



Abschlussbericht

Förderung der Mitarbeiterbindung in der Pflege - Fokus Allgäu ("MiBiPA")

März, 2021

Eine Studie des Instituts für Gesundheit und Generationen im Auftrag
der Allgäu GmbH

Institut für Gesundheit und Generationen (IGG)

Lisa Fischer
Prof. Dr. Anneke Bühler

Hochschule für angewandte Wissenschaften Kempten
Fakultät Soziales und Gesundheit

Bahnhofstraße 61
87435 Kempten
igg@hs-kempten.de
<https://www.hs-kempten.de/igg>

Inhalt

1. Einleitung	2
2. Theoretischer Hintergrund.....	4
3. Methodisches Vorgehen.....	6
4. Beschreibung der teilnehmenden Einrichtungen und der dort tätigen Pflegekräfte	7
4.1. Beschreibung der an den qualitativen Interviews teilnehmenden Einrichtungen	7
4.2. Beschreibung der an der Online-Befragung teilnehmenden Pflegekräfte.....	8
5. Ergebnisse	9
5.1. Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften	9
5.1.1. Ergebnisse der qualitativen Interviews	9
5.1.2. Ergebnisse der Online-Befragung	10
5.2. Organisationale Bindung in der Pflege	11
5.2.1. Ergebnisse der qualitativen Interviews	11
5.2.2. Ergebnisse der Online-Befragung	14
5.3. Anforderungen in der Pflege.....	18
5.3.1. Ergebnisse der qualitativen Interviews	18
5.3.2. Ergebnisse der Online-Befragung	21
5.4. Kontrolle und Eigenverantwortung in der Pflege.....	23
5.4.1. Ergebnisse der qualitativen Interviews	23
5.4.2. Ergebnisse der Online-Befragung	26
5.5. Unterstützung von Pflegekräften	28
5.5.1. Ergebnisse der qualitativen Interviews	28
5.5.2. Ergebnisse der Online-Befragung	32
5.6. Entlohnung und Wertschätzung in der Pflege.....	35
5.6.1. Ergebnisse der qualitativen Interviews	35
5.6.2. Ergebnisse der Online-Befragung	37
5.7. Wirkung einzelner Faktoren auf die Arbeitszufriedenheit sowie die organisationale Bindung	38
5.7.1. Ergebnisse der qualitativen Interviews	38
5.7.2. Ergebnisse der Online-Befragung	40
6. Zusammenfassung und Diskussion	47
Literaturverzeichnis	52
Anhang.....	55

1. Einleitung

„Wir wollen den Beruf attraktiver machen, den Alltag der Pflegekräfte konkret verbessern.“ (Jens Spahn, 2019¹)

Bereits seit vielen Jahren zeichnet sich ab, dass in Deutschland zu wenig Pflegekräfte tätig sind, um den Bedarf in Krankenhäusern sowie in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen zu decken. Im Rahmen der Corona-Krise hat sich die sowieso vielerorts schon prekäre Lage weiter verschärft (Wolf-Ostermann u.a. 2020). Zudem kann davon ausgegangen werden, dass der demographische Wandel und die damit einhergehende wachsende Zahl an pflegebedürftigen älteren Menschen in den kommenden Jahren die Nachfrage nach Pflegepersonal weiter erhöhen wird (Jacobs u.a. 2016).

Auch wenn das Allgäu im Vergleich zu anderen Regionen in Deutschland lange Zeit verhältnismäßig gut abschnitt, gibt es auch hier seit einigen Jahren einen akuten Mangel an Pflegekräften. Um dem entgegenzuwirken wurde im Jahr 2017 die Initiative „Starke Pflege im Allgäu“ ins Leben gerufen und durch die Allgäu GmbH betreut. In Zusammenarbeit mit Allgäuer Landkreisen, Kliniken sowie Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen wurden unterschiedlichste Maßnahmen zur Bekämpfung des Pflegekräftemangels ergriffen. Darunter lassen sich beispielsweise lokale Werbeaktionen sowie Anwerbeprojekte im Ausland aufzählen². Auch die vorliegende Studie wurde im Rahmen der Initiative in Auftrag gegeben.

Trotz diverser Bemühungen auf lokaler und nationaler Ebene junge Menschen für den Pflegeberuf zu begeistern, sind immer noch nicht genug bereit, eine Ausbildung in der Pflege zu beginnen. Als besondere Herausforderungen im Pflegeberuf und damit als potentielle Gründe sich gegen diesen Beruf zu entscheiden, gelten unter anderem geringe Gestaltungsspielräume, hohe körperliche wie emotionale Anforderungen, eine hohe Arbeitsintensität sowie ein relativ geringes Einkommen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018, S. 19; Höhmann u.a. 2016, 74 f.). Eine aktuelle Befragung des SINUS-Institut zur Attraktivität des Pflegeberufs unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen verdeutlicht etwa, dass sich 21% der Befragten eine Pfl egetätigkeit sehr gut oder zumindest grundsätzlich vorstellen könnten. Vorrangige Motive sind das Gefühl, „etwas bewirken zu können“ und etwas „Gutes zu tun“. Unter anderem ein geringes Gehalt sowie geringe Aufstiegschancen gelten jedoch als Hemmnisse, sich für diesen Beruf tatsächlich zu entscheiden (Borgstedt 2020). Um Pfl egetätigkeiten in der Berufswahl attraktiver zu machen und um die bereits tätigen Pflegekräfte in ihrem Beruf zu halten, wird daher versucht, den genannten Herausforderungen zu begegnen und die Arbeitsbedingungen merklich zu verbessern. Diese Strategie wird auch durch das obige Zitat des Gesundheitsministers Jens Spahn verdeutlicht.

In dieser Studie steht dabei nicht primär die Gewinnung von neuen Pflegekräften im Vordergrund, sondern insbesondere die Bindung bereits tätiger Pflegekräfte. Konkrete Maßnahmen zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit und der organisationalen Bindung des Pflegepersonals sollen entsprechend identifiziert werden. Hierfür scheint es notwendig, im ersten Schritt herauszufinden, welche Faktoren die beiden genannten Zielgrößen beeinflussen. Diverse wissenschaftliche Studien haben sich bereits damit beschäftigt, welche Bedingungen auf nationaler Ebene, in den Einrichtungen selbst und auf individueller Basis dazu beitragen, Pflegekräfte in ihren Beschäftigungsorten bzw. im Berufsfeld zu halten (Flieder

¹ Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/interviews/interviews/handelsblatt-080119.html>

² <https://presse.allgaeu.de/das-problem-pflege-im-allgaeu-zusammen-loesen>,
<https://standort.allgaeu.de/initiative-starke-pflege-im-allgaeu-stellt-sich-vor>

2002; Golombek/Fleßa 2011; Hackmann/Müller 2012; Joost 2013; Simon u.a. 2005; Lauxen u.a. 2018).

- Grundsätzlich wird in allen Studien deutlich, dass die **Belastungen** für die Pflegenden erheblich sind (siehe u.a. Breinbauer u.a. 2019). Im Rahmen einer Befragung von Führungskräften in Pflegeeinrichtungen im süddeutschen Raum zeigen Boscher u.a. (2020) beispielsweise, dass in jeder fünften Einrichtung gesundheitsbedingte Berufsaustritte auftreten. Um dem entgegenzuwirken, wird in vielen Einrichtungen etwa verstärkt auf gesundheitsfördernde Maßnahmen gesetzt.
- Blum u.a. (2004) beschäftigten sich in ihrer Studie mit Pflegekräften, die den Pflegeberuf verlassen hatten, sich jedoch eine Rückkehr vorstellen könnten. Hierbei wird deutlich, dass es neben materiellen und allgemeinen Gründen, auch eine **pflegespezifische Motivation** gibt. Die Freude an der Pflegearbeit, der Wunsch, anderen Menschen zu helfen oder auch die Zusammenarbeit mit Patient*innen gelten für ehemalige Pflegekräfte als erfüllende Aspekte (Blum u.a. 2004, S. 41). Eine Festigung dieser Motivationslagen und die gezielte Arbeitsausrichtung auf diese Bereiche bereits während der Tätigkeit als Pflegekraft, könnte daher die Wahrscheinlichkeit des Ausscheidens minimieren.
- Darüber hinaus spielt die **soziale Unterstützung durch das Team** eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, die Pflegekräfte an die Einrichtung zu binden (Simon u.a. 2005). Amstutz u.a. (2013, 35f.) finden etwa heraus, dass gut funktionierende Teams motivieren und eine strukturierende, regulierende und kompensierende Wirkung im Arbeitsalltag entfalten. Ebenso können kollegiale Austauschformen oder Supervisionen helfen, ein Team zu stärken (Lauxen u.a. 2018).
- Auch eine wohlwollende und positive Zusammenarbeit mit den Vorgesetzten und eine gute Führungskompetenz können die Arbeitszufriedenheit und Motivation von Pflegekräften sowie deren Bindung an die Einrichtung vergrößern (Simon u.a. 2005; Brady Germain/Cummings 2010; Höhmann u.a. 2016). So kann etwa Führungskompetenztraining dazu beitragen, die Eigenverantwortung und Innovationsideen von Pflegekräften besser zu nutzen. Lauxen u.a. (2018) sehen im Führungsverhalten sogar den zentralen Baustein, um unterschiedlichste Faktoren zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit zu stärken. Dabei wird insbesondere eine sogenannte transformative Führung empfohlen. Diese umfasst „[...] *visionäres Denken, Lösungs- und Zukunftsorientierung, Kreativität, Engagement, pflegerische Fachkompetenz und berufliche Gestaltungskompetenz. Kommunikation erfolgt klar, schnell und direkt, Aufgaben und Kompetenzen sind klar definiert und die Mitarbeiter werden konsequent in Entscheidungsprozesse einbezogen*“ (Lauxen u.a. 2018, S. 62).

Mit der vorliegenden Studie möchten wir auf bekanntes Wissen aus bisheriger Forschung zurückgreifen, aber darüber hinaus auch Aspekte einschließen, die bisher nur unzureichend oder nicht im Gesamten zum Tragen gekommen sind: Erstens, wie konkrete Instrumente und Maßnahmen, darunter auch technische und digitale Hilfsmittel, den Arbeitsalltag von Pflegekräften erleichtern und damit potentiell sowohl die Arbeitszufriedenheit als auch die Bindung zur Einrichtung stärken können. Zweitens soll insbesondere untersucht werden, wie die Corona-Krise und die damit gesteigerte öffentliche Aufmerksamkeit für dieses Berufsfeld die beiden zu erklärenden Größen – Arbeitszufriedenheit und Bindung – beeinflussen. Drittens haben bisherige Studien zwar unterschiedliche Faktoren, die sich auf die Arbeitszufriedenheit und die Bindung des Pflegepersonals auswirken, untersucht, was jedoch fehlt ist eine klare Priorisierung der einzelnen Faktoren. Das heißt, ist eine flexible Dienstplangestaltung für Menschen, die in der Pflege tätig sind, zur Bindung an die Einrichtung wichtiger als das Gehalt? Fördern geringe Arbeitsbelastungen die Arbeitszufriedenheit stärker als eine

gelingende Teamarbeit? Zu guter Letzt zeichnet sich diese Studie durch deren regionalen Fokus auf das Allgäu sowie den Einschluss von Pflegekräften in unterschiedlichen Einrichtungstypen – ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Kliniken – aus.

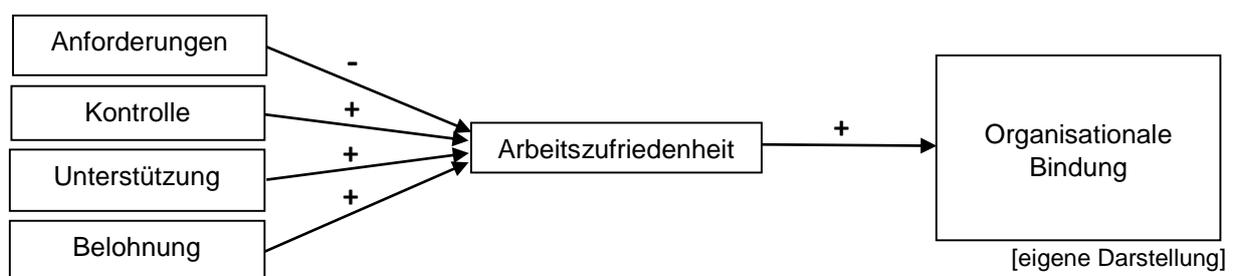
Zusammenfassend hat die Studie zum Ziel, konkrete Faktoren zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit sowie der organisationalen Bindung von Pflegekräften zu identifizieren. Gemeinsam mit den Allgäuer Pflegediensten, Pflegeeinrichtungen und Kliniken sollen, auf den Ergebnissen aufbauend, konkrete Maßnahmen abgeleitet werden. Darunter sowohl Vorgehensweisen, die individuell in den Einrichtungen umgesetzt werden können, als auch Schritte, die in der Gemeinschaft der Allgäuer Einrichtungen geplant und implementiert werden. Wie zufrieden die Beschäftigten in der Pflege sind, hat dabei nicht nur Einfluss auf das eigene Bedürfnis in der Einrichtung bzw. im Pflegeberuf zu bleiben, sondern impliziert auch eine gewisse Außenwirkung. Zufriedene Beschäftigte berichten in ihrem persönlichen Umfeld von der Arbeitssituation und können so potentiell neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter akquirieren. Das heißt, eine Verbesserung der Arbeitssituation für Pflegekräfte und eine Steigerung deren Arbeitszufriedenheit kann direkt und auch indirekt dazu beitragen, den Pflegenotstand zu mildern.

In Kapitel 2 wird theoretisch hergeleitet, wie einzelne Faktoren auf die Arbeitszufriedenheit und den Wunsch der Pflegekräfte wirken, in der Einrichtung bzw. im Pflegeberuf auch zukünftig tätig zu sein. Kapitel 3 beschreibt das Forschungsdesign der Studie und schließt dabei eine Erläuterung der angewandten qualitativen und quantitativen Methoden ein. Im Anschluss werden in Kapitel 4 die an der Studie partizipierenden Einrichtungen und Pflegekräfte näher beschreiben. Die Ergebnisse der Studie werden anschließend in Kapitel 5 vorgestellt. Eine finale Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse sowie daraus ableitbare Ideen für konkrete Maßnahmen in der Region Allgäu werden in Kapitel 6 wiedergegeben.

2. Theoretischer Hintergrund

Um herauszufinden, welche Faktoren auf die zwei zentralen zu erklärenden Phänomene der Studie – (1) die Arbeitszufriedenheit und (2) die organisationale Bindung von Pflegekräften – wirken, wurde im ersten Schritt ein theoretisches Modell entwickelt. Es beruht im Grundsatz auf in der Forschung etablierten Überlegungen zu Arbeitszufriedenheit und Bindung von Karasek (1979), Johnson/Hall (1988) sowie Siegrist (1996). Es wird im Folgenden im Detail erläutert und auf den Pflegebereich angepasst (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Theoretisches Modell zur Erklärung der Mitarbeiterbindung in der Pflege



Ziel dieser Studie ist es, zu erklären, wie sich die organisationale Bindung von Pflegekräften stärken lässt. Unter organisationaler Bindung versteht sich ein hohes Zugehörigkeitsgefühl

zum Arbeitgeber bzw. zur Einrichtung (Mowday u.a. 1979). Bisherige empirische Arbeiten haben gezeigt, dass insbesondere eine hohe Arbeitszufriedenheit die organisationale Bindung stärkt und einen Jobwechsel unwahrscheinlicher macht (Yücel 2012). Auf die organisationale Bindung bzw. den Wunsch nach einem Jobwechsel, können sich neben der Arbeitszufriedenheit jedoch auch individuelle Charakteristika von Beschäftigten auswirken, wie etwa deren Selbstwirksamkeit, deren aktuelle Lebensphase oder deren affektive Persönlichkeitsmerkmale (Lai/Chen 2012; Gutknecht 2006). Auf die Arbeitszufriedenheit wiederum wirken sich unterschiedliche Faktoren aus, die in diesem Modell mit den Begriffen „Anforderungen“, „Kontrolle“, „Unterstützung“ und „Belohnung“ zusammengefasst werden.

Dass sich beispielsweise zu hohe **Anforderungen** im Job negativ auf die Arbeitszufriedenheit und die organisationale Bindung auswirken, konnte bereits in einigen Studien bestätigt werden (Podsakoff u.a. 2007; Wright/Bonett 2007; Fairbrother/Warn 2003). Dabei spielen physische wie psychische Beanspruchungen eine Rolle (Karasek 1979). Übertragen auf den Pflegebereich können hohe Arbeitsanforderungen etwa durch zu viele zu betreuende Patient*innen bzw. Bewohner*innen entstehen. Auch schwere körperliche Arbeit oder emotionale Belastungen im Arbeitsalltag sind typische Anforderungen, die im Pflegealltag auftreten können (Breinbauer u.a. 2019).

Kontrolle über die eigene Arbeit und Eigenverantwortung wirken sich hingegen positiv auf die Arbeitszufriedenheit aus. Unter Kontrolle versteht sich unter anderem, die Möglichkeit Neues zu erlernen, kreative Strategien zur Verbesserung der Arbeitssituation entwickeln zu dürfen und das Vorhandensein von gewissen Freiheiten im Arbeitsablauf (Karasek 1979, S. 289). Für Pflegekräfte wären ausgeprägte Kontrollmöglichkeiten etwa mit einem erhöhten Entscheidungsspielräumen in der Pflege, der Möglichkeit Fortbildungen nach eigenen Interessen zu wählen oder mit einer starken Einflussnahme auf die Planung der Arbeitszeiten verbunden.

Eine wichtige Rolle zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit spielt auch die **Unterstützung** durch Kolleg*innen, Vorgesetzte (Johnson/Hall 1988) und durch sonstige Hilfsmittel. Die Unterstützung durch Kolleg*innen und Vorgesetzte wird dabei als soziale Unterstützung verstanden, die etwa mit einem regelmäßigen und freundschaftlichen Austausch untereinander einhergeht. Ein hoher Unterstützungsgrad im Pflegebereich würde daher bedeuten, dass im Team ein kollegiales Verhältnis und eine gute Zusammenarbeit herrscht, dass ein Vertrauensverhältnis auch mit den Führungskräften besteht und dass auch sonstige technische oder anderweitige Hilfsmittel zur Arbeitserleichterung vom Arbeitgeber bereitgestellt werden (Saha 2016).

Abschließend zählt auch die **Belohnung** als wichtiger Faktor zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit (Siegrist 1996). Als Belohnung im Gegenzug zur eingebrachten Arbeitsleistung wird nicht nur das entsprechende Gehalt verstanden, sondern auch interne und externe Wertschätzung oder das Zugestehen von Aufstiegschancen. Auf den Pflegebereich gespiegelt, würde ein hoher Grad der Belohnung mit einem hohen Gehalt sowie einer hohen Anerkennung innerhalb der Einrichtung wie auch seitens der Politik bzw. der Gesellschaft gegenüber der Pflegetätigkeit einhergehen.

Ziel der Studie ist eine Klärung dahingehend, welche der genannten Faktoren eine besonders wichtige Rolle für die Arbeitszufriedenheit und die organisationale Bindung von Allgäuer Pflegekräfte spielen. Somit können in Abstimmung mit den Einrichtungen und auf diese angepasst, konkrete Präventionsmaßnahmen und Verbesserungsinstrumente entwickelt und umgesetzt werden.

3. Methodisches Vorgehen

Das zur Beantwortung der Forschungsfragen angewandte Forschungsdesign enthält qualitative und quantitative Methoden. Konkret wurden qualitative leitfadengestützte Interviews mit Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitungen und eine quantitative Online-Befragung von Pflegekräften miteinander kombiniert. Ersteres erlaubt einen detaillierten Austausch mit den Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitungen und folglich ein individuelles Eingehen auf deren Erfahrungen und Einschätzungen. Im Rahmen der Interviews wurden dabei sowohl vorher festgelegte Fragen, die allen Interviewpartnerinnen und –partnern gestellt wurden, integriert, als auch Raum für situative und neue Erkenntnisse sowie Wahrnehmungen seitens der Befragten gelassen. Letzteres – die Online-Befragung – enthält vor allem geschlossene Fragen und erlaubt daher eine hohe Vergleichbarkeit zwischen den befragten Pflegekräften sowie eine valide Anwendung von statistischen Verfahren.

Insgesamt haben acht Allgäuer Einrichtungen an der Studie partizipiert, darunter vier Kliniken, zwei stationäre Pflegeeinrichtungen, ein ambulanter Pflegedienst sowie eine Einrichtung, die primär stationär tätig ist und parallel einen ambulanten Dienst betreibt. Mit allen teilnehmenden Kliniken bzw. Pflegeanbietern konnte je ein Interview geführt werden. In einer Einrichtung wirkten zwei Leitungspersonen am Interview mit. Aufgrund der akuten Herausforderungen der Corona-Situation konnten jedoch nicht alle Einrichtungen an der im November 2020 stattgefundenen quantitativen Online-Befragung teilnehmen, sodass hier Pflegekräfte aus nur insgesamt sieben Einrichtungen befragt wurden.

Die qualitativen Interviews mit den Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitungen wurden im Zeitraum von Ende Oktober bis Mitte November 2020 via Telefon durchgeführt. Deren Länge betrug zwischen 24 und 50 Minuten. Die Audio-Aufnahmen wurden im Anschluss an die Gespräche transkribiert. Abgefragt wurden unter anderem Zahlen und Fakten zur Einrichtung und der dort tätigen Pflegekräfte, die aktuelle Wahrnehmung des Fachkräftemangels in der Pflege, die Einschätzung der physischen wie psychischen Arbeitsbelastung des Pflegepersonals, Unterstützungsmöglichkeiten der Pflegekräfte seitens der Einrichtung sowie sonstige Maßnahmen zur Stärkung der Mitarbeiterbindung. Im Anhang findet sich der ausführliche Fragebogen (vgl. Abbildung A1). Die erstellten Transkripte wurden im Anschluss anonymisiert und im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2016) ausgewertet.

Bei der Erstellung des Fragebogens der Online-Befragung wurde sowohl auf eigenständig entwickelte Items als auch auf bereits bestehende und vielfach empirisch validierte Fragebogenskalen und Items zurückgegriffen. Zur Messung der Anforderungen und Belastungen in der Pflege wurde beispielsweise eine Auswahl aus dem von Bartholomeyczik (2014) entwickelten Item-Katalog aufgegriffen. Das Gefühl von Unterstützung durch das Team wurde unter anderem mithilfe von Items von Fischer/Hüttermann (2020) erhoben. Zur Abfrage von Wechselbestrebungen der Pflegekräfte wurden Fragen aus dem Fragebogen der NEXT-Studie integriert (Simon u.a. 2005). Mögliche Schwerpunkte der Online-Befragung und zentrale Forschungsfragen wurden darüber hinaus bei einem, im Oktober 2020 stattgefundenen, ersten Workshop mit Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen diskutiert. Ziel des Workshops war die Identifikation von konkreten Wissensbedarfen aus Sicht der Praxis. Die Forschungserkenntnisse sollen sich demnach in praktische Handlungen und konkrete Maßnahmen übersetzen lassen. Der Online-Fragebogen ist im Anhang zu finden (vgl. Abbildung A2). Die Online-Befragung startete Anfang November 2020, der entsprechende Link wurde an die Kontakte der Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitungen gesendet. Diese leiteten den Zugang zur Befragung wiederum an ihre Beschäftigten in der Pflege weiter. Abhängig von etwaigen internen Absprachen passierte dies direkt nach der Zusendung des Links bzw. erst

Mitte November. Ein direkter Kontakt seitens des IGG zu den Pflegekräften war aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen nicht möglich. Die Beschäftigten in der Pflege hatten bis Ende November Zeit an der Befragung teilzunehmen. Die Online-Befragung selbst war anonym. Dementsprechend wurde auch nicht direkt nach dem Namen der Einrichtung der Pflegekräfte gefragt, sondern nur nach dem Einrichtungstyp, d.h. „Klinik“, „stationäre Pflegeeinrichtung“ bzw. „ambulanter Pflegedienst“ und „Sonstiges“.

4. Beschreibung der teilnehmenden Einrichtungen und der dort tätigen Pflegekräfte

In diesem Kapitel werden die teilnehmenden Einrichtungen, die befragten Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen sowie die in den Einrichtungen tätigen Pflegekräfte näher beschrieben. Auch soll bereits in diesem Kapitel auf die grundsätzliche Wahrnehmung des Fachkräftemangels seitens der Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen eingegangen werden.

4.1. Beschreibung der an den qualitativen Interviews teilnehmenden Einrichtungen

Die im Rahmen der qualitativen Interviews befragten Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleiter*innen waren im Durchschnitt 46 Jahre alt und viele davon hatten selbst eine Grundausbildung in der Altenpflege bzw. in der Gesundheits- und Krankenpflege absolviert. Ein Überblick über die Interviewpartner*innen findet sich im Anhang (vgl. Tabelle A1).

Anhand der qualitativen Interviews mit den acht Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitungen der ausgewählten Allgäuer Einrichtungen wurden einige Aspekte bezüglich des organisationalen Kontextes der Einrichtungen abgefragt, darunter etwa die Größe der Einrichtung oder der Anteil an Pflegekräften an der Gesamtzahl der Beschäftigten. Hinsichtlich dieses Anteils zeichnet sich beispielsweise ab, dass der Anteil des Pflegepersonals geringer wird, je höher die Gesamtzahl der Beschäftigten ist. Während in der befragten Einrichtung der ambulanten Krankenpflege ein Großteil der Beschäftigten auch Pflegetätigkeiten verrichten (81%), entfällt auf diesen Berufszweig im Bereich der Kliniken nur ein Anteil von bis zu 44% an der Gesamtheit aller Mitarbeiter*innen. Personelle Unterschiede zwischen der Kranken- und Altenpflege stellen sich auch in der Betrachtung des Alters der Beschäftigten heraus. Drei der vier Organisationen der Altenpflege (ambulant und stationär) sind hierbei eher von einem älteren Kollegium geprägt. Bei den Kliniken profitieren manche von angegliederten Krankenpflegesschulen, woraus aber auch eine starke Teilung der Altersstrukturen mit einerseits sehr jungen und andererseits eher älteren Beschäftigten im Bereich des Pflegepersonals resultieren kann (vgl. Interview 5).

„[Die Altersverteilung in der Einrichtung ist] so 50:50 würde ich sagen. Also mir fehlt hier so ein bisschen das Mittelfeld. Ich habe viele Junge, habe aber auch wirklich viele, die Richtung Rente gehen.“ (Interview 8)

Die Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen berichten dabei relativ konsistent von einem seit einigen Jahren immer stärker spürbaren Fachkräftemangel. Vor allem die Tatsache, dass viele langjährige Beschäftigte bald in Rente gehen, festigt die Wahrnehmung, dass sich dieser Mangel künftig noch verstärken wird.

„[Wir schätzen die aktuelle Fachkräftesituation in der Pflege] durchaus als schwierig ein. Dadurch, dass [es] in naher Zukunft sehr viele Renteneintritte geben wird, aber im Vergleich dazu wenig Schulabgänger [da sind].“ (Interview 4)

Nicht nur der nahe Renteneintritt einiger Beschäftigter bereitet den Befragten Sorge, auch der nicht gedeckte Bedarf an Fachkräften, insbesondere an spezialisiertem Personal, scheint nur schwer zu überwinden. Diese Herausforderung zeigt sich auch im Rahmen einer qualitativen Forschungsarbeit im Raum Bodensee-Oberschwaben, in welcher Preiß u.a. (2018, S. 487) herausarbeiten, dass die Gewinnung von Personal mit pflegefachspezifischen Weiterbildungen gerade im ländlichen Raum besonders erschwert ist.

„[Die Fachkräftesituation ist] sehr schwierig. Der Mangel ist da.“ (Interview 6)

„Der [Fachkräftemangel] ist schon spürbar und akut. [...], also ich kann jetzt nicht für die anderen Einrichtungen sprechen [...], aber hier im Klinikverbund, wir suchen [...] händeringend Leute.“ (Interview 7)

„So ist [die Fachkräftesituation] hier schon noch relativ gut. [...]. Aber was halt echt fehlt sind diese Speziellen, diese Intensivfachkräfte, OP-Fachkräfte.“ (Interview 8)

„Wenn es um examinierte Krankenschwestern geht, ist die Lage eher schlecht.“ (Interview 3)

Besonders wenn kurzfristige Arbeitskräfte notwendig sind, wird der Fachkräftemangel für einige der Befragten deutlich ersichtlich.

