

4. Die Arbeitsbedingungen im Pflegebereich

Auf einer hohen Abstraktionsebene sind für den Grad der Arbeitsbelastung von Pflegekräften (a) äußere Einflüsse auf die Arbeitsbedingungen und (b) individuelle Voraussetzungen der Pflegekräfte verantwortlich.⁸⁰ Zu den äußeren Einflüssen auf die Arbeitsbedingungen zählen der Arbeitsinhalt, die Arbeitsorganisation, das interne Arbeitsumfeld (z.B. Führungsstil, Partizipationsmöglichkeiten, Entlohnung) und das externe Arbeitsumfeld (z.B. gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Anerkennung). Individuelle Voraussetzungen von Pflegekräften beinhalten beispielsweise die intrinsische Arbeitsmotivation, Berufserfahrung, gesundheitliche Verfassung und Qualifikation. Im Zusammenspiel von förderlichen (z.B. intrinsische Motivation, Arbeitszufriedenheit) und beeinträchtigenden Einflüssen (z.B. Stress, Erschöpfung) ergeben sich positive oder negative Beanspruchungsfolgen.

Verlässt man die theoretische Ebene und fragt Pflegekräfte der Langzeitpflege nach der Bedeutung wichtiger äußerer Arbeitsbedingungen, dann liegen nach einer Studie von Lenzen/Becka/Evans (2023) das interne Arbeitsumfeld (Umgang unter Kollegen und Kolleginnen, wertschätzende und respektvolle Vorgesetzte, Vorgesetzte, die sensibel für die Arbeitsbelastung sind), arbeitsorganisatorische Sachverhalte (Garantie, nie unterbesetzt arbeiten zu müssen, eine bedarfsgerechte Personalbemessung, kein Einspringen in der Freizeit, verbindliche Dienstpläne) und Arbeitsinhalte (mehr Zeit für menschliche Zuwendung bei der Pflegeverrichtung, vereinfachte Dokumentation) auf den ersten Plätzen. Ein etwas geringerer (allerdings immer noch starker) Einfluss geht von Weiterbildungsmöglichkeiten und der Höhe des Gehalts aus (hier: höhere Zulagen für besondere Tätigkeiten und Spezialisierung).⁸¹

80 Vgl. Petersen/Melzer (2022, S.3). Die genannten Einflussfaktoren auf Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit ambulant Pflegenden lassen sich auch auf die stationäre Pflege übertragen.

81 Vgl. Lenzen/Becka/Evans (2023, S.17).

Eine qualitative Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung nennt (ohne Ranking) ähnliche Einflussfaktoren auf die Arbeitsbedingungen, d.h. Arbeitsinhalte (Zeit für gute Pflege, Dokumentationsanforderungen), Arbeitsorganisation (Lage und Flexibilität der Arbeitszeit, Planbarkeit der Arbeitszeit, auskömmliche Personalausstattung) und internes Arbeitsumfeld (Beziehung zu Vorgesetzten und Mitarbeitenden, funktionierende Teamstrukturen, Anerkennung und Wertschätzung). Ein zusätzlicher, übergreifender Effekt geht von Mitbestimmungs- und Partizipationsmöglichkeiten aus, denn die Möglichkeit zur Mitbestimmung führt zu einem Einfluss der Pflegekräfte auf Arbeitsinhalte, Arbeitsorganisation und internes Arbeitsumfeld. Einen etwas geringeren Einfluss auf die Arbeitsbedingungen haben auch nach dieser Studie Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung sowie die Entlohnung.⁸²

Zu einer etwas anderen Einschätzung kommt eine Studie, die vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegeben worden ist und die mit einem anderen Set von Items arbeitet. Nach den Ergebnissen dieser Studie liegt sowohl bei Pflegenden ambulanter Pflegedienste als auch bei Pflegenden in voll- oder teilstationären Einrichtungen die Vergütung an erster Stelle der Prioritätenliste der Arbeitsbedingungen, hierbei vor allem erhöhte Zuschläge für Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste sowie Zuschläge für das kurzfristige Einspringen für abwesende Kolleg:innen – mithin Zuschläge, die ihren Ursprung in der Art der Arbeitsorganisation bzw. den Folgen derselben haben. Knapp danach folgen Themenfelder, die Arbeitsinhalte (Pflegequalität) und (mittelbar) die Arbeitsorganisation betreffen (Vereinbarkeit von familiären Verpflichtungen und Beruf). Eine etwas geringere Rolle spielen Professionalisierung und Berufsverwirklichung sowie Aus-, Fort-, und Weiterbildung.⁸³ Interessanterweise finden sich in dieser Studie keine Items, die direkt die Arbeitsorganisation (z.B. verlässliche Dienstplanung) thematisieren. Das ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Studie vor allem Themenfelder in den Blick nimmt, auf die Politik einen mehr oder weniger direkten Einfluss hat. Die mit Personalengpässen verbundenen Probleme lassen sich hingegen nur unzureichend und vor allem nicht kurzfristig politisch beeinflussen.

Betrachtet man die tatsächlichen Arbeitsbedingungen von Pflegekräften, dann lassen sich in beinahe allen Bereichen der nach Auffassung von Pfl-

82 Vgl. Senghaas/Struck (2023, S.17ff.).

83 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023, S.9f.).

gekräften wichtigen äußeren Arbeitsbedingungen ganz erhebliche Defizite beobachten.

4.1. Arbeitsinhalte

Die konkreten Arbeitsinhalte haben vor allem Einfluss auf die körperlichen und psychischen Beanspruchungen der Pflegearbeit. Beide Beanspruchungsfaktoren stehen, je nach Ausprägung, in Zusammenhang mit der Teilzeitquote und dem Krankenstand von Pflegekräften sowie mit gesundheitsbedingt frühen Ausstiegen aus dem Pflegeberuf. Auch die Attraktivität des Pflegeberufs ist teilweise abhängig davon, wie körperlich und psychisch beanspruchend die Ausübung dieses Berufs ist.

Nach einer auf dem DGB-Index Gute Arbeit beruhenden Studie aus dem Jahr 2019 berichten 78 Prozent der im Altenpflegebereich beschäftigten Pflegekräfte, dass sie sehr häufig oder oft schwere körperliche Arbeit verrichten müssen. Nur 6 Prozent geben an, dies sei nie der Fall. Die Vergleichswerte für alle Beschäftigten in Deutschland liegen bei 30 Prozent (sehr häufig oder oft schwere körperliche Arbeit) bzw. 42 Prozent (nie schwere körperliche Arbeit).⁸⁴

Nach einer gemeinsamen Studie des Bundesinstituts für Berufsbildung und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin arbeiten 91 Prozent der Altenpflegekräfte häufig im Stehen (andere Erwerbstätige: 53 Prozent), 72 Prozent müssen häufig schwere Lasten heben oder tragen (andere Erwerbstätige: 21 Prozent) und 42 Prozent arbeiten häufig in einer Körperzwangshaltung (andere Erwerbstätige: 16 Prozent).⁸⁵

Eine aktuellere Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin aus dem Jahr 2021 kommt zu nur geringfügig abweichenden Ergebnissen. Hiernach arbeiten 89 Prozent der bei ambulanten Pflegediensten und 88 Prozent der in stationären Einrichtungen beschäftigten Pflegekräfte häufig im Stehen, 61 Prozent (ambulant) bzw. 72 Prozent (stationär) der

84 Vgl. Schmucker (2019, S.55).

85 Vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung/Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014, S.1). Von einer Körperzwangshaltung spricht man, wenn bei der Arbeit länger andauernd eine Körperhaltung eingenommen wird, die im äußersten Grenzbereich der menschlichen Bewegungsmöglichkeiten liegt.

Pflegekräfte heben oder tragen häufig schwere Lasten und 45 Prozent (ambulant) bzw. 46 Prozent (stationär) der Pflegekräfte arbeiten häufig in einer Körperzwangshaltung.⁸⁶ Das hat Folgen. So beurteilen 73 Prozent aller Beschäftigten, die nie schwer körperlich arbeiten, und 74 Prozent aller Beschäftigten, die nie in ungünstiger Körperhaltung arbeiten müssen, ihren Gesundheitszustand als gut. Die Vergleichswerte für Beschäftigte, die schwer körperlich oder in ungünstiger Körperhaltung arbeiten müssen, liegen mit 49 Prozent bzw. 58 Prozent weit darunter.⁸⁷

Entsprechend klagen Pflegekräfte weit häufiger als andere Beschäftigte über chronische körperliche Schmerzen. 64 Prozent der Altenpflegefachkräfte und 67 Prozent der Altenpflegehilfskräfte leiden unter häufigen Schmerzen im Rücken und Nacken, bei allen anderen Beschäftigten sind es 44 Prozent. Unter Schmerzen in den Knien leiden 31 Prozent der Pflegefachkräfte und 30 Prozent der Pflegehilfskräfte, aber nur 16 Prozent aller anderen Beschäftigten.⁸⁸ Diese Auflistung könnte noch lange fortgesetzt werden. Folge ist, dass nur 22 Prozent der Pflegehilfskräfte und 27 Prozent der Pflegefachkräfte ihren Gesundheitszustand als sehr gut bezeichnen, bei allen anderen Beschäftigten tun das 36 Prozent.⁸⁹ Fragt man Pflegekräfte direkt danach, als wie belastend sie ihre Arbeit wahrnehmen, antworten 82 Prozent der in der ambulanten und 87 Prozent der in der stationären Pflege Beschäftigten mit „sehr stark“ oder „stark“.⁹⁰ Dass die Ausübung einer Pflege Tätigkeit mit hohen körperlichen Belastungen einhergeht, ist aber nicht nur empirisch nachweisbar, sondern wird auch von der Bevölkerung so wahrgenommen. Auf die Frage, was sie am meisten mit dem Pflegeberuf verbinden, antworten 79 Prozent jener Befragten, die eine Pflegekraft persönlich kennen, mit „Starke körperliche Belastung“.⁹¹

