

Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen

Sonderauswertung des Österreichischen Arbeitsklima Index

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
Stubenring 1, 1010 Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Autorinnen und Autoren: Mag. Daniel Schönherr, SORA
Wien, 2021

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-Rom.

Im Falle von Zitierungen im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten sind als Quellenangabe „BMSGPK“ sowie der Titel der Publikation und das Erscheinungsjahr anzugeben.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMSGPK und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Bestellinfos: Abrufbar im Broschürenservice des Sozialministeriums unter <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/>

Vorwort



Dr. Wolfgang Mückstein
© BKA/Andy Wenzel

Die Pflegebeschäftigten leisten nicht nur in Zeiten der Corona-Pandemie Außergewöhnliches. Ihr Engagement und ihr Arbeitseinsatz in der Betreuung von alten, kranken oder behinderten Menschen verdient Wertschätzung und Anerkennung. Nicht nur deshalb ist es mein Anliegen, die Arbeitsbedingungen im Bereich der Pflege zu verbessern. Nicht nur eine leistungsgerechte Entlohnung steht dabei im Vordergrund, vielmehr beklagen viele Beschäftigte die mangelnde Zeit für pflegebedürftige Menschen, die hohen Belastungen und den fehlenden psychosozialen Ausgleich als

größte Mankos.

Der vorliegende Bericht des SORA Institutes befasst sich mit den Rahmenbedingungen und der Arbeitszufriedenheit von Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege sowie Behindertenbetreuung. Er tut dies auch vor dem Hintergrund, diesen Menschen einen langfristigen Verbleib in ihrem Beruf zu ermöglichen. Die Studie zeigt, dass 65 % aller Befragten im Pflegesektor, der überwiegend von Frauen geleistet wird, sagen, sie halten es für unwahrscheinlich, den Beruf bis zur Pension auszuüben, und 15 % bereits konkrete Absichten haben, den Tätigkeitsbereich oder den Beruf zu wechseln. Dem gilt es entgegenzusteuern. Daher ist es ein wesentliches Ziel der Pflegereform, die Leistung der Pflegenden durch angemessene Rahmenbedingungen anzuheben, indem die Arbeitsbedingungen verbessert werden. Die Studie macht hierzu einige Vorschläge: Aufstockung der Ressourcen und Qualifizierungen, verstärkte Autonomie bei der Arbeit, Verbesserung von Arbeitszeiten sowie Flexibilität im Sinne der Beschäftigten und eine Reduktion der Arbeitsbelastungen. Basis dieser Vorschläge bilden die empirischen Daten und Ergebnisse zu den Arbeitsbedingungen in dem so wichtigen Feld der Pflege.

Ich wünsche viel Freude beim Lesen und beim Gewinnen weiterer Erkenntnisse.

Dr. Wolfgang Mückstein
Bundesminister

Inhalt

Impressum.....	2
Vorwort.....	3
Inhalt.....	4
1 Einleitung und Methodik	5
2 Modelle der Arbeitszufriedenheit	9
3 Förderliche und hinderliche Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen.....	15
3.1 Arbeitsbelastungen.....	15
3.2 Einkommen	17
3.3 Atypische Arbeitszeiten	19
3.4 Ressourcen.....	21
3.5 Qualifizierung.....	23
3.6 Pendeln	24
3.7 Dienstverhältnis	25
3.8 Persönliche Merkmale der Beschäftigten	27
4 Ländervergleich und Handlungsempfehlungen.....	31
4.1 Gesundheitsförderung und sicheres Arbeiten in der Pflege	31
4.2 Arbeitszeiten im Sinne der Pflegebeschäftigten	35
4.3 Ressourcen und Qualifizierungen in der Arbeit fördern die Arbeitszufriedenheit	38
4.4 Soziale Absicherung von Pflegebeschäftigten	40
Tabellenverzeichnis.....	43
Abbildungsverzeichnis.....	44
Literaturverzeichnis	45
Abkürzungen.....	49

1 Einleitung und Methodik

Der folgende Kurzbericht liefert einen Überblick über die Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege sowie Behindertenbetreuung in Österreich. Ziel ist ein besseres Verständnis der Frage, welche Arbeitsbedingungen dazu führen, dass Pflegebedienstete nicht glauben, ihre Tätigkeit bis zur Pension durchzuhalten bzw. planen, den Beruf in naher Zukunft zu wechseln.

In Österreich arbeiten derzeit rund 127.000 Menschen als Pflegepersonal im akutstationären Bereich oder im Bereich der Langzeitpflege und -betreuung. Darüber hinaus sind Pflege- und Betreuungskräfte auch in anderen Bereichen des Gesundheitssystems tätig, etwa in der Betreuung von Menschen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen. Die Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich lässt sich anhand zweier grundsätzlicher Tendenzen skizzieren:

1. Zum einen wird der Bedarf an Pflegekräften mittelfristig zunehmen. Über 30 Prozent des gesamten Personals sind heute über 50 Jahre alt und werden in den kommenden Jahren in Pension gehen. Berücksichtigt man neben diesem Ersatzbedarf auch noch die demografische Entwicklung, werden in den nächsten zehn Jahren bis zu 76.000 zusätzliche Pflegekräfte aus den jungen, erwerbstätigen Generationen in Österreich benötigt (Rappold/Juraszovich 2019: 4f.).
2. Zum anderen herrscht bereits heute ein Mangel an Fachkräften und Spezialisten in den Pflegeberufen. Die Fluktuation im Pflegebereich ist vergleichsweise hoch, die Neueintritte sind zwar gestiegen, decken aber den Bedarf nicht ab. Jenen 30 Prozent, die in den kommenden Jahren in Pension gehen werden, stehen z. B. jährlich nur rund 5.000 Absolventinnen und Absolventen von Fachhochschulen, Gesundheits- und Krankenpflegeschulen und PA-Lehrgängen sowie 1.000 Absolventinnen und Absolventen von Schule für Sozialbetreuungsberufe gegenüber (ebd).

Hinzu kommt die demografische Entwicklung. Die Anzahl an pflegebedürftigen Menschen in Österreich wird in den kommenden Jahren und Jahrzehnten weiter steigen, während geburtenschwache Jahrgänge auf den Arbeitsmarkt kommen. Die Herausforderung besteht somit auch darin, aus einem kleiner werdenden Arbeitskräftepool künftig

dennoch mehr Pflegepersonal zu gewinnen. Die derzeitige Diagnose fällt dabei größtenteils negativ aus. Eine Ausbildung und anschließende Ausübung eines Berufs im Pflegesektor ist für viele junge Menschen noch immer unattraktiv. In einer Sonderauswertung der PISA-Daten 2018 zu Berufswünschen junger Menschen im Alter von 15 Jahren durch die OECD kam ein Beruf im Pflegesektor bei Burschen nicht unter die Top-15 Wunschberufe, bei Mädchen immerhin auf Platz 5 – allerdings mit einem Anteil von lediglich 4,5 % (OECD 2020: 14). In einer deutschen Studie konnten sich zwar 21 % aller 14- bis 20-jährigen Jugendlichen eine Tätigkeit im Pflegesektor grundsätzlich vorstellen (Potenzialzielgruppe), davon allerdings nur 4 % „sehr gut vorstellen“ (Kernzielgruppe). Die wichtigsten Kriterien der Jugendlichen für die Berufswahl werden durch Pflegeberufe derzeit offenbar kaum erfüllt. So bewerten Jugendliche die Entwicklungs- und Karrierechancen pessimistisch, die Arbeitsbedingungen als hart und die Entlohnung dafür als zu gering. 80 % aller befragten jungen Erwachsenen finden, „das Gehalt sei für das, was die Menschen in dem Bereich leisten, zu gering.“ (BMFSJ 2020: 9)

Hinter den Entwicklungen im Pflegesektor steht auch eine seit den 2000er Jahren fortschreitende Taylorisierung in Pflege- und Betreuungsberufen. Damit gemeint ist eine Auslagerung staatlicher Aufgaben auf private, gewinnorientierte Anbieter und die Fragmentierung der Arbeitsprozesse in kleinteilige Einheiten zur Produktivitätssteigerung und Kostensenkung, die aber einem ganzheitlichen Verständnis von Pflege, das viele Beschäftigte mitbringen, fundamental entgegensteht (vgl. Fida 2018). Auch diese Neuorganisation von Arbeitsprozessen senkt bei Pflegebeschäftigten damit die Arbeitszufriedenheit und führt potenziell zu Berufsausstiegen.

Angesichts dieser Entwicklungen ist der Erhalt aktueller Beschäftigter in Pflegeberufen von großer Bedeutung. Dass in der vorliegenden Sonderauswertung 65 % aller Befragten im Pflegesektor sagen, sie halten es für unwahrscheinlich, den Beruf bis zur Pension auszuüben, und 15 % bereits konkrete Absichten haben, den Tätigkeitsbereich oder den ganzen Beruf zu wechseln, sollte in diesem Zusammenhang als Warnsignal gesehen werden. Wenngleich nicht alle dieser Befragten in den kommenden Jahren tatsächlich den Beruf wechseln oder frühzeitig aus dem Erwerbsleben aussteigen werden, sind diese Ergebnisse insbesondere auf die dafür ursächlichen schwierigen Arbeitsbedingungen ernst zu nehmen. Eine Reihe an Studien haben diesbezüglich übereinstimmend festgestellt, dass eine vergleichsweise geringe Entlohnung in Kombination mit hohen körperlichen und psychosozialen Belastungen nicht nur die Attraktivität dieser Berufe bei potenziellen neuen Fachkräften senkt, sondern bei Beschäftigten auch zum Wunsch führt, den Beruf zu wechseln (vgl. z. B. Hasselhorn et al. 2005; Nolting et al. 2006). Offen ist jedoch, ob es

noch andere Faktoren der Beschäftigung und Arbeitszufriedenheit gibt, die einer nachhaltigen Beschäftigung im Pflegebereich entgegenstehen und damit Anknüpfungspunkte für eine Aufwertung dieser systemrelevanten Berufe und Tätigkeiten bieten.

Auf Basis einer Sonderauswertung der Daten des Österreichischen Arbeitsklima Index sollen diese Zusammenhänge daher näher beleuchtet werden. Insbesondere die Rolle der Arbeitsbedingungen für den Wunsch, den Beruf zu wechseln oder die Einschätzung, den Beruf nicht bis zur Pension durchzuhalten, soll eingehender analysiert werden. Die Auswertungen beruhen auf Daten einer seit 1997 laufenden Repräsentativbefragung von jährlich rund 4.000 unselbständig Beschäftigten ab 15 Jahren in ganz Österreich. Die Interviews werden persönlich im Haushalt durchgeführt und dauern im Schnitt rund 45 Minuten. Die Befragungen erheben nebst soziodemografischen Merkmalen der Personen auch deren Arbeitszufriedenheit, Arbeitsbelastungen und Rahmenbedingungen ihrer Arbeit. Der Arbeitsklima Index wird von den beiden Instituten SORA und IFES im Auftrag der Arbeiterkammer Oberösterreich durchgeführt. Für die folgenden Auswertungen wurden drei Berufsgruppen näher analysiert. Um eine ausreichend große Fallzahl pro Berufsgruppe sicherzustellen, wurden die Daten der Jahre 2010 bis 2020 kumuliert, sodass sich folgende Fallzahlen ergeben:

Tabelle 1 Stichprobenübersicht

Berufsgruppe	Anzahl der Befragten
Krankenpflege und medizinische Betreuung	1.145
Altenpflege	635
Behindertenbetreuung	211
Gesamt	1.992

Quelle: Österreichischer Arbeitsklima Index, Eigenauswertung

Charakteristisch ist der hohe Frauenanteil, der im Schnitt aller Pflege- und Betreuungsberufe bei 78 % liegt. Mehr als jede/-r dritte Beschäftigte ist über 45 Jahre alt, der Großteil (42 %) hat einen mittleren Ausbildungsabschluss, rund 25 % einen Ausbildungsabschluss darunter (Lehre oder maximal Pflichtschulabschluss), 37 % darüber, also mindestens Matura.

Im Fokus der folgenden Auswertungen steht die Frage:

- Welche Aspekte der Arbeitszufriedenheit führen bei Pflegebeschäftigten dazu, dass sie a) entweder ihren Beruf oder ihren Tätigkeitsbereich in naher Zukunft wechseln möchten, und/oder b) es angesichts ihres derzeitigen Gesundheitszustands für unwahrscheinlich halten, den Beruf bis zur Pension durchzuhalten?

Eine ähnliche Studie zu den Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen in Deutschland charakterisierte diese zuletzt mit folgenden Schlagworten (vgl. Schmucker 2020):

Abbildung 1 Arbeitsbedingungen in der Pflege in Deutschland



Wie diese Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen jedoch zusammenhängen und welche davon letztlich ausschlaggebend sind dafür, dass Pflegebeschäftigte den Beruf wechseln oder nicht bis zur Pension ausüben können, blieb in der deutschen Studie offen. Zu diesem Zweck werden in der vorliegenden Sonderauswertung zu Beginn mittels multivariater statistischer Methoden jene Einflussfaktoren seitens der Arbeitsbedingungen ermittelt, die einen signifikanten Beitrag dazu leisten, dass Pflegebeschäftigte einem dauerhaften Verbleib im Beruf pessimistisch entgegensehen. Im Anschluss daran werden jene signifikanten Einflussfaktoren näher beschrieben und erläutert. Abschließend werden die Ergebnisse der Sonderauswertung mit vorliegenden Befunden aus anderen nationalen und internationalen Untersuchungen verknüpft und diskutiert.

2 Modelle der Arbeitszufriedenheit

Arbeitszufriedenheit ist ein multidimensionales Konstrukt. Die Einschätzung, mit der eigenen Arbeit zufrieden oder unzufrieden zu sein, hängt von einer Vielzahl an Faktoren ab. Neben den objektiven Rahmenbedingungen (z. B. Einkommen, Arbeitszeitregelung, Inhalte der Tätigkeit) lassen sich eine Vielzahl an Phänomenen durch die subjektive Sicht der Beschäftigten selbst auf ihre Arbeitssituation erklären.