„In der Einrichtung [...] sind wir gut besetzt. [...]. Aber in dem Moment, in dem wir kurzfristig jemanden brauchen, wird es schwierig. [...]. [Früher] haben wir richtige Stapel [mit Bewerbungsunterlagen] auf dem Schreibtisch gehabt [...], aber das ist schon lange Geschichte. [...]. Gerade wenn [man viele ältere] Mitarbeiter hat, wenn die krank sind, dann sind sie meist länger krank. Auch zum Teil schwer krank. Und das abzufedern, ist extrem schwer.“ (Interview 2)

Zusammenfassend für diese ersten qualitativen Beschreibungen lässt sich konstatieren, dass der Fachkräftemangel in der Pflege auch im Allgäu deutlich sichtbar ist, vor allem dann, wenn es um spezialisierte Kräfte geht. Hinzu kommt die Vermutung vieler Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleiter*innen, dass sich die Lage aufgrund einer großen Menge an Renteneintritten in den kommenden Jahren weiter verschärfen wird. Entsprechend scheint es relevant, sich näher mit dem Thema zu befassen und mögliche Lösungsansätze zu finden.

4.2. Beschreibung der an der Online-Befragung teilnehmenden Pflegekräfte

An der quantitativen Online-Befragung haben insgesamt 272 Pflegekräfte teilgenommen³. Davon sind 83,8% in Kliniken tätig, 14,7% in stationären Pflegeeinrichtungen und nur 1,4% im ambulanten Pflegedienst oder sonstigen Einrichtungen. Das heißt, die Aussagekraft der weiteren Ergebnisse bezieht sich primär auf die Situation von Pflegekräften in Kliniken und stationären Pflegeeinrichtungen. Knapp 30% der Befragten sind seit 11 bis 25 Jahren in der Pflege tätig, 26,2% sogar schon über 25 Jahre. Weniger als ein Jahr im Pflegebereich tätig,

³ Insgesamt hat die Online-Befragung potenziell circa 3.083 Pflegekräfte in den sieben partizipierenden Einrichtungen erreicht. Aufgrund von Krankheit, Urlaub und Kommunikationslücken ist die tatsächliche Zahl vermutlich deutlich geringer. Das heißt die Rücklaufquote beträgt mindestens 8,8%.

sind hingegen nur 4,1% der Befragten. Mit 64,4% ist die Mehrheit in Vollzeit beschäftigt. Auf die Frage hin, welche Ausbildung ursprünglich absolviert wurde, gaben knapp 60% an, eine Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger*in absolviert zu haben, 10,6% sind Altenpfleger*in, 9,8% verfügen über eine Ausbildung als Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in. Insgesamt waren 78,7% der befragten Pflegekräfte weiblich, 20,5% männlich und 0,7% gaben „divers“ an⁴. Zur Anonymitätssicherung der Befragten wurde das Alter im ganz jungen Alter und im älteren Alter nur in Kategorien (<20, 70<) erfasst. Eine grobe Schätzung des Durchschnittsalters der Studienteilnehmenden ist dennoch möglich und beläuft sich auf ca. 39 Jahre. Dabei spiegelt sich die Einschätzung einiger Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitungen hinsichtlich der Altersverteilung mit Schwerpunkten bei eher jüngeren und dann eher älteren Beschäftigten auch in der Stichprobe der Online-Befragung wider. Insgesamt 154 der befragten Pflegekräfte waren jünger als 30 oder älter als 50 Jahre; dies entspricht einem Anteil von circa 60% aller Befragten. Darüber hinaus gaben 54,8% der Befragten an, keine Kinder zu haben.

5. Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studie werden im Folgenden in Unterkapitel anhand der einzelnen Faktoren, die die Arbeitszufriedenheit sowie die organisationale Bindung von Pflegekräften beeinflussen, unterteilt. Hierbei wird zwischen Ergebnissen, die aus den Interviews mit den Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitungen stammen und den Ergebnissen aus der Online-Befragung von Pflegekräften unterschieden. Zuerst wird auf die zentralen abhängigen bzw. zu erklärenden Variablen der Studie, nämlich (1) Arbeitszufriedenheit und die (2) organisationale Bindung von Pflegekräften, eingegangen. Es folgen die einzelnen Faktoren, von denen angenommen wird, dass sie auf eben diese beiden Aspekte wirken. Im abschließenden Ergebniskapitel wird dann konkret analysiert, ob und wie stark die einzelnen Faktoren tatsächlich die Arbeitszufriedenheit und die organisationale Bindung von Pflegekräften beeinflussen.

5.1. Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften

5.1.1. Ergebnisse der qualitativen Interviews

Die befragten Pflege- und Einrichtungsleitungen sind sich sicher, dass eine hohe Arbeitszufriedenheit unter den Beschäftigten unabdingbar für eine gelingende Arbeit in der Pflege sei. Demnach helfe eine hohe Zufriedenheit nicht nur dabei, die aktuellen Pflegekräfte zu halten und zu motivieren, sondern auch potentiell neue Kräfte zu gewinnen.

*„Mitarbeiter sind ganz wichtige Multiplikatoren. [...]. Eine hohe **Mitarbeiterzufriedenheit** garantiert, dass – wenn alles gut läuft – auch auf einem angespannten Arbeitnehmermarkt [die offenen Stellen] zügig besetzt werden.“ (Interview 2)*

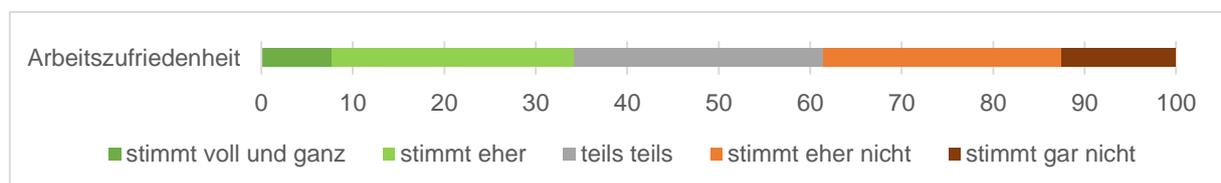
⁴ Damit scheint der Anteil an männlichen Pflegekräften in der Stichprobe der Studie etwas höher zu sein als im deutschen Durchschnitt. Aktuelle Zahlen hierzu werden vom statistischen Bundesamt veröffentlicht und belaufen sich in 2020 auf 17% in stationären Pflegeeinrichtungen (Statistisches Bundesamt (2020)).

Weitere Erkenntnisse zur Arbeitszufriedenheit aus den Interviews werden erst in Kapitel 5.7.1. geliefert, da dort ein direkter Vergleich der einzelnen, in den kommenden Kapiteln beschriebenen Faktoren hinsichtlich der Wirkung auf die Arbeitszufriedenheit aufgezeigt wird.

5.1.2. Ergebnisse der Online-Befragung

Die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte wurde im Rahmen der Online-Befragung direkt abgefragt (siehe Abbildung 2). Hierbei zeigt sich, dass nur 34,2% der Beschäftigten mit ihrer aktuellen Arbeitssituation „voll und ganz“ bzw. „eher“ zufrieden sind. Insgesamt 12,5% sind hingegen „gar nicht“ zufrieden.

Abbildung 2: Arbeitszufriedenheit in der Pflege



Anmerkung: N=272

Die Arbeitszufriedenheit wird darüber hinaus vor allem von der Dauer der Pfl egetätigkeit beeinflusst (siehe Tabelle 1). Je länger eine Pflegekraft in der Pflege tätig ist, desto geringer ist die Arbeitszufriedenheit. Als Pflegekräfte mit hoher Arbeitszufriedenheit gelten eben solche, die „voll und ganz“ oder „eher“ zufrieden sind. Bei allen anderen wird von einer geringen Arbeitszufriedenheit ausgegangen. Das Alter und das Geschlecht der Pflegekräfte haben nur einen minimalen bzw. kaum statistisch messbaren Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit (vgl. auch Tabelle A2 im Anhang).

Tabelle 1: Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit von der Pflegeerfahrung und dem Alter der Pflegekräfte

	Weniger als 6 Jahre in der Pflege tätig	Mehr als 6 Jahre in der Pflege tätig	gesamt
Geringe Arbeitszufriedenheit	60,3%	67,8%	65,8%
Hohe Arbeitszufriedenheit	39,7%	32,2%	34,2%
gesamt	100%	100%	100%

	Jünger als 50 Jahre	Älter als 50 Jahre	gesamt
Geringe Arbeitszufriedenheit	65,3%	66,7%	65,8%
Hohe Arbeitszufriedenheit	34,7%	33,3%	34,2%
gesamt	100%	100%	100%

Auch hinsichtlich des Einrichtungstyps zeigen sich Differenzen. Während Pflegekräfte in Krankenhäusern die Frage nach der Zufriedenheit mit der aktuellen Arbeitssituation im Durchschnitt mit „teils/teils“ beantworten, ist es bei Pflegekräften in stationären Pflegeeinrichtungen durchschnittlich die Aussage „stimmt eher“. Der höhere Grad an Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften in stationären Pflegeeinrichtungen im Vergleich zu in einem Krankenhaus tätigen Pflegekräften zeigt sich im Rahmen eines Mann-Whitney-U-Test als signifikant. Zur Veranschaulichung zeigt Tabelle 2, zusammengefasst nach

Einrichtungstyp, ob die Arbeitszufriedenheit mit „stimmt voll und ganz“ oder „stimmt eher“ (zusammen: „hohe Arbeitszufriedenheit“) bewertet wurde.

Tabelle 2: Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit des Einrichtungstyps

	Klinik	Stationäre Pflegeeinrichtung	gesamt
Geringe Arbeitszufriedenheit	72,4%	30%	66,0%
Hohe Arbeitszufriedenheit	27,6%	70%	34,0%
gesamt	100%	100%	100%

Anmerkung: Pflegekräfte aus dem ambulanten Dienst wurden aufgrund der geringen Fallzahl in dieser Tabelle nicht aufgenommen.

5.2. Organisationale Bindung in der Pflege

5.2.1. Ergebnisse der qualitativen Interviews

Die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte hat eine direkte Auswirkung auf deren organisationale Bindung, das heißt, wie stark sie sich der Einrichtung verbunden fühlen bzw. einen Arbeitgeberwechsel ausschließen (Yücel 2012). Ein erhöhtes Kündigungsverhalten weisen laut der Interviewergebnisse insbesondere jüngere Pflegekräfte auf. Jemand, der schon jahrelang in einer bestimmten Einrichtung tätig ist, wechselt hingegen seltener. Dabei scheinen es die meisten befragten Einrichtungen grundsätzlich nur mit geringen Kündigungsquoten zu tun zu haben.

„[Häufiger wechselt] eher die jüngere Generation. Sie haben aufgrund der Kürze der Zeit, weniger Bindung zum Arbeitgeber. [...]. [Sie wechseln], was auch verständlich ist, um andere Erfahrungen zu sammeln.“ (Interview 4)

*„[Meistens sind die **Pflegekräfte bei uns sehr lange angestellt**]. Das sehen wir auch am Altersspiegel. Das ist ja nicht, dass wir lauter ältere Leute einstellen, sondern daran, dass die Mitarbeiter, wenn sie dann da sind, auch relativ treu sind.“ (Interview 2)*

*„Der Großteil unserer ‚**Kündigungsgründe**‘ ist das Rentenalter. [...]. Das andere ist, dass jemand wegzieht oder [...] sich beruflich weiterentwickeln möchte.“ (Interview 5)*

Pflegekräfte, die gekündigt haben, wechseln meist in eine andere Einrichtung. Eher selten wird, laut Aussage der befragten Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen, das „Berufsfeld Pflege“ ganz verlassen.

*„Bei [...] [Pflegekräften, die **gekündigt hatten, haben manche in stationäre Pflegeeinrichtungen, andere in [...] Kliniken gewechselt**]. [Da ist] alles dabei. **Querbeet**.“ (Interview 3)*

„Das macht uns ein bisschen zu schaffen, dass [...] Pflegekräfte aufgrund der festen Arbeitszeiten [in die Verwaltung unserer Einrichtung] wechseln und oft auch eine schlechtere Bezahlung in Kauf nehmen.“ (Interview 3)

*„Einen **Wechsel in eine andere Branche** habe ich tatsächlich noch nie mitbekommen. Was ich aber oft mitbekomme ist [ein Wechsel] ins Krankenhaus, Rehakliniken [oder auch zum] MDK, Pflegeberatungsstellen.“ (Interview 4)*

Wenn eine Pflegekraft kündigt, seien die Gründe für diesen Schritt häufig bekannt. Neben der Zusammenarbeit im Team, werden laut der Befragten vor allem familiäre Gründe, Ziele der Weiterentwicklung oder verbesserte Arbeitszeiten genannt.

„Manche sagen [ihre **Gründe** für die Kündigung nicht] oder sie sagen, sie sind mit dem Klima [im **Team**] nicht zufrieden.“ (Interview 1)

„[Wenn jemand kündigt, dann unter anderem aus] **familiären Gründen**, [ein Umzug beispielsweise]. Oder, wenn man sich nicht wohl fühlt, [...], weil man mit dem Team nicht so ganz klarkommt.“ (Interview 2)

„Wir haben [in einer Abteilung] schon mal sehr viele Mitarbeiter verloren, weil sie einfach unzufrieden mit der Vorgesetzten waren und mit dem **Betriebsklima**.“ (Interview 8)

„Dass [Pflegekräfte] **in andere Einrichtungen wechseln**, dass kommt vor. Aber meistens [ähneln sich dann die Probleme, die man in der alten Einrichtung hatte mit denen, die einen auch in der neuen Einrichtung erwarten]. (Interview 2)

„Der **Hauptgrund** [für Kündigungen] ist eigentlich die persönliche Weiterentwicklung.“ (Interview 3)

„[Die **Gründe** für Kündigungen] sind querbeet. Altersbedingt, [...] Gehalt, [...], Arbeitszeiten, [...] geregelte Arbeitszeiten, [...].“ (Interview 4)

Dass die Region Allgäu einen Einfluss darauf hat, wie stark sich Beschäftigte in der Pflege an die Einrichtungen gebunden fühlen, wird von den befragten Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitungen größtenteils bestätigt.

„Ich glaube, dass es bei uns [im **Allgäu**] noch leichter läuft als in der Großstadt, [wie beispielsweise in] München, weil ja auch das Mietthema ein großes Thema ist. Da sollten sich die Kliniken im ländlichen Raum darauf konzentrieren, dass sie den Mitarbeitern finanzierbaren Wohnraum anbieten. [...]. Und der Freizeitfaktor ist bei uns vor Ort [auch hoch].“ (Interview 3)

„Ich glaube, dass [die Pflegekräfte] in **ländlichen Regionen** eher dazu neigen, vorsichtiger zu sein und eher bei einem Arbeitgeber bleiben. [...]. Ich denke die Fluktuation ist in München sicher viel rasanter, weil es dort auch mehr Möglichkeiten gibt.“ (Interview 4)

„Wir haben einige, die ihr ganzes Arbeitsleben bei uns verbringen. Wir haben hier nicht so eine Wechselkultur wie sie vielleicht in **Großstädten** üblich ist.“ (Interview 5)

„Also [die **Region Allgäu**] wirkt sich schon **sehr positiv** aus. [...] die Lage ist gut, dann haben wir [...] noch den Flugplatz hier, das macht natürlich auch viel aus auch für unsere Akquise aus dem Ausland, weil hier ja alle Ostblock-Städte angefliegen werden. [...]. Die können hier teilweise für 40€ heimfliegen [übers] Wochenende, das ist echt sehr attraktiv [...].“ (Interview 8)

„Wir haben übrigens auch eine nennenswerte **Rückkehrerquote** von solchen Mitarbeitern, die sagen: [...] 'ich gehe woanders hin'. Nach einem Jahr oder zwei kommen sie dann wieder, weil sie sagen, ‚hier wird auch nur mit Wasser gekocht. Dann lieber ins schöne Allgäu.‘“ (Interview 7)

„Die Leute sind so **heimatverbunden** hier und die **Region ist wunderschön, hat Freizeitwert**. Ich glaube, das hat uns dazu geführt, dass wir relativ spät den Fachkräftemangel gespürt haben gegenüber anderen Regionen, aber dass die Mitarbeiter hier weggehen, weil sie in der Region nicht mehr leben wollen, das ist absolut Rarität, also kaum. Das ist eher sogar ein mildernder Faktor, der uns jahrelang zugutegekommen ist.“ (Interview 7)

„Ich denke, dadurch, dass die jungen Leute so freizeitaffin geworden sind, ist das Allgäu schon wichtig. [...] Hier kann man in der Natur sehr viel machen. [...]. Das [ist sicher] ein Pluspunkt.“ (Interview 6)

Eine erhöhte Anzahl an Kündigungen aufgrund der Corona-Krise lässt sich seitens der Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen nicht erkennen. Teils zeige sich eher ein gegenteiliger Effekt, nämlich, dass weniger Pflegekräfte gekündigt haben als in „normalen“ Zeiten.

*„[Die **Corona-Krise** hat sich] gar nicht [auf das Kündigungsverhalten ausgewirkt].“ (Interview 2)*

*„[Seit **Corona**] haben wir deutlich weniger Kündigungen.“ (Interview 3)*

*„Ich würde sagen, die **Corona-Krise** hat sich dahingehend entwickelt, dass wir wenige bis gar keine Kündigungen momentan haben. [Wir bieten hier eben einen] sicheren Job, [auch] [...] zukunftssicher.“ (Interview 4)*

*„In der ersten [**Corona-]Welle** haben wir gemerkt, dass einige, die nur geringfügig gearbeitet haben oder im Erziehungsurlaub waren, wieder bei uns angefragt haben, da der Ehemann in Kurzarbeit war oder seinen Job verloren hat.“ (Interview 5)*

„Wegen Corona hat keiner gekündigt.“ (Interview 6)

Neben klassischen Kündigungen, kann auch die Arbeitszeitreduzierung von Beschäftigten in der Pflege den Personalmangel verstärken. Hier wird seitens der Einrichtungen Unterschiedliches berichtet, also sowohl Tendenzen zu mehr Arbeitszeitreduktion wie auch gegenteilige Entwicklungen.

*„Gerade im Hinblick auf die Gehaltssteigerung hat es doch die ein oder andere **Arbeitszeitreduzierung** gegeben. Und natürlich auch altersbedingt.“ (Interview 4)*

*„[Was die **Arbeitszeiten** angeht,] ist es bei uns ein ziemliches hoch und runter. [...]. Nach dem Erziehungsurlaub [etwa] fängt man dann niedrig an und steigert es dann wieder.“ (Interview 5)*

*„Fluktuation, [bei der] Mitarbeiter das Unternehmen verlassen, ist nicht unser Problem. Das Problem ist eher [...] die **interne Fluktuation in Teilzeitbeschäftigung**, in Mutterschutz, in verlängerte Sonderurlaube nach der Schwangerschaft.“ (Interview 7)*

*„[Die Tendenz der **Arbeitszeitreduzierung**] hat deutlich abgenommen, [weil] wir die Vollzeitreduzierung auf 37,5 Stunden vorgenommen haben.“ (Interview 3)*

Insgesamt stellt sich heraus, dass die organisationale Bindung zu den befragten Einrichtungen grundsätzlich als hoch eingeschätzt wird. Gerade ältere Beschäftigte würden seltener wechseln. Wenn es doch zu Kündigungen kommt, gelten familiäre Umstände, Weiterentwicklungswünsche und Unstimmigkeiten im Team als Hauptgründe. Nachfolgende Abbildung 3 fasst die wichtigsten qualitativen Erkenntnisse zur organisationalen Bindung zusammen.

Abbildung 3: Einschätzung der befragten Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen zur organisationalen Bindung von Pflegekräften

	Gründe für einen Arbeitszeit- oder Arbeitgeberwechsel	Gründe gegen einen Arbeitszeit- oder Arbeitgeberwechsel
<i>Einrichtungsspezifisch</i>	Unstimmigkeiten im Team, Arbeitszeiten, Gehaltserhöhung ermöglicht Arbeitszeitreduktion	Reduzierte Vollzeitwochenstundenzahl seitens der Einrichtung kann Arbeitszeitreduktion verhindern
<i>Pflegekraftspezifisch</i>	Jüngere Pflegekräfte	Ältere Pflegekräfte
<i>Allgemein</i>	Umzug, persönliche Weiterentwicklung, Familienplanung	Region Allgäu „hält“ die Pflegekräfte, Corona-Krise

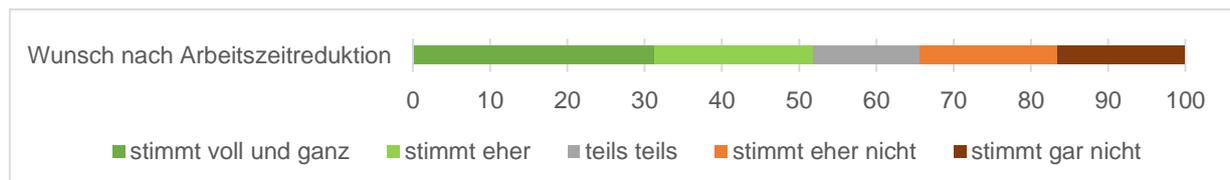
5.2.2. Ergebnisse der Online-Befragung

Im Rahmen der Erfassung der organisationalen Bindung der Pflegekräfte wurde in der Online-Befragung sowohl deren Wunsch nach Arbeitszeitreduktion als auch ein allgemeiner Wechselwunsch in andere Einrichtungen sowie der Hauptgrund für die Verbundenheit mit der aktuellen Stelle abgefragt.

Arbeitszeitreduktion

Hinsichtlich Arbeitszeitreduktion zeigt sich, dass dies ein weit verbreitetes Anliegen unter den Pflegekräften ist (vgl. Abbildung 4). Knapp über 50% der Befragten stimmen der Aussage „Ich habe im Laufe des letzten Jahres häufiger darüber nachgedacht, die Arbeitszeit zu reduzieren“ „voll und ganz“ bzw. „eher“ zu. Nur 16,4% stimmen „gar nicht“ zu.

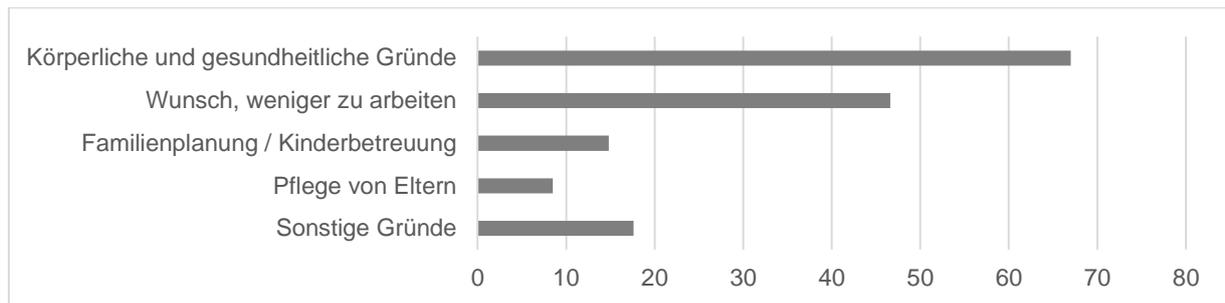
Abbildung 4: Reduktion der Arbeitszeit



Anmerkung: N= 268

Wenn der oben genannten Aussage zugestimmt wurde oder diese mit „teils / teils“ beantwortet wurde, dann erschien bei den Befragten eine weitere Frage zu den Gründen für eine mögliche Arbeitszeitreduktion. Die Ergebnisse zeigen eine klare Dominanz körperlicher und gesundheitlicher Gründe (67%), dahinter liegt mit 46,6% der allgemeine Wunsch, weniger zu arbeiten (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Gründe für den Wunsch nach Arbeitszeitreduktion



Anmerkung: N= 176

Wer „sonstige Gründe“ anklickte, wurde weiter befragt, um diese herauszufinden. Dabei nannten die Befragten unterschiedlichste Auslöser für den Wunsch nach Arbeitszeitreduzierung. Häufig vertreten waren eine hohe Arbeitsbelastung, der Wunsch nach mehr Zeit mit der Familie, ein zu hohes Stresslevel sowie fehlende Wertschätzung und Unzufriedenheit im Team.

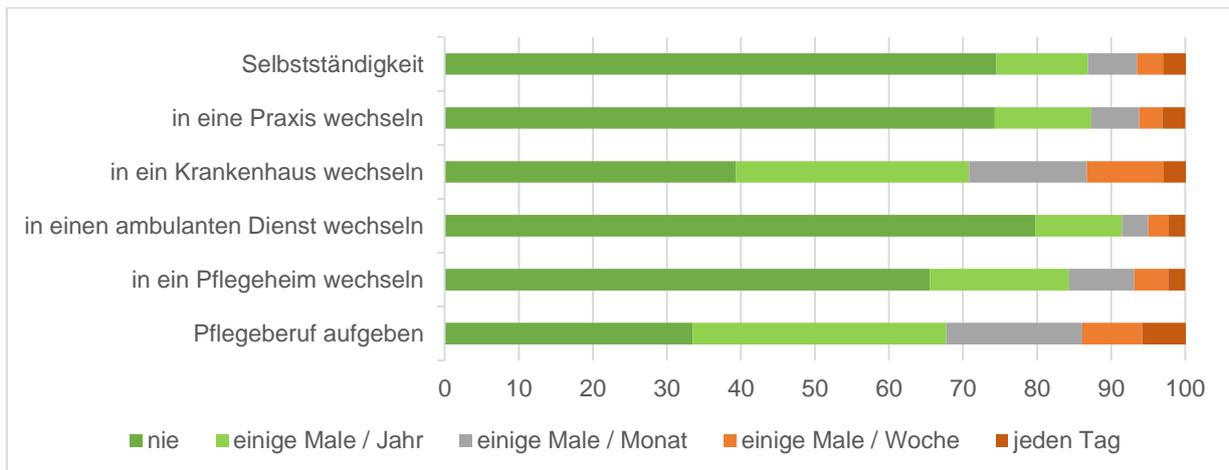
Der Wunsch nach Arbeitszeitreduktion oder einer anderen Form der Entlastung zeigt sich auch in einer Studie des Instituts DGB-Index Gute Arbeit, bei welcher zwischen 2012 und 2017 Pflegekräfte in ganz Deutschland befragt wurden. Insgesamt 71% der Befragten gaben dort an, „dass [sie] unter den derzeitigen Anforderungen [ihre] jetzige Tätigkeit [wahrscheinlich nicht] bis zum gesetzlichen Rentenalter ohne Einschränkungen ausüben könnten“ (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018, S. 22).

Wechsel- und Kündigungswunsch

Neben der Reduktion von Arbeitszeit kann vor allem das Interesse nach einem Arbeitgeberwechsel Indiz für eine geringe organisationale Bindung von Pflegekräften sein. Im hierzu erstellten Frageblock wurde erfasst, wie häufig die Pflegekräfte in der vergangenen Zeit darüber nachgedacht hatten, in eine andere Einrichtung zu wechseln (vgl. Abbildung 6). Über einen Wechsel in ein (anderes) Krankenhaus dachten zumindest knapp 30% der Befragten mindestens einige Male pro Monat nach. Wechselwünsche hin zu einem ambulanten Dienst oder in eine Praxis sind hingegen kaum vertreten. Daran gedacht, den Pflegeberuf ganz aufzugeben, haben zwar 33,5% der Befragten „nie“, aber dennoch 32,4% mindestens „einige Male im Monat“. Knapp 6% denken sogar jeden Tag darüber nach.