Zu den hohen körperlichen Belastungen treten psychische Belastungsfaktoren hinzu. 40 Prozent der Altenpflegefachkräfte und 35 Prozent der Altenpflegehilfskräfte beschreiben ihre Arbeit als gefühlsmäßig belastend, der entsprechende Wert bei allen anderen Beschäftigten beläuft sich auf 13 Prozent.⁹² Es ist überraschend bzw. es lässt auf eine gewisse Abhärtung langjäh-

86 Vgl. Petersen/Melzer (2022, S.7).

87 Ebenda.

88 Vgl. Rothgang/Müller/Preuß (2020, S.168).

89 Ebenda, S.165.

90 Vgl. Institut für Demoskopie Allensbach (2024, S.13).

91 Vgl. Klie (2024b, S.8).

92 Vgl. Rothgang/Müller/Preuß (2020, S.151).

rig Pflegender schließen, dass diese Werte nicht noch höher ausfallen, denn der Arbeitsalltag von Pflegekräften ist zum Teil von Stressfaktoren geprägt, die wohl in kaum einem anderen Beruf zu beobachten sind. Nach einer Befragung von Schablon u. a. (2019) waren in den zum Befragungszeitpunkt letzten 12 Monaten 79,5 Prozent der befragten Pflegekräfte von Gewalterfahrungen betroffen. 94 Prozent der Pflegekräfte mit Gewalterfahrungen berichten von verbaler, 70 Prozent von körperlicher Gewalt. Am stärksten von täglicher verbaler und körperlicher Gewalt waren Beschäftigte der stationären Altenpflege betroffen, während im ambulanten Bereich tätige Pflegekräfte etwas seltener von körperlicher, dafür beinahe ebenso häufig von verbaler Gewalt berichten wie ihre Kolleg:innen im stationären Bereich.⁹³ Hinzu kommen Stressfaktoren, die auch in anderen Berufen vorkommen können, allerdings zumeist nicht mit gleicher Intensität: ständiger Leistungs- und Termindruck, ständige Störungen des Arbeitsablaufs und damit einhergehend die Notwendigkeit, viele Dinge gleichzeitig mit viel zu wenig Zeit nicht nur irgendwie tun zu müssen, sondern professionell, sorgfältig, verantwortungsvoll und den hohen eigenen Ansprüchen genügend. Die Auswirkungen auf Pflegekräfte sind enorm. 62 Prozent der Pflegekräfte klagen über mindestens drei psychosomatische Beschwerden (alle anderen Berufe: 40 Prozent), 47 Prozent über nächtliche Schlafstörungen (alle anderen Berufe: 30 Prozent) und 43 Prozent über emotionale Erschöpfung (alle anderen Berufe: 27 Prozent).⁹⁴

Die gesundheitlichen Auswirkungen der Ausübung eines Pflegeberufs sind bereits vielfach untersucht und dokumentiert worden. Nach aktuellen Routedaten der Krankenkasse DAK entfallen auf Beschäftigte in der Altenpflege 55 Arbeitsunfähigkeitstage je Versichertenjahr, das sind über 20 Tage mehr als bei Beschäftigten anderer Berufe.⁹⁵ Wesentlich verbreiteter als bei anderen Berufen sind insbesondere Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und psychische Verhaltensstörungen.⁹⁶ Die AU-Tage pro Jahr aufgrund von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems belaufen sich bei Altenpfleger:innen auf 946 je 100 Beschäftigten, das ist mehr als doppelt so hoch wie bei allen anderen Beschäftigten (463 AU-Tage). Ähnlich sieht es bei den AU-Tagen aufgrund psychischer Störungen aus. Hier liegen die jährlichen AU-Tage bei 763 pro 100 beschäftigten Altenpfleger:innen und damit ebenfalls

93 Vgl. Schablon u. a. (2019, S.92).

94 Vgl. Melzer (2020, S.140-142).

95 Vgl. Lewin u. a. (2024, S.71).

96 Ebenda, S.73.

mehr als doppelt so hoch wie bei allen anderen Beschäftigten (341 AU-Tage).⁹⁷

Nur 20 Prozent der Altenpfleger:innen erwarten unter diesen Bedingungen, den Arbeitsanforderungen bis zum regulären Renteneintrittsalter gewachsen zu sein, der Vergleichswert für alle anderen Beschäftigten liegt bei 48 Prozent.⁹⁸ Tatsächlich erreicht zwar ein größerer Anteil der Altenpflegenden das reguläre Renteneintrittsalter, was möglicherweise an der hohen Identifikation mit dem Pflegeberuf liegt.⁹⁹ Allerdings liegt dennoch die Eintrittswahrscheinlichkeit in die Erwerbsminderungsrente bei Altenpflegefachkräften 27 Prozent höher und bei Altenpflegehilfskräften doppelt so hoch wie im Durchschnitt aller sonstigen Berufsgruppen.¹⁰⁰

Statt ihren Beruf ganz aufzugeben, entscheiden sich viele Pflegekräfte bewusst für eine Art „Teilverrentung“, indem sie ihren Beruf dauerhaft mit verringertem Stundenanteil ausüben. Nach den Gründen für die Wahl einer Teilzeitbeschäftigung gefragt, geben 89,2 Prozent der Altenpfleger:innen eine ansonsten zu geringe Regenerationszeit, 85,2 Prozent die zu hohe Arbeitsbelastung einer Vollzeitstelle und 79,8 Prozent Sorgen um die Gesundheitsbelastung der Ausübung einer Vollzeitstelle an – das sind die drei am häufigsten genannten Gründe.¹⁰¹ Nur 27 Prozent der vollzeitbeschäftigten Pflegefachkräfte in Altenheimen haben noch nie darüber nachgedacht, ihre Arbeitszeit zu reduzieren, bei Beschäftigten ambulanter Pflegedienste liegt der Anteil mit 33 Prozent zwar etwas höher, ist aber immer noch ausgesprochen gering.¹⁰² Umgekehrt denken nach den Ergebnissen einer Studie der Arbeitnehmerkammer Bremen 66,3 Prozent der teilzeitbeschäftigten Pflegefachkräfte „selten“ – d.h. weniger als einmal im Monat – über eine Erhö-

97 Vgl. Rennert/Kliner/Richter (2022, S.151). Die AU-Tage liegen aus zwei Gründen höher als in vergleichbaren Studien. Zum einen beziehen sie sich auf 2021 und damit auf das in Deutschland am stärksten von der Corona-Pandemie betroffene Jahr. Die beiden genannten Diagnosetypen weisen allerdings nur einen mittelbaren Zusammenhang mit der Pandemie auf. Zum anderen beziehen sich die Zahlen auf Beschäftigte und nicht auf Vollzeitäquivalente und werden z.B. bei einer Stelle mit 50 Prozent Umfang nicht nur zur Hälfte berücksichtigt. Der Unterschied ist jedoch rein quantitativ, nicht qualitativ, wie andere der hier aufgeführte Studien durchgehend bestätigen.

98 Institut DGB-Index Gute Arbeit/Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2018, S.22).

99 Eine hohe Identifikation mit der beruflichen Tätigkeit gehört zu den stärksten Einflussfaktoren auf eine Verlängerung der Berufstätigkeit. Vgl. hierzu Techniker Krankenkasse (2024, S.27).

100 Vgl. Rothgang/Müller/Preuß (2020, S.210).

101 Vgl. Isfort/Gessenich/Tucman (2022, S.91).

102 Vgl. Institut für Demoskopie Allensbach (2024, S.51).

hung ihrer Arbeitsstunden nach.¹⁰³ Vor diesem Hintergrund ist es nicht überraschend, dass die Teilzeitquote in der Altenpflege mit 65 Prozent weit über dem Durchschnitt aller Berufe liegt (31 Prozent). Die hohe Teilzeitquote ist nur zum Teil darauf zurückzuführen, dass der Frauenanteil mit 85 Prozent in der Pflege sehr hoch ist.¹⁰⁴ Auch männliche Pflegekräfte weisen mit 44 Prozent eine weit überdurchschnittliche Teilzeitquote auf. Im Durchschnitt aller Berufe liegt die Teilzeitquote männlicher Beschäftigter bei 13 Prozent.¹⁰⁵ Betrachtet man nur die Altenpflegefachkräfte, dann lässt sich feststellen, dass die Teilzeitquote mit 43,2 Prozent um ein Vielfaches höher als in beinahe allen anderen von Fachkräftemangel betroffenen Berufsfeldern ist. Einzige Ausnahme: Andere körperlich und psychisch belastende Gesundheitsberufe auf Fachkraftniveau (Teilzeitquote: 39 Prozent).¹⁰⁶

91,3 Prozent der Beschäftigten in der Langzeitpflege wünschen sich hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung ihrer Arbeitsinhalte, dass ihnen genügend Zeit für gute Pflege bzw. menschliche Zuwendung bei der Pflegeverrichtung zur Verfügung steht.¹⁰⁷ Die Wirklichkeit sieht anders aus. Nach Ergebnissen des Pflege-Reports 2019 geben 69 Prozent der Altenpfleger:innen an, immer oder oft unter Zeitdruck zu arbeiten.¹⁰⁸ 42 Prozent der Pflegekräfte machen aus diesem Grund immer oder oft Abstriche bei der Qualität ihrer Arbeit, nur 18 Prozent der Pflegekräfte geben an, das nie zu tun. Zum Vergleich: Befragt man alle Beschäftigten, dann geben 22 Prozent an, immer oder oft Abstriche bei der Qualität der Arbeit zu machen und 36 Prozent tun das nie.¹⁰⁹ Das hohe Ausmaß an Qualitätsabstrichen bei Erbringung der Pflegeleistung ist für sich allein schon ein besorgniserregender Befund. Bei Pflegekräften kommt hinzu, dass sie einen besonders hohen Wert

103 Vgl. Auffenberg u. a. (2022, S.36).

104 Eine weitere Ursache für die hohe Teilzeitquote sind die unorthodoxen Arbeitszeiten, die in Pflegeberufen hingenommen werden müssen und eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie erschweren bis verunmöglichen – siehe hierzu Kapitel 4.2.