Was steht hinter den Überlegungen von Pflegebeschäftigten, den Beruf in naher Zukunft zu wechseln? Und welche Faktoren führen dazu, dass das Ausüben der aktuellen Berufstätigkeit bis zur Pension als unwahrscheinlich angesehen wird? Es liegt nahe, dass die vorherrschenden Arbeitsbedingungen in beiden Fragen eine Rolle spielen. Eine Analyse dieser Zusammenhänge ist auf Grundlage sog. Regressionsmodelle möglich. Dieses statistische Verfahren erlaubt, den Einfluss von unabhängigen Variablen auf das Ausmaß einer vorab definierten abhängigen Variablen zu bestimmen. Die abhängige, also die zu erklärende Variable, ist im vorliegenden Fall a) die Absicht, den Beruf oder den Tätigkeitsbereich zu wechseln, und b) die Einschätzung, es sei unwahrscheinlich den Beruf bis zur Pension durchzuhalten. Die unabhängigen bzw. erklärenden Einflussvariablen wurden entlang des bisherigen Forschungsstandes (vgl. Einleitung und Methodik) und daraus abgeleiteten Hypothesen über förderliche bzw. belastende Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen ausgewählt.

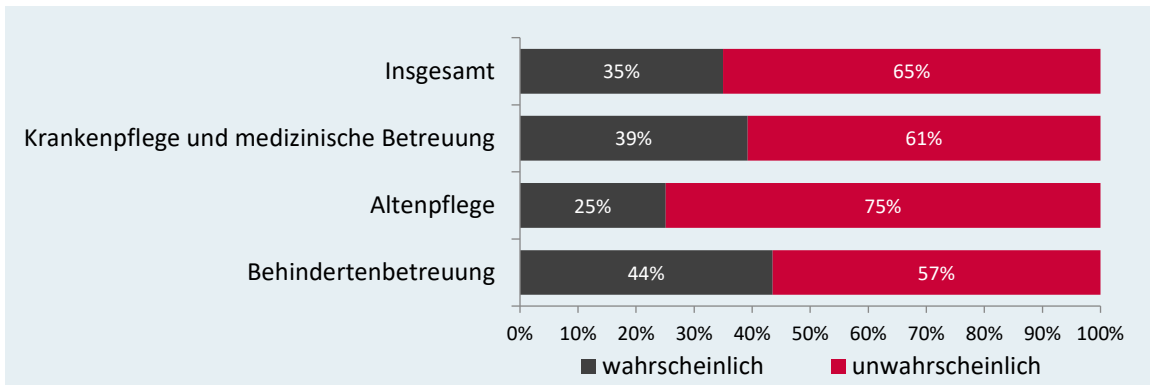
Die Regressionsmodelle werden schrittweise gebaut. Die einzelnen Variablen zu den Arbeitsbedingungen werden zu inhaltlichen Dimensionen gebündelt und nacheinander in die Regressionsmodelle aufgenommen. Die Dimensionen umfassen sowohl die Rahmenbedingungen der Beschäftigung (z. B. Dienstverhältnis, Arbeitszeit) als auch subjektive Einschätzungen (etwa zu Gestaltungsmöglichkeiten, Einkommen und Ressourcen) und soziodemografische Merkmale der Befragten selbst (Geschlecht, Alter, Bildungsstand, Kinder im Haushalt und Staatsbürgerschaft). Insgesamt wurden 18 Indikatoren in sieben Dimensionen gebündelt.

Tabelle 2 Unabhängige Einflussvariablen in den Regressionsmodellen

Dimension	Indikatoren
Rahmenbedingungen der Arbeit	Atypische Beschäftigung (Befristung, Leiharbeit); Entfernung der Arbeitsstätte (Pendler); Art der Einrichtung (Privatbetrieb vs. öffentliche Einrichtung)
Arbeitszeit	Ausmaß der tatsächlich gearbeiteten Stunden/Woche; Unregelmäßige Arbeitszeiten (Arbeit auf Abruf oder unregelmäßig); Atypische Lage der Arbeitszeiten (Samstags-, Sonntags-, Nachtarbeit); Häufigkeit von Überstunden
Einkommen	Subjektive Einschätzung zum Auskommen mit dem Einkommen
Ressourcen	<i>Standardisierter Summenindex basierend auf 4 Fragen: Zufriedenheit mit: Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten; Weiterbildungsmöglichkeiten; Mitsprachemöglichkeiten; Gestaltungsmöglichkeiten</i>
Belastungen	Körperliche Belastungen: <i>Standardisierter Summenindex basierend auf 2 Fragen (subjektive Belastung aufgrund Unfall- und Verletzungsgefahr, schlechter Gesundheitsbedingungen)</i> Psychische Belastungen: <i>Standardisierter Summenindex basierend auf 4 Fragen (subjektive Belastung aufgrund Zeitdruck, seelisch belastender Arbeit, technischer/organisatorischer Änderungen, Wechsel von Arbeitsabläufen)</i>
Zukunft	Unsicherheit: <i>Standardisierter Summenindex basierend auf 3 Fragen (subjektive Arbeitsplatzsicherheit; wirtschaftliche Entwicklung des Betriebs; Zufriedenheit mit sozialer Absicherung);</i> Einschätzung, mit der derzeitigen Qualifikation den Beruf auch in 5 Jahren noch ausüben zu können
Persönliche Merkmale	Alter; Geschlecht; Bildungsstand (mind. Matura ja/nein); Kind(er) unter 15 Jahren im Haushalt; Ausländische Staatsbürgerschaft

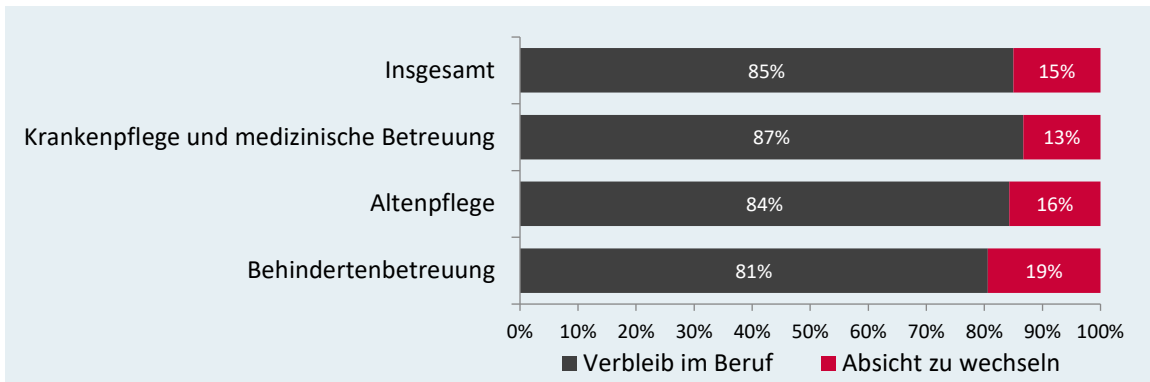
Als Zielvariablen wurden zwei dichotome Fragen definiert. Zum einen die Einschätzung, das Ausüben der Tätigkeit bis zur Pension sei sehr oder ziemlich unwahrscheinlich; zum anderen die Nennungen „anderer Job“ oder „anderer Tätigkeitsbereich“ auf die Frage „Was planen Sie für Ihre berufliche Zukunft?“. Im Schnitt halten es 65 % aller Pflegebeschäftigten für unwahrscheinlich, den Job bis zur Pension durchzuhalten, 15 % planen einen Wechsel.

Abbildung 2 Einschätzung, den Beruf bis zur Pension durchzuhalten



Quelle: Österreichischer Arbeitsklima Index, Eigenauswertung; Analysezeitraum: 2010–2020

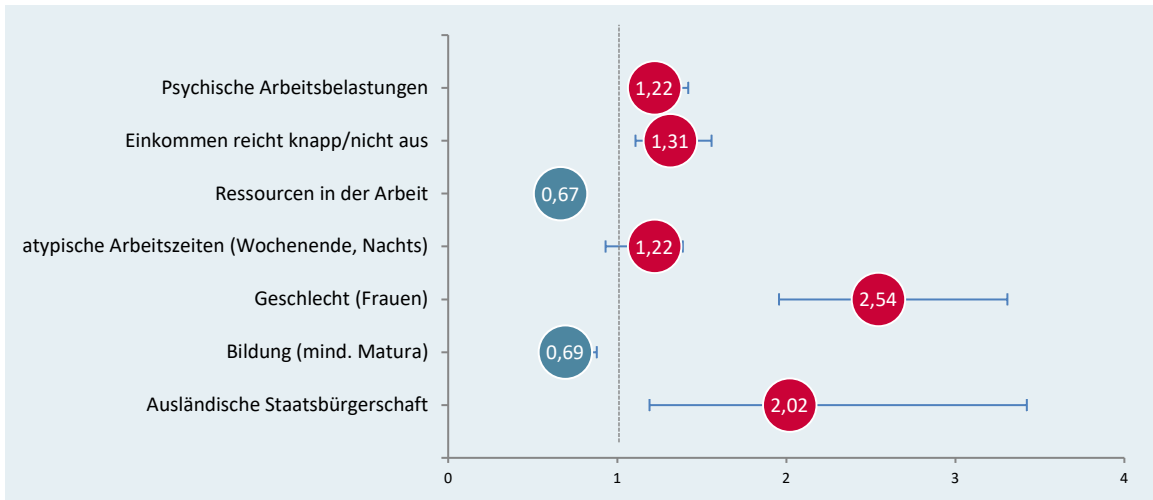
Abbildung 3 Berufliche Zukunftspläne (Berufsausstieg)



Quelle: Österreichischer Arbeitsklima Index, Eigenauswertung; Analysezeitraum: 2010–2020

Eine erste deskriptive Analyse der Zusammenhänge zwischen den beiden Zielvariablen auf der einen und den in Tabelle 2 angeführten Einflussvariablen auf der anderen Seite legt signifikante Unterschiede entlang der Dimensionen „Rahmenbedingungen der Arbeit“, „Arbeitszeit“, „Belastungen“, Geschlecht, Alter und Ausbildung nahe. Welche dieser Faktoren jedoch einen signifikanten Einfluss darauf ausüben, dass Pflegebeschäftigte den Beruf wechseln wollen bzw. nicht glauben bis zur Pension durchzuhalten, wird erst anhand der logistischen Regressionsmodelle, deren Ergebnisse auf der nächsten Seite abgebildet sind, sichtbar.

Abbildung 4 Regressionsmodell 1: Durchhalten bis zur Pension *unwahrscheinlich*

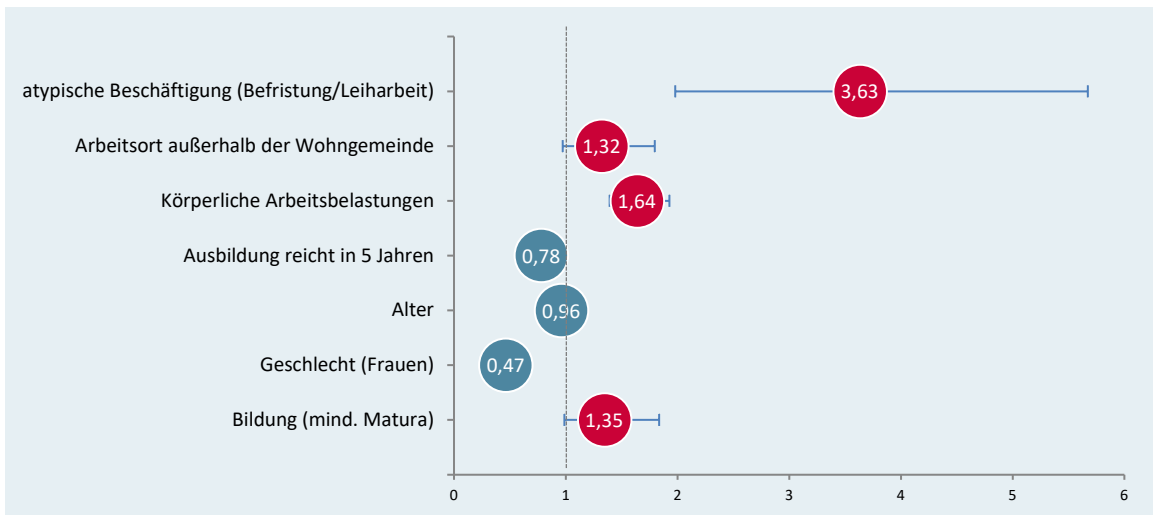


Quelle: Österreichischer Arbeitsklima Index, Eigenauswertung; Analysezeitraum: 2010–2020.

Dargestellt sind nur signifikante Einflussfaktoren (* $p < 0,05$) und deren Odds-Ratios (Exp(B)); OR größer als 1 signalisieren einen positiven Einfluss auf das Eintreten der Zielvariable, OR kleiner als 1 einen negativen.

Lesebeispiel: Frauen haben gegenüber Männern eine 2,54-fach höhere Chance, ein Durchhalten bis zur Pension für unwahrscheinlich zu halten.

Abbildung 5 Regressionsmodell 2: Absicht, Beruf oder Tätigkeitsbereich zu *wechseln*



Quelle: Österreichischer Arbeitsklima Index, Eigenauswertung; Analysezeitraum: 2010–2020.

Dargestellt sind nur signifikante Einflussfaktoren (* $p < 0,05$) und deren Odds-Ratios (Exp(B)); OR größer als 1 signalisieren einen positiven Einfluss auf das Eintreten der Zielvariable, OR kleiner als 1 einen negativen.

