

Berufsverbleib und Wiedereinstieg von Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein

Befragung zur Arbeitszufriedenheit im Rahmen des Projektes
beruflicher Wiedereinstieg von Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein
angesiedelt bei der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein

Abschlussbericht

Andrea Kuhn

Pflegefachperson, R.N.
M.A. Pflegewissenschaft
B.A. Pflege und Gesundheitsförderung

Claire Mack

Pflegefachperson, R.N.
M.A. Pflegewissenschaft
Dipl. Pflegewirtin

Dr. Stephan Weinert

Prof. für Betriebswirtschaft/ Arbeitspsychologie
Internationales Personalmanagement

Forschungsnetzwerk Gesundheit

**Hochschule für Wirtschaft und
Gesellschaft Ludwigshafen**

Ludwigshafen am Rhein im März 2021

Inhalt

Tabellenverzeichnis	6
Abbildungsverzeichnis.....	7
Hinweise und Anmerkungen	9
Erste Welle der Covid-19 Pandemie im Frühjahr 2020	9
Begriffserläuterungen und Anmerkungen	10
Das Projektteam des Forschungsnetzwerkes Gesundheit	11
Dank an die Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein.....	12
Abstract	13
1 Einleitung.....	15
2 Anliegen des Forschungs- und Entwicklungsprojektes	15
2.1 Problemstellung – der Mangel an Pflegefachpersonen	16
2.2 Heilberuf Pflege – Arbeitsbedingungen & Arbeitszufriedenheit.....	19
2.3 Arbeitszufriedenheit & Mitarbeiterbindung - Adaption an den Heilberuf Pflege	24
2.3.1 Arbeitszufriedenheit - spezifische und allgemeine Ausprägungen	24
2.3.2 Auswirkungen der Arbeitszufriedenheit auf die Mitarbeiterbindung.....	25
2.3.3 Adaption der Konstrukte der Arbeitszufriedenheit an den Heilberuf Pflege.....	26
2.4 Forschungsfrage - Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen?	30
3 Arbeitszufriedenheit im Pflegeberuf – Methodik & Umsetzung.....	31
3.1 Erhebungsinstrument- Konstruktion & Pretest.....	31
3.1.1 Erfassung der allgemeinen und spezifischen Arbeitszufriedenheit	31
3.1.2 Perspektivische Fragen, soziodemographische Daten und offene Items	32
3.1.3 Pretest und daraus folgende Modifikationen	34
3.2 Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein – Zugangswege & Schutz.....	36
3.3 Feldphase der Befragung - Veröffentlichung, Verteilung und Prolongierung.....	37
3.4 Limitationen - Konsequenzen für die Analyse.....	38
4 Teilnehmende - Soziodemografische und berufsbiografische Analyse	40
4.1 Studienteilnehmende – Pflegerische Berufsfelder.....	40
4.2 Ausgeübte Funktionen in der Pflege und Stabsstellen	42
4.3 Ausbildungshintergrund – Diversität der Berufsbezeichnungen in der Pflege	44
5 Aktuelle Lage – Allgemeine & spezifische Arbeitszufriedenheit	45
5.1 Dimensionen der spezifischen Arbeitszufriedenheit	45
5.2 Spezifische Arbeitszufriedenheit - Berufserfahrung und Beschäftigungsumfang.....	47
5.3 Allgemeine Arbeitszufriedenheit – Berufserfahrung und Beschäftigungsumfang.....	52
5.4 Allgemeine & spezifische Arbeitszufriedenheit – Tätigkeitsbereich & Funktion	54
5.5 Zusammenhang der spezifischen mit der allgemeiner Arbeitszufriedenheit	57

6	Perspektiven - Berufsverbleib, Wiedereinstieg, Erhöhung des Stellenumfangs.....	58
6.1	Analysemethodik der offenen Einträge	58
6.2	Sicherung des eigenen Berufsverbleibs – die Herausforderungen im Berufsalltag.....	60
6.2.1	Arbeitsbedingungen im Pflegeberuf – ein komplexes Feld.....	60
6.2.2	Gesundheit, Überlastung und alterngerechtes Arbeiten in der Pflege.....	67
6.2.3	Ethik und Berufsethos – der Wertekompass im Berufsalltag	71
6.2.4	Bezahlung von Pflegefachpersonen – Portfolio möglicher Ansatzpunkte	76
6.2.5	Bildungswünsche - berufliche Entwicklung und Professionalisierung	78
6.2.6	Pflegeberufekammer Schleswig- Holstein – Möglichkeiten und Hindernisse	83
6.2.7	Drohender Berufsausstieg – Sicherung des Berufsverbleibs noch möglich?	86
6.2.8	Ablehnung der Aspekte zur Sicherung des eigenen Berufsverbleibs.....	88
6.2.9	Zufriedenheit im Pflegeberuf – die positive Perspektive	88
6.3	Perspektive Wiedereinstieg - aus Sicht der tätigen Pflegefachpersonen	89
6.3.1	Dimensionen der Arbeitszufriedenheit – Rangfolge der Motivatoren	89
6.3.2	Motivatoren zur Berufsrückkehr – die Vorschläge der Kammermitglieder	90
6.3.3	Analyse von Motivatoren des Wiedereinstiegs - Limitationen	103
6.4	Pflegefachpersonen in Teilzeit - Erhöhung des Beschäftigungsumfangs?	103
6.4.1	Motivatoren für die Erhöhung des Beschäftigungsumfanges.....	104
6.4.2	Einflussfaktoren auf den Stellenumfang - Pflegefachpersonen in Teilzeit berichten .	104
6.4.3	Berufliche Pausen – familiäre Sorgearbeit und Berufsrückkehr.....	115
6.5	Abschlussbemerkungen – Attraktivität des Pflegerufs zurückgewinnen.....	117
6.5.1	Pflegeberufekammer SH – Forderungen & Rückmeldungen zur Befragung.....	118
6.5.2	Attraktive Arbeitsbedingungen in der Pflege – Ansatzpunkte der Befragten.....	121
6.5.3	Berufsethos – Unterstützungsoptionen im Berufsalltag.....	125
6.5.4	Gesundheitliche Entlastung, alterngerechtes Arbeiten & Covid19-Pandemie.....	128
6.5.5	Nachwuchs & berufliche Entwicklung - Professionalisierung	131
6.5.6	Der Pflegeberuf ist attraktiv – oder soll es zumindest wieder werden.....	133
6.5.7	Bezahlung - Motivator zum Berufsverbleib.....	133
6.5.8	Berufsausstieg angestrebt – Hinweise in den Abschlussbemerkungen.....	134
7	Die Antworten - Zusammenfassung & Diskussion	135
7.1	Die Stimme der Pflegefachpersonen – Quantitative Zusammenfassung.....	136
7.2	Sicherung des Berufsverbleibs – Unterstützung von Pflegefachpersonen	137
7.2.1	Arbeitsbedingungen in der Pflege – Bausteine zur Entlastung	139
7.2.2	Gesundheitsförderung, Prävention und alterngerechtes Arbeiten in der Pflege	141
7.2.3	Berufsethos & Wertekompass – ethische Unterstützungsmöglichkeiten	144
7.2.4	Bezahlung – Verbesserung der finanziellen Situation von Pflegefachpersonen.....	147

7.2.5	Ausbildung & Personalentwicklung – Schritte zur Professionalisierung.....	149
7.3	Wiedereinstieg in den Pflegeberuf – Bausteine zur Erleichterung	153
7.4	Arbeiten in Teilzeit – Potentiale zur Erhöhung des Beschäftigungsumfanges.....	154
7.5	Stehen an der Bordsteinkante – Drohender Berufsausstieg.....	157
8	Fazit & Ausblick	159
	Literaturverzeichnis.....	161
	Anhang	171
	Altersstatistik der registrierten Pflegefachpersonen der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein	171

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Handlungsfelder und Zielrichtung politischer Initiativen zur Fachkräftegewinnung	17
Tabelle 2: Übersicht der Aufrufe zur Teilnahme an der Befragung	38
Tabelle 3: Studienteilnehmer*innen nach Tätigkeitsbereich	41
Tabelle 4: Studienteilnehmer*innen nach ausgeübter Funktion	42
Tabelle 5: Studienteilnehmer*innen nach Ausbildungshintergrund	44
Tabelle 6: Cronbachs Alpha-Werte der Skalen zur Arbeitszufriedenheit.....	45
Tabelle 7: Deskriptive Statistik zu Ausprägungen der Arbeitszufriedenheit pro Dimension.	46
Tabelle 8: Mittelwerte der Arbeitszufriedenheit pro Dimension in Abhängigkeit von der Berufserfahrung	49
Tabelle 9: Mittelwerte der Arbeitszufriedenheit pro Dimension in Abhängigkeit vom Beschäftigungsumfang	50
Tabelle 10: Mittelwerte der Allgemeinen Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit von der Berufserfahrung	52
Tabelle 11: Mittelwerte der Allgemeinen Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit vom Beschäftigungsumfang	53
Tabelle 12: Deskriptive Statistik zu Ausprägungen der allgemeinen Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit vom Tätigkeitsbereich	54
Tabelle 13: Deskriptive Statistik zu Ausprägungen der Allgemeinen Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit von der Funktion	54
Tabelle 14: Signifikante Unterschiede der Allgemeinen Arbeitszufriedenheit zwischen Pflegebereichen.....	55
Tabelle 15: Signifikante Unterschiede der Allgemeinen Arbeitszufriedenheit zwischen Funktion	56
Tabelle 16: Regressionskoeffizienten.....	57
Tabelle 17: Aspekte zur Sicherung des Berufsverbleibs, thematische Sortierung.....	60
Tabelle 18: Arbeitsbedingungen, Aufschlüsselung nach Themenfeldern und Subthemenfeldern	61
Tabelle 19: Gesundheit, Überlastung & alternsgerechtes Arbeiten, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder	67
Tabelle 20: Ethik und Berufsethos, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder	71
Tabelle 21: Die Bezahlung der Pflegefachpersonen, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder.....	76
Tabelle 22: Bildungswünsche, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder.....	78
Tabelle 23: Pflegeberufekammer SH, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder	83
Tabelle 24: Motivatoren zum Wiedereinstieg ausgestiegener Pflegefachpersonen	89
Tabelle 25: Perspektive Wiedereinstieg in den Pflegeberuf, Hauptthemenfelder	90
Tabelle 26: Motivator Arbeitsbedingungen, Aufschlüsselung nach Themenfeldern und Subthemenfeldern	91
Tabelle 27: Menschenwürde & Berufsethos, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder.....	94
Tabelle 28: Gesundheitsschutz & alternsgerechtes Arbeiten, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder.....	97
Tabelle 29: Bezahlung, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder	99
Tabelle 30: Instrumente zur Erleichterung des Wiedereinstiegs, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder	100
Tabelle 31: Beschäftigungsumfang der Studienteilnehmenden	103
Tabelle 32: Motivatoren zur Erhöhung des Beschäftigungsumfanges im Pflegeberuf.....	104
Tabelle 33: Einflussfaktoren auf die Bereitschaft, den Stelleumfang zu erhöhen, Hauptthemenfelder	105

Tabelle 34: Einflussfaktor Arbeitsbedingungen, Aufschlüsselung nach Themenfeldern und Subthemenfeldern	105
Tabelle 35: Gesundheit erhalten, Aufschlüsselung nach Themenfeldern und Subthemenfeldern	111
Tabelle 36: Gründe für Unterbrechungen der pflegerischen Berufstätigkeit	116
Tabelle 37: Abschlussmitteilungen, Hauptthemenfelder.....	118
Tabelle 38: Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein / Befragung, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder	118
Tabelle 39: Attraktive Arbeitsbedingungen in der Pflege, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder.....	121
Tabelle 40: Berufsethos - Unterstützungsoptionen, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder.....	125
Tabelle 41: Gesundheitliche Entlastung, altersgerechtes Arbeiten & Covid19-Pandemie, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder	128
Tabelle 42: Offene Einträge zu berufsbiografischen Einträgen, Anzahl Codes / Anzahl Dokumente .	136
Tabelle 43: Ergänzende Freitextfelder, Anzahl Codes / Anzahl Dokumente.....	136
Tabelle 44: Verteilung der Hauptthemenfelder in den offenen Items	137
Tabelle 45: Arbeitsbedingungen in der Pflege, Bausteine zur Entlastung	139
Tabelle 46: Bausteine zur Stärkung der Gesundheit.....	141
Tabelle 47: Ethische Unterstützungsansätze	144
Tabelle 48: Bezahlung und einheitliche Tarifregelungen	147
Tabelle 49: Personalentwicklung in der Pflege	150
Tabelle 50: Bausteine für einen gelingenden Wiedereinstieg in die Pflege.....	153
Tabelle 51: Bausteine zur Erhöhung des Stellenumfangs	155

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ausprägungen der spezifischen Arbeitszufriedenheit	46
Abbildung 2: Ausprägungen spezifischer Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit zur Berufserfahrung. 48	
Abbildung 3: Ausprägungen spezifischer Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit zur Berufserfahrung. 48	
Abbildung 4: Ausprägungen spezifischer Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit zum Beschäftigungsumfang	49
Abbildung 5: Ausprägungen spezifischer Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit zum Beschäftigungsumfang	50
Abbildung 6: Allgemeine Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit zur Berufserfahrung.....	52
Abbildung 7: Allgemeine Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit zur Beschäftigungsumfang.	53
Abbildung 8: Beschäftigungsumfang der Studienteilnehmenden	103
Abbildung 9: Jahre der beruflichen Pausen im Pflegeberuf, n=633.....	117
Abbildung 10: Altersdiagramm Mitglieder der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein, zur Verfügung gestellt von PBK-SH.....	142
Abbildung 11: Altersdiagramm der Mitglieder der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein.....	171
Abbildung 12: Altersdiagramm der in der Krankenpflege tätigen Kammermitglieder	171
Abbildung 13: Altersdiagramm der in der Altenpflege tätigen Kammermitglieder.....	172
Abbildung 14: Altersdiagramm der in der Kinderkrankenpflege tätigen Kammermitglieder.....	172

Hinweise und Anmerkungen

Erste Welle der Covid-19 Pandemie im Frühjahr 2020

Die Befragung zum Berufsverbleib und Wiedereinstieg von Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein fand zu Beginn der Corona Pandemie¹ statt. Die Studie war jedoch nicht als Erhebung der Arbeitszufriedenheit in Pandemiezeiten geplant, vielmehr fiel die Feldphase der im Vorfeld konzipierten Studie zeitlich mit dem Ausbruch der Pandemie in Deutschland zusammen.

Durch die Pandemie wird eine deutliche Mehrbelastung des Pflegefachpersonals infolge einer Häufung in Kliniken stationär versorgungspflichtiger Menschen angenommen. Auch in den Einrichtungen der Altenpflege verursachen die Quarantänebestimmungen eine starke Belastung, für die Menschen mit Pflegebedarf, ihre Angehörigen und für die Pflegefachpersonen gleichermaßen. Der Pflegeberuf gilt als systemrelevant. Die breite Öffentlichkeit schätzt den Einsatz der Pflegefachpersonen dankbar wert. Deshalb wurde eine monetäre Bonuszahlung an alle Pflegefachpersonen diskutiert. Die Gesetzgebung des Bundes gewährte über eine Änderung des SGB IX jedoch nur den in Pflegeeinrichtungen Tätigen einmalige Sonderleistungen, die für Pflegefachpersonen bis zu 1000 € betragen können (vgl. § 150a Abs. 2 Nr. 1 Bundesrepublik Deutschland 19.05.2020). Das Gesetz ermöglichte den Bundesländern, den Pflegebonus um max. 500 € aufzustocken (vgl. § 150a Abs. 9 Nr. 1 Bundesrepublik Deutschland 19.05.2020). Die Länder gingen unterschiedlich mit dem Gesetz um. Schleswig-Holstein stockte den Pflegebonus auf (vgl. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren Schleswig-Holstein 11.06.2020) und sagte darüber hinaus die Zahlung an „*Pflegekräfte aus Kliniken*“ (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren Schleswig-Holstein 2020) zu.

Rückblickend lässt sich feststellen, dass Schleswig-Holstein im Frühjahr 2020 eines der am wenigsten betroffenen Bundesländer der ersten Welle der Pandemie war. Bis Ende Juni 2020 wurden 3161 Fälle aus Schleswig-Holstein gemeldet (vgl. Maschkowitz et al. 2020, S. 1). Bundesweit sah es anders aus, „*bis Mitte Juni 2020 wurden etwas mehr als 190.000 laborbestätigte Fälle an das Robert Koch-Institut übermittelt*“ (Schilling et al. 2020, S. 2). Damit umfassten die schleswig-holsteinischen Fallzahlen lediglich 1,66 % aller Fälle in Deutschland.

Ein zentrales Anliegen des Forschungsteams des Forschungsnetzwerkes Gesundheit der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen ist der literaturgestützte Beleg auf die bereits lange vor der Pandemie personalgefährdenden Arbeitsbelastungen im Berufsfeld Pflege. Die Befunde decken sich mit den eigenen Erfahrungen der Berufsausübung. Nicht erst durch die Pandemie sind die Arbeitsbelastungen für Pflegefachpersonen gestiegen, sondern bereits seit Jahren leisten Pflegefachpersonen ihre unverzichtbar wertvolle Arbeit unter teilweise extremen Arbeitsbedingungen, die u.a. zur Erkrankung oder auch zum vorzeitigen Ausstieg führen.

¹Corona Epidemie (Start 28. Februar 2020), Corona Pandemie (seit 11. März 2020): Durch den Virus SARS-CoV-2, aufgetreten erstmals im Dezember 2019 im chinesischen Wuhan, kann eine Atemwegserkrankung ausgelöst werden. Mittlerweile, Stand 28.06.2020, gibt es weltweit 9.843.073 bestätigte Fälle, 495.760 Menschen, so die offiziellen Angaben, sind aufgrund einer SARS-CoV-2 Infektion verstorben (vgl. World Health Organization 2020b). Zur Eindämmung der Ausbreitung wurde die internationale Gesundheitsnotlage ausgerufen. Die Isolation von bestätigten Fällen inkl. Isolierung des gesamten Haushalts, die Schließung von Schulen und Universitäten, das „Social Distancing“ bestehend aus der Reduktion sozialer Kontakte, dem Abstandsgebot 1,5m, Maskenpflicht in öffentlichen Gebäuden etc. wurden verordnet.

Begriffserläuterungen und Anmerkungen

Der vorliegende Bericht verwendet durchgängig die Begriffe *Pflegefachperson* und *Mensch mit Pflegebedarf*. Zugrunde liegt die Definition von Pflege des International Council of Nurses und die darauf basierende Berufsordnung der Pflegekammer Rheinland-Pfalz (s. Kap. 2.3.3).

Pflegefachperson

Die an die neue Berufsbezeichnung der Pflegeberufe Pflegefachfrau /Pflegefachmann angelehnte genderneutrale Formulierung *Pflegefachperson* meint übergreifend alle im Heilberuf Pflege tätigen Personen unabhängig vom Einsatzort (Klinik, Pflegeheim, ambulante Versorgung, Management, Pädagogik, Wissenschaft und viele andere Berufsfelder mehr). Sie schließt alle bisherigen Berufsbezeichnungen der Pflege ein (Krankenschwester /-pfleger, Kinderkrankenschwester / -pfleger, Altenpfleger*in, Gesundheits- und Krankenpfleger*in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in) und umfasst auch die akademischen Abschlüsse der Pflege.

Mensch mit Pflegebedarf

Die Bezeichnung meint übergreifend alle Menschen, die einen pflegerischen Versorgungsbedarf haben, der einer pflegefachlichen Unterstützung bedarf. Die Bezeichnung *Mensch mit Pflegebedarf* ist unabhängig davon, ob sie sich in einer Klinik, einem Pflegeheim, zuhause oder in einem anderen Setting befinden.

Anmerkungen zur gendergerechten Schreibweise

Der vorliegende Bericht verwendet durchgängig gendergerechte Schreibweise entweder unter Nutzung der genderneutralen Form oder unter Zuhilfenahme des sog. Gendersternchens*. Falls dies nicht erfolgte, ist explizit das genannte Geschlecht gemeint. Davon ausgenommen sind direkte Zitate.

Davon abweichend wurde im Sinne der Lesbarkeit und dem Grundsatz der Anonymisierung folgend in der Darstellung der qualitativen Auswertung der offenen Einträge durchgängig die weibliche Form verwandt.

Das Projektteam des Forschungsnetzwerkes Gesundheit

<p>Andrea Kuhn M.A. Pflegewissenschaft, R.N.</p>  <p>Projektleitung Schwerpunkt: Pflegeethik & Politik Kordinatorin Forschungsnetzwerk Gesundheit</p>	<p><i>Qualifikationen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrierte Pflegefachperson (R.N.) • M.A. Pflegewissenschaft • B.A. Pflege und Gesundheitsförderung • Promotionsvorhaben zu Ethik in Pflegekammern <p><i>Forschungsschwerpunkte</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Berufsfeldentwicklung in der Pflege • Pflegeethik und Berufsethos • Ethische Unterstützung im Pflegeberuf • Pflegekammerwesen • Gesundheitsförderung in der Pflege • Berufspolitik • Berufsordnungen in Heilberufen <p><i>Kontakt:</i> Tel.: +49(0)621/5203-244 E-Mail: andrea.kuhn@hwg-lu.de</p>
<p>Claire Mack M.A. Pflegewissenschaft, R.N.</p>  <p>Wissenschaftliche Projektmitarbeit, Schwerpunkt: Pflegeberufe & Beratung</p>	<p><i>Qualifikationen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrierte Pflegefachperson (R.N.) • M.A. Pflegewissenschaft • Diplom Pflegewirtin <p><i>Forschungsschwerpunkte</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachkräftesicherung in Pflegeberufen • Attraktive Beschäftigungsbedingungen in der Pflege • Demenzfortbildung für Pflege-Praxisanleitungen • Organisationsentwicklung in Einrichtungen der Altenhilfe • Arbeitszufriedenheit im Pflegeberuf • Mitarbeiterorientierte Konzepte & Innovationen <p><i>Kontakt:</i> Tel.: +49(0)621/5203-244 E-Mail: andrea.kuhn@hwg-lu.de</p>
<p>Prof. Dr. Stephan Weinert Master of Business Administration MBA</p>  <p>Wissenschaftliche Projektmitarbeit, Schwerpunkt: Arbeitspsychologie & Personalmanagement</p>	<p><i>Qualifikationen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diplom-Ökonom • Master of Business Administration MBA <p><i>Lehrgebiete</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Internationales Personalmanagement und Organisation • Recruiting und Employer Branding • Personalauswahl und -entwicklung, Personalführung • Internationales und strategisches Management <p><i>Forschungsschwerpunkte</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Talent Management • Personaldiagnostik • Personalgewinnung und -entwicklung • Personalführung <p><i>Kontakt:</i> Tel.: +49(0)621/5203-131 E-Mail: stephan.weinert@hwg-lu.de</p>
<p>Forschungsnetzwerk Gesundheit</p> 	<p><i>Postanschrift:</i> Ernst-Boehe-Straße 4 67059 Ludwigshafen am Rhein</p> <p><i>Homepage</i> https://forschungsnetzwerk-gesundheit.hwg-lu.de/</p>

Dank an die Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein

Unser ausdrücklicher Dank gilt allen Pflegefachpersonen, die sich an der Befragung beteiligt haben. Außerordentlich viele Mitglieder der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein haben an der vorliegenden Studie teilgenommen und den umfangreichen Fragebogen beantwortet. Darüber hinaus haben Sie uns gleichermaßen ausführliche und detaillierte Informationen zu Ihrem Berufsleben mitgeteilt.

Ihr entgegengebrachtes Interesse an der Studie und Ihre Offenheit gewähren uns viele neue Einblicke in Ihren Alltag im Pflegeberuf. Die überwältigende Teilnahme an der Onlinebefragung ermöglicht uns belastbare Rückschlüsse auf Ihre Arbeitszufriedenheit und die Perspektiven im Heilberuf Pflege.

Ihre Angaben sind wertvoll, sie können die Entwicklung von Konzepten zur nachhaltigen Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Schleswig-Holstein und bundesweit fördern. Ihr Interesse und die bereitwillige Unterstützung des Forschungsprojektes kann die Realisierung von Modellprojekten ermöglichen. Diese können den Anspruch erheben, Ihre Arbeitsbedingungen nachhaltig zu verbessern und können darüber hinaus aus dem Pflegeberuf ausgestiegenen Pflegefachpersonen eine gute Perspektive zum Wiedereinstieg eröffnen.

Ebenfalls herzlich bedanken möchten wir uns bei den Kolleginnen der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein und hier insbesondere bei Frau Stephanie Wulf für die konstruktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit im Sinne der Pflegefachpersonen im Lande.

Abstract

Studienziel

Die vorliegende Studie verfolgt das Ziel, die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein und Bedarfe für ihren Berufsverbleib zu erfassen. Darüber hinaus werden ihre Empfehlungen für einen Wiedereinstieg ihrer aus dem Beruf ausgestiegenen Kolleg*innen aufgenommen und das Potential für die Erhöhung des Beschäftigungsumfangs von in Teilzeit beschäftigten Pflegefachpersonen erhoben.

Design & Methodik

Aufbauend auf dem Konstrukt der Arbeitszufriedenheit wurde eine onlinebasierte standardisierte Befragung konzipiert. Die Befragung richtete sich an die Mitglieder der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein². Nach Entwicklung und Pretest des Instrumentes stand die Feldphase der Studie im April/ bis Mai 2020 in vorher nicht zu kalkulierender Weise im Schatten der Corona-Pandemie vor einem zeitlich stark gerafften Hintergrund. Die Auswertung der umfangreichen Freitextrückmeldungen erfolgte bis März 2021.

Ergebnisse

Trotz des herausfordernden Umstandes aufgrund der Covid-19-Pandemie ist die Umfrage 2550-mal geöffnet worden, 1893 Datensätze wurden in die Auswertung eingeschlossen. Die Studienteilnehmer*innen verfügten im Schnitt über 23 Jahren Berufserfahrung in der Pflege, 77 % sind Frauen.

Die Erhebung der differenzierten Arbeitszufriedenheit ergibt eine überwiegende Zufriedenheit der Studienteilnehmenden mit ihrem unmittelbaren Beziehungskontext zu Kolleg*innen und direkten Vorgesetzten. Mehrheitlich gefällt den Pflegefachpersonen ihr Beruf, sie üben die pflegerische Tätigkeit gerne aus. Es zeigt sich, dass sowohl die Berufserfahrung als auch der Beschäftigungsumfang keinen wesentlichen Einfluss auf das Ausmaß der Arbeitszufriedenheit ausüben. Allerdings sind die befragten Pflegefachpersonen eher unzufrieden mit ihrem Gehalt und den Arbeitsbedingungen sowie mit Organisation und Leitung der Einrichtungen, in denen sie tätig sind.

Mit dem Blick auf maßgebliche Ausstiegsgründe von aus dem Pflegeberuf ausgestiegenen Kolleg*innen, verweisen die Befragten auf die Felder Arbeitsbedingungen, Personalknappheit, Gesundheit, Anerkennung und Gehalt. Ihrer Einschätzung nach sind für potenzielle Wiedereinsteiger*innen die Felder Wertschätzung, Arbeiten im Einklang mit dem eigenen Berufsethos, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Organisationskultur und Personalentwicklung von entscheidender Bedeutung.

Als ein Mittel zur Lösung der Personalprobleme in der Pflege diskutiert man allenthalben die Erhöhung des Beschäftigungsumfanges von Teilzeitbeschäftigten. 51 % der Befragten arbeiten in Vollzeit, 49 % in Teilzeit. Einer Erhöhung ihrer Arbeitszeit stehen die teilnehmenden Teilzeitbeschäftigten unter den aktuellen Arbeitsbedingungen mehrheitlich ablehnend gegenüber. Die Befragten berichten, dass insbesondere der Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf komplexe Herausforderungen auf unterschiedlichen Ebenen entgegenstehen.

Die derzeit herrschenden Arbeitsbedingungen können dazu führen, dass Pflegefachpersonen sich mit dem Gedanken tragen, aus dem Beruf auszusteigen. Dies zeigen die unerwartet ausführlichen Eintragungen in die ergänzenden Freifelder. Vielfach finden sich Hinweise, dass hierfür der durch die aktuellen Bedingungen verursachte physische und psychische Leidensdruck, das belastete Berufsethos und das Gefühl fehlender Wertschätzung den Ausschlag geben. Auch die monetäre Entlohnung wird als zu niedrig angesehen. Häufig sind eigene Erfahrungen im Kontext der pflegerischen Tätigkeit genannt,

² In der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein sind insgesamt ca. 27.000 Pflegefachpersonen Mitglied (Stand Mai 2020)

welche die Entscheidung über den Verbleib im Beruf beeinflussen können. Die Situation verschärft sich durch die Tatsache, dass aktuell der Altersdurchschnitt der Pflegefachpersonen 45 Jahre beträgt und spitzt sich noch zu, da eine nicht unerhebliche Anzahl der Befragten angibt, durch gesundheitliche Probleme bereits akut beeinträchtigt zu sein.

Schlussfolgerungen

Die hohe Beteiligungszahl an der Umfrage und die ausgeprägten und textintensiven Eingaben die integrierten Freifelder lässt erkennen, dass die Umfrage von den Befragten als willkommene Chance zur Mitteilung genutzt wurde, um ihre Standpunkte der Öffentlichkeit darzulegen. Es zeigt sich hierdurch möglicherweise der Umstand, dass viel *über* Pflege, aber nicht *mit* Pflegefachpersonen geredet wird. Endlich, durch die Umfrage mit ansprechenden Fragen, die Gelegenheit zu erhalten, sich über das eigene Arbeitserleben äußern zu können, spiegelt das hohe Interesse der Pflegefachpersonen an der Befragung wider.

Um künftig Pflegefachpersonen für einen Wiedereinstieg zu gewinnen, sind zielgruppenspezifische Bedarfe von den politischen Akteuren und von Arbeitgebern im Gesundheitswesen aufzunehmen und zu berücksichtigen, so äußern sich die Befragten hinsichtlich der mutmaßlichen Wünsche für ihre potenziell rückkehrwilligen Kolleg*innen. Gleichzeitig werden politische Akteure alarmiert und Arbeitgeber gefordert, die Situation der aktuell Beschäftigten näher zu betrachten und durch passgenaue Maßnahmen ihren Verbleib zu fördern und somit den vorzeitigen Ausstieg und den drohenden Verlust von vielen hochqualifizierten, erfahrenen, und neuerdings als systemrelevant eingestuft, Pflegefachpersonen abzuwenden. Wie sich aus der Befragung ergibt, sind hierfür die Felder Gehalt, Arbeitsbedingungen, wertschätzende Organisations- und Führungskultur und Personalmanagement näher zu betrachten. All dies zählt auf die Gesundheit und den beruflichen Wertekompass der Pflegefachpersonen ein.

Von großer Bedeutung und im Blick zu behalten ist in diesen Zusammenhang auch, dass es teilzeitbeschäftigte Studienteilnehmer*innen aufgrund der aktuellen Bedingungen kaum Interesse an einer Aufstockung ihres Stellenumfanges zeigen.

Fazit

Mit der Verbesserung der Arbeitsbedingungen steigern Arbeitgeber nicht nur ihre Attraktivität für potenzielle Wiedereinsteiger*innen sondern schaffen gleichzeitig einen starken Anreiz zur Erhöhung des Beschäftigungsumfanges von Teilzeitbeschäftigten. Vor allem aber sichern sie den Verbleib der aktuell in Beschäftigung stehenden Pflegefachpersonen und erhöhen die Bereitschaft zur Beibehaltung ihres **aktuellen** Beschäftigungsumfanges.

1 Einleitung

Die Akquise und Sicherung von Pflegefachpersonen zur Gewährleistung einer am Menschen mit Pflegebedarf orientierten, qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung gewinnt weiterhin deutlich an Bedeutung. Die Anzahl der Menschen mit Versorgungsbedarf steigt kontinuierlich. Gleichzeitig stehen, trotz aller nationalen und internationalen Bemühungen, Pflegefachpersonen nicht in ausreichender Anzahl zur Verfügung. Zwar steigt ihre Zahl beständig, jedoch bei weitem nicht im für die Deckung des künftigen Versorgungsbedarfs erforderlichen Umfang. Ein besonderes Anliegen der Politik auf Bundes- und Landesebene sowie aller Akteure im Gesundheitswesen ist es, wirkungsvolle Maßnahmen voranzubringen, um Pflegefachpersonen für die kommenden Herausforderungen zu gewinnen, zu halten und ihren Verbleib im Beruf zu sichern.

Dieses zentrale Anliegen unterstützt das Land Schleswig-Holstein. Das Sozialministerium arbeitete eng mit der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein zusammen. Das Ziel des initialen Forschungsprojekts *Berufsverbleib und Wiedereinstieg von Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein* ist der Erkenntnisgewinn über die aktuelle Arbeitszufriedenheit von schleswig-holsteinischen Pflegefachpersonen im Pflegeberuf. Darüber hinaus interessiert ihre Einschätzung zu förderlichen Faktoren, welche zur Berufsrückkehr potenzieller Wiedereinsteiger*innen führen können. Lösungsorientiert können mit auf den erzielten Ergebnissen aufbauenden Forschungs- und Entwicklungsprojekten passgenaue Konzepte zum beruflichen Wiedereinstieg entwickelt werden.

Mit der Durchführung der Erhebung beauftragte die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein das Forschungsnetzwerk Gesundheit der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen. Die entwickelte, 45 Fragen umfassende Onlinebefragung richtete sich an die Mitglieder der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein. Trotz des Umfangs fand die Befragung hohe Rücklaufquoten.

Die gewonnenen Ergebnisse liefern erstmals für Schleswig-Holstein eine belastbare Datengrundlage, sie schaffen Transparenz, was die Pflegefachpersonen aktuell bewegt und wie es ihnen bei der pflegerischen Berufsausübung geht. Die Projektergebnisse können als Baustein zur Entwicklung eines Konzeptes dienen, um den beruflichen Wiedereinstieg in den Pflegefachberuf beispielsweise über Modellprojekte erfolgreich zu etablieren und nachhaltig zu sichern. Die Ergebnisse bieten darüber hinaus essentielle Grundlagen zur Verbesserung der Situation im Heilberuf Pflege bundesweit.

2 Anliegen des Forschungs- und Entwicklungsprojektes

Das initiale Durchführen der Studie *Berufsverbleib und Wiedereinstieg von Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein* wurde gefördert vom Land Schleswig-Holstein. Dies bot eine Grundlage für ein umfangreiches Forschungs- und Entwicklungsprojekt. Für einen gelingenden Wiedereinstieg ist es entscheidend, die Bedingungen des Berufsfelds Pflege zu kennen, um entsprechende Konzepte und Modellprojekte erarbeiten zu können. Deshalb erhob die vorliegende Studie im ersten Schritt mittels einer Onlinebefragung die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen und deren perspektivischen Einschätzungen zur Erhöhung des eigenen Beschäftigungsumfanges und eines Wiedereinstiegs von bereits ausgestiegenen Kolleg*innen. Der vorliegende Bericht liefert Informationen zur wissenschaftlichen Herangehensweise, zur Konzeption und Durchführung der Befragung. Ausführlich dargestellt werden die Ergebnisse der Erhebung, zusammengesetzt aus der Messung der Arbeitszufriedenheit und der qualitativen Analyse der Freitexteinträge der Befragten. Der Abschlussbericht leitet auf dieser Grundlage richtungweisende Aspekte ab.

Den Einstieg in das Forschungsprojekt bildet die Literaturanalyse. Das folgende Kap. 2.1 umreißt Hintergründe, aktuelle Entwicklungen und Zielrichtungen der Fachkräftesicherungsstrategien in der Bundesrepublik Deutschland und in Schleswig-Holstein.

2.1 Problemstellung – der Mangel an Pflegefachpersonen

Im Pflegedienst der Krankenhäuser, der stationären Pflegeeinrichtungen und in der ambulanten Versorgung nimmt der Mangel an Pflegefachpersonen in den letzten Jahren weiterhin zu. Je weniger Pflegefachpersonen ihren Beruf ausüben, desto stärker werden diejenigen belastet, die aktuell die Arbeit ausführen. Folglich überlegen umso mehr Pflegefachpersonen, ob sie ihren Beruf verlassen oder in Teilzeit gehen sollen (Buxel 2011; Blum et al. 2019b; Steffen et al. 2019; Schoch und Köper 2019; Staatskanzlei Schleswig-Holstein 2018; Jacobs et al. 2020). Es scheint ein Teufelskreis zu sein. Alle analysierten Quellen bilden den Stand **vor der Corona-Pandemie** ab.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellte für das *International Year of the Nurse and the Midwife 2020* erstmals einen Bericht zur Situation des pflegenden Gesundheitspersonals weltweit. Der Bericht zeigt, dass im Zeitraum von 2013 bis 2018 die Anzahl der Pflegefachpersonen weltweit zwar um fast fünf Millionen auf über auf 27,3 Mio. Pflegende, davon 19,3 Mio. Pflegefachpersonen gestiegen ist. Dennoch fehlen akut sechs Millionen Pflegefachpersonen (vgl. World Health Organization 2020a, S. xiii), so Mary Watkins, die stellvertretende Vorsitzende von *Nursing Now*³ (vgl. Mäurer 2020).

Aus Sicht aller 2019 im *Krankenhaus Barometer* befragten Kliniken „bildet der Fachkräftemangel und seine Bekämpfung die größte Herausforderung für die Zukunft“ (Blum et al. 2019a, S. 82). Das veranlasste die Akteure dazu, nicht nur Rekrutierungs- und Ausbildungsaspekte in den Blick zu nehmen, sondern auch Strategien, um den Verbleib zu verbessern (vgl. Jacobs et al. 2020; Bundesministerium für Gesundheit 2019; Blum et al. 2019b). In der Initiierung diverser politischer Initiativen⁴ zeigen sich seit einigen Jahren gebündelte Aktionen, dem Fachkräftemangel im Berufsfeld Pflege durch konzertierte Aktivitäten zu begegnen. Einige zentrale Handlungsfelder und die Zielrichtungen der Initiativen und Aktivitäten führt Tabelle 1 exemplarisch auf.

³Eine 2018 gestartete, weltweite gemeinsame Kampagne von International Council of Nurses (ICN), Weltgesundheitsorganisation (WHO) und Burdett Trust for Nursing) mit dem Ziel die Rolle und das Potenzial der Pflegeberufe zu stärken um darüber einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der Weltbevölkerung zu leisten.

⁴Exemplarisch die „Konzertierte Aktion Pflege“ des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, gestartet 2018 und die Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege 2.0 des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, gestartet 2017.

<i>Zentrale Handlungsfelder</i>	<i>Zielrichtung der Aktivitäten</i>
Ausbildung	<ul style="list-style-type: none"> - Ausbildungsinitiative Pflege (2019 - 2023) u.a. Ausbau der Ausbildungskapazitäten - Qualifizierung von Personen für Hilfstätigkeiten in der Pflege - Zukunftsorientierte Formen von Ausbildung, Studium und Weiterbildung in der Pflege - Pflegeausbildung ausbauen: Zusätzliche Ausbildungsplätze bereitstellen, Investitionskostenförderung entwickeln, Gewinnung zusätzlicher Auszubildender, Senkung von Abbruch- und Berufsausstiegsquoten, Maßnahmen der Berufsvorbereitung und der beruflichen Weiterbildung ausbauen und akademisches Potenzial erschließen
Gehalt	<ul style="list-style-type: none"> - Bessere Finanzierung der Pflege - Vergütungen in den unterschiedlichen Pflegeberufen angleichen - Flächentarifvertrag
Akquise	<ul style="list-style-type: none"> - Rekrutierung der „Stillen Reserve“ (u.a. ausgestiegene Pflegefachpersonen zurückgewinnen) - Erhöhung des Stellenumfangs von Teilzeitbeschäftigten - Akquise von Pflegefachpersonen mit Migrationshintergrund aus Deutschland - Integration ausländischer Pflegefachpersonen/ Gewinnung von Pflegefachpersonen aus der Europäischen Union und aus Drittstaaten
Berufsentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> - Stärkere Differenzierung der Pflegearbeit - Weiterentwicklung und Rahmenbedingungen der Pflegeberufe - Ausbildungslandschaften gestalten: berufliche und akademische Pflegeausbildung weiterentwickeln - Rahmenbedingungen zum Personaleinsatz in der Kranken- und Altenpflege ausschöpfen und weiterentwickeln - in ambulanten Versorgungssettings Sozialräume und Hilfemixstrukturen ausbauen
Attraktive Beschäftigungsbedingungen - Berufsverbleib	<ul style="list-style-type: none"> - Attraktive Arbeitsbedingungen, Unternehmenskulturen und Führungskompetenzen weiterentwickeln - Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten erhalten und stärken (Personalmanagement, Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung) - Vereinbarkeit von Familie und Beruf fördern durch die Weiterentwicklung familienfreundlicher Beschäftigungsbedingungen sowie durch das Voranbringen der Flexibilität und Entlastung bei Kinderbetreuung und Pflege von Angehörigen - Abbau von Dokumentation und Administration - Entbürokratisierung der Pflege vorantreiben
Öffentlichkeitsarbeit	<ul style="list-style-type: none"> - Ausbildungskampagnen - Einrichtung eines Webportals

Tabelle 1: Handlungsfelder und Zielrichtung politischer Initiativen zur Fachkräftegewinnung

Viele aktuell laufende oder kürzlich abgeschlossene Projekte und Maßnahmen zielen darauf ab, eine hochwertige pflegerische Versorgung durch eine ausreichende Zahl qualifizierter Pflegefachpersonen für die Zukunft sicherzustellen (Bundesministerium für Gesundheit 2019; Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz 2018; Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit Thüringen 2012; Behrens 2013; Braeseke et al. 2012; Hölterhoff et al. 2013).

Der schnellste und wirksamste Weg, die Fachkräftelücke zu schließen, sei, so u.a. der Medizin- und Pflegeproduktehersteller HARTMANN, ehemalige Pflegefachpersonen in die Pflege zurückzuholen. Im Auftrag des Herstellers führte 2018 die PSYMA GROUP AG eine nicht repräsentative, kleine Befragung

durch. Die *#PflegeComeback* Studie lud 71 aus dem Berufsfeld Pflege ausgestiegenen Personen zur Teilnahme an der Studie ein. Das als Präsentation veröffentlichte Ergebnis sagt aus, dass sich von den 21 interviewten, im Durchschnitt 41-jährigen Personen jede zweite eine Rückkehr in den Pflegeberuf unter den Voraussetzungen veränderter Arbeitsbedingungen sowie einer ausreichenden Anzahl Kolleg*innen/ ausreichenden Personaldecke, mehr Gehalt und weniger Zeitdruck vorstellen könnte (vgl. PAUL HARTMANN AG 2018b). Nach Berechnung der PSYMA GROUP AG stünden theoretisch aufgrund der Ausbildungszahlen 120.375 bis 200.625 rückkehrwillige Pflegefachpersonen dem Gesundheitssystem zur Verfügung (vgl. PAUL HARTMANN AG 2018a). Auf Nachfrage des Forschungsnetzwerkes Gesundheit beim Pflegeproduktehersteller HARTMANN wurde erklärt, dass ein weiterführender Forschungsbericht zur Studie nicht existiert. Zur Studie merkt Gastmann kritisch an, dass die präsentierten Ergebnisse vor dem Hintergrund der unzureichende Datenbasis als kritisch zu bewerten und nicht repräsentativ seien. Das Studiendesign weise erhebliche methodische Mängel auf. So wurden beispielsweise Angaben von Personen fälschlicherweise der Gruppe „*potenzielle Rückkehrer*innen*“ zugeordnet, die sich enthalten bis ablehnend geäußert hätten (vgl. Gastmann 2018). Die Prüfung bestätigt diese Kritik. Die Aussagen zur Berufsrückkehr wurden mittels einer Sieben-Punkt-Likert-Skala gemessen, nur 3 % der 21 Befragten bejahten die zwei Top-Aussagen der Zustimmung zur Rückkehr, dagegen lehnten 49 % die Rückkehr in den Pflegeberuf ab, sie stimmten für die zwei stärksten Aussagen der Ablehnung (vgl. PAUL HARTMANN AG 2018b, S. 4). Das von Hartmann erstellte „*Stimmungsbild*“ (PAUL HARTMANN AG 2018b, S. 12) von 21 Befragten ist aus wissenschaftlicher Sicht wegen der methodischen Schwächen nicht belastbar. Trotzdem wird die Studie politisch breit rezipiert u.a. durch den Pflegebeauftragten im Bundesgesundheitsministeriums Andreas Westerfellhaus, wie noch im Juni 2020 auf der Internetseite der Paul Hartmann AG zu lesen steht (vgl. PAUL HARTMANN AG 2018a).

In Schleswig-Holstein ist der steigende Fachkräftebedarf ebenfalls ein zentrales politisches Thema, es findet sich in den *Eckpunkten für eine erfolgreiche Fortführung der Fachkräfteinitiative Schleswig-Holstein (FI.SH) - Schwerpunkte und Perspektiven der Fachkräfteinitiative Zukunft im Norden* wieder.⁵ Das Ziel der Fachkräfteinitiative des Ministeriums für Wirtschaft, Verkehr, Arbeit, Technologie und Tourismus ist die Entwicklung und Sicherung des Fachkräfteangebotes in Schleswig-Holstein (vgl. Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Arbeit, Technologie und Tourismus 2018).

Im Rahmen der bisherigen Arbeit der FI.SH wurden die Pflege-Bereiche als von besonderer wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Bedeutung identifiziert und die Sicherung der Pflegefachpersonen⁶ zu einem Schwerpunkt erklärt.

⁵Die Fachkräfteinitiative Schleswig-Holstein (FI.SH) wurde 2012 gemeinsam mit Wirtschaftsverbänden, Kammern, Bundesagentur für Arbeit, Gewerkschaften, Hochschulen und den kommunalen Spitzenverbänden als Fachkräfteinitiative „Zukunft im Norden“ gestartet (vgl. Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Arbeit, Technologie und Tourismus 2018). Die besondere Notwendigkeit der Initiative bestätigte sich durch die vom Wirtschaftsministerium gemeinsam mit den Partnern beauftragte Fachkräfteprojektion 2030, die bis zum Jahr 2030 eine Fachkräftelücke von rund 100.000 Personen ermittelte (vgl. Staatskanzlei Schleswig-Holstein 2020).

⁶Hintergrund: Im Jahr 2015 arbeiteten 14.248 und im Jahr 2017 14.806 Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein. Quelle: Staatskanzlei Schleswig-Holstein 2020; Weidner et al. 2014.

„Angesichts des demographischen Wandels und der Entwicklungen hin zu einer alternden Gesellschaft in Schleswig-Holstein steigt der Bedarf an sozialen Dienstleistungen. Der Sozial- und Gesundheitssektor hat eine Schlüsselbedeutung für die Gesellschaft und leidet bereits heute an einem erheblichen Fachkräftemangel. Der Bedarf an Pflegeleistungen wird sich künftig noch erhöhen, so dass gemeinsame Anstrengungen zur Besserung der Fachkräftelage dringend erforderlich sind.“ (Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Arbeit, Technologie und Tourismus 2018)

Die Lage verschärft sich auch in Schleswig-Holstein: Zum einen durch die sinkende Anzahl jüngerer Menschen, die in den Arbeitsmarkt münden und zum anderen durch eine sich verringernde Zahl der zur Verfügung stehenden familiären Personen, welche die Pflege ihrer Angehörigen übernehmen. Hinzu kommt, dass in den nächsten 10 bis 15 Jahren die sogenannten geburtenstarken Jahrgänge aus dem Arbeitsleben ausscheiden, was u.a. zu einem deutlichen Anstieg wieder zu besetzender Stellen in allen Bereichen der Pflege führt. 42,3 Prozent der in den Pflegeeinrichtungen (nach SGB XI) des Landes Beschäftigten waren im Jahr 2017 laut Landespflegebericht 2020 fünfzig Jahre und älter (vgl. Staatskanzlei Schleswig-Holstein 2020, S. 35).

Die tatsächlichen, aktuellen Zahlen aller registrierten Pflegefachpersonen der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein bestätigen die hochgerechneten Zahlen des Landespflegeberichts beschäftigungsfeldübergreifend: Am 13.11.2019 waren 10.803 damit 42,3 % der registrierten schleswig-holsteinischen Pflegefachpersonen 51 Jahre und älter (vgl. Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein 2019b, S. 1). Die aufschlussreichen detaillierten Diagramme zur Altersstatistik der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein sind in Kap. 7.2.2 und im Anhang zu finden.

Mit 75,3 % ist der Anteil teilzeitbeschäftigter Pflegefachpersonen in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Schleswig-Holstein sehr hoch. Lediglich 22,6 % der Beschäftigten gingen zum Erhebungszeitpunkt Dezember 2017 einer Vollzeitbeschäftigung nach (vgl. Staatskanzlei Schleswig-Holstein 2020, S. 33). Somit hat sich in Schleswig-Holstein der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in ganz kurzer Zeit nochmals um 11,3 % erhöht, 2015 waren es noch 64 % (vgl. Staatskanzlei Schleswig-Holstein 2018, S. 43).

Deshalb, so das erklärte Ziel des Ministers für Wirtschaft, Verkehr, Arbeit, Technologie und Tourismus in Schleswig-Holstein, Dr. Bernd Buchholz, sind zukünftig die auf verbesserte Arbeitsbedingungen und mehr gesellschaftliche Wertschätzung des Berufs rekurrierenden politischen Anstrengungen weiter zu intensivieren, um Pflegefachpersonen langfristig an den Beruf zu binden und aus dem Beruf ausgestiegene Pflegefachpersonen zurück zu gewinnen (vgl. Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Arbeit, Technologie und Tourismus Schleswig-Holstein 2020). Durch die Initiierung des bei der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein angesiedelten Projekts *beruflicher Wiedereinstieg in die Pflege (bWP 19)* Ende 2019 und die Durchführung des dazugehörigen Forschungsprojekts *Berufsverbleib und Wiedereinstieg von Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein* im ersten Halbjahr 2020, welche die aktuelle Ist-Situation, der in der Pflege Beschäftigten erforscht, sind die ersten Schritte unternommen.

Die Literaturanalyse in Kap. 2.2 gibt detailliert Auskunft über den aktuellen Forschungsstand zu den Arbeitsbedingungen in der Pflege und zur Zufriedenheit der Pflegefachpersonen.

2.2 Heilberuf Pflege – Arbeitsbedingungen & Arbeitszufriedenheit

In der Bundesrepublik Deutschland droht aufgrund des Mangels an Pflegefachpersonen Gefahr für die Sicherstellung bedarfsgerechter pflegerischer Versorgung. Die Anzahl von Menschen mit Versorgungsbedarf steigt, die Zahl an jungen Menschen, die ins Berufsleben eintreten, sinkt, der Altersdurchschnitt

der Gruppe der Berufstätigen in der Pflege steigt und die Interessen vieler junger Menschen an Selbstständigkeit und Autonomie sind nicht kompatibel mit den fremdbestimmten Bedingungen in der Pflegepraxis. Der diskussionsbelastete Pflegeberuf erscheint vielen potenziellen Nachwuchskräften wenig attraktiv. Hinzu kommt ein durch finanziellen Druck und Konkurrenz geprägtes Gesundheitssystem. Belastende Arbeitsbedingungen nehmen Einfluss auf die Attraktivität des Pflegeberufes, was weitreichende Folgen hat (vgl. Höhmann et al. 2016).

Berichte zeigen, dass die Arbeitsbedingungen in der Pflege einen signifikanten Einfluss auf die individuelle Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen haben (vgl. Buxel 2011; Aiken und Sermeus 2020; Aiken 2010; Mack 2015; Stemmer et al. 2017; Jacobs et al. 2020). Die Arbeitszufriedenheit stellt die Grundlage dessen dar, was ein Unternehmen letztlich vorantreibt. Zufriedene und motivierte Mitarbeiter*innen werden seltener krank, bringen sich stärker ein und tragen zu einem positiven Arbeitsklima mit bei (vgl. Ferreira 2020). Dies gewinnt vor allem vor dem Hintergrund aktuell vorherrschender Arbeitsbedingungen in der Pflege an Bedeutung. Um einem Fachkräftemangel in der Pflege zu begegnen, sind berufsspezifische Aspekte zu betrachten, die auf die Arbeitsbedingungen der Pflegefachpersonen Einfluss nehmen.

Der Pflegeberuf hebt sich durch einige Strukturmerkmale von anderen Berufen ab. Der Frauenanteil beträgt über 80 %⁷ (vgl. Afentakis und Böhm 2009). Der hohe Frauenanteil korrespondiert mit der ausgeprägten Bedeutung der Teilzeitarbeit in der Pflegebranche. Ein Beschäftigungsverhältnis in Teilzeit kommt den Wünschen der Beschäftigten zur Vereinbarung familiärer Aufgaben und berufliche Tätigkeit entgegen. Ein weiterer Grund der hohen Teilzeitquote sind die berufsinhärenten starken körperlichen wie psychischen Belastungen. Mehr als jede fünfte Pflegefachperson in der Altenpflege (21,4 %) sieht ihre eigene Gesundheit durch die Arbeit gefährdet, gegenüber dem Gesamtdurchschnitt (4,4 %) sind dies fast fünfmal so viele Beschäftigte (vgl. Kliner et al. 2017). Nach einer Studie von Becka lehnen 41 % der Teilzeitbeschäftigten Pflegefachpersonen eine Vollzeitbeschäftigung ab, um ihre Arbeitsbelastung zu reduzieren. In keinem anderen Berufsfeld wurde die Arbeitsbelastung annähernd so hoch eingestuft. 2016 arbeiteten mehr als die Hälfte (675.000) aller beschäftigten Pflegefachpersonen in Teilzeit, 665.000 waren vollzeitbeschäftigt (vgl. Becka et al. 2016).

Mit Blick auf die Arbeitssituation in der Pflege beschreibt die Literatur zentrale Bedingungsfaktoren. Dazu zählen u.a. die DRG-bedingte Arbeitsverdichtung⁸, Schichtarbeit, der hohen Verantwortung nicht entsprechende Bezahlung⁹, unzureichende Arbeitszeitmodelle, Wochenenddienste, Unvereinbarkeit

⁷Die Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein sind zu 84% Frauen, 16% Männer (Quelle: PBK SH, Stand Nov. 20219)

⁸Alle voll- und teilstationären Krankenhausleistungen, mit Ausnahme von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, werden über diagnosebezogene Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRGs) - ein ,durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem - vergütet (vgl. GKV-Spitzenverband 2020).

⁹vgl. Bräutigam et al. 2014, S. 39.

mit privaten Erfordernissen¹⁰, hohe Fluktuation, Arbeiten im Stehen, Heben und Tragen schwerer Lasten und Arbeiten in Zwangshaltungen¹¹, Führungsdefizite¹², Fremdbestimmung¹³, moralische Konflikte¹⁴, unterstützungsbedürftige Auszubildende¹⁵, fehlende Umsetzung des Pflegeselbstverständnisses¹⁶, mangelnde Wertschätzung¹⁷, defizitäre Organisations-/Unternehmenskultur¹⁸, Kommunikations- und Kooperationsprobleme¹⁹, fehlendes Schnittstellenmanagement²⁰, fehlende altersgerechte Arbeitsplanung und Arbeitsabläufe²¹, fehlende Entwicklungsförderung und -perspektiven²², kaum etablierte Unterstützungssysteme u.a. durch Stationservicekräfte²³, mangelhaftes betriebliches Gesundheitsmanagement- und ungenügende Wiedereingliederungsprogramme, steigende Versorgungskomplexität multimorbider Patient*innen²⁴, Dokumentationsaufwand²⁵, steigendes Lebensalter der Pflegefachpersonen und eine unzureichende Personalbesetzung²⁶. Zur zusammenfassenden Darstellung der Faktoren sei auf Höhmann et al. (2016) verwiesen.

In Folge der hohen Arbeitsbelastung treten körperliche Erkrankungen und zunehmend psychische Störungen bei Pflegefachpersonen auf. Mehr als die Hälfte aller AU-Tage (56,0 %) sind auf Muskel- und Skeletterkrankungen, Atemwegserkrankungen und psychische Störungen zurückzuführen und mehr als jeder zweite Krankengeldtag (55,6 %) beruht auf einer Muskel- und Skeletterkrankung bzw. psychischen Störungen. Am langwierigsten, mit einer durchschnittlichen Falldauer von 34,3 Tagen, sind die krankheitsbedingten Fehlzeiten der Pflegefachpersonen bei psychischen Störungen (vgl. Kliner et al. 2017). Das Pflge thermometer 2018 bestätigt eine Steigerung der Krankheitsdauer (43 %), eine Erhöhung der Krankheitstage (41 %) sowie eine Steigerung der Krankheitsschwere um 31 %. Bezogen auf die betrieblichen Gesundheitsrisiken dominieren Auswirkungen auf den Muskel- und Skelettbereich (78 %) vor Auswirkungen psychischer Belastungen (71 %) (vgl. Isfort et al. 2018).

Aktuell belegen die Zahlen der Techniker Krankenkasse (2019) die vorgenannten Befunde für ihre 181.000 in Pflegeberufen tätigen Versicherten. Krankheitsfälle und Krankheitsdauer sind im Vergleich zu anderen Berufen in Pflegeberufen um 154 % höher. In der Altenpflege sind es gar 170 %. Psychische Erkrankungen sind in den Pflegeberufen bei Frauen um 148 % höher, bei Männern um 243 % als in anderen Berufen. Der Ländervergleich zeigt darüber hinaus, dass die Krankheitstage der Berufstätigen in der Pflege in Schleswig-Holstein nochmals um 8,6 % höher liegen als im Bundesdurchschnitt.²⁷

¹⁰vgl. Hasselhorn et al. 2005, S. 82–87.

¹¹vgl. Kliner et al. 2017.

¹²vgl. Hasselhorn et al. 2005, S. 30–48.

¹³vgl. Dilcher und Hammerschlag 2012, 215 ff.

¹⁴Siehe auch McCarthy und Monteverde 2018.

¹⁵vgl. Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen GmbH 2018.

¹⁶vgl. Schmucker 2020.

¹⁷vgl. Bräutigam et al. 2014, S. 8.

¹⁸vgl. Badura et al. 2013.

¹⁹vgl. Joost et al. 2009.

²⁰vgl. Höhmann et al. 2016.

²¹vgl. Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 2019.

²²vgl. Buxel 2011.

²³vgl. Doppelfeld et al. 2011.

²⁴vgl. Isfort und Weidner 2018, S. 2.

²⁵vgl. Blum et al. 2019a, S. 18.

²⁶Simon nutzte die Daten, die Rahmen der RN4CAST Studie zur Personalbesetzung in 12 europäischen Ländern erfasst wurden. Als Ergebnis zeigt sich, dass sich die personelle Besetzung des Pflegedienstes deutscher Krankenhäuser stark reduziert hat und mittlerweile hinter das Niveau anderer europäischer Länder zurückgefallen ist, was zur Mehrbelastung der Pflegefachpersonen mit einem Beitrag leistet (vgl. Simon 2015).

²⁷vgl. Techniker Krankenkasse 2019.

Bereits vor 15 Jahren bestätigten die in der europäischen NEXT-Studie²⁸ untersuchten Rückmeldungen von 39.898 Pflegefachpersonen²⁹ zu ihren Arbeitsbedingungen zudem die Vielschichtigkeit der oben genannten Belastungsfaktoren. Die Studie legte schon damals offen, dass Arbeitsbelastungen, die Pflegefachpersonen als Grund für den Ausstieg angeben (vgl. Hasselhorn et al. 2005; Simon et al. 2005), dazu führen, dass sie sich viele mit dem Gedanken tragen, ihren Arbeitgeber zu verlassen oder sogar ganz aus der Pflege im Sinne eines grundlegenden Berufswechsels auszusteigen. Laut der Studie trägt sich fast jede fünfte befragte Person mit der Absicht eines Berufsausstieges. Viele denken mehrmals im Jahr über ihren Ausstieg nach (vgl. Simon et al. 2005, S. 51). Am häufigsten handelt es sich um Pflegefachpersonen im Beschäftigungsfeld der stationären Krankenhausversorgung (vgl. Hasselhorn et al. 2005, S. 150).

Höhmann skizziert zwei Szenarien, die zum Ausstiegswunsch führen: Das erste führt über eine belastungsbedingte Berufs- und Arbeitsunfähigkeit zum Ausscheiden und das zweite mündet aufgrund sinkender Berufsattraktivität, zunehmender persönlicher Motivationsprobleme oder potenzieller beruflicher Alternativen in die Ausstiegsentscheidung (vgl. Höhmann et al. 2016).

Die fehlende Attraktivität des Berufes basiert nach Höhmann et al. auf u.a. folgende Faktoren: Der hohen Teilzeitquote, dem Ausstiegswunsch, der langen Vakanz unbesetzter Stellen (112 Tage und somit mehr als doppelt so lange, wie im Schnitt in anderen Berufen), fehlende Nachwuchskräfte, hohe Anzahl der Krankheitstage (Muskel-/ Skeletterkrankungen, psychische Erkrankungen), geringe Aufstiegsmöglichkeiten, Schichtdienst, befristete Arbeitsverträge, z. T. schlechter Bezahlung, qualifikatorisches Ungleichgewicht, Druck durch betriebswirtschaftliche Organisationsprinzipien, Personalknappheit, fehlende Einmündungsfelder verbunden mit fehlender Anerkennung für hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen, kaum Umsetzungsmöglichkeiten fachlicher und wertebezogener Arbeitsmotive, häufige Reorganisationen und Restrukturierungen in den Einrichtungen, Mobbing, die Unterordnung der Arbeit mit Patient*innen unter medizinische oder verwaltungsbezogene Tätigkeiten, allgemein schwierige Arbeitsbedingungen (vgl. Höhmann et al. 2016, S. 73–89). U.a. im Abbau dysfunktionaler Arbeits- und Organisationsbedingungen sieht Höhmann eine Chance der Gegensteuerung.

Attraktive Arbeitgeber im Gesundheitswesen mit einer herausragenden mitarbeiterorientierten Arbeitsplatzkultur zeichnen sich nach Great Place to Work^{®30} vor allem durch eine umfassende Unternehmensentwicklung aus. Sie richten den Blick auf die Bedarfe, Meinungen und Forderungen ihrer Mitarbeitenden, lassen sich darauf ein, stellen sich neu auf und entwickeln sich weiter. Spezifische Entwicklungsprozesse sind als Maßnahme einer intensiven Organisationsentwicklung in den Handlungsfeldern Innovations-, Führungs- und Organisationskultur einzuleiten (vgl. Schulte-Deußen und Karsten 2020).

Korrespondierende Studienergebnisse thematisieren, dass mitarbeiterorientierte Maßnahmen einen Beitrag zur Förderung der Arbeitszufriedenheit leisten können, einer Erkrankung vorbeugen und einem vorzeitig gewollten oder auch ungewollten Ausscheiden aus dem Beruf entgegenwirken. Exmpl. zeigt Joost in ihrer Untersuchung von Berufsverläufen von Pflegefachpersonen in der Altenpflege, dass aufgrund von Erkrankungen bedingte Unterbrechungszeiten der Berufstätigkeit durch Veränderungen der Arbeitsbedingungen vermieden oder reduziert werden können. Als zentrale Ansatzpunkte sieht sie die

²⁸Nurses' early exit study

²⁹Befragungsländer: Belgien, Finnland, Frankreich, Deutschland, Großbritannien, Italien, Niederlande/Holland, Polen, Schweden und Slowakei

³⁰<https://www.greatplacetowork.de>

stärkere Partizipation der Altenpfleger*innen an Entscheidungen sowie die Verbesserung der Kommunikationsprozesse im Arbeitsalltag. Sie ergänzt, dass eine ziel- und sachgerechte Umsetzung vorhandener Managementkonzepte unterstützende Arbeitsbedingungen fördert. Darüber hinaus rückt sie die Funktion der Führungskräfte in den Fokus und postuliert, dass positive Arbeitsbedingungen wesentlich vom Handeln und der Qualifikation der Führungskräfte abhängen. Eine mitarbeiterorientierte Qualifizierung von Führungspersonal auf allen Ebenen wirke sich förderlich auf die Arbeitszufriedenheit, den Verbleib und auf die Bindung von Mitarbeiter*innen aus (vgl. Joost et al. 2009).

Dass die subjektive Führungsqualität Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit und organisationale Bindung nimmt, belegen bereits die Studien von Simon und Hasselhorn (vgl. Simon et al. 2005; Hasselhorn et al. 2005). Bestätigt wird dies durch eine jüngere Analyse von Löffler. Pflegefachpersonen bewerten ihre Arbeitsbedingungen deutlich besser, wenn Leitungspersonen ihre Führungskompetenzen, hier durch eine Schulung in transformationaler Führung, mitarbeiterorientiert erweitern (vgl. Löffert und Strohbach 2018, S. 5). Aufgrund der geringen Stichprobe sind keine Aussagen zu Effekten auf die Gesundheit der Pflegefachpersonen beschrieben.

Die zentrale Bedeutung hochqualifizierter Führungspersonen ist gleichfalls dem Konzept der Magnetospitäler inhärent (vgl. Feuchtinger 2017). Es zeigen sich in Folge gut qualifizierter Führungspersonen positive Effekte auf die Mitarbeiterbindung durch ein gutes Image und Marketing nach außen.

Mit Blick auf Hindernisse und förderliche Faktoren für eine Rückkehr ausgestiegener Pflegefachpersonen in ihren Pflegeberuf fiel auf, dass es nach wie vor kaum belastbare Untersuchungen im Feld gibt. Flieder kommt bereits 2002 in ihrer Studie über Pflege-Berufsrückkehrinnen (vgl. Flieder 2002) zu dem Schluss, dass die Gründe, die maßgeblich einen Beitrag zum Verlassen des Berufs leisten, nicht per se an die beruflichen Inhalte gebunden sind. Vielmehr nehmen spezifisch-individuelle Belastungs- und Ressourcenkonstellationen Einfluss. Diese summieren sich mit den herausfordernden Rahmenbedingungen des Berufs. Der Wiedereinstieg in den Pflegeberuf steht und fällt mit der Veränderung der vorherrschenden Rahmenbedingungen. Rückkehrwillige wünschen sich, dass sie ihre Tätigkeit in ihrem *Sinne* unter weniger belastenden Bedingungen ausführen können (vgl. Flieder 2002).

Einen eindeutig belastbaren und klaren Korrelationsbeweis von Interventionen zur Reduktion von spezifischen Belastungsfaktoren und der positiven Entwicklung des Berufsverbleibs erbringen bisher durchgeführte Studien nicht (vgl. Höhmann et al. 2016, S. 78). Hier besteht vertiefender Forschungsbedarf. Isfort weist darauf hin, dass viele Einrichtungen bereits seit einiger Zeit aktiv im Feld Mitarbeiterbindung sind, allerdings bisher ohne großartigen Erfolg (vgl. Isfort et al. 2018, S. 3).

Hervorzuheben ist, dass aktuelle Debatten zu möglichen belastungsreduzierenden Maßnahmen oft zu kurz greifen. Die Problemlagen sind weitaus komplexer und greifen ineinander. Im Branchen- und Berufsvergleich zeigt sich, dass die Arbeit in der Pflege geprägt ist von besonderen, sich kumulierenden Belastungen und strukturellen Ungleichheiten. Das Ziel, Pflegefachpersonen zu mobilisieren, hängt mit Blick auf die beschriebenen Arbeitsbelastungen und strukturellen Ungleichheiten davon ab, ob es gelingt, Bedingungen zu schaffen, die einen Rückzug und Ausstieg verhindern (vgl. Becka et al. 2016). Für die Zukunft sind deshalb tragfähige Konzepte und gezielte Kompetenzentwicklungsstrategien für einen Berufsverbleib bis zum Rentenalter zu entwickeln (vgl. Höhmann et al. 2016, S. 81).

Die Rückkehr von aus dem Beruf ausgestiegenen Pflegefachpersonen kann einen Beitrag zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung leisten. Gleichzeitig ist daran zu denken, dass aktuell beschäf-

tigte Pflegefachpersonen ihre anspruchsvolle Arbeit unter Arbeitsbedingungen leisten, die ihren langfristigen Verbleib negativ beeinflussen. Daher sind langfristig orientierte Aktivitäten zur Gewinnung und zum Verbleib von Pflegefachpersonen empfohlen.

Die Einschätzung der eigenen Arbeitsbedingungen hat direkten Einfluss auf die wahrgenommene Arbeitszufriedenheit und die Mitarbeiterbindung, wie aus der Arbeitspsychologie bekannt ist (s. Kap. 2.3.1 & 2.3.2). In der Pflege stehen insbesondere die Arbeitsbedingungen und das heilberufliche Selbstverständnis in einem spannungsreichen Verhältnis, welches sich auf die Zufriedenheit der Pflegefachpersonen auswirkt, dies betrachtet Kapitel 2.3.3 näher.

2.3 Arbeitszufriedenheit & Mitarbeiterbindung - Adaption an den Heilberuf Pflege

Das nachfolgende Kapitel erläutert das arbeitspsychologisch breit beforschte und sehr gebräuchliche Konstrukt der Arbeitszufriedenheit. Arbeitszufriedenheit wirkt retrospektiv. Nach Kanning (2017) kann sie sowohl ganz spezifisch gemessen als auch allgemein bestimmt und zusätzlich zusammenfassend generalisiert werden (s. Kap. 2.3.1). Eng mit der Arbeitszufriedenheit zusammen hängt die Bindung der Mitarbeitenden an ihren Arbeitgeber. Je zufriedener der Mitarbeitende ist, desto seltener wird die Person kündigen und die Stelle wechseln oder gar ganz aus dem Beruf aussteigen (s. Kap. 2.3.2). Kap. 2.3.3 unternimmt den Versuch, die arbeitspsychologisch gut elaborierten Konstrukte der Arbeitszufriedenheit und der daraus folgenden Mitarbeiterbindung mit den speziellen Dimensionen des beruflichen Selbstverständnisses und des Berufsethos des Heilberufs Pflege abzugleichen. In der Zusammenschau leitet sich daraus die Forschungsfrage für die hier vorgestellte Studie ab.

2.3.1 Arbeitszufriedenheit - spezifische und allgemeine Ausprägungen

Die Untersuchung der Arbeitszufriedenheit blickt auf eine lange Tradition in der arbeits- und personalpsychologischen Forschung zurück (z. B. Locke 1969) (vgl. Kanning 2017, S. 192).

„Die Arbeitszufriedenheit drückt eine grundlegende Einstellung der Mitarbeiter gegenüber ihrer beruflichen Beschäftigung aus“ (Kanning 2017, 192 f.),

die sich über die Zeit bildet. Das heißt, dass Arbeitszufriedenheit einen retrospektiven Charakter aufweist, im Gegensatz zur Arbeitsmotivation. Allerdings prägt die Arbeitszufriedenheit die Arbeitsmotivation, d.h. eine Person wird mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einem positiven Gefühl die zukünftige Arbeitssituation entgegensehen, wenn sie in der Vergangenheit positive Vorerfahrungen gemacht hat. Bei der Arbeitszufriedenheit kann weiterhin

„zwischen einer allgemeinen Arbeitszufriedenheit und mehreren spezifischen Zufriedenheiten unterschieden werden“ letztere „beziehen sich z. B. auf das Gehalt, die Inhalte der eigenen Arbeitstätigkeit, das Führungsverhalten des eigenen Vorgesetzten oder die Organisation“ (Kanning 2017, S. 193).

Die allgemeine Arbeitszufriedenheit entspricht hingegen einer Gesamtbewertung (vgl. Kanning 2017). Ob spezifische Facetten der Arbeitszufriedenheit erfasst werden sollen oder die allgemeine Arbeitszufriedenheit, ist nicht verbindlich festgelegt. Letztlich bestimmt die wissenschaftliche Fragestellung und die vorliegenden Rahmenbedingungen vor Ort darüber, wie spezifisch Arbeitszufriedenheit erfasst werden soll (vgl. Kanning 2017, S. 193). In der vorliegenden Untersuchung ist es das erklärte Ziel, eine möglichst differenzierte Erfassung der Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen vorzunehmen, um gezielte Aussagen und Handlungsempfehlungen ableiten zu können. Dennoch erscheint es auch lohnend zu erfahren, wie ausgeprägt derzeit die Gesamtarbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen ist. Aus dem Grund wird für die wissenschaftliche Studie auf ein Erhebungsinstrument zurückgegriffen, dass sowohl zentrale Facetten der Arbeitszufriedenheit als auch die Gesamtzufriedenheit valide erfassen kann. Nähere Ausführungen zu dem genutzten Befragungsinstrument sind in Kap. 3.1.1 zu finden.

Ein weiterer bedeutsamer Aspekt ist die zeitliche Stabilität der Arbeitszufriedenheit. Gerade aufgrund der Corona-Pandemie ist die Frage zu stellen, ob dieser exogene Schock nicht die Ergebnisse verzerrt und die Aussagekraft der Studienergebnisse dadurch mindert. Verweisend auf die Metaanalyse von Dormann und Zapf (2001) kann jedoch gesagt werden, dass die Arbeitszufriedenheit ein relativ stabiles Konstrukt darstellt. Dies spricht dafür, dass die hier berichteten Ergebnisse trotz der Pandemie Aussagekraft für die Zukunft aufweisen. Es bedeutet jedoch nicht, dass sich die Arbeitszufriedenheit gar nicht verändert. Das Ausmaß der Veränderung kann von Person zu Person individuell verschieden sein. Auch die Dauer und der Verlauf der Pandemie können einen Einfluss haben. Deshalb erscheint es grundsätzlich ratsam, Arbeitszufriedenheit nicht einmalig in einer Querschnittsstudie zu erfassen, sondern auf regelmäßig wiederkehrende Längsschnittstudien zu bauen. Dies ermöglicht das Erkennen von Trends über den Zeitverlauf.

2.3.2 Auswirkungen der Arbeitszufriedenheit auf die Mitarbeiterbindung

Die in Kap. 2.3.1 umrissene Arbeitszufriedenheit steht im engen Zusammenhang mit der Mitarbeiterbindung. Dementsprechend misst die vorliegende empirische Untersuchung unter Pflegefachpersonen explizit das Ausmaß der Arbeitszufriedenheit, um die Auswirkungen auf einen möglichen Wiedereinstieg abzuleiten.

Es kann berufsübergreifend davon ausgegangen werden, dass die Arbeitszufriedenheit ein wesentlicher Indikator für eine hohe oder niedrig ausgeprägte Mitarbeiterbindungsbereitschaft darstellt. Für diesen postulierten Zusammenhang sprechen verschiedene empirische Studienergebnisse der Arbeitspsychologie in unterschiedlichen Arbeitsbereichen. Tett und Meyer (1993) belegen bereits in einer älteren Metaanalyse einen sehr hohen positiven Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Kommittent bzw. Verbundenheit: Je zufriedener die Mitarbeiter*innen mit ihrer Arbeitsrealität sind, desto stärker fühlen sie sich mit ihrem Arbeitgeber verbunden (.70).³¹

Weitere Studien beschäftigten sich über die Jahre mit dem Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Fluktuation bzw. der Bereitschaft, seinen derzeitigen Arbeitgeber zu wechseln. Fried et al. (2008) belegen in einer Metaanalyse einen vergleichsweise starken Zusammenhang zwischen beiden Variablen (-.48)³²: Je zufriedener die Mitarbeiter*innen mit ihrem Arbeitgeber sind, desto geringer ist ihre Bereitschaft, sich einen anderen Arbeitgeber zu suchen. Gleiches lässt sich bereits bei Hellman (1997) finden, wobei sich hier die Zugehörigkeit der Befragten zum öffentlichen Dienst als Moderator erwiesen hat. Wer in einem unkündbaren Arbeitsverhältnis steht, hat eine geringere Fluktuationsbereitschaft und dies selbst dann, wenn er unzufrieden ist. Für Arbeitgeber der freien Wirtschaft und zu großen Teilen auch des öffentlichen Dienstes ergibt sich hieraus die Erkenntnis, dass man sich weitaus mehr um die Arbeitszufriedenheit der angestellten Mitarbeiter*innen sorgen muss als Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes, deren Mitarbeiter*innen verbeamtet sind, sofern man die Fluktuationsbereitschaft möglichst geringhalten möchte.