Vergleicht man die Wechselwünsche von Allgäuer Pflegekräften mit Zahlen aus der NEXT-Studie von 2005, bei welcher Pflegekräfte in ganz Deutschland befragt wurden, zeigt sich eine Zuspitzung der Lage: Damals waren es noch knapp 50%, die „nie“ darüber nachgedacht hatten, den Pflegeberuf zu verlassen und nur knapp 20%, die mindestens „mehrmals im Monat“ darüber nachdachten (Simon u.a. 2005). Im Rahmen der NEXT-Studie stellte sich zudem heraus, dass Pflegekräfte, die in Krankenhäusern tätig sind, häufiger überlegen, den Pflegeberuf zu verlassen, als Pflegekräfte in stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen. Eben dieser Zusammenhang zeigt sich auch in der vorliegenden Studie, wengleich die Unterschiede zwischen den Einrichtungen laut eines durchgeführten Mann-Whitney-U-Test nicht statistisch signifikant sind. Vergleichbar sind die vorliegenden Studienergebnisse hinsichtlich eines kompletten Ausstiegs aus dem Pflegeberuf hingegen mit Ergebnissen einer Befragung von über 650 Pflegekräften in Rheinland-Pfalz im Jahr 2017. Dabei zeigte sich, dass rund zwei Drittel über einen Pflegeausstieg bereits nachgedacht hatten (Breinbauer u.a. 2019, S. 19).

Abbildung 6: Wechselwunsch in der Pflege nach Veränderungsart



Anmerkung: N= 257-272

Abbildung 7 macht zudem deutlich, dass nur 14,3 % der Befragten im vergangenen Jahr nie über irgendeine Form des Wechsels – weder in eine andere Einrichtung noch aus dem Pflegeberuf – nachgedacht haben.

Abbildung 7: Grundsätzlicher Wechselwunsch in der Pflege



Darüber hinaus zeigt sich, dass sich einen Wechsel der Stelle in ein (anderes) Krankenhaus vor allem Beschäftigte vorstellen können, die auch aktuell in einem Krankenhaus tätig sind. Mindestens einige Male im Monat stellen 32,3% der Pflegekräfte in Krankenhäusern diese Überlegung an. Bei Pflegekräften, die in einer stationären Pflegeeinrichtung arbeiten, sind es nur 12,5%. Im Vergleich dazu denken 16,6% der Pflegekräfte in Krankenhäusern regelmäßig darüber nach, in eine stationäre Pflegeeinrichtung zu wechseln, während nur 10% der in einer Pflegeeinrichtung tätigen Pflegekräfte sich vorstellen können, in eine andere Pflegeeinrichtung zu wechseln.

Alterseinflüsse

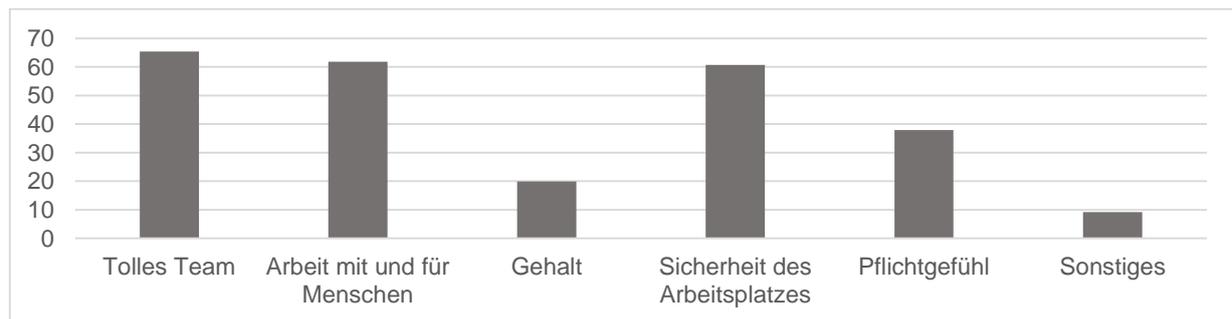
Hinsichtlich der Altersstruktur zeigt sich, dass jüngere Beschäftigte signifikant häufiger über einen Job- oder Arbeitgeberwechsel nachdenken als ältere Beschäftigte. Damit bestätigt sich die in den qualitativen Interviews angesprochene Erfahrung der Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitungen. Damit einher geht auch der Sachverhalt, dass jüngere im Vergleich zu älteren Pflegekräften häufiger darüber nachdenken, den Pflegeberuf komplett zu verlassen. Der Alterseffekt zeigt sich in diesem Fall jedoch nicht als signifikant. Die Ergebnisse unserer

Studie decken sich mit Hackmann/Müller (2012), die in einer im Jahr 2010 im Landkreis Reutlingen durchgeführten Befragung bestätigen, dass sich vor allem jüngere Pflegekräfte einen Berufswechsel vorstellen können (siehe hierzu auch Breinbauer u.a. 2019).

Gründe der Verbundenheit

Des Weiteren wurden die Pflegekräfte danach gefragt, was ausschlaggebend dafür ist, dass sie sich mit der aktuellen Stelle verbunden fühlen. Am häufigsten wurde ein „tolles Team“ genannt, gefolgt von „Arbeit mit und für Menschen“ und der „Sicherheit des Arbeitsplatzes“ (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8: Gründe für die Verbundenheit mit der Stelle

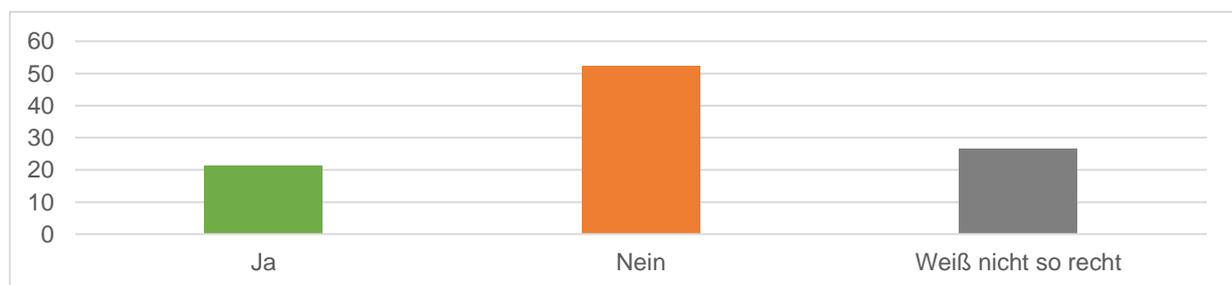


Anmerkung: N= 272

Wer „Sonstiges“ anklickte, wurde im Anschluss nach weiteren Details gefragt. Hierbei wurden weitere Gründe für einen Verbleib im Job genannt, darunter z. B. „Meine Erfahrung verhindert Schlimmeres“, d.h. die Erwartung, dass die Arbeitssituation in anderen Einrichtungen nicht besser sei. Des Weiteren wurden der Standort Allgäu bzw. die Nähe zwischen Wohn- und Arbeitsort genannt, ein allgemeines Interesse am Fachgebiet sowie die Tatsache, dass es sich beim Pflegeberuf um eine abwechslungsreiche Tätigkeit handele.

Eine für die Entwicklung des Pflegekräftemangels in der Zukunft relevante Frage ist: „Würden Sie Ihren Kindern oder guten Bekannten eine Ausbildung oder Tätigkeit im Pflegebereich empfehlen?“. Nur 21,3% antworteten mit „ja“, hingegen 52,2% mit „nein“ (vgl. Abbildung 9). Ein Ergebnis, welches aufzeigt, wie schwierig die Akquise von dringend benötigten neuen Pflegekräften auch zukünftig sein könnte.

Abbildung 9: Empfehlung zur Tätigkeit in der Pflege



Anmerkung: N= 272

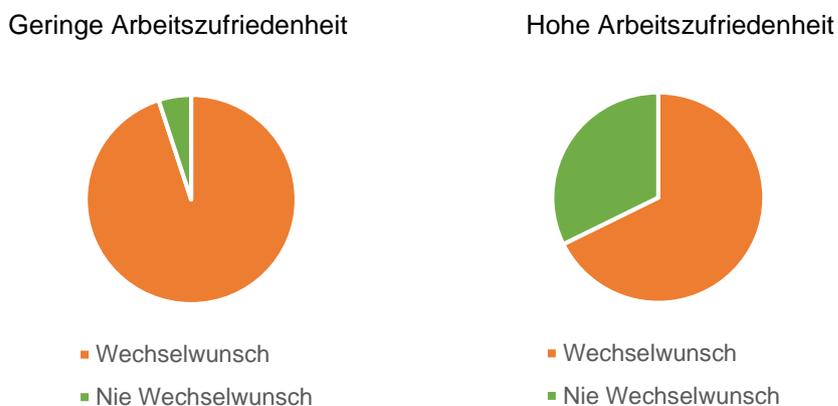
Zusammenfassung

Was die organisationale Bindung angeht, wurde im Rahmen der qualitativen Interviews zwar angegeben, dass Kündigungen von Pflegekräfte gar nicht allzu häufig vorkommen und damit kein ganz akutes Problem darstellen. Die quantitativen Ergebnisse der Online-Befragung

zeigen jedoch, dass zwar weniger als 20% der Befragten „mehrmals pro Woche“ oder „täglich“ darüber nachdenken, die Einrichtung oder den Beruf zu verlassen, aber nur ca. 14% „nie“. Das heißt, das Problem der Kündigungen könnte sich künftig doch verschärfen, sollten einige Pflegekräfte ihre Überlegungen tatsächlich umsetzen. Umso wichtiger scheint es, bereits frühzeitig präventiv auf etwaige Entwicklungen zu reagieren.

Entsprechend ist ein Ziel dieser Studie, konkrete Maßnahmen der Verbesserung der Arbeitszufriedenheit und damit auch der organisationalen Bindung zu entwickeln. Dass die Arbeitszufriedenheit und die organisationale Bindung von Pflegekräften eng miteinander zusammenhängen wird u.a. durch Abbildung 10 verdeutlicht. Es zeigt sich, dass unter denjenigen, die mit ihrer Arbeit zufrieden sind, über 30% nie über einen Wechsel nachdenken. Bei den unzufriedenen Pflegekräften sind es hingegen nur 5%. Auch Tabelle A3 im Anhang bestätigt, dass die beiden Zielgrößen eng miteinander zusammenhängen.

Abbildung 10: Wechselwünsche in Abhängigkeit der Arbeitszufriedenheit



5.3. Anforderungen in der Pflege

In den nun folgenden Kapiteln werden unterschiedlichste Faktoren aufgezeigt und analysiert, von denen aufgrund bisheriger wissenschaftlicher Erkenntnisse angenommen wird, dass sie auf die zentralen zu erklärenden Aspekte, nämlich Arbeitszufriedenheit und organisationale Bindung, wirken. Zuerst soll auf die Anforderungen im Pflegealltag eingegangen werden. Schließlich wurde im Rahmen der theoretischen Grundlagen in Kapitel 2 bereits deutlich, dass die Höhe der Anforderungen und Belastungen in einem direkten Zusammenhang mit Arbeitszufriedenheit und organisationaler Bindung stehen.

5.3.1. Ergebnisse der qualitativen Interviews

Auf das Thema Belastungen angesprochen, berichten die meisten der interviewten Einrichtungs- und Pflegedienstleiter*innen von einer Steigerung der psychischen und physischen Arbeitsbelastung in den letzten Jahren. Als Gründe dafür werden im Bereich der Altenpflege vor allem Demenzerkrankungen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern genannt. Die steigende Anzahl an Erkrankten und an schweren Krankheitsverläufen führten dazu, dass die Beanspruchung des Pflegepersonals zunehme. Ebenso trügen Angehörige mit deren wachsenden Forderungen dazu bei, dass der Druck auf die Pflege erhöht werde. Auch die

anspruchsvoller werdenden Rahmenbedingungen, wie beispielsweise Dokumentationspflichten, werden in diesem Setting als erschwerend bewertet.

„[Die Arbeitsbelastung] ist gestiegen. [...]. [Es] liegt meines Wissens daran, dass wir eine ganz andere Klientel haben, also [seitens] der Bewohner, wie noch vor Jahren. Zunehmend Demenzerkrankungen, zum Teil mit schweren Verläufen. [...] Diesem Krankheitsbild [...] ist nie richtig mit einem angemessenen Personalschlüssel entgegnet worden.“ (Interview 2)

„Da hat sich einiges [verändert, vor allem, was die psychische Belastung angeht]. Gerade im Rahmen der demenziellen Erkrankungen und allem, was im Rahmen des Krankheitsbildes so mitwirkt. Hin- und Weglauftendenzen, Fremdaggression, Autoaggression. Das hat auf jeden Fall zugenommen und dadurch hat auch die psychische Belastung der Mitarbeiter [zugenommen]. [Und auch bei der] Dokumentation ist der Druck gewachsen. [Darüber hinaus] lösen auch die Forderungen der Angehörigen einen psychischen Druck auf die Mitarbeiter aus. Da ist der Anspruch an das Pflegepersonal recht hoch. Da wächst der Druck zunehmend.“ (Interview 4)

„Es ist schon sehr viel zu tun. Die Bewohner werden immer anspruchsvoller. Dann die Rahmenbedingungen, die werden immer anspruchsvoller [...], mehr Dokumentation sowieso.“ (Interview 6)

„Ich würde [der Aussage einer gestiegenen Arbeitsbelastung] nicht zustimmen wollen, weil früher deutlich mehr Stunden gearbeitet wurden und auch mehr Überstunden geleistet wurden. Allerdings wurde das Patientenkielentel schon [herausfordernder], das ist schon wahr.“ (Interview 3)

Dass auch die Interessen der Bewohnerinnen und Bewohner aufgrund der ungenügenden Fachkräftesituation nicht vollends berücksichtigt werden könnten, wird im folgenden Zitat deutlich.

„Die Bewohnerversorgung und die Bewohnerorientierung kommen hier aufgrund des Mangels an Mitarbeitern zum Teil unter die Räder. Es konzentriert sich jeder nur auf den Mangel an Personal. [...]. Die andere Seite, die Ursache für unser Tun, das sind die Bewohner. Weil jetzt müssen wir auch mal gucken und schauen, was brauchen die? [...]. Und manches [...] kann aus Sicht des Mitarbeiters ganz toll sein, [ist] aber aus Sicht der Bewohnerversorgung kontraproduktiv.“ (Interview 2)

Im Kliniksetting beklagen die Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen bei der Nachfrage nach Arbeitsanforderungen vor allem den steigenden Stress für Pflegekräfte, welcher aus kürzeren Liegezeiten der Patient*innen aufgrund des DRG-Systems⁵ resultiere. Dadurch, dass es primär den „kranken Patienten“ gibt, der während seines kurzen stationären Aufenthaltes viele Untersuchungen durchlaufe, bleibe das Bedürfnis einiger Pflegebeschäftigten nach Zeit für zwischenmenschliche Begegnungen mit den Patient*innen unerfüllt.

„Die Patienten sind kürzer da, das heißt auch, es ist so viel Umbruch auf der Station. [...]. Ich muss meinen Patienten laufend rein und raus fahren. [...]. Ich möchte ja viel mehr mit denen reden oder irgendwie was Gutes tun und ich habe aber die Zeit so nicht. [...]. (Interview 8)

„Beides, [die psychische und die physische Belastung haben] zugenommen. Gerade physisch durch das Thema DRG-System. Immer schneller und schneller und auch schneller entlassen.“

⁵ Unter DRG – Diagnosis Related Group – versteht sich eine diagnosebezogene Gruppierung von Patientinnen und Patienten, denen jeweils ähnliche Kostenpauschalen zugeordnet werden (vgl. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/63266/DRG-System-Ein-Erfolgsmodell>).

Das heißt, da gibt es eigentlich nur noch den kranken Patienten. Weil, sobald er sich selber versorgen kann, soll er die Klinik schon wieder verlassen.“ (Interview 5)

„Es [müsste] mehr Ruhe in die Pflege.“ (Interview 2)

Neben den bereits genannten Gründen für die steigenden Anforderungen in der Pflege, wird auch das aktuelle Thema der Covid-19-Pandemie aufgegriffen. Die Pandemielage stelle die Pflegekräfte vor große Unsicherheiten. Auch der Dokumentationsaufwand habe sich laut Aussage Einzelner durch Covid-19 und dessen Auswirkungen auf den Pflegealltag verstärkt.

„Und speziell jetzt auch mit dem Thema Corona hat die psychische Belastung enorm zugenommen. [...]. Zum einen [die Frage]: ‚Was kommt da auf mich zu? Kann ich mich anstecken?‘ Aber natürlich auch von Patientenseite eine Unsicherheit, ganz viel natürlich von Familienseite.“ (Interview 5)

„[Durch Corona wurde es noch mehr Dokumentation].“ (Interview 6)

Hinsichtlich Dokumentationspflichten als Belastungsfaktor für Pflegekräfte stehen sich Aussagen unterschiedlicher Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen teils konträr gegenüber. Für die einen gehört die Dokumentation zum Berufsbild der Pflege und würde oft schlimmer empfunden, als sie tatsächlich sei. Eine andere befragte Leitungsperson gibt etwa an, dass die Pflegekräfte sich in der Einrichtung nicht über die Dokumentationspflicht beschweren würden. Andere sehen hingegen durchaus eine Belastung durch die Dokumentationspflichten und haben Verständnis für den Unmut vieler Pflegekräfte.

„Es gibt Untersuchungen dazu, wie groß der Dokumentationsaufwand tatsächlich ist und wie [groß] er sich anfühlt. [Aber das ist häufig so bei Sachen, die man nicht gerne erledigt]. [...]. Die [Pflegekräfte] haben ja ihren Beruf gewählt, weil sie mit Menschen was zu tun haben wollen. [...]. Ich glaube insgesamt, dass wir zu mehr Splittung kommen müssen. [Von der Pflegekraft, die alles kann und macht, muss man sich wohl verabschieden.]“ (Interview 2)

„Dass sich die Mitarbeiter massiv darüber beklagen, so viel dokumentieren zu müssen, [das kann ich nicht bestätigen]. Das gehört heutzutage einfach dazu. Wir haben viele Jüngere und [es ist nicht so das Problem bei uns]. (Interview 3)

„Durch die Dokumentation und das Rechtliche [...] und alles, was der MDK wissen will [...] das wird schlimmer, ja.“ (Interview 1)

Der Mangel an qualifiziertem Personal führe laut einer befragten Leitungsperson dazu, dass die Anforderungen an die übrigen Mitarbeitenden steigen. Laut dieser Einschätzung könne die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner aufgrund der hohen Arbeitslast in manchen Fällen nicht den eigenen Anforderungen der Pflegekräfte genügen. Dies führe wiederum zu einer erhöhten Unzufriedenheit mit der Arbeit.

„Es gibt diese Diskrepanz in der Pflege, zwischen dem, was ich gerne hätte bzw. was ich den Bewohnern gerne bieten würde und dem, was ich dann tatsächlich machen kann. Und diese Diskrepanz ist da, und das macht Pflegekräfte, die reflektiert sind, unzufrieden.“ (Interview 2)

Zusammenfassend werden in diesem Teil der Befragung aus Sicht der Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleiter*innen diverse Gründe für wachsende Anforderungen an deren Mitarbeiter*innen ersichtlich. Hierzu zählen unter anderem ein Mehr an zu erledigenden Aufgaben, eine herausforderndere Patient*innen- bzw. Bewohner*innenklientel sowie teils auch gestiegene Dokumentationspflichten. Diese hohen Anforderungen können – wie im letzten Zitat deutlich wurde – die Arbeitszufriedenheit verringern. Ob und inwieweit die Pflegekräfte ähnliche Einschätzungen zur Arbeitsbelastung teilen, wird im nachfolgenden Unterkapitel im Rahmen der Auswertung der Online-Befragung erörtert.

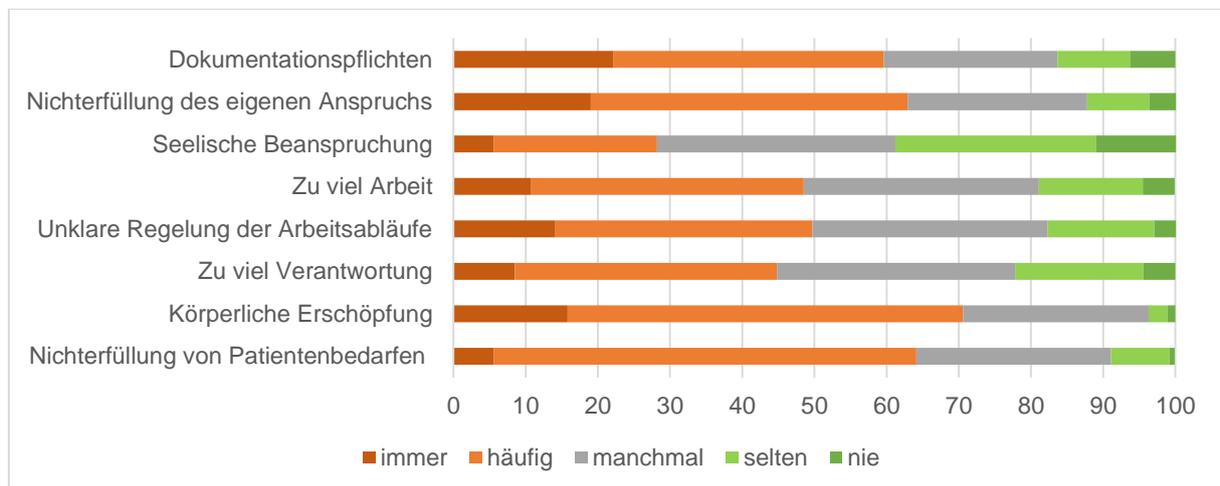
5.3.2. Ergebnisse der Online-Befragung

Die Ergebnisse der Online-Befragung machen deutlich, dass die Anforderungen an Pflegekräfte und deren potentielle Wahrnehmung als solche unterschiedlich ausgeprägt sind (vgl. Abbildung 11). Am stärksten zeigt sich die Belastung durch körperliche Erschöpfung. Auf die Frage „Wie häufig kommt es vor, dass Sie nach der Arbeit körperlich völlig erschöpft sind?“ antworteten 15,8% mit „immer“ und 54,8% mit „häufig“. In Übereinstimmung mit den Befunden dieser Online-Befragung bestätigten auch in einer deutschlandweiten Studie über 70% der Pflegekräfte, körperlich schwer arbeiten zu müssen (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018).

Es folgen mit jeweils mit über 60% der Befragten, Arbeitsbelastungen, die aufgrund der „immer“ oder „häufig“ stattfindenden Nichterfüllung des eigenen Anspruchs bzw. der Nichterfüllung des Patientenbedarfs entstehen. Diese Werte übersteigen sogar noch den Ergebniswert der deutschlandweiten Befragung von Pflegekräften durch das Institut DGB-Index Gute Arbeit. Dort gaben 46% der Befragten an, dass sie ihr Arbeitspensum nur schaffen, indem sie Abstriche bei der Qualität ihrer Arbeit machen. Im Rahmen der Befragung von rheinland-pfälzischen Pflegekräften hat sich gezeigt, dass sogar rund drei Viertel die Einschätzung teilen, dass sie aufgrund von Personalmangel ihre Arbeit nicht adäquat erledigen können (Breinbauer u.a. 2019, S. 31).

Von den abgefragten Belastungssituationen ist die seelische Belastung die, die am seltensten auftritt. Nur knapp ein Drittel vermerkt, dass sie sich „immer“ oder „häufig“ aufgrund der Probleme der Bewohner*innen selbst seelisch stark beansprucht fühlen. Damit decken sich diese Ergebnisse aus der Online-Befragung der Pflegekräfte nicht vollständig mit den Einschätzungen der befragten Pflege- bzw. Einrichtungsleitungen, welche die seelische Beanspruchung als sehr akut wahrnehmen.

Abbildung 11: Anforderungen in der Pflege



Anmerkung: N= 269-272

Insgesamt gaben nur 10,3% der Befragten an „manchmal“, „selten“ oder „nie“ mit den abgefragten Anforderungen konfrontiert zu sein. D.h. im Umkehrschluss haben knapp 90% der Pflegekräfte zumindest mit einer der angegebenen Formen der Anforderung „häufig“ oder „immer“ zu tun.

Um zu prüfen, inwiefern das Geschlecht sowie das Alter der Pflegekräfte eine körperliche Belastung der Arbeitstätigkeit verstärken, wurde eine logistische Regression durchgeführt (vgl.

Tabelle 3). Hierbei zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter einer Pflegekraft, auch die Wahrnehmung von körperlichen Belastungen durch den Arbeitsalltag steigt. Dieses Ergebnis ist, wenn auch nur knapp, statistisch signifikant. Darüber hinaus nehmen Frauen in der Pflege körperliche Belastungen stärker wahr als Männer. Dieser Unterschied zwischen den Geschlechtern ist jedoch nicht statistisch signifikant.

Tabelle 3: Logistische Regression zur Auswirkung von Alter und Geschlecht auf körperliche Belastungen

	Koeffizient	Standardfehler	z	P>z
Alter	.017*	.009	1.94	0.053
Geschlecht	.214	.276	0.77	0.439

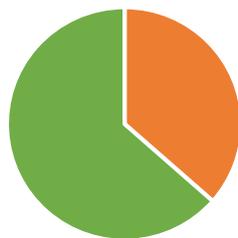
Anmerkungen: * / ** / *** signifikant. N=254

Des Weiteren wurde auch geprüft, ob es Unterschiede in der Wahrnehmung der Gesamtbelastung zwischen Pflegekräften in Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen gibt. Zur Berechnung wurde im ersten Schritt aus den einzelnen Belastungsfaktoren ein Gesamtindikator erstellt (vgl. Details hierzu im Anhang in Tabelle A4). In der statistischen Analyse zeigen sich jedoch nur marginale und damit keine verlässlichen Unterschiede.

Erwähnenswert ist zudem, dass sich einzelne Belastungsfaktoren gegenseitig zu bedingen scheinen. Wer etwa einer höheren körperlichen Belastung ausgesetzt ist, weist auch merklich höhere Belastungswerte bei der seelischen Belastung auf (vgl. Abbildung 12).

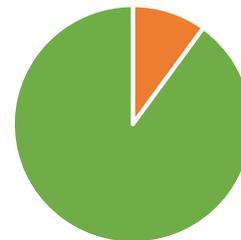
Abbildung 12: Wahrnehmung von hohen seelischen Anforderung in Abhängigkeit der körperlichen Anforderungen

Häufige körperliche Erschöpfung



- Hohe seelische Beanspruchung
- Geringe seelische Beanspruchung

Seltene körperliche Erschöpfung



- Hohe seelische Beanspruchung
- Geringe seelische Beanspruchung

5.4. Kontrolle und Eigenverantwortung in der Pflege

Aus bisheriger Forschung ist bekannt, dass Kontrollmöglichkeiten über die eigene Arbeitszeit und die Arbeitsweise sowie ein hohes Maß an Eigenverantwortung die Mitarbeiterzufriedenheit stärken.

5.4.1. Ergebnisse der qualitativen Interviews

Entsprechend wurden Einschätzungen von Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Freizeit (Work-Life-Balance) sowie zum Handlungsspielraum in der Pflege abgefragt. Ferner sollten die Befragten das interne Fortbildungs- bzw. Schulungssystem grob erläutern, weil auch dieses Indiz für Selbstbestimmung im Arbeitsleben sein kann. Details zu Fortbildungen zur Förderung der eigenen Gesundheit werden hingegen erst in Kapitel 5.5.1. geliefert, wenn es um Unterstützungsmöglichkeiten von Pflegekräften geht.

Hinsichtlich Fort- und Weiterbildungen mit beruflichen Inhalten wird deutlich, dass im Gros der Einrichtungen sowohl Pflichtfortbildungen als auch freiwillige Schulungs- und Weiterbildungsoptionen angeboten werden. Bei Letzteren wird seitens der Leitungen auch ein gewisser Entscheidungsspielraum konstatiert.

*„Unabhängig [von allgemeinen **Fortbildungsthemen**], [können] die Mitarbeiter auch mit individuellen Interessen [auf mich zukommen].“ (Interview 2)*

„Jeder Mitarbeiter darf drei Fortbildungstage im Jahr einreichen, [zu einem Thema], das ihn selbst interessiert.“ (Interview 3)

Im Gros der befragten Einrichtungen wird versucht, das im Rahmen von Fortbildungen gewonnene Wissen auch in die Stationen zu tragen, was jedoch nicht immer zu gelingen scheint.

