



Studienbericht

Berufseinmündung und Berufsverbleib in der Pflege in NRW

Eine Analyse der Einstiegs-, Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld der Pflege einschließlich der Ermittlung relevanter Gehaltsstrukturen und -daten

Berichterstattung:

© 2022 Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

Fördermittel:

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Studienbericht:

Berufseinmündung und Berufsverbleib in der Pflege in NRW

Eine Analyse der Einstiegs-, Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld der Pflege einschließlich der Ermittlung relevanter Gehaltsstrukturen und -daten

Berichterstattung:

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

Fördermittelgeber:

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Durchführungszeitraum:

1. November 2020 bis 31. Mai 2022

**Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen**



ZENTRALE ERGEBNISSE DER STUDIE.....	1
BESCHÄFTIGUNG PFLEGENDER IN NRW	1
BERUFSEINMÜNDUNG JUNGER PFLEGENDER.....	2
KERNAUSSAGEN BERUFSVERWEILDAUER	3
ZUFRIEDENHEIT PFLEGENDER	4
TEILZEITARBEIT	5
ATTRAKTIVITÄT VON ARBEITGEBERN	6
ZULASSUNGSDATEN PFLEGENDER AUS DRITTSTAATEN	6
ENTGELT DER PFLEGearBEIT	7
BERUFSEINMÜNDUNG UND BERUFSVERBLEIB.....	9
HINTERGRUND UND THEMENFELDER DER STUDIE	10
Beschäftigte und Berufsdauer	11
Ausbildung und Berufseinmündung	12
Berufstreue und Berufsverbleib	13
Wertschätzung und Entgeltleistungen.....	15
FORSCHUNGSDESIGN UND METHODISCHE HINWEISE.....	18
FRAGESTELLUNGEN, METHODEN UND DATENGRUNDLAGEN.....	18
ANALYSEN ZUR BESCHÄFTIGUNG UND BERUFSVERWEILDAUER.....	22
Beschäftigung Pflegender in NRW	22
Berufsverweildaueranalysen – MessKonzept.....	22
Erwerbsbiografien Pflegender – Methodik	24
Forschungsdatensatz zu Erwerbsbiografien.....	27
DATEN ZU ENTGELTSTRUKTUREN IN DER PFLEGE	30
Löhne privatwirtschaftlicher Pflegeunternehmen	30
Entgelte aus der Beschäftigungsstatistik.....	31
Entgeltdaten aus der Beschäftigungsstatistik des IAB	33
Verdienststrukturerhebung der Länder	34
Lohndaten aus Selbstauskünften.....	35
PRIMÄRDATENERHEBUNGEN	36
Primärdatenanalyse	36
Perspektiven Berufseinmündender, Pflegender im Beruf und Arbeitgeber.....	38
ERGEBNISBERICHT PFLEGEBERUFE	41
BESCHÄFTIGUNG PFLEGENDER IN NRW	42
Entwicklung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege	42
Entwicklung in der Altenpflege	44
Altersdemografie in den Pflegeberufen	47
Berufsdauer Pflegender.....	48
ZULASSUNGEN PFLEGENDER AUS DRITTSTAATEN.....	51
Zulassungen in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege	53
Zulassungen in der Altenpflege	55
Zulassungen Pflegender nach Staatsangehörigkeit	57
PFLEGE-PANEL NRW: ERWERBSBIOGRAFIEN PFLEGENDER.....	59
Berufsverbleib und Arbeitsorte Krankenpflegender in NRW	59
Berufsverbleib und Arbeitsorte Altenpflegender in NRW	63

INHALTSVERZEICHNIS

BERUFSEINMÜNDUNG	66
Bewerbung, Stellenauswahl und Berufsfelder.....	66
Präferenzen des Arbeitsfeldes und Stellenumfangs.....	68
Attraktivitätsmerkmale einer Arbeitsstelle.....	71
Berufs- und Bleibeperspektive	74
Arbeitsentgelte und Zusatzleistungen für Berufseinmündende	77
Nichteinmündung in den Pflegeberuf.....	80
Einstiegs motivation und Bewertungen zur Pflegeausbildung.....	81
BERUFSVERBLEIB UND BERUFSBINDUNG.....	86
Gründe für die Teilzeitarbeit.....	88
Arbeitsplatzmerkmale und Vergütung	93
Attraktivitätsmerkmale einer Arbeitsstelle.....	97
Bindungsperspektiven, Zufriedenheit und Motivation	99
Einfluss der Corona-Pandemie	103
PERSPEKTIVEN DER ARBEITGEBER.....	105
Attraktivitätsfaktoren aus der Arbeitgeberperspektive	110
Einschätzungen zum Pflege-Tariftreue-Gesetz	113
ERGEBNISBERICHT ENTGELTE UND GEHALT	115
ENTGELTDATEN DER BESCHÄFTIGUNGSSTATISTIK.....	115
Entgelte und Entgeltentwicklung	117
Entgeltunterschiede nach Sektoren	119
TARIFLOHNENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN.....	121
ENTGELTENTWICKLUNG IN PRIVATEN PFLEGEUNTERNEHMEN	122
ZULAGEN UND VERGÜNSTIGUNGEN	126
DISKUSSION	130
LITERATURVERZEICHNIS.....	133
TABELLENVERZEICHNIS	138
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	139

ZENTRALE ERGEBNISSE DER STUDIE

BESCHÄFTIGUNG PFLEGENDER IN NRW

- Die Zahl der versicherungspflichtig beschäftigten Pflegenden in NRW steigt weiter an. Mit insgesamt 84.520 qualifizierten Altenpflegenden und 189.876 Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden wird im Juni 2021 ein Höchststand an Beschäftigten in der professionellen Pflege verzeichnet (Zeitreihe zwischen 2013 und 2021). Gegenüber dem Jahr 2019 (Zweijahreszeitraum/vor der Corona-Pandemie) entspricht dies einem Zuwachs von 6 Prozent in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und von 5 Prozent in der Altenpflege.
- Hinweise auf einen „Pflexit“ aus der Pflege (als Ausstieg aus dem Berufsfeld insgesamt) lassen sich vor dem Hintergrund bestehender Daten in der Gesamtbetrachtung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nicht ausmachen. Eine Abnahme der Beschäftigtenzahlen zwischen 2019 und 2021 (im Zuge der Pandemie) kann in der Gesamtbetrachtung der professionellen Pflege nicht festgestellt werden. Weiterhin (Stand Februar 2022) besteht darüber hinaus keine abweichende Arbeitslosigkeit in dem Berufsfeld (Altenpflege und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege) und es bestehen regional oder überregional keine Arbeitsmarktreserven.
- Daten, die einen Wechsel von Beschäftigten zwischen den Sektoren erfassen (zum Beispiel vom Krankenhaus hin zur ambulanten Versorgung) liegen aktuell nicht vor und können erst analysiert werden, wenn Daten der Pflegestatistik 2021 und der Krankenhausstatistik 2021 vergleichend zur Verfügung stehen werden. Damit kann eine sektorenbezogene Wanderung von Pflegenden im Zuge der Pandemie weder bestätigt noch ausgeschlossen werden. Auch die Anzahl der Pflegenden, die ggf. im Zuge der Belastungen durch die Corona-Pandemie eine Reduzierung ihrer Tätigkeit vornahmen, kann aktuell nicht konkret beziffert werden. Damit kann für einzelne Einrichtungen oder Sektoren eine pandemiebedingte Änderung der pflegerischen Kapazität nicht vollumfänglich ausgeschlossen werden. Aus den Befragungsdaten aber ergeben sich Hinweise, dass eine substantielle Änderung der Tätigkeit durch die Corona-Pandemie nicht vorliegt.
- Ein Abgleich der Beschäftigtenzahlen der Bundesagentur für Arbeit für die qualifizierten Pflegekräfte in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und der Altenpflege mit den Daten aus der Krankenhausstatistik, der Pflegestatistik sowie der Statistik der Eingliederungshilfe (Stand 2019) weist eine hohe Bindung Pflegender an die Primärversorgung und Hauptsektoren (Krankenhäuser, ambulante und teil-/vollstationäre Pflegeeinrichtungen) aus. Insgesamt können in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege 77,5 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten diesen Einrichtungsarten zugeordnet werden. In der Altenpflege liegt der Anteil der Beschäftigten in diesen Einrichtungsarten bei 90,1 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigter.

BERUFSEINMÜNDUNG JUNGER PFLEGENDER

- Pflegende steigen nach der Ausbildung nicht aus dem Beruf aus, sondern ein. Die Befragung von Auszubildenden vor ihrem Ausbildungsabschluss (Erhebung zur Berufseinmündung) weist aus, dass 92,1 Prozent der Altenpflegenden, 83,3 Prozent der Gesundheits- und Krankenpflegenden und 74,7 Prozent der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden nach dem Abschluss eine berufliche Tätigkeit in der pflegerischen Versorgung aufnehmen möchten.
- Daten der Erwerbsbiografien zeigen folgende Ergebnisse: 86,8 Prozent der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden beginnen unmittelbar nach erfolgreicher Ausbildung (im 3-Monats-Zeitraum) eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung. In der Altenpflege liegt dieser Anteil zunächst niedriger bei 71,9 Prozent. Er steigt im Zeitverlauf an. Nach einem Jahr (Orientierungszeiten) liegt der Wert bei 82,9 Prozent.
- Es lassen sich drei zentrale Merkmale hervorheben, die zur Wahl eines Pflegeberufs führen. Dies sind:
 - 1.) der Wunsch, in einem sozialen Beruf mit Menschen tätig zu werden (63,5 Prozent),
 - 2.) vorherige Erfahrungen durch ein Praktikum in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung (55,7 Prozent) und
 - 3.) die Aussicht auf einen sicheren Beruf (43,7 Prozent).Andere Gründe, wie z.B. berufliche Vorerfahrungen der Eltern (20,8 Prozent) oder die Höhe der Ausbildungsvergütung (9,1 Prozent), sind von nachgeordneter Bedeutung.
- 64,7 Prozent der Pflegenden, die nach dem Abschluss eine Berufstätigkeit aufnehmen, haben bereits vor Beendigung ihrer Ausbildung eine feste Stellenzusage. 58,1 Prozent wurde vor Beendigung der Ausbildung eine Übernahme durch den Träger der Ausbildung angeboten.
- Die präferierten Arbeitsbereiche korrespondieren mit den Trägern der praktischen Ausbildung. So geben 51,3 Prozent der Altenpflegenden an, in einer stationären Altenpflegeeinrichtung arbeiten zu wollen. Weitere 37,6 Prozent können sich auch die Arbeit in einer ambulanten Pflegeeinrichtung vorstellen. Einen möglichen Wechsel in ein Krankenhaus geben 18,2 Prozent an. Bei den Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden präferieren 75,9 Prozent ein Akutkrankenhaus, gefolgt von 32,6 Prozent, die sich eine Arbeit in einem psychiatrischen Krankenhaus vorstellen können (Abb. 18).
- 74,5 Prozent der jungen Pflegenden präferieren eine Vollzeitbeschäftigung in der Pflege. Damit liegt der Anteil der jungen Pflegenden, die nach ihrem Abschluss in Vollzeit arbeiten wollen, oberhalb des Durchschnitts der Anteile der Vollzeitbeschäftigung in der Pflege insgesamt.
- Die Mobilitätsangaben der jungen Pflegenden bestätigen Einschätzungen, wie sie in der Landesberichterstattung auch von Einrichtungen angegeben werden: Pflege ist überwiegend kleinräumig und regional organisiert. Die *maximale* Distanz, die junge Pflegende für ihre *Traumarbeitsstelle* in der

Pflege zwischen Wohn- und Arbeitsort pendeln würden, wird im Median mit 20 Kilometern angegeben. Der Radius für einen Wohnortwechsel für eine Traumarbeitsstelle in der Pflege wird im Median ebenso mit 20 Kilometern angegeben. Das arithmetische Mittel liegt hier bei 127 Kilometern (beeinflusst durch extreme Werte, die bei einem Umzug benannt werden). Die Ergebnisse verweisen auf eine insgesamt hohe Ortstreue bei Pflegenden.

- Die Stellensuche geschieht aktiv durch die jungen Pflegenden selbst. Dabei spielen soziale (digitale) Medien (z.B. Facebook / Twitter etc.) / Online-Jobbörsen (z.B. Xing / Monster etc.) eher eine untergeordnete Rolle. Überwiegend bewerben sie sich im Rahmen direkter Anfragen bei ihrem aktuellen Arbeitgeber oder bei einem für sie interessanten Arbeitgeber, der im Rahmen der Ausbildung kennengelernt wurde. Stellenausschreibungen werden über das Internet recherchiert; Printmedien werden wenig bei der aktiven Suche mit einbezogen.
- Bei Auszubildenden, die nicht in den Pflegeberuf einmünden wollen, steht die Aufnahme eines weiterführenden Studiums im Vordergrund (64 von 124). 37 von 124 Pflegenden, die nicht in den Beruf einmünden, wollen sich beruflich umorientieren. 36 geben an, dass sie bemerkt haben, dass die berufliche Belastung ihnen zu groß erscheint. Die Gründung einer eigenen Familie (3), eine Auszeit (z.B. im Rahmen von Work and Travel) (14) oder die Übernahme familiärer Sorge-/Pflegearbeit (1) spielen als Gründe eine eher nachgeordnete Rolle (Abb. 31).

KERNAUSSAGEN BERUFSVERWEILDAUER

- Ein Hinweis auf eine kurze Beschäftigungsdauer der Berufsangehörigen in der Pflege in NRW findet sich empirisch nicht.
- Der Median der bisherigen Netto-Beschäftigungsdauer aller Gesundheits- und (Kin-der-)Krankenpflegenden in NRW lag im Juni 2021 bei 218 Monaten und in der Altenpflege bei 161 Monaten. Das heißt, dass die Hälfte der Pflegenden der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege in NRW im Juni 2021 bereits seit mehr als 18 Jahren in der Pflege arbeitete: In der Altenpflege arbeitete die Hälfte der Pflegenden bereits seit mehr als 13 Jahren.¹
- Der Anteil der Pflegenden in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, der eine Netto-Beschäftigungsdauer von 10 Jahren oder mehr aufweist, lag im Juni 2021 bei 73,8 Prozent. In der Altenpflege lag der Anteil der Pflegenden mit einer Netto-Beschäftigungsdauer von 10 Jahren oder mehr bei 65,2 Prozent. Die vorliegenden Daten sprechen für eine hohe Berufsverweildauer und eine hohe Beschäftigungszeit in der Pflege, die ggf. unterbrochen wird (z.B. durch Familiengründung), aber wieder aufgenommen wird.
- Ein Jahr nach Ausbildungsende sind 89,5 Prozent der Krankenpflegenden sozialversicherungspflichtig beschäftigt gemeldet. Von diesen arbeiten 96,3

¹ Dieser Wert steigt in der Zeitreihenbetrachtung zwischen 2013 und 2021 weiter an. Er ist nicht zu verwechseln mit einer mittleren Berufsverweildauer, weil die Pflegenden, die langjährig beschäftigt sind, nicht ausscheiden, sondern weiterhin beschäftigt bleiben. Somit geben die Daten einen Einblick in aktuelle Beschäftigungsdauer.

Prozent im Pflegeberuf. In der Altenpflege liegt der Anteil der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Pflegenden bei 82,9 Prozent. Von diesen arbeiten 92,1 Prozent im Pflegeberuf.

- Nach 5 Jahren sind 80,3 Prozent der Krankenpflegenden berufstätig registriert (122), davon arbeiten 120 weiterhin in der primärer Pflegeversorgung. In der Altenpflege sind nach 5 Jahren noch 76,4 Prozent beschäftigt (291 von 381) gemeldet. Davon arbeiten 262 in der Pflegeversorgung.
- Die Beschäftigungsquote liegt in der Krankenpflege 10 Jahre nach erfolgreicher Berufsqualifizierung bei 77,6 Prozent. Davon sind 78,9 dem Pflegeberuf treu geblieben. Die Beschäftigungsquote in der Altenpflege liegt 10 Jahre nach Berufsqualifizierung bei 69,3 Prozent und ist damit niedriger als die in der Krankenpflege. Von diesen können 79 Prozent der gemeldeten Kräfte als berufstreu betrachtet werden. Sie arbeiten weiterhin in der Pflegeversorgung.
- Eine „Abwanderung“ aus dem Beschäftigungsfeld der Gesundheitsversorgung insgesamt (einschließlich erweiterter Berufe der Gesundheitsversorgung) findet sich nach fünf Jahren in der Krankenpflege lediglich bei 0,8 Prozent und in der Altenpflege bei 4,1 Prozent der Beschäftigten.
- Von den Pflegenden starten mehr als die Hälfte (53,0 Prozent der Krankenpflegenden und 51,1 Prozent der Altenpflegenden) im eigenen Ausbildungsbetrieb in den Beruf. Diese Verbundenheit zum Ausbildungsbetrieb hat bei den Krankenpflegekräften langfristigen Bestand. Auch nach 5 Jahren sind noch 47,5 Prozent der Beschäftigten im eigenen Ausbildungsbetrieb beschäftigt. In der Altenpflege ist diese Bindungsquote an den eigenen Betrieb geringer. Hier konnten nach 5 Jahren noch 22,3 Prozent ermittelt werden.

ZUFRIEDENHEIT PFLEGENDER

- Mit der Berufsausbildung zeigt sich die Mehrheit der Auszubildenden in der Pflege zufrieden. Insgesamt wird die Zufriedenheit mit der Ausbildung auf einer Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) mit 6,25 und damit im positiven Bereich angegeben. 52,9 Prozent bewerten die Ausbildung dabei im deutlich positiven Bereich (7-10).
- 66,5 Prozent der Auszubildenden würden sich jederzeit wieder für einen Pflegeberuf entscheiden. 61,2 Prozent würden die Ausbildung Freunden und Bekannten empfehlen. Hervorstechend ist bei der Ausbildungsbeurteilung das folgende Merkmal: 87,8 Prozent der Auszubildenden geben an, dass die praktischen Einsätze die Vielschichtigkeit der Arbeitsmöglichkeiten in der Pflege gut aufgezeigt haben.
- Anders sieht die Situation bei den beruflich Pflegenden aus: Aktuell geben lediglich 49,2 Prozent an, mit ihrem Beruf zufrieden oder sehr zufrieden zu sein. Die Arbeitszufriedenheit wird gegenüber der Berufszufriedenheit deutlich niedriger bewertet. Nur 34,9 Prozent sind zufrieden oder sehr zufrieden mit den Arbeitsbedingungen, unter denen sie aktuell tätig sind. In etwa gleich groß

ist der Anteil der Personen, die ihre aktuelle Gratifikation (Gehalt) positiv bewerten. Hier sind tendenziell 32 Prozent zufrieden oder sehr zufrieden.

- Unterschiede zwischen den Berufen (Altenpflege und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege) weisen darauf hin, dass Altenpflegende zufriedener mit den aktuellen Arbeitsbedingungen (41,5 Prozent) sind als Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende (33,3 Prozent). Unterschiede bei der Berufszufriedenheit zeigen sich nicht (50 Prozent der Altenpflegenden und 49 Prozent der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden sind mit dem Beruf als Pflegekraft eher oder sehr zufrieden). Auch die Entlohnungszufriedenheit weist keine deutlichen Unterschiede auf.
- Bezüglich der von Pflegenden beobachteten Veränderung im Laufe der Berufsjahre geben die Pflegenden kritische Beobachtungen an. So bemerken 49,3 Prozent im Laufe ihrer Berufsjahre eine Verschlechterung der Wertschätzung ihrer Arbeit durch die Arbeitgeber. Dieser Wert korrespondiert mit der Aussage, dass 65,6 Prozent eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen wahrnehmen. Letztlich führt dies bei 55 Prozent zu einer Abnahme der eigenen Berufsmotivation.

TEILZEITARBEIT

- Für den ambulanten und teil-/vollstationären Pflegesektor liegt der Anteil der Vollzeitbeschäftigten in der Gesundheits- und Krankenpflege bei 36,3 Prozent, in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege bei 30,3 Prozent und in der Altenpflege bei 47,5 Prozent (Stand Dez. 2019). Im Krankenhaus liegt der Anteil der Vollzeitbeschäftigung bei den Gesundheits- und Krankenpflegenden bei 51,5 Prozent und bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden bei 41,4 Prozent (Stand 2019). Dies zeigt an, dass der Teilzeitanteil in der Pflege hoch erscheint.
- 64,7 Prozent der Pflegekräfte (im Beruf) geben an, dass der Stellenumfang, den sie ausüben, dem gewünschten Stellenumfang entspricht. 31,9 Prozent würden den Stellenumfang lieber reduzieren und lediglich 3,1 Prozent würden den Stellenumfang aufstocken. Pflegekräfte, die in Vollzeit arbeiten, geben zu 40,9 Prozent an, dass sie den Stellenumfang gerne reduzieren würden. 88,7 Prozent in dieser Gruppe geben an, dass bei einem niedrigeren Stundenanteil der Verdienst jedoch nicht mehr ausreichen würde, um den Lebensunterhalt zu bestreiten.
- Unter den Pflegekräften, die in Teilzeit arbeiten, lassen sich drei Hauptgründe identifizieren:
 - 1.) geben sie an, bei einem höheren Stundenanteil / einer Vollzeitstelle zu wenig Freizeit / Zeit zur Regenerierung zu haben (89,9 Prozent),
 - 2.) empfinden sie die Dauer der Arbeitstage am Stück ohne freie Tage zwischendurch zu belastend (84,0 Prozent) und
 - 3.) sorgen sie sich, dass ein höherer Stundenanteil / eine Vollzeitstelle die eigene Gesundheit beeinträchtigt (80,7 Prozent).

ZENTRALE ERGEBNISSE DER STUDIE

- Dass Arbeitgeber ihnen keinen höheren Stundenanteil / keine Vollzeitstelle anbieten, geben 9,4 Prozent an. Zwischen Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden und Altenpflegenden bestehen keine nennenswerten Unterschiede in der Ausprägung. Lediglich die Angabe, dass der Arbeitgeber keine Vollzeitstelle anbietet, ist unter Altenpflegenden deutlich höher bewertet (20,3 Prozent) als in der Gruppe der Krankenpflegenden (4,5 Prozent).

ATTRAKTIVITÄT VON ARBEITGEBERN

- Im Beruf tätige Pflegende geben als die drei wichtigsten Aspekte bei der Bewertung der Attraktivität eines Arbeitgebers an, dass
 - 1.) bei dem Arbeitgeber der Personalschlüssel gut ist (91,1 Prozent),
 - 2.) sie in einem guten Team arbeiten können (89,6 Prozent) und
 - 3.) dass der Arbeitgeber eine gute Einarbeitung ermöglicht (87,1 Prozent).
- Finanzielle Aspekte der Bezahlung liegen auf den Rängen 5 (Jahressonderzahlungen / Betriebsrenten mit 77,8 Prozent) und 8 (Bezahlung nach Tarif mit 73,7 Prozent). Eigener Wohnraum, eine eigene Kita oder die Infrastruktur des Arbeitsortes spielen keine zentrale Rolle bei der Bewertung der Attraktivität.
- Für die jungen Pflegenden sind entscheidende Bewertungsgründe eine gute Einarbeitung (93,0 Prozent), dass der gewünschte Stellenumfang realisiert werden kann (80,2 Prozent) und dass der Arbeitslohn den eigenen Erwartungen entspricht (79,5 Prozent). Unterstützung beim Wohnraum (ggf. eigener Wohnraum beim Arbeitgeber), eine Kita oder aber eine Unterstützung bei der Mobilität (Jobticket / Fahrtkostenzuschlag) sind keine entscheidenden Faktoren, die bei der Auswahl berücksichtigt werden.
- Die Arbeitgeber (Trägerbefragung) zeigen auf, dass in zentralen Aspekten eine übereinstimmende Einschätzung vorliegt. So sind auch hier die Attraktivitätsmerkmale, dass Pflegende in einem guten Team arbeiten (94,6 Prozent), dass der Personalschlüssel gut ist (88,8 Prozent) und dass der Arbeitgeber eine gute Einarbeitung gewährleisten kann (87,1 Prozent) hoch bewertet. In der Gegenüberstellung der Kriterien der jungen Pflegenden und der Arbeitgeber werden jedoch einige wichtige Aspekte von den Arbeitgebern unterschätzt:
 - 1.) die Bedeutung eines guten Fort- und Weiterbildungsangebotes,
 - 2.) der Wunsch junger Pflegenden, neue Aufgaben zu übernehmen und dazulernen zu können,
 - 3.) der Stellenwert der betrieblichen Gesundheitsförderung.

ZULASSUNGSDATEN PFLEGENDER AUS DRITTSTAATEN

- Die Anzahl der Zulassungen von Pflegenden aus Drittstaaten nimmt in der Krankenpflege seit 2013 beständig zu, weist aber insgesamt auf eher kleine Zahlen hin. In 2021 wurden insgesamt für 2.828 Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende und für 903 Altenpflegende aus Drittstaaten Zustimmungen zur Arbeitsaufnahme ausgesprochen.

ZENTRALE ERGEBNISSE DER STUDIE

- Im Zeitraum von 2013 bis 2021 wurden in NRW insgesamt 9.815 Zulassungen für Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende und 4.322 Zulassungen für Altenpflegende aus Drittstaaten erteilt.
- Die räumliche Verteilung der Anzahl der zwischen 2013 und 2021 aus Drittstaaten angeworbenen und zugelassenen Pflegekräfte weist auf, dass insbesondere in größeren Städten eine erfolgreiche Anwerbung gelungen ist. In ländlichen Regionen spielt die Anwerbung bezüglich eines Fachkräfteausgleichs bislang keine nennenswerte Rolle.
- Die Anteile der in 2021 gewonnenen Fachkräfte in der Pflege an der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten der Pflege (Altenpflege und Krankenpflege summiert) in NRW insgesamt weisen eine Spreizung von 4,4 Prozent (Bonn) bis 0 Prozent (Bottrop und Olpe) auf. Bei 30 der 53 Kommunen liegt der Anteil unter einem Prozent. Pflegende aus Drittstaaten gewinnen an Bedeutung, können aber den gegenwärtigen Mangel an Fachkräften nicht kompensieren. Dies gilt insbesondere für die Flächenversorgung.

ENTGELT DER PFLEGEARBEIT

- Die Entgelte in der Pflege sind, im Vergleich zu den Löhnen in anderen Fachkraftberufen, deutlicher angestiegen. Für Fachkräfte der Altenpflege stiegen die Bruttoarbeitsentgelte in den letzten Jahren in allen Bundesländern deutlicher an als die Löhne der Krankenpflegefachkräfte. Für Altenpflegende bedeutete diese Lohnentwicklung auf 3.174 € (Jahr 2020, Deutschland gesamt), dass sie erstmals mehr verdienen als die Beschäftigten aller Fachkraftberufe (bezogen auf den Median) (Carstensen et al. 2021). Krankenpflegefachkräfte liegen mit einem Medianbruttolohn von 3.706 € aber immer noch weit darüber. Das heißt, dass die seit Jahren bundesweit bestehende Lohnschere zwischen den Pflegefachberufen bis dato nicht geschlossen wurde, das gilt auch in NRW.
- Fachkräfte der Krankenpflege verdienen in NRW mit 3.736 € mehr als der Bundesdurchschnitt (3. Platz hinter dem Saarland und Baden-Württemberg, Median des Jahres 2020). Altenpflegefachkräfte in NRW erhalten dagegen mit 3.231 € ein niedrigeres Bruttoentgelt für ihre Vollzeitarbeit und haben Monat für Monat rund 505 € weniger auf dem Lohnzettel als ihre Berufskollegen und -kolleginnen (jeweils Median).
- Bei den Pflegehilfskräften in NRW zeigt sich eine ähnliche Bruttolohndifferenz; Krankenpflegeassistentinnen und -assistenten haben mit 2.885 € mehr als Altenpflegehelferinnen und -helfer mit 2.480 €. Diese nehmen jedoch einen Spitzenplatz im Ländervergleich ein.
- Lohn Differenzen beginnen direkt nach der Ausbildung. Arbeitgeber bieten berufseinmündenden Altenpflegefachkräften im Median weniger Bruttoentgelt als Krankenpflegefachkräften und Kinderkrankenpflegefachkräften an. Die Lohnstreuung ist groß, zwischen den höchsten und den niedrigsten Lohnangeboten für die erste Stelle können Berufseinmündende mit Lohn Differenzen von fast 2.000 € rechnen.

ZENTRALE ERGEBNISSE DER STUDIE

- Qualifizierung zahlt sich meistens, aber nicht immer und nicht überall, aus. Die Entgeltdaten der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit verweisen insgesamt auf höhere Bruttoentgelte für die Spezialistinnen und Spezialisten der Pflegeberufe (bspw. für Fachkrankenpflegende Intensiv, Stomatherapie oder Anästhesie; Stationsleitungen etc.). Pflegearbeit und Weiterqualifizierung wird aber nicht in allen Versorgungssektoren gleich gut honoriert. In den Krankenhäusern fallen die Bruttomonatsentgelte deutlich höher aus – im Sektor der ambulanten Pflege am niedrigsten. Für Krankenpflegefachkräfte ist eine Bruttolohndifferenz von 867 € auszumachen. Spezialistinnen und Spezialisten verdienen am Arbeitsort Krankenhaus im Median 1.365 € mehr; für die stationäre Pflege liegen dazu gar keine Entgeltzahlen vor.
- Die Ergebnisse verweisen auf positive Entgeltentwicklungen, sowohl bei den tariflich gebundenen Entgelten im Gesundheitswesen als auch für Berufsangehörige der Pflege, beschäftigt bei ambulanten/teilstationären Pflegebetrieben privater Träger in NRW. Die Analyse der Daten der Privatwirtschaft zeigt dabei ein höheres Lohnplus für die Krankenpflegefachkräfte. Dabei zeigen sich in diesem Sektor Lohn Differenzen zu Ungunsten der Altenpflegefachkräfte.
- Die Erfassung der Bruttoentgelte, der gezahlten Zulagen und sonstigen gewährten Vergünstigungen zur Entgeltbemessung der Pflegearbeit zeigt sich, darauf verweisen die Ergebnisse der Studie, insgesamt als hochkomplex und äußerst schwierig erfass- und vergleichbar.

BERUFSEINMÜNDUNG UND BERUFSSVERBLEIB

Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung ist vor dem Hintergrund eines bestehenden Fachkräftemangels in der Pflege eine zentrale gesellschaftliche Herausforderung, die nicht nur in Nordrhein-Westfalen besteht (Bundesagentur für Arbeit 2019; Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2021; Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) 2021). Angesichts eines fortschreitenden demografischen Wandels mit einer älter werdenden Bevölkerung sowie einer parallel zu erwartenden Abnahme der Unterstützungsmöglichkeiten durch Familien ist zukünftig mit einer weiteren Steigerung der professionellen pflegerischen Versorgungsbedarfe zu rechnen (Blum et al. 2020; Ehrentraut et al. 2015; Rothgang et al. 2012; Kochskämper et al. 2018; Augurzky und Kolodziej 2018; IEGUS – Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH 2017).

Die Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2019 des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW weist aus, dass in den Kernsektoren der Versorgung (Krankenhaus, ambulante Pflegedienste, teil-/vollstationäre Pflegeeinrichtungen) ein Bedarf an zusätzlichen 23.750 Stellen in der Alten-, Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege in NRW besteht, der aktuell nicht gedeckt werden kann. Dabei handelt es sich um Stellen, die u.a. durch einen angestrebten Leistungsausbau in den Einrichtungen entstehen (z.B. bei geplanten Erweiterungen der Leistungen oder Verbesserungen der Personalausstattung), die zur Deckung der Versorgungsanfragen im ambulanten Pflegebereich benötigt werden oder die durch den Ersatz von Pflegenden entstehen, die ins Rentenalter eintreten. Mit der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW steht ein Monitoring zur Verfügung, das sektorenübergreifende Betrachtungen erlaubt, wie sie für den pflegerischen Versorgungsbereich gefordert werden (Hämel und Schaeffer 2012).

Im Zuge dieser Entwicklungen stehen Fragen der Berufseinmündung von ausgebildeten Pflegekräften ebenso im Vordergrund wie Fragen des Berufsverbleibs der aktuell tätigen Pflegenden oder die Analyse der Möglichkeiten, bei Teilzeitbeschäftigung die Stellen auszuweiten. Bisher liegen zu diesen Fragestellungen keine systematischen Datenerfassungen oder Studien in NRW vor. Das vorliegende Projekt schließt diese Lücke und stellt umfassende Erkenntnisse systematisch zusammen. Die Daten bieten einen Einblick auf der Basis einer großen Teilnehmerschaft; dennoch sind sie nicht als repräsentativ einzuschätzen.

Mit dem im November 2020 durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales geförderten Projekt sollten auf der Basis von vorliegenden Daten (z.B. der Bundesagentur für Arbeit) sowie durch Befragungen (von Ausbildungsabsolventinnen und -absolventen der Pflegefachberufe, berufstätig Pflegenden und Trägern von Einrichtungen) Erkenntnisse gewonnen werden, wie die aktuelle Situation bewertet werden kann. Im Zentrum der Untersuchung standen dabei u.a. Fragen zu den nachfolgend genannten Aspekten:

- Entwicklungen der Beschäftigung der Pflegenden in NRW
- Ausländische Pflegenden als Fachkräftepotenzial
- Verweildauer im Pflegeberuf / Untersuchung exemplarischer Erwerbsbiografien
- Motivationen, Berufswünsche und Ziele von Berufseinsteigerinnen und -einsteigern
- Rahmenfaktoren und Bewertung der Ausbildung
- Berufsperspektiven von Berufseinsteigerinnen und -einsteigern und Pflegenden
- Teilzeitarbeit in der Pflege und Beweggründe zur Teilzeitarbeit / Reduzierung der Wochenarbeitszeit
- Perspektiven zur Arbeitsplatzattraktivität (Sicht der Berufseinsteigerinnen und -einsteiger, der Pflegenden und der Arbeitgeber / Träger)
- Wertschätzung und Entgelt der Pflegearbeit – Leistungen von Arbeitgebern und Präferenzen der Berufseinsteigerinnen und -einsteiger und der berufstätig Pflegenden

HINTERGRUND UND THEMENFELDER DER STUDIE

Steigende Bedarfe an Fachkräften werden in der Pflege, wie auch in anderen Berufen, breit diskutiert.² Durch eine ständig wachsende Nachfrage nach Mitarbeitenden und einem strukturellen Aufbau in den vergangenen Jahren (insbesondere bei ambulanten Diensten und teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen) ist der Pflegesektor zunehmend in Konkurrenz zu anderen Wirtschaftszweigen, wenn es darum geht, Personal für die Pflegeversorgung zu gewinnen und zu binden (Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) 2021; Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2019; Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2021). Attraktive Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen in der Pflege können ein Beitrag sein, Auszubildende für die Pflegearbeit zu gewinnen und berufstätig Pflegenden langfristig in ihrem gewählten Beruf und ihrem Berufsfeld zu halten.

Im Rahmen der vorliegenden Studie sollten durch einen mehrdimensionalen Blick Antworten auf weiterführende Fragen zur erfolgreichen Berufseinmündung sowie zum Berufsverbleib im Pflegeberuf gefunden werden.

Darüber hinaus sollten im Hinblick auf die Zielstellungen der Bundesregierung zur Konzentrierten Aktion Pflege (Deutscher Bundestag 2019) die Gehaltsunterschiede und die Spreizungen im Berufsfeld als eine wichtige Determinante der Berufswahl und des Berufsverbleibs für NRW erfasst werden. Hier wurden differenzierte Aussagen bezüglich der Entgelte nach Sektoren, der Trägerschaften und der erworbenen Qualifikationen als hilfreich angesehen, um die Diskussion

² (<https://statistik.arbeitsagentur.de>)

um eine Attraktivitätssteigerung in der Pflege und Pflege-Mindestlöhne und Tarifbindungen zu versachlichen.

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) beantragte zur Durchführung der Studie am 31.07.2020 eine Projektförderung beim Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Zum 30.09.2020 erfolgte eine Förderzusage unter dem Aktenzeichen: 34.04.01-64-5422. Die Durchführung dieser Studie wurde für den Zeitraum vom 1.11.2020 bis zum 30.04.2022 datiert und kostenneutral bis zum 31.05.2022 verlängert.

Im Fokus stehen Ansatzpunkte zur Beförderung von Attraktivitäts- und Bindungsfaktoren an den Pflegeberuf. In der Diskussion stehen neben wertschätzender Entlohnung (Deutscher Bundestag 2019) Verbesserungen der Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen sowie der Aufstiegschancen (Neuber-Pohl 2017; Fuchs-Frohnhofen et al. 2019). Um konkrete und erfolgreiche Maßnahmen auf den Weg zu bringen, ist die Erhebung und Analyse von Treibern und Barrieren gelingender Ausbildung, erfolgreicher Berufseinmündung, der Attraktivität von Arbeitsplätzen in der Pflege mit den Bindungs- und Haltefaktoren langfristigen Berufsverbleibs eine Grundlage.

BESCHÄFTIGTE UND BERUFSDAUER

Nicht erst seit der Corona-Pandemie wird deutlich, dass Pflegende zentrale Akteure der Gesundheitsversorgung sind. Sie stellen die größte Berufsgruppe in der Gesundheitsversorgung. Die Bundesagentur für Arbeit bietet mit der Beschäftigungsstatistik relevante Kennzahlen und Berichte zur Arbeitsmarktsituation an (Bundesagentur für Arbeit 2020). Für Nordrhein-Westfalen ermöglicht die Berichtsreihe der „Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen“ ein Monitoring der Ausbildungs- und Fachkräftesituation.

Eine zentrale Fragestellung (neben der Entwicklung der Anzahl der Pflegenden) ist, wie lange ausgebildete Pflegefachkräfte in ihrem Beruf tätig sind. Ältere Untersuchungen weisen aufgrund der Datenlage vor allem für die Altenpflege auf Unschärfen hin (Behrens et al. 2009; Meifort 1996; Wiethölter 2012; Wrobel et al. 2019), die mitunter zu voreiligen Schlüssen bezogen auf die Berufsdauer führen können. Die prominente Zuschreibung eines frühzeitigen Berufsausstiegs befördert in der breiten Öffentlichkeit (und auch unter Interessierten für den Pflegeberuf) den Eindruck, dass eine langfristige Erwerbstätigkeit im Pflegebereich nicht möglich sei. Dies kann auch zu einer Verfestigung eines negativen Images in der Pflege in der Öffentlichkeit führen. Daher bedarf es bezogen auf die Berufsdauer zunehmend einer datenbasierten Diskussion, die zu einer Versachlichung beitragen kann.

Ein Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, möglichst präzise festzustellen, wie lange ausgebildete Pflegende berufstätig sind. Dazu wurden Daten zur Netto-Berufsdauer der Bundesagentur ebenso analysiert wie die erwerbsbio-

grafischen Daten der Pflegenden. Darüber hinaus erfolgte die Sichtung der Altersverteilung Pflegenden. Mit diesem mehrmethodischen Ansatz werden Analysen aus unterschiedlichen Perspektiven berücksichtigt.

AUSBILDUNG UND BERUFSEINMÜNDUNG

Zur Fachkräftesicherung tragen eine bedarfsdeckende Ausbildungskapazität in allen Versorgungssektoren, die Beförderung stabiler Ausbildungsverläufe mit erfolgreichem Berufsabschluss sowie die Steigerung der Motivation zum Berufseinstieg in den erlernten Pflegeberuf bei.

In den pflegenden Berufen sind 76,9 Prozent der Beschäftigten mit einem qualifizierten Berufsabschluss tätig; in anderen Berufen liegt der Anteil mit 68,5 Prozent niedriger (Jacobs et al. 2020). Soll dieser Anteil in der Pflege als qualitätssichernde Strategie in der Ausprägung erhalten bleiben, so sind weitere Anstrengungen der Qualifizierung notwendig. Alternativ kann auch die Anpassung von Fach- und Hilfskräftepotenzialen im Rahmen von Skill-Mix-Modellen in Erwägung gezogen werden.

Ein positives Signal in NRW ist, dass durch die gestiegene Anzahl neu aufgenommener Auszubildender in den Pflegeberufen auch ein steigendes Potenzial an Absolventinnen und Absolventen zu erwarten ist. Diese Entwicklung zeigt ein Interesse der Abgängerinnen und Abgänger allgemeinbildender Schulen an der Pflegeausbildung. Umso wichtiger ist es, sicherzustellen, dass dieser Trend mit Fortführung der generalistischen Pflegeausbildung erhalten bleibt oder intensiviert werden kann.

Nicht nur junge Menschen beginnen eine Pflegefachausbildung. Im Jahr 2019 waren in den Krankenpflegeschulen in NRW rund 8,6 Prozent bei Ausbildungsbeginn 30 Jahre und älter, wohingegen in den Altenpflegefachseminaren mehr als jeder Dritte bei Ausbildungsbeginn über 30 Jahre alt war (30,4 Prozent). Fast 25 Prozent aller Auszubildenden an den Altenpflegefachseminaren verfügten bei Ausbildungsbeginn über eine berufliche Vorbildung. In der „Studie zur Qualitätsentwicklung in der Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen durch Ausweitung der Ausbildungskapazitäten“ wurden für die Altenpflege entsprechende Kennzahlen beschrieben (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2018). Das Alter bei Ausbildungsbeginn, die allgemeine schulische Bildung, die berufliche Vorbildung und Ausbildungsmotivation bei Ausbildungsbeginn stehen im Blickpunkt der Arbeitsmarktforschung. Das Interesse gilt den Zusammenhängen zwischen Qualifikationsprofilen, erfolgreicher Ausbildung und erfolgreicher Berufseinmündung im Hinblick auf Zusammenhänge mit einer langfristigen Berufsverweildauer.

Ein Anteil von rund 30 Prozent der neu aufgenommenen Auszubildenden eines Jahrgangs beendet die Ausbildung nicht erfolgreich bzw. verlässt die Ausbildung innerhalb des ersten Ausbildungsjahres. Zum Vergleich: Quellenlagen aus der dualen Berufsausbildung diskutieren mit rund 16 Prozent eine deutlich niedrigere Ausbildungsabbruchquote, wobei die statistische Kalkulation von Ausbildungsabbrüchen als komplex beschrieben wird (Uhly und Beicht 2013).

Im Fazit verweisen die Kennzahlen jedoch auf Potenziale der Optimierung und Stabilisierung erfolgreicher Ausbildungsverläufe in der Pflege.

Für die Altenpflegeausbildung in NRW wurde für das Jahr 2018 eine tatsächliche Einmündungsquote von rund 83 Prozent ermittelt (Evers et al. 2018), für Bayern liegen mit einer Einmündungsquote von rund 85 Prozent ähnliche Ergebnisse vor (Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) 2021). Ältere Untersuchungen einer Verbleibsstudie in der Pflege aus Rheinland-Pfalz verweisen auf höhere Einmündungsquoten (Krankenpflege: 94,9 Prozent, Kinderkrankenpflege: 96,4 Prozent, Altenpflege: 98,8 Prozent) (Behrens et al. 2009).

Zusammengefasst ist eine Kapazitätseinbuße an Personen feststellbar, welche grundsätzlich am Pflegeberuf interessiert waren und aufgrund von Ausbildungsabbrüchen oder fehlender Prüfleistungen sowie einer Nichteinmündung für den Pflegearbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen.

Es bestehen Befürchtungen, dass im Wettbewerb um Pflegekräfte größere Arbeitgeber, beispielweise Universitätskliniken und größere Trägerverbände, über mehr Möglichkeiten attraktiver Rahmenbedingungen der Ausbildung und Arbeitsbedingungen verfügen, bspw. durch mehr Angebote zur Weiterqualifizierung, die Gewährung höherer Löhne und sonstiger Leistungen / Vergünstigungen. Diese können eine Magnetwirkung auf die aktuellen und die zukünftigen Auszubildenden und die Fachkräftepotenziale ausüben. Eine intersektorische Fluktuation, bspw. die Berufseinmündung zukünftiger Pflegefachfrauen und -männer in den Tätigkeitssektor der Krankenhausversorgung und ein entsprechender Arbeitsstättenwechsel ausgebildeter Altenpflegender, kann insbesondere in der ambulanten Pflege als eine Problemlage mit einer Verschärfung der Versorgungsproblematik beschrieben werden.

Ein weiterer Aspekt der Berufseinmündung ist der im Ausland qualifizierten Personals, das durch eine Anerkennung in den Pflegebereich in Deutschland integriert werden kann. Auch hier bestehen aktuell Defizite in der systematischen Betrachtung und der Potenzialanalyse. Diese Lücke sollte mit der vorliegenden Studie geschlossen werden.

BERUFSTREUE UND BERUFSVERBLEIB

Neben einer erfolgreichen Berufseinmündung rücken Maßnahmen in den Blickpunkt, berufstätig Pflegenden in allen Sektoren der Pflege- und Gesundheitsversorgung langjährig und mit möglichst hohen Arbeitszeitanteilen zu halten. Mitarbeiterbindung und Strategien des Employer Branding sind dabei von Bedeutung.

Im Blickpunkt stehen im Rahmen der vorliegenden Studie Integrierte Erwerbsbiografische Daten (IEB). Sie ermöglichen präzise und detaillierte Aussagen zu beruflichen Werdegängen aus registrierten Beschäftigungszeiten, Leistungsempfangszeiten sowie Arbeitslosen- und Arbeitssuchendenzeiten (Zimmermann et al. 2007). Die Publikation des Institutes für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) zur „Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg“ zeigt hierzu Beschäftigungshistorien bis

zum Jahr 2008 auf. Aufgrund des 2008 geltenden Klassifizierungssystems waren Analysen zu Berufsangehörigen der Altenpflege zu diesem Zeitpunkt jedoch nur eingeschränkt möglich (Wiethölter 2012). Weitere Erwerbsbiografien der Pflegeberufsangehörigen lagen bislang nicht vor. Wiethölter folgend bleiben 82 Prozent der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden in Deutschland in ihrem erlernten Beruf (Wiethölter 2012). Angehörige der Pflegefachberufe sind damit überwiegend berufstreu einzuschätzen. Auch Wechsel an sich stellen nicht immer eine Abkehr vom Beruf dar. Bei inhaltlich verwandten Berufen gelten Wechsel als wahrscheinlicher (Seibert 2007). So sind Wechsel (ggf. auch nach Meldung der KIdB 2010) innerhalb der Pflegeberufe (von der Altenpflege zur Krankenpflege und umgekehrt) sehr wahrscheinlich und bei Pflegeberufen ist eine Nähe und damit Wechsel zu Berufen im Bereich Gesundheit (bspw. Heilerziehungspflege) inhaltlich plausibler als ein Wechsel in berufsfremde Berufe (bspw. Lagerwirtschaft) und andere Branchen.

Neuber-Pohl führt ähnliches aus: *„Nur jede vierte Person, die einen Pflege- oder Gesundheitsberuf erlernt hat, verlässt diesen im Laufe ihrer Erwerbstätigkeit zugunsten einer Berufstätigkeit in einem Nichtgesundheitsberuf, bei Personen mit beruflicher Qualifizierung in einem Nichtgesundheitsberuf übt mehr als jeder zweite den erlernten Beruf im Laufe der Berufstätigkeit nicht mehr aus“* (Neuber-Pohl 2017).

Wrobel analysierte auf der Basis von 25 Kohorten den Beschäftigungsverlauf Pflegenden in Niedersachsen. Als eines der Ergebnisse beschreibt er:

„In Niedersachsen sind fünf Jahre nach Beobachtungsbeginn im Durchschnitt noch 80,9 Prozent der Personen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung. Dieser Anteil ist dann leicht aber stetig rückläufig: Nach zehn Jahren sind noch 77,7 Prozent in Beschäftigung, nach 15 Jahren noch 75,2 Prozent und nach 20 Jahren noch 72,0 Prozent“ (Wrobel et al. 2019).

Gegenüber anderen Berufen identifiziert er ähnliche Beschäftigungsmuster. Diesen Befunden der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung insgesamt folgen Detailanalysen des konkreten Berufsverbleibs in der Pflegebranche, die einer kritischen Betrachtung bedürfen.

Auf der Basis eines sehr eng gefassten Begriffes der Berufstreue und Sektortreue erfolgt in seiner Analyse der Hinweis, dass der 5-Jahres-Verbleib im Sektor der Altenpflege und der ambulanten Pflege bei nur rund 64 Prozent liegt. Für die einzelnen Berufe beschreibt er, dass nach fünf Jahren noch 62,4 Prozent als Altenpflegerin oder Altenpfleger tätig sind, nach zehn Jahren 54,7 Prozent, nach 15 Jahren 50,9 Prozent und schließlich nach 20 Jahren noch 44,7 Prozent. In der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sind nach fünf Jahren sind noch 76,2 Prozent als Krankenpflegende tätig, nach zehn Jahren 72 Prozent, nach 15 Jahren 67,6 Prozent und nach 20 Jahren 62,8 Prozent. Einschränkungen dieser Analysen werden deutlich, wenn man das zugrundeliegende Konzept der Berufstreue betrachtet. So wurden in der Analyse Pflegende, die in einem verwandten Beruf klassifiziert werden, als Berufsaussteigende verstanden. Deutlich wird dies in der nachfolgenden Analyse: Die größte Gruppe der Alten- und

Krankenpflegenden wechselt zwischen diesen beiden Pflegeberufen. 33,2 Prozent derjenigen Beschäftigten, die als Altenpflegende gestartet sind, arbeiten nach einem Berufswechsel im späteren Erwerbsverlauf als Krankenpflegende. Umgekehrt sind 53,8 Prozent der Krankenpflegenden nach einem Berufswechsel als Altenpflegende tätig (Wrobel et al. 2019).

Neben den beschriebenen Analysen bestehen auch weiterführende Studien, die sich mit der Frage des Berufsverbleibs beschäftigen. Auch sie bestätigen, dass mit überwiegend längerfristigen Berufsverläufen gerechnet werden kann (Joost 2007). Zusammenfassend beschreibt dies auch Sell in der Zusammenstellung der Studienergebnisse (Sell 2018).

In der Pflege sind, wie in vielen Berufen im Gesundheitswesen, 85 Prozent der Beschäftigten in der Pflege und Betreuung weiblich. In Einrichtungen der teil-/vollstationären Pflege und ambulanten Diensten liegt die Teilzeitquote weiblicher Mitarbeiterinnen bei 68 Prozent; männliche Kollegen arbeiten nur zu 44 Prozent in Teilzeit, die Gesamtteilzeitquote wird mit 65 Prozent angegeben. Diese Anteile sind im Vergleich zu Teilzeitquoten nach Geschlechtern in der Gesamtwirtschaft auffällig hoch. Hier lag die Teilzeitquote im Jahr 2019 bei Frauen mit 48 Prozent und bei Männern mit 12 Prozent deutlich niedriger (Gesamtteilzeitquote: 29 Prozent) (Destatis 2021). Damit lassen sich die hohen Teilzeitquoten berufstätig Pflegenden nicht allein mit familiären Verpflichtungen erklären. In NRW liegen, wie für das Bundesgebiet, ähnlich hohe Teilzeitquoten der Pflegefachkräfte in ambulanten Diensten (66,3 Prozent) und teil/vollstationären Einrichtungen (67,8 Prozent) vor. In den Krankenhäusern arbeiten dahingegen mit 48 Prozent deutlich weniger Pflegefachkräfte in Teilzeit (2019). Bei den Quoten der Teilzeitbeschäftigung in der Pflege sind zwischen den Sektoren und Regionen große Unterschiede auszumachen, die in der LBG NRW 2019 detailliert ausgewiesen wurden und nicht aus den Kennzahlen heraus erklärbar sind (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2019). Arbeiten bspw. in den ambulanten Pflegeheimen im Regierungsbezirk Düsseldorf 53,3 Prozent der Altenpflegenden in Teilzeit, liegt der Anteil in Detmold bei wesentlich höheren 88,3 Prozent.

WERTSCHÄTZUNG UND ENTGELTLEISTUNGEN

Höhere Löhne werden als ein relevantes Attraktivitätsmerkmal hinsichtlich der Berufswahl und der Berufsbindung diskutiert. Untersuchungen zufolge liegt der Anteil der in der Altenpflege Beschäftigten, die mit ihrer Entlohnung weniger oder nicht zufrieden sind, höher als in der Krankenpflege und auch deutlich höher bei den ermittelten Werten für alle Berufsgruppen (Deutscher Bundestag 2019). Die Vergütung von Pflegearbeit und Gehaltsstrukturen in der Pflege sind entsprechend Faktoren, die zur Beförderung des Ausbildungsinteresses und der Berufsattraktivität aller Pflegeversorgungssektoren gesondert analysiert werden sollen. Höhere Löhne gelten damit als ein Instrument der Wertschätzung und damit zur Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe. Seit Mitte des Jahres 2018 wurde im Rahmen der „Konzertierten Aktion Pflege (KAP)“ gefordert, gesetzlich verpflichtend eine Tarifentlohnung in den teil-/vollstationären

Pflegeeinrichtungen sowie den ambulanten Diensten einzuführen (Tariftreue-Gesetz).³ Die Tarifstrukturlandschaft sowie Lohnstrukturen und Entgeltleistungen in der Pflege bilden sich äußerst heterogen und komplex ab. Dem IGES-Forschungsgutachten „Quantifizierung der finanziellen Auswirkungen flächendeckender Tarife in der Altenpflege“ zufolge war auf Basis der Datensammlung zu tariflichen Entgelten im Rahmen der KAP keine Erfassung der Gesamtheit möglich (Tisch et al. 2019).

Seit Jahren werden Lohndifferenzen je nach Berufsqualifizierung und Berufsausübung (Altenpflege, Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege) und nach Arbeitsorten (Krankenhaus, stationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste) aufgezeigt. Pflegenden in Krankenhäusern erzielen die höchsten Entgelte, Mitarbeitende in ambulanten Pflegediensten die niedrigsten; Altenpflegende verdienen weniger als berufsqualifizierte Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende (Seibert et al. 2018; IAB-Forum 2018; Carstensen et al. 2020, 2021). Zusammenhänge werden zwischen der Größe der Arbeitgeber und den unterschiedlich Trägerstrukturen der Versorgungssektoren diskutiert (Statistisches Bundesamt 2020). Während die 341 Krankenhäuser und die 2.960 stationären Pflegeeinrichtungen in NRW im Jahr 2019 zu 65 Prozent bzw. 61 Prozent einer freigemeinnützigen Trägerschaft zuzuordnen sind, bildet sich die Trägerstruktur bei den 2.961 ambulanten Pflegediensten stark abweichend ab. Mit 68 Prozent wird der überwiegende Anteil ambulanter Pflegedienste privatwirtschaftlich geführt.

Die Entgeltzahlungen der Arbeitgeber in freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft orientieren sich in der Regel an Tarifwerken mit vorgegebenen Lohn- und Gehaltsstrukturen, beispielsweise im öffentlichen Dienst von Bund, Land und Kommunen gemäß dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) oder an Arbeitsvertragsrichtlinien kirchlicher Träger.

Den Arbeitgebern in privater Trägerschaft stand es bislang frei, sich an Arbeitsvertragsrichtlinien von Verbänden, wie z.B. die des Arbeitgeberverbands bpa (bpa Arbeitgeberverband 2018), anzulehnen oder individuelle Vereinbarungen zur Höhe und Struktur der Arbeitsentgelte mit Beschäftigten abzuschließen. Limitierungen ergeben sich lediglich aus den geltenden gesetzlichen Grundlagen, bspw. zur Einhaltung des geltenden gesetzlichen Pflege-Mindestlohnes.

Seit dem Jahr 2015 gilt der Pflege-Mindestlohn für Pflegenden in stationären und auch in ambulanten Pflegebetrieben. Er steigt seit Jahren an. Im Jahr 2018 betrug der gesetzliche Pflege-Mindestlohn in den neuen Bundesländern 10,55 € (ab 01.2019: 11,05 Euro; ab 05.2020 bis 07.2020: 11,35 €, ab 07.2020: 11,60 €). Seit 04.2021 erfolgt eine Unterscheidung nach Qualifikation. Für Pflegekräfte mit mindestens einjähriger Qualifikation und entsprechender Pflegetätigkeit gilt ab 04.2021 in NRW ein Pflege-Mindestlohn von 12,50 € brutto / Stunde. Seit 07.2021 liegt der Pflegemindestlohn für Fachkräfte in allen Bundesländern bei

³ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html>

15,00 €. Der Pflege-Mindestlohn gilt jedoch nicht für Beschäftigte in Krankenhäusern und nicht für Pflegekräfte in Arbeitsverhältnissen nach dem sogenannten privaten Arbeitgebermodell oder für Pflegenden, die keine Pflege Tätigkeit ausüben, sondern als Betreuungs- und Hauswirtschaftskräfte in Pflegeeinrichtungen tätig sind. Für sie gilt der allgemeine gesetzliche Mindestlohn und damit im 1. Halbjahr 2021: 9,50 € / Std. Im Jahr 2019 lag die Untergrenze bei 9,19 € / Std. und im Jahr 2018 bei 8,84 € / Std.⁴

Ein limitierender Faktor bei der Identifizierung und Analyse von Gehaltsstrukturen und -daten des ambulanten Pflegesektors ist, dass Entgeltzahlungen privater Träger in der Regel keinen Tarifstrukturen folgen, sondern in weiten Teilen das Ergebnis individueller Aushandlung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer sind. Dabei bleibt bis zur verpflichtenden Orientierung und Refinanzierung von Entgelten an regional üblichen Entgeltniveaus die untere Grenze ausgehandelter Entgeltzahlungen lediglich durch die Einhaltung der gesetzlichen Pflege-Mindestlöhne limitiert. Die Obergrenze der Löhne ist dahingegen nicht gesetzlich definiert. Insgesamt wird bei den Lohnhöhen eine hohe Varianz konstatiert. Da Einblicke in Löhne und Lohnstrukturen privatwirtschaftlich agierender Arbeitgeber in der Pflege nicht über einheitliche Tarife und Eingruppierungsstufen möglich sind, stellt die Generierung und Analyse von Entgelthöhen im Sektor der ambulanten Pflege methodisch eine besondere Herausforderung dar.

Eine der Zielstellungen des Projektes war, für NRW die Gehaltsunterschiede und Gehaltsspreizungen so spezifisch und so differenziert wie möglich für das Berufsfeld zu untersuchen und darzulegen. Entsprechend besteht auch für die Entgeltanalysen der Anspruch, durch neue Datenquellen aussagekräftige Unterschiede sowohl bezüglich der Sektoren als auch der Trägerschaften und der Qualifikationen für die Pflege in NRW zu erfassen und auszuweisen.

⁴ <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/mindestloehne-in-der-pflege-steigen-392506>

FORSCHUNGSDESIGN UND METHODISCHE HINWEISE

FRAGESTELLUNGEN, METHODEN UND DATENGRUNDLAGEN

Einführend werden ausgewählte Fragestellungen benannt, die sich aus dem Kontext der Beschäftigung mit den unterschiedlichen Themen ergeben.

Zu Löhnen und Gehältern in der Pflege werden häufig Daten diskutiert, die Entgelte in Summe über Branchen und Arbeitsorte hinweg widerspiegeln oder die bedingt durch Selbstauskünfte ohne zuverlässige Differenzierung der Qualifikationsprofile erfasst werden (StepStone GmbH 2021).

Aus der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit liegen Entgeltanalysen vor; diese bilden in der Regel die mittleren Gehälter (Mediane) sowie die oberen und unteren 25 Prozent (Quartile) für alle Versorgungssektoren ab⁵. Aussagen zu Lohnspreizungen sind somit nicht und Gehaltsunterschiede nach Sektoren (Krankenhaus, ambulante Dienste, teil-/vollstationäre Einrichtungen) für NRW nur eingeschränkt verfügbar. Unklar ist bislang, welchen Einfluss Haustarife auf die Personalsituation und auf Entscheidungen zur Berufseinmündung und zum Berufsverbleib nehmen.

Aktuelle und belastbare Erkenntnisse zu Aspekten der Arbeitsplatzwahl und der Arbeitszeitwünsche in der Pflege liegen nicht vor. Die Fragestellungen diesbezüglich lauten: Was macht Arbeitgeber, die Pflegearbeit oder bestimmte Sektoren der Versorgung tatsächlich attraktiv für Pflegende? Wie entscheidend sind Gehaltshöhen, eine Tarifbindung oder gewährte sozialversicherungspflichtige und sozialversicherungsfreie Zusatzleistungen sowie das Angebot weiterer nichtmonetärer Leistungen (Angebote der Fort- und Weiterbildung, Angebot zur Kinderbetreuung oder betrieblicher Gesundheitsförderung u.a.) hinsichtlich der Arbeitsplatzwahl oder Arbeitsplatzbindung?

Aufschluss geben können Einschätzungen aus der Perspektive der aktuell Berufseinmündenden und der aktuell berufstätig Pflegenden. Mit welchem Stundenkontingent möchten sie tatsächlich tätig sein und unter welchen Bedingungen würden sie ihre Stundenkontingente erhöhen? Welche Leistungen und Arbeitsplatzbedingungen sind attraktiv und entscheidungsbegründend? Dies alles ist nicht genau bekannt. Die Identifizierung von Bindungsfaktoren kann Lösungsansätze zur Fachkräftesicherung in den Einrichtungen befördern.

Gleichwohl ist auch die Perspektive der Arbeitgeber in der Pflege nicht bekannt. Was schätzen sie als Attraktivitätsfaktoren ein? Welche Entgelte, Entgeltstrukturen und weiteren Leistungen bieten sie Berufseinsteigern und ihren Pflege-mitarbeitenden an? Wie schätzen sie die Auswirkungen des Tariftruegesetzes ein? Und sind letztendlich Unterschiede hinsichtlich der Sektoren und Träger-schaften feststellbar?

⁵ <https://web.arbeitsagentur.de/entgeltatlas/>

Die Bedingungsfaktoren erfolgreicher Ausbildung, gelingender Berufseinmündung und langfristiger Beschäftigung in den Pflegeberufen sind komplex. Die Herausarbeitung relevanter, miteinander in Beziehung stehender Faktoren bedarf eines umfassenden und damit mehrmethodischen Analyseverfahrens. Entsprechend wurden Quellen gesichtet und einbezogen sowie unterschiedliche Erhebungsmethoden eingesetzt. Ein multimethodischer und multiperspektivischer Forschungsansatz kann die unterschiedlichen Dimensionen und Fragen hinsichtlich der Möglichkeiten zur Fachkräftesicherung erfassen und miteinander vernetzt darlegen. Der Blickpunkt richtet sich dabei vor allem auf die Identifikation von Treibern und gelingenden Faktoren, um aus ihnen Handlungsanregungen abzuleiten und in der Ergebnisdiskussion einzubinden.

Die vorliegende Studie wurde multiperspektivisch ausgerichtet. Neben der Befragung von Pflegenden wurden Berufseinmündende sowie Träger von Einrichtungen im Rahmen einer standardisierten Befragung fokussiert. Die Befragungen selbst stellen zeitlich bezogen einen Querschnitt dar. Über unterschiedliche Zugänge (z.B. Anschreiben, Hinweise an Verbände, Schulen, Träger etc.) wurde auf die Teilnahmemöglichkeit hingewiesen. Die Teilnehmenden sind Teil einer Gelegenheitsstichprobe, was eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse fraglich erscheinen lässt, da keine Merkmale auf eine Repräsentativität hin getestet oder ermittelt werden konnten. Die Anonymität der Antwortenden wurde zugesichert, sodass keine räumlichen Verteilungen der Antwortenden ermittelt wurden. Ein „Selektion Bias“ kann an dieser Stelle nicht ausgeschlossen werden.

Bezogen auf den methodischen Einsatz ist die Studie triangulativ angelegt. Neben den standardisierten Befragungen in Form von drei unterschiedlichen Online-Surveys wurden Sekundärdatenanalysen vorgenommen. Darüber hinaus erfolgte in einem Unterarm der Studie die Entwicklung eines Forschungsdatensatzes zur Erwerbsbiografie.