Allerdings darf die Bereitschaft zum Arbeitgeberwechsel nicht mit der tatsächlichen Fluktuation gleichgesetzt werden. Viele Menschen würden vielleicht gern ihren Arbeitgeber verlassen, weil sie sehr unzufrieden sind, setzen dies aber nicht in die Tat um, da die damit verbundenen Kosten und Herausforderungen (wie Umzug, Gehaltseinbußen, Neuanfang etc.) ihnen zu hoch erscheinen. In der Metaanalyse von Tett und Meyer (1993) beträgt das Maß des Zusammenhangs zwischen Arbeitszufriedenheit und Fluktuationsbereitschaft denn auch -.58³², während der Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und *tatsächlicher* Fluktuation zwar deutlich niedriger aber bei immer noch bei -.25³² liegt. Aus

³¹Die in Klammern berichteten Zahlen geben die Stärke des statistischen Zusammenhangs zwischen den berichteten Variablen wieder. Der Wertebereich liegt dabei zwischen -1 und +1. Der Wert von 0,70 weist auf eine hohe positive Korrelation hin.

³²s. vorherige Fußnote, negative Korrelationen sind mit einem vorangestellten - gekennzeichnet.

Sicht des Arbeitgebers ist allerdings schon die Bereitschaft zur Fluktuation bedenklich, selbst wenn daraufhin kein tatsächlicher Arbeitgeberwechsel eintritt. Zum einen ist nicht sicher, ob sich die Arbeitsmarktchancen nicht schon bald so verändern, dass ein Wechsel erfolgt, zum anderen dürften Mitarbeiter*innen, die eigentlich lieber woanders arbeiten würden, kaum mit vollem Einsatz im Unternehmen arbeiten. Diese Mitarbeiter*innen haben die innere Kündigung vollzogen.

Alles in allem betrachtet erscheint es somit sinnvoll, sich auch als Arbeitgeber von Pflegefachpersonen mit dem Thema Arbeitszufriedenheit auseinanderzusetzen. Gleiches gilt für politische Entscheidungsträger, da Pflegefachpersonen erfolgskritisch für das Gesundheitssystem sind – ein Sacherhalt, der innerhalb der Berufsgruppe als selbstverständlich angesehen wird. Diese Eigenwahrnehmung wird gerade während der Corona-Pandemie nun auch gesamtgesellschaftlich deutlich bestätigt.

Das folgende Kapitel nähert sich den speziellen Facetten des beruflichen Selbstverständnisses und des Berufsethos des Heilberufs Pflege, welche sich auf die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen auswirken kann.

2.3.3 Adaption der Konstrukte der Arbeitszufriedenheit an den Heilberuf Pflege

Das bis hierher beschriebene, berufsgruppenübergreifend gültige Konstrukt der Arbeitszufriedenheit beleuchtet dieses Kapitel nun im Lichte der aktuellen Situation in der professionellen Pflege. Insbesondere der Zusammenhang mit der Bindung an einen Arbeitgeber und den daraus niedrigen Fluktuationsraten stehen zentral. Zur Konzeption der vorliegenden Studie ist zu beachten, welche Aspekte und besonderen Bedarfe des Pflegeberufes Einfluss auf das Konstrukt nehmen könnten und welche Modifikationen der vielfach erprobten Instrumente dies nach sich zieht. Deshalb ist im ersten Schritt der Heilberuf³³ Pflege genauer zu betrachten.

Pflege ist eine breitgefächerte, auf den Menschen ausgerichtete professionelle Dienstleistung. Die international gültige Definition von Pflege des International Council of Nurses lautet:

„Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“ (International Council of Nurses (ICN) 2002)(Deutsche Übersetzung konsentiert von DBfK, ÖGKV und SBB).

Die von den internationalen Berufsverbänden als handlungsleitend konsentierete Definition floss in die Formulierung der Ausbildungsziele des neuen Pflegeberufegesetz ein (vgl. § 5 Abs. 2 Bundesrepublik Deutschland 17.06.2017). Zudem bildet die Definition die Grundlage der für Deutschland ersten landesweit verbindlichen Berufsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (vgl. § 1 Abs. 4 Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 01.01.2020). Die anderen deutschen Pflegekammern befinden sich im Erstellungsprozess ihrer jeweiligen Berufsordnungen.

Die Definition der Pflege verdeutlicht die Ansprüche an pflegerische Berufsausübung: Menschen können die unterschiedlichsten Pflegebedarfe in ganz verschiedenen Lebenslagen haben, denen professi-

³³Pflege gehört nach dem Grundgesetz zu den Heilberufen (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Bundesrepublik Deutschland 23.05.1949). Der Status wurde für die dreijährig ausgebildeten Pflegefachpersonen durch das Bundesverfassungsgericht bestätigt.

onelle Pflegefachpersonen durch ihre vielfältigen beruflichen Tätigkeiten begegnen. Um den professionellen Anforderungen nachkommen zu können, bedarf es umfangreicher fachlicher Expertisen. Dazu gehört das empathische Einlassen auf das Gegenüber. Das bedeutet, dass pflegerischer Arbeit ein starker zwischenmenschlicher Beziehungsaspekt inhärent ist oder kurz *Pflege ist Beziehung*. Diese Beziehung baut sich im professionellen Pflegehandeln sowohl zu den Menschen mit ihrem je individuellen Pflegebedarf als auch deren An- und Zugehörigen auf. Professionelle Pflegearbeit findet jedoch nicht nur auf der individuellen Ebene statt. Genauso können unterschiedlichste Gruppen (exempl. Schulgesundheitspflege, Familiengesundheitspflege, betriebliche Gesundheitspflege, etc.) und das Gemeinwesen (z.B. Community Health Nursing) Zielgruppe pflegerischen Handelns sein, auch hier steht der Beziehungsaspekt zentral. Die zur Berufsausübung erforderlichen Kompetenzen normiert das Pflegeberufegesetz, es sind die

„(...) fachlichen und personalen Kompetenzen einschließlich der zugrunde liegenden methodischen, sozialen, interkulturellen und kommunikativen Kompetenzen und der zugrunde liegenden Lernkompetenzen sowie der Fähigkeit zum Wissenstransfer und zur Selbstreflexion.“ (§ 5 Abs. 1 Satz 1 Bundesrepublik Deutschland 17.06.2017)

Grundlage jeden professionellen Pflegehandelns bildet die professionelle Ethik, legt das Pflegeberufegesetz weiter fest (vgl. § 5 Abs. 2 Satz 2 Bundesrepublik Deutschland 17.06.2017). Die daraus erwachsenden berufsethischen Anforderungen an eine Pflegebeziehung lauten:

„Sie berücksichtigt die konkrete Lebenssituation, den sozialen, kulturellen und religiösen Hintergrund, die sexuelle Orientierung sowie die Lebensphase der zu Pflegenden. Sie unterstützt die Selbstständigkeit der zu Pflegenden und achtet deren Recht auf Selbstbestimmung.“ (§ 5 Abs. 1 Satz 3, 4 Bundesrepublik Deutschland 17.06.2017)

Das berufliche Ethos stellt die Gewährung und Ermöglichung von Autonomie der Menschen mit Pflegebedarf in den Mittelpunkt professionellen Pflegehandelns. Diese grundlegende professionelle Verantwortung normiert bereits richtungweisend der Ethikkodex des International Council of Nurses (ICN) (2012). Pflegefachpersonen sind

„(...) persönlich verantwortlich und rechenschaftspflichtig für die Ausübung der Pflege“... sie setzen sich „(...) für die Schaffung einer positiven Arbeitsumgebung und für den Erhalt von sicheren, sozial gerechten und wirtschaftlichen Arbeitsbedingungen in der Pflege ein“ (International Council of Nurses (ICN) 2012, S. 3).

Die angeführten nationalen und internationalen Normen geben Hinweise auf die Sozialisation der beruflichen Rolle von Pflegefachpersonen. Festzustellen ist, dass professionelle Pflegearbeit (mindestens) in einer Dreiecksbeziehung zwischen Menschen mit Pflegebedarf, Pflegefachpersonen und Arbeitgebern stattfindet. Die Hypothese lautet, dass diese enge persönliche Bindung an Menschen mutmaßlich einen anderen Einfluss auf die Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen im Berufsalltag erzeugt als die Tätigkeit in einem Arbeitsumfeld, in dem die Erzeugung von Gütern oder administrative Prozesse im Vordergrund stehen.

Eine weitere Abgrenzung pflegerischer Berufsausübung gegenüber der Berufsausübung beispielsweise in Wirtschaftsunternehmen des freien Marktes ergibt sich aus der Konstitution des deutschen Gesundheitssystems. Ein kurzer Exkurs nimmt den besonderen wirtschaftlichen Status der im hochkomplexen, stark normiertem Gesundheitssystem verorteten Unternehmen in den Blick.

Zwar unterliegt das deutsche Gesundheitssystem in neuerer Zeit auch der *ökonomischen Betriebslogik*. Im ursprünglichen Grundgedanken war das Gesundheitswesen jedoch konzipiert als gemeinwohlorientiertes Modell, sozusagen der Variante eines genossenschaftlichen Modells auf der Metaebene des Staates. Das bedeutet, Gesundheitsunternehmen befinden sich im Unterschied zu Unternehmen am freien Markt nicht in einer direkten linearen Geschäftsbeziehung, bei dem das Unternehmen eine Ware oder eine Dienstleistung an einen Kunden verkauft. Vielmehr bewegen sich die Akteure des Gesundheitssystems in einem vierstufigen Prozess aus Leistungsfinanzierern, Leistungszahlern, Leistungserbringern und Leistungsempfängern. Leistungsfinanzierer sind die gesellschaftliche Gesamtheit aller Einzahlenden in die Sozialversicherungen, z.B. Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Sie bilden gemeinsam sozusagen die *Genossenschaft*. Sozialversicherungen sind die Banken der *Genossenschaft*, sie zahlen für die jeweils erbrachte Gesundheitsleistung am einzelnen Leistungsempfänger an die Leistungserbringer. Der Kreis schließt sich, weil jeder Leistungsfinanzierer potentiell Leistungsempfänger sein kann. Das Sozialversicherungsmodell folgt dem Grundgedanken, gesamtgesellschaftlich die Verantwortung für das je individuelle Risiko z.B. für Krankheit und Pflegebedarf jedes Einzelnen als Mitglied dieser Gesellschaft zu tragen.

An das beschriebene genossenschaftlich orientierte Wirtschaftskonzept des Gesundheitswesens sind die beruflichen Verantwortungsbereiche professionellen Pflegehandelns unmittelbar anschlussfähig. Pflegefachpersonen sind nach dem ihrem beruflichen Handeln zugrundeliegenden Ethikkodex verantwortlich Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen und Leiden zu lindern, sie unterstützen die Menschen in allen Lebenslagen (vgl. International Council of Nurses (ICN) 2012, S. 3). Pflegerische Arbeit wird, auch aufgrund dieser professionellen Verantwortung, eine hohe individuelle und gesamtgesellschaftliche Sinnhaftigkeit bescheinigt, welche sich unmittelbar auf die Arbeitszufriedenheit auswirkt:

„In der eigenen Arbeit einen Sinn zu sehen, ist eine wichtige Basis für Identifikation, Motivation und Arbeitszufriedenheit“ (Jacobs et al. 2020, S. 52).

Schwierig wird es für Pflegefachpersonen, wenn die ökonomischen Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit der Unternehmen im Gesundheitsbereich als permanenter Kostendruck oder sogar als einseitige Gewinnmaximierung verstanden werden und so der Betreuungsverantwortung der Pflegefachpersonen für die Menschen mit Pflegebedarf entgegenstehen. Dieser Zwiespalt zwischen Arbeitsbedingungen und professionellem Selbstverständnis wirkt sich mutmaßlich auf die Arbeitszufriedenheit aus. Es belastet Pflegefachpersonen, weil ihr Berufsethos infrage gestellt wird. Die Phänomene moralischer Belastungen im pflegerischen Berufsalltag sind international gut erforscht, unterdessen liegen entsprechende Übersichtsarbeiten vor (exempl. McCarthy und Gastmans 2015; Oh und Gastmans 2015). Moralische Belastung entsteht, weil die *Pflegebeziehung* belastet wird. Das beeinflusst Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen negativ, Folgen sind Burnout, Berufsausstieg und abnehmende Mitarbeiterbindung. Gleichzeitig sind dadurch die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung gefährdet (vgl. McCarthy und Monteverde 2018, S. 320).

Fraglich ist, ob sich aus den geschilderten Problemlagen in Pflegeberufen im gleichen Maße wie in anderen Berufen ein Einfluss auf das Fluktuationsverhalten ableiten lässt (s. Kap. 2.3.3). Dagegen spricht die oben beschriebene Dreiecksbeziehung, in der Pflegefachpersonen als Interaktionsarbeitende persönlich-emotional gebunden sind (vgl. auch Roth 2019, S. 50). So berichten beispielsweise viele Altenpflegefachpersonen in Reflexionsgesprächen, dass sie trotz widriger Verhältnisse in den Altenpflegeeinrichtungen bleiben, weil sie befürchten, dass sich ansonsten aufgrund des Personalmanagements niemand mehr um *ihre Bewohner* kümmern würde und dass sie *ihre Team* im Stich lassen würden. Die Aussagen decken sich mit den Befunden des Pflege-Reports 2019 (Jacobs et al.):

„Pflegebeschäftigte weisen eine leicht höhere Identifikation mit ihrer Arbeit auf als der Durchschnitt aller Befragten. Auch die Wahrnehmung der eigenen Arbeit als wichtigen Beitrag für den Betrieb ist in Pflegeberufen etwas stärker verbreitet. Deutlich ist die Differenz bei der Frage nach der gesellschaftlichen Bedeutung, die die Beschäftigten in ihrer Arbeit sehen. Zwei Drittel aller Beschäftigten haben den Eindruck, dass sie mit ihrer Arbeit einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft leisten.“ (Jacobs et al. 2020, S. 52).

In der Konsequenz schotteten sich viele Pflegefachpersonen mutmaßlich von allen professionellen und berufspolitischen Entwicklungen ab, weil sie resigniert haben. Weitverbreitet ist die immer wieder kommunizierte Ansicht, dass das Engagement sich in den Feldern nicht lohne, weil sich in der Pflege nichts zum Besseren verändern würde. Die Hypothese dazu lautet, dass viele Berufsangehörige sich im Prozess der inneren Kündigung befinden:

„Innere Kündigung kommt auf mehreren Ebenen zum Ausdruck. Definitionen innerer Kündigung umfassen häufig eine emotionale Komponente, eine gedankliche Komponente und eine Verhaltenskomponente. Die emotionale Komponente umfasst Unwohlsein und negative Gefühle wie Resignation und Ärger, die sich auf die eigene Tätigkeit beziehen (z. B. Schmitz et al., 2002; Friedrich, 2010). Als gedankliche Komponente wird eine mentale Distanzierung von der eigenen Tätigkeit beschrieben (z. B. Richter, 1999). Die Verhaltenskomponente umfasst die Reduktion des Engagements bei der Arbeit sowie den sozialen Rückzug im Arbeitsumfeld (z. B. Echterhoff et al., 1997).“ (Scheibner et al. 2016, S. 15) (A. d. A.: im Zitat gen. Quellen s. Literaturverzeichnis).

Als nächste Eskalationsstufe von Pflegenden beschreibt Schmucker (2020, 58) die Flucht in die Teilzeitbeschäftigung oder, falls das auch nicht hilft, den komplette Berufsausstieg als sog. *Lösungsansätze*. Schmucker stützt sich auf Befragungsergebnisse des Institut DGB-Index Gute Arbeit (2018) zu Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. Die Daten wurden aus einer größeren Umfrage gefiltert:

„In den Jahren 2012 bis 2017 haben insgesamt 35.302 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer an der computerunterstützten Telefonbefragung (CATI) teilgenommen (ungewichtet und ohne Auszubildende). Darunter waren 1.858 abhängig Beschäftigte in Pflegeberufen. 1.260 davon gehören zur Berufsgruppe »Gesundheits- und Krankenpflege«, zu der auch die Fachkranken- und die Entbindungspflege zählen. Diese Berufsgruppe wird in der Auswertung unter dem Oberbegriff »Krankenpflege« zusammengefasst. 598 Befragte waren in der Altenpflege tätig.“ (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018, S. 5).

Der Index gibt gute erste Einblicke auf die Situation der Pflege in Deutschland. Allerdings hat sich von 2012 bis 2017 viel in der Pflege verändert, die Situation hat sich deutlich verschärft (s. Kap. 2.2). Der Verlust von Pflegefachpersonen durch Reduktion, Fluktuation und vorzeitigen Berufsausstieg gefährdet die pflegerische Versorgung der Bevölkerung und verursacht hohe wirtschaftliche Schäden. Das Pflegethermometer 2018 des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung schätzt den Fluktuationsgrad in stationären Pflegeeinrichtungen auf 10 % (Isfort und Weidner 2018, S. 79), ein Hauptgrund ist die Arbeitsüberlastung (vgl. ebd. S. 80), zudem lassen sich die freigewordenen Stellen oft länger als sechs Monate nicht besetzen (s. Kap. 2.2). Alleine die Fluktuation einer Person und die direkte Neubesetzung einer Stelle verursacht durchschnittlich ca. 14.000 € Kosten für das betroffene Unternehmen, berechnete jüngst eine österreichische Studie (Brence et al. 2019, S. 4).

Die zuständigen Bundes- und Landesministerien haben den Handlungsbedarf erkannt. Allerdings liegen kaum belastbare empirische Ergebnisse zur aktuellen Situation im Pflegeberuf vor. Dies führt zur Ableitung der Forschungsfrage in Kap. 2.4.

2.4 Forschungsfrage - Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen?

Die Landesregierung Schleswig-Holstein hat sich zum Ziel gesetzt, dem Mangel an Pflegefachpersonen zu begegnen (s. Kap. 2.1). Ein Instrument soll der Wiedereinstieg von aus dem Pflegeberuf ausgeschiedenen Kolleg*innen sein.

Ziel des von der Pflegeberufekammer an das Forschungsnetzwerk Ludwigshafen vergebenen Forschungsprojektes ist die Erhebung der Arbeitszufriedenheit der aktuell im Pflegeberuf tätigen Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein. Sie sind Mitglied der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein. Die Studie erzeugt ein Abbild der aktuellen Situation und den Bedarfen in der schleswig-holsteinischen Pflege. Für Konzeptentwicklungen sowohl zum Wiedereinstieg als auch zum Berufsverbleib sind die Daten essentiell.

Zur Zielerreichung scheint es geboten, die für den Berufsverbleib zentralen Kriterien der Arbeitszufriedenheit zu erheben und die in Kap. 2.3.3 beschriebenen Eskalationsstufen der inneren Kündigung und der Reduktion der Arbeitszeit vor einem tatsächlichen Berufsausstieg mit zu erfassen, um gegensteuern zu können. Pflegefachpersonen, die noch im Beruf stehen, sind zu halten und deren Arbeitszufriedenheit ist zu verbessern. Dies ist allemal effektiver zur Sicherung der pflegerischen Versorgung, als nur der eingleisige Versuch, ausgestiegene Kolleg*innen in den Beruf zurückzubringen, wie in Kap. 2.3.3 dargelegt wurde.

Somit lauten die Forschungsfragen und die näher klassifizierenden Unterfragen:

- Wie zufrieden sind Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein mit ihrer Arbeit?
 - Welche Anhaltspunkte für passgenaue Interventionen zum Berufsverbleib bieten die Dimensionen der Arbeitszufriedenheit (Kollegen & Vorgesetzte, Tätigkeit & Arbeitsbedingungen, Organisation & Leitung sowie berufliche Entwicklung & Bezahlung)?
 - Wie lauten die Empfehlungen der im Beruf stehenden Pflegefachpersonen für den eigenen Berufsverbleib und einen gelingenden Wiedereinstieg von aus dem Pflegeberuf ausgestiegenen Kolleg*innen?
 - Bietet die Erhöhung des Beschäftigungsumfangs von in Teilzeit arbeitenden Pflegefachpersonen Potentiale, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken?
- Wie stellt sich die Gruppe der Studienteilnehmenden anhand berufsbiografisch-soziodemografische Daten dar?
 - Bestehen Korrelationen zwischen Arbeitszufriedenheit und berufsbiografisch-soziodemografischen Merkmalen der Teilnehmenden?
 - Welche interferenzstatistischen Rückschlüsse sind zu ziehen?

Kapitel 3 skizziert das Design und die Methodik sowie die Umsetzung und die Limitationen der Studie.

3 Arbeitszufriedenheit im Pflegeberuf – Methodik & Umsetzung

Die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein trat im Januar 2020 mit der Bitte um ein Angebot zur Durchführung der Befragung der Kammermitglieder an das Forschungsnetzwerk Gesundheit der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft heran. Das Zeitfenster für die Bearbeitung des ersten Teilprojektes, die Befragung der ca. 27.000 in Schleswig-Holstein tätigen Pflegefachpersonen, den Mitgliedern der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein war sehr eng (s. Kap. 2.1, 2.4). Das Projekt sollte spätestens im Juni 2020 abgeschlossen sein. Das vom Projektgeber vorgegebene enge Zeitfenster verbunden mit der hohen Anzahl potenzieller Studienteilnehmenden, den knappen zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen und der Anforderung, einen breitgefächerten Ist-Stand abzubilden, ließ nur ein quantitatives Design, angereichert mit wenigen offenen Items zu. Methodisch fand ein online-gestütztes Tool Anwendung. Ziel der Studie war die Gewinnung erster quantitativer Befunde. Darauf aufbauend können in neuen Forschungsprojekten die Ergebnisse in Mixed-Methods-Methodik über qualitative Designs vertieft und auf verschiedene Zielgruppen ausgerichtet spezifiziert werden. Die vorgegebenen Anforderungen der ersten Projektphase sowie den bereits angedachten ergänzenden Perspektiven schlugen sich in der Instrumentenkonstruktion, den möglichen Zugangswegen, der Verteilung und der Auswertung nieder, welche nachfolgend berichtet werden.

3.1 Erhebungsinstrument- Konstruktion & Pretest

Der der Studie zugrundeliegende Fragebogen *Berufsverbleib von Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein* besteht aus drei Teilen: Erfassung der Arbeitszufriedenheit; perspektivische Fragen zum Verbleib, zur Rückkehr und zur Erhöhung des Stellenumfangs im Pflegeberuf sowie allgemeine sozio-demografische und berufsbiografische Daten der Befragten. Die Konstruktion erfolgte in enger Abstimmung mit der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein.

Den Einstieg bilden Informationen zum Ziel der Umfrage:

„In der Pflege herrscht Personalmangel, welcher durch den Berufsausstieg gut ausgebildeter und motivierter Pflegefachpersonen verstärkt wird. Wissenschaftliche Studien zeigen in allen Berufen einen maßgeblichen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Arbeitszufriedenheit bzw. Unzufriedenheit auf die Bindungsbereitschaft und den Berufsverbleib von Fachpersonen (...)“ (Kuhn et al. 2020).

Nach der einführenden Erläuterung des zugrunde gelegten Verständnisses von pflegerischer Berufstätigkeit (s. Kap. 2.3.3) folgen Filterfragen, die gewährleisten sollen, dass nur in Schleswig-Holstein tätige Pflegefachpersonen an der Studie teilnehmen. Dem einführenden Teil folgt die Erhebung der spezifizierten und der generalisierten Arbeitszufriedenheit.

3.1.1 Erfassung der allgemeinen und spezifischen Arbeitszufriedenheit

Zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit wurde der Fragebogen von Neuberger und Allerbeck (2014) herangezogen. Das Instrument misst Arbeitszufriedenheit über 79 Items, die sieben Subskalen zugeordnet sind. Die Subskalen bilden individuelle Facetten der Arbeitszufriedenheit anhand der Kategorien *meine Kollegen, mein Vorgesetzter, meine Tätigkeit, meine Arbeitsbedingungen, Organisation und Leistung meiner Einrichtung, meine berufliche Entwicklung* sowie *meine Bezahlung* ab. Die Messung erfolgt über eine 4-stufige bipolare Likert Skala mit zwei positiven und zwei negativen Items ohne Mittelfeldantwort.

Bei dem verwendeten Instrument handelt es sich um ein langjährig erprobtes, häufig eingesetztes Instrument der Arbeitszufriedenheitsforschung. Die methodischen Untersuchungen ergaben sehr gute Werte, die Angaben für Reliabilität und Validität deuten auf ein qualitativ hochwertiges Instrument hin

(vgl. Neuberger und Allerbeck 2014, S. 10–12). Neben der hohen Güte wurde der Fragebogen auch deshalb gewählt, weil er neben der Analyse der Arbeitszufriedenheit differenziert über die o.g. Subskalen die Erfassung des übergreifenden Generalfaktors *Arbeitszufriedenheit* ermöglicht. Die Messung der allgemeinen Arbeitszufriedenheit erfolgt über eine bipolare 5-Punkt Likert Skala. Somit lässt das gewählte Instrument eine differenzierte Betrachtung auf unterschiedlichen Ebenen zu.

Das Instrument von Neuberger und Allerbeck (2014) wurde für den Einsatz in der professionellen Pflege redaktionell überarbeitet und leicht an das Berufsfeld angepasst. Da Pflegefachpersonen sich meist als Teil eines Teams verstehen, erfolgte eine Trennung zwischen den Kolleg*innen aus der Pflege und den „*Kolleg*innen anderer Berufsgruppen (wie z.B. dem ärztlichen Dienst, der Hauswirtschaft, der Sozialen Arbeit etc.)*“ (Kuhn et al. 2020). Außerdem wurde in der Subskala *Arbeitsbedingungen* das Item *ausreichende Arbeitszeit* ergänzt (zum Zeitdruck in der Pflege s. Kap. 2.2). In der Subskala *Organisation* erfuhr das allgemeinformulierte Item *Planung* Konkretisierung über die Benennung der für die pflegerische Berufsausübung so wichtigen *Dienstplanung*. Gerade die Unsicherheit des Dienstplanes aufgrund knapper Personalbesetzung und geforderten Einspringens wegen Krankheit hat mutmaßlich einen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit (s. Kap. 2.2). Somit erheben im Fragebogen 87 geschlossene Items die individuelle Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein.

Die Arbeitszufriedenheit ist retrospektiv ausgerichtet (s. Kap. 2.3.1), die ergänzende Konzeption der perspektivischen Items zur Beantwortung der Forschungsfragen beschreibt das folgende Kapitel.

3.1.2 Perspektivische Fragen, soziodemographische Daten und offene Items

Der zweite Teil der Befragung wechselt die Perspektive. Prospektiv in die Zukunft blickend stehen die Sicherung des eigenen Berufsverbleibs, der potentielle Wiedereinstieg ausgestiegener Kolleg*innen und die ermöglichenden Bedingungen zur Erhöhung des eigenen Beschäftigungsumfanges von Teilzeitbeschäftigten im Fokus. Diese Fragen werden ergänzt um die Erhebung weiterer soziodemografische und berufsbiografische Daten, welche die Gruppe der Teilnehmenden genauer beschreibt und die Möglichkeit eröffnet, entsprechende Korrelationen abzuleiten sowie interferenzstatistische Rückschlüsse zu unternehmen.

Die Überleitung bildet ein offenes Item, das den Teilnehmenden die Möglichkeit bietet, ggfs. ergänzende Aspekte der Arbeitszufriedenheit, die bisher in dem standardisierten Instrument noch nicht angesprochen wurden, aber den eigenen Verbleib im Pflegeberuf sichern könnten, niederzuschreiben.

Anschließend werden die teilnehmenden Kammermitglieder gebeten, zu beurteilen, welche der abgefragten Aspekte der Arbeitszufriedenheit ehemalige Kolleg*innen, die bereits aus der Pflege ausgestiegen sind, zum Wiedereinstieg bewegen könnten. Dazu sollen die vorher bereits eingeführten Kategorien der Arbeitszufriedenheit: *die Kolleg*innen, die Vorgesetzten, die pflegerische Tätigkeit, die Arbeitsbedingungen in der Pflege, die Organisation und Leitung der Einrichtung, die Möglichkeit, sich beruflich entwickeln zu können, die Bezahlung*, ergänzt um das für den Frauenberuf Pflege hochrelevante Item *die Vereinbarkeit von Familie und Beruf* (s. Kap. 2.2) in eine wertende Rangfolge gebracht werden.

Die gewünschte wertende Einschätzung beinhaltet zwei Funktionen: Zum einen sind den im Beruf verbliebenen Pflegefachpersonen die Gründe des Berufsausstiegs ihrer ehemaligen Kolleg*innen ihres Pflegeteams meist bekannt, oft besser als den Leitungspersonen. Zum zweiten lässt sich an der gewählten Rangfolge indirekt ein Hinweis über die eigene Priorisierung der im ersten Block abgefragten Kategorien der Arbeitszufriedenheit ableiten. Aus dem Grund wurde die ursprünglich angedachte, aufwendige zweimalige Abfrage, einmal bezogen auf die/den Teilnehmende*n selbst und einmal bezogen auf die ehemaligen Kolleg*innen, wieder verworfen. Die Pretests (s. Kap. 3.1.3) untermauerten die Entscheidung. Sie bestätigten im Test die Vermutung, dass die doppelte Abfrage zu Verwirrung hätte führen können. Zusätzlich zum geschlossenen standardisierten Item enthält der Fragebogen in dem

Block ein offenes Item, in dem „ergänzend zu den oben genannten Aussagen noch weitere Gründe, die Ihre ehemaligen Kolleg*innen bewegen könnten, in den Pflegeberuf zurückzukehren?“ (Kuhn et al. 2020) niedergeschrieben werden können. Das zweite Freifeld gibt den Pflegefachpersonen erneut Raum für ihre Einschätzungen und ermöglicht so, ggfs. tiefere Erkenntnisse über viele ungekannte Aspekte des noch wenig erforschten Feldes des Berufsverbleibes und der Motivationen zum Wiedereinstieg von Pflegefachpersonen zu gewinnen.

Aufgrund der im Projekt im Vorfeld von der Landesregierung festgelegten Zielgruppe der Studie, den Kammermitgliedern der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein, war es im Rahmen dieser ersten Befragung als Auftragsforschung leider nicht möglich, bereits ausgestiegene Berufsangehörige direkt zu erreichen. Kammermitglied ist man nur, wenn man den Pflegeberuf ausübt. Wenn man aus dem Beruf ausscheidet, endet die Pflichtmitgliedschaft. In dem Fall könnte man bestenfalls noch freiwilliges Mitglied bleiben, was aber zurzeit in der Aufbauphase der Pflegeberufekammer eine eher theoretische Option ist. Das direkte Erreichen ausgeschiedener Pflegefachpersonen wird das Forschungsdesiderat für weitere Untersuchungen sein müssen, welche bereits angedacht sind.

Der dritte Block des Instrumentes erhebt soziodemografische und berufsbibliografische Daten. Einführend erläutert der Begleittext des Blockes die Relevanz der abgefragten Informationen: Über die Angaben sind die jeweiligen Unterstützungsbedarfe in den vielfältigen Bereichen des Pflegeberufs zu identifizieren und passende Empfehlungen abzuleiten. Gleichzeitig erfolgt nochmals der ausdrückliche Hinweis auf Anonymität, die Freiwilligkeit der Beantwortung und die Möglichkeit, einzelne Fragen nicht zu beantworten. Dass diese Möglichkeit zu schwankenden Antwortzahlen (n), bzw. zu hohen Nonresponseraten führen kann, wurde zugunsten der Wertschätzung der Teilnehmenden, zur Sicherung des forschungsethischen Anspruches des Forschungsteams und zur Vermeidung des kompletten Befragungsabbruchs gerne in Kauf genommen.

Den Einstieg bildet die Angabe zum Beschäftigungsumfang. Die Beantwortung der Filterfrage öffnet allen Teilnehmenden, die nicht zu 100 % beschäftigt sind, eine neue Rangordnungsfrage. Im Rückbezug auf die Subskalen der Arbeitszufriedenheit werden alle Teilzeitbeschäftigten gebeten, anhand der Kategorien: *meine Kolleg*innen, meine Vorgesetzten, meine pflegerische Tätigkeit, meine Arbeitsbedingungen in der Pflege, die Organisation und Leistung meiner Einrichtung, die Möglichkeit mich beruflich entwickeln zu können, meine Bezahlung, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf* einzuschätzen, welche Verbesserung sie am ehesten dazu bewegen würde, ihren aktuellen Beschäftigungsumfang zu erhöhen. Die Erhebung der Daten folgt der verbreiteten Hypothese, dass viele in Teilzeit beschäftigte Pflegefachpersonen ihre Arbeitszeit gerne erhöhen würden, sofern entsprechende Hindernisse aus dem Weg geräumt würden. Ergänzend bzw. in Opposition dazu steht das neue Item *ich möchte meine Arbeitszeit nicht erhöhen* zur Auswahl. Auch dies ist eine Konsequenz sowohl aus der Literatur (s. Kap. 2.2) als auch aus den durchgeführten Pretests (s. Kap. 3.1.3). Zur Stützung bzw. Falsifikation der aufgezeigten Hypothese und zur Gewinnung tieferer Einsichten in das Themenfeld *Aufstockung der Arbeitszeit* dient das anschließende dritte offene Item, das die Teilnehmenden bittet, die Gründe, welche Ihren aktuellen Stellenumfang beeinflussen, zu notieren. Diese Hinweise können richtungsweisend für Folgestudien, Konzeptentwicklungen und Modellprojekte sein.

Den Fragen zum Beschäftigungsumfang schließt sich die Erhebung ergänzender soziodemografische Daten wie dem Alter, der Berufsbezeichnung (Gesundheits- und Krankenpfleger*in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in, Altenpfleger*in, Krankenschwester/-pfleger, Kinderkrankenpfleger/-pfleger)³⁴ und der Dauer der Berufsausübung an.

³⁴Das Instrument enthält bewusst die alten und neuen Berufsbezeichnungen der professionellen Pflege, damit sich alle Pflegefachpersonen angesprochen fühlen und zuordnen können.

Im Heilberuf Pflege kommt es, wie in vielen anderen Frauenberufen auch, immer wieder zu familienbedingten Berufsausstiegen, die eigentlich nur Unterbrechungen der Berufsausübung sind oder zumindest als solche gedacht waren. Nach einer gewissen Zeit kehren viele Pflegefachpersonen in ihren Beruf zurück. Es fehlt allerdings eine stabile Datenlage, die es ermöglicht, Gründe und Dauer von Unterbrechungen der Berufsausübung im Berufsleben von Pflegefachpersonen genauer zu quantifizieren und daraus Hebel abzuleiten, um diese Unterbrechungen zu reduzieren. Daneben sind Ursachen zu analysieren, die eine ursprünglich als Unterbrechung geplante Pause zu einen kompletten Berufsausstieg werden lassen. Deshalb erfragt das Instrument längere Pausen in der Berufsausübung. Falls die Studienteilnehmenden dies bejahen, erfolgt die Nachfrage nach den Gründen (Kindererziehung, Pflege von Angehörigen, Krankheit, Arbeitslosigkeit, Weiterbildung/Studium und dem ergänzenden offenen Item *Sonstiges*). Die zweite nachgeordnete Frage erhebt die Dauer der Unterbrechung der pflegerischen Berufsausübung, ebenfalls eine elementare Kategorie zur Ermöglichung des Wiedereinstiegs in den Pflegeberuf.

Abschließend erfasst der Fragebogen den pflegerischen Bereich, in dem die Teilnehmenden tätig sind und die dort ausgeübte Funktion. Bei der Konstruktion wurde ausdrücklich darauf Wertgelegt, die Vielfaltigkeit der Pflege über die standardisierten Antwortoptionen abzubilden und erneut ein offenes Item für Ergänzungen von Pflegebereichen und Funktionen anzubieten.

Die letzte geschlossene Frage erhebt das Geschlecht der Teilnehmenden. Das letzte offene Item ermöglicht den Teilnehmenden, abschließend noch Dinge mitzuteilen, die ihrer Meinung nach bisher keinen Raum fanden. Die Befragung endet mit dem Dank an die Teilnehmenden.

Vor dem Einsatz wurde das Instrument einem ausführlichen Pretest unterzogen und entsprechend modifiziert, diese Entwicklungsschritte erläutert Kap. 3.1.3.

3.1.3 Pretest und daraus folgende Modifikationen

Nach Abschluss der Instrumentenkonstruktion wurden Pretests in Anlehnung an Porst (2014, 190ff.) zur Evaluation des Fragebogens durchgeführt. Ziel war, im Testlauf mutmaßliche Nachbesserungsbedarfe bzgl. der Verständlichkeit der Fragen und Antwortmöglichkeiten, der Passgenauigkeit der Antwortoptionen, der Dramaturgie des Fragebogens, etc. zu ermitteln. Darüber hinaus dienten die Tests der Überprüfung der technischen Handhabbarkeit des Online-Tools und der Bestimmung der Zeit, die durchschnittlich zur Beantwortung des Fragebogens benötigt wird. Dafür wurden Standardbeobachtungspretests durchgeführt, bei denen die Forscherinnen anwesend waren. Die Ausfülltests ergänzten eine einfache kognitive Überprüfung über reflexive Fragen im Nachgang. Zentral stand insbesondere die Frage, ob die Tester*innen sich in ihrer beruflichen Situation abgebildet gesehen haben oder ob Items fehlten. Falls Unklarheiten im Verlauf des Ausfüllens auftauchten und die Tester*innen Fragen stellten, wurde die Zeitmessung unterbrochen. Solche Unklarheiten zogen ggfs. entsprechende Modifikationen des Instrumentes nach sich. Sofern ein Pretest Änderungswünsche erbrachte, wurden diese den nächsten Tester*innen ebenfalls vorgelegt und um ihre Einschätzung gebeten. Die Tests wurden bei Sättigung beendet, d.h. die Tester*innen brachten keinen neuen Änderungsbedarf mehr vor.

Die Tester*innen wurden aus verschiedenen Bereichen der Pflege in Rheinland-Pfalz und Hessen ausgewählt. Es handelte sich mehrheitlich um Frauen. Sie arbeiten in Altenpflegeeinrichtungen, in Zeitarbeit, als Lehrkraft in der Ausbildung von Pflegefachpersonen, in Kliniken (Häuser der Grundversorgung und der Maximalversorgung), auf bettenführenden Stationen oder in Funktionsabteilungen (z.B. OP, Intensivstation, Ambulanz), teilweise hatten sie Leitungsfunktionen im mittleren Management inne. Die meisten Tester*innen stehen aktuell im Berufsleben, in Vollzeit- oder in Teilzeitbeschäftigung. Die Tester*innen verfügten über unterschiedlich lange Berufserfahrung, einige absolvierten pflegerische Weiterbildungen, wenige hatten eine akademische Qualifikation erworben. Eine Person war gerade

vorzeitig berentet worden, eine weitere hatte mehrere Berufsausstiege und gescheiterte Versuche des Wiedereinstieges in unterschiedliche Bereiche der professionellen Pflege hinter sich, eine dritte ist schon längere Zeit krankheitsbedingt teilberentet, steht aber noch im Beruf, was ihr sehr wichtig ist.

Die Pretests erbrachten insbesondere folgende Ergebnisse und Modifikationen des Fragebogens:

- Der Zeitbedarf zum Ausfüllen des Online-Tools liegt durchschnittlich bei 15 Minuten.
- Im getesteten Entwurf des Fragebogens war das Ranking der Kategorien der Arbeitszufriedenheit zweimal vorgesehen, einmal aus Sicht der Teilnehmenden selbst und einmal mit Perspektive auf die bereits ausgestiegenen Kolleg*innen. Dies stiftete in den Tests Verwirrung. Einige Tester*innen meinten, das sei eine unnötige Dopplung. Deshalb wurde das erste Ranking entfernt (s. Kap. 3.1.2).
- Bei den genannten Faktoren zur Motivation zum beruflichen Wiedereinstieg begrüßten die Tester*innen die Ergänzung der *Vereinbarkeit von Familie und Beruf*. Sie berichteten, dass dies aus ihrer persönlichen Erfahrung neben Krankheiten der häufigste Grund sei, ganz aus dem Pflegeberuf auszusteigen.
- Die Einfügung des Items *Ich möchte meinen Beschäftigungsumfang nicht erhöhen* für die Messung der Faktoren, die einer Erhöhung ermöglichen könnten, erfolgte, weil die Tester*innen in Teilzeit fast einmütig angaben, grundsätzlich nicht mehr arbeiten zu *wollen*.
- Die Pretests lieferten die Bestätigung der Sinnhaftigkeit der offenen Items. Sie wurden teilweise bereits in den Pretests ausführlich genutzt. Alle Tester*innen begrüßten einhellig die Möglichkeit, eigene Positionen und Ergänzungen einbringen zu können. Offene Items wurden in den Fragenkomplexen zum Wiedereinstieg und zur Erhöhung des Stellenumfangs ergänzt, weil den Tester*innen dort die Möglichkeit fehlte, ihre subjektiven Ergänzungen niederzuschreiben.
- Die eingeführte Trennung von Kolleg*innen aus der Pflege und Kolleg*innen aus anderen Berufsgruppen wurde für nötig erachtet. Insbesondere das Verhältnis zur Ärzteschaft sei hierarchiebedingt ein anderes als zum eigenen Pflorgeteam. Es wurde sogar angeregt, die Subskala der Kolleg*innen der anderen Berufsgruppen nochmals in *Ärzt*innen* und *Andere* zu unterteilen. Dem konnte jedoch methodisch im Rahmen der Befragung nicht gefolgt werden. An der Stelle zeichnet sich allerdings ein vertiefendes qualitatives Forschungsdesiderat zur interprofessionellen Zusammenarbeit ab.
- Tester*innen, die erst kurz im Beruf standen, kommunizierten einen Unterschied ihrer eigenen Arbeitszufriedenheit zwischen der Situation als Auszubildende und dem neuen Status als examinierte Pflegefachperson. Auch der Aspekt wird in Folgestudien zu beleuchten sein.
- Ältere Testerinnen betonten, teilweise mit Stolz, sie seien noch Krankenschwester und nicht Gesundheits- und Krankenpflegerin. Dies stärkte die differenzierte Aufnahme aller pflegerischen Berufsbezeichnungen, um der Gefahr zu entgehen, dass sich ältere Pflegefachpersonen nicht abgebildet sehen könnten, weil ihnen nicht bekannt ist, dass die neuen Bezeichnungen auch für die älteren Berufsbezeichnungen gelten. Auf der Metaebene wäre eine reflektierende Erhebung über das sich wandelnde Berufsverständnis anzustreben.
- Die technische Überprüfung zeigte keine Änderungsbedarfe.
- Redaktionelle Fehler wurden behoben.

Nachdem die finalen Überarbeitungen des Fragebogens abgeschlossen waren, erfolgte die Eruiierung möglicher Zugangswege. Kap. 3.2 gibt dazu und zum Schutz der Forschungsteilnehmenden Auskunft.

3.2 Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein – Zugangswege & Schutz

Zur digitalen Erhebung verwandte das Forschungsnetzwerk Gesundheit ein professionelles, lizenzpflichtiges, onlinegestütztes Befragungstool. Das Tool erlaubt differenzierte Möglichkeiten der Fragestellung, ermöglicht multiple digitale Zugangswege und garantiert eine hohe Sicherheit der Daten sowie eine gute Auswertbarkeit auch umfangreicher Befragungen. Zudem ist ein solches Verfahren weit aus ressourcenschonender als eine papierbasierte Befragung.

Die Studie richtet sich an alle in Schleswig-Holstein tätigen Pflegefachpersonen als Mitglieder der im April 2018 gegründeten Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein. Die berufliche pflegerische Tätigkeit ist weit gefasst, das schleswig-holsteinische Pflegeberufekammergesetz normiert dazu:

„...; die Ausübung des Berufes umfasst jede Tätigkeit, bei der berufsgruppenspezifische Fachkenntnisse vorausgesetzt, eingesetzt oder lediglich mitverwendet werden.“ (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Landesregierung Schleswig-Holstein 16.07.2015).

Der Zugang zu Pflegefachpersonen über eine Pflege(berufe)kammer³⁵ bietet den einzigartigen Weg, alle Pflegefachpersonen eines Bundeslandes erreichen zu können und so belastbare empirische Daten zu unterschiedlichen Fragestellungen rund um den Heilberuf Pflege und die professionelle pflegerische Versorgung zu generieren (vgl. Kuhn 2016, S. 66). Dass die Errichtung der Pflegeberufekammer in Schleswig-Holstein nicht nur Befürworter*innen hat, die die digitalen Angebote ihrer Kammer nutzen, wurde in der Verteilung der Befragung relevant.

Die Kammermitglieder sind grundsätzlich auf verschiedenen Wegen zu erreichen. Alle Mitglieder müssen ihrer Pflegeberufekammer zur Kommunikation mit ihnen ihre „berufliche und private Anschrift sowie Telekommunikationsverbindungen“ (§7 Abs. 2 Nr. 2. Landesregierung Schleswig-Holstein 16.07.2015) melden, dazu gehört auch eine digitale Adresse. Über die Aktivitäten der Pflegeberufekammer, die Beschlüsse der Kammerversammlung, relevante professionelle Veränderungen und vieles mehr unterrichtet die Mitglieder in regelmäßigen Abständen das Printmedium *curatio DAS GEPFLEGTE MAGAZIN*. Darüber hinaus steht es den Kammermitgliedern frei, den digitalen Newsletter KAMMER-INFO zu abonnieren. Die Möglichkeit nutzen zurzeit 13.227 Pflegefachpersonen (lt. Auskunft der Mitgliederverwaltung Pflegeberufekammer SH, Stand April 2020). Es ist den Kammermitgliedern jederzeit möglich, die KAMMER-INFO zu abonnieren oder abzubestellen.

Passend zur Befragung wurde eine detaillierte gesetzeskonforme Information zum Datenschutz entwickelt. Die Datenschutzerklärung prüften sowohl die Datenschutzbeauftragten der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen als auch der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein. Über die Angaben zum Datenschutz hinaus betonten die Einladungstexte zur Befragung die Freiwilligkeit der Teilnahme. Die Datenschutzerklärung war dem Zugang zur Befragung vorgeschaltet. Beide Komponenten erzeugten den Informed Consent zur Teilnahme. Darüber hinaus war es den Teilnehmenden möglich, einzelne Fragen nicht zu beantworten, darauf wurde insbesondere bei den personenbezogenen soziodemografischen und berufsbiografischen Daten nochmals innerhalb der Dramaturgie der Befragung hingewiesen. Die Option haben denn auch viele Pflegefachpersonen genutzt. Den forschungsethischen Anforderungen der rheinland-pfälzischen Berufsordnung folgend wurde die Durchführung der Studie vor dem Start der Feldphase bei der Pflegekammer Rheinland-Pfalz telefonisch angezeigt.

Nach der Finalisierung des Instrumentes, der Festlegung der Zugangsweg und der Erstellung der Beleittexte sowie der Kontrolle der forschungsethischen Anforderungen stellte das Forschungsteam des

³⁵Außer in Schleswig-Holstein bestehen 2020 in Niedersachsen und in Rheinland-Pfalz Pflege(berufe)kammern als Körperschaften des öffentlichen Rechtes. In Nordrhein-Westfalen befindet sich die Pflegekammer im Aufbau, in Baden-Württemberg läuft das Gesetzgebungsverfahren. Teilweise firmieren die Körperschaften des öffentlichen Rechtes unter dem Namen Pflegekammer, teilweise unter Pflegeberufekammer.

Forschungsnetzwerkes Gesundheit der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein den Link zur Online-Befragung in Textform und als QR-Code zur Verteilung an die Pflegefachpersonen zur Verfügung. Die Befragung konnte veröffentlicht werden.

3.3 Feldphase der Befragung - Veröffentlichung, Verteilung und Prolongierung

Die Veröffentlichung und Verteilung der Befragung verantwortete die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein. Die Schritte erfolgten in enger Abstimmung mit dem Projektteam des Forschungsnetzwerkes Gesundheit der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen.

Durch die große Zeitspanne zwischen Antragstellung und Bewilligung des übergeordneten Projektes *beruflicher Wiedereinstieg von Pflegefachpersonen* hat sich der Zeitkorridor für die Bearbeitung des Forschungsprojektes *Berufsverbleib und Wiedereinstieg von Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein*, welches lt. Antrag aus den Bausteinen Entwicklung einer passgenauen Befragung, Durchführung der Befragung und dem Einblick in die Ergebnisse bestand, stark verkürzt. Die Projektdurchführung wurde daraufhin mit Zustimmung des schleswig-holsteinischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren (MSGJFS) in das erste Halbjahr 2020 verschoben.

Aufgrund der vorgegebenen Kürze der Zeit und den äußerst beschränkten finanziellen Ressourcen konnte nur die onlinegestützte Befragung umgesetzt werden. Alle Kammermitglieder erhielten jedoch den Hinweis auf die Befragung in postalischer Form über das Kammermagazin *curatio*.

Die nicht vorhersehbare Covid-19-Pandemie begann, als die Instrumentenkonstruktion abgeschlossen und ausreichend Pretests durchgeführt waren. Der verhängte Shutdown in Verbindung mit der arbeitsorganisatorischen Umstrukturierungsmaßnahmen insbesondere aber mit der erforderlichen raschen Aufrüstung medizinisch-pflegerischer Potentiale band zunächst alle Ressourcen in der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein. Ende März musste dann entschieden werden, ob die fertiggestellte Befragung nun wie geplant durchgeführt werden sollte oder ausgesetzt würde. Die notwendigen internen Absprachen sowie die grundsätzliche Entscheidung, ob eine Befragung zur Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen in einer solch herausfordernden Zeit zielführend sei, nahm Einfluss auf den Zeitpunkt der Befragungsveröffentlichung. In den Hinweisen zur Befragung wurde das Thema Corona-Pandemie aufgenommen. Den Pflegefachpersonen wurde erläutert, dass es gerade in der Pandemie sinnvoll erscheint, eine Befragung zur Arbeitszufriedenheit und zum Berufsverbleib durchzuführen. So lautete beispielsweise die entsprechende Passage des Reminders zur Befragung:

*„Im April 2020 haben wir eine Umfrage zur Arbeitszufriedenheit und zum Berufsverbleib für unsere Mitglieder gestartet. Denn in der Pflege herrscht seit langem ein Fachkräftemangel – das ist nicht zuletzt in der Corona-Pandemie deutlich geworden. Pflegefachpersonen sind unverzichtbar. Deshalb ist jede Kollegin, jeder Kollege wichtig. Mit dieser Befragung wollen wir genau wissen, wie es Ihnen geht und was Sie in Ihrem Beruf und in Ihrer Einrichtung hält. Eine Teilnahme ist freiwillig!“
(Wulff und Kuhn 2020)*

Im Verlauf wünschte die Pflegekammer Schleswig-Holstein eine Prolongierung der Feldphase, um möglichst vielen weiteren Kammermitgliedern die Teilnahme an der Befragung zu ermöglichen. Zur Begründung wurde angeführt, dass zum einen die bereits erzielten hohen Responseraten das große Interesse der Kammermitglieder an der Befragung spiegelt. Zum andern bestünde die Gefahr, wegen der starken Arbeitslast während der Pandemie viele Kammermitglieder bisher per Mail noch nicht erreicht zu haben. Deshalb entschied man sich zugunsten einer deutlich längeren Feldphase mit einem erneuten Reminder für eine im ersten Auswertungsschritt nicht so tiefgehende Analyse. Dies sollte zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden und fand von Dezember- März 2021 statt. Die nachfolgende Tabelle fasst die Verteilung zusammen. Zu entnehmen sind der Zeitpunkt der Information, das

gewählte Medium, die jeweilig angesprochene Zielgruppe, der Informationsinhalt sowie die Anzahl der der jeweils eingegangenen Antworten.

<i>Zeitpunkt</i>	<i>Medium</i>	<i>Zielgruppe</i>	<i>Information</i>	<i>Anzahl der Antworten</i>
Januar 2020	Vorabinformation: curatio DAS GEPFLEGTE MAGAZIN per Post	alle ca. 26.000 Kammermitglieder	Hinweis auf das Projekt „bWP19“ und Ankündigung der Befragung	Vor der Freischaltung
03.04.2020	Eröffnung der Feldphase: Interner E-Mail-Verteiler Pflegeberufekammer SH	ca. 50 Mitglieder von Kammerversammlung und Ausschüssen	Aufruf zur Teilnahme an der Befragung und Bitte um Weiterleitung	117
03.04.2020	Homepage Pflegeberufekammer SH	öffentlich	Veröffentlichung der Befragung mit Zugangslink	
09.04.2020	KAMMER-INFO per E-Mail	13.227 Kammermitglieder ³⁶	Aufruf zur Teilnahme an der Befragung	699
17.04.2020	Information der der Netzwerke der Pflegeberufekammer SH über interne E-Mail-Verteiler	Trägerverbände, Einrichtungen, Pflegestützpunkte, etc. in SH	Bitte um Weiterleitung an Pflegefachpersonen zur Ermöglichung der Teilnahme an der Befragung	13
20.04.2020	KAMMER-INFO per E-Mail	13.227 Kammermitglieder	1. Reminder des Aufrufs zur Teilnahme an der Befragung	845
14.05.2020	KAMMER-INFO per E-Mail	13.227 Kammermitglieder	2. Reminder des Aufrufs zur Teilnahme an der Befragung	876
24.05.2020	Ende der Befragung			2550

Tabelle 2: Übersicht der Aufrufe zur Teilnahme an der Befragung

Insgesamt öffneten in der achtwöchigen Feldphase 2550 Personen die Befragung. Als bester Zugang zu den Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein bewährte sich die digitale KAMMER-INFO, die während der Feldphase 13.227 Kammermitglieder abonniert hatten. Lt. Angaben der Pflegeberufekammer wurden pro Aussendung zwischen 84 % und 90 % der Mails zugestellt, wie viele davon geöffnet wurden ist nicht bekannt. Unter Annahme des Mittelwerts der zugestellten Mails wurde nur über die KAMMER-INFO eine Responserate von 2420 Antworten und damit ein Rücklauf von ca. 21 % erreicht.

Der Pflegeberufekammer war es ein hohes Anliegen, alle weiteren ihr zur Verfügung stehenden digitalen Kanäle zu nutzen, um möglichst viele Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein zu erreichen. Die Verteilung des Aufrufes zur Befragung über die Mitglieder der Kammerversammlung und die in den Gremien tätigen Mitglieder der Pflegeberufekammer sowie das Einstellen des Aufrufes auf der Homepage der Pflegeberufekammer zeigten mit 117 Antworten jedoch vergleichsweise wenig Wirkung. Die Ergebnisse, die durch die Einspeisung der Aufforderung zur Teilnahme in diverse Netzwerke der Trägerverbände, der Einrichtungen des Gesundheitswesens, der Pflegestützpunkte, etc. im Land Schleswig-Holstein generiert werden konnten, sind mit 13 Antworten fast zu vernachlässigen.

3.4 Limitationen - Konsequenzen für die Analyse

Obwohl die Rücklaufzahlen nach jedem Aufruf teilweise deutlich zunahmten und somit nicht von der Ausschöpfung aller Interessierten ausgegangen werden kann, musste die Befragung Ende Mai aufgrund der zeitlichen Vorgaben des vom Sozialministerium finanzierten Projektes geschlossen werden.

Die oben beschriebenen Verzögerungen in der Phase der Antragstellung, im Forschungsablauf durch die Corona-Pandemie und die deshalb von der Pflegeberufekammer als Auftraggeber gewünschte Verlängerung der Feldphase führten zur erheblichen Verkürzung des Zeitkorridors für die Auswertung der

³⁶Zum Zeitpunkt der Befragung hatten 13227 Kammermitglieder die digitale Kammerinformation abonniert.

Forschungsergebnisse. Deshalb wurde in Absprache mit der Pflegeberufekammer als Auftraggeberin im ersten Projektabschnitt eine eher überblicksartige erste deskriptive statistische Datenauswertung der geschlossenen quantitativen Items vorgenommen. Diese Phase endete Ende Juni 2020. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse wurde der Kammerversammlung im August 2020 präsentiert. Die Präsentation und die Studienzusammenfassung ist zu finden auf den Homepages der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein und des Forschungsnetzwerk Gesundheit der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen.

Die Sichtung der Antworten der offenen Items der Befragung offenbarte darüber hinaus einen enormen Wissensschatz, denn erstaunlich viele Kammermitglieder haben die Möglichkeit genutzt, über die offenen Items ihre Standpunkte mitzuteilen. Die detaillierte interferenzstatistische Analyse und der Ableitung ausführlicher Korrelationen sowie die vertiefte qualitative Datenanalyse erfolgten in einem zweiten Auswertungsschritt von Dezember bis März 2021. Dieses zweite Forschungsprojekt des Forschungsnetzwerkes Gesundheit hat die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein finanziert. Ihr war es wichtig, ein differiertes Bild zu erhalten und zu hören, was die Kammermitglieder mitzuteilen hatten. Nur so kann dem Anspruch der Passgenauigkeit und Nachhaltigkeit für zukünftig zu konzipierende Konzepte und Modellprojekte genügt werden.

4 Teilnehmende - Soziodemografische und berufsbiografische Analyse

Die in Kap. 3.3 dargelegte Verteilungsstrategie der Befragung ist als erfolgreich zu werten. Das Interesse an der Studie war groß. Insgesamt öffneten 2550 Personen die Befragung. 220 Personen beantworteten nach dem Lesen des Einführungstextes jedoch keine Fragen, außerdem wurden 268 Teilnahmen ausgeschlossen, welche die Beantwortung nach der ersten Inhaltsfrage abbrachen. Die hypothetischen Erklärungsansätze dieses Befundes lauten, dass diese Kammermitglieder kein Interesse an einer Befragung zur Arbeitszufriedenheit haben könnten oder dass sie erwarteten, die im Dezember 2019 vom Landtag Schleswig-Holstein angekündigte Urabstimmung vorzufinden (vgl. Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein 2020, S. 1)³⁷.

171 Teilnehmende gaben an, nicht als Pflegefachperson in Schleswig-Holstein zu arbeiten. Unter ihnen befanden sich vier Auszubildende, von denen drei freiwillige Kammermitglieder waren und an der Befragung teilnehmen konnten. Für alle anderen 168 Personen war die Befragung beendet, weil sie sich nicht zur Zielgruppe zugehörig einstuften. Offen bleibt an dieser Stelle, ob diejenigen, die die ersten Filterfragen verneinten, keine pflegerische Tätigkeit im weiten Verständnis der Definition von Pflege und des schleswig-holsteinischen Pflegeberufekammergesetzes ausführen oder ob sie tatsächlich nicht in Schleswig-Holstein tätig sind und über Umwege an den Link zur Befragung gelangten. Für beide Hypothesen gibt es diskrete Hinweise in Rückmeldungen zur Befragung.

Nachfolgend sind die Ergebnisse aufgeführt. Das Instrument ermöglicht, einzelne Fragen nicht zu beantworten. Auf die Option wurde zur Stützung des forschungsethischen Anspruches gegenüber den Teilnehmenden vor der Erhebung der soziodemografischen und berufsbiografischen Daten nochmals explizit hingewiesen. Daraus ergeben sich differierende Antwortanzahlen, die (*n*) kenntlich macht. Zur Vollständigkeit ist ergänzend aufgeführt, wie viele teilnehmende Personen die jeweilige Frage nicht beantworteten.

4.1 Studienteilnehmende – Pflegerische Berufsfelder

Wie zuvor beschrieben umfasst der bereinigte Datensatz für die Analyse 1893 Einzeldatensätze. Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmer*innen liegt bei rund 45 Jahre ($SD^{38} = 11,03$).

Im Mittel verfügen die Teilnehmenden über 23 Jahre ($SD = 11,01$) Berufserfahrung in der Pflege. 1247 sind Frauen (77,5 %), 353 sind Männer (21,9 %), neun Personen ordneten sich der Geschlechtsbezeichnung *divers* zu. 284 Teilnehmende machten von der angebotenen Möglichkeit, diese Frage nicht zu beantworten, Gebrauch.

51,6 % der Befragten arbeiten im Krankenhaus, 14,5 % sind bei ambulanten Pflegediensten beschäftigt, 13,9 % in stationären Pflegeeinrichtungen (s. Tabelle 3).

³⁷Eine vom Sozialministerium festgesetzte Mitgliederbefragung findet im Februar 2021 statt, das Ergebnis soll am 25. März 2021 verkündet werden (vgl. Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein 2021a).

³⁸SD = Standardabweichung

<i>Pflegerische Berufsfelder</i>	<i>Antworten absolut</i>	<i>Prozentuale Verteilung</i>
<i>Krankenhaus</i>	833	51,6 %
<i>Ambulanter Pflegedienst</i>	235	14,5 %
<i>Stationäre Pflegeeinrichtung</i>	225	13,9 %
<i>Rehabilitationseinrichtung</i>	47	2,9 %
<i>Hospiz oder Palliativdienst</i>	27	1,7 %
<i>Pflegeausbildung</i>	25	1,6 %
<i>Zeitarbeitsfirma</i>	9	0,6 %
<i>Pflegeberatung</i>	8	0,5 %
<i>Hochschule</i>	4	0,3 %
<i>sonstige pflegerischen Berufsfelder</i>	201	12,5 %
Gesamt (n)	1614	100 %
<i>Antwortmöglichkeit nicht genutzt</i>	279	14,7 % ³⁹

Tabelle 3: Studienteilnehmer*innen nach Tätigkeitsbereich

Neben den Kernbereichen der Pflege verteilen sich zusammenfassend 7,6 % auf die im Fragebogen benannten weiteren pflegerischen Berufsfelder.

12,5 % der Teilnehmenden kreuzten *sonstige pflegerische Berufsfelder* an. Von diesen 201 Personen benannten 150 Personen ihr Berufsfeld im offenen Item. Dabei erfolgte die Benennung teilweise ein vorgegebenes Arbeitsfeld spezifizierend, teilweise wurden fehlende Berufsfelder ergänzt, einmal gab es zwei Eintragungen. In der Auswertung wurden die 151 codierten Nennungen nach Bereichen gruppiert und ausgezählt, die jeweilige Anzahl erscheint im Fließtext oder in Klammern, geordnet nach dem jeweiligen Bereich.

Im Bereich des ambulanten pflegerischen Berufsfeldes (57) wurden so die häusliche Intensivpflege (29), die Tagespflege (10), das betreute Wohnen (2) und die Tätigkeit in einer teilstationäre Pflegeeinrichtung (5) benannt. Zudem arbeiten Pflegefachpersonen in Tageskliniken (4), Praxen (4) und medizinischen Versorgungszentren (1). Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wurde zweimal separat aufgeführt, obwohl dieser Bereich auch hätte angekreuzt werden können.

36 Pflegefachpersonen gaben an, in unterschiedlichen Feldern der Psychiatrie tätig zu sein, seien es geschlossene psychiatrische Kliniken, Tageskliniken oder Rehakliniken, davon entfielen sechs Nennungen auf die Forensik. Anscheinend gibt es zumindest teilweise einen Unterschied in der Selbstwahrnehmung von Pflegefachpersonen im psychiatrischen Kontext, wie ein Eintrag zeigte:

„Und schon wieder gibt es den Punkt Psychiatrie nicht. Auch hier werden Menschen gepflegt! Stationäre Pflegeeinrichtung trifft es nicht richtig.“ (Nr. 474)

28 Pflegefachpersonen kreuzten nicht die vorgegebene Kategorie Krankenhaus an, sondern spezifizierten ihren Arbeitsbereich in dem offenen Item. Folgende Berufsfelder im Bereich „Funktionspflege“ wurden genannt: Intensivstation (10), Dialyse (7), OP (5), Ambulanz (3), Funktionspflege (1), Geriatrie (1) und Endoskopie (1).

Ein weiteres berufliches Betätigungsfeld von dreizehn Pflegefachpersonen ist die Eingliederungshilfe von Menschen mit Behinderung, beispielsweise in Wohnheimen, Außenwohngruppen, integrativen Einrichtungen, etc.

Neun Personen sind beratend, administrativ oder koordinierend tätig: als Sachverständige beim MDK (2), als Pflegesachverständige (1), als Belegungs Koordinatorin (3) oder bei der Kreisverwaltung (3).

³⁹Bezogen auf alle 1893 in die Auswertung eingeschlossenen Studienteilnehmenden

Obwohl der Fragebogen die Pflegeausbildung als Kategorie anbot, wurde zweimal *die Ausbildung* unter *sonstige pflegerische Berufsfelder* benannt. 4 Personen ordneten ihre Lehrtätigkeit differenzierend dem Bereich Fort- und Weiterbildung zu. Zwei Personen gaben ihre sonstige Tätigkeit als Heilpraktikerin und in der Soziotherapie an.

Insgesamt geben die Einträge unter der Kategorie sonstige pflegerische Arbeitsfelder einen Eindruck über die Vielfältigkeit der Tätigkeitsfelder professioneller Pflege. Dies setzt sich in der Betrachtung der ausgeübten Funktionen im nächsten Kapitel fort.

4.2 Ausgeübte Funktionen in der Pflege und Stabsstellen

Nachdem die Teilnehmenden sich einem pflegerischen Berufsfeld zugeordnet hatten, wurden sie gebeten, ihre Funktion anzugeben, in der sie zurzeit in der Einrichtung beschäftigt sind. Ziel war die Erfassung der Verteilung über die Hierarchieebenen beginnend mit den Auszubildenden bis zur Heimleitung und den Stabsstellen. Die Bearbeitung der Frage war mit der Bitte der Schwerpunktsetzung verbunden: „Kreuzen Sie bitte die Funktion an, in der Sie überwiegend beschäftigt sind.“

68 % der Befragten üben die Funktion der Pflegefachperson aus, eine mittlere Leitungsfunktion haben 10,7 % inne. Die obere Ebene der Pflegedienstleitung nahm ebenfalls teil (7,4 %). Zwei Teilnehmende waren Heimleitungen. Zwei Teilnehmende befanden sich in Ausbildung. 15% der Teilnehmenden machten zu dieser Frage keine Angaben. Obwohl einige Pflegefachpersonen an anderer Stelle angaben, aktuell ein Studium zu absolvieren, ordnete sich hier niemand der Kategorie „Studierende*r“ zu. Begründet liegt dies mutmaßlich darin, dass alle Teilnehmenden gleichzeitig eine pflegerische Funktion ausüben und eine Mehrfachnennung nicht möglich war. Details sind Tabelle 4 zu entnehmen.

<i>Ausgeübte Funktion</i>	<i>Antworten absolut</i>	<i>Prozentuale Verteilung</i>
<i>Pflegefachperson</i>	1095	68,0 %
<i>Stations-/ Wohnbereichs-/ Abteilungsleitung (auch stellvertretende)</i>	173	10,7 %
<i>Pflegedienstleitung (auch stellvertretende)</i>	118	7,3 %
<i>Stabsstelle (z.B. Pflegeexperte*in)</i>	55	3,4 %
<i>Lehrtätigkeit</i>	24	1,5 %
<i>Auszubildende*r</i>	2	0,1 %
<i>Heimleitung</i>	2	0,1 %
<i>Studierende*r</i>	0	0 %
<i>andere Funktion</i>	141	8,8 %
Gesamt (n)	1610	100 %
<i>Antwortmöglichkeit nicht genutzt</i>	283	15,0 % ³⁹

Tabelle 4: Studienteilnehmer*innen nach ausgeübter Funktion

Die Frage nach der ausgeübten Funktion enthielt zwei offene Antwortoptionen.

Bei der ersten offenen Antwort konnten Inhaber*innen einer Stabsstelle diese näher spezifizieren: Von den 55 Personen, welche sich einer Stabsstelle zuordneten, machten 47 Personen nähere Angaben. 12 Personen übten die Stabsstelle Praxisanleiter*in aus. Acht Personen hatten die Stabsstelle Qualitätsmanagement inne, vier Personen die des*r Wundexpert*in. Jeweils drei Pflegefachpersonen besetzen eine Stabsstelle Case-Management, Pflegeexpertise sowie Geriatrie und Demenz. Zwei Personen hatten eine Stabsstelle für Hygiene inne, zwei waren als PKMS-Koordinator*in tätig. Zwei Pflegefachpersonen übten die Stabsstelle Pflegeprozessmanager*in aus, zwei die der*s Belegungsmanager*in. Zweimal wurden Stabsstellen in Schulung und Qualifikation, einmal als Geschäftsführung und einmal als kommissarische PDL genannt. Einzelne Nennungen entfielen auf Stabsstellen Palliativpflege, Pflegeberatung, Medikamentenbeauftragte*r, medizinische Produktsicherheit und „EDV für den Pflegedienst“.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass pflegerische Arbeitsbereiche in den Einrichtungen unterschiedlich organisiert sind. Manchmal wird das Tätigkeitsfeld einer Stabsstelle zugeordnet, in anderen Einrichtungen geschieht dies nicht, dort werden ähnliche pflegerische Funktionen ohne Etablierung einer speziellen Stabsstelle ausgeführt.

Im zweiten offenen Item der Frage nach der ausgeübten Funktion konnten Pflegefachpersonen, welche sich keiner der genannten Kategorien zuordnen konnten, „andere Funktion“ auswählen und dies ggfs. spezifizieren. Der Kategorie ordneten sich 141 Teilnehmende zu. 101 Studienteilnehmer*innen spezifizierten ihre sonstige Funktion. In dem offenen Item benannten Pflegefachpersonen manchmal mehrere Funktionen, die sie innehaben, es konnten 117 Nennungen kodiert werden. Dieser Hinweis eröffnet ein grundsätzliches Forschungsdesiderat zu Mehrfachfunktionen, welche einzelne Pflegefachpersonen in Einrichtungen ausüben. Dies kann an dieser Stelle nicht differenziert werden, weil die geschlossene Frage nach der Funktion generell nur Einzelnennungen zuließ. Nur bei den offenen Items „Stabsstelle“ und „andere Funktion“ war es technisch möglich, mehr als eine Funktion einzutragen. Insgesamt benannten die Studienteilnehmenden 117 andere Funktionen. Auch diese Nennungen wurden thematisch geordnet und zusammengeführt. Die Ergebnisse sind nachfolgend aufgeführt.

Zwanzigmal wurden sonstige Leitungspositionen angegeben. Darunter waren zwei Nennungen des Begriffes Leitungsfunktion ohne Spezifizierung. Zweimal wurde die Leitungsfunktion im Kontext Ausbildung aufgeführt. Eine Person hatte die Funktion eines Trainees auf Leitungsebene inne. Genannt wurde aber auch Teamleitung (3), Gruppenleitung (2), Pflegedienstleitung (8) und Heimleitung (2). Offen bleibt, warum sich die Teilnehmenden nicht den, teilweise gleichlautenden, vorgegebenen Kategorien zuordneten.

Es scheint möglich, dass sich den Teilnehmenden die Differenzierung zwischen den Begriffen „Berufsfeld“ und „Funktion“ trotz der Erläuterung und den vorgegebenen Kategorien nicht immer erschloss. Im offenen Item wurden mehrheitlich nicht Funktionen, sondern Berufsfelder angegeben, wie sie bereits in Kap. 4.1 aufgeführt wurden. Es handelte sich jedoch interessanterweise nicht um Doppelnennungen in den offenen Antwortmöglichkeiten, vielmehr haben die Teilnehmenden ihr Berufsfeld entweder dort oder in dieser Frage ergänzt. Die Ergebnisse folgen im Einzelnen, wieder in thematischer Zusammenfassung:

Unter der Frage nach der Funktion waren nochmals 20 Praxisanleitungen zu finden.

Weiterhin gab es 36 Nennungen im Bereich der Fachpflege, darunter die Palliativpflege (6), die Wundexpert*innen (5), die Fachpflege Onkologie (4), die Intensivpflege (4), die Anästhesiepflege (3), die Notfallpflege (3), die OP-Pflege (2), die Endoskopie (2), die Geriatrie inkl. geriatrischer Rehabilitation (2), die Atmungstherapeutin und der Asthmatrainer (2), sowie die Dialysepflege (1), die Pain Nurse (1) und die Bezugspflegekraft (1).

24 Nennungen lassen sich unter dem Tätigkeitsfeld Management und Administration zusammenfassen. Dazu gehören acht Koordinator*innen, z.B. in der Herzchirurgie (1), der Pflege (2), der Belegung (2) oder ohne Spezifizierung (3). Siebenmal wurden Berufsfelder benannt, welche sich mit der Aufnahme und der Abrechnung erbrachter Leistungen befassen, so die Patientenaufnahme (1), die Verwaltung (1) und das Stationssekretariat (1), die Leitung klinischer Erlöse (1), der med. Kodierer (1), die Dokumentationskontrolle (1) und der PKMS-Beauftragte (1). Dem Thema Qualität sind 5 Nennungen zuzuordnen, zwei Qualitätsbeauftragte und drei Auditor*innen. Zweimal wurde der Betriebsrat genannt, je einmal die Hygienebeauftragte und der Springer.

Neun Nennungen können dem Feld Beratung zugeordnet werden, so die Pflegeberatung (4), ein Pflegefachverständiger, eine Dipl. Pflegewirtin beim MDK, ein Medizinprodukteberater, eine Stillberaterin und ein Mentor.

Im Berufsfeld Wissenschaft gab es sechs Nennungen, fünf Study Nurses und ein wissenschaftlicher Mitarbeiter.

Eine Nennung entfiel auf „Zeitarbeit in Kliniken“, eine auf „selbstständig“.

Die Zahlen belegen erneut die Vielfältigkeit professioneller Pflege und verweisen auf ein Forschungsdesiderat, welches die unterschiedlichen Berufsfelder und Funktionen des Heilberufs Pflege näher analysiert und in den Organisationen abgrenzt.

4.3 Ausbildungshintergrund – Diversität der Berufsbezeichnungen in der Pflege

Vom Ausbildungshintergrund her entfällt mit 42,9 % der relativ höchste Anteil auf Krankenschwestern/-pfleger. 28,2 % haben die neuere staatlich anerkannte Berufsbezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger*in erworben. Somit haben 71,7 % der Teilnehmenden ihre Ausbildung im Bereich der Krankenpflege absolviert, 8,1 % in der Kinderkrankenpflege (beides SGB V - Bereich) und 20,3 % in der Altenpflege (SGB XI – Bereich). 14,4 % der Teilnehmenden machten keine Angabe zu dieser Frage. Tabelle 5 sind die differenzierten Informationen zu Ausbildung und der geführten Berufsbezeichnung zu entnehmen.