*Lesebeispiel: Frauen haben gegenüber Männern eine um 53 % geringere Chance $((1-0,47)*100)$, den Beruf wechseln zu wollen.*

Die beiden Modelle beziehen sich jeweils auf die gesamte Gruppe aller zwischen 2010 und 2020 befragten Pflegebeschäftigten. Für die Einschätzung, die aktuelle Tätigkeit nicht bis zur Pension ausüben zu können, zeigen sich somit folgende signifikanten Einflussfaktoren:

- Psychische Belastungsfaktoren in der Arbeit (wie z. B. eine seelisch belastende Tätigkeit, Zeitdruck oder ein häufiger Wechsel der Arbeitsanforderungen) führen bei Pflegebeschäftigten dazu, dass sie es für unwahrscheinlicher halten, den Job bis zur Pension auszuüben.
- Reicht das Einkommen zum Leben nicht oder nur knapp aus, steigt ebenfalls die Wahrscheinlichkeit, dass Befragte sagen es sei unwahrscheinlich, dass sie diesen Job bis zur Pension ausüben werden.
- Je mehr Ressourcen – im Sinne von Mitsprache- und Gestaltungsmöglichkeiten – Pflegebeschäftigte in der Arbeit haben, desto eher halten sie die Ausübung ihrer Tätigkeit bis zur Pension für wahrscheinlich.
- Atypische Arbeitszeiten – also das Arbeiten zu Randzeiten – haben einen negativen Effekt auf die subjektive Wahrscheinlichkeit, den Pflegeberuf bis zur Pension durchzuhalten.
- Abseits dieser Arbeitsfaktoren zeigt sich darüber hinaus, dass Frauen, Befragte ohne Matura (maximal mittlere Abschlüsse) und ausländische Staatsbürgerinnen bzw. Staatsbürger es häufiger für unwahrscheinlich halten, den Beruf bis zur Pension auszuüben.

Für die Absicht, den Beruf oder Tätigkeitsbereich in naher Zukunft zu wechseln, zeigen sich folgende signifikanten Einflussfaktoren:

- Atypische Beschäftigungsverhältnisse im Sinne von Befristungen und Leiharbeit haben einen starken Effekt darauf, dass Beschäftigte ihren Beruf wechseln wollen.
- Liegt der Arbeitsort außerhalb der Wohngemeinde – müssen Beschäftigte also in die Arbeit pendeln – fördert das ebenfalls den Wunsch, den Beruf zu wechseln.
- Hohe körperliche Arbeitsbelastungen führen dazu, dass Pflegebeschäftigte darüber nachdenken, den Beruf oder Tätigkeitsbereich zeitnah zu wechseln.

- Haben Pflegebeschäftigte hingegen das Gefühl, sie seien auch in fünf Jahren noch qualifiziert genug um ihre Tätigkeit gut auszuüben, fördert das den Wunsch, im Beruf zu verbleiben.
- Darüber hinaus haben ältere Beschäftigte, Frauen und Pflegepersonal ohne Matura oder Studienabschluss häufiger den Plan, im Beruf zu verbleiben als Jüngere, Männer und Höherqualifizierte, die den Beruf häufiger wechseln möchten.

Inwieweit sich diese Ergebnisse auch in den Prozentzahlen widerspiegeln, welche Gruppenunterschiede sich einerseits innerhalb der drei Pflegebeschäftigtengruppen und andererseits zum Durchschnitt aller anderen Berufe und Beschäftigten in Österreich zeigen, wird im nächsten Kapitel beschrieben.

3 Förderliche und hinderliche Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen

Sowohl spezifische Arbeitsbedingungen im Pflegesektor als auch persönliche Merkmale von Pflegebeschäftigten stehen hinter Überlegungen, den Beruf zu wechseln oder aber ihrer Einschätzung, das Ausüben der Tätigkeit bis zur Pension sei unwahrscheinlich. Atypische Beschäftigungsverhältnisse, Arbeitsort, Einkommen, Arbeitsbelastungen, Ressourcen und Arbeitszeit spielen allesamt eine signifikante Rolle dafür, dass Pflegebeschäftigte potenziell frühzeitig aus dem Beruf ausscheiden.

3.1 Arbeitsbelastungen

Der starke Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und Berufsausstiegen wurde in der Arbeitszufriedenheitsforschung immer wieder thematisiert, nicht zuletzt im Pflegebereich. Zu hohe Arbeitsbelastungen können auf zwei Wegen dazu führen, dass Beschäftigte ihren Beruf aufgeben: Zum einen über eine belastungsbedingte Berufs- und Arbeitsunfähigkeit, zum anderen über die individuelle Entscheidung, den Beruf zugunsten eines weniger belastenden Berufs aufzugeben. (vgl. Bräutigam et al. 2014; Höhmann et al. 2016)

Sowohl körperliche als auch psychische Belastungen in der Arbeit führen bei Pflegebeschäftigten dazu, dass sie ihren Beruf entweder wechseln möchten oder aber nicht bis zur Pension ausüben werden können. Die Modelle haben gezeigt, dass zu hohe psychische Belastungen die Einschätzung trüben, bis zur Pension durchzuhalten, und zu hohe körperliche Belastungen den Wunsch fördern, den Beruf zu wechseln.

Tatsächlich liegen die Belastungen in den Pflegeberufen hoch. Rund jede oder jeder dritte Beschäftigte in der Kranken- und Altenpflege fühlt sich durch Zeitdruck in der Arbeit sehr oder ziemlich stark belastet, in der Behindertenbetreuung sind es 14 %. Der Zeitdruck wächst mitunter zu einem ständigen Arbeitsdruck ohne Zeit zu Verschnaufen an: Rund ein Viertel der Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege und 10 % in der Behindertenbetreuung fühlen sich dadurch sehr oder ziemlich stark belastet. Beide –

sowohl Zeitdruck als auch Arbeitsdruck – signalisieren eine hohe Arbeitsintensität und Arbeitsverdichtung in Pflegeberufen, insbesondere in der Kranken- und Altenpflege. Hinzu kommen häufige Wechsel von Arbeitsschritten und -abläufen: 18 % in der Kranken- und Altenpflege und 14 % in der Behindertenbetreuung fühlen sich dadurch ebenfalls belastet. An der Stelle ist wichtig zu betonen, dass es sich bei diesen Anteilen um subjektive Auskünfte der befragten Personen handelt, wie sehr sie sich durch bestimmte Belastungsfaktoren auch tatsächlich belastet fühlen. Die Angaben beziehen sich also nicht auf ein objektives Vorhandensein dieser Belastungsfaktoren, sondern vielmehr darauf, wie viele Beschäftigte sich durch diese Arbeitsbedingungen stark belastet fühlen. Erweitert man den Blick auf alle Befragten, die angeben, sich zumindest etwas oder mittel belastet zu fühlen, steigen die Anteile in der Kranken- und Altenpflege auf rund 70 %, in der Behindertenbetreuung auf 50 %.

Die mit Abstand höchste Beanspruchung geht von einer generellen seelischen bzw. emotionalen Belastung aufgrund der Tätigkeit und Aufgaben aus. 46 % der Beschäftigten in der Krankenpflege, 41% in der Behindertenbetreuung und 38 % in der Altenpflege fühlen sich dadurch zumindest ziemlich stark belastet, mehr als 80 % jeweils fühlen sich insgesamt dadurch belastet. Die emotionalen Belastungen sind ein Kernmerkmal der Pflege- und Betreuungsberufe, insbesondere in der Interaktion mit Patientinnen und Patienten. Der professionelle Umgang mit Krankheit, Trauer, Hilfsbedürftigkeit und Sterben ist eine der Hauptaufgaben in der Pflege und Betreuung und erfordert von den Beschäftigten nicht nur entsprechende fachliche Qualifikationen, sondern auch eine professionelle Verarbeitung dieser Belastungen („Emotionsarbeit“).

Aber nicht nur psychische und emotionale Belastungen treten in Pflege- und Betreuungsberufen auf, sondern auch körperliche Belastungen, etwa eine Unfall- und Verletzungsgefahr in der Arbeit: 14 % in der Krankenpflege und rund jede oder jeder zehnte in der Behindertenbetreuung und Altenpflege fühlen sich dadurch stark belastet.

Tabelle 3 Subjektive Arbeitsbelastungen in den Pflegeberufen

Belastungen	Krankenpflege	Altenpflege	Behinderten- betreuung	Sonstige Berufe
Zeitdruck	32 %	32 %	14 %	22 %
seelisch belastende Arbeit	46 %	38 %	41 %	11 %
Wechsel der Arbeitsabläufe	18 %	18 %	14 %	10 %
ständiger Arbeitsdruck ohne Zeit zu Verschnaufen	24 %	23 %	10 %	15 %
Unfall- und Verletzungsgefahr	14 %	10 %	11 %	11 %

Anm.: Dargestellt sind die Anteile jener Beschäftigten, die angeben, sich „sehr“ oder „ziemlich“ belastet zu fühlen. Quelle: Österreichischer Arbeitsklima Index, Eigenauswertung; Spaltenprozent

In der Krankenpflege zeigen sich keine signifikanten Unterschiede je nach Dienstgeber – sowohl Beschäftigte in öffentlichen Einrichtungen als auch Beschäftigte im Privatsektor geben ungefähr im selben Ausmaß an, sich durch psychische und körperliche Faktoren belastet zu fühlen. In der Altenpflege hingegen fühlen sich Beschäftigte in öffentlichen Einrichtungen in den Faktoren Zeitdruck, Arbeitsdruck und seelische Belastung um rund 10 Pp. häufiger belastet als Befragte in Privateinrichtungen. In der Behindertenbetreuung ist es umgekehrt, hier fühlen sich Beschäftigte in Privateinrichtungen in den Punkten „seelische Belastung“, „Wechsel der Arbeitsabläufe“ und „Unfall- und Verletzungsgefahr“ tlw. um bis das 2-fache häufiger belastet als Behindertenbetreuerinnen und -betreuer in öffentlichen Einrichtungen. Keine signifikanten Unterschiede zeigen sich hingegen nach Ausbildungsniveau der Befragten.

3.2 Einkommen

Reicht das Einkommen zur Deckung der Ausgaben nicht oder nur knapp aus, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Befragte sagen es sei unwahrscheinlich, dass sie diesen Job bis zur Pension ausüben werden können. Auf die unmittelbare Wechselbereitschaft hat das individuelle Auskommen mit dem Einkommen keinen signifikanten Effekt.

Grundsätzlich sind 68 % aller Pflegebeschäftigten mit ihrem Einkommen zufrieden, ein Drittel ist mittel bis gar nicht zufrieden. Die höchste Zufriedenheit zeigt sich unter

Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern (74 %). In der Behindertenbetreuung (65 %) und insbesondere in der Altenpflege (57 %) sind die Beschäftigten deutlich unzufriedener mit ihrer Entlohnung.

Die Entlohnung einer Arbeitstätigkeit hat in den meisten Fällen zumindest zwei Dimensionen: Zum einen die der reinen Existenzsicherung, zum anderen die der Wertschätzung. Beide Dimensionen werden in der Frage „Wie gut kommen Sie mit ihrem Einkommen aus?“ miterhoben – sowohl die Tatsache, dass Beschäftigte je nach Höhe ihres Einkommens unterschiedliche Teilhabemöglichkeiten haben, als auch die dahinterliegende Frage der Wertschätzung, die der Tätigkeit damit entgegengebracht wird. Im Schnitt sagen 44 % aller Pflegebeschäftigten, sie würden mit ihrem derzeitigen Gehalt nur knapp über die Runden kommen, und 5 %, dass das Einkommen nicht ausreiche zur Deckung aller Lebensbedürfnisse. In Bezug auf die Pension glauben 50 % aller Pflegebeschäftigten, dass die spätere Altersversorgung nur knapp reichen werde, und 20 % gehen davon aus, dass sie davon nicht leben können werden. Auffällig ist auch hier, dass Beschäftigte in der Krankenpflege eine positivere Sicht auf ihre Einkommenssituation haben, während Beschäftigte in der Altenpflege und in der Behindertenbetreuung ihre Gehaltssituation deutlich pessimistischer einschätzen, auch im Vergleich zu anderen Berufsgruppen in Österreich.

Tabelle 4 Auskommen mit dem Einkommen und der Pension in den Pflegeberufen

Art des Einkommens	Einschätzung	Kranken- pflege	Alten- pflege	Behinderten- betreuung	Sonstige Berufe
Jetziges Einkommen	Komme gut damit aus	61 %	36 %	44 %	48 %
	Komme knapp damit aus	35 %	56 %	52 %	45 %
	Komme nicht damit aus	4 %	8 %	5 %	7 %
Spätere Alters- versorgung	Komme gut damit aus	37 %	19 %	24 %	32 %
	Komme knapp damit aus	49 %	54 %	48 %	48 %
	Komme nicht damit aus	14 %	27 %	28 %	20 %

Quelle: Österreichischer Arbeitsklima Index, Eigenauswertung; Spaltenprozent

Darüber hinaus fällt auf, dass Kranken- und Altenpflegepersonal, das in öffentlichen Einrichtungen beschäftigt sind, ihre Einkommenssituation etwas besser einschätzen als

jene, die in privaten Einrichtungen arbeiten. In der Behindertenbetreuung ist es umgekehrt: Hier geben im Vergleich zu Beschäftigten in privaten Behindertenbetreuungseinrichtungen um 6 bis 8 Pp. mehr Beschäftigte in öffentlichen Einrichtungen an, mit dem Einkommen und der Pension schwer auszukommen. In Bezug auf das Bildungsniveau der Befragten zeigen sich deutliche Unterschiede nur in der Altenpflege: Während Beschäftigte mit maximal mittleren Abschlüssen dort zu 66% angeben, mit dem Einkommen nur knapp oder gar nicht auszukommen, sind es unter höher qualifizierten Altenpflegerinnen und Altenpflegern um 10 Pp. weniger. In der Frage der späteren Pension zeigen sich diese Unterschiede nicht mehr in diesem Ausmaß.

3.3 Atypische Arbeitszeiten

Die Arbeit zu Randzeiten – etwa am Wochenende oder nachts – ist ein weiteres zentrales Charakteristikum von Pflege- und Betreuungsberufen. Die Modelle weisen diesen atypischen Arbeitszeiten einen signifikanten und ähnlich hohen Effekt wie auch den psychischen Belastungen auf die Einschätzung, die Ausübung des Jobs bis zur Pension sei unwahrscheinlich, zu.

Atypische Arbeitszeiten sind seit den 1990er Jahren immer weiter verbreitet, insbesondere wenn es um die Arbeit am Wochenende geht. Studien weisen diesen einen nachweislich negativen Effekt auf Dinge wie Planbarkeit, Gesundheit und letztlich auch Lebenszufriedenheit nach (vgl. z. B. Amlinger-Chatterjee 2016: 48 ff.).

