



**IWAK**

**Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur**

Zentrum an der Goethe-Universität Frankfurt am Main



## **Berufsverbleib und Fluktuation von Altenpflegerinnen und Altenpflegern**

Literaturlauswertung, angefertigt im Rahmen einer Machbarkeitsstudie zum Berufsverbleib von Altenpflegerinnen und Altenpflegern, die 2007 im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erstellt wurde.

Autorin: Dr. Angela Joost

IWAK – wissenschaftliches Zentrum an der Goethe-Universität Frankfurt am Main

Frankfurt am Main, 2007

### Inhaltsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| 1. Berufsverbleib in der Krankenpflege und in der Altenpflege .....      | 2  |
| 2. Vergleichbarkeit der Berufsfelder Altenpflege und Krankenpflege ..... | 5  |
| 3. Faktor Qualifikation und berufliche Motivation .....                  | 6  |
| 4. Faktor Alter .....  | 7  |
| 5. Faktor Geschlecht.....  | 9  |
| 6. Push- und Pull-Faktoren für Fluktuation.....                          | 11 |
| 7. Verschiedene Formen von Fluktuation .....                             | 16 |
| 8. Fazit.....  | 21 |
| 9. Literaturverzeichnis.....   | 22 |

## 1. Berufsverbleib in der Krankenpflege und in der Altenpflege

Der detaillierten Auswertung der Literatur soll ein zentraler Befund voran gestellt werden: Es gibt in Deutschland bislang nur eine Studie zum Berufsverbleib von examinierten Altenpfleger/innen, und zwar die Untersuchung von Wolfgang Becker und Barbara Meifort (1997, 1998).

Der Autor und die Autorin befragten in 4 Wellen die Altenpfleger/innen, die 1992 ihre Ausbildung an einer der 314 Altenpflegeschulen in Deutschland beendet haben. Von 6.757 Abgänger/innen beteiligten sich 1993 3.737 Personen an der Befragung. 1994 konnten noch 1.404 Personen erreicht werden. 1996 schrumpfte das Sample auf 349 und 1997 auf nur noch 344 Personen zusammen. Die als Längsschnitt konzipierte Untersuchung konnte aufgrund des kontinuierlich schrumpfenden Samples ihrem Anspruch, repräsentativ für einen Jahrgang von Abgänger/innen den Berufsverbleib zu analysieren, nicht gerecht werden (dazu auch: Borutta/Giesler 2006: 28).

Die Studie von Becker und Meifort kam unabhängig davon zu einem erstaunlichen Ergebnis: nach 5 Jahren sind nur noch ca. 20 % der ausgebildeten Altenpfleger/innen in ihrem Beruf tätig. Weitere ca. 20 % sind in einen anderen Beruf gewechselt, ca. 10 % haben ein Studium aufgenommen, 50 % haben die Berufstätigkeit aufgegeben bzw. sind arbeitslos (Becker/Meifort 1998: 245 ff.).

Diese Zahlen und die Diskussionen um schlechte Arbeitsbedingungen in der Altenpflege insbesondere nach der Einführung der Pflegeversicherung sind prägend für den Diskurs um den Berufsverbleib von Altenpfleger/innen. Eine allgemeine Hypothese lautet: Die meisten Altenpfleger/innen verlassen nach wenigen Jahren für immer ihren erlernten Beruf. Als Folge wird antizipiert, dass es in den kommenden Jahren auch aufgrund des demographischen Wandels<sup>1</sup> einen zunehmenden Mangel an Fachkräften in Deutschland geben wird.

Andere Forschungen, die den Berufsverbleib examinierter Altenpfleger/innen nach der Ausbildung untersuchen, gibt es nicht. Allerdings taucht die Frage der Verweildauer im Beruf in Untersuchungen mit anderen Interessenschwerpunkten auf. Von der Forschungslogik her am ehesten vergleichbar mit der Untersuchung von Becker/Meifort ist eine Studie von Kleinert/Dietrich (2005: 25), die anhand von Prozessdaten der Bundesagentur für Arbeit BA-finanzierte Wiedereingliederungsmaßnahmen in Pflegeberufe untersucht haben. Das bemerkenswerte Ergebnis: 4 Jahre nach Abschluss der Maßnahme waren 60 % der Altenpfleger/innen noch in der Altenpflege tätig, in der Krankenpflege betrug der Wert nur noch 51 %, bei den Alten- und Krankenpflegehelfer/innen waren es sogar nur noch 35 %. Demnach hatten die Altenpfleger/innen im Vergleich zu den Krankenpfleger/innen und zu den Helfer/innen die größte Verweilquote im Beruf nach 4 Jahren.

Diese positive Quote muss das Ergebnis von Becker und Meifort nicht in Zweifel ziehen. Sie kann zum Beispiel damit zusammenhängen, dass Menschen, die nach einer Berufsunterbrechung in den Pflegeberuf wiedereingegliedert werden sollen, aufgrund der zurückliegenden Berufserfahrungen besser über die berufsspezifischen Anforderungen informiert sind als Berufsanfänger und deshalb eine größere Verweildauer aufweisen.

In anderen Untersuchungen wurden Beschäftigte in der Altenpflege unter anderem gefragt, wie lange sie bereits in der Altenpflege und wie lange sie in dieser Einrichtung tätig sind. Zimmer und Weyerer (1998: 29) fanden bei einer Befragung von ca. 300 Beschäftigten in

---

<sup>1</sup> Hier werden zwei Dimensionen des demographischen Wandels wirksam. Die zunehmende Zahl der älteren und hochbetagten Menschen führt zu einem zunehmenden Pflegebedarf. Gleichzeitig werden aufgrund schwacher Geburtenjahrgänge weniger junge Menschen als Auszubildende für die Pflegeberufe zur Verfügung stehen.

Altenpflegeheimen im Durchschnitt eine 8-jährige Berufserfahrung und eine 6-jährige Verweildauer in der Einrichtung. Zellhuber (2005: 147 f.), die Beschäftigte in 10 Pflegeheimen befragte, kam auf durchschnittlich 9,5 Jahre Berufserfahrung und 4,8 Jahre Betriebszugehörigkeit, wobei einige der Einrichtungen zum Befragungszeitraum noch ziemlich neu waren und die Werte deshalb eher niedrig liegen. Blum et al. (2004) haben Altenpflegekräfte vor dem Ausstieg befragt und kamen auf durchschnittlich 7 Jahre Berufserfahrung und 2 bis 3 Jahre Verweildauer in einer Einrichtung (Blum et al. 2004: 13). Bezüglich des Berufsverbleibs haben die genannten Werte allerdings nur eine sehr eingeschränkte Aussagefähigkeit, da erstens nicht zwischen examinierten Altenpfleger/innen und angeleiteten bzw. einjährig ausgebildeten Pflegehelfer/innen unterschieden wird und zweitens diejenigen, die den Beruf verlassen haben oder unterbrechen mit einer Erwerbstätigenbefragung nicht erreicht werden können.

Fluktuation und Berufsverbleib im Pflegebereich insgesamt, also in der Kranken- und Altenpflege zusammen genommen, sind in einigen wenigen Studien ein Thema.

Die jüngste Untersuchung in diesem Bereich ist die zurzeit vom Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften in Halle durchgeführte Studie zum Berufsverbleib von Pflegekräften in Rheinland-Pfalz. Die Hallenser Wissenschaftler/innen haben Pflegekräfte insgesamt im Blick und analysieren für die Untersuchung die Prozessdaten der Gmünder Krankenkasse (GEK). Zur Identifizierung der Pflegekräfte steht ihnen die 3-stellige Berufskennziffer zur Verfügung, die eine Abgrenzung der examinierten Altenpfleger/innen von anderen Berufsgruppen allerdings nicht ermöglicht. Ergebnisse dieser Studie, die in 2007 fertiggestellt werden soll, liegen für die Zielgruppe der Altenpfleger/innen in auswertbarer Form bislang nicht vor und werden aufgrund der Abgrenzungsproblematik voraussichtlich auch nicht vorgelegt werden können. Für die Krankenpfleger/innen wird eine „relativ stabile“ Erwerbstätigkeit konstatiert, da nach 10 Jahren weniger als 50 % von ihnen den Beruf gewechselt hat. Bei den Krankenpflegehelfer/innen ist die Marge von 50 % Aussteiger/innen bereits nach 1,5 Berufsjahren erreicht. Wie genau diese Ergebnisse generiert wurden, ist noch nicht öffentlich dokumentiert (Horbach/Behrens 2007). Allerdings bestätigen diese Ergebnisse der Hallenser Forscher/innen die Resultate einer früheren Studie, in der ebenfalls die Daten der GEK ausgewertet wurden.

Diese frühere GEK-Studie (Braun/Müller 2005) wählte einen interessanten methodischen Zugang. Über die Auswertung der Prozessdaten der Gmünder Krankenkasse von 1990 bis 2003 wurde die Dauer der Erwerbsepisoden von examinierten Krankenschwestern und Krankenpflegehelferinnen untersucht. Die Erwerbsepisoden ergeben sich aus den Meldungen durch den Arbeitgeber bei der Krankenkasse. Es wurden nur die Daten der weiblichen Berufsangehörigen untersucht, da davon ausgegangen wurde, dass es sich bei der Krankenpflege um einen typischen Frauenberuf handelt, dessen Berufsverläufe in ihrer Besonderheit nur vor dem Hintergrund anderer Frauenberufe bewertet werden können. Als Vergleichsgruppen wurden die Erwerbsepisoden von anderen Frauenberufen gewählt: Bürofachkräfte, Verkäuferinnen, Augenoptikerinnen, Zahntechnikerinnen und Sprechstundenhelferinnen.

Die kürzesten Erwerbsepisoden aller Berufsgruppen haben demnach die Krankenpflegehelferinnen. Ihr Risiko eines Berufsaustritts ist 2,5 mal höher als das der Krankenschwestern. Die Krankenschwestern haben wiederum nach den Augenoptikerinnen das geringste Austrittsrisiko. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die Krankenschwestern im Vergleich zu den anderen Frauenberufen eine sehr große Berufsbindung und Stabilität in der Beschäftigung aufweisen, während die Krankenpflegehelferinnen – auch im Vergleich mit den anderen Frauenberufen – eine auffallend hohe Neigung zu Wechsel und Berufsausstieg zeigen (Braun/Müller 2005: 133). Die Fluktuation der Krankenschwestern ist also geringer als die der anderen untersuchten Frauenberufe. Braun und Müller resümieren:

„Die Krankenpflege als anerkannter Beruf mit ausreichender und stabiler ökonomischer Position ist daher weniger als andere weniger qualifizierte typische Frauenberufe durch Mobilität geprägt“ (ebd. 219).

Born (2001), die Krankenschwestern verschiedener Ausbildungskohorten zu ihrer Erwerbsbiographie befragte und mit 10 anderen Frauenberufen verglich, kommt zu einem ähnlichen Ergebnis: „Krankenschwestern sind die Berufsgruppe, in der Frauen von allen untersuchten Berufen am längsten einer Berufstätigkeit nachgehen und sie tun dies – mit einer Unterbrechung bei der Geburt des Kindes – auch als Mütter.“ (ebd. 114).

Diese Befunde werden unterstrichen von den Ergebnissen einer Querschnittuntersuchung, bei der Krankenschwestern mit einer mehr als 20-jährigen Berufserfahrung befragt wurden. Flieder (2002) kommt zu dem Ergebnis, dass die Beständigkeit im Krankenpflegeberuf einerseits individuell berufsbiographisch mit einer „nachhaltigen Berufsorientierung“ der langjährigen Krankenschwestern zu tun hat, und dass „qualifizierte Erwerbsarbeit ein essentieller Bestandteil im Leben dieser Frauen“ ist (ebd. 157). Zudem lässt sich der Pflegeberuf auch während der Familienphase gut ausüben in Arrangements mit reduzierter Stundenzahl, als geringfügige Beschäftigung, in Nachtarbeit oder auch als Springerin. Damit eignet er sich als eine fachlich anspruchsvolle Tätigkeit besonders gut für diskontinuierlich verlaufende Frauenerwerbsbiographien (ebd.).

Bei diesen beiden Untersuchungen muss ebenfalls beachtet werden, dass nur diejenigen Pfleger/innen im Sample berücksichtigt sind, die in ihrem Beruf geblieben und berufstätig sind. Die inzwischen Ausgeschiedenen sind nicht erfasst. Insofern finden sich hier keine Aussagen über den Berufsverbleib von Pflegekräften nach der Ausbildung.

Dieser Eindruck eines relativ ausgedehnten Berufsverbleibs in der (Kranken-)Pflege wird durch einen anderen Befund in Frage gestellt, wobei die Referenzgröße hier unklar bleibt und die Ergebnisse deshalb nicht fachlich bewertet werden können.

Blum et al. (2004) befragten 2003 rückwirkend für den Zeitraum von 1995 bis 1998 44 Krankenhäuser und 53 stationäre Pflegeeinrichtungen nach der Personalfluktuationsrate, um anschließend die ausgestiegenen Mitarbeiterinnen (sie befragten nur junge Frauen) über ihren weiteren Erwerbsweg zu interviewen. Nach ihrer Auswertung der Daten der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen liegen die Fluktuationsraten der examinierten Pflegefachkräfte durchweg höher als die durchschnittlichen Fluktuationsraten der betreffenden Einrichtungen. Bei den Pflegeeinrichtungen war die Fluktuationsrate der Examinierten mehr als doppelt so hoch als beim Durchschnitt der in den Einrichtungen Beschäftigten. Im Krankenhausbereich überstiegen die Werte der Examinierten den Durchschnitt um 15 bis 30 %. Es zeigte sich, dass die Fluktuation in den Pflegeeinrichtungen insgesamt höher ist als im Krankenhausbereich. In beiden Einrichtungsformen nahm die Fluktuation von 1995 bis 1998 ab. 1995 betrug die jährliche Fluktuation der examinierten Pflegekräfte in den untersuchten Pflegeeinrichtungen 10,9 %, 1996 9,7 %, 1997 6,3 % und 1998 7,1 % (ebd. 79).

An dieser Untersuchung ist zu beachten, dass offenbar das gesamte Personal in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen die Referenzgröße darstellt, also auch Verwaltungspersonal, Reinigungskräfte, medizinisches Personal usw.. Wie aussagekräftig der Bezug auf diese heterogene Gruppe ist, bleibt offen. Fluktuation bezeichnet hier auch die Mobilität zwischen Einrichtungen innerhalb des Pflegebereichs und könnte einen Hinweis auf eine geringe Betriebsverbleibdauer liefern, auf die bereits andere Studien hinweisen (vgl. Becker/Meifort 1997, 1998; Zellhuber 2005). Leider werden die Ergebnisse der Untersuchung nicht nach den Berufsgruppen Alten- und Krankenpflege differenziert ausgewertet, sondern nur nach Einrichtungstypen, so dass über die Berufsgruppe der examinierten Altenpfleger/innen keine Aussagen getroffen werden können.

## 2. Vergleichbarkeit der Berufsfelder Altenpflege und Krankenpflege

Es ist zu fragen, ob die Ergebnisse der GEK-Studie und der Untersuchung von Flieder, die sich nur auf die Krankenpflege beziehen, auf die Altenpflege übertragbar sind.

Trotz vieler Gemeinsamkeiten in den Tätigkeiten gibt es zwischen den Berufsfeldern der Kranken- und Altenpflege auch Unterschiede. Das Berufsbild der Krankenpfleger/innen wird geprägt von der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, einer medizinisch und am Ziel der Heilung orientierten Pflege. Die Sozialgeschichte der Pflege weist die Krankenpflege als einen typischen Frauenberuf aus, als eine sinnvolle Tätigkeit der (jungen, bürgerlichen) Frau und als weibliche Komplementärtätigkeit des (meist männlichen) Arztes (Ummel 2004: 186), die in Deutschland auf eine über hundertjährige Professionalisierung zurückblickt. Die Krankenpflege gehört damit zu den etablierten Gesundheitsberufen, und dem Beruf der Krankenschwester und des Krankenpflegers wird in der öffentlichen Meinung eine große Wertschätzung und Achtung entgegen gebracht (INQA 2007: 9).

Die Altenpflege gehört zu den jüngeren sozialpflegerischen Berufen. In den 1950er Jahren wurden erstmals Schulungsmaßnahmen, die für die unter Personalmangel leidenden Altenheimträger kostenneutral sein sollten, nach dem Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung finanziert. Altenpflege wurde so als ein „Ersatzberuf“ (Voges 2002: 105) geprägt. Zielgruppe waren vor allem Hausfrauen nach der Kinderphase, die wieder erwerbstätig sein wollten. Das „weibliche Arbeitsvermögen“ bildete den Ausgangspunkt der Ausbildungs- und Berufskonzeption. Die „Jedefrau-Qualifikation“ rechtfertigte eine kurze Schulung (ebd. 106). Um die Altenpflege von der Krankenpflege abzugrenzen, eine Fluktuation von der Altenpflege in die Krankenpflege zu verhindern und Altenpflege nicht zum Hilfsberuf der Krankenpflege zu machen, wurde in den 1960er Jahren die Altenpflege als sozialpflegerischer Beruf in Abgrenzung zum krankenpflegerischen definiert.

Ab Ende der 1960er Jahre wurde die Altenpflegeausbildung in das staatliche Bildungssystem integriert. Die Länder regelten die Ausbildungsmodalitäten, die sehr heterogen waren. Seit den 1980er Jahren wurde versucht, den Altenpflegeberuf als „Heilberuf“ (ebd. 107) mit einer bundesweit einheitlichen Regelung an den Berufsfachschulen zu etablieren. Mit dem Altenpflegegesetz 2001 wurde dies umgesetzt.

In den 1980er und 1990er Jahren hatte die Altenpflege immer noch das Bild des „Wiedereinstiegsberufes“ für Frauen, mit der Folge, dass Frauen mit niedrigen Bildungsabschlüssen vermehrt als Umschüler/innen auftraten (Voges 2002: 134). In der Untersuchung von Becker und Meifort (1997: 88) war der Altenpflegeberuf für mehr als die Hälfte der Ausgebildeten des untersuchten Schuljahrgangs ein Beruf der „zweiten Wahl“, da viele Umschüler/innen vorher bereits in anderen Berufen gearbeitet haben. Die Altenpflege erschien lange Zeit als ein „Restberuf“ (Fussek/Lorzer 2005: 151), in den Menschen mit anderen gescheiterten Berufsbiografien eintreten und ziemlich sicher auch einen Arbeitsplatz finden konnten.

Die Umschulungspraxis der Arbeitsämter wird von verschiedenen Autor/innen kritisch beurteilt. Zellhuber (2005: 7) weist auf den Aspekt der Dequalifikation des Berufsbildes hin. Die Praxis der Arbeitsämter vermittelte den Eindruck, für den Beruf der Altenpflege sei keine spezifische Qualifikation erforderlich. Es wird zudem vermutet, dass der akute Personalmangel durch hohe Ausfallzeiten und große Berufsflucht auch mit der hohen Zahl an Quereinsteiger/innen aufgrund von Umschulungen zusammenhängt, da diese z.T. geringer motiviert seien und deshalb einen höheren Krankenstand und eine schlechtere Pflegequalität aufwiesen (Zimpel 2004: 173).

Der Krankenpflege wird ein höherer Status zugeschrieben aufgrund ihrer Nähe zum medizinischen Bereich. So wird bei der Berufswahl die Krankenpflege der Altenpflege häufig

vorgezogen (Zellhuber 2005: 76). Krankenpfleger/innen verfügen zum Teil über ein höheres Einkommen und haben die Möglichkeit auch im Bereich der Altenpflege tätig zu sein, während dies umgekehrt oft nicht geschieht.

Unterschiede zwischen den Berufsfeldern der Alten- und Krankenpflege gibt es vor allem im Hinblick auf die Arbeitsanforderungen und die Arbeitskultur. So gibt es in der Altenpflege einen höheren Anteil an körperlich anstrengender Arbeit als im Krankenhaus. Die Arbeit in der Krankenpflege ist durch eine starke Orientierung an der Alltagsgestaltung charakterisiert aufgrund der Langfristigkeit des Aufenthalts der Bewohner/innen in der Altenpflege bzw. der Langfristigkeit der Betreuung in der ambulanten Altenpflege. Während in der Krankenpflege die Orientierung an der Teamarbeit stark ausgeprägt ist, findet sich dies in der Altenpflege weniger stark. Weiterbildungen etwa zur Pflegedienstleitung werden für Krankenpfleger/innen staatlich anerkannt, während Altenpfleger/innen hierfür keine staatliche Anerkennung erhalten.

Trotz eines hierarchischen und zum Teil konkurrenten Verhältnisses zwischen den Berufen der Kranken- und der Altenpflege, in dem die Altenpflege um Anerkennung und Profilierung ringt, kämpfen beide Professionen mit ähnlichen Problemen und haben berufspolitisch die gleichen Ziele: bessere Arbeitsbedingungen, mehr Qualifizierung, höheres gesellschaftliches Ansehen, bessere Vergütung (Bundeskonzferenz der Pflegeorganisationen 2005). Die unterschiedlichen Berufsbilder und -historien spiegeln sich auch in der Erforschung der Arbeitsbedingungen wieder. Während die Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege sehr detailliert untersucht wurden, sind entsprechende systematische Analysen in der Altenpflege erst in den letzten Jahren begonnen worden (Bermejo/Muthny 1994; Becker/Meifort 1997, 1998; Zimmer/Weyerer 1998; Berger/Zimmer 2004; Wolke 2004; Blass 2005; Büssing/Glaser 2005; Glaser et al. 2005; Hasselhorn et al. 2005; Zellhuber 2005; INQA 2007).

Ob die Ergebnisse aus den Untersuchungen der Krankenpfleger/innen auf die Altenpfleger/innen übertragbar sind oder in welcher Weise sie sich von diesen unterscheiden, ist bislang empirisch nicht untersucht. Hierzu können allenfalls Thesen aufgestellt werden, zum Beispiel dass es aufgrund der strukturellen Ähnlichkeit im Ausbildungsgefüge (Investition in eine dreijährige Ausbildungszeit) in der Altenpflege wie in der Krankenpflege ebenfalls eine Diskrepanz in der Berufsverbleibsdauer zwischen den einjährig ausgebildeten Altenpflegehelfer/innen und den mehrjährig ausgebildeten examinierten Altenpfleger/innen geben könnte.

Die Untersuchungen über Fluktuation in der Krankenpflege weisen auf drei Kriterien für Fluktuation hin, die im folgenden im Spiegel der Literatur zur Altenpflege einzeln genauer betrachtet werden sollen: Qualifikation, Alter und Geschlecht.

### **3. Faktor Qualifikation und berufliche Motivation**

Unter den Altenpflege-Auszubildenden ist seit 1980 der Anteil der Schüler/innen mit Hauptschulabschluss kontinuierlich zurückgegangen, während die Anteile der Schüler/innen mit Realschulabschluss und Abitur beständig zunahm. Diese Entwicklung vollzog sich zwar langsamer als in der Krankenpflege, er ist aber sehr deutlich (Voges 2002: 134) und scheint gleichzeitig ein Risiko bezüglich des Berufsverbleibs zu bergen: Im Altenpflegebereich wechseln vor allem Altenpfleger, aber auch Altenpflegerinnen mit einer hohen formalen Bildung in einen anderen Beruf (Voges 2002: 189).

Die NEXT-Studie kommt zu dem Schluss, dass examinierte Pfleger/innen und solche mit Fachweiterbildung häufiger aussteigen wollen als einjährig ausgebildete Pflegehelfer/innen oder angelesene Kräfte. Demnach ist der Ausstiegswunsch im 2. und 4. Berufsjahr nach der Ausbildung am stärksten und nimmt dann ab (Hasselhorn et al. 2005a: 141). Für Deutschland

ist der Ausstiegswunsch besonders ausgeprägt bei sehr motivierten, jungen und gut ausgebildeten Pflegefachkräften sowie bei resignierten Pflegekräften, die eine schlechte Gesundheit und eine niedrige Arbeitsfähigkeit haben sowie sich erschöpft fühlen (ebd.: 144). So erwägen den Berufsausstieg mindestens „mehrmals monatlich“ 18,4 % der Pflegefachkräfte, vor allem jüngere und höher qualifizierte Pflegekräfte (Hasselhorn et al. 2005: 5).

Dieser Befund der NEXT-Studie scheint den Ergebnissen der GEK-Studien zu widersprechen, die konstatieren, dass die weniger qualifizierten Krankenpflegehelfer/innen die kürzesten Erwerbsperioden von allen untersuchten Frauenberufen und die examinierten Pflegefachkräfte eine sehr stabile Erwerbstätigkeit aufweisen (siehe oben). Dieser scheinbare Widerspruch kann als Indiz dafür dienen, dass ein Ausstiegswunsch noch kein Hinweis auf ein tatsächliches Ausstiegsverhalten ist, sondern zunächst in erster Linie Unzufriedenheit zum Ausdruck bringt. Aus diesem Grund muss der Ableitung eines Fluktuationsverhaltens aus den Angaben zu Ausstiegswünschen sehr skeptisch gegenüber gestanden werden. Fluktuationen lassen sich nicht unmittelbar von Ausstiegswünschen ableiten. Allerdings kann höhere Bildung zu höheren Erwartungen an die berufliche Tätigkeit führen, die bei Enttäuschung zu Unzufriedenheit führt. In der Studie von Becker und Meifort (1997) kommt diese Diskrepanz zwischen den Erwartungen an ein professionelles Arbeiten nach einer qualifizierten Ausbildung einerseits und dem Arbeitsalltag andererseits deutlich zum Ausdruck und mündet vielfach in Ausstiegsgedanken.

Wie sich der Zusammenhang zwischen Qualifikation und Berufsverbleib für examinierte Altenpfleger/innen gestaltet, ist bisher also nicht genauer erforscht worden.

#### **4. Faktor Alter**

In vielen der Untersuchungen wird darauf hingewiesen, dass ältere Mitarbeiter/innen in der Pflege mit ihrer Arbeit zufriedener sind als jüngere und die Fluktuation unter ihnen geringer ist. Dabei wird Alter oft implizit gleichgesetzt mit einer längeren Berufserfahrung. Für den Bereich der Krankenpflege trifft diese Gleichsetzung in der Regel zu. In der Altenpflege aber gibt es eine große Zahl von bereits älteren Berufsanfänger/innen. Hier kann von einem höheren Lebensalter nicht automatisch auf eine höhere Berufserfahrung zurückgeschlossen werden.

So empfinden nach einer Befragung in der stationären Altenpflege ältere Pflegekräfte ihr Verhältnis zur Heim- und Pflegedienstleitung als positiver als dies jüngere Mitarbeiter/innen tun. Sie identifizieren sich stärker mit der Einrichtung, in der sie arbeiten und haben eine geringere Fluktuationsneigung (Berger/Zimber 2004: 39 ff.). Jüngere Beschäftigte in der Altenpflege haben dagegen eine geringere Motivation als ältere Altenpflegekräfte (ebd.: 43).

Eine Untersuchung über die subjektiv wahrgenommenen Arbeitsbelastungen und das Burnout-Risiko bei Subgruppen in der Altenpflege ergab, dass die Subgruppe der „jungen Anspruchsvollen“ (47 % der Untersuchten) besonders burnout-gefährdet ist. Diese Gruppe setzt sich zusammen aus vor allem jungen, hochbelasteten, aber zufriedenen Mitarbeiter/innen mit hoher beruflicher Qualifikation, die meisten von ihnen Altenpfleger/innen. Als gravierendes Problem wird hier sehr stark eine fehlende Teamarbeit gesehen. Wenig burnout-gefährdet ist dagegen die Subgruppe des „Krankenpflegepersonals“ (24 % der Befragten), die sich aus älteren, zufriedenen Mitarbeiter/innen zusammen setzt. Diese weisen die geringsten Belastungswerte auf, tragen relativ wenig Verantwortung und haben realistische Selbstansprüche. Viele davon sind Krankenpfleger/innen und -pflegehelfer/innen (Bermejo/Muthny 1994: 179).

Die Ergebnisse der NEXT-Studie für Deutschland bezogen auf die Ausstiegswünsche gehen in eine ähnliche Richtung: Jüngere Pflegenden zwischen 25 und 29 Jahren tragen sich häufiger mit Ausstiegsgedanken als die anderen Altersgruppen. 45 bis 49-jährige haben am seltensten Ausstiegsgedanken. Eine Differenzierung gibt es allerdings nach Einrichtungstyp: In Pflegeheimen und ambulanten Diensten wollen Jüngere seltener und Ältere häufiger aussteigen als die Pflegefachkräfte in Krankenhäusern (Hasselhorn et al. 2005a: 139). Braun und Müller (2005) fanden in ihrer GEK-Studie, dass mit steigendem Alter die Fluktuation sinkt (ebd.: 220).

Wenderlein (2005), die den Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten bei Pflegekräften untersucht hat, fand in ihrer Befragung von Pflegekräften folgende Zusammenhänge:

- je älter diese sind, umso größer ist die Zufriedenheit,
- Teilzeitkräfte sind zufriedener als Vollzeitkräfte und
- je mehr Berufserfahrung die Pflegekräfte haben, umso zufriedener sind sie (ebd.: 27).

Bezüglich der Arbeitszufriedenheit ist in ihrem Sample die Altersgruppe zwischen 31 und 40 Jahren die kritischste Gruppe. Die Fluktuationsbereitschaft sinkt mit zunehmendem Alter. Auf die Frage, ob sie den Beruf bis zur Rente weiter machen möchten, antworten von den über 40-jährigen 20 % mit ja, bei den unter 30-jährigen sind es nur 5 %. Auf die Frage „Würden Sie Ihre Berufsentscheidung noch mal treffen?“ antworten allerdings die unter 30-jährigen zu 23 % mit „nein“ oder „eher nein“, bei den 30 bis 40-jährigen sagen 30 % nein, und bei den über 40-jährigen sind es sogar 37 %, die mit „nein“ antworten (ebd.: 30).

Wenderlein vermutet, dass diese Ergebnisse damit zusammenhängen, dass die ganz Jungen noch nicht lange im Beruf und noch optimistisch sind. Mit zunehmender Arbeitsdauer aber steige die Unzufriedenheit und die unzufriedenen Jungen wanderten ab (Fluktuation innerhalb des Pflegesektors oder auch raus aus dem Pflegesektor). Übrig blieben dann die zufriedenen erfahrenen älteren Pflegekräfte. Zudem würden finanzielle Zwänge und mangelnde Alternativen die älteren Frauen eher dazu bringen, sich mit den Verhältnissen zu arrangieren (ebd.: 30 f.). Diese Ergebnisse, die sich undifferenziert auf Kranken- und Altenpflege zusammen beziehen, sind für das Feld der Altenpflege schwierig einzuschätzen, da hier aufgrund des hohen Anteils von Umschüler/innen der Zusammenhang zwischen höherem Lebensalter und längerer Berufserfahrung nicht wie in der Krankenpflege gegeben ist.

Diese Annahmen passen zu den Ergebnissen von Becker und Meifort (1997), die unter anderem die Motive für die Berufswahl der Altenpfleger/innen untersuchten. Sie fanden, dass als Motive am häufigsten „mit Menschen, nicht mit Sachen arbeiten“, „Spaß am Umgang mit alten Menschen, sich zu alten Menschen hingezogen fühlen“ und „Helfen wollen“ genannt wurde. Alle drei Motive, die vor allem bei *jüngeren Altenpflegeschüler/innen* anzutreffen waren, sind kritisch zu beurteilen, da sie der Konfrontation mit der Realität nicht Stand halten. Sie entsprechen nicht einer professionellen Haltung zum Beruf (ebd.: 109 ff.). Die Enttäuschung der mit den Motiven implizierten Erwartung, die Erfahrungen von Reformunfähigkeit und mangelndem Neuerungsinteresse in Einrichtungen der Altenpflege führten oft zu Desillusionierungen, was als wichtige Grundlage für Unzufriedenheit, Wechselgedanken und Berufsausstiegsgedanken gilt (ebd.: 111 f.). Ob Ausstiege dann auch tatsächlich stattfinden, ist nicht überprüft worden.

Die vorliegende Literatur liefert bislang also keine befriedigenden Aussagen dazu, welche Bedeutung das Lebensalter und die Dauer der Berufserfahrung für die Fluktuation bzw. den Berufsverbleib von Altenpfleger/innen haben. Hier gibt es weiterhin Forschungsbedarf.



## 5. Faktor Geschlecht

Der Altenpflegeberuf ist ein typischer Frauenberuf. Als wichtigster Faktor, der die Fluktuation beeinflusst, gilt deshalb das Geschlecht. Die Fluktuation von Frauen ist generell deutlich höher als die von Männern, da bei der Geburt eines Kindes meist die Mütter und nicht die Väter ihre Berufstätigkeit vorübergehend aufgeben (Braun/Müller 2005: 219). Die Berufsorientierung von Frauen ist deshalb oft geringer als die von Männern, insbesondere, wenn zu versorgende Kinder vorhanden sind und keine finanzielle Notwendigkeit zur Berufstätigkeit zwingt (Feider 2006). Erwerbsunterbrechungen wie Erziehungszeiten oder auch Arbeitslosigkeit verringern die Zeit der Berufserfahrung. Dies führt zu einer größeren Diskontinuität des weiblichen Erwerbsverlaufs (Falk 2005: 198).

Ist allerdings, eine „nachhaltige Berufsorientierung“ vorhanden, wie das bei den von Flieder (2002) befragten langgedienten Krankenschwestern der Fall war, so ergibt sich daraus eine hohe Beständigkeit im Pflegeberuf (ebd.: 157).

Der Anteil der Männer in der Altenpflege liegt zwischen 5 % und 20 %. In der professionellen Altenhilfe in Baden-Württemberg liegt der Männeranteil in den ambulanten Diensten bei ca. 11 %, im stationären Bereich bei ca. 14 %. Dieser Anteil ist seit längerer Zeit stabil. In der Ausbildung beträgt der Anteil der Männer 15 bis 20 % (Bartjes/Hammer 2006: 142). Männer in der Pflege finden sich vor allem in der Altersgruppe der 27 bis 39-jährigen. Bei den Pflegekräften über 40 Jahren beträgt der Anteil der Frauen 95 %. Männer stellen hier nur noch 5 % in der Pflege. Dies veranlasst Borutta und Giesler (2006) zu der These, dass Männer lieber den Beruf der Altenpflege verlassen, statt in einer niedrigen Position zu verweilen. Fehlende Karrieremöglichkeiten gelten als maßgeblicher Grund für den Ausstieg (ebd.: 158).

Schon Becker und Meifort (1997; 1998) trafen in ihrer Untersuchung auf unterschiedliche berufliche Orientierungen bei Männern und Frauen. Bei Männern fanden sie ein „rationaleres“ Verhältnis zur Berufsarbeit als bei Frauen. Männern sind Aufstiegschancen und erreichbarer beruflicher Status wichtiger, während Frauen stärker die Identifikation von Beruf und eigener Person und Geschichte betonten – dies sei ein „verborgenes Curriculum vitae“, das mit dem Aufgeben der kritischen Distanz zu einer Angleichung von Persönlichkeitsstruktur und Berufsidentität führt, eine professionelle Distanz erschwert, die Abhängigkeit von der Anerkennung durch die Klientel erhöht und zu beruflicher Überlastung und Burnout führen kann (ebd.). So ist nach dem ersten Berufsjahr der Anteil unter den Männern, die sich wahrscheinlich oder definitiv nicht noch einmal für diesen Beruf entscheiden würden, mit 15,2 % sehr viel höher als der unter den Frauen (8,7 %) (Becker/Meifort 1997: 260).

Bartjes und Hammer (2006) finden in ihren Analysen über Männer in der Altenpflege, dass Männer überwiegend in den Pflegeberuf gehen, weil sie Menschen helfen wollen, aber auch als Ersatz für die lange und teure Ausbildung zum Mediziner, wegen der Sicherheit im Job und wegen fehlender Alternativen z.B. bei hoher Arbeitslosigkeit und in strukturschwachen Gebieten. Pflege wird als Sprungbrett für andere Berufe gesehen. Gegen den Pflegeberuf spricht für viele Männer die geringe Bezahlung, der niedrige Status des Berufs, die Diskrepanz zwischen einerseits hohen Erwartungen und hoher Verantwortung im Beruf und andererseits wenig sozialer und materieller Anerkennung (ebd.: 145). Sie kommen zu dem Schluss, dass Männer, insb. wenn sie Altenpflege als Zweitberuf nach einer Erstausbildung betreiben, weniger intrinsische als vielmehr extrinsische Motive der Berufswahl haben und karriere- und aufstiegsorientiert sind.

Nach der Fehlzeitenstudie von Wenderlein (2005) gibt es auch bei der Berufszufriedenheit signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen. So sind Frauen durchweg mit der Arbeitsorganisation zufriedener als Männer. Die einzige Ausnahme bildet die Zusammenarbeit mit Ärzt/innen, mit der Frauen doppelt so oft wie Männer unzufrieden sind. Frauen identifizieren sich stärker mit dem Pflegeberuf, und mehr Frauen als Männer würden

diese Berufsentscheidung nochmals treffen (45 % zu 27 %). Männer in der Pflege haben eine geringere Frustrationstoleranz als Frauen gegenüber betrieblichen „Schwächen“. Unzufriedene Männer fehlen zudem häufiger als unzufriedene Frauen (ebd.: 34 ff.).

Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Pflegeberuf gibt es auch im Bezug auf die Mobilität via Aufstieg. Bei der Auswahl von Männern für Führungspositionen sind demnach weniger formale Qualifikation und tatsächliche Leistungen als vielmehr zugeschriebene Eigenschaften wie „Lebensalter der Männer und männliche Führungskompetenz“ maßgeblich. Männer streben nach dem Ausbildungsabschluss zügig in Leitungsweiterbildungen, während Frauen eher Anleitungweiterbildungen besuchen (Borutta/Giesler 2006: 34).

Männer versuchen die Pflegetätigkeit männlich zu konnotieren, indem sie die informelle Kommunikation stärker mit Ärzt/innen und weniger mit den Kolleg/innen führen, sich Tätigkeitsbereiche aussuchen, die traditionell mit männlichen Eigenschaften verbunden werden (Technik, physische Kraft, Leitung) und sich dadurch gegen den Verdacht wehren, als „weibisch“ oder „schwul“ angesehen zu werden. In diesem Bemühen, sich von den weiblichen Tätigkeitsfeldern abzusetzen, werden sie von Kolleg/innen, den Ausbilder/innen, den Patient/innen und den Ärzt/innen unterstützt. Dies führt dazu, dass sich Männer in Frauenberufen regelrecht dagegen wehren müssen, nicht aufzusteigen („glass-escalator“), während Frauen in Männerberufen am Aufstieg gehindert werden („glass ceiling“)<sup>2</sup> (Bartjes/Hammer 2006: 145 f.).

Als Probleme für Männer in der Pflege werden benannt:

1. Das Verständnis des sozialen Geschlechts passt nicht zum beruflichen Verständnis der Pflege als weibliche Tätigkeiten. Als Folge versuchen viele Männer sich zu individualisieren, da keine „vom Beruf vorgegebenen typisierbaren Identitätsschemata zur Verfügung“ stehen (Ummel 2004: 187).
2. Es gibt für Männer keinen „normalen“ Weg in die Pflege. I.d.R. wird zunächst etwas anderes gemacht, eine andere Ausbildung, Studium oder ähnliches, bevor der Einstieg in die Pflege stattfindet.
3. Männliche Pfleger sind dem mehr oder weniger offenen Verdacht der Homosexualität ausgesetzt oder müssen erklären, dass sie nicht Ärzte sind und wie es kommt, dass sie diesen Beruf machen. Abgrenzungsstrategien sind die Spezialisierung z.B. auf Tätigkeiten wie Psychiatrie, Leitung/Verwaltung oder Urologie. Hier gibt es zudem höhere Einkommen. Es wird eine Distanzierung von der als weiblich konnotierten Grundpflege vorgenommen. Personennahe Tätigkeiten werden als weiblich definiert, personenferne erscheinen für Männer akzeptabler (Bartjes/Hammer 2006: 144; Borutta/Giesler 2006: 158 f.)

In der Praxis der Pflege wird die Grenze zwischen den Geschlechtern nicht überschritten. Im Gegenteil werden geschlechtsspezifische Zuschreibungen genutzt, um die Differenz zu betonen (Ummel 2004: 195ff.). Männer im Frauenberuf Pflege verstärken die Geschlechterdifferenz im Berufsfeld, Frauen in Männerberufen dagegen vermindern die Differenzen (Bartjes/Hammer 2006: 146).

Frauenkarriere findet im gesellschaftlichen Kontext mit seinen spezifischen Rollenzuschreibungen statt. Das unterschiedliche Karriereverhalten von Frauen und Männern hat auch mit der Rollenzuschreibung der Frau als Pflegerin zu tun, was impliziert, dass die Frau nicht

---

<sup>2</sup> Christine Williams (1993) hat die Begriffe „glass-escalator“ und „glass-ceiling“ geprägt um die unterschiedlichen sozialen Mechanismen und Kräfte im Karriereverlauf von Männern und Frauen in Frauenberufen zu verdeutlichen.

Leiterin ist. Viele Frauen entscheiden sich für eine horizontale Karriere (Pflegedienstleitung) und gegen eine vertikale Karriere (Heimleitung). Auch werden Fortbildungen vor allem auf horizontaler Ebene gemacht. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familienarbeit führt bei Frauen häufig zu Teilzeitarbeit, was die Karrierechancen zudem verschlechtert. Diese Zuschreibungen bestimmen auch die Organisationen. Träger der Einrichtung, häufig Non-Profit-Organisationen, sind geprägt von patriarchalen Männer-Netzwerken, die den Aufstieg von Frauen erschweren. Dies spiegelt sich zum Beispiel darin wieder, dass nur 40 % der Leitungsfunktionen in stationären Pflegeeinrichtungen von Frauen besetzt sind (Borutta/Giesler 2006: 149 ff.).

Ähnliches findet sich in den Berufsverläufen von Akademikerinnen. Während männliche Akademiker eher eine vertikale Karriere nehmen und weniger Unterbrechungen und Diskontinuitäten haben, haben Frauen mehr Unterbrechungen und Diskontinuitäten und entwickeln sich eher horizontal, indem sie innerhalb einer Profession in andere Tätigkeitsbereiche wechseln und seltener vertikal aufsteigen (Abele 2004: 157). Zwar sind die Startbedingungen für Frauen und Männer gleich gut und die berufliche Integration gelingt zu Beginn des Berufslebens Frauen und Männern ähnlich gut. Leistungsunterschiede sind in dieser beruflichen Einstiegsphase nicht festzustellen. Karriereunterschiede entfalten sich aber im Laufe der Zeit, wenn Männer erfolgreicher Karriere machen als Frauen. Wichtigster Grund für diesen Effekt ist, dass Frauen Kinder bekommen und viele von ihnen für einige Zeit ganz oder teilweise aus dem Berufsleben ausscheiden (ebd.: 168 ff.).

Falk (2005) untersuchte geschlechtsspezifische Ungleichheiten im Erwerbsverlauf für unterschiedliche Berufe und fand heraus, dass das „Geschlechtsprivileg von Männern in frauendominierten und Frauenberufen ein durchgängig wiederkehrendes Prinzip organisationaler Praktiken in Betrieben“ ist (ebd.: 253). Die geschlechtsspezifische Wahl eines Frauenberufs führt zu einer „persistenten Ungleichheit“ im Berufsverlauf von Frauen, da in Frauenberufen nur wenige Aufstiegschancen vorhanden sind und das Berufsprestige im Berufsverlauf im Erstberuf kaum verbessert werden kann. Zudem gibt es nur beschränkte Wechselmöglichkeiten in integrierte oder Männerberufe, die ein höheres Berufsprestige haben (ebd.: 295).

Die Ergebnisse der vorliegenden Literatur zeigen also, dass die Berufskarrieren von Männern und Frauen in der Altenpflege oft sehr unterschiedlich verlaufen und deshalb der Faktor Geschlecht bei der Untersuchung von Fluktuation und Berufsverbleib ein entscheidendes Differenzierungsmerkmal sein muss.

## **6. Push- und Pull-Faktoren für Fluktuation**

Die Begriffe der Push- und Pull-Faktoren, die bislang vor allem in der Migrationsforschung benutzt werden, finden ebenfalls bei einigen Autor/innen in Untersuchungen zum Berufsverbleib in der Pflege Anwendung (Hasselhorn et al. 2005; Flieder 2002). Push-Faktoren bezeichnen hierbei negative Aspekte, die die Arbeit unattraktiv machen und die Pflegefachkräfte dazu bewegen, die Arbeit zu verlassen, wie z.B. schlechte Arbeitsbedingungen oder eine niedrige Entlohnung. Pull-Faktoren sind dagegen attraktive Anreize von außerhalb des Berufsfeldes wie z.B. ein Studienplatz oder ein höheres Einkommen in einem anderen Berufsfeld. Einzelne Faktoren, wie das Beispiel Einkommen zeigt, können je nach Kontext als Push- oder als Pullfaktoren wirken. Das Arbeitsklima z.B. kann, wenn ein positives Arbeitsklima vorliegt, die Beschäftigten an eine Einrichtung binden und gleichzeitig dazu führen, dass Beschäftigte aus anderen Einrichtungen, in denen das Betriebsklima schlechter ist, die eigene Einrichtung verlassen und in die als attraktiv angesehene Einrichtung wechseln.

In der Literatur und in den Studien werden vor allem die besonderen Arbeitsbelastungen in der Altenpflege mit Fluktuation in Zusammenhang gebracht. Es wird vielfach davon ausgegangen, dass die als schwierig oder belastend erlebte Arbeitssituation als stärkster Faktor die Fluktuation beeinflusst (Berger/Zimber 2004: 43). Dabei wird nicht Fluktuation direkt gemessen, da hierfür keine Instrumente zur Verfügung stehen, sondern die Fluktuationsneigung abgefragt. Diese wird als Indikator für die Arbeitszufriedenheit gewertet und Arbeitszufriedenheit als Summe des Verhältnisses von positiven und negativen Aspekten der Arbeit gesehen.

„Insgesamt zeigt sich als Resultat der Literaturrecherche, dass die Wahrnehmung von Fluktuation einseitig negativ erscheint, was in Anbetracht fehlender Längsschnitterhebungen von Fluktuationsgründen und –mustern im Lebensverlauf nachdenklich stimmt.“ (Flieder 2002: 29). Dies deckt sich mit den Ergebnissen der hier vorliegenden Literaturrecherche. Fluktuation wird vor allem als Folge des Push-Faktors „schlechte Arbeitsbedingungen“ wahrgenommen, Pull-Faktoren für die Fluktuation aus dem Altenpflegebereich, wie zum Beispiel attraktive Angebote in anderen Berufssegmenten oder beruflicher Aufstieg, sowie Pull-Faktoren, die Pflegenden in positiver Weise an den Pflegebereich binden, werden nicht thematisiert.

### *6.1 Push-Faktor: Arbeitsbelastungen durch die Pflegearbeit*

Zahlreiche Untersuchungen widmen sich den spezifischen Arbeitsbelastungen in den Pflegeberufen. Untersuchungen zeigen, dass Pflegekräfte in der Altenpflege deutlich höhere krankheitsbedingte Fehlzeiten und einen schlechteren Gesundheitszustand haben als die berufstätige Durchschnittsbevölkerung: der psychologische Gesundheitszustand ist um 12 % schlechter, psychosomatische Beschwerden kommen zu 44,3 % häufiger vor, der körperliche Zustand ist um 3,7 % schlechter (BGW-DAK Gesundheitsreport 2003 Altenpflege; Klein/Gaugisch 2005: 8). Bei Altenpfleger/innen sind Rücken-, Nacken- und Schulterschmerzen die häufigsten Beschwerden. Mit jeweils 40 % Verbreitung treten sie weit überdurchschnittlich häufig auf (Wolke 2004: 28 ff.).

Bei Nutzung der Instrumente der World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL) liegen für Mitarbeiter/innen in der Altenpflege die folgenden Werte alle unterhalb des durchschnittlichen Normalwertes: globale Gesundheit 9,8 %, physische Gesundheit 10,91 %, psychischer Gesundheit 9,51 % und Umwelt 12,9% unter Normalwert (Wolke 2004: 83 ff.).

Physische Belastungen sind vor allem die körperlichen Belastungen durch das Heben, Tragen und Lagern der Bewohner/innen, psychische Belastungen die häufigen Arbeitsunterbrechungen durch Telefonanfragen, Kolleg/innen und Bewohner/innen (Glaser/Lampert 2005: 87, Büssing et al. 2005: 79). Weitere wichtige Faktoren sind ständiger Zeitdruck und zu geringe Personalausstattung. Es lässt sich also sagen, dass die Ursachen des schlechten Gesundheitszustandes berufsbedingt sind.

### *6.2 Push-Faktor: Arbeitsorganisation, Betriebsklima und Führung*

In einigen Studien wird den Faktoren Arbeitsorganisation, Betriebsklima und Führung eine zentrale Rolle bezüglich der Arbeitsbelastungen zugewiesen. „Unzeitgemäße hierarchische Führungsstrukturen“ (Zimber/Weyerer 1998: 94), geringe Partizipationsmöglichkeiten und unbefriedigende Dienstplangestaltung kumulieren mit den psychischen und physischen Belastungen und senken die Arbeitszufriedenheit. Berger und Zimber (2004: 43) unterscheiden Einrichtungen mit günstiger Arbeitssituation von Einrichtungen mit ungünstiger Arbeitssituation und finden in letzteren Einrichtungen eine höhere

Fluktuationsabsicht der Mitarbeiter. Hasselhorn et al. (2005: 9) unterscheiden in diesem Kontext zwischen attraktiven und unattraktiven Einrichtungen.

Bereits für 1997 wurde in der Verdichtung der Arbeit zusammen mit „mangelhafter Management- und Organisationskompetenz“ und einem autoritären Führungsstil eine Ursache für eine Verschlechterung des Arbeitsklimas gesehen (Zimber/Weyerer 1998: 94 f.). „Die wahren Belastungen liegen tiefer: Fehlende Kooperation im Team, Verteidigung traditioneller Arbeitsweisen, Enttäuschung, eine menschenwürdige Altenpflege nicht durchführen zu können, die hohe Zahl unqualifizierten Personals sowie die zunehmende Einschränkung qualitativ hochwertiger Arbeitsansätze aus Kostengründen lassen viele Altenpflegerinnen an ihrem Beruf verzweifeln“ (Becker/Meifort 1997: 227).

Seit der Einführung der Pflegeversicherung sind die Berufsanforderungen gestiegen und die Arbeitsbedingungen schwieriger geworden, wie die Autor/innen einhellig konstatieren. Die Pflegeversicherung führe zu Personalabbau und –umbau, finanzielle Spielräume für Einrichtungen verringerten sich, Beziehungen zu Kolleg/innen und vor allem zu Vorgesetzten verschlechterten sich und Gestaltungs- und Entscheidungsspielräume der Pflegekräfte gingen zurück – zu Lasten der Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten (Zellhuber 2005: 25 ff.).

Die Arbeitsorganisation der Funktionspflege ist in vielen Heimen tayloristisch orientiert. D.h. Arbeitsschritte werden zerlegt, Verantwortung und Entscheidungskompetenzen ausgegliedert, starre Hierarchien prägen das Bild. Dies führt zur Überlastung von Stations- und Bereichsleitungen und zur qualitativen Unterforderung der examinierten Pflegekräfte. Die damit einhergehende Einschränkung von Entscheidungs- und Handlungsspielräumen der examinierten Pflegekräfte führt zu Unzufriedenheit (Zellhuber 2005: 174).

Arbeitsorganisatorische Problemfelder, die mit höherer Arbeitsunzufriedenheit korrelieren, sind:

- Die Zusammenarbeit des Pflegepersonals mit Ärzten und anderen Abteilungen ist häufig von Überheblichkeit, Überreaktionen, mangelndem Respekt gekennzeichnet;
- Unzufriedenheit mit der Arbeitszeitregelung, Schichtarbeit;
- Unzufriedenheit mit dem Gehalt;
- fehlende Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten;
- als gering empfundene Einflussmöglichkeit.

Zeitdruck und Stress als Folge dünner Personaldecken gelten als die Hauptursachen für negativen Stress (Wenderlein 2005: 51 ff.).

Als wichtige Faktoren für die Arbeitszufriedenheit wird das Betriebsklima genannt und hier die „Beziehungen zur Heimleitung“, Solidarität im Kreis der Kolleg/innen, „Gefühlsmäßige Nähe zu den Bewohner/innen“ und „Erlebte Belastungen“ (Zellhuber 2005: 170, 175).

Wenderlein fand, dass mehr Anerkennung die Arbeitszufriedenheit fördert und die Fehlzeiten senkt. Fehlzeiten sieht sie als einen leistungsfähigen Indikator für die Leistungsmessung von Führungskräften. Denn gute Mitarbeiter/innen erfordern fähige Vorgesetzte, und die Erhaltung der Arbeitsmotivation ist die wichtigste Aufgabe der Führungskräfte. In den untersuchten Krankenhäusern kann sich ein Drittel der Pflegekräfte nicht mit dem eigenen Krankenhaus/Arbeitgeber identifizieren. Dies korreliert stark mit der Arbeitszufriedenheit und mit der Fluktuationsbereitschaft. Wenderlein plädiert für eine gelebte Unternehmenskultur, die die Motivation, Effizienz und Identifikation mit dem Unternehmen fördert (Wenderlein 2005: 69 ff.).

Auch bei Becker und Meifort (1997; 1998) findet sich ein Appell an die Leitungsebene im Altenpflegebereich. Wichtigster Kritikpunkt bei 23 % der Aussteiger/innen war die Veränderungsresistenz der Einrichtungen und die mangelnde Möglichkeiten, die eigenen Vorstellung im Beruf umzusetzen. „Diese Altenpflegepraxis, die sich häufig genug in restriktiven Zeitkontingenten für die *pflegerische Begegnung* zwischen Pflegekraft und Pflegeperson und hohen Anteilen un- oder nur angelernten Personals je Schicht niederschlägt, ist (im Hinblick auf die Qualität und Kultur pflegerischer Berufsarbeit) hochgradig verbesserungsfeindlich und produziert – unabhängig von der beruflichen Vorbereitungsleistung der Ausbildung – in großem Umfang Personalfluktuationen und Berufsausstiege“ (Becker/Meifort 1997: 299, kursiv im Original).

Die Ergebnisse der NEXT-Studie für Deutschland betonen den engen Bezug zwischen Führungsqualität, Arbeitszufriedenheit und Bindung an den Beruf und die Einrichtung. Führungsaspekte, die sich auf Arbeitszufriedenheit und Bindung an den Beruf und die Einrichtung auswirken sind vor allem eine Beteiligung des Pflegepersonals an Entscheidungsprozessen und eine „bidirektionale Kommunikation“ (Stordeur et al. 2005: 31). Eine „transformationale Führung“ verringert Feindseligkeiten und verbessert kooperative Beziehungen. Die Übertragung von Aufgaben und das klare Festlegen von Abläufen festigt die Rollenklarheit und die Arbeitszufriedenheit. Als negativer Aspekt hat sich eine enge Kontrolle des Personals durch die Führungskräfte erwiesen (ebd.: 30 f.). „Pflegekräfte, die häufig über ein Verlassen des Berufs nachdenken, (schätzen) die Führungsqualität der Vorgesetzten als gering ein.“ (ebd.: 35). Gute Pflegekräfte versuchen durch persönlichen Einsatz Mängel auszugleichen, leiden unter Mobbing und Burnout und verlassen die Einrichtungen wieder.

Ein Problem ist laut der Leiterin der Münchner Beschwerdestelle für den Altenpflegebereich auch, dass Träger und Führungskräfte sehr unterschiedliche Managementqualitäten aufweisen und die Fluktuation hier sehr groß ist: In München waren es für die Jahre 2003 und 2004 ca. ein Drittel der Führungskräfte pro Jahr, die das Arbeitsfeld oder die Einrichtung wechseln (Fussek/Lorzer 2005: 153).

Die Schnittstelle zwischen Pflegepersonal und Management sieht auch Blass (2005) als zentral für die Reduzierung der Arbeitsbelastungen an. Es gebe häufig eine Missachtung der Arbeitsleistung des Pflegepersonals durch fehlende Anerkennung, mangelnde Bereitstellung von Hilfsmitteln und eine fehlende Rücksichtnahme auf die Gesundheit des Pflegepersonals. Dies führt zu einer subjektiv empfundenen Verstärkung der wahrgenommenen Belastungen. Das Management ist einem hohen Konkurrenzdruck auf dem Pflegemarkt ausgesetzt und gibt diesen Druck an die Pflegekräfte weiter. Diese sollen mehr Verantwortung tragen und mehr und unterschiedliche Anforderungen meistern. Es kommt zu einem Missverhältnis zwischen einerseits starker Kontrolle (über restriktive Rahmenbedingungen) und andererseits Handlungsspielräumen und –anforderungen (Verantwortungen) (Blass 2005: 25). Als Fazit, wenn es um die Umstrukturierung im Sinne einer Reduktion von Belastungen in einem Pflegeheim geht, empfiehlt Blass, die in den Einrichtungen reichlich vorhandenen Kompetenzen der Beschäftigten zur Bearbeitung der Probleme zu nutzen. Da die Umsetzung von Maßnahmen i.d.R. die Schnittstelle Pflege – Management betrifft, müssten, falls es gravierende Belastungsfaktoren bei dieser Schnittstelle gibt, diese zuerst bearbeitet werden, sonst können Verbesserungen nicht umgesetzt werden (ebd.: 65).

„...zur Erhöhung von „Arbeitsplatztreue“ und Berufsverweildauer von Altenpflegerinnen [wird] im wesentlichen auf die Gestaltung *gesundheits- und lernförderlicher Arbeitsumgebungen* in der Altenpflege zu achten sein, die nicht nur auf die Verwertung des Hilfsleistungsimpulses der Beschäftigten („Helfersyndrom“) setzen, sondern maßgeblich auch das Interesse der examinierten Mitarbeiterinnen aufnehmen, (Alten-)Pflege als Berufsarbeit

und damit auch das Leistungsprofil der beschäftigenden Einrichtung qualitativ mitzugestalten.“ (Becker/Meifort 1997: 240, kursiv im Original).

Berger und Zimber (2004) kommen zu dem folgenden Schluss: Die Arbeits(bewältigungs)fähigkeit der Pflegekräfte „hängt vor allem anderen von der Qualität der Arbeitssituation im Unternehmen ab – und die Gestaltung dieser Arbeitssituation haben die Einrichtungen und Dienste selbst ‚in der Hand‘“ (ebd.: 2). Und Fussek und Lorzer (2005: 152) paraphrasieren die Aussage der Leiterin der Münchner Beschwerdestelle für den Altenpflegebereich: „Einem fähigen Management könne es durchaus gelingen, fachlich wie menschlich geeignetes Personal zu gewinnen und zu halten und damit die Pflegequalität anzuheben. (...) Mit anderen Worten: Nur mit hervorragendem Personal und dessen großem Einsatz lassen sich die schlechten Rahmenbedingungen auffangen.“

### *6.3 Pull-Faktoren: Gesundheitsförderung und positive Bindungen*

Die Literatur zu den Arbeitsbelastungen in der Pflege stellt häufig eine Verbindung her zwischen schlechten Arbeitsbedingungen, die zu Arbeitsunzufriedenheit und hoher Fluktuationsneigung führen. Einige Autor/innen sehen dies nicht als eine lineare Kausalkette. Die individuelle Wahrnehmung und Bearbeitung der spezifischen Arbeitsbedingungen hänge vielmehr auch von den institutionellen und individuellen positiven Faktoren und von den Ressourcen ab.

Nach dem integrativen Stressmodell für den Bereich Altenpflege von Cohen-Mansfield (1995) hängt der Stress von den beruflichen und privaten Belastungen und Ressourcen und von der individuellen Bewertung durch den betroffenen Menschen ab. Berufliche Belastungen können z.B. durch private Ressourcen ausgeglichen werden oder aber auch mit privaten Belastungen kumulieren. Die individuelle Stressreaktion (physiologisch, behavioral, kognitiv, emotional) bestimmt im beruflichen Feld die Arbeitsleistung, die Pflegequalität, den Absentismus und die Fluktuation (Zimber/Weyerer 1998: 8 f.). Positive institutionelle Faktoren können sein: Soziales Klima im Arbeitsteam, befriedigende Arbeit mit alten Menschen, Handlungs-, Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume sowie positive Rückmeldungen durch die Stationsleitungen. Betriebliche positive Ressourcen und betriebliche Einflussgrößen und Ansatzpunkte zur Vorbeugung negativer Folgen von Arbeitsbelastungen sind angemessene Tätigkeitsspielräume, Rückmeldungen, Partizipation und ein positives soziales Klima (ebd.: 94 ff.).

Ansätze der modernen betrieblichen Gesundheitsförderung (salutogenetischer<sup>3</sup> und ressourcenfördernder Ansatz) liegen in der Vermeidung krankheitsauslösender Faktoren und in der Förderung von Ressourcen und positiven Faktoren (Klein/Gaugisch 2005: 8 f.). Es geht hierbei unter anderem um die folgenden Bereiche:

- Physische Belastungen: Hilfsmittel zur Verfügung stellen, wo sie gebraucht werden, Bodenschwellen beseitigen, Schulung in rückschonender Arbeitsweise.
- Psychischer Belastung: Fallbesprechungen bezogen auf die Bewohner/innen und wohnbereichsübergreifend, Supervision, Schulungen zu Entspannungstechniken, Angebot von Autogenem Training, Fitnessstudio, Thermen, Boxsack, Zusammenarbeit mit Hospizdienst, mehrere freie Tage am Stück.

---

<sup>3</sup> Salutogenetischer Ansatz: „Was hält Menschen gesund?“ vs. pathogenetischer Ansatz: „Was macht Menschen krank?“ (Antonovski 1997).

- Betriebsklima: Kommunikations- und Konfliktkultur stärken, mehr Lob und Anerkennung, Geldgeschenke von Angehörigen gemeinsam ausgeben (Essen gehen, Ausflug), Meckerecke, Supervision, Ansprechperson für Probleme benennen.
- Arbeitszeiten: Personelle Unterstützung der Nachtwache etwa beim zu Bett bringen und des Früh- und Spätdienstes am Wochenende, regelmäßige Bürotage für die Wohnbereichsleitung, mehr freie Tage zwischen Nachtwachenblöcken.
- Unfallverhütung/Arbeitssicherheit: Informationsveranstaltungen und Fortbildungen zum Arbeitsschutz, mehr Personal, damit Aufgaben entsprechend bewältigt werden können, Mundschutz zum eigenen Schutz tragen (Klein/Gaugisch 2005: 33 ff.).

Es lassen sich verschiedene Formen von Bindungen (commitment) der Pflegekräfte an die Einrichtung und damit Bleibemotive, unterscheiden:

- Affektive Bindung meint die emotionale Identifizierung mit der Einrichtung. Der/die Mitarbeiter/in bleibt, weil er/sie will.
- Kontinuitätsbindung betont die antizipierten Kosten, die mit dem Verlassen der Einrichtung entstünden. Der/die Mitarbeiter/in bleibt, weil er/sie muss.
- Normative Bindung basiert maßgeblich auf dem Gefühl der moralischen Verpflichtung, in der Einrichtung bleiben zu müssen. Der/die Mitarbeiter/in bleibt, weil er/sie denkt, er/sie sollte (Stordeur et al. 2005: 32).

Das Management von Pflegeeinrichtungen sollte darauf hinwirken, etwa durch die von Klein und Gaugisch (2005) genannten Maßnahmen die affektive Bindung der MitarbeiterInnen an die Einrichtung zu stärken. Die affektive Bindung hängt stark mit einer hohen Arbeitszufriedenheit zusammen. Kontinuitäts- und normative Bindung sind weniger stark und funktionieren auch bei geringerer Arbeitszufriedenheit. Die Bindung basiert auf Druck von außen (finanzielle Kosten, Verlust sozialer Bindungen, moralische Verpflichtung), dem die Einzelnen allerdings bei passender Gelegenheit zu fliehen versuchen.

Wie sich diese Veränderungen der Arbeitsbedingungen letztlich auf den Berufsverbleib von Altenpfleger/innen auswirken, und welche Bedeutung die Gestaltung der Arbeitsbedingungen als ein Faktor für Berufsverbleib und Fluktuation im Vergleich mit anderen Faktoren hat, ist in diesen Ansätzen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nicht untersucht worden.

## **7. Verschiedene Formen von Fluktuation**

In der Erwerbsbiographie-Forschung wird Fluktuation allgemein als Bewegung in der Erwerbsbiographie zwischen unterschiedlichen Zuständen verstanden. Die Veränderung des Erwerbsstatus kann sich auf unterschiedliche Dimensionen beziehen.

Fluktuation gibt es:

- innerhalb einer Einrichtung horizontal von einer Abteilungen zur nächsten oder vertikal durch Positionswechsel, Beförderung etc.,
- zwischen Einrichtungen eines Trägers,
- innerhalb des Altenpflegebereichs in eine andere Einrichtung,
- zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen,
- aus dem Altenpflegebereich in einen anderen Beruf,
- durch Weiterqualifizierung, Weiterbildung (bspw. Studium),



- durch Unterbrechung der Erwerbstätigkeit (Familienzeit, Bundeswehr, Arbeitslosigkeit etc.),
- Rückkehr/Wiedereinstieg nach einer Erwerbspause,
- Rückkehr/Wiedereinstieg aus einem anderen Beruf zurück in die Altenpflege,
- Vorzeitige Beendigung der Erwerbstätigkeit.

Zu den verschiedenen Formen der Fluktuation in der Altenpflege oder auch in der Pflege gibt es überwiegend keine dezidierten Aussagen in der Literatur, was daran liegt, dass die Fluktuation mit ihren unterschiedlichen Ausprägungen bislang nicht erforscht wurde. Im Folgenden werden die Informationen, die in der Literatur zu einzelnen Fluktuationsformen gefunden wurden, diesen zugeordnet und vorgestellt.

### **Wechsel innerhalb einer Einrichtung horizontal von einer Abteilungen zur nächsten oder vertikal durch Positionswechsel, Beförderung etc.**

Hier gibt es den Hinweis, dass es geschlechtsspezifisch unterschiedliche Mobilitätsmuster zwischen Frauen und Männern gibt: während Frauen eher horizontal wechseln, bewegen sich Männer eher vertikal auf der Karriereleiter nach oben (Borutta/Giesler 2006; Bartjes/Hammer 2006).

### **Wechsel aus dem Altenpflegebereich in einen anderen Beruf**

In ihrer Befragung ausgestiegener Pflegekräfte finden Blum et al. (2004), dass 43 % der aus der Pflege ausgestiegenen Pflegekräfte außerhalb der Pflege tätig sind (ebd.: 13). Personen, die inzwischen in einem anderen Beruf arbeiten, beklagen auf die Pflege rückschauend insb. geringe Handlungsspielräume und wenig Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten. Sie fanden sich in der Pflegearbeit unterfordert und empfanden die Pflegearbeit als weniger abwechslungsreich. Das Verhältnis zu Kolleg/innen, die Verdienstmöglichkeiten, unzureichende Aufstiegsmöglichkeiten und mangelnd berufliche Anerkennung haben überdurchschnittlich oft zu einer beruflichen Neuorientierung geführt. Hier treffen hohe berufliche Erwartungen und berufliche Aufstiegsambitionen zusammen (ebd.: 68 f.).

Der Berufswechsel korreliert besonders stark mit den Faktoren Geschlecht und Qualifikation: aus dem Altenpflegebereich wechseln vor allem Männer und Altenpfleger/innen mit einer hohen formalen Bildung in einen anderen Beruf (Voges 2002: 189).

### **Fluktuation durch Unterbrechung der Erwerbstätigkeit (Familienzeit, Bundeswehr, Arbeitslosigkeit etc.)**

Zur Unterbrechung der Erwerbstätigkeit von Altenpfleger/innen aufgrund von Familienzeit, gibt es bislang nur von Becker und Meifort (1997) eine Aussage. Sie fanden, dass nach einem Jahr Berufstätigkeit 25,6 % der Berufsanfänger/innen aus dem Beruf ausgestiegen sind, ein Drittel von ihnen wegen Schwangerschaft/Elternzeit. Mehr als die Hälfte der Frauen, die im ersten Jahr aufgrund von Schwangerschaft- oder Erziehungszeit aus dem Beruf ausgestiegen sind, wollten später nicht mehr in den Beruf zurückkehren (ebd.: 294).

Allgemein und für andere Berufsfelder ist die Fluktuation aufgrund von Erziehungszeiten besser erforscht. Eine Repräsentativbefragung des BMFSFJ von 2003 zum Erwerbsverhalten mit Kindern ergab, dass 76,9 % der Mütter im ersten Lebensjahr des Kindes die Berufstätigkeit völlig unterbricht und 16,8 % in Teilzeit arbeiten, im zweiten Lebensjahr des Kindes sind noch 61,6 % der Mütter zu Hause und 34,5 % arbeiten in Teilzeit (Feider 2006: 19).

Eine Längsschnittuntersuchung über Berufsbiographie und Familiengründung, in der Männerberufe (KFZ-Mechaniker, Maschinenschlosser), Frauenberufe (Bürokaufleute,

Friseurinnen) und Mischberufe (Bank- und Einzelhandelskaufleute) untersucht wurden, kam zu dem Ergebnis, dass für die Familiengründung nicht das biologische Alter, sondern die Anzahl der Jahre im Beruf entscheidend ist. Nach 8 Jahren Berufszugehörigkeit leben aus allen Ausbildungsniveaus (Hauptschule bis Abitur) ca. 18 % der Männer und rund 37 % der Frauen mit einem Kind zusammen. Für die höheren Bildungsabschlüsse sind die Werte nur wenig geringer als für die niedrigeren Bildungsabschlüsse (Kühn 2004: 256).

Bestätigt wird dieser Befund von der Studie von Strengmann-Kuhn und Seel (2004), die frauenspezifische Erwerbsbiographien untersuchten. Sie konzentrierten sich auf die Erwerbsverläufe von verheirateten Frauen mit zwei Kindern und fanden heraus, dass die Frauen nach ihrem Ausbildungsende unabhängig vom Lebensalter nach durchschnittlich 6 bis 7 Jahren ihr erstes Kind bekommen. Bis dahin arbeiten sie typischerweise Vollzeit, nach der Geburt und einer Erwerbsunterbrechung wird bis zur Geburt des zweiten Kindes nach 3 bis 4 Jahren Teilzeit gearbeitet. Danach liegt die Erwerbstätigkeitswahrscheinlichkeit bei 50 %. Drei Jahre nach der Geburt des zweiten Kindes steigt die Erwerbstätigkeitswahrscheinlichkeit auf ca. 70 % an und nimmt in den folgenden 8 Jahren weiter zu bis über 75 % zu, um dann aufgrund des Alterseffekts mit 60 Jahren auf unter 50 % zu sinken. Die Zahl der Teilzeitbeschäftigungen ist vor dem ersten Kind nur sehr gering, nimmt mit dem ersten Kind zu, hält über das zweite Kind an (bei gleichzeitig gesunkener Erwerbswahrscheinlichkeit). Der Anteil an Teilzeitarbeit (mehr als 15 Stunden) sinkt erst langsam ab, wenn die Geburten mehrere Jahre zurück liegen (ebd.: 55 ff.).

Werden diese Befunde auf die Altenpflege übertragen, so hieße das, dass eine Erwerbspause bei Frauen in der Altenpflege (wenn es der Erstberuf ist) durchschnittlich 6 bis 7 Jahre nach der Berufsaufnahme erwartet werden kann. Diese Zahl entspricht in etwa der Zahl der Jahre, für die ein Berufsverbleib in der Altenpflege im Allgemeinen angenommen wird. Da allerdings über viele Jahre eine große Zahl an Altenpfleger/innen als Umschüler/innen in den Beruf gekommen sind, d.h. während der Ausbildung schon älter und zum Teil bereits jenseits der Familiengründungsphase waren, so kann das Wissen um weibliche Erwerbsverläufe und Kindererziehungsunterbrechungen die Fluktuation in der Altenpflege nur begrenzt erklären.

### **Fluktuation als Rückkehr/Wiedereinstieg nach einer Erwerbspause**

Eine Untersuchung der Prognos AG in Basel über Pflegenotstand in Deutschland kam 1989 zu folgendem Ergebnis: „40 % der ehemaligen Pflegekräfte könnten zurückgewonnen werden, wenn neben leistungsgerechter Vergütung die Arbeitszeiten künftig flexibler, bedürfnisgerechter und familienfreundlicher gestaltet würden. Der Wunsch nach Teilzeitarbeit hat bei allen befragten möglichen Berufsrückkehrerinnen die Hauptrolle gespielt.“ (zit. in Haller 1996: 10).

Tatsächlich zeigt die Aussteigerbefragung von Blum et al. (2004), dass fast die Hälfte der Aussteigerinnen aus Pflegeberufen (sie befragten nur junge Frauen) eine hohe Wiedereinstiegsbereitschaft hat (ebd.: 29). Finanzielle Motive und allgemeine Gründe (Selbstbestätigung durch Arbeit, berufliche Aufgaben haben, Wunsch nach Veränderung, Selbstbestätigung durch Einkommen, soziale Kontakte am Arbeitsplatz) sind in ihrer Bedeutung fast gleichrangig, der Wunsch nach beruflicher Selbstverwirklichung ist hoch. Pflegespezifische Gründe, wie die Freude an der Pflegearbeit, anderen Menschen zu helfen, das Auffrischen fachlicher Kenntnisse, die Zusammenarbeit mit Patienten und das Anwenden der erlernten Qualifikation, liegen in der Bewertung allerdings noch höher. Dies lässt auf eine hohe intrinsische Motivation für die Arbeit in der Pflege bei denen schließen, die einen Wiedereinstieg in die Pflege wollen. Eine Voraussetzung für den Wiedereinstieg ist für viele Frauen, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Privat-/Familienleben, d.h. die Versorgung der Kinder gewährleistet werden kann (ebd.: 40 ff.).

Von den nicht mehr erwerbstätigen Ausgestiegenen haben 60 % eine hohe Wiedereinstiegsbereitschaft und nur 20 % keine oder wenig Bereitschaft. Bei den in anderen Arbeitsfeldern Erwerbstätigen sind es nur 30 %, die sich für einen Wiedereinstieg in den Pflegeberuf entscheiden würden und 42 %, die keine oder wenig Bereitschaft zum Wiedereinstieg in den Pflegeberuf haben (ebd.: 70). Hinderungsgründe für einen Wiedereinstieg in den Pflegeberuf liegen oft weniger in einer Entscheidung gegen den Pflegeberuf an sich, sondern sind vielmehr Folge beruflicher und/oder privater Neuorientierung (ebd.: 55 f.). Dennoch ist die Wiedereinstiegsbereitschaft geringer, wenn die aus der Pflege Ausgestiegenen in der beruflichen Vergangenheit stärker unter körperlichen Belastungen und Zeitdruck, wenig Zeit für Patienten und häufigen Unterbrechungen gelitten haben (ebd.: 74).

Wie schon Flieder (2002) für den Berufsverbleib konstatiert hat, ist die Berufsorientierung der Frauen auch für den Wiedereinstieg ein wichtiger Faktor. Feider (2006) untersucht biographisch die Erwerbs- und Familienverläufe von Büroangestellten, die eine Qualifizierungsmaßnahme zur Rückkehr in den Beruf zwischen 1997 und 2001 abgeschlossen haben. Die meisten der Frauen hatten bei Lehrgangsende Kinder im Alter zwischen 4 und 15 Jahren, nur zwei Frauen (von 92) hatten keine Kinder. Sie unterscheidet verschiedene Typen, die je nach individueller Präferenz und Rahmenbedingungen der Familie und/oder dem Beruf unterschiedliche Bedeutungen zuweisen und damit unterschiedliche Motivationen für eine Rückkehr in den Beruf haben. Frauen, die finanziell nicht auf ein eigenes Einkommen angewiesen sind, stellen oft hohe Erwartungen an eine Berufsarbeit. Für Frauen, die ihre beruflichen Bedürfnisse der Familie unterordnen, ist die Vereinbarkeit mit der Familie ein wesentliches Kriterium. Ist die Notwendigkeit vorhanden, Geld zu verdienen, werden die Ansprüche an die Arbeit heruntergeschraubt und von der Familie Eigenverantwortung verlangt. Die Arbeit wird als wichtige Sinnquelle erlebt. Liegt die Priorität bei der beruflichen Verantwortung, werden hohe Ansprüche an die Arbeit gestellt und ein hohes Engagement aufgebracht.

Kasman und Sommer (1994) befragten 135 Berufsrückkehrerinnen in Pflegeberufe nach Maßnahmen zur Wiedereingliederung von Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern in ihren Beruf. Das Besondere an dieser Maßnahme war, dass den Teilnehmerinnen nach der Einarbeitung von den Trägern eine unbefristete Stelle zugesagt wurde. Die Abschlussbefragung der Teilnehmerinnen fand 6 bis 24 Monate nach dem Ende der Maßnahme statt. 75 % der Frauen waren bei der Abschlussbefragung in dem Krankenhaus beschäftigt, in dem die Maßnahme durchgeführt wurde. 17 % hatten inzwischen die Einrichtung gewechselt und 7 % waren nicht mehr erwerbstätig und hatten sich vermutlich wieder in die Familie zurückgezogen (Kasman/Sommer 1994: 76).

75 % der Frauen waren finanziell über den Ehepartner abgesichert. Diese gingen nach der Maßnahme überwiegend in Teilzeitarbeitsverhältnisse. 25 % der Frauen mussten den Lebensunterhalt selbst bestreiten oder zum Familieneinkommen beitragen (allein Erziehende, Frauen nach der Familienphase, ältere allein stehende Frauen etc.). Sie gingen zum überwiegenden Teil in ein Vollzeitarbeitsverhältnis. 80 % hatten eine Teilzeitanstellung. „Berufsrückkehrerinnen sind an einer Vollzeitstelle dann interessiert, wenn keine Kinder (mehr) zu betreuen sind und/oder sie finanziell darauf angewiesen sind.“ (Kasman/Sommer 1994: 55).

Durchschnittlich dauerte die Familienphase bei den befragten Frauen 12 Jahre. 56 % der Frauen war zwischen 35 und 44 Jahren alt, 86 % der jüngsten Kinder der Teilnehmerinnen waren bei der Maßnahmen über 6 Jahre alt. 60 % der jüngeren Frauen (<45 Jahre) hatte eine Berufsrückkehr geplant. Von den älteren Frauen waren es nur 19 %. Über 50 % der Frauen hätte sich einen Wiedereinstieg ohne Einarbeitungsmaßnahme nicht zugetraut bzw. nach eigener Einschätzung den Wiedereinstieg nicht geschafft. Die Mehrzahl der Rückkehrerinnen

sagte, dass sich in Bezug auf ihr Selbstbewusstsein, den Umgang mit Konflikten, ihre Ausgeglichenheit und ihr Durchsetzungsvermögen eine positive Wandlung vollzogen hatte (Kasman/Sommer 1994: 93).

Das Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung der AOK hat im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2005 eine Machbarkeitsstudie „Gesunder Wiedereinstieg in den Altenpflegeberuf“ erstellt. Hierzu wurden neben Literaturrecherche, der Auswertung von Kranken- und Arbeitsunfähigkeitsstatistiken auch Mitarbeiter/innen befragt, Workshops und Interviews in Einrichtungen der Altenpflege durchgeführt. Der erarbeitete Leitfaden enthält Empfehlungen für unterschiedliche Zielgruppen.

Wiedereinsteiger/innen wird empfohlen, sich mental, körperlich und organisatorisch auf den Wiedereinstieg vorzubereiten und den Kontakt zum Pflegeheim nicht abbrechen zu lassen. (Kowalski/Pauli 2005: 9) Arbeitgeber (Träger) sollten in den Einrichtungen z.B. für eine gute und offene Kommunikation sorgen, Erwartungen, Veränderungen etc. abklären, Kontakte in der Zeit der Berufsunterbrechung nicht abbrechen lassen, flexible Zeitmodelle, Weiterbildung und Auffrischung der Kenntnisse anbieten und eine abgestufte Einarbeitungszeit gewähren (ebd.: 16 ff.). Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung wird geraten, Bürokratie in Pflegeplanung und Dokumentation abzubauen und Handlungsempfehlungen herausgeben. Die Bundesagentur für Arbeit könnte Beratungen und Qualifizierungen für Wiedereinsteigerinnen und die Krankenkassen Kurse zum Gesundheitsschutz anbieten. An Ministerien in Bund und Ländern gerichtet ist die Empfehlung, Bürokratie abzubauen, damit mehr Zeit für Pflegearbeit bleibt (ebd.: 21 f.)

Allgemein werden als positive Voraussetzungen für eine nicht krankmachende Arbeit in einem Pflegeheim aufgelistet: „gesunde“ Organisation, guter Teamgeist, offene Kommunikation, guter Führungsstil, viele Hilfestellungen im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung (ebd.: 5). Erschwerende Faktoren des Wiedereinstiegs sind: Veränderte private Situation durch die Notwendigkeit, Kind, Beruf und Familie zu vereinen. Die berufliche Situation ist komplexer geworden und stärker von Zeitdruck bestimmt, die Heimbewohnerstruktur hat sich gewandelt (Menschen sind älter, öfter multimorbid oder demenzkrank), zusätzliche Aufgaben sind durch Qualitätssicherung, Pflegeplanung, laufende Dokumentation, neue medizinische Verfahren, Hilfsmittel und EDV-Technik entstanden. Insgesamt sind Komplexität und Zeitdruck angestiegen (ebd.: 6).

Krämer fand in einer Untersuchung von drei Einrichtungen der stationären Altenhilfe, dass in den Einrichtungen Frauen mit jüngeren im Haushalt lebenden Kindern unterdurchschnittlich oft arbeiten. Eine gängige Erklärung sei, dass sich die Arbeitszeiten im Dreischichtsystem schlecht mit den familiären Aufgaben verbinden lässt. Krämer widerspricht dem. Die jetzt schon mögliche Teilzeitarbeit und Wunscharbeitszeiten lassen dieses Berufsfeld für Menschen mit familiären Verpflichtungen attraktiv erscheinen. Wünschenswert sei aber eine Stärkung der Bindung von Mitarbeiterinnen in der Erziehungsphase und davor, um sie später in die Einrichtung zurückholen zu können (Krämer 2004: 189).

Dies könnte sich auch für die Einrichtungen selbst lohnen. Wenderlein (2005) fand in ihrer Untersuchung zu Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten bei Pflegekräften, dass Mitarbeiter/innen mit Kindern zufriedener sind, eine überdurchschnittliche Berufsmotivation und ein besonders großes Organisationstalent haben (ebd.: 40 f.).

### **Vorzeitige Beendigung der Erwerbstätigkeit.**

Ein Ergebnis der Befragung ausgestiegener Pflegekräfte von Blum et al. (2004) ist, dass 57 % der befragten jungen Frauen aus überwiegend privaten und familiären Gründe nicht mehr berufstätig waren (ebd.: 13).

Die Auswertung der Literatur hinsichtlich der unterschiedlichen Formen von Fluktuation zeigt, dass es bislang keine Untersuchung gibt, die das Fluktuationsverhalten in Berufsverläufen von Altenpfleger/innen systematisch und differenziert erforscht hat und Anhaltspunkte dafür liefern kann, in welchen biographischen und/oder berufsbiographischen Phasen wie gewechselt wird. Insbesondere fehlen aktuelle und repräsentative Zahlen zur Fluktuation und Berufsverbleib.

## 8. Fazit

Nach der Sichtung der Literatur haben sich für die Frage des Berufsverbleibs von Altenpfleger/innen die folgenden Forschungslücken gezeigt:

- **Keine Erforschung der Zielgruppe der Altenpfleger/innen:** Die Zielgruppe der examinierten Altenpfleger/innen wurde nur in einer Studie (Becker/Meifort 1997; 1998) in Abgrenzung zu den anderen in der Altenpflege Beschäftigten Berufsgruppen untersucht. Es gibt deshalb keine neueren Erkenntnisse zum Berufsverbleib der examinierten Altenpfleger/innen.
- **Keine Untersuchung von Erwerbsverläufen über einen längeren Zeitraum:** Es gibt für die Zielgruppe der Altenpfleger/innen keine Untersuchung des Erwerbsverlaufs über einen längeren Zeitraum (mindestens 10 bis 15 Jahre), in der die unterschiedlichen Formen der Veränderungen identifiziert und beobachtet werden, um Aussagen etwa auch über einen Wiedereinstieg nach einer Berufsunterbrechung treffen zu können.
- **Keine Untersuchung von Motiven für Fluktuation:** Die Gründe von Fluktuationen sind bislang nicht bezogen auf eine tatsächliche Wechsel hin untersucht worden, sondern nur im Hinblick auf Wechselabsichten. Zudem sind die Pull-Faktoren bisher nicht analysiert worden.
- **Keine repräsentativen Ergebnisse:** Es gibt in der Literatur bislang kein Forschungsdesign, das zu repräsentativen Ergebnissen für die Gruppe der Altenpfleger/innen führt z.B. durch die Nutzung von Prozessdaten.
- **Keine Identifizierung typischer Erwerbsverläufe:** Für die Zielgruppe der Altenpfleger/innen existieren bisher keine Untersuchungen typischer Erwerbsverläufe.

## 9. Literaturverzeichnis

- Abele, Andrea E. (2004): Beruf – kein Problem, Karriere – schon schwieriger: Berufslaufbahnen von Akademikerinnen und Akademikern im Vergleich. In: Abele, Andrea E./Hoff, Ernst-H./Hohner, Hans-Uwe (Hrsg.): Frauen und Männer in akademischen Professionen. Berufsverläufe und Berufserfolg. Heidelberg/Kröning, S. 157-182.
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.
- Bartjes, Heinz/Hammer, Eckart (2006): Männer und Altenpflege. Analyse und Ansätze für mehr Männer in der Altenpflege. In: Krabel, Jens/Struve, Olaf (Hrsg.): Männer in „Frauen-Berufen“ der Pflege und Erziehung. Opladen, S. 135-158.
- Becker, Wolfgang/Meifort, Barbara (1998): Altenpflege – Abschied vom Lebensberuf. Bielefeld.
- Becker, Wolfgang/Meifort, Barbara (1997): Altenpflege – eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Bielefeld.
- Berger, Gerhard/Zimber, Andreas (2004): Alter(n)sgerechte Arbeitsplätze in der Altenpflege. Heidelberg/Kiel 2004 in: [www.equal-altenhilfe.de/?produkt\\_downloadbereich](http://www.equal-altenhilfe.de/?produkt_downloadbereich) v. 14.3.2007
- Bernejo, Isaac/ Muthny, Fritz A. (1994): „Burnout“ und Bedarf an psychosozialer Fortbildung und Supervision in der Altenpflege. Münster.
- BGW-DAK Gesundheitsreport 2003 Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräfte in der stationären Altenpflege. Hamburg. [http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Bilder\\_20und\\_20Downloads/downloads/1065/Altenpflegereport\\_2003.pdf,property=download.pdf](http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Bilder_20und_20Downloads/downloads/1065/Altenpflegereport_2003.pdf,property=download.pdf).
- Blass, Kerstin (2005): Gesund Pflegen in der Altenpflege. Analyse und Maßnahmenentwicklung zur Reduzierung der Arbeitsbelastung in der stationären Altenpflege. Hrsgg. v. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund.
- Blum, Karl/Müller, Udo/Schilz, Patricia (2004): Wiedereinstieg ehemals berufstätiger Pflegekräfte in den Pflegeberuf. Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf.
- Born, Claudia (2001): Verweildauer und Erwerbsbiographien von Frauen in der Krankenpflege. Ein Beitrag zur Diskussion um Altersteilzeit für Gesundheitsberufe. In: Pflege und Gesellschaft, 6. Jg., 3/2001, S. 109-115.
- Borutta, Manfred/Giesler, Christiane (2006): Karriereverläufe von Frauen und Männern in der Altenpflege. Wiesbaden.
- Braun, Bernhard/Müller, Rolf (2005): Arbeitsbelastungen und Berufsausstieg bei Krankenschwestern. In: Pflege und Gesellschaft, 10. Jg., 3/2005, S. 131-141.
- Bundeskonferenz der Pflegeorganisationen (Hrsg.) (2005): Brennpunkt Pflege. Zur Situation der beruflichen Pflege in Deutschland. Göttingen, in: [www.dbfk.de/download/download/brennpunkt-pflege.pdf](http://www.dbfk.de/download/download/brennpunkt-pflege.pdf) v. 15.5.2007.
- Büssing, Andre/Glaser, Jürgen/Höge, Thomas (2005): Belastungsscreening in der ambulanten Pflege. Dortmund/Berlin/Dresden.
- Cohen-Mansfield, J. (1995): Stress in nursing home staff: a review and a theoretical model. *The Journal of Applied Gerontology*, 14 (4), S. 444-466.
- Falk, Susanne (2005): Geschlechtsspezifische Ungleichheiten im Erwerbsverlauf. Analysen für den deutschen Arbeitsmarkt. Wiesbaden.

- Feider, Cornelia (2006): Berufsrückkehrerinnen. Erwerbs- und Familienverläufe nach Qualifizierungsmaßnahmen aus biographischer Perspektive. Bielefeld.
- Flieder, Margret (2002): Was hält Krankenschwestern im Beruf? Frankfurt am Main.
- Fussek, Claus/Lorzer, Sven (2005): Alt und abgeschoben. Der Pflegenotstand und die Würde des Menschen. Freiburg.
- Glaser, Jürgen/Lampert, Bettina/Weigl, Matthias (2005): Psychische Belastung: Analyse, Bewertung und Gestaltung sicherheits- und gesundheitsförderlicher Arbeitsplätze in der stationären Altenpflege. München.
- Haller, Wilhelm (1996): Neue Formen der Dienstplangestaltung. Flexible Arbeitszeiten im stationären Pflegedienst. Radolfzell.
- Hasselhorn, Hans-Martin/ Müller, Bernd Hans/Tackenberg, Peter/ Kümmerling, Angelika/Simon, M. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Hrsgg. v. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund/Berlin/Dresden.
- Hasselhorn, Hans-Martin/Tackenberg, Peter/Büscher, Andreas/Stelzig, Stephanie/Kümmerling, Angelika/Müller, Bernd-Hans (2005a): Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland. In: Hasselhorn, Hans-Martin/ Müller, Bernd Hans/Tackenberg, Peter/ Kümmerling, Angelika/ Simon, M.: Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Hrsgg. v. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund/Berlin/Dresden, S. 135-146.
- Horbach, Annegret/Behrens, Johann (2007): Wie lange verbleiben Pflegende nach der Ausbildung in ihrem Beruf? Unveröffentlichtes Arbeitspapier, Halle.
- INQA – Initiative Neue Qualität der Arbeit (2007) (Hrsg.): Für eine neue Qualität der Arbeit in der Pflege. Leitgedanken einer gesunden Pflege – Memorandum. Dortmund/Dresden.
- Kasmann, Elke/Sommer, Lisa (1994): Berufsrückkehrerinnen in Pflegeberufen. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Hrsgg. v. Bundesministerium für Frauen und Jugend, Materialien zur Frauenpolitik 36/1994.
- Klein, Barbara/Gaugisch, Petra (2005): Gute Arbeitsgestaltung in der Altenpflege. Selbstbewertung als Partizipationsorientierte und nachhaltige Methode für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Pflege. Hrsgg. v. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund.
- Kleinert, Corinna/Dietrich, Hans (2005): Aus- und Weiterbildungen im Pflegebereich. Eine Analyse des Eingliederungsprozesses in Erwerbstätigkeit. IAB Forschungsbericht Nr. 11/2005.
- Kowalski, Heinz/Pauli, Günther (2005): Gesunder Wiedereinstieg in den Altenpflegeberuf. Hrsgg. v. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund.
- Krämer, Karin (2004): Die Neuorganisation der Lebensarbeitszeit in einer alternden Erwerbsgesellschaft. Eine Untersuchung zum Gestaltungsbedarf und Gestaltungspotenzial in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Berlin.
- Kühn, Thomas (2004): Berufsbiographie und Familiengründung. Wiesbaden.
- Stordeur, Sabine/D'koore, William/van der Heiden, Beatrice/Di Bisceglie, Miriam/Laine, Marjukka/van der Schoot, Esther/Next-Studiengruppe (2005): Führungsqualität, Arbeitszufriedenheit und berufliche Bindung von Pflegekräften. In: Hasselhorn, Hans-Martin/ Müller, Bernd Hans/Tackenberg, Peter/ Kümmerling, Angelika/ Simon, M.: Berufsausstieg

bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Hrsgg. v. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund/Berlin/Dresden, S. 30-48.

Strengmann-Kuhn, Wolfgang/Seel, Barbara (2004): Einkommensdiskriminierung und frauenspezifische Erwerbsbiographie. Aachen.

Ummel, Hannes (2004): Männer in der Pflege. Berufsbiographien im Umbruch. Bern.

Voges, Wolfgang (2002): Pflege alter Menschen als Beruf. Wiesbaden.

Wenderlein, Uta Friederike (2005): Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten bei Pflegekräften. Melsungen.

Williams, Christine (ed.) (1993): Doing „women’s work“, Newbury Park, London, New Delhi.

Wolke, Reinhard (2004): Gesundere und leistungsfähiger Mitarbeiter in der Pflege. Analyse zum Einfluss von Belastungen und Ressourcen der Arbeit auf die Gesundheit von Mitarbeitern in der stationären Pflege. Lage.

Zellhuber, Brigitte (2005): Altenpflege – ein Beruf in der Krise? Eine empirische Untersuchung der Arbeitssituation sowie Belastungen von Altenpflegekräften im Heimbereich. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.

Zimber, Andreas/Weyerer, Siegfried (1998): Stress in der stationären Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Heimen. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.

Zimpel, Viviane (2004): Belastende Situationen in der Altenpflege. In: Henze, Karl-Heinz/Piechotta, Gudrun (Hrsg.): Brennpunkt Pflege. Beschreibung und Analyse von Belastungen des pflegerischen Alltags. Frankfurt am Main, S. 173-181.