverhalten bedürfe, um das Potenzial guter Führung hinsichtlich der Gestaltung eines attraktiven Arbeitsplatzes Pflege zu nutzen (z. 367).

Anknüpfend an die bisher oft zu wenig genutzten Gestaltungsmöglichkeiten durch die Führungskräfte, diskutieren die Teilnehmenden wiederum die Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen der Vergütung. Hier ist der grundsätzliche Konsens, dass die Diskutierenden an der Stelle wenig bis keine Spielräume wahrnehmen, um auf Seiten der Vergütung individuelle Anreize für einen langfristigen Verbleib im Pflegeberuf zu setzen und den Pflegeberuf attraktiver darzustellen. Angemerkt wird aber auch, dass die tarifliche Vergütung „schon ganz gut“ sei (z. 419), obwohl „für die geleistete Arbeit auch mehr bezahlt werden könnte“ (z. 422-424). Kritisiert wird dazu, dass vor allem die öffentliche Darstellung der Vergütung in der Pflege als „unmenschlich wenig“ (z. 427) nicht der wahrgenommenen Realität entspräche.

„Es ist gar nicht so schlecht, wie es öffentlich dargestellt wird.“ (T1_GD00, z. 430-431)

Ein weiterer Aspekt, der im Rahmen der Gruppendiskussion in Verbindung mit der Arbeitsplatzattraktivität erörtert wird, ist die Digitalisierung in der Pflege. Hier wird einerseits die Umsetzung von Digitalisierung in unterschiedlichen Bereichen als Möglichkeit die Flexibilität erhöhen zu können sowie die Pflegequalität zu verbessern und Zeit bei Dokumentationsaufgaben einsparen zu können, hervorgehoben. Demgegenüber wird von den Diskutierenden aber auch erwähnt, dass diese Möglichkeiten häufig nicht ausgeschöpft würden, da die gewählten Programme und Installationen nicht dem praktischen Alltag entsprächen und/oder die technischen Geräte (bspw. ausreichend Laptops) fehlten. Weiterhin wird von den Befragten übereinstimmend die geringe Nutzung von Geräten, wie bspw. Tablets zur Dokumentation an den Bewohnerzimmern im Altenheim von den Mitarbeitenden angemerkt. Die Teilnehmenden vermuten hier, dass der Nutzen der Digitalisierung noch nicht erkannt worden sei. Vorschläge, die im Rahmen der Diskussion genannt werden, um diesem Problem zu begegnen, sind die Mitarbeitenden entsprechend zu sensibilisieren, ausreichend Zeit einzuplanen und „die Mehrheit zu begeistern“ (z. 573). Denkbar wäre für die Teilnehmenden schon bereits die Anschaffung partizipativ zu gestalten und die beruflich Pflegenden so von Beginn an bei der Gestaltung der Systeme usw. miteinzubeziehen.

Analog wird das Thema Gesundheitsförderung und Prävention bei beruflich Pflegenden besprochen. Auch hier berichten die Teilnehmenden von einem großen, aber noch oft nicht ausgeschöpften Potential.

„Da wird glaube ich doch deutlich zu wenig gemacht, was man da anbieten könnte. Also das ist noch sehr stiefmütterlich behandelt.“ (T1_GD00, z. 449-450)

Bestehende Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention werden nach Berichten der Teilnehmenden ebenfalls häufig nicht in Anspruch genommen. Die Befragten versuchen dies unter anderem damit zu erklären, dass diese Angebote nicht ausreichend seien, um die beruflich Pflegenden entsprechend zu entlasten. Sinnvoll wäre auch hier eine stärkere Berücksichtigung der Bedürfnisse der

beruflich Pflegenden bei der Gestaltung der Angebote, sowohl zeitlich, räumlich als auch inhaltlich. An der Stelle diskutieren die Teilnehmenden darüber hinaus verstärkt die negative Selbstwahrnehmung vieler beruflich Pflegenden in Verbindung mit dem Einnehmen einer eher passiven Rolle („Opferrolle“) und negativen Kommunikation bei dem Umgang mit stressauslösenden Faktoren. Damit gekoppelt ist auch eine negative Einflussnahme auf die gesamte Teamatmosphäre („*Man steigert sich in sowas rein.*“ (z. 511-512)).

Die Diskutierenden rahmen das folgendermaßen:

T2_GD00: „[...] Ich weiß nicht, habt ihr das mal gehört mit diesem, dass die Pflege mal so sehr dazu neigt, so ein bisschen ins Jammertal zu verfallen?“

T3_GD00: „Klar, wir sind absolut im Jammertal zu Hause.“ (z. 517-519)

Als problematisch wird in diesem Kontext hervorgehoben, dass dieser passive Umgang und die negative Kommunikation mit und über arbeitsbedingte Belastungen einerseits großes Stresspotential bei den Individuen hervorrufe und andererseits den Arbeitsplatz auch für potenzielle neue Mitarbeitende wenig attraktiv darstelle (z. 519-535). Um an der Stelle zu intervenieren und den Arbeitsplatz Pflege attraktiver zu gestalten, stimmen die Befragten der Forderung nach einem Ausbau von Persönlichkeits- und Kommunikationsentwicklung bis hin zur Professionalisierung der Pflege zu. Konkret wird im Zusammenhang mit gesundheitsförderlichen Angeboten im direkten Pflegealltag Supervision und Coaching als Unterstützungsmöglichkeit genannt (z. 502).

Weitere Erfahrungen und Strategien werden in Bezug auf die Rückgewinnung von beruflich Pflegenden ausgetauscht. Während T2_GD00 argumentiert, dass es an dem Punkt vor allem darauf ankomme, welche Ausstiegsgründe ausschlaggebend sind, da bei bspw. gesundheitlichen Gründen die Rückgewinnung wahrscheinlich „*nicht funktionieren*“ wird, erwidert T1_GD00, dass man in dem Fall „*kreativ sein*“ müsse und bspw. mithilfe von Fortbildungen oder Ähnlichem einen alternativen gesundheitsgerechten Arbeitsplatz anbieten könnte. Eine Orientierung an den aktuellen Bedürfnissen und Lebensphasen bei der Gestaltung des Arbeitsplatzes könnte nach T1_GD00 auch bei anderen Ausstiegsgründen eine Lösung darstellen, bspw. durch flexible und individuell planbare Dienstzeiten. T3_GD00 wendet an dem Punkt ein, dass nicht ausschließlich die Lösung in der Dienstplanung gefunden werden kann. Die angeführte Begründung stützt sich auf die persönliche Erfahrung von T3_GD00, dass die fehlende Kompetenzorientierung und die damit verbundene fehlende geistige Unterforderung ein Ausstiegsgrund darstellen könne und flexible Dienstzeiten entsprechend keine adäquate Adressierung des Problems beinhalten würden. Zentrale Annahme ist, dass sich viele beruflich Pflegenden als leicht ersetzbar und nicht ihrer Qualifikation entsprechend eingesetzt wahrnehmen. T3_GD00 plädiert an der Stelle für eine stärkere Orientierung an und Entwicklung von individuellen Kompetenzen, Präferenzen und Qualifikationen bei der Arbeitsteilung, um den Arbeitsplatz und die Tätigkeit attraktiver zu gestalten, sowie damit auch die individuellen Selbstwirksamkeitserwartungen zu fördern:

„[...] Also die Mitarbeitenden nehmen sich ja nicht als relevant wahr. Sie nehmen sich so wahr für jemanden, der morgens so eine Waschstraße erledigt. [...]. Aber ich höre ganz oft, dass die sagen: „Ganz ehrlich, dafür hätte ich nicht drei Jahre lernen müssen. Das ist eine Anlern-Tätigkeit. Das macht ja auch hier jede Pflegehilfskraft“ und aus meiner Sicht [...] braucht jeder, der in der Pflege arbeitet eine Aufgabe,

etwas, was er besonders gut kann, womit er auch einen besonders wertvollen Beitrag leistet, was eben nicht beliebig austauschbar ist, was eben auch mit mir als Person verbunden wird, wo es sicherlich auch Menschen gibt, die das vertretungsweise tun können.“ (T3_GD00, z. 647 – 656)

In Verbindung mit der Erhöhung der Wochenarbeitszeit von in Teilzeit beschäftigten Pflegefachkräften äußern die Diskutierenden übereinstimmend, dass es häufig ein arbeitgeberseitiges Anliegen sei, viele beruflich Pflegende in Teilzeit anzustellen, „da man die Kopfzahl braucht“ (z. 675). Als Erklärung ziehen die Diskutierenden eine Verbindung zu den klassischen Arbeitsabläufen. Um die Arbeitsspitzen zu bewältigen, ist die Vorhaltung von einer höheren Personalanzahl notwendig, die aber mit Blick auf den Stellenschlüssel und die Finanzierung des Personals nicht mit Vollzeitkräften darstellbar wäre. Weiterhin entstünden für die Vollzeitkräfte nach den Arbeitsspitzen „Leer-Zeiten“ (z. 707) in der Arbeitszeit. Die Teilnehmenden schätzen hier wiederholt die Anpassung von Arbeitsabläufen durch das Entzerren von Arbeitsspitzen und personenzentrierte Pflege als Möglichkeit ein, dem zu begegnen.

Einigkeit herrscht außerdem bei dem Thema Zeitarbeit und den Gründen, die diese für beruflich Pflegende als attraktiv darstellen. Hervorgehoben wird hier die Ermöglichung der flexiblen Dienstplangestaltung, das Angebot verschiedener Anreize, wie Dienstwägen, die Übernahme von weniger Verantwortung sowie keine Notwendigkeit der Ausführung der Pflegedokumentation, die häufig als „Last“ wahrgenommen wird. Weiterhin wird von T1_GD00 angenommen, dass auch die moderneren Strukturen von Zeitarbeitsfirmen, die flachen Hierarchien, dass alles „unkomplizierter“ als in traditionellen Pflegeeinrichtungen sei, zur Attraktivität von Zeitarbeitsfirmen beitragen (741-762).

Abschließend kommen die Teilnehmenden noch einmal auf verschiedene Akquisewege für neues Personal zu sprechen. An der Stelle wird zunächst auf die Umsetzung von Netzwerkarbeit seitens der Unternehmen hingewiesen. Ergänzt wird darauffolgend aber, dass vor allem auch politische Lobbyarbeit in dem Punkt wichtig sei. Hintergrund ist die negative Selbstwahrnehmung („Opferrolle“) vieler beruflich Pflegender, die einerseits intern, wie bereits diskutiert, die Arbeitsatmosphäre beeinflusst und andererseits auch das öffentliche Bild prägt. T1_GD00 kritisiert an der Stelle, dass viele beruflich Pflegende sich als „NUR“ in der Pflege tätig beschreiben und auch öffentlichkeitswirksam hauptsächlich negativ über den Pflegeberuf kommuniziert würde. Die geäußerte Forderung ist an der Stelle, dass das gesellschaftliche Bild über den Pflegeberuf der Realität angemessen weiterentwickelt wird, beginnend bei dem eigenen Selbstverständnis der beruflich Pflegenden.

„[...] ich habe das wirklich nur in der Pflege, dass man sagt „Ich bin nur“ und dass das automatisch als weniger wertig empfunden wird. Das habe ich bei keinem anderen Beruf mitbekommen. Das muss sich ändern, um da auch für Quereinsteiger interessanter zu werden.“ (T1_GD00, z. 801-805)

„Dann kann man das auch nach außen nicht verlangen, dass andere den Beruf mehr wertschätzen, wenn man es selbst nicht tut.“ (T1_GD00, z. 832-833)

7.4.2.2 Gruppendiskussion 1

Die erste Gruppendiskussion wurde als Austausch zwischen Pflegefachkräften in einer Leitungsposition konzipiert. Dementsprechend nahmen vier Leitungskräfte aus den unterschiedlichen Pflegesettings teil:

Pseudonym	Position	Pflegesetting
T1_GD01	Wohnbereichsleitung	Stationäre Langzeitpflege
T2_GD01	Heim- und Pflegedienstleitung	Stationäre Langzeitpflege und Tagespflege
T3_GD01	Pflegedienstleitung	Krankenhaus
T4_GD01	Pflegedienstleitung	Ambulanter Pflegedienst

Eingeleitet wurde die Diskussion mit einer offenen Frage, wie sich die Teilnehmenden den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft vorstellen. Sie berichteten übereinstimmend und sich gegenseitig ergänzend, dass vor allem Zeit für die tatsächliche Pflege an den Patient*innen und die der Pflege vorbehaltenen Aufgaben in diesem Zusammenhang wichtig sei.

„[...] dass man wirklich diese Vorbehaltsaufgaben macht, sich am Pflegeprozess - so wie es jetzt auch in der neuen Ausbildungsreform vorgeschrieben ist - abarbeiten kann und sich wirklich auf die Dinge konzentrieren kann, für die Pflegenden antreten.“ (T3_GD01, z. 52-59)

Als Hindernis an dieser Stelle sehen die Teilnehmenden als einen der Hauptfaktoren die fehlende Verfügbarkeit von (qualifiziertem) Personal. Auch die darauffolgenden Aussagen sprechen diese Problematik an: Wunsch nach flexiblen Dienstzeiten, verlässlichen Dienstplänen und weniger Notwendigkeit einzuspringen, bzw. wenn eingesprungen wird, sollte das auch entsprechend finanziell honoriert werden. T2_GD01 äußerte in dem Zuge allerdings, dass die Refinanzierung von Prämien durch die Vergütung durch die Krankenkasse nicht ausreichend sichergestellt werden könne. Daran anschließend vermutet T3_GD01, dass in dem Zusammenhang auch die öffentlichkeitswirksame Kommunikation der Krankenkassen über die gestiegenen Ausgaben für die Pflege, die Außendarstellung des Pflegeberufs negativ beeinflusse und ihn damit weniger attraktiv in der öffentlichen Wahrnehmung erscheinen lasse („Nicht zuträglich für uns“, z. 123/124). Grundsätzlich wird im Verlauf der Gruppendiskussion bemängelt, dass vor allem auch die mediale Darstellung des Pflegeberufs häufig nicht der Realität entspreche und den Fokus zu sehr auf die negativen Aspekte der Pflege lege (927-940).

Außerdem diskutieren die Teilnehmenden, ob die Rekrutierung von internationalem Pflegepersonal eine Möglichkeit ist, dem Personalmangel und den damit verbundenen Problemen im Pflegealltag zu begegnen. Hier kommen die Teilnehmenden überein, dass dies vermutlich keine langfristige Lösung darstelle, da die internationale Pflegepersonal sich aus Erfahrung der Diskutierenden häufig nicht in Deutschland „verwurzeln“ und beispielsweise auch wenig Interesse hätten, sich in ländlichen Regionen niederzulassen. Des Weiteren werden fehlende Sprachkenntnisse in Hinblick auf die Sicherung der Pflegequalität als problematisch angesehen. Allerdings berichten die Teilnehmenden ebenfalls übereinstimmend von Herausforderungen bei der Rekrutierung von nicht-internationalem Pflegepersonal bedingt durch die oftmals große Personalnot. In der weiteren Diskussion kommt auf,

dass aufgrund dieser eine entsprechende Personalauswahl nicht möglich sei und man „jeden nehmen muss“. Das führt zu einer Notwendigkeit, Personen einzustellen, die aus Sicht der Diskutierenden nicht ausreichend qualifiziert bzw. motiviert sind, „um den Stellenschlüssel aufrechtzuerhalten“. Dieses wiederum würde allerdings den Arbeitsalltag der anderen Mitarbeitenden negativ beeinflussen und sich auf deren Zufriedenheit auswirken. Als Schlussfolgerung wird letztendlich die Bindung von Auszubildenden als erfolversprechendste Strategie zur Rekrutierung von Personal beschrieben.

Weiterhin kommt das Thema (fehlende) Wertschätzung und Unterstützung seitens der Arbeitgeber im Diskussionsverlauf auf. Hier kritisiert eine teilnehmende Person (T1_GD01) die fehlende Wertschätzung und Unterstützung ihres Arbeitgebers für die erbrachte (Führungs-)Leistung. Das betrifft einerseits kleinere Gesten des Dankes, andererseits berichtet T1_GD01 auch von einer Mahnung in Folge des Stellens einer Überlastungsanzeige:

„Und wenn wir Überlastungsanzeigen schreiben - ich bin ja erst seit August (Anm. Gruppendiskussion fand im März 2021 statt) Wohnbereichsleitung - ich habe eine geschrieben jetzt. Ja, da musste ich da antreten, dass ich als Wohnbereichsleitung keine mehr schreiben sollte als Vorbildfunktion.“ (T1_GD01, z. 191 -193)

Die Teilnehmenden diskutieren in der Folge über die Probleme bei der Gewinnung von Führungskräften bedingt durch die fehlende Bereitschaft Verantwortung zu übernehmen, die unter anderem auch durch die oftmals nur geringe Unterstützung der Arbeitgeber und nicht angemessene Honorierung der Leistung begründet ist. Dieses wird als einer der Gründe für den Zuwachs an Zeitarbeitsfirmen gesehen, da dort sowohl die Vergütungssituation besser eingeschätzt wird als auch die zu tragende Verantwortung als geringer wahrgenommen wird.

An dieser Stelle kommt ein Streitgespräch über die Selbstdarstellung der Pflege im Diskussionsverlauf auf. T2_GD01 merkt kritisch an, dass die Diskussion in den vermeintlichen Habitus von beruflich Pflegenden, das „Jammern“, übergegangen sei. Der Gesprächsverlauf habe sich stark an den negativen Seiten des Pflegeberufs orientiert, obwohl die „Pflege so viel Gutes hat“. T2_GD01 zählt an der Stelle beispielhaft die tariforientierte Vergütung auf, die sowohl in der Ausbildung als auch bei Aufnahme einer Teilzeittätigkeit einen auskömmlichen Lebensunterhalt biete. T2_GD01 kritisiert außerdem, dass aus eigener Erfahrung viele beruflich Pflegenden, die eine beschwerende Haltung gegenüber den Arbeitsbedingungen in der Pflege einnehmen, passiv bleiben, wenn es um eine Veränderung geht oder die Wahrnehmung der positiven Seiten und Möglichkeiten der Pflege. T3_GD01 fordert dazu, dass beruflich Pflegenden vielmehr darauf fokussieren sollten, „was denn wirklich geht“, da „jede Menge geht“, bezogen vor allem auch auf die eigene Pflegeleistung und damit verbundene Wirkung bei Patient*innen/Bewohner*innen/Klient*innen. Für die Diskutierenden ist es daher wichtig, dass beruflich Pflegenden aktiv werden, ihre eigenen Potentiale wahrnehmen und für den Pflegeberuf sowie die Arbeitsbedingungen eintreten. Dennoch sei auch die politische Unterstützung bei der Umsetzung sowohl hinsichtlich besserer Arbeitsbedingungen als auch für ein positiveres öffentliches Bild der Pflege von Bedeutung. Ob zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege die Pflege selbst oder die Politik stärker aktiv werden sollte, herrscht dagegen Uneinigkeit. Von T1_GD01 wird der Wunsch geäußert, dass „jemand anderes Mal dafür sorgen [kann], dass wir [Pflegekräfte] vielleicht nicht so viele Gründe haben zu jammern“ (T1_GD01, z. 945-946). T2_GD01 hält dem entgegen, dass die Pflege genauso aktiv werden muss, „weil sonst wird sich nie etwas ändern“ (T2_GD01, z. 949).

Ein weiteres diskutiertes Thema ist die Umstellung der Ausbildung auf die generalistische Ausbildung. Der Grundgedanke der Generalistik wird von den Teilnehmenden als positiv bewertet. Vor allem die dadurch entstehende Durchlässigkeit der Systeme wird verstärkt hervorgehoben. Diese bietet aus Sicht der Diskutierenden die Möglichkeit, alle Pflegesettings kennenzulernen und auch bestehende Rivalitäten zwischen beruflich Pflegenden der unterschiedlichen Settings abzubauen. So erörtern die Teilnehmenden, dass bspw. Altenpflegekräfte von beruflich Pflegenden aus Krankenpflegesettings häufig abwertend als „nur Altenpfleger“ eingeordnet würden (z. B. z. 310). Durch die Zusammenarbeit bei den Praxiseinsätzen während der generalistischen Ausbildung bestehe das Potential, Vorurteile abzubauen und stattdessen voneinander zu lernen. Außerdem könne durch das Sammeln von Erfahrungen in unterschiedlichen Settings eine bedürfnis- und lebensphasengerechte Wahl des Arbeitsplatzes ermöglicht werden. Angemerkt wird im Verlauf der Diskussion allerdings, dass sich die Vergütung außerhalb des akutstationären Bereichs attraktiver darstellen müsse, um dem Risiko zu begegnen, dass sich durch die Generalistik weniger Personen für die Altenpflege entscheiden, trotz vermeintlich persönlich ansprechendem Arbeitsinhalt.

Kritisch diskutiert wird jedoch die Umsetzung der Generalistik insgesamt. Sowohl die Einführung bewerten die Teilnehmenden als „chaotisch“, als auch wird die Ausbildungszeit von drei Jahren als zu knapp bemessen eingeschätzt, um einen umfassenden Einblick in die unterschiedlichen Settings und Sicherheit zur Ausübung des Berufes zu erlangen.

Wichtig ist für die Diskutierenden, um die Bindung der Auszubildenden an den Pflegeberuf zu fördern, die Ausbildung einerseits abwechslungsreich und attraktiv hinsichtlich des Gehaltes zu gestalten. Andererseits sollten die vielfältigen Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten aufgezeigt werden. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die kontinuierliche Begleitung der Auszubildenden, in der vor allem auch die eigene Wirksamkeit durch Ausführung der Pflegeaufgabe und die positiven Seiten des Berufes fokussiert werden. Eine teilnehmende Person drückt das wie folgt aus:

„Und ich persönlich finde, die [Auszubildenden] müssen vom ersten Tag an gut begleitet werden. Die brauchen Praxisanleiter, die brauchen Menschen um sich herum, die Spaß haben an dem, was sie tun. Die müssen erleben, was so schön an einem Beruf ist. Und nicht sofort am ersten Tag diese Jammer-Sofasitzer im Dienstzimmer antreffen.“ (T3_GD01, z. 432-435)

Die Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten in der Pflege werden übereinstimmend als „extrem gut“ eingeordnet und sowohl in der Breite als auch in Verbindung mit Führungspositionen mit zahlreichen Beispielen aus der Praxis von allen Teilnehmenden belegt.

Für die zukünftige Führung in der Pflege entwickeln die Diskussionsteilnehmenden ein Bild von einer agilen Führung und sich selbststeuernden Teams, die selbstverantwortlich und autonom den Pflegealltag inklusive der Dienstplangestaltung organisieren. Dennoch ist eine Führungsperson, ein „Streitschlichter“ mit Schlussverantwortung notwendig (z. 494 und 498-500). Die Diskutierenden kommen allerdings auch zu dem Schluss, dass agiles Führen aktuell durch die aus ihrer Sicht bürokratische Organisation der Finanzierungsstrukturen nur sehr schwer umgesetzt werden könne. Hier bestünde das Erfordernis eines politischen, aber auch professionellen Umdenkens (z. 526 - 550).

Ein weiteres Thema der Gruppendiskussion ist die Vereinbarkeit von Pflegeberuf und Familie. Einerseits werden der Ausbau von Betreuungsmöglichkeiten und die Finanzierung dieser in dem Zusammenhang eruiert. Andererseits wird von unterschiedlichen Diskutierenden beschrieben, dass

vor allem die Flexibilität der Arbeitszeiten und ihre Gestaltungsmöglichkeiten sich im Vergleich zu anderen Berufen gut mit dem Privatleben und Familie vereinbaren lassen. Eine den Bedürfnissen angepasste und vor allem verlässliche Dienstplanung könne an der Stelle aus Sicht der Diskussionsteilnehmenden die Vereinbarkeit mit der Familie erhöhen. Auch eine Anpassung der Ablaufplanung wird diskutiert. Als konkrete Umsetzungsmöglichkeit wird aus der stationären Langzeitpflege die Implementierung von Tourenplänen beschrieben. Aus dem Krankenhaus wird von einer Klassifizierung pflegerischer Aufgaben durch die Zuordnung von bspw. dem benötigten Qualifikationslevel zur Ausführung oder die Delegierbarkeit berichtet. Diese Vorgehensweise ermöglicht einen kompetenzorientierten Personaleinsatz vor allem bei akutem Personalmangel. Kritisch reflektiert werden jedoch verschiedene Problematiken und Möglichkeiten im Zusammenhang mit der Anpassung der Abläufe/Aufgabenaufteilung. So wird beschrieben, dass sich der Tagesablauf im Krankenhaus zu sehr am Ablauf der ärztlichen Untersuchungen usw. orientiere, um flexibel planen zu können. In der stationären Langzeitpflege und im ambulanten Sektor erschwere dagegen das Anspruchsdenken der Patient*innen/Klient*innen eine flexible Planung, wie sie bspw. mit einer Tourenplanung umgesetzt werden könne.

Kollektive Einigkeit herrscht auch darüber, dass die Digitalisierung ein großes Potential im Pflegealltag, sowohl zur Förderung der Pflegequalität als auch beim Arbeitsschutz bieten könne. Hervorgehoben wird vor allem die Einführung der digitalen Gesundheitskarte, damit keine relevanten Daten verloren gingen und alles gesammelt abgerufen werden kann. Auch die Entlastung durch die Digitalisierung bei der Dokumentation ist für die Befragten von hoher Bedeutung. Wichtig ist allen Befragten, dass die digitalen Anwendungen, Gerätschaften, Programme usw. ausfallsicher sind und entsprechend funktionieren. Robotik, die pflegerische Aufgaben übernimmt, ist für die Diskutierenden kein Teil des Arbeitsplatzes Pflege der Zukunft, wohl aber als therapeutische oder unterstützende Option denkbar.

In Verbindung mit der Arbeitssicherheit wurde im Rahmen der Diskussion festgestellt, dass die Ausstattung mit Hilfsmitteln in den Settings unterschiedlich ist. T3_GD01, Leitungskraft im Krankenhaus, berichtet von einer eher schlechteren Ausstattung und einem Erfordernis eigener proaktiver Anstrengungen für die Anschaffung und Schulung zur Anwendung von Hilfsmitteln. Die Diskussionsteilnehmenden aus den anderen Settings/Einrichtungen konnten diesen Eindruck nicht bestätigen. Konsens konnte jedoch hinsichtlich der Forderung nach einem Ausbau von präventiven und gesundheitsförderlichen Aktivitäten in Bezug auf die psychische Gesundheit seitens der Arbeitgeber festgestellt werden. Für die Diskutierenden ist es wichtig, dass die psychische Gesundheit ernstgenommen wird und vor allem auch Leitungskräfte und Arbeitgebende dahingehend sensibilisiert würden (z. 838 – 861).

Die allgemeine Vergütungssituation in der Pflege wird von den Diskutierenden als grundsätzlich „*schon nicht schlecht*“ (z. 881/882), aber mit „*Luft nach oben*“ (z. 870, 893-894) beschrieben. Diskutiert werden einerseits die Vergütungsunterschiede von Einrichtungen unterschiedlicher Träger und Tarife, sowie andererseits die Auskömmlichkeit der Vergütung je nach Qualifikation. Grundsätzliches Ergebnis des Austausches ist, dass die Vergütungssituation ein heterogenes Bild darstellt. Gute Verdienstmöglichkeiten bestünden vor allem auch vor dem Hintergrund von Zulagen und Prämien. Je nach Tarif/Träger usw. oder beruflicher Qualifikation gäbe es noch Optimierungspotentiale.

7.4.2.3 Gruppendiskussion 2

Die zweite Gruppendiskussion wurde als positionsübergreifende Diskussion geplant. Hier sollten Fachkräfte und Leitungskräfte das Thema Arbeitsplatz der Zukunft gemeinsam betrachten. Dementsprechend wurden sieben Teilnehmende aus unterschiedlichen Positionen rekrutiert:

Pseudonym	Aktuelle Position	Pflegesetting
T1_GD02	Stationsleitung	Krankenhaus
T2_GD02	Pflegefachperson, Praxisanleitung	Stationäre Langzeitpflege
T3_GD02	Ausbildungsleitung	Stationäre Langzeitpflege, ambulanter Dienst
T4_GD02	Pflegefachperson	Krankenhaus
T5_GD02	Geschäftsführung Unternehmen der Altenhilfe	Stationäre Langzeitpflege, ambulanter Dienst
T6_GD02	Pflegefachperson	Krankenhaus
T7_GD02	Pflegefachperson	Krankenhaus

Eingeleitet wurde auch diese Gruppendiskussion mit der offenen Frage, wie sich die Teilnehmenden einen attraktiven Arbeitsplatz Pflege in der Zukunft vorstellen.

Zunächst wurde die Umsetzung neuer Arbeitszeitmodelle mit reduzierter Wochenarbeitszeit, die Stärkung des Skill-Mixes, sowie die Führung der Pflege angesprochen. Anknüpfungspunkte in der Diskussionsgruppe lieferte vor allem das Thema Führung in der Pflege. Für die Teilnehmenden stellt Führung eine zentrale Rolle für eine gute Zusammenarbeit dar. So sprechen sich die Diskussionsteilnehmenden dafür aus, neue Führungsmodelle zu etablieren, in denen die Leitungskräfte weniger ausschließlich verwaltende Tätigkeiten einnehmen, sondern vor allem auch gestalterisch für einen guten Arbeitsplatz aktiv werden. In dem Zusammenhang sollen auch die Mitarbeitenden von Leitungskräften ermutigt werden ihren Arbeitsplatz mitzugestalten und letzten Endes auch die Möglichkeit erhalten, sich ihren Vorstellungen entsprechend beruflich in der Pflege zu verwirklichen. Die Diskutierenden nennen Praxisbeispiele, wie bspw. das Magnet-Krankenhaus und Shared Governance, um neue Führungsmodelle zu implementieren. Die Teilnehmenden sind sich an der Stelle einig, dass es einer verbesserten Leitungskräfteaus- und -fortbildung bedürfe, sowie einer stetigen Unterstützung bei der Leitungsaufgabe, um die Führung in der Pflege zu verbessern und damit den Arbeitsplatz Pflege attraktiver zu gestalten.

„Ja, also ich muss auch sagen, Führungskräfte sind das A und O. Wenn die keine Vision haben, wie sie und wo sie ihr Team hinleiten wollen, dann funktioniert letzten Endes so eine ganze Station [...] einfach nicht.“ (T4_GD02, z. 133-135)

Weiterhin sehen alle Beteiligten Potential in der fortschreitenden Digitalisierung in der Pflege, um den Pflegeberuf für Einsteiger*innen attraktiver zu machen. Im Rahmen der Diskussion wird allerdings deutlich, dass der Stand der Digitalisierung in den Einrichtungen der Teilnehmenden und aus

Erfahrungen mit anderen Einrichtungen heterogen ist. Kritisch gesehen wird vor allem von den Diskutierenden aus dem Krankensektor, dass die personelle Ausstattung der IT-Abteilungen nicht ausreichend sei, um Programme zur Unterstützung im Pflegealltag dementsprechend anzupassen.

„Das dauert bei uns teilweise ewig, bis dann unsere Anmerkungen zu den laufenden Programmen wirklich umgesetzt werden, weil die Kollegen viel zu wenig personelle Ausstattung und Ressourcen haben. Also das ist schrecklich.“ (T4_GD02, z. 299-301)

Großes Interesse förderte im Rahmen der Gruppendiskussion der Bericht über den Einsatz von Virtual Reality (VR)-Brillen zur Unterstützung von Auszubildenden. Die Diskutierenden entwickelten davon ausgehend die Hypothese, dass es wichtig sei, neue Technologien so früh wie möglich in den Pflegealltag zu integrieren, um Berührungängste, die seitens der beruflich Pflegenden bzgl. digitaler Anwendungen aufkommen könnten, abzubauen und die Anwendungen gemeinsam weiterzuentwickeln. Hier sehen die Teilnehmenden auch Potentiale zur Teamentwicklung und Förderung der Mitarbeiterzufriedenheit:

„Und wenn man das Team mitbeteiligt an solchen Prozessen, dann entwickelt sich das Team und die Mitarbeiter werden auch offen generell neuen Dingen gegenüber in der Zukunft. Das steigert auch die Mitarbeiterzufriedenheit.“ (T7_GD02, z. 312-314)

In diesem Kontext kommen die Befragten wieder auf das Thema der Entwicklung von Führungsstilen im Sinne von Shared-Governance zu sprechen. Für die Diskutierenden ist es Konsens, dass die Mitarbeitenden bei der Gestaltung ihres Arbeitstages aktiv miteinbezogen werden sollten, sowohl bei der Implementierung von neuen Technologien als auch bspw. bei der Planung von Dienstzeiten.

Ein weiterer verstärkt besprochener Gegenstand der Gruppendiskussion waren Inhalte rund um Weiterbildungs-, Weiterentwicklung- und Karrieremöglichkeiten in der Pflege. Auch hier herrschte bei den Diskutierenden grundsätzliche Einigkeit, im Gesprächsverlauf konnten jedoch Setting spezifische Unterschiede herausgestellt werden. Grundsätzlich kommen die Diskutierenden überein, dass ein akademischer Grad am Pflegebett für den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft wichtig sei.

„Sie haben völlig recht, wir brauchen tatsächlich einen akademischen Grad am Pflegebett.“ (T5_GD02, z. 353 -354)

Begründet ist dies einerseits dadurch, die Qualität der Pflege durch evidenzbasiertes Handeln sicherzustellen, andererseits auch, um sich gegenüber anderen Professionen mit akademischen Grad auf Augenhöhe zu befinden. Beispielhaft wird in dem Zusammenhang das Setting ambulante Pflege genannt, wo bestimmte Tätigkeiten von einer Ärztin/einem Arzt genehmigt werden müssen, die laut einem Teilnehmenden oftmals von der Pflege besser beurteilt werden könnten (z. 359-364). Die Diskutierenden erwarten dementsprechend auch einen Zuspruch von mehr Handlungskompetenzen durch eine fortschreitende Professionalisierung der Pflege, bspw. eben durch einen akademischen Grad (z. 359 ff., 413 ff.). Ein weiterer Vorteil aus Sicht der Gruppendiskussionsteilnehmenden ist, dass durch die Zusammenarbeit unterschiedlicher Qualifikationen voneinander profitiert werde und vor allem auch eine fachliche Weiterentwicklung stattfinden könne.

Die Teilnehmenden kritisieren, die fehlende Möglichkeit fachliche Karrierewege umzusetzen. Die hauptsächlichen Karrieremöglichkeiten bestünden vertikal durch das Erreichen von

Leitungspositionen. Dennoch wird vor allem mit dem Hintergrund der stationären Langzeitpflege ergänzt, dass eine Refinanzierung von akademisierten Fachkräften über die aktuellen Vergütungsstrukturen nicht möglich wäre, da die Einsatzbereiche von akademisierten Fachkräften nicht definiert seien.

Im Zuge der Weiterbildung in der Pflege kommen die Diskussionsteilnehmenden außerdem auch auf die Generalistik zu sprechen. Kritisch gesehen wird, dass vor allem die Kinderkrankenpflege mit dem Umfang der generalistischen Ausbildung nicht ausreichend fachlich abgebildet werden könne, um in diesem Bereich qualitativ hochwertige Pflege nach Abschluss der Ausbildung zu leisten. An dieser Stelle wird ebenfalls deutlich, dass sich die Teilnehmenden aus dem Krankenhaus verpflichtende Fortbildungen wünschen, um die Pflegequalität zu erhalten, dieses im Gegensatz dazu in der stationären Langzeitpflege bereits der Fall ist. Dennoch stimmen die Teilnehmenden darin überein, dass eine kontinuierliche Weiterbildung und „*lebenslanges Lernen*“ (z. 567-568) wichtig seien, um den Arbeitsplatz Pflege zukünftig attraktiver und moderner zu gestalten. In dem Zusammenhang sprechen sich die Teilnehmende auch für die Umsetzung einer Interessensvertretung der Pflege bspw. durch eine Pflegekammer aus, um zum Beispiel verpflichtende Weiterbildungen zu organisieren (z. 576 – 585).

Unterschiedlich wird außerdem das Potential der generalistischen Ausbildung im Zusammenhang mit der Altenpflege gesehen. Während T1_GD02 äußert, dass möglicherweise durch die Generalistik die Altenpflege weniger Zulauf erhalten wird, sieht T5_GD02, als Geschäftsführung eines Altenhilfe-Unternehmens diesen Punkt weniger kritisch. T5_GD02 sieht vor allem eine bessere fachliche Ausbildung als gewinnbringend für die Altenpflege. Außerdem ist T5_GD02 davon überzeugt, dass der primäre Fokus der Altenpflege, eine Beziehung zu Bewohner*innen aufzubauen, ein Attraktivitätsmerkmal für Einige Auszubildende sein könne.

„Und ich habe auch keine Angst, dass Leute abwandern ins Krankenhaus, weil ich z.B. habe in allen möglichen Verhältnissen schon gepflegt, ja? Krankenhaus, Altenheimen und Rettungswagen. Ich würde mich immer noch dafür aussprechen, dass gerade das, was Sie jetzt vorhin gesagt haben - noch am Telefon - also ich fand es schon auch schön, dass man mit Bewohnern auch eine Beziehung aufbaut, mal über längere Zeit. Und es ist eine Befindlichkeit, [...] deswegen habe ich keine Angst, dass mir da Leute abgehen.“ (T5_GD02, z. 554-559)

Infolgedessen kommt im Gesprächsverlauf weiterhin das Thema des Skill-Mixes auf. Damit greifen die Gesprächsteilnehmenden einerseits die Rolle von akademisiertem Pflegepersonal auf, als auch die generellen Arbeitsbereiche in der Pflege. Die Diskutierenden kommen zu dem Konsens, dass Aufgabenbereiche und auch die Aufgabenteilung klarer definiert, strukturiert und geregelt werden müssten, um die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus auch qualifikationsgerecht einsetzen zu können und damit auch Karrierewege aufzuzeigen. Hierbei wird allerdings von den Teilnehmenden aus der stationären Langzeitpflege darauf hingewiesen, dass sowohl der Skill-Mix, als auch die Umsetzung einer Fachkraftquote sich in der Altenpflege anders gestalte, als im Krankenhaus. Grundlegend an der Stelle ist, dass der Altenpflegebereich weniger die Gesundheit der Bewohner*innen im Blick hat, sondern die Beziehungspflege, weshalb pflegerische Fachkräfte möglicherweise nicht in dem Sinne qualifikationsgerecht eingesetzt werden könnten.

Ein weiteres diskutiertes Thema im Rahmen des Gesprächs sind lebensphasengerechte Arbeitszeiten, sowie -aufgaben. Die Diskutierenden tauschen sich über Problematiken und Lösungsmöglichkeiten aus. Für die Diskussionsteilnehmenden ist die Anpassung von Arbeitszeiten und -aufgaben an die Bedürfnisse der Mitarbeitenden ein wichtiges Thema, um Berufsausstiege zu vermeiden, den Verbleib im Beruf zu erhöhen und damit der Personalnot entgegenzuwirken.

Großer Austauschbedarf bestand darüber hinaus bzgl. Gesundheitsförderung und Prävention von psychischen Erkrankungen in der Pflege. Die Diskutierenden beschreiben und kritisieren den aktuellen Umgang mit psychischen Erkrankungen. In der Diskussion wird übereinstimmend bemängelt, dass die Äußerung von psychischen Belastungen oftmals als entgegen der Professionalität wahrgenommen wird.

„Und es wird so gesagt: „Ja, wir sind professionell, wir lassen das nicht an uns ran. Wir müssen abschließen“, aber das ist ein falsches Setting. Also wir dürfen nicht in so einer Atmosphäre arbeiten, wo es heißt: „Ich bin eine professionelle Pflegekraft. Mich lässt das kalt, dass da jetzt jemand gestorben ist“. Aber so habe ich das oft erlebt, und es muss darüber gesprochen werden.“ (T6_GD02, z. 754 - 758)

Die Diskutierenden wünschen sich dahingehend Sensibilisierung und Strukturen, um psychischen Belastungen und daraus entstehenden Erkrankungen präventiv zu begegnen und diese aufzufangen. Einzig im Bereich der Frühgeborenen-Intensivstation wird von einem Vorhandensein solcher Strukturen gesprochen. Die anderen Diskussionsteilnehmenden bemerken fehlende bzw. nicht ausreichende Angebote oder aber sich noch im Aufbau befindliche Strukturen.

Das Thema Vergütung kommt in dieser Gruppendiskussion nur auf explizite Nachfrage auf. Auch hier stimmen die Gesprächsteilnehmenden überein, dass die Vergütung aus ihrer Sicht für die beruflich Pflegenden eine eher untergeordnete Rolle spiele. Für die Diskutierenden sind vor allem verlässliche Dienstzeiten, mehr Freizeit und mehr Zeit für Patient*innen/Bewohner*innen die wichtigeren Themen für einen attraktiven Arbeitsplatz der Zukunft.

Abschließend plädieren die Diskussionsteilnehmenden noch dafür, dass sich alle beruflich Pflegenden, unabhängig von dem Setting, in dem sie arbeiten zu einer Interessenvertretung zusammenschließen. Konkret wird der Wunsch geäußert „zusammenzuwachsen“ (z. 976) als gesamte Berufsgruppe und bestehende Rivalitäten („Standesdünkel“) zwischen Altenpflege, Krankenpflege und ambulanter Pflege abzubauen (z. 968 ff.), um den Pflegeberuf gemeinsam weiterzuentwickeln.

7.4.2.4 Gruppendiskussion 3

Die dritte Gruppendiskussion wurde ausschließlich mit Auszubildenden des dritten Lehrjahres besetzt, um die entsprechende Perspektive auf den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft von Berufseinsteiger*innen zu erfassen. Hierzu konnten drei Teilnehmer*innen rekrutiert werden:

Pseudonym	Aktuelle Position	Pflegesetting
T1_GD03	Auszubildende*r. 3. Lehrjahr	Krankenhaus
T2_GD03	Auszubildende*r. 3. Lehrjahr	Krankenhaus

T3_GD03	Auszubildende*r. 3. Lehrjahr	Stationäre Langzeitpflege
---------	------------------------------	---------------------------

Auf die Eröffnungsfrage, wie sich die Teilnehmenden der dritten Gruppendiskussion einen attraktiven Arbeitsplatz der Zukunft vorstellen, wurde initial der Wunsch nach weniger langen Schichtblöcken bzw. nach mehr Freizeit am Stück zu Erholungszwecken geäußert. Außerdem fordern die Diskutierenden gemeinsam mehr Unterstützung und Begleitung bei der Ausbildung durch Praxisanleitungen und mehr Zeiten, um zu lernen und sich auf Prüfungen vorzubereiten. Die Teilnehmenden betonen darüber hinaus, dass sie als Auszubildende angesehen und eingesetzt werden wollen und nicht als volle zusätzliche Arbeitskraft. Das Lernen solle stets im Vordergrund stehen.

„Da ging mir das sehr ähnlich, dass ich das einfach schade fand, weil man ist ja da, um was zu lernen. Und das ist – finde ich – schon auch einfach wichtig, dass man als Schüler eben nicht nur als zusätzliche Arbeitskraft gesehen wird, sondern wir haben ja auch noch einen anderen Zweck, warum wir da sind.“ (T2_GD03, z. 99-102)

Des Weiteren diskutieren die Teilnehmenden die Rolle der Vergütung in der Pflege. Dieses wird vor allem vor dem Hintergrund der Arbeitsbedingungen eingeordnet. Einerseits wird von T2_GD03 die Vergütung als „nicht adäquat“ oder „nicht ausreichend“ (z. 131, 134) eingeschätzt. T3_GD03 argumentiert dem entgegen, dass eine gute Teamatmosphäre wichtiger sei, als die letztendliche Höhe der Vergütung.

„Natürlich. Ich arbeite, weil ich auch Geld haben möchte. Aber [...], mir ist ein gutes Arbeitsteam wichtiger als das Gehalt.“ (T3_GD03, z.146-148)

T1_GD03 und T2_GD03 stimmen der Aussage zwar auch zu, äußern aber, dass das Gehalt den bestehenden Arbeitsbedingungen durch den Personalmangel und die dadurch entstehenden hohen Belastungen, bspw. durch wenig Erholungszeiten, nicht angemessen sei. Grundsätzlich resümiert bspw. T1_GD03, dass die Höhe der Vergütung ausreichen würde, wenn die Arbeitsbedingungen „besser“ (z. 199-200) wären. Für T2_GD03 ist das aber vor dem Hintergrund des Personalmangels das „utopischere Ziel“ (z. 213) im Vergleich zur Steigerung der Vergütung.

Darüber hinaus wird das Thema Außenwahrnehmung des Pflegeberufs verstärkt besprochen. Die Diskutierenden stimmen bei diesem Thema überein, dass die Leistung der Pflege in der Öffentlichkeit nicht ausreichend wahrgenommen und wertgeschätzt würde. Die Befragten bemängeln, dass der Pflegeberuf und die Kompetenzen, die man für diesen benötige in der öffentlichen Wahrnehmung abwertend kommuniziert und angesehen würden, bspw.:

„Man hatte ja jetzt, finde ich, zu Beginn der Pandemie die Hoffnung, dass das jetzt kommt, dass die Leute beginnen zu verstehen, was die Pflege leistet und dass das eben nicht nur, wie das immer so im Volksmund banalisiert wird, so ist: „Ja, ich könnte es ja nicht und den ganzen Tag alte Menschen anfassen.“ So ungefähr. Und da hatte ich am Anfang das Gefühl, da kommen wir jetzt hin, aber ich finde dieser Effekt hat auch sofort wieder abgeflacht.“ (T2_GD03, z. 258-263)

*„Ich habe einmal gehört, dass man in der Pflege ist oder lernen oder arbeiten, ist, weil man nicht die Kapazität haben, ein Studium zu machen oder oder oder.“
(T3_GD03, z. 275-276)*

Außerdem kritisieren die Teilnehmenden, dass eine fachliche Karriere in der Pflege am Bett aus ihren Erfahrungen wenig ernstgenommen würde und damit auch dazu beitrüge, dass beruflich Pflegende „entmutigt“ (z. 311) würden, fachliche Karrierewege in der Pflege am Bett einzugehen.

„Also ich finde auch, gerade wenn mich dann immer jemand auf Station fragt, ja, wann ich das Examen mache und ich sage, jetzt im Sommer, da ist immer, immer, immer die allererste Frage: „Okay, und was machst du danach?“ Ja, ich würde dann ganz gerne hier arbeiten und endlich mal den Beruf ausüben, für den ich jetzt drei Jahre eine Ausbildung gemacht habe.“ (T1_GD03, z. 291-294)

„Und gerade ich, wenn ich dann erzähle, ich habe ein Medizinstudium aufgehört, um Pflege zu machen, das stößt auf extrem viel Unverständnis, weil alles ist: „Ja wie? Wie kannst du denn?“ Also das verstehen die Leute überhaupt nicht. Dass das einfach das ist, was ich machen möchte, kommt den Leuten überhaupt nicht in den Sinn phasenweise, hat man das Gefühl.“ (T2_GD03, 301-305)

Auf der Ebene des direkten Arbeitsalltags wird vor allem die Zusammenarbeit in den Teams aber auch mit anderen Professionen und Disziplinen besprochen. An der Stelle wird diskutiert, inwiefern ein größerer Mix der Geschlechter zu einer besseren Arbeitsatmosphäre und zur körperlichen Entlastung beitragen kann. T3_GD03 fordert aktiv „mehr Männer“ in der Pflege, um die Kommunikation zu verbessern. T3_GD03s Eindruck ist, dass Männer häufig direkter kommunizieren und sich weniger an „Kleinigkeiten“ aufhalten würden, die die Arbeitsatmosphäre beeinträchtigen würden. Auch wenn die anderen Teilnehmenden dieser Forderung nicht grundsätzlich zustimmen, so berichten auch sie von praktischen Erfahrungen, in denen gemischte Teams zu weniger interpersonellen Spannungen geführt haben als weniger gemischte Teams.

Als problematisch wird in dem Zusammenhang hervorgehoben, dass Pflege in der öffentlichen Wahrnehmung weiterhin eher als „Frauenberuf“ anerkannt würde. Die Diskussionsteilnehmenden vermuten übereinstimmend, dass dies ein Hindernis für Einstieg und Verbleib von Männern im Pflegeberuf darstelle.

Neben hinsichtlich des Geschlechts gemischten Teams erörtern die Teilnehmenden auch die Zusammenarbeit mit (anderen) heilkundlichen Berufen, wie bspw. Physiotherapeut*innen für eine bessere Pflegequalität und Entlastung im Arbeitsalltag. Hier können die Befragten sich vorstellen, dass bereits während der Ausbildung disziplinübergreifende Teams für die Pflege am Bett gebildet würden, bspw. in Form von Schülerstationen, um die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern (bspw. z. 329-333).

Ein ähnlicher Vorschlag wird für die Zusammenarbeit mit Ärzt*innen gemacht (bspw. z. 413-426). Die Kommunikation und Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft wird Setting-übergreifend übereinstimmend als herausfordernd und teilweise qualitätsgefährdend von den Diskutierenden kritisiert. An der Stelle sind vor allem fehlende Kommunikationsstrukturen zwischen Ärzteschaft und Pflege Diskussionsinhalt. Die Teilnehmenden bemängeln, dass durch fehlende Absprachen der Gesundheitszustand der

Patient*innen teilweise nicht adäquat eingeschätzt werden könnten und somit Anordnungen seitens der Ärzteschaft nicht umgesetzt werden könnten:

„Die Ärzte, die kommen einmal Tag da rein, gucken sich den an und gehen wieder und machen dann Anordnungen. Da packst du dir wirklich an den Kopf, weil man sich denkt, der schafft das doch alles noch gar nicht. Und da finde ich diese Kommunikation, die fehlt halt total, dass man sich da besser ausspricht, dass die besser den Stand des Patienten verstehen und dann nicht Anordnungen machen, die total unrealistisch sind und man dann noch einen auf den Deckel kriegt, wenn man das nicht durchführt oder durchführen kann, weil es dem Patienten einfach nicht so geht. Dann ist man halt gestresst, weil man Ärger kriegt und die Anordnung nicht durchführt.“ (T1_GD03, z. 403-410)

Die Zusammenarbeit mit Hilfskräften wird insgesamt als positiv in der Diskussion bewertet. Vor allem von den Diskussionsteilnehmenden aus dem Krankenhaus wird Hilfskräften ein großes Entlastungspotential im Arbeitsalltag für die Fachkräfte zugeschrieben. Ergänzend wird erwähnt, dass für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Hilfskräften und Fachkräften eine eindeutige und den Kompetenzen entsprechende Regelung der Aufgabenverteilung wichtig sei.

Weiterhin wurde im Diskussionsverlauf die Frage nach Erfahrungen und Wünschen in Bezug auf Führung in der Pflege gestellt. Im Gesprächsverlauf kommen die Teilnehmenden überein, dass gegenseitiger Respekt, gegenseitiges Verständnis und vor allem auch eine Beachtung der individuellen Bedürfnisse seitens der Leitungskräfte wichtig seien im Arbeitsalltag, aber nicht immer selbstverständlich gegeben sind. Vor allem bei der Dienstplangestaltung wünschen sich die Teilnehmenden Mitbestimmung und Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse. In dem Zusammenhang wird auch das Thema Vereinbarkeit von Pflegeberuf und Familie aufgegriffen. Zentral ist hier die Ermöglichung flexibler Arbeitszeiten und Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse. Beispielhaft wird außerdem die Umsetzung einer Pool-Lösung genannt, bei der der Dienstplan individuell geschrieben werden kann.

Direkt nachgefragt wurde im Rahmen der Diskussion auch nach der Rolle der Digitalisierung für den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft. Für die Teilnehmenden hat Digitalisierung übereinstimmend das Potential, den Pflegealltag zu verbessern und die Pflegequalität zu erhöhen. Beispielsweise dadurch, dass Dosierungsfehler durch handschriftlich nicht lesbare Mengenangaben verhindert würden oder eine Zeitersparnis bei der Dokumentation durch Automatisierung von (Teil-)Prozessen angenommen wird. Dennoch berichten auch alle Diskutierenden davon, dass in ihren Einrichtungen digitalisierte Prozesse usw. noch kaum umgesetzt würden bzw. sich erst in der Anfangsphase befinden würden. Hervorzuheben ist außerdem die klare Forderung der Teilnehmenden, dass Roboter in der direkten Pflege bei den Patient*innen bspw. zur Grundversorgung nicht gewünscht seien.

7.4.2.5 Gruppendiskussion 4

Für die vierte Gruppendiskussion wurden ausschließlich Fachpersonen der drei unterschiedlichen Settings – ambulant, stationäre Langzeitpflege und akutstationär/Krankenhaus – rekrutiert. Teilgenommen haben drei Fachpersonen der unterschiedlichen Settings.

Pseudonym	Aktuelle Position	Pflegesetting
T1_GD04	Fachkraft	Krankenhaus
T2_GD04	Fachkraft	Stationäre Langzeitpflege (Hospiz)
T3_GD04	Fachkraft	Ambulante Pflege

Auf die einleitende Frage nach den Bedingungen für einen attraktiven Arbeitsplatz Pflege der Zukunft kommt initial das Thema Vergütung und die fehlende Anerkennung der Kompetenzen der Pflege zur Sprache. Die Diskutierenden stimmen überein, dass vor allem im Punkt Vergütung noch Verbesserungsbedarf bestünde. Auch im Gesprächsverlauf diskutieren die Befragten unterschiedliche Aspekte in diesem Zusammenhang. So hebt besonders T3_GD04 wiederholt hervor, dass die Vergütung gemessen an den Fähigkeiten und Kompetenzen, die beruflich Pflegenden besitzen, zu niedrig („unterbezahlt“ (z. 56)) sei. Vergütung wird einerseits als Mittel zur Wertschätzung der Pflegetätigkeit und den damit verbundenen Herausforderungen, auch im Vergleich zu anderen Berufen, bspw. in der Industrie thematisiert (bspw. z. 56 f., 578 ff., 686 ff.). T3_GD04 plädiert an der Stelle für eine „vernünftige Vergütung“ orientiert an Ausbildungsberufen in der Industrie, mit der Begründung, dass die „Kompetenzen in der Pflege umfassender sind und einen gesellschaftlichen Wert haben.“ (T3_GD04, z. 602-603). T2_GD04 ergänzt außerdem, dass die gesundheitsbezogenen Gefahren durch Schichtarbeit und das in Kontakt kommen mit potenziell ansteckenden Erkrankungen durch eine Erhöhung der Zulagen bewertet werden sollte und sich damit die Attraktivität des Pflegeberufs steigern könnte:

T2_GD04: „Auch Geld. Ich möchte, wenn ich Corona Patienten versorge, da möchte ich eine Gefahrenzulage. [T3_GD04: Berufskrankheit anerkennen].“ (z. 689-690)

T2_GD04: „Und ich finde, wenn man beispielsweise ganz konkret die Schichtzulagen klar steigert, [...] also einen hohen Nachtdienstzuschlag und hohen Spätdienstzuschlag,

T3_GD04: Ungesunde Arbeit.

T2_GD04: Genau, dass derjenige oder diejenige, die das tut, gut vergütet wird. Ich glaube, das wäre was, wovon die Pflege und der Beruf sehr profitieren würde.“ (z. 734-739)

Dazu tauschen sich die Teilnehmenden bzgl. fehlender finanzieller Anreize zur Weiterbildung/Fortbildung aus. Während T1_GD04 und T2_GD04 der Auffassung sind, dass die finanziellen Vorteile durch eine Erweiterung der Kompetenzen nicht ausreichend gegeben seien, empfindet T3_GD04 die Möglichkeit etwas Neues zu lernen als wichtiger als einen finanziellen Anreiz in dem Zusammenhang (z. 98-102).

Andererseits werden Aspekte in Verbindung mit der Finanzierung von Pflegeleistungen erörtert. Die Teilnehmenden der Gruppendiskussion fordern übereinstimmend in dem Zusammenhang die Umsetzung eines Pflegebudgets, dass die Pflegeleistung widerspiegelt und nicht durch medizinische Behandlungen gesteuert wird (bspw. z. 507 ff.).

Gekoppelt mit der Vergütung werden auch verstärkt die Themen der Interessenvertretung und Ausbildung einer Pflegeprofession in Verbindung mit dem Arbeitsplatz der Zukunft diskutiert. Der Konsens der Teilnehmenden ist an der Stelle, dass pflegerische Aufgaben mehr fokussiert werden sollten und weniger Kompetenzen zwischen medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten „*verschwimmen*“ sollten. Stattdessen wird von den Befragten die ganzheitliche Pflege präferiert. Mit der Ausbildung einer Pflegeprofession erhoffen sich die Diskutierenden, dass diese pflegerischen Interessen gegenüber anderen Berufsgruppen, vor allem gegenüber der Ärzteschaft vertreten werden können (bspw. z. 171 ff., 507 ff.). Auch wird die Aufgabenaufteilung und Zusammenarbeit mit Pflegehilfskräften vor dem Hintergrund des zukünftigen Arbeitsplatzes Pflege mit dem Hintergrund der Professionalisierung diskutiert. Hier sind zwar Setting-spezifisch unterschiedliche Standpunkte in der Diskussion vertreten, zentrale Gemeinsamkeit ist in dem Zusammenhang aber das Thema, „*mehr Zeit für die Pflege der Patient*innen*“ zu haben. Während T3_GD04 mit dem Hintergrund der Arbeit in der ambulanten Pflege, die Aufsichtspflicht und Übernahme von Verantwortung für die Pflegehilfskräfte kritisiert („*Ich möchte nicht nur Aufsicht sein.*“ (z. 294)), empfindet T1_GD04 die Zusammenarbeit im Team in der akutstationären Pflege als positiv für die Pflege. T1_GD04 argumentiert hier in Antwort auf T3_GD04s Sorge, dass sich aus T1_GD04s Erfahrung die Fach- und Hilfskräfte mit dem vorhandenen Wissen gegenseitig ergänzen können („*Ich war nie die Aufsichtsperson*“ (z. 301)). Für T2_GD04 als Fachkraft in der stationären Langzeitpflege im Hospiz dagegen ist eine Funktionspflege, also eine Aufteilung der Pflegeaufgaben nach Qualifikation (Grundpflege vs. Behandlungspflege) entgegen einer ganzheitlichen Pflege („*da geht einiges verloren*“ (z. 218)). Darüber hinaus stimmen die Diskutierenden darüber überein, dass die Mindestanzahl an Personal insgesamt in allen Settings erhöht werden sollte.

„Die Mindestzahl von Personal muss erhöht werden. Das, was da momentan beschlossen ist, das erfüllt nicht die Bedürfnisse der pflegerischen Versorgung. Wirklich nicht. Ich habe keine Zeit, mich zu den Menschen zu setzen und in Ruhe das Essen anzureichen. Und das darf nicht sein.“ (T1_GD04, z. 351-353)

Die Befragten kritisieren zudem Setting-übergreifend die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzteschaft. Hier ist der Wunsch nach engerer Zusammenarbeit und (auch rechtlicher) Anerkennung der Kompetenzen der Pflege gegenüber der medizinischen Versorgung zentral. Für den ambulanten Bereich wird darüber hinaus angemerkt, dass eine formal geregelte Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und beruflich Pflegenden die Patientenversorgung verbessern könnte.

„Ein weiterer Faktor ist sicherlich auch, dass wir in einem Arbeitsfeld arbeiten, wo wir mehr Handlanger sind, als mit auf unserer Kompetenz beruhend aktiv werden können. Ich bin zwar vor allem in der Altenpflege tätig, wo ich natürlich Bereiche habe, die meinem unmittelbaren Kompetenzfeld irgendwie aussehen. Aber wenn ich als Wundexperte mit Ärzten zu tun habe, dann erlebe ich sehr häufig, dass ich das Gefühl habe, dass ich auf jeden Fall auf einem höheren Stand bin, aber damit nicht, nicht irgendwo landen kann, weil das in der Verantwortung des Arztes liegt. Das ist so geregelt und das wird der tatsächlichen Situation nicht unbedingt immer gerecht. Ich wäre daran interessiert, dass die Zusammenarbeit mit den Ärzten und anderen Berufsgruppen auch im ambulanten Bereich aktiver, auch formal gewissermaßen geregelter positiv für das Wohl des Patienten möglich ist.“ (T3_GD04, z. 71)

Die Befragten besprechen in der Gruppendiskussion zudem, dass für sie vor allem auch der politische und gesellschaftliche Rückhalt, sowie entsprechende Wertschätzung und Anerkennung fehlen. In der Außendarstellung des Pflegeberufs wird die aus Sicht der Teilnehmenden nicht realistische Repräsentation des Pflegeberufs in den Medien angesprochen.

Öffentlichkeitswirksame Auftritte (bspw. in Kliniken Merci Schokolade verteilen) und Statements seitens politischer Vertreter*innen werden von den Diskutierenden als „Hohn“ beschrieben, welche die Professionalität und die Kompetenz der beruflich Pflegenden untergraben würden (z. 661 – 666). Stattdessen wird gefordert, dass *„Dinge, die politisch angekündigt werden, auch umgesetzt werden“* (z. 666-667).

„Solange das nicht passiert, erfahre ich auch keine Wertschätzung.“ (T3_GD04, z. 634-635)

Das Scheitern der Pflegekammern wird von T3_GD04 ebenfalls mit der fehlenden Überzeugung der beruflich Pflegenden, dass durch die Umsetzung dieser tatsächlich eine Veränderung der Arbeitsbedingungen herbeigeführt werden könnte, in Verbindung gebracht.

„Mit der Kammer hat es auch deshalb nicht geklappt in verschiedenen Ländern, weil die Leute gar nicht erwarten, dass diese Kammer irgendeine Bedeutung für ihre Arbeitssituation hat.“ (T3_GD04, z. 612-614)

Zu Gesprächsbeginn und im weiteren Gesprächsverlauf erörtern die Teilnehmenden außerdem in Verbindung mit der Ausbildung einer eigenen Pflegeprofession und Interessenvertretung die aus ihrer Sicht fehlende Fort- und Weiterbildungskultur in der Pflege. Diskutiert werden verschiedene Aspekte, die diese beeinflussen: Einerseits wird beschrieben, dass einige beruflich Pflegenden eher passiv seien bei der persönlichen Weiterentwicklung, auch wenn es der Verbesserung der Arbeitsbedingungen zuträglich wäre („Jammern“) (z. 71 ff.). Ergänzt wird aber auch, dass diese passive Haltung nicht auf alle beruflich Pflegenden zutreffe (z. 113-115). Andererseits wird bemängelt, dass Karrierewege in fachlicher Sicht unabhängig von der Ausübung einer Leitungsfunktion durch fehlende Weiterentwicklungsmöglichkeiten und entsprechende Anreize eingeschränkt seien, genauso wie die Möglichkeit das Erlernte angemessen in der Praxis umzusetzen (z. 77 ff.). Hier wird seitens der Diskutierenden Potential gesehen, um den Pflegeberuf in Zukunft attraktiver zu gestalten.

Abschließend besprechen die Diskussionsteilnehmenden das Thema Digitalisierung in der Pflege. Auch bei diesem Thema stimmen die Befragten überein, dass Digitalisierung den Arbeitsalltag in der Pflege in Zukunft positiv beeinflussen könne. Kritisch wird von T3_GD04 vor dem Hintergrund der Arbeit in der ambulanten Pflege vor allem die fehlende Passung der Systeme an die Bedarfe der beruflich Pflegenden gesehen. Hier fordert vor allem T3_GD04 deren stärkere Einbeziehung bei der Entwicklung von Programmen und Standards (z. 767 ff.).

7.4.3 Reflexion der Ergebnisse der Gruppendiskussionen

7.4.3.1 Entlohnung

Das Thema Vergütung wird in der Mehrheit der Gruppendiskussionen intensiv diskutiert. Lediglich in der positionsübergreifenden Diskussion GD02 wurde die Vergütung erst auf explizite Nachfrage des Moderators angesprochen. Eine Einschätzung, wie die Höhe der Vergütung empfunden wird, erfolgte

hier nicht. Es fand lediglich eine kurze Erwähnung, dass die Vergütung nicht der wichtigste Punkt für einen attraktiven Arbeitsplatz Pflege der Zukunft sei und stattdessen die Arbeitsbedingungen – wie die Ermöglichung von verlässlichen Dienstzeiten, mehr Freizeit und mehr Zeit für Patient*innen/Bewohner*innen – zentral seien.

Demgegenüber wurden in den weiteren Gruppendiskussionen Beschreibungen der Vergütung mit den Worten „*schon ganz gut*“ (GD00) oder „*nicht schlecht*“ (GD01), aber auch mit „*nicht adäquat*“ (GD03) oder „*unterbezahlt*“ (GD04) vorgenommen. Zentrales Argument in den Gruppendiskussionen GD00, GD01 sowie GD03 ist, dass die Höhe der Vergütung an sich und die Gestaltungsmöglichkeiten durch Zulagen, Prämien usw. zwar in Ordnung seien, aber für die Arbeit in der Pflege als nicht ausreichend angemessen angesehen würden. Begründet wird dies mit der zu leistenden Arbeit und nicht den Bedürfnissen entsprechenden Arbeitsbedingungen, bedingt bspw. durch den Personalmangel.

In der ausschließlich mit Pflegefachpersonen ohne Leitungsfunktion besetzten vierten Gruppendiskussion (GD04) wurde das Thema Vergütung wiederkehrend und sehr prägnant besprochen. Abweichend zu den anderen Gruppendiskussionen ist hier jedoch der Konsens, dass die Vergütung prinzipiell zu niedrig sei vor dem Hintergrund der Kompetenzen und Fähigkeiten der Pflegefachpersonen sowie den gesundheitlichen Gefahren, denen diese ausgesetzt seien.

Grundsätzlich ist es auffällig, dass vor allem in der Diskussion, die ausschließlich mit Pflegefachpersonen ohne Leitungsfunktion (GD04) besetzt war, die Höhe der Vergütung negativer aufgefasst wurde als in den anderen Diskussionen bzw. als einen der wichtigsten Faktoren für einen attraktiven Arbeitsplatz eingeordnet wurde. Auch wenn in der Diskussion der Berater*innen (GD00) und der Führungskräfte (GD01) die Vergütung nicht ausschließlich positiv eingeschätzt wurde, so lässt sich dennoch eine andere Wahrnehmung der Vergütungssituation und Kommunikation zu dieser feststellen.

In der Diskussion der Auszubildenden untereinander (GD03) gibt es an der Stelle unterschiedliche Positionen, auch hier war die initiale Reaktion auf die Vergütungssituation eher negativ („*nicht adäquat*“, „*nicht ausreichend*“), wurde aber in der Diskussion etwas abgeschwächt, in dem vor allem die Arbeitsbedingungen als Faktor für die Zufriedenheit mit dem Pflegeberuf priorisiert wurden.

Insgesamt können zwei Pole identifiziert werden, zwischen denen sich die Wahrnehmungen und Bewertungen zum Thema Vergütung in den unterschiedlichen Gruppendiskussionen einordnen lassen:

Pol 1:

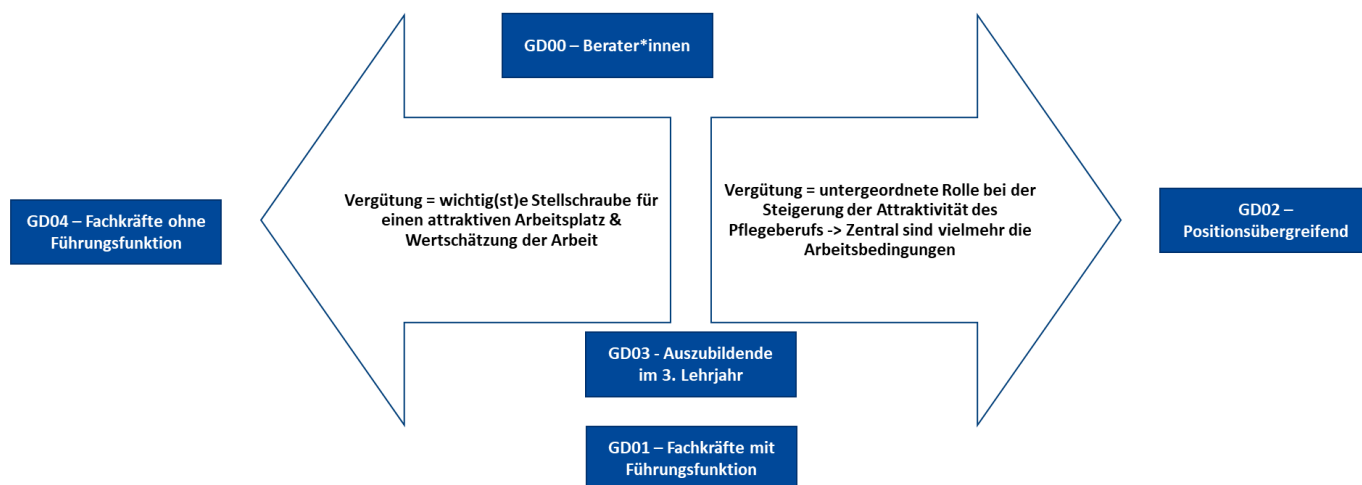
Vergütung ist eine wichtige/die wichtigste Stellschraube für einen attraktiven Arbeitsplatz und die angemessene Wertschätzung der Arbeit in der Pflege

Pol 2:

Vergütung spielt eine untergeordnete Rolle bei der Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs. Vielmehr sind die Arbeitsbedingungen zu fokussieren.

Die Diskussionsrichtungen in der positionsübergreifenden Gruppendiskussion (GD02) sowie in der Diskussion rund um die Pflegefachpersonen ohne Führungsfunktion (GD04) bilden die beiden entgegengesetzten Pole hinsichtlich der Einordnung der Vergütung. Die Gesprächsinhalte der weiteren Gruppendiskussionen lassen sich je nach Ausprägung auf dem Kontinuum zwischen den beiden Endpunkten verorten.

Diese Orientierungen sind im Folgenden grafisch dargestellt:



Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

7.4.3.2 Selbstverständnis in der Pflege, Außendarstellung/-wirkung, Interessenvertretung

Weitere, emotional diskutierte Themen in den unterschiedlichen Gruppendiskussionen waren die eigene Selbstwahrnehmung und Selbstdarstellung sowie der öffentliche und politische Umgang mit dem Pflegeberuf und beruflich Pflegenden in Bezug auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten sowie für potenzielle Einsteiger*innen.

Allerdings bestehen teilweise Unterschiede in der Art, wie diese Themen diskutiert wurden: Während in den Gruppendiskussionen GD00 und GD01 vor allem die negative Selbstwahrnehmung einiger beruflich Pflegenden, die beschwerende Haltung und das Einnehmen einer passiven Rolle bei der Veränderung von belastenden Arbeitsbedingungen angesprochen und kritisch hinterfragt wurden, wurden in Gruppendiskussionen GD03 und GD04 eher die mangelnde politische und gesellschaftliche Wertschätzung der Pflege sowie Unterstützung bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen angemerkt. In GD02 wurde lediglich im Rahmen einer pflegerischen Interessenvertretung gefordert, dass zunächst einmal alle pflegerischen Berufsgruppen (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) „zusammenwachsen“ sollten, um den Pflegeberuf gemeinsam weiterzuentwickeln.

Zu diesen unterschiedlichen Schwerpunkten passend war die in GD01 stattfindende Diskussion darüber, wer aktiver werden sollte bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege: die Politik oder die Pflege selbst. Vor dem Eindruck der Gespräche in den verschiedenen Gruppendiskussionen kann in diesem Zusammenhang angenommen werden, dass es sowohl von politischer als auch von Seiten der Pflege selbst einer aktiven Vermittlung eines positiveren und realistischeren Bildes des Pflegeberufs in der Gesellschaft, aber auch in der gesamten Berufsgruppe bedarf.

Die passive und beschwerende Haltung einiger beruflich Pflegenden wurde in GD00, in GD01 und in GD04 mit den Worten „Jammern“ oder „Opferrolle“ gerahmt. Die Teilnehmenden von GD00 und GD01 sahen hier auch ein Hindernis bei der Rekrutierung von neuem Personal. Beschwerendes Verhalten der beruflich Pflegenden bei Hospitationen oder eine mediale Kommunikation in ähnlichem Tonus

lassen Arbeitsplätze in der Pflege weniger attraktiv darstellen. Auch hier wurde wieder der Bedarf an einer Imageverbesserung des Pflegeberufs intern und von öffentlicher Seite aus deutlich. Vor allem in GD00 und GD04 wurde einerseits das Selbstbild (GD00) und andererseits der öffentliche Umgang mit dem Pflegeberuf (GD04) emotional diskutiert, indem praktische Beispiele genannt wurden und Aussagen wörtlich oder durch Veränderung der Stimmlage hervorgehoben wurden. Beispielsweise wurde in GD00 das Selbstbild vieler beruflich Pflegenden als „NUR“ Pflegenden kritisiert. In GD04 wurde das Auftreten politischer Vertreter*innen im Zusammenhang mit dem Pflegeberuf als „Hohn“ und Untergrabung der Kompetenzen und Professionalität der beruflich Pflegenden wahrgenommen. Ähnliche Aussagen finden sich ebenfalls in GD03.

Auffällig ist, dass sich die Gesprächsdynamiken zu diesem Thema ähnlich entwickelten, wie beim Thema Vergütung. Auch hier waren sich vor allem die Teilnehmenden der Gruppendiskussionen unter Beteiligung von Führungskräften und Berater*innen (GD00, GD01) in ihrer Argumentation näher als die Teilnehmenden der Gruppendiskussionen ohne Beteiligung von Führungskräften (GD03, GD04). Während in GD00 und GD01 als auch am Rande von GD02 die aktive Rolle von beruflich Pflegenden bei den Veränderungen von Arbeitsbedingungen gefordert wurde, nahmen die Teilnehmenden aus GD03 und GD04 vor allem politische und öffentliche Akteure hinsichtlich Kommunikation und Umsetzung von Maßnahmen in die Pflicht.

Grundsätzlich können folgende Forderungen in Verbindung mit der pflegerischen Selbstwahrnehmung und öffentlichen Darstellung sowie Wahrnehmung des Pflegeberufs auf Basis der Gruppendiskussionen formuliert werden:

- Das Bild des Pflegeberufs sollte realistischer sowohl für beruflich Pflegenden als auch für die breite Öffentlichkeit dargestellt werden.
- Die pflegerische Selbstwahrnehmung und Kommunikation sollten sich mehr auf die eigenen Kompetenzen und Fähigkeiten fokussieren. Die weitere Professionalisierung der Pflege kann hier die eigene Selbstwirksamkeit potenziell unterstützen.
- Beruflich Pflegenden sollten weniger in eine passive „Opferrolle“ fallen. Dazu kann der Ausbau von Persönlichkeitsentwicklungs- und Kommunikationsstrukturen, sowie Angeboten hinsichtlich Coachings und Supervision individuell unterstützen.
- Es erfordert politische Lobbyarbeit und Unterstützung, um ein positiveres bzw. realistischeres Bild des Pflegeberufs in der öffentlichen Wahrnehmung zu prägen.
- Politik und berufliche Pflegenden bzw. Vertretungen aller beruflich Pflegenden sollten gemeinsam aktiv werden für einen attraktiveren Arbeitsplatz Pflege.

7.4.3.3 Weiterentwicklungs- und Karrieremöglichkeiten

Die Weiterentwicklungs- und Karrieremöglichkeiten in der Pflege sind ein weiteres Themengebiet, welches sich in allen Gruppendiskussionen als relevanter Diskussionsgegenstand darstellte. Der Hauptkritikpunkt war gruppenspezifisch-übergreifend, dass zu wenig fachliche Karrieren und Weiterentwicklungen ermöglicht werden. Hier wurden einerseits mangelnde Anreize und andererseits unzureichende Optionen entsprechend den erworbenen Qualifikationen eingesetzt zu werden, angemerkt. Von den Auszubildenden (GD03), als beruflich Pflegenden, die noch am Beginn ihrer beruflichen Laufbahn stehen, wurde zu dem hervorgehoben, dass die interne und öffentliche Kommunikation zum Thema Karriere in der Pflege fachliche Berufswege in der direkten Pflege wenig anerkennend behandelt und beruflich Pflegenden eher „entmutigt“, fachliche Karrieren anzustreben. In

der Diskussion der Berater*innen (GD00) wurden unzureichende fachliche Weiterentwicklungsoptionen außerdem als ein Ausstiegsgrund aus dem Pflegeberuf genannt. Mit Bezug auf die mangelnden Anreize (sowohl monetär als auch karrieretechnisch) fachliche Weiterbildungen umzusetzen, wurde vor allem von Teilnehmenden aus dem Setting Krankenhaus in zwei Gruppendiskussionen (GD02 und GD04) eine oftmals geringe Eigenmotivation von einigen beruflich Pflegenden, sich weiterzubilden, kritisiert und als potenzielles Risiko hinsichtlich der Pflegequalität eingeordnet (GD02). Gefordert wurden einerseits verpflichtende Fort- und Weiterbildungen (v. a. GD02), sowie andererseits das Schaffen von Anreizen für die eigene fachliche Weiterentwicklung – sowohl monetär, aber auch durch die klare Definition, Strukturierung und Regelung von Aufgabenbereichen und Aufgabenteilung, um die unterschiedlichen Qualifikationsniveaus auch qualifikationsgerecht einsetzen zu können (GD02), bzw. das Erlernte auch angemessen in der Praxis umsetzen zu können (GD04).

Einzig die Diskussionsgruppe um die Fachpersonen mit Leitungsfunktion beschrieb die Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten in der Pflege übereinstimmend als „extrem gut“. Erklärungsansatz an dieser Stelle könnte sein, dass die Möglichkeit einer Karriere in Leitungs- bzw. Managementpositionen aktuell besser zu erreichen ist, als auf fachlicher Ebene. Auch innerhalb der anderen Gruppendiskussionen wurden Karrierewege in Leitungs- und Managementpositionen als einzige Möglichkeit, sich in der Pflege weiterzuentwickeln, betont. Somit ist anzunehmen, dass die diskutierenden Leitungskräfte potenziell weniger das Bedürfnis nach fachlichen Karrieren in der direkten Pflege haben, sondern mutmaßlich vielmehr den vertikalen Weg in Führungspositionen entsprechend ihrer aktuellen Stellung bevorzugen, weshalb sich die Weiterbildungs- und Karrierewege für diese Diskussionsgruppe als positiv darstellen.

Resümiert werden kann an der Stelle, dass vor allem aus Sicht der befragten Fachkräfte weniger vertikale Karrierewege mit dem Ziel einer Leitungs- oder Managementposition in Frage kommen, sondern vielmehr auch fachliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten mit entsprechenden Anreizen und qualifikationsgerechten Aufgaben wünschenswert wären.

7.4.3.4 Führung in der Pflege

Das Thema Führung in der Pflege wurde vor allem innerhalb der Diskussionen verstärkt erörtert, in denen die Teilnehmenden eigene praktische Erfahrungen mit Führung hatten (GD00, GD01, GD02) oder von theoretischen Kenntnissen durch Studieninhalte in diesem Kontext berichteten (betrifft einige Fachpersonen aus GD02). Hervorgehoben wurde in allen drei Gruppendiskussionen (GD00, GD01, GD02), dass Führung eine zentrale Rolle bei der Gestaltung eines attraktiven Arbeitsplatzes der Gegenwart und der Zukunft einnimmt. Kritisiert wurde einerseits die aktuelle Leitungskräftefort- und -ausbildung hinsichtlich unzureichender spezifischer Fortbildungen bspw. in den Bereichen Kommunikationsstrategien und Führungsverhalten (GD00, GD02), sowie die fehlende Unterstützung durch den Arbeitgeber bei Leitungsaufgaben (GD01, GD02). Andererseits bemängelten die Diskussionsgruppen, dass moderne Führungsstile, wie bspw. agiles Führen durch die bürokratische Organisation der Finanzierungsstrukturen nur sehr schwer umgesetzt werden könnten (v. a. GD01, aber auch GD00). Insgesamt forderten die betreffenden Diskussionsgruppen vor allem Führungsstile in der Pflege, die weniger verwaltend und hierarchisch organisiert seien, sondern eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Leitungs- und Fachpersonen ermöglichten. Leitungskräfte sollten befähigt werden, eine gestalterische Rolle in Bezug auf den Pflegealltag

einzunehmen. Der konkrete Wunsch nach Etablierung von sich selbststeuernden Teams und mehr Agilität unterlegt mit dem Beispiel, dass die Teams die Dienstplanung selbst übernehmen sollten (GD00 und GD01), wurde Diskussions-übergreifend genannt. Die Diskussionsgruppe mit positionsübergreifender Besetzung (GD02) forderte in dem Zusammenhang auch die Berücksichtigung internationaler Erkenntnisse und Konzepte, wie bspw. die Umsetzung von Magnet-Krankenhäusern oder das Konzept der Shared-Governance.

In der Gruppendiskussion rund um die Auszubildenden (GD03) wurden dagegen eher aus praktischer Sicht Wünsche an Leitungspositionen gestellt. Genannt wurden als wichtige Faktoren der respektvolle und wertschätzende Umgang untereinander, sowie die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Mitarbeitenden bspw. bei der Dienstplangestaltung durch die Leitungskraft.

In der Gruppendiskussion mit ausschließlich Fachpersonen wurde das Thema Führung nicht direkt angesprochen.

Insgesamt zeigen die Gesprächsverläufe in den Gruppendiskussionen zu Leitung und Führung in der Pflege auf, dass vor allem beruflich Pflegende, die sich selbst in Leitungsposition befinden oder sich theoretisch intensiver mit dem Thema Führung in der Pflege beschäftigen, einen großen Optimierungsbedarf an dieser Stelle erkennen, um den Anforderungen der Praxis (bspw. GD03) gerecht zu werden. Zentral sind Fort- und Weiterbildungen in Hinblick auf das Führungsverhalten und Kommunikationsstrategien, sowie das grundsätzliche politische und professionelle Umdenken bei der Umsetzung von Führung in der Pflege.

7.4.3.5 Gesundheitsförderung und Prävention

In allen Gruppendiskussionen wurde die hohe Belastung und der Stress, der durch die Arbeit in der Pflege entsteht, angesprochen. Bezüge werden einerseits zur konkreten Pflegeaufgabe gezogen, bspw. körperliche Anstrengungen durch die Lagerung von Patient*innen (v. a. GD01, GD03, GD04) oder psychische Belastungen durch den Umgang mit schwererkrankten Patient*innen (GD02) oder auch der Beziehungsgestaltung (v. a. ambulante Pflege, GD04). Andererseits kann der Stationsalltag auf übergeordneter Ebene eine Belastung darstellen. In dem Zusammenhang wird immer wieder auf den Personalmangel verwiesen, aber auch auf interpersonelle Spannungen in den Teams.

Trotz des hohen Belastungs- und Stresspotenzial im Berufsalltag und der Ansprache dieses in den Diskussionen, werden kaum Möglichkeiten oder Angebote der Entlastung aufgegriffen. In der Gruppendiskussion der Berater*innen (GD00) wird an der Stelle verstärkt diskutiert, dass Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention eher wenig umgesetzt würden und falls doch, entsprächen diese nicht den Bedürfnissen der beruflich Pflegenden. Ähnliche Anmerkungen sind ebenfalls in der Gruppendiskussion der Fachkräfte mit Leitungsfunktion (GD01) und in der positionsübergreifenden Gruppendiskussion (GD02) zu finden. Dass aber der Wunsch bzw. die Forderung nach konkreten Entlastungen und Angeboten besteht, wird durch die unterschiedlichen Gespräche und Inhalte jedoch deutlich (bspw. „*Da wird deutlich zu wenig gemacht*“ GD00). Die Auszubildenden (GD03) besprechen als potenzielle Entlastung die Zusammensetzung von diverseren Teams (v. a. „*mehr Männer in die Pflege*“) in der Pflege, um sowohl für körperliche Entlastung zu sorgen als auch den Abbau von interpersonellen Spannungen zu fördern. Hinsichtlich körperlicher Belastungen wird vor allem auch die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln und entsprechenden Schulungen diskutiert. Hier ist es auffällig, dass diskussions-übergreifend vor allem Diskutierende aus dem Krankenhaus und der ambulanten Pflege an der Stelle von mangelnder Ausstattung, Schulung oder Problemen bei der Beschaffung berichten.

Das Thema Umgang mit Stress bedingt durch interpersonelle Spannungen löste in der Gruppendiskussion der Berater*innen eine Grundsatzdiskussion über die Selbstwahrnehmung und die beschwerende Haltung und passive Rolle einiger beruflich Pflegenden aus. Auch in GD01 wurde das ähnlich thematisiert. Die Teilnehmenden in GD00 schlagen hier bspw. Fortbildungen hinsichtlich Kommunikation vor, um zu intervenieren. Im Zusammenhang mit der eigenen Selbstwahrnehmung war vor allem auch der Gesprächsverlauf in der positionsübergreifenden Gruppendiskussion sehr emotional und fordernd geprägt. Die Diskutierenden kritisieren hier mit Unterstreichungen durch persönliche Erfahrungen das Selbstverständnis vieler beruflich Pflegenden, dass die Äußerung von psychischen Belastungen oftmals als entgegen der Professionalität der Pflege wahrgenommen wird. Stattdessen fordern die Diskutierenden Angebote und Strukturen zur Prävention, sowie zur Sensibilisierung im Hinblick auf psychische Belastungen im Pflegealltag. Auch hier wird bemängelt und aus eigener Erfahrung berichtet, dass dies bisher kaum umgesetzt ist. Vorgeschlagen wird unter anderem ebenfalls die Entwicklung von Kommunikationsstrukturen, bspw. durch die Etablierung von Supervisionen. Die Forderung nach einem Ausbau von präventiven und gesundheitsförderlichen Aktivitäten in Bezug auf die psychische Gesundheit seitens der Arbeitgeber und einer Sensibilisierung dahingehend stellen ebenfalls die befragten Führungskräfte in GD01. Dass dieses Thema in den anderen Gruppendiskussionen nur über den Bericht über stressauslösende Faktoren angesprochen wurde und nicht explizit in Verbindung mit der psychischen Gesundheit gesetzt wurde, könnte auf das in GD02 diskutierte Selbstverständnis eines „professionellen“ Umgangs mit psychischen Belastungen in der Pflege hindeuten.

7.5 Reflexion der qualitativen Befragung – Methodik: quantitatives Delphi-Verfahren

Pandemiebedingt wurde an Stelle der zu Beginn der Studie geplanten Expertenworkshops im Open Space Format zur Verdichtung, Bewertung und Ableitung praxistauglicher und wirkungsvoller Maßnahmen eine Delphi-Befragung mit den Expert*innen gewählt. Hierbei wurden in einem iterativen Prozess mehrere Befragungswellen zur Ermittlung und Konsentierung von Expertenmeinungen durchgeführt.

Als qualitative Befragungs- und Projektmanagementmethode ist das Delphi-Verfahren ein strukturierter Gruppenkommunikationsprozess von ausgewählten Expert*innen, bei dem die anonymisierten Befragungsergebnisse in mehreren Befragungswellen an die Expert*innen zurückgespiegelt werden. Das Delphi-Verfahren dient dazu, Entwicklungen zu einer bestimmten Fragestellung einzuschätzen und Prognosen zur zukünftigen Entwicklung einer Thematik zu erarbeiten (Zwick et al., 2019, S. 265; Cuhls, 2019, S. 13).

Das durchgeführte Delphi-Verfahren verfolgte die Zielsetzung, im Zuge eines qualitativen Vorgehens die bereits durch die systematische Literaturrecherche und Experteninterviews generierten Erkenntnisse zu den erwerbsbiografischen Faktoren von beruflich Pflegenden sowie betrieblichen, außerbetrieblichen und ergänzend politischen Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsplatzsituation durch die an der Delphi-Befragung Teilnehmenden zu reflektieren, ggf. zu ergänzen und zu konsolidieren. Hierzu wurden offene bzw. teil-offene Fragen gestellt. Diese boten insbesondere auch den Raum für neue Ideen und Anregungen zum „Arbeitsplatz Pflege der Zukunft“.

Das Delphi-Verfahren wurde digital mithilfe des Online-Umfragetools „LimeSurvey“ durchgeführt, wodurch ein reibungsloser Ablauf auch in Pandemiezeiten sichergestellt wurde. Das

Erhebungsinstrument umfasste auch Fragen zum biografischen und professionellen Hintergrund der Expert*innen.

Die Auswahl der Expert*innen erfolgte als gezieltes Sampling (Hussy et al., 2013). Dabei galt es, ein breites Spektrum abzudecken, um möglichst alle relevanten Perspektiven auf den Forschungsgegenstand einzubeziehen. Relevante Expert*innen waren hier Vertreter*innen der Pflege- und Berufsverbände, Pflegekammern, Wohlfahrts-, kommunale und private Trägerverbände sowie Arbeitgeberverbände, die in der Konzierten Aktion Pflege abgebildet sind. Außerdem wurden die Pflegeexpert*innen des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung (Hussy et al., 2013) in der Pflege (DNQP) einbezogen. Insgesamt wurden dementsprechend 41 Verbände auf der Bundesebene kontaktiert. Zusätzlich wurden auch die Landesvertretungen angeschrieben, sodass 99 Verbände auf Bundes- und Landesebene über die Möglichkeit zur Teilnahme an der Befragung informiert werden konnten.

Insgesamt wurden zwei Befragungswellen durchgeführt. In der ersten Befragungswelle wurden die in der Literaturanalyse identifizierten und strukturierten Maßnahmen für eine bessere Arbeitsplatzsituation in der Pflege mit den Teilnehmenden reflektiert und ihre Forderungen an einen „Arbeitsplatz Pflege der Zukunft“ aufgenommen. Die Ergebnisse aus dieser Reflexion sowie die Erkenntnisse aus den durchgeführten Interviews und Gruppendiskussionen flossen dann in eine „Synthese“ mit zentralen Forderungen an den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft, der weitere Forderungen und Maßnahmen gruppiert zugeordnet wurden (Kapitel 7.6).

In der zweiten Befragungswelle wurden die Forderungen zum Arbeitsplatz Pflege der Zukunft gemeinsam mit den zugeordneten Forderungen und gruppierten Maßnahmen den Teilnehmenden zur Kommentierung vorgelegt. Da 98 Prozent der Teilnehmenden der zweiten Befragungswelle angaben, den Forderungen unbedingst oder weitestgehend zuzustimmen, ist anzunehmen, dass bereits die wichtigsten Aspekte für den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft und Maßnahmen für eine bessere Arbeitsplatzsituation ermittelt werden konnten. Aus Sicht des Auftragnehmers war daher keine dritte Befragungswelle notwendig. Stattdessen wurden die Erkenntnisse im Rahmen der darauf folgenden standardisierten Befragung validiert und priorisiert, um akute Bedarfe herauszustellen.

7.5.1 Erste Befragungswelle

In der ersten Befragungswelle vom 4. März bis zum 14. März 2021 wurden die in der Literaturanalyse identifizierten und strukturierten Maßnahmen für eine bessere Arbeitsplatzsituation in der Pflege den Teilnehmenden zur Beurteilung vorgelegt. Dafür wurden sie gebeten, die Wichtigkeit einer jeden Maßnahme auf einer Skala von 1) sehr wichtig über 2) eher wichtig und 3) weniger wichtig bis 4) gar nicht wichtig zu bewerten. Gleichzeitig wurden die Teilnehmenden gebeten, die Maßnahmen zu kommentieren und eigene Vorschläge für Maßnahmen zu ergänzen. Schließlich wurden die Teilnehmenden gebeten, ihre Anforderungen an den „Arbeitsplatz Pflege der Zukunft“ zu formulieren.

Die abgefragten Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege umfassten die folgenden Themenfelder:

- Qualität in der Pflegeausbildung
- Digitalisierung in der Pflegeausbildung
- Akademisierung und Professionalisierung
- Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten

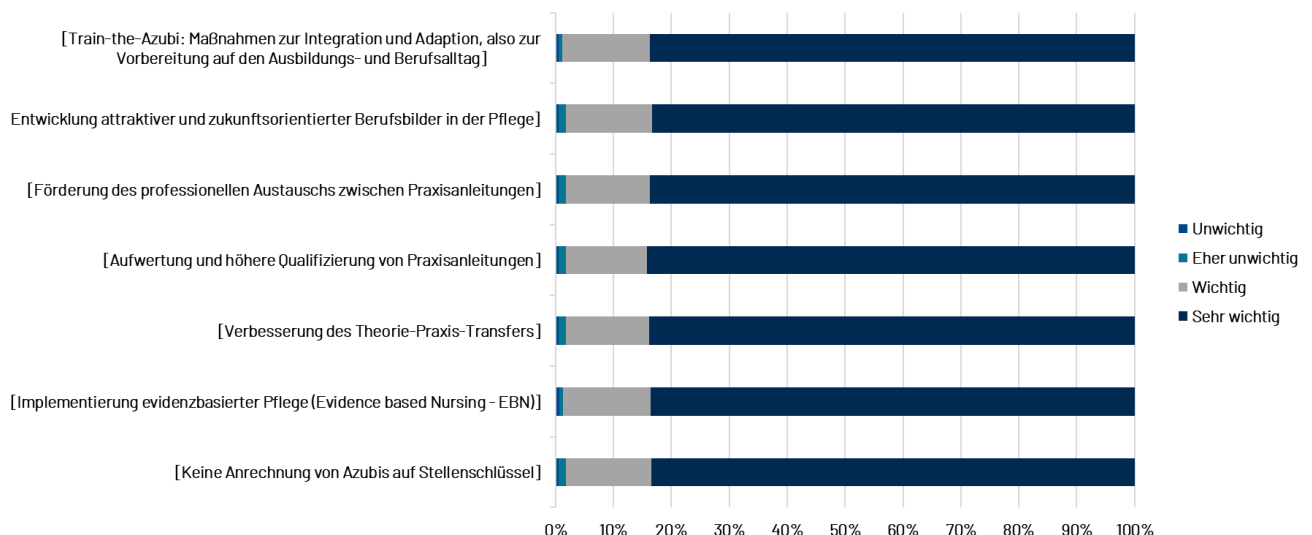
- Ansehen und Image des Pflegeberufs
- Betriebliche Personalsituation und Fachkräfte
- Führungsverhalten und Leitungskräfteentwicklung
- Betriebliches Gesundheitsmanagement
- Vergütung
- Arbeitszeit
- Digitalisierung
- Vereinbarkeit/Work-Life-Balance
- „Arbeitsplatz Pflege der Zukunft“

Es nahmen insgesamt 246 Teilnehmer*innen der angeschriebenen Verbände teil, davon durchliefen 121 den Fragebogen vollständig.

7.5.1.1 Bewertung der Maßnahmen

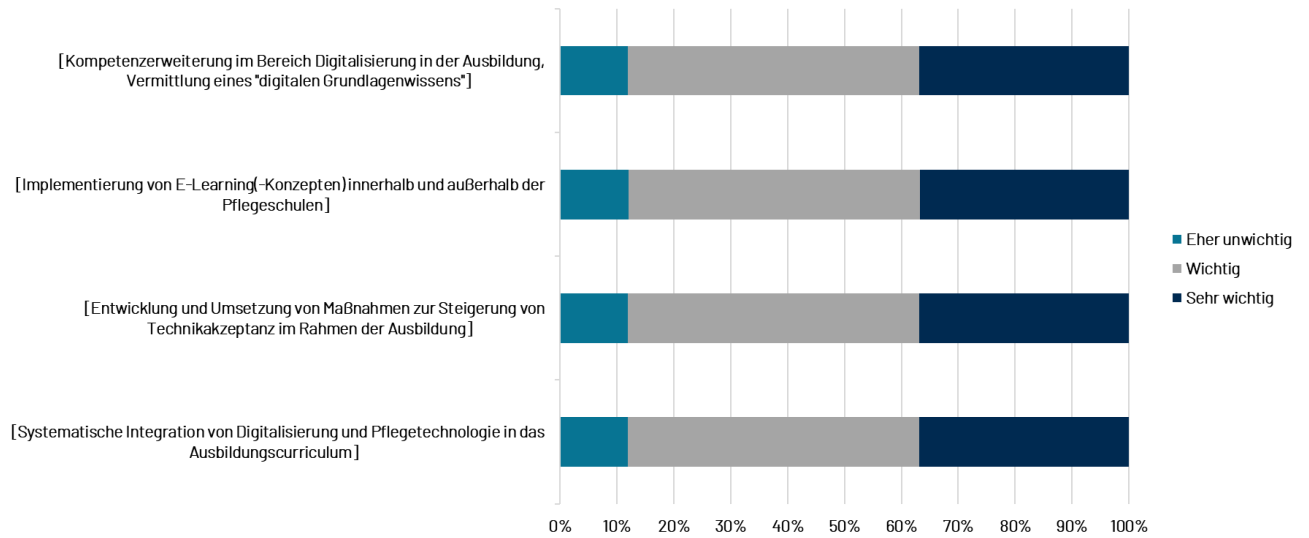
Insgesamt wurden alle Maßnahmen mehrheitlich als wichtig beurteilt. Innerhalb der einzelnen Themenfelder variiert die Bewertung der einzelnen Maßnahmen kaum. Am wichtigsten wurden mit mehr als 95 Prozent die Maßnahmen in den Themenfeldern *Qualität der Ausbildung* (Abbildung 92), *Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten* (Abbildung 95), *Vereinbarkeit/Work-Life-Balance* (Abbildung 103) und *Vergütung* (Abbildung 100) eingeschätzt. Darauf folgen die Themenfelder *Führungsverhalten und Leitungskräfteentwicklung* (Abbildung 98) sowie *Arbeitszeit* (Abbildung 101), die zu mehr als 90 Prozent als wichtig bewertet wurden. Danach kommen die Themenfelder *Betriebliches Gesundheitsmanagement* (Abbildung 99), *Digitalisierung in der Pflegeausbildung* (Abbildung 93) und *Digitalisierung* (Abbildung 102). Es folgen die Themenfelder *Akademisierung und Professionalisierung* (Abbildung 94) mit knapp unter 85 Prozent, *Ansehen und Image des Pflegeberufs* (Abbildung 96) mit knapp unter 80 Prozent und zuletzt *Betriebliche Personalsituation und Fachkräftemangel* (Abbildung 97) mit knapp über 50 Prozent.

Abbildung 92: Bewertung der Maßnahmen zu Qualität in der Ausbildung



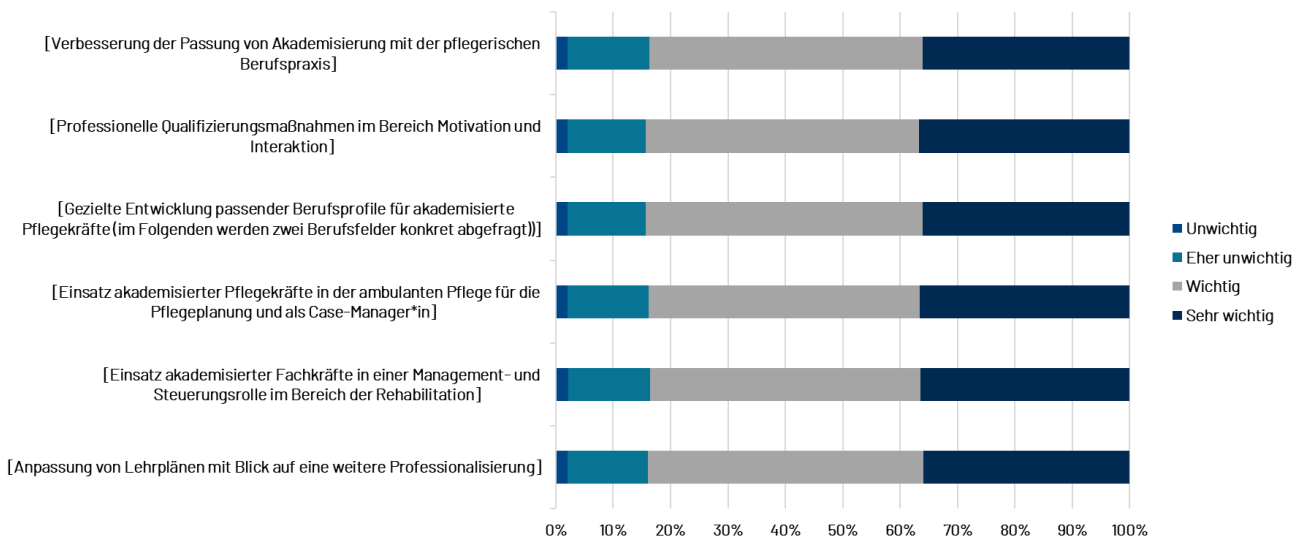
Quelle: 1. Delphi-Erhebung; eigene Berechnung

Abbildung 93: Bewertung der Maßnahmen zu Digitalisierung in der Pflegeausbildung



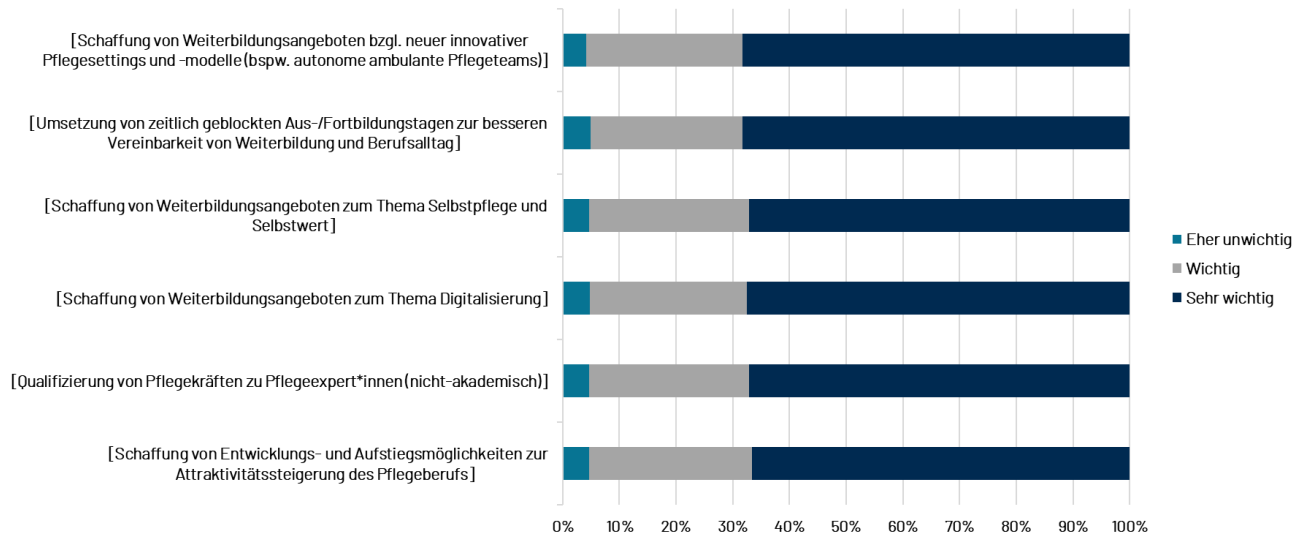
Quelle: 1. Delphi-Erhebung; eigene Berechnung

Abbildung 94: Bewertung der Maßnahmen zu Akademisierung und Professionalisierung



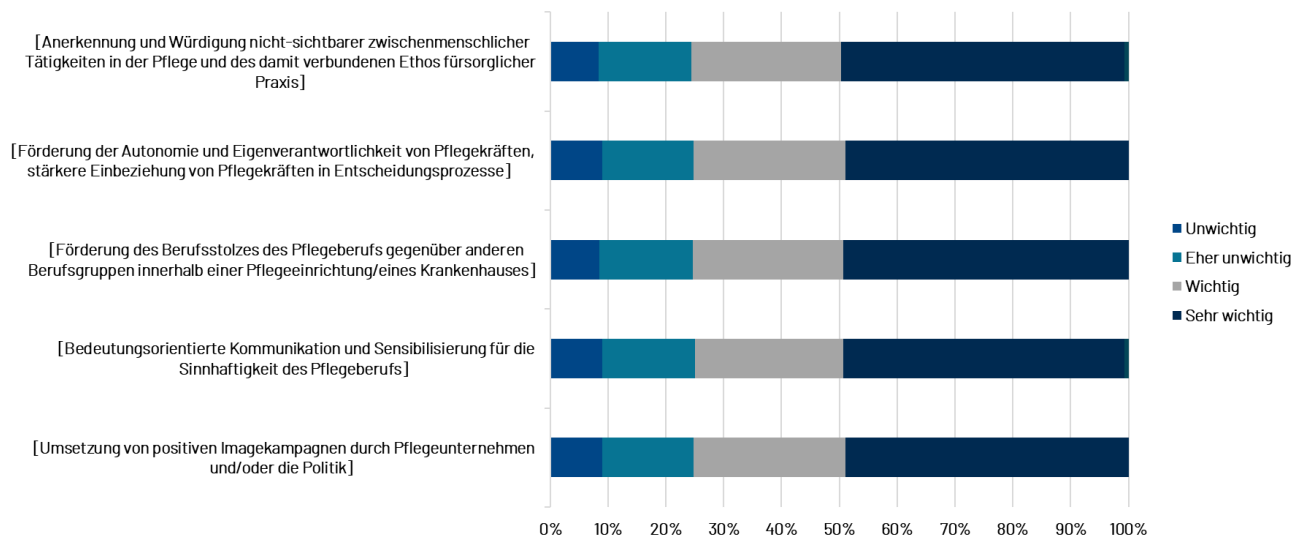
Quelle: 1. Delphi-Erhebung; eigene Berechnung

Abbildung 95: Bewertung der Maßnahmen zu Weiterbildung und Karrieremöglichkeiten



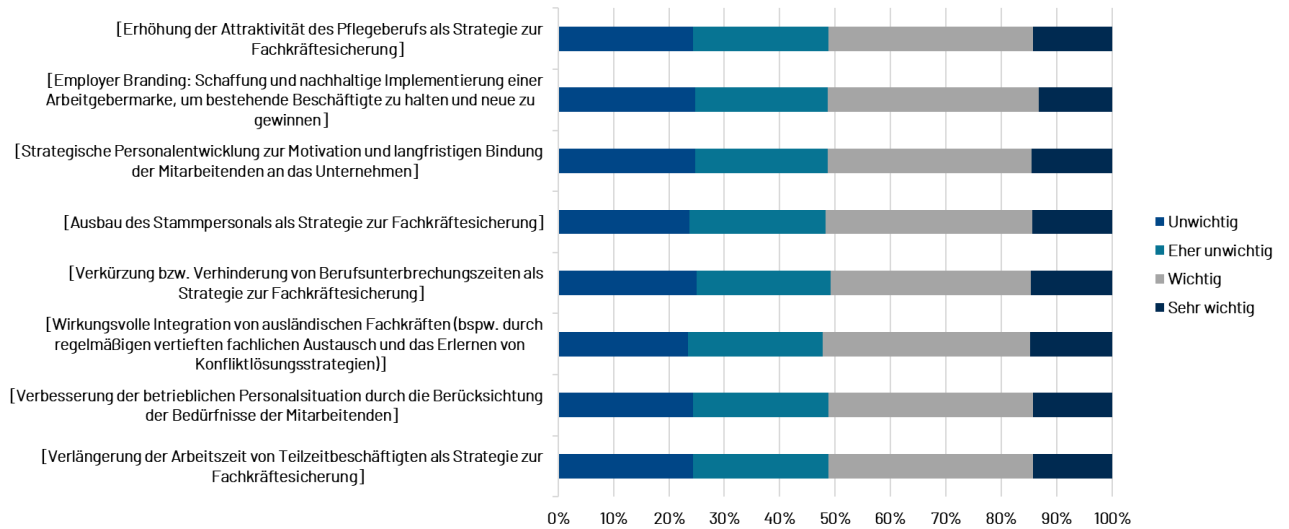
Quelle: 1. Delphi-Erhebung; eigene Berechnung

Abbildung 96: Bewertung der Maßnahmen zu Ansehen und Image des Pflegeberufs



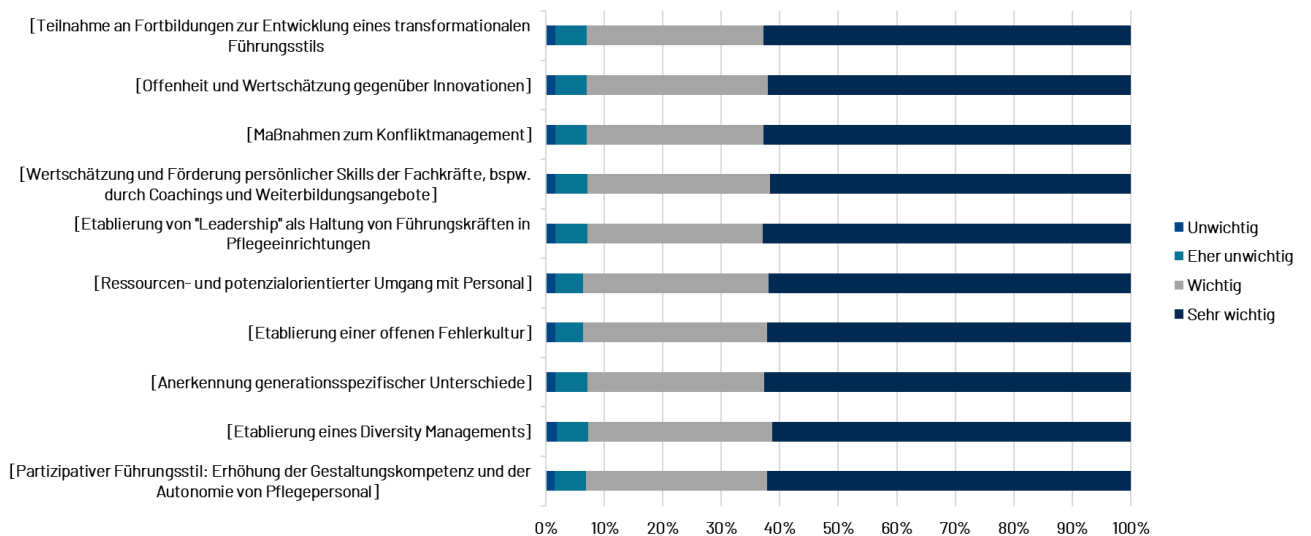
Quelle: 1. Delphi-Erhebung; eigene Berechnung

Abbildung 97: Bewertung der Maßnahmen zu Betriebliche Personalsituation und Fachkräfte



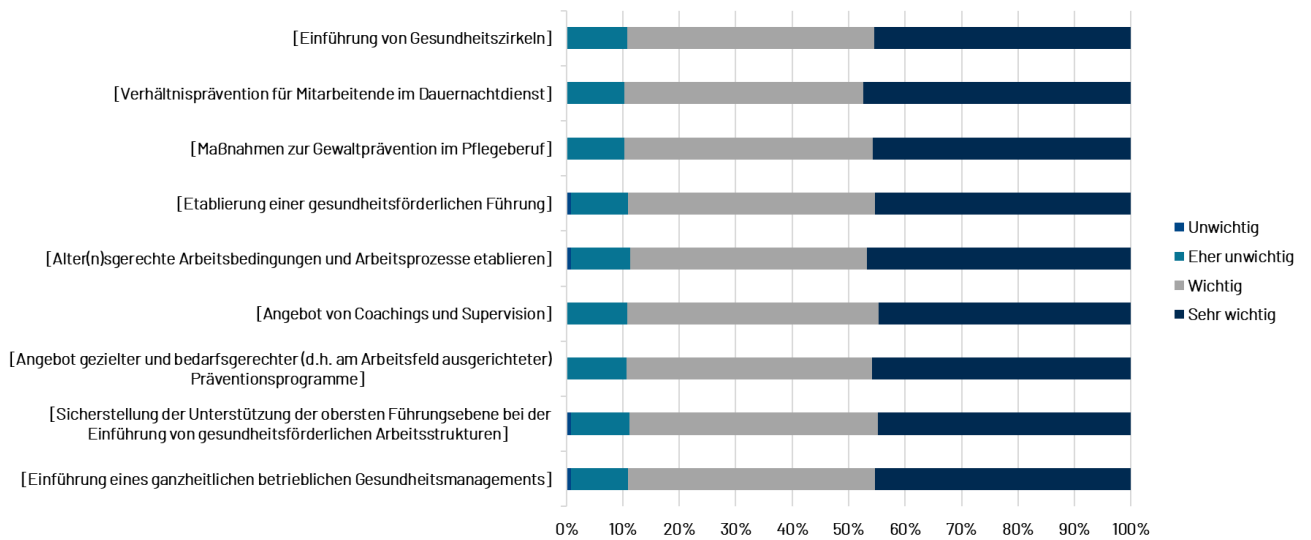
Quelle: 1. Delphi-Erhebung; eigene Berechnung

Abbildung 98: Bewertung der Maßnahmen zu Führungsverhalten und Leitungskräfteentwicklung



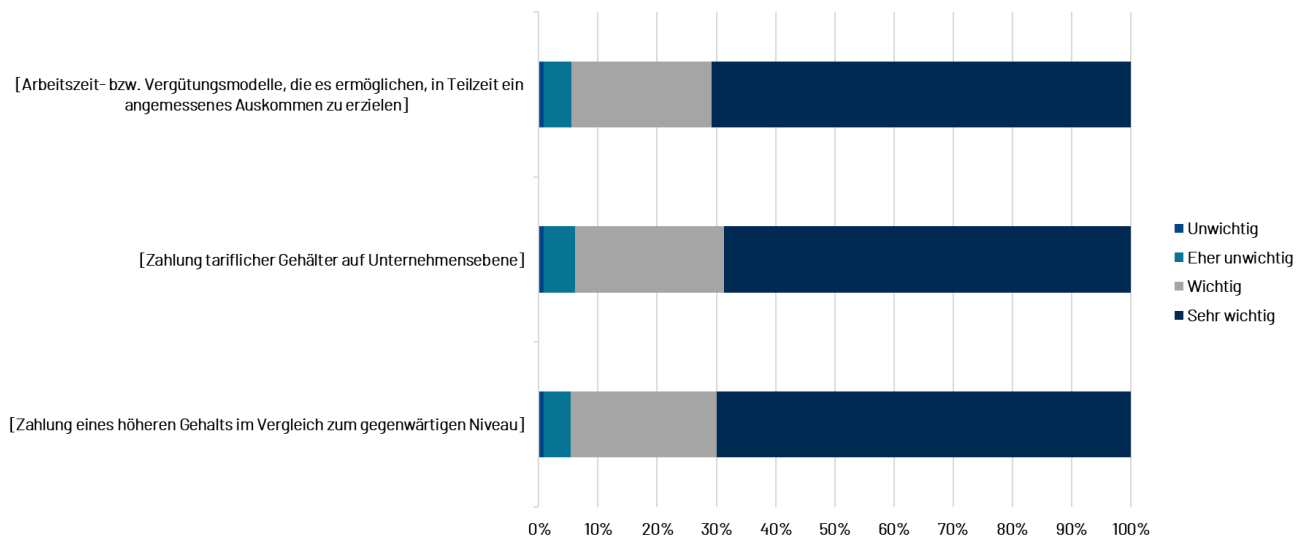
Quelle: 1. Delphi-Erhebung; eigene Berechnung

Abbildung 99: Bewertung der Maßnahmen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement



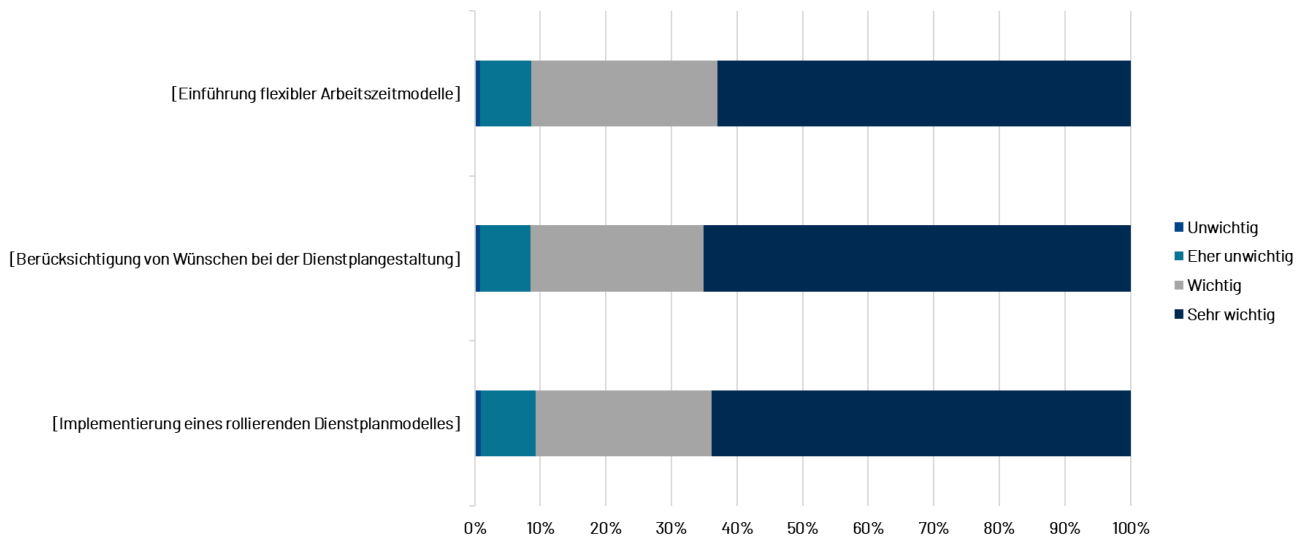
Quelle: 1. Delphi-Erhebung; eigene Berechnung

Abbildung 100: Bewertung der Maßnahmen zu Vergütung



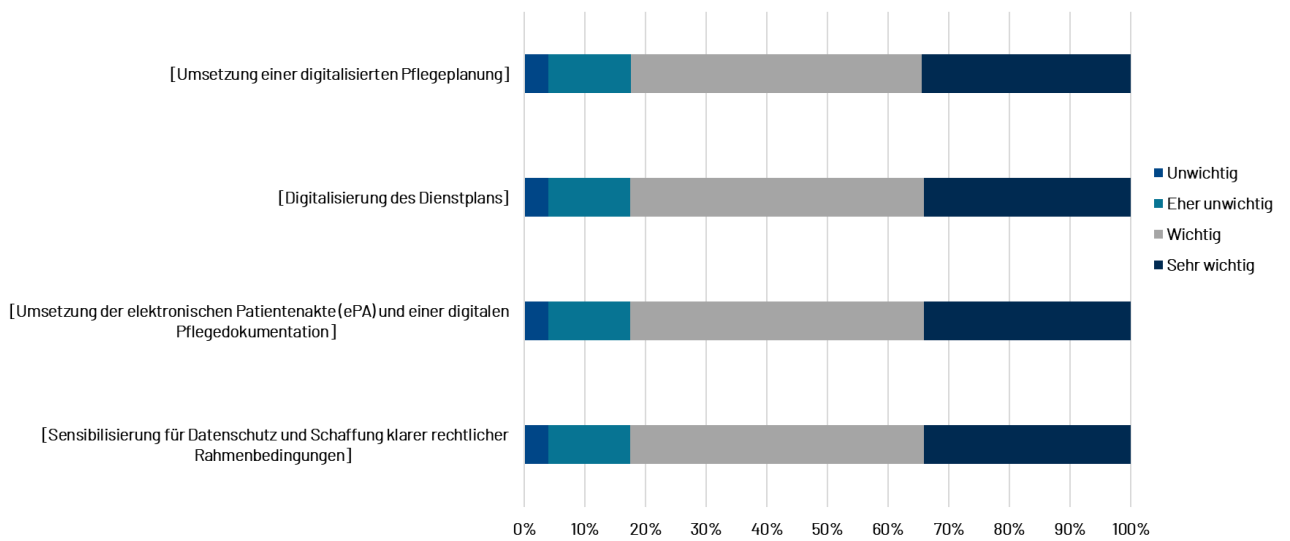
Quelle: 1. Delphi-Erhebung; eigene Berechnung

Abbildung 101: Bewertung der Maßnahmen zu Arbeitszeit



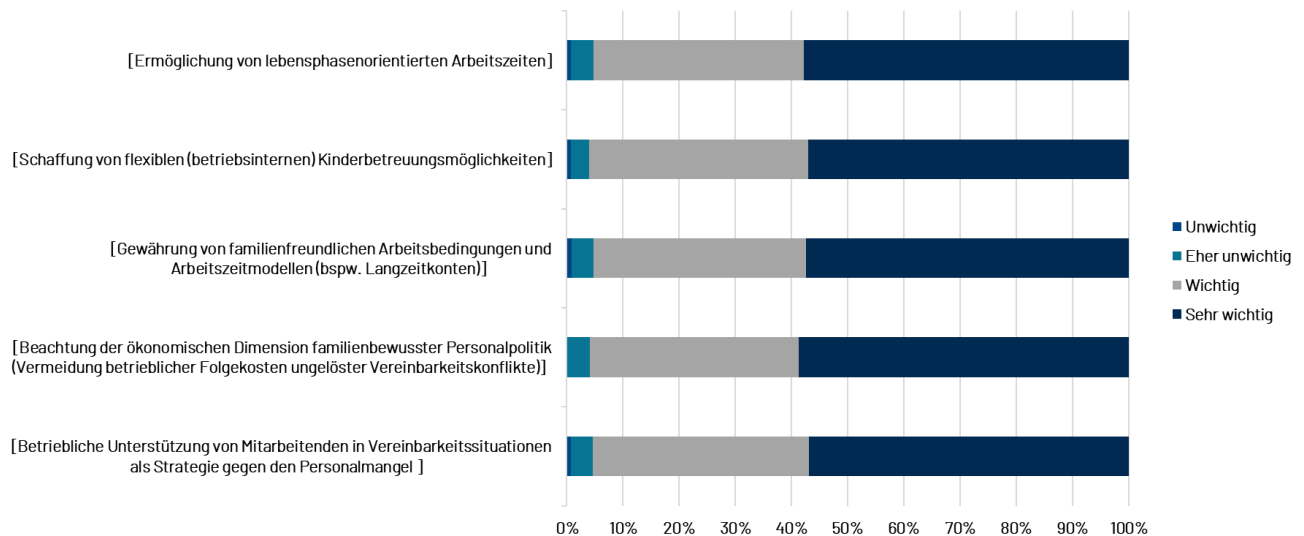
Quelle: 1. Delphi-Erhebung; eigene Berechnung

Abbildung 102: Bewertung der Maßnahmen zu Digitalisierung



Quelle: 1. Delphi-Erhebung; eigene Berechnung

Abbildung 103: Bewertung der Maßnahmen zu Vereinbarkeit/Work-Life-Balance



Quelle: 1. Delphi-Erhebung; eigene Berechnung

7.5.1.2 Anforderungen an den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft

Um das Idealbild des Arbeitsplatzes Pflege der Zukunft zu beschreiben, wurden im Rahmen der Erhebung verschiedene Vorschläge gemacht, die im Folgenden aufgeführt sind. Miteinbezogen sind außerdem Ergänzungen, die seitens der Teilnehmenden zu den unterschiedlichen Themenbereichen hinzugefügt wurden:

Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung

- Sicherstellung der Refinanzierung der Praxisanleitung
- freigestellte Anleitungszeit (zzgl. Vor- und Nachbereitung) tatsächlich auch planstellenentlastend
- generationsübergreifender Austausch
- Fortbildungen für Führungskräfte
- Aufklärungsarbeit: Grundlagen des Gesundheitssystems und die notwendigen Strukturen
- Teilnahme an nicht-akademischen Weiterbildungen sicherstellen
- angemessene Honorierung bei Weiterbildungen/Erwerb von Qualifikationen
- Implementierung von "Gesamtversorgern" bei der Weiterbildung
- Partizipation der Berufsgruppen bei der Gestaltung von Weiterbildungsangeboten
- föderal einheitliche Assistenzqualifikation, abgestimmte Weiterbildungsordnungen

Anforderung an die Akademisierung und Professionalisierung

- Vernetzung mit anderen Pflegeprofessionen und weiteren Berufsgruppen
- Akademisierung braucht auch eine entsprechende Eingruppierung
- genauere Zuordnung der einzelnen Tätigkeitsfelder zur entsprechenden Qualifikation
- Aufbau von fach- und hochschulischen Qualifikationsmöglichkeiten in allen Bundesländern
- Primary Nursing
- Befähigung der Pflegefachpersonen, in einem angemessenem Skill- und Grade-Mix die pflegefachlich koordinierende, pädagogisch befähigende und beaufsichtigende Rolle einnehmen zu können
- Verordnungsfähigkeit für Heil- und Hilfsmittel der speziell qualifizierten Pflegefachpersonen
- Pflegefachliche Gleichstellung gegenüber anderen Heilberufen
- Erhöhung des Verantwortungsbereiches für Pflegefachkräfte

Anforderungen Ansehen/Image

- intensive Informationskampagne zur Pflegekammer mit Vortragsreihen Broschüren und Flyer
- Hervorhebung der Vorhaltsaufgaben und des Pflegeprozesses
- realitätsnäheres Bild in den Medien

Anforderungen an die betriebliche Personalsituation/Fachkräftesicherung

- Vernetzung mit anderen Pflegeprofessionen und weiteren Berufsgruppen
- Interprofessionell abgestimmte Versorgungsstrukturen mit adressatengerechten Kommunikations- und Informationsstrukturen
- Ein Team sollte so gestaltet sein, dass die Wohnbereichsleitung im Büro zu 90 Prozent ihre Aufgaben wahrnehmen kann, die Bezugspflegerpersonen zu 50 Prozent im Büro sein können und die Pflegehilfskräfte in der direkten Pflege am Menschen sind.
- Pflegeberufekammern in allen Bundesländern und Bundespflegekammer

Anforderungen an das BGM/BGF

- Supervision/Coachings
- Teambuilding-Maßnahmen
- Angebote BGM/BGF ausbauen → Bedarfe ermitteln und Arbeitszeiten beachten

Anforderungen an die Vergütung

- Anhebung von Zulagen
- steuer- und sozialversicherungsfreie Zulagen
- Abkehr von der Gewinnorientierung des Gesundheitswesens

Anforderungen an die Arbeitszeit

- Zusatzurlaub bei Schichtdienst
- Einplanung verbindlich freier Wochenenden (aus Interviews)
- Regelrente mit 63 Jahren
- Verkürzung der Regelarbeitszeit
- Altersteilzeitmodelle gestaffelt nach Trägerzugehörigkeit
- Einführung von Bereitschaftsdiensten für Notfälle
- Erhöhung des Personalschlüssels; Setting-übergreifende, einheitliche Personalbemessung
- Partizipation bei der Dienstplangestaltung
- Bedürfnisse der Mitarbeitenden und Versorgung in Einklang bringen

Anforderungen an die Digitalisierung

- Schulungen Umgang neue Technologien
- Schaffung eines unabhängigen Innovationsfonds für die Digitalisierung der Altenpflege
- Beachtung von Schnittstellen zwischen den einzelnen Sektoren der Versorgung

Sonstiges

- Entbürokratisierung
- Fokussierung auf Bezugspflege
- Unterstützung bei der Umsetzung in ein Magnet-Krankenhaus

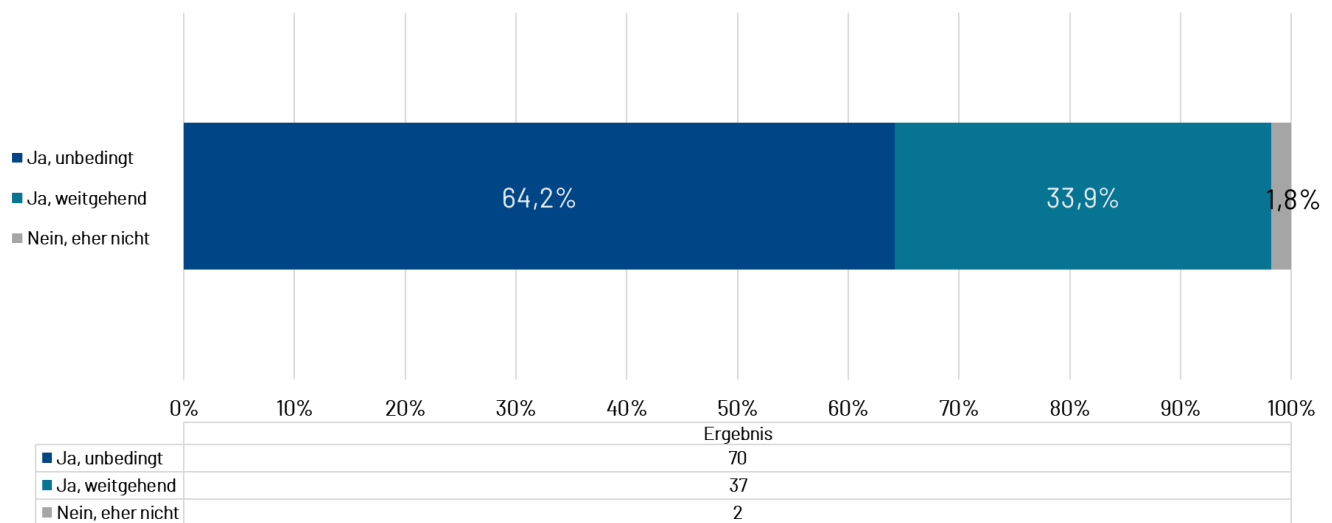
7.5.2 Zweite Delphi-Befragung

Die zweite Befragungswelle wurde am 9. April 2021 gestartet und war bis zum 25 April 2021 geöffnet. Es wurde derselbe Adressatenkreis zur Beteiligung eingeladen. Nach Abschluss der Erhebung konnten 109 Teilnehmende verzeichnet werden, die ihre Einschätzung zu den Forderungen abgaben.

Den Befragten wurden in dieser Befragungswelle die in Kapitel 7.6 vorgestellten Forderungen an den Arbeitsplatz der Zukunft vorgelegt. Die Befragten wurden gebeten, ihre Zustimmung zu den Forderungen auf einer vierstufigen Skala anzugeben. Gefragt wurde: Können Sie sich diesen Forderungen eines Arbeitsplatzes Pflege der Zukunft anschließen? Die Antwortmöglichkeiten reichten von 1) ja, unbedingt über 2) ja, weitgehend, 3) nein, eher nicht bis zu 4) nein, auf keinen Fall. Außerdem wurden die Teilnehmenden gebeten, die Forderungen an den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft offen zu kommentieren: Welche konkreten Forderungen finden sie besonders wichtig und möchten sie hervorheben? Gibt es Forderungen, die sie kritisieren? Die Teilnehmenden wurden gebeten, diese Gründe zu benennen und anzugeben.

Ein Großteil der Teilnehmenden kann sich den vorgestellten Forderungen an den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft anschließen (Zustimmungsquote 98 Prozent, Abbildung 104). 64,2 Prozent der Befragten stimmen den Forderungen unbedingt zu, weitere 33,9 Prozent weitgehend.

Abbildung 104: Können Sie sich den Forderungen an den Pflegearbeitsplatz der Zukunft anschließen?



Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

65 Teilnehmende (59,6 Prozent) nutzten die Möglichkeit, Forderungen als besonders wichtig hervorzuheben. Die Hervorhebungen verteilen sich gleichmäßig auf die zentralen Forderungen an den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft. Es fanden sich auch Kommentare, welche die Wichtigkeit aller Faktoren unterstreichen: „Im Grunde ist jede Forderung gleich wichtig, um den Beruf attraktiver zu gestalten.“ Oder „Alle Forderungen kann ich nur unterstreichen“. Lediglich in Bezug auf die jeweiligen, den Forderungen zugeordneten Maßnahmenbündeln liesen sich Tendenzen hinsichtlich einer Priorisierung erkennen. Am häufigsten wurde eine attraktive Vergütung hervorgehoben, danach die

Passung an Lebensmodelle/Familiensituation, und an dritter Stelle standen die Maßnahmen zur Sicherstellung der Qualität in der Pflege und die Ausbildung einer eigenen Pflegeprofession.

24 Teilnehmende (22 Prozent) hoben für sie kritische Elemente hervor. Einige Kommentare zielten auf die Präzisierung und Priorisierung der zugeordneten Maßnahmen. Wenige Kommentare wiesen auf gewünschte Ergänzungen bei den Maßnahmen hin. Bei manchen Punkten zeichneten sich kontroverse Meinungen ab. Insbesondere im Bereich „Professionalisierung der Pflege“ gingen die Meinungen teilweise auseinander.

- Vergütung:
 - *„Festlegung einer Mindestvergütung: ist meines Erachtens weitgehend wirkungslos und vermittelt zumindest bezogen auf die Pflegefachpersonen ein völlig falsches Bild von der Einkommenssituation in der Pflege.“*
- Flexibilisierung:
 - *„Arbeitszeiten individuell anpassen nur bedingt, da wir einen Versorgungsauftrag haben und viele Bewohner morgens gewaschen und angezogen frühstücken möchten, und das früh. Deshalb können nicht mehrere Mitarbeiter später kommen, die Bewohner zahlen letztlich viel Geld und wir sind gehalten wunsch- und bedürfnisorientiert zu arbeiten.“*
- Professionalisierung in der Aus- und Weiterbildung:
 - *„Ich glaube nicht, dass eine Akademisierung den Pflegberuf attraktiver macht, zumal akademische Pflegekräfte nicht in der Grundpflege tätig sein wollen und hier die Gefahr einer Zweiklassenpflege entsteht.“*
 - *„Es fehlt der universitäre Weg: Etablierung von Pflegewissenschaftlichen Fakultäten bundesweit; Promotionsprogramme usw., und wichtig: Etablierung und Ausbau von Pflegeforschung mit entsprechender Förderung durch Bund und Länder.“*
 - *„Weiterbildungen sollten sich im eigenen Verantwortungsbereich und in der Vergütung niederschlagen: Fort- und Weiterbildungen sollten verpflichtend sein.“*
 - *„Verpflichtung von Fort- und Weiterbildungen. Wenn Fort- und Weiterbildungen verpflichtend werden, dann sitzen in diesen Fort- und Weiterbildungen teilweise unmotivierte Kolleg*innen. Somit könnte das Ziel der Fort- und Weiterbildungen, nämlich die qualitative Verbesserung der Pflege, völlig untergehen und ein Austausch zwischen den Teilnehmern gestört sein.“*
- Berufsprofile und Karrieremöglichkeiten:
 - Warnung vor dem Missbrauch flexibler Skill- und Grade-Mixe und die Forderung nach verbindlichen Regeln
 - bei der Herausbildung von Berufs- und Rollenprofilen ist das gesamte Spektrum/die gesamte Breite der Expertise in den Blick zu nehmen und nicht ausschließlich Aufgaben im Pflegemanagement; an gleicher Stelle sind

Pflegepädagogik (Ausbildung und Lehre) sowie die Pflegewissenschaft zu differenzieren

- Differenzierung und Herausbildung von pflegfachlichen Berufs- und Rollenprofilen sowie Aufgaben im Pflegemanagement: „*Wir brauchen nicht noch mehr ausgebildete und studierte Experten, die nicht am Bett arbeiten! Die Arbeit muss direkt am Patienten vollbracht werden.*“
- Refinanzierung von Qualifizierung und Fortbildung
- Refinanzierung von Grade-Mix
- Pflege als eigenständige Profession:
 - Etablierung einer gemeinsamen Interessensvertretung: ist keinesfalls ausreichend; starke Player Gesundheitssystem sind Selbstverwaltungen in der Form von Körperschaften des öffentlichen Rechts, also Berufskammern; berufliche Pflege muss dringend in dieses System integriert werden, damit überhaupt Augenhöhe denkbar ist; neben dem verpflichtenden Berufsregister ist die Selbstverwaltung des Berufsstandes der Schlüssel zur Aufwertung des Pflegeberufs; die auf der Bundesebene initiierte Bundespflegekammer kann nur stark agieren, wenn entsprechende Landespflegekammern hinter ihr stehen“

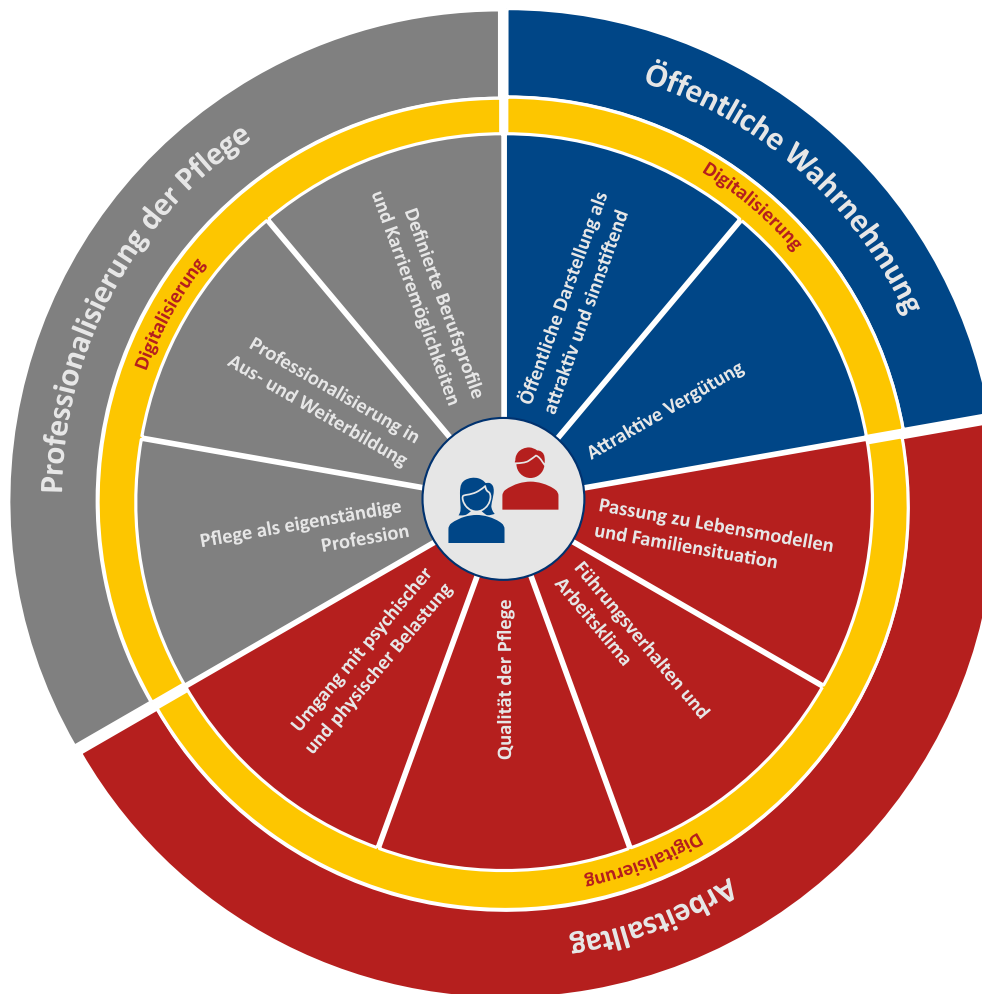
Schließlich wurde auch eine zügige Umsetzung angemahnt: „*Insgesamt ist in der gesamten Auflistung nichts Neues dabei, es müsste nur endlich mal umgesetzt werden!*“

7.6 Synthese: Forderungen an den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft

Aus den in den Interviews und Gruppendiskussionen gewonnenen Aussagen und Wünschen zur Arbeitsplatzsituation in der Pflege wurden zentrale Forderungen an den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft abgeleitet und weiter untergliedert. Dabei wurden diese Forderungen zum einen aus den konkreten Antworten auf die Frage nach dem Arbeitsplatz Pflege der Zukunft übernommen, die jeweils am Ende der Interviews/Gruppendiskussion gestellt wurde. Zum anderen wurden Forderungen abgeleitet, die an verschiedenen Stellen in den Interviews/Gruppendiskussionen zum Ausdruck kamen. In einem zweiten Schritt wurden die Maßnahmen um die Ergebnisse aus der Literaturanalyse und der ersten Delphi-Befragungswelle erweitert und schließlich verdichtet zugeordnet. Die zentralen Forderungen an den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft sind demnach:

1. Der Arbeitsalltag in der Pflege sollte auf die Bedürfnisse der Mitarbeitenden eingehen.
2. Pflege sollte als Beruf in der öffentlichen Wahrnehmung attraktiver werden.
3. Pflege sollte sich weiter professionalisieren und als Profession etablieren.

Abbildung 105: Entwicklungsrad für den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft



Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

Die Forderungen sind an dieser Stelle als gleichwertig zu betrachten, gleichwohl dominiert der betriebliche Alltag die Wahrnehmung um die Attraktivität des Arbeitsplatzes. Die Aspekte der öffentlichen Wahrnehmung ihres Berufes und die Profilierung und Weiterentwicklung der eigenen Profession sind den Pflegenden jedoch ebenso wichtig und wird als eng verflochten mit der Wertschätzung des Berufs und den Gestaltungsmöglichkeiten des Arbeitsalltags interpretiert. Die beruflich Pflegenden wünschen sich, dass in all diesen Bereichen ihre Belange stets mit in den Fokus der Überlegungen gestellt werden. Die dahinterstehenden Maßnahmen sollten einerseits in der 2. Delphi-Befragungswelle in Grundzügen von den Teilnehmenden hervorgehoben werden. Andererseits war das Ziel, diese vollumfänglich in der nachfolgend durchgeführten quantitativen Erhebung weiter zu priorisieren. Sie werden im Folgenden näher ausgeführt.

7.6.1 Arbeitsalltag in der Pflege sollte auf die Bedürfnisse der Mitarbeitenden eingehen

Eine weitere Säule, die außerdem auch in der Außenwirkung deutliche Effekte haben kann, ist die direkte Arbeitsrealität von beruflich Pflegenden. Wichtige Punkte sind hier vor allem arbeitsorganisatorische Aspekte, wie die Passung der Arbeitszeiten an verschiedene Lebensmodelle

und die Qualität der Arbeit. Darüber hinaus ist Gesundheitsförderung und Prävention im direkten Alltag ein relevanter Faktor für die Gestaltung eines attraktiven Arbeitsplatzes der Zukunft. Besonders auf der Ebene des Arbeitsalltags können aber auch die Erhöhung des Personalschlüssels und die Implementierung von digitalen Technologien für Entlastung sorgen.

Die verschiedenen **Lebensmodelle und privaten wie familiären Bedürfnisse** der beruflich Pflegenden und die damit verbundenen individuell unterschiedlichen zeitlichen Verfügbarkeiten sollten – neben den Bedürfnissen der Patient*innen und Bewohner*innen – Ausgangspunkt betrieblicher und politischer Planungen und Investitionen sein.

Mögliche Maßnahmen:

- *Individuelle Arbeitszeitmodelle*
- *Langfristige und verlässliche Dienstplanung*
- *Einbeziehung des Pflegepersonals in die Dienstplanung*
- *Ausfallkonzepte und -management (Bspw. Pflege-Pool, Bereitschaftsdienste, Überplanung)*
- *Vermittlung und Implementierung von Angeboten zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf (bspw. Flexible Kinderbetreuungsmöglichkeiten, Betriebs-Kita, Abhol- und Bringdienste für Kita- und Schulkinder, Hausaufgabenbetreuung)*
- *Ermöglichung von orts- und zeitunabhängigem Arbeiten, wo immer möglich (bspw. Dokumentations- und Planungsaufgaben, Dienstplanung)*

Die Qualität der Arbeit beschreibt an dieser Stelle, welche Voraussetzungen für einen produktiven Arbeitsplatz Pflege notwendig sein können. Zentral sind hier die Faktoren Führungsverhalten und Teamatmosphäre sowie die Qualität der Pflege.

Das **Führungsverhalten und die Atmosphäre in den Teams** sollten beruflich Pflegenden in ihrer Arbeit, ihrer Potenzialentwicklung und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf unterstützen.

Mögliche Maßnahmen:

- *Gewaltfreie Kommunikation*
- *Einbeziehung des Pflegepersonals in Entscheidungsprozesse*
- *Stärkung von Autonomie und Eigenverantwortung in der Pflege*
- *Etablierung einer offenen Fehlerkultur*
- *Orientierung an Ressourcen und Potenzialen der Mitarbeitenden*
- *Aktive Unterstützung der Mitarbeitenden bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf*
- *Aktive Personal- und Teamentwicklung (Konfliktmanagement, Coachings, Motivation, fachliche Weiterentwicklung usw.)*

Es entspricht dem Selbstverständnis der beruflich Pflegenden, dass die **Qualität der Pflege** jederzeit gewährleistet werden muss.