Während mittlerweile zwar auch knapp jede oder jeder zweite Beschäftigte in Österreich zumindest gelegentlich samstags arbeitet, ist Samstagsarbeit in den Pflegeberufen die Regel. Auch der Sonntag zählt für fast 80 % aller Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege zur Arbeitswoche, in der Behindertenbetreuung sind es 59 %. Nachtarbeit (zwischen 22 und 6 Uhr) kommt bei 70 % in der Krankenpflege, 42 % der in der Altenpflege und 37 % der Beschäftigten in der Behindertenbetreuung zumindest gelegentlich vor.

Tabelle 5 Atypische Arbeitszeiten in den Pflegeberufen

Gelegentliche oder häufige ...	Krankenpflege	Altenpflege	Behindertenbetreuung	Sonstige Berufe
Samstagsarbeit	85 %	88 %	71 %	53 %
Sonntagsarbeit	78 %	79 %	59 %	24 %
Nachtarbeit	70 %	42 %	37 %	19 %

Anm.: Dargestellt sind die Anteile jener Beschäftigten, die angeben, „gelegentlich“ oder „häufig“ zu folgenden Zeitpunkten zu arbeiten.

Quelle: Österreichischer Arbeitsklima Index, Eigenauswertung; Spaltenprozent

Kranken- und Altenpflegerinnen bzw. Kranken- und Altenpfleger in einer öffentlichen Einrichtung sind etwas häufiger als Beschäftigte in privaten Pflegeeinrichtungen am Wochenende im Einsatz, in der Behindertenbetreuung ist es umgekehrt. In Bezug auf die Nachtarbeit zeigen sich diese Unterschiede nicht mehr. Unterscheidet man die Beschäftigten entlang ihres Qualifikationsniveaus, zeigen sich für die Kranken- und Altenpflege kaum Unterschiede. Sowohl Beschäftigte mit Matura oder akademischem Abschluss als auch jene mit maximal mittlerer Berufsausbildung arbeiten zu ungefähr denselben Anteilen am Wochenende und/oder nachts. In der Behindertenbetreuung arbeiten akademische Fachkräfte hingegen häufiger am Wochenende und auch nachts im Vergleich zu nicht-akademischen Betreuerinnen und Betreuern.

Warum führen atypische Arbeitszeiten zur Vermutung, den Beruf nicht bis zur Pension ausüben zu können? Einen Hinweis darauf liefert die subjektive Einschätzung der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Während im Schnitt 20 % aller unselbständig Beschäftigten und Berufe in Österreich sagen, sie könnten ihren Beruf nur mittel bis sehr schlecht mit ihrem Privatleben vereinbaren, sind es in der Behindertenbetreuung zwar etwas weniger (16 %), in der Krankenpflege aber ca. genauso viele (21 %) und in der Altenpflege deutlich mehr (27 %). Die Vereinbarkeitproblematik trifft vor allem Frauen, die die deutliche Mehrheit in den Pflegeberufen stellen. Sie übernehmen nach wie vor deutlich häufiger als ihre Partner die Hauptverantwortung für die Kinderbetreuung und geraten somit auch häufiger in einen Arbeits- und Familienkonflikt.

Tabelle 6 Einschätzung der Vereinbarkeit in den Pflegeberufen

Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben	Krankenpflege	Altenpflege	Behindertenbetreuung	Sonstige Berufe
sehr gut	31 %	29 %	34 %	35 %
2	48 %	45 %	50 %	44 %
3	17 %	20 %	14 %	16 %
4	3 %	6 %	2 %	3 %
sehr schlecht	1 %	1 %	0 %	1 %

Quelle: Österreichischer Arbeitsklima Index, Eigenauswertung; Spaltenprozent

3.4 Ressourcen

Als Ressourcen werden in der vorliegenden Auswertung vor allem jene Faktoren begriffen, die im Zusammenhang mit Autonomie und Souveränität im Arbeitskontext hindeuten. Dazu zählen z. B. Mitsprachemöglichkeiten im Betrieb, Gestaltungsmöglichkeiten in der Arbeit oder realistische Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten. Das Ausmaß dieser vorhandenen Ressourcen hat sich in den Modellberechnungen als signifikant positiver Einflussfaktor auf die Wahrscheinlichkeit erwiesen, den Job bis zur Pension durchzuhalten.

Dabei liegt die Zufriedenheit mit diesen Dingen in der Krankenpflege und Behindertenbetreuung über dem Durchschnitt anderer Berufe und Beschäftigter in Österreich. In der Altenpflege liegen sie in etwa im Durchschnitt. Pflegeberufe zeichnen sich demnach durch eine höhere Autonomie im selbständigen Arbeiten aus als andere Berufe, etwa im Produktionsbereich. Für die Beschäftigten bedeutet das bis zu einem gewissen Grad auch mehr Eigenverantwortung und damit Souveränität darüber, wie sie ihre Arbeitsaufgaben erledigen. Dies fördert in der Regel die Arbeitszufriedenheit.

In der Kranken- und Altenpflege sind mehr als die Hälfte mit den Mitbestimmungsmöglichkeiten und rund zwei Drittel mit den Gestaltungsmöglichkeiten zufrieden, in Bezug auf die Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten sind Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger aber deutlich zufriedener (65 %) als Altenpflegerinnen und Altenpfleger (52 %). In der Behindertenbetreuung sind zwei Drittel

mit den Mitbestimmungsmöglichkeiten und den Aufstiegsmöglichkeiten und sogar 83 % mit den Gestaltungsmöglichkeiten zufrieden.

Tabelle 7 Ressourcen in den Pflegeberufen

Zufriedenheit mit ...	Krankenpflege	Altenpflege	Behinderten- betreuung	Sonstige Berufe
Mitbestimmungsmöglichkeiten	58 %	56 %	65 %	57 %
Gestaltungsmöglichkeiten	64 %	65 %	83 %	67 %
Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten	65 %	52 %	65 %	52 %

Anm.: Dargestellt sind die Anteile jener Beschäftigten, die angeben, „sehr“ oder „ziemlich“ zufrieden zu sein.
Quelle: Österreichischer Arbeitsklima Index, Eigenauswertung; Spaltenprozent

Welche Rolle solche Ressourcen für die Aufrechterhaltung der Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfähigkeit trotz hoher Belastungen haben können, zeigt eine einfache Berechnung: Pflegebeschäftigte, die sich durch Zeitdruck stark belastet fühlen, aber mit ihren Mitbestimmungsmöglichkeiten in der Arbeit zufrieden sind, halten es zu 60 % für unwahrscheinlich, bis zur Pension durchzuhalten. Jene, die zusätzlich zum Zeitdruck auch mit den Mitbestimmungsmöglichkeiten unzufrieden sind, halten es zu 79 % für unwahrscheinlich. Auf die Art kumulieren – oder vielmehr: verstärken sich – ungünstige Arbeitsbelastungen mit eingeschränkten Ressourcen zur Abfederung dieser Belastungen.

Wie bereits zu Beginn hingewiesen, wirkt die Taylorisierung im Pflegebereich diesen positiven Ergebnissen entgegen. Eine Standardisierung, Zergliederung und Aufsplittung von Arbeitsschritten greift massiv in die Autonomiebedürfnisse von Pflegekräften ein, während sie selbst in Punkto Arbeitszeit und Einsatzbereitschaft größtmöglich flexibel sein sollen. Es wäre verfehlt, diese Entwicklungen ausschließlich im Privatsektor zu vermuten. Vielmehr halten tayloristische Arbeitsteilungen auch im öffentlichen Pflegebereich Einzug und führen zu restriktiveren Rahmenbedingungen. In der Krankenpflege zeigen sich in den Mitbestimmungs- und Gestaltungsmöglichkeiten z. B. keine nennenswerten Unterschiede zwischen privat und öffentlich Beschäftigten, lediglich die Aufstiegsmöglichkeiten werden in öffentlichen Einrichtungen etwas besser bewertet. In der Altenpflege sind Beschäftigte in Privatbetrieben sogar um 10 Pp. zufriedener mit ihren Gestaltungsmöglichkeiten. Umgekehrte Unterschiede zeigen sich jedoch in der Behindertenbetreuung: Während

75 % des Personals in Öffentlichen Betreuungseinrichtungen mit ihren Mitsprachemöglichkeiten zufrieden sind, sind es im Privatsektor nur 59 %. In Bezug auf die Qualifikation der Beschäftigten zeigen sich keine signifikanten Unterschiede.

3.5 Qualifizierung

Haben Pflegebeschäftigte das Gefühl, sie seien auch in fünf Jahren noch qualifiziert genug um ihre Tätigkeit gut und zufriedenstellend auszuüben, fördert das den Wunsch, im Beruf zu verbleiben. Umgekehrt gilt: Befürchten Pflegebeschäftigte, dass sie in einigen Jahren nicht mehr sämtliche notwendigen Qualifikationen aufweisen, um ihren Job im vollen Ausmaß positiv zu erledigen, führt das eher dazu, dass diese Beschäftigten einen Berufsausstieg überlegen.

Auch wenn die Anteile an Befragten, die sagen, sie werden ihre berufliche Tätigkeit in fünf Jahren aufgrund fehlender Qualifikationen nur noch mittelmäßig bis sehr schlecht ausüben können, auf den ersten Blick nicht hoch erscheinen: Immerhin rund jede/-r siebte Beschäftigte in der Behindertenbetreuung, jede/-r fünfte in der Krankenpflege und jede/-r vierte in der Altenpflege befürchtet eine künftige Dequalifikation.

Tabelle 8 Künftiger Qualifizierungsbedarf in den Pflegeberufen

Qualifizierungsbedarf	Krankenpflege	Altenpflege	Behinderten- betreuung	Sonstige Berufe
Ausbildung wird in 5 Jahren nur noch mittel bis sehr schlecht reichen	19 %	26 %	13 %	16 %

Quelle: Österreichischer Arbeitsklima Index, Eigenauswertung; Spaltenprozent

Wenig überraschend spielt die Art der Einrichtung – ob öffentlich oder privat – für diese Einschätzung eine nur untergeordnete Rolle. Viel wichtiger ist das aktuelle Qualifikationsniveau der Beschäftigten, insbesondere im Bereich der Altenpflege. Während Beschäftigte mit Matura oder höherem Abschluss dort „nur“ zu 16 % von einem Qualifizierungsbedarf in fünf Jahren ausgehen, sind es unter Pflegerinnen und Pflegern mit maximal mittleren Abschlüssen 30 % und damit doppelt so viele. In den anderen beiden

Berufsgruppen zeigen sich diese Unterschiede jedoch nicht in dieser signifikanten Art und Weise.

3.6 Pendeln

Zu den Rahmenbedingungen der Arbeit zählt die Frage, wo sich der Arbeitsplatz befindet. Die Modellberechnungen zeigen, dass Beschäftigte, die ihren Arbeitsort außerhalb der Wohngemeinde haben, eher dazu tendieren, den Beruf zu wechseln.

Tatsächlich pendeln Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger und vor allem Beschäftigte in der Behindertenbetreuung zu rund 60 % aus der eigenen Wohngemeinde aus, Beschäftigte in der Altenpflege zu rund der Hälfte (und damit ähnlich oft wie alle anderen Beschäftigten in Österreich). Nicht nur der Pendelanteil ist in der Krankenpflege und Behindertenbetreuung höher, sondern auch die Pendeldauer. 36 % der Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger und 33 % der Behindertenbetreuung pendeln täglich mindestens 30 Minuten zur Arbeit und nochmals 30 Minuten nach Hause. In der Altenpflege sind es zwar nur 22 %, gleichzeitig fällt auf, dass der Anteil an Beschäftigten, die keinen festen Arbeitsplatz haben, in der Altenpflege mit 6 % drei Mal so hoch liegt wie unter sonstigen Beschäftigten. Grundsätzlich zeigen sich kaum nennenswerte Unterschiede je nach Dienstgeber. In der Krankenpflege fällt auf, dass der Anteil an Auspendlerinnen und Auspendlern unter öffentlichen Bediensteten mit 61 % um 13 Pp. höher liegt als unter privat Beschäftigten. In anderen Berufsgruppen bzw. auch in der Frage der Wegzeit zeigen sich aber keine signifikanten Unterschiede. Nach Höhe des Bildungsabschlusses gibt es keine Unterschiede.

Tabelle 9 Pendeln und Wegzeit in die Arbeit in den Pflegeberufen

Pendelmerkmale	Krankenpflege	Altenpflege	Behinderten- betreuung	Sonstige Berufe
Arbeit in der eigenen Wohngemeinde	43 %	51 %	39 %	51 %
Arbeit außerhalb der Wohngemeinde	57 %	49 %	61 %	50 %
Wegzeit weniger als 15 Minuten	24 %	34 %	20 %	34 %
Wegzeit 15 bis 29 Minuten	38 %	37 %	47 %	38 %
Wegzeit 30 bis 44 Minuten	21 %	17 %	16 %	17 %
Wegzeit 45 bis 59 Minuten	11 %	4 %	12 %	6 %
Wegzeit mehr als 1 Stunde	4 %	1 %	5 %	5 %
kein fester Arbeitsplatz	1 %	6 %	0 %	2 %

Quelle: Österreichischer Arbeitsklima Index, Eigenauswertung; Spaltenprozent

3.7 Dienstverhältnis

Neben dem Arbeitsort zählt vor allem das Dienstverhältnis zu den zentralen Rahmenbedingungen der Arbeit, die einen Einfluss darauf nehmen, ob Beschäftigte einen Berufsausstieg planen. Konkret weist das Modell den atypischen Beschäftigungsformen „Befristung“ und „Leiharbeit“ sogar den stärksten Effekt auf diesen Wunsch zu. Gerade atypische Beschäftigungsformen bieten Beschäftigten oft nur limitierte Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten sowie finanzielle Absicherung, vielmehr sind sie häufiger nicht auf Dauer angelegt und gering entlohnt.