<i>Staatlich anerkannte Berufsbezeichnung</i>	<i>Antworten absolut</i>	<i>Prozentuale Verteilung</i>
<i>Krankenschwester / -pfleger</i>	696	42,9 %
<i>Gesundheits- und Krankenpfleger*in</i>	457	28,2 %
<i>Altenpfleger*in</i>	329	20,3 %
<i>Kinderkrankenschwester / -pfleger</i>	99	6,1 %
<i>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in</i>	40	2,5 %
Gesamt (n)	1621	100 %
<i>Antwortmöglichkeit nicht genutzt</i>	272	14,4 % ³⁹

Tabelle 5: Studienteilnehmer*innen nach Ausbildungshintergrund

Soweit die Beschreibung der Studienteilnehmenden anhand der von ihnen zur Verfügung gestellten soziodemografischen und berufsbiografischen Daten. Das folgende Kapitel nimmt die Ergebnisse der Arbeitszufriedenheit in den Blick.

5 Aktuelle Lage – Allgemeine & spezifische Arbeitszufriedenheit

Der Beschreibung der Teilnehmenden folgen die Ergebnisse zu ihrer Arbeitszufriedenheit. Zufriedenheit entsteht psychologisch im Rückblick (s. Kap. 2.3.1). Kap. 5.1 nimmt deskriptiv die Dimensionen der spezifischen Arbeitszufriedenheit auf und untersucht die Ergebnisse zur Arbeitszufriedenheit auf statistisch signifikante Unterschiede. In Kap. 5.2 werden die Ergebnisse der spezifischen Arbeitszufriedenheit jeweils mit der Berufserfahrung und dem Beschäftigungsumfang der Teilnehmenden korreliert und ebenfalls auf statistisch signifikante Unterschiede untersucht. Die Analysen in Kap. 5.3 und Kap. 5.4 nehmen die allgemeine Arbeitszufriedenheit in den Blick, beschreiben die Ergebnisse, analysieren Unterschiede und prüfen diese auf Signifikanz. Weiterhin sollen, wo möglich und sinnvoll, inferenzstatistische Analysen vorgenommen werden, um neue Erkenntnisse zu gewinnen. Entsprechend wird der Datensatz mittels weiterführender Methoden bearbeitet. Kap. 5.5 analysiert den Zusammenhang der spezifischen und der allgemeinen Arbeitszufriedenheit.

5.1 Dimensionen der spezifischen Arbeitszufriedenheit

Die Ergebnisse zur spezifischen Arbeitszufriedenheit werden nachfolgend beschrieben. Als Grundlage dienen die Skalen zur Arbeitszufriedenheit, die auf dem Fragebogen „Arbeitszufriedenheit“ von Neuberger und Allerbeck (2014) beruhen. Das Erhebungsinstrument ermöglichte die differenzierte Erfassung von unterschiedlichen Dimensionen der Arbeitszufriedenheit auf acht Skalen (Meine Kollegen aus der Pflege, Meine Kollegen aus anderen Berufsgruppen, Mein Vorgesetzter, Meine Tätigkeit, Meine Arbeitsbedingungen, Organisation und Leitung, Meine Entwicklung, Meine Bezahlung).

Alle acht Skalen wurden einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Zudem konnte die Skala „Allgemeine Arbeitszufriedenheit“ als Globaldimension gebildet werden. Die Ergebnisse sind in Tabelle 6 wiedergegeben.

<i>Skalen zur spezifischen Arbeitszufriedenheit</i>	<i>Cronbach α</i>
<i>Meine Kollegen aus der Pflege</i>	.69
<i>Meine Kollegen aus anderen Berufsgruppen</i>	.88
<i>Mein Vorgesetzter</i>	.93
<i>Meine Tätigkeit</i>	.90
<i>Meine Arbeitsbedingungen</i>	.85
<i>Organisation und Leitung</i>	.95
<i>Meine Entwicklung</i>	.93
<i>Meine Bezahlung</i>	.93
<i>Allgemeine Arbeitszufriedenheit</i>	.86

Tabelle 6: Cronbachs Alpha-Werte der Skalen zur Arbeitszufriedenheit.

Damit zeigen die Cronbachs Alpha-Werte (α) in Anlehnung an Blanz (2015) akzeptable bis exzellente Ergebnisse, was auf eine hohe interne Konsistenz der Skalen hindeutet. Die Skalen scheinen somit ausreichend reliabel und für weiterführende Analysen gut geeignet zu sein.

Mit Blick auf die Ausprägungen der o.g. Dimensionen der Arbeitszufriedenheit, zeigt sich ein differenziertes Bild, welches zunächst anhand sogenannter Box Plots grafisch dargestellt wurde. Box Plots geben auf einen Blick Aufschluss über zentrale Verteilungsparameter.

Es werden das 2. und 3. Quartil (untere und obere Begrenzung der „Box“), der Median (dicke Linie innerhalb der „Box“) und potentielle Ausreißer durch Kreise angezeigt. Unterhalb und oberhalb des 2. und 3. Quartils befinden sich jeweils 25% der Daten. Die Box im Boxplot stellt den Bereich des 2. und 3. Quartils dar, in diesem Bereich befinden sich also die mittleren 50% der Daten. Die Kreise in den Abbildungen stellen Ausreißer, in diesem Fall in Richtung Unzufriedenheit dar.

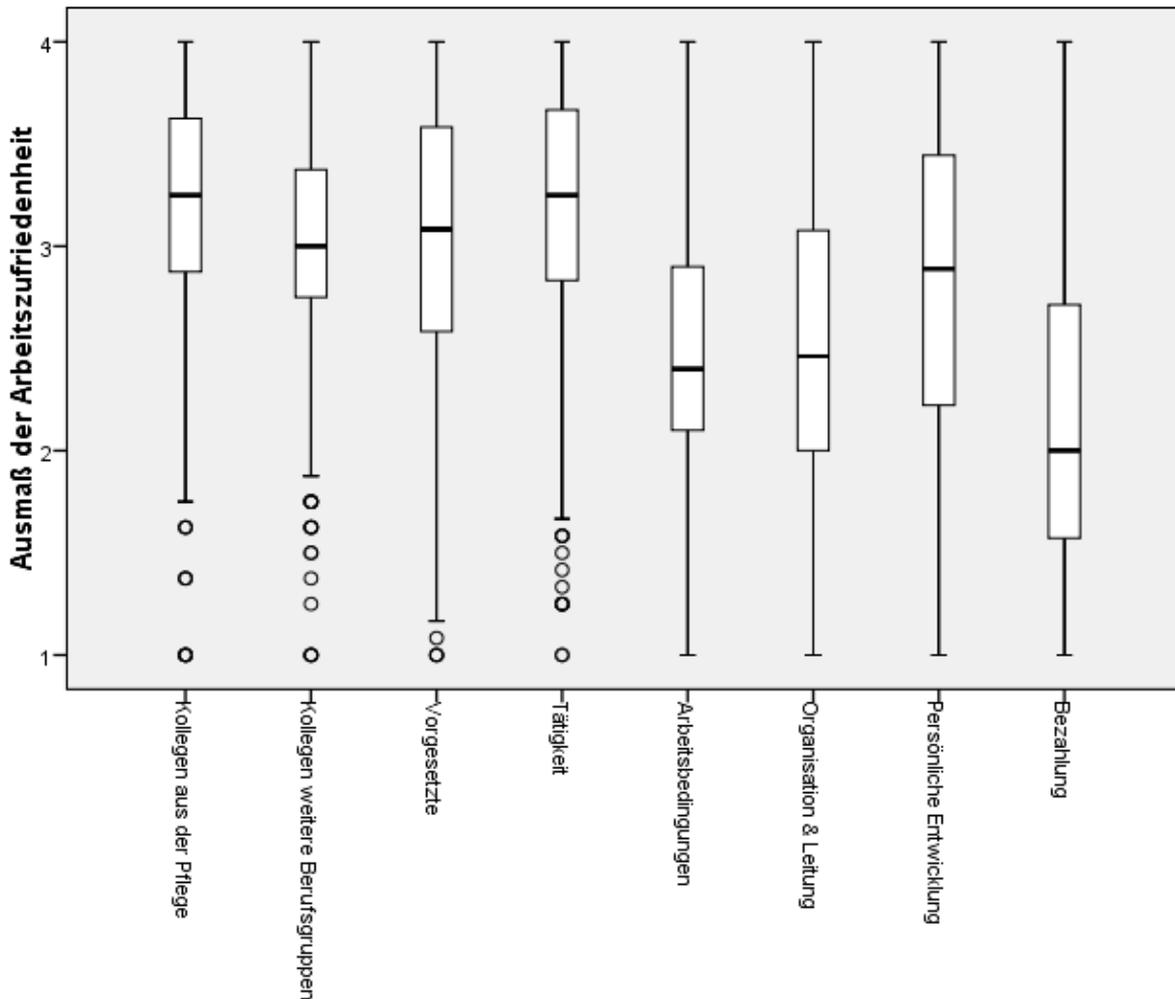


Abbildung 1: Ausprägungen der spezifischen Arbeitszufriedenheit
Das Ausmaß der Arbeitszufriedenheit wurde gemessen über die Skalenwerte: 1 = sehr unzufrieden, 2 = unzufrieden, 3 = eher zufrieden..., 4 = sehr zufrieden.

In Tabelle 7 sind in der Spalte M die durchschnittlichen Arbeitszufriedenheitswerte pro Dimension numerisch wiedergegeben. Es zeigt sich, dass die Zufriedenheit mit einzelnen Dimensionen der Arbeitszufriedenheit mitunter deutlich in der Gruppe der Befragten differiert.

Skalen zur spezifischen Arbeitszufriedenheit	n	M	SD
Meine Kollegen aus der Pflege	1858	3,24	0,52
Meine Tätigkeit	1796	3,19	0,57
Mein Vorgesetzter	1819	3,06	0,67
Meine Kollegen aus anderen Berufsgruppen	1845	3,06	0,53
Meine Entwicklung	1679	2,84	0,76
Organisation und Leitung	1706	2,54	0,73
Meine Arbeitsbedingungen	1768	2,48	0,60
Meine Bezahlung	1673	2,18	0,79

Hinweis: Das Ausmaß der Arbeitszufriedenheit wurde gemessen über die Skalenwerte: 1 = sehr unzufrieden, 2 = unzufrieden, 3 = eher zufrieden, 4 = sehr zufrieden.

Tabelle 7: Deskriptive Statistik zu Ausprägungen der Arbeitszufriedenheit pro Dimension.

Die Befragten sind mit der Zusammenarbeit mit den Kolleg*innen aus dem Pflgeteam und mit den Vorgesetzten relativ zufrieden. Die Kolleg*innen der anderen Berufsgruppen schneiden im Vergleich etwas schlechter ab, haben aber immer noch hohe Zufriedenheitswerte.

Die höchste relative Unzufriedenheit herrscht in Bezug auf die Bezahlung, gefolgt von den Arbeitsbedingungen sowie der Organisation und Leitung der jeweiligen Einrichtungen.

Die pflegerische Tätigkeit als solche generiert hohe Zufriedenheitswerte, gleichzeitig aber die Arbeitsbedingungen in der Pflege und die Bezahlung die niedrigsten. Der in der Literatur beschriebene Spagat zwischen berufsfachlichen Ansprüchen und dem Berufsethos einerseits und den Arbeitsbedingungen und der dazugehörigen Bezahlung andererseits (s. Kap. 2.2 & 2.3.3) zeigt sich in den empirischen Ergebnissen deutlich, er ist auch in Schleswig-Holstein das dominante Faktum der täglichen Berufsausübung professioneller Pflegefachpersonen, wie Kap. 7.2.3 zeigen wird.

5.2 Spezifische Arbeitszufriedenheit - Berufserfahrung und Beschäftigungsumfang

Wenngleich die Arbeitszufriedenheit ein zeitlich relativ stabiles Konstrukt darstellt, unterliegt sie im Verlauf der beruflichen Karriere gewissen Veränderungen (s. Kap. 2.3.1). Daher scheint es lohnend, der Frage nachzugehen, ob substantielle Unterschiede in Bezug auf die acht differenzierenden Subskalen der Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit von der Berufserfahrung existieren. Die Ergebnisse führen Abbildung 2 und Abbildung 3 zusammen.

Die Grafiken deuten darauf hin, dass die Verteilung der Subskalen zwar gleichen Mustern folgt, sich jedoch Unterschiede pro Dimension in den Stichproben zeigen, wenn man diese in Abhängigkeit von Berufserfahrung und Beschäftigungsumfang betrachtet. Um zu ermitteln, ob auch kleine Unterschiede einen signifikanten Unterschied ausmachen, bedarf es weiterführender inferenzstatistischer Analysen. Im Folgenden soll daher nun der Frage nachgegangen werden, ob diese Unterschiede auch signifikant sind. Zu diesem Zweck werden einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt. Diese testen, ob sich die Mittelwerte mehrerer unabhängiger Gruppen (oder Stichproben) unterscheiden, die durch eine kategoriale unabhängige Variable definiert werden. Das Ergebnis der Varianzanalyse zeigt dabei zunächst lediglich an, ob signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen existieren, nicht aber, welche Gruppen es genau sind. Um dies zu ermitteln, bedarf es der Durchführung von Post-hoc-Tests mit Bonferroni-Korrektur.

Die Durchführung der einfaktoriellen Varianzanalyse ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Diese wurden im Vorfeld geprüft und können als weitestgehend erfüllt angesehen werden. Lediglich die Normalverteilung der abhängigen Variablen ist nicht immer gegeben. Allerdings ist die Verletzung dieser Regel ab Gruppen mit >25 Probanden unproblematisch, so dass die einfaktoriellen Varianzanalysen wie geplant durchgeführt werden konnte.

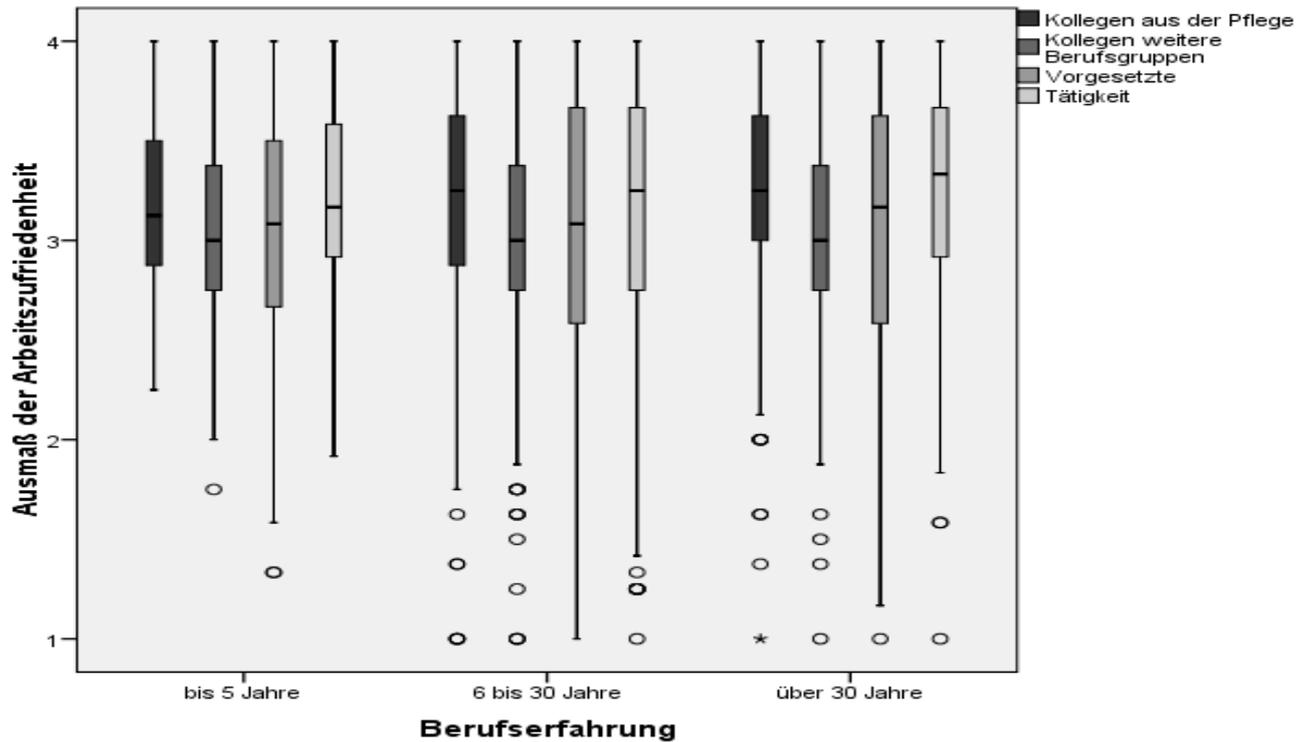


Abbildung 2: Ausprägungen spezifischer Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit zur Berufserfahrung
Das Ausmaß der Arbeitszufriedenheit gemessen über die Skalenwerte: 1 = sehr gering, 2 = gering, 3 = hoch, 4 = sehr hoch.

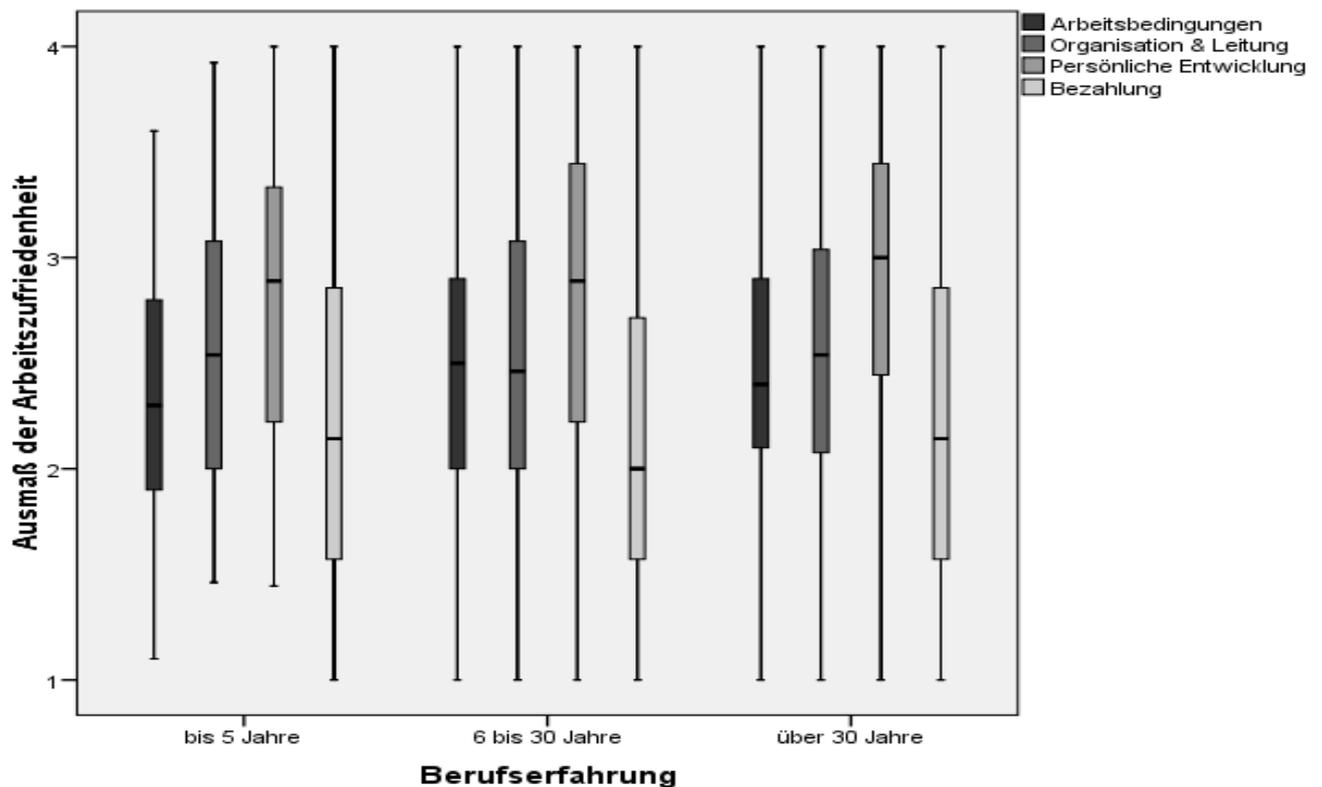


Abbildung 3: Ausprägungen spezifischer Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit zur Berufserfahrung
Das Ausmaß der Arbeitszufriedenheit gemessen über die Skalenwerte: 1 = sehr gering, 2 = gering, 3 = hoch, 4 = sehr hoch.

In einem ersten Schritt wurde berechnet, ob sich pro Arbeitszufriedenheitsdimension signifikante Unterschiede in Abhängigkeit von Altersgruppen zeigen. Die Kernergebnisse sind in Tabelle 8 zusammengefasst. Es zeigt sich zwar, dass die Mittelwerte pro Dimension in der Stichprobe mitunter leicht variieren, diese Unterschiede jedoch nicht signifikant sind. Entsprechend konnte auf weitere Post-hoc-

Tests verzichtet werden. Die Hypothese, der zufolge das Alter einen Einfluss auf Facetten der Arbeitszufriedenheit ausüben könnte, kann somit nicht bestätigt werden.

Skalen der spezifischen Arbeitszufriedenheit	bis 5 Jahre	6 bis 30 Jahre	über 30 Jahre	Unterschiede signifikant?
	Berufserfahrung			
Meine Kollegen aus der Pflege	3,17	3,24	3,27	nein
Meine Tätigkeit	3,16	3,17	3,24	nein
Mein Vorgesetzter	3,00	3,05	3,07	nein
Meine Kollegen aus anderen Berufsgruppen	3,02	3,04	3,09	nein
Meine Entwicklung	2,83	2,81	2,91	nein
Organisation und Leitung	2,60	2,52	2,57	nein
Meine Arbeitsbedingungen	2,35	2,48	2,48	nein
Meine Bezahlung	2,21	2,15	2,22	nein

Hinweis: Das Ausmaß der Arbeitszufriedenheit wurde gemessen über die Skalenwerte: 1 = sehr unzufrieden, 2 = unzufrieden, 3 = eher zufrieden..., 4 = sehr zufrieden.

Tabelle 8: Mittelwerte der Arbeitszufriedenheit pro Dimension in Abhängigkeit von der Berufserfahrung

In Diskussionen mit Pflegefachpersonen ist immer wieder zu hören, dass die Reduktion des Beschäftigungsumfangs die persönliche Arbeitszufriedenheit erhöhen würde. Abbildung 4 und Abbildung 5 zeigen grafisch die Ausprägungen für alle acht Dimensionen der Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit zum Beschäftigungsumfang. Die deskriptive Darstellung der Verteilung der Subskalen der Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit vom Beschäftigungsumfang der Befragten brachte keine Bestätigung dieser Hypothese.

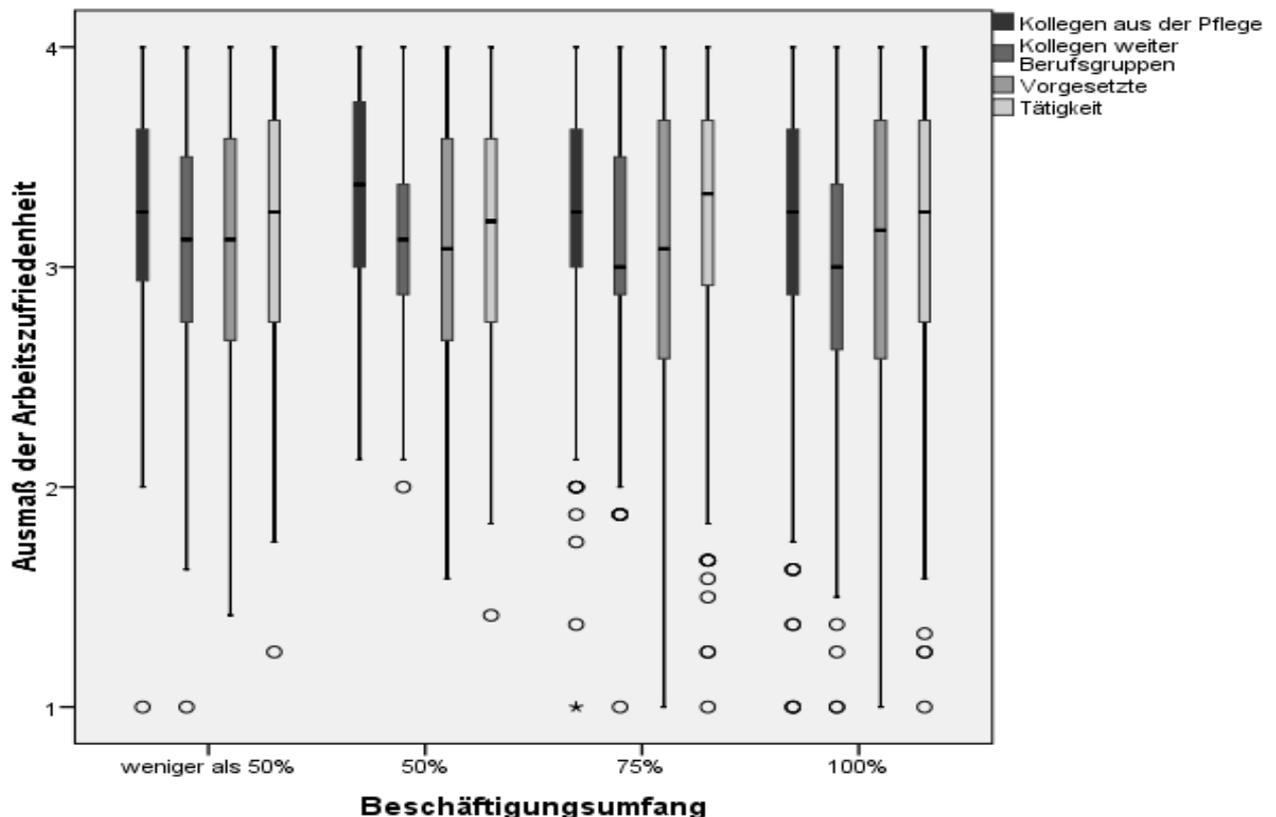


Abbildung 4: Ausprägungen spezifischer Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit zum Beschäftigungsumfang
Das Ausmaß der Arbeitszufriedenheit gemessen über die Skalenwerte: 1 = sehr gering, 2 = gering, 3 = hoch, 4 = sehr hoch.

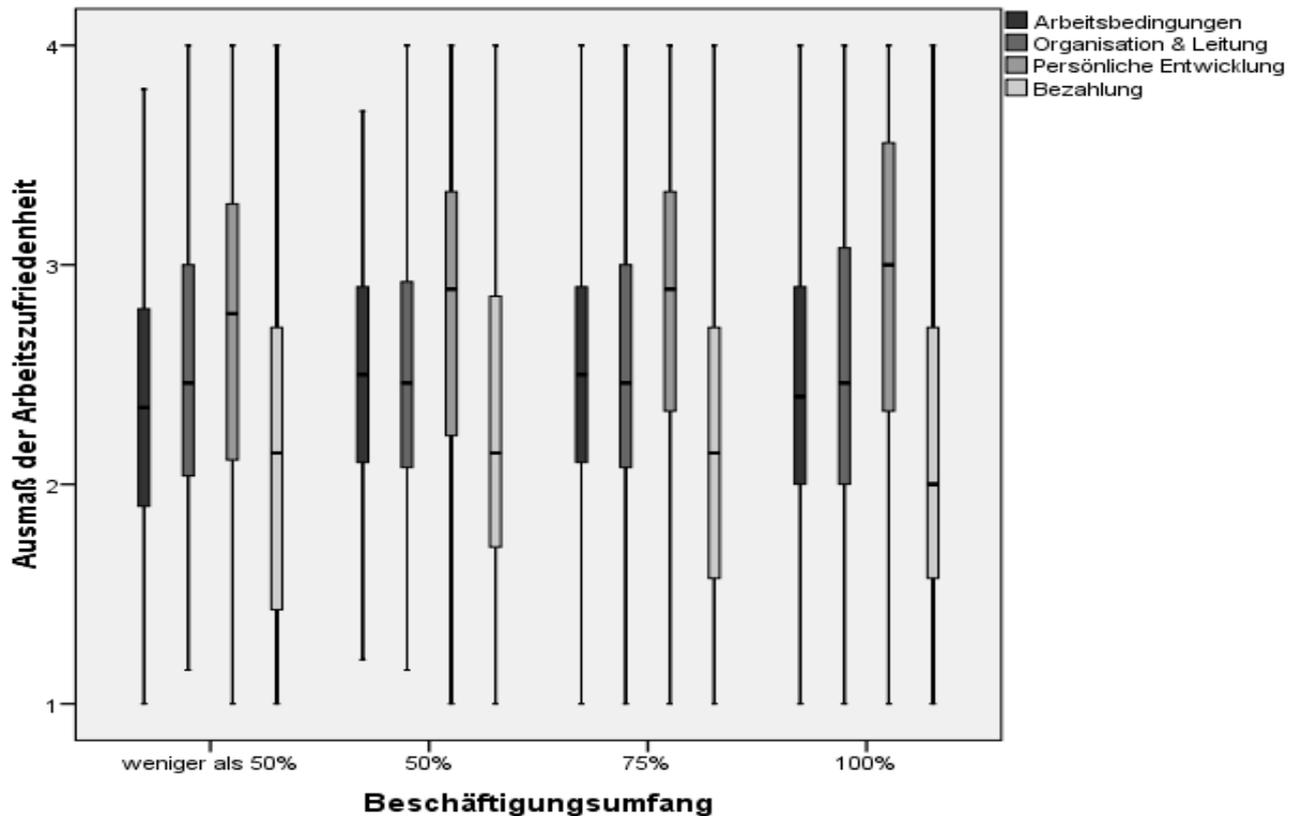


Abbildung 5: Ausprägungen spezifischer Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit zum Beschäftigungsumfang
Das Ausmaß der Arbeitszufriedenheit gemessen über die Skalenwerte: 1 = sehr gering, 2 = gering, 3 = hoch, 4 = sehr hoch.

In einem zweiten Schritt wurde berechnet, ob sich pro Arbeitszufriedenheitsdimension signifikante Unterschiede in Abhängigkeit vom Beschäftigungsumfang zeigen. Die gleiche Vorgehensweise wie zuvor beschrieben erfolgte. Die Ergebnisse sind in Tabelle 9 zu sehen. In der Dimension „Arbeitszufriedenheit in Bezug auf weitere Kolleg*innen“ zeigen sich signifikante Unterschiede. Der Effekt, gemessen durch das partielle Eta-Quadrat, beträgt $\eta_p^2 = .008$. Bezogen auf das Effektstärkemaß nach Cohen (1992) handelt es sich hierbei um einen schwachen Effekt. Post-hoc-Tests mit Bonferroni-Korrektur zeigen weiterhin, dass sich lediglich die Gruppen der zu 75%- und 100%-Beschäftigten unterscheiden.

Skalen der spezifischen Arbeitszufriedenheit	unter 50 %	50 %	75 %	100 %	Unterschiede signifikant?
	Beschäftigungsumfang				
Meine Kolleg*innen aus der Pflege	3,23	3,32	3,27	3,23	nein
Meine Tätigkeit	3,15	3,16	3,23	3,19	nein
Mein Vorgesetzter	3,05	3,10	3,05	3,05	nein
Meine Kolleg*innen aus anderen Berufsgruppen	3,09	3,10	3,11*	3,01*	ja
Meine Entwicklung	2,70	2,74	2,83	2,90	nein
Organisation und Leitung	2,55	2,49	2,53	2,56	nein
Meine Arbeitsbedingungen	2,42	2,51	2,53	2,45	nein
Meine Bezahlung	2,13	2,18	2,19	2,18	nein

Hinweis: Das Ausmaß der Arbeitszufriedenheit wurde gemessen über die Skalenwerte: 1 = sehr unzufrieden, 2 = unzufrieden, 3 = eher zufrieden, 4 = sehr zufrieden. Gruppen, die signifikante Unterschiede mit $p < .05$ aufweisen, sind mit * gekennzeichnet.

Tabelle 9: Mittelwerte der Arbeitszufriedenheit pro Dimension in Abhängigkeit vom Beschäftigungsumfang

Insgesamt kann somit festgehalten werden, dass der Beschäftigungsumfang – mit Ausnahme der Arbeitszufriedenheitsdimension „Meine Kolleg*innen aus anderen Berufsgruppen“ – keinen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit ausübt.

Somit deuten die Ergebnisse darauf hin, dass der Beschäftigungsumfang keinen wesentlichen Einfluss ausübt. Insofern lässt sich festhalten, dass die in Abbildung 1 wiedergegebenen Ergebnisse mit hoher Wahrscheinlichkeit relativ gut die verschiedenen Ausprägungen der Dimensionen der Arbeitszufriedenheit der Befragten gesamthaft widerspiegeln. Die *Exit-Strategie* der Reduktion des Beschäftigungsumfanges erbringt zumindest keine berufliche Verbesserung. Die Hinweise auf Probleme multiprofessioneller und interprofessioneller Zusammenarbeit in den Einrichtungen sollten jedoch ernst genommen und ihnen sowohl in zukünftigen Forschungs- als auch Organisationsentwicklungsprojekten verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt werden.

5.3 Allgemeine Arbeitszufriedenheit – Berufserfahrung und Beschäftigungsumfang

Die allgemeine Arbeitszufriedenheit wurde mittels einer 5-stufigen bipolaren Likert-Skala erfasst, welche sich zwischen den Polen *gar nicht zufrieden* (1) und *sehr zufrieden* (5) entfaltet. Dabei wurden Neuberger und Allerbeck (2014) folgend die einzelnen Items nur grafisch dargestellt und nicht verbalisiert. Im Durchschnitt beträgt die so gemessene allgemeine Arbeitszufriedenheit 2,68 (SD = 0,72). Der Median liegt bei 2,63, d.h. 50 % der Befragten haben eine bessere, 50 % eine schlechtere Gesamtbewertung abgegeben. Die erste deskriptive Analyse der empirischen Daten belegt, dass die allgemeine Arbeitszufriedenheit alles in allem, im negativen Bereich liegt.

Auch die allgemeine Arbeitszufriedenheit wurde analog zur in Kapitel 5.1 dargestellten Korrelationsanalyse in Bezug gesetzt zur Berufserfahrung (Abbildung 6) sowie zum Beschäftigungsumfang (Abbildung 7) der Teilnehmenden. Erneut wurden die Mittelwertunterschiede auf Signifikanz geprüft.

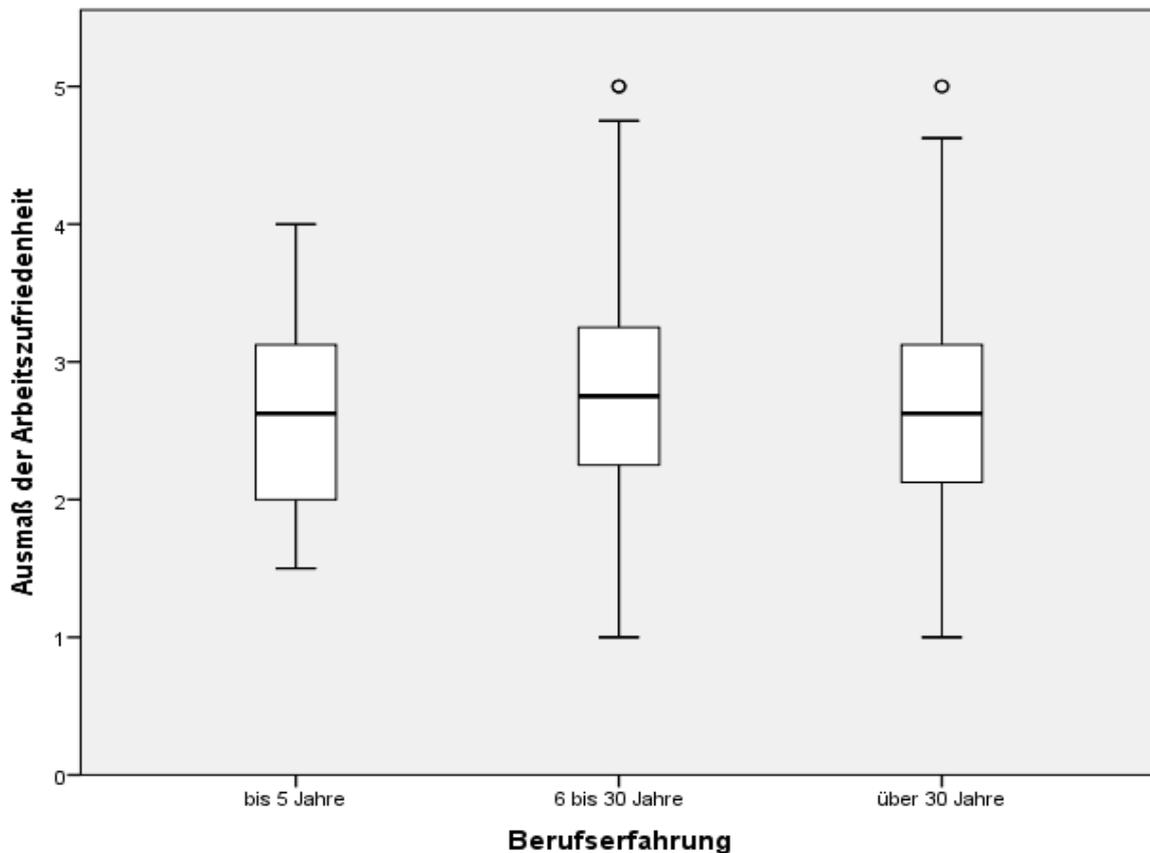


Abbildung 6: Allgemeine Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit zur Berufserfahrung

Das Ausmaß der generalisierten allgemeinen Arbeitszufriedenheit gemessen über die Skalenwerte: 1 = sehr gering, 2 = gering, 3 = neutral, 4 = hoch, 5 = sehr hoch.

Skala	Berufserfahrung			Unterschiede signifikant?
	bis 5 Jahre	6 bis 30 Jahre	über 30 Jahre	
Allgemeine Arbeitszufriedenheit	2,67	2,70	2,66	nein

Hinweis: Das Ausmaß der Allgemeinen Arbeitszufriedenheit wurde gemessen über die Skalenwerte: gar nicht zufrieden (1) bis sehr zufrieden (5). Gruppen, die signifikante Unterschiede mit $p < .05$ aufweisen, sind mit * gekennzeichnet.

Tabelle 10: Mittelwerte der Allgemeinen Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit von der Berufserfahrung

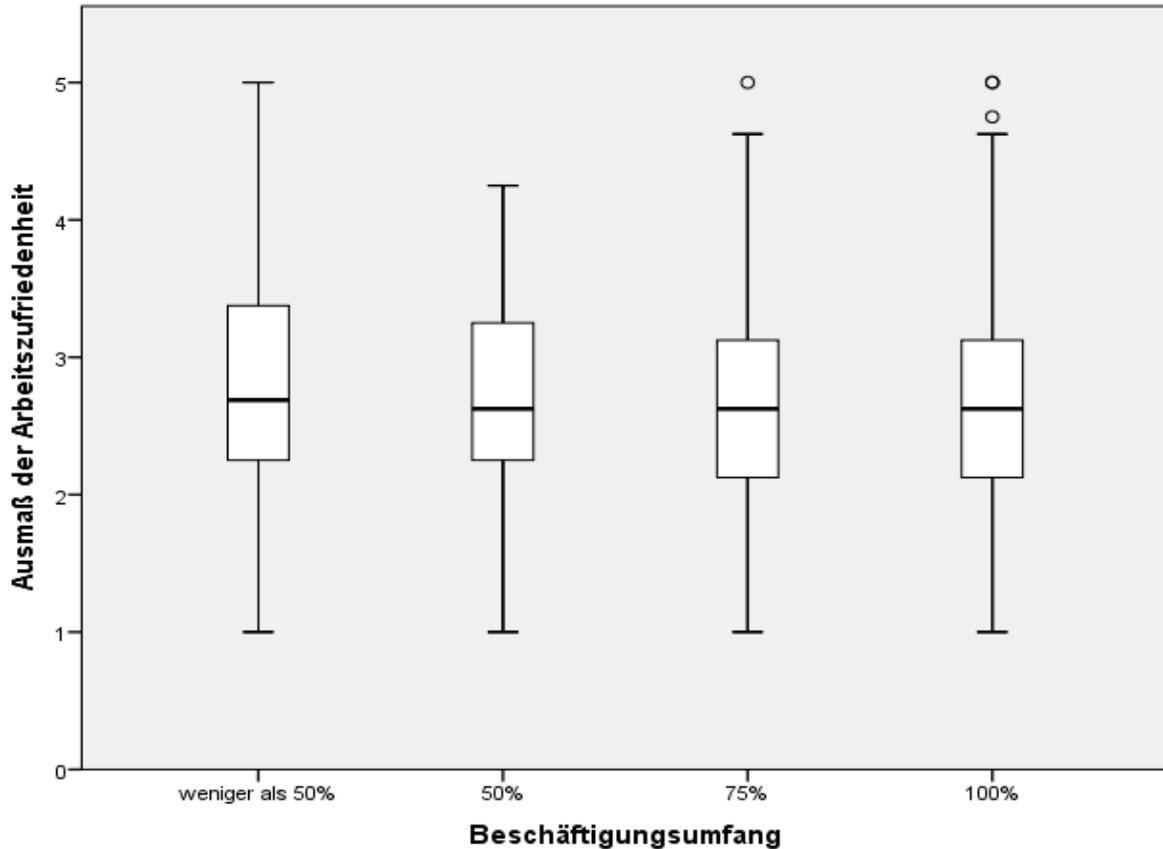


Abbildung 7: Allgemeine Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit zur Beschäftigungsumfang.
Das Ausmaß der generalisierten allgemeinen Arbeitszufriedenheit gemessen über die Skalenwerte: 1 = sehr gering, 2 = gering, 3 = neutral, 4 = hoch, 5 = sehr hoch.

Skala	Beschäftigungsumfang				Unterschiede signifikant?
	unter 50 %	50 %	75 %	100 %	
Allgemeine Arbeitszufriedenheit	2,77	2,72	2,66	2,67	nein

Hinweis: Das Ausmaß der Allgemeinen Arbeitszufriedenheit wurde gemessen über die Skalenwerte: gar nicht zufrieden (1) bis sehr zufrieden (5). Gruppen, die signifikante Unterschiede mit $p < .05$ aufweisen, sind mit * gekennzeichnet.

Tabelle 11: Mittelwerte der Allgemeinen Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit vom Beschäftigungsumfang

Bereits die Boxplot-Grafiken deuten erneut darauf hin, dass sowohl die Berufserfahrung als auch der Beschäftigungsumfang keinen wesentlichen Einfluss auf das Ausmaß der allgemeinen Arbeitszufriedenheit ausübt. Tabelle 10 und Tabelle 11 zeigen jeweils, dass die mittlere allgemeine Arbeitszufriedenheit leicht variiert, wenn man diese in Bezug setzt zur Berufserfahrung und zum Beschäftigungsumfang. Auch hier zeigen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede. Die Hypothese, dass die Berufserfahrung sowie der Beschäftigungsumfang einen Einfluss auf die allgemeine Arbeitszufriedenheit ausüben, muss daher zurückgewiesen werden.

5.4 Allgemeine & spezifische Arbeitszufriedenheit – Tätigkeitsbereich & Funktion

Die nächste Analyse ermittelt, ob signifikante Unterschiede der Allgemeinen Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit vom pflegerischen Tätigkeitsbereich (z. B. Krankenhaus, stationäre Pflegeeinrichtung) oder der Funktion (z. B. Pflegefachperson, Heimleitung) vorliegen. Die deskriptiven Statistiken zu diesen beiden Fällen geben Tabelle 12 und Tabelle 13 wieder.

Tätigkeitsbereich	n	M	SD
Krankenhaus	833	2,79	0,65
Stationäre Pflegeeinrichtung	225	2,76	0,78
Ambulanter Pflegedienst	235	2,45	0,76
Rehabilitationseinrichtung	47	2,51	0,66
Pflegeausbildung	25	2,71	0,66
Hochschule	4	2,41	0,92
Pflegeberatung	8	2,44	0,88
Zeitarbeitsfirma	9	2,65	0,37
Hospiz oder Palliativdienst	27	2,08	0,79
sonstiger Bereich	201	2,59	0,74

Hinweis: Das Ausmaß der Allgemeinen Arbeitszufriedenheit wurde gemessen über die Skalenwerte: gar nicht zufrieden (1) bis sehr zufrieden (5).

Tabelle 12: Deskriptive Statistik zu Ausprägungen der allgemeinen Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit vom Tätigkeitsbereich

Funktion	n	M	SD
Pflegefachperson	1095	2,76	0,71
Auszubildende*r	2	3,19	0,19
Stabsstelle (z. B. Pflegeexperte*in)	55	2,58	0,85
Pflegedienstleitung (auch stellvertretende)	118	2,34	0,68
Heimleitung	2	2,00	0,13
Stations-/ Wohnbereichs-/ Abteilungsleitung (auch stellvertretende)	173	2,54	0,66
Lehrtätigkeit	23	2,77	0,64
andere Funktion	141	2,66	0,72

Hinweis: Das Ausmaß der Allgemeinen Arbeitszufriedenheit wurde gemessen über die Skalenwerte: gar nicht zufrieden (1) bis sehr zufrieden (5).

Tabelle 13: Deskriptive Statistik zu Ausprägungen der Allgemeinen Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit von der Funktion

Da die einfaktorielle Varianzanalyse Gruppengrößen von mind. 25 Fällen vorsieht, werden kleinere Gruppen den Kategorien „sonstiger Bereich“ bzw. „andere Funktion“ zugeordnet. Die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalysen zeigen, dass signifikante Unterschiede vorliegen. Welche Gruppen sich jeweils unterscheiden, ist in Tabelle 14 und Tabelle 15 auf den Folgeseiten zu finden.

<i>Pflegebereich (I)</i>	<i>Pflegebereich (II)</i>	<i>Mittelwertdifferenz (I-J)</i>
Krankenhaus	Stationäre Pflegeeinrichtung	0,03
	Ambulanter Pflegedienst	0,34*
	Rehabilitationseinrichtung	0,29
	Pflegeausbildung	0,08
	sonstiger Bereich	0,21*
	Hospiz oder Palliativdienst	0,71*
Stationäre Pflegeeinrichtung	Krankenhaus	-0,03
	Ambulanter Pflegedienst	0,31*
	Rehabilitationseinrichtung	0,26
	Pflegeausbildung	0,05
	sonstiger Bereich	0,18
	Hospiz oder Palliativdienst	0,68*
Ambulanter Pflegedienst	Krankenhaus	-0,34*
	Stationäre Pflegeeinrichtung	-0,31*
	Rehabilitationseinrichtung	-0,05
	Pflegeausbildung	-0,26
	sonstiger Bereich	-0,13
	Hospiz oder Palliativdienst	0,37
Rehabilitationseinrichtung	Krankenhaus	-0,29
	Stationäre Pflegeeinrichtung	-0,26
	Ambulanter Pflegedienst	0,05
	Pflegeausbildung	-0,20
	sonstiger Bereich	-0,08
	Hospiz oder Palliativdienst	0,42
Pflegeausbildung	Krankenhaus	-0,08
	Stationäre Pflegeeinrichtung	-0,05
	Ambulanter Pflegedienst	0,26
	Rehabilitationseinrichtung	0,20
	sonstiger Bereich	0,13
	Hospiz oder Palliativdienst	0,63*
sonstiger Bereich	Krankenhaus	-0,21*
	Stationäre Pflegeeinrichtung	-0,18
	Ambulanter Pflegedienst	0,13
	Rehabilitationseinrichtung	0,08
	Pflegeausbildung	-0,13
	Hospiz oder Palliativdienst	0,50*
Hospiz oder Palliativdienst	Krankenhaus	-0,71*
	Stationäre Pflegeeinrichtung	-0,68*
	Ambulanter Pflegedienst	-0,37
	Rehabilitationseinrichtung	-0,42
	Pflegeausbildung	-0,63*
	sonstiger Bereich	-0,50*

Hinweis: Gruppen, die signifikante Unterschiede mit $p < .05$ aufweisen, sind mit * gekennzeichnet.

Tabelle 14: Signifikante Unterschiede der Allgemeinen Arbeitszufriedenheit zwischen Pflegebereichen

Es zeigt sich, dass sich verschiedenen Tätigkeitsfelder hinsichtlich der allgemeinen Arbeitszufriedenheit signifikant unterscheiden. Die Ausprägungsstärke der Unterschiede variiert dabei. So liegt beispielsweise die Zufriedenheit von Krankenhausmitarbeitern*innen 0,71 Punkte höher als die der Kollegen*innen, die im Hospiz oder Palliativdienst beschäftigt sind, aber lediglich 0,21 Punkte höher als bei solchen, die in sonstigen Bereichen arbeiten. Gesamthaft liegt somit der Schluss nahe, dass die Art der Arbeitsstätte einen deutlichen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit ausübt. Demzufolge führt beispielsweise die Anstellung in einem Krankenhaus im Durchschnitt zu einer höheren Arbeitszufriedenheit als die Beschäftigung in einem Hospiz oder im Palliativdienst.

<i>Funktion (I)</i>	<i>Funktion (II)</i>	<i>Mittelwertdifferenz (I-J)</i>
Pflegefachperson	Stabsstelle	0,17
	Pflegedienstleitung (auch stellvertretende)	0,41*
	Stations-/ Wohnbereichs-/ Abteilungslei- tung (auch stellvertretende)	0,22*
	Andere Funktion	0,09
Stabsstelle	Pflegefachperson	-0,17
	Pflegedienstleitung (auch stellvertretende)	0,24
	Stations-/ Wohnbereichs-/ Abteilungslei- tung (auch stellvertretende)	0,05
	Andere Funktion	-0,09
Pflegedienstleitung (auch stellvertretende)	Pflegefachperson	-0,41*
	Stabsstelle	-0,24
	Stations-/ Wohnbereichs-/ Abteilungslei- tung (auch stellvertretende)	-0,19
	Andere Funktion	-0,33*
Stations-/ Wohnbereichs- / Abteilungsleitung (auch stellvertretende)	Pflegefachperson	-0,22*
	Stabsstelle	-0,05
	Pflegedienstleitung (auch stellverte- tende)	0,19
	Andere Funktion	-0,13
Andere Funktion	Pflegefachperson	-0,09
	Stabsstelle	0,09
	Pflegedienstleitung (auch stellvertretende)	0,33*
	Stations-/ Wohnbereichs-/ Abteilungslei- tung (auch stellvertretende)	0,13

Hinweis: Gruppen, die signifikante Unterschiede mit $p < .05$ aufweisen, sind mit * gekennzeichnet.

Tabelle 15: Signifikante Unterschiede der Allgemeinen Arbeitszufriedenheit zwischen Funktion

Im Hinblick auf die Funktionszugehörigkeit zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Pflegefachpersonen und der Pflegedienstleitung einerseits (0,41 Punkte) sowie zwischen Pflegefachpersonen und der Stations-/ Wohnbereichs-/ Abteilungsleitung andererseits (0,22 Punkte). Zudem liegt ein signifikanter Unterschied zwischen anderen Funktionen und der Pflegedienstleitung vor (0,33 Punkte). In der Gesamtschau der vorliegenden Ergebnisse zur Funktionszugehörigkeit lässt sich ableiten, dass vor allem Personen in leitenden Positionen deutlich unzufriedener zu sein scheinen und dass diese Unterschiede im Vergleich zu anderen Funktionen mitunter deutlich schwanken.

5.5 Zusammenhang der spezifischen mit der allgemeiner Arbeitszufriedenheit

In diesem Kapitel soll die Frage beantwortet werden, inwiefern die verschiedenen Dimensionen der spezifischen Arbeitszufriedenheit (s. Kap. 5.1) die allgemeine Arbeitszufriedenheit (s. Kap. 5.3) beeinflussen und wie stark dieser Zusammenhang ist. Methodisch wird zu diesem Zweck eine multiple lineare Regression durchgeführt, da diese testet, ob ein Zusammenhang zwischen mehreren unabhängigen (hier Dimensionen Arbeitszufriedenheit) und einer abhängigen Variablen (hier allgemeine Arbeitszufriedenheit) besteht.

Die Voraussetzungen an die lineare Regression können als weitestgehend erfüllt angesehen werden. Daher wird zunächst überprüft, wie gut das Regressionsmodell insgesamt geeignet ist, den postulierten Zusammenhang zu messen. Es zeigt sich, dass das Modell insgesamt signifikant ist und ein R^2 von .836 aufweist. Das bedeutet, dass ca. 84% der Allgemeinen Arbeitszufriedenheit durch die verschiedenen Dimensionen erklärt werden kann. Umgerechnet in die Effektstärke Cohen (1992) handelt es sich hierbei um einen starken Effekt.

Wenn das Gesamtmodell signifikant ist, bedeutet das jedoch nicht, dass auch jede einzelne Dimension der Arbeitszufriedenheit signifikant ist. Zudem interessiert, wie stark die einzelnen Dimensionen auf die abhängige Variable „Allgemeine Arbeitszufriedenheit“ wirken. Aufschluss gibt Tabelle 16.

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta		
<i>(Konstante)</i>	6,605	0,055		121,089	0,000
<i>Meine Kollegen aus der Pflege</i>	-0,194	0,018	-0,139	-10,848	0,000
<i>Meine Kollegen aus anderen Berufsgruppen</i>	-0,086	0,017	-0,062	-4,926	0,000
<i>Mein*e Vorgesetzte*r</i>	-0,177	0,014	-0,166	-12,478	0,000
<i>Meine Tätigkeit</i>	-0,204	0,018	-0,162	-11,339	0,000
<i>Meine Arbeitsbedingungen</i>	-0,158	0,016	-0,132	-9,840	0,000
<i>Organisation und Leitung</i>	-0,232	0,016	-0,235	-14,959	0,000
<i>Meine Entwicklung</i>	-0,170	0,014	-0,179	-12,427	0,000
<i>Meine Bezahlung</i>	-0,172	0,011	-0,189	-16,322	0,000

Hinweis: abhängige Variable: Allgemeine Arbeitszufriedenheit.

Tabelle 16: Regressionskoeffizienten

Es zeigt sich, dass jede Dimension signifikant ist. Insofern kann mit einer hohen Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass diese in der Tat die allgemeine Arbeitszufriedenheit beeinflussen. In der Spalte „Standardisierte Koeffizienten Beta“ lässt sich zudem erkennen, dass die Dimensionen Organisation und Leitung, gefolgt von Bezahlung und Entwicklung den relativ stärksten Einfluss ausüben (vgl. farblich unterlegte Werte in Tabelle 16). Sollte es Ziel sein, die allgemeine Arbeitszufriedenheit zu erhöhen, so liegt der Schluss nahe, sich zunächst auf diese Dimensionen verstärkt zu konzentrieren.

6 Perspektiven - Berufsverbleib, Wiedereinstieg, Erhöhung des Stellenumfangs

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die schleswig-holsteinischen Pflegefachpersonen unzufrieden mit ihrer Arbeit sind. Und: In Analogie zum psychologisch relativ stabilen Konstrukt der Arbeitszufriedenheit sind sie das schon länger.

Kapitel 6 richtet nun den Blick in die Zukunft des Pflegeberufs. Es gibt perspektivische Einblicke in drei Felder: Erstens zeigt es Ressourcen und Limitationen für den Berufsverbleib der aktuell im Beruf stehenden Pflegefachpersonen (Kap. 6.2) Dazu werden ergänzend zu den Analysen in Kapitel 5 die Freitexteinträge zum eigenen Berufsverbleib ausgewertet. Zweitens nimmt es aus Sicht dieser im Beruf tätigen Pflegefachpersonen mögliche motivationalen Wiedergewinnungsaspekte zur Unterstützung einen potentiellen Wiedereinstiegs von aus dem Pflegeberuf ausgestiegenen Kolleginnen in den Blick (Kap. 6.3). Es zeigt die Einschätzungen der im Beruf stehenden Pflegefachpersonen zu einem gelingenden Wiedereinstieg. Zur Erhebung dienten sowohl ein geschlossenes Ranking als auch ein offenes Item. Drittens zeigt das Kapitel Ressourcen und Hemmnisse zur Erhöhung des Stellenumfangs der in Teilzeit beschäftigten Pflegefachpersonen auf. Zur Beantwortung diente ein Einblick in die Gründe, die den aktuellen Stellenumfang von teilzeitbeschäftigten Pflegefachpersonen beeinflussen, die Frage nach bisherigen Berufspausen in der Erwerbsbiografie und deren Ursache sowie ein Ranking möglicher Motivatoren zur Erhöhung des aktuellen Stellenumfanges. Abrundung findet das Kaleidoskop der Perspektiven in den Abschlussbemerkungen der Teilnehmenden in Kap. 6.5.

6.1 Analysemethodik der offenen Einträge

Neben den quantitativen Abfragefeldern der Umfrage hatten die Studienteilnehmer*innen die Möglichkeit in Freitextfeldern weitere relevante Aspekte und Einschätzungen mitzuteilen. Diese Optionen nutzten die Teilnehmenden trotz des Umfangs des Befragungsinstrumentes im überraschend umfangreichen Maße. Dies deutet möglicherweise darauf hin, dass bei den Teilnehmenden ein starkes Kommunikations- und Mitteilungsbedürfnis besteht und sie die eine Möglichkeit der Einbringung, Rückmeldung und Veröffentlichung ihrer Anliegen nutzen. Vielfach finden sich in den Niederschriften Hinweise auf Belastungsfaktoren im Arbeitskontext. Die Befragten benennen wichtige Parameter der derzeit herrschenden Arbeitsbedingungen und die Auswirkungen auf ihre Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit. Auch die monetäre Entlohnung wird bewertet. Häufig sind Nennungen zu beruflichen Belastungen. Darüber hinaus geben die Teilnehmenden Ausblicke auf ihre persönliche Berufsplanung in Bezug auf den weiteren Verbleib im Berufsfeld, obwohl dies nicht gefragt war. Aufgrund des verkürzten Projektzeitraums (s. Kap. 3.4) fand die wissenschaftlich vertiefte qualitative Auswertung in der zweiten Projektphase im Winter/ Frühjahr 2020/21 statt.

Zur softwaregestützten Analyse der Antworten der offenen Fragen der Online-Befragung wurde das Analyseprogramm MAXQDA genutzt. Es bietet eine technisch ausgereifte Möglichkeit zur Analyse von Online-Survey Daten mit geschlossenen und offenen Fragen. Der Datensatz wurde importiert (vgl. Rädiker und Kuckartz 2019, S. 235ff.), jede einzelne der 1893 Antworten stellt dabei einen Fall dar. Die Fallnummer dient zur anonymisierten Kenntlichmachung der hinterlegten Zitate. Die Auswertung der offenen Einträge erfolgte für jede offene Frage einzeln. Die Ergebnisdarstellung wurde analog zu den Fragen aufbereitet

Die orientierende Datenschau der Einträge in den offenen Items zeigte, dass es sich in vielen Fällen um Aufzählungen von Begriffen oder einzelne Schlagworte handelte, wie beispielweise „mehr Geld, bessere Arbeitsbedingungen, mehr Personal“. Seltener handelte es sich komplette Sätze oder gar zusammenhängende Texte. Deshalb war es in Anlehnung an Rädiker und Kuckartz das Ziel, die Inhalte der

„(...) jeweiligen Antworten mithilfe von thematischen Kategorien systematisieren und beschreiben, sodass nach Abschluss der Analyse unter anderem Aussagen über häufig und weniger häufig genannte Themen getroffen werden können.“ (Rädiker und Kuckartz 2019, S. 243)

Es wurde der induktive Zugang gewählt, d.h. aus dem Datenmaterial heraus Codes gebildet. Jedes einzelne Thema, welches innerhalb eines Eintrages auftauchte, wurde codiert.

„Die Kategorienbildung am Material bietet sich unter anderem an, wenn keine Vorab-Kategorisierung gewünscht ist und man die Antworten der Befragten zum Ausgangspunkt nehmen möchte, wenn das mögliche Antwortspektrum unbekannt ist oder wenn die zu beantwortenden Fragestellungen eher einen erkundenden Charakter haben.“ (Rädiker und Kuckartz 2019, S. 243)

Die induktive Analyse ermöglichte eine Einschätzung, ob die Dimensionen der spezifischen Arbeitszufriedenheit in den offenen Einträgen thematische Vertiefung und/oder inhaltliche Ergänzung fanden und ob es Unterschiede bei der Perspektive auf den eigenen Berufsverbleib, den Wiedereinstieg von Kolleg*innen oder der Situation von Teilzeitbeschäftigten gibt. Das detaillierte Analyseverfahren führte dazu, dass ein Eintrag mehrere Codes beinhalten konnte. Das induktive Vorgehen ermöglichte die Aufnahme aller von Befragten als relevant erachteten Themenfelder und derer analytische Abgrenzung voneinander.

In nächsten Schritt wurden die gebildeten Codes geordnet und thematisch kategorisiert. Die Einträge wurden Hauptthemenfeldern, zugehörige Themenfeldern und Subthemenfeldern zugeordnet, je nach Umfang der Nennungen entstand eine vierte Ordnungsebene. Alle Codezuordnungen wurden erneut auf Konsistenz geprüft. Natürlich ist es möglich, jede Codierung und Zuordnung prinzipiell in Frage zu stellen. Das Ziel war nicht die Verkündung absoluter Wahrheiten, sondern das Erstellen einer Übersicht aller relevanten Themenfelder, die die Pflegefachpersonen mitteilten.

Die Ergebnisdarstellung erfolgt anhand der Häufigkeit der Nennungen, meist in absteigender Reihenfolge der Nennungen oder wo es inhaltlich angebracht war in logisch aufeinanderfolgender Abfolge. Die Ergebnisse wurden überwiegend in tabellarischen Übersichten zusammengeführt und werden anschließend im Fließtext vertiefend beschrieben. Sofern es bei umfangreichen Subthemenfeldern eine vierte Ebene gab, sind diese in Textform aufbereitet und herausgestellt. Bei Themenfeldern mit wenigen Nennungen wurde auf die tabellarische Darstellung verzichtet.

Zusätzlich wurden zusammenhängende Texteinträge auf Ihre Intention hin untersucht. Was bewegt die Pflegefachpersonen? Welche Stimmungslage wurde transportiert? Diese Stimmung wurde über das Einfügen einer großen Anzahl von Zitaten der Befragten im Bericht wiedergegeben. Da Einträge in Online-Surveys je nach Endgerät herausfordernd sein können, wurden Tippfehler korrigiert. Ziel war, den Pflegefachpersonen die Stimme zu geben, die die Teilnehmenden über ihre überaus zahlreichen Texteinträge zum Ausdruck brachten. Diesem Anliegen trägt Kap. 6 ausführlich Rechnung.

In Kap. 7 erfolgt die Zusammenfassung der Ergebnisse der Analyse der Freitexteinträge und die Zusammenführung mit den Ergebnissen zur Arbeitszufriedenheit. Gegliedert in die fünf Hauptthemenfelder, die die Auswertung der Texteinträge erbrachte, werden die Hinweise der Pflegefachpersonen zur Verbesserung ihrer Situation der Pflegefachpersonen tabellarisch aufbereitet und anschließend im Lichte der durchgeführten Literaturanalyse diskutiert.

Kap. 6.2 steigt mit der Perspektive auf den eigenen Berufsverbleib ein.

6.2 Sicherung des eigenen Berufsverbleibs – die Herausforderungen im Berufsalltag

Neben der allgemeinen und der spezifischen Arbeitszufriedenheit, gemessen über das in vielen Berufen Anwendung findende Instrument nach Neuberger und Allerbeck, ist es möglich, dass es in der Pflege berufsspezifische Aspekte gibt, welche sich auf den Verbleib im Pflegeberuf auswirken können. Ziel war, diese ebenfalls zu erfassen. Die Frage dazu lautete:

„Gäbe es für Sie weitere Aspekte, die bisher noch nicht angesprochen wurden, die Ihren Verbleib im Pflegeberuf sichern könnten? Bitte schreiben Sie diese Gründe in das nachfolgende Freifeld.“
(Kuhn et al. 2020)

Ein offenes Item ermöglichte den Teilnehmenden, solche Aspekte mitzuteilen. 752 Personen (39,7 %) nutzten die Option. Die Antworten wurden, wie eingangs beschrieben, thematisch analysiert, codiert und inhaltlich gruppiert. Es konnten 1592 Textpassagen thematisch codiert werden. Bei der inhaltlichen Zusammenfassung kristallisierten sich neun Hauptthemenfelder heraus, die Tabelle 17 aufschlüsselt. Die zugeordneten Unterthemenfelder sind den jeweiligen Kapiteln des Berichtes zu entnehmen.

Kapitel	Hauptthemenfelder	Anzahl Nennungen (Codierungen)
6.2.1	Arbeitsbedingungen in der Pflege	603
6.2.2	Gesundheit, Überlastung und alternsgerechtes Arbeiten	229
6.2.3	Ethik und Berufsethos – der Wertekompass im Berufsalltag	227
6.2.4	Bezahlung – viele Ansatzpunkte	188
6.2.5	Bildungswünsche - berufliche Entwicklung & Professionalisierung	139
6.2.6	Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein	126
6.2.7	Drohender Berufsausstieg	31
6.2.8	Ablehnung der Aspekte zur Sicherung des eigenen Berufsverbleibs	31
6.2.9	Zufriedenheit im Pflegeberuf	18

Tabelle 17: Aspekte zur Sicherung des Berufsverbleibs, thematische Sortierung

Die Hauptthemenfelder werden nun tiefergehend dargestellt, die zugeordneten Subkategorien benannt und beschrieben. Die Anzahl der Nennungen erscheint jeweils in Klammern. Zitate sind anonymisiert anhand der Fallnummer im Datensatz kenntlich gemacht.

6.2.1 Arbeitsbedingungen im Pflegeberuf – ein komplexes Feld

Die mit Abstand meisten Codes sind dem Hauptthemenfeld Arbeitsbedingungen (603) zuzuordnen. Unter diese Kategorie wurden die Themenfelder Arbeits- und Dienstzeiten (263 Nennungen), Personal (167), Arbeitsqualität (67), Kritik am Gesundheitssystem (60), Organisation und Leitung (31) sowie die einfache Nennung des Begriffes Arbeitsbedingungen (15) subsummiert. Einen Überblick über die zugeordneten Themenfelder, deren Subthemenfelder und die jeweiligen Häufigkeiten, ausgedrückt über die Anzahl der Codes gibt Tabelle 18 auf der nächsten Seite.

Hauptthemenfeld (Anzahl der Codes)	Zugeordnete Themenfelder (Anzahl der Codes)	Subthemenfelder (Anzahl der Codes)
Arbeitsbedingungen (603)	Arbeitszeiten / Dienstzeiten (263)	Arbeitszeitmodelle/Dienstplanmodelle (15)
		Familienfreundlichkeit (48)
		Freizeit/Urlaub (37)
		Überstunden/ Einspringen (37)
		Flexibilität (36)
		Verlässlichkeit Dienstplan/Arbeitszeit (29)
		Dienstarten in der Pflege (25)
		Wochenarbeitszeit (12)
		Arbeitspausen (7)
		Zeitarbeit (4)
		Nur Begriff: Arbeits- / Dienstzeiten (13)
	Personal (167)	Personalschlüssel (83)
		Mehr Personal (42)
		Mehr qualifizierte Pflegefachpersonen (16)
		Mehr Pflegehilfskräfte (14)
		Mehr Personal nicht mehr Geld (8)
	Arbeitsqualität (67)	Ausrüstung/Hilfsmittel (32)
		Qualität der Pflegeaufgaben (22)
		Qualitätsstandards / Überprüfung (13)
	Gesundheits- und Pflegesystem (60)	Ökonomisierung (35)
		Bürokratie (25)
	Organisation & Leitung (31)	Leitung (15)
		Hierarchie (9)
Arbeitnehmerrechte (7)		
Nur Begriff: Arbeitsbedingungen (15)		

Tabelle 18: Arbeitsbedingungen, Aufschlüsselung nach Themenfeldern und Subthemenfeldern

Im Themenfeld Arbeitszeiten / Dienstzeiten wurden die beiden Begriffe dreizehnmal lediglich genannt. 251 Nennungen wurden konkreter. Die Pflegefachpersonen wünschten sich passgenauere Arbeitszeitmodelle bzw. Dienstplanmodelle. Insbesondere wichtig ist ihnen die Familienfreundlichkeit (48), die Tätigkeit in der Pflege soll keine Probleme im Privatleben verursachen (vgl. Fall 33). Bei der Betreuung der Kinder spielt die Flexibilität (36) eine entscheidende Rolle, sei es in der Dienstplangestaltung oder bei den Arbeitszeiten. Flexibilität ist jedoch nicht nur im Kontext der Kindererziehung ein maßgeblicher Faktor. Die Befragten regen an, den Dienstplan nach individuellen Wünschen zu gestalten, die Pflegefachpersonen wollen ein Mitspracherecht, das Tauschen soll ganz flexibel möglich sein, im Einzelfall wurde sogar die Nichtbeachtung des Arbeitsschutzes gewünscht.

Ein großes Thema sind Urlaub und Freizeit (37), immer wieder werden die Planungssicherheit und das ausreichende Maß an Freizeit zur Erholung eingefordert, auch ein Sabbatical wird gewünscht. Mit den offenbar fehlenden Erholungszeiten eng zusammen hängt das Thema Überstunden und Einspringen (37). Die Befragten beklagen sich über überplante Dienstpläne, das ständige Holen aus dem Frei und sogar aus dem Urlaub, sie verlangen

„(...), mehr Privatsphäre, es darf nicht vom Betrieb erwartet werden, dass man überall und ständig erreichbar ist, damit man bei Lücken im Dienstplan einspringen kann. Selbst bei Familienfeiern geht das Telefon. Es heißt zwar man kann auch nein sagen, tut man es wird es jedoch nicht akzeptiert oder man wird zum Einspringen genötigt.“ (Fall 595)

Die Befragten kritisieren eine fehlende Ausfallregelung, welche kurzfristiges Einspringen erfordert. Dies werde mindestens erwartet und gehe teilweise mit emotionaler Erpressung einher:

„Nicht sooo viele Überstunden und nicht eine so selbstverständliche Erwartung.“ (Fall 1252);

„Keine emotionale Erpressung und; wenn sie nicht einspringen, sind ihre Kollegen halt alleine...“ (Fall 57).

Deshalb fordern die Pflegefachpersonen Verlässlichkeit bei den Arbeitszeiten und der Dienstplanung (29) und frühzeitige Fertigstellung des Planes, vorgeschlagen werden mindestens zwei Monate im Voraus.

Die verschiedenen Dienstarten in der Pflege (26) werden ebenfalls thematisiert: Der Nachtdienst (9) scheint problematisch, viele wollen generell keine Nachdienste leisten, Dauernachtwachen werden gewünscht, andere wollen nach dem Nachtdienst mehr Freizeit. Auch die Arbeitsbedingungen im Nachtdienst werden kritisiert, die Ressourcen scheinen zu knapp bemessen:

„(...) ich bin Nachtwache, 2 Häuser, 200 Bewohner, ich arbeite meist als Fachkraft alleine mit 2 ungelernten Helfern, ich benötige alleine für Medikamente und Insulin ca. 45 min., dann ist am Bewohner noch nichts passiert.“ (Fall 57)

Auch der Wochenenddienst (8) erfreut sich keiner großen Beliebtheit, mehrfach werden weniger Wochenenddienste gewünscht, manche empfinden diese als

„(...), unsoziale Arbeitszeiten, - dabei zusehen, wie andere Menschen freie Wochenenden und Feiertage genießen, (...)" (Fall 282).

Andere wiederum bestehen lediglich darauf, nicht mehr als zwei Wochenenden im Monat arbeiten zu müssen (vgl. exempl. Fall 1221).

Die Schichtarbeit (5), insbesondere die kurzen Wechsel zwischen Spät- und Frühdienst, stehen in der Kritik, weiterhin geteilte Dienste (2) und Bereitschaftsdienste (1).

Zwölfmal erwarten Teilnehmende Veränderungen bei der Arbeitszeit, so wird die 6-Tageweche genauso abgelehnt wie die Arbeit zehn Tage am Stück. Andere fordern konkret eine Fünf- oder gar eine Viertageweche, eine 35- oder 30-Stundenwoche oder allgemein weniger Stunden, selbstredend immer bei gleichbleibendem Gehalt.

Die Arbeitspausen (7) scheinen in der Pflege ebenfalls nicht gesichert, ansonsten müssten Pflegefachpersonen nicht auf deren Einhaltung bestehen:

„(...), mehr Respekt vor den Pausenzeiten von Kollegen und Angehörigen, (...)" (Fall 1164),

„(...) Pausen gelten als Faulheit, (...)" (Fall 1616).

Auch hier verlangen die Teilnehmenden Regelungen und deren Einhaltung. Offen bleibt, wer Pausen als Faulheit ansieht. Dem wäre mithilfe von vertiefenden Interviews nachzugehen.

Das letzte Thema dieses Blockes ist die Zeitarbeit (4). Die Voten dazu sind ambivalent, zweimal wird Zeitarbeit abgelehnt, stattdessen erforderlich sei

„Mehr Stammpersonal, wenig Arbeitszeitfirmen, die nur Unruhe ins Team bringen.“ (Fall 1866)

Gleichzeitig gibt es die Forderung nach „Erhaltung der Zeitarbeit“ (Fall 460). Zudem scheint der Status von Pflegefachpersonen in Zeitarbeit im Pflorgeteam schwierig zu sein:

„Anstellung als Zeitarbeitskraft und Springer - man ist für die Kolleginnen immer die "Neue, dumme (kennt nicht alle Abläufe) und Fremde (Wir machen keine Fehler, aber die von der Zeitarbeit ...). Es gibt keinerlei sozialen Zusammenhalt und wen ein Sündenbock gesucht wird, ist es die Fremde. Niemand gesteht eigene Fehler ein.“ (Fall 835)

Dieser Befund bedarf näherer Beleuchtung in vertiefender Forschung.

Das zweite Themenfeld, welches dem Hauptthemenfeld Arbeitsbedingungen zugeordnet wurde, bildet das Personal (167). 42-mal wird lediglich mehr Personal, mehr Kollegen, mehr Pflegepersonal o.Ä. gefordert. 87-mal benennen die Befragten konkret den Personalschlüssel, Synonyme oder entsprechende Umschreibungen, teilweise mit Bezügen, z.B.

„Eine gesetzlich festgelegte Patienten-Pflegekraft-Ratio orientiert am ICN“ (Fall 93),

„(...) viel zu viele Patienten auf eine Pflegekraft (..)“ (Fall 133),

„Mehr Kollegen, somit mehr Zeit für die Patienten, somit mehr Anerkennung von Patienten und Angehörigen, (...)“ (Fall 1628),

„Ein deutlich besseres Personal/Patientenverhältnis für das man sich nicht permanent rechtfertigen muss.“ (Fall 1606)

Die Benennung der gesetzlich vorgeschriebenen Personaluntergrenzen wurde ebenfalls hier zugeordnet, diese wurden durchweg als zu niedrig empfunden, bzw. eine Anhebung wurde gefordert. Außerdem regten die Befragten eine bessere Personalkoordination und eine externe Kontrolle an.

Explizit *mehr Pflegefachkräfte* forderten 16 Teilnehmer*innen. Wichtig war ihnen ein hohes qualitatives Niveau der Pflegefachpersonen, nicht jeder solle im Beruf gehalten werden, nur damit die Fachkraftquote stimme (vgl. Fall 536). Das Entgegenwirken gegen den Mangel mit ausländischen Pflegefachpersonen wurde durchaus kritisch gesehen (vgl. Fall 925). 14 Teilnehmende wünschten sich zumindest mehr Pflegehilfskräfte.