Mögliche Maßnahmen:

- *Sicherstellung von ausreichendem und qualifiziertem Personal zu jeder Zeit*
- *Festlegung von Personaluntergrenzen und Verfahren zur Personalbemessung*
- *Flexible Anpassungen der Leistungen nach zuvor definierten Kriterien in Muss-, Soll- und Kann-Leistungen*
- *Flexibilität in der Ablaufplanung*

- *Vermeidung von Zeit- bzw. Leiharbeit*

Der Pflegeberuf ist durch hohe **körperliche und psychische Anforderungen** geprägt. Dementsprechend ist es wichtig, den Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention strukturiert zu erheben und diesen mit geeigneten Angeboten und Maßnahmen auf allen Ebenen anzusprechen und zu managen.

Mögliche Maßnahmen:

- *Jederzeitige Verfügbarkeit adäquater Hilfsmittel und Schutzausrüstung*
- *Schnelle und unkomplizierte Bestell- und Genehmigungsprozesse für Hilfsmittel*
- *Schulung im sicheren Umgang mit Hilfsmitteln und Schutzausrüstung*
- *Sensibilisierung bzgl. der Nutzung von Hilfsmitteln*
- *Regelmäßige Erhebung von Belastungen und Ableitung von Maßnahmen im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements*
- *Implementierung individueller Präventionsmöglichkeiten, die auch zeit- und ortsunabhängig wahrgenommen werden können*
- *Befähigung des Umgangs mit psychischen Belastungen (bspw. Supervision, Coaching, Konflikt- und Kommunikationstrainings, Gewaltprävention, Angeboten zur Förderung von Resilienz, Selbstpflege und Selbstwert)*
- *Ausreichend Pausenzeiten in den Diensten und Erholungsphasen zwischen den Diensten sind sicherzustellen*
- *Pflegefremde Tätigkeiten sollten konsequent reduziert und erleichtert werden*

7.6.2 Pflege sollte als Beruf in der öffentlichen Wahrnehmung attraktiver werden

Um mehr Personen für den Beruf Pflege zu rekrutieren und beruflich Pflegende in Bezug auf ihre Berufsentscheidung und den Verbleib in diesem zu bestärken, ist es sinnvoll, die öffentliche Wahrnehmung von Pflege zu betrachten und attraktiver zu gestalten. Das betrifft neben dem Arbeitsalltag in der Pflege (Punkt 2) vor allem die Vergütungssituation und die aktuelle Darstellung des Pflegeberufs in der Öffentlichkeit.

Die **Vergütung** in der Pflege muss attraktiv gegenüber anderen Berufen mit vergleichbarem Ausbildungsniveau sein und die körperlichen und psychischen Belastungen des Berufs berücksichtigen.

Mögliche Maßnahmen:

- *Weiterentwicklung der Vergütung in der Pflege*
- *Nutzung und Schaffung von Kompensationsmöglichkeiten für eine leistungsgerechte Vergütung*
- *Festlegung eines Mindestlohns*
- *Steuer- und Sozialversicherungsfreiheit für Zulagen*
- *verbindliche Tarifregelungen*
- *Schicht- und Gefahrezulagen*

Die Pflege sollte in der **Öffentlichkeit** als attraktiver und sinnhafter Beruf in seiner ganzen Professionalität dargestellt werden.

Mögliche Maßnahmen

- *Zeichnen eines realitätsnahen Bildes des Pflegeberufs*
- *Einbeziehung von beruflich Pflegenden bei der Umsetzung der medialen Kommunikation*
- *Aufzeigen von Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten in der Pflege*

7.6.3 Pflege sollte sich weiter professionalisieren und als Profession etablieren

Die Weiterentwicklung und Stärkung der Pflege als Profession haben einen Einfluss auf die äußere Wahrnehmung und den Arbeitsalltag der Pflege. Auf dem Weg zur Professionsentwicklung sind vor allem der Auftritt in der direkten Zusammenarbeit und in der politischen Diskussion, die Weiterentwicklung der Aus- und Weiterbildung in der Pflege sowie das Stärken von Berufsprofilen und Karrierewegen Faktoren, die beachtet werden müssen.

Pflege sollte in der direkten beruflichen Zusammenarbeit mit anderen Professionen und in der politischen Auseinandersetzung als **eigene Profession** auftreten.

Mögliche Maßnahmen:

- *Pflegefachliche Gleichstellung gegenüber anderen Heilberufen*
- *Herausbildung interprofessioneller und formal geregelter Formen der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen*
- *Etablierung einer gemeinsamen Interessenvertretung*
- *Hervorhebung der Vorbehaltsaufgaben der Pflege*

Die Weiterentwicklung der Pflegeprofession sollte auch in der **Aus- und Weiterbildung** konsequent weiterverfolgt werden. Inhaltlich sollten Pflegequalität und Evidenzbasierung, aber auch Themen der Digitalisierung einen höheren Stellenwert in Aus- und Weiterbildung bekommen.

Mögliche Maßnahmen:

- *Systematisierung und Verpflichtung von Fort- und Weiterbildungen*
- *Aufbau von Fach- und hochschulischen Qualifikationsmöglichkeiten in allen Bundesländern*
- *Aufwertung und höherer Qualifikation von Praxisanleitungen*
- *Ermöglichung von zeit- und ortsunabhängigen Fort- und Weiterbildungs(-einheiten)*
- *Berücksichtigung von Anleitungs-, Ausbildungs-, Schulungs- und Trainingszeiten in Dienstplanung und Finanzierung (Keine Anrechnung auf Planstellen)*
- *Schaffung von innerbetrieblichen Innovationsräumen*

Die Weiterentwicklung und Etablierung von **Berufsprofilen und Karrieremöglichkeiten** in der Pflege sollte konsequent verfolgt und unterstützt werden.

Mögliche Maßnahmen:

- *Differenzierung und Herausbildung von pflegefachlichen Berufs- und Rollenprofilen sowie Aufgaben im Pflegemanagement*
- *Einheitliche Festlegung von verschiedenen Qualifikationsformen und -graden*
- *Ermöglichung flexibler Skill- und Grade-Mixe*
- *Weiterbildungen sollten sich im eigenen Verantwortungsbereich und in der Vergütung niederschlagen*

8 Standardisierte Befragung von beruflich Pflegenden

8.1 Datenerhebung

Ziel der standardisierten Befragung und quantitativen Analyse war es, Einblicke in die Verbreitung der in den qualitativen Befragungen und Analysen entdeckten Strukturen zu gewinnen.

Als Grundgesamtheit wurden alle Personen in Deutschland definiert, die zum Befragungszeitpunkt in einem der folgenden Settings tätig sind

- Langzeitpflege/vollstationären Pflege
- teilstationären Pflege
- ambulanten Alten- und/oder Krankenpflege
- im Krankenhaus, einer Tagesklinik
- im Hospiz (stationär)
- in der stationären Reha
- in der Eingliederungshilfe oder Kinder- und Jugendhilfe

und sich der Pflege zugehörig fühlen. Explizit im Fragebogen angesprochen werden folgende Gruppen:

- Pflegefachpersonen
- Assistenzkräfte
- Hilfskräfte
- Betreuungskräfte
- Alltagsbegleiter*innen
- Auszubildende
- Student*innen mit ersten Praxiserfahrungen
- Praktikant*innen
- Freiwillige Mitarbeitende im Freiwilligen Sozialen Jahr oder Bundesfreiwilligendienst
- Leiharbeiter*innen

(siehe Fragebogen im Anhang 11.6.4 /Willkommenseite).

Nach Planung des Feldzugangs und Entwicklung des Datenschutzkonzeptes wurde der Fragebogen in Abstimmung mit dem auftraggebenden Ministerium entwickelt. Den inhaltlichen Kern der Befragung bilden die in den vorgelagerten Projektschritten ermittelten Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs. Um ein möglichst umfangreiches Bild von den Arbeitsbedingungen in den diversen Settings und Arbeitsformen innerhalb der Pflege und den Einflüssen betrieblicher und politischer Maßnahmen gewinnen zu können, wurden zusätzliche Inhalte ergänzt, etwa Fragen zur Freiberuflichkeit und zur Bewertung des Berufsbildes Physician Assistant. Der Fragebogen wurde im Rahmen zweier Pretests geprüft und hinsichtlich der Verständlichkeit und Vollständigkeit optimiert.

Abgedeckt werden die folgenden Themenbereiche:

- Fragenblock I: Lebenssituation
- Fragenblock II: Berufliche Situation
- Fragenblock III: Wichtigkeit der verschiedenen Themen für die Attraktivität des Pflegeberufs
- Fragenblock IV: Digitalisierung

- Fragenblock V: Vereinbarkeit von familiärer Pflege, Familie und Beruf
- Fragenblock VI: Weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation in der Pflege
 - Pflegequalität
 - Vergütung
 - Führung und Teamatmosphäre (ohne Leitungskräfte)
 - Gesundheitsförderung und Prävention
 - Stärkung der Leitungskräfte (nur Leitungskräfte)
 - Pflegeprofession, Berufsprofile und Karriere
 - Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Fragenblock VII: Lehren aus der Corona-Pandemie
- Fragenblock VIII: Weitere Themen

Die Befragung wurde online mit der auf dem unternehmensinternen Server gehosteten Befragungssoftware LimeSurvey (Community Edition Version 5.3.29) durchgeführt. Um die Ausschöpfung in den zentralen Themenbereichen zu optimieren, wurden die Blöcke VI bis VIII als optional kommuniziert.

Um internationalen Pflegenden mit Sprachbarrieren die Teilnahme zu vereinfachen, wurden über Infobuttons Begriffserläuterungen zur Ansicht eingefügt und auf mögliche Übersetzungshilfen hingewiesen.

Für die Ansprache und Verbreitung der Befragung wurden verschiedene Kanäle genutzt, um der Herausforderung zu begegnen, dass eine direkte persönliche Ansprache der beruflich Pflegenden auf Grund fehlender Register nicht möglich ist.

Die Erhebung wurde als Vollerhebung konzipiert. Eine quantifizierbare Reichweite konnte durch das Anschreiben aller Einrichtungen in Deutschland erreicht werden, in denen beruflich Pflegenden hauptsächlich beschäftigt sind. So wurden insgesamt rund 42.200 Einladungen per E-Mail an Verantwortliche in Pflegediensten, Pflegeheimen, Tagespflegeeinrichtungen, Wohngruppen, Betreutem Wohnen, Kliniken und Rehakliniken sowie Hospizen verschickt. Die Einrichtungen erhielten Informationen zur Befragung mit der Bitte, diese unter den Beschäftigten, die beruflich pflegen, weiter zu verbreiten. Das Anschreiben für Mitarbeitende konnte als E-Mail weitergeleitet oder auch ausgedruckt und in den Stationszimmern ausgelegt werden. Es enthielt neben dem Link zur Befragung einen QR-Code, mit dem der Fragebogen auch über Smartphones geöffnet und bearbeitet werden konnte. Dieses Anschreiben für mögliche Befragungsteilnehmer*innen wurde mit einer angepassten E-Mail-Ansprache ebenfalls an Vertreter*innen verschiedener relevanter Verbände zur Weiterleitung an ihre Mitglieder (beruflich Pflegenden oder Einrichtungen, in denen beruflich Pflegenden tätig sind) verschickt. Außerdem wurden Verantwortliche der primärqualifizierenden Studiengänge in der Pflege kontaktiert.

Darüber hinaus wurde die Befragung über verschiedene Social-Media-Kanäle (Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn, XING) sowie über die Newsletter, Blogs und Social-Media-Kanäle von Fachverlagen, publizistisch aktiven beruflich Pflegenden und nicht zuletzt des Bundesministeriums für Gesundheit und des Pflegenetzwerks Deutschland beworben.

Die Befragung war vom 19.08.2022 bis zum 21.09.2022 geöffnet. Nach zwei Wochen Laufzeit erfolgte ein Nachmailing zur Erinnerung an die Teilnahme.

8.2 Stichprobenbereinigung

Insgesamt konnten 7.794 Datensätze erfasst werden. Ausgeschlossen wurden Datensätze, bei denen keine Angaben zum Setting, zur Qualifikation oder zur Leitungstätigkeit vorlagen oder keine der Fragen zu den Beweggründen für erwerbsbiografische Entscheidungen, der Themenrelevanz oder der Maßnahmenbewertung beantwortet wurde. Die Angaben wurden nach Plausibilität geprüft und Datensätze mit unplausiblen Antwortkombinationen in zentralen Fragen ausgeschlossen.

8.3 Beschreibung der Stichprobe

Die bereinigte Stichprobe umfasst Angaben von 5.514 Befragten, und ist damit eine der umfangreichsten Befragungen der letzten 10 Jahre bezogen auf Inhalte und Stichprobengröße. Die Stichprobe ist nicht repräsentativ, bietet aber in besonderer thematischer Breite und Tiefe Einblicke in die Erfahrungen und Einschätzungen beruflich Pflegender in Deutschland. Über die diversen Settings, Qualifikationsniveaus und beruflichen Positionen des Berufsfelds Pflege hinweg machten beruflich Pflegende Angaben zu ihrer Arbeitssituation und ihren Anliegen und bewerteten Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des Berufsfeldes. Tabelle 99 zeigt die Verteilung der Leitungs- und Nicht-Leitungskräfte auf die Settings.

Tabelle 99: Verteilung nach Setting und Leitungsposition

Stichprobe	Keine Leitungsposition	Leitungsposition	Gesamt
Ambulante Pflege	508	503	1.011
Eingliederungshilfe	47	22	69
Hospiz	96	32	128
Kinder- und Jugendhilfe	8	1	9
Krankenhaus	1.830	578	2.408
Reha	34	22	56
Tagesklinik	17	11	28
Teilstationäre Pflege	48	90	138
Vollstationäre Pflege	851	816	1667
Gesamt	3.439	2.075	5.514

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

466 Personen ordneten sich keinem der bestehenden Settings zu und wurden aus der weiteren Befragung ausgeschlossen. Der überwiegende Teil konnte über die Freitextangabe einem ambulanten oder stationären Setting zugeordnet werden. Hier wurde in Abgrenzung zu den bestehenden Antwortmöglichkeiten konkretisiert, in welcher Art von Einrichtung/Pflegedienst usw. die Person tätig ist (bspw. Tagespflege, Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Dialyse, Wohngemeinschaft (WG), Operationsbereich (OP), Eingliederungshilfe (EGH), Psychiatrie, Hospiz, Justizvollzug, u. a. m.). Weiterhin gaben einige Befragte an, sich noch in der Ausbildung oder in einem Studium zu befinden, bzw. in der Forschung tätig zu sein.

Vereinzelt wurden auch Tätigkeiten in der Leiharbeit, bei Verbänden, in Beratungen, im Rahmen der Selbsthilfe, beim Medizinischen Dienst (MD) oder ähnlichem genannt.

37,6 Prozent der Befragten bejahten die Frage danach, ob sie in der Hauptbeschäftigung Leitungsaufgaben mit Führungs- und/oder Personalverantwortung wahrnehmen (siehe Tabelle 99 und Abbildung 106:). 62,4 Prozent waren in der Hauptbeschäftigung nicht als Leitungskraft tätig. Unter den Befragten in der ambulanten und vollstationären Pflege waren Leitungskräfte und Nicht-Leitungskräfte etwa gleich häufig vertreten (ebd.). Unter den Teilnehmenden aus dem Setting Krankenhaus dagegen befanden sich gut drei Viertel Nicht-Leitungskräfte und ein Viertel beruflich Pflegenden in Leitungspositionen. Mögliche Vergleichsstatistiken weisen davon abweichend geringere Anteile an Beschäftigten in Leitungspositionen auf: In der Pflegestatistik wird für ambulante Einrichtungen die Anzahl der Personen mit überwiegendem Tätigkeitsbereich als Pflegedienstleitung ausgewiesen (Statistisches Bundesamt, 2020d, S. 25). Im Verhältnis zu allen Beschäftigten arbeiten nur 6,2 Prozent auf Leitungsebene. Auch aus den Daten der Gesundheitspersonalrechnung (GPR)⁴⁵ lassen sich näherungsweise die Anteile der Leitungspersonen⁴⁶ für die hier interessierenden Settings (ambulante Pflege, Krankenhäuser, Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen sowie stationäre/teilstationäre Pflege) und Berufe⁴⁷ ermitteln: Für den Krankenhausbereich sind dies nach der durchgeführten Berechnung 2,1 Prozent und für den Bereich stationäre/teilstationäre Pflege 1,3 Prozent.⁴⁸ Damit liegen die Anteile an Personen in Leitungspositionen in der Stichprobe über den Anteilen in anderen Statistiken. Dies könnte am Vorgehen zur Bewerbung der Befragung liegen, bei dem die Leitungspersonen in den Einrichtungen die Aufforderung zur Befragung zuerst erhielten. Möglicherweise fand hier eine Selektion durch Leitungskräfte oder andere vorgeschaltete Stellen in der Unternehmenskommunikation statt mit der Entscheidung, den Fragebogen nicht an Beschäftigte weiterzuleiten. Inwiefern die Einrichtungen über Mailverteiler verfügen, in denen alle beruflich pflegenden Mitarbeitenden enthalten sind, ist darüber hinaus offen. Auch kann in diesem Zusammenhang nicht beurteilt werden, ob eine gedruckte Version im Stationszimmer beworben und wahrgenommen wurde. Außerdem könnten die zeitlichen Kapazitäten der beruflich Pflegenden in der direkten Pflege begrenzt sein, so dass eine Bearbeitung des Fragebogens nicht möglich war. Darüber hinaus können Diskrepanzen zwischen der Selbsteinschätzung als Leitungskraft und den in den Vergleichsstatistiken verwendeten Definitionen angenommen werden.

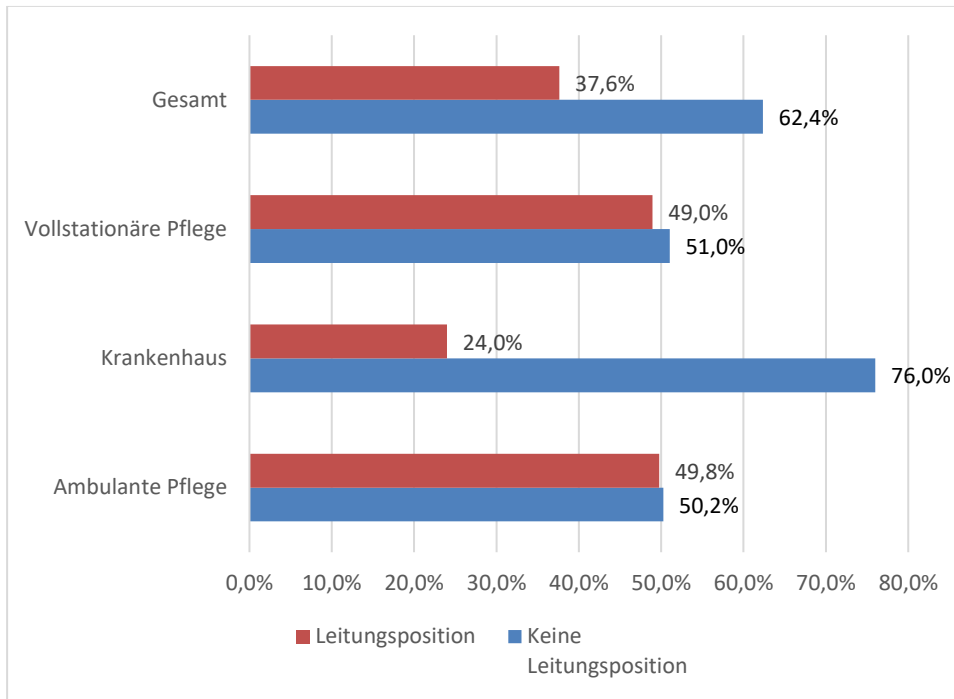
⁴⁵ Die Gesundheitspersonalrechnung bietet Informationen zu Anzahl und Struktur der Beschäftigten im Gesundheitswesen. Eine Differenzierung nach Alter, Geschlecht, Beruf, Einrichtung und Art der Beschäftigung ist möglich. Die GPR nutzt Daten aus rund 30 verschiedenen Quellen, u. a. der Pflegestatistik oder den Grunddaten der Krankenhäuser. Alle Daten wurden aus den jeweiligen Tabellen unter www.gbe-bund.de generiert.

⁴⁶ 4-Steller der KldB 2010: Aufsicht/Führung – Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe (8139), Führungskräfte – Altenpflege (8219)

⁴⁷ 4-Steller der KldB 2010: Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (ohne Spezialisierung, 8130), Fachkrankenpflege (8131), Fachkinderkrankenpflege (8132), Gesundheits- und Krankenpflege (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe, 8138), Aufsicht/Führung – Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe (8139), Altenpflege (ohne Spezialisierung, 8210), Altenpflege (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe, 8218), Führungskräfte – Altenpflege (8219)

⁴⁸ Statistisches Bundesamt - Gesundheitspersonalrechnung (2020): Gesundheitspersonal in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Einrichtung, Beruf. In: www.gbe-bund.de. Abrufdatum: 10.10.2022.

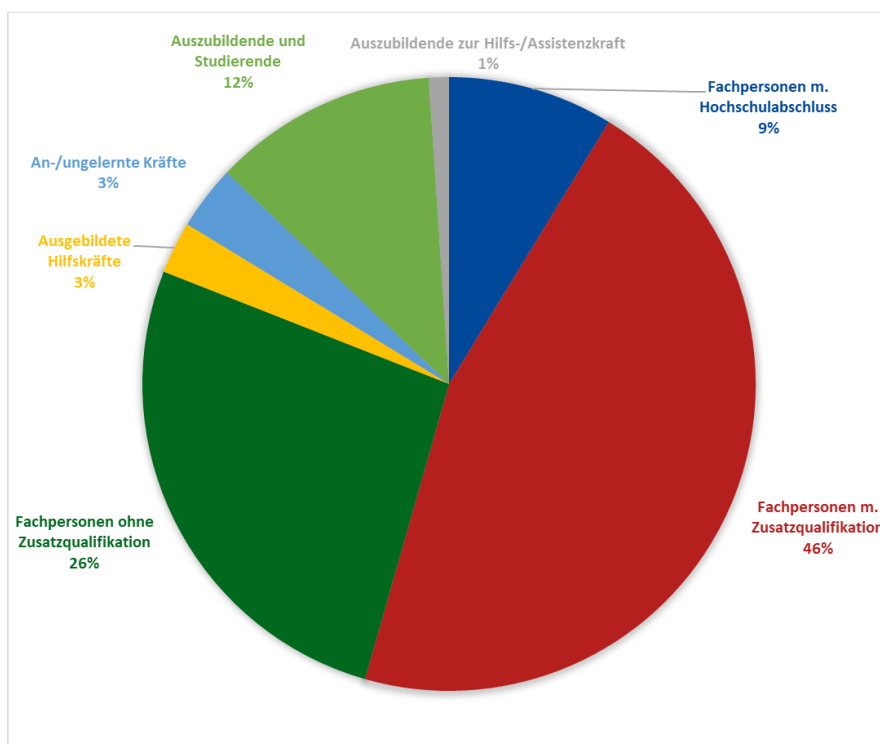
Abbildung 106: Anteile Leitungskräfte insgesamt und in den Settings



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

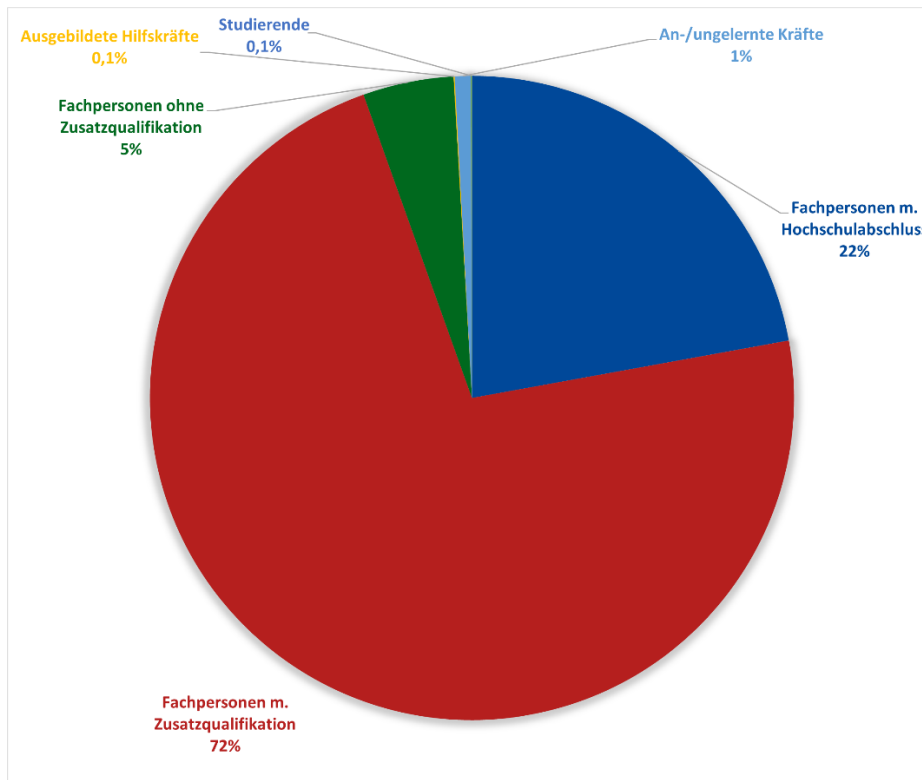
Unter den an der Befragung teilgenommenen Leitungspersonen finden sich deutlich höhere Anteile an Personen mit Zusatzqualifikationen (72 Prozent) oder Hochschulabschluss (22 Prozent) (Abbildung 108) als unter den Nicht-Leitungskräften (46 bzw. 9 Prozent) (Abbildung 107).

Abbildung 107: Qualifikationsverteilung unter Nicht-Leitungskräften



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 108: Qualifikationsverteilung unter Leitungskräften



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Die Qualifikationen der Befragten in der Pflege wurden über eine Multiple-Choice-Frage erhoben (siehe Fragebogen im Anhang 11.6.4, Fragenblock II, Qualifikation). Die Angaben beziehen sich auf in Deutschland anerkannte oder anerkennungsfähige Qualifikationen. Aus den Mehrfachangaben wurde unter Einbezug weiterer Angaben eine Klassifikationsvariable gebildet. Als Fachpersonen mit Hochschulabschluss werden Personen mit Angabe eines abgeschlossenen Studiums in der Pflege sowie Studierende im Master im Bereich Pflege gefasst. Unter Fachpersonen mit Zusatzqualifikation fallen Personen mit abgeschlossener mindestens dreijähriger Pflegeausbildung und Zusatzqualifikationen, die als Voraussetzung eine Ausbildung in der Pflege erfordern und im Gegensatz zu Fortbildungen über einen längeren Zeitraum stattfinden, etwa eine Zusatzqualifikation als Leitungskraft, Praxisanleitung, Qualitätsbeauftragte*r, Qualitätsmanagementbeauftragte*r oder Fachweiterbildungen. Nicht in der Kategorisierung als Zusatzqualifikation gewertet wurden alle Angaben zu Zusatzqualifikationen, die sich auf Studiengänge bezogen, also eine akademische Weiterentwicklung bedeuten (bspw. Bachelor Health Care Management) oder die als eigenständige Ausbildung ohne eine pflegerische Vorausbildung absolviert werden können (bspw. Rettungsassistent). Außerdem wurden Zusatzqualifikationen ausgeschlossen, die nicht spezifisch für den Pflege-Kontext sind (bspw. Yogalehrerin) oder als Fortbildung bewertet wurden (bspw. Aromapflege). Befragte mit abgeschlossener Ausbildung zur Pflegefachperson ohne entsprechende Angaben werden als Fachpersonen ohne Zusatzqualifikation gefasst. Auszubildende zur Pflegefachperson und Studierende in primärqualifizierenden Studiengängen bilden eine eigene Kategorie, ebenso wie Hilfs- und Assistenzkräfte mit mindestens einjähriger Ausbildung, Auszubildende zur Hilfs- bzw. Assistenzkraft sowie An- und ungelernete Kräfte.

397 Personen ordneten sich den vorgegebenen Qualifikationsformen nicht zu und werden durch die Kategorisierung nicht erfasst. Stattdessen machten diese Personen in Freitextform Angaben zu ihrer Qualifikation. Am häufigsten wurde die (Weiter-)Qualifikation über ein (Fach-)Hochschulstudium in einem Pflege-, Gesundheits- oder Sozial (-wissenschaftlichen) Studiengang o. ä. (bspw. auch Gesundheitsökonomie, Gerontologie, Pflegemanagement, Pflegefachwirt, Soziale Arbeit) oder ein fachfremdes Studium (bspw. BWL, Organisationsentwicklung, Wirtschaftspsychologie, -jura) genannt. Ebenfalls sehr häufig wurde eine Leitungs- oder Führungsposition (PDL, EL, Management usw.) erwähnt, genauso wie die weitere Qualifikation durch eine Fachweiterbildung (bspw. Anästhesie, Praxisanleitung, Intensivpflege). Außerdem nutzten viele Befragte das Freitextfeld auch dazu, herauszustellen, dass sie eine Ausbildung zur „examierten Pflegefachkraft“ (oder: Krankenschwester, Pflegefachfrau/-mann) absolviert haben. Etwas weniger häufig wurden auch Abschlüsse in der Altenpflege aufgezählt. Weitere berufliche Qualifikationen/Berufsbezeichnungen, die genannt wurden, jedoch seltener als die bereits beschriebenen, waren bspw. medizinische Fachkraft (MFA), Verwaltungsangestellte bzw. Personen mit kaufmännischer Ausbildung, Betreuungskräfte, bspw. nach § 43b, Heilerziehungspfleger, Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen, sowie Ausbildungsabschlüsse aus anderen Bereichen als der Pflege, Gesundheits- oder Sozialbranche (bspw. Bäcker). Weiterhin gaben auch einige Befragte an, dass sie ohne pflegerische Ausbildung, nur mit Anerkennung ihrer Berufserfahrung, in der Pflege arbeiten. Vereinzelt wurden auch die Berufe Pflegehilfskraft, Erzieher*in, Rettungssanitäter*in, Hebamme oder eine Anstellung im Bereich Hauswirtschaft genannt.

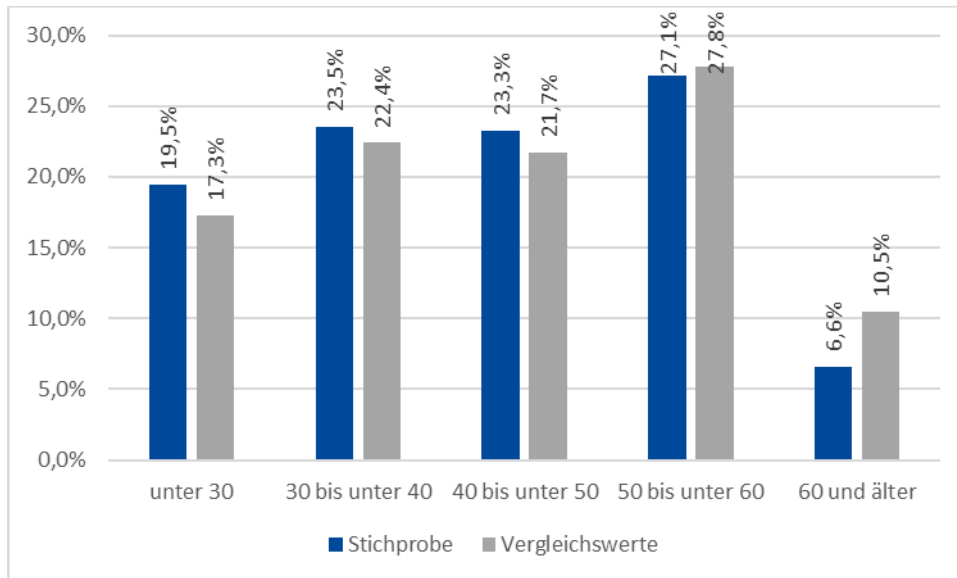
Darüber hinaus teilt sich die Stichprobe in 23,5 Prozent männliche Teilnehmer und 76,2 Prozent weibliche Teilnehmerinnen. 0,3 Prozent der Teilnehmenden stuften sich als divers ein. Die GPR weist für die beruflich pflegenden Beschäftigten in den Settings ambulante Pflege, Krankenhäuser, Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen sowie stationäre/teilstationäre Pflege einen Männeranteil von 16,1 Prozent und einen Frauenanteil von 83,9 Prozent aus.⁴⁹

Die folgende Abbildung 109 zeigt die Verteilung der Stichprobe nach Altersklassen sowie mögliche Vergleichswerte aus der GPR (berücksichtigte Berufsgruppen: siehe Fußnote⁵⁰; Settings: ambulante Pflege, Krankenhäuser, Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen sowie stationäre/teilstationäre Pflege): In den Altersklassen bis unter 50 Jahre liegen die Anteile in der Stichprobe etwas über den Vergleichswerten. Die Altersklassen ab 50 Jahren und insbesondere ab 60 Jahren sind im Vergleich zu den Daten der GPR in der Stichprobe geringfügig (27,1 Prozent vs. 27,8 Prozent) bzw. auch etwas deutlicher (6,6 Prozent vs. 10,5 Prozent) unterrepräsentiert.

⁴⁹ Statistisches Bundesamt - Gesundheitspersonalrechnung (2020): Gesundheitspersonal in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Einrichtung, Beruf. In: www.gbe-bund.de. Abrufdatum: 10.10.2022.

⁵⁰ 4-Steller der KldB 2010: Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege (ohne Spezialisierung, 8130), Fachkrankenpflege (8131), Fachkinderkrankenpflege (8132), Gesundheits- und Krankenpflege (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe, 8138), Aufsicht/Führung – Krankenpflege, Rettungsdienst, Geburtshilfe (8139), Altenpflege (ohne Spezialisierung, 8210), Altenpflege (sonstige spezifische Tätigkeitsangabe, 8218), Führungskräfte – Altenpflege (8219)

Abbildung 109: Stichprobe und Vergleichswerte Altersverteilung



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022; GPR⁵¹

Der Anteil zugewanderter beruflich Pflegender lag in der Stichprobe bei 6,2 Prozent und damit unter den Angaben der Bundesagentur für Arbeit, die einen Anteil von gut 13 Prozent internationaler beruflich Pflegender ermittelt (Bundesagentur für Arbeit, 2022a, S. 10).

Die in der Stichprobe am besten vertretenen Bundesländer waren Nordrhein-Westfalen (28,0 Prozent), Bayern (21,0 Prozent) und Baden-Württemberg (14,2 Prozent). Der geringste Anteil Befragungsteilnehmer*innen kam mit jeweils unter einem Prozent aus Bremen, dem Saarland und Sachsen-Anhalt.

Die Verteilung der Einrichtungen nach Setting und Trägerform stellt sich wie der folgenden Tabelle 100 zu entnehmen, dar. Die meisten Befragungsteilnehmer*innen waren mit 42,2 Prozent in öffentlichen Einrichtungen beschäftigt, gefolgt von freigemeinnützigen (35,4 Prozent) und privaten (20,2 Prozent) Einrichtungen. Mit 26,4 Prozent der beruflich Pflegenden, die an der Befragung teilnahmen, sind öffentliche Krankenhäuser am besten vertreten, gefolgt von freigemeinnützigen Einrichtungen der vollstationären Pflege mit 13,5 Prozent und Krankenhäusern in freigemeinnütziger Trägerschaft mit 11,2 Prozent.

Tabelle 100: Einrichtungen nach Setting und Trägerform

	frei-gemeinnützig	öffentlich	privat	unbekannt	Gesamt
Ambulante Pflege	7,0 %	3,4 %	7,6 %	0,3 %	18,4 %
Eingliederungshilfe	0,7 %	0,4 %	0,1 %	0,0 %	1,2 %
Hospiz	1,3 %	0,6 %	0,2 %	0,1 %	2,2 %

⁵¹ Statistisches Bundesamt - Gesundheitspersonalrechnung (2020): Gesundheitspersonal in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Beschäftigungsart, Einrichtung, Beruf. In: www.gbe-bund.de. Abrufdatum: 10.10.2022.

Kinder- und Jugendhilfe	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
Krankenhaus	11,2 %	26,4 %	4,9 %	1,0 %	43,6 %
Reha	0,1 %	0,2 %	0,7 %	0,0 %	1,0 %
Tagesklinik	0,1 %	0,3 %	0,1 %	0,0 %	0,5 %
Teilstationäre Pflege	1,4 %	0,6 %	0,6 %	0,0 %	2,5 %
Vollstationäre Pflege	13,5 %	10,2 %	5,9 %	0,7 %	30,3 %
Gesamt	35,4 %	42,2 %	20,2 %	2,2 %	100,0 %

Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

8.4 Einflussfaktoren auf erwerbsbiografische Entscheidungen beruflich Pflegender

8.4.1 Berufseinstieg und -rückkehr

Tabelle 101 zeigt die Formen des Berufseinstiegs in der Stichprobe nach Leitungstätigkeit. Der überwiegende Teil der Nicht-Leitungskräfte (71,1 Prozent) wie der Leitungskräfte (74,1 Prozent) geben an, vor ihrer Tätigkeit in der Pflege nicht schwerpunktmäßig in einem anderen Berufsfeld tätig gewesen zu sein („Regeleinsteiger*innen“). Etwa ein Viertel (Nicht-Leitungskräfte) bzw. ca. ein Fünftel (Leitungskräfte) sind aus einer anderen Tätigkeit in die Pflege gewechselt („Quereinsteiger*innen“). Ein geringer Anteil hat die Pflege zwischendurch verlassen, hat in einem anderen Bereich gearbeitet oder studiert und ist zur Pflege zurückgekehrt („Berufsrückkehrer*innen“).

Tabelle 101: Verteilung der Einstiegsarten nach Leitungstätigkeit

	Keine Leitungsposition (n=3.437)	Leitungsposition (n=2.074)
Regeleinsteiger*innen	71,1 %	74,1 %
Quereinsteiger*innen	23,7 %	21,6 %
Berufsrückkehrer*innen	5,2 %	4,3 %

Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Bei Betrachtung der Verteilung der Einstiegsarten in den unterschiedlichen Settings fällt auf, dass in Krankenhäusern und stationären Reha-Einrichtungen häufiger Regeleinsteiger*innen tätig sind, während in den ambulanten und anderen voll- bzw. teilstationären Pflegesettings der Anteil an Quereinsteiger*innen und Berufsrückkehrer*innen höher ausfällt (Tabelle 102).

Tabelle 102: Verteilung der Einstiegsarten nach Setting

	ambulante Pflege und Tageskliniken (n=1.038)	Krankenhäuser und stationäre Reha (n=2.464)	voll- und teilstationäre Pflege incl. Hospize (n=1.931)
Regeleinsteiger*innen	66,7 %	78,9 %	66,7 %
Quereinsteiger*innen	25,9 %	17,8 %	27,8 %
Berufsrückkehrer*innen	7,4 %	3,3 %	5,5 %

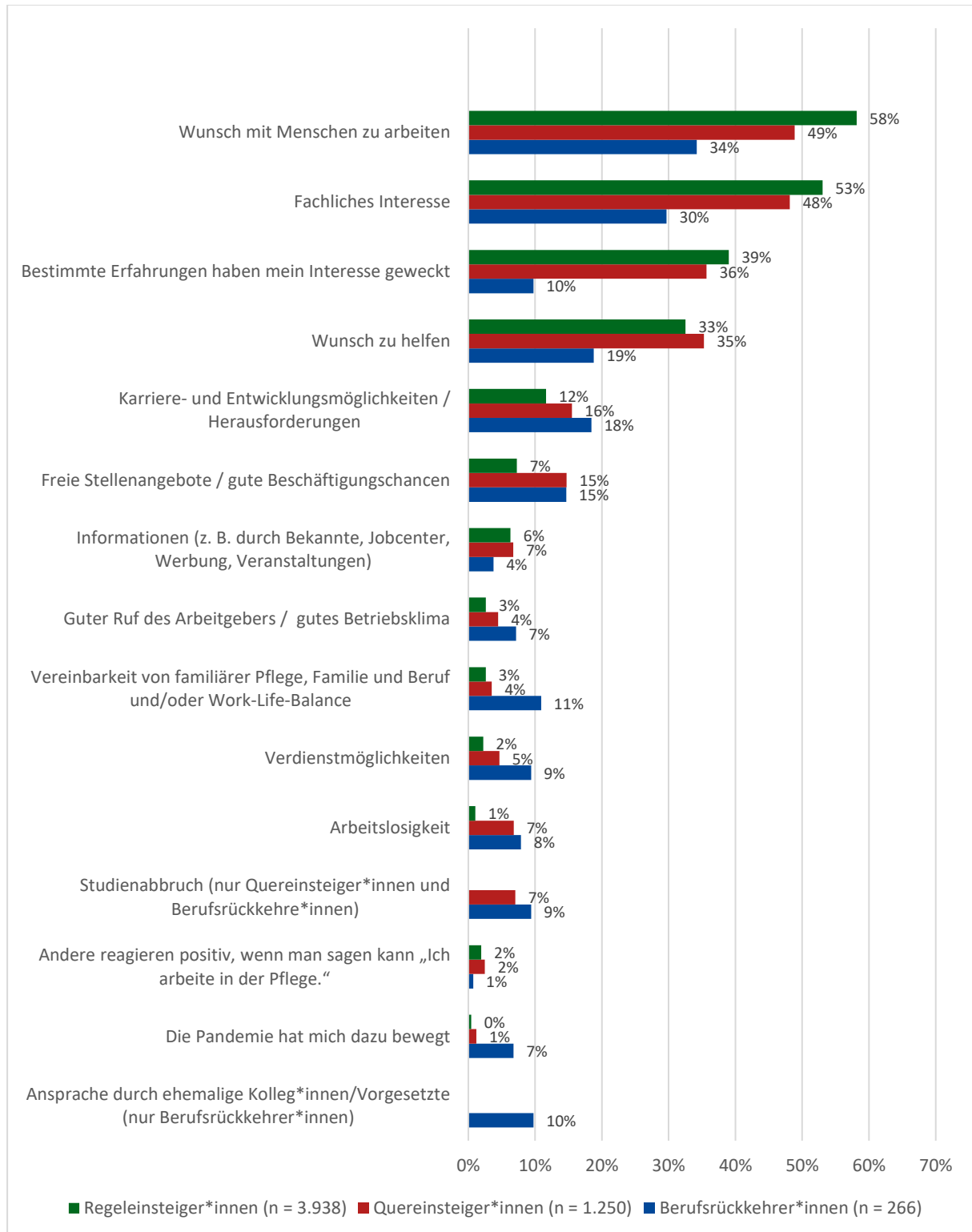
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Gründe für den (Wieder-)Einstieg in die berufliche Pflege

In Form von Multiple-Choice-Fragen wurden die Beweggründe und Auslöser erhoben, die die Befragten zum (Wieder-)Einstieg in die Pflege bewogen haben. Fünfzehn mögliche Einstiegsgründe konnten ausgewählt und über ein Freitextfeld weitere ergänzt werden. Freitextaussagen, die überschneidende Inhalte mit den Kategorien der Multiple-Choice-Auswahl aufwiesen, wurden entsprechend zugeordnet und in die quantitative Auswertung miteinbezogen. Im Median wählten die Befragten 2 Beweggründe aus, die durchschnittliche Anzahl ausgewählter Gründe liegt bei 2,3.

Am häufigsten geäußert wird vor allem bei Regeleinsteiger*innen und Quereinsteiger*innen der Wunsch danach, mit Menschen zu arbeiten (Abbildung 110). Auch das Interesse an medizinischen oder pflegefachlichen Themen ist ein häufiger Einstiegsgrund, wenn auch bei den Quereinsteiger*innen etwas weniger verbreitet. Berufsrückkehrer*innen wählen im Vergleich zu Regel- und Quereinsteiger*innen einige Gründe häufiger aus, bspw. die Karriere- und Entwicklungsmöglichkeiten/Herausforderungen sowie die Vereinbarkeit und/oder Work-Life-Balance. Bei den Berufsrückkehrer*innen wurde zusätzlich zu den anderen Beweggründen auch die Ansprache durch ehemalige Kolleg*innen abgefragt. Zehn Prozent geben an, diese habe für ihren Wiedereinstieg eine Rolle gespielt.

Abbildung 110: Gründe für den (Wieder-)Einstieg in den Pflegeberuf

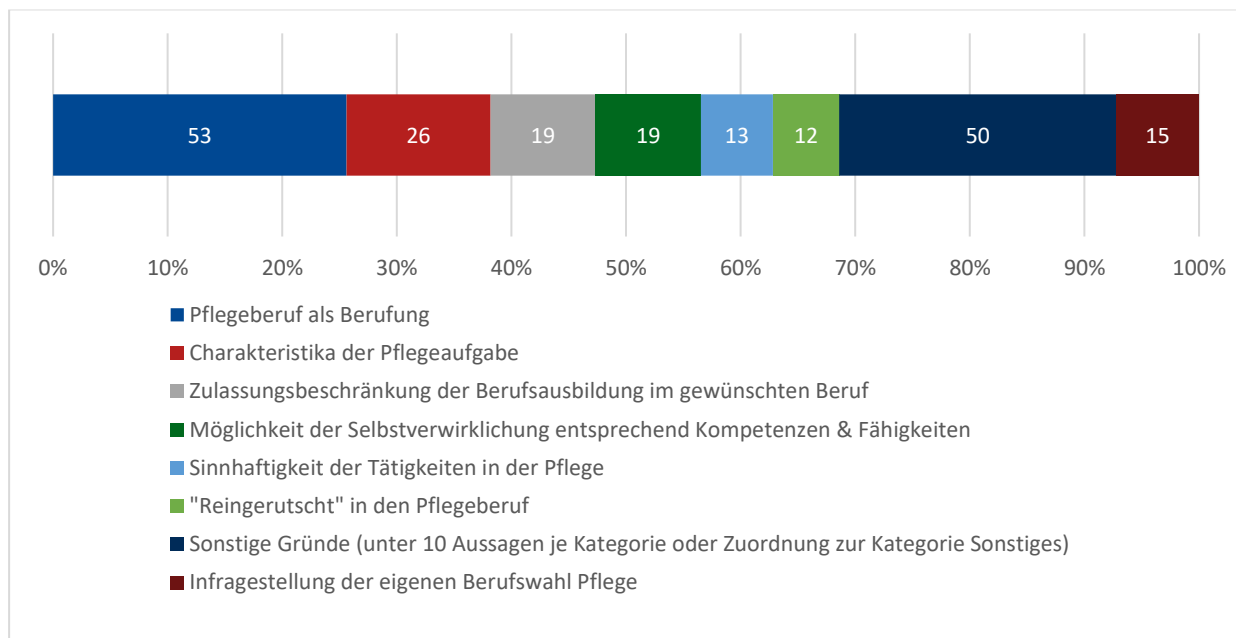


Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Für Einstiegsgründe, die sich nicht in den Auswahlkategorien widerspiegeln, wurden alternative Kategorien gebildet. Insgesamt konnten 207 Freitextantworten nicht den bestehenden Kategorien zugeordnet werden und wurden dementsprechend neu kategorisiert. Knapp ein Viertel der neu

kategorisierten Antworten bezieht sich hier bspw. darauf, dass der Pflegeberuf für die Antwortenden eine „Berufung“ sei. Weitere 13 Prozent beschreiben Charakteristika der Pflegeaufgabe, wie bspw. die Abwechslung im Berufsalltag und die Vielfältigkeit des Berufes als ausschlaggebend für die Berufswahl. Neun Prozent der neu zu kategorisierenden Freitext-Aussagen bezieht sich außerdem darauf, dass die Antwortenden bei ihrem Wunschberuf (v. a. Studium) mit Zulassungsbeschränkungen konfrontiert waren und deswegen den Pflegeberuf zunächst als Überbrückung von bspw. Wartezeiten gewählt haben. Ebenfalls neun Prozent der Aussagen konnte in einer Kategorie mit dem Oberbegriff Selbstverwirklichung zusammengefasst werden. Weitere weniger häufig genannte Gründe waren bspw. die Sinnhaftigkeit des Berufs (6 Prozent) oder Äußerungen darüber, dass die betreffenden Personen in den Beruf „reingerutscht“ seien (6 Prozent). Sieben Prozent der Freitextfeld-Antworten (15 Antworten) enthielten außerdem Aussagen über Zweifel am eigenen Berufseinstieg in die Pflege. Die übrigen Aussagen konnten nicht näher kategorisiert werden und fallen damit in eine Sonstiges-Kategorie oder waren im Vergleich zu anderen Kategorien nur marginal vertreten (Abbildung 111).

Abbildung 111: Ergänzende Einstiegsgründe aus Freitextanalyse



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

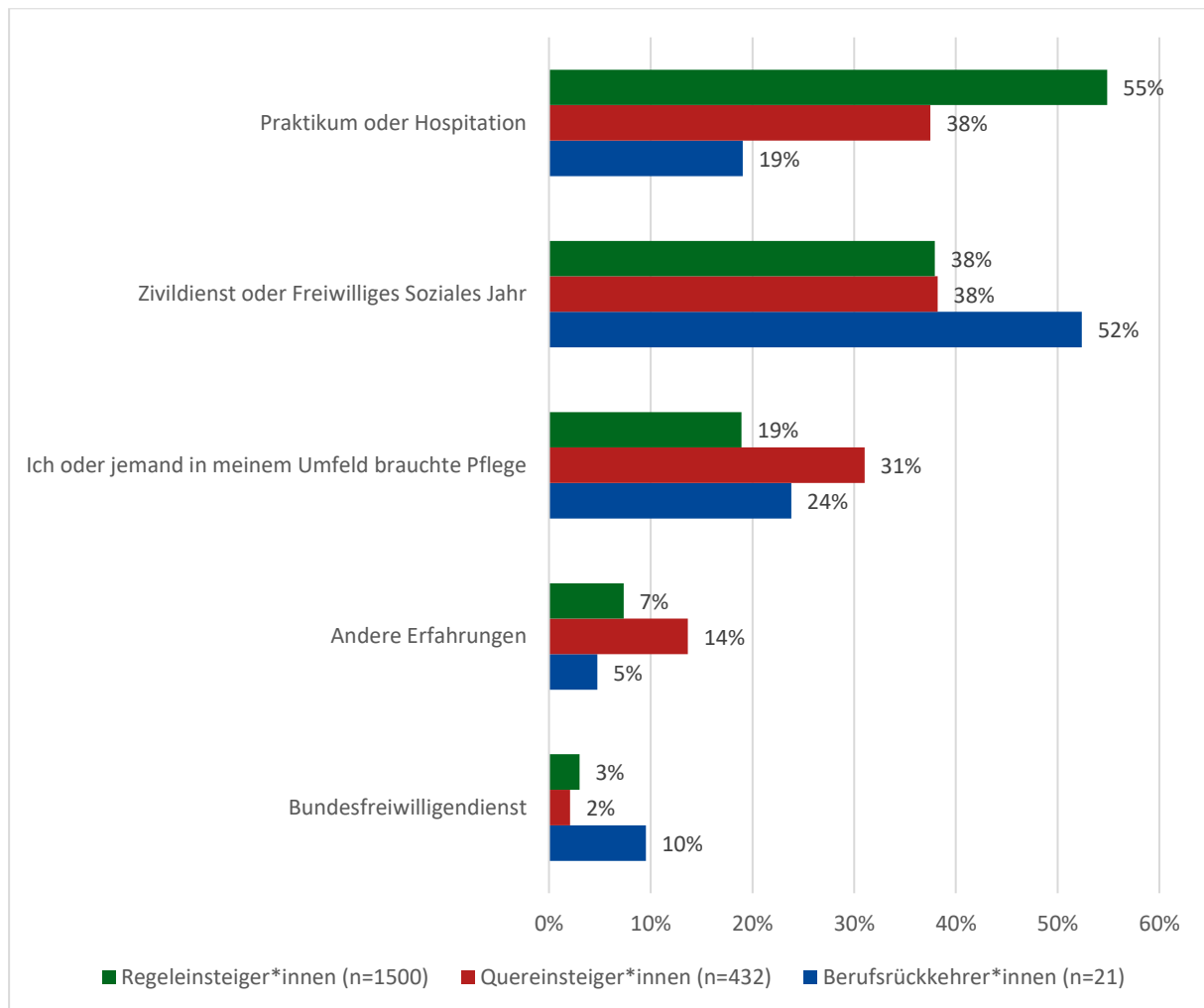
Erfahrungen, die auf den Pflegeberuf aufmerksam gemacht haben

Erfragt wurde weiterhin, welche konkreten Erfahrungen die Befragten auf den Pflegeberuf aufmerksam gemacht haben, sofern sie im Vorfeld angegeben hatten, dass sie aufgrund von spezifischen Erfahrungen eingestiegen sind. Die Befragten hatten wieder die Möglichkeit mehrere Optionen auszuwählen.

Der Median der Anzahl ausgewählter Erfahrungen liegt bei eins. Gruppirt nach Einstiegsart zeigen sich einige Unterschiede: Während über die Hälfte der Regeleinsteiger*innen ein Praktikum oder eine Hospitation und etwas weniger (38 Prozent) den Zivildienst oder ein Freiwilliges Soziales Jahr angeben, sind es bei Quereinsteiger*innen zu etwas weniger als einem Drittel, neben Praktika (38 Prozent) und Zivildienst/FSJ (38 Prozent) auch Erfahrungen mit Pflegebedürftigkeit im persönlichen Umfeld oder

eigener Pflegebedürftigkeit (Abbildung 112). Besonderheiten der Gruppe der Berufsrückkehrer*innen sind aufgrund der geringen Fallzahl kaum aussagekräftig.

Abbildung 112: Erfahrungen, die auf den Pflegeberuf aufmerksam gemacht haben



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

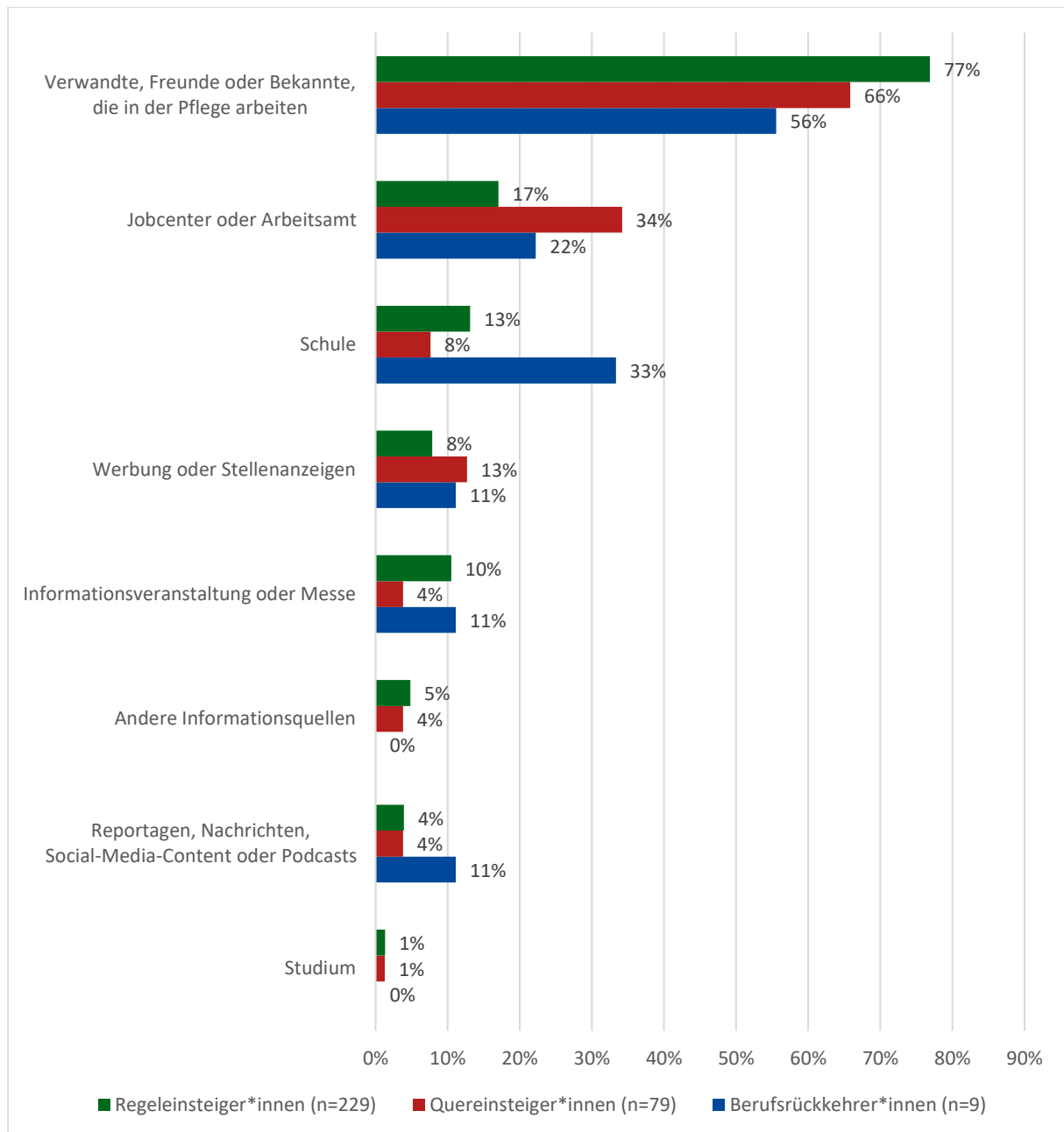
Unter „andere Erfahrungen“ konnten als Freitext von weiteren Berührungspunkten berichtet werden. 176 Personen machten entsprechende Angaben. Etwas mehr als ein Drittel dieser Befragten und damit der größte Anteil erläutert, dass sie durch Verwandte und/oder Bekannte, die in der Pflege arbeiten oder gearbeitet haben, auf diesen Beruf aufmerksam geworden sind. Etwas weniger als ein Drittel hat durch verschiedene Nebenjobs und Aushilfstätigkeiten, viele davon schon zu Schulzeiten, Erfahrungen gesammelt und ist dadurch auf den Beruf aufmerksam geworden. Weitere relevante Bereiche sind ehrenamtliche Tätigkeiten, Tätigkeiten im Bereich Rettungsdienst/Sanitätsdienst und militärische Erfahrungen im Sanitätsdienst. Nicht zuletzt haben eine Reihe von Befragten dadurch Erfahrungen gesammelt, dass sie entweder selbst pflegebedürftig waren oder dies im nahen Umfeld erlebt haben.

Informationsquellen, die auf den Pflegeberuf aufmerksam gemacht haben

Personen, die als Einstiegsgrund erhaltene Informationen auswählten, hatten die Möglichkeit die Informationsquellen, die sie auf den Pflegeberuf aufmerksam gemacht haben, weiter zu spezifizieren (Abbildung 113). Auch hier wird ähnlich wie bei den Erfahrungen nur selten eine Mehrfachauswahl

getroffen (Median: 1, arithmetisches Mittel: 1,3). Unabhängig von der Einstiegsart werden hier vor allem Verwandte, Freunde oder Bekannte, die in der Pflege arbeiten, als Informationsquelle genannt. Bei den Quereinsteiger*innen spielt mit knapp einem Drittel der Antwortenden auch das Jobcenter bzw. das Arbeitsamt eine relevante Rolle bei der Informationsgewinnung. Die Gruppe der Berufsrückkehrer*innen ist als zu klein einzuordnen, um regelhafte Unterschiede zu vermuten.

Abbildung 113: Informationsquellen, die auf den Pflegeberuf aufmerksam gemacht haben



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

14 Befragte machen unter „Andere Informationsquellen“ ergänzende Angaben im Freitextfeld. Als relevanteste Informationsquelle zeigen sich Verwandte und Bekannte. Weiterhin wurden Informationen über die berufliche Pflege im Rahmen von Nebenjobs, Praktika und Ehrenamt

gewonnen. Schließlich geben zwei Befragte an, über Berufsverbände bzw. Berufsberatung auf den Pflegeberuf aufmerksam geworden zu sein.

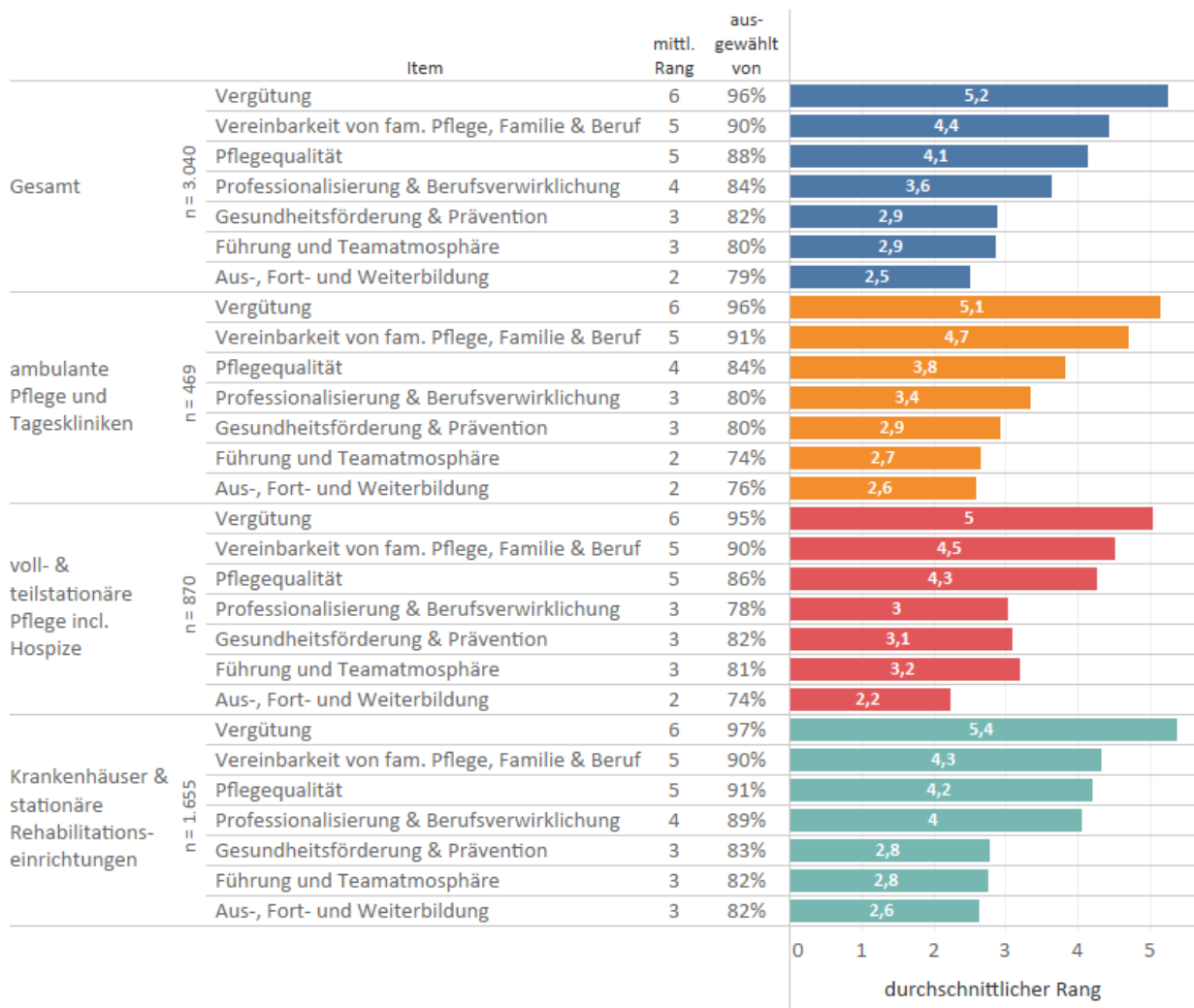
Bedeutung verschiedener Themenfelder für die Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs

In Form von Rangfolgefragen wurde die Bedeutung verschiedener Themenfelder zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs sowie zur Förderung von Quereinstiegen und Berufsrückkehr abgefragt. Nicht-Leitungskräfte wurden gebeten, die Themen Vergütung, Vereinbarkeit von familiärer Pflege, Familie und Beruf, Förderung der Pflegequalität, Gesundheitsförderung und Prävention, Professionalisierung und Berufsverwirklichung, Führung und Teamatmosphäre sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung nach ihrer Bedeutung für eine bestimmte Fragestellung auszuwählen und anzuordnen. Leitungskräften wurde jeweils eine Variante angezeigt, in der sie statt dem Thema Führung und Teamatmosphäre das Thema Stärkung der Leitungskräfte angezeigt bekamen. Die Items entsprechen dabei Blöcken des Fragebogens. Somit geben die Rangfolgen einen Einblick in die Relevanz der Abschnitte des Fragebogens aus Sicht der Befragten. In den Erläuterungstexten zu den Items wurde das Begriffsverständnis auf den Inhalt des entsprechenden Blocks hin vereinheitlicht. So wurde etwa das Item „Bessere Pflegequalität“ mit der Frage „Wie wichtig ist es, für eine bessere Qualität der Pflege verstärkt Mitarbeiter*innen mit verschiedenen Qualifikationen und/oder geeignete Hilfsmittel einzusetzen?“ erläutert.

Die Vergütung spielt insbesondere den Nicht-Leitungskräften zu Folge über die Settings hinweg eine zentrale Rolle dabei, den Pflegeberuf attraktiver zu machen sowie die Berufsrückkehr und Quereinstiege zu fördern (Abbildung 114 bis Abbildung 119). So bewerteten etwa 96 Prozent der Nicht-Leitungskräfte das Thema als wichtig, um die Pflege attraktiver zu machen. 58 Prozent setzen es bei der Priorisierung der Themenfelder auf einen der obersten zwei von sieben Rängen. Bei den Leitungskräften wird das Thema mit 92 Prozent ebenfalls am häufigsten ausgewählt, jedoch weniger stark priorisiert. Im mittleren und durchschnittlichen Rang wird es etwa gleich wichtig wie die Vereinbarkeit von familiärer Pflege, Familie und Beruf angesehen. Leitungskräfte, die in Krankenhäusern oder stationären Rehaeinrichtungen tätig sind, messen durchschnittlich der Professionalisierung und Berufsverwirklichung die höchste Bedeutung zu.

In ihrer Bedeutung für die Gewinnung von Quereinsteiger*innen und Berufsrückkehrer*innen setzen sich die Themen Vergütung und Vereinbarkeit deutlicher von den übrigen Themen ab.

Abbildung 114: Priorität der Themenfelder zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs nach Setting (Nicht-Leitungskräfte)



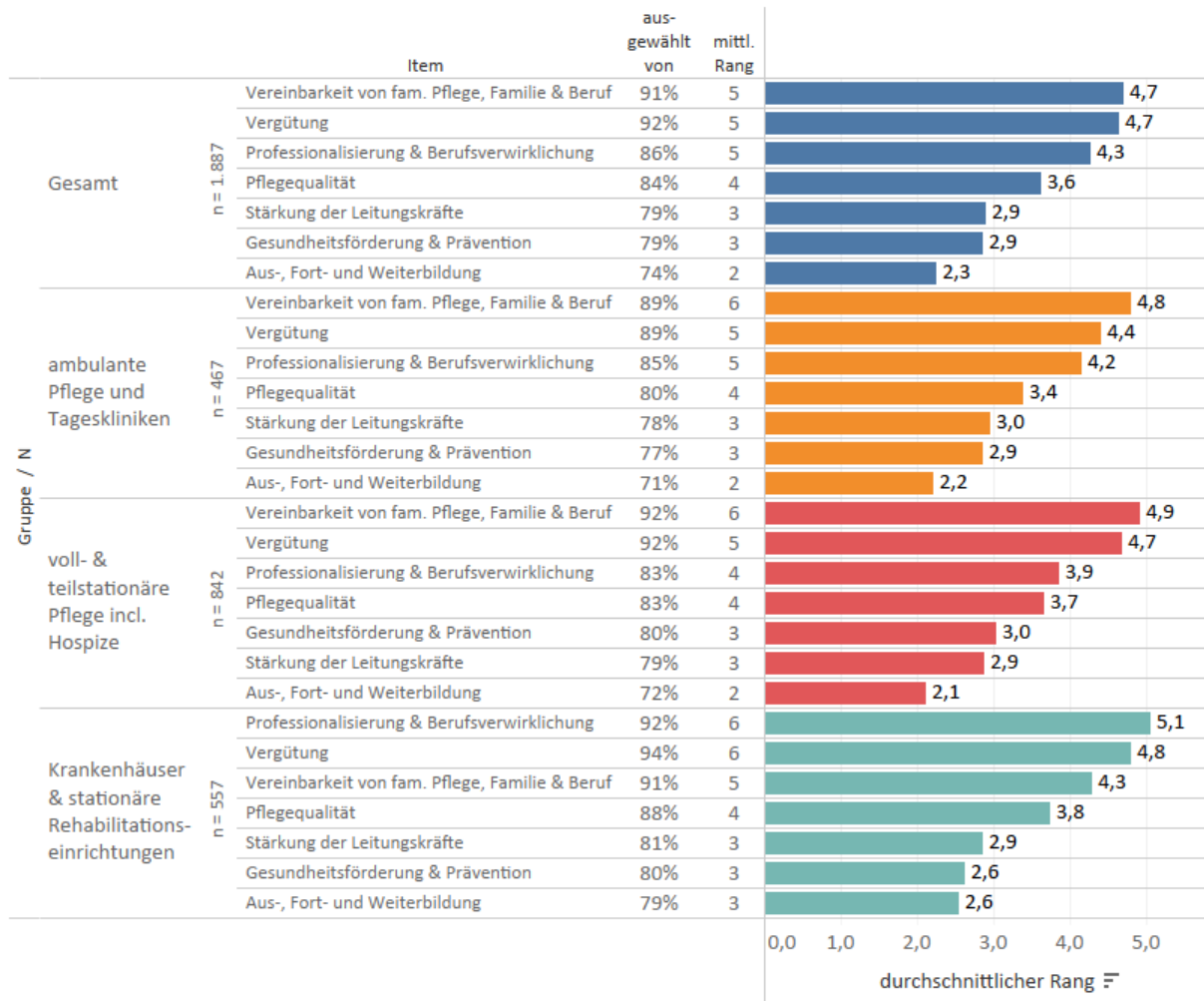
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Erläuterung zur Grafik:

Die Ränge spiegeln den Grad der Priorisierung der Themenfelder wider. Wurde ein Item von einer Person in der Rangfolge an oberste Stelle gesetzt, wurde dem Item für diese Person der maximale Rang zugeordnet, welcher der Anzahl der Items ($k=7$) entspricht. Wurde es an zweitoberste Stelle gesetzt, wurde der Rang $k-1$ zugeordnet usw. Bei Nichtauswahl wurde ein Wert von 0 zugeordnet. Personen, die kein einziges Item ausgewählt hatten, wurden nicht in die Auswertung miteinbezogen.

Unter „ausgewählt von“ ist die Häufigkeit dargestellt, mit der die Antwortenden ein Item auswählten; unabhängig davon, wie stark es gegenüber den anderen ausgewählten Items priorisiert wurde. Der mittlere und durchschnittliche Rang beziehen die Priorisierung mit ein. Der mittlere Rang (Median) erfasst den Wert, der bei einer geordneten Liste der einem Item zugeordneten Ränge in der Mitte liegt: Mindestens die Hälfte der Befragten haben dem Item einen so hohen oder geringeren Rang zugeordnet, mindestens die Hälfte der Befragten einen so hohen oder höheren. Der durchschnittliche Rang beschreibt das arithmetische Mittel der Ränge des Items. Das arithmetische Mittel hat bei seltener Auswahl einen höheren Informationsgehalt als der Median, beruht jedoch im Gegensatz zu diesem auf der Annahme, der Abstand zwischen den Rängen könne als gleich angesehen werden.

Abbildung 115: Priorität der Themenfelder zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs nach Setting (Leitungskräfte)



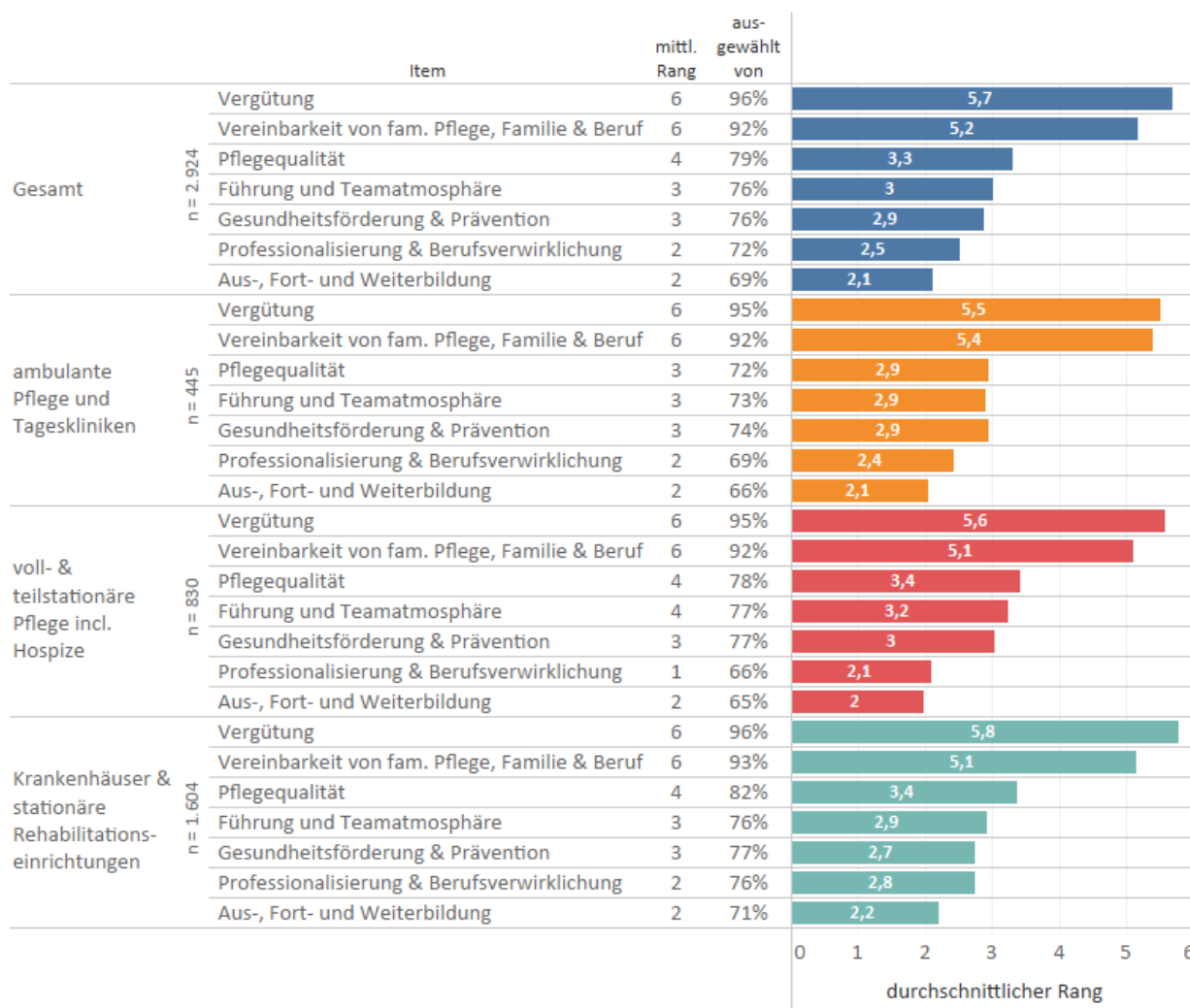
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Erläuterung zur Grafik:

Die Ränge spiegeln den Grad der Priorisierung der Themenfelder wider. Wurde ein Item von einer Person in der Rangfolge an oberste Stelle gesetzt, wurde dem Item für diese Person der maximale Rang zugeordnet, welcher der Anzahl der Items ($k=7$) entspricht. Wurde es an zweitoberste Stelle gesetzt, wurde der Rang $k-1$ zugeordnet usw.. Bei Nichtauswahl wurde ein Wert von 0 zugeordnet. Personen, die kein einziges Item ausgewählt hatten, wurden nicht in die Auswertung miteinbezogen.

Unter „ausgewählt von“ ist die Häufigkeit dargestellt, mit der die Antwortenden ein Item auswählten; unabhängig davon, wie stark es gegenüber den anderen ausgewählten Items priorisiert wurde. Der mittlere und durchschnittliche Rang beziehen die Priorisierung mit ein. Der mittlere Rang (Median) erfasst den Wert, der bei einer geordneten Liste der einem Item zugeordneten Ränge in der Mitte liegt: Mindestens die Hälfte der Befragten haben dem Item einen so hohen oder geringeren Rang zugeordnet, mindestens die Hälfte der Befragten einen so hohen oder höheren. Der durchschnittliche Rang beschreibt das arithmetische Mittel der Ränge des Items. Das arithmetische Mittel hat bei seltener Auswahl einen höheren Informationsgehalt als der Median, beruht jedoch im Gegensatz zu diesem auf der Annahme, der Abstand zwischen den Rängen können als gleich angesehen werden.

Abbildung 116: Priorität der Themenfelder zur Förderung der Berufsrückkehr nach Setting (Nicht-Leitungskräfte)



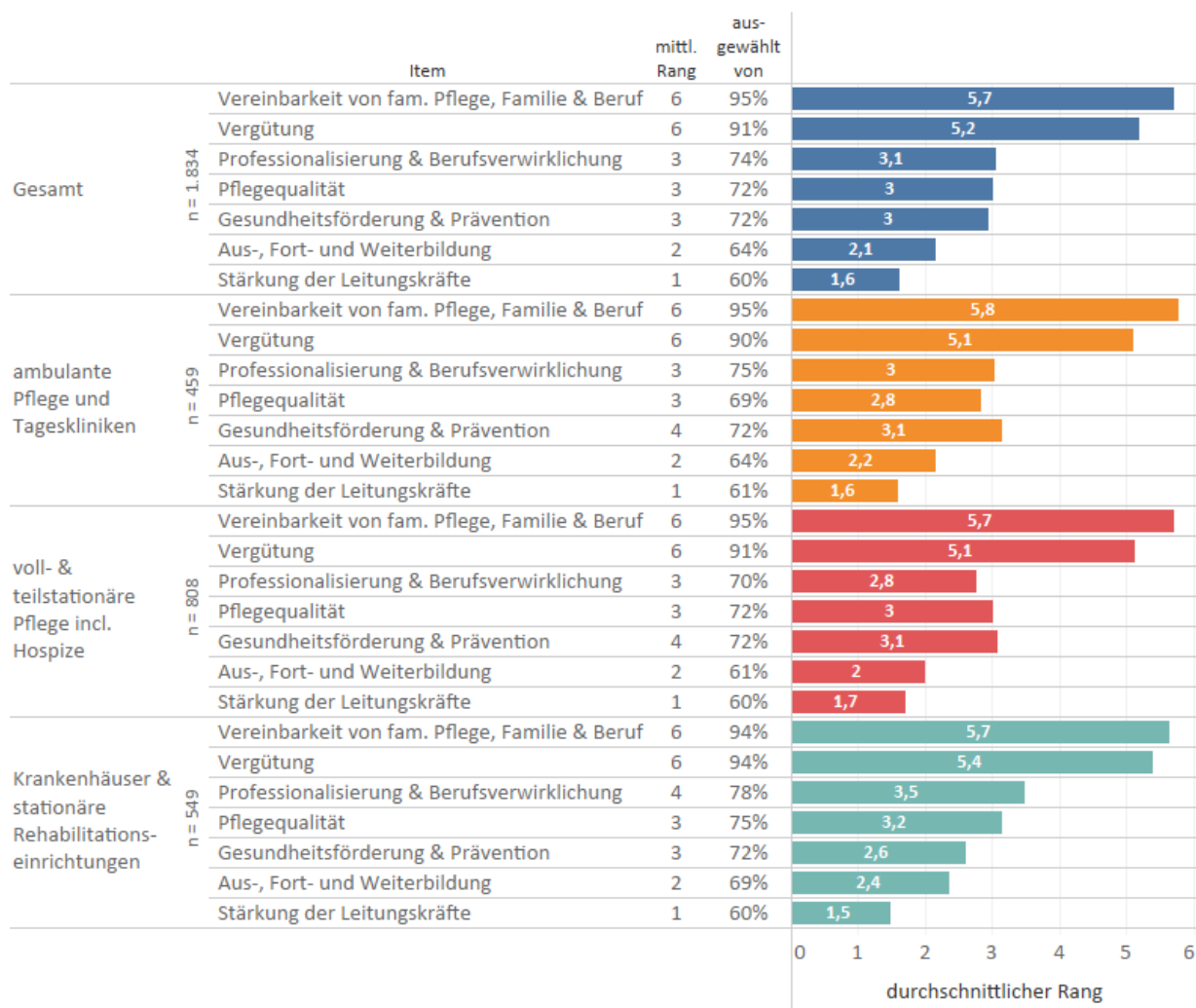
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Erläuterung zur Grafik:

Die Ränge spiegeln den Grad der Priorisierung der Themenfelder wider. Wurde ein Item von einer Person in der Rangfolge an oberste Stelle gesetzt, wurde dem Item für diese Person der maximale Rang zugeordnet, welcher der Anzahl der Items ($k=7$) entspricht. Wurde es an zweitoberste Stelle gesetzt, wurde der Rang $k-1$ zugeordnet usw.. Bei Nichtauswahl wurde ein Wert von 0 zugeordnet. Personen, die kein einziges Item ausgewählt hatten, wurden nicht in die Auswertung miteinbezogen.

Unter „ausgewählt von“ ist die Häufigkeit dargestellt, mit der die Antwortenden ein Item auswählten; unabhängig davon, wie stark es gegenüber den anderen ausgewählten Items priorisiert wurde. Der mittlere und durchschnittliche Rang beziehen die Priorisierung mit ein. Der mittlere Rang (Median) erfasst den Wert, der bei einer geordneten Liste der einem Item zugeordneten Ränge in der Mitte liegt: Mindestens die Hälfte der Befragten haben dem Item einen so hohen oder geringeren Rang zugeordnet, mindestens die Hälfte der Befragten einen so hohen oder höheren. Der durchschnittliche Rang beschreibt das arithmetische Mittel der Ränge des Items. Das arithmetische Mittel hat bei seltener Auswahl einen höheren Informationsgehalt als der Median, beruht jedoch im Gegensatz zu diesem auf der Annahme, der Abstand zwischen den Rängen könne als gleich angesehen werden.

Abbildung 117: Priorität der Themenfelder zur Förderung der Berufsrückkehr nach Setting (Leitungskräfte)



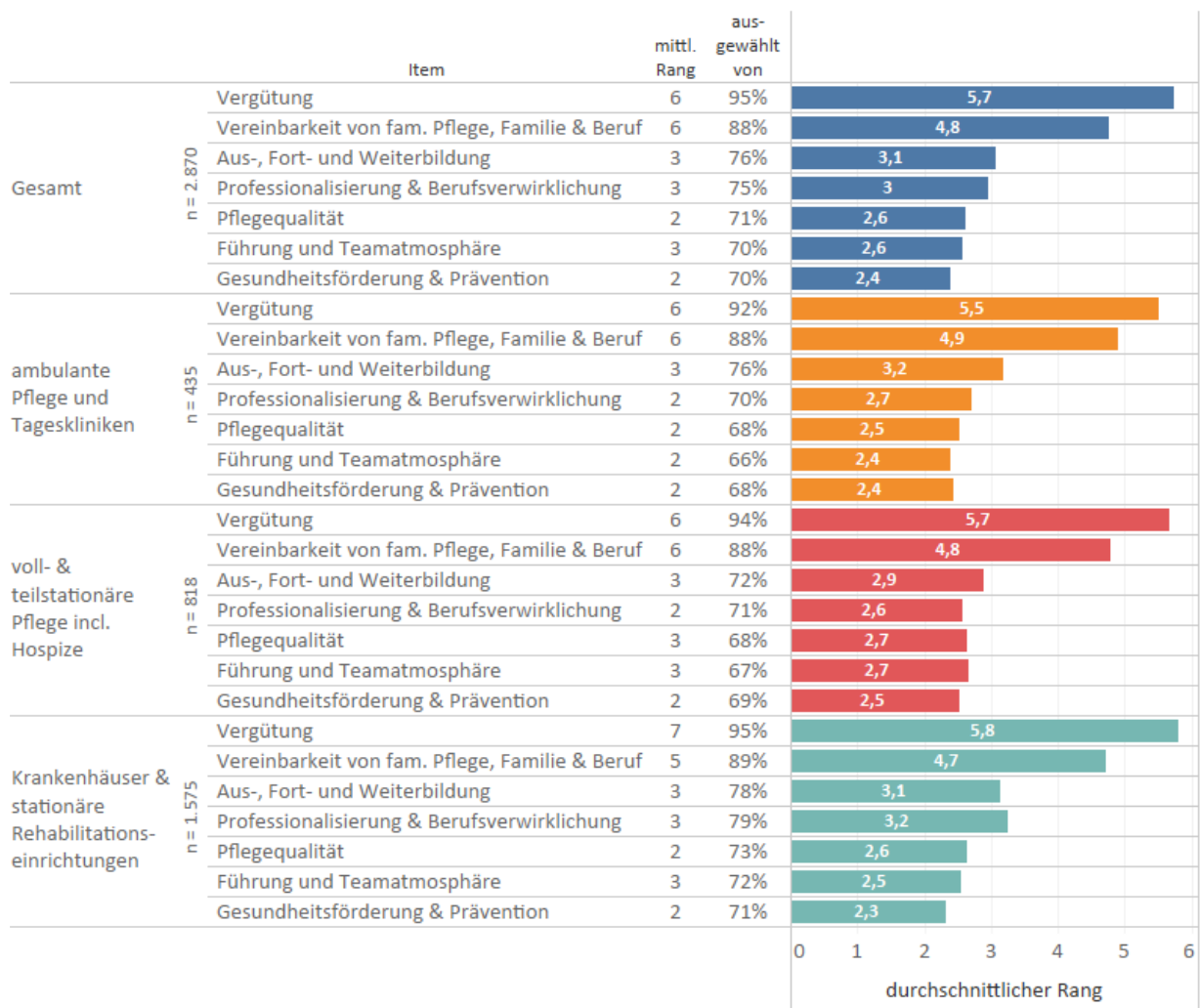
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Erläuterung zur Grafik:

Die Ränge spiegeln den Grad der Priorisierung der Themenfelder wider. Wurde ein Item von einer Person in der Rangfolge an oberste Stelle gesetzt, wurde dem Item für diese Person der maximale Rang zugeordnet, welcher der Anzahl der Items (k=7) entspricht. Wurde es an zweitoberste Stelle gesetzt, wurde der Rang k-1 zugeordnet usw.. Bei Nichtauswahl wurde ein Wert von 0 zugeordnet. Personen, die kein einziges Item ausgewählt hatten, wurden nicht in die Auswertung miteinbezogen.

Unter „ausgewählt von“ ist die Häufigkeit dargestellt, mit der die Antwortenden ein Item auswählten; unabhängig davon, wie stark es gegenüber den anderen ausgewählten Items priorisiert wurde. Der mittlere und durchschnittliche Rang beziehen die Priorisierung mit ein. Der mittlere Rang (Median) erfasst den Wert, der bei einer geordneten Liste der einem Item zugeordneten Ränge in der Mitte liegt: Mindestens die Hälfte der Befragten haben dem Item einen so hohen oder geringeren Rang zugeordnet, mindestens die Hälfte der Befragten einen so hohen oder höheren. Der durchschnittliche Rang beschreibt das arithmetische Mittel der Ränge des Items. Das arithmetische Mittel hat bei seltener Auswahl einen höheren Informationsgehalt als der Median, beruht jedoch im Gegensatz zu diesem auf der Annahme, der Abstand zwischen den Rängen könne als gleich angesehen werden.

Abbildung 118: Priorität der Themenfelder zur Förderung von Quereinstiegen nach Setting (Nicht-Leitungskräfte)



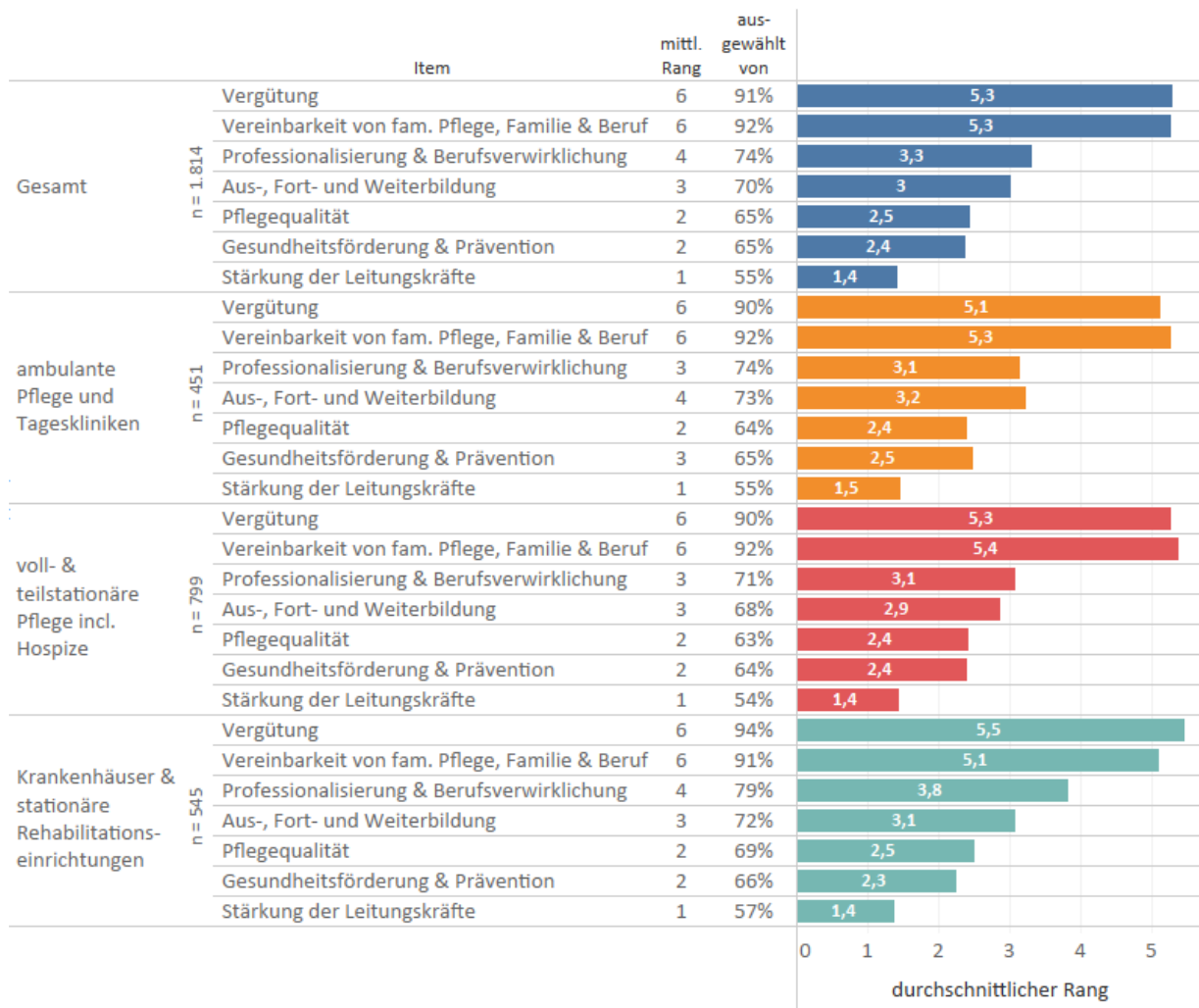
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Erläuterung zur Grafik:

Die Ränge spiegeln den Grad der Priorisierung der Themenfelder wider. Wurde ein Item von einer Person in der Rangfolge an oberste Stelle gesetzt, wurde dem Item für diese Person der maximale Rang zugeordnet, welcher der Anzahl der Items (k=7) entspricht. Wurde es an zweitoberste Stelle gesetzt, wurde der Rang k-1 zugeordnet usw.. Bei Nichtauswahl wurde ein Wert von 0 zugeordnet. Personen, die kein einziges Item ausgewählt hatten, wurden nicht in die Auswertung miteinbezogen.

Unter „ausgewählt von“ ist die Häufigkeit dargestellt, mit der die Antwortenden ein Item auswählten; unabhängig davon, wie stark es gegenüber den anderen ausgewählten Items priorisiert wurde. Der mittlere und durchschnittliche Rang beziehen die Priorisierung mit ein. Der mittlere Rang (Median) erfasst den Wert, der bei einer geordneten Liste der einem Item zugeordneten Ränge in der Mitte liegt: Mindestens die Hälfte der Befragten haben dem Item einen so hohen oder geringeren Rang zugeordnet, mindestens die Hälfte der Befragten einen so hohen oder höheren. Der durchschnittliche Rang beschreibt das arithmetische Mittel der Ränge des Items. Das arithmetische Mittel hat bei seltener Auswahl einen höheren Informationsgehalt als der Median, beruht jedoch im Gegensatz zu diesem auf der Annahme, der Abstand zwischen den Rängen könne als gleich angesehen werden.

Abbildung 119: Priorität der Themenfelder zur Förderung von Quereinstiegen nach Setting (Leitungskräfte)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Erläuterung zur Grafik:

Die Ränge spiegeln den Grad der Priorisierung der Themenfelder wider. Wurde ein Item von einer Person in der Rangfolge an oberste Stelle gesetzt, wurde dem Item für diese Person der maximale Rang zugeordnet, welcher der Anzahl der Items (k=7) entspricht. Wurde es an zweitoberste Stelle gesetzt, wurde der Rang k-1 zugeordnet usw.. Bei Nichtauswahl wurde ein Wert von 0 zugeordnet. Personen, die kein einziges Item ausgewählt hatten, wurden nicht in die Auswertung miteinbezogen.

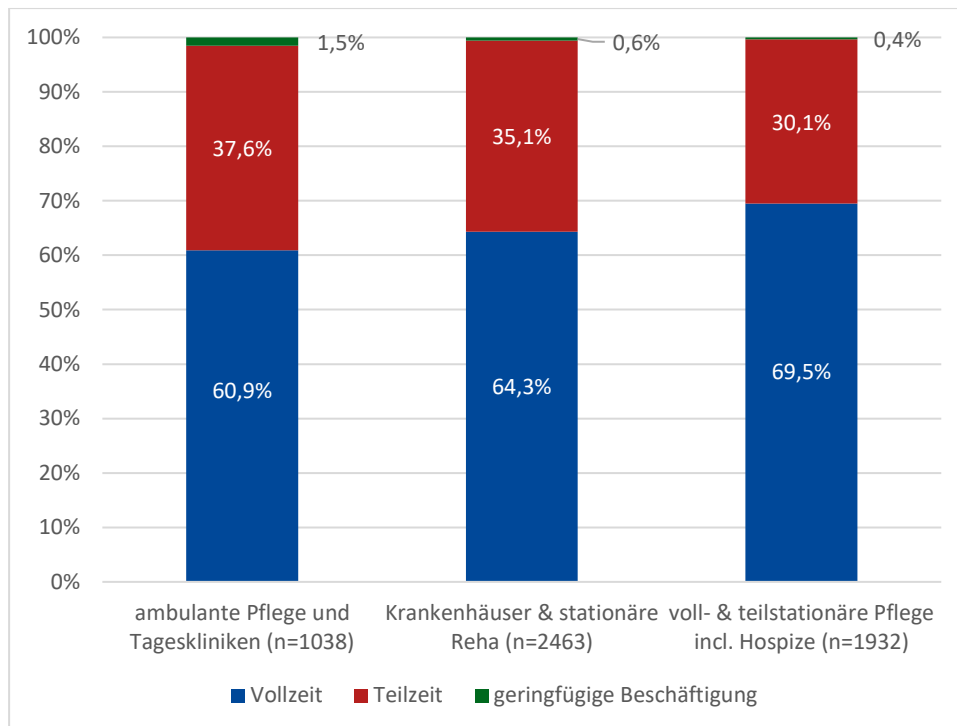
Unter „ausgewählt von“ ist die Häufigkeit dargestellt, mit der die Antwortenden ein Item auswählten; unabhängig davon, wie stark es gegenüber den anderen ausgewählten Items priorisiert wurde. Der mittlere und durchschnittliche Rang beziehen die Priorisierung mit ein. Der mittlere Rang (Median) erfasst den Wert, der bei einer geordneten Liste der einem Item zugeordneten Ränge in der Mitte liegt: Mindestens die Hälfte der Befragten haben dem Item einen so hohen oder geringeren Rang zugeordnet, mindestens die Hälfte der Befragten einen so hohen oder höheren. Der durchschnittliche Rang beschreibt das arithmetische Mittel der Ränge des Items. Das arithmetische Mittel hat bei seltener Auswahl einen höheren Informationsgehalt als der Median, beruht jedoch im Gegensatz zu diesem auf der Annahme, der Abstand zwischen den Rängen könne als gleich angesehen werden.

8.4.2 Voll- und Teilzeittätigkeit

Beschäftigungsumfang nach Setting

Die beruflich Pflegenden wurden zudem nach ihrem Beschäftigungsumfang gefragt (Abbildung 120). Differenziert nach Setting lässt sich feststellen, dass vor allem Befragte, die sich der ambulanten Pflege bzw. Tageskliniken zugeordnet haben, etwas häufiger in Teilzeit arbeiten als beruflich Pflegende der anderen Settings. Mit nur knapp 30 Prozent weisen Befragte aus der vollstationären bzw. teilstationären Pflege im Vergleich zu den anderen Settings die wenigsten Teilzeitbeschäftigten auf.

Abbildung 120: Beschäftigungsumfang nach Setting

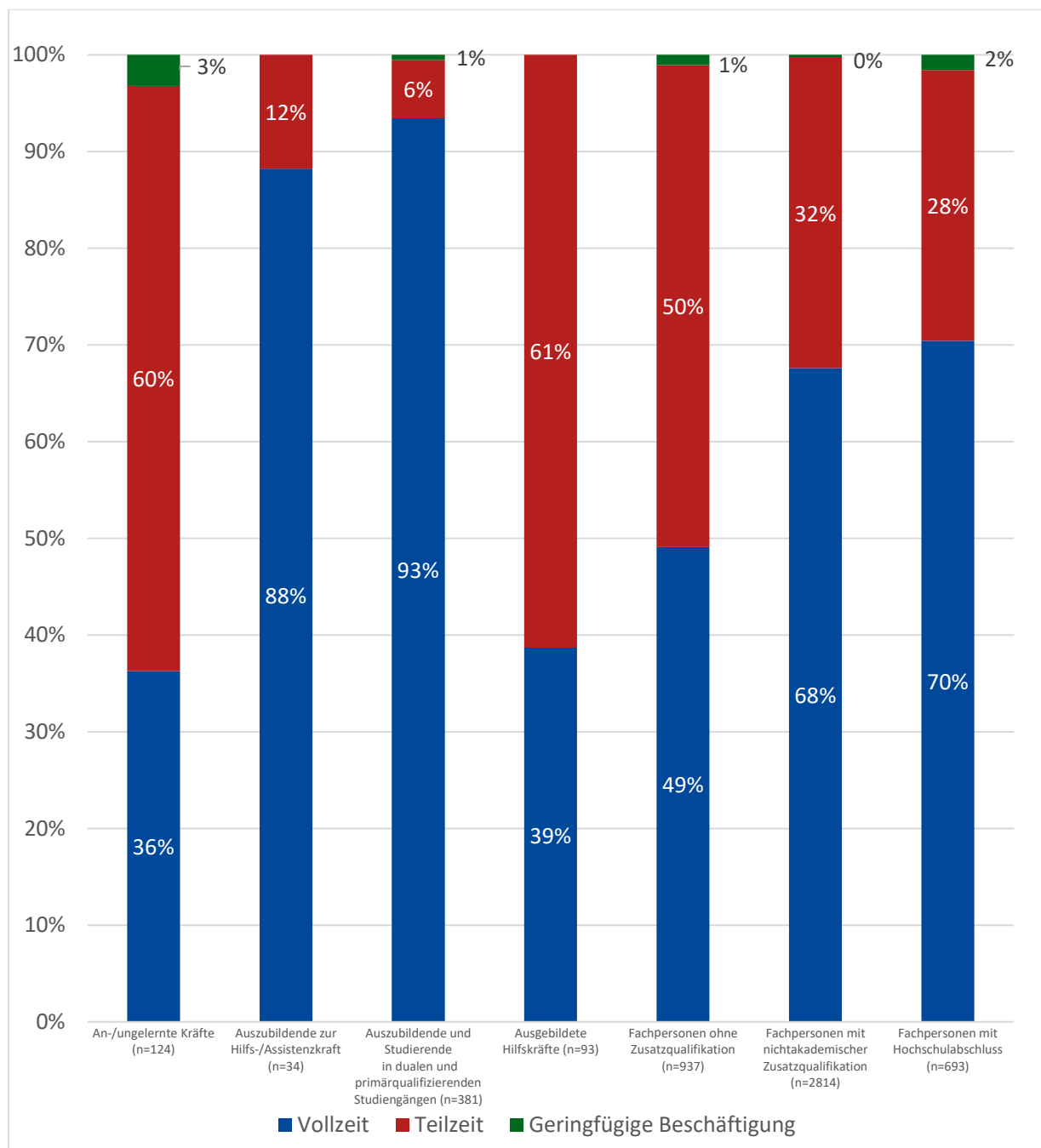


Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Beschäftigungsumfang nach Qualifikation

Der Beschäftigungsumfang wurde ebenfalls hinsichtlich der unterschiedlichen Qualifikationen ausgewertet (Abbildung 121). Mit Ausnahme von sich in Ausbildung befindenden Pflegenden kann hier angenommen werden, dass mit einer höheren Qualifikation auch ein größerer Beschäftigungsumfang verbunden ist. So geben knapp 70 Prozent der Pflegefachpersonen mit nichtakademischer Zusatzqualifikation sowie mit einem Hochschulabschluss an, in Vollzeit zu arbeiten, während es bei den an-/ungelernten Kräften sowie den ausgebildeten Hilfskräften nur etwas mehr als ein Drittel der Befragten ist, die in Vollzeit beschäftigt sind.

Abbildung 121: Beschäftigungsumfang nach Qualifikation



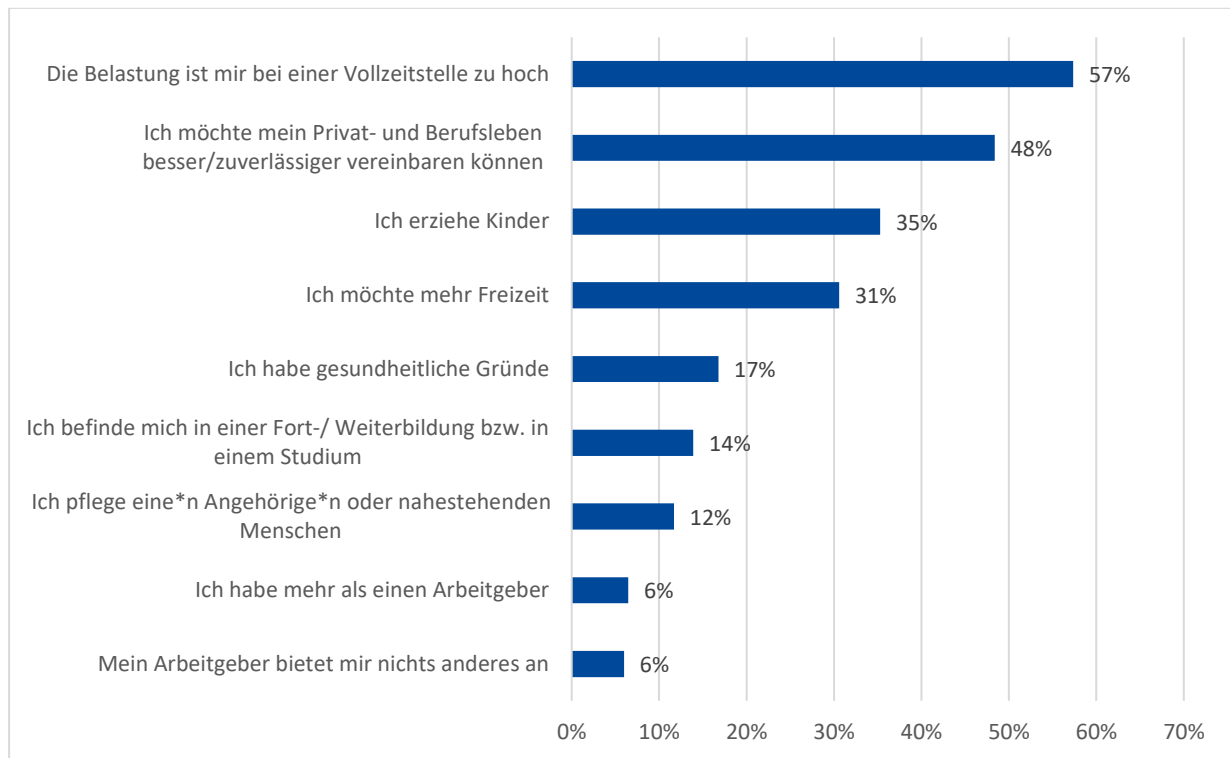
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Gründe für Teilzeittätigkeit oder geringfügige Beschäftigung

Die in Teilzeit arbeitenden Befragten wurden in Form einer Multiple-Choice-Frage bezüglich der Gründe für die Wahl ihres Arbeitszeitmodells befragt und konnten dabei über ein Freitextfeld weitere Gründe ergänzen. Insofern semantisch ähnlich wurden die Freitexte den bestehenden Antwortkategorien zugeordnet und die zugehörige Antwortoption bei den betreffenden Befragten als ausgewählt gewertet.

Über 57 Prozent der n=1.854 antwortenden Teilzeitkräfte (ohne Befragte in geringfügiger Beschäftigung) geben an, dass sie in Teilzeit arbeiten, weil sie die Belastung bei der Ausübung einer Vollzeitstätigkeit als zu hoch eingeschätzt empfinden. Weitere häufig genannte Gründe beziehen sich auf die bessere und zuverlässigere Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben (48 Prozent), Kindererziehung (35 Prozent) und mehr Freizeit (31 Prozent) (Abbildung 122).

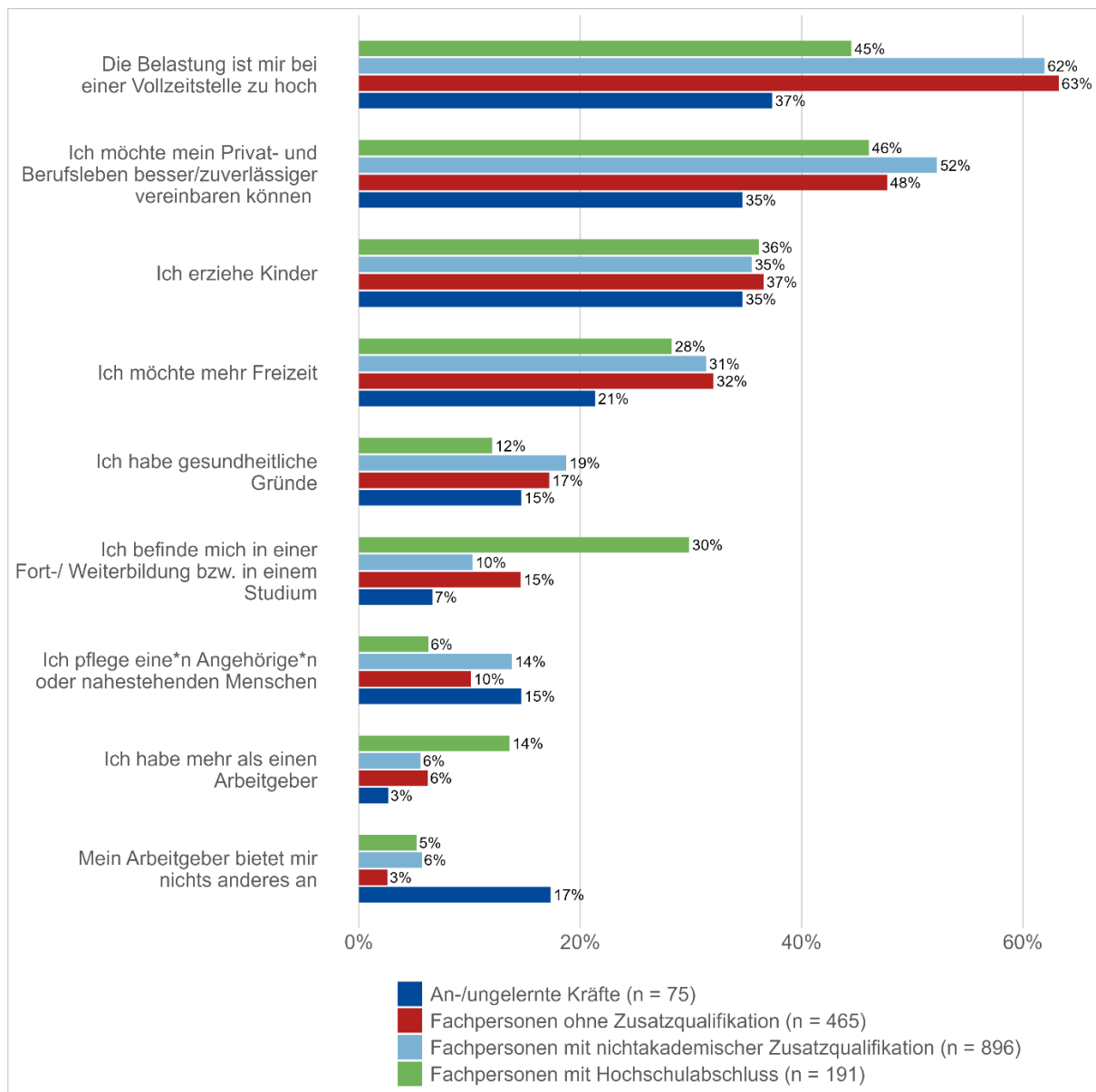
Abbildung 122: Gründe für Teilzeittätigkeit



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Differenziert nach Qualifikation (n=1.708) sticht insbesondere bei den Fachkräften ohne akademischen Abschluss die Belastung als Beweggrund heraus. Hier geben zwei Drittel der Teilzeitkräfte an, die Belastung hielte sie von einer Vollzeitstätigkeit ab. Bei den an- und ungelerten Kräften sowie den Fachpersonen mit Hochschulabschluss sind es hingegen weniger als die Hälfte. Weiterbildung und Studium sind unter bereits akademisch qualifizierte Fachpersonen ein etwas häufigerer Grund für die Teilzeittätigkeit als dies bei den anderen Qualifikationsniveaus der Fall ist. An- und ungelernete Kräfte arbeiten währenddessen häufiger als Fachpersonen aufgrund des mangelnden Angebots von Arbeitgeberseite in Teilzeit (Abbildung 123).

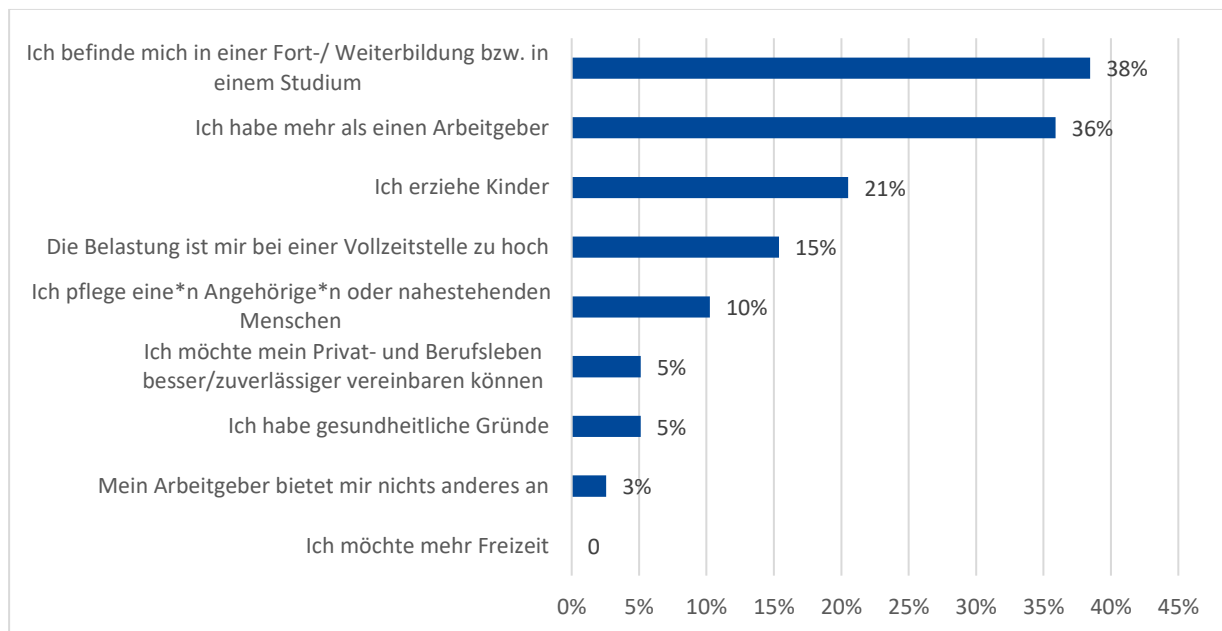
Abbildung 123: Gründe für Teilzeittätigkeit nach Qualifikation



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Auch Personen, die einer geringfügig entlohnten Beschäftigung nachgehen, hatten die Möglichkeit, ihre Gründe für die Wahl des Beschäftigungsumfanges anzugeben (Abbildung 124). Auf Grund der geringen Fallzahl von 39 Antwortenden sind die hier vorliegenden Ergebnisse vor dem Hintergrund einzuordnen, dass Zufallseffekte möglich sind. Die Hauptgründe für die Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung beziehen sich darauf, dass die Antwortenden sich in einer Fort-/Weiterbildung bzw. in einem Studium befinden oder mehrere Jobs gleichzeitig haben.

Abbildung 124: Gründe für geringfügige Beschäftigung



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

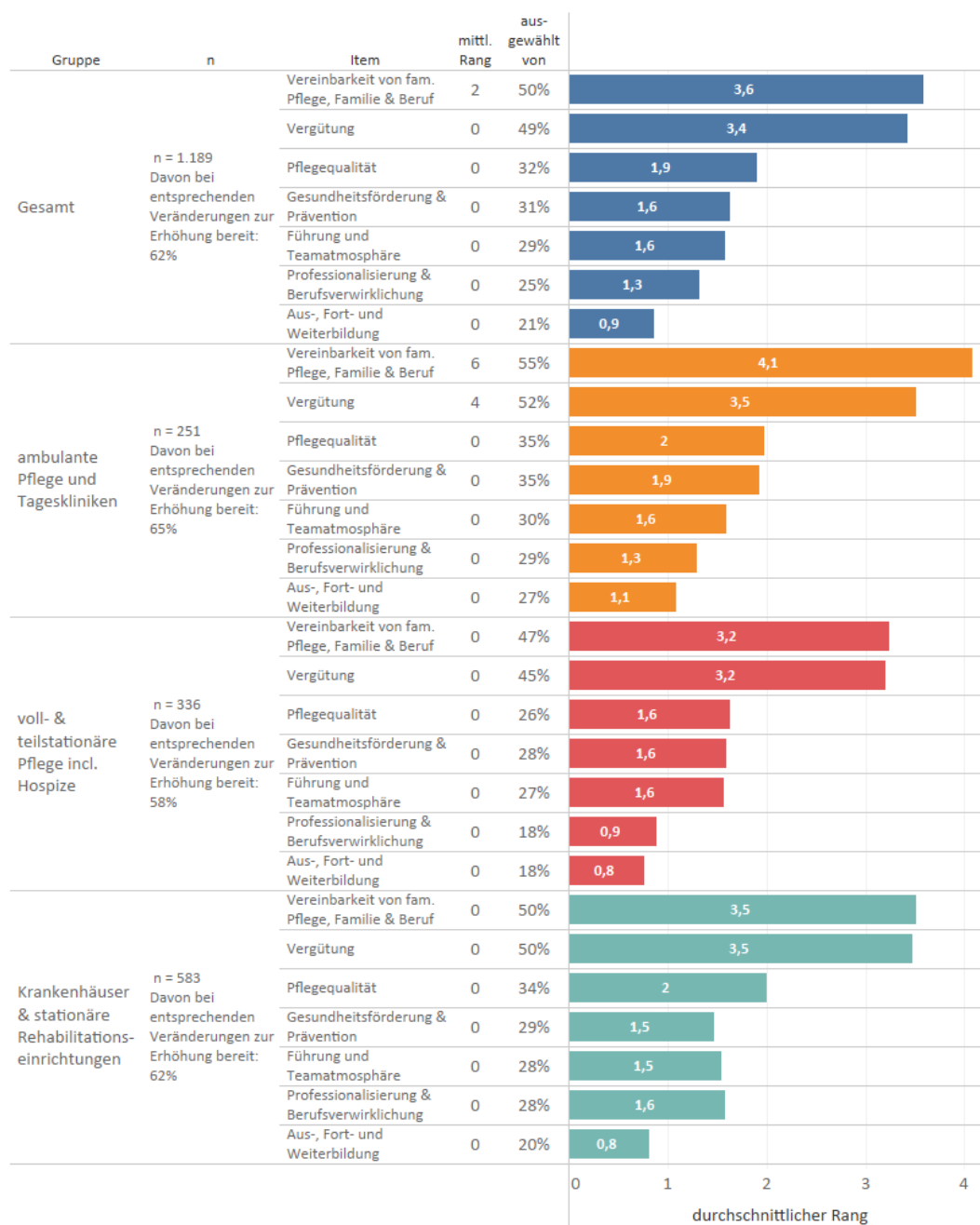
33 Aussagen aus den Freitextfeldern konnten keiner bestehenden Kategorie zugeordnet werden und wurden dementsprechend separat betrachtet. Etwas mehr als ein Viertel der neu zu kategorisierenden Aussagen (27 Prozent) beinhaltet die Information, dass die Antwortenden ein freiwilliges Engagement ausüben bzw. einer (berufs)politischen Tätigkeit nachgehen. Dieser Kategorie wurden die meisten Freitext-Aussagen zugeordnet, die zu keiner der bereits bestehenden Antwortkategorien passten. Am zweithäufigsten konnten Aussagen in Verbindung mit der Vergütung und der Beibehaltung einer besseren Steuerklasse zusammengefasst werden (21 Prozent, sieben Aussagen). Vereinzelt und sonstige Aussagen beinhalten bspw. Gründe hinsichtlich des Rentenstatus und des (fortgeschrittenen) Alters, sowie Gründe in Verbindung mit der Dienstplangestaltung und Schichtarbeit.

Bereitschaft zur Stundenerhöhung bei Umsetzung entsprechender Verbesserungen: Teilzeitkräfte und Personen in geringfügiger Beschäftigung wurden gebeten, die Bereiche auszuwählen und zu priorisieren, in denen sie sich bei Veränderungen eine Erhöhung ihres Stellenumfangs vorstellen könnten. Befragt wurden nur Personen, die als Gründe für ihre Teilzeitbeschäftigung einen anderen Grund als ein Studium, eine Weiterbildung oder ein fehlendes Vollzeitangebot angegeben hatten. Zusätzlich zu den in Kapitel 8.4.1 (Berufseinstieg und -rückkehr) genannten Themenbereichen konnte ausgewählt werden, dass keine der genannten Verbesserungen die Befragten dazu bewegen könne, ihren Stellenumfang zu erhöhen. Wurde diese Auswahl getroffen, wurden die Ränge der anderen Items auf null gesetzt. Der Anteil derjenigen, die diese Option nicht auswählten, ist als maximaler Anteil derjenigen zu interpretieren, die potenziell ihren Stellenumfang erhöhen würden. Durch diese Handhabe ergibt sich für viele Items ein mittlerer Rang von 0, da weniger als 50 Prozent der Antwortenden das jeweilige Item und nicht zusätzlich die „Keine“-Option auswählten. Die Ergebnisse sind nach Setting, Leitungstätigkeit und Qualifikation in Abbildung 125 bis Abbildung 128 dargestellt. Insgesamt zeigen sich 62 Prozent der Nicht-Leitungskräfte und 52 Prozent der Leitungskräfte durch Nichtauswahl der Ablehnungsoption bei entsprechenden Verbesserungen potenziell zur Erhöhung ihres Stellenumfangs bereit. Zwischen den Settings gibt es nur geringe Unterschiede. Befragte aus der voll- und teilstationären Pflege (incl. stationäre Hospize) neigen mit nur

58 Prozent (Nicht-Leitungskräfte) bzw. 47 Prozent (Leitungskräfte) Bereitschaft zur Stundenerhöhung etwas stärker dazu, eine Ausweitung ihrer Tätigkeit unabhängig von möglichen Verbesserungen abzulehnen. Unter den verschiedenen Qualifikationsniveaus sind bei Leitungs- wie Nichtleitungskräften Fachpersonen mit Hochschulabschluss etwas häufiger prinzipiell dazu bereit, ihren Stellenumfang zu erhöhen.

Die am häufigsten ausgewählte und am höchsten priorisierte Veränderung, die dafür als notwendig erachtet wird, ist die bessere Vereinbarkeit von familiärer Pflege, Familie und Beruf. 50 Prozent der Nicht-Leitungskräfte und 41 Prozent der Leitungskräfte geben Verbesserungen in diesem Bereich als Bedingung für die Erhöhung des eigenen Stellenumfangs an. Auch eine bessere Vergütung wird für die eigene Bereitschaft zur Stundenerhöhung vergleichsweise häufig als notwendig angesehen. Im Vergleich der Qualifikationsniveaus fällt auf, dass studierte Fachpersonen der Professionalisierung und Berufsverwirklichung eine etwas höhere Bedeutung beimessen als dies bei anderen Qualifikationsniveaus der Fall ist.

Abbildung 125: Priorität der Themenfelder für die persönliche Erhöhung des Stellenumfangs nach Setting (Nicht-Leitungskräfte in TZ⁵²)



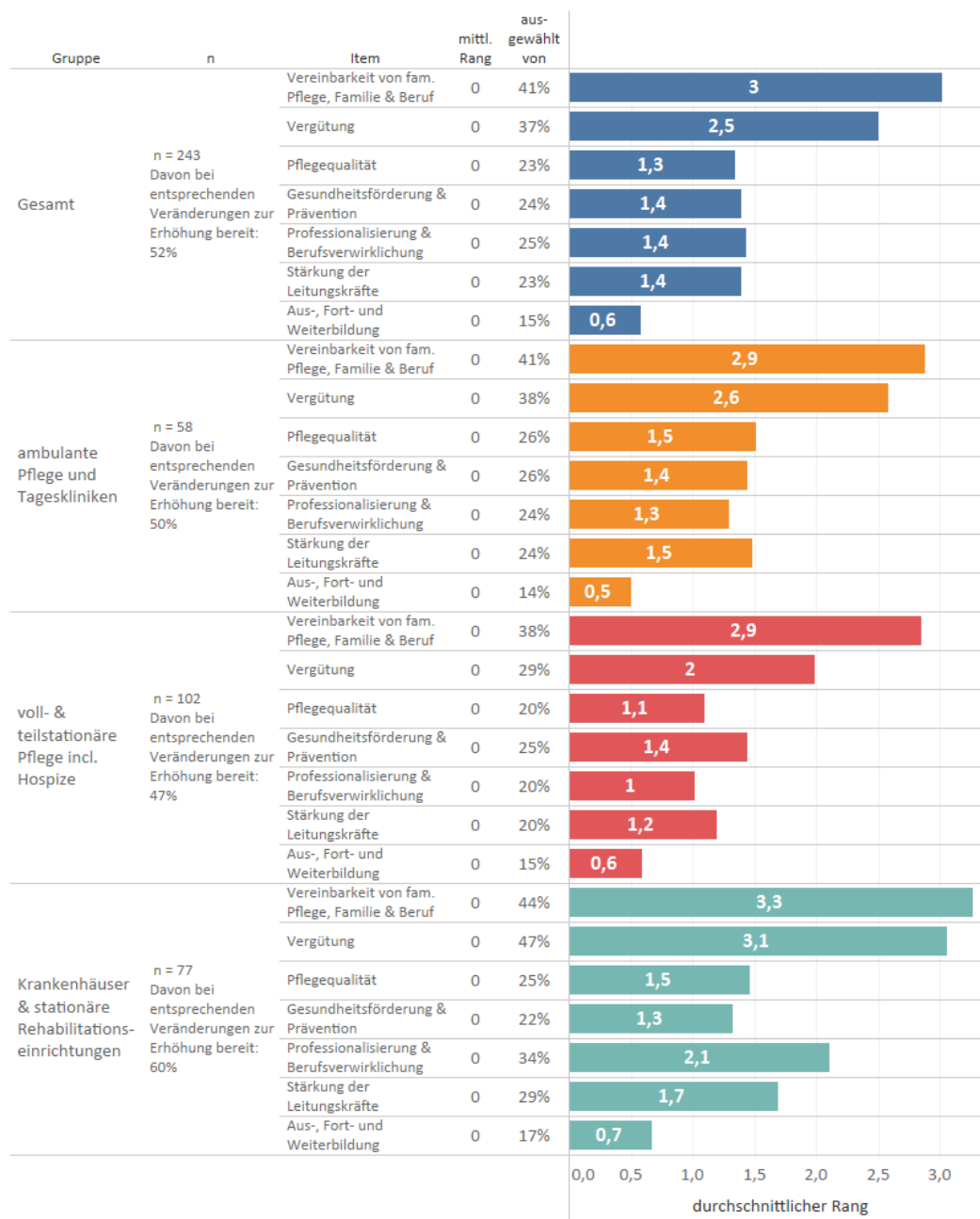
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Erläuterung zur Grafik:

Die Ränge spiegeln den Grad der Priorisierung der Themenfelder wider und können Werte zwischen 0 (nicht ausgewählt) und 7 (ausgewählt und am stärksten priorisiert) annehmen. Der mittlere Rang (Median) erfasst den Wert, der bei einer geordneten Liste der einem Item zugeordneten Ränge in der Mitte liegt. Der durchschnittliche Rang beschreibt das arithmetische Mittel der Ränge des Items.

⁵² Leitungskräfte in Teilzeit (TZ), die nicht allein aufgrund von Weiterbildung, Studium, Mangel an Vollzeit-Angeboten (VZ) in Teilzeit/geringfügig entlohnter Beschäftigung arbeiten.

Abbildung 126: Priorität der Themenfelder für die persönliche Erhöhung des Stellenumfangs nach Setting (Leitungskräfte in TZ⁵³)



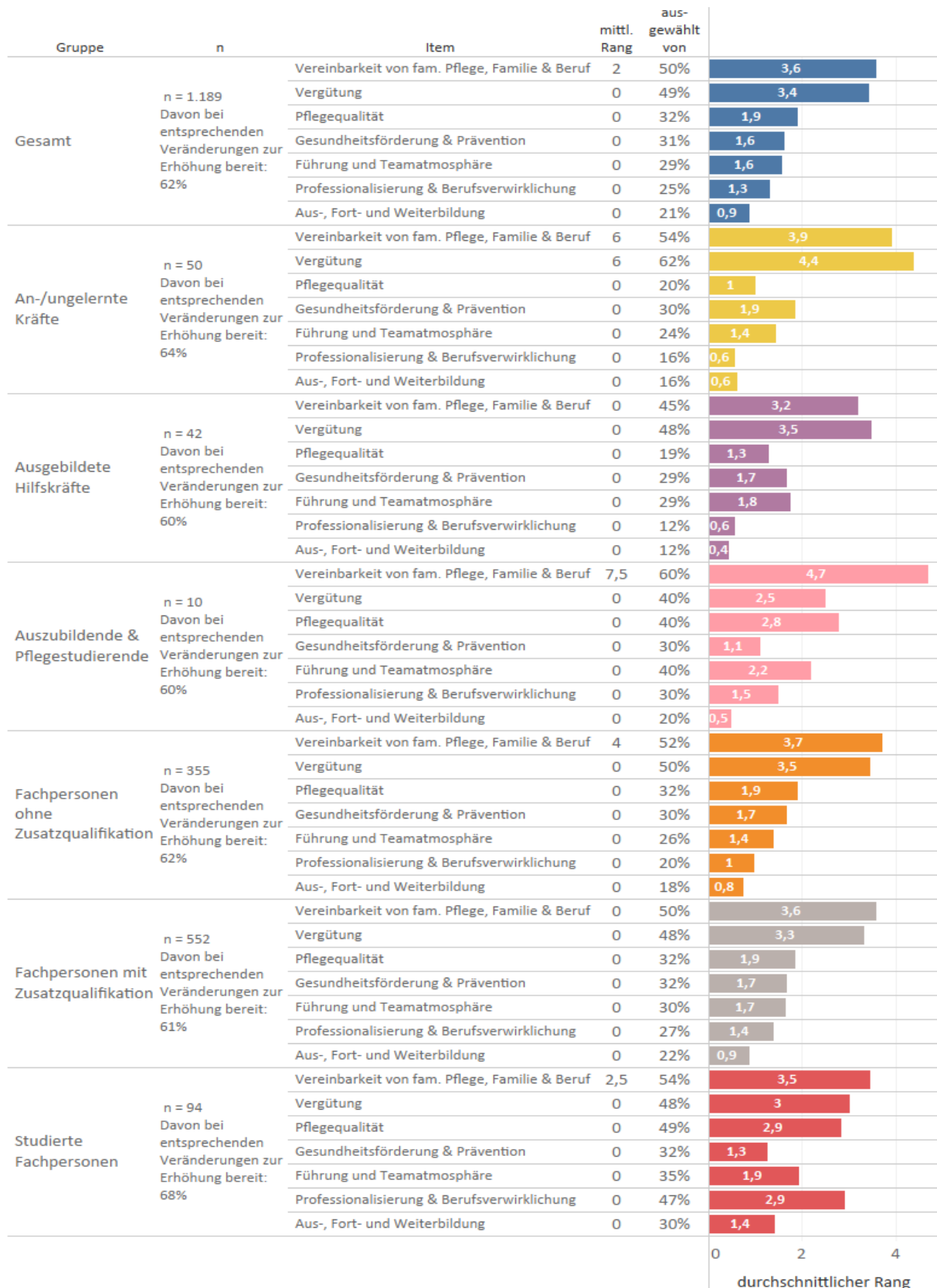
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Erläuterung zur Grafik:

Die Ränge spiegeln den Grad der Priorisierung der Themenfelder wider und können Werte zwischen 0 (nicht ausgewählt) und 7 (ausgewählt und am stärksten priorisiert) annehmen. Der mittlere Rang (Median) erfasst den Wert, der bei einer geordneten Liste der einem Item zugeordneten Ränge in der Mitte liegt. Der durchschnittliche Rang beschreibt das arithmetische Mittel der Ränge des Items.

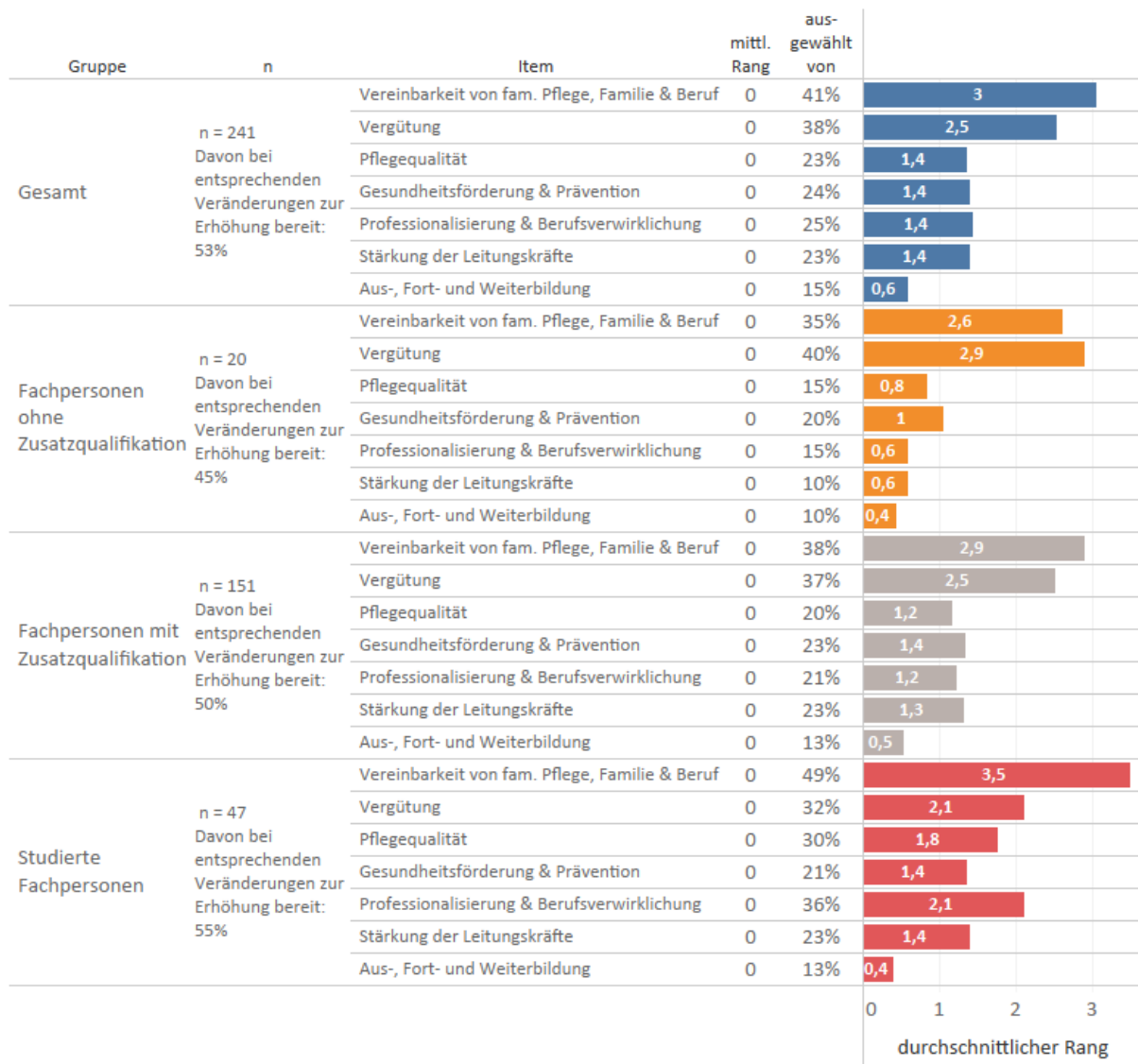
⁵³ Leitungskräfte in Teilzeit, die nicht allein aufgrund von Weiterbildung, Studium, Mangel an Vollzeit-Angeboten in Teilzeit/geringfügig entlohnte Beschäftigung arbeiten.

Abbildung 127: Priorität der Themenfelder für die persönliche Erhöhung des Stellenumfangs nach Qualifikation (Nicht-Leitungskräfte in TZ⁵⁴)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 128: Priorität der Themenfelder für die persönliche Erhöhung des Stellenumfangs nach Qualifikation



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

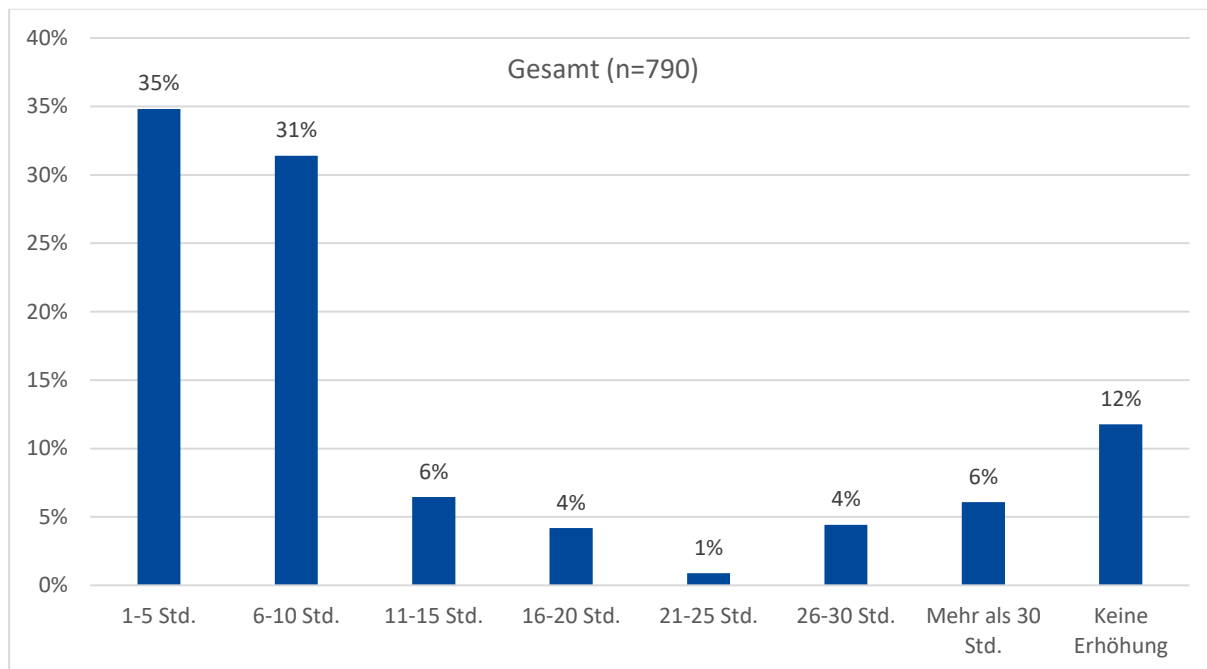
Erläuterung zur Grafik:

Die Ränge spiegeln den Grad der Priorisierung der Themenfelder wider und können Werte zwischen 0 (nicht ausgewählt) und 7 (ausgewählt und am stärksten priorisiert) annehmen. Der mittlere Rang (Median) erfasst den Wert, der bei einer geordneten Liste der einem Item zugeordneten Ränge in der Mitte liegt. Der durchschnittliche Rang beschreibt das arithmetische Mittel der Ränge des Items.

⁵⁴ Leitungskräfte in TZ, die nicht allein aufgrund Weiterbildung, Studium, Mangel an VZ-Angeboten in TZ/ in einer geringfügig entlohnten Beschäftigung arbeiten.

Personen, die angaben, dass sie generell dazu bereit wären, ihren Beschäftigungsumfang bei entsprechenden Verbesserungen der Arbeitsbedingungen zu erhöhen, danach befragt, um wie viele Stunden sie dazu bereit wären. Die meisten beruflich Pflegenden würden ihre Arbeitszeit um bis zu zehn Stunden steigern (Abbildung 129).

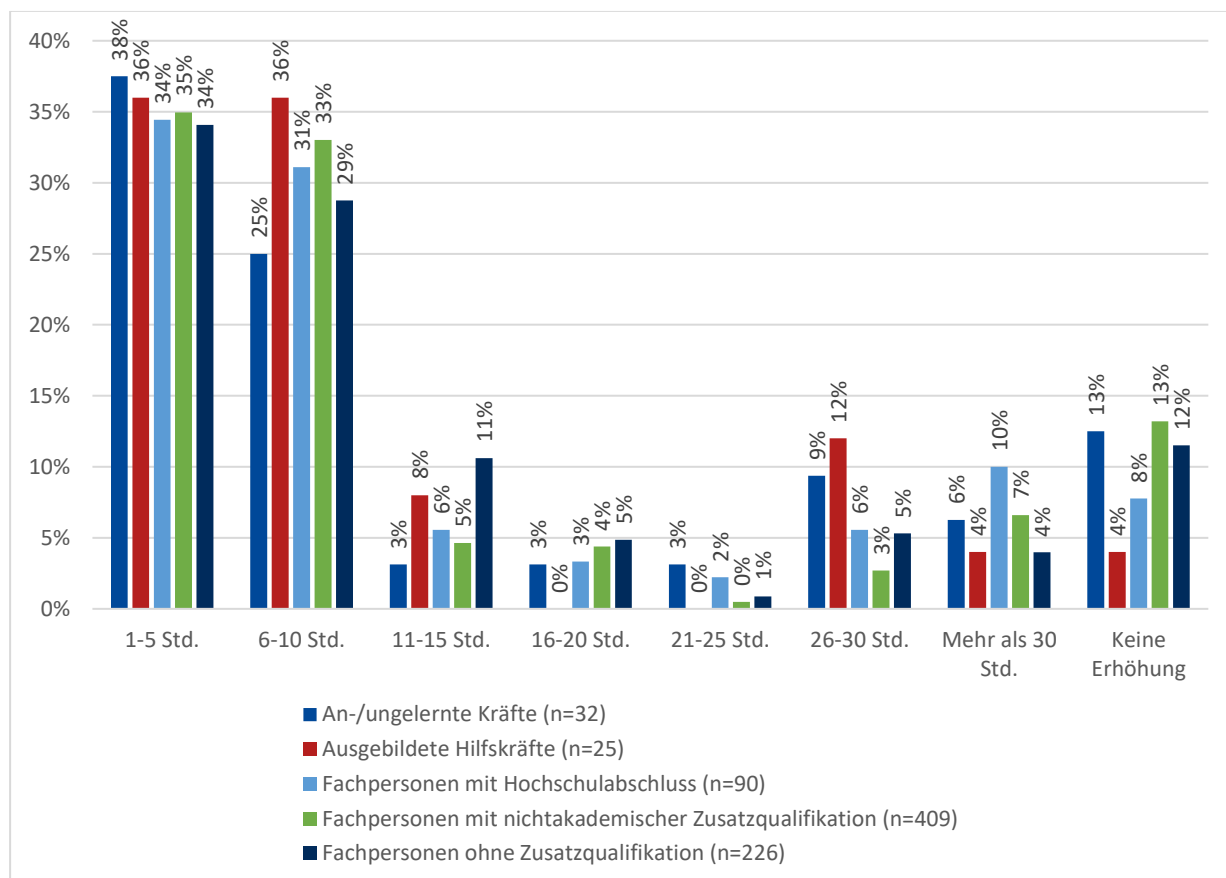
Abbildung 129: Bereitschaft zur Stundenerhöhung



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Die Grafik zeigt, dass bei entsprechenden Verbesserungen bei beruflich Pflegenden aller Qualifikationsgrade Potenziale zur Aufstockung der Arbeitszeit, zu meist um bis zu 10 Stunden vorhanden sind.

