

BeGX – Berufsgesundheits-Index Alten- und Krankenpflege

Branchenmonitoring der BGW und DRV Bund – 2022



Deutsche
Rentenversicherung
Bund



BGW
Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege



Expertinnen/Experten

BeGX – Berufsgesundheits-Index Alten- und Krankenpflege

Branchenmonitoring der BGW und DRV Bund – 2022

Impressum

BeGX – Berufsgesundheits-Index

Alten- und Krankenpflege

Branchenmonitoring der BGW und DRV Bund – 2022

Stand: 09/2022

© 2022 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege (BGW)

Herausgegeben von

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege (BGW)

Hauptverwaltung

Pappelallee 33/35/37

22089 Hamburg

Tel.: +49 40 20207-0

Fax: +49 40 20207-2495

www.bgw-online.de

Artikelnummer

BGW 55-83-113

Initiator

Björn Kähler, BGW, Hamburg

Dr. Marco Streibelt, DRV Bund, Berlin

Autorin und Autoren

Dr. Matthias Vollbracht, Media Tenor International AG, Zürich/Wien

Dr. Stefan Gorgels, DIW Econ GmbH, Berlin

Verena Hombücher, BGW-Modellvorhaben und Kongresse, Bochum

Redaktion

Brigitte Löchelt, BGW-Kommunikation, Hamburg

Bonni Narjes, Media Contor, Hamburg

Fotos

DRV/Gross, S. 13; BGW/Jan Haeselich, S. 13; shutterstock/vectorfusionart, Titel, S. 10,
S. 18, S. 20, S. 25, S.37

Gestaltung und Satz

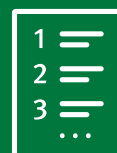
GDA Gesellschaft für Marketing und Service der
Deutschen Arbeitgeber mbH, Berlin

Druck

Schirmer Medien GmbH & Co. KG, Ulm-Donautal

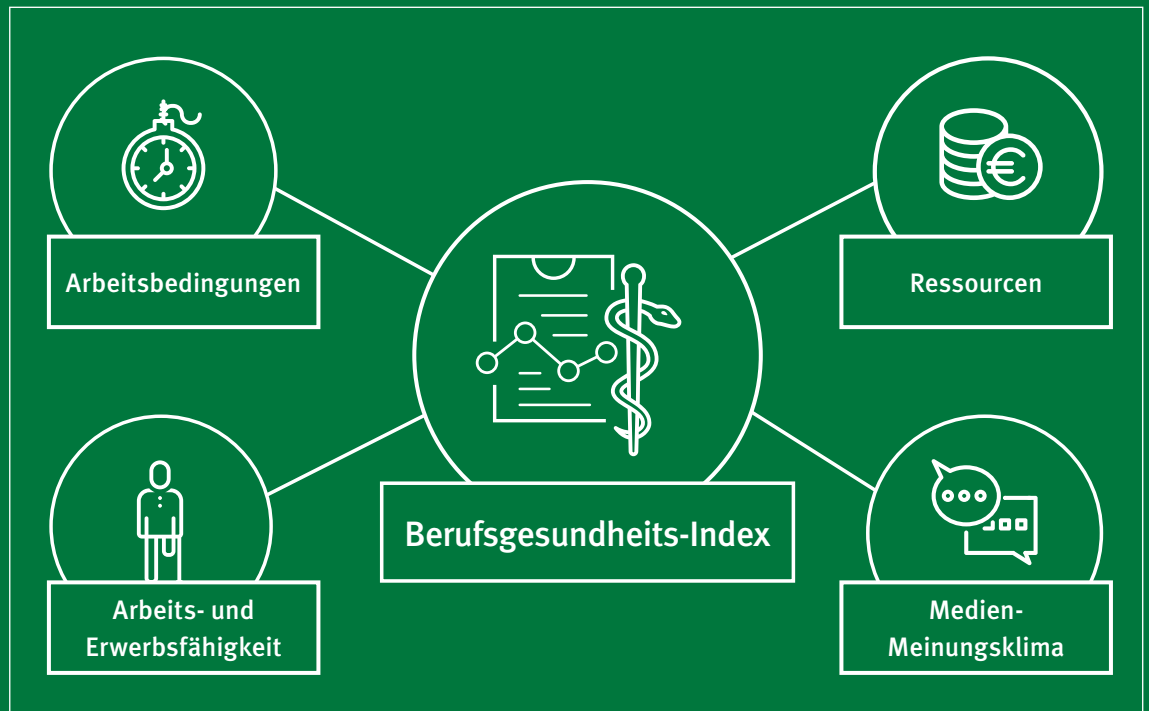
Inhalt

Management Summary	7
Editorial	13
Kranken- und Altenpflege in Deutschland: ein Überblick	15
1 Einleitung	16
2 Konzept der Berufsgesundheit	18
3 Entwicklung des Berufsgesundheits-Index in der Alten- und Krankenpflege	20
4 Analyse der Dimensionen der Berufsgesundheit	25
4.1 Ressourcen	25
4.2 Arbeitsbedingungen	28
4.3 Arbeits- und Erwerbsfähigkeit	30
4.4 Medien-Meinungsklima	33
5 Fazit und Ausblick	35
6 Methodendokumentation	37
Indexkonzeption	38
Abgrenzung der Berufsfelder	43
Datenquellen	43
Abbildungsverzeichnis	46
Tabellenverzeichnis	46
Beratung und Angebote der DRV Bund	49
Kontakt – Ihre BGW-Standorte und Kundenzentren	50
Impressum	4





Management Summary



Der neue sozioökonomische Index der Berufsgesundheit (BeGX) für die Pflege wird dem Facettenreichtum der Berufsgesundheit gerecht.

Als Branchenmonitoring spiegelt er, wie sich Ressourcen (z. B. Weiterbildung, Einkommenszufriedenheit), Arbeitsbedingungen (z. B. Überstunden, Wechselarbeitszeit), Arbeits- und Er-

werbsfähigkeit (z. B. Arbeitsunfälle, Erwerbsminderungsrente) und Medien-Meinungsklima (Anerkennung) für Beschäftigte in Alten- und Krankenpflege entwickeln.

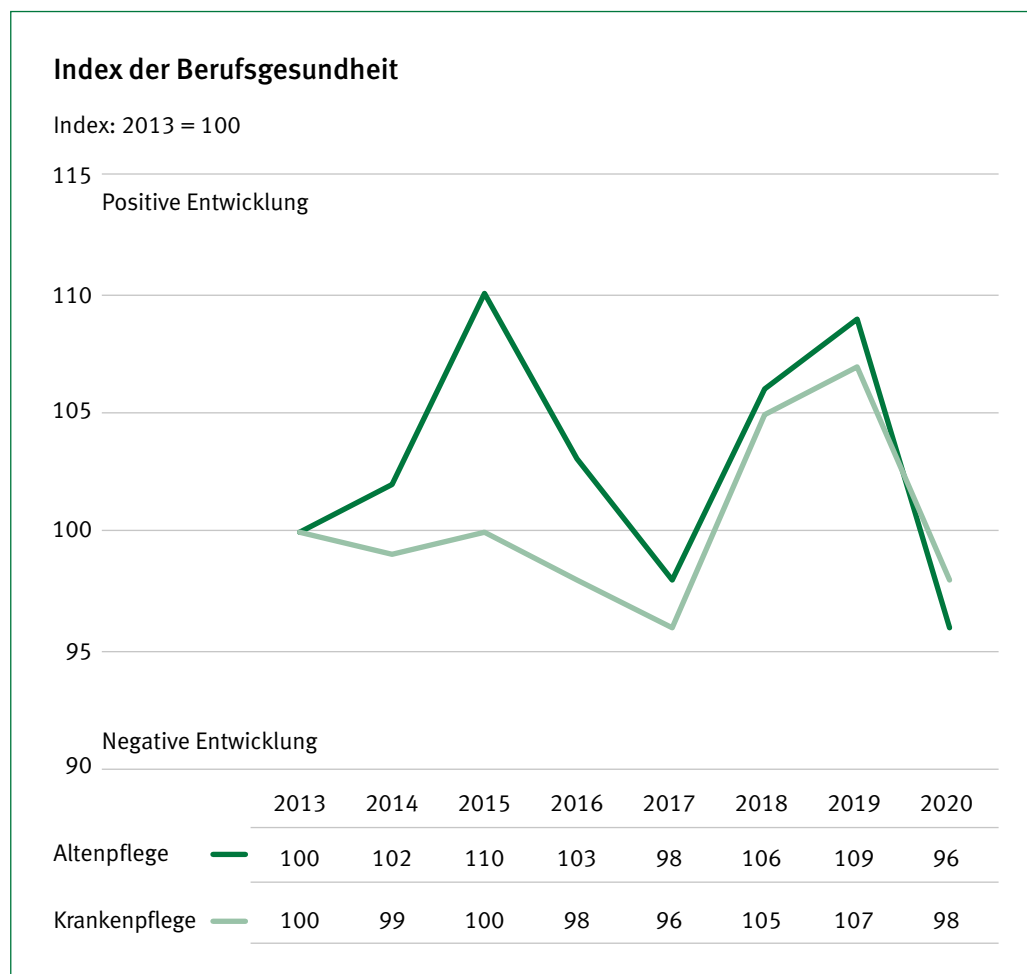
Ein steigender Index zeigt eine Verbesserung der Berufsgesundheit. Der BeGX wird separat für Alten- und Krankenpflege ermittelt.

Berufskrankheiten-Verdachtsanzeigen drücken den Index

Bei Arbeitsunfähigkeitstagen schlägt die Pandemie 2020 noch nicht so zu Buche

Der Index der Berufsgesundheit hat sich in der Altenpflege 2020 gegenüber dem Vorjahr um 13 Punkte verschlechtert.

In der Krankenpflege hat sich der Index der Berufsgesundheit im Jahr 2020 gegenüber 2019 um neun Punkte verschlechtert.



Der Index der Berufsgesundheit basiert auf Befragungen (Sozio-oekonomisches Panel), Meldungen (AOK: Arbeitsunfähigkeitstage, BGW: Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten-Verdachtsanzeigen) und Prognosen (DRV Bund: Inanspruchnahme Erwerbsminderungsrente).



Schlüsseldaten zur Entwicklung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

DRV Bund: Das relative Risiko gibt die Quote der Inanspruchnahme der Erwerbsminderungsrente der jeweiligen Berufsgruppe (Altenpflege oder Krankenpflege) im Verhältnis zur Inanspruchnahme der Erwerbsminderungsrente unter allen Versicherten an. Es ist 2020 gegenüber dem Vorjahr leicht gesunken. Doch ist die Wahrscheinlichkeit, dass Pflegebeschäftigte Erwerbsminderungsrente beantragen, in der Altenpflege 1,9-fach höher, in der Krankenpflege 2,4-fach höher als bei anderen Beschäftigten.

AOK: Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherte hat in der Altenpflege von 2019 (2.347,71) auf 2020 (2.397,71) leicht zugelegt, in der Krankenpflege von 2.749,95 auf 2.757,56. Damit verändert sich der Index für Arbeitsunfähigkeitstage kaum. Pflegebeschäftigte gehören aber zu den Berufsgruppen mit überdurchschnittlich vielen Arbeitsunfähigkeitstagen.

BGW: Zwei Datenreihen aus der BGW fließen in den Berufsgesundheits-Index ein, die Zahl der Arbeitsunfälle pro 1.000 Vollbeschäftigte und die Zahl der Berufskrankheiten-Verdachtsanzeigen pro 1.000 Vollbeschäftigte. Wegen der Coronapandemie ist die Zahl der Verdachtsanzeigen stark nach oben geschneilt: von 4,12 auf 15,85 in der Krankenpflege und von 3,64 auf 9,79 in der Altenpflege.

Kernbotschaften

Die Entwicklung des Index zur Berufsgesundheit in der Alten- und Krankenpflege im Langzeittrend 2013 bis 2019 unterscheidet sich klar von der jüngsten Entwicklung im Zusammenhang mit der Coronapandemie 2019/2020.

Allgemeine Entwicklung 2013 bis 2019

- Der Index zeigt eine **grundsätzlich positive Entwicklung** bis 2019.
- Hinter diesem positiven Trend steht eine **wachsende Zufriedenheit mit dem Einkommen**. Das Thema war ein zentrales Element der Konzertierten Aktion Pflege. Dagegen hat sich die **Zufriedenheit mit der Arbeit in der Altenpflege verschlechtert**, während sie sich in der Krankenpflege etwas verbessert hat.
- Die Beschäftigten in der Alten- und Krankenpflege machen sich inzwischen **viel weniger Sorgen vor dem Verlust des Arbeitsplatzes**. Der Indexwert hat sich um rund 50 Prozentpunkte gegenüber 2013 verbessert. Deutlich weniger Beschäftigte in der Alten- und Krankenpflege sind **von befristeten Beschäftigungsverhältnissen betroffen**. Beides hat mit der stark gewachsenen Nachfrage nach Fachkräften zu tun.





- Die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat sich zwischen 2013 und 2019 unterschiedlich entwickelt. Bei den **Arbeitsunfähigkeitstagen** hat sich die **Situation** zwischen 2013 und 2018 **verschlechtert**. Die Indikatoren **Arbeitsunfälle** und **Erwerbsminderungsrente** haben sich relativ **stabil entwickelt**. Allerdings liegt das Risiko einer Erwerbsminderungsrente bei Pflegekräften noch immer fast doppelt so hoch wie in anderen Berufsgruppen. Bei den Meldungen eines **Verdachts auf Berufskrankheiten** hat sich **bis** zum Ausbruch der **Coronapandemie** der Indikator ebenfalls **positiv entwickelt**.
- Das **Medien-Meinungsklima** hat sich zwischen 2013 und 2019 **insgesamt positiv** entwickelt, wengleich mit deutlichen Schwankungen. Zuletzt trugen hier auch Nachrichten über Anstrengungen für bessere Arbeitsbedingungen und Entlohnung bei.

Entwicklung nach 2019

- Die ersten Daten von 2020 zeigen **keinen Anstieg der Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage**, jedoch eine **deutlich höhere Zahl von Meldungen eines Verdachts auf Berufskrankheiten**. Pandemiebedingt zeigt sich eine deutliche **Verschlechterung** im Feld Ressourcen bei der Inanspruchnahme von **Weiterbildung**. Die **Zufriedenheit** mit der Arbeit in der **Altenpflege** hat deutlich **abgenommen**. In den **Arbeitsbedingungen** zeigt sich eine **Verschlechterung bei Überstunden**, und **wechselnde Arbeitszeiten** bleiben ein Problem.
- Sehr unterschiedlich hat sich das **Meinungsklima** entwickelt: in der **Krankenpflege** deutlich **positiv** (zum Beispiel Anerkennung als „systemrelevant“, „Klatschen für die Pflege“), in der **Altenpflege** eher **negativ** (Berichte über Zugangsbeschränkungen, Infektionswellen etc.).



Schlussfolgerungen aus der Sicht der BGW und der DRV Bund

- Die politischen Anstrengungen rund um die **Konzertierte Aktion Pflege** zeigen im **Langzeittrend** eine **positive Wirkung**. Sie adressieren wichtige Handlungsfelder für die weitere Verbesserung der Situation in der Pflege.
- Angesichts der aktuellen Herausforderungen und des sich weiter verschärfenden Fachkräftemangels sollten der **eingeschlagene Weg weiter beschritten** und alle **Sozialpartnerinnen und -partner sowie Akteurinnen und Akteure** hierbei **einbezogen** werden.
- Die **Angebote der Sozialversicherungsträger** im Bereich der Prävention und Rehabilitation tragen zu dieser **positiven Wirkung** bei.
- Die **Coronapandemie** stellt eine Zäsur dar. Die **Auswirkungen** auf die Situation in der Pflege konnte der Index bereits andeuten. Sie werden sich in den nächsten Jahren **verstärkt** zeigen.
- Die **verfügbaren Instrumente** in Prävention und Rehabilitation sowohl in der **BGW** als auch in der **DRV Bund** sind sehr **gut geeignet**, die **Arbeits- und Erwerbsfähigkeit** von Pflegekräften **sicherzustellen** und damit einen **wichtigen Beitrag zur Berufsgesundheit** in der Pflege in Deutschland zu leisten.
- Es braucht **weitere Konzepte** in Rehabilitation und Prävention, um die aktuell sichtbaren pandemiebedingten **negativen** Folgen auch für den Pflegeberuf **abzuwenden**. Die DRV Bund und die BGW können und werden hier einen wichtigen Beitrag leisten.



Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

fast drei Jahre sind seit Abschluss des letzten Berichts der BGW über Ansehen und Berufsgesundheit in der Pflege vergangen. Entscheidende Jahre, denn in diesen Jahren wurde unsere Gesellschaft vor Herausforderungen gestellt, die kaum jemand vorhersehen konnte. Ganz besonders waren in Pflegeeinrichtungen tätige Menschen davon in Anspruch genommen. Ihnen verlangte der Sturm, mit dem die Pandemie unseren privaten und beruflichen Alltag durcheinanderwirbelte, sehr viel ab. Gleichzeitig waren die vergangenen beiden Jahre geprägt von Bestrebungen, die Rahmenbedingungen der Arbeit in der Pflege zu verbessern. In der von der Bundesregierung initiierten „Konzertierten Aktion Pflege“ setzten sich mehr als 50 Organisationen aus Politik, Wirtschaft, Forschung, Ausbildung, Standes- und Interessensvertretung, Kirche und Sozialpartnerschaften, Kranken- und Unfallversicherungen mit genau diesem Ziel an einen Tisch.

Doch wie beeinflussen Veränderungen wie die Coronapandemie oder die Bestrebungen der Politik die Berufsgesundheit der Menschen, die in Einrichtungen der Pflege arbeiten? Bisher war es schwierig dies auf der Basis eines gemeinsamen Verständnisses zu bewerten, denn oft wurden unterschiedliche Informationsquellen herangezogen, denen keine einheitliche und schon gar keine ganzheitliche Definition von Berufsgesundheit zugrunde lag.

Gemeinsam haben die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege nun ein Instrument für ein Branchenmonitoring entwickelt, das erstmalig die Berufsgesundheit der Pflegenden ganzheitlich in den Blick nimmt. In Zusammenarbeit mit Wissen-



schaftlerinnen und Wissenschaftlern des Beratungsunternehmens DIW Econ und des Medienanalyse-Instituts Media Tenor entstand ein Index, der einem umfassenden Verständnis von Berufsgesundheit gerecht wird. Er nimmt vier Bereiche in den Blick, die sich positiv oder negativ auf die Berufsgesundheit auswirken können. So erlaubt er es, unterschiedliche Einflüsse auf die Gesundheit und die Arbeitssituation der Beschäftigten in der Pflege über die Jahre hinweg zu beobachten und vergleichbar zu machen.

Dieses Monitoring werden wir zukünftig gemeinsam in regelmäßigen Abständen fortführen. Wir verfolgen damit die Intention, Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern eine fundierte Datenbasis zu liefern, um konkrete Handlungsempfehlungen entwickeln zu können.

Wir wünschen Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre.

Brigitte Gross
Direktorin der Deutschen
Rentenversicherung Bund

Jörg Schudmann
Hauptgeschäftsführer der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege



Kranken- und Altenpflege in Deutschland: ein Überblick



1,6 Millionen

Menschen waren in der Pflege beschäftigt.



Rund 40%

davon arbeiteten in der Altenpflege.



Etwa 32.000 Einrichtungen

gab es für die stationäre und ambulante Pflege (2019).



Um 46%

stieg die Zahl der gemeldeten Stellen seit dem Jahr 2013 in der Altenpflege.



Seit dem 1. Januar 2020

ist eine generalistische Pflegeausbildung für Nachwuchskräfte möglich.



71.271

Frauen und Männer begannen mit einer Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann.

1 Einleitung

Die Pflegebranche ist seit einigen Jahren mit diversen Herausforderungen konfrontiert: In der Altenpflege führt der demografische Wandel zu einem wachsenden Bedarf an Pflegeplätzen und Pflegepersonal. Dem steht oftmals kein ausreichendes Angebot an ausgebildeten Pflegekräften gegenüber. Dies führt Studien zufolge zu einer Arbeitsverdichtung, in der wiederum Beschäftigten in der Altenpflege die häufigste Ursache für Fehler in der Pflege sehen.¹⁾ Auch in der Krankenpflege spielt das Thema eine große Rolle.²⁾ Um die Arbeit in der Pflege attraktiver zu machen, wurde Anfang 2020 die Ausbildung in der Pflege mit dem Pflegeberufereformgesetz grundlegend reformiert. Der Gesundheits- und der Arbeitsminister haben im Januar 2020 Pflegemindestlohn-Regelungen vorgelegt.³⁾ Diese gesetzlichen Reformen in Kombination mit technologischen Veränderungen verändern die Rahmenbedingungen,

unter denen die Akteure des Pflegesektors agieren, fundamental.

Der Ausbruch der Covid-19-Pandemie setzt die Pflegekräfte in der Alten- und Krankenpflege seit Anfang 2020 zusätzlich unter Druck. Durch den direkten Kontakt mit Menschen, die sich mit dem Coronavirus infiziert haben, sind Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeheimen einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt. Gleichzeitig ergaben sich aus den Maßnahmen der Bundesregierung wie dem Kontakt- und Besuchsverbot zusätzliche Arbeitsanforderungen und psychische Belastungen für das Pflegepersonal. Privat – mit Auswirkungen auf das Berufsleben – waren Pflegekräfte mit Kindern zudem durch die Schließung von Schulen und Kindertagesstätten belastet.⁴⁾ Dabei hat der Einsatz der Pflegekräfte an der „Corona-Front“ einer breiten Öffentlichkeit

1) <https://www.kma-online.de/aktuelles/pflege/detail/arbeitsverdichtung-verursacht-pflegefehler-a-18721>, abgerufen am 10.08.2022.

2) Schmucker, R. (2020). Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In: Pflegeberufe-Report 2019. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 49–60.

3) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2020/neuer-pflegemindestlohn.html>, abgerufen am 10.8.2022.

4) Institut für Demoskopie Allensbach (2021). Die Situation von Pflegekräften in der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Umfrage unter Mitgliedern der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 8268.



vor Augen geführt, wie bedeutsam und „systemrelevant“ die Pflegearbeit ist.

Angesichts der zentralen Bedeutung der Pflegearbeit und ihrer steigenden Anforderungen wird die Berufsgesundheit der Beschäftigten in der Pflege zunehmend zu einer entscheidenden Größe. Gesellschaftliche Debatten über Dauerstress für Beschäftigte in der Pflege können Nachwuchskräfte abhalten, einen Pflegeberuf zu ergreifen. Eine Verschlechterung der Gesundheit kann zu vorzeitigen Einschränkungen in der Berufstätigkeit führen oder sogar zum „Pflexit“, dem Ausstieg aus den Pflegeberufen. Es wird daher immer wichtiger, einen umfassenden Überblick über aktuelle Entwicklungen in der Berufsgesundheit der Pflegekräfte zu gewinnen: um Entscheidungsträgerinnen und -träger frühzeitig über die Bedarfe von Pflegekräften zu informieren und Handlungsoptionen aufzuzeigen.

Vor diesem Hintergrund haben das Beratungsunternehmen DIW Econ und das Institut für Medienforschung Media Tenor im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) einen Index zur Berufsgesundheit von Pflegekräften in der Alten- und Krankenpflege entwickelt. Der Berufsgesundheits-Index fußt auf einem ganzheitlichen Verständnis von Berufsgesundheit, das neben gesundheitlichen Belastungsfaktoren auch sozioökonomische Faktoren mit einschließt. Der multidimensionale Ansatz gibt einerseits einen umfassenden Überblick über die zeitliche Entwicklung der Berufsgesundheit der Beschäftigten und ermöglicht andererseits durch die gezielte Betrachtung verschiedener Dimensionen der Berufsgesundheit die Entwicklung konkreter Handlungsempfehlungen für Entscheidungsträgerinnen und -träger.

Im Folgenden wird die Entwicklung des Berufsgesundheits-Index über den Zeitraum von 2013 bis 2020 betrachtet, mit besonderem Fokus auf die Entwicklung der Berufsgesundheit im Zuge des Ausbruchs der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020. Insgesamt zeigt der Berufsgesundheits-Index, dass sich die Berufsgesundheit im Jahr 2020 sowohl in der Alten- als auch in der Krankenpflege verschlechtert hat. Gleichzeitig wird jedoch deutlich, dass sich die verschiedenen Dimensionen der Berufsgesundheit teilweise sehr unterschiedlich entwickelt haben. So kam es insbesondere zu einer Verschlechterung in der Dimension „Arbeits- und Erwerbsfähigkeit“. Grund war der rasante Anstieg coronabedingter Verdachtsmeldungen von Berufskrankheiten. Dem stehen positive Entwicklungen bei anderen Belastungsfaktoren gegenüber; so hat beispielsweise die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes abgenommen.

Im nächsten Kapitel wird das dem Berufsgesundheits-Index zugrunde liegende Konzept der Berufsgesundheit beschrieben. Im dritten Kapitel wird die Gesamtentwicklung des Index in der Alten- und Krankenpflege über den Zeitraum 2013 bis 2020 betrachtet. Im vierten Kapitel werden die einzelnen Dimensionen und Indikatoren der Berufsgesundheit untersucht. Im fünften Kapitel werden die Ergebnisse zusammengefasst und Handlungsempfehlungen entwickelt. Im sechsten Kapitel werden die methodischen Grundlagen der Entwicklung und Berechnung des Berufsgesundheits-Index erläutert.



2 Konzept der Berufsgesundheit

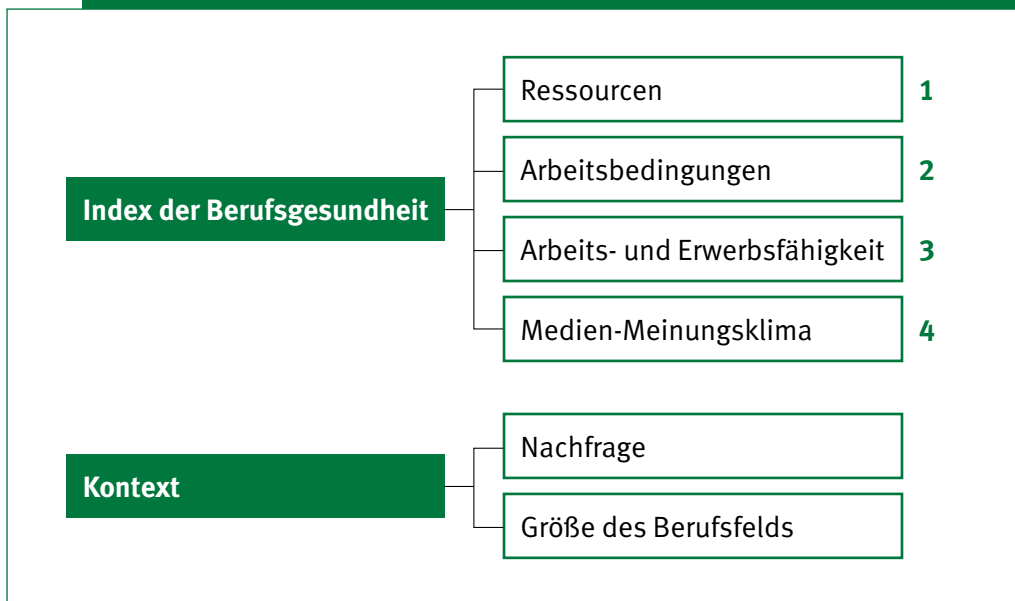
»Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.«



Definition der WHO für den Begriff Gesundheit

Die Berufsgesundheit ist ein vielschichtiges Phänomen, das sich nicht auf einen einzelnen Indikator reduzieren lässt. Vielmehr ergibt sich ein vollständiges Bild der Berufsgesundheit von Pflegenden in der Kranken- und Altenpflege erst in der gemeinsamen Betrachtung mehrerer relevanter Dimensionen und Indikatoren. Daher liegt dem hier entwickelten Berufsgesundheits-Index ein ganzheitliches Verständnis von Berufsgesundheit zugrunde. Der Index besteht aus vier Säulen, die jeweils eine Dimension der Berufsgesundheit abbilden (vgl. Abb. 1). Jede Dimension wird wiederum durch mehrere Einzelindikatoren erfasst, die aus unterschiedlichen Quellen zusammengetragen werden.

Abbildung 1: Dimensionen des Index der Berufsgesundheit



Quelle: DIW Econ.



Mithilfe der Dimension „**Ressourcen**“ wird erfasst, dass Arbeit Entwicklungsmöglichkeiten bietet und Zufriedenheit hervorbringen kann. Die Ressourcen werden dabei durch drei Indikatoren erfasst:

- die Teilnahme an Weiterbildungen
- die subjektive Zufriedenheit mit der Arbeit
- das Einkommen

Andererseits kann die „**Arbeitssituation**“ auch durch Belastungen gekennzeichnet sein: Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes, hohe Anforderungen durch Überstunden oder wechselnde Arbeitszeiten und befristete Arbeitsverhältnisse sind Arbeitsbedingungen, die das Wohlbefinden und die Lebensqualität einschränken und sogar die Gesundheit schädigen können.

Darüber hinaus spielen gesundheitliche Belastungsfaktoren bei der Arbeit eine wichtige Rolle. Diese werden durch die Dimension „**Arbeits- und Erwerbsfähigkeit**“ abgebildet und umfassen Indikatoren zu Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten, Krankheitstagen und den Zugang zur Erwerbsminderungsrente.

Als weiterer Faktor fließt in den Index das „**Medien-Meinungsklima**“ zum jeweiligen Berufsfeld ein. Das Medien-Meinungsklima gilt als Indikator für die gesellschaftliche Akzeptanz eines Berufsfelds.

Die Entwicklung der beruflichen Gesundheit von Beschäftigten steht immer im Kontext der Entwicklung des Berufsfelds als Ganzen. Diese wird abgebildet durch die „**gesamtwirtschaftliche Nachfrage**“ nach Beschäftigung in einem Feld und durch die „**Größe des Berufsfelds**“. Beide Indikatoren werden als Erklärungsfaktoren für die Entwicklung des Index interpretiert und fließen nicht in den Index selbst mit ein.



3 Entwicklung des Berufsgesundheits-Index in der Alten- und Krankenpflege

Auch wenn sich seit dem Jahr 2013 immer mehr Menschen für einen Pflegeberuf entscheiden, liegt die Zahl der Beschäftigungssuchenden nach wie vor unterhalb der Zahl der zu besetzenden Stellen.

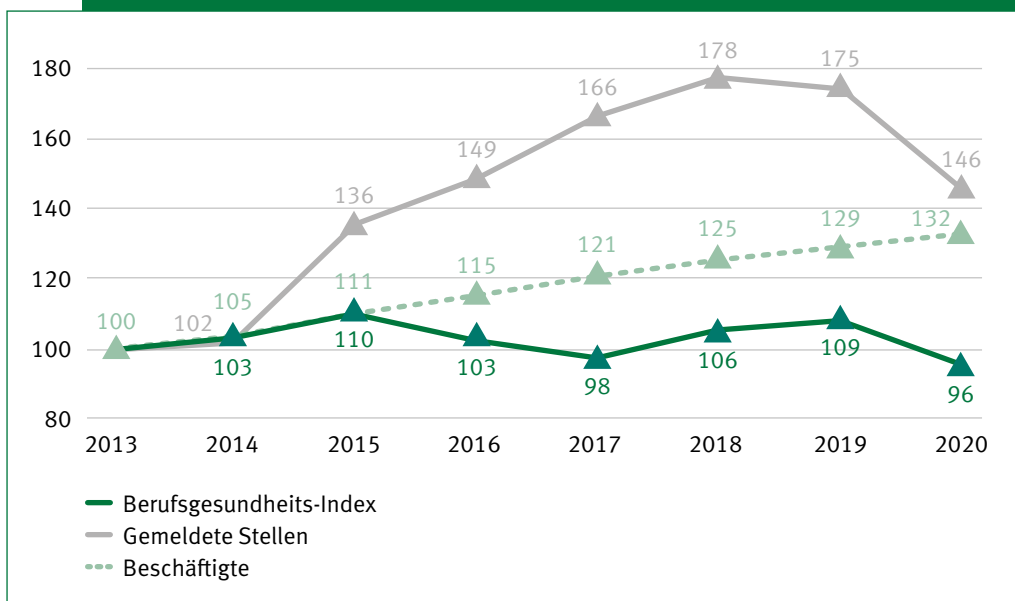
Der Berufsgesundheits-Index Altenpflege erhöhte sich von 2013 bis 2019 um neun Punkte, um dann im Coronajahr 2020 deutlich abzufallen. In dem ersten Jahr der Pandemie erreichte er somit noch nicht einmal das Niveau des Ausgangsjahres 2013.



Der Berufsgesundheits-Index in der Altenpflege ist von 109 Indexpunkten im Jahr 2019 auf 96 Indexpunkte im Jahr 2020 gefallen. Der Index liegt nun vier Punkte unter dem Ausgangswert im Jahr 2013 und damit auf dem niedrigsten Niveau im gesamten Beobachtungszeitraum. Der starke Abfall der Berufsgesundheit 2020 folgt auf einen ansteigenden Trend der Berufsgesundheit von 98 auf 109 Indexpunkte zwischen 2017 und 2019.

