

Masterarbeit

Physische und psychische Belastungen in ausgewählten ambulanten Pflegediensten in Luxemburg und mögliche Einflüsse auf die Kostenentwicklung

Physical and psychological strains in selected home care services in Luxembourg and their possible impact on cost development

Charges physiques et psychiques du personnel de certains services de soins à domicile au Luxembourg et leur influence éventuelle sur l'évolution des frais

eingereicht von

Dr. med. univ. Armin Georg Koegel

zur Erlangung des akademischen Grades

MSc in Arbeits- und Organisationsmedizin

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt im Rahmen des

Universitätslehrgangs MSc in Arbeits- und Organisationsmedizin

betreut von: Dr.ⁱⁿ Irene Kloimüller MBA

Graz, April 2016

Zusammenfassung

Der Bedarf an ambulanter Pflege nimmt in Luxemburg, so wie in vielen anderen Ländern kontinuierlich zu. Die Situation im Großherzogtum Luxemburg unterscheidet sich von anderen Ländern durch die vorherrschende große Sprachenvielfalt, sowohl bei den Pflegebedürftigen als auch bei den in der Hauskrankenpflege Tätigen

Ziel

Ziel dieser Master-Thesis ist es die physischen und psychischen Belastungen, denen die ambulanten Pflegekräfte in Luxemburg ausgesetzt sind, herauszuarbeiten und besonders schwerwiegende Belastungen zu identifizieren. Verbesserungsansätze werden aufgezeigt, mögliche Auswirkungen auf die Kostenentwicklung im ambulanten Pflegebereich diskutiert.

Methodik

Zur Datengewinnung wurde ein ausführlicher, aus 119 Items bestehender Fragebogen erarbeitet, der, nach Bewilligung durch die luxemburgische Kommission für Ethik in der Forschung, an die MitarbeiterInnen ausgewählter ambulanter Pflegedienste verteilt wurde,

Ergebnisse

Ist die Situation der ambulanten Pflege, global gesehen, nicht unbefriedigend, so sind Verbesserungen im Verhältnis Pflegende(r) – Patient, beziehungsweise Pflegende(r) - Angehörige und eine Intensivierung des Austausches zwischen Führungskräften und Angestellten anzustreben. Der ArbeitnehmerInnenschutz ist in vielen Hinsichten verbesserungswürdig, wobei der herrschende Zeitdruck, dem die Pflegenden unterworfen sind, besonders schwer wiegt.

Möchte man die Entwicklung der Kosten auch bremsen, nicht zuletzt um die finanzielle Belastung der Sozialversicherungspflichtigen so gering wie möglich zu halten, so ist es notwendig, auch im Interesse der im ambulanten Pflegedienst Arbeitenden, die finanziellen Mittel dem wahren Bedarf anzupassen, wobei allerdings die angedeuteten Möglichkeiten zu Kosteneinsparungen einer weiter reichenden Analyse unterzogen werden müssen.

Stichworte:

ambulante Hauskrankenpflege, physische Arbeitsbelastung, psychische Arbeitsbelastung, Kostenentwicklung, Luxemburg

Abstract

Demand for home nursing is steadily increasing in Luxembourg, as in so many other countries. The Luxembourgish situation differs from other countries due to the diversity of languages spoken by those needing care and by those performing domestic care.

Purpose

This Master-Thesis is aimed at identifying physical and psychological strains to which home care nurses in Luxembourg are subjected and to identify particularly severe burdens. Opportunities for improvement are pointed out, possible effects on cost development regarding the sector of home nursing are discussed.

Methodology

In the view of gathering data a detailed questionnaire containing 119 items was developed. After the approval by the Luxembourgish national ethics committee for research, the questionnaire was distributed to the employees of selected home nursing companies.

Results

Even if the overall situation in home nursing is not unsatisfying from a general point of view, there is a need for improving the relations between home health care nurses and patients respectively their relatives and to improve the exchange of information between employees and supervisors. Worker protection is worthy of improvement in many aspects, especially regarding time pressure to which home health care nurses are subjected

The general goal is to moderate the growth of spending by the nursing care insurance, in order to keep the social insurance contributions as low as possible. Nevertheless, with regard of those working in home nursing, it is necessary to adjust the financial means to the real requirements. The suggested possibilities for cost saving need to be analysed in depth

Keywords:

Ambulatory house nursing, physical load, psychological load, cost development, Luxembourg

Abstract

Les besoins en matière de soins à domicile au Luxembourg augmentent constamment, comme dans beaucoup d'autres pays. La situation au Luxembourg diffère par rapport à d'autres pays par le fait de la diversité linguistique. Ce multilinguisme concerne ceux qui nécessitent les soins aussi bien que ceux qui les apportent.

Objectif

L'objectif de cette mémoire de master est de présenter les charges physiques et psychologiques auxquelles les personnes chargées des soins à domicile sont soumises et d'identifier les charges particulièrement lourdes. Des possibilités d'amélioration sont démontrées, l'impact potentiel sur les frais du secteur des soins à domicile est discuté.

Méthodologie

Un questionnaire détaillé, se composant de 119 questions, a été élaboré. Il a été soumis, après approbation par le « Comité National d'Ethique de Recherche Luxembourg », aux collaborateurs de différents services de soins à domicile

Résultats

La situation globale des soins à domicile n'est pas insatisfaisante, néanmoins des améliorations dans la relation des personnes apportant les soins et des patients respectivement de leurs proches et une intensification de l'échange entre employés et leurs supérieurs est à envisager. La protection des employées nécessite des améliorations à de nombreux égards, particulièrement en ce qui concerne le fait que les soignants sont constamment pressés par le temps.

Même si on aspire à limiter l'évolution des coûts de l'assurance dépendance, afin de maintenir les cotisations à l'assurance dépendance aussi bas que possible, il est dans l'intérêt des employées du secteur des soins à domicile, d'adapter les moyens financiers aux besoins réels, tout en tenant compte, après une analyse approfondie, des possibilités d'économies suggérées.

Mots clés

Soins à domicile, charge physique, charge psychologique, évolution des dépenses, Luxembourg

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Alle Stellen, die wörtlich oder inhaltlich den angegebenen Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Die vorliegende Arbeit wurde bisher noch nicht in gleicher oder ähnlicher Form als Master-Thesis eingereicht.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Armin Koegel', written in a cursive style.

Rameldange / Luxemburg am 29.4.2016

Dr. Armin Georg Koegel

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Sissy, die mich stets liebevoll unterstützt, aufgemuntert und ermutigt hat.

Bedanken möchte ich mich auch bei Georges, Carlo und Annouk, die mir, jeder auf seine Weise, behilflich waren.

Bedanken möchte ich mich desweiteren bei Dr.ⁱⁿ Irene Kloimüller MBA für die fachliche Betreuung der vorliegenden Arbeit.

Herrn Dr. Stefan Koth und dem Team der AAMP gebührt mein Dank für fürsorgliche und kompetente Betreuung während des gesamten Lehrgangs.

Danken möchte ich auch den ambulanten Pflegediensten in Luxemburg, die mir diese Studie ermöglicht haben.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassungen (DE).....	I
Abstract (GB).....	II
Abstract (FR).....	III
Eidesstattliche Erklärung.....	IV
Danksagungen.....	V
Inhaltsverzeichnis.....	VI
Abkürzungen.....	IX
Abbildungsverzeichnis.....	XI
Tabellenverzeichnis.....	XVI
1. Einleitung.....	1
2. Methodik der Datengewinnung.....	4
2.1 Gestaltung des Fragebogens.....	4
2.1.1 Screening Gesundes Arbeiten (SGA).....	5
2.1.2 Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ).....	5
2.1.3 Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse (KFZA).....	5
2.1.4 Psychologische Bewertung von Arbeitsbedingungen – Screening für Arbeitsplatzinhaber (BASA II).....	6
2.1.5 Copenhagen Burnout Inventory (CBI).....	6
2.1.6 Präsentismus (Overcommitment).....	7
2.1.7 Bundesinstitut für Berufsbildung / Institut für Arbeitsmarkt - und Berufsforschung (BIBB/IAB), Mobbing.....	7
2.1.8 Satisfaction with life scale (SWLS).....	7
2.1.9 EQ(EuroQuol)-5D VAS Allgemeiner Gesundheitszustand...	8
2.1.10 NEXT (Nurses'Early Exit Study), Gedanken an Berufs- aufgabe.....	8
2.2 Genehmigungsverfahren.....	8
2.3 Praktische Durchführung.....	9
3. Bevölkerungsstruktur in Luxemburg.....	10
4. Die luxemburgische Pflegeversicherung.....	14
4.1 Kosten und Finanzierung der luxemburgischen Pflegeversicherung..	14
4.2 Die luxemburgische Pflegeversicherung im europäischen Kontext...	18

5. Ambulante Pflege in Luxemburg.....	20
5.1 Pflegedienstleister in der ambulanten Pflege in Luxemburg.....	20
5.2 Entlohnung der Pflegedienste.....	24
5.3 Entwicklung der Pflegedienstleistungen.....	25
6. Pflegedienstleister in Luxemburg.....	31
6.1 Zusammensetzung der Pflegenden.....	31
6.2 Qualifizierung der Pflegenden.....	33
6.3 Anfahrtswege.....	36
6.4 Arbeitszeiten.....	38
6.5 Umfang der Erwerbstätigkeit.....	41
6.6 Dienstverträge.....	41
6.7 Rekapitulation.....	42
7. Zufriedenheit und persönliche Einschätzung der Pflegenden.....	44
7.1 Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben.....	44
7.2 Entlohnung.....	45
7.3 Rekapitulation.....	46
8. Direkte psychische Belastungen.....	47
8.1 Definition.....	47
8.2 Commitment.....	47
8.3 Stressfaktoren.....	50
8.4 Emotionale Belastungen und Anforderungen.....	52
8.5 Soziale Kohäsion unter den Mitarbeitern.....	57
8.6 Burnout.....	60
8.7 Präsentismus.....	63
8.8 Mobbing.....	65
8.9 Rekapitulation.....	66
9. Indirekte psychische Belastungen –Arbeitsablauf.....	68
9.1 Definition.....	68
9.2 Sprachen und Dokumentation.....	68
9.3 Möglichkeiten der Einflussnahme und Entscheidungsspielräume.....	70
9.4 Konfliktlösung und Arbeitsaufteilung.....	73
9.5 Zielvereinbarungen.....	74
9.6 Personalengpässe.....	77
9.7 Organisation und Führung.....	78

9.8 Rekapitulation.....	82
10. Physische Belastungen – Infektionsgefahren.....	84
10.1 Definition.....	84
10.2 Physische Belastungen.....	84
10.3 Hilfsmittel zur Minderung körperlicher Belastungen.....	89
10.4 Gefahren, die zu Verletzungen führen können.....	92
10.5 Persönliche Schutzausrüstung.....	94
10.6 Rekapitulation.....	98
11. Prävention, betriebliche Gesundheitsförderung.....	100
12. Schlussfolgerung.....	103
13. Literaturverzeichnis.....	109
14. Anhang.....	116
14.1 Fragebogen DE.....	116
14.2 Fragebogen FR.....	125
14.3 Informationsblatt zum Fragebogen DE.....	136
14.4 Informationsblatt zum Fragebogen FR.....	138
14.5 Bewilligung der Ethikkommission CNER.....	140

Abkürzungen

Abb.	Abbildung
Abkürzung	Bedeutung
BASA II	Psychologische Bewertung von Arbeitsbedingungen – Screening für Arbeitsplatzinhaber
BE	Belgien
Bew,	Bewertung
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BIBB/IAB	Bundesinstitut für Berufsbildung / Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
CBI	Copenhagen Burnout Inventory
CEO/mDP	<i>Cellule d’Evaluation et d’Orientation</i> , medizinischer Dienst der Pflégversicherung
CIM-10	<i>classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième édition</i> , Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und der assoziierten Gesundheitsproblem, 10.Ausgabe
CNER	<i>Comité National d’Ethique de Recherche Luxemburg</i> , luxemburgische Kommission für Ethik in der Forschung
CNS	<i>Caisse nationale de santé</i> , Nationale Gesundheitskasse
COPAS	<i>Confédération des organismes prestataires d’aides et de soins a.s.b.l.</i> , Konföderation der Hilfs- und Pflegedienst Leistenden Organisationen, Gesellschaft ohne Gewinnzweck
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
DE	Deutschland
Einw.	Einwohner
FR	Frankreich
GB	Großbritannien, England
IGSS	<i>Inspection générale de la sécurité sociale</i> , Generalinspektion für soziale Sicherheit

KFZA	Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse
LU	Luxemburg
MbO	management by Objectives
mean	Mittelwert
NEXT	Nurses' Early Exit Study
PSA	persönliche Schutzausrüstung
PT	Portugal
Rol	Return on Investment
s.o.	siehe oben
SD	Standardabweichung
SGA	Screening Gesundes Arbeiten
STATEC	<i>Institut national de la statistique et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg,</i> nationales Institut für Statistik und wirtschaftliche Studien des Großherzogtums Luxembourg
SWLS	Satisfaction with life scale
u.ä.	und ähnlichen
Vgl.	vergleiche
vs	versus
z.B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