105 Vgl. Destatis (2021a).

106 Vgl. Destatis (2024g).

107 Vgl. Lenzen/Becka/Evans (2023, S.17).

108 Nach einer aktuelleren Allensbach-Umfrage geben 74 Prozent der befragten Pflegefachkräfte Zeitdruck als besondere Belastung bei der Arbeit an. Vgl. hierzu Institut für Demoskopie Allensbach (2024, S.15).

109 Vgl. Schmucker (2019, S.54) und Institut für Demoskopie Allensbach (2024, S.21). 85 Prozent der Pflegekräfte geben in letzterer Befragung an, häufig oder ab und zu das Gefühl zu haben, ihren Patienten nicht ausreichend helfen zu können. Deutlich überdurchschnittlich betroffen sind dabei Beschäftigte in Altenheimen, während Beschäftigte ambulanter Pflegedienste etwas seltener unter diesem Gefühl leiden.

auf qualitativ hochwertige Arbeit legen.¹¹⁰ Es ist daher keine Überraschung, dass 48 Prozent der Altenpflegekräfte angeben, dass emotionale Selbstkontrolle immer oder oft zu den täglichen Arbeitsanforderungen gehört; bei allen anderen Beschäftigten liegt der Vergleichswert bei 30 Prozent.¹¹¹

Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin müssen 60 Prozent der in ambulanten Pflegediensten Beschäftigten Mindestleistungsmengen oder Zeitvorgaben einhalten, ebenfalls 60 Prozent empfinden einen starken Termin- und Leistungsdruck, 47 Prozent müssen „sehr schnell arbeiten“, 63 Prozent müssen verschiedene Arbeitsvorgänge gleichzeitig im Auge behalten und 38 Prozent klagen über zusätzliche Störungen und Unterbrechungen. Bei Beschäftigten in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen sieht es nicht besser aus. 49 Prozent der hier Beschäftigten müssen Mindestleistungsmengen oder Zeitvorgaben einhalten, 65 Prozent empfinden einen starken Termin- und Leistungsdruck, 50 Prozent müssen „sehr schnell arbeiten“, 69 Prozent müssen verschiedene Arbeitsvorgänge gleichzeitig im Auge behalten und 60 Prozent klagen über zusätzliche Störungen und Unterbrechungen. In beiden Bereichen geben jeweils 39 Prozent der Beschäftigten an, bei der Arbeit gefühlsmäßig belastende Situationen zu erleben.¹¹² Vor diesem Hintergrund ist es folgerichtig, dass die Bundesagentur für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin als ersten Ansatzpunkt für eine menschengerechte Gestaltung ambulanter Pflegearbeit eine Abmilderung der hohen Arbeitsintensität und des hohen Zeit- und Leistungsdrucks

110 Vgl. z. B. Senghaas/Struck (2023, S.5): *„Eine professionelle Bedarfsorientierung, d. h. eine am gesundheitlichen und individuellen Bedarf der zu pflegenden Person orientierte Fürsorge, ist Kern des beruflichen Selbstverständnisses von Pflegekräften. Diesem Qualitätsanspruch können Pflegekräfte aufgrund einer hohen Arbeitsverdichtung im Berufsalltag in der Regel kaum gerecht werden. (...) Der Wunsch, eine sinnstiftende Tätigkeit auszuüben, ist ein gängiges Motiv für die Wahl eines Pflegeberufes. Unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen erleben Pflegekräfte ihre Tätigkeit allerdings häufig nicht als sinnstiftend“* Vgl. zusätzlich die Ergebnisse der qualitativen Studie von Klie (2024b, S.21): *„Fast alle Interviewten identifizierten sich, in hohem Maße, mit ihrem Beruf. Das gilt sowohl für die Pflegefachkräfte als auch für die Pflegehilfs- und Assistenzkräfte, die interviewt wurden. Beziehungen zu den Patientinnen oder Pflegebedürftigen spielen eine zentrale Rolle. Die Empathie ist eine der interaktionsbezogenen Qualitäten des Pflegeberufes, Pflege sei ein „Herzensberuf“, so die mehrfach geäußerten Einschätzungen. Die Interviewten beschreiben, dass der Beruf von ihnen sinnstiftend erlebt wird. Gerade der Wertebezug wird als attraktiv am Pflegeberuf empfunden.“* Vgl. zudem Institut für Demoskopie Allensbach (2024, S.18). Nach den Ergebnissen dieser Befragung empfanden es im Jahr 2023 36 Prozent der Pflegekräfte als besonders belastend, dass sie den eigenen Ansprüchen an ihren Beruf nicht genügen können. 2019 lag dieser Wert noch bei 28 Prozent.

111 Vgl. Schmucker (2019, S.55).

112 Vgl. Petersen/Melzer (2022, S.7).

benennt.¹¹³ Für die stationäre Langzeitpflege dürfte diese Einschätzung in gleicher Weise gelten.

Ein weiterer Aspekt der Arbeitsinhalte ist die Menge an Zeit, die Pflegekräfte für Verwaltungstätigkeiten und Dokumentationen aufwenden müssen. 72 Prozent der in Altenheimen und 76,2 Prozent der von ambulanten Pflegediensten beschäftigten Pflegekräfte nennen einen hohen Verwaltungsaufwand bzw. „viel Bürokratie“ als Belastungsfaktoren bei der Arbeit.¹¹⁴ Eine vereinfachte Dokumentation ist zur gleichen Zeit für 92,3 Prozent der Pflegekräfte eine entscheidende Voraussetzung besserer Arbeitsbedingungen.¹¹⁵ Während eine möglichst umfassende und korrekte Pflegedokumentation eine der wichtigsten Voraussetzungen sowohl für eine qualitativ hochwertige Pflege als auch für die Entwicklung verbesserter Qualitätsstandards ist und einer Reduktion der Dokumentationspflichten daher enge Grenzen gesetzt sind, kann vor allem Digitalisierung in diesem Bereich Vereinfachungen und eine bessere interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglichen, wenn Pflegefachkräfte tatsächlich ausbildungsadäquat eingesetzt werden. Nach dem 2017 verabschiedeten Pflegeberufegesetz bestehen ihre ausbildungsadäquaten Aufgaben darin, individuelle Pflegebedarfe festzustellen, den Pflegeprozess zu organisieren und zu steuern sowie die Qualität der Pflege zu analysieren, zu sichern und zu entwickeln.¹¹⁶ Aufgrund knappen Personals finden sie für die anspruchsvollen Aufgaben jedoch kaum Zeit, sondern werden vorwiegend im Pflegeverrichtungsbereich eingesetzt, was im Laufe der Zeit zu Dequalifizierung bzw. – ökonomisch ausgedrückt – zu einer Verschwendung von Humankapital führt.¹¹⁷ Der Personalmangel führt im Bereich der Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben somit zu einem doppelten Problem. Aufgrund des häufig geringen Personalbestands müssen sowohl Pflegefachkräfte als auch Pflegehilfskräfte ohne großen Unterschied im Bereich der Pflegeverrichtung eingesetzt werden. Weil den Dokumentations- und Verwaltungsverpflichtungen dennoch nachgekommen werden muss, werden mit diesen Aufgaben nicht spezifisch ausgebildete Pflegehilfskräfte zusätzlich belastet, während die für diese Aufgaben ausgebildeten Pflegefachkräfte nicht genügend Zeit finden, diesen Verpflichtungen im notwendigen Ausmaß nachzukommen bzw. neben der routinemäßigen Erledigung von Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben auch noch „die

113 Ebenda, S.13.

114 Vgl. Institut für Demoskopie Allensbach (2024, Anhang: Tabelle 11c).

115 Vgl. z. B. Lenzen/Becka/Evans (2023, S.17).

116 Geregelt in § 4 Abs.2 PflBG.

117 Vgl. Stemmer (2021, S.178ff.).

Qualität der Pflege zu analysieren, zu sichern und zu entwickeln“, wie es das Pflegeberufegesetz eigentlich vorsieht.

4.2. Arbeitsorganisation

Die Organisation der Arbeit in Pflegediensten und -einrichtungen betrifft vor allem die zeitliche Lage und Taktung der Arbeit, die Häufigkeit von Rufbereitschaftsdiensten, die Erreichbarkeit während der Freizeit und den Einfluss von Pflegekräften auf die Gestaltung ihrer Arbeitszeit. Wie Arbeitszeit verteilt wird, wie häufig Rufbereitschaftsdienste erforderlich sind und wie stark eine Erreichbarkeit auch während der Freizeit vorausgesetzt wird, hat neben anderen Auswirkungen auch einen direkten Einfluss auf die Vereinbarkeit von Privatleben bzw. Familie und Beruf. Die Taktung der Arbeitszeit wirkt sich auf die Fähigkeit der Pflegekräfte aus, ihre Arbeitsleistung qualitativ hochwertig oder zumindest gemäß der Qualitätsstandards durchführen zu können. Über all dem schwebt die Personalausstattung von Pflegeeinrichtungen, die sich ganz wesentlich auf die Verteilung und Taktung der Arbeit, die Häufigkeit von Bereitschaftsdiensten und auf die Notwendigkeit einer Erreichbarkeit von Pflegekräften während ihrer Freizeit auswirkt.