Der Einsatz dieser Formen atypischer Beschäftigungsverhältnisse dient oft zur kurzfristigen Aufrechterhaltung der Versorgung bei zu geringer Personalausstattung. Leiharbeit und Befristungen betreffen im Schnitt zwischen 4 % in der Krankenpflege und 9 % in der Behindertenbetreuung. In der Behindertenbetreuung fällt dabei der höhere Anteil an befristeten Beschäftigungsverhältnissen auf. Während Leiharbeit (fast) ausschließlich im Privatsektor eingesetzt wird, liegen die Anteile an befristeten Beschäftigungsverhältnissen im Privatsektor ca. gleich hoch wie in öffentlichen Einrichtungen. Auffällig ist, dass von

Leiharbeit eher Pflegebeschäftigte ohne Matura – also mit maximal mittleren Abschlüssen – betroffen sind, Befristungen jedoch eher höher qualifizierte Pflegebeschäftigte treffen.

Tabelle 10 Befristung und Leiharbeit in den Pflegeberufen

Dienstverhältnis	Krankenpflege	Altenpflege	Behinderten- betreuung	Sonstige Berufe
Leiharbeit	1 %	3 %	2 %	3 %
Befristung	3 %	3 %	7 %	5 %

Quelle: Österreichischer Arbeitsklima Index, Eigenauswertung; Spaltenprozent

Befristungen und Leiharbeit stellen nur zwei von vier möglichen atypischen Beschäftigungsverhältnissen dar. Da das Ausmaß der Arbeitszeit sowie das Einkommen in den Regressionsmodellen als eigenständige Einflussfaktoren aufgenommen wurden, konnten jene atypischen Beschäftigungsformen, die sich auf die Arbeitszeit und das Einkommen beziehen, im Modell nicht berücksichtigt werden (da es sonst zu einer Doppelung gekommen wäre). Aus Gründen der Vollständigkeit zeigt die folgende Tabelle 11 aber auch noch den Anteil an Pflegebeschäftigten, die einer geringfügigen bzw. einer Teilzeitbeschäftigung (weniger als 35 Stunden/Woche) nachgehen.

Tabelle 11 Teilzeit und geringfügige Beschäftigung in den Pflegeberufen

Dienstverhältnis	Krankenpflege	Altenpflege	Behinderten- betreuung	Sonstige Berufe
Teilzeit	31 %	51 %	49 %	23 %
Geringfügige Beschäftigung	3 %	4 %	7 %	5 %

Quelle: Österreichischer Arbeitsklima Index, Eigenauswertung; Spaltenprozent

In allen drei Berufsgruppen liegt der Teilzeitanteil deutlich höher als im Schnitt sonstiger Berufe in Österreich, wobei Teilzeitbeschäftigung vor allem in der Altenpflege und Behindertenbetreuung weit verbreitet ist. Geringfügige Beschäftigung trifft zwischen 3 % und 7 % der Beschäftigten in den Pflegeberufen. Geringfügige Beschäftigungsverhältnisse werden dabei zwischen zwei und drei Mal so häufig im Privatsektor vergeben und treffen

eher Beschäftigte mit maximal mittleren Abschlüssen. Teilzeitbeschäftigung findet sich mit Ausnahme der Altenpflege ebenfalls häufiger im Privatsektor und trifft erneut eher Beschäftigte mit maximal mittleren Abschlüssen.

3.8 Persönliche Merkmale der Beschäftigten

Neben den bislang beschriebenen Rahmenbedingungen der Beschäftigung sowie der Arbeitssituation von Pflegebeschäftigten haben die Modelle auch nahegelegt, dass unabhängig von diesen Arbeitsbedingungen auch persönliche Merkmale der Beschäftigten einen positiven oder negativen Einfluss auf die Frage der Wechselwahrscheinlichkeit bzw. Wahrscheinlichkeit, bis zur Pension durchzuhalten, nehmen. Dies sind das Geschlecht, Alter, der Bildungsabschluss sowie die Staatsbürgerschaft der Pflegebeschäftigten.

Erklärbar wird dies vor dem Hintergrund der Datenbasis und Fragestellung. Ziel der Sonderauswertung ist die Analyse jener Arbeitsbedingungen in Pflege- und Betreuungsberufen, die dazu führen, dass Beschäftigte einen Berufsausstieg planen oder ihren Job nicht bis zur Pension ausüben können. Die Daten des Arbeitsklima Index liefern darüber umfassend Auskunft, enthalten jedoch keine Informationen, die auf andere Erklärungen außerhalb der Arbeitswelt hinweisen könnten. So ist z. B. denkbar, dass Umzugsüberlegungen, Familienplanung, gesundheitliche Einschränkungen oder andere im Privaten zu verortende Dinge geplante Berufsausstiege oder den Pessimismus in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit bis zur Pension ebenfalls wesentlich bedingen.

Aufgrund der teilweise geringen Fallzahlen (insbesondere in der kleinen Berufsgruppe der Behindertenbetreuung), können die soziodemografischen Unterschiede nicht nach Berufsgruppen getrennt ausgewiesen werden. Die Auswertungen legen aber den Schluss nahe, dass die Unterschiede unabhängig vom jeweiligen Berufsfeld – und im Übrigen auch unabhängig von den jeweiligen Arbeitsbedingungen – gelten: Männer, Jüngere, höher qualifizierte und ausländische Staatsbürgerinnen und Staatsbürger haben häufiger die Absicht, den Beruf oder Tätigkeitsbereich in naher Zukunft zu wechseln, während Frauen, Ältere, Menschen mit maximal mittleren Abschlüssen und erneut ausländische Staatsbürgerinnen und Staatsbürger häufiger das Gefühl haben, den Job nicht bis zur Pension durchzuhalten.

Auffällig ist, dass in der Frage des geplanten Berufsausstiegs vor allem jene Gruppen überlegen, den Beruf zu verlassen, die gemeinhin höhere Arbeitsmarktchancen aufweisen.

Dies wird dadurch erklärbar, dass der Wunsch, aus dem Pflegeberuf auszusteigen, eng mit der Verfügbarkeit von Alternativen verbunden sein kann. Männer, jüngere und höher qualifizierte Beschäftigte geben im Unterschied zu Frauen, älteren und nicht hochqualifizierten Beschäftigten häufiger an, sie würden im Fall einer Arbeitslosigkeit „leicht“ wieder einen neuen Job finden. Diese subjektiv hohen Arbeitsmarktchancen könnten eine Erklärung – wenn schon kein Grund – sein, warum gerade diese Gruppen auch häufiger aktiv einen Berufsausstieg planen („motivierter Berufsausstieg“).

Tabelle 12 Wechselbereitschaft und Durchhalten bis zur Pension nach persönlichen Merkmalen in Pflegeberufen

Kategorie	Merkmal	Absicht, Beruf oder Tätigkeitsbereich zu wechseln	Durchhalten bis zur Pension unwahrscheinlich
Geschlecht	Männer	23 %	45 %
	Frauen	12 %	71 %
Alter	Bis 25	29 %	60 %
	26–35	20 %	62 %
	36–45	15 %	62 %
	46+	8 %	70 %
Höchster Bildungsabschluss	maximal mittlerer Abschluss	13 %	68 %
	Matura oder Hochschule	18 %	58 %
Staatsbürgerschaft	Österreich	14 %	64 %
	Ausländische Staatsbürgerschaft	18 %	79 %

Quelle: Österreichischer Arbeitsklima Index, Eigenauswertung; Zeilenprozent

Dass ausländische Staatsbürgerinnen und Staatsbürger zum einen häufiger einen Berufsausstieg planen und zum anderen häufiger angeben, nicht bis zur Pension durchzuhalten, könnte an bestehenden innerbetrieblichen, aber auch strukturellen Ungleichheiten zum Nachteil von Beschäftigten mit Migrationshintergrund liegen. So lässt sich mit den vorhandenen Daten etwa nachweisen, dass Pflegebeschäftigte mit Migrationshintergrund im Vergleich zu jenen ohne Migrationshintergrund – unabhängig

ihrer Qualifikation, ihrer beruflichen Stellung und ihres Alters – um rund das 4-fache weniger an Ressourcen (Gestaltungsmöglichkeiten, Mitsprachemöglichkeiten und Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten) haben, um das 2-fache stärker körperlichen Belastungen ausgesetzt sind und im Schnitt rund 200 Euro weniger dafür pro Monat verdienen. Ein weiterer Indikator für eine innerbetriebliche Schlechterstellung von ausländischen Pflege- und Betreuungskräften ist die niedrige Zufriedenheit mit dem Führungsstil (65 % vs. 73 % alle Pflegebeschäftigten mit österreichischer Staatsbürgerschaft). Diese Benachteiligungen im Beruf treffen Beschäftigte mit Migrationshintergrund und insbesondere mit ausländischer Staatsbürgerschaft häufiger, nicht nur im Pflegebereich. Dass dadurch der Wunsch wächst, den Beruf zu wechseln bzw. die Einschätzung steigt, die Arbeit nicht bis zur Pension ausüben zu können, ist damit anzunehmen („resignierter Berufsausstieg“).

Diskriminierungen im Arbeitskontext könnten auch eine Erklärung dafür bieten, warum andere Gruppen wie z. B. Frauen, ältere Beschäftigte und Menschen mit maximal mittlerer Ausbildung häufiger nicht davon ausgehen, den Beruf bis zur Pension auszuüben – zumal Diskriminierungen zumeist an den persönlichen Merkmalen der Betroffenen ansetzen. Für die Langzeitpflege in Österreich konnte etwa nachgewiesen werden, dass 40 bis 50 Prozent der Beschäftigten regelmäßig körperlicher Gewalt und Beschimpfungen durch die betreuten Personen ausgesetzt sind und für 20 Prozent der Arbeitskräfte auch sexuelle Belästigung durch Patienten und Patientinnen regelmäßig ein Thema ist (Bauer et al. 2018: 36). Gerade kontinuierliche Diskriminierungserfahrungen bis hin zu körperlicher Gewalt in der Arbeit können bei Beschäftigten dazu führen, dass sie ihren Beruf wechseln, in jedem Fall aber nicht bis zur Pension ausüben wollen.

Unabhängig davon, welche Gründe letztlich dazu führen, dass Beschäftigte in Pflege- und Betreuungsberufen ihren Beruf zeitnah wechseln wollen oder fürchten, ihn nicht bis zur Pension ausüben zu können – der Abgang von Pflegepersonal stellt angesichts der aktuellen und bevorstehenden Herausforderungen ein Problem dar. Pflegepersonal langfristig im Beruf zu halten, könnte ein möglicher Weg sein, dem künftigen Personalmangel zu begegnen. Um dies zu bewerkstelligen, braucht es aber mehr Wissen über die dahinterliegenden Gründe. Die vorliegenden Auswertungen haben gezeigt, dass eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Pflege- und Betreuungsberufen hierbei wirksam sein können. Diese Verbesserungen müssen jedoch verschränkt passieren, mit einzelnen Maßnahmen wird es nicht getan sein, zumal die Arbeitsbelastungen auf kumulative Art und Weise wirken. Psychische und körperliche Arbeitsbelastungen werden z. B. verstärkt durch geringe Arbeitszeitautonomie und atypischen Arbeitszeiten, die

Reproduktion der Arbeitskraft fällt umso schwerer je unsicherer die Lebensverhältnisse sind und je mehr Druck besteht, mit dem Lohn auszukommen. Auf einen interessanten Aspekt diesbezüglich stieß eine deutsche Studie zu den Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Rund 90 % der darin befragten 750 Beschäftigten sahen in erster Linie nicht den Arbeitgeber für die Verbesserung ihrer Arbeitssituation in der Verantwortung, sondern den Staat. In der Studie heißt es konkret: „Die primäre Verantwortung für die Gestaltung guter Arbeitsbedingungen wird also der Politik zugewiesen, die durch Gesetze, Regeln, Standards und Geldzuweisungen den Rahmen des sozialen Sektors maßgeblich determiniert. Dagegen werden die Arbeitgeber eher als ‚Durchlaufstation‘ betrachtet; sie scheinen lediglich das umzusetzen, was ihnen die Politik an Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten zuteilt.“ (Schroeder 2017: 221). Welche Ansätze es in diesem Zusammenhang für eine nachhaltige und umfassende Aufwertung der Pflegeberufe gibt, und wie sich dies in anderen Ländern darstellt, darüber soll das nächste Kapitel Aufschluss geben.

4 Ländervergleich und Handlungsempfehlungen

Schwierige und belastende Arbeitsbedingungen in den Pflegeberufen in Österreich führen dazu, dass 15 % der Beschäftigten ihren Beruf oder Tätigkeitsbereich wechseln möchten und 65 % nicht daran glauben, den Job bis zur Pension ausüben zu können. Ein Blick über die Ländergrenzen belegt zwar zunächst die generell schwierigen Arbeitsbedingungen für Pflegebeschäftigte in ganz Europa, zeigt jedoch auch, dass sich ihre Arbeits- und Beschäftigungssituation in der Ausgestaltung durchaus zwischen den Ländern unterscheidet.

4.1 Gesundheitsförderung und sicheres Arbeiten in der Pflege

Die Arbeit in Pflegeberufen ist sowohl körperlich als auch psychisch stark belastend. Dies zeigt sich in nahezu allen vergleichbaren Studien. Vor allem der konstant hohe Arbeitsdruck zählt zu den Hauptbelastungen in der stationären sowie Langzeitpflege und anderen Betreuungsberufen. Eine Studie aus Frankreich hat etwa unlängst gezeigt, dass rund die Hälfte aller Krankenschwestern und Pflegerinnen und Pfleger nicht genug Zeit haben, um eine halbstündige Mittagspause zu machen (Truchot 2018). Dieser hohe Arbeitsdruck führt auf Dauer zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Zwischen einem Drittel und der Hälfte aller Beschäftigten in der Langzeitpflege in skandinavischen Ländern geben an, nach einem Arbeitstag körperlich erschöpft zu sein (Rostgaard et al. 2019). In Österreich liegt dieser Anteil sogar bei 68% (Bauer et al. 2018: 39).

Ein Indikator für die Höhe der Arbeitsbelastungen und deren Auswirkungen ist die Zahl an Tagen, die Beschäftigte aufgrund gesundheitlicher Gründe nicht in der Arbeit waren. Die höchsten Fehlzeiten sind dabei europaweit in der Sozialarbeit zu verzeichnen (um 56 % höher als im EU28-Durchschnitt), gefolgt von der Öffentlichen Verwaltung und bereits an dritter Stelle der Pflege von Alten und Menschen mit Behinderung, wo die Fehlzeiten den EU28-Durchschnitt um mehr als 30% übersteigen (Eurofound 2014: 51). Das Gegenteil von Absentismus ist Presentismus, d. i. wenn Beschäftigte, obwohl krank, dennoch in die Arbeit gehen (oft aufgrund eines hohen Arbeitsdrucks, Jobunsicherheit oder der Erwartung des Arbeitgebers). Auch hier zeigen sich in der Kranken- und Altenpflege

überdurchschnittlich hohe Zahlen, mehr als 40 % aller Pflegebeschäftigten gingen demnach schon einmal krank in die Arbeit (ebd.: 53).

Studien zu den Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen zeigen immer wieder, dass sowohl zu hohe psychische als auch körperliche Arbeitsbelastungen zu einem frühzeitigen Berufsausstieg unter Pflegebeschäftigten führen können, insbesondere, wenn Arbeitsbelastungen mit geringem individuellen Handlungs- und Gestaltungsspielraum einhergehen, was etwa in Alten- und Pflegeheimen häufiger der Fall ist (vgl. Simon et al. 2005: 15–22; Zander und Busse 2012: 111).

In Bezug auf die konkreten Belastungsformen, die in der täglichen Pflegearbeit entstehen, unterscheiden sich die Ergebnisse kaum zwischen den meisten Ländern. Zu den typischen Belastungen zählen emotionale Belastungsformen (z. B. Konfrontation mit Tod, Erkrankungen, menschlichem Leiden, aggressivem Verhalten und Unfreundlichkeit), psychosoziale Belastungen (z. B. Zeitstress, Arbeitsdruck, Isolation in der Arbeit) und körperliche Belastungen (z. B. Lagerung im Bett, Umlagern und Anheben von Patientinnen und Patienten, Mobilisation, Schieben von Betten, lange Stehzeiten, Fortbewegung schwerer Dinge oder Personen, Arbeiten in gekrümmter oder gebeugter Position) (vgl. Simon et al. 2005). In praktisch allen Studien werden diese oder damit verwandte Belastungsformen als charakteristisch für die meisten Pflege- und Betreuungsberufe identifiziert. Sehr wohl unterscheidet sich jedoch das *Ausmaß*, in dem Beschäftigte sich dadurch belastet fühlen. Das Risiko körperlicher Erschöpfung ist für Frauen z. B. signifikant höher als für männliche Beschäftigte (Bauer et al. 2018: 39f.). Ein Ländervergleich zwischen Deutschland, Schweden und Japan aus dem Jahr 2018 zeigte, ähnlich wie in Österreich, ein hohes Ausmaß an Zeitdruck und emotionalen Belastungen, wobei die Anteile in Schweden und Japan aber deutlich niedriger lagen als in Deutschland und Österreich. Von regelmäßigem Zeitdruck berichteten z. B. 54 % der ambulanten Pflegekräfte in Deutschland, 35 % in Japan und 37 % in Schweden (Theobald 2018: 33f.). Im ambulanten Sektor gaben in Schweden und Deutschland bis zu 50 % der Befragten an, dass sie jeden Tag schwere Dinge oder Personen fortbewegen, unter Pflegekräften im stationären Sektor waren es sogar bis zu 70 %. In Japan zeigten sich hingegen vor allem im ambulanten Sektor deutlich geringere körperliche Belastungen (18 %).

In kaum einem anderen europäischen Land geben so viele Beschäftigte in der stationären (rund 80 %) und Langzeitpflege (rund 90 %) an, in der Arbeit schlechten Gesundheitsbedingungen und Unfall- und Verletzungsgefahr ausgesetzt zu sein. Auffällig ist aber, dass der Anteil an Pflegebeschäftigten in Österreich, die in den letzten zwölf

Monaten einen Arbeitsunfall hatten, zwar im Ländervergleich sehr niedrig liegt, der Anteil an Beschäftigten, die mindestens ein arbeitsbedingtes gesundheitliches Problem aufweisen, jedoch sehr hoch ist – mit rund 35 % am zweithöchsten hinter Finnland und deutlich vor Ländern wie Schweden (25 %), Norwegen (15 %) oder Italien (10 %) (OECD 2020: 109).

Im Zuge einer etwas älteren Längsschnittstudie wurden Pflegepersonen aus zehn europäischen Ländern zu ihren Arbeitsbedingungen und -belastungen befragt (Österreich war nicht Teil der Befragung). Der Erhebungszeitraum der NEXT-Studie (Nurses Early Exit Study) war zwischen 2002 und 2005. Der Ländervergleich zeigte dort, dass sich mit Ausnahme der Niederlande und Norwegen Pflegekräfte ein bis zwei Mal in der Woche körperlich und geistig erschöpft fühlten (in den Niederlanden fühlten sie sich hingegen nur ein oder zwei Mal pro Monat erschöpft). Auch in Bezug auf körperliche Belastungen unterschieden sich die teilnehmenden Länder beträchtlich, wobei erneut die Niederlande eine weitaus günstigere Arbeitssituation im Vergleich zu den anderen Ländern aufwiesen.

Positive Beispiele für eine Verbesserung der Arbeitsbelastungen finden sich primär in skandinavischen Ländern und den Niederlanden. Die meisten davon zielen auf eine Stärkung der individuellen Ressourcen und Gesundheitskompetenzen von Pflegebeschäftigten ab. Ein typisches Beispiel ist etwa das sog. „ErgoCoaches System“, das vor mehr als zehn Jahren in den Niederlanden eingeführt wurde. Dabei handelte es sich um Schulungen der Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter, etwa über eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, rückenfreundliche Arbeitsmethoden, Verbesserung der Arbeitsabläufe sowie der Beschaffung von technischen Hilfsmitteln bis hin zu Partnerschaften mit Sport- und Fitnesscentern. Die Evaluierung des Programms zeigte eine gestiegene Arbeitszufriedenheit (Europäische Kommission 2010). Weitere frühere Beispiele aus anderen Ländern zur Gesundheitsförderung von Pflegebeschäftigten bestehen ebenfalls größtenteils aus Schulungen, Seminaren und Workshops für Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter, etwa zur Burn-Out-Prävention oder einem professionellen Umgang mit Konflikten und Gewaltsituationen in der Arbeit (EU-OSHA 2014).

Angriffe und Übergriffe seitens Patienten und Patientinnen auf die zumeist weiblichen Pflegebeschäftigten stellen eine weitere Form der Arbeitsbelastung dar, die immer noch zu wenig Berücksichtigung findet. Gewalt ist insbesondere in der Langzeitpflege weit verbreitet, was zu psychischen und physischen Gesundheitsrisiken bei der Arbeit beitragen kann. In den Vereinigten Staaten ergab eine Studie, dass 48 % der

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen in den letzten drei Monaten mindestens einmal körperlich angegriffen wurden, 26 % davon ein bis zwei Mal und 22 % mindestens dreimal (Miranda et al. 2011: 18). Darüber hinaus sind Pflegerinnen und Pfleger auch sexueller Belästigung ausgesetzt, was zu größerem Stress, Depressionen, Schlafstörungen und Burnout führen kann. Viele melden diese Gewalt nicht, weil sie Angst haben, ihren Arbeitsplatz zu verlieren und/oder andere negative Konsequenzen in der Arbeit befürchten (Fasanya/Dada 2016: 13). Auch für Österreich liegen die Zahlen erschreckend hoch: 21 % im stationären Bereich geben an, mindestens einmal pro Woche körperlicher Gewalt ausgesetzt zu sein, mehr als ein Viertel der Beschäftigten in Alten- und Pflegeheimen erleben regelmäßig Kritik und Tadel, 28 % werden wöchentlich in ihrer Arbeit beleidigt oder beschimpft, und fast 20% der Beschäftigten im stationären Bereich sind mindestens einmal pro Monat sexuellen Übergriffen ausgesetzt (Bauer et al. 2018: 52). Eine kanadische Studie identifizierte mehrere Hindernisse, das verbreitete Problem von körperlicher Gewalt gegen Pflegerinnen und Pfleger adäquat zu adressieren, darunter: unzureichende Ausbildung und fehlende Ressourcen der Pflegerinnen und Pfleger selbst, aber auch eine systematische Unterfinanzierung von Pflegeeinrichtungen, mangelnde Anerkennung der Schwere und Verbreitung des Phänomens durch die Arbeitgeber und begrenztes öffentliches Bewusstsein darüber. Konkret schlugen die Exppterrinnen und Experten auf Basis von dutzenden Interviews mit Pflegerinnen und Pfleger in der Langzeitpflege folgende Maßnahmen vor: persönliche Alarmsysteme, die Identifizierung gewalttätiger Bewohnerinnen und Bewohnern sowie einen Kündigungsschutz für Hinweisgeber oder Pflegekräfte selbst, die Fälle von körperlicher Gewalt melden (Brophy et al. 2019).

Jüngere Studien weisen mittlerweile immer mehr auf die Wichtigkeit eines ganzheitlicheren Zugangs zur Bewältigung der Arbeitsbelastungen hin und kehren damit ab von Einzelinterventionen zur Förderung der individuellen Coping-Strategien der Pflegebeschäftigten ab. Damit rücken in den letzten Jahren auch weitreichendere Veränderungen der Arbeitsorganisation in Pflegeeinrichtungen und -stationen in den Fokus. Ein umfangreicheres Konzept, das mittlerweile auch im deutschsprachigen Raum Anklang findet, stellt die sog. Boorman Review im Auftrag des britischen NHS aus dem Jahr 2009 dar. Boorman stellte damals grundsätzlich fest, dass Pflegeorganisationen, die der Gesundheit und dem Wohlbefinden *des Personals* eine wichtige Stellung einräumen, bessere Patientenergebnisse, eine höhere Personalbindung und weniger Fehltage erzielen (Boorman 2009). Das hat eine Reihe von Aktivitäten seitens der Pflegeeinrichtungen angestoßen, die sich auf die Lebensarbeitszeit von Pflegefachpersonen und die Verbesserung der Personalbindung beziehen, etwa: die Einbeziehung von Patienten und

Patientinnen in Form von aktivem Feedback bis hin zur Entwicklung von neuen Leistungen, aber vor allem auch ein besseres Verständnis der Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort, ein Engagement von Pflegefachpersonal auf allen Ebenen der Einrichtungen sowie eine starke Führung, die Gesundheitsmaßnahmen und das Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstützt und forciert (vgl. dazu auch: Kutney-Lee et al. 2009).

Große Hoffnungen zur Entlastung von Pflegebeschäftigten in ihrer Arbeit werden abschließend in die Potenziale, die sich durch die Digitalisierung ergeben, gesetzt. In einigen Ländern wie z. B. Japan und in Skandinavien halten innovative Technologien immer häufiger Einzug in die Langzeitpflege. Dabei handelt es sich zumeist noch um einfache Technologien wie Smartphones, Alarmsysteme, Sensoren und GPS-Monitore, es tauchen jedoch auch immer ausgefeiltere Geräte wie Überwachungs- und Begleitroboter oder umfassende Technologien wie autarke Smart Homes auf (OECD 2020: 15). Die Anwendungen sind vielfältig, etwa automatisierte Systeme die Notfälle erkennen, Wundlegen vermeiden oder spezifische Versorgungsbedürfnisse der Patienten und Patientinnen automatisch erkennen und melden. Roboter assistieren in manchen Bereichen und textile Hebehilfen schützen die Gesundheit der Pflegekräfte. Der Einsatz von Robotik in der Pflege wird dabei vor allem für die Übernahme einzelner Tätigkeiten und Routineaufgaben als sinnvoll angesehen (Krings und Weinberger 2017; Triller 2016). Für Pflegebeschäftigte ergeben sich dadurch einerseits Entlastungen in Bezug auf ihr Arbeitstaktung, was wiederum Zeitpotenziale für eine tiefergehende Beziehungsarbeit eröffnet, andererseits aber auch Entlastungspotenziale in Bezug auf körperliche Beanspruchungen, etwa in der Behandlung und Versorgung von Patientinnen und Patienten. Klar ist, dass die Digitalisierung auch im Pflegebereich neue Optionen eröffnet, Pflegebedürftige in Zukunft besser zu versorgen und Arbeitsprozesse in der Alten- und Krankenpflege neu zu gestalten, sie jedoch auch politisch so gesteuert und eingesetzt werden muss, dass sowohl die Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen als auch der Pflegebeschäftigten selbst größtmögliche Berücksichtigung dabei finden.

4.2 Arbeitszeiten im Sinne der Pflegebeschäftigten

Die Auswertungen des Arbeitsklima Index haben gezeigt, dass die Arbeit zu untypischen Zeiten, z. B. am Wochenende oder nachts, bei Beschäftigten im Pflegesektor dazu führen kann, dass sie die Ausübung ihres Berufs bis zur Pension für unwahrscheinlich halten. Die Arbeitszeitgestaltung ist somit ein wichtiger Faktor der Arbeitsqualität in Pflege- und

Betreuungsberufen und beeinflusst die Arbeitszufriedenheit, die Gesundheit und damit auch die Einschätzung, langfristig im Beruf verbleiben zu wollen oder zu können. Studien zeigen, dass solch Arbeiten zu untypischen Arbeitszeiten genauso wie die Arbeit auf Abruf und nicht planmäßige Dienstenden zu einem Absinken der Arbeitszufriedenheit führen, weshalb eine belastungsreduzierende Organisation der Arbeitszeiten hier von besonderer Bedeutung ist (Zander/Busse 2012: 85ff.).