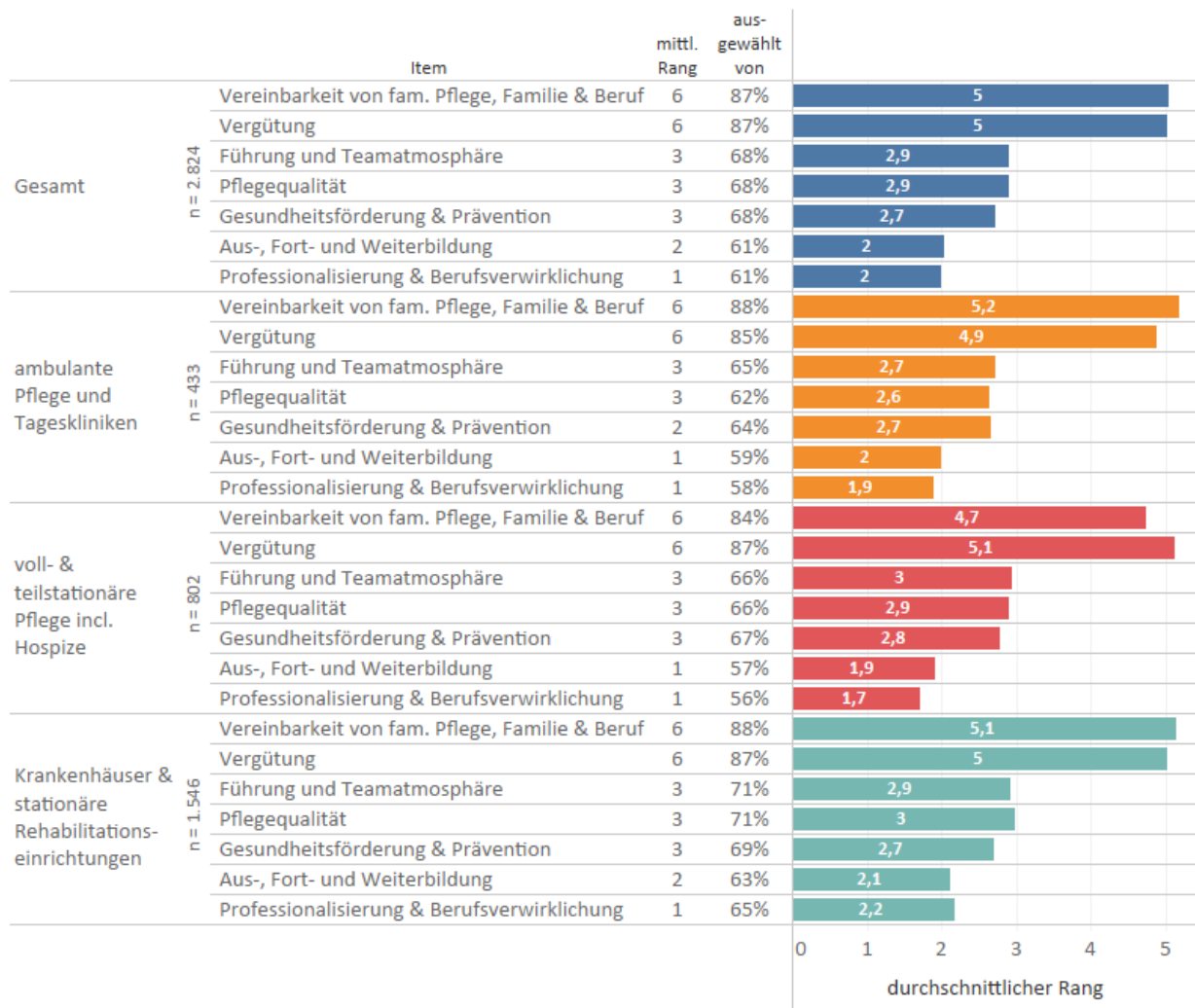
Abbildung 130: Bereitschaft zur Stundenerhöhung nach Qualifikation



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

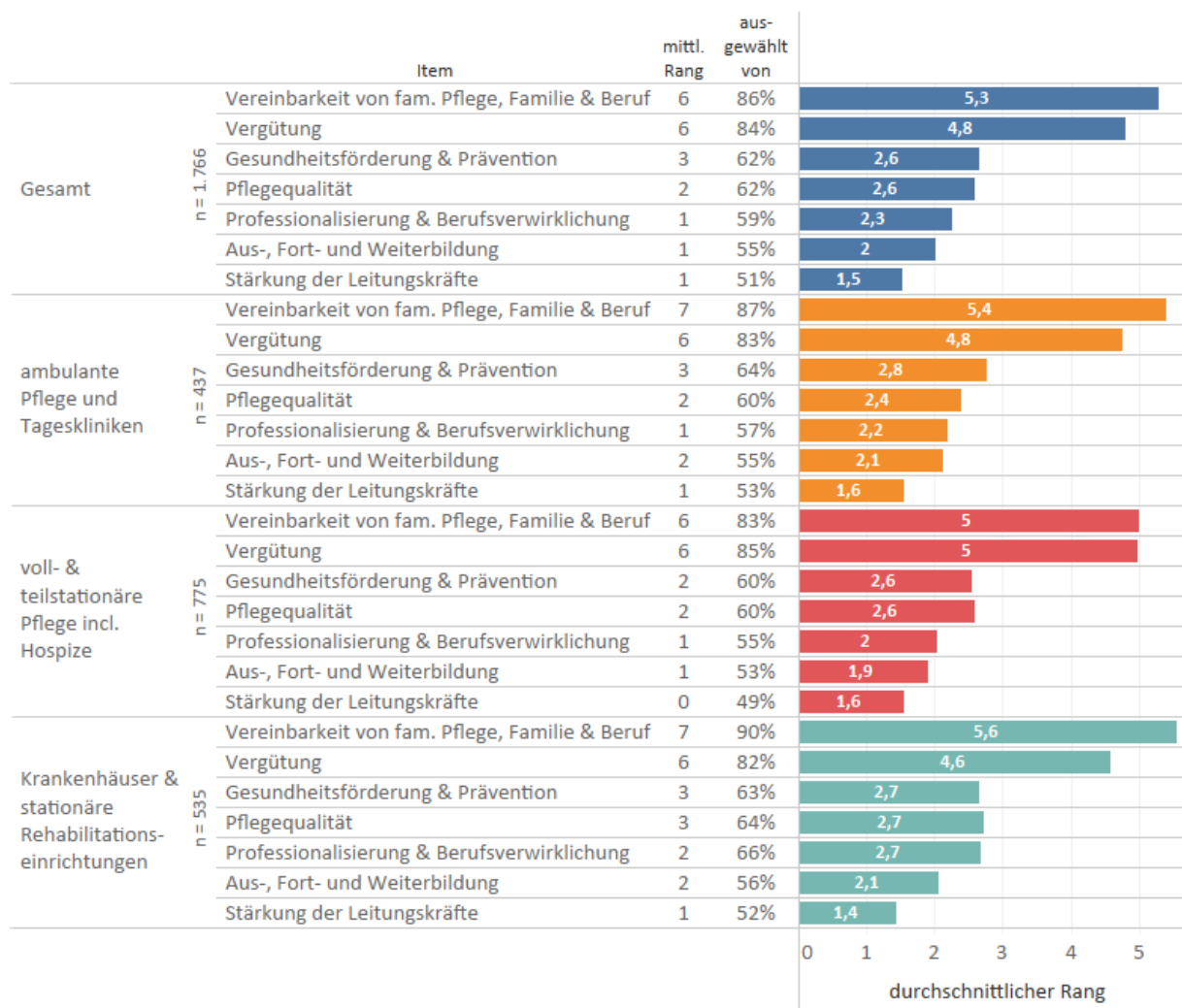
Unabhängig vom eigenen Arbeitszeitmodell und der persönlichen Erhöhungsbereitschaft wurden alle Teilnehmenden in Form einer weiteren Rangfolgefrage um eine Einschätzung dazu gebeten, welche Themenbereiche allgemein für die Erhöhung der Stellenumfänge relevant sind. Im Wesentlichen zeigt sich hier ein ähnliches Bild wie bei der Priorisierung der für die persönliche Stundenerhöhung wichtigen Verbesserungen: Bessere Vereinbarkeit und Vergütung werden als wichtigste Voraussetzungen angesehen, während der Aus-, Fort- und Weiterbildung wiederum eine geringere Relevanz zugesprochen wird.

Abbildung 131: Priorität der Themenfelder zur Erhöhung der Stellenumfänge nach Setting (Nicht-Leitungskräfte)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 132: Priorität der Themenfelder zur Erhöhung der Stellenumfänge nach Setting (Leitungskräfte)

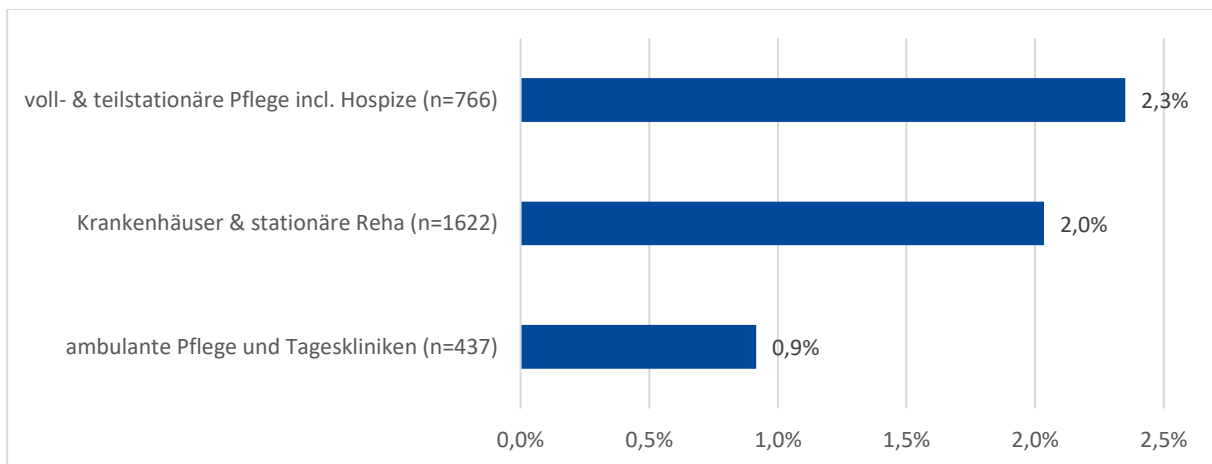


Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

8.4.3 Zeit- und Leiharbeit

Von Interesse ist auch die Verbreitung von und Einschätzung zur Zeit-/Leiharbeit unter beruflich Pflegenden. Teilnehmende, die weder in einer Leitungsposition oder ungelernt sind, nicht aktuell eine Hilfs- oder Fachkraftausbildung machen und nicht in ihrer Hauptbeschäftigung freiberuflich tätig sind, wurden danach gefragt, ob sie zurzeit in Zeit-/Leiharbeit tätig sind (n=2.873). Differenziert nach Settings lässt sich feststellen, dass in den voll- bzw. teilstationären Settings sowie in Krankenhäusern bzw. stationären Reha-Einrichtungen etwa zwei Prozent der Befragten in Zeit-/Leiharbeit beschäftigt ist. Der Stichprobenanteil liegt damit nah an dem von der Bundesagentur für Arbeit veröffentlichten Zeit-/Leiharbeitnehmer*innenanteil von zwei Prozent an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Pflegeberufen im Juni 2021 (Bundesagentur für Arbeit, 2022d). In der ambulanten Pflege fällt der Anteil mit nur knapp einem Prozent geringer aus (Abbildung 133).

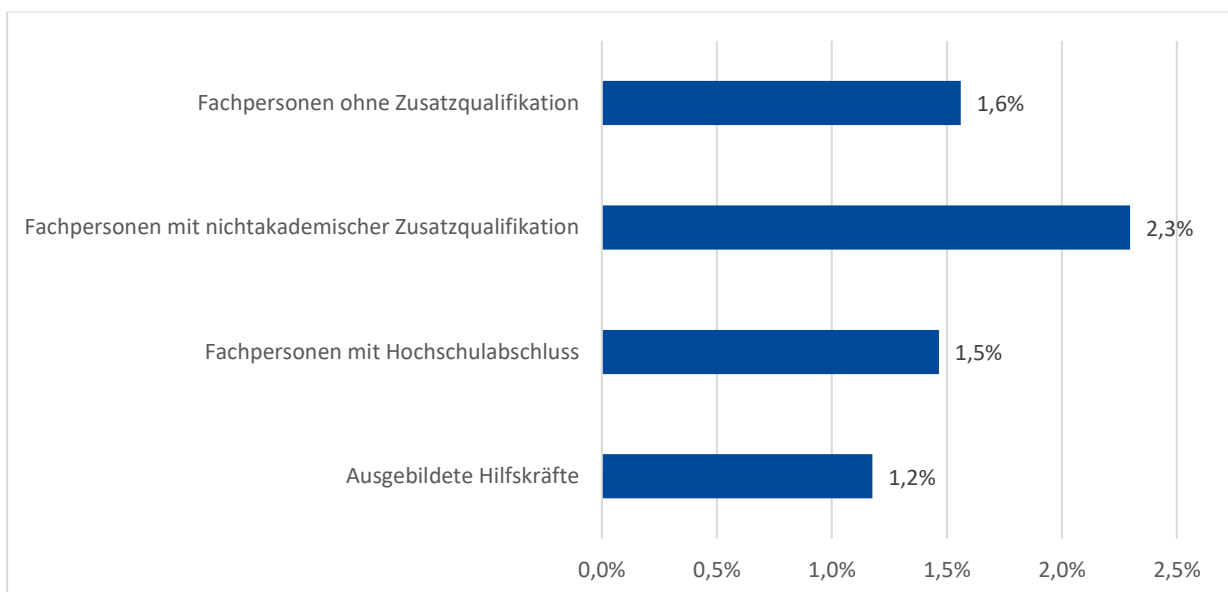
Abbildung 133: Anteil Befragte in Zeit-/Leiharbeit nach Setting



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Zwischen den Qualifikationsniveaus zeigen sich leichte Unterschiede in der Verbreitung der Zeit- und Leiharbeit: Pflegefachpersonen mit nichtakademischer Zusatzqualifikation sind mit 2,3 Prozent etwas häufiger in Zeit- und Leiharbeit tätig als Befragte aus anderen Qualifikationsgruppen (Abbildung 134).

Abbildung 134: Anteil Befragte in Zeit-/Leiharbeit nach Qualifikation



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Überlegungen, in absehbarer Zeit in Zeit-/Leiharbeit einzutreten nach Setting

Betrachtet man die Verteilung der Wechselabsichten in ein Zeit-/Leiharbeitsverhältnis, geben vor allem Antwortende aus dem Setting Krankenhaus/stationäre Reha an, dass sie unentschlossen sind, was einen Wechsel in die Zeit-/Leiharbeit betrifft oder dieses konkret planen. Pflegendende aus der ambulanten Pflege und Tageskliniken weisen dagegen die geringsten Anteile bei Unentschlossenheit bzgl. eines Wechsels oder der klaren Wechselabsicht auf (Tabelle 103).

Tabelle 103: Planung Zeit-/Leiharbeit nach Setting

	ambulante Pflege und Tageskliniken (n=1.035)	Krankenhäuser und stationäre Reha (n=2.430)	voll- und teilstationäre Pflege inkl. Hospize (n=1.915)
Ja	1,7 %	5,6 %	3,7 %
Nein	91,4 %	73,7 %	84,5 %
Unentschlossen	6,9 %	20,8 %	11,9 %

Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

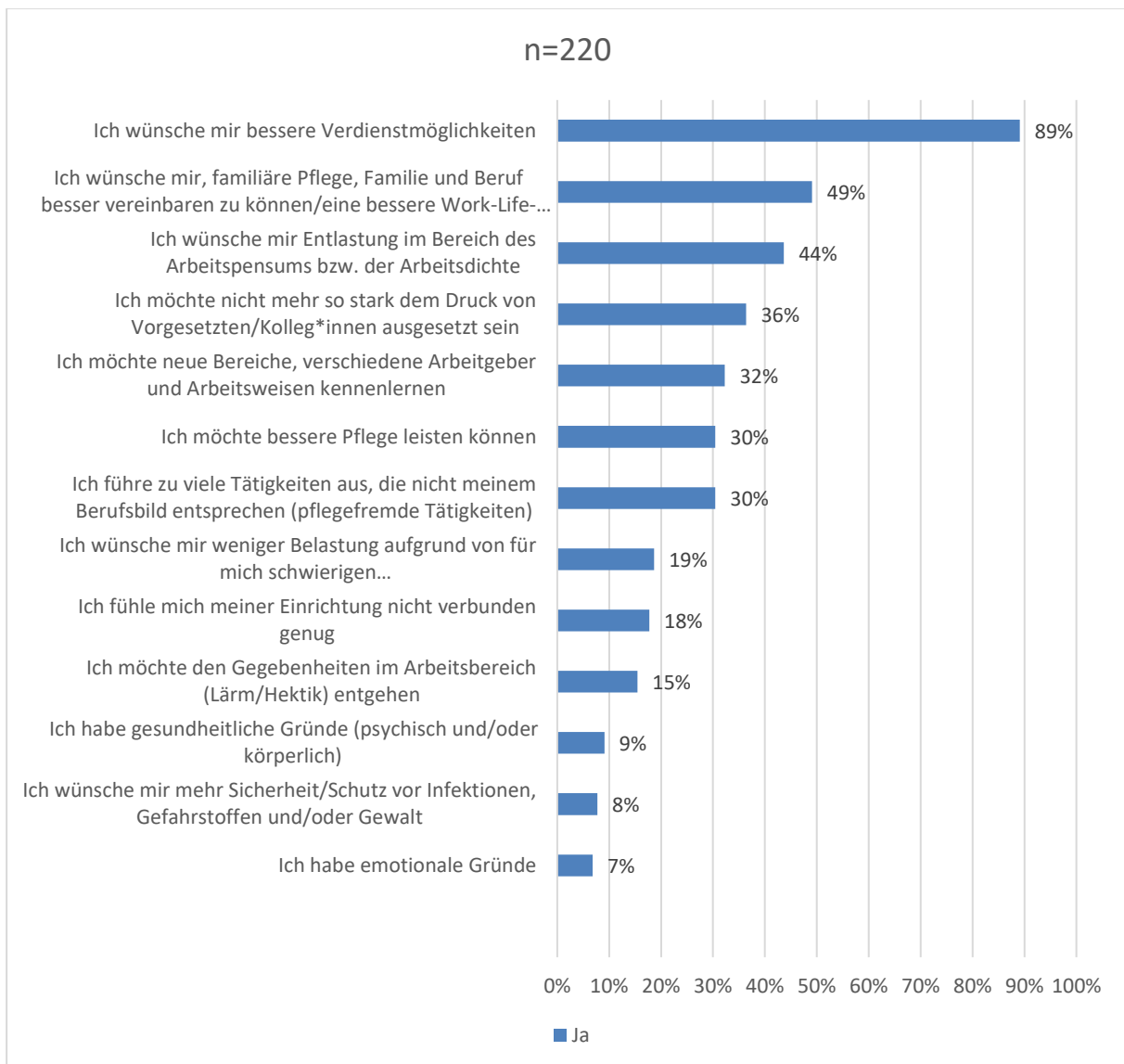
Gründe für Wechselabsichten in die Zeit-/Leiharbeit

Befragte, dieangaben zu überlegen, in absehbarer Zeit in die Zeit-/Leiharbeit zu gehen, wurden gebeten, ihre Gründe dafür über eine Multiple-Choice-Auswahl anzugeben. Die n=120 Antwortenden wählten im Median 4 Gründe aus (arithmetisches Mittel: 3,9). 11 Personen nutzten das Freitextfeld zur Angabe oder Konkretisierung ihrer Beweggründe. Insofern die Freitextangaben hinreichende semantische Ähnlichkeit zu den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten aufweisen, wird die entsprechende Option als ausgewählt gewertet.

Der Wunsch nach besseren Verdienstmöglichkeiten setzt sich mit 89 Prozent in seiner Verbreitung deutlich von den übrigen Beweggründen ab (Abbildung 135). Emotionale oder gesundheitliche Gründe spielen hingegen nur für eine Minderheit von unter 10 Prozent eine Rolle.

Die vier Freitextangaben, die nicht in der quantitativen Auswertung berücksichtigt werden konnten, konzentrieren sich vor allem auf die Möglichkeit in der Leiharbeit, den Dienstplan mehr den Bedürfnissen entsprechend zu gestalten.

Abbildung 135: Gründe für Überlegungen, in die Zeit-/Leiharbeit zu wechseln

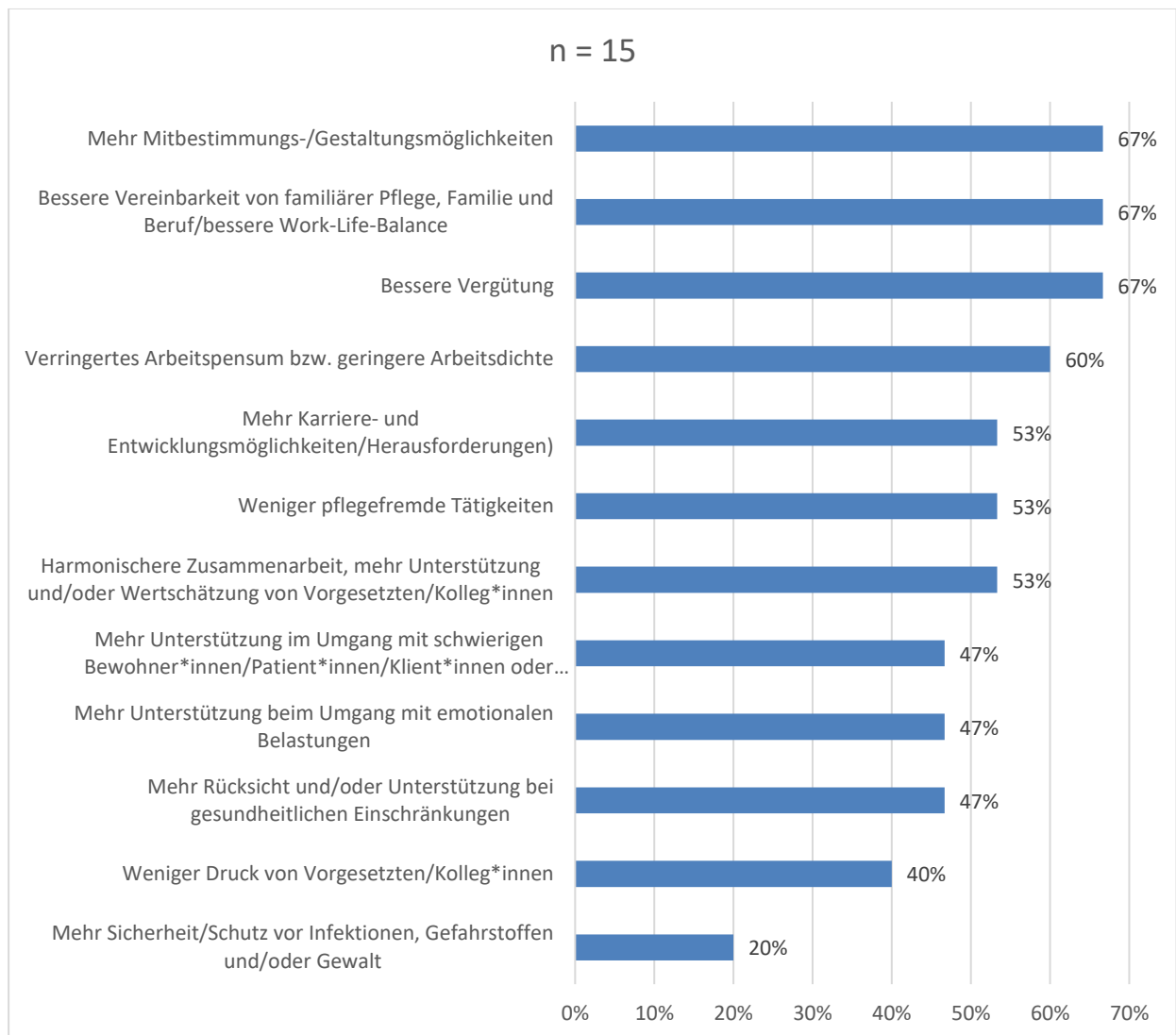


Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Notwendige/Bestärkende Verbesserungen für einen Wechsel in die Festanstellung

Demgegenüber wurden Personen, die in einem Beschäftigungsverhältnis in der Zeit-/Leiharbeit stehen und Wechselabsichten angaben oder sich dessen unsicher waren, danach gefragt, welche Verbesserungen für den Wechsel in eine Festanstellung für sie notwendig wären und/oder die Wechselbereitschaft bestärken würden. Die Befragten hatten die Möglichkeit, mehrere Antworten auszuwählen sowie über ein Freitextfeld weitere Verbesserungen zu ergänzen. Im Median wählten die 15 Befragten 5 Antworten, mindestens jedoch zwei Antworten (arithm. Mittel: 6,2), eine Person nutzte das Freitextfeld, um sich die konsequentere Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen zu wünschen. Am häufigsten wurden unter anderem Verbesserungen hinsichtlich mehr Mitbestimmungs- und Gestaltungsmöglichkeiten angegeben. Seltener wurde eine Verbesserung in Bezug auf mehr Sicherheit/Schutz vor Infektionen, Gefahrstoffen und/oder Gewalt als notwendig bzw. bestärkend für einen Wechsel angesehen. Da hier nur eine sehr geringe Anzahl an Antworten vorlag, sind diese Ergebnisse allerdings nur gering belastbar.

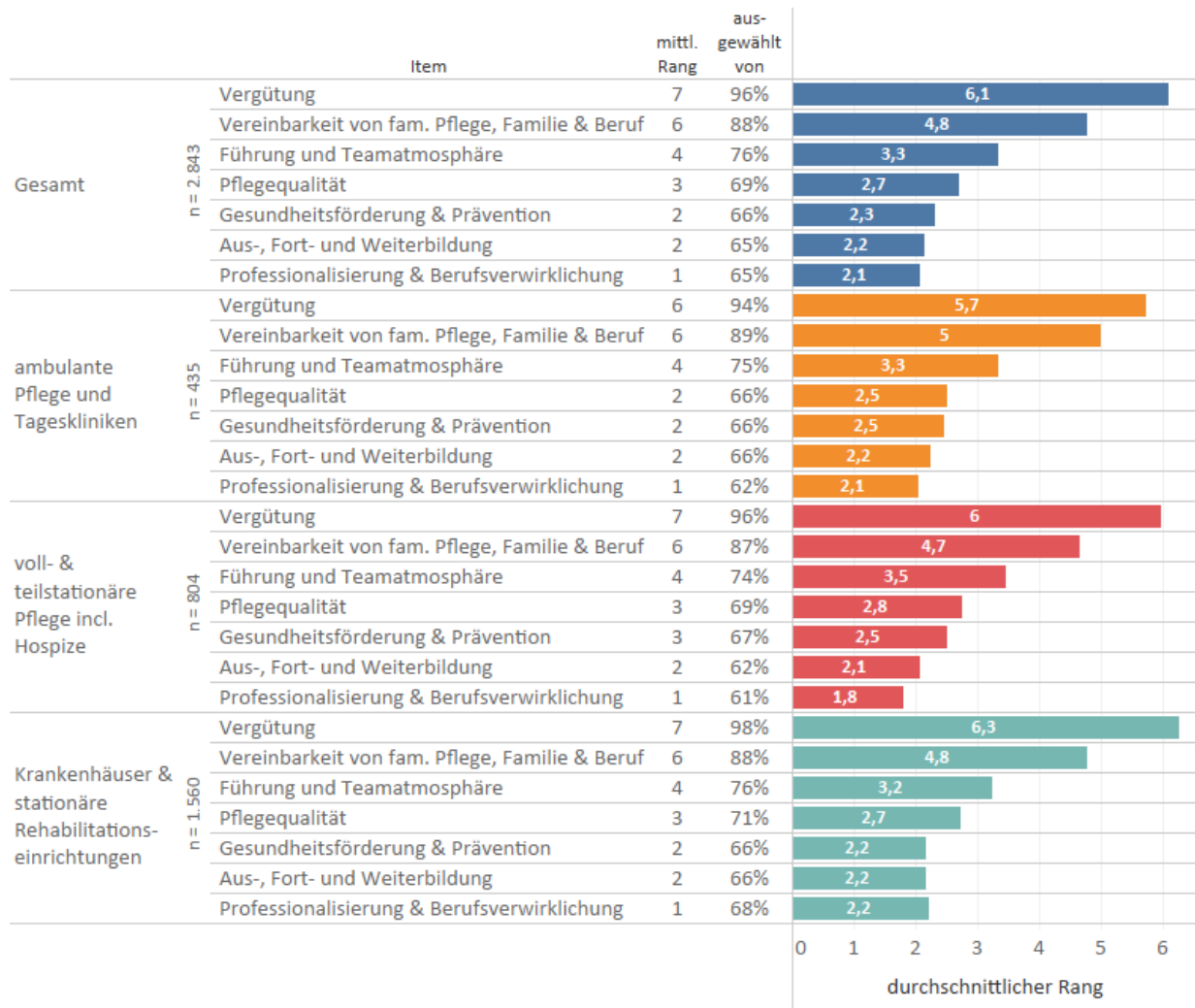
Abbildung 136: Notwendige/bestärkende Verbesserungen für den Wechsel in die Festanstellung



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

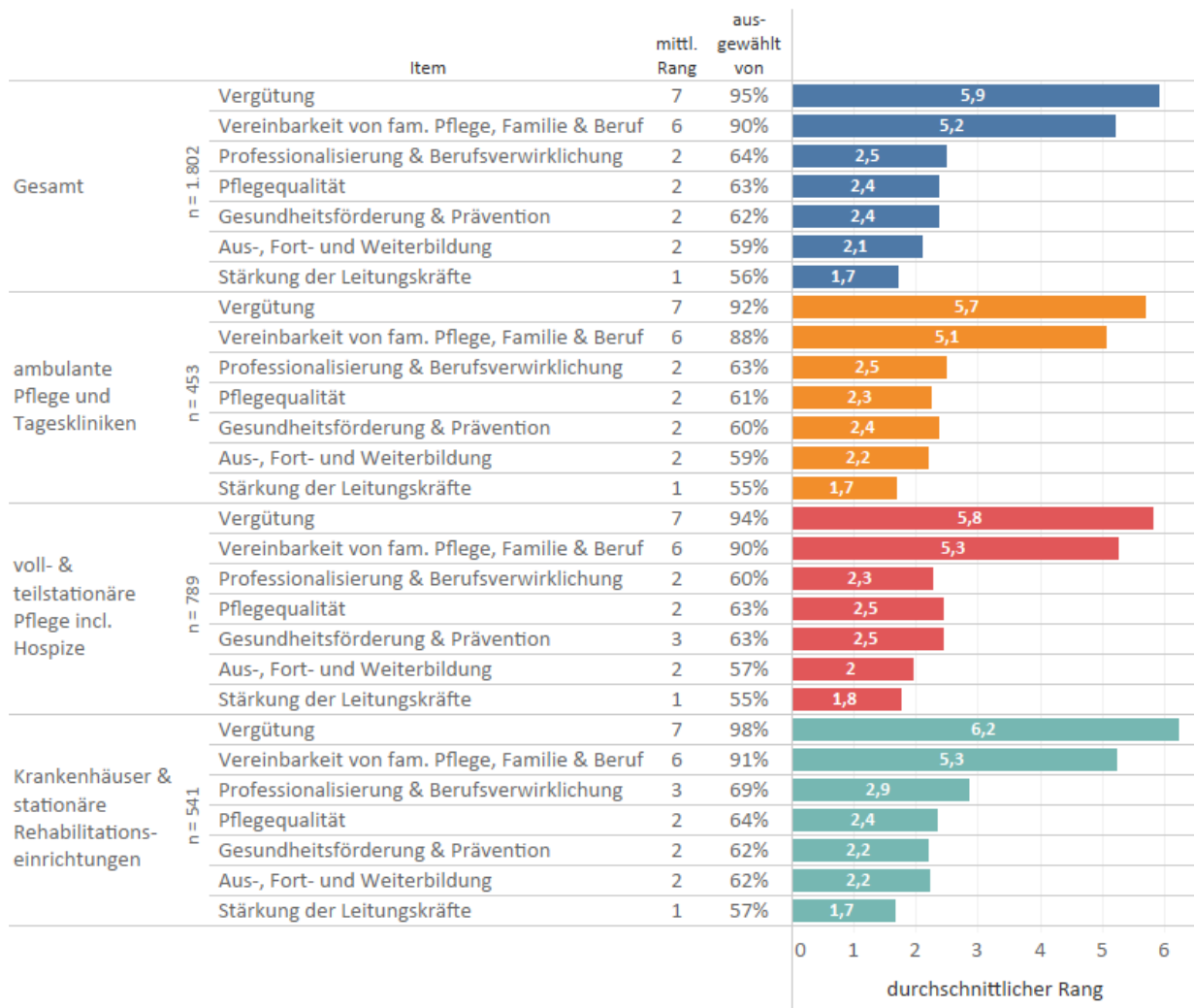
In Form einer Rankingfrage wurde wiederum die Bedeutung der verschiedenen Themenbereiche für die Verhinderung der Abwanderung in die Zeit-/Leiharbeit und zur Zurückgewinnung von beruflich Pflegenden aus der Zeit-/ Leiharbeit erhoben. Erneut wurden die Themen Vergütung und Vereinbarkeit als besonders wichtig gewertet. Aspekte, die Führung und Teamatmosphäre betreffen, werden als drittichtigstes Thema angesehen (Abbildung 137 und Abbildung 138).

Abbildung 137: Priorität der Themenfelder zur Eindämmung der Leiharbeit nach Setting (Nicht-Leitungskräfte)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 138: Priorität der Themenfelder zur Eindämmung der Leiharbeit nach Setting (Leitungskräfte)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

8.4.4 Freiberuflichkeit

Ein weiterer Themenblock in der Befragung stellt das Thema Freiberuflichkeit und die damit verbundenen erwerbsbiografischen Entscheidungen dar. In diesem Zusammenhang wurden Personen, die nicht in der Leitung tätig sind, nicht ungelernt sind oder sich nicht gerade in einer Hilfs- bzw. Fachkraftausbildung befinden, danach gefragt, ob sie freiberuflich tätig sind. Der überwiegende Anteil dieser Teilgruppe gab mit näherungsweise fast 100 Prozent Setting-übergreifend an, dass sie zurzeit keine freiberufliche Tätigkeit ausüben (Tabelle 104). Unter den schwerpunktmäßig im Krankenhaus tätigen Befragten ist die Freiberuflichkeit besonders gering verbreitet. Blickt man auf die Verbreitung der Freiberuflichkeit nach Qualifikation, ist eine mit einem Anteil von 3,4 Prozent recht hohe Tendenz zur Freiberuflichkeit unter ausgebildeten Hilfskräften zu beobachten. Allerdings ist die Fallzahl hier deutlich geringer als bei den anderen Qualifikationen, sodass mit Einschränkungen bei der Interpretation zu rechnen ist (Tabelle 105).

Tabelle 104: Anteil Befragte freiberuflich nach Setting

Freiberufliche Tätigkeit	ambulante Pflege und Tageskliniken (n=450)	Krankenhäuser & stationäre Reha (n=1646)	voll- & teilstationäre Pflege incl. Hospize (n=792)
ja	2,9 %	1,5 %	3,3 %

Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Tabelle 105: Anteil Befragte freiberuflich nach Qualifikation

Freiberufliche Tätigkeit	Ausgebildete Hilfskräfte (n=88)	Fachpersonen mit Hochschulabschluss (n=279)	Fachpersonen mit nichtakadem. Zusatzqualifikation (n=1.464)	Fachpersonen ohne Zusatzqualifikation (n=851)
ja	3,4 %	2,2 %	1,8 %	2,1 %

Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

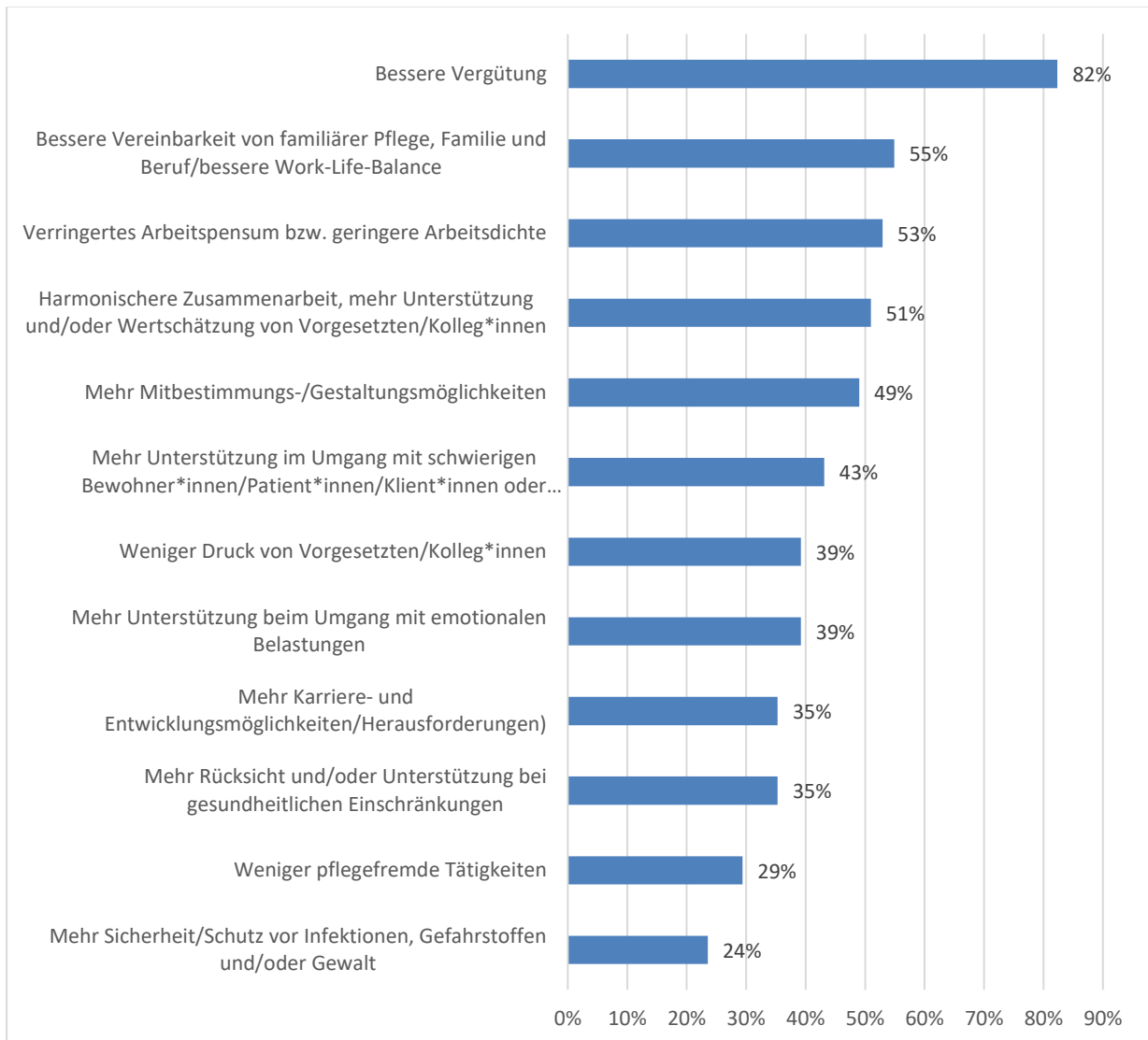
Wechsel in die Festanstellung

Weiterhin wurden die Antwortenden, die angaben, freiberuflich tätig zu sein, nach ihrer Wechselbereitschaft in eine Festanstellung gefragt. Knapp zwei Drittel der n=64 freiberuflich Tätigen verneinte Wechselabsichten. Etwa ein Fünftel zeigen sich diesbezüglich noch unentschlossen.

Freiberuflich Pflegende, die in Zukunft entweder nicht weiter freiberuflich arbeiten wollen oder sich diesbezüglich unsicher sind, wurden nach notwendigen oder bestärkenden Verbesserungen für den Wechsel von der Freiberuflichkeit in die Festanstellung gefragt (Abbildung 139, n=51). Im Median wurden von den Befragten sechs Antwortmöglichkeiten ausgewählt (arithm. Mittel: 5,5). Zehn Personen nutzten das Freitextfeld, um weitere relevante Verbesserungen vorzuschlagen. Insofern diese inhaltlich den bestehenden Kategorien zugeordnet werden konnten, wurde die entsprechende Antwortmöglichkeit als ausgewählt gewertet.

Die Vergütung als bestärkender Faktor setzt sich im Vergleich zu den möglicherweise wechselbereiten Leiharbeitnehmer*innen deutlicher ab. Am zweit- und dritthäufigsten wurden Wünsche bzgl. einer besseren Vereinbarkeit und geringeren Arbeitsdichte angegeben. In den drei nicht den bestehenden Auswahlmöglichkeiten zuordenbaren Freitextäußerungen wünschten sich die Befragte eine bessere Personalausstattung und eine verlässlichere und flexiblere Dienstplanung.

Abbildung 139: Notwendige/bestärkende Verbesserungen für den Wechsel Freiberuflichkeit in die Festanstellung



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

8.4.5 Weiterbildung und Umorientierung innerhalb der Pflege

Weitere Einflussfaktoren auf erwerbsbiografische Entscheidungen wurden hinsichtlich der Weiterbildungsabsichten von Pflegehilfskräften und Auszubildenden erhoben.

Interesse von Auszubildenden an Zusatzqualifikation oder Fachweiterbildung

Gefragt wurden diejenigen Teilnehmenden, die sich in einer Ausbildung zur Pflegefachperson befinden in Bezug auf ihr Interesse an einer Zusatzqualifikation oder Fachweiterbildung. Der überwiegende Anteil (81 Prozent) gab hier ein entsprechendes Interesse an (Tabelle 106).

Tabelle 106: Interesse an Zusatzqualifikationen oder Fachweiterbildung unter Auszubildenden zur Pflegefachperson

n=354	Anzahl	Anteil
Ja	287	81 %
Unentschlossen	40	11 %
Nein	27	8 %

Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Zur weiteren Spezifizierung dieses Interesses konnten die Befragten auswählen, welche Art der Zusatzqualifikation oder Fachweiterbildung für sie interessant sind. Am häufigsten fiel die Wahl auf Wundmanagement (45 Prozent) oder Praxisanleitung (43 Prozent). Sehr selten wurden die Bereiche Qualitätsmanagement (3 Prozent) oder Pflege in der Endoskopie (1 Prozent) von den befragten Auszubildenden genannt (Tabelle 107).

Tabelle 107: Art der interessierenden Zusatzqualifikation oder Fachweiterbildung

n=284	Anteil
Wundmanagement	45 %
Praxisanleitung	43 %
Palliativpflege/Palliative Care	33 %
Anästhesie und Intensivpflege	30 %
Notfallpflege	23 %
Pflegedienstleitung/Stationsleitung/Wohnbereichsleitung/Wohngruppenleitung	20 %
Eine andere Fachweiterbildung	20 %
Psychiatrische Pflege/Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie	20 %
Pädiatrische Anästhesie und Intensivpflege	17 %
Schmerzmanagement	15 %
Pflege im Operationsdienst	11 %
Pflege in der Onkologie	11 %
Demenzfachkraft	10 %
Gerontopsychiatrische Pflege	7 %
Intermediate Care Pflege	5 %
Hygienebeauftragte*r	4 %
Case Management	3 %
Qualitätsmanagement	3 %
Pflege in der Endoskopie	1 %

Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Interesse von Auszubildenden an einem Studium

Darüber hinaus wurden Auszubildende zur Pflegefachperson nach ihrem Interesse an der Aufnahme eines Studiums in der Pflege gefragt. Über die Hälfte der Befragten (56 Prozent) äußerte kein eindeutiges Interesse. Knapp ein Drittel der Auszubildenden (29 Prozent) gab dagegen an, Interesse an einem Studium im Pflegebereich zu haben. Die Übrigen sind unentschlossen (Tabelle 108).

Tabelle 108: Interesse an Studium

n=350	Anzahl	Anteil
Ja	101	28,9 %
Unentschlossen	54	15,4 %
Nein	195	55,7%

Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Auch hier wurden zur weiteren Spezifikation die an einem Studium interessierten bzw. die noch unentschlossenen Auszubildenden zur Pflegefachperson im Multiple-Choice-Format nach den von ihnen präferierten Bachelor- und Masterstudienfächern gefragt. Bei den Bachelorstudiengängen entschieden sich jeweils 31 Prozent für die Auswahl Gesundheits- und/oder Pflegewissenschaft sowie Gesundheits- und/oder Pflegepädagogik. Seltener fiel die Wahl dagegen auf das Studienfach Gerontologie (Tabelle 109).

Tabelle 109: Interessierende Studienfächer - Bachelor

n=141	Anteil
Gesundheits- und/oder Pflegewissenschaft	32,6 %
Gesundheits- und/oder Pflegepädagogik	29,8 %
Gesundheits- und/oder Pflegemanagement	27,7 %
Psychiatrische Pflege	19,9 %
Advanced Nursing Practice (ANP)	17,7 %
Einen anderen Bachelorstudiengang	11,3 %
Gerontologie	5,0 %

Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Auf Nachfrage nach für die Befragten interessanten Master-Studienfächern äußerte ein Viertel der Antwortenden, dass sie nicht planen, einen Masterabschluss in der Pflege zu machen. Das am häufigsten interessierende Master-Studienfach ist ebenfalls die Gesundheits- und/oder Pflegepädagogik (27 Prozent). Auch hier fällt am seltensten die Wahl auf die Umsetzung eines Master-Studiengangs im Fachbereich Gerontologie (Tabelle 110).

Tabelle 110: Interessierende Studienfächer – Master

n=137	Anteil
Gesundheits- und/oder Pflegepädagogik	26,3 %
Ich habe nicht vor, einen Masterabschluss in der Pflege zu machen	26,3 %
Gesundheits- und/oder Pflegewissenschaft	18,2 %
Gesundheits- und/oder Pflegemanagement	18,2 %
Advanced Nursing Practice (ANP)	16,8 %
Palliativpflege	13,9 %
Psychiatrische Pflege	13,1 %
Community Health Nursing (CHN)	8 %
Einen anderen Masterstudiengang	3,6 %
Gerontologie	2,9 %

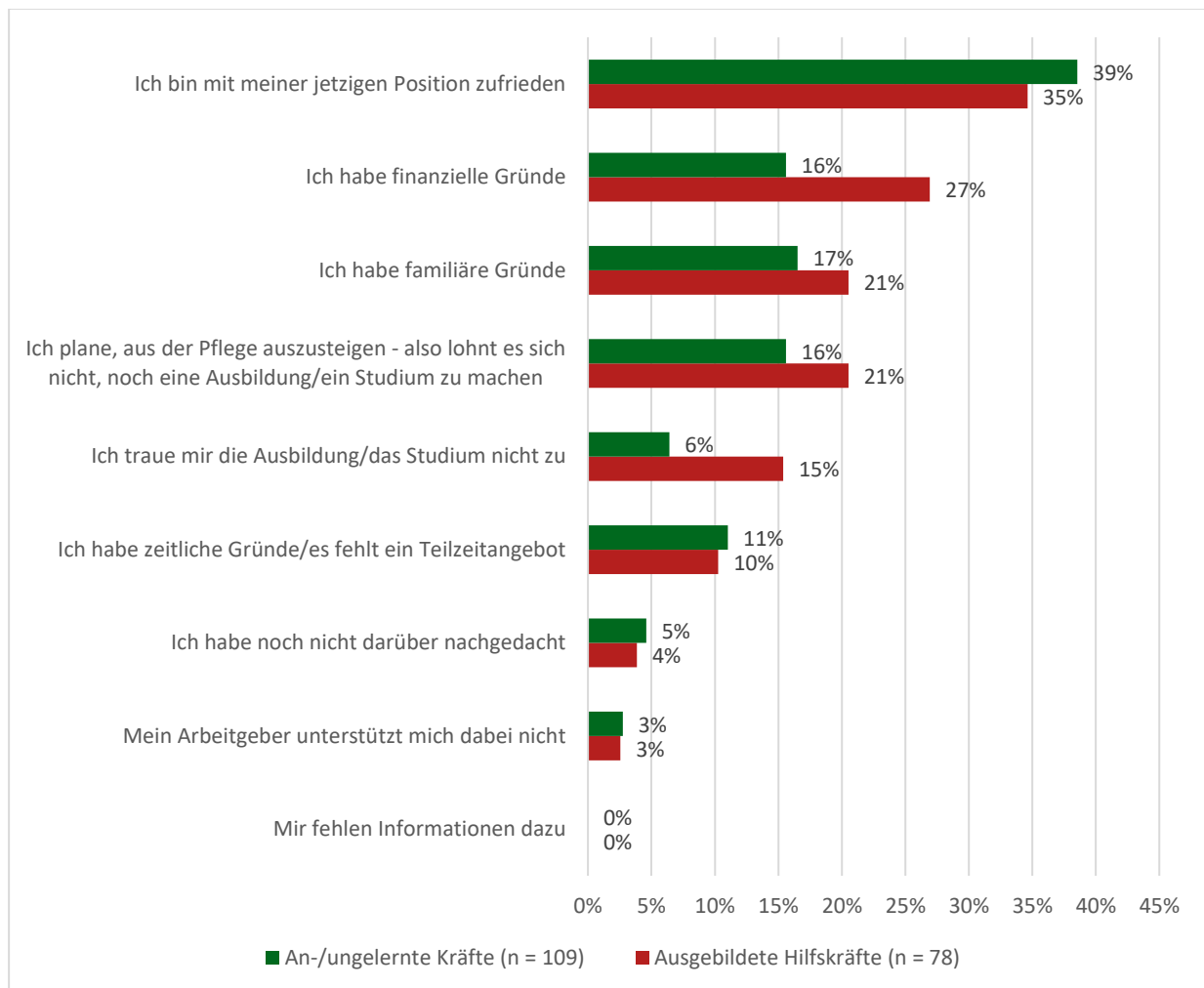
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Gründe gegen die Aufnahme einer Ausbildung nach Qualifikation

Ferner wurden Hilfskräfte und Angelernte, die keine Ausbildung oder ein Studium planen oder unentschieden sind, danach gefragt, welche Gründe für sie gegen die Aufnahme einer weiterqualifizierenden Ausbildung sprechen. Hier stand es den Befragten ebenfalls frei, mehrere Antwortmöglichkeiten auszuwählen. Im Median wurde eine Antwortmöglichkeit genutzt (arithm. Mittel: 1,4).

Mit jeweils mehr als einem Drittel ist die Zufriedenheit mit der jetzigen Position in beiden Gruppen der häufigste Grund. Teilweise spielen auch familiäre, finanzielle oder Ausstiegsgedanken eine Rolle. Interessant ist an dieser Stelle, dass nach Einschätzung der Befragten keine Informationsdefizite für die Aufnahme einer Ausbildung zur Pflegefachperson bestehen (Abbildung 140).

Abbildung 140: Gründe gegen die Aufnahme einer Ausbildung nach Qualifikation



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Weiterhin gab es die Option für die befragten Pflegenden ohne mindestens dreijährige Ausbildung, das Freitextfeld für die Angabe weiterer Gründe gegen eine Ausbildung oder ein Studium zu nutzen. 34 Nennungen konnten an der Stelle mitaufgenommen werden. Angaben, die zu bereits bestehenden Kategorien passten, wurden diesen zugeordnet und bei der quantitativen Auswertung einbezogen. 25 Aussagen konnten keiner bestehenden Antwortkategorie inhaltlich zugeordnet werden, weshalb auch hier neue Kategorien erstellt wurden. Die größte neu erstellte Kategorie umfasst Aussagen, die ein fortgeschrittenes Alter als einen Grund gegen die Aufnahme einer Ausbildung beinhalten (Elf Aussagen, 44 Prozent der neu zu kategorisierenden Freitexte). Die restlichen Aussagen konnten nicht zu größeren Kategorien gebündelt werden und betrafen Einzelmeinungen innerhalb des Kollektivs der Antwortenden.

Qualifizierung zur Übernahme erweiterter heilkundlicher Verantwortung

Im optionalen Teil des Fragebogens wurden weiterhin 1585 Fachkräfte, die das Thema Übernahme erweiterter heilkundlicher Verantwortung für relevant zur Attraktivitätssteigerung des Berufs halten, danach gefragt, inwieweit sie Interesse an einer Qualifizierung in diesem Bereich haben. Der überwiegende Teil der n=1567 antwortenden gab hier ein grundsätzliches Interesse daran an oder war

zumindest noch unentschlossen diesbezüglich. Nur 12 Prozent lehnten eine entsprechende Qualifizierung ab (Tabelle 111).

Tabelle 111: Interesse an Qualifizierung zur Übernahme erweiterter heilkundlicher Verantwortung

n=1.567	Anzahl	Anteil
Ja	1193	76 %
Unentschlossen	193	12 %
Nein	181	12 %

Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Veränderungsabsichten innerhalb der Pflege nach Setting

Alle Teilnehmenden wurden außerdem nach Veränderungsabsichten innerhalb der Pflege gefragt. Differenziert nach Setting geben vor allem Beschäftigte in Krankenhäusern/der stationären Reha an, dass sie Veränderungsabsichten haben. Nur etwas mehr als die Hälfte hat keine Gedanken diesbezüglich. Teilnehmende aus den anderen Settings sind jeweils zu knapp 70 Prozent einer Veränderung abgeneigt (Tabelle 112).

Tabelle 112: Veränderungsabsichten innerhalb der Pflege nach Setting

	ambulante Pflege und Tageskliniken (n=978)	Krankenhäuser & stationäre Reha (n=2.197)	voll- & teilstationäre Pflege incl. Hospize (n=1.752)
Ja, kurzfristig	7 %	10 %	6 %
Ja, langfristig	24 %	35 %	24 %
Nein	69 %	55 %	70 %

Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Außerdem wurde nach den Gründen für Veränderungsabsichten innerhalb der Pflege gefragt. Die häufigste Wahl fiel auf den Wunsch nach Entlastung bezüglich des Arbeitspensums bzw. der Arbeitsdichte. Ebenfalls als häufiger Grund angegeben wurde der Wunsch nach besseren Verdienstmöglichkeiten. Wenig Beachtung fand der Wunsch danach, langfristige Beziehungen zu den Bewohner*innen/Patient*innen/Klient*innen aufbauen zu können (Tabelle 113). Die Befragten konnten über ein Freitextfeld weitere Gründe nennen. Hier konnten 190 ergänzende Aussagen mit aufgenommen werden, die bei entsprechender Passung zu den bereits bestehenden Antwortkategorien zugeordnet wurden und in der quantitativen Auswertung berücksichtigt wurden. 69 Antworten konnten keiner bestehenden Kategorie zugeordnet werden. Hier wurden wie bereits bei den vorherigen Freitextanalysen die Antworten zu ergänzenden Kategorien gebündelt, sofern möglich. Die größten neu gebildeten Kategorien umfassen Aussagen in Bezug auf eine bessere Personalbemessung/mehr Personal (15 Aussagen, 22 Prozent der neu zu kategorisierenden Freitexte) und die Dienstplangestaltung, vor allem die Verlässlichkeit und Planbarkeit der Freizeit (13 Aussagen, 19 Prozent). Außerdem wurden in Antwort auf die Veränderungsabsichten auch Wünsche nach grundlegenden Veränderungen im Gesundheitssystem geäußert (neun Aussagen, 13 Prozent). Weitere Antworten fallen unter die Kategorie Sonstiges, deren Inhalte nicht zu größeren relevanten Einzelkategorien zusammengefasst werden konnten.

Tabelle 113: Gründe für Umorientierung innerhalb der Pflege

n=1.849	Anteil
Ich wünsche mir Entlastung im Bereich des Arbeitspensums bzw. der Arbeitsdichte	58 %
Ich wünsche mir bessere Verdienstmöglichkeiten	54 %
Ich wünsche mir Karriere- und Entwicklungsmöglichkeiten/neue Herausforderungen	47 %
Ich wünsche mir, familiäre Pflege, Familie und Beruf besser vereinbaren zu können/eine bessere Work-Life-Balance	44 %
Ich möchte bessere Pflege leisten können	44 %
Ich wünsche mir Mitbestimmungs-/Gestaltungsmöglichkeiten	39 %
Ich wünsche mir eine harmonischere Zusammenarbeit, mehr Unterstützung und/oder Wertschätzung von Vorgesetzten/Kolleg*innen	35 %
Ich führe zu viele Tätigkeiten aus, die nicht meinem Berufsbild entsprechen (pflegefremde Tätigkeiten)	29 %
Ich möchte den Gegebenheiten im Arbeitsbereich (Lärm/Hektik) entgehen	28 %
Ich wünsche mir weniger Belastung aufgrund von für mich schwierigen Bewohner*innen/Patient*innen/Klient*innen oder Angehörigen	25 %
Ich habe gesundheitliche Gründe (psychisch und/oder körperlich)	23 %
Ich fühle mich meiner Einrichtung nicht verbunden genug	12 %
Ich wünsche mir mehr Sicherheit/Schutz vor Infektionen, Gefahrstoffen und/oder Gewalt	10 %
Ich habe emotionale Gründe	9 %
Ich wünsche mir, langfristige Beziehungen zu den Bewohner*innen/Patient*innen/Klient*innen aufbauen zu können	4 %

Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

8.4.6 Berufsverbleib

Abschließend wurden erwerbsbiografische Aspekte des Berufsverbleibs im Fragebogen erfragt. Die Teilnehmenden wurde hier zunächst gebeten, Angaben über ihre Ausstiegsabsichten zumachen.

Befragte mit Ausstiegsabsichten nach Setting

Auffällig ist, dass fast die Hälfte aller befragten beruflich Pflegenden, die eine Tätigkeit in einem Krankenhaus/der stationären Reha ausüben, eine Ausstiegsabsicht angaben. Bei den Beschäftigten in der ambulanten Pflege sind es dagegen nur etwas mehr als ein Drittel (Tabelle 114).

Tabelle 114: Befragte mit Ausstiegsabsichten nach Setting

Setting	ambulante Pflege und Tageskliniken (n=1.039)	Krankenhäuser und stationäre Reha (n=2.461)	voll- und teilstationäre Pflege inkl. Hospize (n=1.932)
Anteil mit Ausstiegsabsicht	34,8 %	47,2 %	41,4 %

Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Befragte mit Ausstiegsabsichten nach Qualifikation

Differenziert nach der Qualifikation der Antwortenden lässt sich feststellen, dass vor allem Pflegefachpersonen ohne Zusatzqualifikation im Vergleich zu den anderen Qualifikationsgraden häufiger eine Ausstiegsabsicht angeben. Am geringsten verbreitet sind Ausstiegsabsichten bei Pflegefachpersonen mit einem Hochschulabschluss (Tabelle 115). Außerdem kann mit Blick auf die Ausstiegsabsichten von Leitungs- bzw. Nicht-Leitungskräften (Tabelle 116) abgeleitet werden, dass eine höhere Qualifikation sowie Position tendenziell mit einer geringeren Ausstiegsabsicht verbunden ist. Ausgenommen sind an dieser Stelle sich in Ausbildung befindliche Personen. Über die Hälfte der Auszubildenden hat schon einmal darüber nachgedacht, die Ausbildung abzubrechen, allerdings hatte nur ein geringer Anteil Abbruchgedanken zum Zeitpunkt der Fragebogenerhebung (Tabelle 117 und Tabelle 118).

Tabelle 115: Befragte mit Ausstiegsabsichten nach Qualifikation

Qualifikation	Anteil mit Ausstiegsabsicht
An-/ungelernte Kräfte (n=124)	46,0 %
Auszubildende zur Hilfs-/Assistenzkraft (n=34)	44,1 %
Ausgebildete Hilfskräfte (n=93)	41,9 %
Auszubildende und Studierende in dualen und primärqualifizierenden Studiengängen (n=381)	39,1 %
Pflegefachpersonen ohne Zusatzqualifikation (n=936)	51,9 %
Pflegefachpersonen mit nichtakademischer Zusatzqualifikation (n=2.814)	41,8 %
Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss (n=693)	35,6 %

Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Tabelle 116: Befragte mit Ausstiegsabsichten nach Leitungstätigkeit

Leitungsposition	keine Leitung (n=3.435)	Leitung (n=2.075)
Anteil mit Ausstiegsabsicht	46,7 %	36,4 %

Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Tabelle 117: Auszubildende, die bereits über einen Ausbildungsabbruch nachgedacht haben

Ausbildungsart	Auszubildende Fachkraft (n=354)	Auszubildende Hilfs-/Assistenzkraft (n=34)
Anteil, die schon einmal darüber nachgedacht haben	63,8 %	50,0 %

Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Tabelle 118: Auszubildende, die aktuell über einen Ausbildungsabbruch nachdenken

Ausbildungsart	Auszubildende Fachkraft (n=226)	Auszubildende Hilfs-/Assistenzkraft (n=17)
Anteil, die schon einmal darüber nachgedacht haben	18,1 %	11,8 %

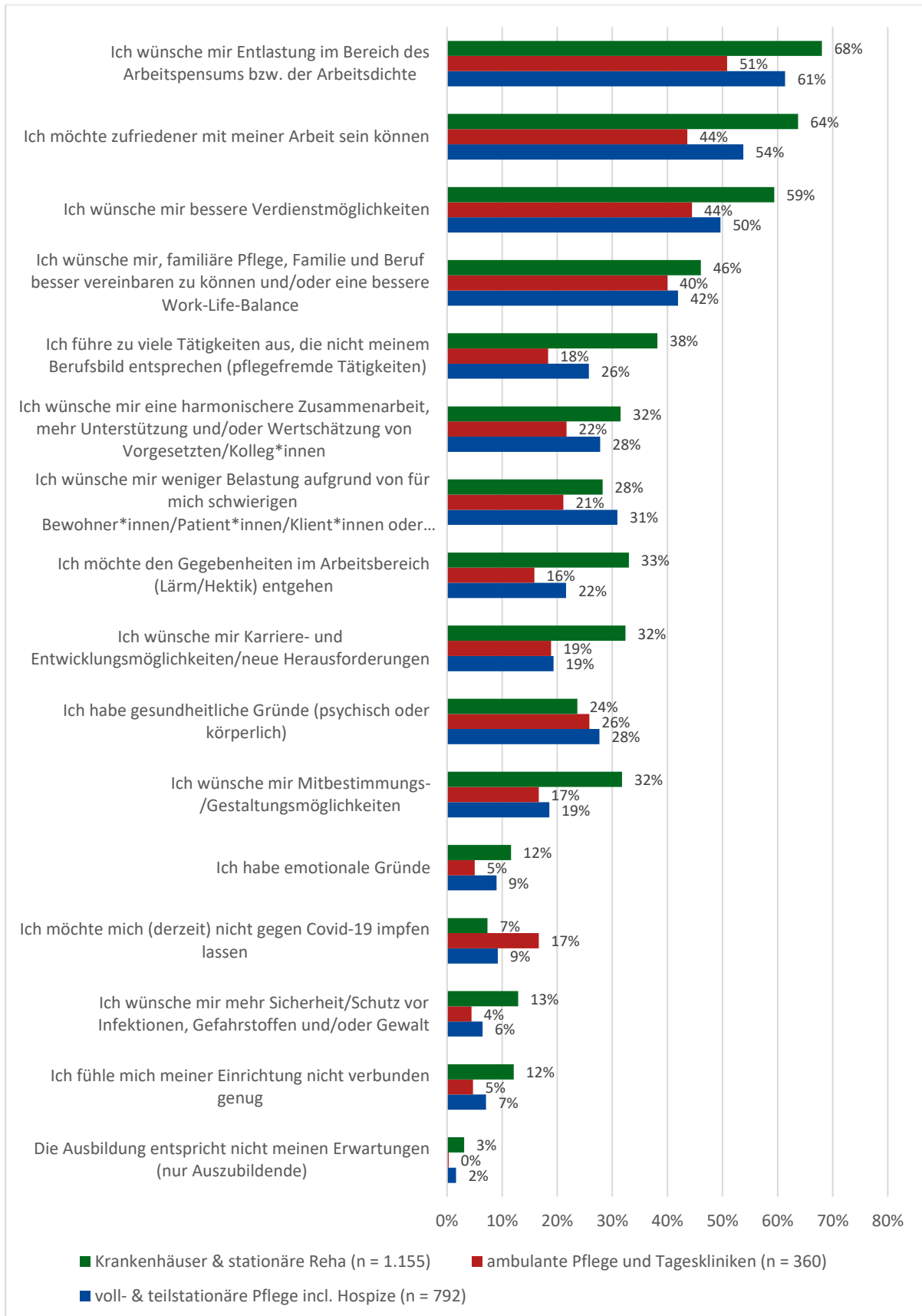
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Gründe für Ausstiegsabsichten nach Setting

Befragte mit Ausstiegsabsichten wurden diesbezüglich nach den für sie ausschlaggebenden Gründen gefragt. Ein Freitextfeld ermöglichte es den Antwortenden, ergänzende Gründe aufzuzählen. Hier wurden weitere 349 Gründe beschrieben, die sofern inhaltlich passend den entsprechenden Antwortkategorien zugeordnet und in die quantitative Auswertung miteinbezogen wurden. Im Median gaben die n=2.307 Antwortenden fünf Gründe an (arithm. Mittel: 4,6).

Die zentralen Gründe beziehen sich Setting-übergreifend auf Entlastung im Bereich des Arbeitspensums/Arbeitsdichte, sowie, dass die Zufriedenheit mit der Arbeit aktuell nicht ausreichend gegeben ist. Auffällig ist, dass der Wunsch nach weniger Belastung durch schwierige Bewohner*innen, Patient*innen oder Klient*innen häufiger von Personen aus dem teil- und vollstationären Bereich ausgewählt wird. Außerdem geben Mitarbeitende in der ambulanten Pflege häufiger als Ausstiegsgrund an, sich nicht gegen Covid-19 impfen lassen zu wollen. Alle anderen Kategorien werden von Mitarbeitenden aus dem Krankenhaus/stationären Reha häufiger ausgewählt (Abbildung 141).

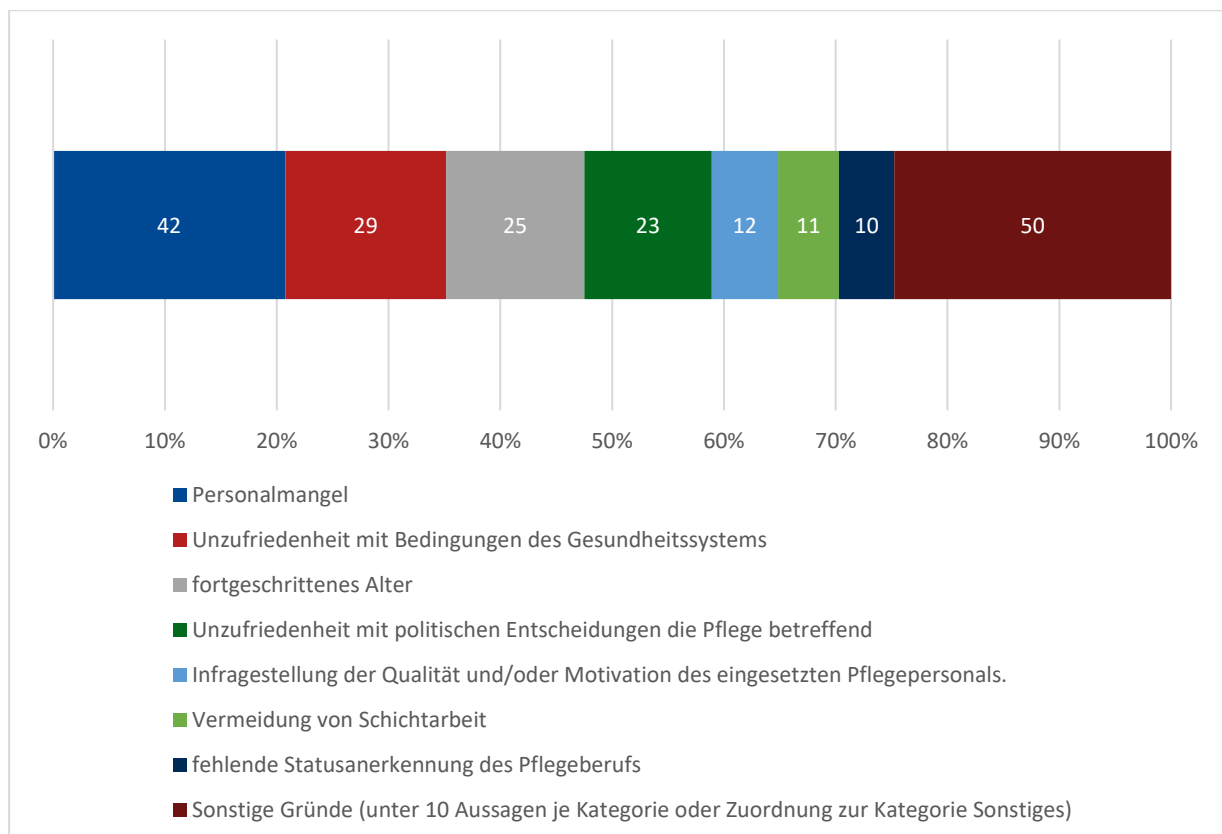
Abbildung 141: Gründe für Ausstiegsabsichten nach Setting



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Insgesamt konnten 202 der genannten Gründe zu keiner der bereits bestehenden Antwortkategorien zugeordnet werden. Entsprechend wurden die Aussagen verdichtet und daraus neue Kategorien gebildet. Am häufigsten wurde in Abgrenzung zu den bereits vorgegebenen Kategorien das Thema Personalmangel und damit verbundene hohe Belastungen genannt (42 Aussagen, 21 Prozent der neu zu kategorisierenden Aussagen). Weitere Ausstiegsgründe entfielen auf Unzufriedenheit mit den aktuellen Gegebenheiten des Gesundheitssystems, besonders der Finanzierung dessen sowie die aus Sicht der beruflichen Pflegenden aktuell geringen Möglichkeiten, eine qualitativ hochwertige Pflege zu leisten. (29 Aussagen, 14 Prozent). Weiterhin wurde in Verbindung mit der Ausgangsfrage relativ häufig das fortgeschrittene Alter (25 Aussagen, 12 Prozent) und eine Unzufriedenheit mit politischen Entscheidungen, die die Pflege betreffen, auch mit Verweisen auf die fehlende Wertschätzung beruflich Pflegenden und fehlende Einbeziehung dieser bei Entscheidungen, mitgeteilt (23 Aussagen, 11 Prozent). Weniger häufig wurden außerdem die als nicht ausreichend wahrgenommene Qualität und Motivation des eingesetzten Pflegepersonals, die Möglichkeit Schichtdienste zu vermeiden und die wahrgenommene fehlende Anerkennung des Status des Pflegeberufs als Gründe für einen Ausstieg aus dem Beruf in Kategorien gebündelt aufgenommen. Die weiteren angegebenen Gründe wurden entweder unter der Kategorie Sonstiges (25 Aussagen, 12 Prozent) gefasst oder sind mit weniger als zehn der neu zu kategorisierenden Aussagen als Einzelmeinungen anzusehen (Abbildung 142).

Abbildung 142: Ergänzende Ausstiegsgründe aus Freitextanalyse



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

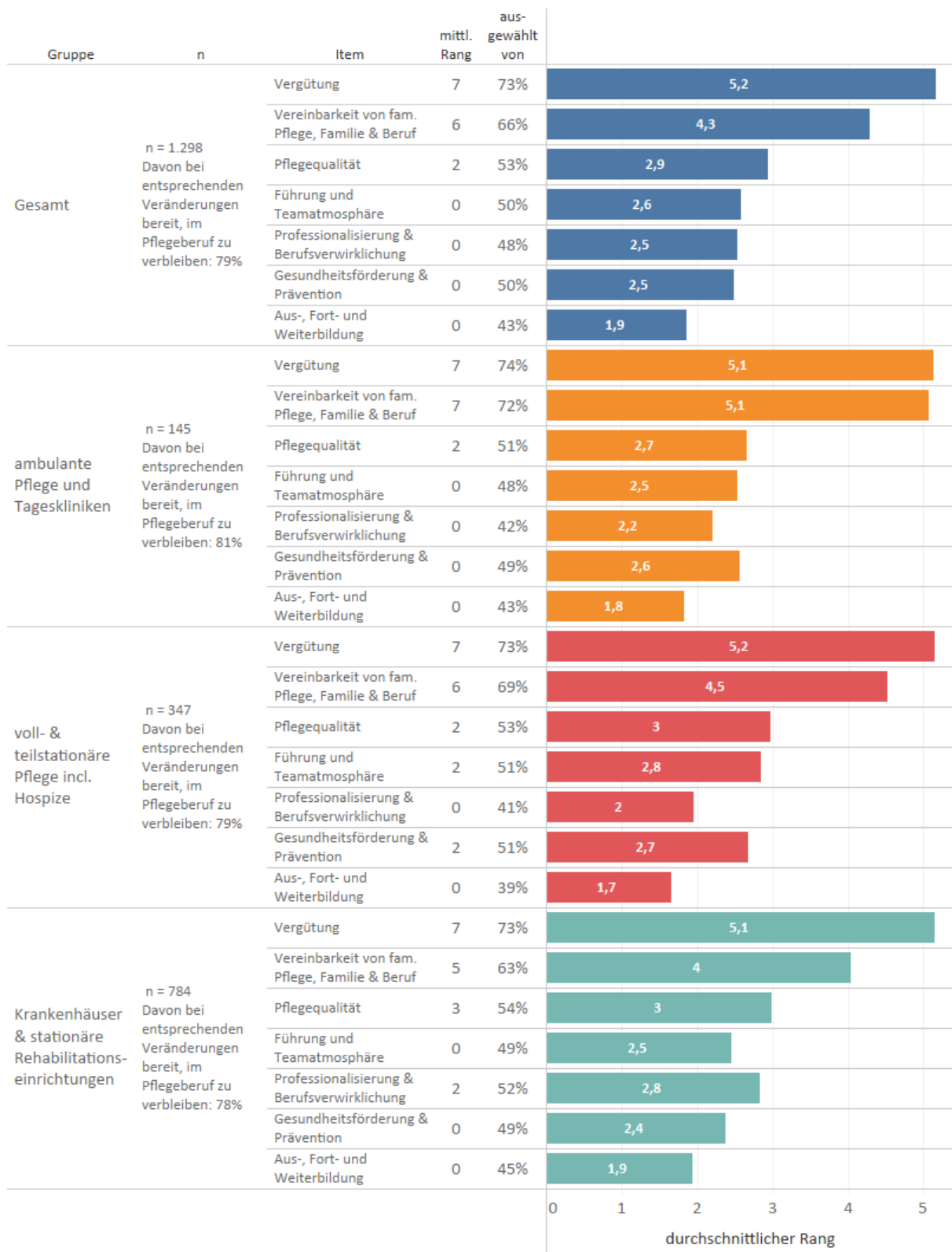
Befragte, die angegeben hatten, die Pflege kurz- oder langfristig verlassen zu wollen, wurden um die Auswahl und Priorisierung von Verbesserungen gebeten, die sie zum Berufsverbleib bewegen könnten. Die Ergebnisse sind in Abbildung 143 bis Abbildung 146 dargestellt. Neben den Themenbereichen

konnte ausgewählt werden, dass keine der genannten Verbesserungen die Befragten zu einem langfristigen Berufsverbleib bewegen könnten. Nur eine Minderheit machte von dieser Möglichkeit Gebrauch. 79 Prozent der Nicht-Leitungskräfte und 71 Prozent der Leitungskräfte zeigen sich durch Nichtauswahl der Ablehnungsoption bereit, bei Umsetzung der gewünschten Verbesserungen langfristig weiter in der Pflege tätig zu sein. Da unter Umständen nicht alle Befragten diese Auswahl nutzten, um ihre Haltung zum Berufsverbleib auszudrücken, ist der Wert als maximal möglicher Wert zu interpretieren.

Die Themengewichtung fiel ähnlich wie bei anderen Rankingfragen aus: Bessere Vergütung und Vereinbarkeit werden in allen Settings als wichtigste Veränderungen angesehen. Die Professionalisierung sowie die Berufsverwirklichung weisen erneut in Krankenhäusern und stationären Rehaeinrichtungen eine im Vergleich zu den anderen Settings erhöhte Bedeutung auf.

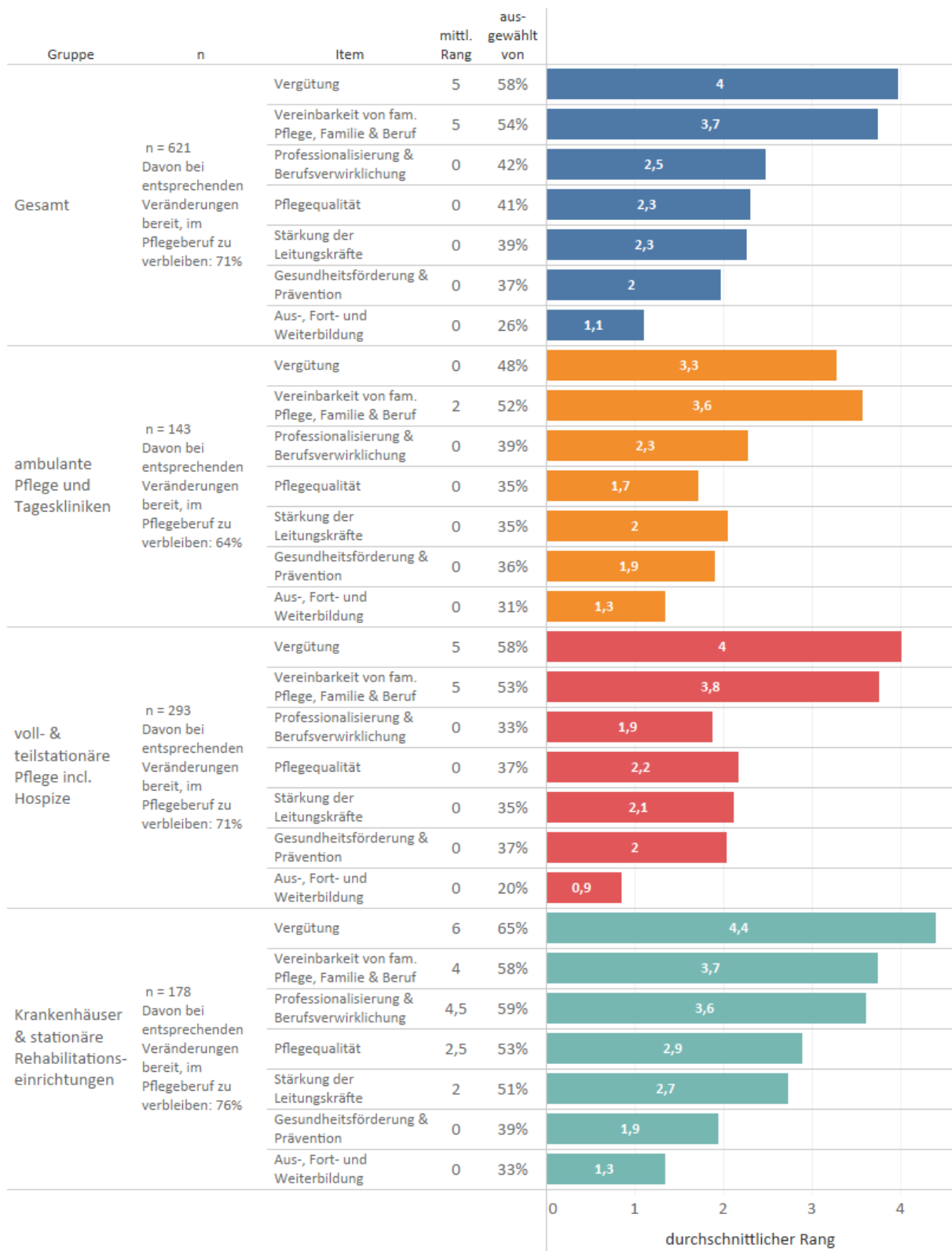
Bei der allgemeinen Bedeutung der Themen für die Förderung des Berufsverbleibs bewerten die Leitungskräfte die Vereinbarkeit mit einem durchschnittlichen Rang von 5,5 als etwas wichtiger als die Vergütung (4,8). Nicht-Leitungskräfte priorisieren die Pflegequalität stärker als Leitungskräfte.

Abbildung 143: Priorität der Themenfelder für den persönlichen Berufsverbleib (Nicht-Leitungskräfte mit Ausstiegsabsicht)



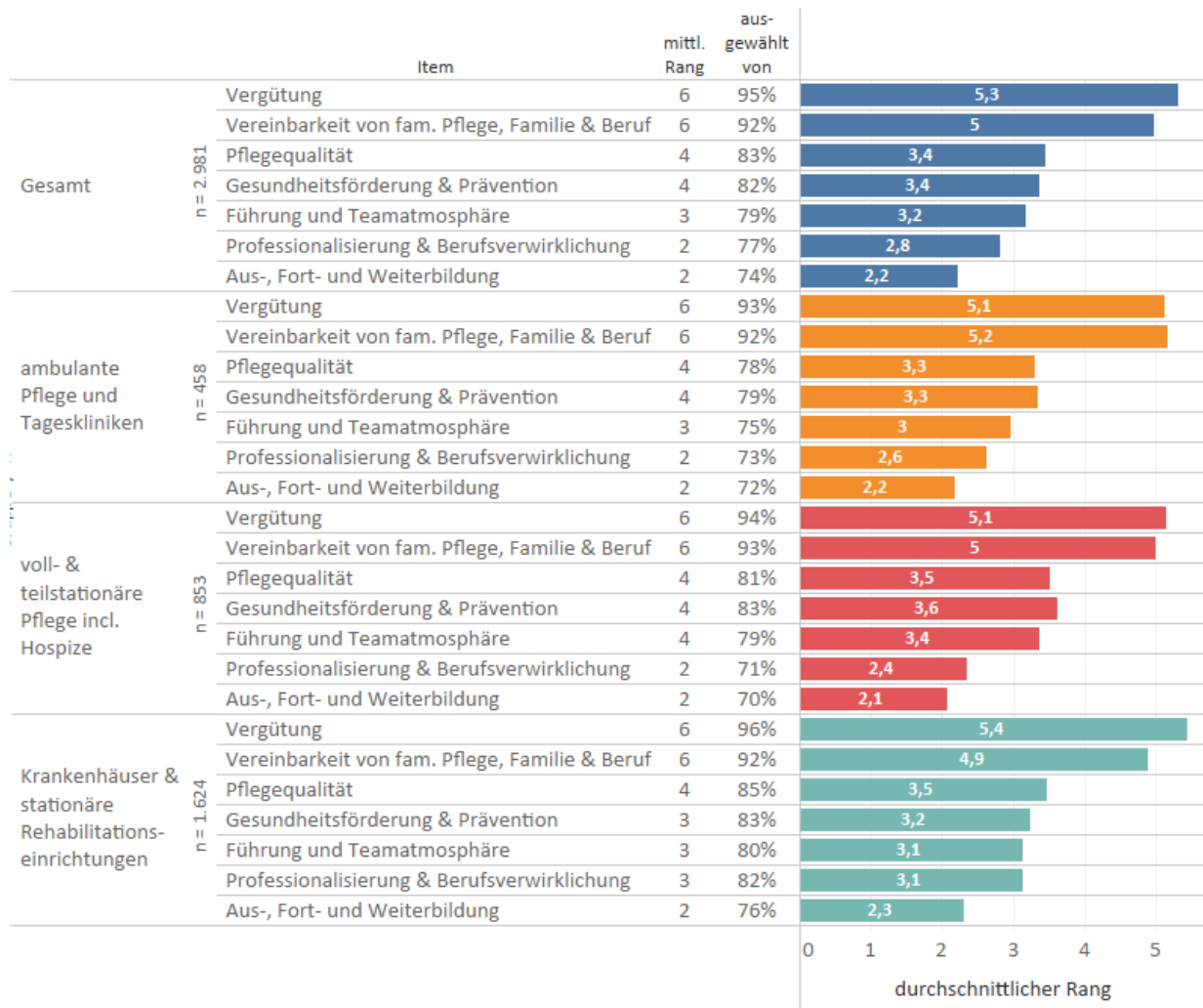
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 144: Priorität der Themenfelder für den persönlichen Berufsverbleib (Leitungskräfte mit Ausstiegsabsicht)



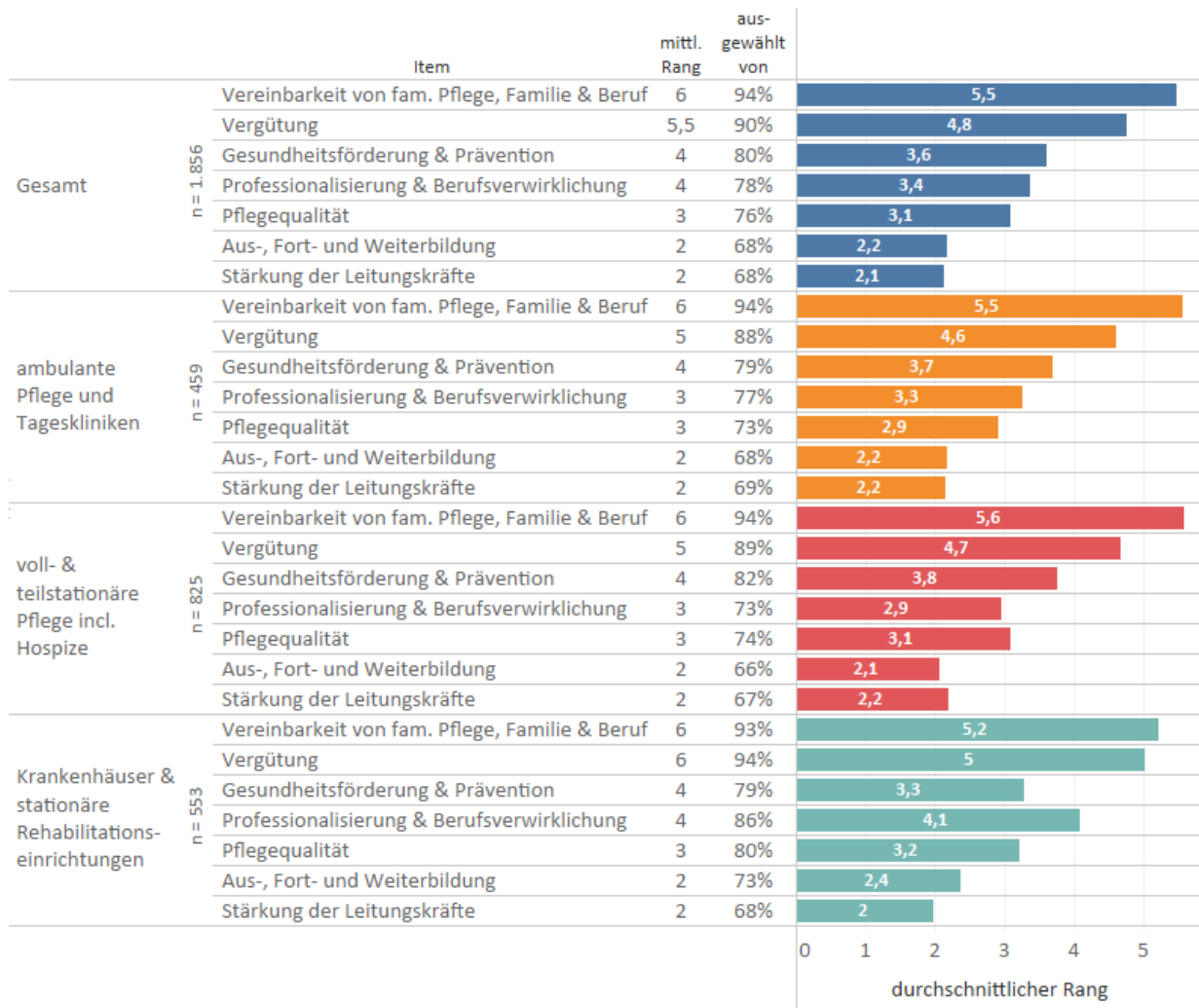
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 145: Priorität der Themenfelder zur Förderung des Berufsverbleibs nach Setting (Nicht-Leitungskräfte)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 146: Priorität der Themenfelder zur Förderung des Berufsverbleibs nach Setting (Leitungskräfte)

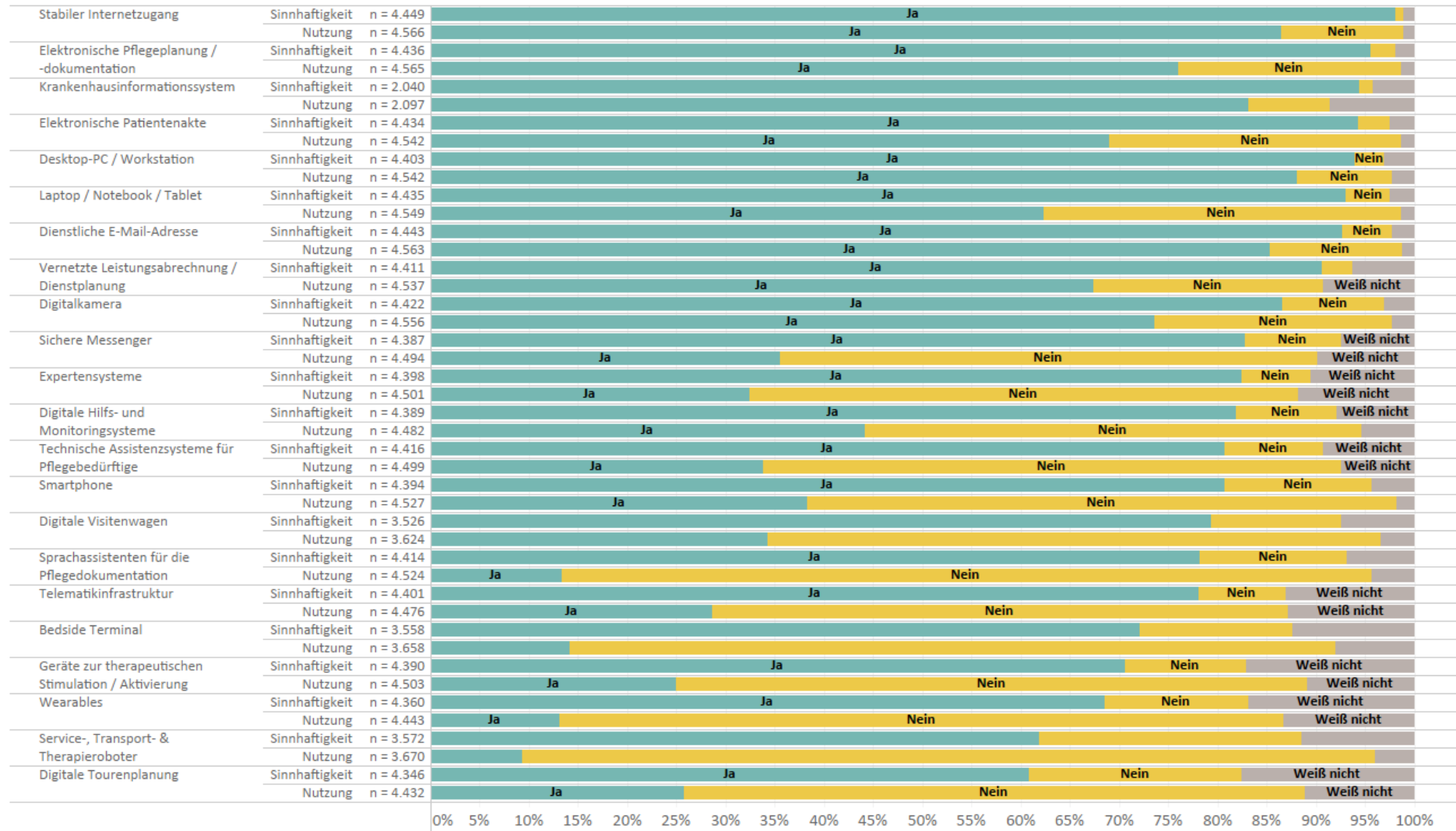


Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

8.5 Digitalisierung

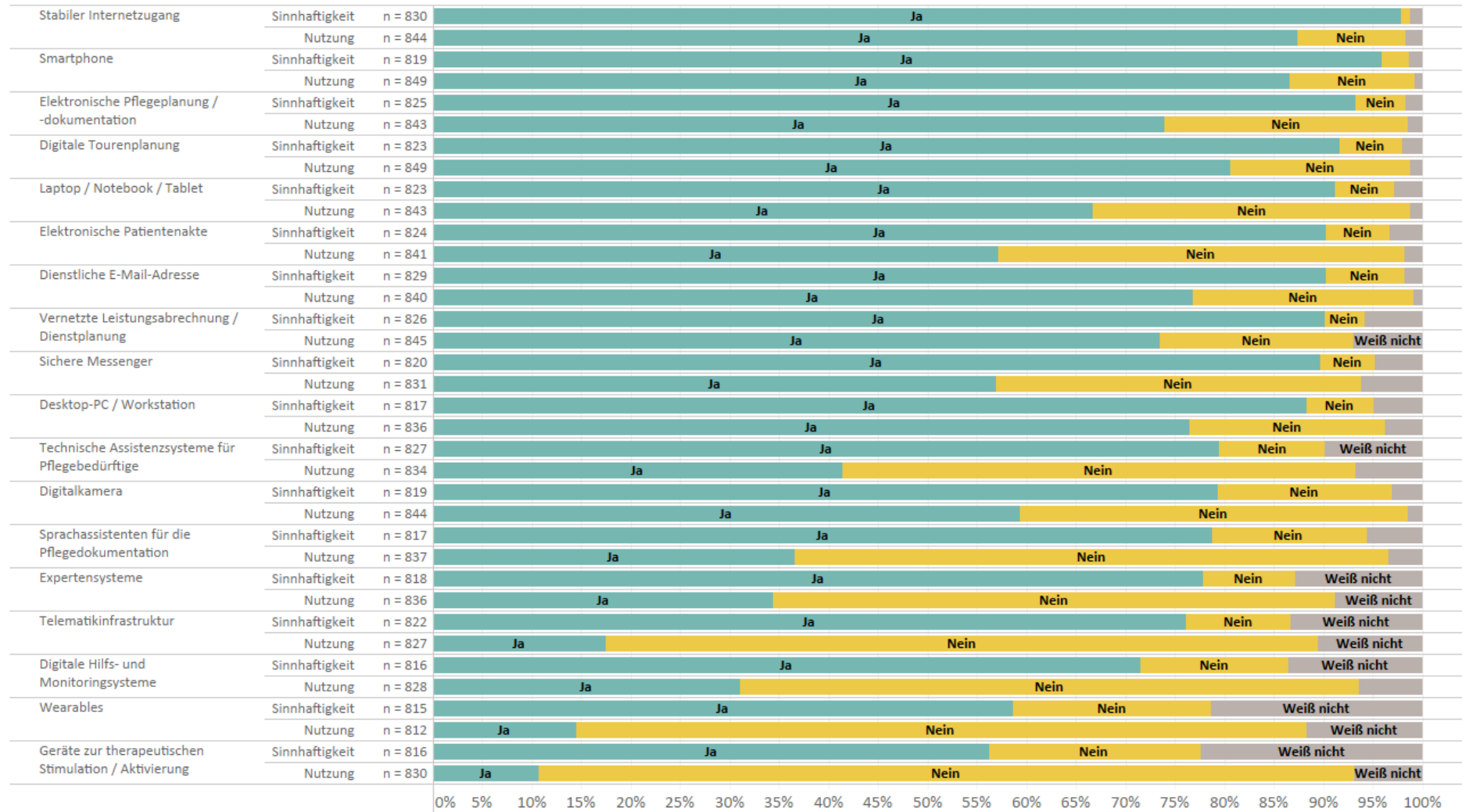
Im Themenblock Digitalisierung wurden die Befragten gebeten, 22 für die Pflege potenziell wertvolle digitale Unterstützungen zu bewerten und Angaben dazu zu machen, ob sie in ihrem Arbeitsumfeld eingesetzt bzw. bereitgestellt werden. Die Angabe „teilweise“ und „ja“ wurden als Zustimmung zur Nutzung bzw. Sinnhaftigkeit gewertet. Die Abbildungen (Abbildung 147 bis Abbildung 153) zeigen die Ergebnisse in den verschiedenen Settings. Am häufigsten wurde mit 98 ein stabiler Internetzugang als sinnvoll oder teilweise sinnvoll bewertet. Bei 12 Prozent ist dies jedoch nicht gewährleistet. Auch die elektronische Pflegeplanung und -dokumentation wird mit 96 Prozent Zustimmung stark begrüßt. In der ambulanten Pflege wird das Smartphone besonders häufig als sinnvolle digitale Unterstützung angesehen, während in stationären Settings der Desktop-PC bzw. die Workstation mit am meisten Zustimmung erfährt. Starke Unterschiede zwischen Bewertung und Nutzung gibt es beispielsweise bei Sprachassistenten für die Pflegedokumentation, die 78 Prozent der Befragten in ihrem Arbeitsumfeld für sinnvoll oder teilweise sinnvoll erachten und nur 13 Prozent nutzen.

Abbildung 147: Bewertung und Verbreitung digitaler Unterstützungen (alle Settings)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 148: Bewertung und Verbreitung digitaler Unterstützungen (ambulante Pflege)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 149: Bewertung und Verbreitung digitaler Unterstützungen (teilstationäre Pflege)

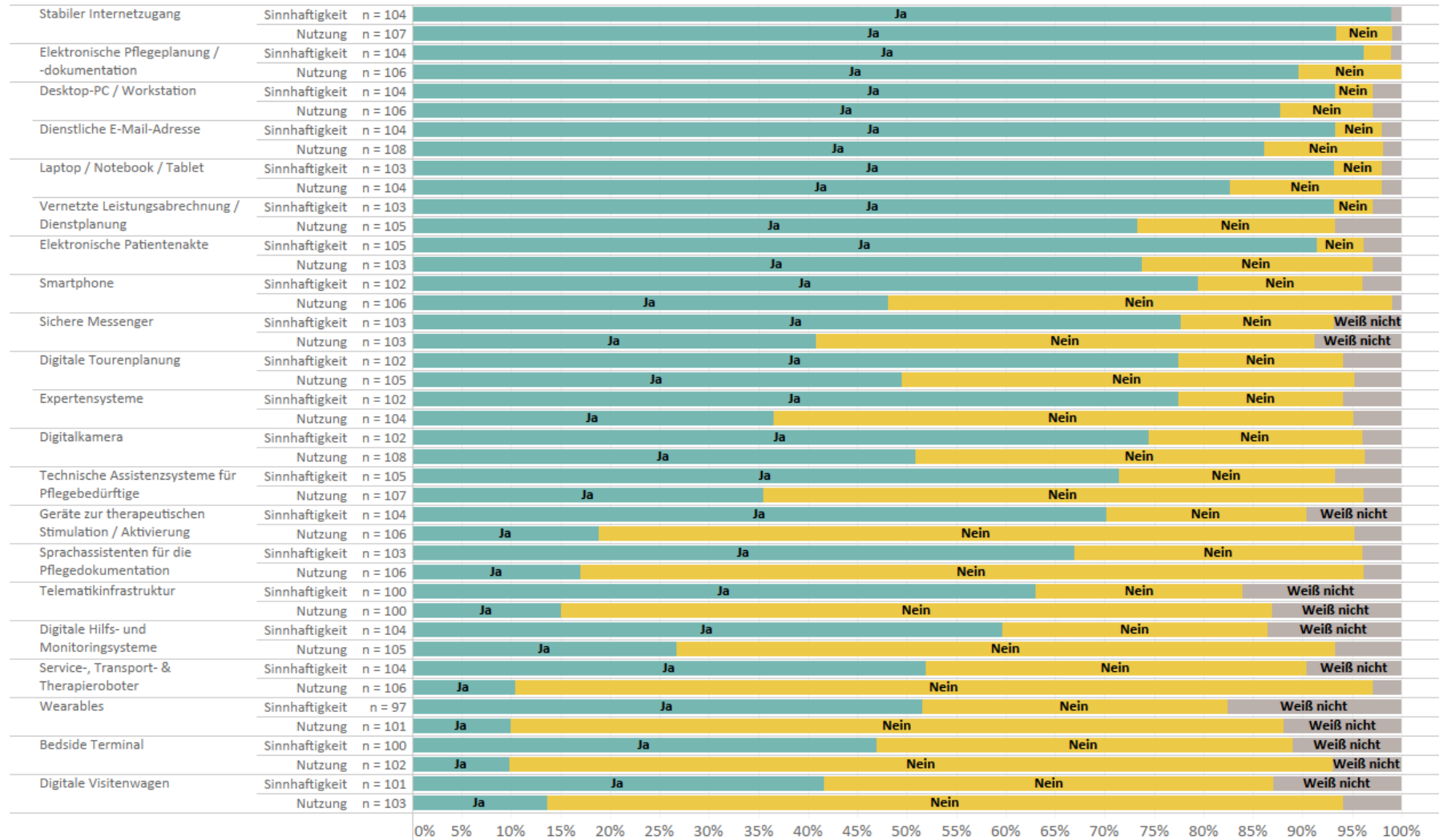
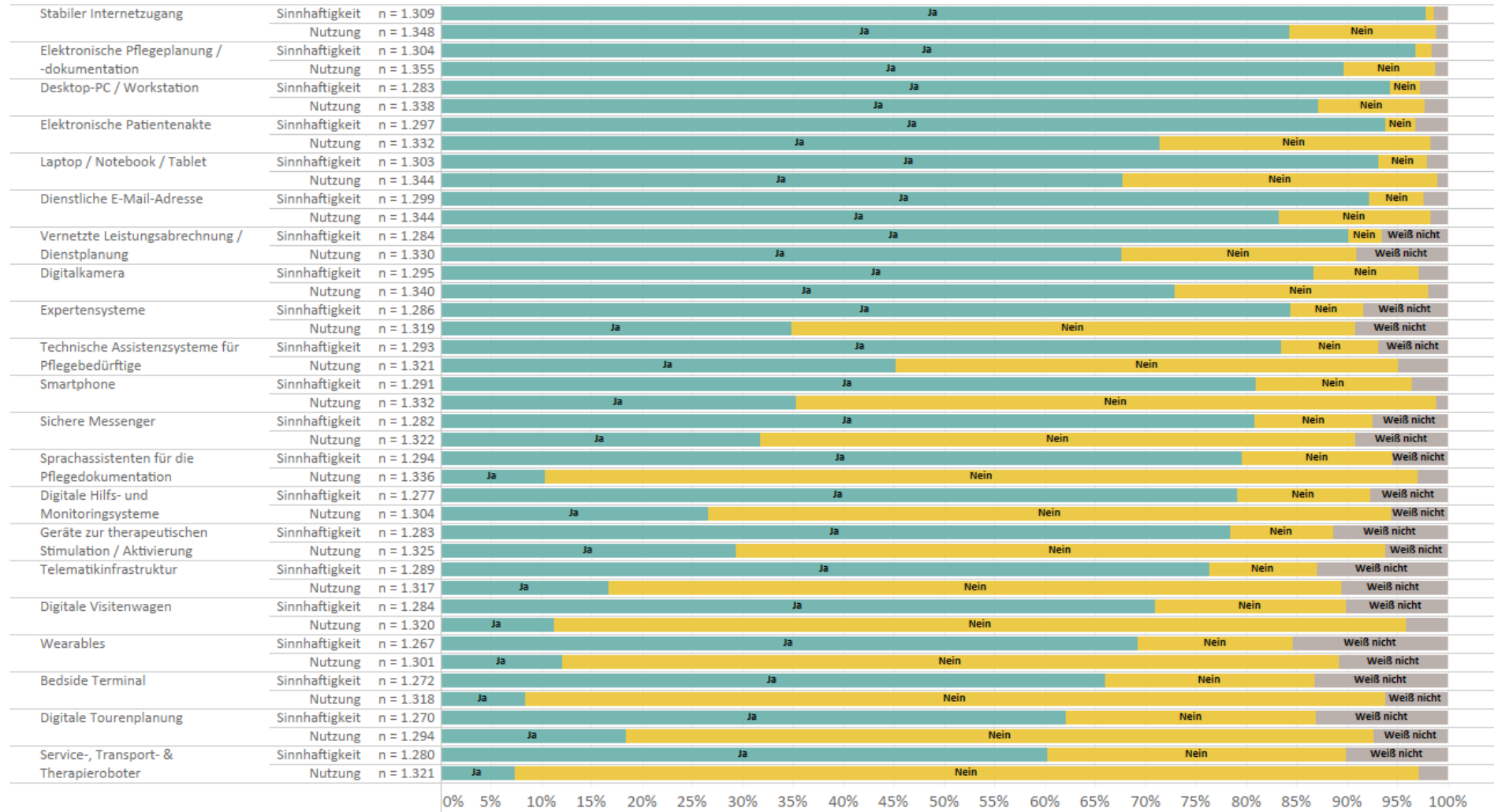
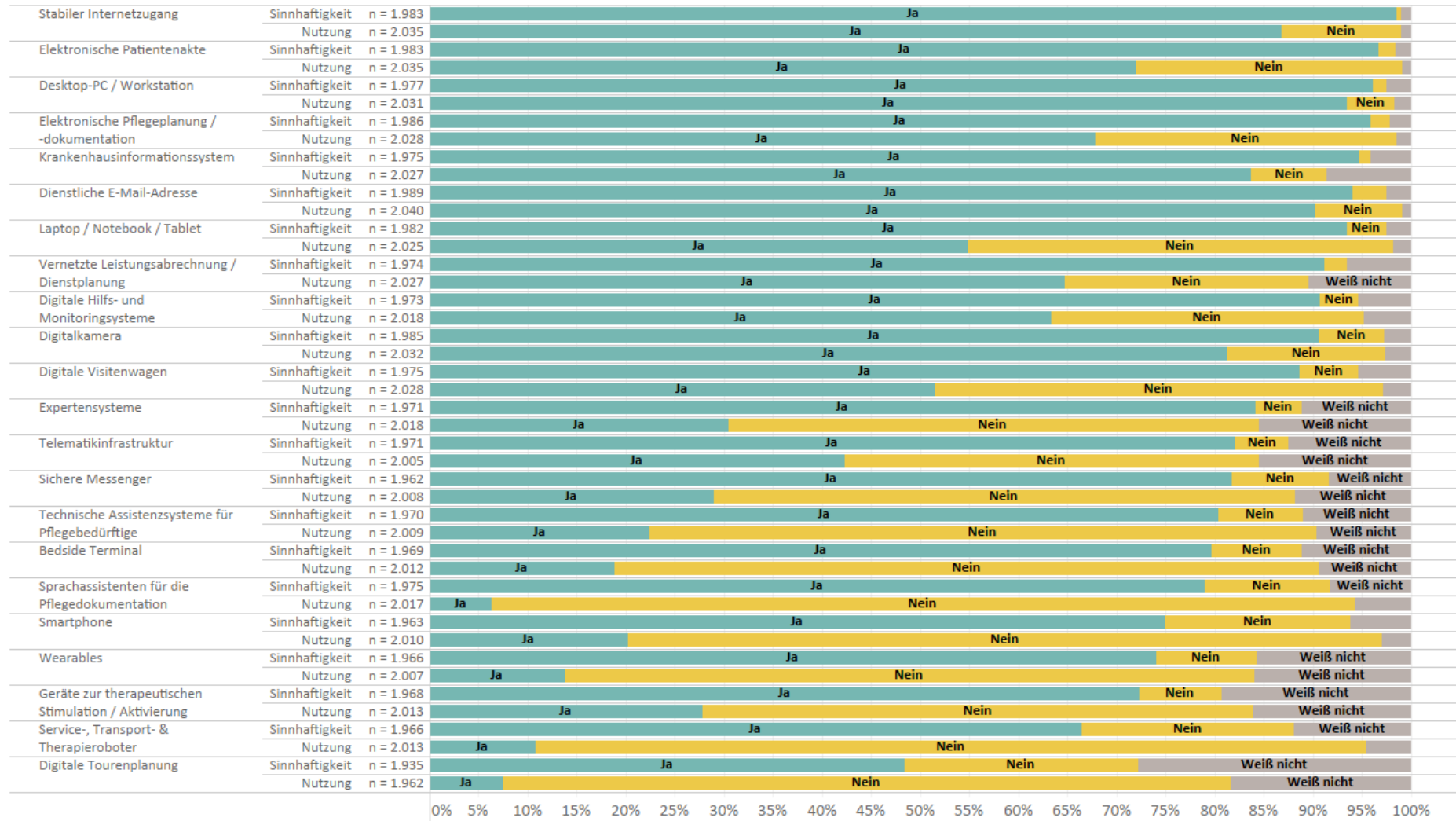


Abbildung 150: Bewertung und Verbreitung digitaler Unterstützungen (vollstationäre Pflege)



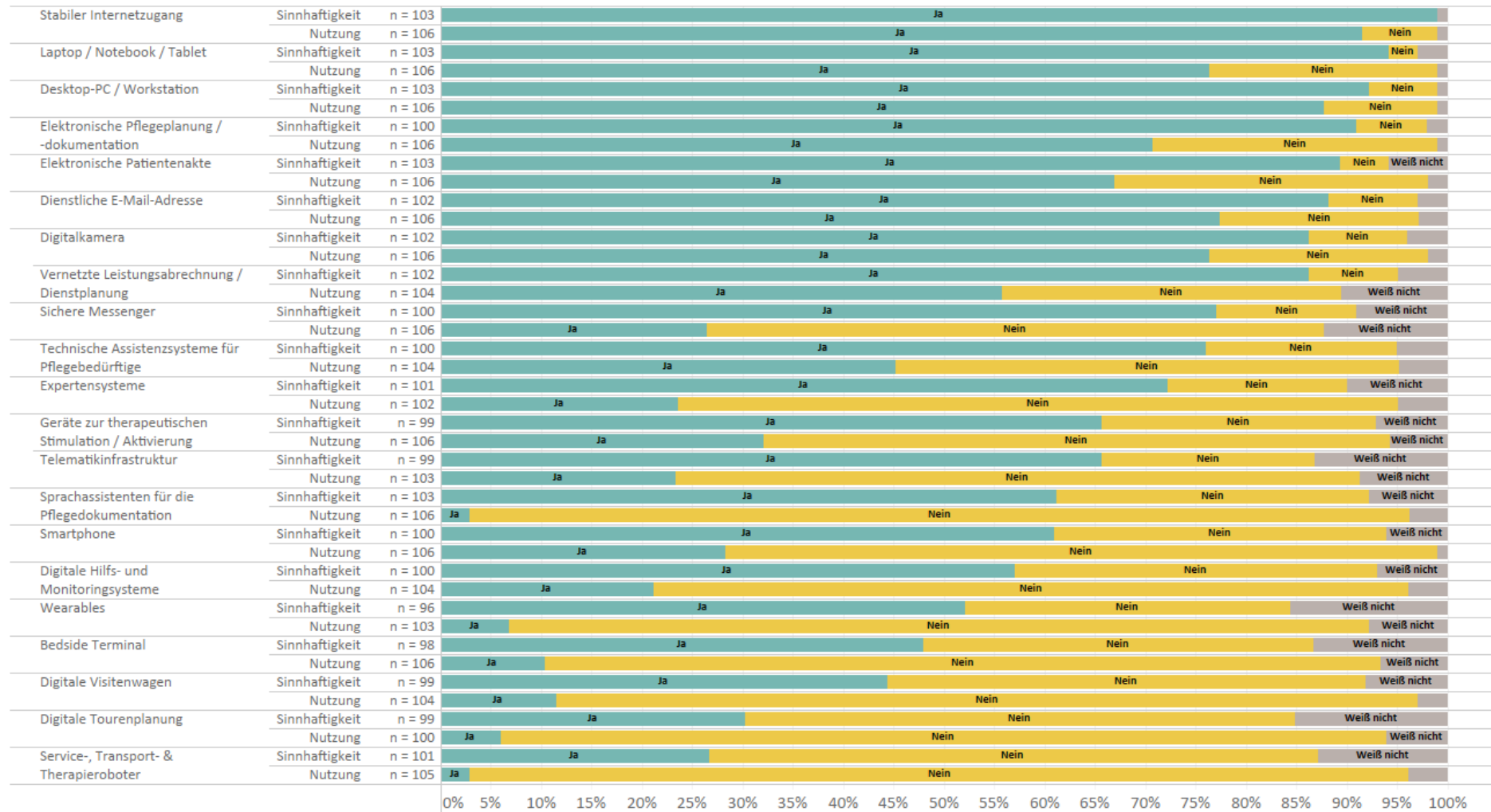
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 151: Bewertung und Verbreitung digitaler Unterstützungen (Krankenhäuser)



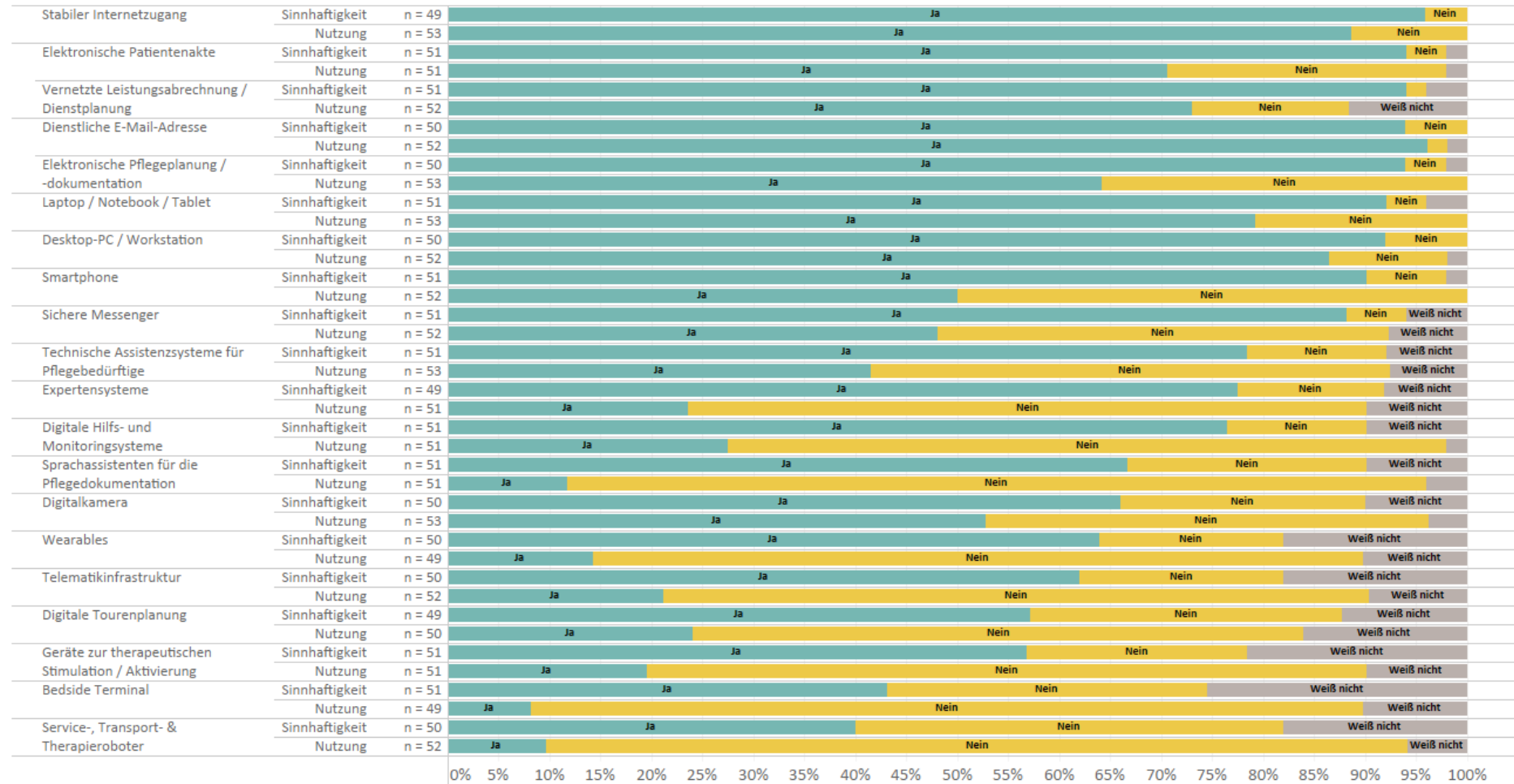
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 152: Bewertung und Verbreitung digitaler Unterstützungen (Hospize)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 153: Bewertung und Verbreitung digitaler Unterstützungen (Eingliederungshilfe)

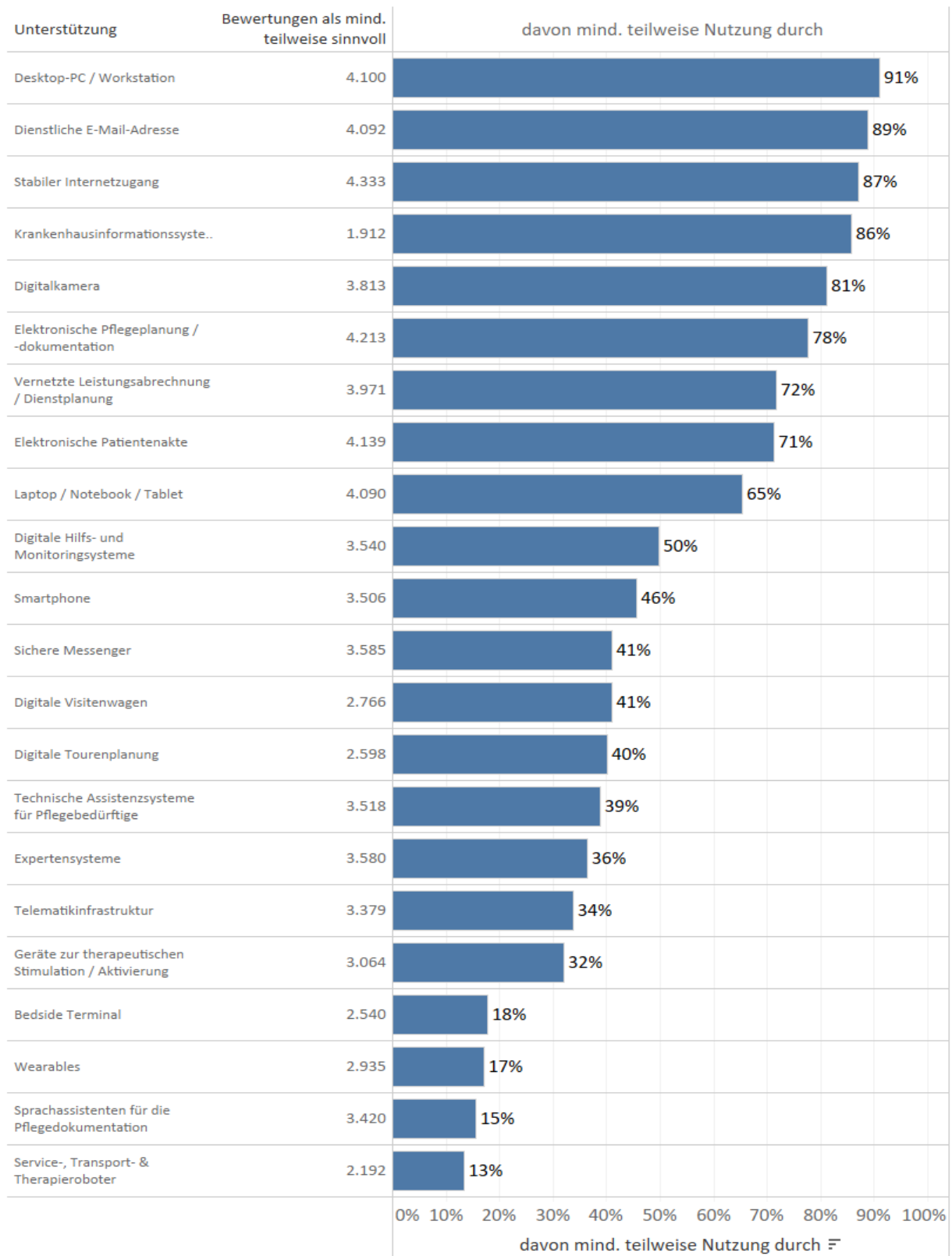


Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Nach weiteren digitalen Unterstützungen gefragt, die in der Pflege für sinnvoll erachtet werden, antworteten viele Befragte mit Angaben, die unter die vorgegebenen Kategorien gefasst werden können, wie etwa Laptops, Digitale Hilfs- und Monitoringsysteme (wie etwa automatisiertes Medikamentenmanagement, technische Assistenzsysteme für Pflegebedürftige oder die elektronische Patientenakte). 46 beruflich Pflegenden gaben Hilfsmittel wie Pflegebetten mit unterschiedlichen Einstelloptionen oder Exoskelette an. 41 Befragungsteilnehmer*innen nutzten das Freitextfeld, um ihrer Skepsis gegenüber der Digitalisierung der Pflege Ausdruck zu geben. 28 wünschten sich die Integration von Elementen der Telepflege und Telemedizin, elf gaben an, automatische Übersetzer für eine bessere Verständigung zwischen beruflich Pflegenden und Pflegebedürftigen für sinnvoll zu halten. 17 Personen nannten Digitale Lern- und Lehrsysteme für Aus-, Fort- und Weiterbildung. Acht Personen nutzten die Freitextangabe, um allgemeine Wünsche bezüglich digitaler Unterstützungen zu äußern, etwa die Benutzungsfreundlichkeit und Zuverlässigkeit.

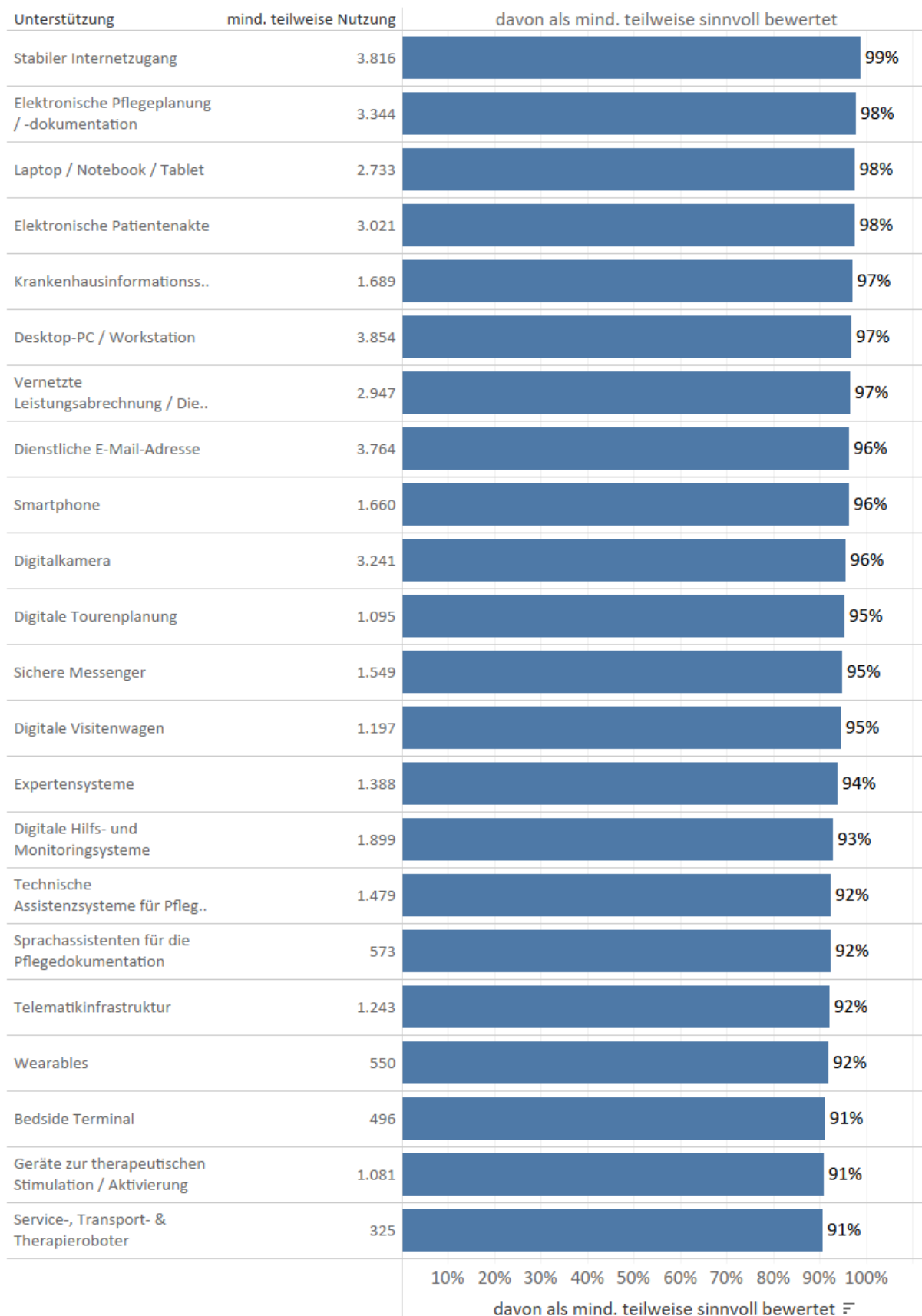
Abbildung 154 zeigt das Ausmaß, in dem die jeweils für mindestens teilweise sinnvoll erachteten Unterstützungen genutzt werden. Desktop-PCs und Workstations sind bei Befragten, die diese als sinnvoll empfinden am weitesten verbreitet: 91 Prozent der 4.100 Befragten, die Desktop-PCs bzw. Workstations in ihrem Arbeitsumfeld als sinnvoll oder teilweise sinnvoll bewerten, nutzen diese auch mindestens teilweise. Andere Unterstützungen stehen Befragten, die diese begrüßen würden, häufig nicht zur Verfügung: So setzen etwa nur 13 Prozent derjenigen, die den Einsatz von Service-, Transport- und Therapieroboter mindestens teilweise sinnvoll erachten, diese in ihrem Arbeitsumfeld tatsächlich ein.

Abbildung 154: Verbreitung als sinnvoll bewerteter Unterstützungen



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

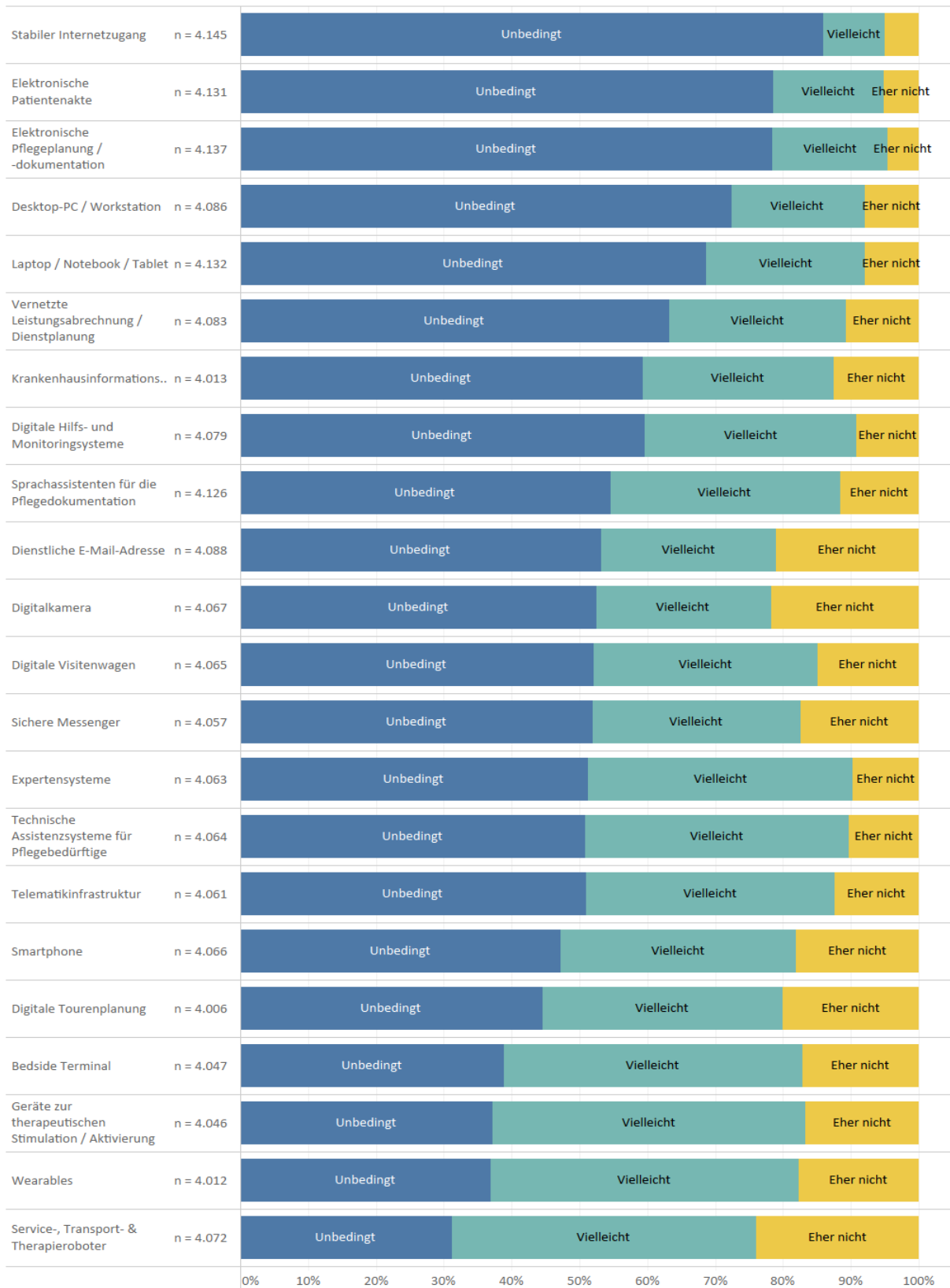
Abbildung 155: Sinnhaftigkeit und Akzeptanz genutzter digitaler Unterstützungen



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 155 zeigt das Ausmaß, in dem die (teilweise) genutzten digitalen Unterstützungen mindestens zum Teil als sinnvoll erachtet werden. Die Ergebnisse lassen auf eine recht große Passgenauigkeit und Akzeptanz unter den Befragten schließen. Selbst Unterstützungen, die vergleichsweise selten als (teilweise) sinnvoll bewertet werden, wie Roboter, Geräte zur therapeutischen Stimulation und Aktivierung oder Bedside Terminals für Pflegebedürftige werden von 91 Prozent derjenigen, die sie einsetzen, eher positiv bewertet.

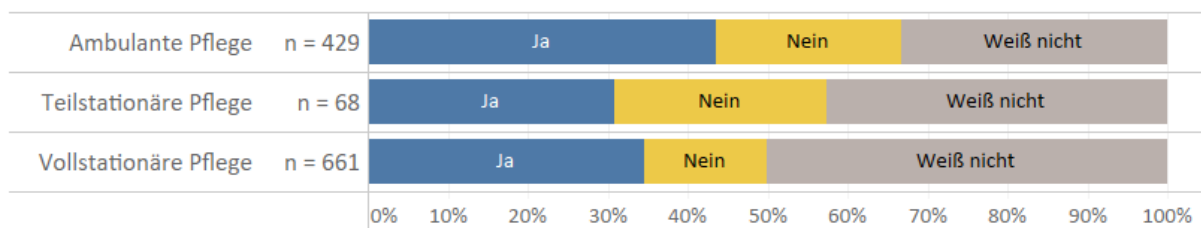
Abbildung 156: Eignung digitaler Unterstützung zur Entlastung beruflich Pflegender in angespannten Personalsituationen



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Bei den Einschätzungen dazu, inwiefern digitale Unterstützungen bei angespannter Personalsituation entlastend wirken können, zeigt sich ein gemischtes Bild. Die Ergebnisse der standardisierten Abfrage fallen mehrheitlich positiv aus (Abbildung 156): Allen aufgeführten Unterstützungen wird mehrheitlich eine unbedingt oder eventuell entlastende Wirkung zugesprochen. Insbesondere ein stabiler Internetzugang, die elektronische Patientenakte und die elektronische Pflegeplanung- und Dokumentation können nach Einschätzung der Befragten entlastend wirken. In den Freitextangaben zeigt sich hingegen vermehrt Skepsis. 54 beruflich Pflegende drücken ihre ablehnende Haltung gegenüber der Digitalisierung der Pflege aus und betonen stattdessen beispielsweise den menschlichen Charakter der Tätigkeit oder verweisen darauf, dass nur eine bessere Personalausstattung beruflich Pflegende wirklich entlasten könne. Auch Telemedizin (n=26), die Verlässlichkeit digitaler Unterstützungen (n=17) sowie Anwendungen zur automatisierten Übersetzung in der Kommunikation mit Patient*innen (n=11), kommen häufig zur Sprache. Mehrheitlich werden Unterstützungen genannt, die sich den vorgegebenen Kategorien zuordnen lassen, so erwähnten etwa 25 Personen digitale Hilfs- und/oder Monitoringsysteme und 23 Teilnehmende die elektronische Pflegeplanung und -dokumentation.

Abbildung 157: Nutzung und geplante Nutzung der Förderung der Digitalisierung nach § 8 Abs. 8 SGB XI (Leitungskräfte)



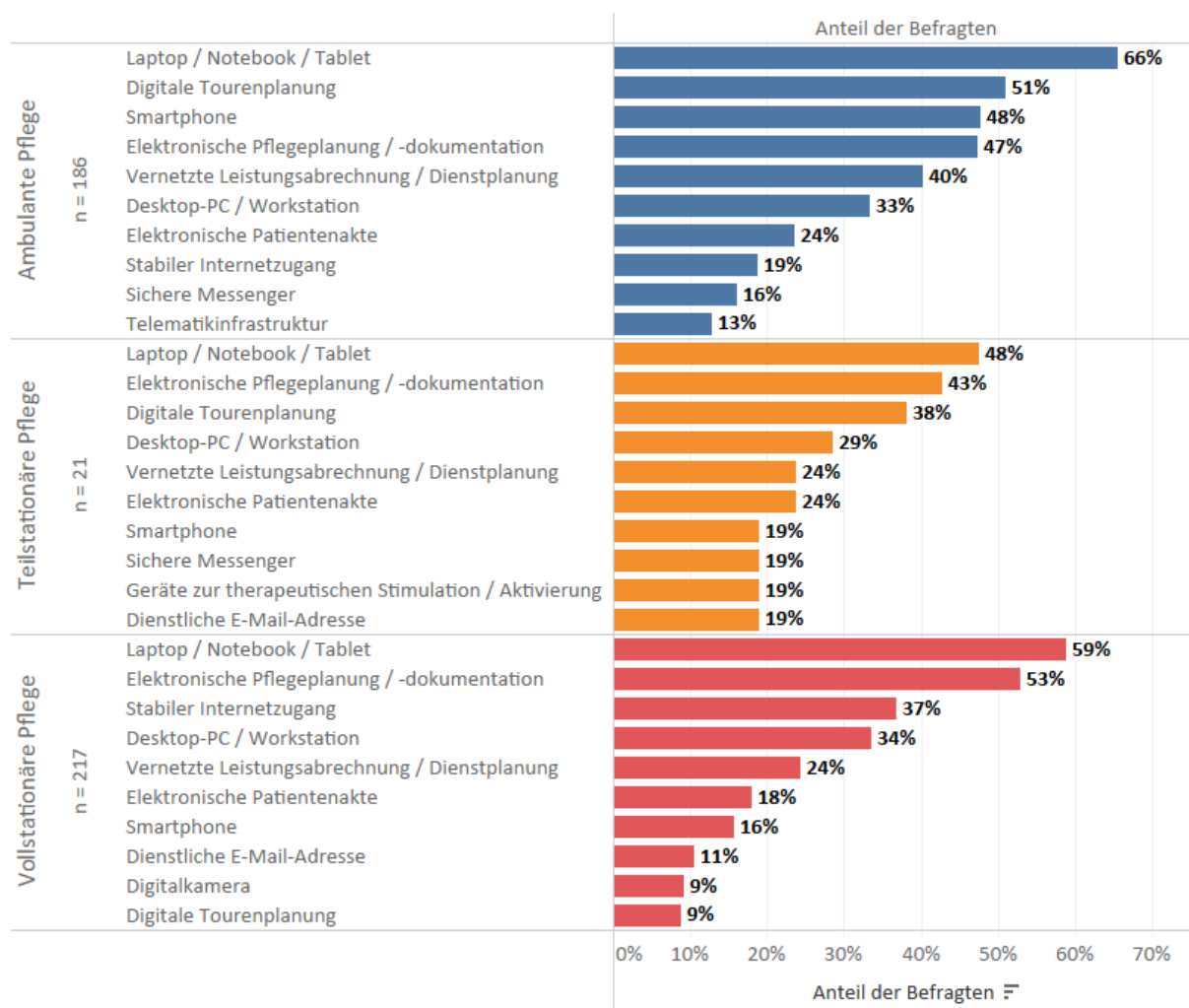
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Leitungskräfte in vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen bzw. -diensten wurden danach gefragt, ob sie die durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpsG) bereitgestellten Fördermittel für Digitalisierungsprojekte nach § 8 Abs. 8 SGB XI beantragt haben bzw. eine Beantragung planen. Abbildung 157 zeigt das Ergebnis. Ein Drittel der in der ambulanten Pflege tätigen Leitungskräfte kann dazu keine Aussage treffen; Leitungskräfte aus vollstationären Pflegeeinrichtungen geben sogar zur Hälfte an, nicht zu wissen, ob die Förderung genutzt wurde oder eine Nutzung geplant ist. Dies weist darauf hin, dass das Förderprogramm in vielen Einrichtungen nicht bekannt ist und/oder viele der befragten Leitungskräfte in den Digitalisierungsprozess in ihrer Einrichtung nicht so weit eingebunden sind, dass sie entsprechende Informationen erhalten.

Leitungskräfte aus der ambulanten Pflege geben zu 44 Prozent an, dass ihre Einrichtung die Förderung nutzt bzw. dies plant. Von denjenigen, die eine Angabe zur (geplanten) Nutzung machen können, geben 65 Prozent an, die Förderung in ihrer Einrichtung genutzt zu haben oder nutzen zu wollen. In der vollstationären Pflege (35 Prozent) und teilstationären Pflege (31 Prozent) fallen die Anteile wissentlicher Nutzung geringer aus. Werden nur diejenigen betrachtet, die über die Information verfügen, liegt der Anteil der Nutzung in der vollstationären Pflege mit 69 Prozent jedoch über demjenigen im ambulanten Bereich.

Verwendet werden die Mittel in allen drei Settings am häufigsten für die Ausstattung mit Laptops, Notebooks oder Tablets (Abbildung 158). 66 Prozent der Leitungskräfte in der ambulanten Pflege, 48 Prozent der Leitungskräfte in der teilstationären Pflege und 59 Prozent der Leitungskräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen haben die Fördermittel für diese Endgeräte eingesetzt oder geben den geplanten Einsatz an. Auch für die elektronische Pflegeplanung und -dokumentation werden die Gelder in allen Settings oft genutzt. Die Verwendung für die digitale Tourenplanung kommt in der ambulanten (51 Prozent) und teilstationären (38 Prozent) Pflege häufiger vor, doch auch neun Prozent der Leitungskräfte aus der vollstationären Pflege investierten die Mittel in die digitale Tourenplanung oder beabsichtigen, dies zu tun.

Abbildung 158: Häufigste Verwendungen der Förderung der Digitalisierung nach § 8 Abs. 8 SGB XI (Leitungskräfte)



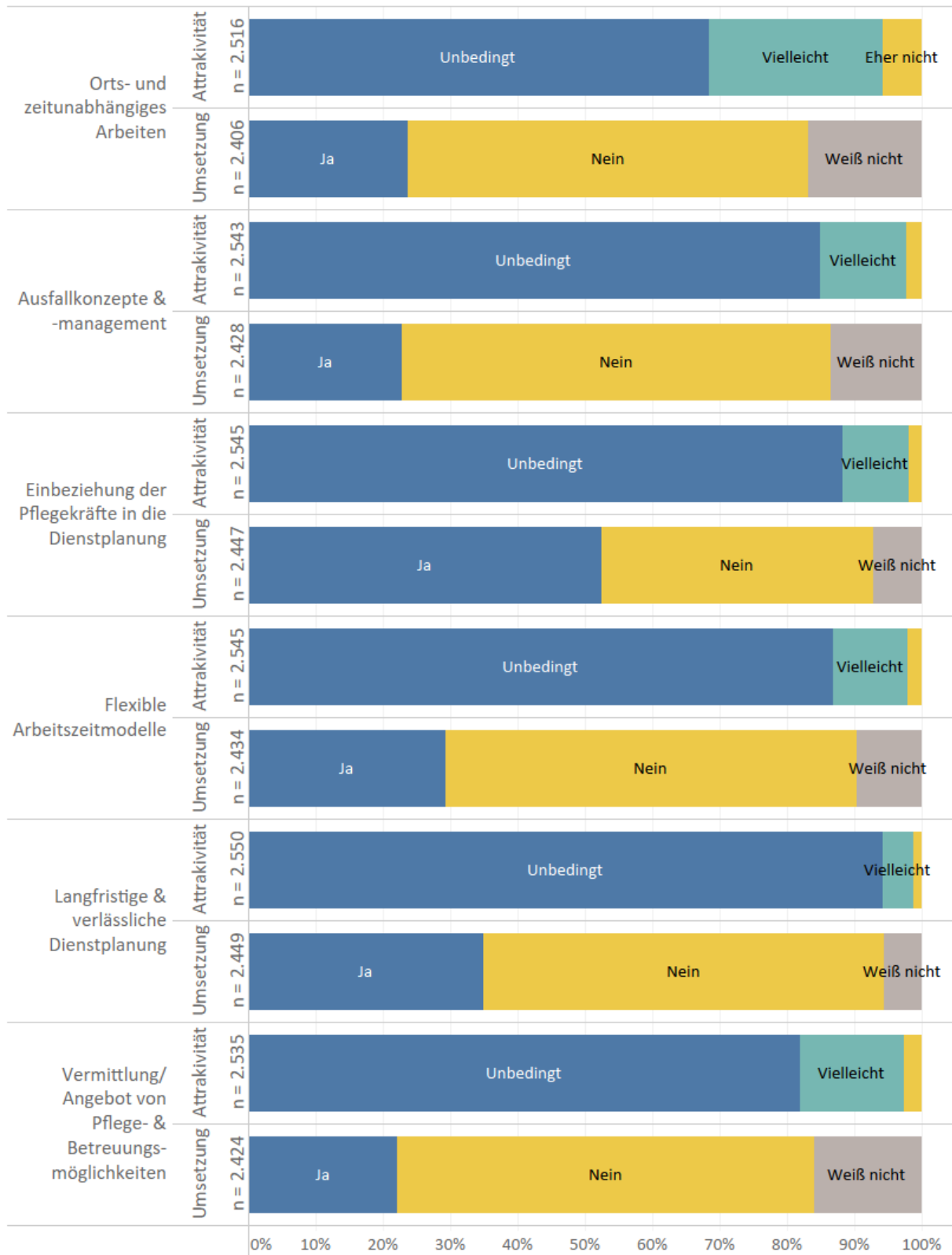
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

19 Personen machten darüber hinaus bezüglich der Nutzung der Digitalisierungsförderung Angaben in Textform. Genannt werden Anschaffung von Software – bspw. im Bereich Pflegedokumentation und QM. In einem Fall wurde mit einer „modernen Telefonanlage“ und Headsets auch Hardware beschafft. Zudem geben eine Reihe von Personen an, dass in (digitale) Fortbildungsangebote investiert wurde.

8.6 Vereinbarkeit von familiärer Pflege, Familie und Beruf Abbildung 159

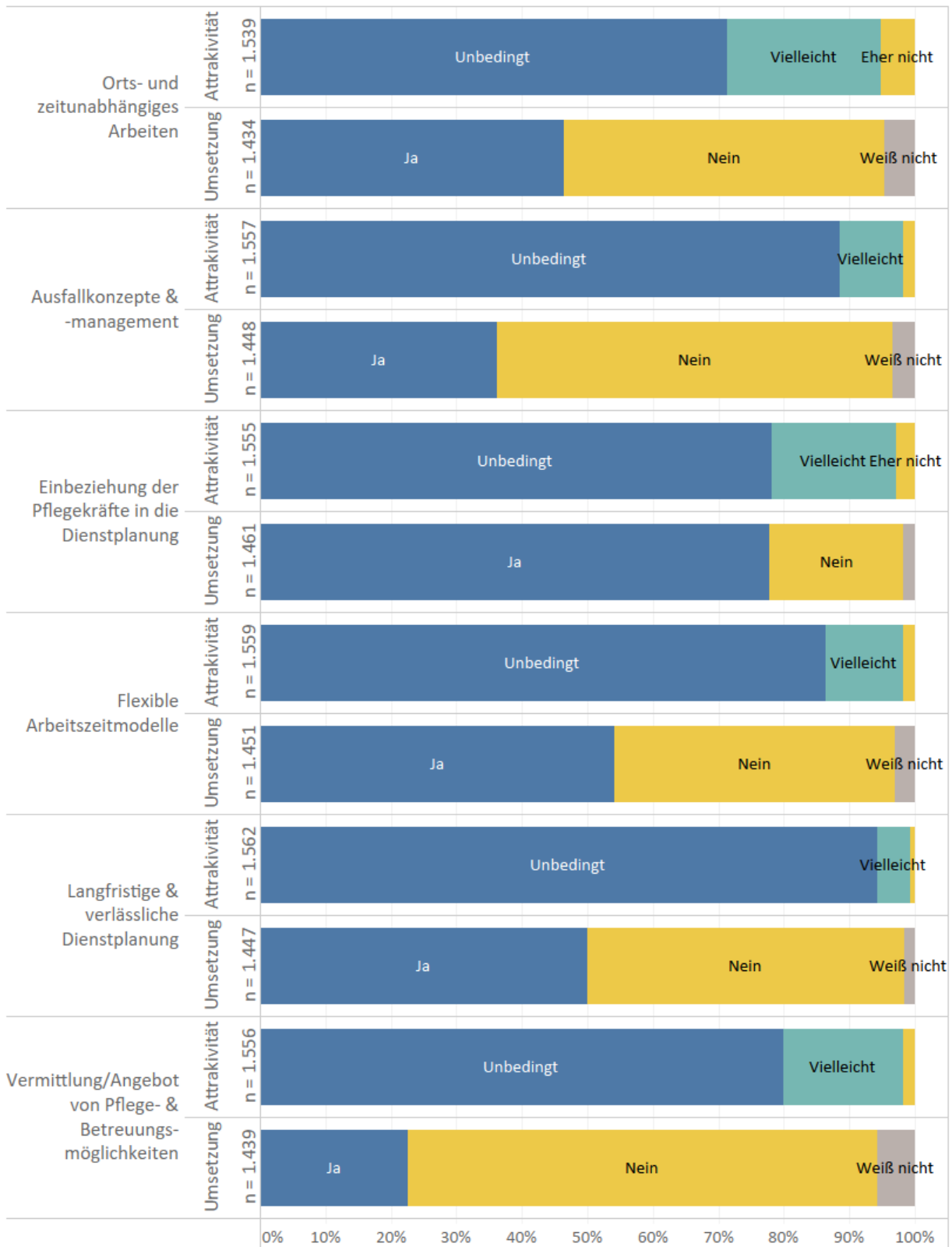
Abbildung 159, Abbildung 160 und Abbildung 161 zeigen die Bewertung und Verbreitung verschiedener Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von familiärer Pflege, Familie und Beruf nach Leitungstätigkeit und Setting. Alle vorgeschlagenen Maßnahmen werden über alle Settings hinweg mehrheitlich als unbedingt wirksam zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs angesehen. Die langfristige und verlässliche Dienstplanung hat in allen Settings die höchste Bedeutung. Leitungs- wie Nicht-Leitungskräfte bewerten zu 94 Prozent eine langfristige und verlässliche Dienstplanung als unbedingt förderlich. Jedoch geben nur 50 Prozent der Leitungskräfte und 35 Prozent der Nicht-Leitungskräfte an, dass die Dienstplanung in ihrem Arbeitsbereich langfristig erfolgt und zuverlässig ist. Auch bei den anderen Maßnahmen zeigen sich hohe Diskrepanzen zwischen der Wirksamkeit zur Attraktivitätssteigerung und der Umsetzung. So bewerten beispielsweise 85 Prozent der Nicht-Leitungskräfte Ausfallkonzepte und Ausfallmanagement als unbedingt wirksam; jedoch geben nur 23 Personen an, dass diese in ihrem Arbeitsumfeld in der Praxis angewandt werden. Eine Ausnahme bildet die Einbeziehung der beruflich Pflegenden in die Dienstplanung laut Angaben der Leitungskräfte: 78 Prozent der Leitungskräfte halten diese für unbedingt wirksam; derselbe Anteil gibt bei etwas geringerer Fallzahl an, dass Pflegenden in ihrem Arbeitsbereich tatsächlich in die Dienstplanung einbezogen werden. Die Nicht-Leitungskräfte geben hingegen nur zu 53 Prozent an, dass Pflegenden in ihrem Arbeitsbereich an der Dienstplanung mitwirken.