Nach Angaben der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin arbeiten 92 Prozent der Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste und 91 Prozent der in vollstationären Altenpflegeeinrichtungen beschäftigten Pflegenden mindestens einen Tag pro Monat am Wochenende.¹¹⁸ Angaben des Statistischen Bundesamtes legen die Schlussfolgerung nahe, dass es bei einem Wochenendarbeitstag im Monat zumeist nicht bleibt: 79 Prozent der Pflegekräfte, die 2019 in der Altenpflege beschäftigt waren, arbeiteten regelmäßig am Wochenende. Der Vergleichswert für alle in Deutschland Beschäftigten belief sich auf 36 Prozent.¹¹⁹ Während Wochenendarbeit auch für Pflegenden in Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen üblich ist,¹²⁰ scheint in diesen Pflegebereichen zumindest eine bessere zeitliche Kompensation der Wochenendarbeit zu gelingen. Während 64 Prozent der in Krankenhäusern und 73 Prozent der in anderen Bereichen des Gesundheitssystems vollzeitbeschäftigten Pflegekräfte im Rhythmus einer 5-Tage-Woche arbeiten, gilt das

118 Vgl. Petersen/Melzer (2022, S.7).

119 Vgl. Destatis (2021b).

120 69 Prozent der in diesen Sektoren des Gesundheitssystems beschäftigten Pflegekräfte arbeiten sehr häufig oder oft an Wochenenden, vgl. Schmucker (2019, S.57).

im Bereich der Langzeitpflege nur für 42 Prozent der Pflegekräfte in voll- bzw. teilstationären Einrichtungen und 49 Prozent der Pflegenden ambulanter Pflegedienste. Bei Letzteren ist eine 6-Tage-Woche für 42 Prozent der Pflegenden der Normalfall, für Pflegekräfte stationärer Pflegeeinrichtungen gilt das für 24 Prozent. Die Vergleichswerte für Pflegenden in Krankenhäusern oder anderen Bereichen des Gesundheitswesens liegen jeweils bei 7 Prozent. Selbst für nach ihrer Ausbildung in den Pflegeberuf einmündende Pflegekräfte ist eine 5,5- bis 6-Tage-Arbeitswoche häufiger zu beobachten als eine 5-Tage-Woche. Für berufseinmündende Pflegekräfte im Krankenhausbereich gilt das Gegenteil.¹²¹ Auch Schicht- und Nachtdienste sind bei Beschäftigten in der Altenpflege weit verbreitet. 57 Prozent arbeiteten 2019 regelmäßig im Schichtdienst, 37 Prozent im Nachtdienst. Die Vergleichswerte für alle in Deutschland Erwerbstätigen lagen bei 14 bzw. 18 Prozent.¹²² Beim Nachtdienst kommt der emotionale und körperliche Stress hinzu, häufig allein oder mit wenig Unterstützung für viele Pflegeempfangende verantwortlich zu sein. 39 Prozent der Pflegekräfte geben an, bei ihrem letzten Nachtdienst allein zuständig gewesen zu sein, weitere 46 Prozent hatten lediglich die Unterstützung einer Pflegehilfskraft. Nur 46 Prozent der Pflegekräfte fühlen sich daher während Nachtdiensten sicher oder sehr sicher bei der Erfüllung ihrer Aufgaben.¹²³

20 Prozent der Altenpfleger:innen müssen im Falle von Personalausfällen in ständiger Rufbereitschaft stehen und für 15 Prozent dieser Pflegekräfte führt ein Bereitschaftsdienst zu einem tatsächlichen Einsatz. Die Vergleichswerte für alle Beschäftigtengruppen liegen bei 6 bzw. 5 Prozent.¹²⁴ Die extreme Flexibilität des (verlangten) Arbeitseinsatzes geht zwangsläufig mit geringen Ruhezeiten und einem Überschreiten der vertraglich vereinbarten Wochenarbeitszeit bzw. der Ansammlung von Überstunden einher. 34 Prozent der ambulant Pflegenden und 32 Prozent der in stationären Einrichtungen beschäftigten Pflegekräfte sammeln häufig 5 oder mehr Überstunden pro Woche an.¹²⁵ Die durchschnittlich auf Arbeitszeitkonten angesammelten Überstunden der in Altenheimen (92 Stunden) und bei ambulanten Pflegediensten (98 Stunden) beschäftigten Pflegekräfte sind entsprechend gut gefüllt.¹²⁶

121 Vgl. Isfort u. a. (2022, S.77 und S.94).

122 Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2021, S.1).

123 Vgl. Deutscher Berufsverbund für Pflegeberufe (2023, S.1f.).

124 Vgl. Bundesagentur für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2021, S.2).

125 Vgl. Petersen/Melzer (2022, S.7).

126 Institut für Demoskopie Allensbach (2024, S.27).

Diese Belastungen könnten vermutlich wenigstens zum Teil kompensiert werden, wenn Pflegekräfte einen verlässlichen Einfluss auf die Lage bzw. Verteilung ihrer Arbeitszeit hätten. Das ist jedoch weit überwiegend nicht der Fall. 54 Prozent der Pflegekräfte berichten, dass sie sehr oft oder oft ungeplant für Kolleg:innen einspringen müssen, nur 9 Prozent geben an, dies selten oder nie tun zu müssen.¹²⁷ Folge ist, dass nur 8 Prozent der in der Altenpflege beschäftigten Pflegekräfte angeben, dass sie großen oder sehr großen Einfluss auf Arbeitsbeginn und -ende haben. Bei allen anderen Erwerbstätigen beläuft sich dieser Wert auf 46 Prozent. Nur 9 Prozent der Altenpfleger:innen haben die Gelegenheit, ab und zu ungeplant Stunden freizunehmen, bei allen anderen Erwerbstätigen trifft das auf 45 Prozent zu. Auf den Zeitpunkt von Pausen haben lediglich 35 Prozent der Altenpfleger:innen größeren Einfluss, bei allen anderen Erwerbstätigen sind es 58 Prozent.¹²⁸

Unter diesen Bedingungen ist eine Vereinbarkeit von Privatleben bzw. Familie und Beruf zumindest für vollzeitbeschäftigte Pflegekräfte kaum möglich. 66,2 Prozent der in Teilzeit beschäftigten Altenpflegekräfte nennen als Grund für die Ablehnung einer Vollzeitstelle, dass die Arbeitszeiten in diesem Fall nicht mit familiären Verpflichtungen vereinbar sind.¹²⁹ In einer Studie des Bundesministeriums für Gesundheit wurde etwas tiefergehender nach den Gründen für die Ablehnung einer Vollzeitstelle gefragt. Hier antworteten 48 Prozent der Befragten, dass sie eine Teilzeitbeschäftigung gewählt haben, um ihr Berufs- und Privatleben besser vereinbaren zu können. 35 Prozent nennen Kindererziehungsverpflichtungen und 12 Prozent die Pflege eines/einer An- oder Zugehörigen als Grund für die Wahl einer Teilzeitstelle.¹³⁰ Auch wenn bei dieser Umfrage Mehrfachantworten möglich waren, sodass die drei aufgeführten Werte nicht addiert werden können, dürften familiäre Verpflichtungen als Ablehnungsgrund einer Vollzeitstelle auch nach den Ergebnissen dieser Studie recht nah an den zuvor aufgeführten 66 Prozent liegen. Direkt danach gefragt, wie gut sich der Pflegeberuf mit dem Privatleben vereinbaren lässt, antworten 56 Prozent der (sowohl in Vollzeit als auch in Teilzeit beschäftigten) Pflegekräfte mit weniger gut oder gar nicht gut. 64 Prozent der Pflegekräfte, die im Schichtdienst tätig sind, geben an, dass eine Vereinbarkeit von Pflegeberuf und Privatleben weniger gut oder gar nicht gut möglich ist.¹³¹

127 Ebenda, S.29.

128 Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2021, S.2).

129 Vgl. Isfort/Gessenich/Tucman (2022, S.91).

130 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023a, S.7).

131 Institut für Demoskopie Allensbach (2024, S.30).

Hauptursache für die sehr ungünstige Verteilung und Taktung der Arbeitszeit ist die häufig zu geringe Personalausstattung.¹³² Sie wirkt sich vor allem auf die Lage und Unvorhersehbarkeit der Arbeitszeiten aus. Lediglich 6 Prozent der Altenpfleger:innen berichten, dass sie keinen Personalmangel erleben und eine hohe Arbeitsbelastung andere Ursachen habe. Hingegen geben 21,7 Prozent der Altenpfleger:innen an, es bestehe in ihrer Einrichtung/in ihrem Pflegedienst ein allgemeiner – d. h. nicht durch zusätzliche Personalausfälle bedingter – Personalmangel, 37,5 Prozent der Beschäftigten berichten von einem Zusammenspiel zwischen dem allgemeinen Personalmangel und häufigen Personalausfällen und 37,7 Prozent der Altenpfleger:innen führen den Personalmangel allein auf häufige Personalausfälle zurück.¹³³ Was auch immer der genaue Grund ist, im Ergebnis führt diese Situation beinahe dauerhaft dazu, dass Pflegekräfte nicht nur ständig unterbesetzt arbeiten müssen, sondern auch über ausgesprochen geringe Möglichkeiten verfügen, selbst Einfluss auf ihre Arbeitszeit zu nehmen und Berufs- und Privat- bzw. Familienleben miteinander vereinbaren zu können.

4.3. Internes Arbeitsumfeld

Zum internen Arbeitsumfeld zählen die Beziehungen zu Arbeitskolleg:innen und zu Vorgesetzten, die beruflichen Partizipationsmöglichkeiten inklusive Fort- und Weiterbildung sowie last but not least die Entlohnung.