Acht Teilnehmer*innen betonten in dem Zusammenhang, dass Ihnen mehr Fachpersonal wichtiger sei als mehr Geld.

„Ich würde auf bessere Bezahlung (zum Teil) verzichten, wenn dafür mehr Pflegefachkräfte eingestellt würden. Die Betonung liegt auf "FACH".“ (Fall 2028)

Ziel ist die Erbringung guter Pflege, wie sie dem beruflichen Selbstverständnis entspricht:

„Wenn die Arbeit auf mehr Schultern verteilt wäre, könnte man wieder pflegerisch tätig sein und wäre zufriedener. Jeder der diesen Beruf wählt, möchte eine optimale Pflege durchführen, bezahlt wird aber nur eine ausreichende Pflege (eins über gefährlicher Pflege) von den Krankenkassen. Dem Patienten nicht gerecht zu werden, frustriert und da hilft auch kein Geld.“ (Fall 1103)

Zusammenfassend sind die Nennungen alleine zum Thema *mehr Personal* (166) fast gleichauf mit dem Themenkomplex der Bezahlung (188), welcher in Kap. 6.2.4 analysiert wird. Somit sehen die Teilnehmenden die Behebung des Personalmangels als wichtige Stellschraube.

Das nächste Themenfeld wurde unter dem Titel **Arbeitsqualität** (67) zusammengefasst, zugeordnet wurden die Bereiche Ausrüstung (32), pflegerische Aufgaben (22) und Qualität (13).

In der Pflege scheinen grundsätzliche **pflegerische Arbeitsmittel** zu fehlen. Pflegehilfsmittel und Pflegematerialien (14) sind knapp, nicht adäquat oder nicht vorhanden, wie die Einträge zeigen:

„(...) bessere Ausstattung von Hilfsmitteln, z.B. Bettenlifter“ (Fall 781),

„Ausstattung der Pflegehilfsmittel (Toilettenstühle, Gehwagen, Drehbrett, Lifter usw.)“ (Fall 1355)

„Es wäre schöner, adäquatere Hilfsmittel zur Verfügung zu haben, (...)“ (Fall 2281).

Die Wäsche (3) zur Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf reiche nicht aus bemängeln Befragte. Auch die Arbeitskleidung (5) sei zu knapp, und zwar bezüglich der Menge und der vorhandenen Größenauswahl. Einmal wird die Auszahlung von „*Berufskleidungs-geld*“ (Fall 606) angeregt, möglicherweise um der Knappheit selbst entgegenzutreten zu können. Eine Befragte fasst die materielle Not und die Auswirkung auf die Arbeitszufriedenheit so zusammen:

„Oft fehlt es an Materialien. Schlechte Belieferung mit Patientenwäsche, Dienstkleidung, u.v.m. Das erschwert meine Arbeit sehr.“ (Fall 1181)

Der Mangel an basalen Arbeitsmitteln setzt sich in den Umkleiden (3) fort, es fehlen eigene Spinde und „*anständige Umkleiden mit Dusche*“ (Fall 947). Stationsleitungen haben kein Büro, die räumlichen Bedingungen im OP werden als verbesserungswürdig eingestuft, die Reinigung der Station als zu selten reklamiert, die Essensverteilung und Versorgung scheint mangelbehaftet. Unterstützend schlagen Teilnehmende eine Gegensprechanlage in die Patientenzimmer zur Vermeidung doppelter Wege vor.

Auch die Möglichkeiten, zur Arbeit zu gelangen sind fünfmal Thema: ausreichend bzw. eigene Parkplätze, diese „*zu vernünftigen Preisen oder kostenlos*“ (Fall 1067), gesicherte Fahrradstellplätze und ein besseres Nahverkehrsnetz sowie Vergünstigungen beim Fahrpreis für Pflegende werden erbeten.

Im Themenfeld der **pflegerischen Aufgaben** (22) geht es häufig um Fragen der Interprofessionalität (13). Die Befragten wünschen sich eine bessere Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen und insbesondere mit der Ärzteschaft. Angemahnt werden u.a. ein „*gleichwertiges Benehmen und Verhalten zwischen Ärzten und Pflegepersonal*“ (Fall 866) und die Gleichstellung von pflegerischen Aufgaben gegenüber ärztlichen Assistenzaufgaben. Die professionelle Abgrenzung scheint ebenfalls wichtig, Pflegefachpersonen sollen die „*Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten ablegen*“ (Fall 2090). Starke Hierarchien, fehlenden Absprachen und „*Inkompetenz und Überforderung der Ärzte*“ (Fall 2068) empfinden Pflegefachpersonen als Belastung. Daneben beklagen sie, dass pflegeferne Tätigkeiten wie z.B. Nebentätigkeiten im Stationsalltag, Bestellungen, Botengänge, putzen, administrative Tätigkeiten, etc. negative Auswirkungen auf die Durchführung der eigentlichen pflegefachlichen Aufgaben haben (9).

Dies hat Konsequenzen für die **Qualität pflegerischer Arbeit** (13), Qualitätsstandards können nur schwer eingehalten werden (5). Diese wiederum kontrollieren Prüfinstanzen wie der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) und die Heimaufsicht. Die Kontrollen belasten die Arbeitszufriedenheit (8), weil sie ein permanentes Misstrauen transportieren. U.a. wünschen die Befragten weniger Kompetenzen für diese Instanzen, weniger Schulungsvorschriften für Prüfungen, weniger Misstrauen gegenüber der Pflege und

„Weniger Druck vom MDK (wer einmal eine MDK Prüfung mitgemacht hat, weiß was Erniedrigung und Machtspiel bedeutet).“ (Fall 164)

Das Zitat leitet über zum Themenkomplex **Kritik am Gesundheitssystem** (60). Hierunter wurden die Bereiche Ökonomisierung/Wirtschaftlichkeit (35) und Bürokratie (25) inhaltlich subsummiert, beide Bereiche hängen stark miteinander zusammen.

Das Thema **Ökonomisierung des Gesundheitswesens** verursacht bei vielen Pflegefachpersonen Probleme. Ihr pflegerisches Selbstverständnis passt nicht zu den wirtschaftlichen Erfordernissen, welche Einrichtungsleitungen zentral stellen:

„Das Wirtschaftsdenken der Krankenhausleitungen passt nicht zum sozialen Denken des Pflegeberufes. Die Pflege steht immer zwischen den Parteien.“ (Fall 272)

„Krankenhäuser nicht wie primäre Wirtschaftsunternehmen agieren zu lassen. Die Pflege wird in diesem System missbraucht, das ist nicht Ihre Berufung! Bei den jetzigen Gehältern ein Armutszeugnis. Mit der Krankheit Milliarden Gewinne zu erzielen, höher, weiter, schneller, ist moralisch unter der Gürtellinie.“ (Fall 1160)

Krankenhäuser und Pflegeheime sollen nicht auf gewinnorientiert und auf Profite ausgerichtet sein, Teilnehmende äußern umfangreiche Kritik am Gesundheitssystem:

„Ich halte es für falsch, eine fundamentale Säule des Gemeinwesens wie das Gesundheitswesen zu einer Gesundheitswirtschaft umzubauen und inklusive Grundversorgung vollständig zu kommerzialisieren. Dieses Vorgehen geht zulasten der zu versorgenden Menschen und der Menschen, die in diesem Bereich arbeiten.“ (Fall 849)

„Es kann nicht sein, dass man als Krankenhaus nach Patienten bezahlt wird. Z.B. wird die Feuerwehr auch nicht nach Brand bezahlt.“ (Fall 1933)

Pflegefachpersonen lehnen die **Privatisierung der Einrichtungen** ab:

„Die Wirtschaftlichkeit und womöglich Investoren haben im Gesundheitssystem nichts verloren. Gerade in Pflegeheimen.“ (Fall 1508)

„Klinken nicht aus Geldgier arbeiten lassen.“ (Fall 1579)

„Keine Profite in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, (...)“ (Fall 2458).

Die Befragten wünschen eine Neustrukturierung des Gesundheitswesens, das Fallpauschalen-System soll abgeschafft werden, Pflege und Gesundheitswesen sollen am besten verstaatlicht oder zumindest in die Hände der Wohlfahrtsverbände rückgeführt werden.

Die **Bürokratie in der Pflege** steht mit 25 Nennungen ebenfalls auf dem Prüfstand. Pflegefachpersonen fordern weniger *unnötige* Bürokratie und eine schlankere, *sinnvollere* Dokumentation. Zudem soll die nötige Zeit für die Dokumentation nicht die Zeit für die Durchführung der Pflege und die Menge des zur Verfügung stehenden Personals in der direkten Pflegebeziehung beschneiden.

„Immer mehr Stationsleitungen wechseln in Management- oder Dokumentationsposten, alles Manager und Assistenten, der Wasserkopf wird immer größer, an der Basis fehlen die Pflegekräfte. Wir pflegen nur noch den Computer, Hauptsache, die Dokumentation stimmt, dass wir gar keine Zeit haben selbiges auszuführen, interessiert nicht.“ (Fall 975)

Außerdem scheint es Schulungsbedarf im Umgang mit nötigen Dokumentationsaufgaben zu geben:

„(...) fordert sehr sehr viel Zeit, die am Patienten verloren geht und für ältere Schwestern extrem anstrengend ist.“ (Fall 1616)

„Die Anforderungen, die tägliche Bürokratie und die Arbeitsbedingungen werden immer komplexer und schwieriger.“ (Fall 1864)

Weil die Dokumentation und die Zeit für die direkte Pflege des Menschen mit Pflegebedarfs im argen Missverhältnis wahrgenommen werden und die nötigen Ressourcen nicht zur Verfügung stehen, sprechen Teilnehmende von Misstrauen und sogar von Betrug:

„(...), immer mehr Verantwortung, mehr Dokumentation meiner Arbeit, wann soll man die Aufgaben alle erledigen? Es muss langsam klar sein, das durch wachsende Dokumentation nicht die Versorgung des Patienten verbessert wird, sondern jeden Tag in jeder Klinik Dokumentenfälschung passiert, denn so viel Aufgaben wie die Pflege erledigen soll und das auch noch möglich gleichzeitig, ist unmöglich.“ (Fall 1427);

„Wir pflegen nur noch den Computer, Hauptsache, die Dokumentation stimmt, dass wir gar keine Zeit haben selbiges auszuführen, interessiert nicht.“ (Fall 975).

Andere Pflegefachpersonen merken an, dass die zunehmende Bürokratie ihre eigene pflegerische Berufswahl und das inhärente Berufsethos konterkariert:

„Dann hätte ich damals auch in die Verwaltung gehen können, meine Wochenenden und die Feiertage wären frei!!!“ (Fall 508)

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass sich die Pflegefachpersonen nicht gegen jegliche Bürokratie verwehren, vielmehr muss die Planung und Dokumentation pflegefachlich begründet sein und für die daraus abgeleiteten pflegerischen Maßnahmen die nötigen Ressourcen an Zeit und Personal zur Verfügung stehen. Dies würde zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit beitragen.

Ebenfalls einen Beitrag zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit liefern können **Organisation und Leitung** der Einrichtungen (31 Nennungen). Dass dies ein vulnerabler Punkt ist, belegten bereits die Ergebnisse der Skalenauswertung zur Arbeitszufriedenheit (s. Kap. 5).

Streng hierarchische Strukturen (9) dämpfen die Zufriedenheit, es werden flachere Hierarchien, kein „*Mobbing/Bossing*“ (Fall 1260) und mehr Mitbestimmung verlangt:

„Den Wasserkopf verkleinern, Innovation der MA nutzen und die Alleinherrschaft der Geschäftsführer beenden!!“ (Fall 2041)

Zur Verbesserung der Situation soll die Pflegedirektion mehr Präsenz auf Station zeigen und die pflegerische Arbeit anerkennen (vgl. Fall 1043). Motivierend wäre eine wertschätzende Haltung der Leitung, leider scheint sie nicht selbstverständlich:

„Lob, Bestätigung, Motivation, Freundliche Worte fehlen komplett. Positives wird nie erwähnt, negatives dafür umso mehr, (...)“ (Fall 1616).

Die **Motivation der Pflegefachpersonen** (15) durch die Personalverantwortlichen kann ein Schlüssel zum Erfolg sein. Dies kann durch persönliche Gespräche, transparente Informationen, Zielsetzungen und Entscheidungen, mehr Kreativität und über „*mehr Investition in Arbeitskultur und soft Skills*“ (Fall 96) geschehen. Motivierend wirken sich auch die Stärkung der Zusammenarbeit des Teams, der Austausch mit anderen Teams und Einrichtungen und Aufstiegschancen aus.

Die Befragten fordern ihre **Arbeitnehmerrechte** (7) ein, dazu gehöre: nicht ungefragt versetzt werden, eine gute Kommunikation und Unterstützung der Personalabteilung auch beim Arbeitgeberwechsel und unbefristete Arbeitsverträge.

6.2.2 Gesundheit, Überlastung und alterngerechtes Arbeiten in der Pflege

Die in Kap. 6.2.1 aufgezeigten Arbeitsbedingungen zeitigen unmittelbare Auswirkungen auf den Belastungsgrad und die Gesundheit der Pflegefachpersonen. Dies wiederum hat auch Auswirkungen auf die Möglichkeiten, alterngerecht arbeiten zu können, den Beruf gesund ausüben zu können, gesund in den Ruhestand einzutreten und diesen für eine lange Zeit genießen zu können. Die Befragten schätzten das Themenfeld als sehr wichtig zur Sicherung ihres Berufsverbleibes ein, 229 Nennungen entfielen auf diesen Bereich. Tabelle 19 gibt einen Überblick über zugeordnete Themenfelder und Subthemenfelder. In Klammern finden sich die Häufigkeiten der Nennungen.

Hauptthemenfeld (Anzahl der Codes)	Zugeordnete Themenfelder (Anzahl der Codes)	Subthemenfelder (Anzahl der Codes)
Gesundheit, Überlastung und alterngerechtes Arbeiten (229)	Überlastung (112)	Zeitdruck / Zeitmangel (80)
		Stress / Überlastung / Erschöpfung (25)
		Krankheit (8)
	Alternsgerechtes Arbeiten / Rente (62)	Alternsgerechtes Arbeiten (36)
		Rente (26)
	Forderungen zur Unterstüt- zung der Gesundheit (36)	Prävention & Gesundheitsför- derung (34)
		Teamarbeit (2)
	Covid-19 Pandemie (18)	Fehlendes Personal (6)
		Fehlende Schutzausrüstung (5)
		Berufsausstieg wegen Corona (3)

Tabelle 19: Gesundheit, Überlastung & alterngerechtes Arbeiten, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder

Die **Überlastung im Arbeitsalltag** ist das größte Thema (112). Der stärkste Überlastungstreiber ist der **Zeitmangel** (80). Allgemein benannt wurde Zeitdruck und Zeitmangel zwölfmal. Wenn sich der chronische Zeitmangel beheben ließe, wäre aus Sicht der Befragten viel gewonnen:

„So viel Zeit aufbringen zu können, wie es wichtig wäre. Das würde eine hohe Zufriedenheit bei allen Beteiligten erzeugen. Dadurch könnte man ein gutes Betriebsklima erreichen, alles andere wäre dann ein Selbstgänger.“ (Fall 426)

Der permanente Zeitmangel setzt die Pflegefachpersonen unter Druck und kann zu Fehlern bei den Menschen mit Pflegebedarf führen, eine Befragte umschreibt ihre Arbeitssituation so:

„Mein ganzer Arbeitstag besteht aus Unterbrechungen. Kollegen, Telefon, Angehörige, Patienten. Alle wollen mal eben "nur kurz". Oft hat man viele Aufgaben im Kopf und arbeitet sie dann nach Priorität ab. Dabei vergisst man dann auch immer etwas. Ich würde mir mehr Ruhe für meine Arbeit wünschen, um die Dinge ungestört von Anfang bis Ende erledigen zu können.“ (Fall 1181)

In den meisten Einträgen wurde der Zeitmangel spezifiziert, 50mal wurde die **fehlende Zeit für die Pflege** der Patienten und Bewohner angeführt. Es belastet Pflegefachpersonen sehr, wenn sie den Patienten nicht gerecht werden können,

„(...) dies ist meistens aber nicht möglich, da gute Pflege nicht immer sichergestellt werden kann, da uns die Zeit fehlt durch zu viele Nebentätigkeiten im Stationsalltag und viel zu viele Patienten auf eine Pflegekraft.“ (Fall 133)

Anhand des Zitates sieht man exemplarisch, dass die Themenfelder eng miteinander verwoben sind, einander übergehen und nicht scharf trennbar sind, sondern sich vielmehr gegenseitig bedingen. Psychische Belastungen haben häufig eine berufsethische Facette, welche Kap. 6.2.3 vertieft.

Die Arbeit unter Zeitmangel belastet die **Psyche und die Würde der Pflegefachpersonen**, sie wünschen sich *„Würdevolles Arbeiten mit ausreichender Zeit für Pflege und Dokumentation“ (Fall 1356)*. Würdevolles Arbeiten beinhaltet Zeit, um den Patienten und Bewohnern zuhören zu können, dies scheint jedoch nicht möglich:

„Wir funktionieren heute eher wie Roboter. Die soziale Seite, z. B. Zeit für Gespräche mit unseren Patienten, muss mehr berücksichtigt werden.“ (Fall 2026)

Für Sterbende da zu sein ist ebenfalls nicht immer gewährleistet und das bedrückt die Befragten:

„Zeit um mich mal z.B. zu einem Palliativ Bewohner zu setzen habe ich gar nicht, du findest sie halt leblos vor, das reicht um einem den Tag zu versauen.“ (Fall 57)

Gespräche mit Angehörigen werden wegen des Zeitdruckes als Belastung empfunden. Die Pflegedokumentation leide unter dem Zeitmangel, stellen fünf Befragte fest.

Der permanente Zeitmangel hat schließlich negative Auswirkungen auf die Qualität der Ausbildung des pflegerischen Nachwuchses und der Anleitung von neuen Kolleg*innen. Dies wiederum scheint ein wichtiger Aspekt zur Gewinnung von Nachwuchs und zur Sicherung des Wiedereinstiegs zu sein.

Die Pflegenden kompensieren die zeitlichen Defizite, indem sie ihre **Pausen opfern**, was dann ebenfalls gesundheitlich belastet.

„Durch mehr Personal könnten auch Fachkräfte vielleicht endlich mal ihre Pause nehmen, ohne dass der Berg an Arbeit und wichtige Telefonate und die neuen bürokratischen MDK Vorschriften auf der Strecke bleiben!“ (Fall 2166)

Stress, Arbeitsbelastung und Leistungsdruck wurden 25mal beklagt. Besonders häufig wurde die körperliche Belastung angesprochen. Vielen ist nicht klar, wie viele Berufsjahre ihre Kraft noch ausreicht.

„Ich bin mir nicht sicher, ob ich den Beruf in der derzeitigen körperlichen Schwere noch in 10 Jahren ausüben kann. Was habe ich dann für Alternativen (im Haus oder draußen)?“ (Fall 160)

Jedoch auch die psychische Belastung, das immer da sein zu müssen, *„(...) immer Druck von allen Seiten (...)“ (Fall 1616)* bis hin zum Mobbing wird aufgeführt.

„Ich habe wirklich keine Lust mehr! Wir müssen für alle und jeden immer Alles können und müssen, aber wir können nicht mehr.“ (Fall 1508)

Die Befragten spüren die körperliche und seelische Belastung der hohen Anforderungen und wollen dies nicht mehr hinnehmen:

„Permanentes Einspringen führt zur Erschöpfung. Auch wir in der Pflege haben ein Recht auf Freizeit, ohne ständig Angst haben zu müssen, wieder einspringen zu müssen.“ (Fall 1606)

Pflegefachpersonen sehen sich teilweise nicht mehr in der Lage, den Beruf in Vollzeit auszuüben:

„Zudem ist es mir derzeit nicht möglich, wieder so zu arbeiten wie ich lange gearbeitet habe (35 Std Woche und 40 Std Woche), da man einfach "innerlich" so ausgepowert ist, das man keine Lust mehr hat auf diesen Job, auf dieses ständige ausnutzen ohne Anerkennung und Dank.“ (Fall 800)

Fachpersonen leiden an der **Doppelbelastung von Beruf und Familie**. Reduktionen des Beschäftigungsumfangs sind die Folge. Auf diese Befunde wird Kap. 6.4.2 nochmals näher eingehen.

Einige Befragte geben an, bereits **manifest erkrankt** zu sein, genannt werden u.a. chronische Erkrankungen ohne Spezifizierung, Burnout, Arthrose, Hüftdysplasie und Neuropathie, Knieprobleme, Gelenkschäden und Rückenschäden.

Erwerbsarbeit muss unter Rahmenbedingungen stattfinden, die es Fachpersonen ermöglicht, **gesund bis zur Rente** tätig zu sein. Diese Selbstverständlichkeit für die meisten Berufe scheint in der Pflege jedoch alles andere als selbstverständlich zu sein. Ansonsten würde alternsgerechtes Arbeiten wohl nicht 62-mal als wichtiger Faktor zur Sicherung des eigenen Berufsverbleibs benannt. Statements wie

„ältere Mitarbeiter in der Pflege sind nicht abgebildet“ (Fall 238),

„Umgang mit älteren Arbeitnehmern, (...)“ (Fall 977),

„für mich als ältere Mitarbeiterin gibt es keine altersgerechte Arbeit!“ (Fall 1045)

„Als ältere, in Teilzeit arbeitende Pflegekraft erfährt man wenig Wertschätzung!“ (Fall 975)

zeichnen ein deutliches Bild. Dies ist umso dramatischer, weil auch in Schleswig-Holstein 54,2 % der Kammermitglieder 46 Jahre und älter sind (vgl. Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein 2019b). Der Altersdurchschnitt der Studienteilnehmenden von 45 Jahren repräsentiert dies (s. Kap. 4.1).

Ältere teilnehmende Pflegefachpersonen wünschen sich ihrem Alter angepasste Arbeitszeiten, einige wollen keine Nachtdienste mehr leisten, andere keine Bereitschaftsdienste, die tägliche Arbeitszeit soll verkürzt werden und es soll mehr Regenerationszeiten und Urlaub geben. Diese Anpassungen sollen jedoch nicht mit Gehaltskürzungen verbunden sein. Gesundheitliche Einschränkungen sollen berücksichtigt und entsprechende Arbeitsfelder ermöglicht werden. Diese Forderungen zur Unterstützung Älterer dürfen aber nicht zulasten jüngerer und gesünderer Kolleg*innen gehen:

„Auch im Alter mit ersten Gesundheitseinschränkungen eine Möglichkeit zu haben einen angemessenen Arbeitsplatz zu haben ohne das es auf die Gesundheit der jüngeren Kollegen geht die die schwere Arbeit obendrauf machen müssten.“ (Fall 1666)

Unmittelbar mit dem zunehmenden Alter zusammen hängt, dass die eigene Rente mehr in den Fokus rückt. Befragte zählen die Jahre, bis sie in Rente gehen können und sind froh, dann *„(...) durch mit dieser Knochenarbeit!“ (Fall 411)* zu sein und die Pflege hinter sich lassen zu können. Andere sorgen sich um das Erreichen der eigenen Rente ohne gesundheitliche und finanzielle Abstriche:

„Wir sollen alle bis 67 Jahre arbeiten, das ist nicht vorstellbar. Stundenreduzierung ist kontraproduktiv (effektiv eine Rentenkürzung), ich wünsche mir, dass ich in meinem Beruf mit 100% meiner Arbeitszeit bis zum Rentenalter gesund arbeiten kann.“ (Fall 883)

Befragte empfehlen einen früheren Renteneintritt z.B. nach 35 Jahren Schichtdienst oder mit Erreichen des 60. Lebensjahres, manche sogar mit 53 Jahren.

Diese Empfehlungen leiten über zum Themenfeld **Gesundheitsförderung und Prävention** (36). Den Pflegefachpersonen ist bewusst, dass es in der Verantwortung der Arbeitgeber liegt, entsprechende Angebote bereitzustellen. Sie bemängeln, dass „*ein angemessenes Gesundheitsmanagement fehlt*“ (Fall 2051), mehrere wünschen sich Gesundheitsförderung für die Mitarbeiter*innen. Einige präzisieren diese Wünsche, genannt werden u.a.

„Fitness- und Entspannungsmöglichkeiten, Massagen, Ruheraum“ (Fall 2001),

„(...), „mehr Hilfsmittel für rückschonendes Arbeiten, (...)" (Fall 2015),

„(...), persönliche Hilfe bei belastenden Situationen, (...)" (Fall 1164),

„Reaktion auf Überlastungsanzeigen“ (Fall 1019),

„Mehr Urlaub, damit sich Körper und Psyche erholen kann.“ (Fall 980).

Mehrfach gewünscht wurde die (verpflichtende) Supervision zur Stärkung der Ressource Teams. Der Arbeitgeber soll seine Fürsorgepflicht wahrnehmen und

„Prävention von Gesundheitsschäden durch die Arbeit (...)" (Fall 361)

leisten. Zudem soll der Anspruch von Pflegefachpersonen auf Maßnahmen zur Rehabilitation verbessert werden.

Das gesundheitsrelevante Thema im Frühjahr 2020 war weltweit die **COVID-19 Pandemie**. Die vorliegenden Codes zu Corona in den Antworten wurden immer dem Themenfeld Gesundheit zugeordnet. Die niedrige Zahl von 18 Nennungen könnte daher rühren, dass Schleswig-Holstein in der ersten Welle der Pandemie kaum betroffen war (s. Hinweise und Anmerkungen zu Beginn dieses Berichtes). Mehrfach eingefordert wurde ausreichend Schutzkleidung in allen Pflegebereichen. In diesem Kontext machen Befragte auf die Verletzung der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers aufmerksam (vgl. Fall 331). Die Teilnehmenden ärgert die Diskussion um die Bonuszahlungen:

„(...). - und diese Prämie wegen dem Corona Virus, nun wird sich darüber gestritten wer dies bezahlen soll, zeigt eine klare Undankbarkeit gegen Mitarbeiter im Gesundheitswesen (...)" (Fall 1321)

Einige Teilnehmenden haben Angst vor der eigenen Ansteckung mit COVID-19:

„Wenn ich trotz fehlendem Schutz die nächsten Wochen noch überlebe, dann..." (Fall 158)

und Angst um ihre Angehörigen, sie empfehlen, den Beruf zu verlassen:

„Alle Pflegekräfte sollten in Corona-Zeiten sofort kündigen, denn wir sollen zwangsverpflichtet werden, uns nicht schützen dürfen, weil fehlende Ausrüstung billiger war, unsere Eltern und Großeltern, unsere Kinder und Ehefrauen und Ehemänner mit covid-19 (hier beliebigen Keim einfügen) mutmaßlich anstecken. (Fall 100)"

Zwar hoffen Teilnehmende, dass die Corona-Pandemie ein Licht auf die vielfältigen Defizite wirft:

„Wenn jetzt durch die Corona-Krise nicht deutlich wird, dass wir alle systemrelevant sind und die entsprechenden Kapazitäten benötigen, dann ist das wahrlich inakzeptabel.“ (Fall 474)

Insgesamt zeigen die Einträge jedoch wenig Hoffnung, dass sich durch die Krise nachhaltig etwa ändern könnte:

„Die angebliche Anerkennung zu unserem Beruf ist im Moment nur durch CORONA und wird irgendwann wieder "vergessen" sein und alles ist wie vorher.“ (Fall 800)

Neben den augenscheinlichen gesundheitlichen Belastungen verursachen viele genannte Themen auch ethische Belastungen bei Pflegenden. Diese sind unter Kap. 6.2.3 zusammengefasst.

6.2.3 Ethik und Berufsethos – der Wertekompass im Berufsalltag

Das Themenfeld Ethik, Berufsethos und Werte umfasst all jene Eingaben der Teilnehmenden, die schwerpunktmäßig wertebasierte Äußerungen und Konflikte in sich tragen, seien es benannte moralische Belastungen auf persönlicher Ebene und des Berufsethos als Pflegefachperson oder Motivatoren wie Wertschätzung, Respekt, Anerkennung und Verantwortung im Berufsalltag.

Ethische Belastungen haben eine hohe gesundheitliche Relevanz. Obwohl der Befund international mannigfaltig belegt ist (s. Kap. 2.3.3), harrt diese Erkenntnis in Deutschland jedoch noch der Akzeptanz. Deshalb finden sich alle Nennungen mit ethischem Kern in diesem gesonderten Kapitel. Die Anpassung an die ‚deutsche Logik‘, unter ‚Ethik‘ etwas Separates zu sehen, bietet für die Auswertung allerdings entscheidende Vorteile: Es ermöglicht aufzuzeigen, wie zentral dieses Themenfeld für die Pflegefachpersonen ist und welche Auswirkungen die Beachtung auf die Sicherstellung des Berufsverbleib haben kann. Den ersten Hinweis auf die Relevanz des Themenfeldes geben bereits die Anzahl der Nennungen, welche mit 227 gleichauf mit den Nennungen zum Themenfeld Gesundheit, Belastungen, altersgerechtes Arbeiten liegt. Nach Sichtung der vergebenen Codes wurde das Themenfeld unterteilt in Belastungen (42) und darauf aufbauend mögliche Motivatoren (185), welche konkrete Anknüpfungspunkte für den Berufsverbleib bieten können. Tabelle 20 gibt einen Überblick über die zugeordneten Themenfelder und Subthemenfelder sowie deren Häufigkeit.

Abweichend vom bisherigen Vorgehen wird zuerst das Feld der moralischen Belastungen beleuchtet, obwohl die Nennungen hier deutlich geringer ausfallen. Darauf aufbauend macht die Darstellung möglicher Motivatoren Sinn. Diese wurden unterteilt in Forderungen an andere und Motivatoren mit Perspektive auf die Selbstwirksamkeit. Zu beachten gilt, dass die Befragten diese Punkte meist negativ darstellten, d.h. sie beanstandeten beispielsweise die fehlende Wertschätzung, wie die Zitate zeigen werden. Deshalb wird von *möglichen* Motivatoren gesprochen.

<i>Hauptthemenfeld (Anzahl der Codes)</i>	<i>Zugeordnete Themenfelder (Anzahl der Codes)</i>	<i>Subthemenfelder (Anzahl der Codes)</i>
<i>Ethik und Berufsethos – der Wertekompass im Berufsalltag (227)</i>	Belastungen (42)	Moralische Belastung / schlechtes Gewissen (32)
		Altruismus / Aufopferung / Missbrauch (10)
	Mögliche Motivatoren, Perspektive auf Unterstützung von Anderen (140)	Anerkennung (69)
		Wertschätzung (52)
		Vertrauen (5)
	Mögliche Motivatoren, Perspektive Selbstwirksamkeit (45)	Eigen- / Verantwortung, Mitsprache (37)
Frustration (8)		

Tabelle 20: Ethik und Berufsethos, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder

Die **moralischen Belastungen** im pflegerischen Berufsalltag sind vielfältig, ihre Ursachen hochkomplex und fest mit unserem ebenso komplexen Gesundheitswesen verwoben. Erste Zitate der Einträge der Teilnehmenden geben einen Einblick:

„Zu oft fehlt heute der soziale Gedanke, Pflege ist zu einer Geldmaschine verkommen ohne Moral gegenüber Patienten und Pflegepersonen! In unserem Berufsfeld darf nicht die 100%ige Gewinnmaximierung an erster Stelle stehen!“ (Fall 2026)

Oder kurzgefasst: *„Ethik!!!! Wird gepredigt, aber nicht gelebt.“ (Fall 1346)*

Die Befragten fordern zwölfmal **„eine menschenwürdige Pflege“** und **„mehr Menschlichkeit“** im Umgang mit den Menschen mit Pflegebedarf, manchmal wird ein deutlich rabiater Ton angeschlagen:

„Die Menschen haben ihr Leben lang gearbeitet und dann sollen auch alle im Alter gut versorgt sein, da ist der Staat gefordert und nicht die Massentierhaltung in den Pflegeheimen.“ (Fall 1508)

Teilnehmende beklagen häufig, dass sie den Menschen, die ihnen anvertraut sind, unter den aktuellen Arbeitsbedingungen nicht gerecht werden können und darunter psychisch leiden:

„Wir sind Menschen, die mit auf uns angewiesene Menschen arbeiten! Es macht uns ein schlechtes Gewissen, aus Zeitmangel unsere Patienten emotional zu vernachlässigen!“ (Fall 2026)

Das schlechte Gewissen bleibt jedoch nicht auf der Arbeit, es geht mit nach Hause, und gleichzeitig die Hoffnungslosigkeit:

„Die Personaldecke ist zu dünn, ständiges Einspringen, schlechtes Gewissen im Frei, aber das wissen sie ja schon lange und werden trotzdem nichts dran ändern können.“ (Fall 2084)

Die ethische Belastung kann so hoch werden, dass Pflegefachpersonen den Beruf verlassen:

„Der Arbeitsanfall ist oft zu hoch, sodass es immer schwerer wird, den Patienten gerecht zu werden. Das belastet mich sehr und deshalb ist Ende des Jahres Schluss.“ (Fall 2112)

Teilnehmende verknüpfen Forderungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen direkt mit berufsethischen Ansprüchen:

Mit deutlich mehr Mitarbeitern menschenwürdige (Alten)Pflege endlich zu beginnen! (Fall 2245)

16 Eintragungen stellen das **schlechte Gewissen** und das belastete Berufsethos anhand konkreter Beispiele heraus:

„Angehörige die mit falschen Versprechungen "geloct" oder beruhigt werden. Angehörige und Zugehörige, die ihr schlechtes Gewissen auf das Personal abladen.“ (Fall 1247)

Schuldgefühle sind, genau wie die Unsicherheit im pflegerischen Berufsalltag, permanente Begleiter:

„Das Pflegepersonal ist immer schuld, alle sind uns weisungsbefugt und was heute schwarz ist, ist morgen nicht unbedingt auch schwarz.“ (Fall 975)

In einigen Äußerungen ist das pflegerische Setting zu erkennen, dass den ethischen Druck erzeugt:

„Gerade in der Altenpflege sind wir doch häufig die einzigen Kontakte! Dieses schlechte Gefühl/Gewissen ist oft dafür verantwortlich, dass wir am Stock gehen!!“ (Fall 2026)

Andere Einträge nehmen die mangelhafte Aufklärung insbesondere im **Umgang mit Tod und Sterben** in den Blick:

*„Es muss mehr aufgeklärt werden, dass u.a. der Tod dazu gehört, dass wir loslassen müssen, auch wenn es schwerfällt. Wir müssen aufhören mit sinnlosen Maximaltherapien bei Greisen.“
(Fall 147)*

Fehlende Entscheidungen oder ethische Fehlentscheidungen belasten die Pflegebeziehung und somit den Berufsalltag:

„Wer entscheidet über den Willen des Patienten, wenn er es nicht kann? Täglich werden Patientenverfügungen missachtet oder sind einfach nur schlecht ausgelegt, manchmal ist fühlt sich pflegen weniger nach helfen, sondern eher nach quälen an. Sätze wie: das hätte mein Mann nie gewollt, gepaart mit Medizin kann mehr, lassen einen diesen Job des Öfteren schwer von der Hand gehen.“ (Fall 1346)

Aus einigen Fehlentscheidungen ließen sich durchaus rechtliche Konsequenzen ableiten, das geschieht jedoch nicht und verstärkt die Belastung:

„Unterlassene Hilfeleistung und fahrlässige Tötung werden vom Arbeitgeber, ohne Konsequenzen unter den Tisch gekehrt“ (Fall 1321)

Leitbilder haben als einrichtungsinterne Normen die Aufgabe, sichtbar zu machen, wofür eine Einrichtung steht. Sie sollen Orientierung geben. Wenn die gelebte und erlebte Situation in der Einrichtung jedoch stark von der selbstgewählten und im Leitbild dokumentierten Norm abweicht, wird der Ruf nach Konsequenzen laut:

„Die Pflegeleitbilder in den Einrichtungen sollte verbannt werden, da diese nicht übereinstimmen.“ (Fall 1321)

Der **Umgang mit den Pflegefachpersonen** scheint ebenfalls menschenunwürdig. Zehn Befragte fühlen sich ausgebeutet, ausgenutzt, sogar missbraucht,

„Die Pflege wird in diesem System missbraucht, das ist nicht Ihre Berufung!“ (Fall 1160)

„Es ist eine Frechheit wie man ausgenutzt wird, egal wo man hin wechselt, überall das gleiche!!!!“ (Fall 366)

Die Gewalt in der Pflege wird beklagt, insbesondere die, die sich gegen Pflegefachpersonen richtet.

„Gewalt in der Pflege: natürlich gibts es, dass Pflege sich daran bedient, aber es ist eher andersherum: ganz selbstverständlich werden wir von der Pflege beschimpft, bepöbelt, denunziert, manchmal auch mit dem Fuß getreten, gekniffen, angespuckt, angehustet usw....., Das muss aufhören. Tun Sie gefälligst was für uns.“ (Fall 147)

*„Es sollte auch darüber gesprochen werden, dass auch die PK⁴⁰ fast täglich im Job misshandelt werden, sowohl geschlagen als auch auf übelste beschimpft werden, warum spricht darüber keiner in den Medien, immer nur hört man von PK, die die BW⁴¹ misshandeln aber nie andersherum.“
(Fall 2124)*

Pflegefachpersonen fühlen sich

⁴⁰Abkürzung für Pflegekraft

⁴¹Abkürzung für Bewohner*in

„(...) ausgeliefert gegenüber Angehörigen, Patienten, die ihren Unmut bis Aggression an einem auslassen. Und man keinerlei Chance auf Schutz o.ä. hat, dass diese Personen dies nicht weiterführen können.“ (Fall 935)

Es gibt gute Hilfsmittel im Umgang mit solchen Belastungen. Jedoch scheint es in der Praxis daran zu mangeln, zumindest gibt es nicht überall Hilfe:

„Ich arbeite derzeit auf einer Station, wo ich Patienten und Pflegekräfte in Gefahr sehe. Insbesondere bei aggressiven Patienten. Auch eine extra Supervision bei einem besonderen Vorfall wird nicht gewährt. Das Team wird nicht aufgefangen.“ (Fall 1919)

All diese Beispiele stehen für die mannigfaltigen Belastungen, die den Berufsalltag in der Pflege erschweren.

Andererseits kommunizieren die Teilnehmenden mit 185 Nennungen sehr deutlich, was sie motivieren würde. Dabei richtet sich der Fokus der Forderungen meist auf das Gegenüber: Pflegefachpersonen wünschen sich Anerkennung, Achtung (67), Wertschätzung (52) und Respekt (14): sie fordern dies auf der individuellen Ebene von Ärzt*innen, Patient*innen und Angehörigen; von Vorgesetzten und Leitungen in den Einrichtungen der Pflege, sie verwahren sich gegen ihre vermeintliche Austauschbarkeit:

„Respektvollen Umgang mit dem Pflegepersonal, es wertschätzen und nicht äußern es sei austauschbar.“ (Fall 1100)

Diese Forderung nach **Anerkennung und Wertschätzung**, etc. richten sich gleichermaßen an die Mesoebene der Institutionen wie Krankenkassen und MDK. Die Hälfte der Forderungen richtet sich direkt an die Makroebene: an die Politik, die Öffentlichkeit und die Gesellschaft als Ganzes

„(...) wenn die Politik mal ihre leeren Versprechen umsetzt und die Pflege wertgeschätzt wird.“ (Fall 1931)

Beklagt werden die fehlende gesellschaftliche Verantwortung und die fehlende Stimme der Pflege:

„Gesellschaftliche Beteiligung am Pflegenotstand FEHLT und keine "Lobby" der Pflegenden.“ (Fall 1878)

Einige skizzieren die Lösung aus dem Dilemma, dass die Pflegeberufekammer bieten kann:

„Wenn die PBK endlich mehr Rückhalt in der Berufsgruppe hätte und somit auch die Möglichkeit die Bedingungen zu verändern!! Qualität der Pflege muss endlich gewertschätzt werden, dazu kann Kammer auf politischer Ebene beitragen.“ (Fall 633).

Die Perspektive auf die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein wird Kap. 6.2.6 vertiefen.

Pflegefachpersonen erbitten mehr **Vertrauen, Transparenz und Ehrlichkeit** (5).

„Ehrliche Wertschätzung, keine Systemrelevanz, gehört werden, (...).“ (Fall 337)

All die benannten Werte sind schon lange belastet, nicht erst durch die Pandemie, oder wie eine Befragte es ausdrückt:

„Das öffentliche Ansehen unserer Berufsgruppe muss schon lange dringend verbessert werden, und nicht nur in Zeiten von Corona.“ (Fall 2120)

Zur Sicherung des eigenen Berufsverbleibes verlangen die Befragten **mehr Verantwortung** auf zwei Ebenen, in Form von Eigenverantwortung und der Verantwortungsübernahme für die Menschen mit Pflegebedarf (19). Sie verlangen mehr Rechte (3) und mehr Mitsprache (5). Die Pflege soll ein besseres berufliches Selbstverständnis entwickeln, sich gegenüber anderen Berufsgruppen behaupten und so höhere Akzeptanz erlangen (11). Allerdings scheint die abzubauen Frustration sehr hoch:

*„Ich könnte noch lange so weiterschreiben, weil ich so unglaublich wütend und frustriert bin.“
(Fall 1508)*

Es wird beklagt, dass alle Probleme seit Jahrzehnten bekannt sind, aber nichts passiert:

„...aber das wissen sie ja schon lange und werden trotzdem nichts dran ändern können.“ (Fall 2084)

Die teilnehmenden Pflegefachpersonen wünschten sich mehr Raum, um ihre Probleme darstellen zu können, der Platz war in der Befragung naturgemäß beschränkt. Neben einer umfangreichen qualitativen Erhebung kann eine gute Reflexion im pflegerischen Berufsfeld wertvolle Perspektiven zur Problemlösung eröffnen. Dies bestätigt der nachfolgende Eintrag:

„(...), reflektiertere Menschen an meinem Arbeitsplatz, keine frustrierten alten Schwestern.“ (Fall 337)

Insgesamt bietet das Feld des Berufsethos, der moralischen Werte und der ethischen Reflexion großes Handlungspotenzial zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit und zur Sicherung des Berufsverbleibes von Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein.

Das folgende Kapitel widmet sich der Bezahlung, auch über diese kann sich Anerkennung und Wertschätzung ausdrücken.

6.2.4 Bezahlung von Pflegefachpersonen – Portfolio möglicher Ansatzpunkte

Mit 188 Nennungen rangiert das Hauptthemenfeld Bezahlung bei den Pflegefachpersonen an vierter Stelle. Dieses Feld bietet viele Ansatzpunkte zur Verbesserung der finanziellen Situation in der beruflichen Pflege. Die differenzierte Aufstellung der dem Hauptthemenfeld Bezahlung zugeordneten Themenfelder und Subthemenfelder sowie deren jeweilige Häufigkeit ist Tabelle 21 zu entnehmen.

Hauptthemenfeld (Anzahl der Codes)	Zugeordnete Themenfelder (Anzahl der Codes)	Subthemenfelder (Anzahl der Codes)
Die Bezahlung der Pflegefachpersonen – viele Ansatzpunkte (188)	Bezahlung / Gehalt (107)	Bessere / höhere Bezahlung (63)
		Leistungsgerechte Bezahlung (23)
		Qualifikationsangemessenes Gehalt (20)
		Bessere Entlohnung Hilfskräfte (1)
	Zuschläge (53)	Zeitzuschläge (24)
		Geldwerte Vergünstigungen (13)
		Funktionszuschlag / Gefahrenzuschlag / Zuschläge für Einsparungen (11)
	Tarifregelungen (28)	Tarifverträge (18)
		Einstiegsgehalt 4000€ (5)
		Ungerechte Tarifabschlüsse (4)
		Pflegegewerkschaft (1)

Tabelle 21: Die Bezahlung der Pflegefachpersonen, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder

107-mal fordern die Teilnehmenden zur Sicherung ihres Berufsverbleibs eine bessere Bezahlung mit Begriffen wie „höheres Gehalt“, „mehr Geld“, „wesentlich bessere Vergütung“, „35% mehr Geld“, etc. Diese Forderung spezifizieren 23 Nennungen in eine leistungsgerechte Bezahlung. Einige führen den Vergleich zu anderen Tätigkeiten an:

„(...) und angemessene Bezahlung!! Es kann nicht sein das jemand in einer 40h/5 Tage Woche in einem Beruf mit sitzender Tätigkeit ohne Leitungsposition!! mehr verdient als eine Intensivkrankenschwester, welche 10 Tage durch buckeln muss.“ (Fall 1284)

„(...) Lohnerhöhung, jeder Mensch bei der Stadtreinigung verdient besser als eine PK obwohl deren Arbeitszeiten deutlich besser sind, und die psychische und körperliche Belastung vom Ausleeren der Mülltonnen und Versorgung oft leider stark übergewichtiger Patienten ist glaube ich nicht zu vergleichen mit dem was eine PK leisten muss.“ (Fall 2124)

Teilweise scheinen Befragte die Hoffnung bereits aufgegeben zu haben:

„- viel Geblubber um leistungsgerechte Bezahlung etc. seit Jahrzehnten - und nichts passiert.“ (Fall 349).

20-mal äußern Befragte, dass die Höhe der **Bezahlung der Qualifikation entsprechen** soll. Weiterbildungen sollten sich auch monetär bemerkbar machen, ansonsten gäbe es keinen Anreiz, diese durchzuführen:

„(...), Anerkennung von Weiterbildungen (bzgl. deutlicher Gehaltsunterschiede) zum Beispiel Intensivfachweiterbildung, Wundmanagement (es gibt einfach keinen Anreiz sich zu bilden und mehr als nötig zu machen).“ (Fall 375)

Insbesondere die finanzielle **Anerkennung von akademischen Abschlüssen**, möglichst auch in Verbindung mit der Schaffung entsprechender Stellen wird gefordert. Damit werde die Pflegequalität steigen, folgern die Befragten:

„Förderung berufsbegleitender Studiengänge und Aussicht auf entsprechend verantwortungsvolle Stellen mit angemessener Bezahlung, Reform der Ausbildungsinhalte und Steigerung der Wissenschaftlichkeit und Qualität der Inhalte.“ (Fall 1203)

Einmal wird auch eine bessere Entlohnung für Pflegehilfskräfte vorgeschlagen.

Im Zusammenhang mit der Bezahlung sind **Zuschläge** (53) ein häufig genanntes Thema. Viermal bleibt es bei einer generellen Forderung, außerdem soll die Zahlung *„für alle Heimbetreiber bindend“* (Fall 64) sein. 24 Forderungen entfallen auf Zeitzuschläge für Feiertage, Wochenenden, Nachdienste, Schichtarbeit, Rufbereitschaft, Urlaubs- und Weihnachtsgeld. Offensichtlich ist es nicht überall üblich, den Mitarbeiter*innen diese Zuschläge zu zahlen. Elfmal werden Zuschläge für die Übernahme bestimmter Funktionen (z.B. Schichtleitung, Ambulanztätigkeit, Reanimationszuständigkeit) oder für das Einspringen gewünscht, auch eine Gefahrenzulage im Kontext Psychiatrie wird gefordert.

„(...) - es sollte auf geschützten Bereichen auch eine Gefahrenzulage gewährleistet werden, gerade bei Auto- und Fremdaggressives Verhalten der Bewohner, auch wenn es vom Arbeitgeber runter gespielt wird – (...)“ (1321).

Auch für wenige Krankheitstage wäre ein Bonus hilfreich, meint eine Befragte und macht es an einem Beispiel fest:

„Manche Kolleg/innen sind ständig krank, ich bin selten krank und habe das Gefühl, dass das ungerecht ist; die bekommen das gleiche Geld, als Beispiel: ein Kollege ist durchschnittlich 25 Tage krank pro Quartal, ich springe ständig für ihn ein, warum wird so Jemand unendlich mit durchgezogen? Dauerkrankmacher sollten Abzüge erhalten...oder ich, die ich fast immer gesund bin, einen Bonus...“ (Fall 1647)

Befragte wünschen sich **geldwerte Vergünstigungen** (13). Sie reichen von der kostenlosen KITA bis zum kostenlosen Pflegeheim, von Tankgutscheinen, Dienstwagen, E-Bikes über Fahrtkostenzuschüsse bis zur generellen Steuerfreiheit von Zuschlägen.

Eine mit 28 Nennungen recht geringe Anzahl entfallen auf **Tarifregelungen**. 18-mal werden bindende Tarifverträge, die Tarifpflicht für alle Pflegeeinrichtungen, einheitliche Tarife, bessere Tarifverträge, einheitliche und tariflich geregelte Gehaltserhöhungen etc. verlangt und gleichzeitig die fehlende Tarifbindung privater Häuser und ambulanter Dienste beklagt. Zweimal wird ein Einstiegsgehalt von 4000 € gefordert, dreimal ein Mindestlohn für Fachkräfte, zwei Befragte legen sich auf mindestens 20 € / Stunde fest. Dreimal werden die Tarife in der Pflege in Vergleich zu den Tarifen anderer Berufe wie Erzieher*innen und Ärzt*innen gesetzt und als ungerecht empfunden. Eine Teilnehmende schlägt

„eine eigene Gewerkschaft, die wirklich Arbeitskämpfe führt“ (Fall 436) vor.

Zusammenfassend ist bei dem Themenfeld Bezahlung festzustellen, dass es mit 188 Nennungen zwar sehr häufig genannt wurde, sei es als allgemeine Lohnerhöhung oder als Erhöhung von Zuschlägen.

Nach den Arbeitszeiten (264) entfielen auf die Bezahlung die meisten Nennungen für eine Einzelkategorie überhaupt. Darüber hinaus schnitt die Kategorie „meine Bezahlung“ als Dimension bei der standardisierten Messung der speziellen Arbeitszufriedenheit am schlechtesten ab, sie hatte den größten negativen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit (s. Kap. 5, hier insbesondere 5.1 & 5.2). Konkrete Forderungen nach verbindlichen Tarifverträgen o.Ä. dagegen waren nur schwach vertreten.

6.2.5 Bildungswünsche - berufliche Entwicklung und Professionalisierung

Eine starke Motivation zur Sicherung des Berufsverbleibs ist in der beruflichen Entwicklung zu verorten, dies zeigen 139 Nennungen. Die differenzierte Aufstellung der dem Hauptthemenfeld Bildungswünsche zugeordneten Themenfelder und Subthemenfelder sowie deren jeweilige Häufigkeit ist Tabelle 22 zu entnehmen.

<i>Hauptthemenfeld (Anzahl der Codes)</i>	<i>Zugeordnete Themenfelder (Anzahl der Codes)</i>	<i>Subthemenfelder (Anzahl der Codes)</i>
<i>Bildungswünsche - berufliche Entwicklung und Professionalisierung (139)</i>	Fort- und Weiterbildungen (45)	Nur Begriff: Fortbildung und / oder Weiterbildung (19)
		Fort- und Weiterbildung = Arbeitszeit (10)
		Weiterbildung selbst gezahlt (6)
		Förderungen erhalten (4)
		Ablehnung von Fort- und Weiterbildungen (3)
		Zugang zu Fort- und Weiterbildungen (2)
		Spezielle Weiterbildungswünsche (1)
	Professionalisierung (32)	Fehlende Anerkennung der pflegfachlichen Expertise (16)
		Professionelle Autonomie (5)
		Kompetenzausbau (5)
		Struktur / Organisation (4)
		Nur Begriff, Professionalisierung (2)
	Pflegeausbildung (29)	Qualifizierte Pflegeausbildung (17)
		Pflegeberuf nicht empfehlen (5)
		Auszubildende schützen (4)
		Auswahl potenzieller Auszubildender (3)
	Akademisierung /Studium (18)	Förderung der Akademisierung (8)
		Karriere (3)
		Kompetenz anerkennen (2)
		Wissenschaftliche Standards (2)
Kompetenzen / Qualifizierung (12)	Qualifizierung der Pflegefachpersonen (8)	
	Deutschkenntnisse (3)	
	Hilfskräfte qualifizieren (1)	
Einarbeitung (3)		

Tabelle 22: Bildungswünsche, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder

45-mal beschäftigte die Teilnehmenden das Thema **Fort- und Weiterbildungen im Pflegeberuf**. Die Pflegefachpersonen verlangen mehr, bessere, klarer geregelte und vergleichbare Fort- und Weiterbildungsangebote. Teilweise wurden spezielle Fortbildungen und Weiterbildungen für einzelne Berufsfelder bzw. Zielgruppen benannt: so für Lehrende, für die ambulante psychiatrische Pflege, im Bereich Wundmanagement, in der Intensivpflege. Die Teilnehmenden sehen die hohe Bedeutung kontinuierlicher beruflicher Weiterentwicklung für den Pflegeberuf als Ganzes.

„Kontinuierliche Fortbildung für alle Pflegefachkräfte, damit nicht so oft gesagt wird: das kann ich nicht, das ist mir egal, wann soll ich das noch machen, und zwar damit mehr Ermutigung zur Betreuung zunehmend aufwendigerer Patienten gegeben wird.“ (Fall 1306)

Dieses Zitat weist auf die Hürden hin. Die kontinuierliche berufliche Entwicklung wird zwar allenthalben und nicht zuletzt gesetzlich gefordert. Viele Pflegefachpersonen erfahren jedoch wenig Unterstützung in der Umsetzung, sei es durch den Zugang zu passenden Angeboten, die nötigen zeitlichen Freistellung oder die Unterstützung bei der Finanzierung. Engagierte Pflegefachpersonen haben in ihrer Berufsbiografie ein Portfolio an verschiedenen Weiterbildungen und Studienabschlüssen erworben und alles selbst finanziert, exempl. ein Beispiel von vielen:

„Meine beruflichen Qualifizierungen habe ich selbst organisiert und finanziert. Sie sind im berufspädagogischen Bereich.“ (Fall 192)

Es führt zu Unverständnis bei den Befragten, wenn weiterbildungswillige Pflegefachpersonen nur selbst zur Kasse gebeten werden und **keine Unterstützung**, beispielsweise vom Arbeitgeber erhalten, der von gut ausgebildeten Mitarbeiter*innen profitiert:

„Wieso muss ich alle meine teuren Studienabschlüsse (z. B. Pflegemanagement, Pflegemaster) und alle Pflegeweiterbildungen als examinierte Fachkraft selbst bezahlen und Weiterbildungen (z. B. QM UND Palliativ) als examinierte Fachkraft selbst bezahlen?“ (Fall 100)

Fortbildungsveranstaltungen und Weiterbildungskurse scheinen trotz der gesetzlichen Forderung ein knappes Gut, auf das nicht alle Interessierten Zugriff haben. So werden mehr Investitionen in Fort- und Weiterbildung, „leistungsorientierte Angebote ... weniger Sympathieentscheidungen“ (Fall 1267) und die

„Mitarbeiter mit Fort- und Weiterbildungen fördern und nicht auf die Kosten schauen“ (Fall 1321)

gefordert. Personalentwicklung aus Sicht der Pflegefachpersonen hieße:

„Weiterbildungen müssen bei Interesse bei voller Vergütung bezahlt und problemlos genehmigt werden.“ (Fall 882)

Die Appelle umfassen auch die **akademische Qualifikation**, auch hier wollen Pflegefachpersonen künftig unterstützt werden.

„Ich fände es sehr gut, wenn sich berufserfahrene PKs ohne ein Vermögen ausgeben zu müssen, akademisch qualifizieren könnten.“ (Fall 696)

Diese Unterstützungen zahlen auf das Ziel ein, dass gut qualifizierte Pflegefachpersonen zukünftig dem Pflegeberuf erhalten bleiben, auch in der direkten Pflege:

„Unterstützung meines Studiums, damit ich mich weiter bereit fühle, auf Station zu arbeiten.“ (Fall 1267)

Mitzunehmen sind auch die Pflegefachpersonen, die sich durch die Pflicht zur Fortbildung überfordert fühlen, hier scheinen Ängste zu bestehen:

„Bei langjähriger Berufserfahrung keine Druckausübung wegen Fortbildungen oder Drohungen der Aberkennung der Qualifikation.“ (Fall 2190)

In der Summe ist im Feld Fort- und Weiterbildung viel zu tun. Es ist ein Feld, welches ermöglicht, das pflegerische Fachwissen bei hochkompetenten Pflegeprofis in den Mittelpunkt zu stellen:

„Anerkennung als Fachkraft und nicht als liebe nette Schwester. Anerkennung als Profi im Pflegebereich. Anerkennung des Fachwissens. Gute Ausbildung künftiger Fachkräfte.“ (Fall 245)

Die Personalentwicklung wäre ein zentrales Instrument in den Einrichtungen der Pflege. Sie kann den Pflegefachpersonen die fachliche Anerkennung zukommen lassen, die ihnen gebührt.

Ein weiterer Baustein der Personalentwicklung wurde unter der Kategorie **Professionalisierung** (32) zusammengefasst. Die Forderung nach Anerkennung der eigenen pflegerischen Expertise scheint wohlbegründet, diese wird jedoch von außen nicht wahrgenommen:

„Berufliche Qualifikation wird nicht gezeigt, z.B. Fachpflege für Intensiv, die Personen haben mehr Jahre gelernt.“ (Fall 1856)

Zudem gibt es Hinweise, dass die erworbene Qualifikation nicht als essentiell für die spezielle Pflegetätigkeit erkannt wird. Pflegefachpersonen scheinen sich als organisatorische „Verschiebemaschine“ zu fühlen:

„Bisherige Spezialisierung wertschätzen, d.h. möchte in meinem Arbeitsfeld bleiben und nicht ungefragt in einen anderen Bereich versetzt werden = Sicherheit.“ (Fall 1036)

Selbst die umfangreiche, meist selbst gezahlte, pflegerische Fachexpertise in einem speziellen Feld scheint nicht mit der Sicherheit verbunden, dort auch dauerhaft eingesetzt zu werden.

Um dem entgegenzuwirken, braucht es die

„(...) Akademisierung, Entwicklung eines wirklich selbständigen Berufsbildes und Berufsstandes (...)“ (Fall 939) und

„Alleinige Hoheitsgebiete, welche exklusiv nur von Pflegenden ausgeführt und bestimmt werden dürfen“ (Fall 1219).

Die Pflegefachpersonen wollen

„(...) in Pflegesystemen mit entsprechender Verantwortung und Verpflichtung arbeiten (...) (z.B. Primary Nursing).“ (Fall 969)

Den Befragten scheint bewusst, dass es dazu verschiedene Instrumente braucht, damit eine **Verantwortungsübernahme** gelingen kann. Sie nennen u.a. den Skill & Grade Mix mit unterschiedlichen pflegerischen Kompetenzen und Ausbildungsniveaus, Vorbehaltsaufgaben für die Pflege, Hospitationen in anderen Pflegebereichen und den pflegerischen Kompetenzerwerb, z.B. in Diagnostik und Therapie sowie im Umgang mit der Digitalisierung im Krankenhaus und im Pflegeheim.

Viele Befragte machen sich Gedanken um die **Ausbildung des Nachwuchses**, sie wünschen eine

„Gute Ausbildung künftiger Fachkräfte“ (Fall 245).

Eine qualifizierte Ausbildung braucht Zeit und es braucht Freiräume für Auszubildenden, damit sie lernen können, oder wie eine Befragte schreibt:

„Schüler, die sich in der Ausbildung befinden, nicht als volle Kraft mitlaufen lassen. Aus eigener Erfahrung, ab dem 1. Lehrjahr bis zum Examen immer wieder erlebt, dass Schüler alleine Wohnbereiche führen, ob offener oder geschützter Bereich. Eine vernünftige Anleitung sollte gegeben werden.“ (Fall 1321)

Praxisanleitung muss im ausreichenden Maße und auf hohem Qualitätsniveau gesichert sein, meinen die Befragten. Darüber hinaus soll mehr Augenmerk auf die Auswahl der Auszubildenden gelegt werden, es soll nicht jede*r den Pflegeberuf erlernen dürfen, hierzu ein umfangreiches Statement:

„Aufgrund des Pflegenotstands kommen in die Pflege Menschen, die sonst nirgendwo einen Platz finden. Hier möchte ich ansprechen ganz besonders Mitarbeiter mit schwerer Vergangenheit oder mit psychischen Störungen. Es darf nicht sein, dass diese Pflegekräfte auf die Mieter rausgelassen werden. Leider wirken weder die Schule noch die Einrichtung dem entgegen. Oft muss das gesamte Team Überstunden machen, um die Krankheitsfälle auszugleichen. Diese Situation führt zu enormer Belastung im Team. Es kann doch nicht sein, dass jeder, der nirgendwo in der freien Wirtschaft seinen Platz findet, in der Pflege landet.“ (Fall 817)

In den Zusammenhang ist der Appell nach mehr wirklich motivierten Auszubildenden für die Pflege zu stellen, beklagt werden:

„Zu wenig motivierte junge Menschen, die in den Beruf kommen und eigentlich keine Lust haben, anzupacken oder "faul" sind, die von alten Menschen eher genervt sind als dass sie sie schätzen, in den Schulen müsste mehr geprüft werden, wer überhaupt für den Beruf geeignet ist.“ (Fall 1226)

Auf der anderen Seite äußern Befragte auch, dass sie den **Pflegeberuf nicht empfehlen** können:

„Wenn mich jemand fragt, rate ich jedem davon ab diesen Job zu erlernen.“ (Fall 147)

Manche gehen sogar so weit, den Auszubildenden zuzuraten, die Ausbildung abzubrechen:

„Den Schülern raten wir schon zum Weglaufen.“ (Fall 1508).

Solche Äußerungen vonseiten einzelner Berufsangehöriger, so nachvollziehbar sie im Einzelfall sein mögen, wirken destruktiv auf den Berufsverbleib und die Sicherung des Nachwuchses in der Pflege. Es braucht ein Verständnis für die Auszubildenden und Möglichkeiten der Entfaltung, dies wäre an geeigneter Stelle vorzubringen.

Dem Themenfeld der **Akademisierung** widmen sich 18 Nennungen. Den Zugewinn einer akademischen Ausbildung in der direkten Pflegepraxis scheinen immer noch nicht alle Pflegefachpersonen zu sehen, akademische Pflege verorten sie fern von der direkten Patientenversorgung:

„Da helfen auch keine studierten Pflegefachkräfte. Wir brauchen Praktiker an den Betten und auf Station!“ (Fall 2041)

Auch die Notwendigkeit, dass für die Ausbildung des Nachwuchses eine tertiäre Ausbildung der Lehrpersonen erforderlich ist, wie sie im neuen Pflegeberufegesetz festgeschrieben wurde, wird in Einzelfällen nicht gesehen:

„Es kann nicht sein das man Pflegepädagogik studieren muss, um zu lehren.“ (Fall 73)

Die Mehrheit der Nennungen verweist jedoch deutlich auf die Vorteile der Akademisierung für den Pflegeberuf, beispielweise verlangt werden

„(...) einheitliche wissenschaftliche Standards, (...)“ (Fall 96),

„(...) eine akademisierte Berufsausbildung, die mindestens vier Jahre dauern sollte“ (Fall 2205).

Darüber hinaus scheint hoher Bedarf an mehr Studienmöglichkeiten in Schleswig-Holstein zu bestehen. Die Befragten wünschen die Implementierung heimatnaher pflegerischer Studiengänge an öffentlichen Hochschulen in Schleswig-Holstein:

„Ich würde mir wünschen, dass berufserfahrene Pflegekräfte die Möglichkeit zur Akademisierung in SH bekämen, ohne dafür an privaten Hochschulen ein Vermögen zahlen zu müssen. Die UNI muss wohnortsnah und kostenfrei sein!!“ (Fall 394)

Dies gilt auch für fachspezifische Studiengänge z.B. die psychiatrische Pflege. Die Absolvierung von qualitativ hochwertigen Studiengängen soll konsequenterweise in entsprechend verantwortungsvolle, gutbezahlte Stellen münden. Zusammenfassend schreibt eine Befragte, es braucht die

„Förderung berufsbegleitender Studiengänge und Aussicht auf entsprechend verantwortungsvolle Stellen mit angemessener Bezahlung, Reform der Ausbildungsinhalte und Steigerung der Wissenschaftlichkeit und Qualität der Inhalte.“ (Fall 1203)

Die akademische Fachkompetenz muss selbstverständlich im praktischen Berufsalltag in den Pflegeeinrichtungen fachliche und finanzielle Anerkennung finden. Das scheint noch nicht überall angekommen zu sein, wie sich aus den Einträgen erfahren lässt:

„Es kann nicht das Ziel sein, den Pflegekräften Kompetenzen vorzuenthalten/abzusprechen, um an Lohn zu sparen, aber gleichzeitig, d.h. in der Praxis akademische Tätigkeiten verrichten zu lassen.“ (Fall 1325)

In dem Zusammenhang äußern sich Teilnehmende ablehnend gegenüber der Verwendung des Begriffes

„Pflegefachkraft“, „grauenhaft!!! ... Diese Bezeichnung führt einen eigentlich schönen Beruf nun vollends in Richtung "uninteressant".“ (Fall 1325).

Hier wäre ein Ansatz die einheitliche Verwendung des in Deutschland neuen Begriffes „Pflegefachperson“ zu forcieren, wie es an vielen Stellen bereits geschieht. Der vorliegende Bericht wurde am neuen Sprachgebrauch ausgerichtet.

12 Nennungen haben die verpflichtende **Qualifizierung der Kolleg*innen aus der Pflege** zum Inhalt. Leitungspersonen sollen über Pflichtfortbildungen zu Leitungsthemen die Qualifikation zur Leitung erhalten und Pflegehilfskräfte sollen zu Pflegefachpersonen weiterqualifiziert werden. Allerdings sind gute Deutschkenntnisse auf allen Qualifikationsstufen unentbehrlich, um gute Pflege leisten zu können.

Die Sicherstellung der Einarbeitung bei mangelhaften **Deutschkenntnissen** sehen Befragte als herausfordernd an. Gerade für solche Mitarbeiter*innen wäre eine qualitativ hochwertige und damit zeitintensive Einarbeitung unabdingbar, die Realität schaut aber zumindest teilweise anders aus:

„Wir haben aktuell 10 Mitarbeiter in Integration, die teilweise unsere Sprache nicht sprechen. Einarbeitung und Praxisanleitung können aufgrund des Personalmangels nicht durchgeführt werden.“ (Fall 2217)

Es verwundert kaum, dass neugewonnene Mitarbeiter*innen unter solch schlechten Einarbeitungsbedingungen nicht in der Einrichtung bleiben, aus dem Beruf aussteigen und/oder zurück in ihr Heimatland gehen und somit die Projekte wenig nachhaltig sind.

Es braucht tragfähige Einarbeitungskonzepte auf allen Ebenen, für Auszubildende, für Kolleg*innen aus anderen Ländern aber auch für Pflegefachpersonen, die den Bereich wechseln oder nach einer beruflichen Pause wieder einsteigen. Die „*Abkehr vom learning-by-doing*“ (Fall 1019) ist nötig, um den Berufsverbleib nachhaltig zu sichern.

Auf politischer Ebene einfordern kann dies die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein. Mit Äußerungen zur Pflegeberufekammer beschäftigt sich das nächste Kapitel.

6.2.6 Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein – Möglichkeiten und Hindernisse

Bei der Frage, welche Aspekte zur Sicherung des eigenen Berufsverbleibes beitragen könnten, entfielen 126 Nennungen auf das Themenfeld Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein. Parallel zur Durchführung der Befragung zum Berufsverbleib und Wiedereinstieg wurde die politisch geforderte Abstimmung zur Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein diskutiert. Diese Diskussion beeinflusste wohl auch die Einträge in den offenen Items. Mutmaßlich hatten einige Pflegefachpersonen bereits die Abstimmung zur Pflegekammer erwartet. Die differenzierte Aufstellung der zugeordneten Themenfelder und Subthemenfelder sowie deren jeweilige Häufigkeit ist Tabelle 23 zu entnehmen.

Hauptthemenfeld (Anzahl der Codes)	Zugeordnete Themenfelder (Anzahl der Codes)	Subthemenfelder (Anzahl der Codes)
Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein (PBK SH) – Möglichkeiten und Hindernisse (126)	PBK SH Ablehnung (84)	PBK SH abschaffen (45)
		Ablehnung Pflichtmitgliedschaft (20)
		Ablehnung Pflichtbeitrag (7)
		Berufsausstieg (7)
		Ablehnung PBK in der aktuellen Form (5)
	PBK SH Zustimmung (42)	Fortbestand (5)
		Mitwirkung in der Politik (16)
		Unterstützungsappelle (12)
		braucht mehr Handlungskompetenzen (3)
		Mehr Rückhalt (2)
		Steuerfreie Kammerbeiträge (2)
		Umfrage PBK SH (2)

Tabelle 23: Pflegeberufekammer SH, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder

In 77 beantworteten Fragebögen fanden sich im offenen Item zum eigenen Berufsverbleib insgesamt 84 ablehnende Äußerungen zur Pflegeberufekammer. 45-mal wurde die Abschaffung der Pflegeberufekammer verlangt, in einigen Fällen wurde dies konkretisiert:

„(...), die tut nichts für unsere Berufsgruppe.“ (Fall 33)

„(...), die auch in der Corona-Krise zeigt, dass sie PFKs nicht hilft.“ (Fall 141).

In den Äußerungen zeigen sich Hinweise, dass einige Pflegefachpersonen die Komplexität des Pflegesystems nicht zur Gänze überblicken könnten. Sie setzen alleine auf die Unterstützung von Gewerkschaften zur Vertretung pflegerischer Interessen:

„Abschaffung von Pflegekammern und des DBfKs, da durch diese Institutionen das Bild der Pflege verschlechtert wird und es nur nach dem Willen von Lobbyisten geht, dass die Pflege damit unzufrieden ist, kann man bestens verstehen. Lieber in Zusammenarbeit mit Gewerkschaften eine Interessensvertretung der Pflege als solch eine inkompetente Institution, wo nur insuffiziente Menschen, welche dem DBfK nahestehen, ihre Posten innehaben wollen.“ (Fall 109)

Dass es zur Verbesserung der Rahmenbedingungen in der Pflege neben starken Gewerkschaften weitere starke Institutionen der beruflichen Pflege braucht, scheinen nicht alle Pflegefachpersonen zu erkennen.

Zentrales Aufgabenfeld von Gewerkschaften sind die Bezahlung und die Tarife. Die Pflegeberufekammer hat den Auftrag der Sicherung der pflegerischen Versorgung der Gesellschaft und Berufsverbände stehen insbesondere für die berufliche Weiterentwicklung. Entscheidend ist der berufliche Organisationsgrad der Pflegefachpersonen in diesem Dreiklang, damit sie Gehör finden können. Allerdings ist auch diese Erkenntnis in der deutschen Pflegelandschaft noch nicht überall angekommen, Studien schätzen den gesamten Organisationsgrad bei ca. 5-10 Prozent ein (vgl. Krampe 2009, S. 27), wobei man nicht weiß, wie viele Personen in mehreren Institutionen organisiert sind. D.h. dass die Anzahl organisierter Personen, weitaus geringer sein kann, genaue Zahlen liegen nicht vor.

Ein Gegenbeispiel bietet das schleswig-holsteinische Nachbarland Dänemark, wo die berufliche Pflege durchgängig organisiert ist. Alle Pflegefachpersonen sind beim National Board of Health registriert und 90 % sind Mitglied in der Danish Nurses Organization (vgl. Danish Nurses Organization Dansk Sygeplejerad 2009, S. 3–4).

Die Befragung liefert Hinweise auf die fehlende Bereitschaft der (schleswig-holsteinischen) Pflege, sich zu organisieren. So wenden sich 20 Nennungen gegen die Pflichtmitgliedschaft, manche ergänzen, dass eine freiwillige Mitgliedschaft in Ordnung wäre. Siebenmal wird der Pflichtbeitrag abgelehnt, einige Antworten sind zum Teil mit der Drohung verbunden, ggfs. aus dem Beruf auszuschneiden oder in Hamburg zu arbeiten. Viermal wird die Pflegeberufekammer in ihrer aktuellen Form kritisiert und eine Umstrukturierung als dringend erforderlich gesehen. Eine kritische Stimme wendet sich gegen eine einseitige Sicht auf die Menschen mit Pflegebedarf:

„... Pflegekammer, die eben NICHT die PK schützt und unterstützt, sondern Patienten - und Angehörigenrechte vertritt.“ (Fall 1193)

Es wäre sowohl die Aufklärung über die Funktion einer Pflegeberufekammer nötig als auch der Perspektivwechsel, dass die Situation in der beruflichen Pflege nur dann besser werden kann, wenn die Rechte von Pflegefachpersonen und Menschen mit Pflegebedarf gleichermaßen geschützt und gestärkt würden.

Abschließend fällt bei näherer Betrachtung ein sehr interessanter Aspekt auf: Etwa die Hälfte aller ablehnenden Äußerungen zur Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein fanden sich unter den ersten 117 von den insgesamt 2550 Antworten. Diese 117 Antworten gingen in der ersten Woche der Feldphase

ein. Zu diesem Zeitpunkt hatte die Pflegeberufekammer nur die Mitglieder der Kammerversammlung und der Kammergremien zur Teilnahme aufgerufen und diese gebeten, den Link zur Befragung weiterzugeben. Die breiteraufgesetzte Verteilung über die Newsletter folgte später. In den ersten 117 Antworten finden sich zudem Einträge wie „Abschaffung der Pflegeberufekammer“ häufig durchlaufend in allen Freifeldoptionen. Trotz der Wiederholung wurden sie, konsistent zu den anderen thematischen Wiederholungen, alle einzeln ausgezählt. Dies ist bei der Einschätzung des Ausmaßes zu berücksichtigen.

Mit der zweiten Welle der Verbreitung des Links über den digitalen Newsletter der Pflegeberufekammer veränderte sich das Bild deutlich. Offen bleiben die Gründe, die die „Internen“ bewegt haben könnten, über eine Befragung zur Arbeitszufriedenheit ihrem Unmut zur Kammer Luft zu machen und welche Rückschlüsse für die Binnenstruktur der Pflegeberufekammer aus dem Ergebnis abzuleiten wären.

Im Freifeld der Aspekte zur Sicherung des Berufsverbleibs finden sich 42 Nennungen, die der Pflegeberufekammer zustimmen, konkrete Appelle an sie richten oder Aufgaben einer Pflegeberufekammer in der Gesundheitspolitik benennen. Unter den zustimmenden Nennungen finden sich Aussagen wie

„Fortbestand und Weiterentwicklung der Pflegeberufekammer“ (Fall 416),

„Ich hoffe auf die Pflegekammer!“ (Fall 1268)

und die Bekräftigung der politischen Handlungsmöglichkeit einer Pflegekammer:

„Wenn die PBK endlich mehr Rückhalt in der Berufsgruppe hätte und somit auch die Möglichkeit die Bedingungen zu verändern!! Qualität der Pflege muss endlich gewertschätzt werden, dazu kann Kammer auf politischer Ebene beitragen!“ (Fall 633)

Die Befragten sehen zur Verbesserung der Situation in der Pflege den Rückhalt der Pflegeberufekammer in der Berufsgruppe als unerlässlich an:

„Eine STARKE Pflegekammer, die dazu in der Lage ist, die Akzeptanz bei den eigenen Mitgliedern zu erhöhen, indem sie Forderungen anbringt...“ (Fall 125).