Abbildung 159: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit (Nicht-Leitungskräfte)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

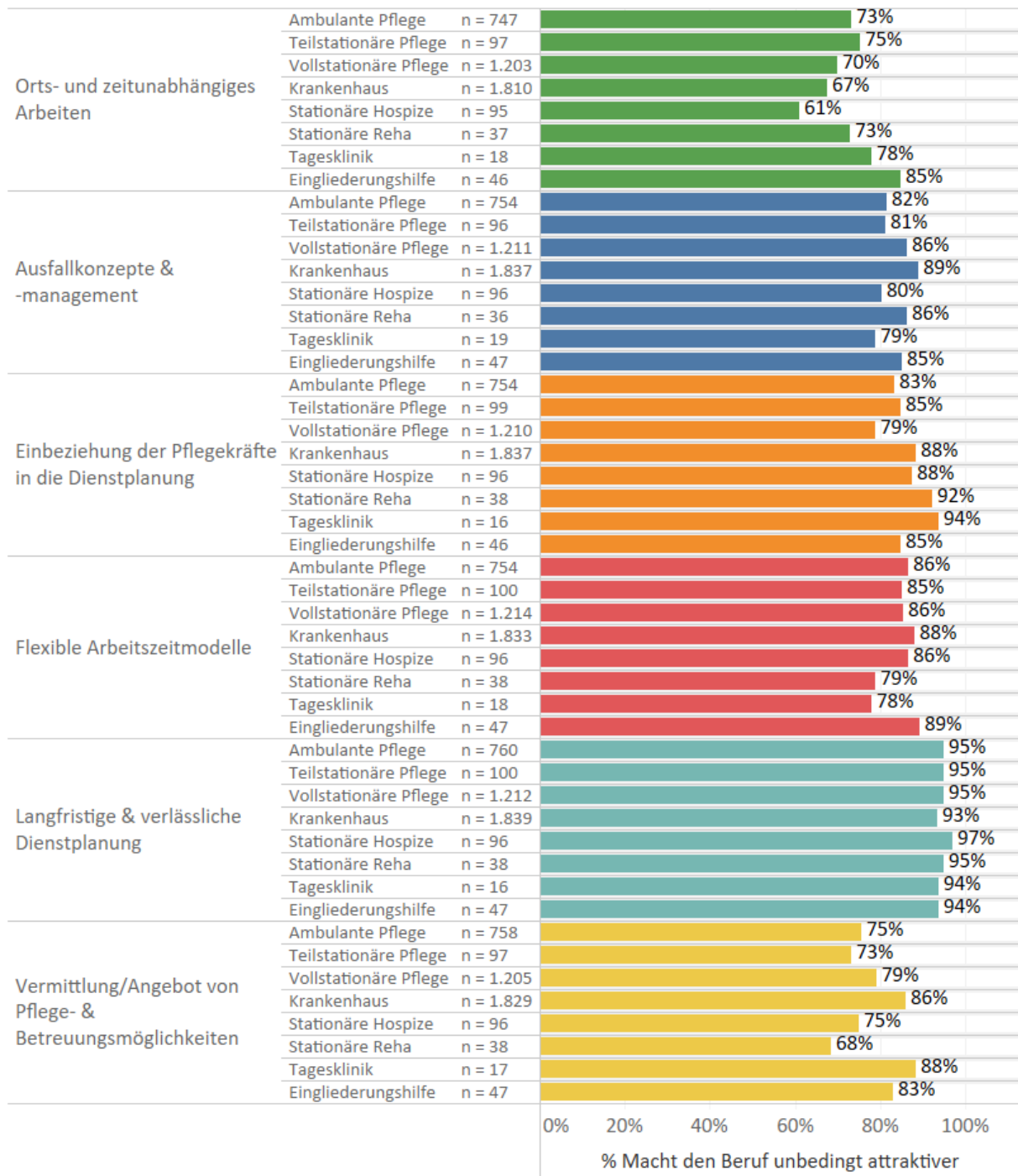
Abbildung 160: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit (Leitungskräfte)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 161: Bewertung von Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit nach Setting

% Auswahl *Unbedingt bei Macht den Beruf attraktiver*



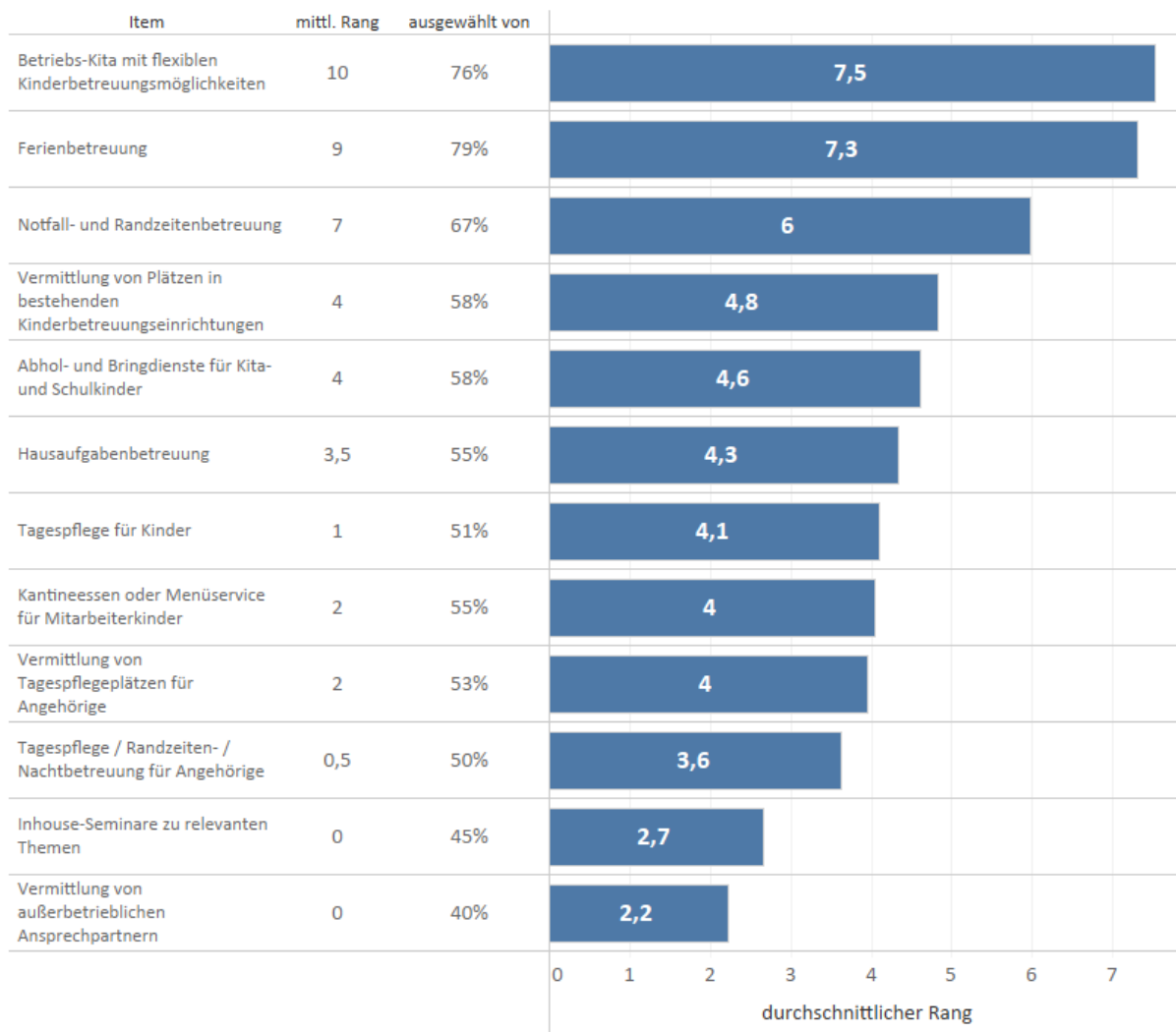
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Personen mit minderjährigen Kindern im Haushalt, die dem Angebot oder der Vermittlung von Unterstützungen bei der familiären Pflege und Betreuung eine (mögliche) positive Wirkung auf die Attraktivität des Pflegeberufs zusprachen, wurden gebeten, verschiedene Angebote nach Sinnhaftigkeit zu ordnen. Abbildung 162 zeigt das Ergebnis. Am häufigsten wurde mit 79 Prozent die Ferienbetreuung ausgewählt. Betrachtet man die Rangordnungen, in die die Angebote eingeordnet

wurden, ist eine Betriebskita mit flexiblen Kinderbetreuungsmöglichkeiten das attraktivste Angebot. 32 Prozent setzten dieses Angebot auf den höchsten von zwölf Rängen, mehr als die Hälfte auf einen der höchsten drei Ränge. Seminare oder die Vermittlung von externen Ansprechpartner*innen wurden hingegen von weniger als der Hälfte der Befragten als sinnvoll erachtet.

Abbildung 162: Bewertung von Unterstützungen bei der familiären Pflege und Betreuung

n = 1.092

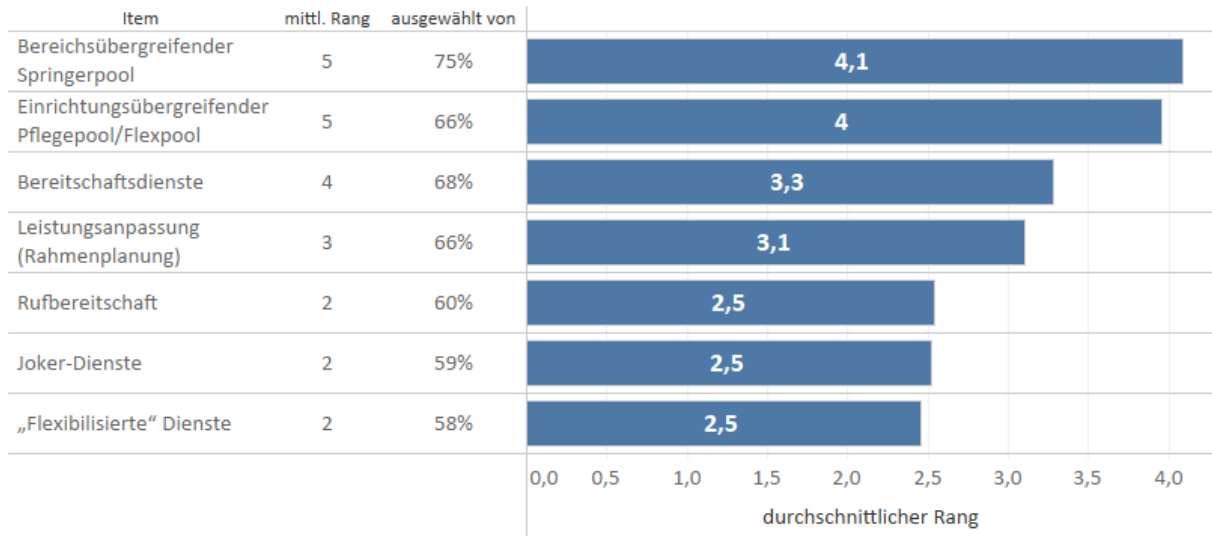


Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Befragte, die Ausfallkonzepte und -management als unbedingt oder vielleicht wirksam zur Steigerung der Attraktivität der Pflege bewertet hatten, wurden ebenfalls darum gebeten, verschiedene Konzepte nach Sinnhaftigkeit zu ordnen. Die Ergebnisse sind in Abbildung 163 dargestellt. Alle vorgeschlagenen Konzepte wurden mehrheitlich als sinnvoll eingeschätzt. Einrichtungsinterne und -externe Poollösungen wurden tendenziell bevorzugt. Flexibilisierte Dienste (Dienstzeitverschiebungen zur Personalsteuerung in Ausfallsituationen) wurden am schlechtesten bewertet.

Abbildung 163: Bewertung der Ausfallmanagementkonzepte als sinnvoll

n = 3.787

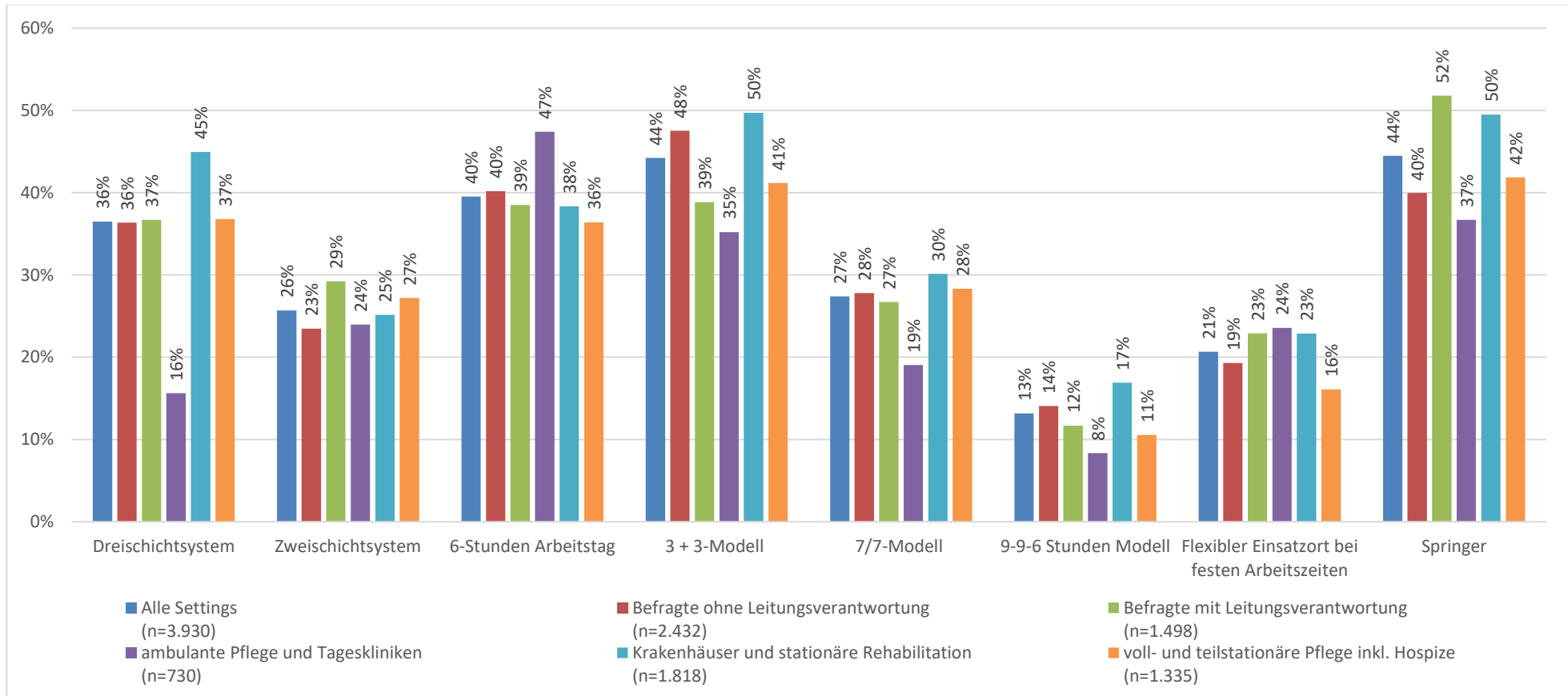


Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Arbeitszeitmodelle

Die beruflich Pflegenden wurden außerdem nach ihren favorisierten Arbeitszeit- und Schichtmodellen befragt. Abbildung 164 auf der folgenden Seite gibt die Bewertung wieder. Die meisten Befragten wählten dabei mehrere Schichtmodelle aus. Auch in der offenen Frage sprachen sich viele Pflegende für eine große Auswahl und **individuell zugeschnittene Arbeitszeitmodelle** aus.

Abbildung 164: Favorisierte Arbeitszeitmodelle beruflich Pflegender



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Im klassischen **Dreischichtsystem** folgen drei Acht-Stunden-Schichten aufeinander: eine Frühschicht, eine Spätschicht und eine Nachtschicht. Beruflich Pflegende in der Akutversorgung möchten dieses Arbeitszeitmodell zu 45 Prozent angeboten bekommen, in der voll- und teilstationären Altenpflege sprechen sich 37 Prozent und in der ambulanten Pflege nur 16 Prozent für dieses Modell aus.

Im **Zweischichtsystem** gibt es nur zwei Schichten zu jeweils zwölf Stunden, entweder den Tag- oder den Nachtdienst. Pflegebedürftige werden also über den gesamten Tag von den gleichen beruflich Pflegenden betreut, es gibt keine Übergaben in der Mittagszeit, sondern nur noch morgens und abends. Das Zweischichtsystem möchten über alle Bereiche hinweg 23-29 Prozent der Befragten angeboten bekommen.

Ein **Sechs-Stunden Arbeitstag** erscheint vor allem den Befragten aus der ambulanten Pflege attraktiv. 47 Prozent möchten dieses Schichtsystem angeboten bekommen. Über alle anderen Settings und Pflegende mit und ohne Leitungsverantwortung sprechen sich 36-40 Prozent für diese Modell aus.

Beim **3+3-Modell** arbeiten die beruflich Pflegenden drei Tage am Stück für 8,5 Stunden und haben anschließend drei Tage frei. Dazu kommen 15 flexible Dienste im Jahr. 15 Prozent der Arbeitszeit ist Vertrauensarbeitszeit und kann z. B. für Gesundheitsmanagement oder Weiterbildungen genutzt werden. Dieses Arbeitszeitmodell erfährt den wenigsten Zuspruch in der ambulanten Pflege (35 Prozent). Befragte ohne Leitungsfunktion finden das Modell mit 48 Prozent attraktiver als Leitungskräfte mit 39 Prozent. Am meisten Zuspruch erfährt das 3+3-Modell aus dem Krankenhausbereich (50 Prozent).

Beim **7/7-Modell** arbeiten die beruflich Pflegenden sieben Tage am Stück in zwei Schichten für jeweils zehn Stunden. Dazu kommen noch zwei Stunden Pause, sodass eine Schicht einen halben Tag mit zwölf Stunden abdeckt. Anschließend haben die beruflich Pflegenden sieben Tage frei. Am wenigsten Zuspruch erfährt dieses Modell von Pflegenden aus der ambulanten Pflege (19 Prozent) in den anderen Bereichen und unabhängig von der Leitungsverantwortung können sich 27-30 Prozent der Befragten dieses Arbeitszeitmodell vorstellen.

Das **9-9-6 Stunden-Modell** sieht eine verkürzte Nachtschicht von sechs Stunden vor. Dieses Schichtmodell bekommt im Vergleich den geringsten Zuspruch. Am attraktivsten wird dieses Modell von den Befragten aus dem Krankenausbereich eingeschätzt (17 Prozent), am wenigsten in der ambulanten Pflege favorisiert (acht Prozent).

Einen **flexiblen Einsatzort bei festen Arbeitszeiten** wünschen sich die Befragten aus der voll- und teilstationären Altenpflege am wenigsten (16 Prozent). In den anderen Bereichen liegt die Zustimmung zwischen 19 und 24 Prozent.

Ein **Springer-Modell**, also die Bündelung von beruflich Pflegenden, die flexible Arbeitszeiten wünschen und dann einspringen, wenn andere ausfallen, schätzen vor allem Leitungskräfte als attraktiv ein (52 Prozent). Aber auch Pflegenden ohne Leitungsverantwortung wünschen sich zu 40 Prozent, ein Springermodell angeboten zu bekommen. In der ambulanten Pflege ist der Zuspruch mit 37 Prozent im Vergleich am geringsten. In der voll- und teilstationären Altenpflege beträgt sie 42 Prozent und in der Akutversorgung und Rehabilitation 50 Prozent.

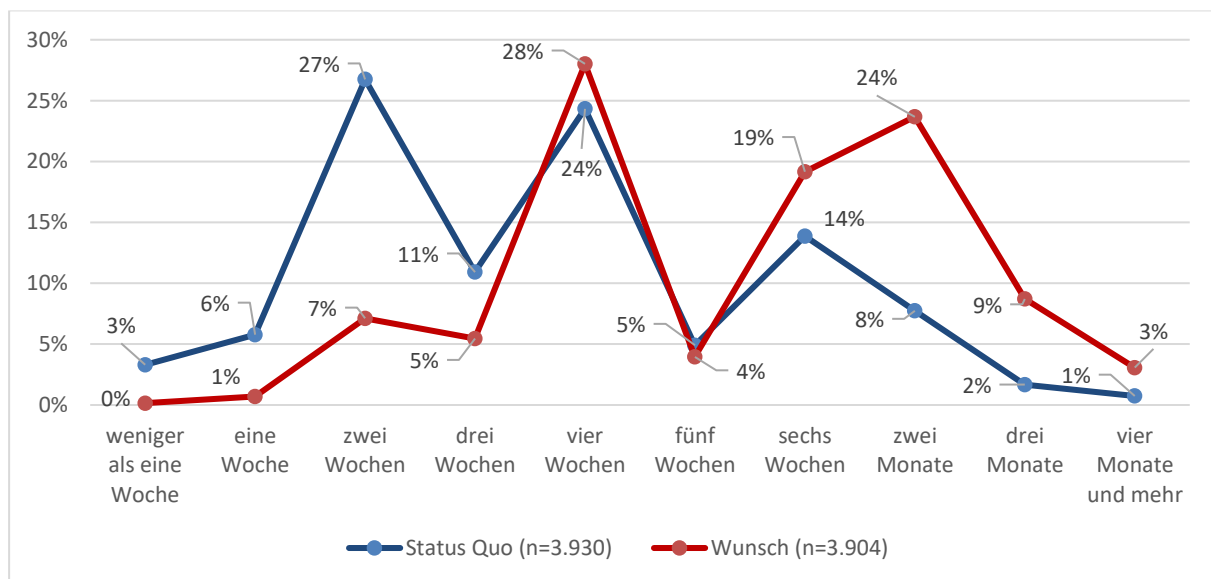
Auf die Frage nach **anderen denkbaren Arbeitszeitmodellen**, die die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erhöhen und den Pflegenden zur Attraktivitätssteigerung angeboten werden können, nutzten insgesamt 417 Personen das Freitextfeld. Besonders häufig wird auf eine individualisierte Dienstplanung verwiesen, die verschiedenen Anforderungen in diversen Lebenssituationen gerecht wird. Explizit werden hier „Elterndienste“ zu Zeiten genannt, die eine externe Betreuung der Kinder

uneingeschränkt ermöglichen. Mit dem Verweis auf die großen Belastungen, werden Reduzierungen der Arbeitszeiten um bis zu 25 Prozent bei gleichem Gehalt vorgeschlagen, sowie verlässliche Regelungen zum Einspringen bei Personalmangel, bspw. durch vergütete Bereitschaftsdienste, außerdem eine 5-Tage-Woche mit häufigeren freien Tagen. Insgesamt wird der Wunsch deutlich, eigenständig in die Planung der Dienstzeiten involviert zu werden und so auch die Freizeit verlässlich planen zu können, die vorgeschlagenen Modelle variieren hierbei stark und zeigen zum Teil konträre Ergebnisse auf, wie bspw. bei der Organisation von Nachtschichten.

Verlässliche Dienstplanung

Der Dienstplan wird nach Angabe von 27 Prozent der Befragten zwei Wochen vor dem Planungsmonat veröffentlicht. Das entspricht allerdings nur dem Wunsch von sieben Prozent der Befragten. 28 Prozent der Befragten wünschen sich die Veröffentlichung des Dienstplans mindestens vier Wochen vor dem Planungsmonat. Das ist aktuell bei 24 Prozent der Befragten der Fall. Schließlich wünschen sich 24 Prozent der Befragten einen Vorlauf von mindestens zwei Monaten, was aktuell aber nur bei acht Prozent der Befragten der Fall ist. Insgesamt sprechen sich dreiviertel der Befragten für einen Zeitpunkt der Dienstplanveröffentlichung aus, der zwischen einem oder zwei Monaten vor dem Planungsmonat liegt (Abbildung 165).

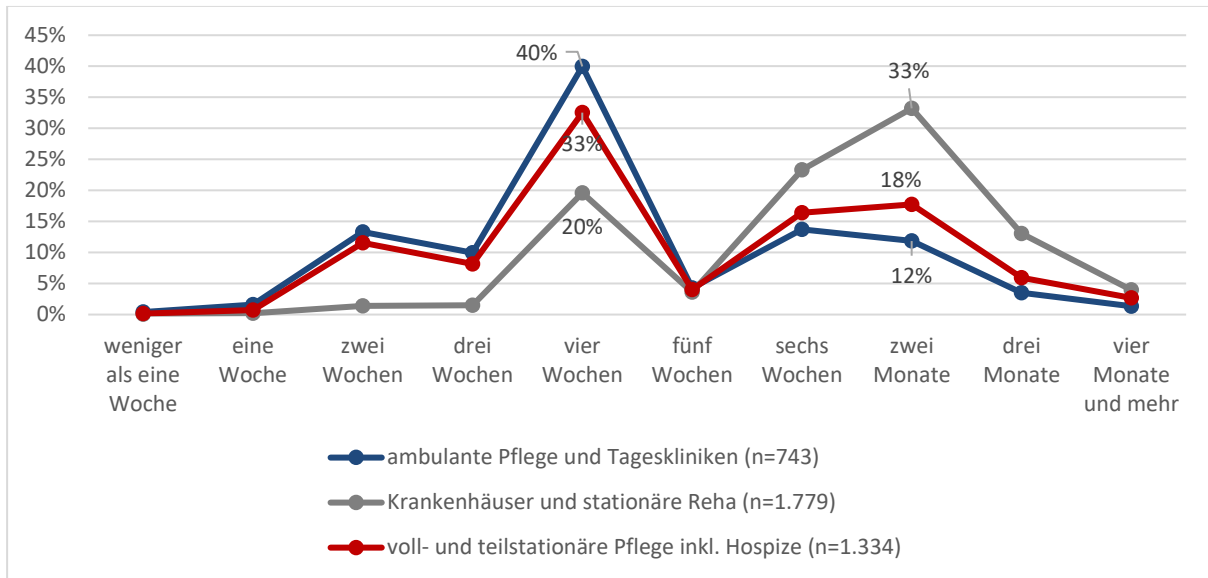
Abbildung 165: Zeitpunkt der Dienstplanveröffentlichung



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Der Wunschzeitpunkt zur Veröffentlichung des Dienstplans ist in den verschiedenen Settings unterschiedlich verteilt. Die Befragten aus der ambulanten Pflege geben mehrheitlich vier Wochen als Wunsch für die Dienstplanveröffentlichung an (40 Prozent). Nur zwölf Prozent sprechen sich für einen Vorlauf von zwei Monaten aus. Auch in der voll- und teilstationären Pflege wünschen sich mit 33 Prozent mehr Befragte eine Dienstplanveröffentlichung vier Wochen vor dem Planungszeitraum. 16 Prozent geben sechs Wochen, 18 Prozent zwei Monate als Wunschzeitpunkt an. Befragte aus Krankenhäusern und stationärer Reha favorisieren dagegen mehrheitlich deutlich eine Dienstplanveröffentlichung spätestens zwei Monate vor dem Planungszeitraum (33 Prozent) (Abbildung 166).

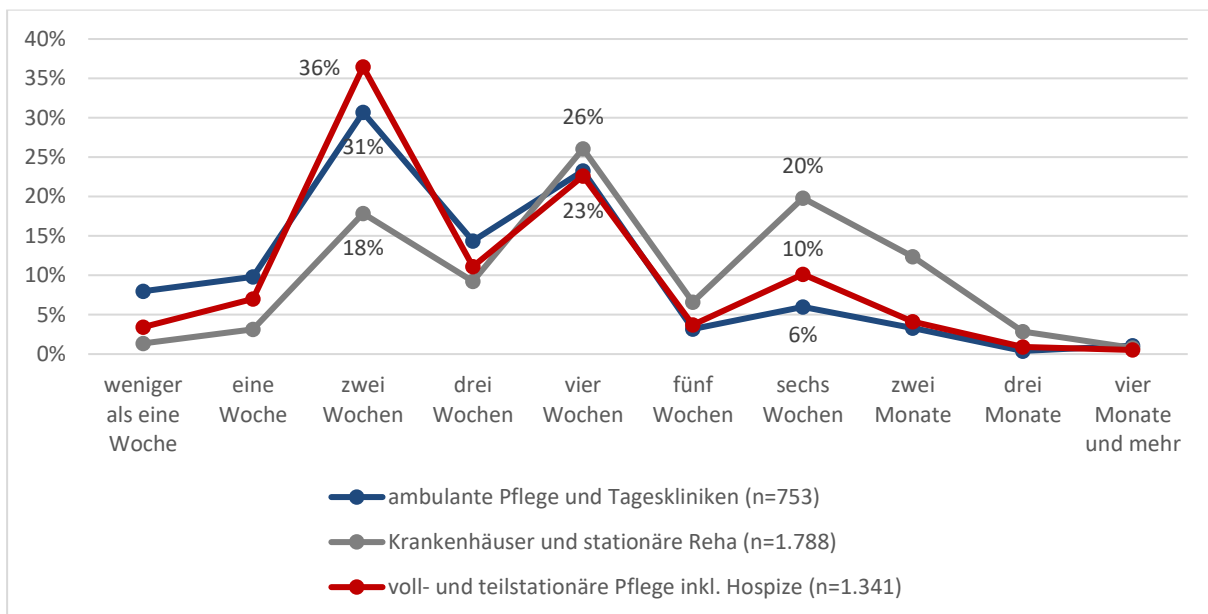
Abbildung 166: Wunsch der Dienstplanveröffentlichung nach Setting



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Die angegebenen Wünsche entsprechen in allen Settings einer Verlängerung des Vorlaufs zwischen Dienstplanveröffentlichung und Planungszeitraum. Aktuell gibt die Mehrheit der Befragten aus dem ambulanten Bereich (31 Prozent) und der stationären Pflege (36 Prozent) einen zweiwöchigen Vorlauf an. Im Krankenhausbereich dominiert mit 26 Prozent ein Vorlauf von vier Wochen (Abbildung 167).

Abbildung 167: Status quo der Dienstplanveröffentlichung nach Setting

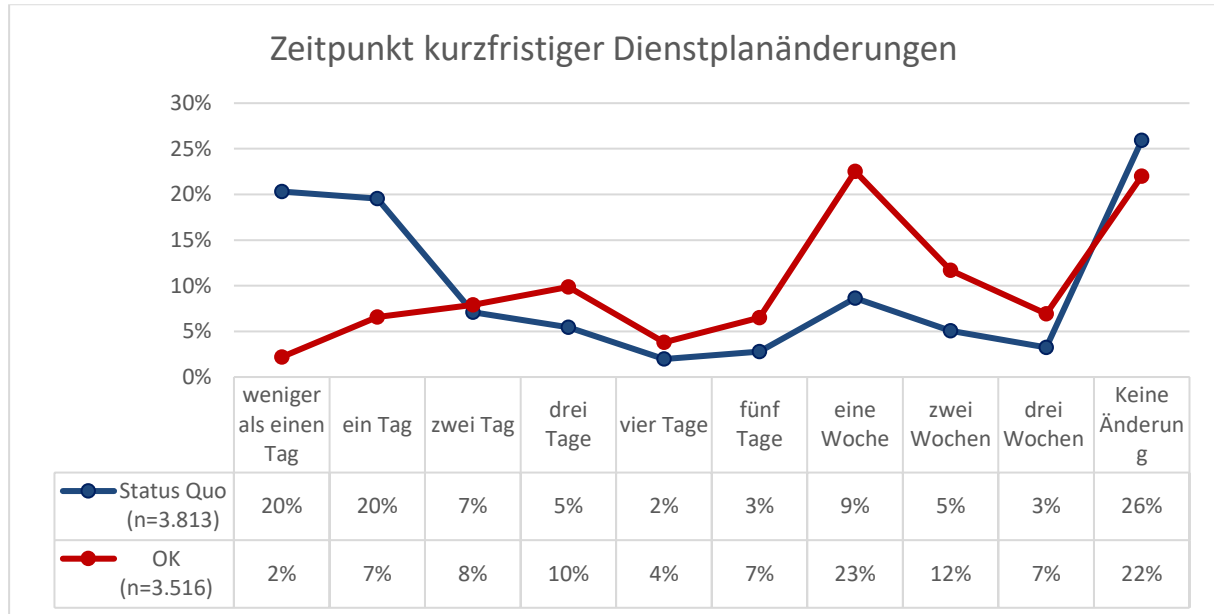


Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, dass es in der Regel innerhalb von drei Tagen vor Dienstantritt noch zu Änderungen ihres Dienstes kommt: 20 Prozent kurzfristiger als einen Tag, bei weiteren 20 Prozent einen Tag vorher. Akzeptabel finden das deutlich weniger Befragte: Nur 27 Prozent geben einen Zeitraum von bis zu drei Tagen an, davon nur zwei Prozent kurzfristiger als einen Tag, sieben Prozent einen Tag und acht Prozent zwei Tage. Einen deutlichen Ausschlag macht

die Akzeptanz bei einer Woche (23 Prozent). Ein Viertel der Befragten gibt an, in der Regel keine kurzfristigen Dienstplanänderungen zu haben. Das sind mehr Befragte als die Anzahl derer, für die keine Änderungen akzeptabel sind (22 Prozent) (Abbildung 168).

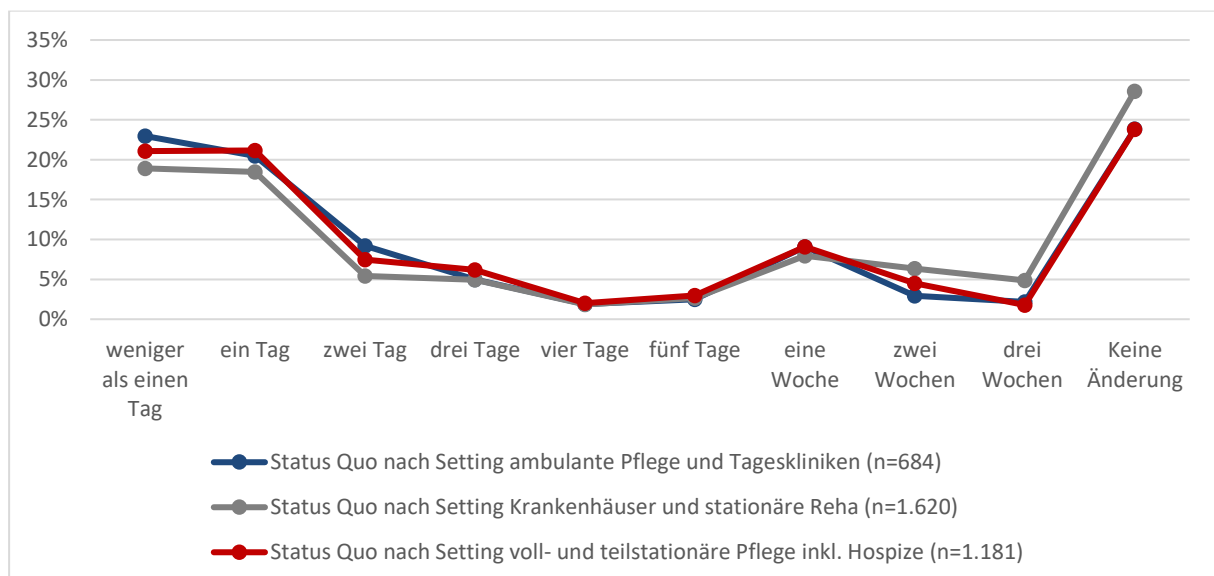
Abbildung 168: Zeitpunkt kurzfristiger Dienstplanänderungen



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Beim Status quo kurzfristiger Dienstplanänderungen gibt es kaum Unterschiede zwischen den Settings (Abbildung 169).

Abbildung 169: Status quo kurzfristiger Dienstplanänderungen nach Setting

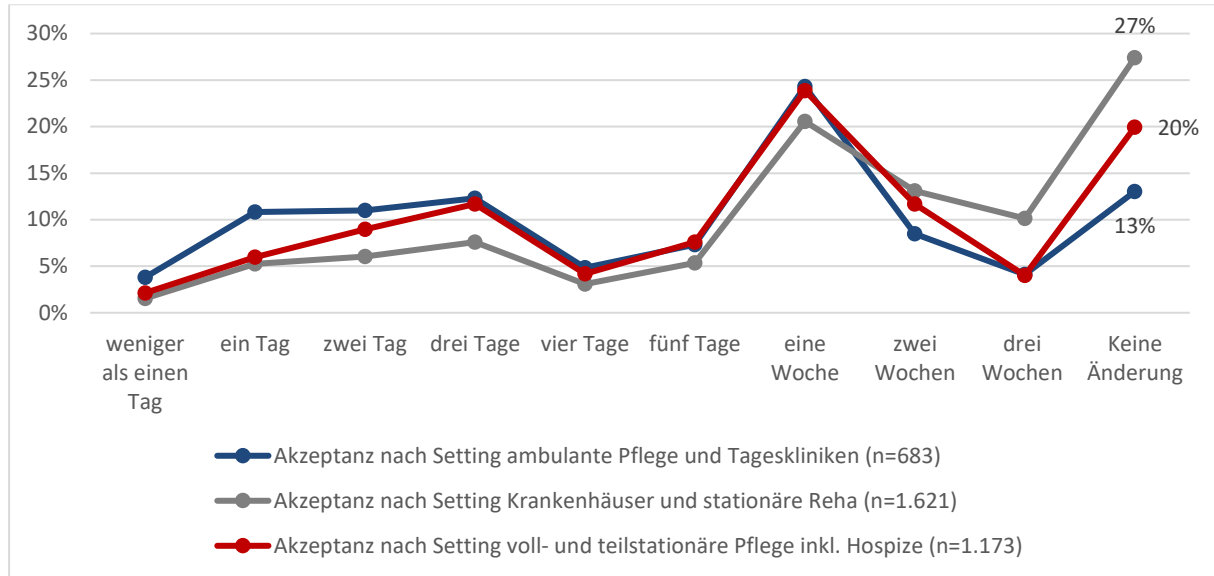


Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Auch die Akzeptanz kurzfristiger Dienstplanungen ist in den Settings sehr ähnlich verteilt. Die Befragten aus Krankenhäusern und stationärer Reha geben eine geringfügig geringere Akzeptanz für kurzfristige Dienstplanänderungen an, die sich zum Ende hin verstärkt. So geben 27 Prozent der Befragten aus

diesem Bereich an, dass sie keine kurzfristigen Änderungen des Dienstplans akzeptabel finden. In der ambulanten Pflege sind 20 Prozent der Befragten der gleichen Meinung, in der voll- und teilstationären Pflege 13 Prozent (Abbildung 170).

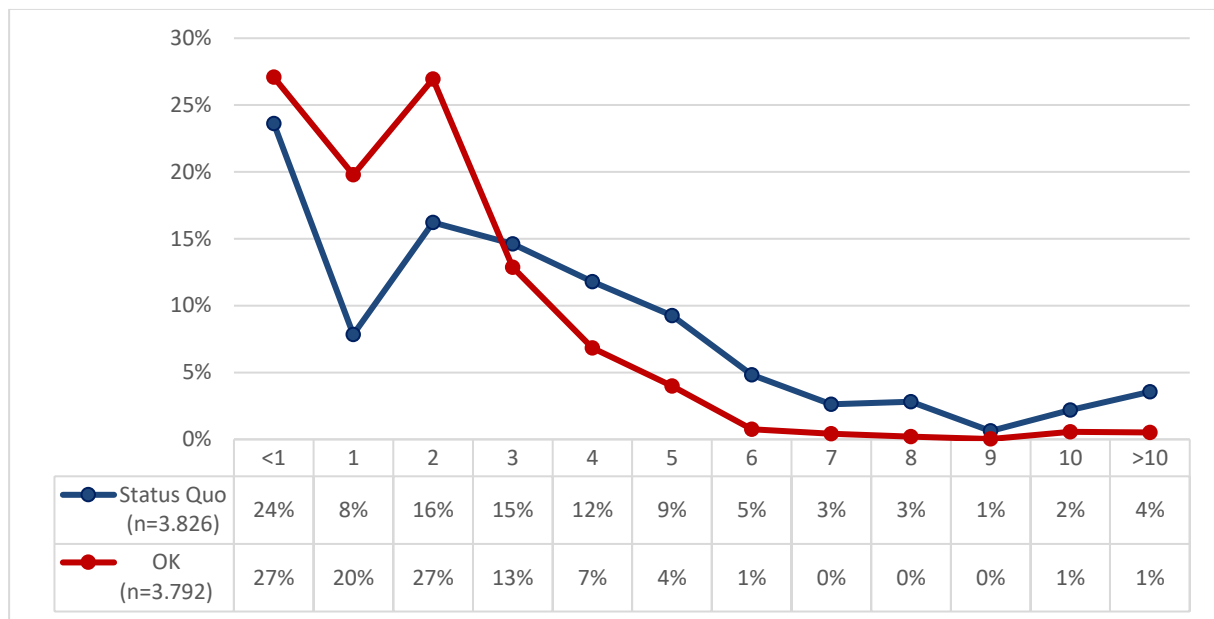
Abbildung 170: Akzeptanz kurzfristiger Dienstplanänderungen nach Setting



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Ein knappes Viertel der Befragten gibt an, dass sie in der Regel weniger als eine Abweichung vom Dienstplan im Monat haben. Durchschnittlich eine Abweichung im Monat geben acht Prozent der Befragten an, bevor die Verteilung bei zwei Tagen einen zweiten Ausschlag nach oben macht (16 Prozent). Danach flacht sie langsam ab – über 15 Prozent mit drei Tagen, zwölf Prozent mit vier Tagen, neun Prozent mit fünf Tagen, fünf Prozent mit sechs Tagen, jeweils drei Prozent mit sieben und acht Tagen und schließlich einem Prozent mit neun Tagen. Dann steigt die Verteilung noch einmal: Zwei Prozent geben an, an durchschnittlich zehn Tagen im Monat Abweichungen vom Dienstplan zu haben, vier Prozent sogar an mehr als zehn Tagen im Monat (Abbildung 171).

Abbildung 171: Durchschnittliche Abweichungen vom Dienstplan im Monat



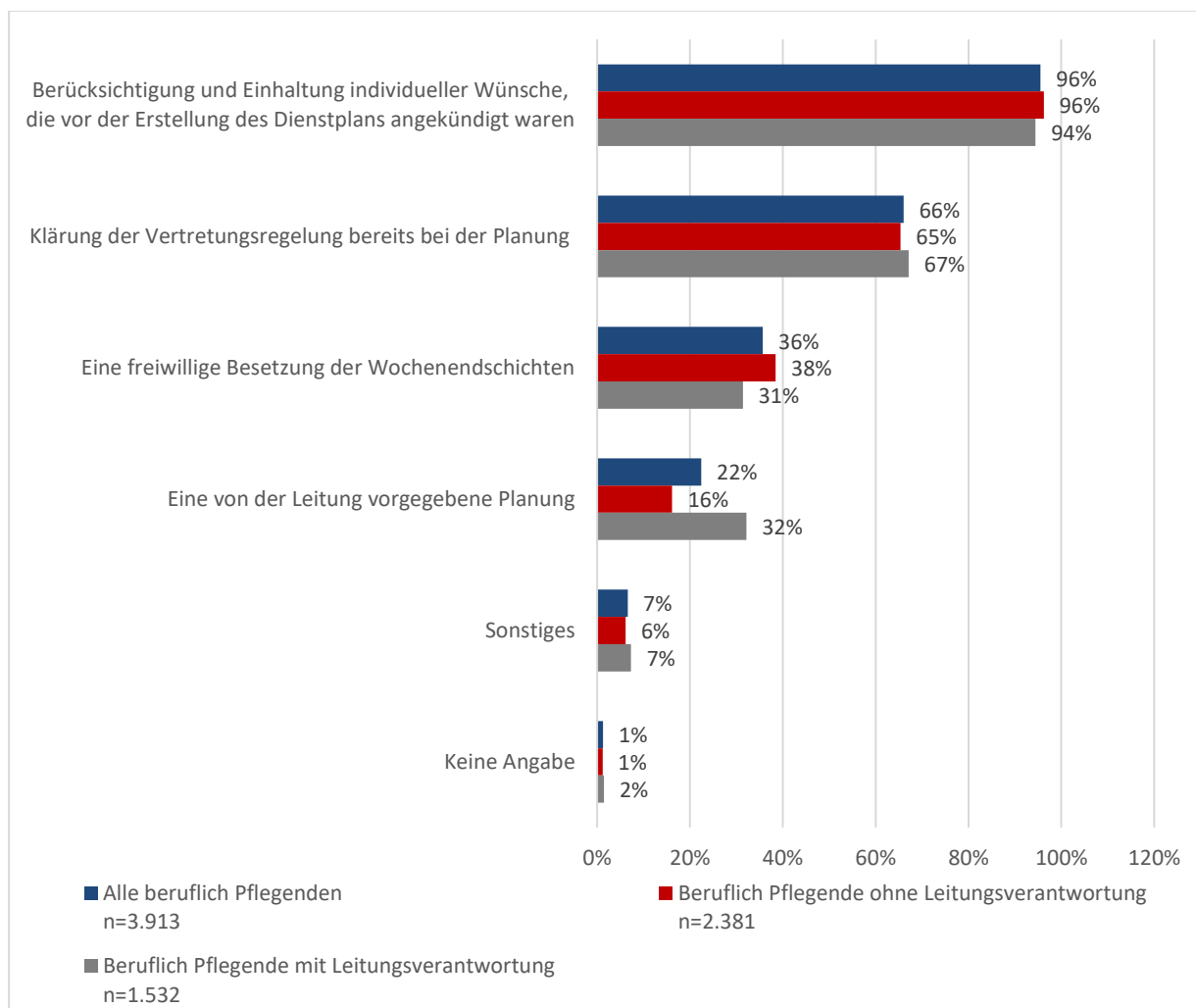
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Etwas mehr als ein Viertel (27 Prozent) der Befragten findet weniger als einen Tag durchschnittliche Dienstplanabweichung im Monat noch akzeptabel. Genauso viele finden bis zu zwei Abweichungen akzeptabel, dazwischen geben 20 Prozent an, bis zu einer Abweichung akzeptabel zu finden. Dann flacht die Akzeptanz sehr schnell über drei Abweichungen mit 13 Prozent, vier Abweichungen mit sieben Prozent und schließlich fünf Abweichungen mit vier Prozent ab.

Weitere Aspekte einer verlässlichen Dienstplanung

Die Berücksichtigung individueller Wünsche bei der Dienstplanung ist den beruflich Pflegenden mit 94-96 Prozent am wichtigsten. Darauf folgt die Berücksichtigung einer Vertretungsregelung bereits bei der Dienstplanung. 65-67 Prozent der Befragten sprechen sich dafür aus. Für eine freiwillige Besetzung der Wochenendschichten sprechen sich 31 Prozent der Führungskräfte in der Pflege im Zusammenhang mit einer verlässlichen Dienstplanung aus, 38 Prozent der Pflegenden ohne Leitungsverantwortung. Eine von der Leitungskraft vorgegebene Dienstplanung schätzen 32 Prozent der Pflegenden mit Leitungsverantwortung als sinnvolles Element einer verlässlichen Dienstplanung ein, aber nur 16 Prozent der Pflegenden ohne Leitungsverantwortung (Abbildung 172).

Abbildung 172: Aspekte verlässlicher Dienstplanung



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Auf die Frage, welche weiteren Faktoren zu einer verlässlichen Dienstplanung gehören, antworteten insgesamt 258 Personen im Freitextfeld. Die Einhaltung der bereits erfolgten Dienstplanung und die Änderung nur nach vorheriger Rücksprache mit der betreffenden Person wird häufig als Kriterium zur Verlässlichkeit der Planung genannt. Zur besseren Planbarkeit, um vor allem das Einspringen bzw. „Holen aus dem Frei“ zu vermeiden, werden die Einrichtung von Springerpools, die regelhafte Überplanung oder die Einrichtung von (bezahlten) Rufbereitschaftsdiensten als sinnvolle Maßnahmen genannt. Außerdem wird hier wiederum der große Wunsch nach Beteiligung an der Dienstplangestaltung, durch eigenständige Planung und/oder die Berücksichtigung von Wunschzeiten deutlich. Häufig genannt werden außerdem die Punkte, dass das Personal in Qualifikation und Anzahl dem Bedarf angepasst wird und dass die Dienstplangestaltung der vertraglich vereinbarten Wochenarbeitszeit entspricht.

Förderung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde zum 1. Januar 2019 eine Förderung von Maßnahmen ambulanter und vollstationärer Pflegeeinrichtungen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf eingeführt. Nach § 8 Abs. 7 SGB XI werden individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote gefördert, die auf die besonderen Arbeitszeiten von beruflich Pflegenden

ausgerichtet sind. Auch für Schulungen und Weiterbildungen, die die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf verbessern, gibt es Zuschüsse. Jede Einrichtung erhält jährlich bis zu 50 Prozent der Ausgaben für diesen Bereich, höchstens jedoch 7.500 Euro.

Leitungskräfte ambulanter und vollstationärer Pflegeeinrichtungen wurden gefragt, ob sie diese Förderung kennen. Ein Drittel der 1.027 Befragten, die diese Frage beantworteten, bejahten dies. Weiter wurde gefragt, ob die Einrichtungen der Befragten diese Fördermöglichkeit bereits in Anspruch nehmen. Dies ist bei 41 Prozent der Befragten Leitungskräften mit Kenntnis über das Förderprogramm der Fall (n=249). Das lässt darauf schließen, dass noch Ausschöpfungspotenziale gehoben werden können. Unter den Befragten aus der ambulanten Pflege (n=108) ist die Nutzung bisher weniger verbreitet als in der stationären Altenpflege (31 Prozent gegenüber 50 Prozent).

8.7 Pflegequalität

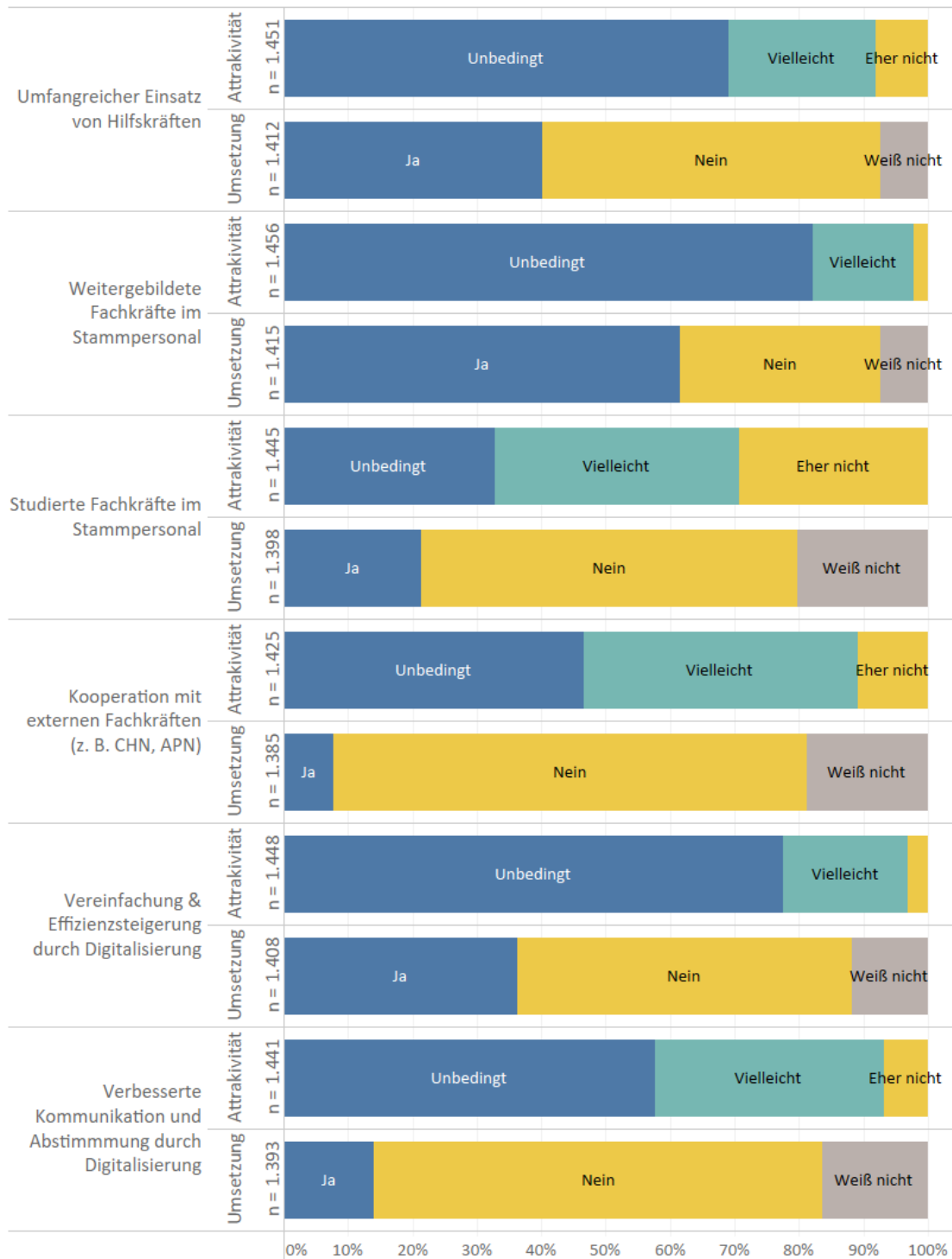
Die Abbildungen auf den folgenden Seiten zeigen die Verbreitung der vorgeschlagenen Maßnahmen zur Förderung der Pflegequalität sowie die Einschätzungen zu ihrer Wirkung zur Steigerung der Berufsattraktivität.

85 Prozent der Nicht-Leitungskräfte und 86 Prozent der Leitungskräfte bewerten eine am tatsächlichen Pflegebedarf ausgerichtete Personalzusammensetzung als unbedingt wirksam. Die Einschätzungen zur Bedeutung verschiedener Qualifikationsniveaus fallen dabei unterschiedlich aus. Fachpersonen mit speziellen Qualifikationen (z. B. Wundmanagement, Stoma- oder Ernährungstherapie) im Stammpersonal werden besonders begrüßt: 82 Prozent der Nicht-Leitungskräfte und 83 Prozent der Leitungskräfte geben an, dadurch werde die Pflege unbedingt attraktiver. Der umfangreiche Einsatz von Hilfskräften zur Entlastung der Fachpersonen wird ebenfalls weitgehend positiv bewertet, insbesondere in der vollstationären Pflege. Über die Wirkung von Fachpersonen mit Hochschulabschluss im Stammpersonal besteht eine große Unsicherheit mit gemischten Einschätzungen: 38 Prozent der Nicht-Leitungskräfte und 42 Prozent der Leitungskräfte halten studierte Fachpersonen für eventuell förderlich für die Attraktivität des Pflegeberufs, die übrigen Einschätzungen fallen zu etwa gleichen Teilen positiv wie negativ aus. Die Kooperation mit externen Fachpersonen wird bei ähnlichem Ausmaß an Unsicherheit positiver bewertet. 78 Prozent der Nicht-Leitungskräfte und 68 Prozent der Leitungskräfte halten gesetzliche Personaluntergrenzen für unbedingt wichtig, um die Pflege attraktiver zu machen. Auch bundesweite Ausbildungsstandards für Pflegehilfskräfte werden positiv bewertet. Die Umsetzung bleibt bei allen auf die Personalzusammensetzung bezogenen Maßnahmen hinter ihrer vermuteten Relevanz zurück, insbesondere bei der Kooperation mit externen Fachpersonen.

Bei den Maßnahmen die Digitalisierung betreffend zeigt sich im Vergleich zu den Maßnahmen in Verbindung mit der Personalzusammensetzung eine größere Kluft zwischen angenommenem Effekt und der praktischen Umsetzung. 78 Prozent der Nicht-Leitungskräfte und 84 Prozent der Leitungskräfte sehen im Einsatz geeigneter digitaler Hilfsmittel zur Vereinfachung und Effizienzsteigerung unbedingt das Potenzial, die Pflege attraktiver zu machen. Diese positive Haltung zieht sich mit Ausnahme des schwach besetzten Settings Tagesklinik durch alle Bereiche. Nur 36 Prozent der Nicht-Leitungskräfte und 63 Prozent der Leitungskräfte geben hingegen an, dies werde in ihrem Arbeitsbereich umgesetzt. Einer durch digitale Unterstützungen verbesserten Zusammenarbeit an Schnittstellen innerhalb der Einrichtung und mit anderen Berufsgruppen sprechen die Befragten eine geringere Relevanz zu; doch auch hier fällt die angegebene praktische Umsetzung deutlich geringer als die vermutete Wirksamkeit aus.

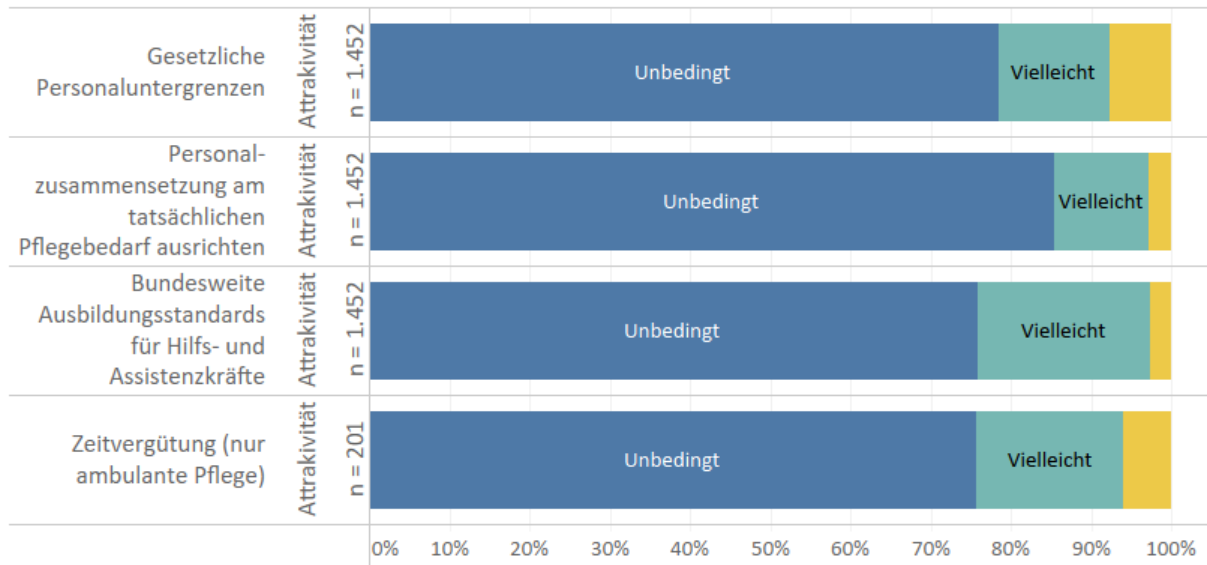
Weiterhin wurden Befragte aus der ambulanten Pflege um die Bewertung der Zeitvergütung gebeten. Nicht-Leitungskräfte geben zu 76 Prozent an, dass eine Zeitvergütung unbedingt einen Beitrag dazu leiste, die Pflege attraktiver zu machen. Bei den Leitungskräften fällt die Zustimmung bei weiterhin mehrheitlich positiver Bewertung geringer aus.

Abbildung 173: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung der Pflegequalität (Nicht-Leitungskräfte) (1)



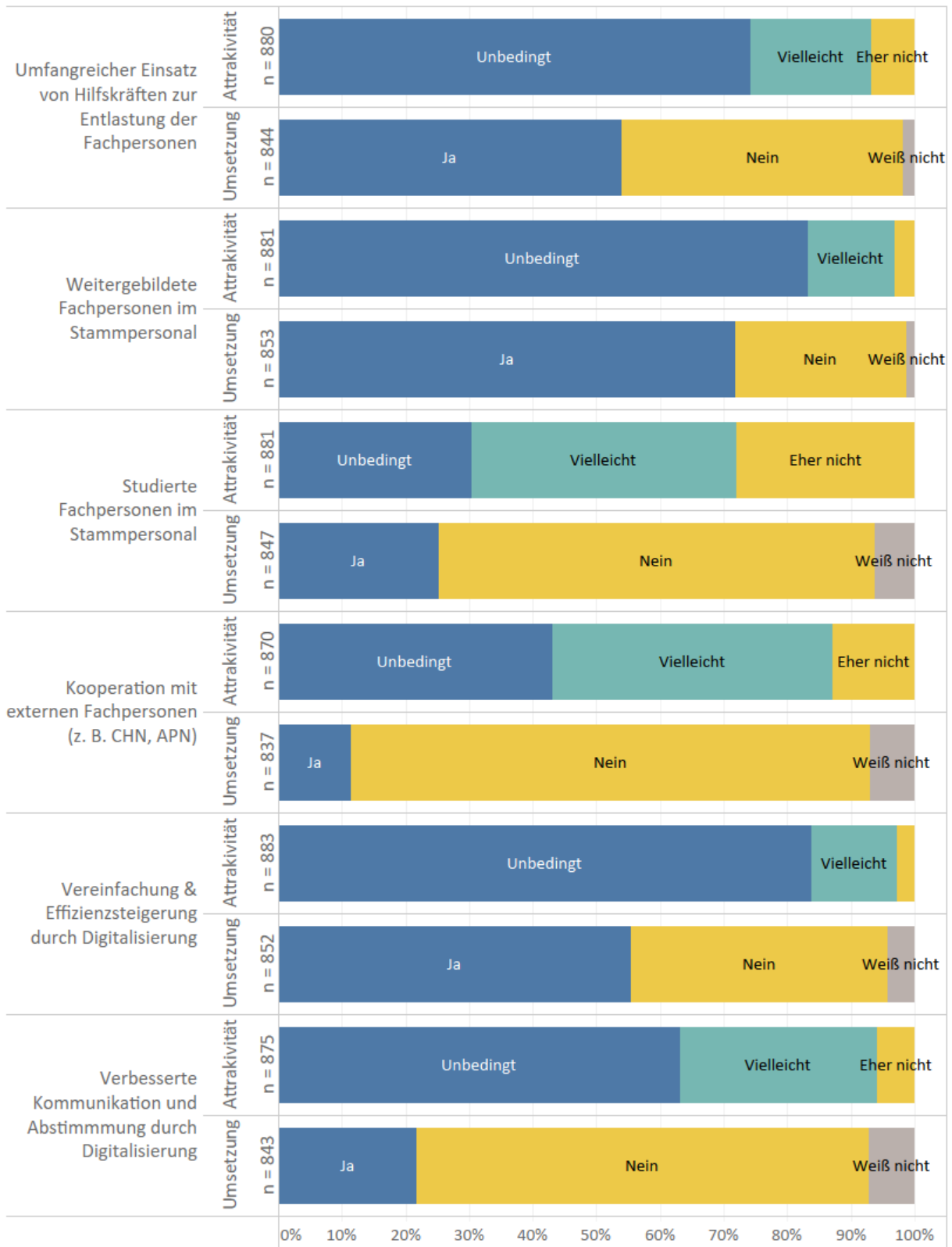
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 174: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung der Pflegequalität (Nicht-Leitungskräfte) (2)



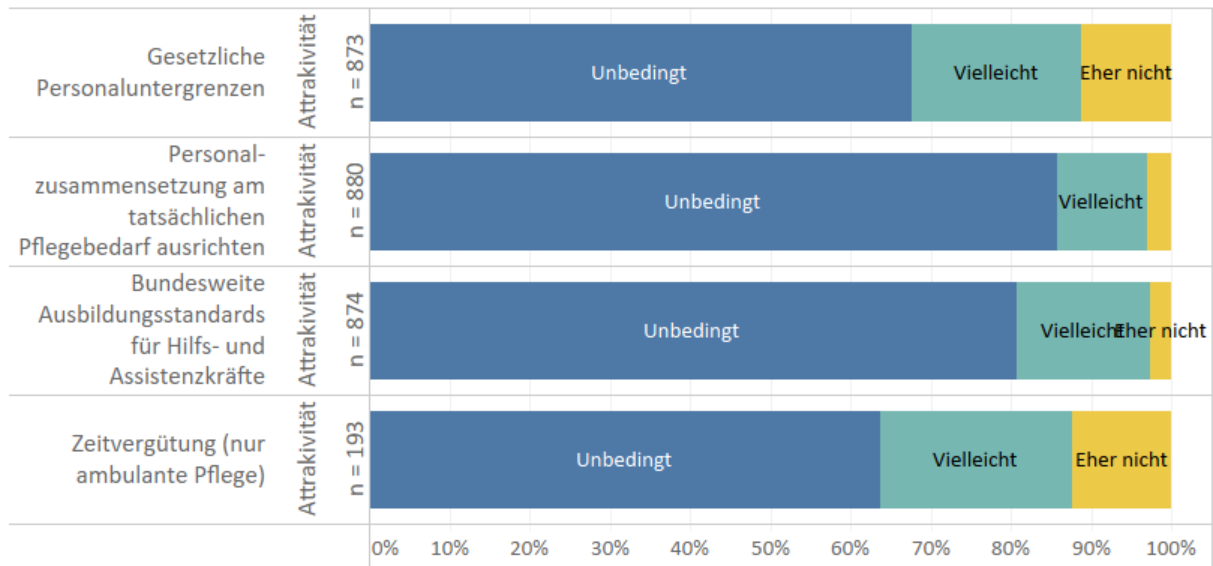
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 175: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung der Pflegequalität (Leitungskräfte) (1)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

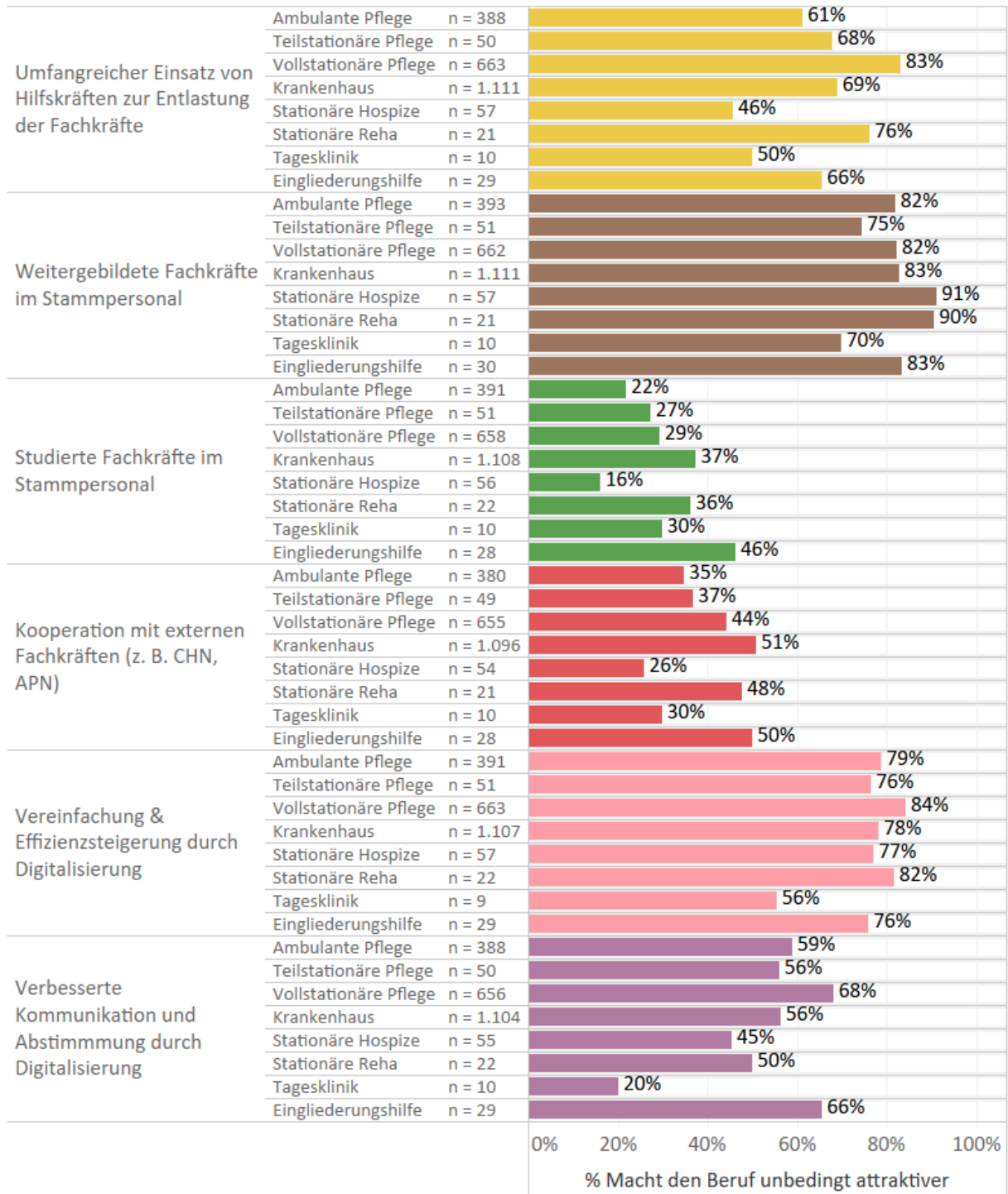
Abbildung 176: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung der Pflegequalität (Leitungskräfte) (2)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 177: Bewertung der Maßnahmen zur Förderung der Pflegequalität nach Setting (1)

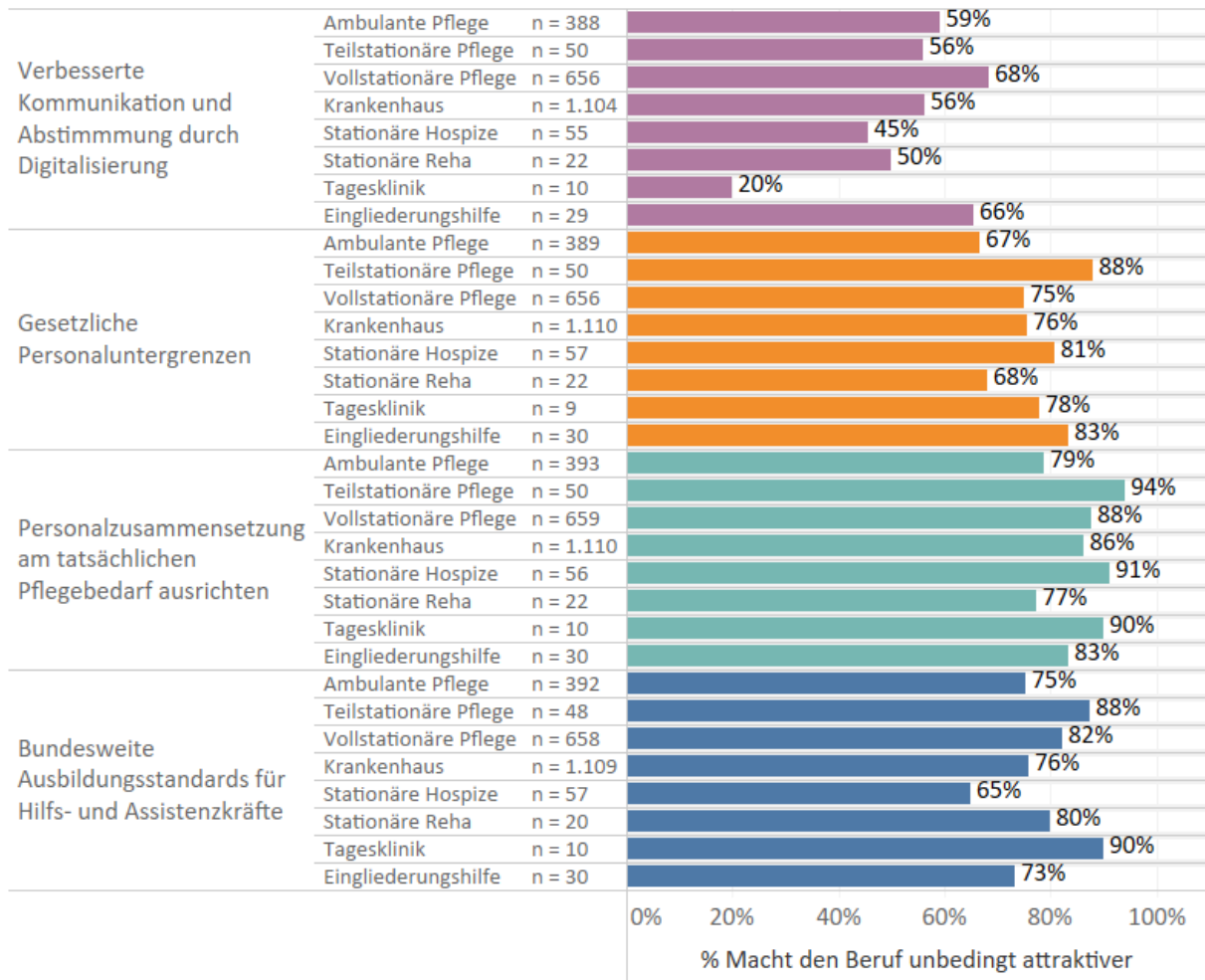
% Auswahl Unbedingt bei Macht den Beruf attraktiver



Quelle: Eigenen Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 178: Bewertung der Maßnahmen zur Förderung der Pflegequalität nach Setting (2)

% Auswahl *Unbedingt bei Macht den Beruf attraktiver*

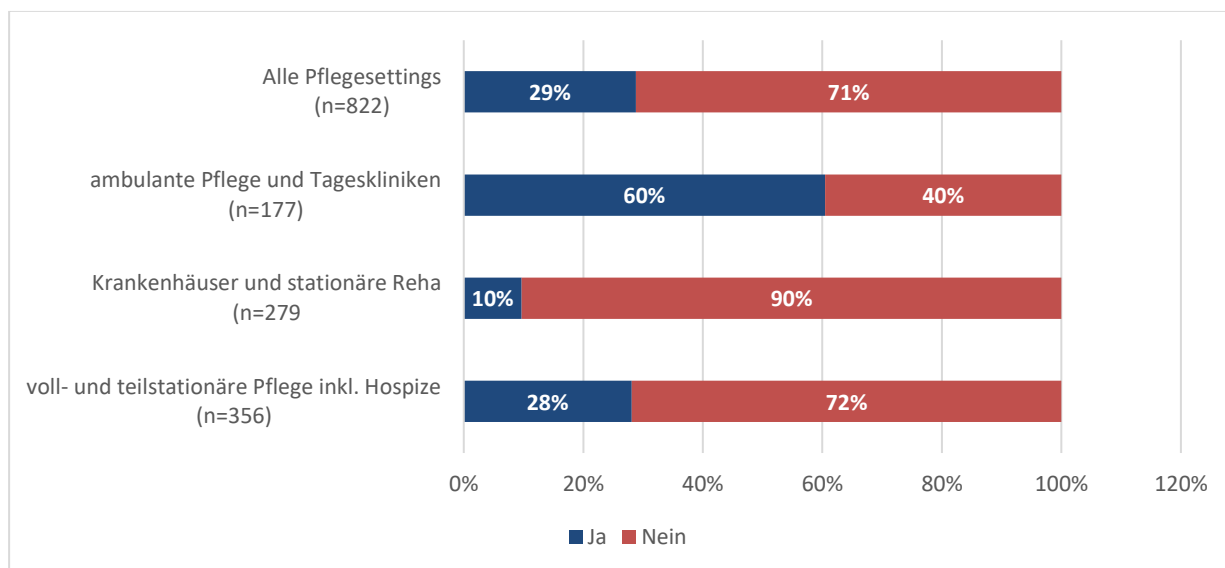


Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Personalausstattung und Pflegequalität

Leitungskräfte wurden befragt, ob das derzeit in ihren Einrichtungen vorhandene Personal für die Sicherstellung der Pflegequalität ausreicht. Über alle Pflegesettings hinweg bestätigen das nur 29 Prozent der Befragten (Abbildung 179). Allerdings ist die Einschätzung zwischen den verschiedenen Versorgungsformen sehr unterschiedlich. So schätzen 60 Prozent der befragten Leitungskräfte in der ambulanten Pflege die Personalausstattung als ausreichend für die Sicherstellung der Pflegequalität ein. In den stationären Settings der voll- und teilstationären Altenpflege schätzen nur 28 Prozent die Personalausstattung für ausreichend ein, in der Akutversorgung inkl. stationärer Rehabilitation sogar nur zehn Prozent. Somit zeigt sich, dass sich zumindest unter den befragten Leitungskräften der Personalmangel vor allem im stationären Bereich negativ auswirkt, und dort insbesondere in der Akutversorgung im Krankenhaus. Ambulante Pflegedienste haben außerdem gegenüber stationären Einrichtungen den Vorteil, Ihre Leistungen flexibler den gegebenen Ressourcen anpassen zu können. Auch das könnte sich hier in den Antworten auswirken.

Abbildung 179: Personal zur Sicherstellung der Pflegequalität nach Setting

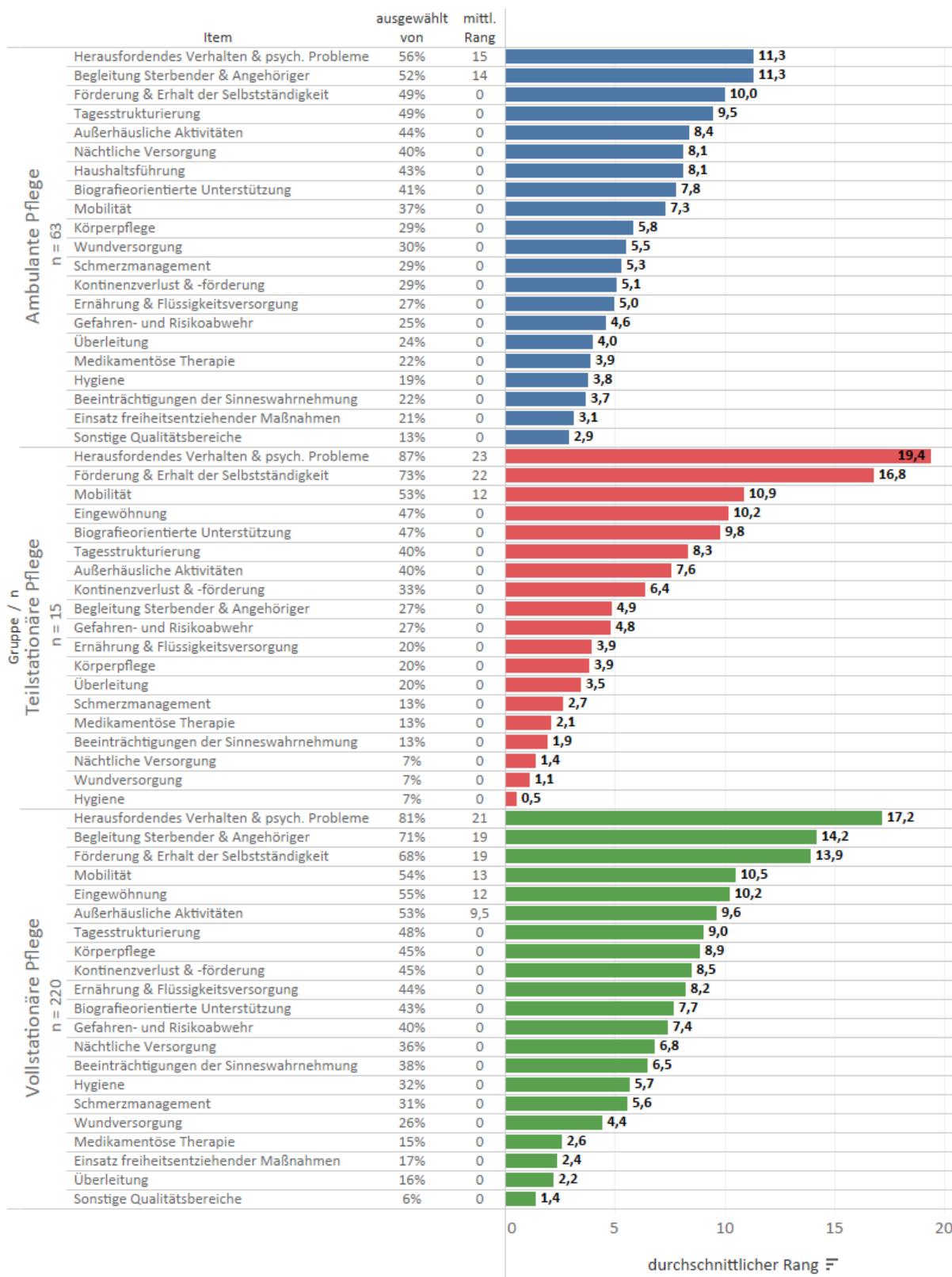


Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Bei Angabe einer für die Gewährleistung der Pflegequalität unzureichenden Personalausstattung wurden die Leitungskräfte gebeten, die betroffenen Qualitätsbereiche auszuwählen und nach Grad der Betroffenheit zu ordnen. Die Ergebnisse sind in Abbildung 180 und Abbildung 181 dargestellt. Es zeigt sich, dass insbesondere bei herausforderndem Verhalten und psychischen Problemlagen der Pflegebedürftigen die Pflegequalität durch den Personalmangel gefährdet ist. Auch die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen wird in einigen Settings als stark beeinträchtigt gesehen. Aufgrund der insbesondere in der teilstationären Pflege und stationären Rehabilitationseinrichtungen geringen Fallzahlen sind die Befunde jedoch lediglich als Hinweise zu interpretieren.

Abbildung 180: Durch Personalmangel beeinträchtigte Qualitätsbereiche nach Setting (1)

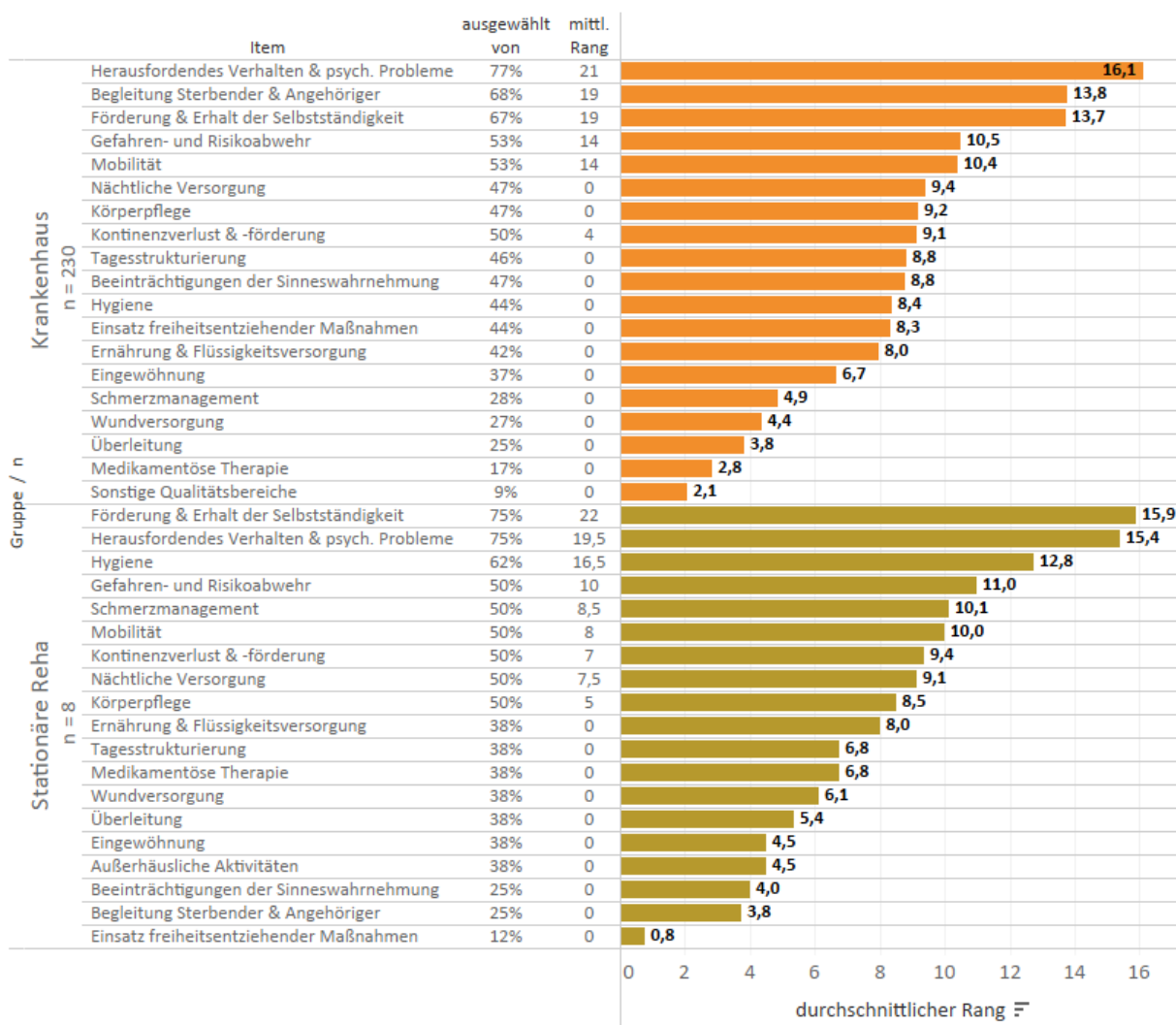
Leitungskräfte in deren Einrichtung das Personal nicht zur Sicherstellung der Pflegequalität ausreicht



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 181: Durch Personalmangel beeinträchtigte Qualitätsbereiche nach Setting (2)

Leitungskräfte in deren Einrichtung das Personal nicht zur Sicherstellung der Pflegequalität ausreicht



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

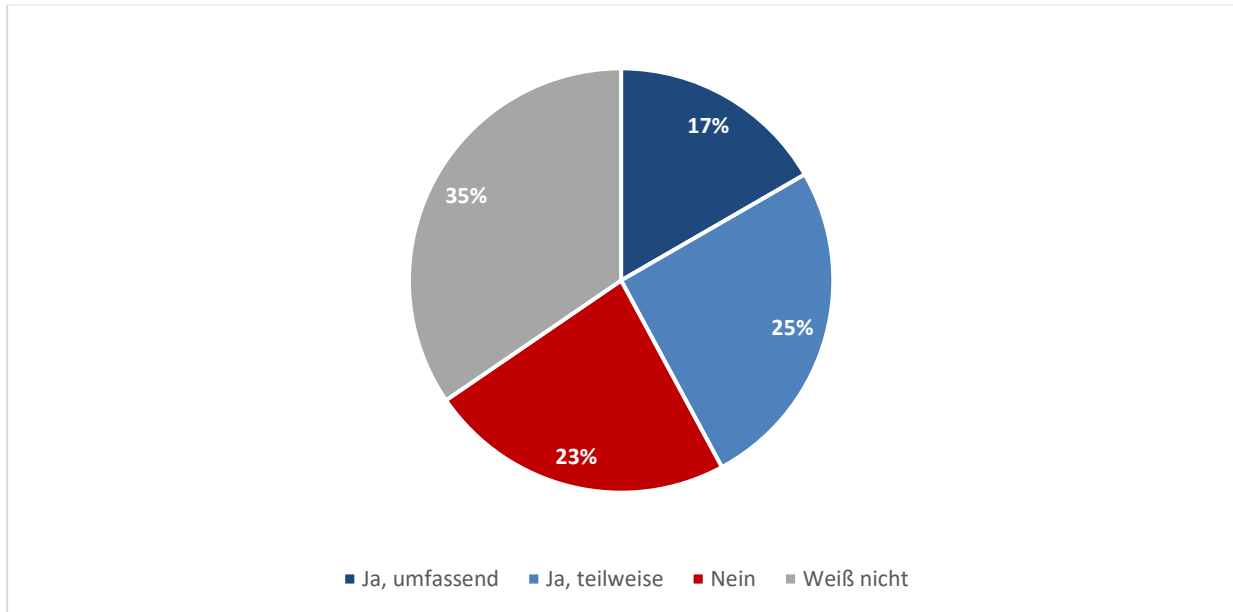
53 Personen machten unter „Sonstige Qualitätsbereiche“ Freitextangaben. In einem Großteil der Antworten wird noch einmal deutlich gemacht, dass nach Meinung der Befragten das vorhandene Personal nicht ausreicht, um den Pflegebedürftigen die nötige Zuwendung zukommen zu lassen. So könne nur die grundsätzliche Versorgung sichergestellt werden, es bleibe jedoch keine Zeit für Gespräche. Dies betrifft vor allem die versorgten Menschen. Einige Befragte beschreiben in ihren Freitexten jedoch auch, dass zudem für die Unterstützung und Anleitung von Angehörigen das vorhandene Personal nicht ausreicht. Aus Sicht von einigen Befragten reicht das eingesetzte Personal außerdem nicht aus, um die Pflegequalität bei der Versorgung spezifischer Gruppen von Pflegebedürftigen sicherzustellen (Menschen mit Demenz und Intensivpatient*innen).

Pflegestellenförderung

Die Regierung hat in den letzten Jahren mehrere Programme zur Förderung von zusätzlichen Pflegestellen aufgelegt. Mit dem Stellenprogramm nach § 8 Abs. 6 SGB XI. werden seit 2019 über das

Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) 13.000 Fachkraftstellen in der stationären Altenpflege gefördert. 42 Prozent der 330 Leitungskräfte aus der stationären Altenpflege, die die Frage beantwortet haben, geben an, dass sie das Programm umfassend oder zumindest teilweise genutzt haben. Von diesen Leitungskräften konnten 61 Prozent angeben, wie viele Stellen durch das PpSG in ihren Einrichtungen geschaffen wurden. Im Durchschnitt ist dies eine Vollzeitstelle in den Einrichtungen der Befragten. Allerdings geben auch mehr als die Hälfte der Befragten an, keine Kenntnis über die Nutzung des Programms in ihrer Einrichtung zu haben (35 Prozent) oder das Programm bisher nicht genutzt zu haben (23 Prozent).

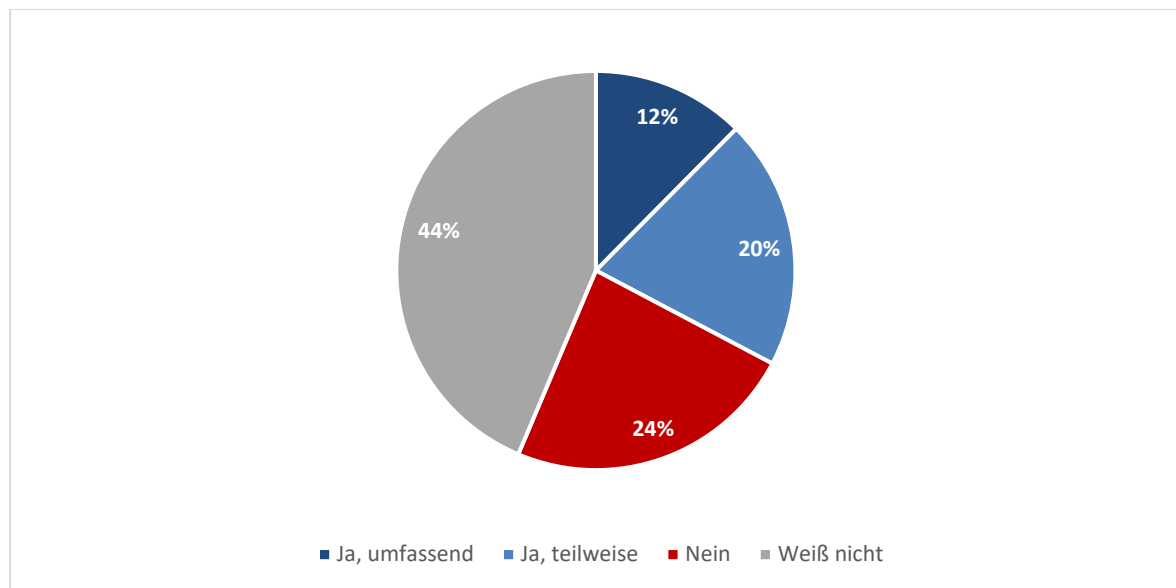
Abbildung 182: Nutzung des Fachkraftstellenprogramms des PpSG für stationäre Pflegeeinrichtungen



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung (GPVG) wurde 2021 ein weiteres Programm zur Förderung von 20.000 zusätzlichen Stellen für Pflegehilfskräfte in der stationären Altenpflege aufgelegt. Dieses Stellenprogramm nach § 84 Abs. 9 SGB XI wurde von bisher 32 Prozent der Einrichtungen der 330 Befragten, die diese Frage beantwortet haben, genutzt, von zwölf Prozent umfassend, von 20 Prozent zumindest teilweise (Abbildung 183).

Abbildung 183: Nutzung des Stellenprogramms des GPVG für stationäre Pflegeeinrichtungen



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Von diesen Leitungskräften konnten 34 Prozent angeben, wie viele Stellen durch das GPVG in ihren Einrichtungen geschaffen wurden. Im Durchschnitt wurden durch das Programm 1,5 Vollzeitstellen in den Einrichtungen der Befragten geschaffen. Allerdings geben auch mehr als zwei Drittel der Befragten an, keine Kenntnis über die Nutzung des Programms in ihrer Einrichtung zu haben (44 Prozent) oder das Programm bisher nicht genutzt zu haben (24 Prozent).

Somit konnten mit beiden Stellenförderprogramme in der stationären Altenpflege laut den Befragten bereits Stellen neu geschaffen werden. Angesichts des Anteils der Leitungskräfte, die bisher keine Kenntnis über die Umsetzung der Programme in ihren Einrichtungen haben, könnte hier noch weiteres Umsetzungspotenzial liegen.

8.8 Vergütung

Pflegefachpersonen und Auszubildende wurden nach ihrer aktuellen Vergütung sowie die ihrer Meinung nach im Vergleich zu anderen Berufsgruppen angemessenen Vergütung befragt. Erhoben wurde das monatliche Nettogehalt inklusive Zulagen und Zuschläge, also der Betrag, der auf dem Gehaltskonto eingeht und den Befragten direkt zur Verfügung steht. Eingeschränkte Vergleichsmöglichkeiten aufgrund von Steuerklasse und Wahl der Krankenkasse sowie dem Anstellungsverhältnis wurden dabei bewusst in Kauf genommen.

Betrachtet werden Vollzeitkräfte, die einem Qualifikationsniveau und einem der Settings ambulante Alten- und/oder Krankenpflege, teilstationäre Pflege, Langzeitpflege/vollstationäre Pflege, stationäres Hospiz, Krankenhaus, stationäre Rehabilitation oder Tagesklinik zugeordnet werden konnten. Insgesamt machten 1.238 Befragte dieser Gruppe Angaben zu ihrem aktuellen Gehalt, 1.247 machten eine Einschätzung über eine ihrer Meinung nach angemessene Vergütung. Die Befragten sind heterogen über alle Bundesländer, Trägerarten, Lohnsteuerklassen und Qualifikationen verteilt, sodass ihre Angaben bei aller Einschränkung der Repräsentativität als wertvolle Hinweise zur Stimmung in der Pflege und den Relationen in den verschiedenen Teilbereichen dienen können. Verteilungen über Bundesländer oder Trägerarten sind aufgrund der Stichprobengröße und die im Befragungsdesign begründeten Verzerrungen nicht darstellbar. Bei der Interpretation der Daten ist

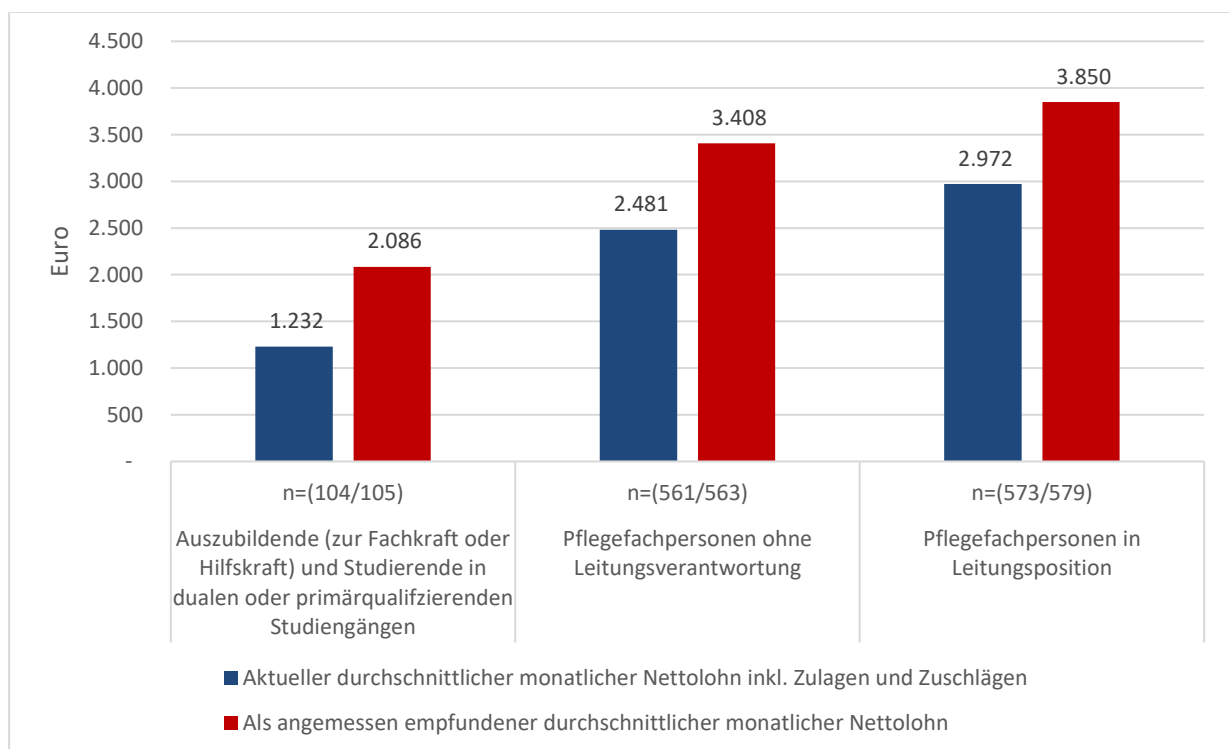
außerdem die gegenwertig angespannte Stimmung durch die generelle Arbeitsbelastung, die zusätzliche Belastung durch die Pandemie und die gegenwärtigen Preissteigerungen zu berücksichtigen.

Vergütung: Ist- und Sollzustand nach Setting, Leitungstätigkeit und Qualifikation

Im Durchschnitt geben Auszubildende in beruflicher Ausbildung oder Studierende in dualen oder primärqualifizierenden Studiengängen an, 1.232 Euro netto im Monat zu verdienen. Pflegefachpersonen ohne Leitungsverantwortung geben im Durchschnitt 2.481 Euro an, Pflegefachpersonen in Leitungspositionen 2.972 Euro (Abbildung 184).

Als angemessene Vergütung empfinden Auszubildende im Durchschnitt 2.086 Euro, Pflegefachpersonen ohne Leitungsverantwortung 3.408 Euro und Pflegefachpersonen mit Leitungsverantwortung 3.850 Euro netto.

Abbildung 184: Aktuelle und als angemessen empfundene monatliche Vergütung beruflich Pflegenden in Vollzeit

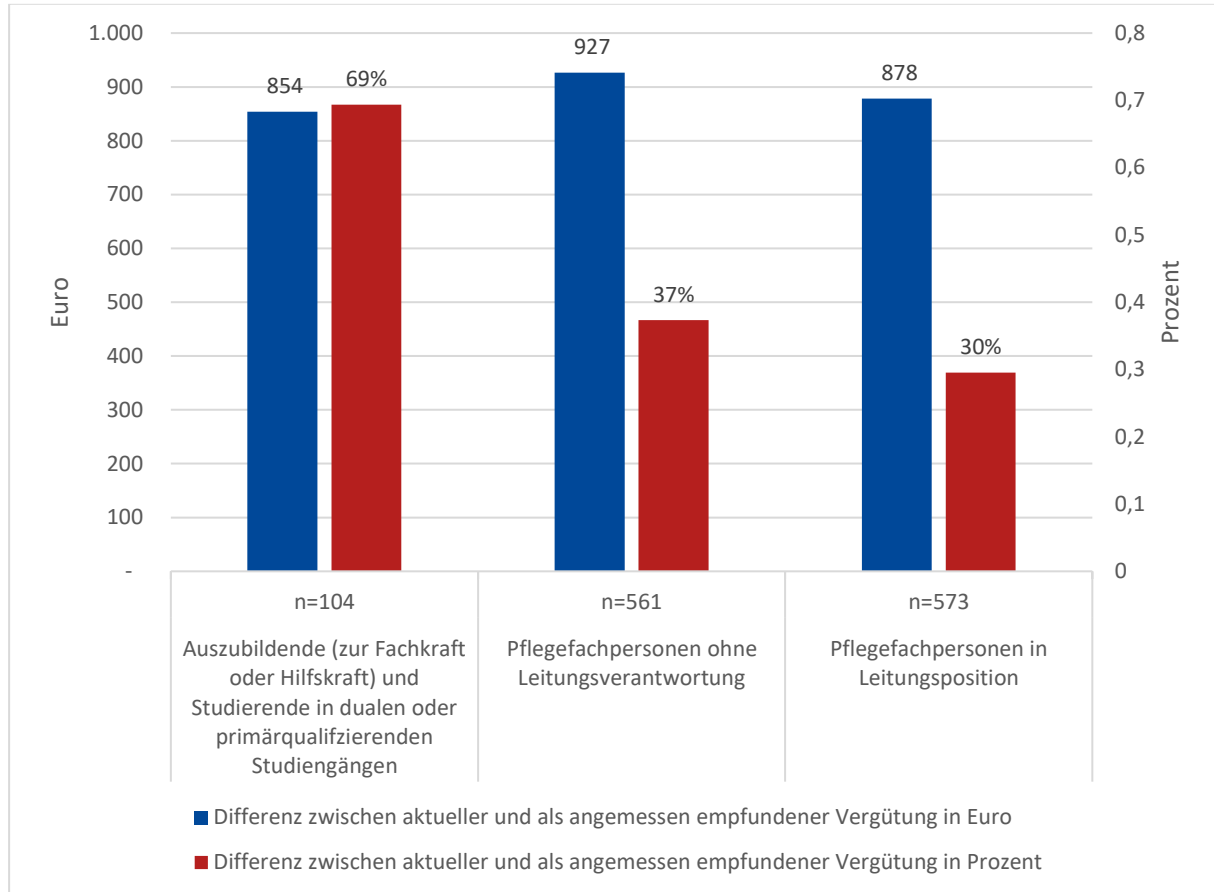


Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Bei Auszubildenden ist die Differenz zwischen der durchschnittlichen aktuellen Vergütung und der als angemessen angegebenen Vergütung damit am stärksten ausgeprägt. Dabei zeigt sich hier eine ausgeprägte Varianz in den Gehaltsvorstellungen. Im Durchschnitt bewerten Auszubildende für ihre Tätigkeit ein um knapp 70 Prozent höheres Gehalt als angemessen (Abbildung 185). Der hohe Durchschnittswert ist dabei von einem relevanten Anteil stark von der aktuellen Vergütung abweichender Gehaltsvorstellungen geprägt: Ein Viertel der Auszubildenden empfindet eine um 104 Prozent und mehr erhöhte Entlohnung als angemessen. Der Median liegt mit 38 Prozent Abweichung von der aktuellen Vergütung hingegen deutlich darunter. Pflegefachpersonen ohne Leitungsverantwortung schätzen ein im Durchschnitt um 37 Prozent höheres Gehalt als angemessen

ein. Bei Pflegefachpersonen in Leitungspositionen ist die Differenz mit immer noch 30 Prozent am geringsten ausgeprägt.

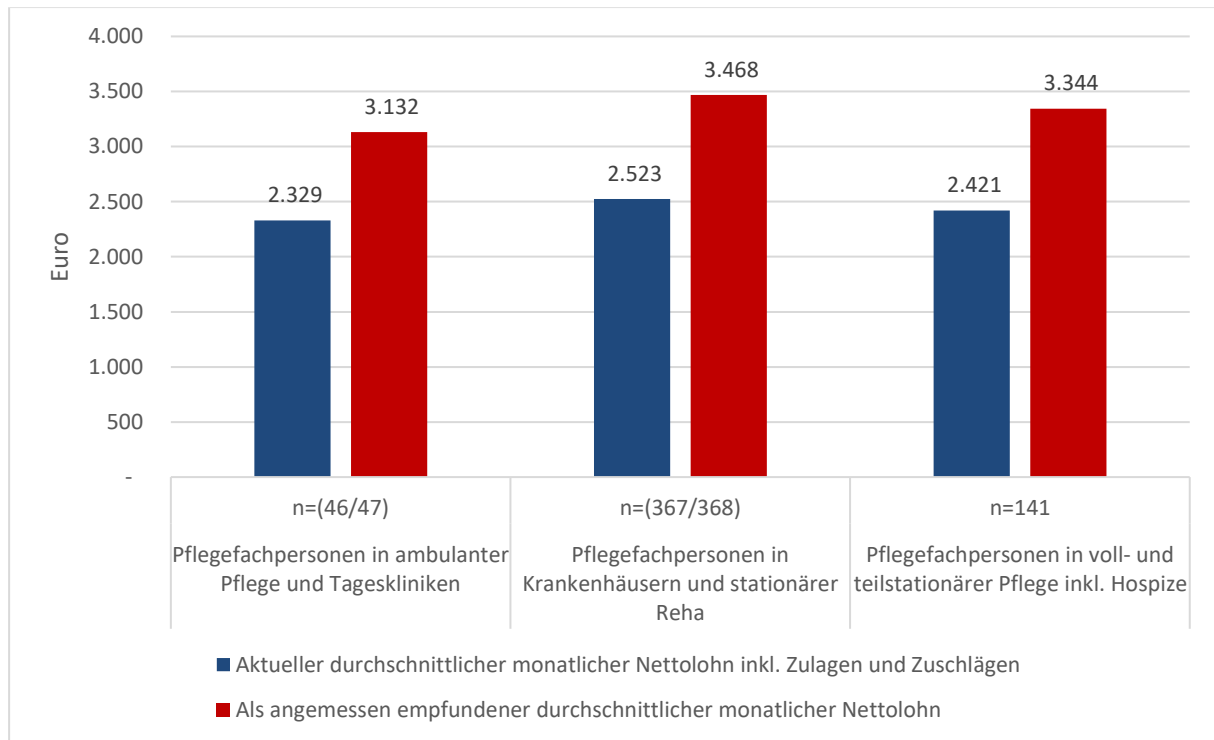
Abbildung 185: Differenz zwischen als angemessen empfundener und aktueller monatlicher Vergütung beruflich Pflegenden in Vollzeit



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

In den verschiedenen Settings werden geringfügig unterschiedliche durchschnittliche Nettomonatslöhne gezahlt. Abbildung 186 zeigt die Werte für Pflegefachpersonen ohne Leitungsverantwortung: Eine durchschnittliche Vergütung von 2.329 Euro in der ambulanten Pflege, 2.421 Euro in der voll- und teilstationären Langzeitpflege und 2.523 Euro in der stationären Akutversorgung und Rehabilitation. Neben Unterschieden in der Grundvergütung können sich hier strukturelle Unterschiede zwischen den Settings bemerkbar machen. Zulagen und Zuschläge dürften in der stationären Versorgung aufgrund der Personalbesetzungserfordernisse verbreiteter sein, in Krankenhäusern sind teils Zusatzqualifikationen bspw. für die Intensivpflege nötig. Dies könnte auch der Grund dafür sein, dass die durchschnittliche Einschätzung der Befragten zu ähnlichen Unterschieden zwischen den Settings führt: Befragte in der ambulanten Pflege geben im Schnitt 3.132 Euro als angemessene monatliche Nettovergütung an, Befragte in voll- und teilstationärer Langzeitpflege 3.344 Euro und diejenigen in der stationären Akutversorgung und Rehabilitation 3.468 Euro.

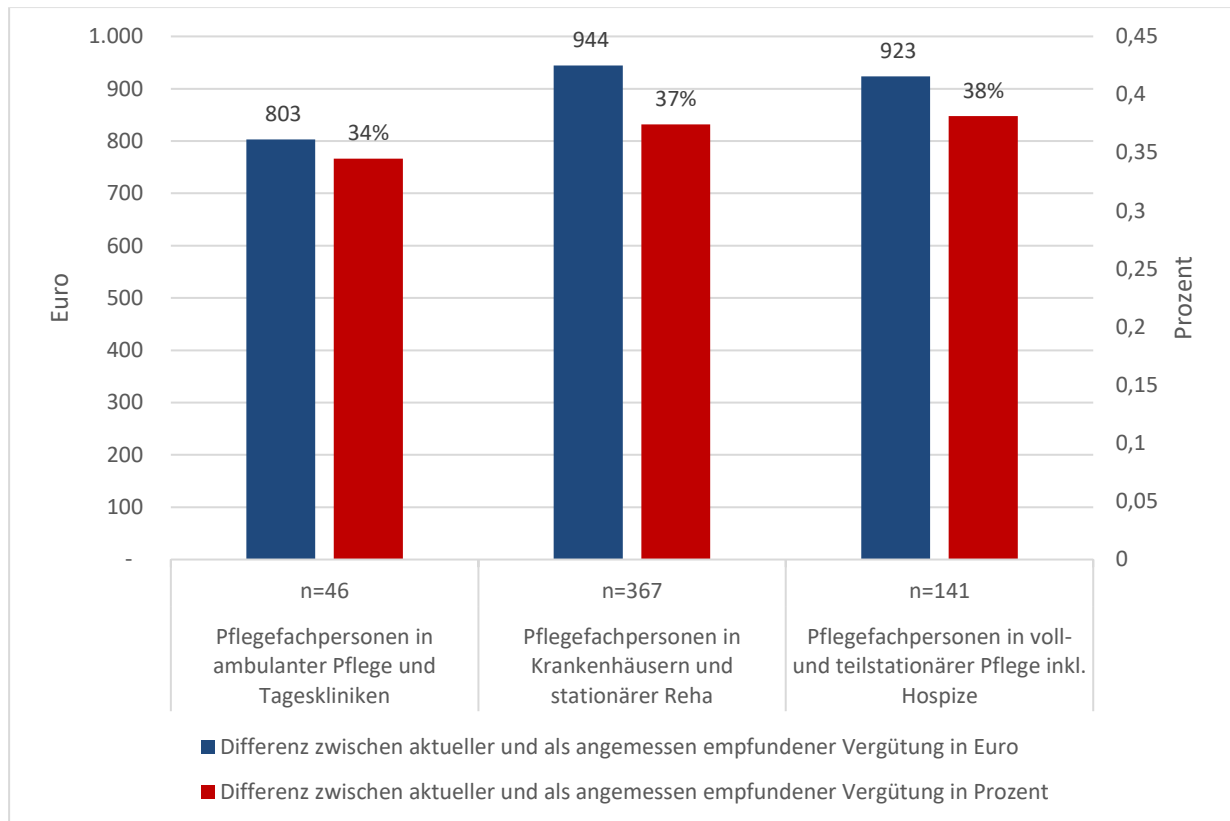
Abbildung 186: Aktuelle und als angemessen empfundene monatliche Vergütung in Vollzeit nach Setting (Nicht-Leitungskräfte)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Das entspricht einem Plus von 34 Prozent in der ambulanten Pflege, 37 Prozent in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen sowie 38 Prozent in der voll- und teilstationären Altenpflege (Abbildung 187).

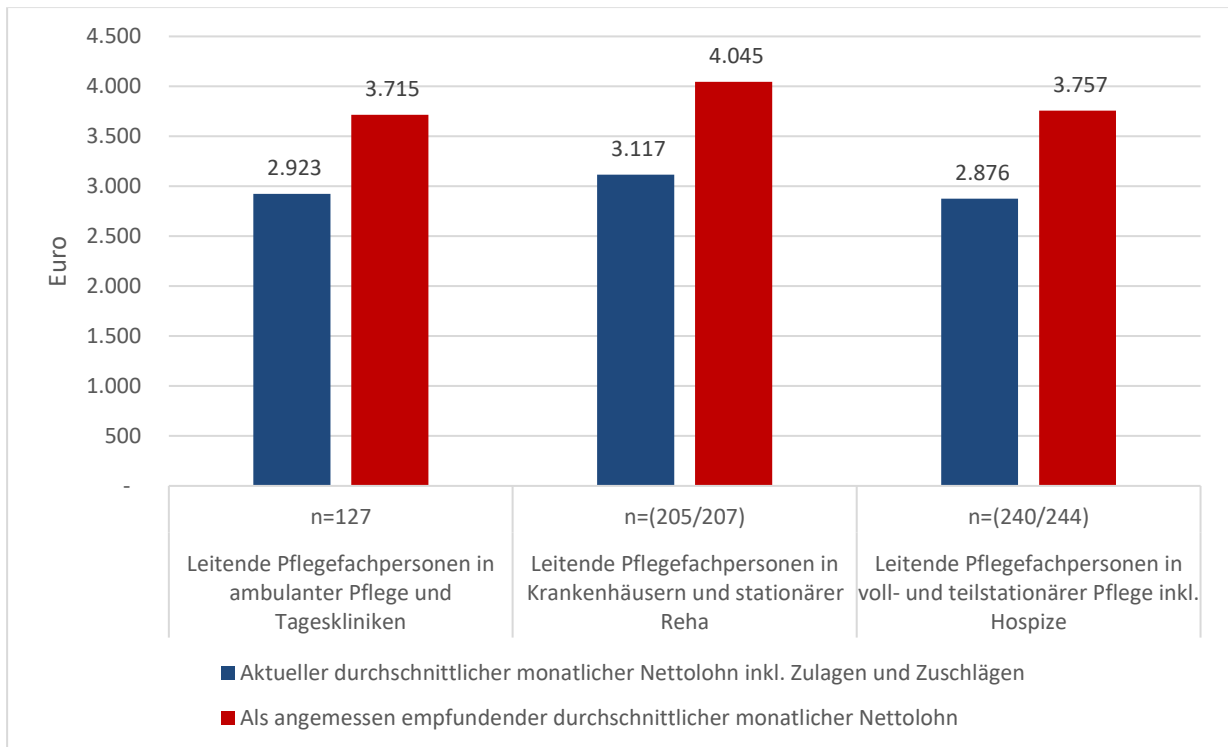
Abbildung 187: Differenz zwischen als angemessen empfundener und aktueller monatlicher Vergütung in Vollzeit nach Setting – Nicht-Leitungskräfte



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Auf Leitungsebene werden im Durchschnitt der befragten Pflegefachpersonen in der ambulanten Pflege mit 2.923 Euro etwas höhere Gehälter als in der voll- und teilstationären Altenpflege gezahlt (2.876 Euro, Abbildung 188). Aber auch auf Leitungsebene wird im Setting-Vergleich mit 3.117 Euro die höchste durchschnittliche Vergütung in der Akutpflege und Rehabilitation gezahlt. Bei der Interpretation sind die verschiedenen Leitungsebenen in den Settings zu beachten, die teils mit sehr unterschiedlichen Verantwortungen einhergeht. Als angemessen geben die Befragten im Durchschnitt 3.715 Euro für die ambulante Pflege, 3.757 Euro für die voll- und teilstationäre Altenpflege sowie 4.045 Euro für die Pflege in Krankenhäusern und der stationären Rehabilitation an.

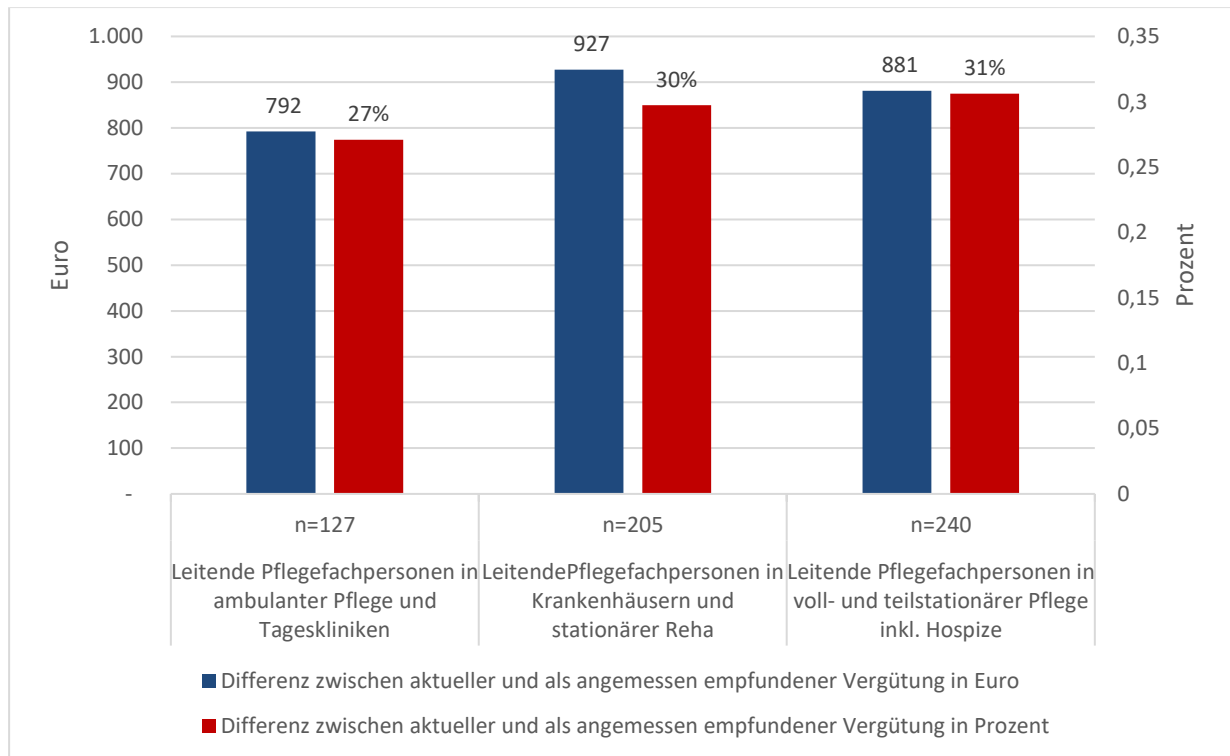
Abbildung 188: Aktuelle und als angemessen empfundene monatliche Vergütung in Vollzeit nach Setting - Leitungskräfte



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Das entspricht einem Plus von 792 Euro bzw. 27 Prozent in der ambulanten Pflege, 881 Euro bzw. 31 Prozent in der voll- und teilstationären Altenpflege inkl. Hospizversorgung und 927 Euro bzw. 37 Prozent in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen.

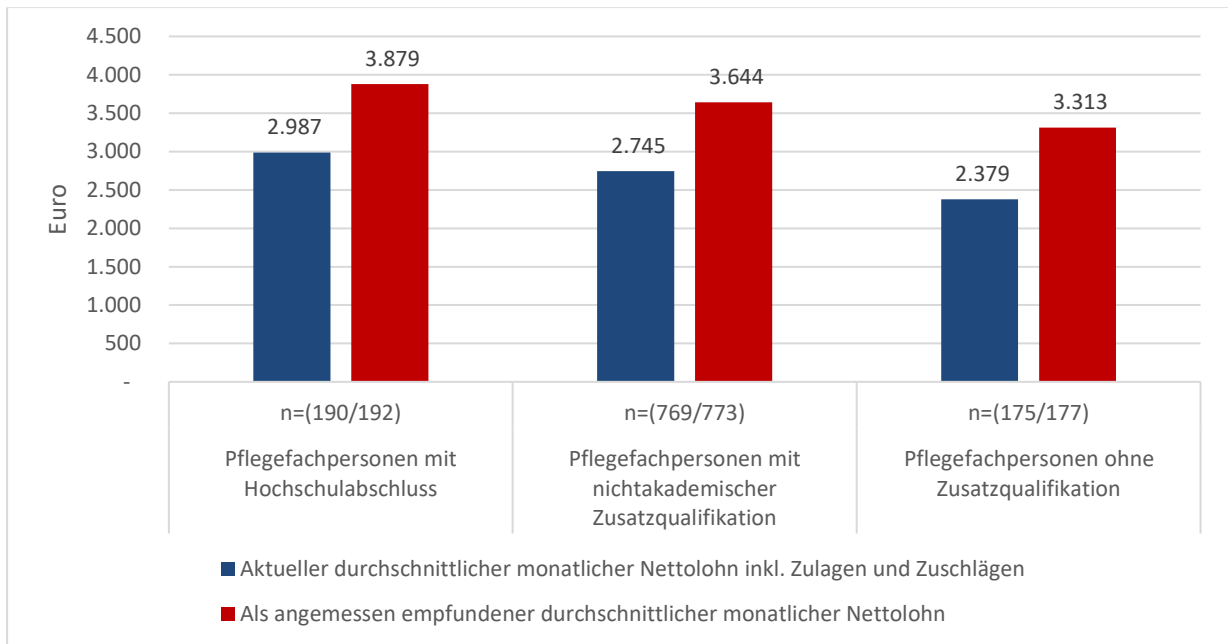
Abbildung 189: Differenz zwischen als angemessen empfundener und aktueller monatlicher Vergütung in Vollzeit nach Setting – Leitungskräfte



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Eine weitere Unterscheidungsdimension ist die Qualifizierung von Pflegefachpersonen. Pflegefachpersonen ohne Zusatzqualifikationen gaben im Durchschnitt 2.379 Euro als Nettomonatseinkommen an, Pflegefachpersonen mit nichtakademischer Zusatzqualifikation 2.745 Euro und Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss 2.987 Euro (Abbildung 190). Als angemessen empfinden Pflegefachpersonen ohne Zusatzqualifikation 3.313 Euro, Pflegefachpersonen mit nichtakademischen Zusatzqualifikationen 3.644 Euro und Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss 3.879 Euro.

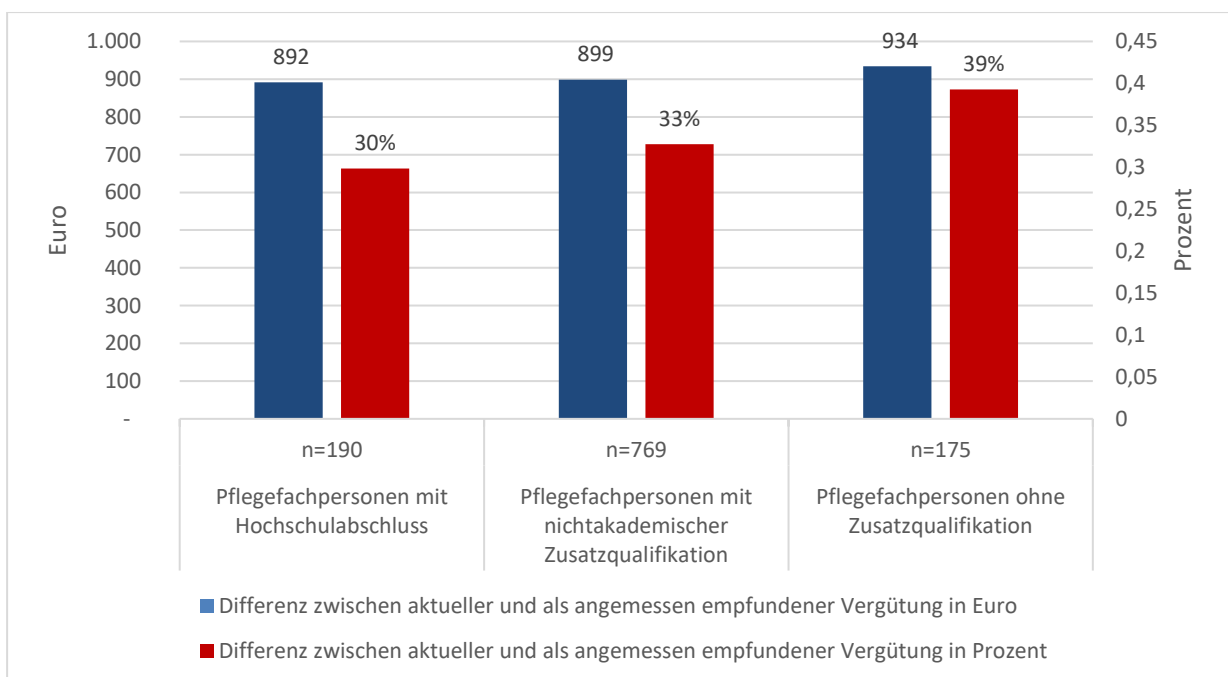
Abbildung 190: Aktuelle und als angemessen empfundene monatliche Vergütung beruflich Pflegenden in Vollzeit nach Qualifikation



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Damit sinkt die relative Differenz zwischen aktueller Vergütung und Einschätzung über eine angemessene Vergütung mit nichtakademischen Zusatzqualifikationen (33 Prozent) bzw. Hochschulabschluss (30 Prozent, Abbildung 191). Pflegefachpersonen ohne Zusatzqualifikationen empfinden ein im Durchschnitt 39 Prozent höheres Gehalt als angemessen.

Abbildung 191: Differenz zwischen als angemessen empfundener und aktueller monatlicher Vergütung beruflich Pflegenden in Vollzeit nach Qualifikation

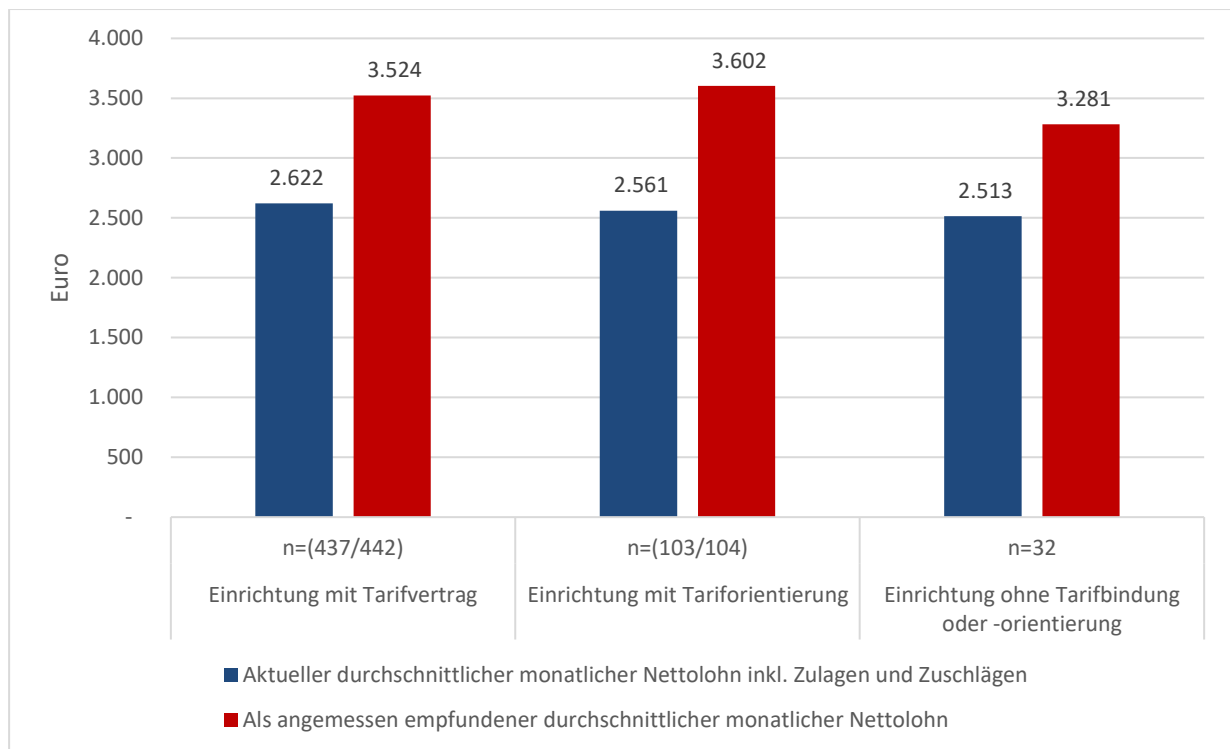


Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Vergütung nach Tarifbindung

Leitungskräfte wurden nach der Tarifbindung in ihrer Einrichtung befragt. 75 Prozent der insgesamt 685 Personen, die diese Frage beantwortet haben, gaben an, dass in ihrer Einrichtung ein Tarifvertrag gilt. In diesen Einrichtungen werden im Durchschnitt die höchsten Vergütungen angegeben (Abbildung 192). Weitere 19 Prozent der befragten Leitungskräfte arbeiten in Einrichtungen, in der die Vergütung sich an einem Tarifvertrag orientiert. Nur fünf Prozent der Befragten gab an, dass in Ihrer Einrichtung keine Tarifbindung oder Tariforientierung gilt. In diesen Einrichtungen werden im Durchschnitt die niedrigsten Vergütungen angegeben.

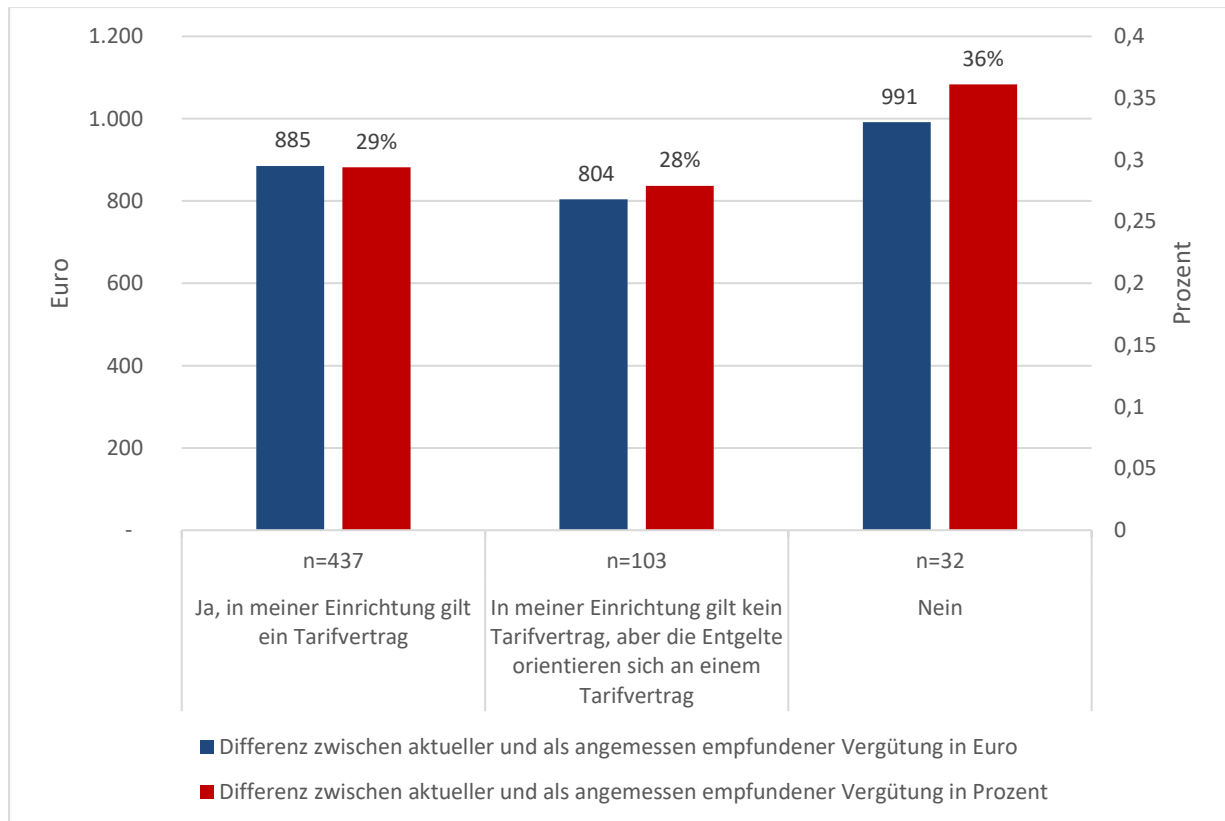
Abbildung 192: Aktuelle und als angemessen empfundene monatliche Vergütung beruflich Pflegender nach Tarifbindung



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Dort ist auch die Differenz zwischen durchschnittlich gezahlter monatlicher Vergütung und als angemessen eingeschätzter Vergütung mit 36 Prozent am höchsten (Abbildung 193).

Abbildung 193: Differenz zwischen als angemessen empfundener und aktueller monatlicher Vergütung beruflich Pflegender in Vollzeit nach Tarifbindung



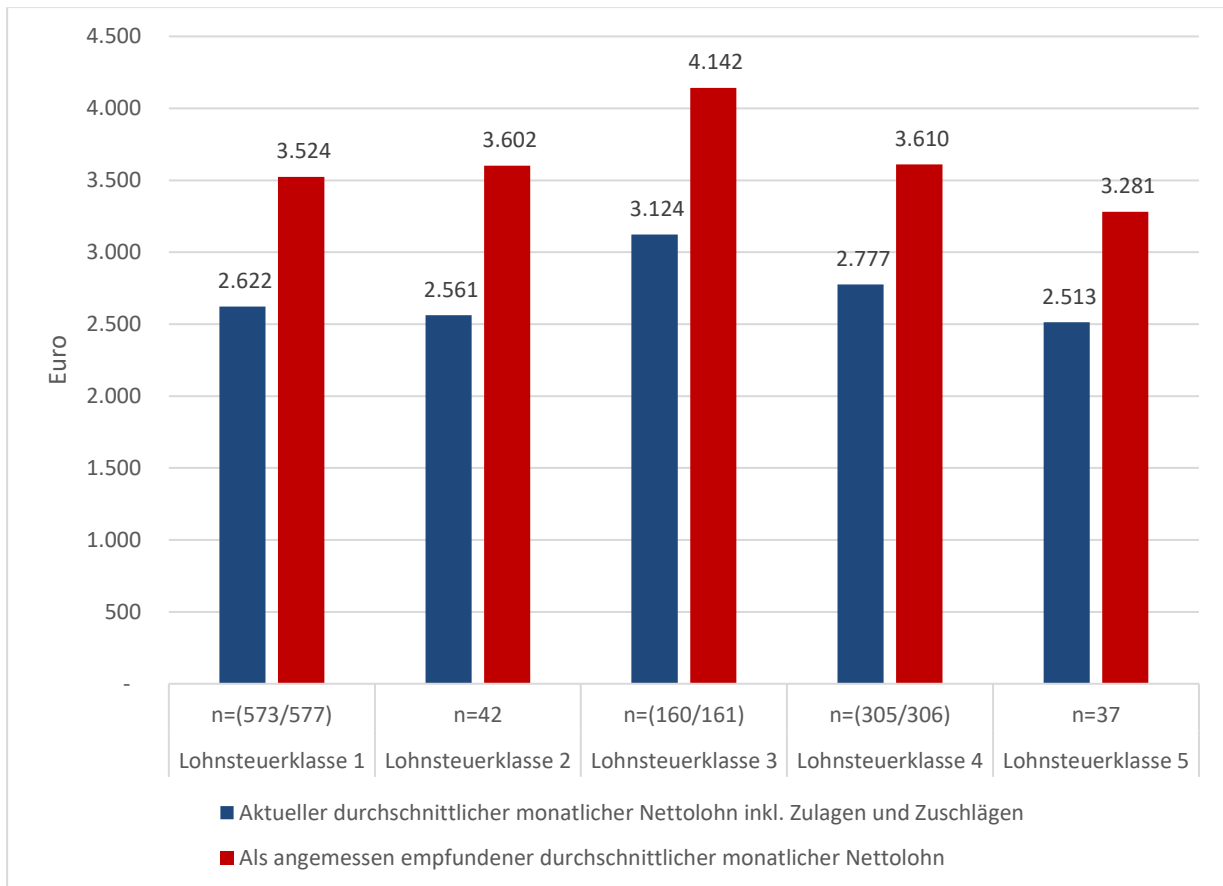
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Vergütung nach Lohnsteuerklasse

Ein Blick auf die Lohnsteuerklassen ist von besonderem Interesse, wenn die Nettovergütung betrachtet wird (Abbildung 194). In der steuerlich vorteilhaften Lohnsteuerklasse 3 werden mit 3.124 Euro im Durchschnitt die höchsten monatlichen Nettolöhne realisiert. In der Lohnsteuerklasse 5, die in der Regel eingetragene Lebenspartner*innen oder Verheiratete mit dem niedrigeren Einkommen wählen, werden mit 2.513 Euro erwartungsgemäß die niedrigsten Durchschnittsgehälter angegeben. Lohnsteuerklasse 1 für Alleinstehende liegt mit 2.622 Euro ebenso dazwischen wie Lohnsteuerklasse 4 für eingetragene Lebenspartner*innen und Verheiratete, die in der Regel bei ähnlichem Verdienst gewählt wird. Die Befragten in dieser Lohnsteuerklasse geben im Durchschnitt 2.777 Euro als Nettomonatsgehalt an.

Auffällig stechen Befragte mit Lohnsteuerklasse 2 hervor. Lohnsteuerklasse 2 ist für Alleinerziehende vorgesehen und hat durch den Alleinerziehendenentlastungsbetrag einen Steuervorteil gegenüber den anderen Lohnsteuerklassen. Dieser Steuervorteil schlägt sich jedoch nicht auf das angegebene durchschnittliche Nettomonatsgehalt in Vollzeit durch, das mit 2.561 Euro nur geringfügig höher ist als die „schlechteste“ Lohnsteuerklasse 5. Hier sind andere Effekte zu vermuten, die Alleinerziehende im Verdienst benachteiligen.

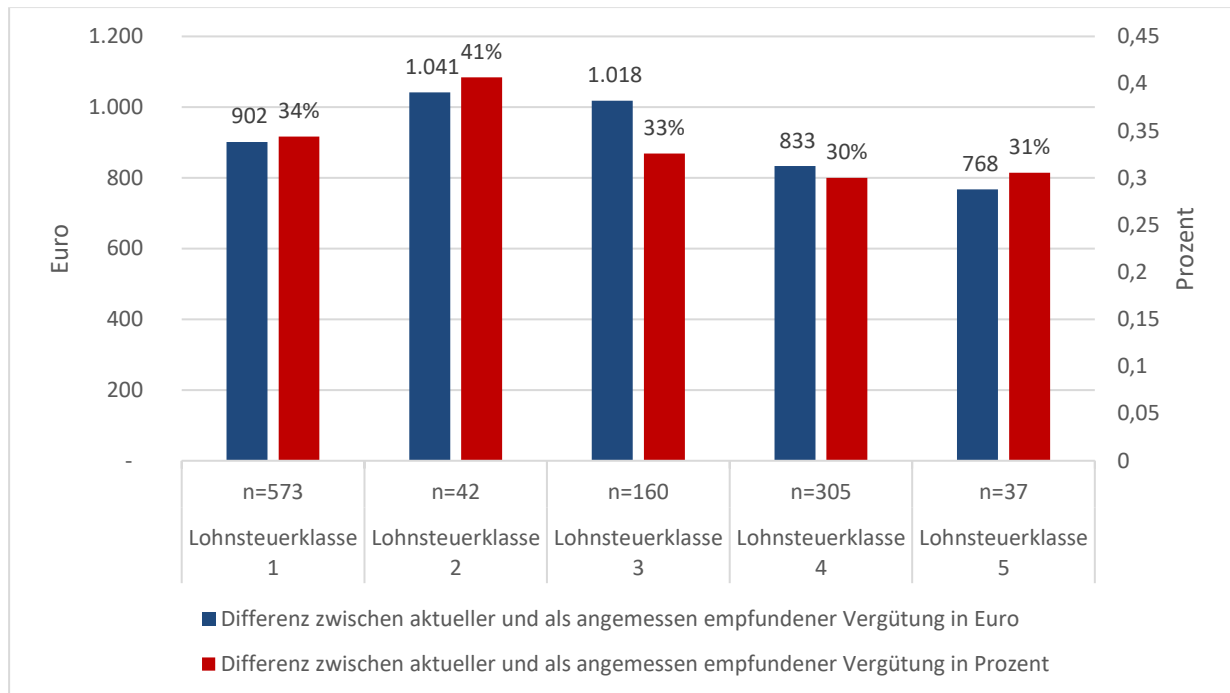
Abbildung 194: Aktuelle und als angemessen empfundene monatliche Vergütung beruflich Pflegender nach Lohnsteuerklassen



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Befragte der Lohnsteuerklasse 2 geben mit 3.602 Euro als durchschnittliche Einschätzung für ein angemessenes Gehalt die größte Differenz zur aktuellen Vergütung an. Das entspricht einem Plus von 1.041 Euro oder 41 Prozent (Abbildung 195). Befragte in den anderen Lohnsteuerklassen geben im Durchschnitt Gehälter als angemessen an, die zwischen 30 und 34 Prozent über dem derzeitigen Durchschnittsniveau liegen.

Abbildung 195: Differenz zwischen als angemessen empfundener und aktueller monatlicher Vergütung beruflich Pflegender in Vollzeit nach Lohnsteuerklassen



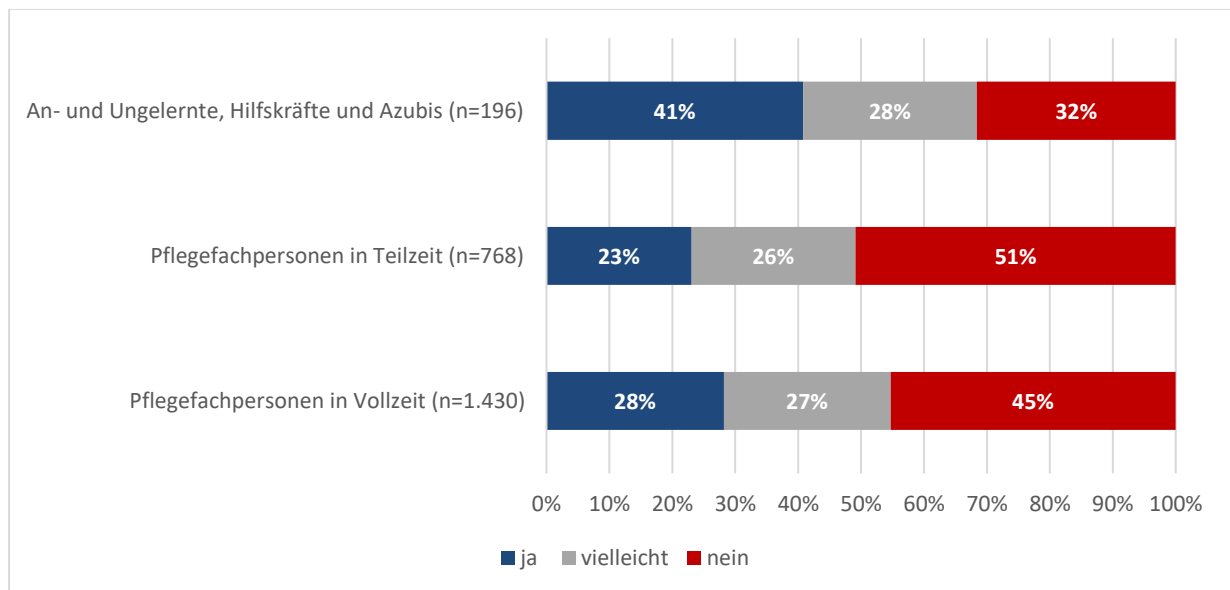
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Attraktivität von Zulagen

Zuschläge und Zulagen stellen einerseits eine Kompensation für die Belastungen beruflich Pflegender dar, die sich aus den Berufseigenschaften wie beispielsweise Schichtdienst und der Arbeit an Wochenenden und Feiertagen oder der kurzfristigen Übernahme von Diensten ergeben. Gleichzeitig stellen sie für viele Beschäftigte in der Pflege eine gute Möglichkeit dar, das eigene Einkommen aufzubessern. Daher ist die Einschätzung der Befragten über die Attraktivität der gezahlten Zulagen wertvoll.