Zur Einordnung der Entwicklungen der Berufsgesundheit zeigt Abbildung 2 auch den Verlauf von zwei entscheidenden Kennzahlen des Arbeitsmarkts für Pflegekräfte in der Altenpflege. Die Zahl der gemeldeten Stellen kann als Indikator der Nachfrage nach Pflegekräften interpretiert werden, während die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten das Angebot der Pflegekräfte widerspiegelt. Sowohl die Zahl der gemeldeten Stellen als auch die Zahl der Beschäftigten sind seit 2013 zunächst kontinuierlich gestiegen. Dabei hat sich die Zahl der gemeldeten Stellen jedoch deutlich schneller erhöht und deutet somit auf einen sich verschärfenden Fachkräfteengpass in der Altenpflege hin. Zuletzt ist die Zahl der gemeldeten Stellen bereits 2019 leicht gesunken und im Jahr 2020 deutlich abgefal-

Abbildung 2: Entwicklung des Berufsgesundheits-Index der Altenpflege



Quelle: DIW Econ. Indexierte Werte (Basisjahr = 2013) auf Basis von Daten der AOK, BGW, DRV Bund, von Media Tenor, der Bundesagentur für Arbeit und des SOEP v.37.



len, während die Zahl der Beschäftigten weiter gestiegen ist. 2020 waren insgesamt 609.562 Personen als Altenpflegerin oder Altenpfleger beschäftigt.

Gemäß den Angaben der Bundesagentur für Arbeit ist der Rückgang der gemeldeten Stellen im Jahr 2020 durch eine pandemiebedingte sinkende Nachfrage nach Pflegekräften bedingt, die sich teilweise durch eine geringere Wechseltendenz (Fluktuation) der Beschäftigten erklären lässt.⁵⁾ Nichtsdestotrotz liegt die Zahl der gemeldeten Stellen mit 19.836 circa 46 Prozent über der Zahl im Basisjahr 2013. Damals waren 13.613 Stellen gemeldet.

Abbildung 3 ermöglicht eine genauere Betrachtung der verschiedenen Aspekte der Berufsgesundheit, indem die Entwicklung der verschiedenen Dimensionen des Berufsgesundheits-Index dargestellt wird. Die Dimensionen der Berufsgesundheit haben sich insbesondere im Coronajahr 2020 unterschiedlich entwickelt. Die negative

Entwicklung im Jahr 2020 ist hauptsächlich auf zwei Dimensionen der Berufsgesundheit zurückzuführen. Erstens fiel der Wert der Dimension „Arbeits- und Erwerbsfähigkeit“ im Zuge der Pandemie von 97 Punkten im Jahr 2019 auf 70 Punkte im Jahr 2020. Wie in der Einzelbetrachtung der Dimensionen im vierten Kapitel noch näher erläutert wird, ist diese Entwicklung wiederum durch einen starken Anstieg des Indikators der Berufskrankheiten bedingt.

Zweitens sank auch der Wert des **Medien-Meinungsklimas** von 2019 auf 2020 deutlich. Nachdem sich das Medien-Meinungsklima von 2017 auf 2019 um über 20 Indexpunkte verbesserte, ist von 2019 auf 2020 eine Verschlechterung von 29 Indexpunkten zu beobachten. Der Wert des Medien-Meinungsklimas liegt damit mit 90 Indexpunkten deutlich unter dem Ausgangswert im Jahr 2013.

Einzig die Dimension der Arbeitsbedingungen entwickelte sich mit einem Wert von 124 gegenüber dem Vergleichswert im Jahr 2013

⁵⁾ Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2021). Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitssituation im Pflegebereich. Nürnberg. S. 16.

Abbildung 3: Dimensionen des Berufsgesundheits-Index der Altenpflege

Quelle: DIW Econ.
 Indexierte Werte
 (Basisjahr = 2013) auf
 Basis von Daten der AOK,
 BGW, DRV Bund, von
 Media Tenor, der Bundes-
 agentur für Arbeit und
 des SOEP v.37.

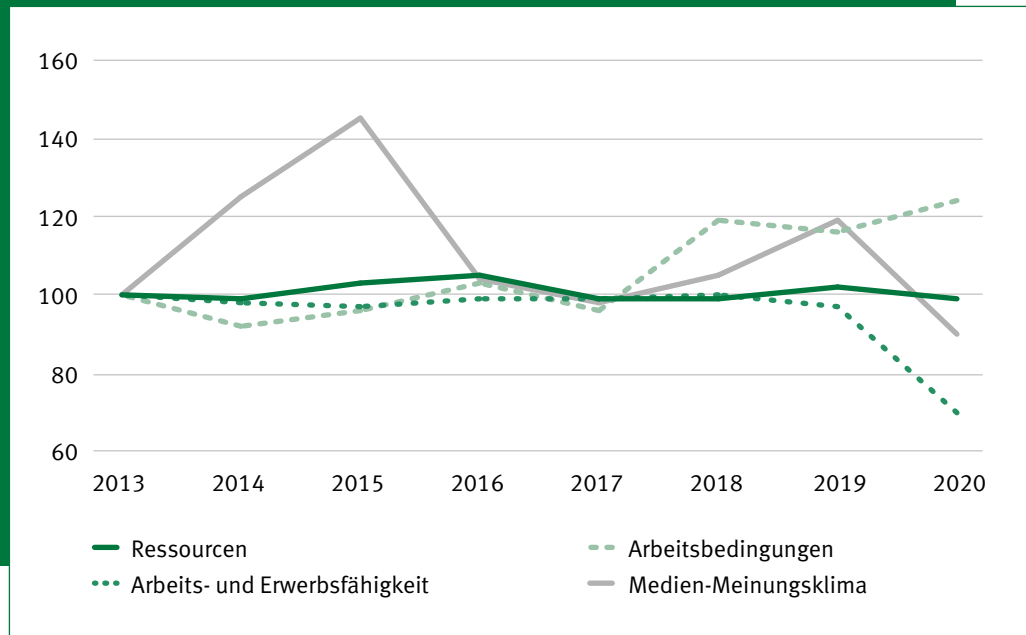


Abbildung 4: Entwicklung des Berufsgesundheits-Index der Krankenpflege

Quelle: DIW Econ.
 Indexierte Werte
 (Basisjahr = 2013) auf
 Basis von Daten der AOK,
 BGW, DRV Bund, von
 Media Tenor, der Bundes-
 agentur für Arbeit und
 des SOEP v.37.

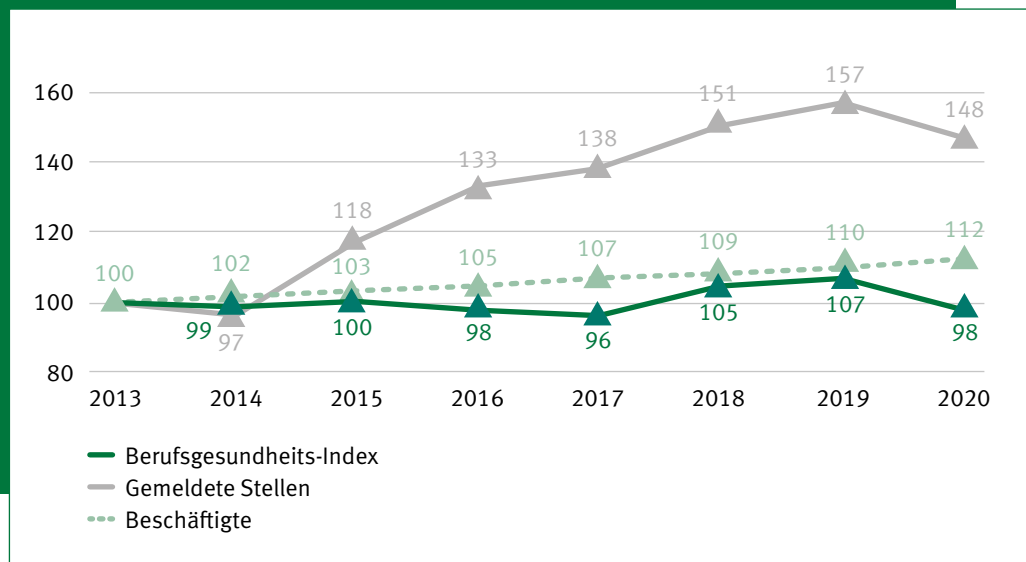
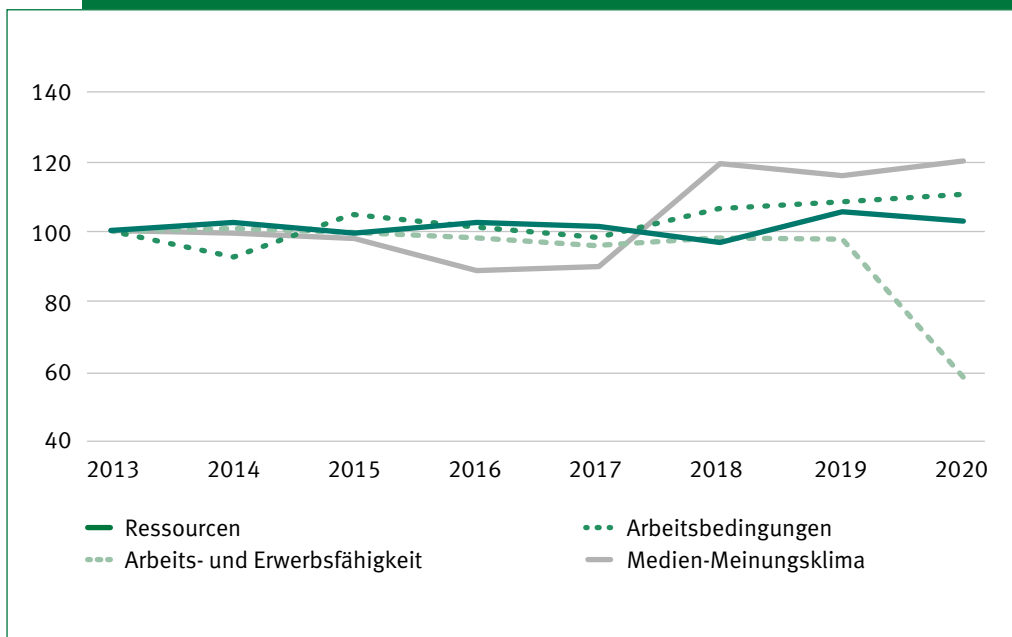


Abbildung 5: Dimensionen des Berufsgesundheits-Index der Krankenpflege



Quelle: DIW Econ. Indexierte Werte (Basisjahr = 2013) auf Basis von Daten der AOK, BGW, DRV Bund, von Media Tenor, der Bundesagentur für Arbeit und des SOEP v.37.



deutlich in eine positive Richtung (eine genauere Analyse der Belastungsfaktoren erfolgt in Kapitel 4.2). In der Dimension „**Ressourcen**“ stellte sich keine eindeutige Veränderung von 2019 auf 2020 ein; der entsprechende Wert ist im Jahr 2020 nur leicht auf 99 Indexpunkte gesunken.

Die Entwicklung des **Berufsgesundheits-Index in der Krankenpflege** weist einige Parallelen zu den Entwicklungen in der Altenpflege auf.

So ist der Berufsgesundheits-Index in der Krankenpflege im Jahr 2020 ebenfalls stark gesunken (von 107 Punkten 2019 auf 98 Punkte 2020), nach einer steigenden Tendenz von 2017 bis 2019.

Der Arbeitsmarkt nahm in der Krankenpflege ebenfalls eine ähnliche Entwicklung wie in der Altenpflege. Sowohl die Nachfrage nach Krankenpflegerinnen und -pflegern (gemeldete Stellen) als auch das Angebot an Krankenpflegekräften (sozialversicherungspflichtig Beschäftigte) sind in den letzten

Jahren kontinuierlich gestiegen. Zwischen 2014 und 2019 ist die Zahl der gemeldeten Stellen um mehr als 60 Prozent gewachsen. Zuletzt sank die Zahl der gemeldeten Stellen im Jahr 2020 mit dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie jedoch, während die Zahl der Beschäftigten weiter angestiegen ist. Insgesamt waren im Jahr 2020 über 963.657 Personen in der Krankenpflege beschäftigt.

Doch obwohl die Zahl der gemeldeten Stellen im Zuge der Pandemie zurückgegangen ist, ist in der Krankenpflege weiterhin ein Fachkräftemangel zu beobachten.

Die Pandemie hat dabei gegensätzliche Auswirkungen auf die Nachfrage nach Pflegekräften: Einerseits stieg durch die Versorgung von Corona-Patientinnen und -Patienten die Nachfrage nach Pflegekräften in Krankenhäusern. Andererseits wurden Behandlungen und Operationen teilweise verschoben, was die Nachfrage nach Personal drosselte. Darüber hinaus haben weniger Krankenpflegerinnen und -pfleger – ähnlich wie Fachkräfte in der Altenpflege – ihren

Arbeitsplatz gewechselt. Die geringere Fluktuation führt dazu, dass weniger Stellen neu besetzt und ausgeschrieben werden.⁶⁾

Auch bei der tiefer gehenden Analyse der verschiedenen Dimensionen des Berufsgesundheits-Index zeigen sich Parallelen zwischen der Kranken- und Altenpflege. So sinkt insbesondere die **Arbeits- und Erwerbsfähigkeit** der Krankenpflegerinnen und -pfleger um 39 Punkte auf einen Wert von 58 im Jahr 2020. Zudem ist auch in der Krankenpflege eine Verbesserung der Dimension **„Arbeitsbedingungen“** zu verzeichnen, deren Wert um einen Punkt auf 110 steigt.

Im Gegensatz zur Altenpflege hat sich jedoch das **Medien-Meinungsklima** der Krankenpflege im Jahr 2020 um vier Indexpunkte auf einen bisherigen Höchstwert von 120 Punkten verbessert. Gleichzeitig kam es zu einem leichten Rückgang von 105 Punkten 2019 auf 103 Punkte 2020 in der Dimension **„Ressourcen“**.

⁶⁾ Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2021). Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg, Mai 2021. S. 16.



4 Analyse der Dimensionen der Berufsgesundheit

Die Dimensionen der Berufsgesundheit haben sich in den letzten Jahren und insbesondere mit dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020 teilweise sehr unterschiedlich entwickelt. Dies unterstreicht die Bedeutung eines umfassenden, mehrdimensionalen Verständnisses von Berufsgesundheit. Im Folgenden werden die Dimensionen der Berufsgesundheit und ihre jeweiligen Indikatoren einzeln betrachtet, um spezifische Trends und Herausforderungen zu identifizieren und praxisnahe Handlungsempfehlungen ableiten zu können.

4.1 Ressourcen

Die Dimension der Ressourcen hat sich im Jahr 2020 sowohl in der Alten- als auch in der Krankenpflege leicht verschlechtert. In der Altenpflege sind die Ressourcen um drei Punkte gefallen und liegen nun mit 99 Punkten unter dem Wert im Basisjahr 2013. In der Krankenpflege haben sich die Ressourcen um zwei Punkte verschlechtert, liegen jedoch mit 103 Punkten weiterhin über dem Niveau von 2013.

Die Entwicklung der Dimensionen von 2013 bis 2020

Die Dimension „Ressourcen“ sank um 1 Punkt in der Altenpflege und stieg um 3 Punkte in der Krankenpflege.

Die Dimension „Arbeitsbedingungen“ verbesserte sich in der Altenpflege um 24 Punkte und in der Krankenpflege um 10 Punkte.