Die zwölf formulierten Unterstützungsappelle spiegeln die durchaus kritischen Erwartungen wider: Die Pflegeberufekammer soll die Arbeitsbedingungen deutlich verbessern (vgl. Fall 1914); sie soll Sicherheit bei Pflegefehlern ermöglichen und gegen zu wenig Zeit und Material intervenieren (vgl. Fall 1232); für bessere finanzielle, politische Regelungen und eine bessere Pflegeberufekammer kämpfen (vgl. Fall 1105); ein kompetenter Ansprechpartner sein (vgl. Fall 2074) und

„Jemand der sich ernsthaft und ehrlich engagiert für uns Pflegenden einsetzt. Ohne finanzielle Interessen und ehrlich auf Augenhöhe zu uns sein.“ (Fall 1154)

Die Pflegeberufekammer soll deutlicher hörbar werden, fordern die Befragten:

„Tun Sie endlich etwas, der Protest ist immer noch viel, viel zu leise!!!“ (Fall 2140)

Die Lobbyarbeit der Pflegeberufekammer müsse zur Unterstützung nachdrücklich anziehen, fordern die Kammermitglieder:

„Bei dem Arbeitgeber ist nichts gut, wir werden ausgenutzt, bewusst für dumm verkauft und es gibt keine Lobby für uns! Die Pflegekammer schafft es nicht klar aufzusteigen, wie wichtig sie für uns sein könnte!“ (Fall 411)

Hörbarkeit und Sichtbarkeit soll sich vor allem im politischen Kontext des Gesundheitswesens verbessern:

„Bessere Mitgestaltung gegenüber Politikern und Kostenträgern.“ (Fall 1042)

Auf den politischen Bereich des Landes und des Bundes entfallen 16 Nennungen, verlangt werden u.a.

„Mehr Unterstützung vom Gesundheitsministerium.“ (Fall 170)

„Mehr Autonomie, Berufsstandvertretung mit Schlagkraft (siehe Neuseeland).“ (Fall 900)

„Vertretung in der Öffentlichkeit.“ (Fall 1101)

Die Forderungen richten sich über die Landesgrenzen hinaus an ganz Deutschland:

„(...), besserer Informationsfluss im Unternehmen und innerhalb der Pflege insgesamt bundesweit“ (Fall 132)

und an die Regierungen aller Bundesländer:

„Politiker sollten bundesweit Pflegekammern einführen, damit die Pflege zukünftig besser aufgestellt ist.“ (Fall 244)

Interessanterweise sind alle diese positiven Äußerungen nicht den ersten 117 Antworten zuzurechnen. Somit könnte man zwei Annahmen ableiten: Erstens scheint das Bestehen einer Pflegeberufekammer kein entscheidender Faktor für die Arbeitszufriedenheit und auch noch kein wesentlicher Treiber für oder gegen den Verbleib im Pflegeberuf zu sein. Zweitens könnte es sein, dass die Pflegeberufekammer vielmehr ein konkretes Ventil für den Frust der Pflegefachpersonen bietet. Diesen Hypothesen könnte in neuen Forschungen nachgegangen werden.

Die Pflegekammern sollten zukünftig, wie von den Mitgliedern gefordert, wesentlich lauter und deutlicher Stellung beziehen, um den sogenannten „Pflexit“ zu vermeiden. Dem drohenden Berufsausstieg widmet sich das nächste Kapitel.

6.2.7 Drohender Berufsausstieg – Sicherung des Berufsverbleibs noch möglich?

In der offenen Frage war nach Aspekten zur Sicherung des Berufsverbleibs gefragt. Es fanden sich aber 31 Einträge von Pflegefachpersonen, die für sich im Pflegeberuf keine Zukunft mehr sehen und den Berufsausstieg ankündigen. In diesem Hauptthemenfeld wurde auf die gesonderte tabellarische Darstellung verzichtet, vielmehr werden nachfolgend die Gründe der Befragten anhand ihrer Einträge nachgezeichnet, sie stellen ein Ergebnis der bis hierher geschilderten Defizite dar.

Manche Befragte wollen sich bis zur Rente hinüberretten und hoffen, dass sie es aushalten können:

„Nur noch 12 Jahre so hoffe ich bis zur Rente, dann bin ich durch mit dieser Knochenarbeit!“ (Fall 411)

Andere machen ihre Entscheidung an der permanenten Mehrarbeit fest:

„Ich würde in meinem Beruf bleiben, wenn diese ewigen Überstunden aufhören würden.“ (Fall 271)

oder verlassen den Beruf aufgrund des fehlenden Personals:

„Ich bleibe wegen des Personalnotstandes nicht im Beruf!!!“ (Fall 2457)

„Aufgrund von Überforderung (Pflegefachkraftmangel) ist mir meine Gesundheit wichtig. Werde dann aus der "Pflege" aussteigen.“ (Fall 2203)

Der Berufsausstieg droht aufgrund der gesundheitlichen und moralischen Belastung, welche mit dem Personalmangel in Verbindung steht:

„Meine chronische Erkrankung macht mir einen Verbleib im Beruf unmöglich!“ (Fall 1254)

„Der Arbeitsanfall ist oft zu hoch, sodass es immer schwerer wird, den Patienten gerecht zu werden. Das belastet mich sehr und deshalb ist Ende des Jahres Schluss.“ (Fall 2112)

Die Arbeitszeiten, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die Bezahlung sind ebenfalls Treiber für einen Berufsausstieg:

„Ich arbeite seit 11 Jahren auf der Intensivstation. Ich werde die Pflege verlassen. Die Gründe: unflexible Arbeitszeiten mit Familie und unangemessene Bezahlung.“ (Fall 902)

Andere Teilnehmende haben bereits Konsequenzen gezogen und ihren Stellenumfang reduziert:

„Ich bin nur noch auf geringfügiger Basis in der Pflege und damit schon so gut wie ausgestiegen. Ich werde definitiv nicht zurückgehen“ (Fall 844).

Einige bereiten über eine Weiterqualifizierung ihren Ausstieg aus der direkten Pflege vor:

"Ich bin nur noch zu 15% im Pflegeberuf tätig, aus benannten Gründen. Meine beruflichen Qualifizierungen habe ich selbst organisiert und finanziert. Sie sind im berufspädagogischen Bereich. Den Pflegeberuf werde ich demnächst komplett verlassen.“ (Fall 192)

Diese Entscheidung fällt Pflegefachpersonen nicht leicht:

„FÜR MICH PERSÖNLICH: ich habe Anfang des Jahres mit einem Fernstudium angefangen, um einen Ausstieg aus dem Beruf Altenpflegerin zu planen. Trotz schweren Herzens, weil es schade ist, dass die Arbeitstätigkeit nicht anerkannt, geschätzt, unterstützt oder gefördert wird. (Fall 1321)

Es scheint ein langer Weg zu sein, bis der Ausstieg aus dem Beruf wirklich vollzogen wird:

„Die Verantwortung hat stetig zugenommen mit weniger Personal. Ich überlege schon lange den Beruf aufzugeben.“ (Fall 1251)

Irgendwann ist dann wohl der Zeitpunkt erreicht, an dem es genug zu sein scheint und die Pflegefachpersonen die Hoffnung aufgeben:

„Ich werde nicht im Pflegeberuf verbleiben, bin seit über dreißig Jahren in dem Beruf und höre nur bla bla bla. Es wird sich nichts ändern.“ (Fall 1224)

Wegweisend für den angestrebten Wiedereinstieg ist die letzte hier zitierte Äußerung:

„Und es wundert mich auch ehrlich nicht, dass viele "ehemalige Kollegen" keine Lust mehr haben und auch nur noch zur Arbeit gehen und "etwas Geld" zu verdienen!!!“ (Fall 800)

Die Zitate der Befragten erhielten in diesem Kapitel erneut breiten Raum, weil es wichtig ist, ihre Gründe und die transportierte Stimmung zu hören. Zusammenfassend scheint eine lange Phase der

Unzufriedenheit und Not zu bestehen, bis die Frustration so hoch ist, dass Pflegefachpersonen Konsequenzen ergreifen, Exit-Strategien entwickeln und letztendlich ihren Beruf verlassen. Einen Beruf, den sie eigentlich gerne ausführen, wie die Analyse der Arbeitszufriedenheit belegt hat (s. Kap. 5).

Deshalb scheint es umso wichtiger, die Bedingungen für die Pflegefachpersonen zu ändern, die heute im Beruf stehen, bevor man sich zu der Vermutung hinreißen lässt, dass ausgestiegene Pflegefachpersonen nur zurückkommen müssten und alle Probleme in der Pflege wären gelöst.

6.2.8 Ablehnung der Aspekte zur Sicherung des eigenen Berufsverbleibs

Die Beantwortung aller Fragen war freiwillig. Insbesondere die offenen Items waren lediglich ein Angebot. Es mussten zu den sichernden Aspekten für den eigenen Berufsverbleib keine Eintragungen vorgenommen werden. Trotzdem gab es 31 ablehnende Einträge, die nachfolgend aufgeschlüsselt werden. 20-mal wurde „nein“ eingetragen, manchmal ergänzt um „die gibt es nicht“ (Fall 1900) bzw. „es gibt keine“ (Fall 151), einmal ergänzt um einen bildlichen Daumen nach unten (Fall 111). Das Wort „keine“ fand sich fünfmal. Zudem fanden sich Äußerungen wie „Ist alles gesagt“ (Fall 1958) und „Alles vorhanden gewesen“ (Fall 909), „ich habe keine Ahnung“ (Fall 2235) und die negative Haltung „Dafür ist es zu spät“ (Fall 1668). Daneben gab es zwei nicht zuordenbare Äußerungen: „Ha Ha“ (Fall 6) und „Rrrrr“ (Fall 406).

6.2.9 Zufriedenheit im Pflegeberuf – die positive Perspektive

Neben den vielen negativ konnotierten Einträgen im Freifeld zu den sichernden Aspekten des eigenen Berufsverbleibes gab es 18 positive Antworten. Teilnehmende können sich

„keinen anderen Beruf vorstellen“ (Fall 189),
„übe ihn trotz allem gerne aus“ (Fall 1055),
(sind) „auch nach Jahrzehnten in der Pflege noch motiviert“ (Fall 622).

Die Befragten werden der Pflege „auf jeden Fall erhalten bleiben“ (Fall 1109). Die „Liebe zum Beruf“ (Fall 2119), das Berufsbild „kaum ein Berufsfeld ist so facettenreich und individuell“ (Fall 1034) und das berufliche Selbstverständnis „der Beruf war und ist meine Berufung“ (Fall 387), treibt sie an und bringt ihnen Zufriedenheit:

„Der Pflegeberuf beinhaltet für mich eine sinnhafte Tätigkeit, die in den vielen Aspekten der Pflege meinem Leben Freude und Zufriedenheit bringt.“ (Fall 2482)

Manchmal sind es Tätigkeiten in besonderen Bereichen wie der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), Zusatzangebote des Arbeitgebers oder die allgemeine Zufriedenheit am Arbeitsplatz, die den Verbleib sichern. Eine wertvolle Ressource bilden auch die persönliche berufliche Entwicklung und deren positiver Einfluss auf die Berufsausübung:

„Da ich nach einem Studium in der mittleren Führungsebene tätig bin, bin ich sehr zufrieden.“ (Fall 2097)

Eine stabile Organisationskultur, in der eine gelingende Personalentwicklung das Ziel ist, scheint unverzichtbar für solche Best Practice Beispiele:

„Ich bin seit 42 Jahren im Pflegeberuf. Unterstützung und Wertschätzung, das Erkennen von Potential durch Vorgesetzte waren sehr förderlich neben meiner Eigeninitiative. Ich arbeite sehr gerne als Pflegkraft und fördere jetzt wiederum Kolleg*innen besonders junge in ihrer beruflichen Entwicklung.“ (Fall 1123)

Solche Beispiele sollten ermutigen, sie können Wege aufzeigen, wie die Arbeit im Pflegeberuf besser funktionieren kann. Kap. 6.3 widmet sich den Empfehlungen der Pflegefachpersonen für einen gelingenden Wiedereinstieg in den Beruf.

6.3 Perspektive Wiedereinstieg - aus Sicht der tätigen Pflegefachpersonen

Wie in Kap. 2.3 und Kap. 5 bereits aufgezeigt, stellt die Arbeitszufriedenheit eine vorwiegend retrospektive Betrachtung dar. Daher wurde auch die Arbeitsmotivation als zukunftsorientierte Größe in die Befragung mit einbezogen. Als Expert*innen der Situation in der beruflichen Pflege wurden die Studienteilnehmer*innen gefragt, was Pflegefachpersonen, die den Pflegeberuf bereits verlassen haben, dazu veranlassen könnte, wieder in den Beruf einzusteigen. Dazu gab es ein geschlossenes und ein offenes Item.

6.3.1 Dimensionen der Arbeitszufriedenheit – Rangfolge der Motivatoren

Zur Erfassung, welche Aspekte die im Pflegeberuf tätigen Pflegefachpersonen für einen Wiedereinstieg am relevantesten halten würden, wurden die Teilnehmenden gebeten, die bereits bekannten Dimensionen aus den Subskalen der Arbeitszufriedenheit in eine individuelle Rangfolge bringen. Die Ergebnisse in Tabelle 24 zeigen die Rangfolge der Motivatoren, nach Einschätzung der Befragten.

<i>Motivatoren zum Wiedereinstieg</i>	<i>Antworten absolut</i>	<i>Prozentuale Verteilung</i>
<i>Arbeitsbedingungen in der Pflege</i>	673	42,3 %
<i>Bezahlung</i>	403	25,3 %
<i>Vereinbarkeit von Familie und Beruf</i>	281	17,7 %
<i>Kolleg*innen</i>	113	7,1 %
<i>Pflegerische Tätigkeit</i>	51	3,2 %
<i>Organisation und Leitung</i>	26	1,6 %
<i>Vorgesetzte</i>	24	1,5 %
<i>sich beruflich entwickeln können</i>	20	1,3 %
Gesamt (n)	1591	100 %
<i>Antwortmöglichkeit nicht genutzt</i>	302	16,0 %

Tabelle 24: Motivatoren zum Wiedereinstieg ausgestiegener Pflegefachpersonen

Die Ergebnisse spiegeln die Treiber zuvor berichteten der Arbeits(un)zufriedenheit in wesentlichen Aspekten wider. Vor allem die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege, gefolgt von einer besseren Bezahlung scheinen wichtige Gründe zu sein, die ausgeschiedene Pflegefachpersonen ermutigen könnten, einen Wiedereinstieg in Erwägung zu ziehen. Ebenso ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für viele Befragte ein bedeutender Grund.

Zudem stärkt die Auswertung die Hypothese, dass die berufliche Entwicklung im Pflegeberuf kein zentrales Berufsziel sein könnte. Dem wäre in vertiefenden Studien nachzugehen, gerade weil die Fort- und Weiterbildung zu den Kernaufgaben der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein und aller anderen Landespflegekammern gehört. Aus der Perspektive schließt sich in Ergänzung die Hypothese an, dass einige Pflegefachpersonen auch deshalb der Errichtung von Pflegekammern kritisch gegenüberstehen könnten, weil sie für sich den Benefit für die berufliche Entwicklung nicht erkennen könnten. Zur Beantwortung dieser Fragen wäre vertiefende Forschung nötig.

6.3.2 Motivatoren zur Berufsrückkehr – die Vorschläge der Kammermitglieder

Nach der Erstellung der Rangfolge hatten die Pflegefachpersonen die Möglichkeit die Frage zu beantworten:

*„Gibt es ergänzend zu den oben genannten Aussagen noch weitere Gründe, die Ihre ehemaligen Kolleg*innen bewegen könnten, in den Pflegeberuf zurückzukehren? Bitte schreiben Sie diese Gründe in das nachfolgende Freifeld.“* (Kuhn et al. 2020)

Die Option, ihre Gründe in das zur Verfügung gestellte Freifeld einzutragen nutzten 482 Personen (25,5 %). Die Antworten wurden mit der oben beschriebenen Vorgehensweise thematisch analysiert, codiert und inhaltlich gruppiert (Kap. 6.1). Es konnten 842 einzelne Textpassagen thematisch codiert werden.

Bei der inhaltlichen Zusammenfassung kristallisierten sich sechs Hauptthemenfelder heraus, die in Tabelle 25 aufgeschlüsselt sind. Die zugeordneten Unterthemenfelder sind den jeweiligen Kapiteln des Berichtes zu entnehmen. Sie finden dort inhaltliche Beschreibung und z.T. tabellarische Aufschlüsselung.

Kapitel	Hauptthemenfelder	Anzahl Nennungen (Codierungen)
6.3.2.1	Arbeitsbedingungen in der Pflege – das prioritäre Handlungsfeld	319
6.3.2.2	Berufsethos - Unterstützung des Wertekompasses von Pflegefachpersonen	192
6.3.2.3	Gesundheit & altersgerechtes Arbeiten in der Pflege	101
6.3.2.4	Bezahlung – ein wichtiger Motivator	76
6.3.2.5	Instrumente zur Erleichterung des Wiedereinstiegs	52
6.3.2.6	Ablehnung des Wiedereinstiegs	52
6.3.2.7	Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein	50

Tabelle 25: Perspektive Wiedereinstieg in den Pflegeberuf, Hauptthemenfelder

Auf den ersten Blick wirken die Einträge in das Freifeld zum Wiedereinstieg identisch mit den Einträgen zur Sicherung des eigenen Berufsverbleibs. Dies ist nicht weiter verwunderlich, weil die Teilnehmenden mutmaßlich im Rückbezug auf ihre eigene Lebenswirklichkeit ableiten, was Hemmnisse und Motivatoren zum Wiedereinstieg sein könnten.

Bei vertiefter Analyse ergaben sich dennoch erhebliche Unterschiede insbesondere bei der Rangfolge der Nennungen. Die Arbeitsbedingungen in der Pflege sind auch beim Fokus auf dem Wiedereinstieg von Pflegefachpersonen das zentrale Handlungsfeld (6.3.2.1). Gefolgt wird das Haupthandlungsfeld durch die Unterstützungsmöglichkeiten des Berufsethos, des Wertekompasses im Berufsalltag (Kap. 6.3.2.1). Als Motivator scheint das Feld den Teilnehmenden noch wichtiger als der Themenkomplex Gesundheit und altersgerechtes Arbeiten, welches den dritten Rang der Nennungen belegt (Kap. 6.3.2.3). Erst danach folgen die Nennungen zur Bezahlung mit all den diversen Ansatzpunkten (Kap. 6.3.2.4). Daran anschließend schlagen die Teilnehmenden explizit Instrumente zur Erleichterung des Wiedereinstiegs wie beispielsweise Einarbeitungskonzepte und Bildungsangebote für ausgestiegene Kolleg*innen vor, diese finden Aufschlüsselung in Kap. 6.3.2.5. Daneben gab es genauso viele ablehnende Äußerungen gegen einen Wiedereinstieg (Kap. 6.3.2.6). Schließlich waren auch in diesem offenen Item Anforderungen an die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein zu finden (Kap. 6.3.2.7).

Kap. 6.3.2.1 nimmt erneut die Arbeitsbedingungen in der Pflege als prioritäres Handlungsfeld in den Blick.

6.3.2.1 Arbeitsbedingungen in der Pflege – das prioritäre Handlungsfeld

Dem Hauptthemenfeld Arbeitsbedingungen konnten, verteilt auf sechs Themenfelder 319 Nennungen zugeordnet werden. Die differenzierte Aufstellung der dem Hauptthemenfeld zugeordneten Themenfelder und Subthemenfelder sowie deren jeweilige Häufigkeit ist Tabelle 26 zu entnehmen.

Im Hauptthemenfeld Arbeitsbedingungen als Gründe zum Wiedereinstieg finden sich viele inhaltlich identische Nennungen wie im gleichnamigen Hauptthemenfeld zu Aspekten der Sicherung des eigenen Berufsverbleibs. Jedoch differiert das Ranking der Subthemenfelder etwas, wie Tabelle 26 zeigt.

Hauptthemenfeld (Anzahl der Codes)	Zugeordnete Themenfelder (Anzahl der Codes)	Subthemenfelder (Anzahl der Codes)
Arbeitsbedingungen (319)	Arbeitszeiten / Dienstzeiten (186)	Dienstarten in der Pflege (40)
		Flexibilität (31)
		Verlässlichkeit Dienstplan/Arbeitszeit (30)
		Arbeitszeitmodelle/Dienstplanmodelle (22)
		Überstunden/Einspringen (18)
		Freizeit/Urlaub (14)
		Familienfreundlichkeit (14)
		Wochenarbeitszeit (7)
		Arbeitspausen (3)
		Nur Begriff: Arbeitszeit (7)
	Personal (81)	Personalschlüssel (37)
		Mehr Personal (25)
		Mehr qualifizierte Pflegefachpersonen (9)
		Mehr Pflegehilfskräfte (5)
		Mehr Nachwuchs (3)
		Zeitarbeit (2)
	Organisation & Leitung (24)	Hierarchie (7)
		Interprofessionalität (7)
		Pflegeteam (5)
		Arbeitsorganisation (5)
	Gesundheits- und Pflegesystem (60)	Bürokratie / Dokumentation (12)
		Ökonomisierung (7)
	Nur Begriff: Arbeitsbedingungen (9)	

Tabelle 26: Motivator Arbeitsbedingungen, Aufschlüsselung nach Themenfeldern und Subthemenfeldern

Im Themenfeld **Arbeitszeiten/Dienstzeiten** sehen die Befragten die Dienstarten als am relevantesten für einen Wiedereinstieg an. Das Dreischichtsystem wird als Hemmnis gesehen (109). Beim Nachtdienst (10) sind die Äußerungen ambivalent, einige sehen in ihm grundsätzlich ein Hemmnis, andere wiederum nur, wenn man alleine im Nachtdienst ist, wieder andere empfehlen Dauernachtwachen, somit könnte der Nachtdienst eher eine Frage des persönlichen Geschmacks sein:

„Es gibt Menschen, die keine Nächte arbeiten können und andere die ausschließlich nachts arbeiten möchten. Die Möglichkeit ab einem gewissen Alter die Nachtdienste abzuwählen (Ab 50 Jahren).“ (Fall 476)

Ähnlich sieht es bei Wochenenddiensten (8) und Feiertagsdiensten (4) aus. Die einen lehnen diese komplett ab, andere wollen die Sicherheit, nicht mehr als zwei Wochenende im Monat arbeiten zu müssen, wieder andere fordern eine flexiblere Gestaltung, zusammenfassend bleibt zu sagen:

„Leider ist die Arbeit an Wochenenden nicht beliebt.“ (Fall 911)

Weniger Bereitschaftsdienste und Springerdienste (4) könnten laut den Befragten ebenfalls ein Motivator sein, geteilte Dienste kommen ebenfalls nicht gut an.

Beim Themenblock **Personal** ist mit 32 Nennungen ein den Menschen mit Pflegebedarf und dem Arbeitsaufkommen angepasster Personalschlüssel der beste Motivator.

„Ein Personalschlüssel, der das Personal nicht verbrennt und nicht nur auf dem Papier, sondern in realen Personen, die auf den Stationen arbeiten und nicht in irgendwelchen Büros und in der Statistik mitzählen.“ (Fall 597)

25 Teilnehmende empfehlen generell mehr Personal, ebenfalls hilfreich wäre mehr qualifiziertes Fachpersonal (9), für akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen soll es ihrer Qualifikation entsprechende Stellen in der direkten Pflege geben:

„Bessere konkrete Perspektiven für akademisches Pflegepersonal, auch am patientennahen Einsatz.“ (Fall 1268)

Auch mehr Hilfskräfte würden gebraucht, meinen fünf Befragte.

Dreimal wird die Attraktivitätssteigerung des Berufes für zukünftige Auszubildende genannt, nicht die Kompensation mit Pflegenden aus anderen Ländern:

„Es ist nichts damit getan Pflegepersonen aus anderen Ländern zu uns zu bringen. Wir müssen unsere Jugend für die Pflege gewinnen und attraktive Arbeitszeitmodelle entwickeln.“ (Fall 325)

Die Vor- und Nachteile der Zeitarbeit in der Pflege werden reflektiert:

„Was bringt Menschen zur Zeitarbeit? Eigenen Dienst selbst vorgeben und bessere Bezahlung! So einfach ist das mit den Gründen!“ (Fall 456)

Die Vorteile für die Einzelne bringen u. U. Nachteile für die festangestellten Pflegefachpersonen:

„Derzeit gibt es zu viele Pflegende aus der Zeitarbeit (Vereinbarkeit Beruf und Familie). Sie dürfen sich ihre Dienste aussuchen. Ich muss mich drum herum planen, einspringen, Überstunden machen, habe wenig Möglichkeit flexibel zu sein. Das ist insgesamt schlecht für das feste Team und bringt die meiste Unruhe.“ (Fall 1181)

Die Strukturanforderungen des **Gesundheits- und Pflegesystems** (19) schlagen sich als Hemmnisse zum potenziellen Wiedereinstieg nieder, meinen die Befragten. Zur Motivation müssten unnütze Bürokratien abgebaut, Dokumentationen vereinfacht werden und insgesamt weniger Überprüfung stattfinden. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens wirkt ebenfalls als zentrales Hemmnis:

„Wir pflegen nicht. Wir sind gezwungen; Menschen zu verwahren, statt zu pflegen, damit genug Gewinn generiert werden kann. Besonders dieser Umstand müsste sich ändern. Die Organisation unseres Gesundheitswesens der letzten 20 Jahre ist politisches Totalversagen. Wenn sich das glaubhaft ändert, kommen die Kollegen zurück.“ (Fall 849)

Weitere Gründe zum Wiedereinstieg wären auf dem Feld der **Organisations- und Unternehmenskultur** zu verorten, meinen die Befragten. Hierarchien sollten flacher werden, Zuständigkeiten klarer definiert, es soll eine Offenheit für Neues geben und überalterte Strukturen müssten aufgebrochen werden (vgl. Fall 883). Eine entscheidende Ressource ist ein gutes Team (5), das zusammenhält, meinen

die Befragten. Es braucht eine **Kommunikation auf Augenhöhe**, sowohl innerhalb der Pflege als auch in der interprofessionellen Zusammenarbeit (7). Pflegerische Fachexpertise muss anerkannt werden:

„Nach Fortbildung als Wundmanager wird das Wissen nicht anerkannt und von den Ärzten boykottiert.“ (Fall 1288)

Fehlende ärztliche Expertise wirkt sich auf die pflegerische Arbeit aus und beeinflusst die interprofessionelle Qualität der Versorgung, auch hier gäbe es Ansatzpunkte, schreiben die Befragten:

„In Krankenhäusern müssten mehr erfahrene Ärzte arbeiten; das würde der Pflege mehr Sicherheit geben; man müsste nicht jeglichen Unsinn ausführen, den sich ärztliche Berufsanfänger ausdenken. Die Pflege fühlt sich mit Problemen ständig alleine gelassen, weil das ärztliche Team aus Leiharbeitern, Anfängern und ausländischen Ärzten mit mangelnden Sprachkenntnissen besteht!“ (Fall 2068)

Die Ausstattung der Einrichtungen schätzen Teilnehmende als verbesserungsbedürftig an, nötig sind beispielsweise eine bessere EDV, mehr Hilfsmittel und kleinere Stationen, um motiviert arbeiten zu können. Pauschal bessere Arbeitsbedingungen ohne Differenzierung empfehlen neun Teilnehmende.

Dass bessere Arbeitsbedingungen durch die Beachtung der beruflichen Werte der Pflegefachpersonen entstehen können, klingt in diesem Kapitel schon an, differenzierter zeigt es Kap. 6.3.2.2 auf.

*6.3.2.2 Menschenwürde & Berufsethos – ethische Unterstützung der Wiedereinsteiger*innen*

Hemmnisse für den Wiedereinstieg in den Pflegeberuf sind häufig darin begründet, dass Pflegefachpersonen ihrem Berufsethos nicht folgen können und sie dies belastet. Dies kann zu Moral Distress führen. Dieser kann sich so belastend auf die Psyche auswirken, dass Pflegefachpersonen erkranken, beispielsweise an einem Burnout. Andere wiederum verlassen den Beruf, weil sie ein permanentes schlechtes Gewissen nicht mehr aushalten können oder wollen. Ethische Belastung und gesundheitliche Belastung hängen eng zusammen. Die Zusammenhänge sind empirisch gut belegt, wie bereits an anderen Stellen beschrieben wurde (s. Kap. 2.3.3, 6.2.3).

Die Nichtbeachtung von ethischen Belastungen ist ein großes Hemmnis zum Wiedereinstieg bestätigen die Studienteilnehmenden. Dieses Kapitel nimmt die Äußerungen auf, die dem Berufsethos und dem moralischen Wertekompass der Teilnehmenden zuzuordnen sind. 192 Nennungen konnten dem Hauptthemenfeld zugeordnet werden. Damit sind es fast doppelt so viele Nennungen wie zum Thema Gesundheit und altersgerechtes Arbeiten. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Schaffung eines Berufsumfeldes, welches die moralischen Anforderungen von Pflegefachpersonen erfüllt, entscheidend für den Berufsverbleib und den Wiedereinstieg sein könnte.

Die differenzierte Aufstellung der dem Hauptthemenfeld zugeordneten Themenfelder und Subthemenfelder sowie deren jeweilige Häufigkeit ist Tabelle 27 zu entnehmen.

Wie in Kap. 6.2.3, dass die ethischen Aspekte aufnahm, die den eigenen Berufsverbleib beeinflussen, beginnt auch hier die Analyse mit den Hemmnissen/Belastungen (27) um sich dann den Motivatoren zuzuwenden. Diese sind nach zwei Perspektiven aufgeteilt, zum einen die Unterstützungspotenziale, die in der Beziehung zu Anderen (155) liegen, zum anderen Potenziale, welche unter der Perspektive der Selbstwirksamkeit (10) zu verorten sind.

<i>Hauptthemenfeld (Anzahl der Codes)</i>	<i>Zugeordnete Themenfelder (Anzahl der Codes)</i>	<i>Subthemenfelder (Anzahl der Codes)</i>
<i>Menschenwürde & Berufsethos – ethische Unterstützung der Wiedereinsteiger*innen (192)</i>	Belastungen (27)	Menschenwürde von Menschen mit Pflegebedarf/ von Pflegefachpersonen (13)
		Berufsethos /schlechtes Gewissen (8)
		Ausbeutung / Machtmissbrauch (6)
	Mögliche Motivatoren, Perspektive auf Unterstützung von Anderen (155)	Anerkennung (78)
		Wertschätzung (58)
		Respekt (10)
	Mögliche Motivatoren, Perspektive Selbstwirksamkeit (10)	Verlässlichkeit, Ehrlichkeit (9)
Eigen- / Verantwortung, Mitsprache, Selbstständigkeit (9)		
	Zusammenhalt (1)	

Tabelle 27: Menschenwürde & Berufsethos, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder

Das am häufigsten angeführte Hemmnis des Wiedereinstiegs ist die fehlende oder zu schwach ausgeprägte Beachtung der **Menschenwürde**, sowohl gegenüber den Menschen mit Pflegebedarf als auch gegenüber den Pflegefachpersonen. Manchmal wird schlicht „mehr Menschlichkeit“ (Fall 2072) gefordert. Meist werden konkrete Zusammenhänge und die dahinterstehenden Entscheidungsprozesse genannt, die für die Belastungen verantwortlich sind:

„Die gestellten Aufgaben müssen während der Schicht in einem normalen, menschenwürdigen Tempo bewältigt werden können.“ (Fall 1843)

„Genug Personal damit man ZEIT für menschenwürdiges Versorgen der BW und Patienten hat“ (Fall 2124).

Befragte kontrastieren dichotom „Menschenwürde anstatt Wirtschaftlichkeit“ (Fall 2464) andere fordern deren Integration

„Zusammenarbeit zwischen Menschlichkeit und Wirtschaftlichkeit!!!! (Fall 1892)

Die Wertigkeit, Rangfolge und Interaktion der Komponenten der Berufsausübung spiegelt das nächste Zitat:

„Wenn wir genügend Personal wären, um unsere Arbeit menschenwürdig, fachlich korrekt und befriedigend bewältigen zu können.“ (Fall 644)

Die menschenwürdige Pflegebeziehung steht über allem, sie umfasst das fachlich korrekte Pflegehandeln und führt im Ergebnis zur Arbeitszufriedenheit der Pflegefachperson. Wenn dies nicht umsetzbar ist, entstehen die Probleme eines permanenten **schlechten Gewissens**, welches Pflegefachpersonen von Wiedereinstieg abhalten könnten. Eine Befragte schildert anhand eines eindrücklichen Beispiels der Arbeitsorganisation in Einrichtungen der Altenpflege, wie alltägliche Organisationsabläufe berufsethische Konflikte entstehen lassen:

„Ich stelle fest, dass zumindest in der Altenpflege bei vielen Pflegepersonen die Menschen an nachgesetzter Stelle stehen. „Satt, sauber, trocken“. Wichtig ist die "Stückzahl" die "geschafft" wurde. In vielen Einrichtungen haben die Küchenleitungen und Personen Macht über den Tagesablauf der Bewohner. Diesen Personen ist es nicht zu vermitteln, dass demenziell veränderte Menschen eine längere Zeit zur Nahrungsaufnahme benötigen als nicht demenziell veränderte Menschen. Dass der Küchenablaufplan nicht gestört wird, wird oft über die Interessen der Bewohner und des Pflegepersonals gestellt.“ (Fall 882)

Organisatorische Entscheidungen und implizite Machtverhältnisse in den Einrichtungen können Hemmnisse zum Wiedereinstieg sein. Die Ziele der jeweiligen Träger können das Berufsethos der Pflegefachpersonen unterlaufen:

„Bei allem Verständnis für Wirtschaftsunternehmen: mehr Menschlichkeit und einen respektvollen Umgang mit Patienten/Bewohnern im Gesundheitssystem. Deswegen haben wir uns im Grunde für diesen Beruf entschieden.“ (Fall 474)

Das fachlich korrekte Pflegehandeln soll der Kernprozess in allen Pflegeeinrichtungen sein, wenn dies nicht so wahrgenommen wird, entwickelt sich berufliche Unzufriedenheit, die sich an die politischen Verantwortlichen richtet, wie das folgende Zitat belegt:

„Wir pflegen nicht. Wir sind gezwungen Menschen zu verwahren, statt zu pflegen, damit genug Gewinn generiert werden kann. Besonders dieser Umstand müsste sich ändern. Die Organisation unseres Gesundheitswesens der letzten 20 Jahre ist politisches Totalversagen. Wenn sich das glaubhaft ändert, kommen die Kollegen zurück.“ (Fall 849)

Die Behebung der Hemmnisse zum Wiedereinstieg verorten die Befragten ebenfalls auf der politischen Ebene. Hier können Pflegekammern unterstützen. Pflegefachpersonen brauchen mehr als Applaus, sie sehen sich hochkompetent, nicht nur in Pandemiezeiten:

„Dieser Beruf erfordert eine hohe Fachkompetenz, die zwischen Leben und Tod entscheiden kann. Diese Kompetenz wird nicht wirklich gewürdigt, unseren Applaus erhalten wir zurzeit, weil wir uns für andere aufopfern und unangenehme Arbeiten verrichten.“ (Fall 547)

Alle von den Befragten genannten Komponenten gilt es genauer in den Blick zu nehmen ansonsten könnte die Befragte Recht behalten:

„Ohne eine Begrenzung des Arbeitsaufkommens (Richtung Personalbemessungsgrenze) werden wir kaum eine Kollegin / Kollege zurückgewinnen können, denn momentan ist es unmenschlich und menschenunwürdig, wie man mit uns umgeht und wie wir mit den Patienten umgehen!!!“ (Fall 465)

Befragte empfehlen, das besondere Wesen von Pflegefachpersonen im Auge zu behalten:

„Die Gutmütigkeit der Menschen, die in die Pflege gehen, nie ausnutzen. Es sind oft gebende Menschen/Idealisten. Sie bellen viel und beißen wenig. Lieber kündigen sie.“ (Fall 364)

Dies leitet über zu den Motivatoren, gerichtet an Andere. Die Befragten fordern **Anerkennung** (78 Nennungen) und **Wertschätzung** (58 Nennungen), dies scheinen die zentralen Elemente zur Ermöglichung eines Wiedereinstiegs zu sein. Die meisten Befragten konkretisieren ihren Appell nach mehr Anerkennung. Insbesondere die Öffentlichkeit, die Politik und die Gesellschaft als Ganzes sollen den Pflegeberuf anerkennen (38). Der Beruf soll entsprechend seiner Kompetenzen und der Fachlichkeit in der Öffentlichkeit dargestellt werden (vgl. Fall 184; Fall 468). Gefordert werden

„positive Berichte in der Presse und Öffentlichkeit, positive Darstellung der Pflegeberufe in der Öffentlichkeit, Untersagen dem Trash TV negative Darstellung von Pflegenden!“ (Fall 163)

Es braucht *„ein anderes Verständnis für den Pflegeberuf in Politik und Gesellschaft“ (Fall 587)*, *„Stellenwertveränderung der Pflege in der Gesellschaft“ (Fall 955)* und eine daraus resultierende *„wirkliche gesellschaftliche Anerkennung (Status)“ (Fall 900)* sagen die Befragten.

Neben der **gesellschaftlichen Anerkennung** nehmen die Befragten die Anerkennung in den Organisationen des Gesundheitswesens in den Blick: sie fordern **Anerkennung und Wertschätzung von Vorgesetzten und Leitungen** (12) und von **anderen Berufsgruppen** (7), insbesondere der Ärzteschaft. Die Anerkennung darf sich gerne auch monetär ausdrücken, meinen drei Befragte. Einmalzahlungen, wie die Corona-Prämie, scheinen allerdings eher einen demotivierenden Charakter zu haben:

*„Wir wünschen uns mehr Anerkennung des Berufsstands "Pflege" auch über die Corona-Krise hinaus. Viele von uns, auch ausgeschiedene Kolleg*innen empfinden die "Corona-Prämie" eher als Ohrfeige, denn als Anerkennung.“ (Fall 882)*

Mit Anerkennung und Wertschätzung eng zusammen hängt der **Respekt** (10). Respekt zielt jedoch aus Sicht der Befragten auf eine etwas andere Ebene, er wird sowohl vonseiten der Organisation /Leitung und dem Pflegeteam gefordert:

„Das man ein festes Team hat und nicht als Poolkraft durchs Haus gejagt wird! Das man uns respektvoll behandelt und uns ernst nimmt!“ (Fall 105)

Desgleichen sollen die Kolleg*innen untereinander im Team respektvoll und offen miteinander umgehen:

„Sich gegenseitig im Team zu respektieren und für Neues offen zu sein und es auch umzusetzen.“ (Fall 549)

Die Appelle nach **Unterstützung und Verbindlichkeit** (9) richten sich wieder an die Vorgesetzten, Zusage sollen eingehalten werden (vgl. Fall 994). Es soll *„Rückendeckung bei Fehlern“ (Fall 1232)* geben, Vorgesetzte sollen *„den Mitarbeitern das Gefühl geben, dass man hinter ihnen steht.“ (Fall 2136)*. *„Weiche Faktoren wie Verbindlichkeit, Zuverlässigkeit und Ehrlichkeit“ (Fall 365)* und Lob werden als förderlich angesehen.

Neben den Motivatoren, die andere veranlassen müssten, empfehlen die Befragten die **professionelle Verantwortung der Pflegefachpersonen**. Sie kann als Motivator wirken, weil sie die Selbstwirksamkeit (10) der wieder in den Beruf zurückkehrenden Kolleg*innen stärken kann. Die Befragten benennen

„selbstverantwortliche Aufgaben“ (Fall 333), *„Selbstbestimmtheit“ (Fall 895)*, *„mehr Eigenverantwortlichkeit“ (Fall 1856)* und die *„selbständige, eigenverantwortliche Pflege mit ausreichend Zeit“ (Fall 113)*.

Es werden konkrete Instrumente zur Ermöglichung eines guten Umgangs mit den ethischen und gesundheitlichen Belastungen gleichermaßen vorgeschlagen:

„Es muss viel mehr für die Gesundheit der Pflegenden getan werden: sehr viele rauchen, haben Übergewicht, Rückenprobleme; viele sind dem psychischen Druck nicht gewachsen (da keine Unterstützung besteht), die Auseinandersetzung mit dem Leid der Patienten bleibt einem weitestgehend selbst überlassen, und damit sind die meisten völlig überfordert; es bräuchte Supervision,

Hilfe bei Depressionen und Suchterkrankungen; die Pflegenden müssen viel stärker gepflegt werden!“ (Fall 939)

Das letzte Zitat ist ein Mittler zwischen der ethischen und der gesundheitlichen Ebene von Hemmnissen und Motivatoren zum Wiedereinstieg. Daran wird nochmals deutlich, dass beide Themenfelder eng zusammenhängen. Es leitet über zum nächsten Kapitel, welches sich dem Gesundheitsschutz und dem alterngerechten Arbeiten widmet.

6.3.2.3 Gesundheitsschutz & alterngerechtes Arbeiten - Motivatoren zum Wiedereinstieg

101 Empfehlungen für den Wiedereinstieg von Pflegefachpersonen fokussieren das Hauptthemenfeld Gesundheit. Die differenzierte Aufstellung der dem Hauptthemenfeld zugeordneten Themenfelder und Subthemenfelder sowie deren jeweilige Häufigkeit ist Tabelle 28 zu entnehmen.

Hauptthemenfeld (Anzahl der Codes)	Zugeordnete Themenfelder (Anzahl der Codes)	Subthemenfelder (Anzahl der Codes)
Gesundheitsschutz & alterngerechtes Arbeiten - Motivatoren zum Wiedereinstieg (101)	Gesundheitliche Belastungen (75)	Zeitdruck / Zeitmangel (57)
		Begriff: Arbeitsbelastung (13)
		Arbeitsverdichtung (3)
		Berufsfremde Tätigkeiten (2)
	Betriebliches Gesundheitsmanagement (16)	Physische Prävention & Gesundheitsförderung (13)
		Psychische Unterstützung (3)
	Alterngerechtes Arbeiten / Rente (10)	Alterngerechtes Arbeiten (7)
		Früherer Renteneintritt (3)

Tabelle 28: Gesundheitsschutz & alterngerechtes Arbeiten, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder

75-mal wird die **gesundheitsschädliche Arbeitsbelastung** als Hemmnis angeführt. Die pflegerische Arbeit soll weniger belastend, weniger anstrengend sein und insgesamt psychisch und physisch weniger fordern. Eine Befragte schreibt:

„Niemand kann auf Dauer am Limit arbeiten, das macht krank.“ (Fall 2136).

Der Druck entsteht durch Arbeitsverdichtung und die daraus resultierende Zeitnot. Dies verursacht Stress bei den Pflegefachpersonen, der sich hemmend auf einen potentiellen Wiedereinstieg auswirkt, Befragte fordern:

„Der Stresspegel bei so einem verantwortungsvollen Beruf muss minimiert werden, weil durch den Stress und den Zeitmangel immer mehr schlechte und unkonzentrierte Pflege geleistet wird.“ (Fall 2272)

Für einen nachhaltigen Wiedereinstieg ist der **Faktor Zeit für Pflege** zentral, wenn die Zeit für gute Pflege nicht gegeben ist, belastet das die Gesundheit von Pflegefachpersonen und die Kolleg*innen kommen nicht wieder, meinen 48 Teilnehmende:

„In der ambulanten Pflege zu viel Zeitdruck, Pflege im Minutentakt. Psychische und physische Belastung hoch, da zu wenig Personal“ (Fall 970).

Die **Beachtung des Gesundheitsschutzes** wird in allen Bereichen der Pflege gefordert (16), die „Fürsorgepflicht vom Arbeitgeber!“ (Fall 2129) wird angemahnt. Unterstützungen zur Gesundheitsförderung sind gewünscht. Hierbei kann es sich um Maßnahmen des **betrieblichen Gesundheitsmanagements** handeln, wie die „Fitnesscenterkostenübernahme“ (Fall 361),

„Angebote für die eigene Gesunderhaltung, z.B. Rückenschule, Massage, Krankengymnastik, Schwimmkurse, ...“ (Fall 253)

oder

„Bessere Angebote zur Gesundheitsförderung seitens des Arbeitgebers (kostenlos nutzbare Fitnessräume oder z. B. ein Osteopath oder Physiotherapeut, der ins Haus kommt und bei dem Termine vor Ort gebucht werden können; in der freien Wirtschaft ist so etwas Standard).“ (Fall 969)

Die *„Rücksicht auf körperliche Einschränkungen“ (Fall 2030)* und das Eingehen auf

„Wünsche und Bedürfnisse (Fall 170), Möglichkeiten für

„perfektes rückenschonendes Arbeiten“ (Fall 139),

„mehr Angebote für psychische Unterstützung“ (Fall 300)

sind einige Bausteine eines gelingenden betrieblichen Gesundheitsmanagements zur Vorbeugung von Berufskrankheiten (vgl. Fall 139).

Alterngerechtes Arbeiten ist ebenfalls ein Motivator zur Rückkehr schreiben zehn Teilnehmer*innen. Es braucht eine

„sinnvolle Einbindung leistungsgeschwächter, bzw. älterer Kollegen“ (Fall 883),

sie benötigen mehr Zeit und mehr Hilfsmittel:

*„Für ältere Kolleg*innen wäre es wichtig die Zeitvorgaben für Pflegehandlungen ggf. zu verlängern und die Möglichkeit zu geben mehr Hilfsmittel und Hilfe von Kolleg*innen bei körperlich schweren Pflegetätigkeiten ohne abfällige Kommentare zu bekommen.“ (Fall 882)*

Altersadäquate Dienstplanmodelle sind erforderlich, um älteren Kolleg*innen eine nachhaltige Berufsrückkehr zu ermöglichen:

„Nacht- und Springerdienste besser einteilen - einige ältere Kolleginnen können, dies kaum noch leisten. Andere wiederum wünschen sich Nachtdienste. Auch sollte der Dienstplan ohne kurze Wechsel und mit Planbarkeit erfolgen.“ (Fall 835)

Insgesamt empfehlen die Studienteilnehmer*innen

„mehr Zuversicht, es in dem Beruf bis zur Rente zu schaffen und von ihr leben zu können“ (Fall 2512).

Im Zweifelsfall sollte ein *„früheres Renteneintrittsalter“ (Fall 979)* verbunden mit der

„Zusicherung vorzeitig in Rente gehen zu dürfen bei voller Rente, wie z.B. Polizisten“ (Fall 2225)

Perspektiven zur Entlastung bilden.

Neben den gesundheitlichen Aspekten sehen die Befragten die Bezahlung als wichtigen Motivator, wie im nächsten Kapitel aufgezeigt wird.

6.3.2.4 Bezahlung – ein wichtiger Motivator für Wiedereinsteiger*innen

Insgesamt 76 Nennungen sind dem Themenfeld Bezahlung zuzuordnen. Die differenzierte Aufstellung der dem Hauptthemenfeld zugeordneten Themenfelder und Subthemenfelder sowie deren jeweilige Häufigkeit ist Tabelle 29 zu entnehmen.

Hauptthemenfeld (Anzahl der Codes)	Zugeordnete Themenfelder (Anzahl der Codes)	Subthemenfelder (Anzahl der Codes)
Bezahlung – ein wichtiger Motivator für Wiedereinsteiger*innen (76)	Bezahlung / Gehalt (107)	Bessere / höhere Bezahlung (37)
		Leistungsgerechte / Qualifikationsangemessene Bezahlung (3)
		Bessere Entlohnung Hilfskräfte (1)
	Zuschläge (25)	Geldwerte Vergünstigungen (10)
		Zeitzuschläge / Weihnachtsgeld (9)
		Zuschläge für Einspringen / Schmutzzulage / Gefahrenzuschlag / (6)
	Sonstige Tarifregelungen (10)	Tarifvertrag (4)
		Pflege verbeamteten (4)
		Steuerfreiheit (2)

Tabelle 29: Bezahlung, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder

37 Befragte nennen als Motivator **bessere Bezahlung**, **mehr Geld**, **besseres Gehalt** oder ähnliche Begriffe. Der Verdienst soll auskömmlich sein:

„Ausreichend Gehalt, das auch in Teilzeit zum Leben reicht.“ (Fall 254)

Die Bezahlung soll leistungsgerecht sein, die erworbenen Qualifikationen und die Verantwortung abbilden:

„Leistungsgerechte Bezahlung nach Fortbildungsstand und Verantwortung gestaffelt. Eine IntensivpflegerIn sollte deutlich mehr verdienen, da dieser auch die Assistenzärzte mit einarbeitet.“ (Fall 476)

28 Nennungen entfallen auf diverse Arten von **Zuschlägen** als Motivatoren. Genannt werden geldwerte Vorteile (10) wie Zusatzvorsorgeleistungen, Rentenzuschüsse, Zuschüsse zu KITA-Gebühren und zur Pflege sowie Elternschaft; kostenfreie Mahlzeiten und Parkplätze, Berufskleidungs-geld und die Schaffung von bezahlbarem Wohnraum in Arbeitsnähe. Sieben Befragte sehen in angemessenen Zeitzuschläge für Wochenenden, Feiertage, Rufbereitschaften und Schichtdienst wirksame Motivatoren. Boni für das Einspringen sollten ebenfalls gewährt werden, meinen vier Teilnehmende. Auch Gefahrenzulagen, Schmutzzulagen und ein 13. Monatsgehalt können motivieren.

Tarifliche Regelungen sollen formalisiert und bundesweit einheitlich sein, es brauche *„eine eigene Pflegegewerkschaft, die wirklich Arbeitskämpfe führt“ (Fall 436)*, eine Teilnehmende rät zukunftsweisend:

„Vielleicht sollte man darüber nachdenken ein neues Entlohnungssystem direkt für die Pflegenden zu entwickeln.“ (Fall 158)

Eine weitere Option, die zur Diskussion stünde, wäre die Verbeamtung von Pflegefachpersonen, meinen vier Teilnehmende. Zwei sprechen sich für die Steuerfreiheit der Zuschläge bzw. der ersten 1500 € des Verdienstes aus.

All diese Vorschläge rund um die Bezahlung sind wertvoll als Diskussionsgrundlage für Wiedereinsteiger*innen und auch für die Pflegefachpersonen, die im Beruf stehen und dort nach Möglichkeit verbleiben sollen. Konkrete Vorschläge zur Erleichterung des Wiedereinstiegs zeigt Kap. 6.3.2.5 auf.

6.3.2.5 Instrumente zur Erleichterung des Wiedereinstiegs – die Vorschläge der Befragten

Fünzig Studienteilnehmer*innen benennen 52 breitgefächerte Ansatzpunkte, die den Wiedereinstieg stützen könnten. Die differenzierte Aufstellung der dem Hauptthemenfeld zugeordneten Themenfelder und Subthemenfelder sowie deren jeweilige Häufigkeit ist Tabelle 30 zu entnehmen.

Hauptthemenfeld (Anzahl der Codes)	Zugeordnete Themenfelder (Anzahl der Codes)	Subthemenfelder (Anzahl der Codes)
Instrumente zur Erleichterung des Wiedereinstiegs – die Vorschläge der Befragten (52)	Qualifikationsmaßnahmen (30)	Wiedereinstiegskonzepte (15)
		Berufliche Weiterentwicklung (15)
	Organisationskultur (15)	Kommunikation / Wertschätzung (5)
		Mitspracherecht (4)
		Betriebsklima (3)
		Besseres Miteinander im Team (3)
Arbeitsplatz / Arbeitsverträge (4)	(Ohne Subthemenfelder)	
Staatliche Anreize (3)	(Ohne Subthemenfelder)	

Tabelle 30: Instrumente zur Erleichterung des Wiedereinstiegs, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder

30 Einträge rücken **Wiedereinstiegskonzepte und Qualifikationsmaßnahmen** zur beruflichen Weiterentwicklung in den Mittelpunkt. Empfohlen werden

„ein gutes Konzept für den Wiedereinstieg“ (Fall 1072) und

„Ängste für den Wiedereinstieg minimieren, ggf. Vorbereitungskurse, gute Einarbeitung“ (Fall 1109).

Hilfreich wäre die „umfangreiche Einarbeitung nach längerer Elternzeit“ (Fall 2512) und „bedarfs- und nicht zeitorientierte Einarbeitungszeiten“ (Fall 362), die strukturiert sind und „(...) dabei alle 2 Wochen Zwischengespräche“ (Fall 1995) beinhalten. Die einzuarbeitende Person ist dabei unbedingt wertzuschätzen (vgl. Fall 633).

Die Motivation bereits ausgestiegener Kolleg*innen sei zu steigern. Grundsätzlich angeraten wird die

„Abkehr von der Vorstellung, dass jeder mit Examen überall arbeiten kann, Arbeitsplatz nach persönlichem Schwerpunkt.“ (Fall 1283)

Die Haltung der im Beruf stehenden Pflegefachpersonen zum eigenen Beruf spielt eine wichtige Rolle, meinen die Befragten, sie empfehlen:

„Menschen direkt ansprechen. Stolz auf seinen Beruf sein und auch vermitteln“ (Fall 1123).

Motivieren können Botschaften wie der

„Beruf ist toll und krisensicher, denn alt werden alle!“ (Fall 907) oder

„Prinzipiell kann es ein erfüllender Beruf sein.“ (Fall 2498)

Zur Motivation raten die Befragten neben guten Einarbeitungskonzepten auch zu **passgenauen Angeboten der beruflichen Weiterentwicklung**. Sie schlagen bessere Chancen und die Förderung durch Fortbildungen vor. Ein

„klares Berufsbild (keine Abdeckung aller Graubereiche)“ (Fall 2004) und

„neue Arbeitsbereiche verbunden mit festen Arbeitszeiten ohne Schichtarbeit“ (Fall 2097)

können ebenfalls hilfreich sein.

Als Motivator sehen fünfzehn Teilnehmende ein **gutes Betriebsklima**. Diese findet u.a. Ausdruck in *„mehr Mitspracherecht“ (Fall 403)* und darin Pflegefachpersonen

„die Möglichkeit (zu) geben, eigene Ideen einfließen zu lassen“ (Fall 2136).

Die transparente, wertschätzende Kommunikation und guten Zusammenarbeit über alle Hierarchiestufen hinweg helfen ebenfalls:

„Auch die Vorgesetzten sollten auf die Pflege hören und miteinander arbeiten, gemeinsam Ideen entwickeln.“ (Fall 355)

Vorgesetzte sind gefordert, in regelmäßigen persönlichen Gesprächen Kontakt mit den Mitarbeiter*innen zu halten (vgl. Fall 1028), die Pflegefachpersonen zu motivieren (vgl. Fall 1170) und so von vornherein eine Kündigung zu verhindern (vgl. Fall 1659), so die Teilnehmenden. Eine Befragte schreibt, es braucht

„ein besseres Miteinander im gesamten Pflegebereich und nicht nur warme Worte und viele leere Versprechungen.“ (Fall 182)

Dem Arbeitsplatz widmen sich vier Einträge, empfohlen werden *„unbefristete Arbeitsverträge (Fall 1954)*, eine *„schnelle Arbeitsfindung und sicherer Arbeitsplatz“ (Fall 387)* und

„die Zusicherung bei Rückkehr auf die gewohnte Station zu kommen (z.B. nach Langzeitkrank und Erziehungszeiten).“ (Fall 129)

Interessant ist an dieser Stelle das Phänomen, dass es im Mangelberuf Pflege immer noch befristete Arbeitsverträge zu geben scheint.

Der **Staat soll ebenfalls Anreize schaffen**, sei es bei der Rente, der Steuerfreiheit oder durch die gänzliche Umstrukturierung des Gesundheitssystems, schreiben Befragte. Andere wiederum trauen der Politik kein Änderungspotenzial zu, sie plädieren für rasche, pragmatische Maßnahmen:

„Es gibt so viele Baustellen und meine Vorstellungen sind eher pragmatischer Natur, aber wenn man nicht mit Pragmatismus anfängt die Pflege wiederzubeleben, dann glaube ich nicht, dass es jahrelange politische Diskussionen besser lösen.“ (Fall 158)

Allerdings scheinen einige Studienteilnehmer*innen die Hoffnung auf Besserung bereits verloren zu haben, ihre Argumente zeichnet das folgende Kapitel nach.

6.3.2.6 Wiedereinstieg in den Pflegeberuf – ein unrealistisches Unterfangen?

Unter den Studienteilnehmer*innen gab es auch solche, die dem Wiedereinstieg in den Beruf grundsätzlich als unrealistisch ansehen, insgesamt 53 Personen äußerten sich entsprechend. Manchmal steht im Freifeld nur: „Nein, die gibt es nicht (Fall 1900), nein, „Gibt keine“ (Fall 64), „fällt mir keiner ein“ (Fall 2228), „kein Plan“ (Fall 1643). Einige Befragte werden konkreter: „Streng genommen gibt es keinen Grund.“ (Fall 304), „nein, zu anstrengend“ (Fall 556), „wer zZT klar im Kopf ist: keine Gründe“ (Fall 928) oder

„Bei aller Liebe, es fällt mir nichts ein, man kann in diesem Beruf so nicht mehr arbeiten, es gibt keine Perspektive in diesem Land zu dieser Zeit!“ (Fall 411)

Vielmehr wird der Benefit des Berufsausstiegs betont:

„Nein, die Entscheidung zu gehen, hat die meisten sehr glücklich gemacht.“ (Fall 1033)

Der Druck ist durch den Berufsausstieg abgefallen, meint eine Teilnehmende:

„Nein alle sind froh nicht mehr dokumentieren zu müssen und sie sind den Druck los.“ (Fall 829)

Darüber hinaus nutzen dieses offene Item drei Befragte, um auf den nahenden eigenen Berufsausstieg in nächster Zeit aufmerksam zu machen:

„Ich will selber raus aus dem Beruf. Mich könnte nichts mehr bewegen, in die Pflege zu gehen.“ (Fall 1668)

Eine Befragte weist darauf hin, sie

„Kenne keine, die raus sind, viele schulen um in Pflege und Betreuung.“ (Fall 1923).

Der letzten Äußerung wird in weiteren Forschungen nachzugehen sein, denn es ist unklar, was Pflegefachpersonen unter „den Beruf verlassen“ verstehen. Manchmal bedeutet es, dass man eine ganz andere Tätigkeit ergreift, manchmal verlässt man aber eben nur die Pflege im direkten, körperlichen Patienten-/Bewohnerkontakt und geht beispielsweise in die Pflegeberatung oder in die Pflegeausbildung. Nötig wäre eine Analyse des eigenen Berufsverständnisses von Pflegefachpersonen. Einen guten Hinweis bietet die international gültige Definition Pflege des ICN, die Kap. 2.3.3 bereits eingeführt wurde.

6.3.2.7 Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein

Das offene Antwortfeld zu Gründen für einen Wiedereinstieg wurde von manchen Befragten (erneut) genutzt, um der Ablehnung der verpflichtenden Mitgliedschaft und/ oder des Pflichtbeitrages und oder der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein als Institution Ausdruck zu verleihen. Insgesamt wurden 47 Nennungen codiert. Es wurde ein Vergleich der Voten zur Pflegeberufekammer im ersten offenen Item zum eigenen Berufsverbleib durchgeführt (s. Kap. 6.2.6). Dabei fiel auf, dass 42 Befragte beide offene Items zu entsprechenden, teilweise gleichlautenden Eintragungen nutzten, wie z.B. „Abschaffung der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein“ (Fall 19).

Drei Nennungen forderten die Pflegeberufekammer auf, die Pflegefachpersonen zu unterstützen, z.B. über „eine Stimme in Berlin“ (Fall 34).

Diese Befunde zeigen an dieser Stelle nochmal, dass Pflegekammern es schaffen müssen, ihre Mitglieder mitzunehmen und ihnen zu zeigen, dass sie Möglichkeiten hat, die Situation für Pflegefachpersonen im Beruf und für potenzielle Wiedereinsteiger zu verbessern. Sie kann eine wertvolle Ressource sein.

6.3.3 Analyse von Motivatoren des Wiedereinstiegs - Limitationen

Einschränkend bleibt für diesen Teil der Analyse festzuhalten, dass die berichteten Einschätzungen von derzeit aktiven Pflegefachpersonen vorgenommen wurden, nicht von bereits aus dem Beruf ausgestiegenen Pflegefachpersonen, was der Methodik aufgrund des gegebenen Zugangs (s. Kap. 3.1.2) geschuldet ist. Somit ergibt sich ein klares Bild der Wertung der im Beruf stehenden Pflegefachpersonen und abzuleitenden Empfehlung aus der aktuellen Innenperspektive. Ob diese Ableitungen sich allerdings mit den perspektivischen Einschätzungen der bereits aus dem Beruf ausgestiegenen Pflegefachpersonen decken, wäre ein Forschungsdesiderat für eine Folgestudie, welche sich direkt an diese Zielgruppe wendet. Die gemeinsame Reflexion beider Gruppen könnte darüber hinaus ergänzende wertvolle Hinweise geben, das wären Anforderungen an das Design & Methodik künftiger Forschungen.

6.4 Pflegefachpersonen in Teilzeit - Erhöhung des Beschäftigungsumfangs?

Um das Angebot an Pflegefachpersonen in der Pflege zu steigern, stellt nicht allein die Rückkehr ausgeschiedener Pflegefachpersonen eine Alternative dar. Eine weitere, womöglich erfolgversprechendere Variante könnte es sein, den Beschäftigungsumfang der bereits Beschäftigten zu erhöhen. Wie in Abbildung 8 und Tabelle 31 zu sehen ist, zeigen sich rein rechnerisch deutliche Potenziale, denn nur 51,8 % der Befragten geben an, zu 100 % beschäftigt zu sein.

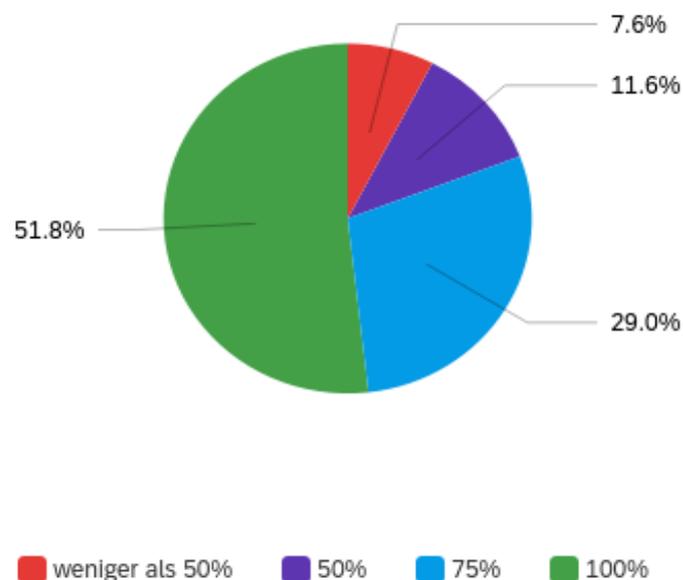


Abbildung 8: Beschäftigungsumfang der Studienteilnehmenden

Beschäftigungsumfang	Antworten absolut	Prozentuale Verteilung
weniger als 50%	124	7,6 %
50%	190	11,6 %
75%	473	29,0 %
100%	846	51,8 %
Gesamt (n)	1633	100 %
Antwortmöglichkeit nicht genutzt	260	13,7 % ⁴²

Tabelle 31: Beschäftigungsumfang der Studienteilnehmenden

Diese Potenziale zu heben, erscheint vor dem Hintergrund der Studienergebnisse allerdings herausfordernd. Wie die Herausforderungen im Einzelnen gelagert sind, stehen die nachfolgenden Kapitel im

⁴² Bezogen auf alle 1893 Studienteilnehmenden

anhand potenzieller Motivatoren zur Erhöhung des Beschäftigungsumfanges (Kap. 6.4.1), den persönlichen Einflussfaktoren auf den Stellenumfang, die die Befragten berichtet haben (Kap. 6.4.2) sowie einer differenzierteren Analyse von beruflichen Pausen anhand der Relevanz familialer Sorgearbeit und der Berufsrückkehr (Kap. 6.4.2).

6.4.1 Motivatoren für die Erhöhung des Beschäftigungsumfanges

Die Befragten in Teilzeitbeschäftigung konnten, analog zum methodischen Vorgehen beim Wiedereinstieg ebenfalls die Motivatoren aus der Arbeitszufriedenheit in einer Rangordnung bringen, die sie zur Erhöhung ihres aktuellen Stellenumfanges bewegen könnten.

Betrachtet man, welcher Grund die Teilnehmenden am ehesten motiviert, ihren Stellenumfang zu erhöhen, so sagen 46,5 % und damit der weitaus größte Teil, dass derzeit generell kein Interesse an einer Erhöhung der Arbeitszeit besteht (s. Tabelle 32). Das nach den Pretests ergänzte Item beweist so nachdrücklich seine Berechtigung. Warum die teilzeitbeschäftigten Pflegefachpersonen im Detail so denken, eröffnet eine neues Forschungsdesiderat, welches ein Folgeprojekt beantworten könnte.

<i>Motivatoren zur Erhöhung des Stellenumfanges</i>	<i>Antworten absolut</i>	<i>Prozentuale Verteilung</i>
<i>Ich möchte meine Arbeitszeit nicht erhöhen</i>	350	46,5 %
<i>Vereinbarkeit von Familie und Beruf</i>	118	15,7 %
<i>Bezahlung</i>	110	14,6 %
<i>Arbeitsbedingungen</i>	93	12,4 %
<i>Kolleg*innen</i>	32	4,3 %
<i>Tätigkeit</i>	17	2,3 %
<i>Möglichkeiten zur Weiterentwicklung</i>	17	2,3 %
<i>Vorgesetzte</i>	11	1,5 %
<i>Organisation und Leitung</i>	4	0,5 %
Gesamt (n)	752	100 %
<i>Antwortmöglichkeit nicht genutzt</i>	35	4,5 % ⁴³

Tabelle 32: Motivatoren zur Erhöhung des Beschäftigungsumfanges im Pflegeberuf.

Neben der Ablehnung einer Erhöhung des Beschäftigungsumfanges belegen die Ergebnisse der Studie die **Vereinbarkeit von Familie und Beruf** als zentralen Hinderungsgrund zur Aufstockung. Erst am dritter Stelle stehen eine **bessere Bezahlung** und vierter Stelle die **Arbeitsbedingungen im Pflegeberuf** (s. Tabelle 32). Ab hier decken sich die Befunde mit den Ergebnissen zur Arbeitszufriedenheit, der Kreis schließt sich. Kapitel 6.4.2 nimmt die Einflussfaktoren für das Arbeiten in Teilzeit auf.

6.4.2 Einflussfaktoren auf den Stellenumfang - Pflegefachpersonen in Teilzeit berichten

Um abwägen zu können, ob und unter welchen Voraussetzungen sich aktuell in Teilzeit arbeitende Pflegefachpersonen motivieren lassen, ihren aktuellen Stellenumfang zu erhöhen, braucht es die differenzierte Aufnahme der Gründe. Dies gelingt am besten in Interviews. Um bei der durchgeführten quantitativen Befragung einen ersten Eindruck zu den relevanten Themenfeldern zu erhalten, enthielt der Fragebogen auch hierzu eine offene Frage, diese lautete:

„Bitte nennen Sie uns Ihre Gründe, die Ihren aktuellen Stellenumfang beeinflussen? Bitte schreiben Sie diese in das nachfolgende Freifeld.“ (Kuhn et al. 2020)

Von den 787 Teilnehmenden, die angaben, aktuell in Teilzeit beschäftigt zu sein, nutzten 437 Personen (55,5 %) diese Möglichkeit. Insgesamt konnten 756 Nennungen codiert werden. Bei der inhaltlichen

⁴³ Bezogen auf alle 787 Teilnehmenden, die ihre Teilzeitbeschäftigung angegeben haben.

Zusammenfassung kristallisierten sich acht Hauptthemenfelder heraus, die in Tabelle 33 aufgeschlüsselt sind. Die zugeordneten Unterthemenfelder sind den jeweiligen Kapiteln des Berichtes zu entnehmen. Sie finden dort die inhaltliche Beschreibung und z.T. eine tabellarische Aufschlüsselung.

Kapitel	Hauptthemenfelder	Anzahl Nennungen (Codierungen)
6.4.2.1	Arbeitsbedingungen in der Pflege	377
6.4.2.2	Gesundheit, Überlastung und altersgerechtes Arbeiten	237
6.4.2.7	Nicht mehr arbeiten wollen / können	43
6.4.2.4	Studium, andere Berufstätigkeit & fehlende Anerkennung beruflicher Entwicklung	35
6.4.2.3	Bezahlung & Steueranreize	29
6.4.2.6	Berufsethos & Pflegeethik	16
6.4.2.7	Berufsausstieg angestrebt	13
6.4.2.8	Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein	4
	Ablehnende Äußerungen zur Frage	2

Tabelle 33: Einflussfaktoren auf die Bereitschaft, den Stellenumfang zu erhöhen, Hauptthemenfelder

Gesondert ausgezählt und einem eigenen Kapitel zugeordnet wurden die Nennungen, die explizit sagen, dass sie keinesfalls den Stellenumfang erhöhen wollen (Kap. 6.4.2.3).

Das folgende Kapitel nimmt die Arbeitsbedingungen für Teilzeitbeschäftigte in den Blick.

6.4.2.1 Arbeitsbedingungen – Hemmnisse für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Auf bei den teilnehmenden Pflegefachpersonen in Teilzeitbeschäftigung haben die Arbeitsbedingungen den größten Einfluss auf ihr Arbeitsverhältnis. Dem Hauptthemenfeld Arbeitsbedingungen konnten, verteilt auf vier Themenfelder, 377 Nennungen zugeordnet werden. Die differenzierte Aufstellung der dem Hauptthemenfeld zugeordneten Themenfelder und Subthemenfelder sowie deren jeweilige Häufigkeit ist Tabelle 34 zu entnehmen.

Hauptthemenfeld (Anzahl der Codes)	Zugeordnete Themenfelder (Anzahl der Codes)	Subthemenfelder (Anzahl der Codes)
Arbeitsbedingungen (377)	Arbeitszeiten / Dienstzeiten (323)	Vereinbarkeit Beruf /Privatleben (209)
		Dienststarten in der Pflege (36)
		Freizeit / Freizeitausgleich (24)
		Einspringen / Überstunden (16)
		Stellenbegrenzung durch Arbeitgeber (12)
		Dienstplan- /Arbeitszeitmodelle (11)
		Arbeits- / Dienstzeiten (8)
		Flexibilität, Verlässlichkeit (5)
		Wochenarbeitszeit (2)
	Organisation & Leitung (25)	Hierarchie (14)
		Arbeitsklima (9)
		Strukturelle/personelle Veränderungen (2)
	Personal (14)	Personalmangel (9)
		Personaluntergrenzen (3)
		Personal von Zeitarbeitsfirmen (2)
	Pflegesystem (1)	Bürokratie (1)
Nur Begriff: Arbeitsbedingungen (14)		

Tabelle 34: Einflussfaktor Arbeitsbedingungen, Aufschlüsselung nach Themenfeldern und Subthemenfeldern

Interessant ist die deutliche Reduktion der Themenfelder gegenüber den anderen offenen Fragen.

Das wichtigste Themenfeld für Pflegefachpersonen in Teilzeit sind die **Arbeits- und Dienstzeiten** mit 323 Nennungen.

Die **Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben** (209) hat darin den größten Einfluss auf die Gestaltung der Arbeitszeit. Unter den Begriff fällt die Vereinbarkeit von Familie und Beruf (198) und die Nennungen zur privaten Situation (11). Direkt unter dem Begriff Familie (94) wurden alle Nennungen, die die Begriffe „*Vereinbarkeit von Familie und Beruf*“ oder inhaltlich ähnliche Begriffe wie *Vereinbarkeit mit der Familie*, sowie *Familie*, *Zeit mit meiner Familie*, *Organisation von Haushalt und Familie*, *Familienleben*, etc. summiert. Pflegefachpersonen setzen private Prioritäten, ihr

„Privatleben hat bei weitem Vorrang vor dem Berufsleben, da Zeit mit Familie kostbar.“ (Fall 2159)

Sie arbeiten Teilzeit,

„(...) um noch zudem 100% Mama, Hausfrau und Ehefrau sein zu können“ (Fall 800).

Die familiäre Sorge ist mehrgenerational ausgerichtet, wie diesem Zitat zu entnehmen ist:

„Ich möchte Zeit für Eltern und Enkelkinder haben.“ (Fall 2175).

Frauen stehen in vielfältigen familialen Beziehungen, die umfängliche Teile ihrer Arbeitszeit beanspruchen:

„Umfangreiche faaaaamiliäre Aufgaben als Mutter, Tochter und Oma.“ (Fall 2271)

Für die familialen Sorgearbeiten erhalten Frauen keine finanzielle Entlohnung. Trotzdem steht die Familie zentral. Das Berufsleben muss sich an die Familie anpassen nicht umgekehrt, selbst wenn dies finanzielle Einschränkungen nach sich zieht:

„Vereinbarkeit Familie und Beruf: Beruf muss sich an familiäre Situation anpassen. Momentan weniger Gehalt da anderer Arbeitgeber bessere Arbeitszeit hat, welche besser mit Familie vereinbar ist, auch wenn dies finanziellen Rückschritt trotz erheblicher Berufserfahrung bedeutet!“ (Fall 1856)

88 Nennungen entfallen explizit ihre **Kinder** als den Grund, der den Stellenumfang beeinflusst. Genutzt werden vielfach die Begriffe *Kinder*, *Kinderbetreuung*, *Kindernerziehung*, *Zeit für die Kinder* oder:

„Da ich Kinder habe“ (Fall 267);

„Ich muss für meine Kinder da sein“ (Fall 179)

Das Alter der Kinder könnte einen Einfluss auf die Motivation und die Möglichkeiten, mehr arbeiten zu gehen, haben. Die Einträge der Befragten erlauben die Mutmaßung, weil die Nennungen sich vorwiegend im Spektrum von Kleinkindern über Kindergartenkinder und schulpflichtige Kinder in der Grundschule finden. Allerdings gehen die Einträge meist nicht weiter ins Detail.

11 Befragte werden ausführlicher, sie beschreiben konkret **fehlende Betreuungsangebote für die Kinder**. Die Passgenauigkeit der Öffnungszeiten von KITAs und Schulbetreuung zu den Dienstzeiten in der Pflege scheint immer noch ein Problem zu sein. Die Einrichtungen sind zudem am Wochenende oder in den Ferien geschlossen, wenn Pflegefachpersonen arbeiten müssen. Es fehlen schlicht Krippenplätze und KITA-Plätze oder sie sind zu teuer, die alternative Betreuung durch die Familie z.B. die Großeltern

ist aufgrund räumlicher Distanz nicht immer möglich. Die Ermöglichung von passgenauer Kinderbetreuung kann ein Ansatzpunkt sein, eine Befragte sagt:

„Zurzeit arbeite ich in Teilzeit, da ich ein Kleinkind habe und die Betreuung sich nicht mit mehr als 50% vereinbaren lässt. Ich plane aber in Zukunft wieder mehr zu arbeiten.“ (Fall 1636)

Das Zitat belegt zudem die These von familialen Sorgezeiten, die zu beruflichen Pausen führen, den Aspekt vertieft Kapitel 6.4.3. Nach solchen Familienzeiten beabsichtigen Pflegefachpersonen, in den Beruf zurückzukehren, wenn die Bedingungen stimmen. Allerdings finden sich in den Äußerungen der Befragten deutliche Hinweise auf limitierende Faktoren. Die Rückkehr in den Beruf wägen Befragte mit ihrem Anspruch an ein gutes gemeinsames Leben mit ihren Kindern ab:

„Ich habe 2 kleine Kinder 3 und 6. Die habe ich nicht, damit ich sie nicht sehe. Ich habe vor dem 2. Kind 25 Stunden gearbeitet, jetzt mit 2 Kindern 19,25 St. Rückblickend hätte ich das bei dem ersten auch so machen sollen, der Beruf kostet einem so viel Lebensenergie, dass für die Erziehung und Förderung der Kinder kaum was übrigbleibt. Auch wenn meine Kinder später größer sind, kann ich mir nicht vorstellen, in diesem Beruf nochmal Vollzeit zu arbeiten.“ (Fall 618)

Bei der Gruppe der **alleinerziehenden Pflegefachpersonen** verschärfen sich die bis hierher aufgezeigten Probleme der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die daraus resultierenden Konsequenzen, sie wirken wie ein Brennglas:

„Ich bin alleinerziehend, habe nur eine unflexible und unzuverlässige Kinderbetreuung und habe kaum Ruhephasen. Ich werde krank.“ (Fall 644)

Zehn Befragte berichten von ihrer Situation. Die besondere Lebenssituation als Alleinerziehende findet im Frauenberuf Pflege wenig Unterstützung vonseiten der Arbeitgeber, zu geben scheint es nach wie vor

„Einrichtungen, die die alleinerziehende Mütter kaum einstellen und Druck ausüben.“ (Fall 466).