Die derzeit gezahlten Zulagen (Abbildung 196) schätzen insbesondere an- und ungelernete beruflich Pflegende, Pflegehilfs- und -assistenzkkräfte sowie Auszubildende und damit die eher gering Verdienenden in der Pflege als attraktiv ein. Zusammengefasst finden 41 Prozent die ihnen derzeit gezahlten Zulagen attraktiv, nur 32 Prozent schätzen sie als unattraktiv ein. Pflegefachpersonen schätzen die Attraktivität der derzeitigen Zulagen unabhängig von ihrem Stenumfang im Durchschnitt recht ähnlich ein, Teilzeitkräfte jedoch etwas geringer als Vollzeitkräfte. Nur 23 Prozent der Teilzeitkräfte finden die derzeit gezahlten Zulagen attraktiv (Vollzeit: 28 Prozent), 51 Prozent finden sie eher unattraktiv (Vollzeit: 45 Prozent). Das ist vor dem Hintergrund interessant, als dass über Zulagen Teilzeitkräfte scheinbar am wenigsten zur Mehrarbeit motiviert werden können.

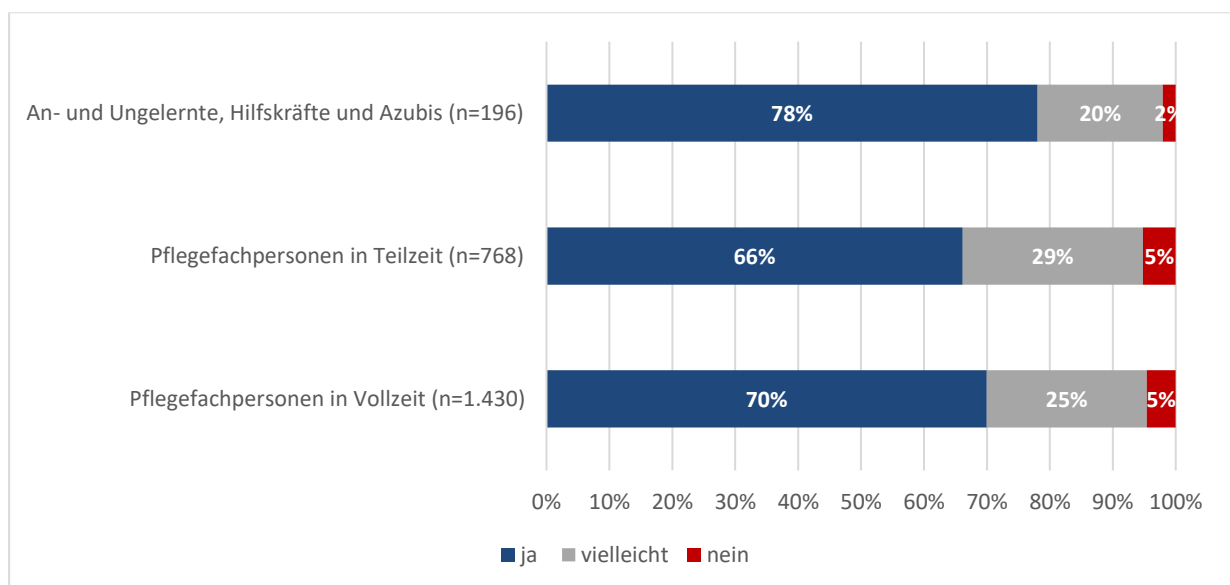
Abbildung 196: Attraktivität der derzeit gezahlten Zulagen für den Pflegeberuf



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Alle betrachteten Teilgruppen empfinden erhöhte Zulagen als Aufwertung ihres Berufs (Abbildung 197). Der Effekt ist hier jedoch ähnlich wie bei der Einschätzung der derzeit gezahlten Zulagen unterschiedlich stark, wenn auch auf hohem Niveau. Am größten ist die Zustimmung unter an- und ungelerten beruflich Pflegenden, Hilfs- und Assistenzkräften sowie Auszubildenden. 78 Prozent schätzen erhöhte Zulagen als attraktiv für den Pflegeberuf ein. Unter den in Vollzeit arbeitenden Pflegefachpersonen sehen das 70 Prozent der Befragten so, unter den Teilzeitkräften immer noch 70 Prozent der Befragten. Damit hätten nach Einschätzung aller Befragten erhöhte Zulagen einen positiven Effekt auf die Attraktivität des Pflegeberufs.

Abbildung 197: Attraktivität einer Erhöhung der Zulagen für den Pflegeberuf

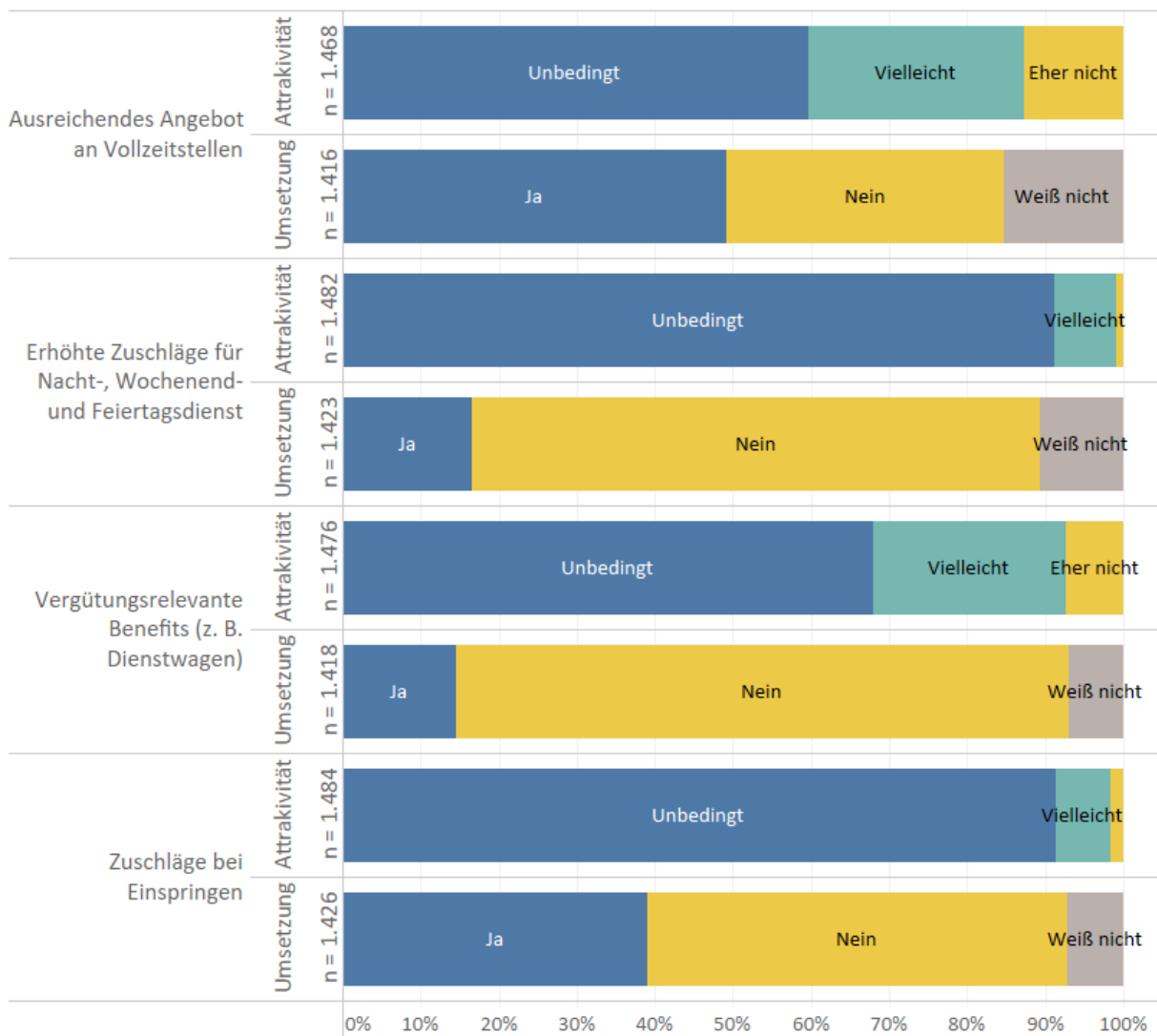


Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Bewertung und Verbreitung von vergütungsbezogenen Maßnahmen nach Setting und Leitungstätigkeit

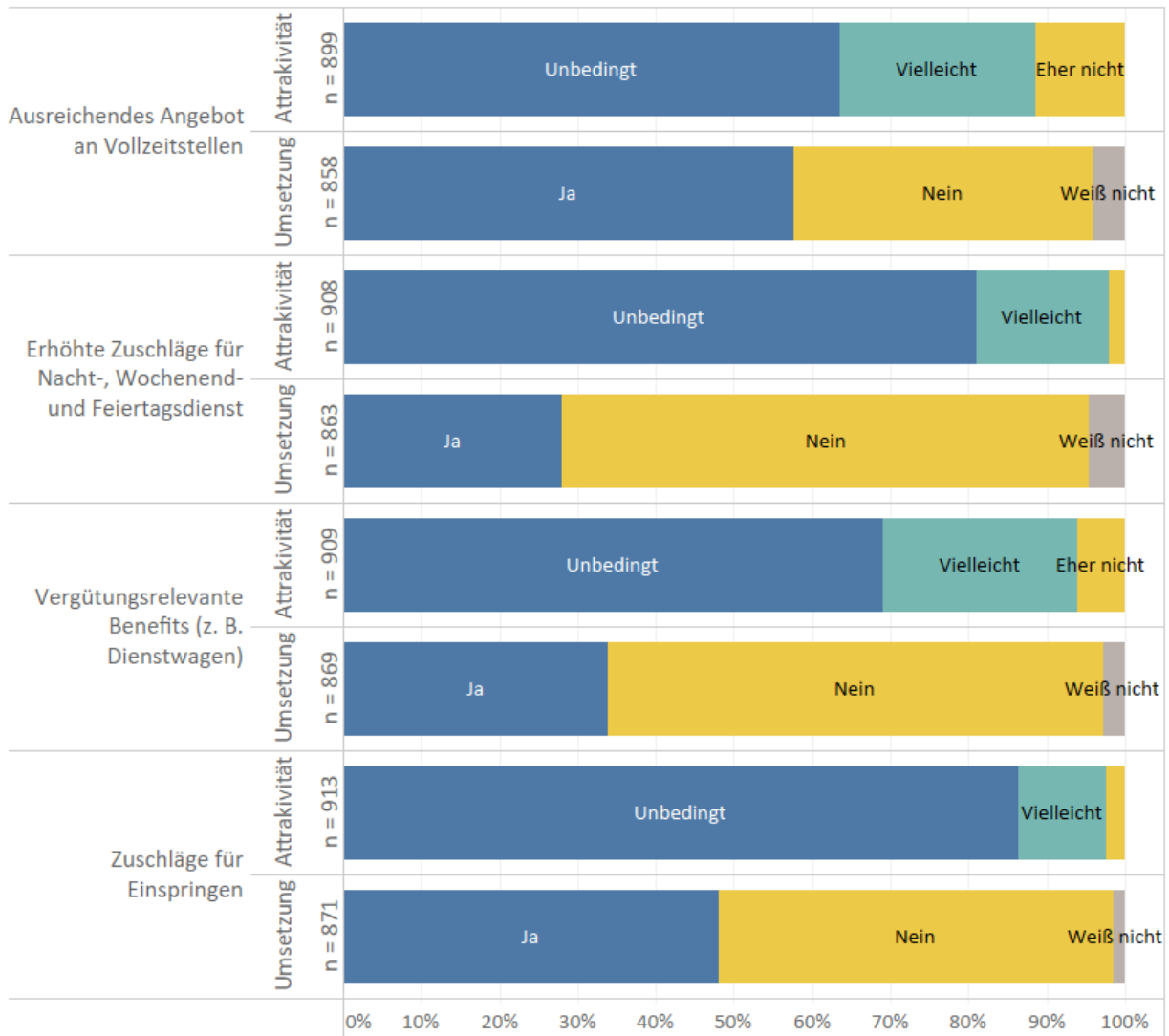
Die Abbildung 198, Abbildung 199 und Abbildung 200 zeigen die Bewertung und Verbreitung der vorgeschlagenen vergütungsbezogenen Maßnahmen. Zuschläge für die kurzfristige Übernahme eines Dienstes als besonders positiv bewertet: 91 Prozent der Nichtleitungskräfte und 86 Prozent der Leitungskräfte sehen eine unbedingte Wirkung dieser Maßnahme, umgesetzt wird sie jedoch bei weniger als der Hälfte der Befragten. Ähnlich positiv und mit noch größerer Diskrepanz zur praktischen Umsetzung werden erhöhte Nacht-, Wochenend- und Feiertagszuschläge bewertet.

Abbildung 198: Bewertung und Umsetzung der vergütungsbezogenen Maßnahmen (Nicht-Leitungskräfte)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

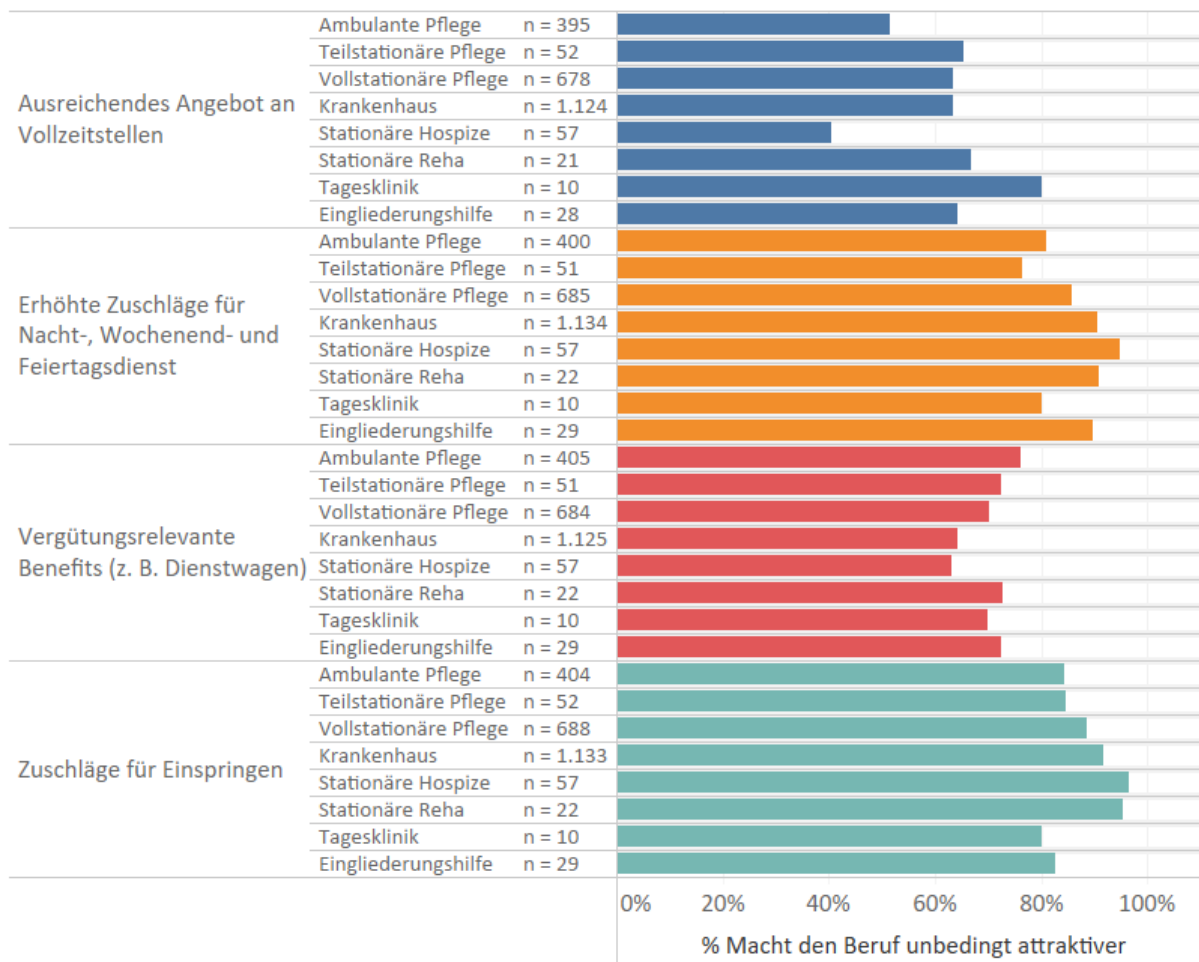
Abbildung 199: Bewertung und Umsetzung der vergütungsbezogenen Maßnahmen (Leitungskräfte)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 200: Bewertung der vergütungsbezogenen Maßnahmen nach Setting

% Auswahl *Unbedingt bei Macht den Beruf attraktiver*



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

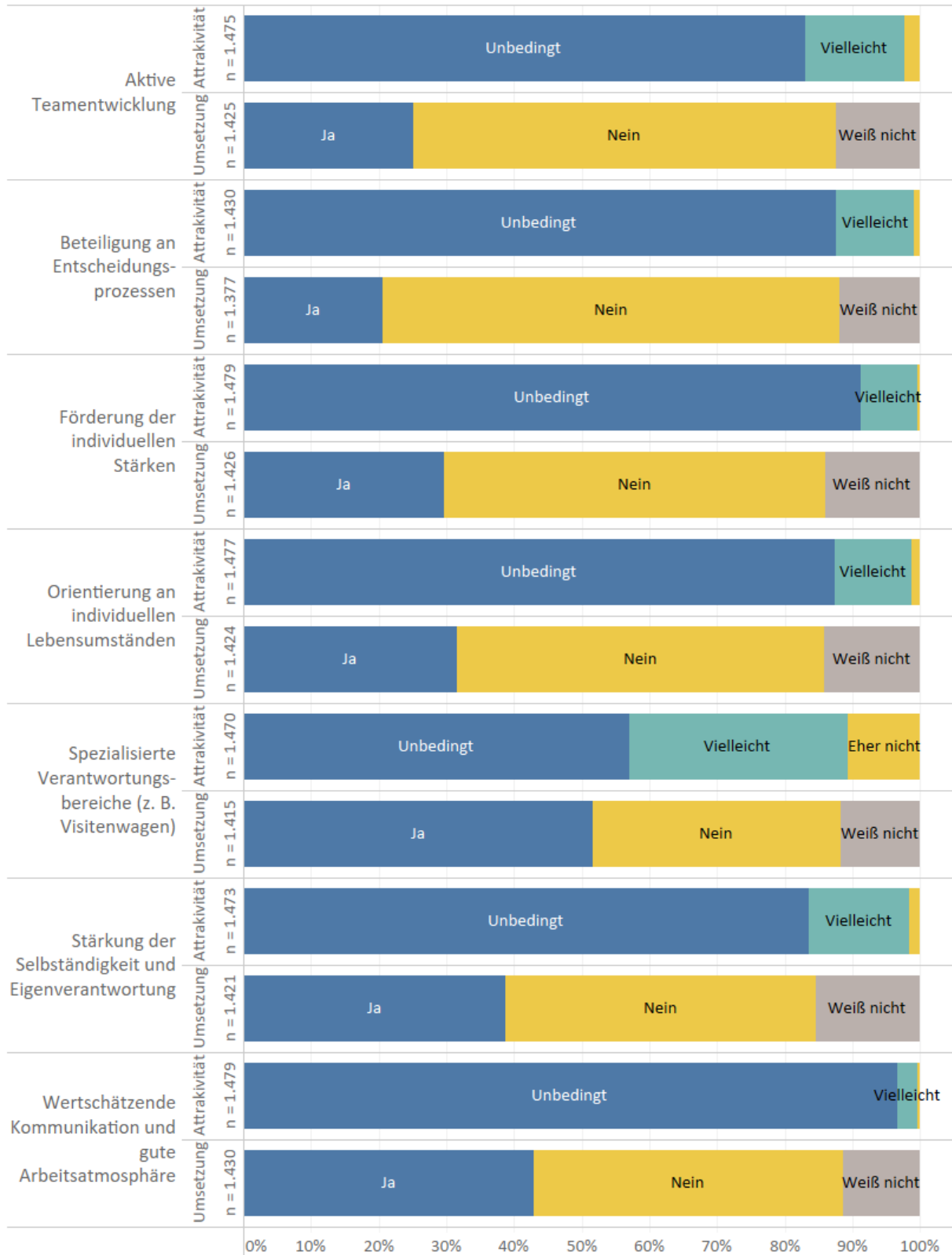
8.9 Führung und Teamatmosphäre

Zum Themenfeld Führung und Team wurden beruflich Pflegende mit und ohne Leitungsverantwortung separat befragt. Den Gruppen wurden jeweils verschiedene Maßnahmen vorgeschlagen, deren Wirkung auf die Attraktivität des Pflegeberufs und deren Umsetzung im eigenen Arbeitsumfeld abgefragt wurden. Die Ergebnisse sind in Abbildung 201 bis Abbildung 206 dargestellt.

Die beruflich Pflegenden ohne Leitungsposition bewerteten die wertschätzende Kommunikation und gute Arbeitsatmosphäre mit 97 Prozent Einschätzung einer unbedingten Wirksamkeit als besonders bedeutend. Auch die übrigen vorgeschlagenen Maßnahmen wurden mit großer Mehrheit als unbedingt wirksam bewertet. Eine Ausnahme bildet die Übernahme spezialisierter Verantwortungsbereiche: Nur 57 Prozent schätzten diese Maßnahme als unbedingt wirksam ein und ein relativ großer Anteil von 32 Prozent zeigte sich unsicher ob ihrer Wirksamkeit. Zur praktischen Umsetzung ergeben sich erneut große Diskrepanzen. Während im Arbeitsumfeld von mehr als der Hälfte der Nichtleitungskräfte spezialisierte Verantwortungsbereiche wie Verantwortung für Betäubungsmittel, Visitenwagen oder Fortbildungen entwickelt und übernommen werden, werden nur 21 Prozent bei Entscheidungen in der Einrichtung miteinbezogen.

Die Führungskräfte bewerten insbesondere klare Vertretungsregelungen und die transparente Begründung übergeordneter Entscheidungen mit jeweils 90 Prozent als unbedingt wirksam. 37 Prozent der Führungskräfte geben an, es gäbe in ihrem Arbeitsumfeld keine klaren Vertretungsregelungen, bei 49 Prozent werden übergeordnete Entscheidungen nicht transparent begründet. Eine besonders geringe Verbreitung zeigt sich bei der Reduktion von pflegepraktischen und bürokratischen Tätigkeiten: nur 27 Prozent geben an, dies werde in ihrem Arbeitsumfeld realisiert.

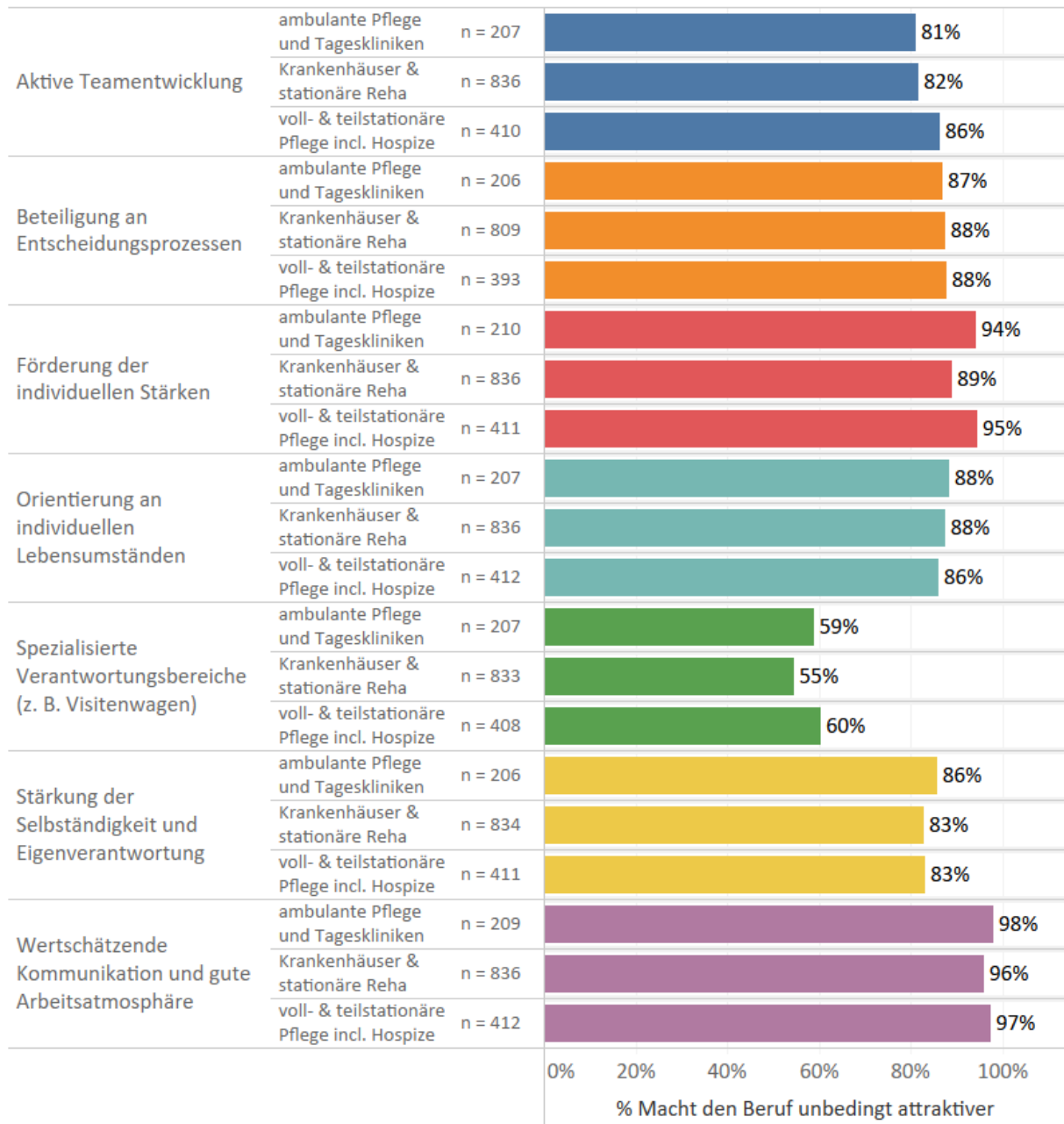
Abbildung 201: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung der Teamatmosphäre und Verbesserung der Führung (Nicht-Leitungskräfte)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

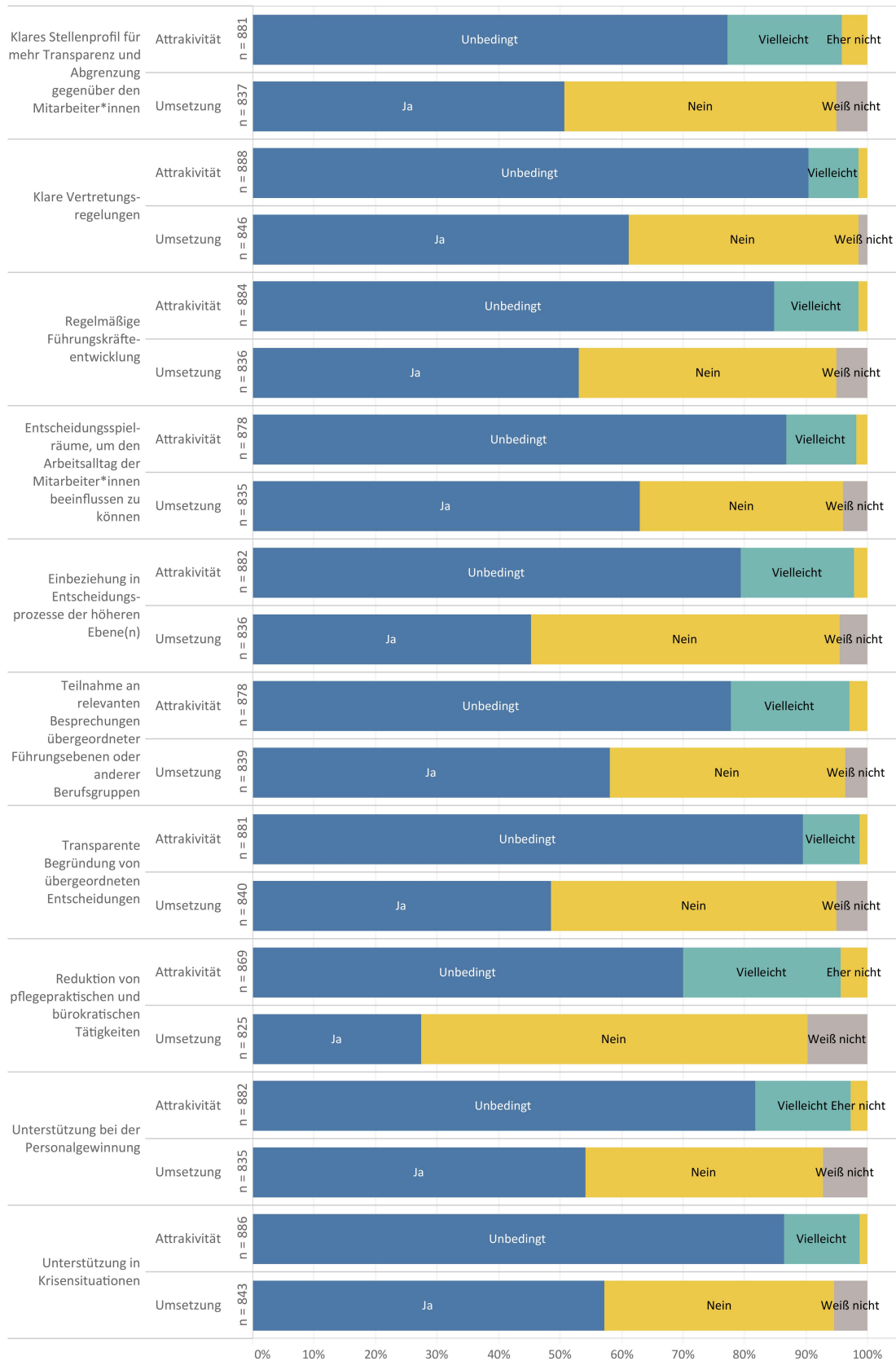
Abbildung 202: Bewertung der Maßnahmen zur Förderung der Teamatmosphäre und Verbesserung der Führung nach Setting (Nicht-Leitungskräfte)

% Auswahl *Unbedingt bei Macht den Beruf attraktiver*



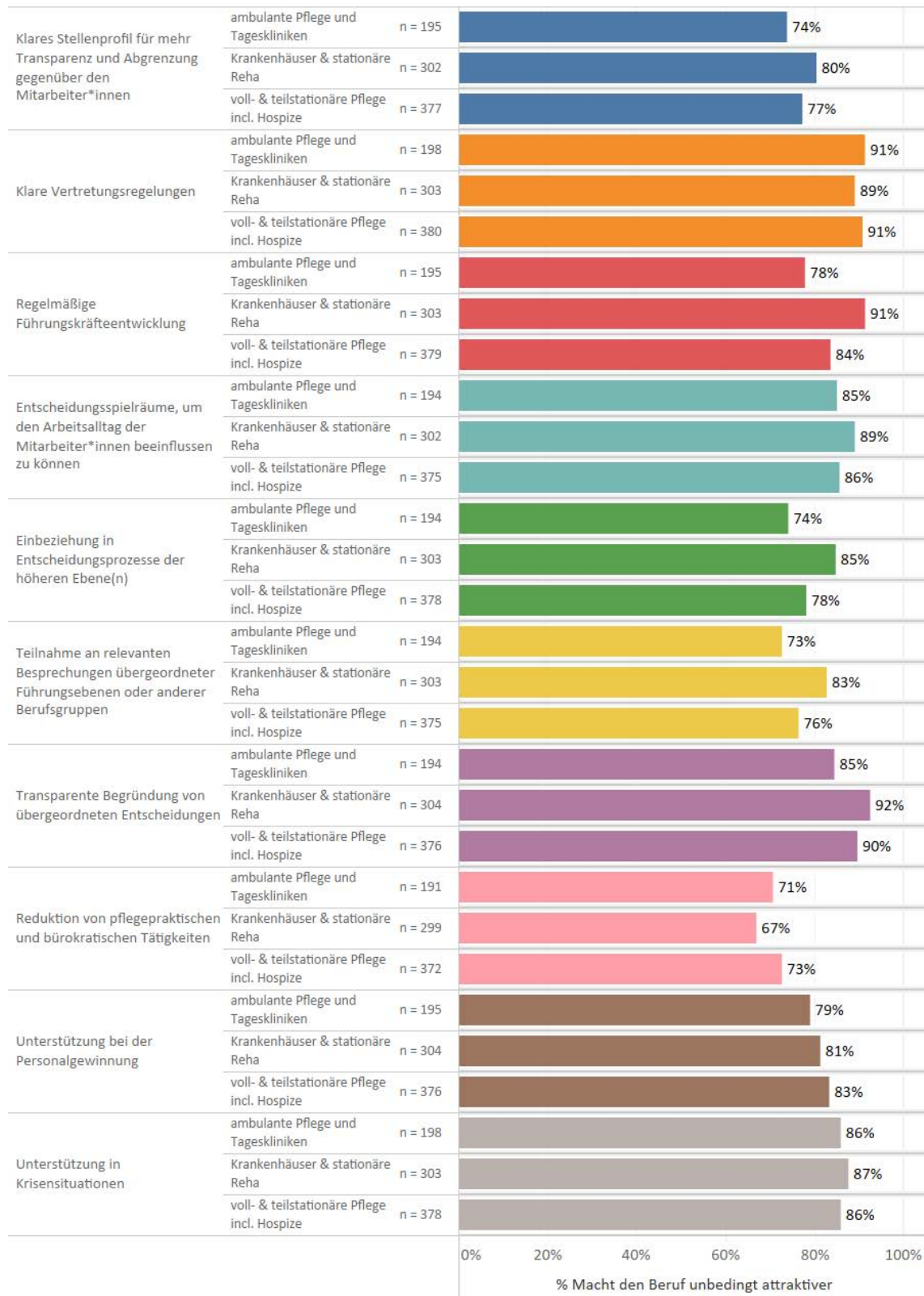
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 203: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Stärkung der Leitungskräfte (nur Leitungskräfte)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 204: Bewertung der Maßnahmen zur Stärkung der Leitungskräfte nach Setting (nur Leitungskräfte)

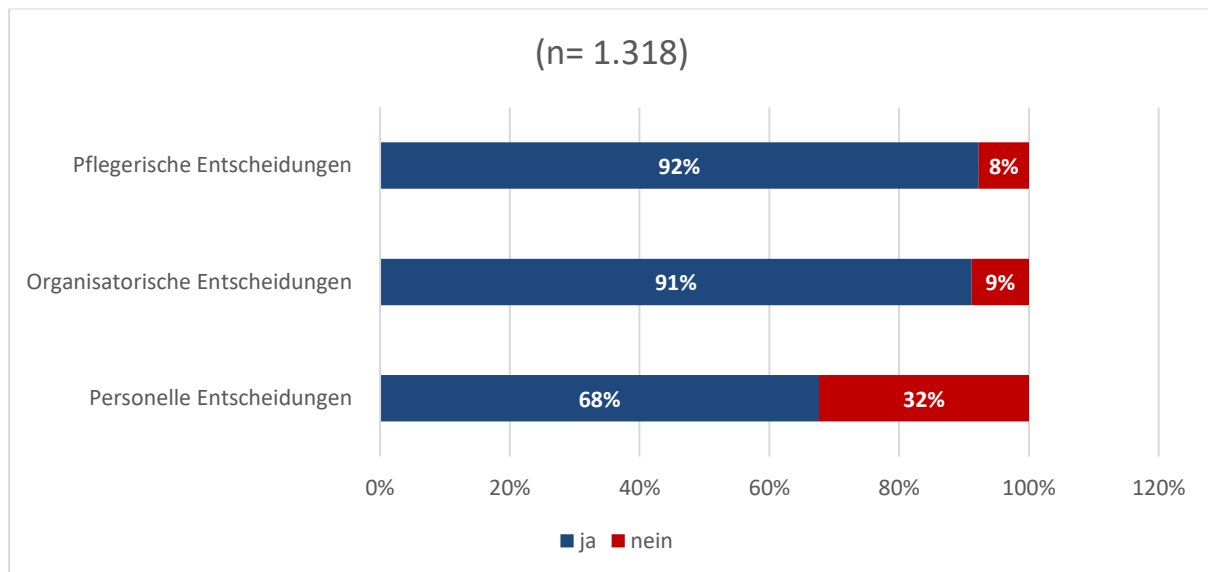


Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Einbeziehung in Entscheidungen

Diejenigen, die mehr Mitentscheidung der beruflich Pflegenden in den Einrichtungen als wichtig für die Attraktivität des Pflegeberufs bewertet haben, wurden gebeten, dies weiter zu differenzieren (Abbildung 205). So geben 92 Prozent der Befragten an, stärker bei pflegerischen Entscheidungen einbezogen werden zu wollen. Auch bei organisatorischen Entscheidungen wie der Dienstplanung oder der Arbeitszeitgestaltung sollen nach Meinung von 91 Prozent der Befragten beruflich Pflegende stärker einbezogen werden. Immer noch eine deutliche Mehrheit von 68 Prozent möchte stärker in personelle Entscheidungen wie Neueinstellungen oder der Fortbildungsplanung einbezogen werden. Diese Einschätzungen sind in allen betrachteten Settings ähnlich ausgeprägt.

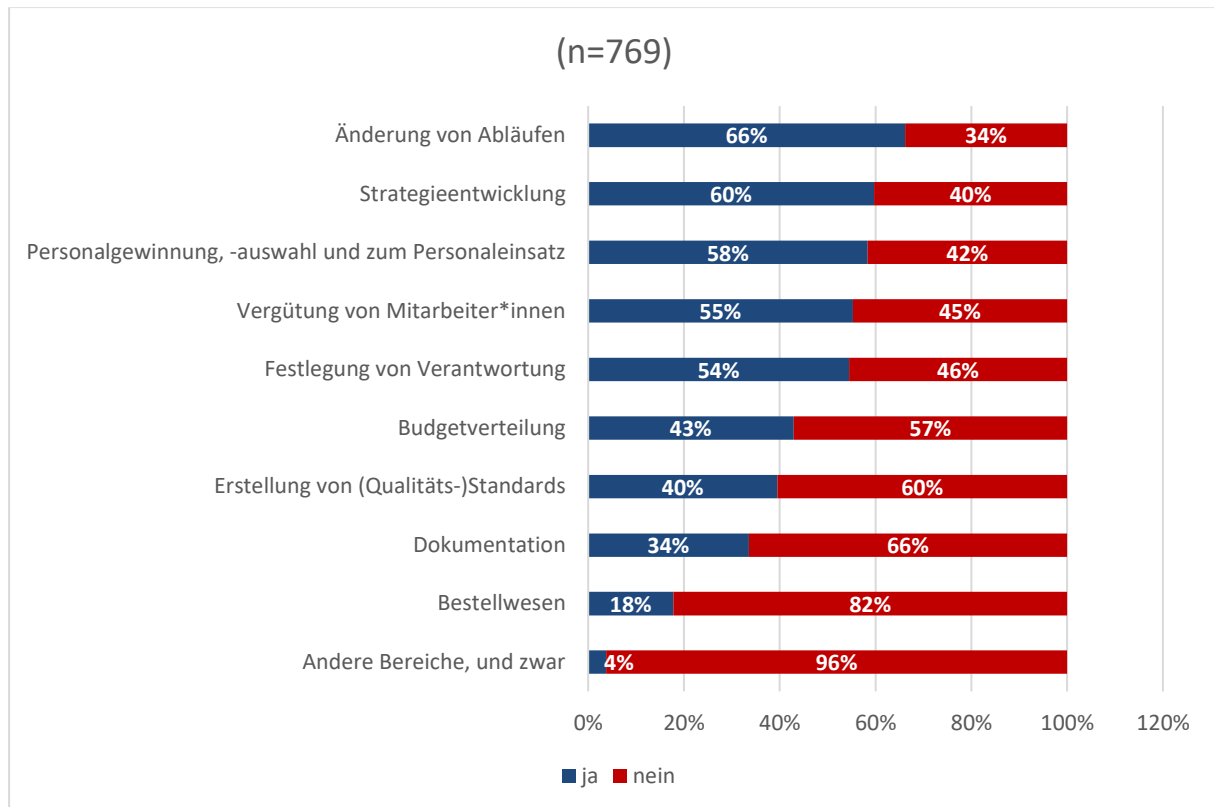
Abbildung 205: Entscheidungen, in die beruflich Pflegende stärker einbezogen werden sollten



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Auch bei weiteren Führungs- und Entscheidungsprozessen wollen beruflich Pflegende stärker berücksichtigt werden (Abbildung 206). 66 Prozent der Befragten möchte bei der Änderung von Abläufen, 60 Prozent bei der Strategieentwicklung, 58 Prozent bei Personalentscheidungen, 55 Prozent bei der Festlegung von Vergütungsstrukturen und 54 Prozent bei der Definition von Verantwortungsbereichen von Mitarbeitenden eingebunden werden. Bei der Budgetverteilung wollen 43 Prozent der teilnehmenden beruflich Pflegenden mehr einbezogen werden, 40 Prozent bei der Erstellung von Qualitätsstandards und 34 Prozent bei Fragen der Dokumentation. 18 Prozent der Befragten möchten auch im Bestellwesen mitentscheiden, und vier Prozent geben andere Bereiche an.

Abbildung 206: Führungs- und Entscheidungsprozesse, an denen beruflich Pflegende beteiligt werden sollten



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Auf die Frage in welche weiteren Führungs- und Entscheidungsprozesse die Befragten stärker mit einbezogen werden möchten, antworteten 27 Personen mit einer Freitextangabe. Ein Teil der Befragten nennt Öffentlichkeitsarbeit und die Darstellung der Pflegeberufe und der Einrichtung als relevanten Faktor, für den sie sich mehr Mitsprache wünschen. Ein weiterer Teil gibt an, dass aus verschiedenen Gründen die Frage nichtzutreffend ist, entweder aufgrund der eigenen Position und/oder weil bereits viele oder keine Maßnahmen umgesetzt werden. Ein kleinerer Teil wünscht sich ein Mitspracherecht bei Entscheidungen über Raumnutzungen und bei zukünftigen Bau- und Modernisierungsarbeiten.

8.10 Gesundheitsförderung und Prävention

Die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention werden weitgehend begrüßt, jedoch lassen sich bei einigen Maßnahmen insbesondere aus den Angaben der Nicht-Leitungskräfte deutliche Umsetzungsdefizite vermuten (Abbildung 207, Abbildung 208, Abbildung 209). Vor allem bei der Unterstützung im Umgang mit körperlichen und psychischen Belastungen, der Möglichkeit, Pausen in räumlicher Trennung zum Arbeitsbereich ohne Rufbereitschaft zu verbringen und der ausreichenden Zeit für den Einsatz von Hilfsmitteln gibt es bei den Nichtleitungskräften deutlich mehr positive Bewertungen als die Maßnahmen verbreitet sind. So geben etwa 90 Prozent der Nicht-Leitungskräfte an, Unterstützungen bei körperlicher Belastung würden den Pflegeberuf unbedingt attraktiver machen. Doch nur 24 Prozent erhalten wissentlich Unterstützung. Leitungskräfte beurteilen die Maßnahme mit 88 Prozent unbedingter Zustimmung

ähnlich häufig als effektiv, geben jedoch im Kontrast zu den Angaben der beruflich Pflegenden ohne Leitungsverantwortung zu 53 Prozent an, in ihrem Arbeitsumfeld gebe es entsprechende Hilfen. Am häufigsten wird der Verfügbarkeit geeigneter Hilfsmittel ein unbedingter Effekt auf die Berufsattraktivität zugesprochen. 90 Prozent der Nicht-Leitungskräfte und 92 Prozent der Leitungskräfte empfinden diese als unbedingt wirksam. 48 Prozent der Nichtleitungskräfte geben an, dies sei in ihrem Arbeitsumfeld realisiert. Leitungskräfte schätzen die Umsetzung mit 77 Prozent Zustimmung erneut deutlich positiver ein. Bei der Verfügbarkeit geeigneter Schutzausrüstung fällt die Diskrepanz zwischen Bewertung und Umsetzung auch bei den Nicht-Leitungskräften eher gering aus.

Leitungskräfte wurden um ihre Einschätzung zur Wirksamkeit regelmäßiger Erhebungen der physischen und psychischen Arbeitsbelastungen und der Ableitung entsprechender Maßnahmen gebeten. Mit 68 Prozent unbedingter Zustimmung und 26 Prozent Angabe einer eventuellen Wirkung fällt die Bewertung weniger positiv als die der anderen vorgeschlagenen Maßnahmen aus. Leitungskräfte in Krankenhäusern und stationären Rehabilitationseinrichtungen bewerten entsprechende Erhebungen mit 75 Prozent unbedingter Zustimmung häufiger als wirksam.

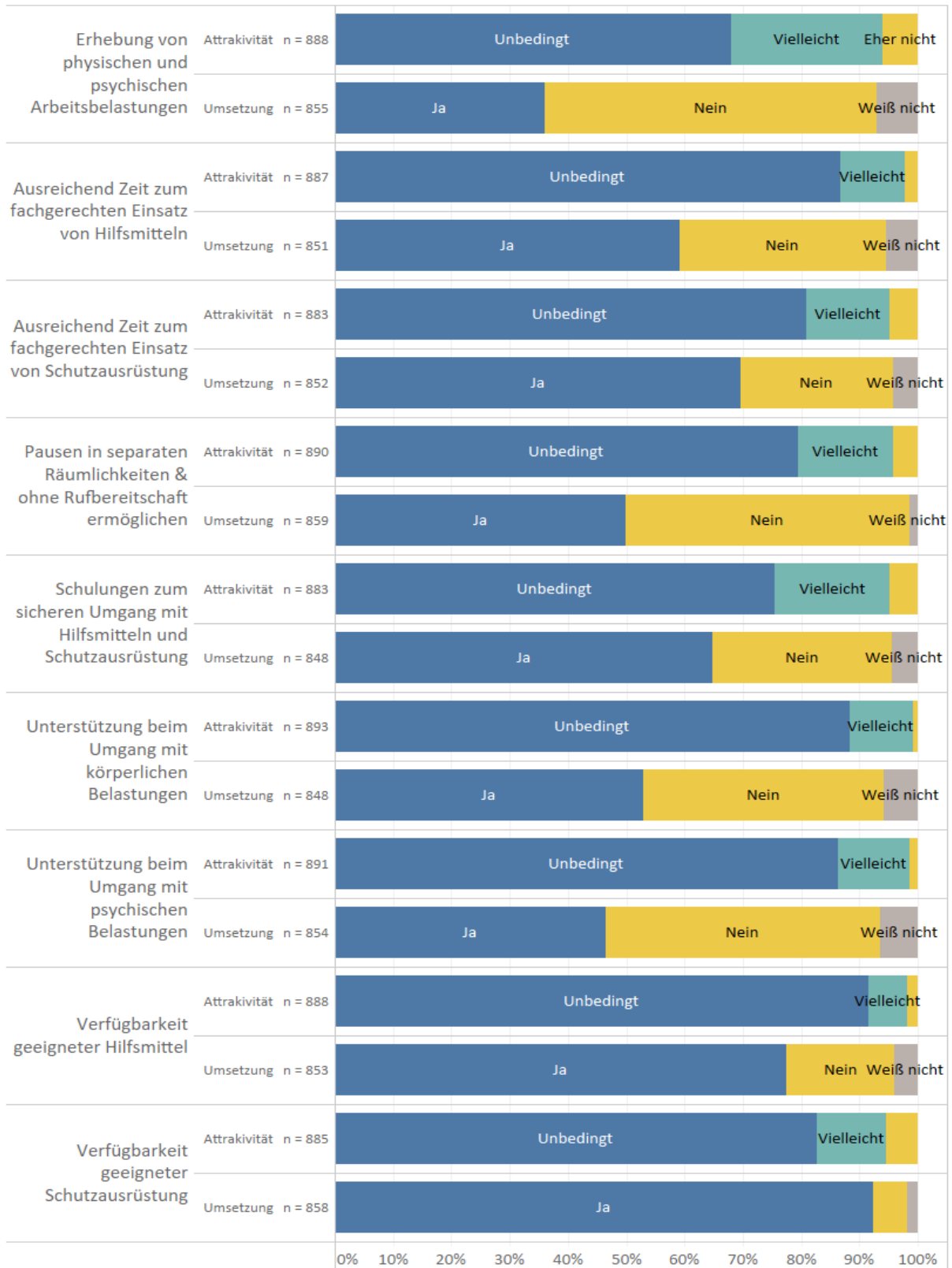
Bei den anderen Maßnahmen fällt die Bewertung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen ähnlicher aus. Befragte aus der voll- und teilstationären Langzeitpflege und Hospizen sprechen der ausreichenden Zeit für den fachgerechten Hilfsmiteleinsatz etwas häufiger einen unbedingten Effekt zu als Befragte aus anderen Settings.

Abbildung 207: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention (Nicht-Leitungskräfte)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

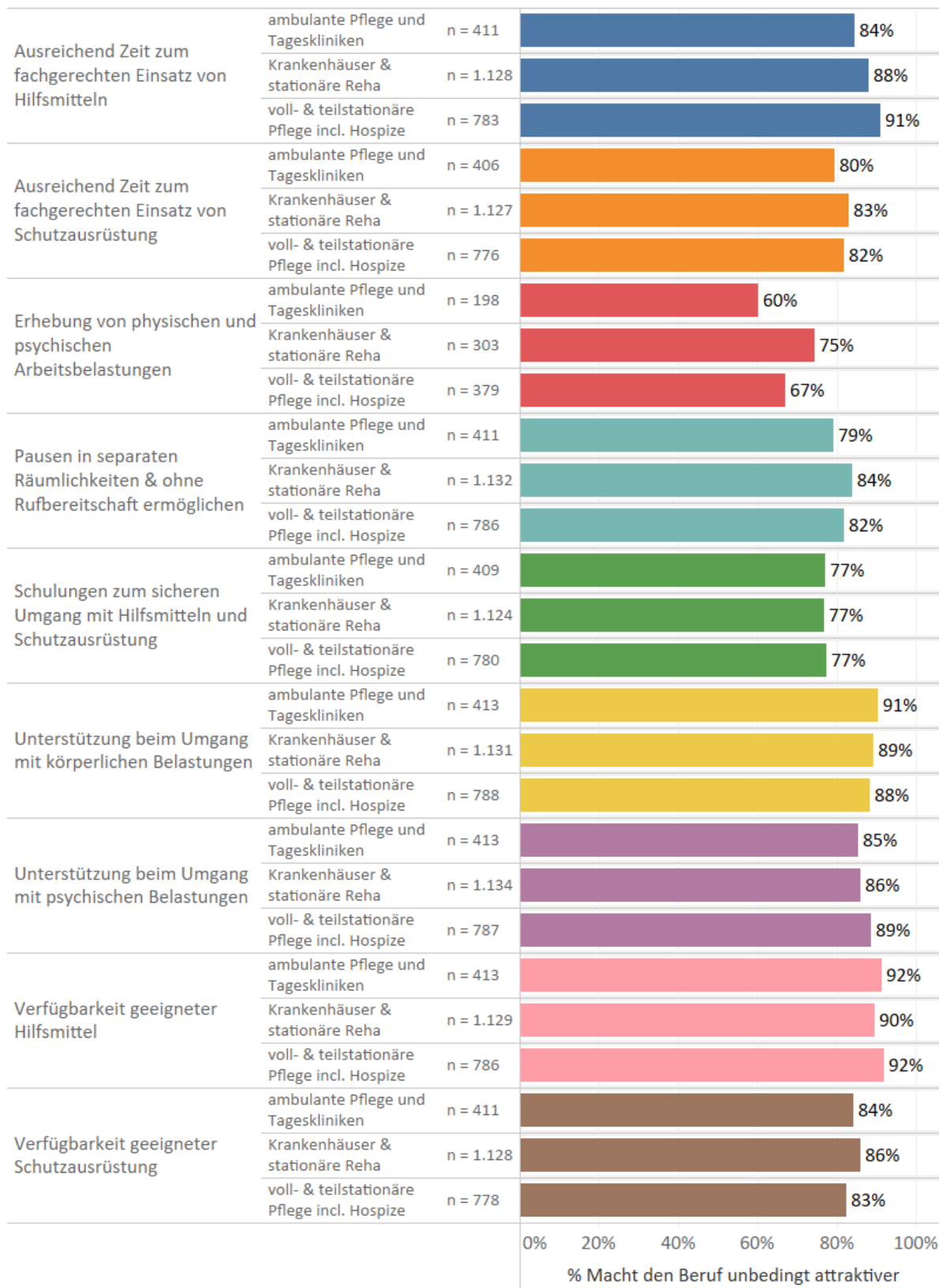
Abbildung 208: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention (Leitungskräfte)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 209: Bewertung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach Setting

% Auswahl **Unbedingt bei Macht den Beruf attraktiver**

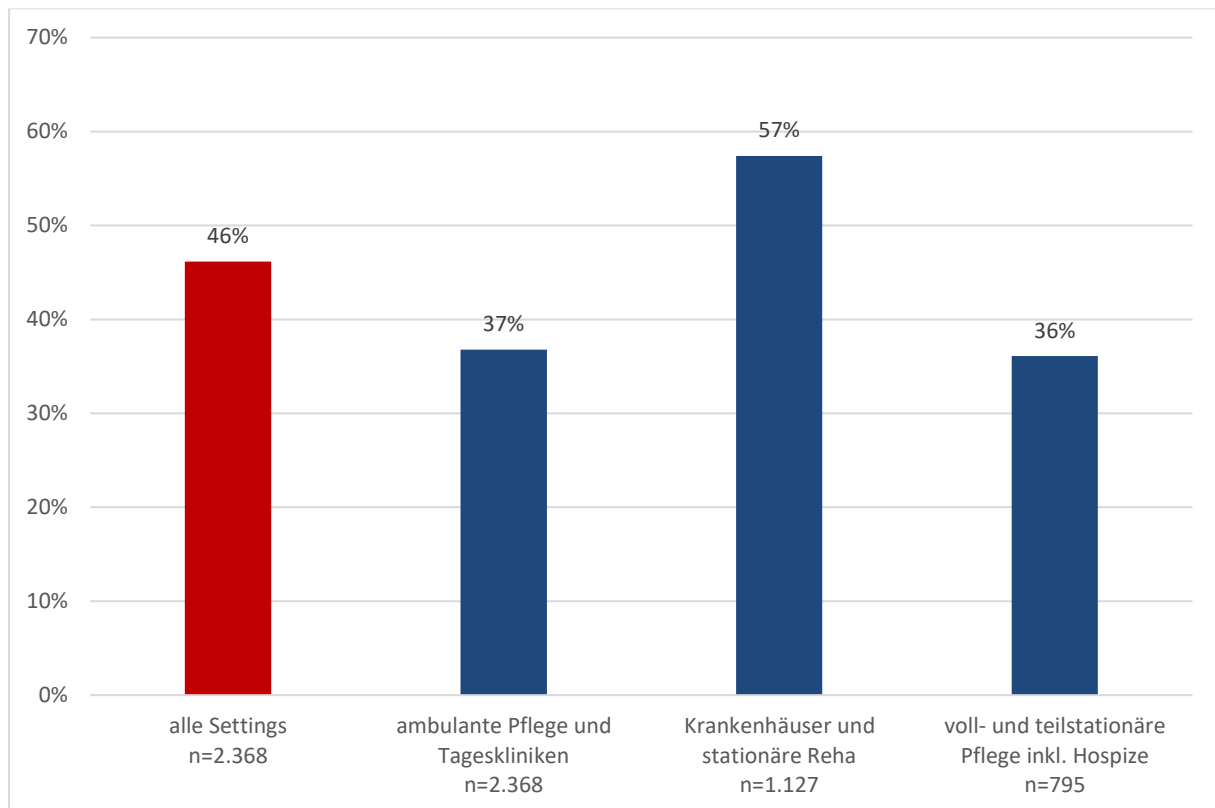


Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Verfügbarkeit Hilfsmittel

46 Prozent der Befragten gab an, dass ihnen im letzten Jahr geeignete Hilfsmittel nicht zur Verfügung standen. Aufgeschlüsselt nach den Pflegesettings wird deutlich, dass dieser Aussage mit 57 Prozent deutlich mehr als die Hälfte beruflich Pflegenden aus dem Bereich Krankenhäuser/stationäre Reha zustimmen und damit auch deutlich mehr als in den anderen Pflegesettings. In der ambulanten Pflege stimmten dem 37 Prozent der Aussage zu, in der voll- und teilstationären Pflege 36 Prozent.

Abbildung 210: Fehlen von Hilfsmitteln im letzten Jahr nach Settings



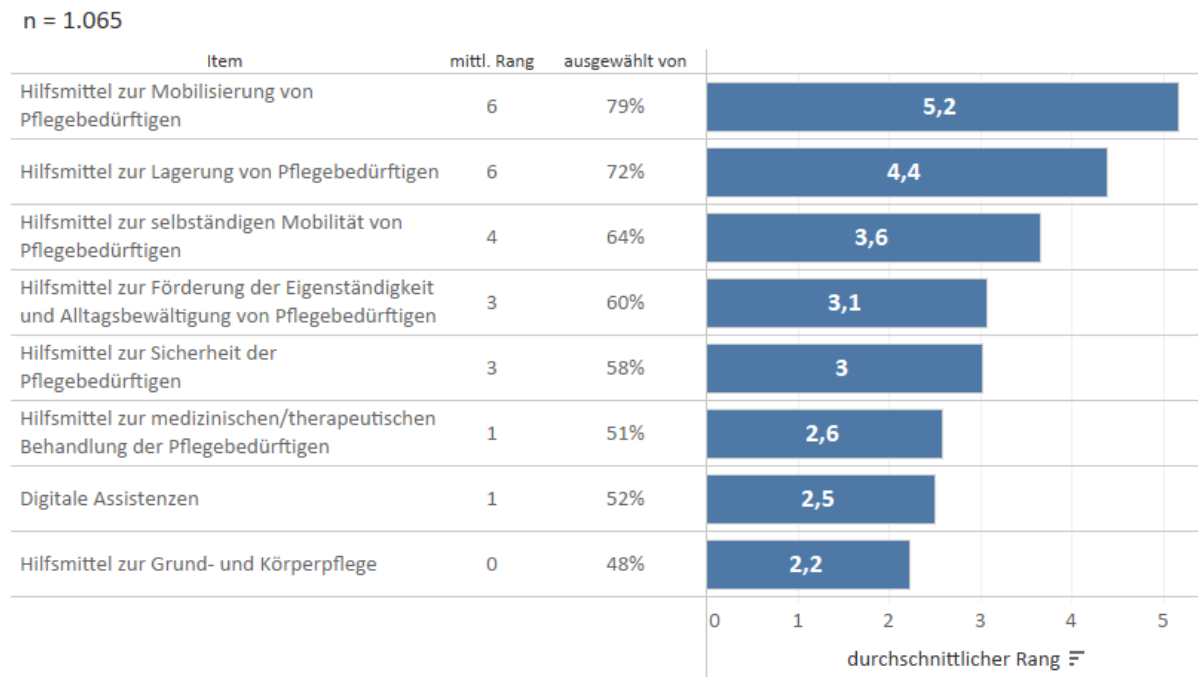
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Befragte, denen im letzten Jahr Hilfsmittel fehlten, wurden gebeten, die fehlenden Arten von Hilfsmitteln auszuwählen und die ausgewählten Hilfsmittel danach zu ordnen, wie dringend sie benötigt werden. In Abbildung 211 ist die Auswahl und Priorisierung dargestellt. 79 Prozent der 1.065 Antwortenden geben an, Hilfsmittel zur Mobilisierung von Pflegebedürftigen zu benötigen. Mit einem durchschnittlichen Rang von 5,2 von 8 wird dieser Hilfsmitteltyp von den Befragten tendenziell am dringendsten benötigt.

Auf die Frage nach sonstigen Hilfsmitteln, die Befragte benötigen, antworteten insgesamt 103 Personen im Freitextfeld. Neben Hilfsmitteln, die bei der körperlichen Anstrengung unterstützen, wie Lifter und/oder Aufstehhilfen nach Sturz, werden digitale Hilfsmittel genannt, wie bspw. Sensoren, die Stürze wahrnehmen und digital die zuständige Pflegeperson informieren. Außerdem werden digitale Hilfsmittel genannt, die die Kommunikation mit bspw. isolierten Pflegebedürftigen erleichtern und so Wegezeiten verkürzen, da Bedarfe kurzfristig erfasst werden können. Gleichzeitig werden aber auch grundlegende Materialien, wie die persönliche Schutzausrüstung, Waschlappen/Handtücher und

bedarfsadaptierte Lagerungsmaterialien, sowie Roll- und Toilettenstühle genannt. Vereinzelt werden für besondere Settings notwendige Hilfsmittel bspw. zur besseren Überwachung der zu Pflegenden oder eine bessere Organisation bei der Bereitstellung von Hilfsmitteln gewünscht.

Abbildung 211: Bewertung fehlender Hilfsmittel nach Dringlichkeit



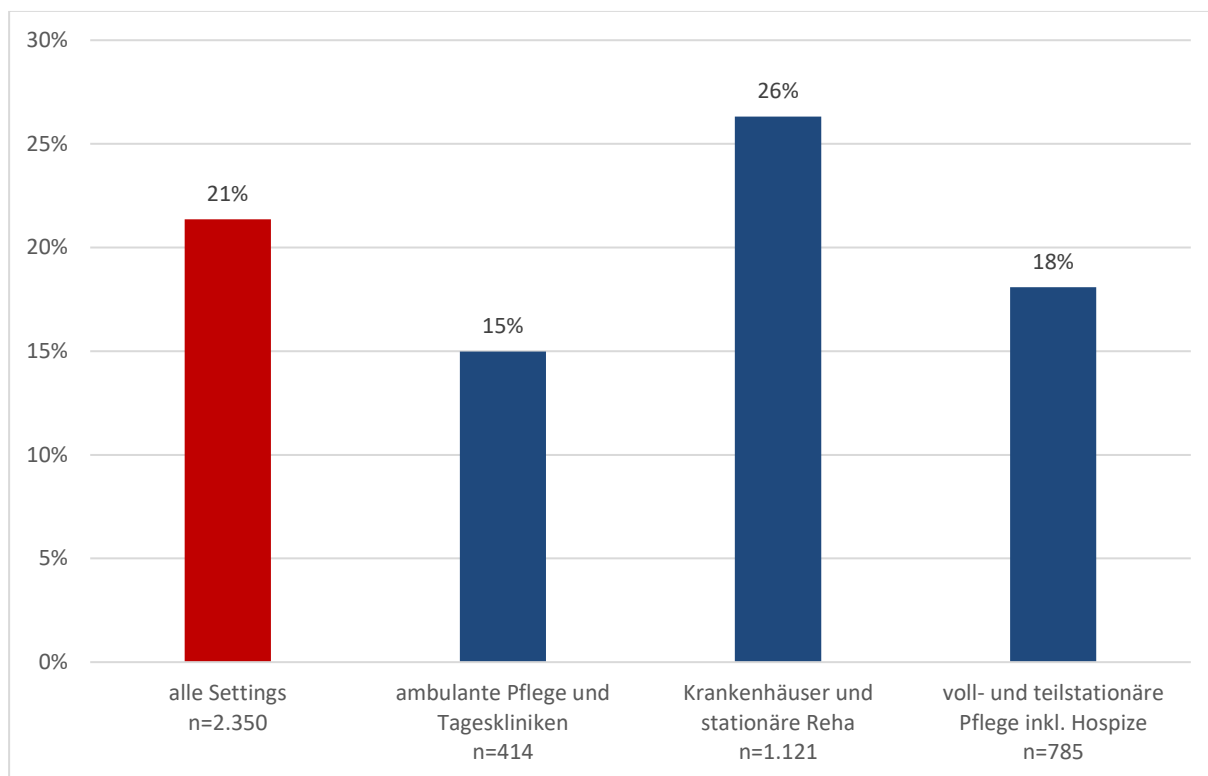
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Verfügbarkeit Schutzausrüstung

Die Teilnehmenden wurden danach gefragt, ob ihnen im letzten Jahr⁵⁵ Schutzausrüstung (Schutzkleidung und medizinische Masken) fehlte (Abbildung 212). 21 Prozent der Befragten sagten aus, dass es ihnen im letzten Jahr an Schutzausrüstung fehlte. Ähnlich wie auch bei der Frage nach Hilfsmitteln treffen Befragte aus dem Bereich Krankenhaus/Reha mit 26 Prozent deutlich häufiger diese Aussage als ihre Kolleg*innen aus voll- und teilstationärer Pflege/Hospizen (18 Prozent) oder ambulanten Pflege (15 Prozent).

⁵⁵ Der Referenzzeitraum schließt die Phase des akuten Mangels zu Beginn der Covid-19-Pandemie nicht mit ein. Ausgangspunkt stellt das letzte Jahr vor der Befragung dar. Somit handelt es sich beim betrachteten Zeitraum um Spätsommer/Herbst 2021 bis Spätsommer/Herbst 2022.

Abbildung 212: Fehlen von Schutzausrüstung im letzten Jahr nach Settings

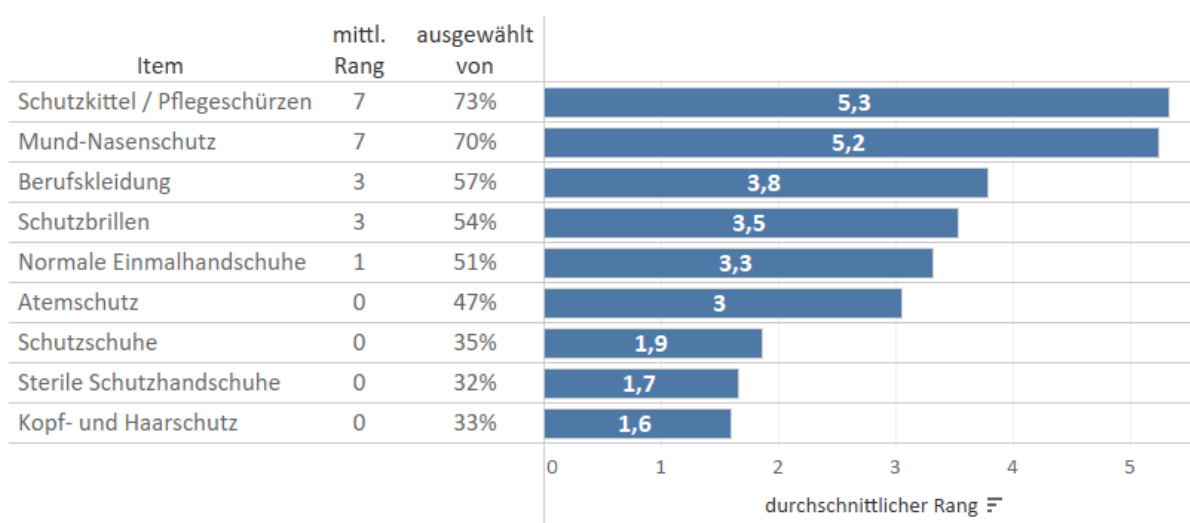


Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Befragte, denen Schutzausrüstung fehlte, wurden analog zu den fehlenden Hilfsmitteln gebeten, die benötigten Typen an Schutzausrüstung auszuwählen und zu priorisieren. In Abbildung 213 ist das Ergebnis dargestellt. Am häufigsten ausgewählt und am stärksten priorisiert werden Schutzkittel bzw. Pflegeschürzen sowie Mund-Nasenschutz.

Abbildung 213: Bewertung fehlender Schutzausrüstung nach Dringlichkeit

n = 491



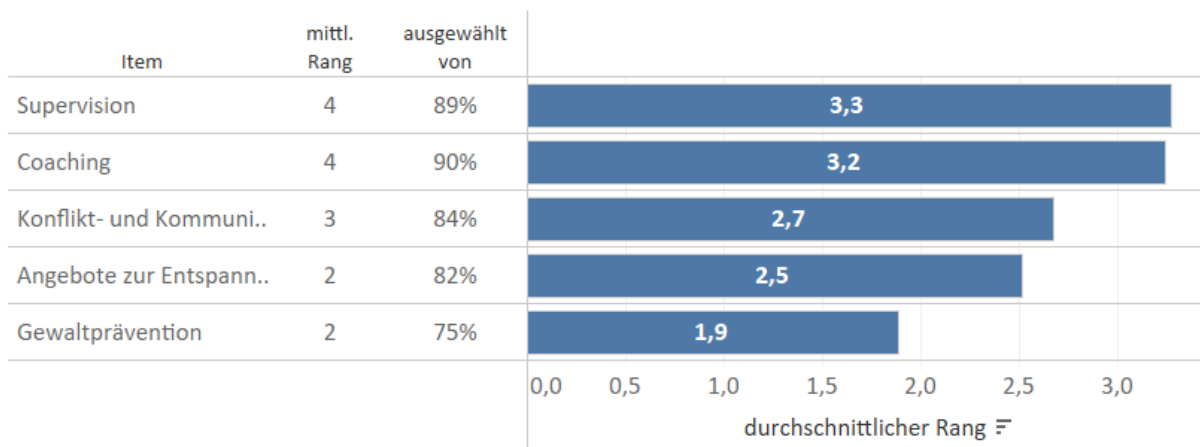
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Zusätzliche Angaben zu fehlender Schutzausrüstung in Freitextform machten 17 Personen. Hier wird insbesondere auf den Mangel an Schutzausrüstung und die zum Teil mangelnde Qualität der Schutzausrüstung besonders im Umgang mit Covid-19-infizierten Personen hingewiesen. Außerdem werden Schuhe als Faktor des rückschonenden Arbeitens genannt.

Befragte, die Unterstützung im Umgang mit psychischer Belastung als unbedingt oder vielleicht wirksam zur Steigerung der Attraktivität der Pflege bewertet hatten, wurden gebeten, entsprechende Angebote nach Sinnhaftigkeit zu beurteilen und zu ordnen. Abbildung 214 zeigt die Auswertung der Auswahl und Priorisierung. Supervision und Coaching werden mit 89 bzw. 90 Prozent Auswahl, einem mittleren Rang von 4 und einem durchschnittlichen Rang von 3,3 bzw. 3,2 von 5 Rängen als am sinnvollsten bewertet.

Abbildung 214: Bewertung der Unterstützungen bei psychischer Belastung nach Sinnhaftigkeit

n = 2.284



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

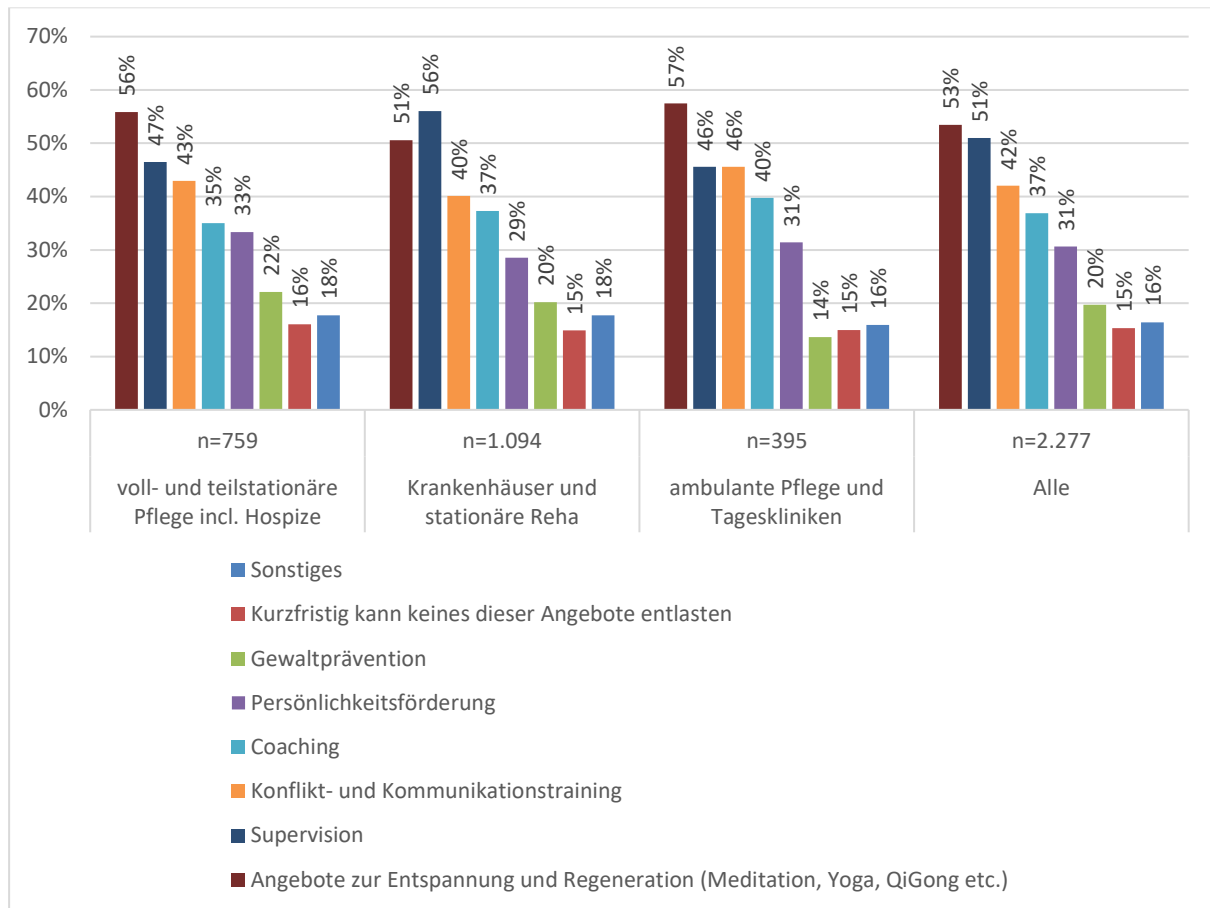
Von den Befragten nutzten insgesamt 451 Personen das darüber hinaus angebotene Freitextfeld, um weitere Maßnahmen zur Unterstützung bei psychischen Belastungen zu äußern. Eine große Zahl der Befragten äußert den Wunsch nach psychologischen Gesprächsangeboten und benennt mehr Sensibilität für belastende Situationen und aufsuchende Gesprächsangebote als mögliche Maßnahmen. Außerdem werden Elemente der Reduktion der Arbeitsbelastung, wie mehr Personal, weniger Wochenstunden bei mehr Zeit für die zu erledigenden Aufgaben und gezielte Kommunikation im Team genannt. Neben dem Team wird eine gute Beziehung zwischen Leitungskräften und Pflorgeteam häufig erwähnt, die das Ansprechen von Problemsituationen ohne Befürchtung von negativen Auswirkungen ermöglichen soll. Ebenso werden Möglichkeiten beschrieben, sich in Pausenzeiten ungestört zurück ziehen zu können, sowie die Wahrung der dienstfreien Tage. Ein Teil der Antwortenden sieht nur in der Neugestaltung des bestehenden Pflegesystems eine reale Chance, psychische Belastungen langfristig und von den grundlegenden systemimmanenten Faktoren her abbauen zu können.

Kurzfristige Hilfe bei psychischer Belastung

Als kurzfristige Hilfe bei psychischen Belastungen schätzen die befragten beruflich Pflegenden mehrheitlich Angebote zur Entspannung und Regeneration wie Meditation, Yoga oder QiGong ein (im Durchschnitt 56 Prozent). Nur in der Akutpflege wird Supervision mit Setting-spezifischen 56 Prozent

als noch wichtiger eingeschätzt. In allen anderen Settings ist Supervision die zweitgenannte Option mit durchschnittlich 51 Prozent. Darauf folgen Konflikt- und Kommunikationstraining (42 Prozent Setting-übergreifend), Coaching (durchschnittlich 37 Prozent), Persönlichkeitsförderung (31 Prozent). Gewaltprävention wird mit durchschnittlich 20 Prozent Nennungen eher nicht als kurzfristige Hilfe bei psychischen Belastungen benannt. 15 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass keine der Optionen kurzfristig helfen kann, 16 Prozent favorisieren von ihnen bei der Frage nach weiteren Maßnahmen zur Unterstützung bei psychischen Belastungen benannte Alternativen (Abbildung 215).

Abbildung 215: Unterstützungsangebote für kurzfristige psychische Entlastung nach Setting



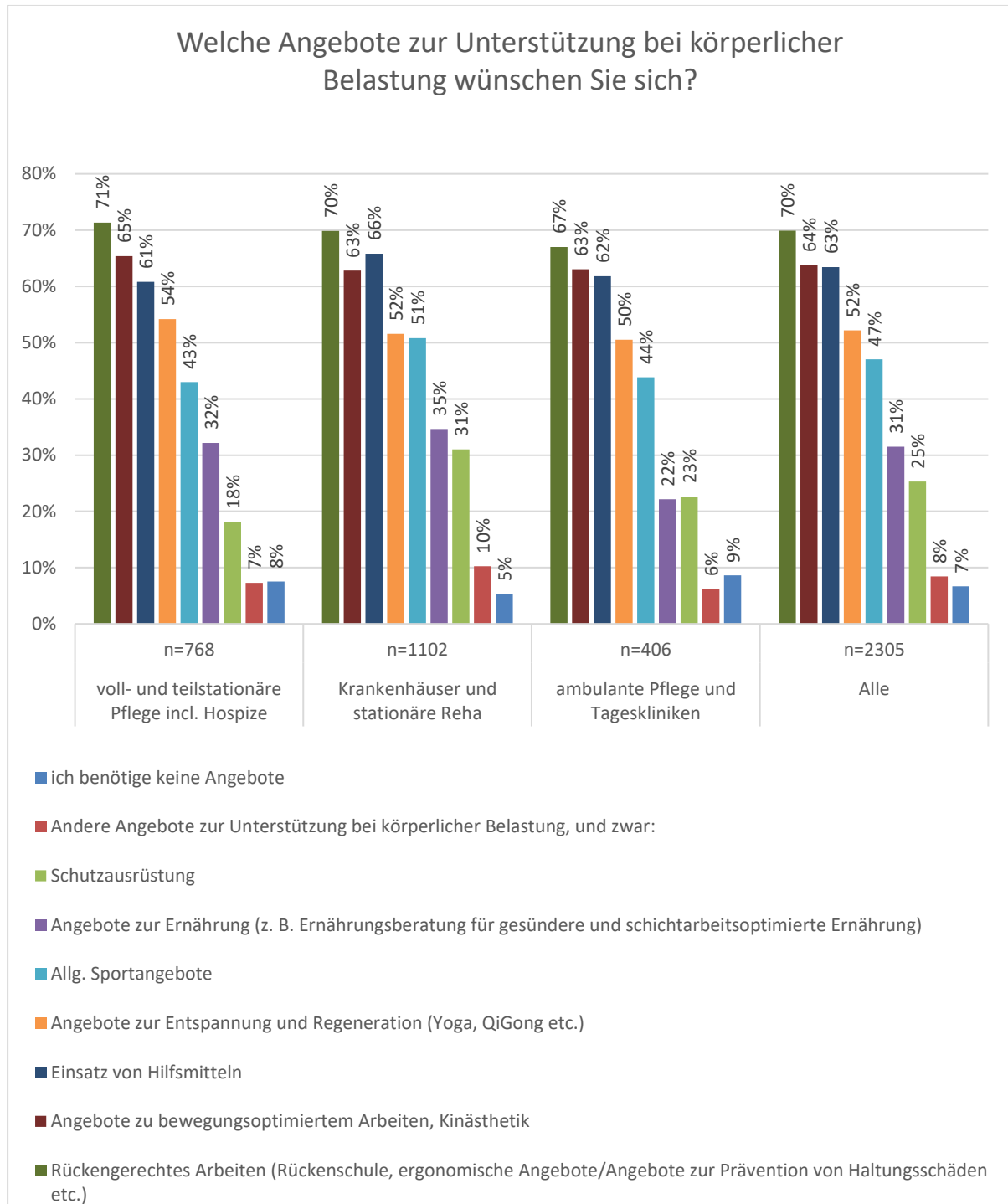
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Angebote zur Unterstützung bei körperlicher Belastung

Präventionsangebote zum rückengerechten Arbeiten werden von beruflich Pflegenden aller Settings mit durchschnittlich 70 Prozent als wichtigste Maßnahme zur Unterstützung bei körperlicher Belastung gewünscht. Darauf folgen in fast allen Settings Angebote zu bewegungsoptimiertem Arbeiten/Kinästhetik (Setting-übergreifend 64 Prozent). Nur im Krankenhausbereich wird der Einsatz von entlastenden Hilfsmitteln mit Setting-spezifischen 66 Prozent höher gewichtet. In den anderen Settings sind Hilfsmittel mit durchschnittlich 63 Prozent Nennungen drittplatziert. Darauf folgen Angebote zur Entspannung und Regeneration wie Yoga und QiGong (53 Prozent) und allgemeine Sportangebote (47 Prozent). Am Ende des Felds kommen Angebote für eine gesunde Ernährung wie Ernährungsberatung (31 Prozent) und Schutzausrüstung (25 Prozent). Sieben Prozent der Befragten gibt an, keine Unterstützung nötig zu haben. Acht Prozent der Befragten favorisieren andere Angebote

zur Unterstützung bei körperlicher Belastung (Abbildung 216). Insgesamt nutzten 195 Personen das Freitextfeld in Verbindung mit der Angabe, dass sie andere Angebote favorisieren, um ihre Angabe weiter zu spezifizieren. Sehr häufig wird die Notwendigkeit einer zweiten Person bei der Mobilisation der zu Pflegenden angegeben und die generelle Notwendigkeit von mehr Zeitressourcen, um rückengerecht arbeiten und Hilfsmittel einsetzen zu können. Weiterhin werden sowohl innovative Ansätze wie Exosklette, als auch bauliche Maßnahmen, wie genügend Platz für Mobilisationen in den Zimmern und entsprechendes Equipment, wie bspw. mobile Hocker zur Unterstützung bei Tätigkeiten, die sonst gebeugt stattfinden, gefordert. Außerdem wird der Bedarf an Unterstützung in Form von Zeit und finanziellen Hilfen zu Sportangeboten und Physiotherapieangeboten geäußert, sowie die Zeit zur körperlichen Regeneration durch angepasste Arbeitszeitmodelle und geregelte Freizeiten.

Abbildung 216: Wünsche zu Angeboten zur Unterstützung bei körperlicher Belastung nach Setting

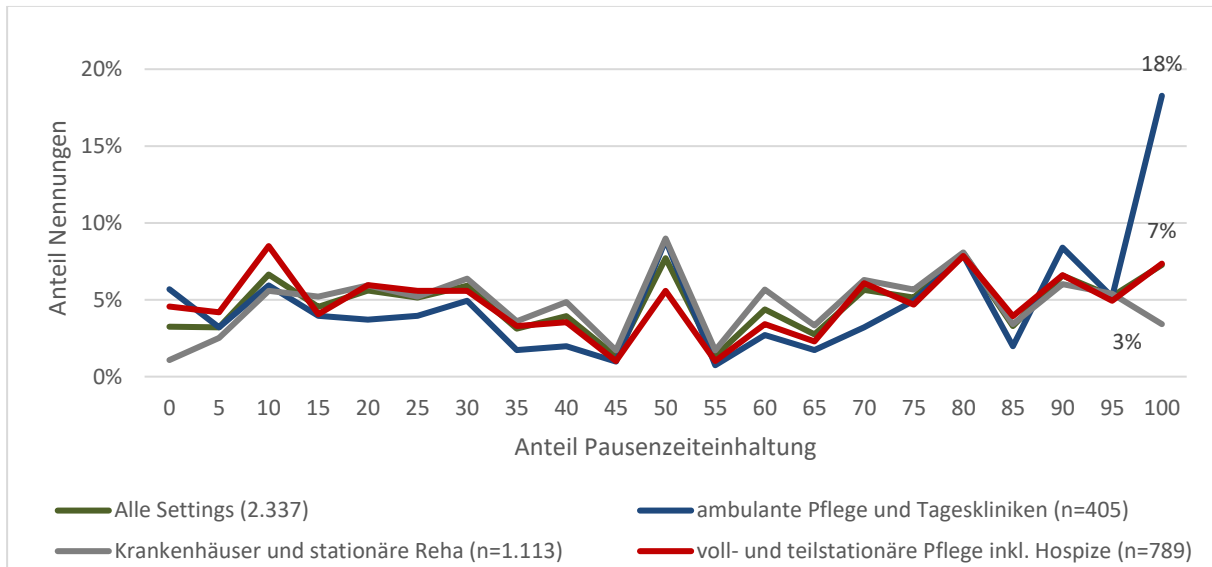


Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Pausen- und Erholungszeiten

Die Pauseneinhaltung ist in den Settings ähnlich verteilt. Auffällig ist, dass mit 18 Prozent ein hoher Anteil der Befragten aus der ambulanten Pflege angibt, die gesetzlichen Pausen immer einhalten zu können. In der voll- und teilstationären Pflege geben das nur sieben Prozent der Befragten an und sogar nur drei Prozent der Befragten aus Krankenhäusern und stationärer Reha.

Abbildung 217: Möglichkeit zur Einhaltung der Pausen nach Setting

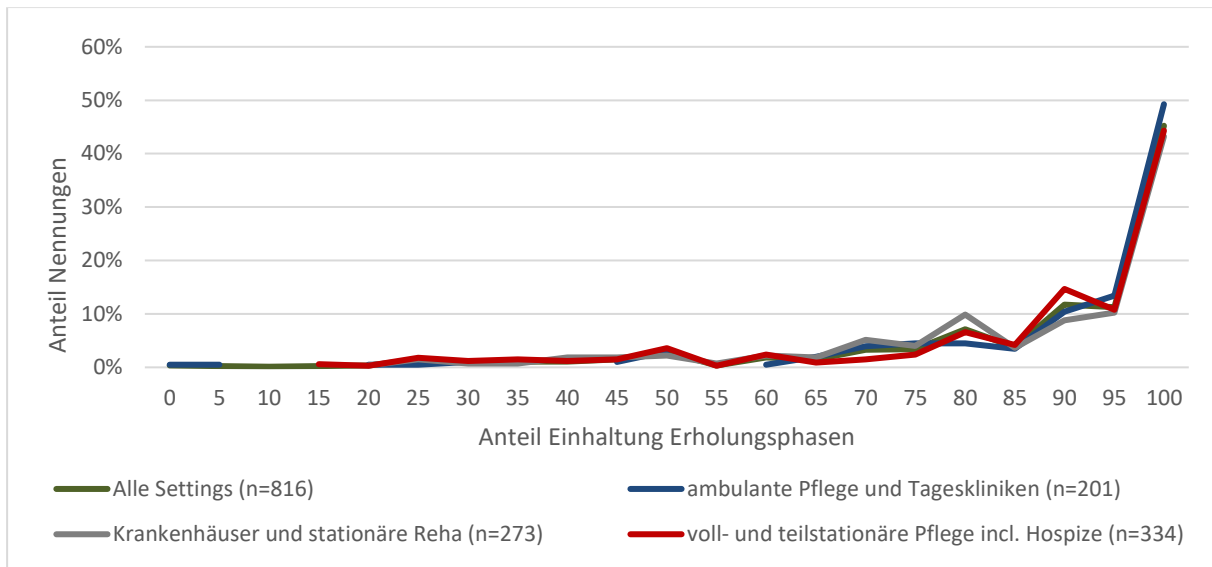


Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Außerdem wurde danach gefragt, wie oft die Befragten die gesetzlichen Erholungsphasen zwischen den Diensten einhalten können. Diese liegen üblicherweise bei elf Stunden. Im Pflegebereich kann die gesetzliche Ruhezeit von elf Stunden zwischen zwei aufeinanderfolgenden Diensten auf zehn Stunden verkürzt werden, wenn dies innerhalb von vier Wochen durch Verlängerung einer anderen Ruhezeit auf mindestens zwölf Stunden ausgeglichen wird (§ 5 Arbeitszeitgesetz – ArbZG). Tarifvertraglich kann die Erholungszeit bei entsprechenden Ausgleichsregelungen sogar auf neun Stunden reduziert sein.

Der Anteil derjenigen, die ihre gesetzlichen Erholungszeiten häufig bis immer einhalten können, in allen Settings dann besonders hoch, wenn es sich um Befragte handelt, die nicht in einem Schichtdienst arbeiten, also zumindest gleichbleibende Schichten haben. Dann steigt der Anteil der Befragten, die ihre gesetzlichen Pausen immer einhalten können, auf 44-49 Prozent. Der Median liegt bei einem Anteil von 95 Prozent der Dienste, der Mittelwert bei 86 Prozent (Abbildung 218).

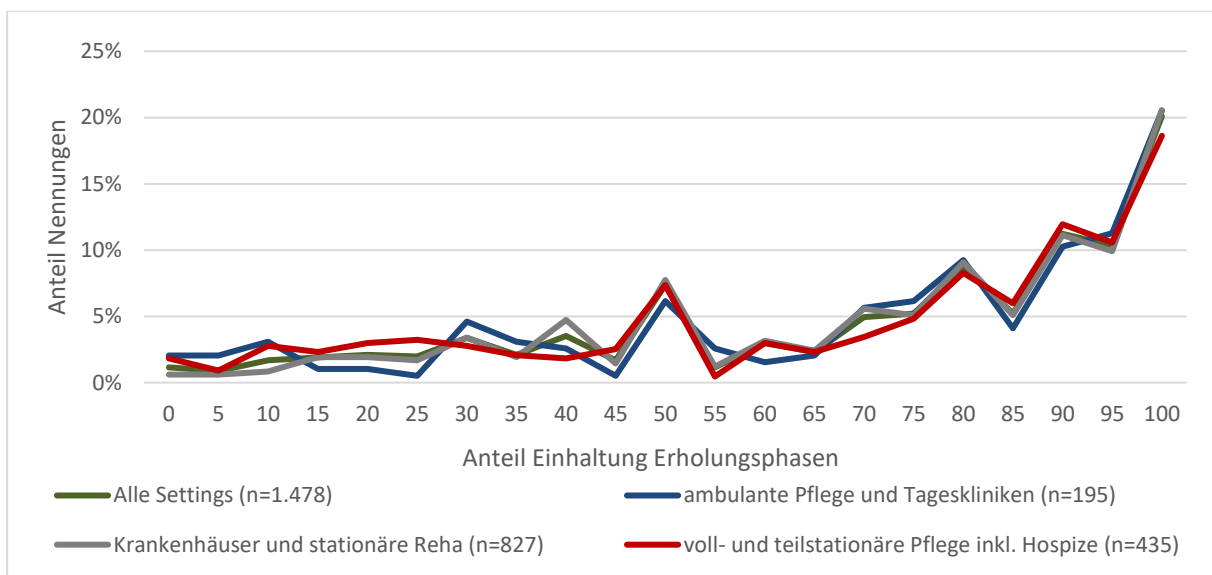
Abbildung 218: Einhaltung der gesetzlichen Erholungsphasen zwischen den Diensten nach Setting (kein Schichtdienst)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Befragte im Schichtdienst geben einen geringeren Anteil an, wenn sie nach der Einhaltung der gesetzlichen Ruhezeiten gefragt werden. So können je nach Setting nur 19-21 Prozent der Befragten im Schichtdienst die gesetzliche Erholungszeit immer einhalten. Der Median liegt bei einem Anteil von 80 Prozent der Dienste, der Mittelwert bei 72 Prozent (Abbildung 219).

Abbildung 219: Einhaltung der gesetzlichen Erholungsphasen zwischen den Diensten (Schichtdienst)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

8.11 Aus-, Fort- und Weiterbildung

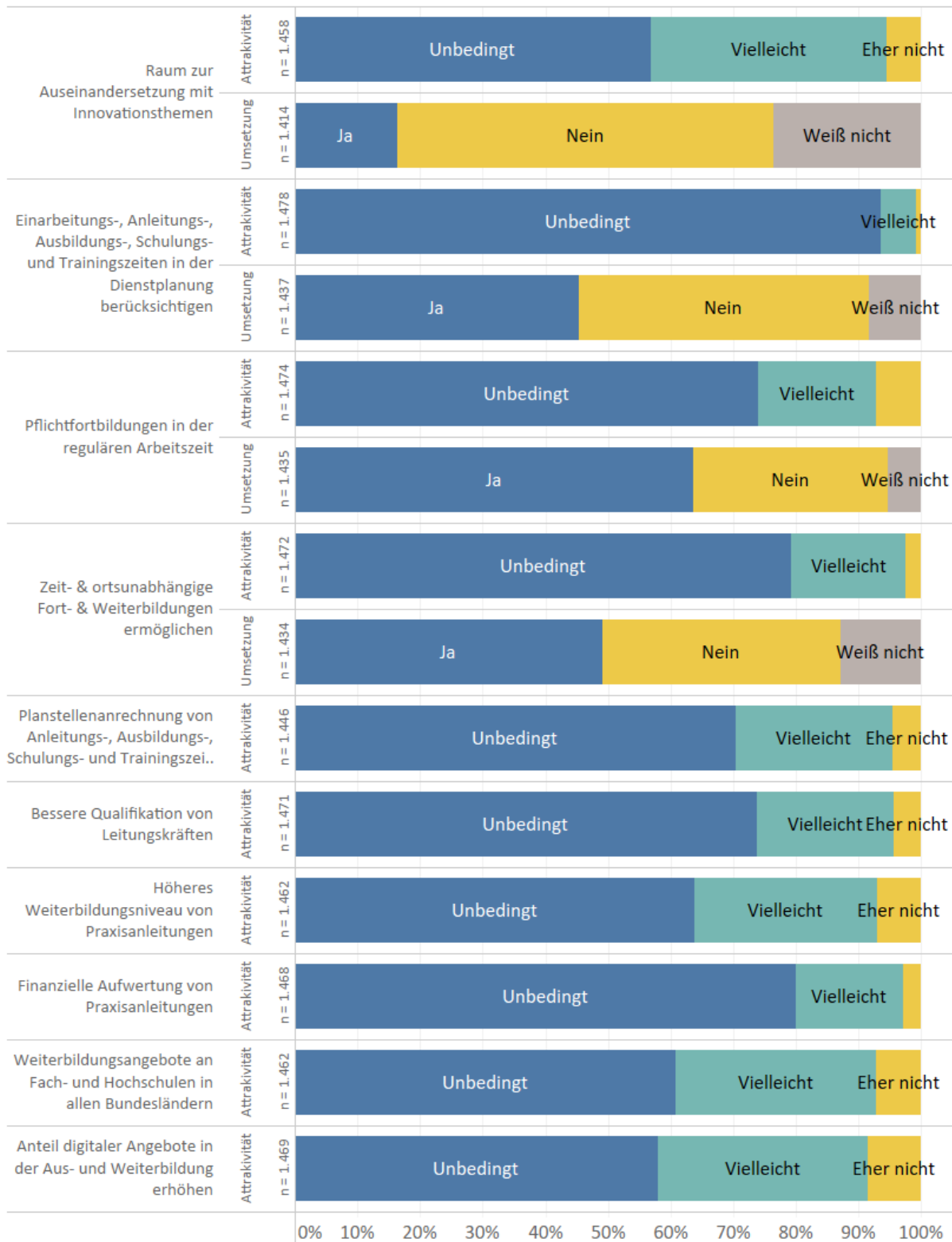
Unter den auf die pflegerische berufliche Bildung bezogenen Maßnahmen wird einer Maßnahme besonders häufig eine unbedingte Wirkung auf die Attraktivität des Pflegeberufs zugeschrieben: Der Berücksichtigung von Einarbeitungs-, Anleitungs-, Ausbildungs-, Schulungs- und Trainingszeiten bei der

Dienstplanung. 93 Prozent der Nicht-Leitungskräfte und 93 Prozent der Leitungskräfte geben an, dadurch werde die Pflege unbedingt attraktiver. Bei der Umsetzung zeigt sich ein relativ großer Unterschied zwischen den Gruppen: 45 Prozent der Nicht-Leitungskräfte geben an, diese Lern- und Lehrzeiten würden in ihrem Arbeitsumfeld berücksichtigt, die Leitungskräfte geben dies zu 70 Prozent an. Gegen die Planstellenanrechnung von Anleitungs-, Ausbildungs-, Schulungs- und Trainingszeiten sprechen sich weniger Befragte aus, jedoch mit höherem Qualifikationsniveau ansteigend (Abbildung 220 bis Abbildung 226).

Relativ wenige der Befragten berichten davon, in ihrem Arbeitsumfeld Angebote zur Auseinandersetzung mit Innovationsthemen in der Pflege zu bekommen. Diese Maßnahme wird jedoch bei Leitungs- wie Nicht-Leitungskräften vergleichsweise selten eine unbedingte Wirksamkeit zugesprochen. Studierte Fachkräfte sehen in der Maßnahme ein höheres Potenzial als andere Qualifikationsgruppen.

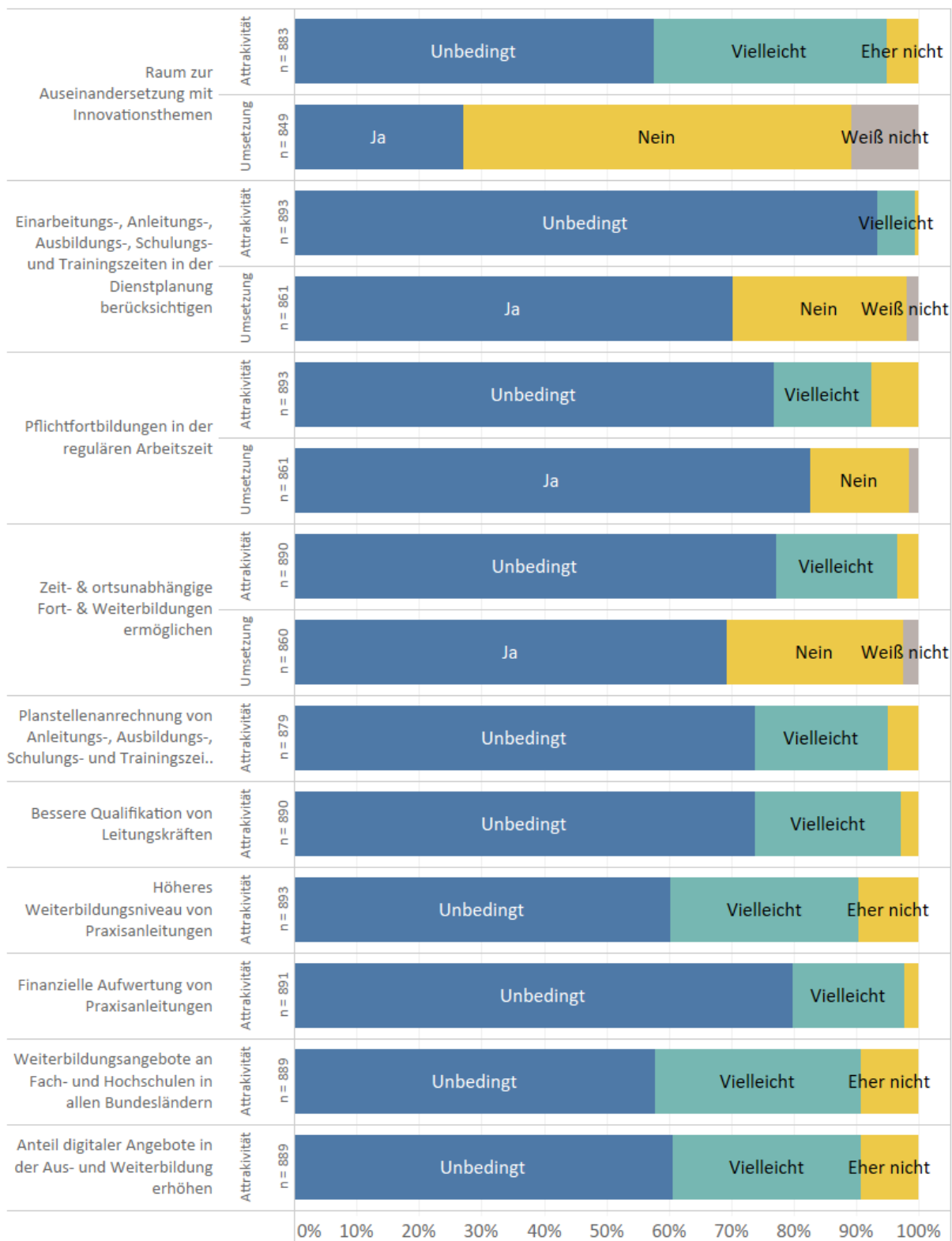
Auszubildende und Studierende in primärqualifizierenden Studiengängen sehen in der besseren Qualifizierung von Praxisanleitungen eine besondere Relevanz zur Steigerung der Berufsattraktivität.

Abbildung 220: Bewertung und Umsetzung der auf die pflegerische berufliche Bildung bezogenen Maßnahmen (Nicht-Leitungskräfte)



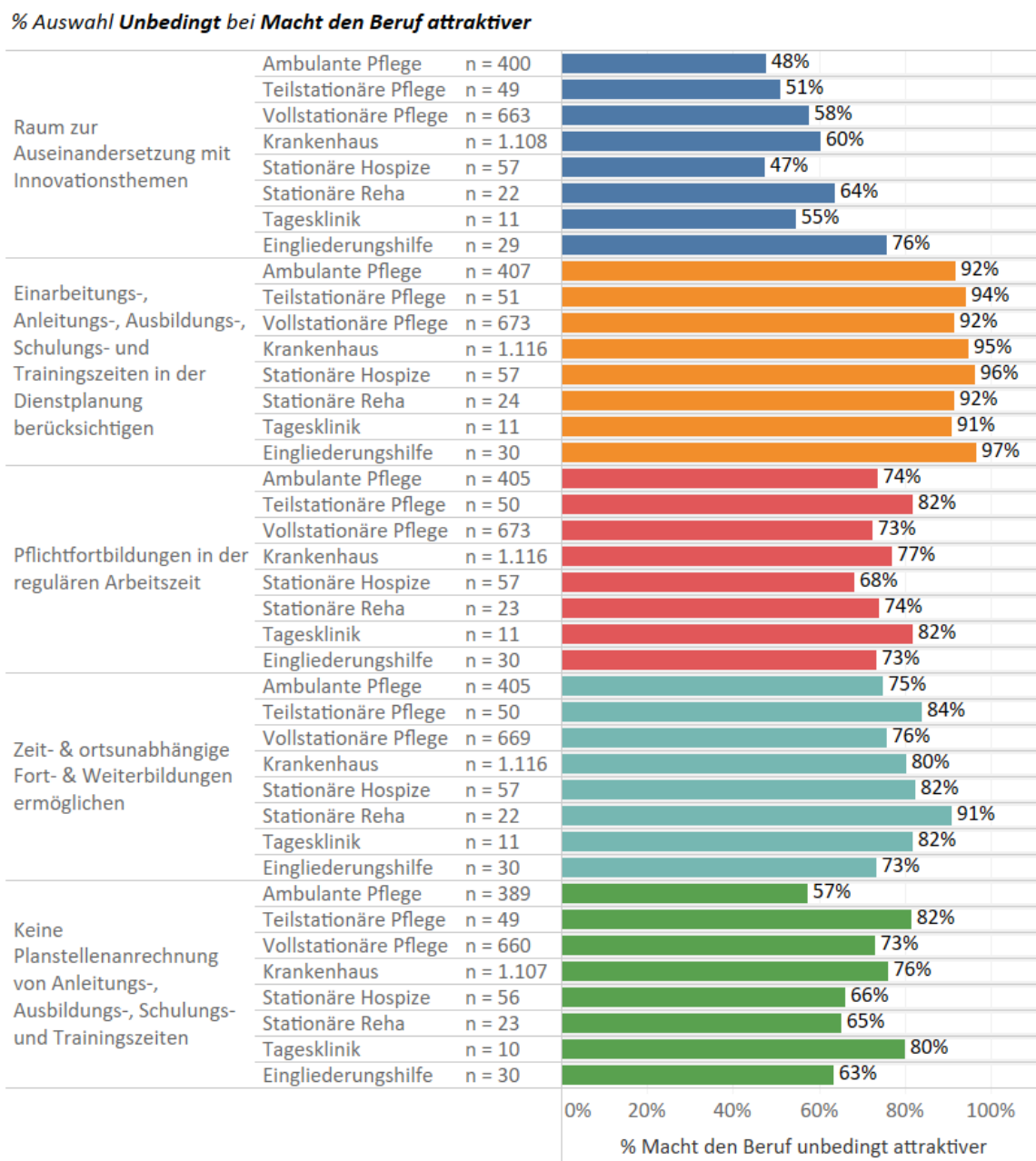
Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 221: Bewertung und Umsetzung der auf die pflegerische berufliche Bildung bezogenen Maßnahmen (Leitungskräfte)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

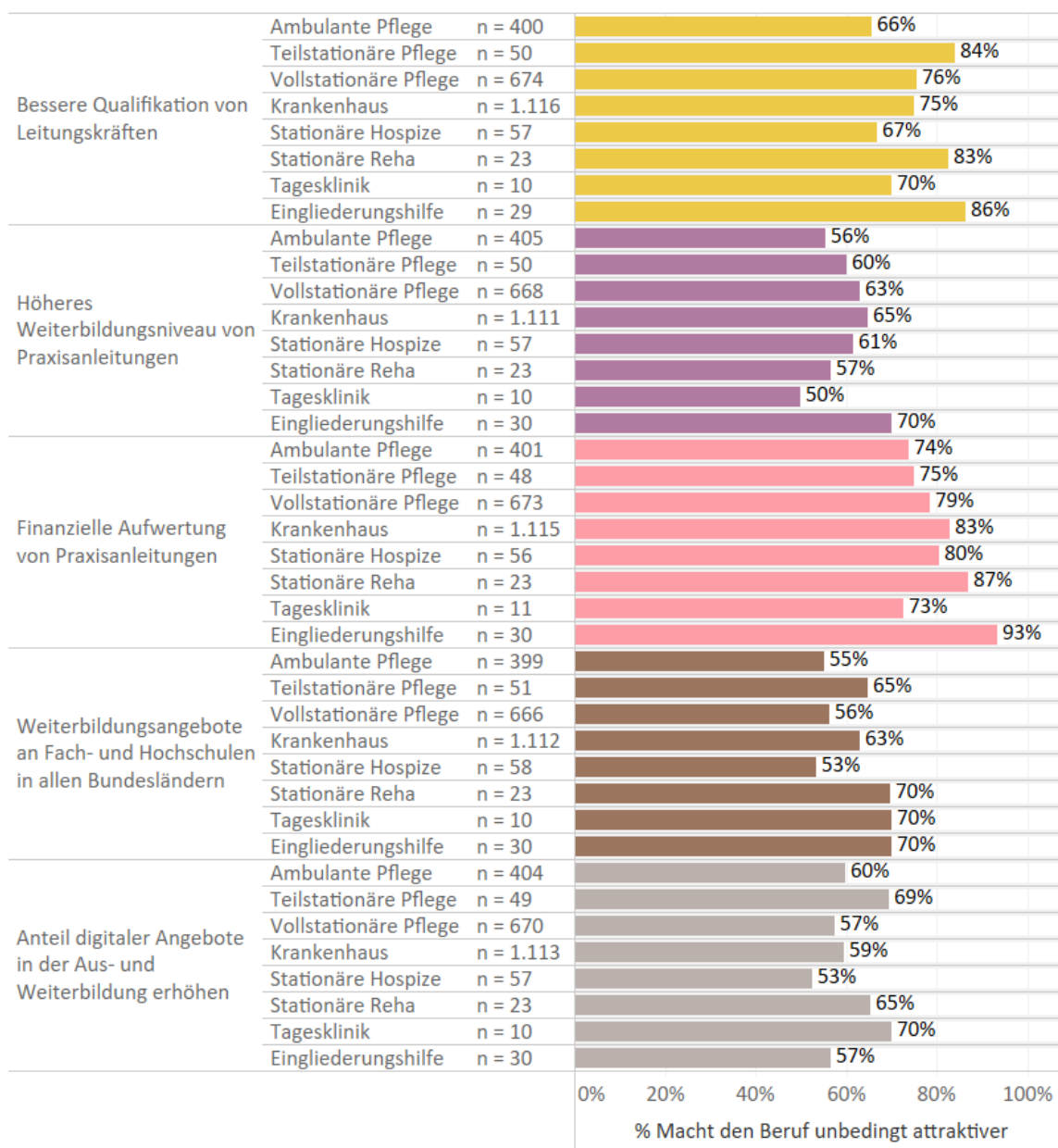
Abbildung 222: Bewertung von auf die pflegerische berufliche Bildung bezogenen Maßnahmen nach Setting (1)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

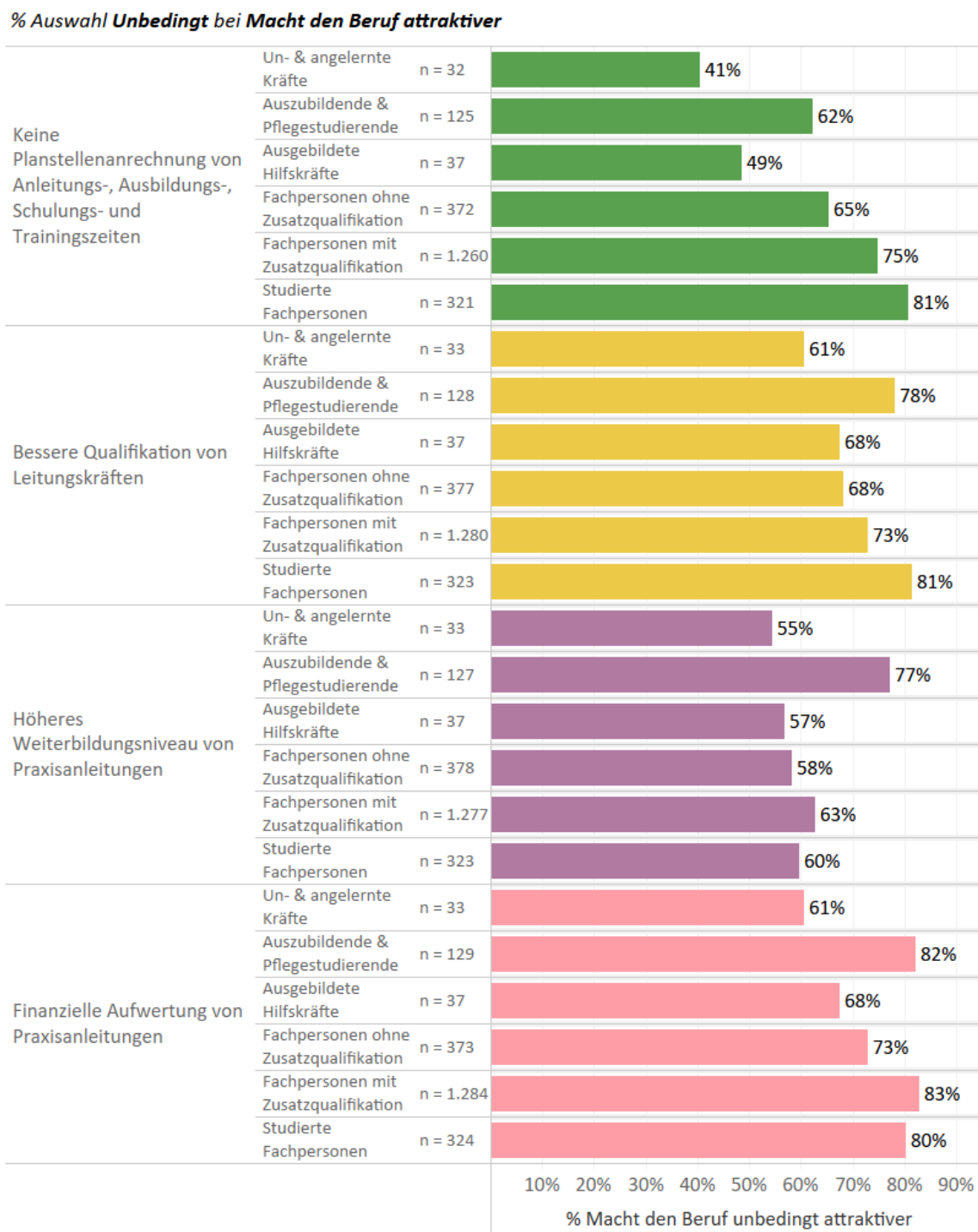
Abbildung 223: Bewertung von auf die pflegerische berufliche Bildung bezogenen Maßnahmen nach Setting (2)

% Auswahl Unbedingt bei Macht den Beruf attraktiver



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

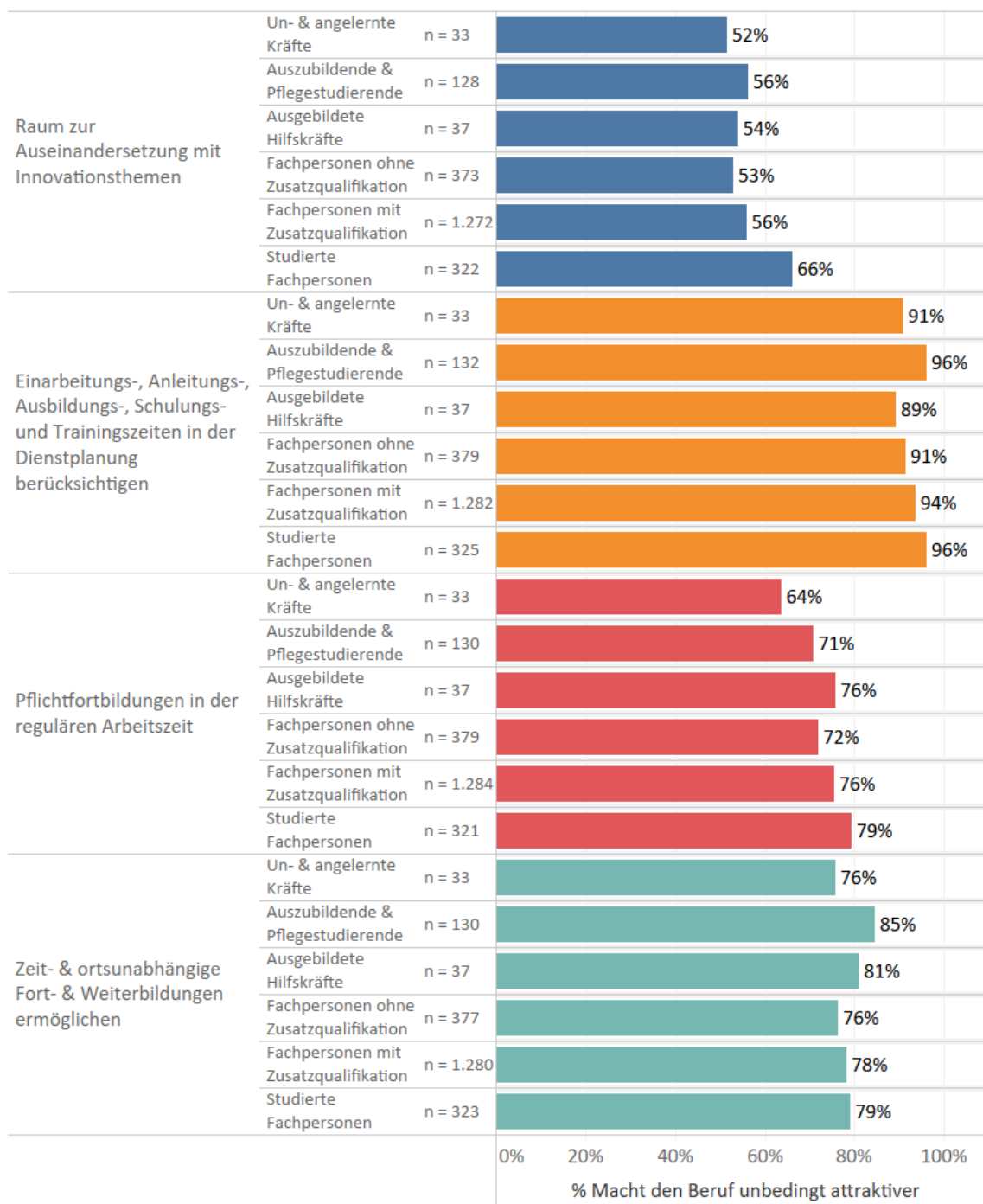
Abbildung 224: Bewertung der auf die pflegerische berufliche Bildung bezogenen Maßnahmen nach Qualifikation in der Pflege (1)



Quelle: Eigene Berechnungen, IEGUS, 2022

Abbildung 225: Bewertung der auf die pflegerische berufliche Bildung bezogenen Maßnahmen nach Qualifikation in der Pflege (2)

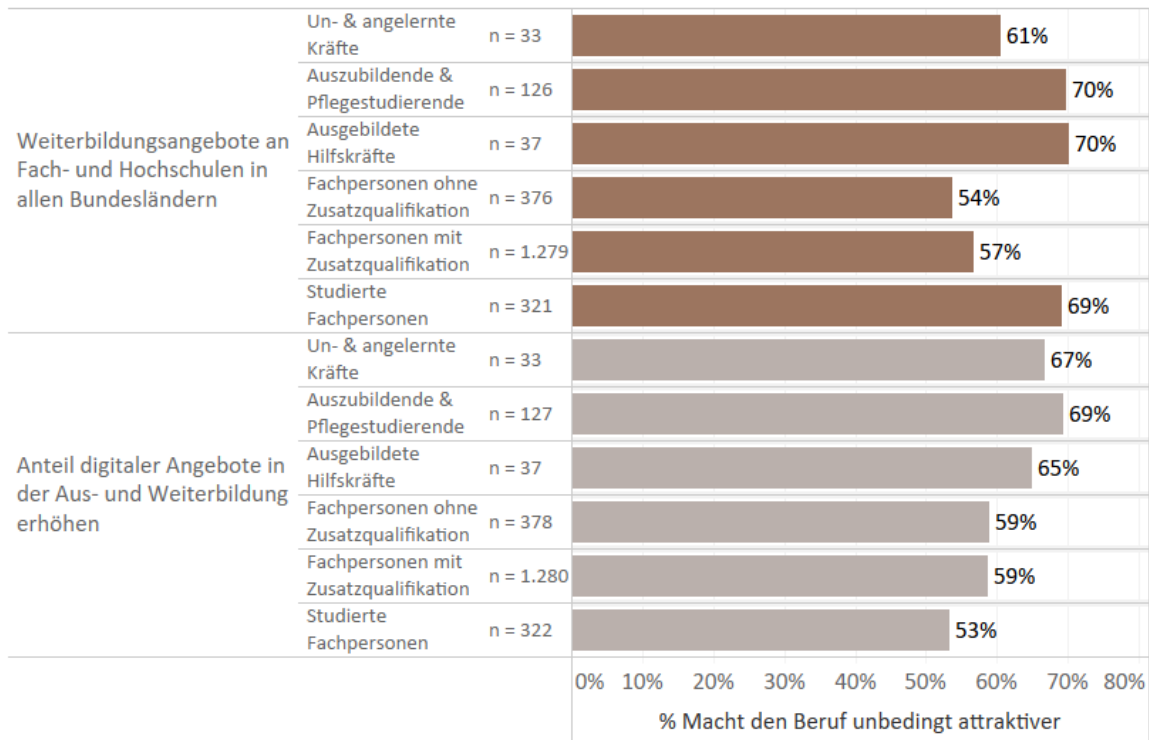
% Auswahl Unbedingt bei Macht den Beruf attraktiver



Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

Abbildung 226: Bewertung der auf die pflegerische berufliche Bildung bezogenen Maßnahmen nach Qualifikation in der Pflege

% Auswahl Unbedingt bei Macht den Beruf attraktiver

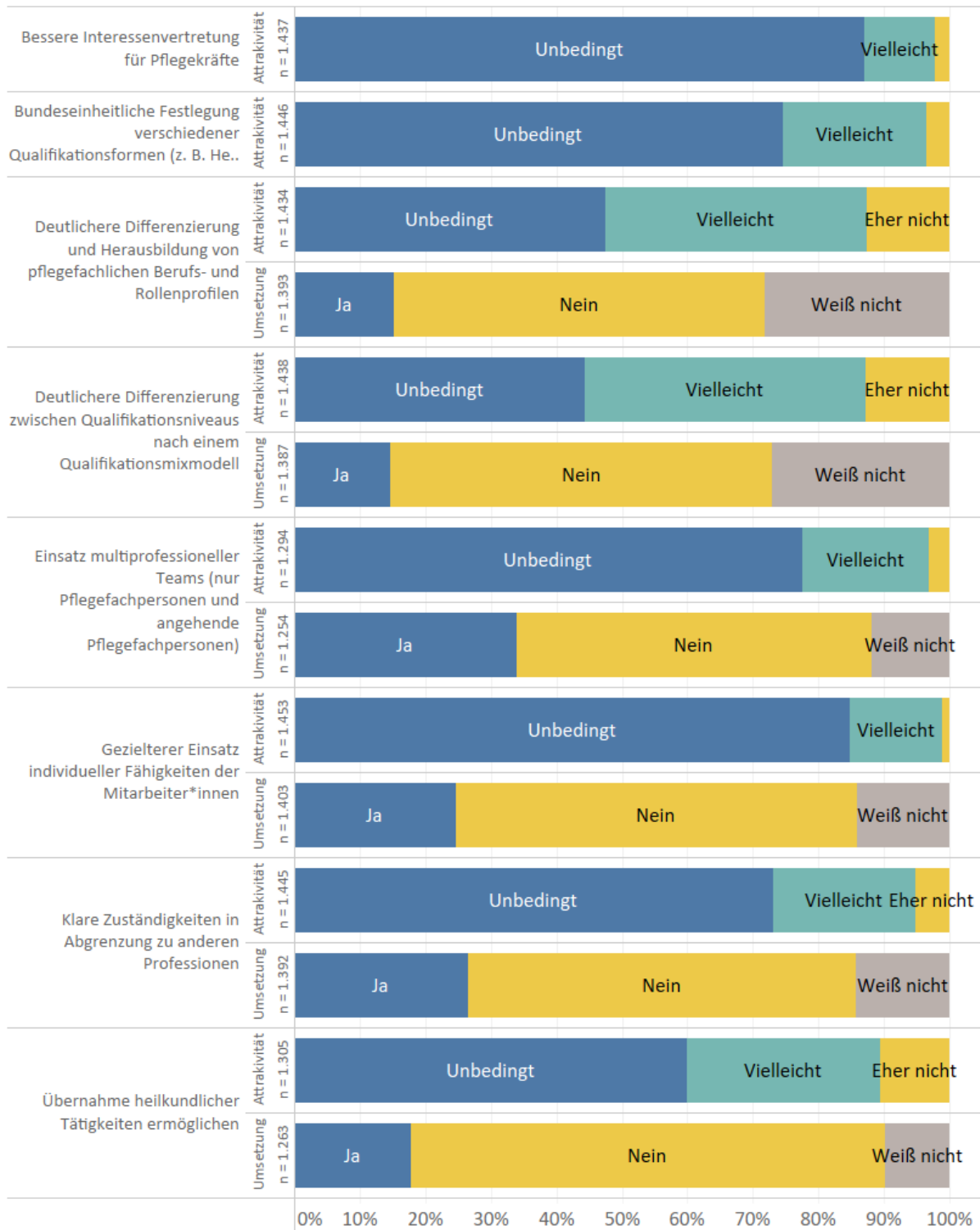


Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

8.12 Pflegeprofession, Berufsprofile und Karriere

Unter den vorgeschlagenen Maßnahmen zur Professionalisierung, besseren qualifikations-/ professionsübergreifenden Zusammenarbeit und Etablierung von Karrieremöglichkeiten wird der Interessenvertretung sowie dem gezielten Einsatz von Fähigkeiten der Mitarbeitenden besondere Bedeutung für die Attraktivität des Pflegeberufs beigemessen (Abbildung 227 bis Abbildung 229). Die Angaben dazu, ob Mitarbeitende tatsächlich ihren individuellen Fähigkeiten gemäß eingesetzt werden, unterscheiden sich zwischen Leitungs- und Nicht-Leitungskräften deutlich. Bei den Nicht-Leitungskräften erfolgt dies wissentlich nur bei einem Viertel der Befragten, bei den Leitungskräften zu 56 Prozent. Über den Nutzen formalisierter Modelle der kompetenzorientierten Arbeitsteilung wie die Ausdifferenzierung pflegefachlicher Berufs- und Rollenprofile oder die Anwendung eines Qualifikationsmixmodells besteht hingegen vergleichsweise große Unsicherheit.

Abbildung 227: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung der Professionalisierung und qualifikations- und professionsübergreifenden Zusammenarbeit (Nicht-Leitungskräfte)



Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

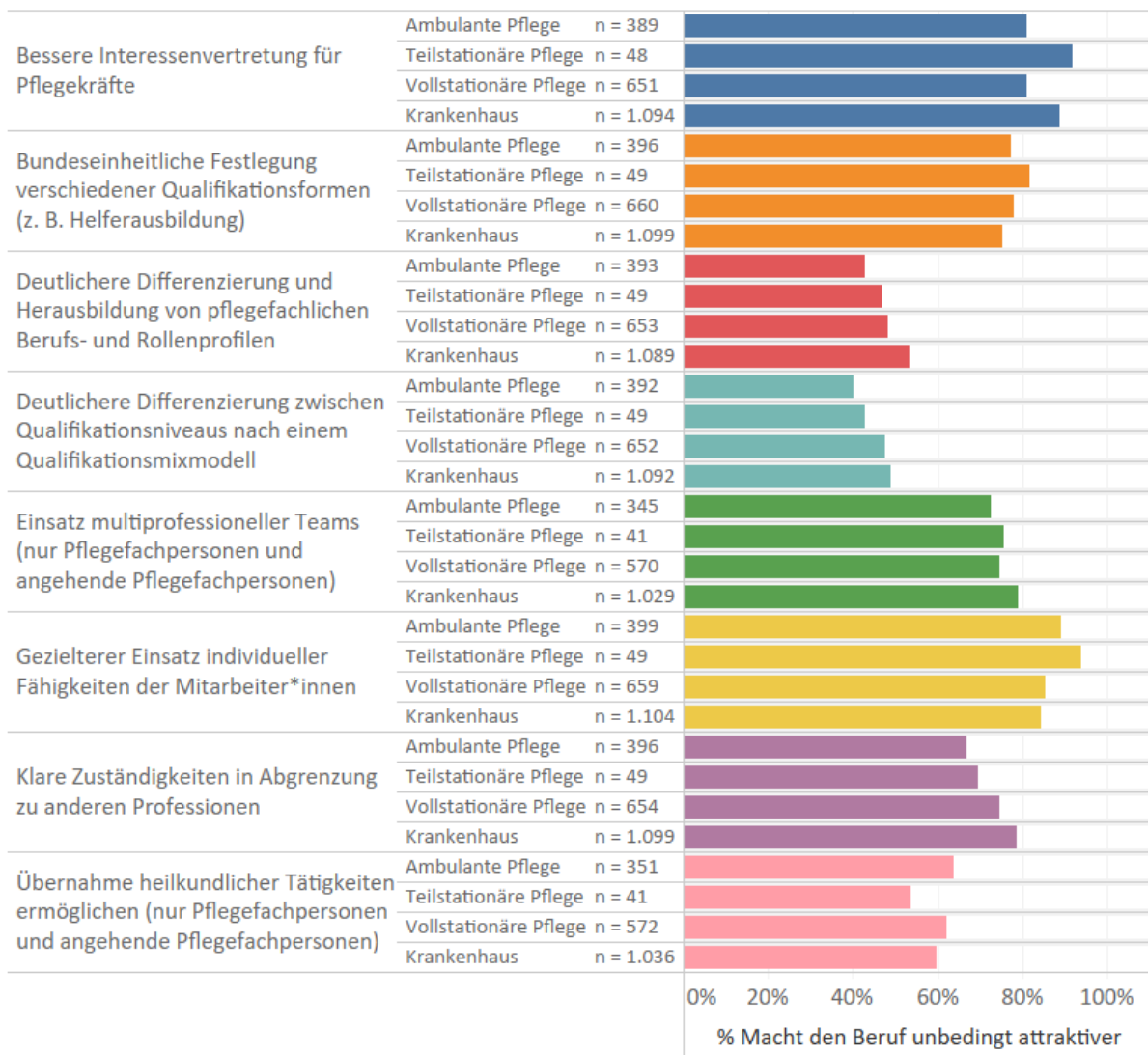
Abbildung 228: Bewertung und Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung der Professionalisierung und qualifikations- und professionsübergreifenden Zusammenarbeit (Leitungskräfte)



Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

Abbildung 229: Bewertung der Maßnahmen zur Förderung der Professionalisierung und qualifikations- und professionsübergreifenden Zusammenarbeit nach Setting

% Auswahl *Unbedingt bei Macht den Beruf attraktiver*



Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

Wünsche für die Zusammensetzung multiprofessioneller Teams:

Pflegefachpersonen werden im Durchschnitt mit 95 Prozent in allen Settings als wichtigster Bestandteil von multiprofessionellen Teams eingeschätzt. Pflegehilfs- und -assistentenkräften wird insbesondere in der voll- und teilstationären Altenpflege eine wichtige Rolle zugesprochen (74 Prozent gegenüber 67 Prozent in der ambulanten Pflege und 57 Prozent in der stationären Gesundheitsversorgung). Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss werden mit 55 Prozent Abstand von Pflegenden in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen als wichtiger Bestandteil multiprofessioneller Teams benannt. In der ambulanten Pflege und der stationären Altenpflege geben dies mit 33 beziehungsweise 37 Prozent vergleichsweise weniger Befragte an.

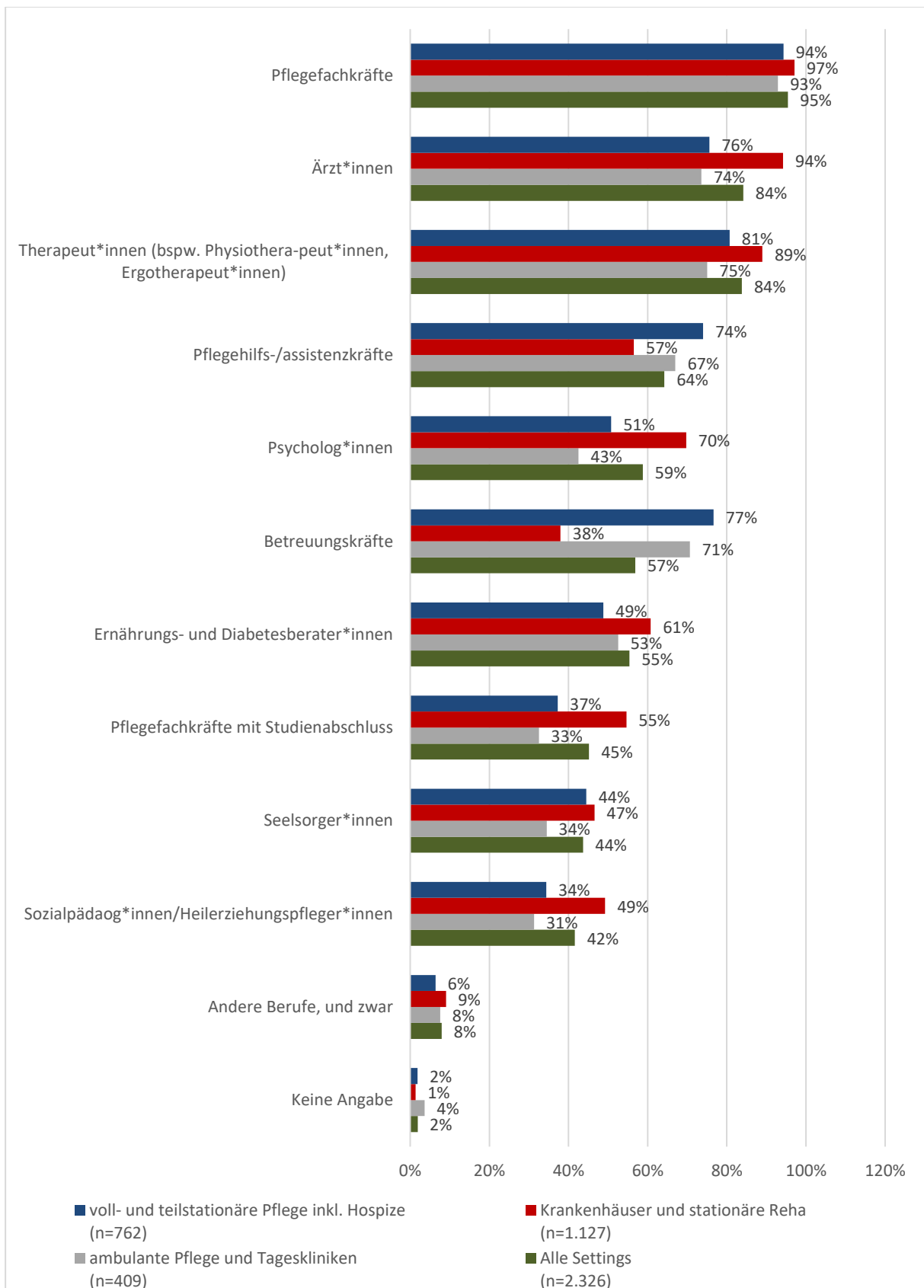
In allen Settings werden Ärztinnen und Ärzte sowie therapeutisches Fachpersonal als wichtigste Berufsgruppe außerhalb der Pflege benannt. Ärztinnen und Ärzte werden vor allem in der stationären

Akutpflege benannt (94 Prozent). Aber auch in der ambulanten Pflege (74 Prozent) und der voll- und teilstationären Altenpflege inkl. Hospizen (76 Prozent) wird medizinisches Fachpersonal als wichtiger Bestandteil multiprofessioneller Teams benannt. Therapeutisches Personal wird allerdings sowohl in der ambulanten Pflege (75 Prozent) als auch in der voll- und teilstationären Altenpflege (81 Prozent) noch häufiger genannt. Psycholog*innen wiederum benennen 70 Prozent der Pflegenden in Krankenhäusern und Reha als wichtige Berufsgruppe. In der stationären Altenpflege schätzen das 51 Prozent der Befragten, in der ambulanten Pflege 43 Prozent so ein.

Betreuungskräfte werden insbesondere in der ambulanten Pflege und der stationäre Altenpflege mit 71-77 Prozent als wichtiger Bestandteil multiprofessioneller Teams betrachtet. In der stationären Akutpflege und Rehabilitation sehen das 38 Prozent der Befragten so. Dort sind wiederum Sozialpädagogische Fachkräfte und Heilerziehungspfleger*innen wichtiger (49 Prozent gegenüber 31-34 Prozent). Seelsorge spielt in den stationären Pflegeeinrichtungen (44 Prozent in der voll- und teilstationären Altenpflege inkl. Hospiz und 47 Prozent in der stationären Akutpflege und Rehabilitation) laut der Befragten eine größere Rolle als in der ambulanten Versorgung (31 Prozent).

Ernährungs- und Diabetesberater*innen werden vor allem aus dem Krankenhausbereich als wichtiger Bestandteil multiprofessioneller Teams genannt (61 Prozent). Aber auch aus der ambulanten Pflege (53 Prozent) und der voll- und teilstationären Altenpflege (49 Prozent) wird diese Berufsgruppe als relevant eingeschätzt. Andere Berufsgruppen werden im Durchschnitt von acht Prozent der Befragten genannt (Abbildung 230).

Abbildung 230: Wünsche für die Zusammensetzung multiprofessioneller Teams



Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

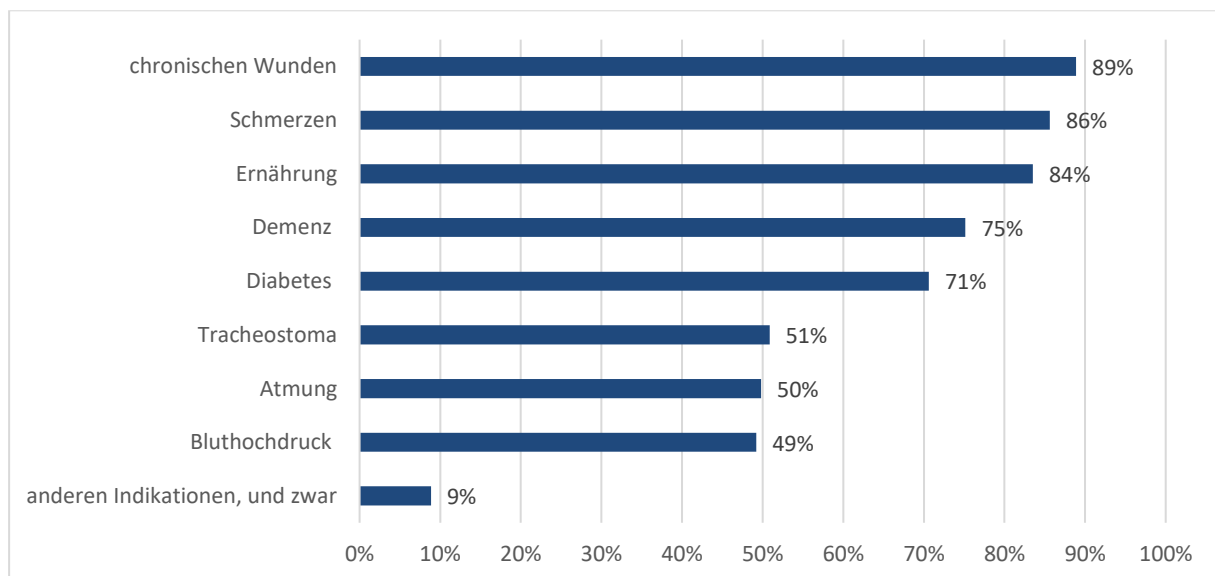
Über die vorher genannten hinausgehenden anderen Mitglieder für ein multidisziplinäres Team machen 185 der befragten Personen Angaben in einem entsprechenden Freitextfeld. Als weitere relevante Berufsgruppen werden Apotheker*innen und Mitarbeitende von Sanitätshäusern genannt, sowie Angehörige weiterer Therapieberufe und weitergebildeten Pflegefachpersonen, bspw. Wund- und/oder Schmerztherapeut*innen. Ein großer Teil nennt Service- und Reinigungskräfte, die den Stationen/Wohnbereichen zugeordnet sind. Als weitere Personen werden Angehörige des zu Pflegenden und berufliche Fürsprecher*innen, sowie Ehrenamtliche benannt. Für die weitere Versorgung werden ebenso Case Manager und Hospizdienste eingebracht. Ein Teil der Befragten sieht individuell zusammengestellte Teams, je nach aktuellem Bedarf als Lösung und gibt an, keine weitere Standardisierung vornehmen zu wollen.

Es wird deutlich, dass die genannten Professionen in allen Pflegebereichen relevant sind, allerdings teils zu sehr unterschiedlichen Gewichtungen.

Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten

Die Befragten stimmen mehrheitlich der Aussage zu, dass beruflich Pflegenden heilkundliche Verantwortung bei chronischen Wunden (89 Prozent), Schmerzen (86 Prozent), Ernährung (84 Prozent), Demenz (75 Prozent) und Diabetes (71 Prozent) übernehmen sollten. Auch bei Tracheostoma (51 Prozent), Atmung (50 Prozent) und Bluthochdruck (49 Prozent) kann sich die Hälfte der Befragten die Übernahme der heilkundlichen Verantwortung vorstellen. Andere Indikationen werden von neun Prozent der Befragten ausgewählt (Abbildung 231).

Abbildung 231: Zustimmung zur Übernahme heilkundlicher Verantwortung durch Pflegende



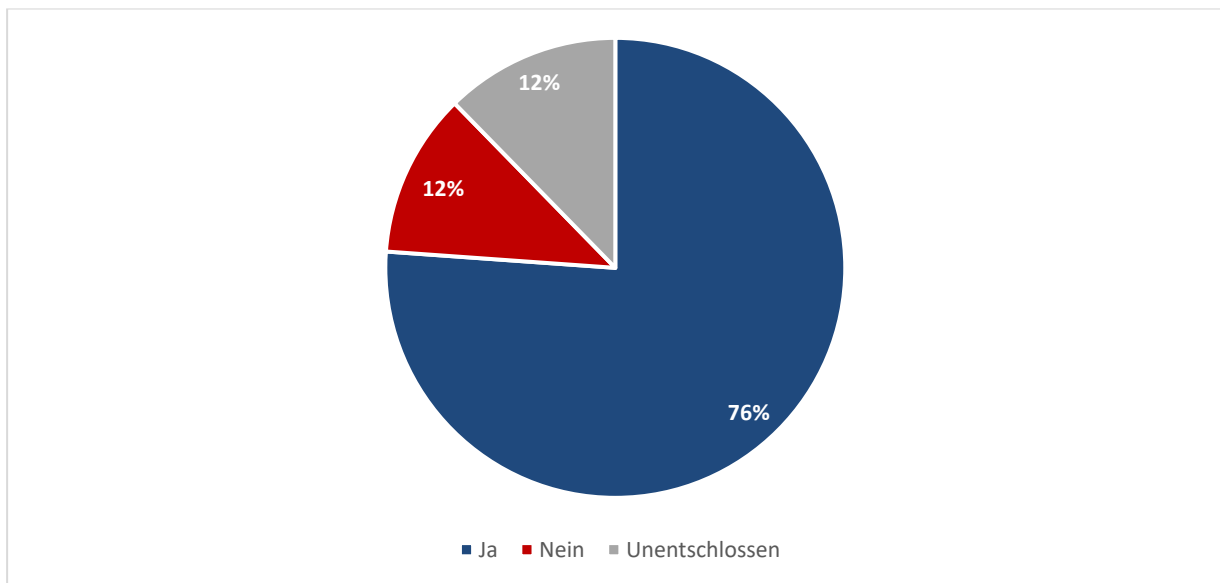
Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

Auf die Frage, welche anderen heilkundlichen (ärztlichen) Tätigkeiten der Fachkommission nach § 53 PflBG Pflegefachpersonen übernehmen dürfen sollten, haben außerdem 160 Personen ergänzende Angaben im Freitextfeld gemacht. Der mit Abstand größte Anteil gibt hier an, dass Pflegefachpersonen Hilfsmittel verordnen dürfen sollten. Darüber hinaus geben jeweils eine Reihe von Personen an, dass beruflich Pflegende mehr Kompetenzen in den Bereichen Stomaversorgung, Schlafmedikation,

psychiatrische Versorgung, Palliativversorgung sowie chronische Erkrankungen erhalten sollten. Außerdem lassen sich vor allem Einzelmeinungen zu spezifischen Bereichen der Versorgung finden, die laut Befragten von Pflegefachpersonen übernommen werden sollten – bspw. die transurethrale Katheteranlage in der stationären Pflege.

Schließlich wurde gefragt, ob die Pflegekräfte Interesse an einer Fort- oder Weiterbildung haben, die es ihnen ermöglicht, in einem der genannten Bereiche erweiterte heilkundliche Verantwortung zu übernehmen. Dem stimmten 76 Prozent der 1.467 Befragten zu. Dabei gab es keine deutlichen Unterschiede zwischen den Pflegesettings (Abbildung 232).

Abbildung 232: Interesse an Fort- oder Weiterbildung zur Übernahme erweiterter heilkundlicher Verantwortung (n=1.567)



Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

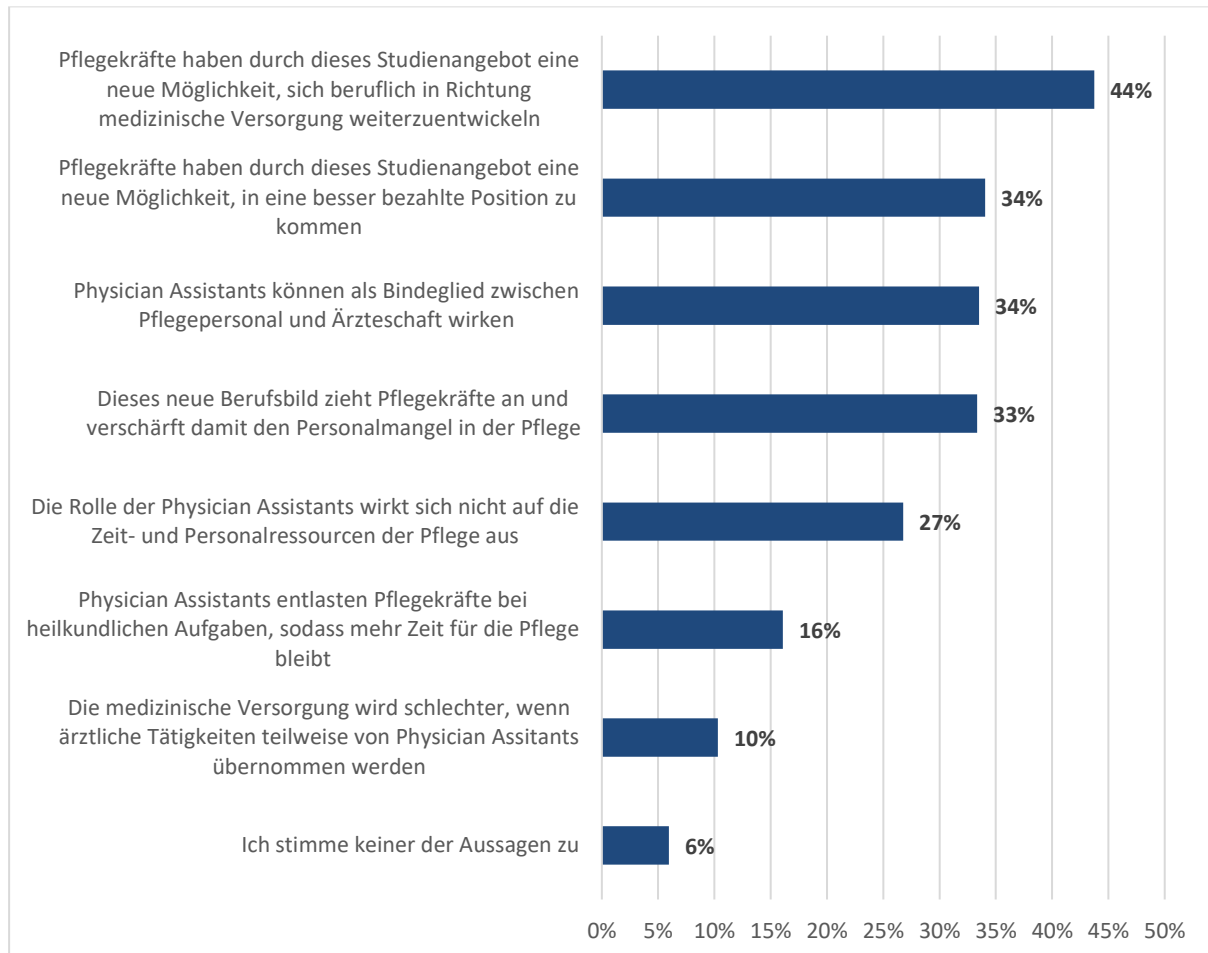
Auswirkungen des Berufsbilds „Physician Assistant“ auf die Pflege

Seit einigen Jahren gibt es in Deutschland den akademischen medizinischen Beruf Physician Assistant oder auch Arztassistent*in. Physician Assistants erwerben in einem Bachelorstudiengang die Qualifikation zur selbständigen Ausübung von delegierbaren Tätigkeiten, die nach SGB V dem Arztvorbehalt unterliegen. Damit steht der Beruf an der Schnittstelle zur Pflege und teilweise in Konkurrenz um Bestrebungen der Pflege, delegierbare Tätigkeiten von medizinischem Personal zu übernehmen.

Die befragten beruflich Pflegenden stimmen zu 44 Prozent der Aussage zu, dass sich mit dem Berufsbild der Physician Assistants eine neue Möglichkeit etabliert, sich in Richtung medizinischer Versorgung weiterzuentwickeln. 34 Prozent der Befragten ist der Meinung, dass sich dadurch eine besser vergütete Position erreichen lässt. Ebenso viele Befragte sind der Meinung, dass Physician Assistants als Bindeglied zwischen medizinischem und pflegerischem Personal wirken kann. Dass der Beruf für beruflich Pflegenden besonders attraktiv ist, die dann in der Pflege fehlen könnten, geben 33 Prozent der Befragten an. 27 Prozent der Befragten glaubt nicht, dass sich die Rolle des neuen Berufs auf die Ressourcen des Pflegepersonals auswirkt. Nur 16 Prozent der befragten beruflich

Pflegerinnen geben an, dass Physician Assistants durch die Übernahme heilkundlicher Aufgaben Pflegerinnen entlasten können. Zehn Prozent befürchten eine schlechtere medizinische Versorgung, wenn ärztliche Tätigkeiten teilweise von Physician Assistants übernommen werden. Sechs Prozent stimmen keiner der Aussagen zu (Abbildung 233).

Abbildung 233: Zustimmung zu ausgewählten Aussagen zu Physician Assistants (n=1.125)



Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

Insgesamt haben 226 Befragte das Freitextfeld genutzt, auf die Frage hin, ob sie eine darüberhinausgehende Meinung zum Einsatz von Physician Assistants haben. Mit großer Mehrheit sehen die Antwortenden in dem Einsatz der Physician Assistants keinen Beitrag zur Professionalisierung der Pflege und sehen die Berufsgruppe nicht als zugehörig zur Pflege, sondern als Assistenz der Medizinberufe. Ob der Einsatz von Physician Assistants eine Entlastung für die Pflege ist, wird zweigeteilt beantwortet. Ein Teil der Antworten beschreibt eine Entlastung der Pflege durch die Übernahme delegierbarer Tätigkeiten an Physician Assistants statt an die Pflege, ein anderer Teil beschreibt eine mögliche Degradierung des Pflegeberufes durch die Übertragung von Kompetenzen an Physician Assistants statt an die Pflege. Ein häufiger Aspekt, der auftaucht, ist, dass die Pflege eigene Qualifikationsstufen, auch im akademischen Bereich besitzt, wie bspw. die Advanced Nursing Practice und sich somit an dieser Stelle klar als gleichwertige Profession abgrenzen kann, wohingegen die Zurechnung von Physician Assistants an die Pflege eine Unterordnung der Pflege unter die Medizinberufe bedeute und damit die Professionalisierung behindere. Vereinzelt Antworten

zeichnen ein positives Bild des Einsatzes von Physician Assistants, stellen als Bedingungen aber bspw., dass die Physician Assistants nicht über die pflegerischen Stellenschlüssel abgebildet werden und Verantwortungsbereiche klar kommuniziert werden müssen, sowie einheitliche Kommunikations- und Dokumentationswege gefunden werden müssen.

8.13 Auswirkungen der Covid-19-Pandemie

8.13.1 Allgemeine Lehren aus der Covid-19-Pandemie

Zur Beantwortung der Frage, welche Lehren nach Ansicht der Befragten aus der Covid-19-Pandemie gezogen werden sollen, konnten Antworten von 1.493 Befragten Personen eingeschlossen werden. Insgesamt wurden 2.044 Aussagen aus den gegebenen Antworten extrahiert und in 20 Themenkategorien (Abbildung 234, Tabelle 119) zusammengefasst. Mit knapp 15 Prozent der Aussagen wurden Inhalte in Verbindung mit der Personalbemessung am häufigsten erfasst. Darauf folgen die Wahrnehmung und Wertschätzung des Pflegeberufs (14 Prozent) und die Verfügbarkeit von ausreichend adäquater Schutzausrüstung sowie Medikamenten (9 Prozent).

Zentrale Lehren, die von den Befragten angegeben wurden, sind:

1. Die Covid-19-Pandemie hat den Pflegenotstand und den damit verbundenen Mangel an Personal noch weiter verschärft. Nur die Erhöhung des Personalschlüssels für die einzelnen Schichten und insgesamt die Anstellung von mehr Pflegepersonal kann entsprechend der Aussagen der Freitexte für Entlastungsmöglichkeiten sorgen.

„Die Pandemie hat den Personalmangel in der Pflege noch verschärft, es ist dringend nötig dem politisch entgegenzuwirken - Klatschen allein reicht nicht.“

„Zu wenig Pflegekräfte für das Bewältigen einer Pandemie.“

„Sicherstellung eines adäquaten Personalschlüssel und Pausenzeit GERADE während einer Pandemie!“

2. Die Wahrnehmung und Wertschätzung der Leistung von beruflich Pflegenden seitens der Gesellschaft werden von den Befragten als nicht ausreichend und angemessen empfunden. Bemängelt wird in dem Zusammenhang ebenfalls die fehlende Lobby der Pflege und vereinzelt wird die Notwendigkeit einer gemeinsamen Interessenvertretung zur Veränderung der gesellschaftlichen Wahrnehmung und politischen Einflussnahme konkret als Lehre daraus geäußert.

„Die Bedeutung der pflegerischen Versorgung für die Gesellschaft sollte nicht so schnell wieder vergessen werden.“

„Bessere gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufes, [...]. Notwendigkeit der selbstständigen Interessenvertretung des Pflegeberufes und Mitspracherecht bei wichtigen Entscheidungen (z.B. im Pandemiemanagement).“

3. Schutzausrüstung muss in ausreichender Menge und adäquater Qualität verfügbar sein. Gleiches gilt für Medikamente. Dazu formulieren viele Antwortenden die Forderung nach einer größeren Lagermenge im Inland und/oder einer Produktion dieser in Deutschland bzw. in Europa.

„Schutzausrüstungen und relevante Medikamente /Impfstoffe sollen in Deutschland hergestellt werden, damit eine flächendeckende Versorgung gewährleistet ist.“

Weitere Lehren betreffen vor allem eine bessere Vorbereitung auf Krisensituationen, indem Notfallpläne bereits präventiv erstellt, getestet und das Personal diesbezüglich sowie in der Anwendung der Schutzausrüstung geschult werden (Kategorie PlanKrisen, AusbNot). Auch zielen einige Aussagen darauf ab, dass Regelungen im Zusammenhang mit Pandemien eine transparentere, einheitlichere und pragmatischere Umsetzung vor allem von politischer Seite erfordern (Kategorie: RegelCov).

„Wir sind in den stationären Pflegeeinrichtungen ein gut ausgebildetes Team mit viel Erfahrung mit Infektionskrankheiten. Es wäre ausreichend gewesen, einige wenige Rahmenrichtlinien im Umgang mit dem Virus festzulegen und durch wissensbasierte Informationen den Entscheidern in der Einrichtung zu helfen, der jeweiligen Situation angemessene Entscheidungen zu treffen. [...], Entscheidungskompetenzen den Ländern bei Pandemien entziehen. Zusammenarbeit (besonders die Erreichbarkeit) mit dem Gesundheitsamt muss verbessert werden. Klare, für alle Beteiligten Gruppen verständliche und nachvollziehbare Regelungen schaffen. Nicht ständig kurzfristig was ändern.“

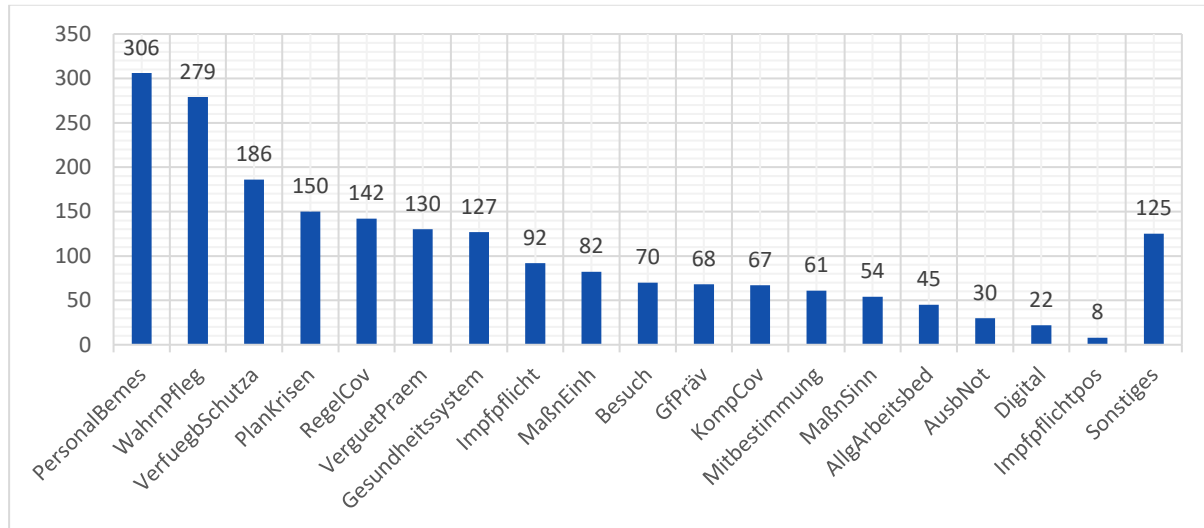
Anknüpfend daran sollten auch pflegerische Fachexpertisen bei der Aufstellung der Regelungen und mehr Handlungsfreiheiten für Einrichtungen ermöglicht werden, damit praxisnahe Entscheidungen getroffen werden können (Kategorien: RegelCov + Mitbestimmung). Darüber hinaus wird von einem Teil der Befragten die Vergütungssituation und die Prämienauszahlung kritisch hervorgehoben, indem einerseits die Notwendigkeit einer Erhöhung der Vergütung erwähnt wird, als auch auf die als ungerecht wahrgenommene Verteilung der Corona-Prämien hingewiesen wird (Kategorie VerguetPraem). Einige Befragte ziehen insgesamt die Lehre für sich, dass sie nur in der Neugestaltung des bestehenden Pflegesystems eine Verbesserung der Situation und der Arbeitsbedingungen in der Pflege sehen (Kategorien: Gesundheitssystem, allg. Arbeitsbedingungen). Teilweise konträr gesehen wird die Sinnhaftigkeit der Schutzmaßnahmen (Masken, Testungen, Besuchsverbote, Quarantänebestimmungen, Impfungen etc.). Einige der Befragten halten viele der Maßnahmen für angebracht und wünschen sich deren Fortführung, auch in Verbindung mit der Prävention anderer übertragbarer Infektionskrankheiten (Kategorie: MaßnEinh).

„In den Wintermonaten sollten in Geschäften weiterhin Masken getragen werden da auch andere über die Luft übertragbare Krankheiten deutlich reduziert werden.“

Andere Befragte stellen die Sinnhaftigkeit einiger oder sogar aller Maßnahmen in Frage und fordern deren Abschaffung (Kategorie: MaßnSinn, Besuch). Vor allem die einrichtungsbezogene Impfpflicht wird in dem Großteil der Aussagen, die dieses Thema aufgreifen, kritisiert (Kategorien: Impfpflicht, Impfpflichtpos). Weitere Lehren wurden in Verbindung mit den Themen Gesundheitsförderung und Prävention gezogen. Die Befragten fordern in ihren Formulierungen häufig die Einhaltung von Arbeitsschutzmaßnahmen (bspw. Einhalten von Pausen-/Ruhezeiten) sowie Angebote zur psychischen Entlastung (Kategorie: GfPräv). Außerdem wird beschrieben, dass eine bessere Informierung der Bevölkerung bezüglich der Corona-Maßnahmen und ein Ausbau der Gesundheitskompetenz in der Gesellschaft das Potenzial hätte, die Pflege an einigen Stellen zu entlasten. Als Hintergrund werden bspw. Konflikte zwischen Angehörigen, Pflegebedürftigen und dem Pflegepersonal zur Einhaltung

verschiedener Schutzmaßnahmen genannt, die mit einem besseren Verständnis der Maßnahmen vermieden werden könnten. Vereinzelt werden zudem noch positive Aspekte durch die Digitalisierung von verschiedenen Bereichen, wie bspw. Fortbildungen oder Teambesprechungen, aufgezählt (Kategorie: Digital).

Abbildung 234: Lehren aus der Covid-19-Pandemie – Verteilung der Themen aus Freitextantworten



Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

Tabelle 119: Codeplan Lehren Covid-19-Pandemie

Welche Lehren sollten Ihrer Ansicht nach aus der Pandemie gezogen werden? (Freitext)	
Code	Definition
AllgArbeitsbed	Aussagen, die unspezifisch auf die Notwendigkeit der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und die Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs hinweisen, oder in dem Zusammenhang vereinzelt konkrete Veränderungen (bspw. die Verringerung der Wochenarbeitszeit) zur Entlastung der beruflich Pflegenden oder die Veränderung der Ablauforganisation ansprechen.
AusbNot	Aussagen, die darauf hinweisen, dass eine Integration von Lehrinhalten zu Ausnahmesituationen (wie Pandemien) erfolgen sollte. Weiterhin Aussagen, dass Schulungen bzgl. des Hygieneverhaltens und des korrekten Einsatzes von Schutzausrüstung in Aus- Fort- und Weiterbildung verankert und regelmäßig geschult werden sollte.
Besuch	Aussagen, die die (ethische) Vertretbarkeit von Schutzmaßnahmen (bspw. Besuchsverbote, Isolation von Bewohner*innen/Patient*innen v.a. in den Bereichen Palliativpflege und Altenpflege) hinterfragen. In dem Zusammenhang oftmals hervorgehoben: die dadurch entstandene psychische Belastung von beruflich Pflegenden und Bewohner*innen/Patient*innen sowie das „Alleine sterben“ der Patient*innen/Bewohner*innen.

	Weiterhin mit eingeschlossen sind Äußerungen, welche die positiven Auswirkungen hinsichtlich Entlastungspotential für beruflich Pflegende und Erholungszeiten für Patient*innen durch die feste Regelung von Besuchszeiten für Angehörige betreffen.
Digital	Aussagen, die Lehren aus der Covid-19-Pandemie in Bezug auf den Einsatz der Digitalisierung (bspw. für Fortbildungen oder Dienstbesprechungen) als Unterstützungsmöglichkeit beinhalten und diese als wünschenswert einordnen.
Fachfremd	Aussagen, die die Ausübung fachfremder Tätigkeiten (bspw. Corona-Testungen) als zusätzliche personelle Belastung betreffen.
Gesundheitssystem	Lehren, die darauf Bezug nehmen, dass es Anpassungen im Gesundheitssystem erfordert (bspw. was die Finanzierungsstrukturen, Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Akademisierung oder die Versorgungsstrukturen – bspw. ambulant vor stationär – betrifft).
GfPräv	Aussagen, die den Umgang mit Gesundheitsförderung und Prävention für beruflich Pflegende behandeln (bspw. Forderungen nach mehr psychologischer Betreuung/Supervision, sowie die (tlw. während der Pandemie fehlende) Berücksichtigung von Arbeitsschutz durch das Tragen von adäquater Schutzausrüstung, die Einhaltung von Pausen-/Erholungszeiten während und zwischen den Diensten oder die Berücksichtigung der Belastung durch das Masken tragen)
Impfpflicht	Aussagen, die Kritik an der Impfpflicht in Bezug auf die Arbeitsplatzsituation beinhalten (bspw. durch Anmerkungen, dass diese die Abwanderung von Personal begünstige oder sich negativ auf die wahrgenommene Wertschätzung der Pflegenden auswirke). Weiterhin eingeschlossen sind auch Aussagen, die bspw. fordern, dass die Impfpflicht nicht nur einrichtungsbezogen, sondern gesamtgesellschaftlich gelten sollte und die Verpflichtung ausschließlich auf beruflich Pflegende als stigmatisierend beschreiben.
Impfpflichtpos	Vereinzelte Aussagen, die ebenfalls das Thema Impfpflicht beinhalten, diese aber als positiv bewerten.
KompCov	Aussagen, die auf die Notwendigkeit des Ausbaus der Gesundheitskompetenz (Health Literacy) der Bevölkerung hinweisen (bspw. in Form von besserer politischer Kommunikation zur Pandemie, eindeutigeren Regelungen und verständlichere Vermittlung dieser), ohne die Gesellschaft in Panik zu versetzen („Pflege geht nur Zusammen – Gesellschaft und Pflegepersonal“, „Panikmache sollte vermieden werden“, kein „medialer Alarmismus“), da die fehlende Kompetenz und Angst in der Bevölkerung die Pflege zusätzlich belastet.
MaßnEinh	Aussagen, die die Aufstellung/Anpassung, Umsetzung, Sensibilisierung und Einhaltung von Hygienestandards/-Schutzmaßnahmen betreffen, sowohl am Arbeitsplatz, aber auch in Bezug auf den gesellschaftlichen Umgang mit Hygieneregulungen, Abstandsregelungen etc. Auch sind

	<p>ausdrückliche Verweise darauf inkludiert, dass ähnliche Maßnahmen ebenso für andere übertragbare Infektionskrankheiten zu berücksichtigen wären.</p>
MaßnSinn	<p>Aussagen, die die getroffenen Maßnahmen während der Pandemie (Masken tragen, Testpflicht etc.) als unwirksam oder als teilweise nicht sinnvoll einstufen.</p> <p>Auch ein Hinterfragen der Sinnhaftigkeit der Regelungen je nach Pandemie-Lage und/oder Pflegbedürftigen (z.B. mit Demenz lebende Personen) sind hier miteingeschlossen.</p> <p>In dem Zusammenhang auch eingeschlossen, Aussagen, die darauf verweisen, dass mit der Gefahr durch Covid-19 gelebt werden müsse, sowie auch Forderungen, dass „mit Covid wie mit einer normalen Grippe“ umgegangen werden müsse.</p>
Mitbestimmung	<p>Aussagen, die Forderungen nach mehr Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Entwicklung und Einführung von Maßnahmen zur Pandemie Bekämpfung betreffen, sowie mehr Kompetenzzuschreibung und eigenverantwortliche Handlungsmöglichkeiten der Pflege, politisch aber auch in den Einrichtungen vor Ort.</p> <p>Auch berücksichtigt werden Forderungen nach der Umsetzung einer pflegerischen Interessenvertretung (bspw. Pflegekammer).</p>
PersonalBemes	<p>Aussagen, die Lehren bzgl. der Vorhaltung von Personal, Entlastungsmöglichkeiten und Umgang mit Personalengpässen beinhalten. Auch miteingeschlossen sind in diesem Zusammenhang formulierte Aussagen, die konkret ausreichend Personal für mehr Entlastungs- und Erholungszeiten fordern.</p> <p>Ebenfalls berücksichtigt werden unspezifische Forderungen nach „mehr Personal“ und Aussagen, die eine Verschlimmerung des Pflegenotstands durch das fehlende Personal als eine zentrale Erkenntnis aus der Covid-19-Pandemie kennzeichnen.</p>
PlanKrisen	<p>Aussagen, die eine (langfristige) Entwicklung und Aufstellung von Präventivmaßnahmen und Krisenplänen, sowie ein effektives Krisenmanagement im Umgang mit Pandemien allgemein oder mit der Covid-19 Situation als Forderung/Hinweis beinhalten.</p> <p>Auch mit eingeschlossen sind Aussagen in Bezug auf die bauliche Berücksichtigung von solchen Ausnahmesituationen (bspw. durch die Einplanung von Einzelzimmern/Isolationszimmern und Schleusen).</p>
RegelCov	<p>Aussagen in Verbindung mit der Umsetzung und Kommunikation der getroffenen Regelungen und Vorgaben (bspw. schnellere, unbürokratischere Handlungsmöglichkeiten für Pflegeeinrichtungen, Forderung nach mehr Eigenverantwortlichkeit der Einrichtungen bei der Umsetzung von Maßnahmen, bessere Kommunikation zwischen den einzelnen Institutionen und Behörden im Gesundheitswesen, bundeslandübergreifende Einheitlichkeit von Regelungen, Treffen von</p>

	<p>praxisnäheren Entscheidungen, vor allem auch frühzeitige Informierung bei Änderungen).</p> <p>Vereinzelt auch in dem Zusammenhang Forderungen nach mehr evidenzbasierten Entscheidungen.</p>
Sonstige	<p>Vereinzelte Nennungen oder nicht weiter konkretisierte Aussagen zu bspw. folgenden Themen: Datenerfassung; Qualität der und Umgang mit Leiharbeitskräfte(n); Applaus während der Pandemie ohne weiteren Kontext; Gefühl, allein gelassen zu werden; Mitsprachrecht der Bewohner*innen beachten; unspezifische Kritik an politischen Entscheidungen, sondern nur Äußerung von Unmut diesbezüglich; Unmut bzgl. Aufsichtsbehörden; individuell auf die Person/Einrichtung bezogene Problematiken ohne weitere Verbreitung innerhalb des Gesamtkollektivs.</p> <p>Außerdem sind Aussagen eingeschlossen, die beinhalteten, dass keine Lehren aus der Pandemie gezogen wurden sowie weitere unspezifische Aussagen zur Gesamtsituation, wie „es kann schlimmer kommen“, „Gemeinsam geht es besser“.</p>
VerfuegbSchutza	<p>Aussagen, die eine schnelle Verfügbarkeit von Schutzausrüstung und Medikamenten fordern (bspw. durch eine Produktion dieser in Deutschland/in Europa, ausreichende Lager der Einrichtungen, strategische (Vor-)Planung).</p>
VerguetPraem	<p>Aussagen, die Anmerkungen bzgl. der Vergütung (meist als zu niedrig/nicht angemessen kritisiert oder als Strategie zur Personalgewinnung erwähnt) und der Coronaprämie (meist als nicht gerecht in der Verteilung und bzgl. der hohen Wartezeiten kritisiert) beinhalten.</p>
WahrnPfleg	<p>Aussagen bzgl. der (veränderten) Wahrnehmung von beruflich Pflegenden und der Wahrnehmung des Stellenwertes der Pflege in der Öffentlichkeit/Gesellschaft (bspw. Kritik ggü. Klatschen, fehlende Lobby der Pflege bzw. Wunsch nach einer gemeinsamen Interessenvertretung der Pflege, Erkennen der Wichtigkeit der Pflege („Pflege kann nicht jeder“) etc.)</p> <p>Eingeschlossen sind ebenfalls zahlreiche Aussagen dazu, dass von der Politik und der Gesellschaft wenig Wertschätzung für die Arbeit der Pflege wahrgenommen wird. Vereinzelte Aussagen, die den Wunsch nach einem verpflichtenden sozialen Jahr für alle beinhalten.</p>

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

8.13.2 Übertragbare Maßnahmen für den Normalbetrieb

In Verbindung mit der Frage nach den Erfahrungen der beruflich Pflegenden mit Maßnahmen während der Covid-19-Pandemie, welche die Arbeitsbedingungen auch im „Normalbetrieb“ verbessern könnten, wurden 1.191 verwertbare Freitexte identifiziert. Aus diesen Freitexten konnten 1.362 Aussagen insgesamt 22 thematischen Kategorien zugeordnet werden (Abbildung 235, Tabelle 120).

Knapp ein Viertel der Aussagen besagt, dass keine positiven Maßnahmen aus der Covid-19 Pandemie gewonnen werden konnten, die auf den Normalbetrieb übertragen werden könnten. Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass nicht ausschließlich Maßnahmen beschrieben wurden, sondern ebenfalls Hinweise darüber gegeben wurden, was Maßnahmen beinhalten sollten, damit diese sich positiv im Normalbetrieb auf die Arbeitsbedingungen auswirken. Außerdem wurde auch Kritik an bestehenden Arbeitsbedingungen in die Analyse miteingeschlossen, sofern diese Schlüsse auf mögliche sinnvolle Maßnahmen zuließen. Vor diesem Hintergrund war wiederum eines der zentralen Themen die Einplanung von mehr Personal bzw. die Anpassung der zu erbringenden Leistungen an die Personalmenge durch bspw. ein Verschieben von elektiven Operationen oder die Nichtbelegung Betten (Kategorien: Personalbemess, tlw. auch PlanKrisen).

„Leistungsanpassung auf Basis des verfügbaren Personals, um Überlastung zu vermeiden.“

„Bei Coronainfektionen waren mehr Pflegekräfte pro Schicht im Einsatz. Sollte immer so sein, da man endlich Mal Zeit hätte für die Bewohner.“

Weiterhin wurde häufig eine feste Regelung der Besuchszeiten/Anwesenheitszeiten von Angehörigen als Maßnahme genannt, die nach der Pandemie beibehalten werden sollte, um Störungen der Pflegeabläufe durch Kommunikation mit Angehörigen zu minimieren und den Pflegebedürftigen mehr Zeit zur Erholung zu ermöglichen (Kategorie: Besuch).

„[angepasste] Besuchszeiten von Angehörigen haben sich positiv auf den Ablauf ausgewirkt; es gab weniger Unterbrechungen der Arbeit durch Gespräche.“

„Es wäre zu überlegen die Besuchszeiten generell einzuschränken, damit die Pflegenden sich um ihre Patienten kümmern können und nicht, wie auch bei uns auf der Intensivstation, zu viel Zeit mit der Bespaßung der Angehörigen (ständiges Nachfragen von zehn verschiedenen Angehörigen telefonisch oder persönlich) verschwendet wird. Wo viele Angehörige helfen könnten, beenden sie von selbst schnellstmöglich den Besuch, z. B. direkt vor dem Anreichen des Abendessens.“

Häufig positiv bewertet wurde außerdem die interprofessionelle Zusammenarbeit und Unterstützung team- und abteilungsübergreifend, sowie auch einrichtungsübergreifend. Vor allem der Zusammenhalt untereinander wurde als gewinnbringend für die Atmosphäre, die Bewältigung der Pflegeaufgaben und als Möglichkeit voneinander zu lernen und zu profitieren, wahrgenommen. Zudem wurden weniger Konflikte von einigen Befragten diesbezüglich festgestellt (Kategorie Zusammen, tlw. auch Arbeitsteil).

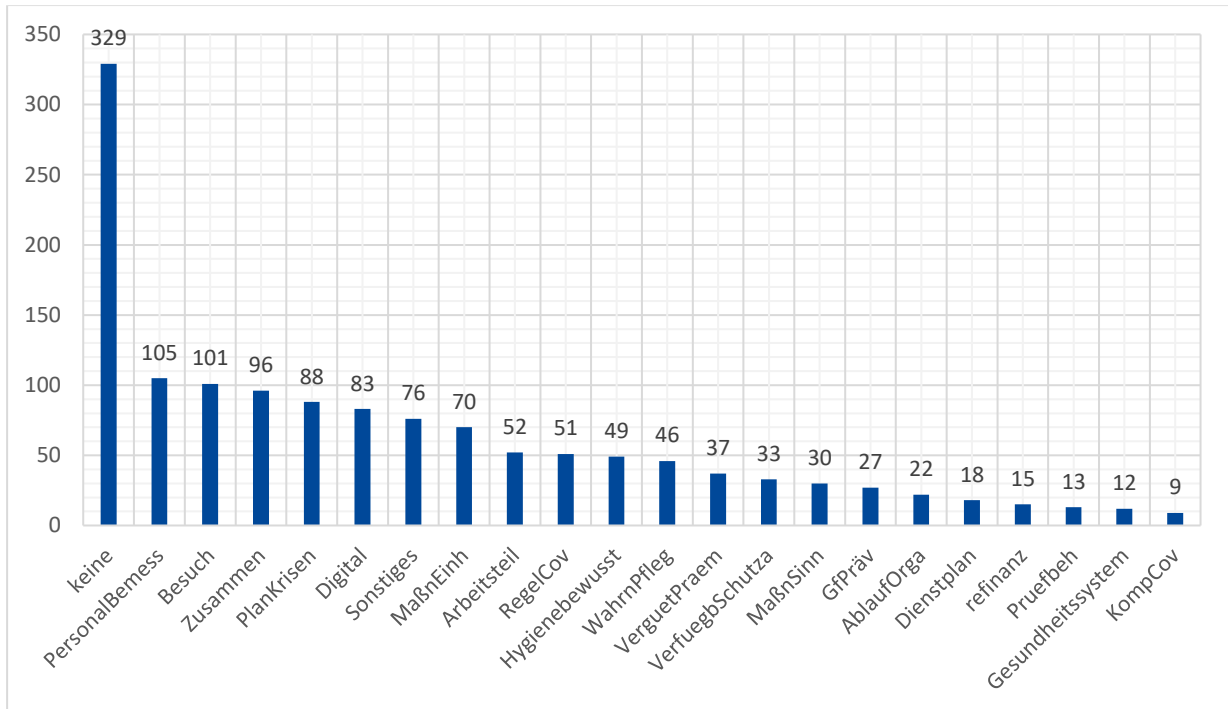
„Das ‚Aushelfen‘ auf anderen Stationen könnte im Rahmen von Hospitationen (nicht nur bei Personalausfällen als Ersatzhilfskraft) zu mehr Verständnis füreinander und einen besseren Zusammenhalt innerhalb derselben Berufsgruppe führen, wenn gute Einarbeitung/Begleitung stattfindet.“

„Gemeinsam (berufsgruppen-, hierarchie-, bereichs-, sektorenübergreifend) das gleiche Ziel verfolgen kann gelingen und kann sogar besser gelingen. Im Normalbetrieb sollte man daher nicht direkt wieder in die Muster der Bereiche und

Berufsgruppen zurückfallen und gegeneinander arbeiten - miteinander für das gleiche gelingt besser.“

Weitere Themenfelder, in denen potenzielle Maßnahmen für den Normalbetrieb zu identifizieren sind, betreffen die Entwicklung und stringente Umsetzung von Maßnahmen im Rahmen des Krisenmanagements, wie bspw. bereits die Beachtung von möglichen Notfallsituationen bei der baulichen Planung (z. B. Einplanung von ausreichend Einzelzimmern bzw. Zimmer mit Schleusen) oder die Reduktion von elektiven Aufnahmen bei Personalengpässen (Kategorie: PlanKrisen). Auch auf die Beibehaltung und/oder Weiterentwicklung digitaler Prozesse (Kategorie: Digital), die Beibehaltung verschiedener Hygiene-Maßnahmen oder Maßnahmen des Infektionsschutzes (bspw. Masken tragen, Testungen, Händedesinfektion) (Kategorien: MaßnEinh, Hygienebewusst) oder die Beibehaltung der gestiegenen positiven öffentlichen Wahrnehmung des Pflegeberufs während der Pandemie, sowie auch verschiedene arbeitgeberseitige Maßnahmen zur Wertschätzung der Arbeit der Mitarbeitenden (bspw. häufigeres Lob, kostenfreie Verpflegung für Pflegende) wurde hingewiesen. Einige Aussagen der Befragten lassen außerdem auf die Eigenwahrnehmung in Verbindung mit einem Berufsstolz für die während der Pandemie erbrachten Leistungen schließen (bspw. *„Pflege schafft immer, egal was kommt, Pflegepersonen geben alles, um Patienten optimal zu versorgen.“*) (Kategorie: WahrnPfleg). Weiteres Verbesserungspotenzial wird hinsichtlich der Vergütung und der Auszahlung von Prämien erwähnt. Vor allem die Notwendigkeit einer Gefahrenzulage wird in den extrahierten Aussagen häufiger behandelt. Von einzelnen Befragten werden die, während der Covid-19-Pandemie geschaffenen steuerlichen Vorteile für Pflegende positiv bewertet (Kategorie: VerguetPraem). Betriebsseitig wird der Pflege-Rettungsschirm und die damit verbundene Refinanzierung von zusätzlichem Personal als hilfreich hervorgehoben (Kategorie: Refinanz). Neben Aussagen, die Überschneidungen mit den äquivalenten Kategorien in Verbindung mit der Frage nach den Lehren aus der Covid-19-Pandemie aufweisen (MaßnSinn, GfPräv, Gesundheitssystem, KompCov) und an dieser Stelle nicht noch einmal genauer erläutert werden (Tabelle 120, Codeplan), konnten noch Maßnahmen berücksichtigt werden, die die Ablauforganisation (Kategorie: AblaufOrga), die Dienstplangestaltung (Kategorie: Dienstplan) oder die Zusammenarbeit mit Prüfbehörden wie dem Medizinischen Dienst betreffen. Maßnahmen, die im Rahmen der Ablauforganisation hervorgehoben wurden, sind bspw. eine Anpassung der Abläufe nach den Bedürfnissen der zu pflegenden Personen oder die Entzerrung der Abläufe. Bei der Dienstplangestaltung waren vor allem Maßnahmen zur Flexibilisierung im Sinne der Mitarbeitenden sowie eine Orientierung an den Bedürfnissen der Pflegenden relevant. Abschließend bewerteten wenige Befragte die Reduktion von externen Prüfungen durch Aufsichtsbehörden und dadurch entstandenen einen pragmatischeren Austausch mit dem Medizinischen Dienst verbunden mit weniger bürokratischem Aufwand als positiv und als entlastend.

Abbildung 235: Maßnahmen der Covid-19-Pandemie – Verteilung der Themen aus den Freitextantworten



Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

Tabelle 120: Codeplan Maßnahmen Covid-19-Pandemie

Welche Erfahrungen haben Sie mit Maßnahmen während der Pandemie gemacht, die die Arbeitsbedingungen auch im „Normalbetrieb“ verbessern könnten? (Freitext)	
Code	Definition
AblaufOrga	Aussagen, die umgesetzt wurden oder wünschenswert gewesen wären -hinsichtlich einer Verbesserung der Ablauforganisation, -hinsichtlich einer durch die Pandemie bedingte Umsetzung klarerer Strukturen und Regelungen und -hinsichtlich der Entwicklung von Routinen (bspw. veränderte Abläufe bei der Pflege, wie z. B. entzerrte Essenszeiten für Bewohner*innen, personenzentrierte Planung der Abläufe). Auch Aussagen, die eine größere Flexibilisierung der Abläufe fordern.
Arbeitsteil	Aussagen, die die Umsetzung einer effizienteren Arbeitsteilung und Zusammenarbeit während der Pandemie hervorheben (bspw. durch eine qualifikationsgerechte Aufgabenaufteilung). Weiterhin Aussagen der Einstellung von zusätzlichem Assistenzpersonal für fachfremde Tätigkeiten (bspw. Durchführung der Corona-Tests, Kontrolle des Impfstatus bei Besuchenden) und der Umsetzung von Kleingruppen-Teams, Aufteilung in sicheres Frei und auf Abruf-Teams sowie die Arbeitsaufteilung in Zusammenarbeit mit anderen Fachabteilungen.
Besuch	Vgl. Lehren – v. a. Aussagen, die das Thema geregelte Besuchszeiten/Anwesenheitszeiten für Angehörige (auch in Notaufnahme, in Behandlungsräumen) als positive beizubehaltende Maßnahme betreffen.
Dienstplan	Aussagen, die eine Anpassung der Arbeitszeiten und der Dienstplanung während der Pandemie (verbunden mit bspw. der Flexibilisierung der Arbeitszeiten, Berücksichtigung von Wünschen bei der Dienstplanung oder der Implementierung von Bereitschafts- und/oder Springerdiensten) beinhalten, oder eine weitere Fokussierung auf neue Arbeitszeitmodelle in dem Zusammenhang aufgreifen.
Digital	Vgl. Lehren – v. a. Aussagen, die die Digitalisierung von Prozessen in der Pflege/bei der Ablauforganisation, ortsungebundene Besprechungen sowie Aus-, Fort und Weiterbildungen oder die Ermöglichung von Homeoffice betreffen
Gesundheitssystem	Vgl. Lehren – v. a. Aussagen, aus denen eine weitere Förderung der Ambulantisierung der Versorgung als positive Maßnahme abgeleitet werden kann. Weiterhin Verweise auf die Notwendigkeit der Anpassung der Finanzierung im Gesundheitssystem hinsichtlich weniger Privatisierungs-tendenzen und Ökonomisierung im Gesundheitswesen.
GFPpräV	Vgl. Lehren – konkrete Maßnahmen, die in diesem Zusammenhang aufkamen, waren bspw. regelhafte Pausenablösungen oder psychologische Unterstützung: Andersherum wurde auch weiterhin das Fehlen ebensolcher Maßnahmen oder ähnlicher Maßnahmen häufig angemerkt. Zudem wurden Aussagen miteinbezogen, die darauf verwiesen, dass durch die Pandemie eine höhere Achtsamkeit für die eigene Gesundheit entstanden sei und durch die strikten (Quarantäne-) Regelungen auch die Möglichkeit gegeben war, Krankheiten wirklich auszukurieren.

Hygienebewusst	Aussagen, die das gestiegene Hygienebewusstsein und den sensiblen Umgang damit als positive beizubehaltende Entwicklung einstufen.
Keine	Aussagen, die beinhalten, dass keine Maßnahmen bekannt sind, die übernommen werden könnten oder als sinnvoll erachtet werden. In Abgrenzung zur Kategorie MaßnSinn werden hier vermehrt unspezifische Aussagen getätigt, die nur darauf hinweisen oder darauf schließen lassen, dass keine Maßnahme weiterhin relevant sein wird, nicht aber eine konkrete Forderung bspw. zur Abschaffung/Abänderung bestimmter Maßnahmen.
KompCov	Vgl. Lehren – Aussagen, die sich vor allem auf die Bereitstellung von genügend Informationen und Erhöhung des Verständnisses zu Maßnahmen im Rahmen der Pandemie für die Bevölkerung (betreffend das Gesundheitsverhalten und v. a. bezugnehmend auf das Verhalten von Angehörigen) beziehen.
MaßnEinh	Vgl. Lehren – Maßnahmen, die auf die Sinnhaftigkeit und Weiterführung der Schutzmaßnahmen (Masken tragen, Testen, Händedesinfektion etc.) hinweisen, wenn erhöhte Infektionsgefahr auch in Bezug auf andere Viruserkrankungen besteht (bspw. im Winter) – sowohl für Pflegekräfte, aber auch für Angehörige und Besuchende. Auch miteingeschlossen: Positive Äußerungen bzgl. der Einhaltung/Umsetzung einer Impfpflicht.
MaßnSinn	Vgl. Lehren – v. a. wird hier die Sinnhaftigkeit verschiedener Maßnahmen (bspw. Schutzausrüstung tragen) infrage gestellt. In Abgrenzung zur Kategorie „Keine“ werden hier konkrete Maßnahmen hinterfragt und bspw. eine Abschaffung dieser und eine Rückkehr zur „Normalität“ als spezifische Intervention gefordert. Miteingeschlossen sind ebenfalls negative Äußerungen bzgl. der Impfpflicht. Teilweise angesprochen wird in dem Zusammenhang die Konsultation eines Ethikrates bei der Entscheidung für die Sinnhaftigkeit von bestimmten Maßnahmen.
PersonalBemess	Vgl. Lehren – v. a. der Wunsch nach mehr Personal und Berücksichtigung bei der Personalplanung von Zeiten, um Schutzausrüstung anzulegen. Weiterhin Zufriedenheit damit, dass tlw. mehr Personal geplant wurde (bzw. Erwähnungen, dass kleinere Patientengruppen pro Pflegekraft die Arbeit bspw. übersichtlicher gestalten).
PlanKrisen	Vgl. Lehren – v.a. Aussagen, die konkrete Erfahrungen in Bezug auf die Umsetzung von adäquatem Krisenmanagement hervorheben (bspw. die Reduktion von OP-Kapazitäten (Absagen, Verschieben elektiver OPs), Freihaltepauschalen, Aufnahmestopps bzw. geringere Bettenbelegung bei Fachkräftemangel, Vermeidung von Übertherapien, wie bspw. „unnötige Ops“, welche positiv bewertet wurden und für ähnliche Situationen in Betracht gezogen werden). Auch werden Hinweise auf die Beteiligung pflegerischer Expertisen bei der Erstellung eines Krisenplans und einer Ausbildung der Führungskräfte für den Notfall als wichtige Maßnahmen erwähnt.
Pruefbeh	Aussagen, die die Reduktion von externen Prüfungen durch Aufsichtsbehörden oder der Verpflichtungen für den Medizinischen Dienst bzw. einen pragmatischeren Austausch mit diesem – verbunden mit weniger bürokratischem Aufwand – als positiv und als Entlastung beschreiben.

Refinanz	Aussagen, die die (vor allem auch unbürokratischere) Refinanzierung von Leistungen in Bezug auf die Bewältigung der Pandemie betreffen (bspw. Berücksichtigung von Ausfallzeiten in der Leistungsentgeltkalkulation, Anschaffung und Bereitstellung von Tests, höheres Budget für Personaleinstellungen) werden als beizubehaltende Maßnahme beschrieben. Außerdem werden ebenso Wünsche nach fester Refinanzierung von ausreichend Schutzausrüstung geäußert.
RegelCov	Aussagen in Verbindung mit der Umsetzung und Kommunikation der getroffenen Regelungen und Vorgaben (bspw. vor allem schnellere, unbürokratischere Handlungsmöglichkeiten für Pflegeeinrichtungen), Forderung nach mehr Eigenverantwortlichkeit der Einrichtungen bei der Umsetzung von Maßnahmen, bessere Kommunikation zwischen den einzelnen Institutionen und Behörden im Gesundheitswesen, bundeslandübergreifende Einheitlichkeit von Regelungen, Treffen von praxisnäheren Entscheidungen, vor allem auch frühzeitige Informierung bei Änderungen. Vereinzelt auch in dem Zusammenhang Forderungen nach mehr evidenzbasierten Entscheidungen. Vgl. Lehren – werden auch für den zukünftigen Umgang mit der Pandemie oder weiteren Pandemien eine klare Kommunikation der Regelungen und konsequenter Vertretung dieser (politisch und einrichtungsseitig) sowie eine allgemein höhere Verständlichkeit und Transparenz dieser gefordert. Außerdem verbesserte Schnittstellenkommunikation zwischen Ämtern und Praxisakteuren, sowie den Praxisakteuren unter sich (bspw. Praxen – Krankenhäuser) als sinnvolle Maßnahme.
VerfuegbSchutza	Vgl. Lehren – ausreichende Bevorratung von Schutzmaterialien etc.
VerguetPraem	Vgl. Lehren – Aussagen, die vor allem eine Erhöhung der Vergütung als Wertschätzungsmöglichkeit der Arbeit in der Pflege oder eine Umsetzung einer ständigen Gefahrenzulage beinhalten. Aber auch positive Bewertungen in Bezug auf die Entwicklung von Vergütung und Prämien während der Pandemie, auch bspw. steuerliche Vorteile oder Zuschläge werden zur Beibehaltung erwähnt.
WahrnPfleg	Vgl. Lehren – Aussagen betrafen hauptsächlich die Forderung nach besserer Wertschätzung und Anerkennung bzw. der Beibehaltung der gestiegenen Wahrnehmung des Pflegnotstands während der Pandemie. Es wurden weniger konkrete Maßnahmen erwähnt, wenn, dann wurden wertschätzende Maßnahmen (bspw. durch Lob, kostenfreies Essen, Softgetränke etc. von Vorgesetzten oder Einrichtungen) geäußert. Weiterhin wurde die Ermöglichung von Betreuung für Kinder während der Arbeitszeiten seitens des Arbeitgebers genannt.
Zusammen	Aussagen, die eine Beibehaltung bzw. einen Ausbau oder eine positive Bewertung von interdisziplinärer bzw. -professioneller Zusammenarbeit und Unterstützung sowie interdisziplinärem bzw. -professionellem Austausch und Kommunikation beinhalten – sowohl einrichtungsübergreifend als auch fachabteilungsübergreifend bzw. teamübergreifend. Miteingeschlossen sind ebenfalls Aussagen bzgl. eines verbesserten Zusammenhalts innerhalb der Teams und übergreifend, der sich positiv auf den Arbeitsalltag auswirkt. Auch wurden konkrete Maßnahmen genannt, um dies zu unterstützen (bspw. Veranstalten von

	Teamevents, Beachtung der Mitarbeiterbedürfnisse, Unterstützung und Kommunikation der Führungskräfte etc.) Auch miteingeschlossen: Aussagen, die selbstverantwortliches gemeinsames Handeln der unterschiedlichen Akteure zur Weiterentwicklung als sinnvoll erachten.
Sonstiges	Aussagen, die allgemeine, nicht näher spezifizierte Inhalte bzgl. vorhandener/nicht vorhandener Maßnahmen (bspw. „in meinem Arbeitsbereich verlief es vorbildlich“) beinhalten. Individuell personenbezogene Erfahrungen und Aussagen, die nur vereinzelte Überschneidungen aufweisen, wie bspw. Anmerkungen bzgl. des Dokumentationsaufwands und in Bezug auf den Umgang mit Gewalt gegenüber der Pflege und einem höheren Sicherheitsempfinden durch das im Rahmen der Pandemie angestellte Sicherheitspersonal Nicht weiter konkretisierte Aussagen, dass mehr Zeit vorhanden war (aber nicht welche Maßnahmen dazu geführt haben).

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

8.14 Sonstige Themen

Die Frage nach sonstigen Themen wurde von insgesamt 1.225 Befragten beantwortet und zu einem großen Teil dazu genutzt, spezifische Interessen, die im Fragebogen nicht genug vorgekommen seien, noch einmal klar zu formulieren. Dabei wird sehr häufig der Wunsch nach einer verbesserten Professionalisierung der Pflege deutlich und einer klaren Abgrenzung zu anderen Medizin- und Heilberufen. Ein Großteil nennt beispielsweise die Einsetzung einer (verpflichtenden) Pflegekammer oder anderen Berufsvertretung als zwingende Voraussetzung für eine Weiterentwicklung der Pflege als eigenständige und gleichberechtigte Profession. Ein geringer Anteil der Antwortenden lehnt eine Pflegekammer dahingegen strikt ab, fordert aber (trotzdem) eine Verbesserung der Berufsaussichten. Viele Antworten beschäftigen sich außerdem mit der Qualität der Ausbildung und kritisieren hier deutlich mangelnde Zeiten für Anleitungen und einen Bruch zwischen Theorie und Praxis, dazu wird die Anrechnung der Auszubildenden auf den Stellenschlüssel als falscher Weg benannt, da so Anleitungszeiten zusätzlich erschwert würden. Ein weiteres Thema, das häufig benannt wird, ist der Einsatz und die Integration internationaler Pflege(fach)personen. Hier wird der Bedarf an strukturierter Integration und die Notwendigkeit guter Sprachkenntnisse für die Arbeit am Menschen benannt. Insgesamt spricht aus den Antworten eine große Unzufriedenheit mit der aktuellen Situation der Pflege und viele Antwortende sehen allein in der Neustrukturierung des gesamten Pflegesystems und einem deutlichen Bezug zur Profession eine Möglichkeit, die Pflege langfristig aufzuwerten, Missständen zu begegnen und die Attraktivität als Beruf zu erhöhen. Dabei wird sowohl den Angehörigen der Pflegeberufe selbst als auch besonders Vertreter*innen der Politik und Verantwortlichen in Leitungsebenen eine Verantwortung für die aktuelle Situation und die Zukunft der Branche zugeschrieben.

Zusammenfassend wird ein Wunsch nach mehr gesellschaftlicher Wertschätzung durch verschiedene Elemente wie Vergütung, Arbeitszeiten, Renteneintrittsalter und eine öffentlichkeitswirksame positive Darstellung des Berufsbilds deutlich.

9 Zusammenfassung und Gesamtfazit

Im Rahmen der Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP) wurde gemeinsam mit den in der Pflege beteiligten Akteuren im Juni 2019 Maßnahmen vereinbart, um mehr beruflich Pflegende zu gewinnen, sie zu stärken und zu entlasten und die Ausbildung und Arbeitsbedingungen attraktiver zu gestalten. Im Zuge dessen hat das Bundesministerium für Gesundheit die Studie **Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege und Ermittlung sowie modellhafte Implementierung von Indikatoren für gute Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege** beauftragt. Ziel der Studie war es, die Datengrundlagen zur Situation von beruflich Pflegenden zu verbessern und Maßnahmen zu identifizieren, die die Maßnahmen der KAP entweder bestätigen oder über diese hinausgehen bzw. mit denen die formulierten Ziele der Aktion vorangetrieben werden können. Los 1 der Studie umfasste dabei eine **Analyse, Befragungen und Maßnahmenempfehlungen zum Pflegearbeitsplatz der Zukunft**. Die Untersuchung beinhaltet eine umfassende systematische Analyse der bereits vorhandenen Literatur, eine Auswertung statistischer Daten sowie die Erhebung von Primärdaten in Form von qualitativen Interviews und einer quantitativen Erhebung unter beruflich Pflegenden in Deutschland. Die bereinigte, nicht repräsentative Stichprobe umfasst dabei Angaben von 5.514 Befragten, und sie ist damit eine der umfangreichsten Befragungen der letzten 10 Jahre bezogen auf Inhalte und Stichprobengröße. Sie bietet in besonderer thematischer Breite und Tiefe Einblicke in die Erfahrungen und Einschätzungen beruflich Pflegenden in Deutschland. Die Ergebnisse dieser knapp dreijährigen Forschung sind in diesem Bericht zusammengefasst.

Die folgende Zusammenfassung der Ergebnisse beleuchtet zunächst Beweggründe für die Wahl des Pflegeberufs. Die weiteren Ausführungen gelten der Frage, wie Arbeit für beruflich Pflegende attraktiv gestaltet werden kann. Ein attraktiver Pflegearbeitsplatz der Zukunft wird als Voraussetzung dafür verstanden, dass sich zukünftig viele Menschen für den Pflegeberuf entscheiden und beruflich Pflegende gesund, zufrieden am Arbeitsplatz und damit langfristig ihren Beruf ausüben.

Bei diesen Themen wird jeweils auch die Frage gestellt, welche Akteur*innen in welcher Form zur Verbesserung beitragen können. Was können die Unternehmen und ihre Verbände tun, um attraktive Arbeitsplätze bereitzustellen? Die Unternehmen tragen die Hauptverantwortung für die Arbeitsplatzgestaltung. Dabei sind sie jedoch an unterschiedlichste Vorgaben gebunden und nicht völlig frei in ihren Gestaltungsmöglichkeiten. Schließlich ist Pflege auch von gesamtgesellschaftlichem Interesse. Daher wird auch die Frage gestellt: Was kann Politik auf den verschiedenen Ebenen der Landkreise und Kommunen, der Bundesländer und auf nationaler Ebene zu einem attraktiven Arbeitsplatz Pflege beitragen? Wie kann die Gesellschaft unterstützen und schließlich auch, wo können beruflich Pflegende selbst wirksam werden und ihren Arbeitsplatz in ihrem Sinne mitgestalten?

Die Studie wurde vor Ausbruch der Covid-19-Pandemie in Auftrag gegeben und damit während einer Phase extremer Belastung für beruflich Pflegende durchgeführt. Vor diesem Hintergrund sind auch die Ergebnisse aus den Analysen und Befragungen zu interpretieren. Gleichzeitig hat der Fachkräftemangel in der Pflege sein bisher höchstes Niveau erreicht. Aufgrund dieser Dynamik wurden in einzelnen Bereichen erarbeitete Ergebnisse, die Eingang in die Maßnahmenempfehlungen gefunden haben, bereits durch die Akteure der KAP oder auch andere Akteure initiiert oder umgesetzt. Auf diesen Sachverhalt wurde an entsprechenden Stellen hingewiesen. Dabei bestätigen die Erkenntnisse aus der Studie, insbesondere auch der durchgeführten umfangreichen Befragung, die in der KAP vereinbarten Themenschwerpunkte und Vereinbarungen und beleuchten darüber hinaus Aspekte, die hierzu in der Zukunft vertiefend betrachtet und umgesetzt werden können. Nicht berücksichtigt, aber

für die Branche von hoher Relevanz, sind die weiteren Auswirkungen der Covid-19-Pandemie, aber auch die Energiekrise und Inflation, die die Einrichtungen vor große wirtschaftliche Herausforderungen stellen. Sollen diese in Zukunft gute Arbeitsplatzbedingungen in der Pflege gestalten, müssen die seit Beginn dieser Studie entstandenen, neuen Gegebenheiten berücksichtigt werden.

Menschen finden über Berührungspunkte mit der Pflege ihren Weg in den Pflegeberuf, und immer mehr Menschen beginnen eine Ausbildung in der Pflege

Am Beginn einer Pflegekarriere stehen häufig Praktika, Zivildienst (früher) oder ein Freiwilliges Soziales Jahr, Berufsorientierungsprogramme an Schulen oder Maßnahmen der Agentur für Arbeit. Aber auch eigene Betroffenheit, bspw. als Patient*in im Krankenhaus oder als Angehöriger, stehen häufig am Anfang der Pflegeberufswahl. Teilweise wird auch ein Interesse an medizinischen Themen als leitend für die Berufsentscheidung benannt.

Die Tätigkeit am und mit Menschen ist für viele beruflich Pflegende ausschlaggebend für die Berufswahl und die persönliche „Berufung“. Aber auch die Arbeitsplatzsicherheit wird als attraktiv bewertet. Viele Menschen und auch Quereinsteiger*innen bspw. aus Dienstleistungsberufen sowie Menschen mit Zuwanderungsgeschichte können sich mit einem Pflegeberuf ökonomisch besserstellen. Die Ausbildung zur Pflegehilfskraft bietet einen niedrigschwelligen und attraktiven Einstieg in den Pflegeberuf. Diese Faktoren gilt es bei der Anwerbung hervorzuheben.

Die gezielte Ansprache unterschiedlicher Personengruppen im lokalen Umfeld hat neben der Ausbildung eigener beruflich Pflegender laut Aussage der befragten Führungskräfte das größte Potenzial für Neueinstellungen. **Unternehmen** sollten daher möglichst viele Berührungspunkte mit potenziellen Beschäftigten gestalten und zur aktiven Rekrutierung nutzen. Das schließt auch die Vernetzung mit allgemeinbildenden Schulen und Jobcenter bzw. Agenturen für Arbeit ein.

Viele Menschen finden über Angebote der **Bundesagentur für Arbeit** in den Pflegeberuf, wie die biografischen Analysen zeigen. Gleichzeitig berichten die Führungskräfte in den Interviews, dass die über diese Angebote vermittelten Kandidat*innen nicht immer den Anforderungen des Pflegeberufs entsprechen. Die einzelnen Maßnahmen der Agentur für Arbeit sollten daher auf ihre Wirkung und Effizienz überprüft und entsprechend ausgeweitet bzw. angepasst werden.

Bei der Anwerbung internationaler beruflich Pflegender berichten die interviewten Führungskräfte weiterhin von Schwierigkeiten bei den Anerkennungsverfahren. Die durch das Fachkräfteeinwanderungsgesetz angepassten Rahmenbedingungen für die Gewinnung von Fachkräften aus Drittstaaten werden mittlerweile zwar verstärkt genutzt, dennoch sollte hier die Politik auf allen Ebenen für weitere Erleichterungen für die Betriebe sorgen.

Auf nationaler wie auf lokaler Ebene können die Bemühungen der Betriebe durch öffentlichkeitswirksame Kampagnen begleitet werden, die ein realistisches und spannendes Bild der Pflegeprofession vermitteln. Hier können **Lokal-, Landes- und Bundespolitik** aber auch die **Wohlfahrts- und Unternehmensverbände** aktiv unterstützen. Vor dem Hintergrund, weitere Berührungspunkte mit der Pflege herzustellen, sollte auch die Diskussion um ein verpflichtendes Soziales Jahr bereichert werden. Und nicht zuletzt die **Bürgerinnen und Bürger** und die Gruppe der **beruflich Pflegenden** selbst können durch eine entsprechende Kommunikation und gute Mund-zu-Mund-Propaganda die Attraktivität des Berufes und Anstellungsmöglichkeiten bewerben.

Bereits erfolgreich umgesetzt und mit dem Ziel, mehr (junge) Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen, wird bspw. die Einführungsphase der neuen Pflegeausbildung durch die "Ausbildungsoffensive Pflege" (2019 - 2023) unterstützt. Der Start der neuen Ausbildungen wurde ebenfalls durch die Pflegekampagne „Mach Karriere als Mensch!“ begleitet. Auch hat der Bund die Länder bei der Einführungsphase der neuen Pflegeausbildung mit einem Förderprogramm unterstützt.

Im Ergebnis der letzten Jahre zeigt sich, dass immer mehr Menschen eine Pflegeausbildung beginnen. Weiterhin zeigen die jüngsten Ergebnisse dieser Studie, dass die hohe Abbruchneigung nach der Ausbildung, die in der Vergangenheit immer aufgezeigt wurde, sich in jüngster Zeit deutlich abzuschwächen scheint.

Die Flexibilisierung der Arbeit im Sinne der beruflich Pflegenden hat das größte Potenzial, sie zu binden

Eine bessere Vereinbarkeit von Familie, Privatleben und Beruf sowie die eigene Entlastung sind der Hauptgrund für Pflegekräfte

- in die Zeit- und Leiharbeit zu gehen,
- eine Teilzeit- statt einer Vollzeitbeschäftigung auszuüben,
- das Pflegesetting oder den Arbeitgeber zu wechseln oder
- den Pflegeberuf ganz zu verlassen.

Darauf weisen sowohl die geführten Interviews als auch die biografischen Analysen hin. Gleichzeitig sind die hohe körperliche und psychische Belastung sowie eine erschwerte Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf die Hauptfaktoren, die vielen Menschen den Pflegeberuf unattraktiv erscheinen lassen.

Flexibilisierung der Arbeit im Sinne der beruflich Pflegenden bedeutet, in der Dienstplanung auf deren Wünsche einzugehen, Ausfallkonzepte vorzuhalten und bei Bedarf die zu erbringenden Leistungen den Möglichkeiten der beruflich Pflegenden anzupassen. Hier sind die **Unternehmen** gefordert, ihren Beschäftigten eine möglichst große Flexibilität anzubieten. Das beinhaltet auch aktuell häufig vermisste Kompetenzen der Führungskräfte aufzubauen, mit komplexen Planungssituationen umzugehen und diese im Team entsprechend kommunikativ zu gestalten. Die Partner der KAP machen durch Gute-Praxis-Beispiele bereits deutlich, wie bessere Arbeitsbedingungen in der verbandlichen, vertraglichen und betrieblichen Praxis umgesetzt werden können.

Die **Unternehmen** benötigen für die Umsetzung geeignete **Rahmenbedingungen der Landespolitik und der Pflege- und Krankenkassen**. So ist sicherzustellen, dass die für den Auf- und Ausbau von Ausfallkonzepten notwendigen Elemente wie Poollösungen, Bereitschaftsdienste und Überplanung der Dienste sowie eine an die jeweilige Personalsituation angepasste Leistungssteuerung gefördert und refinanziert wird.

Die **generalistische Pflegeausbildung** bietet die Chance, verschiedene Pflegesettings und Arbeitgeber zu erleben und somit beruflich Pflegenden zu befähigen, bessere Arbeitsbedingungen innerhalb der Pflege zu finden. Daneben steht die Befürchtung, dass Fachpersonen anderer Pflegeberufe in die Gesundheits- und Krankenpflege gelenkt werden, da dort die besseren Arbeitsbedingungen vermutet werden. Diese Lenkungswirkungen und ihre unterschiedlichen Auswirkungen auf die Alten- und Krankenpflege sollten daher nach Etablierung der Generalistik überprüft werden.

Digitalisierung wird größtenteils als Chance verstanden

Digitalisierung wird in der untersuchten Literatur sowie von den befragten beruflich Pflegenden größtenteils als Chance verstanden. Beruflich Pflegende bewerten in diesem Zusammenhang vor allem die Zeitersparnis durch den Wegfall von bürokratischen und repetitiven Aufgaben und die Verbesserung der Pflegequalität positiv. Die bessere Verfügbarkeit und Qualität von Informationen sowie die Erleichterung und Automatisierung der Datenerfassung wird dabei besonders hervorgehoben. Außerdem ermöglicht die Digitalisierung die zeitliche Entkopplung von Kommunikation und Fortbildung, was den Arbeitsalltag im Sinne der Pflegenden flexibilisiert. Dort, wo neue Technologien eingeführt wurden, werden sie überwiegend als sinnvoll erachtet.

Allerdings zeigen sich deutliche Unterschiede im Stand der Digitalisierung zwischen den Einrichtungen sowie eine unterschiedliche Verbreitung von Kompetenzen und Schulungsanforderungen unter den beruflich Pflegenden.

Bei der Umsetzung der Digitalisierung werden große Optimierungspotentiale innerhalb der Einrichtungen wahrgenommen, sowohl bei Hardware und Software, als auch beim Schulungs- und Sensibilisierungsbedarf der Mitarbeitenden. Beruflich Pflegende wünschen sich Systeme, die auf ihre Bedarfe abgestimmt sind, und wollen bei der Entwicklung, Auswahl und Implementierung einbezogen werden. Außerdem besteht der Wunsch, Digitalisierung insgesamt und neuen Pflegetechnologien im speziellen einen höheren Stellenwert in der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu geben. Nicht zuletzt gilt es, den Einsatz und Umgang mit den Technologien gemeinsam mit den Beschäftigten zu besprechen und auszuhandeln: Denn digitale Unterstützungen können einerseits Sicherheit geben, andererseits auch als überwachend wahrgenommen werden.

Aus den durchgeführten Befragungen wird jedoch auch deutlich, dass sich die beruflich Pflegenden bei vielen Technologien noch keine Meinung gebildet haben oder besser, bilden konnten. Darin begründet sich auch der Wunsch, Technologien ausprobieren und über deren Implementierung mitentscheiden zu können. Die Möglichkeit, austesten zu können, wird vielfach auch als Ausübung der eigenen Profession empfunden, stärkt also das berufliche Selbstbild.

Unternehmen sind gefragt, sich flächendeckend an die Informationstechnik (IT) sowie die Telematikinfrastruktur (TI) anzuschließen, Innovationen bedarfs- und strategiegeleitet einzuführen und ihre Beschäftigten bei der Testung, Auswahl und Implementierung zu beteiligen. Besonderer Fokus sollte auf die Technologien gelegt werden, die den Pflegekräften die Arbeit erleichtern und mitarbeiterorientierte Flexibilisierung ermöglichen. Betriebe sollten ihren Beschäftigten die ergebnisoffene Erprobung von Technologien ermöglichen und den technologischen Wandel in ihren Fortbildungen fest verankern sowie für unterschiedliche Nutzungsgruppen bedarfsgerecht gestalten – aber auch anhalten, die Technologien zu nutzen.

Kostenträger und Gesetzgeber sollten Investitionen in digitale Technologien weiter und breiter fördern. Neben dem weiteren Ausbau der nötigen Infrastruktur als Basis für die Nutzung von Technologien wird es zukünftig vermehrt um die Implementierung solcher Technologien gehen.

Kostenträger und Gesetzgeber sollten anerkennen, dass die Beschäftigung mit und das Erlernen von neuen Technologien Zeit erfordert, die refinanziert werden muss und in der Personalbemessung zu

berücksichtigen ist⁵⁶. Außerdem erfordert der Betrieb der nötigen Infrastruktur zusätzliche Ressourcen und spezialisierte Fachkräfte, die auf Ausfälle und Veränderungsbedarfe reagieren können. Nicht zuletzt sind auch für den Fall des Ausfalls von Systemen und Technologien Resilienzen in Finanzierung und Personalbemessung zu schaffen.

Landesgesetzgeber und Bildungseinrichtungen sollten laufend die Inhalte von Aus- und Weiterbildung dem aktuellen Stand des sich dynamisch weiterentwickelnden Feldes der Digitalisierung in der Pflege anpassen und selbst digitale Elemente in der Lehre verankern, um Lernenden frühzeitig zeit- und ortsunabhängige Lerneinheiten zu ermöglichen. Neben der reinen Lehre sind auch hier Möglichkeiten der Erprobung zu schaffen und auszubauen. Ziel sollte es sein, die Lernenden mit einschlägigen, reflektiven fachlichen Kompetenzen im Bereich neuer Technologien, sozial-kommunikativen Kompetenzen sowie auch ethischen Aspekten in den Bereichen Künstlicher Intelligenz, Robotik, Datenschutz- und Sicherheit auszustatten.

Die KAP-Partner setzen bereits die gesetzlichen Regelungen (§ 8 Absatz 8 SGB XI⁵⁷ sowie § 125 SGB XI⁵⁸), die in dieser Legislaturperiode zur Digitalisierung auf den Weg gebracht wurden, kontinuierlich um, damit der Digitalisierungsgrad in den Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern weiter erhöht und Pflegekräfte dadurch entlastet werden.

Das komplexe Pflegeumfeld stellt neue Anforderungen an Leitungspersonen

Die aktuell erlebten hierarchischen Führungsstile passen laut der befragten beruflich Pflegenden nicht zu den heutigen Herausforderungen und den Wünschen nach einem partnerschaftlichen, unterstützenden Führungsstil, der eigene Handlungsspielräume ermöglicht. Im Status quo scheinen eher pflegefachliche Kriterien statt weicher Führungskompetenzen ausschlaggebend für die Besetzung von Leitungspositionen zu sein. Leitungskräfte werden eher verwaltend statt gestaltend wahrgenommen.

⁵⁶ Gegenstand des Modellprogramms zur Einführung und Weiterentwicklung des Personalbemessungsverfahrens in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 8 Abs. 3b SGB XI sind unter anderem die Entwicklung eines Konzepts für einen qualifikationsorientierten Personaleinsatz in der stationären Langzeitpflege und begleitende Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung sowie der Digitalisierung und des Technikeinsatzes. Weitere Informationen zu dem Modellprogramm online unter:

https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprogramm_8_abs_3b_sgb_xi/modellprogramm_8_abs_3b.jsp#:~:text=Dieses%20neue%20Personalbemessungsverfahren%20erm%C3%B6glicht%20es,Bewohnerinnen%20und%20Bewohner%20zu%20berechnen.

⁵⁷ **§ 8 Absatz 8 SGB XI:** „Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2023 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, die insbesondere das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege betreffen, zur Entlastung der Pflegekräfte zu fördern. Förderungsfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen. Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12 000 Euro möglich.“

⁵⁸ **§ 125 SGB XI:** Modellvorhaben zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur. „Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zusätzlich 10 Millionen Euro im Zeitraum von 2020 bis 2024 zur Verfügung gestellt. Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Maßnahmen in Abstimmung mit der Gesellschaft für Telematik und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu planen und durchzuführen sind.“

Betriebe sollten die geforderten Kompetenzen bei der Besetzung von Leitungspositionen beachten und neue Führungs- und Rollenmodelle in der Pflege gestalten. Dazu gehören selbstgesteuerte Pflorgeteams ohne hierarchische Leitung, aber mit definierten Rollen und Verantwortungsbereichen. Auch die Aufteilung von Leitungsaufgaben auf verschiedene Personen, bspw. fachliche Anleitung und Teamcoaching, sind von beruflich Pflegenden gewünschte und in der Literatur geforderte Konstellationen.

Diese zukunftsfähigen Führungsmodelle brauchen **gesetzliche Rahmenbedingungen**, damit sie umgesetzt werden können. Außerdem sind die **Landesgesetzgeber** gefordert, die Inhalte der gesetzlich geforderten Schulungen für Leitungskräfte zu überprüfen.

Neue Personalbemessungsverfahren haben das Potenzial, vielen Forderungen der beruflich Pflegenden zu begegnen

Im Rahmen eines Modellprojekts erfolgt seit Ende November 2022 die praktische Weiterentwicklung des von der Universität Bremen erarbeiteten neuen Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Ziel der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags gemäß § 8 Absatz 3b SGB XI ist es, vor dem Hintergrund des neuen Personalbemessungsinstruments einen bedarfsgerechten Personaleinsatz in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu erproben. Damit wird erstmals der konkrete Personaleinsatz je nach Qualifikation des Personals am individuellen Pflegebedarf der jeweiligen Heimbewohnenden ausgerichtet. Neue Personaleinsatzkonzepte sollen dabei die bestmögliche Kombination von Fachkräften und Assistenzkräften in Relation zu den Pflegegraden der Heimbewohnenden ermöglichen.

Die 2. Stufe des neuen Personalbemessungsverfahrens in der stationären Langzeitpflege wird ab 1. Juli 2023 wirksam.

Neue Verfahren der Personalbemessung können die von beruflich Pflegenden gewünschte Entlastungen schaffen und sollten zügig weiter umgesetzt werden. Der auch in den Interviews vielfach geforderte pflegebedarfsabhängige Personalschlüssel kann durch einen erhöhten Einsatz von Pflegehilfskräften mehr „tragende Schultern“ in die Einrichtungen bringen. Der geplante Qualifikationsmix ermöglicht differenziertere Rollenaufteilungen und Weiterbildungsmöglichkeiten für patientennahe Tätigkeiten und somit auch differenziertere Vergütungsstrukturen. Nicht zuletzt entstehen dadurch auch Einsatzfelder für studierte Pflegefachpersonen in der direkten Pflege. All diese Aspekte wurden vielfach in den Interviews gefordert.

Eine mögliche Zeitvergütung, wie sie in der ambulanten Pflege gesetzlich bereits möglich ist, kann Tätigkeiten von als stressig empfundener vorgegebener Taktung entkoppeln und einen größeren gewünschten Handlungsspielraum ermöglichen.

Die Ausweitung der Personaluntergrenzen in der Akutpflege sorgt nach Aussage der befragten beruflich Pflegenden kurzfristig für Entlastung auf den Stationen. Ein weiterer Schritt in Richtung Entlastung soll auch die pflegebedarfsgerechte Personalbemessung in der Akutpflege bringen, die derzeit durch das KHPfIEG umgesetzt wird und im Januar 2023 in die Erprobungsphase startet.

Körperliche Entlastungen bereitstellen, wo sie noch nicht ausreichend verfügbar sind

Körperlichen Belastungen kann durch den adäquaten Einsatz geeigneter Hilfsmittel begegnet werden. Während die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln in der stationären Pflege eher gut eingeschätzt wird, scheinen in der ambulanten Pflege und in der Akutpflege strukturelle Hindernisse zu bestehen.

Die beruflich Pflegenden der ambulanten Pflege sind von der Bereitschaft der versorgten Pflegebedürftigen sowie der Angehörigen abhängig, Hilfsmittel anzuschaffen. Eine zweite Hürde besteht aus Sicht der beruflich Pflegenden in dem von ihnen häufig als restriktiv wahrgenommenen Bewilligungsverfahren der Krankenkassen.

Krankenhäuser sind nach Wahrnehmung des befragten Pflegepersonals häufig nicht mit Hilfsmitteln auf die älter werdenden Patient*innen vorbereitet. Wenn es Hilfsmittel gibt, seien diese aufgrund der großen räumlichen Distanzen innerhalb größerer Gebäudekomplexe nicht in angemessener Zeit für den Einsatz verfügbar.

Arbeitgeber sind gefordert, ausreichend viele und lokal verfügbare Hilfsmittel bereitzustellen, in ihrer Nutzung zu schulen und sie im Pflegealltag zu verankern. Dies ist auch als Maßnahme der Personalbindung zu sehen. **Pflege- und Krankenkassen** sind gefordert, die Wirksamkeit der Verwaltungspraxis für eine schnelle Bereitstellung von erforderlichen Hilfsmitteln in allen Pflegesettings zu überprüfen. In der Langzeitpflege ist mit der Regelung in § 40 Absatz 6 und 7 SGB XI im Rahmen der KAP-Umsetzung hier bereits eine Stärkung der Pflegefachpersonen und eine Beschleunigung im Verfahren der Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelbeantragung und -genehmigung erfolgt.

Psychische Entlastungen bereitstellen, wo sie noch nicht ausreichend verfügbar sind

Der Pflegeberuf ist psychisch belastend. Die Fähigkeit zum Umgang mit psychischen Belastungen wird vielfach als „mit dem Beruf kommend“ vorausgesetzt und die beruflich Pflegenden in ihrer eigenen Wahrnehmung damit alleingelassen. Die nötigen Kompetenzen zum Umgang mit Krankheit und Tod sowie schwierigen zwischenmenschlichen Situationen müssen bereits in der Ausbildung aufgebaut und durch Leitungskräfte weiterentwickelt werden. Eine externe Begleitung bspw. durch Supervision sollte flächendeckend bereitgestellt und refinanziert werden. Im Rahmen der KAP wird hierzu aktuell ein Modellprojekt „BAGGer – Betriebliche Angebote zur Gesundheitsförderung und Gewaltprävention im betrieblichen Gesundheitsmanagement“ durchgeführt.

Gefordert sind hier die **Einrichtungen und ihre Verbände**, aber auch **Kommunen und Länder** können hier durch (Modell-)Projekte hilfreich sein. Die Refinanzierung durch die **Pflege- und Krankenkassen** wäre sicherzustellen.

Die Entlohnung in der Pflege ist in den letzten Jahren überdurchschnittlich gestiegen und spielt für die Attraktivität des Berufs eine intermediäre Rolle

Die beruflich Pflegenden geben unterschiedliche Einschätzungen zur Wichtigkeit und Angemessenheit der Vergütung, die in den letzten Jahren nachweislich gegenüber anderen Berufsgruppen gestiegen ist. Auf Basis des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) sind alle in der Langzeitpflege beschäftigten Pflege- und Betreuungskräfte zukünftig mindestens in Höhe von in der Region anwendbaren Pflege-Tarifverträgen zu entlohnen. Die Aufwertung des Pflegeberufs durch eine

bessere Vergütung im Vergleich zu anderen Berufen ist den beruflich Pflegenden als Zeichen gesellschaftlicher Wertschätzung besonders wichtig.

Ein anderer wichtiger Faktor für die Befragten ist die Kompensation von Belastungen bzw. Mehraufwänden durch individuelle Zuschläge, bspw. fürs Einspringen. Hier sind die **Betriebe** gefordert, entsprechende Vergütungssysteme zu entwickeln und individuelle Mehrbelastungen auch monetär anzuerkennen.

Der **Bundesgesetzgeber** hat bereits gesetzlich festgelegt, die Auswirkungen der Reformen zur tariflichen Vergütung in der Langzeitpflege gemäß Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) in den nächsten Jahren zu beobachten und zu evaluieren (§ 72 Abs. 3f SGB XI). In diesem Rahmen wird auch die Refinanzierung von pflegetypischen Zuschlägen ermöglicht. Laut Koalitionsvertrag soll zudem die Steuerfreiheit von Zuschlägen als gesellschaftliche Wertschätzung gegenüber Pflegenden geprüft werden.

Zu beachten ist: Viele beruflich Pflegende äußern den Wunsch, in Teilzeit zu arbeiten, wenn das Gehalt ausreichend groß ist. Dies wäre bei weiteren Planungen zu berücksichtigen und um ggf. zusätzliche finanzielle und immaterielle Anreize für eine vollzeitnahe Beschäftigung zu geben.

Es besteht Unsicherheit bezüglich der eigenen Interessenwahrnehmung

In allen Interviews und Gruppendiskussionen kam eine teils sehr reflektierte Auseinandersetzung über die eigene Gestaltungsmacht einerseits und der Empfindung der eigenen Ohnmacht gegenüber sehr widrigen Arbeitsumständen andererseits auf. Alle beruflich Pflegenden äußerten den Wunsch, dass die Berufsgruppe ihre Interessen besser gegenüber Politik, Arbeitgebern sowie gegenüber anderen Berufsgruppen vertritt und auch ihre eigenen Berufs- und Qualitätsstandards setzt. Wie dies geschehen soll, wird jedoch sehr unterschiedlich beurteilt. Einerseits erscheinen die verschiedenen Bereiche der Interessenwahrnehmungen nicht immer klar zu sein. Hier bedarf es weiterer Aufklärung. Andererseits stehen dem Wunsch nach besserer Interessenvertretung nicht immer die Bereitschaft nach einer freiwilligen oder verpflichtenden Eigenbeteiligung gegenüber. Diesen Aushandlungsprozess kann den beruflich Pflegenden niemand abnehmen.

Betriebe können hier allerdings schon heute Zeichen setzen und beispielsweise beruflich Pflegende an innerbetrieblichen Entscheidungsprozessen oder auch in Versorgungsfragen beteiligen, beispielsweise durch gemeinsame Visiten von medizinischem und pflegerischem Personal oder auch bei der Gestaltung der Zusammenarbeit mit kooperierenden Ärzt*innen. Die Unternehmen und ihre **Verbände** können auch weitere Informationen über die verschiedenen Aspekte der Interessenwahrnehmung aufklären. Auch **Politik** kann auf allen Ebenen ein Zeichen setzen und Pflege in die gesellschaftlichen und politischen Aushandlungsprozesse einbeziehen. Dies umfasst die Beteiligung am Gemeinsamen Bundesausschuss ebenso wie die Einbeziehung in lokale Krisenstäbe, um zwei prominente Beispiele zu nennen.

Die **Länder** sollten beruflich Pflegende weiter darin unterstützen, ihre Interessen als Profession bündeln und durchsetzen zu können. Die Erfahrungen der vergangenen Jahre sollten dabei für die konkrete Umsetzung aufgearbeitet und die Erkenntnisse bei neuen Anläufen berücksichtigt werden.

10 Literaturverzeichnis

- Aiken, Linda; Sloane, Douglas; Bruyneel, Luk; van den Heede, Koen; Griffiths, Peter; Busse, Reinhard et al. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. In: *The Lancet* 383 (9931), S. 1824–1830. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
- Aiken, Linda; Sloane, Douglas; Bruyneel, Luk; van den Heede, Koen; Sermeus, Walter (2013): Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. In: *International journal of nursing studies* 50 (2), S. 143–153. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009.
- Ammenwerth, Elske (2020): Die Zukunft selbst gestalten. In: *ProCare* 25 (1-2), S. 6–8. DOI: 10.1007/s00735-020-1148-x.
- Ammenwerth, Elske; Hackl, Werner O. (2015): Vom einfachen Werkzeug zum Erfolgsfaktor. In: *ProCare* 20 (6-7), S. 40–41. DOI: 10.1007/s00735-015-0532-4.
- Antoni, Manfred; Ganzer, Andres, Berge, Philipp vom (2019): Stichprobe der Integrierten Arbeitsmarktbiografien Regionalfile (SIAB-R) 1975-2017. FDZ-Datenreport 04/2019 DE. Online verfügbar unter https://doku.iab.de/fdz/reporte/2019/DR_04-19.pdf, zuletzt geprüft am 26.09.2022.
- Arbeitsgemeinschaft der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung (2013): Gute Pflege vor Ort: das Recht auf eigenständiges Leben im Alter. Positionspapier. Friedrich-Ebert-Stiftung. Online verfügbar unter <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/10170.pdf>, zuletzt geprüft am 03.11.2021.
- Aulerich, Yvonne; Stanzel, Tina (2020): Employer Branding: mit Teamgeist punkten. In: *Pflege* 73 (1-2), S. 24–27. DOI: 10.1007/s41906-019-0235-8.
- Bacher, Carmen (2019): Gewaltprävention im Krankenhaus. In: *Pflege* 72 (4), S. 30–33. DOI: 10.1007/s41906-019-0033-3.
- Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKG) (2016): Geld für Personal ist nicht in Sicht. In: *Die Heilberufe* 68 (7-8), S. 66–67. DOI: 10.1007/s00058-016-2298-x.
- Baethge, Anja; Rigotti, Thomas (2013): Interruptions to workflow: Their relationship with irritation and satisfaction with performance, and the mediating roles of time pressure and mental demands. In: *Work & Stress* 27 (1), S. 43–63. DOI: 10.1080/02678373.2013.761783.
- BAuA - Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2020): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege - Höhere Anforderungen, mehr gesundheitliche Beschwerden. Online verfügbar unter https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fakten/BIBB-BAuA-31.pdf?__blob=publicationFile&v=2, zuletzt geprüft am 26.10.2022.
- Bechtel, Florian (2017): Liegst du noch oder stehst du schon?! In: *Heilberufe / Das Pflegemagazin* 69 (1), S. 62–63. DOI: 10.1007/s00058-017-2585-1.
- Becka, Denise; Evans, Michaela; Öz, Fikret (2016): Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege. Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich. In: *IAT Forschung aktuell* (4).

Online verfügbar unter <https://www.iat.eu/forschung-aktuell/2016/fa2016-04.pdf>, zuletzt geprüft am 26.10.2022.

- Becke, G.; Bleses, P. (2016): Pflegepolitik ohne Arbeitspolitik? Entwicklungen im Feld der Altenpflege. In: Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften - Sozialethik der Pflege und Pflegepolitik, Bd. 57, S. 105–126. Online verfügbar unter <https://www.uni-muenster.de/Ejournals/index.php/jcsw/article/view/1763>, zuletzt geprüft am 14.07.2020.
- Becke, Guido; Bleses, Peter; Frerichs, Frerich; Goldmann, Monika; Hinding, Barbara; Schweer, Martin K. W. (Hg.) (2016): Zusammen - Arbeit - Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer VS, zuletzt geprüft am 17.10.2022.
- Becker, Karina (2016): Loyale Beschäftigte - ein Auslaufmodell? Zum Wandel von Beschäftigungsorientierungen in der stationären Pflege unter marktzentrierten Arbeitsbedingungen. In: *Beltz Juventa. Pflege & Gesellschaft* 21 (2), S. 145–161.
- Becker, Wolfgang (1998): Altenpflege - eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? In: *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, BWP* 27(5), S. 35–41.
- Behrens, Johann; Horbach, Annegret; Müller, Rolf (2009): Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz. Berichte aus der Pflege 12. Hg. v. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz.
- Benedix, Ulf; Medjedovic, Irina (2014): Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege. Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten. In: *Reihe Arbeit und Wirtschaft* (6). Online verfügbar unter <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/98146/1/786354844.pdf>, zuletzt geprüft am 27.10.2022.
- Bensch, Sandra (2018): Grade- und Skillmix — was steckt dahinter? In: *Pflegezeitung* 71 (9), S. 18–22. DOI: 10.1007/s41906-018-0675-6.
- Berge, Philipp vom; Frodermann, Corinna; Graf, Tobias; Grießemer, Stephan; Kaimer, Steffen; Köhler, Markus et al. (2021): Schwach anonymisierte Version der Stichprobe der Integrierten Arbeitsmarktbiografien (SIAB) – Version 7519 v1. Forschungsdatenzentrum der Bundesagentur für Arbeit (BA) im Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), zuletzt geprüft am 11.10.2022.
- Bestla, Gary (2016): Examen — was jetzt? In: *Die Heilberufe* 68 (11), S. 66–68. DOI: 10.1007/s00058-016-2469-9.
- Betschon, Elsbeth (2017): Gesundheitsfördernde Führung der Mitarbeitenden. Was kann ich als Führungsperson für den Erhalt der Mitarbeitenden tun? In: *NOVAcura* 48 (4), S. 29–30. DOI: 10.1024/1662-9027/a000069.
- Bilinska, Paulina; Wegge, Jürgen; Kliegel, Matthias (2016): Caring for the Elderly But Not for One's Own Old Employees? In: *Journal of Personnel Psychology* 15 (3), S. 95–105. DOI: 10.1027/1866-5888/a000144.
- Bleses, Peter; Busse, Britta; Friemer, Andreas; Kludig, Rebecca; Breuer, Jens; Philippi, Luka et al. (2018): Verbundprojekt KOLEGE - Interagieren, koordinieren und lernen: Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung in der ambulanten Pflege. Zwischenbericht der

- Analysephase. Hg. v. Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft. Universität / Arbeitnehmerkammer Bremen. Online verfügbar unter <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/179718/1/1024455408.pdf>, zuletzt geprüft am 20.10.2022.
- Blossfeld, Hans-Peter; Rohwer, Götz; Schneider, Thorsten (2019): Event History Analysis With Stata: 2nd Edition. Hg. v. London, New York: Routledge, Taylor & Francis Group. Online verfügbar unter <https://www.routledge.com/Event-History-Analysis-With-Stata-2nd-Edition/Blossfeld-Rohwer-Schneider/p/book/9781138070851>, zuletzt geprüft am 26.09.2022.
- Blum, Karl; Offermanns, Matthias; Steffen, Petra (2019): Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030. Deutsches Krankenhausinstitut. Online verfügbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungenn/2019/2019-10-22_PM_Anlage_DKG_zum_DKI-Gutachten_Pflege.pdf, zuletzt geprüft am 03.11.2022.
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2017): Sechster Pflegebericht enthält umfassende Analyse zum Personal. In: *Heilberufe / Das Pflegemagazin* 69 (2), S. 60–61. DOI: 10.1007/s00058-017-2643-8.
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2018): Beschäftigte in der Pflege. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte.html>, zuletzt geprüft am 27.10.2022.
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2021a): Pflegeberufegesetz. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz.html>, zuletzt geprüft am 27.10.2022.
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2021b): Siebter Pflegebericht. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland Berichtszeitraum: 2016-2019. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebericht/Siebter_Pflegebericht_barrierefrei.pdf, zuletzt geprüft am 03.10.2022.
- Bogai, Dieter (2017): Der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte im Wohlfahrtsstaat. In: Dieter Bogai (Hg.): *Der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte im Wohlfahrtsstaat*. Berlin, Boston: De Gruyter, S. V–VI.
- Bogai, Dieter; Carstensen, Jeanette; Seibert, Holger; Wiethölter, Doris; Hell, Stefan; Ludewig, Oliver (2015): Viel Varianz. Was man in Pflegeberufen in Deutschland verdient. Hg. v. Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege und IAB - Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Online verfügbar unter https://www.pflegebevollmaechtigter.de/files/upload/pdfs_allgemein/2015-01-27_Studie_zu_den_Entgelten_der_Pflegeberufe.pdf, zuletzt geprüft am 27.10.2022.
- Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Qualitative Sozialforschung).

- Bohnet-Joschko, Sabine; Stahl, Tina (2019): Telegeriatrische Modelle: Einblick in die Zukunft der Versorgung. In: *Pflege* 72 (1-2), S. 50–53. DOI: 10.1007/s41906-018-0013-z.
- Bohnsack, Ralf (2001): Die Dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Unter Mitarbeit von Iris Nentwig-Gesemann und Arnd-Michael Nohl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Boscher, Claudia; Raiber, Lea; Fischer, Florian; Winter, Maik H.-J. (2020): Einsatz und Erfolg gesundheitsbezogener Maßnahmen zur Personalbindung in der Pflege: Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Führungskräften aus der Region Bodensee-Oberschwaben. In: *Gesundheitswesen*. DOI: 10.1055/a-1173-9555.
- Braeseke, Grit; Meyer-Rötz, Sinja H.; Pflug, Claudia; Haaß, Friederike (2017): Digitalisierung in der ambulanten Pflege – Chancen und Hemmnisse. Hg. v. IGES Institut. Berlin. Online verfügbar unter https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e15829/e21725/e21792/e21794/attr_objs21796/LangfassungAbschlussberichtDigitalisierungPflege_IGES_ger.pdf, zuletzt geprüft am 09.09.2022.
- Braeseke, Grit; Naegele, Gerhard; Lingott, Nina; Waldenberger, Franz; Park, Sieun (2019): Einsatz von robotischen Systemen in der Pflege in Japan mit Blick auf den steigenden Fachkräftebedarf. Hg. v. IGES Institut. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/einsatz-von-robotischen-systemen-pflege-japan.pdf?__blob=publicationFile&v=4, zuletzt geprüft am 09.09.2022.
- Braun, Bernhard; Müller, Rolf (2005): Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern. In: *Pflege & Gesellschaft* 10. Jahrgang, 3/2005. Online verfügbar unter <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/06/PG-3-2005-Braun.pdf>, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Braun, Hans; Börsch, Hans-Joachim; Haas, Margit; Simones, Elisabeth; Lauxen, Oliver (2019): Pflege an der Grenze. Möglichkeiten, Chancen und Risiken. Eine Diskussion. In: Ralf T. Münnich und Johannes Kopp (Hg.): *Pflege an der Grenze. Entwicklungen, Fragestellungen, Herangehensweisen*. Wiesbaden: Springer VS, 295-312. Online verfügbar unter https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-19575-5_10.pdf, zuletzt geprüft am 18.08.2020.
- Breinbauer, Mareike; Jacob, Rüdiger; Richter, Nico; Kopp, Johannes (2019): Die Situation der Pflege in Rheinland-Pfalz: Ergebnisse einer Online-Befragung von Mitgliedern der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. In: Ralf T. Münnich und Johannes Kopp (Hg.): *Pflege an der Grenze. Entwicklungen, Fragestellungen, Herangehensweisen*. Wiesbaden: Springer VS, S. 19–76. Online verfügbar unter https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-19575-5_2.pdf, zuletzt geprüft am 20.07.2020.
- Breckmann, Michael (2016): Entwicklung durch Bildung. In: *Die Heilberufe* 68 (3), S. 52. DOI: 10.1007/s00058-016-2053-3.

- Briel, Stephanie; Osikominu, Aderonke; Pfeifer, Gregor; Reutter, Mirjam; Satlukal, Sascha (2022): Gender differences in wage expectations: the role of biased beliefs. In: *Empir Econ* 62 (1), S. 187–212. DOI: 10.1007/s00181-021-02044-0.
- BT-Drs 19/608 (2018): Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage Drucksache 19/608, S. 9. Online verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/19/006/1900608.pdf>, zuletzt geprüft am 29.09.2022.
- Buhtz, Christian; Paulicke, Denny; Hofstetter, Sebastian; Jahn, Patrick (2020): Technikaffinität und Fortbildungsinteresse von Auszubildenden der Pflegefachberufe: eine Onlinebefragung. In: *HBScience* 11 (1-2), S. 3–12. DOI: 10.1007/s16024-020-00337-5.
- Bundesagentur für Arbeit (2018): Die Dauer der Beschäftigung von Personen. Nürnberg (Grundlagen: Methodenbericht). Online verfügbar unter https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Grundlagen/Methodik-Qualitaet/Methodenberichte/Beschaeftigungsstatistik/Generische-Publikationen/Methodenbericht-Dauer-der-Beschaeftigung-von-Personen.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 27.10.2022.
- Bundesagentur für Arbeit (2020): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Nürnberg (Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt). Online verfügbar unter https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile%C2%A0, zuletzt geprüft am 17.10.2022.
- Bundesagentur für Arbeit (2021a): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Nürnberg (Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt). Online verfügbar unter https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile%C2%A0, zuletzt geprüft am 17.10.2022.
- Bundesagentur für Arbeit (2021b): Klassifikation der Berufe 2010 – überarbeitete Fassung 2020. Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen. Band 1. Hg. v. Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg. Online verfügbar unter <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Berufe/KldB2010-Fassung2020/KldB2010-Fassung2020-Nav.html>, zuletzt geprüft am 27.10.2022.
- Bundesagentur für Arbeit (2022a): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Nürnberg (Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt). Online verfügbar unter https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile%C2%A0, zuletzt geprüft am 17.10.2022.
- Bundesagentur für Arbeit (2022b): Berufe auf einen Blick. Alle Berufe, MINT und Ingenieurberufe. Online verfügbar unter <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Berufe-auf-einen-Blick/Berufe-auf-einen-Blick-Anwendung-Nav.html>, zuletzt geprüft am 25.09.2022.

- Bundesagentur für Arbeit (2022c): Datenquellen. Online verfügbar unter <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Datenquellen/Datenquellen-Nav.html>, zuletzt geprüft am 25.09.2022.
- Bundesagentur für Arbeit (2022d): Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich Mai 2022. Online verfügbar unter https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statistischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=14, zuletzt geprüft am 28.09.2022.
- Bundespflegekammer (2021): Viel Dienst, wenig Verdienst - Bundespflegekammer. Online verfügbar unter <https://bundespflegekammer.de/news/viel-dienst-weniger-verdienst.html>, zuletzt aktualisiert am 25.01.2022, zuletzt geprüft am 25.01.2022.
- Burkhardt, Birgit (2019): Auszubildende zwischen Anspruch und Wirklichkeit. In: *Pflege Zeitschrift* 72 (8), S. 23–25. DOI: 10.1007/s41906-019-0121-4.
- Buruck, G.; Brom, S. S.; Kotte, H.; Richter, P. (2015): Evaluierung von Gesundheitspräventionen in der stationären Altenpflege. In: Bernhard Badura, Antje Ducki, Helmut Schröder, Joachim Klose und Markus Meyer (Hg.): Fehlzzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit - Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Mit 140 Abbildungen und 269 Tabellen. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 85–95. Online verfügbar unter https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-47264-4_9.pdf, zuletzt geprüft am 20.10.2022.
- Carstensen, Jeanette; Seibert, Holger; Wiethölter, Doris (2020): Entgelte von Pflegekräften 2019. Hg. v. IAB - Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Nürnberg. Online verfügbar unter https://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften_2019.pdf, zuletzt geprüft am 17.10.2022.
- Carstensen, Jeanette; Seibert, Holger; Wiethölter, Doris (2021): Entgelte von Pflegekräften 2020. IAB - Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Online verfügbar unter https://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften_2020.pdf, zuletzt geprüft am 17.10.2022.
- Clasen, Heidi; Beckmann, Wilhelm; Haubold, Anne-Katrin (2020): Double Duty Carers: Doppelt Pflegende unterstützen. In: *Pflege* 73 (1-2), S. 64–66. DOI: 10.1007/s41906-019-0239-4.
- Cornwell, Benjamin (2015): *Social Sequence Analysis. Methods and Applications*: Cambridge University Press, zuletzt geprüft am 17.10.2022.
- Cuhls, Kerstin (2019): Die Delphi Methode - Eine Einführung. In: Marlen Niederberger und Ortwin Renn (Hg.): *Delphi-Verfahren in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften*. Wiesbaden: Springer VS, S. 2–31.
- Dachs, Claudia (2016): Löhne müssen steigen. In: *Heilberufe / Das Pflegemagazin* 68 (2), S. 62. DOI: 10.1007/s00058-016-2016-8.
- Dadara, Zita Kis; Gromer, Lydia Viktoria; Diensthuber, Andreas; Schüßler, Lea; Schaffer, Elisabeth (2018): Pflegedokumentation und Datenmanagement. In: *ProCare* 23 (5), S. 36–41. DOI: 10.1007/s00735-018-0912-7.

- Darmann-Finck, Ingrid; Baumeister, Andreas; Greiner, Agnes-Dorothee (2016): Projektbericht "Qualifikationsmix in der stationären Versorgung im Krankenhaus". Hg. v. Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP). Bremen. Online verfügbar unter <https://www.pflegendz.de/publikationen-details/qualifikationsmix-stationaere-versorgung-krankenhaus.html>, zuletzt geprüft am 17.10.2022.
- Daum, Mario (2017): Digitalisierung und Technisierung der Pflege in Deutschland. Aktuelle Trends und ihre Folgewirkungen auf Arbeitsorganisation, Beschäftigung und Qualifizierung. Hg. v. INPUT Consulting gGmbH. DAA-Stiftung Bildung und Beruf. Online verfügbar unter https://www.inputconsulting.de/files/inpcon-DATA/download/20170215_Digitalisierung%20und%20Technisierung%20der%20Pflege%20in%20Deutschland_INPUT.pdf, zuletzt geprüft am 17.10.2022.
- Dauth, Wolfgang; Eppelsheimer, Johann (2020): Preparing the sample of integrated labour market biographies (SIAB) for scientific analysis: a guide. In: *J Labour Market Res* 54 (1). DOI: 10.1186/s12651-020-00275-9.
- DBfK - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2014): Belastung und Entlastung in der Pflegeleitung. Online verfügbar unter https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Belastung-und-Entlastung-in-der-Pflegeleitung_2014.pdf, zuletzt geprüft am 17.10.2022.
- DBfK - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2019): Teilzeit = Ressource bei Fachkräftemangel? Ergebnisse einer Online-Umfrage vor dem Hintergrund des Pflegepersonalstärkungsgesetzes PpSG. Berlin. Online verfügbar unter https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Broschuere_Teilzeitumfrage_2019-10_10_web.pdf, zuletzt geprüft am 08.07.2020.
- DBfK - Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2022): Darum brauchen wir Pflegekammern. Online verfügbar unter <https://www.dbfk.de/de/themen/Pflegekammer.php>, zuletzt geprüft am 27.10.2022.
- Deutscher Bundestag (2017): Kurzinformation Langzeitpflege. Online verfügbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/531102/8c67805213ec6efafba5e2255d2f72ea/WD-9-042-17-pdf-data.pdf>, zuletzt geprüft am 03.11.2021.
- DGB-Index (2016): DGB-Index Gute Arbeit: Der Report 2016. Wie die Beschäftigten die Arbeitsbedingungen in Deutschland beurteilen. Themenschwerpunkt Digitalisierung der Arbeitswelt. Online verfügbar unter <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++76276168-a0fb-11e6-8bb8-525400e5a74a>, zuletzt geprüft am 17.10.2022.
- DGB-Index (2018): DGB-Index Gute Arbeit: Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit. Online verfügbar unter <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++fecfee2c-a482-11e8-85a5-52540088cada>, zuletzt geprüft am 17.10.2022.
- DGB-Index (2020): DGB-Index Gute Arbeit: Jahresbericht 2020. Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index Gute Arbeit 2020. Schwerpunktthema Mobile Arbeit. Online verfügbar unter <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++6bbbd7ec-0c7f-11eb-8fc7-001a4a160123>, zuletzt geprüft am 17.10.2022.

- Die Bundesregierung (2019): Bessere Löhne in der Pflegebranche. Online verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/bessere-pflegeloeohne-1638750>, zuletzt geprüft am 17.10.2022.
- Dietrich, Hans (1994): Arbeitsmarkt für Pflegeberufe. Zur Situation und Entwicklung der Pflegeberufe in der Bundesrepublik Deutschland. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. IAB - Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/344852786_Arbeitsmarkt_fur_Pflegeberufe_YM-_Arbeit_und_Sozialordnung, zuletzt geprüft am 20.10.2022.
- Dietrich, Juliane (2017): Qualifizierung ausländischer Pflegekräfte. ethnografische Perspektiven auf eine heterogene Weiterbildungssituation. Bonn (Entwicklungen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen - aktuelle Handlungs- und Forschungsfelder), S. 93–111. Online verfügbar unter https://www.agbfn.de/dokumente/pdf/agbfn_20_dieterich.pdf, zuletzt geprüft am 13.07.2020.
- DNEbM - Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2018): Glossar Evidenzbasierte Medizin, zuletzt geprüft am 17.10.2022.
- Dockweiler, Christoph; Diedrich, Leonie; Palmdorf, Sarah; Beier, Dina; Ilic, Jonas; Kibbert, Marius et al. (2019): Telematische Anwendungen in der ambulanten Pflege: Die Perspektive von Pflegekräften. In: *Pflege* 32 (2), S. 87–96. DOI: 10.1024/1012-5302/a000648.
- Dorner, Matthias; Jörg Heining; Peter Jacobebbinghaus; Stefan Seth (2010): Sample of Integrated Labour Market Biographies (SIAB) 1975-2008. (FDZ-Methodenreport 09/2010 (en)), Nürnberg. Online verfügbar unter https://doku.iab.de/fdz/reporte/2010/MR_09-10-EN.pdf, zuletzt geprüft am 26.09.2022.
- DPV - Deutscher Pflegeverband; SPECTARIS (2016): Positionspapier zum Image und zur Situation der stationären Pflege. Hg. v. Deutscher Pflegeverband DPV. Berlin. Online verfügbar unter https://dpv-online.de/pdf/archiv/spectaris_0316.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2020.
- Dudley, William; Wickham, Rita; Coombs, Nicholas (2016): An Introduction to Survival Statistics: Kaplan-Meier Analysis. In: *Journal of the advanced practitioner in oncology* 7 (1), S. 91–100. DOI: 10.6004/jadpro.2016.7.1.8.
- Ebbers, Beate (2018a): Gut gerüstet aus der Familienpause. In: *Die Heilberufe* 70 (11), S. 44–46. DOI: 10.1007/s00058-018-3754-6.
- Ebbers, Beate (2018b): Wenn die Luft raus ist. In: *Die Heilberufe* 70 (4), S. 46–47. DOI: 10.1007/s00058-018-3395-9.
- Eggert, Simon; Schnapp, Patrick; Sulmann, Daniela (2019): ZQP-Analyse. Schülerbefragung Pflege: Eigene Erfahrungen und Interesse an Pflegeberufen. Zentrum für Qualität in der Pflege. Online verfügbar unter https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_Sch%C3%BClerPflege.pdf, zuletzt geprüft am 17.10.2022.
- Ehegartner, Veronika; Kirschneck, Michaela; Frisch, Dieter; Schuh, Angela; Kus, Sandra (2020a): Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften in Deutschland – welchen Präventionsbedarf hat das Pflegepersonal: Ergebnisse einer Expertenbefragung. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der*

Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany) 82 (5), S. 422–430. DOI: 10.1055/a-0905-3007.

Ehegartner, Veronika; Kirschneck, Michaela; Frisch, Dieter; Schuh, Angela; Kus, Sandra (2020b): Entwicklung, Durchführung und Evaluierung eines Präventionsprogrammes für Pflegekräfte (PFLEGEprevent) – Studienprotokoll. In: *Phys Med Rehab Kuror* 30 (01), S. 33–36. DOI: 10.1055/a-0972-1731.

Evans, Michaela; Ludwig, Christine; Hermann, Jens (2019): Zwischen Aufwertung, Abwertung und Polarisierung. Chancen der Tarif- und Lohnpolitik für eine arbeitspolitische "High-Road-Strategie" in der Altenpflege. Online verfügbar unter <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/216049/1/hbs-fofoe-wp-128-2019.pdf>, zuletzt geprüft am 17.10.2022.

Fachinger, Uwe; Blum, Marvin (2016): Laufbahnen in der Altenpflege: Entgeltstrukturen und Vergütungsoptionen. In: Guido Becke, Peter Bleses, Frerich Frerichs, Monika Goldmann, Barbara Hinding und Martin K. W. Schweer (Hg.): *Zusammen - Arbeit - Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen*. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 305–325. Online verfügbar unter https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-04059-8_17.pdf, zuletzt geprüft am 17.10.2022.

FDZ-IAB (2022): Stichprobe der Integrierten Arbeitsmarktbiografien (SIAB). Forschungsdatenzentrum der Bundesagentur für Arbeit im Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Online verfügbar unter <https://fdz.iab.de/unsere-datenprodukte/personen-und-haushaltsdaten/siab/>, zuletzt geprüft am 17.10.2022.

Fiebig, Madlen; Hunstein, Dirk (2018): Digitale Dokumentation: Denkt künftig der Computer für mich? In: *Pflege* 71 (4), S. 12–15. DOI: 10.1007/s41906-018-0443-7.

Fiedler, Friedhelm (2016): Verlierer ist die Altenpflege. In: *MMW Fortschritte der Medizin* 158 (7), S. 33. DOI: 10.1007/s15006-016-8051-1.

Fischer, Lisa; Dadaczynski, Kevin; Rathmann, Katharina (2020): Psychosoziale Arbeitsbedingungen und Burnout-Symptome in der stationären somatischen und psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege. In: *Pflege* 33 (2), S. 93–104. DOI: 10.1024/1012-5302/a000720.

Flieder, Margret (2002): Was hält Krankenschwestern im Beruf? Eine empirische Untersuchung zur Situation langjährig berufstätiger Frauen in der Krankenpflege. Frankfurt am Main: Mabuse Wissenschaft. Online verfügbar unter https://irmgard-hofmann.de/lib/exe/fetch.php/flieder-was_haelt_krankenschwestern_im_beruf.pdf, zuletzt geprüft am 20.10.2022.

Flöttmann, Andreas; Großheimann, Frank (2017): Von der Idee zur Tat: Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Pflege. In: Karin Kliner, Dirk Rennert, Matthias Richter und Dieter Bogai (Hg.): *Gesundheit und Arbeit - Blickpunkt Gesundheitswesen*. BKK Gesundheitsatlas 2017. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 109–114. Online verfügbar unter https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Publikationen/2019/BKK_Gesundheitsatlas_2017.pdf, zuletzt geprüft am 27.10.2022.

- Forster, Alexander (2018): Visite — ein komplexes Bild der Interprofessionalität. In: *Pflegez* 71 (1-2), S. 22–25. DOI: 10.1007/s41906-018-0356-5.
- Frerichs, Frerich (Hg.) (2016): Altern in der Erwerbsarbeit. Perspektiven der Laufbahngestaltung. Wiesbaden: Springer VS (Research).
- Frey, Dorothee; Rieger, Sandra; Diehl, Elisabeth; Pinzon, Luis Carlos Escobar (2018): Einflussfaktoren auf chronische Rückenschmerzen bei Pflegekräften in der Altenpflege in Rheinland-Pfalz. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 80 (2), S. 172–175. DOI: 10.1055/s-0043-104693.
- Fuchs, Michaela (2016): Der Pflegemarkt in Sachsen-Anhalt. Aktuelle Situation und zukünftige Entwicklungen. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Online verfügbar unter https://doku.iab.de/regional/SAT/2016/regional_sat_0516.pdf, zuletzt geprüft am 08.09.2022.
- Gabadinho, Alexis; Ritschard, Gilbert; Müller, Nicolas S.; Studer, Matthias (2011): Analyzing and Visualizing State Sequences in R with TraMineR. In: *J. Stat. Soft.* 40 (4). DOI: 10.18637/jss.v040.i04.
- Geerdes, Sara; Schwinger, Antje (2012): Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen. Hg. v. GKV-Spitzenverband. IGES Institut (Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, 9). Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/betreuungskraefte/GKV_Schriftenreihe_Band_9_Pflege_Betreuungskraefte.pdf, zuletzt geprüft am 23.11.2021.
- Geier, Julia; Mauch, Melanie; Patsch, Maximilian; Paulicke, Denny (2020): Wie Pflegekräfte im ambulanten Bereich den Einsatz von Telepräsenzsystemen einschätzen. In: *Pflege* 33 (1), S. 43–51. DOI: 10.1024/1012-5302/a000709.
- George, Sebastian (2020): Wie wirkt sich Personalleasing auf die Pflegequalität aus? In: *Pflegez* 73 (1-2), S. 67–69. DOI: 10.1007/s41906-019-0226-9.
- Goebel, Jan; Grabka, Markus M.; Liebig, Stefan; Kroh, Martin; Richter, David; Schröder, Carsten; Schupp, Jürgen (2019): The German Socio-Economic Panel (SOEP). In: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik* 239 (2), S. 345–360. DOI: 10.1515/jbnst-2018-0022.
- Golombek, Dunja; Dangel, Marcus (2018): Leadership als persönliche Führungshaltung. In: *Pflegez* 71 (9), S. 34–36. DOI: 10.1007/s41906-018-0680-9.
- Graf, Joachim (2018): Pflegequalität in der ambulanten und stationären Altenpflege. Erhebung in der Grenzregion Lörrach - Basel. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (Best of Pflege). Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-20009-1.pdf>, zuletzt geprüft am 08.07.2020.
- Grehl, Carolin (2018): Wenn Mitgefühl zur Last wird. In: *Die Heilberufe* 70 (6), S. 44–45. DOI: 10.1007/s00058-018-3519-2.
- Greß, Stefan; Stegmüller, Klaus (2020): Vergütung von Pflegekräften in der Langzeitpflege. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher?* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 159–166. Online verfügbar unter https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9_12.

- Grgic, Mariana; Riedel, Birgit; Weilmayer, Lena Sophie; Weimann-Sandig, Nina; Wirner, Lisa (2018): Quereinsteigende auf dem Weg zur Fachkraft. Ergebnisse einer qualitativen Studie in den Berufsfeldern Kindertagesbetreuung und Altenpflege. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung (Forschungsförderung, Nr. 392 (November 2018)). Online verfügbar unter https://www.boeckler.de/download-proxy-for-faust/download-pdf?url=http%3A%2F%2F217.89.182.78%3A451%2Ffabfrage_digi.fau%2Fp_study_hbs_392.pdf%3Fprj%3Dhbs-abfrage%26ab_dm%3D1%26ab_zeig%3D8251%26ab_diginr%3D8482, zuletzt geprüft am 16.11.2021.
- Grosser, Michaela (2014): Burnout im Krankenhaus: Ursachen, Folgen und Prävention. In: Dietrich von der Oelsnitz, Frank Schirmer und Kerstin Wüstner (Hg.): Die auszehrende Organisation: Leistung und Gesundheit in einer anspruchsvollen Arbeitswelt. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 209–237. Online verfügbar unter https://doi.org/10.1007/978-3-658-05307-9_10.
- Gruber, Brigitta (2017): Ressource Mitarbeiter 50plus. In: Peter Bechtel, Ingrid Smerdka-Arhelger und Kathrin Lipp (Hg.): Pflege im Wandel gestalten - Eine Führungsaufgabe. Lösungsansätze, Strategien, Chancen. 2. Aufl. 2017. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 86–101, zuletzt geprüft am 09.10.2022.
- Hackmann, Tobias (2010): Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer. Online verfügbar unter <https://elibrary.duncker-humboldt.com/article/4290/arbeitsmarkt-pflege-bestimmung-der-kunftigen-altenpflegekraefte-unter-beruecksichtigung-der-berufsverweildauer#>, zuletzt geprüft am 04.09.2022.
- Hackmann, Tobias; Müller, Daniela (2012): Berufsausstieg in der Pflege. Herausforderungen an die betriebliche Praxis: Eine empirisch-analytische Untersuchung am Beispiel der Pflegeeinrichtungen im Landkreis Reutlingen. In: *Sozialer Fortschritt. Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik* 61 (9), S. 227–236.
- Hackmann, Tobias; Sulzer, Laura (2018): Strategien gegen den Fachkräftemangel in der Altenpflege. Probleme und Herausforderungen. Hg. v. Prognos im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Freiburg. Online verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/44_Pflege_vor_Ort/VV_Endbericht_Fachkraeftemangel_Pflege_Prognos.pdf, zuletzt geprüft am 13.07.2020.
- Hahnel, Elisabeth; Braeseke, Grit; Rieckhoff, Sandra; Pörschmann-Schreiber, Ulrike; Engelmann, Freja; Kulas, Heidi; Musfeldt, Marc (2020): Studie zu den Potenzialen der Telepflege in der pflegerischen Versorgung. Hg. v. IGES Institut. Online verfügbar unter https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e26312/e26844/e26846/e26848/attr_objs26854/Endbericht_Potenziale_Telepflege_ger.pdf, zuletzt geprüft am 01.09.2021.
- Hahnenkamp, Klaus; Hasebrook, Joachim (2019): Arbeitsperspektiven im Krankenhaus: Ein Leben lang kompetent. Heidelberg: medhochzwei Verlag. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/profile/Joachim-Hasebrook/publication/330260130_Arbeitsperspektiven_im_Krankenhaus_Ein_Leben_lang_kompetent/links/5c361e2a92851c22a3676f85/Arbeitsperspektiven-im-Krankenhaus-Ein-Leben-lang-kompetent.pdf, zuletzt geprüft am 20.10.2022.

- Hämel, Kerstin; Schaeffer, Doris (2012): Fachkräftemangel in der Pflege – viel diskutiert, politisch ignoriert? In: *GuS* 66 (1), S. 41–49. DOI: 10.5771/1611-5821-2012-1-41.
- Hasselhorn, Hans Martin; Simon, Michael; Tackenberg, Peter; Kümmerling, Angelika; Büscher, Andreas; Müller, Bernd Hans (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Hg. v. Universität Wuppertal. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/profile/Michael-Simon-4/publication/325908204_Auswertung_der_ersten_Befragung_der_NEXT-Studie_in_Deutschland/links/5b2bf38fa6fdcc8506bc6c3d/Auswertung-der-ersten-Befragung-der-NEXT-Studie-in-Deutschland.pdf, zuletzt geprüft am 17.10.2022.
- Hastedt, Ingrid (2018): Qualifikationsanforderungen in der Altenpflege aus Sicht der betrieblichen Praxis. In: Anke Simon (Hg.): *Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal. Entwicklung und Chancen*. Berlin: Springer, S. 181–195.
- Heilmann, Tom (2020): Aufwertung der Krankenpflege: Welchen Beitrag kann die Digitalisierung leisten? Online verfügbar unter <https://www.iaq.uni-due.de/iaq-report/2020/report2020-02.pdf>, zuletzt geprüft am 17.10.2022.
- Heise, Sven (2020): Projekt Pflege 4.0: Besser pflegen lernen. In: *Pflege* 73 (1-2), S. 54–56. DOI: 10.1007/s41906-019-0243-8.
- Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine; Sowinski, Christine (2015): Technologisierung der Pflegearbeit. Wissenschaftlicher Diskurs und Praxisentwicklungen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege. In: *Beltz Juventa. Pflege & Gesellschaft* 20 (1).
- Hillert, Andreas; Hillert, Sophia; Lehr, Dirk (2019): Selbstwertschätzung in Pflege-Berufen: ein (mit)entscheidender Resilienz-Faktor. In: *Pflege* 72 (3), S. 20–25. DOI: 10.1007/s41906-018-0005-z.
- Himsel, Carina; Müller, Anne; Stops, Michael; Walwei, Ulrich (2013): Fachkräfte gesucht — Rekrutierungsprobleme im Gesundheitswesen. In: *Sozialer Fortschritt. Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik* 8-9. Online verfügbar unter <https://www.jstor.org/stable/pdf/24513860.pdf>, zuletzt geprüft am 21.07.2020.
- Hipp, Lena; Kelle, Nadiya; Quart, Lydia-Maria (2017): Arbeitszeiten im sozialen Dienstleistungssektor im Länder- und Berufsvergleich. In: *WSI-Mitteilungen*, S. 197–204. Online verfügbar unter https://www.wsi.de/data/wsimit_2017_03_hipp.pdf, zuletzt geprüft am 21.07.2020.
- Hochfellner, Daniela; Müller, Dana; Schmucker, Alexandra; Roß, Elisabeth (2012). Datenschutz am Forschungsdatenzentrum (FDZ-Methodenreport, 06/2012 (de)). Aktualisierte Fassung vom 21.12.2012 06/2012. Online verfügbar unter https://doku.iab.de/fdz/reporte/2012/MR_06-12.pdf, zuletzt geprüft am 28.09.2022.
- Höhm, Ulrike; Lautenschläger, Manuela; Schwarz, Laura (2016): Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): *Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus*. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer, S. 73–89.
- Hollaus, Stephanie; Mayr, Daniela; Schmidtchen, Irini (2020): Pflege-Berufsaussteiger kommen in der Corona-Krise zurück - und nun? Psyma CARE Blitzlichtstudie. Psyma Health & CARE.

- Horstmann, David; Remdisch, Sabine (2016): Gesundheitsorientierte Führung in der Altenpflege. In: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O* 60 (4), S. 199–211. DOI: 10.1026/0932-4089/a000223.
- Huber, Peter; Schubert, Hans-Joachim (2018): Generationsspezifische Unterschiede in den Werthaltungen von Gesundheits- und Krankenpfleger / -innen – Eine Querschnittstudie. In: *Pflege* 31 (4), S. 203–211. DOI: 10.1024/1012-5302/a000625.
- Hülken-Giesler, M. (2017): Dynamiken im Berufsfeld Pflege und Folgen für die Fachkräftequalifizierung. In: *BWP Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis* (1), S. 6–9.
- Hussy, Walter; Schreier, Margrit; Echterhoff, Gerald (2013): *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor*. 2. Aufl. 2013. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Springer-Lehrbuch). Online verfügbar unter <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1554162>, zuletzt geprüft am 20.10.2022.
- Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt (IAT) (2017): Effizienzsteigerung auf dem Rücken der Pflegenden. In: *Die Heilberufe* 69 (1), S. 66–67. DOI: 10.1007/s00058-017-2588-y.
- Isfort, Michael (2018a): Fachkräftesicherung: Was tun? In: *Die Heilberufe* 70 (1), S. 38–39. DOI: 10.1007/s00058-018-3213-4.
- Isfort, Michael (2018b): *Pflege-Thermometer 2018*. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege- und Patientenversorgung von Menschen in der teil-/vollstationären Pflege. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln. Online verfügbar unter https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2018.pdf, zuletzt geprüft am 20.10.2022.
- Isfort, Michael (2022a): *Berufseinmündung und Berufsverbleib in der Pflege in NRW*. Eine Analyse der Einstiegs-, Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld der Pflege. Kurzbericht. Hg. v. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, MAGS Presseinformation vom 28. März 2022. Online verfügbar unter https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/kurzbericht_berufseinmuendung_berufsverbleib_pfleger_in_nrw_28032022_dip.pdf, zuletzt geprüft am 17.10.2022.
- Isfort, Michael (2022b): *Pflege-Thermometer 2022*. Situation und Versorgung von Menschen in der häuslichen Intensivversorgung in Deutschland. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln.
- Isfort, Michael; Hylla, Jonas; Gehlen, Danny; Tucman, Daniel (2017): Arbeitsbedingungen und -zufriedenheit auf deutschen Intensivstationen. In: *Pflege* 70 (5), S. 46–49. DOI: 10.1007/s41906-017-0064-6.
- Isfort, Michael; Weidner, Frank (2016): *Pflege-Thermometer 2016*. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege. Unter Mitarbeit von Ruth Rottländer, Danny Gehlen, Jonas Hylla und Daniel Tucman. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln. Online verfügbar unter

https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Endbericht_Pflege-Thermometer_2016-MI-2.pdf, zuletzt geprüft am 20.10.2022.

IWAK (2009): Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Zentrale Studienergebnisse im Überblick. Hg. v. Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur. Frankfurt am Main. Online verfügbar unter https://www.iwak-frankfurt.de/wp-content/uploads/2015/04/berufsverlaeufe_broschuere.pdf, zuletzt geprüft am 20.10.2022.

Jäckle, Sebastian (2017): Neue Trends in den Sozialwissenschaften. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Jacobs, Klaus; Kuhlmei, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (Hg.) (2016): Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Jacobs, Klaus; Kuhlmei, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (Hg.) (2020): Pflege-Report 2019. Schwerpunkt: Mehr Personal in der Langzeitpflege - Aber woher? Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Jaensch, Peter; Fugli, Ulrike; Ott, Julia; Winter, Werner; Zerth, Jürgen (2020): Pausen in der Pflege. In: *Pflegez* 73 (7), S. 56–58. DOI: 10.1007/s41906-020-0711-1.

Jahn, Frauke (2011): "Mein nächster Beruf" - Personalentwicklung für Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer. Teil 1: Modellprojekt in der stationären Krankenpflege. In: *iga.Report* 17. Online verfügbar unter https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_17_1_Mein_naechster_Beruf_Krankenpflege.pdf, zuletzt geprüft am 20.10.2022.

Jakobs, Anke (2019): Nutzen Sie Praxisanleitung als Marketing-Instrument. In: *Pflegez* 72 (8), S. 14–16. DOI: 10.1007/s41906-019-0118-z.

Janson, Patrick; Rathmann, Katharina (2021): Berufliche Belastungen, psychische Beanspruchung und Gesundheitskompetenz bei Pflegekräften in der ambulanten Altenpflege: Eine quantitative Online-Befragung in ausgewählten bayerischen Großstädten. In: *Präv Gesundheitsf.* DOI: 10.1007/s11553-020-00826-5.

Joost, A. (2013): Altenpflegekräfte länger im Beruf halten. Chancen, Potenziale und strategische Ansätze. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56 (8), S. 1112–1118. DOI: 10.1007/s00103-013-1751-0.

Käding, Heiko (2019): EbN in den Unterricht integrieren. In: *Pflegez* 72 (12), S. 44–47. DOI: 10.1007/s41906-019-0217-x.

Kamps, Eileen; Ackermann, Dagmar; Timmreck, Christian (2019): Pflegestudie 2018. Wege aus dem Fachkräftemangel in der stationären Altenpflege. Online verfügbar unter <https://www.hs-niederrhein.de/fileadmin/dateien/FB10/PFLEGESTUDIE.pdf>, zuletzt geprüft am 16.11.2021.

Kleemann, Frank; Krähnke, Uwe; Matuschek, Ingo (2009): Interpretative Sozialforschung. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Online verfügbar unter <https://docplayer.org/57799021-Frank-kleemann-uwe-kraehnke-ingo-matuschek-interpretative-sozialforschung.html>, zuletzt geprüft am 22.09.2022.

- Klein, Zoé; Peters, Miriam; Garcia González, Daniel; Dauer, Bettina (2021): Empfehlungen für Praxisanleitende im Rahmen der Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG). Fachworkshop-Empfehlungen zur Umsetzung in der Praxis. Bonn. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/184878/11356f09a03eb1a0e52cd97508ca9ff3/empfehlung-fuer-praxisanleitende-im-rahmen-der-pflegeausbildung-data.pdf>, zuletzt geprüft am 20.10.2022.
- Knape, C.; Teubner, A.; Benkenstein, A. (2018): Arbeitssituation mit einem rollierenden Arbeitszeitmodell in der ambulanten Pflege. In: *HBScience* 9 (1-2), S. 9–15. DOI: 10.1007/s16024-018-0312-8.
- Knappich, Thomas (2018): Mit geeignetem Auswahlverfahren die richtigen Mitarbeiter finden. In: *Pflege* 71 (8), S. 16–18. DOI: 10.1007/s41906-018-0624-4.
- Knüppel, Johanna (2017): Wer gesundpflegen soll, muss gesund erhalten werden. In: *Die Heilberufe* 69 (1), S. 67. DOI: 10.1007/s00058-017-2589-x.
- Koch, Lee Franklin; Faßhauer, Uwe; Reiber, Karin (2019): E-Learning in der hochschulischen Pflegeausbildung in Deutschland und die Rolle von Hochschullehrenden – eine Delphi-Erhebung. In: *Pflege* 32 (1), S. 31–46. DOI: 10.1024/1012-5302/a000653.
- Kohli, Martin (1988): Normalbiographie und Individualität: Zur institutionellen Dynamik des gegenwärtigen Lebenslaufregimes. In: Hanns-Georg Brose und Bruno Hildenbrand (Hg.): Vom Ende des Individuums zur Individualität ohne Ende. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Biographie und Gesellschaft, 4), S. 33–53.
- Kraft, Stephanie; Drossel, Matthias (2019): Untersuchung des sozialen, beruflichen und gesundheitlichen Erlebens von Pflegekräften in stationären Krankenpflegeeinrichtungen – Eine qualitative Analyse. In: *HBScience* 10 (3-4), S. 39–45. DOI: 10.1007/s16024-019-0327-9.
- Kubillus, Swantje (2018): Pflege 4.0. In: *NOVAcura* 49 (1), S. 1–64. DOI: 10.1024/1662-9027/a000076.
- Kuckartz, Udo (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4., überarbeitete Aufl. Weinheim: Beltz (Grundlagentexte Methoden). Online verfügbar unter <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1138552>, zuletzt geprüft am 20.10.2022.
- Kuckartz, Udo; Dresing, Thorsten; Rädiker, Stefan; Stefer, Claus (2007): Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (SpringerLink Bücher). Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/321876159_Qualitative_Evaluation_Der_Einstieg_in_die_Praxis, zuletzt geprüft am 22.10.2022.
- Labov, William; Waletzky, Joshua (1966): Narrative Analysis: Oral Versions of Personal Experience. Essays on the Verbal and Visual Arts. Proceedings of the 1966 Annual Spring Meeting of the American Ethnological Society.
- Lauxen, Oliver; Larsen, Christa; Schwarz, Laura; Höhmann, Ulrike (2018a): Personal sichern: Wie können Arbeitgeber Einfluss nehmen? In: *Pflege* 71 (4), S. 59–64. DOI: 10.1007/s41906-018-0465-1.
- Lauxen, Oliver; Larsen, Christa; Slotala, Lukas (2019): Pflegefachkräfte aus dem Ausland und ihr Beitrag zur Fachkräftesicherung in Deutschland. Das Fallbeispiel Hessen. In:

Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 62 (6), S. 792–797. DOI: 10.1007/s00103-019-02956-4.

- Lauxen, Oliver; Schwarz, Laura; Adami-Burke, Jennyfer; Hagmann, Kerstin; Schug, Elke (2018b): Gestaltungskompetenz in Innovationsprozessen in der Pflege. In: Simone Kauffeld und Frerich Frerichs (Hg.): *Kompetenzmanagement in kleinen und mittelständischen Unternehmen: Eine Frage der Betriebskultur?* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 89–104. Online verfügbar unter https://doi.org/10.1007/978-3-662-54830-1_6.
- Liberati, Alessandro; Altman, Douglas G.; Tetzlaff, Jennifer; Mulrow, Cynthia; Gøtzsche, Peter C.; Ioannidis, John P. A. et al. (2009): The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. In: *PLoS medicine* 6 (7), e1000100. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000100.
- Linke, Luisa (2018): Auf dem Prüfstand: Pflegestudiengänge in Deutschland. Abschluss Symposium des ZfRV an der BTU Cottbus-Senftenberg. In: *Pflege* 71 (1-2), S. 51. DOI: 10.1007/s41906-018-0367-2.
- Lohmann-Haislah, Andrea; Wendsche, Johannes; Schulz, Anika; Schöllgen, Ina; Pinzon, Luis Carlos Escobar (2019): Einflussfaktoren und Folgen des Ausfalls gesetzlicher Ruhepausen bei Pflegekräften in Deutschland. In: *Z. Arb. Wiss.* 73 (4), S. 418–438. DOI: 10.1007/s41449-019-00173-y.
- Lukuc, Sarah (2018): Generationsübergreifend arbeiten. In: *Pflege* 71 (9), S. 32–33. DOI: 10.1007/s41906-018-0679-2.
- Lukuc, Sarah (2020): Erfolgreich führen. In: *Pflege* 73 (5), S. 14–17. DOI: 10.1007/s41906-020-0691-1.
- Lutze, Maxie (2018): Ressourcen und Effizienz gewinnen durch innovative Technik. In: *Pflege* 71 (4), S. 16–18. DOI: 10.1007/s41906-018-0444-6.
- Maatouk, Imad; Müller, Andreas; Angerer, Peter; Schmook, Renate; Nikendei, Christoph; Herbst, Kirsten et al. (2018): Healthy ageing at work- Efficacy of group interventions on the mental health of nurses aged 45 and older: Results of a randomised, controlled trial. In: *PloS one* 13 (1), e0191000. DOI: 10.1371/journal.pone.0191000.
- Matzke, Ursula (2018): Personalgewinnung und -bindung im Wandel. In: Anke Simon (Hg.): *Akademisch ausgebildetes Pflegefachpersonal. Entwicklung und Chancen.* Berlin: Springer, S. 115–135. Online verfügbar unter https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-54887-5_9.pdf, zuletzt geprüft am 27.07.2020.
- Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* 12., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik). Online verfügbar unter <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:31-epflicht-1136370>, zuletzt geprüft am 20.10.2022.
- Mertens, Anne; Overberg, Jasmin; Röbbken, Heinke; Deppermann, Jana; Gockel, Julia; Heckroth, Antje et al. (2019): Die Akademisierung der Pflege aus Sicht der Pflegekräfte: eine Querschnittstudie in Krankenhäusern im Nordwesten Deutschlands. In: *Pflege* 32 (1), S. 17–29. DOI: 10.1024/1012-5302/a000650.

- Meyer-Kühling, Inga; Frankenberg, Claudia; Schröder, Johannes (2015): Erwartungshaltungen, Kommunikation und Kooperation von Pflegenden und Ärzten in der stationären Altenpflege. In: *HBScience* 6 (3), S. 70–75. DOI: 10.1007/s16024-015-0246-3.
- Mir, Eva; Kada, Olivia; Brunkel, Hella; Kohlmann, Elke; Kohlmann, Carl-Walter (2016): Wie nehmen Auszubildende der Altenpflege die Arbeits- und Organisationsstrukturen in der Praxis wahr? In: *HBScience* 7 (2), S. 83–87. DOI: 10.1007/s16024-016-0263-x.
- Misch, Franziska (2014): Coaching in der Altenpflege – Kann gesundheitsförderliches Führungsverhalten mittels Coaching gelingen? In: *Organisationsberat Superv Coach* 21 (4), S. 457–468. DOI: 10.1007/s11613-014-0392-y.
- Mohr, Jutta; Reiber, Karin; Riedlinger, Isabelle (2019): Veränderungsprozesse im Kontext des aktuellen Fachkraftbedarfs am Beispiel der Ausbildung. In: *PADUA* 14 (3), S. 169–173. DOI: 10.1024/1861-6186/a000493.
- Mojtahedzadeh, Natascha; Neumann, Felix Alexander; Augustin, Matthias; Zyriax, Birgit-Christiane; Harth, Volker; Mache, Stefanie (2020): Das Gesundheitsverhalten von Pflegekräften – aktueller Forschungsstand, Potenziale und mögliche Herausforderungen. In: *Präv Gesundheitsf.* DOI: 10.1007/s11553-020-00792-y.
- Münch, G. (2016): Vierzig Jahre in der Krankenpflege. Die Veränderungen des Pflegeberufs im Laufe der Jahrzehnte. In: *Pflegez* 69 (2), S. 104–109. Online verfügbar unter [http://www.iegus.eu/downloads/IEGUS%20WifOR%20IAW_Gesundheitsfachberufe_Endbericht_170622.pdf](https://files.springernature.com/getResource/Pflegezeitschrift%202%2F2016.pdf?token=IULUvIufpS8AXE43riPpExKrcZMUcwpHIO0w4yhOno61RnG9Vz6%2Fr7GCri5AcBi92o1n3tikPjKfkiYotkHNpNM75Zwrwg1JnULfD6ql3IbfcZhdwiAX%2FkEt55JGX6thkiHnWO%2FR5z2QEWV81Hi6Hgot4CA%2BSCQpeFKjeiABuBDPrMmorXpV57ulxj0Xyh8C7keesMpVNI4D%2B5PPFR6ZJaVsmg7kO8PoHfKnFNISIA%2Fqu%2F9xuBnRktBnKPKMmwJswhpD%2FRx9uKTX0avoWPGFR%2BK6RVhYqcuNCH97nFCz99Hk bz4VglCoLc1G5cGEXdLe, zuletzt geprüft am 07.07.2020.</p>
<p>Neldner, Thomas; Hofmann, Esther; Peters, Verena; Richter, Tobias; Hofmann, Sandra; Hans, Jan Philipp et al. (2017): Entwicklung der Angebotsstruktur, der Beschäftigung sowie des Fachkräftebedarfs im nichtärztlichen Bereich der Gesundheitswirtschaft. Hg. v. IEGUS - Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH, WifOR GmbH und IAW - Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e.V. Berlin, Darmstadt, Tübingen. Online verfügbar unter <a href=), zuletzt geprüft am 20.10.2022.
- Neumann-Ponesch, Silvia (2015): Vision Pflege 2050. In: *ProCare* 20 (4), S. 20–21. DOI: 10.1007/s00735-015-0502-x.
- Nordhausen, Thomas; Hirt, Julian (2019): Methoden-- und Theorienecke. size does not fit all – systematische Literaturrecherche in Fachdatenbanken. Schritt 1: Festlegung des Rechercheprinzips. In: *Klinische Pflegeforschung* (5).
- Nordhausen, Thomas; Hirt, Julian (2020): Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken. Hg. v. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und FHS St.Gallen.

- Oelsnitz, Dietrich von der; Schirmer, Frank; Wüstner, Kerstin (Hg.) (2014): Die auszehrende Organisation: Leistung und Gesundheit in einer anspruchsvollen Arbeitswelt. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Orlanski, Olga (2015): Caritas-Studie. Der Arbeitsmarkt für soziale Berufe. In: *neue caritas spezial spezial 2*, September 2015. Online verfügbar unter <https://www.caritas.de/neue-caritas/spezialausgaben/caritas-studie-der-arbeitsmarkt-fuer-soz>, zuletzt geprüft am 20.10.2022.
- Ottow, Heike (2019): Ausländische Pflegekräfte in Deutschland. In: *Die Heilberufe 71* (4), S. 46–49. DOI: 10.1007/s00058-019-0057-5.
- Pflegekammer Niedersachsen (2021): Bericht zur Lage der Pflegefachberufe in Niedersachsen. 1. Auflage. Zweite Auswertung der Daten aus dem Pflegeberuferegister der Pflegekammer Niedersachsen. Hg. v. Pflegekammer Niedersachsen KDÖR. Hannover. Online verfügbar unter <https://www.pflegekammer-nds.de/files/downloads/Bericht-zur-Lage-der-Pflegefachberufe-Nds-2021-Online.pdf>, zuletzt geprüft am 16.11.2021.
- Pflegezeitschrift (2018): Wie kann zeitgemäße Pflege organisiert werden? In: *Pflegez 71* (9), S. 22–24. DOI: 10.1007/s41906-018-0676-5.
- Pilger, Carmen; Jahn, Daniel (2013): Gesundheitswesen in Baden-Württemberg. Struktur und Entwicklung der Beschäftigung. In: *IAB-Regional 1/2013*. Online verfügbar unter https://doku.iab.de/regional/BW/2013/regional_bw_0113.pdf, zuletzt geprüft am 20.09.2022.
- Pischner, Rainer; Schupp, Jürgen; Gramlich, Tobias; Isengard, Bettina; Wagner, Gert G.; Rosenblatt, Bernhard von (2003): Repräsentative Analyse der Lebenslagen einkommensstarker Haushalte. Erbschaft, soziale Herkunft und spezielle Lebenslagenindikatoren. Hg. v. DIW Berlin. Online verfügbar unter https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Berichte/zweiter-armuts-reichtumsbericht-publikation-repraesentative-analyse-lebenslagen-einkommensstarker-haushalte.pdf?__blob=publicationFile&v=2, zuletzt geprüft am 20.10.2022.
- Pornak, Shirin Caroline (2020): Digitalisierung und Demenz. In: *Die Heilberufe 72* (3), S. 30–32. DOI: 10.1007/s00058-020-1436-7.
- Psyma Health & CARE (2018): #PflegeComeBack Studie. Hintergründe zu Ausstieg und Rückkehr in den Pflegeberuf. Hg. v. HARTMANN. Online verfügbar unter <https://docplayer.org/131671450-Hartmann-pflegecomeback-studie-hintergruende-zu-ausstieg-und-rueckkehr-in-den-pflegeberuf-26-november-2018.html>, zuletzt geprüft am 20.10.2022.
- Purbs, Alexander; Posdich, Marie Louise; Sonntag, Karlheinz (2018): Gesundheitsförderliche Führung. In: *Pflegez 71* (9), S. 10–13. DOI: 10.1007/s41906-018-0673-8.
- Quernheim, German (2018): Nicht ärgern – ändern! Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/978-3-662-56571-1>, zuletzt geprüft am 20.10.2022.
- Rahnfeld, Marlen; Wendsche, Johannes; Ihle, Andreas; Müller, Sandrine R.; Kliegel, Matthias (2016): Uncovering the care setting-turnover intention relationship of geriatric nurses. In: *European journal of ageing 13* (2), S. 159–169. DOI: 10.1007/s10433-016-0362-7.

- Riedlinger, Isabelle; Fischer, Gabriele; Lämmel, Nora; Höß, Tanja (2020): "Leasing ist wie ein stummer Streik" - Zeitarbeit in der Pflege. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.21241/ssoar.70996>, zuletzt geprüft am 20.10.2022.
- Rinsche, Anna K. (2015): Erfolgreich ausgebildet — und dann? In: *Die Heilberufe* 67 (7-8), S. 62–63. DOI: 10.1007/s00058-015-1616-z.
- Ritschard, Gilbert; Studer, Matthias (2018): Sequence Analysis: Where Are We, Where Are We Going? In: Gilbert Ritschard und Matthias Studer (Hg.): *Sequence Analysis and Related Approaches. Innovative Methods and Applications, Life Course Research and Social Policies*, 10. 1st ed. 2018: Springer Nature (Life Course Research and Social Policies, 10), S. 1–11, zuletzt geprüft am 26.09.2022.
- Röper, Johann; Fleßa, Steffen (2020): Krankheitsbedingte Fehlzeiten des Pflegepersonals eines Maximalversorgers – Analyse und Handlungsanweisungen. In: *HBScience* 11 (1-2), S. 13–23. DOI: 10.1007/s16024-020-00336-6.
- Roßius, Sabrina (2019): Neue Zeiten auf der ITS. In: *Pflegez* 72 (12), S. 13–15. DOI: 10.1007/s41906-019-0218-9.
- Rothgang, Heinz (2018): Personalbedarf in Pflegeeinrichtungen. Einheitliche Bemessung. Online verfügbar unter <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2018-0304/personalbemessung.html>, zuletzt geprüft am 20.01.2022.
- Rothgang, Heinz; Görres, Stefan; Darmann-Finck, Ingrid; Wolf-Ostermann, Karin; Brannath, Werner; Becke, Guido 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). Hg. v. Heinz Rothgang. Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (SOCIUM). Bremen, zuletzt geprüft am 17.10.2022.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Preuß, Benedikt: BARMER Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen. Hg. v. bifg - BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung, zuletzt geprüft am 09.11.2022.
- Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten - was ist zu tun? Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/265557223_Themenreport_Pflege_2030_Was_ist_zu_erwarten_-_was_ist_zu_tun, zuletzt geprüft am 20.10.2022.
- Rövekamp-Wattendorf, Jörg; Technau, Johannes; Heckes, Kolja (2018): Verstrickt gehetzt oder gesund vernetzt? – Mitarbeiterbe- und -entlastung in Altenhilfesettings heute. In: Mario A. Pfannstiel, Axel Focke und Harald Mehlich (Hg.): *Management von Gesundheitsregionen IV. Bedarfsplanung und ganzheitliche regionale Versorgung und Zusammenarbeit*. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 173–191. Online verfügbar unter https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-16901-5_13.pdf, zuletzt geprüft am 08.07.2020.
- Sahmel, Karl-Heinz (2017): Praktisches Lernen auf dem Prüfstand. In: *Pflegez* 70 (6), S. 45–47. DOI: 10.1007/s41906-017-0097-x.

- Sampson, Margaret; Tetzlaff, Jennifer; Urquhart, Christine (2011): Precision of healthcare systematic review searches in a cross-sectional sample. In: *Res. Syn. Meth.* 2 (2), S. 119–125. DOI: 10.1002/jrsm.42.
- Sarna, Linda; Aguinaga Bialous, Stella; Wells, Marjorie J.; Kotlerman, Jenny; Froelicher, Erika Sivarajan; Wewers, Mary Ellen (2009): Do you need to smoke to get a break?: smoking status and missed work breaks among staff nurses. In: *American journal of preventive medicine* 37 (2 Suppl), S165-71. DOI: 10.1016/j.amepre.2009.05.005.
- Scharfenberg, Elisabeth (2016): Was beschäftigt Pflegekräfte? Ausgewählte Ergebnisse der Umfrage von Elisabeth Scharfenberg, MdB. Online verfügbar unter http://www.elisabeth-scharfenberg.de/daten/downloads/ErgebnissederUmfrage_WasbeschaeftigtPflegekraefte.pdf, zuletzt geprüft am 20.10.2022.
- Schauerte, Birgit; Stiegler, Franziska; Krauss-Hoffmann, Peter (2017): Kein Stress mit dem Stress. Lösungen und Tipps für Pflegeeinrichtungen. In: Karin Kliner, Dirk Rennert, Matthias Richter und Dieter Bogai (Hg.): *Gesundheit und Arbeit - Blickpunkt Gesundheitswesen*. BKK Gesundheitsatlas 2017. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 115–120. Online verfügbar unter https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Publicationen/2019/BKK_Gesundheitsatlas_2017.pdf, zuletzt geprüft am 27.10.2022.
- Schmal, Jörg (2019): Dauernachtdienst in der Pflege. Gründe für das Ergreifen, den Verbleib und die Aufgabe. 1. Auflage 2019. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH (Best of Pflege). Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-24441-5.pdf>, zuletzt geprüft am 27.07.2020.
- Schmidt, Mario (2008): The Sankey Diagram in Energy and Material Flow Management. In: *Journal of Industrial Ecology* 12 (1), S. 82–94. DOI: 10.1111/j.1530-9290.2008.00004.x.
- Schmucker, Rolf (2020): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): *Pflege-Report 2019. Schwerpunkt: Mehr Personal in der Langzeitpflege - Aber woher?* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 49–59.
- Schneider, Michael; Besser, Jürgen; Zerth, Jürgen (2017): Individualisierung durch Digitalisierung am Beispiel der stationären Pflegeversorgung – Organisations- und informationsökonomische Aspekte. In: Mario A. Pfannstiel, Patrick Da-Cruz und Harald Mehlich (Hg.): *Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen II. Impulse für das Management*. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 205–226. Online verfügbar unter https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-12393-2_14.pdf, zuletzt geprüft am 20.10.2022.
- Schnuch; Mazzola; Hampel; Hasseler (2019): Lebensphasenorientierte Beschäftigung von Frauen in der Pflege. In: *Pflegewissenschaft* 21 (1), S. 62–72.
- Schorn, Nicola; Grüner, Theresa; Werner, Ann-Christin; Frerichs, Frerich (2016): Kompetenzbasierte Laufbahngestaltung in der Pflege. In: Frerich Frerichs (Hg.): *Altern in der Erwerbsarbeit. Perspektiven der Laufbahngestaltung*. Wiesbaden: Springer VS (Research), S. 183–207. Online

verfügbar unter https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-12384-0_9.pdf,
zuletzt geprüft am 20.10.2022.