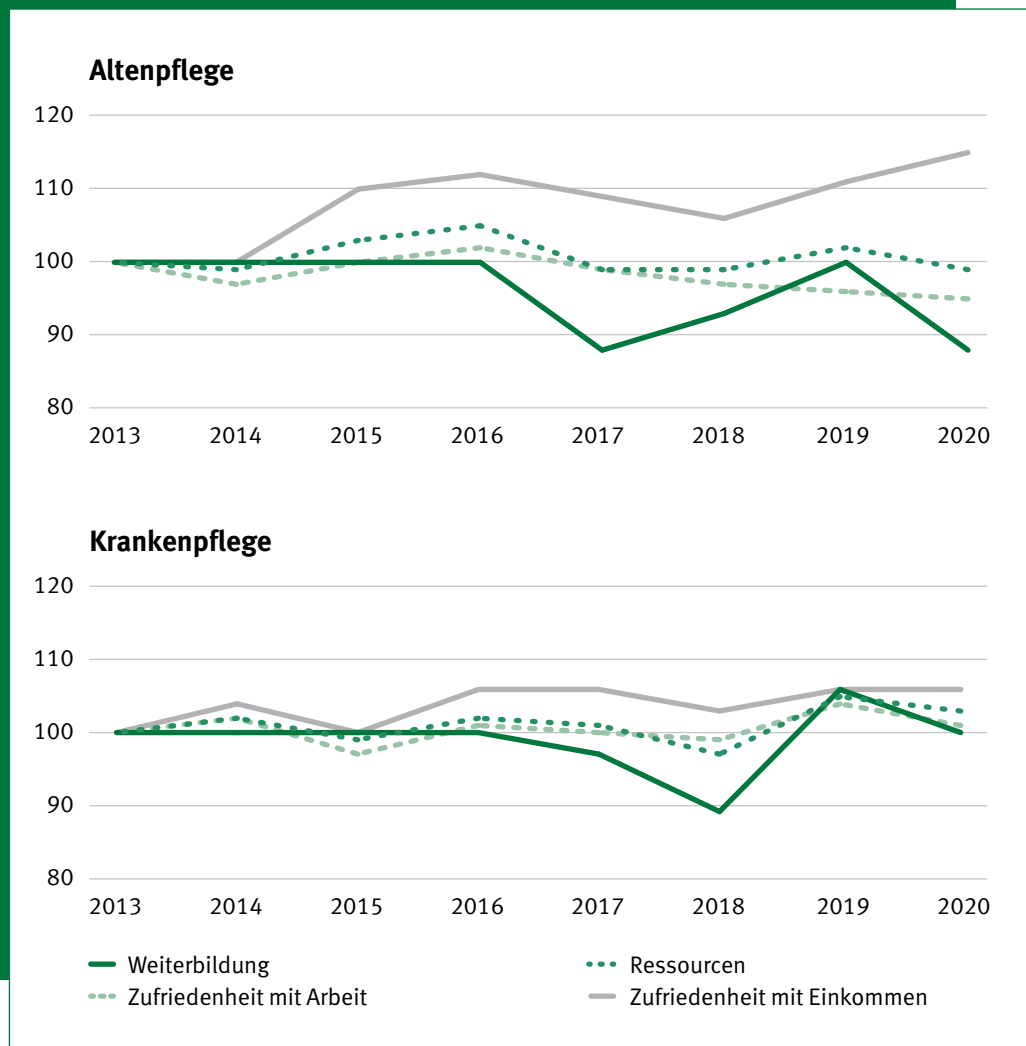
Die Dimension „Arbeits- und Erwerbsfähigkeit“ sank in der Altenpflege um 30 Punkte, in der Krankenpflege um 42 Punkte.

Die Dimension „Medien-Meinungsklima“ verschlechterte sich in der Altenpflege um 10 Punkte und verbesserte sich in der Krankenpflege um 20 Punkte.



Abbildung 6: Ressourcen in der Alten- und Krankenpflege

Quelle: DIW Econ.
 Indexierte Werte
 (Basisjahr = 2013) auf
 Basis des SOEP v.37.



Die Verschlechterung der Ressourcen ist insbesondere auf einen Rückgang des Anteils der Beschäftigten, die an einer Weiterbildung teilgenommen haben, zurückzuführen. Eine kontinuierliche **Weiterbildung** ist insbesondere für Pflegeberufe ein wichtiger Indikator für die individuellen Entwicklungsmöglichkeiten. Weiterbildungen sind notwendig, um Pflegekräfte auf die Anwendung aktuellster technischer und wissenschaftlicher Kenntnisse vorzubereiten und

eine hohe Pflegequalität zu gewährleisten. 2020 ist der Indikator der Weiterbildung in der Altenpflege um zwölf Punkte und in der Krankenpflege um sechs Punkte gesunken.⁷⁾ Allerdings liegt der Anteil der Beschäftigten, die an einer Weiterbildung teilgenommen haben, mit 37 Prozent in der Altenpflege und 35 Prozent in der Krankenpflege weiterhin über dem Wert für alle Berufsgruppen von 29 Prozent im Jahr 2020. Die qualitativen Interviews mit BGW-Expertinnen und -Exper-

⁷⁾ Dabei sollte bedacht werden, dass der im Rahmen des SOEP erhobene Indikator der Weiterbildung sich auf das Vorjahr bezieht. Der Wert 2020 bezieht sich also auf den Anteil der Beschäftigten, die im Vorjahr, also 2019, an einer Weiterbildung teilgenommen haben. Daher steht der Rückgang des Werts für 2020 nicht im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie.

ten sowie Leitungspersonen aus der Pflege zeigen, dass viele Aus- und Weiterbildungen während der Coronapandemie nicht stattgefunden haben – einerseits, weil Präsenzveranstaltungen nur eingeschränkt oder gar nicht stattfinden konnten, andererseits, weil Personalknappheit dazu führte, dass Mitarbeitende nicht freigestellt werden konnten.

Die **Zufriedenheit mit der Arbeit** hat sich 2020 ebenfalls in beiden Pflegeberufen verschlechtert, in der Altenpflege um einen Punkt und in der Krankenpflege um drei Punkte. Die Zufriedenheit mit der Arbeit ist ein bedeutsamer Indikator für die Berufsgesundheit von Pflegekräften, da diese oftmals besonders stark intrinsisch motiviert sind. Die Arbeitszufriedenheit gibt somit Auskunft darüber, inwiefern die Arbeitsrealität den eigenen Erwartungen entspricht. In der Altenpflege sank die Arbeitszufriedenheit seit 2016 kontinuierlich von 102 auf 95 Punkte im Jahr 2020. Die negative Entwicklung deutet darauf hin, dass die Arbeitsbedingungen häufiger hinter den Erwartun-

gen der Pflegekräfte zurückbleiben und somit die Zufriedenheit und Motivation einschränken.⁸⁾ Im Zuge der Covid-19-Pandemie wurde beispielsweise oftmals die schlechte Ausstattung mit Hygiene- und Schutzmaterial in Pflegeeinrichtungen bemängelt.⁹⁾

Ein angemessenes Einkommen ist maßgebend für die Motivation, den Einsatz und auch die Gesundheit von Pflegekräften. Zahlreiche Studien zeigen Zusammenhänge zwischen geringer Vergütung und erhöhten gesundheitlichen Risiken von Beschäftigten auf.¹⁰⁾ Die **Zufriedenheit mit dem Einkommen** verbesserte sich in den letzten beiden Jahren sowohl in der Altenpflege als auch in der Krankenpflege. 2020 ist die Einkommenszufriedenheit insbesondere in der Altenpflege um vier Punkte gestiegen und liegt damit 15 Punkte über dem Wert im Basisjahr 2013.

Dennoch liegt die Einkommenszufriedenheit in der Alten- und Krankenpflege weiterhin deutlich unter dem durchschnittlichen Wert

Pandemie trifft auf Fachkräftemangel: Überlastung verstärkt Ausstiegstendenz Auswirkungen der Coronapandemie auf die Berufsgesundheit in der Pflege

Die von der BGW beauftragte Untersuchung zeigt die Auswirkungen der Coronapandemie auf das Berufsfeld Pflege aus sehr verschiedenen Perspektiven: Beschäftigte, Leitungskräfte sowie Expertinnen und Experten der BGW wurden in Interviews zu ihren Erfahrungen befragt, die sie in dieser Ausnahmesituation gesammelt haben. Was sie erlebten und fühlten und – nicht zuletzt – getan haben, um den Herausforderungen zu begegnen, ist in diesem Bericht nachzulesen.



www.bgw-online.de/media/BGW55-83-114



⁸⁾ Schroeder, W. (2017). Kollektives Beschäftigtenhandeln in der Altenpflege. 373. Band. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. S. 163.

⁹⁾ Eggert, S., Teubner, C. (2021). ZQP-Analyse. Die SARS-CoV-2-Pandemie in der professionellen Pflege: Perspektive stationärer Langzeitpflege und ambulanter Dienste. Berlin, Stiftung ZQP. S. 8 f.

¹⁰⁾ Vgl. Siegrist, J. (2014). Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen. Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen. Urban & Fischer, München.

über alle Berufsgruppen. Im Rahmen des SOEP wird die subjektive Einkommenszufriedenheit auf einer Skala von 1 bis 10 gemessen. 2020 lag die durchschnittliche Einkommenszufriedenheit in der Alten- und Krankenpflege jeweils bei einem Wert von 6,6, verglichen mit einer durchschnittlichen Zufriedenheit von 7,2 über alle Berufe.

In der Politik wird seit Jahren wiederholt diskutiert, dass die Löhne in der Pflege und insbesondere in der Altenpflege zu niedrig seien, um Pflegekräfte zu halten und neue Fachkräfte zu gewinnen. Tatsächlich sind die Entgelte im Pflegebereich insgesamt seit 2012 jedoch nicht schneller angestiegen als die allgemeine Lohnentwicklung.¹¹⁾ Durch die Covid-19-Pandemie hat die Einkommenssituation in den Pflegeberufen nochmals an Beachtung gewonnen. Aufgrund der gestiegenen Anforderungen während der Pandemie entschied sich die Bundesregierung 2020, eine Coronaprämie für Beschäftigte in der Altenpflege und anderen Pflegeberufen auszuzahlen.¹²⁾ Die qualitativen Interviews mit BGW-Expertinnen, -Experten und mit Leitungspersonen aus der Pflege legen jedoch nahe, dass die Ausgestaltung und Umsetzung der Coronaprämie zum Teil für große Unzufriedenheit bei den Pflegenden gesorgt haben. Es bleibt daher abzuwarten, inwiefern der Pflegebonus in den kommenden Jahren zu einer steigenden Einkommenszufriedenheit führt.

4.2 Arbeitsbedingungen

Trotz der besonderen Herausforderungen für Pflegekräfte während der Pandemie entwickelten sich mehrere Belastungsfaktoren, die die Arbeitssituation der Pflegekräfte betreffen, im Jahr 2020 positiv. In der Altenpflege hat sich die Dimension der Arbeitsbedingungen um acht Punkte verbessert, in der Krankenpflege weniger stark um einen Punkt. In beiden Pflegebereichen hat sich die Arbeitssituation seit 2013 verbessert.¹³⁾

Die **Sorge vor dem Verlust des Arbeitsplatzes** hat bei den Pflegekräften im Jahr 2020 erneut abgenommen, sodass der Indikator in der Altenpflege um 16 Punkte und in der Krankenpflege um sechs Punkte gestiegen ist. Die Sorgen vor dem Arbeitsplatzverlust sind in beiden Bereichen seit 2013 signifikant gesunken. Der Anteil der Beschäftigten mit Angst vor Arbeitsplatzverlust ist in der Altenpflege mit 14 Prozentpunkten und in der Krankenpflege mit 21 Prozentpunkten zudem deutlich geringer als der durchschnittliche Wert über alle Berufsgruppen von 33 Prozent. Diese Entwicklungen sind insbesondere auf die steigende Nachfrage nach Fachkräften in der Kranken- und Altenpflege zurückzuführen. Der geringen Sorge um die Arbeitsplatzsicherheit steht die Erwartung vieler Pflegekräfte gegenüber, ihren Beruf nicht bis zum gesetzlichen Rentenalter auszuüben.¹⁴⁾ In der Pflegebranche

¹¹⁾ Seibert, H., Carstensen, J., Wiethölter, D. (2018). Entgelte von Pflegekräften. Weiterhin große Unterschiede zwischen Berufen und Regionen. Abrufbar unter <https://www.iab-forum.de/entgelte-von-pflegekraeften-weiterhin-grosse-unterschiede-zwischen-berufen-und-regionen/>.

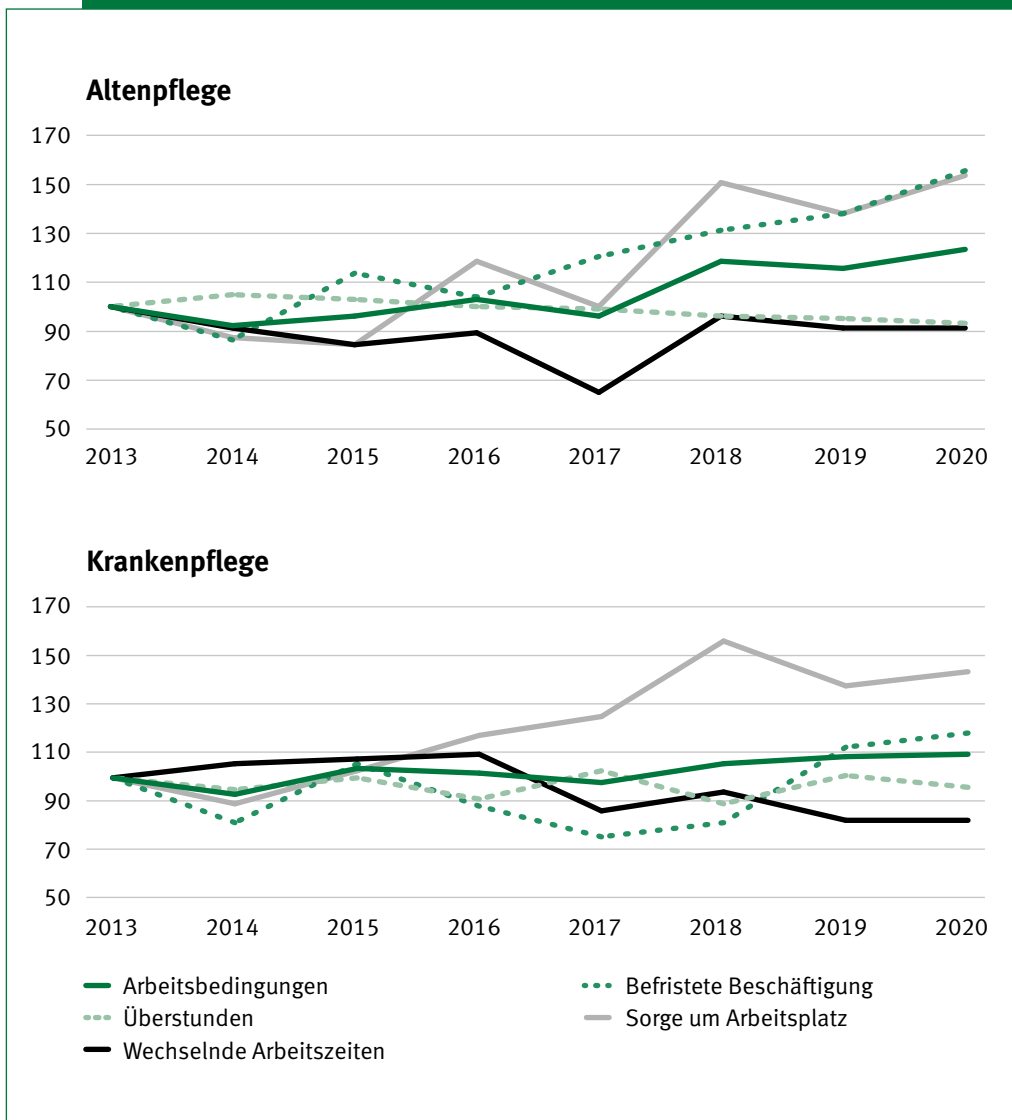
¹²⁾ Bundesgesundheitsministerium (2020). Abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/corona-praemie.html>, abgerufen am 10.8.2022.

¹³⁾ Zur korrekten Interpretation der Indexwerte muss beachtet werden, dass die indexierten Werte der Dimensionen und Indikatoren so definiert sind, dass steigende Werte eine positive Entwicklung anzeigen. Das bedeutet, dass steigende Werte in der Dimension „Arbeitsbedingungen“ einen Rückgang in den Belastungsfaktoren (beispielsweise im Anteil der Beschäftigten mit befristeten Arbeitsverhältnissen oder einen Rückgang der Überstunden) bedeuten.

¹⁴⁾ Kacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., Schwinger, A. (Hrsg.) (2019). Pflege-Report 2019 – Mehr Personal in der Langzeitpflege – Berlin, Heidelberg, Springer Nature.

Abbildung 7: Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege

Quelle: DIW Econ.
Indexierte Werte
(Basisjahr = 2013) auf
Basis des SOEP v.37.



besteht trotz einer inzwischen hohen Arbeitsplatzsicherheit eine wachsende Bereitschaft, den Beruf in Zukunft zu wechseln.¹⁵⁾ Sie ist vor allem durch die hohen Arbeitsbelastungen bedingt.

Zudem hat sich im Jahr 2020 der Trend zu weniger **befristeten Arbeitsverhältnissen** fortgesetzt. Insbesondere in der Altenpflege kam es hier zu einer starken Verbesserung

des Indikators um 18 Punkte. In der Krankenpflege ist der Indikator ebenfalls um sechs Punkte gestiegen. Trotz dieser positiven Entwicklung sind Pflegekräfte weiterhin deutlich häufiger befristet beschäftigt als die meisten anderen Berufsgruppen. 2020 waren in der Altenpflege zwölf Prozent und in der Krankenpflege 13 Prozent befristet beschäftigt, verglichen mit durchschnittlich acht Prozent über alle Berufsgruppen.