Wenn den Pflegefachpersonen keine Unterstützung gewährt wird, könnten sie für ihren Beruf verloren bleiben, obwohl sie ihn sehr schätzen, eine Teilnehmerin beschreibt ihre Lage so:

„Ich bin alleinerziehende Mutter, und liebe meinen Beruf als Gesundheits- u. Krankenpflegerin über alles, aber ich überlege aus der Pflege rauszugehen. Ich finde keinen Job, der zu mir passt. Ich will im Krankenhaus tätig sein und muss mind. 75% arbeiten, damit es finanziell reicht, aber die Arbeitszeiten sind schlecht. Wo soll ich meine 6-jährige Tochter lassen, wenn ich Nachtdienst habe? Wo wenn ich 5 Uhr morgens das Haus verlasse zum Frühdienst? Und nachmittags? Das ist ein Spagat, der nicht zu schaffen ist. Ich könnte brechen, wenn die Kliniken schreiben "Wir sind Familienfreundlich"... Was bedeutet das? Das ist doch die reinste Verarschung. Ich liebe meinen Beruf sehr, aber er zwingt mich zu entscheiden: Kind oder Karriere... Wenn ich heute nochmal 18 Jahre alt wäre, ich würde mich aus Liebe zum Kind gegen einen Pflegeberuf entscheiden und ich würde jedem, der eine Familie gründen möchte, davon abraten! Vielleicht sollte man mal eine Umfrage machen, wie viele Pflegekräfte ledig oder geschieden sind. Das ist das größte Hauptproblem. Als Mitarbeiter soll man IMMER flexibel sein... wie flexibel ist denn der Arbeitgeber???" (Fall 2215)

Dieser umfangreiche und gleichermaßen eindringliche Texteintrag eröffnet viele Ansatzpunkte, welche in Forschungs- und Entwicklungsprojekten aufgegriffen und bearbeitet werden können, um den Frauen neue passende Möglichkeiten im Pflegeberuf zu eröffnen.

Die **Pflege von Angehörigen** fällt ebenfalls unter die Rubrik „*Vereinbarkeit von Familie und Beruf*“: Vier Teilnehmende berichten, dass ihre Kinder mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit ein besonderes Maß an Zuwendung benötigen. Weitere 12 Befragte geben an, zusätzlich zur Tätigkeit in der beruflichen Pflege ihre Angehörigen, sei es der Partner, die Eltern, der Vater, die Mutter, etc. zuhause zu pflegen. Das könnte ein weiteres Feld sein, wo entsprechende Unterstützung ansetzen könnte.

Die je spezielle Konstellation der Partnerschaft kann ebenfalls ein Grund sein, der den Stellenumfang beeinflusst, berichten vier Teilnehmende, sei es die Berufstätigkeit des Partners oder dass dieser bereits in Rente ist.

11 Nennungen entfielen auf das Privatleben, siebenmal wurde lediglich die private Situation, das private Umfeld, private Gründe, o.Ä. angeführt, zweimal war ein Hund der Grund, einmal das Ehrenamt und einmal die Wohnsituation auf dem Land.

Neben der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben werden die **Dienstzeiten im Pflegeberuf** als Einflussfaktoren für den Stellenumfang von Teilzeitbeschäftigten angeführt. Hierauf entfallen 36 Nennungen. Die größten Probleme verursacht der Schichtdienst (17), er ist anstrengend und nicht familienfreundlich berichten die Befragten. An der Stelle zeigt sich erneut, dass sich die Problembereiche in der Pflege überlappen.

Bereitschaftsdienste beeinflussen den Stellenumfang berichten sechs Teilnehmende. Nennungen beschäftigen sich sowohl mit der Anzahl der zu leistenden Dienste als auch mit den aus den Diensten resultierenden Belastungen:

„Ich kann in diesem Beruf nicht mehr leisten! Rufbereitschaft 72 Std. Am Stück, nur ein Beispiel, Bis zu 12 Dienste im Monat! Es ist der völlige Wahnsinn!“ (Fall 411)

Solche Dienstmodelle bergen die Gefahr in sich, dass weitere Pflegefachpersonen den Pflegeberuf verlassen. Bei Teilzeitbeschäftigten scheint der Nachdienst (6) ebenfalls eine ambivalente Wertung zu genießen, einerseits bietet er Möglichkeiten, die Familie und den Beruf zu vereinbaren. Andererseits wäre eine Vollzeitstelle mit mehr Nachdiensten verbunden und wird auch deshalb abgelehnt, andere wollen grundsätzlich keinen Nachdienst leisten.

In der **ambulanten Pflege** gibt es Hinweise auf eine besondere Situation (5 Nennungen). Die Tourenplanung scheint den Pflegefachpersonen nur dann einen höheren Beschäftigungsumfang zu ermöglichen, wenn sie gleichzeitig bereit sind, geteilte Dienste zu leisten, eine Befragte erläutert:

„Vollzeitbeschäftigung ist in der ambulanten Pflege nicht möglich, da die Touren zu kurz sind. Man müsste entweder ständig geteilte Dienste fahren oder auf freie Tage verzichten, was ja gar nicht möglich ist.“ (Fall 2180)

Dies weist auf organisatorische Ansatzpunkte hin, denn gerade in der ambulanten Versorgung wird der Pflegebedarf in Zukunft zunehmen. Es wäre zu empfehlen, dass die Arbeitsmodelle den Bedarfen der Menschen mit Pflegebedarf und der Pflegefachpersonen Rechnung tragen.

Die Wochenendarbeit ist bei Pflegefachpersonen in Teilzeit ebenfalls Thema (2), insbesondere dann, wenn sie zur Kompensation des Personalmangels auch an den freien Wochenenden arbeiten sollen.

Die **Sicherung von ausreichend Freizeit** ist ein weiterer Grund, den Stellenumfang nicht zu erhöhen, sagen 24 Befragte: Bei einer Vollzeitstelle fehlt die Erholungszeit und die Lebensqualität,

„Freizeit (ist) wichtiger als Arbeit“ (Fall 1177)

und

„Freizeit und damit Lebensqualität ist nicht durch Geld zu ersetzen“ (Fall 1291).

Das knappe Gut Freizeit scheint aufgrund schlechtem Personalmanagement in Gefahr, organisatorische Defizite müssen die Pflegefachpersonen kompensieren, deshalb wird die Vollzeitstelle abgelehnt:

„Bei einer Vollzeitstelle mit nur 2 freien Tagen pro Woche, die noch nicht mal geplant und gewährleistet werden können. Bedeutet von 8 zustehenden freien Tagen im Monat teilweise, 5 Tage eingesprungen und nur 3 frei bekommen und das über Monate hinweg.“ (Fall 1622)

Andererseits verändert dies die Lage für Teilzeitbeschäftigte kaum, eigentlich verschlimmert sie sich sogar. Denn Teilzeitbeschäftigte werden von Einrichtungen der Pflege als permanente Ressource zur Kompensation des andauernden Personalmangels gesehen. Das leitet über zum Thema **Einspringen**, welches von 16 befragten in Teilzeit arbeitenden Pflegefachpersonen beklagt wird.

„Als Halbtagskraft springe ich oft ein, habe dann sozusagen 75%, finanziell bei Steuerklasse 5 lohnt es sich nicht, da kann man lieber Freizeitausgleich nehmen, doch das ist meistens nicht realisierbar.“ (Fall 267)

Teilzeitarbeitende Pflegefachpersonen schieben hohe Mengen an Überstunden vor sich her, weil vonseiten der Arbeitgeber keine Kompensation geleistet wird, sagen die Teilnehmenden:

„Es fehlt an Personal, 180 Überstunden, die nicht vergütet werden oder abgefeiert werden können.“ (Fall 589)

Bei Personalausfällen werden Teilzeitarbeitende aus dem Frei geholt, sie scheinen in permanenter Bereitschaft zu sein, mitunter fühlen sie sich terrorisiert:

„Die freien Tage werden nicht eingehalten, der Dienstplan wird korrekt geschrieben dann kommt es zu Ausfällen und schon beginnt der Telefonterror.“ (Fall 2191)

Ein

„flexibles Einspringen, außerhalb der geplanten Dienste“ (Fall 1283)

wird von ihnen erwartet. Die Eintragungen der Befragten geben Hinweise, dass manche Arbeitsverträge von vornherein entsprechend gestaltet werden:

„Obwohl ich nur 30 Stunden die Woche arbeiten soll, werde ich oft mehr geplant als in meinem Arbeitsvertrag vereinbart wurde. Die ständige Erkrankung der Kollegen bitten dazu leider die Grundlage.“ (Fall 817)

Diese Hinweise verdichten sich. 12 Befragte berichten konkret von den **Stellenumfang begrenzenden Regelungen der Arbeitsverträge und Anstellungsmöglichkeiten**. Nennungen lauten beispielsweise:

„Privater Pflegedienst hat nicht mehr Umfang“ (Fall 167)

„AG gibt den höchsten Stellenumfang vor. Das sind die 75 %.“ (Fall 327).

Selbst wenn Pflegefachpersonen mehr arbeiten wollen, gibt es wohl Gründe in den Einrichtungen, die entgegensprechen:

„Ich möchte gerne meinen Stellenumfang seit längerer Zeit erhöhen, jedoch möchte dies die oberste Leitung nicht!!!“ (Fall 477)

Gründe scheinen in den Finanzierungskonzepten der Organisationen zu liegen:

„Bekomme keine 100% Stelle, ist finanziell wohl ungünstig für den Arbeitgeber.“ (Fall 1334)

„Mein AG möchte sparen, daher nur geringerer Stellenumfang + Bezahlung niedriger!“ (Fall 2095)

Die genannten Sparmaßnahmen werden auf dem Rücken der Pflegefachpersonen ausgetragen, wie eine Befragte zusammenfassend berichtet:

„Unsere Leitung stellt nun niemand mehr mit mehr als 50% ein, sie bräuchte mehr Köpfe, dass wir alle bis zu 400 Überstunden haben, interessiert keinen, Auszahlung lohnt sich nicht und Freizeit Ausgleich, naja, haha eben.“ (Fall 57)

An der Stelle wäre anzuregen, breitangelegt zu prüfen, ob und wie häufig der Personalnotstand genutzt wird, um Pflegefachpersonen auszubeuten und wie viele Pflegefachpersonen sich solche Arbeitsbedingungen aus welchen Gründen bieten lassen. Eine ggfs. mutwillige Festschreibung einer reduzierten möglichen Arbeitszeit aufgrund Gewinnabwägungen hat zudem Einfluss auf die Versorgungsleistung des gesamten Pflegesystems. In Zeiten von Knappheit sind solche Regelungen kaum nachvollziehbar.

Weitere Kritikpunkte, welche die Erhöhung des Stellenumfangs beeinflussen, liegen auf Ebene der **Dienstplangestaltung und der Arbeitszeitmodelle** (11). Acht Befragte nennen Arbeits- bzw. Dienstzeiten, teilweise werden sie als unregelmäßig und wenig planbar beschrieben. **Flexibilität und gleichzeitig Verlässlichkeit** wird gewünscht (5). Die in der Pflege teilweise übliche **Sechstageswoche** (2) wird als ungünstig erlebt.

Die Kultur von **Organisation & Leitung** hat ebenfalls Einfluss auf die Bereitschaft, den aktuellen Stellenumfang zu erhöhen, belegen 25 Nennungen der Teilnehmenden. Am häufigsten werden die **steilen Hierarchien** benannt (14). Strenge hierarchische Strukturen verbunden mit Ausnutzung und fragwürdigem Umgang mit den Mitarbeitenden „von oben herab bis zum Anschreien...“ (Fall 346) kommen nicht gut an. Teilzeitbeschäftigte sind unzufrieden mit der Leitung, sie beklagen fehlendes Entgegenkommen, fehlende Unterstützung und fehlende Transparenz. Befragte in Teilzeit wollen sich:

„...nicht für eine schlechte Bezahlung, teilweiser mangelnde Wertschätzung der Führungsebene, chaotischer Organisation die Unruhe für Klient und Personal auslöst aufzuopfern und ausnutzen zu lassen.“ (Fall 2159)

Im Ergebnis führen die beschriebenen Punkte zu einem **schlechten Arbeitsklima** (9), in den Einrichtungen und Kliniken insgesamt, zwischen den Berufsgruppen und im Pflegeteam, dies kann bis zu Ausgrenzung und Mobbing gehen (vgl. Fall 309). Die befragten Pflegefachpersonen in Teilzeit reklamieren eine schlechte Kommunikation und fehlende Möglichkeiten zur Mitgestaltung. Strukturelle Veränderungen können ebenfalls ungünstig erlebt werden, z.B. die Zusammenlegung von Stationen und die Umverteilung von Personal im Haus, ohne das die Personen gefragt werden.

Den **Personalmangel** als solchen führen die Teilnehmenden in Teilzeit vergleichsweise selten direkt als ihren Stellenumfang beeinflussende Faktor auf (12). Genannt werden z.B. zu wenig Personal,

„der ständige Wechsel der Kollegen (durch Kündigungen...)“ (Fall 821)

der schlechte Personalschlüssel (teilweise in Umschreibungen) und der Fachkräftemangel. Kritisiert werden die fehlende Einhaltung der Personaluntergrenzen, zu niedrige Personaluntergrenzen oder deren Fehlen. Bei Personalleasingfirmen angestellte Pflegefachpersonen in Zeitarbeit genießen erneut wenig Akzeptanz unter den Befragten.

Die aufgezeigten Arbeitsbedingungen sind sehr häufig mit der familialen Situation der Pflegefachpersonen verknüpft. Sie wirken als Hemmnisse für eine mögliche Erhöhung des Stellenumfanges. Ein weiteres großes Hemmnis ist das Hauptthemenfeld Gesundheit, welchem sich das folgende Kapitel widmet.

6.4.2.2 *Gesundheit erhalten – Arbeitsbelastung, Überforderung, altersgerechtes Arbeiten*

Die aktuellen Arbeitsbedingungen zeitigen in vielen Fällen gesundheitliche Auswirkungen. 237 Nennungen lassen sich dem Hauptthemenfeld Gesundheit zuordnen. Sie sind ein Haupttreiber für Pflegefachpersonen, in Teilzeit zu gehen.

Die differenzierte Aufstellung der dem Hauptthemenfeld zugeordneten Themenfelder und Subthemenfelder sowie deren jeweilige Häufigkeit ist Tabelle 35 zu entnehmen.

<i>Hauptthemenfeld (Anzahl der Codes)</i>	<i>Zugeordnete Themenfelder (Anzahl der Codes)</i>	<i>Subthemenfelder (Anzahl der Codes)</i>
<i>Gesundheit erhalten – Umgang mit Überforderung, altersgerechtes Arbeiten (237)</i>	Gesundheitsrelevante Arbeitsbelastung (146)	Belastung / Körperliche Überforderung (67)
		Psychische Überlastung (22)
		Chronische Krankheit und Erwerbsminderung (20)
		Fehlende Erholungsphasen (16)
		Arbeitsverdichtung (10)
		Stress (10)
		Arbeitsschutz (1)
	Gesundheit erhalten (52)	Gesundheit schützen über die Stellenreduktion (40)
		Work Life Balance (12)
	Altersgerechtes Arbeiten / Rente (37)	Altersgerechter Stellenumfang (28)
		Früherer Renteneintritt (6)
		Rentner*in, Beschäftigung auf 450€ Basis (2)
		Arbeiten für höhere Rente (1)

Tabelle 35: *Gesundheit erhalten, Aufschlüsselung nach Themenfeldern und Subthemenfeldern*

Von 146 Nennungen zu gesundheitsrelevanten Arbeitsbelastungen entfallen 67 auf allgemeine Statements zur **Überforderung und körperlichen Belastung**, wie die berufliche Belastung, die Arbeitsbelastung, die körperliche Überforderung, die Erschöpfung, kraftintensive Dienste, zu viel Arbeit, etc. als Hinderungsgründe zur Erhöhung des Stellenumfanges.

22 Befragte leiden unter der **psychischen Belastung** und seelischen Beanspruchung im Pflegeberuf, sie umschreiben dies beispielsweise so:

*„da man einfach "innerlich" so ausgepowert ist, dass man keine Lust mehr hat auf diesen Job“
(Fall 800).*

Teilweise werden die psychische und die physische Belastung gleichzeitig genannt.

Weitere Nennungen kritisieren das zu hohe Arbeitstempo bzw. die **Arbeitsverdichtung** (10) und zu viel **Stress** (10), eine Befragte reklamiert den **fehlenden Arbeitsschutz**.

16 Studienteilnehmenden fehlen ausreichende **Erholungsphasen**, die Regeneration gelingt nur unvollständig, das Sozialleben leidet sagen sie:

„Arbeitsbelastung, Burnout, kein Sozialleben durch viel Arbeit. Ruhezeiten kaum möglich aufgrund hohem Stresslevels“ (Fall 935).

Die Energie für einen Ausgleich vom Pflegeberuf scheint nicht vorhanden:

„Nach den meisten Diensten so kaputt, dass es mir schwerfällt, für Ausgleich zu sorgen.“ (Fall 918)

Die Befragten wünschen sich aber noch ein Leben neben der Berufstätigkeit:

„Ein schönes soziales Leben sollte neben der Arbeit möglich sein und nicht von Erholung vom Dienst geprägt sein.“ (Fall 362)

20 Teilnehmende geben an, bereits **krank zu sein**. Benannt werden allgemein gesundheitliche Probleme bzw. Einschränkungen, Krankheit oder chronische Erkrankungen. Eine Befragte resümiert:

„Die Pflege mit ihren Arbeitsbedingungen, den Schichtdiensten und der zunehmenden Frustration durch die gesamte Situation hat mich krank und kaputt gemacht.“ (Fall 1193)

Einige Befragte werden konkret, sie leiden unter Burnout, Depressionen, Krebserkrankungen, berufsbedingte Wirbelsäulenschäden und Schmerzen. Die Krankheiten sind verantwortlich für Einschränkungen in der Berufsausübung, beispielsweise sind keine Wechselschichten mehr möglich (vgl. Fall 1325). Einige geben an, schwerbehindert und teilerwerbsgemindert zu sein.

52 Befragte geben an, dass die **Erhaltung der eigenen Gesundheit die Reduktion des Stellenumfangs verursacht hat**. Entweder schreiben sie schlicht gesundheitliche Gründe, meine Gesundheit oder Eigenschutz. Aufgrund „*gesundheitlicher Signale*“ (Fall 1036) werden „*prophylaktisch zur Gesundheitserhaltung Stunden reduziert*“ (Fall 1641), eine Befragte schreibt: „*Gesund bleiben, kann man Vollzeit nicht*“ (Fall 255), eine andere Teilnehmerin:

„Ich werde nie wieder Vollzeit in der Pflege arbeiten, unter den bestehenden Belastungen durch den Beruf ist dies eine Gesundheitsgefährdung.“ (Fall 1427)

Die **Work-Life-Balance** ist in diesem Zusammenhang ein wichtiges Thema für 12 Befragte, sie schreiben, dass diese in Teilzeit ausgeglichen ist, andere „*arbeiten, um zu leben*“ (Fall 1826), eine Teilnehmerin notiert:

„Passt in mein Leben! Ich möchte nicht bei viel zu geringem Stundenlohn noch mehr meiner Lebenszeit für den Beruf opfern.“ (Fall 2120)

Das Lebensalter hat ebenfalls einen Einfluss auf den Stellenumfang, es zeigen sich Hinweise, dass **alternsgerechtes Arbeiten** in Vollzeit zumindest teilweise schwierig sein könnte. Dem Subthemenfeld wurden 37 Nennungen zugeordnet, welche explizit das eigene Alter und dessen Auswirkungen in den

Blick nehmen. Einige benennen lediglich das Alter, andere konkretisieren, dass sie sich ab fünfzig nur noch eine halbe Stelle wünschen würden (vgl. 1226) oder sie stellen fest:

„Ich bin eigentlich mit fast 55 zu alt für die Pflege. Daher müsste man in der Pflege spätestens mit 60 ohne Abzüge in Rente.“ (Fall 64).

Andere brauchen kürzere Schichten:

„Ich bin 56, kann bei 6 Std Schichten nicht mehr als 30 Std. in diesem Beruf arbeiten“ (Fall 1607).

Eine ältere Befragte zeigt den Weg auf, wie man altersgerechtes Arbeiten ermöglichen könnte:

„Meine Arbeitsbedingungen und die daraus resultierende körperliche und seelische Belastung erlauben mir keine Ausweitung der Tätigkeit, obwohl ich großes Interesse daran hätte trotz meines Alters noch Weiterbildungsangebote in Anspruch zu nehmen. Bspw. fachlich: Wundmanagement, Weiterbildung zur Pflegeberaterin.“ (Fall 882)

Ihre Wünsche nach Weiterbildung sind ein Plädoyer für die Nutzung des Expertenwissens insbesondere von älteren Pflegefachpersonen. Mit Weiterbildungen könnte gleichzeitig implizites Wissen gesichert und ausgebaut und so die nötige Arbeitskraft passgenau eingesetzt werden. Auch die angesprochenen Felder leiden unter dem Personalmangel in der Pflege. Hier wäre zu wünschen, dass entsprechende Angebote geschaffen und den Pflegefachpersonen kommuniziert würden.

Neun Nennungen widmen sich der **Rente**. Es wird berichtet, dass die Rente zeitnah angetreten wird, teilweise handelt es sich um eine vorzeitige Rente bzw. Erwerbsminderungsrente. Zwei Befragte arbeiten als Rentner*in auf 450 € Basis weiter, eine arbeitet für eine höhere Rentenanwartschaft.

Zwei Befragte haben als Grund, der ihren Stellenumfang beeinflusst, *Corona* eingetragen.

6.4.2.3 Nicht mehr arbeiten wollen - oder können

43 Personen schrieben explizit in das Freifeld, das sie nicht mehr arbeiten zu wollen bzw. zu können. Die angeführten Gründe sind erneut vielfältig: Es fehlt die Lust am Beruf, die Kraft zur Ausübung, Freizeit und Familie sind wichtiger, Desillusion bis hin zur Frustration werden angeführt. Fünf Personen streben die weitere Reduktion ihres Stellenumfanges an. Sechs Personen äußern, sie sähen keine finanzielle Notwendigkeit bzw. dass sich eine Erhöhung des Stellenumfanges sich kaum finanziell auswirken würde.

6.4.2.4 Studium, andere Berufstätigkeit & fehlende Anerkennung beruflicher Entwicklung

Der Stellenumfang in der Pflege kann limitiert sein, weil Pflegefachpersonen berufsbegleitend ein Studium absolvieren (14) oder/und noch in einem anderen Beruf tätig sind (14). Diese Befragten werden aktuell mutmaßlich nicht in der Lage sein, mehr Zeit im Pflegeberuf zu arbeiten.

Anhand der Einträge ist nicht nachvollziehbar, welchen Studienabschluss die Studierenden anstreben. Somit kann nicht geklärt werden, ob die Personen nach Abschluss des Studiums anstreben, weiter in anderer Funktion im Pflegeberuf tätig zu sein oder evtl. die Pflege zu verlassen oder nur der sogenannten direkten patientennahen Pflege am Bett den Rücken kehren wollen. Zur Beantwortung der Frage bedarf es weiterer Forschung.

Sieben Nennungen beanstanden fehlende oder weit entfernte **Angebote zur beruflichen Weiterentwicklung** in der Pflege und die fehlende Anerkennung von erworbenen Qualifikationen. Es deutet sich Entwicklungsbedarf auf mehreren Ebenen an. Ziele wären, Pflegefachpersonen in Teilzeit zukünftig im

Sinne des lebenslangen Lernens Zugang zu vielfältigen, passgenauen, wohnortnahen Angeboten zu ermöglichen und im zweiten Schritt die erworbenen Qualifikationen in den Unternehmen anzuerkennen.

6.4.2.5 *Bezahlung & Steueranreize*

Für Teilzeitbeschäftigten ist die **Bezahlung** mit 30 Nennungen ebenfalls ein wichtiger Motivator. Eine *bessere, faire, angemessene* Bezahlung könnte durchaus motivieren, den Stellenumfang zu erhöhen, eine Anpassung des Gehaltes an die Verantwortung oder die Qualifikation ebenfalls. Jedoch ist zu beachten, dass die Bezahlung fast durchgängig mit anderen Motivatoren zusammen genannt wird. Sie kann also nur ein Baustein eines passgenauen Konzeptes sein.

Ein großes Hemmnis scheint auch die **steuerliche Konstellation** in vielen Familien darzustellen: Verheiratete Pflegefachpersonen haben aufgrund ihres niedrigen Gehaltes in Teilzeit häufig die Steuerklasse V. Ein höheres Gehalt aufgrund einer Erhöhung des Stellenumfanges würde durch die höheren Steuerabgaben an den Staat weitgehend wieder aufgefressen, meinen die Befragten. Deshalb stehen sieben Befragte einer Erhöhung ablehnend gegenüber.

Weitere sechs Befragte beziehen bereits Witwenrente, wenn sie mehr arbeiten würden, würde der Mehrverdienst mit der ausgezahlten **Rente** verrechnet. Diese Regelung ist ebenfalls ein Hemmnis bei der Erhöhung des Stellenumfanges.

6.4.2.6 *Berufsethos und Pflegeethik – In Teilzeit besser möglich?*

Dem berufsethischen Themenkomplex wurden 16 Nennungen zugeordnet. Sie haben unter Teilzeitbeschäftigten scheinbar keine so hohe Auswirkung auf den eigenen Stellenumfang. Wichtig ist den Befragten die Zeit für eine menschenwürdige, fachlich gute Pflege (9):

„Mit der dreiviertel Stelle bin ich deutlich empathischer im Umgang mit den Patienten, was diese sehr schätzen.“ (Fall 200)

Die Wertschätzung (4) und Anerkennung (2) werden gewünscht. Pflegefachpersonen sollen sich nicht aufopfern und ausnutzen lassen, eine Befragte schreibt:

„...nicht für eine schlechte Bezahlung, teilweise mangelnde Wertschätzung der Führungsebene, chaotische Organisation, die Unruhe für Klient und Personal auslöst, aufzuopfern und ausnutzen zu lassen.“ (Fall 2159)

Die ethische Belastung kann ein Trigger zum Berufsausstieg sein, wie das folgende Kapitel zeigt.

6.4.2.7 *Berufsausstieg angestrebt – auch Teilzeitbeschäftigte wollen den Beruf verlassen*

Von den in Teilzeit arbeitenden Pflegefachpersonen streben 13 Personen einen baldigen Berufsausstieg an. Die angeführten Gründe sind ganz unterschiedlich, familiäre Gründe wie Kinder oder der Partner werden genannt, ebenso das eigene Alter, welches zum Anlass genommen wird, sich nochmals beruflich zu verändern (vgl. Fall 975). Die Mitarbeit im Unternehmen des Partners ist ebenfalls ein Grund, den Beruf zu verlassen.

Sechs Personen bereiten ihren Berufsausstieg gezielt vor, sie absolvieren eine andere Ausbildung oder ein Studium in einem anderen Berufsfeld, teilweise mit dem Ziel:

„Ich studiere, damit ich nicht mehr in der Pflege arbeiten muss, weil die Bedingungen so schlecht sind.“ (Fall 842)

Häufig wird ein Studium oder „eine neue Ausbildung“ als Mittel zum Berufsausstieg genannt. Es wurden nur die Nennungen hier zugeordnet, bei denen wo klar wurde, dass die neue Qualifikation kein

Weiterbildungsstudium innerhalb der Pflege ist. Manche der näher bezeichneten Ausbildungen und Studiengänge sind nicht der Pflege zuzuordnen, wie Berufsbetreuer und Soziale Arbeit, haben aber Überschneidungspunkte. Andere Studienabsolvent*innen könnten in der Pflegeausbildung ein Tätigkeitsfeld finden wie z.B. ein Studium in Medizinpädagogik, obwohl es kein „Pflegestudium“ ist.

An der Stelle sei nochmals betont, dass es sich in den Eintragungen der Studienteilnehmenden um erste Hinweise handelt, die für die Grundgesamtheit aller Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein einer Verifizierung bedürfen. Zur Erzeugung belastbarer Ergebnisse ergeben sich neue Forschungs- und Entwicklungsdesiderate.

6.4.2.8 *Pflegeberufekammer & Ablehnung der Fragestellung*

Vier Nennungen entfallen auf die Ablehnung der Pflegeberufekammer, erneut handelt es sich um Teilnehmende, die dieses Statement bereits in allen anderen Freifeldern eingetragen haben.

Schließlich finden sich zwei Einträge im Freifeld, wo die Studienteilnehmenden feststellen, dass die Gründe für den eigenen Stellenumfang niemanden etwas angingen.

Abschließend festzuhalten bleibt, dass vertieft zu schauen sein wird, was die Pflegefachpersonen im Einzelnen bewegt, um entsprechende passgenaue Konzepte abzuleiten, die auf Dauer nachhaltig sind.

Das nächste Kapitel beleuchtet die Berufspausen im Frauenberuf Pflege tiefergehend.

6.4.3 *Berufliche Pausen – familiäre Sorgearbeit und Berufsrückkehr*

Zurückkommend auf die **die Vereinbarkeit von Familie und Beruf** als zentraler Motivator, die Teilzeitbeschäftigte dazu bewegen könnten, ihren Stellenumfang zu erhöhen, folgt nun ein Erklärungsansatz aus der Careethik. Aus den Ergebnissen sind ethische Hinweise auf die Verantwortung zur Übernahme von Sorgearbeit im Sinne der Careethik abzuleiten (vgl. Tronto 2013, 34 f.), d.h. dass die private Sorgearbeit nicht als Hinderungsgrund zur Berufsausübung gesehen wird, sondern dass die Verantwortung für die private Sorgearbeit bei den Pflegefachpersonen phasenweise schwerer wiegt als die Verantwortung zur Ausübung professionellen Sorgearbeit im Pflegeberuf und Pflegefachpersonen sich entscheiden müssen (vgl. Winker 2015, S. 31). Dieser Befund ist keinesfalls verwunderlich, wenn man sich die Motivatoren zur Ergreifung des Pflegeberufes anschaut. Es gehen die Personen in einen Pflegeberuf, die hochempathisch sind und für die das Wohlergehen ihrer Mitmenschen zentral steht (vgl. Techniker Krankenkasse 2019, S. 12; vgl. Müller 2012, 268 f.).

Dies deckt sich mit den berufsethischen Anforderungen an Pflegefachpersonen und hat Wurzeln in der Historie der Pflege. Erst vor sechzig Jahren fiel das Berufszölibat der Pflege, welches festlegte, dass eine Pflegefachperson, die heiratete automatisch den Beruf zu verlassen hat, um sich ihrer Familie zu widmen. Dem dadurch entstandenen Notstand wollte man mit der Einführung der Teilzeitbeschäftigung in der Pflege in den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts begegnen. Die transportierte Haltung war, dass der Pflegeberuf im Schichtdienst gute Voraussetzungen bietet, ihn mit der Sorgearbeit für die Familie zu kombinieren und zwar in Ergänzung ebendieser Aufgabe (vgl. Kuhn 2016, S. 47).

Daraus ergeben sich (mehr oder weniger gewollte) Pausen in der weiblichen pflegerischen Berufsbiografie. Das dies bis heute so ist, belegen die Antworten der Teilnehmenden: von 1618 Antwortenden geben 39,5 % an, dass es längere Pausen in ihrer pflegerischen Berufstätigkeit gab. Eine Filterfrage eröffnete die Option, Gründe kenntlich zu machen, Mehrfachnennungen waren möglich.

Der häufigste Grund für eine berufliche Pause war mit 60,5 % die Kindererziehung. Dramatisch zu werten ist der zweithäufigste genannte Grund: 15,9 % waren gezwungen krankheitsbedingt längere Pausen einzulegen, dem Befund muss im Detail nachgegangen werden. Weitere Ergebnisse sind Tabelle 36 zu entnehmen.

<i>Gründe für Pausen in der Berufstätigkeit</i>	<i>Antworten absolut</i>	<i>Prozentuale Verteilung</i>
<i>Kindernerziehung</i>	521	60,5 %
<i>Eigene Krankheit</i>	137	15,9 %
<i>Weiterbildung / Studium</i>	47	5,5 %
<i>Pflege von Angehörigen</i>	31	3,6 %
<i>Arbeitslosigkeit</i>	16	1,9 %
<i>Sonstiges, bitte notieren</i>	109	12,7 %
Gesamtnennungen	861	100 %

Tabelle 36: Gründe für Unterbrechungen der pflegerischen Berufstätigkeit

Die Frage enthielt ein Freifeld für sonstige Gründe beruflicher Pausen. 96 Personen teilten ihre Gründe mit, manchmal waren es mehrere, 101 Nennungen konnten codiert werden. Die Gründe, die die teilnehmenden Pflegefachpersonen notiert haben, sind sehr vielfältig.

Insgesamt in 31 Fällen nannten die Teilnehmenden **familiäre Gründe**, diese splitten sich auf in Elternzeit (12) und Beschäftigungsverbot in der Schwangerschaft (5); die Vereinbarkeit von Familie und Beruf (11) scheint ein wichtiger Treiber zu sein, dies kann sich sowohl auf die Betreuung der Kinder als auch auf die Partnerschaft beziehen. Auch ein Umzug kann zu Pausen führen (3 Nennungen).

In 27 Fällen war es die **Tätigkeit außerhalb der Pflege**. Dabei nannten die Befragten die Ausübung eines anderen Berufs (19), die eigene Selbstständigkeit (5), den Zivildienst (2) oder den Wehrdienst (1) als Grund.

18-mal gaben die Teilnehmenden **Auslandsaufenthalte** an, bei dreien lässt sich anhand der Angaben eine pflegerische Tätigkeit im Ausland nachvollziehen, die anderen 15 Angaben sind unspezifisch.

In 15 Fällen konnten der Ausstieg den **ungünstigen Bedingungen in der Pflege** zugeordnet werden: So entfielen sechs Nennungen auf **Krankheitsbilder** wie psychische Überlastung, Burnout und Operationen.

Vier Personen nannten **ungünstige Arbeitszeitbedingungen, die Bezahlung und Organisationsdefizite**, beispielsweise die

„asoziale Behandlung durch ehemalige Arbeitgeber“ (Nr. 361).

Einige Pflegefachpersonen bleiben der Pflege trotz allen persönlichen Herausforderungen treu, weil sie eine hohe emotionale Bindung an den Pflegeberuf haben, eine Teilnehmende schildert ihre Erfahrungen folgendermaßen:

„Aufgrund der Arbeitszeiten habe ich 2 Jahre lang versucht, aus dem Pflegeberuf auszusteigen. Aber ging nicht, ich bin zu sehr verbunden mit meinem Beruf: "Einmal Krankenschwester, immer Krankenschwester." Egal was du machst, du wirst es nie ablegen können. Es ist wie bei der Mafia, du weißt zu viel" (Nr. 2215).

Als letzte Gruppe von Gründen für berufliche Pausen nannten neun Befragte **eigene Qualifikationsmaßnahmen**, wie eine Weiterbildung, eine Umschulung oder ein Studium im Pflegeberuf.

Offen bleiben die Gründe der inhaltlichen Dopplungen der Nennungen in Bezug zu den bereits in der vorausgehenden Frage vorgegebenen geschlossenen Kategorien familiäre Gründe, Krankheiten und Qualifizierungsmaßnahmen. Eine Hypothese lautet, dass die Punkte den Teilnehmenden besonders wichtig waren. Die Verifizierung der These können qualitative Vertiefungen der Ergebnisse erbringen.

Als letzte Filterfrage zu diesem Themenkomplex konnten die Teilnehmenden mit beruflichen Pausen die Gesamtlänge ihres zeitweiligen Berufsausstieges quantifizieren. 633 Befragte und damit 99 % dieser Gruppe beantworteten die Frage. Die Spreizung der Dauer des zeitweiligen Berufsausstieges liegt von unter einem Jahr bis zu 20 Jahren, der Mittelwert der beruflichen Pausen liegt bei 4,5 Jahren. Detaillierte Ergebnisse sind Abbildung 9 zu entnehmen.

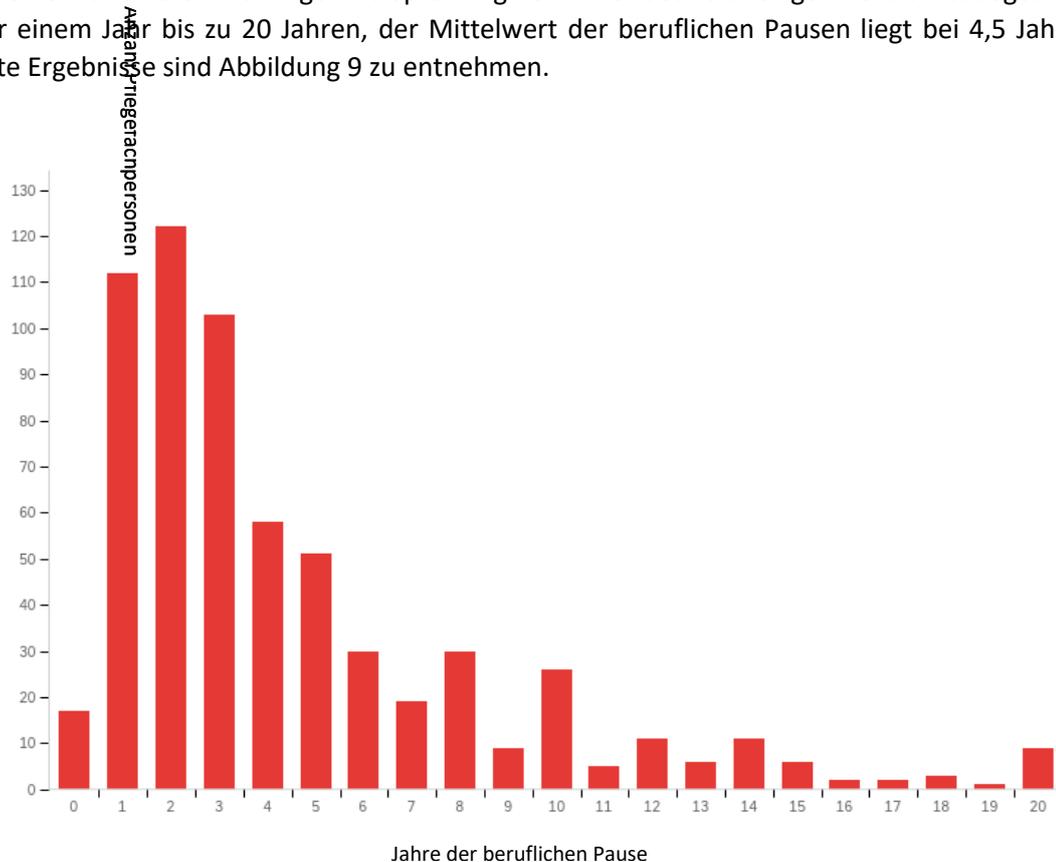


Abbildung 9: Jahre der beruflichen Pausen im Pflegeberuf, n=633

Es zeigt sich, dass die Teilnehmenden am häufigsten Pausen von bis zu fünf Jahren einlegen. Interessant ist, dass Pflegefachpersonen auch nach bedeutend längeren beruflichen Pausen von bis zu zwanzig Jahren in ihren Beruf zurückkehren. Mutmaßlich spielt die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für diese Befunde eine große Rolle. Zudem zeigt sich, dass der Wiedereinstieg nach langer Zeit gelingen kann. Für den Themenkomplex wäre erneut vertiefende Forschungsarbeit nötig, um passgenaue Konzepte entwickeln zu können, die den Wiedereinstieg gelingen lassen und den Verbleib im Pflegeberuf sichern.

Kapitel 6.5 widmet sich den Abschlussbemerkungen den Studienteilnehmer*innen.

6.5 Abschlussbemerkungen – Attraktivität des Pflegeberufs zurückgewinnen

Die Abschlussfrage gab den Befragten nochmals Raum, Mitteilungen zu tätigen, sie lautete:

„Möchten Sie uns abschließend noch etwas mitteilen? Notieren Sie dies in das Freifeld.“ (Kuhn et al. 2020)

Von den 1884 Studienteilnehmenden, die den Fragebogen bis zum Ende bearbeitet haben, nutzten 385 Personen (20,4 %) die Möglichkeit. Teilweise hinterließen die Studienteilnehmenden ausführliche Texte, teilweise kurze Statements. Wiederum wurden alle Einträge thematisch analysiert (s. Kap. 6.1). Insgesamt konnten 566 Nennungen codiert werden. Diese wurden Hauptthemenfeldern, Themenfeldern und Subthemenfeldern zugeordnet. Die Hauptthemenfelder waren ähnlich gelagert wie bei den

drei anderen Freitextfeldern, allerdings verschiebt die Anzahl der Nennungen die Reihenfolge. Zudem fällt auf, dass sich die in den Äußerungen transportierte Stimmungslage und Intention verschoben hat, die Befragten nehmen vermehrt die Attraktivität des Berufs in den Blick. Ihre Statements zeigen Möglichkeiten, wie die Attraktivität zurückgewonnen werden könnte.

Bei der inhaltlichen Zusammenfassung kristallisierten sich acht Hauptthemenfelder heraus, die in Tabelle 37 aufgeschlüsselt sind. Die zugeordneten Unterthemenfelder sind den jeweiligen Kapiteln des Berichtes zu entnehmen. Sie finden dort die inhaltliche Beschreibung und z.T. eine tabellarische Aufschlüsselung.

Kapitel	Hauptthemenfelder	Anzahl Nennungen (Codierungen)
6.5.1	Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein – Rückmeldungen zur Befragung	188
6.5.2	Arbeitsbedingungen in der Pflege	118
6.5.3	Berufsethos – der Wertekompass im Berufsalltag	74
6.5.4	Gesundheit, Überlastung und alternsgerechtes Arbeiten	48
6.5.5	Nachwuchs, berufliche Entwicklung und Bildung	41
6.5.6	Der Pflegeberuf ist attraktiv	41
6.5.7	Bezahlung als Motivator zum Berufsverbleib	33
6.5.8	Berufsausstieg angestrebt	23

Tabelle 37: Abschlussmitteilungen, Hauptthemenfelder

Die Einträge der Studienteilnehmenden wurden inhaltlich zusammengefasst, die Ergebnisse sind in absteigend nach Anzahl der Nennungen in den nachfolgenden Unterkapiteln aufbereitet.

6.5.1 Pflegeberufekammer SH – Forderungen & Rückmeldungen zur Befragung

Die Abschlussmitteilungen der Studienteilnehmer*innen wenden sich häufig an die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein als Initiatorin der Befragung (188). Erneut sind 73 ablehnende und 60 zustimmende Eintragungen zur Verkammerung zu finden. Darüber hinaus wurden die 55 Eintragungen speziell zur Befragung hier eingeordnet. Die differenzierte Aufstellung der zugeordneten Themenfelder und Subthemenfelder sowie deren jeweilige Häufigkeit ist Tabelle 38 zu entnehmen.

Hauptthemenfeld (Anzahl der Codes)	Zugeordnete Themenfelder (Anzahl der Codes)	Subthemenfelder (Anzahl der Codes)
Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein (PBK SH) – Forderungen & Rückmeldungen zur Befragung (188)	PBK SH Ablehnung / Kritik (73)	PBK SH abschaffen (31)
		Ablehnung Pflichtmitgliedschaft (17)
		Ablehnung Pflichtbeitrag (14)
		Arbeit der PBK SH kritisiert (11)
	PBK SH Forderungen / Zustimmung (60)	Unterstützungsappelle (23)
		Ermutigung, Fortbestand (17)
		Mitwirkung in der Politik (12)
		Öffentlichkeitsarbeit (6)
		Corona als Neustart (2)
		Kostenfreie Weiterbildung (1)
	Befragung zur Arbeitszufriedenheit (55)	Dank für die Durchführung (25)
		Rückmeldungen zur Befragung (20)
Ergebnisse veröffentlichen (10)		

Tabelle 38: Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein / Befragung, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder

Unter den Abschlussmitteilungen finden sich 73 die **Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein ablehnende Nennungen** aus 63 Fragebögen. 31-mal soll die Pflegeberufekammer abgeschafft werden, die Ablehnung des Pflichtbeitrags wird 17-mal genannt, die Ablehnung der Pflichtmitgliedschaft konnte 14-mal codiert werden.

Elf Äußerungen beziehen sich auf die Arbeit der Pflegeberufekammer, sie wird als intransparent, unnötig und handlungsunfähig bezeichnet. Zudem wird in einem sehr abschätzigen Ton über den Vorstand der Kammer geschrieben. Insgesamt zeigt sich, dass die Ablehnung der Pflegeberufekammer hoch emotionsgeladen ist, in den Einträgen finden sich viele Ausrufezeichen und eine angreifende bis diskriminierende Sprache. Zudem ähneln sich die Äußerungen, sie muten wie Parolen an.

Um die Anzahl und das Antwortverhalten der Kammergegner einschätzen zu können, wurden die ablehnenden Äußerungen aller vier offenen Fragen miteinander abgeglichen. Insgesamt fanden sich 99 Studienteilnehmer*innen, die entweder die Pflegeberufekammer und/oder die Pflichtmitgliedschaft und/oder den Pflichtbeitrag ablehnten. Darunter waren 48 Teilnehmende, die ihre Statements gegen die Pflegeberufekammer durchgängig in mehreren offenen Items platzierten. In 49 Fällen waren es einzelne Nennungen in einem offenen Item. 35 Fälle entfielen auf die ersten 117 Antworten, die nach der internen Verteilung der Befragung eingingen (s. Kap. 3.3), davon platzierten 24 Teilnehmende ihre ablehnenden Statements durchgängig.

Die **Befürworter*innen der Pflegeberufekammer** nutzten ebenfalls die Abschlussbemerkungen, um sich zu positionieren. Es fanden sich 60 Nennungen von 56 Befragten, die sich zustimmend an die Pflegeberufekammer richteten oder deren Unterstützung fordern. Erneut waren sowohl die Wortwahl als auch die Interpunktion emotional: „*Tut endlich was für die Pflege, kämpft für uns! (Fall 232)*“; „*Setzen sie sich mehr ein für Anerkennung und Bezahlung der Pflege!*“ (Fall 357); „*Es wird dringend Zeit für Veränderungen!!!!*“ (Fall 2074), eine Befragte schrieb:

„Die Pflege muss sich als Gruppe besser organisieren, um das Einwirken auf Ihre Interessen besser zu lenken. Wahlsystem der Pflegeberufekammer sollte geändert werden, um mehr interessierten Pflegekräften eine aktive Teilhabe zu ermöglichen.“ (Fall 2059)

Befragte legten umfassende Verbesserungsvorschläge für die Pflegeberufekammer vor, nachfolgend ein Beispiel:

„Bitte werden Sie transparenter, Ich sympathisiere mit der Einrichtung einer Pflegekammer, weiß jedoch bis heute nicht was ich von Ihnen praktisch erwarten darf. Sparen sie sich Briefe an die Heimatadresse (Portokosten!?) -> Nutzung neuer Medien verstärken. Treffen Sie Entscheidungen mit Ihren Mitgliedern zusammen z.B. das Entrichten von Beiträgen sollte nicht über Briefe erfolgen, die einen dezent bedrohenden Charakter haben. Treten Sie positiv in Erscheinung. Zu Zeiten von COVID ist das Einzige was ich von Ihnen bekomme diese Umfrage, Ich möchte Sie an der Seite unseres Ministerpräsidenten sehen bzw. kurze Info erhalten, wenn Sie mit der Landesregierung in diesen schweren Zeiten kommunizieren. Abschließend möchte ich Ihnen sagen . . . geben Sie Gas, nutzen Sie die Chance und das Vertrauen die Ihnen gegeben wurde, fallen Sie positiv auf, seien Sie kommunikativ, wenn es nötig ist, und denken Sie immer daran . . . Sie sind die Vertreter der Pflege nicht ihre Anführer.“ (Fall 2169)

17-mal sind in den Abschlussmitteilungen Dankesworte für die Kammerarbeit, „für die Bemühungen“, „für Ihren Versuch, etwas zu verbessern!!!!!!“ (Fall 1892) o.Ä. zu finden. Die Kammermitglieder wünschen sich **mehr Mitwirkung auf der politischen Ebene** (12):

*„Ich finde die Pflegeberufekammer sehr sinnvoll für mehr politisches Gewicht unseres Berufes.“
(Fall 160)*

Sechs Befragte fordern eine **bessere Öffentlichkeitsarbeit** der Pflegeberufekammer und mehr Information. 2 Teilnehmer*innen sehen die Corona-Pandemie als Option für einen Neustart der Pflege, den die Kammer nutzen sollte.

Anmerkungen zur durchgeführten **Befragung zur Arbeitszufriedenheit** finden sich ebenfalls in den Abschlussanmerkungen. 25 Befragte danken explizit für die umfangreiche Befragung, die tolle Arbeit, die Art der Befragung wird wertgeschätzt. Teilweise werden die Dankesworte mit Hoffnungen auf Besserung im Pflegeberuf verbunden:

„Ich hoffe für alle Klienten und Kollegen auf Besserung im Bereich Pflege“ (Fall 2159).

Kritische Einschätzungen und allgemeine Rückmeldungen äußerten 20 Befragte. Drei Befragte empfanden die

„Befragung als überflüssig, denn die Probleme der Pflege sind hinlänglich bekannt“ (Fall 166).

Mehrheitlich ging es in den Rückmeldungen um einzelne Items, die aus Sicht der jeweiligen Befragten anders gestaltet werden könnten. Wenige wandten sich gegen die Fragelogik des Tools nach Neuberger und Allerbeck (2014). Darüber hinaus gab es Anmerkungen, dass Befragte mehr Zeit gebraucht hätten als angegeben. Zweimal wurde die Befragung zur Pflegekammer gewünscht.

Die Teilnehmenden zeigten sich **interessiert an den Ergebnissen der Befragung**. Zehn Teilnehmende forderten die baldige *Veröffentlichung der Ergebnisse, die Information der Kammermitglieder, die Weiterleitung der Anregungen*, o.Ä. Diese Äußerungen sind Hinweise auf die Hoffnung der Pflegefachpersonen: *„Ich hoffe, diese Umfrage bewirkt etwas!!“ (Fall 1879)*. Sie sehen ihre Pflegeberufekammer in der Pflicht, mit den Ergebnissen für Veränderungen einzutreten:

„Positive Ergebnisse und dass sie sich ernsthaft für uns einsetzen“ (Fall 1616);

„Zackig handeln nach all den Erkenntnissen, die alle nicht neu sind.“ (Fall 1006)

Diesen Auftrag sollte die Pflegeberufekammer im Sinne ihrer Mitglieder annehmen, es steht zu vermuten, dass sich dadurch die Akzeptanz bei den Zweiflern erhöhen könnte.

Die nachfolgenden Kapitel fächern nochmals inhaltliche Ansatzpunkte zur Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufes auf. Der wichtigste Ansatzpunkt sind die Arbeitsbedingungen.

6.5.2 Attraktive Arbeitsbedingungen in der Pflege – Ansatzpunkte der Befragten

Die Arbeitsbedingungen bieten die meisten Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs, meinen die Befragten. Dem Hauptthemenfeld Arbeitsbedingungen konnten, verteilt auf fünf Themenfelder, 118 Nennungen zugeordnet werden. Die differenzierte Aufstellung der dem Hauptthemenfeld zugeordneten Themenfelder und Subthemenfelder sowie deren jeweilige Häufigkeit ist Tabelle 39 zu entnehmen.

Hauptthemenfeld (Anzahl der Codes)	Zugeordnete Themenfelder (Anzahl der Codes)	Subthemenfelder (Anzahl der Codes)
Attraktive Arbeitsbedingungen in der Pflege – Ansatzpunkte der Befragten (118)	Arbeitszeiten / Dienstzeiten (32)	Familienfreundlichkeit (12)
		Dienstarten in der Pflege (10)
		Urlaub / Freizeit (3)
		Verlässlichkeit / Planbarkeit (3)
		Zeitarbeit (3)
		Wunschkonzeptplan (1)
	Personal (28)	Mehr qualifizierte Pflegefachpersonen (9)
		Mehr Personal (7)
		Personalschlüssel (5)
		Pflegepersonaluntergrenzen (3)
		Interdisziplinarität (2)
		Mehr Pflegehilfskräfte (1)
		Mehr Personal nicht mehr Geld (1)
	Gesundheits- und Pflegesystem (27)	Gewinnorientierung abschaffen (17)
		Privatisierung abschaffen (4)
		Gesundheitssystem umstrukturieren (3)
		Unterstützung der Politik (2)
		Bürokratie reduzieren (1)
	Arbeitsqualität (19)	Qualität der Pflege (8)
		Qualitätsstandards / Überprüfung (8)
		Ausrüstung / Hilfsmittel (3)
	Organisation & Leitung (4)	Anforderungen Pflegebereiche (3)
		Arbeitnehmerrechte (1)
Nur Begriff: Arbeitsbedingungen (8)		

Tabelle 39: Attraktive Arbeitsbedingungen in der Pflege, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder

Das wichtigste Themenfeld beim Frauenberuf Pflege bleibt die **Familienfreundlichkeit** (12). Allerdings scheint dies in manchen Einrichtungen der Pflege nicht so gesehen zu werden, wie eine Befragte äußert:

„Frauen mit kleinen Kindern gibt man kaum Chancen. Die Arbeitszeiten sind katastrophal.“ (Fall 466)

Selbst wenn Pflegefachpersonen mit Kindern motiviert sind, zurückzukehren, stehen ihnen Arbeitszeitmodelle entgegen, die dies verhindern:

„Für Rückkehrer wie mich, die sich überlegt wieder ins Krankenhaus gehen möchte, herrschen trotz Fachkräftemangel keine besseren Konditionen oder Bedingungen keine Flexibilität: Könnte z.B. erst ab 8 h arbeiten, da ich alleinerziehend bin und werde deshalb nicht eingestellt, weil es dafür keine Schicht gibt.“ (Fall 482)

Familienunfreundliche Dienststrukturen dürfen hochqualifizierten Pflegefachpersonen mit Kindern nicht den Weg zurück verbauen.

„Familienfreundlichkeit wäre ein wichtiger Punkt. Mit Kleinkindern in Kita und Grundschulalter konnte ich leider nicht zurückkehren nach meiner Elternzeit. Nun habe ich unbezahlten Urlaub für mehrere Jahre genommen, weil kein vernünftiger Dienst für mich frei ist, die ich in meiner besonderen Situation wahrnehmen kann. (ich bin Fachkraft mit diverse Weiterbildungen und Fortbildungen, also gut ausgebildet).“ (Fall 2025)

Diese Zitate zeigen deutliche Verbesserungspotenziale auf, wenn man es ernst meint mit dem Wiedereinstieg und der Aufstockung von Teilzeitstellen. Die sog. *stille Reserve* kann unter den beschriebenen Bedingungen nicht erweckt werden. Entsprechende Maßnahmen sollten darauf abzielen, diese Ressource zu nutzen. Es würde das Pflegesystem stützen und gleichzeitig die Pflegefachpersonen vor Altersarmut schützen, wie die Befragten betonen:

„Dazu bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, denn Altersarmut entsteht auch durch viele Jahre Teilzeitarbeit wegen der Versorgung von Kindern und pflegebedürftiger Angehöriger, u.a. wegen fehlender Betreuungsmöglichkeiten vor allem in der Provinz.“ (Fall 1193)

In dem Zusammenhang sollte berücksichtigt werden, dass die Affinität für eine Berufswahl in der Pflege familiär weitergegeben werden kann, es gibt Hinweise in den Einträgen, dass **mehrere Generationen in der Pflege** tätig sind:

„Hab eine wunderbare Tochter, die sich auch für den Beruf entschieden hat und möchte dass sie Bedingungen vorfindet, damit sie in diesem Beruf bleibt. Sie hat 2 Kinder und ist auch in der Leitung tätig, wir wissen um familienfreundliche Dienstzeiten. Wir benötigen helfende Hände in der Pflege und Lockerung von rigiden Strukturen.“ (Fall 1946)

Das Ansehen des Pflegeberufes wäre nachhaltig zu sichern, damit der Beruf auch innerfamiliär weiterempfohlen werden kann. Es darf nicht das Gegenteil passieren, dass Kinder aufgrund der Situation ihrer im Pflegeberuf tätigen Eltern keinesfalls diesen Beruf ergreifen wollen und auch ihren Freundeskreis davon abraten würden.

Bei den **Dienstarten** (10) gäbe es ebenfalls deutliche Verbesserungspotentiale, meinen die Teilnehmenden. Es sollte nicht so selbstverständlich sein, dass Wochenenden und Feiertage sowie Nachtdienste Arbeitszeit sind.

Freie Wochenenden sind den Befragten wichtig:

„Auch wir brauchen freie Wochenenden!“ (Fall 157).

Es dürfen nicht mehr als zwei Dienstwochenenden im Monat sein (vgl. Fall 883). Der Tag nach dem Nachtdienst ist im Empfinden der Befragten kein freier Tag (vgl. Fall 292). Im Sinne der Gerechtigkeit könnte darüber nachgedacht werden, ob in Teilzeit arbeitende Pflegefachpersonen genauso viele Wochenenden und Feiertage arbeiten müssen wie Vollzeitbeschäftigte:

„Auch als Teilzeitkraft habe ich immer jedes 2. Wochenende und jeweils Weihnachten oder Sylvester, Ostern oder Pfingsten gearbeitet, genau wie eine Vollzeitkraft. Das ist nicht gerecht, aber in unserem Beruf ja nicht anders möglich.“ (Fall 549)

Vielleicht ließen sich neue Ansätze finden, wenn solche Modelle nicht absolut gesetzt würden.

Teilnehmende Pflegefachpersonen empfehlen mehr Urlaub:

„Um Überlastung zu vermeiden, könnte man auch über mehr Urlaub nachdenken, mindestens 30 Tage für alle.“ (Fall 341)

Die Äußerung gibt einen Hinweis darauf, dass es differierende Urlaubsansprüche je nach Arbeitsvertrag gibt. Gefordert werden darüber hinaus mehr freie Tage:

„Mich würde es freuen, wenn dem Personal mehr freie Tage zustehen würden.“ (Fall 1246)

Zudem soll der Urlaub tatsächlich Freizeit sein und nicht erwartet werden, dass ggfs. liegengebliebene Leitungsaufgaben aufgearbeitet werden (vgl. Fall 472).

Erneut wird Planbarkeit und Verlässlichkeit verlangt, in einem Wunschdienstplan sieht eine Befragte eine gute Lösung.

Die Befragten fordern auch in den Abschlussmitteilungen **mehr Personal**, qualifiziertes Pflegepersonal fehlt und wird wohl immer weniger, eine Befragte wendet sich an die Politik:

„Bitte an die Politik: Mehr Pflegepersonal, weil es ein wichtiger, verantwortungsvoller Beruf ist! Die guten Pflegekräfte gehen, die eher Unqualifizierten bleiben, wenn sich nicht bald etwas ändert!!!“ (Fall 841)

Ein an den Pflegebedarf angemessener **Personalschlüssel** wäre ein gutes Instrument zur Attraktivitätssteigerung meinen die Befragten:

„Der entscheidende Punkt, um Pflegefachpersonal in ihrem Beruf zu halten, ist meiner Meinung nach die Verbesserung des Personalschlüssels auf Station. So kann eine Überlastung des Pflegepersonals verhindert werden, die Arbeitszufriedenheit steigt erheblich und die Patienten sind besser versorgt!“ (Fall 2490)

Eine Teilnehmerin priorisiert zusammenfassend die Faktoren zur Attraktivitätssteigerung:

„Meiner Meinung nach ist ein guter Personalschlüssel unter zugewandten Bedingungen ansprechender als die Bezahlung. (Fall 1197)

Kritisch gesehen werden die vom Gesetzgeber installierten **Personaluntergrenzen**, sie scheinen nicht zur beruflichen Realität in den verschiedenen Pflegebereichen zu passen, wie das nachfolgende Zitat belegt:

„Untergrenzen, nett gemeint, für uns total dumm gelaufen. Wir gelten als Reha mit Phase B Patienten (heißt 1 PK auf 5! Patienten!). Wir sind aber einer Intensivstation gleichgestellt, was leider nicht berücksichtigt wird. Werden auch dementsprechend vergütet aber wie sollen wir bei beatmeten Patienten morgens alleine 5 von diesen betreuen?!?“ (Fall 1007)

Daneben wünschen sich Befragte mehr Interdisziplinarität und mehr Hilfskräfte.

Den dritten Ansatzpunkt zur Steigerung der Attraktivität im Pflegeberuf verorten die Teilnehmenden auf der Makroebene des **Gesundheitssystems**.

17 Teilnehmende fordern, die **Gewinnorientierung** im Gesundheitssystem und somit auch in der Pflege abzuschaffen.

„Mit Gesundheit sollte kein Geld verdient werden, das würde vieles einfacher machen.“ (Fall 1183)

„Das ganze Krankenhauswesen muss sich anders aufstellen. Die Arbeit mit kranken Menschen darf nicht gewinnorientiert verrechnet werden.“ (Fall 180)

„Um die Pflege wieder attraktiv zu machen, bedarf es sofortiges Handeln und sofortiges Umdenken der Personen, die die Zügel in der Hand haben. Schluss damit, rein wirtschaftlich zu denken! Menschenleben sollte mehr Wert sein als Geld!“ (Fall 594)

Die zunehmende **Privatisierung** wird sehr kritisch gesehen, Befragte meinen:

„Pflege gehört in die kommunale Hand“ (Fall 2233).

Die Privatisierung soll rückgängig gemacht werden, fordern Befragte. Das ganze System soll entsprechend umstrukturiert werden und im Sinne der Menschen mit Pflegebedarf besser zusammenarbeiten:

„Wünschenswert wäre ein besseres Miteinander aller Berufsgruppen und Dienstleister im Gesundheitswesen. Dadurch würde in allen Bereichen enorm Ressourcen gespart werden, was wiederum die Versorgung verbessern würde.“ (Fall 2263)

Das Gesundheitsministerium soll mehr unterstützen und es braucht mehr Frauen in leitenden politischen Positionen meinen Teilnehmer*innen.

Die Pflegearbeit im Akkord wirkt sich auf die Pflegequalität aus (vgl. Fall 1356). Das Tempo führt zu Überlastung, welche fehleranfällig ist, **Pflegequalität** leidet, eine Befragte schildert die Kausalkette:

„Über-Belastung führt zu Stress, Stress führt zu Fehlern, Fehler und Stress führen zu Konkurrenz, Konkurrenz zerstört das Miteinander, Vereinzeln erhöht die Belastung des Einzelnen - ein Teufelskreis, der durchbrochen werden muss.“ (Fall 835)

In dieser Situation verursachen die vielen Qualitätsprüfungen weiteren Druck und Verunsicherung, mangelhafte Pflegequalität wird wohl bestraft:

„Zu viel Abzüge durch Medizinischen Dienst, hoher Aufwand der Kontrollen. (kein Vertrauen?)“ (Fall 1180)

Andererseits bemängeln Befragte, dass die Kontrollinstanzen eben keine Konsequenzen ergreifen:

„Es ist für mich ebenfalls nicht nachvollziehbar, dass eine dauerhafte unverantwortliche Unterbesetzung offenbar dem MDK oder der Heimaufsicht egal ist!“ (Fall 2265)

Insgesamt scheinen die Kontrollen und Normsetzungen wenig transparent für die Pflegefachpersonen, sie beklagen die fehlenden Ressourcen:

„Viele fremde Stellen sagen was wir zu tun haben, ohne Ressourcen dafür bereitzustellen, zum Beispiel MDK, Krankenkasse, Gerichte, Gesundheitsamt und die Öffentlichkeit“ (Fall 1225).

Eine Befragte fasst die Misere von Pflegequalität, eigenen fachlichen Ansprüchen und externer Kontrolle so zusammen:

„Ich habe es so satt, was diese irren MDK Prüfungen betrifft. Expertenstandards finde ich einfach nur noch lächerlich in Zeiten wo ich kein Personal habe was weder ausreichen schreiben, lesen und verstehen kann. SIS ist keine schlanke Doku die Zeit spart. Ich würde am liebsten sofort komplett die Pflege verlassen, weil ich keinem Kunden mehr gerecht werde und mir immer Betrug und schlechte Pflege seitens der Kassen unterstellt wird. Langsam hasse ich meinen Beruf!“ (Fall 829)

Diese Statements zeigen nochmal, dass es viele Pflegefachpersonen gibt, die bereit sind zu gehen und es entsprechend große Anstrengungen braucht, um den Beruf wieder attraktiver zu machen.

Wenn dann noch die sächlichen Grundlagen zur Berufsausübung wie **Umkleide- und Aufenthaltsräume und Pflegehilfsmittel fehlen** (3), trägt dies nicht zur Motivation bei, obwohl es ein einfach zu regelnder Punkt sein könnte.

An die Leitungsebene der Einrichtungen richten sich Bitten um bessere Organisation

„Das Personal sollte nicht im Haus umher gereicht werden!“ (Fall 157)

Die Teilnehmenden fordern die gleiche Beachtung aller verschiedenen Arbeitsbereiche mit ihren jeweiligen Erfordernissen.

Die Pflegequalität leitet über zu den Eintragungen, welche dem Berufsethos zugeordnet wurden. Es zeichnet sich es eine große Schnittmenge ab. Unterstützungsansätze müssen folglich mehrere Ebenen umfassen

6.5.3 Berufsethos – Unterstützungsoptionen im Berufsalltag

Dem Hauptthemenfeld Berufsethos konnten 77 Nennungen zugeordnet werden. 45 Nennungen zeigen Belastungen auf, 29 Nennungen entfallen auf mögliche Motivatoren. Die differenzierte Aufstellung der dem Hauptthemenfeld zugeordneten Themenfelder und Subthemenfelder sowie deren jeweilige Häufigkeit ist Tabelle 40 zu entnehmen.

<i>Hauptthemenfeld (Anzahl der Codes)</i>	<i>Zugeordnete Themenfelder (Anzahl der Codes)</i>	<i>Subthemenfelder (Anzahl der Codes)</i>
<i>Berufsethos – Unterstützungsoptionen im Berufsalltag (74)</i>	Belastungen (45)	Moralische Belastung / schlechtes Gewissen (21)
		Verletzung der Menschenwürde (14)
		Ausnutzen / Missbrauch (10)
	Mögliche Motivatoren, Perspektive auf Unterstützung von Anderen (27)	Anerkennung (15)
		Wertschätzung (9)
		Unterstützung Politik (3)
Mögliche Motivatoren, Perspektive Selbstwirksamkeit (2)	Verantwortung, Selbstbestimmung (2)	

Tabelle 40: Berufsethos - Unterstützungsoptionen, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder

Die Belastungen des moralischen Wertekompasses und des eigenen Berufsethos verursachen Moral Distress wie bereits in den Vorkapiteln dargestellt. Dieser führt zu negativen Konsequenzen für die Pflegefachpersonen und für pflegerische Versorgung der Gesellschaft, sei es die Reduktion des Stellenumfangs:

„Es ist immer noch mein Traumberuf. Da die Bedingungen aber immer schlechter werden und ich das nicht mit meinem Berufsethos vereinbaren kann, habe ich ab Mai meinen Stellenanteil noch mal reduziert.“ (Fall 210)

Oder die moralische Belastung und das verletzte Berufsethos können den Berufsausstieg nach sich ziehen:

„Ich steige aus diesem Beruf aus, weil ich es nicht mehr ertrage, dass ich meine Patienten oft nicht menschenwürdig versorgen kann. Oft liegen kranke Menschen stundenlang in ihren Ausscheidungen, weil ich allein für zu viele, zu kranke Patienten zuständig bin. Ich fühle mich oft wie eine Kriminelle, dass ich in diesem System mitmache.“ (Fall 207)

Es gibt Hinweise auf innere Kündigung:

„Alle in meiner Generation haben einmal "gebrannt" für ihren Beruf. Nur wer brennt, kann auch ausbrennen...“ (Fall 254).

Der Moral Distress ist ein generelles Phänomen, alle Pflegebereiche sind betroffen, wie die folgenden Zitate belegen, beginnend mit der Situation im Krankenhaus:

„Im Nachtdienst auf einer inneren od. chirurg. Station mit z.T. bis zu 35 manchmal gar 40 z.T. schwerstpflegebedürftigen Menschen ist einfach nur der Horror und wenn man über das Wort "Verantwortung" nachdenkt und sich klar ist, was es bedeutet...einfach nur eine KATASTROPHE...!! Vermeidbare Pflegefehler aus Zeitmangel z.B. Entstehung von Dekubiti da nicht ausreichend gelagert wird etc. etc. Das wird aber alles hausintern "gedeckt" und totgeschwiegen. Wir wissen alle, WIE wir unsere Arbeit, die Pflege tun sollten, nämlich so wie wir es auch gelernt haben, nur in der Realität sieht es anders aus.“ (Fall 1878)

In der Altenpflege sieht es nicht besser aus, ein exemplarisches Zitat zur Situation:

„Die Verantwortung ist durch Krankenstand u d Zeitarbeiter oft nicht mehr tragbar...1 PFK für 87 Bewohner auf 2 Etagen und insgesamt nur zu 6 oder 7 in der Schicht - heißt: PFK ist teilweise voll mit in der Pflege...irgendwann kann und will man einfach nicht mehr, weil der Bewohner das schwächste Glied ist und man SO keinem mehr gerecht werden kann.“ (Fall 915)

Die Kinderkrankenpflege kämpft mit den gleichen Problemen:

„Ich habe meine Tätigkeit in der Kinderkrankenpflege immer sehr gern gemacht, Stelle aber gerade im häuslichen Bereich fest, das Qualität nicht gewertschätzt wird und Missstände häufig nicht gesehen werden, selbst nach Angaben von Details und Pflegefehlern von Kollegen, die zu schweren Gefährdungen führen können. Nach dem Motto, Hauptsache die Dienste sind besetzt! Ich kann das mit meinem Gewissen nicht mehr vereinbaren. Es geht um Kinder!!!!“ (Fall 1998)

Hochqualifizierte Pflegefachpersonen fühlen sich ausgebeutet und alleine gelassen:

„Ich bin sehr gut ausgebildet, bilde mich sehr aktiv weiter, arbeite in einem sehr anspruchsvollen, verantwortungsvollen Bereich, habe viel zu wenig Zeit für meine Kinder und habe am Ende des Monats kaum mehr als Harz 4.“ (Fall 644)

Sie haben

„das Gefühl, dass es nie genug ist, was man auf der Arbeit leistet. Anerkennung erhält man auch selten.“ (Fall 1197).

Die Frustration ist hoch:

„Es ist sehr bitter zu sehen besonders die jetzige schwere Zeit wie respektlos und wie wenig Beachtung unser Beruf bekommt.“ (Fall 1076)

Es fallen Begriffe wie *Fußabtreter, Beschimpfungen, Anschreien, schlechtes Benehmen, Ausbeutung, Respektlosigkeit, etc.* oder Äußerungen wie

„wir werden total verarscht von der Politik.“ (Fall 2398)

Unterstützende Motivatoren, die die Attraktivität des Pflegeberufs steigern könnten, richten sich bei den Abschlussbemerkungen an die gesellschaftliche und politische Ebene und an die Arbeitgeber. Gefordert werden mehr oder überhaupt **Anerkennung** (15), erneut sind die Äußerungen hochemotional und zeigen dadurch die persönliche Betroffenheit:

„Ich finde es empörend das einige Pflegehelfer das gleiche Gehalt bekommen wie Paketdienste und noch weniger Anerkennung! Es scheint vor der Krise keiner gemerkt zu haben das wir mit Menschen arbeiten und nicht nur „Hintern putzen“. (Fall 176)

Die Anerkennung soll über die Corona-Krise hinausreichen, verlangen die Befragten:

„Ich wünsche mir, dass die Anerkennung unserer Berufsgruppe gegenüber, in der Politik und unserer Gesellschaft, während der Coronakrise, nicht wieder vergessen ist, sobald alles wieder vorbei ist.“ (Fall 1121)

Mit neun Nennungen ist die **Wertschätzung** die zweithäufigste genannte Unterstützungsmöglichkeit im Themenfeld der ethischen Motivatoren. Der Beruf als solches soll geschätzt werden:

„Ich habe einen wirklich tollen Beruf gelernt, nur leider wird dieser von der Bevölkerung nicht wertgeschätzt und angesehen.“ (Fall 2040)

Der **pflegefachlichen Qualifikation** ist ebenfalls die ihr gebührende Wertschätzung entgegenzubringen:

„Ich habe dual Pflege studiert und mein Arbeitgeber, welcher mir diese Ausbildung angeboten hat, honoriert das in keiner Weise. Nicht durch eine bessere Bezahlung und auch nicht durch Perspektiven zur beruflichen Weiterentwicklung. Das ist sehr frustrierend.“ (Fall 443)

Dies drückt sich sowohl in adäquaten Stellen als auch der entsprechenden Bezahlung aus. Das Zitat hat Überschneidungen zu den Themenfeldern Berufliche Entwicklung (s. Kap. 6.5.5) und Bezahlung (s. Kap. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Deshalb müssten gute Unterstützungsansätze übergreifend gedacht werden. Die Gesellschaft steht in der Pflicht, meinen die Befragten, die

„Politik sollte endlich zu ihren Versprechungen stehen!! (Fall 2001).

Motivatoren auf Ebene der Selbstwirksamkeit wären, den Pflegefachpersonen die Verantwortung zukommen zu lassen, die ihnen gebührt, eine deutliche Zunahme der Selbstbestimmung wäre förderlich (vgl. Fall 883). Ein erster Ansatz könnte die Umsetzung der gesetzlich zuerkannten Vorbehaltsaufgaben sein. Die ethische Entlastung führt auch zur gesundheitlichen Entlastung, nochmals in den Blick nimmt.

6.5.4 Gesundheitliche Entlastung, altersgerechtes Arbeiten & Covid19-Pandemie

Die aktuellen Arbeitsbedingungen zeitigen in vielen Fällen gesundheitliche Auswirkungen. 48 Nennungen lassen sich dem Hauptthemenfeld Gesundheit zuordnen. Die differenzierte Aufstellung der dem Hauptthemenfeld zugeordneten Themenfelder und Subthemenfelder sowie deren jeweilige Häufigkeit ist Tabelle 41 zu entnehmen.