Schreier, Margrit (2012): Qualitative Content. Analysis in Practice. In: *Sage Publications*, S. 162,
zuletzt geprüft am 20.09.2022.

Schreier, Margrit (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der
Begrifflichkeiten. In: *FORUM: QUALITATIVE SOZIALFORSCHUNG FQS* (Volume 15, No. 1, Art. 18).

Schwab, Sabrina; Fritz, Elfriede (2017): Die praktische Pflegeausbildung aus Sicht Auszubildender und
Studierender in Oberbayern. In: *PADUA* 12 (5), S. 355–361. DOI: 10.1024/1861-6186/a000403.

Seemann, Ann-Kathrin; Fischer, Harald (2017): Was macht Freude im Arbeitsalltag, und was belastet?
In: *HBScience* 8 (3-4), S. 136–141. DOI: 10.1007/s16024-017-0308-9.

Seibert, Holger; Carstensen, Jeanette; Wiethölter, Doris (2018): Entgelte von Pflegekräften. - große
Unterschiede zwischen Berufen, Bundesländern und Pflegeeinrichtungen. Hg. v. IAB - Institut für
Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Online verfügbar unter
http://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften.pdf, zuletzt geprüft am
17.10.2022.

Siegel, Melanie; Mazheika, Yuliya; Mennicken, Regina; Ritz-Timme, Stefanie; Graß, Hildegard; Gahr,
Britta (2018): „Weil wir spüren, da müssen wir was tun“ – Barrieren in der Gewaltprävention
sowie zentrale Handlungserfordernisse : Eine qualitative Interviewstudie mit professionellen
Pflegeschulkräften und Führungskräften aus dem Bereich Altenpflege. In: *Z Gerontol Geriat* 51 (3),
S. 329–334. DOI: 10.1007/s00391-017-1228-0.

Simon, Anke; Flaiz, Bettina; Heesken, Katrin (2015): Job, Familie und Studium – so geht das. In: *Die
Heilberufe* 67 (5), S. 54–55. DOI: 10.1007/s00058-015-1494-4.

Spies, Harald (2018): Das sagen wir! Stellungnahmen zur Situation in der Pflege. Stellungnahme MdB
Heike Baehrens, SPD. Online verfügbar unter [https://www.demenz-
support.de/Repository/Stellungnahme_SPD_Baehrens.pdf](https://www.demenz-support.de/Repository/Stellungnahme_SPD_Baehrens.pdf), zuletzt geprüft am 20.10.2022.

Stagge, Maya (2016): Multikulturelle Teams in der Altenpflege. Dissertation. Online verfügbar unter
<http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=4178818>, zuletzt geprüft am 20.10.2022.

Statistisches Bundesamt (2020a): Bildung und Kultur. Berufliche Schulen. Online verfügbar unter
[https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-
Kultur/Schulen/Publikationen/Downloads-Schulen/berufliche-schulen-
2110200207005.html;jsessionid=53996725C603C63A098E6A26F1B39956.live742](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Schulen/Publikationen/Downloads-Schulen/berufliche-schulen-2110200207005.html;jsessionid=53996725C603C63A098E6A26F1B39956.live742), zuletzt
aktualisiert am 22.10.2021, zuletzt geprüft am 22.02.2022.

Statistisches Bundesamt (2020b): Gender Pay Gap 2019: Verdienstunterschied zwischen Männern
und Frauen erstmals unter 20 %. Online verfügbar unter
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/12/PD20_484_621.html, zuletzt
aktualisiert am 08.12.2020, zuletzt geprüft am 17.10.2021.

Statistisches Bundesamt (2020c): Gestiegenes Interesse an Pflegeberufen: 71300 Menschen haben
2019 eine Ausbildung begonnen. Online verfügbar unter
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/10/PD20_N070_212.html, zuletzt
aktualisiert am 28.10.2020, zuletzt geprüft am 04.11.2020.

- Statistisches Bundesamt (2020d): Pflegestatistik: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 10.11.2022.
- Statistisches Bundesamt (2020e): Zeitarbeitsbranche 2018: Mittlerer Bruttostundenverdienst 24 % geringer als in der Gesamtwirtschaft. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/12/PD20_503_623.html, zuletzt aktualisiert am 14.12.2020, zuletzt geprüft am 16.11.2021.
- Statistisches Bundesamt (2021): Bildung und Kultur. Berufliche Schulen (Fachserie 11 Reihe 2). Online verfügbar unter https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DEHeft_mods_00136955, zuletzt geprüft am 07.10.2022.
- Statistisches Bundesamt (2022): Verbraucherpreisindizes für Deutschland. Lange Reihen ab 1948. Statistisches Bundesamt (Destatis). Online verfügbar unter www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Preise/Verbraucherpreisindex/Publikationen/Downloads-Verbraucherpreise/verbraucherpreisindex-lange-reihen-pdf-5611103.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 25.09.2022.
- Strohbach, Heiko (2015): Fachkräftesicherung in der Gesundheits- und Krankenpflege vor dem Hintergrund des demografischen Wandels in Rheinland-Pfalz: Ausbildungsstättenplanung in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung. In: *Sozialer Fortschritt. Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik* Vol. 64 (No. 12), S. 298–304. Online verfügbar unter https://www.jstor.org/stable/pdf/45018142.pdf?ab_segments=0%2Fbasic_SYC-5187%2Ftest&refreqid=search%3Ad3e317f8890b8880719c114ca972624a, zuletzt geprüft am 20.10.2022.
- Strutz, Nicole; Kuntz, Simone; Lahmann, Nils; Steinert, Anika (2020): Analyse der Technikbereitschaft und -nutzung von Pflegeinnovationstechnologien von Mitarbeiter*innen im Pflegeprozess. In: *HBScience*. DOI: 10.1007/s16024-020-00339-3.
- Stuber, Felicitas; Seifried-Dübon, Tanja; Rieger, Monika A.; Zipfel, Stephan; Gündel, Harald; Junne, Florian (2019): Investigating the Role of Stress-Preventive Leadership in the Workplace Hospital: The Cross-Sectional Determination of Relational Quality by Transformational Leadership. In: *Frontiers in psychiatry* 10, S. 622. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00622.
- Szegan, N. (2019): Mehr Köpfe für die Pflege. Hg. v. gg-digital. Online verfügbar unter <https://www.gg-digital.de/2019/02/thema-des-monats/mehr-koepfe-fuer-die-pflege/index.html>, zuletzt aktualisiert am 21.03.2019, zuletzt geprüft am 01.09.2021.
- Terrier, Florence; Zink, Klaus J. (2016): Beschäftigungssituation und Berufsverbleib von Fachkräften mit Migrationshintergrund in der deutschen Altenpflege. In: *Z. Arb. Wiss.* 70 (3), S. 165–176. DOI: 10.1007/s41449-016-0025-8.
- Tezcan-Güntekin, Hürrem; Schmidt, Julia Margarethe; Özer-Erdogdu, Ilknur (2021): Zurück in die Pflege: Zwischen „Sollen“, „Wollen“ und „Können“ – Berufsidentitäten von Pflegefachkräften in Krisensituationen am Beispiel der Sars-CoV-2-Pandemie. In: *Gesundheitswesen*. DOI: 10.1055/a-1531-5079.

- Theim, Nico (2018): Trainee-Programm: Erfolgreich und qualifiziert führen. In: *Pflegez* 71 (11), S. 35–38. DOI: 10.1007/s41906-018-0764-6.
- Them, Christa; Them, Karl-Heinz; Fritz, Elfriede; Güntert, Bernhard; Schulc, Eva (2009): Berufsverbleib, Berufsausstieg, Berufswiedereinstieg diplomierter Pflegepersonen in Österreich. In: *Heilberufe* 61 (S1), S. 27–33. DOI: 10.1007/s00058-009-1405-7.
- Thoma-Lürken, Theresa; Zwakhalen, Sandra; Verbeek, Hilde (2019): Wissenschaft und Praxis: Gemeinsam für eine bessere Versorgung. In: *Pflegez* 72 (5), S. 48–51. DOI: 10.1007/s41906-019-0047-x.
- Ulusoy, N.; Wirth, T.; Lincke, H.-J.; Nienhaus, A.; Schablon, A. (2019): Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen in der Altenpflege: Vergleich zwischen Pflegekräften mit und ohne Migrationshintergrund. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 52 (6), S. 589–597. DOI: 10.1007/s00391-018-1414-8.
- Vincenz Network (2017): Altenpflege am Limit. In: *Die Heilberufe* 69 (2), S. 8. DOI: 10.1007/s00058-017-2605-1.
- Vogler, Christine (2018): Mehr Verantwortung für Pflegekräfte. In: *Die Heilberufe* 70 (4), S. 6. DOI: 10.1007/s00058-018-3368-z.
- Vogt, Michaela (2019): Praxisanleitung: Braucht es neue Wege für Generation Z? In: *Die Heilberufe* 71 (6), S. 52–54. DOI: 10.1007/s00058-019-0080-6.
- Voss, D. (2017): Strategien zur Sicherung der Facharbeit in der Altenpflege und frühkindlichen Bildung. In: *WSI-Mitteilungen* (3), S. 211–217. Online verfügbar unter https://www.wsi.de/data/wsimit_2017_03_voss.pdf, zuletzt geprüft am 01.09.2021.
- Wagner, F. (2018a): Fachkräftemangel. Wie Pflegeeinrichtungen für Pflegeprofis attraktiver werden. In: *Agenda Pflege 2021*, S. 31–53. Online verfügbar unter https://www.kompart.de/imperia/md/kompart/openaccess/agenda_pflege_2021_fachkraeftemangel.pdf, zuletzt geprüft am 01.09.2021.
- Wagner, Franz (2018b): Digitale Pflege in Deutschland? Nur gemeinsam mit der Pflege! In: *Die Heilberufe* 70 (4), S. 48–49. DOI: 10.1007/s00058-018-3396-8.
- Wehner, Lore (2019): Kommunikations- und Konflikt-Kompetenz stärken. In: *Pflegez* 72 (12), S. 10–12. DOI: 10.1007/s41906-019-0223-z.
- Weidner, Frank; Brünnett, Matthias; Müller, Mareike; Cissarz, Iwona (2017): Gründe und Einflussfaktoren für den Eintritt in die berufliche Rehabilitation von Pflegefachpersonen in Deutschland – Ergebnisse der Pilotstudie Reha-Biograf. In: *Pflege* 30 (3), S. 139–149. DOI: 10.1024/1012-5302/a000519.
- Weigl, Matthias; Stab, Nicole; Herms, Isabel; Angerer, Peter; Hacker, Winfried; Glaser, Jürgen (2016): The associations of supervisor support and work overload with burnout and depression: a cross-sectional study in two nursing settings. In: *Journal of advanced nursing* 72 (8), S. 1774–1788. DOI: 10.1111/jan.12948.

- Wendsche, Johannes; Ghadiri, Argang; Bengsch, Amelie; Wegge, Jürgen (2017a): Antecedents and outcomes of nurses' rest break organization: A scoping review. In: *International journal of nursing studies* 75, S. 65–80. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.07.005.
- Wendsche, Johannes; Hacker, Winfried; Wegge, Jürgen (2017b): Understaffing and registered nurses' turnover: The moderating role of regular rest breaks. In: *German Journal of Human Resource Management* 31, S. 238–259. Online verfügbar unter <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2397002216683880>, zuletzt geprüft am 20.10.2022.
- Wiethölter, Doris (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg. Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf: Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich. In: *IAB-Regional* 03/2012. Online verfügbar unter https://doku.iab.de/regional/BB/2012/regional_bb_0312.pdf, zuletzt geprüft am 20.10.2022.
- Wrobel, Martin; Fuchs, Michaela; Weyh, Antje; Althoff, Jörg (2019): Der Pflegearbeitsmarkt in Niedersachsen – Eine Bestandsaufnahme. In: *IAB Niedersachsen-Bremen. IAB-Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz* (3).
- Zander, Britta (2017): Warum wollen Krankenpflegefachkräfte ihre Arbeitsplätze verlassen und was kann das Krankenhausmanagement dagegen tun? In: *HBScience* 8 (2), S. 52–67. DOI: 10.1007/s16024-017-0299-6.
- Ziegler, Andreas; Antes, Gerd; König, Inke R. (2009): Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA Statement.
- Zieher, Jürgen; Ayan, Türkan (2016): Fachkräftesicherung durch Quereinsteiger. Eine neue Studie untersucht eine bislang vernachlässigte Zielgruppe für die professionelle Pflege. In: *BdW* 163 (1), S. 23–25. DOI: 10.5771/0340-8574-2016-1-23.
- Zöllick, Jan; Kuhlmeier, Adelheid; Nordheim, Johanna; Blüher, Stefan (2020): Technik und Pflege - eine ambivalente Beziehung. In: *Pflege* 73 (3), S. 50–53. DOI: 10.1007/s41906-019-0653-7.
- Zwick, Michael M.; Sonnberger, Marco; Deuschle, Jürgen; Schröter, Regina (2019): Abschätzung gesundheitsbezogener Maßnahmen mittels Gruppendelphi. In: Marlen Niederberger und Ortwin Renn (Hg.): *Delphi-Verfahren in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften*, S. 265–285.

11 Anhang

11.1 Anhang I – Interviewleitfaden Experteninterviews

„BMG KAP Studie“ – Interviewleitfaden für die Experteninterviews

Gesprächseinstieg und Begrüßung

- Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit für das Interview genommen haben.
- Kurzvorstellung der eigenen Person und der Studie: *„Ich arbeite für das IEGUS – Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft und wir führen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit eine Studie zu den Arbeitsbedingungen in der Pflege durch. Wir interessieren uns zum einen für die Berufsbiografie von Pflegekräften und Faktoren, welche die Arbeit in der Pflege beeinflussen. Zum anderen erforschen wir Maßnahmen, wie die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessert werden können. Schließlich greifen wir noch die Frage auf, wie beruflich Pflegende sich ihren „Arbeitsplatz Pflege der Zukunft“ vorstellen. Wir interessieren uns für Ihre subjektive Einschätzung und Erfahrung.“*
- Betonung: Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Uns interessieren Ihre subjektiven Einschätzungen und Erfahrungen als Expert*in in der Pflege. Bei unverständlichen Fragen können Rückfragen jederzeit gestellt werden.
- Hinweise: Freiwilligkeit; Möglichkeit, das Interview jederzeit abzubrechen oder Fragen auszulassen; ausschließlich anonymisierte Auswertung des Interviews

Themenblock I: Beweggründe und Entwicklungstendenzen für erwerbsbiografische Faktoren

Würden Sie sich bitte einmal vorstellen und Ihre Berufsbiografie kurz zusammenfassen?

Nachfragen:

- langfristiger **Verbleib im Pflegeberuf**
 - Was sind nach Ihrer Einschätzung und Erfahrung Gründe für den Ausstieg aus dem Pflegeberuf?
 - Wie lassen sich ehemalige beruflich Pflegende, die eine Zeit lang in einem anderen Beruf gearbeitet haben, für den Pflegeberuf zurückgewinnen?
- **Voll- oder Teilzeitbeschäftigung**
 - Was sind nach Ihrer Einschätzung und Erfahrung Gründe für eine Teilzeitbeschäftigung?
 - Mit welchen Maßnahmen können Teilzeitbeschäftigungen in Vollzeitbeschäftigungen ausgeweitet werden?
- **Zeit- und Leiharbeit**
 - Was sind nach Ihrer Einschätzung und Erfahrung Gründe für den Wechsel in die Leiharbeit bzw. Zeitarbeit?
 - Mit welchen Maßnahmen können Pflegefachpersonen in der Stammebelegschaft gehalten werden oder aus der Zeit- und Leiharbeit zurückgewonnen werden?

- Wie lassen sich **Quereinsteiger*innen** für den Beruf gewinnen?
 - Aus welchen Gründen entscheiden sich Quereinsteiger*innen für den Pflegeberuf?
 - Mit welchen Maßnahmen können mehr Quereinsteiger*innen für den Pflegeberuf gewonnen werden?

Themenblock II: Einschätzungen konkreter Aspekte der Arbeitsplatzsituation

Vor dem Hintergrund des bislang Besprochenen: Wie schätzen Sie die folgenden konkreten inhaltlichen Aspekte ein, auf die wir im Rahmen unserer Literaturrecherche gestoßen sind?

Fragen zum Arbeitsalltag:

Wenn Sie an Ihren Berufsalltag und die zuvor besprochenen Beweggründe und Maßnahmen denken:

- Was sind nach Ihrer Einschätzung die wichtigsten Gründe für den **Fachkräftemangel** in den Pflegeberufen?
- In welchen Bereichen sind aus Ihrer Sicht die **Folgen des Fachkräftemangels** am deutlichsten spürbar?
- Wie schätzen Sie die **körperlichen und psychischen Arbeitsbelastungen im Pflegeberuf** ein?
 - Welche **Maßnahmen** könnten hier für eine Entlastung sorgen?
 - Wie wird die **Pausengestaltung** erlebt?
 - Wie **planbar** ist die **Arbeitszeit**; wie planbar ist die Freizeit (**Dienstplangestaltung**)?
- Welche **Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung** werden in Ihrem Betrieb umgesetzt? Wie bewerten Sie diese?
 - Gibt es ein **betriebliches Gesundheitsmanagement oder Maßnahmen der Gesundheitsförderung** in Ihrem Betrieb? Falls ja, wie bewerten Sie die angebotenen Maßnahmen?
 - Stehen Ihnen adäquate **Arbeitsschutz- und Hilfsmittel** zur Verfügung?
 - Wurde für Ihren Arbeitsbereich eine **Gefährdungsbeurteilung** durchgeführt? Wie wirkt sich diese auf Ihre Arbeit aus?
 - Wurden **Mitarbeiterbefragungen** zum Thema Arbeitsbelastungen und Prävention durchgeführt?
 - Gibt es Angebote des **betrieblichen Eingliederungsmanagements** in Ihrem Betrieb? Falls ja, wie bewerten Sie diese?
 - Gibt es Angebote zur **Gewaltprävention** im Pflegealltag?
- Welche Rolle spielt die **Betriebskultur** für Ihre Arbeitsplatzzufriedenheit?
 - Welche Rolle spielt der*die **Vorgesetzte** und die Atmosphäre im Team?
 - Welche Formen der **Wertschätzung** erleben Sie im Beruf? Welche Formen der Wertschätzung wünschen Sie sich?
- Nachfragen zur **Konzertierten Aktion Pflege (KAP)**:

- Ist Ihnen die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) bekannt, die vom Bundesministerium für Gesundheit zusammen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ins Leben gerufen wurde?
- Nehmen Sie in Ihrem Pflegealltag Wirkungen der KAP wahr? Falls ja, wie bewerten Sie diese?

Fragen zu den Rahmenbedingungen:

Wenn Sie an die zuvor besprochenen Beweggründe und Maßnahmen denken:

- Wie beurteilen Sie die **Aufgabenverteilung in der Pflege** zwischen den Berufsgruppen und den unterschiedlichen Qualifikationen?
 - Wie bewerten Sie die Aufgabenverteilung zwischen den **Berufsgruppen**?
 - Wie bewerten Sie die Aufgabenverteilung zwischen den **unterschiedlichen Qualifikationsniveaus** in der Pflege (bspw. Pflegefachpersonen und Hilfskräfte)?
 - Wie stehen Sie zur **Fachkraftquote**?
- Welche Rolle könnte die neue **generalistische Ausbildung** in der Pflege bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen spielen?
- Welche Rolle könnten die **akademische Pflegeausbildung** und akademisierte Pflegefachpersonen spielen?
- Wie schätzen Sie die **Weiterbildungsmöglichkeiten und Karrierechancen** von beruflich Pflegenden mit Blick auf die Arbeitsplatzattraktivität ein?
- Welche Bedeutung kommt der **Vergütung** zu, auch im Vergleich zu anderen Motivationsfaktoren, die für eine Arbeit in der Pflege entscheidend sind?
- Im Folgenden geht es um die **Digitalisierung** in der Pflege:
 - Welche **Maßnahmen der Digitalisierung** bietet Ihr derzeitiger Arbeitgeber an? Werden diese von den beruflich Pflegenden genutzt? Wie bewerten Sie die Maßnahmen persönlich?
 - Führt die Digitalisierung aus Ihrer Sicht zu einer Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs?
- Welche Rolle spielt es, dass der **Pflegeberuf** gut **mit der Familie oder** generell dem **Privatleben in Einklang** gebracht werden kann?
 - Welche **Entscheidungen im Berufsleben** werden durch Ihre familiäre Situation beeinflusst?
 - Wünschen Sie sich mehr **Unterstützung**, um die Vereinbarkeit zu erleichtern? Wie kann die Unterstützung konkret aussehen?

Priorisierungsfrage:

Wir haben jetzt einige Aspekte, Beweggründe und auch Maßnahmen besprochen, welche die Arbeit in der Pflege und die Berufsbiografien von beruflich Pflegenden beeinflussen. **Welchen Aspekt würden sie spontan als den wichtigsten einschätzen?**

Themenblock III: Corona-Pandemie

Zum Abschluss würden wir gerne auch noch die **Corona-19-Pandemie** und ihre Folgen auf die Arbeitsbedingungen in der Pflege ansprechen:

- Wie beeinflusst Corona Ihre Arbeit und Ihren Alltag in der Pflege?
- Welche Maßnahmen lassen sich nach der Corona-19-Pandemie nutzen, um die Arbeitsplatzsituation in der Pflege zu verbessern?

Themenblock IV: Arbeitsplatz der Zukunft

- Wenn Sie sich einmal vorstellen, wie der „Arbeitsplatz Pflege der Zukunft“ aussehen könnte: Was wäre aus Ihrer Sicht **wichtig für einen attraktiven Arbeitsplatz**, an dem beruflich Pflegenden gerne arbeiten?
- Welche **Maßnahmen auf betrieblicher und ggf. auf politischer Ebene** bräuchte es, damit diese Vision vom „Arbeitsplatz Pflege der Zukunft“ zukünftig umgesetzt werden kann?

Gesprächsabschluss:

- Abschlussfrage: Fallen Ihnen noch weitere, aus Ihrer Sicht wichtige Aspekte zu den Arbeitsbedingungen in der Pflege ein, die **bislang noch nicht angesprochen** wurden?

Wir danken Ihnen für das Gespräch!

11.2 Anhang II – Leitfaden für die Gruppendiskussionen

Leitfaden für die Gruppendiskussionen zur Arbeitsplatzsituation in der Pflege

Gesprächseinstieg und Begrüßung

- Dank: *„Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit für Diskussion genommen haben.“*
- Kurzvorstellung der eigenen Person und der Studie: *„Ich arbeite für das IEGUS – Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft und wir führen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit eine Studie zu den Arbeitsbedingungen in der Pflege durch. Wir interessieren uns zum einen für die Berufsbiografie von beruflich Pflegenden und Faktoren, welche die Arbeit in der Pflege beeinflussen. Zum anderen erforschen wir Maßnahmen, wie die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessert werden können. Schließlich greifen wir noch die Frage auf, wie beruflich Pflegende sich ihren „Arbeitsplatz Pflege der Zukunft“ vorstellen.“*
- Hinweise: Freiwilligkeit; Möglichkeit, das Interview jederzeit abubrechen oder Fragen auszulassen; ausschließlich anonymisierte Auswertung des Interviews
- Betonung: Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Uns interessieren Ihre subjektiven Einschätzungen und Erfahrungen. Bei unverständlichen Fragen können Rückfragen jederzeit gestellt werden.
- Kurzvorstellung der Diskutant*innen reihum: *„Würden Sie sich bitte einmal vorstellen und Ihre Berufsbiografie kurz zusammenfassen?“*

Arbeitsplatz der Zukunft

- Wenn Sie sich einmal vorstellen, wie der „Arbeitsplatz Pflege der Zukunft“ aussehen könnte. Was wäre aus Ihrer Sicht wichtig für einen attraktiven Arbeitsplatz, an dem beruflich Pflegende gerne arbeiten?
- Welche Maßnahmen auf betrieblicher und ggf. auf politischer Ebene bräuchte es, damit diese Vision vom „Arbeitsplatz Pflege der Zukunft“ zukünftig umgesetzt werden kann?

Konkretisierende Nachfragen in allen Themenblöcken zu ...

- ... Pflegeausbildung
- ... Personalsituation
- ... Führungsverhalten und Leitungskräfteentwicklung
- ... Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung
- ... Vergütung
- ... Arbeitszeit
- ... Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf
- ... Digitalisierung
- ... weiteren Faktoren

Abschlussfrage:

- Fallen Ihnen noch weitere, aus Ihrer Sicht wichtige Aspekte zu den Arbeitsbedingungen in der Pflege ein, die **bislang noch nicht angesprochen** wurden?
- Was sind für Sie die wichtigsten Maßnahmen, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern und einen langfristigen Berufsverbleib zu fördern?

Wir danken Ihnen für das Gespräch!

11.3 Anhang III – Kodierleitfaden

Allgemeine Regeln		
<ul style="list-style-type: none"> • Wenn nicht anders erwähnt, sind alle Kategorien disjunkt (→ nicht doppelt kodieren) • Ausnahmen: Wenn eine Passage nur im Kontext verständlich ist, Kontext mit kodieren, selbst wenn dieser schon anders kodiert wurde. Bei der Auswertung darauf achten, dass die Zusammenfassung nur in Bezug auf die jeweilige Kategorie erfolgt • immer nur die unterste Kategorienebene kodieren – Zusammenfassung später entlang der Hierarchie 		
Kategoriendefinition	Ankerbeispiele	Kodierregeln
Erwerbsbiografie: Beweggründe und Entwicklungstendenzen		

<p>Erwerbsbiografische Erzählung</p>	<p>1. Narrative Struktur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vergangenheitsform • Strukturelemente einer mündlichen Erzählung nach Labov und Waletzky (1966) vorhanden (nicht notwendig in der genannten Reihenfolge) <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Abstract</u> (optional) Ankündigung/Kurzzusammenfassung, die das Interesse der zuhörenden Person weckt ○ <u>Orientation</u> (notwendig) Setting (Zeit, Ort) und beteiligte Personen werden eingeführt ○ <u>complicating action</u> (notwendig) Entwicklung des Geschehens, mündend in das berichtenswerteste Ereignis kausal/temporal strukturiert beinhaltet typischerweise einen Planbruch ○ <u>evaluation</u> (optional) Bewertung des Geschehens/Handelns ○ <u>resolution</u> (optional) An das berichtenswerteste Ereignis anknüpfende Auflösung der Situation ○ <u>Coda</u> (optional) Rückführung in die Gegenwart <p>2. Erwerbsbiografischer Inhalt</p> <ul style="list-style-type: none"> • thematisiert wird mind. einer der folgenden erwerbsbiografischen Umbrüche/Kontinuitäten und die dahinterstehenden Beweggründe/ Einflussfaktoren (<u>nur eigene Erwerbsbiografie</u>) <ul style="list-style-type: none"> • Berufseinstieg (Regel- oder Quereinstieg) • Wechsel der Einrichtung • Wechsel des Pflegesettings • Wechsel der Position • Wechsel der Arbeitsform/des Arbeitszeitmodells (Arbeitsstunden erhöht/verringert, Leiharbeit) 	<p><i>“Ich bin übers Praktikum der Fachoberschule, über ein, oder über dieses Jahrespraktikum quasi in den Beruf gerutscht. Ich wollte eigentlich Physiotherapeutin werden und musste dann noch ein Jahr überbrücken, bis ich 18 bin und hab dann ein Praktikum im Krankenhaus gemacht und bin quasi dort hängengeblieben. Habe dann mein Fachabitur gemacht. Also die Klasse 12 und bin dann, weil es mir hier so gut gefallen hat, in die Ausbildung Gesundheits- und Krankenpflege, damals noch Krankenschwester, gegangen und bin nach den drei Jahren, nach der Ausbildung, 2005 nicht direkt übernommen worden. 2005 waren so ein paar, ja, da waren so ein paar schlechte Jahre für Pflegekräfte, da waren die Häuser sehr limitiert. Was das Einstellen von Gesundheits- und Krankenpflegern anging. Bin dann für neun Monate in einem Altenheim gewesen als Pflegefachkraft und dann angerufen worden, wieder zurück in das Haus, in dem ich gelernt habe. Habe dort auf der Geriatrie gearbeitet, hab dann 2009 Pflegemanagement studiert, habe eine Leitungsposition auf der Geriatrie übernommen und bin 2014 nach der Elternzeit mit dem abgeschlossenes Studium in der Pflegedirektion angefangen. Und da bin ich jetzt immer noch.“ (Int22)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1. und 2. müssen erfüllt sein, wenn nur 2. erfüllt als „Einflüsse auf erwerbsbiografische Entwicklungen (nichtnarrativ)“ kodieren • gesamte Passage inkl. des Erzählstimulus kodieren • Überschneidung mit anderen Kategorien möglich, außer mit „Einflüsse auf erwerbsbiografische Entwicklungen (nichtnarrativ)“
--------------------------------------	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Langfristiger Verbleib im Beruf • Berufsausstieg • Rückkehr in den Beruf <p>Quelle Erzählstruktur</p> <p>Labov und Waletzky (1966): "Narrative analysis. Oral versions of personal experience"</p>			
Einflüsse auf erwerbsbiografische Entwicklungen (nichtnarrativ)	Berufseinstieg/Quereinsteig und Rückkehr in den Beruf	Gründe für Einstieg: Motivation/Auslöser	<p>(1) „Das sind ähnliche Gründe, wie die Gründe dafür, dass man zurückkommt, nämlich, dass man gehört hat als Quereinsteiger ist man normalerweise in anderen Berufen tätig, äh von Freunden oder von Bekannten, dass die Berufsrahmenbedingungen vielleicht auch die Bezahlung oder die Urlaubsplanung usw. attraktiv für einen sind, dass man sich dann entscheidet, ja als Quereinsteiger in den Beruf einzusteigen also hat ja durchaus Vorteile im Krankenhaus zu arbeiten, man wird jetzt abgesehen von dem Stress als solcher quasi nie arbeitslos, weil es immer Bedarf gibt und man einen krisensicheren Job hat. Wenn wir uns jetzt zurzeit die aktuelle Situation auf der Welt anschauen sind Pflegekräfte oder medizinisches Personal im Generellen sehr gefragt, das heißt, dass man mit dieser Berufswahl eigentlich kein Risiko eingeht irgendwann nicht arbeiten zu können, weil man keine Stelle findet.“ (Int01)</p> <p>(2) „Das sind dann so Aussagen wie: Die möchten dann auch mit dem Patienten arbeiten und nicht nur den Patienten fahren von A nach B, die wollen den Kontakt haben. Die brauchen diesen Kontakt zum Patienten. Die sagen immer da bekommt man ganz viel von wieder. Die sehen, wie die Pflegenden im Team zusammenarbeiten. Das sind so Dinge, die die dann berühren, um in den Beruf einzusteigen.“ (Int22)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • keine narrative Struktur • beinhaltet eigene und fremde Erfahrungen sowie Einschätzungen/Bewertungen • Überschneidungen mit anderen Kategorien möglich außer mit Erwerbsbiografische Erzählung
		Strategien und Erfahrungen zur Gewinnung von Berufs-/Quereinsteiger*innen; Erfahrungen mit Quereinsteiger*innen	<p>(1) „Ich glaube, das braucht ganz viel gute Presse. Nach außen hin. Und wir sind da ja auch selber für zuständig. Wenn wir unseren Beruf nach außen hin auch so darstellen, dass das ein toller Beruf ist, gewinnt man ja auch mehr Menschen. Aber mit so einer Abgeleiertheit und Müdigkeit und den Beruf selber schlechteden gewinnt man ja niemanden.“ (Int22)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • hier auch Erfahrungen mit Quereinsteiger*innen, internationalen beruflich Pflegenden kodieren

			(2) „Leute dafür zu begeistern, Leute für die Pflege zu begeistern die quer einsteigen geht natürlich immer am besten, wenn die nicht nur irgendwie drei Wochen, vier Wochen Praktikum machen, sondern vielleicht doch ein Jahr. Und in diesem Jahr vielleicht auch mehrere Fachabteilungen zu durchlaufen (...).“ (Int28)	
	Vollzeit/Teilzeit	Gründe für die Wahl verschiedener Arbeitszeitmodelle	<p>(1) „Zum Beispiel war es bei mir so ich hab ja erzählt dass ich in den zwei Jahren nach meiner Ausbildung in einer Altenpflegeeinrichtung gearbeitet habe und da war es für Neueinsteigerin und -einsteiger eigentlich so die Norm, dass man nicht Vollzeit arbeitet, weil der Arbeitgeber der Meinung war, dass es für das Team besser ist, wenn man viele Teilzeitkräfte hat und wenige Vollzeitkräfte, denn wenn diese krank werden dann muss man in der Woche 40 Stunden oder 39 Stunden je nach Einrichtung ersetzen und das ist schwierig, weil wie gesagt nicht so viele Mitarbeiter auch dort im Unternehmen sind und die dann generell die Stunden nicht ausgleichen können, wenn eine Vollzeitkraft ausfällt.“ (Int01)</p> <p>(2) „Weil ich so miterlebe, warum die Leute Teilzeit machen. Das ist a) weil sie körperlich merken, sie können das nicht mehr oder auch psychisch einfach merken, sie können das nicht mehr.“ (Int28)</p> <p>(3) „Was ich mitbekommen habe, ist viel, dass da die Arbeitsbelastung hoch ist und dass man dann auch in Teilzeit geht, um diese Arbeitsbelastung nicht in Vollzeit zu erleben, sondern auch Pausen dazwischen zu haben. So das ist so meistens so was so in diesen mittleren Jahrgängen wohl geschieht. Um sich einfach auch Erholungszeiten gönnen zu können.“ (Int22)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Effekt der Vergütung auf das Arbeitszeitmodell hier kodieren
		Strategien zur Erhöhung der Arbeitszeit	(1) „Bezogen auf die Altenpflegeeinrichtung, in der ich gearbeitet hab oder auf das betreute Wohnheim, in dem ich zurzeit arbeite, gibt es oder kann man äh mit dem Vorgesetzten darüber reden, dass man Zwischendienste macht. Das heißt man bleibt vielleicht nur einen Vormittag angenommen von 7 bis 12 Uhr für den Frühdienst und könnte dann wenn es irgendwie organisatorisch passt zum Spätdienst bis Ende zum Beispiel um halb 9 da ist der Spätdienst zu ende dann noch mal eine Schicht übernehmen, um seine Stunden allg. zu erhöhen, um auch dann flexibler zu sein, weil es teilweise auch Mitarbeiter gibt, die haben Kinder und für die waren solche	<ul style="list-style-type: none"> • Aussagen auf die Frage, welche Strategien zur Erhöhung der Arbeitszeit bekannt sind, hier kodieren

			<p>Arbeitszeiten zum Beispiel günstiger und die konnten dann im Bezug auch auf ihre Planung im Haushalt mit den Kindern mit den Schulzeit, daran anknüpfen, um dann insgesamt auch ihre Stunden vielleicht zu erhöhen und dann ihre Arbeit wie gesagt zu verlagern.“ (Int01)</p> <p>(2) „Ich würde sogar noch einen Schritt weitergehen und auch das Thema Gleitzeit und flexible Arbeitszeiten, auch das wäre ein Konstrukt, was in der Pflege nötig wäre, wenn sich Unternehmen entscheiden würden, diese Ideen anzugehen. Also auch da gibt es Ideen und Lösungsansätze, man müsste es halt nur machen.“ (Int11)</p> <p>(3) „Also da ja, wie man die wieder so eine Vollzeitstelle kriegen kann, würde ich fast behaupten, geht wirklich nur über finanzielle Mittel. Also mir würde jetzt nichts einfallen, warum jemand wirklich wieder, dem es halt in seiner Teilzeitstelle, der mit seinem Geld auskommt und zufrieden ist, warum der wieder eine volle Stelle anfassen würde?“ (int22)</p>	
	Leiharbeit	Strategien/Faktoren zur Eindämmung von Zeit- und Leiharbeit	<p>(1) „Kriegt man jemanden aus Leiharbeitsfirma wieder zurück, entscheidet er sich meistens für das Haus, wo ihm das Team wirklich, wo er merkt, da ist ein Team Zusammenhalt, die tun füreinander, die stehen füreinander ein. Die Leitung oder Bereichsleiter oder Stationsleitung, je nachdem, wie die Häuser das heute fahren, steht hinter ihrem Team oder vor ihrem Team (...).“ (Int28)</p> <p>(2) „Ich meine, die Firmen können wir nicht toppen. Das ist ganz klar. Aber wenn, dann vielleicht oder man sagt irgendwie okay. Rechnen Sie mal kurz auf, wie oft Sie im Monat tanken müssen, wenn Sie zu uns nach [Mittelstadt A, West], von [Großstadt B, West] nach [Mittelstadt A] fahren. So, dann hätte ich dem gesagt Ja, dann muss ich mindestens dreimal im Monat tanken für 70 Euro. Dann hätte man vielleicht sagen können, okay wissen sie was dann kriegen Sie jetzt 210 Euro mehr (...).“ (Int28)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aussagen auf die Frage, welche Strategien zur Eindämmung von Zeit- und Leiharbeit bekannt sind/genannt werden, hier kodieren
		<ul style="list-style-type: none"> • Motivation/Gründe für den Einstieg in die Zeit- und Leiharbeit 	<p>(1) „Diese Menschen kommen mit sehr wenig Kompetenzen zu uns in die Einrichtung (...) Dann stehst du erstmal da, du musst dir erstmal die Zeit nehmen diesen Menschen einzuarbeiten, du musst dem Bewohner erklären, du musst letztendlich erklären, wo alles ist, das</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aussagen auf die Frage, ob Motivationen und Gründe für den Einstieg in die Zeit-

		<ul style="list-style-type: none"> Erfahrungen mit Zeit- und Leiharbeit, Zeit- und Leiharbeitsfirmen oder Zeit- und Leiharbeiter*innen in der Pflege 	<p>ganze Inkomaterial, Pflegematerial, alles Mögliche. Ähm, wie gesagt also wenig Einarbeitungszeit für diese Menschen und äh ja. Es kommen halt wirklich sehr kompetenzlose Menschen zu uns.“ (Int02)</p> <p>(2) „Wie gesagt, die meisten, die in so einer Leiharbeitsfirma gehen, für die ist tatsächlich ein finanzieller Aspekt der Reiz daran. Das habe ich jetzt schon von ganz vielen gehört, die einfach sagen „Ey, ich kriege für 8 Stunden und recht wenig Verantwortung sehr viel Geld.“ So, das heißt also, ich kann, ich gehe in den Laden rein, übernehme Verantwortung für die Patienten, die mir da anvertraut werden und gehe aber nach acht Stunden da wieder raus und muss mich nicht darum kümmern. Steten Dienstplan, was ist mit meinem Arbeitskollegen muss ich dem gut zusprechen oder muss ich den motivieren morgen wiederzukommen. Also dieses völlige, so ein bisschen anonym sag ich das mal, dass man da anonym arbeiten kann, dass, ich komme wahrscheinlich mit den Leuten gut aus, die da arbeiten, aber ich muss keine persönliche Bindung mit denen eingehen. Das ist das sagen die einen. Deswegen sind sie in der Leiharbeitsfirma.“ (Int22)</p> <p>(3) „Ich kann mir ganz gut vorstellen, wenn ich da als, als Laie draufgucken, dass es vielleicht sehr attraktiv sein kann, nicht irgendwo fest eingestellt zu sein, mal hier und da zu arbeiten. Da spielt sicherlich auch so ein bisschen was dahinter, dass man denkt, man könnte ganz viel Erfahrung sammeln und wäre dann vielleicht attraktiv für weitere Arbeitgeber. Oder sich vielleicht auch nicht festlegen zu wollen und auch ja, man schreibt halt seine Dienstpläne selber, man gibt halt vor wann man verfügbar ist. Also da gibt's aus, aus Arbeitnehmer Sicht mit Sicherheit Vorteile. Erst einmal.“ (Int22)</p>	<p>und Leiharbeit bekannt sind oder genannt werden, hier kodieren</p>
<p>Berufsausstieg vs. langfristiger Berufsverbleib</p>	<p>Gründe/Erfahrungen für Berufsverbleib oder -ausstieg</p>	<p>für</p>	<p>(1) „Das dauert nicht lang und man hat auf einmal einen Bandscheibenvorfall mit im schlimmsten Fall Mitte dreißig, vierzig, das ist schon sehr belastend, das ist auch langfristig ein Grund weswegen man nicht sein Leben lang in der Pflege arbeitet oder bis zur Rente, weil man das körperlich nicht schafft je nachdem was man erlebt hat, genauso psychisch, dass man nicht gelernt hat in der richtigen Situation sich Hilfe zu suchen und darunter irgendwann zerbricht, weil das einfach so viel Stress ist und man immer nur im Gedanken hat, dass man die Arbeit erledigt haben möchte, weil</p>	<ul style="list-style-type: none"> Aussagen auf die Frage, ob sich Befragte als Aussteiger*in aus dem Pflegeberuf ansehen, hier kodieren

			<p>sonst jemand darunter zu leiden hat zum Beispiel die Bewohner und die Patienten.“ (Int01)</p> <p>(2) „Also der Gedanke, also im Prinzip kann man es darauf runterbrechen auf die Tatsache, dass es wenig Möglichkeiten zur Weiterentwicklung gab. Es gibt schlicht wenig Weiterentwicklungsmöglichkeiten in der Pflege. Das heißt, auch wenn ich am Bett stehe ist das ein toller Job und ich will das auch gar nicht kleinreden oder ähnliches. Wenn man, aber jemand ist der auch die Veränderung mag, die Herausforderung mag, dann reicht es einem irgendwann einfach nicht mehr aus, einfach nur die Station zu wechseln und da dann einfach mal ein neues Fachgebiet kennenzulernen und auch in der Tätigkeit als Stationsleitung ist relativ schnell Ende am Fahnenmast. Zumal aus meiner Perspektive die Pflege sehr hierarchisch aufgebaut ist, sodass Mitsprachrechtmäßig nicht die Entfaltungsmöglichkeiten hatte, die ich mir gewünscht hätte.“ (Int11)</p> <p>(3) „Also über Geld sprechen die Wenigsten. Also ich habe noch nie jemand gehört, dass jemand sagt „Weil ich nicht genug verdiene. Ich höre auf, weil ich, oder Ich steige erst gar nicht in den Beruf ein, weil ich nicht genug verdiene. Oder ich höre auf, weil ich nicht genug verdiene.“ (Int28)</p>	
		<p>Strategien/Erfahrungen für Rückgewinnung oder langfristigen Verbleib</p>	<p>(1) „Was ich am wichtigsten finde, ist, dass man Kontakt hält mit den Menschen, dass diese Kultur pflegen, wie hier zum Beispiel, wenn frisch examinierte Pflegekräfte für einige Zeit ins Ausland möchten oder anfangen zu studieren, weil sie meinen, sie möchten vielleicht dann erst Medizin studieren oder so, dass man wirklich die Unterlagen hierbehält und sich regelmäßig dort meldet. Wie es aussieht oder ob sie vielleicht noch wenigstens paar Stunden arbeiten möchten.“ (Int22)</p> <p>(2) „Aber ob man sich da wohlfühlt und ob die Arbeit das ist, was man sich vorgestellt hat oder wirklich so arbeiten kann, wie man sich das vorstellt. Das müssen die Häuser, da muss halt jemand sein, der das nicht nur verspricht, sondern der das auch wirklich umsetzt. Also spricht nicht nur die Station und die Teams müssen stimmen, sondern dann geht es in die höhere, in die Leitungsebene rein, in die Pflegedienst- und Pflegedirektionsleitung. Wenn die natürlich immer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aussagen auf die Frage, welche Strategien bekannt sind und welche Erfahrungen gemacht wurden in Bezug auf die Rückgewinnung von Aussteiger*innen bzw. um einen langfristigen Verbleib zu fördern, hier kodieren

			<p><i>alles nur erzählen und versprechen und aber nicht zeigen können, dass sie es wirklich umgesetzt haben, dann ja dann kann dann eine Pflegedirektion über eine Pflegedienstleitung alles schönreden und erzählen, aber oder gut reden. Die können ja meistens sehr gut reden so Pflegedienstleitungen, aber wenn Sie davon von dem, was Sie versprechen, nichts umsetzen oder noch nichts umgesetzt haben, dann finden die Mitarbeiter das ganz schnell raus.“ (Int28)</i></p> <p>(3) <i>„Ich glaube, die Pflege muss sich irgendwie freikämpfen. Also budgetär, aber eben auch, was die Emanzipation angeht, also die eigene Haltung und dann gäbe es vielleicht eine Möglichkeit, auch mehr zu gestalten und dann hätten vielleicht auch wieder Leute, die Lust haben zu gestalten, auch wieder Lust da zurückzugehen und da was zu machen, weil zu machen gibt es ja genug, so ist es ja nicht.“ (Int11)</i></p>	
<p>Arbeitszeiten, Ablaufplanung und Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf</p>	<p>Dienstplangestaltung und Vereinbarkeit / Lebensphasengerechtigkeit</p>	<p>Erfahrungen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verlässlichkeit der Dienstplanung • Flexibilität (familien-/lebensphasengerechte Dienste, Mitsprache bei der Dienstplangestaltung) • Aspekte der Vereinbarkeit, die über die Arbeitszeiten hinaus gehen (Betreuungsangebote usw.) 	<p>(1) <i>„Es geht nicht mal um mal Einspringen, sondern es wird schon immer geplant. Also ich habe schon geplante Überstunden und das schon mittlerweile seit zwei Jahren.“ (Int28)</i></p> <p>(2) <i>„Die ist schon sehr planbar. Also die Dienstpläne sind hier verbindlich. In einem acht Wochenrhythmus vorher herausgegeben und unsere Mitarbeiter können ihre Wünsche angeben. Die Urlaubsplanung ist immer ein Jahr im Voraus verbindlich abgeschlossen. Und entweder ist man selber dabei, weil man tauscht das man seine Erholungsphasen nicht so bekommt oder aber es müssen halt schon viele gleichzeitig krank sein, dass man in den Dienst gerufen wird.“ (Int22)</i></p> <p>(3) <i>„Das Problem ist nämlich immer dann, dass man, man kann ja schon den Dienstplan ein bisschen planen, das stimmt ja schon, aber man kann nicht genau immer festlegen, dass an einem Dienstwochenende, an dem man frei hat, immer die Kollegen da sind und man nicht arbeiten muss, sondern dass es durchaus vorkommen kann, dass spontan jemand krank wird und dass man einspringen muss, weil kein anderer da ist und das leider dann zum Nachteil der Familie ist oder des Freundeskreis, weil man immer den Gedanken im Kopf hat, dass man vielleicht am Wochenende arbeiten muss und dann immer nur spontan zusagen kann, dass</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aussagen auf die Frage, welche Erfahrungen die Befragten in Verbindung mit der Dienstplangestaltung und Vereinbarkeit/Lebensphasengerechtigkeit in der Pflege gemacht wurden, hier kodieren

			<p>man sich trifft oder Veranstaltungen stattfinden, an denen man teilnehmen kann, das ist schwierig. Also ich finde es wichtig, dass die Familie und das Privatleben damit zurecht kommen, aber man weiß als Pfleger, dass das nicht immer so vereinbar miteinander ist.“ (Int01)</p>	
		<p>Strategien und Wünsche im Zusammenhang mit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verlässlichkeit der Dienstplanung • Flexibilität (familien-/lebensphasengerechte Dienste, Mitsprache bei der Dienstplangestaltung) • Aspekte der Vereinbarkeit, die über die Arbeitszeiten hinaus gehen (Betreuungsangebote usw.) • Unterstützung durch Digitalisierung → z. B. Home-Office 	<p>(1) „Ja, das ist ein Riesenthema. Nicht nur in der Pflege. Man muss da grundsätzlich flexibler Denken. Warum muss ich denn 8 Stunden am Stück arbeiten, warum kann ich nicht nur vier Stunden arbeiten, aber dafür an einem anderen Tag dann aber eben 9 Stunden, um das dann wieder rauszuholen, weil es sich so einfach ergibt. Das ist doch ok.“ (Int11)</p> <p>(2) „Es gibt ja schon Kindergärten, nur, das heißt, es ist ja auch die Schule und so, also ist die Frage, ob man dann hingehet und sagt Okay, wir stellen jetzt Kräfte ein, die die Kinder von und von den Schulen abholen, die eine Mittagsbetreuung machen, die mit den Hausaufgaben machen, die mit den Üben und Spielen. Wo die, wenn die krank werden, wo die Mütter dann natürlich direkt gerufen werden und dann in dem Fall auch natürlich ihre Mittagsschicht oder ihre Frühschicht nicht zu Ende bringen müssen. Sowas könnte man denke ich natürlich auch einrichten. (...). Und wenn ja, ich weiß nicht, ob das Sozialarbeiter sein müssen oder ob es Mütter sind, die dann vielleicht für 450 Euro dann oder ältere Damen, die vielleicht schon in der Rente sind, so wie früher grüne Damen, die dann sagen, Okay, wir stocken unsere Rente noch ein bisschen auf (...)“ (Int28)</p> <p>(3) „Wir haben ein Maßnahmenkatalog an Leistungen, die im Falle von Personal Engpass zu reduzieren ist. Dass Leistungen, die nicht Patienten gefährdet sind, in diesem Fall dann zu reduzieren sind. Wir haben unsere pflegerischen Maßnahmen vor Jahren alle inventarisiert. Also das nennt sich bei uns Inventar pflegerischer Leistungen. Die haben wir kategorisiert in, ja in Kern Leistungen, die halt delegierbar sind an nicht medizinisches oder pflegerisches Personal. Und im Falle von hohem Arbeitsaufkommen oder von Personal Engpässen können die Mitarbeiter sich an diesem Katalog verbindlich entlanghangeln und Leistungen einkürzen.“ (Int22)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aussagen, die in Bezug auf Strategien und Wünsche in Verbindung mit der Dienstplangestaltung und Vereinbarkeit/Lebensphasengerechtigkeit in der Pflege gemacht wurden, hier kodieren • auch Erfahrungen zu diesem Thema mit Digitalisierung hier kodieren

			(4) „Ich könnte alles, was mit Dienstplanung zu tun hat, von zuhause aus machen. Ansonsten die normale Pflegefachkraft am Bett kann von zuhause ja nicht arbeiten. Aber eine Leistungskraft könnte zum Beispiel mal von Zuhause im Rahmen von Dienstplanung oder in fortbereitende Portfolio Arbeit oder irgendwie so was da ja dann schon von Zuhause aus machen.“ (Int22)	
	Pausen	Erfahrungen mit Pausenzeiten/-gestaltung	<p>(1) „Also wir haben eine sogenannte aktive Arbeits-, also Pause. Schön und gut. Ich auf der Intensivstation, kann da keine geplante Pause machen. Also, wann... Soll ich meinem Patienten sagen "Bitte sterben Sie mir nicht die nächsten 10 Minuten, ich bin jetzt mal kurz Yoga machen", das funktioniert halt einfach nicht. Das ist schön und gut. Und für die Büro Mitarbeiter und für die Physiotherapeuten, die ihre Arbeit z.B. planen können auch eine tolle Sache. Funktioniert aber halt einfach bei uns gerade nicht, weil wenn ich von Station gehe, der Arzt guckt nicht nach meinem Patienten.“ (Int30)</p> <p>(2) „Im Altenheim einfach nur, sie sind konstant nonstop Ansprechpartner, weil denn selbst wenn Sie jetzt Pause haben und sitzen im Schwesternzimmer, aber irgendeine rüstige Omi kommt daher und hat mal eine Frage. Sie verlassen das Haus ja nicht, weil einfach zu wenig Personal da ist. Dann gehen Sie mal kurz schnell nach unten, eine Rauchen. Das wird aber von der Pause abgezogen.“ (Int31)</p>	<ul style="list-style-type: none"> psychische und physische Belastung durch fehlende Pausen hier kodieren
		Wünsche/Strategien mit Pausenzeiten/-gestaltung	<p>(1) „Also wir haben eine sogenannte aktive Arbeits-, also Pause. Schön und gut. Ich auf der Intensivstation, kann da keine geplante Pause machen. Also, wann... Soll ich meinem Patienten sagen "Bitte sterben Sie mir nicht die nächsten 10 Minuten, ich bin jetzt mal kurz Yoga machen", das funktioniert halt einfach nicht. Das ist schön und gut. Und für die Büro Mitarbeiter und für die Physiotherapeuten, die ihre Arbeit z.B. planen können auch eine tolle Sache. Funktioniert aber halt einfach bei uns gerade nicht, weil wenn ich von Station gehe, der Arzt guckt nicht nach meinem Patienten.“ (Int30)</p> <p>(2) „Was hätte ich noch gerne? [...] sichere Pausenzeiten. Das wäre auch.... selbstverständliche Dinge, eigentlich schon fast lächerlich, dass man sowas überhaupt sagen muss. Ich würde gerne regelmäßig Pause machen und ich würde gerne auf Toilette gehen</p>	

			<p>können, dann, wenn ich es muss und nicht erst, wenn mir quasi fast die Blase platzt, weil keiner da ist, der meine Patienten überwachen kann in dem Moment. [unverständlich] Bei Intensiv-Patienten ist es tatsächlich so: Es gibt Momente, da kann ich das Bett drei Stunden lang von denen nicht verlassen. Da stehe ich daneben und muss ständig irgendwas machen und kann keine fünf Minuten da rausgehen. Und in dem Moment brauche ich ja dann einen Kollegen, der mich ablöst. Also, ja, genug Personal, damit Pausenzeiten eingehalten werden kann, die selbstverständlich sein sollten ja eigentlich“. (Int30)</p> <p>(3) „Ja, das habe ich auch oft miterlebt, dass Pausen gerne anders genommen werden würden, als sie genommen werden. Also ich glaube, das steht ja glaube ich im Arbeitsschutzgesetz, dass es mindestens zweimal fünfzehn Minuten sein müssen; ich glaube viele Pflegefachkräfte hätten mehr davon, wenn sie wirklich sechsmal fünf Minuten Pause machen könnten. Das Gesetz kann man halt nicht ändern, was wirklich aber auch bedacht werden muss, dass eine Pause wirklich auch eine Pause ist. Das wirklich dann da auch ein Backup geschaffen wird, dass die Leute ihre Pause auch machen können und nicht eigentlich auf Abruf sitzen, falls da irgendwas passiert. Das wirklich die halbe Stunde Pause auch wirklich Erholung ist, dass auch im Bereich jemand unterwegs ist und nicht, dass die Kraft eigentlich nie eine Pause hat. Ja, Kräfte vorzuhalten ist immer schwierig, aber eine unterbrochene Pause ist eigentlich keine ganze, richtige Pause, das ist auch wieder ein Problem der Pausen, wie sie gerechnet wird, von daher ist man eigentlich schon auch immer bemüht, dass die Pausen irgendwie gegeben werden können.“ (Int05)</p>	
	<p>Arbeitsteilung und Ablaufplanung</p>	<p>Erfahrungen, im Zusammenhang mit</p> <ul style="list-style-type: none"> Arbeitsorganisation Fachkraftmangel Arbeitsteilung zwischen Hilfskräften und Pflegefachpersonen Dokumentation 	<p>(1) „Nach meinem Wissenstand ist es so, dass es keine formale Abgrenzung gibt, also zwischen Pflegehilfskräften und examinierter Pflegefachperson vielleicht schon, aber z. B. zwischen examinierter Pflegekraft und Bachelor of Nurse, nach meinem letzten Wissenstand gibt es da keine inhaltliche Abgrenzung, was Pflegekraft mit einem Bachelor machen darf im Vergleich zu einer Pflegefachkraft, die eine dreijährige Ausbildung und ein Staatsexamen gemacht hat. In der Theorie ist mir durchaus bewusst, dass eine Pflegehilfskraft, die einen 200 Stunden Kurs oder eine einjährige Ausbildung gemacht hat, natürlich weniger darf,</p>	<ul style="list-style-type: none"> Leistungspriorisierung als Instrument des Ausfallmanagements hier kodieren Aspekte der Ablaufplanung, die sich auf die Dienstplangestaltung auswirken oder von dieser beeinflusst werden hier kodieren Erfahrungen mit akademisierten Pflegefachpersonen im Rahmen des Stationsablaufs hier kodieren

			<p><i>weiß aber auch aus eigener Erfahrung, dass da oft auch nicht unterschieden wird. Also dass da gerade bei KPH, gerade wenn die Mitarbeiterinnen schon länger auf Station waren, die haben da genau dasselbe gemacht, wie eine Pflegekraft mit dreijähriger Ausbildung.“ (Int11)</i></p> <p>(2) <i>„Beziehungsweise kann ich doch was dazu sagen, dass, dass viele den Eindruck haben, dass je ferner die Patienten Tätigkeit ist, je weiter ich davon weg bin, desto höher angesehen ist sie. Und deswegen glauben viele, dass die Pflege am Bett, das könnte jeder, obwohl das, was am Bett passiert, den Patienten zu pflegen, die Beobachtungen, die Rückmeldungen des Patienten in meinen Augen das Wichtigste ist. Weil Tabletten stellen, das kann ich delegieren. Aber solche Tätigkeit dürfte ich nicht delegieren, das muss eine Fachkraft machen. Aber am Bett jemanden zu versorgen nach den Prinzipien der basalen Stimulation, nach einem Schlaganfall. Das sind Dinge, die ich dann delegieren könnte. Auch da muss sich der Blickwinkel auch ändern.“ (Int22)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • hier nur arbeitsorganisatorische Aspekte kodieren – Zusammenhalt/Konflikte im Team oder mit der Führung werden unter „Team“ kodiert • Arbeitsteilung zwischen unterschiedlichen Professionen hier nicht kodieren • psychische und physische Belastung durch Arbeitsorganisation hier kodieren • wenn es in den Äußerungen primär um die Pflegequalität geht, hier nicht kodieren • bspw. Fachkraftquote unter Qualität der Pflege kodieren, Auswirkungen bei der Arbeitsteilung/Ablaufplanung durch Fachkraftmangel/Personalmangel hier kodieren
		<p>Wünsche und Strategien bzgl.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsorganisation • Fachkraftmangel • Arbeitsteilung zwischen Hilfskräften und Pflegefachpersonen • Dokumentation 	<p>(1) <i>„Das heißt, ich habe zum Beispiel eine Mitarbeiterin, die sagt ich kann definitiv nicht mehr lagern, oder, also ich könnte noch waschen, solange der Patient sich irgendwie selber dreht oder selber hinstellen und hinsetzen kann, schaffe ich das. Aber wenn ich den hochziehen muss oder lagern oder das schaffe ich einfach nicht mehr so, oder auch ein Bett alleine schieben, schaffe ich auch nicht mehr. Und für die hab ich halt gesagt, okay, dann ändere ich so ein bisschen den Stationsablauf, sprich wir haben eine Runde eingeführt, in der sie speziell nur die Vitalwerte und Tabletten verteilt. Das heißt, die anderen Pflegekräfte müssen sich um das gar nicht kümmern. Hat den Vorteil, dass sie tatsächlich vom Körperlichen her eine geringere Anstrengung hat und somit das besser durchhält. Für den Patienten hat es den Vorteil, Sie, also ich lasse ihr auch da genug Zeit, also meistens braucht sie zwei Stunden. (..) Aber sie unterhält sich mit den Menschen auch. Also sprich, die kriegen dann auch Aufmerksamkeit. Die macht so kleinere Dinge wie Pflaster, Bronülen ziehen, Verbände. So was macht sie zwischendurch dann alles noch mit. Und ich habe eine Person, die jeden Patienten gesehen hat, tatsächlich, die ich hinter mit zu einer Visite schicken kann.“ (int28)</i></p>	

			(2) „Die Fachexpertise gehört aus meinen Augen ans Bett. Es gibt da ja auch Studien zu, dass je höher, wenn ich mit einem höheren Fachwissen einsteige z.B. bei einem Schlaganfall, dass das Outcome für die Patienten auch ein viel besseres ist.“ (Int22)	
Führungsverhalten und Arbeitsklima	Führung	Erfahrungen mit, Wünsche zu Führungsstilen/Führungsverhalten	<p>(1) „Das eine Problem ist tatsächlich Führung, es gibt halt in Altenheimen und ich habe das ja auch im Studium mitgekriegt, aber auch natürlich auch durch eigene Erfahrungen, es gibt so viele Leitungskräfte, die einfach keine Leitungskräfte sein sollten. Nicht weil das schlechte Menschen sind, sondern weil das einfach nicht ihr Job ist, weil sie nicht verstanden haben, dass Leitungskraft zu sein, etwas sehr Verantwortungsvolles ist und nichts mit „ich sitze auf einem Stuhl und delegiere nur“ zu tun hat, sondern, dass man mehr Arbeit hat nicht weniger, man hat mehr Verantwortung, nicht weniger, ganz ganz wichtig.“ (Int11)</p> <p>(2) „Es sind tatsächlich kleine Dinge. Es sind ganz kleine, minimale Dinge, die meinem Chef, also meiner Pflegedirektion oder meiner Pflegedienstleitung freistehen. Das sind zum Beispiel an Feiertagen, wie Weihnachten oder Ostern oder was ich von mir aus auch für manche mag es auch Karneval sein, wirklich nicht nur morgens um 10 über die Station zu kommen und zu sagen, Ach danke, dass sie hier sind, sondern vielleicht auch einfach mal nochmal mittags oder im Nachtdienst.“ (Int28)</p> <p>(3) „(...) und auch immer die Kommunikation im Vordergrund steht, dass man wenn man Probleme hat immer zu seinen Vorgesetzten gehen kann, um das anzusprechen. (...) Dass die immer offen dafür sein sollten, weil das ja immer passieren kann, dass man spontan irgendwie einen Termin hat, oder umplanen muss wegen irgendwelcher Dinge, die so passieren, dass man da nicht sofort zurückschrecken sollte den Vorgesetzten anzusprechen. Und die einem auch das Gefühl dafür geben, dass man sie ansprechen kann (...).“ (Int01)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wünsche nach konkreten Politische Maßnahmen hier nicht kodieren, nur Wünsche ohne konkreten Weg zur Zielerreichung

	<p>Team</p>	<p>Teamatmosphäre</p> <ul style="list-style-type: none"> positive und negative Erfahrungen was begünstigt Zusammenhalt 	<p>(1) „Das Team, also man kann einen so stressigen Arbeitstag haben, wie es nur geht, alles läuft schief, man hat nur Stress, muss nur rennen, hat kaum Zeit für die Pause mal eben einen Schluck trinken, das ist alles egal, wenn das Team einen auffängt, das habe ich erlebt. Ich hatte keine Zeit für meine Pause, aber das Team war wie gesagt so eingespielt, dass man trotz dieser stressigen Arbeitsgestaltung es trotzdem geschafft hat, also man ging danach nach Hause, man war geschafft, man war aber froh, dass man genau mit diesen Leuten die Arbeit absolviert hat.“ (Int01)</p> <p>(2) „Und was ich mitgekriegt habe, warum Leute das Team verlassen, ist, weil das Team untereinander ihrer Meinung nach nicht stimmt. (...) Wobei das glaube ich sehr darüber definiert wird, was tut der andere für mich? Also tauscht er Dienste, tauscht er mal Wochenenden, rückt er vielleicht mit seinem Urlaub mal nach vorne oder nach hinten? Arbeitet der ähnlich wie ich? Hat er ähnliche Ziele, nämlich dass es dem Patienten wirklich so gut wie möglich geht? Oder hat er den Fokus vielleicht auf ganz andere Sachen gerichtet?“ (Int28)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Aussagen in Bezug auf Teams aus beruflich Pflegenden, interprofessionelle Zusammenarbeit an der Stelle nicht kodieren
<p>Qualität der Pflege</p>	<p>Beschreibung/Erwähnung Anwendung digitaler Technologien zur Unterstützung bei der Qualität der Pflege</p>	<p>(1) „Also ich halte es für sehr wichtig, dass die Digitalisierung in der Pflege voranschreitet, weil ich im Krankenhaus zum Beispiel erlebte während meiner Ausbildung, dass wir die Pflegeberichte oder die Verlaufskontrollen handschriftlich gemacht haben und das kann sehr viel Zeit in Anspruch nehmen, da wäre es schneller wahrscheinlich gewesen, das an einem Computer zu machen, weil das auch flexiblere Arbeit ist, das ist auch an sich entspannter, dass man sich auch irgendwo nicht hinsetzen muss und sich darauf konzentrieren muss, weil man wirklich, wenn man Fehler macht einen Satz zum Beispiel wieder streichen kann, das kann man an einem Computer einfacher lösen.“ (Int01)</p> <p>(2) „Also ich finde es gut. Ich finde, das erleichtert auf jeden Fall einiges. Man muss dazu sagen, wir haben bei uns die elektronische Patientenakte auch eingeführt, allerdings in Eigenregie. Das heißt, wir sind nicht zu OptiPlan oder sonst irgendwelchen Firmen gegangen und haben gesagt: „Schneiden Sie mal die Module auf unser Haus zu“, sondern wir haben vom Kurvenblatt bis was brauchen wir, alles selber gemacht. Und da würde ich sagen, dass ist</p>	<ul style="list-style-type: none"> digitale Technologien mit Auswirkungen auf andere Bereiche: bspw. Dienstplangestaltung → Homeoffice hier nicht kodieren hier nur Aussagen zu digitalen Technologien in Bezug auf die Pflegequalität kodieren Digitalisierung als Querschnittsthema auffassen: soweit möglich, Einsatz digitaler Technologien zur Unterstützung bspw. in Bereichen der Vereinbarkeit oder Weiterbildung unter jeweiligen Themenbereichen kodieren 	

		<p>nach hinten losgegangen. Also ich würde jedem Haus empfehlen, wirklich Geld in die Hand zu nehmen und zu einer Firma zu gehen und sagen, wie gesagt, OptiPlan beschäftigt sich da, glaube ich mittlerweile 15 oder 20 Jahre mit, uns zu sagen, okay, das hier, das sind unsere Häuser. Was meinen Sie, brauchen wir? Wo können wir Schnittstellenprobleme kriegen und und und und und“ (Int28)</p>	
	<p>Beschreibung/Erwähnung von Inhalten in Bezug auf die Personalquote/Fachkraftquote</p>	<p>(1) „Der Pflegenotstand an sich den merken wir auch. Wir haben wenig qualifizierte Mitarbeiter, äh, gefühlt muss ich ganz ehrlich sagen, wird jeder Schwachkopf angenommen. Es ist einfach so. Man muss diesen Beruf eigentlich so gestalten, dass man wirklich qualifizierte Mitarbeiter hat. Man will ja Leute aus dem Ausland holen, um den Pflegenotstand sage ich mal wieder ja entgegenzuwirken, aber letztendlich kommt nichts bei raus, weil diese Menschen einfach auf Grund sage ich mal Sprachkenntnisse und sowas alles nicht geeignet sind. Ja des Weiteren das Bildungsniveau wurde ja herabgesetzt für diesen Beruf, was in der Krankenpflege zum Beispiel nicht so ist. In der Krankenpflege brauchst du strikt einen Realschulabschluss. In der Altenpflege nimmt man dich auch ohne Abschluss, weil so ein Pflegenotstand ist und letztendlich für das was du wissen musst und für das was du sage ich mal an Kompetenz mitbringen musst, das wird von vielen Leuten einfach nicht gewährleistet sage ich mal, weil diese Menschen bringen einfach nichts mit.“ (Int01)</p> <p>(2) „So wie ich das im Moment in meinem Team erlebe, also man muss dazu sagen, ich bin in meinem Team mit [40 bis unter 50] Jahren die jüngste Krankenschwester. Also das hört sich jetzt irgendwie an, ja, es ist doch alles ok. Aber nach mir im Moment kommt niemand dem, dem wir irgendwie etwas beibringen können oder den man mit ins Team integrieren könnte. Und die meisten sagen einfach, die Arbeitsbelastung ist tatsächlich sehr hoch.“ (Int28)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen/Wünsche in Verbindung mit den Eigenschaften/Zusammensetzung von Fachpersonal hier kodieren • Auswirkungen (Belastungen, Arbeitsteilung) bedingt durch Fachkraftmangel nicht hier kodieren
	<p>Erfahrungen/Wünsche bei der inter- und multiprofessionellen Zusammenarbeit zur Steigerung der Qualität der Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit mit Ärzt*innen • Zusammenarbeit mit Therapeut*innen • Zusammenarbeit mit Krankenkassen (z. B. MDK) 	<p>(1) „Ich würde mir hier wünschen, das Silo denken zu unterbrechen, also das multiprofessionelle Team stärken und jeder sollte über seinen Tellerrand schauen, also die Pflege guckt sich nicht nur die Pflege an und die Ärzteschaft guckt sich nur die Ärzteschaft an, sondern es ist ein großes Team und dann darf auch die Ärzteschaft selbstkritisch hinterfragen, muss ich das selbst machen oder kann ich das auch der</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit innerhalb der Pflgeteams hier nicht kodieren • Wertschätzung durch andere Professionen hier kodieren

		<p><i>Pflegekraft beispielsweise übertragen und genauso andersrum.“ (Int11)</i></p> <p>(2) <i>„Das Miteinander hat auch nachgelassen. Also miteinander zusammen für den Patienten ein optimales Ergebnis zu erreichen, hat nachgelassen. Also es wird wieder viel in eigenen Fachdisziplinen gedacht. Und auch, zum Beispiel, es sind Bereiche outgesourced worden wie Ergotherapie, Physiotherapie, die dann sich dann wieder einkaufen mit ihren Leistungen, das auch zum Nachteil der Patientenversorgung. Das ist alles, das sind alles Dinge, die auch, ja, die einfach mürbe gemacht haben in den letzten Jahren. Dadurch, dass man durchs DRG System halt finanziell sehr limitiert war.“ (Int22)</i></p>	
<p>Allgemeine physische und psychische Auswirkungen und Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung, Arbeitssicherheit</p>	<p>Beschreibung / Erwähnung von psychischen und physischen Auswirkungen (auch positiv), die nicht in die anderen Kategorien passen</p>	<p>(1) <i>„Sehr hoch. Sehr sehr hoch. Also der Pflegeberuf hat ja an sich schon einen sehr hohen Krankheitsstand also sehr hohen Krankheitsstand und das kommt ja nicht von irgendwo her. Ne, das ist ja einfach dieses, du arbeitest vom Körperlichen her hart, aber auch von der Psyche her, also das ist schon enorm und hinzu kommt einfach, dass man einfach sehr viel am Stück arbeiten muss und man ist immer unter Druck. Man ist wirklich unter Druck und äh deswegen also.“(Int02)</i></p> <p>(2) <i>„Also ich schätze die insgesamt jetzt unabhängig vom Team oder vom Arbeitsbereich relativ hoch ein. Weil man in der Pflege durchaus weiß was man zu tun hat, man hat viel zu laufen, man hat regelmäßig mit kranken Menschen zu tun, die einen ja auch selber krank machen könnten, je nachdem womit die ins Krankenhaus eingeliefert wurden, das ist ja auch so ein Faktor, dass man das vielleicht gar nicht weiß. Und auch generell mit der Berufserfahrung steigt vielleicht auch das Stresspotential an, weil man immer denkt, dass man die Arbeit schaffen, dass man nichts mit nach Hause nehmen möchte von seiner Arbeit und man vielleicht auch einfach wegen der Arbeit, die man so verrichtet keine oder wenige Gesprächspartner hat mit denen man darüber reden könnte, um sich zu entlasten, das ist immer so ein Problem in der Pflege.“ (Int01)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • hier Belastungen codieren, die nicht in direktem Zusammenhang mit den anderen Kategorien stehen • Aussagen zu Belastungen/Stress durch negative Rückmeldungen von Patient*innen hier kodieren

	<p>Bewertung/ Erwähnung von Strategien/ Hilfsmitteln/ Angeboten im Rahmen von Gesundheits- förderung, Prävention, Arbeitssicher- heit</p>	<p>Erfahrungen/Bewertungen von Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auswirkungen/Chancen/Gelingensbedingungen von Gesundheitsförderung • Auswirkungen/Chancen/Gelingensbedingungen von Gewaltpräventionsmaßnahmen • Effekt von/Wunsch nach Mitarbeiterbeteiligung 	<p>(1) „Also wir haben, es werden hier Mitarbeiterbefragungen durchgeführt, die ich als wenig sinnvoll empfinde, weil es dort keine konkreten Rückmeldungen gibt. Also es hat was von: Ich mache nochmal eine Befragung und nochmal Befragung und dann passiert nichts. Oder nicht zurück gespiegelt auf die Mitarbeiter. Das hat vielleicht auch etwas mit der Größe des Unternehmens zu tun.“ (Int22)</p> <p>(2) „Nur die Annahme der Mitarbeiter ist halt nicht, die ist sehr gering. Na also. Also warum? Die meisten sagen einfach, Nee, wenn ich Feierabend habe. Ich will nicht mit meinen Kollegen auch noch Sport machen. Ich will das einfach nicht. Und ich kann es nur in meiner Freizeit annehmen. Das zählt zum Beispiel nicht als Arbeitszeit. Also es heißt Ich bin nicht nur acht Stunden hier arbeiten, sondern ich bin danach zwei Stunden nochmal in einem Reha-Zentrum, also dann zehn Stunden auf der Arbeit, das ist für Sie auf der Arbeit. Das ist also kein Abschalten für die. Ne. Also es gibt auch Häuser, die kooperieren mit bestimmten Sportstudios. Ich könnte mir vorstellen, dass das besser angenommen wird, weil man einfach sagt, man trifft nicht nur die Arbeitskollegen, sondern auch Freunde und Leute aus der Freizeit oder Nachbarn, die da auch in dieses Sportstudio gehen. Und es ist halt ein anderer Ort als der Arbeitsort“ (Int28)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verbindlichkeit des Dienstplans als Mittel der Prävention hier nicht kodieren
		<p>Erfahrungen/Bewertungen in Verbindung mit der Umsetzung von gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitssicherheitsmaßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auswirkungen/Chancen/Gelingensbedingungen von Arbeitsschutzmaßnahmen (z. B. Vorhandensein von Hilfsmitteln) • Auswirkungen/Chancen/Gelingensbedingungen des betrieblichen Eingliederungsmanagements 	<p>(1) „Wenn ich auf die Hilfsmittel gucke, die wir so haben, die werden tatsächlich leider so lange repariert, bis es keine Ersatzteile mehr gibt, weil es nicht mehr hergestellt wird.“ (Int28)</p> <p>(2) „Das betriebliche Eingliederungsmanagement. Haben Sie damit Erfahrung gemacht, dass da Angebote in Ihrem Betrieb und wie, wie würden Sie die bewerten?B_Int17: Also ich habe persönlich noch keine Erfahrungen damit gemacht, die gibt es bei uns im Betrieb für Leute, für Kolleginnen, die länger krank waren. Was soll ich ihnen sagen? Manchmal habe ich das Gefühl, das geht ein bisschen nach Nase. Und die Leute, die man behalten möchte, werden auch im Schongang, so wie es für mich sein soll, eingearbeitet und manche werden so eingearbeitet, dass sie danach nicht wiederkommen. Das heißt, man gibt ihnen eine Tour, wo man sagt, die ist so hammerhart und die können das nicht schaffen und sind nach drei Tagen</p>	

			wieder krankgeschrieben und dann fertig damit. Also auch das, das ist so ein bisschen Leitungsabhängig.“ (Int17)	
KAP-Maßnahmen		<ul style="list-style-type: none"> • Bekanntheit • Umsetzungsstand • Anstöße zu Umsetzung und Hinderungsgründe • Auswirkungen auf den Arbeitsalltag • Bewertungen • Verbesserungsvorschläge 	<p>(1) „Ja, die ist mir bekannt. Flächendeckende Tariflöhne und Einarbeitung oder bessere Aufnahme von ausländischen Pflegekräften irgendwie. Es steht alles drin. Aber nicht wirklich Neues, würde ich sagen. Entscheidend ist ja, wann wird es umgesetzt? Also das Ganze, was da drin steht, ist ja gut. Und wenn die von flächendeckenden Tariflöhnen sprechen, dann hilft es mir aber nicht, wenn sie sagen die, die Pflegefachkraft soll doch eigentlich mal 15 Euro bekommen. Da können wir dann alle nur müde drüber lachen, weil dafür steht keiner auf. Also es macht dann wirklich nur Sinn, wenn was da drin steht, auch wirklich eine Verbesserung darstellt und nicht eine Verschlechterung.“ (Int29)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aussagen im Zusammenhang mit der KAP hier kodieren • Überschneidung mit anderen Kategorien möglich
Öffentliche Darstellung und Wahrnehmung	Außendarstellung/Wahrnehmung/Image des Pflegeberufs	<ul style="list-style-type: none"> • gesellschaftliche Darstellung/Wahrnehmung • Wahrnehmung im gesamten Gesundheitswesen • Erfahrungen und Wünsche, externe Wertschätzung des Pflegeberufs/der beruflich Pflegenden 	<p>(1) „Lobby. Die Pflege hat keine Lobby. Es interessiert keinen, Entschuldigung, dass ich jetzt so emotional werde, was die Pflege sagt. Kein Krankenhaus geht nach draußen und wirbt mit guter Pflege. Alle Krankenhäuser gehen raus und werben damit, dass sie ein tolles Brustzentrum sind, dass sie ein tolles Herzzentrum haben, dass sie Chefarzt, Chefärztin Koryphäe in keine Ahnung linker Hand Chirurgie aufweisen können. Keiner wirbt mit guter Pflege. Das interessiert keinen und das ist ein Riesending.“ (Int11)</p> <p>(2) „Aber das ist auch was, was sich auch in der Gesellschaft so total verschoben hat. Dass Dinge wie Tabletten stellen, Infusionen zurecht machen, Dokumentation als viel wichtiger oder mit einer höheren Fachexpertise gesehen werden als die reine Arbeit mit dem Patienten am Patientenbett“ (Int22)</p> <p>(3) „Das ist ein Klischee das Pflegekräfte immer mit irgendwelchen schmutzigen Dingen zu tun haben oder so, da kann man sich jetzt drüber denken was man möchte, aber es gibt vielleicht Menschen die möchten einfach nicht darüber sprechen und das ist dann zu Lasten der Pflegekräfte, die niemanden zu sprechen haben.“</p> <p>(4) „Was man da brauchen würde? Jemanden, der dafür zuständig ist, vielleicht 10 Tage in die Pflege zu stecken. Dann könnte er sich einen guten Einblick erschaffen und selbst dann könnte entscheiden, okay,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Effekt der Interessenvertretung auf die öffentliche Wahrnehmung hier nicht kodieren • Aussagen zur Wahrnehmung der Außendarstellung und des Images der Pflege hier kodieren

			<p><i>das, das, das muss man da ändern, das und das kann man erleichtern. Vor allen Dingen ein paar Gespräche mit den Mitarbeitern, weil jeder von uns hat eine Geschichte, natürlich. Und wenn man bedenkt, dass jeder Mensch, den man auch pflegt, auch eine Geschichte hinter sich hat, und das es nicht nur der eine Mensch ist, das ist eine komplette Familie, weil der hat ein Kind, das ich kenne, eine Frau, Angehörige, irgendwas ist immer hinter ihm. Und das ist nicht nur ein Mensch und eine Geschichte. Sondern mehrere. Das würde ich auf jeden Fall - das wäre etwas, was ich wirklich von ganzem Herzen mir wünschen würde, dass jemand, der die Pläne dafür macht und das Anordnen von ganz oben, ich sage es mal so, dass der bei unserer Heimleitung ist ein paar Tage in die Pflege kommt. Dass er das nicht sagt: Okay, ich habe Pflegemanagement studiert, dann weiß ich irgendwie, wie es sein soll. Ne, komm erstmal hier rein, guck was theoretisch ist und guck mal, was praktisch umzusetzen ist, also möglich ist. Und dann kannst du entscheiden, wie du es uns erleichtern würdest.“ (Int33)</i></p>	
	<p>Vergütung</p>	<p>Erfahrungen/Einschätzung zur Rolle der Vergütung</p> <ul style="list-style-type: none"> • z. B. als Mittel zur Wertschätzung • in Verbindung mit Angemessenheit • in Verbindung mit Aufwertung der Tätigkeiten 	<p>(1) <i>„Äh (...) ja um noch mal auf das Geld zurückzukommen, das ist für mich mit das Wichtigste, ähm, wir arbeiten mit Menschen, also wir haben so viel Verantwortung. Letztendlich hat man uns in der Pflegeschule beigebracht jedes Mal, wenn wir einen Schritt in unsere Einrichtung gehen sind wir mit einem Bein im Knast. So. Wenn wir einen Fehler machen, wir sind weg. Dann gibt es uns nicht mehr. Dann findest du uns woanders wieder und das äh finde ich halt das ist für mich ein Skandal, dass man die Altenpflege so schlecht bezahlt.“ (Int02)</i></p> <p>(2) <i>„Also die Vergütung ist, finde ich, ja immer ist immer wichtig. Ich kann jetzt nur für den AVR Bereich reden, dass die Vergütung hier in den letzten Jahren schon deutlich zugenommen hat, also im Vergleich zu jemandem, der im Handwerk unterwegs ist, verdient jemand, der in der Pflege tätig ist, schon sehr gut. Man hat viel aufgewertet über zusätzliche Urlaube durch geleistete Schichten und Wechsel Schichten. Dass es möglich ist, wenn man in Vollzeit tätig ist und regelhaft Nachtdienste macht, dass man bis zu 9 Urlaubstage im Jahr mehr erwirkt, also 39 Urlaubstage im Jahr, ist schon was. Und ja, die Pflege Zulagen steigen ja jetzt nochmal wieder. Es gibt im AVR Bereich jetzt nochmal wieder eine Tariflohn-</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Effekt der Vergütung auf das Arbeitszeitmodell hier nicht kodieren • Aspekte zum Thema Vergütung in Verbindung mit Vereinbarkeit mit dem Privatleben hier kodieren • Aspekte zum Thema Deckelung von Pflegeleistungen, Pflegebudget usw. hier kodieren

			<p>Steigerung. Also für den AVR Bereich kann ich sagen, dass es Tarif also Geld mäßig, dass man gut verdient.“ (Int22)</p> <p>(3) „Ich würde das jetzt auch wieder vermuten, also entgegen der häufigsten Meinung, glaube ich nicht, dass Geld das größte Problem ist. Ich glaube auch, dass es auch viele Pflegekräfte gibt, die gemessen an ihrem Ausbildungsstand ein gutes Gehalt verdienen, also nicht alle, also ich rede jetzt nicht von dem ambulanten Provinzpflegedienst in Mecklenburg-Vorpommern, wo die Leute dann noch aufstocken müssen. Ich rede von Städten, Großstädten und Ballungsgebieten.“ (Int11)</p>	
Professionalisierung	Selbstverständnis der Pflege	<p>Erfahrungen/Einschätzungen im Zusammenhang mit der Sicherstellung professioneller Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> • daraus entstehende Belastungen oder positive Erlebnisse/Empfindungen • Hindernisse/förderliche Faktoren der Sicherstellung professioneller Pflege 	<p>(1) „Aber letztendlich musst du ja auch selber für diesen Menschen da sein, du musst den ja auch irgendwie kennenlernen, du musst ja gucken, was möchte dieser Menschen und was hat er auf dem Herzen, was können wir tun und so letztendlich, das bleibt ja viel auf der Strecke. Pflege an sich ja klar das kannst du machen, das ist ja kein Problem, dann wächst du den schnell, aber für diesen Menschen da sein, mit diesem halt zu reden das bleibt auf der Strecke und das ist auch Pflege.“ (Int02)</p> <p>(2) „Gründe eben dafür können sein, dass das passiert, dass die Arbeitsbelastung vielleicht auch falsch verarbeitet wird von den Pflegekräften, dass man sich zu viel auflegt, dass man immer die perfekte Arbeit leisten möchte, das geht nicht immer schlicht weg das kommt auf den Patienten auch an oder auf die Bewohner, dass man mit dem arbeiten muss, was man hat. Man kann das trotzdem so gut wie möglich erledigen, das ist kein Anspruch, dass man alles immer perfekt macht, natürlich will man nicht, dass die Patienten und Bewohner darunter leiden, dass man schlecht arbeitet, aber man kann auch nicht immer verlangen, dass jeder Menschen zu jeder Zeit hundert Prozent leistungsfähig ist, es gibt immer irgendwelche Faktoren, die das beeinflussen und deswegen ist es insgesamt trotzdem wie gesagt wichtig, dass der Arbeitgeber und auch die Kollegen dann einschreiten, wenn jemand merkt, dass einer der Mitarbeiter der Mitarbeiterinnen Probleme hat, das kriegt man nicht so schnell mit weil die Pflege ja auch zeitintensiv ist und man sich nicht immer Gelegenheit hatte darüber zu reden und man dann</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Überschneidungen zwischen der Bewertung der Generalistik und dem Selbstverständnis der Pflege hier nicht kodieren • Erfahrungen/Wünsche hinsichtlich der fachlichen Qualität hier kodieren • Erfahrungen/Wünsche hinsichtlich der fachlichen Weiterbildung ohne Hintergrund der Erlangung eines Zertifikats/Abschluss usw., nur zur Aktualisierung des Wissens hier kodieren • Handlungsspielräume/Entscheidungsfreiheiten für beruflich Pflegende hier kodieren • doppelte Kodierung möglich bei Überschneidung Verständnis der Rolle der Pflegeaufgabe und Aufgabenverteilung/Ablaufplanung • doppelte Kodierung möglich bei Überschneidungen des persönlichen Rollenverständnisses und externen Wahrnehmungen des Pflegeberufs

			<p>vielleicht zu spät merkt, dass ein Kollege oder Kollegin nicht mehr zurechtkommt.“ (Int01)</p> <p>(3) „Also wenn ich das Gefühl habe, ich kann mich noch gut an meine Ausbildung erinnern, dass ich um 6 Uhr angefangen habe und dann bis 14/15 Uhr durchgeackert habe, eine Liste von 20 Aufgaben abgearbeitet habe und nach 8 Stunden das Gefühl hatte, ich bin nicht fertig geworden oder zumindest nicht so fertig geworden, wie ich mir das eigentlich gewünscht hätte, das macht ja was mit einem. Also dieser emotionale Stress, den man sich selbst macht und ich sage mal, eine Pflegekraft neigt ja vielleicht eher zu empathischen Verhalten auch sich selbst gegenüber, als es und das ist jetzt ein Klischee, der Bauarbeiter macht, der hat halt andere Herausforderungen. Und auf Grund dessen würde ich die körperliche und psychische Belastung schon als sehr hoch einschätzen bei Pflegefachkräften.“ (Int11)</p> <p>(4) „Also für mich ist wertschätzend auch ein Tag, an dem ich gut nach Hause gehen kann, wo ich einfach das Gefühl hab Ja, das war heute ein guter Tag. So wo alles rund läuft. Aber jetzt nicht so, ich brauche jetzt keinen, keine Lobdudeldei von irgendjemanden. Das muss jetzt nicht sein. Wertschätzend ist auch, wenn die Menschen auch gut drauf sind. Und wenn ich erlebe, dass meine Mitarbeiter ihre Sache gerne machen, wenn die zufrieden sind.“ (Int22)</p>	
	<p>Aus-, Fort- und Weiterbildung, Berufsprofile und</p>	<p>Erfahrungen mit Aus-, Fort- und Weiterbildung/ Karrieremöglichkeiten</p>	<p>Fort- und Weiterbildung/ Karrieremöglichkeiten</p> <p>(1) „Es gibt ja auch die Möglichkeit, sich weiterzubilden, aber Verantwortung zu übernehmen. Also zu sagen Ja, man macht eine Leitung oder man wird eine Praxisanleiter. Beim Praxisanleiter sagen tatsächlich viele ja, den machen wir nicht, denn das ist nur Mehrarbeit. Da gibt's kein Geld oder nicht genug Anerkennung. Und vor einer Leitungsposition sagen die, dafür wäre es zu wenig Geld dafür, dass du Sachen auch vielleicht zuhause noch machst oder so.“ (Int28)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Erfahrungen zu Fort- und Weiterbildung- sowie Karrieremöglichkeiten hier kodieren

	<p>Karrieremöglichkeiten</p>		<p>Akademische Pflegeausbildung</p>	<p>(2) „Allerdings kann ich jetzt trotz allem keinen Unterschied feststellen, außer dass sie dann in die vierjährige Ausbildung gehen. Ich weiß jetzt nicht, wie die Bezahlung ist, also das Mädels, was ich gerade vor Augen habe, arbeitet auf der Station, wo sie schon immer hinwollte. Hat halt die Ausbildung zusammen mit dem Studium gemacht, in einer 4-jährigen Ausbildung, wie das halt so ist, ich glaube vier Jahre braucht die. So ist das ja und ich kann allerdings nicht erkennen. Hat sich da die Position verändert, wenn sie oder hätte sie eine andere Position, wenn sie ich sag mal in Führungsstrichen nur die Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegerin gemacht hätte? Jetzt hat sich da was verändert oder eigentlich nur steht da auf dem Papier was anderes? Und dann ja ist man durch, das ist dann nochmal... Es sieht schön aus auf dem Papier. Im Prinzip hat sich nichts geändert, oder?“ (Int17)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen mit akademisierten Pflegefachpersonen im Rahmen des Stationsablaufs hier nicht kodieren → Ablaufplanung/Arbeitsteilung
			<p>Generalistische Pflegeausbildung/ Ausbildungssituation insgesamt</p>	<p>(3) „Auch die Schulen sind ja trotz allem immer noch limitiert. Das erlebe ich am eigenen Krankenpflege Schule auch. Da könnte man mehr ausbilden, kann es aber nicht, weil man keine Plätze, weil die Plätze nicht genehmigt werden.“ (Int22)</p> <p>(4) „Ich persönlich bin großer Fan, auch wenn ich da bisher nicht so tief eingestiegen bin, von der generalistischen Ausbildung. Warum soll es eine Unterscheidung zwischen Altenpflege, Krankenpflege und Kinderkrankenpflege geben? (...) Ich fände eine generalistische Ausbildung mit der Möglichkeit der spezifizierenden Weiterbildung fände ich großartig und würde auch zu einer größeren Vermischung und Flexibilität führen innerhalb der Berufsgruppe.“ (Int11)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Überschneidungen zwischen der Bewertung der Generalistik und dem Selbstverständnis der Pflege hier kodieren • Aspekte in Verbindung mit der Ausbildung internationaler beruflich Pflegenden hier kodieren
		<p>Wünsche/Strategien zu Aus-, Fort- und Weiterbildung/ Karrieremöglichkeiten</p>		<p>(1) (Anm. Pflegefachpersonen) „Ich glaube, dass, dass diese Pflegekräfte schon auf den Stationen gut, gut wirken können, um gutes Patienten Outcome zu gewährleisten. Im Sinne von Koordination oder angedockt an die Leitungskräfte. Aber hier, es gibt ja im Tarif Gefüge nur das eine oder das andere.“ (Int22)</p> <p>(2) (Anm. generalistische Ausbildung) „Also ich bin da sehr zwiespalten mit dieser Ausbildung tatsächlich immer noch, weil ich wie gesagt a) nicht verstehe, warum man dann vielleicht den Beruf der Krankenschwester nicht wirklich revolutioniert und sagt Okay, wir machen das jetzt so, dass eure Verantwortung liegt auf</p>	<p>Wünsche/Strategien in Bezug auf Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Karrieremöglichkeiten hier kodieren</p>

			<p><i>einmal nicht mehr in der Grundpflege, sondern eure Verantwortung liegt mit wirklich unterstützend zu einem Arzt mitzuarbeiten (...).“ (Int28)</i></p> <p><i>(3) „Auf jeden Fall auch mit mehr Zeit für Schüler. Also verstehe ich nicht: Das ist ja die Zukunft. Warum? Warum man das dann so lasch macht? Das hat alles keinen Sinn. Also auf der einen Seite stelle ich mir Schüler ein, aber auf der anderen Seite kann ich die nicht ausbilden. Es macht keinen Sinn, es macht einfach keinen Sinn. Leider. Tja, das stelle ich mir auch schön vor. Mehr Zeit für die, für die Schüler zu haben.“ (Int13)</i></p> <p><i>(4) „Bessere Ausbildung tatsächlich und damit mein ich jetzt nicht die Pflegeausbildung, denn die ist glaube ich gut, gerade wenn sie jetzt generalistisch ist. Ich meine, bessere Ausbildung auch für Führungskräfte, Leitungskräfte usw.“ (Int11)</i></p>	
	<p>Interessenvertretung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen, Einschätzungen zur pflegerischen Interessensvertretung in der Gesellschaft/im Gesundheitssystem • Wünsche/Vorschläge in Verbindung mit der Interessendurchsetzung der Pflege 	<p><i>(1) „Organisation der Pflege und damit meine ich Berufsverbände, Gewerkschaften und ich meine Pflegekammer. Das würde ja auch bedeuten, dass dieser Begriff Assistenzberuf obsolet werden würde, wenn man eine Pflegekammer einrichten würde, bundesweit, wäre sehr viel geholfen, ein großer Pflegeverband und auch viele Pflegekräfte, die sich in solchen Verbänden und Gewerkschaften organisieren. Also ich habe eine Zeitlang als Dozent gearbeitet und da habe ich immer die Pflegekräfte meckern hören und dann habe ich am Ende immer gefragt, wer ist in einer Partei organisiert, wer in einer Gewerkschaft, in einem Verband und dann hob sich so eine Hand. Das meinte ich eben mit dem Thema Opferrolle. Wenn man in einen Verband, Gewerkschaft oder eine Partei geht, dann wird man zum Täter, zu jemandem, der was macht und das macht die Pflege nicht. Da haben die keinen Bock drauf. Meckern ja, aber Lösen sollen es andere. Aber das Machen sie nicht und das hat die Pflege bisher leider nicht verstanden.“ (Int11)</i></p> <p><i>(2) „Der wichtigste Aspekt ist, dass sich die Pflegekräfte, also wir Pflegekräfte uns unserer Selbstwirksamkeit, ja, dass wir unsere Wertschätzung aus uns selber ziehen, dass wir unserem Beruf so positiv wie möglich sehen, den nach außen so positiv wie möglich verkaufen. Dass wir uns auch, dass wir uns unserem Wirken am</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Effekt der Interessenvertretung auf die öffentliche Wahrnehmung hier kodieren • Aussagen in Bezug auf „Jammer-Kultur“ der Pflege hier kodieren

			<p><i>Patientenbett auch bewusst sind und dass wir uns auch, dass wir uns auch klar sind, dass, dass wir ganz viel dazu beitragen, dass das hier so läuft, wie es läuft.“ (Int22)</i></p>	
--	--	--	---	--

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Covid-19 Pandemie</p>	<ul style="list-style-type: none"> Erfahrungen, Einschätzungen, Wünsche im Zusammenhang mit veränderten Bedingungen durch die Covid-19-Pandemie 	<p>(1) „Das mit den Masken, klar, das muss sein, das sehe ich auch ein. Ich bin nur ein bisschen in Mitleidenschaft gezogen, weil meine ganze Haut darunter leidet... ich habe auch sehr viele Pickel, war auch beim Betriebsarzt, der hat mir dann eine Creme gegeben und besondere Masken und keine Ahnung was. Aber da hilft leider alles nichts. Nur da... (...) Ich finde es aber eigentlich gar nicht mal so doof, die zu tragen, weil es kreist nun mal nicht nur Corona um die Welt. Es gibt tausend andere Krankheiten, die ja auch oral übertragen werden und auf die man auch gern verzichten kann. Ich finde es halt eigentlich eine echt gute Schutzmaßnahme. Aber mir würde auch wieder reichen das zu machen, wenn man weiß, dass hier der Patient, hat ne Hepatitis zum Beispiel und da ziehe ich jetzt eine Maske auf. (...) Aber gerade sowas, wie eingeschränkte Besuchskontakte finde ich mega sinnvoll. Also auch für andere Patienten. Man kennt das ja, man hat zwei Patienten in einem Zimmer und der andere hat da die ganze Bude voll und dem anderen gehts schlecht und kann einfach nicht schlafen. Das finde ich einfach unangemessen und deswegen, finde ich, also klar, es sollten schon mehrere Kontakte sein, aber das [unverständlich] zum Beispiel das mit dem Termine machen, weiß ich nicht.“ (Int13)</p> <p>(2) „Aber, wie gesagt, die Angst davor, sich noch anzustecken, ist also tatsächlich man merkt immer noch, die ist auch bei Ärzten und auch bei Personal immer noch da, auch wenn sie jetzt geimpft sind. Da sind viele, die immer noch sagen, Ja, ne, aber hinterher nehme ich das irgendwie mit nach Hause oder sonst irgendwie. Oder haben ich habe dann oder ich kriege vielleicht die neue Variante, weil keiner kann mir sagen, ob meine Impfung dagegen hilft. Oder man nimmt zwar an, die hilft, aber man ist sich nicht sicher. Also es ist eine große Unsicherheit. Und wie gesagt, wirtschaftlich gesehen, keiner kann mir sagen, wie Corona Patienten abgerechnet werden. Und die hatten ja wirklich Liegezeiten... Also teilweise dadurch, dass wir sie auch nicht in Heime unterbringen oder zurückschicken konnten, war ich glaube der längste Patient war drei Monate bei uns. Und wenn man so heute auf diese Abrechnungen wie der MDK abrechnet und die also da kriegen wir also nach diesem Zustand würde ich sagen, kriegen wir zwei Monate auf jeden Fall nicht bezahlt und er hat im Endeffekt umsonst bei uns gelegen.“ (Int28)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Überschneidungen zu anderen Bereichen, bei Maßnahmen, die nach der Pandemie beibehalten werden können, möglich Erfahrungen und Wünsche in Verbindung mit dem Pflegeberuf und der Pandemie hier kodieren
--	--	---	--

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Übergreifende Themen Gesundheitssystem</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Einschätzungen in Bezug zu politischen Entscheidungen, die das gesamte Gesundheitssystem betreffen • Einschätzungen zur Refinanzierung pflegerischer Leistungen 	<p>(1) <i>„Was müsste sich noch ändern? Letztlich ist dieses ganze System, sag ich jetzt ohne, dass es meine persönliche, direkte, unmittelbare Arbeit betrifft, so außer das, was ich eben gesagt habe mit dem Patienten, der zu früh entlassen wird und ohne Hilfsmittel nach Hause kommt und ohne, dass die Situation irgendwie vorher verbessert worden ist. Fallpauschalen System ist sicherlich, gehört nicht mehr in diese Zeit. Also das ist einfach... Hat zu viele negative Steuerungseffekte und das kann man lang und breit nachlesen. Genauso wie man auch analysieren kann, wer davon profitiert und warum das so ist. Aber es ist nichts. Das sind Dinge, die sich grundsätzlich ändern müssen, damit die Situation der Pflegenden und Krankenhäuser sich überhaupt ändern kann.“ (Int25)</i></p> <p>(2) <i>„Dass vielleicht auch manches mehr praxisnäher entschieden wird, nicht, dass man wirklich sagt, ich habe hier keinen Sachstand oder kein Blatt Papier in den Händen, sondern ich habe hier tatsächlich einen Menschen. Und da sage ich mir, da ist wirklich Theorie und Praxis sind manchmal doch sehr weit auseinander. Also diese Praxisnähe wäre meines Erachtens wirklich das, ein wichtiger Faktor.“ (Int27)</i></p> <p>(3) <i>„Also um es mal größer aufzuhängen, sollten wir die Finanzierung der Krankenhäuser aus dem Fallpauschalen Prinzip kippen können auf irgendetwas nachhaltigeres machen, dann würde das Auswirkungen haben, die positiv sein können auf den ganzen Nachklapp. Ja. Man kann ja träumen. Also das hat sicherlich einen Effekt. Man muss sich ja auch überlegen, wie man das Teil finanziert und so weiter. Aber ich glaube, dass das nur positiv sein könnte, weil Kosten, Reibungskosten, Fehlinvestitionen einfach nicht passieren.“ (GD04)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aussagen zu übergreifenden Themen, wie bspw. Kritik am Gesundheitssystem und politischen Entscheidungen hier kodieren
---	--	--	---

11.4 Anhang IV – Kategorisierungstabellen erwerbsbiografische Erzählungen

11.4.1 Übersicht berufliche Positionen und Tätigkeiten

Tabelle 121: Berufliche Positionen und Tätigkeiten

Position	Definition	Ausprägungen	Gruppe
Praktikum/ Zivildienst/ Ehrenamt	Zivildienst, (Schul)Praktikum, Freiwilligendienst oder ehrenamtliche Tätigkeit in der Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Schulpraktikum • freiwilliges Praktikum • Praktikum (nicht näher spezifiziert) • Zivildienst • sonstige ehrenamtliche Tätigkeit • Freiwilliges Soziales Jahr 	Tätigkeiten innerhalb der Pflege
Mindestens dreijährige Pflegeausbil- dung	Ausbildung zur Pflegefachperson	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachmann/Pflegefachfrau • Krankenschwester/Krankenpfleger • Gesundheits- und Krankenpfleger*in • Altenpfleger*in • Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger • nicht näher spezifizierte Fachkraftausbildung im Ausland 	Tätigkeiten innerhalb der Pflege
Pflegehilfs- kraft	Tätigkeit in der praktischen Pflege, Alltagsbegleitung oder Betreuung ohne abgeschlossene oder laufende mindestens dreijährige Fachausbildung, inkl. entsprechender Ausbildungen und Lehrgänge, ohne Zeit- und Leiharbeiter*inne n	<ul style="list-style-type: none"> • einjährige Ausbildung zur Pflegehilfskraft⁵⁹ • nicht näher spezifizierte un- bzw. angelernte Tätigkeit in der stationären Altenpflege 	Tätigkeiten innerhalb der Pflege
Zeit- und Leiharbeit in der Pflege	Zeit- und Leiharbeit in der direkten Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Zeit- und Leiharbeit als Pflegefachperson 	Tätigkeiten innerhalb der Pflege

⁵⁹ Helferausbildungen unter einem Jahr kamen in der Stichprobe nicht vor

Pflegefachperson (ohne Zeit- und Leiharbeits- sowie Leitungskräfte)	Tätigkeit als Pflegefachperson in der praktischen/direkten Pflege, ohne Zeit- und Leiharbeitnehmer*innen, ohne Leitungskräfte	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenhaus • stationäre Altenpflege • ambulante Pflege 	Tätigkeiten innerhalb der Pflege
Pflegestudium	Studium mit Schwerpunkt Pflege, Primärqualifizierende Studiengänge in der Stichprobe nicht enthalten	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegemanagement • Pflegewissenschaft • Pflegepädagogik 	Tätigkeiten innerhalb der Pflege
Leitung	Tätigkeit als Leitungskraft in der Pflege, dabei ggf. (weiterhin) in die direkte Pflege involviert	<ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsleitung • Pflegedirektion • Wohnbereichsleitung • Pflegedienstleitung • Einrichtungsleitung • Bereichsleitung • Ausbildungsleitung 	Tätigkeiten innerhalb der Pflege
Sonstiges Studium mit Gesundheitsschwerpunkt	Studium mit Schwerpunkt Gesundheit, ohne Pflegeschwerpunkt	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitationswissenschaft • Gesundheitswissenschaften 	Sonstige Tätigkeiten mit Gesundheitsschwerpunkt
Sonstige Tätigkeit mit Gesundheitsschwerpunkt	sonstige berufliche Tätigkeit oder Ausbildung mit Gesundheitsschwerpunkt	<ul style="list-style-type: none"> • Rettungssanitäter/-assistent*in • Auditor*in • Vertriebs- und Patientenmanagement in der Pharmaindustrie • Beratungstätigkeit 	Sonstige Tätigkeiten mit Gesundheitsschwerpunkt
Studium ohne Gesundheitsschwerpunkt	Studium oder Promotion ohne Gesundheitsschwerpunkt	<ul style="list-style-type: none"> • Psychologie • Betriebswirtschaftslehre • Theologie • Geschichte • Journalismus • Wirtschaftspsychologie • nicht näher spezifiziertes Ingenieursstudium 	Tätigkeiten ohne Gesundheitsschwerpunkt

Tätigkeit ohne Gesundheits-schwerpunkt	sonstige Tätigkeit oder Ausbildung ohne Gesundheitsschwerpunkt	<ul style="list-style-type: none"> • Berufskraftfahrt • Maler- und Lackiererausbildung • Friedhofsgärtnerei • Einzelhandel • Mitarbeitende Gedenkstätte • Bäckerei • Metallverarbeitung 	Tätigkeiten ohne Gesundheits-schwerpunkt
--	--	--	--

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

11.4.2 Einflussfaktoren auf und Beweggründe für den Verbleib in einer Position/Tätigkeit oder den Übergang zwischen verschiedenen Positionen/Tätigkeiten

Tabelle 122: Einflussfaktoren auf und Beweggründe für den Verbleib in einer Position/Tätigkeit oder den Übergang zwischen verschiedenen Positionen/Tätigkeiten

Beweggrund/Einflussfaktor	Definition/Ausprägungen
Wunschstudiengang zugangsbeschränkt	der Wunsch, ein Studium, i. d. R. ein Medizinstudium, zu absolvieren, kann nicht realisiert werden aufgrund von <ul style="list-style-type: none"> • Zulassungsbeschränkung des Medizinstudiums oder • staatlich restringiertem Zugang zu Abitur und Studium in der DDR
elterlicher Rat	Empfehlung der Eltern
medizinisches Interesse	Interesse an medizinischen Themen und/oder einem medizinischen Beruf
mit Menschen arbeiten	Interesse an der Arbeit mit Menschen oder bestimmten Gruppen (z. B. alte Menschen, erkrankte Kinder)
Vergütung	(Ausbildungs-) Vergütung wird benötigt und/oder positiv bewertet
Pflegebedürftigkeit im Umfeld	Erfahrungen mit Pflegebedürftigkeit im persönlichen Umfeld wecken den Wunsch, selbst beruflich zu pflegen
helfen wollen	Wunsch, anderen Menschen zu helfen
Wehrpflicht	Zivildienst als Alternative zum Kriegsdienst
Leitungsposition angestrebt	Wunsch, sich beruflich weiterzuentwickeln und in eine Leitungsposition zu kommen
Weiterbildung verwehrt	Befragte bekommen keine angemessenen Möglichkeiten zur beruflichen Weiterbildung
gesundheitliche Probleme	gesundheitliche Probleme, die eine berufliche Veränderung notwendig machen
mangelnde Leitungsstellen in Teilzeit	in den gewünschten Leitungspositionen mangelt es an Stellen mit geringem Umfang

Bildungsdrang	Wunsch nach (über außeruniversitäre Fort- und Weiterbildungen hinausgehender) Bildung
Gestaltungswille	Wunsch, in eine Position mit mehr Gestaltungsmöglichkeiten zu kommen
Qualitätsanspruch	Wunsch nach Rahmenbedingungen, die es ermöglichen, so zu arbeiten, dass es den eigenen Qualitätsansprüchen genügt
Überlastung	Überlastung, die eine berufliche Veränderung notwendig macht
Anregung	anregendes Arbeitsumfeld („spannend“, „Action“), in dem die Befragten viel erleben und/oder lernen
Teamatmosphäre	gute Teamatmosphäre in der neuen Einrichtung motiviert zu beruflicher Veränderung
mangelnde Wertschätzung	Befragte erhalten mangelnde Wertschätzung für ihre Tätigkeit
Promotionsabbruch	Promotion kann nicht abgeschlossen werden; dadurch wird berufliche Veränderung notwendig
Gestaltungsmöglichkeiten	Wertschätzung bestehender Gestaltungsmöglichkeiten
Vereinbarkeit mit Studium	gute Vereinbarkeit mit einem Studium
beschränkte Gestaltungsmöglichkeiten	durch den Träger eingeschränkte Gestaltungsmöglichkeiten
Wunsch nach Veränderung	Wunsch nach Veränderung um ihrer selbst willen
Wunsch nach Festanstellung	Wunsch nach Festanstellung
Beschäftigungssicherheit	Wunsch nach einer Tätigkeit mit langfristig guten Beschäftigungschancen
Arbeitgeber	Arbeitgeber motivieren die Befragten dazu, eine Tätigkeit aufzunehmen
Unternehmensinsolvenz	Insolvenz des Arbeitgebers
gute Beratung	passgenaue und kundenorientierte Berufsberatung
Kompetenzen anwenden	Freude daran, die eigenen Kompetenzen anwenden zu können

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

11.4.3 Übersicht Einflussfaktoren/Beweggründe, die dem Verbleib in einer Position/Tätigkeit oder dem Übergang zwischen verschiedenen Positionen/Tätigkeiten entgegenstehen

Tabelle 123: Einflussfaktoren/Beweggründe, die dem Verbleib in einer Position/Tätigkeit oder dem Übergang zwischen verschiedenen Positionen/Tätigkeiten entgegenstehen

Beweggrund/Einflussfaktor	Definition
mangelnde Ausbildungsplätze	mangelnde Ausbildungsplätze
elterlicher Rat	Empfehlung der Eltern
Mindestalter	Mindestalter für den Ausbildungsbeginn musste überbrückt werden
Aufnahmeprüfung (Ausbildung im Ausland)	Befragte musste in ihrem Herkunftsland eine anspruchsvolle Aufnahmeprüfung bestehen, um die Pflegeausbildung beginnen zu können
mangelnde Spezialisierungsmöglichkeiten	Befragte mit dem Wunsch, in der Kinderkrankenpflege zu arbeiten, musste in der Ausbildung auch Erwachsenenpflege leisten
mangelndes Stellenangebot	mangelndes Stellenangebot
Vereinbarkeit mit Erwerbstätigkeit	Tätigkeit als Pflegefachperson und Pflegestudium lassen sich schlecht vereinbaren
schlechte Beratung	bei der Berufsberatung werden die Wünsche der Befragten nicht ausreichend beachtet oder Informationen zu zukunftsicheren Perspektiven nicht gegeben
Überlastung	Arbeitsbelastung und Verantwortungslevel bei mangelnder Zeit, Erfahrung und Unterstützung führt zu Überforderung und Erschöpfung
Vergütung	(Ausbildungs-) Vergütung schreckt ab und/oder wird negativ bewertet
Sprachkenntnisse	nach Zuzug erschweren und/oder verzögern fehlende Deutschkenntnisse den Berufseinstieg oder die Berufsausübung in Deutschland
Vereinbarkeit	Wunsch nach besserer Vereinbarkeit von Sorgearbeit/Privatleben und Pflegeberuf
Unternehmensinsolvenz	Insolvenz des Arbeitgebers
Führerschein nicht anerkannt	Wechsel aus der ambulanten in die stationäre Altenpflege notwendig, da der ausländische Führerschein der Befragten in Deutschland nicht anerkannt wurde

Ekel	Sorge vor Ekelempfindungen bei der Pflgeetätigkeit
------	--

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2021

11.5 Anhang V – Sequenzierungen Gruppendiskussionen

11.5.1 Sequenzierung Pilot- Gruppendiskussion (GD00)

GD00: Gruppendiskussion mit Pflegefachpersonen und Führungskräften aus dem Interim- und Recovery Management einer Unternehmensberatung	
<i>Zeilennr. Anfang</i>	<i>Sequenzinhalt</i>
18	Vorstellungsrunde: erwerbsbiografischer Hintergrund
77	Persönliche Einstiegs- und Ausstiegsgründe Pflegeberuf: Karriereoptionen, unflexible Arbeitszeiten, Vergütung, gesundheitliche Gründe als Ausstiegsgründe
199	Allgemeiner Ausstiegsgrund von beruflich Pflegenden: Stress, psychische Belastung durch Fachkräftemangel und fehlende Aussicht auf Änderung der Situation, v. a. auch auf Führungsebenen herrscht Überforderung
243	Maßnahmen zur Vermeidung von Ausstiegen aus der Pflege: Akzentuierung des Rollenbildes von beruflich Pflegenden in der Ausbildung → Eigenwahrnehmung der beruflich Pflegenden entspricht oft nicht Realität, stattdessen wird Opferrolle eingenommen
259	fehlende Führungskräfteausbildung
277	Strategien zur Arbeitsorganisation, Dienstplangestaltung, Arbeitsteilung: Ausfallkonzepte (Ausfall planen), flexible Dienstzeitenmodelle, Anpassung der Ablaufplanung, personenzentrierte Pflege umsetzen → Entzerrung des Tagesablaufs der Pflege
367	Umgang mit Führung, Führungsstile, Führungskräfteentwicklung → fehlende Ausbildung von Führungskräften
384	Kritik: fehlende Gestaltungsmöglichkeiten bei der Vergütung, monetäre Anreize können nicht gesetzt werden, tarifliche Vergütung aber nicht schlecht
442	Digitalisierung hat Potential Arbeitsplatz attraktiver zu machen durch Ermöglichung von mehr Flexibilität, Möglichkeiten werden aber oft nicht ausgenutzt
449	Gesundheitsförderung wird oftmals vernachlässigt, wenig Angebote und falls Angebote werden diese kaum genutzt
465	Rückbezug zu 442
486	Rückbezug zu 449

491	Kritik: beruflich Pflegende nehmen sich häufig in passiver Rolle Opferrolle wahr → stressauslösend, „Wir sind absolut im Jammertal zu Hause“; auch vor Hospitant*innen wird bspw. „gejammert“ → führt dazu, dass Arbeitsplatz als nicht attraktiv wahrgenommen wird
541	Forderung: Personenzentrierung bei Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention sowie Umsetzung der Digitalisierung
592	Erfahrungen und Strategien (Rück-)Gewinnung/Verbleib von beruflich Pflegenden: „Man muss einfach kreativ sein“ flexible Dienstzeiten, Angebot von fachlichen Fort- und Weiterbildungen und Übertragung von Verantwortung sowie Kompetenzorientierung
674	Gründe für Teilzeitbeschäftigung sind bei Aktivitäten zur Erhöhung der Arbeitszeit zu beachten: arbeitgeberseitig wird häufig bestimmte Kopfanzahl benötigt, mögliche Lösung: Anpassung/Entzerrung der Abläufe
741	Gründe für Zeitarbeit: mehr Flexibilität, modernere Strukturen „unkomplizierter“, Doku-Aufgaben („Last“) müssen nicht übernommen werden
769	Strategien zur Akquise von Quereinsteiger*innen: Angehörige, Förderungsprojekte ARGE, Netzwerkarbeit
799	Fremd- und Selbstwahrnehmung/-darstellung von beruflich Pflegenden: „Ich bin NUR ...“ → der Attraktivität des Berufes nicht zuträglich: „Dann kann man auch das nachaußennichtverlangen, dass andere den Beruf mehr wertschätzen, wenn man es selber nicht tut.“

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

11.5.2 Sequenzierung GD01

GD01: Gruppendiskussion mit vier Leitungskräften der unterschiedlichen Pflegesettings	
<i>Zeilennr. Anfang</i>	<i>Sequenzinhalt</i>
3	Vorstellungsrunde: erwerbsbiografischer Hintergrund
41	Arbeitsplatz Pflege der Zukunft: Pflege erfüllt hauptsächlich vorbehaltene Aufgaben
67	Arbeitsplatz Pflege der Zukunft: flexible und verlässliche Dienstplangestaltung zur Vereinbarkeit mit dem Privatleben, weniger Einspringen bzw. Einspringen sollte entsprechend vergütet werden
110	Refinanzierung der Pflege durch Investitionen der Krankenkassen wird als nicht ausreichend wahrgenommen; Außenkommunikation der Krankenkassen über die gestiegenen Ausgaben für die Pflege beeinflusst die Außendarstellung der Pflege: „nicht zuträglich für uns“

130	um gute Pflege durchzuführen sind qualifizierte und motivierte Mitarbeitende notwendig; aktueller Trend Rekrutierung von internationalen beruflich Pflegenden wichtig, um ausreichend Personal vorzuhalten, allerdings kritisch: fehlende Sprachkenntnisse und Nachhaltigkeit fraglich: Bleiben die beruflich Pflegenden?
148	Kritik: fehlende Qualität bzw. Motivation von einigen beruflich Pflegenden beeinflusst die Zufriedenheit und den Arbeitsalltag der anderen negativ → Problem: Aufgrund Personalmangel keine Auswahl von Personal möglich
187	Kritik: fehlende Wertschätzung von Leistung und Verantwortungsübernahme seitens der Arbeitgeber führt weiterhin zu Personalverlust, fehlendes Interesse an Führungspositionen und einem Zuwachs an Zeitarbeitsfirmen, da man dort keine Verantwortung übernehmen muss
206	Reflexion „ <i>Wir jammern hier schon wieder</i> “: beruflich Pflegende nehmen häufig eine eher passive Rolle bei dem Umgang mit den beschriebenen Problemen (Personalmangel, Bezahlung usw.) ein; positive Aspekte der Tätigkeit werden verdrängt/nicht wahrgenommen
263	Rekrutierung/Anwerbung von Fachkräften: schlechte Erfahrungen mit Mitarbeitenden aus Leiharbeitsfirmen und internationalen Fachkräften, die nicht bleiben
286	Rivalität zwischen den unterschiedlichen Pflegesettings: gegenseitige Abwertung, ohne die Vorteile des jeweiligen Settings zu erkennen
305	Generalistik als positiv bewertet, Umsetzung (Dauer, Einführung) jedoch kritisch gesehen
368	Durchlässigkeit der Systeme: Potential für Alten- und Krankenpflege durch die Generalistik, die positiven Seiten aller Pflegesettings kennenzulernen, Erfahrungen zu sammeln und je nach Bedürfnissen unterschiedlicher Lebensphasen den Arbeitsplatz auszuwählen/zu wechseln; Möglichkeit voneinander zu lernen und Abbau der Rivalität zwischen den Settings/Ausbildungsberufen „ <i>nur Altenpfleger</i> “
415	betriebliche Umsetzung der generalistischen Ausbildung, um Auszubildende zu halten: Ausbildung muss abwechslungsreich, attraktiv hinsichtlich des Gehaltes sein, Weiterbildungsmöglichkeiten müssen aufgezeigt werden, kontinuierliche Begleitung der Auszubildenden durch Praxisanleitung ist wichtig; positive Seiten aufzeigen: Kontakt mit „ <i>Jammer-Sofasitzer</i> “ vermeiden
452	Karrieremöglichkeiten in der Pflege: „ <i>Extrem gute Chancen</i> “, wenn die zahlreichen Weiterbildungsmöglichkeiten selbsttätig genutzt werden
472	Führung in der Pflege: werden in Zukunft weniger gebraucht werden → Zukunft ist agil und selbststeuernde Teams → Selbstverantwortung und Selbstautonomie, aber ein „ <i>Streitschlichter</i> “ mit Schlussverantwortung notwendig
526	agiles Führen kann aber durch starre Finanzierungsstrukturen (bspw. durch DRGs, begrenztes Budget) nur sehr schwer umgesetzt werden → Umdenken ist erforderlich

551	Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch Betreuungsmöglichkeiten, flexible Arbeitszeiten, Anpassung der Ablaufplanung → Pflege ist eigentlich gut mit der Familie vereinbar durch flexible Gestaltungsmöglichkeiten der Dienstzeiten, Veränderungen der Ablaufplanung könnte noch mehr Flexibilität ermöglichen, bspw. Tourenpläne
664	Anspruchsdenken der Patient*innen durch höhere Selbstbeteiligung: Klient*innen bestehen auf die Pflege zu bestimmten Zeiten → schränkt Flexibilität ein; Krankenhaus → Flexibilität der Ablaufplanung durch ärztliche Abläufe und Untersuchungen beschränkt
708	Ausfallkonzepte: bspw. Klassifizierung der Aufgaben nach Delegierbarkeit und Kompetenz Erfordernis; Rufbereitschaft
736	Digitalisierung in der Pflege wichtig für den Arbeitsplatz Pflege der Zukunft, unter der Voraussetzung, dass Tools/Anwendungen einfach handhabbar sind und funktionieren → Möglichkeiten zur digitalen Dokumentation, digitale Patientenakte als wichtig eingestuft
814	Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderung sollte proaktiver vom Arbeitgeber beworben/angeboten/ermöglicht werden; wichtig: Fokus auf psychische Erkrankungen sollte gestärkt werden
866	gute Verdienstmöglichkeiten je nach Tarif und Qualifikation und inkl. Zulagen und Prämien → Vereinheitlichung aber wichtig, da heterogenes Bild der Vergütungssituation
927	Außendarstellung des Pflegeberufs in den Medien als sehr negativ bewertet entgegen der Realität, positive Seiten werden kaum kommuniziert → besseres Bild der Pflege muss sowohl politisch unterstützt umgesetzt werden als auch aktiv von den beruflich Pflegenden verbreitet werden (Rückbezug zur oftmals passiven Rolle der beruflich Pflegenden: „100 Jammern, einer macht was“)

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

11.5.3 Sequenzierung GD02

GD02: qualifikationsübergreifende Gruppendiskussion mit sieben Fach- und Leitungskräften	
<i>Zeilenr. Anfang</i>	<i>Sequenzinhalt</i>
18	Vorstellungsrunde: erwerbsbiografischer Hintergrund
82	Arbeitsplatz Pflege der Zukunft: Umsetzung neuer Arbeitszeitmodelle mit reduzierter Wochenarbeitszeit, Skill-Mix um voneinander zu lernen/profitieren
105	Führung in der Pflege: neue Führungsmodelle sind wichtig, aber Leitungskräfteaus- und Fortbildung, sowie Unterstützung fehlt → ohne gute Führung funktioniert Pflege nicht

151	Ermöglichung von bedürfnisgerechten Arbeitszeitmodellen, Vereinbarkeit Beruf und Familie
169	Digitalisierung in der Pflege: moderner Arbeitsplatz zur Anwerbung von Mitarbeitenden
175	selbstbewusstes Auftreten von beruflich Pflegenden beim Vertreten ihrer Ansprüche
193	Arbeitsplätze für akademisches Pflegepersonal schaffen, um Evidenzbasierung und damit gute Pflege sicherzustellen
223	Digitalisierung erleichtert Arbeitsabläufe, ist aber in unterschiedlicher Tiefe umgesetzt; professionelle Umsetzung ist oftmals herausfordernd
255	Nutzung von VR in der Ausbildung, Implementierung von VR im Pflegealltag
318	moderne Führungsstile umsetzen, bspw. Magnetkrankenhaus, Shared Governance
333	Digitalisierung und VR als Alleinstellungsmerkmal bei der Akquise von beruflich Pflegenden/Auszubildenden
349	Akademisierung/Professionalisierung der Pflege, um bspw. Ärzt*innen auf Augenhöhe zu begegnen und zur fachlichen Weiterentwicklung, weniger für Management-Aufgaben
368	Führung: Shared Governance, um Mitarbeitenden zu ermöglichen, sich selbst zu verwirklichen → vor allem auch fachliche Perspektiven aufzeigen
393	Refinanzierung von akademisierten beruflich Pflegenden in Altenhilfe ist nicht gegeben durch Strukturvorgaben
409	Weiterentwicklungsmöglichkeiten in der Pflege, (Fach-)Weiterbildung, Professionalisierung, Akademisierung, Qualifizierung, Kompetenzerweiterung, Fokus fachliche Weiterentwicklung und Aufstieg (Anschluss an Block ab Zeile 349)
453	Generalistik/Ausbildung in der Pflege/Studium: im internationalen Vergleich, Risiken, Potentiale, Herausforderungen, Weiterbildungen/Fortbildungen im Anschluss an die Ausbildung
576	Interessenvertretung in der Pflege: Pflegekammer
585	Aufgabenteilung/Aufgabenbereiche in der Pflege, Skill-Mix müssen definiert, strukturiert und geregelt werden, Unterschiede zwischen Akutpflege und stationärer Langzeitpflege
654	Umsetzung von lebensphasenbezogenen Arbeitszeitmodelle und Arbeitsteilung, um Ausstieg vorzubeugen, Verbleib im Beruf zu ermöglichen und Bindung zu stärken
723	Konfliktmanagement als Prävention von psychischen Belastungen, Sensibilisierung für psychische Belastungen und Strukturen zum Umgang, Prävention und Gesundheitsförderung sind notwendig. „Das seelische bleibt auf der Strecke“

898	Vergütung in der Pflege gegenüber dem Selbstverständnis und den Arbeitsbedingungen → verlässliche Dienstzeiten, mehr Freizeit und mehr Zeit für Pflege bei Patient*innen wichtiger
968	Interessenvertretung der Pflege: beruflich Pflegende sollten zusammenwachsen und nicht rivalisieren, um gemeinsam für die Weiterentwicklung der Pflege einzustehen

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

11.5.4 Sequenzierung GD03

GD03: Gruppendiskussion mit drei Auszubildenden	
Zeilennr. des Anfangs	Sequenzinhalt
18	Vorstellungsrunde: erwerbsbiografischer Hintergrund
57	Dienstplangestaltung: weniger lange Schichtblöcke
69	Wunsch nach mehr Zeit für Ausbildung/Lernen, bessere Begleitung und nicht als Vollkraft angesehen werden
111	Dienstplangestaltung: Wunsch nach mehr Freizeit am Stück, weniger Arbeit am Wochenende
130	Diskussion Vergütung in der Pflege als „nicht adäquat“ vs. gute Teamatmosphäre ist wichtiger als Vergütung vs. gute Arbeitsbedingungen durch Personalmangel schwierig („das utopischere Ziel“) vs. Vergütung ist nicht schlecht, aber für das was geleistet wird zu gering
242	Arbeitsplatz der Zukunft: Entlastungsmöglichkeiten im stressigen Stationsalltag, z. B. durch Frischluftpausen
256	Außenwahrnehmung des Pflegeberufs: Leistung der Pflege sollte wahrgenommen, anerkannt und wertgeschätzt werden und nicht als „nur“ Pflege wahrgenommen werden
316	Arbeitssicherheit und Ausstattung mit Hilfsmitteln → bessere Ausstattung und Subventionierung von Hilfsmitteln
324	diversere Teams: Skill-Mix: Zusammenarbeit mit Therapie-Berufen, Diskussion „Mehr Männer in die Pflege“ für eine bessere Arbeitsatmosphäre und zur körperlichen Entlastung
391	Rolle von Männern in der Pflege: Pflege wird häufig als Frauenberuf wahrgenommen, Männern wird eingeredet sie „könnten ja noch mehr leisten“

403	Zusammenarbeit Ärzt*innen und Pflege als oftmals problematisch und Pflegequalitätsgefährdend wahrgenommen: mehr interdisziplinäre Zusammenarbeit schon im Studium/in Ausbildung wünschenswert
459	Zusammenarbeit und Aufgabenteilung Hilfskräfte und Pflegefachpersonen: Aufgabenteilung und Kompetenzen sollten klar geregelt sein, mehr Stationshilfen bspw. für Auffüllaufgaben im KH wünschenswert
512	Erfahrungen/Wünsche mit Führung in der Pflege, Respekt, gegenseitiges Verständnis und Beachtung der Bedürfnisse wichtig
580	Wunsch nach Mitbestimmung bei der Dienstplangestaltung
606	Wünsche Vereinbarkeit Pflegeberuf und Familie: Teilzeitmodelle mit flexiblen Arbeitszeiten, Betreuungsangebote
663	Digitalisierung in der Pflege: Wunsch nach weiterem Ausbau, bisher wenig umgesetzt, aber keine Roboter zur Grundversorgung/Pflege
773	Teamatmosphäre, Kommunikation mit Patient*innen/im Team

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

11.5.5 Sequenzierung GD04

GD04: Gruppendiskussion mit drei Pflegefachpersonen	
<i>Zeilennr. des Anfangs</i>	<i>Sequenzinhalt</i>
5	Vorstellungsrunde: erwerbsbiografischer Hintergrund
56	Vergütung in der Pflege: „unterbezahlt gemessen an Fähigkeiten“
62	Zusammenarbeit Ärzt*innen und Pflege → fehlende Kompetenzen für beruflich Pflegende
77	Problem: „Jammern“ und fehlende Fort- und Weiterbildungskultur in der Pflege: Gelerntes kann nicht angewendet werden, Anreize hinsichtlich höherer Vergütung nicht immer gegeben → aber heterogene Wahrnehmung der Diskutierenden
118	ambulante Pflege = „behütet“, da keine Nachtdienste, wenig Fluktuation der Patient*innen, aber herausfordernd: auf sich allein gestellt sein und teilweise fehlende Hilfsmittel vor Ort
151	zeitliche und finanzielle Vereinbarkeit mit Familie mit Teilzeit möglich, wenn Partner*in Vollverdiener*in ist
167	Digitalisierung: „schreckliches System“ → Programm nicht an Arbeitsablauf angepasst, noch in der Einführung befindlich

171	Weiterentwicklung, Karrierewege in der Pflege → Problem: häufig wird Wertschätzung in der Medizin gesucht, Kompetenzen verschwimmen, Gehalt ist aber „ein anderes“ → Forderung/Kritik: pflegerische Aufgaben (z. B. Behandlungspflege) sollten wieder mehr fokussiert werden, dazu: Ausbildung eigener Pflegeprofession
283	Arbeitsteilung: Fach- und Hilfskräfte → unterschiedliche Wahrnehmung/ Erfahrung: weniger pflegerische Aufgaben, „nur Aufsichtsperson“ vs. sich ergänzende Zusammenarbeit im Team
323	Forderung: Personaluntergrenzen, die mehr Flexibilität bei der Ausübung der Pflege (v. a. in der ambulanten Pflege) ermöglichen → keine Minuten-Taktung „Mehr Zeit für Patient*innen“
379	Verfügbarkeit/Nutzung von Hilfsmitteln v. a. im ambulanten Bereich schwierig, da lange Lieferzeiten oder keine Hilfsmittel in Wohnungen vorhanden, stationäre Langzeitpflege „okay“ ausgestattet, Problem eher fehlende personelle Ressourcen
408	Kritik: Absprachen/Zusammenarbeit ambulante Pflege/stationäre Langzeitpflege und Krankenhaus → zur Verbesserung der Pflegequalität ist engere Zusammenarbeit notwendig, auch mit (Haus-)Ärzt*innen
507	Forderung: Pflegeleistung muss sich in den Kosten für Pflege widerspiegeln, entkoppelt von medizinischer Behandlung und entsprechend finanziert werden → „Pflegebudget“; dazu wichtig: pflegerische Interessenvertretung und Entscheidungskompetenzen gegenüber medizinischen Entscheidungen
578	Wunsch nach Wertschätzung/Wahrnehmung des Pflegeberufs von Gesellschaft, Politik, Patient*innen → „vernünftige Vergütung“ orientiert an Ausbildungsberufen in der Industrie, „Kompetenzen in der Pflege sind umfassender und haben einen gesellschaftlichen Wert“
606	Interessenvertretung: Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit bei der Umsetzung einer Pflegekammer fehlt: „Erwarten nicht, dass Kammer Bedeutung für Arbeitssituation hat“, auch durch fehlende politische Unterstützung → Forderung: politisch ernstgenommen werden, Professionalität anerkennen
696	Steigerung der Vergütung und Schichtzulagen/Gefahrenzulagen zur Wertschätzung (Anschluss an z. 578)
711	Generalistik: Anreize über Vergütung, Weiterentwicklungsmöglichkeiten setzen
729	vergleiche z. 696
755	Interprofessionelle Zusammenarbeit: pflegerische Kompetenzen sollten von Ärzt*innen anerkannt werden

767	Digitalisierung als wichtiger Baustein für den Arbeitsplatz der Zukunft, wenn an Arbeitsalltag angepasst → beruflich Pflegende müssen eingebunden werden bei Entwicklung digitaler Systeme
824	Pflegekammer, Interessenvertretung, Außendarstellung Pflegeberuf sollte realistischer sein (Anschluss an z. 606e)
892	fehlende fachliche Weiterentwicklungs-/Karrieremöglichkeiten schränken Attraktivität des Berufes ein

Quelle: Eigene Darstellung, IEGUS, 2022

11.6 Anhang VI – Quantitative Befragung

11.6.1 Anschreiben Einrichtungsvertreter*innen

Der „Pflegearbeitsplatz der Zukunft“ Umfrage für alle beruflich Pflegenden

Wissenschaftliche Erhebung zum „Pflegearbeitsplatz der Zukunft“

Sehr geehrte Damen und Herren,

ausreichend Fachkräfte für die Pflegebranche – das ist erklärtes Ziel der sogenannten **Konzertierten Aktion Pflege (KAP)**. 2018 haben sich das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) zusammengeschlossen, um gemeinsam mit verschiedenen Akteuren die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern.

Das BMG hat im Rahmen dessen eine Studie zum „**Pflegearbeitsplatz der Zukunft**“ in der **Akut- und Langzeitpflege** in Auftrag gegeben. Diese Studie soll vor allem einer Frage nachgehen:

Welche Vorstellungen und Anforderungen haben beruflich Pflegenden, Personen in der Pflegeausbildung oder im Pflegestudium an ihren Pflegearbeitsplatz?

Wesentlicher Bestandteil der Studie ist eine **Befragung aller beruflich Pflegenden in Deutschland, zu deren Beteiligung wir herzlich aufrufen**. Wir möchten Sie bitten, die Teilnahme allen in Ihrer Einrichtung bzw. Ihren Einrichtungen tätigen Pflegenden – ob Fachkräfte, Assistenz-, Hilfs-, oder Betreuungskräfte, Alltagsbegleitung, Studierende, Auszubildende, Pflegenden im Praktikum, im Freiwilligen Sozialen Jahr oder in Leiharbeit – zu ermöglichen und das unten verlinkte Schreiben mit QR-Code und Link zur Befragung **digital oder ausgedruckt (bspw. als Aushang im Stationszimmer) zur Verfügung zu stellen**.

Auch alle Führungskräfte im Berufsfeld Pflege möchten wir um ihre Meinung bitten und freuen uns über eine zahlreiche Teilnahme! Die Ergebnisse der Studie werden im Rahmen der **Konzertierten Aktion Pflege** publiziert und **richtungsweisend für zukünftige politische Entscheidungen sein**, die das Berufsfeld Pflege betreffen.

■ Hier geht es zum **Download des Anschreibens für Ihre Mitarbeitenden**, inklusive QR-Code und Link zur Umfrage (wir empfehlen das Ausfüllen an einem Desktop-PC). Einfach ausdrucken und aushängen oder per E-Mail-Anhang versenden!

■ Hier geht es direkt zur **Umfrage**: <https://befragung.iegus.eu/pflege>.

■ Wir freuen uns sehr, wenn Sie die Umfrage auch über Ihre Kanäle verbreiten! Dafür können Sie gern diese Vorlage für die Sozialen Medien oder Ihre eigenen Newsletter verwenden:

*Das @BMG_Bund hat im Rahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ eine Studie zum „Pflegearbeitsplatz der Zukunft“ in Auftrag gegeben. Diese Studie soll vor allem einer Frage nachgehen: Welche Vorstellungen und Anforderungen haben beruflich Pflegenden, Personen in der Pflegeausbildung oder im Pflegestudium an ihren Pflegearbeitsplatz? An alle beruflich Pflegenden von heute und morgen: Nehmen Sie jetzt an der Befragung teil ■ <https://befragung.iegus.eu/pflege>
#Pflege #Pflegekräfte #Pflegende #KAP #Pflegepolitik*

Die Frist für die Bearbeitung des Fragebogens ist der **18.09.2022**.

Wir freuen uns, wenn Sie den Link und die Informationen an Ihre Mitarbeitenden und Netzwerke verteilen und so mitwirken, den Pflegearbeitsplatz der Zukunft zu gestalten!

Herzlichen Dank!

Ihr Projektteam des durchführenden Instituts
IEGUS – Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft

11.6.2 Anschreiben Verbände und Kammern

Der „Pflegearbeitsplatz der Zukunft“ Umfrage für alle beruflich Pflegenden



Wissenschaftliche Erhebung zum „Pflegearbeitsplatz der Zukunft“

Sehr geehrte Damen und Herren,

ausreichend Fachkräfte für die Pflegebranche – das ist erklärtes Ziel der sogenannten **Konzertierten Aktion Pflege (KAP)**. 2018 haben sich das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) zusammengeschlossen, um gemeinsam mit verschiedenen Akteuren die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern.

Das BMG hat im Rahmen dessen eine Studie zum „Pflegearbeitsplatz der Zukunft“ in der **Akut- und Langzeitpflege** in Auftrag gegeben. Diese Studie soll vor allem einer Frage nachgehen:

Welche Vorstellungen und Anforderungen haben beruflich Pflegende, Personen in der Pflegeausbildung oder im Pflegestudium an ihren Pflegearbeitsplatz?

Wesentlicher Bestandteil der Studie ist eine **Befragung aller beruflich Pflegenden in Deutschland**. Um diese zu erreichen und ihnen eine Teilnahme zu ermöglichen, bitten wir alle Berufs- und Arbeitgeberverbände sowie Pflegekammern in Deutschland, **ihren Mitgliedern bzw.**

Mitgliedseinrichtungen die notwendigen Informationen für die Umfrage zur Verfügung zu stellen. Die Umfrage richtet sich an alle Pflegenden – ob Fachkräfte, Assistenz-, Hilfs-, oder Betreuungskräfte, Alltagsbegleitung, Studierende, Auszubildende, Pflegenden im Praktikum, im Freiwilligen Sozialen Jahr oder in Leiharbeit.

➤ Hier geht es zum **Download des Anschreibens für alle beruflich Pflegenden**, inklusive QR-Code und Link zur Umfrage (wir empfehlen das Ausfüllen an einem Desktop-PC). Bitte leiten Sie dies direkt an Ihre Mitglieder bzw. Mitgliedseinrichtungen weiter.

➤ Hier geht es direkt zur **Umfrage**: <https://befragung.iegus.eu/pflege>

➤ Wir freuen uns sehr, wenn Sie die Umfrage auch über Ihre Kanäle verbreiten! Dafür können Sie gern diese Vorlage für die Sozialen Medien oder Ihre eigenen Newsletter verwenden:

Das @BMG_Bund hat im Rahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ eine Studie zum „Pflegearbeitsplatz der Zukunft“ in Auftrag gegeben. Diese Studie soll vor allem einer Frage nachgehen: Welche Vorstellungen und Anforderungen haben beruflich Pflegende, Personen in der Pflegeausbildung oder im Pflegestudium an ihren Pflegearbeitsplatz? An alle beruflich Pflegenden von heute und morgen: Nehmen Sie jetzt an der Befragung teil ➤ <https://befragung.iegus.eu/pflege> #Pflege #Pflegekräfte #Pflegende #KAP #Pflegepolitik

Die Frist für die Bearbeitung des Fragebogens ist der **18.09.2022**.

Wir freuen uns, wenn Sie den Link und die Informationen an Ihre Mitglieder und Mitgliedseinrichtungen verteilen und so mitwirken, den Pflegearbeitsplatz der Zukunft zu gestalten!

Herzlichen Dank!

Ihr Projektteam des durchführenden Instituts
IEGUS – Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft

11.6.3 Aushang/E-Mail-Anlage für Mitarbeitende

Der „Pflegearbeitsplatz der Zukunft“
*Umfrage für alle beruflich Pflegenden
in der Akut- und Langzeitpflege*

IEGUS
research for better
health and care

An alle beruflich Pflegenden von heute und morgen!

Ausreichend Fachkräfte für die Pflegebranche – das ist erklärtes Ziel der sogenannten **Konzertierten Aktion Pflege (KAP)**. 2018 haben sich das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) zusammengeschlossen, um gemeinsam mit verschiedenen Akteuren die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern.

Das BMG hat im Rahmen dessen eine Studie zum „Pflegearbeitsplatz der Zukunft“ in der Akut- und Langzeitpflege in Auftrag gegeben. Diese Studie geht vor allem einer Frage nach:

Welche Vorstellungen und Anforderungen haben Sie als beruflich Pflegenden, in der Pflegeausbildung oder im Pflegestudium an Ihren Pflegearbeitsplatz?

Mit Ihrer Teilnahme können Sie sich auf oberster politischer Ebene Gehör verschaffen, was Sie zur alltäglichen Ausübung Ihres Berufs benötigen und wie Sie in Zukunft arbeiten möchten.

Zum Ausfüllen des Fragebogens folgen Sie dem Link oder scannen den QR-Code

Wir empfehlen, einen Computer oder Laptop für die Bearbeitung der Umfrage zu nutzen.

Frist für die Bearbeitung des Fragebogens ist der **18.09.2022**

<https://befragung.iegus.eu/pflege>



Ihre Teilnahme ist **freiwillig**. Die Daten werden anonym erhoben, sodass keine Rückschlüsse auf Sie als Person oder Ihre Einrichtung möglich sind. Bei der Erhebung, Datenspeicherung und Auswertung beachten wir die datenschutzrechtlichen Bestimmungen (nach der europäischen Datenschutzgrundverordnung: EU-DSGVO). Ihre Angaben werden ausschließlich für Datenerhebung und -analyse im Rahmen des Projekts verwendet.

Durchgeführt wird diese Befragung durch das IEGUS – Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft. Wir freuen uns sehr, wenn Sie daran teilnehmen und so mitwirken, den **Pflegearbeitsplatz der Zukunft** zu gestalten.

Herzlichen Dank!

Ihr Projektteam von IEGUS

Im Auftrag:



Bundesministerium
für Gesundheit

11.6.4 Fragebogen

Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Fragebogen

Befragung von Pflegekräften, Leitungskräften und Auszubildenden der Akut- und Langzeitpflege

Herzlich Willkommen und vielen Dank für Ihre Bereitschaft, an der Befragung zum Thema

Pflegearbeitsplatz der Zukunft


im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit teilzunehmen.

Ob Sie als Fachkraft, Assistenz, Hilfskraft, Betreuungskraft, Alltagsbegleitung, Auszubildende*r oder Student*in mit ersten Praxiserfahrungen, in Form eines Praktikums, im Freiwilligen Sozialen Jahr, im Bundesfreiwilligendienst oder als Leiharbeiter*in in der Pflege arbeiten: Verschaffen Sie sich Gehör und teilen Sie uns mit, wie Sie sich als Pflegekraft einen Arbeitsplatz vorstellen, an dem beruflich Pflegende gerne arbeiten und welche Veränderungen Sie für notwendig halten, um dorthin zu kommen.

Der Fragebogen besteht aus einem Hauptteil und einem optionalen Teil. Die Bearbeitungsdauer beträgt jeweils ca. 15-20 Minuten.

Wir empfehlen, die Umfrage an einem Computer oder Laptop auszufüllen. Sie können die Befragung jederzeit unterbrechen und später fortsetzen. **Wenn Sie eine Pause machen möchten, nutzen Sie bitte unbedingt zum Zwischenspeichern den Button „später fortfahren“ oben rechts. Vergessen Sie nicht, sich das Passwort zu notieren**, das Sie sich aussuchen.

Ihre Teilnahme ist freiwillig. Die Daten werden anonym erhoben und verarbeitet – ein Rückschluss auf Sie oder Ihre Einrichtung ist zu keiner Zeit möglich.

Wenn Sie die Bedeutung einer Frage nicht richtig verstehen, helfen Ihnen die Fragezeichen-Buttons  weiter. Wenn Sie an einem Computer oder Laptop sitzen, richten Sie Ihre Maus auf den Button, um weitere Informationen zu bekommen. Wenn Sie die Umfrage am Handy oder Tablet ausfüllen, tippen Sie die Buttons an.



Sollten Sie Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache haben, können Sie sich einzelne Wörter oder ganze Texte online übersetzen lassen, z. B. auf <https://www.deepl.com/de/translator> oder <https://translate.google.com/>.


Ihre Meinung, Ihre Erfahrungen und Ihr Wissen werden helfen, die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern! Vielen Dank, dass Sie sich Zeit dafür nehmen!

Das Projektteam erreichen Sie unter befragung@iegus.eu.