Viele Studien zeigen, dass gute Beziehungen zu Kolleg:innen und Vorgesetzten bzw. ein gutes „Betriebsklima“ aus Sicht der Pflegekräfte hochgradig wichtig sind und eine wichtige Ressource darstellen, ansonsten schlechte Arbeitsbedingungen zu kompensieren. So weist das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) auf Grundlage einer qualitativen Studie darauf hin, dass Pflegekräften neben der Vergütung *„soziale Aspekte des Arbeitsumfeldes als einen maßgeblichen Faktor für die Attraktivität von Arbeitsbedingungen“* benennen.¹³⁴ Hierbei sind insbesondere Führungskräfte gefragt, denn diese *„steuern nicht nur Arbeitsaufgaben und Arbeitsstrukturen und damit Arbeitsbe-*

132 Vgl. Klie (2024b, S.21f.): *„Die Verbindung von Wissen, Handwerk, Hermeneutik und Beziehung macht gute Pflege aus. Sie ist bedroht durch die Arbeitsbedingungen, die als zunehmend ungünstig beschrieben werden. Zeit fehle, der Personalmangel wirke sich als zusätzlicher Stressor aus. Vielfach berichten die Interviewten, dass sie ihr Pflegeverständnis in der Praxis nicht mehr umsetzen können. Das ist belastend. So zieht sich durch die Interviews das Gefühl von Erschöpfung wie ein roter Faden hindurch.“*

133 Vgl. Hildebrandt u. a. (2023, S.43).

134 Vgl. Senghaas/Struck (2023, S.21).

*lastungen, sie können auch in mehr oder weniger größerem Ausmaß Flexibilität fördernde Potenziale in Form von Handlungsspielräumen gewähren und emotionale Unterstützung bereitstellen“.*¹³⁵ Neben emotionaler Unterstützung ist aber auch die Möglichkeit zu echter Partizipation wichtig, etwa „*Mitsprachemöglichkeiten bei der Erstellung von Dienstplänen*“.¹³⁶ Vielfach werde von Pflegekräften aber kritisiert, dass „*Vorgesetzte ihnen unzureichende Möglichkeiten einräumen, sich in die Gestaltung der Arbeit einzubringen*“.¹³⁷ Viele Befragte benennen Defizite im Bereich der Führungsqualität, sodass das IAB eine Qualifizierung der Führungskräfte von Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten fordert, um „*einen wertschätzenden Umgang mit Mitarbeitenden stärker im Bewusstsein von Führungskräften (zu) verankern*“.¹³⁸

In einer Studie der Arbeitnehmerkammer Bremen wurden in Teilzeit beschäftigte und ganz aus dem Beruf ausgestiegene Pflegekräfte danach gefragt, unter welchen Bedingungen sie sich eine Erhöhung der Arbeitsstundenzahl bzw. einen Wiedereinstieg in den Pflegeberuf vorstellen können. Bei den Bedingungen liegen Faktoren, die für ein gutes Arbeitsumfeld sorgen, weit vorne. Bei potenziellen Wiedereinsteigerinnen und Wiedereinsteigern liegen ein fairer Umgang unter Kolleg:innen auf dem ersten, wertschätzende und respektvolle Vorgesetzte auf dem dritten und für die Arbeitsbelastung sensible Vorgesetzte auf dem fünften Platz. Die drei Faktoren liegen bei Teilzeitkräften in gleicher Reihenfolge auf den Plätzen eins, zwei und vier.¹³⁹

Die Einschätzung, dass gute Führungsqualitäten bzw. damit verbundene Entscheidungen für einen ganz erheblichen Teil der Pflegekräfte sehr wichtig sind, die Wirklichkeit jedoch (noch) ganz anders aussieht, wird durch eine Studie des Bundesministeriums für Gesundheit bestätigt. Pflegekräfte wurden im Rahmen dieser Studie danach gefragt, wie sie die Attraktivität verschiedener Maßnahmen, die Führungskräfte initiieren könnten, und den tatsächlichen Umsetzungsgrad dieser Maßnahmen einschätzen. Die drei untersuchten Maßnahmen (Aktive Teamentwicklung, Beteiligung der Pflegekräfte an Entscheidungsprozessen, Förderung individueller Stärken der Pflegekräfte) werden jeweils von 85 bis 90 Prozent der Befragten als „unbedingt“ attraktiv bewertet, der Umsetzungsgrad bewegt sich hingegen zwischen 20 Prozent (Beteiligung an Entscheidungsprozessen) und 29 Prozent (Förde-

135 Ebenda.

136 Ebenda.

137 Ebenda.

138 Ebenda.

139 Vgl. Auffenberg u. a. (2022, S.55f.).

rung individueller Stärken). Die Autorinnen und Autoren der Studie schlussfolgern aus diesen Werten und einer qualitativen Befragung von Pflegekräften: *„Viele der Befragten beschreiben den Status quo in Bezug auf die Führung in der Pflege als eines der größten Probleme des Pflegeberufs. Die aktuell häufig erlebten hierarchischen Führungsstile passen laut der befragten beruflich Pflegenden nicht zu den heutigen Herausforderungen und den Wünschen nach einem partnerschaftlichen, unterstützenden Führungsstil, der eigene Handlungsspielräume ermöglicht.“*¹⁴⁰

Auch eine Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin hat das interne Arbeitsumfeld in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen untersucht. In Bezug auf die Beziehung zu Vorgesetzten ist hierbei die Diskrepanz zwischen ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen auffällig. Während immerhin 60 Prozent der in der ambulanten Pflege beschäftigten Pflegekräfte Hilfe und Unterstützung durch Vorgesetzte erfahren, gilt das nur für 47 Prozent der Pflegekräfte in der stationären Pflege. Bei „Lob und Anerkennung durch Vorgesetzte“ zeigt sich das gleiche Bild, wenn auch auf viel geringerem Niveau. 40 Prozent der ambulant und nur 30 Prozent der stationär Pflegenden geben an, dass Vorgesetzte sie loben und ihre Leistung anerkennen. Sehr viel weiter verbreitet ist hingegen die Solidarität unter Kolleg:innen, die wohl neben der hohen intrinsischen Motivation vieler Pflegenden eine der wichtigsten Ressourcen ist, schlechte Arbeitsbedingungen zu kompensieren. Jeweils 85 Prozent der Pflegenden in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen fühlen sich als Teil einer Gemeinschaft und 84 Prozent der Beschäftigten in beiden Bereichen geben an, dass die Zusammenarbeit mit den Kolleg:innen gut ist.¹⁴¹ In dieser Studie wurde auch untersucht, wie stark sich Faktoren des internen Arbeitsumfelds auf die emotionale Erschöpfung von Pflegenden auswirken. 59 Prozent der Pflegenden, die Unterstützung durch Vorgesetzte erfahren, aber nur 41 Prozent der Pflegenden, bei denen das nicht der Fall ist, fühlen sich emotional nicht erschöpft. Zudem sind 55 Prozent der Pflegenden, die eine gute Zusammenarbeit im Team schildern, nicht emotional erschöpft, während nur 46 Prozent derjenigen, bei denen das nicht der Fall ist, keine emotionale Erschöpfung angeben.¹⁴² Diese Zusammenhänge sind zwar noch kein Nachweis für Kausalität. Allerdings deutet die starke Bedeutung, die aktuelle und ehemalige Pflegekräfte guten Beziehungen zu Kolleg:innen sowie einem wertschätzenden, anerkennenden

140 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2023a, S.12).

141 Petersen/Melzer (2022, S.8).

142 Ebenda, S.11.

und fördernden Führungshandeln beimessen darauf hin, dass gerade vor dem Hintergrund der in vielfacher Form schlechten Arbeitsbedingungen ein gutes Arbeitsklima und eine hohe Führungsqualität eine wichtige Ressource darstellen, Arbeitsbelastungen abzufedern und damit auch emotionale Erschöpfungszustände sowie andere körperliche und psychische Belastungen wenigstens teilweise zu kompensieren. Umso bedauernswerter ist es, dass das nicht so oft gelingt, wie es wünschenswert wäre. Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen sind nicht die einzigen Wirtschaftsbetriebe, in denen ein besseres Führungshandeln zu einer höheren Arbeitsmotivation beitragen kann. Mit Blick auf die hohen und zunehmenden Personalengpässe im Pflegebereich wiegen die Folgen einer defizitären Führungskultur jedoch schwerer. Zudem handelt es sich beim Führungshandeln um einen Bereich, auf den die Politik nur sehr begrenzten Einfluss hat; hier sind neben den Führungskräften selbst die Träger der Einrichtungen gefragt.

Ein anderes Bild zeigt sich mittlerweile bei der Entlohnung von Pflegekräften.¹⁴³ Sehr lange Zeit musste die Entlohnung von Altenpflegefachkräften und -hilfskräften in doppelter Hinsicht als ausgesprochen gering bezeichnet werden: Zum einen im Vergleich zu Pflegekräften in Krankenhäusern, zum anderen im Vergleich zu allen Beschäftigtengruppen mit einem vergleichbaren Ausbildungsniveau. Erst ab 2010 wurde eine zunächst geringfügige Verbesserung erzielt, indem ein einheitlicher Pflegemindestlohn nach dem Arbeitnehmerentendegesetz in Höhe von 8,50 Euro pro Stunde eingeführt wurde. Dessen Höhe richtete sich allerdings nicht nach der Qualifikation der Pflegekräfte, sodass er sich nicht auf Pflegefachkräfte auswirkte, die bereits damals einen etwas höheren Stundenlohn erzielen konnten. Die beiden genannten Lohndifferenzen blieben daher bestehen. Der Medianwert des monatlichen Bruttoentgelts vollzeitbeschäftigter Altenpflegefachkräfte lag 2012 mit 2.373 Euro 286 Euro unter dem medianen Bruttoentgelt aller Beschäftigten mit einer Ausbildung auf Fachkraftniveau, 503 Euro unter dem medianen Bruttoentgelt aller Beschäftigten in Deutschland und 585 Euro unter dem medianen Bruttoentgelt vollzeitbeschäftigter Krankenpflegefachkräfte. Vollzeitbeschäftigte Altenpflegehelfer:innen verdienten Brutto im Mittel 1.682 Euro und damit 331 Euro weniger als alle Beschäftigten mit

143 Aufgrund des vor allem in den letzten Jahren großen Einflusses politischer Entscheidungen auf die Entlohnung von Pflegekräften könnte man die Entlohnung von Pflegekräften beinahe zum externen Arbeitsumfeld zählen. Doch beschränkt sich der politische Einfluss auf untere Grenzen der Entlohnung, während Pflegedienste und -einrichtungen weiterhin großen Spielraum oberhalb dieser Grenzen (und durch die Freiheitsgrade des Tariftrüegegesetzes zum Teil auf die Grenzen selbst) besitzen und diesen auch nutzen.

einem Beruf auf Helferniveau und 602 Euro weniger als Krankenpflegehelfer:innen. Vor Steuern und Transferzahlungen handelte es sich zudem um einen Armutslohn, denn er lag bei gerade einmal 58,5 Prozent des medianen Bruttoentgelts aller Beschäftigten.¹⁴⁴

Eine größere Verbesserung der Entlohnungssituation brachte erst der nach Qualifikationen gestaffelte Pflegemindestlohn, der zum 1. Juli 2021 eingeführt wurde. Seither erhalten erstmals auch Pflegefachkräfte einen eigenständigen Mindestlohn. Die Pflegemindestlöhne wurden im Laufe der Jahre mehrfach über „Verordnungen über zwingende Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche“ (PflegeArbbV) erhöht, zuletzt am 1.7.2025. Die nun nach Qualifikation gestaffelten Mindestlöhne gelten unabhängig davon, ob Pflegekräfte in Krankenhäusern, stationären Altenpflegeeinrichtungen oder bei mobilen Pflegediensten arbeiten. Sie sorgten daher vor allem für eine gewisse Annäherung an das Lohnniveau von Beschäftigtengruppen gleicher Qualifikation, die nicht im Pflegebereich tätig sind, zumal die Pflegemindestlöhne höher sind als der allgemeine gesetzliche Mindestlohn. Die nach Qualifikation gestaffelten Mindestlöhne hatten aber kaum Einfluss auf die Lohndifferenzen zwischen Altenpfleger:innen und Krankenpfleger:innen. Dennoch stiegen die Bruttolöhne in der Altenpflege seit 2016 deutlich stärker als in der Krankenpflege. Gründe waren zum einen die zunehmenden Personalengpässe in der Altenpflege, die zu einem Wettbewerb vor allem um Pflegefachkräfte führten,¹⁴⁵ zum anderen die Pflegestärkungsgesetze der Jahre 2015 bis 2017. Nach Maßgabe dieser Gesetze dürfen Kostenträger (Pflegekassen, Träger der Sozialhilfe) eine Entlohnung von Pflegekräften nach Tarifvertrag oder kirchlichem Arbeitsrecht nicht mehr als unwirtschaftlich ablehnen, sodass die Entlohnung in voller Höhe bei Pflegesatzverhandlungen berücksichtigt werden muss.

Künftig weit entscheidender für die Entlohnung von Altenpflegekräften dürfte aber das im Juni 2021 verabschiedete Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) sein. Seit dem 1.9.2022 ist nunmehr die Zulassung einer Einrichtung oder eines Dienstes zur pflegerischen Versorgung nach SGB XI daran gekoppelt, dass ein bestimmtes Entlohnungsniveau garantiert wird. Eingeschlossen in diese Entlohnungsgarantie sind der Grundlohn, Jahressonderzahlungen sowie diverse Zulagen und Zuschüsse für Bereitschaftsdienste, Rufbereitschaften und Nachtschichten sowie für

144 Vgl. Carstensen/Seibert/Wiethölter (2024, S.4).

145 Vgl. Heger (2021, S.153).

Sonntags- und Feiertagsarbeit. Die Entlohnungsgarantie gilt für Pflegehilfskräfte (sowohl ohne oder mit einjähriger Berufsausbildung) und Pflegefachkräfte. Pflegedienste und -einrichtungen ohne bestehendem Tarifvertrag oder entsprechenden Regelungen nach kirchlichem Arbeitsrecht müssen seither zwischen drei Optionen wählen:

- Echte Tarifbindung im Sinne der Bindung an einen bestehenden Tarifvertrag oder eine kirchliche Arbeitsrechtsregelung. Bei dieser Option werden alle Regelungen der Arbeitsbedingungen, die im entsprechenden Tarifvertrag oder kirchlichen Arbeitsrecht geregelt sind, mitübernommen.
- Tariforientierung, bei der keine Tarifbindung vorliegt, aber Pflegekräfte in Höhe eines anerkannten Tarifvertrags oder einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung entlohnt werden. Andere Regelungen der Arbeitsbedingungen nach Tarifvertrag oder kirchlichem Arbeitsrecht werden dabei nicht mitübernommen.
- Entlohnung in Höhe eines regional üblichen Entlohnungsniveaus. Das regional übliche Entlohnungsniveau wird regelmäßig von jedem Landesverband der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der Träger der Sozialhilfe auf Landesebene ermittelt und veröffentlicht – gestaffelt nach der Qualifikation der Pflegekräfte und inklusive Jahressonderzahlungen, Zulagen und Zuschlägen.

Mit dieser Regelung wurden im Wesentlichen zwei Ziele verfolgt:

- Zum einen sollte die Entlohnung von Pflegekräften in der Langzeitpflege – also hauptsächlich in der Altenpflege – nicht nur erhöht, sondern schrittweise an die Entlohnung in der Krankenpflege und in sonstigen Beschäftigungsverhältnissen gleicher Qualifikationsstufe angepasst werden. Vor dem Hintergrund der generalistischen Pflegeausbildung soll so vor allem der aufgrund deutlicher Lohndifferenzen vorhandene strukturelle Nachteil der Langzeitpflege gegenüber der Krankenpflege abgebaut werden, da er sich systematisch negativ auf die Deckung des Fachkräftebedarfs in der Langzeitpflege auswirkt. Durch höhere Löhne soll die Langzeitpflege zudem zu einem attraktiveren Ausbildungs- bzw. Umschulungsbereich werden.
- Zum anderen sollte die Tarifbindung von Pflegeeinrichtungen und -diensten erhöht werden, um neben der Entlohnung schrittweise eine Verbesserung der in Tarifwerken oder im kirchlichen Arbeitsrecht verankerten Regelungen der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte zu ermöglichen.

Tendenziell scheint nach bisheriger Studienlage das erste Ziel einer schrittweisen Angleichung der Löhne in der Alten- und Krankenpflege erreichbar zu sein. Die Entlohnung von Pflegekräften in der Langzeitpflege steigt sowohl im Vergleich zur Entlohnung in der Krankenpflege als auch im Vergleich zur Entlohnung von Beschäftigten gleichen Qualifikationsniveaus weit überproportional an. Zwischen 2012 und 2023 haben die Bruttoentgelte von Altenpflegefachkräften real im Mittel um 29 Prozent und die Bruttoentgelte von Altenpflegehilfskräften real um 36 Prozent zugelegt. Die mittleren realen Bruttoentgelte von Krankenpflegefachkräften haben im gleichen Zeitraum lediglich um 8 Prozent und die realen mittleren Bruttoentgelte von Krankenpflegehilfskräften um 7 Prozent zugenommen.¹⁴⁶ Auch wenn ein überproportionale Anstieg der Entlohnung in der Altenpflege schon seit Inkrafttreten der Pflegestärkungsgesetze 2015/2017 zu beobachten ist, hat die Entlohnung zwischen 2021 und 2023 im Vergleich zur allgemeinen Lohnentwicklung und zur Lohnentwicklung in der Krankenpflege nochmals deutlich überproportional zugelegt. Die absoluten Bruttolohndifferenzen zwischen Krankenpflege- und Altenpflegefachkräften (155 Euro) sowie zwischen Krankenpflege- und Altenpflegehilfskräften (210 Euro) konnten zwar bislang nicht völlig beseitigt werden. Sowohl absolut als auch prozentual sind die Unterschiede aber deutlich geschrumpft.¹⁴⁷ Hinzu kommt, dass Altenpflegefachkräfte bereits seit 2020 und Altenpflegehilfskräfte seit 2022 ein (mittlerweile deutlich) höheres Bruttoentgelt erhalten als Beschäftigte gleicher Qualifikationsstufe in anderen Wirtschaftsbereichen.¹⁴⁸

Andererseits scheint das zweite Ziel nicht erreicht zu werden. Die Tarifbindung von Pflegediensten und -einrichtungen hat nicht wesentlich zugenommen. Die allermeisten zuvor nicht tarifgebundenen Einrichtungen und Dienste der Altenpflege haben sich für die Varianten „Tariforientierung“ oder „Entlohnung nach regional üblichem Niveau“ entschieden.¹⁴⁹ Das gilt insbesondere für die zuvor weitestgehend nicht tarifgebundenen privaten Anbieter.

Auch wenn die Regelungen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes erst 2022 in Kraft getreten sind und Daten zur Entwicklung

146 Vgl. Carstensen/Seibert/Wiethölter (2024, S.6).

147 Verdienten Krankenpflegefachkräfte 2012 im Mittel noch 24,7 Prozent mehr als Altenpflegefachkräfte, so belief sich der Unterschied 2023 auf nur noch 4 Prozent.

148 Vgl. Carstensen/Seibert/Wiethölter (2024, S.4).

149 Vgl. Lenzen/Evans-Borchers (2024, S.5f.).

der Tarifbindung auch nur für dieses Jahr vorliegen, besteht die Gefahr, dass ein Verfehlen des zweiten Zieles eine sehr ungute Dynamik in Gang setzt. Für öffentliche und gemeinnützige Pflegeanbieter, die bereits vor 2022 häufig tarifgebunden waren bzw. kirchliches Arbeitsrecht anwendeten, hatten die Regelungen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes wenig bis überhaupt keine Wirkung auf die Entlohnung der Pflegekräfte. Anders sieht es bei den zuvor weit überwiegend nicht tarifgebundenen privaten Anbietern aus, die ausgesprochen substanzielle Lohnsteigerungen in Kauf nehmen müssen – das Bundesgesundheitsministerium rechnete 2022 mit 10 bis 30 Prozent.¹⁵⁰ Es liegen noch keine Daten vor, ob es tatsächlich zu Lohnsteigerungen in diesem Ausmaß gekommen ist. Erste Studien liefern jedoch bereits Hinweise auf erhebliche Lohnkostensteigerungen bei privaten Pflegeanbietern.¹⁵¹ Zudem hat die Lohnwachstumsrate in der Altenpflege seit 2022 nochmals deutlich zugelegt, was auf kräftige Lohnsteigerungen der bis dahin nicht tarifgebundenen Pflegeanbieter mit unterdurchschnittlichen Entgelten hinweist.¹⁵² Diese werden zwar in den Pflege-satzverhandlungen berücksichtigt, verursachen damit aber auch eine Erhöhung der Pflegekosten, die sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Pflege zum Teil auf die Pflegeempfangenden umgelegt werden. Der Gesetzgeber hat dies in der stationären Pflege, wie an anderer Stelle bereits diskutiert worden ist, vorhergesehen und eine Begrenzung der von Pflegeempfangenden selbst zu zahlenden Einrichtungseinheitlichen Eigenanteile beschlossen. Diese fangen aber nur einen Teil der Kostensteigerungen auf. In der ambulanten Pflege wurden die Leistungsbeträge für Pflegesachleistungen zwischen 35 Euro (Pflegegrad 1) und 100 Euro (Pflegegrad 5) erhöht,¹⁵³ doch auch diese Steigerungen reichen nicht aus, die von Pflegeempfangenden zu tragenden Zusatzkosten zu decken.¹⁵⁴

Für private Anbieter ergeben sich hierdurch zwei Auswirkungen. Die höheren Selbstkostenanteile der zu pflegenden Personen führen zu einem Rückgang der Nachfrage nach Pflegeleistungen. Dieser fällt zumindest dann nicht negativ ins Gewicht, wenn zuvor aufgrund Personalmangels ohnehin nicht alle Nachfrager oder alle nachgefragten Pflegeleistungen bedient werden konnten. Aus Sicht privater Pflegeanbieter dürfte daher aktuell eine zweite Auswirkung wichtiger sein: Wenn sie die höheren Personalkosten auf

150 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2022).