Hauptthemenfeld (Anzahl der Codes)	Zugeordnete Themenfelder (Anzahl der Codes)	Subthemenfelder (Anzahl der Codes)
Gesundheitliche Entlastung, altersgerechtes Arbeiten und Covid19 Pandemie (48)	Gesundheit stärken (20)	Zeitdruck mindern (7)
		Körperliche Entlastung (4)
		Psychische Entlastung (4)
		Kranke Kolleg*innen (2)
		Arbeitssicherheit (2)
		Gesundheitsförderung (1)
	Covid19 Pandemie (16)	Perspektive nach Corona (6)
		Applaus / Bonuszahlung (5)
		Fehlende Schutzausrüstung / Gefahr zu sterben (4)
		Hierarchie (1)
	Alternsgerechtes Arbeiten / Rente (12)	Wertschätzung für Ältere (4)
		Früherer Renteneintritt (8)

Tabelle 41: Gesundheitliche Entlastung, altersgerechtes Arbeiten & Covid19-Pandemie, Aufschlüsselung der Themenfelder und Subthemenfelder

Der **Pflegeberuf kann unter den aktuellen Rahmenbedingungen krank machen**, dies belegen nochmals die Eintragungen bei den Anschlussbemerkungen:

„Die katastrophalen Arbeitsbedingungen in der Pflege haben mich bereits wenige Jahre nach meiner Ausbildung krank gemacht. Der ewige Zeitdruck, der Stress und die unausreichenden Erholungszeiten aufgrund ständigen Einspringens machen die Leute krank! Es ist für mich unbegreiflich, dass es zulässig ist, das Pflegepersonal 10 und mehr Tage am Stück arbeiten müssen!“ (Fall 2265)

Viele Befragte bleiben bei den Abschlussmitteilungen nicht auf der Ebene der Darstellung der Missstände, sie haben zum Abschluss Appelle und Vorschläge zur Verbesserung der Situation hinterlassen. Befragte empfehlen beispielsweise eine Umstrukturierung des Berufes, um den Zeitdruck zu senken. Sie wünschen sich mehr Zeit für die Familie und für Sport zur eigenen Gesundheitsförderung. Sie sehen darin auch eine Option der Nachwuchssicherung:

„Es ist wichtig das der Beruf Krankenpflege/in unstrukturiert wird, Zeit für die Familie, bessere Bedingungen, bessere Bezahlung und Zeit für sich selbst frei Aktivitäten (Sport usw.), ist sehr wichtig, nur so können wir junge Leute motivieren den Beruf zu lernen.“ (Fall 1170)

Die zeitliche Entlastung würde die eigene Gesundheit und die Attraktivität des Pflegeberufes gleichermaßen stärken.

„Bitte verbessern sie unseren Beruf, denn nur so kann die Arbeit wieder Freude bringen. Es ist ein schöner Beruf der unter den richtigen Umständen (ausreichend Zeit für die Patienten) wieder attraktiv sein könnte.“ (Fall 1284)

Pflegefachpersonen bitten darum, dass Ihnen bei der Ausübung ihres Berufs wieder **ausreichend Zeit** zur Verfügung steht, um ihn mit Freude ausüben zu können:

„Ich möchte mehr Zeit für meine Patienten und das der Beruf für andere attraktiver wird.“ (Fall 1629)

Die Reduzierung des permanenten Zeitdruckes kann das Image des Pflegeberufs stärken. Es wird höchste Zeit für eine gesundheitliche Entlastung, meinen die Befragten:

„Es muss besser werden, aktuell suche ich nach einer Ausbildung außerhalb der Pflege... Gesundheit geht mir vor und die leidet sehr.“ (Fall 399)

Zur **Prävention und Gesundheitsförderung** sind die Betriebe verpflichtet, die gesetzlichen Vorschriften zum Gesundheitsschutz der Mitarbeiter*innen einzuhalten, die Umsetzung scheint aber in der Realität Lücken zu haben, denn Befragte schreiben, wenn

„(...) die Arbeitsmaterialien, Arbeitssicherheit qualitativ hochwertiger wären, wäre ich zufrieden mit meiner Arbeitsstelle. (Schulnote befriedigt) Aber so würde ich es nur mit einer vier bewerten.“ (Fall 1963 117)

Erneut gibt es insbesondere für die geschlossene Psychiatrie Hinweise, dass Befragte sich nicht sicher fühlen, beispielsweise wenn sie allein Nachwache machen müssen, sie empfehlen

„(...) für max. 30 Menschen mind. 2 Pflegepersonen in der Nacht einzusetzen, um bei Bedarf rechtzeitig eine Krisenintervention beginnen zu können.“ (Fall 1622)

Die **COVID-19 Pandemie** (16 Nennungen) nimmt bei den Abschlussmitteilungen ebenfalls Raum ein. Zwei Befragte reklamieren die fehlende Schutzausrüstung und die damit verbundene Gefahr, sich selbst und ggfs. die Angehörigen zu infizieren. Sie fühlen sich verheizt und haben Sorge, an einer Covid19-Infektion sterben zu können, ein eindrückliches, sehr emotionales Statement belegt die Sorge:

„Die Politik spricht immer von Bonuszahlungen für Pflegekräfte. Warum kommt denn nichts an? Weder Bonuszahlungen noch Schutzausrüstung. Es wäre schön, wenn man nicht alle Themen zerredet, sondern dass auch Handlungen folgen. Betriebswirtschaftlich schon sehr schlau, aber ethisch verwerflich. So lange politisch zu diskutieren über irgendwelche Boni, bis die Pflegekräfte vorher schon aufgrund mangelnder Schutzausrüstung elendig an Corona verreckt sind. Klatschen hilft nichts. Es ist schlimm. Erinnert mich immer an die Zeiten der alten Römer, wo das Publikum frenetisch den Einmarsch der Gladiatoren applaudiert hat. Deren Blut ist nicht geflossen und gestorben sind sie auch nicht. Helden des Alltags. Gestern und heute.“ (Fall 158)

Der Applaus und die Diskussion um die Bonuszahlen kommen nicht gut an, auch nicht in Schleswig-Holstein, dass zum Zeitpunkt der Befragung (April/Mai 2020) von der Pandemie im Vergleich zu anderen Bundesländern kaum betroffen war.

Noch weniger gut kommt bei den Befragten an, wenn Einrichtungsleitungen trotz der relativ entspannten Infektionslage ein harsches Regiment führen:

„Es ist schade was unter dem Deckmantel „Corona“ mit dem Pflegepersonal gemacht wird. In unserem Betrieb herrscht nun eine fast schon diktatorische Leitung, mit einem Minimum an Kommunikation, Mitsprache ist gar nicht mehr möglich. Ich bin dabei meine Kündigung einzureichen.“ (Fall 1957)

Bereits zu dem frühen Zeitpunkt der Pandemie, in dem die Befragung stattfand, deutete sich an, dass es Pflegefachpersonen gibt, die aufgrund der Auswirkungen der Pandemie den Beruf verlassen wollen. Interessant ist, dass der schlechte Umgang mit den Mitarbeiter*innen der Grund zu sein scheint, nicht die Pandemie als solches.

Perspektivisch machen sich die teilnehmenden Pflegefachpersonen wenig Hoffnung, dass die Pandemie etwas zur Verbesserung der Situation im Pflegeberuf beitragen könnte:

„Ob nach dieser Coronakrise etwas für die Pflege passiert! Das glaube ich nicht!“ (Fall 411)

Anderer Befragte äußern sich zwar pessimistisch, jedoch scheint die Hoffnung nicht ganz erloschen:

„Ich bin ganz schön pessimistisch in der Richtung, dass sich was ändern wird nach der Corona Krise. Aber lieber werde ich positiv überrascht, als wenn ich zu viel erhoffe und ich negativ überrascht werde.“ (Fall 993)

Andere wiederum fordern positiv gewendet zur Nutzung der Krise als Chance zur Veränderung auf:

„Lasst aus dem Applaus in der Corona-Zeit endlich Protest werden! Wir gehen sonst endgültig unter!“ (Fall 465)

Die Empfehlung lautet, dass sich die Pflegekammern im Sinne ihrer Mitglieder dieser Forderung unbedingt anschließen sollten.

Das Themenfeld des **alternsgerechten Arbeitens** und der ausreichenden **Rente** findet ebenfalls Eingang in die Abschlussmitteilungen. Ältere Teilnehmende wünschen die Anerkennung ihrer Situation:

„Ich möchte als alter Mensch, der noch aktiv in der Pflege arbeitet, wahrgenommen werden“ (Fall 238).

Sie fordern Rücksicht auf altersbedingte Bedarfe:

„Rücksicht aufs Alter. Es zählen einfach nur Köpfe. Wissen, körperliche Gebrechen, Alter werden bei der Arbeit nicht berücksichtigt.“ (Fall 1870)

Es wäre zu empfehlen, den impliziten Wissensschatz älterer Pflegefachpersonen über passgenaue Konzepte wertzuschätzen und zu nutzen.

Wenn es gesundheitlich gar nicht mehr geht, sollte darüber hinaus ein früherer Renteneintritt ohne Abzüge möglich sein, regen die Befragten an. Zudem sollte eine ausreichende Rente im Alter gesichert sein. Arbeitszeiten in Teilzeit, z.B. wegen familialer Sorgearbeiten sollten in der Höhe der Rente Berücksichtigung finden, damit Pflegefachpersonen keine Altersarmut droht (vgl. Fall 1193).

Das nächste Kapitel nimmt das Themenfeld der beruflichen Bildung und Professionalisierung in den Blick

6.5.5 Nachwuchs & berufliche Entwicklung - Professionalisierung

Dem Hauptthemenfeld der Bildung im Pflegeberuf widmen die Befragten 41 Einträge in den Abschlussbemerkungen, sei es zur Professionalisierung (20), zu Nachwuchsgewinnung und Ausbildung (12), und /oder zur eigenen beruflichen Entwicklung (9).

Dem Themenfeld Professionalisierung wurden Äußerungen zur akademischen Pflege zugeordnet. Die meisten Einträge sind klare Statements für die akademische Pflege, das Potenzial soll die Berufsgruppe nutzen, ein Beispiel:

*„Bewusstsein für akademisches Personal in der Pflege muss unbedingt jetzt gefördert werden, wenn man in der Pflege "selbständig" werden will und nicht nur andere über uns entscheiden.“
(Fall 1268)*

Die **akademische Ausbildung** soll andererseits auch die Anerkennung der Kolleg*innen und der Einrichtungsleitungen finden, sowohl in einer entsprechenden Stelle als auch in der Bezahlung. Das Pflege-team darf akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen nicht in Rollenkonflikte stürzen, weil es die akademische Pflege abwertet (vgl. ebd.). Das aus der Literatur bekannte Phänomen zeigt sich auch in dieser Studie, es gibt ablehnende Stimmen:

„Pflege ist ein Handwerk! Es sollte nicht zu studiert werden denn dann hat es nicht mehr so viel mit dem Menschen zu tun den wir vor uns haben, sondern mit den Papieren. Pflege sollte schon validiert sein, aber die Zeit am Patienten darf nicht zu kurz kommen.“ (Fall 1346)

Dieses Statement zeugt von dem Vorurteil, dass über ein Pflegestudium eine pflegeferne Tätigkeit angestrebt wird. Das mag in Deutschland lange Zeit so gewesen sein. Es gab einfach keine Stellen für Tätigkeitsfelder in der direkten Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf. Dass auch dort essentielle professionelle Arbeitsfelder für akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen liegen, scheint noch nicht bekannt zu sein. Hier könnten entsprechende Konzepte ansetzen, die Vorurteile abbauen und Ressourcen im Sinne der Profession Pflege fördern. Ein Stichwort wäre der Skill & Grade-Mix. Dies könnte die professionelle Entwicklung des Berufes als Ganzes und die Vielfalt der Tätigkeitsfelder unterstützen.

Einige Befragte fürchten um die **Gewinnung des Nachwuchses**. Die aktuellen Rahmenbedingungen haben ihrer Meinung nach ihren geschätzten Beruf verändert:

„Es ist so schade und erschreckend, was aus unserem freigestellten, schönen Beruf geworden ist. Unzählige Reformen, gute wie schlechte haben den Beruf ausbluten lassen. Die Generation nach uns ist nicht mehr bereit, zu diesen Bedingungen so zu arbeiten, wie wir dies getan haben. Das ist verständlich!“ (Fall 254)

Die Appelle zur Verbesserung richten sich erneut an die Makroebene von Politik und Gesellschaft:

„Mein Beruf gefällt mir und ich würde mir sehr wünschen, dass er wieder attraktiver wird und in Politik und Gesellschaft mehr Anerkennung findet. Und ich hoffe, dass dadurch wieder mehr junge Menschen diesen Beruf erlernen und ihn dann auch gerne ausüben.“ (Fall 426)

Die Forderungen richten sich genauso eindringlich an die eigene Berufsgruppe, gefordert wird ein gestärktes, neues pflegerisches Selbstbewusstsein aller Pflegefachpersonen:

„Dieses neue Selbstbewusstsein, Selbstverständnis muss unbedingt mit in die Ausbildung!“ (Fall 883)

Die **Bedarfe der Auszubildenden** stehen ebenfalls im Fokus der Befragten, sie brauchen Zeit und Raum zum Lernen, sie dürfen nicht

„(...) gnadenlos verheizt werden, da sie wegen Personalmangel Aufgaben übernehmen "müssen" für die sie noch nicht geeignet sind, ja deren PRAKTISCHE Ausbildung AUF DEN STATIONEN in den letzten 10-15Jahren ja immer weniger wird, da wir die examinierten Kollegen ja immer weniger Zeit für sie haben und es beileibe nicht auf allen Stationen "Praxis-Anleiter" gibt, geschweige denn vom normalen Dienst "freigestellte" Praxisanleiter...Wo soll die praktische Expertise, die SICHERHEIT in den praktischen Tätigkeiten auf der Station also herkommen..??" (Fall 1878)

Die **Praxisanleitung** darf nicht auf Kosten der Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf gehen, sagen die Teilnehmenden, deshalb ist die konsequente

„Freistellung der Praxisanleiter für eine gute und professionelle Pflegeausbildung“ (Fall 2174)

unabdingbar. Dies könnte Pflegefachpersonen umstimmen, welche den Beruf momentan nicht empfehlen würden. Praxisanleiter*innen richten einen Appell an die Pflegeberufekammer:

„Helfen Sie uns, junge Menschen für den Beruf zu begeistern!“ (Fall 1154)

Zudem gibt es Hinweise, dass noch Aufklärung über den Benefit der neuen generalistischen Ausbildung erforderlich sein könnte. Die nötige berufliche Spezialisierung ist nicht in einer dreijährigen Ausbildung zu leisten. Vielmehr legt sie den Grundstein für eine gute professionelle Weiterentwicklung. Danach braucht es „mehr Möglichkeit zur Spezialisierung/Fachweiterbildung“ (Fall 969) fordern Teilnehmende:

„Die Professionalität durch kontinuierliche Weiterbildungsmöglichkeiten zur Kompetenzsteigerung sind mir sehr wichtig“ (Fall 211).

Darüber hinaus ist die Anerkennung der Leistung durch den Arbeitgeber zu erbringen, dies scheint nicht immer der Fall:

„Engagement für Weiterbildung und die Weiterbildung selbst wird nicht gewürdigt vom Arbeitgeber!“ (Fall 1917)

Andere Befragte wiederum berichten, dass ihr Arbeitgeber diese wertvolle Ressource zur Arbeitszufriedenheit genutzt und gefördert hat:

„Ich bin in meinem Bereich sehr gefördert worden, erhielt einige Zusatzqualifikation im therapeutischen Sektor. In der somatischen Pflege hätte ich nicht so lange und so glücklich durchgehalten und verstehe derzeit alle, die nicht mehr so arbeiten möchten. Die psychiatrische Pflege im ambulanten Rahmen ist eine Seltenheit und für mich besonders gut geeignet, aber sicher nicht repräsentativ.“ (Fall 179)

Um der Frage nachzugehen, wie viele Arbeitgeber Weiterqualifikationen unterstützen, entsprechende Stellen schaffen und honorieren, sind neue Forschungen nötig. Die Einträge in den Freifeldern liefern dazu erste Hinweise.

6.5.6 Der Pflegeberuf ist attraktiv – oder soll es zumindest wieder werden

38 Teilnehmende hinterließen 41 Statements zum Themenfeld Attraktivität des Pflegeberufes. Einige Befragte beklagen die Rahmenbedingungen, die den Beruf unattraktiv machen. Diesen Aspekten widmete der Bericht an anderer Stelle viel Raum. Deshalb stellt dieses Kapitel die positiven Rückmeldungen zur Berufstätigkeit im Pflegeberuf in den Mittelpunkt.

14 Pflegefachpersonen mögen trotz den aktuellen Bedingungen ihren Beruf (noch), sie appellieren:

„Der Beruf muss wieder attraktiver werden!“ (Fall 157)

„Dringend den Beruf der Pflege wieder attraktiv machen, wir werden immer weniger in diesem tollen Beruf.“ (Fall 321)

Neun Befragte scheinen sich **ihr je spezielles Tätigkeitsfeld** gesucht zu haben und können dort zufrieden sein. Dabei sind die Felder unterschiedlich, wie die Beispiele belegen:

„Ich arbeite seit 30 Jahren psychiatrisch, ich liebe meinen Job.“ (Fall 1590)

„Ich arbeite auf einer Palliativstation, dadurch repräsentiere ich nicht die Masse der Kollegen, wir haben einen guten Stellenschlüssel.“ (Fall 1650)

„Ich arbeite als OP-Fachschwester, da ist der Pflegenotstand geringer“ (Fall 1652);

„Ich arbeite auf einer Intensivstation, daher bessere Arbeitsbedingungen und Gehalt, mehr Personal als üblich.“ (Fall 2204)

Auch der Stellenumfang kann ein Einflussfaktor auf die Zufriedenheit sein:

„Ich würde immer wieder diesen Beruf wählen, er bringt mir sehr viel Spaß. Als Teilzeitkraft kann ich diese Aussage tätigen!“ (Fall 2201)

Zwei Befragte würden **den Beruf nicht mehr wählen** und drei ihn **nicht weiterempfehlen**:

„Ich würde den Beruf nicht wieder ergreifen und kann es auch niemanden mit gutem Gewissen empfehlen.“ (Fall 1118)

13 Befragte äußern sich mit ihrem Beruf zufrieden, einige hätten nichts gegen Verbesserungen einzuwenden, diese könnten auf jeden Fall motivieren:

„Ich bin gerne Krankenschwester, und würde mich über stabilere Arbeitsbedingungen freuen.“ (Fall 1052)

Andere stellen fest

„Pflege ist für mich ein wunderbarer Beruf“ (Fall 1857)

„I am proud to be a nurse“ (Fall 900).

Das nächste Kapitel wendet sich der Bezahlung als Motivator zu.

6.5.7 Bezahlung - Motivator zum Berufsverbleib

Die Bezahlung ist und bleibt ein wichtiger Motivator, dies zeigen die 33 Einträge zum Abschluss der Befragung. Anerkennung drückt sich auch im Gehalt aus, wie eine Befragte schreibt:

„Wir benötigen mehr Anerkennung im Beruf, dies impliziert auch ein angemessenes Gehalt für diese verantwortungsvollen Aufgaben. Wird sich das Grundgehalt nicht verändern, so werden junge Menschen sich kaum für den Pflegeberuf entscheiden. Denn bei aller Anerkennung möchte man eine Familie ernähren und seine Miete zahlen können. Sozialberufe werden viel zu schlecht bezahlt, dabei sollten gerade diese durch ihre wichtigen Funktionen und Aufgaben für die Gesellschaft honoriert werden.“ (Fall 379)

Gefordert wird eine *bessere Bezahlung*, ein *angemessenes Gehalt*, gar *das doppelte Gehalt*, etc. Die Entlohnung soll leistungsgerecht und qualifikationsbezogen sein. In der Altenpflege soll das gleiche Gehalt gezahlt werden wie in der Krankenpflege fordern die Studienteilnehmer*innen.

Selten steht die Forderung nach höherer Bezahlung alleine, sie wird zusammen mit mehr Personal, mehr Urlaub, mehr Anerkennung, mehr Wertschätzung, mehr Familienfreundlichkeit, früherem Renteneintritt, etc. als Motivatoren zur Steigerung der Attraktivität angeführt.

Zuschläge spielen mit drei Nennungen in den Abschlussmitteilungen keine große Rolle mehr. Tarifregelungen werden nur einmal genannt:

„Weihnachtsgeld als Bestandteil eines flächendeckenden Tarifvertrags wäre wünschenswert und TöVD Anpassung für alle.“ (Fall 1607)

Gerade einheitliche, gutdotierte Tarifverträge böten die Möglichkeit der Umsetzung der Forderung nach besserer Bezahlung. Die Antworten weisen darauf hin, dass diese Zusammenhänge vielen Pflegefachpersonen nicht bewusst sein könnten. Zur Stärkung der Berufsgruppe könnten Gewerkschaften und Kammern in Zukunft gut zusammenarbeiten, es böte sich ein weites Feld.

Gemeinsames Ziel könnte es sein, einen Berufsausstieg zu verhindern. Diesem Themenfeld widmet sich abschließend noch einmal das nächste Kapitel.

6.5.8 Berufsausstieg angestrebt – Hinweise in den Abschlussbemerkungen

Unter den Abschlussmitteilungen konnten in zwanzig Datensätzen 23 Nennungen zum Thema Berufsausstieg codiert werden. Einige schildern ausführlich ihre Gründe, welche sie zur Erwägung des Ausstieges bewegen. Andere schreiben lediglich:

„Bin dabei, mir etwas Besseres zu suchen“ (Fall 104)

oder etwas ausführlicher:

„Ich versuche, den Pflegebereich ganz zu verlassen und hoffe, es klappt bald. Ich habe einfach nur genug.“ (Fall 399)

Wie bereits an anderen Stellen des Berichtes umfassend beschrieben, führen die Arbeitsbedingungen zu solchen Entscheidungen. Insbesondere die moralische Belastung scheint ein dominanter Trigger zu sein:

„Mir ist es wichtig, dass der Patient/Mensch im Mittelpunkt steht und nicht wie leider zurzeit der Profit. Das ist wohl neben den Arbeitsbedingungen einer der größten Punkte, weshalb ich mir nicht vorstellen kann in diesem Berufsfeld zu bleiben.“ (Fall 2050)

Gerade an der Stelle sollten entsprechende Konzepte ansetzen, um den Exodus aus der Pflege zu verhindern. Erste Anhaltspunkte lieferten die Einträge der Studienteilnehmer*innen. Kapitel 7 leitet erste Bausteine für Entlastungs- und Unterstützungskonzepte ab.

7 Die Antworten - Zusammenfassung & Diskussion

Die Studie hatte zum Ziel, die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein zu erheben. Die standardisierte Messung der spezifischen und der allgemeinen Arbeitszufriedenheit nach Neuberger und Allerbeck ergab zusammenfassend, dass die schleswig-holsteinischen Pflegefachpersonen unzufrieden mit ihrer Arbeit sind. Und: In Analogie zum psychologisch relativ stabilen Konstrukt der Arbeitszufriedenheit sind sie das schon länger. Die umfangreichen statistischen Prüfungen der Ergebnisse sind Kap. 5 zu entnehmen.

An dieser Stelle widmet sich der Bericht den Anhaltspunkten für passgenaue Interventionen zum Berufsverbleib, welche aus der Zusammenschau der standardisierten Ergebnisse und der Auswertung der offenen Items abzuleiten sind. Dies geschieht, dem Aufbau des Befragungsinstruments folgend auf drei Ebenen.

Den ersten Schwerpunkt nehmen die Aspekte ein, die zur Sicherung des Berufsverbleibs der Pflegefachpersonen dienen können, die aktuell im Pflegeberuf stehen. Sie waren die Zielgruppe, an die sich die Befragung wandte. Differenzierte Einblicke in die Korrelationen zwischen der Arbeitszufriedenheit und der Berufserfahrung, dem Tätigkeitsfeld und der Funktion wurden ausführlich in den Kapiteln 5.2, 5.3 und 5.4 dargelegt. Die ausführliche Analyse der Einträge im Freitextfeld findet sich in Kap. 6. Erste zusammenführende Anhaltspunkte für passgenaue Interventionen sind in Kap. 7.2 aufbereitet.

Die im Beruf tätigen Pflegefachpersonen konnten darüber hinaus die Perspektive der Kolleg*innen einnehmen, welche aus dem Beruf ausgestiegen sind und überlegen, was sie zu einem Wiedereinstieg motivieren könnte. Die detaillierte Analyse findet sich in Kap. 6.3. Diese Empfehlungen decken sich naturgemäß weitgehend mit den Aspekten, welche den eigenen Berufsverbleib sichern können. Kap. 7.3 nimmt deshalb ergänzend die Empfehlungen zu Wiedereinstieg auf.

Die dritte Forschungsfrage suchte Antworten auf die Frage, ob die Erhöhung des Beschäftigungsumfangs von in Teilzeit arbeitenden Pflegefachpersonen Potentiale bietet, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Die statistischen Analysen der Korrelation der Arbeitszufriedenheit von in Teilzeit beschäftigten Studienteilnehmer*innen sind in den Kap. 5.2 und 5.3 zu finden. Die detaillierte Analyse der Antworten der in Teilzeit beschäftigten Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein bietet Kap. 6.4. Die sich aus den umfangreichen Ergebnissen abzuleitenden Anhaltspunkte für passgenaue Interventionen fasst Kap. 7.4 zusammen.

Dass es eine nicht unerhebliche Anzahl von Pflegefachpersonen gibt, die den Beruf verlassen, ist bekannt, ansonsten wäre das Befassen mit dem Wiedereinstieg unnötig. Obwohl die vorliegende Studie keine diesbezügliche Fragestellung enthielt, deutete sich bereits bei der ersten Datenschau der offenen Einträge im Sommer 2020 an, dass das Phänomen auch unter schleswig-holsteinischen Pflegefachpersonen bedeutend sein könnte. Die jetzt durchgeführte vollständige Analyse ermöglicht konkretere Aussagen. Die detaillierte Aufbereitung der von den Studienteilnehmer*innen benannten Gründe finden sich in den Kapiteln 6.2.7, 6.4.2.7 und 6.5.8. Kap. 7.5 widmet sich zusammenfassend dem Aspekt des drohenden Berufsausstiegs von Pflegefachpersonen als relevantem Nebenbefund der Befragung.

Insgesamt bleibt festzustellen, dass es den Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein offenbar ein Anliegen war, über ihre Arbeitssituation zu berichten. Die Inhalte ihrer wertvollen Statements haben in Kap. 6 breite Aufnahme gefunden. Kap. 7.1 beginnt mit der zusammenfassenden quantitativen Darstellung des Umfangs, bevor die weiteren Kapitel die Anhaltspunkte zur Verbesserung der Situation aufgreifen.

7.1 Die Stimme der Pflegefachpersonen – Quantitative Zusammenfassung

In den 1893 in die Auswertung eingeschlossenen Datensätzen, fanden sich in 1219 Datensätzen Eintragungen in einem oder mehreren der maximal acht möglichen Freitextfelder. Diese Eintragungen waren teilweise sehr ausführlich. Insgesamt konnten 4175 Nennungen codiert werden. 419 Codes entfielen auf die spezifizierenden berufsbiografischen Angaben, die Aufschlüsselung der Anzahl der Codes und der Dokumente je offenem Item ist Tabelle 42 zu entnehmen.

<i>Offene Textfelder zu berufsbiografischen Angaben</i>	<i>Anzahl Nennungen (Codierungen)</i>	<i>Anzahl Dokumente</i>
<i>Tätigkeit in einem sonstigen Pflegebereich</i>	151	150
<i>Spezifizierung Stabsstelle</i>	50	47
<i>Sonstige Funktion</i>	117	101
<i>Gründe für berufliche Pausen</i>	101	96
gesamt	419	394

Tabelle 42: Offene Einträge zu berufsbiografischen Einträgen, Anzahl Codes / Anzahl Dokumente

Die textintensiven Einträge fanden sich in den ergänzenden offenen Freitextfeldern nach weiteren Aspekten, die den eigenen Berufsverbleib sichern; den ergänzenden Gründen, die zum Wiedereinstieg von bereits ausgestiegenen Pflegefachpersonen motivieren; den weiteren Gründen, die den Stellenumfang von teilzeitbeschäftigten Pflegefachpersonen beeinflussen und in den Abschlussmitteilungen. 3756 codierte Nennungen aus insgesamt 2000 verschiedenen Dokumenten⁴⁴ entfielen auf die vier offenen Fragen. Die differenzierte Aufschlüsselung der Häufigkeiten der Nennungen in der jeweiligen Anzahl von Dokumenten ist Tabelle 43 zu entnehmen.

<i>Ergänzende Freitextfelder</i>	<i>Anzahl Nennungen (Codierungen)</i>	<i>Anzahl Dokumente</i>
<i>Aspekte, die den eigenen Berufsverbleib sichern</i>	1592	752
<i>Gründe, zum beruflichen Wiedereinstieg</i>	842	482
<i>Gründe, die den Stellenumfang von Pflegefachpersonen in Teilzeit beeinflussen</i>	756	437
<i>Abschlussmitteilungen</i>	566	329
gesamt	3756	2000

Tabelle 43: Ergänzende Freitextfelder, Anzahl Codes / Anzahl Dokumente

Bereits die zusammengefassten Zahlen vermitteln einen ersten Eindruck über die Brisanz der Lage im Pflegeberuf. Die Stimme der Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein erhielt breiten Raum in Kapitel 6. Dort wurde die aktuelle Situation anhand umfangreicher Zitate nachgezeichnet.

Die wichtigsten Hauptthemenfelder in den Texteinträgen sind weitgehend gleich. Einen Überblick zu den fünf wichtigsten Themen über alle Fragen hinweg gibt Tabelle 44.

Es zeigt sich, dass die mit Abstand meisten Nennungen (Codes) auf die Arbeitsbedingungen entfallen. Diesem Hauptthemenfeld folgen die Hauptthemenfelder Gesundheit und Berufsethik. In Anbetracht der Tatsache, dass die Arbeitsbedingungen unmittelbar Einfluss auf die Gesundheit und den berufsethischen Wertekompass der Pflegefachpersonen nehmen können, scheint dieses Ergebnis kaum verwunderlich. An vierter Stelle der Nennungen rangiert die Bezahlung, gefolgt von der beruflichen Entwicklung. Die Addition der fünf Hauptthemenfelder bezogen auf die jeweilige Frage ergibt Hinweise,

⁴⁴ Die Anzahl der Dokumente ergibt sich aus der Summe der ausgefüllten Freitextfelder pro Fragestellung. Sie ist nicht gleichzusetzen mit der absoluten Gesamtzahl der 1893 in die Auswertung eingeschlossenen Fragebögen und den 1219 Fragebögen, in denen sich Einträge in den Freitextfeldern fanden.

dass den Befragten die Mitteilung der Aspekte zur Sicherung des eigenen Berufsverbleibs am wichtigsten sein könnte. Zu beachten ist, dass im Verhältnis zu Anzahl der Befragten, die angaben, in Teilzeit zu arbeiten, die höchste Responserate bei den Motivatoren zur Erhöhung des eigenen Stellenumfanges lag. Jedoch auch diese Einträge nehmen die Eigenperspektive ein.

	<i>Aspekte zur Sicherung des eigenen Berufsverbleibs</i>	<i>Motivatoren zum Wiedereinstieg</i>	<i>Motivatoren zur Erhöhung des Stellenumfanges</i>	<i>Abschlussmitteilungen Attraktivität</i>	<i>Summe der Codes</i>
<i>Arbeitsbedingungen</i>	603	319	377	118	1417
<i>Gesundheit</i>	229	101	237	48	615
<i>Berufsethik</i>	227	192	29	74	522
<i>Bezahlung</i>	188	76	16	33	313
<i>Berufliche Entwicklung</i>	139	52	35	41	267
gesamt	1386	740	694	314	3134
<i>Sonstige Themenfelder</i>	206	102	62	252	622
<i>Gesamtzahl Codes</i>	1592	842	756	566	3756

Tabelle 44: Verteilung der Hauptthemenfelder in den offenen Items

Der Vollständigkeit halber wurden auch die Anzahl der codierten Nennungen der sonstigen Themenfelder in die Tabelle eingefügt, diese sind den jeweiligen Unterkapiteln zu entnehmen. Die letzte Spalte zeigt erneut die Gesamtzahl der Codes, wie bereits in Tabelle 43 aufgeführt.

Kap. 7.2 wendet sich Aspekten zu, die den eigenen Berufsverbleib sichern können.

7.2 Sicherung des Berufsverbleibs – Unterstützung von Pflegefachpersonen

Die Erhebung der spezifischen und der allgemeinen Arbeitszufriedenheit nach Neuberger und Allerbeck generierte die niedrigsten Zufriedenheitswerte bei den Arbeitsbedingungen und der Bezahlung. Auf beide Bereiche entfielen ebenfalls viele Nennungen bei den offenen Einträgen.

Die Ergebnispräsentation betont bewusst den induktiven Zugang, um eine Grundlage aus Sicht der Pflegefachpersonen zu schaffen. Die beschriebenen Themenfelder sind alles andere als neu, es gibt schon viele Entlastungskonzepte, wie die Literatur zeigt. Das hier gewählte Vorgehen dient dem Ziel, dass die in zukünftigen Entwicklungsprojekten zu erstellenden Konzepte adäquat an die geäußerten Bedarfe der Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein angepasst werden.

Die folgenden Listen liefern Anhaltspunkte. Diese Hinweise bedürfen der Anpassung je nach Setting, denn die statistische Analyse der verschiedenen Tätigkeitsfelder zeigte hinsichtlich der allgemeinen Arbeitszufriedenheit signifikante Unterschiede in variierender Ausprägungsstärke. Somit legen die statistischen Auswertungen in Kap. 5.4 den Schluss nahe, dass die Pflegesparte (Klinik, stationäre Langzeitpflege, ambulante Pflege, etc.) einen deutlichen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit ausübt.

Innerhalb der jeweiligen Sparte kann es darüber hinaus erhebliche Unterschiede geben. Die vorliegende Studie stellt aufgrund des Designs die Ergebnisse gesamthaft für Schleswig-Holstein dar, sie gibt einen wertvollen Überblick. Aussagen zu Ergebnissen in der je einzelnen Einrichtungen der Pflege können nicht getroffen werden. Diese wäre in einrichtungsspezifischen Folgeuntersuchungen zu erheben.

Zudem zeigen sich deutliche Arbeitszufriedenheitsunterschiede in Abhängigkeit von der Funktion, die Pflegefachpersonen in den Einrichtungen ausüben. Wiederum lässt sich aus der Gesamtschau der Ergebnisse ableiten, dass vor allem Personen in leitenden Positionen deutlich unzufriedener zu sein

scheinen. Diese Unterschiede schwanken zudem im Vergleich zu anderen Funktionen mitunter deutlich. Dieser Befund kann ein zweiter Hinweis auf die je spezielle Situation in der jeweiligen Einrichtung sein. Deshalb wären auch an dieser Stelle adaptierte weiterführende Untersuchungen zu empfehlen.

7.2.1 Arbeitsbedingungen in der Pflege – Bausteine zur Entlastung

Das alles überragende Hauptthemenfeld der Studie waren die Arbeitsbedingungen mit insgesamt 1417 codierten Nennungen. Das Themenfeld der Arbeitsbedingungen in der Pflege ist sehr umfangreich, es gibt unterschiedlichste Problemlagen und mindestens ebenso viele Ansatzpunkte zur Entlastung. Einen Überblick der Möglichkeiten gibt Tabelle 45 anhand der Rangfolge der Anzahl der Nennungen der Studienteilnehmenden.

<i>Themenfelder</i>	Bausteine für Entlastungskonzepte der Arbeitsbedingungen in der Pflege
<i>Arbeitszeiten</i>	Entwicklung von tragfähigen attraktiven Arbeitszeitmodellen
	Schaffung einer familienfreundlichen Unternehmenskultur (s. unter Teilzeit)
	Sicherstellung von Freizeit und Urlaub
	Vermeidung von Überstunden und Einsparungen
	Flexibilität bei Arbeitnehmerwünschen
	Verlässlichkeit des Dienstplans
	Beachtung von Wunschkonzepten
	Sicherung der freien Wochenenden
	Einführung einer Fünftagewoche
	Ermöglichen und Sichern von vorgeschriebenen Arbeitspausen
	Verringerung von Zeitarbeit
<i>Personal</i>	Einführung eines am tatsächlichen Pflegebedarf ausgerichteten Personalschlüssels
	Mehr qualifizierte Pflegefachpersonen einstellen
	Mehr Pflegehilfskräfte einstellen
<i>Arbeitsqualität</i>	Ausreichende Versorgung mit Ausrüstung (Wäsche, Berufskleidung, etc.) sicherstellen
	Adäquate Versorgung mit Pflegehilfsmitteln sicherstellen
	Qualität des Pflegehandelns sichern
	Überprüfungen reduzieren (z.B. MDK, Gesundheitsamt, Heimaufsicht, etc.)
<i>Gesundheits- & Pflegesystem</i>	Gewinnorientierung im Gesundheitssystem abschaffen
	Angemessene, pflegewissenschaftlich fundierte, bedarfsorientierte Dokumentation einführen
<i>Organisation & Leitung</i>	Wertschätzende Organisationskultur einführen und leben
	Hierarchien abflachen
	Offene Kommunikationskultur ermöglichen und fördern
	Transparenz von strategischem und organisatorischem Management herstellen und sichern
	Mitarbeiter*innenorientierte Managemententscheidungen priorisieren
	Arbeitnehmerrechte schützen
Grundsatz in allen Feldern	Expertise der Pflegefachpersonen bei Entscheidungen einbinden, Mitspracherecht garantieren

Tabelle 45: Arbeitsbedingungen in der Pflege, Bausteine zur Entlastung

Die Arbeitsbedingungen sind existenziell abhängig von qualifiziertem Personal in ausreichender Menge. Die aktuelle prekäre Personalsituation in der Pflege wird als *der* limitierende Faktor für alle weiteren strukturellen, inhaltlichen und konzeptionellen Entwicklungen ausgemacht (vgl. Isfort et al. 2018, S. 5). Die befragten schleswig-holsteinischen Pflegefachpersonen bestätigen den chronischen Personalmangel mit der Folge einer unzureichenden Schichtbesetzung, sie fordern Maßnahmen zur Entlastung. Zudem verlangen die Befragten eine Änderung der derzeit praktizierten Personalakquise-Strategien. Die Folgen der Strategien der Rekrutierung von Personen, u.a. mit einem systemfremden Berufsverständnis, finden sich im Datenmaterial umfangreich beschrieben und zeitigen unmittelbare

Auswirkung auf die Arbeitsbedingungen. Es kann nicht zum Ziel führen, lediglich das fehlende Personal durch neues zu ersetzen und dazu die sog. *stille Reserve* über den Wiedereinstieg und die Stellenerhöhung von Teilzeitbeschäftigten zu forcieren, ohne entscheidende Verbesserungen bei den Arbeitsbedingungen in der Pflege vorzunehmen.

Schlechte Arbeitsbedingungen wirken sich auch die Gesundheit der Pflegefachpersonen und auf das alternsgerechte Arbeiten aus. In korrespondierenden Untersuchungen tragen neben hohen körperlichen und psychischen Anforderungen auch die zu geringen beruflichen Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten zur Unzufriedenheit mit der Arbeit bei (vgl. Dilcher und Hammerschlag 2012, 215 ff.). Die Datenanalysen der Einträge der Studienteilnehmenden in den Freitextfeldern der vorliegenden Befragung bestätigen dies. Auch schleswig-holsteinische Pflegefachpersonen erleben die Begrenzungen der beruflichen Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten durchgängig in den meisten Themenfeldern. Sie beklagen ihren fehlenden Einfluss auf die Arbeitsbedingungen, seien es Arbeitszeitmodelle, Familienfreundlichkeit sowie Freizeit und Urlaub. Vielmehr werden sie genötigt, einzuspringen und Überstunden zu leisten. Der Dienstplan hat ebenfalls selten Einflussmöglichkeiten, er wird weder als verlässlich noch als flexibel für die Bedürfnisse der Arbeitnehmer*innen erlebt.

Die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein bietet Pflegefachpersonen eine Plattform zur Mitbestimmung. Einige Befragte haben die Befragung als Medium zum Transport ihrer Ablehnung einer Pflegekammer genutzt. Sie sahen es als Nachteil an, dass sie nicht persönlich bestimmen durften, ob sie Kammermitglied werden wollen. Viele Teilnehmende haben die Möglichkeiten zur Mitbestimmung insbesondere auf der politischen Ebene erkannt. Sie fordern mehr Einflussmöglichkeiten.

Somit zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass die Schaffung von beruflichen Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten an ganz vielen Stellen eine Bedeutung für die schleswig-holsteinischen Pflegefachpersonen haben.

7.2.2 Gesundheitsförderung, Prävention und altersgerechtes Arbeiten in der Pflege

Die Studienteilnehmenden beschreiben eine Vielzahl an Baustellen. Die Rückmeldungen der Befragten deuten darauf hin, dass den Arbeitsbedingungen eine hohe Relevanz mit Blick auf die Arbeitszufriedenheit und den Verbleib im Beruf zukommt. Ihre aktuellen Arbeitsbedingungen sind physisch und psychisch hoch belastend, Befragte bezeichneten sie gar als krankmachend und katastrophal (s. Kap. 6.2.2, 6.3.2.3, 6.4.2.2, 6.5.4).

Gesundheitliche Entlastungskonzepte gibt es viele, der gesetzliche Arbeitsschutz als Mindestanforderung gilt auch in den Unternehmen der Pflege. Trotzdem beklagen die Studienteilnehmenden die hohen Defizite, alleine 615 Nennungen wurden diesem Hauptthemenfeld zugeordnet, dies spricht eine deutliche Sprache. Tabelle 46 zeigt zusammenfassend mögliche Bausteine zur Stärkung der Gesundheit in der Pflege im Überblick.

<i>Themenfelder</i>	Bausteine für Entlastungskonzepte
<i>Überlastung & Erschöpfung minimieren</i>	Zeitdruck senken, patientengerechtes Arbeiten ermöglichen
	Passgenaue Präventionsmaßnahmen gegen Stress, Überlastung und Erschöpfung implementieren
	Gefährdungsbeurteilungen von physischer & psychischer Belastung durchführen
	Prävention vor körperlichen und psychischen Erkrankungen in den Unternehmen implementieren und fördern
	Adäquate Ruhezeiten ermöglichen und einhalten
<i>Altersgerechtes Arbeiten & gesunde Rente</i>	Konzepte zur Ermöglichung von altersgerechtem Arbeiten implementieren und leben
	Gesunden Renteneintritt ermöglichen
	Älteren Mitarbeiter*innen echte Wertschätzung entgegenbringen
	Sicherung des impliziten pflegerischen Fachwissens
<i>Gesundheit stärken</i>	Betriebliches Gesundheitsmanagement implementieren
	Teamarbeit und Teamzusammenhalt unterstützen
	Adäquate Hilfsmittel zur körperlichen Entlastung vorhalten
	Vorschriften des Arbeitsschutzes und der Arbeitssicherheit einhalten
	Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben routinemäßig präventiv alle drei Jahre ermöglichen (Reha-Maßnahmen), nicht nur bei vorliegender Erkrankung
	Kolleg*innen mit chronischen Erkrankungen adäquate Beschäftigungsbedingungen ermöglichen
	Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement implementieren
<i>COVID-19 Pandemie</i>	Schutzausrüstung bereitstellen
	Hygienekonzepte einhalten
	Pflegefachpersonen in allen Bereichen im Umgang mit der Pandemie unterstützen
	Zugang zu Impfungen für Pflegefachpersonen und ihre Angehörigen forcieren
Grundsatz in allen Feldern	Expertise der Pflegefachpersonen bei Entscheidungen einbinden, Mitspracherecht garantieren

Tabelle 46: Bausteine zur Stärkung der Gesundheit

Die vorgelegte Liste gibt erneut Anhaltspunkte wieder, die zum Weiterarbeiten anregen möchten. Sie erhebt keinesfalls den Anspruch auf Vollständigkeit. Dass sich jedoch etwas tun muss, ist allenthalben bekannt. An dieser Stelle sei nochmals an die Krankheitszahlen im Bericht der Techniker Krankenkasse aus dem Jahr 2019 hingewiesen (s. Kap. 2.2). Diese Daten belegen für Berufstätige in der Pflege

deutschlandweit einen um mehr als ein Drittel höheren Krankenstand gegenüber allen anderen Berufen. In Schleswig-Holstein liegt der Krankenstand der Pflegeberufe nochmals um 8,6 Prozent höher als im Bundesdurchschnitt, schreibt die TK (vgl. Techniker Krankenkasse 2019, 26 f.).

Der Gesetzgeber hat bereits Ende 2018 im Rahmen des Pflegepersonalstärkungsgesetzes auf die gesundheitliche Belastung im Pflegeberuf reagiert. In der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) stärkt die neu aufgenommene Passage in § 20 b Abs. 3 in Verbindung mit § 20 Abs. 3 SGB V (Bundesrepublik Deutschland 25.03.2021) die Betriebliche Gesundheitsförderung speziell für beruflich Pflegenden. Diverse Projekte sind daraufhin im Jahr 2019 angelaufen, wurden aber im Jahr 2020 von der Corona-Pandemie abrupt ausgebremst.

Es gilt, diese wieder aufzunehmen und zu stärken, denn die Pandemie verursacht weitaus größere Belastungen unter Pflegefachpersonen, als zum Erhebungszeitraum abzusehen war. Wie die Auswirkungen der Pandemie aussehen werden, ist noch nicht absehbar. Zum Zeitpunkt des Verfassens des Abschlussberichts steht Deutschland am Beginn der dritten Welle, in Schleswig-Holstein gibt es unterdessen höhere Fallzahlen. Das RKI schreibt im aktuellen Lagebericht vom 26.03.2021, dass bei in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten und Reha-Einrichtungen tätigen Personen 61470 COVID-19 Infektionen bekannt sind, die Dunkelziffer ist hoch bestätigt das RKI:

„Seit Herbst 2020 können zu den Einrichtungen auch differenziertere Angaben erfasst werden. Bei der Bewertung ist zu berücksichtigen, dass diese Informationen nur für eine Teilmenge der COVID-19-Fälle vorliegen und nicht repräsentativ für alle Fälle sind.“ (Robert Koch Institut (RKI) 2021, S. 5)

Unklar ist, wie viele Pflegefachpersonen unter den Infizierten sind, es ist mit einem hohen Prozentsatz zu rechnen.

Gesundheitlich relevant ist die Altersstruktur von aktuell im Beruf stehenden Pflegefachpersonen und ihren hieraus resultierenden Bedarfe an ihren Arbeitsplatz. Laut der Mitgliederdatenbank der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein sind 64,42 % der registrierten Kammermitglieder über 40 Jahre alt (vgl. Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein 2019a) (s. Abbildung 10).

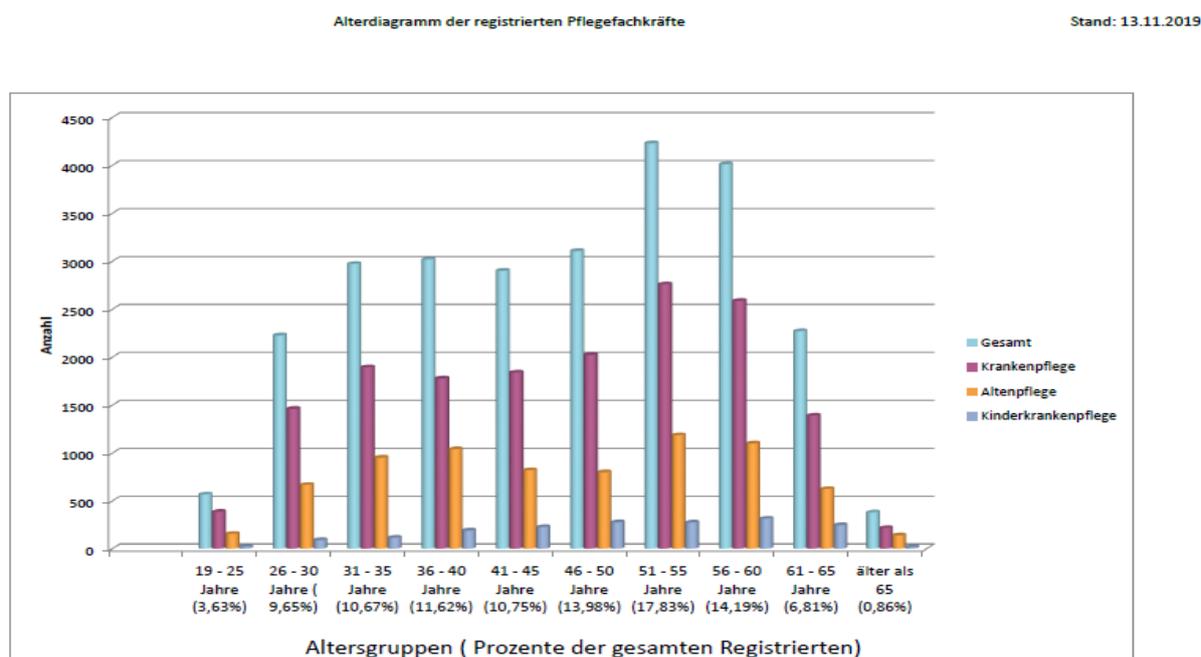


Abbildung 10: Altersdiagramm Mitglieder der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein, zur Verfügung gestellt von PBK-SH

Da immer weniger junge Kolleg*innen nachrücken, verändert sich die Altersstruktur auf den Stationen und in den Einrichtungen stetig hin zu einem höheren Durchschnittsalter der Pflegefachpersonen (vgl. Landespflegekammer Rheinland-Pfalz 2019). Das dies unmittelbare Auswirkungen auf die Situation und die Arbeitszufriedenheit der Betroffenen wie auch ihrer Kolleg*innen vor Ort hat, zeigten Studienergebnisse von Löffert und Golisch (2013).

Wissenschaftliche Untersuchungen erbrachten Hinweise darauf, dass ein höherer Grad an Zufriedenheit bei jüngerer Pflegefachpersonen vorliegen könnte, da diese weniger Verantwortung haben, geringeren Druck verspüren und weniger von Kolleg*innen, Ärzt*innen und Pflegeleitungen gefordert werden. Es wird in den vergleichbaren Untersuchungen angenommen, dass jüngere Kolleg*innen zudem weniger Konflikten zwischen Arbeits- und Familienleben ausgesetzt sein könnten. Eine höhere Zufriedenheit älterer Pflegefachpersonen könnte hingegen durch eine größere Routine, durch Vorteile aufgrund der Berufsjahre (Dienstpläne, Bezahlung) und durch geringere Ansprüche von außen erklärt werden (vgl. Hasselhorn et al. 2005, S. 39). Die etwas älteren Hinweise aus der Literatur wurden zum Anlass genommen, bei den neu erhobenen Daten der Befragung die Beziehung zwischen Alter, Berufsjahren und Arbeitszufriedenheit statistisch zu untersuchen. In Kapitel 5.2 zeigt Tabelle 8 für die spezifische Arbeitszufriedenheit und in Kapitel 5.3 Tabelle 10 für allgemeine Arbeitszufriedenheit, dass beide Mittelwerte zwar leicht variieren, wenn man diese in Bezug zur Berufserfahrung setzt. In der vorliegenden Studie zeigen sich jedoch im Gegensatz zur Literatur keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Hypothese, dass die Berufserfahrung einen Einfluss auf die allgemeine Arbeitszufriedenheit ausübt, muss daher in dieser aktuellen Studie zurückgewiesen werden.

Das höhere Lebensalter als solches hat jedoch hohe gesundheitliche Relevanz, wie die Einträge in den Freitextfeldern zeigen. Ältere Pflegefachpersonen äußern den Wunsch an ihre Arbeitgeber, eine altersentsprechende Adaption ihre Arbeitszeit und ihres Arbeitsumfangs vorzunehmen. Aus dem Grund sind in weiteren Untersuchungen besondere Bedarfe und Erfordernisse aufzudecken, um die Gesundheit von älteren Pflegefachpersonen zu fördern und den Verbleib der hochqualifizierten Wissensträger*innen im Heilberuf Pflege nachhaltig zu unterstützen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie belegen hohe physische und psychische Gesundheitsbelastungen, resultierend aus den Anforderungen der geschilderten Arbeitsbedingungen. Insbesondere die psychischen Belastungen zeitigen berufsethische Auswirkungen. Kap. 7.2.3 nimmt die eng mit der psychischen Belastung zusammenhängende ethische Belastung auf.

7.2.3 Berufsethos & Wertekompass – ethische Unterstützungsmöglichkeiten

Der in der Literatur beschriebene Spagat zwischen berufsfachlichen Ansprüchen und dem Berufsethos einerseits und den Arbeitsbedingungen und der dazugehörigen Bezahlung andererseits (s. Kap. 2.2 & 2.3.3) zeigt sich in den empirischen Ergebnissen deutlich, er ist auch in Schleswig-Holstein das dominante Faktum der täglichen Berufsausübung von professionellen Pflegefachpersonen. Über alle vier offenen Fragen hinweg entfielen 522 Nennungen auf das Hauptthemenfeld des Berufsethos und Wertekompass von Pflegefachpersonen. Insbesondere in diesem Themenfeld ist es essentiell, die professionelle Pflege als Beziehung zu verstehen. Es kann den Pflegefachpersonen nur gut gehen, wenn es den Menschen mit Pflegebedarf ebenfalls gut geht. Deshalb müssen Entlastungskonzepte beide Ebenen zusammen erreichen, wie in Tabelle 47 aufgeführt.

Themenfelder	Bausteine für Entlastungskonzepte
<i>Ethische Belastungen minimieren</i>	Menschenwürde von Menschen mit Pflegebedarf schützen
	Würde der Pflegefachpersonen schützen
	Berufsethos der Pflegefachpersonen unterstützen
	Keine Pflegefachperson mit Gewissenskonflikten allein lassen
	Reflexionsmöglichkeiten schaffen
	Gewaltprävention implementieren, gemeinsame Zielgruppe Pflegefachpersonen & Menschen mit Pflegebedarf
	Ausbeutung und Machtmissbrauch verhindern
	Transparenz aller Entscheidungen herstellen
<i>Motivatoren, Perspektive auf Unterstützung von Anderen</i>	Anerkennung der Pfl egetätigkeit erreichen
	Ethischen Unterstützungsinstrumente auf Ebene der Organisationen implementieren, Ziel gutes „moralische Klima“ in den Einrichtungen
	Wertschätzung des Pflegeberufs einfordern
	Ethische Unterstützungsinstrumente auf politischer Ebene implementieren
	Respekt gegenüber Pflegefachpersonen sichern
	Räume zur gesellschaftlichen Diskussion <u>mit</u> der Profession Pflege schaffen und sichern
	Ombudsstellen etablieren
	Verlässlichkeit und Ehrlichkeit auf allen Ebenen leben
<i>Motivatoren, Perspektive Selbstwirksamkeit</i>	Eigenverantwortung stärken
	Pflegerische Verantwortungsübernahme nachhaltig sichern
	Zusammenhalt der Pflegefachpersonen fördern
	Instrumente zum Umgang mit täglichen ethischen Herausforderungen implementieren, Anwendung unterstützen
	Räume zur ethischen Reflexion des Pflegehandelns bereitstellen
	Moralische Sensitivität respektieren
	Resilienz fördern und unterstützen
	Mitspracherechte auf Augenhöhe festschreiben
	Pflegerische Selbstständigkeit sichern
	Pflegerische Vorbehaltsaufgaben umsetzen
Kollegiale Beratung zur retro- und prospektiven Fallarbeit etablieren	
<i>Grundsatz in allen Feldern</i>	Expertise der Pflegefachpersonen bei Entscheidungen einbinden, Mitspracherecht garantieren

Tabelle 47: Ethische Unterstützungsansätze

Die höchsten Zufriedenheitswerte generiert in der vorliegenden Befragung die pflegerische Tätigkeit. Bereits die Studie von Joost et al. bestätigt für die Altenpflege, dass sich viele Pflegefachpersonen mit

dem Beruf identifizieren und dies in einem hohen Anspruch an die eigene pflegerische Arbeit Ausdruck findet (vgl. Joost et al. 2009). Mit Blick auf die Arbeitszufriedenheit ist kurzgefasst zu resümieren, dass die schleswig-holsteinischen Pflegefachpersonen zwar zufrieden mit ihrer beruflichen Tätigkeit als solcher aber unzufrieden mit ihren Arbeitsbedingungen sind. Ganz besonders schlecht schneiden die Felder Wertschätzung, Gesundheit und Bezahlung ab. Die Befunde decken sich mit Untersuchungsergebnissen aus der Literatur (vgl. Isfort et al. 2018; Aiken 2010; Hasselhorn et al. 2005; Simon et al. 2005). Zu den Gründen zählen die hohen Belastungen aufgrund komplexer Missverhältnisse, verursacht durch sehr hohe berufliche Anforderungen.

Dieser Zwiespalt zwischen Arbeitsbedingungen und professionellem Selbstverständnis wirkt sich auf die Arbeitszufriedenheit aus. Die ethische Belastung ist sehr hoch, wie die Einträge zu allen offenen Fragen zeigen. Analog zu den vorliegenden internationalen Forschungsergebnissen (exempl. McCarthy und Gastmans 2015; Oh und Gastmans 2015) belastet es auch Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein, wenn ihr Berufsethos infrage gestellt wird. Moralische Belastung entsteht, weil die *Pflegebeziehung* belastet wird. Die Pflegebeziehung wird sowohl durch die fehlende Zeit für den Menschen mit Pflegebedarf als auch durch das Fehlen von Anerkennung und Wertschätzung von außen belastet. Das beeinflusst Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen negativ, wie viele Einträge der Studienteilnehmenden belegen. Folgen sind Burnout, Berufsausstieg und abnehmende Mitarbeiterbindung (vgl. McCarthy und Monteverde 2018, S. 320). Auch davon berichten die Befragten. Gleichzeitig sind dadurch die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung gefährdet (vgl. McCarthy und Monteverde 2018, S. 320), diese Ergebnisse sind in den Äußerungen der Teilnehmenden ebenfalls nachvollziehbar. Das Entgegenwirken gegen den Spagat zwischen berufsfachlichen und berufsethischen Ansprüchen einerseits und den Arbeitsbedingungen andererseits ist in Schleswig-Holstein von hoher Bedeutung. Die hohe Frustration, die in den Texteinträgen transportiert wurde, muss nachhaltig abgebaut werden. Als möglicher Motivator wurde die Perspektive der Selbstwirksamkeit identifiziert, welche in der Übernahme von Eigenverantwortung / Verantwortung und in der gewünschten Mitsprache Wirkung zeitigen kann.

Es braucht dringend die Schaffung eines Berufsumfeldes, welches moralisch „bewohnbar“ ist, dies wird entscheidend für den Berufsverbleib und den Wiedereinstieg sein. Moralische Bewohnbarkeit wirkt den Erfahrungen von Moral Distress und von ethischen Belastungssituationen in alltäglichen Pflegehandeln aufgrund schwieriger Arbeitsbedingungen entgegen. Das empirisch fundierte Konzept der *moralischen Bewohnbarkeit* stammt ursprünglich von Peter et al. (2004) aus Kanada. Es fand Eingang in der berufsethischen Arbeit des kanadischen Nursing Boards. Unterdessen liegen international viele weitere Forschungsarbeiten vor. In einem 2013 erschienenen Review fassen Vanderheide et al. die Einflüsse der Arbeitsbedingungen in der Pflege auf die moralischen Bewohnbarkeit und letztendlich die Gesundheit der Pflegefachpersonen zusammen:

„Moralische Bewohnbarkeit und Arbeitsplatzbelastungen

*Die nachteiligen Auswirkungen des beruflichen Handelns in einem komplexen sozial-moralischen klinischen Umfeld sind offensichtlich und wurden in vielen Ländern empirisch nachgewiesen. Wie diese Untersuchung zeigt, wurden der Einfluss des ethischen Klimas, der ethischen Sensibilität und des moralischen Stresses mit ungünstigen Ergebnissen wie Burnout, Arbeitsunzufriedenheit und schlechter Patientenversorgung in Verbindung gebracht. Dies zeigt ein wachsendes Interesse an der moralischen Dimension von Widrigkeiten am Arbeitsplatz. Es besteht die Notwendigkeit, mehr über das Umfeld zu verstehen und darüber, wie sich Arbeitnehmer*innen in diesem Umfeld bewegen und anpassen können, um die negativen Auswirkungen zu minimieren.“ (Vanderheide et al. 2013, S. 110)(Deutsche Übersetzung des englischsprachigen Originals durch die Autorin)*

Zur Sicherung der moralischen Bewohnbarkeit in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Pflege bleibt noch viel zu tun, Deutschland steht hier erst am Anfang. Wie internationale Erfahrungen belegen, sind Pflegekammern der richtige Ort, um solche Initiativen voranzutreiben. Es gibt keine andere berufliche Institution der Pflege, die die Legitimation gerade auf politischer Ebene hat. Sie kann die Entwicklungen vorantreiben, die nötig sind, um die vorgeschlagenen Bausteine und weitere umzusetzen. Hier können die Pflegekammern Vorreiter sein.

Das nächste Kapitel widmet sich dem Thema Bezahlung, welche ebenfalls ein essentieller Baustein zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit in der Pflege ist.

7.2.4 Bezahlung – Verbesserung der finanziellen Situation von Pflegefachpersonen

Die standardisierte Messung der Arbeitszufriedenheit nach Neuberger und Allerbeck ergab: Die höchste relative Unzufriedenheit bei den Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein herrscht in Bezug auf die Bezahlung. Dieses Ergebnis hallt auch in den Einträgen in den Freitextfeldern wider. Über alle vier offenen Fragestellungen hinweg sind insgesamt 313 Nennungen dem Hauptthemenfeld Bezahlung zuzuordnen.

Aufgefallen ist, dass die Studienteilnehmenden die Bezahlung häufig in Kombination mit weiteren Aspekten nannten, beispielsweise *mehr Geld, mehr Personal, bessere Arbeitsbedingungen* oder ähnliche Äußerungen, selten stand die Bezahlung allein. Viele Textbeiträge waren ausführlich, sie benannten eine Reihe an Ansatzpunkten auf der finanziellen Ebene. Darunter fallen Zuschläge, sog. geldwerte Vorteile, die der Arbeitgeber seinen Mitarbeiter*innen gewähren kann und Steuervorteile.

Aus den vielen Nennungen der Pflegefachpersonen lassen sich Ansatzpunkte zur Entlastung ableiten, die Bausteine finden sich zusammengeführt in Tabelle 48.

Themenfelder	Bausteine zur Verbesserung der finanzielle Situation
<i>Höheres Gehalt & einheitliche Tarifregelungen für alle Pflegebereiche</i>	Höheres Grundgehalt für Pflegefachpersonen, Einstiegsgehalt 4.000€
	Leistungsadaptierte Gehaltsmodelle schaffen und umsetzen
	Qualifikationsangemessene Tarife schaffen und Eingruppierungen sichern
	Etablierung eines Gratifikationsmodells für Überstunden /Einspringen
	Verpflichtende Gewährung von Jahressonderzahlungen wie Urlaubs- und Weihnachtsgeld in allen Pflegebereiche
	Bessere Entlohnung der Hilfskräfte
<i>Zuschläge flächendeckend verpflichtend</i>	Zahlung diverser Zuschläge z.B. Zeitzuschläge für Wochenend- und Feiertagsarbeit, Nachtarbeit, Gefahrenzuschläge
	Zahlung von Zuschlägen für Funktionsdienst
	Zahlung von Gefahrezulagen, z.B. in der Psychiatrie
	Zahlung von Hygienezulagen in bestimmten Infektionsbereichen
<i>Steuervorteile</i>	Geldwerte Vorteile z.B. Leistungen zur Gesundheitsförderung, Jobtickets und frei Parkplätze ermöglichen
	Gehalt bis zu einer definierten Höhe steuerfrei lassen
	Steuerregelungen für Frauen (Steuerklasse V) überdenken
<i>Sonstiges</i>	Pflegefachpersonen in den Beamtenstatus überführen
	Keine Abzüge bei der Witwenrente bei Mehrarbeit
	Etablierung einer eigenen Pflegegewerkschaft
Grundsatz in allen Feldern	Expertise der Pflegefachpersonen bei Entscheidungen einbinden, Mitspracherecht garantieren

Tabelle 48: Bezahlung und einheitliche Tarifregelungen

Einige Befragten äußerten, dass nur die Erhöhung der Bezüge nicht ausreichte, um die Situation in der Pflege nachhaltig zu verbessern. Im Zweifelsfall wären ihnen mehr Kolleg*innen und bessere Arbeitsbedingungen wichtiger als mehr Geld.

Obwohl die Unzufriedenheit mit der Bezahlung hoch ist, stellen die Studienteilnehmer*innen kaum tarifvertragliche Bezüge her. Die Anzahl der Nennungen, die in einem sehr weiten Verständnis zu Ta-

rifregelungen zugehörig codiert werden konnten, lagen lediglich bei 0,7 Prozent. Es scheint weitgehend das Bewusstsein zu fehlen, dass es zur Veränderung der finanziellen Situation deutlich besser ausgestattete, für alle Bereiche der Pflege gültige, angemessene Tarifverträge braucht. Eine Hypothese für den Befund wäre, dass in der Wahrnehmung der Befragten Tarfinstrumente nicht als Aspekt zur Sicherung des eigenen Berufsverbleibes beitragen. Eine zweite wäre, dass der Zusammenhang zwischen besserer Bezahlung und Tarifverträgen nicht erkannt wird.

Verbindliche Tarifvereinbarungen, basierend auf pflegfachlicher Expertise, sind das Instrument zur Steigerung einer besseren Bezahlung. Für die Umsetzung dieser Aufgabe sind starke Gewerkschaften nötig, die sich ernsthaft für die finanziellen Belange der Pflege einsetzen. Pflegekammern können dabei wertvolle Unterstützungsarbeit auf der politischen Ebene leisten. Es ist mutmaßlich noch viel Aufklärungsarbeit bei Pflegefachpersonen zu leisten. Vielleicht könnte die von Befragten geforderte Etablierung einer eigenen Pflegegewerkschaft, so wie mit der Pflegegewerkschaft *Bochumer Bund* gerade geschehen, ein Ausweg sein, um das Interesse der Pflege an tariflicher Arbeit zu wecken.

Das fünfte Themenfeld der Studie fokussiert die Entwicklung im Pflegeberuf, wie das folgende Kapitel aufzeigt.

7.2.5 Ausbildung & Personalentwicklung – Schritte zur Professionalisierung

In der standardisierten Messung der spezifischen Arbeitszufriedenheit liegt die persönliche berufliche Entwicklung gerade noch im positiven Zufriedenheitsbereich (s. Kap. 5.1).

Dem Themenkomplex der Berufsbildung und professionellen Weiterentwicklung konnten in den Freitextfeldern insgesamt 267 Nennungen zugeordnet werden. In der Gesamtsumme enthalten sind 52 Nennungen, welche Bildungskonzepte für Wiedereinsteiger fokussieren, diese Perspektive zur Unterstützung nimmt Kap. 7.3 gesondert auf. Differenzierend ist zu beachten, dass Fortbildungen und Weiterbildungen zwei unterschiedliche Dinge sind, obwohl beide Begriffe im Berufsfeld häufig in einem Atemzug genannt werden. Fortbildungen dienen zur permanenten Entwicklung und Aktualisierung des beruflichen Wissens. Weiterbildungen dagegen vertiefen bestimmte Gebiete, es entstehen Spezialisierungen. Die Anforderungen differieren, passgenaue Unterstützungsinstrumente können verschieden sein. Um Missverständnissen vorzubeugen, nimmt die nachfolgende Auflistung zur Personalentwicklung in Tabelle 49 eine Trennung der beiden Begriffe vor.

Themenfelder	Bausteine zur Unterstützung der beruflichen Weiterentwicklung und Personalentwicklung
<i>Fortbildungen & Weiterbildungen</i>	Fortbildungen sind Arbeitszeit und finden während der Arbeit statt, nicht in Überzeiten.
	Weiterbildungen sind Arbeitszeit, Weiterbildungstage sind als Sollarbeitszeit im Dienstplan einzuplanen
	Fortbildungen, Inhouse und extern, sind vom Arbeitgeber zu finanzieren
	Weiterbildungen werden vom Arbeitgeber finanziert
	Erstattung sämtliche anfallenden Spesen (Fahrtkosten, Hotel, Lernmittel, etc.)
<i>Personalentwicklung</i>	Mitarbeiter*innen mit ablehnender Haltung zu Personalentwicklungsmaßnahmen motivieren
	Zugang zu allen Maßnahmen der Personalentwicklung für alle Mitarbeiter*innen barrierefrei gestalten
	Regelmäßige, mindestens einmal jährlich stattfindende Gespräche zur persönlichen Personalentwicklung einplanen und durchführen
	Spezielle Weiterbildungswünsche der Mitarbeiter*innen in Personalentwicklungsgesprächen wohlwollend prüfen und fördern
	Personalentwicklungskompetenzen bei Leitungspersonen fördern
	Organisationskultur formen, die Personalentwicklung zentral stellt
<i>Professionalisierung</i>	Anerkennung der pflegfachlichen Expertise in der Einrichtung sichern
	Professionelle pflegerische Autonomie gewährleisten
	Gesetzliche Vorbehaltsaufgaben der Pflege umsetzen
	Kompetenzerwerb zur Durchführung von Vorbehaltsaufgaben ermöglichen
	Zeitliche Ressourcen zur Umsetzung der Vorbehaltsaufgaben bereitstellen
	Abrechnungsfähigkeit von Vorbehaltsaufgaben prüfen
	Rechtssicherheit im pflegfachlichen Handeln ermöglichen, z.B. über eine Berufsordnung und Rechtsberatung
	Pflegerischer Kompetenzaufbau und -ausbau fördern und fördern
	Interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe ausweiten und sichern
	Interprofessionelle Lernangebote schaffen
	Den Kompetenzen entsprechende, ggfs. neu zu schaffende pflegerische Aufgabenfelder in der Einrichtung zuordnen und honorieren

<i>Pflegeausbildung</i>	Qualifizierte Auszubildende in ausreichender Zahl für die Pflege gewinnen
	Image des Pflegeberufs in adäquater Öffentlichkeitsarbeit anheben
	Qualifizierte generalistische Pflegeausbildung sicherstellen
	Gute Praxisanleitung gewährleisten
	Praxisanleitung an den Bedarfen der Auszubildenden ausrichten
	Praxisanleiter*innen mit zusätzliche Stellenkontingenten ausstatten, um sie für ihre Tätigkeit freizustellen, ohne das Pflorgeteam zu belasten
	Auszubildende vor Überforderung und Ausbeutung schützen
	Auszubildende nicht im Stellenplan einrechnen
	Auszubildenden den nötigen Freiraum und Schutz als Lernende sichern
	Bei der Auswahl von potenziellen Auszubildenden deren Möglichkeiten berücksichtigen, entsprechende Ausbildungsziele vereinbaren
	Kontinuierlich mit Auszubildenden Kontakt halten, um potenziellen Problemen frühzeitig entgegenwirken zu können
	Gute Kooperation zwischen Schule und Praxislernorten sichern
<i>Akademisierung / Studium</i>	Förderung der primärqualifizierenden Akademisierung der Pflege
	Förderung der Akademisierung der klinischen Pflege im direkten Kontakt mit den Menschen mit Pflegebedarf
	Ausreichend wohnortnahe Studienplätze schaffen bzw. vorhalten
	Gezielte Karriereplanung für Pflegefachpersonen implementieren
	Akademische Kompetenz anerkennen
	Den Kompetenzprofilen entsprechende Stellen schaffen und honorieren
	Pflegehandeln an wissenschaftliche Standards ausrichten (soweit vorhanden)
	Pflegewissenschaftliche Standards weiterentwickeln
	Pflegewissenschaftliche Standards in der Pflegepraxis implementieren
	Umsetzung der Standards ermöglichen und sichern
	Reflexionsmöglichkeiten zur Evaluation der Praxistauglichkeit von Standards schaffen
	Bedarfe der Pflegepraxis zur Entwicklung ggfs. neuer Standards erkennen
<i>Kompetenzen / Qualifizierung</i>	Qualifizierung der Pflegefachpersonen auf hohem Niveau sichern
	Pflegefachliche Kompetenz stärken zur Vermeidung von reinem Checklistenarbeiten
	Deutschkenntnisse bei zugewanderten Pflegepersonen fördern
	Skill & Grade Mix in der Pflege vorantreiben und sichern
	Anerkennung der Kompetenzprofile auf sekundärem und tertiärem Niveau bei den Pflegefachpersonen untereinander fördern
	Hilfskräfte qualifizieren
<i>Einarbeitung (3)</i>	Qualifizierte und zeitlich angemessene Einarbeitung neuer Mitarbeiter*innen sicherstellen (s. auch Kap. 7.3)
<i>Grundsatz in allen Feldern</i>	Expertise der Pflegefachpersonen bei Entscheidungen einbinden, Mitspracherecht garantieren

Tabelle 49: Personalentwicklung in der Pflege

Die aufgeführten Anhaltspunkte wurden aus den Äußerungen der Studienteilnehmenden generiert. Erneut wird nicht der Anspruch auf Vollständigkeit erhoben, vielmehr sollen die zusammengeführten Punkte als Anregung zur Entwicklung von passgenauen Konzepten in zukünftigen Entwicklungsprojekten dienen.

Bei den beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten forderten die Teilnehmenden ebenfalls mehr Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten, den Kompetenzausbau und die professionelle Autonomie. In der Literatur wird das Phänomen beschrieben, dass ein höherer Ausbildungsstand in Unzufriedenheit münden kann, wenn organisatorische Bedingungen den Einsatz der Weiterqualifizierten oder die persönliche Weiterentwicklung der erlangten Fähigkeiten behindern. Gleichzeitig besteht aufgrund des Wissenszuwachses eine höhere Erwartungshaltung gegenüber dem Management. Wenn höher Qualifizierte feststellen, dass sie ihre neuen Kompetenzen nicht einsetzen können, nimmt ihre Unzufriedenheit zu (vgl. Hasselhorn et al. 2005, S. 39). Die vorliegende Studie bietet ebenfalls Hinweise für dieses Phänomen. Die vorliegenden Ergebnisse zur Funktionszugehörigkeit zeigen, dass vor allem Personen in leitenden Positionen deutlich unzufriedener zu sein scheinen (s. Kap. 5.4). Die offenen Einträge bestätigen die fehlende Anerkennung der fachlichen Kompetenz, welche in umfangreichen Bildungsmaßnahmen erworben wurde.

Das nächste wichtige Handlungsfeld ist die Nachwuchsgewinnung. Dringend erforderlich ist die Aufwertung des Pflegeberufs in der Gesellschaft. Genauso dringend ist der Abbau der Frustration bei den Pflegefachpersonen insbesondere mit passgenauen Personalentwicklungsmaßnahmen. Einige Pflegefachpersonen grenzten sich von der negativen Sichtweise auf den eigenen Beruf ab. Sie schrieben in die Freitextfelder, dass der Pflegeberuf ein toller Beruf sei, der beste Beruf, den sie sich vorstellen könnten, dass sie den Beruf immer wieder lernen würden, o.Ä. Einige Befragten verbanden die grundsätzlich positive Haltung mit einem deutlichen *aber*, welches die aktuellen Arbeitsbedingungen, die Gesundheit, die ethischen Belastungen oder auch die schlechten Entwicklungsmöglichkeiten in den Blick nahm.