Als methodische Zugänge wurden die an dieser Stelle benannten Verfahren eingesetzt.:

- Literatursichtung
- Erstellung und Analyse erwerbsbiografischer Daten „Pflegepanel NRW“
- Sekundärdatenanalysen mit Sonderauswertungen für NRW
- Primärdatenerhebungen (Online-Surveys)

Zur Sekundäranalyse wurden amtliche Daten sowie weitere nichtamtliche Statistiken und Untersuchungen mit ausgewählten Publikationen gesichtet. Die Recherchen zu den Themen: Berufseinmündung, Berufsverbleib, Entgelte und Gehaltsstrukturen in der Pflege verweisen dabei auf höchst komplexe Fragestellungen mit unterschiedlichen und zahlreichen Limitierungen hinsichtlich der Verfügbarkeit von Informationen. Die Literatursichtung fand im Bearbeitungszeitraum wiederholt und sowohl durch Schlagwortrecherche in Datenbanken als auch im Internet, jedoch nicht systematisch statt. Die herangezogenen Literaturquellen wurden im Bericht in den Kernaussagen eingebunden, zur weiteren Vertiefung wird auf die Quellen verwiesen.

Für die „Pflegebranche“ und den „Arbeitsmarkt für Pflegekräfte“ bestehen keine eindeutigen Abgrenzungen. Werden hierzu Aussagen getroffen und Ergebnisse diskutiert, so bspw. zum Pflegelohn, ist nicht immer eindeutig, welche Tätigkeitsorte, Berufe und Qualifikationsprofile die Ergebnisse beeinflusst haben. Die Pflegestatistik weist Kennzahlen der teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen und der ambulanten Dienste aus. Häufig wird die „Pflegebranche“ auf diese Arbeitsorte beruflich Pflegenden reduziert. Berufstätige der Pflegeberufe an anderen Arbeitsorten, bspw. den „Krankenhäusern“, bleiben in den Ausführungen entsprechend unberücksichtigt.

Die amtlichen Statistiken sowie in Grundzügen auch die genannten nichtamtlichen Quellen folgen der „Klassifikation der Berufe 2010“ (KldB 2010) (Bundesagentur für Arbeit 2011) und der „Klassifikation der Wirtschaftszweige“ (WZ 2008) der Bundesagentur für Arbeit (Statistisches Bundesamt 2008). Diese Ordnungssysteme gliedern die jährlichen Meldungen der Arbeitgeber der im Unternehmen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Arbeitsorten. Diese Daten ermöglichen zuverlässige und vergleichbare Analysen. Fokussiert werden im Kern die Berufsgruppen der Pflege, tätig bei den hauptsächlichen Arbeitgebern der Pflegeversorgung, den ambulanten Diensten, den voll/teilstationären Pflegeeinrichtungen und den Krankenhäusern. Limitierungen ergeben sich aus dem vorgegebenen Granulationsgrad der vorliegenden Primärdaten.

Bei den als relevant eingestuften Quellen erfolgten für den Gebietsraum NRW Sonderabfragen, Sonderaufträge der Bereitstellung und spezielle Verfahren zur Datengenerierung. Die Kennzahlen sollten Differenzierungen für die Pflegeberufe mit spezifischen Angaben zur Qualifikation (Tätigkeitsprofil), dem Sektor der Beschäftigung (Wirtschaftszweig) und der Trägerschaft des Arbeitgebers sowie ggf. nach Alter, Geschlecht und weiteren relevanten Faktoren ermöglichen. Diese Zielstellung konnte in vielen, jedoch nicht in allen Fällen, erfolgreich umgesetzt werden.

Die Ergebnisse der Studie basieren auf den folgenden Stichprobengrößen, die im Rahmen der standardisierten Befragungen und im Forschungsdatensatz der Erwerbsbiografien in die Auswertung eingeschlossen werden konnten:

- Befragung von Ausbildungsabsolventinnen und -absolventen der Pflegefachberufe (n= 872)
- Befragung von Pflegenden im Beruf (n= 1.070)
- Befragung von Arbeitgebern und Trägern im Pflegesektor (ambulant, teil-/vollstationär/Krankenhaus) (n= 239)
- Integrierte erwerbsbiographische Daten von Ausbildungsabsolventinnen und -absolventen der Pflegeberufe (n= 4.121, Daten der Jahre 2009 bis 2014), erstellt in Kooperation mit dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB)
- Auswertungen der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit zu regionalen Arbeitsmarkt- und Beschäftigtenkennzahlen sowie Entgeltdaten

der Pflegeberufe (Nettoerwerbsdauer im Median und Zulassungen zur Arbeitsaufnahme von Pflegenden aus Drittstaaten etc.)

- Entgeltdaten aus ambulanten, teilstationären privatwirtschaftlichen Pflegeunternehmen

Die Tabelle bietet eine nach Themenfeldern gegliederte Übersicht der Sonderanalysen und Datenausarbeitungen.

Daten	Quelle	NRW-Sonderanalyse / Ausarbeitung durch DIP
Beschäftigte am Arbeitsort der Beschäftigungsstatistik	Statistik der Bundesagentur für Arbeit (BA). Auftragsnummer 309365	Sonderauswertung der Beschäftigungsdauern in Pflegeberufen nach Regionen in Zeitreihen (2014-2021)
Personenbezogene Daten zu Ausbildungskohorten der Pflegeberufe (Jahre 2005-2015)	Pflegesschulen in NRW	Erstellung des „Pflegepanel NRW“ durch Kooperation IAB mit DIP
Integrierte Erwerbsbiografische Daten der Beschäftigungsstatistik	Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB)	
Verzeichnis der Schulen in NRW, Schuljahr 2019/20	Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) 2020	Aktualisierung der Liste der Pflegeschulen in NRW durch Internet- / Telefonrecherche
Erfolgreiche Anerkennungsverfahren ausländischer Pflegefachkräfte	Statistisches Bundesamt, GZ 440464 / 703956	Sonderanalyse für die Pflegeberufe
Lohndaten der Pflegebranche privatwirtschaftlicher Pflegeanbieter	(ETL-Advision - Steuerberatung im Gesundheitswesen 2021)	Erwerb einer Sonderauswertung von 60.100 Lohndaten beschäftigter Pflegekräfte in ambulanten / teilstationären Pflegediensten privatwirtschaftlicher Träger in NRW
„Entgelte von Pflegekräften“. Publikationen vom IAB	(Carstensen et al. 2020, 2021)	NRW- Sonderauswertung zu Pflegeberufen nach Qualifikation (KIdB2010) und Sektoren (Wirtschaftszweigen)
Verdienststrukturerhebung der Länder	(Statistisches Bundesamt 2020)	Sonderauswertung zur Verdienststruktur der Pflegeberufe in NRW

Tabelle 1: Daten und Sonderanalysen für NRW

ANALYSEN ZUR BESCHÄFTIGUNG UND BERUFSVERWEILDAUER

BESCHÄFTIGUNG PFLEGENDER IN NRW

Die Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (BA) weist, nach Qualifikationsstufen getrennt, die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, die offenen Stellen sowie die von Arbeitgebern offen gemeldeten Stellen zu unterschiedlichen Zeitpunkten in den Pflegeberufen aus. Diese Daten werden routinemäßig im Rahmen der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW analysiert und in Zeitreihen vorgelegt. In den Zeitreihen werden gleiche Zeitpunkte zur Darstellung der Entwicklungen verwendet. Dies sind die jeweiligen Daten vom Juni eines Jahres. Daten liegen seit dem Jahr 2013 vor. In der vorliegenden Studie wurden die Kennzahlen aktualisiert und angepasst. Insbesondere konnten auf diesem Wege aktuelle Daten vom Juni 2021 mit einbezogen werden. Damit konnten beispielsweise Wirkungen der Corona-Pandemie bis zur Mitte des Jahres 2021 analysiert werden.

Darüber hinaus liegen bei der Bundesagentur für Arbeit auch Daten zu den Zulassungen von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden und Altenpflegenden aus Drittstaaten ab dem Jahr 2013 vor. Methodisch wurden die Daten in Zeitreihen erfasst, dabei regionalisiert und auf der Ebene der Regierungsbezirke ausgewiesen. Dazu wurden die Daten kartografisch visualisiert.

Kennzahlen zur Arbeitslosigkeit wurden gesondert zum Februar 2022 abgefragt. Ebenso erfolgte die Abfrage der arbeitslos gemeldeten Pflegekräfte im Jahresdurchschnitt eines Jahres, um kurzfristige Effekte abgrenzen zu können. Im Abgleich zu den aktuellen Arbeitslosen Kennzahlen mit älteren Daten sollte überprüft werden, ob sich Hinweise auf einen „Pflexit“ ergeben, also auf einen vermehrten Berufsausstieg. Dieser müsste sich ausdrücken in einer Reduzierung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und/oder in einer Zunahme der als arbeitslos klassifizierten Pflegekräfte. Eine Differenzierung der intra- oder intersektoriellen Effekte ggf. im Rahmen eines Berufsfeldwechsels können in dieser Form nicht analysiert werden. Ein Ausstieg aber ergibt sich, wenn weniger Pflegende mit der Tätigkeitsverschlüsselung einer der Pflegeberufe identifiziert werden.

BERUFSVERWEILDAUERANALYSEN – MESSKONZEPT

Aus der Beschäftigungsstatistik der BA liegen regionale Sonderauswertungen zur Berufsverweildauer im Pflegeberuf von sozialversicherungspflichtig beschäftigten Altenpflegenden sowie von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden in NRW vor. Die folgende Grafik verdeutlicht die Konzeption der Berufsverweildaueranalyse zu Nettodauern unterbrechungsfreier Beschäftigung (Zeiten mit unschädlicher Unterbrechung = maximal 62 Tage) als Grundlage zur Einordnung der Ergebnisse.

Messkonzepte der Dauer der Beschäftigung von Personen

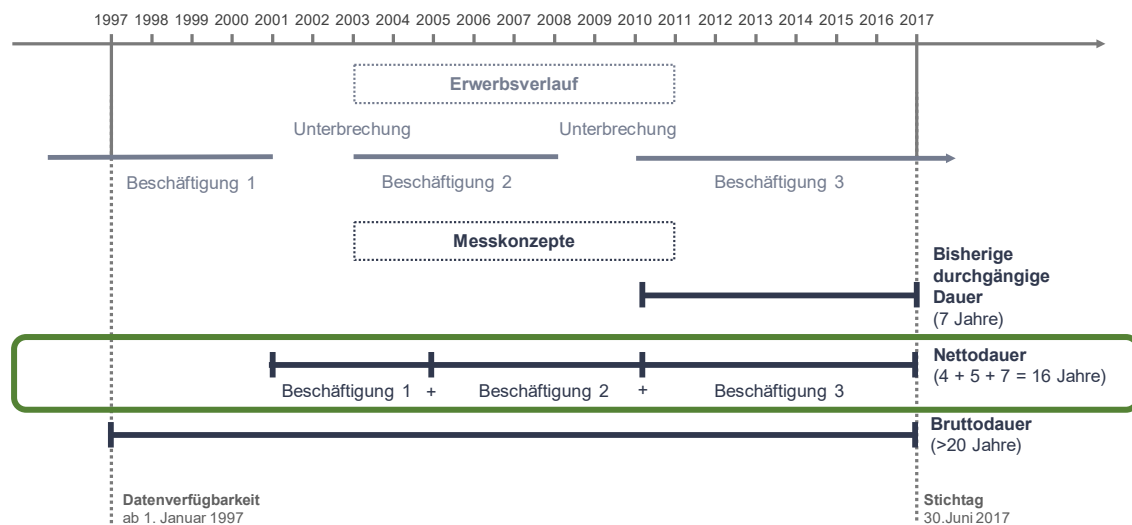


Abbildung 1: Messung von Beschäftigungsdauern, Statistik und Grafik der BA

Die hier im Fokus stehende „Nettodauer“ der Beschäftigung zeigt als Kennziffer zur Berufsverweildauer in einem Pflegeberuf die Summe der Dauern aller Beschäftigungsverhältnisse seit Aufnahme der ersten Beschäftigung auf. Die Ausweisung kann für alle Beschäftigungsverhältnisse gesamt als auch für sozialversicherungspflichtige und geringfügige Beschäftigungsverhältnisse getrennt erfolgen, berücksichtigt wird jedoch immer die Hauptbeschäftigung. Entsprechend weist die „Nettodauer“ alle Zeiten gemeldeter Berufstätigkeit in der Pflege aus, unabhängig davon, ob Personen dauerhaft in der Pflege berufstätig waren oder nach einer oder mehreren Unterbrechungen der Berufstätigkeit von mehr als 62 Tagen (bspw. für Familienphasen) wieder in ihren Beruf zurückgekehrt sind.

In Abgrenzung dazu zeigt die „bisherige durchgängige Dauer“ die Zeitspanne bis zum letzten Zugang in Beschäftigung vor dem gewählten Stichtag auf. Entsprechend ist dies eine Kennzahl der Personen, die rückblickend vom Stichtag ohne Unterbrechung (von mehr als 62 Tagen) in der Pflege berufstätig waren. Die „Bruttodauer“ gibt den Zeitraum zwischen dem Eintritt in die erste versicherungspflichtige Beschäftigung und dem gewählten Stichtag an und zeigt damit die Summe von Nettodauer und Unterbrechungen auf. Eine sogenannte „unschädliche Berufsunterbrechung“ liegt bei einer Unterbrechung der Berufstätigkeit (Meldung) von weniger als einem Jahr vor. Ein „intrasektorieller Wechsel“ definiert einen Wechsel innerhalb eines Sektors der Pflegeversorgung, bspw. einen Arbeitsplatzwechsel von einem Krankenhaus in ein anderes (kein Wechsel nach WZ 2008). Ein „intersektorieller Wechsel“ kennzeichnet einen Wechsel über Sektorengrenzen hinweg, z.B. einen Wechsel des Ausbildungs- oder Arbeitsortes vom Sektor Krankenhaus in den Sektor der ambulanten Pflege (nach WZ 2008).

Methodische Hinweise

Die Ergebnisse sind mit allen Gliederungsmerkmalen der Beschäftigungsstatistik kombinierbar, Informationen zu soziodemografischen und strukturellen Variablen wie Branche und Beruf werden der Messung jedoch am Stichtag zugeordnet (Beschäftigungsart zum Stichtag). Die Folge ist, dass die Beschäftigungsart bei Eintritt in die erste Beschäftigung nicht erkennbar ist und die Beschäftigungsdauern von Expertinnen und Experten (zum Stichtag) theoretisch Zeiten der Berufstätigkeit als Helferin und Helfer und Spezialistin und Spezialist enthalten können. Aufgrund einer Umstellungsphase der Beschäftigungsstatistik erfolgt der Bericht über die Dauer der Beschäftigung erst seit dem 1. Januar 2000, die Berechnung der Dauern kann aufgrund der Datenverfügbarkeit erst seit Januar 1997 erfolgen (frühestmöglichen Beschäftigungsbeginn). Für Beschäftigte vor und in der Umstellungsphase wird ein fiktiver Eintritt in das Beschäftigungssystem generiert. Die Folge ist eine Linkszensierung der Datengrundlage und eine Rechtszensierung der Messergebnisse, also der Verteilung der Dauern, bei der Darstellung der Verteilung der Dauern muss die oberste Dauerklasse offen sein.

Als Maß der zentralen Tendenz wird von der Bundesagentur für Arbeit die Zeit angegeben, die die mittlere Person in der Gesamtgruppe aufweist (Median). Der Median ist gegenüber Ausreißern robuster und eignet sich bei nicht-normalverteilten Daten besser zur Darstellung als das arithmetische Mittel. Die durchschnittlichen Dauern werden deshalb als Median und nicht als statistisches Mittel ausgewiesen (Statistik der Bundesagentur für Arbeit 2021). Zur vertiefenden Information wird auf den Methodenbericht zur Dauer von Beschäftigungsverhältnissen verwiesen (Renn und Rinn 2016).

Im Kern bedeutet dies, dass die Verweildaueranalysen zeigen können, wie lange Pflegende den Pflegeberuf vor dem Stichtag bereits ausgeübt haben. Sie zeigen jedoch nicht auf, ob im Laufe der Berufstätigkeit eine Änderung der Qualifikation stattgefunden hat (vom Helfer zur Fachkraft) oder ob der Pflegeberuf im Ausbildungsberuf (Berufstreue eng) ausgeübt wird. Zudem kann nicht ermittelt werden, ob bspw. Krankenpflegefachkräfte im Ausbildungssektor (z.B. im Krankenhaus) verblieben sind oder in den Sektor der ambulanten oder stationären Pflege in den Beruf eingemündet oder gewechselt sind. Aussagen zur Berufs- und zur Sektorentreue sind also mit den vorliegenden Analysedaten nicht möglich. Hierzu geben Datensätze der Integrierten Erwerbsbiografischen Daten des im Folgenden beschriebenen „Pflegeteam NRW“ umfassend Auskunft.

ERWERBSBIOGRAFIEN PFLEGENDER – METHODIK

Die Erstellung des „Pflegeteam NRW“ erfolgte durch die Verknüpfung von IEB mit Forschungsdatensätzen zu Ausbildungskohorten der Pflegeausbildungen vergangener Jahre. Vom IAB, der Forschungseinrichtung der Bundesagentur für Arbeit, wurde hierzu ein verfahrensübergreifender systematisierter Personenidentifikator entwickelt.

Der pseudonymisierte Sonderforschungsdatensatz des „Pflegepanel NRW“ bietet Auskunft zu Quoten der tatsächlichen Berufseinmündung und Berufstreue von Ausbildungsabsolventinnen und -absolventen nach erfolgreichem Ausbildungsabschluss. Berufswechsel werden durch die Arbeitgebermeldung der Beschäftigten nach der Klassifikation der Berufe 2010 (KIdB 2010) sowie Branchenwechsel nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008) (Statistisches Bundesamt 2008) nachvollziehbar.

Das DIP plante mit dem Forschungsnetzwerk des IAB, namentlich Herrn Stefan Hell, der Regionaldirektion Rheinland-Pfalz-Saarland und Frau Dr. Michaela Fuchs der Regionaldirektion Sachsen-Anhalt-Thüringen ab dem Jahr 2019 eine Forschungs Kooperation mit dem Ziel der Analyse von Erwerbsbiografien Pflegender in NRW. Darauf aufbauend konnte im Förderprojekt das „Pflegepanel NRW“ generiert werden.

Das IAB benötigt zur Ergänzung der Beschäftigungsstatistikdaten der BA aussagekräftige Forschungsdatensätze zu Ausbildungskohorten. Bei anderen Untersuchungen zur Berufs- und Arbeitsmarktforschung erhielt das IAB für die Forschung hierzu Datensätze zentraler Registrierungsstellen, bspw. von Handwerkskammern. Für die Pflegeberufe in NRW bestand eine solche Option nicht. Entsprechend fungierte das DIP als lokaler Akteur, um datenschutzkonform personenbezogene Daten von Ausbildungsabsolventinnen und -absolventen der Pflegeberufe vergangener Jahre für den Forschungsdatensatz zu erschließen. Mit dem Forschungspartner IAB wurden relevante Marker der Arbeitsmarkt- und Pflegeforschung zusammengestellt.

Erschlossen werden sollten Daten zu Ausbildungsjahrgängen der Pflegeberufe der Jahre 2005 bis 2015 der Fachpflegeberufe (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) und der mindestens ein Ausbildungsjahr umfassenden Helferausbildungen (Altenpflegehilfe sowie Gesundheits- und Krankenpflegeassistenz). Essenziell waren Angaben zu: Name, Vorname und Geburtsdatum des Auszubildenden, zum Jahr des Ausbildungsbeginnes oder des Ausbildungsabschlusses. Zusätzlich erbeten wurden Angaben zur schulischen Qualifikation (Vorbildung) bei Ausbildungsbeginn, das Datum des Ausbildungsbeginns und das Datum des erfolgreichen Ausbildungsabschlusses sowie Daten zu Ausbildungsabbrüchen und Ausbildungsunterbrechungen, da sie für die Arbeitsmarktberufsforschung ein aufschlussreiches Potenzial bedeuten. Als eindeutiger Marker für das Datenmatching wurde die Sozialversicherungsnummer angefragt. Vorbereitende Gespräche mit Schulleitungen verwiesen jedoch darauf, dass diese Angaben in Datenbeständen selten bis gar nicht vorhanden sind.

Als potenzielle Kooperationspartner zur Datenbereitstellung kontaktierte das DIP die Leitungsebene der Pflegebildungsstätten in NRW als Forschungspartner. Angenommen wurde, dass zum Erfolg dieses innovativen Forschungsvorgehens ein hohes Maß an Vertrauen durch direkte Ansprache in Verbindungen mit ausführlicher und fundierter Information beiträgt. Rund 35 Schulleitungen und Geschäftsführungen der Schulstätten in NRW wurden durch teils

mehrfache Gespräche, ergänzt durch ein vorgelegtes Datenschutzkonzept, über das Forschungsvorhaben zur Erstellung von Erwerbsbiografien informiert. Die persönliche Kontaktierung aller Geschäftsführungen der Träger bzw. Schulleitungen (mehr als 200) war im vorgegebenen Projektzeitraum u.a. aufgrund der Besonderheiten im Rahmen der Corona-Pandemie nicht realisierbar. Ergänzend wurden ab Mitte November 2020 per Mail ausführliche Informationen über das Forschungsvorhaben mit der Bitte um Mitwirkung versendet. Mit dem Kooperationspartner IAB wurde ein Informationsschreiben mit Aussagen zum Datenschutz unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Landesdatenschutzgesetzes für Nordrhein-Westfalen erstellt und Legitimation der Bereitstellung personenbezogener Daten über einen DSGVO-konformen, digitalen Datentransferpfad das Wissenschaftsprivileg (§ 27 Abs. 1 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und § 17 des Landesdatenschutzgesetzes Nordrhein-Westfalen) benannt. Aussagen zum Datenschutz wurden von Datenschutzbeauftragten der Schulstätten bzw. den Trägern als überzeugend bewertet, einzelne Schulstätten schlossen individuelle Datenschutzverträge ab.

Methodische Hinweise

Grundsätzlich traf die Studie auf ein großes Interesse und es gab eine große Bereitschaft, das Forschungsvorhaben zu unterstützen. Es zeigte sich jedoch nach internen Prüfungen in zahlreichen Schulen, dass Datensätze für den angefragten Zeitraum sehr oft nur eingeschränkt oder gar nicht in digitaler Form in den Ausbildungsstätten vorlagen, weil Schulstätten zum betreffenden Zeitraum noch nicht tätig waren, ein Trägerwechsel vollzogen wurde oder Daten bereits vernichtet waren. Vorhandene Datenbestände lagen teils nicht systematisiert, unzureichend aufbereitet oder nur in Papierform vor. In manchen Schulen schlossen vorliegende Datenschutzrichtlinien eine Datenbereitstellung für Forschungsvorhaben grundsätzlich aus. Schulen gaben zudem mangelnde zeitliche Ressourcen zur Organisation der Bereitstellung als Grund einer fehlenden Beteiligung an, sodass Zusagen auch zurückgezogen werden mussten. Als Ursachen wurden u.a. Neufirmierungen und personelle Veränderungen genannt; aber auch die Auswirkungen der Pandemie auf die Schulorganisation wurden als hoher Belastungsfaktor angeführt. Zur Stabilisierung der Ausgangsdaten wurde der im Projektantrag kalkulierte Zeitraum zur Datengewinnung von 3 Monaten auf 6 Monate (bis Mitte Juni 2021) verlängert.

Insgesamt wurden in der 1. Jahreshälfte 2020 rund 5.500 Daten übermittelt. Anders als bei der vom IAB gewohnten Datenbereitstellung durch zentrale Stellen (bspw. die Handwerkskammern) zeigten sich die Schuldatensätze in Form und Inhalt sehr heterogen. Oftmals enthielten die Datensätze nur Angaben zum Namen und Vornamen des Auszubildenden mit dem Geburtsdatum und dem Ausbildungsziel. Variabel wurde das Jahr des Ausbildungsbeginns oder des Ausbildungsendes oder beides angegeben. Ab Mitte Juni 2021 bis Anfang Juli 2021 erfolgte das Datenmatching in der Abteilung Dateninformationsmanagement (DIM) des IAB. Aufgrund der heterogenen Datenqualität konnte im ersten

Durchlauf lediglich eine ungenügende Erfolgsquote von 40 Prozent erzielt werden. Durch eine weitere Datenaufarbeitung konnte die Erfolgsquote auf 72 Prozent erhöht werden.

FORSCHUNGSDATENSATZ ZU ERWERBSBIOGRAFIEN

Erwerbsbiografien ermöglichen Aussagen zu Anteilen und Formen sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung (Statusmeldungen des Berufsverbleibs) im Zeitverlauf und konkrete Aussagen zu Quoten der Bindung an den Ausbildungsberuf und die Ausbildungsbranche. Das Pflegepanel NRW zeigt auf, wie viele Personen mit welchem erfolgreichen Ausbildungsabschluss unmittelbar nach der Ausbildung (im 3-Monats-Zeitraum) tatsächlich in den erlernten Beruf einmünden und wo sie dies tun (im Ausbildungsbetrieb, in den Ausbildungssektor, in andere Sektoren der Pflegeversorgung ...). Im Zeitverlauf werden Quoten des Berufsverbleibs im Ausbildungsberuf (Berufstreue Ausbildungsberuf) und der Ausbildungsbranche (Branchentreue Ausbildungssektor) dargelegt. Die Quote des Verbleibs im Pflegeberuf (Berufstreue Pflegeberuf) trifft eine zentrale Aussage dazu, wie viele ausgebildete Pflegekräfte tatsächlich in den Pflegeberuf einmünden und nach Jahren weiterhin als Pflegekraft beschäftigt sind.

Quoten beruflicher Wechsel innerhalb der Pflegeberufe (auch durch Kodierungswechsel bspw. einer ausgebildeten Altenpflegefachkraft als Krankenpflegefachkraft) sind erkennbar. Über die Meldung der Beschäftigung nach Wirtschaftszeigen (WZ 2008) kann eine Aussage getroffen werden, wie viele Pflegenden tatsächlich in den Branchen primärer Pflegeversorgung (in Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten oder teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen) tätig sind (Branchentreue Pflegebetriebe). Diese ist relevant, da diese Sektoren als Träger der fachpraktischen Ausbildung fungieren.

Angenommen wurde, dass ein Anteil ausgebildeter Pflegefachkräfte, u. a. durch berufliche Spezifizierungen und Qualifizierungen, im Zeitverlauf in verwandten Gesundheitsberufen (Berufstreue weit) und in Branchenbetrieben mit Nähe zum Gesundheits- und Sozialwesen, ggf. auch in Branchen der Erziehung und Lehre berufstätig sein wird (Branchentreue weit). Bei ausgebildeten Pflegefachpersonen zeigten sich im Berufsverlauf häufig Beschäftigungen in der Sozialarbeit, der Sozialpädagogik oder der Kinderbetreuung und -erziehung. In Abgrenzung dazu weisen die Anteile von Meldungen der Berufstätigkeit oder Branchenzuordnung ausgebildeter Pflegefachkräfte außerhalb von Klassifikationen mit Nähe zum Gesundheits- und Sozialwesen den Anteil derjenigen aus, die eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in Berufen und Branchen ohne erkennbaren Bezug zum Pflegeberuf oder dem Gesundheitswesen ausüben (Berufstreue und Branchentreue fremd). Der Anteil zeigt die Quote der Berufsaussteiger aus der Pflege bei weiterer sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung auf. Die folgende Tabelle fasst die dieser Analyse zugrunde liegenden Begriffe zusammen.

Begriffsbestimmungen zur Berufs- und Branchentreue

Berufstreue⁶

Berufstreue Ausbildungsberuf	Im erlernten Beruf in der Pflege berufstätig. Der Ausbildungsberuf ist identisch mit der Statusmeldung durch den Arbeitgeber. Kein Wechsel in der Klassifikation der Berufe KldB 2010.
Berufstreue Pflegeberuf	In einem Pflegeberuf in der Pflege berufstätig. Es liegt eine Statusmeldung nach KldB 2010 in einem Pflegeberuf vor. Wechsel in der Klassifikation der Berufe KldB 2010.
Berufstreue weit	In einem weit mit der Pflege verwandten Beruf berufstätig. Es liegt eine Statusmeldung in einem dem Pflegeberuf weit verwandten Gesundheitsberuf vor, i. d. Regel aus den Berufshauptgruppen 81-88 der KldB 2010.
Berufstreue fremd	In einem nicht mit der Pflege weit verwandten Beruf berufstätig. Es liegt eine Statusmeldung in einem Beruf außerhalb der Berufshauptgruppen 81-88 vor, die keinen Bezug zum Pflegeberuf erkennen lässt.

Branchentreue

Branchentreue Ausbildungsberuf	Weiterhin in der Ausbildungsbranche tätig (Ausbildung Altenpflege = tätig in einem Branchenbetrieb der Altenpflege).
Branchentreue Pflegebetriebe	In Branchen primärer Pflegeversorgung tätig (Altenheime, Pflegeheime, Ambulante Dienste, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen).
Branchentreue weit	In Branchen tätig, die auf inhaltlichen Bezug zum Pflegeberuf schließen lassen (z. B. 86220 Facharztpraxen, 85101 Kindergärten, 88990 sonstiges Sozialwesen, 86909 Sonstige selbständige Tätigkeit im Gesundheitswesen u.a.).
Branchentreue fremd	In Branchen tätig, die keinen inhaltlichen Bezug zum Pflegeberuf erkennen lassen (47521 Einzelhandel mit Metall- u. Kunststoffwaren, 49320 Betrieb von Taxis u.a.).

Begriffsbestimmungen zu Statusmeldungen

Branche primärer Pflegeversorgung	Als Branchen primärer Pflegeversorgung werden die Krankenhäuser (861), Altenheime (87.10 und 87.30) und Ambulanten Dienste (88.10.1) definiert, die gleichzeitig fachpraktische Ausbildungsträger sind.
Im Ausbildungsbetrieb	Es liegt eine Meldung zur Beschäftigung im Ausbildungsbetrieb vor.
Beschäftigungsumfang	Es liegt eine Meldung der Beschäftigung in Teilzeit oder in Vollzeit vor (ohne Angabe zum Arbeitsumfang).
keine Meldung zum Status: „Sozialversicherungs-pflichtige Beschäftigung“	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es liegt keinerlei Meldung zur Beschäftigung vor. 2. Es liegt eine Meldung über Arbeitslosigkeit vor. 3. Es liegen Meldungen zum Status: geringfügig beschäftigt, Student, duale Ausbildung, in Maßnahmen etc. vor.

Tabelle 2: Definitionen zur Berufs- und Branchentreue

Im Endergebnis lagen zur Analyse von Erwerbsbiografien Pflegenden in NRW 4.121 pseudonymisierte Datensätze von Auszubildenden aus 8 Pflegeschulen / Schulträgern aus dem Zeitraum 2001 bis zum Jahr 2022 vor.

⁶ Definitionen zur Berufstreue DIP, angelehnt an Wiethölter (Wiethölter 2012)

Jahr	Anzahl Ausbildungsbeginn	Anzahl Ausbildungsende	Jahr	Anzahl Ausbildungsbeginn	Anzahl Ausbildungsende
2001	1		<u>2012</u>	211	194
2002	2		<u>2013</u>	209	168
2003	44		<u>2014</u>	170	210
2004	58	3	<u>2015</u>	236	204
<u>2005</u>	50	28	2016	149	184
<u>2006</u>	102	60	2017	116	160
<u>2007</u>	82	59	2018	154	239
<u>2008</u>	92	66	2019	200	178
<u>2009</u>	172	109	2020	58	149
<u>2010</u>	219	109	2021		76
<u>2011</u>	222	134	2022		80
Gesamt				2.547	2.410

Tabelle 3: Forschungsdatensatz der Erwerbsbiografien nach Ausbildungsjahren

Aufgrund der anhaltenden pandemischen Lage mit Reise- und Zutrittsverboten wurde der pseudonymisierte Forschungsdatensatz in enger Absprache durch die Partner des IAB vor Ort analysiert. Der Kooperationspartner, Herr Hell des IAB, führte die Analysen folgend der Systematik der Klassifikationssysteme der Bundesagentur (KIdB 2010 sowie WZ 2008) aus und stellte die Analysen (Excel-Datei) zur Verfügung. Änderungen der Klassifikationen im Zeitverlauf (Umsteigeschlüssel) wurden beachtet (Forschungsdatenzentrum (FDZ) der Bundesagentur für Arbeit im Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 2013). Die Variablen der Analysemarker des IAB (Spellstruktur⁷) bieten Möglichkeiten auf der Grundlage der IEB unter der Voraussetzung, dass der zu analysierende Datensatz die entsprechenden Marker in ausreichender Quantität und Qualität ausweist. Die Ergebnisse werden im Berichtsteil vorgestellt.

Die folgende Tabelle zeigt die Anteile nach Berufsqualifikation an. Hauptsächlich liegen Forschungsdatensätze für die Fachpflegeberufe vor. Regionale Analysen, Aussagen zu schulischen Vorqualifikationen und Ausbildungserfolgen und weiteres Datenpooling sowie Analysen für die Helferberufe waren aufgrund der Datensatzgröße und der vorliegenden Datenqualität nicht zielführend.

⁷ Das Handbuch zur IEB-Spellstruktur liegt intern im Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit vor.

Ausbildungsberuf	Insgesamt	Männer	Frauen
Altenpflegerin / Altenpfleger	1.525	400	1.125
Altenpflegehelferin / Altenpflegehelfer	417	102	315
Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerin / (Kinder-)Krankenpfleger	2.141	456	1.685
Generalistische Pflege	8	1	7
Krankenpflegeassistentin / Krankenpflegeassistent	29	3	26
Gesamt	4.120	962	3.158

Tabelle 4: Forschungsdatensatz der Erwerbsbiografien in NRW nach Ausbildungsberufen

Aufgrund der Datensatzgröße wurden zusammengefasste (gepoolte) Datensätze der Jahre 2010 bis 2014 der Ausbildungskohorten erfolgreicher Ausbildungsabsolventinnen und -absolventen der Krankenpflegefachausbildung sowie der Altenpflegefachausbildung und über einen 5-Jahres-Zeitraum (bis 2019) analysiert. Statusmeldungen der erfolgreichen Auszubildenden der Abschlussjahre 2000 bis 2009 zeigen ergänzend Aussagen zum Berufsverbleib 10 Jahre nach Ausbildungsende auf.

DATEN ZU ENTGELTSTRUKTUREN IN DER PFLEGE

LÖHNE PRIVATWIRTSCHAFTLICHER PFLEGEUNTERNEHMEN

Eine mangelnde transparente Datenlage zu Entgelthöhen und Entgeltstrukturen der Pflegeunternehmen in privater Trägerschaft wird in Untersuchungen und Publikationen, unter anderem im IGES-Forschungsgutachten zur „Quantifizierung der finanziellen Auswirkungen flächendeckender Tarife in der Altenpflege“ (Tisch et al. 2019) sowie der Datengrundlage für die Berechnung des regional üblichen Entgeltniveaus der AOK⁸ konstatiert. Für das Projekt konnten Lohndaten ambulanter und teilstationärer Pflege in ausschließlich privater Trägerschaft in NRW erschlossen werden.

Den Ausgangspunkt der NRW-Auswertungen bildet die Publikation „Pflege – Ist das der Lohn?“ der ETL-Studie – Lohnvergleich in der Pflegebranche (ETL-Advison – Steuerberatung im Gesundheitswesen 2021) mit Erkenntnissen zu Löhnen und Lohnentwicklungen in der Pflegebranche, dargelegt auf der Ebene der Bundesländer. Die Daten basieren auf 362.000 Lohn- und Gehaltsabrechnungen von ambulanten und teilstationären Pflegeunternehmen in privater Trägerschaft zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Pflegebranche der Jahre 2018 bis 2020 mit den Tätigkeitsprofilen: „examierte Altenpflege-

⁸ <https://www.aok.de/gp/pflegekraefte/tarifliche-entlohnung-von-pflegepersonal/tarifuebersicht/datengrundlage>

fachkräfte, examinierte Krankenpflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte, allgemeines Verwaltungspersonal, Betreuungskräfte, hauswirtschaftliches Personal, Pflegefachkraft mit PDL- Qualifikation.“

Die Sonderauswertung für NRW im Rahmen der Studie fokussiert rund 60.120 verfügbare Lohndaten von Berufsangehörigen der Pflegeberufe in ambulanten und teilstationären Pflegediensten (Altenpflegefachkräfte, Krankenpflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte sowie Pflegefachkräfte mit PDL-Qualifikation) aus den Jahren 2018 bis 2020, beschäftigt in privater Trägerschaft in NRW. Die analysierten Sonderdaten bilden sich in Subgruppen wie folgt ab.

Qualifikation	2018	2019	2020
Altenpflegefachkräfte	5.318	6.211	6.001
Krankenpflegefachkräfte	4.505	4.802	4.402
Pflegefachkraft mit PDL-Qualifikation	718	825	882
Pflegehilfskräfte	8.080	9.281	9.047
Gesamt	18.621	21.119	20.332

Table 5: Lohnkennzahlen privatwirtschaftlicher Pflegeanbieter, Quelle: © ETL

Ausgewiesen wurden die Lohnverteilung (Boxplots) sowie der Bruttostundenlohn ohne und mit Zulagen (Mittelwert und Median). Als Zulagen wurden vermögenswirksame Leistungen, Zuschläge, Zulagen, Sachbezüge und pauschal versteuerte Lohnbestandteile deklariert. Zudem weisen die NRW-Daten, konform mit der ETL-Studie, Quoten der Corona-Prämienauszahlung in NRW aus.

ENTGELTE AUS DER BESCHÄFTIGUNGSSTATISTIK

Entgeltdaten der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit (BA) folgen strukturell der Klassifikation der Berufe (KldB 2010) (Bundesagentur für Arbeit 2011) sowie der Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008) (Statistisches Bundesamt 2008) und bieten eine grundlegende, jährlich aktualisierte Quelle zu Entgeltdaten sozialversicherungspflichtig Beschäftigter. Verfügbar sind Mediane und Quartilswerte der realen Arbeitsentgelte (monatlichen Bruttoentgelte) sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigter. Zu den Bruttomonatsentgeltberechnungen werden alle laufenden oder einmaligen Einnahmen aus der Hauptbeschäftigung bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung einbezogen. Für diesen Bericht Sonderauswertungen sowie Entgeltdaten der interaktiven Website „Entgeltatlas“ der BA (<https://con.arbeitsagentur.de/prod/entgeltatlas/>) genutzt. Die Granulation und Aussage der Daten steht dabei in Abhängigkeit von statistischen Einflussfaktoren. Die KldB 2010 der BA nimmt innerhalb von Hauptgruppen auf der 3-Steller-Ebene (Ebene der Berufsgruppen) eine Differenzierung nach Berufsuntergruppen (4-Steller-Ebene) sowie nach Berufsgattungen (5-Steller-Ebene) vor (Bundesagentur für Arbeit und Statistik 2013). Diese Systematik ermöglicht

Aussagen (Klassifizierungen) zur Qualifikation und zum Tätigkeitsprofil Beschäftigter. Die Tabelle weist die Klassifizierung der Pflegeberufsgruppe „Altenpflege“ (Berufsgruppe 821) aus der Hauptgruppe der „Nichtmedizinischen Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik“ (82) aus.

Berufsgruppe 821 nach KldB 2010 / Anforderungsniveau und Tätigkeitsprofile

Altenpflege (o.S.) ⁹ 82101 Helfer	Tätigkeiten ohne spezifische Fachkenntnisse in Altenpflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken, bei sozialen Diensten und in privaten Haushalten
Altenpflege (o.S.) 82102 Fachkraft	Tätigkeiten mit fundierten fachlichen Kenntnissen und Fertigkeiten
Altenpflege (s.s.T.) ¹⁰ 82182 Fachkraft	Spezialisierung auf ein Tätigkeitsfeld, z.B.: Gerontopsychiatrische Fachkraft, Rehabilitationsfachkraft – Geriatrie
Altenpflege (o.S.) 82103 Spezialist	Tätigkeiten mit Spezialkenntnissen und -fertigkeiten, z.B.: Fachaltenpfleger/in
Altenpflege (s.s.T.) 82183 Spezialist	Spezialisierung auf ein Fachgebiet der Altenpflege, z.B.: Fachaltenpfleger/in klinische Geriatrie/Rehabilitation, Fachaltenpfleger/in Palliativ- und Hospizpflege, Fachaltenpfleger/in Psychiatrie, Fachaltenpfleger/in Onkologie
Altenpflege 82194 Führungskräfte	Führungsaufgaben in der Altenpflege, z.B.: Altentagesstättenleiter/in, Leiter/in – Altenpflegeeinrichtung, Pflegeheimleiter/in

Tabelle 6: Anforderungsniveau Altenpflege, KldB 2010

In gleicher Weise wird die Berufsgruppe der „Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege“ (Berufsgruppe 813) in der Hauptgruppe: „Medizinische Gesundheitsberufe“ (81) der KldB 2010 klassifiziert.

Berufsgruppe 813 nach KldB 2010 / Anforderungsniveau und Tätigkeitsprofile

Gesundheits-, Krankenpflege (o.S.), 81301 Helfer / Anlerntätigkeiten	Tätigkeiten ohne spezielle Fachkenntnisse zur Unterstützung examinierter Pflegefachkräfte
Gesundheits-, Krankenpflege (o.S.) 81302 Fachkraft	Tätigkeiten mit fundierten fachlichen Kenntnissen und Fertigkeiten durch: Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, Krankenschwester/-pfleger, Kinderkranken-schwester/-pfleger
Gesundheits-, Krankenpflege, 81382 Fachkraft	Tätigkeit in Betrieben und Gemeinden, z.B.: Betriebskrankenschwester/-pfleger, Gemeindegkrankenschwester/-pfleger
Gesundheits-, Krankenpflege, 81383 Spezialist	Tätigkeiten mit Spezialkenntnissen / -fertigkeiten, z.B. Stomatherapeut/in
Fachkrankenpflege, 81313 Spezialist	Fachkrankenschwester/-pfleger, z.B.: Onkologie, Operations- / Endoskopiedienst, Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege

⁹ o.S.= ohne Spezialisierung

¹⁰ s.s.T = sonstige spezifische Tätigkeitsangabe

Fachkinderkrankenpflege 81323 Spezialist	Tätigkeiten, die Spezialkenntnisse und -fertigkeiten der Fachkinderkrankenpflege erfordern, z. B.: Intensivpflege/Anästhesie, Onkologie, Operations-/Endoskopiedienst, Palliativ-/Hospizpflege, Psychiatrie
Aufsichtskräfte - Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe 81393 Spezialist	Stationsleiter/in Kranken-/Kinderkrankenpflege Stationsleiter/in Pflegedienst
Führungskräfte - Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe 81394 Experte	Führungsaufgaben in der Gesundheits- und Krankenpflege, im Rettungsdienst oder in der Geburtshilfe mit hohem Komplexitätsgrad, z.B.: Klinikdirektor/in, Krankenpflegeleiter/in, Leiter/in einer Rettungswache, Pflegedienstleiter/in

Table 7: Anforderungsniveau Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, KldB 2010

ENTGELTDATEN AUS DER BESCHÄFTIGUNGSSTATISTIK DES IAB

Basierend auf den Entgeltdaten der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur bietet das Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit vertiefende Informationen zu Entgelten auf der Ebene der Bundesländer an. In den Publikationen: „Entgelte von Pflegekräften“ (Carstensen et al. 2021; (Carstensen et al. 2020; Seibert et al. 2018)) werden entsprechend Entgeltanalysen Pflegenden für Deutschland ausgewiesen. Durch Sonderabfragen liegen Auswertungen zu Bruttomonatsentgelten der Vollzeitbeschäftigten der Berufsgattungen „Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege“ und „Altenpflege“ für NRW vor. Die Daten ermöglichen ergänzend differenzierte Analysen bis auf die Ebene der Berufsgattung (5-Steller- Ebene) der KldB 2010 sowie nach Wirtschaftszweigen folgend der Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ 2008) (Statistisches Bundesamt 2008).

Über die Arbeitgebermeldung wird nach der WZ 2008-Struktur das Haupttätigkeitsfeld der jeweiligen Betriebe über die Zuordnung zu einem Wirtschaftszweig erfasst. Innerhalb des Wirtschaftszweigs Q: „Gesundheits- und Sozialwesen“ ist eine Zuordnung nach Arbeitsorten möglich, unter anderem zu Krankenhäusern (86.10), Pflegeheimen (87.10), Altenheimen, Alten- und Behindertenwohnheimen (87.30) und Ambulanten Diensten (88.10.1) unter den hier genannten Schlüsselnummern. Werden Aussagen zu Verdiensten getroffen oder Lohnausagen verschiedener Quellen verglichen, muss neben den Berufsprofilen der Pflegenden (bspw. durch Zuordnung zur Klassifikation nach Berufsgruppe, Anforderungsniveau und Tätigkeitsprofil) beachtet werden, welche Haupttätigkeitsfelder (Arbeitsorte) der beruflich Pflegenden in der jeweiligen Quelle berücksichtigt wurden und somit potenziell Einfluss auf die Entgelthöhen nehmen.

Methodische Hinweise

Aus Gründen der Datenstabilität werden nur die statistischen Bruttomonatsentgelte (Median, Quartile) in Vollzeit beschäftigter Personen ausgewiesen. Aufgrund der hohen Quote Teilzeitbeschäftigter in der Pflege von rund 65 Prozent und mehr fließen somit nicht unerhebliche Anteile von Entgelten Beschäftigter

nicht in die Analysen ein. Dies gilt vor allem für den Sektor der ambulanten Pflege, da hier der Anteil Beschäftigter in Teilzeit besonders hoch ist.

In der Beschäftigungsstatistik der BA ist zudem keine Erfassung der Trägerschaft des Arbeitgebers und der Tarifstruktur vorgesehen. Somit kann auf Basis dieser Daten keine Entgeltanalyse differenziert nach Entgelten sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung im privaten, im öffentlichen oder freigemeinnützigen Arbeitsmarkt der Pflege erfolgen.

Zur Sicherung der Datenstabilität werden Aussagen zu Entgelten von Personengruppen nach Berufsgattungen (5-Steller-Ebene) mit detaillierten Angaben zur Qualifikation und den Tätigkeitsprofilen Pflegenden nur für Gruppierungen mit mehr als 500 Vollzeitbeschäftigten ausgewiesen. Kennzahlen zu Entgelten liegen damit in nicht unerheblichen Maß nur für eine Berufshauptgruppe (auf der 3-Steller-Ebene der KldB 2010) vor. Die Folge ist, dass bspw. für Fachkinderkrankenpflegende (Anforderungsniveau Spezialist (81323)) keine Aussage zu Entgelten getroffen werden kann. Je nach Größe der Datengrundlage werden ggf. berufsfachliche Zusammenfassungen (Gliederungsebenenwechsel) vorgenommen. Aussagen zum Entgelt werden dann folglich weniger differenziert nach Tätigkeitsprofilen und Qualifikation ausgewiesen.

VERDIENSTSTRUKTURERHEBUNG DER LÄNDER

Die Verdienststrukturerhebung (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2020), durch die statistischen Ämter der Länder seit dem Jahr 2006 alle vier Jahre durchgeführt und an den Bund berichtet, erfasst Daten zu Verdiensten von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit persönlichen Angaben (Geschlecht, Geburtsjahr, Dauer der Unternehmenszugehörigkeit, Beruf und Ausbildungsabschluss) untergliedert nach Wirtschaftszweigen (Statistisches Bundesamt). Zudem werden Merkmale über das Beschäftigungsverhältnis (Anzahl bezahlter Arbeitsstunden, Angaben zur Tarifbindung des Arbeitgebers und der Rechtsform (öffentlicher, nicht öffentlicher Arbeitgeber), der Leistungsgruppe, nach Art der Beschäftigung und Umfang des Urlaubsanspruchs sowie die berufliche Tätigkeit (Berufsbereiche und spezifische Berufsaggregate) und das Anforderungsniveau, systematisiert nach der KldB 2010, erhoben.

Die Zielstellung dieser bei öffentlichen und privatwirtschaftlichen Arbeitgebern durchgeführten Stichprobenerhebung ist es, Aussagen über die Verteilung der Arbeitnehmerverdienste sowie über den Einfluss wichtiger, die individuelle Verdiensthöhe bestimmender Faktoren in Haupt- und Nebenbeschäftigungsverhältnissen zu erhalten. Anders als die Auskünfte der BA zu Entgelten Vollzeitbeschäftigter weist die Verdienststrukturerhebung neben dem Median auch den statistischen Durchschnittswert (arithmetischen Mittelwert) für Teilzeitbeschäftigte, geringfügig entlohnte Beschäftigte und Altersteilzeitbeschäftigte aus. Zudem erfasst die Verdienststrukturerhebung Häufigkeitsverteilungen der Verdienste nach unterschiedlichen Zeitspannen (Bruttojahresverdienste, Bruttomonatsverdienste, Bruttostundenverdienste) und strukturellen Merkmalen wie die Anzahl der Beschäftigten, den Arbeitsort (Krankenhaus, Altenheim, Ambulante Pflege), Merkmale zur Tarifbindung des Arbeitgebers (tarifgebunden /

nicht tarifgebunden) sowie den Rechtsstatus (öffentlich / nicht öffentlich). Da in der ersten Sichtung die Erfassungsmerkmale für die Zielstellung dieser Berichterstattung aufschlussreich erschienen, erfolgte eine Sonderabfrage bei IT.NRW zur Bereitstellung von Daten der Beschäftigten der Pflegeberufe in NRW (möglichst auf der 5-Steller-Ebene der KldB 2010 in Verbindung mit den o.g. Merkmalen), die im Rahmen der im April 2018 durchgeführten und im Jahr 2020 veröffentlichten Verdienststrukturerhebung erfasst wurden.

Methodische Hinweise

Das Ziel der Verdienststrukturerhebung, Aussagen über die Verteilung der Arbeitnehmerverdienste sowie über den Einfluss wichtiger, die individuelle Verdiensthöhe bestimmender Faktoren bereitzustellen, konnte zur Analyse der Entgelte der Pflegeberufsangehörigen in NRW nicht zweckdienlich genutzt werden. Erhebungsmerkmale (Daten mit Angaben zu Arbeitsorten, Trägerschaft, Tarifbindung, Alter der Beschäftigten etc.) werden für die Beschäftigten der Pflegeberufe nicht ausgewiesen. Aus statistischen Gründen ist die Sonderauswertung für NRW nur für den Wirtschaftsbereiches Q ¹¹ und damit für alle Beschäftigten des Gesundheits- und Sozialwesens in NRW (Vollzeitbeschäftigte: 456.000, Teilzeitbeschäftigte: 548.000) möglich. Die Berufsangehörigen der Gesundheits- und Pflegeberufe (nach KldB 2010) sind mit 69,3 Prozent (316.000 Meldungen Vollzeitbeschäftigter) und rund 65 Prozent (356.000 Meldungen Teilzeitbeschäftigter) Teil dieser Gesamtgruppe. Ergebnisse sind für die Pflegeberufe entsprechend nur begrenzt repräsentativ. Ausgewiesen wurden für die Pflegeberufe Angaben zum Medianentgelt (sowie dem arithmetischen Mittel) von Vollzeitbeschäftigten nach Jahren, Monaten und Stunden, differenziert nach Geschlecht. Da die Entgeltdaten der aktuellen Verdienststrukturerhebung das Erhebungsjahr 2018 ausweisen, konzentriert sich die Ergebnisdarstellung auf eine Gegenüberstellung zu den Kennzahlen des privatwirtschaftlichen ambulanten / teilstationären Pflegesektors aus dem gleichen Zeitraum.

LOHNDATEN AUS SELBSTAUSKÜNFTEN

Gesichtet wurde im Rahmen der Analyse der Gehaltsstrukturen darüber hinaus die Publikation „Gehaltsreport 2021“ von StepStone (StepStone GmbH 2021) und Daten der Website „Lohnspiegel“ ¹². Anders als bei den amtlichen Statistiken, basieren die Datengrundlagen dieser Quellen auf Angaben der Nutzer der Plattformen zu ihrem Bruttojahresgehalt mit Boni, Provisionen, Prämien und Ähnlichem. Sie sind bedingt vergleichbar mit den Ergebnissen der vorangestellten Datenbestände.

¹¹ Der Wirtschaftszweig Q umfasst die Arbeitsbereiche der medizinischen Versorgung durch medizinische Fachkräfte in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen, die stationäre Pflegeleistungen mit einem Anteil an medizinischer Versorgung bis hin zu Tätigkeiten des Sozialwesens ohne Beteiligung medizinischer Fachkräfte erbringen. Statistisches Bundesamt

¹² <https://www.lohnspiegel.de/index.html>

Methodische Hinweise

Da abweichende Abgrenzungen und Zeiträume vorliegen und die Daten ausschließlich aus Selbstauskünften bestehen und nicht näher verifiziert werden können, wurde von Sonderauswertungen und Analysen der Daten der Webseiten Abstand genommen.

PRIMÄRDATENERHEBUNGEN

Im Rahmen der Primärerhebungen wurden Kennzahlen und Einschätzungen zu Rahmenbedingungen und Entscheidungsprämissen zu Einstiegs- und Bindungsfaktoren der Pflegearbeit erfasst und umfassende sektoren- und trägerbezogene Einblicke den Perspektiven Berufseinmündender, berufserfahrener Pfleger und von Arbeitgebern / Trägern systematisiert.

PRIMÄRDATENANALYSE

Drei standardisierte Erhebungsinstrumente wurden konzipiert, die sich an verschiedene Akteurinnen und Akteure in der Pflege richteten. Die Online-Fragebögen wurden inhaltlich an den Spezifika der Gruppen ausgerichtet und, um Vergleiche von Einschätzungen und Bewertungen zu ermöglichen, in Teilfragen synchronisiert. Die folgende Tabelle weist die Erhebungsinstrumente der Befragungen aus.

	Berufseinmündung in der Pflege in NRW 2021	Berufsverbleib in der Pflege in NRW 2021	Träger in der Pflege in NRW 2021
Adressierte Personen	Berufseinmündende der Pflegefachberufe im Jahr 2021	Beschäftigte der Pflegeberufe	Träger/ Arbeitgeber
Stichprobe	n = 872	n = 1.070	n = 239
Befragungszeitraum	10.05.2021 bis 03.10.2021	01.09.2021 bis 13.12.2021	
Weitere statistische Angaben der Online-Erhebungen			
Teilnehmer gesamt / Beendigungsquote	1.183 (74,05 %)	1.456 (77,07 %)	394 (62,21 %)
Mittlere Bearbeitungszeit	16 Minuten	11 Minuten	9 Minuten
Abbruchquote / Häufigste Abbruchseiten	25,95 % Angaben zur Person, Ausbildungsziele usw.	22,93 % Jahre Berufstätigkeit / Berufsunterbrechung	37,79 % Attraktivitätsfaktoren AG-Perspektive

Tabelle 8: Übersicht und Marker der Primärerhebungen

Die Studie zu Berufseinmündung und -verbleib in der Pflege in NRW wurde im gesamten Bearbeitungszeitraum unter dem Einfluss wechselnder Corona-

Schutzverordnungen in NRW¹³ durchgeführt. Diese Schutzmaßnahmen führten zu Quarantäneanordnungen, Zutritts- und Kontaktverboten in Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie auch in Schulstätten. Die Aussetzung des Präsenzunterrichts, aber auch die pandemiebedingte Belastung der Berufstätigen und der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber der Pflege mit erschwerten Zugangsmöglichkeiten zu den Untersuchungsfeldern bedingte eine Anpassung des Feldzugangswegs für die Primärdatenerhebungen.

Ursprünglich wurden Paper-pencil-Befragungen angestrebt, weil Erfahrungswerte eine höhere Rücklaufquote aufzeigen und Online-Verfahren im Feld nur bei starker inhaltlicher Reduzierung erfolgsversprechend erscheinen. Aufgrund der Situation wurden in Abstimmung mit dem Förderer Online-Umfragen realisiert und Zeiträume der Befragung wurden mehrfach angepasst.

Handlungsleitend für die Befragungen war, die vielfältigen Themen mit komplexen Zusammenhängen in standardisierter Form aussagekräftig, detailliert und treffend zu erfassen. Entsprechend fanden Entwicklungsschleifen durch kollegiale Beratung mit abschließender Pretestung der entwickelten Befragungsinstrumente statt, um z.B. Verständlichkeit, Eindeutigkeit, Vollständigkeit und die Dauer der Beantwortung zu erfassen und zu diskutieren. Auf die Wahrung des Datenschutzes und den Zweck der Datennutzung wurde in den Online-Befragungstools hingewiesen. Ein ethisches Clearing wurde nicht vorgenommen, da sich kein erhöhtes Vulnerabilitätsprofil ableiten ließ und Pflegende in der Rollenausübung im Kontext der professionellen Arbeit befragt werden sollten. Die Zustimmung zur Teilnahme wurde hier als Zustimmung im Rahmen eines informed consent verstanden.

Für den Feldzugang zur Befragung im Rahmen der Berufseinmündung wurden die Schulleitungen der Pflegeausbildungsstätten um Unterstützung gebeten. Die Online-Befragung zur „*Berufseinmündung in der Pflege in NRW 2020*“ wurde per Mail im Zeitraum vom 10.05.2021 bis 03.10.2021 an alle identifizierten Bildungsstätten der Pflegeausbildungen (ca. 230) gesendet mit der Bitte, das Infoschreiben mit Zugangslink und QR-Code über die Schulkommunikationssportale an die Abschlusskurse der Pflegefachberufe weiterzuleiten. Auf diese Weise wurde den Berufseinmündenden die digitale Fragebogenbearbeitung im Zeitraum von 1-4 Monaten vor Ausbildungsabschluss ermöglicht.

Die Einrichtungsleitungen der Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen in NRW wurden im Zeitraum vom 01.09.2021 bis 13.12.2021 um Bearbeitung des Fragebogens „*Träger in der Pflege in NRW 2021*“ und gleichzeitig um Weiterleitung des Infoschreibens mit Online-Befragungszugang zum Fragebogen „*Berufsverbleib in der Pflege in NRW 2021*“ an die Mitarbeitenden aus der Pflege gebeten. Mit der Bekanntgabe der Termine der Regionalkonferenzen in den Gesundheitsberufen in NRW 2021 wurde für die Teilnahme an den Befragungen geworben und der Befragungszeitraum bis zum

¹³ <https://www.mags.nrw/coronavirus-rechtlicheregelungen-nrw>

13.12.2021 verlängert. Einschlägige Pressekontakte (bspw. Vincentz-Fachverlag, idw) und Verbände (bspw. bpa, LfK, ABVP, BAD, KGNW, DBfK, Caritas, Diakonie etc.) wurden mit der Bitte kontaktiert, auf die laufenden Online-Erhebungen aufmerksam zu machen. Die Ausbildungsstätten der Pflegebildung wurden gebeten, Fort- und Weiterbildungsteilnehmende der Pflegeberufe über die Befragungen zu informieren. Viele der per Mail über das Vorhaben informierten Schul- und Einrichtungsleitungen, Pressevertreter und Verbände sicherten ihre Unterstützung zu. Gleichzeitig wurde jedoch immer wieder die hohe Belastung aller Akteure der Pflege mit fehlenden personellen Ressourcen zur Weiterleitung und zur Befragungsteilnahme konstatiert.

PERSPEKTIVEN BERUFSEINMÜNDENDER, PFLEGENDER IM BERUF UND ARBEITGEBER

Absolventinnen und Absolventen der Pflegeberufsausbildung

Laut Vorhabenbeschreibung sollte die Befragung an ca. 4.800 Personen gerichtet werden, die im Jahr 2021 eine Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegeausbildung beenden. Bei einer kalkulierten Beteiligung von 35 Prozent der Schulstätten bzw. der Absolventinnen und Absolventen wurde eine Stichprobengröße von rund 1.680 Teilnehmenden der Krankenpflegeausbildung geschätzt, um Erkenntnisse der Studie zur Qualitätsentwicklung in der Altenpflegeausbildung um die der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege zu ergänzen (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2018). Infolge der pandemiebedingten Belastungen der Schulen und der teilweisen Umstellung auf Online-Lehre (mit einer geringeren Erreichbarkeit der Auszubildenden) war eine geringere Beteiligung an der Befragung anzunehmen. Aufgrund der Umstellung auf das Online-Verfahren entfielen Aufwand und Kosten der Paper-pencil-Erhebungen (Druck, Kuvertierung postalische Versendung). Deshalb wurde das Online-Erhebungsinstrument modifiziert und um die Berufseinmündenden der Altenpflege im Jahr 2021 (ca. 5.112 Personen) erweitert. Zur Erfassung der Perspektiven rund um die Berufseinmündung wurden damit ca. 9.855 Absolventinnen und Absolventen der Pflegeberufsausbildung im Jahr 2021 als Grundgesamtheit bestimmt. Von 872 Personen aus NRW konnte ein Rücklauf in die Auswertung einbezogen werden. Das entspricht einer Nettorücklaufquote von 8,8 Prozent.

Der spezifische Fokus der Befragung zur Berufseinmündung war zu ermitteln, wie viele Personen mit welchen Voraussetzungen (Alter, Geschlecht, Sorgeverantwortung) und welcher Qualifizierung (Bildungsvoraussetzungen vor Ausbildungsbeginn, Art der Pflegefachausbildung) in welchen Sektoren der Versorgung und mit welchen Stellenanteilen in den Pflegeberuf einmünden möchten und welche Faktoren ihre Ziele und Entscheidungen (Motivations-, Entscheidungsfaktoren und Attraktivitätsfaktoren) beeinflussen. Darüber hinaus sollte ermittelt werden, welche Quellen zur Information über freie Stellen genutzt werden. Zudem wurde erfragt, wie sich der Stand der Bewerbungen und Stellenangebote und Stellenzusagen darstellt. Durch die Filterführung ließen sich bei Vor-

liegen konkreter Stellenzusagen vertiefend die Merkmale der zukünftigen Arbeitsstelle (Sektor, Trägerschaft, Tarifzugehörigkeit) sowie die Ausgestaltung der zukünftigen Arbeitsverträge (Stellenanteil, wöchentliche Arbeitszeit, Anspruch auf Erholungsurlaub, Arbeitstage / Woche) mit Angaben zu Gehaltsstrukturen (Vorliegen von Tarifwerken oder Entgeltordnungen, Höhe des Monats- bzw. Jahresbrutto, Erhalt von Zulagen) und weitere Vergütungs- und Vergünstigungsleistungsstrukturen (Prämien etc.) erfassen. Hier wurden zusätzlich Einschätzungen zu Merkmalen des zukünftigen Arbeitsortes (Zufriedenheit, Wunsch des Berufsverbleibs) sowie Attraktivitätsfaktoren von Pflegearbeitgeberinnen, -arbeitgebern und Pflegearbeitsstellen abgefragt. Aus aktuellem Anlass wurden alle Befragungsteilnehmenden gebeten, Aussagen zum Einfluss der Corona-Pandemie auf berufliche Entscheidungen einzuschätzen. Personen, die in den Pflegeberuf einmünden, wurden zudem um Angaben gebeten, wo sie sich beruflich in 10 Jahren sehen (Perspektive des Berufsverbleibs).

Berufstätig Pflegende in Betriebsstätten der Versorgung

Nicht nur die hohe Arbeitsbelastung durch die Corona-Pandemie stellt eine Hürde dar, beruflich Pflegende über die Online-Erhebungen zu informieren und für eine Teilnahme zu gewinnen. Es besteht lediglich die Möglichkeit einer mittelbaren Information, da aktuell keine zentrale Registrierung existiert, bzw. diese im Rahmen einer Kammergründung erst entwickelt wird. Eine direkte Adressierung Pflegenden ist damit nicht möglich. Von 1.070 Pflegenden, überwiegend aus den Krankenhäusern, lagen zum Ende der Befragungszeit auswertbare Kennzahlen und Einschätzungen vor.

