Kasseler Diskussionspapiere
i3 Ideen, Interessen und Institutionen im Wandel

Langzeitpflege in Deutschland

Zwischen Tradition und Erneuerung

Wolfgang Schroeder, Saara Inkinen

Nr. 17
08 / 2022

UNIKASSEL VERSITÄT

Fachgebiet
Politisches System der BRD – Staatlichkeit im Wandel

Editorial

Liebe Leser:innen,

wir freuen uns, dass Sie auf diese Ausgabe der *i*3 aufmerksam geworden sind. Bei *i*3 handelt es sich um eine Reihe politikwissenschaftlicher Diskussionspapiere. Sie werden herausgegeben von Prof. Dr. Wolfgang Schroeder und dem Fachgebiet „Politisches System der BRD – Staatlichkeit im Wandel“ an der Universität Kassel. In unregelmäßigen Abständen finden Sie in den Diskussionspapieren neue Forschungsergebnisse und Beiträge zu aktuellen politikwissenschaftlichen Debatten. Thematisch erwartet Sie ein breites Spektrum an Schwerpunkten mit besonderem Fokus auf die Parteien-, Verbände- und Wohlfahrtsstaatsforschung. Jede Ausgabe behandelt ein für den Lehrstuhl relevantes Thema, das sich perspektivisch etwa mit Wandlungsprozessen in Politikfeldern, Veränderungen von Akteuren und Akteursstrukturen oder dem Wandel von Regieren und Staatlichkeit befasst. Ein gemeinsamer Bezugspunkt, der auch den Titel der Diskussionspapier-Reihe inspiriert, ist der von Max Weber über Rainer M. Lepsius aufgenommene Spannungsbogen, welcher den Wandel von Ideen, Interessen und Institutionen thematisiert. Neben Artikeln von dem Lehrstuhl nahestehenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sind auch Gastbeiträge gerne gesehen.

Wir wünschen Ihnen nun eine anregende Lektüre und würden uns freuen, Sie auch bei den nächsten Ausgaben der *i*3 wieder als Leser begrüßen zu dürfen. Hinweise, Anregungen und Kommentare nehmen wir gerne über die Redaktionsadresse entgegen.

Das Herausgeber- und Redaktionsteam
redaktion-i3@uni-kassel.de

Herausgeber

Die Kasseler Diskussionspapiere werden von Prof. Dr. Wolfgang Schroeder, Leiter des Fachgebiets Politisches System der BRD – Staatlichkeit im Wandel an der Universität Kassel, herausgegeben.

Prof. Dr. Wolfgang Schroeder
Universität Kassel
Fachbereich Gesellschaftswissenschaften
Fachgebiet Politisches System der BRD - Staatlichkeit im Wandel
Nora-Platiel-Str. 1
34127 Kassel

Erscheinungsweise

Die *i3 - Kasseler Diskussionspapiere – Ideen, Interessen und Institutionen im Wandel* erscheinen in unregelmäßigen Abständen und sind nur als PDF-Version zum Download unter der Adresse *http://www.uni-kassel.de/fb05/index.php?id=i3* erhältlich.

ISSN 2363 – 7250
DOI:

Die Autor:innen

Wolfgang Schroeder ist seit 2016 WZB-Fellow. Er ist Professor an der Universität Kassel und leitet dort das Fachgebiet »Politisches System der BRD – Staatlichkeit im Wandel«. Er war von 2009–2014 Staatssekretär im Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Arbeitsbeziehungen, Gewerkschafts-, Verbände- und Sozialstaatsforschung.

Saara Inkinen ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Fachgebiet »Politisches System der Bundesrepublik Deutschland – Staatlichkeit im Wandel« an der Universität Kassel. Zu ihren Arbeits- und Forschungsschwerpunkten gehören die vergleichende Regimeforschung, Sozialpolitik sowie Parteien- und Parteiensystemforschung.

Inhalt

Herausgeber **2**

Erscheinungsweise **2**

1 Einleitung **5**

2 Das System der Langzeitpflege in Deutschland **6**

3 Strukturelle Probleme in der Altenpflege **9**

4 Beschäftigung und Arbeitsbedingungen in der Altenpflege **11**

4.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur 11

4.2 Arbeitsbedingungen 13

5 Staatliche Interventionen in der Altenpflege **15**

5.1 Entlohnung 17

5.2 Ausbildung 18

5.3 Selbstverwaltung 19

6 Fazit **21**

7 Literatur **23**

Langzeitpflege in Deutschland
Zwischen Tradition und Erneuerung

Wolfgang Schroeder, Saara Inkinen

1 Einleitung

Deutschland ist eine der am schnellsten alternden Gesellschaften der Welt. Bereits im Jahr 2020 waren 24,1 Millionen Deutsche 60 Jahre oder älter (Statistisches Bundesamt 2022) und es wird prognostiziert, dass diese Gruppe bis 2030 auf 30 Millionen anwachsen könnte. Allein die Bevölkerung ab 80 Jahren wird sich im gleichen Zeitraum von 5,4 Millionen auf rund 10,5 Millionen verdoppeln. Im Jahr 2050 könnten in der Bundesrepublik somit fast doppelt so viele Ältere Menschen wie Kinder und Jugendliche leben (Statistisches Bundesamt 2019: 26, 56).

Der demographische Wandel hin zu einer „aging society" fordert die Bundesrepublik nicht zuletzt im Bereich der Langzeitpflege heraus[1]. Auch wenn viele Menschen bis ins hohe Alter noch fit und aktiv sind, steigt die Wahrscheinlichkeit von Beeinträchtigungen und chronischen Erkrankungen, die professionelle Pflege und Unterstützung erfordern. So galten Ende 2020 rund 4,6 Millionen überwiegend ältere Menschen hierzulande als pflegebedürftig (BMG 2021b: 1). Die Zunahme der älteren Bevölkerung wird diese Zahl in den kommenden Jahrzehnten weiterhin ansteigen lassen. Dadurch wird sich auch die Nachfrage nach Pflegediensten und -heimen entsprechend erhöhen. Schon heute zählt die Langzeitpflege zu den am stärksten wachsenden Wirtschaftszweigen in Deutschland.

Eine zentrale Herausforderung dabei wird es sein, ausreichend qualifiziertes Personal für die Betreuung älterer Menschen ausfindig zu machen und zu rekrutieren. Zwar beschäftigt die professionelle Altenpflege mittlerweile rund 629.000 Pflegekräfte in Deutschland (BA o. D.a), doch wird diese Personalausstattung nicht ausreichen, um langfristig eine bedarfsgerechte Versorgung zu sichern. Tatsächlich klagt die Branche seit Jahren über einen eklatanten Fachkräftemangel. Bereits 2021 wies die Langzeitpflege den größten Fachkräftemangel bundesweit auf. Im Jahresdurchschnitt fehlten der Branche mehr als 17.000 Fachkräfte (Seyda et al. 2021). Diese Situation wird sich in Zukunft absehbar verschärfen. Aufgrund der steigenden Nachfrage wird demnach bis 2035 mit einem Bedarf von 150.000 zusätzlichen Pflegefachkräften gerechnet (Flake et al. 2018). Werden auch die Hilfskräfte berücksichtigt, könnte sich der Mehrbedarf je nach Studie auf 300.000 bis 500.000 zusätzlichen Stellen belaufen! Um dieser sich anbahnenden Problemlage beizukommen, hat die Politik zuletzt auf eine Ausbildungsoffensive sowie verstärkte Arbeitsmigration gesetzt. Doch die Studienabbruchs- und Berufsaustrittsquoten in der Branche bleiben nahezu unverändert hoch (Auffenberg/Heß 2021). Auch die Zahl der eingewanderten Pflegekräfte reicht derweilen nicht aus, um den Arbeitskräftebedarf zu decken. Der „Pflegenotstand", so scheint es, wird sich nicht so schnell beheben lassen.

Vor diesem Hintergrund beleuchtet der vorliegende Beitrag den Teilarbeitsmarkt der Langzeitpflege und fragt sich, weswegen die Altenpflege in Deutschland so wenig attraktiv erscheint und wie eine (weitere) Aufwertung des Berufs gelingen könnte. Dabei richtet sich unser Augenmerk neben der aktuellen Lage auch auf die Entwicklungsgeschichte des Altenpflegeberufs, die in Form von strukturellen Pfadabhängigkeiten bis heute die Beschäftigungsbedingungen und Arbeitsbeziehungen in der Branche beeinflusst. Entsprechend ist der Beitrag in drei Teile gegliedert: zunächst diskutieren wir den

[1] In diesem Beitrag verwenden wir die Begriffe „Langzeitpflege" und „Altenpflege" synonym.

Aufbau des Systems Langzeitpflege (Abschnitt 2) und die zentralen Strukturprobleme (Abschnitt 3) der deutschen Langzeitpflege. Anschließend werden die aktuellen Beschäftigungsstrukturen und Arbeitsbedingungen in der Branche vorgestellt (Abschnitt 4), gefolgt von einer Diskussion der jüngsten staatlichen Maßnahmen zur Aufwertung des Altenpflegeberufs (Abschnitt 5). Der letzte Abschnitt (6) schließt mit einem Ausblick ab.

2 Das System der Langzeitpflege in Deutschland

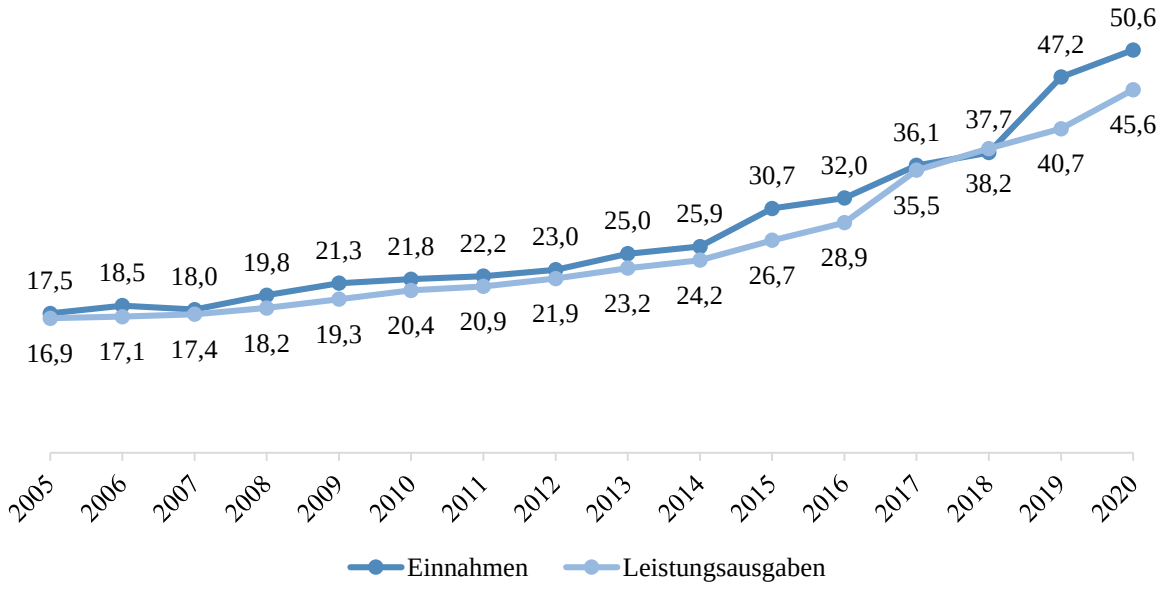
In der international vergleichenden Sozialstaatsforschung wird die deutsche Wohlfahrtspolitik allgemein als konservativ bezeichnet. Eines ihrer Grundprinzipien ist die familienbasierte soziale Sicherung, wonach der Staat nur dann eingreift, wenn die individuellen und familiären Ressourcen nicht mehr ausreichen. Ganz im Sinne dieser Tradition wurde auch die Altenpflege lange als Privatsache betrachtet, die es in den Familien zu regeln galt. Soweit eine außerfamiliäre Betreuung alter Menschen erforderlich war, lag dies weitestgehend in der Verantwortung von wohltätigen Vereinigungen, Wohlfahrtsverbänden und den Kirchen (Bischoff-Wanner 2014: 20). Staatliche Angebote begrenzten sich auf die allgemeine Armutsfürsorge, die ab den 1890er Jahren durch Alten- und Pflegeheime allmählich ersetzt wurde (Riedel 2011: 37).

Spätestens seit den 1950er Jahren geriet dieses Modell in eine Krisenlage: Die steigende Lebenserwartung gekoppelt mit veränderten Strukturen des Familienlebens ließen den Bedarf an außerfamiliärer Pflege älterer Menschen rasant ansteigen. Zugleich sahen sich die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen immer höheren Kosten für professionelle Pflegedienste gegenüber, die zunehmend zu Lasten der individuellen Budgets sowie der kommunalen Sozialhilfen gingen (Dietz 2002: 23f). Mit dem drohenden „Pflegenotstand“ wurde ab den 1970er Jahren der Ruf nach einer grundlegenden Reform der Langzeitpflege lauter (Naegele 2014: 8). Dennoch dauerte es weitere 20 Jahre, bis sich die politischen Parteien auf eine gesetzliche Pflegeversicherung einigen konnten.

Das Ergebnis dieses langwierigen Prozesses – das 1995 verabschiedete *Pflegeversicherungsgesetz* – bildet bis heute die Grundlage für die Langzeitpflege in Deutschland. Die Einführung der Pflegeversicherung hatte zum Ziel, eine eigenständige Absicherung des Pflegebedürftigkeitsrisikos zu gewährleisten. Dabei versuchte der Gesetzgeber zum einen die Pflegebedürftigen durch die Versicherungsleistungen finanziell zu entlasten, zum anderen sollten mittels Refinanzierungsbestimmungen Anreize für private Unternehmer gesetzt werden, in die professionelle Pflege einzusteigen. Die Einbeziehung des Marktes war insofern von zentraler Bedeutung, weil so die staatlichen Ausgaben im Pflegebereich weiterhin möglichst gering gehalten werden sollten. Am Subsidiaritätsprinzip änderte die Pflegeversicherung daher wenig – die familiäre Pflege hatte weiterhin Vorrang vor der staatlichen Fürsorge (Dietz 2002: 272).

Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, die für die Leistungszahlungen sowie die Qualitätskontrolle der erbrachten Pflege zuständig sind. Da die diese den Krankenkassen angegliedert sind, kann jede/r Versicherte einer von zwei unterschiedlichen Pflegeversicherungen zugeordnet werden. Während Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen automatisch in der *sozialen Pflegeversicherung* (SPV) versichert sind, sind privat Krankenversicherte verpflichtet eine *private Pflegeversicherung* (PPV) abzuschließen. Mit rund 73,5 Millionen Mitgliedern ist die SPV die deutlich größere der beiden Versicherungen (BMG 2021b: 1).

Abbildung 1: Einnahmen und Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung von 2005 bis 2020, in Milliarden Euro



Quelle: BMG 2021b; eigene Berechnungen.

Die Leistungen der umlagefinanzierten Pflegeversicherung werden durch Beiträge gedeckt, die auf das steuerpflichtige Einkommen der Versicherten erhoben werden. Der Beitragssatz ist paritätisch angelegt, so dass sich Arbeitnehmer und Arbeitgeber die Kosten teilen. Die Höhe des Beitrags ist seit Einführung der Pflegeversicherung stetig gestiegen. Betrug der Beitragssatz 1995 noch 1 Prozent des Bruttoeinkommens, liegt er seit 2022 bei 3,05 bzw. 3,4 Prozent für Kinderlose. Die steigenden Beitragsätze wirken sich auch auf die Versicherungseinnahmen aus (vgl. Abbildung 1). So flossen im Jahr 2020 allein durch die SVP 50,6 Milliarden Euro in die Pflegekassen ein – ein Zuwachs von 130 Prozent gegenüber dem Jahr 2010 (BMG 2021b: 6).

Die Pflegeversicherung ist als eine Teilabsicherung konzipiert, womit also die Höhe der Leistungsbezüge im Rahmen bestimmter Höchstgrenzen festgelegt wird. Eingeführt wurde diese Leistungskappung durch die Politik, um die Kosten und Beiträge der Versicherung besser steuern zu können (Naegele 2014: 16). In der Regel führt sie aber dazu, dass die Versicherung nur einen Teil der tatsächlich entstandenen Pflegekosten abdeckt und die Pflegebedürftigen die Restkosten selbst tragen müssen. So übernimmt die Versicherung etwa in der stationären Pflege die Kosten für die Pflege, nicht aber diejenigen für Unterkunft, Verpflegung oder Komfortleistungen. Hierfür mussten 2021 Heimbewohner:innen im Bundesdurchschnitt 2.015 € monatlich aus eigener Tasche aufwenden – Tendenz stark steigend (IWD 2021). Wenn die pflegebedürftige Person oder deren Angehörige den Eigenanteil nicht stemmen können, ist eine Kostenbeteiligung über das Sozialamt unter bestimmten Voraussetzungen möglich.

Um Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten zu können, muss zunächst ein Antrag bei der Pflegekasse auf Anerkennung der Pflegebedürftigkeit gestellt werden. Diese beauftragt dafür sodann den Medizinischen Dienst (SPV) oder einen unabhängigen Gutachter (PPV), der den Pflegegrad und den Umfang der Pflegeleistungen festlegt. Pflegebedürftig ist, wer eine körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigung besitzt oder gesundheitlich bedingte Belastung oder Anforderung nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Der Grad der Pflegebedürftigkeit

wird entlang von sechs Bewertungsmodulen[2] mit Hilfe eines vierstufigen Punktesystems ermittelt (vgl. Tabelle 1). Aus der gewichteten Summe aller vergebenen Punkte ergibt sich dann der Pflegegrad. Seit 2017 gibt es insgesamt fünf Pflegegrade; je größer der Unterstützungsbedarf des Pflegebedürftigen, desto höher die Punktzahl und der entsprechende Pflegegrad (BMG 2021a).

Tabelle 1. Leistungen der Pflegeversicherung nach Pflegegrad und -form.

		Pflege durch Angehörige	Ambulant	Stationär	
Pflegegrad	Grad der Selbständigkeit	Pflegegeld	Pflegesach-leistung	Teil	Voll
Pflegegrad 1 (12,5–27 Punkte)	Geringe Beeinträchtigung	0	0	0	125
Pflegegrad 2 (27–47,5 Punkte)	Erhebliche Beeinträchtigung	316	689	689	770
Pflegegrad 3 (47,5–70 Punkte)	Schwere Beeinträchtigung	545	1.298	1.298	1.262
Pflegegrad 4 (70–90 Punkte)	Schwerste Beeinträchtigung	728	1.612	1.612	1.775
Pflegegrad 5 (90– Punkte)	Schwerste Beeinträchtigung mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung	901	1.995	1.995	2.005

Anmerkung: Alle Summen sind monatliche Höchstbeträge in Euro. Da bei Pflegegrad 1 noch keine Pflegebedürftigkeit vorliegt, sind entsprechende Personen mehrheitlich von den monetären Leistungen der Pflegeversicherung ausgeschlossen (§ 28a SGB XI).

Neben der Pflegebedürftigkeit beeinflusst auch die Betreuungsform die Pflegeleistungen. Die deutsche Langzeitpflege unterscheidet drei Hauptformen der Betreuung, die miteinander auch kombiniert werden können. Neben Familienpflege stehen Pflegebedürftigen somit etwa 14.700 ambulante Dienste sowie 15.400 teil- oder vollstationäre Pflegeheime bundesweit zur Verfügung. Laut Statistischem Bundesamt (2020: 19) wird die große Mehrheit der Pflegebedürftigen – 2,1 Millionen Personen (51,3 %) – weiterhin ausschließlich durch Angehörige zuhause gepflegt. Hierfür erhalten sie ein monatliches *Pflegegeld*. Weitere 983.000 beziehen *Pflegesachleistungen* für die häusliche Pflege durch ambulante Pflegekräfte. Schließlich bekommen rund 820.000 Pflegebedürftige *Zuschüsse zu stationären Pflegeleistungen*. Diese Leistungsbezüge und die entsprechenden Höchstbeträge werden in Tabelle 1 zusammengefasst. Ebenso wie die Einnahmen sind auch die Ausgaben der Pflegeversicherungen im Zeitverlauf

[2] Diese Module sind 1) Mobilität; 2) kognitive und kommunikative Fähigkeiten; 3) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen; 4) Selbstversorgung; 5) Bewältigung krankheitsbedingter Anforderungen und 6) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

stark angewachsen (vgl. Abbildung 1): Während die SVP 2010 noch gut 20 Milliarden Euro an Leistungen auszahlte, lagen diese Ausgaben zehn Jahre später bereits bei 45 Milliarden Euro (BMG 2021b: 6).

Wird die Pflegebedürftigkeit durch die Pflegekasse anerkannt, können sich die Versicherten schließlich einen Leistungserbringer ihrer Wahl aussuchen. In Deutschland existiert dabei eine in der Gesetzgebung verankerte Trägervielfalt, die privat-gewerbliche, freigemeinnützige bzw. konfessionelle sowie öffentliche Träger umfasst. Infolge der zunehmenden Vermarktlichung der Langzeitpflege ist die Zahl der privaten Träger seit 1995 stark gewachsen. Dies gilt insbesondere für den ambulanten Dienst, der inzwischen zu über zwei Dritteln in privater Hand liegt (2019: 67 %). Demgegenüber wird die Mehrheit der stationären Pflegeheime weiterhin von freigemeinnützigen und kirchlichen Trägern – etwa der Arbeiterwohlfahrt, Diakonie und Caritas – betrieben (53 %). Am deutlichsten ist das Angebot der öffentliche Träger geschrumpft: Lediglich 3 % aller Pflegedienste und -heime befinden sich noch in kommunaler Hand (Statistisches Bundesamt 2020: 12ff).

Wenngleich die Pflegeversicherung den Zugang zu professioneller Pflege für Millionen von Menschen erleichtert hat, so ist es ihr nicht gelungen, die Langzeitpflege auf eine solide finanzielle Grundlage zu stellen. Mit der Alterung der Bevölkerung wird der Pflegebedarf weiter steigen – und mit ihm die Versicherungsausgaben. Um die erwarteten Mehrausgaben zu decken, wird längerfristig kein Weg an weiteren Beitragsanhebungen und steigenden Eigenanteilen vorbeiführen. Dies ist auch der Politik bewusst, weshalb die Bundesregierung 2021 ein Eckpunktepapier zur Pflege vorgelegt hat, das unter anderem höhere Bundeszuschüsse aus Steuermitteln vorsieht (IWD 2021). Es bleibt abzuwarten, ob diese Maßnahmen als Ausgangspunkt für eine umfassendere Reform im Pflegebereich dienen werden.

3 Strukturelle Probleme in der Altenpflege

Heute wird die professionelle Pflege alter Menschen überwiegend als entlohnte Erwerbsarbeit ausgeübt. Dies war allerdings nicht immer so. Lange Zeit galt die Altenpflege als weibliche Berufung, bei der den Beschäftigungsbedingungen nur eine untergeordnete Bedeutung zukam. Die historische Entwicklung der Pflegetätigkeit als caritative Arbeit wirkt durch strukturelle Pfadabhängigkeiten noch heute auf die Arbeitsbedingungen und Entlohnung in der Branche ein. Um die heutigen Strukturmerkmale der Altenpflegebranche besser nachvollziehen zu können, ist es sinnvoll, zunächst die Entstehungsgeschichte des Berufs kurz zu erörtern.

Während in Politik und Wissenschaft heute von einem pluralistischen Arbeitsverständnis ausgegangen wird, galt die industrielle Erwerbsarbeit in Deutschland lange als die zentrale Referenz für das sogenannte „Normalarbeitsverständnis“. Wie Iris Nowak (2011: 3) erklärt, bezog sich dieses auf „Vollzeitarbeitsplätze mit klar geregelten Arbeitszeiten, mit denen eine volle soziale Absicherung verbunden war und genügend Einkommen für ein gutes Leben sowohl für die Arbeitenden als auch ihre Familie“. Dass die meist männlichen Industriearbeiter solche Rechte für sich beanspruchen konnten, ist auch maßgeblich auf das Wirken der Gewerkschaften zurückzuführen.

Als eine Verlängerung der meist weiblichen Haus- und Familienarbeit wich die Entwicklung der Pflegeberufe schon früh von dieser Norm ab. Die professionelle Pflege hat ihre Wurzeln in den Ordens- und Schwesterngemeinschaften der Kirchen. Dort gelang es, Mitte des 19. Jahrhunderts, die Tätigkeit zunächst als christlich-orientieren Dienst am Nächsten zu etablieren. Dabei wurde die Betreuung alter und kranker Menschen vorwiegend als „Liebesdienst“ verstanden, der „keiner ‚entwürdigenden Bezahlung‘ unterliegen sollte“ (Bischoff-Wanner 2014: 26). Entsprechend wurde die Pflege nicht als freie Erwerbstätigkeit innerhalb von Arbeitsrecht und Ausbildungsregelungen organisiert. Vielmehr wurde

mit dem sogenannten „Mutterhaus“ eine hierarchische Dienstgemeinschaft unter Leitung einer Oberin geschaffen, in der die pflegenden „Schwestern“ gegen geringe Vergütung und unter starker Bevormundung ihren Dienst verrichteten (Kumbruck 2007: 8ff).

Hatte die Arbeit in den staatlichen Armen- und Siechenhäusern noch als „schmutzige“ Tätigkeit für die niederen Volksschichten gegolten, so entwickelte sich die Pflege im 20. Jahrhundert zum Arbeitsfeld der bürgerlichen Frau (Bischoff-Wanner 2014: 26). Die besondere Eignung der Frau zur Pflege wurde weniger durch eine geeignete Ausbildung als mehr mit „biologischen“ Eigenschaften wie Mütterlichkeit, Emotionalität und Aufopferungsfähigkeit begründet (Breinbauer 2020: 48). Zugleich entsprach die Pflegetätigkeit der arbeitsteiligen Trennung zwischen den Geschlechtern in der bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft. Danach war allein der Mann für die Ernährung der Familie verantwortlich; die Rolle der Frau beschränkte sich auf untergeordnete reproduktive Aufgaben im Kreis der Familie. Weil letztere nicht zur ökonomischen Versorgung der Familie beitrugen, verlor die Familienarbeit allmählich den Arbeitscharakter und galt nunmehr als „Liebestätigkeit“ an Mann und Kindern (Bischoff-Wanner 2014: 23f). Vor diesem Hintergrund stellte die Ordenspflege eine natürliche Erweiterung der bürgerlichen Hausarbeit dar.

Durch die christliche Organisation dominierte das Bild der „dienenden Schwester“ die Pflege bis weit ins 20. Jahrhundert hinein. Erst in den 1950er Jahren wurde die Kluft zwischen dem Ideal und dem tatsächlichen Pflegealltag, der häufig von „hoher Arbeitsbelastung und ausbeuterischen Verhältnissen“ geprägt war, ernsthaft hinterfragt (Breinbauer 2020: 50). Während der Bedarf an qualifiziertem Personal rasant stieg, weigerten sich immer mehr junge Frauen, unter den klosterähnlichen Bedingungen zu arbeiten, was den Niedergang der Schwesterngemeinschaften beschleunigte (Kreutzer 2005: 25). Die Verberuflichung der Pflege nahm Fahrt auf. Durch arbeitsrechtliche Reformen – etwa den Übergang zur Schichtarbeit in den 1960ern und die Einführung der 40-Stunden Woche in den 1970er Jahren – verwandelte sich die Pflegetätigkeit immer mehr in einen „normalen Frauenberuf“ (Kreutzer 2005: 28). Gleichzeitig begann die Altenpflege sich von der Krankenpflege als eigenständigem Arbeitsgebiet zu trennen. Ende der 1950er Jahre hatte der Arbeitskräftemangel zunächst die kirchlichen Heimträger dazu gezwungen, erste Qualifizierungsmaßnahmen in der Pflege alter Menschen einzuführen (Voges 2002: 106). 1965 wurde die Altenpflege dann als sozial-pflegerischer Beruf in Abgrenzung zum krankenpflegerischen definiert, bevor 1969 die erste staatliche Ausbildungs- und Prüfungsordnung in Kraft trat (Breinbauer 2020: 53). Da die neugegründeten Altenpflegeschulen föderal (also nach Bundesländern und deren jeweiligen Regeln) aufgestellt waren, entwickelte sich ein buntes Potpourri an Qualifikationsanforderungen und -zielen (Voges 2002: 108). Erst 2003 entstand mit dem *Altenpflegegesetz* eine erste bundeseinheitliche Regelung für eine dreijährige Ausbildung zur Altenpflegefachkraft (Voges 2002: 116).[3] Dabei blieb die Altenpflegehelferausbildung weiterhin Ländersache. Somit variieren Dauer und Inhalte der Ausbildung bis heute von Bundesland zu Bundesland.

Trotz aller Reformen wirkt die Geschichte auch weiterhin auf die konkrete Struktur der Altenpflege von heute nach. Wie wir im nächsten Abschnitt zeigen werden, ist die Langzeitpflege alter Menschen nach wie vor ein stark weiblicher Beruf, gekennzeichnet von belastenden Arbeitsbedingungen, einer vergleichsweise geringeren Entlohnung und einem hohen Anteil von an- und ungelerntem Personal. Dies lässt sich nicht nur mit der allgemeinen gesellschaftlichen Abwertung klassischer „Frauenberufe“ erklären, die den öffentlichen Druck zur Aufwertung von Care-Arbeit verringert. Diese Strukturmerkmale der Branche werden auch durch die historisch-gewachsene Motivation und Berufsmentalität der

[3] Dieses Gesetz folgte einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Oktober 2002, welches die Altenpflege den Heilberufen zugeordnet und somit zugunsten der Regelungskompetenz des Bundes entschieden hatte.

Pflegekräfte reproduziert, welche das Einfordern von besseren Arbeitsbedingungen und höherer Entlohnung vielfach als berufsfremd erscheinen lässt. So stellen Altenpflegekräfte weiterhin häufig ihre Interessen als Beschäftigte hinter das Patientenwohl zurück, was mit der Ablehnung kollektiver Aktivitäten – wie etwa Streiks – als Imstichlassen der Patienten:innen einher geht (Schroeder 2018: 197). Vor diesem Hintergrund ist es kaum überraschend, dass eine starke Lobby in Form von Gewerkschaften und betrieblichen Interessenvertretungsorganisationen fehlt, die für verbesserte Beschäftigungsbedingungen kämpfen könnte. Somit gelten die Interessen der Pflegekräfte weiterhin als „schwache Interessen“ (Schroeder 2022).

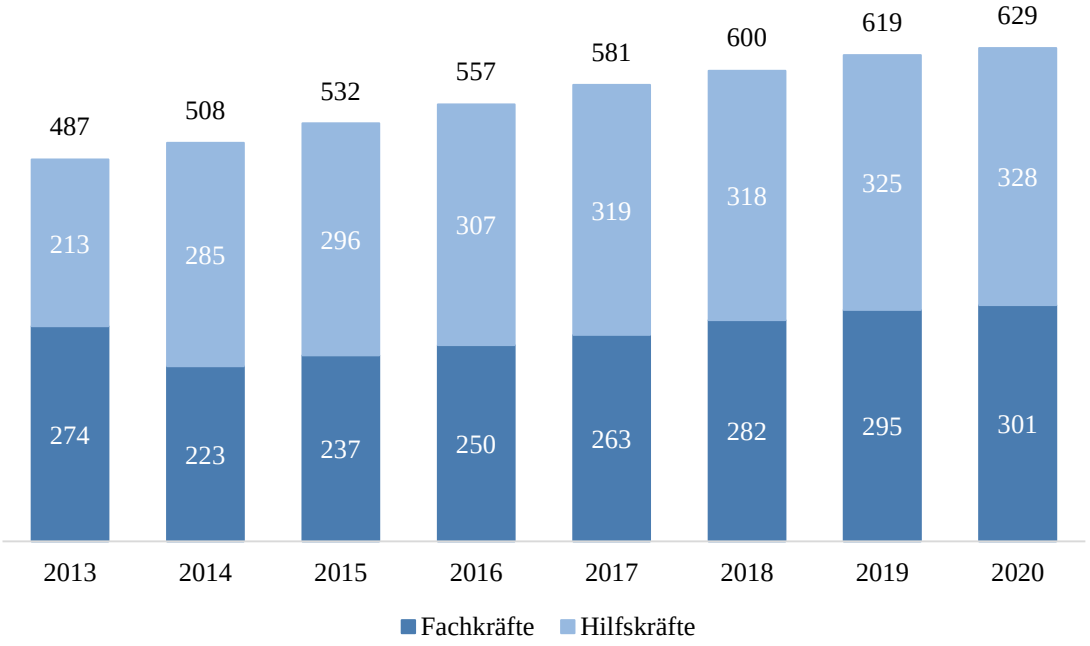
4 Beschäftigung und Arbeitsbedingungen in der Altenpflege

Aufgrund des demografischen Wandels werden Altenpflegekräfte in Zukunft immer gefragter werden. Gleichzeitig weist die Branche besondere Strukturmerkmale auf, die ihrer historischen Entwicklung entwachsen sind. Nachfolgend stellen wir zunächst die Beschäftigungsentwicklung sowie die Beschäftigungsstrukturen in den Altenpflegeberufen dar. Anschließend sollen die zentralen Beschäftigungsbedingungen in der Branche beschrieben werden.

4.1 Beschäftigungsentwicklung und -struktur

Angesichts der stetig steigenden Nachfrage nach Pflegekräften weist die Altenpflege seit mehreren Jahren ein überdurchschnittlich starkes Beschäftigungswachstum auf. Laut der Bundesagentur für Arbeit (o. D.a) zählte die Branche im Dezember 2020 insgesamt 629.039 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (inkl. Auszubildende). Dies entspricht einem Beschäftigungsplus von 29 Prozent gegenüber dem Jahr 2013 (der Bundesdurchschnitt für alle Berufe beträgt 13 Prozent). Betrachtet man die Zahlen genauer, wird jedoch deutlich, dass sich das Wachstum ungleichmäßig auf die verschiedenen Pflegeberufen verteilt. Wie aus Abbildung 2 hervorgeht, ist der größte Teil des Personalanstiegs auf eine Zunahme der un- und angelernten Pflegehilfskräfte zurückzuführen. Ihre Zahl hat sich seit 2013 von 213.000 auf 327.800 mehr als verdoppelt. Inzwischen übt mehr als jede zweite Altenpflegekraft hierzulande eine assistierende Tätigkeit aus. Im Vergleich dazu erzielten die Pflegefachkräfte ein deutlich moderateres Beschäftigungsplus: Ihre Zahl stieg im selben Zeitraum lediglich um 10 Prozent auf 301.300 Beschäftigten. Diese Unterschiede spiegeln nicht zuletzt den Fachkräftemangel wider, wobei die fehlenden Fachkräfte durch weniger qualifizierte Hilfskräfte kompensiert werden müssen.

Abbildung 2: Entwicklung der Beschäftigten nach Qualifikation 2013–2020, in tausend Beschäftigte

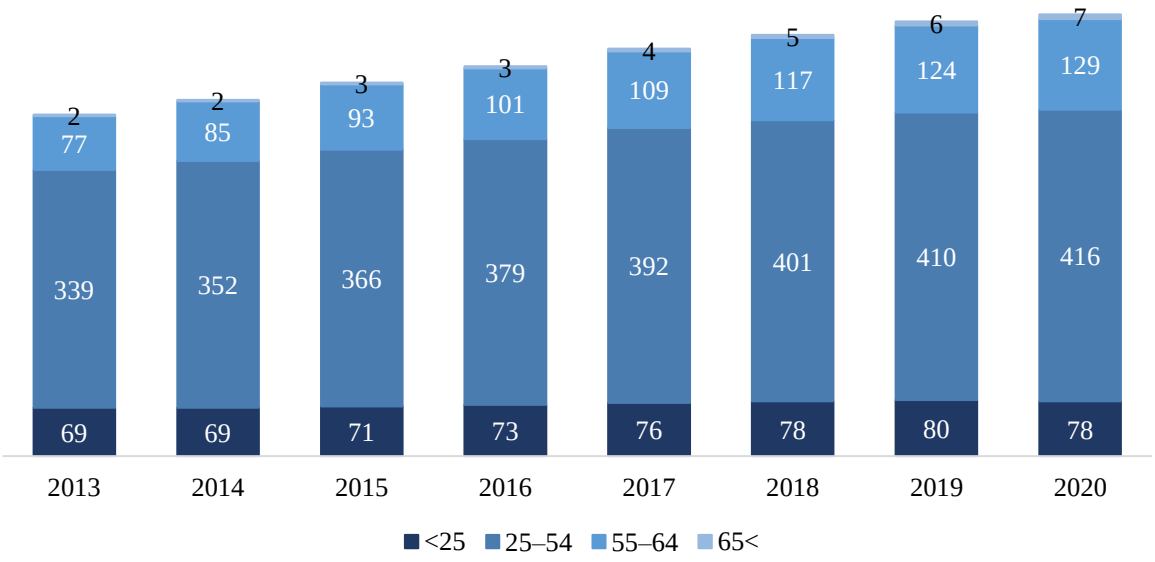


Anmerkung: Nur Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte in der Altenpflege, jeweils zum Stichtag 31.12. Spezialisten und Experten sind bei der Betrachtung in den Fachkräften enthalten.
Quelle: BA o. D.a; eigene Berechnungen.

Um den Pflegekräftemangel zu entschärfen, setzten die Arbeitgeber zunehmend auf ältere Beschäftigte. Abbildung 3 zeigt, dass obwohl die Mehrheit der Pflegekräfte in der Altersgruppe der 22- bis 55-Jährigen liegt, die Zahl der älteren Beschäftigten seit 2013 um insgesamt 72 Prozent auf 135.715 Beschäftigten angestiegen ist. Damit ist bereits jede fünfte Altenpflegekraft in Deutschland 55 Jahre oder älter. Auch der Anteil der Pflegekräfte mit ausländischem Pass steigt stetig.[4] Während 2013 noch 7 Prozent der Altenpflegekräfte keine deutsche Staatsangehörigkeit besaßen, war der entsprechende Anteil 2020 bereits auf 15 Prozent gestiegen und liegt damit über dem bundesweiten Durchschnitt für alle Beschäftigten (13 %). Werden auch die informellen, oft illegal in Privathaushalten beschäftigten Pflegekräfte mitberücksichtigt, dürfte dieser Wert allerdings noch weit höher liegen. Schließlich soll die erdrückende Mehrheit der geschätzt 300.000 „live-in“ Pflegekräfte in Deutschland migrantischer Herkunft sein (Hielscher et al. 2017: 95). Sowohl von den formal als auch den informal beschäftigten Pflegekräften stammt der Großteil aus Osteuropa und dort insbesondere aus Polen (formal: 2019: 17.364). Auch die Türkei (10.230), Italien (5.331) und die Philippinen (3.564) sind wichtige Herkunftsländer (Seibert/Wiethölter 2021: 21). In Deutschland sind Altenpfleger:innen mit Migrationshintergrund überwiegend als Hilfskräfte tätig: 2019 machten sie 18 Prozent der Pflegehelfer:innen und lediglich 7 Prozent der Pflegefachkräfte aus (Seibert/Wiethölter 2021: 21).

[4] In der Beschäftigungsstatistik werden deutsche Staatsbürger:innen mit Migrationshintergrund nicht als eigenständige Gruppe geführt.

Abbildung 3: Entwicklung der Beschäftigten nach Altersgruppen 2013 bis 2020, in tausend Beschäftigten



Anmerkung: Nur sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in der Altenpflege, jeweils zum Stichtag 31.12.
Quelle: BA o. D.a; eigene Berechnungen.

Obwohl der Anteil männlicher Pflegekräfte mit der Zeit zugenommen hat, bleibt die Altenpflege ein von Frauen dominierter Beruf. So waren Ende 2020 rund 83 Prozent aller Pflegekräfte weiblich bei einem Frauenanteil von 47 Prozent an der Gesamtbeschäftigung. Diese geschlechtsspezifische Verzerrung wird durch die Tatsache verschärft, dass Frauen unter den Pflegehilfskräften überrepräsentiert sind, während Männer deutlich häufiger Führungspositionen innehaben (Nielbock 2017: 86f).

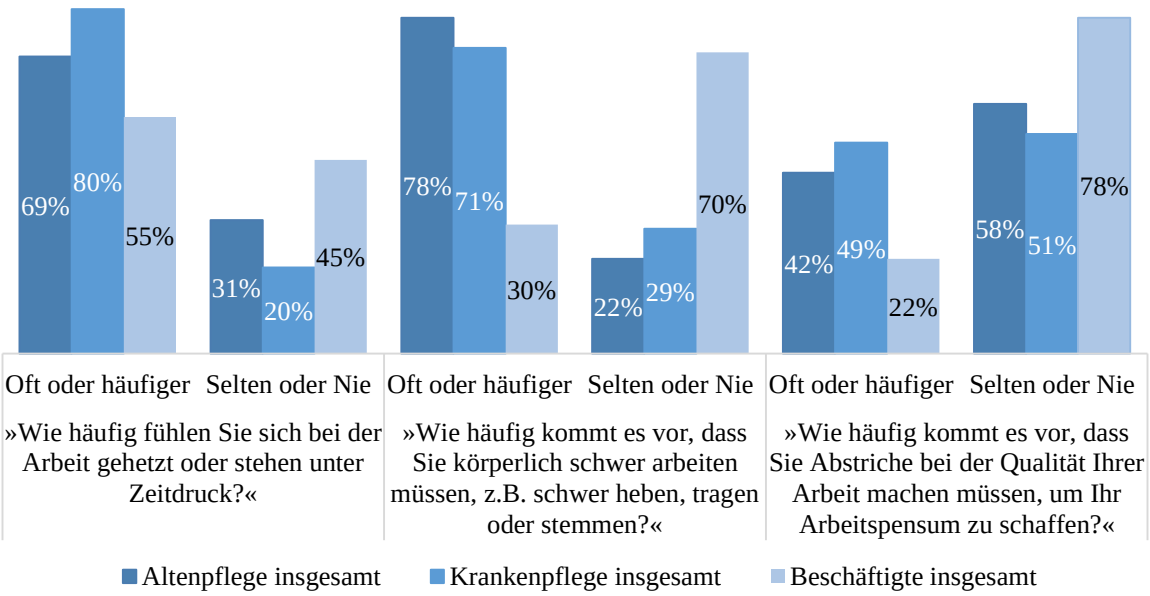
Der hohe Frauenanteil geht mit einem ebenso hohen Anteil an Teilzeitbeschäftigten einher. Ende 2020 lag die Teilzeitquote mit 55 Prozent deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 29 Prozent. Dabei hat sich dieser Anteil in den letzten zehn Jahren nur unwesentlich verändert. Besonders weit verbreitet ist die Teilzeitarbeit unter den Pflegehilfskräften (70 %), doch selbst unter den Pflegefachkräften ist mehr als die Hälfte (53 %) in Teilzeit tätig (Seibert/Wiethölter 2021: 16). Etwa 65 Prozent der Teilzeitbeschäftigten sind Frauen (BA 2021: 9). Im Gegensatz zur Teilzeitbeschäftigung wird die Verbreitung befristeter Beschäftigungsverhältnisse durch die Bundesagentur für Arbeit nicht systematisch erfasst. Schätzungen zur Folge dürfte dieser Anteil aber etwa zwischen 15 (Schroeder 2018: 64) und 19 Prozent (Bispinck et al. 2013: 19) liegen. Damit würde die Altenpflege eine leicht höhere Befristungsquote als der Gesamtbeschäftigungswert von 13 Prozent aufweisen (Statista 2022).

4.2 Arbeitsbedingungen

Die Altenpflege ist bekannt für ihre prekären Arbeitsverhältnisse. Wie der DGB-Index „Gute Arbeit“ (2018) zeigt, sind Altenpflegekräfte im Bundesvergleich mit ihren Arbeitsbedingungen insgesamt deutlich unzufriedener als andere Beschäftigte. Einerseits bemängeln Pflegekräfte die hohen Belastungen durch die psychischen und physischen Anforderungen ihres Arbeitsalltages. Die Beschäftigte klagen beispielsweise überdurchschnittlich häufig über Hetze und körperliche Schwerarbeit sowie daraus folgende Qualitätseinbußen bei der Pflege (vgl. Abbildung 4). Andererseits trägt auch die Lage der Ar-

beitszeit – Überstunden, Schichtdienst und Wochenendarbeit – zur insgesamt schlechteren Arbeitsqualität in der Altenpflege bei. Lediglich im Hinblick auf die Sinnhaftigkeit der eigenen Arbeit und die beruflichen Weiterbildungsmöglichkeiten sind die Altenpflegekräfte zufriedener als alle Beschäftigten im Bundesdurchschnitt (DGB-Index Gute Arbeit 2018).

Abbildung 4: Indikatoren der Arbeitsqualität in den Pflegeberufen im Vergleich zu allen Beschäftigten



Quelle: DGB-Index Gute Arbeit 2018; eigene Berechnungen.

Der hektische Pflegealltag hat oft gravierende Folgen für den Gesundheitszustand der Beschäftigte. Rothgang et al. (2020: 162ff) kommen zum Schluss, dass sich die psychische Belastung bei Pflegekräften auffallend häufig in Erschöpfung und psychosomatischen Beschwerden, wie etwa Depressionen oder Angsterkrankungen, niederschlägt. Hinzu kommen physische Beschwerden sowie Verletzungen durch Arbeitsunfälle als die Beschäftigten an die Grenzen ihrer physischen Belastbarkeit gelangen. Im Ergebnis haben Altenpflegekräfte mit 24,8 Tagen pro Kopf im Jahr deutlich mehr Fehlzeiten am Arbeitsplatz als im Durschnitt aller Berufe (14,6 Tage) (Techniker Krankenkasse 2021).

Eine auffällige Folge hiervon ist zudem, dass die Altenpflegekräfte besonders häufig vorzeitig aus ihrem Beruf ausscheiden. Bis zu 24 Prozent einer jeden Ausbildungskohorte verlassen den Beruf binnen der ersten fünf Jahre nach der Ausbildung (Auffenberg/Heß 2021: 7). Ganze 69 Prozent der Altenpflegekräfte geben an, ihre Tätigkeit unter den derzeitigen Anforderungen bis zum gesetzlichen Rentenalter nicht ohne Einschränkung ausüben zu können. Dieser Durchschnittswert beträgt bei allen Beschäftigten rund 42 Prozent (DGB-Index Gute Arbeit 2018: 22). Schließlich lässt sich auch die hohe Teilzeitquote als eine Reaktion auf die belastenden Arbeitsbedingungen interpretieren. Denn insbesondere in der Altenpflege gilt die hohe Arbeitsbelastung als einer der Hauptgründe für eine Kürzung der Arbeitszeit: Fast die Hälfte (41 %) der Teilzeitbeschäftigten stimmen der Aussage zu, ein Vollzeitjob sei für sie zu stressig bzw. belastend (Becka et al. 2016: 12f).

Tabelle 2. Monatliche Bruttoentgelte von Vollzeitbeschäftigten in ausgewählten Pflegeberufen im Vergleich zu allen Beschäftigten

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Altenpflege						
Helfer	1.826	1.870	1.944	2.041	2.146	2.241
Fachkraft	2.557	2.624	2.746	2.879	3.034	3.176
Krankenpflege						
Helfer	2.431	2.466	2.494	2.591	2.675	2.752
Fachkraft	3.156	3.205	3.314	3.405	3.539	3.638
Gesamtbeschäftigung						
Helfer	2.117	2.133	2.177	2.259	2.334	2.357
Fachkraft	2.843	2.891	2.965	3.052	3.140	3.166

Anmerkung: Nur sozialversicherungspflichtig Beschäftigte. Alle Einträge sind monatliche Medianentgelte in Euro, jeweils zum Stichtag 31.12.
Quelle: BA o. D.b.

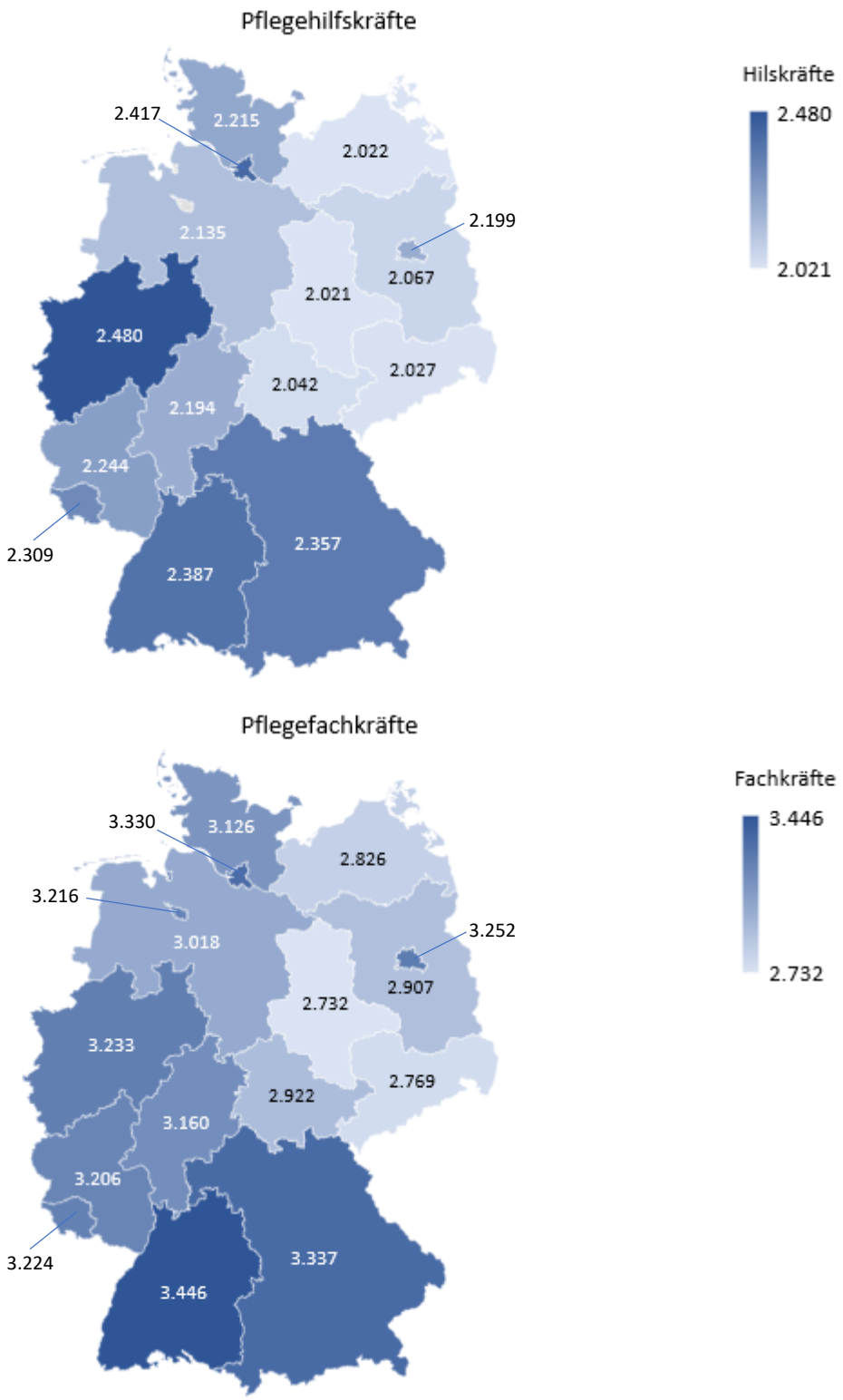
Obwohl Wohlbefinden am Arbeitsplatz die Summe vieler Faktoren ist, nimmt die Frage nach der Entlohnung in der Diskussion um Arbeitsbedingungen einen besonderen Stellenwert ein. Werden die Beschäftigten selbst gefragt, entpuppt sich die schlechte Bezahlung tatsächlich oft als größter Einzelkritikpunkt – sogar 89 Prozent der Altenpflegekräfte sehen hier einen Handlungsbedarf (Schroeder 2018: 174f). In der Tat hinkten die Löhne in der Branche dem Durchschnittsverdienst aller Erwerbstätigen schon lange hinterher, wie aus Tabelle 2 zu entnehmen ist. Jüngst macht sich hier jedoch ein Aufwärtstrend bemerkbar. Insbesondere die Altenpflegefachkräfte erreichen mit einem mittleren Bruttoentgelt von 3.176 € inzwischen das Entgeltniveau aller Fachkräfteberufe in Deutschland (3.166 €). Die Altenpflegehilfskräfte haben ebenso aufgeholt, wenngleich sie mit 2.241 € weiterhin schlechter vergütet werden als Hilfskräfte in der Krankenpflege und in der Gesamtbeschäftigung.

Dabei ist die Unterbezahlung der Pflegehilfskräfte nicht die einzige Lohnlücke, die es noch zu schließen gilt. Einerseits bleibt das Lohngefälle zwischen Alten- und Krankenpflege bestehen. Anderseits bestehen auch noch erhebliche regionale Unterschiede bei der Entlohnung zwischen Ost- und Westdeutschland, wie aus Abbildung 5 leicht zu erkennen ist.

5 Staatliche Interventionen in der Altenpflege

Die Aufwertung der Altenpflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, für die auch der Staat Verantwortung trägt. In diesem Sinne greift die Politik mittels einzelner Gesetze und breiterer Initiativen in den Teilarbeitsmarkt ein. Im Folgenden sollen einige der wichtigsten staatlichen Maßnahmen der letzten Jahre im Bereich der Altenpflege beschrieben werden. Dabei konzentriert sich der Beitrag auf drei zentrale Aufgabengebiete: Entlohnung, Ausbildung und Selbstverwaltung.

Abbildung 5: Monatliche Bruttoentgelte von Vollzeitbeschäftigten in ausgewählten Pflegeberufen nach Bundesland im Jahr 2020



Anmerkung: Nur sozialversicherungspflichtig Beschäftigte. Alle Einträge sind monatliche Medianentgelte in Euro, jeweils zum Dezember 2020. Angaben zu Pflegehilfskräften fehlen für Bremen.

Quelle: BA o. D.b.; eigene Berechnungen.

5.1 Entlohnung

Die Entlohnung zählt zu den wichtigsten Arbeitsbedingungen in einem Beruf. Wie Abschnitt 4 gezeigt hat, sind die Pflegelöhne jüngst überdurchschnittlich gestiegen. Zu dieser Entwicklung hat auch die Politik beigetragen.

In der Altenpflege gilt bereits seit 2010 ein branchenspezifischer Mindestlohn für Beschäftigte in Pflegebetrieben.[5] Die gesetzliche Grundlage hierfür liefert das *Arbeitnehmer-Entsendegesetz*. Eine seiner Bestimmungen war die Gründung einer Kommission zur Aushandlung von Mindestarbeitsbedingungen in der Pflege. Dieses bedarfsweise zusammentretende Gremium setzt sich aus insgesamt acht ehrenamtlichen Mitgliedern zusammen, darunter jeweils zwei Vertretern der weltlichen Arbeitgeber- und der Arbeitnehmerseite sowie der kirchlichen Dienstgeber- und Dienstnehmerseite. Diese sprechen Empfehlungen zu Mindestentgelten und Urlaub in der Branche aus, welche anschließend per Rechtsverordnung für alle Pflegebetriebe verbindlich erklärt werden können. Auf dieser Basis schlug die erste Pflegekommission 2010 einen Mindestlohn von 7,50 € (Ostdeutschland) bzw. 8,50 € (Westdeutschland) vor (Meyer 2012: 48, 50), der seitdem mehrfach erhöht worden ist.

Eine größere Reform des Pflegemindestlohnes wurde 2018 angestoßen. Im Juli hatte der Bund zusammen mit den Ländern, den Kommunen, den Sozialpartnern, der Bundesagentur für Arbeit sowie verschiedenen Verbänden aus der Pflege die „*Konzertierte Aktion Pflege*“ (KAP) ins Leben gerufen. Erklärtes Ziel der Initiative war es, die Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten der Pflegekräfte schnell und spürbar zu verbessern. Die Erarbeitung konkreter Maßnahmen wurde auf fünf Arbeitsgruppen aufgeteilt, wobei die Frage der Entlohnungsbedingungen in der Arbeitsgruppe fünf verhandelt wurde. Die Mitglieder waren sich darüber einig, dass insbesondere „die Höhe der Entlohnung einen wesentlichen Einfluss auf die Attraktivität des Pflegeberufes [hat]“ (Die Bundesregierung 2019: 165). Um angemessene Mindestentgelte sicherzustellen, machte die Arbeitsgruppe mehrere Empfehlungen. Einerseits befürworteten die Mitglieder das Angleichen der Pflegemindestlöhne in Ost- und Westdeutschland; anderseits empfahlen sie Mindestentgelte in der Pflegebranche künftig nach Qualifikation zu differenzieren. Schließlich sprach sich die Arbeitsgruppe dafür aus, die Pflegekommission als ein ständiges Gremium einzurichten.

Die Politik hat die KAP-Vereinbarungen nach und nach umgesetzt. So verabschiedete die Bundesregierung 2019 das *Pflegelöhneverbesserungsgesetz*, das die Rahmenbedingungen für die neue ständige Pflegekommission festlegt. Auf dieser Grundlage wurde 2021 die fünfte Pflegekommission erstmalig mit einer fünfjährigen Amtszeit berufen. Zugleich wurden mit der vierten Pflegearbeitsbedingungenverordnung qualifikationsspezifische Mindestlöhne in der Altenpflege eingeführt. Im September 2021 folgte dann der bundeeinheitliche Pflegemindestlohn. Dieser wurde im April 2022 nochmals erhöht und wird ab September 2022 deutlich über dem allgemeinen gesetzlichen Mindestlohn von 12,00 € in der Stunde liegen (vgl. Tabelle 3). Laut Koalitionsvertrag sind in der Legislaturperiode 2021 bis 2025 weitere Erhöhungen geplant, um die Gehälter in der Altenpflege an die in der Krankenpflege anzupassen (Sozialdemokratische Partei Deutschlands et al. 2021: 81).

[5] Der Pflegemindestlohn gilt nicht für private Haushalte als Arbeitgeber; hier greift der 2015 eingeführte allgemeine gesetzliche Mindestlohn.

Tabelle 3. Entwicklung des Pflegemindestlohns

	Westdeutschland		Ostdeutschland	
	Höhe	Steigerung	Höhe	Steigerung
01.07.2021				
Ungelernte Pflegehilfskräfte	11,80		11,50	
Pflegehilfskräfte	12,50		12,20	
Pflegefachkräfte	15,00		15,00	
01.09.2021				
Ungelernte Pflegehilfskräfte	12,00	+0,00	12,00	+0,00
Pflegehilfskräfte	12,50	+0,00	12,50	+2,46
Pflegefachkräfte	15,00	+0,00	15,00	+0,00
01.04.2022				
Ungelernte Pflegehilfskräfte	12,55	+4,58	12,55	+4,58
Pflegehilfskräfte	13,20	+5,60	13,20	+5,60
Pflegefachkräfte	15,40	+2,67	15,40	+2,67
01.09.2022				
Ungelernte Pflegehilfskräfte	13,70	+9,16	13,70	+9,16
Pflegehilfskräfte	14,60	+10,61	14,60	+10,61
Pflegefachkräfte	17,10	+11,04	17,10	+11,04

Anmerkung: Alle Einträge zur Höhe sind Bruttostundenlöhne in Euro, Einträge zur Steigerung in Prozent.
Quelle: https://www.iww.de/ce/mindestlohn/pflegekommission-beschluss-so-steigen-die-mindestloehne-in-der-altenpflege-ab-01092022-f143468 (Abgerufen am: 18.03.2022).

5.2 Ausbildung

Einen weiteren Schwerpunkt der KAP bildet die Pflegeausbildung. Die hierfür zuständige Arbeitsgruppe eins hob in ihren Empfehlungen u.a. die Bedeutung einer qualitativ hochwertigen und zeitgemäßen Pflegeausbildung – auch an Hochschulen – für die Nachwuchsgewinnung hervor. Zudem plädierte sie für eine Förderungsausweitung der Weiterbildungen für Beschäftigte, um die Fachkräftesicherung in der Pflege zu gewährleisten (Die Bundesregierung: Kapitel 1).

Auf dieser Basis hat sich die Politik vorgenommen, die Pflegeausbildung zu reformieren. Zentraler Baustein dieser Reform ist das *Pflegeberufegesetz*, das Anfang 2020 in Kraft trat. Mit dem Gesetz wurde die Grundlage für eine neue generalistische Pflegeausbildung geschaffen, welche die drei bisherige Pflegefachberufe in den Bereichen der „Altenpflege“, „Gesundheits- und Krankenpflege“ und „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ zusammenführt. Zudem wurde ein neues Pflegestudium eingeführt, um die berufliche Entwicklung sowie deren Ausdifferenzierung (vor allem von Führungsfunktionen) stärker wissenschaftlich zu verankern. Diese Maßnahmen zielen im Wesentlichen darauf ab, die Qualität in der Pflege sowie die Attraktivität und Professionalität des Pflegeberufs zu steigern. Dies soll u.a. realisiert werden, indem die Auszubildenden für aktuelle Anforderungen an die pflegerische Versorgung und an das Pflegepersonal gerüstet werden (BMG 2022). Während das *Pflegeberufegesetz* nur die Ausbildung von Pflegefachkräfte regelt, soll laut der Ampelkoalition eine bundeseinheitliche „Harmonisierung“ der landesrechtlich geregelten Pflegeassistenzausbildungen bis 2025 folgen (Sozialdemokratische Partei Deutschlands et al. 2021: 82).

Die 2020 gestartete Einheitsausbildung ist auf drei Jahre angelegt; dabei kann eine abgeschlossene Pflegehelferausbildung anerkannt und angerechnet werden. Die Ausbildung besteht sowohl aus theoretischem Unterricht an Pflegeschulen als auch einer praktischen Ausbildung bei Ausbildungs- und Pfle-

geeinrichtungen. Gemäß dem *Pflegeberufegesetz* hat der Unterricht dabei ein bestimmtes Qualifikationsniveau aufzuweisen. Während die Ausbildungsinhalte der ersten zwei Jahre für alle Auszubildenden gleich sind, kann im dritten Ausbildungsjahr eine Spezialisierung auf die Pflege alter Menschen oder auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen gewählt werden. Auszubildende, die die generalistische Ausbildung fortsetzen, erwerben nach erfolgreichem Bestehen der Abschlussprüfung den neuen Berufsabschluss „Pflegefachmann/-frau“. Auszubildende mit einem Schwerpunkt erhalten ihren Abschluss als „Altenpfleger/-in“ bzw. „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in“. Im Unterschied zum generalistischen Berufsabschluss werden letztere Abschlüsse nicht automatisch EU-weit anerkannt (BMFSFJ o. D.b).

Bei dem ebenso dreijährigen Pflegestudium handelt es sich um einen primärqualifizierenden, dualen Studiengang. Damit beinhaltet das Studium neben Lehrveranstaltungen an einer Hochschule auch Praxiseinsätze in Pflegeinrichtungen. Auch hier lässt sich die Studienzeit durch eine erfolgreich abgeschlossene Pflegeausbildung verkürzen. Die Studierenden erwerben nach Abschlussprüfung und Abgabe der Bachelor-Arbeit zwei Abschlüsse, darunter die Berufszulassung als „Pflegefachmann/-frau“ und den Bachelor. Im Gegensatz zur beruflichen Ausbildung ist das Pflegestudium durchgängig generalistisch konzipiert (BMFSFJ o. D.a).

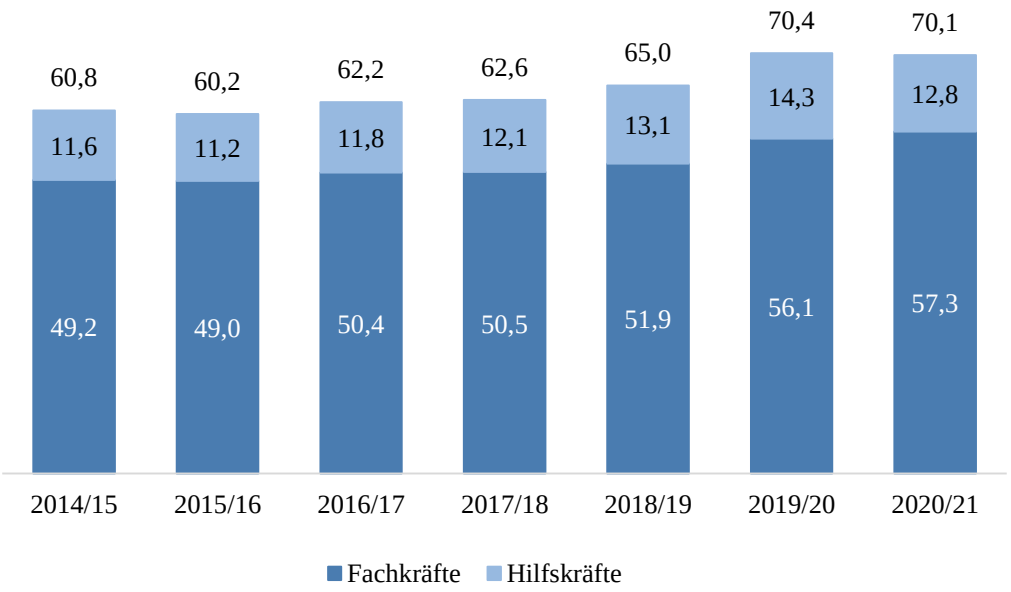
Diese Reformen werden durch die „Ausbildungsoffensive Pflege (2019 bis 2023)“ begleitet, die im Rahmen der KAP erarbeitet wurde. Diese soll die Einführung der neuen Pflegeausbildung unter Einbeziehung aller KAP-Partner mit dem Ziel unterstützen, die Zahl der Auszubildenden bzw. der ausbildenden Einrichtungen bis 2023 im Bundesschnitt um zehn Prozent zu steigern. Hierfür legt der Vereinbarungstext drei Handlungsfelder mit konkreten Zielen und insgesamt 111 Maßnahmen vor, etwa zur Vermeidung von Ausbildungsabbrüchen oder zum Aufbau von Lernortkooperationen (Die Bundesregierung 2019). Die Offensive sieht auch eine bundesweite Informations- und Öffentlichkeitskampagne unter dem Titel „Mach Karriere als Mensch!" vor. Diese startete am 22. Oktober 2019 und endete im Dezember 2021.

Obwohl zurzeit keine langfristigen Schlüsse über die Auswirkungen dieser Reformen gezogen werden können, so fällt eine erste Bilanz doch gemischt aus. Einerseits geht aus Abbildung 6 hervor, dass sich die Steigerung der Ausbildungszahlen in den Pflegefachberufen seit der Einführung der Einheitsausbildung fortgesetzt hat. Dies mag auch an der Tatsache liegen, dass Umschüler:innen, die sich zur Pflegefachkraft weiterqualifizieren oder einen neuen Beruf erlernen möchten, die neuen Bildungsangebote für sich entdeckt haben (Die Bundesregierung 2021: 21f). Anderseits ist die Zahl der Eintritte in die Pflegehelferausbildungen, die nicht von den neuen Bestimmungen betroffen sind, infolge der Ausbildungsreform deutlich eingebrochen, weswegen die Ausbildungszahlen 2020/21 gegenüber dem Vorjahr mit 70.071 Neueintritten insgesamt rückläufig sind. Auch die Popularität des Pflegestudiums blieb bisher hinter den Erwartungen zurück: Hier betrug die bundesweite Auslastungsquote der Studiengänge im Jahre 2021 lediglich 42 Prozent. Als Gründe dafür wird u.a. der Mangel an qualifizierten Lehrkräften und die fehlende Vergütung der Praxiseinsätze angeführt (Gräske et al. 2021).

5.3 Selbstverwaltung

In Deutschland werden die Mindestarbeitsbedingungen in vielen Branchen durch Tarifverträge geregelt. In der Langzeitpflege ist die Tarifautonomie allerdings nur schwach ausgeprägt. Auch Berufsverbände und andere Organisationen der Interessenvertretung stellen eher marginale Akteure dar. Vor diesem Hintergrund weist sich die Stärkung der Selbstverwaltung aus staatlicher Sicht als ein wichtiger Schritt zur Aufwertung der Altenpflege aus.

Abbildung 6: Eintritte in eine Pflegeausbildung 2014 bis 2020, in tausend Auszubildende



Anmerkung: Berücksichtigt werden Auszubildenden im ersten Schuljahr in den Berufen „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“, „Gesundheits- und Krankenpflege“ und „Altenpflege“.
Quelle: Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur – Berufliche Schulen (Fachserie 11, Reihe 2); Statistisches Bundesamt: Bildung und Kultur – Statistik nach der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 2020; eigene Berechnungen.

In diesem Sinne hat die Politik zum einen die Gründung von Pflegekammern in Erwägung gezogen. Pflegekammern sind Berufskammern im Bereich der Heilberufe. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts übernehmen diese Regelungsaufgaben des Staates, und dienen somit der Selbstverwaltung der Pflegekräfte als Berufsgruppe. Diese Aufgaben beziehen sich auf den Erlass einer Berufsordnung und deren Überwachung, die Formulierung von Weiterbildungsstandards sowie die Beteiligung der Berufsgruppe an politischen Gremien und der Gesetzgebung (Schwinger 2016: 114). Auf diese Weise soll eine Pflegekammer die berufliche Qualifikation der Pflegenden und die Qualität der Pflege im Interesse der Bevölkerung sicherstellen. Die Gründung einer Pflegekammer erfolgt auf der Ebene der Bundesländer. Dabei ist eine Mitgliedschaft für alle Pflegefachkräfte mit einer staatlich anerkannten Ausbildung Pflicht; hierfür zahlen sie einen einkommensabhängigen Mitgliedsbeitrag.

Im politischen Diskurs wurden von Anfang an widersprüchliche Erwartungen an die Pflegekammern gestellt (siehe Schroeder 2022: 40f). Die Befürworter – angeführt vom Deutschen Pflegerat und dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe – sahen die Kammern als Chance, die Stimme der Pflege in Politik und Öffentlichkeit zu stärken, sowie die Professionalisierung des Berufs voranzutreiben. Die Gegner – darunter die Gewerkschaft ver.di und einige Arbeitgeberverbände – wiesen dagegen auf ein Mehr an Bürokratie und Kosten durch die Zwangsmitgliedschaft hin. Gleichzeitig stellten sie die Behauptung in Frage, dass eine Pflegekammer den Mangel an Wertschätzung und Qualitätsentfaltung in der Pflege bekämpfen könne; schließlich bliebe die Vertretung der materiellen Interessen der Beschäftigten Aufgabe der Gewerkschaften. Die Meinungen der Pflegekräfte zur Kammergründung waren gleichermaßen gespalten, wie aus den Beschäftigtenbefragungen hervorgeht, die von 2010 bis 2018 in insgesamt zwölf Bundesländern durchgeführt wurden.

Diese Kontroverse hatte zur Folge, dass die Einrichtung von Pflegekammern bislang nur sehr langsam vorangeschritten ist. So haben sich bis Dato nur fünf Bundesländer für die Einrichtung einer Kammer entschieden. Zwei von ihnen – Niedersachsen und Schleswig-Holstein – haben ihre bereits eingerichteten Kammern inzwischen sogar wieder auflösen müssen, nachdem sich die Mehrheit der Pflegekräfte in Umfragen gegen diese ausgesprochen hatte. In Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg steht die Kammergründung noch bevor. So bleibt die 2016 eingerichtete Pflegekammer Rheinland-Pfalz die einzig aktive Landespflegekammer in Deutschland.[6] Dies bedeutet, dass die Pflegekammern zumindest vorerst nur eine marginale Rolle in der deutschen Pflegeinfrastruktur spielen.

Auch in der Tarifautonomie hat der Staat versucht, die Selbstorganisation der Altenpflegekräfte zu stärken. Bereits die letzte Bundesregierung unter Angela Merkel (2017 bis 2021) hatte im Koalitionsvertrag neben Mindestlohnbestimmungen eine Erhöhung der Tarifbindung in der Pflege gefordert. In ihrem Abschlussbericht befürwortete die KAP-Arbeitsgruppe fünf ebenfalls eine Stärkung der Tarifautonomie im Pflegebereich. In diesem Sinne wurde 2019 mit dem bereits erwähnten *Pflegelöhneverbesserungsgesetz* das *Arbeitnehmer-Entsendegesetz* um die Bestimmungen zur Erstreckung von Tarifverträgen geändert. Damit hat die Politik die Möglichkeit geschaffen, einen Tarifvertrag per Rechtsverordnung auf die gesamte Pflegebranche auszuweiten. Vorausgesetzt ist allerdings die Zustimmung der kirchlichen Träger, die im deutschen Arbeitsrecht eine Sonderstellung genießen.

Sollte die Gesetzesänderung die Durchsetzung eines Branchentarifvertrags erleichtern, so erwies sich die Umsetzung in der Praxis doch als schwierig. Dies lag nicht zuletzt am Vetorecht der Kirchen, wie der von ver.di und der Bundesvereinigung Arbeitgeber in der Pflegebranche Anfang 2021 ausgehandelte Tarifvertrag zeigt. Dieser sollte auf Antrag der Tarifpartner zunächst auf die ganze Branche erstreckt werden. Das Vorhaben scheiterte jedoch am Widerstand der Caritas, die den Tarifvertrag ablehnte, wie übrigens auch die meisten anderen Wohlfahrtsverbände.

Nachdem klar war, dass das *Pflegelöhneverbesserungsgesetz* wirkungslos bleiben würde, verabschiedete die Bundesregierung im Juni 2021 das *Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz*. Dies soll die geringe Tarifbindung in der Altenpflege beenden: Pflegeeinrichtungen, die ihre Pflegekräfte ab dem ersten September 2022 nicht auf Tarifniveau bezahlen, sollen ihre Zulassung verlieren. Ob es dem Staat auf diesem Wege gelingen wird, die Tarifbindung nachhaltig zu steigern, bleibt abzuwarten. Die privaten Arbeitgeber sahen sich durch die Tariftreuepflicht in ihren Grundrechten auf Tarifautonomie, Berufsfreiheit und Gleichbehandlung verletzt und haben 2021 Verfassungsbeschwerde dagegen eingelegt. So könnte das Gesetz vom Bundesverfassungsgericht als Verfassungswidrig noch gekippt werden.

6 Fazit

Der sich verschärfende Fachkräftemangel hat Bewegung in die deutsche Altenpflege gebracht. Das Pflegesystem, wie wir es heute kennen, steht in der Tradition des konservativen Sozialstaates. Dieser bezog sich insbesondere auf eine starke Subsidiarität, wodurch die Verantwortung für die Pflege älterer Menschen in erster Linie den Familien und damit den Frauen zugewiesen wurde. Erst mit der Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre wurde mit dem Aufbau einer professionellen Pflegeinfrastruktur begonnen. Gleichzeitig begann auch der Übergang zu einem service-basierten Wohlfahrtsstaat, in dem die Organisation der Altenpflege immer mehr an private Unternehmen übertragen

[6] Seit Ende 2020 ist auch die *Bundespflegekammer* als Dachorganisation aktiv. Diese soll als Ansprechpartner für die Politik fungieren und die Etablierung von Pflegekammern in weiteren Bundesländern unterstützen.

wurde. Kennzeichnend für den so entstandenen Pflegemarkt wurde neben einer geringen Staatsbeteiligung zunächst eine schwache Interessenvertretung der Arbeitnehmer einerseits. Andererseits entwickelte sich eine starke Abwehrhaltung der Arbeitgeber gegenüber der versuchten Marktregulierung.

Vor dem Hintergrund des drohenden „Pflegenotstandes“ stößt dieses Arrangement immer mehr an seine Grenzen, wodurch sich die Akteurskonstellation in der Altenpflege gerade neu ordnet. Für den Gesetzgeber bedeutet dies eine deutlich aktivere Rolle bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen in der Pflege. Dies nicht zuletzt, um die Schwächen der Tarifautonomie in der Branche zu kompensieren. Auch die Arbeitnehmerseite hat ihren Einsatz erhöht und befindet sich jetzt in einem Trial-and-Error-Prozess, bei dem sie zwischen der Stärkung bestehender und der Schaffung neuer Institutionen oszilliert. Selbst bei den Arbeitgeberverbänden sind inzwischen erste Anzeichen einer Bereitschaft erkennbar, den Widerstand zugunsten von Kooperation aufzugeben. Zwar hat dieser Kurswechsel bisher nicht die tiefgreifenden Veränderungen gebracht, die die Branche so dringend benötigt, um eine qualitativ hochwertige und nachhaltige Pflege älterer Menschen gewährleisten zu können. Gleichwohl hat die Dynamisierung der Arbeitsbeziehungen aber erste inkrementelle Reformen ermöglicht, die das deutsche Altenpflegesystem langfristig resilienter aufstellen und somit auch prospektiv zur Behebung des Fachkräftemangels beitragen könnten. So mag es noch ein langer Weg sein, bis die Altenpflegebranche die Wertschätzung genießt, die sie verdient; doch sind zumindest erste Schritte in diese Richtung getan.

7 Literatur

Auffenberg, Jennie/Heß, Moritz 2021: Pflegekräfte zurückgewinnen. Arbeitsbedingungen und Pflegequalität verbessern. Bericht zur Studie „Ich pflege wieder, wenn…“ der Arbeitnehmerkammer Bremen und des SOCIUM der Universität Bremen. Bremen: Arbeitnehmerkammer Bremen.

Becka, Denisa/Evans, Michaela/Öz, Fikret 2016: Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege. Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich. Forschung Aktuell IAT 4/2016. Institut Arbeit und Technik.

Bischoff-Wanner, Claudia 2014: Pflege im historischen Vergleich. In: Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 19–36.

Bispinck, Reinhard/Dribbusch, Heiner/Öz, Fikret/Stoll, Evelyn 2013: Einkommens- und Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Eine Analyse auf Basis der WSI-Lohnspiegel-Datenbank. Düsseldorf: WSI.

Breinbauer, Mareike 2020: Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflege. Eine empirische Untersuchung in Rheinland-Pfalz. Wiesbaden: Springer.

BA (Bundesagentur für Arbeit) (o. D.a): Arbeitsmarkt nach Berufen (KldB 2010). Deutschland, West/Ost und Länder (Monatszahlen). statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?gtp=15084_list%253D2&topic_f=berufe-heft-kldb2010 [10.03.2022].

BA (o. D.b): Entgelte nach Berufen im Vergleich. statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Entgelte-Berufe/Entgelte-nach-Berufen-im-Vergleich-Nav.html [10.03.2022].

BA 2021: Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Mai 2021. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung.

BMFSFJ **(***Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)* (o. D.a): Pflegestudium. www.pflegeausbildung.net/alles-zur-ausbildung/pflegestudium.html [15.03.2022].

BMFSFJ (o. D.b): Voraussetzungen für die Ausbildung. www.pflegeausbildung.net/alles-zur-ausbildung/voraussetzungen-und-struktur.html [15.03.2022].

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2021a): Pflegegrade. www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegegrade.html [12.02.2022].

BMG (2021b): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_Juni_2021_bf.pdf [08.02.2022].

BMG (2022): Fragen und Antworten zum Pflegeberufegesetz. www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz/faq-pflegeberufegesetz.html [15.03.2022].

DGB-Index Gute Arbeit (2018): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. index-gute-arbeit.dgb.de/++co++fecfee2c-a482-11e8-85a5-52540088cada [18.03.2022].

Die Bundesregierung 2019: Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Die Bundesregierung 2021: Konzertierte Aktion Pflege. Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Dietz, Berthold 2002: Die Pflegeversicherung. Ansprüche, Wirklichkeiten und Zukunft einer Sozialreform. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Flake, Regina/Kochskämper, Susanna/Risius, Paula/Seyda, Susanne 2018: Fachkräfteengpass in der Altenpflege. Status quo und Perspektiven. In: IW-Trends-Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung, Jg. 45, Heft 3, 21–39.

Gräske, Johannes/Eberl, Inge/Klapper, Bernadette/Vogler, Christine/Mai, Markus 2021: Hochschulische Entwicklung der Pflegefachberufe vom Scheitern bedroht. Standpunkt. In: Pädagogik der Gesundheitsberufe, Jg. 8, Heft 4, 248.

Hielscher, Johannes/Kirchen-Peters, Sabine/Nock, Lukas 2017: Pflege in den eigenen vier Wänden. Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

IWD (Der Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft) (2021): Reform der Pflegeversicherung 2021. Was der Staat ausgibt. www.iwd.de/artikel/wie-viel-laesst-sich-der-staat-die-pflegekosten-506751/ [13.03.2022].

Kreutzer, Susanne 2005: Vom „Liebesdienst" zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt/M: Campus.

Kumbruck, Christel 2007: Geschlechterverhältnisse und Ethos fürsorglicher (Pflege-)Praxis im Wandel. Literaturbericht und Problemskizzen zur Tradition weiblichen Dienstes in der Diakonie. artec-paper 146. Universität Bremen.

Meyer, Dirk 2012: Der Mindestlohn-Pflege. Relevanz und mögliche Auswirkungen. In: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Jg. 35, Heft 1, 44–60.

Naegele, Gerhard 2014: 20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht. Bonn: Friedrich Ebert Stiftung.

Nielbock, Sonja 2017: Die Arbeitssituation in der Altenpflege – stark durch Genderaspekte geprägt. In: Braun, Angelika/Kutzner, Edelgard/Pieck, Nadine/Schröder, Christina (Hg.): Gender in Arbeit und Gesundheit. Standortbestimmung und Perspektiven. Augsburg/München: Rainer Hampp Verlag, 86–105.

Nowak, Iris 2011: Prekäre Arbeitsverhältnisse in Gesundheitseinrichtungen – am Beispiel stationärer Altenpflege. Vortrag auf dem Fachtag „Sozialer Dialog in der Diakonie" 06.10.2011, Leipzig.

Riedel, Annette 2011: Professionelle Pflege alter Menschen. Moderne (Alten-)Pflegeausbildung als Reaktion auf gesellschaftlichen Bedarf und die Reformen der Pflegeberufe. Marburg: Tectum.

Rothgang, Heinz/Müller, Rolf/Preuß, Benedikt 2020: Barmer Pflegereport 2020. Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen. Berlin: Barmer.

Schroeder, Wolfgang 2018: Interessenvertretung in der Altenpflege. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Schroeder, Wolfgang 2022: Grenzen staatlichen Handelns zur Förderung schwacher Interessen. Das Beispiel der Altenpflege. In: WSI-Mitteilungen, Jg. 75, Heft 1, 37–44.

Schwinger, Antje 2016: Die Pflegekammer. Eine Interessenvertretung für die Pflege? In: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hg.): Pflege-Report 2016. Stuttgart: Schattauer, 109–125.

Seibert, Holger/Wiethölter, Doris 2021: Beschäftigte in den Pflegeberufen in Deutschland. In: Bettig, Uwe/Frommelt, Mona/Maucher, Helene/Schmidt, Roland/Thiele, Günter (Hg.): Anwerbung internationaler Fachkräfte in der Pflege. Arbeitsmarktpolitische Antworten für Gesundheitseinrichtungen? Heidelberg: Medhochzwei, 1–29.

Seyda, Susanne/Köppen, Robert/Hickmann, Helen 2021: Pflegeberufe besonders vom Fachkräftemangel betroffen. KOFA Kompakt 10/2021. Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung.

Sozialdemokratische Partei Deutschlands/Bündnis 90/Die Grünen/Freie Demokratische Partei (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag

zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP. www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1 [30.03.2022].

Statista (24.01.2022): Befristet und unbefristet Erwerbstätige in Deutschland bis 2020. de.statista.com/statistik/daten/studie/152407/umfrage/befristet-und-unbefristet-erwerbstaetige-in-deutschland/ [16.03.2022].

Statistisches Bundesamt 2019: Bevölkerung im Wandel. Annahmen und Ergebnisse der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Destatis).

Statistisches Bundesamt 2020: Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Destatis).

Statistisches Bundesamt (2022): Bevölkerung nach Altersgruppen (ab 2011). https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/liste-altersgruppen.html [18.03.2022].

Techniker Krankenkasse 2021: Fehlzeiten bei Pflegekräften erneut gestiegen. Pressemitteilung vom 12.07.2021. https://www.tk.de/presse/themen/praevention/gesundheitsstudien/steigende-fehlzeiten-bei-pflegekraeften-2111088 [14.03.2022].

Voges, Wolfgang 2002: Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.