Einige Pflegefachpersonen haben die Hoffnung auf Besserung bereits verloren, wie in den Einträgen nachvollziehbar ist. Dies kann dramatische Auswirkungen auf den Nachwuchsgewinn und auf den Wiedereinstieg haben. In der Pflege beschäftigte Pflegefachpersonen sind Ansprechperson und Vorbild für Nachwuchskräfte. Sie arbeiten eng mit den Nachwuchskräften zusammen und geben ihr praktisches und theoretisches Fachwissen weiter. Alarmierend sind einige Rückmeldungen der Befragten. Sie teilten mit, dass sie Nachwuchskräften vom Pflegeberuf abraten, Manche gingen sogar so weit, schon in Ausbildung befindlichen zukünftigen Pflegefachpersonen anzuraten, den Beruf schnellstmöglich wieder zu verlassen (s. Kap. 6.2.5). Dies offenbart, dass die Motivationsbereitschaft zur positiven Berufsbildvermittlung an potenzielle junge Pflegefachpersonen zumindest teilweise nicht mehr vorhanden ist. Der Aspekt lässt aufhorchen und signalisiert dringenden Handlungsbedarf.

Einen möglichen Weg sehen die Arbeitgeber in der Schweiz in der Aufwertung des Pflegeberufs und den positiven Transport des eigenen hoch wertgeschätzten Stellenwertes durch Pflegefachpersonen an die Nachwuchskräfte. Gelingt es, Pflegefachpersonen durch mehr Partizipation und Mitgestaltungsmöglichkeiten zu motivieren, ihren Beruf gern auszuführen, steigt die Wahrscheinlichkeit der positiven Berufsbildvermittlung, wie Teilergebnisse der RN4CAST-Studie von Geest zur Mitgestaltung der Gesundheitsversorgung durch Pflegefachpersonen in Spitälern der Schweiz zeigen. Die Pflege in der Schweiz ist aufgrund eines hohen, vorwiegend akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen-Schlüssels gut aufgestellt. Die Befragung ergab eine 79%ige Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen. Insbesondere akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen leisten einen wesentlichen Beitrag zu Innovationen im Gesundheitswesen – beispielsweise bei der Entwicklung neuer Versorgungsmodelle für ältere und chronisch kranke Menschen. In interprofessionellen Behandlungsteams übernehmen entsprechend ausgebildete Pflegefachpersonen verantwortungsvolle Koordinationsaufgaben und leisten

einen essentiellen Beitrag zur Verbesserung der Betreuungsqualität sowie der Optimierung der Behandlungsabläufe und Therapien. Genügend qualifiziertes Pflegefachpersonal gilt als die wichtigste Ressource zur proaktiven Mitgestaltung des zukünftigen Gesundheitssystems (vgl. Geest et al. 2011). Für Schleswig-Holstein wäre in zukünftigen Entwicklungsprojekten zu prüfen, ob Impulse aus der Schweiz in die Maßnahmen zur Attraktivitätssteigerung des Heilberufes Pflege einzuflechten wären.

Es braucht tragfähige Einarbeitungskonzepte auf allen Ebenen, für Auszubildende, für Kolleg*innen aus andern Ländern, insbesondere aber auch für Pflegefachpersonen, die den Bereich wechseln oder nach einer beruflichen Pause wieder einsteigen. Die Abkehr vom Lernen am Modell ist nötig, um den Berufsverbleib nachhaltig zu sichern. Dazu sind ineinandergreifende Instrumente erforderlich, das folgende Kapitel gibt einen ersten Überblick.

7.3 Wiedereinstieg in den Pflegeberuf – Bausteine zur Erleichterung

Zur Vermeidung von Redundanzen zu den bereits im Kapitel 7.2 geschilderten Aspekten zur Sicherung des Berufsverbleibs stehen in diesem Kapitel die expliziten Empfehlungen zum Wiedereinstieg der schleswig-holsteinischen Pflegefachpersonen im Mittelpunkt. Diese sind jedoch immer in der Zusammenschau mit den Aspekten zur Sicherung des Berufsverbleibs zu sehen. Nur zusammen kann ein nachhaltiger Berufsverbleib gesichert werden. Die Prämisse lag der Studie zugrunde, sie fand Ausdruck in einer zusammengehörigen Forschungsfrage: „Wie lauten die Empfehlungen der im Beruf stehenden Pflegefachpersonen für den eigenen Berufsverbleib und einen gelingenden Wiedereinstieg von aus dem Pflegeberuf ausgestiegenen Kolleg*innen?“

Dem gesamten Feld des Wiedereinstiegs konnten 842 Nennungen zugeordnet werden, bei 740 Nennungen handelte es sich um Empfehlungen. Davon nahmen 52 die explizit die Erleichterung des Wiedereinstiegs über Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung in den Blick. Einen Überblick zu den Bausteinen zur Erleichterung eines Wiedereinstiegs gibt zusammenfassend Tabelle 50.

Themenfelder	Bausteine zur Erleichterung des Wiedereinstiegs
<i>Qualifikationsmaßnahmen</i>	Passgenaue Wiedereinstiegskonzepte implementieren
	Bedarfsgerechte Einarbeitungszeiten sichern
	Kurse für Wiedereinsteiger in speziellen Bereichen (z.B. Intensivpflege, Psychiatrie, etc.) implementieren
	Berufliche Weiterentwicklung sichern (s. Kap. 7.2.5)
<i>Organisationsentwicklung</i>	Wertschätzende Kommunikationskultur aufbauen und sichern
	Mitspracherecht als Standard implementieren
	Hierarchien abflachen
	Wiedereinsteiger*innen positiv aufnehmen
	Angemessene Betreuung von Wiedereinsteiger*innen sichern
	Besseres Miteinander im Team fördern
	Probearbeitstage ermöglichen
Steigerung der Arbeitgeberattraktivität (Stichwort Employer Branding)	
<i>Arbeitsplatz & Arbeitsverträge</i>	Bedarfsgerechte Arbeitsverträge ermöglichen (s. Kap. 7.4)
<i>Staatliche Anreize</i>	Steuererleichterungen prüfen
	Wiedereinstiegsprämie prüfen
Grundsatz in allen Feldern	Expertise der Pflegefachpersonen bei Entscheidungen einbinden, Mitspracherecht garantieren

Tabelle 50: Bausteine für einen gelingenden Wiedereinstieg in die Pflege

Für einen nachhaltig erfolgreichen Wiedereinstieg braucht es bedarfsorientierte Wiedereinstiegskonzepte. Es reicht mutmaßlich nicht, neue Kolleg*innen einfach mitlaufen zu lassen und zu hoffen, dass sie sich einfinden werden. Es wäre sehr bedauerlich, wenn gerade neugewonnene Mitarbeiter*innen bereits aufgrund schlechter Einarbeitungsbedingungen nicht in der Einrichtung blieben, den Beruf wieder verlassen und somit der Wiedereinstieg schon in einem frühen Stadium nicht gelänge. Deshalb sind passgenaue Einarbeitungskonzepte nötig. Dies reicht jedoch nicht aus.

Es ist naheliegend, dass die von den Teilnehmenden rückgemeldeten, den Ausstieg forcierenden Gründe eng verwoben bis deckungsgleich mit denen sind, die bei ehemaligen Kolleg*innen der Befragten zum Verlassen des Berufes führten. Dies bestätigt Auswertung. Folglich korreliert der Erfolg der Rückgewinnung ausgestiegener Pflegefachpersonen mit dem Gelingen der mitarbeiterorientierten Veränderung der Arbeitsbedingungen der professionellen Pflege. Eine Studie von Löffler kommt nach

einer Online-Erhebung derzeit beschäftigte Pflegefachpersonen nach ihrem Wiedereinstieg zu einem ähnlichen Ergebnis (vgl. Löffler 2014).

Der schnellste und wirksamste Weg die Fachkräftelücke zu schließen, besteht in der Option, ehemalige Pflegefachpersonen in die Pflege zurückzuholen. Eine große Zahl an ehemals beschäftigten Pflegefachpersonen würde potenziell zurückkehren, wenn die Bedingungen andere wären. Die Arbeitnehmerkammer Bremen hat im Sommer 2020 in einem Online-Survey erhoben, wie viele Pflegefachpersonen unter optimalen Bedingungen willens wären, in den Beruf zurückzukehren (Auffenberg und Heß 2021). 87,5 Prozent (213 Personen) schlossen dies zumindest nicht gänzlich aus, davon 43 % (101 Personen) hielten es sogar für wahrscheinlich (vgl. Auffenberg und Heß, S. 10). Unklar bleibt im Studienbericht und bei der Ergebnispräsentation allerdings, was genau „aus der Pflege ausgestiegen“ meint. Mutmaßlich könnte die direkte körperliche Pflege gemeint sein, die soziodemografischen Angaben der Teilnehmenden lassen dies vermuten. Klare Auskünfte waren nicht zu erlangen.

Ganz neu sind die Erkenntnisse allerdings nicht. Viele Einrichtungen haben längst entsprechende Rückgewinnungsstrategien etabliert. Bislang bleibt der Erfolg aber aus. Die dringend benötigten Innovationen im Heilberuf Pflege sind erst noch zu entwickeln (vgl. Isfort et al. 2018, S. 5). Die Krux ist, und die Rückmeldungen der Studienteilnehmenden bestätigen dies, dass sich die Arbeitsbedingungen trotz vieler Berichte, Untersuchungen, Aktivitäten (s. Kap. 2.2) noch nicht ansatzweise flächendeckend zum Besseren geändert haben, deshalb viele einstiegshemmende Gründe fortbestehen und die erfragten optimalen Bedingungen für eine Rückkehr eben nicht erreicht werden. Hier gibt es noch sehr viel zu tun, zukünftige Entwicklungsprojekte könnten einen wertvollen Beitrag leisten.

7.4 Arbeiten in Teilzeit – Potentiale zur Erhöhung des Beschäftigungsumfanges

Die zweite Option der oft angeführten sog. *Stillen Reserve* bilden die in Teilzeit arbeitenden Pflegefachpersonen. Rein rechnerisch böten sich sehr wohl hohe Potentiale zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege, wenn alle Teilzeitbeschäftigten wieder in eine Vollzeitbeschäftigung gingen wie aktuell Auffenberg und Heß (2021) und die PAUL HARTMANN AG (2018a) vorrechnen. So wäre also das Problem Personalmangel zu lösen. Soweit die Theorie. Leider scheint es nicht so einfach zu sein.

Die vorliegenden Befragungsergebnisse bestätigen für Schleswig-Holstein eine hohe Teilzeitquote, was dem bundesweiten Durchschnitt entspricht. 48,2 % der Teilnehmenden arbeiteten zum Erhebungszeitpunkt in Teilzeit. Ein Ziel der Studie war, die Potentiale zur Erhöhung des Beschäftigungsumfanges von in Teilzeit arbeitenden Pflegefachpersonen zu ermitteln, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Es ist bekannt, dass Pflegefachpersonen ihren Beschäftigungsumfang reduzieren, wenn sie mit den Arbeitsbedingungen nicht zufrieden sind. Diese Haltung fand sich in den Einträgen der offenen Fragen. Viele Studienteilnehmenden geben an, in Teilzeit zu arbeiten, um den Belastungsdruck zu verringern.

Doch wirkt sich die Maßnahme wirklich positiv auf die Arbeitszufriedenheit aus? Zur Beantwortung der Frage wurden Korrelationsanalysen zwischen der Arbeitszufriedenheit und berufsbiografisch-soziodemografischen Merkmalen der Teilnehmenden durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass der Beschäftigungsumfang weder einen wesentlichen Einfluss auf die Dimensionen der spezifischen Arbeitszufriedenheit noch auf die allgemeine Arbeitszufriedenheit ausübt. Die *Exit-Strategie* der Reduktion des Beschäftigungsumfanges erbringt somit keine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit, wie die Analysen in Kap. 5.2 und 5.3 zeigten. Dies ist umso bedauerlicher, weil Pflegefachpersonen in der pflegerischen Versorgung fehlen und gleichzeitig nicht unerhebliche wirtschaftliche Einbußen hinnehmen. Diese wirken sich spätestens bei der Rentenanwartschaft aus, wie Befragte berichten.

57,7 % der teilzeitbeschäftigten Teilnehmer*innen und somit mehr als die Hälfte wären grundsätzlich bereit, ihren Stellenumfang zu erhöhen, *wenn* sich die Bedingungen in der Pflege entscheidend verbessern würden. Je nach Entscheidungshintergrund fällt die Motivation zur Aufstockung von Teilzeitverträgen unterschiedlich aus. Insbesondere die Vereinbarkeit von Familie und Privatleben scheint *der* entscheidende Faktor bei dieser Gruppe, von den 377 Nennungen zu den Arbeitsbedingungen entfallen 55,4 % direkt auf die Vereinbarkeit. Darüber hinaus haben die meisten der anderen Nennungen indirekt mit der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben zu tun, sei es ein flexibler Dienstplan oder die Unterstützung von Alleinerziehenden von Arbeitgeberseite und im Team.

Schließlich ist die Akzeptanz einzufordern, dass familiäre Verpflichtungen zumindest zeitweise über der Berufstätigkeit stehen können, dies belegen sowohl die Äußerungen der Befragten als auch die Literatur der Care Ethik (vgl. Tronto 2013, 34 f.). Das darf jedoch nicht zu Nachteilen im Beruf führen.

Deshalb werden nun ergänzend zu den bereits genannten Bausteinen, die die Arbeitszufriedenheit und damit den Berufsverbleib und Wiedereinstieg aller Pflegefachpersonen positiv beeinflussen können, für Teilzeitbeschäftigte im Themenfeld Familie und Privatleben anzusiedelnden Ansatzpunkte vertiefend betrachtet, einen Überblick der Anregungen der Befragten gibt Tabelle 51.

Themenfelder	Bausteine zur Erhöhung des Stellenumfangs
<i>Familie & Privatleben</i> <i>Organisations- & Personalentwicklung</i>	Etablierung von familienfreundlichen Arbeitszeit- und Dienstplanmodellen. Anforderung: flexibel und gleichzeitig verlässlich
	Sicherung von Freizeit, familialer Sorgezeiten und Urlaub über das Vermeiden von Einspringen und Überstunden
	Aufhebung von Stellenbegrenzungen durch Arbeitgeber
	Schaffen von passgenauen Betreuungsangeboten für Kinder aller Altersgruppen
	Akzeptanz familialer Pausen ohne Nachteile
	Passgenaue Wiedereinstiegskonzepte
	Besondere Unterstützung für alleinerziehende Pflegefachpersonen
Grundsatz in allen Feldern	Expertise der Pflegefachpersonen bei Entscheidungen einbinden, Mitspracherecht garantieren

Table 51: Bausteine zur Erhöhung des Stellenumfangs

In dieser Studie stehen 42,3 % der Teilzeitbeschäftigten einer Erhöhung der Arbeitszeit grundsätzlich ablehnend gegenüber (s. Kap. 6.3.1). Zu den genannten Gründen des reduzierten Beschäftigungsumfangs zählen u.a. der Verlust der eigenen Gesundheit und der Wunsch nach dem Erhalt der persönlichen Gesundheitsressourcen sowie die Unvereinbarkeit der Vollzeitbeschäftigung mit familiären und privaten Anliegen. Im diesem Kontext wird die unzureichende Differenz zur aktuellen Höhe der Entlohnung genannt, die demnach keinen adäquaten Anreiz für eine Erhöhung des Beschäftigungsumfangs darstellt. Bereits lange vor der Rente fühlen sich viele Pflegefachpersonen so erschöpft und ausgepowert, dass sie sich nicht mehr in der Lage sehen, in Vollzeit zu arbeiten. Viele Rückmeldungen geben Hinweise darauf, dass aktuell bei einer beachtlichen Anzahl an Pflegefachpersonen der Wunsch besteht, den Stellenumfang noch weiter zu senken oder gar den Pflegeberuf zu verlassen. Als Gründe werden die komplexen, sich überlappende Missstände in der Praxis und die daraus resultierende Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen genannt.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass die Teilzeitquote im Frauenberuf Pflege im Vergleich zu vielen anderen Berufen sehr hoch ist. Die Angaben für den Bundesdurchschnitt sind nicht einheitlich und bewegen sich im Bereich von 40-50 % (vgl. Becka et al. 2016). Die Ursachen sieht Buxel, basierend auf

einer empirischen Untersuchung, nicht allein in belastenden wirtschaftlichen oder arbeitsorganisatorischen Gründen, sondern ist u.a. auf persönlich motivierte Gründe der Pflegefachpersonen zurückzuführen. Auf eigenen Wunsch die Arbeitszeit zu reduzieren korreliert u.a. mit der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, persönlicher Gesundheit und Alter, oder einfach nur, um mehr freie Zeit für sich selbst zu haben (vgl. Buxel 2011).

Daraus ergeben sich (mehr oder weniger gewollte) Pausen in einer weiblichen pflegerischen Berufsbiografie. Pflegefachpersonen legen Pausen von bis zu zwanzig Jahren ein und kehren dann in ihren Beruf zurück. Mutmaßlich spielt die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für diesen Befund eine große Rolle, Pflegefachpersonen müssen sich in bestimmten Phasen ihres Lebens zwischen beruflicher und familialer Sorgearbeit entscheiden (vgl. Winker 2015, S. 31). Zudem zeigt sich, dass der Wiedereinstieg auch nach langer Zeit gelingen kann. Diese Pflegefachpersonen scheinen einen großen Anteil an der Gruppe der Wiedereinsteiger*innen zu haben. Nötig sind passgenaue Konzepte auf Organisationsebene, die den Wiedereinstieg gelingen lassen und ihren Verbleib im Pflegeberuf nachhaltig sichern.

Die Strategie der Arbeitgeber, Pflegefachpersonen in Teilzeit als „*Personalpool*“ für Engpässe zu nutzen, kommt bei den Befragten nicht gut an. Auf ein besonderes Phänomen soll an der Stelle nochmals eingegangen werden. Befragte berichten, dass es ihnen der Arbeitgeber verwehrt, einen Arbeitsvertrag in Vollzeit abzuschließen, sie aber angepasst an die Bedarfe der Einrichtung flexibel einspringen müssen und so am Monatsende trotzdem 100 % und mehr gearbeitet haben. Diese Mehrleistung wird aber wohl nicht vergütet. Überstunden können nur in Freizeit abgebaut werden, wenn es die Personallage zulässt, was aber kaum gelingt (s. Kap. 6.4.2.1). Wenn das von Befragten geschilderte Phänomen, für das es bereits im Vorfeld der Studie einige Hinweise aus anderen Kontexten gab, weit verbreitet wäre, hat es Einfluss auf die Versorgungsleistung des gesamten Pflegesystems. Deshalb wäre anzuregen, breitangelegt zu prüfen, ob und wie häufig der Personalnotstand genutzt wird, um Pflegefachpersonen auszubeuten und wie viele Pflegefachpersonen sich solche Arbeitsbedingungen aus welchen Gründen bieten lassen. Eine ggfs. mutwillige Festschreibung einer reduzierten möglichen Arbeitszeit aufgrund Gewinnabwägungen ist in Zeiten von Knappheit kaum nachvollziehbar, um nicht zu sagen unverantwortlich.

Das nächste Kapitel widmet sich abschließend nochmals der Gefahr des dauerhaften Berufsaustiegs.

7.5 Stehen an der Bordsteinkante – Drohender Berufsausstieg

Die Befragung diente dem Ziel, mittels der Erhebung der Arbeitszufriedenheit grundlegende Aspekte zum Wiedereinstieg und Berufsverbleib zu erfassen. Das Design des Surveys setzte sich aus dem erprobten Befragungsinstrument nach Neuberger und Allerbeck und ergänzenden geschlossenen und offenen Items zusammen. Bereits in der ersten Datenschau der Einträge in den Freitextfeldern im Frühsommer 2020 deutete sich an, dass es viele Pflegefachpersonen geben könnte, die sich mit dem Gedanken an einen Berufsausstieg tragen. Nach der Veröffentlichung des ersten Zwischenberichts wurde sehr häufig die Frage nach der genauen Anzahl der potenziellen Berufsaussteiger*innen an das Team der Forscher*innen herangetragen. Aufgrund der Erhebungsmethode lässt sich darauf keine absolute Antwort geben, denn das Befragungsinstrument enthielt keine entsprechende Fragestellung. Die Hinweise ergeben sich lediglich aus den Eintragungen in den Freitextfeldern. Es ist nicht zu ermitteln, ob alle, die zum Erhebungszeitpunkt beabsichtigten, zeitnah aus dem Pflegeberuf auszusteigen, dies auch in der Befragung mitgeteilt haben.

Auffallend war, dass Befragte trotz fehlender Fragestellung ihre Ausstiegsabsichten überhaupt mitgeteilt haben. Es wurde ermittelt, wie viele Studienteilnehmer*innen entsprechende Einträge vorgenommen haben. Dazu wurden die Einträge in allen vier offenen Fragen abgeglichen und alle Mehrfachnennungen entfernt. Ebenfalls nicht mitgezählt wurden Einträge, die auf den zeitnahen Renteneintritt hinwiesen.

Insgesamt haben 61 Teilnehmer*innen angegeben, dass sie sich mit dem Gedanken tragen, aus dem Beruf auszusteigen, manche haben dies mehrfach mitgeteilt. Dies sind 5 % aller Befragten, die Einträge in den Freitextfeldern hinterlassen haben. Diese Befragten teilen schriftlich mit, dass sie sich mit dem Gedanken, aus dem Beruf auszusteigen tragen, um dem Leidensdruck unter den derzeit herrschenden Arbeitsbedingungen ein Ende zu bereiten. Alleine die Fluktuation einer Person und die direkte Neubesetzung einer Stelle verursacht durchschnittlich ca. 14.000 € Kosten für das betroffene Unternehmen, berechnete jüngst eine österreichische Studie (Brence et al. 2019, S. 4). Das bedeutet, dass für die Wiederbesetzung der 61 Stellen 854.000 € kosten würde.

Die Gründe für einen Ausstieg aus dem Pflegeberuf sind unterschiedlich. Sie sind in ihrer Komplexität wissenschaftlich aufgearbeitet zu finden bei Höhmann et al. (2016). Mögliche Umstände, die die Ausstiegsentscheidung beeinflussen, sieht Höhmann u.a. in der unzureichenden monetären Vergütung. Des Weiteren ist erkennbar, dass sich Studienteilnehmer*innen Veränderungen in den Feldern Arbeitszeit (mitarbeiterorientierte Arbeitszeitmodelle) und Arbeitsorganisation, Arbeitsumfang, Personalbesetzung, Bürokratisierung, Umgang mit Wirtschaftlichkeitsaspekten, unzureichende gesellschaftliche Anerkennung, Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Einfluss- und Gestaltungspartizipation, Zusammenarbeit mit Kolleg*innen und Leitungen, berufliche Rolle und moralische Belastung, Vereinbarkeit mit privaten Erfordernissen, Kooperations- und Kommunikationsstruktur, Mitarbeiter*innen-Unterstützungsmanagement und Organisationskultur wünschen. Da alle Aspekte einen Beitrag zur physischen, psychischen und moralischen Belastung der Pflegefachpersonen leisten, sind die Felder von höchster Bedeutsamkeit für die Arbeitszufriedenheit. Durch Einwirkungsprozesse in all den genannten Bereichen und somit der aktiven Einflussnahme sind Veränderungen umzusetzen und langfristig belastende Faktoren zu reduzieren. Dies wirkt einem Ausstieg entgegen, steigert die Arbeitszufriedenheit und trägt zum Verbleib im Beruf bei.

Als Teil der RN4CAST-Studienreihe wurden insgesamt 3186 belgische Pflegefachpersonen befragt: 29,5 % äußerten die Absicht, in den nächsten 12 Monaten ihr aktuelles Krankenhaus aufgrund von Arbeitsunzufriedenheit zu verlassen. Davon wollten 29,7 % den Beruf ganz verlassen (vgl. Zander 2017). Dass

es einen Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und der Absicht, den Beruf zu verlassen und folglich eine Korrelation einer geringeren Arbeitszufriedenheit und einer höheren Absicht *zu gehen* wie durch die RN4CAST-Studie und auch die NEXT-Studie beschrieben (vgl. Hasselhorn et al. 2005, S. 37) zu geben scheint, kann für die vorliegenden Untersuchung bestätigt werden.

Den vorherrschenden Arbeitsbedingungen in der Pflege wird von Simon ein wesentlicher Einfluss auf die Fluktuation zugeschrieben: Die Absicht, in absehbarer Zeit den Beruf zu verlassen, hängt signifikant mit der Personalausstattung und der Qualität der Arbeitsumgebung zusammen (z.B. Unterstützung der Pflege durch die Führungsebene, gute interprofessionelle Beziehungen zwischen den Pflegefachpersonen und Ärzt*innen, Partizipation der Pflegefachpersonen an Entscheidungsprozessen und organisationale Prioritätensetzung auf Pflegequalität) (vgl. Simon 2015). Im vorliegenden Bericht stellen sich in einer ersten qualitativen Betrachtung die oben genannten Belastungsfelder als ebenfalls bedeutend heraus. Mit Blick auf die bestehende Studienlage (vgl. Hasselhorn et al. 2005; Simon et al. 2005) wird die hohe Relevanz der genannten Felder auf die Fluktuation bestätigt.

Joost sieht in einem mitarbeiterorientierten Management eine wirkungsvolle Maßnahme gegen Fluktuationbewegungen. Unterbrechungszeiten beispielsweise aufgrund von Familienphasen sind durch Maßnahmen zur besseren zeitlichen Vereinbarkeit zu verkürzen. Durch Krankheiten bedingte Unterbrechungszeiten können durch Veränderungen der Arbeitsbedingungen vermieden oder reduziert werden. Wichtige Ansatzpunkte sind eine stärkere Partizipation der Pflegefachpersonen an Entscheidungen sowie die Verbesserung der Kommunikationsprozesse im Arbeitsalltag (vgl. Joost et al. 2009).

Wie in korrespondierende Untersuchungen dargelegt, ist eine Differenz zwischen der organisationalen Bindung und der Berufsbindung festzustellen. Die Berufsbindung fällt im Vergleich zur organisationalen Bindung höher aus. Der Grad der Berufsbindung korreliert mit motivationalen Gründen und mit der erfahrenen Wertschätzung und Anerkennung der Tätigkeit. Der Grad der organisationalen Bindung hängt davon ab, wie intensiv sich die befragten Pflegefachpersonen mit dem Gedanken des Berufsausstiegs beschäftigen. Auch nimmt u.a. die Führungsqualität auf die Bindung Einfluss (vgl. Hasselhorn et al. 2005, S. 42).

Die Entscheidung, aus dem Pflegeberuf auszusteigen ist von vielen Faktoren beeinflusst, wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie belegen konnten. Die Ergebnisse sind ausführlich in den Kapiteln 6.2.7, 6.4.2.7 und 6.5.8 dargelegt. Ob und wann die Teilnehmer*innen der vorliegenden Studie definitiv aussteigen werden, bleibt offen. Jegliche weiteren Berechnungen von Ausstiegsraten o.Ä. auf Basis der 61 Teilnehmenden verbieten sich aus wissenschaftlicher Sicht.

Geboten wäre vielmehr, dieser speziellen Fragestellung in einem entsprechenden Forschungsprojekt nachzugehen, welches sich nur an ausstiegswillige Pflegefachpersonen richtet. Dazu wäre genau zu definieren, was die Pflegefachpersonen unter dem Berufsausstieg verstehen. Meint es das Verlassen des Berufes oder nur den Wechsel von der direkten, körpernahen Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf beispielsweise in lehrende, beratende oder leitende Funktionen, wie bereits an anderer Stelle beschrieben. Diese Analyse lassen ähnlich gelagerte Forschungsarbeiten bisher vermissen. Die Herausforderung ist, die aus dem Beruf ausgestiegenen, in einem komplett anderen Tätigkeitsfeld beschäftigten ehemaligen Pflegefachpersonen zu finden. Strukturierte Zugangswege legen die hier analysierten Forschungsarbeiten nicht offen, die Kontakte scheinen eher zufällig. Bisher gab es bundesweit keine Plattform, welche die beruflichen Bewegungen von Pflegefachpersonen erfasst. Ein etabliertes und über eine gewisse Zeit arbeitendes Meldewesen einer Pflegekammer kann einen belastbaren Zugang bieten.

8 Fazit & Ausblick

Die gewonnenen Ergebnisse der umfangreichen Studie liefern erstmals für Schleswig-Holstein eine belastbare Datengrundlage zur Arbeitszufriedenheit. Sie schaffen darüber hinaus Transparenz, was die Pflegefachpersonen aktuell bewegt und wie es ihnen bei der pflegerischen Berufsausübung geht. Arbeitszufriedenheit, Berufsverbleib, Erhöhung des Stellenumfanges und Wiedereinstieg hängen eng miteinander zusammen wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie eindrücklich zeigen.

Der politisch forcierte Wiedereinstieg und der angestrebte langfristige Berufsverbleib korrelieren mit den Bedingungen am Arbeitsplatz. Demnach sind am Arbeitsplatz Bedingungen in naher Zukunft so zu verändern, dass wiedergewonnenen Pflegefachpersonen zukünftig gehalten werden und sich sicher und langfristig an ihren Arbeitgeber binden. Für eine zukunftsfähige Platzierung auf dem Arbeitsmarkt im Wettbewerb um Pflegefachpersonen sind Arbeitgeber gleichermaßen gefordert, die Arbeitszufriedenheit ihrer Beschäftigten sensibel aufzunehmen und als richtungsweisend für weitere Planungen zu bewerten. Nur durch eine Änderung der Unternehmenskultur einschließlich der Implementierung umfangreicher Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen kann es gelingen, dass Beschäftigte sich an die Unternehmen binden. So sind ausreichend Nachwuchskräfte zu gewinnen und langfristig das Image des Heilberufes Pflege zu verbessern.

Aus der Benennung zentraler Themenfelder dieser Studie lassen sich entscheidende Aspekte ableiten, die auf den Berufsverbleib, Stellenerhöhung und den Wiedereinstieg von ausgestiegenen Pflegefachpersonen Einfluss nehmen. Bei der Konzeption von Handlungsleitfäden und Handlungsempfehlungen für Akteure im Gesundheitswesen sind die Ergebnisse als Anhaltspunkte zu berücksichtigen.

Einige Untersuchungen weisen darauf hin, dass sehr umfassende Maßnahmen erforderlich sind, um das krankheitsbedingte Ausscheiden aus dem Pflegeberuf zu verringern. Andere verweisen auf das Ausscheiden aufgrund moralischer Demotivation und anhaltender Frustration. Es ist deshalb vom Gedanken Abstand zu nehmen, allein mit kurzfristigen und schnellen Impulsen weitreichende Veränderungen hervorbringen zu können. Um den Erfolg von fachkräftesichernden Maßnahmen zu steigern, sind evidente, an den Mitarbeitenden orientierte Planungs-, Entwicklungs- und Implementierungsschritte zu sondieren.

Da sowohl die organisationale als auch die Berufsbindung den Grad der Arbeitszufriedenheit und damit die Entscheidung des vorzeitigen Berufsausstieges beeinflussen können, sind detailliertere Analysen für tiefere Einblicke für passgenauere Einschätzungen notwendig. In aufbauenden Forschungsarbeiten

- sind Pflegefachpersonen zu quantitativen Arbeitsanforderungen und ihnen zur Verfügung stehenden individuellen Handlungs- und Gestaltungsspielräumen zu befragen und über partizipative Forschungs- und Entwicklungsprozesse aktiv einzubinden;
- ist zu prüfen, ob Impulse aus der Literatur zur Rolle von Pflegefachpersonen aufzunehmen und umzusetzen sind;
- sind die Bedingungen der heutigen Arbeitswelt zu untersuchen und für einen gelingende Wiedereinstieg für Rückkehrer*innen und Kolleg*innen in den Institutionen zu adaptieren;
- ist zu analysieren, was die physischen und psychischen Belastungsfaktoren im Heilberuf Pflege nachhaltig senken und gleichermaßen die Arbeitszufriedenheit, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein steigern kann.

Fußend auf den gewonnenen Erkenntnissen wären in einem solchen Entwicklungsprozess weitere relevante Akteure einzubeziehen, um die bestehende Datenbasis auszubauen und eine solide Grundlage zu schaffen. Die gesammelten Ergebnisse können zukünftig Arbeitgebern evidente Handlungsanleitungen zur Wiedergewinnung ausgestiegener Pflegefachpersonen und zur Förderung des Berufsverbleibs von aktuell beschäftigten Pflegefachpersonen bereitstellen und die Grundlage für Modellprojekte bieten. Für den Erfolg und die Nachhaltigkeit der Konzepte ist maßgeblich, dass die entscheidenden Bedarfe der Zielgruppe aufgenommen und berücksichtigt sind und dass die Politik solche Entwicklungsprojekte unterstützt.

Die Ergebnisse bieten die Chance, die Herausforderung der Attraktivitätssteigerung des Heilberufs Pflege anzunehmen. Projekte oder Strategien zur Fachkräftesicherung sind langfristig anzulegen, wobei stets Wirksamkeitsüberprüfungen im Sinne von Evaluationen mitzudenken und von vornherein einzuplanen sind. Zielrichtung künftiger politischer Maßnahmen muss es sein, alle Einrichtungen in denen Pflegefachpersonen tätig sind, mit Blick auf die sich zuspitzende Problemlage zu begleiten, zu bestärken und Ressourcen bereitzustellen, um eine erfolgreiche Unternehmens- und Personalentwicklung nachhaltig zu verstetigen.

Mit der Verbesserungen der Arbeitsbedingungen steht und fällt nicht nur die Attraktivität der Arbeitgeber für potenzielle Wiedereinsteiger*innen, sondern der Verbleib der hochqualifizierten aktuell in Beschäftigung stehenden Pflegefachpersonen. Ihr Verlust und infolgedessen der immense Schaden für das Gesundheitswesen - in Schleswig-Holstein und bundesweit - ist zu verhindern, wenn die Anliegen der Pflegefachpersonen, die sie in der Befragung äußerten, Berücksichtigung finden und die Umsetzung gegenregulierender Maßnahmen zeitnah erfolgt.

Gelingt es, die Anliegen der Pflegefachpersonen bei der Umsetzung zu berücksichtigen und **mit ihnen im Dialog** zu bleiben, statt **über sie zu sprechen** sowie transparent über die Ziele zu informieren, wird die Kooperation der Pflegefachpersonen in hohem Maße vorhanden sein.

Literaturverzeichnis

Afentakis, Anja; Böhm, Karin (2009): Beschäftigte im Gesundheitswesen // Themenheft 46 "Beschäftigte im Gesundheitswesen". Unter Mitarbeit von Robert Koch-Institut. Hg. v. Robert Koch-Institut. Berlin (46). Online verfügbar unter <http://www.gbe-bund.de/pdf/beschaeftigte.pdf>.

Aiken, Linda; Sermeus, Walter (2020): About RN4CAST. Hg. v. RN4CAST. Leuven, Belgien, Pennsylvania, USA. Online verfügbar unter <http://www.rn4cast.eu/about1.html>.

Aiken, Linda H. (2010): Nurses for the Future. In: *New England Journal of Medicine* 364 (3), S. 196–198. DOI: 10.1056/NEJMp1011639.

Auffenberg, Jennie; Heß, Moritz: "Ich pflege wieder, wennn...". Präsentation der Studie. Arbeitnehmerkammer Bremen, zuletzt geprüft am 27.03.2021.

Auffenberg, Jennie; Heß, Moritz (2021): Bericht zur Studie: "Ich pflege wieder, wenn ...". Pflegekräfte zurückgewinnen – Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern. Hg. v. Arbeitnehmerkammer Bremen. Online verfügbar unter <https://arbeitnehmerkammer.de/service/presse/pressemitteilungen/bremer-befragung-viele-pflegebeschaeftigte-wuerden-wieder-einsteigen.html>, zuletzt geprüft am 27.03.2021.

Badura, Bernhard; Greiner, Wolfgang; Rixgens, Petra; Überle, Max; Behr, Martina; Ueberle, Max (2013): Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. 2., erweiterte Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.

Becka, Denise; Evans, Michaela; Öz, Fikret (2016): Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege. Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich. Hg. v. Institut Arbeit und Technik. Westfälische Hochschule. Bocholt (FORSCHUNG AKTUELL). Online verfügbar unter <https://www.iat.eu/forschung-aktuell/2016/fa2016-04.pdf>.

Behrens, Johann (2013): Brandenburger Fachkräftestudie Pflege. Abschlussbericht. Hg. v. Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Potsdam. Online verfügbar unter https://service.brandenburg.de/media_fast/667/Abschlussbericht_zur_Fachkr%C3%A4ftestudie_Pflege.pdf, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Blanz, Mathias (2015): Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit. Grundlagen und Anwendungen. s.l.: W. Kohlhammer Verlag. Online verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783170258365.

Blum, Karl; Löffert, Sabine; Offermanns, Matthias; Steffen, Petra (2019a): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2019. Hg. v. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Düsseldorf. Online verfügbar unter https://www.dki.de/sites/default/files/2019-12/2019_Bericht%20KH%20Barometer_final.pdf, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Blum, Karl; Offermanns, Matthias; Steffen, Petra (2019b): Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030. Hg. v. Deutsches Krankenhausinstitut. Düsseldorf. Online verfügbar unter https://www.dki.de/sites/default/files/anylink/DKI%202019%20-%20Pflege%202030%20-%20Bericht_final.pdf, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Braeseke, Grit; Merda, Meiko; Peters, Verena; Haumann, Anja (2012): Handlungskatalog PflegeZukunft kompetent gestalten: Ein Instrumentenkoffer für kleine und mittlere Unternehmen zur Fachkräftesicherung. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. Unter

Mitarbeit von Jürgen Glaser, Mirko Briemle, Marc Bovenschulte und Maxie Lutze. Hg. v. IEGUS Institut, Universität Konstanz und VDE/VDI Innovation+Technik GmbH. Konstanz. Online verfügbar unter <https://vdivde-it.de/de/publikation/pflegezukunft-kompetent-gestalten-ein-instrumentenkoffer-fuer-kleine-und-mittlere>, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Bräutigam, Christoph; Evans, Michaela; Hilbert, Josef; Öz, Fikret (2014): Arbeitsreport Krankenhaus. Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser. Hg. v. Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf (Arbeitspapier, 306). Online verfügbar unter https://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_306.pdf, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Brence, Florian; Nowshad, Anna; Wallner, Ralf; Bauer, Christina (2019): Impact. Fluktuation und deren Auswirkungen auf Unternehmen. Hg. v. Deloitte Österreich. Wien. Online verfügbar unter <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/at/Documents/consulting/at-deloitte-fluktuationsstudie-2019.pdf>, zuletzt geprüft am 16.06.2020.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2019): Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. 3. Aufl. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/191129_KAP_Gesamt-text__Stand_11.2019_3._Auflage.pdf, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Bundesrepublik Deutschland (23.05.1949): Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. GG. Online verfügbar unter www.gesetze-im-internet.de, zuletzt geprüft am 16.06.2020.

Bundesrepublik Deutschland (17.06.2017): Gesetz zur Reform der Pflegeberufe. Pflegeberufereformgesetz - PflBRefG. In: *Bundesgesetzblatt* 2017 (Teil I Nr. 49), S. 2581–2614. Online verfügbar unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl117s2581.pdf#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D__1592200361488, zuletzt geprüft am 15.06.2020.

Bundesrepublik Deutschland (19.05.2020): Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Fundstelle: Bundesgesetzesblatt. In: *Bundesgesetzblatt* 2020 (Teil I Nr. 23), S. 1018–1036. Online verfügbar unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text_0&toctf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist_0&bk=bgbl&start=%2F%2F*%5B%40node_id%3D%27632106%27%5D&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Bundesrepublik Deutschland (25.03.2021): Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung. SGB V, vom 22.02.2021. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/, zuletzt geprüft am 25.03.2021.

Buxel, Holger (2011): Jobwahlverhalten, Motivation und Arbeitsplatzzufriedenheit von Pflegepersonal und Auszubildenden in Pflegeberufen. Ergebnisse dreier empirischer Untersuchungen und Implikationen für das Personalmanagement und -marketing von Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen. Fachhochschule Münster University of applied sciences. Münster, Januar 2011. Online verfügbar unter <https://docplayer.org/8531853-Jobwahlverhalten-motivation-und-arbeitsplatzzufriedenheit-von-pflegepersonal-und-auszubildenden-in-pflegeberufen.html>, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Cohen, Jacob (1992): Quantitative methods in psychology: A power primer. In: *Psychological Bulletin* 112 (1), S. 155–159. DOI: 10.1037/0033-2909.112.1.155.

Danish Nurses Organization Dansk Sygeplejerad (Hg.) (2009): Nurse in Denmark? A guide on salary, pension and employment. Copenhagen, zuletzt geprüft am 15.03.2021.

Dilcher, Bettina; Hammerschlag, Lutz (Hg.) (2012): Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Doppelfeld, Silke; Postel, Sandra; Thiel, Volker (2011): Entwicklung und Erprobung einer Ausbildung zur Servicemitarbeiterin bzw. zum Servicemitarbeiter im Gesundheitswesen. Hg. v. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz. Rheinisches Bildungszentrum der Marienhaus GmbH (Berichte aus der Pflege, 16). Online verfügbar unter https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Berichte_aus_der_Pflege_16.pdf, zuletzt geprüft am 17.06.2020.

Dormann, Christian; Zapf, Dieter (2001): Job satisfaction: a meta-analysis of stabilities. In: *Journal of Organizational Behavior* 22 (5), S. 483–504. DOI: 10.1002/job.98.

Echterhoff, Wilfried; Poweleit, Detlev (1996): Innere Kündigung: Überwindung von Motivationsblockaden in Banken. In: *Human Resources Management in Banken*, S. 373–393. DOI: 10.1007/978-3-322-82568-1_16.

Ferreira, Yvonne (2020): Arbeitszufriedenheit. Grundlagen, Anwendungsfelder, Relevanz. 1. Auflage: Kohlhammer Verlag (Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie).

Feuchtinger, Johanna (2017): Mitarbeitergewinnung und -bindung – Konzept der Magnethospitäler. In: Peter Bechtel, Ingrid Smerdka-Arheger und Kathrin Lipp (Hg.): Pflege im Wandel gestalten - Eine Führungsaufgabe. Lösungsansätze, Strategien, Chancen. 2. Aufl. 2017. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 65–70.

Flieder, Margret (2002): Was hält Krankenschwestern im Beruf? Eine empirische Untersuchung zur Situation langjährig berufstätiger Frauen in der Krankenpflege. Zugl.: Bremen, Univ., Diss., 2002 u.d.T.: Flieder, Margret. 2. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl. (Mabuse-Verlag Wissenschaft, 60).

Forschungsnetzwerk Gesundheit (Hg.) (2020): Berufsverbleib & Wiedereinstieg von Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein. Eine Studie im Auftrag der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein. Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen. Online verfügbar unter <https://forschungsnetzwerk-gesundheit.hwg-lu.de/forschung/berufsverbleib-und-wiedereinstieg-von-pflegefachpersonen>, zuletzt geprüft am 03.03.2021.

Fried, Yitzhak; Shirom, Arie; Gilboa, Simona; Cooper, Cary L. (2008): The mediating effects of job satisfaction and propensity to leave on role stress-job performance relationships: Combining meta-analysis and structural equation modeling. In: *International Journal of Stress Management* 15 (4), S. 305–328. DOI: 10.1037/a0013932.

Friedrich, Andrea (2010): Personalarbeit in Organisationen Sozialer Arbeit. Theorie und Praxis der Professionalisierung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-531-92153-2.pdf>.

Gastmann, Jörg (2018): Wichtige Voraussetzungen für eine Rückkehr in den Pflegeberuf. Rückkehr ausgestiegener Pflegekräfte? Darum ist die Pflege Comeback Studie unrealistisch. Online verfügbar unter <https://www.immerda-intensivpflege.de/pflege-comeback-studie-rueckkehr->, zuletzt aktualisiert am 28.06.2020, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Geest, Sabine de; Schubert, Maria; Schwendimann, René (2011): Erste Ergebnisse der EU Studie RN4CAST. Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing: Prognosemodelle für das Pflegepersonal. Unter Mitarbeit von Mario Desmedt und Dietmar Ausserhofer. Hg. v. Institut für Pflegewissenschaft Universität Basel. Medizinische Fakultät. Basel, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

GKV-Spitzenverband (Hg.) (2020): Fragen und Antworten zu DRG. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg_system/fragen_und_antworten_drg/fragen_und_antworten_drg.jsp, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Hasselhorn, Hans-Martin; Müller, Hans; Tackenberg, Peter; Kümmerling, Angelika; Simon, Michael (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Hg. v. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bergische Universität Wuppertal. Dortmund, Berlin, Dresden (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Ü, Übersetzung, 15). Online verfügbar unter <http://www.baua.de/de/Publikationen/Schriftenreihe/Uebersetzungen/Ue15.html>, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Hellman, Chan M. (1997): Job Satisfaction and Intent to Leave. In: *The Journal of Social Psychology* 137 (6), S. 677–689. DOI: 10.1080/00224549709595491.

Höhmann, Ulrike; Lautenschläge, Manuela; Schwarz, Laura (2016): Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. Die Pflegenden im Fokus. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmey, Stefan Greß, Jürgen Klauber, Antje Schwinger und Denise Becka (Hg.): *Pflege-Report 2016 : Schwerpunkt : Die Pflegenden im Fokus*. Stuttgart: Schattauer, S. 73–89.

Hölterhoff, Marcel; Hackmann, Tobias; Schmutz, Sabrina; Müller, Daniela (2013): Fachkräftesicherung durch Gute Arbeit. Rahmenbedingungen und Zukunftsperspektiven in der Pflege in Thüringen. Hg. v. Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Technologie Thüringen. Prognos. Erfurt. Online verfügbar unter <https://www.thueringen.de/de/publikationen/pic/pubdownload1496.pdf>, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Institut DGB-Index Gute Arbeit (Hg.) (2018): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Berlin. Online verfügbar unter <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++fecfee2c-a482-11e8-85a5-52540088cada>, zuletzt geprüft am 15.06.2020.

Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen GmbH (2018): Landesprojekt: Theorie-Praxis-Transfer in der Ausbildung in den Pflegeberufen. "Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe, Berufsfeld Pflege". Hg. v. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz. Mainz (Berichte aus der Pflege, 28). Online verfügbar unter https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/BadP_28_Endfassung.pdf, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

International Council of Nurses (ICN), Weltgesundheitsorganisation (WHO); Burdett Trust for Nursing (Hg.) (2020): *Nursing Now*. Online verfügbar unter <https://www.icn.ch/what-we-do/campaigns/nursing-now>, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

International Council of Nurses (ICN) (Hg.) (2002): Definition der Pflege – International Council of Nurses ICN. Deutsche Übersetzung konsentiert von DBfK, ÖGKV und SBK. Genf. Online verfügbar unter <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

International Council of Nurses (ICN) (Hg.) (2012): ICN-Ethikkodex für Pflegenden. Genf. Online verfügbar unter <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN-Ethikkodex-2012-deutsch.pdf>, zuletzt geprüft am 15.06.2020.

Isfort, Michael; Rottländer, Ruth; Weidner, Frank (2018): Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der teil-/vollstationären Pflege. Unter Mitarbeit von Danny Gehlen, Jonas Hylla und Daniel Tucman. Hg. v. 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 17.06.2020.

Isfort, Michael; Weidner, Frank (2018): Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland. Hg. v. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip). Köln. Online verfügbar unter https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2018.pdf, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Jacobs, Klaus; Kuhlmei, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (Hg.) (2020): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin, Heidelberg: Springer.

Joost, Angela; Kipper, Jenny; Tewolde, Tadios (2009): Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Zentrale Studienergebnisse im Überblick. Hg. v. Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK). Frankfurt. Online verfügbar unter http://www.iwak-frankfurt.de/wp-content/uploads/2015/04/berufsverlaeufe_broschuere.pdf, zuletzt geprüft am 17.06.2020.

Kanning, Uwe Peter (2017): Personalmarketing, Employer Branding und Mitarbeiterbindung. Forschungsbefunde und Praxistipps aus der Personalpsychologie. Berlin, Heidelberg: Springer.

Kliner, Karin; Rennert, Dirk; Richter, Matthias; Bogai, Dieter (Hg.) (2017): Gesundheit und Arbeit - Blickpunkt Gesundheitswesen. BKK Gesundheitsatlas 2017. BKK Dachverband. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Krampe, Eva-Maria (2009): Emanzipation durch Professionalisierung? Akademisierung des Frauenberufs Pflege in den 1990er Jahren: Erwartungen und Folgen. Dissertation. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl. (Mabuse-Verlag Wissenschaft, 106). Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-940529-18-3>.

Kuhn, Andrea (2016): Die Errichtung einer Pflegekammer in Rheinland-Pfalz. Der fehlende Baustein zur Professionalisierung? Wiesbaden: Springer (Best of Pflege). Online verfügbar unter <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-658-12541-7>.

Kuhn, Andrea; Mack, Claire; Weinert, Stephan (2020): Fragebogen Berufsverbleib von Pflegefachpersonen in Schleswig-Holstein. Hg. v. Forschungsnetzwerk Gesundheit. Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen. Ludwigshafen, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (Hg.) (2019): Umgang mit älteren Mitarbeitern - Kulturwandel jetzt! Positionspapier zur Schaffung altersgerechter Strukturen in der Pflege. Mainz. Online verfügbar unter <https://www.pflegekammer-rlp.de/index.php/statement-anzeigen/Positionspapier.html>, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (01.01.2020): Berufsordnung, vom 01.01.2020. Online verfügbar unter <https://www.pflegekammer-rlp.de/index.php/pflege-als-beruf.html#berufsordnung-228>, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Landesregierung Schleswig-Holstein (16.07.2015): Gesetz über die Kammer und die Berufsgerichtsbarkeit für die Heilberufe in der Pflege. Pflegeberufekammergesetz - PBKG, vom 13.12.2019. Fund-

stelle: GVOBl. 2015 206. Online verfügbar unter http://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/jportal/portal/t/1hi7/page/bssshoprod.psml/screen/JWPDFScreen/filename/PflBerG_SH.pdf, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Locke, Edwin A. (1969): What is Job Satisfaction? In: *Organizational Behavior and Human Performance* 4 (4), S. 309–414. Online verfügbar unter <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/0030507369900130?to-ken=B017302A641719A46FBE0971F40092503476731A8BD6DEF0FF7CF36CC9382759F64C2006A42CE00F89D2EA33CF9C5914>, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Löffert, Sabine; Golisch, Anne (2013): Alter(n)sgerechtes Arbeiten im Krankenhaus Stand und Perspektiven einer langfristigen Bindung von Pflegekräften. Stand und Perspektiven einer langfristigen Bindung von Pflegekräften. Eine Studie im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Hg. v. Deutsches Krankenhausinstitut e.V. Düsseldorf. Online verfügbar unter https://www.dki.de/sites/default/files/2019-05/alternsgerechtes_arbeiten.pdf, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Löffert, Sabine; Strohbach, Heiko (2018): Landesprojekt "Führung im Krankenhaus in Rheinland-Pfalz". Projekt im Rahmen der Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe. Unter Mitarbeit von Jörg Felfe. Hg. v. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz. Mainz (Berichte aus der Pflege, 36). Online verfügbar unter https://www.dki.de/sites/default/files/2019-02/badp_36_landesprojekt_fuehrung_im_krankenhaus_in_rheinland-pfalz%281%29.pdf, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Löffler, Roland (2014): Arbeitsbedingungen in Pflege- und Sozialbetreuungsberufen in Tirol. Risikofaktoren und begleitende Maßnahmen zur Erleichterung des Berufs(wieder)einstiegs und zur Verhinderung vorzeitiger Berufsausstiege. BBfK 2014. Österreichisches Institut für Berufsbildungsforschung. Wien, 03.07.2014. Online verfügbar unter https://www.bbfk.at/bbfk/bbfk2014/pdfs/all/oeibf_Loeffler_Paper_Session_1_3_Pflegeberufe.pdf, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Mack, Claire (2015): Attraktive Beschäftigungsbedingungen in der Pflege in Rheinland-Pfalz. „Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Gesundheitsfachberufe 2012-2015, Berufsfeld Pflege“. Unter Mitarbeit von Alexander Frevel, Helga Gessenich, Anne Brüne, Oliver Lauxen und Christopher Roßberg. Hg. v. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz. Mainz (Berichte aus der Pflege, 27). Online verfügbar unter https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Berichte_aus_der_Pflege_27.pdf, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Maschkowitz, Gregor; Rose, Ruben; Scherer, Damlan; Läubrich, Christoph; ickenscher, Helmut (2020): Infektionsepidemiologischer Bericht über Meldepflichtige Krankheiten in Schleswig-Holstein für das Jahr 2020. Teil A: Coronavirus-Pandemie in Schleswig-Holstein im ersten Halbjahr 2020. In: *Infektionsepidemiologischer Bericht über Meldepflichtige Krankheiten in Schleswig-Holstein* (Band 20), zuletzt geprüft am 22.02.2021.

Mäurer, Dietrich-Karl (2020): Sechs Millionen Pflegekräfte fehlen. WHO-Bericht. Hg. v. tagesschau.de. Hamburg. Online verfügbar unter <https://www.tagesschau.de/ausland/corona-pflegekraefte-101.html>, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

McCarthy, Joan; Gastmans, Chris (2015): Moral distress: a review of the argument-based nursing ethics literature. In: *Nursing ethics* 22 (1), S. 131–152. DOI: 10.1177/0969733014557139.

McCarthy, Joan; Monteverde, Settimio (2018): The Standard Account of Moral Distress and Why We Should Keep It. In: *HEC forum: an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues* 30 (4), S. 319–328. DOI: 10.1007/s10730-018-9349-4.

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (Hg.) (2018): Vereinbarung zur Fachkräfte- und Qualifizierungsinitiative Pflege 2.0 2018-2022. FQI 2.0. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip). Mainz. Online verfügbar unter https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Arbeit/Arbeit_Dokumente/Vereinbarung_FQI_Pflege2.0.pdf, zuletzt geprüft am 28.02.2020.

Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit Thüringen (Hg.) (2012): Thüringer Pflegepakt. Erfurt. Online verfügbar unter https://www.tmasgff.de/fileadmin/user_upload/Soziales/Dateten/Pflege/thueringer_pflegepakt.pdf, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren Schleswig-Holstein (11.06.2020): Landesregierung zum Pflegebonus in der Altenpflege: Arbeitgeber müssen bis 19. Juni Sammelanträge für die Erstattung stellen – Info und Verfahren des GKV-Spitzenverband online. Kiel. Kohl, Christian. Online verfügbar unter https://schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/VIII/Presse/PI/2020/200611_VIII_Pflegebonus_Altenpflege.html;jsessionid=F4D6B0A382F6B0710DF8B50EC506E783.delivery1-master, zuletzt geprüft am 19.06.2020.

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren Schleswig-Holstein (Hg.) (2020): Pflegebonus - wichtige Informationen für Arbeitgeber. Online verfügbar unter https://schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/VIII/_startseite/Artikel_2020/II/200616_pflegebonus_arbeitgeber.html;jsessionid=95E987EFEABC36C13B40A24395A61CC4.delivery1-master, zuletzt geprüft am 19.06.2020.

Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Arbeit, Technologie und Tourismus (2018): Eckpunkte für eine erfolgreiche Fortführung der Fachkräfteinitiative Schleswig-Holstein Schwerpunkte und Perspektiven. Unter Mitarbeit von Bartelt Brouer. Hg. v. Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Arbeit, Technologie und Tourismus Schleswig-Holstein. Kiel. Online verfügbar unter https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/F/fachkraefte/Downloads/positionspapier_181022_bf.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 28.02.2020.

Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Arbeit, Technologie und Tourismus Schleswig-Holstein (Hg.) (2020): Fachkräfteinitiative Schleswig-Holstein. Online verfügbar unter <https://www.schleswig-holstein.de/DE/Themen/F/fachkraefte.html>, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Müller, Brigitte (2012): ...und wer denkt an uns? Gesundheitsförderung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Gudrun Faller (Hg.): *Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung*. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit), S. 268–274.

Neuberger, O.; Allerbeck, M. (2014): Arbeitszufriedenheit. In: *GESIS* (Hg.): *Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen*. Unter Mitarbeit von Danner, D. & Glöckner-Rist, A., zuletzt geprüft am 14.06.2020.

Oh, Younjae; Gastmans, Chris (2015): Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. In: *Nursing ethics* 22 (1), S. 15–31. DOI: 10.1177/0969733013502803.

PAUL HARTMANN AG (Hg.) (2018a): #PflegeComebackStudie. Fast jede zweite ehemalige Pflegekraft kann sich Rückkehr vorstellen. Online verfügbar unter <https://www.hartmann.info/de-de/wissen-und-news/2/2/pflegetcomeback>, zuletzt geprüft am 19.02.2020.

- PAUL HARTMANN AG (Hg.) (2018b): Hartmann#PflegeComeBack Studie. Hintergründe zu Ausstieg und Rückkehr in den Pflegeberuf. Heidenheim. Online verfügbar unter <https://www.hartmann.info/de-de/wissen-und-news/2/2/pflegecomeback>, zuletzt geprüft am 28.06.2020.
- Peter, Elizabeth H.; Macfarlane, Amy V.; O'Brien-Pallas, Linda L. (2004): Analysis of the moral habitability of the nursing work environment. In: *Journal of advanced nursing* 47 (4), S. 356–364. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03113_1.x.
- Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein (Hg.) (2019a): Altersdiagramm der registrierten Pflegefachkräfte. Neumünster.
- Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein (Hg.) (2019b): Altersstatistik der registrierten Pflegefachkräfte. Neumünster, zuletzt geprüft am 18.06.2020.
- Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein (Hg.) (2020): KAMMER-INFO. Neumünster (4/2020), zuletzt geprüft am 18.06.2020.
- Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein (Hg.) (2021a): ABSTIMMUNG 2021. Online verfügbar unter <https://pflegeberufekammer-sh.de/informationen/abstimmung-2021/>.
- Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein (Hg.) (2021b): „Beruflicher Wiedereinstieg in die Pflege“. Online verfügbar unter <https://pflegeberufekammer-sh.de/informationen/projekt-beruflicher-wiedereinstieg/>, zuletzt geprüft am 03.03.2021.
- Porst, Rolf (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch). Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-02118-4.pdf>.
- Rädiker, Stefan; Kuckartz, Udo (2019): Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, zuletzt geprüft am 24.11.2020.
- Richter, Gregor (1999): Innere Kündigung. Modellentwicklung und empirische Befunde aus einer Untersuchung im Bereich der öffentlichen Verwaltung. In: *Zeitschrift für Personalforschung (ZfP)* (2), S. 113–138. Online verfügbar unter http://www.hampp-verlag.de/Archiv/2_99_Richter.pdf.
- Robert Koch Institut (RKI) (Hg.) (2021): Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). Aktualisierter Lagebericht für Deutschland. Berlin. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html, zuletzt geprüft am 27.03.2021.
- Roth, Ines (2019): Arbeiten mit Menschen - Interaktionsarbeit. Eine Sonderauswertung auf Basis des DGB-Index Gute Arbeit 2018 für den Dienstleistungssektor. Unter Mitarbeit von Nadine Müller und Anke Thorein. Hg. v. ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft. Berlin. Online verfügbar unter <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++7a326ab8-62d2-11ea-92f0-52540088cada>, zuletzt geprüft am 15.06.2020.
- Scheibner, Nicole; Hapkemeyer, Julia; Banko, Linda (2016): iga.Report 33: Engagement erhalten – innere Kündigung vermeiden. Wie steht es um das Thema innere Kündigung in der betrieblichen Praxis? Hg. v. Initiative Gesundheit und Arbeit (iga). Dresden (iga.Report, 33). Online verfügbar unter https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_33_Engagement_erhalten_innere_Kuendigung_vermeiden.pdf, zuletzt geprüft am 15.06.2020.

Schilling, Julia; Lehfeld, Ann-Sophie; Schumacher, Dirk; Diercke, Michaela; Buda, Silke; Haas, Walter; RKI COVID-19 Study Group (2020): Krankheitsschwere der ersten COVID-19-Welle in Deutschland basierend auf den Meldungen gemäß Infektionsschutzgesetz. In: *Journal of Health Monitoring* (5). DOI: 10.25646/7169.

Schmitz, Edgar; Gayler, Bärbel; Jehle, Peter (2002): Gütekriterien und Strukturanalyse zur Inneren Kündigung. In: *Zeitschrift für Personalforschung* 16 (1), S. 39–61. Online verfügbar unter http://www.rhverlag.de/Archiv/1_02_Schmitz.pdf.

Schmucker, Rolf (2020): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index Gute Arbeit. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?*, Bd. 2. Berlin, Heidelberg: Springer, 49–60.

Schoch, Vanessa-Emily; Köper, Marleen Theresa (2019): Pflegekräftemangel in deutschen Kliniken. Initiativen der Personalbindung. In: *das Krankenhaus* 111 (10), S. 854–858.

Schulte-Deußen; Karsten (2020): Wie funktioniert die Great Place to Work® Mitarbeiterbefragung? Unter Mitarbeit von Hendrik Overmann. Hg. v. Great Place to Work®. GPTW Deutschland GmbH. Köln. Online verfügbar unter <https://www.greatplacetowork.de/veranstaltungen-and-great-blog/blog/wie-funktioniert-die-great-place-to-work-mitarbeiterbefragung/>, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Simon, M.; Tackenberg, P.; Hasselhorn, H.-M.; Kümmerling, A.; Büscher, A.; Müller, B. H. (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Hg. v. Bergische Universität Wuppertal und Private Universität Witten/Herdecke. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/profile/Michael_Simon/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 18.06.2020.

Simon, Michael (2015): Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten. Hg. v. Hochschule Hannover. Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales. Hannover. Online verfügbar unter <http://docplayer.org/61943403-Unterbesetzung-und-personalmehrbedarf-im-pflegedienst-der-allgemeinen-krankenhaeuser.html>, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Staatskanzlei Schleswig-Holstein (Hg.) (2018): Zweiter Bericht zur Altenpflege in Schleswig-Holstein. - Daten, Entwicklungen, Perspektiven - Grundlage: Pflegestatistik 2015. Unter Mitarbeit von Dr. Heiner Garg. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren Schleswig-Holstein. Kiel (Landespflegebericht, 2). Online verfügbar unter https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/P/pflege/Downloads/Landespflegebericht.pdf;jsessionid=C7C887AA9A93B6FF62D46A5F749E98ED.delivery1-master?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 25.05.2020.

Staatskanzlei Schleswig-Holstein (Hg.) (2020): Dritter Bericht zur Altenpflege in Schleswig-Holstein. Daten, Entwicklungen, Perspektiven - Grundlage: Pflegestatistik 2017 (Landespflegebericht, 3). Online verfügbar unter https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/P/pflege/Downloads/Landespflegebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=3, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Steffen, Petra; Blum, Karl; Löffert, Sabine; Offermanns, Matthias (2019): Mitarbeiterbindung in der Pflege. Was ist aus der Sicht der Krankenhäuser schon umgesetzt? *Employer Branding*. In: *KU Gesundheitsmanagement* (5), S. 46 - 48.

Stemmer, Renate; Mack, Claire; Schimanski-Kahle, Sina (2017): Fachkräftesicherung in der Pflege in Rheinland-Pfalz. Hg. v. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz. Katholische Hochschule Mainz. Mainz (Berichte aus der Pflege, 32). Online verfügbar unter https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Berichte_aus_der_Pflege_32_Fachkraeftesicherung.pdf, zuletzt geprüft am 02.06.2020.

Techniker Krankenkasse (Hg.) (2019): Gesundheitsreport 2019 Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften. Hamburg. Online verfügbar unter <https://www.tk.de/resource/blob/2066542/2690efe8e801ae831e65fd251cc77223/gesundheitsreport-2019-data.pdf>, zuletzt geprüft am 27.06.2020.

Tett, Robert P.; Meyer, John P. (1993): Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover: Path analysis based on meta-analytic findings. In: *Personnel Psychology* 46 (2), S. 259–293. DOI: 10.1111/j.1744-6570.1993.tb00874.x.

Tronto, Joan C. (2013): *Caring democracy. Markets, equality, and justice*. New York: New York Univ. Press.

Vanderheide, Rebecca; Moss, Cheryle; Lee, Susan (2013): Understanding Moral Habitability: A framework to enhance the quality of the clinical environment as a workplace. In: *Contemporary Nurse*, S. 3538–3576. DOI: 10.5172/conu.2013.3538.

Weidner, Frank; Schulz-Nieswandt, Frank; Isfort, Michael; Laag, Ursula (2014): Abschlussbericht zum Projekt „Regionale Fachkräftesicherung in den Pflegeberufen“. Unter Mitarbeit von Anne Gebert und Peter Scheu. Hg. v. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V., Köln. Köln. Online verfügbar unter <https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Abschlussbericht-FK-Sicherung-Pflege-Korrigierte-HP-Version.pdf>, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Winker, Gabriele (2015): *Care Revolution. Schritte in eine solidarische Gesellschaft*. s.l.: transcript Verlag (X-Texte zu Kultur und Gesellschaft).

World Health Organization (2020a): *State of the world's nursing 2020. Investing in education, jobs and leadership*. Genf. Online verfügbar unter <https://www.who.int/publications/i/item/nursing-report-2020>, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

World Health Organization (Hg.) (2020b): *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. Online verfügbar unter <https://covid19.who.int/>, zuletzt aktualisiert am 10.06.2020, zuletzt geprüft am 19.06.2020.

Wullf, Stephanie; Kuhn, Andrea (2020): *Online-Umfrage: Wie geht es Ihnen in Ihrem Beruf? Letzter Aufruf – Teilnahme bis 24. Mai möglich*. Hg. v. Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein. Neumünster, zuletzt geprüft am 18.06.2020.

Zander, Britta (2017): *Studienergebnisse zur aktuellen Personalsituation in deutschen Krankenhäusern. (Projekt RN4CAST). 8. PKMS Jahrestagung. FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin (WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management) & European Observatory on Health Systems and Policies*. Kassel, 24.11.2017. Online verfügbar unter https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2017.lectures/Kassel_20171124.bz.pdf, zuletzt geprüft am 28.06.2020.

Anhang

Altersstatistik der registrierten Pflegefachpersonen der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein

Die Grafiken stellte dankenswerterweise die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein zur Verfügung (Stand 13.11.2019).

Altersstatistik der registrierten Pflegefachkräfte

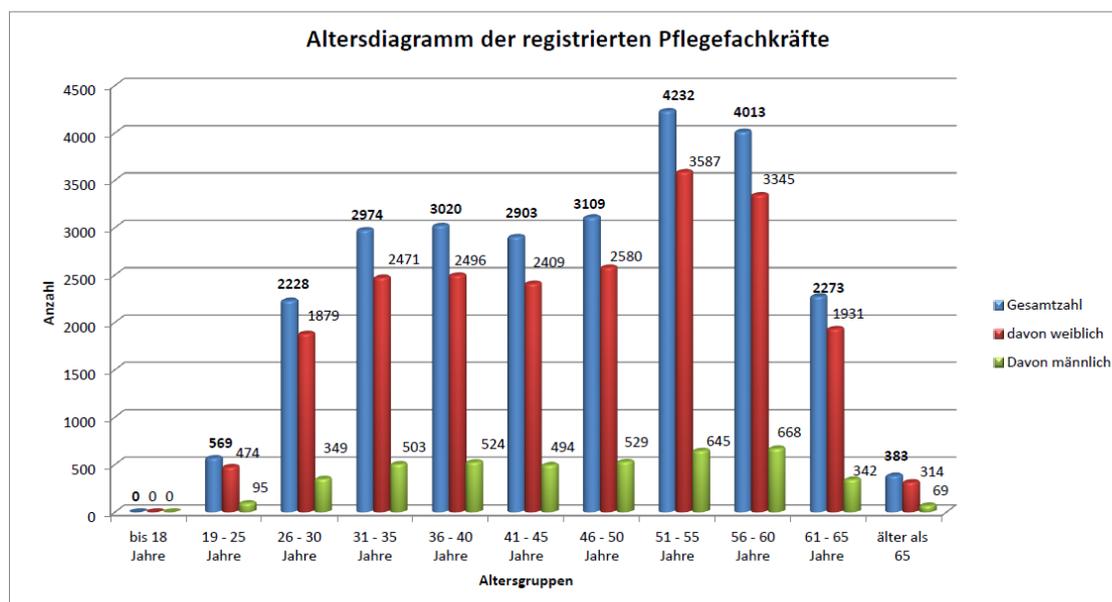


Abbildung 11: Altersdiagramm der Mitglieder der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein
Quelle: Zur Verfügung gestellt von der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein.

Altersstatistik der registrierten Pflegefachkräfte

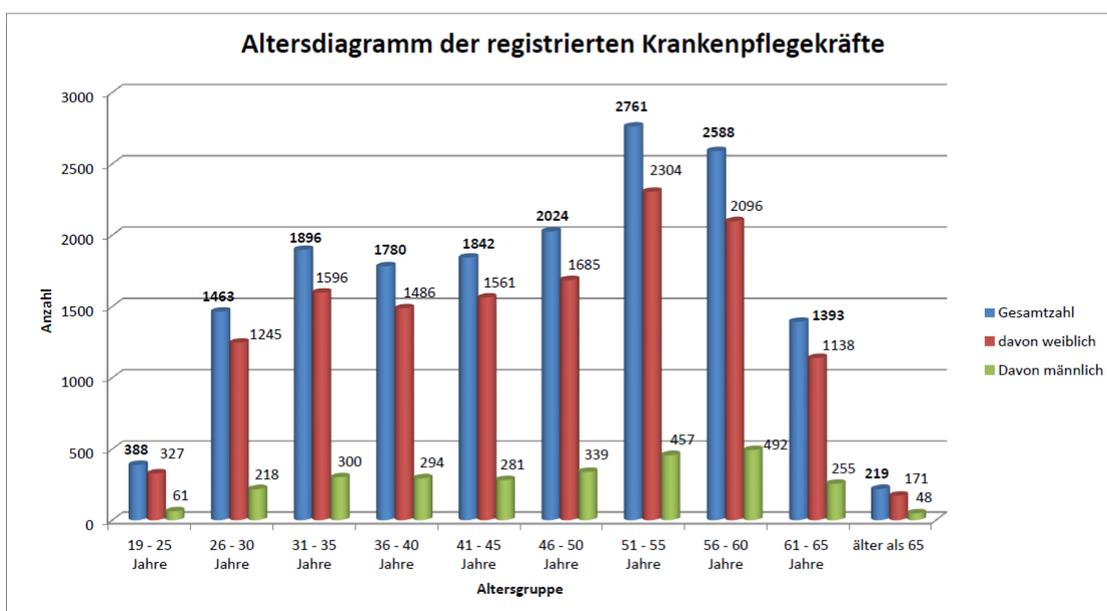


Abbildung 12: Altersdiagramm der in der Krankenpflege tätigen Kammermitglieder
Quelle: Zur Verfügung gestellt von der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein.

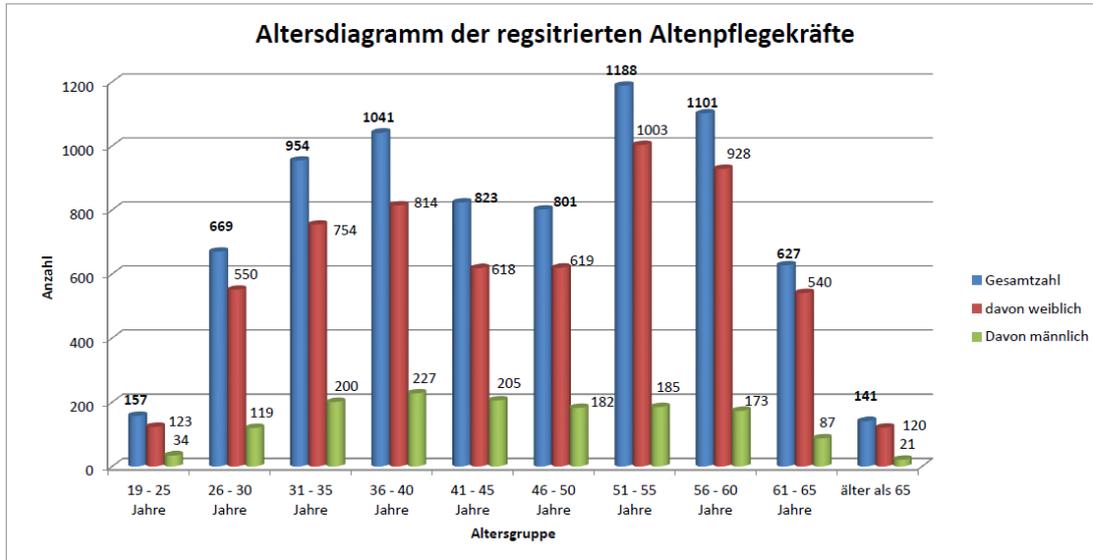


Abbildung 13: Altersdiagramm der in der Altenpflege tätigen Kammermitglieder
Quelle: Zur Verfügung gestellt von der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein.

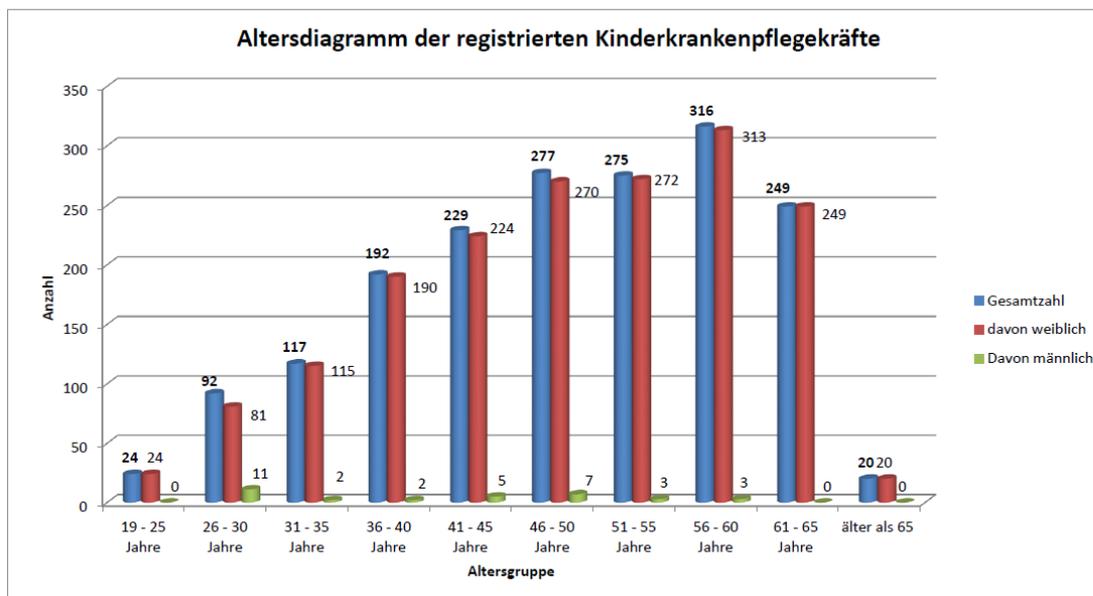


Abbildung 14: Altersdiagramm der in der Kinderkrankenpflege tätigen Kammermitglieder
Quelle: Zur Verfügung gestellt von der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein.