

# Pflegenotstand in der Altenpflege: *Exit, Voice* und *Loyalty*

Soziale Ungleichheit im Gesundheitssektor kann sich auch darin manifestieren, dass einzelne Beschäftigtengruppen unter besonders widrigen Arbeitsbedingungen zu leiden haben. Das gilt zum Beispiel für die Beschäftigten in der Altenpflege, wo seit Jahren wegen des akuten Mangels an Fachkräften ein ausgeprägter „Pflegenotstand“ herrscht. Unter Rückgriff auf die *Exit-Voice-Loyalty*-Konzeption des US-amerikanischen Sozialwissenschaftlers Hirschman diskutiert dieser Beitrag die Frage, wie Altenpflegekräfte mit den Auswirkungen des Pflegenotstands umgehen und welche Folgen dies für eine Aufwertung des Altenpflegeberufs haben könnte.

SAARA INKINEN, WOLFGANG SCHROEDER

## 1 Einleitung

Die Pflege in Deutschland ächzt unter einem eklatanten Personalmangel. Insbesondere in der Altenpflege hat die Lage dramatische Züge angenommen. Laut Prognose wird Deutschland infolge des demografischen Wandels im Jahre 2050 gut 7 Mio. pflegebedürftige Menschen haben – 2 Mio. mehr als heute (Destatis 2023). Dabei weist die Altenpflegebranche bereits jetzt die größte Fachkräftelücke aller Berufe bundesweit auf (Seyda et al. 2021), und es wird geschätzt, dass der Bedarf bis 2035 auf rund 130 000 zusätzliche Fachkräfte hinauslaufen könnte (Flake et al. 2018). Werden auch die Pflegehilfskräfte berücksichtigt, könnte sich der Mehrbedarf je nach Schätzung auf bis zu 300 000 zusätzliche Stellen belaufen.

Der bestehende *Pflegenotstand* wird gravierende Auswirkungen auf die bedarfsgerechte Versorgung älterer Menschen in der Bundesrepublik haben. Zahlreiche Studien weisen auf den Zusammenhang zwischen einer angemessenen Personalausstattung und einer sicheren Patientenversorgung hin, wobei ein Mangel an qualifizierten Pflegekräften mit einer Verschlechterung der Pflegequalität, einem häufigeren Auftreten von Fehlern beim Pflegen sowie einer erhöhten Sterblichkeit bei Patienten und Patientinnen einhergeht (vgl. Aiken et al. 2017; Breinbauer et al. 2019, S. 39ff.; Sinha et al. 2023). Dabei ist längst klar,

dass die Pflegebedürftigen nicht die einzigen Leidtragenden jener Entwicklungen sind; auch die Pflegekräfte selbst bekommen die Folgen der Personalengpässe zunehmend zu spüren, denn für sie bedeuten unbesetzte Stellen häufig Mehrarbeit, Zeitdruck und zusätzlichen Stress (vgl. DGB-Index Gute Arbeit 2018). Weniger klar ist jedoch, wie die Beschäftigten auf diese Herausforderungen im Pflegealltag reagieren. Wie gehen Altenpflegekräfte mit den Auswirkungen des Pflegenotstands um? Welche Strategien haben sie entwickelt, um diese zu bewältigen?

Unser Beitrag geht auf diese Fragen ein und diskutiert die verschiedenen Handlungsoptionen, die Altenpflegekräften als individuellen Akteuren in Reaktion auf den Pflegenotstand offenstehen. Zu diesem Zweck nutzen wir einen ursprünglich von Albert O. Hirschman (1970) entwickelten theoretischen Rahmen, um die Reaktionen der Pflegekräfte nach den Kategorien *Abwanderung* (*Exit*) und *Widerspruch* (*Voice*) zu konzeptualisieren, berücksichtigen dabei aber auch die Bedeutung von *Loyalität* (*Loyalty*) gegenüber den Einrichtungen sowie den Pflegebedürftigen bei der Wahl der Strategie. Dabei ist der Pflegenotstand für die Pflegenden, so unsere Arbeitshypothese, ambivalent: Einerseits bietet der sich zuspitzende Personalmangel die Möglichkeit, höhere Löhne und bessere Arbeitsbedingungen einzufordern. In den letzten Jahren können wir beobachten, wie sich Staat und Arbeitgeber tatsächlich darum bemühen, die Bedingungen zu verbessern, um die Einstellung und Bindung von Pflegekräften

zu erleichtern. Andererseits kann die Arbeitskräfteknappheit den Problemdruck erhöhen und damit die Bedingungen trotz partieller Verbesserungen weiter verschlechtern. Analog zum Konzept von Hirschman fragen wir danach, warum es so schwer ist, *Voice* als dominante Reaktionsform in der Altenpflege zu etablieren. Die Analyse baut auf Umfrage- und Interviewergebnissen auf, die im Rahmen des von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Projekts „Attraktive Pflegeberufe durch Tarifautonomie?“ (2021–2023) erhoben wurden.

Der Beitrag liefert zunächst einen Überblick über die Entwicklung und die Ursachen des Pflegenotstandes (Abschnitt 2), bevor die aktuellen Herausforderungen der Pflegearbeit aus Sicht der Beschäftigten näher betrachtet werden (3). Vor diesem Hintergrund werden anschließend die Handlungsoptionen der Altenpflegekräfte anhand der *Exit-Voice-Loyalty*-Konzeption erörtert (4). Der letzte Abschnitt fasst die Diskussion zusammen und reflektiert die Implikationen der Ergebnisse für die Forschung.

## 2 Der Pflegenotstand: eine Dauerkrise der deutschen Altenpflege

Im Kern bezeichnet der Begriff „Pflegenotstand“ ein Ungleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage. Demzufolge reicht die Zahl der zur Verfügung stehenden Pflegekräfte nicht aus, um den Bedarf an Pflegeleistungen zu decken (Alber 1990, S. 7). Meist wird mit dieser Begrifflichkeit zugleich eine gewisse Dringlichkeit impliziert: Wenn nicht sofort etwas unternommen wird, droht das gesamte System Langzeitpflege in sich zusammenzubrechen. Eine systematisch-historische Rekonstruktion verweist allerdings darauf, dass es sich beim Pflegenotstand um eine Krise mit Geschichte handelt (vgl. ebd., S. 5f.). Tatsächlich wurde der Terminus erstmals in den späten 1960er Jahren geprägt und taucht seitdem regelmäßig im öffentlichen Diskurs wieder auf. Das zugrunde liegende Phänomen ist noch älter und reicht mindestens bis in die 1940er Jahre zurück. Damit ist der Pflegenotstand weniger als punktuelle Marktstörung, sondern vielmehr als eine strukturelle Herausforderung in der Versorgung älterer Menschen zu verstehen, bei der verschiedene Faktoren ineinandergreifen und so die Personalengpässe sowohl verstärken als auch reproduzieren. Bei einigen dieser Determinanten handelt es sich um historisch bedingte Pfadabhängigkeiten, die die Pflegebranche bis heute kennzeichnen. Dazu gehören bestimmte Haltungen und Selbstidentifikationen des sogenannten „Liebesdienstes“, die das Entwickeln einer eigenen interessenspolitischen Herangehensweise über eigene Organisationen und Institutionen erschweren (Schroeder 2018, S. 32ff.). Hinzu kommen umfassende ökonomische und gesellschaftliche Wandlungsprozesse,

die den Druck auf die Beschäftigten erhöht haben. Im Folgenden soll in einem kurzen Überblick die akademische Diskussion in Bezug auf den Pflegenotstand in ihren Hauptzügen geschildert werden, um damit eine Grundlage für die nachfolgende Analyse zu schaffen.

Noch bevor der Begriff des „Pflegenotstandes“ Eingang in die deutsche Sprache fand, sorgte der „Schwesternmangel“ Mitte des vergangenen Jahrhunderts für Schlagzeilen. Schon Ende der 1940er Jahre hatte es einen Personalmangel in der Pflege gegeben, der vor allem durch Überstunden kompensiert wurde (Kreutzer 2005, S. 22).<sup>1</sup> Die Ursachen für die Personalengpässe waren vielfältig. So war die Pflege in den frühen 1950er Jahren noch nach traditionellen Vorstellungen organisiert, die Professionalisierung und „Verberuflichung“ der Pflege fing gerade erst an. Das Berufsbild war vom christlichen Bild der Schwester geprägt, die ihre Tätigkeit aufopferungsvoll als „Liebesdienst“ am Patienten ausübte (Bischoff-Wanner 2014, S. 26). Die meist jungen Frauen lebten in der Regel in den Anstalten selbst, die Arbeitszeiten waren sehr lang, der Lohn gering und die Arbeitsbedingungen schlecht: Viele Schwestern klagten darüber, dass eine ordentliche Versorgung der Patienten kaum möglich sei (Breinbauer 2020, S. 50). Eine Trennung von Berufs- und Privatleben war nicht gegeben und der Beruf der Schwester war mit einem eigenen Familienleben nicht oder zumindest nicht einfach vereinbar.

So waren immer weniger Frauen bereit, diese Arbeitsbedingungen zu akzeptieren, weshalb es zu einem Nachwuchsmangel bei den Mutterhausverbänden und den freien Schwesternschaften kam (Kreutzer 2005, S. 25). Weiter verstärkt wurde der Schwesternmangel durch den stetig wachsenden Personalbedarf. Da die Pflege immer seltener innerhalb der Familie organisiert wurde, gewann die außerhäusliche Pflege an Bedeutung. Zudem wurden mit steigendem Wohlstand viele neue Krankenhäuser eingerichtet, die medizinische Versorgung verbesserte sich, weshalb sich immer mehr Menschen im Krankenhaus behandeln ließen. Der Schwesternmangel hing also einerseits eng mit dem sich wandelnden Berufsbild und den Ansprüchen der Schwestern zusammen, andererseits mit dem medizinischen Fortschritt und dem Ausbau der Krankenhausinfrastruktur (ebd., S. 24f.).

Trotz der prekären Lage auf dem Pflegearbeitsmarkt blieben strukturelle Reformen vorerst aus, und der Personalmangel gewann weiter an Dynamik. Anfang der 1960er Jahre wurde der Schwesterschwind bereits auf 40 000 fehlende Pflegekräfte beziffert, es kam vermehrt zu Schließun-

<sup>1</sup> Die Altenpflege wurde erst 1965 als sozial-pflegerischer Beruf in Abgrenzung zum krankenpflegerischen Beruf definiert (Breinbauer 2020, S. 53). Folglich ist hier mit Pflege bis zu dieser Zeit sowohl die Kranken- als auch die Altenpflege gemeint, wobei die Altenpflege nicht als eigenständiger Beruf, sondern als Teilbereich der Krankenpflege zu verstehen ist.

gen von Kliniken und Krankenhäusern, wie „Der Spiegel“ im Juli 1963 unter der Überschrift „Der weiße Alptraum“ zu berichten wusste. Vor diesem Hintergrund lenkte die Ökonomin Elisabeth Liefmann-Keil (1969) die Debatte in eine neue konzeptionelle Richtung, indem sie sich fragte, ob Deutschland ein „Pflegernotstand“ drohe. Sie stellte fest, dass aufgrund des Mangels an Pflegekräften vermehrt ungelerntes Personal eingesetzt werde. Diese Entwicklung führte sie auf einen „Bedarfswandel“ im Gesundheitswesen zurück, der sich auf die zunehmende Lebenserwartung und die „Substitution von Infektions- durch chronische Krankheiten“ (ebd., S. 158) zurückführen lasse. Durch den Anstieg der Lebenserwartung gab es mehr alte Menschen, die häufiger und intensivere Pflege benötigten. Auch Menschen mit chronischen Krankheiten brauchten mehr und über einen längeren Zeitraum medizinische Betreuung (ebd., S. 159ff.). Durch beide Entwicklungen stieg der Bedarf an Personal in der Langzeitpflege, nicht zuletzt zur Entlastung für die kurative Krankenpflege, die sich für diese Patienten und Patientinnen als nicht zuständig betrachtete. Darüber hinaus attestierte Liefmann-Keil einen sozialstrukturellen Wandel, nämlich die Abnahme von Mehr-Generationen-Haushalten, wodurch die Bedeutung außerhäuslicher Pflege zunahm (ebd., S. 162f.). Zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern stellte sie Interessensunterschiede fest: Während erstere nach wie vor an einem eher traditionellen Berufsbild der Pflege und den damit verbundenen schlechten Arbeitsbedingungen festhielten, finde bei den Pflegekräften ein Wandel statt. Diese sahen seit geraumer Zeit zunehmend häufiger den Pflegeberuf als „gewöhnliche“ Erwerbstätigkeit, forderten bessere Arbeitsbedingungen und höheren Lohn, zumal sich durch den Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft immer mehr und bessere Arbeitsmöglichkeiten außerhalb der Pflege ergaben (ebd., S. 164ff.).