151 Vgl. Lenzen/Evans-Borchers (2024, S.7f.).

152 Vgl. Carstensen/Seibert/Wiethölter (2024, S.4).

153 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2022).

154 Vgl. Rothgang/Müller (2023, S.34f.).

Pflegeempfangende umlegen, verlieren sie ihren Wettbewerbsvorteil gegenüber tarifgebundenen oder kirchlichem Arbeitsrecht unterliegenden Pflegeanbietern. Dieser ist gewollt und, soweit sich der Wettbewerbsvorteil hauptsächlich durch Niedriglöhne ergeben hat, aus ökonomischer Sicht auch nicht zu beanstanden. Wenn private Anbieter die Lohnkostensteigerungen nicht vollständig auf Pflegeempfangende umlegen, müssen sie geringere Gewinnmargen oder temporäre Verluste in Kauf nehmen. In beiden Fällen könnte ein Problem darin liegen, dass Beschäftigte privater Pflegeanbieter – vor allem im von ihnen dominierten Bereich der ambulanten Pflege – auch weiterhin nur in Bezug auf die Entlohnung Beschäftigten tarifgebundener Pflegeanbieter gleichgestellt sind, nicht jedoch hinsichtlich der ebenfalls tariflich oder nach kirchlichem Arbeitsrecht geregelten Arbeitsbedingungen. Um geringere Gewinnmargen oder temporäre Verluste im Zeitverlauf auszugleichen, könnten private Pflegeanbieter noch mehr als bisher schon versuchen, Einsparpotenziale im Personalbereich über Rationalisierungsmaßnahmen zu realisieren, was zu noch mehr „Arbeitshetze“, „Minutenpflege“ und/oder „Arbeiten mit minimalem Personalbestand“ führen könnte. Gerade jene Aspekte sind aber in den Präferenzordnungen der Pflegekräfte weit wichtiger als die Entlohnung, sodass der Pflegeberuf dort, wo private Pflegeanbieter den Markt dominieren – also hauptsächlich im Bereich der ambulanten Pflege – konträr zur eigentlichen Zielsetzung des Gesetzgebers noch unattraktiver werden könnte.

Sollte eine solche Entwicklung eintreten, spricht das nicht gegen die längst überfällige, leistungsgerechte Entlohnung von Pflegekräften im Bereich der Langzeitpflege. Wohl aber wäre es besser gewesen, wenn entweder eine tatsächliche Verpflichtung zur Bindung an einen Tarifvertrag bzw. an Regelungen des kirchlichen Arbeitsrechts eingeführt worden wäre, sodass automatisch auch die dort geregelten Arbeitsbedingungen hätten übernommen werden müssen; alternativ hätte die deutliche Erhöhung der Lohnkosten von Maßnahmen begleitet werden können, die ganz direkt die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte verbessern und die Effizienz des Pflegeprozesses erhöhen. Davon wäre ein positiver Effekt auf die Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften, die Pflegequalität und die Arbeitsproduktivität ausgegangen, der ein Gegenpol zu den Einsparversuchen der privaten Pflegeanbieter hätte sein können. Stattdessen wurden privaten Pflegeanbietern Anreize zu einer weiteren Verschlechterung der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften gesetzt. Zusätzlich reduzieren die höheren Lohnkosten die für Investitionen in die digitale Transformation der Pflege notwendigen betrieblichen Überschüsse und behindern somit auch indirekt eine Verbesserung der Arbeits-

bedingungen und eine Erhöhung der Arbeitsproduktivität. Auch eine Verpflichtung zur Tarifbindung oder zur Anwendung kirchlichen Arbeitsrechts hätte die Überschüsse reduziert, hätte aber ohne die Möglichkeit zur Verschlechterung der Arbeitsbedingungen zumindest einen Anreiz zu Investitionen in Technologien gesetzt, die zu einer Erhöhung der Arbeitsproduktivität führen. Insofern scheinen auf Seiten des Gesetzgebers die nicht intendierten Auswirkungen der grundsätzlich in die richtige Richtung zielenden Regelungen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes nicht vollständig durchdacht worden zu sein.

4.4. Externes Arbeitsumfeld

Das externe Arbeitsumfeld umfasst zum einen die politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und hierbei insbesondere die gesellschaftliche Wertschätzung des Pflegeberufs. Zum anderen wird das externe Arbeitsumfeld auch von den Beziehungen zu anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems geprägt.

Beginnen wir mit der gesellschaftlichen Wertschätzung. Auf die Frage, ob der Pflegeberuf in der Gesellschaft zu wenig oder ausreichend anerkannt wird, antworten 92,2 Prozent der in der ambulanten und 92,9 Prozent der in der stationären Pflege beschäftigten Pflegekräfte mit „zu wenig“.¹⁵⁵ Die Wahrnehmung der Pflegekräfte, dass ihre Arbeit gesellschaftlich zu wenig Anerkennung findet, deckt sich nicht vollständig mit der tatsächlichen gesellschaftlichen Anerkennung des Pflegeberufs. In einer Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung zum Berufsprestige „systemrelevanter Berufe“ schnitt der Beruf Altenpfleger:in nicht nur besser ab als viele andere systemrelevante Berufe, das Berufsprestige lag nur unwesentlich unter dem durchschnittlichen Berufsprestige aller Berufe.¹⁵⁶ Das kann natürlich für immer noch zu gering gehalten werden, denn die Wahrnehmung, die eigene Arbeitsleistung werde nicht genügend anerkannt, ist nicht gleichzusetzen mit der Wahrnehmung, die eigene Arbeitsleistung genieße überhaupt keine Anerkennung. Andererseits legt eine aktuellere Studie die Schlussfolgerung nahe, dass das Ansehen von Pflegeberufen – möglicher-

155 Vgl. Institut für Demoskopie Allensbach (2024, Anhang: Tabelle 8a).

156 Auf einer Berufsprestige-Skala, die von 0 bis 200 reicht, erreicht der Beruf Altenpfleger:in den Wert 62,3. Der Durchschnittswert aller systemrelevanten Berufe liegt bei 58,6, der Durchschnittswert aller Berufe bei 63,2. Vgl. hierzu Koebe u. a. (2020, S.3).

weise in Zusammenhang mit der Diskussion um die Bedeutung systemrelevanter Berufe während der Corona-Pandemie¹⁵⁷ – noch weiter zugenommen hat. Nach den Befragungsergebnissen dieser Studie sind 92 Prozent der Bevölkerung der Auffassung, dass Pflegefachkräfte einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft leisten und 76 Prozent der Befragten geben an, sie hätten im Vergleich zu allen anderen Berufsfeldern am meisten oder mit am meisten Achtung vor Pflegeberufen. Von den in der gleichen Studie befragten Pflegefachkräften sind jedoch nur 21 Prozent überzeugt, ihr Beruf sei angesehen und werde geachtet.¹⁵⁸

Wie kommt diese Diskrepanz in der Wahrnehmung der gesellschaftlichen Anerkennung des Pflegeberufs zustande? Eine Erklärung könnte sein, dass in der Bevölkerung zwar ein Bewusstsein für die gesellschaftliche Bedeutung der Pflegearbeit vorhanden ist, der Pflegeberuf aber dennoch eher als ein Beruf für Geringqualifizierte angesehen wird und Pflegekräfte das spüren oder zu spüren glauben.¹⁵⁹ Im BKK-Gesundheitsreport 2022 heißt es hierzu beispielsweise: *„Die mangelnde Wertschätzung ist ebenfalls ein anhaltendes Thema für die pflegerische Berufsunzufriedenheit. Dabei geht es kaum um oberflächliches Lob und Schulterklopfen, zumal Rückmeldungen im Freundes- und Bekanntenkreis der Pflegenden häufig ambivalent ausfallen, wenn beispielsweise gesagt wird ‘Toll, dass Du das machst, ich könnte das ja nicht!’“*¹⁶⁰ Damit kann möglicherweise ein Teil des Wahrnehmungsunterschieds erklärt werden, aber sicher nicht der gesamte. Ein weiterer Erklärungsbaustein könnte im Unterschied zwischen der Härte des Pflegeberufs und der resultierenden Entlohnung liegen. Andererseits rangiert die Entlohnung in der Präferenz-

157 Sollte dem so sein, bestünde eine weitere Diskrepanz zur Wahrnehmung der Pflegenden. Nur jeweils ein knappes Drittel von ihnen gibt an, dass die Corona-Pandemie „das Ansehen als Pflegekraft“ erhöht oder „die gesellschaftliche Bedeutung des Berufs“ verdeutlicht hätte, vgl. hierzu Isfort/Gessenich/Tucman (2022, S.104). Nach einer weiteren Studie stimmen 44 % der Betriebs- und Personalrät:innen von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten der Aussage zu, die Wertschätzung gegenüber Pflegeeinrichtungen und dem Pflegeberuf sei infolge der Corona-Pandemie gestiegen, vgl. hierzu Daum/Kolb (2022, S.55).