Korrespondierend zu den Fragestellungen an Berufseinmündende wurde in der Online-Befragung beruflich Pflegenden ermittelt, wie viele Personen mit welchen Voraussetzungen (Alter, Geschlecht, Sorgeverantwortung) und welcher Qualifizierung (Bildungsvoraussetzungen vor Ausbildungsbeginn, Art der Pflegefachausbildung) in welchen Sektoren der Versorgung und mit welchen Stellenanteilen aktuell im Pflegeberuf tätig sind. Ergänzend wurden Kennzahlen zu erworbenen Berufsabschlüssen bzw. Anerkennungen sowie zur Anzahl und Dauer von langfristigen Berufsunterbrechungen erhoben. Ein Themenschwerpunkt lag auf der Erfassung der aktuellen Arbeitszeit mit einem Abgleich zur gewünschten Arbeitszeit. Bei einer Differenz wurden die Gründe erfragt. Die Anwendung von Filterfragen bot die Option gezielter Nachfragen, bspw. zur Identifikation von Treibern der Arbeit in Teilzeit bzw. Barrieren der Arbeit in Vollzeit.

Ebenso wurden Merkmale der Arbeitsstelle (Sektor, Trägerschaft, Tarifzugehörigkeit) sowie die Ausgestaltung der Arbeitsverträge (Stellenanteil, wöchentliche Arbeitszeit, Anspruch auf Erholungsurlaub, Arbeitstage / Woche) mit Angaben zu Gehaltsstrukturen (Vorliegen von Tarifwerken oder Entgeltordnungen, Höhe des Monats- bzw. des Jahresbruttos, Erhalt von Zulagen und Zuschlägen) und der weiteren Vergütungs- und Vergünstigungsleistungsstrukturen (Prämien etc.) erfasst. Einschätzungen zu motivationalen und zufriedenheitsbezogenen Aspekten (Zufriedenheit, Motivation des Berufsverbleibs) wurden mit

aufgenommen. Zudem wurden bei allen Teilnehmenden bis zum Alter von maximal 50 Jahren die 10-Jahres-Perspektive des Berufsverbleibs erhoben. Auch in dieser Befragung wurden Attraktivitätsfaktoren von Arbeitgebern und Stellen abgefragt. Aus aktuellem Anlass wurden alle Befragungsteilnehmenden gebeten, Aussagen zum Einfluss der Corona- Pandemie auf berufliche Entscheidungen und Planungen zu treffen.

Arbeitgeber in der Pflege

Ergänzend zu den Erhebungen von persönlichen Angaben von Berufseinmündenden und aktuell berufstätigen Personen mit Pflegeausbildungen wurden Leitungspersonen der Pflege um Kennzahlen und Einschätzungen aus der Arbeitgeber- bzw. Trägerperspektive für die primären Stätten der Pflegeversorgung: Ambulante Dienste, teil/vollstationäre Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in NRW sowie sonstige Arbeitsorte gebeten. 239 auswertbare Fragebögen aus NRW konnten analysiert werden. Trotz kurzer Bearbeitungszeit brachen 38 Prozent der Teilnehmenden die Befragung ab, am häufigsten bei der Einschätzung der Attraktivitätsfaktoren von Arbeitgebern. Gründe des Abbruchs liegen nicht vor, eine hohe Arbeitslast und eine Sensibilität der Thematik wird angenommen.

Zudem wurden Aussagen zu Entgelten (Bruttoeinstiegsgehältern nach Qualifikation) und weiteren Zulagen und Leistungen sowie gewährten Erholungsurlaubstagen, Wochenarbeitstagen und Zulagen nach Kompetenz erbeten. Des Weiteren wurde auch hier erbeten mitzuteilen, ob und in welcher Höhe bislang eine Corona-Prämie an Pflegekräfte ausgezahlt wurde, bei Nichtauszahlung wurde um Angabe des Grundes gebeten. Zur Anbindung an aktuell diskutierte Themen wurden Einschätzungen zum Tariftreue-Gesetz in der Befragung aufgenommen.

ERGEBNISBERICHT PFLEGEBERUFE

Im Ergebnisteil der Studie werden die relevanten Daten der unterschiedlichen Analyseebenen aus der Studie vorgestellt. Betont werden muss, dass die vorliegenden Daten in der Phase der Corona-Pandemie erhoben wurden. Hier können bei Fragestellungen ggf. verzerrende Effekte entstanden sein, die sich nicht vollumfänglich aufklären lassen. Berücksichtigung fanden die Beeinflussungen auch dahingehend, dass Betrachtungsräume ausgeweitet wurden. So wurde z.B. die Frage nach der erlebten Wertschätzung, die ursprünglich für die Betrachtung der letzten zwei Jahre erfasst werden sollte, auf die gesamte Berufszeit als Einschätzungsraum ausgeweitet, um diesen Effekt zu nivellieren. In gesonderten Fragestellungen wurde der Einfluss durch die Corona-Pandemie erfasst, inwieweit sich jedoch Wechselwirkungen ergeben (z.B. bezogen auf die Empfehlung zur Ausbildung oder Merkmale der Zufriedenheit), kann nicht gänzlich geklärt werden und muss daher in die Bewertung der Ergebnisse mit einbezogen bzw. als Grundkonzept im Hintergrund mitgedacht werden.

Der nachfolgende Ergebnisbericht wird nach den folgenden Ergebniskapiteln gegliedert und vorgestellt:

- Einführend werden Daten der allgemeinen Beschäftigungsentwicklung, der Arbeitslosigkeit, der Altersentwicklung der Pflegenden sowie der Gewinnung von Pflegenden aus dem Ausland vorgestellt.
- Anschließend werden Daten zum Berufsverbleib auf Basis des „Pflegepanel NRW“ beschrieben. Ergänzt werden diese um Daten aus der Beschäftigungsstatistik bzw. der Ermittlung der Nettoerwerbstätigkeit Pflegenden in NRW.
- Daran schließt sich die Darstellung der zentralen Ergebnisse zum Themenkomplex der Berufseinmündung aus der Perspektive der Auszubildenden an.
- Nachfolgend werden Ergebnisse der beruflich Pflegenden zum Themenbereich der Bindung und Attraktivität der Pflegearbeit präsentiert.
- Anschließend ergänzen die Daten und Hinweise aus der Trägerperspektive / die der Arbeitgeber die Ergebnisdarlegung der Primärdatenerhebungen.

BESCHÄFTIGUNG PFLEGENDER IN NRW

Daten zu Entwicklungen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den Pflegeberufen werden im Rahmen der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe regelmäßig erfasst und dargelegt. In der vorliegenden Studie konnten die Datenbestände der Landesberichterstattung um aktuelle Kennzahlen ergänzt werden. Ausgewählte Ergebnisse werden dabei nachfolgend präsentiert. Datengrundlage sind die Arbeitsmarktstatistiken der Bundesagentur für Arbeit, die sowohl die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten nach Berufsklassifikation zur Verfügung stellen als auch die arbeitslos gemeldeten Personen sowie die der offenen Stellen für die Zielberufe.

In NRW waren zum Juni 2021 insgesamt 274.396 Personen als Pflegefachkräfte sozialversicherungspflichtig beschäftigt gemeldet. Darunter werden von der Bundesagentur für Arbeit 189.876 Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende und 84.520 Altenpflegende geführt¹⁴.

Weitere 8.121 Pflegefachkräfte waren ausschließlich in einem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis in ihrem Beruf tätig. Zudem registriert die BA 58.300 sozialversicherungspflichtig beschäftigte Altenpflege- oder Krankenpflegehilfskräfte an Arbeitsorten in NRW (Statistiken der Bundesagentur für Arbeit, 2022), wobei der Hinweis erfolgt, dass die Altenpflegehilfskräfte qualifikatorisch nicht weiter differenziert werden und nicht gleichgesetzt werden können mit Altenpflegehelferinnen und -helfern mit einer einjährigen anerkannten Berufsqualifizierung.

In einem ersten Analyseschritt wird die Entwicklung der Beschäftigung in den jeweiligen fachqualifizierten Berufen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und der Altenpflege vorgestellt. Dies dient u.a. der Überprüfung, inwieweit sich ein „Pflexit“ aus dem Beruf bzw. der Berufstätigkeit in der Pflege insgesamt feststellen lässt.

ENTWICKLUNG IN DER GESUNDHEITS- UND (KINDER-)KRANKENPFLEGE

Ausgewiesen werden die Entwicklungen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den Regierungsbezirken in NRW in der Entwicklung von 2013 bis 2021. Als Vergleichsgrundlage werden dabei jeweils die Daten zum Juni des Jahres betrachtet.

¹⁴ Krankenpflege (Berufsgattungen 81302, 81313, 81323, 81382, 81383), Altenpflege (Berufsgattungen 82102, 82103, 82182, 82183, 82194)

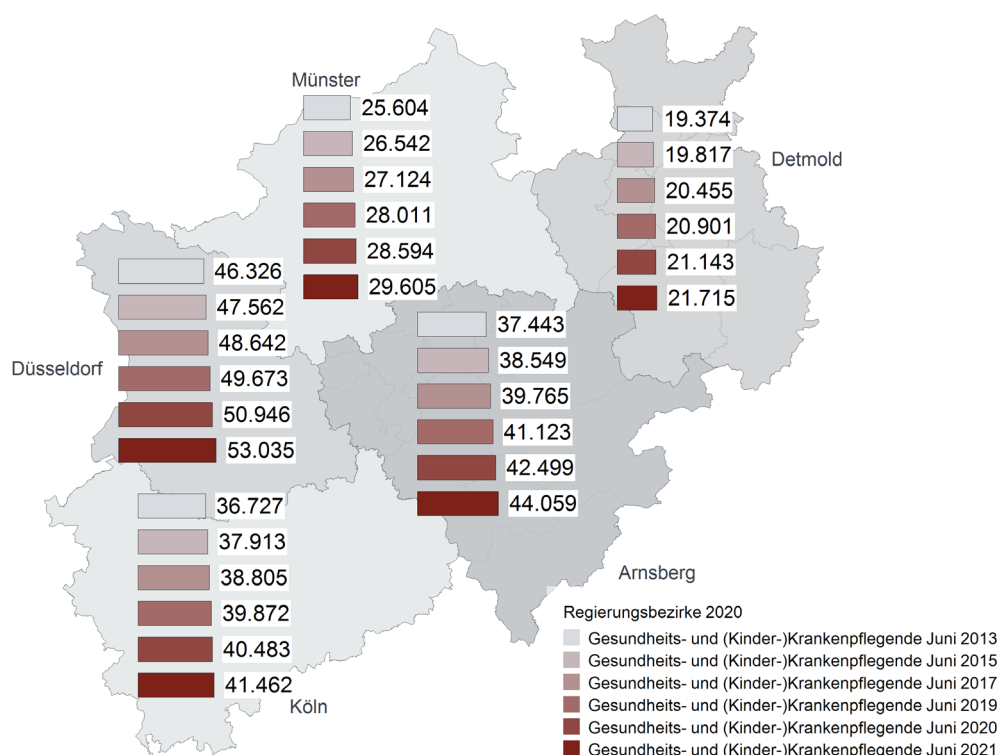


Abbildung 2: Entwicklung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Zu beobachten ist eine flächendeckende und kontinuierliche Zunahme der Beschäftigung. Dabei sind die Entwicklungen überwiegend als moderat zu bezeichnen; sie weisen in keinem der Regierungsbezirke starke Dynamiken aus. Zentral ist an dieser Stelle der Hinweis, dass die Anzahl in 2020/2021 (während der Corona-Pandemie) gegenüber dem Jahr 2019 weiter gestiegen ist. Gegenüber den Daten vom Juni 2019 kann in der Gesamtheit eine Zunahme der Beschäftigung um 10.296 festgestellt werden. Das entspricht einer Zunahme um 5,7 Prozent.

Bezüglich der Veränderung der Beschäftigung wurde ergänzend eine aktuelle Analyse der arbeitslos gemeldeten Pflegenden für den Februar 2022 durchgeführt, um einen Veränderungsprozess zwischen dem Juni 2021 und dem aktuellen Bestand im Frühjahr 2022 feststellen zu können. Die Ausgangshypothese dabei ist, dass sich ein „Pflexit“ neben der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten darin widerspiegeln müsste, dass vermehrt Pflegende als arbeitslos gemeldet sind, um Leistungen durch die Arbeitsagentur beziehen zu können (z.B. Arbeitslosengeld oder Umschulungsmaßnahmen). Dazu wurden regionalisierte Kennzahlen der Arbeitslosigkeit erfasst, um räumlich unterschiedliche Konzentrationen identifizieren zu können.

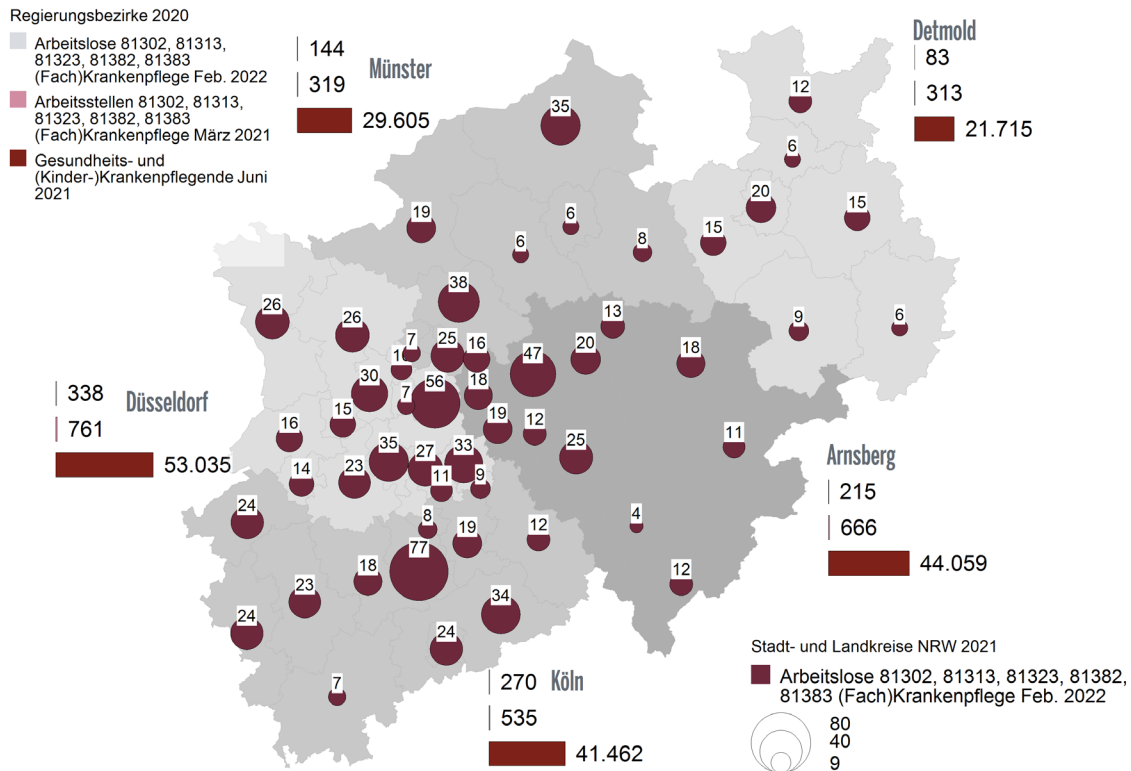


Abbildung 3: Arbeitslosigkeit Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende Feb. 2022

Die überwiegend niedrigen zweistelligen Kennzahlen weisen gegenüber anderen Zeitpunkten der Vergangenheit keine relevante Veränderung auf. In zahlreichen Landkreisen werden keine arbeitslos gemeldeten Pflegenden verzeichnet bzw. liegt in diesen Kreisen die Anzahl unterhalb von drei und wird aus Gründen der Anonymisierung nicht ausgewiesen. In allen Regierungsbezirken ist die Anzahl der als arbeitslos gemeldeten Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden gemessen an der Anzahl der offenen Stellen sehr gering. In der Zeitreihe des Jahresdurchschnitts der arbeitslos gemeldeten Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden ergeben sich zwischen 2013 und 2021 keine relevanten Entwicklungen, die auf einen vermehrten Ausstieg Pflegenden verweisen.

ENTWICKLUNG IN DER ALTENPFLEGE

Korrespondierend zu den Ergebnissen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege wurde auch für die Altenpflege eine entsprechende Aktualisierung der Kennzahlen gegenüber den Daten in der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe 2019 vorgenommen. Auch in der Altenpflege wurden dabei die Entwicklungen zum jeweiligen Juni des Jahres betrachtet und regionalisiert zusammengefasst.

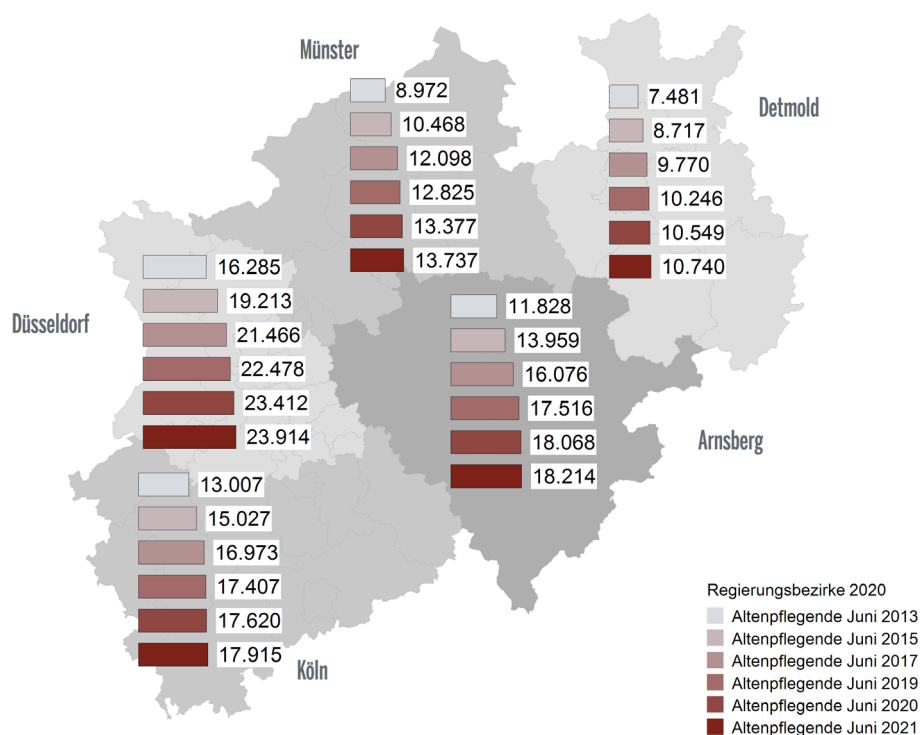


Abbildung 4: Entwicklung in der Altenpflege

Wie in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, wird in der Altenpflege ein kontinuierliches Wachstum bezogen auf die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten festgestellt. In allen Regierungsbezirken liegen im Juni 2021 höhere Werte vor als in der vorpandemischen Phase, im Juni 2019. Im Zweijahreszeitraum wurden zusätzliche 4.048 Altenpflegende als sozialversicherungspflichtig beschäftigt gemeldet (2021 zu 2019). Auch in der Altenpflege sieht man dabei eine überwiegend moderate Entwicklung zwischen den Jahren. Die Entwicklung entspricht einem Anstieg um fünf Prozent.

Auch für den Bereich der Altenpflege wurde eine aktuelle Analyse der arbeitslos gemeldeten Altenpflegenden zum Februar 2022 durchgeführt, um über den Beobachtungszeitraum von Juni 2021 Einschätzungen vornehmen zu können.

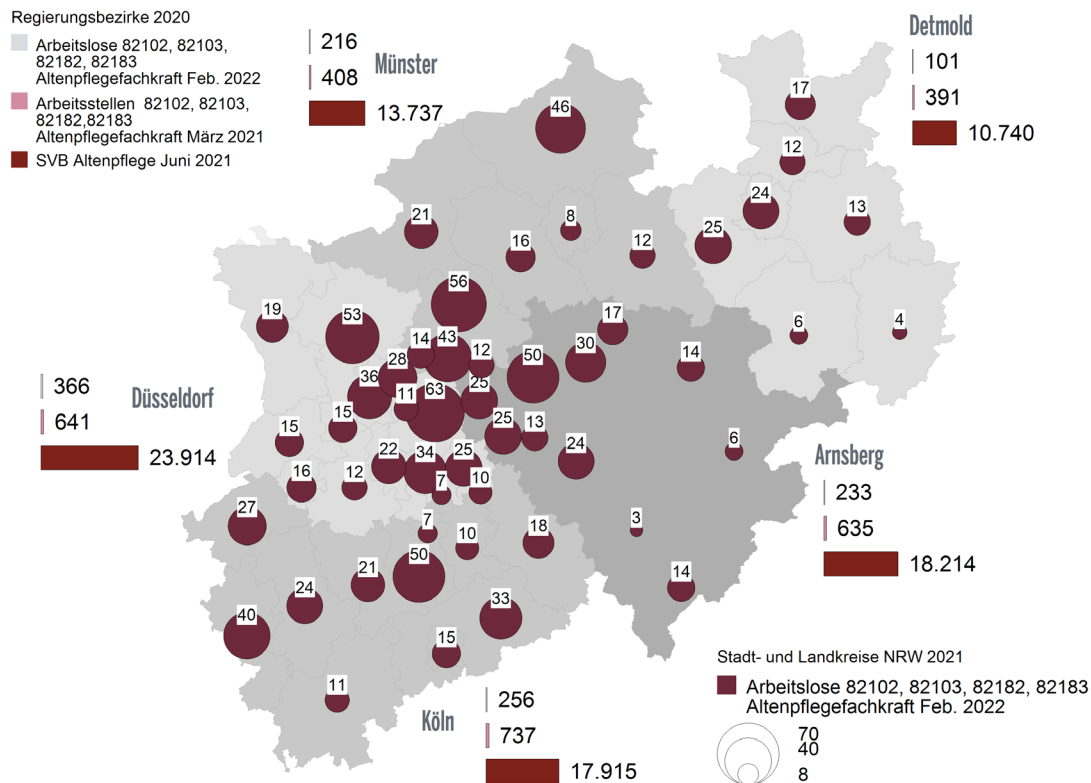


Abbildung 5: Arbeitslosigkeit Altenpflege Feb. 2022

Für die Altenpflege kann dabei kein relevanter Anstieg der Arbeitslosigkeit bis zum Februar 2022 festgestellt werden. Auch in diesem Berufsfeld werden regional überwiegend niedrige zweistellige Werte verzeichnet, die in der Gegenüberstellung zur Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten keine Arbeitslosenquote größeren Ausmaßes erkennen lassen. In der Analyse der Zeitreihe (2013 bis 2021) bezogen auf Jahresdurchschnittszahlen der Arbeitslosigkeit ergeben sich ebenso keine Hinweise auf eine steigende Arbeitslosigkeit. Lagen die summierten Werte in NRW in 2013 bei rund 1.100, so sind sie 2021 mit 1.230 ausgewiesen. Gemessen an der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den Jahren, entspricht dies jedoch einer relativen Reduzierung von 1,9 Prozent auf 1,5 Prozent im Jahr 2021. Hinweise auf eine generelle Reduzierung der Anzahl Beschäftigter ergeben sich damit nicht.

Die vorliegenden Analysen erlauben dabei jedoch keine Aussagen bezüglich eines sektorenspezifischen „Pflexits“. Auch, wenn in der Gesamtheit kein Hinweis auf eine Veränderung im Sinne einer Abnahme der Anzahl Pflegenden erkennbar ist, so kann es doch zu Verlagerungen (z.B. aus dem Krankenhaussektor hin zur ambulanten Pflege oder zur Tätigkeit außerhalb der patientennahen Versorgung [MD, Krankenkassen, Gesundheitsamt etc.]) gekommen sein. Abschließende Analysen dazu können erst valide erfolgen, wenn die einrichtungsbezogenen Kennzahlen der Mitarbeitenden aus der Pflegestatistik sowie der Krankenhausstatistik aus 2021 vorliegen. Ergeben sich deutliche Veränderungen, dann kann für einzelne Sektoren eine Abwanderung der Pflegenden festgestellt werden. Aktuell fehlen dazu jedoch stabile Datenbestände.

In einer ergänzenden Analyse wurden vorliegende amtliche Statistiken verwendet, um für das Jahr 2019 (aktuelle Pflegestatistik sowie aktuelle Krankenhausstatistik) eine Abschätzung vornehmen zu können, wie groß das Potenzial von beschäftigten Pflegenden ist, die direkt den Hauptsektoren der Versorgung zugerechnet werden können. Dies sind die Arbeitsbereiche der ambulanten Pflege, der stationären Einrichtungen der Altenhilfe, der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Dazu wurden die Beschäftigtenzahlen aus den benannten Statistiken denen der Bundesagentur für Arbeit als Grundgesamtheit der sozialversichert Beschäftigten in den Zielberufen aus dem Jahr 2019 gegenübergestellt. Berechnet werden konnte so, dass 77,5 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege in den Einrichtungen beschäftigt sind, die der patientennahen Versorgung zugerechnet werden können. In der Altenpflege ist die Beschäftigungsrate in diesen Sektoren mit 90,1 Prozent noch einmal deutlich höher.

ALTERSDEMOGRAFIE IN DEN PFLEGEBERUFEN

Sowohl für die Berufseinmündung als auch den Berufsverbleib zentral ist die Frage nach den Altersgruppenverteilungen der Pflegenden in NRW.

Auf Basis der Daten der Bundesagentur für Arbeit können die Beschäftigten in Altersgruppen (nicht sektorenbezogen) klassifiziert werden.

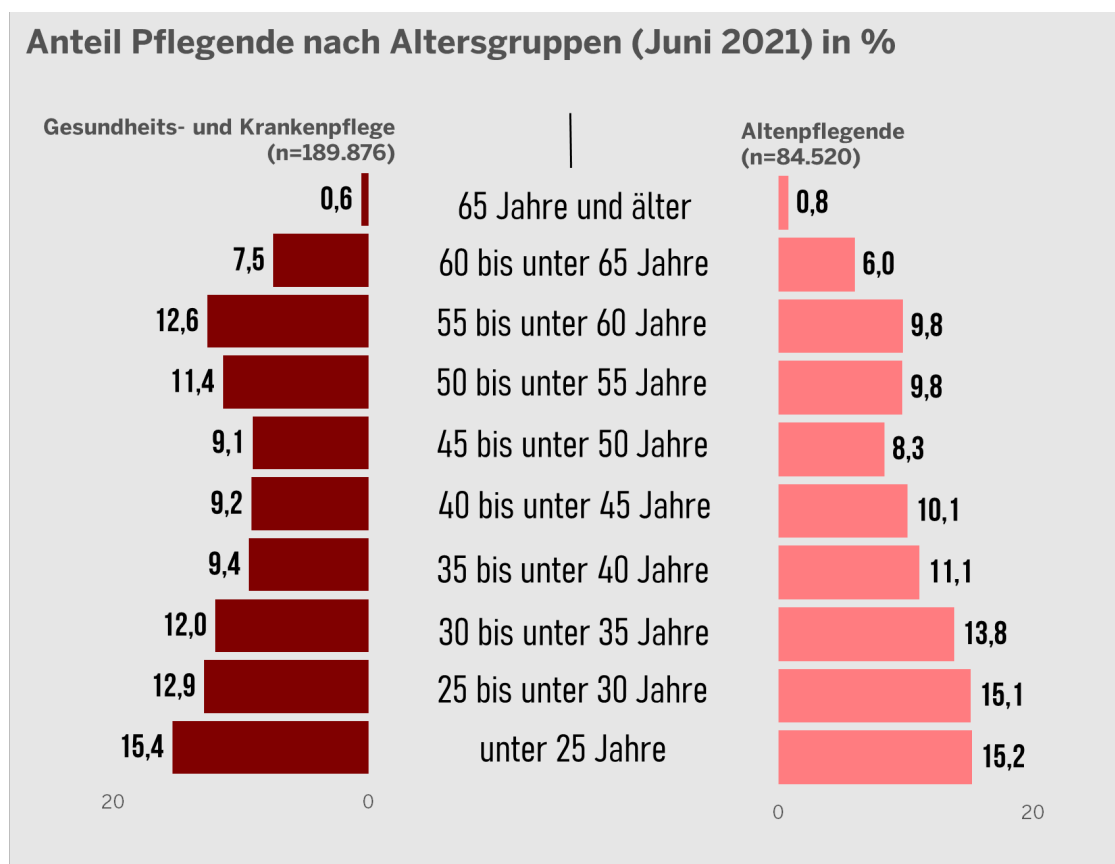


Abbildung 6: Altersgruppen der Pflegenden in NRW

Für Nordrhein-Westfalen ist festzustellen, dass der Anteil der Pflegenden in der Gruppe der über 50-Jährigen in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege bei 32,1 Prozent liegt. In der Altenpflege liegt der Anteil bei 26,3 Prozent. Bundesweit liegt der Mittelwert bei der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege bei 33,8 Prozent und in der Altenpflege bei 30,9 Prozent. Die Kennzahlen geben einen ersten Hinweis darauf, dass ein frühzeitiger Berufsausstieg nicht wahrscheinlich erscheint. In diesem Falle müsste die Gruppe der hocherfahrenen und älteren Pflegenden deutlich kleiner sein bzw. dürfte es nicht eine so hohe Anzahl an Pflegenden über 50 Jahren geben, wenn diese den Beruf bereits kurz nach der Ausbildung wieder verlassen.

Betrachtet man die Altersgruppe der Pflegenden, die über 60 Jahre alt sind, so ergeben sich Hinweise auf die Anzahl der Pflegenden, die in den kommenden Jahren aus dem Erwerbsleben ausscheiden werden. Für Nordrhein-Westfalen geschätzt werden kann, dass dies rund 15.240 Gesundheits- und Krankenpflegende und rund 5.740 Altenpflegende sein können, da Pflegende oftmals nicht vollumfänglich bis zum 65. Lebensjahr im Erwerbsleben verbleiben, sondern vielfach früher (mit 63 Jahren) aussteigen.

BERUFSDAUER PFLEGENDER

Korrespondierend zur Analyse der Altersstruktur der Pflegenden werden auch Daten zur Netto-Berufsdauer von Pflegekräften ausgewertet¹⁵. Im methodischen Teil wurde die Grundlage der Messkonzepte zur Berufsdauer vorgestellt.

Bei der an dieser Stelle analysierten Netto-Summe der Dauern der Beschäftigungsverhältnisse seit Aufnahme der ersten Beschäftigung werden alle Zeiten gemeldeter Berufstätigkeit in der Pflege berücksichtigt, unabhängig davon, ob Personen dauerhaft in der Pflege berufstätig waren oder nach einer oder mehreren Unterbrechungen der Berufstätigkeit von mehr als 62 Tagen (bspw. für Familienphasen) wieder in ihren Beruf zurückgekehrt sind. Dieses Messkonzept bildet die zugrundeliegende Fragestellung der beruflichen Tätigkeitsdauer in der Pflege besser ab als die Dauer der Beschäftigung insgesamt, weil die Unterbrechungszeiten entsprechend berücksichtigt werden.

Nicht für alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten werden Daten ausgewiesen, sodass sich die Anzahl der Pflegekräfte in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sowie der Altenpflege von den Daten aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigter unterscheidet. Nicht einbezogen in die Analyse werden beispielsweise Auszubildende, da diese noch keinen Berufseintritt in Form einer abgeschlossenen Qualifizierung aufweisen. Insgesamt erfasst die nachfolgende Darstellung 235.893 Pflegende auf der Ebene der Fachkräfte in den beiden Berufen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege und der Altenpflege.

¹⁵ Krankenpflege (Berufsgattungen 81302, 81313, 81323, 81382, 81383), Altenpflege (Berufsgattungen 82102, 82103, 82182, 82183, 82194)

Für die Analyse wurden die Daten aus dem Juni 2021 betrachtet, die im Rahmen einer Sonderabfrage bei der Bundesagentur für Arbeit unter Berücksichtigung der Klassifizierung der Berufe erstellt wurden.

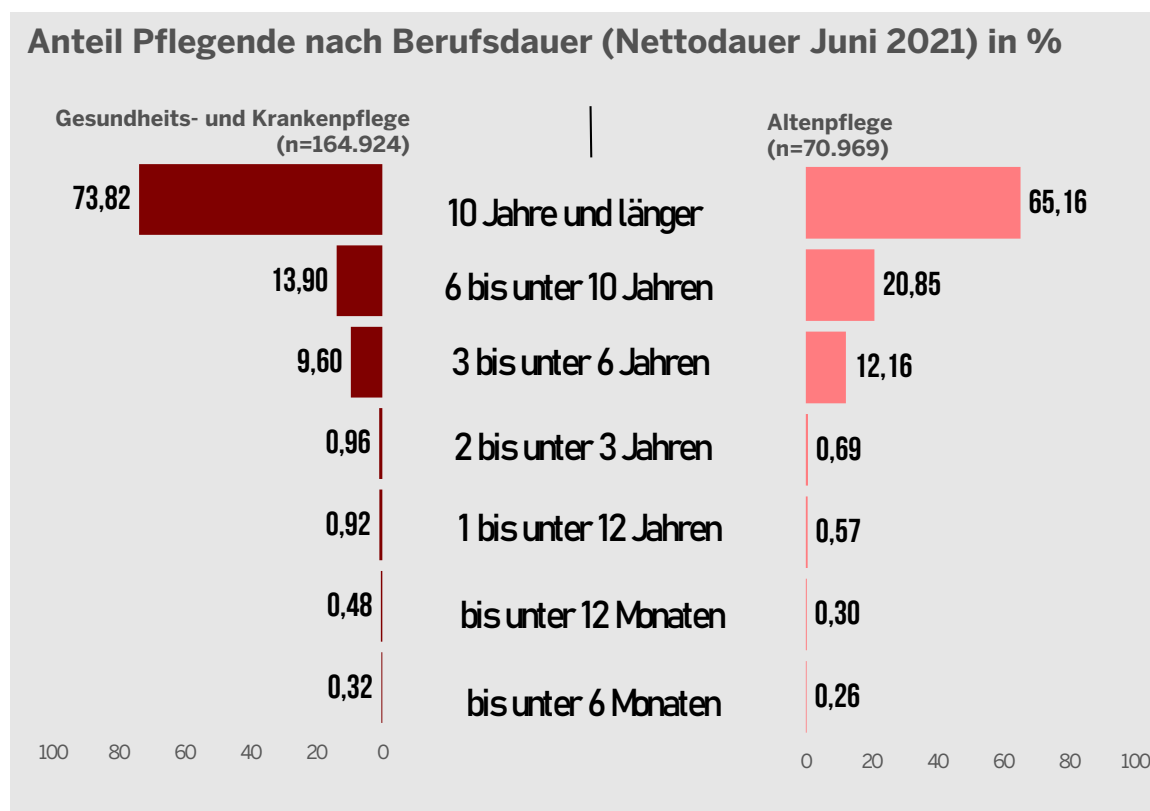


Abbildung 7: Anteile der Pflegekräfte nach zeitlichen Gruppen der Berufsdauer

Sowohl in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege als auch in der Altenpflege sind hohe Werte in der Gruppe der langjährig Beschäftigten in der Pflege zu beobachten. Mit 73,8 Prozent stellen die langjährig Beschäftigten in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege den mit Abstand größten Teil dar. Die mediane Beschäftigungsdauer (netto) lag im Juni 2021 in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege bei 217,7 (gerundet 218) Monaten. Damit kann angeführt werden, dass die mittlere (gemessen an der Anzahl der Pflegenden) Pflegekraft in Nordrhein-Westfalen ihren Beruf seit 18 Jahren ausübt. Die eine Hälfte arbeitet noch nicht so lange in der Pflege, die andere darüber hinaus. Gäbe es eine frühzeitige Abwanderung aus dem Pflegeberuf, so würde sich dies in einem niedrigen Median widerspiegeln müssen.

Für die Altenpflege ergeben sich ähnliche Werte, die jedoch nicht ganz an die Werte der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege heranreichen. Die Gruppe der langjährig Beschäftigten weist auch hier mit 65,2 Prozent den größten Bereich aus. Die mediane Nettodauer der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in diesem Beruf lag im Juni 2021 bei 160,9 (gerundet 161) Monaten und damit bei mehr als 13 Jahren. Die Hälfte der Pflegenden arbeitet in diesem Bereich noch nicht so lange, die andere Hälfte bereits länger im Beruf.

In der regionalen Analyse wurde überprüft, ob es in Nordrhein-Westfalen ggf. Unterschiede gibt, die näher betrachtet werden müssen. Zusammengefasst wurden dabei die Anzahl der Pflegenden in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege in vier unterschiedlichen Zeitklassen der Beschäftigung.¹⁶

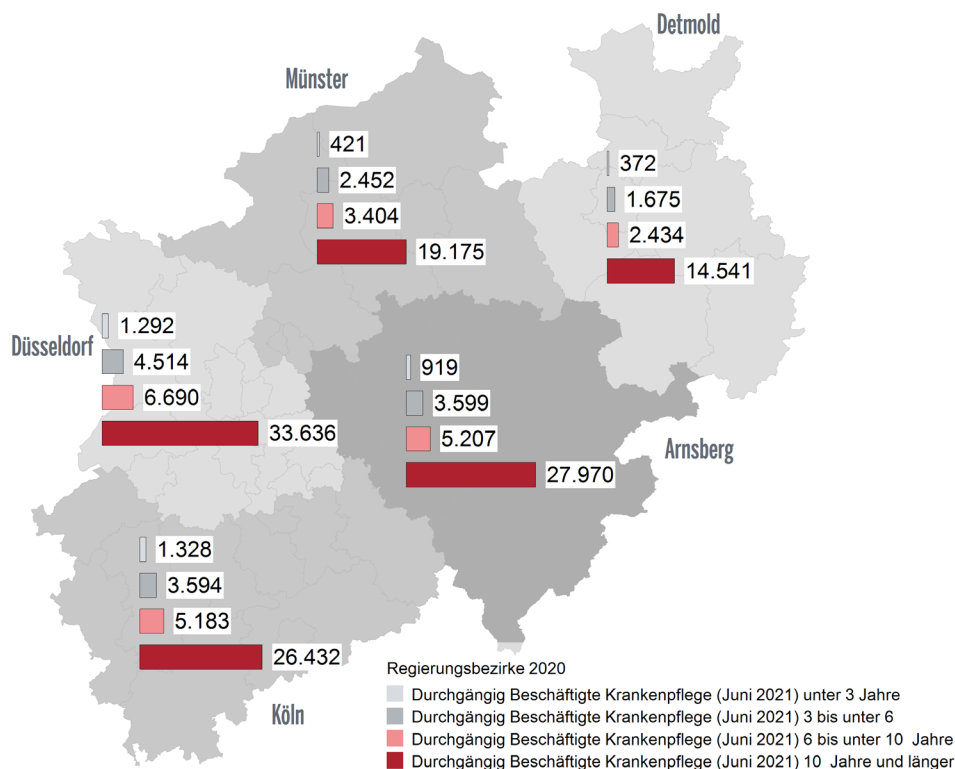


Abbildung 8: Netto-Beschäftigungsdauer Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende 2021

Die Verteilung zwischen den Regierungsbezirken zeigt dabei ein übereinstimmendes Bild: In allen Regierungsbezirken ist die Zahl der Pflegenden, die 10 Jahre oder länger als Nettodauer der Beschäftigung aufweisen, die mit Abstand größte Gruppe.

Ein sehr ähnliches Bild ergibt sich bei der Analyse der Netto-Beschäftigungsdauer der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (ohne Auszubildenden) in der Altenpflege. Auch in diesem Beruf stellt die Gruppe der über 10 Jahre Beschäftigten in allen Regierungsbezirken den größten Bereich dar.

¹⁶ Abweichungen der summierten Anzahl gegenüber der Abb. 7 entstehen durch eine regionalisierte Zusammenführung der Daten. Da in einzelnen Landkreisen / kreisfreien Städten die Anzahl der Pflegenden in den unteren Kategorien (0 bis unter sechs Monate/ 6 bis unter 12 Monate) zu gering ist, werden von der BA die Daten nicht mit ausgewiesen.

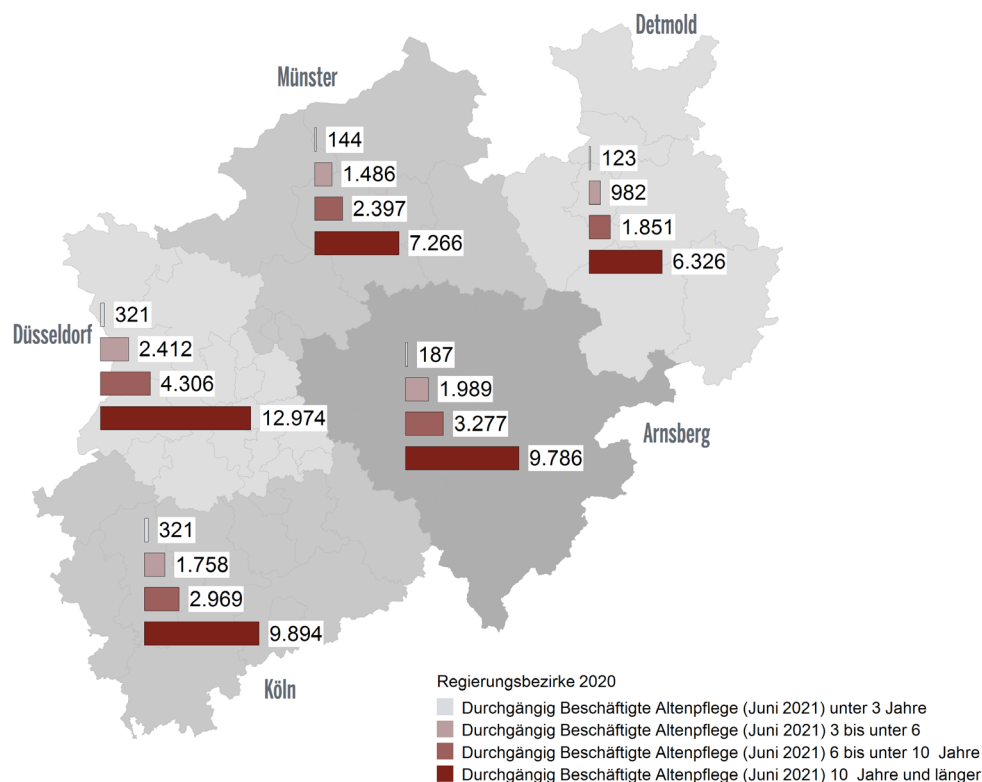


Abbildung 9: Netto-Beschäftigungsdauer Altenpflegende 2021

ZULASSUNGEN PFLEGENDER AUS DRITTSTAATEN

Pflege ist multikulturell ausgerichtet. Nicht nur eine hohe Anzahl an Pflegekräften mit Migrationsgeschichte in der Familie stellt dabei eine Besonderheit der Pflegeberufe gegenüber anderen Berufen dar. Ebenso werden durch die Pflegeberufe Menschen unterschiedlicher Staatsangehörigkeiten, kultureller Identitäten, religiöser Ausrichtungen und Sprachen betreut.

Die zentrale Bedeutung der ausländischen Pflegekräfte insgesamt, bzw. der Pflegenden mit Migrationsgeschichte, wird im Jahresgutachten des Sachverständigenrates für Integration und Migration 2022 hervorgehoben. Für die Altenpflege wird im Gutachten der Anteil der Pflegenden mit Migrationsgeschichte, basierend auf Analysen des Mikrozensus, auf rund 30 Prozent geschätzt. Damit liegt er über dem Durchschnitt aller Erwerbstätigen und verweist auf die zentrale Bedeutung und eine bereits bestehende Systemrelevanz ausländischer Pflegekräfte (Sachverständigenrat für Integration und Migration 2022). Für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege gehen die Autorinnen und Autoren des Gutachtens von einem Anteil von rund 20 Prozent aus, die eine Migrationsgeschichte aufweisen. Der Anteil der im Ausland geborenen Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden wird auf rund 10 Prozent geschätzt.

Eine Möglichkeit, die Fachkräftesicherung positiv zu beeinflussen, ist vor diesem Hintergrund, neben der Qualifizierung Pflegenden durch verstärkte Ausbildung, die Ausweitung der Gewinnung Pflegenden aus dem Ausland (Afentakis und Maier 2014; Lauxen und Blattert 2020). Eine besondere Bedeutung kommt

dabei der Gewinnung Pflegender aus Drittstaaten zu (Peters und Braeseke 2016).

Mit einer gezielten Anwerbung, spezifischen Anreizsystemen, Integrationskonzepten und Begleitungen können qualifizierte Pflegende aus dem Ausland gewonnen werden (Rand und Larsen 2019; Schreck 2017). Die zentrale Aufgabe besteht darin, sie auf eine deutsche Berufsnorm (einschließlich der spezifischen Berufsinhalte) vorzubereiten, sie sprachlich zu qualifizieren und im Rahmen einer Willkommenskultur Bedingungen zu schaffen, die eine langfristige Bindung wahrscheinlich werden lässt. Zu diesen förderlichen Bedingungen zählen neben den benannten Bereichen auch zügige Prüfungen der Zulassungsmöglichkeit sowie eine rasche Vermittlung und Prüfungsmöglichkeit, wenn Angleichungsmaßnahmen erfolgen müssen.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden im Ausland qualifizierte Pflege als Berufseinmündende in den Arbeitsmarkt in NRW verstanden und gezielt untersucht. Die Datenbasis dazu bietet eine Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit¹⁷. Dabei muss es sich jedoch nicht zwingend um aktuell neu zugewanderte Personen aus einem Jahr handeln. Ebenso können Personen, die schon länger in Deutschland leben und den Pflegeberuf aufnehmen, mit einbezogen sein oder eine Zulassung kann bereits vor Aufnahme der Arbeit noch im Herkunftsland beantragt sein. Eine Differenzierung bezüglich der Frage des Aufenthaltsstatus oder der Dauer der bisherigen Zeit in Deutschland kann mit den vorliegenden Daten nicht näher dargestellt werden. Daher wird überwiegend davon ausgegangen, dass es sich um Fachkräfte aus dem Ausland handelt, die mit dem Ziel nach Deutschland kommen, ihre Berufstätigkeit hier fortzuführen.

Im Vergleich der Bundesländer untereinander nimmt Nordrhein-Westfalen einen der vorderen Ränge ein. Summiert man die Anzahl aller Pflegenden mit Zulassung zur Berufsaufnahme in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sowie der Altenpflege zwischen 2013 und 2021, so werden in Bayern die höchsten Anteile verzeichnet. 25 Prozent aller Pflegenden im Beobachtungszeitraum gewonnenen Pflegenden wanderten nach Bayern ein, gefolgt von Baden-Württemberg mit 20,5 Prozent. Nordrhein-Westfalen verzeichnet mit 11,7 Prozent ebenso einen relativ hohen Anteil. Der Prozentwert entspricht in Summe 14.137 Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden und Altenpflegenden, die zwischen 2013 und 2021 in Nordrhein-Westfalen als Pflegekräfte zugelassen wurden. Nordrhein-Westfalen steht dabei in Konkurrenz zu anderen Bundesländern, wenn es um die Attraktivität für ausländische Pflegende geht.

Hingewiesen werden muss darauf, dass die benannten Kennzahlen keinen Hinweis darauf geben, wie viele der in den Jahren zugelassenen Pflegekräfte aus Drittstaaten regional verbleiben oder noch in der Pflege in Deutschland tätig sind und somit langfristig gebunden werden konnten. Eine Statistik über zuge-

¹⁷ Zustimmungen und Ablehnungen von Drittstaatsangehörigen in ausgewählten Pflegeberufen der Klassifikation der Berufe 2010 nach ausgewählten Staatsangehörigkeiten

lassene Pflegekräfte, die zurückwandern oder aber transnational in andere Länder abwandern, existiert nicht, sodass das Fachkräftepotenzial, das insgesamt durch Zuwanderung entstanden ist, nicht valide berechnet werden kann.

ZULASSUNGEN IN DER GESUNDHEITS- UND (KINDER-)KRANKENPFLEGE

Aktuell ergeben sich die nachfolgenden Hinweise: Insgesamt wurden in 2021 in Deutschland 20.561 Zulassungen zur Aufnahme einer Tätigkeit als Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende ausgesprochen. Die Gesamtentwicklung ist dabei als dynamisch zu betrachten. In 2015 waren es noch 3.857 Pflegende aus Drittstaaten. Somit zeigt sich insgesamt eine deutliche Potenzialzunahme. Eine exakte Übereinstimmung mit der Anzahl zugewanderter Pflegenden ergibt sich dabei jedoch nicht. Dennoch ergeben sich auf der Basis der Kennzahlen Hinweise auf grundsätzliche Entwicklungslinien.

Die Dynamisierung auf der bundesdeutschen Ebene zeigt sich auch in Nordrhein-Westfalen. Sind in den frühen Jahren der Zeitreihe keine relevanten oder arbeitsmarktwirksamen Anwerbungen zu identifizieren (bis 2013 =751/ 2014= 1.821), so steigt die Gewinnung von ausländisch qualifiziertem Personal beständig an. Bemerkenswert ist, dass dies auch während der Pandemie weiter vorangeschritten ist und sich keine „Delle“ ergeben hat, wie sie unter den Bedingungen der Pandemie zu erwarten gewesen wäre. In der Summe wurden in 2021 insgesamt 2.828 Zulassungen zur Arbeitsaufnahme in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege in Nordrhein-Westfalen ausgesprochen.

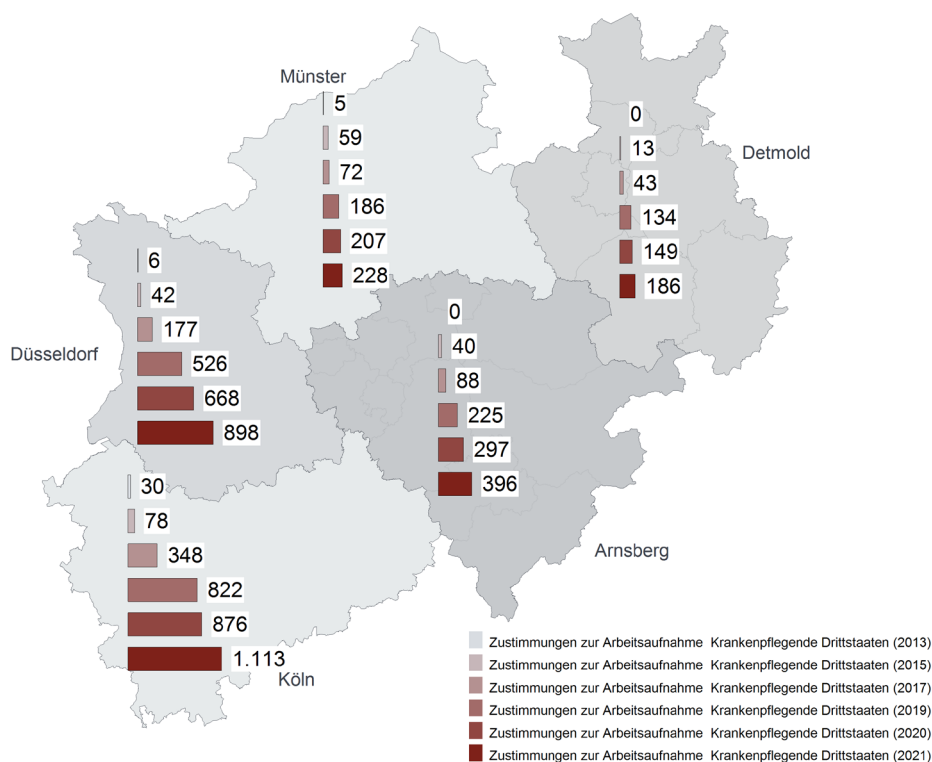


Abbildung 10: Zustimmungen Arbeitsaufnahme in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege

Bezogen auf die Verteilung in den Regierungsbezirken sieht man stärkeren Zuzug in Düsseldorf sowie in Köln. In allen Regierungsbezirken aber steigt die Anzahl in der Zeitreihenbetrachtung an.

Weiterführende Analysen zeigen die regionalen Differenzierungen auf. Eine wirksame Gewinnung ausländischer Pflegekräfte aus Drittstaaten erfolgt nicht überall in gleicher Ausprägung. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Verteilung der kumulierten Werte von 2013 bis 2021 in der Verteilung auf die Landkreise und kreisfreien Städte. Neben der kleinräumigen regionalen Verteilung werden auch die Gesamtsummen für die Regierungsbezirke mit ausgewiesen. Hier kann eine besonders erfolgreiche Gewinnung von ausländischen Pflegenden aus Drittstaaten im Regierungsbezirk Köln festgestellt werden.

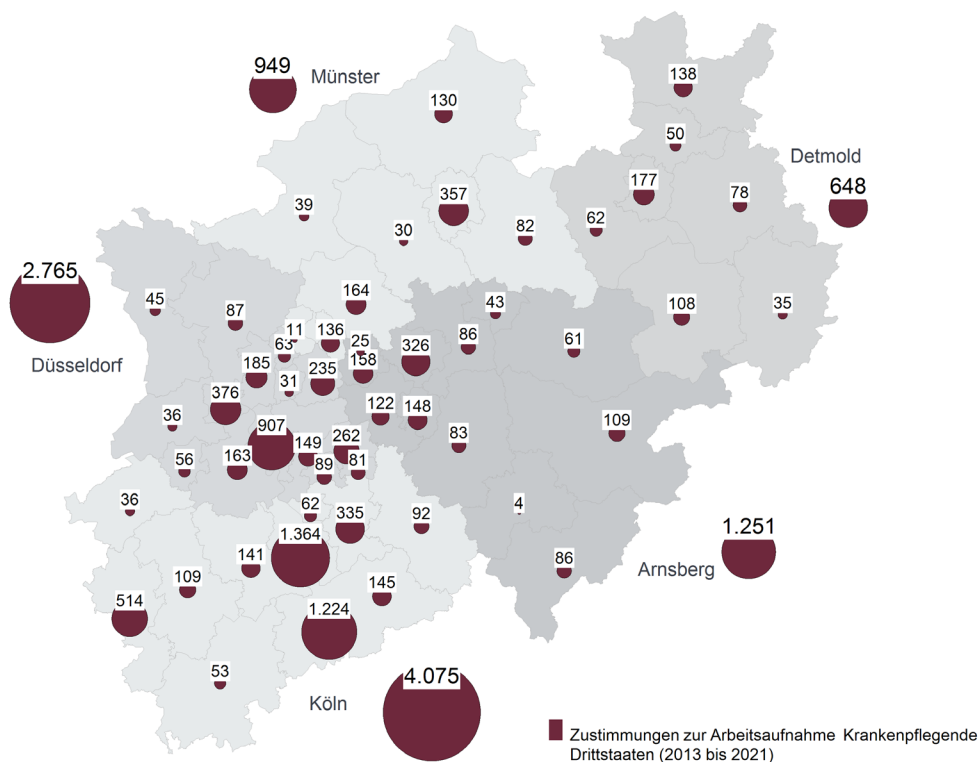


Abbildung 11: Zustimmungen Arbeitsaufnahme in der (Kinder-)Krankenpflege regionalisiert

Die Verteilung zeigt zugleich auf, dass eine Konzentration in den größeren Zentren besteht. Dies sind Bonn, Köln, Düsseldorf, Aachen, Münster, Dortmund. In der Flächenversorgung hingegen sind kaum nennenswerte Kennzahlen zu beobachten. Eine Ausnahme von den (erwartbaren) Zentren bildet Krefeld mit einer Gesamtzahl von 376 Pflegenden, die oberhalb der von Münster liegt.

Die Kennzahlen lassen aktuell den Schluss zu, dass in den Ballungszentren und Städten mit größeren Krankenhäusern (der Maximalversorgung oder mit Universitätskliniken) eine Gewinnung ausländischer Pflegenden aus Drittstaaten eine größere Rolle spielt und erfolgreich eingesetzt werden kann. Für die Flächenversorgung aber spielt die Zuwanderung aktuell noch eine untergeordnete Rolle.

Dies wird auch durch weiterführende regionale Analysen untermauert, wenn man die Anzahl der 2021 zugewanderten Pflegekräfte in Relation zur regionalen Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Juni 2021 setzt. In 29 der 53 Landkreise und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen liegt der Anteil der zugelassenen Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden unter einem Prozent bezogen auf die Gesamtbeschäftigung. Besonders groß ist der Anteil in Bonn (4,8 Prozent), Krefeld (3,9 Prozent), in der Städteregion Aachen (3,5 Prozent), in Düsseldorf (3,3 Prozent) und Solingen (3 Prozent). Für einzelne Landkreise und/oder kreisfreie Städte sind die ausländischen Pflegekräfte daher von größerer Bedeutung. In der Betrachtung der Regierungsbezirksebene (und damit unter Einbezug der ländlichen Kreise) ergibt sich für den Regierungsbezirk Köln ein Anteil von 2,2 Prozent und in Düsseldorf von 1,3 Prozent. In den anderen Regierungsbezirken liegt der Anteil mit 0,7 Prozent in einem sehr kleinen Bereich.

ZULASSUNGEN IN DER ALTENPFLEGE

Bundesweit ergeben sich für die zugelassenen Pflegenden aus Drittstaaten in der Altenpflege die nachfolgenden Kennzahlen: Insgesamt wurden in 2021 in Deutschland 7.329 Zulassungen zur Aufnahme einer Tätigkeit als Altenpflegerin oder Altenpfleger ausgesprochen. Die Gesamtentwicklung ist dabei, wie in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, ebenfalls positiv, wenngleich sich hier größere Schwankungen ergeben. In 2019 z.B. wurden 7.706 Zulassungen registriert. Damit liegt der Wert von 2019 leicht oberhalb des Wertes von 2020 (6.729) oder dem von 2021 (7.329).

In Nordrhein-Westfalen sind Schwankungen zu beobachten. Sind in den frühen Jahren der Zeitreihe kaum nennenswerte Kennzahlen zu identifizieren (2013 = 33/ 2014=62), so steigt die Gewinnung von ausländisch qualifiziertem Personal in den Folgejahren an, wobei dies nicht überall gleich dynamisch verläuft.

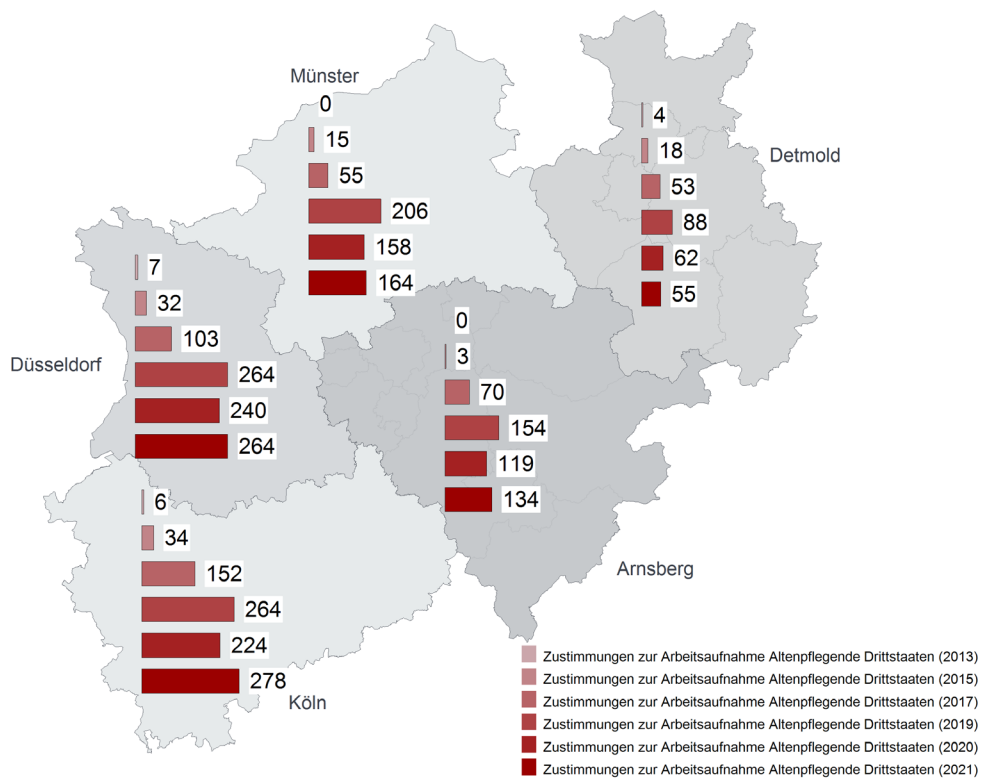


Abbildung 12: Zustimmungen Arbeitsaufnahme in der Altenpflege (Zeitreihe)

In der Summe wurden in 2021 insgesamt 903 Zulassungen in der Altenpflege in Nordrhein-Westfalen ausgesprochen. Das Potenzial ist gegenüber der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege geringer und eine Kontinuität der Zunahme ist hier nicht zu beobachten. Dies liegt u.a. auch daran, dass das Berufsbild einer spezialisierten Altenpflege in vielen anderen Ländern, in denen eine generalistisch orientierte Pflegeausbildung besteht, nicht bekannt ist. Daher ist für diesen Berufsbereich nicht von einer analog großen Anzahl an im Ausland qualifizierten Pflegenden auszugehen.

Korrespondierend zu den Ergebnissen der raumbezogenen Analyse in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege zeigt sich auch in der Altenpflege, dass eine Kumulierung überwiegend in den größeren Zentren zu beobachten ist. Für die ländliche Versorgung spielen die aus Drittländern stammenden Pflegekräfte aktuell auch im Bereich der Altenpflege keine nennenswerte Rolle.

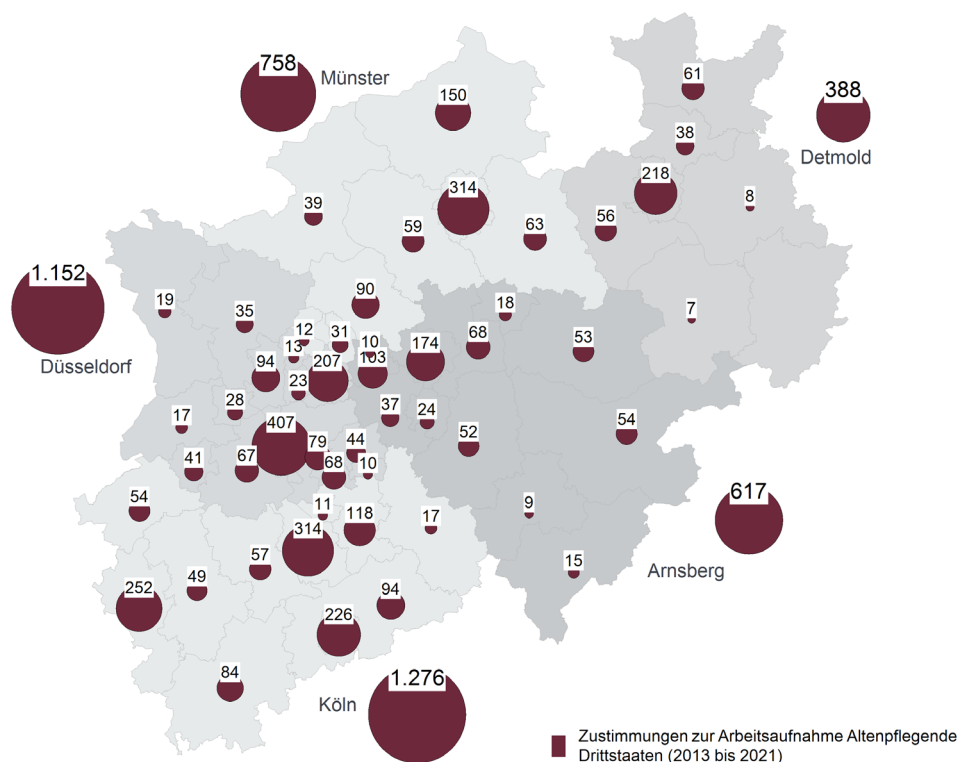


Abbildung 13: Zustimmungen Arbeitsaufnahme in der Altenpflege regionalisiert

Der Anteil der Pflegekräfte aus Drittstaaten ist, gemessen an der regionalen Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, gering. In 32 von 53 Landkreisen und kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen liegt der Anteil in 2021 unter einem Prozent der gemeldeten Pflegenden zum Juni 2021. Die TOP 5 der Landkreise und kreisfreien Städte, in denen der Anteil am höchsten ist, sind: Münster (4,9 Prozent), Düsseldorf (4,4 Prozent), der Rheinisch-Bergische-Kreis (3,3 Prozent), die Städteregion Aachen (2,7 Prozent) und die Stadt Bonn (2,6 Prozent).