Schon im *Ausmaß* der Arbeitszeit zeigen sich deutliche Länderunterschiede, vor allem zwischen west-/nordeuropäischen und südeuropäischen Ländern, in denen Teilzeit grundsätzlich seltener verbreitet ist. Grundsätzlich lassen sich drei Arbeitszeitregime in der Pflege, vor allem Langzeitpflege, in Europa unterscheiden: Zum einen geringe Anteile an Teilzeit- jedoch hohe Anteile an Schichtarbeit (Italien, Dänemark, Finnland); zum zweiten geringe Anteile an Teilzeit und auch geringe Anteile an Schichtarbeit (Frankreich, Spanien und Irland); und zum dritten hohe Anteile an Teilzeit und auch hohe Anteile an Schichtarbeit (Österreich, Schweiz, Niederlande, Norwegen, Schweden). So lag 2011 der Anteil an Teilzeitbeschäftigten im Pflegesektor in Österreich mit mehr als 40 % europaweit an vierter Stelle, zwar deutlich hinter den Niederlanden (mehr als 70 %), aber ca. gleichauf mit Schweden und Belgien und weit über dem damaligen EU27-Schnitt. Eine weitere Gemeinsamkeit ist, dass in diesen Ländern vor allem Frauen die Pflegearbeit in Teilzeit verrichten (Schulz 2013: 15).

Dennoch ist die grundsätzliche Zufriedenheit mit den vertraglichen Arbeitsstunden hoch. Im Europaschnitt wünschen sich nur rund 15 % der Beschäftigten in der Langzeitpflege und nur knapp mehr als 10 % in der stationären Pflege eine Ausweitung ihrer Arbeitszeiten – jeweils rund doppelt so viele würden sich hingegen eine Reduktion ihrer Arbeitsstunden wünschen (Eurofound 2014: 23). Dies trifft sich mit Ergebnissen anderer Studien, die den hohen Teilzeitanteil in der Pflege auch als Reaktion auf die belastenden Arbeitsbedingungen interpretieren. Nach Simon gibt es im Pflegebereich demzufolge „einen Mangel an adäquaten Vollzeitäquivalenten und an Arbeitsbedingungen, die eine langfristige Vollzeitbeschäftigung ohne Beeinträchtigung der Gesundheit ermöglichen“ (Simon 2011, 369). Pflegebeschäftigte wünschen sich eine Reduktion ihrer Arbeitsstunden von sich aus, um sich angesichts zunehmender Belastungen vor potenziellen gesundheitlichen Folgen zu schützen (Simon 2011: 367f.). Simon deutet die steigende Teilzeitbeschäftigung im Pflegebereich – insbesondere in zeitlich wenig umfangreichen Teilzeitarangements mit weniger als 20 Stunden – vor allem im Sinne der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, da für sie dadurch Rationalisierungspotenziale

entstehen würden, weil Teilzeitbeschäftigte in Zeiten starker Arbeitsverdichtung flexibler einsetzbar und eher zu Überstunden bereit seien.

Die „freiwillige“ Arbeit in Teilzeit ist vor diesem Hintergrund durchaus zu hinterfragen, wäre an und für sich aber weniger als Problem einzustufen, würden damit nicht auch regelmäßig diskriminatorische Ungleichbehandlungen in Bezug auf Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten, betriebliche Integration und Einkommen einhergehen. Geringere Arbeitszeiten führen z. B. zu teils deutlich niedrigeren Löhnen, weshalb wiederum die Problematik von „in-work-poverty“, also der Armutsgefährdung trotz Erwerbsarbeit, in Pflege- und Sozialberufen eine größere ist als in anderen, von Vollzeit dominierten Branchen (Giraldi 2014: 3f.). Diese Nachteile von kürzeren Arbeitszeiten müssen bei einer Diskussion rund um eine generelle Arbeitszeitverkürzung jedenfalls mitgedacht werden. Dass sich eine solche Verkürzung der Arbeitszeiten empfiehlt, sieht man aber u. a. anhand einer von der deutschen BAuA veröffentlichten Befragung unter 6.712 Beschäftigten: Fast 40 % der Beschäftigten im Gesundheitswesen haben mindestens einmal im Monat zu wenig Ruhezeit zwischen Arbeitsende und erneutem Dienstantritt, was wiederum zu negativen gesundheitlichen Folgen führt (Schlafmangel, Rückenschmerzen, Erschöpfung) (Backhaus et al. 2019: 396).

Mindestens genauso problematisch wie das Ausmaß der Arbeitszeit für einen langfristigen Verbleib im Beruf ist jedoch oft auch die Lage und Regelung der Arbeitszeit. Finnland etwa hat unter Einbezug der dortigen Gewerkschaft ein Arbeitszeitmodell für Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger entwickelt, das v. a. den Stress durch Schichtarbeit reduzieren soll. Es wurde ein partizipatives Planungsmodell eingeführt, das es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ermöglicht, Rollen und Aufgaben gemeinsam zu planen. Das Schichtplanungsmodell integriert ergonomische Arbeitszeiten, die auf einem Modell von zwei Morgen, zwei Abenden, zwei Nächten und vier freien Tagen basieren. Dadurch kommt es zu einer höheren Regelmäßigkeit und Planbarkeit, zusätzlich zu 8 bis maximal 10 Stunden Schichten, mindestens 11 Stunden Ruhezeiten zwischen den Schichten, nicht mehr als 48 Stunden Arbeitszeit pro Woche und mehrere aufeinanderfolgende freie Tage. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können ihre Arbeitszeitpläne und Schichtwechsel selbst mit planen. Die Erfahrungen aus Finnland zeigen: Diese Form von flexiblen Arbeitszeiten, bei denen auch die Flexibilitätsbedürfnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter berücksichtigt werden, haben stark positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden, eine qualitativ hochwertige Pflege, einen effektiven Einsatz von Ressourcen und eine höhere Mitarbeiterbindung (vgl. dazu: Pillinger 2010: 26).

Auch andere innovative Arbeitszeitmodelle in Pflegeeinrichtungen, die sich an den Bedürfnissen der Beschäftigten orientieren, haben Erfolge gezeigt. In Deutschland etwa wurde ein 7/7-Arbeitszeitmodell erprobt, bei dem Pflegekräfte an sieben Tagen hintereinander für zehn Stunden arbeiten, inklusive zwei Stunden eingeplanter Pausenzeit. Im Anschluss haben sie 7 Tage frei. Arbeit auf Abruf („Einspringen“) ist nicht vorgesehen. Das Modell wirft durchaus Probleme in Punkto Vereinbarkeit auf, da die Pflegebeschäftigten eine volle Woche im Dienst und damit nicht zuhause sind, gleichzeitig hatte es positive Auswirkungen auf die Patientinnen und Patientenbindung, Planungssicherheit, Wegekosten bis hin zu geringeren Fehltagen (DSG 2014).

Das Gemeinsame an den meisten internationalen Good-Practice-Beispielen zur besseren Gestaltung der Arbeitszeiten für Pflegebeschäftigte ist daher die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, denen es in einem ersten Schritt ermöglicht wird, diese auch einzubringen. Durch die Einbeziehung der Beschäftigten in die Dienstplanung wird die Vereinbarkeit von Beruf und Familienleben bzw. Privatleben gefördert, indem auch individuelle Rücksichten auf die Arbeitsplanung sowohl von älteren als auch jungen Pflegefachkräften genommen werden. Schon die bis 2005 durchgeführte NEXT-Studie zu Berufsausstiegen von Pflegebeschäftigten konstatierte, dass es nicht per se immer die Schichtarbeit ist, die zur Überlegung führt, den Beruf zu verlassen, sondern dass es Unterschiede zwischen den Wünschen der/des Einzelnen und ihrem/seinem konkreten Dienstplan gibt. Die Studienautorinnen und -autoren betonen, „dass die Zufriedenheit der Arbeitnehmer mit ihrem Dienstplan nicht nur von dessen Gestaltung, sondern auch von der individuellen Motivation und den Vorlieben der Beschäftigten abhängt. Dabei müssen insbesondere das geistige und körperliche Wohlbefinden (individuelle Ressourcen, einschließlich des natürlichen Körperrhythmus), des Privatlebens und/oder anderer außerberuflicher Umstände berücksichtigt werden.“ (Hasselhorn 2005: 93)

4.3 Ressourcen und Qualifizierungen in der Arbeit fördern die Arbeitszufriedenheit

Mitsprachemöglichkeiten, Gestaltungsmöglichkeiten, Entwicklungsmöglichkeiten und Autonomie im Arbeitsalltag stellen wichtige Ressourcen für Pflegebeschäftigte dar, die zusammengenommen einen längerfristigen Verbleib im Beruf begünstigen. Dies hat die Sonderauswertung des Arbeitsklima Index gezeigt und trifft sich gleichzeitig mit Ergebnissen aus anderen internationalen Studien. Eurofound etwa identifizierte folgende

Faktoren als positive Einflussfaktoren für eine hohe Arbeitszufriedenheit in den sog. „Care-Berufen“: Positives Feedback und eine gute Beziehung zu Patienten und Patientinnen und ihren Familien; Wertschätzung und Anerkennung durch die Gesellschaft und Öffentlichkeit; Mitsprache- und Gestaltungsmöglichkeiten in Bezug auf Tätigkeit und Aufgaben; Unabhängigkeit und/oder die Möglichkeit, in einem professionellen Team autonom zu arbeiten; Weiterbildungsmöglichkeiten (Eurofound 2006: 31f.).

Im europaweiten Branchenvergleich zeigt sich für Pflege- und Sozialberufe ein bereits hohes Ausmaß an Autonomie in der Arbeit. Rund 30% der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen berichten davon, in Teams mit einer hohen Autonomie zu arbeiten, ca. ein weiteres Drittel zumindest mit einem gewissen Maß an Autonomie. Sowohl Pflege- als auch Sozialberufe stehen damit an der Spitze des Branchenvergleichs, wenn es um Mitsprache- und Gestaltungsmöglichkeiten in der Arbeit geht (im Schnitt liegen die Anteile in allen anderen Branchen um jeweils die Hälfte niedriger).

Der Autonomie steht aber immer öfters ein zu hoher Arbeitsdruck entgegen. Die OECD schildert in ihrem Übersichtsbericht „Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly“ (2020) ein wachsendes Problem, dass Pflegebeschäftigte aufgrund eines steigenden Arbeits- und Zeitdrucks, aber auch aufgrund einer Zunahme von administrativen Tätigkeiten, nicht mehr genug Zeit haben um sich tiefergehend um die Patienten und Patientinnen zu kümmern, was zu Frustration und Unzufriedenheit bei den Beschäftigten führt. Dies hat auch mit der Relation von Pflegerinnen und Pfleger und Patienten und Patientinnen zu tun, die in Österreich zu knapp bemessen ist. So schildern z. B. rund 50 % aller Beschäftigten in der Langzeitpflege, dass die Anzahl an Patientinnen und Patienten, um die sich kümmern müssen, zu hoch sei. Darüber hinaus empfinden knapp 20 % in Alten- und Pflegeheimen ihre Arbeitsanforderungen als zu hoch. Beschäftigte, die in großen stationären Einrichtungen (v. a. in Wien) arbeiten, nehmen dies deutlich stärker wahr als Beschäftigte in kleineren Einrichtungen (Bauer et al. 2018). Die OECD stellt hier insbesondere für Österreich und skandinavische Länder einen seit 2005 steigenden Arbeitsdruck für Pflegebeschäftigte fest und in diesem Zusammenhang auch einen Anstieg an Beschäftigten, die angeben, zu viel zu tun und zu wenig Ermessensspielraum für die Erfüllung ihrer Aufgaben zu haben, zu wenig Unterstützung durch Vorgesetzte zu bekommen und auch zu wenig Zeit, um sich mit Kolleginnen und Kollegen abzustimmen (OECD 2020: 113).

Der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen, Mitsprachemöglichkeiten, Autonomie und Zukunftsperspektiven in der Arbeit können auf viele Arten und Weisen gewährt werden.

Fremdbestimmte Schichtarbeit in ständig wechselnden Teams etwa steht dem Bedürfnis nach einem Austausch mit Kollegen und Kolleginnen entgegen. 25 % aller österreichischen Beschäftigten in der stationären Langzeitpflege geben an, dass die Möglichkeit, Probleme mit Kolleginnen und Kollegen zu diskutieren, in zu geringem Ausmaß gegeben ist und damit dazu beiträgt, dass Belastungen am Arbeitsplatz nicht reflektiert werden können (Bauer et al. 2018: 36ff.). Eine schwedische Studie zeigte diesbezüglich, dass Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger in Schichtarbeit oftmals Isolation und Einsamkeit in der Arbeit erfahren, während sie sich umgekehrt langfristige Beziehungen zu ihren Patienten und Patientinnen und Kolleginnen und Kollegen wünschen (Carlson et al. 2014). Ebenso wichtig sind aber auch Mitsprachemöglichkeiten: In Norwegen z. B. spezialisieren sich Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger und übernehmen mehr und mehr auch Führungsaufgaben, insbesondere bei der Erhebung von Bedürfnissen ihrer Patienten und Patientinnen (basierend auf einem standardisierten Bewertungsformular). Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger erhalten zudem mehr Autonomie in ihren Entscheidungen über Art und Umfang der von den Klientinnen und Klienten benötigten Pflege (OECD 2020: 122). Zu viel Autonomie kann jedoch auch zum Problem werden, wenn es etwa zu einer Überforderung der Beschäftigten führt, besonderes von neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit noch wenig Berufserfahrung. Hier bedarf es einer individuellen Abklärung der Arbeitsaufgaben und des gewährten Ausmaßes auch autonomer Entscheidungen, etwa in Form von regelmäßigen Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitergesprächen.

4.4 Soziale Absicherung von Pflegebeschäftigten

Reicht das Einkommen nicht oder nur knapp aus, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Pflegebeschäftigte sagen es sei unwahrscheinlich, dass sie diesen Job bis zur Pension ausüben werden. Grundsätzlich sind 68 % aller Pflegebeschäftigten mit ihrem Einkommen zufrieden, wobei sich die höchste Zufriedenheit unter Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger (74 %) zeigt, gefolgt von der Behindertenbetreuung (65 %) und der Altenpflege (57 %).