Nachdem der Pflegenotstand in den 1970er Jahren einstweilig aus dem medialen und wissenschaftlichen Fokus geraten war (Alber 1990, S. 5), wurde die Debatte ab den 1980er Jahren schließlich unter Bezug auf den Finanzierungsaspekt neu aufgegriffen. Hintergrund dieser Diskussion war unter anderem die voranschreitende Ökonomisierung der Pflege, in der viele Kritiker\*innen einen Brandbeschleuniger für die anhaltende Personalnot sahen. Sie wiesen darauf hin, dass die Rationalisierungsmaßnahmen von einer erheblichen Intensivierung der Pflegearbeit begleitet würden; so wurde befürchtet, dass dies nicht nur die Arbeitsunzufriedenheit der Pflegekräfte verstärken könnte, sondern auch ihre Bereitschaft beförderte, den Pflegeberuf vorzeitig zu verlassen (vgl. Schmidbauer 1992). Zum Teil reflektierte die Diskussion auch Bedenken hinsichtlich der finanziellen Tragbarkeit des Pflegesystems selbst. In den 1980er Jahren war das Pflegerisiko noch nicht über eine Sozialversicherung abgesichert, sondern wurde privat oder – mit zunehmender Häufigkeit – von der kommunalen Sozialhilfe getragen. Um den steilen Ausgabenanstieg im Pflegebereich abzubremsen,

versuchten die staatlichen und kommunalen Kostenträger das Angebot an professionellen Diensten zugunsten subsidiärer Arrangements im Rahmen der Familie einzuschränken (Alber 1990, S. 22ff.). Mit Blick auf den Pflegenotstand wurde diese Strategie deshalb heftig kritisiert, weil sie den personellen Aufbau insbesondere in der kostenintensiveren stationären Pflege weiter hinauszögerte, oft zum Nachteil der Pflegebedürftigen (Dietz 2002, S. 23). Bedingt durch die Einführung der Pflegeversicherung und die nachfolgende Öffnung des Pflegesektors für privatwirtschaftliche Anbieter im Jahr 1995 dauert diese Debatte zu Ökonomisierung und Pflegenotstand bis heute an.

### 3 Der Altenpflegeberuf heute

Viele der Missstände, die historisch zum Pflegenotstand beitragen haben – vor allem das durch die belastenden Arbeitsbedingungen verursachte schlechte Image oder etwa der wachsende Kostendruck –, prägen die Altenpflegebranche bis heute. Insofern bilden sie dauerhafte und berufsspezifische Belastungsfaktoren, die die Bemühungen zur Bindung und Rekrutierung von Altenpflegekräften besonders wirksam untergraben. Diese Faktoren sollen zunächst genauer betrachtet werden, denn sie bilden die Herausforderungen, mit denen sich die Altenpflegekräfte in ihrem Arbeitsalltag konfrontiert sehen.

*Arbeitsbedingungen:* Die Altenpflegebranche ist für ihre belastenden Arbeitsbedingungen bekannt, die sich negativ auf das Wohlbefinden und die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals auswirken. Im Vergleich zur gesamten Erwerbsbevölkerung leiden Pflegekräfte besonders häufig unter den arbeitsbedingten körperlichen Anforderungen und schlechter Arbeitsergonomie, etwa wegen schweren Hebens, Tragens und Stemmens (DGB-Index Gute Arbeit 2018). Auch die Lage der Arbeitszeit – Überstunden, Schichtdienst, Einspringen aus der Freizeit und Wochenendarbeit – trägt zur vergleichsweise schlechten Arbeitsqualität in der Altenpflege bei. Neben körperlichen Stressoren sind Altenpflegekräfte auffallend häufig mit psychischen Risikofaktoren konfrontiert, nicht zuletzt weil Schwäche, Krankheit und Tod ständige Begleiter des Arbeitsalltags sind (Rothgang et al. 2020, S. 162ff.). Diese Belastungen drücken sich häufig in Erschöpfung und psychosomatischen Beschwerden wie Depression oder Angststörungen aus, wobei knapp zwei Drittel (60 %) der Pflegekräfte angeben, unter mindestens drei solchen Beschwerden zu leiden (Erwerbstätige in anderen Berufen geben dies zu 39 % an) (Lück/Melzer 2020).

Insbesondere in neueren Studien wird außerdem der negative Einfluss zunehmender Arbeitsverdichtung und Hetze auf das Wohlbefinden von Altenpflegekräften deut-

lich. Die zunehmende Arbeitsbelastung, die auch auf den Personalmangel zurückzuführen ist, geht mit einem erhöhten Leistungsdruck, häufigen Unterbrechungen bei der Arbeit und Zeitdruck einher. Die Hektik des Pflegealltags hat zur Folge, dass Altenpflegekräfte doppelt so häufig wie andere Erwerbstätige angeben, sich an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit zu befinden (32 % vs. 15 %) (ebd.). Zugleich stellen die Arbeitsbedingungen eine Quelle für moralischen Stress in der Pflegearbeit dar. Wegen der hohen Anzahl der zu betreuenden älteren Menschen lassen sich Abstriche bei der Qualität der Pflegearbeit nicht immer vermeiden. Dieser Widerspruch, nicht im Einklang mit ihrem Arbeitsethos handeln zu können, kann bei den Pflegekräften Frustration auslösen, was wiederum mit psychophysischen Problemen einhergeht, die zu Burnout, Schuldzuweisungen sowie einer verminderten Sicherheit und Qualität der Pflege führen können (Kada/Lesnik 2019). Im Vergleich dazu scheint die Bedeutung des Gehalts für die Attraktivität und Bindungsfähigkeit des Altenpflegesektors abzunehmen (Auffenberg/Heß 2021, S. 23), was wohl auch auf die überdurchschnittlich positive Gehaltsentwicklung der Altenpflegekräfte in den letzten Jahren zurückgeführt werden kann (vgl. Schroeder/Inkinen 2022, S. 15; DGB-Index Gute Arbeit 2018).

*Anerkennung und Wertschätzung:* Die unzureichende Wertschätzung des Altenpflegeberufs in der Gesellschaft stellt einen weiteren Belastungsfaktor im Pflegealltag dar. Der Altenpflege wird in Umfragen zwar ein hohes öffentliches Ansehen attestiert (vgl. forsa 2021; IfD 2013), indes kommt diese Wertschätzung nur bedingt bei den Beschäftigten an (Schroeder 2018, S. 155ff.). Die Folgen sind oft gravierend – nicht nur für die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte selbst, sondern auch für die Qualität der Pflegearbeit.