Betrachtet man den Anteil der aus dem Ausland zugelassenen Pflegekräfte an den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten auf der Ebene der Regierungsbezirke, so ergeben sich auch hier niedrige Kennzahlen. In Köln liegt der Anteil bei 1,3 Prozent, im Regierungsbezirk Münster bei 1,2 Prozent und in Düsseldorf bei einem Prozent. Arnsberg (0,7 Prozent) und Detmold (0,6 Prozent) liegen unter der Ein-Prozent-Schwelle.

ZULASSUNGEN PFLEGENDER NACH STAATSANGEHÖRIGKEIT

In der nachfolgenden Übersicht wurden für die beiden Berufe in der Pflege für das Jahr 2021 die Staatsangehörigkeiten der zugelassenen Pflegenden aus Drittstaaten analysiert und in der Rangfolge abgebildet. Eine ähnliche Anzahl an Personen weist dabei einen europäischen Hintergrund auf (1.265) wie einen asiatischen (1.246). Aus afrikanischen Staaten wurden 1.029 Pflegenden insgesamt zugelassen. Amerika spielt mit 178 Pflegekräften eine untergeordnete Rolle.

Pflegende aus Australien/Ozeanien werden nur vereinzelt registriert und liegen unter drei, sodass diese nicht aufgenommen werden können.

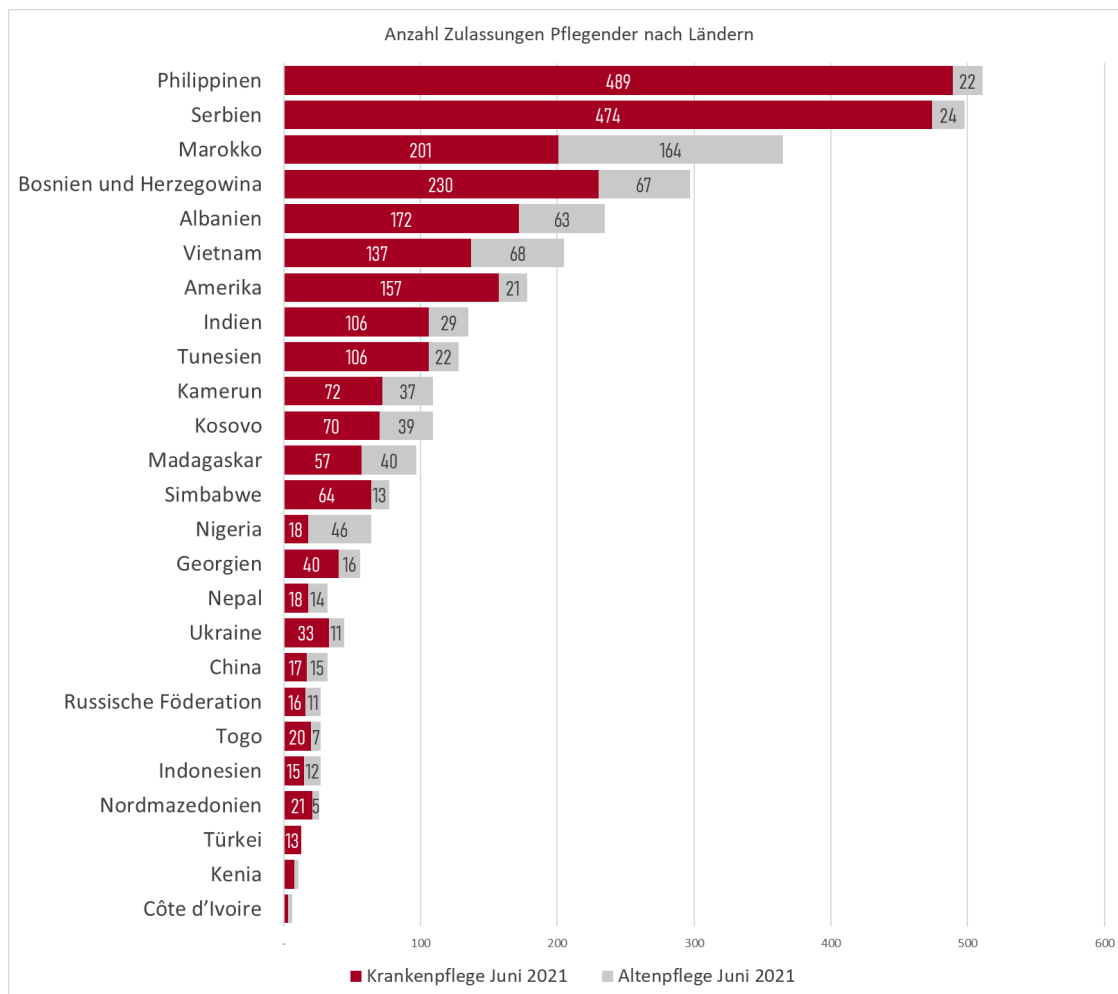


Abbildung 14: Drittstaaten und Zuwanderung 2021

Als einwanderungsstarke Länder insgesamt zeigen sich im Jahr 2021 die Philippinen mit 511 Pflegekräften, wobei hier die Altenpflegenden kaum eine nennenswerte Anzahl ausmachen (22). Auch aus Serbien kommen überwiegend Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräfte. In der zeitlichen Betrachtung von 2013 an ergeben sich dabei auch Verschiebungen. So war zwischen 2015 und 2018 die Anzahl der Pflegenden aus Bosnien und Herzegowina höher (im Jahr 2018 in etwa gleich hoch) gegenüber der Anzahl der Pflegenden aus Serbien, die insbesondere ab 2019 deutliche Zuwachszahlen in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege zu verzeichnen haben. Pflegende aus Marokko sind vor allem ab 2020 relevant geworden.

Für die Altenpflege bedeutsam sind andere Länder als die Philippinen oder Serbien. Hier sind es in 2021 Pflegende aus Marokko gewesen, die das größte Potenzial darstellen. Sie sind mit 167 Personen die größte Gruppe. Pflegende aus Bosnien und Herzegowina, aus Albanien und Vietnam sind hier ebenfalls zu fokussieren.

PFLEGE-PANEL NRW: ERWERBSBIOGRAFIEN PFLEGENDER

Im Kapitel werden die Ergebnisse der Erwerbsbiografien vorgestellt, die auf Basis der Daten durch die Auszubildenden vorheriger Ausbildungskohorten in den Pflegeschulen entwickelt werden konnten.

Da es sich um kleinere Kohorten handelt, sind die Daten als selektive Stichproben zu werten und eine Übertragung oder eine Hochrechnung auf die Grundgesamtheit der Pflegenden in Nordrhein-Westfalen wird nicht vorgenommen. Die Daten bieten einen Einblick in die Möglichkeiten, die sich auf der Basis strukturierter Erfassungen ergeben könnten. Im Gegensatz zu Befragungen, an denen ggf. überproportional motivierte Pflegenden teilnehmen, bieten Erwerbsbiografien den Vorteil einer „objektiven“ und verzerrungsfreien Erfassung der Einmündung und einer Beobachtung des realen Verbleibs in den Sektoren und Berufen. Dazu sind jedoch standardisierte Datensätze erforderlich, um Ausbildungskohorten in Zukunft langfristig monitoren zu können.

BERUFSVERBLEIB UND ARBEITSORTE KRANKENPFLEGENDER IN NRW

Die folgende Tabelle weist zusammengefasst die Kennzahlen der Erwerbsbiografien Krankenpflegender in Nordrhein-Westfalen in der analysierten Ausbildungskohorte der Jahre 2010 bis 2014 (gepoolt) aus.

Erwerbsbiografien (Kinder-)Krankenpflegender in NRW (Fachkräfte)				
Erfolgreiche Auszubildende, 2010-2014 (gepoolt) n = 152	nach Ausbildungsende	nach 1 Jahr	nach 3 Jahren	nach 5 Jahren
ohne Registrierung:	20 (13,2 %)	16 (10,5 %)	20 (13,2 %)	30 (19,7 %)
Registrierung bei der Bundesagentur für Arbeit mit der Statusmeldung:				
arbeitslos	8	3	3	2
geringfügig beschäftigt, duale Ausbildung oder Student	10	8	7	7
ohne Information	2	5	10	21
IN BESCHÄFTIGUNG	132 (86,8 %)	136 (89,5 %)	132 (86,8 %)	122 (80,3 %)
davon beschäftigt ... (Meldungen nach KldB 2010)				
IM PFLEGEBERUF (Berufstreue Pflegeberuf)	121 (91,7 %)	131 (96,3 %)	130 (98,5 %)	120 (98,4 %)
im Ausbildungsbetrieb	70 (53,0 %)	68 (50,0 %)	56 (42,4 %)	58 (47,5 %)
im Ausbildungsberuf (Berufstreue Ausbildungsberuf)	120 (90,9 %)	129 (94,9 %)	126 (95,9 %)	116 (95,1 %)
in Gesundheitsberufen (Berufstreue weit)	-	-	-	121 (99,2%)
in Nicht-Gesundheitsberufen (Berufstreue fremd)	11 (8,3 %)	5 (3,2 %)	2 (1,5 %)	1 (0,8 %)
in Teilzeit	10 (7,6 %)	10 (7,4 %)	20 (15,2 %)	18 (14,8 %)
in den Branchen... (Meldungen nach WZ 2008)				
Ausbildungssektor Krankenhaus (Branchentreue Ausbildungssektor)	119 (90,2 %)	121 (89,0 %)	113 (85,6 %)	106 (86,9 %)
primärer Pflegeversorgung (Branchentreue Pflegebetriebe)	127 (96,2 %)	132 (97,1 %)	126 (95,5 %)	115 (94,3 %)
Gesundheits- und Sozialwesen ¹⁸ (Branchentreue weit)	129 (97,7 %)	133 (97,8 %)	128 (97,0 %)	117 (95,9 %)
Nicht-Gesundheitswesen (Branchentreue fremd)	3 (2,3 %)	3 (2,2 %)	4 (3,0 %)	5 (4,1 %)

Tabelle 9: Erwerbsbiografien (Kinder-)Krankenpflegender in NRW

86,8 Prozent der Gesundheits- (Kinder-)Krankenpflegenden in der Stichprobe beginnen unmittelbar nach erfolgreicher Ausbildung (im 3-Monats-Zeitraum) eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung. Ein Jahr nach Ausbildungsabschluss steigt die Beschäftigungsquote auf 89,5 Prozent an. Dieser Anstieg

¹⁸ „Branchentreue weit“ fasst Branchen zusammen, die auf einen Bezug zum Pflegeberuf schließen lassen (z. B. 86220 Facharztpraxen, 85101 Kindergärten, 88990 sonstiges Sozialwesen, 86909 Sonstige selbständige Tätigkeit im Gesundheitswesen u.a.).

der Beschäftigungsquote nach einem Jahr kann mit einer anfänglichen Orientierungsphase begründet werden. Nach fünf Jahren sind in der vorliegenden Stichprobe noch 80,3 Prozent bei der Bundesagentur als berufstätig erfasst.

Von 13,2 Prozent der Pflegenden (direkt nach Ausbildungsende) bis 19,7 Prozent (nach 5 Jahren) liegen bei der Bundesagentur keine Beschäftigungsmeldungen vor. Diesen Anteil als Berufsaussteiger zu deklarieren, birgt Fehlerquellen. Statusmeldungen zu Personen außerhalb der Beschäftigungsquote umfassen Personen, die außerhalb der BA-Erfassung in der Pflege tätig sind (z.B. Selbstständige) oder Personen, die sich in weiterer Berufsqualifizierung befinden (Aufnahme einer Ausbildung oder eines Studiums). Ebenso werden sie nicht mehr geführt, wenn sie zum Erfassungszeitpunkt nur geringfügig beschäftigt oder arbeitssuchend gemeldet sind. Zusammenfassend bedeutet dies eine etwaige Unterschätzung der tatsächlichen Berufstätigkeit und damit auch der Anteile des Berufsverbleibs in der Pflege.

Die Beschäftigungsquote sinkt im betrachteten 5-Jahres-Zeitraum um 6,8 Prozent. Dies erklärt sich in der Untersuchungsgruppe der 152 Ausbildungsabsolventinnen und -absolventen der Jahre 2010 bis 2014 (gepoolt) hauptsächlich durch Personen ohne Meldung einer Beschäftigung. In der Ausarbeitung zur *„Berufstreue in den Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg“* beschreibt Wiethölter einen Rückgang der Beschäftigungsquote vier bis fünf Jahre nach der Berufseinmündung, welcher u.a. durch Erwerbsunterbrechungen aus familiären Gründen erklärt wird (Wiethölter 2012). Hier spielt bei jüngeren Pflegenden die Familiengründungsphase eine zentrale Rolle.

Im Untersuchungszeitraum zeigt sich in der vorliegenden Stichprobe keine nennenswerte Ausstiegquote aus dem Pflegeberuf zugunsten der Aufnahme einer berufsfremden Beschäftigung. Nach fünf Jahren ist in der vorliegenden Stichprobe nur eine Person (0,8 Prozent) der Untersuchungsgruppe berufsfremd gemeldet (Chemie- und Pharmatechnik) und fünf Personen (4,1 Prozent) sind in Branchen tätig, die keinen eindeutigen Bezug zur Pflege erkennen lassen.

Als wichtiger Hinweis ergibt sich aus der Analyse, dass die Ausbildungsaktivität für Betriebe lohnend erscheint. Von den Berufseinsteigerinnen und -einsteigern starten mehr als die Hälfte (53,0 Prozent) im eigenen Ausbildungsbetrieb in den Beruf. Dieser hohe Anteil der Verbundenheit mit dem Ausbildungsbetrieb hat bei den Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden Bestand. Auch nach fünf Jahren sind noch 47,5 Prozent im Ausbildungsbetrieb berufstätig. Diese Quoten verweisen auf die hohe Bindung an den Ausbildungsbetrieb und die Bedeutung eigener Ausbildungsaktivitäten von Pflegeunternehmen zur Fachkräftesicherung.

Mehr als 90 Prozent der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden bleiben ihrem Ausbildungsberuf und ihrer Ausbildungsbranche treu. Sie arbeiten weiterhin als Krankenpflegekräfte in einem Krankenhaus.

Weitergefasst wurde in der vorliegenden Studie das Konzept der Berufstreue. Hierbei werden Umkodierungen (bspw. ausgebildeter Krankpflegefachkräfte zu

Altenpflegefachkräften und umgekehrt) im Meldeverfahren der Beschäftigungsstatistik berücksichtigt.¹⁹ Im Hinblick auf die in den Beruf einmündenden generalistisch ausgebildeten Pflegefachkräfte wird die Berufstreue an den Pflegeberuf (vgl. (Wiethölter 2012) als zentrale Aussage zu Quoten des Berufsverbleibs angesehen.

In der Analyse der Erwerbsbiografien sind bei Berufseinstieg 91,7 Prozent der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden berufstreue, sie starten zudem zu 96,2 Prozent ihr Berufsleben in Betrieben der Versorgung (Branchentreue Pflegebetriebe). Die Quote der Berufstreue nimmt bei den Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden mit den Berufsjahren deutlich zu und konterkariert damit, zumindest für den betrachteten 5- Jahres-Zeitraum, geschilderte Szenarien einer Berufsflucht aus der Pflege.

Nach fünf Jahren sind von 152 Personen der Untersuchungskohorte 122 Personen (80,3 Prozent) berufstätig registriert, davon sind bis auf 2 Personen alle weiterhin als Pflegende klassifiziert und arbeiten zu 94,3 Prozent in den Sektoren der primären Versorgung (im Krankenhaus zu 86,9 Prozent, 7,4 Prozent in Altenheimen oder ambulanten Diensten).

Augenfällig ist auch die niedrige Teilzeitquote von 7,6 Prozent der Berufsanfänger (alle Berufe), die sich im Zeitverlauf nach fünf Jahren in etwa verdoppelt hat, mit 14,8 Prozent jedoch immer noch deutlich unter dem errechneten NRW-Durchschnitt von 54,6 Prozent Teilzeitbeschäftigung der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden in den Krankenhäusern liegt.

Für Ausbildungskohorten erfolgreicher Ausbildungsabsolventinnen und -absolventen der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegeausbildungen der Jahre 2000 bis 2009 (gepoolt) liegen für 49 Personen ergänzende Angaben zum Berufsverbleib nach 10 Jahren vor.

Die Beschäftigungsquote liegt 10 Jahre nach erfolgreicher Berufsqualifizierung immer noch bei 77,6 Prozent, 38 Personen sind in Beschäftigung gemeldet, davon arbeiten 39,5 Prozent auch nach 10 Jahren noch in ihrem Ausbildungsbetrieb. 76,3 Prozent sind ihrem Ausbildungsberuf treu geblieben. Umkodierungen (Berufsstatus Krankenpflege und Altenpflege) eingerechnet, sind sogar 78,9 dem Pflegeberuf treu geblieben, 73,7 Prozent sind in Branchen des Ausbildungssektors (in Krankenhäusern und Hochschulkliniken) gemeldet, einige arbeiten in Branchen des Gesundheits- und Sozialwesens (Facharztpraxen, sonstiges Sozialwesen). Nach 10 Jahren arbeiten 28,9 Prozent der Berufstätigen in Teilzeit. Bei vier Personen liegen Tätigkeitsschlüssel (Lehrkräfte berufsbildender Fächer, Hochschullehre und Forschung, Personaldienstleistung, Verwaltung Sozial- und Gesundheitswesen etc.) und Branchen (Universitäten, Berufsorganisationen, Berufsbildende, weiterführende Schulen u. a.) vor, die nicht zweifelsfrei auf einen Bezug zur Pflege verweisen, jedoch durch Maßnahmen der

¹⁹ Wiethölter hat in ihren Untersuchungen die Option der Kodierung von ausgebildeten Krankenpflegefachkräften zu Altenpflegefachkräften und umgekehrt im Meldeverfahren der Beschäftigungsstatistik aufgrund der Nähe der Pflegeberufe als Berufstreue eng ausgewiesen (Wiethölter 2012).

Qualifizierung und Akademisierung eine Nähe zum Pflegeberuf plausibel erscheinen lassen.

Als Fazit wird festgehalten, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit alle Personen mit Meldung einer Beschäftigung 10 Jahre nach Ausbildungsabschluss in einem Beruf mit Bezug zum erlernten Pflegeberuf berufstätig sind. Eine Quote des Berufsausstiegs (Berufstreue fremd) und des Branchenausstiegs (Branchentreue fremd) kann hier in der untersuchten Stichprobe nicht festgehalten werden.

BERUFsverbleib und Arbeitsorte Altenpflegender in NRW

Ergebnis der Analyse für den Bereich der Altenpflege ist, dass die Beschäftigungsquote der Altenpflegefachkräfte bei der Berufseinmündung (71,9 Prozent) und auch im Berufsverlauf niedriger als bei den Krankenpflegefachkräften liegt (zwischen 82,9 Prozent nach einem Jahr und 76,4 Prozent nach fünf Jahren). Hierzu wurden von 381 erfolgreichen Ausbildungsabsolventinnen und -absolventen der Altenpflegeausbildung der Jahre 2010 bis 2014 Erwerbsbiografien erstellt.

Die Detailanalyse zeigt, dass deutlich mehr Altenpflegefachkräfte unmittelbar nach Ausbildungsende arbeitslos gemeldet sind (59 Personen) als Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende. Die Statusmeldungen reduzieren sich zwar nach dem 1. Jahr auf 25 Meldungen, sie sind mit rund 23 Meldungen aber auch nach fünf Jahren noch höher als im Vergleichsberuf. Zudem liegen bereits nach Ausbildungsende von 35 Personen keine Informationen zum Status einer Beschäftigung vor, der Rückgang auf 27 Personen nach einem Jahr stützt die These der Such- und Orientierungszeit im ersten Jahr nach Ausbildungsabschluss. Der Anteil der Personen ohne vorliegende Meldung nimmt nach fünf Jahren deutlich zu (57 Personen). Ob Familienphasen, die Quote des Nichteinstiegs oder eines Ausstiegs aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung insgesamt den Anteil von 23,6 Prozent begründen, kann nur gemutmaßt werden. Ebenso kann die Aufnahme einer (weiteren) Umschulung oder eines Studiums einer der weiteren Gründe sein. Denkbar erscheint daher auch ein „Mitnahmeeffekt“ einer finanzierten Umschulung, aus der jedoch nicht zwingend eine Berufsaufnahme im Qualifizierungsbereich resultiert. Diese Einschätzungen sind dabei jedoch anekdotische Einschätzungen aus Bildungseinrichtungen und bedürfen einer weiteren Überprüfung im Rahmen einer Analyse der Nachverfolgung von Umschülerinnen und Umschülern.

Sind Altenpflegefachkräfte in den Arbeitsmarkt eingemündet, zeigt sich hingegen eine hohe Bindung an den Pflegeberuf und eine große Branchentreue zu den Pflegebetrieben. 51,1 Prozent der Berufseinmündenden beginnen nach der Ausbildung ihre Berufstätigkeit im eigenen Ausbildungsbetrieb. Die Bedeutung von Ausbildungsaktivitäten zur Sicherstellung des Fachkräftenachwuchses im eigenen Unternehmen zeigt sich damit auch für Altenheime und ambulante Dienste. Anders als bei den Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden scheint die Bindung an den Ausbildungsbetrieb jedoch weniger ausgeprägt zu sein. Bereits nach einem Jahr sinkt die Quote der Weiterbeschäftigten im Ausbildungsbetrieb auf 39,6 Prozent. Nach fünf Jahren ist nur noch gut jeder fünfte

im Ausbildungsbetrieb beschäftigt gemeldet (22,3 Prozent). Dem gegenüber steht eine hohe Berufstreue im Pflegeberuf (90 Prozent) und eine hohe Branchentreue zu Pflegebetrieben (88,0 Prozent).²⁰

Nur 10 bis 15 von rund 300 Personen (im Schnitt vier Prozent) entscheiden sich für eine Berufstätigkeit außerhalb der Pflege- und Gesundheitsberufe; hier liegen mit den Angaben: Verkauf, Lagerwirtschaft, Post- und Zustelldienst u.a. Meldungen in pflegeberufsfremden Branchen vor.

Beachtenswert sind die ermittelten Quoten der Teilzeitbeschäftigung bei der Berufseinmündung in der Altenpflege, die deutlich oberhalb derer in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege liegen. Unmittelbar nach Ausbildungsende arbeiteten 44,9 Prozent der beobachteten Absolventinnen und -absolventen in Teilzeit. 89,4 Prozent der Berufseinmündenden sind zu diesem Zeitpunkt in ihrem Ausbildungssektor, also in teil/vollstationären Altenpflegeeinrichtungen oder ambulanten Diensten, eingemündet, weshalb die hohe Teilzeitquote der Berufstätigkeit in der Pflege diesen Sektoren zugesprochen wird. Hier bestehen gegenüber dem Krankenhaussektor auch größere formulierte Bedarfe an Teilzeitbeschäftigung, die sich durch Kernarbeitszeiten (geteilte Spitzen der Arbeitsdichte in der ambulanten Pflege) und höhere Bedarfe zur Sicherung der Flexibilität in den Schichtbesetzungen ausmachen lassen (Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2015). Ein sowie drei Jahre nach Ausbildungsende sind in der vorliegenden Stichprobe mehr als die Hälfte der Beschäftigten als Teilzeitberufstätige gemeldet

Auch in der Altenpflege liegen für die Ausbildungskohorten der Jahre 2000 bis 2009 (gepoolt) Angaben zum Berufsverbleib nach 10 Jahren vor. Hier werden jedoch die Fallzahlen deutlich kleiner.

Die Beschäftigungsquote liegt 10 Jahre nach erfolgreicher Berufsqualifizierung bei 69,3 Prozent. 106 von 153 Personen sind in Beschäftigung gemeldet, davon arbeiten 8 Personen (7,5 Prozent) nach 10 Jahren in ihrem Ausbildungsbetrieb. 62 sind Prozent sind dem Ausbildungsberuf treu geblieben.

Unter dem weiter gefassten Begriff „Berufstreue Pflegeberuf“ können 79 Prozent der Personen in Beschäftigung erfasst werden. 73,6 Prozent arbeiten immer noch in Branchen ihres Ausbildungssektors (in Altenheimen oder teil/vollstationären Pflegeeinrichtungen).

Ein Berufsausstieg ist bei nur 9,4 Prozent naheliegend, 11,3 Prozent arbeiten in Berufen, die dem Gesundheits- und Sozialwesen zugeordnet (Sozialarbeit, Kinderbetreuung, Heilerziehungspfleg u.a.) und als Berufstreue weit eingeordnet werden. Nach 10 Jahren arbeiten 58,5 Prozent der berufstätigen Altenpflegefachkräfte in Teilzeit.

²⁰ Als „Branchentreue Pflegebetriebe“ wurden Meldungen nach WZ 2008 in Branchen primärer Pflegeversorgung zusammengefasst, dazu gehören Krankenhäuser (861), Altenheime (87.10 und 87.30) und Ambulante Dienste (88.10.1).

Einschränkend muss auf die geringe Stichprobengröße als Limitierung verwiesen werden, sodass sich aus der langfristigen Betrachtung eher Hinweise ergeben, die durch die Datenanalysen des Berufsverbleibs bzw. der Nettoberufszeiten argumentativ unterstützt und plausibilisiert werden.

Die Tabelle fasst die ermittelten Kennzahlen der Erwerbsbiografien der untersuchten Altenpflegenden in der Stichprobe in Nordrhein-Westfalen zusammen.

Erwerbsbiografien Altenpflegender in NRW (Fachkräfte)				
Erfolgreiche Auszubildende, 2010-2014 (gepoolt) n = 381	nach Ausbildungsende	nach 1 Jahr	nach 3 Jahren	nach 5 Jahren
ohne Registrierung	107 (28,1 %)	65 (17,1 %)	84 (22,1 %)	90 (23,6 %)
Registrierung bei der Bundesagentur für Arbeit mit der Statusmeldung:				
arbeitslos	59	25	23	23
geringfügig beschäftigt, duale Ausbildung oder Student	13	13	16	10
ohne Information	35	27	45	57
IN BESCHÄFTIGUNG	274 (71,9 %)	316 (82,9 %)	297 (78,0 %)	291 (76,4 %)
davon beschäftigt ... (Meldungen nach KIdB 2010)				
IM PFLEGEBERUF (Berufstreue Pflegeberuf)	231 (84,3 %)	291 (92,1 %)	276 (92,3 %)	262 (90 %)
im Ausbildungsbetrieb	140 (51,1 %)	125 (39,6 %)	82 (27,6 %)	65 (22,3 %)
im Ausbildungsberuf (Berufstreue Ausbildungsberuf)	204 (74,5 %)	252 (79,7 %)	234 (78,3 %)	216 (74,2 %)
in Gesundheitsberufen (Berufstreue weit)	264 (96,4 %)	301 (95,3 %)	286 (95,7 %)	279 (95,9 %)
in Nicht-Gesundheitsberufen (Berufstreue fremd)	10 (3,6 %)	15 (4,7 %)	11 (3,7 %)	12 (4,1 %)
in Teilzeit	123 (44,9 %)	164 (51,9 %)	152 (51,2 %)	143 (49,1 %)
in den Branchen... (Meldungen nach WZ 2008)				
Ausbildungssektor Altenpflegeeinrichtungen (Branchentreue Ausbildungssektor)	245 (89,4 %)	281 (88,9 %)	259 (86,6 %)	237 (81,4 %)
primärer Pflegeversorgung (Branchentreue Pflegebetriebe)	252 (92,0 %)	295 (93,4 %)	270(90,3 %)	256 (88 %)
Gesundheits- und Sozialwesen (Branchentreue weit)	265 (96,7 %)	305 (96,5 %)	283 (94,6 %)	270 (92,8 %)
Nicht-Gesundheitswesen (Branchentreue fremd)	9 (3,3 %)	10 (3,2 %)	15 (5,0 %)	22 (7,6 %)

Tabelle 10: Erwerbsbiografien Altenpflegender in NRW

BERUFSEINMÜNDUNG

Die nachfolgenden Ergebnisse zeigen die Auswertungen der Befragung der Berufseinmündenden. Es handelt sich dabei um die Ergebnisse der Befragung von Auszubildenden im 3. Ausbildungsjahr in den Pflegeschulen.

Die jungen Pflegenden entscheiden sich für und nicht gegen die Berufseinmündung. 92,1 Prozent der Altenpflegenden (n= 341), 83,3 Prozent der Gesundheits- und Krankenpflegenden (n= 436) und 74,7 Prozent der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden (n= 95) planen, nach Ausbildungsabschluss in der Versorgung tätig zu werden.

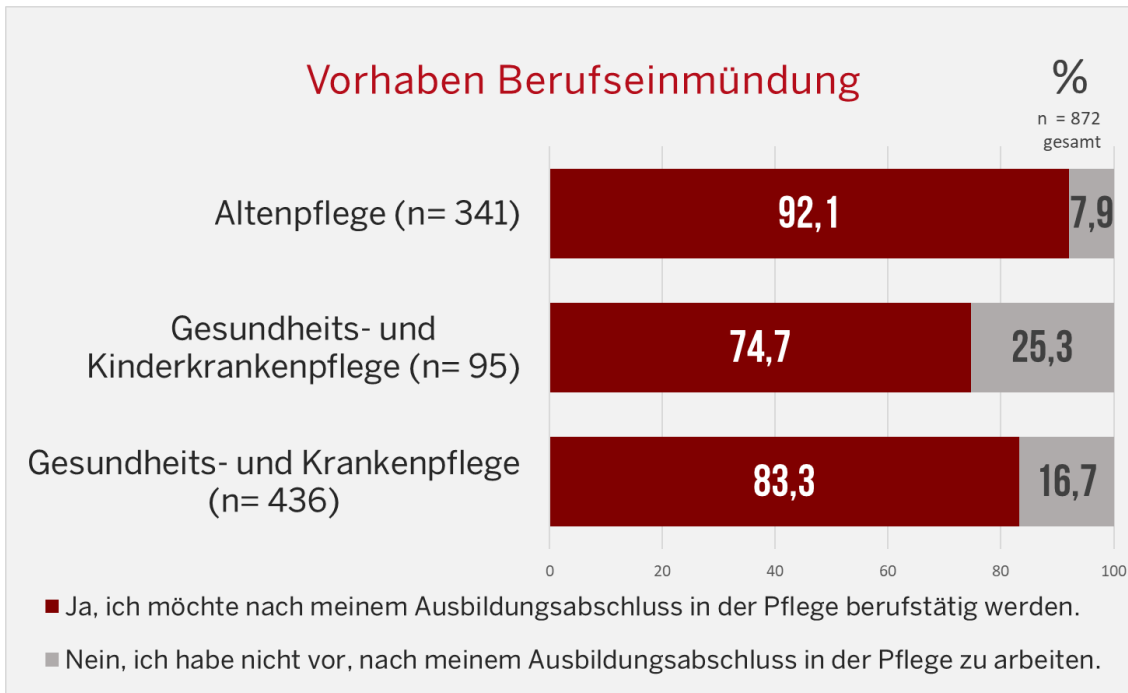


Abbildung 15: Berufseinmündungsquoten der Pflegeausbildungsabsolventinnen und -absolventen

BEWERBUNG, STELLENWAHL UND BERUFSFELDER

Die Ergebnisse bestätigen die Bindung an den berufsqualifizierenden Sektor der Ausbildung. 51,3 Prozent der Altenpflegeausbildungsabsolventinnen und -absolventen möchten zukünftig voraussichtlich in einer stationären Altenpflegeeinrichtung tätig sein, 37,6 Prozent wählen als bevorzugten Arbeitsort den ambulanten Pflegesektor aus, 18,2 Prozent geben das Akutkrankenhaus als bevorzugten Arbeitsort an.

Die favorisierten Berufsfelder der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden sind Krankenhäuser (75,9 Prozent Akutkrankenhaus und 32,6 Prozent psychiatrische Kliniken). Die Summen von über 100 Prozent ergeben sich durch eine Mehrfachnennung, die vorgenommen werden konnte.

Die Sektorentreue wird während der Ausbildung und somit vor Abschluss der eigentlichen Qualifizierung bereits sichtbar. 43,3 Prozent (378 Personen) zeigen Interesse an einer Übernahme beim eigenen Ausbildungsträger und gingen vor Abschluss der Qualifizierung aktiv auf diesen zu.

Zum Zeitpunkt der Befragung lag für 58,1 Prozent der Antwortenden ein Stellenangebot des Ausbildungsträgers vor. 64,7 Prozent der Ausbildungsabsolventinnen und -absolventen erhielten bereits eine feste Stellenzusage. Damit kann festgehalten werden, dass das Potenzial, welches sich nach der Qualifizierung arbeitssuchend orientiert, eher gering einzuschätzen ist. Überwiegend bestehen feste Orientierungen und Bindungen im Vorfeld. Einrichtungen, die über keinen eigenen Zugang zur Ausbildung verfügen, fällt die Gewinnung von neu qualifiziertem Pflegepersonal damit deutlich schwieriger. Sie können nur geringfügig vom Potenzial neu qualifizierter Pfleger profitieren.

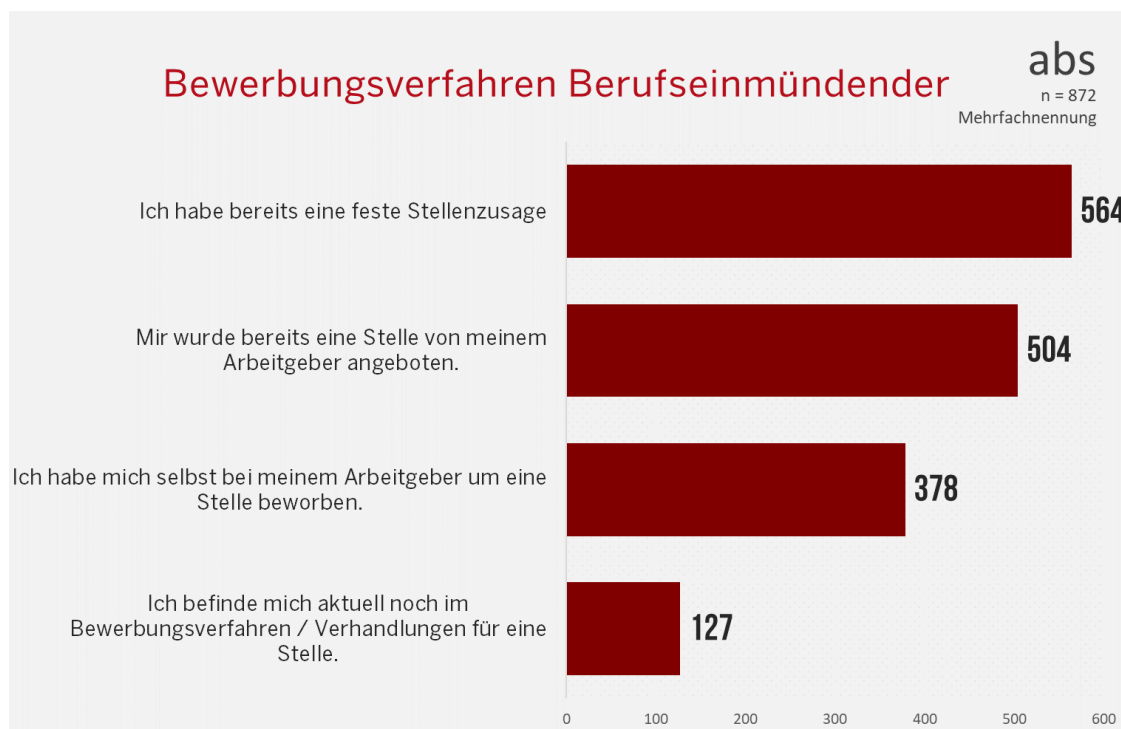


Abbildung 16: Bewerbungsverfahren Berufseinmündender

Ihre zukünftigen Arbeitsstellen suchen die Berufseinmündenden selbst aktiv und überwiegend im regionalen Umfeld. Neben Anfragen beim Ausbildungsträger fragen sie bei für sie interessanten Arbeitgebern selbst an (32 Prozent) oder informieren sich über digitale Stellenausschreibungen.

Printmedien und Personalvermittlungsagenturen sowie soziale Netzwerke sind keine prioritären Infoquellen bei der Suche nach entsprechenden Stellen.

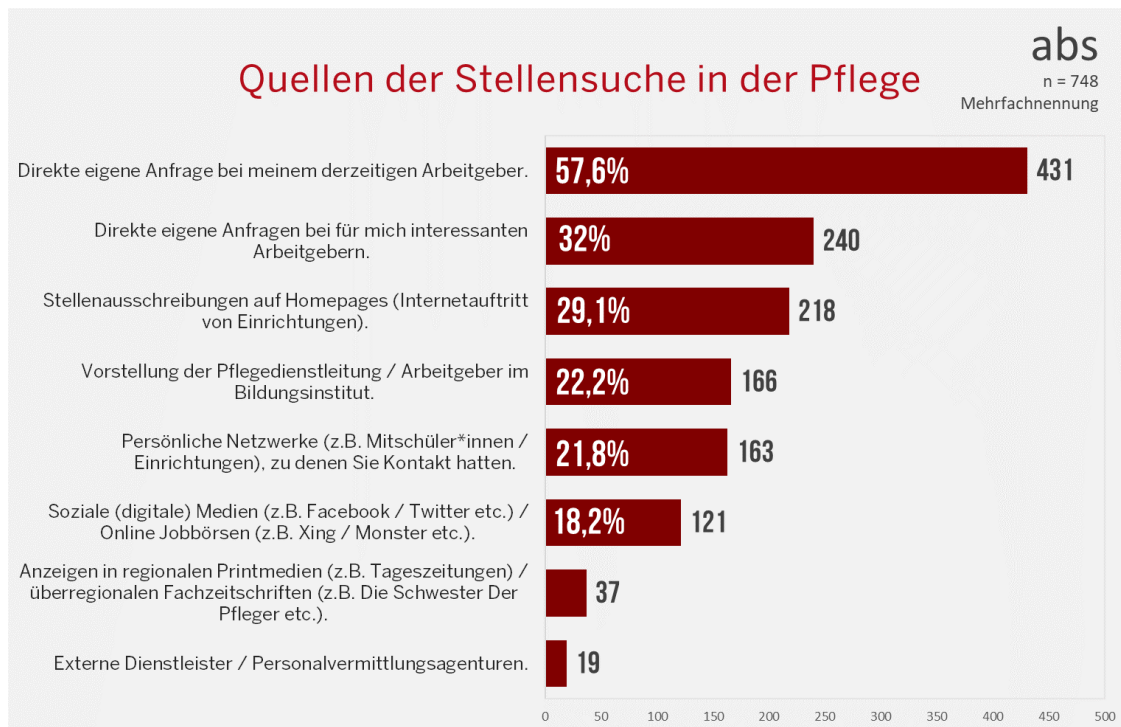


Abbildung 17: Quellen der Stellensuche in der Pflege

Berufseinmündende verbleiben überwiegend regional. Sie sind nicht nur überwiegend sektorentreu und arbeitgeber-treu, sondern auch ortstreu.

Damit stabilisiert sich eine Aussage, die in der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe auch aus der Perspektive der Einrichtungen bezüglich der Reichweite besteht, aus der Personal erfolgreich angeworben werden kann. Die Grenze wird auf einen Umkreis von rund 20 Kilometer bestimmt, was für eine überwiegend kleinräumige und ortstreu Beschäftigung spricht, die sich auch bei den Auszubildenden wiederfindet. Für ihre „Traumarbeitsstelle“ würden Berufseinmündende bevorzugt bis zu 20 km zwischen Wohn- und Arbeitsort pendeln. Auch ein Wohnortwechsel für eine Stelle wird im Median im Radius von 20 Kilometern angegeben, auch wenn einzelne einen großen Aktionsradius beschreiben, der sich in Extremwerten und in einem hohen arithmetischen Mittelwert niederschlägt (arithmetisches Mittel: 127 km).

PRÄFERENZEN DES ARBEITSFELDES UND STELLENUMFANGS

Auszubildende sind sich der Vielfalt an Möglichkeiten und unterschiedlichen Handlungsfeldern bewusst und können sich neben den eigenen Betrieben auch andere Sektoren der Versorgung als potenzielle Tätigkeitsfelder vorstellen.

Korrespondierend zu den Ergebnissen der Erwerbsbiografien bevorzugen mehr Altenpflegende als Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende Sektoren der Pflegearbeit außerhalb der klassischen Orte der Pflegeversorgung und Ausbildung (Krankenhäuser, Altenheime und ambulante Dienste).

So sind unter den Altenpflegenden mögliche Berufsfelder in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe offenbar eher vorstellbar als in der Gesundheits- und

(Kinder-)Krankenpflege. Eine „Abwanderung“ aus einem Beschäftigungsverhältnis bei einem Träger hin zu einem flexiblen Einsatz im Rahmen einer Arbeit für Zeitarbeitsfirmen mit unterschiedlichen Einsätzen scheint es den vorliegenden Daten zufolge aktuell nicht zu geben.

Ob sich im Zuge einer Generalistik hier Präferenzverschiebungen zeigen, kann aktuell nicht sicher erfasst werden und wird Gegenstand der Evaluation der Wirkungen der generalistischen Pflegeausbildung werden.

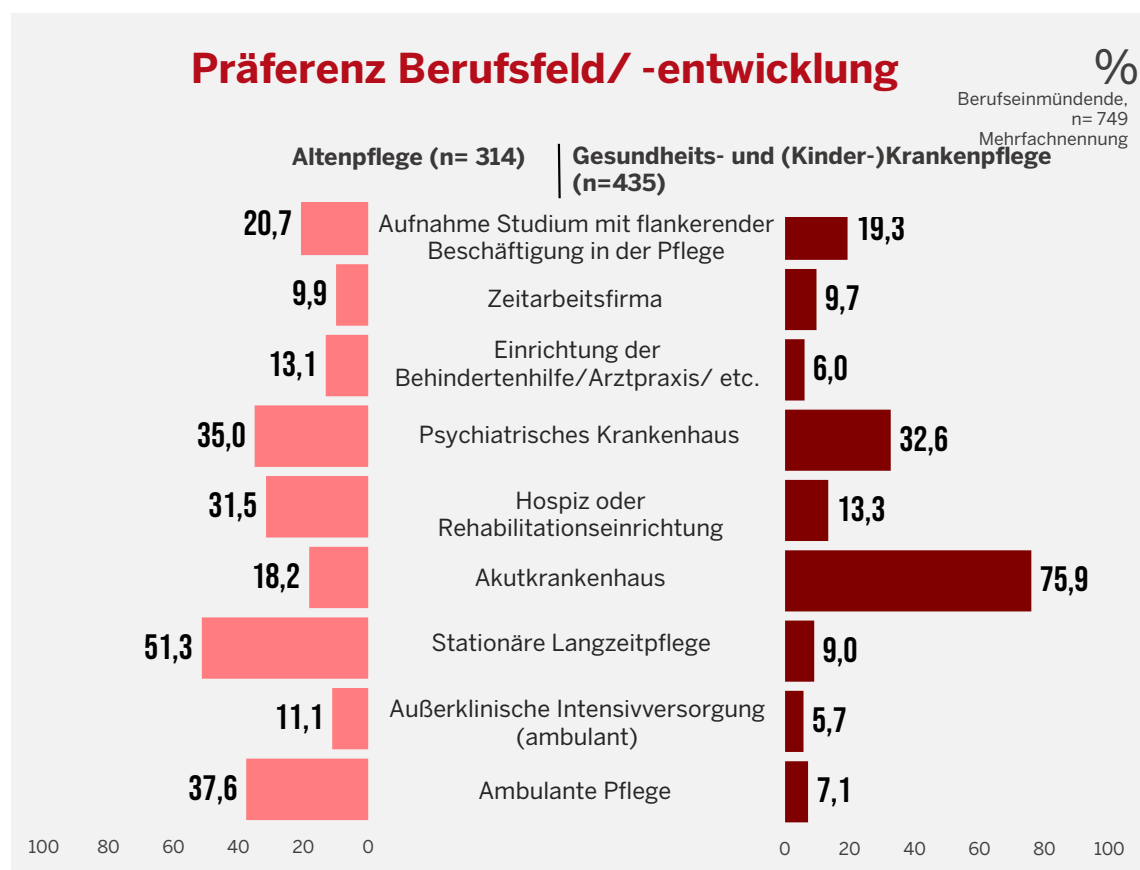


Abbildung 18: Bevorzugte Berufsfelder Berufseinmündender

Weitere Untersuchungspunkte waren die Fragen, in welchem Beschäftigungsumfang die Aufnahme einer Tätigkeit geplant ist sowie die Ermittlung von Gründen, die für oder gegen eine Aufnahme in Vollzeit sprechen.

Den Daten in der Stichprobe zufolge wollen 74,5 Prozent der Berufseinmündenden in Vollzeit tätig werden. Damit liegt der Anteil der jungen Pflegenden, die in Vollzeit arbeiten wollen, deutlich oberhalb des Durchschnitts der Anteile der Vollzeitbeschäftigung in der Pflege insgesamt.

Allerdings zeigt sich in der Berufsdifferenzierung ein höherer Teilzeitwunsch der Altenpflegenden bei der Berufseinmündung. 31,8 Prozent der Altenpflegenden sehen hier die Priorität im Beschäftigungsumfang. Mit 17,7 Prozent sind in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende deutlich weniger Pflegenden zu beobachten, die in einer Teilzeitbeschäftigung einsteigen möchten (gesamt 190 Personen).

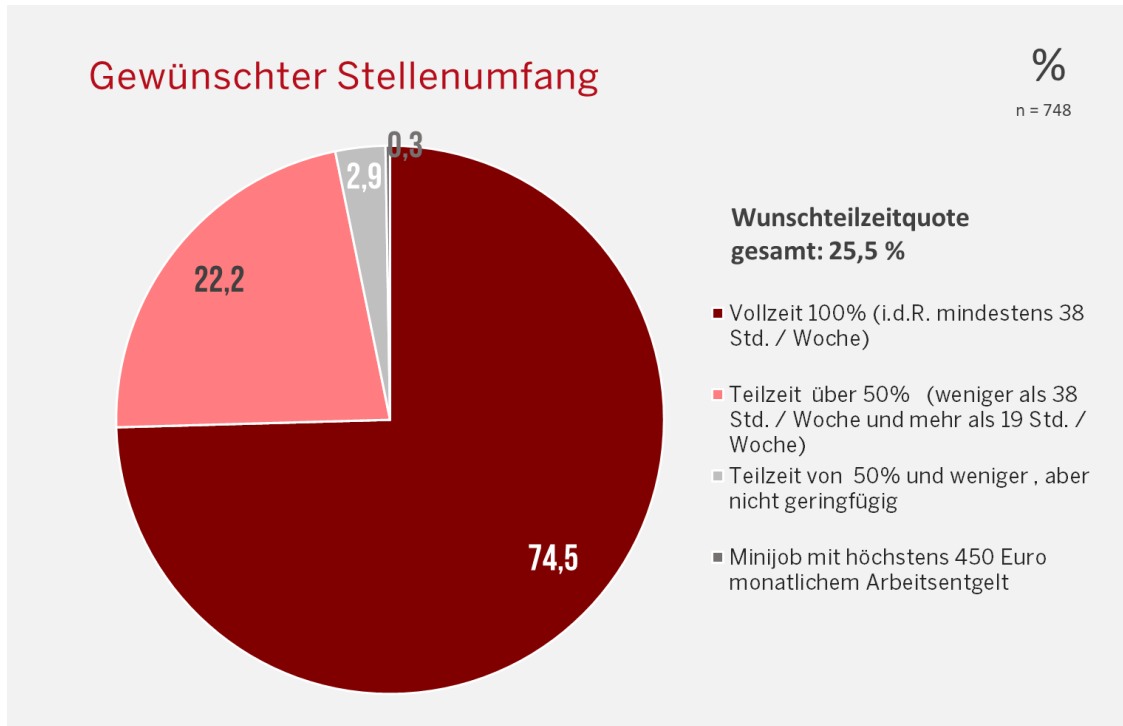


Abbildung 19: Wunschstellenumfang Berufseinmündender

Bei den Gründen, die zur Teilzeitbeschäftigung (n=190) führen, zeigen sich primär gesundheitsbezogene und belastungsbezogene Aussagen.

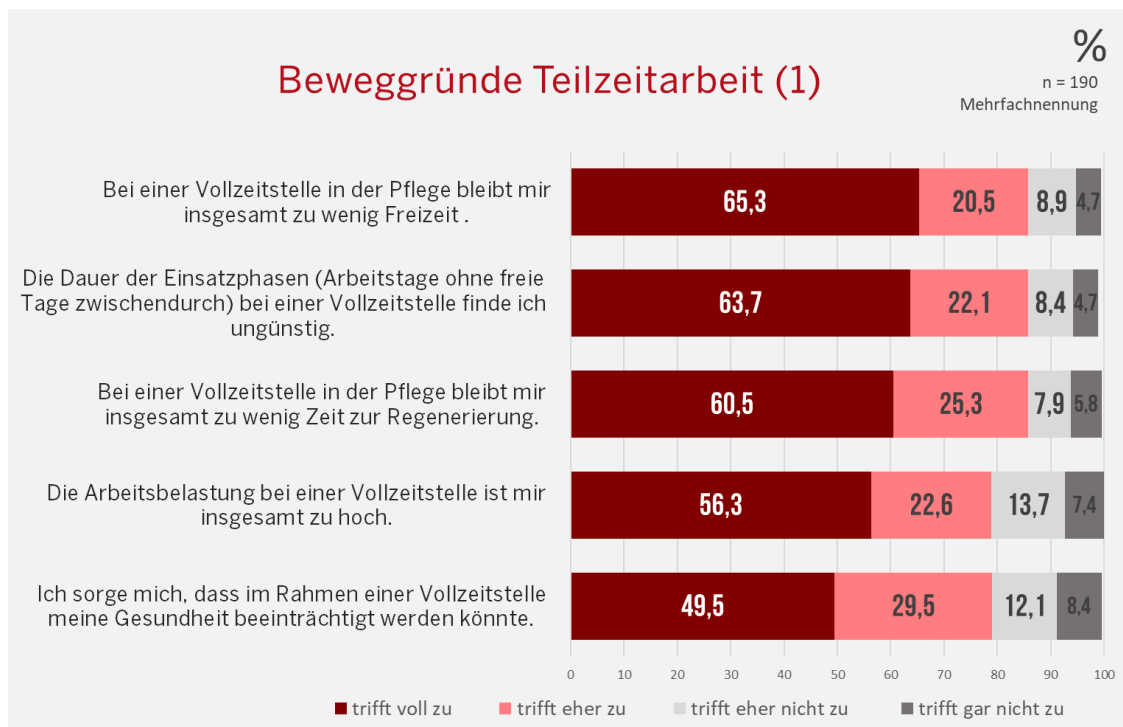


Abbildung 20: Beweggründe zur Teilzeitbeschäftigung bei der Berufseinmündung (1)

In der Differenzierung zwischen den Berufen ergeben sich dabei nuancierte Unterschiede. Bei den Altenpflegenden (n=112) zeigen sich die Zustimmungen (trifft voll zu und trifft eher zu) bei den ausgewählten Kriterien häufiger als bei

den Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden (n=78). Die Arbeitsbelastung einer Vollzeitstelle in der Pflege wird als zu hoch bewertet; befürchtet werden gesundheitliche Belastungen. 91,0 Prozent der Altenpflegenden mit Teilzeitwunsch finden die Einsatzphasen (Dauer der Arbeitstage ohne freie Tage) bei einer Vollzeitstelle ungünstig (Krankenpflege: 80,5 Prozent).

Bemerkenswert ist der Hinweis, dass in beiden Gruppen der Alten- sowie Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden rund die Hälfte der Befragten angibt, zur Sicherung des Lebensunterhaltes keine Vollzeitarbeitsstelle zu benötigen. Hier spielen ggf. weitere Familieneinkommen eine zentrale Rolle, sodass eine vollumfängliche Erwerbstätigkeit nicht erforderlich erscheint.

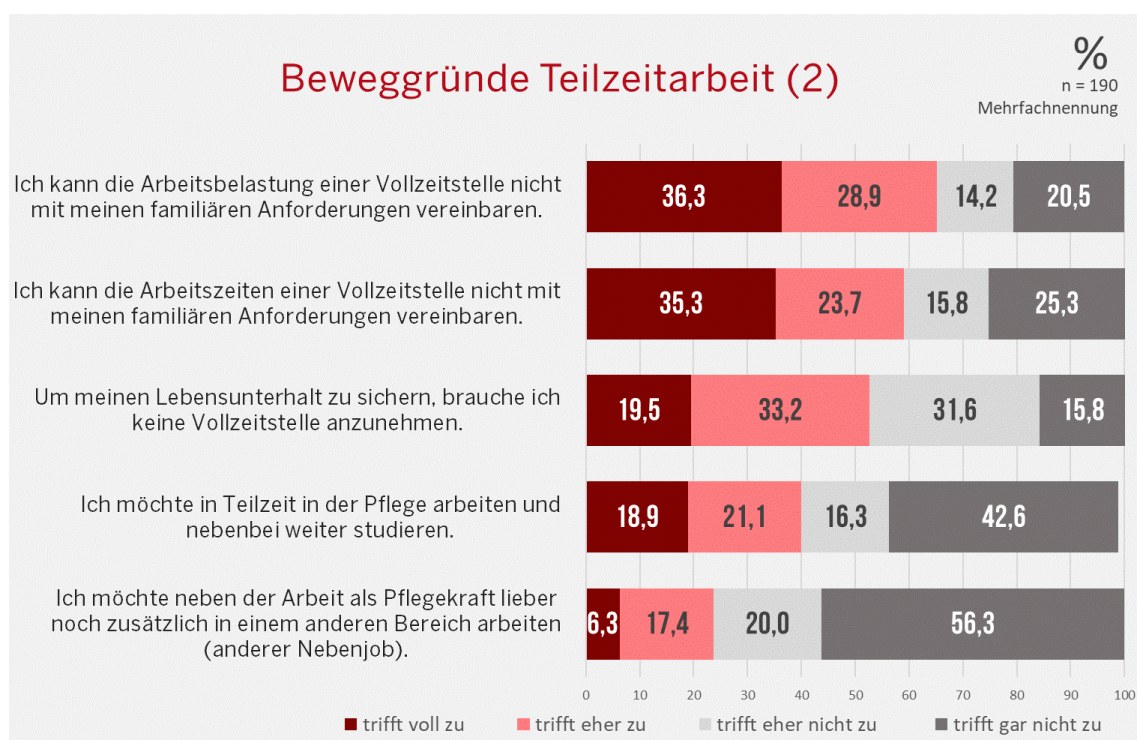


Abbildung 21: Beweggründe zur Teilzeitbeschäftigung bei der Berufseinmündung (2)

ATTRAKTIVITÄTSMERKMALE EINER ARBEITSSTELLE

Bezogen auf die Arbeitsangebote konnte ermittelt werden, dass rund jeder dritte Berufseinmündende zwei und mehr Stellenangebote bzw. Stellenzusagen erhält. Die Auswahl besteht somit weniger auf Seiten der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber als auf Seiten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

Identifiziert werden sollten die Hauptmerkmale, die zur Auswahl einer Stelle als bedeutsam eingestuft werden. Es gibt dabei Merkmale, die deutlich seltener als „sehr wichtig“ angegeben wurden, aber dennoch bedeutsam erscheinen. Summiert man die beiden positiven Kategorien (sehr wichtig/eher wichtig), so ergeben sich überwiegend Zustimmungswerte von über 80 oder 90 Prozent, sodass hier eher die Nuancen der Bedeutung eine Rolle spielen in der Bewertung.

Am häufigsten wurde die gute Einarbeitung benannt (93,0 Prozent), gefolgt von dem Anspruch, dass der gewünschte Stellenumfang realisiert werden kann (80,2 Prozent). Der Arbeitslohn soll den eigenen Erwartungen entsprechen (79,5 Prozent). Ferner sind auch gute Angebote zur Fort- und Weiterbildung von Bedeutung sowie das Wissen, mit einem guten Team zusammenzuarbeiten. Für die Berufseinmündenden spielen auch Gestaltungsräume eine Rolle, was sich u.a. dadurch ausdrückt, dass Sie Neues dazulernen möchten. Die benannten Merkmale erreichen Nennungen in der Kategorie „sehr wichtig“ von mindestens 75 Prozent der Antwortenden und bewegen sich teilweise auf einer gleichrangig hohen Einschätzung.

Ökonomische Indikatoren spielen dabei eine wichtige Rolle (z.B. Arbeitslohn entspricht Erwartung, Zusatzleistungen und Jahressonderzahlungen, Tariflohn), sie dominieren jedoch nicht die Liste der Attraktivitätsmerkmale.

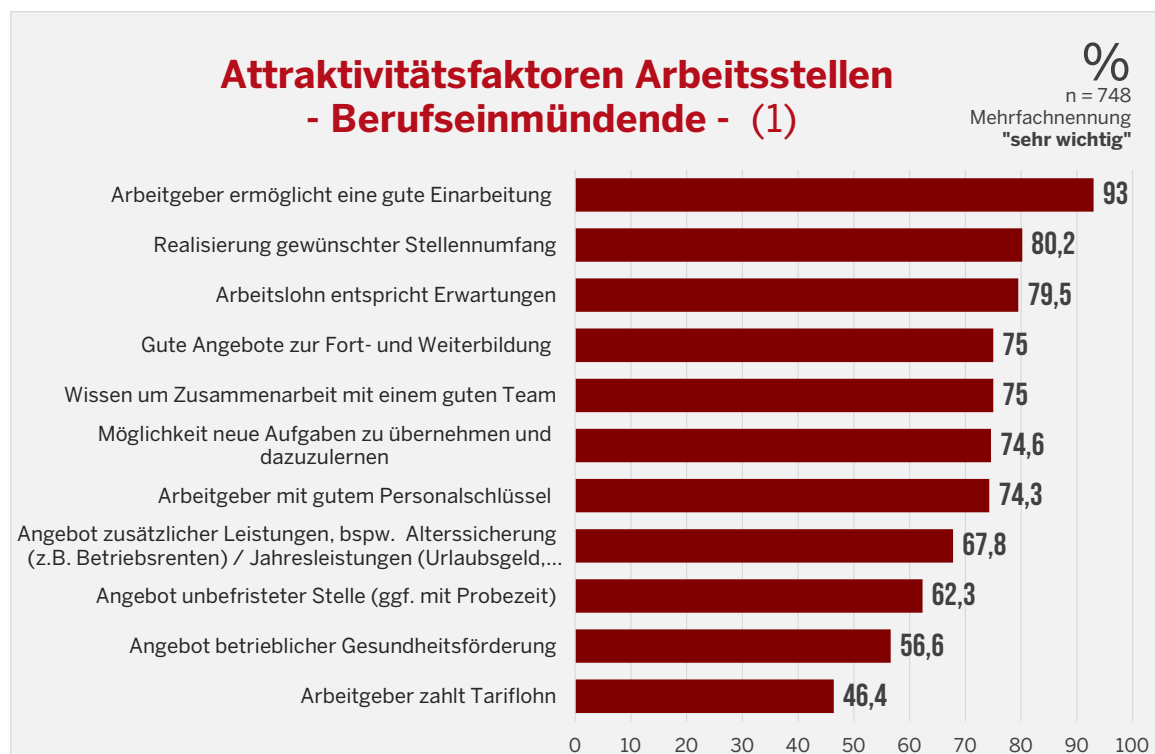


Abbildung 22: Attraktivitätsfaktoren zukünftiger Arbeitsstellen für Berufseinmündende (1)

Die nachfolgend beschriebenen Merkmale, die niedriger gerankt werden, sind nicht als irrelevant zu interpretieren. Hier erfolgte überwiegend ein Wechsel in der Kategorie von sehr wichtig zu eher wichtig. Sie sind somit immer noch bedeutsam, verlieren aber den Charakter der Eindeutigkeit in der Zustimmung.

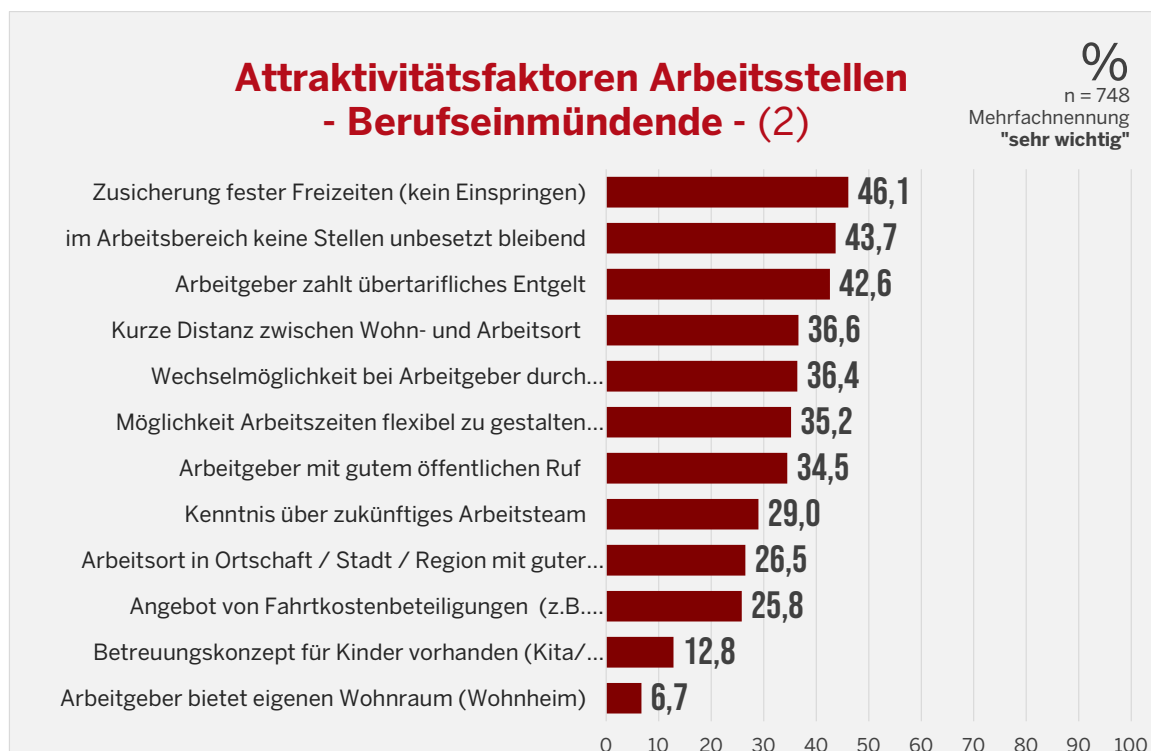


Abbildung 23: Attraktivitätsfaktoren zukünftiger Arbeitsstellen für Berufseinmündende (2)

Entgegen der Erwartung der Autorinnen und Autoren gab es Aspekte, die kaum von Relevanz erscheinen und sowohl bei der Kategorie „sehr wichtig“ nur geringfügig angegeben wurden als auch in der erweiterten Zustimmung „eher wichtig“ durch niedrige Zustimmungen auffielen.

Dies ist insbesondere die Zurverfügungstellung von eigenem Wohnraum durch die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber. Dies führt ggf. regional beeinflusst zur Attraktivitätssteigerung (z.B. in Ballungszentren) und kann ggf. auch mit der Art, der Größe und der Substanz der zur Verfügung gestellten Wohnumgebung im Zusammenhang stehen (Wohnung, Appartement oder Wohnheimzimmer). Dies bedarf jedoch einer weiteren Differenzierung, wie sie in der vorliegenden Studie nicht vorgenommen wurde. In der Gesamtheit spielen diese Aspekte in der Breite keine Rolle und werden nicht als Erfordernis mit den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern in Verbindung gebracht.

