Arbeitskammer des Saarlandes
beraten.bilden.forschen.

IAT Westfälische Hochschule RUB

Hans Böckler Stiftung

Arbeitnehmerkammer Bremen



„Ich pflege wieder, wenn …“

Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften

IMPRESSUM

Ein Kooperationsprojekt der Arbeitnehmer-
kammer Bremen, des Instituts Arbeit und
Technik Gelsenkirchen und der Arbeitskammer
des Saarlandes

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

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

Gefördert durch
Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

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

Umschlaggestaltung
GfG / Gruppe für Gestaltung, Bremen

Lektorat
Martina Kedenburg, Arbeitnehmerkammer Bremen
Textgärtnerei, Bremen

Layout
Sarina Schöbel, Arbeitnehmerkammer Bremen

Druck
BerlinDruck GmbH + Co KG, Achim

Stand: April 2022

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

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

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

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis 5

Tabellenverzeichnis 6

1 Hintergrund und Ziel der Studie 7

2 Methodik 13

2.1 Fragebogenentwicklung und -aufbau 13

2.2 Datenerhebung 15

2.3 Datenanalyse 16

2.3.1 Faktorenanalyse und Indexbildung 16

2.3.2 Auswertung der Rankingfrage 17

2.4 Mögliche Verzerrungen, Repräsentativität und Generalisierbarkeit 17

3 Stichprobenbeschreibung: Wer sind die Befragten? 22

4 Ergebnisse 33

4.1 Bereitschaft zu Wiedereinstieg und Stundenerhöhung 33

4.1.1 Unterschiede in der Bereitschaft zwischen der Kranken- und Langzeitpflege 34

4.1.2 Teilzeitpflegekräfte: Engagement bei der Stundenerhöhung 35

4.1.3 Ausgestiegene: Engagement bei der Rückkehr 37

4.1.4 Ausgestiegene und Teilzeitpflegekräfte, die Rückkehr beziehungsweise Stundenerhöhung ausschließen 38

4.2 Pflegekräftepotenziale 39

4.2.1 Berechnung der Pflegefachkräftepotenziale – konservatives und optimistisches Modell 39

4.2.2 Teilzeitpflegekräfte 40

4.2.3 Ausgestiegene Pflegekräfte 42

4.2.4 Potenziale unter Berücksichtigung des aktuellen Engagements bei der Rückkehr 47

4.2.5 Potenziale nach Erwerbsstatus und Engagement bei der Rückkehr 48

4.2.6 Potenziale nach angestrebten Wiedereinstiegsbereichen 49

4.3 Förderliche Arbeitsbedingungen für Wiedereinstieg und Stundenerhöhung 52

4.3.1 Rankingfrage – acht wichtige Arbeitsbedingungen in Relation zueinander 52

4.3.2 Top 10 der wichtigsten Arbeitsbedingungen 54

4.3.3 Gruppenspezifische Befunde 57

4.4 Zu den förderlichen Arbeitsbedingungen nach Themenbereichen im Einzelnen 58

4.4.1 Organisation und Führung 58

4.4.2 Berufliches Selbstverständnis und Anerkennung 61

4.4.3 Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben 66

4.4.4 Gesundheitsschutz und Prävention 67

4.4.5 Weiterbildung und Karriere 69

4.4.6 Wiedereinstieg 70

4.5 Exkurs: Einfluss der Covid-19-Pandemie 72

4.5.1 Einfluss auf die Bereitschaft zu Wiedereinstieg und Stundenerhöhung 72

4.5.2 Einfluss auf die Arbeitsbedingungen 75

4.5.3 Stundenreduktion oder Ausstieg durch Covid-19 77

5 Handlungserfordernisse und -empfehlungen 78

5.1 Ausreichend Zeit für eine gute Pflege durch bedarfsgerechte Personalbemessung 79

5.1.1 Tarifvertragliche Personalbemessung 79

5.1.2 Gesetzliche Personalbemessung 79

5.1.3 Sanktion von Verstößen 81

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

Abbildungsverzeichnis

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

Tabellenverzeichnis

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

1 Hintergrund und Ziel der Studie

Der Fachkräftemangel in der Pflege ist unumstritten, bereits vor der Pandemie war das pflegerische Versorgungssystem in Deutschland aufgrund Personalmangels an der Belastungsgrenze. Rund 35 Prozent der Pflegekräfte erwägen mehrmals im Jahr konkret einen Berufsausstieg, rund 40 Prozent denken an einen Wechsel des Arbeitgebers.[1] Der Arbeitsdruck in der beruflichen Pflege ist, so die Befunde des Stressreports der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), in der Wahrnehmung von Pflegekräften in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Im Längsschnittvergleich (2006, 2012, 2018) ist bezüglich der Arbeitsmerkmale und der Gesundheitsindikatoren von Pflegekräften tatsächlich eine negative Tendenz festzustellen.[2] Fortbestehender Personalmangel geht mit einer dauerhaften Arbeitsverdichtung einher, die negative Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit, auf die Teilnahme von Pflegekräften am sozialen Leben und auf die Versorgungsqualität hat.[3] Nur rund jede fünfte Pflegekraft geht mit Blick auf die aktuellen beruflichen Anforderungen davon aus, die Arbeitsfähigkeit bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter halten und den Beruf bis dahin ausüben zu können.[4] Pflegekräfte beurteilen ihre Arbeitsfähigkeit zudem deutlich schlechter als der Gesamtdurchschnitt der Beschäftigten.[5] Die Krankenstände in der Pflegebranche liegen um etwa 6 Prozent höher als in anderen Branchen und die Krankschreibungsdauer ist mit mehr als 22 Tagen pro Jahr länger – auch hier ist die Tendenz steigend.[6] Besonders häufig sind Altenpflegehilfskräfte krankgeschrieben.[7] Die Diskrepanz zwischen individuellem Berufsanspruch und betrieblichen Rahmenbedingungen sind laut vorliegender Forschungsbefunde der häufigste Grund für Langzeiterkrankungen[8] und die Frühberentung von Pflegekräften.[9]