Die mangelnde Anerkennung manifestiert sich auf vielfältige Weise. So bleibt der Altenpflegeberuf mit einem Männeranteil von lediglich 15 % nach wie vor frauendominiert. Dies trägt dazu bei, dass die pflegerische Versorgungsarbeit weiterhin mit den traditionell weiblichen Rollen der Fürsorgerin und Ernährerin assoziiert wird, wodurch die Tätigkeit eher als Berufung denn als vollwertiger Beruf betrachtet wird (vgl. ebd., Kap. 4). Auch die mangelnde Sichtbarkeit und das öffentliche Image der Altenpflegetätigkeit spielen hier eine Rolle. Während Ärzte und andere medizinische Fachkräfte oft eine große mediale Aufmerksamkeit genießen, stehen Altenpflegekräfte nur selten im Rampenlicht. Gleichzeitig werden die Altenpflegekräfte in der öffentlichen Debatte kaum als hochqualifizierte Fachkräfte wahrgenommen; vielfach wird der Beruf auf „Popo-Wischen“ reduziert, was das alte Stereotyp der Altenpflege als gering qualifizierte „Jedefrautätigkeit“ verstärkt (Nölle/Goesmann 2009, S. 7). Schließlich macht sich die fehlende Anerkennung auch an den hierarchischen Strukturen im Gesundheitssystem bemerkbar. In diesem Sinne steht die Altenpflege auch heute noch „im

Schatten der ‚großen Schwester‘ Krankenpflege“ (ebd.), was sich beispielsweise am niedrigeren Gehaltsniveau, den fehlenden Spezialisierungs- und Karriereentwicklungsmöglichkeiten sowie der höheren Hilfskräftequote (sie liegt in der Altenpflege bei 45 %, in der Krankenpflege nur bei 12 %; BA 2023, S. 8) zeigt.

*Ökonomisierung und Standardisierung:* Spätestens seit der Einführung der Pflegeversicherung ist auch der Pflegektor ökonomischen Prinzipien unterworfen (Auth 2013, S. 412). Bestrebungen, die Organisation von Pflegeleistungen zu rationalisieren, stehen die Mitarbeiter\*innen jedoch häufig kritisch gegenüber. Einen zentralen Kritikpunkt stellt dabei die steigende Arbeitsverdichtung dar. Denn Budgetbeschränkungen und Kostensenkungsmaßnahmen gehen oft mit Personalabbau einher, sodass Altenpflegekräfte gezwungen sind, mehr Aufgaben zu übernehmen. Gleichzeitig führen die wirtschaftlichen Zwänge zu einer Verschlankung und Standardisierung der Pflegeabläufe. Da eine ausführliche Dokumentationspflicht häufig Teil dieses „Fordismus“ (Schmidbauer 1992, S. 59) ist, verbringen insbesondere Fachkräfte einen zunehmenden Teil ihrer Arbeitszeit mit Verwaltungsaufgaben. Damit ergibt sich eine Kluft zwischen praktischen Nöten und dem beruflichen Selbstverständnis der Altenpflegekräfte, die um eine hochwertige Pflege bemüht sind. Eine weitere Kritik ergibt sich daraus, dass kurzfristige Kosteneinsparungen Vorrang haben vor langfristigen Investitionen in die Personalentwicklung und das Wohlbefinden der Pflegekräfte. Zudem schränken die kurzfristigen betriebswirtschaftlichen Perspektiven die Möglichkeiten der Personalentwicklung und der beruflichen Weiterbildung ein, was den Altenpfleger\*innen zuweilen ein Gefühl der beruflichen Stagnation vermittelt, womit auch der Sinngehalt ihrer Arbeit beeinträchtigt werden kann.

---

## 4 Empirische Analyse

Im Folgenden soll die Bandbreite unterschiedlicher Reaktionen von Altenpflegekräften auf arbeitsbedingte Widrigkeiten veranschaulicht werden. Dabei stützen wir uns auf einen von Hirschman (1970) entwickelten theoretischen Rahmen, der ursprünglich zur Analyse von alternativen Reaktionsweisen auf den Leistungsabfall von sozialen Organisationen entwickelt wurde. Im Kontext der Arbeitswelt lassen sich diese Reaktionen grundsätzlich in zwei Kategorien einteilen: Unzufriedene Beschäftigte können sich entweder für die Abwanderung (*Exit*) entscheiden, indem sie beispielsweise ihren Job kündigen respektive zu einem Konkurrenzunternehmen wechseln, oder sie können versuchen, durch die Artikulation von Widerspruch (*Voice*) Einfluss zu nehmen, um damit Veränderungen in-

nerhalb der Organisation anzuregen. Diese beiden Reaktionen schließen sich häufig gegenseitig aus, sodass höhere Ausstiegskosten die Wahrscheinlichkeit des Widerspruchs erhöhen. Gleichzeitig wird die Wahl zwischen *Exit* und *Voice* von der *Loyalität* der Beschäftigten gegenüber der Organisation beeinflusst, auch wenn die Auswirkungen im Rahmen von hierarchischen Arbeitsverhältnissen ambivalenter sein können als in anderen sozialen Kontexten (Donaghey et al. 2011).

Die Analyse baut auf einer standardisierten Querschnittsbefragung unter 750 bundesdeutschen Altenpflegekräften auf. Diese Befragung wurde in unserem Auftrag 2021 durch Kantar persönlich-mündlich und telefonisch durchgeführt. Mangels Registerdaten zur Bestimmung der Grundgesamtheit wurde die Form der Quotenstichprobe gewählt, in der die Grundgesamtheit und Mengenverteilung der Population anhand der Pflegestatistik vom Statistischen Bundesamt (Destatis) (Jahr 2019) nachgebildet wurde. Die dabei als Quoten vorgegebenen Merkmale waren Geschlecht, Arbeitsbereich (ambulant/stationär), regionale Verteilung sowie Qualifikationsstufe (Angelernt/Hilfskraft/Fachkraft). Da es sich bei der Befragung um eine Folgestudie zu Schroeder (2018) handelt, die 2015 mit identischem Forschungsdesign durchgeführt wurde, werden im Folgenden an einzelnen Stellen auch die Statistiken der Vorgängerstudie herangezogen. Neben der Befragung wurden 2021–2022 rund 60 leitfadengestützte Interviews mit Beschäftigten, Führungskräften, Gewerkschaften und anderen relevanten Akteuren im Altenpflegebereich zur weiteren Vertiefung und Kontextualisierung der quantitativen Ergebnisse durchgeführt. Alle nachfolgenden Statistiken und Interviewzitate, die nicht eigens mit Quellen versehen sind, entstammen dieser Datenerhebung.<sup>2</sup>

#### 4.1 Exit

Der Ausstieg aus dem Pflegeberuf stellt die drastischste Form einer *Exit*-Strategie dar. Vorhandene Studien weisen darauf hin, dass etwa ein Viertel aller Altenpflegekräfte innerhalb der ersten fünf Jahre nach ihrem Ausbildungsabschluss zu dieser Option greift (Fuchs 2016; Wiethölter 2012). Mit Blick auf die Berufsausbildung ergibt sich ein ähnlich unerfreuliches Bild: Obwohl eine steigende Zahl von Auszubildenden im Pflegebereich zu indizieren scheint, dass der Beruf attraktiver wird, geht die Abbruchquote nicht zurück, sondern verharrt mit einem Wert von 20 % bis 30 % pro Ausbildungsjahrgang auf einem vergleichsweise hohen Niveau (Auffenberg 2021, S. 147). Unsere Umfragedaten stützen diese Ergebnisse. So können sich 31 % der befragten Altenpflegekräfte nicht vorstellen, ihren Beruf bis zum Eintritt des Rentenalters auszuüben. Besonders ausgeprägt ist der Austrittswunsch demnach bei Pflegekräften, die ihre persönlichen Arbeitsbedingungen als schlecht oder sehr schlecht empfinden: Während 75 % der Beschäftigten mit hoher Arbeitszufriedenheit

ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf ausschließen, hält die Mehrheit der Unzufriedenen (52 %) dies für wahrscheinlich.