*„Pflegebedingt kann man nicht das ganze Team [gleichzeitig] auf **Fortbildung** schicken. Deshalb [setzen] wir oft Multiplikatoren ein, [die geben dann das erlernte Wissen dann ans Team weiter].“ (Interview 4)*

*„[Zur **Weitergabe der Schulungsinhalte** an Kolleg*innen] haben wir über die Jahre darauf geachtet, dass so eine Art Micro-Impulsschulung durch den Mitarbeiter in der nächsten Teamsitzung stattfindet. Das wird nicht immer funktionieren, aber wir haben es angestrebt.“ (Interview 7)*

*„Die **Fortbildungen** vergehen oft im Sande, habe ich so das Gefühl“ (Interview 3)*

Beim Interesse der Pflegekräfte an Schulungen, Fort- und Weiterbildungen teilzunehmen bemerkt eine Leitung eine Veränderung innerhalb der letzten Jahre, wie das folgende Zitat aufzeigt.

*„Ich würde sagen, bis vor fünf Jahren war es noch eher so, dass die Pflegekräfte auch mehr gewillt waren, sich weiter zu **qualifizieren** [im Sinne von] Führungsverantwortung. Das hat sich, finde ich, [...] verändert. Es geht eher der Trend hin zu fachspezifischen Themen, zum Beispiel Palliative Care [oder] Geronto.“ (Interview 4)*

*„Ich merke das bei der Generalistik, dass einige sagen: ‚Nein, also **Praxisanleiter**, das möchte ich gar nicht machen‘.“ (Interview 5)*

Ein Grund für die Zurückhaltung seitens der Pflegekräfte sei auch die mangelnde Zeit für die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen.

*„Das geht auch, [dass Pflegekräfte individuell an **Fortbildungen** teilnehmen]. Also wenn es sinnvoll ist. [...]. [Das Interesse danach ist aber nicht allzu groß], weil die wissen nicht mehr, wann sie es machen sollen.“ (Interview 6)*

Während also beim Thema Fortbildungen seitens der Einrichtungen durchaus Handlungsspielraum für die Pflegekräfte eingeräumt wird, gebe es im Bereich Dienstplangestaltung und Arbeitszeiten merklich weniger Einflussmöglichkeiten. Trotzdem werde auch in diesem Bereich durch die Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen häufig versucht, auf Bedarfe der Belegschaft einzugehen.

*„Das bieten wir zum Beispiel [...] **alleinerziehenden Müttern** [...], dass [sie] [...] von 7.30 Uhr bis 13.00 oder 14.00 Uhr arbeiten.“ (Interview 8)*

Immer wieder verdeutlichen die befragten Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen, wie wichtig es den Pflegekräften sei, eben diese Planungssicherheit im Bereich Arbeitszeiten und Dienstplangestaltung zu haben. Teils werde aber festgestellt, dass eine Verbesserung in der Dienstplaneinhaltung von den Pflegekräften gar nicht als solche wahrgenommen würde.

*„Die Rückmeldungen [hinsichtlich der **Vereinbarkeit von Beruf und Familie**] sind schlecht. Wir haben einen Dreischicht-Betrieb. [...]. Es wird so wahrgenommen, dass man häufig für andere einspringen muss, obwohl das die letzten zehn Jahre sehr stark zurückgegangen ist. [...]. Wir haben aber die Einspring-Quote in den letzten fünf Jahren halbieren können, auch aufgrund von Springern. Aber leider ist die Wahrnehmung dazu eine andere.“ (Interview 3)*

*„[Das Thema Arbeitszeiten und **verlässlicher Dienstplan**], das taucht natürlich immer mal wieder auf. [...]. Wir versuchen natürlich so gut es geht in den Wohnbereichen zu schauen, [d.h.] welche Arbeitszeiten können wir kreieren, dass es möglich ist, auch einer Mama eine Beschäftigung zu ermöglichen [...]. Das ist häufig auch nur bedingt möglich. [...]. Aber wenn der Mitarbeiter dann flexibel ist [und] sich vielleicht auch in einen anderen Wohnbereich versetzen lässt, dann haben wir bisher immer gute Lösungen gefunden.“ (Interview 4)*

Insbesondere die jüngere Generation würde hierauf ein besonderes Augenmerk legen, so waren sich alle Befragten einig.

*„[Die Frage der ‚**Work-Life-Balance**‘] ist eine Generationenfrage. [...]. Die X-Generation [...] zeigt eine hohe Verbindlichkeit und ein hohes Pflichtbewusstsein. Das ist quasi konträr zur Durchsetzung eigener Interessen. Die jetzige jüngere Generation, die weiß um die Durchsetzung ihrer eigenen Interessen [...].“ (Interview 2)*

*„Also das sieht man auf jeden Fall, dass die jüngeren [**Work-Life-Balance**] mehr einfordern, dass der Freizeitwert für die wesentlich höher ist. Also auch in ihrer Tausch- oder Einspringbereitschaft. Da springen die älteren Mitarbeiter meistens flotter ein oder unproblematischer als die Jungen.“ (Interview 8)*

Meist seien es die unvorteilhaften Umstände und zu wenig Personal, die ein Eingehen der Einrichtungen auf die Wünsche der Pflegekräfte verhindern. Dennoch gebe es immer wieder Versuche mit neuen Arbeitsmodellen eine Verbesserung der Dienstplangestaltung herbeizuführen. Springerdienste werden dabei häufig als möglicher Lösungsansatz genannt.

*„Vor Corona hatten wir ein sehr ausgeklügeltes System, um einen **verlässlichen Dienstplan** hinzubekommen. Das geht mit der Urlaubsplanung los [...], dass man die [Urlaubzeiten] nicht geballt legt. [...]. Wenn ich zu viele Leute im Urlaub habe [...], dann geht es gerade so lange, bis der erste krank ist. [...]. Dann hatten wir auch einen sogenannten Ersatzdienst kreiert, [d.h.]*

[...] täglich war immer eine Person zusätzlich eingeplant, um Ausfälle irgendwo zu kompensieren. [...] Bei einer größeren [...] Grippewelle, da klappt das natürlich dann nicht mehr, aber so das [normale] Geschäft, da kann man bis zu einem gewissen Punkt einiges rausholen, damit das ständige Einspringen weniger wird. [In Corona-Zeiten] steigt die Anzahl der Einspringdienste wieder an, weil wir fest zugeordnetes Personal in den [Bereichen] haben.“ (Interview 2)

„Ich würde gerne einen **Springer-Dienst** einführen, der nur dafür da ist, Krankheitsfälle zu ersetzen, damit niemand von zuhause kommen muss. [...] Das wäre mein Wunsch, den ich seit Jahren verfolge, aber aufgrund von Personalmangel nicht umsetzen kann.“ (Interview 3)

„Ich würde gerne einen absolut verlässlichen Dienstplan bieten und einen Springerpool. [...]. Dass die Leute ein verlässliches Arbeiten haben. [...] Das wäre so mein Traum.“ (Interview 6)

„**Geteilte Dienste, [...], die würde ich gerne abschaffen**, aber durch den Personalmangel kann ich es leider nicht.“ (Interview 1)

Die Eindrücke aus den Interviews zeigen, dass trotz Bemühungen seitens der Einrichtungen, der Spielraum und die Flexibilität für die Pflegekräfte hinsichtlich ihrer Arbeitszeiten eher gering ist. Auch die Eigenverantwortung in Bezug auf Arbeitsabläufe und deren Annahme durch Pflegekräfte wurde im Rahmen der Interviews diskutiert. In diesem Bereich würde laut den Befragten durchaus mehr Handlungsspielraum bestehen.

„[Im Bereich der Dokumentation] kommen dann schon deutliche Rückmeldungen, wenn die [Pflegekräfte] etwas feststellen [,das nicht passt]. Nicht von allen, aber von einigen, die sich mit der Materie immer wieder intensiver beschäftigten und sagen: ‚Das Formular ist doch Mist‘. [...] Das kommt öfters vor. In Bezug auf die direkte Bewohnerversorgung [...] ist es etwas weniger [Input seitens der Pflegekräfte]. Da hätten sie aber [durchaus] **Spielraum**. Da würde ich mir auch mehr [Innovation] wünschen.“ (Interview 2)

„Auf jeden Fall [gibt es bei uns **Entscheidungsspielraum**]. Weil die [Pflegekräfte] sind ja am Bewohner dran, die wissen genau, was zu tun ist und was nicht. Wir sind unterstützend da, wir sagen aber nicht: ‚Mach das gefälligst so.‘“ (Interview 6)

„Pflegekräfte haben [eigenen **Handlungsspielraum**], nehmen [diesen aber] oft nicht oder nur ungern wahr.“ (Interview 3)

„Das gibt es leider sehr oft, [dass Pflegekräfte gar **keinen Entscheidungsspielraum wollen**]. Und das wird auch immer mehr, was wir so beobachten. Die trauen sich vieles nicht. [...]. Wenn zum Beispiel Angehörige ein wirklich ganz schlimmes Auftreten so à la ‚Ich bezahle hier den Spaß, ihr seid meine Diener‘ haben, dann kommt von uns die Weisung: ‚Schmeißt die Person raus oder dreht euch um und geht, aber lasst so nicht mit euch reden.‘ Aber viele trauen sich das nicht. Aber den fachlichen Bereich betrifft es auch. [...]. Gerade in der Gerontopsychologie: ‚Das Verhalten ist so und so auffällig, was sollen wir machen?‘ Und dann kommt von uns: ‚Was würdet ihr denn machen?‘ Und dann haben die [Pflegekräfte] die Lösung schon parat, aber sie trauen sich einfach nicht, die Lösung anzuwenden. Da muss wirklich mehr Selbstvertrauen in der Pflege her.“ (Interview 6)

Feststehende Treffen im Team oder mit der Leitungsebene können als Ort des Austauschs und des gegenseitigen Feedbacks fungieren. Allein die Möglichkeiten in einem vorgegebenen Rahmen Verbesserungsvorschläge zu diskutieren, könne somit die Verantwortung und den Einfluss von Pflegekräften auf deren Arbeitsweise stärken.

„Wenn es um Prozesse und Abläufe geht, ist es so, dass wir [vom Leitungsteam] auch regelmäßig in die **Stationsbesprechungen** gehen und dass man Themen direkt mit mir besprechen kann.“ (Interview 5)

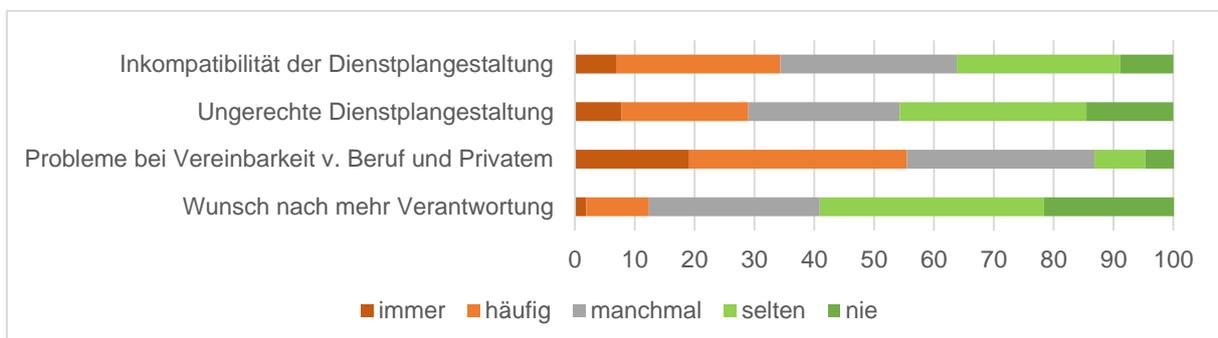
„Es gibt **Fachkräftetreffen**, da treffen sich die Fachkräfte mit der Pflegedienstleitung, da werden so Dinge [wie **Kritik an Abläufen und Prozessen**] angesprochen.“ (Interview 6)

Der qualitative Teil zu Kontrollmöglichkeiten und zur Eigenverantwortung von Pflegekräften macht deutlich, dass, laut Einschätzung der Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitungen, vor allem bei Fortbildungsmöglichkeiten sowie bei Arbeitsprozessen durchaus großer Handlungsspielraum und Eigenverantwortung der Pflege erkennbar sind. Beim Thema Dienstplan- und Arbeitszeitgestaltung ist jedoch deutlich weniger Einfluss seitens der Pflegekräfte möglich. Zwar wird größtenteils das Bestreben der Einrichtungen geäußert, auf Wünsche von Beschäftigten stärker einzugehen, ein akuter Personalmangel macht dies jedoch kaum möglich.

5.4.2. Ergebnisse der Online-Befragung

Kontrolle und Eigenverantwortung in der Pflege wurde im Rahmen der Online-Befragung unter anderem mit Fragen zum Wunsch nach mehr Verantwortung, zur Flexibilität in der Dienstplangestaltung sowie zur Gestaltung von Fortbildungen abgefragt. Abbildung 13 liefert einen Überblick über die erfassten Antworten im Bereich Dienstplan und Verantwortung. Es zeigt sich hierbei, dass knapp über 55% der Befragten angeben, dass die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit „immer“ oder „häufig“ schwer umsetzbar sei. Die Dienstplangestaltung nehmen circa 34% als „immer“ oder „häufig“ inkompatibel mit dem Familien- oder Privatleben wahr. Jedoch wird die Dienstplangestaltung dadurch nicht per se als ungerecht empfunden. Darüber hinaus verspüren nur knapp über 12% der Befragten einen ständigen oder häufigen Wunsch nach mehr Verantwortung. Diese eher geringe Zahl steht im Einklang mit Wahrnehmungen der befragten Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen, jedoch im Widerspruch zu bisherigen Forschungsergebnissen, die häufig einen starken Wunsch nach mehr Handlungsspielraum in der Pflege konstatieren (Höhmann u.a. 2016).

Abbildung 13: Dienstplangestaltung und Eigenverantwortung



Anmerkung: N= 267-272

Um statistisch zu untersuchen, wie einzelne Charakteristika der Pflegekräfte auf die Dienstplanzufriedenheit bzw. Dienstplanbelastung wirken, wurde aus den drei Variablen zur Inkompatibilität der Dienstplangestaltung, der Wahrnehmung einer ungerechten Dienstplangestaltung und der Variablen zu Problemen bei der Vereinbarkeit von Beruf und Privatem eine Gesamtvariable „Dienstplanbelastung“ erstellt (vgl. hierzu auch Tabelle A4 im

Anhang). Im Rahmen einer logistischen Regression wurde im Folgeschritt errechnet, inwiefern sich das Alter, das Geschlecht, eine Elternschaft sowie der Beschäftigungsumfang der Pflegekräfte auf diese Gesamtvariable auswirken (vgl. Tabelle 4). Während das Alter, das Geschlecht und der Beschäftigungsumfang keinen signifikanten Einfluss haben, zeigt sich, dass Pflegekräfte mit Kindern sogar eine geringere Dienstplanbelastung aufweisen als Pflegekräfte ohne Kinder. Dieses auf den ersten Blick wenig intuitive Ergebnis, kann verschiedene Gründe haben, z.B., dass bei Pflegekräften mit Kindern stärker darauf geachtet wird, dass deren Interessen im Dienstplan berücksichtigt werden oder dass bestimmte Schichtdienste als besonders geeignet für die Verbindung mit dem Familienleben scheinen. Dieses Vorgehen hat sich in den qualitativen Aussagen der Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitungen bereits in Teilen gezeigt (vgl. Kapitel 5.4.1.). Auch erstaunlich ist, dass das Alter keinen eindeutigen Effekt zu haben scheint, berichten die Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen doch, dass die Work-Life-Balance vor allem für Jüngere immens wichtig sei. Als Erklärung könnte gelten, dass jüngere Pflegekräfte einen größeren Wert darauf legen, dass ihre Interessen bereits bei der Dienstplangestaltung berücksichtigt werden. Sollten sie diese Interessen erfolgreich verfolgen können, führt dies ggf. auch zu einer geringeren Dienstplanbelastung.

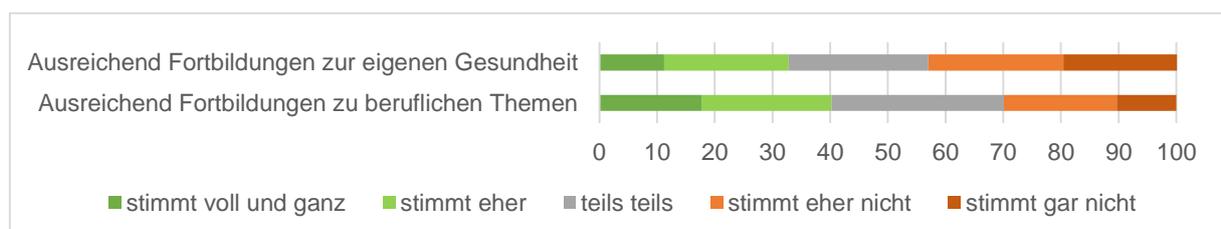
Tabelle 4: Logistische Regression zur Auswirkung unterschiedlicher Charakteristika auf die Dienstplanbelastung

	Koeffizient	Standardfehler	z	P>z
Alter	.013	.012	1.08	0.280
Geschlecht	.351	.265	132	0.185
Kinder	-1.038***	.306	-3.39	0.001
Beschäftigungsumfang	.147	.257	.57	0.567

Anmerkungen: Anmerkungen: * / ** / *** signifikant. N=246

Ein weiterer Aspekt, der im Rahmen von Kontroll- und eigenen Entscheidungsmöglichkeiten untersucht wurde, ist der Fortbildungsbereich (vgl. Abbildung 14). Während circa 40% mit dem Fortbildungsangebot im Bereich der professionellen Themen „voll und ganz“ oder „eher“ zufrieden sind, sind dies bei Fortbildungen zur eigenen Gesundheit (z.B. zur Stressbewältigung, Rückenschulung etc.) nur knapp 33%. Etwas über 40% der befragten Pflegekräfte sehen also bei der betrieblichen Gesundheitsförderung deutlichen Verbesserungsbedarf. Im Rahmen einer logistischen Analyse wurde zusätzlich geprüft, inwiefern das Alter, die Dauer der Berufsausübung und das Geschlecht auf das Interesse nach Fortbildungen wirken. Hierbei zeigen sich jedoch keinerlei signifikanten Auswirkungen (vgl. Tabelle A5 im Anhang).

Abbildung 14: Fortbildungen



Anmerkung: N= 269, 271

Werden im Vergleich hierzu Daten der Befragung des Instituts DGB-Index Gute Arbeit herangezogen, zeigt sich ein ähnliches Bild. Auch deutschlandweit wünschen sich 31% der Pflegekräfte eine Verbesserung des Fortbildungsangebots. In der dortigen Befragung wurde jedoch nicht zwischen gesundheitlichen und fachlichen Formaten unterschieden (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018, S. 18).

5.5. Unterstützung von Pflegekräften

Trotz hoher Anforderungen im Berufsalltag können unterschiedliche Formen der Unterstützung entlastend wirken und somit die Arbeitszufriedenheit zumindest ein Stück weit steigern. Unterstützung kann dabei von immaterieller – z.B. in Form von sozialer Unterstützung durch das Team und die Vorgesetzten – oder materieller Art sein. Letztere umfasst unter anderem technische oder digitale Hilfsmittel.

5.5.1. Ergebnisse der qualitativen Interviews

Eine soziale Unterstützung durch das Team in Form von sogenannten Teambuilding-Maßnahmen werde durch die Einrichtungen selbst häufig nicht priorisiert gefördert, so ein Ergebnis der qualitativen Interviews. Stattdessen werde darauf gesetzt, dass sich die Pflegekräfte untereinander abstimmen und es so zu Treffen mit eher privatem Charakter kommt. Teils bestünde laut der Interviewpartner auch seitens der Pflegekräfte kein Interesse an einem Austausch, der über das rein Berufliche hinausginge.

*„[**Teambuilding-Events**] sind bei uns eben leider schwierig, weil wir ja nie das ganze Team beieinanderhaben können und immer Leute da sind, die arbeiten müssen. [...]. Wir hatten eine wöchentliche Walking-Runde [aber da macht nur ein kleiner Teil mit. Da fehlt manchmal die Bereitschaft sich für solche gemeinschaftlichen Aktivitäten zu engagieren]. (Interview 2)*

*„Wir haben momentan Gott sei Dank relativ **gut funktionierende Teams** und diese [Teambuilding-Geschichten] machen die eigentlich selbst. Die gehen Pizza essen, die haben sonst auch in den Wohnbereichen eine kleine Weihnachtsfeier auf die Beine gestellt. [...]. [Wir bieten aber auch an], wenn es Probleme gibt, dass wir jemanden extern zur Supervision reinholen [...].“ (Interview 6)*

Konflikte, die in Teams auftreten, lassen sich dabei häufig auf die Dienstplangestaltung zurückführen.

*„[**Klassisches Konfliktpotential in Teams**] ist der **Generationenkonflikt**. Freizeitorientierung versus ‚Arbeit als Berufung / Krankenpflege als Berufung‘. Die einen, die quasi immer einspringen und nicht nach Hause gehen, bevor es nicht alles tipp topp erledigt ist. Und die anderen, die – übertrieben gesagt – sagen: ‚So, jetzt bin ich fertig und was noch übrig ist, das kann der Spätdienst machen.“ (Interview 5)*

Dass es eher künstliche Teambuilding-Maßnahmen vielleicht gar nicht braucht, es stattdessen aber viel wichtiger sei, dass die Beschäftigten sich von ihren Vorgesetzten wertgeschätzt fühlen, wird im nachfolgenden Zitat deutlich.

Ich glaube Mitarbeiterbindung setzt weiter vorne an, wenn es um die Einzelperson geht. [...]. ‚Wie geht mein Arbeitgeber mit mir um, wenn ich in einer Krise bin?‘ Wenn ein Kind oder ein Familienmitglied krank wird. [...]. Das Mitarbeitergrillen ist eine oberflächliche Kiste. [Aber

wenn jemand in einer Krise steckt, krank ist, dann mal dort anzurufen und zu fragen, wie es geht, ein Geschenkpaket schicken, sodass klar wird, dass der Arbeitgeber Interesse an einem hat, nicht als Arbeitskraft, sondern als Mensch. [...] Das ist mühsam, dass zu pflegen, [aber wichtig].“ (Interview 2)

Die Größe einer Einrichtung kann, was die Zusammenarbeit im Team und mit Vorgesetzten angeht, unterschiedlich wirken. Kleine Einrichtungen ermöglichen etwa kürzere Wege zur Leitungsebene oder eine eher persönliche Atmosphäre, in größeren Einrichtungen bestünde dahingegen der Vorteil, dass bei Unstimmigkeiten im Team ein Stationswechsel leichter möglich sei.

„Im Großen und Ganzen ist bei uns der **Weg zum Vorgesetzten sehr kurz.**“ (Interview 3)

„Besonders bei uns ist die **Überschaubarkeit [der Einrichtung], das Kleine. Der persönliche Kontakt untereinander.**“ (Interview 3)

„Das ist das Gute an unserer [Größe]. Wenn es **zwischendurch Reibereien [im Team]** gibt, und das gibt es immer mal, [...] dann können wir Einzelnen eine Veränderung anbieten [etwa] in einem anderen Wohnbereich [tätig zu werden]. Dann funktioniert es oftmals ganz gut. [...]. Es liegt nicht immer am einzelnen Mitarbeiter, sondern einfach an der Zusammenstellung. Und oft sind es Kommunikationsschwierigkeiten.“ (Interview 4)

Auch die Förderung der Gesundheit von Beschäftigten kann von diesen als unterstützend und positiv wahrgenommen werden (Winter/Grünewald 2016). Teils werden entsprechende Angebote auch in den befragten Einrichtungen gemacht. Dazu zählen etwa Sportangebote oder psychologische Beratungen. Die Teilnahme an solchen Angeboten werde teils auch aktiv von den Einrichtungen gefördert. Eine Unvereinbarkeit mit dem Dienstplan oder ein geringes Interesse können die Teilnahmequoten jedoch oftmals geringhalten.

„Es gibt **BGM-Maßnahmen** bei uns und eine Psychologin [...] für unsere Mitarbeiter. Also ein anonymes psychologisches Angebot. [...]. Und viele Sportangebote gibt es. Aber das wird von der Pflege eher schlecht angenommen, da sind andere Berufsgruppe [innerhalb unserer Einrichtung] aktiver.“ (Interview 3)

„Wir versuchen es immer mal wieder [mit unterschiedlichen Angeboten für die Beschäftigten]. Wir haben mal ein **Programm mit der AOK gemacht, das hieß ‚Gesund trotz Schichtdienst‘**, da ging es um Ernährung, Entspannung und Bewegungsprogramme.“ (Interview 5)

„Bis Corona kam, hatten wir **betriebliches Gesundheitsmanagement.** [...]. Das wurde auch gut angenommen. Wir haben darauf auch ein Bonussystem entwickelt. [...]. Wenn man an denen von uns angebotenen Sportworkshops oder Sportveranstaltungen regelmäßig teilnimmt, dann hat man Bonuspunkte bekommen. [Diese konnte man dann in Form von] zwei Massagen im Jahr einlösen.“ (Interview 6)

„Also **betriebliches Gesundheitsmanagement** gibt es. [...], also theoretisch kann man da sehr viel machen und es machen auch recht viele. Es ist halt immer die Frage, wie lässt sich das mit einem Dienstplan verbinden, der dann doch 365 Tage im Jahr 24 Stunden abdecken muss. [...].“ (Interview 7)

„**Betriebliches Gesundheitsmanagement** ist bei uns schon voll integriert mit Betriebssport [...] mit Nordic Walking, mit Yoga, mit Physiosachen, so Rücken. Also diese Angebote sind auf jeden Fall drin.“ (Interview 8)

Was technische Hilfsmittel angeht, berichtet ein Gros der Einrichtungen zwar „klassisch“ ausgerüstet zu sein, darüber hinaus aber kaum besondere Geräte zur Unterstützung der Pflege zu nutzen.

„Ich denke es hat jede [Einrichtung] **Aufstehhilfen, [Patienten]lifter, Niederflurbetten**, da unterscheiden wir uns nicht von anderen Einrichtungen.“ (Interview 4)

„**Technisch** wüsste ich nichts, was ein Zugewinn für unsere Mitarbeiter wäre. [...]. [Oder vielleicht doch.] Praktisch wäre ein Diktiersystem, sodass der Text automatisch in richtiger Schreibweise in die Dokumentation eingepflegt wird. [...]. Also eine Art Spracherkennung.“ (Interview 4)

„Wir haben in einer neu gebauten Intensivstation [...] die Räume mit **Deckenliftern** ausstatten lassen.“ (Interview 5)

„Nein, das glaube ich eher nicht [dass wir Hilfsmittel haben, die es in anderen Einrichtungen nicht gibt]. Wir haben **Patientenlifter**, um Patienten hochzuheben, aber die werden erfahrungsgemäß nicht immer verwendet, ich glaube da ist die technische Ausrüstung, wie sonst auch [in anderen Einrichtungen].“ (Interview 7)

Neben technischen, können auch digitale Hilfsmittel zur Entlastung der Beschäftigten beitragen. Damit digitale Hilfsmittel aber tatsächlich eine Unterstützung in der Pflege sind, müssten laut den Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitungen zwei zentrale Bedingungen erfüllt sein: Erstens müssten sie nutzerfreundlich gestaltet sein und einen tatsächlichen Mehrwert in Form einer Arbeitserleichterung bringen. Zweitens sei die Akzeptanz der Beschäftigten gegenüber der digitalen Neuerung für deren Erfolg essentiell wichtig. Das heißt, digitale Hilfsmittel brächten nicht immer und nicht pauschal eine Erleichterung der Arbeitsbelastung. Während einige Einrichtungen bereits mit digitalen Hilfsmitteln, etwa im Bereich der Dokumentationen arbeiten, denken andere zwar darüber nach, haben solche aber bisher nicht eingesetzt. Die Annahme, dass die Akzeptanz der Pflegekräfte dafür fehle, gilt als Hauptgrund.