Ähnlich verhält es sich hier auch bei dem Thema der Kinderbetreuung. Dies scheint entweder kein Merkmal zu sein, das bei Berufseinmündenden schon eine Relevanz hat, oder spielt bei der Entscheidung keine zentrale Rolle. Auch hier muss angeführt werden, dass weitere Ausdifferenzierungen des Themenfeldes von Bedeutung scheinen (ggf. durch qualitative Erfassungen). In Rückmelderunden mit Studierenden, Einrichtungsleitungen und Trägern im Rahmen der Diskussion der Ergebnisse ergaben sich z.B. Hinweise, dass eine eigene Kita tatsächlich nicht den Erwartungen entspricht und auch nicht als primär hilfreich angesehen würde.

Jedoch sind z.B. Betreuungsmöglichkeiten in Ferienzeiten, die Organisation von Stadtranderholungen etc. in den Ferienzeiten bedeutsam, da sich hier Betreuungslücken ergeben können, die aufgrund der Dauer der Schulferienzeiten nicht alleine durch die Familien gedeckt werden können.

BERUFS- UND BLEIBEPERSPEKTIVE

Nicht nur die Merkmale der Attraktivität sind bedeutend, sondern auch die Frage, mit welchem Fokus eine erste Stelle angenommen wird (z.B. als temporäre Übergangslösung oder als langfristige Berufsperspektive). Dies zu wissen, ist auch für Arbeitgeber von herausragender Bedeutung und bietet Planungssicherheit. Von den 564 Teilnehmenden mit fester Stellenzusage wurden Informationen zu Kriterien der Stellenauswahl und zur Perspektive erbeten.

Dabei zeigt sich einerseits eine „gewisse Vorläufigkeit“ der Entscheidung. 84,1 Prozent stimmen voll oder eher zu, dass die Stelle geeignet erscheint, um dort zunächst Berufserfahrung zu sammeln. Zugleich aber werden dabei Stellen angenommen, die bereits eine hohe Übereinstimmung mit den eigenen Bewertungskriterien aufweisen. Kompromisse werden dabei weder bei der Wahl des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin noch bei der Stelle selbst in Kauf genommen.

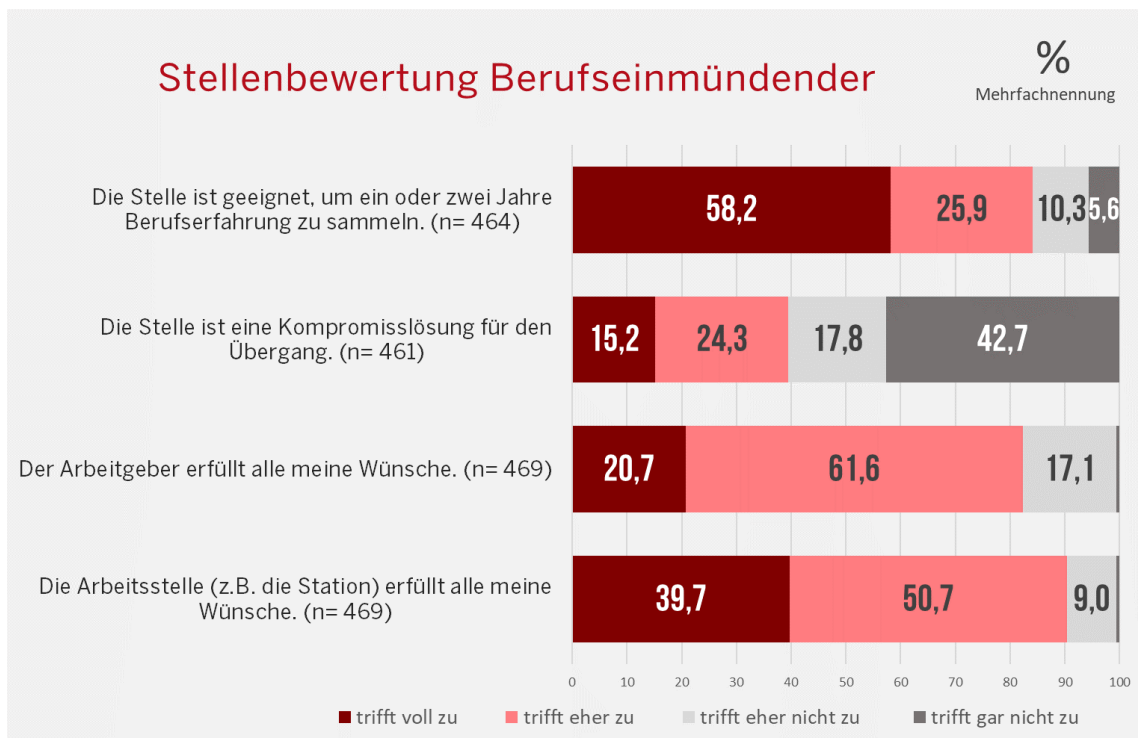


Abbildung 24: Perspektive der Erststelle bei Berufseinmündenden

Gründe, angebotene Stellen abzulehnen, werden ebenso benannt. So existieren andere Vorstellungen bezüglich der Arbeitsinhalte (11 Prozent), der Organisation der Arbeit (8,7 Prozent) sowie an dritter Stelle eine zu schlechte Bezahlung (7,0 Prozent). Die längerfristige Bleibeperspektive fällt überwiegend positiv aus. Mehr als 60 Prozent können sich gut vorstellen, auf dieser Stelle noch nach 5-10 Jahren zu arbeiten (trifft voll zu, trifft eher zu). Die Vorstellung, beim Arbeitgeber zu bleiben, aber den Arbeitsplatz innerhalb der Einrichtung zu wechseln,

trifft für weniger Berufseinmündende voll zu. Die Bindungsfaktoren an den ausgewählten Arbeitsplatz, also an die unmittelbare Arbeitsumgebung, sind damit höher zu bewerten als die Bindung an Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber.

Eine weitere Frage ist die nach der allgemeinen Berufsperspektive. Der überwiegende Anteil Berufseinmündender sieht den eigenen Berufsverbleib positiv und hält es für sehr wahrscheinlich, in 10 Jahren noch oder wieder (nach Unterbrechungszeiten aufgrund von Babypausen o.ä.) in der Pflege berufstätig zu sein.

Die Berufseinmündenden sehen sich nach 10 Jahren überwiegend weiterhin in der patientennahen Arbeit verortet. Dabei werden fachspezifische Qualifikationen und damit horizontale Karrieren geplant. Die vielfach formulierten Befürchtungen, dass Pflegenden nach einer kurzen Zeit der klinisch praktischen Tätigkeit ausscheiden wollen, finden sich auf der planerischen Ebene der Berufseinmündenden nicht wieder.

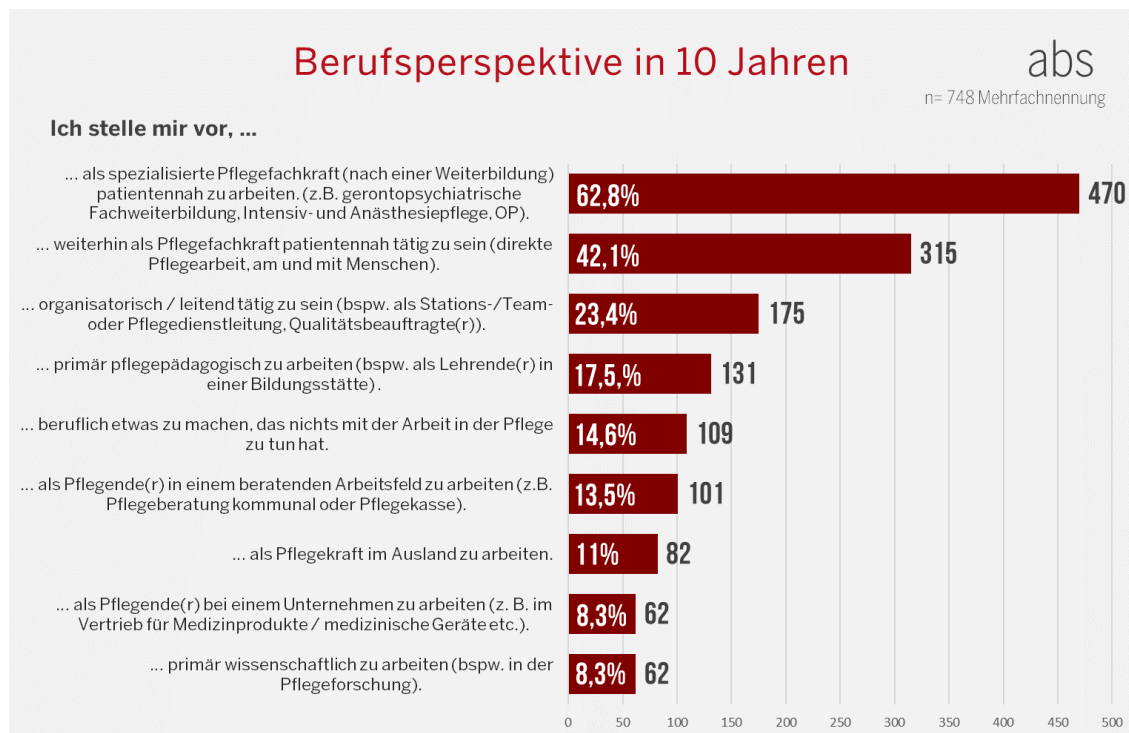


Abbildung 25: Berufsperspektive Berufseinmündender

Bezogen auf die Merkmale der Stellen, die ausgewählt wurden, ist die wöchentliche Arbeitszeit relevant. Diskutiert werden für Pflegeberufe beispielsweise die Absenkung der wöchentlichen Arbeitszeit zur Attraktivitätssteigerung und somit eine reale Aufwertung der Löhne, die jedoch nicht durch zusätzliches Gehalt, sondern durch mehr Freizeit realisiert werden kann. Erprobt wird dabei u.a. eine „35-Stunden-Woche“ bei voller Bezahlung, wie sie bei einem Träger der Arbeiterwohlfahrt in Bayern realisiert werden soll. Eine Stichprobensichtung von Pflegestellenanzeigen zeigte auf, dass bereits aktuell einige privatwirtschaftliche Pflegebetriebe zu besetzende Vollzeitstellen mit einer 35-Stunden-Woche bewerben.

Die Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche, die einer Vollzeitbeschäftigung entspricht, ist dabei in der vorliegenden Befragung branchenabhängig. Arbeitszeiten werden dann als Vollzeitbeschäftigung ausgewiesen, wenn die Arbeitszeit der betriebsüblichen Arbeitszeit entspricht. In Industriebranchen mit Flächentarifwerken, bspw. der Metall- und Elektroindustrie, gelten in den alten Bundesländern durchschnittliche Wochenarbeitszeiten von 35 Stunden als Vollzeitbeschäftigung²¹. Für die Pflege werden in den unterschiedlichen Tarifwerken Arbeitszeiten zwischen 38 und 40 Stunden/Woche als Vollbeschäftigung benannt. Die Pflegestatistik beschreibt eine wöchentliche Arbeitszeit von 38,5 Stunden als Vollzeitstelle. Entsprechend wurde für diese Untersuchung eine Wochenarbeitszeit von 38 Stunden oder mehr als Vollzeitbeschäftigung angenommen und eine Abfrage nach Wochenarbeitszeiten bei den Berufseinmündenden vorgenommen.

Den Analysen zufolge haben Berufseinmündende bei Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern in privater Trägerschaft prozentual weniger Vollzeitstellen im Verhältnis zu Teilzeitstellen angenommen, als dies in freigemeinnütziger oder öffentlicher Trägerschaft der Fall ist.

Angenommene Stellen bei	Vollzeit	Vollzeit mit Arbeitszeit < 38 Std. / Woche	Teilzeit
öffentlichen Trägern (n= 196)	169 (86,2 %)	2,4 %	12,8 %
freigemeinnützigen Trägern (n= 178)	131 (73,6,2 %)	7,6 %	25,3 %
privaten Trägern (n= 123)	91 (74,0 %)	11,0 %	26,0 %

Abbildung 26: Vollzeitstellen bei Berufseinmündung nach Trägerschaft und Arbeitszeiten

Der Anteil der Vollzeitstellen mit einer Arbeitszeit unter 38 Std. / Woche fällt bei den privaten Anbietern mit 11 Prozent höher aus. Dies erhärtet die Annahme, dass private Anbieterinnen und Anbieter Gestaltungsmöglichkeiten nutzen, die 38- bis 40-Stunden-Woche in der Pflege zu verändern und dies als Attraktivitätsfaktor im Rahmen der Fachkräftesicherung einzusetzen. Gegengerechnet werden muss dies jedoch mit dem Urlaubsanspruch der Mitarbeitenden. Hier können sich Effekte ausgleichen, wenn die wöchentliche Arbeitszeit reduziert erscheint, der Urlaubsanspruch aber niedriger veranschlagt wird als bei freigemeinnützig oder öffentlich getragenen Einrichtungen.

Es zeigen sich, bezogen auf Arbeitszeitmodelle, deutliche Unterschiede zwischen den Sektoren. Im ambulanten Pflegesektor werden knapp 40 Prozent der Berufseinmündenden in einer 6-Tage-Woche arbeiten, im Krankenhaus trifft dies für 14,4 Prozent zu, hier dominiert deutlich das Arbeitszeitmodell der 5-

²¹ <https://www.igmetall.de/tarif/besser-mit-tarif/tarifbindung-was-sie-bringt-wem-sie-nutzt>

Tage-Woche mit kalkulatorisch mehr arbeitsfreien Tagen bei gleichzeitiger Erhöhung der täglichen Arbeitszeit.

Diese Ergebnisse rücken einen Zusammenhang mit dem Belastungserleben der Altenpflegenden und den beschriebenen Arbeitszeitregelungen in den Blickpunkt. Als Gründe für die Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung wurden u.a. auch die geringe Anzahl der arbeitsfreien Tage mit ins Feld geführt. In den ambulanten Diensten scheinen die Arbeitszeitmodelle der 6-Tage-Woche diese Belastung zu befördern.

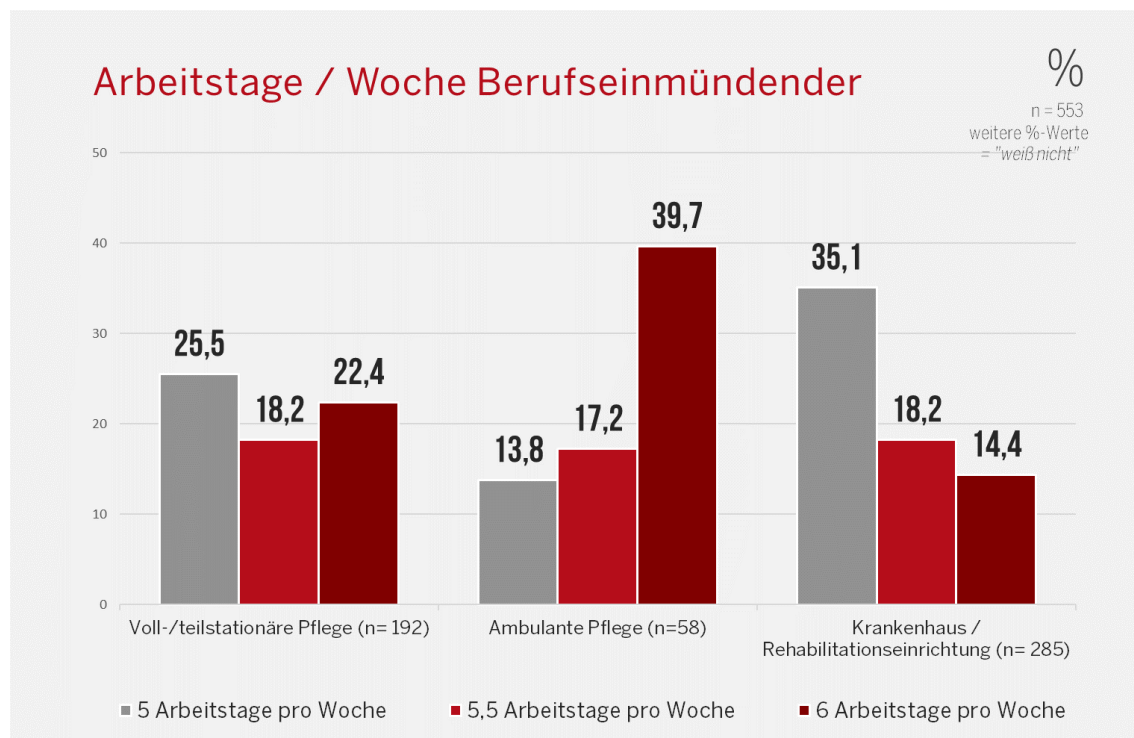


Abbildung 27: Arbeitstage / Woche Berufseinmündender

Die Fortführung dieser bislang kontrovers geführten Diskussion erscheint unter dem Aspekt der Reduzierung von Arbeitsbelastungserleben interessant, bedarf jedoch einer kritischen und umfassenderen Betrachtung, die neben den Arbeitszeitmodellen auch die Arbeitszeiten am Tag sowie die Urlaubstage mit betrachten müsste. Dies konnte im Rahmen der vorliegenden Befragung nicht vollumfänglich eingelöst werden und stand nicht im Fokus der Untersuchung.

ARBEITSENTGELTE UND ZUSATZLEISTUNGEN FÜR BERUFSEINMÜNDENDE

Der Wunsch nach einer Bezahlung, die den eigenen Erwartungen entspricht, wurde als Attraktivitätsmerkmal der Stellen beschrieben. Bedeutsam erscheint demnach die Frage, nach welchen Tarifsystemen die jungen Pflegenden in den Erwerb eintreten.

Wie zu erwarten, richten sich mehr Entgeltordnungen der Berufseinmündenden in der ambulanten Pflege nach individuellen Vereinbarungen mit dem zu-

künftigen Arbeitgeber/ der Arbeitgeberin, als es im Bereich der teil-/vollstationären Pflege oder im Krankenhausbereich der Fall ist. Hier überwiegen definierte Tarifverträge.

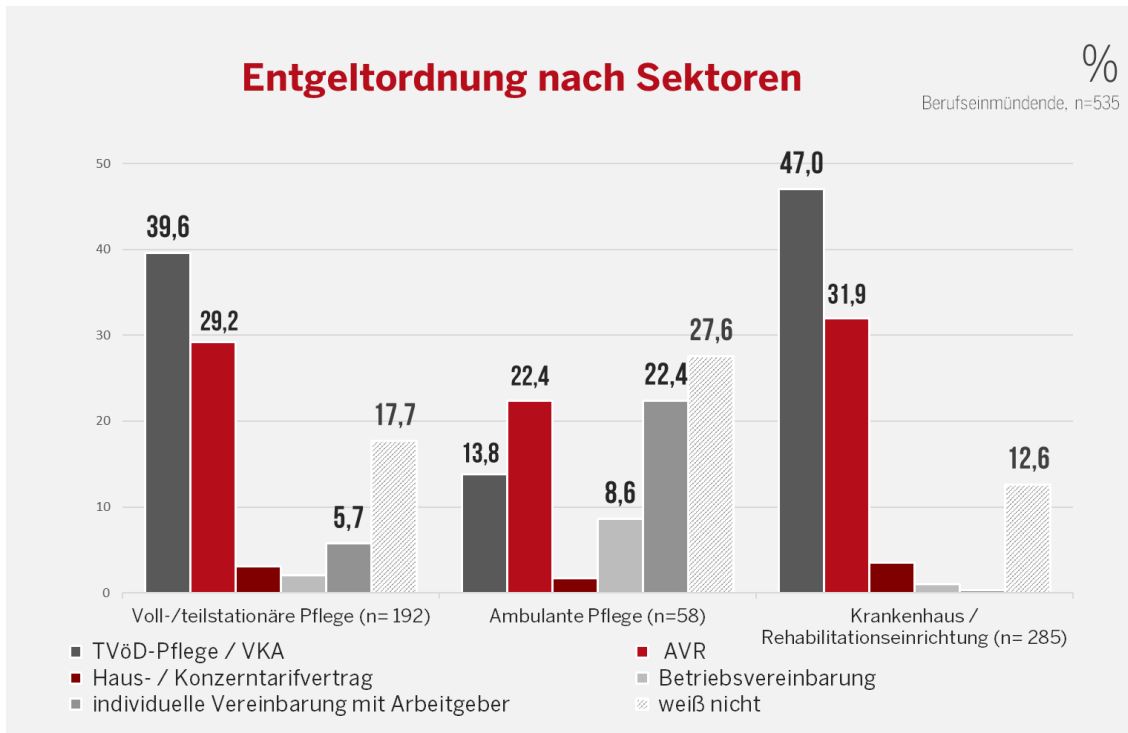


Abbildung 28: Entgeltordnung Berufseinmündender

Beachtenswert ist, dass rund jeder fünfte mit einer Stellenzusage nicht benennen konnte, nach welcher Entgeltordnung sich die zukünftige Entlohnung richtet (gesamt: 16 Prozent). Dies kann mit einem fehlenden Wissen um Unterschiede in Verbindung stehen oder ist als Indiz zu sehen, dass andere Faktoren bei der Stellenzusage eine größere Rolle spielen als die Frage nach einem Tarifsistem.

Vergütungsleistungen für Pflegearbeit weisen äußerst heterogene Strukturen auf. Neben Arbeitsentgelten (Bruttoentgelte) erhalten Berufsangehörige vielfältige Arten von Zuschlägen, Zulagen und Vergünstigungen mit und ohne Steuer- bzw. Abgabepflicht.

Die Angaben der Berufseinmündenden mit Stellenzusage (n=556) werden hierzu herangezogen und aufgrund der relativ kleinen Subgruppen (58 Einmündende in der ambulanten Pflege) für die Gesamtgruppe analysiert. Von Resultaten der Angaben zu Bruttogehältern muss aufgrund unplausibler oder fehlender Angaben Abstand genommen werden. Auch zu diesem wichtigen Aspekt scheinen keine systematischen Angaben einschätzbar zu sein.

Die zusätzlichen Leistungen und Vergünstigungen für Berufseinmündende zeigen die Komplexität der monetären und sachleistungsbezogenen Vergütungsstruktur für Pflegeberufstätige auf.

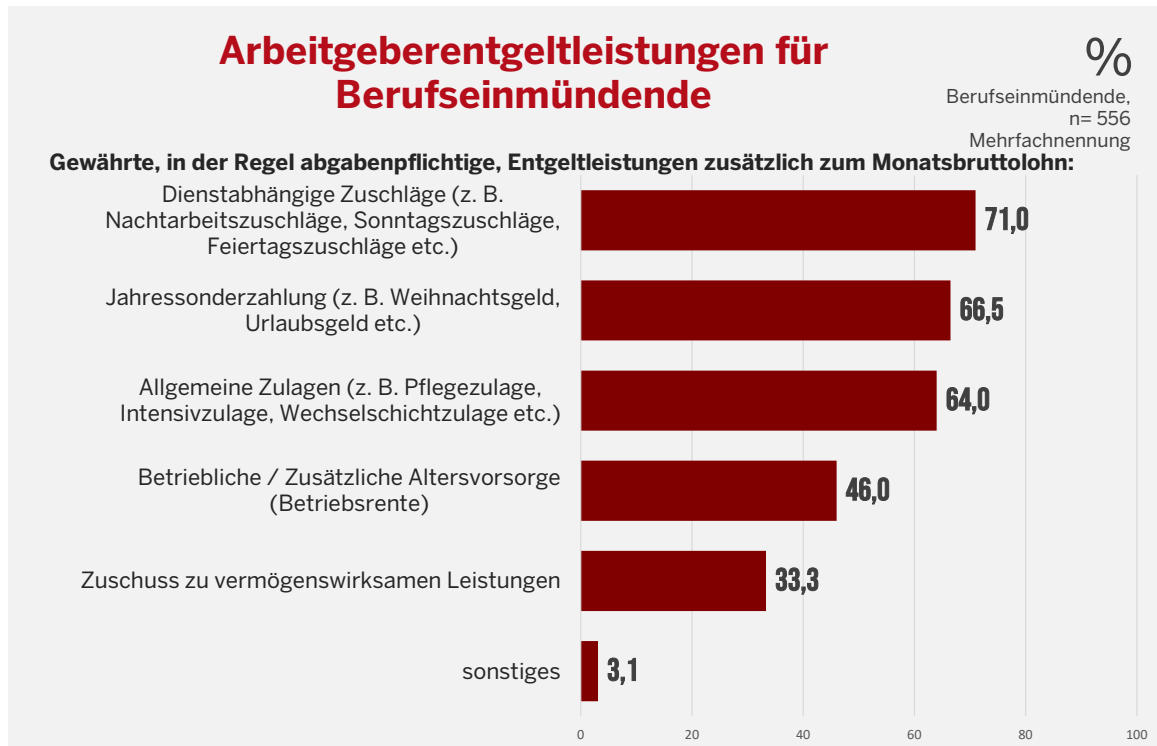


Abbildung 29: Zusatzleistungen für Berufseinmündende

Während die Berufseinmündenden Zulagen und Zusatzleistungen (in der Regel abgabenpflichtig) relativ häufig als Arbeitgeberinnen- und Arbeitgeberleistungen angegeben haben, werden andere Formen der Zuwendung und Unterstützung (ggf. auch abgabenfreie) Leistungen offenbar weniger häufig eingesetzt.

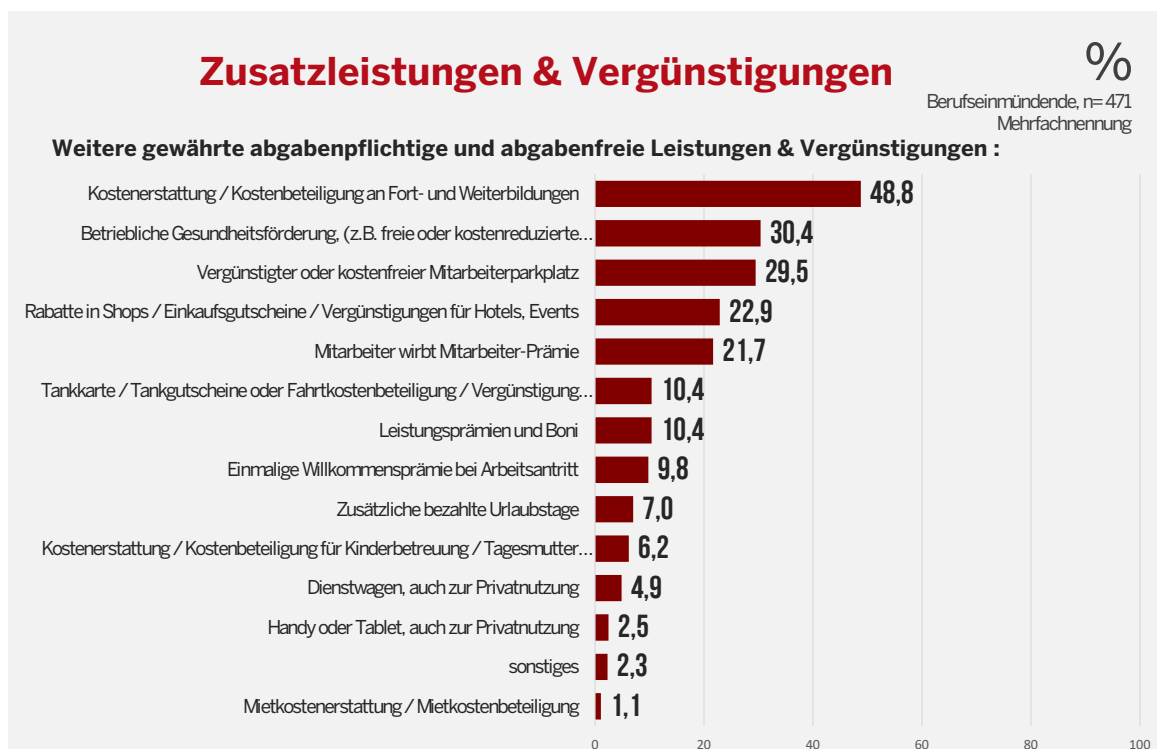


Abbildung 30: Zusatzleistungen und Vergünstigungen

Des Weiteren wurden den Berufseinmündenden der Erhalt weiterer Entgeltleistungen zugesagt, u.a. Bonus für nicht geplante Dienste, Ballungsraumzulagen, (über)-tarifliche Intensivzulage, Erschwernis- und Gefahrenzulagen, Internetgeld und leistungsorientierte Bezahlung oder auch eine Examensprämie. Zudem werden den Berufseinmündenden offensichtlich Jobfahrräder, Fitnessstudiomitgliedschaften, Umzugskosten und Guthabekarten offeriert.

NICHTEINMÜNDUNG IN DEN PFLEGEBERUF

Von 872 Teilnehmenden in der Stichprobe planen 124 (14,2 Prozent) nach ihrem Ausbildungsabschluss nicht oder zunächst nicht in der Pflege berufstätig zu werden. Bedenklich ist, dass 36 Absolventinnen und Absolventen als Beweggrund einer beruflichen Neuorientierung eine zu hohe Arbeitsbelastung in der Pflege angeben (Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege: 23, Altenpflege: 13 Personen). In Korrespondenz zu weiteren Befunden zum Belastungserleben in der Pflege verweisen diese Aussagen auf die Potenziale positiver Beeinflussung der Berufseinmündungsquote durch eine Reduktion der Arbeitsbelastung in der Pflege.

Als Gründe der Nichteinmündung wurden dabei inhaltlich auch Schwerpunkte der Weiterqualifizierung oder zur Berufstätigkeit außerhalb der Pflege sichtbar. Beispielsweise planen 59 Auszubildende der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegeausbildung ein Studium außerhalb der Pflegeberufe (Altenpflege: 12). Berufsfremde Ausbildungen/ Berufstätigkeiten planen gesamt 34 Personen.

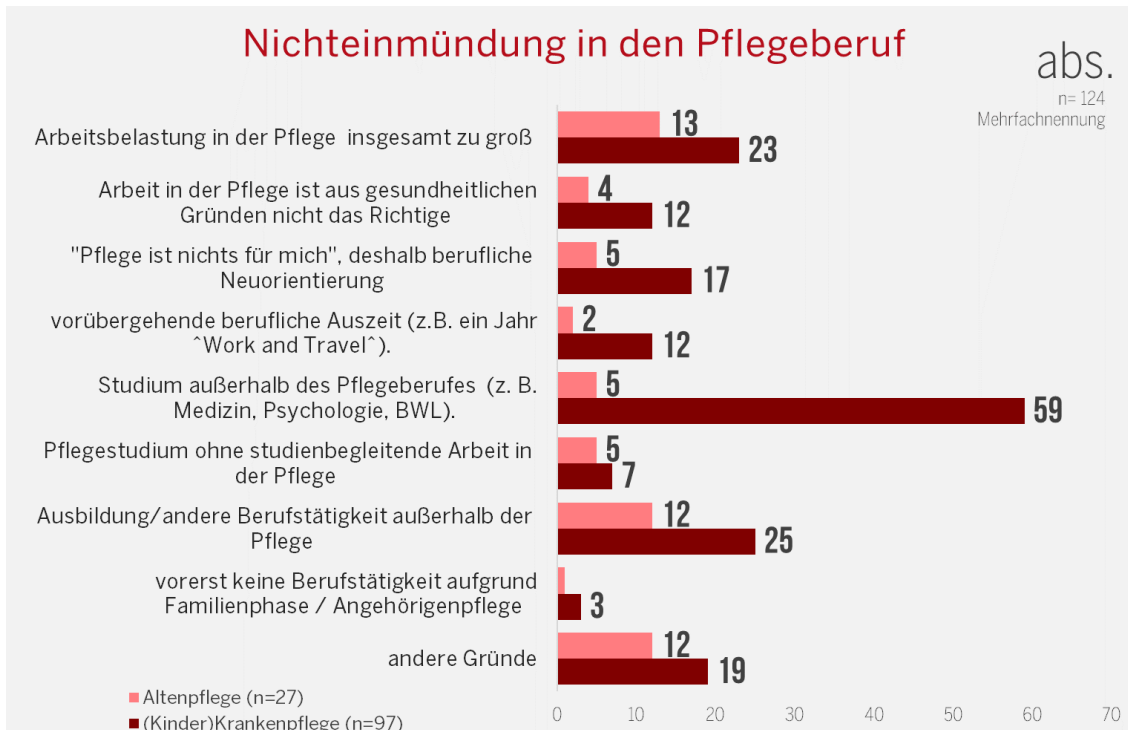


Abbildung 31: Nichteinmündung in den Pflegeberuf

Dabei gibt es auch Bestrebungen der Akademisierung, die auf eine Berufstreue hindeuten. Rund jeder/jede Zehnte der Nichteinmündenden (12) plant ein Pfl-

gestudium ohne parallele Berufstätigkeit in der Pflege und bleibt damit auf anderem Wege den Pflegeberufen verbunden (Berufstreue weit). Zudem ist für 14 Personen eine vorübergehende berufliche Auszeit (z.B. Work and Travel) der Grund aktueller Nichteinmündung in den Pflegeberuf. Ob und wann sie einen Einstieg in die Pflege realisieren, kann für diese Gruppen nicht gesagt werden. In der Berufshistorienanalyse zeigten sich nach einem Jahr höhere Werte der Berufsangehörigkeit als direkt nach Ausbildungsabschluss, was u.a. für eine temporär befristete Orientierungsphase oder eine Auszeit nach Ausbildungsabschluss sprechen könnte.

Als eher geringgradig relevant stellen sich dabei in der Befragung weitere vorübergehende berufliche Auszeiten heraus, wie eine anschließende Phase der Familiengründung (3) oder eine Phase der familiärer Sorge-/Pflegearbeit (1).

EINSTIEGSMOTIVATION UND BEWERTUNGEN ZUR PFLEGEAUSBILDUNG

Mit Blick auf die Berufseinmündung ist aufschlussreich, Einschätzungen und Aussagen zur Motivation und Zufriedenheit mit der Pflegeausbildung zu betrachten. Der größte Anteil der 872 Teilnehmenden hatte sich zur Pflegefachausbildung in drei Jahren entschlossen, 14 Personen (1,6 Prozent) nahmen einen ausbildungsbegleitenden oder ausbildungsintegrierenden Bachelorstudienangang auf, 4 Personen absolvierten eine Teilzeitausbildung.

Für die meisten (554 Personen; 63,2 Prozent) war der Wunsch einer Arbeit in einem sozialen Beruf mit Menschen ein Hauptfaktor der Motivation. Zudem wurden mehr als die Hälfte durch vorherige Erfahrungen, bspw. durch ein Praktikum in einem Krankenhaus oder einem Altenheim, motiviert. Auch die Aussicht auf einen sicheren Arbeitsplatz ist für Ausbildungsinteressierte der Altenpflege, aber auch der (Kinder-)Krankenpflege ein Grund gewesen, die Pflegefachausbildung zu beginnen. Diese drei Gründe können als primäre Faktoren abgegrenzt werden von einer Vielzahl weiterer Faktoren, die für die Aufnahme einer Ausbildung sprechen.

Für die Gewinnung junger Pflegenden ist es bedeutsam, dass der Anteil derer, die angeben, dass Pflege das ist, was sie immer machen wollten, relativ gering ausfällt. Entsprechend müssen andere Faktoren in der Werbung um junge Pflegenden betont werden, bspw. die Arbeitsplatzsicherheit.

In der Motivationsfindung spielen familiäre Vorerfahrungen von Eltern offenbar eine untergeordnete Rolle. Gleiches gilt für das im Verhältnis zu anderen Berufen hohe Ausbildungsgehalt, das häufiger als ein Attraktivitätsmerkmal benannt wird. Als Einstiegsmotivation hingegen reicht dies nicht aus und scheint nur einen geringen Einfluss auf die Ausbildungsaufnahme zu haben. Kaum Einfluss haben externe Empfehlungen durch Jobcenter.

Als eine Ausbildung, die gekennzeichnet ist als Vorbereitungsphase oder als Zwischenlösung bis zur Aufnahme eines Studiums, finden sich keine deutlichen Hinweise. Hier ist der Anteil bei den Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden höher als bei den Altenpflegenden. Zentral ist dieser Aspekt jedoch

nicht, was sich auch in der vorherigen Fragestellung bei den Nichteinmündenden zeigt. Insgesamt sind es 7,3 Prozent der Pflegenden, die nicht einmünden, sondern ein weiteres Studium aufnehmen. Diese werden sich in den Angaben der Einstiegsmotivation verortet haben.

Insgesamt zeigen sich nur geringe Differenzen zwischen den Ausbildungsgängen bzw. den Ausbildungsberufen in der Pflege.

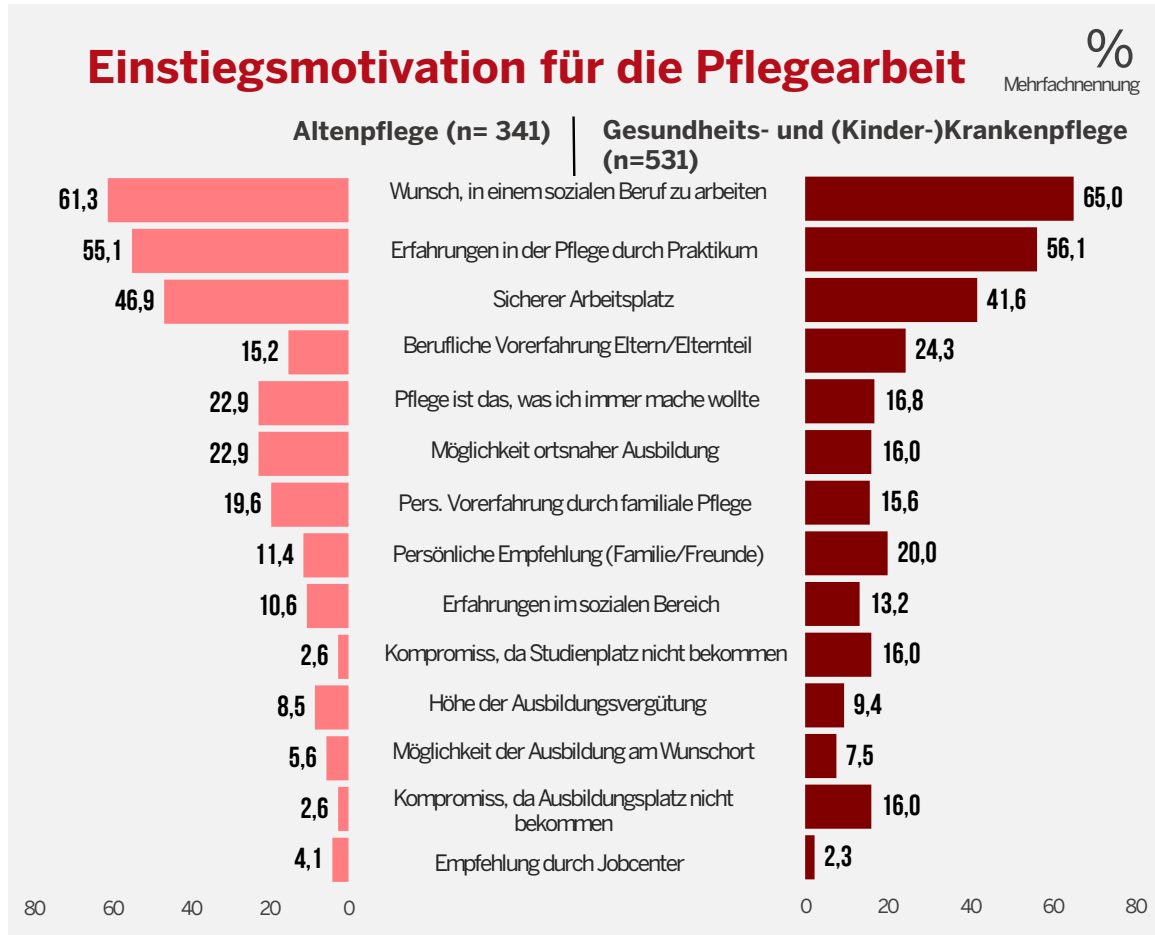


Abbildung 32: Motivationsfaktoren zur Aufnahme einer Pflegefachausbildung

Die Zufriedenheit mit der derzeitigen Ausbildung beurteilen die Absolventinnen und Absolventen mit einem Mittelwert von 6,4 auf einer Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 10 (sehr zufrieden). Dieses positive Ergebnis sollte auch vor dem Hintergrund der diskutierten Belastungen in der Pflege durch die Corona-Pandemie als gut bewertet werden.

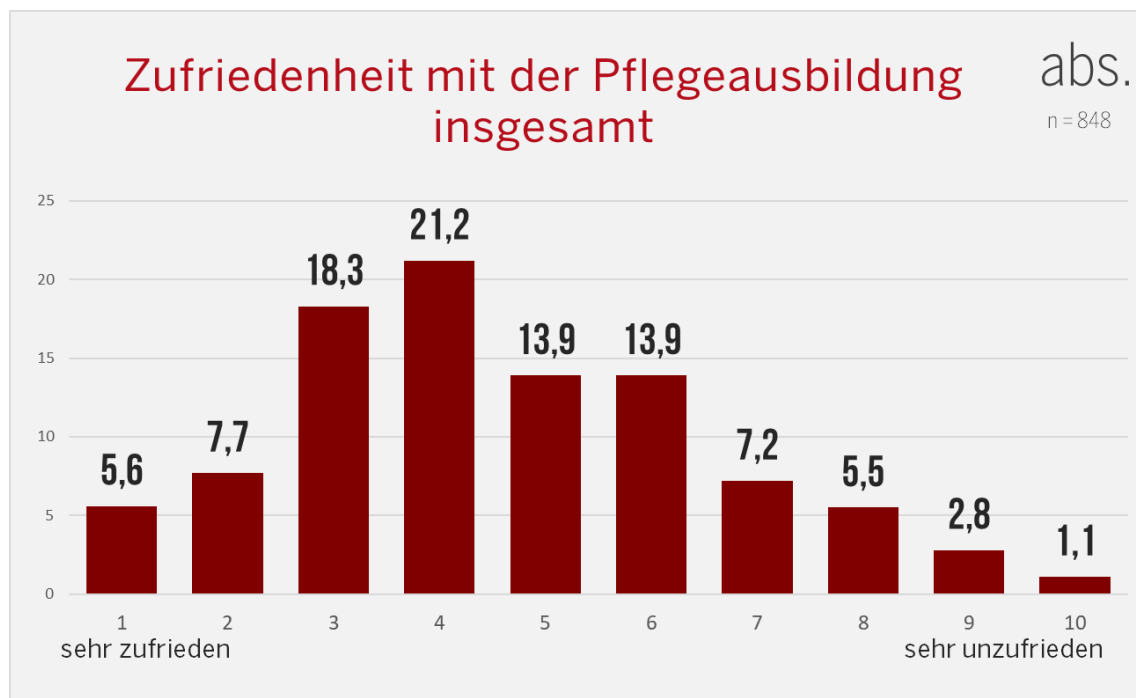


Abbildung 33: Zufriedenheit mit der Pflegefachausbildung am Ausbildungsende

Die Ergebnisse zur Ausbildungszufriedenheit spiegeln sich auch in der differenzierten Analyse und Gegenüberstellung der Berufsangehörigen bezüglich der Berufsempfehlung wider. 66,5 Prozent würden sich wieder für eine Pflegeausbildung entscheiden und 61,2 Prozent würden Freunden und Bekannten die Berufsausbildung in der Pflege empfehlen (trifft voll zu/trifft eher zu). Die Altenpflegenden sind dabei mit der Empfehlung gegenüber den Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden deutlicher in der positiven Positionierung. Die grundsätzliche Aussage, sich wieder für den Pflegeberuf zu entscheiden, wird von beiden Gruppen in ähnlicher Ausprägung benannt.

Mehr als $\frac{3}{4}$ der Antwortenden fühlen sich durch die theoretische sowie die praktische Ausbildung auf die Pflegearbeit gut vorbereitet und wurden von den Lehrenden in den Bildungseinrichtungen gut unterstützt. Die Arbeit der Praxisanleiterinnen- und -anleiter erlebte mehr als jeder zweite Teilnehmende ebenfalls als gute Unterstützung; insgesamt 41 Prozent sahen das aber auch nicht so (trifft eher nicht zu/trifft gar nicht zu). Hier sind Potenziale besserer Praxisbegleitung zu beobachten, die jedoch ggf. durch die in der generalistischen Pflegeausbildung verankerten Anteile verpflichtender praktischer Ausbildungsbegleitung bereits genutzt werden.

Praxiseinsätze haben der überwiegenden Anzahl an Berufseinmündenden (gesamt: 86,6 Prozent) offensichtlich die Vielschichtigkeit der Arbeitsmöglichkeiten aufgezeigt. Dies ist auch ein wichtiger Punkt bezogen auf die Außendarstellung des Pflegeberufs, denn die unterschiedlichen Arbeitsfelder und Möglichkeiten der beruflichen Tätigkeit werden auch in der breiten Bevölkerung und unter Schulabgängerinnen und -abgängern nicht bekannt sein.

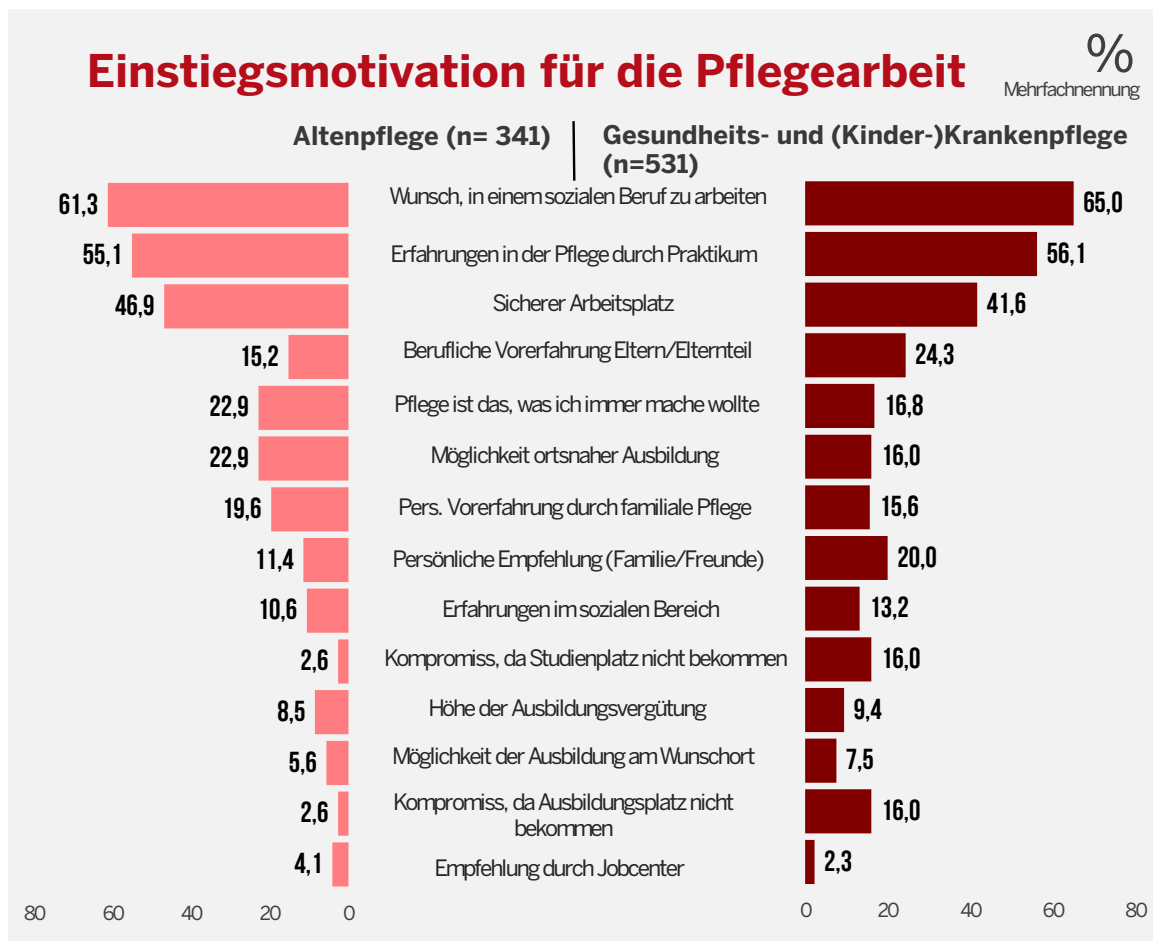


Abbildung 34: Beurteilungen der Pflegeausbildung

Von großer Bedeutung ist die Fragestellung, inwieweit Voraussetzungen gegeben sein müssen, um eine Pflegeausbildung mit Außeneinsätzen, unterschiedlichen Betrieben (Praktika) und auch die Erreichbarkeit des Ausbildungszentrums zu gewährleisten. In Regionen mit einer nicht hinreichenden Ausstattung des öffentlichen Personennahverkehrs kann dies ein Hinderungsgrund zur Aufnahme einer Pflegeausbildung darstellen.

Für mehr als die Hälfte der Auszubildenden war nach eigenen Angaben ein eigener PKW notwendig, um Praxiseinrichtungen zu erreichen. Der Mobilitätsanspruch kann im Zuge generalistischer Pflegeausbildung mit zusätzlichen verpflichtenden Praxiseinsätzen in Verbindung mit ansteigenden Lebenserhaltungskosten und Mobilitätskosten eine zunehmende Hürde in der Entscheidungsfindung für eine Pflegeausbildung darstellen. Vor allem für Ausbildungsträger im ländlichen Raum und Einrichtungen, die auf externe Kooperationspartner der praktischen Ausbildung angewiesen sind und nicht über ortsnahe ambulante Pflegedienste, psychiatrische oder kinder-, akut- oder langzeitpflegerische Versorgungsbereiche verfügen, können Erreichbarkeit und Kosten ein relevantes Thema sein oder zukünftig werden.

Insgesamt gaben 57,8 Prozent der Absolventinnen und Absolventen an, dass sie mit ihrer Ausbildungsvergütung ihren Lebensunterhalt voll oder eher bestreiten

können. Gut 40 Prozent sind auf zusätzliche Unterstützungen oder ergänzende Einkommen angewiesen.

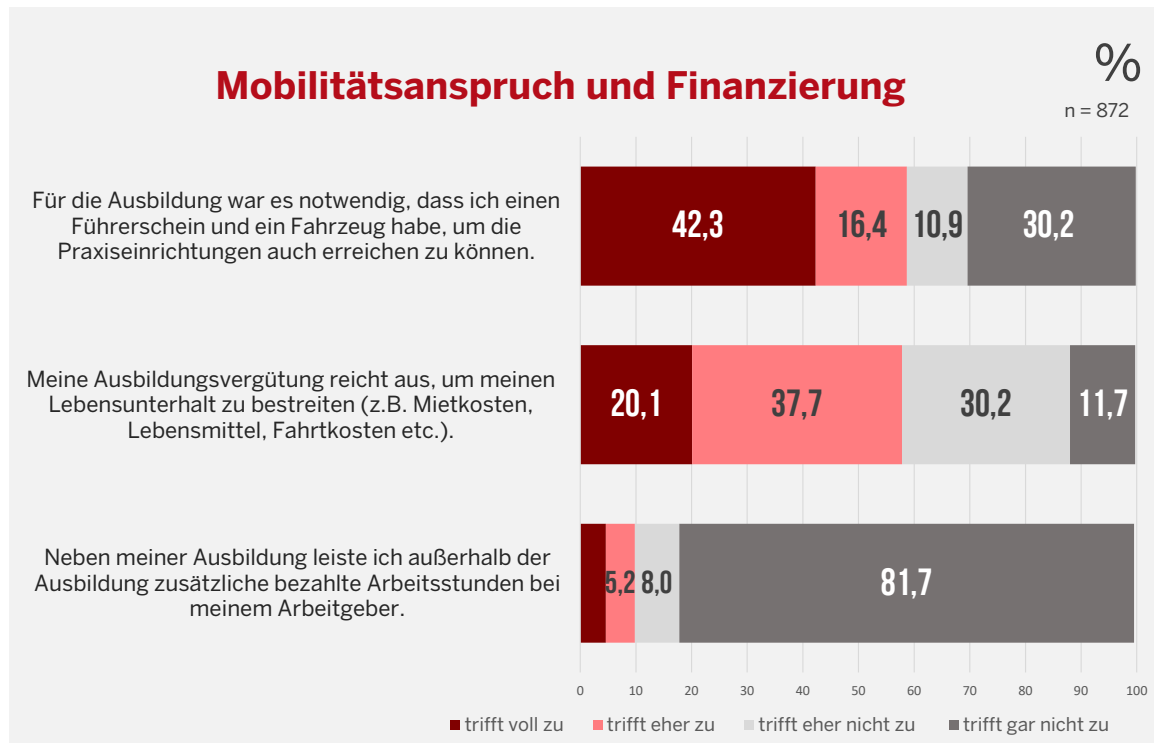


Abbildung 35: Mobilitätsanspruch und Finanzierung der Ausbildung

Der Anteil der Auszubildenden, die neben der Ausbildungsvergütung weitere Arbeitsstunden bei der Arbeitgeberin/dem Arbeitgeber leisten, liegt insgesamt bei 9,6 Prozent. Die Ausbildungsvergütung ermöglicht demnach überwiegend, sich auf die eigene Ausbildung konzentrieren zu können und den Lebensunterhalt zu sichern.

BERUFSVERBLEIB UND BERUFSBINDUNG

Neben der Befragung der Berufseinmündenden wurden beruflich Pflegende befragt, um Indikatoren zum Berufsverbleib oder einem Berufsausstieg zu identifizieren. Aussagen über eine kurze Berufsverweildauer oder auch eine Berufswechselabsicht haben nicht zuletzt in der Corona-Pandemie zu einem öffentlichen Bild geführt, das in der Tendenz die Problembereiche stärker fokussiert als die in der Untersuchung der Berufseinmündenden vorliegenden positiven Befunde zur Berufstätigkeit und Berufsausübung.

Aus der Online-Befragung der beruflich Pflegenden liegen Angaben zur Berufsdauer in der Pflege von 1.070 überwiegend älteren (Ü-50- Anteil: 30,3 Prozent) und berufserfahrenen Pflegenden aus Nordrhein-Westfalen vor. Das Alter der Teilnehmenden korrespondiert dabei mit der Berufsverweildauer, die anteilmäßig größte Gruppe der 51- bis 60-Jährigen (282 Personen) bringt bspw. im Median Erfahrungen von rund 33 Berufsjahren ein. Es entspricht auch in der Altersverteilung der Pflegenden insgesamt der Verteilung in NRW, wie die Analyse der Daten der Bundesagentur für Arbeit verdeutlicht.

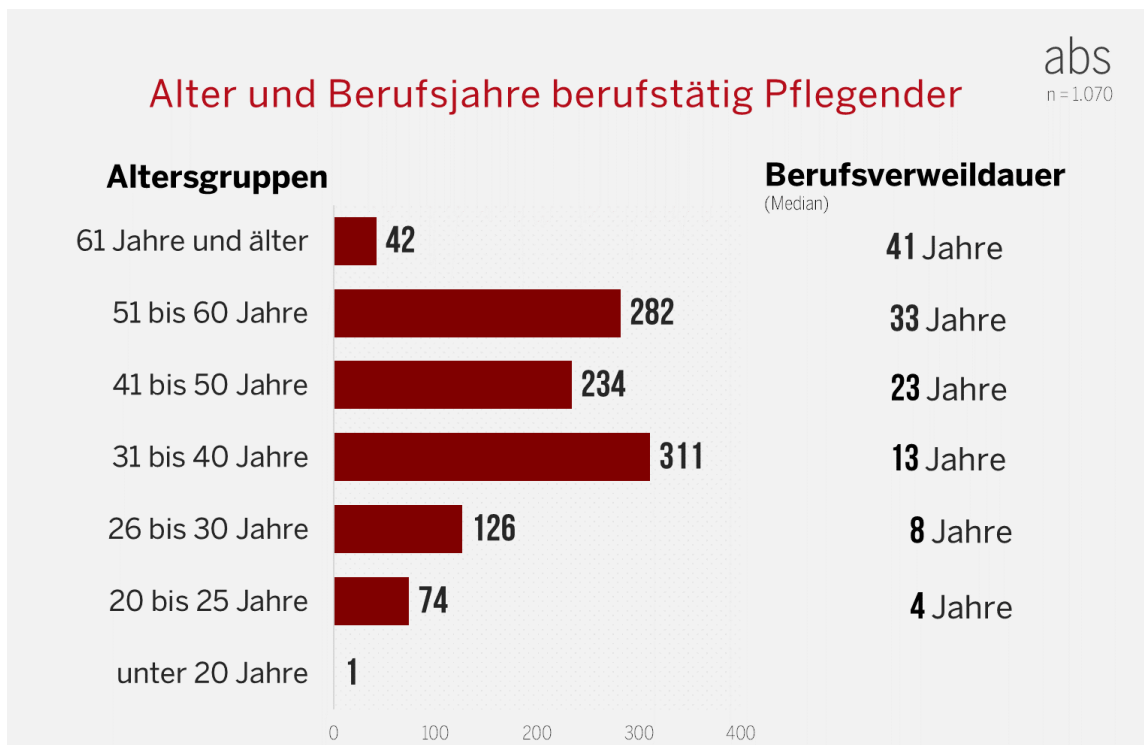


Abbildung 36: Alter und Berufsjahre der Stichprobe Pflegenden

Rund 97 Prozent der Teilnehmenden verfügen über eine dreijährige Berufsqualifizierung, deutlich dominiert von den Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden (691 Personen). Die Analyse zeigt zudem, dass bei sehr wenigen (0,8 Prozent) der Berufseinstieg über eine vorherige Pflegehelferinnen- und Pflegehelferausbildung erfolgte. 146 Personen (13,8 Prozent) absolvierten ein Studium im Gesundheitswesen.

Die Grafik zeigt die Anteile der beruflichen Qualifikation auf; die nachfolgenden Aussagen in den Ergebnisauswertungen der Fragen spiegeln damit überwiegend Einschätzungen und Bewertungen von Pflegefachkräften wider.



Abbildung 37: Berufsqualifikation der Pflegenden

Wie aufgrund des hohen Anteils an Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden erwartbar, haben 65,6 Prozent der Stichprobe den Sektor „Krankenhaus“ als Tätigkeitsort angegeben. Neben den Anteilen aus stationären Einrichtungen der Altenhilfe und der ambulanten Pflege zeigen die freien Einträge weitere Tätigkeitsbereiche der Teilnehmenden auf, die an dieser Stelle subsumiert wurden.

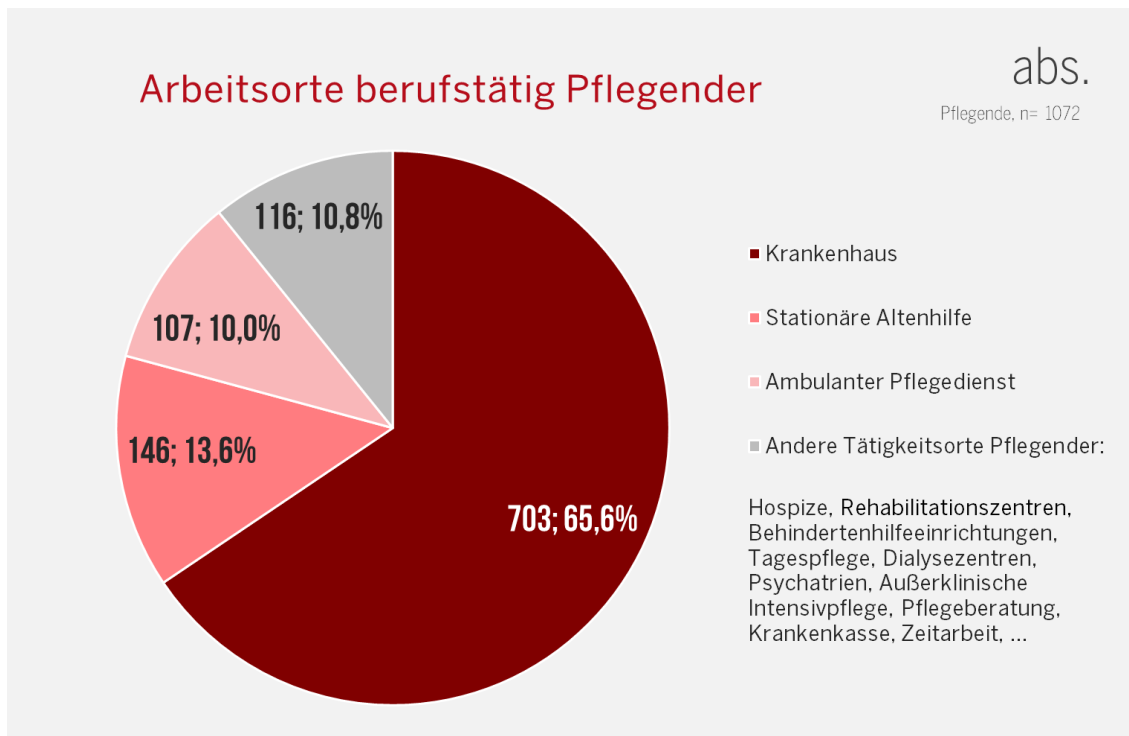


Abbildung 38: Arbeitsorte der Pflegenden

GRÜNDE FÜR DIE TEILZEITARBEIT

Im Fokus der Befragung in diesem Themenbereich standen Fragen zu Treibern und Barrieren der Teilzeitbeschäftigung. Zahlreiche der Aspekte, insbesondere die Kopplung an weiteren Formen der familiären Sorgearbeit (z.B. Kinderbetreuung etc.) sind häufiger Gegenstand von Untersuchungen (Becka et al. 2016; Blum et al. 2020; Jacobs et al. 2016). Belastungsindikatoren in der Pflege wie Überstunden, Einspringen, verlässliche Planungsgrundlagen freier Zeiten etc. können als gut dokumentiert betrachtet werden (Pflegekammer Rheinland-Pfalz 2020) und werden hier nur im Zusammenhang mit Teilzeitarbeit, aber nicht in der Quantifizierung betrachtet.

Bei den Angaben zu Stellenanteilen ist der größere Anteil Beschäftigter im Krankenhaus zu berücksichtigen. In diesem Sektor sind die Anteile Vollzeitbeschäftigter regelmäßig höher als in den Tätigkeitsorten der ambulanten und der vollstationären Pflege. Die Teilnehmenden insgesamt sind zu 60,3 Prozent in Vollzeit berufstätig, gefolgt von rund 1/3 Beschäftigter in Teilzeit mit mehr als 19 Std. / Woche (31,3 Prozent). Nur wenige Teilnehmende sind in Teilzeit mit weniger als 50 Prozent einer Vollzeitkraft (6,9 Prozent) oder geringfügig (1,4 Prozent) beschäftigt.

Dies ist ein wesentlicher limitierender Faktor, der in der Diskussion beachtet werden muss: Teilzeitmitarbeitende arbeiten bisweilen in 75 Prozent oder 80 Prozent Stellenanteilen; das Potenzial, das sich durch eine mögliche Aufstockung bei diesen Pflegenden ergeben kann, ist eher als gering einzustufen.