¹⁵⁾ Institut für Demoskopie Allensbach (2021). Die Situation von Pflegekräften in der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Umfrage unter Mitgliedern der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 8268.

Grundsätzlich gilt die Befristung von Arbeitsverhältnissen als psychologischer Belastungsfaktor, weil sie die langfristige Lebensplanung der Betroffenen erschwert, zum Beispiel im Zusammenhang mit der Familienplanung oder dem Immobilienerwerb. Ebenso können Beschäftigte mit befristeten Arbeitsverhältnissen Druck verspüren, trotz Krankheit weniger am Arbeitsplatz zu fehlen, um ihre Chancen zu steigern, entfristet zu werden. Eine steigende Zahl an Neueinstellungen könnte zukünftig zu einem steigenden Anteil von Befristungen führen. Zudem gibt es Hinweise, dass Pflegekräfte teilweise befristete Arbeitsverhältnisse oder Leiharbeit bevorzugen, weil sie dadurch unabhängiger sind und weniger von den Schattenseiten des Pflegeberufs wie Wochenend- und Nachtdienst betroffen sind als das unbefristete Personal.¹⁶⁾

Das Ableisten von Überstunden ist weit verbreitet in der Pflege und oftmals Folge von Personalmangel, Zeitdruck und Arbeitsverdichtung. Mit dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie 2020 nahm der Anteil der Beschäftigten in der Alten- und Krankenpflege, die Überstunden leisten, nochmals zu. Daher verschlechterten sich die indexierten Werte des Indikators für Überstunden (Altenpflege: minus einen Punkt; Krankenpflege: minus fünf Punkte).¹⁷⁾ Jedoch ist im Vergleich zu anderen Berufsgruppen, in denen durchschnittlich 82 Prozent der Beschäftigten Überstunden leisten, der Anteil in der Alten-

pflege (79 Prozent) und Krankenpflege (77 Prozent) niedriger.

Vom Arbeitgeber festgelegte wechselnde Arbeitszeiten sind ein weiterer Belastungsfaktor für Pflegekräfte, da sie unter anderem die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erheblich einschränken können. Zuletzt hat der Anteil der Beschäftigten mit wechselnden Arbeitszeiten sowohl in der Altenpflege als auch in der Krankenpflege zugenommen. 2019 berichteten 49 Prozent der Beschäftigten in der Altenpflege von wechselnden Arbeitszeiten und 60 Prozent in der Krankenpflege.¹⁸⁾ Seit 2013 hat sich die Praxis wechselnder Arbeitszeiten in beiden Pflegebereichen ausgeweitet und liegt deutlich über dem durchschnittlichen Anteil über alle Berufsgruppen von 17 Prozent 2019.

4.3 Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

Schlechte Arbeitsbedingungen und eine zu hohe Arbeitsbelastung können im schlimmsten Fall mit einer Schädigung der Gesundheit einhergehen und die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Beschäftigten einschränken. Die Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit von Pflegekräften werden anhand von vier Indikatoren erfasst: Arbeitsunfähigkeitstage, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Zugang zur Erwerbsminderungsrente.

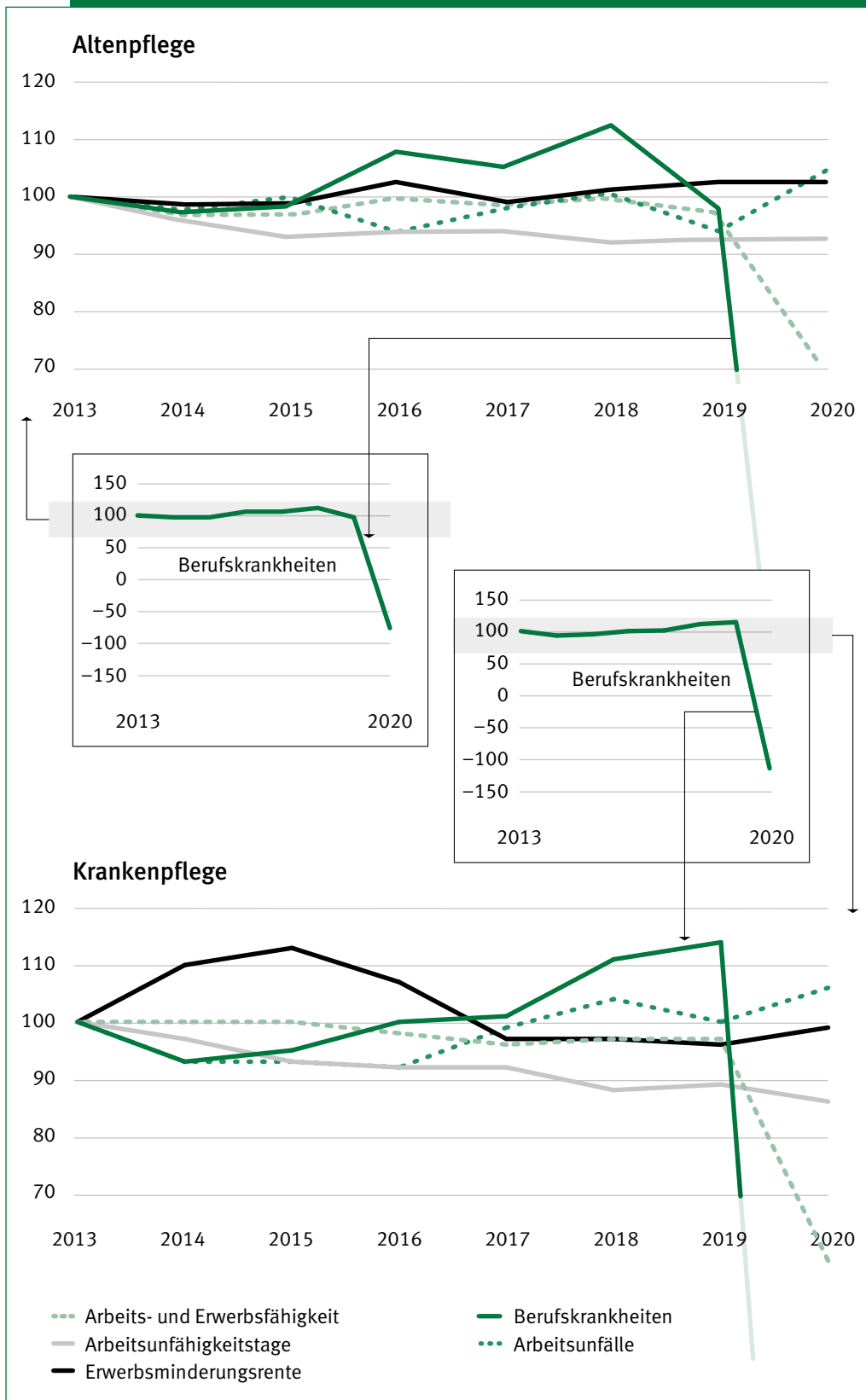
¹⁶⁾ Vgl. Neue Westfälische Zeitung, 30.06.2018: „Bessere Bezahlung: Pfleger wechseln in die Leiharbeit“; Handelsblatt, 04.04.2018: „Der Kampf um die knappen Pflegekräfte“.

¹⁷⁾ Pelling, L. (2021). An der Corona-Front. Die Erfahrungen der Altenpflegekräfte in neun europäischen Ländern – zusammenfassender Bericht. Berlin, Friedrich-Ebert-Stiftung.

¹⁸⁾ Für das Jahr 2020 liegen keine neuen Werte für den Anteil der Beschäftigten mit wechselnden Arbeitszeiten vor, da die entsprechende Frage im SOEP nur alle zwei Jahre erhoben wird. Daher wird bei der Berechnung des Berufsgesundheits-Index im Jahr 2020 der Wert von 2019 angenommen. Diese Annahme wird dadurch gestützt, dass eine Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach zwischen 2019 und 2021 keine Veränderung im Anteil der Mitglieder der Pflegekammer Rheinland-Pfalz, die über ungeplante Änderungen des Arbeitsplans berichten, feststellen kann.

Abbildung 8: Arbeits- und Erwerbsfähigkeit in der Alten- und Krankenpflege

Quelle: DIW Econ.
 Indexierte Werte
 (Basisjahr = 2013) auf
 Basis von Daten der AOK,
 BGW und DRV Bund.



Insgesamt hat sich die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sowohl in der Altenpflege als auch in der Krankenpflege mit dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie deutlich verschlechtert. In der Altenpflege sank die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit um 27 Punkte auf 70 Punkte. In der Krankenpflege kam es zu einem noch stärkeren Rückgang um 39 Punkte auf einen Stand von 58 Punkten. Damit sank die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit in beiden Pflegebereichen auf den niedrigsten Wert im ganzen Beobachtungszeitraum seit 2013.

Der Rückgang der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist vor allem auf eine Zunahme der Verdachtsmeldungen von **Berufskrankheiten** zurückzuführen. Im Jahr 2020 sind die Verdachtsmeldungen von Berufskrankheiten in der Altenpflege um 169 Prozent und in der Krankenpflege sogar um 285 Prozent gestiegen. Dies ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass eine nachweislich beruflich erworbene Covid-19-Erkrankung als Berufskrankheit anerkannt wurde. Da Pflegekräfte ein erhöhtes Risiko hatten, sich mit Covid-19 zu infizieren, kam es mit dem Ausbruch der Pandemie zu einem rapiden Anstieg der Verdachtsmeldungen von Berufskrankheiten bei Pflegekräften.¹⁹⁾ Der indexierte Wert des Indikators Berufskrankheiten fiel somit auf den mit Abstand niedrigsten Wert seit 2013. In der Altenpflege kam es zu einem Rückgang von 173 Punkten auf einen Stand von minus 74 Punkten, in der Krankenpflege sank der Wert gar um 244 Punkte auf einen Stand von minus 130 Punkten.

Die anderen Indikatoren der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zeigen eine deutlich weniger dramatische Entwicklung im Coronajahr

2020. Im Gegensatz zu den Berufskrankheiten hat sich der Indikator der **Arbeitsunfälle** stark verbessert. Der Indikator der Arbeitsunfälle ist in der Altenpflege um zehn Punkte und in der Krankenpflege um sieben Punkte gestiegen. Diese positive Entwicklung ist unter anderem dadurch zu erklären, dass es in den Lockdown-Phasen zu weniger Wegeunfällen kam.²⁰⁾

Der Indikator des **Zugangs zur Erwerbsminderungsrente** entwickelte sich 2020 in der Krankenpflege ebenfalls tendenziell positiv. In der Krankenpflege ist der Indikator um drei Punkte gestiegen, da das relative Risiko des Zugangs zur Erwerbsminderungsrente der Beschäftigten in der Krankenpflege im Vergleich zu anderen Berufsgruppen gesunken ist. In der Altenpflege ist das relative Risiko konstant geblieben im Vergleich zum Vorjahr. Allerdings nehmen Beschäftigte in der Alten- und Krankenpflege die Erwerbsminderungsrente grundsätzlich deutlich häufiger in Anspruch als Beschäftigte in anderen Berufen. In der Krankenpflege liegt die Inanspruchnahme der Erwerbsminderungsrente 96 Prozent über dem Niveau aller Berufsgruppen, in der Altenpflege sogar 136 Prozent.

Eine starke Arbeitsbelastung kann sich zudem in erhöhten krankheitsbedingten Fehlzeiten niederschlagen. Die durchschnittliche Zahl der **Arbeitsunfähigkeitstage** der in der Krankenpflege Beschäftigten stieg 2020 leicht an, sodass der entsprechende Indikator um zwei Punkte gefallen ist. Seit 2013 ist die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage in der Krankenpflege damit kontinuierlich gestiegen. 2020 lag sie 14 Prozent über dem Niveau von 2013. Diese Entwicklung ist besonders bedenklich, da der Kran-

¹⁹⁾ Theobald, H. (2021). An der Corona-Front. Die Erfahrungen der Altenpflegekräfte in Deutschland. Abzurufen unter <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/stockholm/17990.pdf>, abgerufen am 10.08.2022.

²⁰⁾ DGUV (2021). Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2020. S. 26 f. Berlin.

kenstand in der Krankenpflege ohnehin schon deutlich über den Vergleichswerten anderer Berufsgruppen liegt. Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage pro Jahr betrug 2020 in der Krankenpflege 24, verglichen mit 20 Tagen über alle Berufsgruppen.²¹⁾ In der Altenpflege war die durchschnittliche Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage mit 28 im Jahr 2020 noch größer, hat sich im Vergleich zum Vorjahr jedoch nicht weiter erhöht.

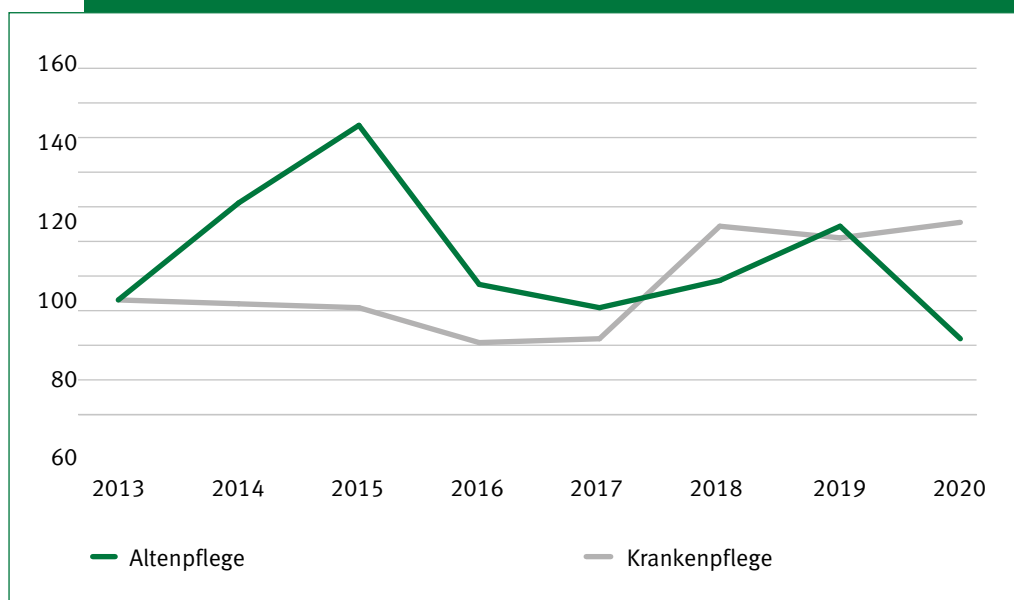
Dass die Zahl der Krankheitstage im Corona-Jahr 2020 nur leicht oder gar nicht gestiegen ist, lässt sich durch zwei gegensätzliche Effekte erklären: Einerseits erhöhten die Covid-19-Infektionen von Pflegekräften die Zahl der Krankheitstage. Andererseits führten die Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsrisikos – allen voran das Tragen von medizinischen Masken – dazu, dass sich Pflegekräfte weniger häufig mit anderen

Infektionskrankheiten infiziert haben. Dies reduzierte die Krankheitstage. Außerdem gibt es Anzeichen, dass der „Präsentismus“ – das heißt, wenn Beschäftigte trotz Krankheit arbeiten – aufgrund pandemiebedingter Mehrarbeit zugenommen hat.²²⁾

4.4 Medien-Meinungsklima

Das Medien-Meinungsklima gilt als Indikator für die gesellschaftliche Akzeptanz eines Berufsfelds und kann auf die subjektive Wahrnehmung der Arbeitssituation von Beschäftigten einwirken.²³⁾ Die Tonalität der Berichterstattung in den Medien beeinflusst zudem die Wahrnehmung des Pflegeberufs durch Außenstehende und kann sich daher auf die Berufswahl und das zukünftige Angebot von Pflegekräften auswirken.

Abbildung 9: Medien-Meinungsklima in der Alten- und Krankenpflege



Quelle: DIW Econ. Indexierte Werte (Basisjahr = 2013) auf Basis von Daten von Media Tenor.



²¹⁾ Badura, B. et al. (Hrsg.) (2021). Fehlzeiten-Report 2021. Abrufbar unter https://doi.org/10.1007/978-3-662-63722-7_27. S. 443.

²²⁾ Ebd.

²³⁾ Das Medien-Meinungsklima gibt das Verhältnis von positiven Nennungen zu negativen Nennungen in den Nachrichten an und kann als Tonalität der Berichterstattung interpretiert werden.

Das Medien-Meinungsklima hat sich 2020 in der Altenpflege und Krankenpflege unterschiedlich entwickelt. In der Altenpflege hat sich die Tonalität der Berichterstattung im Vergleich zum Vorjahr 2019 deutlich verschlechtert. Der indexierte Wert fiel um 29 Punkte von 119 auf 90 Punkte. In der Krankenpflege hingegen hat sich das Medien-Meinungsklima um vier Punkte verbessert und lag damit im Jahr 2020 um 20 Punkte über dem Ausgangswert im Jahr 2013.

Der starke Rückgang im Meinungsklima zur Altenpflege von 2015 auf 2016 spiegelte die zunehmend intensive Debatte über die Arbeitsbedingungen und den Fachkräftemangel in der Pflege wider. Der Anstieg von 2018 zu 2019 vermittelte die politischen Bemühungen um Verbesserungen beim Fachkräftemangel (zum Beispiel Anwerben ausländischer Fachkräfte), aber auch konkrete Schritte, um die Bezahlung in der Altenpflege zu steigern. Die mediale Berichterstattung ließ in Ansätzen eine Art Wettstreit zwischen Arbeits- und Gesundheitsministerium um Verbesserungsvorschläge erkennen.²⁴⁾

Im ersten Jahr der Coronapandemie stand die Altenpflege dagegen meist im Schatten der Krankenpflege. Im Jahr 2020 kam durchschnittlich auf vier Beiträge zur Krankenpflege einer, der die Altenpflege thematisierte. Eine Zeit lang waren Schaltungen zur Lage auf den Intensivstationen gleichsam fester Bestandteil der Tagesschau – neben der aktuellen Entwicklung der Pandemiezahlen und den Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI). Richtete sich der Fokus der Medien jedoch auf die Altenpflege, ging es im ersten Coronajahr häufig um Krankheitsausbrüche, hohe Sterblichkeit und verzweifelte Angehörige, die – wenn überhaupt – nur eingeschränkt zu ihren Lieben vorgelassen

wurden. Nicht wenige Leitende und Beschäftigte in Einrichtungen der Altenpflege haben traumatische Erfahrungen mit Redaktionen und deren Berichterstattung gemacht.

Das Meinungsklima zur Krankenpflege veränderte sich im ersten Pandemiejahr in eine andere Richtung. Hier gab es vor allem in der ersten Phase zahlreiche anerkennende Beiträge über „systemrelevantes“ Personal, Beschäftigte in Vollschutz, die sich aufopferungsvoll um schwerstkranke Covid-19-Patientinnen und -Patienten kümmerten. Was im Krankenhaus nicht so gut lief – zum Beispiel durch die Schließung mancher Funktionsabteilung zugunsten von mehr Kapazitäten für Coronakranke –, das gelangte weniger in die Nachrichten. In manchen Krankenhäusern gab es in der Frühphase der Pandemie Einschränkungen bei der Beschaffung persönlicher Schutzausrüstung wie des medizinischen Mund-Nasen-Schutzes. Dies wurde nur punktuell thematisiert.

In Summe ergibt sich damit für das erste Jahr der Pandemie ein ambivalentes Meinungsklima: eine tendenziell anerkennende Berichterstattung über die Leistungen in der Krankenpflege und eine tendenziell kritische Berichterstattung über belastende berufliche Rahmenbedingungen in der Altenpflege.

²⁴⁾ Vgl. auch Vollbracht, M. (2019). Ein Heim, kein Zuhause? Altersbilder und Berufsprestige Altenpflege in Nachrichtenmedien und Social Media im Jahr 2019. Hamburg, BGW.



5 Fazit und Ausblick

Die Entwicklung des Berufsgesundheits-Index zeigt, dass sich die Berufsgesundheit der Beschäftigten in der Alten- und Krankenpflege im Zuge der Covid-19-Pandemie im Jahr 2020 verschlechtert hat, nach einer zuvor positiven Entwicklung von 2017 bis 2019. Gleichzeitig macht die multidimensionale Betrachtung der Berufsgesundheit deutlich, dass sich die verschiedenen Dimensionen der Berufsgesundheit durchaus unterschiedlich entwickelt haben.

Der stärkste Rückgang ist in der Alten- und Krankenpflege in der Dimension „Arbeits- und Erwerbsfähigkeit“ zu beobachten. Insbesondere ist 2020 aufgrund von Covid-19-Infektionen der Beschäftigten die Zahl der Verdachtsmeldungen von Berufskrankheiten stark gestiegen. Gleichzeitig kam es zu einer vergleichsweise geringen Zunahme der Arbeitsunfähigkeitstage, was unter anderem auf die Schutzmaßnahmen zur Eindämmung von Covid-19-Infektionen und die daraus resultierende geringere Verbreitung von Infektionskrankheiten und Atemwegserkrankungen zurückzuführen ist. Es bleibt abzuwarten, wie sich Berufskrankheiten und Krankheitstage bei Pflegekräften im weiteren Verlauf der Pandemie entwickeln und wie sich Faktoren wie neue Varianten (insbesondere Omikron), Impfschutz, mög-

Zur Sicherung der Pflegequalität und Steigerung der Berufsgesundheit des Pflegepersonals ist es unabdingbar, den Fachkräftemangel zu reduzieren, Menschen, die in der Pflege arbeiten, zu entlasten und sie zu unterstützen. Dafür sind auch neue Personalkonzepte anzudenken, Konzepte, die den Beschäftigten mehr Einfluss auf ihre Arbeitszeiten gewähren.



liche Langzeitfolgen und gelockerte Schutzmaßnahmen auswirken. Gleichzeitig ist zu beobachten, inwiefern sich die rasant gestiegene Zahl der Verdachtsmeldungen von Berufskrankheiten in den kommenden Jahren in einem verstärkten Zugang zur Erwerbsminderungsrente niederschlägt.

In der Altenpflege kam es zudem zu einer starken Verschlechterung des Medien-Meinungsklimas im Zuge der Covid-19-Pandemie. Die Berichterstattung war meist auf hohe Sterberaten infolge von Coronaausbrüchen in Pflegeheimen und verzweifelte Angehörige fokussiert. Es ist zu befürchten, dass die negative Berichterstattung die Wahrnehmung des Berufsfelds Altenpflege für Außenstehende und Nachwuchskräfte nachhaltig beeinträchtigen wird. Die Krankenpflege stand noch stärker im Fokus der medialen Öffentlichkeit. Allerdings wurde überwiegend positiv und anerkennend über die „systemrelevante“ Arbeit der Krankenpflegerinnen und -pfleger auf Intensivstationen berichtet.

Es bleibt zu hoffen, dass die mediale Aufmerksamkeit und Anerkennung zu einer höheren gesellschaftlichen Akzeptanz und politischen Relevanz der Pflegebranche führen. Die von der Bundesregierung 2020 eingeführte Coronaprämie für Beschäftigte in der Altenpflege und anderen Pflegeberufen zeugt von einer solchen Entwicklung, wurde jedoch von Akteurinnen und Akteuren der Pflegebranche als noch nicht ausreichend beurteilt. Dies spiegelt sich auch in der weiterhin niedrigen Einkommenszufriedenheit der Pflegekräfte im Vergleich zu anderen Berufsfeldern wider. Um den Pflegeberuf angesichts pandemie- und technologiebedingt steigender Arbeitsanforderungen attraktiver zu machen, dem Fachkräftemangel zu begegnen und eine hochwertige Pflege zu gewährleisten, sind möglicherweise weitere Reformen zur besseren Entlohnung der Pflegekräfte notwendig. Die Pflege-

kammer Rheinland-Pfalz hat sich im Februar 2022 entsprechend geäußert (Rhein-Zeitung, 04.02.2022).

Andererseits haben sich manche Belastungsfaktoren, die die Arbeitssituation der Pflegekräfte betreffen, 2020 positiv entwickelt. So machen sich weniger Pflegekräfte Sorgen, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Auch arbeiten immer weniger Pflegekräfte in befristeten Arbeitsverhältnissen. Diese positiven Entwicklungen resultieren maßgeblich aus dem Fachkräftemangel und der damit einhergehenden Stärkung der Verhandlungsposition der Pflegekräfte. Dabei muss jedoch bedacht werden, dass der Fachkräftemangel gleichzeitig zu einer höheren Arbeitsverdichtung führt, die wiederum die Pflegequalität beeinträchtigen kann. Zur Sicherung der Pflegequalität und Steigerung der Berufsgesundheit des Pflegepersonals ist es daher unerlässlich, dass der Fachkräftemangel eingeschränkt und Pflegekräfte entlastet und unterstützt werden. Dazu gehört, dass Pflegekräfte einerseits durch innovative Personalkonzepte mehr Einfluss auf ihre Arbeitszeiten erhalten und andererseits über die entsprechende Ausstattung (wie Hygiene- und Schutzmaterial) verfügen, um hochwertige Pflege leisten zu können.

6 Methodendokumentation

Die BGW hat die Erstellung eines „Index der Berufsgesundheit“ für Beschäftigte in ausgewählten Branchen des Gesundheits- und Sozialwesens in Deutschland in Auftrag gegeben. Mithilfe eines auf mehreren Einzelindikatoren basierenden, einfach zu interpretierenden Index sollen Tendenzen in der Entwicklung der Berufsgesundheit über mehrere Jahre hinweg aufgezeigt werden. Im Rahmen des Projekts hat DIW Econ eine einheitliche Indexmethodik entwickelt, die genutzt werden kann, um die Berufsgesundheit von Beschäftigten in der Altenpflege und Krankenpflege abzubilden. Der Index kann jedoch auch bei weiteren Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens (zum Beispiel Beschäftigte der Kinder- und Jugendhilfe) verwendet werden. Das methodische Vorgehen und die Datengrundlage werden im Folgenden vorgestellt.

Zusammengesetzte Indikatoren werden immer häufiger als Werkzeuge in der Analyse von Politikmaßnahmen und in der Kommunikation mit der Öffentlichkeit verwendet. Ein zusammengesetzter Indikator wird durch die Kombination verschiedener Einzelindikatoren zu einem Gesamtindikator („Index“) gebildet. Der Vorteil eines zusammengesetzten

Eine einheitliche Indexmethodik wurde entwickelt, um die Berufsgesundheit von Beschäftigten in der Altenpflege und Krankenpflege abzubilden.

Sie ist flexibel anwendbar in weiteren Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens, zum Beispiel für Beschäftigte der Kinder- und Jugendhilfe oder der Behindertenhilfe.

Sie verfolgt das nachhaltige Ziel, die Entwicklung der Berufsgesundheit bei Beschäftigten in den Zielbranchen über den Verlauf der Jahre hinweg zu beobachten und zu messen.



Indikators ist, dass komplexe, mehrdimensionale Phänomene abgebildet werden können, ohne dabei Informationen zu verlieren.

Somit begünstigt ein zusammengesetzter Indikator die Vergleichbarkeit (über Zeit, Branchen, Länder, etc.) und vereinfacht die Interpretation und Kommunikation von Analyseergebnissen.

Ein Index dient in erster Linie dazu, Veränderungen am aktuellen Rand abzubilden. Indem zukunftsgerichtete Indikatoren wie beispielsweise die Zahl der freien Stellen oder auch Zukunftserwartungen von Beschäftigten oder Betrieben in den Index einfließen, kann ein Index auch Prognosen ermöglichen. Allerdings liegt die Herausforderung darin, belastbare Indikatoren mit einem hohen Prognosegehalt für die Zukunft zu finden.

Der Index der Berufsgesundheit wie hier dokumentiert ermöglicht zunächst keine Prognosen.

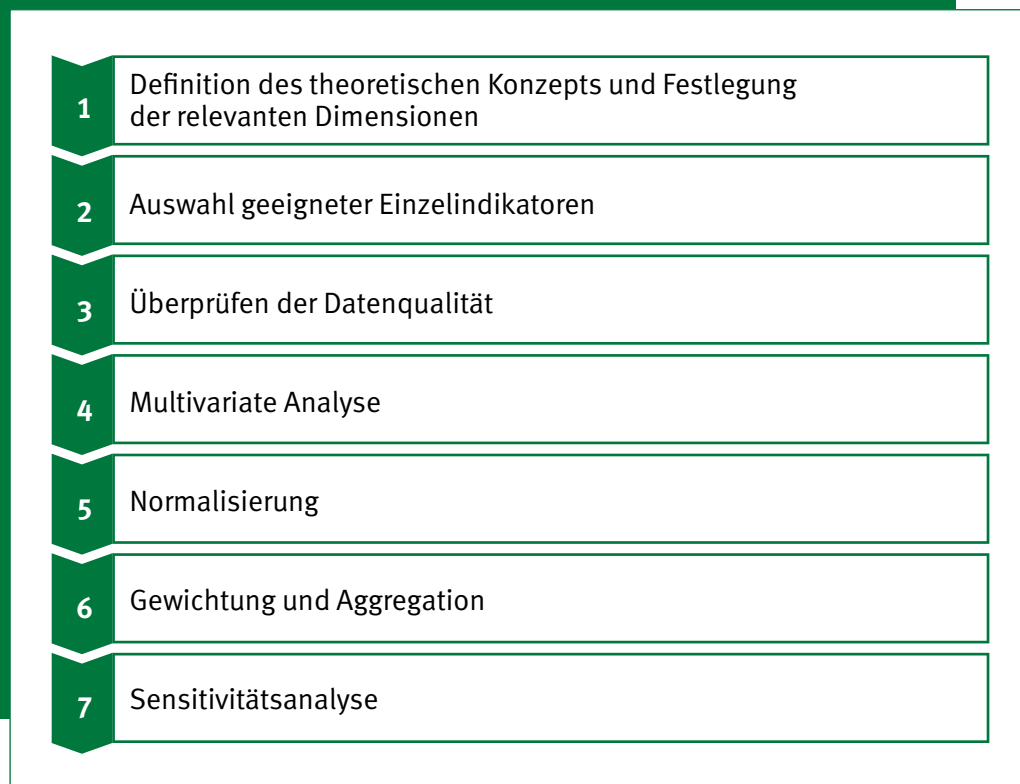
Indexkonzeption

Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) hat zusammen mit der Gemeinsamen Forschungsstelle der Europäischen Kommission (JRC) ein Handbuch entwickelt, das Empfehlungen zur Gestaltung, Entwicklung und Verbreitung von zusammengesetzten Indikatoren (Kompositindikatoren) enthält.²⁵⁾

In Anlehnung an dieses Handbuch wird bei der Entwicklung des Index der Berufsgesundheit in folgenden Schritten vorgegangen:

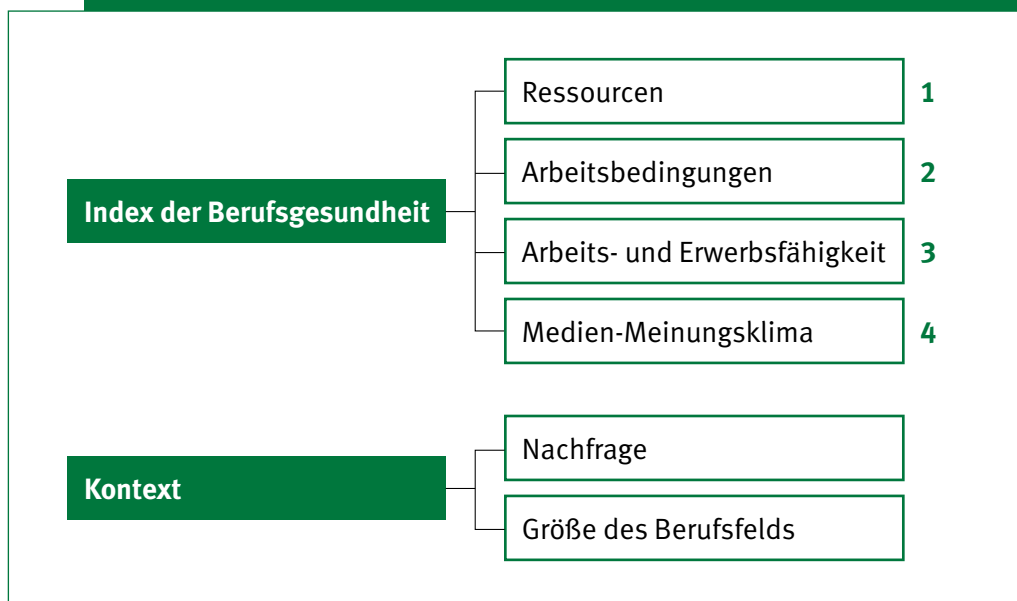
Abbildung 10: Vorgehen bei der Konzeption des Index in Schritten

Quelle: DIW Econ.



²⁵⁾ OECD, JRC (2008). Handbook on Constructing Composite Indicators. Paris: OECD Publishing.

Abbildung 11: Dimensionen des Index der Berufsgesundheit



Quelle: DIW Econ.



Schritt 1: Definition des theoretischen Konzepts und Festlegung der relevanten Dimensionen

Am Anfang der Indikatorentwicklung steht die Definition des zugrunde liegenden theoretischen Konzepts. Unter „Berufsgesundheit“ wird ein mehrdimensionales Konzept verstanden, das die dargestellten Dimensionen umfasst. Mithilfe der Dimension „Ressourcen“ wird erfasst, dass Arbeit Entwicklungsmöglichkeiten bietet und Zufriedenheit hervorbringen kann. Andererseits kann die „Arbeitssituation“ auch durch Belastungen gekennzeichnet sein: Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes, hohe Anforderungen durch Überstunden oder wechselnde Arbeitszeiten und fehlende Entwicklungsperspektiven sind Arbeitsbedingungen, die das Wohlbefinden und die Lebensqualität einschränken und mit einer Schädigung der Gesundheit einhergehen können. Wir orientieren uns bei der Auswahl dieser Dimensionen an bestehenden Indikatoren zur Messung der Arbeitsquali-

tät des Deutschen Gewerkschaftsbunds (DGB) und des Statistischen Bundesamts.²⁶⁾ Darüber hinaus gehen wir davon aus, dass die gesundheitliche Belastung bei der Arbeit eine wichtige Rolle spielt. Diese wird durch die Dimension „Arbeits- und Erwerbsfähigkeit“ abgebildet. Als weiterer Faktor fließt in den Index das „Medien-Meinungsklima“ zum jeweiligen Berufsfeld ein. Das Medien-Meinungsklima gilt als Indikator für die gesellschaftliche Akzeptanz eines Berufsfelds.

Die Entwicklung der beruflichen Gesundheit der Beschäftigten steht im Kontext der Entwicklung des Berufsfelds als Ganzen. Letztere wird abgebildet durch die „gesamtwirtschaftliche Nachfrage“ nach Beschäftigung in einem Berufsfeld und durch die „Größe des Berufsfelds“. Beide Indikatoren werden als Erklärungsfaktoren für die Entwicklung des Index interpretiert und fließen nicht in den Index selbst mit ein.

²⁶⁾ Inifes (2013). Methodenbericht zur Weiterentwicklung des DGB-Index Gute Arbeit in der Erhebungsperiode 2011/12. Stadtbergen; Statistisches Bundesamt (2017). Qualität der Arbeit, Geld verdienen und was sonst noch zählt – Wiesbaden.

Schritt 2: Auswahl geeigneter Einzelindikatoren

Die Kriterien für die Auswahl geeigneter Einzelindikatoren sind:

- **Eignung zur Messung des theoretischen Konzepts:** Die Indikatoren bilden gemeinsam die Berufsgesundheit von abhängig Beschäftigten in Deutschland ab.
- **Relevanz:** Die Indikatoren ermöglichen Aussagen für Beschäftigte in den beiden Zielbranchen Krankenpflege und Altenpflege.
- **Verfügbarkeit und Aktualität:** Um einen jährlich wiederkehrenden Indikator zu generieren, basieren die Indikatoren auf Erhebungen, die möglichst jährlich wiederholt werden. Alle ausgewählten Indikatoren sind verfügbar bis zum Jahr 2020. Die einzige Ausnahme ist der Indikator zu den vom Arbeitgeber festgelegten wechselnden Arbeitszeiten, welcher ab 2020 lediglich alle zwei Jahre erhoben wird. In den Zwischenjahren ohne aktuellen Wert für den Anteil der Beschäftigten mit wechselnden Arbeitszeiten wird der Wert aus dem Vorjahr fortgeschrieben. Zusätzlich werden Informationen zur aktuellen Entwicklung der wechselnden Arbeitszeiten aus anderen Datenquellen und Studien herangezogen. Die Verfügbarkeit reicht außerdem zurück bis zum Jahr 2013 (mit der Ausnahme des Indikators zur beruflichen Weiterbildung, der bis 2016 zurückreicht).
- **Statistische Eigenschaften der Indikatoren und die Datenqualität** (siehe Schritt 3)

Insgesamt wurden zwölf Indikatoren ausgewählt, die zum Index der Berufsgesundheit zusammengefasst werden (Tabelle 1). Zwei weitere Indikatoren fließen nicht in den Index ein, sondern bilden den Kontext der

Entwicklung der beruflichen Gesundheit der Beschäftigten ab.

Schritt 3: Überprüfen der Datenqualität

Ziel des Index der Berufsgesundheit ist, Beschäftigte in den Zielbranchen über mehrere Jahre hinweg zu betrachten. Dazu werden Indikatoren aus Datenquellen zusammengetragen, die unterschiedliche Erhebungsmethoden und in der Folge unterschiedliche statistische Eigenschaften haben.

Daten der BGW, AOK, DRV Bund und der Bundesagentur für Arbeit basieren auf Vollerhebungen und weisen somit keine statistische Unsicherheit auf. Die Grundgesamtheit der Daten der BGW und AOK ist jeweils die Gesamtheit der jeweils im aktuellen Jahr versicherten Personen. Bei der DRV Bund ist es die Gesamtheit der aktiv Versicherten am Jahresende ohne Rentnerinnen und Rentner mit Angaben zur KldB. Die Grundgesamtheit der Erhebung der Bundesagentur für Arbeit ist die Gesamtheit der abhängig Beschäftigten, die nach der Klassifikation der Berufe des Statistischen Bundesamts den einzelnen zu untersuchenden Berufsfeldern zugeordnet werden können. Die Erhebung zum Medien-Meinungsklima von Media Tenor basiert auf einer Vollerhebung der Berichterstattung in ausgewählten überregionalen Leitmedien, darunter die Abendnachrichten von ARD und ZDF, die BILD-Zeitung und Wochenmedien wie Spiegel und Focus. Bei den Printmedien wurde jeweils die Berichterstattung im Politik-/Nachrichten- und Wirtschaftsressort zugrunde gelegt, in den TV-Nachrichten alle Beiträge.

Für einen Großteil der Indikatoren des Index der Berufsgesundheit wird mit dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) auf eine repräsentative Stichprobe zurückgegriffen. Es gilt, dass beim Rückschließen von einer Stichprobe auf die Grundgesamtheit (Inferenz) statistische Unsicherheit auftritt, die besonders bei kleinen Fallzahlen groß sein

Tabelle 1: Einzelindikatoren und Quellen

Quelle: DIW Econ.

	Definition	Quelle	Verfügbarkeit
1 Ressourcen			
Weiterbildung	Anteil mit beruflicher Weiterbildung im Vorjahr	SOEP	2016–2020
Zufriedenheit mit Arbeit	Mittelwert, Skala von 0 bis 10 (hoch)	SOEP	2013–2020
Zufriedenheit mit Einkommen	Mittelwert, Skala von 0 bis 10 (hoch)	SOEP	2013–2020
2 Arbeitsbedingungen			
Überstunden	Anteil mit Überstunden	SOEP	2013–2020
Wechselnde Arbeitszeiten	Anteil mit vom Arbeitgeber festgelegten wechselnden Arbeitszeiten	SOEP	2013–2019
Sorge um Arbeitsplatz	Anteil mit Sorgen um Arbeitsplatz	SOEP	2013–2020
Befristete Beschäftigung	Anteil befristet Beschäftigter	SOEP	2013–2020
3 Arbeits- und Erwerbsfähigkeit			
Arbeitsunfähigkeitstage	Mittlere Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Mitglieder	AOK	2013–2020
Erwerbsminderungsrente	Relatives Risiko der Inanspruchnahme der Erwerbsminderungsrente	DRV Bund	2013–2020
Arbeitsunfälle	Quote je 1.000 Vollbeschäftigte	BGW	2013–2020
Berufskrankheiten	Quote je 1.000 Vollbeschäftigte	BGW	2013–2020
4 Medien-Meinungsklima			
	Positive Nachrichten im Verhältnis zu negativen Nachrichten zum Berufsfeld (100: neutral)	Media Tenor	2013–2020
Nachfrage			
	Zahl der bei der BA gemeldeten freien Stellen	BA	2013–2020
Größe des Berufsfelds			
	Anzahl der Beschäftigten	BA	2013–2020

SOEP = Sozioökonomisches Panel

AOK = AOK – Die Gesundheitskasse

DRV Bund = Deutsche Rentenversicherung Bund

BGW = Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Media Tenor = Medienanalyse-Institut

BA = Bundesagentur für Arbeit



kann. Die statistische Unsicherheit wird in der Konzeption des Index der Berufsgesundheit berücksichtigt, indem für eine große Zahl von möglichen Indikatoren aus dem SOEP die Entwicklung der Mittelwerte (für die untersuchten Berufsgruppen und über die Zeit für die Jahre 2011 bis 2017) zusammen mit einem 90-Prozent-Konfidenzintervall untersucht wird. Die statistische Unsicherheit geht dann zusammen mit der Größe der Fallzahlen (je Berufsfeld und Jahr) als ein Kriterium in die Auswahl der geeigneten Einzelindikatoren ein.

Schritt 4: Multivariate Analyse

Eine multivariate Analyse hat zum Ziel, die den Daten zugrunde liegende Struktur zu untersuchen. Da die Zahl der untersuchten Berufsfelder klein ist, kann keine umfassende Korrelations- oder Faktoranalyse durchgeführt werden. Stattdessen wird die Entwicklung der Indikatoren über die Zeit und im Vergleich zwischen den Berufsfeldern grafisch für jeden Indikator einzeln betrachtet. So werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Niveaus und den zeitlichen Entwicklungen in den Berufsfeldern identifiziert. Zudem werden – wo die Datenlage es ermöglicht – als Referenz das Niveau und die Entwicklung für die Gesamtheit aller Beschäftigten hinzugezogen.

Schritt 5: Normalisierung

Die Einzelindikatoren werden normalisiert, um sinnvoll zu einem Gesamtindikator zusammengefasst werden zu können. So können Indikatoren, die ursprünglich in

unterschiedlichen Einheiten und Skalierungen (zum Beispiel mittlere Anzahl an Krankheitstagen und mittlere Zufriedenheit mit der Arbeit auf einer Skala von 0 bis 10) vorliegen, verglichen und aggregiert werden. Wir wählen eine zeitliche Normalisierung, bei der der Wert jedes Jahres auf den Wert des Jahres 2013 bezogen wird. Formal ausgedrückt gilt für jeden Indikator x_t^b mit t für Jahr und b für Berufsfeld, dass sich der normalisierte Indikator I_t^b ergibt als:

$$I_t^b = \frac{x_t^b}{x_{2013}^b} * 100$$

Der normalisierte Indikator gibt die Veränderung in einem Jahr im Vergleich zum Jahr 2013 in Prozent an. Damit Werte größer 100 eine Verbesserung und Werte unter 100 eine Verschlechterung aus Sicht der Beschäftigten im Vergleich zum Jahr 2013 darstellen, werden negativ gepolte Indikatoren um den Wert 100 gespiegelt.²⁷⁾ Insgesamt bildet der Index der Berufsgesundheit so Veränderungen über die Zeit ab, ermöglicht aber keine Aussagen über absolute Niveaus.²⁸⁾

Schritt 6: Gewichtung und Aggregation

Der Gesamtindex der Berufsgesundheit wird gebildet, indem für jedes Jahr im Zeitraum 2013 bis 2020 das arithmetische Mittel über die vier Dimensionen berechnet wird. Dabei werden alle Dimensionen gleich gewichtet (das heißt, jede Dimension geht mit einem Gewicht von einem Viertel ein). Auch innerhalb einer Dimension werden die

²⁷⁾ Bei positiv gepolten Indikatoren bedeutet ein Anstieg aus Sicht der Beschäftigten eine Verbesserung (dies gilt zum Beispiel für die Zufriedenheit mit dem Einkommen). Bei negativ gepolten Indikatoren bedeutet ein Anstieg aus Sicht der Beschäftigten eine Verschlechterung. Dies gilt für den „Anteil befristet Beschäftigter“ und die sieben Indikatoren in den Dimensionen „Berufliche Gesundheit“ und „Arbeitsbedingungen“.

²⁸⁾ Eine alternative Normalisierung, die eine Niveauaussage ermöglicht (wie beispielsweise durch den Vergleich jedes Wertes mit einem Referenzwert), wurde erwogen, aber bewusst nicht gewählt. Grund ist, dass so eine Bewertung, die durch die Wahl eines geeigneten Referenzniveaus implizit erfolgt, vermieden werden kann.

Einzelindikatoren jeweils gleich gewichtet. Die einzige Ausnahme ist die Dimension der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, in der drei Sozialversicherungsträger (AOK, BGW und DRV Bund) jeweils ein Gewicht von einem Drittel erhalten, sodass die beiden Variablen der BGW (Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle) jeweils ein Gewicht von einem Sechstel haben.

Schritt 7: Sensitivitätsanalyse

Im Rahmen einer Unsicherheits- und Sensitivitätsanalyse wird die Robustheit des Indikators untersucht. Es wird ermittelt, welche Einzelindikatoren besonders große Schwankungen aufweisen und die Entwicklung des Index der Berufsgesundheit stark beeinflussen. Zudem wird anhand von Zwischenergebnissen geprüft, ob die Entwicklungen, die der Index abbildet, mit den Ergebnissen anderer Quellen zusammenpassen. Im Ergebnis der Sensitivitätsanalyse wurden einzelne Indikatoren ausgetauscht und überarbeitet. Indikatoren, die nicht mehr in die Endversion des Index einfließen, sind zum Beispiel „Anteil mit Wechsel des Arbeitgebers im Vorjahr“, „Anteil ohne feste Arbeitszeiten“. Das Medien-Meinungsklima hat den stärksten Einfluss auf den Gesamtindikatorwert (der Indikator weist hohe Schwankungen auf und ist als alleiniger Indi-

kator seiner Dimension höher gewichtet als die anderen Einzelindikatoren).

Abgrenzung der Berufsfelder

Im Folgenden wird dargestellt, wie den untersuchten Berufsfeldern Berufe zugeordnet werden. Diese Zuordnung ist nötig, um einzelne Personen (dies betrifft die SOEP-Daten) und einzelne Berufsgruppen (dies betrifft die Daten der Bundesagentur für Arbeit) Berufsfeldern zuordnen zu können. Wir greifen dabei auf die Klassifikation der Berufe des Statistischen Bundesamts (KldB 2010) zurück.

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Zuordnung und weist außerdem aus, an welchen Stellen sich die Abgrenzung der Berufsfelder in den verschiedenen Datenquellen unterscheidet.

Datenquellen

Sozio-oekonomisches Panel

Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) ist eine seit 1984 laufende Wiederholungsbefragung von Haushalten und Personen in Deutschland. Für das SOEP werden derzeit

Tabelle 2: Berufsfelder des Index der Berufsgesundheit

Berufsfeld	Berufe nach KldB 2010	Unterschiede in den Abgrenzungen	
Altenpflege	Berufe in der Altenpflege	8210, 8218	
Krankenpflege	Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege, Berufe in der Fachkrankenpflege, Berufe in der Fachkinderkrankenpflege	8130, 8131, 8132	In den Daten der BGW zu Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten werden alle in Krankenhäusern Beschäftigten zur Gruppe der Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger gezählt.

Quelle: DIW Econ.



jedes Jahr etwa 30.000 Personen in rund 15.000 Privathaushalten befragt, die für die Bevölkerung in Deutschland repräsentativ sind. Aufgrund seiner Stichprobengröße und des Detailgrads der erhobenen Personen- und Haushaltsmerkmale ist das SOEP geeignet, um einzelne Berufsgruppen detailliert in Bezug auf sozioökonomische Merkmale, die Zufriedenheit und die Belastung im Beruf zu untersuchen. So wurden bereits Analysen zur Berufsbelastung und zur Berufszufriedenheit in unterschiedlichen Berufsgruppen auf der Basis des SOEP durchgeführt.²⁹⁾

Fallzahlen im SOEP

Tabelle 3 zeigt die SOEP-Fallzahlen in den einzelnen Berufsfeldern, das heißt die Anzahl der Beobachtungen im SOEP-Datensatz pro Jahr und pro Berufsfeld. Die Zahl der Beobachtungen, die für Berechnungen des Index genutzt wurden, ist zum Teil etwas

niedriger, da die relevanten Variablen nicht für alle Beobachtungen vorhanden sind. Alle drei Berufsfelder weisen eine Größenordnung auf, auf deren Basis aussagekräftige Analysen der Mittelwerte durchgeführt werden können.

Daten der BGW

Die BGW verfügt als Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung über eine Vollerhebung zu Arbeits- und Wegeunfällen sowie der Berufskrankheiten ihrer Versicherten. Es werden meldepflichtige Arbeitsunfälle und Berufskrankheitsverdachtsanzeigen erfasst und als Quote pro 1.000 Vollbeschäftigte ausgewiesen.