Auch die OECD konstatiert vor allem für den Bereich der Langzeitpflege eine vergleichsweise niedrige Bezahlung. In elf ausgewählten EU-Ländern erhielten Langzeitpflegerinnen und Langzeitpfleger im Schnitt 9 Euro pro Stunde gegenüber 14 Euro für Krankenpflegerinnen und Langzeitpfleger. Dieser Lohnunterschied erkläre zum Teil

auch, weshalb Krankenhausjobs attraktiver sind als z. B. Jobs in der Altenpflege (OECD 2020: 101).

Es ist auf Basis vorhandener Daten empirisch kaum noch zu erklären, weshalb Beschäftigte in der Pflege und anderen Gesundheitsberufen mit einem geringeren Einkommen auskommen müssen. Um Arbeitsanforderungen und Belastungen unterschiedlicher Berufe vergleichbar zu machen, wurde z. B. 2018 am deutschen WSI ein Instrument entwickelt („Comparable Worth Index“), das an das ABAKABA-Verfahren (Analytische Bewertung von Arbeitstätigkeiten) aus der Schweiz anknüpft und zum Ziel hat, unterschiedliche Berufsgruppen in Bezug auf ihre Entlohnung möglichst geschlechtsneutral vergleichbar zu machen. Berufsgruppen werden dabei lediglich in Bezug auf die darin gestellten Qualifikationsanforderungen, auf psychosoziale sowie physische Beanspruchungen und Belastungen und auch auf Führungstätigkeiten bewertet. Jeder Beruf erhält dabei am Ende einen Indexwert, der von 15 (z. B. Reinigungskräfte) bis 32 (Ärzte) reichen kann. Nicht akademische Krankenpflege- und Geburtshilfefachkräfte erzielen mit 28 Punkten einen der höchsten Werte, gleich hoch wie z. B. Lehrkräfte im Sekundarbereich, Führungskräfte in der betrieblichen Verwaltung und Beschäftigte in der Ingenieurwissenschaft. Mit 15,64 Euro brutto pro Stunde erhalten medizinische Fachkräfte jedoch im Vergleich mit anderen Berufen den mit Abstand geringsten Stundenlohn, um 5 bis 12 Euro weniger pro Stunde. Diese Ergebnisse untermauern die Forderung nach höheren Gehältern für Gesundheitsberufe entlang etablierter statistischer Arbeitsbewertungsverfahren (die für Österreich jedoch noch ausständig sind) (vgl. Klammer et al. 2018)

Die OECD fasst die Bestrebungen der einzelnen Mitgliedsländer, die Einkommenssituation von Pflegebeschäftigten zu verbessern, in drei Gruppen zusammen. Österreich fällt dabei gemeinsam mit Ländern wie z. B. Tschechien, Ungarn, Deutschland, Polen oder den Niederlanden in die erste Gruppe, wo es zu realen Gehaltssteigerungen in den letzten Jahren gekommen ist (2019 etwa wurde das Monatsentgelt um 3,2 % erhöht). Die Entschädigung von Beschäftigten für Überstunden und Reisezeit ist eine weitere Möglichkeit, mit der einige OECD-Länder die Einkommensqualität verbessert haben (insbesondere für Heimarbeiterinnen und -mitarbeiter). Als drittes haben einige Länder (Slowenien und Korea) die Steuerleistungen und finanziellen Zusatzzahlungen für Langzeitpflegebeschäftigte verbessert, um Einkommen oder Ersparnisse zu erhöhen. (OECD 2020: 116f.)

Aber nicht nur das (niedrige) Einkommen, sondern auch atypische – insbesondere nicht auf Dauer ausgerichtete – Formen der Beschäftigung verunmöglichen Pflegebediensteten einen langfristigen Verbleib im Beruf. Die OECD beobachtet diesbezüglich in einigen Ländern einen bedenklichen Trend. Neue Beschäftigungsformen (z. B. Leiharbeit) scheinen, obwohl noch nicht weit verbreitet, in einigen westeuropäischen Ländern eine immer wichtigere Rolle zu spielen, was für die Beschäftigten zu mehr Arbeitsplatzunsicherheit in diesem Sektor führt. In Frankreich etwa waren 2015 bereits ein Drittel aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Langzeitpflegeeinrichtungen nur befristet bzw. in Leiharbeit beschäftigt (OECD 2020: 105).

Letztlich deuten all diese Erscheinungsformen flexibler Arbeitsverhältnisse, die primär im Sinne der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber gestaltet sind und die Befürnisse der Pflegebeschäftigten selbst außer Acht lassen, auf die Notwendigkeit hin, Pflegebeschäftigten eine bessere soziale Absicherung zu bieten als derzeit. Eine ausreichende soziale Absicherung sowohl während der Beschäftigungszeit als auch später in der Pension stellt die Basis dar, um den Beruf längerfristig ausüben zu können und zu wollen. Wie sowohl die für diesen Bericht eigens angestellten Auswertungen des Arbeitsklima Index als auch die Ergebnisse aus anderen internationalen Studien aber gezeigt haben, sind es letztlich vor allem die konkreten Arbeitsbedingungen, die zu einem Berufswechsel bzw. frühzeitigem Berufsausstieg bei Pflegebeschäftigten führen können. Die gesundheitlichen Belastungen sind sowohl in körperlicher als auch mentaler Hinsicht hoch, Gesundheitsmaßnahmen aber zielen – wenn überhaupt – lediglich auf eine Stärkung der individuellen Coping-Mechanismen der Beschäftigten selbst ab und nicht auf eine präventive und grundsätzliche Änderung der Arbeitsorganisation, die auch Aspekte wie Gewalterfahrungen, ungünstige und belastende Arbeitszeitregelungen oder einen Ausbau der Mitsprachemöglichkeiten und Autonomie berücksichtigen würde. Eine besondere Bedeutung kommt dabei der qualitativen Arbeitsplatzunsicherheit zu. Während eine quantitative Unsicherheit die Angst vor drohendem Arbeitsplatzverlust beschreibt, bezieht sich die qualitative Arbeitsplatzunsicherheit stärker auf die Wahrnehmung des möglichen Verlustes von Qualität innerhalb des Beschäftigungsverhältnisses, etwa hinsichtlich Arbeitszeiten, Belastungen oder Ressourcen. In diesem Kontext nahmen bereits vor ein paar Jahren 46 % aller österreichischen Pflegebeschäftigten im stationären Bereich eine Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen wahr (Bauer et al. 2018). Die Gründe dafür sind nicht neu: Personalmangel, Arbeitsdruck, fehlende Zeitressourcen für die Ausübung von Pflege- und Betreuungstätigkeiten sowie eine spürbare Erhöhung beruflicher Anforderungen in den letzten Jahren senken die Attraktivität von Pflegeberufen in Österreich, nicht zuletzt für die dort Beschäftigten selbst.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Stichprobenübersicht	7
Tabelle 2 Unabhängige Einflussvariablen in den Regressionsmodellen	10
Tabelle 3 Subjektive Arbeitsbelastungen in den Pflegeberufen	17
Tabelle 4 Auskommen mit dem Einkommen und der Pension in den Pflegeberufen.....	18
Tabelle 5 Atypische Arbeitszeiten in den Pflegeberufen	20
Tabelle 6 Einschätzung der Vereinbarkeit in den Pflegeberufen.....	21
Tabelle 7 Ressourcen in den Pflegeberufen.....	22
Tabelle 8 Künftiger Qualifizierungsbedarf in den Pflegeberufen.....	23
Tabelle 9 Pendeln und Wegzeit in die Arbeit in den Pflegeberufen	25
Tabelle 10 Befristung und Leiharbeit in den Pflegeberufen	26
Tabelle 11 Teilzeit und geringfügige Beschäftigung in den Pflegeberufen.....	26
Tabelle 12 Wechselbereitschaft und Durchhalten bis zur Pension nach persönlichen Merkmalen in Pflegeberufen	28

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Arbeitsbedingungen in der Pflege in Deutschland	8
Abbildung 2 Einschätzung, den Beruf bis zur Pension durchzuhalten	11
Abbildung 3 Berufliche Zukunftspläne (Berufsausstieg)	11
Abbildung 4 Regressionsmodell 1: Durchhalten bis zur Pension <i>unwahrscheinlich</i>	12
Abbildung 5 Regressionsmodell 2: Absicht, Beruf oder Tätigkeitsbereich <i>zu wechseln</i>	12

Literaturverzeichnis

Amlinger-Chatterjee, Monischa: Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Atypische Arbeitszeiten. BAuA, Dortmund, 2016

Backhaus, Nils/Brauner, Corinna/Tisch, Anita: Auswirkungen verkürzter Ruhezeiten auf Gesundheit und Work-Life-Balance bei Vollzeitbeschäftigten: Ergebnisse der BAuA-Arbeitszeitbefragung 2017. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 2019.

Bauer, Gudrun/Rodrigues, Ricardo/Leichsenring, Kai/Six, Magdalena: Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege aus Sicht der Beschäftigten in Österreich. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, 2018

BMFSWJ: Systemrelevant! Fachkräfte in der Pflege. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020

Boorman S.: The Final Report of the independent NHS Health and Well-being review. London: TSO: Department of Health; 2009

Bräutigam Christoph/Evans Michaela/Hilbert Josef/Öz Fikret: Arbeitsreport Krankenhaus – Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.), 2014

Brophy, J et al.: Breaking Point: Violence Against Long-Term Care Staff. NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy, 2019

Carlson, E. et al.: Registered nurses' perceptions of their professional work in nursing homes and home-based care: a focus group study, International Journal of Nursing Studies, Vol. 51/5, pp. 761–767, 2014

DSG: Leitfaden zum „7/7-Arbeitszeitmodell“. Ein innovativer Versuch für eine bessere Work-Life-Balance in der stationären Altenpflege, 2014

EU-OSHA: Current and emerging issues in the healthcare sector, including home and community care. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2014

Eurofound: Employment in social care in Europe. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2006

Eurofound: Working conditions and job quality: Comparing sectors in Europe, Dublin, 2014

Europäische Kommission: Occupational Health and Safety Risks in the Health Care Sector: Guide to Prevention and Good Practice. 2010

Fida, Claudia: Pflege als Industrie? Online unter: <https://awblog.at/pflege-als-industrie/>, 2020

Hasselhorn, Hans/Müller, Bernd/Tackenberg, Peter/Kümmerling, Angelika/Simon, Michael: Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Ü15 Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. BAuA, Dortmund: 2005

Höhmann, Ulrike/Lautenschläger Manuela/Schwarz, Laura: Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Schattauer, Stuttgart, S 73–89

Klammer, U / Klenner, C / Lillemeier, S: "Comparable Worth". Arbeitsbewertungen als blinder Fleck in der Ursachenanalyse des Gender Pay Gaps? WSI Study, 2018

Krings, Bettina-Johanna/Weinberger, Nora: Kann es technische Assistenten in der Pflege geben? Überlegungen zum Begriff der Assistenz in Pflegekontexten. In: Peter Biniok und Eric Lettkemann (Hg.): Assistive Gesellschaft. Multidisziplinäre Erkundungen zur Sozialform „Assistenz“. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (Öffentliche Wissenschaft und gesellschaftlicher Wandel), 2017

Kutney-Lee A/McHugh MD/Sloane DM. Cimiotti JP/Flynn L/Felber Neff D: Nursing: a key to patient satisfaction, Health Affairs, Vol. 28, no. 4: w669–w677, 2009

Miranda, H. et al: “Violence at the workplace increases the risk of musculoskeletal pain among nursing home workers”, Occupational & Environmental Medicine, Vol. 68/1, pp. 52–57, 2011

Nolting, Hans Dieter: Beschäftigtenfluktuation bei Pflegenden: Ein Vergleich der Bedeutung von arbeitsbedingtem Stress, organisationalen und individuellen Faktoren für die Absicht zum Berufswechsel und zum innerberuflichen Arbeitsplatzwechsel. *Pflege* 19:108–115, 2006

OECD: Dream jobs: Teenagers' career aspirations and the future of work. Paris: OECD, 2020

OECD: Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, 2020

Perrin, N. et al.: "Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study", *BMC Public Health*, Vol. 15, p. 11, 2015

Pillinger, J: Working in Better Times. Working time regulation and innovation in the 21st century. Brussels: European Trade Union Confederation, 2010

Rappold, Elisabeth/Juraszovich, Brigitte: Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019

Rostgaard, T. et al.: Changes in Nordic care work and their effects on work related problems for workers in long-term care, The Danish Center for Social Science Research. Copenhagen, 2019

Schmucker, Rolf: Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In: Jacobs K., Kuhlmeier A., Greß S., Klauber J., Schwinger A. (eds) *Pflege-Report 2019*. Springer, Berlin, Heidelberg.

Schroeder, Wolfgang: Kollektives Beschäftigtenhandeln in der Altenpflege. Study der Hans-Böckler-Stiftung 373, Düsseldorf 2017

Schulz, E: Employment in Health and Long-Term Care Sector in European Countries, NEUJOBS Working Paper, No. D12.1, Suppl. A, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin, 2013

Simon M.: Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen: Eine Analyse der Entwicklungstrends im Zeitraum 1999 bis 2009. *Pflege & Gesellschaft* 2011; 16 (4): 339–71, 2011

Simon, M./Tackenberg, P./Hasselhorn, H., Kümmerling, A./Müller, B., H.: Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal, 2005

Simon, M.: Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen: Eine Analyse der Entwicklungstrends im Zeitraum 1999 bis 2009. *Pflege & Gesellschaft*; 16 (4): 339–71, 2011

Theobald, H.: Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf, 2018


Triller, Bärbel: Freund oder Feind? Roboter in der Pflege. In: *Altenpflege* 41 (10), S. 20–25, 2016

Truchot, D.: Rapport de recherche sur la santé des soignants, Laboratoire de psychologie, Université Bourgogne-Franche Comté, 2018

Zander, B. / Busse, R.: Das Arbeitsumfeld als (Qualitäts-)Indikator für Patienten- und Pflegeergebnisse. In: Bechtel P, Smerdka-Arhelger J. (Hrsg). *Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe*. Berlin/Heidelberg: Springer 2012; 109–22.

Abkürzungen

bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
ebd.	ebenda (bei Zitierungen)
et al.	et alia
inkl.	inklusive
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
u. a.	unter anderem
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel



**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)