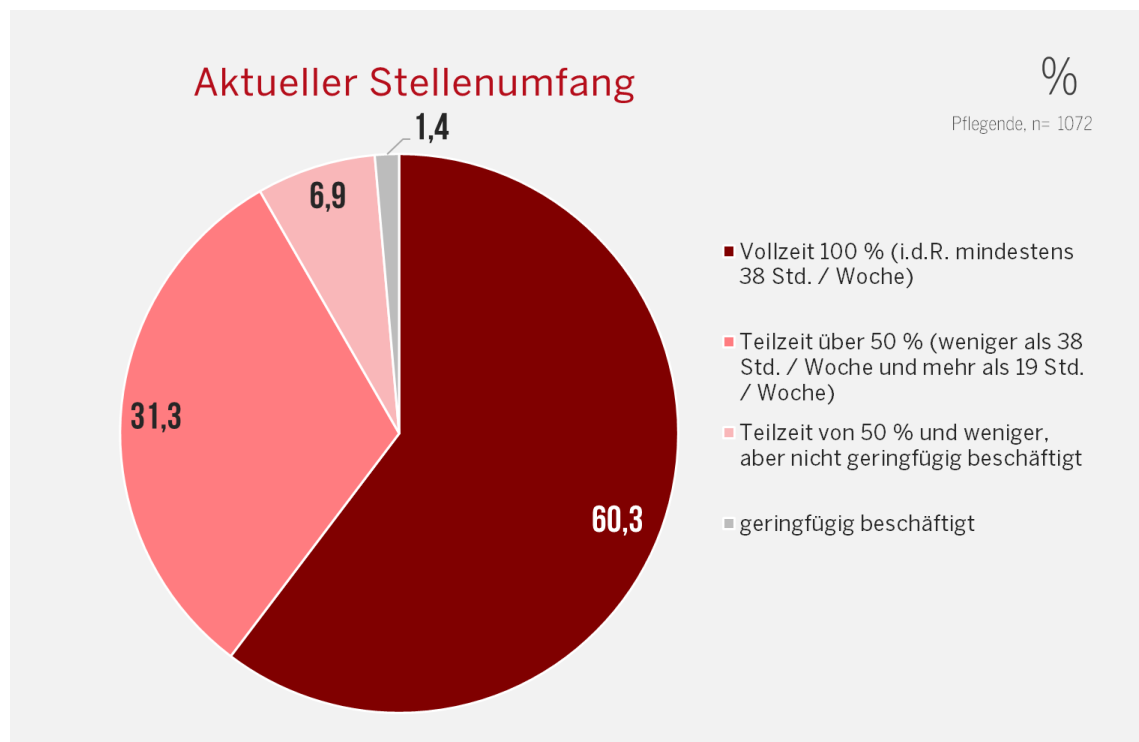


Abbildung 39: Stellenumfang Pflegender

64,7 Prozent arbeiten mit einem Stellenumfang, der dem Wunsch entspricht. Mit 31,9 Prozent der Befragten würde beinahe ein Drittel der Pflegenden die Wochenstunden lieber reduzieren. 3,1 Prozent ist der Anteil derjenigen in der Stichprobe, die mehr arbeiten möchten. Damit kann das Potenzial an zusätzlicher Versorgungskapazität, das durch eine Ausweitung der Stellenanteile gewonnen werden kann, in der vorliegenden Stichprobe als sehr gering bewertet werden. Dieser Befund steht in einem klaren Kontrast zu den Ergebnissen der Studie aus Bremen (Ich pflege wieder, wenn...), die von rund 70 Prozent der Teilzeitkräfte ausgeht, die eine Erhöhung der Wochenarbeitszeiten in Erwägung ziehen (Arbeitnehmerkammer Bremen 2022).²² Er liegt auch deutlich unter dem Wert der Befragung der Pflegekammer in Schleswig-Holstein (Kuhn et al. 2021), in der von 46 Prozent der Teilzeitmitarbeitenden ausgegangen wird, die keine Erhöhung der Wochenarbeitszeit realisieren können oder wollen. Auch in der Studie aus Schleswig-Holstein wäre das Potenzial damit deutlich größer. Die Befragung des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe aus dem Jahr 2019 weist 12,5 Prozent der Teilzeitpflegenden aus, die über eine Erhöhung der Wochenarbeitszeit nachdenken (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) 2019). Befragungen zu diesem Themenbereich scheinen in der Gesamtheit extrem heterogen in den Ergebnissen zu sein. In den Methoden unterscheiden sich dabei Fragen zur konkreten Absicht, zu bereits eingeleiteten Schritten

²² Die Unterschiede können in Teilen dadurch erklärt werden, dass in der Studie aus Bremen gefragt wurde, ob eine Erhöhung denkbar wäre, wenn für die Pflegenden die aus ihrer Sicht richtigen Arbeitsbedingungen in der Praxis bestehen würden. Damit wird ein positiver Zusammenhang zu guten Arbeitsbedingungen hergestellt. Darüber hinaus wurden nur die Teilzeitkräfte aus der positiven Bewertung herausgerechnet, die explizit für sich ausgeschlossen haben, ihren Stundenanteil zu erhöhen. Auf einer Skala von 1 (ausgeschlossen) bis 10 (sehr wahrscheinlich) wurden daher auch Personen, die im negativen Wertebereich (2-4) geantwortet haben, als Potenzial eingerechnet und ggf. überschätzt.

der Veränderung oder die Erfassung der Häufigkeit, in der über eine Veränderung nachgedacht wird. Inwieweit sich bei der geringen Anzahl der Pflegenden in der vorliegenden Befragung Effekte der Corona-Pandemie widerspiegeln, kann nicht eindeutig geklärt werden.

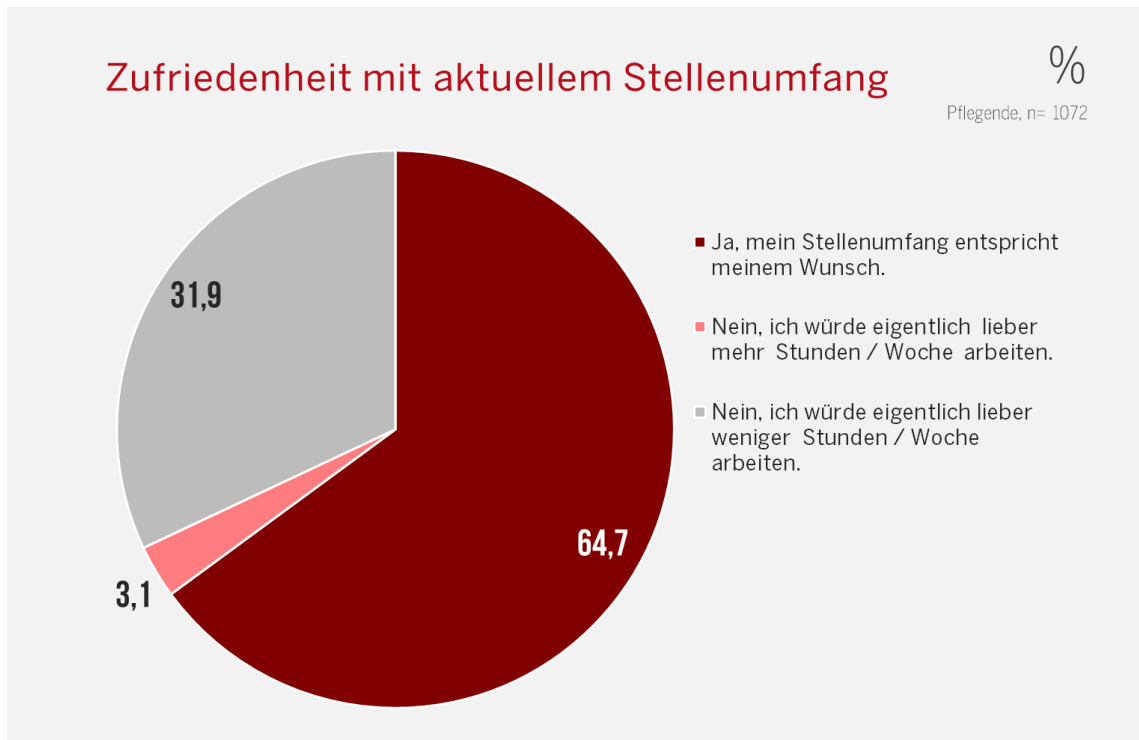


Abbildung 40: Zufriedenheit beruflich Pflegender mit Stellenanteilen

Die Gewinnung zusätzlicher Pflegekapazität durch den Ausbau des Stellenumfangs ist bereits Gegenstand der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2015 gewesen und vielfach haben Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bereits versucht, dieses Potenzial zu heben. Insbesondere in der ambulanten Pflege sowie in der teil-/vollstationären Pflege wurden bereits 2015 Grenzen aufgezeigt. So konnten im Durchschnitt in den ambulanten Diensten 1,7 Vollzeitstellenanteile je Einrichtung gewonnen werden, in den teil- und vollstationären Einrichtungen konnten durchschnittlich 1,3 Vollzeitstellen zusätzlich gewonnen werden (Isfort et al. 2016).

In der vorliegenden Untersuchung spielt die mögliche Kapazitätsausweitung kaum eine Rolle; vielmehr besteht aktuell eine größere Gefahr, dass durch eine Realisierung der gewünschten Teilzeitarbeit bestehendes Pflegepotenzial in den Einrichtungen verringert werden könnte.

Dass Teilzeitbeschäftigung nicht mehr mit fehlenden Angeboten durch die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber begründet werden kann, zeigen die aktuellen Ergebnisse in der Berufsdifferenzierung. In der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege gaben lediglich 4,5 Prozent der Antwortenden an, dass kein Angebot für eine Vollzeitstelle zur Verfügung steht. In der Altenpflege sind es mit 20 Prozent deutlich mehr. Jedoch ist dies nicht der zentrale Aspekt, der zur Teilzeitbeschäftigung führt. Als Hauptgründe, die zur Teilzeitbeschäftigung führen,

können Faktoren summiert werden, die mit einer Reduzierung bzw. dem Vermeiden von Belastungserleben in Zusammenhang gebracht werden. Vollzeitstellen werden von Altenpflegenden und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden gleichermaßen oft als belastend und die Gesundheit beeinträchtigend bewertet. Altenpflegende berichten zudem häufiger von der Übernahme spontaner Dienste (Einspringen) bei Vollzeitstellenanteilen. Die Pflegenden in der Stichprobe befinden zu knapp 90 Prozent, dass ihnen bei einer Vollzeitstelle insgesamt zu wenig Freizeit und Regenerierung bleibt. Ein Kernaspekt ist darüber hinaus die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bzw. die Arbeitszeit, die sich nicht in Einklang bringen lässt mit den familiären Anforderungen. Dies wird auch in anderen Studien beschrieben, in denen eine pflegerechte Vollzeit²³ fokussiert wird, die nicht ausschließlich durch eine Teilzeitarbeit realisiert werden kann, sondern spezifische Konzepte, wie Zeit-Boni oder eine generelle Absenkung der Arbeitszeit ermöglicht werden könnte (Reuyß et al. 2014).

Bezüglich einer ökonomischen Aufwertung der Arbeit finden sich in der vorliegenden Befragung ebenfalls wichtige Hinweise. Für jeden zweiten in der Berufsgruppe Altenpflege trifft es voll zu/eher zu, dass sich eine Vollzeitstelle finanziell nicht lohnt oder auch keine ökonomische Notwendigkeit zur Arbeit in Vollzeit besteht. Bei den Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden zeigen sich diese Ausprägungen in höheren Anteilen.

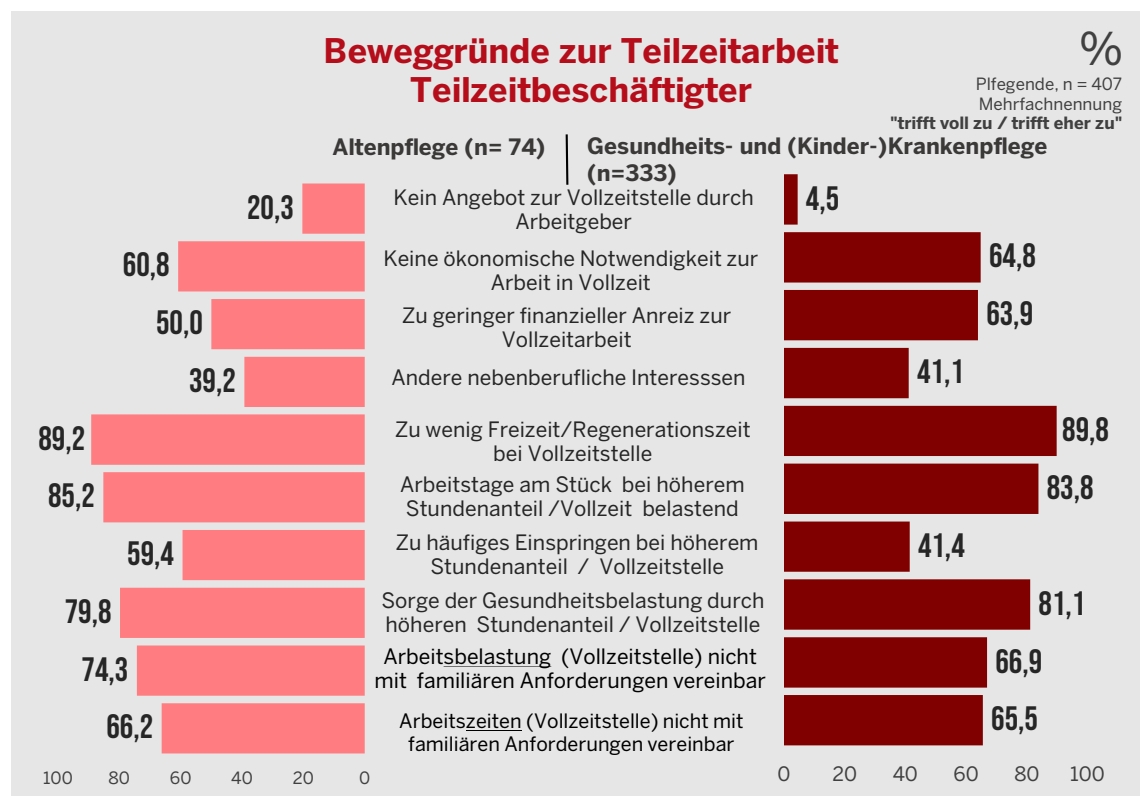


Abbildung 41: Gründe für die Teilzeitarbeit Pflegender

²³ Vgl. Reuyß (2014): „Gemeint ist eine dem Leistungsvermögen von pflegenden Beschäftigten entsprechende Vollzeit-tätigkeit mit leicht abgesenkter Arbeitszeitdauer für die Dauer der Pflege“. (S.21)

328 Personen und damit rund jeder Dritte in der Befragung würde die Arbeitszeit gerne reduzieren. Mehr als 80 Prozent realisieren diesen Wunsch offensichtlich vor allem aus finanziellen Gründen nicht.



Abbildung 42: Gründe Pflegender, Arbeitszeiten nicht wunschgemäß zu reduzieren

Betrachtet man die Befunde in der Gesamtschau, ergibt sich das nachfolgende Bild: Einerseits wird von den Pflegenden geäußert, dass eine Stellenausweitung ökonomisch wenig reizvoll erscheint und zugleich auch von vielen Pflegenden (in Teilzeit) nicht als notwendig erachtet wird. Diese Personen werden auch bei einer Erhöhung der Anreize nur schwer zu gewinnen sein, weil die eigentlichen Gründe der Belastung dadurch unberührt bleiben und Konflikte, z.B. im Rahmen von familiären Beanspruchungen, nicht ökonomisch gelöst werden können. Andererseits ergibt sich der Hinweis, dass eine gewünschte Reduzierung der Vollzeitstelle bei der überwiegenden Anzahl an Pflegenden an der ökonomischen Notwendigkeit zur Vollzeitbeschäftigung scheitert. Diese Personen geben als Gründe für den Wunsch nach Teilzeitbeschäftigung die gleichen belastungsbezogenen Indikatoren an wie die bereits in Teilzeit arbeitenden.

In Konsequenz ist damit zu rechnen, dass eine ökonomische Aufwertung (z.B. im Rahmen von steuerfreien Zulagen oder deutlichen Lohnsteigerungen) kurzfristig nicht zu einer Steigerung der Versorgungskapazität führen wird. Zu erwarten ist vielmehr, dass die überwiegende Anzahl an Pflegenden, die bislang aus ökonomischen Gründen keiner Teilzeitbeschäftigung nachgehen (können), steigende Löhne einsetzen werden, um die gewünschte Teilzeit zu realisieren und die Belastungsmomente zu reduzieren. In der Folge ist mit einem kurzfristigen Effekt zu rechnen, der zu einer Kapazitätsverringerung führen wird. Der

gewünschte positive Effekt kann eher in der längerfristigen Perspektive angenommen werden, indem durch eine Aufwertung insgesamt eine Steigerung der Attraktivität des Berufs vorgenommen wird und ggf. auch Personen in den Beruf eintreten, die bislang den Pflegeberuf nicht als Haupterwerbsmöglichkeit in Betracht gezogen haben.

Ausdrücklich soll die Analyse daher nicht verstanden werden als ein Argument, das gegen eine prinzipielle Aufwertung und damit gegen eine monetäre Besserstellung der Pflegeberufe zu verstehen ist. Der Befund aber muss in die Diskussion mit aufgenommen werden und schützt vor zu hohen Erwartungen, die als positive Effekte und Lösungsangebote diskutiert werden. Dies gilt insbesondere für die kurzfristig zu erwartenden Effekte, die aktuell kaum reflektiert werden.

Es gibt jenseits der dominierenden finanziellen Aspekte weitere Gründe, die für Pflegende gegen eine Reduzierung der Arbeitszeit sprechen. Rund jeder Dritte in beiden Berufsgruppen reduziert die Arbeitszeit nicht wie von ihm gewünscht, da dies einen Arbeitsfeldwechsel im eigenen Betrieb bedingen würde. Altenpflegende erhalten zudem offensichtlich häufiger kein Angebot zur (weiteren) Reduzierung der Arbeitszeit (trifft voll zu / trifft eher zu: 31,5 Prozent) als Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende (17,3).²⁴ Auch dieser Aspekt ist relevant und korrespondiert mit den Aussagen, dass Ausweitungen genutzt wurden und somit eine unfreiwillige Teilzeitarbeit, wie sie lange beobachtet werden konnte, insgesamt rückläufig zu sein scheint.

ARBEITSPLATZMERKMALE UND VERGÜTUNG

621 der Vollzeitbeschäftigten gaben Auskunft zur Arbeitszeitgestaltung in ihrem Betrieb. Auch hier zeigt sich, dass im Sektor Krankenhaus die 5-Tage-Woche mit einer Quote von 64,2 Prozent dominiert, die 6-Tage-Woche mit anteilig weniger freien Tagen hingegen nur zu 7,1 Prozent das Arbeitszeitmodell der dort Beschäftigten ist.

²⁴ Aufgrund der geringen Stichprobenanzahl in der Altenpflege wurde von weiteren Subgruppenanalysen Abstand genommen.

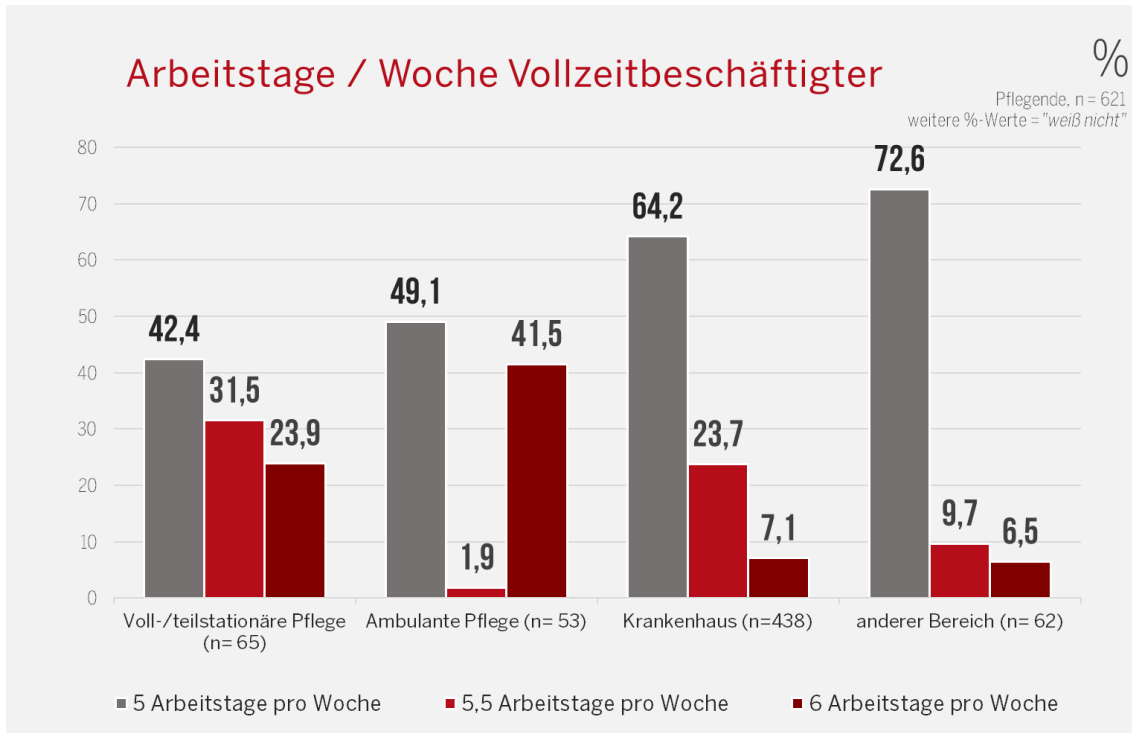


Abbildung 43: Arbeitstage / Woche Pflegenden

Die 6-Tage-Woche und die 5,5 Tage-Woche ist vor allem in der ambulanten Pflege, aber auch in der voll/teil stationären Pflege für deutlich mehr Pflegenden das vorherrschende Arbeitszeitmodell. In anderen Tätigkeitsfeldern ist die 5-Tage-Woche dahingegen das häufigste Arbeitszeitmodell.

Für rund 83 Prozent der Pflegenden gelten in den Einrichtungen Tarifverträge (AVR, TvöD-Pflege / VKA/ TV_LKR). Bemerkenswert ist, dass 2,7 Prozent der beruflich Pflegenden die Kategorie „weiß ich nicht“ angegeben haben und offensichtlich keine genaue Kenntnis bezogen der Eingruppierungen oder der orientierenden Entgeltordnungen haben, die ihrem Gehalt zugrunde liegen. Auch wenn dieser Anteil gering erscheint, zeigt er auf, dass (wie bei den Berufseinmündenden) in diesem Bereich Aufklärungsbedarfe bestehen, die ggf. bereits in der Pflegeausbildung mit aufgenommen werden sollten.

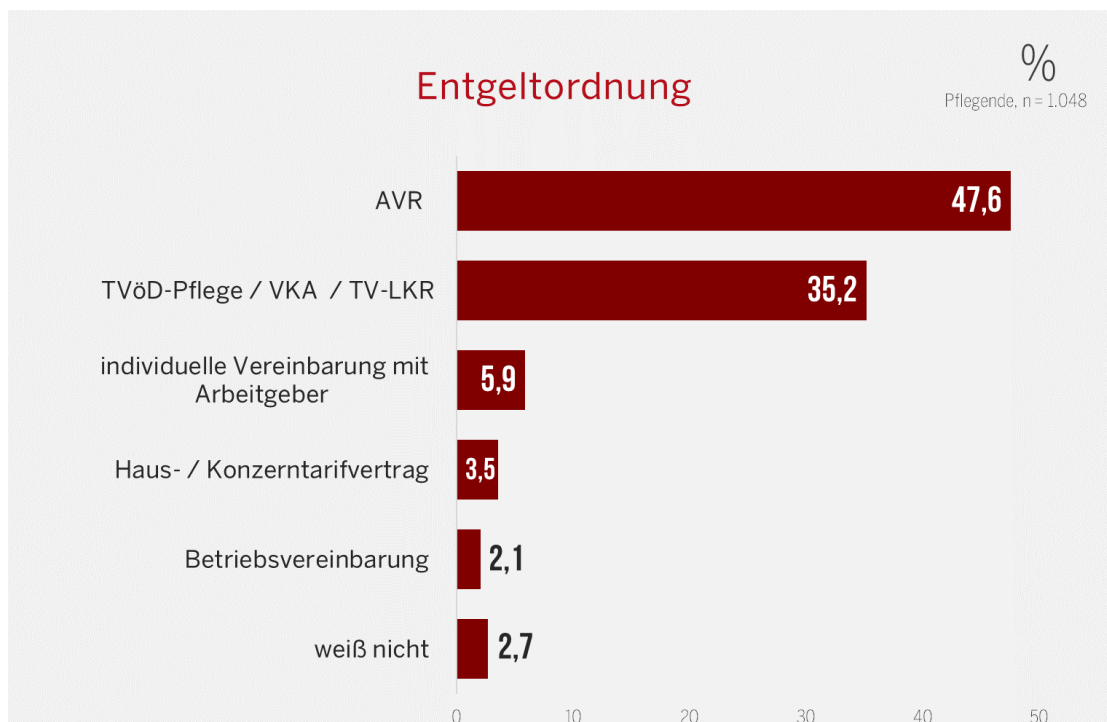


Abbildung 44: Entgeltordnungen

Auf Subgruppenanalysen nach Trägerschaften oder nach Sektoren wurde aufgrund der heterogenen Größe der Stichprobengruppen verzichtet.

Der Fokus richtet sich im Folgenden auf die Angaben zu Arbeitgeberleistungen und Vergünstigungen zusätzlich zu den Bruttomonatslöhnen. Die Ausprägung der Nennungen zu gewährten, in der Regel abgabenpflichtigen Leistungen und Vergünstigungen korrespondiert mit den Ergebnissen aus der Befragung der Berufseinmündenden.

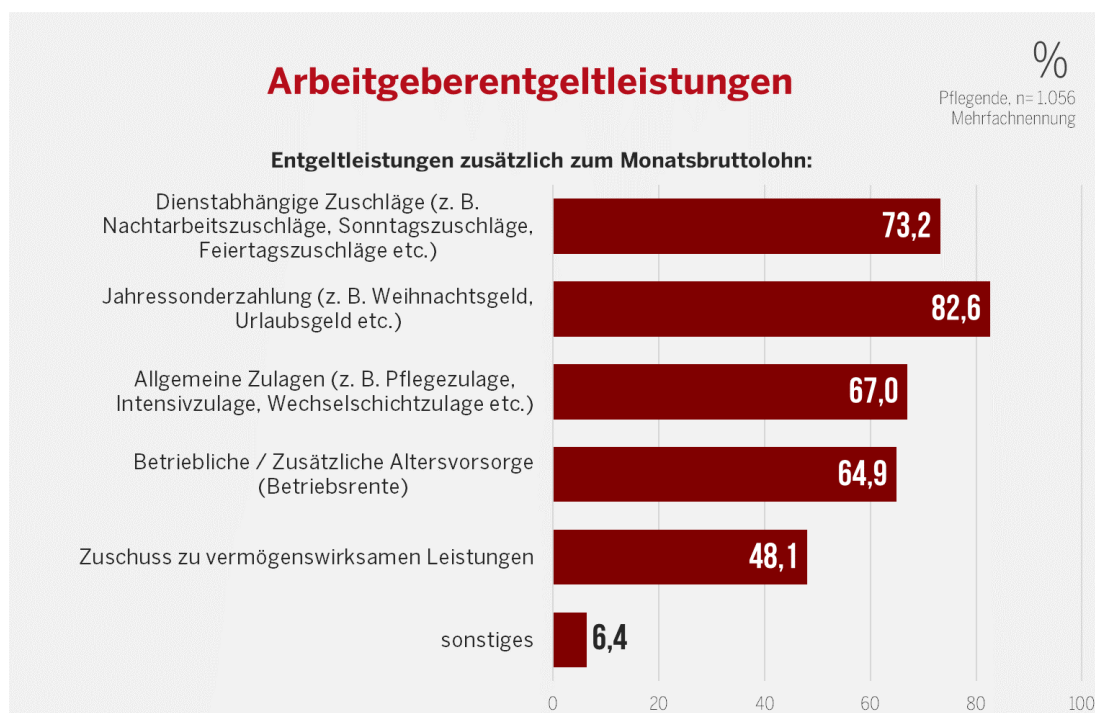


Abbildung 45: Arbeitgeberentgeltleistungen

Bei den Pflegenden zeigt sich in den Ergebnissen die große Variabilität der abgabenpflichtigen und teils abgabenfreien Leistungen und Vergünstigungen, die als Zusatzleistungen und Prämien von Arbeitgebern angeboten werden.

Im Vergleich zu den Berufseinmündenden zeigen sich bei den im Beruf stehenden Pflegenden häufiger „Rabatte in Shops/ Einkaufsgutscheine etc.“. Eine zusätzliche Kategorie ist die „Mitarbeiter-wirbt-Mitarbeiter-Prämie“, die bei fast jeder dritten Einrichtung realisiert ist. Ebenso existieren vielerorts „vergünstigte Mitarbeiterparkplätze“. Sonderentgelte erhalten Pflegende zudem häufiger für Hintergrund-, Ruf- und Bereitschaftsdienste, fürs Einspringen aus dem Frei und für besondere Qualifizierungen und Funktionen wie bspw. die Praxisanleitung oder Intensivzulagen. Diese Zulagen sind geregelt und in Tarifsystemen abgebildet.

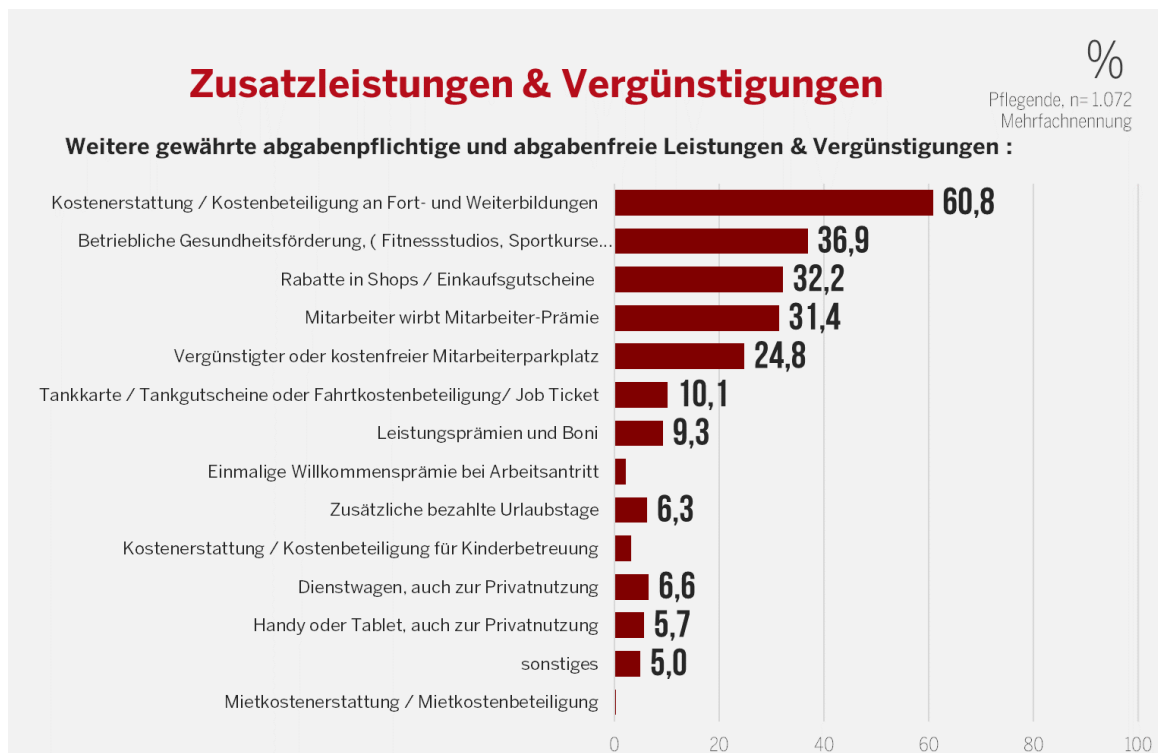


Abbildung 46: Zusatzleistungen und Vergünstigungen

Eine Besonderheit besteht hinsichtlich der Fragestellung nach Zusatzentgelten, die mit einer Aufgabenübernahme in Verbindung steht, die ggf. nicht in Tarifsystemen abgebildet werden oder nicht in Haustarifen berücksichtigt sind.

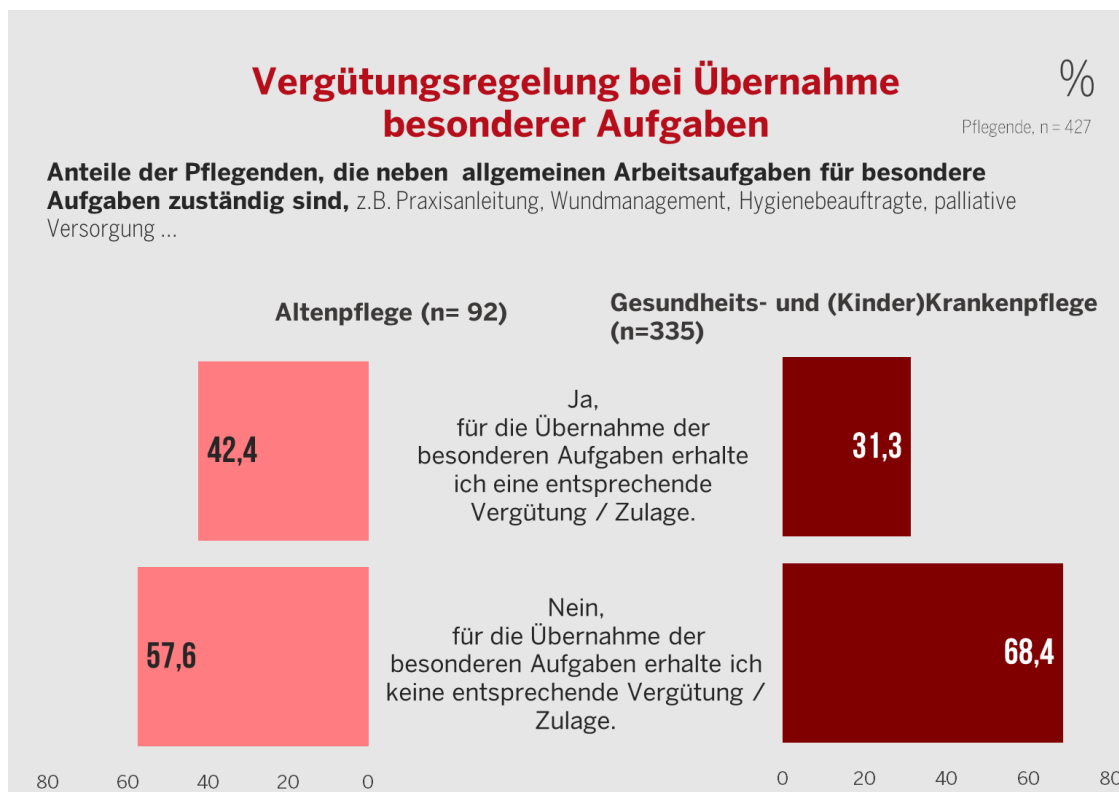


Abbildung 47: Vergütung der Ausführung von Sonderaufgaben durch Pflegende

Vergütungsregelungen bei Übernahme besonderer Aufgaben wurden in einer weiteren Frage gesondert erhoben. Hier äußert der überwiegende Anteil der 427 Teilnehmenden, die besondere Aufgaben übernehmen, dass sie keine entsprechende Vergütung oder Zulage erhalten. Unter den Altenpflegenden betrifft dies 57,6 Prozent, bei den Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden sind es mit 68,4 Prozent mehr als zwei von drei Pflegenden, die keine finanziellen Vorteile durch die Übernahme zusätzlicher Aufgaben haben.

ATTRAKTIVITÄTSMERKMALE EINER ARBEITSSTELLE

Die Pflegenden mit Berufserfahrung wurden gleichermaßen wie die Berufseinmündenden zu den Attraktivitätsmerkmalen von Arbeitsgeberinnen und Arbeitgebern befragt. Die folgenden beiden Grafiken zeigen die als „sehr wichtig“ klassifizierten Aspekte im Ranking auf.

Auch in dieser Befragung zeigt sich, dass überwiegend Nuancierungen in der Bedeutung vorgenommen werden und in der Zusammenführung der Angaben „sehr wichtig/eher wichtig“ bei vielen Aspekten eine Bewertung von nahe 100 Prozent erreicht wird. Unterschiede werden daher eher deutlicher, wenn die maximale Kategorie der Zustimmung fokussiert wird.



Abbildung 48: Einschätzung zu Attraktivitätsfaktoren von Pflegearbeitsplätzen (1)

In der Übersicht zeigt sich, dass auch bei den Pflegenden im Beruf Fragen der ökonomischen Bewertung bedeutsam sind, sie jedoch nicht die vordersten Plätze einnehmen. Zur Reduzierung der Belastungsmomente wird primär erwartet, dass ein guter Personalschlüssel vorhanden ist und dass Stellen nicht lange unbesetzt bleiben (Ranking Platz 4). In diesem Zusammenhang steht auch die Zusicherung von festen Freizeiten (Ranking Platz 9). Die Bedeutung des sozialen Aspekts der Zusammenarbeit wird zentral hervorgehoben (Arbeit in einem guten Team).

Diese Bewertungen finden sich in ähnlichen Ausprägungen auch bei anderen Studien, die sich z.B. mit Fragen eines Wiedereinstiegs von ausgeschiedenen Pflegenden beschäftigen (Arbeitnehmerkammer Bremen 2022).

Korrespondierend zu den Ergebnissen der Berufseinmündenden zeigt sich auch bei den Pflegenden, dass sie eine gute Einarbeitung erwarten, um Handlungssicherheit zu gewinnen. Merkmale der Arbeitsplatzsicherheit (z.B. unbefristete Stelle) sind ebenso von zentralem Wert.

Aus der Arbeitspsychologie bekannte fördernde Faktoren, wie z.B. Möglichkeiten der Jobrotation, werden von den Pflegenden in der Bedeutung geringer eingeschätzt. Die betriebliche Gesundheitsförderung erreicht in dem Ranking keinen der vorderen Plätze, gleichwohl in der Zusammenführung der Kategorien (sehr wichtig/eher wichtig) ein Wert von 78,8 Prozent erreicht wird.



Abbildung 49: Einschätzung zu Attraktivitätsfaktoren von Pflegearbeitsplätzen (2)

Andere Rahmenbedingungen, wie kurze Distanzen zwischen Wohn- und Arbeitsorten, das Angebot der Bereitstellung von Wohnraum durch die Arbeitgeberin/den Arbeitgeber oder ein Konzept der Kinderbetreuung wurden sowohl von den Berufseinmündenden als auch von den Pflegenden in ähnlicher Ausprägung als weniger bedeutsam bezogen auf die Attraktivität beschrieben.

BINDUNGSPERSPEKTIVEN, ZUFRIEDENHEIT UND MOTIVATION

Pflegende zu binden, die Zufriedenheit und Motivation zu erhöhen, das Image zu verbessern und die Arbeitsplatzbedingungen zu verändern, sind beständige Aufgaben im Kontext der Fachkräftesicherung. In der vorliegenden Studie wurden entsprechend Fragestellungen aufgenommen, die diese generellen Indikatoren auf der Basis von Einschätzungen beleuchten sollten.

Bezogen auf die Fragestellung der Berufszufriedenheit muss unterschieden werden zwischen einer allgemeinen, den Beruf global betreffenden Zufriedenheit und einer spezifischen, den Arbeitsplatz/die Arbeitssituation betreffenden Zufriedenheit. Bekannt ist, dass Pflegende ihre Arbeit mit einem überdurchschnittlichen Sinngehalt erfahren (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018) und sich Zufriedenheit u.a. aus diesem gesellschaftlich relevanten Tun ableitet. Eine Identifikation mit der Pflege als Beruf wurde dabei bereits in älteren Studien festgestellt (Buxel 2011b).

Die Berufszufriedenheit ist in aller Regel in der Pflege höher bewertet als die konkrete Arbeitsplatzzufriedenheit. Dies zeigt sich auch in anderen Untersuchungen (Kuhn et al. 2021; Buxel 2011a). Die vorliegenden Befragungsergebnisse der Pflegenden bestätigen diesen Unterschied.

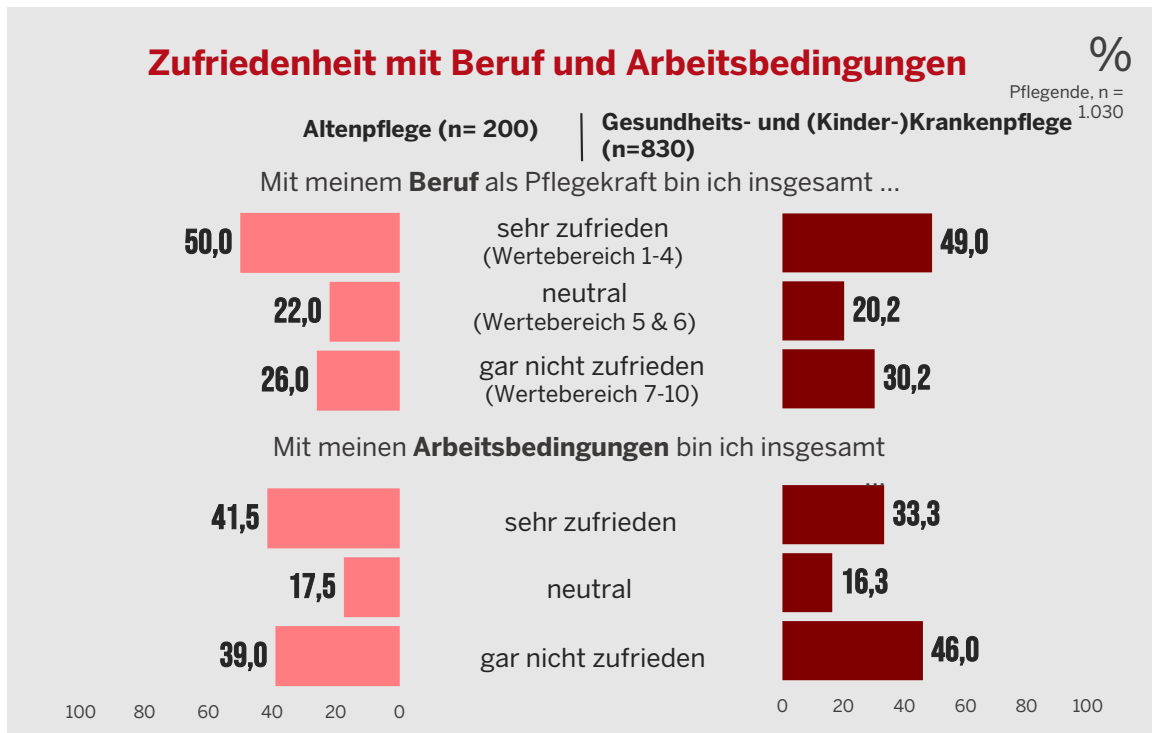


Abbildung 50: Berufs- und Arbeitszufriedenheit Pflegenden

Rund die Hälfte der berufserfahrenen Pflegenden ist sehr zufrieden mit dem Beruf als Pflegekraft, weitere 20 bzw. 22 Prozent werten dies neutral. Aktuell unzufrieden waren in der Altenpflege nur rund jeder vierte und in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege weniger als jeder Dritte, wobei diese Werte bereits als kritisch betrachtet werden müssen. Deutlich abgegrenzt werden können die Zufriedenheitsäußerungen bezogen auf die Arbeitsbedingungen. Hier sinken die zustimmenden Werte in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege auf 33,3 Prozent und auf 41,5 Prozent bei den Altenpflegenden. Die neutralen Beurteilungen sinken und die Unzufriedenheitswerte steigen an. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die konkreten Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern sind.

Die Bewertung zur Entlohnung zeigt ebenso bekannte Phänomene auf. In der Befragung des DGB-Index zur „guten Arbeit“ in 2018 gaben 48 Prozent aller Beschäftigten an, dass sie sich nicht leistungsgerecht entlohnt betrachten. In der Gesundheits- und Krankenpflege waren es 71 Prozent und in der Altenpflege 78 Prozent (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018). In der vorliegenden Befragung werden diesbezüglich deutlich bessere Werte erzielt.

In der aktuellen Stichprobe dieser Studie sind in beiden Berufen deutlich weniger als die Hälfte der Befragten mit der Entlohnung unzufrieden. In der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, in der oftmals höhere Gehälter in den Einrichtungen oder Sektoren bezahlt werden, ist die Unzufriedenheit jedoch höher als in der Altenpflege.

Betrachtet man die vorliegenden Kennzahlen vor dem Hintergrund der Kennzahlen des Index Gute Arbeit, so nähert sich die Pflege in der vorliegenden Stichprobe der Einschätzung aller Beschäftigungsbereiche an und weist keine berufsspezifischen Besonderheiten bezogen auf eine größere Unzufriedenheit mit der Bezahlung auf.

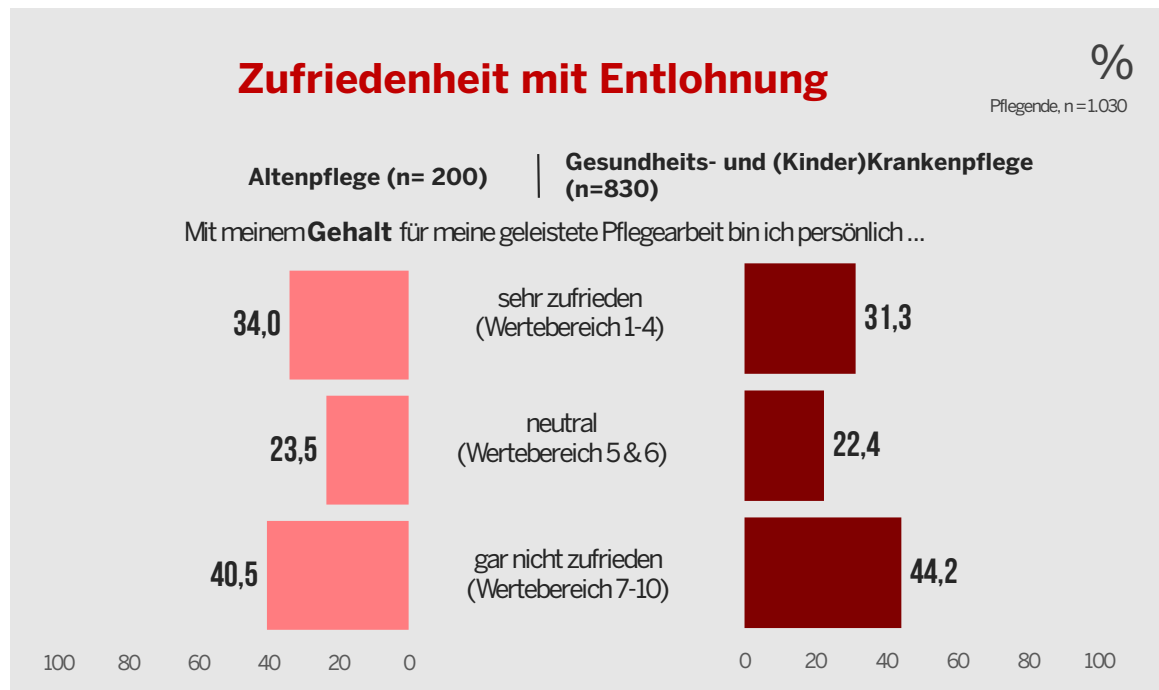


Abbildung 51: Gehaltszufriedenheit Pflegenden

Jenseits zahlreicher in dieser Befragung identifizierter positiver Aspekte lassen sich deutliche Problembereiche erkennen. Die Ergebnisse zur Motivation des Berufsverbleibs und den Bewertungen des Erlebens der Arbeitsbedingungen und der Wertschätzung im Zeitverlauf der Berufsjahre verweisen an dieser Stelle auf eine negative Entwicklung.

Die Motivation hat sich im Laufe der Berufsjahre bei mehr als der Hälfte der Teilnehmenden deutlich verschlechtert. Dies korrespondiert mit Ergebnissen von Umfragen, wie z.B. einer Befragung durch die Pflegekammer Rheinland-Pfalz (Pflegekammer Rheinland-Pfalz 2020).

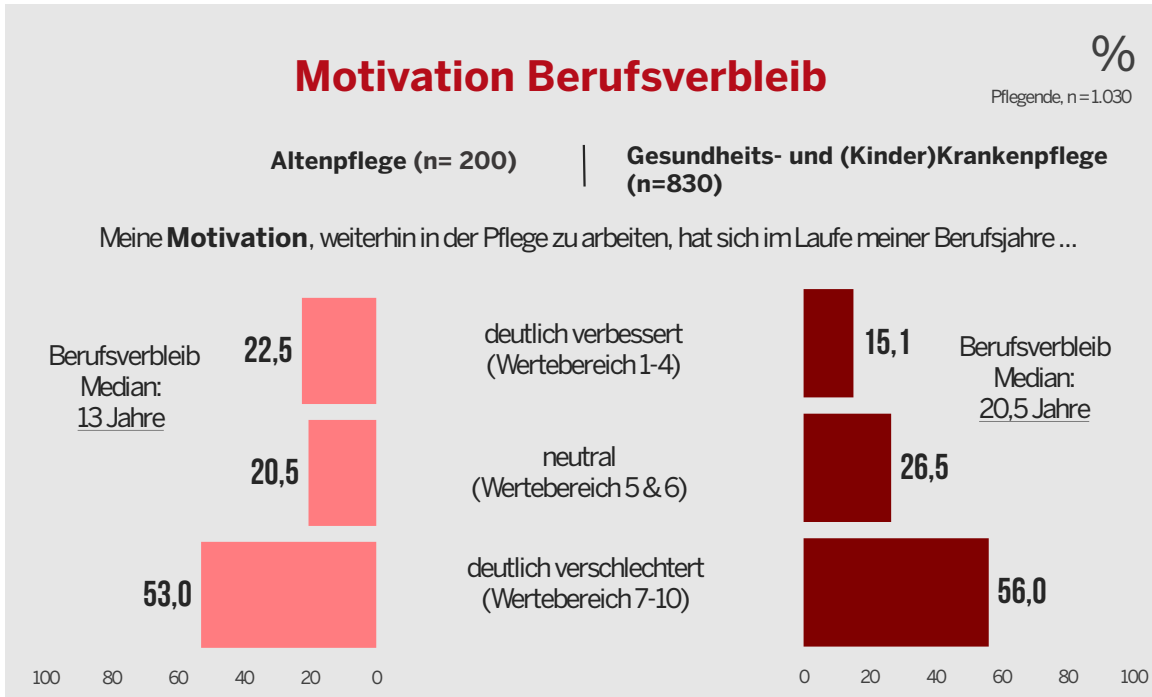


Abbildung 52: Veränderung der Motivation des Berufsverbleibs Pflegenden

In etwa gleicher Ausprägung trifft dies für die erfahrene Veränderung der Arbeitsbedingungen und Wertschätzung im Zeitverlauf zu.

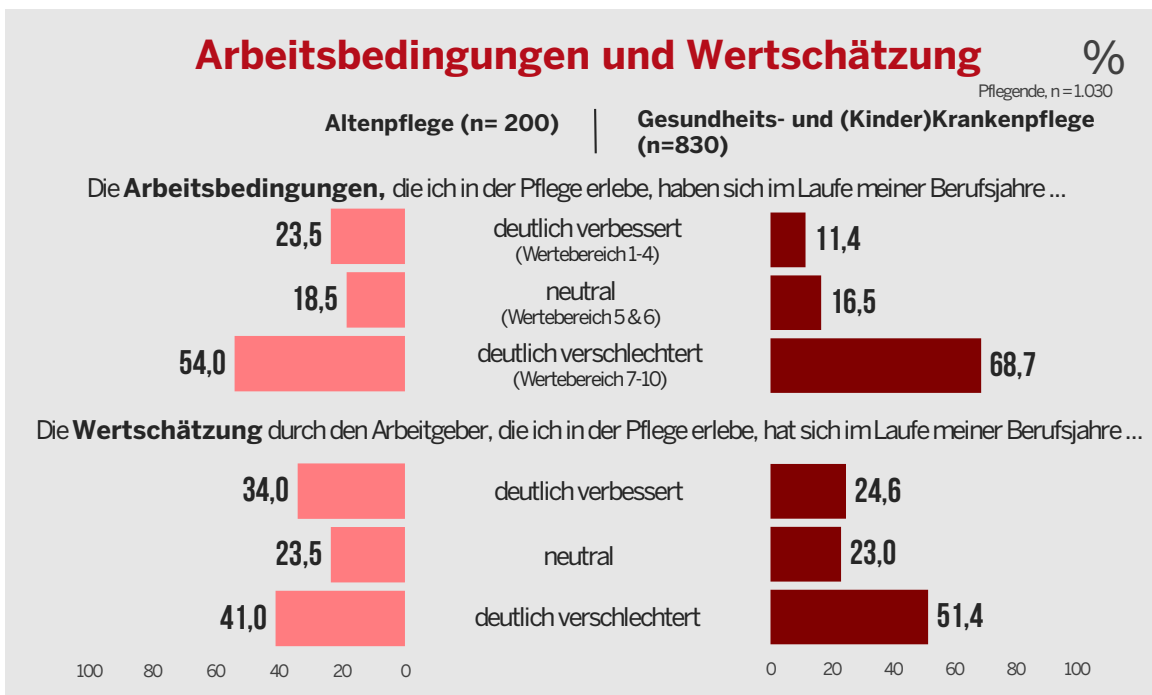


Abbildung 53: Perspektive Pflegenden zu Arbeitsbedingungen und Wertschätzungserleben

Damit werden zentrale Problemlagen offensichtlich, die in beiden Berufsbereichen auf eine tendenzielle Verschlechterung hindeuten. Deutlich wird aber auch, dass die antwortenden Altenpflegenden gegenüber den Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden höhere Bewertungen in der Gruppe aufzeigen, die Verbesserungen wahrgenommen haben und entsprechend niedrigere

Werte der Verschlechterungen erzielt werden. Relativ betrachtet sind jedoch auch in der Altenpflege die Verschlechterungen der Bereich mit der höchsten Veränderung.

EINFLUSS DER CORONA-PANDEMIE

Aktuell wird die Corona-Pandemie als ein zentraler Einfluss in der Pflege betrachtet. Auf breiter Front wurde ein durch Corona beförderter Berufsausstieg, ein Pflexit, diskutiert (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) 2021). Dabei werden mitunter auch Ergebnisse aus Umfragen ins Feld geführt und verbreitet, für die es keine weiterführenden Hinweise bezogen auf eine Stichprobengröße oder die Form der Datenerfassung gibt. Sie sind nicht in Form einer Studienpublikation auffindbar, werden aber prominent im Feld thematisiert (Sleziona 16.03.2022; Pflegekammer Rheinland-Pfalz 2020).^{25 26}

Bezogen auf die Gesamtzahl der Beschäftigten sowie der arbeitslos gemeldeten Personen erhärten sich, wie einfürend beschrieben, die Verdachtsmomente nicht, dass es einen bundesweiten und steigenden Berufsausstieg gibt.

Aus einer insgesamt zu beobachtenden sinkenden Motivationslage beruflich Pflegenden lassen sich nicht zwangsläufig Ausstiegskennzahlen ableiten. Dies trifft auch auf Fragen bezogen auf eine Wechselabsicht zu, wie sie in unterschiedlichen Studien und Umfragen verwendet wurden (Hasselhorn et al. 2005; Sleziona 16.03.2022). Eine Wechselabsicht ist zunächst lediglich eine gedankliche Überlegung; der Schritt hin zu einem tatsächlichen Berufswechsel ist durch zahlreiche andere Faktoren bestimmt (z.B. Äquivalenz des Angebotes/der Bezahlung, Notwendigkeit einer Aufnahme der Qualifikation/finanzielle und persönliche Verpflichtungen etc.). Daher muss vorsichtig mit der Information umgegangen werden, wenn Pflegende angeben, mehrfach in der Woche oder monatlich über einen Berufswechsel nachzudenken. Einen Nachweis einer direkten Korrelation zwischen der Häufigkeit des Reflektierens über Berufsalternativen und der Anzahl der aussteigenden Pflegenden liegt weiterhin nicht vor.

Deutlich ist, dass die Corona-Pandemie in zahlreichen pflegerischen Handlungsfeldern zu großen zusätzlichen Belastungen geführt hat (Hamacher et al. 2020; Begerow et al. 2020; Wolf-Ostermann und Rothgang 2020; Hower et al. 2020). Diese Belastungen können als gut beschrieben angenommen werden und waren kein Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

Angenommen wurde, dass die Corona-Pandemie und die öffentliche Aufmerksamkeit auf die Pflegearbeit ggf. auch positive Effekte ausgelöst haben könnte.

²⁵ In der benannten „Studie“ von yougov, die für das Jobportal indeed erstellt wurde, werden in der Pressemitteilung durch den Bibliomed Verlag lediglich Ergebniszahlen aufgenommen. So wird berichtet, dass jede vierte Pflegekraft aktiv anstrebt, den Beruf zu wechseln. Der Pressemitteilung folgend, denken insgesamt 69 % der befragten Pflegepersonen darüber nach, auszusteigen. Eine Studie dazu aber ließ sich trotz Recherche bei den beiden genannten Organisationen nicht finden.

²⁶ Die Umfrage der Pflegekammer Rheinland-Pfalz wurde durch das Institut für Demoskopie Allensbach (IfD) vorgenommen. Insgesamt wurden rund 2.660 Pflegenden befragt. Ein Studienbericht mit einer näheren Beschreibung der Methodik, den konkreten Fragestellungen, Frageformulierungen etc. konnte dazu nicht recherchiert werden.

Erfasst wurde daher der Einfluss der Corona-Pandemie auf die Haltung der Pflegenden hinsichtlich intrinsischer Bindungsfaktoren (Erleben von Stolz, Ansehen, Bedeutung der Arbeit und des Berufes) an den Beruf und die Pflegearbeit.

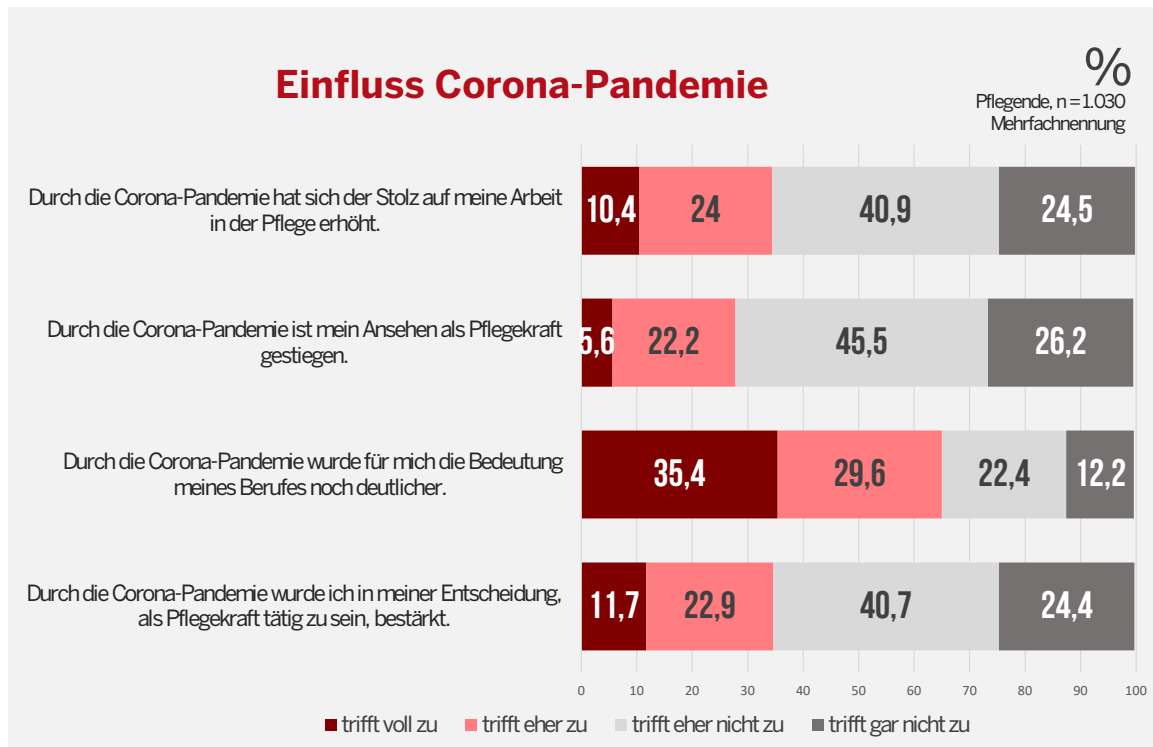


Abbildung 54: Einfluss der Corona-Pandemie auf Berufshaltung Pflegenden

Die Ergebnisse zeigen auf, dass die Corona-Pandemie den Pflegenden die Bedeutung des eigenen Handlungsfeldes zusätzlich vor Augen geführt hat. Dies wurde als starker Effekt wahrgenommen.

Eine Erhöhung des Berufsstolzes lässt sich aber nur geringfügig feststellen; hier liegt die Ausprägung der vollen Zustimmung bei 10 Prozent. Berufsspezifisch sind jedoch Unterschiede zu beobachten. Altenpflegende gaben dies mit 14,5 Prozent an, Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende mit 8,8 Prozent. Offensichtlich führten die vielfachen Berichte über die Pflege und ihre Bedeutung oder aber die Aktionen der Bevölkerung (Klatschen von Balkonen) nicht zu einer intensiven Änderungen des wahrgenommenen Ansehens. Dieser Aspekt wird in der vollen Zustimmung nur von 5,6 Prozent geteilt. Er zeigt sich bei den Altenpflegenden zu acht Prozent, bei den Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden in geringerer Ausprägung (4,7 Prozent).

Deutlicher fällt die Wertung bezogen auf die eigene Motivationslage aus. Als eine Bestärkung in der Berufsentscheidung werten dies 14,5 Prozent der Altenpflegenden und rund 10,6 Prozent der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden in voller Ausprägung der Zustimmung.

PERSPEKTIVEN DER ARBEITGEBER

Im Vergleich der Angaben Pflegender und Berufseinmündender zu den Tarifstrukturen, den Zusatzleistungen sowie den Merkmalen der Attraktivität konnten von 239 Arbeitgebern/Trägern der Pflegebetriebe in Nordrhein-Westfalen Ergebnisse in die Auswertung einbezogen werden.

In der sektoriellen Betrachtung zeigt sich eine tendenziell ausgewogene Beteiligung aus den Krankenhäusern, den ambulanten Pflegediensten und den teil-/vollstationären Pflegeeinrichtungen. Im Sektor der ambulanten Pflege dominieren mit einem Anteil von 62,5 Prozent die privaten Träger, wohingegen bei den Krankenhäusern und Pflegeheimen der Anteil teilnehmender privater Träger unter 10 Prozent liegt. Die Grafik zeigt die Beteiligung nach Sektoren und Anteilen nach Trägerschaften auf.