Aus Fragenblock II: Berufliche Situation - zur Filterung auf Stichprobenzugehörigkeit vorgezogen

Frage	Antwortmöglichkeiten	Beschreibung/mögl. Auswahl
<p>EinrZuordnText:</p> <p>Wir interessieren uns in dieser Studie unter anderem für Unterschiede zwischen den verschiedenen Einrichtungstypen, Einrichtungsgrößen und Arbeitsformen. Daher beziehen sich manche Fragen auf Ihr Beschäftigungsverhältnis oder die Einrichtung, in der Sie arbeiten. <u>Unter „Einrichtung“ verstehen wir alle (teil-)stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste sowie freiberuflichen Tätigkeiten. Antworten Sie bitte in Bezug auf Ihre aktuelle Tätigkeit oder die Einrichtung, in der Sie derzeit die meisten Arbeitsstunden leisten</u></p>		Textanzeige
<p>Setting: In was für einer Einrichtung/in welchem Setting arbeiten Sie hauptsächlich?</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) vstat: Langzeitpflege/Vollstationäre Pflege b) tstat: Teilstationäre Pflege <i>Beim Hovern über ? Anzeige:</i> Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege c) amb: Ambulante Alten- und/oder Krankenpflege <i>Beim Hovern über ? Anzeige:</i> darunter auch spezialisierte ambulante Palliativversorgung, außerklinische Intensivpflege, häusliche (Kinder-)krankenpflege, Wohngemeinschaft, ambulante Reha d) KH: Krankenhaus e) TK: Tagesklinik f) Hospiz: Hospiz (stationär) <i>Beim Hovern über ? Anzeige:</i> an eine Einrichtung angebunden oder nicht angebunden g) Reha: Einrichtung der stationären Reha h) EGH: Einrichtung der Eingliederungshilfe i) KJH: Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe j) Oeff: Öffentlicher Gesundheitsdienst k) -oth-: Anderer Einrichtungstyp, und zwar:(Freitext) 	Einfachauswahl Pflichtfrage
<p>Ausschluss: Vielen Dank für Ihr Interesse und die Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen. Leider gehören Sie aktuell nicht zur Zielgruppe.</p>		Textanzeige

		<p>Wenn bei Setting eines der folgenden gewählt wurde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oeff • Other <p>Anschließend werden TN aus diesen Settings direkt zur Endnachricht weitergeleitet.</p>
<p>SomPsych: Welchen Schwerpunkt hat Ihre Einrichtung?</p>	<p>a) Som: Somatik Beim Hovern über  Anzeige: <u>Behandlung von Krankheiten, die sich überwiegend auf die körperliche Ebene beziehen</u></p> <p>b) Psych: Psychiatrie</p>	<p>Wenn Setting == Krankenhaus, Tagesklinik oder Reha Einfachauswahl Pflichtfrage</p>
<p>Untergrenze: Arbeiten Sie hauptsächlich in einem pflegeintensiven Bereich, in dem eine Pflegepersonaluntergrenze gilt?</p>	<p>a) Inten: Ja, in der Intensivmedizin und/oder pädiatrischen Intensivmedizin b) Geria: Ja, in der Geriatrie c) Chiru: Ja, in der allgemeinen Chirurgie Unfallchirurgie und/oder Orthopädie d) InKar: Ja, in der inneren Medizin und/oder Kardiologie e) Herzc: Ja, in der Herzchirurgie f) Neuro: Ja, in der Neurologie g) Schla: Ja, in einer neurologischen Schlaganfalleinheit h) NeuRe: Ja, in der neurologischen Frührehabilitation i) Paed: Ja, in der allgemeinen Pädiatrie j) SPaed: Ja, in der speziellen Pädiatrie k) Neona: Ja, in der neonatologischen Pädiatrie l) Gebur: Ja, in der Gynäkologie und/oder Geburtshilfe m) Nein: Nein</p>	<p>Wenn Setting == Krankenhaus und SomPsych == Somatik Einfachauswahl Keine Pflichtfrage</p>
<p>Intensiv: Arbeiten Sie hauptsächlich in der Intensivpflege?</p>	<p>a) Y: Ja b) N: Nein</p>	<p>Wenn Setting == Ambulante Alten- und/oder Krankenpflege</p>
<p>Einrichtungsgroesse: Wie groß ist Ihre Einrichtung ungefähr?</p>	<p>(numerische Angabe (ganze Zahl)) verfügbare Plätze/Betten/betreute Kunden</p>	<p>Alle Settings außer öffentlicher Gesundheitsdienst & Sonstige Einfachauswahl Pflichtfrage</p>
<p>Traeger: In welcher Trägerschaft ist Ihre Einrichtung?</p>	<p>a) oeff: Öffentlicher Träger Beim Hovern über  Anzeige: <u>z. B. Stadt, Gemeinde, Landkreis,</u></p>	<p>Alle Settings außer öffentlicher Gesundheitsdienst & Sonstige</p>

	<p>Bund, ein Kommunalverband oder eine Stiftung öffentlichen Rechts</p> <p>b) priv: Privates (gewerbliches) Unternehmen</p> <p>c) frei: Freigemeinnützig</p> <p>Beim Hovern über  Anzeige:</p> <p>Träger der freien Wohlfahrtspflege/kirchliche Träger & Sonstige, z. B. Caritas, Diakonie, AWO</p> <p>d) wn: Weiß ich nicht</p> <p>e) NA: Keine Angabe</p>	<p>Einfachauswahl</p> <p>Pflichtfrage</p>
<p>Bundesland: In welchem Bundesland befindet sich Ihre Einrichtung?</p>	<p>Auflistung aller Bundesländer als Drop-Down-Menü</p> <p>Codes = Länderkürzel</p>	<p>Alle Settings außer öffentlicher Gesundheitsdienst & Sonstige</p> <p>Einfachauswahl</p> <p>Pflichtfrage</p>
<p>PLZ: Bitte geben Sie die ersten beiden Ziffern der Postleitzahl Ihrer Einrichtung an. Die Angabe ist freiwillig.</p>	<p>Zahlenfeld</p>	<p>Alle Settings außer öffentlicher Gesundheitsdienst & Sonstige</p> <p>Einfachauswahl</p> <p>keine Pflichtfrage</p>

Frageblock I: Lebenssituation

Frage	Antwortmöglichkeiten
<p>Geschlecht: Ich bin...</p>	<p>Einfachauswahl</p> <p>Pflichtfrage mit Ausweichoption „Keine Angabe“</p> <p>a) w: ...weiblich</p> <p>b) m: ...männlich</p> <p>c) d: ...divers</p> <p>a) NA: Keine Angabe</p>
<p>Altersklasse: Wie alt sind Sie?</p>	<p>Einfachauswahl</p> <p>Pflichtfrage mit Ausweichoption „Keine Angabe“</p> <p>a) u20: Unter 20</p> <p>b) 20-29: 20 bis unter 30</p> <p>c) 30-39: 30 bis unter 40</p> <p>d) 40-49: 40 bis unter 50</p> <p>e) 50-59: 50 bis unter 60</p> <p>f) 60-64: 60 bis unter 65</p> <p>g) ue64: 65 Jahre und älter</p>



	h) NA: Keine Angabe
Lebenssituation: Welche Lebenssituation trifft am besten auf Sie zu?	<i>Einfachauswahl</i> <i>Pflichtfrage mit Ausweichoption „Keine Angabe“</i> a) verh: Verheiratet/in eingetragener Lebenspartnerschaft b) getr: Getrennt lebend c) gesch: Geschieden d) witw: Verwitwet e) allei: Alleinstehend f) partn: In Partnerschaft lebend g) NA: Keine Angabe
Haushaltsgroesse: Sie selbst mitgezählt: ab18: Wie viele erwachsene Personen leben in Ihrem Haushalt? Kab18: Wie viele davon sind Kinder über 18 Jahre?	<i>Dropdown-Auswahl</i> <i>Keine Pflichtfrage</i> a) 0: Keine b) 1: Eine c) 2: Zwei d) 3: Drei e) 4: Vier f) 5: Fünf g) 6: Sechs h) 7: Sieben i) ue7: Mehr als sieben •
Kindu18: Lebt in Ihrem Haushalt mindestens ein Kind unter 18 Jahren?	<i>Einfachauswahl</i> <i>Pflichtfrage</i> a) Y: Ja b) N: Nein <i>Wenn „Ja“:</i> Kindu12: Lebt in Ihrem Haushalt mindestens ein Kind unter 12 Jahren? <i>Einfachauswahl</i> <i>Pflichtfrage</i> a) Y: Ja b) N: Nein
privatpflegend: Pflegen Sie neben der beruflichen Tätigkeit auch im privaten Bereich (z. B. Angehörige oder sonstige Ihnen nahestehende Personen)?	<i>Einfachauswahl</i> <i>Pflichtfrage</i> a) Y: Ja b) N: Nein •

<p>zugewandert: Sind Sie nach Deutschland zugewandert?</p>	<p><i>Einfachauswahl</i> <i>Pflichtfrage</i></p> <p>a) Ja: Ja b) Nein: Nein c) NA: Keine Angabe</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>Wenn „Ja“ bei zugewandert zugewandertZurPfleger: Sind Sie für eine Tätigkeit oder eine Ausbildung in der Pflege nach Deutschland gekommen?</p> <p><i>Einfachauswahl</i> <i>Pflichtfrage mit Ausweichoption „Keine Angabe“</i></p> <p>a) Ja: Ja b) Nein: Nein c) NA: Keine Angabe</p>
<p>f) Schulabschluss: Was ist Ihr höchster Schulabschluss?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beim Hovern über  Anzeige: Wenn Sie Ihren Abschluss nicht in Deutschland gemacht haben, wählen Sie einen mit dem in Deutschland am ehesten vergleichbaren Abschluss 	<p><i>Einfachauswahl</i> <i>Pflichtfrage mit Ausweichoption „Keine Angabe“</i></p> <p>a) Haupt: Hauptschulabschluss oder vergleichbar (mindestens 9 Schuljahre) b) Mittl: Mittlerer Schulabschluss oder vergleichbar (mindestens 10 Schuljahre) c) FAbi: Fachhochschulreife oder vergleichbar (mindestens 11 Schuljahre) d) Abi: Abitur oder vergleichbar (mindestens 12 Schuljahre) e) Ohne: Ich habe keinen Schulabschluss f) NA: Keine Angabe</p> <ul style="list-style-type: none"> •

Fragenblock II: Berufliche Situation

Frage	Antwortmöglichkeiten	Beschreibung/mögl. Auswahl
<p>Qualifikation: Welche der folgenden Aussagen zu Ihrer Qualifikation treffen zu?</p> <p>Bitte wählen Sie <i>alle</i> zutreffenden Aussagen aus. Wenn Sie Ihre Pflegeausbildung im Ausland erworben haben, geben Sie bitte an, auf welchem Niveau Ihre</p>	<p>(Mehrfachantworten)</p> <p>a) Angel: Ich arbeite ohne (anerkannte) Ausbildung in der Pflege oder habe ausschließlich eine Ausbildung gemacht, die kürzer als ein Jahr gedauert hat</p> <p>b) HKAzu: Ich mache zurzeit die Ausbildung oder Umschulung zur Pflegehilfs-/assistentzkraft (mind. einjährig)</p>	<p><i>Pflichtfrage</i></p> <p>Wenn FK: FKAusbildungsform In welchem Bereich haben Sie ihre Fachkraftausbildung absolviert?</p> <p><i>Einfachauswahl</i> <i>Pflichtfrage</i></p>

<p>Ausbildung in Deutschland anerkannt wurde bzw. voraussichtlich anerkannt wird.</p> <p><i>Wenn eine abgeschlossene Ausbildung (Pflegehilfs-/ Fachkraft oder Studium) oder eine sonstige Ausbildung angegeben wurde und bei zugewandert „ja“ angegeben wurde:</i></p> <p>Anerkennung: Sind Ihre angegebenen Qualifikationen in Deutschland anerkannt?</p> <p><i>Pflichtfrage</i></p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <p>a) DE: Ja, ich habe die angegebenen Qualifikationen alle in Deutschland erworben</p> <p>b) Anerk: Ja, ich habe die angegebenen Qualifikationen (teilweise) im Ausland erworben und in Deutschland anerkennen lassen</p> <p>c) Unabg: Noch nicht, ich habe die angegebenen Qualifikationen (teilweise) im Ausland erworben und das Anerkennungsverfahren läuft noch</p>	<p>c) HK: Ich habe eine mind. einjährige Assistenz- oder Helferausbildung abgeschlossen</p> <p>d) FKAz: Ich mache zurzeit die Ausbildung oder Umschulung zur Pflegefachkraft</p> <p>e) FK: Ich habe eine mind. dreijährige Ausbildung zur Pflegefachkraft abgeschlossen</p> <p>f) BStu: Ich studiere zurzeit im Bachelor im Bereich Pflege</p> <p>g) MStu: Ich studiere zurzeit im Master im Bereich Pflege</p> <p>h) Stud: Ich habe ein Hochschulstudium im Bereich Pflege abgeschlossen</p> <p>i) other: Keine der Aussagen trifft auf mich zu, sondern: (+ verpflichtender Freitext)</p> <p><i>Wenn h) „Ich habe ein Hochschulstudium...“ = Ja:</i></p> <p>Studienabschluss: Was ist Ihr höchster in Deutschland anerkannter Studienabschluss/akademischer Grad in der Pflege?</p> <p><i>Einfachauswahl</i></p> <p><i>Pflichtfrage</i></p> <p>a) Dipl: (FH-)Diplom</p> <p>b) Mag: Magister</p> <p>c) Bach: Bachelor</p> <p>d) Mast: Master</p> <p>e) Dokt: Doktor</p>	<p>a) Alt: In der Altenpflege</p> <p>b) Krank: In der Gesundheits- und Krankenpflege</p> <p>c) Kind: In der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege</p> <p>d) Gener: Generalistisch ausgerichtet (nach Pflegeberufegesetz - PflBG)</p> <p>e) Ausl: Im Ausland erworben</p> <p><i>Wenn FK:</i></p> <p>Zusatzqualifikation: Haben Sie Zusatzqualifikationen?</p> <p><i>Mehrfachauswahl</i></p> <p><i>Pflichtfrage</i></p> <p>a) Praxisanleitung: Ja, als Praxisanleitung</p> <p>b) Leitung: Ja, als Leitungskraft in der Pflege</p> <p>c) Qualitätsbeauf: Ja, als Qualitätsbeauftragter, Qualitätsmanagementbeauftragter* oder eine vergleichbare Qualifikation</p> <p>d) Fachweiterbildung: Ja, ich habe eine oder mehrere Fachweiterbildung/en gemacht (z. B. Wundmanagement, Anästhesie und Intensivpflege, Psychiatrische Pflege ...)</p> <p>e) Nein: Nein</p>
---	---	--

		f) other: Eine andere Zusatzqualifikation, und zwar: <i>(Freitext)</i>
<p>Studienfach: Welchem Fachbereich/welcher Spezialisierung ist Ihr Studium zuzuordnen?</p>	<p>a) Pfleg: Primärqualifizierender Studiengang (Pflegefachfrau/Pflegefachmann)</p> <p>b) PflWi: Gesundheits- und/oder Pflegewissenschaft</p> <p>c) PfIMa: Gesundheits- und/oder Pflegemanagement</p> <p>d) PfIPa: Gesundheits- und/oder Pflegepädagogik</p> <p>e) APN: Advanced Practice Nursing (APN)</p> <p>f) CHN: Community Health Nursing (CHN)</p> <p>g) Geron: Gerontologie</p> <p>h) Pall: Palliativpflege</p> <p>i) Psych: Psychiatrische Pflege</p> <p>j) other: Einem anderen Fachbereich / einer anderen Spezialisierung, und zwar: <i>(Freitext)</i></p>	<p><i>Wenn Stud, BStu oder MStu</i></p> <p><i>Einfachauswahl Pflichtfrage</i></p>
<p>Leitung: Sind Sie in Ihrer Hauptbeschäftigung in der Pflege als Leitungskraft (mit Führungs- und/oder Personalverantwortung) tätig? </p> <p><i>Beim Hovern über  Anzeige:</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">z. B. WBL, PDL, Stations-/</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Teamleitung,</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Bereichsleitung,</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Einsatzleitung etc.</div>	<p>a) Y: Ja</p> <p>b) N: Nein</p> <p style="text-align: center;">•</p>	<p><i>An alle</i></p> <p><i>Einfachauswahl Pflichtfrage</i></p> <p>Wenn „Ja“:</p> <p>LeitungPosition: Ich bin...</p> <p><i>Mehrfachauswahl Pflichtfrage</i></p> <p>a) ELeit: Einrichtungsleitung</p> <p>b) QMP: Qualitätsmanager*in Pflege</p> <p>c) Direk: In der Pflegedirektion</p> <p>d) PDL: Pflegedienstleitung</p> <p>e) WBL: Wohnbereichsleitung /Stationsleitung</p> <p>f) SLeit: Schichtleitung</p> <p>g) ESL: Einsatzleitung</p> <p>h) TLeit: Teamleitung</p>

		i) other: In einer anderen Leitungsposition, und zwar: (Freitext)
AngelPosition: In welcher Arbeitsform/Position arbeiten Sie in Ihrer Hauptbeschäftigung in der Pflege?	<ul style="list-style-type: none"> a) Helf: Pflegehelfer*in, b) Betr: Alltagbegleitung/Betreuung c) FSJ: Freiwilliges Soziales Jahr d) BFD: Bundesfreiwilligendienst e) Prakt: Praktikum f) -oth-: In einer anderen Position/Arbeitsform, und zwar: (Freitext) 	<p>Wenn „Angel“ und nicht in der Leitung tätig</p> <p>Einfachauswahl Pflichtfrage</p>
PlanFKoHKOStud: Planen Sie eine Ausbildung oder ein Studium im Bereich Pflege?	<ul style="list-style-type: none"> a) Nein: Nein b) Unsch: Unschlüssig c) HK: Ja, eine mind. einjährige Ausbildung zur Pflegehilfs-/assistentkraft (nur für TN ohne Assistenz-/Hilfskraftausbildung) d) FK: Ja, eine Ausbildung zur Pflegefachkraft e) Stud: Ja, ein Studium f) other: Ja, eine andere Ausbildung, und zwar: (Freitext) 	<p>Frage an Un-/Angelernte, Hilfskraftazubis & Hilfskräfte</p> <p>Einfachauswahl (zur Filterführung als Mehrfachauswahl mit ausschließlich exklusiven antwortoptionen kodiert) Pflichtfrage</p>
GruendeGegenAusbild: Was spricht für Sie gegen eine Ausbildung oder ein Studium in der Pflege?	<ul style="list-style-type: none"> a) zufrieden: Ich bin mit meiner jetzigen Position zufrieden b) Familie: Ich habe familiäre Gründe c) Zeit: Ich habe zeitliche Gründe/es fehlt ein Teilzeitangebot d) Geld: Ich habe finanzielle Gründe e) Selbstvertrauen: Ich traue mir die Ausbildung/das Studium nicht zu f) NichtErwogen: Ich habe noch nicht darüber nachgedacht g) InfosFehlen: Mir fehlen Informationen dazu h) Arbeitgeber: Mein Arbeitgeber unterstützt mich dabei nicht i) Ausstieg: Ich plane, aus der Pflege auszusteigen - also lohnt es sich nicht, noch eine Ausbildung/ein Studium zu machen j) other: Andere Gründe, und zwar: (Freifeld) 	<p>Wenn Hilfskräfte/Hilfskraftazubis oder Angelernte bei PlanFKoHKOStud angeben, keine Ausbildung planen oder sich unschlüssig sind</p> <p>Mehrfachauswahl Keine Pflichtfrage</p> <p>Randomisierte Antwortreihenfolge</p>

<p>PlanBerufsausstiegHK: In welchem Zeitraum überlegen Sie, die Pflege zu verlassen?</p>	<p>a) JKurz: Kurzfristig innerhalb des nächsten Jahres b) JLaen: Längerfristig innerhalb der nächsten 2-5 Jahre c) JLang: Langfristig innerhalb der nächsten 6-10 Jahre</p>	<p><i>Wenn</i> <i>bei</i> <i>GruendeGegenAusbild</i> <i>„Ausstieg“</i> gewählt wurde: <i>Pflichtfrage</i></p>
<p>Ausbildungsjahr: In welchem Ausbildungsjahr sind Sie?</p>	<p>a) 1: Im 1. Ausbildungsjahr (auch Teilzeitausbildung) b) 2: Im 2. Ausbildungsjahr (auch Teilzeitausbildung) c) 3: im 3. Ausbildungsjahr (auch Teilzeitausbildung) d) 4: Im 4. Ausbildungsjahr (wegen Teilzeitausbildung) g) 5: Im 5. Ausbildungsjahr (wegen Teilzeitausbildung)</p>	<p><i>Wenn FK-Azubi</i> <i>Einfachauswahl</i> <i>Pflichtfrage</i></p> <p><i>Wenn Fachkraft-Azubi:</i> <i>Einfachauswahl</i> <i>Keine Pflichtfrage</i></p> <p>PlanSchwerpunkt: In welchem Bereich möchten Sie nach der Ausbildung am liebsten arbeiten?</p> <p>a) Akut: Akutpflege b) Langz: Langzeitpflege <i>Wenn Fachkraft-Azubi:</i> <i>Einfachauswahl</i> <i>Keine Pflichtfrage</i></p> <p>PlanVersorgungsform: In welcher Versorgungsform möchten Sie nach der Ausbildung am liebsten arbeiten?</p> <p>a) vstat: Stationäre Pflege b) tstat: Teilstationäre Pflege c) amb: Ambulante Pflege <i>Wenn Fachkraft-Azubi</i></p> <p>PlanWeiterbildung: Denken Sie über eine Zusatzqualifikation oder Fachweiterbildung nach?</p> <p><i>Einfachauswahl</i> <i>Keine Pflichtfrage</i></p>

		<p>a) Ja: Ja b) Nein: Nein c) Unsch: Unentschlossen</p> <p><i>Auszubildende, die „Ja“ angeben werden nach der Art der Zusatzqualifikation gefragt</i></p> <p>PlanFachweiterbild: Über welche Zusatzqualifikation/Fach weiter-bildung denken Sie nach?</p> <p><i>Mehrfachauswahl Keine Pflichtfrage</i></p> <p><i>Randomisierte Antwortreihenfolge</i></p> <p>a) Intensiv: Anästhesie und Intensivpflege b) Kinderintensiv: Pädiatrische Anästhesie und Intensivpflege c) Palliativ: Palliativpflege/Palli ative Care d) Psych: Psychiatrische Pflege/Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie e) Gerontopsych: Gerontopsychiatri sche Pflege f) Praxisanleiter: Praxisanleitung g) Notfall: Notfallpflege h) Endoskopie: Pflege in der Endoskopie i) Intermediate: Intermediate Care Pflege j) Onkologie: Pflege in der Onkologie k) Operationsdienst: Pflege im Operationsdienst</p>
--	--	--

		<p>l) CaseM: Case Management</p> <p>m) PDL: Pflegedienstleitung /Stationsleitung/Wohnbereichsleitung /Wohngruppenleitung</p> <p>n) Wund: Wundmanagement</p> <p>o) Schmerz: Schmerzmanagement</p> <p>p) Hygiene: Hygienebeauftragte*r</p> <p>q) Demenz: Demenzfachkraft</p> <p>r) QM: Qualitätsmanagement</p> <p>s) other: Eine andere Fachweiterbildung, und zwar: (Freitext)</p> <p><i>Wenn Fachkraft-Azubi:</i></p> <p>PlanStudium: Denken Sie über ein Studium in der Pflege nach?</p> <p><i>Einfachauswahl Keine Pflichtfrage</i></p> <p>a) Ja: Ja</p> <p>b) Nein: Nein</p> <p>c) Unsch: Unentschlossen</p> <p><i>wenn „Ja“ oder „Unentschlossen“:</i></p> <p>PlanBachelor: Welches Studienfach (Bachelor) überlegen Sie zu wählen?</p> <p><i>Mehrfachauswahl Keine Pflichtfrage</i></p> <p>a) PfWi: Gesundheits- und/oder Pflegewissenschaft</p>
--	--	---

- b) **PfIMa:** Gesundheits- und/oder Pflegemanagement
- c) **PfIPa:** Gesundheits- und/oder Pflegepädagogik
- d) **APN:** Advanced Nursing Practice (ANP)
- e) **Geron:** Gerontologie
- f) **Psych:** Psychiatrische Pflege
- g) **other:** Einen anderen Bachelorstudiengang, und zwar: *(Freitext)*

•

PlanMaster: Welches Studienfach überlegen Sie im Master zu belegen?

Mehrfachauswahl

Keine Pflichtfrage

- a) **Keins:** Ich habe nicht vor, einen Masterabschluss in der Pflege zu machen
- b) **PfWi:** Gesundheits- und/oder Pflegewissenschaft
- c) **PfIMa:** Gesundheits- und/oder Pflegemanagement
- d) **PfIPa:** Gesundheits- und/oder Pflegepädagogik
- e) **APN:** Advanced Nursing Practice (ANP)
- f) **CHN:** Community Health Nursing (CHN)
- g) **Geron:** Gerontologie
- h) **Pall:** Palliativpflege
- i) **Psych:** Psychiatrische Pflege
- j) **other:** Einen anderen Masterstudiengang, und zwar: *(Freitext)*

•


		<p>An Hilfskraft- und Fachkraftazubis:</p> <p>Ausbildungsabbruch: Haben Sie schonmal überlegt, die Ausbildung abzubrechen?</p> <p>Einfachauswahl Pflichtfrage</p> <p>a) Y: Ja b) N: Nein</p> <p>Wenn „Ja“:</p> <p>Pflichtfrage</p> <p>PlanAusbildungsabbr: Überlegen Sie <i>aktuell</i>, Ihre Ausbildung abzubrechen?</p> <p>a) Y: Ja b) N: Nein</p>						
<p>Quereinsteiger: Haben Sie vor Ihrer jetzigen Tätigkeit in der Pflege hauptberuflich in einer anderen Branche gearbeitet oder in einem anderen Fachbereich studiert?</p>	<p>a) Y: Ja b) N: Nein</p>	<p>Einfachauswahl Pflichtfrage</p>						
<p>Rueckkehrer: Haben sie den Pflegeberuf schonmal verlassen, haben in einem anderen Bereich gearbeitet oder studiert und sind dann in die Pflege zurückgekehrt?</p>	<p>a) Y: Ja b) N: Nein</p>	<p>Wenn bei Quereinsteiger „Ja“ gewählt wurde In der Auswertung:</p> <table border="1" data-bbox="1078 1473 1402 1756"> <tr> <td></td> <td>Quereinst. ==</td> </tr> <tr> <td>Rückkehr == Ja</td> <td>Rückkehrer</td> </tr> <tr> <td>Rückkehr == Nein</td> <td>Quereinsteiger</td> </tr> </table> <p>& alle, die Quereinsteiger mit Nein beantworten: Regeleinstieg</p> <p>Pflichtfrage</p>		Quereinst. ==	Rückkehr == Ja	Rückkehrer	Rückkehr == Nein	Quereinsteiger
	Quereinst. ==							
Rückkehr == Ja	Rückkehrer							
Rückkehr == Nein	Quereinsteiger							

<p>EinstiegGründe: Warum haben Sie sich (für Rückkehrer: wieder) für die Pflege entschieden?</p> <p><i>Mehrfachauswahl</i></p>	<p>a) <i>Für Rückkehrer*innen:</i> ExMit: Frühere Kolleg*innen/Vorgesetzte haben mich angesprochen</p> <p>b) Geld: Aufgrund der Verdienstmöglichkeiten</p> <p>c) FamWLB: Aufgrund der Vereinbarkeit von familiärer Pflege, Familie und Beruf und/oder Work-Life-Balance</p> <p>d) Helfen: Da ich in diesem Beruf helfen kann</p> <p>e) Menschen: Da ich mit Menschen arbeiten möchte</p> <p>f) Fachlich: Ich habe Interesse an medizinischen Themen</p> <p>g) Angebot: Aufgrund von freie Stellenangeboten und gute Beschäftigungschancen</p> <p>h) Karriere: Aufgrund von Karriere- und Entwicklungsmöglichkeiten/ Herausforderungen</p> <p>i) Status: Andere reagieren positiv, wenn man sagen kann „Ich arbeite in der Pflege.“</p> <p>j) RufKlima: Aufgrund des guten Rufs des Arbeitgebers/des guten Betriebsklimas</p> <p>k) Informationen: Ich habe Informationen bekommen (z. B. durch Bekannte, Jobcenter, Werbung, Veranstaltungen)</p> <p>l) Erfahrungen: Ich habe Erfahrungen gemacht (z. B. Pflegebedürftigkeit im Umfeld, Zivildienst, Praktikum, FSJ), die mein Interesse geweckt haben</p> <p>m) Arbeitslos: Ich habe meinen vorherigen Arbeitsplatz verloren oder keine passende Stelle gefunden</p> <p>n) Studienabbruch: Ich habe mein Studium abgebrochen (Nur Quereinsteiger*innen und Berufsrückkehrer*innen)</p> <p>o) Pandemie: Die Pandemie hat mich dazu bewegt</p> <p>p) other: Andere Gründe, und zwar: <i>(Freitext)</i></p>	<p><i>An Alle</i></p> <p><i>Reihenfolge der Antwortmöglichkeiten randomisiert</i></p>
---	---	---

<p>HeranführungErf: Wo haben Sie die Erfahrungen gesammelt, die Sie (für Rückkehrer*innen: (wieder) auf den Pflegeberuf aufmerksam gemacht haben?</p> <p><i>Mehrfachauswahl</i></p>	<p>a) Betroffen: Ich oder jemand in meinem Umfeld brauchte Pflege b) Praktikum: Praktikum oder Hospitation c) ZiviFSJ: Zivildienst oder Freiwilliges Soziales Jahr d) BFD: Bundesfreiwilligendienst e) other: Andere Erfahrungen, und zwar: (Freitext)</p>	<p><i>Wenn bei Einstiegsgruende „Erfahrungen“ gewählt wurde</i></p> <p><i>Reihenfolge der Antwortmöglichkeiten randomisiert</i></p>
<p>HeranführungInfo: Wo haben Sie die Informationen bekommen, die Sie (für Rückkehrer*innen: (wieder) auf den Pflegeberuf aufmerksam gemacht haben?</p> <p><i>Mehrfachauswahl</i></p>	<p>a) M2M: Verwandte, Freunde oder Bekannte, die in der Pflege arbeiten b) Veranstaltung: Informationsveranstaltung oder Messe c) Werbung: Werbung oder Stellenanzeigen d) Medien: Reportagen, Nachrichten, Social-Media-Content oder Podcasts e) Schule: Schule f) Studium: Studium g) Arge: Jobcenter oder Arbeitsamt h) other: Andere Informationsquellen, und zwar: (Freitext)</p>	<p><i>Wenn bei Einstiegsgruende „Informationen“ gewählt wurde</i></p> <p><i>Reihenfolge der Antwortmöglichkeiten randomisiert</i></p>
<p>freiberuflich: Pflegen Sie freiberuflich? Gemeint ist Ihre Hauptbeschäftigung.</p>	<p>a) Y: Ja b) N: Nein •</p>	<p><i>Pflichtfrage</i></p> <p><i>Nur TN, die nicht in der Leitung tätig sind, nicht ungelernt sind und nicht gerade eine Hilfs- oder Fachkraftausbildung machen</i></p> <p><i>Wenn freiberuflich = „Ja“:</i></p> <p>PlanFreibVerbleib: Vorausgesetzt, Sie arbeiten weiterhin in der Pflege: Planen Sie, auch in Zukunft freiberuflich zu arbeiten?</p> <p><i>Keine Pflichtfrage</i></p> <p>a) Y: Ja, auch in Zukunft würde ich freiberuflich arbeiten b) N: Nein, ich würde eine Festanstellung bevorzugen c) Unsch: Ich bin unentschlossen</p>

<p>Leiharbeit: Sind Sie in Ihrer Hauptbeschäftigung in der Pflege in einem Leih- bzw. Zeitarbeitsverhältnis angestellt?</p>	<p>a) Y: Ja a) N: Nein</p>	<p><i>Pflichtfrage</i></p> <p><i>Nur TN, die nicht in der Leitung tätig sind, nicht ungelernt sind, nicht gerade eine Hilfs- oder Fachkraftausbildung machen und nicht in ihrer Hauptbeschäftigung freiberuflich tätig sind</i></p> <p><i>Falls Leiharbeit mit Ja beantwortet wird:</i></p> <p>LeiharbeitDauer: Ich bin in einem Leih- bzw. Zeitarbeitsverhältnis seit:</p> <p><i>Einfachauswahl keine Pflichtfrage</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) b2M: Weniger als 2 Monaten b) b6M: 2 bis 6 Monaten c) b1J: 7 bis 12 Monaten d) b2J: 1-2 Jahren e) b4J: 3-4 Jahren f) b6J: 5-6 Jahren g) b8J: 7-8 Jahren h) b10J: 9-10 Jahren i) ue10J: Über 10 Jahren <p><i>Falls Leiharbeit mit Ja beantwortet wird:</i></p> <p>PlanLeiharbVerbleib: Möchten Sie in der Leih- bzw. Zeitarbeit bleiben?</p> <p><i>Pflichtfrage, Einfachauswahl</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Y: Ja b) N: Nein c) Unsch: Unentschlossen
<p>GruendeFuerFestan:</p> <p><i>Wechselwillige & Unentschlossene: Welche Verbesserungen für</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Geld: Bessere Vergütung b) FamWLB: Bessere Vereinbarkeit von familiärer Pflege, Familie und Beruf/bessere Work-Life-Balance 	<p><i>Wenn Leiharbeit „ja“: oder Freiberuflich „Ja“</i></p>

<p>Festangestellte würden Sie darin bestärken, sich fest anstellen zu lassen?</p> <p><i>Wechselunwillige:</i></p> <p>Was muss sich für Festangestellte verbessern, damit Sie über eine Festanstellung nachdenken?</p>	<p>c) Gesund: Mehr Rücksicht und/oder Unterstützung bei gesundheitlichen Einschränkungen</p> <p>d) emotion: Mehr Unterstützung beim Umgang mit emotionalen Belastungen</p> <p>e) Dichte: Verringeretes Arbeitspensum bzw. geringere Arbeitsdichte</p> <p>f) Risiko: Mehr Sicherheit/Schutz vor Infektionen, Gefahrstoffen und/oder Gewalt</p> <p>g) Umfeld: Weniger Lärm/Hektik</p> <p>h) Team: Harmonischere Zusammenarbeit, mehr Unterstützung und/oder Wertschätzung von Vorgesetzten/Kolleg*innen</p> <p>i) DruckTeam: Weniger Druck von Vorgesetzten/Kolleg*innen</p> <p>j) Pflegefremd: Weniger pflegefremde Tätigkeiten</p> <p>k) PatAng: Mehr Unterstützung im Umgang mit schwierigen Bewohner*innen/Patient*innen/Klient*innen oder Angehörigen</p> <p>l) Mitbestimmung: Mehr Mitbestimmung-/Gestaltungsmöglichkeiten</p> <p>m) Karriere: Mehr Karriere- und Entwicklungsmöglichkeiten/Herausforderungen</p> <p>n) <i>(nur für Wechselunwillige):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine: Keine Verbesserung für Festangestellte könnte mich dazu bewegen, in eine Festanstellung zu wechseln <p>b) other: Eine andere Verbesserung, und zwar: (Freitext)</p>	<p><i>Reihenfolge der Antwortmöglichkeiten randomisiert</i></p> <p><i>Keine Pflichtfrage</i></p>
<p><i>Wenn Leiharbeit „nein“:</i></p> <p>PlanLeiharbeit: Planen Sie in absehbarer Zeit in die Zeit-/Leiharbeit zu gehen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • • <p>a) Ja: Ja</p> <p>b) Nein: Nein</p> <p>c) Unsch: Unentschlossen</p>	<p><i>Einfachauswahl Pflichtfrage</i></p> <p><i>Falls Frage mit „Ja“ beantwortet:</i></p> <p>LeiharbeitGründe: Warum überlegen Sie, in die Zeit-/ Leiharbeit zu gehen?</p>

		<p><i>Mehrfachauswahl Keine Pflichtfrage</i></p> <p><i>Reihenfolge der Antwortmöglichkeiten randomisiert</i></p> <p>a) Geld: Ich wünsche mir bessere Verdienstmöglich- keiten</p> <p>b) FamWLB: Ich wünsche mir, familiäre Pflege, Familie und Beruf besser vereinbaren zu können/eine bessere Work- Life-Balance</p> <p>c) Gesund: Ich habe gesundheitliche Gründe (psychisch und/oder körperlich)</p> <p>d) emotion: Ich habe emotionale Gründe <i>Beim Hovern über  Anzeige z. B. Belastung durch die präsenten Themen Sterben und Tod</i></p> <p>e) Dichte: Ich wünsche mir Entlastung im Bereich des Arbeitspensums bzw. der Arbeitsdichte</p> <p>f) Risiko: Ich wünsche mir mehr Sicherheit/Schutz vor Infektionen, Gefahrstoffen und/oder Gewalt</p>
--	--	--

		<p>g) Umfeld: Ich möchte den Gegebenheiten im Arbeitsbereich (Lärm/Hektik) entgehen</p> <p>h) DruckTeam: Ich möchte nicht mehr so stark dem Druck von Vorgesetzten/Koll eg*innen ausgesetzt sein</p> <p>i) Einrichtung: Ich fühle mich meiner Einrichtung nicht verbunden genug</p> <p>j) Pflegefremd: Ich führe zu viele Tätigkeiten aus, die nicht meinem Berufsbild entsprechen (pflegefremde Tätigkeiten)</p> <p>k) PatAng: Ich wünsche mir weniger Belastung aufgrund von für mich schwierigen Bewohner*innen /Patient*innen/Klient*innen oder Angehörigen</p> <p>l) Quali: Ich möchte bessere Pflege leisten können</p> <p>m) Neues: Ich möchte neue Bereiche, verschiedene Arbeitgeber und Arbeitsweisen kennenlernen</p> <p>n) other: Andere Gründe, und zwar: (+Freitext)</p>
--	--	--

<p>PlanWechselIntern: Überlegen Sie derzeit, sich innerhalb der Pflege beruflich zu verändern (z. B. Wechsel des Settings) oder selbständig zu machen (z. B. als Wundtherapeut*in, in der Pflegeberatung)?</p>	<p>d) JKurz: Ja, kurzfristig e) JLang Ja, langfristig f) Nein: Nein</p>	<p><i>Alle TN außer Fachkraft- und Hilfskraftazubis, Leiharbeiter*innen und Freiberufler*innen</i></p> <p><i>Pflichtfrage</i></p> <p><i>Wenn „Ja, kurzfristig“ oder „Ja, langfristig“ & Nicht (Azubi, Leiharbeiter oder Freiberufler)</i></p> <p>WechselInternGründe: Warum überlegen Sie, sich innerhalb der Pflege umzuorientieren?</p> <p><i>Keine Pflichtfrage</i></p> <p><i>Mehrfachauswahl</i></p> <p><i>Reihenfolge der Antwortmöglichkeiten randomisiert</i></p> <p>a) Geld: Ich wünsche mir bessere Verdienstmöglichkeiten</p> <p>b) FamWLB: Ich wünsche mir, familiäre Pflege, Familie und Beruf besser vereinbaren zu können/eine bessere Work-Life-Balance</p> <p>c) Beziehung: Ich wünsche mir, langfristige Beziehungen zu den Bewohner*innen /Patient*innen/Klient*innen aufbauen zu können</p> <p>d) Gesund: Ich habe gesundheitliche Gründe (psychisch)</p>
--	--	--

<p>PlanBerufsausstieg: Überlegen Sie derzeit, die Pflege gänzlich zu</p>	<p>a) JKurz: Ja, kurzfristig innerhalb des nächsten Jahres b) JLaen: Ja, längerfristig innerhalb der nächsten 2-5 Jahre c) JLang: Ja, langfristig innerhalb der nächsten 6-10 Jahre</p>	<p>und/oder körperlich)</p> <p>e) emotion: Ich habe emotionale Gründe</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Beim Hovern über ?</i> Anzeige: • z. B. Belastung durch die präsenten Themen Sterben und Tod <p>f) Dichte: Ich wünsche mir Entlastung im Bereich des Arbeitspensums bzw. der Arbeitsdichte</p> <p>g) Risiko: Ich wünsche mir mehr Sicherheit/Schutz vor Infektionen, Gefahrstoffen und/oder Gewalt</p> <p>h) Umfeld: Ich möchte den Gegebenheiten im Arbeitsbereich (Lärm/Hektik) entgehen</p> <p>i) Kultur: Ich wünsche mir eine harmonischere Zusammenarbeit, mehr Unterstützung und/oder Wertschätzung von Vorgesetzten/Koll eg*innen</p> <p>j) Einrichtung: Ich fühle mich meiner Einrichtung nicht verbunden genug</p>
--	--	---

<p>verlassen und in ein anderes Berufsfeld zu wechseln?</p>	<p>d) Nein: Nein</p>	<p>k) Pflegefremd: Ich führe zu viele Tätigkeiten aus, die nicht meinem Berufsbild entsprechen (pflegefremde Tätigkeiten)</p> <p>l) PatAng: Ich wünsche mir weniger Belastung aufgrund von für mich schwierigen Bewohner*innen /Patient*innen/Klient*innen oder Angehörigen</p> <p>m) Quali: Ich möchte bessere Pflege leisten können</p> <p>n) Mitbestimmung: Ich wünsche mir Mitbestimmungs-/Gestaltungsmöglichkeiten</p> <p>o) Karriere: Ich wünsche mir Karriere- und Entwicklungsmöglichkeiten/neue Herausforderungen</p> <p>p) other: Andere Gründe, und zwar: (+Freitext)</p> <p><i>Wenn nicht bei GruendeGegenAusbild bereits angegeben wurde, dass ein Ausstiegsplan besteht</i></p> <p><i>Pflichtfrage</i></p> <p><i>Notiz zur Auswertung: Mit PlanberufsausstiegHK zusammenführen</i></p> <p><i>Wenn TN bei PlanBerufsausstieg oder</i></p>
--	-----------------------------	--

		<p><i>PlanBerufsausstiegHK mit Ja, kurzfristig“, „Ja, längerfristig“ oder „Ja, langfristig“ antworten, Frage nach den Gründen:</i></p> <p>Ausstieggründe: Warum überlegen Sie, aus der Pflege auszusteigen?</p> <p><i>Mehrfachauswahl Keine Pflichtfrage Reihenfolge der Antwortmöglichkeiten randomisiert</i></p> <ul style="list-style-type: none">a) <i>(nur für Azubis (HKAzu, FKAzu)):</i> Ausb: Die Ausbildung entspricht nicht meinen Erwartungen (Ich fühle mich unter- oder überfordert oder werde nicht gut ausgebildet)b) Geld: Ich wünsche mir bessere Verdienstmöglichkeitenc) FamWLB: Ich wünsche mir, familiäre Pflege, Familie und Beruf besser vereinbaren zu können und/oder eine bessere Work-Life-Balanced) Schichtarbeit: In anderen Berufen/Branchen habe ich keine Schichtarbeite) Gesund: Ich habe gesundheitliche Gründe (psychisch oder körperlich)
--	--	---

		<p>f) emotion: Ich habe emotionale Gründe</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Beim Hovern über ?</i> Anzeige: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><ul style="list-style-type: none">• z. B. Belastung durch die präsenten Themen Sterben und Tod</div> <p>g) Dichte: Ich wünsche mir Entlastung im Bereich des Arbeitspensums bzw. der Arbeitsdichte</p> <p>h) Risiko: Ich wünsche mir mehr Sicherheit/Schutz vor Infektionen, Gefahrstoffen und/oder Gewalt</p> <p>i) Umfeld: Ich möchte den Gegebenheiten im Arbeitsbereich (Lärm/Hektik) entgegen</p> <p>j) Kultur: Ich wünsche mir eine harmonischere Zusammenarbeit, mehr Unterstützung und/oder Wertschätzung von Vorgesetzten/Koll eg*innen</p> <p>k) Einrichtung: Ich fühle mich meiner Einrichtung nicht verbunden genug</p> <p>l) Pflegefremd: Ich führe zu viele</p>
--	--	---

		<p>Tätigkeiten aus, die nicht meinem Berufsbild entsprechen (pflegefremde Tätigkeiten)</p> <p>m) PatAng: Ich wünsche mir weniger Belastung aufgrund von für mich schwierigen Bewohner*innen /Patient*innen/Klient*innen oder Angehörigen</p> <p>n) Quali: Ich möchte zufriedener mit meiner Arbeit sein können</p> <p>o) Mitbestimmung: Ich wünsche mir Mitbestimmungs-/Gestaltungsmöglichkeiten</p> <p>p) Karriere: Ich wünsche mir Karriere- und Entwicklungsmöglichkeiten/neue Herausforderungen</p> <p>q) Impfpflicht: Ich möchte mich (derzeit) nicht gegen Covid-19 impfen lassen</p> <p>r) other: Andere Gründe, und zwar: (+Freitext)</p>
<p>An Alle</p> <p>Arbeitszeitmodell: Welchen Stellenumfang haben Sie in Ihrer Hauptbeschäftigung in der Pflege?</p>	<p>a) VZ: Vollzeit b) TZ: Teilzeit c) Mini: Geringfügige Beschäftigung („Minijob“)</p>	<p><i>Einfachauswahl Pflichtfrage</i></p>
		<p><i>Wenn Teilzeit oder Minijob:</i></p> <p>TZStellenumfang: Wie viele Stunden arbeiten</p>

		<p>Sie durchschnittlich pro Woche?</p> <p><i>Numerische Eingabe</i></p> <p><i>Pflichtfrage</i> <i>(Gehalt/Gehaltsvorstellung sonst nicht zu bewerten)</i></p> <p><i>(Freitext) Wochenstunden</i></p> <p><i>Wenn Teilzeit oder geringfügige Beschäftigung:</i></p> <p>TZGründe:</p> <p><i>Wenn Teilzeit:</i></p> <p>Warum arbeiten Sie in Teilzeit?</p> <p><i>Wenn Minijob:</i></p> <p>Warum arbeiten Sie in einer geringfügigen Beschäftigung?</p> <p><i>Mehrfachauswahl</i></p> <p><i>Keine Pflichtfrage</i></p> <p><i>Randomisierte Antwortreihenfolge</i></p> <ol style="list-style-type: none">1) Kinder: Ich erziehe Kinder2) privatpflege: Ich pflege eine*n Angehörige*n oder nahestehenden Menschen3) Planbarkeit: Ich möchte mein Privat- und Berufsleben besser/zuverlässiger vereinbaren können4) Bildung: Ich befinde mich in einer Fort-/ Weiterbildung bzw. in einem Studium
--	--	---

		<p>5) Freizeit: Ich möchte mehr Freizeit</p> <p>6) Gesundheit: Ich habe gesundheitliche Gründe</p> <p>7) Belastung: Die Belastung ist mir bei einer Vollzeitstelle zu hoch</p> <p>8) Arbeitgeber: Mein Arbeitgeber bietet mir nichts anderes an (nur wenn nicht freiberuflich tätig)</p> <p>9) MehrereJobs: Ich habe mehr als einen Arbeitgeber</p> <p>10) other: Andere Gründe, und zwar: (Freitext)</p>
<p>Schichtdienst: Arbeiten Sie in Ihrer Hauptbeschäftigung in der Pflege im Schichtdienst?</p> <p><i>Infobox:</i></p> <p>Schichtdienst bedeutet, dass Sie sich mit anderen Kolleg*innen nach einem bestimmten Zeitplan am Arbeitsplatz abwechseln.</p>	<p>a) Y: Ja b) N: Nein</p>	<p><i>Einfachauswahl Pflichtfrage (relevant für Filterführung zu Frage nach den Erholungsphasen ErholungNSchichtd)</i></p> <p><i>Wenn Schichtdienst == Ja:</i></p> <p>Schichten: Bitte geben Sie an, in welchen Diensten/Schichten Sie arbeiten</p> <p><i>Mehrfachauswahl, Pflichtfrage</i></p> <p>a) Frueh: Frühdienst/-schicht b) Tag: Tagdienst/-schicht c) Spaet: Spätdienst/-schicht e) Nacht: Nachdienst/-schicht</p>

		<p>g) geteilt: Geteilte Dienste/Schichten</p> <p>h) NA: Keine Angabe</p> <p>g) other: Ich arbeite in anderen Diensten/Schichten, und zwar: (Freitext)</p>
--	--	--



Fragenblock III: Wichtigkeit der verschiedenen Themen für die Attraktivität des Pflegeberufs

Die Angaben in diesem Block sind durchweg freiwillig (keine Pflichtfragen)



RelevanzText: Vielen Dank für die Beantwortung der bisherigen Fragen. Nun geht es um Ihre Einschätzung: In welchen Bereichen muss sich am dringendsten etwas ändern? Bitte denken Sie dabei nicht nur an Ihre eigene Situation, sondern auch an Ihre Kolleg*innen in der Pflege.

Fragetext	Antwortmöglichkeiten	Filter
<p>AttraktivPrio/AttraktivPrioLeit: 2 Varianten für Führungskräfte/Nicht-Führungskräfte</p> <p>Welche Veränderungen können am meisten dazu beitragen, die Pflege attraktiver zu machen? Ziehen Sie alle Themen, die Sie dafür wichtig finden, in das rechte Feld und bilden eine Rangfolge. Beginnen Sie mit dem wichtigsten Thema</p>	<p>a) Vergu: Bessere Vergütung</p> <ul style="list-style-type: none"> Beim Hovern über Anzeige: <ul style="list-style-type: none"> Wie wichtig sind ein höheres Grundgehalt, höhere Zulagen und Zuschläge und/oder vergütungsrelevante Benefits wie Dienstwagen oder Tankgutscheine? 	An Alle
<p>Wie beantworte ich diese Frage </p> <p>Beim Hovern über Anzeige: <input type="text" value="Wählen Sie die gewünschten Antwortoptionen aus, indem Sie darauf klicken, gedrückt halten, und sie ins rechte Feld ziehen. Sie können die Reihenfolge im rechten Feld jederzeit ändern."/></p> <p>Antwortoptionen werden in zufälliger Reihenfolge angezeigt</p>	<p>b) Verei: Bessere Vereinbarkeit von familiärer Pflege, Familie und Beruf</p> <ul style="list-style-type: none"> Beim Hovern über Anzeige: <ul style="list-style-type: none"> Wie wichtig sind flexiblere und verlässlichere Dienstpläne und/oder mehr Unterstützung bei der Betreuung und Pflege von Angehörigen? 	An Alle

	<p>c) TeaFu: Bessere Führung und Teamatmosphäre</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Beim Hovern über</i> ? <i>Anzeige:</i> • Wie wichtig sind mehr wertschätzende Kommunikation, mehr individuelle Förderung und Maßnahmen für einen besseren Zusammenhalt im Team? 	<p><i>Nicht in der Leitung tätig (Nur in AttraktivPrio)</i></p>
	<p>d) Leit: Stärkung der Leitungskräfte</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Beim Hovern über</i> ? <i>Anzeige:</i> • Wie wichtig ist es, Leitungskräften mehr Gestaltungsspielräume zu geben, sie intensiver zu schulen und/oder von bestimmten Aufgaben zu entlasten? 	<p><i>In der Leitung tätig (Nur in AttraktivPrioLeit)</i></p>
	<p>e) Quali: Bessere Pflegequalität</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Beim Hovern über</i> ? <i>Anzeige:</i> • Wie wichtig ist es, für eine bessere Qualität der Pflege verstärkt Mitarbeiter*innen mit verschiedenen Qualifikationen und/oder geeignete Hilfsmittel einzusetzen? 	<p><i>An Alle</i></p>
	<p>f) Gesun: Bessere Gesundheitsförderung und Prävention</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Beim Hovern über</i> ? <i>Anzeige:</i> • Wie wichtig ist es, die körperliche und psychische Gesundheit von Pflegekräften durch geeignete Hilfsmittel, Schutzausrüstung und Unterstützungsangebote stärker zu schützen? 	<p><i>An Alle</i></p>

	<p>g) Prfes: Etablierung der Pflege als eigenständige Profession mit klaren Berufsprofilen und Karrieremöglichkeiten sowie der Möglichkeit der Berufsverwirklichung <i>Beim Hovern über</i> </p> <p><i>Anzeige:</i> Wie wichtig ist es, das Profil von Pflegeberufen zu schärfen und mehr attraktive Karrieremöglichkeiten in der Pflege zu schaffen? Wie wichtig ist es, dass Pflegekräfte sich ihren fachlichen Kompetenzen bewusst werden und ihre Arbeit nach ihrem beruflichen Selbstverständnis ausführen können?</p>	<p>An Alle</p>
	<p>h) Bild: Verbesserungen bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung <ul style="list-style-type: none"> • <i>Beim Hovern über</i>  <i>Anzeige:</i> Wie wichtig ist es, die Rahmenbedingungen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung zu verbessern, z. B. durch Integration von Lernzeiten in den Dienstplan und/oder den Ausbau digitaler Angebote?</p>	<p>An Alle</p>
<p>VerbleibPrio/VerbleibPrioLeit Welche Veränderungen können am meisten dazu beitragen, dass Pflegekräfte länger im Beruf bleiben? Ziehen Sie alle Themen, die Sie dafür wichtig finden, in das rechte Feld und bilden eine Rangfolge <i>Antwortoptionen werden in zufälliger Reihenfolge angezeigt</i></p>	<p><i>siehe</i> AttraktivPrio/AttraktivPrioLeit</p>	<p>An Alle</p>



<p>RueckkehrPrio/RueckkehrPrioLeit: Mit welchen Veränderungen kann die Pflege am besten Berufsaussteiger*innen zurückgewinnen? Ziehen Sie alle Themen, die Sie dafür wichtig finden, in das rechte Feld und bilden eine Rangfolge</p> <p><i>Antwortoptionen werden in zufälliger Reihenfolge angezeigt</i></p>	<p>siehe <i>AttraktivPrio/AttraktivPrioLeit</i></p>	<p>An Alle</p>
<p>QuereinstiegPrio/QuereinstiegPrioLeit: Mit welchen Veränderungen kann die Pflege am besten Quereinsteiger*innen gewinnen? Ziehen Sie alle Themen, die Sie dafür wichtig finden, in das rechte Feld und bilden eine Rangfolge</p> <p><i>Antwortoptionen werden in zufälliger Reihenfolge angezeigt</i></p>	<p>siehe <i>AttraktivPrio/AttraktivPrioLeit</i></p>	<p>An Alle</p>
<p>LeihArbVermPrio/LeihArbVermPrioLeit: Welche Veränderungen verhindern am besten die Abwanderung in die Leiharbeit bzw. helfen dabei, Pflegekräfte aus der Leiharbeit zurückzugewinnen? Ziehen Sie alle Themen, die Sie dafür wichtig finden, in das rechte Feld und bilden eine Rangfolge</p> <p><i>Antwortoptionen werden in zufälliger Reihenfolge angezeigt</i></p>	<p>siehe <i>AttraktivPrio/AttraktivPrioLeit</i></p>	<p>An Alle</p>
<p>StdErhPrio/ StdErhPrioLeit: Welche Veränderungen bewegen Pflegekräfte am ehesten dazu, ihren Stellenumfang zu erhöhen? Ziehen Sie alle Themen, die Sie dafür wichtig finden, in das rechte Feld und bilden eine Rangfolge</p> <p><i>Antwortoptionen werden in zufälliger Reihenfolge angezeigt</i></p>	<p>siehe <i>AttraktivPrio/AttraktivPrioLeit</i></p>	<p>An Alle</p>
<p>Wichtigkeit der verschiedenen Themen für persönliche berufliche Entscheidungen</p>		
<p>PRelevanzText: Nun geht es darum, wie wichtig die verschiedenen Themen für Ihre persönlichen beruflichen Entscheidungen sind</p>		<p>Wenn TN bei PlanBerufsausstieg mit Ja, kurzfristig“, „Ja, längerfristig“ oder „Ja, langfristig“ antworten</p>

		oder bei GruendeGegenAusbild „Ausstieg“ wählen oder Teilzeitbeschäftigt bzw. im Minijob sind und dies nicht allein aufgrund von Weiterbildung/Studium oder fehlendem Vollzeitangebot
<p>PVerbleibPrio/PVerbleibPrioLeit: Was muss sich ändern, damit <u>Sie persönlich langfristig weiter in der Pflege arbeiten</u> wollen? Ziehen Sie alle Themen, die Sie dafür wichtig finden, in das rechte Feld und bilden eine Rangfolge</p> <p>Antwortoptionen werden <i>nicht</i> in zufälliger Reihenfolge angezeigt (dadurch „Keine“-Option unten fixiert)</p>	<p>siehe AttraktivPrio/AttraktivPrioLeit</p> <p>i) Keine: Keine dieser Veränderungen könnte mich dazu bewegen, langfristig weiter in der Pflege zu arbeiten</p>	<p>Wenn TN bei PlanBerufsausstieg mit Ja, kurzfristig“, „Ja, längerfristig“ oder „Ja, langfristig“ antworten oder bei GruendeGegenAusbild „Ausstieg“ wählen</p>
<p>PVerbleibVerguetung: Ab welchem monatlichen Nettolohn  (inkl. Zulagen und Zuschläge , bei ihrem jetzigen Stellenumfang) würden Sie langfristig weiter in der Pflege arbeiten wollen?</p> <p>Infobox Nettolohn: Der Nettolohn ist der Lohn, der der Ihnen nach Abzug der Sozialversicherungsbeiträge und Lohnsteuer tatsächlich ausgezahlt wird</p> <p>Infobox Zulagen & Zuschläge: z. B. Pflegezulage, Erschwerniszulage, Schichtzulage, Zeitzuschläge</p>	<p>Freie numerische Eingabe</p>	<p>wenn bei PVerbleibPrio Vergu: Bessere Vergütung ausgewählt wurde und „Keine“ nicht ausgewählt wurde</p>
<p>PStdErhPrio/PStdErhPrioLeit: Was muss sich ändern, damit <u>Sie persönlich Ihre Arbeitsstunden in der Pflege erhöhen</u> würden? Ziehen Sie alle Themen, die Sie dafür wichtig finden, in das rechte Feld und bilden eine Rangfolge</p>	<p>siehe AttraktivPrio/AttraktivPrioLeit</p> <p>+</p> <p>j) Keine: Keine dieser Veränderungen könnte mich dazu bewegen, meine</p>	<p>An Teilzeitbeschäftigte & Minijobber, die dies nicht allein aufgrund von Weiterbildung/Studium oder fehlendem Vollzeitangebot sind</p>

Antwortoptionen werden <u>nicht</u> in zufälliger Reihenfolge angezeigt (dadurch „Keine“-Option unten fixiert)	Arbeitsstunden in der Pflege zu erhöhen	
PStdErhAusmass: Wie viele Stunden pro Woche würden Sie mehr arbeiten, wenn entsprechende Verbesserungen umgesetzt werden?	<ul style="list-style-type: none"> a) b5: 1-5 Stunden b) b10: 6-10 Stunden c) b15: 11-15 Stunden d) b20: 16-20 Stunden e) b25: 21-25 Stunden f) b30: 26-30 Stunden g) ue30: Mehr als 30 Stunden h) KErh: Ich würde meine Stunden nicht erhöhen 	Wenn bei PStdErhPrio bzw. PStdErhPrioLeit nicht „Keine“ angeben oder das Rangfolgefeld freigelassen wurde

Fragenblock IV: Digitalisierung

Die Angaben in diesem Block sind durchweg freiwillig (keine Pflichtfragen)

Frage	Antwortmöglichkeiten	Beschreibung/ mögl. Auswahl
<p>DigitalStatusQ:</p> <p>Welche der folgenden digitalen Unterstützungen werden in Ihrem Arbeitsumfeld eingesetzt?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desk: Desktop-PC/Workstation 2. Lapt: Laptop/Notebook/Tablet 3. Phone: Smartphone 4. Mess: Sichere Messenger Beim Hovern über  Anzeige: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> DSGVO-konforme Messenger, mit denen verschlüsselt über Nachrichten und Videoanrufe mit Pflegebedürftigen und Kolleg*innen kommuniziert werden kann </div> 5. Cam: Digitalkamera Beim Hovern über  Anzeige: <ul style="list-style-type: none"> • <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">z. B. zur Wunddokumentation</div> 6. eAkte: Elektronische Patientenakte 7. eDoku: Elektronische Pflegeplanung/elektronische Pflegedokumentation 8. KIS: Krankenhausinformationssystem (nur Krankenhäuser, Tageskliniken und stationäre Rehaeinrichtungen) 9. TP: Digitale Tourenplanung 10. Verne: Vernetzte Leistungsabrechnung und/oder Dienstplanung 11. Telem: Telematikinfrastruktur 	<ul style="list-style-type: none"> a) Ja: Ja a) Teilw: Teilweise b) Nein: Nein c) wn: Weiß ich nicht 	<p>Alle</p> <p>Reihenfolge der Teilfragen randomisiert</p>



<ul style="list-style-type: none"> • <i>Beim Hovern über ? Anzeige:</i> Eine Plattform, über die Ärzt*innen, Pflegende, Therapeut*innen und Apotheker*innen schnell und sicher Dokumente und Informationen austauschen können (z. B. elektronische Patientenakte, E-Rezept, Verordnungen) 12. AssiD: Sprachassistenten für die Pflegedokumentation <ul style="list-style-type: none"> • <i>Beim Hovern über ? Anzeige</i> Mit Sprachassistenten kann die Pflegedokumentation frei in ein Smartphone eingesprochen werden, auch direkt bei der Pflege. Der Sprachassistent versteht den gesprochenen Text und generiert automatisch strukturierte Dokumentationseinträge 13. ESys: Expertensysteme <i>Beim Hovern über ? Anzeige</i> Ein Expertensystem ist ein Computerprogramm, das Pflegekräfte und Ärzt*innen bei der Lösung von komplexeren Problemen wie ein Experte unterstützen kann 14. Wagen: Digitale Visitenwagen (nur für Krankenhäuser, Tageskliniken, Vollstationäre Pflege, Teilstationäre Pflege, stationäre Reha und Hospize) 15. MM: Digitale Hilfs- und Monitoringsysteme <i>Beim Hovern über ? Anzeige</i> z. B. zur mobilen Erfassung von Vitalparametern oder zur videogestützten Anleitung von Pflegenden durch eine Primary Nurse 16. Weara: Wearables <i>Beim Hovern über ? Anzeige</i> z. B. Smartwatches, smarte Pflegepflaster, Blutzuckertracker, mobile Frühwarnsysteme in der Intensivpflege 17. AssiS: Technische Assistenzsysteme für Pflegebedürftige <i>Beim Hovern über ? Anzeige:</i> z. B. AAL (Ambient Assisted Living) Systeme (Sensormatten, mobile Aufstehhilfen, elektronische Medikamentenboxen, digitale Orientierungshilfen, Hausnotrufsysteme) oder Quartiersvernetzung (IT-Plattform, die Notruf und Kommunikationsplattform umfasst), digitale Assistenten (bspw. entsprechend „Alexa“) 18. BT: Bedside Terminal für Pflegebedürftige <i>Beim Hovern über ? Anzeige</i> 		
---	--	--

<p>Bedside-Terminals werden direkt am Krankenbett in Krankenhäusern und Kliniken eingesetzt. Damit kann jede*r Patient*in selbst entscheiden, was er oder sie hören, sehen oder lesen will. Neben der Nutzung unterschiedlicher Medien können auch Essensbestellungen oder Befragungen durchgeführt oder die Krankenakte eingesehen werden (nur für Krankenhäuser, Tageskliniken, Vollstationäre Pflege, Teilstationäre Pflege, Reha, Hospiz, EGH& KJH)</p> <p>19. Robot: Service-, Transport- und Therapieroboter (nur für Krankenhäuser, Tageskliniken, Vollstationäre Pflege, Teilstationäre Pflege, Reha, Hospiz, EGH& KJH)</p> <p>20. Stim: Geräte zur therapeutischen Stimulation/Aktivierung Beim Hovern über  Anzeige z. B. Audiovisuelle Stimulation (z. B. Tovertafel, Qwiek Up)</p> <p>21. Email: Dienstliche E-Mail-Adresse</p> <p>22. Onl: Stabiler Internetzugang</p>		
<p>DigitalBew:</p> <p>Finden Sie die folgenden digitalen Unterstützungen für Ihr Arbeitsumfeld sinnvoll?</p>	<p>Optionen siehe DigitalStatusQ</p> <p>a) Ja: Ja b) Teilw: Teilweise c) Nein: Nein d) wn: Weiß ich nicht</p>	<p>An alle Reihenfolge der Teilfragen randomisiert</p>
<p>DigitalZusSinnvoll: Welche weiteren digitalen Geräte/Unterstützungen halten Sie in der Pflege für sinnvoll?</p>	<p>3 Freitextfelder</p>	
<p>PpSGDigitalNutzung:</p> <p>Hat Ihre Einrichtung  Fördermöglichkeiten nach § 8 Abs. 8 SGB XI  in Anspruch genommen? Oder plant Ihre Einrichtung, diese Fördermöglichkeiten zu nutzen?</p> <p>Infobox Einrichtung: Mit „Ihre Einrichtung“ ist die Einrichtung gemeint, bei der Sie hauptsächlich/schwerpunktmäßig arbeiten</p> <p>Infobox Fördermöglichkeiten nach § 8 Abs. 8 SGB XI: Die Förderung nach § 8 Abs. 8 SGB XI umfasst in den Jahren 2019 bis 2023 einen einmaligen Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung, um</p>	<p>a) Ja: Ja b) Nein: Nein c) wn: Weiß ich nicht</p>	<p>Wenn in der Leitung sowie in der vollstationären Pflege/Dauerpflege/Langzeitpflege, teilstationären Langzeitpflege oder ambulanten Alten- und Krankenpflege</p>

<p>digitale Anwendungen, die insbesondere das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege betreffen zur Entlastung der Pflegekräfte zu fördern. Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12 000 Euro möglich</p>		<p>Wenn „Ja“: PpSGDigitalNut zWas: Für welche technischen Mittel wurde oder wird die Förderung eingesetzt? <i>Mehrfachauswahl</i> <i>Antwortmöglichkeit wie bei DigitalStatusQ+</i> other: Andere digitale Unterstützungen, und zwar: <i>(Freitext)</i> <i>Reihenfolge der Teilfragen randomisiert</i></p>
<p>DigitalPersErs: Welche der folgenden digitalen Unterstützungen können Ihrer Meinung nach in angespannten Personalsituationen einen Beitrag zur Entlastung der Pflegekräfte führen?</p>	<p>Angezeigt werden die Geräte/Unterstützungen, für die bei <u>DigitalStatusQ</u> angegeben wurde, dass <u>sie für sinnvoll gehalten werden</u> <i>Reihenfolge der Teilfragen randomisiert</i> <u>jeweils mit den Antwortmöglichkeiten</u> a) Ja: Unbedingt b) Vllt: Vielleicht c) Nein: Eher nicht</p>	<p>Nur wenn bei <u>DigitalBew</u> mindestens ein Gerät als zumindest teilweise sinnvoll erachtet wurde</p>
<p>DigitalPersErsSonst: Welche sonstigen digitalen Unterstützungen könnten Pflegekräfte entlasten?</p>	<p>3 Freitextfelder</p>	<p>Nur wenn bei <u>DigitalBew</u> mindestens ein Gerät als zumindest teilweise sinnvoll erachtet wurde</p>

Fragenblock V: Vereinbarkeit von familiärer Pflege, Familie und Beruf

Die Angaben in diesem Block sind durchweg freiwillig (keine Pflichtfragen)

Maßnahmen zur praktischen Umsetzung	Antwortmöglichkeiten
<p>VereinbarMassnMatrix: Können folgende Maßnahmen aus dem Bereich <i>Vereinbarkeit von familiärer Pflege, Familie und Beruf</i> dazu beitragen, den Pflegeberuf attraktiver zu machen? Und welche dieser Maßnahmen werden in Ihrem Arbeitsumfeld bereits umgesetzt?</p> <p>Aufgeführt werden zum Teil Maßnahmen aus allen Pflegesektoren. Berücksichtigen Sie dabei nur diejenigen Antwortoptionen, die für Ihren Arbeitsbereich relevant sind bzw. treffen Sie eine Auswahl, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.</p> <p>Reihenfolge der Teilfragen randomisiert</p>	
<p>a) Flexibilitaet: Flexible Arbeitszeitmodelle</p>	<p>1. Attraktivitaet: Macht den Beruf attraktiver</p> <p>a) Ja: Unbedingt b) Vllt: Vielleicht c) Nein: Eher nicht</p> <p>2. Umsetzung: Wird in meinem Arbeitsumfeld umgesetzt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Y: Ja • N: Nein • wn: Weiß ich nicht <p>Wenn TN bei VereinbarMassnMatrix_Flexibilitaet_Attraktivitaet mit Ja oder Vllt antwortet, folgende Frage stellen:</p> <p>AZModelle: Welche Arbeitszeitmodelle sollten Pflegekräfte in Ihrem Arbeitsumfeld angeboten bekommen?</p> <p>(Mehrfachauswahl möglich)</p> <p>Reihenfolge der Teilfragen randomisiert</p> <p>a) 3Schicht: Dreischichtsystem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beim Hovern über  Anzeige: • 8-Stunden-Schichten mit einer <input type="text"/> Frühschicht, einer Spätschicht und einer <input type="text"/> Nachtschicht <p>b) 2Schicht: Zweischichtsystem</p> <p>Beim Hovern über  Anzeige:</p> <p><input type="text"/> 12-Stunden-Schichten - Es gibt nur noch zwei Schichten, entweder den Tag- oder <input type="text"/> den Nachtdienst. <input type="text"/> Pflegebedürftige <input type="text"/></p>

	<p>werden also über den gesamten Tag von den gleichen Pflegekräften betreut, es gibt keine Übergaben in der Mittagszeit, sondern nur noch morgens und abends.</p> <p>c) 6h: 6-Stunden Arbeitstag</p> <p>d) 3plus3: 3 + 3-Modell <i>Beim Hovern über ? Anzeige:</i> Pflegekräfte arbeiten 3 Tage am Stück für 8,5 Stunden und haben anschließend 3 Tage frei. Dazu kommen 15 flexible Dienste im Jahr. 15% der Arbeitszeit ist Vertrauensarbeitszeit und kann z. B. für Gesundheits-management oder Weiterbildungen genutzt werden</p> <p>e) 77: 7/7-Modell <i>Beim Hovern über ? Anzeige:</i> Pflegekräfte arbeiten in zwei Schichten 7 Tage am Stück für 10 Stunden (+ 2 Stunden Pause) und haben anschließend 7 Tage lang frei</p> <p>f) 996: 9-9-6 Stunden Modell <i>Beim Hovern über ? Anzeige:</i> verkürzte Nachtschicht</p> <p>g) FlexOrt: Flexibler Einsatzort bei festen Arbeitszeiten</p> <p>h) Springer: Springer</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Beim Hovern über ? Anzeige:</i> • Bündelung von Pflegekräften, die flexible Arbeitszeiten wünschen und dann einspringen, wenn andere ausfallen. <p>i) NA: Keine Angabe</p> <p>j) other: Andere Modelle, und zwar: (Freitext)</p>
<p>b) Planbar: Langfristige und verlässliche Dienstplanun</p>	<p>Siehe a)</p> <p>Wenn TN bei VereinbarMassnMatrix_Planbar_Attraktivitaet mit Ja oder Vllt antwortet und in der Hauptbeschäftigung weder in Leiharbeit noch freiberuflich tätig:</p> <p>PlanbarVorlauf (Matrixfrage mit Ist und Soll als Teilfragen)</p> <p>Ist: Mit wieviel Vorlauf wird Ihr Dienstplan gewöhnlich veröffentlicht?</p>

Soll: Und mit wieviel Vorlauf *sollte* der Dienstplan aus Ihrer Sicht veröffentlicht werden?

Dropdown-Auswahl

- a) **u1W:** Kurzfristiger als 1 Woche vor Dienstbeginn
- b) **1W:** 1 Woche vor Dienstbeginn
- c) **2W:** 2 Wochen vor Dienstbeginn
- d) **3W:** 3 Wochen vor Dienstbeginn
- e) **4W:** 4 Wochen vor Dienstbeginn
- f) **5W:** 5 Wochen vor Dienstbeginn
- g) **6W:** 6 Wochen vor Dienstbeginn
- h) **2M:** 2 Monate vor Dienstbeginn
- i) **3M:** 3 Monate vor Dienstbeginn
- j) **4oUe4:** 4 Monate vor Dienstbeginn oder länger

Wenn TN bei **VereinbarMassnMatrix_Planbar_Attraktivitaet** mit *Ja oder Vllt* antwortet und in der Hauptbeschäftigung weder in Leiharbeit noch freiberuflich tätig:

PlanbarLetztAend (Matrixfrage mit *Ist* und *Soll* als Teilfragen)

Ist: Wie kurzfristig vor Dienstantritt wird Ihr aktueller Dienstplan gewöhnlich noch geändert?

Soll: Und bis wann finden Sie Dienstplanänderungen gerade noch akzeptabel?

Dropdown-Auswahl

- a) **u1T:** Kurzfristiger als 1 Tag vor Dienstbeginn
- b) **1T:** 1 Tag vor Dienstbeginn
- c) **2T:** 2 Tage vor Dienstbeginn
- d) **3T:** 3 Tage vor Dienstbeginn
- e) **4T:** 4 Tage vor Dienstbeginn
- f) **5T:** 5 Tage vor Dienstbeginn
- g) **1W:** Etwa 1 Woche vor Dienstbeginn
- h) **2W:** Etwa 2 Wochen vor Dienstbeginn
- i) **3W:** Etwa 3 Wochen vor Dienstbeginn oder länger
- j) **Nicht:** Keine Änderungen nach Veröffentlichung

Wenn TN bei **VereinbarMassnMatrix_Planbar_Attraktivitaet** mit *Ja oder Vllt* antwortet und in

der Hauptbeschäftigung weder in Leiharbeit noch freiberuflich tätig:

PlanbarAbwHaeufig (Matrixfrage mit **Ist** und **Soll** als Teilfragen)

Ist: Wie häufig weichen Ihre tatsächlichen Dienste gewöhnlich (nicht auf eigenen Wunsch) von Ihrem Dienstplan ab?

Soll: Und wie häufig im Monat finden Sie Abweichungen vom Dienstplan gerade noch akzeptabel?

Drop-Down Auswahl

- a) **u1:** Seltener als 1-mal im Monat
- b) **1:** 1-mal im Monat
- c) **2:** 2-mal im Monat
- d) **3:** 3-mal im Monat
- e) **4:** 4-mal im Monat
- f) **5:** 5-mal im Monat
- g) **6:** 6-mal im Monat
- h) **7:** 7-mal im Monat
- i) **8:** 8-mal im Monat
- j) **9:** 9-mal im Monat
- k) **10:** 10-mal im Monat
- l) **ue10:** Mehr als 10-mal im Monat




Wenn TN bei **VereinbarMassnMatrix_Planbar_Attraktivitaet** mit **Ja oder Vllt** antwortet und in der Hauptbeschäftigung weder in Leiharbeit noch freiberuflich tätig:

Planbar: Was gehört für Sie noch zu einer verlässlichen Dienstplanung?

(Mehrfachantwort)

- a) **Wuensche:** Berücksichtigung und Einhaltung individueller Wünsche, die vor der Erstellung des Dienstplans angekündigt waren
- b) **Freiwillig:** Eine freiwillige Besetzung der Wochenendschichten
- c) **Klaerung:** Klärung der Vertretungsregelung bereits bei der Planung
- d) **Vorgegeben:** Eine von der Leitung vorgegebene Planung
- e) **other:** Sonstiges, und zwar: (Freitext)
- f) **NA:** Keine Angabe

<p>c) Mitgestaltung: Einbeziehung der Pflegekräfte in die Dienstplanung</p>	<p>Siehe a)</p>
<p>d) Ausfallm: Ausfallkonzepte und -management</p>	<p>Siehe a)</p> <p>Wenn TN bei VereinbarMassnMatrix_ Ausfallm _Attraktivitaet mit Ja oder Vllt antwortet:</p> <p>BewAusfallmModelle2: Bitte wählen Sie die Ausfallkonzepte aus, die Sie für sinnvoll halten. Ziehen Sie diese in das rechte Feld und bilden eine Rangfolge. Beginnen Sie mit dem Konzept, das Sie für das beste halten. <i>Mehrfachauswahl + Rangfolge</i></p> <p>Die Antwortmöglichkeiten werden in zufälliger Reihenfolge angezeigt</p> <p>a) Pool: Einrichtungsübergreifender Pflegepool/Flexpool • <i>Beim Hovern über ? Anzeige:</i> "Pool" bestehend aus Pflegekräften, die je nach Bedarf in verschiedenen Einrichtungen eingesetzt werden, um dort ausgefallene oder abwesende Mitarbeiter*innen zu ersetzen</p> <p>b) Joker: Joker-Dienste <i>Beim Hovern über ? Anzeige:</i> Alle Pflegekräfte leisten Vertretungsdienste („Joker-Dienste“). Die Dienstzeiten stehen dabei im normalen Dienstplan bereits fest, der Einsatzbereich wird relativ kurzfristig festgelegt.</p> <p>c) Rufb: Rufbereitschaft <i>Beim Hovern über ? Anzeige:</i> Pflegekräfte verpflichten sich, zu bestimmten Zeiten durchgängig erreichbar und einsatzbereit zu sein. Auf Abruf müssen sie zur Arbeit kommen. Vergütet wird häufig nur die tatsächliche Arbeitszeit</p> <p>d) BerD: Bereitschaftsdienste <i>Beim Hovern über ? Anzeige:</i> Pflegekräfte verpflichten sich, sich zu bestimmten Zeiten an einem bestimmten Ort (=Ortsbeschränkung)</p>

	<p>verfügbar zu halten. Auf Abruf des Arbeitgebers nehmen sie direkt die volle Arbeitstätigkeit auf. Auch wenn keine Arbeit anfällt, gilt der Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit und wird mindestens mit dem Mindestlohn vergütet</p> <p>e) FlexD: „Flexibilisierte“ Dienste Beim Hovern über  Anzeige: Dienstzeitverschiebungen zur Personalsteuerung in Ausfallsituationen</p> <p>f) Rahm: Leistungsanpassung (Rahmenplanung) Beim Hovern über  Anzeige: Konkrete vorliegende Planung, welche Leistungen erbracht werden, wenn Personalausfall ist</p> <p>g) PoolB: Bereichsübergreifender Springerpool Beim Hovern über  Anzeige: "Pool" bestehend aus Mitarbeiter*innen (Springer), die für einen Dienst auf einer bestimmten Station eingesetzt werden, um dort ausgefallene oder abwesende Mitarbeiter*innen (bereichsübergreifend) zu ersetzen</p> <p>Wenn TN bei VereinbarMassnMatrix_Ausfallm_Attraktivitaet mit Ja oder Vllt antwortet: AusfallmModelleSonst: Gibt es darüber hinaus weitere Konzepte zum Umgang mit Personalausfall, die sie sinnvoll finden? Wenn ja, notieren Sie Ihre Ideen</p> <p>Freitext</p>
<p>e) Foerderung: Möglichkeiten zur Kinderbetreuung oder zur Pflege Angehöriger anbieten oder vermitteln</p>	<p>Siehe a)</p> <p>Wenn in der Leitung sowie in der Vollstationäre Pflege/Dauerpflege/Langzeitpflege, teilstationären Langzeitpflege oder ambulanten Alten- und Krankenpflege:</p> <p>PpSGBekanntheit:</p> <p>Nach § 8 Abs. 7 SGB XI (Förderung von Maßnahmen ambulanter und vollstationärer Pflegeeinrichtungen zur besseren Vereinbarkeit</p>

von Pflege, Familie und Beruf) werden individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote gefördert, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind. Auch für Schulungen und Weiterbildungen, die die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf verbessern, gibt es Zuschüsse. Jede Einrichtung erhält jährlich bis zu 50 Prozent der Ausgaben für diesen Bereich, höchstens jedoch 7.500 €.

Sind Ihnen diese Fördermöglichkeiten bekannt?

- a) **Y:** Ja
- b) **N:** Nein

Wenn PpSGBekanntheit = „Ja“:

PpSGNutzung: Nimmt Ihre Einrichtung diese Fördermöglichkeiten bereits in Anspruch?

- a) **Ja:** Ja
- b) **Nein:** Nein
- c) **NA:** Ist mir nicht bekannt

Wenn TN bei

VereinbarMassnMatrix_Foerderung_Attraktivitaet mit **Ja** oder **Vllt** antwortet und minderjährige Kinder im Haushalt leben

VereinbZusMassnahm2: Gibt es weitere Angebote, die für eine bessere Vereinbarkeit von familiärer Pflege, Familie und Beruf besonders wichtig sind?

Bitte wählen Sie die Angebote aus, die Sie für sinnvoll halten. Ziehen Sie diese in das rechte Feld und bilden eine Rangfolge. Beginnen Sie mit dem Angebot, das Ihnen am wichtigsten ist

Die Antwortoptionen werden in zufälliger Reihenfolge angezeigt

- a) **Kita:** Betriebs-Kita mit flexiblen Kinderbetreuungsmöglichkeiten
- b) **Ferie:** Ferienbetreuung
- c) **KPltz:** Belegplätze in bestehenden Kinderbetreuungseinrichtungen, von der Einrichtung vermittelt
- d) **NBetr:** Notfall- und Randzeitenbetreuung
- e) **Fahrt:** Abhol- und Bringdienste für Kita- und Schulkinder
- f) **TaPfl:** Tagespflege für Kinder
- g) **HABet:** Hausaufgabenbetreuung

	<p>h) Essen: Essen für Mitarbeiterkinder in der Kantine oder als Menüservice zu Hause</p> <p>i) APltz: Vorhalten von Belegplätzen in Tagespflegeeinrichtungen für pflege-/betreuungsbedürftige Angehörige von Mitarbeiter*innen (auch zu Randzeiten/Nachtbetreuung)</p> <p>j) PflKo: Kooperation mit Tagespflegeeinrichtungen zur Vermittlung von Betreuungsplätzen für pflege-/betreuungsbedürftige Angehörige von Mitarbeiter*innen</p> <p>k) Netz: Vermittlung von außerbetrieblichen Ansprechpartnern (Sozialstationen, Altenhilfen, Pflegeeinrichtungen, ambulante Dienste etc.)</p> <p>l) Sem: Inhouse-Seminare zu relevanten Themen (Seminare, Schulungen und Vorträge z.B. zu Elterngeld, Pflegegeld, Kindererziehung, familiäre Pflege etc.)</p> <p><i>Wenn TN bei VereinbarMassnMatrix_Foerderung_Attraktivitaet mit Ja oder Vllt antwortet und minderjährige Kinder im Haushalt leben</i></p> <p>VereinbZusMassnSonst: Was kann noch getan werden, um die Vereinbarkeit von familiärer Pflege, Familie und Pflegeberuf zu verbessern?</p> <p><i>Freitext</i></p>
<p>f) MobileOff: Ermöglichung von orts- und zeitunabhängigem Arbeiten, wo dies betrieblich möglich ist (bspw. Dokumentations- und Planungsaufgaben oder Schulungen/Fortbildungen)</p>	<p>Siehe a)</p>

Fragenblock VI: Weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation in der Pflege

UebersprungText: Herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben, an unserer Befragung teilzunehmen! Gerne möchten wir Sie einladen, weitere Fragen zu wichtigen Themen rund um die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu beantworten. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie sich die Zeit dafür nehmen!

Wenn Sie zu einem späteren Zeitpunkt weitermachen wollen, können Sie Ihre Antworten über den Button „später fortfahren“ zwischenspeichern. Bitte vergessen Sie nicht, sich Ihr Passwort zu notieren!

Bereitschaft: Sind Sie bereit, uns an Ihren Erfahrungen und Einschätzungen teilhaben zu lassen?

- a) **Ja:** Ja
- b) **Nein:** Nein

Wenn „Ja“ gewählt wurde

DankeText: Vielen Dank für Ihr Engagement!

Wenn „Nein“ gewählt wurde, werden die Teilnehmenden direkt zur Endnachricht weitergeleitet

Die Blöcke 6.1-6.7 werden in zufälliger Reihenfolge angezeigt.

Pflegequalität

Die Angaben in diesem Block sind durchweg freiwillig (keine Pflichtfragen)





Maßnahmen zur praktischen Umsetzung	Antwortmöglichkeiten	
<p>QualiMassnMatrix: Können folgende Maßnahmen aus dem Bereich <i>Förderung der Pflegequalität</i> dazu beitragen, den Pflegeberuf attraktiver zu machen? Und welche dieser Maßnahmen werden in Ihrem Arbeitsumfeld bereits umgesetzt?</p> <p>Aufgeführt werden zum Teil Maßnahmen aus allen Pflegesektoren. Berücksichtigen Sie dabei nur diejenigen Antwortoptionen, die für Ihren Arbeitsbereich relevant sind bzw. treffen Sie eine Auswahl, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.</p> <p><i>Randomisierte Reihenfolge der Teilfragen</i></p>		
<p>a) MehrHK: Umfangreicher Einsatz von Hilfs-/Assistenzkräften, um Fachkräfte von delegierbaren Aufgaben zu entlasten</p>	<p>Macht den Beruf attraktiver</p> <p>a) Ja: Unbedingt b) Vllt: Vielleicht c) Nein: Eher nicht</p> <p>Wird in meinem Arbeitsumfeld umgesetzt</p> <p>a) Y: Ja b) N: Nein c) wn: Weiß ich nicht</p>	<p><i>Alle</i></p>
<p>b) Digital: Geeignete digitale Hilfsmittel, um den Pflegeprozess zu vereinfachen und Arbeitsabläufe effizienter zu machen</p> <p><i>Beim Hovern über ? Anzeige:</i></p> <p>z. B. <input type="text" value="Software für die Pflegeplanung und Pflegedokumentation, digitale Tourenplanung, digitales Wundmanagement/ Medikationsplan"/></p>	<p>siehe a)</p>	<p><i>An Alle</i></p>

<p>e) StudFK: Pflegefachkräfte mit Hochschulabschluss im Stammpersonal</p>	<p>siehe a)</p>	
<p>f) WBFK: Pflegefachkräfte mit speziellen Qualifikationen (z. B. Wundmanagement, Stoma- oder Ernährungstherapie) im Stammpersonal</p>	<p>siehe a)</p>	
<p>g) CHNAPN: Konsiliarische und regelhafte Zusammenarbeit mit weiteren Berufsbildern wie Community Health Nurses (CHN) [?] und/oder Advanced Practice Nurses (APN) [?], um die Versorgungsqualität zu verbessern und/oder zur Entlastung der Pflegekräfte im eigenen Unternehmen</p> <p>Infobox CHN: Community Health Nurses (CHN) sind speziell qualifizierte Pflegefachkräfte auf Masterniveau, die idealerweise selbstständig in der Primärversorgung, Gesundheitsförderung- und Prävention sowie Versorgungssteuerung tätig sind. Sie arbeiten in multiprofessionellen Teams und sind institutionell an ein Gesundheitszentrum, ein MVZ, eine Hausarztpraxis, eine Kommune, ein kommunales Krankenhaus oder einen Pflegedienst angebunden.</p> <p>Infobox APN: Advanced Practice Nurses (APN) sind dazu befähigt, in einem Spezialgebiet oder der Prävention sowohl pflegerisch als auch wissenschaftlich tätig zu werden und Leitungsfunktionen einzunehmen.</p>	<p>siehe a)</p>	
<p>g) Schnittst: Bessere Zusammenarbeit an Schnittstellen innerhalb der Einrichtung und mit anderen Berufsgruppen [?] z. B. durch Telepflege [?], Telemedizin [?], (Video-)Fallkonferenzen, elektronische Pflegeprozessorganisation um Kommunikations- und Abstimmungsprozesse zu erleichtern, digitales</p>	<p>siehe a)</p>	





<p>Wundmanagement/Medikationsplan, E-Rezept, E-Akte</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p><i>Infobox Berufsgruppen:</i></p> <p>z. B. Ergo-, Logo- oder Physiotherapeut*innen, Ärzt*innen, Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung</p> <p><i>Infobox Telepflege:</i></p> <p>Telepflege umfasst Einzelanwendungen, die räumlich überwindende Pflegetätigkeiten mittels virtueller Präsenz oder Supervision ermöglichen. Die Telepflege ist charakterisiert durch die Langfristigkeit von Pflegeleistungen und Einzelanwendungen mit nicht explizitem telemedizinischem Fokus, wie beispielsweise Alarmierungssysteme im häuslichen Umfeld (z. B. Sturzprävention). Des Weiteren können durch Telepflege- Anwendungen Dienstleister vor Ort durch räumlich entfernte Spezialisten angeleitet werden</p> <p><i>Infobox Telemedizin:</i></p> <p>Die Telemedizin ist ein Teilbereich der Telematik im Gesundheitswesen und bezeichnet Diagnostik und Therapie unter Überbrückung einer räumlichen oder auch zeitlichen Distanz zwischen Ärzt*in, Therapeut*in, Apotheker*in und Patient*innen oder zwischen zwei sich konsultierenden Ärzt*innen mittels Telekommunikation</p>		
<p>QualiMassn2:</p> <p>Können folgende Maßnahmen aus dem Bereich Förderung der Pflegequalität (auch) dazu beitragen, den Pflegeberuf attraktiver zu machen?</p>	<p>a) Ja: Unbedingt b) Vllt: Vielleicht c) Nein: Eher nicht</p>	<p>An alle</p>

<p>a) HKAusbStand: Einheitliche, bundesweite Ausbildungsstandards für Hilfs- und Assistenzkräfte</p> <p>b) FachQuote: Zusammensetzung des Personals am tatsächlichen Pflegebedarf aller Patient*innen ausrichten</p> <p>c) UGrenze: Gesetzliche Personaluntergrenzen</p> <p>d) Nur ambulante Pflege ZVerguet: Zeitvergütung, bei der die Pflegeeinhalte zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen individuell vereinbart werden mit dem Ziel, die Pflegequalität und damit die Attraktivität der ambulanten Pflege zu erhöhen</p>		
<p>Frage an LK:</p> <p>PersAusreichend: Reicht das vorhandene Personal in Ihrer Einrichtung zur Sicherstellung der Pflegequalität aus?</p>	<p>d) Ja: Ja e) Nein: Nein f) NA: Keine Angabe</p> <p>PersNAusreichendMC: In welchen Bereichen reicht das vorhandene Personal in Ihrer Einrichtung <u>nicht</u> zur Sicherstellung der Pflegequalität aus?</p> <p>Mehrfachauswahl</p> <p>Die Qualitätsbereiche werden in randomisierter Reihenfolge angezeigt</p> <p>a) Mob: Bei der Mobilität <i>Beim Hovern über ? Anzeige</i> Gemeint ist die bedarfsgerechte Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern noch individuelle Ressourcen vorhanden sind und es den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität, Unterstützung bei der Nutzung von Hilfsmitteln und Beratung zu vorliegenden Problemen oder Risiken</p> <p>b) Ern: Bei der Ernährung und der Flüssigkeitsversorgung <i>Beim Hovern über ? Anzeige</i> Umsetzung bedarfs- und bedürfnisgerechter Ernährung und</p>	<p><i>Wenn in der Leitung tätig</i></p> <p>Wenn Nein bei PersAusreichend</p>





	<p>Sicherstellung einer ausreichenden Flüssigkeitsaufnahme und Beratung zu vorliegenden Problemen oder Risiken</p> <p>c) Kont: Bei der Unterstützung bei Kontinenzverlust und Kontinenzförderung <i>Beim Hovern über ? Anzeige</i> Bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung bei Kontinenzverlust sowie Förderung der Kontinenz entsprechend des Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ sowie fachgerechte Versorgung ggf. vorhandener künstlicher Ausgänge, Beratung zu vorliegenden Problemen oder Risiken</p> <p>d) Koerp: Bei der Körperpflege <i>Beim Hovern über ? Anzeige</i> Umsetzung bedarfs- und bedürfnisgerechter Unterstützung bei der Körperpflege, einschl. Haar- und Nagelpflege</p> <p>e) Medis: Bei der medikamentösen Therapie <i>Beim Hovern über ? Anzeige</i> Umsetzung einer fachgerechten Unterstützung im Zusammenhang mit der Medikation. Pflegekräfte haben ausreichende Ressourcen zur aktiven Kommunikation mit Ärzt*innen bei behandlungspflegerischen Bedarfen und die Einnahme von Medikamenten entspricht den ärztlichen An- bzw. Verordnungen</p> <p>f) Smrz: Beim Schmerzmanagement <i>Beim Hovern über ? Anzeige</i> einschl. der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit (u. a. aktive Kommunikation mit Ärzt*innen) sowie weiteren Maßnahmen der Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ und</p>	
--	---	--

	<p>„Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“</p> <p>g) Wund: Bei der Wundversorgung <i>Beim Hovern über  Anzeige</i> einschl. der pflegerischen Maßnahmen der Wundversorgung, die über die ärztlich verordneten Leistungen hinaus gehen oder diese begleiten, der aktiven Kommunikation mit Ärzt*innen und der fachgerechten Umsetzung des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“</p> <p>h) Sinne: Bei der Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung <i>Beim Hovern über  Anzeige</i> Unterstützung bei Bewältigung und Kompensation von Beeinträchtigungen und bei der Nutzung von Hilfsmitteln</p> <p>i) Strkt: Bei der Unterstützung tagesstrukturierender Maßnahmen <i>Beim Hovern über  Anzeige</i> Ermöglichung und Förderung eines individuellen Tagesablaufs, Unterstützung bei der Auswahl und Durchführung bedürfnisgerechter Aktivitäten und Unterstützung bei der Kommunikation mit vertrauten Personen</p> <p>j) Sterb: Bei der Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen <i>Beim Hovern über  Anzeige</i> Die Einrichtung sorgt für geeignete Rahmenbedingungen für ein würdevolles Sterben und Abschiednehmen. Dies schließt auch den respektvollen Umgang mit Verstorbenen ein. Die Unterstützung berücksichtigt den individuellen biografischen, kulturellen und religiösen Hintergrund sowie die individuellen Wünsche und</p>	
--	---	--

	<p>Vorstellungen Sterbender und ihrer Angehörigen</p> <p>Nur KH, EGH& KJH:</p> <p>k) NacKH: Bei der nächtlichen Versorgung <i>Beim Hovern über ? Anzeige</i> Umsetzung von Unterstützungsleistungen im Rahmen nächtlicher Problem- und Bedarfslagen wie bspw. Lagerungen, Toilettengang und Inkontinenzversorgung, Umgang mit Umkehrung des Tag-Nacht-Rhythmus, Versorgung Sterbender und Verstorbener</p> <p>Alle anderen Settings:</p> <p>j) Nacht: Bei der nächtlichen Versorgung <i>Beim Hovern über ? Anzeige</i> Umsetzung von Unterstützungsleistungen im Rahmen nächtlicher Problem- und Bedarfslagen wie bspw. Lagerungen, Toilettengang und Inkontinenzversorgung, Umgang mit Umkehrung des Tag-Nacht-Rhythmus, Versorgung Sterbender und Verstorbener, nächtlicher Zugang</p> <ul style="list-style-type: none"> • <p>Wenn in der vollstationären Pflege oder Reha tätig:</p> <p>k) Aufns: Bei der Unterstützung und Begleitung in der Eingewöhnungsphase nach Einzug/Aufnahme</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Beim Hovern über ? Anzeige</i> Förderung des Wohlbefindens, des Sicherheitsgefühls der Pflegebedürftigen und der Integration in die neue Lebensumgebung <p>Für Krankenhaus, Hospiz, EGH, KJH, Tagesklinik, teilstationäre Langzeitpflege:</p>	
--	---	--

	<p>l) Aufn: Bei der Unterstützung und Begleitung in der Eingewöhnungsphase nach Aufnahme <i>Beim Hovern über  Anzeige</i> Förderung des Wohlbefindens, des Sicherheitsgefühls der Pflegebedürftigen und der Integration in die neue Lebensumgebung</p> <ul style="list-style-type: none"> • • <i>Alle Settings außer Hospize:</i> <p>m) Ueber: Bei der Überleitung in andere Einrichtungen <i>Beim Hovern über  Anzeige</i> Fachlich angemessene Gestaltung des Übergangs von einer Einrichtung in eine andere, Reduktion von Belastungen aufgrund eines Ortswechsels und weitestgehende Sicherstellung einer Versorgungskontinuität, ggf. unter Einbeziehung des Expertenstandards „Entlassungsmanagement in der Pflege“</p> <p>n) HV: Bei der Versorgung von Personen mit herausforderndem Verhalten und psych. Problemlagen <i>Beim Hovern über  Anzeige</i> Beratung zu vorliegenden Problemen oder Risiken und Unterstützung bei der Risikovermeidung, Eingrenzung herausfordernd erlebten Verhaltens und Förderung des Wohlbefindens</p> <p>o) FEM: Bei dem fachgerechten Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen <i>Beim Hovern über  Anzeige</i> Regelmäßige Prüfung zur Notwendigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen und zu möglichen Alternativen sowie fachgerechte Umsetzung und ggf. Überwachung bzw. Kontrolle des Zustands der Pflegebedürftigen</p> <p>p) Risk: Bei der Abwehr von Risiken und Gefährdungen</p>	
--	---	--

	<p><i>Beim Hovern über ? Anzeige</i> Gesundheitliche Risiken und Gefährdungen der Pflegebedürftigen werden zuverlässig eingeschätzt. Entsprechend der individuellen Risikosituation werden Maßnahmen zur Reduzierung von Risiken und zur Vermeidung von Gefährdungen unter Beachtung der Bedürfnisse des Pflegebedürftigen geplant und umgesetzt</p> <p>q) <i>Für Langzeitpflege/Vollstationäre Pflege, Teilstationäre Pflege, ambulante Pflege, Hospize, EGH&KJH:</i> Bio: Bei der biografieorientierten Unterstützung</p> <p><i>Beim Hovern über ? Anzeige</i> Bedürfnisgerechte Alltagsgestaltung und Förderung positiver Emotionen durch Bezüge auf bedeutsame Erfahrung oder Ereignisse im Lebensverlauf</p> <p><i>Für Langzeitpflege/vollstationäre Pflege, Teilstationäre Pflege, ambulante Pflege, Tageskliniken, stationäre Reha, EGH, KJH:</i></p> <p>r) Auss: Bei der Planung und Begleitung außerhäuslicher Aktivitäten</p> <p><i>Beim Hovern über ? Anzeige</i> Ermöglichen von und Begleiten zu individuellen und bedürfnisgerechten Aktivitäten und Veranstaltungen</p> <p><i>Für ambulante Pflege & EGH:</i></p> <p>s) HH: Bei der Haushaltsführung</p> <p><i>Beim Hovern über ? Anzeige</i> Bedürfnisgerechte Planung und Umsetzung von Einkäufen, Reinigungsarbeiten, Wäschepflege sowie Unterstützung beim Umgang mit finanziellen Angelegenheiten und Behörden</p> <p>t) Hyg: Bei der Einhaltung der Hygieneanforderungen</p> <p><i>Beim Hovern über ? Anzeige</i> Umsetzung einer fachgerechten Hygiene in den personennahen- und fernen Bereichen</p>	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • • <i>Für alle Settings außer Hospize:</i> u) Selbs: Bei der Förderung und dem Erhalt von Selbstständigkeit oder von Fähigkeiten im Rahmen von Prävention und Rehabilitation <i>Beim Hovern über  Anzeige</i> Einleitung von therapeutischen Maßnahmen und Mitwirken an diesen, Umsetzung präventiver Maßnahmen zum Erhalt von Fähigkeiten und Selbstständigkeit, Anleitung und Edukation sowie Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten Hilfsmiteleinsetz v) other: Bei sonstigen pflegerischen Bedarfslagen, und zwar: (Freitext) 	
	<p>PersNAusreichendPrio: Bitte ziehen Sie die von Ihnen ausgewählten Qualitätsbereiche in das rechte Feld und bilden eine <u>Rangfolge</u>. Beginnen Sie mit dem Bereich, in dem Sie die <u>Pflegequalität am stärksten eingeschränkt/gefährdet sehen</u>.</p> <p><i>Angezeigt werden die bei</i> PersNAusreichendMC <i>ausgewählten Optionen, in zufälliger Reihenfolge</i></p>	<p><i>Wenn mehr als ein Bereich bei</i> PersNAusreichendMC <i>ausgewählt wurde</i></p>
<p>PpSGStellenpNutzung: Hat Ihre Einrichtung  das 13.000-Stellen-Programm für Pflegefachkräfte genutzt, das durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) eingeführt wurde?</p>	<p>a) Ja: Ja, umfassend b) Teilw: Ja, teilweise c) Nein: Nein d) wn: Weiß ich nicht <i>Wenn Ja oder Teilweise:</i></p> <p>PpSGStellenpNeueSt: Wissen Sie, wie viele Stellen in Ihrer Einrichtung  auf Basis des PpSG neu geschaffen wurden?</p> <p><i>Beim Hovern über  Anzeige:</i> Die Einrichtung, in der sie hauptsächlich/schwerpunktmäßig arbeiten</p> <p>a) Nein: Nein b) -oth-: Ja, und zwar (in Vollzeitäquivalenten): (numerische Eingabe)</p>	<p><i>Wenn in der Leitung tätig & in der vollstationären Pflege</i></p>

<p>An LK (Stationäre Pflege)</p> <p>GPVGStellenpNutzung: Hat Ihre Einrichtung das 20.000-Stellen-Programm für Pflegehilfskräfte genutzt, das durch das Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der Pflege (GPVG) eingeführt wurde?</p>	<p>a) Ja: Ja, umfassend b) Teilw: Ja, teilweise c) Nein: Nein</p> <p>•</p> <p>Wenn Ja oder Teilweise: GPVGStellenpNeueSt: Wissen Sie, wie viele Stellen in Ihrer Einrichtung auf Basis des GPVG neu geschaffen wurden?</p> <p>a) Nein: Nein b) -oth-: Ja, und zwar (in Vollzeitäquivalenten): (numerische Eingabe)</p>	<p>Wenn in der Leitung tätig & in der vollstationären Pflege</p>
--	--	--



Vergütung

Die Angaben in diesem Block sind durchweg freiwillig (keine Pflichtfragen)

Aspekte zur praktischen Umsetzung	Antwortmöglichkeiten	
<p>VerguetMassnMatrix: Können folgende Maßnahmen aus dem Bereich <i>Vergütung</i> dazu beitragen, den Pflegeberuf attraktiver zu machen? Und welche dieser Maßnahmen werden in Ihrem Arbeitsumfeld bereits umgesetzt?</p> <p>Aufgeführt werden zum Teil Maßnahmen aus allen Pflegesektoren. Berücksichtigen Sie dabei nur diejenigen Antwortoptionen, die für Ihren Arbeitsbereich relevant sind bzw. treffen Sie eine Auswahl, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.</p> <p>Telfragenreihenfolge randomisiert</p>		
<p>a) FlexiZulage: Finanzielle Zuschläge für die Mitarbeiter*innen der Stammebelegschaft bei kurzfristiger Übernahme eines Dienstes („Flexi-Zulage“)</p>	<p>Macht den Beruf attraktiver</p> <p>d) Ja: Unbedingt e) Vllt: Vielleicht f) Nein: Eher nicht</p> <p>Wird in meinem Arbeitsumfeld umgesetzt</p> <p>d) Y: Ja e) N: Nein f) wn: Weiß ich nicht</p>	
<p>b) Schichtzulagen: Erhöhung der Zuschläge für Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste für die Mitarbeiter*innen der Stammebelegschaft</p>	<p>siehe a)</p>	

<p>c) Benefits: Vergütungsrelevante Benefits wie bspw. Dienstwagen oder Tankgutscheine</p>	<p>siehe a)</p>	
<p>d) VZStellen: Ausreichendes Angebot an Vollzeitstellen</p>	<p>siehe a)</p>	
<p>NebenjobAufgabe: Würden Sie Ihre zweite Beschäftigung aufgeben, wenn Sie Ihre Arbeitszeit in der Pflege ausweiten könnten?</p>	<p>a) Ja: Unbedingt b) Vllt: Vielleicht c) Nein: Eher nicht</p>	<p>Wenn TN bei TZGruende „MehrereJobs“ angegeben hat</p>
<p><i>Frage nur an LK:</i> Tarif: Wird in Ihrer Einrichtung nach Tarif  bezahlt? <i>Beim Hovern über  Anzeige:</i> Gemeint ist ein Lohn, der zwischen Arbeitgeber (dem Träger Ihrer Einrichtung oder der Einrichtung selbst) und Gewerkschaft ausgehandelt und in einem Tarifvertrag festgeschrieben wurde - z. B. das Entgelt nach TvÖD-P, AVR Diakonie, AVR Caritas oder einem Haustarifvertrag. Nicht gemeint ist der Pflegemindestlohn</p>	<p>a) Ja: Ja, in meiner Einrichtung gilt ein Tarifvertrag b) Orien: In meiner Einrichtung gilt kein Tarifvertrag, aber die Entgelte orientieren sich an einem Tarifvertrag c) Nein: Nein d) wn: Weiß ich nicht</p>	
<p><i>Ersatz für Bruttolohn</i> StKI: Welche Lohnsteuerklasse haben Sie in Ihrer Hauptbeschäftigung in der Pflege?</p>	<p><i>Wenn nicht freiberuflich tätig</i> <i>Einfachauswahl</i> LSK1: Lohnsteuerklasse 1 (Infobox: Ledig, verwitwet, getrennt oder geschieden) LSK2: Lohnsteuerklasse 2 (Infobox: Alleinerziehend) LSK3: Lohnsteuerklasse 3 (Infobox: Häufig gewählt von Verheirateten, die ein höheres Einkommen als ihr*e Partner*in haben) LSK4: Lohnsteuerklasse 4 (Infobox: Häufig gewählt von Verheirateten, die etwa genau so viel verdienen wie ihr*e Partner*in) LSK5: Lohnsteuerklasse 5: (Infobox: Häufig gewählt von Verheirateten, die ein niedrigeres Einkommen als ihr*e Partner*in haben) LSK6: Lohnsteuerklasse 6 (Infobox: Zweit- und Nebenverdienst) KA: Keine Angabe</p>	




<p>NettolohnstSoll:</p> <p>Nettolohnst: Wie hoch ist Ihr derzeitiger monatlicher Nettolohn ? aus Ihrer Hauptbeschäftigung in der Pflege ungefähr (inkl. Zulagen & Zuschläge)?</p> <p>Beim Hovern über ? Anzeige: Der Lohn, der der Ihnen nach Abzug der Sozialversicherungsbeiträge und Lohnsteuer tatsächlich ausgezahlt wird</p> <p>NettolohnSoll: Und welchen Nettolohn fänden Sie im Vergleich zu anderen Berufen, die Sie kennen, für Ihre Arbeit angemessen?</p>	<p>numerische Eingabe</p> <p>numerische Eingabe</p>
<p>ZulagenAttraktiv:</p> <p>aktuell: Machen die aktuellen Zulagen ? und Zuschläge ? den Pflegeberuf attraktiver?</p> <p>Beim Hovern über ? Anzeige: z. B. Intensivzulage, Schicht- oder Wechselschichtzulage, Pflegezulage im öffentlichen Dienst, Leistungszulagen und Leistungsprämien sowie Entgeltgruppenzulagen</p> <p>Beim Hovern über ? Anzeige: z. B. Zuschläge für Nachtarbeit, Sonntags- und Feiertagsarbeit sowie Samstagsarbeit in der Zeit von 13:00 – 23:00 Uhr</p> <p>erhoht: Würde eine Erhöhung der Zulagen ? und Zuschläge ? den Pflegeberuf attraktiver machen?</p>	<p>jew.:</p> <p>a) Ja: Unbedingt b) Vllt: Vielleicht c) Nein: Eher nicht</p>

<p>Beim Hovern über  Anzeige:</p> <p>z. B. Intensivzulage, Schicht- oder Wechselschichtzulage, Pflegezulage im öffentlichen Dienst, Leistungszulagen und Leistungsprämien sowie Entgeltgruppenzulagen</p> <p>Beim Hovern über  Anzeige:</p> <p>z. B. Zuschläge für Nachtarbeit, Sonntags- und Feiertagsarbeit sowie Samstagsarbeit in der Zeit von 13:00 – 23:00 Uhr</p>	
--	--

Führung und Teamatmosphäre (Leitungskräfte aus dem gesamten Fragenblock ausschließen)


Die Angaben in diesem Block sind durchweg freiwillig (keine Pflichtfragen)








Maßnahmen zur praktischen Umsetzung	Antwortmöglichkeiten
<p>FuehTeamMassnMatrix: Können folgende Maßnahmen aus dem Bereich <i>Führung und Teamatmosphäre</i> dazu beitragen, den Pflegeberuf attraktiver zu machen? Und welche dieser Maßnahmen werden in Ihrem Arbeitsumfeld bereits umgesetzt?</p> <p>Aufgeführt werden zum Teil Maßnahmen aus allen Pflegesektoren. Berücksichtigen Sie dabei nur diejenigen Antwortoptionen, die für Ihren Arbeitsbereich relevant sind bzw. treffen Sie eine Auswahl, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.</p> <p><i>Teilfragenreihenfolge randomisiert</i></p>	
<p>Wenn nicht in der Leiharbeit oder freiberuflich tätig:</p> <p>a) EntschIntern: Pflegekräfte bei Entscheidungen in der Einrichtung miteinbeziehen</p>	<p>1. Attraktivitaet: Macht den Beruf attraktiver</p> <p>a) Ja: Unbedingt</p> <p>b) Vllt: Vielleicht</p> <p>c) Nein: Eher nicht</p> <p>2. Umsetzung: Wird in meinem Arbeitsumfeld umgesetzt</p> <p>a) Y: Ja</p> <p>b) N: Nein</p> <p>c) wn: Weiß ich nicht</p> <p>Wenn TN bei FuehTeamMassnMatrix_EntschIntern_Attraktivitaet mit Ja oder Vllt antworten – folgende Mehrfachauswahl anbieten:</p>

	<p>MitentscheidWo: In welche Entscheidungen sollten Pflegekräfte stärker einbezogen werden?</p> <p>a) Pflege: Pflegerische Entscheidungen</p> <p>b) Orga: Organisatorische Entscheidungen (z. B. Dienstplanung, Arbeitszeitgestaltung)</p> <p>c) Personal: Personelle Entscheidungen (z. B. Neueinstellungen, Fortbildungen)</p>
b) SelbststFoerdern: Stärkung von Selbständigkeit und Eigenverantwortung durch die Führungskraft	Siehe a)
c) Atmo: Wertschätzende Kommunikation und gute Arbeitsatmosphäre <i>Beim Hovern über  Anzeige:</i> z. B. Etablierung einer offenen, positiven Fehlerkultur	Siehe a)
d) Lebensumst: Orientierung an den individuellen Lebensumständen der Mitarbeiter*innen <i>Beim Hovern über  Anzeige:</i> z. B. späterer Arbeitsbeginn für Eltern, weniger körperliche anstrengende Tätigkeiten für ältere Pflegekräfte etc.	Siehe a)
e) StaerkenFoerdern: Förderung der individuellen Stärken der Mitarbeiter*innen	Siehe a)
f) Entwicklung: Aktive Teamentwicklung <i>Beim Hovern über  Anzeige:</i> Konfliktmanagement, Coachings, Motivation etc.	Siehe a)
g) Uebernahme: Entwicklung und Übernahme von spezialisierten Verantwortungsbereichen durch Mitarbeiter*innen (z. B. Verantwortung für Betäubungsmittel, Visitenwagen, Fortbildungen)	

Gesundheitsförderung und Prävention

Die Angaben in diesem Block sind durchweg freiwillig (keine Pflichtfragen)


Maßnahmen zur praktischen Umsetzung	Antwortmöglichkeiten
<p>GesundMassnMatrix: Können folgende Maßnahmen aus dem Bereich Gesundheitsförderung und Prävention dazu beitragen, den Pflegeberuf attraktiver zu machen? Und welche dieser Maßnahmen werden in Ihrem Arbeitsumfeld bereits umgesetzt?</p> <p>Aufgeführt werden zum Teil Maßnahmen aus allen Pflegesektoren. Berücksichtigen Sie dabei nur diejenigen Antwortoptionen, die für Ihren Arbeitsbereich relevant sind bzw. treffen Sie eine Auswahl, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.</p> <p><i>Teilfragenreihenfolge randomisiert</i></p>	
<p>a) Hilfsmittel: Verfügbarkeit geeigneter Hilfsmittel</p>	<p>Macht den Beruf attraktiver</p> <p>a) Ja: Unbedingt b) Vllt: Vielleicht c) Nein: Eher nicht</p> <p>Wird in meinem Arbeitsumfeld umgesetzt</p> <p>a) Y: Ja b) N: Nein c) wn: Weiß ich nicht</p> <p>Zusätzliche Fragen:</p> <p>MangelHilfsm2: Haben Ihnen im letzten Jahr Hilfsmittel gefehlt?</p> <p>a) <i>J: Ja</i> b) <i>N: Nein</i></p> <p>Wenn „Ja“:</p> <p>MangelHilfsmPrio2: Bitte wählen Sie die <u>Hilfsmittel</u> aus, die Ihnen <u>im letzten Jahr gefehlt haben</u>. Ziehen Sie diese in das rechte Feld und bilden eine Rangfolge. <u>Beginnen Sie mit den Hilfsmitteln, die Sie am dringendsten benötigen.</u></p> <p><i>Mehrfachauswahl & Rangfolge</i></p> <p><i>Reihenfolge der Antwortoptionen randomisiert</i></p> <p>a) Alltg: Hilfsmittel zur Förderung der Eigenständigkeit und Alltagsbewältigung von Pflegebedürftigen</p> <p>Beim Hovern über  Anzeige: z. B. Küchenhilfsmittel zur Erleichterung</p>

	<p>der Nahrungsaufnahme, Haltegriffe, automatische Türöffner</p> <p>b) Mobil: Hilfsmittel zur selbständigen Mobilität von Pflegebedürftigen Beim Hovern über  Anzeige: z. B. Rollatoren, Gehgestelle mit Standfuß, Gehstöcke, Treppenstufengehilfen, Rollstuhl</p> <p>c) Siche: Hilfsmittel zur Sicherheit der Pflegebedürftigen Beim Hovern über  Anzeige: z. B. Sicherheitsgriffe, Seh-/Hörhilfen, Sensormatten</p> <p>d) Hygi: Hilfsmittel zur Grund- und Körperpflege (Hygiene) Beim Hovern über  Anzeige: z. B. Stehbecken, Urinflaschen, Inkontinenzunterlagen</p> <p>e) Medi: Hilfsmittel zur medizinischen/therapeutischen Behandlung der Pflegebedürftigen Beim Hovern über  Anzeige: z. B. therapeutische Bewegungsgeräte wie Arm- oder Beintrainer</p> <p>f) Lager: Hilfsmittel zur Lagerung von Pflegebedürftigen Beim Hovern über  Anzeige: z. B. Lagerungskeile, Luftkissen, Luftringe, Sitzringe, Kippsicherungen, Wechseldruckmatratzen, elektrische Betten</p> <p>g) Mblis: Hilfsmittel zur Mobilisierung von Pflegebedürftigen Beim Hovern über  Anzeige: z. B. Lifter, Ballkissen, Hartschaumstoffrolle, Thera- Band, Hanteln, Gleittücher, Rutschmatten</p> <p>h) Digit: Digitale Assistenzen Beim Hovern über  Anzeige: z. B. Sprachassistenten</p> <p>Wenn MangelHilfsm2 == „Ja“</p> <p>MangelHilfsmSonst: Gibt es weitere Hilfsmittel, die Ihnen fehlen? Freitext</p>
<p>b) SchutzA: Verfügbarkeit geeigneter Schutzausrüstung</p>	<p>siehe a)</p>

	<p>MangelSchutzA2: Hat es im letzten Jahr in Ihrer Einrichtung an Schutzausrüstung gefehlt?</p> <p>c) J: Ja d) N: Nein Wenn „Ja“:</p> <p>MangelSchutzAPrio2: Bitte wählen Sie die Schutzausrüstung aus, die Ihnen im letzten Jahr gefehlt hat. Ziehen Sie diese in das rechte Feld und bilden eine Rangfolge. Beginnen Sie mit den Gegenständen, die Sie am dringendsten benötigen.</p> <p>Wie beantworte ich diese Frage ?</p> <p>Beim Hovern über ? Anzeige: Wählen Sie die gewünschten Antwortoptionen aus, indem Sie darauf klicken, gedrückt halten, und sie ins rechte Feld ziehen. Sie können die Reihenfolge im rechten Feld jederzeit ändern.</p> <p>Mehrfachauswahl & Rangfolge Antwortoptionen in zufälliger Reihenfolge</p> <p>a) steHS: Sterile Schutzhandschuhe b) usHS: Normale Einmalhandschuhe c) Bri: Schutzbrillen d) Atem: Atemschutz e) MNS: Mund-Nasenschutz f) Kleid: Berufskleidung g) Kitt: Schutzkittel/Pflegeschrürzen h) Kopf: Kopf- und Haarschutz i) Schuh: Schutzschuhe</p> <p>Wenn MangelSchutzA2 == „Ja“</p> <p>MangelSchutzASonst: Gibt es weitere Schutzausrüstung, die Ihnen fehlt? Freitext Freitext</p>
<p>c) ZeitHilf: Ausreichend Zeit für den fachgerechten Einsatz von Hilfsmitteln</p>	
<p>d) ZeitSchutz: Ausreichend Zeit für den fachgerechten Einsatz von Schutzausrüstung</p>	
<p>e) SchulungHMSA: Ausreichendes Angebot und ausreichend Zeit für Schulungen zum sicheren Umgang mit Hilfsmitteln und Schutzausrüstung</p>	


<p>f) Datenerhebung: Regelmäßige Erhebung von physischen und psychischen Arbeitsbelastungen und Ableitung von Maßnahmen im Rahmen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes</p>	<p>Siehe a) <i>Nur an Leitungskräfte</i></p>
<p>g) PsychHilfe: Unterstützung beim Umgang mit psychischen Belastungen</p>	<p>Siehe a) <i>Wenn bei</i> GesundMassnMatrix_Attraktivitaet_PsychHilfe „Ja“ oder „Vllt“ gewählt wurde:</p> <p>PsychHilfePrio2: Bitte wählen Sie aus, welche <u>Unterstützung Sie bei psychischen Belastungen am Arbeitsplatz sinnvoll finden. Ziehen Sie diese in das rechte Feld und bilden eine Rangfolge. Beginnen Sie mit dem Unterstützungsangebot, das Ihnen am hilfreichsten vorkommt.</u></p> <p><i>Mehrfachauswahl& Rangfolge</i> <i>Antwortoptionen in zufälliger Reihenfolge</i></p> <p>a) Supvi: Supervision Beim Hovern über  Anzeige: Supervision ist eine Form der Beratung für Mitarbeiter*innen, die zur Reflexion eigenen Handelns anregen sowie Qualität professioneller Arbeit sichern und verbessern soll. Im Rahmen der Supervision können Belastungen reflektiert und neue Handlungswege entwickelt werden</p> <p>b) Coach: Coaching Beim Hovern über  Anzeige: Coaching ist eine Beratungsmethode, die u.a. die Entwicklung eigener Lösungen begleitet - durch strukturierte Gespräche z. B. zu Fragen des beruflichen Alltags.</p> <p>c) Komm: Konflikt- und Kommunikationstraining</p> <p>d) GewPr: Gewaltprävention</p> <p>e) Entsp: Angebote zur Entspannung und Regeneration (Meditation, Yoga, QiGong etc.)</p> <p><i>Wenn bei</i> GesundMassnMatrix_Attraktivitaet_</p>




	<p>PsychHilfe „Ja“ oder „Vllt“ gewählt wurde:</p> <p>Wenn „Sonstiges“ ausgewählt wurde:</p> <p>PsychHilfeSonst: Welche weiteren Unterstützungen bei psychischen Belastungen am Arbeitsplatz finden Sie sinnvoll?</p> <p>Freitext</p> <p>bei GesundMassnMatrix_Attraktivitaet_PsychHilfe „Ja“ oder „Vllt“ gewählt wurde und mindestens ein Angebot bei PsychHilfeSonst oder PsychHilfePrio2 für sinnvoll erachtet wurde</p> <p>PsychHilfeKurz: Welche der Unterstützungsangebote können Pflegekräfte kurzfristig psychisch entlasten?</p> <p>angezeigt werden die bei PsychHilfePrio2 ausgewählten Unterstützungsangebote +Das bei PsychHilfeSond angegebene+</p> <p>f) Keine: Kurzfristig kann keines dieser Angebote entlasten</p>
<p>h) KoerpHilfe: Unterstützung beim Umgang mit körperlichen Belastungen</p>	<p>siehe a)</p> <p>Wenn TN bei GesundMassnMatrix_Attraktivitaet mit „Ja“ oder „Vllt“ antwortet, Frage nach gewünschten Angeboten – Mehrfachnennung möglich:</p> <p>KoerpHilfeForm: Welche Angebote zur Unterstützung bei körperlicher Belastung wünschen Sie sich?</p> <p>Mehrfachauswahl</p> <p>Randomisierte Reihenfolge der Antwortmöglichkeiten</p> <p>a) Rueck: Rückengerechtes Arbeiten (Rückenschule, ergonomische Angebote/Angebote zur Prävention von Haltungsschäden etc.)</p> <p>b) HM: Einsatz von Hilfsmitteln</p> <p>c) SchA: Schutzausrüstung</p>

	<p>d) Entsp: Angebote zur Entspannung und Regeneration (Yoga, QiGong etc.)</p> <p>e) Sport: Allg. Sportangebote</p> <p>f) Ern: Angebote zur Ernährung (z. B. Ernährungsberatung für gesündere und schichtarbeitsoptimierte Ernährung)</p> <p>g) Kinae: Angebote zu bewegungsoptimiertem Arbeiten, Kinästhetik Beim Hovern über  Anzeige: Lernen und Entwickeln von Bewegungsabläufen, die auf die individuellen Fähigkeiten der Pflegekraft abgestimmt sind</p> <p>h) other: Andere Angebote zur Unterstützung bei körperlicher Belastung, und zwar: (Freitext)</p> <p>i) keine: ich benötige keine Angebote</p>
<p>i) PausenAusserhalb: Möglichkeit, die Pausen außerhalb der Station/des Bereichs, in separaten Räumlichkeiten ohne Rufbereitschaft zu verbringen</p>	
<p>PausenErholungHaeuf <i>Matrixfrage mit Pause, ErholungNSchichtd & ErholungSchichtd als Teilfragen</i></p>	<p><i>Antwortmöglichkeit jew. Schieberegler mit den Einstellungsmöglichkeiten 0-100% meiner Dienste (5%-Schritte, Anfangswert 50%)</i></p>
<p>Pausen: Wie häufig können Sie Ihre gesetzlichen Pausenzeiten tatsächlich einhalten?</p>	<p>Alle</p>
<p>ErholungNSchichtd: Wie oft können Sie die gesetzlichen Erholungsphasen (mindestens 11 Stunden) zwischen den Diensten einhalten?</p>	<p><i>Nur wenn nicht im Schichtdienst gearbeitet wird</i></p>
<p>ErholungSchichtd: Wie oft können Sie die gesetzlichen Erholungsphasen zwischen den Diensten einhalten? Diese liegen üblicherweise bei 11 Stunden, können jedoch tarifvertraglich auf 9 Stunden reduziert sein.</p>	<p><i>Nur wenn im Schichtdienst gearbeitet wird</i></p>

Stärkung der Leitungskräfte (Nur Leitungskräfte)


Die Angaben in diesem Block sind durchweg freiwillig (keine Pflichtfragen)





Maßnahmen zur praktischen Umsetzung	Antwortmöglichkeiten
<p>LeitungMassnMatrix: Können folgende Maßnahmen aus dem Bereich Stärkung der Leitungskräfte dazu beitragen, den Pflegeberuf attraktiver zu machen? Und welche dieser Maßnahmen werden in Ihrem Arbeitsumfeld bereits umgesetzt?</p> <p>Aufgeführt werden zum Teil Maßnahmen aus allen Pflegesektoren. Berücksichtigen Sie dabei nur diejenigen Antwortoptionen, die für Ihren Arbeitsbereich relevant sind bzw. treffen Sie eine Auswahl, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.</p> <p><i>Randomisierte Teilfragenreihenfolge</i></p>	
<p>a) Entsch: Einbeziehung in Führungs- und Entscheidungsprozesse der höheren Ebene(n) <i>Beim Hovern über  Anzeige:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Mitsprache der Leitungskräfte bei strategischen, personellen und finanziellen Fragen, z. B. im Bereich Personalgewinnung, Mitarbeiterentwicklung, Qualitätsstandards, Budgetverteilung, Änderung von Abläufen, die meinen Arbeitsbereich betreffen etc. 	<p>3. Attraktivitaet: Macht den Beruf attraktiver</p> <p>a) Ja: Unbedingt b) Vllt: Vielleicht c) Nein: Eher nicht</p> <p>4. Umsetzung: Wird in meinem Arbeitsumfeld umgesetzt</p> <p>a) Y: Ja b) N: Nein c) wn: Weiß ich nicht</p> <p><i>Wenn TN bei</i> LeitungMassnMatrix_Entsch_Attraktivitaet mit Ja oder Vllt antworten (Mehrfachantwort) <i>Randomisierte Reihenfolge</i></p> <p>LeitMitentscheidWo: Ich wünsche mir stärkere Einbeziehung in Führungs- und Entscheidungsprozesse...</p> <p>a) Strategie: ... zur weiteren Ausrichtung der Einrichtung (Strategie) b) AblaeufeEinricht: ... zu Änderungen von Abläufen in meiner Einrichtung c) Bestellungen: ... zum Bestellwesen d) Budget: ... zur Budgetverteilung e) Personal: ... zur Personalgewinnung, -auswahl und zum Personaleinsatz f) QualiStandards: ... zur Erstellung von (Qualitäts-)Standards g) Doku: ... zur Dokumentation h) Verantwort: ... zum Verantwortungslevel der Mitarbeiter*innen</p>




	<p>i) Verguetung: ... zur Vergütung von Mitarbeiter*innen</p> <p>j) other: Andere Bereiche, und zwar: (Freitext)</p>
b) Transparenz: Transparente Begründung von übergeordneten Entscheidungen	siehe a)
c) Kommunikation: Teilnahme an relevanten Besprechungen übergeordneter Führungsebenen oder anderer Berufsgruppen	siehe a)
d) Reduktion: Entbindung/Reduktion von pflegepraktischen und bürokratischen Tätigkeiten (bspw. PpUGV), sofern sie nicht im Rahmen von Führung notwendig sind	siehe a)
e) Profil: Klares Stellenprofil und ggf. Schaffung neuer Rollen, um Transparenz und Abgrenzung gegenüber den Mitarbeiter*innen zu schaffen	siehe a)
f) Vertretung: Klare Vertretungsregelungen (damit nicht nur die eine Führungskraft immer ansprechbar und verantwortlich sein muss)	siehe a)
g) Entwicklung: Regelmäßige Führungskräfteentwicklung <i>Beim Hovern über  Anzeige:</i> z. B. Fortbildungen zum Thema Führung, Kommunikation, Digitalisierung, Coaching, Mediation und Austausch mit anderen Führungskräften	siehe a)
h) UnterstPersonalgew: Betriebliche Unterstützung bei Aufgaben im Rahmen der Personalgewinnung	siehe a)
i) AlltagSpielraume: Entscheidungsspielräume, um den Arbeitsalltag der Mitarbeiter*innen beeinflussen zu können <ul style="list-style-type: none"> • <i>Beim Hovern über  Anzeige:</i> • z. B. durch Ausweitung von Handlungs- und Gestaltungsfreiheiten in den Arbeitsabläufen/Einsatzplänen 	siehe a)
j) Krisenhilfe: Unterstützung in Krisensituationen <i>Beim Hovern über  Anzeige:</i> z. B. Krisencoaching, Mediationsangebote, direkte Ansprechpartner in der übergeordneten Führungsebene	siehe a)


Pflegeprofession, Berufsprofile und Karriere

Die Angaben in diesem Block sind durchweg freiwillig (keine Pflichtfragen)

Maßnahmen zur praktischen Umsetzung	Antwortmöglichkeiten
<p>ProfessMassnMatrix: Können folgende Maßnahmen aus dem Bereich <i>Etablierung der Pflege als eigenständige Profession mit klaren Berufsprofilen und vielen Karrieremöglichkeiten</i> dazu beitragen, den Pflegeberuf attraktiver zu machen? Und welche dieser Maßnahmen werden in Ihrem Arbeitsumfeld bereits umgesetzt?</p> <p>Aufgeführt werden zum Teil Maßnahmen aus allen Pflegesektoren. Berücksichtigen Sie dabei nur diejenigen Antwortoptionen, die für Ihren Arbeitsbereich relevant sind bzw. treffen Sie eine Auswahl, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.</p> <p><i>Randomisierte Teilfragenreihenfolge</i></p>	
<p>a) Zustaendig: Klare Zuständigkeiten von Pflegekräften in Abgrenzung zu anderen Professionen oder Berufsgruppen</p>	<p>Macht den Beruf attraktiver</p> <p>a) Ja: Unbedingt b) Vllt: Vielleicht c) Nein: Eher nicht</p> <p>Wird in meinem Arbeitsumfeld umgesetzt</p> <p>a) Y: Ja b) N: Nein c) wn: Weiß ich nicht</p>
<p>b) Heilkundl: Pflegefachkräften ermöglichen, eigenverantwortlich heilkundliche (ärztliche) Tätigkeiten zu übernehmen</p>	<p><i>Fachkräfte, Fachkraft-Azubis, Pflegestudierende und/oder abgeschlossenes Pflegestudium</i></p> <p>Siehe a)</p> <p><i>Zusätzliche Frage:</i></p> <p>Wenn bei ProfessMassnMatrix Heilkundl „Ja“ oder „Vllt“ gewählt wurde:</p> <p>HeilkundlWas:</p> <p>Welche heilkundlichen (ärztlichen) Tätigkeiten der Fachkommission nach § 53 PflBG sollten Pflegefachkräfte übernehmen dürfen?</p> <p><i>Mehrfachantworten möglich</i></p> <p><i>Randomisierte Reihenfolge der Antwortmöglichkeiten</i></p> <p>a) Diabetes: Erweiterte heilkundliche Verantwortung bei Diabetes</p> <p>Beim Hovern über  Anzeige:</p> <p>Erweiterte heilkundliche Verantwortung für</p>

	<p>Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellage. Damit verbundene Tätigkeiten umfassen u. a. Ernährungsberatung, Verordnungen, die Veranlassung vertragsärztlicher Überweisungen und ggf. die Erfassung des Wundzustands.</p> <p>b) Wunden: Erweiterte heilkundliche Verantwortung bei chronischen Wunden Beim Hovern über  Anzeige: Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von chronischen Wunden betroffen sind. Damit verbundene Tätigkeiten umfassen u. a. das Wundmanagement, die Veranlassung vertragsärztlicher Überweisungen, Verordnungen und Ernährungsberatung.</p> <p>c) Demenz: Erweiterte heilkundliche Verantwortung bei Demenz Beim Hovern über  Anzeige: Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen, die von einer Demenz betroffen sind. Damit verbundene Tätigkeiten umfassen u. a. Assessments, Planung einzuleitender Interventionen und Erfassung und Analyse der Medikation(snebenwirkungen).</p> <p>d) Bluthochdruck: Erweiterte heilkundliche Verantwortung bei Bluthochdruck Beim Hovern über  Anzeige: Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von Bluthochdruck betroffen sind. Damit verbundene Tätigkeiten umfassen u. a. Assessments, Umsetzung des Therapieplans, Mitwirkung und Begleitung bei diagnosebedingtem Hypertonus einzuleitenden Interventionen im multiprofessionellen Team, Ernährungsberatung und Verordnungen.</p> <p>e) Schmerzen: Erweiterte heilkundliche Verantwortung bei Schmerzen Beim Hovern über  Anzeige: Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen</p>
--	---

	<p>aller Altersstufen, die von Schmerzen betroffen sind. Damit verbundene Tätigkeiten umfassen u. a. die Schmerzerfassung, Medikation nach Standard (Positivliste), Überprüfung und Anpassung der Medikation und nicht-medikamentöser Interventionen.</p> <p>f) Ernaehrung: Erweiterte heilkundliche Verantwortung bei spezifischen Ernährungs- oder Ausscheidungsproblemen <i>Beim Hovern über  Anzeige:</i> Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von spezifischen Ernährungs- oder Ausscheidungsproblemen betroffen sind. Damit verbundene Tätigkeiten umfassen u. a. Assessments, Ernährungsberatung, Bilanz und Maßnahmenableitung sowie die Verabreichung von Nahrung und Flüssigkeit (enteral und parenteral) und Maßnahmen der Stuhlregulation.</p> <p>g) Tracheostoma: Erweiterte heilkundliche Verantwortung bei Tracheostoma <i>Beim Hovern über  Anzeige:</i> Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von Tracheostoma betroffen sind. Damit verbundene Tätigkeiten umfassen u. a. Beobachtung, Dokumentation & Evaluation des Atemflusses sowie des Wund-, Allgemein- und Ernährungszustandes, Auswahl, Wechsel und Säuberung von Trachealkanülen, Messung und Anpassung des Cuffdrucks, Wundversorgung und Auswahl & Einsatz geeigneter Hilfsmittel (z. B. Atemgasbefeuchter).</p> <p>h) Atmung: Erweiterte heilkundliche Verantwortung bei akuter oder chronischer Beeinträchtigung der Atmung <i>Beim Hovern über  Anzeige:</i> Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen, die von akuter oder chronischer Beeinträchtigung der Atmung betroffen sind. Damit verbundene</p>
--	---

	<p>Tätigkeiten umfassen u. a. Atemtherapie, Inhalationstherapie und Atemgymnastik.</p> <p>i) other: Andere heilkundliche Tätigkeiten, und zwar: (Freitext)</p>
<p>c) Rolle: Deutlichere Differenzierung und Herausbildung von pflegefachlichen Berufs- und Rollenprofilen (Pflegepraxis, Pflegemanagement, Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik)</p>	<p>Siehe a)</p>
<p>d) QualifMix: Deutlichere Differenzierung zwischen den einzelnen Qualifikationsniveaus nach einem Qualifikationsmixmodell</p> <p>Beim Hovern über  Anzeige: Das Qualifikationsmixmodell gibt an, welches Qualifikationsniveau zur fachgerechten Erbringung von Pflegeinterventionen mindestens vorliegen muss</p>	<p>Siehe a)</p>
<p>e) Kompetenz: Gezielterer Einsatz individueller Fähigkeiten der Mitarbeiter*innen</p>	<p>Siehe a)</p>
<p>f) MultiTeams: Einsatz multiprofessioneller Teams für eine bessere Zusammenarbeit, z. B. durch Fallbesprechungen und interdisziplinäre Fallplanung</p>	<p><i>Fachkräfte, Fachkraft-Azubis, Pflegestudierende und/oder abgeschlossenes Pflegestudium</i></p> <p>Siehe a)</p> <p>Wenn bei ProfessMassnMatrix bei MultiTeams „Ja“ oder „Vllt“ und nur, wenn auch in einem anderen Sektor als im KH gearbeitet wird:</p> <p>MultiTeamWer: Aus welchen Berufen sollten sich multiprofessionelle Teams in Ihrem Arbeitsumfeld Ihrer Meinung nach zusammensetzen?</p> <p><i>(Mehrfachantworten)</i></p> <p><i>Randomisierte Antwortreihenfolge</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Aerzt: Ärzt*innen b) FK: Pflegefachkräfte c) FKStud: Pflegefachkräfte mit Studienabschluss d) HK: Pflegehilfs-/assistenzkräfte e) SozPaed: Sozialpädagog*innen/Heilerziehungspfleger*innen f) Psych: Psycholog*innen g) Thera: Therapeut*innen (bspw. Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen) h) Seels: Seelsorger*innen

	<p>i) BTK: Betreuungskräfte j) Ern: Ernährungs- und Diabetesberater*innen k) other: Andere Berufe, und zwar: (Freitext) l) NA: Keine Angabe</p>	
<p>HeilkundlWeiterb: Hätten Sie Interesse an einer Fortbildung/Weiterbildung, die es Ihnen ermöglicht, in einem der genannten Bereiche erweiterte heilkundliche Verantwortung zu übernehmen?</p>	<p>a) Ja: Ja b) Nein: Nein c) Unsch: Unentschlossen</p>	<p><i>Wenn abgeschlossene Fachkraftausbildung und bei ProfessMassnMatr ix Heilkundl „Ja“ oder „Vllt“ gewählt wurde</i></p>
<p>ProfessMassn2: Können folgende Maßnahmen aus dem Bereich Etablierung der Pflege als eigenständige Profession mit klaren Berufsprofilen und vielen Karrieremöglichkeiten (auch) dazu beitragen, den Pflegeberuf attraktiver zu machen?</p> <p><i>Randomisierte Teilfragenreihenfolge</i></p> <ol style="list-style-type: none"> AusbStand: Bundeseinheitliche Festlegung von verschiedenen Qualifikationsformen (einheitliche Anforderungen, Fähigkeiten und Kenntnisse zur erfolgreichen Bewältigung der beruflichen Anforderungen bspw. bei der Pflegehelferausbildung) Kammer: Bessere Interessenvertretung für Pflegekräfte 	<p>a) Ja: Unbedingt b) Vllt: Vielleicht c) Nein: Eher nicht</p>	
<p>PhyAssi: Seit ein paar Jahren gibt es in Deutschland den Beruf <i>Physician Assistant</i>. Es handelt sich um einen akademischen medizinischen Beruf, welcher in der Qualifizierung zwischen Arzt und Pflegepersonal steht. Arztassistenten führen dabei selbstständig nach Delegation durch einen Facharzt einfache Behandlungen wie z.B. Anamnese mit körperlicher Untersuchung durch. Wir interessieren uns dafür, wie sich das neue Berufsbild auf die Pflege auswirkt. Welchen Aussagen stimmen Sie zu?</p>	<p><i>Mehrfachantwort</i></p> <p>a) Quali: Die medizinische Versorgung wird schlechter, wenn ärztliche Tätigkeiten teilweise von Physician Assitants übernommen werden b) KarriMed: Pflegekräfte haben durch dieses Studienangebot eine neue Möglichkeit, sich beruflich in Richtung medizinische Versorgung weiterzuentwickeln</p>	<p><i>Wenn im Krankenhaus oder in der stationären Reha gearbeitet wird</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> c) ZeitPflege: Physician Assistants entlasten Pflegekräfte bei heilkundlichen Aufgaben, sodass mehr Zeit für die Pflege bleibt d) Abwan: Dieses neue Berufsbild zieht Pflegekräfte an und verschärft damit den Personalmangel in der Pflege e) KarriGeld: Pflegekräfte haben durch dieses Studienangebot eine neue Möglichkeit, in eine besser bezahlte Position zu kommen f) Bindeglied: Physician Assistants können als Bindeglied zwischen Pflegepersonal und Ärzteschaft wirken g) AuswirkungZeitRess: Die Rolle der Physician Assistants wirkt sich nicht auf die Zeit- und Personalressourcen der Pflege aus h) Keine: Ich stimme keiner der Aussagen zu i) NA: Kann ich nicht beurteilen 	
<p>PhyAssiSonst: Haben Sie darüber hinaus eine Meinung dazu, wie sich die Rolle von Physician Assistants [?] auf die Professionalisierung sowie die Zeit- und Personalressourcen der Pflege auswirkt?</p> <p>Beim Hovern über [?] Anzeige: <u>Physician Assistant (Medizinische*r</u> <u>Assistent*in) ist ein akademischer medizinischer</u> <u>Beruf. In einem Bachelorstudiengang erwerben</u> <u>Medizinische Assistent*innen die formalen</u> <u>Voraussetzungen, um delegierbare Tätigkeiten</u> <u>selbständig auszuüben, die dem Arztvorbehalt</u> <u>unterliegen</u></p>	<p>Freitext</p>	<p>Wenn im Krankenhaus oder der stationären Reha gearbeitet wird & nicht bei PhyAssi bereits angegeben wurde, keine Meinung zu haben (PhyAssi_NA)</p>

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Angaben in diesem Block sind durchweg freiwillig (keine Pflichtfragen)

Maßnahmen zur praktischen Umsetzung	Antwortmöglichkeiten
<p>BildMassnMatrix: Können folgende Maßnahmen aus dem Bereich <i>Aus-, Fort- und Weiterbildung</i> dazu beitragen, den Pflegeberuf attraktiver zu machen? Und welche dieser Maßnahmen werden in Ihrem Arbeitsumfeld bereits umgesetzt?</p> <p>Aufgeführt werden zum Teil Maßnahmen aus allen Pflegesektoren. Berücksichtigen Sie dabei nur diejenigen Antwortoptionen, die für Ihren Arbeitsbereich relevant sind bzw. treffen Sie eine Auswahl, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft.</p> <p><i>Teilfragenreihenfolge randomisiert</i></p>	
<p>1. PflichtFortBild: Pflichtfortbildungen in der regulären Arbeitszeit</p>	<p>Macht den Beruf attraktiver</p> <p>a) Ja: Unbedingt b) Vllt: Vielleicht c) Nein: Eher nicht</p> <p>Wird in meinem Arbeitsumfeld umgesetzt</p> <p>a) Y: Ja b) N: Nein c) wn: Weiß ich nicht</p>
<p>2. FlexBild: Ermöglichung von zeit- und ortsunabhängigen Fort- und Weiterbildungen</p>	<p>Siehe a)</p>
<p>3. BildKeinAbzug: Berücksichtigung von Einarbeitungs-, Anleitungs-, Ausbildungs-, Schulungs- und Trainingszeiten in der Dienstplanung</p>	<p>Siehe a)</p>
<p>4. Innovation: Schaffung von Raum und Möglichkeiten, sich mit Innovationsthemen in der Pflege auseinanderzusetzen (z. B. Etablierung von innerbetrieblichen Innovationszirkeln/-gruppen)</p>	<p>Siehe a)</p>
<p>BildMassn2: Können folgende Maßnahmen aus dem Bereich <i>Aus-, Fort- und Weiterbildung</i> (auch) dazu beitragen, den Pflegeberuf attraktiver zu machen?</p> <p><i>Teilfragenreihenfolge randomisiert</i></p> <p>a) Studienmoeg: Weiterbildungsangebote an Fach- und Hochschulen in allen Bundesländern schaffen</p> <p>b) PraxisanlAufwert: Finanzielle Aufwertung von Praxisanleitungen</p>	

<p>c) PraxisanlNiveau: Höheres Weiterbildungsniveau von Praxisanleitungen</p> <p>d) QualiLeit: Bessere Qualifikation von Führungskräften</p> <p>e) BildKeinAbzug2: Keine Planstellenanrechnung [?] von Anleitungs-, Ausbildungs-, Schulungs- und Trainingszeiten Beim Hovern über [?] Anzeige:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planstellen sind die Stellen, die für die täglichen Pflegeaufgaben einer Einheit (z. B. einer Station oder einer Einrichtung) zur Verfügung stehen <p>f) Digitalisierung: Anteil digitaler Angebote in der Aus- und Weiterbildung erhöhen</p>	
--	--

Endblocktext: Fast geschafft! Zum Schluss interessieren wir uns noch für Ihre Erfahrungen und Überlegungen in Bezug auf die Corona-Pandemie – und für Ihre Ideen, was über die angesprochenen Themen hinaus für die Pflege getan werden kann.

Lehren aus der Corona-Pandemie

Die Angaben in diesem Block sind durchweg freiwillig (keine Pflichtfragen)

Fragetext	Filter
C19Lehren: Welche Lehren sollten Ihrer Ansicht nach aus der Pandemie gezogen werden? <i>(Freitext)</i>	An alle
C19Massnahmen: Welche Erfahrungen haben Sie mit Maßnahmen während der Pandemie gemacht, die die Arbeitsbedingungen auch im „Normalbetrieb“ verbessern könnten? <i>(Freitext)</i>	An alle

Weitere Themen

ThemenSonst: Was muss sich noch in der Pflege ändern? Welche wichtigen Themen wurden im Fragebogen bisher nicht angesprochen? <i>(Freitext)</i>	An alle
--	---------

Abschlussstext: Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unseren umfangreichen Fragebogen zu beantworten! Damit leisten Sie einen wertvollen Beitrag dazu, Faktoren des

Berufsausstiegs in der Pflege zu identifizieren sowie Maßnahmen zu entwickeln, die die Arbeitsbedingungen für beruflich Pflegenden in Zukunft effektiv verbessern.

Die Ergebnisse der Befragung werden im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege publiziert. Gerne weisen wir Sie auf die Veröffentlichung hin. Hinterlassen Sie uns bei Interesse Ihre E-Mail-Adresse. Sie werden dazu zu einer weiteren Umfrage weitergeleitet. Ihre E-Mail-Adresse kann somit nicht mit Ihren Angaben im Fragebogen in Verbindung gebracht werden. Wir verwenden Sie ausschließlich, um Sie zu informieren.

[Zur E-Mail-Eingabe](#) (Link zu neuer LS-Umfrage) / Meine E-Mail-Adresse (*Freitext*)