Die Ausstiegsoption zu wählen, muss aber nicht unbedingt heißen, sich für einen „Pflexit“ zu entscheiden. In den von uns durchgeführten Umfragen lässt sich erkennen, dass die Beschäftigten zunehmend Abwanderungsmöglichkeiten auch innerhalb der Pflegebranche wahrnehmen, etwa indem sie den Arbeitgeber wechseln. In der Umfrage gibt die Hälfte (52 %) der Beschäftigten an, ihren Arbeitgeber in der Pflege bereits einmal gewechselt zu haben. Zwei von fünf Befragten in dieser Gruppe haben laut eigener Aussage sogar bereits drei oder mehr Arbeitsgeber im Pflegesektor gehabt. Selbst unter den Befragten, die ihrem Arbeitgeber bisher treu geblieben sind, hat immerhin ein gutes Drittel (38 %) über einen Wechsel nachgedacht. Werden die Pflegekräfte überdies nach den Gründen für den Wechsel gefragt, entfallen die meisten Nennungen auf die Arbeitsbedingungen, in denen 46 % den wichtigsten und weitere 25 % den zweitwichtigsten Push-Faktor sehen. Auch in den Beschäftigteninterviews wird diese Möglichkeit hervorgehoben; mehrere Pflegekräfte verwiesen darauf, dass ihnen der Personalmangel im Pflegebereich „in die Karten“ spiele und sie bei Bedarf eine große Auswahl an Alternativen hätten, sodass „man sich den Arbeitgeber aussuchen kann“.

Des Weiteren wird in den Daten die Bedeutung reduzierter Arbeitszeit sichtbar, also die Präferenz für abweichende Arbeitszeitmodelle und insbesondere Teilzeitarbeit als *Exit*-Strategie. Laut der aktuellen Pflegestatistik (Destatis 2022) arbeiten rund 70 % des Stammpersonals in der ambulanten und stationären Pflege in Teilzeit. Zentrales Motiv für eine Arbeitszeitverkürzung ist in der Regel das Bestreben, die eigene Arbeitsbelastung zu verringern und mehr Einfluss auf das Verhältnis von Arbeits- und Regenerationszeit zu gewinnen. Zugleich ist die Verbreitung von Teilzeitarbeit auf den hohen Frauenanteil in der Branche und die daraus resultierenden Herausforderungen bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie zurückzuführen. So begründet eine Pflegefachkraft ihre Entscheidung, in Teilzeit zu arbeiten, wie folgt:

„Durch meinen Teilzeitvertrag [sind Familie und Beruf] sehr gut vereinbar. Als ich in den Beruf eingestiegen bin, waren meine Kinder noch sehr klein, und da kam es mir sehr gelegen, einen Teilzeitvertrag zu haben – dass ich nur wenige Stunden arbeiten musste – und dann bekommt man das sehr gut unter einen Hut.“

Diese Logik spiegelt sich in den Interviews mit Führungskräften wider. Die Pflegedienst- und Einrichtungsleitungen sehen eine familienfreundliche Dienstplanung inklu-

2 Zur genaueren Methodik der Datenerhebung siehe Schroeder (2018).

sive Wunsch- und „Mutti“-Dienste insgesamt als wichtiges Mittel zur Mitarbeiterbindung, denn „sonst sind vor allem die jungen Fachkräfte weg“. Im Vergleich dazu scheint die Zeitarbeit im Lichte unserer Analyse keine Alternative zu einer Festanstellung darzustellen, auch wenn bisherige Untersuchungen gezeigt haben, dass sich immer mehr Pflegekräfte gerade in der Hoffnung auf bessere Arbeitsbedingungen für ein Zeitarbeitsverhältnis entscheiden (Riedlinger et al. 2020). Dies mag daran liegen, dass der Einsatz von Zeitarbeitskräften im Pflegebereich noch vergleichsweise marginal ist – nur etwa 2–3 % aller Pflegekräfte arbeiten gegenwärtig für Zeitpersonalfirmen.

Eine weitere *Exit*-Option besteht schließlich in der Krankmeldung. Auf die offene Frage in unserer Umfrage, was sie im Falle von Problemen in der Arbeit tun würden, ist der „gelbe Schein“ nach dem Wechsel des Berufs bzw. des Arbeitgebers (15 %) mit knapp 7 % die zweithäufigste Antwort.<sup>3</sup> Dieser Befund legt den Schluss nahe, dass der hohe Krankenstand in der Altenpflege – rund 29 Fehltag im Jahr – nicht nur Ausdruck bereits eingetretener Gesundheitsbeeinträchtigungen ist, sondern gleichzeitig als eine Reaktion auf erfahrene Überforderung und Stress im Pflegealltag verstanden werden kann. Hinzu kommt eine außerordentlich hohe Zahl von Frühberentungen.

Zusammengenommen zeigt die Analyse, dass die vielseitigen Belastungen der Altenpflegearbeit mit individuell realisierter Abwanderung seitens der Pflegekräfte einhergehen. Solche Reaktionen werden nicht zuletzt durch die weiterhin hohe Arbeitsnachfrage in der Bundesrepublik und insbesondere in den Pflegeberufen begünstigt; dies verringert die Risiken im Fall einer beruflichen Umorientierung und senkt damit die Transaktionskosten eines *Exits*. Von diesen individuellen Verhaltensweisen kann durchaus ein Druck ausgehen, der die Verantwortlichen in Politik, Management und Verbänden zu konkretem Handeln auffordert.

#### 4.2 Loyalty

Diesen Anreizen zum Ausstieg aus dem „Normalarbeitsverhältnis“ in der Pflege wirkt die starke Loyalität der Altenpflegekräfte gegenüber ihren Kolleg\*innen sowie den Pflegebedürftigen entgegen. Wie unsere Analyse belegt, haben sich viele Beschäftigte für die Altenpflege entschieden, weil sie anderen Menschen helfen wollen: In der Umfrage stimmen mehr als die Hälfte aller Befragten dieser Aussage zu (55 %), dicht gefolgt von „die Altenpflege liegt mir“ (51 %; Mehrfachnennungen waren möglich). In den Beschäftigteninterviews kommt die altruistisch-intrinsische Motivlage ebenso deutlich zum Ausdruck. Für einige Pflegekräfte gilt die Fähigkeit zur Interaktion mit Menschen gar als eine Grundvoraussetzung, um in der Altenpflege arbeiten zu können:

„Es ist ein schöner Beruf. Aber es ist nicht nur Beruf, es ist auch Berufung. Sie können nicht nur arbeiten kommen und

ihren Dienst abziehen. Man muss auch ein bisschen mit Herz an der Sache sein. [...] Das muss in Ihnen stecken, das muss drinnen sein, dass Sie das machen wollen.“

Bei nicht wenigen Beschäftigten grenzt diese Sorge um andere Menschen an eine „Zuneigungsgefangenschaft“ (Hipp/Kelle 2015, S. 34), bei der die eigenen Interessen in den Hintergrund gedrängt werden:

„Ich glaube, da fehlt in der Pflege, seine eigenen Interessen in den Vordergrund stellen zu können. Das fehlt, weil wir die Patienten haben, und die stehen stattdessen im Vordergrund.“

Wenn Altenpflegekräfte Verantwortung für das Wohl der ihnen Anvertrauten tragen, stellt eine Kündigung oder Arbeitszeitverkürzung keine hinnehmbare Lösung für die Herausforderungen am Arbeitsplatz dar. Der Ausschluss eines *Exits* bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass Pflegekräfte bestehende Missstände anprangern und von *Voice* Gebrauch machen würden, wie von Hirschmans Theorie ursprünglich vorhergesagt. Vielmehr kann Loyalität die Pflegekräfte dazu veranlassen, schlechte Arbeitsbedingungen zu tolerieren, anstatt ihre Kritik zu äußern. Jene Praktiken der Loyalität haben mitunter ihre Begründung in spezifischen Mitarbeitermentalitäten: Danach können Beschäftigte, die ihre Bedenken äußern, von ihren Vorgesetzten als illoyal oder als störend angesehen werden, was dazu führt, dass viele loyale Mitarbeiter schweigen. Dass diese Befürchtung in vielen Fällen begründet zu sein scheint, zeigt sich etwa daran, dass Gewerkschaftsmitglieder deutlich seltener angeben, sich in ihrer Tätigkeit von ihrem Arbeitgeber wertgeschätzt zu fühlen, als Nicht-Gewerkschaftsmitglieder (75 % vs. 85 %). Diese Differenz lässt sich vermutlich darauf zurückführen, dass Gewerkschaftsaktive die Arbeitsbedingungen ihrer Branche oft kritischer sehen als andere Beschäftigte. Vermutlich hängt damit auch zusammen, dass sie sich somit leichter den Ruf eines „Unruhestifters“ erwerben, was – so die Befürchtung – ihrem Ansehen in der Belegschaft und bei den Vorgesetzten schaden könnte. Dabei kann die Angst vor Repressalien nicht nur individuelle Bemühungen um eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen ersticken, sondern auch die kollektiven Interessenvertretungsorganisationen daran hindern, Maßnahmen zu ergreifen, wie eine Interviewpartnerin mit Blick auf die betriebliche Ebene erklärt:

„Natürlich versuchen wir alles Mögliche, was wir können, aber beim Betriebsrat darf man nicht vergessen, wir können erst handlungsfähig werden, wenn der Mitarbeiter auf uns zukommt. Das heißt, sie müssen schon Überlastungsanzeigen schreiben usw. und wir gehen da auch in ganz viele Ge-

3 Dieser Frage wurde eine strukturierte Batterie von neun Items zu vorstellbaren Maßnahmen im Falle von Problemen bei der Arbeit vorangestellt. Zu wesentlichen Ergebnissen vgl. Abschnitt 4.3.

sprache, aber viele trauen sich auch immer noch nicht. [...] Wir haben auch gefragt: ‚Wovor habt ihr Angst, was dann passiert?‘ – ‚Ja, dass die Leitungen dann doof zu uns sind und uns schlecht behandeln.‘ Ich glaube, das sind so die Ängste dahinter.“

Aufs Ganze betrachtet ist die Haltung der Loyalität also ambivalent. Einerseits ist sie funktional, um den Zusammenhalt in den Einrichtungen zu stärken, und damit verringert sie die Wahrscheinlichkeit eines *Exits*. Andererseits kann sie aber auch verhindern, dass es zu souveränem und selbstbewusstem Handeln kommt. In diesem Sinne wirkt Loyalität in der Altenpflege häufig blockierend für kollektives Handeln und Reformen.

### 4.3 Voice

Angesichts der Kritik an den schlechten Arbeitsbedingungen sind die Altenpflegekräfte zunehmend auch der Überzeugung, dass sie als Beschäftigte Verbesserungen in ihrem Arbeitsumfeld bewirken können und sollten. Eine Pflegekraft beschreibt das so:

„Viele [Beschäftigte] sind auch so still und [meinen]: ‚Wir ändern doch eh nichts!‘ Doch! Aber man muss halt den Mund aufmachen! Wenn ich immer den Mund halte und nur im stillen Kämmerlein oder zu Hause meckere, dann wird sich nichts ändern, weder für mich noch für diese gesamte Situation.“

Die Auffassung, die Pflegekräfte trügen eine Mitverantwortung für Verbesserungen in der Altenpflege, wird in der jüngeren Umfrage von 83 % der Befragten geteilt – ein Anstieg um fünf Prozentpunkte im Vergleich zur älteren Befragung. Bemerkenswert ist auch die steigende Bereitschaft der Pflegekräfte, diese Verantwortung in Taten umzusetzen. War 2015 noch weniger als die Hälfte (47 %) der Altenpflegekräfte der Meinung, sie könnten unter Umständen selbst etwas unternehmen, um die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit zu ändern, so sind es 2021 bereits 58 %. Die anschließende Frage, ob sie denn bereits aktiv versucht hätten, für Verbesserungen in ihrem Arbeitsumfeld einzutreten, antworten 2021 zwei Drittel (66 %) der Befragten mit einem Ja; 2015 hatten dies noch 62 % der Altenpflegekräfte angegeben. Dabei verweisen sie insbesondere auf das Gespräch mit ihren Vorgesetzten (2015 und 2021: 61 %) sowie auf das Sich-Zusammentun mit Kollegen und Kolleginnen (2015: 34 %, 2021: 37 %). Auch Aktivitäten, die elektronisch durchgeführt werden können, erfreuen sich im Laufe der Zeit wachsender Beliebtheit: Ein Viertel der Befragten hat bereits eine Petition unterzeichnet (25 %; 2015: 17 %) und weitere 19 % (2015: 15 %) haben eine Sitzung einberufen. Selbst die Bereitschaft zu streiken – bislang eine absolute Ausnahme in der Branche – scheint langsam eine gewisse, zaghaft steigende Relevanz zu gewinnen (2015: 2 %; 2021: 7 %).

Obwohl Altenpflegekräfte insgesamt häufiger ihre Stimme erheben, um Missstände bei der Arbeit anzupran-

gern, machen längst nicht alle Beschäftigten von dieser Möglichkeit Gebrauch. Vielmehr scheint solches Engagement sporadisch und ungleichmäßig über die Belegschaft verteilt zu sein, wobei das „politische Unternehmertum“ einiger weniger Aktivistinnen und Aktivistinnen auch institutionalisierte Formen kollektiven Handelns ersetzen kann. So hat ein knappes Drittel der Befragten (30 %) laut eigener Aussage bisher nichts zur Lösung von Problemen bei ihrer Arbeit unternommen; ein weiteres Viertel (25 %) hat nur an einer der von uns abgefragten Aktivitäten teilgenommen. Die große Mehrheit der Befragten sieht sich zudem nur mit Unterstützung anderer in der Lage, die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit zu ändern (75 %), und eine noch größere Majorität weist nach wie vor dem Staat die Verantwortung für Verbesserungen im Pflegebereich zu (88 %). Ein ähnliches Bild ergibt sich schließlich auch mit Blick auf die kollektive Interessenvertretung in der Altenpflege. Zwar engagieren sich immer mehr Beschäftigte in betrieblichen Interessenvertretungsorganisationen, doch verharrt die Zahl der Aktiven insgesamt im niedrigen zweistelligen Bereich (2015: 8 %; 2021: 13 %). Bezüglich der überbetrieblichen Ebene geben 11 % (2015: 12 %) der Altenpflegekräfte an, Mitglied einer Gewerkschaft zu sein. Dies korrespondiert damit, dass 79 % (2015: 80 %) der Befragten angeben, im Verlaufe ihrer Berufstätigkeit noch nie von einem Gewerkschafter oder einer Gewerkschafterin aktiv angesprochen worden zu sein.

Die großen Unterschiede bei *Voice* lassen sich vor allem auf sozio-strukturelle Differenzen zwischen den Beschäftigtengruppen zurückführen. Demnach zeigen sich etwa männliche Pflegekräfte, Fachkräfte sowie unbefristet beschäftigte Angestellte besonders aufgeschlossen für kollektives Engagement. Diese Beschäftigten wissen eher, wie sie Probleme in ihrer Arbeit (kollektiv) angehen können und wer ihnen dabei helfen kann. Ganz anders ist die Situation bei weiblichen Pflegekräften, Hilfskräften und befristet beschäftigten Angestellten: Diese Beschäftigten nehmen nicht nur Unterstützungsleistungen seltener in Anspruch; ihnen fehlt es auch häufiger an Wissen und Selbstvertrauen, um Aktionen zu planen und umzusetzen.

## 5 Fazit

Der Pflegenotstand ist für die Pflegenden ambivalent. Die Ambivalenz besteht darin, dass sich aus dieser Konstellation sowohl neue Handlungsoptionen wie auch neue Restriktionen ergeben können. Hinzu kommen historische Pfadabhängigkeiten, die den Korridor der eigenständigen Interessenvertretung einschränken. In diesem Beitrag wurden die Handlungsoptionen anhand des von Hirschman entwickelten Konzepts von *Exit*, *Voice* und *Loyalty* differenziert. Es zeigt sich, dass die gängigsten Handlungs-

muster, um sich unter den anspruchsvollen Bedingungen eines anstrengenden beruflichen Alltags selbst behaupten zu können, im *Exit*-Bereich liegen. Dabei ist vor allem die individuelle, nicht finanziell kompensierbare Arbeitszeitverkürzung zu nennen; von Bedeutung sind aber auch eine große Zahl von Krankentagen, Betriebswechsel und ein außerordentlich großer Anteil der Beschäftigten, die frühzeitig in die Rente gehen.

Für die *Loyalty*-Option sprechen die Entstehungsgeschichte des Pflegeberufs und die Motivation, ihn zu ergreifen. Viele Beschäftigte artikulieren weniger die eigenen Interessen als die der Pflegebedürftigen. Es fehlt also mitunter ein eigenes Arbeitnehmerbewusstsein. Der Anteil der Beschäftigten mit hoher intrinsischer Motivation korrespondiert in vielen Fällen auch mit einer hohen Loyalität gegenüber den Pflegebedürftigen und den Einrichtungen. Aus dieser Perspektive verbieten sich vor allem *Voice*-Aktivitäten, die einen sichtbaren Widerspruch gegenüber den Leitungen bedeuten würden. Auch wenn *Voice* kostspielige *Exit*-Optionen vielleicht mindern oder gar verhindern könnte, scheint diese Option am schwierigsten zu sein. Dafür sprechen nicht nur die geringe Zahl der Gewerkschaftsmitglieder, sondern auch die geringe Zahl von öffentlich ausgetragenen Konflikten.

Die Pflegekräfte präferieren *Exit* und *Loyalty*, dagegen ist die Option *Voice* unterentwickelt. Es gibt zwar einige Hinweise darauf, dass im Zeitverlauf *Voice* an Bedeutung zunimmt. Aber der Zuwachs ist keinesfalls so deutlich, dass sich dadurch die Akteurs- und Verhandlungskonstellation verändert. Infolgedessen ergeben sich auch keine günstigen Bedingungen, um die Arbeitsbedingungen strukturell zu verbessern und die Ressourcen für kollektives Handeln zu steigern. Der Preis dafür, dass *Voice* nicht ausgeprägt ist, sind vermutlich höhere Kosten (Krankheitstage etc.) und ein schwaches Attraktivitätsprofil der Branche. ■

## LITERATUR

- Aiken, L. H. / Sloane, D. / Griffiths, P. / Rafferty, A. M. / Bruyneel, L. / McHugh, M. / Maier, C. B. / Moreno-Casbas, T. / Ball, J. E. / Ausserhofer, D. / Sermeus, W.** (2017): Nursing Skill Mix in European Hospitals, in: *BMJ Quality & Safety* 26 (7), S. 559–568
- Alber, J.** (1990): Ausmaß und Ursachen des Pflegenotstands in der Bundesrepublik. Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung: MPIFG Discussion Paper Nr. 90/3, Köln
- Auffenberg, J.** (2021): Fachkräftemangel in der Pflege? Große Potenziale wollen gehoben werden, in: *Arbeitnehmerkammer Bremen* (Hrsg.): Bericht zur Lage der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Land Bremen 2021, Bremen, S. 145–153
- Auffenberg, J. / Heß, M.** (2021): Pflegekräfte zurückgewinnen. Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern, [https://media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/4712/1/Bericht\\_zur\\_Studie\\_Ich\\_pflege\\_wieder\\_wenn\\_Langfassung.pdf](https://media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/4712/1/Bericht_zur_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf) (letzter Zugriff: 15. 09. 2023)
- Auth, D.** (2013): Ökonomisierung der Pflege – Formalisierung und Prekarisierung von Pflegearbeit, in: *WSI-Mitteilungen* 66 (6), S. 412–422, [https://www.wsi.de/data/wsimit\\_2013\\_06\\_auth.pdf](https://www.wsi.de/data/wsimit_2013_06_auth.pdf)
- Bischoff-Wanner, C.** (2014): Pflege im historischen Vergleich, in: Schaeffer, D. / Wingenfeld, K. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*, Weinheim/Basel, S. 19–36
- Breinbauer, M.** (2020): Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflege. Eine empirische Untersuchung in Rheinland-Pfalz, Wiesbaden
- Breinbauer, M. / Jacob, R. / Richter, N. / Kopp, J.** (2019): Die Situation der Pflege in Rheinland-Pfalz. Ergebnisse einer Online-Befragung von Mitgliedern der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, in: Münnich, R. T. / Kopp, J. (Hrsg.): *Pflege an der Grenze. Entwicklungen, Fragestellungen, Herangehensweisen*, Wiesbaden, S. 19–76
- BA (Bundesagentur für Arbeit)** (2023): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt Mai 2023, Nürnberg
- Destatis** (2022): *Pflegestatistik 2021. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*, Wiesbaden
- Destatis** (2023): *Pflegevorausberechnung. 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten*, Pressemitteilung Nr. 124 vom 30. März 2023
- DGB-Index Gute Arbeit** (2018): *Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege*, <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++fecfee2c-a482-11e8-85a5-52540088cada> (letzter Zugriff: 15. 09. 2023)
- Dietz, B.** (2002): *Die Pflegeversicherung. Ansprüche, Wirklichkeiten und Zukunft einer Sozialreform*, Wiesbaden
- Donaghey, J. / Cullinane, N. / Dundon, T. / Wilkinson, A.** (2011): Reconceptualising Employee Silence: Problems and Prognosis, in: *Work, Employment and Society* 25 (1), S. 51–67
- Flake, R. / Kochskämper, S. / Risius, P. / Seyda, S.** (2018): Fachkräfteengpass in der Altenpflege, in: *IW-Trends. Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung* 45 (3), S. 21–39
- forsa** (2021): *dbb Bürgerbefragung Öffentlicher Dienst. Einschätzungen, Erfahrungen und Erwartungen der Bürger*, Berlin
- Fuchs, M.** (2016): *Der Pflegearbeitsmarkt in Sachsen-Anhalt. Aktuelle Situation und zukünftige Entwicklungen*. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung: IAB-Regional Sachsen-Anhalt-Thüringen Nr. 5/2016, Nürnberg
- Hipp, L. / Kelle, N.** (2015): *Nur Luft und Liebe? Die Entlohnung sozialer Dienstleistungsarbeit in Länder- und Berufsvergleich*, Berlin
- Hirschman, A. O.** (1970): *Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*, Cambridge
- IfD (Institut für Demoskopie Allensbach)** (2013): Hohes Ansehen für Ärzte und Lehrer – Reputation von Hochschulprofessoren und Rechtsanwälten rückläufig. *Allensbacher Berufsprestige-Skala 2013*. Allensbacher Kurzbericht, 20. 08. 2013
- Kada, O. / Lesnik, T.** (2019): Facetten von „moral distress“ im Pflegeheim, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 52 (8), S. 743–750
- Kreutzer, S.** (2005): *Vom „Liebesdienst“ zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945*, Frankfurt a. M.
- Liefmann-Keil, E.** (1969): *Dienstleistungen im Gesundheitsbereich. Gibt es einen Pflegenotstand?*, in: Blind, A. / von Ferber, C. / Krupp, H.-J. (Hrsg.): *Sozialpolitik und persönliche Existenz. Festgabe für Hans Achinger anlässlich seines 70. Geburtstages am 5. Oktober 1969*, Berlin, S. 155–170
- Lück, M. / Melzer, M.** (2020): *Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. Höhere Anforderungen, mehr gesundheitliche Beschwerden*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: BiBB/BAuA Faktenblatt Nr. 31, Dortmund

- Nölle, K. / Goesmann, C.** (2009): Pflegen kann nicht jeder! Wertschätzung für die (Alten-) Pflege, Technische Universität Dortmund, Dortmund
- Riedlinger, I. / Fischer, G. / Lämmel, N. / Höß, T.** (2020): „Leasing ist wie ein stummer Streik“, in: Arbeits- und Industriosozilogische Studien 13 (2), S.142–157
- Rothgang, H. / Müller, R. / Preuß, B.** (2020): Barmer Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen, Berlin
- Schmidbauer, W.** (Hrsg.) (1992): Pflegenotstand, das Ende der Menschlichkeit. Vom Versagen der staatlichen Fürsorge, Reinbek
- Schroeder, W.** (2018): Interessenvertretung in der Altenpflege. Zwischen Staatszentrierung und Selbstorganisation, Wiesbaden
- Schroeder, W. / Inkinen, S.** (2022): Langzeitpflege in Deutschland. Universität Kassel, Fachgebiet Politisches System der BRD: Kasseler Diskussionspapiere i3 Nr.17, Kassel
- Seyda, S. / Köppen, R. / Hickmann, H.** (2021): Pflegeberufe besonders vom Fachkräftemangel betroffen. Institut der Deutschen Wirtschaft, Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung: KOFA Kompakt 10/2021, Köln
- Sinha, S. / Mukamel, D. B. / Saliba, D. / Ladd, H. / Konetzka, R. T.** (2023): New Dimensions of Staffing Patterns in Nursing Homes and Nursing Home Quality, in: Journal of the American Medical Directors Association 24 (8), S.1099–1105
- Wiethölter, D.** (2012): Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg. Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf. Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung: IAB-Regional Berlin-Brandenburg Nr.3/2012, Nürnberg

## AUTOR\*INNEN

**SAARA INKINEN** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsprojekt „Arbeitsweltberichterstattung Hessen“ an der Universität Kassel und Gastwissenschaftlerin am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Forschungsschwerpunkt: Parteien-, Demokratie- und Wohlfahrtsstaatsforschung.

@ sinkinen@uni-kassel.de

---

**WOLFGANG SCHROEDER**, Prof. Dr., lehrt Politikwissenschaften an der Universität Kassel und ist Research Fellow am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Forschungsschwerpunkt: Parteien-, Gewerkschafts- und Wohlfahrtsstaatsforschung.

@ wolfgang.schroeder@uni-kassel.de

---