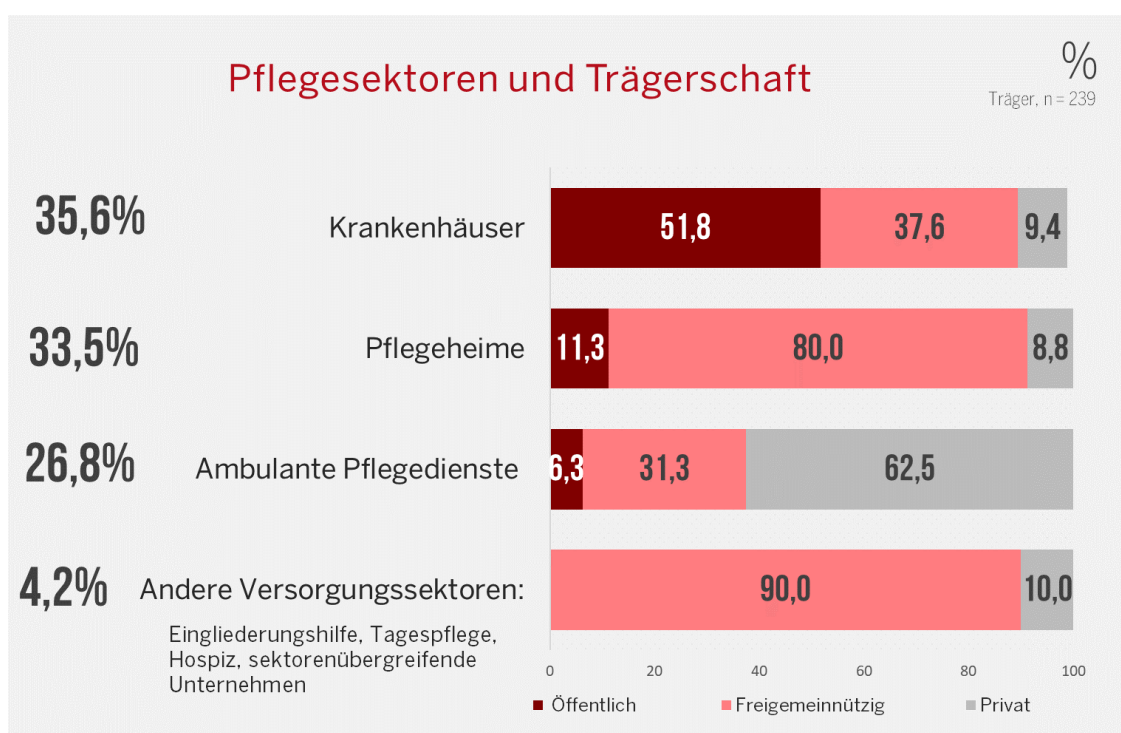


Abbildung 55: Anteile teilnehmender Träger nach Sektoren und Trägerschaft

Bezogen auf die Tarifstrukturen in den Einrichtungen dominieren bei den Krankenhäusern (97,6 Prozent) und den Heimen (86,4 Prozent) die Träger mit Tarifvertragsbindung, wohingegen dies bei den 64 Teilnehmenden ambulanten Dienste nur zu 37,5 Prozent der Fall ist; zum gleichen Anteil sind Entgeltzahlungen das Ergebnis individueller Vereinbarungen mit Mitarbeitenden.

In der Gesamtübersicht bilden sich die Anteile wie in der Grafik ersichtlich ab. Aufgrund der geringen Stichprobengrößen erfolgen keine weiteren Subgruppenanalysen nach Trägern, Arbeitsorten und Tarifzugehörigkeit. Ergebnisse werden im Weiteren für die Gesamtstichprobe bzw. die Anteile der Antwortenden je Fragestellung dargelegt.

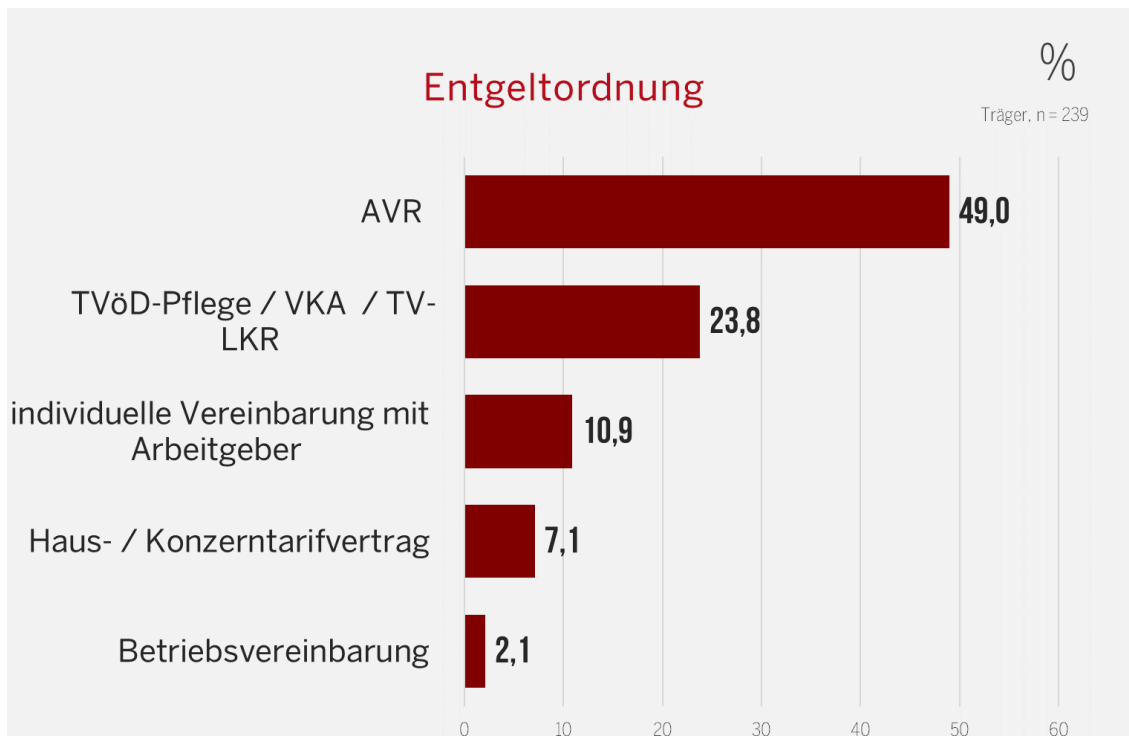


Abbildung 56: Tarifstruktur der Trägerbefragung

Gefragt wurden die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber u.a. nach der Höhe des Bruttoeinstiegsgehalts, das eine berufseinmündende Pflegefachkraft zum Stichtag 1.10.2021 als Vollzeitkraft in der Pflege (ohne Übernahme weiterer Funktions- oder leitungsbezogener Aufgaben) erhalten würde.

Wie im IGES-Gutachten (Tisch et al. 2019) beschrieben, verweisen die Ergebnisse auf die Schwierigkeiten der Erfassung von Entgeltdaten aus dem Bereich der Trägerschaften hin; die Thematik scheint sensibel zu sein. 54 Teilnehmende teilten mit, diese Frage nicht beantworten zu wollen, weitere 18 nahmen keine Angaben vor. Vorbehaltlich der geringen Stichprobe ist im Ergebnis festzuhalten, dass die genannten Entgelthöhen eine hohe Spannweite aufweisen.

Berufseinsteigenden Altenpflegefachkräften wird im Median ein etwas geringeres Bruttoeinstiegsgehalt als berufseinmündenden Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden angeboten, die Angebotsspanne reicht von 2.000 € bis 3.934 €. Das niedrigste Bruttogehaltsangebot für berufseinmündende Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegefachkräfte läge mit 2.600 € deutlich höher.

Diese Ergebnisse korrespondieren mit der Streubreite der Bruttostundenentgelte, die in den Sonderdaten zu Entgelten privatwirtschaftlicher Pflegeanbieter aus der ETL-Studie (für NRW) vorgestellt werden. Wie in den Ausführungen zu Entgelten in der Pflege thematisiert, verdeutlichen die Ergebnisse eine Entgeltdifferenz zugunsten der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegenden, wie sie auch in den Sekundäranalysen der Entgeltdaten der Beschäftigungsstatistik ausgewiesen werden.

Das Boxplotdiagramm zeigt die Verteilungsbreite je Beruf auf. Liegen die Mediane in den Auswertungen noch enger beieinander, so sind die Boxen der mittleren 25-75 Prozent in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinder-Krankenpflege breiter als in der Altenpflege. Hier ergeben sich also größere finanzielle Spielräume für die mittleren Gruppen. Die große Varianz der Angaben insgesamt zeigt sich insbesondere an der Spreizung der Endpunkte der Whiskers (die jeweils niedrigsten und höchsten Werte in den Angaben der jeweiligen Berufsgruppen sowie bei den Ausreißern (Punkte außerhalb der Whiskers und der Boxen)).

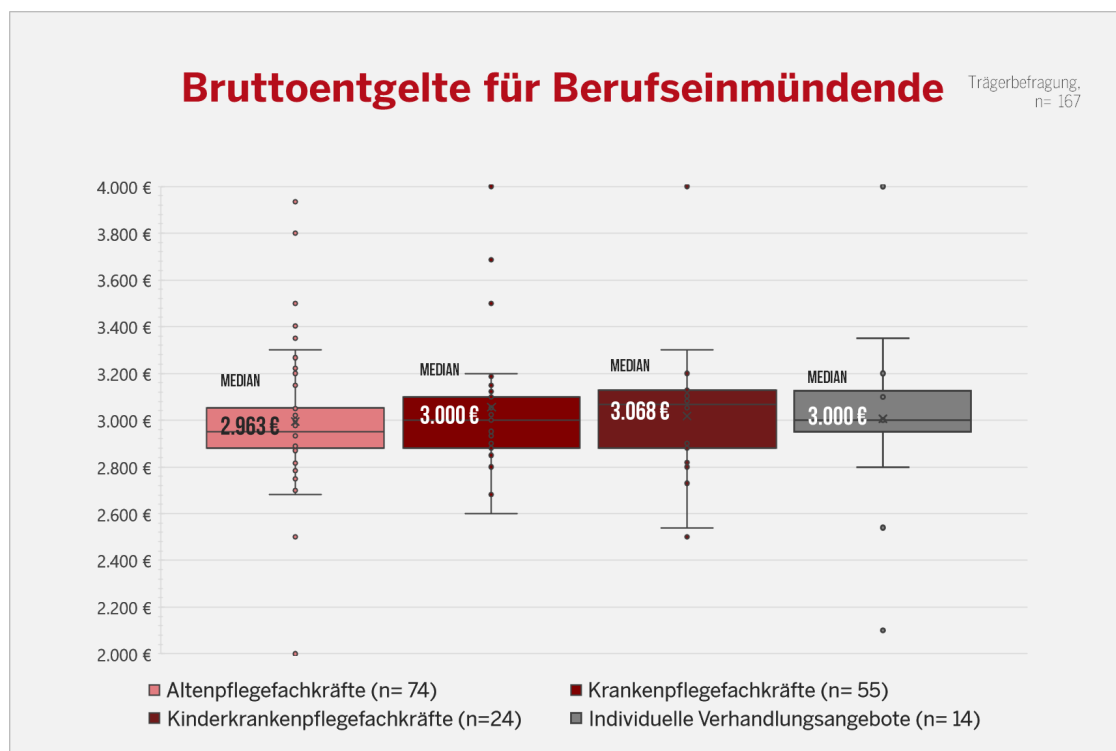


Abbildung 57: Entgeltangebote für Berufseinsteigende

Zusätzlich zum Bruttomonatslohn erhalten Pflegekräfte von ihren Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern eine Vielzahl weiterer abgabenpflichtiger und abgabenfreier Entgeltleistungen, was die Erfassung und Vergleichbarkeit der tatsächlichen Lohnniveaus deutlich erschwert. Hinzu kommt, dass Zulagen ggf. auch im Rahmen einer Nettolohnoptimierung als Umwandlung von Gehaltsbestandteilen vorgenommen werden können, um z.B. steuerrechtliche Spielräume auszuschöpfen. In diesem Falle erfolgen Umwandlungen von Gehaltsbestandteilen und fließen ein in Gutscheinprogramme, Mietkäufe von Produkten etc. Diese Beispiele zeigen auf, wie schwierig eine vergleichende Analyse von Löhnen, Lohnbestandteilen und Nettolöhnen in der komplexen Praxis herzustellen ist.

Die Angaben der Arbeitgeberinnen- und Arbeitgeberperspektive zeigen auf, dass in einem großen Umfang mit spezifischen zusätzlichen Leistungen (dienstabhängige Zuschläge, Jahressonderzahlungen, allgemeine Zulagen etc.)

sowie weiteren Zusatzleistungen und Vergünstigungen (Kostenerstattung/Beitrag für Fort- und Weiterbildungen, Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung, Prämien ...) gearbeitet wird.

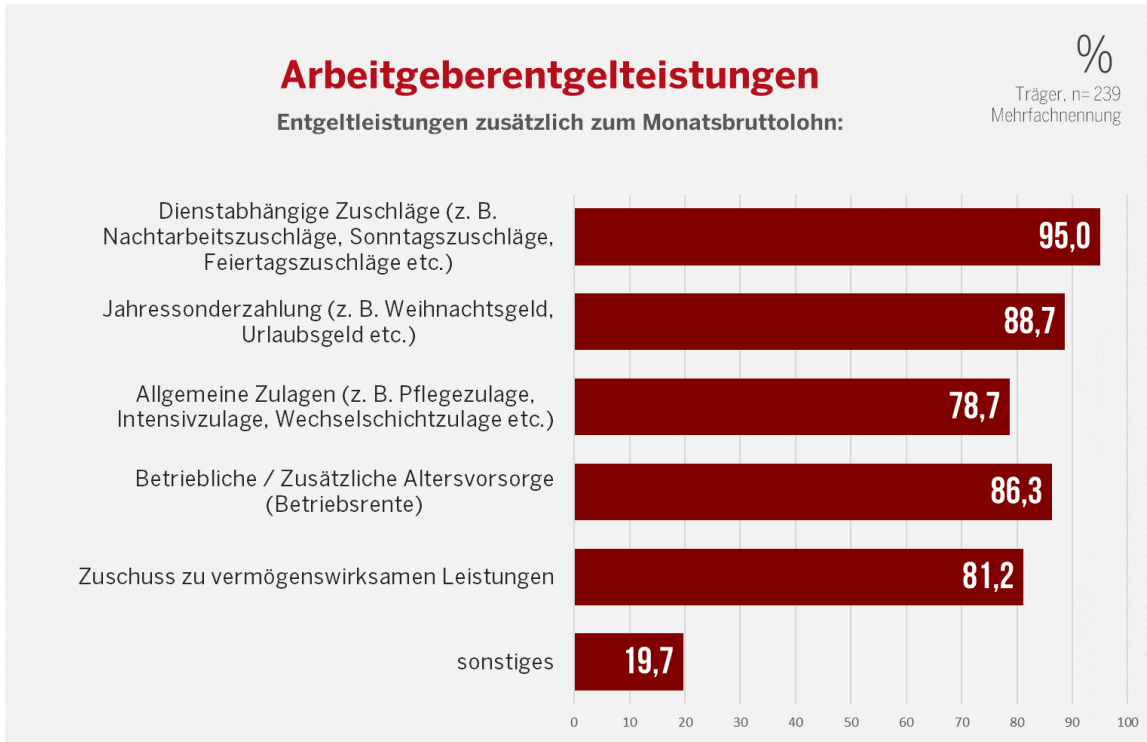


Abbildung 58: Zusätzliche Leistungen der Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber 1

Die beiden Grafiken weisen die Anteile der Nennungen zusätzlicher Leistungen und Vergünstigungen aus und verdeutlichen die Vielfalt an ergänzenden Leistungsbereichen.

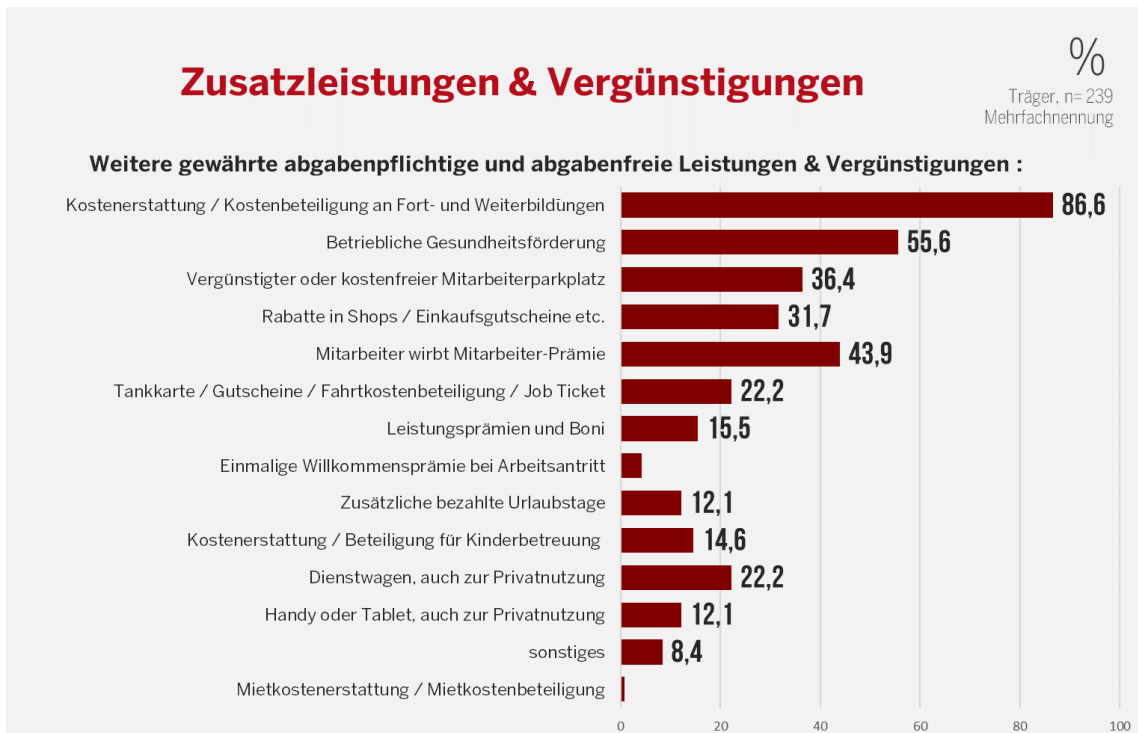


Abbildung 59: Zusätzliche Leistungen der Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber 2

Zur Bewertung von Entgelten ist ebenso maßgeblich, wie sich Urlaubsanspruch und Wochenarbeitszeiten im Tarifvertrag darstellen. Eine Subgruppenanalyse oder Clusterung der Einrichtungen kann hierbei aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht vorgenommen werden. Eine Auswertung erfolgte über die Gesamtheit der antwortenden Einrichtungen. Zur Klärung wurde die Anzahl der Arbeitstage / Woche von Vollzeitkräften sowie Wochenarbeitszeiten beleuchtet.

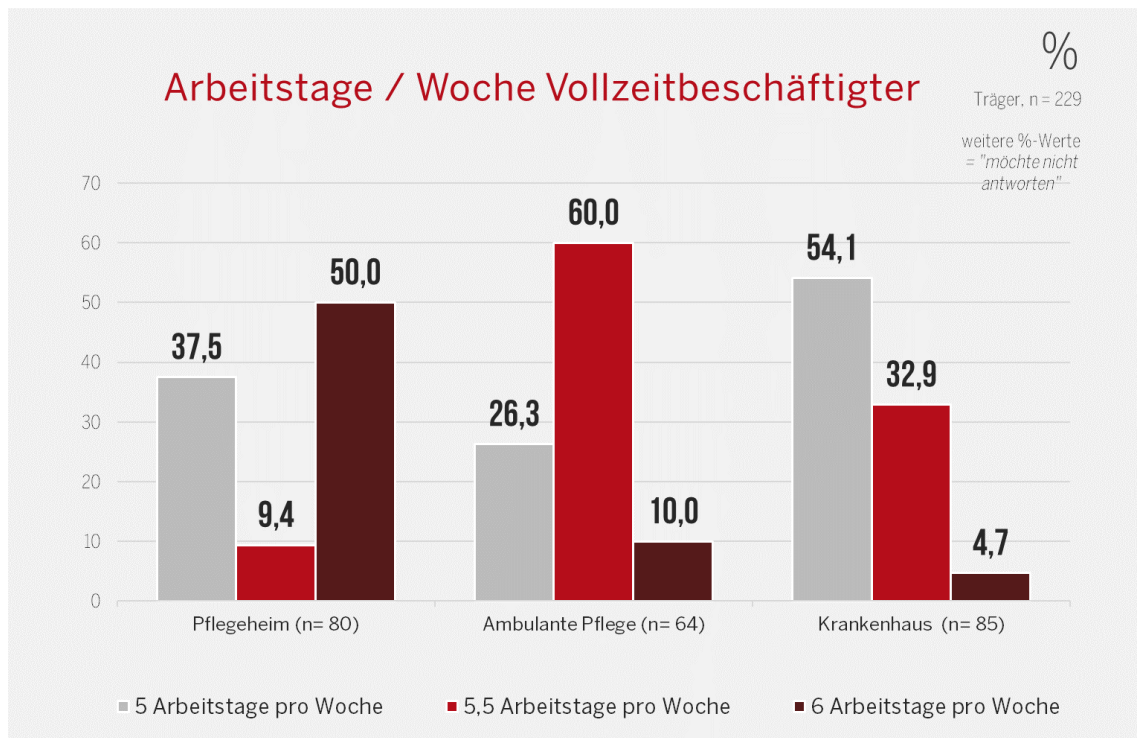


Abbildung 60: Arbeitszeitkonzepte der Sektoren, Angabe der Träger

Im Vergleich zu den Befragungsergebnissen der Berufseinmündenden und Berufstätigen zeigt sich übereinstimmend, dass die 5-Tage-Arbeitswoche das häufigste Arbeitszeitmodell der Krankenhäuser ist. In den ambulanten Diensten wird eine 5-Tage-Woche jedoch nur in geringem Umfang realisiert.

Die Ergebnisse der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber erhärten darüber hinaus die Hypothese, dass vor allem private Träger Wochenarbeitszeiten für Vollzeitstellen aus Gründen der Attraktivitätssteigerung unter 38 Stunden anbieten. Die Anzahl der Einrichtungen ist dabei jedoch gering. In den meisten Fällen entspricht eine Vollzeitstelle in der Pflege einer 38,5-Arbeitsstunden-Woche. Geringere Wochenarbeitszeiten bieten 7 Träger an, davon sind 5 private Träger (darunter 2x Benennung einer 35-Stunden-Woche).

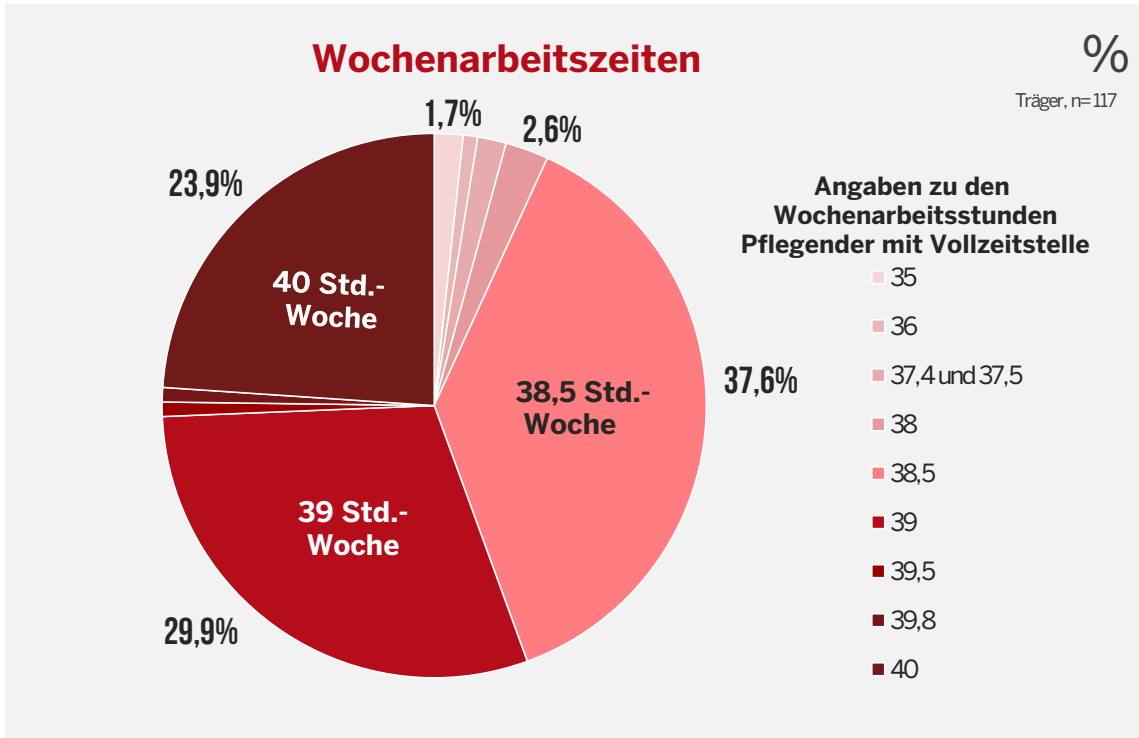


Abbildung 61: Wochenarbeitsstunden Pflegender in Vollzeit (Trägerangaben)

ATTRAKTIVITÄTSFAKTOREN AUS DER ARBEITGEBERPERSPEKTIVE

Die Attraktivitätsmerkmale wurden auch aus der Perspektive der Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber erfasst. Benannt werden sollten die Faktoren, die sie bezogen auf die Mitarbeitenden als zentral wahrnehmen.

Die nachfolgenden Grafiken zeigen die Merkmale in der prozentualen Ausprägung der Häufigkeit in absteigender Reihenfolge auf. Aufgenommen wurde die Kategorie: „sehr wichtig“.



Abbildung 62: Merkmale der Arbeitsstellen-Attraktivität (1)

Sehr hohe Zustimmungswerte ergeben sich dabei in den ersten vier Kategorien, die als sehr bedeutsam eingeschätzt werden. Sie stimmen auch überein mit Merkmalen, die bei Berufseinmündenden sowie bei beruflich Pflegenden eine hohe Priorisierung erfahren. Weniger bedeutsam erscheinen die Faktoren, die in der weiteren Rangfolge benannt werden.



Abbildung 63: Merkmale der Arbeitsstellen-Attraktivität (2)

In diesem Bereich finden sich Angaben, die mit der Lage der Einrichtung, der Infrastruktur der Region sowie mit Fragen der Mobilität und der Mobilitätsunterstützung in Verbindung stehen. Mobilitätsunterstützung (Jobticket/Tankgutscheine etc.) spielten hier eine geringe Rolle. Dies kann ggf. auch vor dem Hintergrund eingeordnet werden, dass aus der Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW bekannt ist, dass der Raum der Personalgewinnung auf rund 20 km begrenzt ist. Das heißt, Pflegende, die überwiegend sehr „ortstreu“ arbeiten, haben in aller Regel keine langen Distanzen zur Arbeitsstelle. Hier besteht keine Notwendigkeit, eine Mobilität zu fördern und zu unterstützen. Hinzuweisen muss darauf, dass die Ergebnisse vor der aktuellen Energie- und Spritpreiserhöhung erfasst wurden und dies ggf. ein zukünftig relevantes Thema werden kann.

Interessant sind die Auswertungen, wenn sie vergleichend gegenübergestellt werden. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Arbeitsplatz-Attraktivitätsmerkmale der Berufseinmündenden in der Rangfolge mit denen der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber abgeglichen.

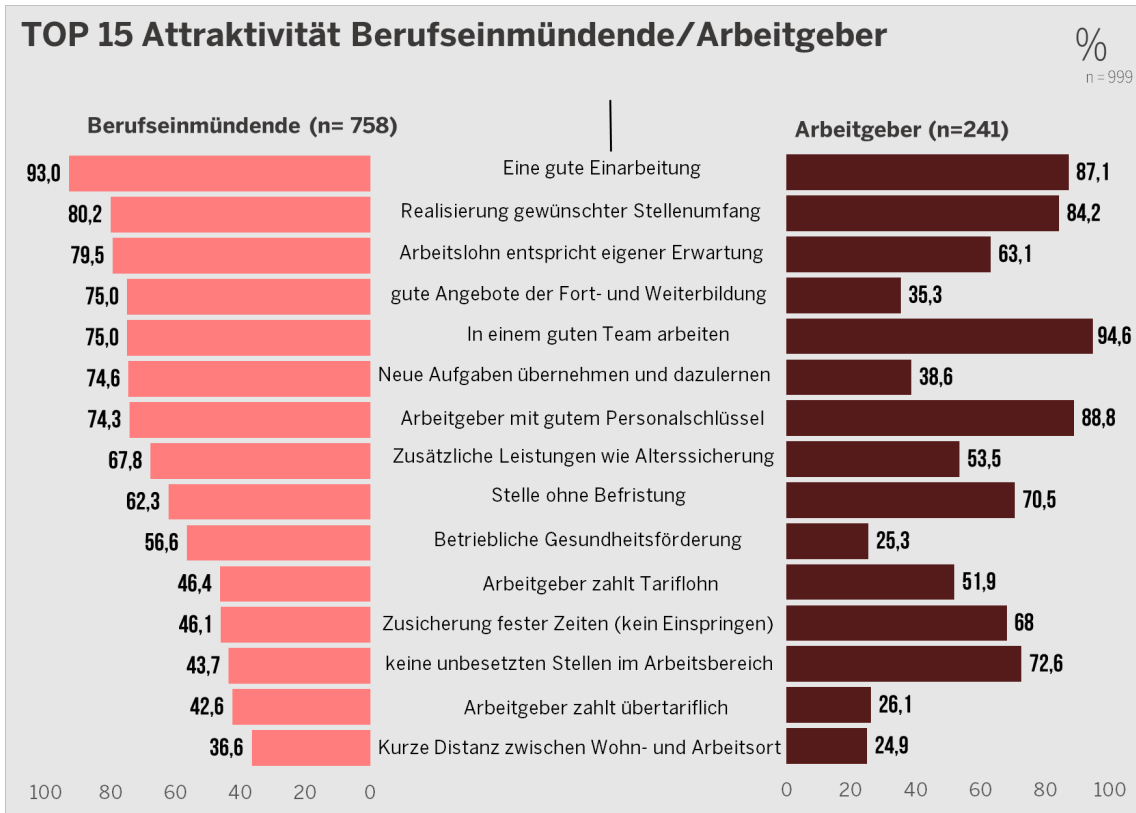


Abbildung 64: Gegenüberstellung Merkmale der Arbeitsplatz-Attraktivität

In zahlreichen Merkmalen besteht zwischen Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern und Berufseinmündenden eine hohe Übereinstimmung. So wird die gute Einarbeitung, die Bedeutung des Teams sowie die Realisierung des Stellenumfangs in ähnlicher Ausprägung und Bedeutung wahrgenommen.

Unterschiede ergeben sich jedoch ebenso. Die Bedeutung der Fort- und Weiterbildung sowie die Möglichkeit, Neues zu lernen, wird von den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern unterschätzt. Dies sind Hinweise auf den Wunsch der Berufseinmündenden, eine persönliche und auch qualifikatorische Entwicklungsmöglichkeit aufgezeigt bekommen zu können. Unterschätzt wird seitens der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber auch die Bedeutung einer betrieblichen Gesundheitsförderung. Ebenso sind einzelne der gehaltsbezogenen Merkmale unterschätzt (Arbeitgeber zahlt übertariflich/Zusätzliche Leistungen zur Alterssicherung).

Überbetont werden hingegen aus der Perspektive der Berufseinmündenden die Dienstplansicherheit sowie die Personalausstattungsfragen (keine offenen Stellen/Personalschlüssel). Hier zeigen die Berufseinmündenden eine höhere Flexibilität, als Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber vermuten.

Eine Gegenüberstellung der Ergebnisse zwischen den beruflich Pflegenden und Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern ergibt eine insgesamt größere Schnittmenge und einheitlichere Bewertung²⁷. Bei den beruflich Pflegenden spielte die Dienstplansicherheit eine bedeutendere Rolle als bei den Berufseinmündenden und wird von den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern auch ebenso gleichrangig eingeschätzt (68 Prozent). Unterschätzt wurden gegenüber den Pflegenden die Fort- und Weiterbildungsangebote, der Wunsch, neue Aufgaben zu übernehmen und die betriebliche Gesundheitsförderung.

EINSCHÄTZUNGEN ZUM PFLEGE-TARIFTREUE-GESETZ

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wird eine Entlohnung der Pflegearbeit ab September 2022 vorgeschrieben, die sich an einem regional üblichen Entgeltniveau orientiert. Die Ausgestaltungen und Konkretisierungen dazu waren zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts ebenso unklar wie die Berechnungsgrundlagen oder Kalkulationszusicherungen durch die Kostenträger.

Zu den Wirkungen wurden erste Einschätzungen der Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber in Form von Zustimmungen oder Ablehnungen vorformulierter Einschätzungen vorgenommen. Dies ersetzt nicht die Notwendigkeit, eine entsprechende Wirkungsanalyse durchzuführen, wenn die gesetzlichen Regelungen greifen²⁸. Eine systematische Bewertung jedoch konnte angesichts der großen Unsicherheit nicht Gegenstand der vorliegenden Studie sein.

Formuliert wurden unterschiedliche Aussagen, die überwiegend in Verbindung mit dem Hauptziel der Maßnahmen in Verbindung gebracht werden: mit der Steigerung der Attraktivität der Pflege als Beruf und der damit in Verbindung stehenden Überwindung eines Fachkräftemangels.

Zahlreiche Teilnehmende waren bezüglich der formulierten Aussagen zum aktuellen Pflege-Tariftreue-Gesetz unentschieden bzw. bewerteten die Aussagen im neutralen Wertekorridor. Die Vermutung, dass diese überwiegend aus dem Krankenhaussektor kommen, in dem das Gesetz geringergradig einwirkt, bestätigte sich in der differenzierten Analyse dabei nicht.

²⁷ Zu berücksichtigen sind bei den Vergleichen neben den unterschiedlichen befragten Gruppen die unterschiedlichen Anteile der Versorgungssektoren und Trägerstrukturen, aus denen sich die Teilnehmenden der Befragungen zusammensetzen. An der Pflegendenbefragung nahmen zum überwiegenden Anteil (65,5 Prozent) Krankenhausmitarbeitende teil, an der Arbeitgeberbefragung beteiligten sich in etwa ausgewogen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber der Krankenhäuser, der ambulanten Pflegedienste und der teil-/vollstationären Pflegeheime. Bei den ambulanten Pflegediensten ist der Anteil von 62,5 Prozent privater Träger hoch, wohingegen bei den Krankenhäusern und Pflegeheimen die Quote privater Träger unter 10 Prozent lag.

²⁸ Es ergeben sich neben den eigentlichen tariflichen Fragestellungen auch die, welchen Einfluss eine Veränderung der Kostenstruktur auf die Betreuungskosten der Menschen in der ambulanten Pflege hat und wie diese rückwirken auf Leistungsgeschehen und Leistungsverträge zwischen Diensten und Klientinnen und Klienten. Darüber hinaus sind die organisationalen Bedingungen, die Umstellungen von Software, Bilanzierung etc. mit zu berücksichtigen. Ebenso ist von Bedeutung, ob sich für einzelne Dienste Fragen der Rentabilität ergeben und ggf. mit der Aufgabe von Diensten zu rechnen sein muss, was angesichts der überragenden Bedeutung ambulanter Versorgungsstrukturen eine große Problematik darstellen würde.

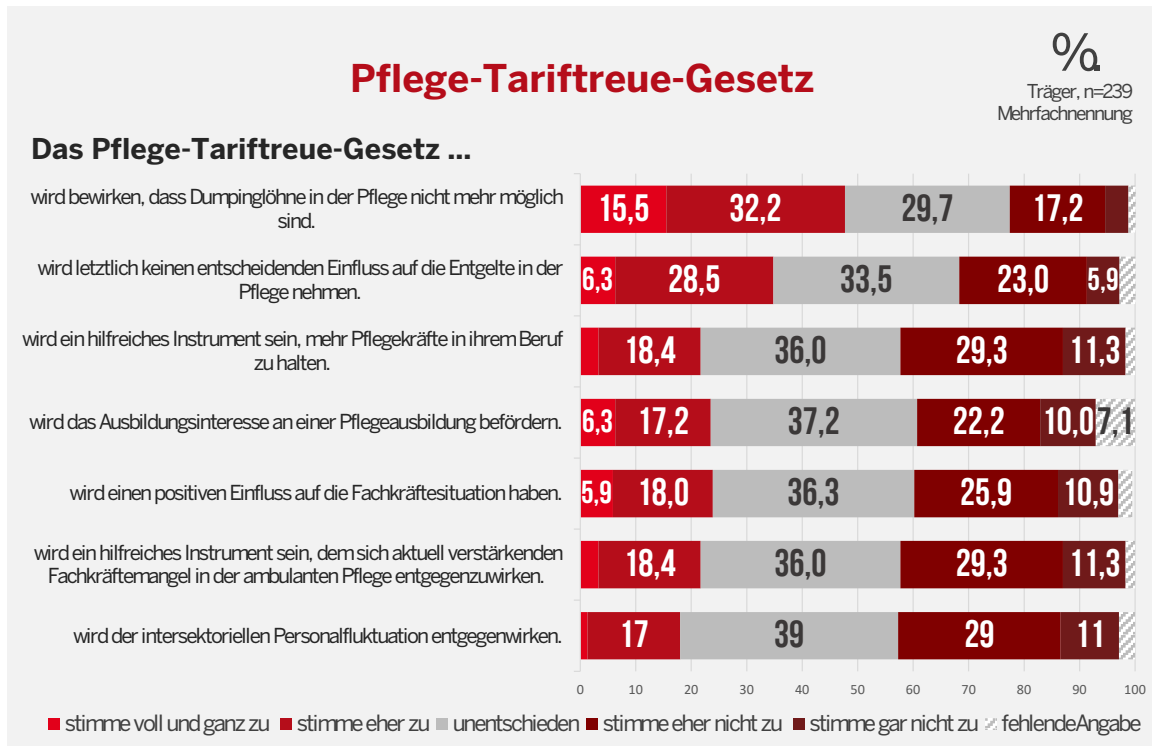


Abbildung 65: Einschätzungen zum Pflege-Tariftreue-Gesetz

Eine eindeutige und stärkere Wirkung wird im Bereich des „Lohndumpings“ vermutet. Die Befragten erwarten, dass es nicht mehr möglich sein wird, sogenannte „Dumping-Löhne“ anzubieten. Hier nähert sich der Zustimmungsbereich den 50 Prozent an. Dieser zunächst positiv anmutende Aspekt wird nachfolgend jedoch sogleich relativiert. Stark ausgeprägt ist nämlich die Vermutung, dass das Tariftreue-Gesetz auf die tatsächlichen Entgelte der Beschäftigten keinen entscheidenden Einfluss nehmen wird. Durch die Einrichtungen wird vermutet, dass parallel zu einer tariflichen Anpassung und Vereinheitlichung ggf. die Zusatzentgelte und Zusatzleistungen oder auch die in Form von Prämien gewährten Zulagen kompensatorisch einbehalten werden könnten. Möglich wäre auch, dass andere Lücken genutzt werden, um Lohnsteigerungen entsprechend zu kompensieren, sodass die Tariftreue nicht zwingend zu mehr Lohn führen muss.

Größere Effekte, die einen Zusammenhang zum Fachkräftemangel in der ambulanten Pflege oder zur Personalfluktuatıon insgesamt herstellen, werden von den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern überwiegend nicht vermutet. Gleiches gilt auch bezogen auf das Ausbildungsinteresse. Hier dominieren in allen genannten Bereichen die tendenziell oder stärker ablehnenden Einschätzungen.

In der Summe kann festgehalten werden, dass die Einrichtungen die von der Politik mit der Einführung verbundenen Hoffnungen aktuell (noch) nicht teilen und sich tendenziell skeptisch äußern.

ERGEBNISBERICHT ENTGELTE UND GEHALT

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Sekundäranalyse zu Entgelten und Gehaltsunterschieden für Altenpflegekräfte und für Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende vorgestellt. Um möglichst aussagekräftige Unterschiede sowohl bezüglich der Sektoren als auch der Trägerschaften und der Qualifikationen auszuweisen, wurden für Nordrhein-Westfalen ergänzende Datenbestände erschlossen und eingebunden.

Zur Einordnung werden die Entgelte Pflegender in Nordrhein-Westfalen in Relation zur Lohnentwicklung weiterer Fachkraftberufe und der Lohndynamik im Bundesgebiet vorgestellt.

ENTGELTDATEN DER BESCHÄFTIGUNGSSTATISTIK

Die Entgelte beschäftigter Pflegekräfte steigen. Diese Entwicklung zeigt sich in allen Sektoren und in allen Bundesländern.

Für Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegefachkräfte ist in Deutschland in den Jahren 2012 bis 2020 eine Lohnsteigerung von rund 23 Prozent zu beobachten; für Fachkräfte der Altenpflege zeigt sich für diesen Zeitraum ein Plus von 34 Prozent. Die Entgelte aller Fachkraftberufe sind im Mittel um 19 Prozent und damit deutlich geringer angestiegen als die Gehaltsentwicklungen in der Pflege. Fachkräfte der Altenpflege in Deutschland erhielten im Jahr 2020 mit einem Lohn von 3.174 € (Median) erstmals mehr als die Beschäftigten aller Fachkraftberufe (Carstensen et al. 2021).

Die folgende Tabelle zeigt die monatlichen Bruttoentgelte von Fachkräften der Krankenpflege absteigend sortiert nach Entgelthöhen für alle Bundesländer für das Jahr 2020 auf (Entgeltstatistik der BA). Als Referenz werden die Bruttoentgelte aller Fachkraftberufe sowie aller Beschäftigten in den Bundesländern (ohne Rangfolge) abgebildet. Deutlich wird ein, weiterhin bestehendes, West-Ost-Lohngefälle zugunsten Beschäftigter in den westlichen Bundesländern (Bogai et al. 2015; Carstensen et al. 2020, 2021).

Der Vergleich der Bruttoentgelte der Bundesländer ist insbesondere mit den an Nordrhein-Westfalen angrenzenden Ländern Niedersachsen, Hessen und Rheinland-Pfalz interessant. Nordrhein-Westfalen befindet sich im Jahr 2020 mit einem Bruttoentgelt (Median) von 3.736 € für Krankenpflegefachkräfte im Ranking der Bruttoentgelthöhen auf dem 3. Platz (hinter dem Saarland und Baden-Württemberg) gesamt und damit über dem Entgeltdurchschnitt der westdeutschen Länder und deutlich vor den Anrainerländern. 2019 lag Nordrhein-Westfalen im Ranking noch hinter Bremen auf dem 4. Platz.

Monatliche Bruttoentgelte von Fachkräften nach Bundesländern in Euro, Jahr 2020	Fachkräfte Krankenpflege	Alle Fachkraftberufe	Alle Beschäftigten
Saarland	3.894 €	3.344€	3.456 €
Baden-Württemberg	3.841 €	3.456 €	3.751 €
Nordrhein-Westfalen	3.736 €	3.273 €	3.487 €
Bremen	3.733 €	3.291 €	3.598 €
Westdeutschland Durchschnitt	3.706 €	3.284 €	3.540 €
Bayern	3.697€	3.262 €	3.572 €
Rheinland-Pfalz	3.676 €	3.222 €	3.372 €
Hessen	3.653 €	3.369 €	3.709 €
Deutschland Durchschnitt	3.645 €	3.166 €	3.427€
Hamburg	3.644 €	3.379 €	3.863€
Schleswig-Holstein	3.642 €	3.029 €	3.170 €
Berlin	3.590 €	3.051 €	3.484 €
Niedersachsen	3.572 €	3.117 €	3.283 €
Thüringen	3.464 €	2.598 €	2.699 €
Ostdeutschland Durchschnitt	3.416 €	2.648 €	2.890 €
Sachsen	3.384 €	2.511 €	2.742 €
Sachsen-Anhalt	3.397 €	2.611 €	2.754 €
Mecklenburg-Vorpommern	3.356 €	2.522 €	2.676 €
Brandenburg	3.245 €	2.614 €	2.772 €

Tabelle 11: Vollzeit-Bruttoentgelte Krankenpflegefachkraft, Entgeltatlas der BA 2020²⁹

Das monatliche Bruttoentgelt der Altenpflegefachkräfte in Nordrhein-Westfalen von 3.231 € (Median des Jahres 2020) liegt im Bundesländervergleich an 5. Stelle (hinter Berlin, Hamburg, Bayern und Baden-Württemberg). Die Bruttoentgeltsteigerung der Altenpflegefachkräfte in Nordrhein-Westfalen liegt mit einem Plus von 97 € im Ländervergleich im unteren Spektrum. Dies verdeutlicht eine Vergleichsübersicht der monatlichen Bruttoentgelte von Fachkräften der Altenpflege nach Bundesländern für die Jahre 2020 und 2019.

²⁹ Quelle: (Carstensen et al. 2020): Monatliche Bruttoentgelte von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (in Vollzeit, ohne Auszubildende) im Jahresdurchschnitt, Medianwerte. Beschäftigungsstatistik der BA; eigene Berechnungen ©IAB, eigene Darstellung DIP

Monatliche Bruttoentgelte nach Bundesländern in Euro	Fachkräfte Altenpflege		
	Entgeltplus 2020 zu 2019	2020	2019
Baden-Württemberg	+ 120 €	3.446 €	3.326 €
Bayern	+ 112 €	3.329 €	3.217 €
Hamburg	+ 123 €	3.327 €	3.204 €
Berlin	+ 229 €	3.253 €	3.024 €
Westdeutschland Durchschnitt	+ 123 €	3.243 €	3.120 €
Nordrhein-Westfalen	+ 97 €	3.231 €	3.134 €
Bremen	+ 182 €	3.211 €	3.029 €
Rheinland-Pfalz	+ 96 €	3.208 €	3.112 €
Saarland	+ 134 €	3.208 €	3.074 €
Deutschland Durchschnitt	+ 142 €	3.174 €	3.032 €
Hessen	+ 147 €	3.158 €	3.011 €
Schleswig-Holstein	+ 113 €	3.124 €	2.964 €
Thüringen	+ 208 €	2.923 €	2.715 €
Niedersachsen	+ 178 €	3.019 €	2.841 €
Brandenburg	+ 138 €	2.910 €	2.772 €
Ostdeutschland Durchschnitt	+ 191 €	2.898 €	2.707 €
Mecklenburg-Vorpommern	+ 204 €	2.824 €	2.620 €
Sachsen	+ 211 €	2.768 €	2.557 €
Sachsen-Anhalt	+ 204 €	2.736 €	2.532 €

Tabelle 12: Vollzeit-Bruttoentgelte der Fachkräfte Altenpflege im Bundesdurchschnitt³⁰

ENTGELTE UND ENTGELTENTWICKLUNG

Die Fachkräfte der Altenpflege erzielten aber mit dem im Ländervergleich geringen Lohnzuwachs von 97 € (+6,4 Prozent im Jahr 2020 zu 2019) in Nordrhein-Westfalen ein höheres Bruttoentgeltplus als die Fachkräfte der Krankenpflege. Diese verdienten im Jahr 2020 in Nordrhein-Westfalen 3.736 € und rund 69 € (1,9 Prozent) mehr als im Jahr 2019 (Wirtschaftszweige insgesamt).

Lohndifferenz der Fachkraftberufe

Fachkräfte der Altenpflege verdienten in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2020 mit 3.231 € aber immer noch rund 505 € weniger als Krankenpflegefachkräfte. Der Bruttoentgeltunterschied hat sich im Vergleich zum Jahr 2019 (533 € Differenz) nur geringfügig reduziert. Für Deutschland gesamt zeigt sich 2020 mit 471 € (2019: 515 €) eine geringere und ebenfalls abnehmende Lohndifferenz zwischen den Pflegefachkraftberufen.

Lohndifferenz der Helferberufe

Bei den Bruttoentgelten der Helferinnen und Helfer in der Altenpflege nimmt Nordrhein-Westfalen mit einem monatlichen Bruttoentgelt von 2.480 € den

³⁰ Quelle: (Carstensen et al. 2020, 2021): Monatliche Bruttoentgelte von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (in Vollzeit, ohne Auszubildende) im Jahresdurchschnitt, Medianwerte. Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. ©IAB, eigene Darstellung DIP

Spitzenplatz im Bundesländervergleich ein. Das Median-Entgelt der Krankenpflegeassistentinnen und -assistenten in Nordrhein-Westfalen nimmt mit 2.885 € den vierten Platz ein. Somit sind die Assistenz- bzw. Helferberufe in NRW überdurchschnittlich finanziert.

Im Vergleich der Helferberufe untereinander zeigt sich, dass Krankenpflegeassistentinnen und -assistenten in Nordrhein-Westfalen rund 405 € mehr als die Helferinnen und Helfer in der Altenpflege verdienen. Dennoch ist in der Entwicklung der monatlichen Bruttoentgelte (Median) eine Abnahme der Lohnunterschiede feststellbar (2019: 448 € Differenz). Die Lohndifferenz liegt dabei auch unterhalb des Bundesdurchschnitts. Für Deutschland gesamt zeigt sich 2020 zwischen den Helferberufen eine Lohndifferenz von 514 €. Da das Qualifikationsniveau der Helferberufe nicht bundeseinheitlichen Gesetzesgrundlagen folgt, sind Lohnvergleiche zwischen den Bundesländern nur bedingt aussagekräftig. Lohndaten der Helferberufe werden deshalb nicht weiter im Ländervergleich thematisiert.

Zusammenfassend liegt Nordrhein-Westfalen im Pflegelohnvergleich der Bundesländer deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Die folgende Tabelle weist die Entgelte in Nordrhein-Westfalen und Deutschland für weitere Qualifikationen aus.³¹

Pflegerberufe nach KldB 2010	Nordrhein-Westfalen	Deutschland	
	Entgelt	Entgelt	in NRW
Gesundheits-, Krankenpflege (o.S.) Fachkraft (81302)	3.736€	3.645 €	+ 91 €
Fachkrankenpflege Spezialist (81313)	4.288 €	4.101€	+ 187 €
Fachkinderkrankenpflege Spezialist (81323)	4.154€	4.071€	+ 83 €
Altenpflege (o.S.) Fachkraft (82102)	3.231 €	3.174 €	+ 57 €
Altenpflege (o.S.) Spezialist (82103)	*	3.056 €	*
Gesundheits-, Krankenpflege (oS) Helfer (81301)	2.885€	2.755 €	+ 130 €
Altenpflege (o.S.) Helfer (82101)	2.480 €	2.241 €	+ 239 €

Tabelle 13: Entgeltvergleich in der Pflege, NRW und Deutschland³²

³¹ Ergebnisse der Sonderabfrage beim Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit. Als statistischer Einflussfaktor auf das Ergebnis muss die für NRW um den Faktor 5 niedrigere Fallzahl einbezogener sozialversicherungspflichtiger Vollzeitkräfte berücksichtigt werden.

³² Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, Bruttoarbeitsentgelte mit steuerpflichtigen Zuschlägen der soz.-vers.-pfl. Beschäftigten in Vollzeit am 31.12.2020 (o. Auszubildende); eigene Berechnungen IAB, eigene Darstellung DIP. * Aufgrund von zu geringen Fallzahlen können keine Werte ausgewiesen werden.

ENTGELTUNTERSCHIEDE NACH SEKTOREN

Die Publikationen zu Entgelten von Pflegekräften (Carstensen et al. 2021, 2020) zeigen auf, dass die Löhne von Pflegenden sich nicht nur nach dem erlernten bzw. nach dem von den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern gemeldeten Pflegeberuf (der KldB 2010 folgend der Berufsgruppe „Altenpflege“ oder „Krankenpflege“ klassifiziert) unterscheiden. Vom Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit liegen hierzu für Nordrhein-Westfalen Auswertungen zu Entgelten nach Arbeitsorten (Wirtschaftszweigen) vor.

Je nach Arbeitsort (Krankenhaus, teil-/vollstationäre Pflegeeinrichtungen oder ambulante Pflegedienste) zeigen sich deutliche Lohnunterschiede. Sowohl Fachkräfte als auch Assistenz- und Hilfskräfte in der Krankenpflege und in der Altenpflege erzielen im Sektor Krankenhaus im Vergleich zum Sektor der ambulanten Pflege deutlich höhere Entgelte (ebd.).

Bei Fachkräften der Krankenpflege in Nordrhein-Westfalen beträgt im Jahr 2020 der Bruttoentgeltunterschied zwischen dem Arbeitsort im Krankenhaus und in der ambulanten Pflege rund 867 € zugunsten der Beschäftigten im Krankenhaus (Deutschland gesamt: 873 €; West: 845 € und Ost: 891 €). Das Lohngefälle nach Arbeitsorten fällt im Jahr 2020 in Nordrhein-Westfalen für Fachkräfte der Altenpflege mit 648 € zugunsten einer Tätigkeit im Krankenhaus gegenüber der ambulanten Pflege zwar geringer aus, ist aber weiterhin enorm ausgeprägt.

Eine tendenzielle Annäherung der Löhne nach Arbeitsorten ist dabei zu beobachten. Im Jahr 2019 verdienten Fachkräfte der Krankenpflege in Nordrhein-Westfalen am Arbeitsort Krankenhaus noch 927 € mehr als Beschäftigte in der ambulanten Pflege. Fachkräfte der Altenpflege verdienten in Krankenhäusern von Nordrhein-Westfalen im Jahr 2019 noch 731 € mehr als beschäftigte Altenpflegefachkräfte in der ambulanten Pflege.

Für Pflegefachkräfte zeigen sich in 2020 in allen Bundesländern weiterhin hohe Lohndifferenzen zwischen den Arbeitsorten Krankenhaus und ambulante Pflege. Die Differenz der Bruttoentgelte (Median) der Krankenpflegefachkräfte betrug für Deutschland gesamt 873 €, bei Altenpflegefachkräften betrug die Differenz der Bruttoentgelte (Median) nach Arbeitsorten für Deutschland gesamt 674 € (Carstensen et al. 2021).

Erfolgt hier keine Anpassung oder wird die Lohndifferenz erst in einem jahrelangen Verfahren schrittweise angenähert, ergeben sich für die ambulanten Dienste längerfristig bleibende und substantielle Nachteile bei der Gewinnung von Pflegefachkräften. Dies ist umso relevanter vor dem Hintergrund der Einmündung generalistisch qualifizierter Pflegender.

Im Rahmen einer Sonderauswertung für Nordrhein-Westfalen können Aussagen für die Unterschiede der Qualifikationsniveaus ergänzt werden. Die fol-

gende Grafik weist die Entgelthöhen für die in Vollzeit sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Pflege nach Qualifikation und Arbeitsorten für Nordrhein-Westfalen aus.

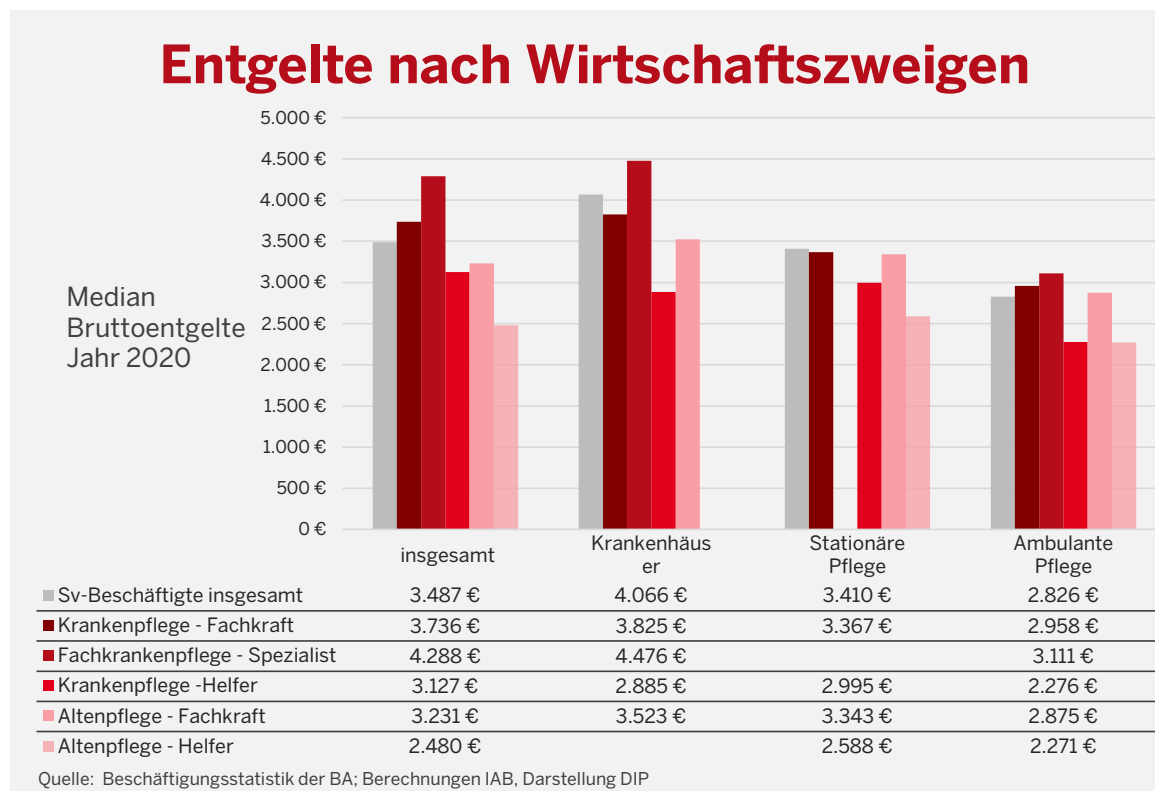


Abbildung 66: Bruttoentgelte in der Pflege in NRW nach Arbeitsort³³

Als Ursachen der Lohndifferenzen werden Unterschiede in den Systemen der Finanzierung diskutiert (Carstensen et al. 2021). Die Kennzahlen der Verdienstrukturserhebung verweisen darüber hinaus für die Beschäftigten im Sozial- und Gesundheitswesen auf Zusammenhänge zwischen betrieblichen Eigenschaften und Entgelten (Statistisches Bundesamt 2020). Bei Beschäftigten tarifgebundener Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bildet sich ein höheres Lohnniveau ab als bei Beschäftigten ohne Tarifbindung. Gleiches gilt für die Verdienste bei öffentlichen Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern. Unterschiede sind zudem hinsichtlich der Unternehmensgrößen zu beobachten: Je mehr Beschäftigte im Unternehmen tätig sind, desto höher liegt der Entgelt-Median. Ebenso sind höhere Entgelte in städtischen Regionen zu beobachten sowie in Regionen mit Verdichtungsansätzen. Als personengebundene Faktoren zeigen sich ein höheres Alter, ein höherer Schulabschluss sowie ein höherer beruflicher Ausbildungsabschluss als Wirkfaktoren. Zudem ist ein höheres Lohnniveau bei der Gruppe Beschäftigter mit längerer Unternehmenszugehörigkeit sowie un-

³³ Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Vollzeit (ohne Auszubildende) am 31. Dezember 2020. Die dargestellten Bruttoarbeitsentgelte enthalten die steuer- und sozialversicherungspflichtigen Zuschläge. Kein Eintrag = keine Werte aufgrund zu geringer Fallzahlen. WZ 008: Krankenhäuser: 861 Krankenhäuser; Stationäre Pflege: 8710 Pflegeheime, 8730 Altenheime, Alten- u. Behindertenwohnheime; Ambulante Pflege: 88101 Ambulante soziale Dienste.

befristeten Arbeitsverträgen ableitbar. Der jeweilige Einflussgrad der unterschiedlichen Ursachen auf die Lohnhöhen kann auf Basis der vorliegenden Kennzahlen nicht näher bestimmt werden.

TARIFLOHNENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Laut Pressemitteilung der AOK Rheinland/Hamburg im Februar 2022 zahlen rund 30 Prozent aller Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen aktuell Tarifentgelte und wenden eine von 17 Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen an (AOK Rheinland/Hamburg. Die Gesundheitskasse 07.02.2022).

Ab September 2022 wird für alle Pflegeeinrichtungen mit Zulassung zur Versorgung die Zahlung von Entgelten bemessen an einem regional üblichen Entgeltniveau zur Pflicht. In Nordrhein-Westfalen sollen Pflegehilfskräfte mit mindestens einjähriger Qualifikation ein Mindestentgelt von 19,75 € / Std. und Pflegefachkräfte mit mindestens dreijähriger Qualifikation ein Mindestentgelt von 23,28 € / Std. erhalten. Diese Mindestentgelthöhe bezieht sich auf zu zahlende Bruttoentgelte ohne Zuschläge, da laut dem „AOK Fachportal für Leistungserbringer“ die Zuschläge vom jeweiligen Einsatz und den Beschäftigten selbst abhängig sind und damit variabel ausfallen. Zulagen würden damit das regional übliche Entgeltniveau verfälschen. Die variablen, pflegetypischen Zuschläge für Nachtarbeit, Sonntags- und Feiertagsarbeit, Schicht- und Wechselschichtarbeit, ein Flexibilitätszuschlag sowie für Bereitschaft und Rufbereitschaft wurden für alle Bundesländer spezifisch erfasst und ausgewiesen³⁴.

Die Entgeltdaten der Beschäftigungsstatistik ermöglichen differenzierte Aussagen (Mediane und Quartile) nach Beruf, Qualifikation und Wirtschaftszweigen zu Bruttomonatsentgelten Vollzeitbeschäftigter. Informationen zu Entgelten, gegliedert nach Trägerschaften oder nach Tarifbindung, sind hingegen nicht darstellbar. Das statistische Bundesamt weist über den Tarifindex für das Gesundheitswesen (86) Tarifverdienste ohne Untergliederung nach Berufen oder Arbeitsorten aus. Im Gesundheitswesen zeigt sich für das Referenzjahr 2018 zu 2019 mit einer Veränderung von 3,2 Prozent eine etwas geringere Entwicklung der tariflichen Monatsverdienste (mit Sonderzahlungen³⁵) im Vergleich zur Gesamtwirtschaft (+ 3,4 Prozent). Von 2019 zu 2020 stiegen die tariflichen Monatsverdienste mit 2,9 Prozent positiver als in der Gesamtwirtschaft.

³⁴ <https://www.aok.de/gp/entlohnung-nach-tarif/tarifuebersicht/regional-uebliches-entgeltniveau-in-der-pflege>

³⁵ bspw. tarifliche Einmalzahlungen, Jahressonderzahlungen, tarifliche Nachzahlungen

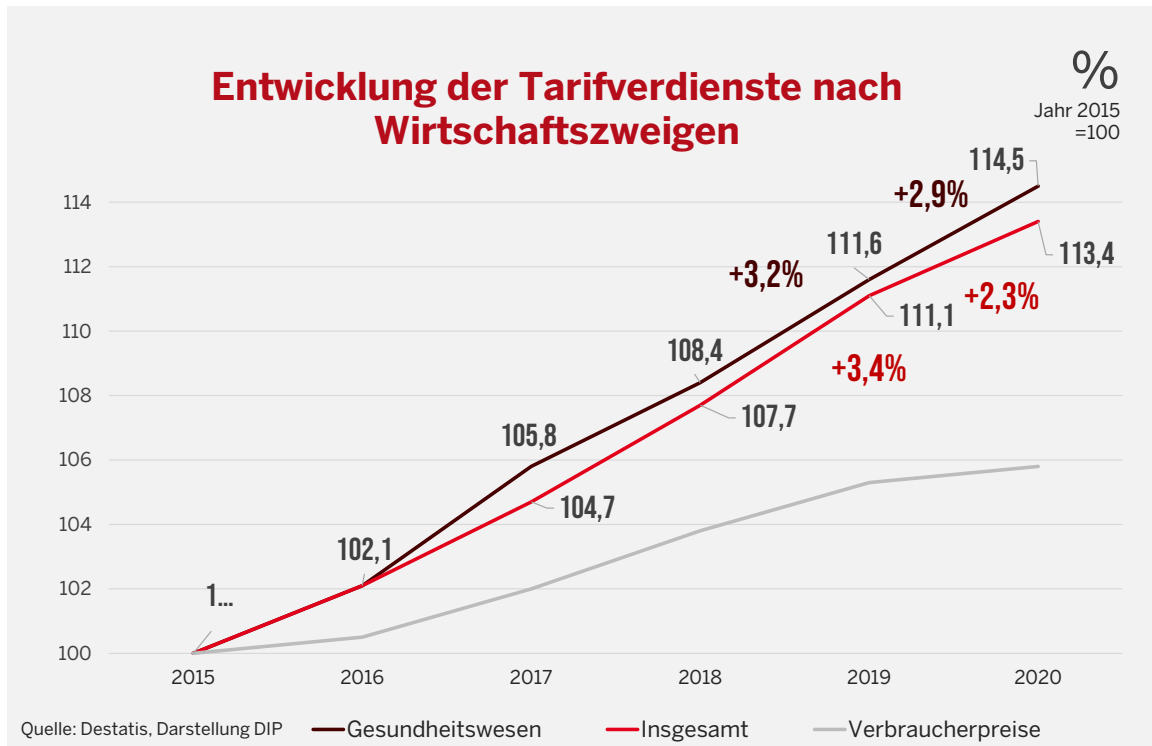


Abbildung 67: Entwicklung der Tarifverdienste im Gesundheitswesen³⁶

Die Entwicklung der Tarifverdienste im Gesundheitswesen verläuft insgesamt parallel zur Gesamtentwicklung der Tariflohnentwicklungen aller Berufe und liegt geringfügig oberhalb der allgemeinen Entwicklungslinie.