„Viele [Kollegen] **sträuben sich gegen [digitale Hilfsmittel]**, wir haben viele [...], die mit PC und so nicht so viel zu tun haben wollen.“ (Interview 1)

„[Wir **arbeiten**] **noch ziemlich analog**. [...]. Und die Technikaffinität, das muss man auch sagen, ist nicht bei jedem so riesig. Gerade in der Pflege. Das darf man nicht unterschätzen. [...]. Die müssen schon super anwenderfreundlich sein, diese Geräte. (Interview 2)

„[Pflegekräfte sind bei der **Dokumentation**] **auf Papier immer noch schneller**. Das ist meines Erachtens auch der Hauptgrund für die fehlende Digitalisierung im Krankenhaus. Dass der Mehrwert [dieser digitalen] Systeme für die Pflege nicht so erkennbar ist. Ich finde [sie sind] eher anwenderunfreundlich.“ (Interview 3)

Nein [digitale Helfer haben wir] noch gar nicht. Wir sind aber **auf dem Weg zur digitalen Akte**. Das ist eigentlich für nächstes Jahr geplant [...]. Im Moment haben wir eher noch Doppelstrukturen und versuchen natürlich ab nächstem Jahr alles [...] in ein System zu kriegen.“ (Interview 8)

„Wir hatten ein Projekt mit verschiedenen Herstellern, was Pflegekurse angeht [...]. Mit einem waren wir einigermaßen zufrieden, [...] der würde unseren Kursen auf dem Papier relativ nahekommen. Aber da fehlen noch die intelligenten Lösungen. [...]. Man sollte halt bei solchen **technischen Dingen** nicht mehr Zeit aufwenden müssen [als] mit Papier. Es soll ja schneller gehen und nicht länger dauern.“ (Interview 3)

„Wir sind gerade mitten in der Umstellung [der **Dokumentation auf Digital.**]“ (Interview 4)

„Wir haben eine **digitale Dokumentation** über ein Netzwerk. [...]. Am Gang hängen so Touchpanels.“ (Interview 6)

Dort, wo digitale Unterstützungsinstrumente bereits im Einsatz sind, wird tendenziell Positives berichtet. Schulungen und die Einbeziehung von Pflegekräften in den Implementationsprozess können etwaige Schwierigkeiten und Hemmnisse in der Einführungsphase mindern.

„[Die digitale Dokumentation] haben wir [...] eingeführt. Wir haben [komplett] [...] vom Papier auf den PC [gewechselt]. Wir haben gleich einen Rundumschlag gemacht, dann hatten die Leute gar keine andere Möglichkeit. Und klar, es gab einen Aufschrei gerade von den älteren Mitarbeitern, aber die haben das dann doch [alle] gut gepackt.“ (Interview 6)

„Ältere Mitarbeiter haben eher eine Scheu davor, **digital zu dokumentieren** und auch Nicht-Muttersprachler. [...]. Da herrscht momentan ein großer Druck und das versuchen wir über Schulungen aufzufangen.“ (Interview 4)

„Die ganze **Pflegedokumentation findet dann in Tablet-Form** statt. [...]. [Bisher wirken sich die Dokumentationspflichten] sehr negativ [auf die Arbeitszufriedenheit aus]. Mit der neuen Methode, die wir jetzt einführen, bin ich sehr gespannt. In anderen Häusern haben wir Gespräche geführt und die sagen, dass das jetzt super schnell geht und man gar nicht mehr so viel Zeit mit der Dokumentation verbringt.“ (Interview 5)

„Wir führen momentan ein neues Programm ein. Da versucht man, so gut es geht, die **Mitarbeiter auch miteinzubeziehen**. Das Fachpersonal in der Pflege, da ist es wichtig, dass man denen Gehör schenkt.“ (Interview 4)

Eine weitere Herausforderung bei der Einführung von digitalen Unterstützungssystemen kann darüber hinaus ein hoher finanzieller Aufwand sein. Diese Situation wird im nachfolgenden Zitat dargestellt.

„Wir hatten ein Gespräch mit einem Dienstplananbieter, [...] der einen Dienstplan komplett auf einer App [ermöglicht]. [...]. Sowas ist schon interessant, aber das ist unbezahlbar. [...]. Ansonsten sind wir schon interessiert, dass wir technisch aufrüsten. Man muss halt schauen, dass man die Mitarbeiter mitnimmt. Das bringt nichts, wenn wir im Büro sagen: ‚Ganz toll‘. [Und die Pflegekräfte sagen:] ‚Damit kann ich nicht umgehen‘. [...].“ (Interview 6)

Dabei werden digitale Helfer nicht nur in der Dokumentation als potentiell nützlich gesehen, sondern auch in anderen Bereichen, wie etwa in der Sturzerkennung.

„Eine große **Chance sehe ich auch in klügeren Hilfsmitteln**, [...] z.B. Sensortechnik, um Stürze zu erkennen.“ (Interview 2)

Zusammenfassend für dieses Kapitel lässt sich festhalten, dass seitens der Einrichtungen diverse Unterstützungsformen wahrgenommen werden, um die Arbeitssituation von Pflegekräften zu verbessern. Eine gute Teamarbeit wird als immanent wichtig gesehen, explizite Teambuilding-Maßnahmen werden aber kaum eingesetzt. Gesundheits- und Sportangebote für die Beschäftigten gibt es hingegen in einigen befragten Einrichtungen. Auch technische und digitale Hilfsmittel werden teils in den Einrichtungen eingesetzt. Was Technik angeht, berichten die meisten, über zur Verfügung stehende „Standardgeräte“. Bei digitalen Möglichkeiten zeigt sich innerhalb der befragten Einrichtungen ein gemischtes Bild. Teils gibt es bereits digitale Dokumentationen, teils wird komplett auf analoge Prozesse zurückgegriffen. Fehlende Nutzerfreundlichkeit vieler Programme, Skepsis seitens der Beschäftigten sowie finanzielle Aufwände gelten als Hauptgründe für die Zurückhaltung.

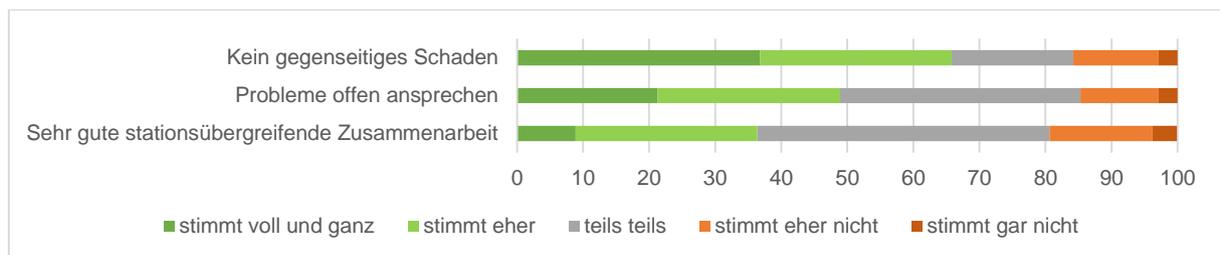
5.5.2. Ergebnisse der Online-Befragung

Wie unterschiedliche Unterstützungsmöglichkeiten von den Pflegekräften selbst eingeschätzt werden, wird in diesem Kapitel näher beleuchtet. Dabei wird sowohl auf die Teamarbeit, die Beziehung zu Vorgesetzten sowie auf technische wie digitale Hilfsmittel eingegangen.

Bisherige wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass gegenseitige Unterstützung im Team bzw. auch im Tandem von Pflegekraft und Vorgesetzten eine wichtige Rolle für ein gutes Arbeitsklima und für eine hohe Arbeitszufriedenheit von Beschäftigten spielen (Simon u.a. 2005; Amstutz u.a. 2013; Lauxen u.a. 2018). Im Folgenden werden die Zusammenarbeit im Team und mit Vorgesetzten separat betrachtet.

Hinsichtlich der Kooperation im Team wird deutlich, dass über 65% der Befragten angeben, dass niemand aus dem eigenen Team etwas absichtlich tun würde, was der eigenen Arbeit schadet. Knapp 50% bestätigen zudem, dass im Team Probleme offen angesprochen werden können. Während also die Teamarbeit bei den meisten Befragten tendenziell als gelingend betrachtet wird, wird die stationsübergreifende Zusammenarbeit etwas kritischer gesehen. Nur 36,4% stimmen „voll und ganz“ bzw. „eher“ zu, dass diese Zusammenarbeit sehr gut funktioniert (vgl. Abbildung 15).

Abbildung 15: Zusammenarbeit im Team

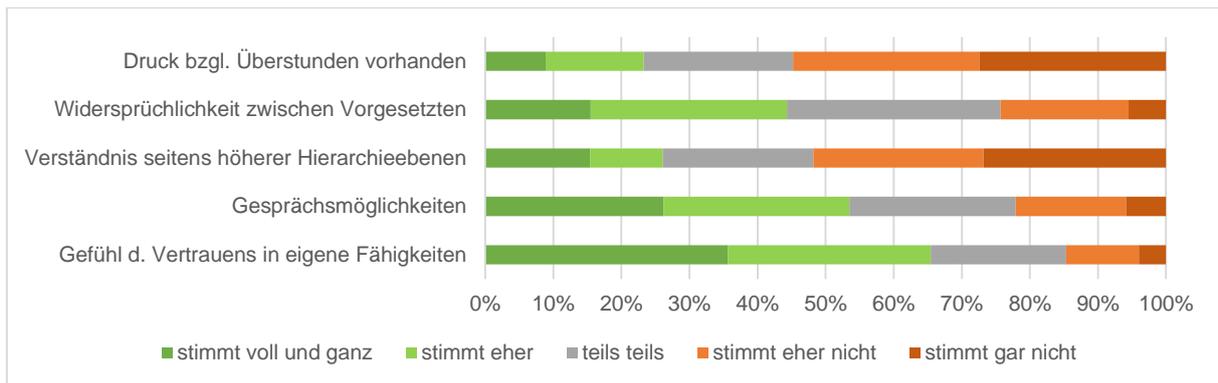


Anmerkung: N= 269-272

In der Kooperation mit Vorgesetzten zeigt sich ein gemischtes Bild (vgl. Abbildung 16). Die Kooperation mit den direkten Vorgesetzten wird mehrheitlich als positiv eingeschätzt. Das heißt, knapp über 65% der Befragten stimmen „voll und ganz“ bzw. „eher“ zu, dass Sie von ihrem*ihrer direkten Vorgesetzten die Zusicherung bekommen, dass diese*r Vertrauen in die Fähigkeiten der Pflegekraft hat. Auch besteht bei über 50% der Pflegekräfte ausreichend Möglichkeit, sich mit dem*der direkten Vorgesetzten auszutauschen (z.B. über Probleme, Feedback, Wünsche o.Ä.).

Das Bild wandelt sich jedoch, wenn höhere Hierarchieebenen in den Blick genommen werden. Knapp über 50% der Befragten geben an, dass Sie sich „eher nicht“ oder „gar nicht“ von Vorgesetzten auf höheren Ebenen (z.B. Pflegedirektion, Einrichtungsleitung) verstanden oder ernst genommen fühlen. Dass sich Vorgaben von Vorgesetzten auf unterschiedlichen Ebenen widersprechen, bestätigen 44,3% der Befragten „voll und ganz“ bzw. „eher“. Ein Druckaufbau seitens der Vorgesetzten Überstunden zu machen, besteht beim Gros der befragten Pflegekräfte nicht. Nur 23,3% nehmen einen solchen Druck „voll und ganz“ bzw. „eher“ wahr.

Abbildung 16: Kooperation mit Vorgesetzten



Anmerkung: N= 270-272

Um zu prüfen, ob Pflegekräfte, die ein gutes Teamgefühl haben, auch mit der Zusammenarbeit mit den Vorgesetzten zufriedener sind, wurden jeweils zwei Gruppen gebildet. Als „Zufrieden mit dem Team“ gelten demnach Beschäftigte, die „voll und ganz“ bzw. „eher“ zustimmen, dass sich niemand im Team gegenseitig Schaden zufügt sowie, dass Probleme offen angesprochen werden können. Als „zufrieden mit den Vorgesetzten“ werden Pflegekräfte gezählt, die „voll und ganz“ bzw. „eher“ zustimmen, dass sie ein Gefühl des Vertrauens verspüren, Gesprächsmöglichkeiten haben und auch seitens höherer Hierarchieebenen Verständnis wahrnehmen. Abbildung 17 verdeutlicht, dass Pflegekräfte, die im Team eine Unzufriedenheit verspüren, diese auch in der Kooperation mit Vorgesetzten wahrnehmen. Nur ca. 10% der Pflegekräfte, die mit dem Team unzufrieden sind, sind mit den Vorgesetzten zufrieden. Bei den Pflegekräften, die jedoch mit dem Team zufrieden sind, sind ca. 36% auch mit der Zusammenarbeit mit den Vorgesetzten zufrieden. D.h. ein gutes Teamverhältnis und ein gutes Verhältnis mit den Vorgesetzten hängen oft zusammen.

Abbildung 17: Zufriedenheit mit den Vorgesetzten in Abhängigkeit von der Zufriedenheit im Team

Geringe Zufriedenheit mit dem Team

Hohe Zufriedenheit mit dem Team

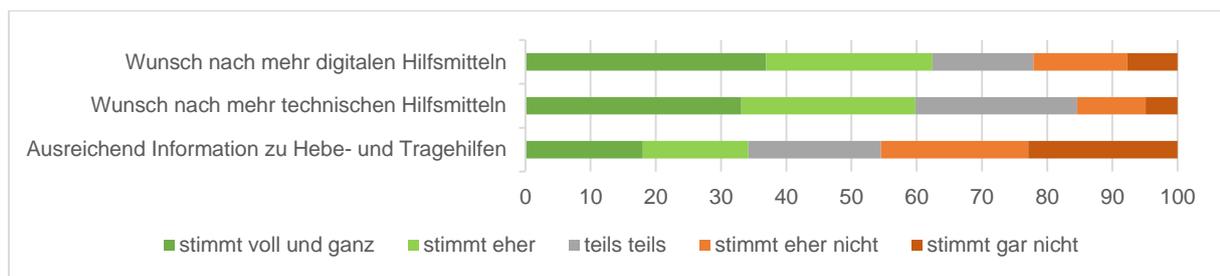


■ Zufrieden mit den Vorgesetzten
 ■ Unzufrieden mit den Vorgesetzten

■ Zufrieden mit den Vorgesetzten
 ■ Unzufrieden mit den Vorgesetzten

Neben der Unterstützung durch das Team bzw. durch die Vorgesetzten, wurde im Rahmen der Online-Befragung auch abgefragt, inwiefern sonstige technische und digitale Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten als echte Hilfe angesehen werden (vgl. Abbildung 18). Hierbei zeigt sich, dass knapp 60% der Befragten gerne mehr technische Hilfsmittel nutzen würden, um die Belastung der körperlichen Arbeit zu reduzieren. Wichtig erscheint hierbei jedoch, dass deren Handhabung auch gut erklärt wird. Nur 34,2% der Pflegekräfte berichteten, dass sie eine nützliche Einführung in die Verwendung von Hebe- und Tragehilfen bekommen hätten. Mehr digitale Hilfsmittel würden sogar 62,4% gerne nutzen.

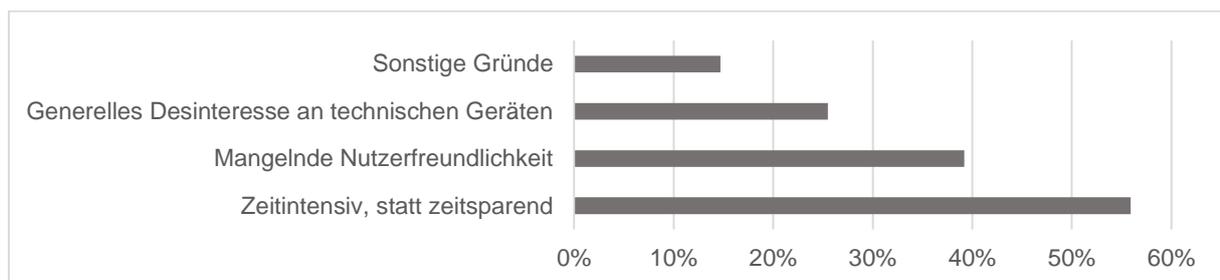
Abbildung 18: Sonstige Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten



Anmerkung: N= 266-271

Bei denjenigen, die ein geringes Interesse an der Nutzung von digitalen Hilfsmitteln geäußert hatten, wurde nach den Gründen gefragt. Über 55% der „Skeptiker“ gaben an, dass digitale Hilfsmittel „oft sogar mehr Zeit kosten, als sie Zeitersparnis bringen“. Auch die mangelnde Nutzerfreundlichkeit konstatieren knapp 40% der weniger Interessierten. Eine generelle Abneigung an der Arbeit mit Computern und Tablets zeigt sich jedoch nur bei 25,5% der „Skeptiker“ (vgl. Abbildung 19). Dies entspricht insgesamt knapp unter 10% aller Befragten.

Abbildung 19: Gründe für Desinteresse an digitalen Hilfsmitteln



Anmerkung: N=102

Wer bei der Frage der Gründe für das Desinteresse an digitalen Hilfsmitteln „Sonstige Gründe“ angab, erhielt eine weitere, offene Fragestellung, zu detaillierteren Angaben. Hier lassen sich die Antworten der befragten Pflegekräfte in unterschiedliche Kategorien einordnen. Häufig genannt wurden eine Fehlerhaftigkeit der Technik, mangelnde technische Voraussetzung in der Einrichtung, z.B. zu schlechtes WLAN sowie mangelnde Einführung und Erklärung neuer Technik. Des Weiteren gaben einige an, dass etwa Apps zur Kommunikation mit den Kollegen in der Freizeit grundsätzlich nicht gewünscht seien.

Im Rahmen einer statistischen Analyse wurde ausgewertet, wer die Pflegekräfte genau sind, die wenig Vorteile durch digitale Hilfen sehen (vgl. Tabelle 5). Hierbei zeigt sich, dass ältere Pflegekräfte ein geringes Interesse aufweisen sowie auch weibliche im Vergleich zu männlichen Pflegekräften. Beide Ergebnisse sind statistisch signifikant.

Tabelle 5: Logistische Regression zur Auswirkung von Alter und Geschlecht auf das Interesse nach digitaler Unterstützung

	Koeffizient	Standardfehler	z	P>z
Alter	-.031***	.009	-3.51	0.000
Geschlecht	.694**	.283	2.45	0.014

Anmerkungen: * / ** / *** signifikant; N=254

Dass eine Unterstützung der Pflegekräfte auch in Form von Fortbildungen zur eigenen Gesundheit gewünscht ist, wurde bereits in Kapitel 5.4.2. dargestellt. Etwas über 40% der befragten Pflegekräfte sehen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung deutlichen Verbesserungsbedarf.

Zusammenfassend lässt sich für den Bereich Unterstützung in der Pflege konstatieren, dass die meisten befragten Pflegekräfte mit der Teamarbeit relativ zufrieden sind, auch die Zusammenarbeit mit den direkten Vorgesetzten wird recht positiv bewertet. Verbesserungsbedarf besteht hingegen in der Kooperation mit Vorgesetzten auf höheren Hierarchieebenen und mit Teams von anderen Stationen. Technische und digitale Hilfsmittel würden überwiegend gerne mehr genutzt werden. Auch bestünde seitens der Pflegekräfte ein Interesse im Rahmen von Fortbildungen mehr über die eigene Gesundheit und Gesundheitsförderung zu erfahren.

5.6. Entlohnung und Wertschätzung in der Pflege

Neben unterschiedlichen Unterstützungsformen kann sich auch die Wertschätzung, die Beschäftigte durch ihren Arbeitgeber oder durch die Gesellschaft im Allgemeinen für ihre Tätigkeit erfahren, auf deren Arbeitszufriedenheit auswirken. Ein zentrales Element zur Signalisierung der Wertschätzung ist die finanzielle Entlohnung.

5.6.1. Ergebnisse der qualitativen Interviews

Viele Einrichtungen schätzen das Gehalt, das sie den Pflegekräften bezahlen, im Vergleich zu anderen Einrichtungen, als relativ gut ein.

*„Ich würde sagen, wir sind in der **obersten Liga [was] Bezahlung [angeht].“** (Interview 4)*

*„Das **Gehalt ist überdurchschnittlich.** [Es entspricht] dem TVöD. [...]. Wir haben jetzt gerade einen neuen Tarifabschluss bekommen im öffentlichen Dienst, der ja [für Pflegekräfte] überproportional hoch ist, im Verhältnis zum Rest des öffentlichen Dienstes.“* (Interview 2)

*„Im Vergleich zu anderen Einrichtungen [ist die **Bezahlung**] eher gut. Wir sind ja im TVöD und öffentlicher Dienst, [...], also ich glaube, im Vergleich zu anderen Einrichtungen können wir uns da sehen lassen.“* (Interview 7)

*„[Wir bezahlen] **untertariflich.** [...]. [Aber Gehaltsforderungen kommen] eher weniger.“* (Interview 3)

Während sich einige am TVöD orientieren und daher wenig Flexibilität aufweisen, was die Höhe des Gehalts angeht, agieren andere Einrichtungen unabhängiger.

*„[Wir] **zahlen eigentlich gut, sehr gut.** [...]. Man kann auch individuell verhandeln.“* (Interview 1)

*„[Die Pflegekräfte können auch mit **Gehaltsforderungen** auf uns zukommen.] Wir sind da nicht so starr.“* (Interview 6)

Dass Gehaltserhöhungen aber nicht per se zu einer höheren Zufriedenheit seitens der Pflegekräfte führen, wird im nachfolgenden Zitat deutlich.

„Wir hatten eigentlich in der Geschäftsführung gehofft mit den **Anpassungen [des Gehalts nach oben]**, dass da eine höhere Zufriedenheit kommt. Das war jetzt am Anfang [aber] eher ernüchternd. Es hat sich an der Eingruppierung was geändert. [...]. Gerade Neueinsteiger haben [zum Teil] die Möglichkeit in die gleiche Stufe zu gelangen, wie beispielsweise eine Pflegefachkraft, die seit fünf Jahren hier ist. Das hat natürlich bei den älteren Pflegefachkräften zu Verunsicherung geführt und auch etwas zur Demotivation würde ich fast sagen.“ (Interview 4)

Teils werden neben dem Gehalt auch Abwerbprämien und weitere Sonderzahlungen gewährt (vgl. auch Preiß u.a. 2018). Damit soll dem Personalmangel aktiv entgegnet werden und ein Anreiz geschaffen werden, beispielsweise Pflegekräfte aus dem Bekanntenkreis an die eigene Einrichtung zu bringen. Einige Einrichtungen lehnen dieses Vorgehen jedoch auch ab.

„[**Abwerbprämien**] gibt es bei uns nicht, [denn] da ist schon auch die Gefahr, dass man sich [zwischen den Einrichtungen] die Leute abwirbt. Da haben wir uns [in unserer Region] verständigt, dass wir das nicht wollen und nicht machen.“ (Interview 2)

„**Mitarbeiter werben Mitarbeiter** machen wir nicht. Aber wir haben Bleibprämien, nach drei Jahren das erste Mal, dann fünf Jahre, dann zehn Jahre, 15 Jahre, das steigert sich immer prozentual. [...]. Nach drei Jahren sind es 15% des Monatsgehalts, nach fünf Jahren 35% und dann geht es hoch bis zu 100%.“ (Interview 6)

„Ja [**Mitarbeiter*innen werben Mitarbeiter*innen**] machen wir auch [...]. Prämien, bis zu 1000€, kriegen die Mitarbeiter, wenn sie jemanden werben. Wenn der nach der Probezeit auch noch da ist [...] dann kriegen sie nach einem Jahr noch was. Also bis zu 1000€.“ (Interview 8)

„Es gibt alles drei bei uns: [**Sonderzahlungen, Abwerbprämien bzw. Prämien im Rahmen von „Mitarbeiter*innen werben Mitarbeiter*innen**]. (Interview 3)

Auch Aufstiegschancen spielen eine wichtige Rolle, um seitens des Arbeitgebers Wertschätzung auszudrücken. Im Pflegebereich seien die Möglichkeiten zum beruflichen Aufstieg jedoch häufig begrenzt.

„Es gibt **eigentlich nur die Pflegedienstleitung und die Stellvertretung und Praxisanleiter**, das sind die [...], [die] die Schüler ausbilden und begleiten. Und mehr gibt es da nicht in dem Bereich. (Interview 1)

„[Die **Aufstiegschancen** sind] eher bescheiden, weil die Anzahl der Leitungspositionen gering ist. [...]. Was wir machen können, sind Sparten zu besetzen. [Etwa] Wundmanager oder Praxisanleiter, aber das sind kleine Bausteinchen.“ (Interview 2)

„Das ist auch ein bisschen so ein Problem, dass man [sich] innerhalb der Pflege **schwertut, aufzusteigen**.“ (Interview 3)

Vor allem bei größeren Einrichtungen werden die Aufstiegschancen für Pflegekräfte im Vergleich zu kleineren Einrichtungen besser eingeschätzt.

„Aufgrund unserer Größe [schätze ich die **Aufstiegschancen**] eigentlich ganz gut ein.“ (Interview 4)

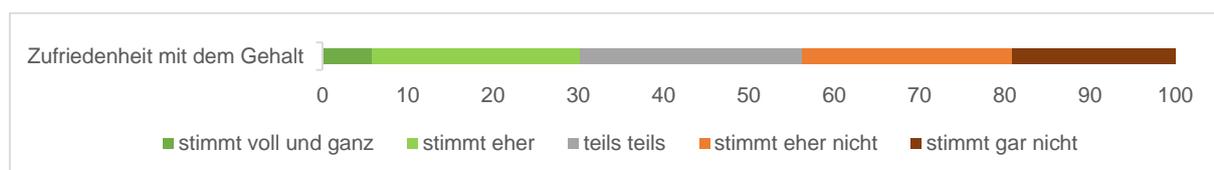
„Eigentlich [sind die **Aufstiegschancen** innerhalb der Einrichtung] gut, [...]. Man kann ja Aufstieg hierarchisch begreifen, so als Führungskraft oder als Leitung, da gibt es immer Möglichkeiten. Wir schicken die Leute auch zu entsprechenden Weiterbildungen. Man kann auch horizontal sich eher spezialisieren, also zum Beispiel eine onkologische Fachkrankenschwester werden oder eine Praxisanleitung werden.“ (Interview 7)

Insgesamt stellt sich heraus, dass viele Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitungen die Entlohnungsmöglichkeit der eigenen Einrichtung recht positiv bewerten. Die meisten konstatieren ein eher überdurchschnittliches Gehalt von Pflegekräften. Aufstiegschancen sehen viele – gerade in kleineren Einrichtungen – jedoch nur eingeschränkt. Die Möglichkeiten, die es gibt, beziehen sich vor allem auf Weiterbildungen und fachliche Spezialisierungen, weniger auf Führungspositionen.

5.6.2. Ergebnisse der Online-Befragung

Hinsichtlich Belohnung und Wertschätzung ist im Rahmen der Online-Befragung die Frage nach dem Gehalt und die Zufriedenheit damit unabdingbar (vgl. Abbildung 20). Hierbei zeigt sich, dass knapp 30% der Befragten „voll und ganz“ bzw. „eher“ mit der Bezahlung zufrieden sind, knapp 44% jedoch „eher nicht“ bzw. „gar nicht“. In der deutschlandweiten Befragung von Pflegekräften durch das Institut DGB Gute Arbeit gaben sogar 73% der Befragten an, dass sie *„[...] in ihren Augen nicht leistungsgerecht entlohnt werden“* (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018, S. 5). Das bedeutet, die Zufriedenheit mit dem Gehalt der Allgäuer Pflegekräfte scheint etwas höher als in Gesamtdeutschland.

Abbildung 20: Zufriedenheit mit dem Gehalt

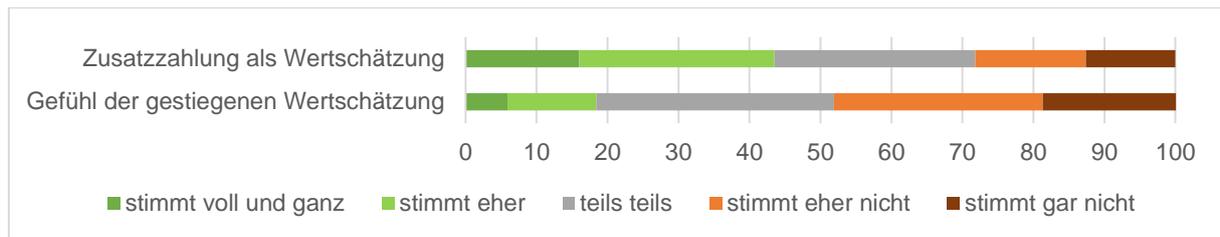


Anmerkung: N= 272

Pflegekräfte, die bei dieser Frage angaben, mit dem Gehalt nur „teils teils“, „eher“ oder „gar nicht“ zufrieden zu sein, wurden anschließend danach gefragt, welches Nettogehalt sie für sich (Vollzeit, inkl. Schichtdienst) als angemessen empfänden. Hierbei wurden unterschiedlichste Forderungen genannt, am häufigsten das Wunschgehalt von 3.000€, gefolgt von 2.500€ mit insgesamt 46 bzw. 21 Nennungen.

Im Rahmen der Online-Befragung sollte auch die Auswirkung von Corona auf die wahrgenommene Wertschätzung der Pflege Tätigkeit abgefragt werden, hat die Pandemie doch die Situation der Pflegekräfte gesellschaftlich und politisch stärker in den Fokus gerückt. Die Ergebnisse machen jedoch deutlich, dass nur 18,4% der Befragten persönlich gemerkt haben, dass durch die Corona-Pandemie die Wertschätzung des Pflegeberufs in der Gesellschaft gestiegen ist (vgl. Abbildung 21). Der Corona-Pflegebonus wurde hingegen zumindest von 43,5% der Befragten als positiv und wertschätzend bewertet.

Abbildung 21: Veränderung der gefühlten Wertschätzung durch die Corona-Pandemie



Anmerkung: N= 269, 272

Darüber hinaus wurde abgefragt, ob der angekündigte Corona-Pflegebonus schon bei den Pflegekräften angekommen ist. Insgesamt 62,5% hatten diesen zum Zeitpunkt der Online-Befragung (Mitte bis Ende November 2020) bereits erhalten, knapp 20% zwar teilweise, aber 17,6% der Befragten noch gar nicht.

Im Zusammenhang mit Corona und der Tatsache, dass die Online-Befragung inmitten die Zeit der zweiten Welle der Pandemie fiel, wurde eine abschließende Frage in den Online-Fragebogen integriert, dahingehend, wie stark die gegebenen Antworten von der Pandemie beeinflusst sind. Knapp 80% der Befragten gaben an, dass die Antworten sowohl für die „Corona-Zeit“ als auch für „normale Zeiten“ gelten; 17,8% bestätigten, dass die gegebenen Antworten insbesondere für „normale Zeiten“ gelten. Nur 3% berichteten einen starken Einfluss der Pandemie auf das Antwortverhalten. Entsprechend kann von einer sehr guten Übertragbarkeit der Studienergebnisse auch auf „Nicht-Corona-Zeiten“ ausgegangen werden.

Um zu überprüfen, ob Pflegekräfte, die mit ihrem Gehalt zufrieden sind häufiger über eine Reduktion der Arbeitszeit nachdenken, da sie sich diese unter Umständen „besser leisten können“ wurde eine weitere statistische Analyse vorgenommen (vgl. Tabelle A6 im Anhang). Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass dieser Effekt nicht auftritt. Stattdessen sind Pflegekräfte, die Zufrieden mit dem Gehalt sind, weniger an einer Arbeitszeitreduktion interessiert.

5.7. Wirkung einzelner Faktoren auf die Arbeitszufriedenheit sowie die organisationale Bindung

Dieses Kapitel beschäftigt sich abschließend damit, wie stark die einzelnen abgefragten Faktoren – darunter allgemeine Belastungen in der Pflege, Dienstplanbelastungen, Unterstützung durch das Team und Vorgesetzte usw. – auf die Arbeitszufriedenheit und die organisationale Bindung wirken. Das heißt, ist das Gehalt wichtiger als eine gute Zusammenarbeit im Team? Spielen ausreichend Fortbildungen eine relevantere Rolle für die Arbeitszufriedenheit als eine verbesserte Arbeitszeitgestaltung? Eben solche Fragen sollen nachfolgend geklärt werden. Darüber hinaus scheint es wichtig zu analysieren, ob sich die Präferenzstrukturen zwischen den Pflegekräften unterscheiden, d.h. ob etwa für ältere Pflegekräfte andere Faktoren wichtig sind als für jüngere.

5.7.1. Ergebnisse der qualitativen Interviews

Entsprechend wird in diesem Unterkapitel geklärt, welche Faktoren seitens der Leitungen als besonders relevant wahrgenommen werden, wenn es um die Steigerung der Arbeitszufriedenheit in der Pflege im Gesamten geht. Hierbei zeigt sich etwa, dass

Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen eine Differenzierung der Generationen wahrnehmen. Demnach spielt laut Aussage einiger Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitungen die Kombination von Gehalt und Freizeit vor allem für jüngere Beschäftigte eine zentrale Rolle, bei älteren Pflegekräften wird hingegen ein funktionierendes Team als wichtiger Aspekt gesehen.

*„Bei den **älteren** [Pflegekräften] steht der Teamgedanke im Vordergrund. Bei den **Jüngeren** [...] sind das Gehalt und die Freizeit [sehr wichtig]. Die wollen, dass das Gesamtpaket passt.“ (Interview 3)*

*„[Wir sehen einen **Generationenunterschied.**] Man hat damals nach der Ausbildung geschaut, Geld zu verdienen. [Möglichst im Rahmen einer] Vollzeitstelle. Das hat sich verändert. Teilweise rechnen die Mitarbeiter sich raus ‚Wie viel brauche ich im Monat?‘ und gehen dann auf Teilzeit runter. Das ist mir im letzten Abschlussjahr zumindest aufgefallen. [...]“ (Interview 4)*

Die Befragten äußern darüber hinaus, dass sie vor allem im Bereich Dienstplangestaltung und Freizeitausgleich gerne mehr für die Beschäftigten tun würden, um deren Bedürfnissen stärker zu entsprechen und damit deren Zufriedenheit zu erhöhen.

*„Was super wäre, [...] **wäre ein verlässlicher Dienstplan.** [...]. Finanzielle Aspekte, würde ich sagen, sind momentan wegen der Gehaltssteigerung [nicht so akut]. Freizeitausgleich [wäre auch noch wichtig].“ (Interview 4)*

*„[Was ich unseren **Pflegekräften gerne bieten würde, wäre] 80% arbeiten bei 100% Bezahlung.** [...]. Da hat man einfach genug Zeit sich zu erholen, auch wieder Kraft zu tanken und das, ohne finanzielle Einbußen. Wir haben es [mal] versucht, [...] mit diesem schwedischen drei-drei Modell, drei Tage arbeiten, drei Tage frei. [Zu den freien Tagen gehört aber] Selbstlernen, Selbststudium oder Selbstpflege, da gehört auch der Fitnessstudio-Besuch dazu oder der Wellnessstag. [...]. Aber in Deutschland ist das mit den [arbeitsfreien Sonntagen] schwer umzusetzen, [d.h. es war nicht machbar].“ (Interview 5)*

*„Ich glaube sogar, wenn man [den Pflegekräften] zwei Sachen vor die Nase legt, einmal ein super Konzept mit **flexiblen Arbeitszeiten, mit eigener Planung** und Wunschdiensten und auf der anderen Seite gibt es 200 Euro mehr im Monat. Da würden die meisten zu dem Arbeitszeit-Angebot greifen.“ (Interview 7)*

Es wird zudem auch darauf eingegangen, dass die Beschäftigten in der Pflege eine heterogene Gruppe mit ganz unterschiedlichen Präferenzen seien. Diese zu erkennen, wird von einer befragten Leitungsperson als durchaus herausfordernd gesehen, wie das folgende Zitat illustriert.

*„Ich würde schon sagen, dass wir **unterschiedliche Gruppen [an Beschäftigten]** haben, die wir [auch unterschiedlich] bedienen müssen als Arbeitgeber. Das rauszufinden, ist manchmal gar nicht so leicht. [...]. Wir haben ein Team, da ist Freizeit unglaublich wichtig. Dann gibt es aber auch ein Team, in dem Harmonie [eine wichtige Rolle spielt]: ‚Lieber springe ich für jemanden ein und das passt dann auch und man hat eine gute Zusammenarbeit‘. Der andere sagt: ‚Wenn ich mehr Gehalt bekomme, [...] dann springe ich auch noch ein zehntes Mal ein.‘ (Interview 4)*

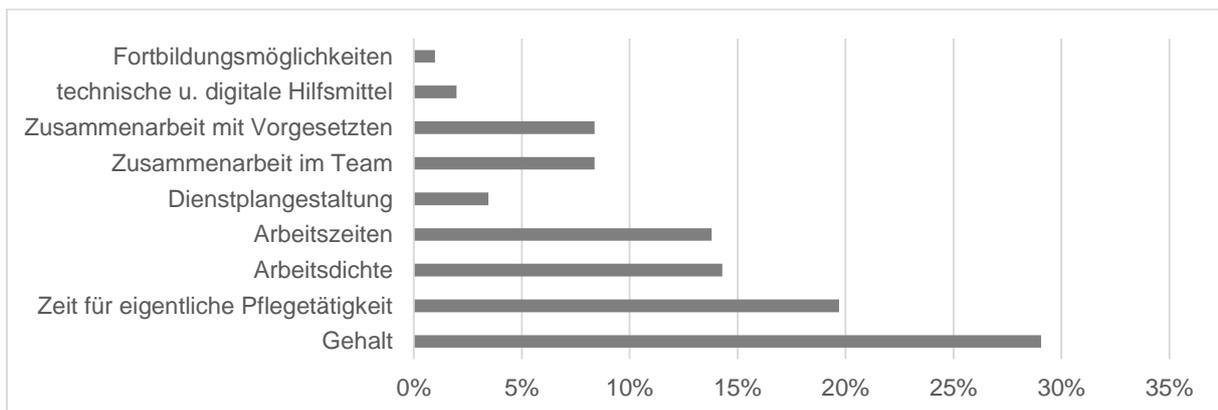
*„Worüber sich die Leute definieren, das ist die Frage. Bin ich derjenige, dem sein **Freizeitverhalten** [sehr wichtig ist] [...], der die **Flexibilität** liebt. [Oder] dann haben wir auch Mitarbeiter, die immer einspringen, die dadurch glücklich werden, dass sie helfen können. [...]. [Das Argument] ‚Ich mache es des Verdiensts oder des Geldes wegen, das sehe ich eigentlich ziemlich wenig.‘“ (Interview 5)*

Insgesamt schätzen die Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen die Arbeitszeiten als einen der wichtigsten Faktoren zur Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit ein. Deutlich wird aber auch, dass jede Pflegekraft individuelle Bedürfnisse und Ansprüche an den Arbeitsplatz hat, denen ggf. gezielt begegnet werden muss.

5.7.2. Ergebnisse der Online-Befragung

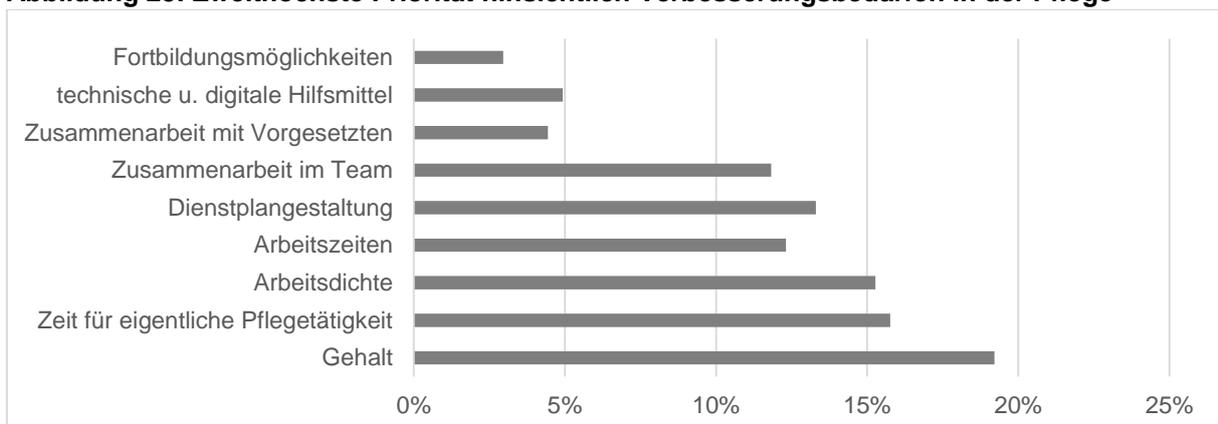
Im Rahmen der Online-Befragung konnten die Befragten eine Priorisierung von Bereichen vornehmen, bei denen es klaren Verbesserungsbedarf in der aktuellen Arbeitssituation gibt (vgl. Abbildungen 22-24). Hierbei zeigt sich, dass der Aspekt „Gehalt“ am höchsten priorisiert wurde, gefolgt von „Zeit für eigentliche Pflgetätigkeit“ und „Arbeitsdichte“. Eben diese Reihenfolge wird auch sichtbar, wenn die zweithöchste Priorisierung betrachtet wird. An dritter Stelle der Prioritätenliste ist hingegen eine Verbesserung seitens „Dienstplangestaltung“ am stärksten vertreten.

Abbildung 22: Höchste Priorität hinsichtlich Verbesserungsbedarfen in der Pflege



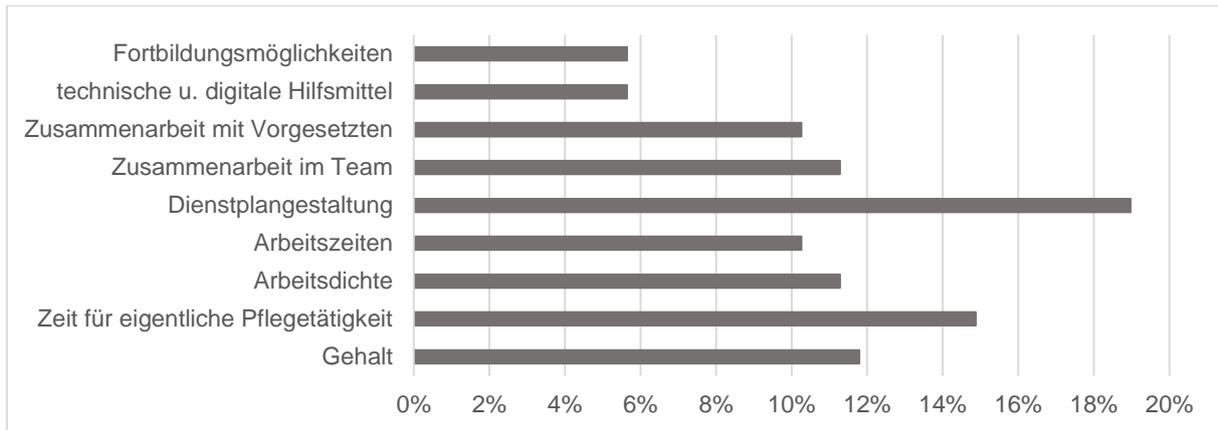
Anmerkung: N=203

Abbildung 23: Zweithöchste Priorität hinsichtlich Verbesserungsbedarfen in der Pflege



Anmerkung: N=203

Abbildung 24: Dritthöchste Priorität hinsichtlich Verbesserungsbedarfen in der Pflege

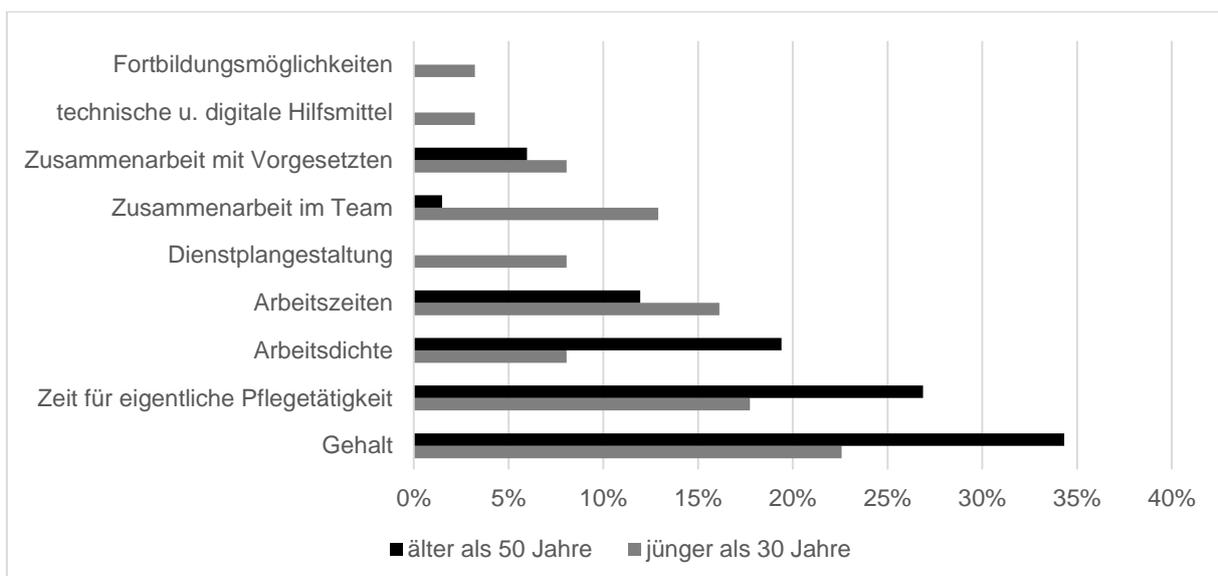


Anmerkung: N=195

Um aufzuzeigen, inwiefern sich Prioritäten innerhalb der Altersgruppen unterscheiden, werden in Abbildung 25 die Zuordnung von Verbesserungsmöglichkeiten in der Pflege mit höchster Priorität in den beiden Gruppen „älter als 50 Jahre“ und „jünger als 30 Jahre“ einander gegenübergestellt. Dabei stellt sich heraus, dass die ältere Gruppe eher homogener ist; hier sind es ganz klar das Gehalt, gefolgt von mehr Zeit für die eigentliche Pfl egetätigkeit sowie eine Reduzierung der Arbeitsdichte, die favorisiert werden.

Das Bild der unter 30-Jährigen zeigt sich hingegen gemischter. Wiederum ist eine Verbesserung des Gehalts, der größte Wunsch. Es folgen mehr Zeit für die eigentliche Pfl egetätigkeit sowie eine Verbesserung, was die Arbeitszeiten angeht. Vor allem im Bereich der Arbeitszeiten bestätigt sich demnach die Vermutung der Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen (vgl. Kapitel 4.5.1), dass diese für jüngere Generationen nochmals wichtiger sind als für ältere Beschäftigte.

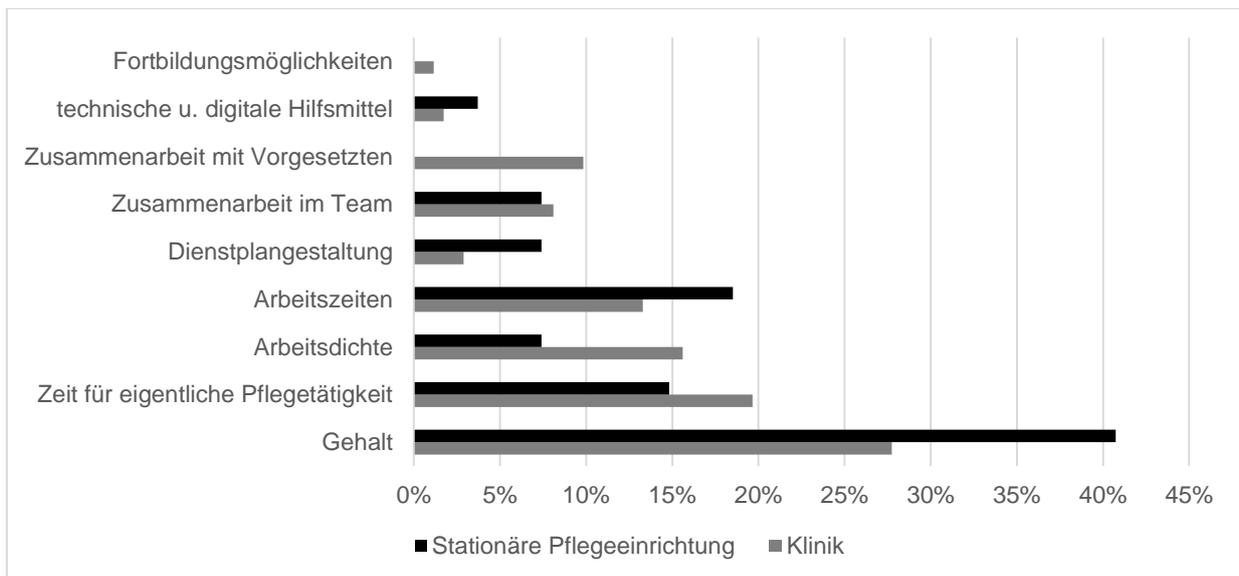
Abbildung 25: Höchste Priorität hinsichtlich Verbesserungsbedarfe in der Pflege, nach Altersgruppen



Anmerkung: N=84 (Gruppe: <30 Jahre); N=86 (Gruppe: <50 Jahre)

Aber nicht nur bei den Altersgruppen lassen sich Unterschiede zwischen den Pflegekräften festmachen, sondern auch was den Einrichtungstyp angeht. Abbildung 26 macht klar, dass eine Verbesserung des Gehalts in stationären Pflegeeinrichtungen eine deutlich höhere Priorität einnimmt als in Kliniken. In stationären Pflegeeinrichtungen wird zudem auch sehr häufig eine Verbesserung der Arbeitszeiten als höchste Priorität genannt. Im Vergleich dazu wünschen sich immerhin knapp 20% der Pflegekräfte in Kliniken mehr Zeit für die eigentliche Pfl egetätigkeit als höchste Priorität. Zudem sehen auch knapp 10% der Beschäftigten in Kliniken die höchste Priorität zur Verbesserung der Arbeitssituation in der Verbesserung der Zusammenarbeit mit Vorgesetzten. In stationären Pflegeeinrichtungen wird dieser Aspekt hingegen von keiner Pflegekraft mit höchster Priorität bewertet.

Abbildung 26: Höchste Priorität hinsichtlich Verbesserungsbedarfe in der Pflege, nach Einrichtungstypen

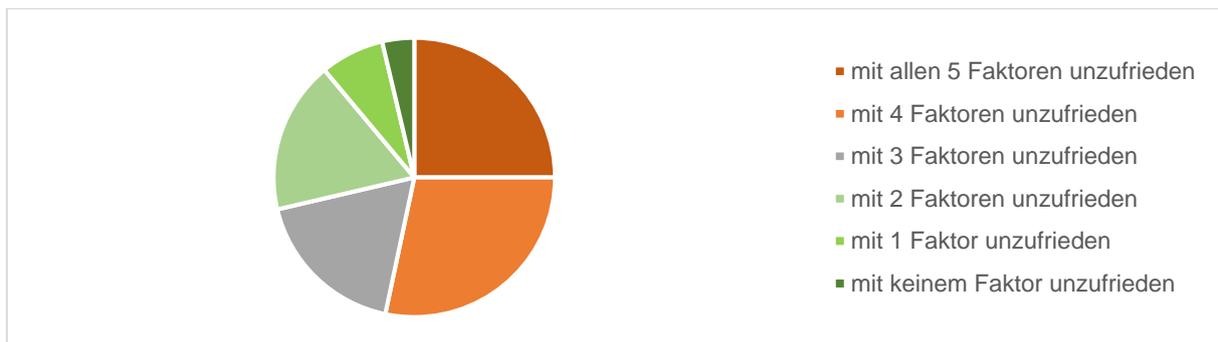


Anmerkung: N=40 (Gruppe: Stationäre Pflegeeinrichtung); N=228 (Gruppe: Klinik)

Der Vergleich der unterschiedlichen Prioritäten macht bereits deutlich, dass vor allem der Faktor Gehalt eine wichtige Rolle für die Verbesserung der Arbeitssituation spielt. Und zwar für Pflegekräfte unterschiedlichen Alters und in unterschiedlichen Einrichtungen. Daneben zeigen sich auch die Aspekte „mehr Zeit für die Pfl egetätigkeit“ und „Arbeitszeiten“ als äußerst relevant. Das Alter der Pflegekräfte und die Einrichtung, in der sie tätig sind, beeinflussen hier aber die Relevanz, die die beiden Aspekte jeweils einnehmen.

Inwiefern unterschiedliche Faktoren, die die Arbeitszufriedenheit potentiell bedingen, kumuliert auftreten, wird in der nächsten Abbildung (Abbildung 27) deutlich. Während beim Gehalt, beim Team und den Vorgesetzten tatsächlich die Unzufriedenheit über die einzelnen zugehörigen Items erfasst wurde, wurden Unzufriedenheit mit dem Dienstplan und mit der Belastung über „überdurchschnittliches“ Dienstplanbelastungs- bzw. Belastungsempfinden definiert. Über die Hälfte der Fragen sind mit allen oder mit vier der fünf der Faktoren Gehalt, Team, Vorgesetzte, Dienstplan und Belastungsgrad unzufrieden. Nur 4% der Befragten sind mit allen fünf Aspekten zufrieden.

Abbildung 27: Unzufriedenheit mit dem Gehalt, dem Team, den Vorgesetzten, dem Dienstplan und dem Belastungsgrad, kumuliert



Auswirkung der erhobenen Faktoren auf die Arbeitszufriedenheit und die organisationale Bindung

Im Folgenden soll nun geklärt werden, wie stark sich die in der Studie erhobenen Faktoren wie „Belastungen in der Pflege“ oder „Team u. Vorgesetzte“ wiederum auf die Arbeitszufriedenheit und die organisationale Bindung auswirken. D. h. weist eine Pflegekraft, die mit der Arbeit im eigenen Team und den Vorgesetzten unzufrieden ist, auch eine geringe Arbeitszufriedenheit auf?

Konzentriert man sich rein auf die Arbeitszufriedenheit – wie in Tabelle 6 – wird deutlich, dass eine hohe Arbeitszufriedenheit am stärksten bei denjenigen Pflegekräften vorzufinden ist, die auch mit der Bezahlung zufrieden sind. Am zweitstärksten wirkt sich eine gute Zusammenarbeit mit Team und Vorgesetzten auf die Arbeitszufriedenheit aus. Auch der Zusammenhang mit der Fortbildungszufriedenheit zeigt sich als statistisch signifikant. Während sich hohe Belastungen in der Pflege signifikant negativ auf die Arbeitszufriedenheit auswirken, zeigt sich zwar auch bei der Dienstplangestaltung ein negativer Zusammenhang, dieser ist jedoch bei gleichzeitiger Betrachtung aller Faktoren statistisch nicht signifikant.

Tabelle 6: Logistische Regression zu Auswirkungen unterschiedlicher Faktoren auf die Arbeitszufriedenheit

	Koeffizient	Standardfehler	z	P>z
Belastungen in der Pflege	-.123***	.028	-4.40	.000
Dienstplanbelastung	-.011	.052	-.20	.840
Fortbildungen	.166**	.061	2.75	.006
Team u. Vorgesetzte	.178***	.033	5.40	.000
Bezahlung	.492***	.110	4.47	.000

Anmerkungen: Anmerkungen: * / ** / *** signifikant. N=253

Weitere Analysen zeigen darüber hinaus, dass nicht nur einzelne Gesamtvariablen separat die Arbeitszufriedenheit erhöhen, sondern, dass etwa ein Zusammenkommen von geringen Belastungen und vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten besonders positiv auf die Arbeitszufriedenheit wirken. Wer etwa zufrieden mit der Teamarbeit ist (d.h. „Probleme im Team können angesprochen werden“ und „kein gegenseitiges Schaden im Team“) und sich darüber hinaus im Vergleich zu anderen befragten Pflegekräften unterdurchschnittlich belastet fühlt, der weist meist eine deutlich höhere Arbeitszufriedenheit auf (vgl. Tabelle 7). Ein Chi²-Test bestätigte die Signifikanz der Unterschiede zwischen beiden Gruppen.

Tabelle 7: Auswirkungen von Teamzufriedenheit in Kombination mit unterdurchschnittlichen Belastungen auf die Arbeitszufriedenheit

	Mit dem Team unzufrieden und hohen Belastungen ausgesetzt	Mit dem Team zufrieden und geringen Belastungen ausgesetzt	<i>gesamt</i>
Geringe Arbeitszufriedenheit	70,4%	40,5%	65,8%
Hohe Arbeitszufriedenheit	29,6%	59,9%	34,2%
<i>gesamt</i>	100%	100%	100%

Auch wer etwa mit der Dienstplangestaltung und der Bezahlung zufrieden ist, weist zu 65,9% eine hohe Arbeitszufriedenheit auf. Wer dagegen unzufrieden mit beiden Faktoren – Dienstplangestaltung und Bezahlung – ist, zeigt nur zu 28,1% eine hohe Zufriedenheit mit der Arbeit. Die Differenzen zeigen sich im Rahmen eines Chi²-Tests auch in diesem Fall als signifikant. Der Zusammenhang wird in der nachfolgenden Tabelle 8 verdeutlicht.

Tabelle 8: Auswirkungen der Dienstplan- und Bezahlungszufriedenheit auf die Arbeitszufriedenheit

	Mit dem Dienstplan und der Bezahlung unzufrieden	Mit Dienstplan und der Bezahlung zufrieden	<i>gesamt</i>
Geringe Arbeitszufriedenheit	71,9%	34,1%	65,8%
Hohe Arbeitszufriedenheit	28,1%	65,9%	34,2%
<i>gesamt</i>	100%	100%	100%

Ähnliche Zusammenhänge zeigen sich auch, wenn es um die Kombination einer hohen Zufriedenheit mit dem Team und einer Zufriedenheit mit der Bezahlung geht (vgl. Tabelle 9). Von 100 Pflegekräften, die mit Team und Bezahlung unzufrieden sind, weisen nur 29 eine hohe Arbeitszufriedenheit auf. Von 100 Pflegekräften, die mit beiden Bereichen zufrieden sind, sind 66 auch insgesamt mit ihrer Arbeit zufrieden. Auch hier sind die Unterschiede laut eines Chi²-Tests signifikant.

Tabelle 9: Auswirkungen der Team- und Bezahlungszufriedenheit auf die Arbeitszufriedenheit

	Mit dem Team und der Bezahlung unzufrieden	Mit dem Team und der Bezahlung zufrieden	<i>gesamt</i>
Geringe Arbeitszufriedenheit	70,9%	34,2%	65,8%
Hohe Arbeitszufriedenheit	29,1%	65,8%	34,2%
<i>gesamt</i>	100%	100%	100%

In Tabelle 10 wird darüber hinaus dargestellt, wie eine „gute Teamarbeit“ die allgemeine Arbeitszufriedenheit verbessert, selbst dann, wenn eine Zufriedenheit mit dem Gehalt nicht gegeben ist. Wer also mit Gehalt und Team unzufrieden ist, weist zu knapp 80% auch eine geringe Arbeitszufriedenheit auf. Wer zwar mit dem Gehalt unzufrieden, aber dafür mit dem Team zufrieden ist, der weist nur zu 68% eine geringe Arbeitszufriedenheit auf. Diese Ergebnisse zeigen sich im Rahmen eines Chi²-Tests jedoch nicht als signifikant. Reduzierte Fallzahlen könnten ein Grund hierfür sein.

Tabelle 10: Auswirkung der Gehalts- und Teamzufriedenheit auf die Arbeitszufriedenheit

	Unzufriedenheit mit dem Gehalt		Zufriedenheit mit dem Gehalt	
	Mit dem Team unzufrieden	Mit dem Team zufrieden	Mit dem Team unzufrieden	Mit dem Team zufrieden
Geringe Arbeitszufriedenheit	79,5%	67,6%	52,3%	34,2%
Hohe Arbeitszufriedenheit	20,5%	32,4%	47,7%	65,8%
<i>gesamt</i>	100%	100%	100%	100%

Vergleichbare Ergebnisse zeigen sich in den folgenden Tabellen 11 bis 13. Auch dort wird deutlich, dass, wenn eine Zufriedenheit mit einzelnen Faktoren vorherrscht, selbst bei geringer Gehaltszufriedenheit eine hohe Arbeitszufriedenheit zu erreichen ist. Besonders stark ist dieser Effekt bei der Zufriedenheit mit den Vorgesetzten sichtbar. Von 100 Pflegekräften, die mit dem Gehalt unzufrieden sind, weisen 50 dennoch eine hohe Arbeitszufriedenheit auf, wenn die Zusammenarbeit mit der*em Vorgesetzten gut funktioniert. Die Gruppendifferenzen zeigen sich anhand eines Chi²-Tests in allen Tabellen (Tabellen 11-13) als statistisch signifikant.

Tabelle 11: Auswirkung der Gehalts- und Vorgesetztenzufriedenheit auf die Arbeitszufriedenheit

	Unzufriedenheit mit dem Gehalt		Zufriedenheit mit dem Gehalt	
	Mit den Vorgesetzten unzufrieden	Mit den Vorgesetzten zufrieden	Mit den Vorgesetzten unzufrieden	Mit den Vorgesetzten zufrieden
Geringe Arbeitszufriedenheit	78,9%	50,0%	62,8%	12,9%
Hohe Arbeitszufriedenheit	21,1%	50,0%	37,2%	87,1%
<i>gesamt</i>	100%	100%	100%	100%

Tabelle 12: Auswirkung der Gehalts- und Dienstplanzufriedenheit auf die Arbeitszufriedenheit

	Unzufriedenheit mit dem Gehalt		Zufriedenheit mit dem Gehalt	
	Mit dem Dienstplan unzufrieden	Mit dem Dienstplan zufrieden	Mit dem Dienstplan unzufrieden	Mit dem Dienstplan zufrieden
Geringe Arbeitszufriedenheit	83,2%	60,0%	55,3%	34,1%
Hohe Arbeitszufriedenheit	16,8%	40,0%	44,7%	65,9%
<i>gesamt</i>	100%	100%	100%	100%

Tabelle 13: Auswirkungen der Gehaltszufriedenheit und des Belastungsgrads auf die Arbeitszufriedenheit

	Unzufriedenheit mit dem Gehalt		Zufriedenheit mit dem Gehalt	
	Geringe Belastung	Hohe Belastung	Geringe Belastung	Hohe Belastung
Geringe Arbeitszufriedenheit	56,5%	84,4%	20,0%	61,7%
Hohe Arbeitszufriedenheit	43,5%	15,6%	80,0%	38,3%
<i>gesamt</i>	100%	100%	100%	100%

Die vorhergehenden Tabellen (Tabelle 7 bis 13) machen deutlich, dass vor allem Kombinationen aus unterschiedlichen Faktoren einen starken Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte haben. Eine hohe Arbeitszufriedenheit kann vor allem dann entstehen, wenn das Gehalt und die Zusammenarbeit mit Vorgesetzten als positiv gesehen werden oder das Gehalt und die Dienstplangestaltung. Das bedeutet, um die Arbeitszufriedenheit möglichst stark zu erhöhen, empfiehlt es sich an unterschiedlichen Stellschrauben gleichzeitig zu drehen. Auch wenn sich das Gehalt als wichtiger Faktor zeigt, wird dennoch deutlich, dass dieser nicht alleinig ausschlaggebend für eine gute Arbeitszufriedenheit ist. Wer etwa mit dem Gehalt zufrieden, nicht aber zufrieden mit der Kooperation mit den Vorgesetzten und dem Dienstplan ist, der weist nur zu 30% eine hohe Arbeitszufriedenheit auf. Wer hingegen mit dem Gehalt unzufrieden ist, kann dennoch zu 53% eine hohe Arbeitszufriedenheit verspüren, wenn die Kooperation mit den Vorgesetzten sowie die Dienstplangestaltung gut klappen. Ähnliches gilt, wenn die Zufriedenheit mit dem Gehalt nicht gegeben ist, dafür aber eine Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Vorgesetzten und dem Team. Diese Pflegekräfte weisen zu 47% auch eine hohe allgemeine Arbeitszufriedenheit auf.

In Tabelle 14 wird nun aufgezeigt, wie die einzelnen Gesamtvariablen auch auf die organisationale Bindung von Pflegekräfte wirken. Wiederum stellt sich heraus, dass das Gehalt und die Teamarbeit eine zentrale Rolle spielen. Was die anderen Gesamtvariablen angeht, zeigt sich nur noch die Dienstplanbelastung mit einem signifikant negativen Effekt auf die Bindung an den Beruf bzw. den Arbeitgeber als relevant.

Tabelle 14: Logistische Regression zu Auswirkungen unterschiedlicher Faktoren auf die organisationale Bindung

	Koeffizient	Standardfehler	z	P>z
Belastungen in der Pflege	-.046	.027	-1.72	.086
Dienstplanbelastung	-.128*	.051	-2.52	.012
Fortbildungen	.025	.061	0.41	.679
Team u. Vorgesetzte	.179***	.032	5.66	.000
Bezahlung	.270**	.105	2.58	.010

Anmerkungen: Anmerkungen: * / ** / *** signifikant. N=253

Um zu überprüfen, ob die besondere Rolle des Gehalts sich nicht rein dadurch ergibt, dass Beschäftigte, die mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen – wie der Arbeitsbelastung, der Dienstplangestaltung oder dem Team – unzufrieden sind, automatisch ihr Gehalt als unzureichend empfinden, da aufgrund der hohen Belastung kaum eine adäquate Entlohnung möglich scheint, wurde eine logistische Regression mit der Zufriedenheit mit dem Gehalt als abhängige Variable gerechnet (vgl. Tabelle A7 im Anhang). Hier zeigen sich die einzelnen

Gesamtvariablen – außer im Fall der Fortbildungen – jedoch nicht als ausschlaggebend für die Zufriedenheit mit dem Gehalt, sodass diese Vermutung wieder verworfen werden kann.

6. Zusammenfassung und Diskussion

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass sowohl die Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitungen als auch die befragten Pflegekräfte aus dem Allgäu erheblichen Bedarf zur Verbesserung der Arbeitssituation in der Pflege sehen. Auch wenn die Mitarbeiterbindung von vielen Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen als relativ gut eingeschätzt wird, zeigen die Ergebnisse der Online-Befragung, dass doch ca. 85% der Pflegekräfte mindestens einmal im vergangenen Jahr darüber nachgedacht hatten, ihre aktuelle Tätigkeit zu beenden. Umso relevanter scheint es die Faktoren zu kennen, die die Arbeitszufriedenheit und die Mitarbeiterbindung in der Pflege positiv beeinflussen.

Als methodische Limitation der Studie gilt es zu erwähnen, dass die befragten Pflegekräfte vor allem aus dem Klinikbereich stammten, zu einem deutlich geringeren Teil aus stationären Pflegeeinrichtungen. Pflegekräfte, die im Rahmen von ambulanten Pflegediensten tätig sind, haben sich fast gar nicht beteiligt. Die Stichprobe ist daher nicht für die Gesamtheit der Allgäuer Pflegekräfte repräsentativ, sie zeigt vor allem die Situation von Pflegekräften im Kliniksetting bzw. eingeschränkt auch in stationären Einrichtungen.

Vor dem Hintergrund dieser methodischen Limitationen weisen die Ergebnisse darauf hin, dass, was Belastungen im Pflegeberuf angeht, vor allem die körperliche Beanspruchung groß ist, ebenso wie die Belastung, die dadurch ausgelöst wird, dass eigene Ansprüche der Pflegekräfte an ihre Pfl egetätigkeit und Ansprüche der Patient*innen nicht erfüllt werden können. Auch die Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen berichten von einer Zunahme der Belastungen in der Pflege. Sie sehen auch ein verändertes Patient*innen- bzw. Bewohner*innenklientel als Auslöser.

Aufgrund der mangelnden Kontrolle, was die Dienstplangestaltung angeht, sieht eine Mehrheit der Befragten eine Schwierigkeit darin, Beruf, Familie und Freizeit miteinander in Einklang zu bringen. In den qualitativen Interviews zeigt sich, dass viele Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen hier gerne mehr für ihre Beschäftigten tun würden, dies jedoch aufgrund des generellen Personalmangels nicht umsetzen können. In anderen Bereichen, wie der Fortbildungs- oder Arbeitsprozessgestaltung, verfügen die Pflegekräfte hingegen über deutlich mehr Handlungsspielraum, den sie aber nur teilweise auch nutzen.

Als Entlastung und Unterstützung im Pflegealltag fungieren funktionierende Teamstrukturen. Hierzu zeigt sich hinsichtlich der Einschätzung der Pflegekräfte im Rahmen der Online-Befragung ein gemischtes Bild: Während die Teamarbeit mehrheitlich als recht gut funktionierend beschrieben wird, wird die stationsübergreifende Zusammenarbeit kritischer gesehen. Auch was die Beziehung zu den Vorgesetzten angeht, zeigen sich Differenzen: Die Zusammenarbeit mit direkten Vorgesetzten wird größtenteils als positiv eingeschätzt, während die Zusammenarbeit mit höheren Hierarchieebenen als weniger gelingend gesehen wird. Die Entlohnung im Pflegebereich wird nur von knapp 30% der Befragten als zufriedenstellend wahrgenommen. Auch die Corona-Pandemie konnte das Gefühl der Wertschätzung – v. a. gesamtgesellschaftlich – nicht erheblich steigern.

Im abschließenden Kapitel wurde aufgezeigt, wie einzelne Faktoren zur Verbesserung der Arbeitssituation seitens der Pflegekräfte priorisiert werden und ob sich diese Priorisierung auch beim Zusammenhang zwischen den einzelnen Faktoren und den abhängigen Variablen –

Arbeitszufriedenheit und organisationale Bindung – widerspiegeln. Dabei stellt sich hinsichtlich der Priorisierungsangaben heraus, dass sich Pflegekräfte vor allem eine Verbesserung des Gehalts wünschen. Es folgend der Wunsch nach mehr Zeit für die eigentliche Pflegetätigkeit sowie eine geringere Arbeitsdichte.

Dass das Gehalt eine zentrale Rolle spielt, wird auch im Rahmen der statistischen Analysen deutlich, indem sich zeigt: Je zufriedener die Pflegekräfte mit dem Gehalt sind, desto höher ist auch deren Arbeitszufriedenheit und deren Bindung zur Einrichtung und zum Pflegeberuf. Neben dem Gehalt ist es aber vor allem auch die Zufriedenheit mit dem Team und den Vorgesetzten, die eine Arbeitszufriedenheit und die Bindung positiv bedingen. Zu diesem Ergebnis passt auch die Antwort zur Frage, was Pflegekräfte im Beruf und in der Einrichtung hält, nämlich mehrheitlich die gute Teamarbeit. Auf die organisationale Bindung der Pflegenden wirkt sich darüber hinaus auch die Dienstplanbelastung signifikant aus. D. h., wer mit dem Dienstplan und den Arbeitszeiten nicht zufrieden ist, denkt häufiger darüber nach, den Pflegeberuf oder die Einrichtung zu verlassen.

Was bedeuten diese Ergebnisse nun für die konkrete Förderung der Mitarbeiterbindung in der Pflege?

Zum einen wird deutlich, dass das Gehalt für die Pflegekräfte eine sehr wichtige Rolle spielt. Häufig haben die Einrichtung selbst jedoch wenig Gestaltungsspielraum, was dessen Höhe betrifft, weshalb sich die Konzentration auf weitere relevante Aspekte empfiehlt. Eine **gelingende Teamarbeit** scheint etwa **ein Schlüssel zu einer hohen Arbeitszufriedenheit** und zu einer starken Bindung zur Einrichtung zu sein. Auch ist dies der Aspekt, der die meisten Pflegekräfte daran hindert, die Einrichtung zu verlassen.

Zur Verbesserung der Teamarbeit stehen potentiell konkrete Möglichkeiten seitens der Leitungsebene zur Verfügung. Wie in den qualitativen Interviews gezeigt wurde, können Supervisionen, regelmäßige Austauschtreffen, gemeinsame Treffen der Teams außerhalb rein beruflicher Kontexte beispielhafte Instrumente zur Förderung der Teamarbeit sein. Auch der Versuch seitens der Vorgesetzten ihr Vertrauen in die Arbeit der Pflegekräfte stärker auszudrücken sowie ausreichend Raum für Gespräche und Rückmeldungen zu schaffen sollte unternommen werden. Einige Autorinnen und Autoren haben sich mit gelingendem Führungsverhalten in der Pflege eingehender beschäftigt und liefern beispielhafte Beschreibungen wie ein solches in der Praxis umgesetzt werden kann. Eine Kultur des richtigen Lobens, eine motivationsfördernde Sprache, die Zusammenarbeit mit verschiedenen Generationen oder die gelingende Gestaltung von Mitarbeitergesprächen sind exemplarische Inhalte (Möller 2016; Lummer 2018).

Darüber hinaus zeigt sich auch die **Dienstplangestaltung** als wichtig, vor allem, wenn es um die Bindung zur Einrichtung geht. Entsprechend scheint es angebracht, trotz erheblicher Hürden und Schwierigkeiten, neue Ideen zur Gestaltung von Dienstplänen und Arbeitszeiten zu entwickeln. Im Rahmen von im Vorhinein definierten Versuchsphasen – wie in den qualitativen Interviews teils beschrieben – könnten neue Modelle getestet werden, ohne dass ein Scheitern grundsätzlich ausgeschlossen wird.

Obwohl technische und digitale Neuerungen in der Prioritätenliste der Pflegekräfte keine herausragende Rolle spielen, könnten sie dennoch indirekt dazu beitragen, die allgemeine Arbeitsbelastung zu senken. Besonders wichtig ist hierbei nur, dass die **Neuerung tatsächlich anwenderfreundlich und praxistauglich** sind und damit eine echte Zeitersparnis mit sich bringen. Bei der Neueinrichtung von solchen digitalen und technischen Lösungen scheint es daher unabdingbar, sich einrichtungsübergreifend über bisherige Erfahrungen auszutauschen und die Pflegekräfte aktiv in den Implementationsprozess zu integrieren.

Darüber hinaus ist es von Bedeutung, im Blick zu haben, dass jede Pflegekraft **individuelle Bedarfe und Interessen** hat, die deren Arbeitszufriedenheit und Bindung erhöht. Obwohl seitens der Einrichtungsleitungen im Rahmen der Interviews etwa beschrieben wurde, dass die jüngere Generation vor allem ein erhöhtes Interesse an Freizeit hat, zeigen die Ergebnisse der Online-Befragung, dass diese Gruppe durchaus vielfältiger ist und auch größeren Wert auf eine gute Teamarbeit und auf mehr Zeit für die eigentliche Pflegearbeit legt. Die Heterogenität der Pflegekräfte sollte demnach von Seiten der Leitungsebene als solche erkannt werden, um bewusst auf die Interessen der einzelnen Beschäftigten eingehen zu können.

Die nachfolgende Tabelle 15 umfasst unterschiedlichste Ideen des IGG zur konkreten Förderung der Arbeitszufriedenheit von Allgäuer Einrichtungen, die Pflegekräfte beschäftigen. Sie kann eine Basis für weitergehende Diskussion liefern.

Tabelle 15: Ideen für eine gemeinsame Verbesserung des Pflegealltags im Allgäu

Runder Tisch „Digitale und technische Helfer im Pflegealltag“	<p><i>Methode</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ca. 2x jährlich stattfindende Veranstaltung von Allgäuer Pflegeeinrichtungen (Leitungspersonal u. Pflegekräfte) ▪ Einzelne Allgäuer Einrichtungen berichten von digitalen und technischen Lösungsansätzen, die sie selbst nutzen und von denen sie überzeugt sind; auch Schwierigkeiten und Hürden der Umsetzung werden angesprochen (z.B. zur Nutzung für ältere Beschäftigte oder Nicht-Muttersprachler); Integration von Best-Practice-Berichten von Einrichtungen außerhalb des Allgäus <p><i>Ziele</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorstellung von Instrumenten, die tatsächlich nutzerfreundlich sind und im Pflegealltag funktionieren ▪ Durch Einbeziehung von Pflegekräften, Integrationsfähigkeit in den Pflegealltag sicherstellen; Akzeptanzförderung
Newsletter zum Thema Arbeitszeiten und Arbeitszeitmodelle	<p><i>Methode</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ca. halbjährlich erscheinender Newsletter für Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen mit Tipps und Ideen für Arbeitszeitmodelle ▪ Integration von wissenschaftlichen und externen Beiträgen sowie Erfahrungen aus den Allgäuer Einrichtungen <p><i>Ziele</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufzeigen und Diskussion von etablierten Arbeitszeitmodellen, die Flexibilität und Planbarkeit gleichermaßen integrieren
Vortrags- und Diskussionsreihe zum Thema „Führung und Arbeiten im Team“	<p><i>Methode</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ca. 1-2 Vortrags- und Diskussionsreihen gemeinsam mit Expert*innen sowie Wissenschaftler*innen zum Thema „Führung und Arbeiten im Team“ pro Jahr

Ziele

- Neue Ansätze und Ideen zum Führungsverhalten kennenlernen; von Methoden zur guten Zusammenarbeit in Team erfahren und diese ggf. in die Anwendung bringen
-

Wie werden die Studienergebnisse seitens Allgäuer Einrichtungen interpretiert und welche konkreten Handlungsschritte lassen sich ableiten?

Die Studienergebnisse wurden Allgäuer Kliniken und Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines im März 2021 stattgefundenen Workshops präsentiert. Im Anschluss fand ein gemeinsamer Austausch dazu statt.

Eine Diskussionsgruppe beschäftigte sich etwa mit dem Aspekt „Verbesserte Kommunikation mit Vorgesetzten und Stärkung der Teamarbeit“, da die Studienergebnisse verdeutlichen, dass dort viel Potential zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit und zur Stärkung der Bindung von Pflegekräften steckt. Es wurden unterschiedliche Erfahrungen und Empfehlungen aus der Praxis zusammengetragen,

- wie etwa seitens des Führungspersonals eigene Kompetenz- und Verantwortungsbereiche gegenüber den Pflegekräften transparenter zu machen. So könnten die Führungskräfte klarmachen, dass sie nicht für alle Problemlagen selbst verantwortlich seien bzw. eindeutig zu den Schwierigkeiten stehen, die auch tatsächlich in deren Verantwortungsbereich lägen.
- Des Weiteren wurde empfohlen, dass hinsichtlich des Kontakthaltens seitens der Leitungen mit den einzelnen Pflegekräften dem Motto „Qualität statt Quantität“ gefolgt werden könne. Das heißt, auch scheinbar kleine Gelegenheiten sollten genutzt werden, um als Führungskraft Pflegekräfte zu unterstützen und zu entlasten.
- Die Namen aller unterstellten Pflegekräfte zu kennen wurde als relevanter Baustein identifiziert, um Wertschätzung kund zu tun.
- Während „eher künstliche“ Teambuilding-Maßnahmen tendenziell kritisch gesehen wurden, kann etwa die Bereitstellung von Räumlichkeiten und damit das Bieten von Gelegenheiten auch für private Austauschrunden eine gelingende Strategie sein.
- Ebenso wurde angesprochen, dass eine konkrete Betrachtung von Kommunikationsmitteln und -wegen ein erster Schritt für eine durchdachte und bewusst gewählte Kommunikationsstrategie in den Einrichtungen sein kann.

Eine weitere Diskussionsgruppe beschäftigte sich mit dem Thema „Arbeitszeiten und Dienstplangestaltung“. Hierbei wurde unter anderem angesprochen,

- dass eine hohe Unzufriedenheit in diesem Bereich voraussichtlich unter anderem durch hohe Quoten des Einspringens für Kolleg*inn*en bzw. ein unzureichendes Ausfallmanagement zu Stande komme. Springerdienste könnten hier einen Beitrag leisten.
- Wichtig sei eben im Gedächtnis zu behalten, dass es neben dem Interesse der Beschäftigten ganz zentral um die Interessen der Bewohner*innen bzw. der Patient*innen gehe und diese seien, was die Tages- und Nachtzeiten angeht, grundsätzlich nur schwer mit den Arbeitnehmerinteressen in Verbindung zu bringen.

Als weitere Idee zu einem allgäuweiten Vorgehen der Einrichtungen und Kliniken zur Stärkung der Arbeitszufriedenheit und Bindung wurde eine

- Kampagne zur Wertschätzung und zur Förderung des Berufsstolzes in der Pflege vorgeschlagen. Öffentlichkeitswirksame Aktionen und Initiativen könnten etwa dazu beitragen.

Insgesamt einigten sich die Vertreterinnen und Vertreter der Einrichtungen und Kliniken, dass ein konsequentes Handeln, unter anderem auf Basis der Studienergebnisse, weiterhin notwendig sein wird, um dem Personalmangel in der Pflege entschiedener zu entgegnen und die Situation von Menschen, die in der Pflege tätig sind, merklich zu verbessern.

Literaturverzeichnis

- Amstutz, Nathalie / Konrad, Jonas / Minning, Christoph / Spaar, Regula (2013): Lebensphasenspezifische Laufbahnentwicklung und Verbundenheit im Pflegeberuf. Synthesebericht zur quantitativen und qualitativen Erhebung im Rahmen des Projekts CaRe – Laufbahnentwicklung und Retention Management in der Pflege im Kooperationsverbund von Spitälern, Alters- und Pflegeheimen und Spitex. Olten: Institut für Personalmanagement und Organisation (PMO)
- Bartholomeyczik, Elke (2014): Arbeitsbelastung in der Krankenpflege: Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS)
- Blum, Karl / Müller, Udo / Schilz, Patricia (2004): Wiedereinstieg ehemals berufstätiger Pflegekräfte in den Pflegeberuf. Forschungsprojekt des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Katholischen Fachhochschule Freiburg mit Unterstützung der Krankenhausgesellschaft Baden-Württemberg
- Borgstedt, Silke (2020): Sinus-Jugendbefragung: Kindertagesbetreuung & Pflege - attraktive Berufe? Qualitative und quantitative Forschung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 14 bis 20 Jahren,
- Boscher, Claudia/Raiber, Lea/Fischer, Florian/Winter Maik H. J. (2020): Einsatz und Erfolg gesundheitsbezogener Maßnahmen zur Personalbindung in der Pflege: Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Führungskräften aus der Region Bodensee-Oberschwaben. Gesundheitswesen, Online-Publikation, S. 1–8
- Brady Germain, Pamela/Cummings, Greta G. (2010): The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 18 (4), S. 425–439
- Breinbauer, Mareike/Jacob, Rüdiger/Richter, Nico/Kopp, Johannes (2019): Die Situation der Pflege in Rheinland-Pfalz: Ergebnisse einer Online-Befragung von Mitgliedern der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. In: Münnich, Ralf/ Kopp, Johannes (Hrsg.): *Pflege an der Grenze. Entwicklungen - Fragestellungen - Herangehensweisen*. Wiesbaden: Springer VS, S. 19–76
- Fairbrother, Kerry/Warn, James (2003): Workplace dimensions, stress and job satisfaction. *Journal of Managerial Psychology*, 18 (1), S. 8–21
- Fischer, Josef A. / Hüttermann, Hendrik (2020): PsySafety-Check (PS-C): PsySafety-Check (PS-C): Fragebogen zur Messung psychologischer Sicherheit in Teams.
- Flieder, Margret (2002): Aufgeben oder Durchhalten? Zum Mythos von Fluktuation und Verbleib im Pflegeberuf. *Quer - denken, lesen, schreiben* (5), S. 12–16
- Golombek, Josephine/Fleßa, Steffen (2011): Einflussfaktoren auf die Verweildauer im Beruf und die Standortwahl des Arbeitsplatzes bei Gesundheits- und Krankenpflegern. *HBScience (HeilberufeScience)*, 2 (1), S. 3–10
- Gutknecht, Simon P. (2006): Arbeitszufriedenheit und Commitment in Zeiten organisationalen Wandels: zum Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen auf organisationsspezifische Einstellungen - eine Untersuchung in Militär und Wirtschaft: University of Zurich, Philosophische Fakultät

- Hackmann, Tobias/Müller, Daniela (2012): Berufsausstieg in der Pflege – Herausforderungen an die betriebliche Praxis. Eine empirisch-analytische Untersuchung am Beispiel der Pflegeeinrichtungen im Landkreis Reutlingen. *Sozialer Fortschritt*, 61 (9), S. 227–236
- Höhmann, Ulrike/Lautenschläger, Manuela/Schwarz, Laura (2016): Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In: Jacobs, Klaus/ Kuhlmei, Adelheid/ Greß, Stefan/ Klauber, Jürgen/ Schinger, Antje (Hrsg.): *Pflege-Report 2016. Die Pflegenden im Fokus*. Stuttgart: Schattauer, S. 73–89
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (2018): *Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage*. Hamburg: Institut DGB-Index Gute Arbeit; ver.di
- Jacobs, Klaus/Kuhlmei, Adelheid/Greß, Stefan / Klauber, Jürgen / Schinger, Antje (Hrsg.) (2016): *Pflege-Report 2016*. Stuttgart: Schattauer
- Johnson, Jeffrey Vaughn/Hall, Ellen McCoy (1988): Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78 (10), S. 1336–1342
- Joost, Angela (2013): Altenpflegekräfte länger im Beruf halten. Chancen, Potenziale und strategische Ansätze. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56 (8), S. 1112–1118
- Karasek, Robert A. (1979): Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24 (2), S. 285–308
- Lai, Ming-Cheng/Chen, Yen-Chun (2012): Self-Efficacy, Effort, Job Performance, Job Satisfaction, and Turnover Intention: The Effekt of Personal Characteristics on Organization Performance. *International Journal of Innovation, Management and Technology*, 3 (4), S. 387–391
- Lauxen, Oliver/Larsen, Christa/Schwarz, Laura/Höhmann, Ulrike (2018): Personal sichern: Wie können Arbeitgeber Einfluss nehmen? *Pflegezeitschrift*, 71 (4), S. 59–64
- Lummer, Christian (2018): *Teamleitung in der Pflege. "Wir statt ich": Führen Sie mit Vertrauen, Loyalität und Wertschätzung*. Hannover: schlütersche
- Mayring, Philipp (2016): *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*, 6. überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz
- Möller, Susanne (2016): *Erfolgreiche Teamleitung in der Pflege*. Berlin, Heidelberg: Springer
- Mowday, Richard T./Steers, Richard M./Porter, Lyman W. (1979): The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14 (2), S. 224–247
- Podsakoff, Nathan P./LePine, Jeffery A./LePine, Marcie (2007): Differential Challenge Stressor–Hindrancer Stressor Relationships With Job Attitudes, Turnover Intentions, Turnover, and Withdrawal Behavior: A Meta-Analysis. *Journal of Applied Psychology*, 92 (2), S. 438–454
- Preiß, Franziska/Boscher, Claudia/Winter, Maik (2018): Gewinnung von Pflegefachkräften im ländlichen Raum. *Pflegewissenschaft*, 20 (11/12), S. 480–490
- Saha, Rumi (2016): Factors influencing Organizational Commitment – Research and Lessons. *Management Research and Practice*, 8 (3), S. 36–48

- Siegrist, Johannes (1996): Adverse Health Effects of High-effort/low-reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (1), S. 27–41
- Simon, Michael / Tackenberg, Peter / Hasselhorn, Hans-Martin / Kümmerling, Angelika / Büscher, Andreas / Müller, Bernd Hans (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland: Universität Wuppertal
- Statistisches Bundesamt (2020): Personal der stationären Pflegeeinrichtungen.
- Winter, W./Grünewald, C. (2016): BGM als Stellschraube von Arbeitgeberattraktivität. In: Badura, Bernhard/ Ducki, Antje/ Schröder, Helmut/ Klose, Joachim/ Meyer, Markus (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2016*. Berlin Heidelberg: Springer, S. 225–235
- Wolf-Ostermann, Karin/Schmidt, Annika/Preuß, Benedikt et al. (2020): Pflege in Zeiten von Corona: Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittbefragung von ambulanten Pflegediensten und teilstationären Einrichtungen. *Pflege*, 33 (5), S. 277–288
- Wright, Thomas A./Bonett, Douglas G. (2007): Job Satisfaction and Psychological Well-Being as Nonadditive Predictors of Workplace Turnover. *Journal of Management*, 33 (2), S. 141–160
- Yücel, İlhami (2012): Examining the Relationships among Job Satisfaction, Organizational Commitment, and Turnover Intention: An Empirical Study. *International Journal of Business and Management*, 7 (20), S. 44–58

Anhang

Abbildung A1: Interviewfragebogen

- I. Organisationaler Kontext / Zahlen und Fakten zum Pflegepersonal
 - Der Träger der Einrichtung ist XX. Ist das soweit korrekt?
 - Anzahl der Beschäftigten gesamt?
 - Anzahl des Pflegepersonals? Wie hoch ist der Betreuungsschlüssel?
 - Wie hoch ist der Anteil an männlichen Pflegekräften?
 - Wie alt sind die Pflegekräfte im Durchschnitt?
 - Welche Ausbildung haben die Pflegekräfte vor allem? Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Alten- bzw. Krankenpflegehelfer?
 - In welchem arbeitszeitlichen Umfang sind die Pflegekräfte im Durchschnitt angestellt? V.a. Teil- oder Vollzeit?

- II. Konkrete Maßnahmen zur Mitarbeiterbindung
 - Wie schätzen Sie die aktuelle Fachkräftesituation in der Pflege im Allgäu ein?
 - Wie stark hat die Arbeitsbelastung in den vergangenen Jahren zugenommen? D.h. wie hoch ist die Arbeitslast – physisch wie auch psychisch?
 - Was ist besonders psychisch belastend für die Beschäftigten?
 - Was ist besonders physisch belastend für die Beschäftigten?
 - Gehalt: Wie schätzen Sie die Bezahlung der Pflegekräfte, die bei Ihnen beschäftigt sind, im Vergleich zu vergleichbaren Einrichtungen ein?
 - Wird nach Tarifvertrag bezahlt?
 - Kommen die Pflegekräfte häufig mit Gehaltsforderungen auf Sie zu oder herrscht Zufriedenheit?
 - Gibt es einen automatischen Jahresrhythmus nachdem das Gehalt nach oben geht?
 - Wird bei Gehaltserhöhungen individuell verhandelt bzw. gibt es auch Leistungskriterien, die hier zum Tragen kommen?
 - (Bezahlen Sie Sonderzahlungen, Abwerbprämien oder Prämien im Rahmen von „Mitarbeiter*innen werben Mitarbeiter*innen“?)
 - Schulungen: Wie oft können Pflegekräfte Schulungen wahrnehmen?
 - Gehen Sie proaktiv auf die Pflegekräfte zu oder müssen sie sich selbst kümmern?
 - Wie groß ist das Interesse nach Schulungen? Können Fortbildungsthemen eigenständig gewählt werden? Gibt es interne stationsübergreifende Schulungen?
 - Werden Inhalte aus Schulungen in der Praxis angewendet/ oder vergessen (und an Kollegen weitergegeben)? Z.B. im Bereich arbeitsplatzbezogene Verhaltensschulung?
 - Aufstiegschancen: Gibt es innerhalb der Einrichtung Aufstiegs- und Karrieremöglichkeiten für die Pflegekräfte?
 - Wenn ja, in welcher Form?
 - Entscheidungsspielraum: Gibt es den bewussten Versuch, dass Pflegekräfte über bestimmte Abläufe und Prozesse einen eigenen Entscheidungsspielraum haben?
 - Wie flexibel sind Dienstpläne, Urlaub usw.?
 - Gibt es regelmäßige Treffen / Kanäle, über welche konstruktives Feedback und Verbesserungsvorschläge an die Leitung kommuniziert werden können?
 - Haben die Pflegekräfte aus ihrer Sicht genug Handlungs-/Entscheidungsspielraum in pflegerischen Entscheidungen?
 - Ist für die Beschäftigten zu viel Entscheidungsspielraum überfordernd?
 - Arbeitszeiten / Verlässlicher Dienstplan
 - Lassen sich Beruf und Familie gut miteinander vereinbaren?
 - Wie verlässlich ist der Dienstplan? Muss z.B. oft spontan für andere eingesprungen werden?
 - Wie wichtig ist den Beschäftigten die Work-Life-Balance? Gibt es hier Unterschiede zwischen den Generationen?
 - Sind die Beschäftigten mit der Beschäftigungsform (Voll- oder Teilzeit) zufrieden oder wollen viele mehr oder weniger Stunden arbeiten?

- Urlaub: Wie viele Urlaubstage haben Beschäftigten bei Ihnen?
 - Herrscht allgemeine Zufriedenheit mit den gegebenen Urlaubstagen und der Flexibilität bei der Urlaubsplanung?
 - Gibt es bei Ihnen in der Einrichtung die Option statt Gehaltssteigerungen die Anzahl der Urlaubstage zu erhöhen?
- Hilfsmittel: Gibt es spezielle Hilfsmittel, um körperliche Arbeit zu minimieren, die ggf. in anderen Einrichtungen nicht vorhanden sind?
 - Werden diese genutzt? Falls nicht, warum nicht?
 - In welcher Form nutzen Sie digitale Helfer?
- Wie wirken sich Dokumentationspflichten auf die Arbeitszufriedenheit aus? Inwiefern könnten digitale Lösungen helfen?
- Team: Herrscht kollegiale Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeiter/innen?
 - Wertschätzendes Verhalten zwischen Vorgesetztem und Team?
 - Konstruktives Feedback innerhalb des Teams, Teamentwicklung, Partizipation an Entscheidungen der Teamleitung?
- Sonstige Maßnahmen: Gibt es sonstige Unterstützungsformen speziell für Beschäftigte? (Z.B. psychologische Hilfsangebote oder ein betriebliches Gesundheitsmanagement in der Einrichtung?)

III. Kündigungsfälle im Detail / Arbeitszeitreduzierung

- Wie lange sind Pflegekräfte durchschnittlich bei Ihnen angestellt? Gibt es Unterschiede zwischen Berufseinsteigern / erfahrenen Beschäftigten? Männer u. Frauen?
- Arbeitskraft wird nicht nur durch Kündigung weniger, sondern auch durch Reduzierung der Arbeitszeit. Inwiefern spielt das in Ihrer Einrichtung eine wichtige Rolle? Wie kommt es zur Arbeitszeitreduzierung?
- Kündigen Voll- und Teilzeitkräfte gleichermaßen oft? Aus den gleichen Gründen?
- Welche Gründe werden für Kündigungen genannt? Versuchen Sie die Gründe bewusst erfragen? (Z.B. Gesundheitszustand, Arbeitsbelastung, Gehalt, unflexibles Arbeiten)
- Wie ist die aktuelle Entwicklung hinsichtlich der Kündigungen? Gibt es mehr oder weniger Kündigungen? Hat sich die Corona-Krise in irgendeiner Form auf das Kündigungsverhalten ausgewirkt? Falls ja, wie?
- Wissen Sie wohin die Pflegekräfte, die bei Ihnen gekündigt haben, gewechselt sind? Was erhoffen sie sich bei der neuen Stelle? Falls Informationen vorhanden: Wie viele verlassen sogar den Berufszweig?
- Welche Rolle spielt die Region Allgäu bei der Kündigung von Pflegekräften? Würden Sie sagen, dass es im Bereich Pflegekräftemangel Besonderheiten für den ländlichen Raum gibt? Ist der Tourismus im Allgäu ein alternatives Arbeitsfeld?

IV. Potentielle Maßnahmen zur Förderung der Mitarbeiterbindung

- Könnten Sie sich vorstellen, dass es spezielle technische Geräte oder digitale Lösungen gibt, die Ihren Mitarbeitern Erleichterung bringen würden (und die Bindung an Ihre Einrichtung erhöhen).
Gibt es in Ihrer Einrichtung ein Alleinstellungsmerkmal, das sich zukünftig zur Mitarbeiterbindung einsetzen lässt?
- Können Sie bestimmte Typen an Pflegekräften identifizieren, die jeweils andere Bedürfnisse haben? Z.B. „finanzielle Aspekte sehr wichtig“ / „Freizeit wichtig“ / „guter Zusammenhalt im Team wichtig“?
- Könnten Sie sich vorstellen, die Arbeitsbedingungen (Je nach vorhergegangenen Antworten in Punkt 2 beispielsweise veränderte Arbeitszeitmodelle, Aufgabenverteilungen, Hilfestellungen, etc.) umzugestalten, um die Zufriedenheit der Beschäftigten in Ihrer Einrichtung zu stärken?
- Was würden Sie Ihren Beschäftigten gerne bieten? Und warum können Sie es nicht?

V. Sozioökonomische Kennzahlen des oder der Befragten

- Wie lange sind Sie bereits in der Einrichtung tätig?
- Welche Ausbildung haben Sie persönlich ursprünglich absolviert?
- Darf ich Sie noch nach Ihrem Alter fragen?

- Gibt es sonst noch Fragen oder Anmerkungen Ihrerseits bzw. Dinge, die Sie gerne noch anfügen möchten?

Abbildung A2: Fragebogen der Online-Befragung

1 2 3 4 5 6 7 8 9

1 Teilnahmeerklärung

Vielen Dank, dass Sie sich ca. 10 Minuten Zeit nehmen, um unsere Fragen zu beantworten.

Die Befragung ist freiwillig und anonym, d.h. wir werden nicht nach Ihrem Namen fragen und man wird Ihre Antworten nicht auf Sie zurückführen können. Wir freuen uns, wenn Sie ehrlich auf unsere Fragen antworten. Dadurch besteht die bestmögliche Grundlage, um die Arbeitssituation für Menschen im Allgäu, die in der Pflege tätig sind, zu verbessern.

Was passiert mit Ihren Antworten? Die Antworten von allen Befragten werden anonym für diese Studie ausgewertet. Nur die Projektbeteiligten der Hochschule Kempten haben Zugriff darauf. Wir arbeiten mit dem Programm Evasys, die Daten werden nur auf dem hochschuleigenen Server bis zum Schluss der Auswertung gespeichert. Indem Sie auf "Weiter" klicken, erklären Sie sich damit einverstanden.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

1 2 3 4 5 6 7 8 9

2 Belastungen

Wir möchten Sie bitten, zu Ihren berufsbezogenen Belastungen Stellung zu nehmen. **Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Begebenheiten an, wie häufig sich dies bei Ihnen ereignet. Wie oft kommt es vor, dass...**

	immer	häufig	manchmal	selten	nie
2.1 Sie aus Zeitgründen nicht auf die Wünsche oder Probleme der Bewohner bzw. Patienten eingehen können.	<input type="radio"/>				
2.2 Sie nach der Arbeit körperlich völlig erschöpft sind.	<input type="radio"/>				
2.3 Sie das Gefühl haben, zu viel Verantwortung übernehmen zu müssen.	<input type="radio"/>				
2.4 Die Arbeitsaufteilung und Arbeitsabläufe nicht so klar geregelt sind, wie Sie sich das wünschen.	<input type="radio"/>				
2.5 Sie das Gefühl haben, die Arbeit sei so viel, dass Sie nie damit fertig werden können.	<input type="radio"/>				
2.6 Sie sich durch die Probleme der Bewohner oder Patienten seelisch stark beansprucht fühlen.	<input type="radio"/>				
2.7 Sie mehr Verantwortung haben möchten, als Ihnen zugestanden wird.	<input type="radio"/>				
2.8 Sie die Menschen nicht so pflegen können, wie Ihnen das eigentlich wichtig wäre.	<input type="radio"/>				
2.9 Sie Dokumentationspflichten als belastend wahrnehmen.	<input type="radio"/>				
2.10 Die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit nur schwer umsetzbar ist.	<input type="radio"/>				
2.11 Sie die Dienstplangestaltung als ungerecht wahrnehmen.	<input type="radio"/>				
2.12 Sie die Dienstplangestaltung als nicht kompatibel mit Ihrem Familien- oder Privatleben wahrnehmen.	<input type="radio"/>				

3 Arbeit im Team u. mit Vorgesetzten

Mit der nächsten Frage möchten wir mehr dazu erfahren, wie Sie die Zusammenarbeit mit Kollegen und Vorgesetzten wahrnehmen. **Bitte bewerten Sie hierzu die gemachten Aussagen.**

	stimmt voll und ganz	stimmt eher	teils teils	stimmt eher nicht	stimmt gar nicht
3.1 In meinem Team kann man Probleme und schwierige Themen offen ansprechen.	<input type="radio"/>				
3.2 Niemand in diesem Team würde absichtlich etwas tun, das meiner Arbeit schadet.	<input type="radio"/>				
3.3 Die stationsübergreifende Zusammenarbeit funktioniert sehr gut (z.B. mit der Verwaltung, Labor, anderen Stationen etc.).	<input type="radio"/>				
3.4 Ich bekomme von meinem direkten Vorgesetzten / meiner direkten Vorgesetzten (z.B. Stationsleitung) die Zusicherung, dass er / sie Vertrauen in meine Fähigkeiten hat.	<input type="radio"/>				
3.5 Ich habe ausreichend Gesprächsmöglichkeiten mit meinem direkten Vorgesetzten / meiner direkten Vorgesetzten (z.B. Stationsleitung), um über Probleme, gegenseitiges Feedback, aktuelle Wünsche oder Ähnliches zu sprechen.	<input type="radio"/>				
3.6 Ich fühle mich auch von Vorgesetzten auf höherer Ebene (z.B. Pflegedirektion, Einrichtungsleitung, etc.) verstanden und ernst genommen.	<input type="radio"/>				
3.7 Die Anweisungen und das Verhalten von Vorgesetzten auf unterschiedlichen Ebenen widersprechen sich zu häufig.	<input type="radio"/>				
3.8 Ich verspüre häufig Druck durch meine Vorgesetzten, wenn ich keine Überstunden machen will.	<input type="radio"/>				

4 Sonstige Hilfsmittel und Fortbildungsmöglichkeiten

Mit den nächsten Fragen möchten wir mehr dazu erfahren, wie Sie sonstige Hilfsmittel und die Möglichkeit von Fortbildungen wahrnehmen. **Bitte bewerten Sie hierzu die gemachten Aussagen.**

	stimmt voll und ganz	stimmt eher	teils teils	stimmt eher nicht	stimmt gar nicht
4.1 Es wird ausreichend dafür gesorgt, dass ich an Fortbildungen zu beruflichen Inhalten teilnehmen kann (z.B. zu Krankheitsbildern, Pflegekompetenzen etc.).	<input type="radio"/>				
4.2 Es wird ausreichend dafür gesorgt, dass ich an Fortbildungen zur eigenen Gesundheitsförderung teilnehmen kann (z.B. zur Stressbewältigung, Rückenschulung, etc.).	<input type="radio"/>				
4.3 Ich habe eine nützliche Einführung in die Verwendung von Hebe- und Tragehilfen bekommen.	<input type="radio"/>				
4.4 Ich würde gerne mehr technische Hilfsmittel nutzen, um die Belastung der körperlichen Arbeit zu reduzieren.	<input type="radio"/>				
4.5 Ich würde gerne mehr digitale Hilfsmittel nutzen (z.B. digitale Dokumentationsprogramme, Apps zur Kommunikation mit Kollegen etc.).	<input type="radio"/>				

5 Bezahlung u. Auswirkung von Corona

Mit der nächsten Frage, möchten wir mehr dazu erfahren, inwiefern sich die Wahrnehmung Ihrer Tätigkeit durch Corona verändert hat und wie Sie Ihre Bezahlung grundsätzlich wahrnehmen. **Bitte bewerten Sie hierzu die gemachten Aussagen.**

	stimmt voll und ganz	stimmt eher	teils teils	stimmt eher nicht	stimmt gar nicht
5.1 Mit der Bezahlung meiner Tätigkeit bin ich zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.3 Ich habe persönlich gemerkt, dass durch die Corona-Pandemie die Wertschätzung meines Berufs in der Gesellschaft gestiegen ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.4 Die Ankündigung der zusätzlichen Zahlungen für Pflegepersonal während der Corona-Pandemie habe ich als positiv und wertschätzend wahrgenommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.5 Die zusätzliche Zahlung für Pflegepersonal während der Corona-Pandemie habe ich bereits erhalten.	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> zum Teil		

1 2 3 4 5 6 7 8 9

6 Allgemeine Arbeitszufriedenheit

Mit der nächsten Frage möchten wir klären, wie zufrieden Sie insgesamt mit Ihrer aktuellen beruflichen Situation sind. **Bitte bewerten Sie hierzu die gemachten Aussagen.**

	stimmt voll und ganz	stimmt eher	teils teils	stimmt eher nicht	stimmt gar nicht
6.1 Ich bin mit meiner aktuellen Arbeitssituation zufrieden.	<input type="radio"/>				
6.2 Ich habe im Laufe des letzten Jahres häufiger darüber nachgedacht, die Arbeitszeit zu reduzieren.	<input type="radio"/>				

7 Verbundenheit mit der Arbeit

Wie oft im Laufe des letzten Jahres haben Sie daran gedacht,...

	nie	einige Male im Jahr	einige Male pro Monat	einige Male in der Woche	jeden Tag
7.1 Ihren Pflegeberuf aufzugeben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.2 sich nach einer Stelle in einem (anderen) Pflegeheim umzusehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.3 in einen (anderen) ambulanten Dienst zu wechseln?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.4 in ein (anderes) Krankenhaus zu wechseln?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.5 in eine Praxis zu wechseln?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.6 sich selbständig zu machen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.7 Was ist ausschlaggebend dafür, dass Sie sich mit Ihrer aktuellen Stelle verbunden fühlen?	<input type="checkbox"/> Tolles Team <input type="checkbox"/> Gehalt <input type="checkbox"/> Pflichtgefühl		<input type="checkbox"/> Arbeit mit und für Menschen <input type="checkbox"/> Sicherheit des Arbeitsplatzes <input type="checkbox"/> Sonstiges		
7.9 Würden Sie Ihren Kindern oder guten Bekannten eine Ausbildung oder Tätigkeit im Pflegebereich empfehlen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Weiß nicht so recht		<input type="radio"/> Nein		

8 Prioritäten zur Verbesserung der Arbeitssituation

Stellen Sie bitte mithilfe der angegebenen Aspekte Ihre persönliche Prioritätenliste zur Verbesserung Ihrer aktuellen Arbeitssituation dar. Wenn Sie gänzlich zufrieden sind, diese Frage gerne überspringen. Auch müssen nicht alle Faktoren eingefügt werden.

Zur Sortierung können die Elemente von der linken in die rechte Liste gezogen werden.

8.1 In diesen Bereichen gibt es noch klaren Verbesserungsbedarf (ganz oben = höchste Priorität)

Auswahl:

- Gehalt
- Arbeitszeiten
- Dienstplangestaltung
- Zusammenarbeit im Team
- Zusammenarbeit mit Vorgesetzten
- Fortbildungsmöglichkeiten
- Arbeitsdichte
- technische u. digitale Hilfsmittel
- Zeit für eigentliche Pflegetätigkeit

Reihenfolge:

9 Zu Ihrer Person

9.1 Wie alt sind Sie?

Bitte wählen...

9.2 Haben Sie Kinder?

kein Kind 1 Kind oder mehr

9.3 In welcher Art von Einrichtung sind Sie tätig?

Klinik / Krankenhaus Stationäre Pflegeeinrichtung
 Ambulanter Pflegedienst Sonstiges

9.4 Seit wie vielen Jahren sind Sie bereits in der Pflege tätig?

weniger als 1 Jahr 1-2 Jahre 3-5 Jahre
 6-10 Jahre 11-25 Jahre mehr als 25 Jahre

9.5 In welchem Umfang sind Sie beschäftigt?

Vollzeit Teilzeit

9.6 Welche Ausbildung haben Sie ursprünglich absolviert?

Bitte wählen...

9.7 Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

weiblich männlich divers

9.8 Wie sehr beziehen sich Ihre Antworten in dieser Befragung auf die besondere Situation während der Corona-Pandemie, wie sehr gelten sie auch für "normalere" Zeiten?

Die Antworten gelten insbesondere für die Zeit der Corona-Pandemie
 Die Antworten gelten sowohl für die Zeit der Corona-Pandemie als auch für "normalere" Zeiten
 Die Antworten gelten insbesondere für "normalere" Zeiten

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an der Umfrage!

Tabelle A1: Überblick über Interviewpartner

<i>Interview-Nr.</i>	<i>Einrichtungstyp</i>
Interview 1	Ambulanter Pflegedienst
Interview 2	Stationäre Pflegeeinrichtung
Interview 3	Klinik
Interview 4	Stationäre Pflegeeinrichtung
Interview 5	Klinik
Interview 6	Stationäre Pflegeeinrichtung
Interview 7	Klinik
Interview 8	Klinik

Tabelle A2: Logistische Regression zur Rolle von Alter, Dauer der Pflegetätigkeit und Geschlecht bei der Arbeitszufriedenheit

	Koeffizient	Standardfehler	z	P>z
Alter	.029*	.014	2.05	0.041
Geschlecht	.015	.261	0.06	0.955
Dauer d. Pflegetätigkeit	-.433**	.138	-3.14	0.002

Anmerkungen: Anmerkungen: * / ** / *** statistisch signifikant. N=254

Tabelle A3: Logistische Regression zur Auswirkung der Arbeitszufriedenheit auf die organisationale Bindung

	Koeffizient	Standardfehler	z	P>z
Arbeitszufriedenheit	.943***	.113	8.35	.000

Anmerkungen: Anmerkungen: * / ** / *** statistisch signifikant. N=247

Tabelle A4: Erläuterung zur Bildung von Gesamtvariablen (Skalenbildung)

Im Rahmen der Studie wurden teils latente Gesamtvariablen, wie etwa „Arbeitsbelastung“, gebildet, die aus einzelnen Items zusammengefasst sind. Mithilfe der Berechnung von Cronbachs Alpha wurde deren Qualität und Aussagekraft geprüft. Das Zustandekommen der latenten Gesamtvariablen wird in der nachfolgenden Tabelle erläutert.

Latente Gesamtvariablen	Einzelitems u. Cronbachs Alpha
Belastungen in der Pflege	Dokumentationspflichten, Nichterfüllung des eigenen Anspruchs, seelische Belastung, zu viel Arbeit, unklare Regelung der Arbeitsabläufe, zu viel Verantwortung, körperliche Erschöpfung, Nichterfüllung von Patientenbedarfen <i>Cronbachs Alpha: 0,85</i>
Dienstplanbelastungen	Inkompatibilität der Dienstplangestaltung, Ungerechte Dienstplangestaltung, Probleme bei Vereinbarkeit von Beruf und Privaten <i>Cronbachs Alpha: 0,84</i>
Fortbildungen	Fortbildungen zur eigenen Gesundheit, Fortbildungen zu beruflichen Themen <i>Cronbachs Alpha: 0,82</i>
Team u. Vorgesetzte	Kein gegenseitiges Schaden, Probleme offen ansprechen, stationsübergreifende Zusammenarbeit, Verständnis seitens höherer Hierarchieebenen, Gesprächsmöglichkeiten,

Gefühl des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten
Cronbachs Alpha: 0,73

Organisationale Bindung

Wechsel des Pflegeberufs, Wechsel in Krankenhaus, Wechsel in Pflegeheim, Wechsel in ambulante Einrichtung, Wechsel in eine Praxis, Wechsel in Selbstständigkeit
Cronbachs Alpha: 0,80

Tabelle A5: Logistische Regression zur Auswirkung auf Alter, Jahre der Pfl egetätigkeit und Geschlecht auf das Interesse nach Fortbildungen

	Koeffizient	Standardfehler	z	P>z
Alter	.024	.014	1.79	.074
Pflegetätigkeit	-.112	.127	-.88	.379
Geschlecht	.040	.262	0.15	.878

Anmerkungen: Anmerkungen: * / ** / *** signifikant. N=246

Tabelle A6: Logistische Regression zur Auswirkung der Gehaltszufriedenheit auf den Wunsch nach Arbeitszeitreduktion

	Koeffizient	Standardfehler	z	P>z
Wunsch nach Arbeitszeitreduktion	-.322***	.077	-4.16	0.000

Anmerkungen: * / ** / *** signifikant; N=268

Tabelle A7: Logistische Regression zur Auswirkung unterschiedlicher Faktoren auf die Zufriedenheit mit dem Gehalt

	Koeffizient	Standardfehler	z	P>z
Belastungen in der Pflege	-.012	.028	-0.76	.446
Dienstplanbelastung	-.054	.052	-1.04	.299
Fortbildungen	.222***	.059	3.78	.000
Team u. Vorgesetzte	.020	.031	0.64	.525

Anmerkungen: Anmerkungen: * / ** / *** signifikant. N=253