Wahrnehmungsdaten

Media Tenor führt als Institut Medienforschung mithilfe der Methode der Inhaltsanalyse (Print, TV, Hörfunk, Online-Medien und

Tabelle 3: Fallzahlen im SOEP

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Altenpflege	346	289	322	276	354	332	264	276
Krankenpflege	443	376	373	326	359	344	399	422

Tabelle 4: Anzahl der Nennungen der Berufsfelder

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Altenpflege	206	278	186	56	107	219	198	777
Krankenpflege	634	902	723	718	598	1.019	946	3.219

²⁹⁾ Spieß, K., Westermaier, F. G. (2016). Berufsgruppe „Erzieherin“: Zufrieden mit der Arbeit, aber nicht mit der Entlohnung. DIW Wochenbericht Nr. 43.2016; Steiner, L., Schneider, L. (2013). The happy artist: an empirical application of the workpreference model. *Journal of Cultural Economics*, 37 (2), 225–246; Schult, J., Münzer Schrobildgen, M., Sparfeldt, J. R. (2014). Belastet, aber hochzufrieden? Arbeitsbelastung von Lehrkräften im Quer- und Längsschnitt. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 22 (2), 61–67; Dohmen, T., Falk, A. (2010). You get what you pay for: Incentives and selection in the education system. *The Economic Journal*, 120 (546), F256–F271.

Quelle: DIW Econ auf Basis von SOEP v37.



Social Media) durch.³⁰⁾ Mit ihrer Hilfe kann die Wahrnehmung der untersuchten Beschäftigtengruppen erfasst werden. Das Medien-Meinungsklima gibt das Verhältnis von positiven Nennungen zu negativen Nennungen eines Berufsfelds in den Nachrichten an und kann als Tonalität der Berichterstattung interpretiert werden. Dabei werden nicht nur Beiträge herangezogen, die die Beschäftigten selbst charakterisieren, sondern auch die Protagonisten, die im thematischen Kontext des Berufsfelds dargestellt werden. Basis ist die Berichterstattung in folgenden überregionalen Medien: BILD-Zeitung, ARD Tagesthemen, ZDF heute journal, Tagesschau, heute, Focus, Spiegel, Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, Welt am Sonntag, Bild am Sonntag, Capital, Manager Magazin, Fakt (MDR), Frontal 21 (ZDF), Kontraste (SFB), Monitor (WDR), Panorama (NDR), Plusminus (ARD), Report (Bayerischer Rundfunk), Report (SWR), WISO (ZDF), Bericht aus Berlin, Berlin direkt (ZDF), Börse vor acht (ARD), Deutschlandfunk. Nicht alle Medien wurden vollständig ausgewertet.

Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit

Den Schwerpunkt der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit bildet die Berichterstattung über sozialversicherungspflichtige Beschäftigte. Diese werden monatsweise ausgewiesen, wobei die hier zugrunde liegenden Werte eines Jahres jeweils aus dem Monat Juni stammen. Die Beschäftigungsstatistik wird aus den Arbeitgebermeldungen zur Sozialversicherung gewonnen.

In der Arbeitsmarktstatistik werden monatlich Daten zum gemeldeten Angebot an Arbeitsstellen erhoben und veröffentlicht, wobei die hier zugrunde liegenden Werte

eines Jahres jeweils aus dem Monat Juni stammen. Ein Großteil dieses gesamtwirtschaftlichen Stellenangebots kann durch die Arbeitsmarktstatistik dargestellt werden. Eine Mehrheit der Stellenangebote wird von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern bei den Arbeitsagenturen gemeldet und zur Vermittlung freigegeben.

Daten der DRV Bund

Die Deutsche Rentenversicherung Bund verfügt als Trägerin der gesetzlichen Rentenversicherung über eine Vollerhebung zur Inanspruchnahme der Erwerbsminderungsrente ihrer aktiv Versicherten. Die Inanspruchnahmerate der Erwerbsminderungsrente wird altersstandardisiert pro 10.000 aktiv Versicherte ohne Rentnerinnen und Rentner am Jahresende gemessen und anschließend als relatives Risiko der Altersbeziehungsweise Krankenpflege im Verhältnis zu allen Versicherten ausgewiesen.

Daten der AOK

Die AOK verfügt als Trägerin der gesetzlichen Krankenversicherung über eine Vollerhebung zu den Arbeitsunfähigkeitstagen ihrer Versicherten. Die Arbeitsunfähigkeitstage werden altersstandardisiert pro 100 ganzjährig Versicherte gemessen.

³⁰⁾ Vgl. Scheufele, B., Engelmann, I. (2009). Empirische Kommunikationsforschung. Reihe: UTB basics. Konstanz (UVK); Früh, W. (2017). Inhaltsanalyse – Theorie und Praxis. 9. Auflage, UTB. Konstanz (UVK).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	S. 19	Dimensionen des Index der Berufsgesundheit
Abbildung 2	S. 21	Entwicklung des Berufsgesundheits-Index der Altenpflege
Abbildung 3	S. 22	Dimensionen des Berufsgesundheits-Index der Altenpflege
Abbildung 4	S. 22	Entwicklung des Berufsgesundheits-Index der Krankenpflege
Abbildung 5	S. 23	Dimensionen des Berufsgesundheits-Index der Krankenpflege
Abbildung 6	S. 26	Ressourcen in der Alten- und Krankenpflege
Abbildung 7	S. 29	Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege
Abbildung 8	S. 31	Arbeits- und Erwerbsfähigkeit in der Alten- und Krankenpflege
Abbildung 9	S. 33	Medien-Meinungsklima in der Alten- und Krankenpflege
Abbildung 10	S. 38	Vorgehen bei der Konzeption des Index in Schritten
Abbildung 11	S. 39	Dimensionen des Index der Berufsgesundheit

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	S. 41	Einzelindikatoren und Quellen
Tabelle 2	S. 43	Berufsfelder des Index der Berufsgesundheit
Tabelle 3	S. 44	Fallzahlen im SOEP
Tabelle 4	S. 44	Anzahl der Nennungen der Berufsfelder

Bericht der BGW zu den Auswirkungen der Coronapandemie auf die Berufsgesundheit in der Pflege

Während der Index auf die Langzeitveränderungen der sozioökonomischen Indikatoren der Berufsgesundheit abhebt, geht es in dem Bericht der BGW um die Auswirkungen der Pandemie auf Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege sowie deren Beschäftigte und Leitungspersonal.

Pandemie trifft auf Fachkräftemangel: Überlastung verstärkt Ausstiegstendenz Auswirkungen der Coronapandemie auf die Berufsgesundheit in der Pflege

Die von der BGW beauftragte Untersuchung zeigt die Auswirkungen der Coronapandemie auf das Berufsfeld Pflege aus sehr verschiedenen Perspektiven: Beschäftigte, Leitungskräfte sowie Expertinnen und Experten der BGW wurden in Interviews zu ihren Erfahrungen befragt, die sie in dieser Ausnahmesituation gesammelt haben. Was sie erlebten und fühlten und – nicht zuletzt – getan haben, um den Herausforderungen zu begegnen, ist in diesem Bericht nachzulesen.



www.bgw-online.de/media/BGW55-83-114



Kontakt – Beratung und Angebote der DRV Bund

Allgemeine Anfragen

Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin
Tel.: 0800 1000 480 70
E-Mail: drv@drv-bund.de

Weitere Informationen zur Beratung finden Sie unter:



www.drv-bund.de/beratung-kontakt



Reha-Zentren der Deutschen Rentenversicherung Bund

Informieren Sie sich über unsere 28 Kliniken an 22 Standorten in ganz Deutschland.



www.klinikgruppe-drv-bund.de



Reha-Beratungsdienst

E-Mail: reha-beratungsdienst@drv-bund.de

Weitere Informationen zur Beratung finden Sie unter:



www.deutsche-rentenversicherung.de/reha-beratung-bund



Firmenservice

Tel.: 0800 1000 453
E-Mail: firmenservice@deutsche-rentenversicherung.de

Nähere Informationen zum Firmenservice finden Sie unter:



www.deutsche-rentenversicherung.de/firmenservice



Kontakt – Ihre BGW-Standorte und Kundenzentren

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Hauptverwaltung
Pappelallee 33/35/37 · 22089 Hamburg
Tel.: +49 40 20207-0
Fax: +49 40 20207-2495
www.bgw-online.de

Diese Übersicht wird bei jedem Nachdruck aktualisiert.
Sollte es kurzfristige Änderungen geben, finden Sie
diese hier:



www.bgw-online.de/kontakt

Berlin · Spichernstraße 2–3 · 10777 Berlin

Bezirksstelle	Tel.: +49 30 89685-3701	Fax: -3799
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 30 89685-0	Fax: -3625
schu.ber.z*	Tel.: +49 30 89685-3696	Fax: -3624

Bochum · Universitätsstraße 78 · 44789 Bochum

Bezirksstelle	Tel.: +49 234 3078-6401	Fax: -6419
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 234 3078-0	Fax: -6249
schu.ber.z*	Tel.: +49 234 3078-0	Fax: -6379
studio78	Tel.: +49 234 3078-6478	Fax: -6399

Bochum · Gesundheitscampus-Süd 29 · 44789 Bochum

campus29	Tel.: +49 234 3078-6333	Fax: –
----------	-------------------------	--------

Delmenhorst · Fischstraße 31 · 27749 Delmenhorst

Bezirksstelle	Tel.: +49 4221 913-4241	Fax: -4239
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 4221 913-0	Fax: -4225
schu.ber.z*	Tel.: +49 4221 913-4160	Fax: -4233

Dresden · Gret-Palucca-Straße 1 a · 01069 Dresden

Bezirksverwaltung	Tel.: +49 351 8647-0	Fax: -5625
schu.ber.z*	Tel.: +49 351 8647-5701	Fax: -5711
Bezirksstelle	Tel.: +49 351 8647-5771	Fax: -5777
	Königsbrücker Landstraße 2 b · Haus 2 01109 Dresden	
BGW Akademie	Tel.: +49 351 28889-6110	Fax: -6140
	Königsbrücker Landstraße 4 b · Haus 8 01109 Dresden	

Hamburg · Schäferkampsallee 24 · 20357 Hamburg

Bezirksstelle	Tel.: +49 40 4125-2901	Fax: -2997
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 40 4125-0	Fax: -2999
schu.ber.z*	Tel.: +49 40 7306-3461	Fax: -3403
	Bergedorfer Straße 10 · 21033 Hamburg	
BGW Akademie	Tel.: +49 40 20207-2890	Fax: -2895
	Pappelallee 33/35/37 · 22089 Hamburg	

Hannover · Anderter Straße 137 · 30559 Hannover

Außenstelle von Magdeburg		
Bezirksstelle	Tel.: +49 391 6090-7930	Fax: -7939

Karlsruhe · Philipp-Reis-Straße 3 · 76137 Karlsruhe

Bezirksstelle	Tel.: +49 721 9720-5555	Fax: -5576
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 721 9720-0	Fax: -5573
schu.ber.z*	Tel.: +49 721 9720-5527	Fax: -5577

Köln · Bonner Straße 337 · 50968 Köln

Bezirksstelle	Tel.: +49 221 3772-5356	Fax: -5359
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 221 3772-0	Fax: -5101
schu.ber.z*	Tel.: +49 221 3772-5300	Fax: -5115

Magdeburg · Keplerstraße 12 · 39104 Magdeburg

Bezirksstelle	Tel.: +49 391 6090-7920	Fax: -7922
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 391 6090-5	Fax: -7825

Mainz · Göttelmannstraße 3 · 55130 Mainz

Bezirksstelle	Tel.: +49 6131 808-3902	Fax: -3997
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 6131 808-0	Fax: -3998
schu.ber.z*	Tel.: +49 6131 808-3977	Fax: -3992

München · Helmholtzstraße 2 · 80636 München

Bezirksstelle	Tel.: +49 89 35096-4600	Fax: -4628
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 89 35096-0	Fax: -4686
schu.ber.z*	Tel.: +49 89 35096-4501	Fax: -4507

Würzburg · Röntgenring 2 · 97070 Würzburg

Bezirksstelle	Tel.: +49 931 3575-5951	Fax: -5924
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 931 3575-0	Fax: -5825
schu.ber.z*	Tel.: +49 931 3575-5855	Fax: -5994

*schu.ber.z = Schulungs- und Beratungszentrum

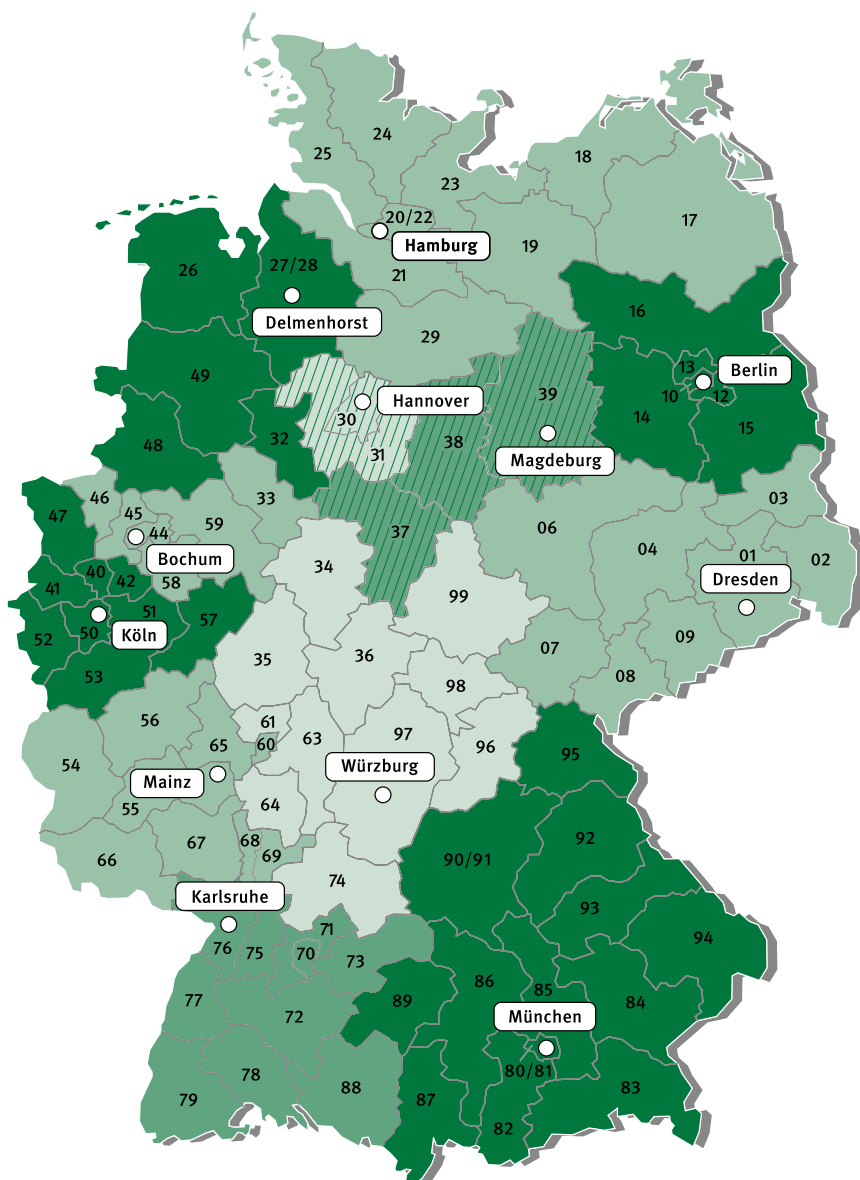
So finden Sie Ihr zuständiges Kundenzentrum

Auf der Karte sind die Städte verzeichnet, in denen die BGW mit einem Standort vertreten ist. Die farbliche Kennung zeigt, für welche Region ein Standort zuständig ist.

Jede Region ist in Bezirke unterteilt, deren Nummer den ersten beiden Ziffern der dazugehörigen Postleitzahl entspricht.

Ein Vergleich mit Ihrer eigenen Postleitzahl zeigt, welches Kundenzentrum der BGW für Sie zuständig ist.

Auskünfte zur Prävention erhalten Sie bei der Bezirksstelle, Fragen zu Rehabilitation und Entschädigung beantwortet die Bezirksverwaltung Ihres Kundenzentrums.



Beratung und Angebote

Versicherungs- und Beitragsfragen

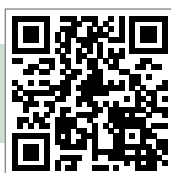
Tel.: +49 40 20207-1190

E-Mail: beitraege-versicherungen@bgw-online.de

Unsere Servicezeiten finden Sie unter:



www.bgw-online.de/beitraege



BGW-Medien

Tel.: +49 40 20207-4846

E-Mail: medienangebote@bgw-online.de

Das umfangreiche Angebot finden Sie online in unserem Medien-Center.



www.bgw-online.de/medien



BGW-Beratungsangebote

Tel.: +49 40 20207-4862

Fax: +49 40 20207-4853

E-Mail: gesundheitsmanagement@bgw-online.de

Modellvorhaben und Kongresse

BGW campus29

Gesundheitscampus Süd 29

44801 Bochum

E-Mail: campus29@bgw-online.de