Aus der Sonderauswertung der Verdienststrukturerhebung aus dem Jahr 2018 liegen für Nordrhein-Westfalen isolierte Bruttostundenlöhne Vollzeitbeschäftigter der Pflegeberufe nach Qualifikation, beschäftigt in den Wirtschaftszweigen im Gesundheits- und Sozialwesen, jedoch ohne Gliederung nach den zuvor beschriebenen Eigenschaften vor. Diese Daten sollen im Folgenden mit der Sonderauswertung zu Bruttostundenlöhnen von privatwirtschaftlich geführten ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen vorgestellt und diskutiert werden.

ENTGELTENTWICKLUNG IN PRIVATEN PFLEGEUNTERNEHMEN

Wie im Abschnitt zum Forschungsdesign beschrieben, liegen für Nordrhein-Westfalen auf der Basis einer Sonderauswertung Analysen zu über 60.000 Bruttostundenlöhnen von beschäftigten Pflegekräften in ausschließlich privatwirtschaftlich geführten ambulanten und teilstationären Pflegeeinrichtungen vor (ETL Advision - Steuerberatung im Gesundheitswesen 2021).

Dabei liegen Aussagen zu Bruttostundenlöhnen mit und ohne Zulagen für Altenpflegefachkräfte, Krankenpflegefachkräfte, für Pflegefachkräfte mit PDL-

³⁶ <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Tarifverdienste-Tarifbindung/TDB/TDB/tarifinfo-gesundheitswesen.html>

Qualifikation sowie für Pflegehilfskräfte, jeweils aus den Jahren 2018 bis 2020, vor. Die nachfolgende Grafik bildet den Median der Bruttostundenlöhne mit Zulagen (vermögenswirksamen Leistungen, Zuschläge, Zulagen, Sachbezüge, pauschal versteuerte Lohnbestandteile) der Jahre 2018 bis 2020 sowie die Lohnentwicklung der Beschäftigungsgruppen in den ambulanten und teilstationären Pflegeunternehmen in privater Trägerschaft ab.

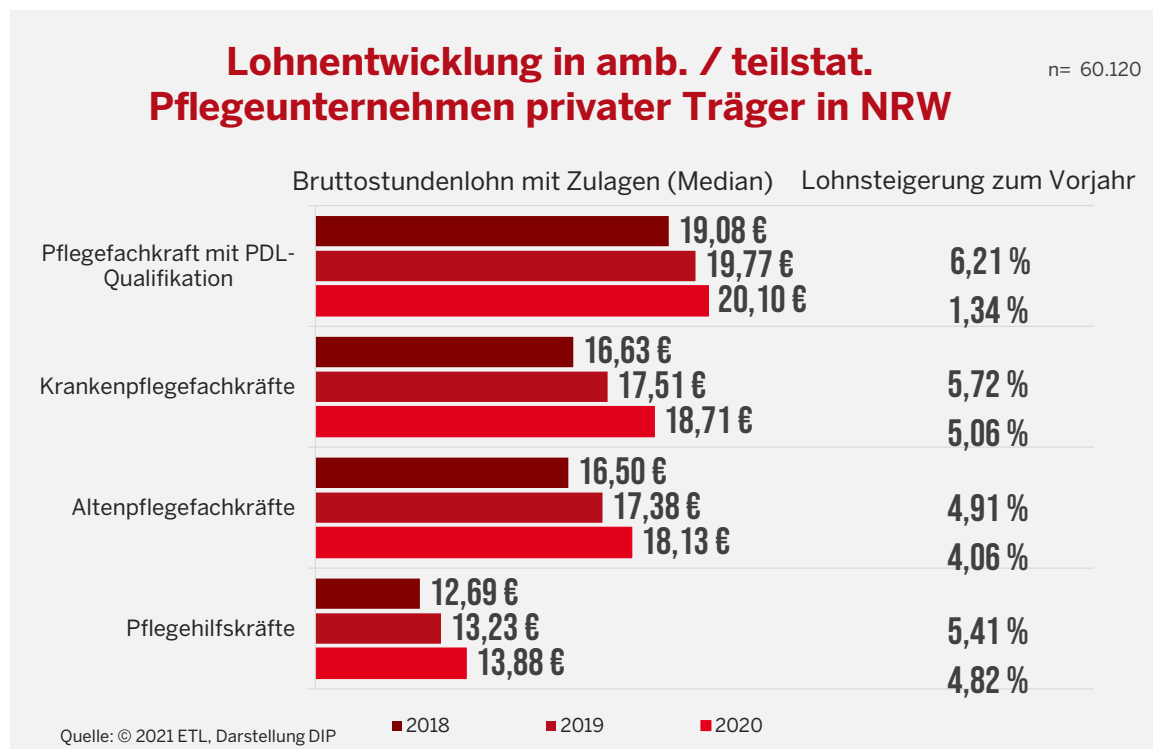


Abbildung 68: Löhne und Lohnentwicklung in privatwirtschaftlichen Pflegeunternehmen

Die Lohndaten (Median) der privatwirtschaftlichen Pflegeunternehmen zeigen für Fachkräfte der Krankenpflege höhere Stundenlöhne (mit Zulagen) im Vergleich zur Altenpflege. Sie verweisen zudem auf eine positive Lohnentwicklung beschäftigter Pflegekräfte in Einrichtungen der privaten Trägerschaft. Für Krankenpflegefachkräfte zeigt sich für Nordrhein-Westfalen eine höhere Steigerung als bei den Altenpflegefachkräften. Lag im Jahr 2018 die Bruttostundenlohndifferenz bei 13 Cent, so ist im Jahr 2020 eine Differenz von 58 Cent zugunsten der Krankenpflegefachkräfte ausgewiesen. Diese Ergebnisse stehen dem Trendverlauf der im Verhältnis stärker gestiegenen Löhne in der Altenpflege (Daten der Bundesagentur) gegenüber. Ein Erklärungsansatz könnte sein, dass eine steigende Nachfrage nach Krankenpflegefachkräften den intersektoriellen Konkurrenzdruck befördert und damit den Anstieg der Löhne für Krankenpflegefachkräfte im ambulanten privatwirtschaftlichen Pflegesektor befördert.

Weitere Informationen zu den Datensätzen, bspw. zum Alter der Beschäftigten oder zur Dauer der Betriebszugehörigkeit, liegen nicht vor und können nicht als Einflussfaktoren näher betrachtet werden. Die benannten Tendenzen zur Ent-

wicklung der Bruttolöhne nach Qualifikation zeigen sich auch in der Gesamtstudie der ETL Advice GmbH (ETL Advice - Steuerberatung im Gesundheitswesen 2021).

Die Lohndaten der Privatwirtschaft werden im Folgenden den isolierten Entgelten der Verdienststrukturerhebung zu Vollzeitbeschäftigten der Pflegeberufe (klassifiziert nach der KIdB 2010), tätig im Gesundheits- und Sozialwesen an allen Arbeitsorten und in allen Trägerschaften, gegenübergestellt. Beide Analysen beziehen sich auf das vergleichende Jahr 2018 und zeigen den Median der Bruttostundenlöhne ohne Zulagen auf. Aufgrund der unterschiedlichen Primärdatenquellen kann die Gegenüberstellung nur als ein erster Indikator einbezogen und unter dem Vorbehalt der Beachtung der Eigenschaften der Primärquellen bewertet werden.

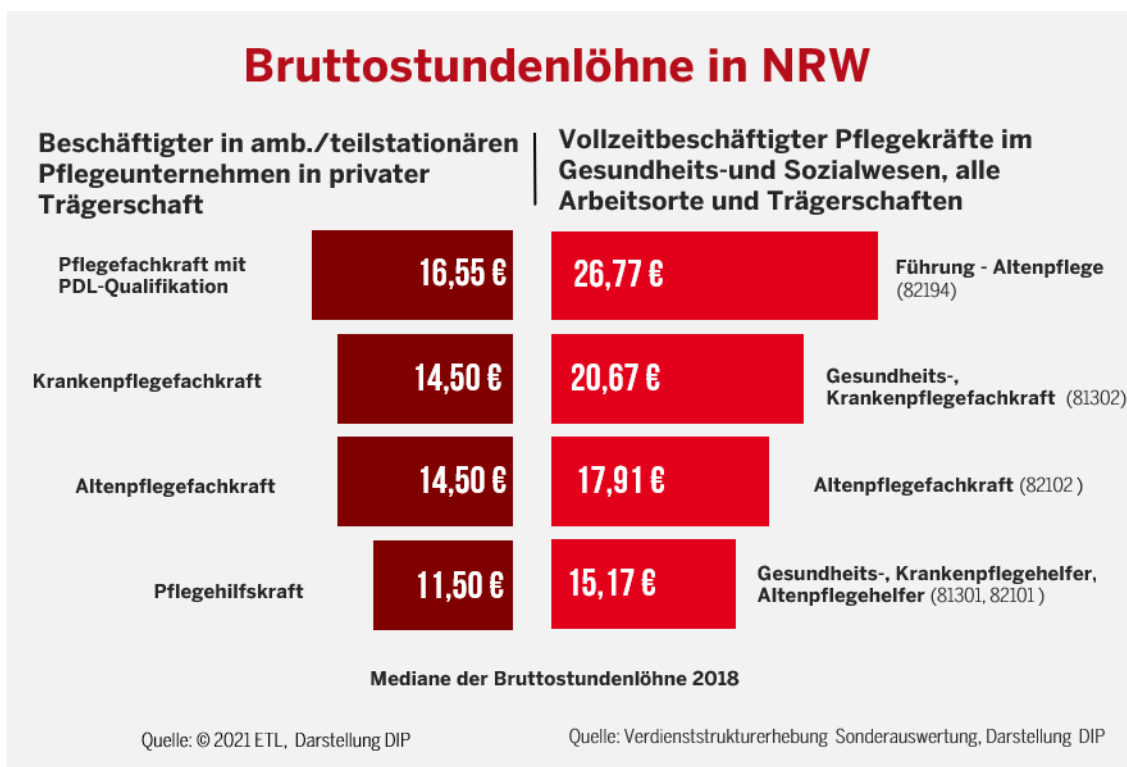


Abbildung 69: Löhne Beschäftigter in Pflegeunternehmen

Die Bruttostundenlöhne (Bruttomonatsverdienst dividiert durch die Zahl der im Berichtsmonat bezahlten Stunden) der Verdienststrukturerhebung vollzeitbeschäftigter Pflegekräfte (nach Beruf und Qualifikation an allen Arbeitsorten und bei Arbeitgebern aller Trägerschaften) bilden dabei deutlich höhere Löhne ab als die Entgelte in ambulanten und teilstationären Pflegeunternehmen in privater Trägerschaft. Auffällig ist die gleiche Lohnhöhe (Median) der Altenpflegefachkräfte und Krankenpflegefachkräfte in privaten Pflegebetrieben (Median: 14,50 €). Die Entgeltdifferenz der Altenpflegefachkräfte zu den Bruttostundenlöhnen laut Verdienststrukturerhebung fällt hingegen deutlich höher aus. Ein Erklärungsansatz ist hier bei den Kennzahlen der Verdienststrukturerhebung der

Anteil beschäftigter Krankenpflegefachkräfte im Versorgungssektor der Krankenhäuser, die in der Regel zur Gruppe der größeren und tarifgebundenen Arbeitgeber hinzuzurechnen sind.

Große Lohnunterschiede zeigen sich bei den Krankenpflegefachkräften sowie den Entgelten der Leitungskräfte und bei den Hilfskräften. Bei den ermittelten Entgelten der Führungskräfte muss berücksichtigt werden, dass in der Verdienststrukturerhebung die Qualifikationsniveaus unter die Klassifizierung 82194 der KIdB 2010 fallen, bspw. Leitungen von Altentagesstätten, Altenpflegeeinrichtungen oder Pflegeheimen. Die Qualifikationsprofile der Hilfskräfte werden in der Datenquelle der Privatwirtschaft nicht näher spezifiziert.

Für Nordrhein-Westfalen weist die Sonderauswertung der Lohnverteilung der privatwirtschaftlichen Unternehmen auf deutliche Unterschiede innerhalb der Gruppe mit gleichen Qualifikationen hin. Exemplarisch herausgestellt wird mit der folgenden Grafik die Lohnstreuung der Löhne (mit Zulagen nach Qualifikationen des Jahres 2020). Es zeigen sich dabei Lohnunterschiede, die nicht mit der Qualifikation der Berufsangehörigen erklärt werden können. Die mittleren Werte (Mediane) sind jeweils rot markiert. Zwischen den niedrigsten und den höchsten Werten (Minimum- und Maximumwert) liegen dabei Unterschiede um den Faktor vier vor. Hier müssen andere Faktoren, die mit der Aufgabenstellung, der Verantwortung oder anderen unternehmerischen Risiken etc. in Verbindung gebracht werden können, vorliegen.

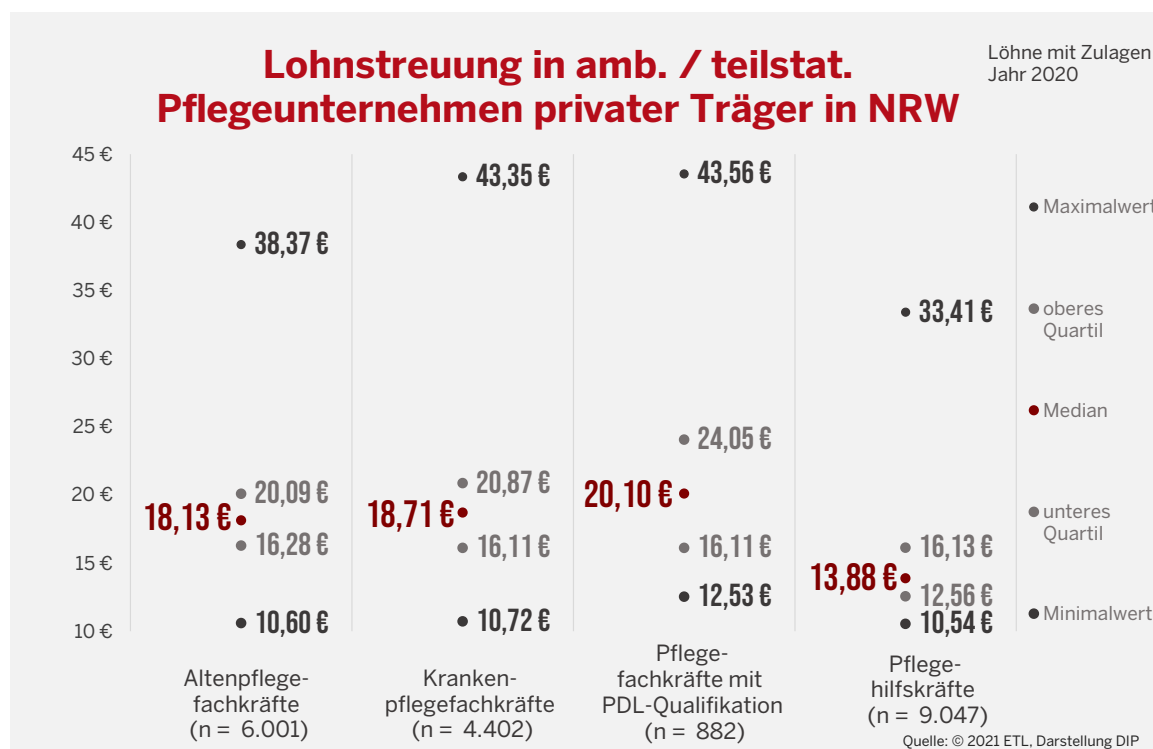


Abbildung 70: Lohnstreuung private Träger mit Zulagen

In der Abbildung wird jedoch noch ein weiterer Fakt deutlich: Ersichtlich ist, dass der zum Zeitpunkt geltende Mindestlohn in Nordrhein-Westfalen (2020: ab 1. Mai 11,35 €, ab 1. Juli 11,60 €) vom Minimalwert der Pflegehilfskräfte (10,54

€), aber auch der Altenpflegefachkräfte (10,60 €) und der Krankenpflegefachkräfte (10,54 €), auch bei Einbezug der Zulagen, unterschritten wurde³⁷.

Damit kann festgestellt werden, dass der Mindestlohn nicht flächendeckend umgesetzt wurde. Die unteren Quartile zeigen, dass tendenziell niedrige Entgelte keine Einzelphänomene darstellen oder statistische Ausreißer sind.

Ohne Einbezug der Zulagen, die bei allen Qualifikationen im Median zwischen 1,38 € / Std. und 2,69 € /Std. ausgewiesen werden, bilden sich die Löhne im entsprechend geringer ab. Auffallend sind die extremen Unterschiede der Löhne mit und ohne Zulagen in den oberen Lohnbereichen von bis zu 12,82 € /Std. bei Krankenpflegefachkräften. Hier erfolgen offenbar erhebliche Finanzierungen von Zulagen und Gratifikationssystemen für einzelne Mitarbeitende, die im Unternehmen sicherlich eine herausgehobene Position haben.

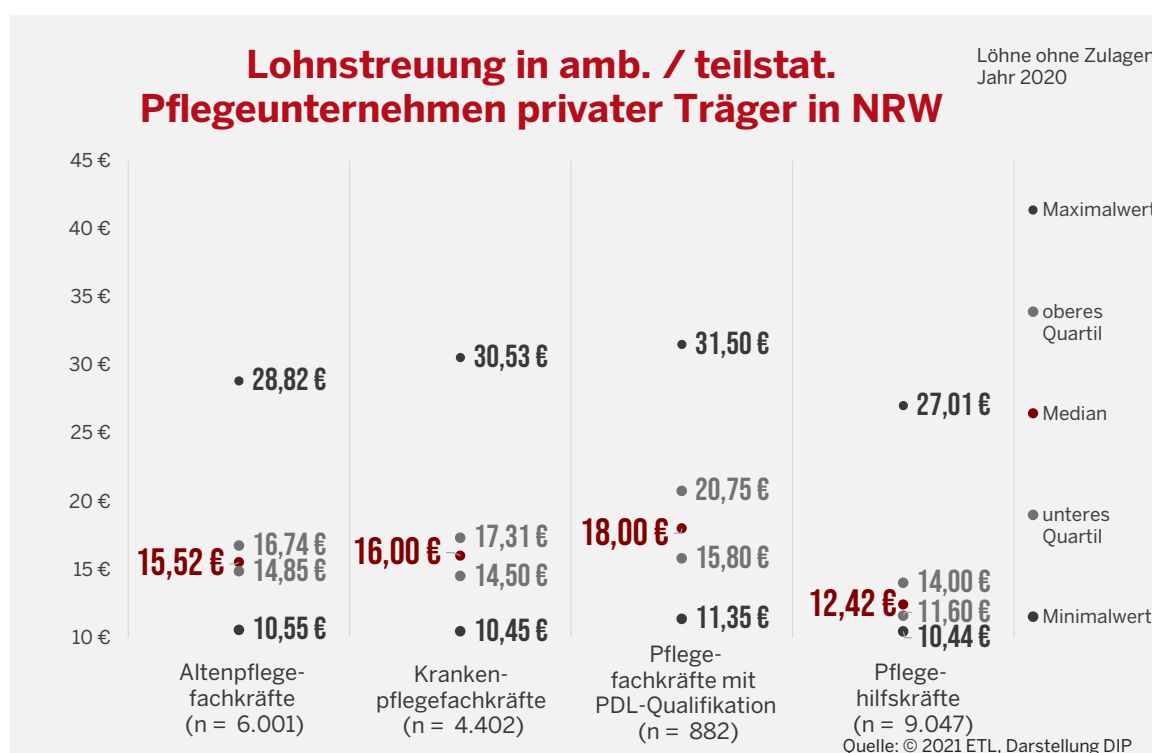


Abbildung 71: Lohnstreuung private Träger ohne Zulagen

ZULAGEN UND VERGÜNSTIGUNGEN

Von den Berufseinmündenden, den berufserfahrenen Pflegenden und den Arbeitgebern wurden Einschätzungen zu Entgelten, angebotenen Zusatzentgeltleistungen und Vergünstigungen erfasst. Im Berichtsteil wurde bereits die Komplexität und Variabilität der Zusatzentgeltleistungen und weiteren Vergünstigungen zusätzlich zu den Bruttoentgelten beschrieben.

³⁷ Vierte Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (Vierte Pflegearbeitsbedingungenverordnung - 4. PflegeArbbV) § 2 Mindestentgelt

Die Publikation „Pflege – Ist das der Lohn?“ der ETL Studie – Lohnvergleich in der Pflegebranche (ETL Advision - Steuerberatung im Gesundheitswesen 2021) thematisiert unter anderem Handlungsempfehlungen für Pflegebetriebe zu Sachleistungen, welche für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vorteilhafte Ergänzungen zum gezahlten Bruttorentgelt bieten und gleichzeitig Sozialabgaben reduzieren.

Die Studie spricht auch die Einhaltung des Pflegemindestentgeltes an. Die Orientierung an einem regional üblichen Entgeltniveau wird ab September 2022 die gesetzlich einzuhaltenden Lohnuntergrenzen in der Pflege neu definieren.

Die Ausführungen zeigen die Variabilität und die Problematik der Erfassung der Entgelte in der Pflege auf. Die Kennzahlen und Ausführungen sind als Diskussionsgrundlage zu verstehen unter Berücksichtigung der im Methodenteil beschriebenen Limitierungen in den Datenbeständen zu Entgelten in der Pflege und den daraus resultierenden Problemlagen bei Vergleichsanalysen aus unterschiedlichen Primärdatenquellen. Ein realerer Vergleich und eine umfassende Darlegung kann aufgrund der Nichtverfügbarkeit eindeutiger und vergleichbarer Datengrundlagen nicht erfolgen.

Sonderleistung Corona-Prämie

Die Studie der Steuerberatung ETL Advision zum Lohnvergleich in der Pflegebranche zeigte für die Beschäftigten in den Pflegeeinrichtungen in privater Trägerschaft, je nach Bundesland, unterschiedliche Quoten der Auszahlungen der Corona-Prämien auf. Während in Nordrhein-Westfalen 50,8 Prozent des Personals eine Corona-Prämie erhalten haben, lag die Leistungsausschüttung in Baden-Württemberg bei nur 38 Prozent, in Niedersachsen bei 68,3 Prozent. Anteile nach Ländern und Qualifikation wurden in der Studie nicht ausgewiesen. Diese liegen als Ergebnis der Sonderauswertung für Nordrhein-Westfalen für die Pflegeberufe vor. Als Referenz werden die Anteile für das Bundesgebiet gesamt abgebildet, wobei sich die Auszahlungsquoten in den ostdeutschen Bundesländern durchgehend höher als in Westdeutschland abbildeten (ETL Advision - Steuerberatung im Gesundheitswesen 2021).

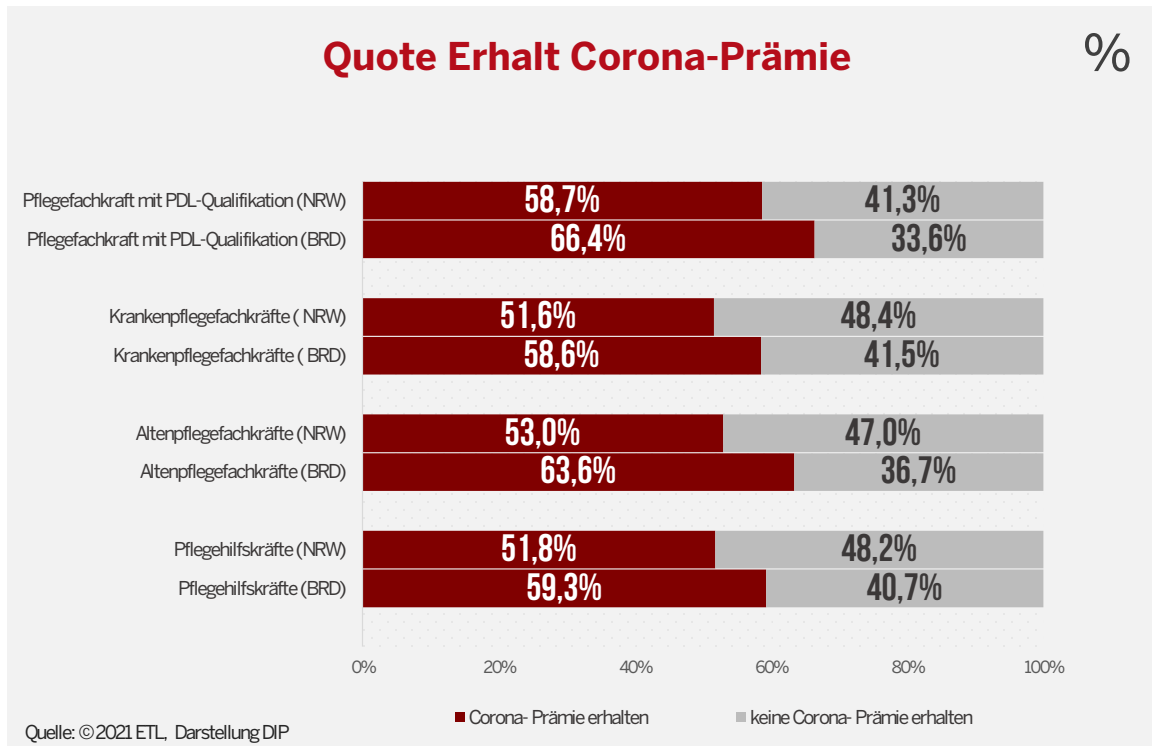


Abbildung 72: Auszahlungsquoten der Corona-Prämien in der Altenpflege, Darstellung DIP

In Nordrhein-Westfalen erhielten im Erhebungszeitraum (Jahr 2020) in den teil/vollstationären Pflegeeinrichtungen privater Träger 51,6 Prozent der Krankenpflegefachkräfte und 58,7 Prozent der Pflegefachkräfte mit PDL-Qualifikation eine Corona-Prämie (Altenpflegefachkräfte: 53 Prozent, Pflegehilfskräfte: 51,8 Prozent). Im Abgleich fallen die Auszahlungsquoten bezogen auf alle Bundesländer höher aus. Um Einschätzungen aus allen Sektoren und Trägerschaften der Pflegeversorgung zur Quote der Corona-Prämien-Auszahlung in Nordrhein-Westfalen und ggf. Gründe zur Nichtauszahlung zu erfassen, wurde die Thematik in den Befragungen der beruflich Pflegenden und der Träger/Arbeitgeber aufgenommen.

Mit 13,2 Prozent gaben weit weniger Anteile der berufserfahrenen Pflegenden an, keine Corona-Prämie (bis Ende ca. August 2021) erhalten zu haben, 70 der 141 Personen teilten zudem Gründe des Nichterhaltens mit. Von nachvollziehbaren Sachgründen wie bspw.: „Im Zeitraum der Coronaprämie war ich nicht bzw. nicht lange genug wieder in der Pflege tätig“ oder: „Kein direkter Einsatz“ war aus den Freitextkommentaren im Fazit jedoch auch Irritation: „Die Ärzte haben eine Prämie erhalten, die Pflege nicht“ sowie „Verwaltung hat die Prämie erhalten, sonst nur vereinzelt Pflegepersonal“ und Frust: „Weil mein Arbeitgeber keine Wertschätzung gibt!“ sowie Desinformation: „keine Ahnung“ erfassbar. 84 Prozent der Arbeitgeber teilten mit, allen Pflegekräften in ihren Betriebsstätten Corona-Prämien ausgezahlt zu haben, als Grund zur Nichtauszahlung (n= 6) wurde hauptsächlich die Nichterfüllung einer Anspruchsvoraussetzung (Zugehörigkeit zur Psychiatrie) angegeben (weitere Angaben fehlten). Von der Darlegung der Anteile nach Trägerschaften und Sektoren wird, wie bereits

ausgeführt, auch hier aufgrund der geringen Größe der Subgruppen Abstand genommen.

Im Ergebnis zeigte sich, dass sich die dynamischen Bedingungsfaktoren zur Gewährung des Sonderentgeltes „Corona-Prämie“ in der Pflege als äußerst komplex und heterogen darstellen. Festzuhalten ist jedoch, dass die Corona-Prämie in der Pflege nicht nur als Instrument der Wertschätzung wahrgenommen wurde.

DISKUSSION

Mit der vorliegenden Studie konnten für den öffentlichen Diskurs an unterschiedlichen Stellen wertvolle aktuelle Befunde zusammengetragen werden, die zu einer Versachlichung der Debatten um Fragestellungen der Berufseinmündung und des Berufsverbleibs beitragen können.

Diese Befunde sind zentral und stehen dabei auch im Widerspruch zu Äußerungen, öffentlichen Bildern sowie stereotypen Vorstellungen bezogen auf den pflegerischen Beruf. An unterschiedlichen Stellen widerlegen die Befunde dieser Studie Befürchtungen. Dies betrifft z.B. die ermittelte Einmündungsquote bei den beruflich Pflegenden, die den anekdotisch oder in einzelnen Standorten in Form von Beobachtungen entstandenen Befürchtungen entgegensteht, dass Pflegende nach der Ausbildung den Beruf erst gar nicht ausüben wollen oder werden. An weiteren Stellen konnten die Einschätzungen der Berufseinmündenden sowie der Pflegenden Befürchtungen widerlegen, so z.B. bezogen auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Berufseinmündung oder den Berufsverbleib.

Der aktuell beobachteten Vielzahl an Meinungen, Einschätzungen und Zustandsbeschreibungen der beruflichen und professionellen Pflege kann nur empirisch begegnet werden, um Fehler zu vermeiden und auch, um ein sich verfestigendes Bild über die professionelle Pflege wieder aufzubrechen und zu versachlichen. Die Popularität, die Begriffe wie „Pflexit“ gewinnen, ohne, dass eine Analyse bezüglich eines Ausmaßes oder einer tatsächlichen Berufsflucht existieren, sind Ausdruck einer Zeit, in der Meldungen sich verselbstständigen können. Zugleich können sie erheblichen Schaden bezogen auf das Ansehen eines Berufes erzeugen und werden ggf. langfristig in Köpfen verankert bleiben. Sie konterkarieren damit Bemühungen und Kampagnen, für den Pflegeberuf zu werben. Die Diskussionen zu versachlichen oder Prozesse umzukehren, wird nicht mit einer Studie gelingen. Dennoch sind die zusammengetragenen Indizien und Kennzahlen hilfreich, um der Debatte um eine kurze berufliche Verweildauer oder einer Abwanderung aus dem Beruf Kennzahlen entgegengesetzt zu können.

Die Studie zeigt, bezogen auf die Kernfragen der Berufseinmündung und des Berufsverbleibs, dass an vielen Stellen positive Signale und Hinweise bestehen und auch in die Diskussion mit aufgenommen werden sollten. Zugleich aber sind Hinweise bezogen auf eine sinkende Motivation der beruflich Pflegenden, eine beobachtete Verschlechterung der Arbeitsumgebung sowie einer sinkenden Wertschätzung durch Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber mehr als nur ein Alarmsignal – sie sind existenziell und zeigen das Dilemma auf, in dem sich Pflegende befinden, die zugleich angeben, den Beruf positiv zu bewerten. Es sind und bleiben die Rahmenbedingungen und die Arbeitsbedingungen vor Ort, die Pflegende bemängeln (Deutscher Gewerkschaftsbund 2018; Küpper 2020; Köhler et al. 2017; Breinbauer 2020; Arbeitnehmerkammer Bremen 2022).

Die Bedeutung der eigenen Gesunderhaltung steigt; dies zeigt sich an den Gründen, die zur Teilzeitbeschäftigung angeführt werden. Sie sind sowohl bei den Pflegenden, die in Teilzeit arbeiten, stabil als auch bei denen, die in Teilzeit arbeiten würden, wenn sie es sich ökonomisch leisten können, deckungsgleich.

Ansätze, wie z.B. eine 35-Stunden-Woche als Vollzeitstelle zu definieren, scheinen Optionen zu sein, um die in der Befragung gewünschten Regenerationszeiten zu erhöhen sowie die Unterbrechungen langer Arbeitsphasen am Stück zu ermöglichen und damit die Gesunderhaltung der Pflegenden zu befördern. Finanzielle Anreize bzw. eine deutliche ökonomische Aufwertung wird vermutlich den gleichen Effekt haben, denn bei einer besseren Finanzierung werden viele der Pflegenden diese Mittel einsetzen, um die beschriebene Reduzierung der Arbeitszeiten zu realisieren.

Im Ergebnis sind beides ähnliche Verfahrenswege, die in der Kommunikation eine andere Darstellung nach sich ziehen. Beide Ansätze würden in der Kurzfristigkeit zunächst eine weitere Verknappung der bestehenden pflegerischen Kapazitäten nach sich ziehen, ehe langfristig über eine erhöhte Attraktivität positive Effekte auf dem Arbeitsmarkt und in den Einrichtungen sichtbar werden können (z.B. durch Senkung der Ausfallzeiten). Dieses gilt es mit zu berücksichtigen und zu diskutieren. Es muss eingepreist und ausgehalten werden, wenn spürbare Veränderungen in der Arbeitsrealität erreicht werden sollen. Bezogen auf die langen Arbeitsphasen zeigt sich auch der sektorenspezifische Unterschied zwischen Krankenhäusern und ambulanten Diensten. Eine 5-Tage-Woche wird nur in sehr wenigen ambulanten Diensten realisiert. 5,5- oder 6-Tage-Wochen werden, neben einer ebenso festgestellten erheblichen Lohnlücke, eine Barriere in der Attraktivität der ambulanten Pflege darstellen. In der ambulanten Versorgung aber besteht die Notwendigkeit, das System der familiären Betreuung in der eigenen Häuslichkeit zu stabilisieren. Daher müssen Maßnahmen und Finanzierungswege gefunden werden, die es ambulanten Diensten erlauben, auf Augenhöhe mit anderen Sektoren um Mitarbeitende konkurrieren zu können.

Die Analyse unterschiedlicher Datensätze zu Gehältern und Gehaltsstrukturen in der Studie weist einerseits auf, dass eine Vereinheitlichung der Gehälter oder eine Lohnangleichung bislang nicht stattgefunden haben. Die Systeme, die miteinander in Abgleich gebracht werden müssen, sind sehr heterogen. Die betrifft die Fragen der Lohnbestandteile insgesamt, der Zulagen, der Grundvergütungen, der Bestandteile der Nettolohnoptimierung, der Gratifikationen etc. Es schließt aber auch Arbeitszeiten, Urlaubstage und Wochenarbeitszeitregelungen mit ein. Die in den Datensätzen zu Löhnen gefundenen Spreizungen der Stundenlöhne bei gleicher Qualifikation zeigen auf, dass die Erfassung der Qualifikation allein kein stabiles Merkmal ist, um Aussagen über den Lohn zuzulassen. Hier scheinen andere Faktoren, die aber in Statistiken nicht mitberücksichtigt werden, eine zentrale Rolle zu spielen.

Die derzeitigen Erfassungen und Auswertungen haben unterschiedliche Limitierungen. Entweder beschreiben sie mittlere Werte (z.B. Mediane), mit denen sich keine konkreten Spreizungen darstellen lassen. In anderen Datensätzen basieren die Angaben auf Selbstauskünften. Wie schwierig eine solche Selbstauskunft einzuordnen ist, haben die Ergebnisse dieser Studie erneut aufgezeigt. Zahlreiche Pflegende sowie Berufseinmündende können weder Angaben zum Bruttolohn noch zum Tarifsystem machen, das der Bezahlung zugrunde liegt. Die konkrete Erfassung von Löhnen und Lohnbestandteilen außerhalb der bekannten Tarifsysteme bedarf einer eigenen konzeptionellen Entwicklung zur Erfassung, um eine vollständige Vergleichbarkeit herstellen zu können. Aufgrund der verfügbaren Datenlage konnte dies trotz der Sichtung zahlreicher Quellen, der Erfassung von Sonderauswertungen und der Nutzung eigener Befragungen nur eingeschränkt erfolgen.

Deutlich wird, dass der größte Beruf der Gesundheitsversorgung, der Pflegeberuf, einer beständigen Beobachtung und eines kontinuierlichen Monitorings bedarf. So ist limitierend nicht auszuschließen, dass die in dieser Studie vorgelegten Ergebnisse wandelbar sind und in drei Jahren in anderen Kohorten der Ausbildung (unter der Generalistik) keine Gültigkeit mehr haben. Umso bedeutender ist es, sich mit einem qualifizierten und aussagekräftigen Datensatz kontinuierlich mit den Fragen der Berufseinmündung und des Berufsverbleibs in der Pflege zu beschäftigen.

Methodisch konnte in dieser Studie erprobt werden, wie die Daten und Datensätze dazu aufbereitet und für die weitere Nutzung auch zur Verfügung gestellt werden könnten. Anzustreben ist, dass Daten von Auszubildenden zukünftig für eine solche Form der wissenschaftlichen Analyse zur Verfügung gestellt werden sollten. In einer anonymisierten Form tatsächliche Berufseinmündungen und Berufsverbleibsdauern zu analysieren, kann ein zentraler Schlüssel dabei sein, die Strukturen der Pflege so zu gestalten, dass eine Versorgungssicherheit der Bevölkerung auch bei sinkenden pflegerischen Kapazitäten erhalten bleiben kann. Eingebunden werden müssten in eine solche Entwicklung z.B. die Pflegekammern sowie auch die Ausbildungsfondsstellen, die über Datensätze von Auszubildenden und Pflegenden verfügen.

LITERATURVERZEICHNIS

Afentakis, Anja; Maier, Tobias (2014): Können Pflegekräfte aus dem Ausland den wachsenden Pflegebedarf decken? Analysen zur Arbeitsmigration in Pflegeberufen im Jahr 2010. In: (3), S. 173–180. In: *Wirtschaft und Statistik* 3, 2014, S. 173–180.

AOK Rheinland/Hamburg. Die Gesundheitskasse (07.02.2022): Aktuelle Erhebung zeigt: Nur etwa jede dritte Pflegeeinrichtung in NRW zahlt nach Tarif. Düsseldorf. Heller, Isabella, presse@rh.aok.de, zuletzt geprüft am 26.04.2022.

Arbeitnehmerkammer Bremen (Hg.) (2022): Ich pflege wieder, wenn... Bremen.

Augurzky, Boris; Kolodziej (2018): Fachkräftebedarf im Gesundheits- und Sozialwesen 2030. Hg. v. RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung. Essen.

Becka, Denise; Evans, Michaela; Öz, Fikret (2016): Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege. Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich. Hg. v. Westfälische Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen in Kooperation mit der Ruhr-Universität Bochum. Institut Arbeit und Technik (4, 16.01.2018). Online verfügbar unter <http://www.iat.eu/forschung-aktuell/2016/fa2016-04.pdf>.

Begerow, Anke; Michaelis, Ulrike; Gaidys, Uta (2020): Wahrnehmungen von Pflegenden im Bereich der Intensivpflege während der COVID-19-Pandemie. In: *Pflege* 33 (4), S. 229–236. DOI: 10.1024/1012-5302/a000744.

Behrens, Johann; Horbach, Annegret; Müller, Rolf (2009): Forschungsstudie zur Verweildauer in Pflegeberufen in Rheinland-Pfalz (ViPb). Hg. v. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz. Mainz (Berichte aus der Pflege, 12), zuletzt geprüft am 22.06.2018.

Blum, Karl; Offermanns, Matthias; Steffen, Petra (2020): Situation und Entwicklung der Pflege in Berlin bis 2030. Deutsches Krankenhaus Institut. Düsseldorf.

Bogai, Dieter; Seibert, Holger; Wiethölter, Doris (2015): Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Hg. v. Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit. Berlin, zuletzt geprüft am 22.06.2018.

bpa Arbeitgeberverband (Hg.) (2018): Richtlinien für Arbeitsverträge. Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) des Arbeitgeberverbands e.V. in der Fassung vom 10. September 2018. Unter Mitarbeit von Arbeitsgruppe AVR. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bpa-arbeitgeberverband.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/AVR/AVR_Mantel_Homepage.pdf.

Breinbauer, Mareike (Hg.) (2020): Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflege. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Bundesagentur für Arbeit (2011): Klassifikation der Berufe 2010. Band 2: Definitiver und beschreibender Teil. Hg. v. Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2019): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Nürnberg (Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt, Mai 2019).

Bundesagentur für Arbeit (Hg.) (2020): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich (Berichte Blickpunkt Arbeitsmarkt).

Buxel, Holger (2011a): Motivation, Arbeitsplatzzufriedenheit und Jobwahlverhalten von Pflegekräften. Fachhochschule Münster. Münster.

Buxel, Holger (2011b): Was Pflegekräfte unzufrieden macht. Wenig Zeit für die Patienten, keine Wertschätzung der Arbeit: Viele Schwestern und Pfleger sind frustriert. Wollen Krankenhäuser Fachpersonal gewinnen und binden, müssen sie die Arbeitsbedingungen attraktiver gestalten. In: *Deutsches Ärzteblatt* 108 (17), S. 946–948.

Carstensen, Jeanette; Seibert, Holger; Wiethölter, Doris (2020): Entgelte von Pflegekräften. Aktuelle Daten und Indikatoren. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg. Online verfügbar unter http://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraeften_2019.pdf, zuletzt geprüft am 19.01.2022.

Carstensen, Jeanette; Seibert, Holger; Wiethölter, Doris (2021): Entgelte von Pflegekräften 2020. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit. Online verfügbar unter http://doku.iab.de/arbeitsmarktdaten/Entgelte_von_Pflegekraef-ten_2020.pdf, zuletzt geprüft am 19.01.2022.

Destatis (2021): Altenpflegekräfte arbeiten sehr häufig in Teilzeit. Pressemitteilung Nr. N068. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilun-gen/2021/12/PD21_N068_2313.html;jsessio-nid=DFDED7769BE56F6D6197BFBC21F24B94.live741.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (2019): Teilzeit = Ressource bei Fachkräftemangel? Ergebnisse einer Online-Umfrage vor dem Hintergrund des Pflegepersonalstärkungsgesetzes PpSG. Hg. v. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Berlin.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hg.) (2021): Gut geschützt bei der Arbeit? Zur konkreten Situation beruflich Pflegenden in der Praxis im zweiten Corona-Lockdown. Berlin.

Deutscher Bundestag (Hg.) (2019): Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppe 1 bis 5.

Deutscher Gewerkschaftsbund (Hg.) (2018): DGB-Index Gute Arbeit. Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit, zuletzt geprüft am 28.06.2019.

Ehrentraut, O.; Hackmann, Tobias; Krämer, L.; Schmutz, S. (2015): Zukunft der Pflegepolitik: Perspektiven, Handlungsoptionen und Politikempfehlungen. gute gesellschaft – soziale demokratie. # 2017 plus. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

ETL Advision - Steuerberatung im Gesundheitswesen (Hg.) (2021): Pflege - Ist das der Lohn? ETL Studie - Lohnvergleiche in der Pflegebranche. ETL-Advision - Steuerberatung im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter https://aktion.etl-advision.de/lohnvergleich-pflege?utm_source=webseite, zuletzt geprüft am 23.04.2021.

Evers, Thomas; Isfort, Michael; Fecke, Markus; Riebandt, Sebastian; Rottländer, Ruth; Tucman, Daniel (2018): Studie zur Qualitätsentwicklung in der Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen durch Ausweitung der Ausbildungskapazitäten. Merkmale, Entwicklungen und Handlungsempfehlungen. Hg. v. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

Forschungsdatenzentrum (FDZ) der Bundesagentur für Arbeit im Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hg.) (2013): Klassifikation der Berufe 2010 - Struktur, Codierung und Umsteigeschlüssel. Unter Mitarbeit von Wiebke Paulus und Britta Matthes. Nürnberg. Online verfügbar unter http://doku.iab.de/fdz/reporte/2013/MR_08-13.pdf, zuletzt geprüft am 20.07.2020.

Fuchs-Frohnhofen, Paul; Bogert, Bernd; Ciesinger, Kurt-Georg (2019): Neue Modelle für die Prävention in der Altenpflege vor dem Hintergrund von Berufsbiografieorientierung, Dienstleistungsvielfalt und High-Tech. Pflege Prävention 4.0. Marburg: Büchner.

Hamacher, Jochen; Klausmeier, Johannes; Isfort, Michael (2020): Wie Intensivpflegende die Corona-Krise erlebten. In: *pflegenintensiv* (3), S. 30–34.

Hämel, Kerstin; Schaeffer, Doris (2012): Fachkräftemangel in der Pflege. Viel diskutiert, politisch ignoriert? In: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 66 (1), S. 41–49.

Hasselhorn, Hans-Martin; Müller, Bernd H.; 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. Dortmund/Berlin/Dresden (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Übersetzung (Ü15)). Online verfügbar unter <http://www.baua.de/de/Publikationen/Schriftenreihe/Uebersetzungen/Ue15.html>, zuletzt geprüft am 05.02.2021.

Hower, Kira Isabel; Pfaff, Holger; Pförtner, Timo-Kolja (2020): Pflege in Zeiten von COVID-19: Onlinebefragung von Leitungskräften zu Herausforderungen, Belastungen und Bewältigungsstrategien. In: *Pflege* 33 (4), S. 207–218. DOI: 10.1024/1012-5302/a000752.

IAB-Forum (2018): Entgelte von Pflegekräften – weiterhin große Unterschiede zwischen Berufen und Regionen. Unter Mitarbeit von Holger Seibert, Jeanette Carstensen und Doris Wiethölder. Online verfügbar unter <https://www.iab-forum.de/entgelte-von-pflegekraeften-weiterhin-grosse-unterschiede-zwischen-berufen-und-regionen/>, zuletzt geprüft am 04.01.2021.

IEGUS – Institut für europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH (2017): Entwicklung der Angebotsstruktur, der Beschäftigung sowie des Fachkräftebedarfs im nichtärztlichen Bereich der Gesundheitswirtschaft. Kurzfassung. Unter Mitarbeit von WifOR GmbH und Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e. V. (AW). Hg. v. Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH, WifOR GmbH und Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e. V. (AW). Berlin, Darmstadt, Tübingen. Online verfügbar unter https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/entwicklung-angebotsstruktur-beschaeftigung-fachkraeftebedarf-im-nichtaerztlichen-bereich-der-gesundheitswirtschaft.pdf?__blob=publicationFile&v=22, zuletzt geprüft am 05.08.2020.

Institut DGB-Index Gute Arbeit (Hg.) (2018): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit. Berlin.

Isfort, Michael; Gessenich, Helga; Tucman, Daniel; Gehlen, Danny; Hylla, Jonas (2016): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2015. Situation der Ausbildung und Beschäftigung. Hg. v. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

Jacobs, K.; Kuhlmeier, J.; Greß, Stefan; Klauber, J.; Schwinger, G. (Hg.) (2016): Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Stuttgart.

Jacobs, Klaus; Kuhlmeier, Adelheid; Greß, Stefan; Schwinger, Antje; Klauber, Jürgen (Hg.) (2020): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher? Erscheinungsort nicht ermittelbar: Springer Nature.

Joost, Angela (2007): Berufsverbleib und Fluktuation von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt a.M. Frankfurt a.M.

Kochskämper, Susanna; Risius, Paula; Seyda, Susanne (2018): Fachkräfteengpass in der Krankenpflege. Hg. v. Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V. Köln (IW-Report, 39/18).

Köhler, Stephan; Meyer; Annedore (2017): Psychische Belastung und Beanspruchung. BGW Personalbefragung für die Altenpflege, Krankenpflege und Behindertenhilfe. Unter Mitarbeit von Maren Kersten, Christina Schiller und Matthias Hugo Konturenreich. Hg. v. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Hamburg.

Kuhn, Andrea; Mack, Claire; Weinert, Stephan (2021): 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. Hg. v. Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein und Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen. Online verfügbar unter https://forschungsnetzwerk-gesundheit.hwg-lu.de/forschung/berufsverbleib-und-wiedereinstieg-von-pflegefachpersonen?fbclid=IwAR2YjiutynPCZDVtzb-8YCT7ZTfLho2304Glz_mJI97QBoy8ruk-AdVpGM#_ftn1, zuletzt aktualisiert am 09.11.2020, zuletzt geprüft am 10.02.2021.

Küpper, Andreas (2020): Berufsverbleib von Auszubildenden in der Pflege. Der Einfluss von Moral Distress und arbeitsbezogenem Kohärenzgefühl. 1. Auflage 2020. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (Best of Pflege).

Lauxen, Oliver; Blattert, Barbara (2020): Ausländisches Fachpersonal besser integrieren. In: *Pflegezeitschrift*, 2020 (5). Online verfügbar unter <https://www.springerpflege.de/auslaendisches-fachpersonal-besser-integrieren/17880432?fulltext-View=true&doi=10.1007%2Fs41906-020-0671-5>.

Meifort, Barbara (Hg.) (1996): Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften in den ersten Berufsjahren. Erste Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Vorgestellt, 61).

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2018): Studie zur Qualitätsentwicklung in der Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen

durch Ausweitung der Ausbildungskapazitäten. Merkmale, Entwicklungen und Handlungsempfehlungen. Januar 2018. Düsseldorf.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2019): Landesberichterstattung Gesundheitsberufe NRW 2019. Unter Mitarbeit von Wissenschaftliche Beratung und Ausführung: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln. Tabellenbearbeitung Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW). Düsseldorf.

Neuber-Pohl, Caroline (2017): Das Pflege- und Gesundheitspersonal wird knapper. In: *BWP - Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis* (1), S. 4–5. Online verfügbar unter <https://www.bwp-zeitschrift.de/de/bwp.php/de/bwp/show/8233>, zuletzt geprüft am 19.01.2022.

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2021): Landespflegebericht Niedersachsen 2020. Schwerpunkt Fachkräfte in der Pflege. Hannover. Online verfügbar unter https://www.ms.niedersachsen.de/download/170841/Landespflegebericht_2020.pdf.

Peters, Verena; Braeseke, Grit (2016): Pflegekräfte aus Vietnam. In: *Pflege* 29 (6), S. 315–321. DOI: 10.1024/1012-5302/a000516.

Pflegekammer Rheinland-Pfalz (2020): Studie Pflegekammer: Die größten Krafträuber im Job. Hg. v. Pflegekammer Rheinland-Pfalz. Mainz.

Rand, Sigrid; Larsen, Christa (2019): Herausforderungen und Gestaltung betrieblicher Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Einblicke aus der Krankenhauspraxis. Working paper Forschungsförderung. Hg. v. Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf.

Renn, Sandra; Rinn, Maren (2016): Die Dauer von Beschäftigungsverhältnissen. Bundesagentur für Arbeit.

Reuyß, Stefan; Pfahl, Svenja; Rinderspacher, Jürgen P.; Menke, Katrin (2014): Pflegesensible Arbeitszeiten-Arbeitsplatzzeitrealitäten und -bedarfe von pflegenden Beschäftigten. Zentrale Ergebnisse im Überblick. Hg. v. Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf.

Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Unter Mitarbeit von Thomas Klie, Anne Göhner und Birgit Schuhmacher. Hg. v. Bertelsmann-Stiftung. Bertelsmann-Stiftung. Gütersloh.

Schreck, Corina (2017): Rekrutierung von internationalen Pflegefachkräften. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Seibert, Holger (2007): Berufswechsel in Deutschland: Wenn der Schuster nicht bei seinem Leisten bleibt ... Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit.

Seibert, Holger; Carstensen, Jeanette; Wiethölter, Doris (2018): Entgelte von Pflegekräften – große Unterschiede zwischen Berufen, Bundesländern und Pflegeeinrichtungen. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg. Online verfügbar unter http://www.tarifregister.nrw.de/pdf/tarifinformationen/Berichte_Statistik/Tarif-Lohnentwicklung-2019.pdf, zuletzt geprüft am 19.01.2022.

Sell, Stefan (2018): Die Altenpflegekräfte bleiben viel länger im Beruf als bislang immer behauptet. Aber Vorsicht ist bekanntlich die Mutter der statistischen Porzellankiste. Online verfügbar unter <https://aktuelle-sozialpolitik.blogspot.com/2018/02/verweildauer-altenpflege.html>.

Sleziona, Mark (16.03.2022): Jede vierte Pflegeperson will Job wechseln. Umfrage von Yougov für das Jobportal indeed. Umfrage, Bibliomed Verlag, zuletzt geprüft am 26.05.2022.

Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2021): Arbeitsmarkt Pflege- Daten in Zeitreihen, Sonderauswertung Auftrags-Nr. 309365. Frankfurt am Main, 2021. Digitale Datentabellen an Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

Statistisches Bundesamt: Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008 (WZ 2008).

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2008): Klassifikation der Wirtschaftszweige. Mit Erläuterungen. Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/static/DE/dokumente/klassifikation-wz-2008-3100100089004.pdf>, zuletzt geprüft am 18.02.2021.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2020): Verdienststrukturerhebung 2018. Niveau, Verteilung und Zusammensetzung der Verdienste und der Arbeitszeiten abhängiger Beschäftigungsverhältnisse (Fachserie 16, Heft 1). Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Verdienste-Verdienstunterschiede/Publikationen/_publikationen-innen-verdienststruktur.html.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.) (2020): Verdienststrukturerhebung. Niveau, Verteilung und Zusammensetzung der Verdienste und der Arbeitszeiten abhängiger Beschäftigungsverhältnisse - Ergebnisse für Deutschland - (Fachserie 16, Heft 1). Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Verdienste/Verdienste-Verdienstunterschiede/Publikationen/_publikationen-innen-verdienststruktur.html, zuletzt geprüft am 05.02.2021.

StepStone GmbH (Hg.) (2021): StepStone Gehaltsreport 2021. Düsseldorf. Online verfügbar unter <https://www.stepstone.de/wissen/gehaltsreport-2021/>, zuletzt geprüft am 19.01.2022.

Tisch, Thorsten; Braeseke, Grit; Ochmann, Richard; Nolting, Hans-Dieter (2019): Quantifizierung der finanziellen Auswirkungen flächendeckender Tarife in der Altenpflege. Ergebnisse des Forschungsgutachtens. Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Hg. v. IGES Institut GmbH. Berlin.

Uhly, Alexandra; Beicht, Ursula (2013): Indikatoren rund um den Themenkomplex Vertragslösungen/Ausbildungsabbruch. Hg. v. Bundesinstitut für Berufsbildung. Bonn, zuletzt geprüft am 06.01.2022.

Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) (Hg.) (2021): Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern 2020. München. Online verfügbar unter https://www.vdpb-bayern.de/wp-content/uploads/2021/10/210929_Pflegemonitoring_Bayern.pdf.

Wiethölter, Doris (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg. Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf: Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg. Online verfügbar unter http://doku.iab.de/regional/BB/2012/regional_bb_0312.pdf, zuletzt geprüft am 27.07.2020.

Wolf-Ostermann, Karin; Rothgang, Heinz (2020): Ergebnisbericht Coronabefragung Uni-Bremen. Hg. v. Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP). Bremen.

Wrobel, Martin; Fuchs, Michaela; Weyh, Antje; Althoff, Jörg (2019): Der Pflegearbeitsmarkt in Niedersachsen. Eine Bestandsaufnahme. Hg. v. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit. Nürnberg (IAB-Regional, 3/2019).

Zimmermann, Ralf; Kaimer, Steffen; Oberschachtsiek, Dirk (2007): Dokumentation des „Scientific Use Files der Integrierten Erwerbsbiographien“ (IEBS-SUF V1). Dokumentation zu Arbeitsmarktkdaten. Hg. v. Bundesagentur für Arbeit (FDZ Datenreport, 01). Online verfügbar unter https://doku.iab.de/fdz/reporte/2007/DR_01-07.pdf.

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Daten und Sonderanalysen für NRW	21
Tabelle 2: Definitionen zur Berufs- und Branchentreue	28
Tabelle 3: Forschungsdatensatz der Erwerbsbiografien nach Ausbildungsjahren	29
Tabelle 4: Forschungsdatensatz der Erwerbsbiografien in NRW nach Ausbildungsberufen	30
Tabelle 5: Lohnkennzahlen privatwirtschaftlicher Pflegeanbieter, Quelle: © ETL	31
Tabelle 6: Anforderungsniveau Altenpflege, KIdB 2010	32
Tabelle 7: Anforderungsniveau Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, KIdB 2010	33
Tabelle 8: Übersicht und Marker der Primärerhebungen	36
Tabelle 9: Erwerbsbiografien (Kinder-)Krankenpflegender in NRW	60
Tabelle 10: Erwerbsbiografien Altenpflegender in NRW	65
Tabelle 11: Vollzeit-Bruttoentgelte Krankenpflegefachkraft, Entgeltatlas der BA 2020	116
Tabelle 12: Vollzeit-Bruttoentgelte der Fachkräfte Altenpflege im Bundesdurchschnitt	117
Tabelle 13: Entgeltvergleich in der Pflege, NRW und Deutschland	118

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Messung von Beschäftigungsdauern, Statistik und Grafik der BA.....	23
Abbildung 2: Entwicklung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege.....	43
Abbildung 3: Arbeitslosigkeit Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende Feb. 2022	44
Abbildung 4: Entwicklung in der Altenpflege	45
Abbildung 5: Arbeitslosigkeit Altenpflege Feb. 2022	46
Abbildung 6: Altersgruppen der Pflegenden in NRW	47
Abbildung 7: Anteile der Pflegekräfte nach zeitlichen Gruppen der Berufsdauer	49
Abbildung 8: Netto-Beschäftigungsdauer Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende 2021	50
Abbildung 9: Netto-Beschäftigungsdauer Altenpflegende 2021	51
Abbildung 10: Zustimmungen Arbeitsaufnahme in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege	53
Abbildung 11: Zustimmungen Arbeitsaufnahme in der (Kinder-)Krankenpflege regionalisiert	54
Abbildung 12: Zustimmungen Arbeitsaufnahme in der Altenpflege (Zeitreihe)	56
Abbildung 13: Zustimmungen Arbeitsaufnahme in der Altenpflege regionalisiert.....	57
Abbildung 14: Drittstaaten und Zuwanderung 2021	58
Abbildung 15: Berufseinmündungsquoten der Pflegeausbildungsabsolventinnen und -absolventen	66
Abbildung 16: Bewerbungsverfahren Berufseinmündender	67
Abbildung 17: Quellen der Stellensuche in der Pflege.....	68
Abbildung 18: Bevorzugte Berufsfelder Berufseinmündender	69
Abbildung 19: Wunschstellenumfang Berufseinmündender	70
Abbildung 20: Beweggründe zur Teilzeitbeschäftigung bei der Berufseinmündung (1)	70
Abbildung 21: Beweggründe zur Teilzeitbeschäftigung bei der Berufseinmündung (2)	71
Abbildung 22: Attraktivitätsfaktoren zukünftiger Arbeitsstellen für Berufseinmündende (1).....	72
Abbildung 23: Attraktivitätsfaktoren zukünftiger Arbeitsstellen für Berufseinmündende (2)	73
Abbildung 24: Perspektive der Erststelle bei Berufseinmündenden	74
Abbildung 25: Berufsperspektive Berufseinmündender.....	75
Abbildung 26: Vollzeitstellen bei Berufseinmündung nach Trägerschaft und Arbeitszeiten	76
Abbildung 27: Arbeitstage / Woche Berufseinmündender.....	77
Abbildung 28: Entgeltordnung Berufseinmündender	78
Abbildung 29: Zusatzleistungen für Berufseinmündende	79
Abbildung 30: Zusatzleistungen und Vergünstigungen.....	79
Abbildung 31: Nichteinmündung in den Pflegeberuf	80
Abbildung 32: Motivationsfaktoren zur Aufnahme einer Pflegefachausbildung	82
Abbildung 33: Zufriedenheit mit der Pflegefachausbildung am Ausbildungsende	83
Abbildung 34: Beurteilungen der Pflegeausbildung.....	84
Abbildung 35: Mobilitätsanspruch und Finanzierung der Ausbildung	85
Abbildung 36: Alter und Berufsjahre der Stichprobe Pflegenden	86
Abbildung 37: Berufsqualifikation der Pflegenden	87
Abbildung 38: Arbeitsorte der Pflegenden	88
Abbildung 39: Stellenumfang Pflegenden.....	89
Abbildung 40: Zufriedenheit beruflich Pflegenden mit Stellenanteilen.....	90
Abbildung 41: Gründe für die Teilzeitarbeit Pflegenden.....	91
Abbildung 42: Gründe Pflegenden, Arbeitszeiten nicht wunschgemäß zu reduzieren	92
Abbildung 43: Arbeitstage / Woche Pflegenden	94
Abbildung 44: Entgeltordnungen	95
Abbildung 45: Arbeitgeberentgeltleistungen	96
Abbildung 46: Zusatzleistungen und Vergünstigungen.....	96
Abbildung 47: Vergütung der Ausführung von Sonderaufgaben durch Pflegende.....	97
Abbildung 48: Einschätzung zu Attraktivitätsfaktoren von Pflegearbeitsplätzen (1).....	98
Abbildung 49: Einschätzung zu Attraktivitätsfaktoren von Pflegearbeitsplätzen (2)	99
Abbildung 50: Berufs- und Arbeitszufriedenheit Pflegenden	100
Abbildung 51: Gehaltszufriedenheit Pflegenden	101
Abbildung 52: Veränderung der Motivation des Berufsverbleibs Pflegenden	102
Abbildung 53: Perspektive Pflegenden zu Arbeitsbedingungen und Wertschätzungserleben.....	102
Abbildung 54: Einfluss der Corona-Pandemie auf Berufshaltung Pflegenden	104
Abbildung 55: Anteile teilnehmender Träger nach Sektoren und Trägerschaft	105
Abbildung 56: Tarifstruktur der Trägerbefragung.....	106
Abbildung 57: Entgeltangebote für Berufseinsteigende	107
Abbildung 58: Zusätzliche Leistungen der Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber 1.....	108
Abbildung 59: Zusätzliche Leistungen der Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber 2	109

Abbildung 60: Arbeitszeitkonzepte der Sektoren, Angabe der Träger	109
Abbildung 61: Wochenarbeitsstunden Pflegender in Vollzeit (Trägerangaben)	110
Abbildung 62: Merkmale der Arbeitsstellen-Attraktivität (1)	111
Abbildung 63: Merkmale der Arbeitsstellen-Attraktivität (2)	111
Abbildung 64: Gegenüberstellung Merkmale der Arbeitsplatz-Attraktivität	112
Abbildung 65: Einschätzungen zum Pflege-Tariftreue-Gesetz	114
Abbildung 66: Bruttoentgelte in der Pflege in NRW nach Arbeitsort	120
Abbildung 67: Entwicklung der Tarifverdienste im Gesundheitswesen	122
Abbildung 68: Löhne und Lohnentwicklung in privatwirtschaftlichen Pflegeunternehmen	123
Abbildung 69: Löhne Beschäftigter in Pflegeunternehmen	124
Abbildung 70: Lohnstreuung private Träger mit Zulagen	125
Abbildung 71: Lohnstreuung private Träger ohne Zulagen	126
Abbildung 72: Auszahlungsquoten der Corona-Prämien in der Altenpflege, Darstellung DIP	128



Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

© 2022

Hülchrather Straße 15

50670 Köln

Zitationsvorschlag:

Isfort, Michael; Gessenich, Helga; Tucman, Daniel (2022): Berufseinmündung und Berufsverbleib in der Pflege in NRW. Eine Analyse der Einstiegs-, Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld der Pflege einschließlich der Ermittlung relevanter Gehaltsstrukturen und -daten. Hg. Von Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP), Köln

Deutsches Institut für
angewandte Pflegeforschung e.V.

Hülchrather Straße 15

50670 Köln

<http://www.dip.de>

Projektleitung:

Prof. Dr. Michael Isfort

Mitarbeit

Helga Gessenich, Daniel Tucman

Die Studie wurde gefördert von:

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Isfort, Michael; Gessenich, Helga; Tucman, Daniel (2022): Berufseinmündung und Berufsverbleib in der Pflege in NRW. Eine Analyse der Einstiegs-, Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld der Pflege einschließlich der Ermittlung relevanter Gehaltsstrukturen und -daten. Hg. Von Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP), Köln