Fachkräftemangel

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

[1] Vgl. DBfK (2019).
[2] Vgl. Melzer (2020): S. 139, 143.
[3] Vgl. Kraft/Drossel (2019).
[4] Vgl. DGB (2018).
[5] Vgl. Schmucker (2019).
[6] Vgl. Techniker Krankenkasse (2019); Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung (2020).
[7] Vgl. Rothgang/Müller/Preuß (2020): S. 176.
[8] Vgl. Weidner et al. (2016).
[9] Vgl. Schröer (2016).
[10] Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2021b).
[11] Vgl. Simon (2021).
[12] Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2021a): S. 6.

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

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

Verschärfung der Probleme in der Covid-19-Pandemie

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

[13] Vgl. u.a. Blum et al. (2019); Schwinger et al. (2019); Flake et al. (2018).
[14] Vgl. https://arbeitsmarktmonitor.arbeitsagentur.de (15.3.2022).
[15] Vgl. Deutscher Pflegerat (2021).
[16] Vgl. Rothgang/Müller (2021): S. 6.
[17] Vgl. Simon (2018): S. 7.
[18] Vgl. Büscher (2020).
[19] Vgl. Rudolph/Schmidt (2020).
[20] Vgl. Hower et al. (2020): S. 208.
[21] Vgl. YouGov/Indeed (2022).
[22] Vgl. DIVI/DGIIN (2021).

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

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

Bessere Arbeitsbedingungen brauchen mehr Personal – mehr Personal braucht bessere Arbeitsbedingungen

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

[23] Vgl. Blum/Löffert (2021).
[24] Vgl. Silies et al. (2020).
[25] Vgl. Rothgang et al. (2020): S. 270; Wolf-Ostermann et al. (2020): S. 22.
[26] Vgl. Berechnung IAT auf Basis der Beschäftigtenstatistik der BA (Stichtag 31.12.2020); siehe auch: Ludwig/Evans (2020).
[27] Vgl. ICN (2021).
[28] Vgl. Evans/Ludwig (2019).
[29] Vgl. Rat der Arbeitswelt (2021): S. 94 ff.

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

Maßnahmen zur Erschließung von Pflegefachkräftepotenzialen

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

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

- Die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte, die jedoch in der Praxis mit bürokratischen Hürden und zusätzlichen Ressourcen in der Einarbeitungsphase verbunden ist. Zudem ist die Tätigkeit ausländischer Pflegekräfte häufig nicht von langer Dauer[31] und wirft aufgrund des Personalmangels auch in anderen Ländern ethische Fragen auf.
- Die Ausweitung der Ausbildungskapazitäten, die jedoch nur noch begrenzt möglich ist.[32]
- Die Gewinnung von Quereinsteiger*innen, die neben der Qualifikation ebenfalls zusätzliche Ressourcen für die Einarbeitung und Praxisanleitung erfordern.[33]
- Die Verringerung von Krankenständen und Eintritten in die Erwerbsminderungsrente ist notwendig, erfordert jedoch auch personelle Entlastung und eröffnet geringere Potenziale.[34]
- Vermeidung nicht gewünschter Teilzeitbeschäftigung, die Förderung von Stundenerhöhungen und der Berufsrückkehr.

Im Fokus: Ausgestiegene und teilzeitbeschäftigte Pflegefachpersonen

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

[30] Vgl. SPD/Bündnis 90/Die Grünen/FDP (2021): S. 64.
[31] Vgl. Pütz et al. (2019).
[32] Vgl. Die Bundesregierung (2019).
[33] Vgl. Grgic et al. (2018).
[34] Vgl. Rothgang/Müller/Preuß (2020): S. 210 f.

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

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

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

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

[35] Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021b).
[36] Vgl. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021a).
[37] Vgl. Becka/Evans/Öz (2016).
[38] Vgl. ebd.
[39] Vgl. Merkel/Ruokolainen/Holman (2019).
[40] Vgl. Blum et al. (2019).
[41] Vgl. Isfort (2022): o. S.
[42] Vgl. Wiethölter (2012).
[43] Vgl. Isfort (2022): o. S.
[44] Vgl. Kühnel et al. (2020).

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

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

Zielsetzung und Forschungsfragen der bundesweiten Studie

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

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

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

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

[45] Vgl. Kuhn et al. (2021).
[46] Vgl. Sjögren et al. (2005).
[47] Vgl. Teczan-Güntekin et al. (2021).
[48] Vgl. Auffenberg/Heß (2021).

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

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

Auf einen Blick: Hintergrund und Ziel der Studie

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

2 Methodik

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

2.1 Fragebogenentwicklung und -aufbau

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

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