158 Vgl. Klie (2024b, S.7). Denkbar ist, dass das gesellschaftliche Ansehen etwas niedriger ausgefallen wäre, wenn in der Studie nicht explizit nach Pflegefachkräften gefragt worden wäre. Das ändert jedoch nichts daran, dass auch Pflegefachkräfte das Ansehen ihres Berufes im Vergleich zu anderen Berufsgruppen sehr viel niedriger einschätzen.

159 So dürften es viele Pflegekräfte sicherlich als degradierend empfinden, wenn politische Entscheidungsträger den Pflegeberuf implizit als ein Tätigkeit beschreiben, für die im Grunde jeder bzw. jede geeignet ist. So bspw. der ehemalige FDP-Generalsekretär Bijan Djir-Sarai im Kontext der Arbeitsaufnahme ukrainischer Kriegsflüchtlinge: *„Wir haben überall Arbeitskräftemangel – etwa in der Gastronomie, auf dem Bau oder in der Pflege. Wir sollten nicht länger mit dem Geld der Steuerzahler Arbeitslosigkeit finanzieren, sondern müssen dafür sorgen, dass die Menschen in Arbeit kommen.“* Die Aussage findet sich in O.V. (2024b).

160 Vgl. Klapper/Tackenberg (2022, S.355).

ordnung der Pflegekräfte nicht sehr weit oben und problematisiert werden in diesem Zusammenhang eher Zulagen für Zusatz- und Nachtschichten. Zudem hat sich bei der Entlohnung der Pflegekräfte in den letzten Jahren einiges getan.

Ein Dorn im Auge der Altenpfleger:innen könnte aber sicherlich der weiterhin vorhandene Entlohnungsunterschied zu anderen Pflegeberufen sein. Nur: Zum einen schätzen Pflegende in Krankenhäusern, Psychatrieeinrichtungen und Reha-Einrichtungen sowie Intensivpfleger:innen die Anerkennung ihres Berufs ebenso gering ein wie Altenpflegende.¹⁶¹ Zum anderen sind Altenpfleger:innen sogar etwas zufriedener mit ihrem Einkommen als in anderen Pflegeberufsfeldern beschäftigte Pflegekräfte.¹⁶²

Ein weiterer Aspekt könnte der hohe Berufsstolz von Pflegenden sein, der nicht mit dem gesellschaftlichen Bild des Pflegeberufs in Einklang steht. 86,7 Prozent der in Altenheimen und 80,7 Prozent der in ambulanten Pflegediensten beschäftigten Altenpfleger:innen sind sehr stolz oder stolz auf ihren Beruf. Pflegende, die in anderen Pflegeberufsfeldern beschäftigt sind, weisen ähnlich hohe Werte auf.¹⁶³ Das könnte erklären, warum Pflegende unabhängig vom Beschäftigungsfeld über eine zu geringe Anerkennung klagen. Doch wenn dieser Berufsstolz, wie gezeigt wurde, gar nicht in einem völligen Missverhältnis zur gesellschaftlichen Anerkennung des Pflegeberufs steht und auch die Einkommen nicht als völlig unzureichend angesehen werden, wodurch wird der Berufsstolz dann unter Umständen verletzt? Eine plausible Erklärung ist, dass der Berufsstolz durch die in weiten Teilen völlig indiskutablen Arbeitsbedingungen, die einer qualitativ hochwertigen Ausführung des Pflegeberufs häufig im Wege stehen, verletzt wird. Auch wenn die Gesellschaft nicht die Schuld am dafür maßgeblich verantwortlichen Personalmangel trägt, hat doch zumindest die Gesundheitspolitik dieser Entwicklung lange Zeit zugesehen, ohne signifikante Schritte zur Abhilfe in die Wege zu leiten. Es lässt sich gut nachvollziehen, wenn Pflegende unter diesen Umständen das Gefühl haben, dass ihre Probleme nicht ernst genommen werden. So auch erneut der BKK-Gesundheitsreport 2022: *„Schwerer scheint aber derzeit die Wahrnehmung zu wiegen, von der Politik nicht ernstgenommen zu werden. Zu klein, vordergründig und langwierig sind die Veränderungen, die beschlossen werden, sodass von ihnen nicht die Botschaft ausgeht, dass der*

161 Vgl. Institut für Demoskopie Allensbach (2024, Anhang: Tabelle 8a).

162 Ebenda, Anhang, Tabelle 3b.

163 Ebenda, Anhang, Tabelle 7a.

*Wert von professioneller Pflege für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung erkannt worden ist (...).*¹⁶⁴

Neben der Gesellschaft und den Verantwortlichen für die Gesundheitspolitik existiert allerdings noch eine weitere externe Gruppe, deren Angehörige Einfluss auf das Selbstbild der Pflegenden haben und deren Verhalten mit dem hohen Ausmaß an Berufsstolz der Pflegenden kollidieren kann. Gemeint sind damit andere Akteure des Gesundheitswesens, die eng mit Pflegenden zusammenarbeiten, aber sowohl berufshierarchisch als auch in Bezug auf ihre Entscheidungskompetenzen Pflegenden weit übergeordnet sind, was eine kooperative Zusammenarbeit auf Augenhöhe behindern kann. Fragt man aus dem Pflegeberuf Ausgestiegene sowie in Teilzeit beschäftigte Pflegekräfte nach Arbeitsbedingungen, die einen Wiedereinstieg in den Pflegeberuf bzw. eine Erhöhung der Arbeitsstunden begünstigen könnten, nennen 82,6 Prozent der ehemaligen Pflegekräfte und 82,8 Prozent der in Teilzeit beschäftigten Pflegekräfte „Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft“. 84,5 Prozent aller Pflegenden benennen zudem eine „bessere Kooperation mit anderen Berufsgruppen“.¹⁶⁵

Der Kooperation mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens auf Augenhöhe kommt dabei nicht nur für die Arbeitsbedingungen eine besondere Bedeutung zu. Sie ist auch entscheidend für eine effiziente Organisation und qualitativ hochwertige Durchführung pflegerischer Leistungen. Pflegedienste und -einrichtungen sind weit mehr als andere Akteure des Gesundheitssystems ein „Verkehrsknotenpunkt“, an dem die Leistungen anderer Akteure des Gesundheitswesens, verschiedener Institutionen des Gesundheitssystems und verschiedener Akteure außerhalb des Gesundheitssystems im Idealfall bestmöglich aufeinander abgestimmt werden sollten. Pflegeanbieter stehen mit verschiedenen Arzt- und Facharztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern, Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen, Heil- und Hilfsmittelvertrieben, Psycho-, Physio- und Ergotherapeuten, Reha-Einrichtungen, Pflege- und Krankenkassen, Sozialdiensten, Haushaltshilfen und vielen mehr nicht nur in Kontakt, sie koordinieren gemeinsam mit ihnen den Pflegeprozess und sind auf ihre Unterstützung angewiesen. Der Kontakt mit den Angehörigen dieses Netzwerks erfolgt dabei heute noch weitgehend über das Telefon, Faxgeräte, Papier und E-Mails. Dass die Aufrechterhaltung, Organisation und Koordination dieser Vielzahl an Kontakten ausgesprochen schwierig

164 Vgl. Klapper/Tackenberg (2022, S.355).

165 Vgl. Auffenberg u. a. (2022, S.55f.).

und zeitaufwendig ist, wenn zeitnahe Abstimmungen unter der Nutzung überkommener Kommunikationsmittel leiden, liegt auf der Hand. Diese Art der friktionsreichen Kommunikation führt zu den von vielen Pflegekräften bemängelten Kontaktbrüchen und ständigen Unterbrechungen von Arbeitsabläufen. Hinzu kommt, dass Pflegende gerade bei Kontakten mit Arzt- und Facharztpraxen systematisch die Rolle reiner Erfüllungsgehilfen einnehmen bzw. ihre eigenen Kompetenzen und ihren Informationsvorsprung bezüglich der Situation der zu pflegenden Personen nur völlig unzureichend in den Pflegeprozess einbringen können. Noch einmal der BKK-Gesundheitsreport 2022: *„Die berufliche Pflege ist in vielerlei Hinsicht fremdbestimmt, was die Entfaltung eines beruflichen Selbstbewusstseins, das sich als gestaltende Kraft wahrnimmt, behindert. Insbesondere in Deutschland liegt die Definitionsmacht zu allen Fragen der Gesundheit wesentlich bei der medizinischen Profession. Damit wird ausgeblendet, dass die professionelle Pflege einen eigenen Zugang zur Unterstützung der Menschen bei Krankheit und in ihrer Gesunderhaltung hat, die sich zum Beispiel in den USA in einer rund 100-jährigen Tradition der Pflegewissenschaft ausdrückt. Entsprechend verfügen die Pflegeberufe in Deutschland nur über eine geringe berufliche Autonomie.“*¹⁶⁶

Es liegt nahe, dass gerade hierin eine wichtige Ursache des Gefühls vieler Pfleger liegen könnte, ihre Arbeit werde nicht ausreichend wertgeschätzt. Zusätzlich wird deutlich, wie wichtig eine Modernisierung der Kommunikation – sowohl der Kommunikationsmittel als auch der Kommunikationsgestaltung – zwischen Pflegeanbietern bzw. Pflegenden und anderen Akteuren und Institutionen des Gesundheitssystems ist. Denn eine solche Modernisierung hätte zur gleichen Zeit einen positiven Einfluss auf die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden, auf die effiziente Koordination und Kooperation aller Leistungserbringer im Pflegeprozess und auf die Qualität der Pflegeleistung.

166 Vgl. Klapper/Tackenberg (2022, S.355).