- Abb.1 Bevölkerungsstruktur (eigene Grafik © 2016)
- Abb.2 Ausländische Bevölkerung (eigene Grafik © 2016)
- Abb.3 Bevölkerungspyramide (eigene Grafik © 2016)
- Abb.4 Herkunft arbeitende Bevölkerung (eigene Grafik © 2016)
- Abb.5 Alterspyramide der in Luxemburg wohnenden Bevölkerung zwischen 2001 und 2030, (Quelle: IGSS *Bilan sur la viabilité financière de l'Assurance dépendance* 2013, S.315)
- Abb.6 Bevölkerungsprognose 2011,(Quelle: Statistik Austria, Bevölkerungsprognose 2011, Erstellt am 25.08.2011)
- Abb.7 Gesamtpflegestunden (eigene Grafik © 2016)
- Abb.8 Entwicklung der verrechneten Leistungen (eigene Grafik © 2016)
- Abb.9 prozentuelle Ausgabensteigerung (eigene Grafik © 2016)
- Abb.10 Leistungen nach Aufenthaltsort (eigene Grafik ©2016)
- Abb.12 Ein- und Ausgaben der Pflegeversicherung (eigene Grafik © 2016)
- Abb.13 Entwicklung der Vollzeitstellen 2000-2013
- Abb.14 Medizinisches und paramedizinisches Personal 2000-2013 (eigene Grafik © 2016)
- Abb.15 Technisches Personal 2000-2013 (eigene Grafik © 2016)
- Abb.16 Erzieher/Psychologen 2000-2013 (eigene Grafik © 2016)
- Abb.17 Verwaltungsmitarbeiter 2000-2013 (eigene Grafik © 2016)
- Abb.18 Prozentuelle Zuwachs an Beschäftigten 2000-2013 (eigene Grafik © 2016)
- Abb.19 Gewichtetes Stundenentgelt 2011 (eigene Grafik © 2016)
- Abb.20 Entwicklung der Pflegbedürftigen 2000-2014 (eigene Grafik © 2016)
- Abb.21 Variation der Inanspruchnahme (eigene Grafik © 2016)
- Abb.22 Personen in häuslicher Pflege 2000-2014 (eigene Grafik © 2016)
- Abb.23 Durchschnittsalter der Personen in häuslicher Pflege 2000-2014 (eigene Grafik © 2016)
- Abb.24 Ambulant behandelte Personennach Alter 2012-2014 (eigene Grafik © 2016)

- Abb.25 Altersverteilung MdP Diagnosen (eigene Grafik © 2016)
- Abb.26 Geschlechterverteilung (eigene Grafik © 2016)
- Abb.27 Altersstruktur (eigene Grafik © 2016)
- Abb.28 Nationalitäten (eigene Grafik © 2016)
- Abb.29 gesprochen Sprachen (eigene Grafik © 2016)
- Abb.30 individuelle Sprachkenntnisse (eigene Grafik © 2016)
- Abb.31 Fluktuation (eigene Grafik © 2016)
- Abb.32 Schulabschluss (eigene Grafik © 2016)
- Abb.33 Ausbildung (eigene Grafik © 2016)
- Abb.34 Lifelong learning (eigene Grafik © 2016)
- Abb.35 Wohnsitzländer (eigene Grafik © 2016)
- Abb.36 Herkunftsländer Grenzgänger (eigene Grafik © 2016)
- Abb.37 Verkehrsmittel (eigene Grafik © 2016)
- Abb.38 Fahrzeit (eigene Grafik © 2016)
- Abb.39 Wegeunfälle (eigene Grafik © 2016)
- Abb.40 Arbeitszeit 18-22 Uhr (eigene Grafik © 2016)
- Abb.41 Arbeitszeit 6-8 Uhr (eigene Grafik © 2016)
- Abb.42 Nachtdienste (eigene Grafik © 2016)
- Abb.43 Wochenenddienste (eigene Grafik © 2016)
- Abb.44 Geteilte Dienste (eigene Grafik © 2016)
- Abb.45 Überstunden (eigene Grafik © 2016)
- Abb.46 Erwerbstätigkeit (eigene Grafik © 2016)
- Abb.47 Arbeit und Privatleben (eigene Grafik © 2016)
- Abb.48 Zeitaufwand und familiäre Verpflichtungen (eigene Grafik © 2016)
- Abb.49 Entlohnung (eigene Grafik © 2016)
- Abb.50 Entlohnung Zufriedenheit vs. Unzufriedenheit (eigene Grafik © 2016)
- Abb.51 Wichtigkeit der Arbeit (eigene Grafik © 2016)
- Abb.52 Motivation (eigene Grafik © 2016)
- Abb.53 Qualifikation (eigene Grafik © 2016)
- Abb.54 komplizierte Arbeit (eigene Grafik © 2016)
- Abb.55 Beschwerden (eigene Grafik © 2016)
- Abb.56 Stolz auf Pflegedienst (eigene Grafik © 2016)
- Abb.57 Informationen und Arbeitsmittel (eigene Grafik © 2016)
- Abb.58 Unterbrechungen (eigene Grafik © 2016)

- Abb.59 Zeitdruck (eigene Grafik © 2016)
- Abb.60 Zeitdruck Sachsen(eigene Grafik © 2016)
- Abb.61 Belastende Situationen(eigene Grafik © 2016)
- Abb.62 Angeschrien werden(eigene Grafik © 2016)
- Abb.63 Geruch (eigene Grafik © 2016)
- Abb.64 Wohnungen (eigene Grafik © 2016)
- Abb.65 Bedürfnisse KundInnen (eigene Grafik © 2016)
- Abb.66 fachgerechte Behandlung (eigene Grafik © 2016)
- Abb.67 Behinderung durch Angehörige
- Abb.68 Gefühle (eigene Grafik © 2016)
- Abb.69 Rückmeldung (eigene Grafik © 2016)
- Abb.70 Arbeitsproblemen zuhören (eigene Grafik © 2016)
- Abb.71 Hilfe bei Problemen (eigene Grafik © 2016)
- Abb.72 Atmosphäre unter KollegInnen (eigene Grafik © 2016)
- Abb.73 Gemeinschaftsgefühl (eigene Grafik © 2016)
- Abb.74 Ansprechpartner Führung (eigene Grafik © 2016)
- Abb.75 Individuelle Analyse CBI (eigene Grafik © 2016)
- Abb.76 Individuelle prozentuelle Analyse CBI (eigene Grafik © 2016)
- Abb.77 Gesundheitszustand (eigene Grafik © 2016)
- Abb.78 Gesundheitszustand und CBI(eigene Grafik © 2016)
- Abb.79 Krankenstand (eigene Grafik © 2016)
- Abb.80 Krankenstand und CBI (eigene Grafik © 2016)
- Abb.81 Arbeit trotz Krankheit (eigene Grafik © 2016)
- Abb.82 Arbeit trotz Krankenschein (eigene Grafik © 2016)
- Abb.83 Mobbing (eigene Grafik © 2016)
- Abb.84 Idealvorstellungen des Lebens (eigene Grafik © 2016)
- Abb.85 Lebenszufriedenheit (eigene Grafik © 2016)
- Abb.86 Berufsaufgabe (eigene Grafik © 2016)
- Abb.87 Verständigungssprache (eigene Grafik © 2016)
- Abb.88 Dokumentationsprache (eigene Grafik © 2016)
- Abb.89 Dokumentationsform (eigene Grafik © 2016)
- Abb.90 Datenübertragung (eigene Grafik © 2016)
- Abb.91 Computertätigkeit (eigene Grafik © 2016)
- Abb.92 Arbeits-, Kundenzuteilung

- Abb.93 Mitarbeiterzuteilung (eigene Grafik © 2016)
- Abb.94 Arbeit alleine (eigene Grafik © 2016)
- Abb.95 Einfluss auf Arbeitsmenge (eigene Grafik © 2016)
- Abb.96 Pausen (eigene Grafik © 2016)
- Abb.97 Urlaub (eigene Grafik © 2016)
- Abb.98 Konfliktlösung (eigene Grafik © 2016)
- Abb.99 Verteilung Arbeit (eigene Grafik © 2016)
- Abb.100 Arbeitsziele (eigene Grafik © 2016)
- Abb.101 Nutzung der Fähigkeiten (eigene Grafik © 2016)
- Abb.102 Arbeitsbefugnisse (eigene Grafik © 2016)
- Abb.103 Unnötige Dinge (eigene Grafik © 2016)
- Abb.104 Personalengpässe (eigene Grafik © 2016)
- Abb.105 Vorschläge berücksichtigen (eigene Grafik © 2016)
- Abb.106 Information über Veränderungen(eigene Grafik © 2016)
- Abb.107 Informationsfluss (eigene Grafik © 2016)
- Abb.108 Dienstpläne (eigene Grafik © 2016)
- Abb.109 Aussprache Arbeitsqualität (eigene Grafik © 2016)
- Abb.110 Management Vertrauen (eigene Grafik © 2016)
- Abb.111 Körperliche Arbeitsbedingungen (eigene Grafik © 2016)
- Abb.112 Körperhaltungen (eigene Grafik © 2016)
- Abb.113 statische Haltung (eigene Grafik © 2016)
- Abb.114 gebückte Haltung (eigene Grafik © 2016)
- Abb.115 Torsion (eigene Grafik © 2016)
- Abb.116 Körperhaltung aufrecht (eigene Grafik © 2016)
- Abb.117 Personen bewegen (eigene Grafik © 2016)
- Abb.118 Gegenstände bewegen (eigene Grafik © 2016)
- Abb.119 Auto fahren(eigene Grafik © 2016)
- Abb.120 Hilfsmittel ausreichend (eigene Grafik © 2016)
- Abb.121 Hilfsmittel funktionstüchtig (eigene Grafik © 2016)
- Abb.122 Hilfsmittel genutzt (eigene Grafik © 2016)
- Abb.123 Hilfsmittel zum Transport ausreichend (eigene Grafik © 2016)
- Abb.124 Wohnungen adaptiert (eigene Grafik © 2016)
- Abb.125 Beleuchtung ausreichend (eigene Grafik © 2016)
- Abb.126 Verletzungsgefahr(eigene Grafik © 2016)

- Abb.127 Stolperfallen(eigene Grafik © 2016)
- Abb.128 physische Aggressionen (eigene Grafik © 2016)
- Abb.129 Infektionsgefahr(eigene Grafik © 2016)
- Abb.130 Handschuhe, Mundschutz, Desinfektionsmittel (eigene Grafik © 2016)
- Abb.131 angepasste Arbeitskleidung (eigene Grafik © 2016)
- Abb.132 Waschwufigkeit (eigene Grafik © 2016)
- Abb.133 wer wäscht Arbeitskleidung? (eigene Grafik © 2016)
- Abb.134 Arbeitskleidung einheitlich? (eigene Grafik © 2016)
- Abb.135 berbekleidung (eigene Grafik © 2016)
- Abb.136 Prvention von Infektionskrankheiten (eigene Grafik © 2016)
- Abb.137 BGF Programm (eigene Grafik © 2016)

Tabellenverzeichnis

Tab.1 Persönliches Burnout (eigene Tabelle © 2016)

1. Einleitung

In dieser Arbeit sollen die Belastungen untersucht werden, denen das Personal im ambulanten Pflegebereich im Großherzogtum Luxemburg ausgesetzt ist. Zu diesem Zweck wurde eine Befragung, mittels Fragebogen, bei in diesem Bereich tätigen Personen durchgeführt. Es werden die erhaltenen Antworten dargestellt und aus arbeitsmedizinischer Sicht analysiert. Es soll auch der Frage nachgegangen werden, in wieweit diese Ergebnisse einen Einfluss auf die Kostenentwicklung im ambulanten Pflegebereich haben.

Zum besseren Verständnis erscheint es daher wichtig vorab einen kurzen Überblick über das aktuell bestehende System der Pflegeversicherung in Luxemburg zu geben.^{1 2}

Am 19. Juni 1998 wurde das Gesetz zur Einführung einer Pflegeversicherung (*assurance dépendance*) als neuer Sektor der Sozialversicherung im luxemburgischen Parlament angenommen. Dieses Gesetz trat am 1. Januar des darauffolgenden Jahres in Kraft.

Alle Personen, die durch die luxemburgische Kranken- und Mutterschaftsversicherung geschützt sind, haben ein Anrecht auf die Leistungen der Pflegeversicherung.

Zum 31.12.2014 erhielten 13.464 Personen Leistungen aus der Pflegeversicherung.

Pflegebedürftigkeit ist der Zustand einer Person, die in Folge einer physischen, geistigen oder psychischen Krankheit oder einer gleichartigen Defizienz, einen hohen und regelmäßigen Bedarf an Unterstützung durch Dritte bei den wichtigen Verrichtungen des täglichen Lebens benötigt. Die Pflegeversicherung zielt darauf ab, die dadurch entstehenden Kosten auszugleichen.

Dies beinhaltet:

- Den Bedarf bei den wichtigen Verrichtungen des täglichen Lebens, welche die Bereiche Körperhygiene, Ernährung und Mobilität (an- und ausziehen,

¹ Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, Bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'Assurance dépendance 2013 S. 11- 326

² Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, rapport général sur la sécurité sociale 2015, S. 91-139

aufstehen, sich hinlegen, sich im Haus bewegen, Stiegen steigen, aus dem Haus gehen) betrifft.

- Die Dauer der Pflegebedürftigkeit muss sich, soweit vorhersehbar, mindestens über einen Zeitraum von 6 Monaten erstrecken.
- Um die Kriterien der Pflegebedürftigkeit zu erfüllen, muss ein Bedarf von mindestens 3,5 Stunden Pflege pro Woche gegeben sein.

Personen, die diese Kriterien nicht erfüllen, die aber vonseiten des medizinischen Dienstes der Sozialversicherung eine Palliativversorgung genehmigt bekommen haben, sind ebenfalls Nutznießer der Leistungen der Pflegeversicherung.

Die Leistungen der Pflegeversicherung können in 7 Kategorien eingeteilt werden:

1. Hilfs- und Pflegeleistungen bei den wichtigen Verrichtungen des täglichen Lebens (s.o.)
2. Hilfe im Haushalt (übliche Hausarbeiten, Abwasch und Unterhalt der Wäsche)
3. Unterstützende Maßnahmen, wie z.B. Anwesenheit einer Person bei dem/der Pflegebedürftigen, die nicht allein bleiben können, Begleitung bei Einkäufen, Behördengängen oder beim Besuch einer semi-stationären Pflegeeinrichtung.
4. Professionelle Beratung mit dem Ziel die Autonomie des/der Pflegebedürftigen zu erhalten.
5. Produkte, die zur eigentlichen Pflege notwendig sind
6. Die Bereitstellung technischer Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Bett, Gehstock....)
7. Die Adaptation der Wohnung, um einen besseren Zugang zu ermöglichen, um damit die Autonomie zu fördern und es der Person zu ermöglichen länger zu Hause bleiben zu können.

An der Organisation der Pflegeversicherung sind beteiligt:

1. die nationale Gesundheitskasse (CNS, *Caisse nationale de Santé*): Ihre Aufgabe ist die administrative und finanzielle Verwaltung der Pflegeversicherung. Sie entscheidet über die Gewährung der Leistungen aus der Pflegeversicherung, auf Basis des vom medizinischen Dienst der Pflegeversicherung (CEO, *Cellule d'Evaluation et d'Orientation*) erstellten Gutachtens

2. der medizinische Dienst der Pflegeversicherung (CEO): Er legt den Grad der Pflegebedürftigkeit fest und erstellt einen Behandlungsplan. Er hat des Weiteren die Aufgabe die Qualität der erbrachten Leistungen zu kontrollieren und die Angemessenheit der Leistungen im Verhältnis zu den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person zu überprüfen.

Die Leistungserbringer im Rahmen der Pflegeversicherung können in 4 Kategorien aufgeteilt werden:

1. das Netzwerk der ambulanten Pflegedienste
2. Die halb-stationären Pflegeeinrichtungen
3. Die stationären Pflegeeinrichtungen für einen dauerhaften Aufenthalt
4. Die stationären Pflegeeinrichtungen für einen vorübergehenden Aufenthalt

2. Methodik der Datengewinnung

Um Informationen über das Befinden, die Belastungen sowie die Beanspruchungen der im ambulanten Pflegebereich in Luxemburg tätigen ArbeitnehmerInnen zu erhalten, wurde ein zweisprachiger Fragebogen (deutsch/französisch) mit 119 Items entworfen.

2.1. Gestaltung des Fragebogens

Bei der Gestaltung des Fragebogens wurden Fragen aus verschiedenen Arbeitsanalyseverfahren ausgewählt, des Weiteren wurden eigene Fragen in den Fragebogen aufgenommen.

Auf die Benutzung eines kompletten standardisierten Fragebogens wurde verzichtet, um so eine bessere Möglichkeit zu erhalten, zumindest punktuell, die ganze Breite der möglichen Einwirkungen, denen die im ambulanten Pflegebereich arbeitenden Personen in Luxemburg ausgesetzt sind, zu erfassen. Dies erfolgt auch mit der Absicht, eventuell einen Hinweis zu erhalten, in welchem Bereich eine ausführlichere, breiter angelegte Analyse zu einem späteren Zeitpunkt sinnvoll sein könnte.

Die Fragen, die nicht einem der standardisierten Fragebögen entstammen, beziehen sich hauptsächlich auf luxemburgische Spezifitäten, die sich aus der Tatsache ergeben, dass, so wie in vielen Bereichen der luxemburgischen Wirtschaft, multiple Nationalitäten aus Luxemburg, sowie aus den angrenzenden Ländern Belgien, Deutschland und Frankreich gemeinsam in der ambulanten Pflege tätig sind. Von Interesse waren dabei im Besonderen die Sprachkenntnisse, die Schulausbildung und die Länge der Anfahrtswege.

"Arbeitspsychologische Verfahren haben den Anspruch, dass ihre Qualität wissenschaftlich nachgewiesen ist"³, weshalb Fragen aus unterschiedlichen Fragebögen entnommen wurden, die diesen Kriterien entsprechen.

³ Vgl. Dunckel H., 1999, S.18

2.1.1 Screening Gesundes Arbeiten (SGA)⁴

Es handelt sich dabei um eine Untersuchung, die im Rahmen eines Beobachtungsinterviews durchgeführt werden soll. Es erschien aber sinnvoll einige der dort angesprochenen Themen, teils in der Originalversion, teils in für diese Befragung leicht abgewandelter Form in den Fragebogen aufzunehmen. Dies betraf die Themen: Art des Arbeitsvertrages, die bei der Arbeit verwendeten Hilfsmittel, die emotionalen Anforderungen sowie die Körperhaltung.

2.1.2 Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)⁵

Es handelt sich dabei um einen "wissenschaftlich validierten Fragebogen zur Erfassung psychischer Belastungen und Beanspruchungen bei der Arbeit"

Es wurden hierbei Items aus den Kategorien⁶

- B1 - Anforderungen bei der Arbeit
- B3 - Einflussmöglichkeiten und Spielraum bei der Arbeit
- B5 - Entwicklungsmöglichkeiten und Bedeutung
- B6 - Fragen zu Regelungen und Abläufen bei der Arbeit
- B8 - Verhältnis zu Kollegen und Vorgesetzten
- B8a- Fragen bezüglich des Arbeitsplatzes an sich
- B11 - Zufriedenheit mit der Arbeitssituation

in den Fragebogen aufgenommen.

Dort, wo es sinnvoll erschien, wurden die Fragen im Sinne eines besseren Bezuges zum Thema angepasst.

2.1.3 Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse (KFZA)

Bei diesem Fragebogen handelt es sich um ein „Screening Instrument, mit dem positive und negative Einflüsse der Arbeits- und Organisationsstruktur erfasst werden“⁷

⁴ Vgl. Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit, Berlin, o.J.

⁵ Vgl. COPSOQ <http://www.copsoq.de> [Zugriff am: 04.02.2016]

⁶ Vgl. COPSOQ. <http://www.copsoq.de/assets/COPSOQ-Standard-Fragebogen-FFAW.pdf> [Zugriff am: 29.03.2016]

⁷ Vgl. Prümper u.a. in Sarges u.a., 2010, S.157-158

Es wurden Fragen aus den Bereichen Arbeitsinhalt, Stressoren, Ressourcen und Organisationsklima, teils im Original, teils in dem Zweck der Untersuchung angepasster Form übernommen.

2.1.4 Psychologische Bewertung von Arbeitsbedingungen – Screening für Arbeitsplatzinhaber (BASA II)⁸

Es handelt sich dabei um ein universelles Verfahren, das an allen Arbeitsplätzen angewandt werden kann. BASA II wurde in den letzten Jahren zur Erfassung psychischer Belastungen eingesetzt. Dabei werden die Arbeitsplätze verschiedener Branchen, wie Produktion, öffentliche Verwaltung, Pflege und Telekommunikation bewertet.

Fragen aus folgenden Teilbereichen wurden dabei original oder in für den Zweck der Befragung modifizierter Form berücksichtigt:

- Teil A: Arbeitsplatzbezogene Arbeitsbedingungen
- Teil B : Arbeitsumwelt bezogene Arbeitsbedingungen
- Teil C: Allgemeine Arbeitsbedingungen
- Teil D: Organisatorische Arbeitsbedingungen
- Teil G: Tätigkeitsbezogene Arbeitsbedingungen

2.1.5 Copenhagen Burnout Inventory

Das Konzept des Burnouts "Ausgebranntsein, Zustand der totalen Erschöpfung"⁹ wurde in den 1970er Jahren von Freudenberg (1974) und Maslach (1976) eingeführt. Das "Copenhagen Burnout Inventory" ist ein Fragebogen mit drei Unterteilen: persönliches Burnout, berufsbedingtes Burnout und KundInnen bezogenes Burnout. Die Fragen betreffend das persönliche Burnout wurden dabei so formuliert, so dass alle Menschen sie beantworten können.¹⁰ Diese Fragen wurden zur Gänze in den Fragebogen integriert.

⁸ Vgl. Richter in Sarges u.a., 2010, S.29,35

⁹ Vgl. Weber in Triebig u.a., 2014 S.460,

¹⁰ Vgl. Kristensen u.a., 2005, S.196

2.1.6 Präsentismus (Overcommitment)

Mit Präsentismus wird das Phänomen beschrieben, dass Personen trotz Beschwerden und Krankheit, welche Anlass zum fern bleiben von der Arbeit geben würden, trotzdem zur Arbeit erscheinen.¹¹

In Anlehnung an die von Hägerbäumer M.¹² im Rahmen ihrer Dissertation selbstentwickelten Präsentismus Skala wurden die Punkte Pr1 und Pr2 in leicht modifizierter Form in den Fragebogen übernommen.

2.1.7 Bundesinstitut für Berufsbildung / Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (BIBB/IAB), Mobbing

Mobbing steht für ein Phänomen, das wiederkehrende Feindseligkeiten (z.B. Schlechtbehandlung, Schikane, Entwertung) am Arbeitsplatz gegen Beschäftigte auf allen Hierarchieebenen zum Ausdruck bringen soll. Unter Mobbing werden Handlungen einer Gruppe oder eines Individuums verstanden, denen von einer Person, die diese Handlungen als gegen sich gerichtet wahrnimmt, ein feindseliger, demütigender oder einschüchternder Charakter zugeschrieben wird. Die Handlungen müssen häufiger auftreten und über einen längeren Zeitraum andauern. Die betroffene Person muss sich zudem aufgrund wahrgenommener sozialer, ökonomischer, physischer oder psychischer Charakteristika außerstande sehen, sich zu wehren oder dieser Situation zu entkommen.¹³

2.1.8 Satisfaction with life scale (SWLS)

Der Indikator Lebenszufriedenheit misst nicht so sehr die aktuellen Gefühle der Menschen, sondern, wie sie ihr Leben als Ganzes einschätzen. Der Wert für Luxemburg beträgt auf einer 10-teiligen Skala 6,9 (Belgien 6,9, Deutschland 7,0, Frankreich 6,5)¹⁴.

¹¹ Vgl. Aronsson u.a., 2000, S.503

¹² Vgl. Hägerbäumer 2011, S.99

¹³ Vgl. NIEDL 1995, S.297

¹⁴ Vgl. OECD <http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/luxembourg/> [Zugriff am: 05.02.2016]

Für diesen Fragebogen wurden die Fragen Nr.1 und Nr.3 aus der "Satisfaction with life scale" ¹⁵, verwendet. An Stelle der 7-teiligen Skala wurde der Einsatz einer 5-teiligen Skala bevorzugt

2.1.9 EQ(EuroQuol)-5D, VAS, allgemeiner Gesundheitszustand

„Der EQ-5D ist ein weitverbreitetes Instrument der präferenzbasierten Lebensqualitätsmessung.“¹⁶ Die EQ-VAS Version, an und für sich eine 20 cm lange 100 teilige vertikale Skala¹⁷, gibt Auskunft über den selbst bewerteten aktuellen Gesundheitszustand. An Stelle der im Original verwendeten Skala wurde in diesem Fragebogen aus Praktikabilitätsgründen eine 10 stufige Skala vorgezogen.

2.1.10 NEXT (Nurses'Early Exit Study), Gedanken an Berufsaufgabe

Die NEXT-Studie ist ein europäisches Forschungsprojekt zum vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf.¹⁸

Zum überwiegenden Teil wurden die Antworten im Fragebogen auf einer 5-teiligen Skala eingetragen, dort wo sinnvoll, waren ja/nein Antworten vorgesehen, Mehrfachnennungen waren im Bereich der Fragen, die sich auf die Sprachkenntnisse beziehen möglich. Bei Fragen, die Ausbildung betreffend, wurden die Teilnehmer der Befragung gebeten schriftliche Angaben zu machen.

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass sich in den oben angegebenen Arbeitsanalyseverfahren einzelne Fragen überschneiden.

2.2 Genehmigungsverfahren

So wie von den luxemburgischen Gesetzen vorgesehen, wurde der Fragebogen dem nationalen Comité für Ethik in der Forschung vorgelegt. (Comité National

¹⁵ Vgl. Diener u.a., 1985, S.71

¹⁶ Vgl. Gabler <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/eq-5d-euroqol.html>

¹⁷ Vgl. Szende u.a.,2004, S.13

¹⁸ Vgl. Simon u.a. 2005, S.5

d’Ethique de Recherche Luxembourg (CNER). Er wurde am 12. Mai 2015 genehmigt, ohne dass ein Änderungsbedarf bestanden hätte.

Die Genehmigung verpflichtet dazu, die erhobenen Daten zum 31. Dezember 2016 zu löschen. (*Die Genehmigung liegt in Kopie im Anhang bei*)

2.3 Praktische Durchführung

Die Verteilung der Fragebögen begann bei einem arbeitsmedizinischen Dienst Ende Juni 2015. Da, wider Erwarten, bis Ende Oktober nur eine sehr geringe Anzahl an ausgefüllten Fragebögen vorlag, wurde die Befragung bei diesem Dienst abgebrochen. Dankenswerterweise fanden sich drei, im Bereich der ambulanten Pflege tätige Unternehmen, die diese Befragung unterstützten.

In einem Fall wurde der Fragebogen firmenintern online gestellt, in den beiden anderen Unternehmen wurde die Papierform ausgefüllt, so dass Mitte Dezember 2015 insgesamt 189 verwertbare Umfragebögen vorlagen.

Zur weiteren Bearbeitung wurden die erhobenen Daten in eine "Excel" Tabelle übertragen.

3. Bevölkerungsstruktur in Luxemburg

Im Jahr 2015 zählte Luxemburg 562.958 Einwohner, davon waren 54,05 % luxemburgische Staatsbürger, 45,95% der Einwohner hatten eine andere Nationalität (siehe Abb.1).¹⁹

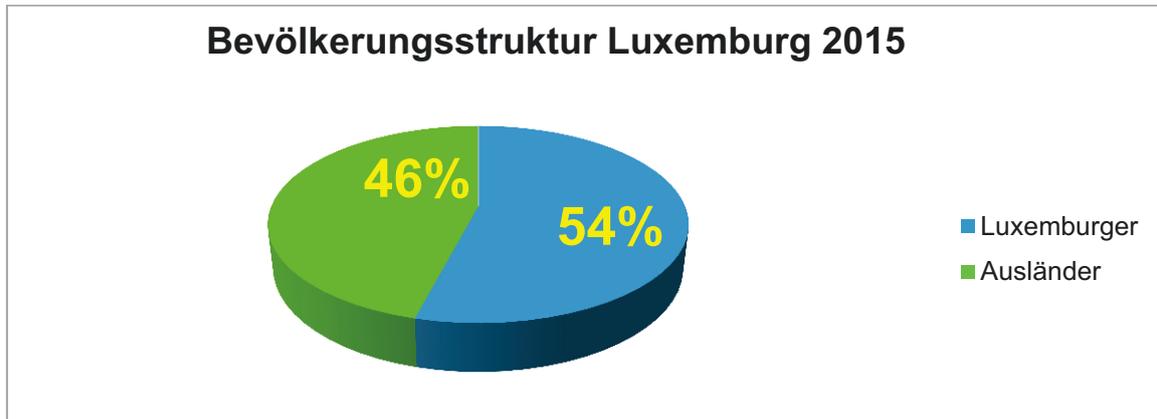


Abb.1: Bevölkerungsstruktur (eigene Grafik © 2016)

Zum 31.12.2014 waren 49,91% der Einwohner weiblichen Geschlechts, 50,09% männlichen Geschlechts.

Portugal stellt mit einem Anteil von 35,59% (dies entspricht 16,35% der

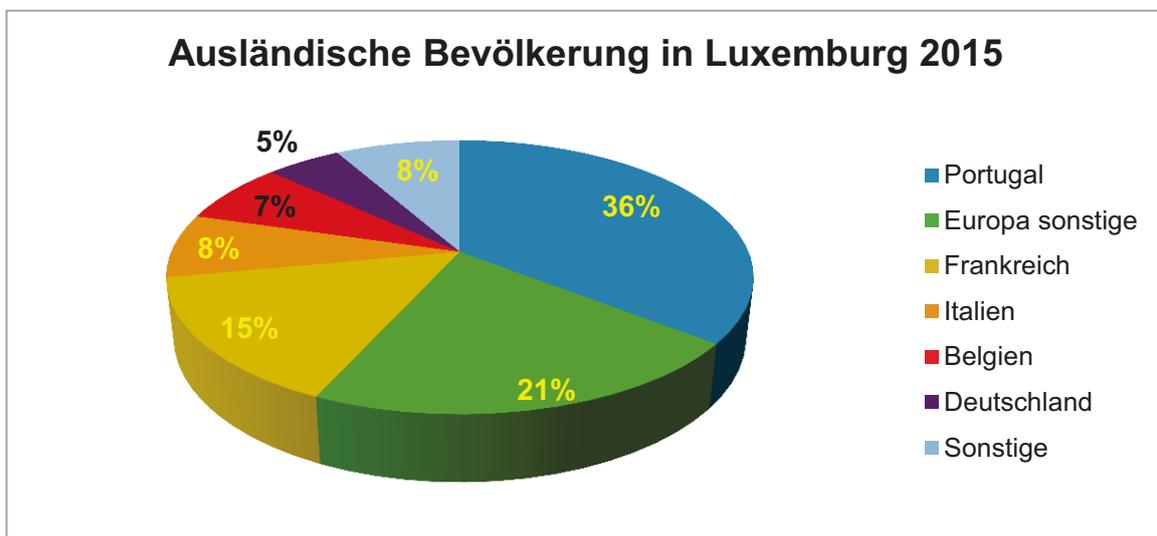


Abb.2: Ausländische Bevölkerung (eigene Grafik © 2016)

Gesamtbevölkerung), die größte Zahl an ausländischen Mitbewohnern, gefolgt von Frankreich (15,22%), Italien (7,55%), Belgien (7,28%) und Deutschland (4,94%) (siehe Abb.2)

¹⁹Vgl. STATEC

http://www.statistiques.public.lu/stat/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=384&IF_Language=fra&MainTheme=2&FldrName=1, [Zugriff am: 13.2.2016]

Die Alterspyramide zeigt einen Überhang der männlichen Bevölkerung bis zur Alterskategorie 60-64 Jahre. Ab der Alterskategorie von 65-69 Jahren ist die weibliche Bevölkerung in der Überzahl.(siehe Abb.3)²⁰

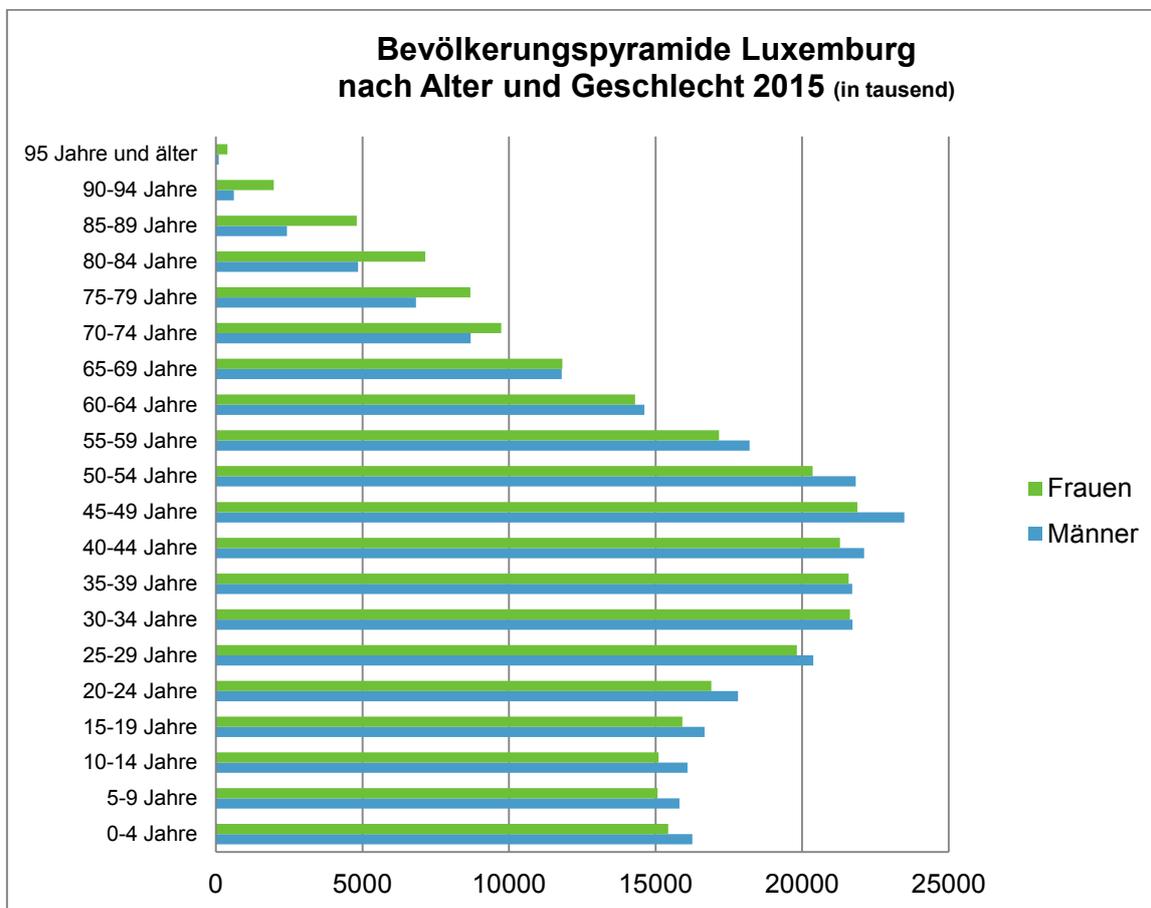


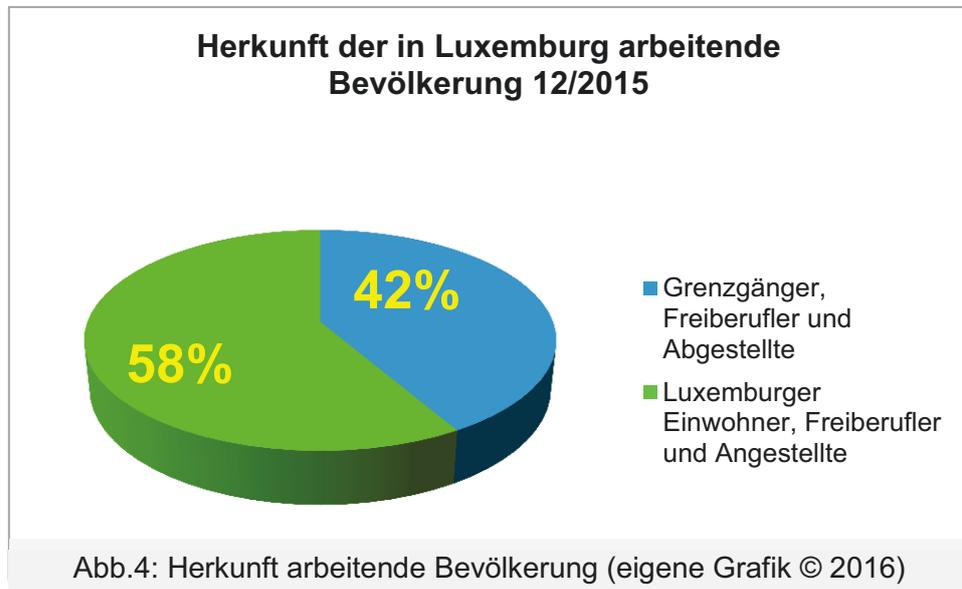
Abb.3: Bevölkerungspyramide (eigene Grafik © 2016)

Es lohnt, auf Grund der spezifischen Situation Luxemburgs, auch ein Blick auf die Herkunft der arbeitenden Bevölkerung. Im Dezember 2015 belief sich die Gesamtzahl der auf luxemburgischen Territorium beschäftigten Angestellten (zur Erklärung: „Arbeiter“ wurden vor einigen Jahren den „Angestellten“ gleichgestellt, daher spricht man nur noch von Angestellten) und Freiberufler auf 419.170 Personen, dies bei einer Einwohnerzahl von 562.958 Menschen. Insgesamt arbeiteten 174.490 Personen im Großherzogtum, die ihren Wohnsitz nicht in Luxemburg hatten (Stand 12/2015). (siehe Abb.4) Dies zu betrachten ist insofern

²⁰ Vgl. STATEC <http://www.statistiques.public.lu/stat/TableView/tableView.aspx> , [Zugriff am: 13.02.2016]

wichtig, als dass auch alle Grenzgänger ihren Beitrag zum luxemburgischen Sozialversicherungssystem und somit auch zur Pflegeversicherung leisten.²¹

Es lohnt in diesem Zusammenhang die prognostizierte Entwicklung der Bevölkerungsentwicklung für das Jahr



2030 zu betrachten: (siehe Abb.5)

Das Verhältnis zwischen Männern (hommes) und Frauen (femmes), wird sich in den kommenden Jahren nicht wesentlich verschieben. Auffallend ist aber, dass die Zahl der 30 bis 40 jährigen bis zum Jahr 2030 zunehmen wird. Die Zahl der Personen, die 60 Jahre und älter sind, nimmt allerdings auch deutlich zu.²²

Betrachtet man nun vergleichsweise die prognostizierte Entwicklung der österreichischen Bevölkerung (siehe Abb.6), so sieht man, dass es hier zu einem gleich bleiben, bzw. einer Abnahme der Personen zwischen 30 und 40 Jahren, bis in das Jahr 2030 kommen wird, und damit auch gleich viel oder weniger Personen, die zunehmende Zahl der PensionsempfängerInnen und pflegebedürftigen Personen werden finanzieren müssen.²³

²¹ Vgl. STATEC

http://www.statistiques.public.lu/stat/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=7252&IF_Language=fr&MainTheme=2&FldrName=3&RFPPath=92, [Zugriff am: 13.02.2016]

²² Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, 2013, S.315

²³ Vgl. Statistik Austria, Bevölkerungsprognose 2011, Erstellt am 28.08.2011

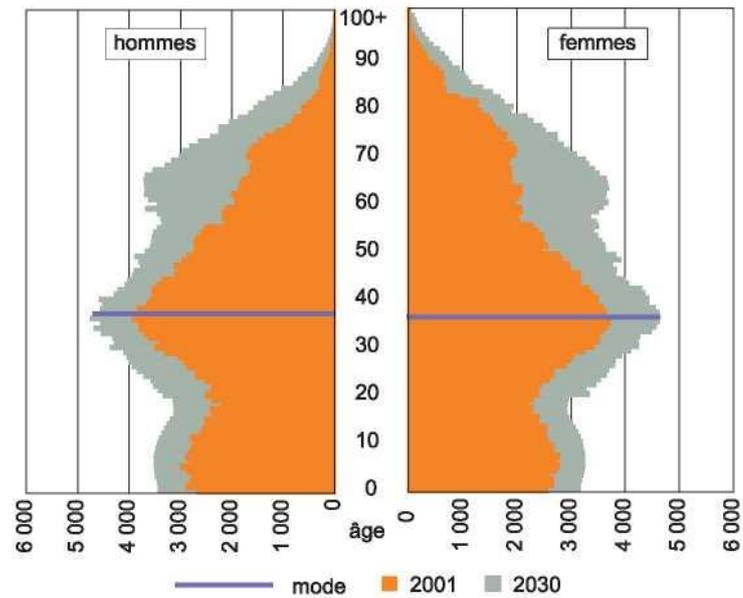
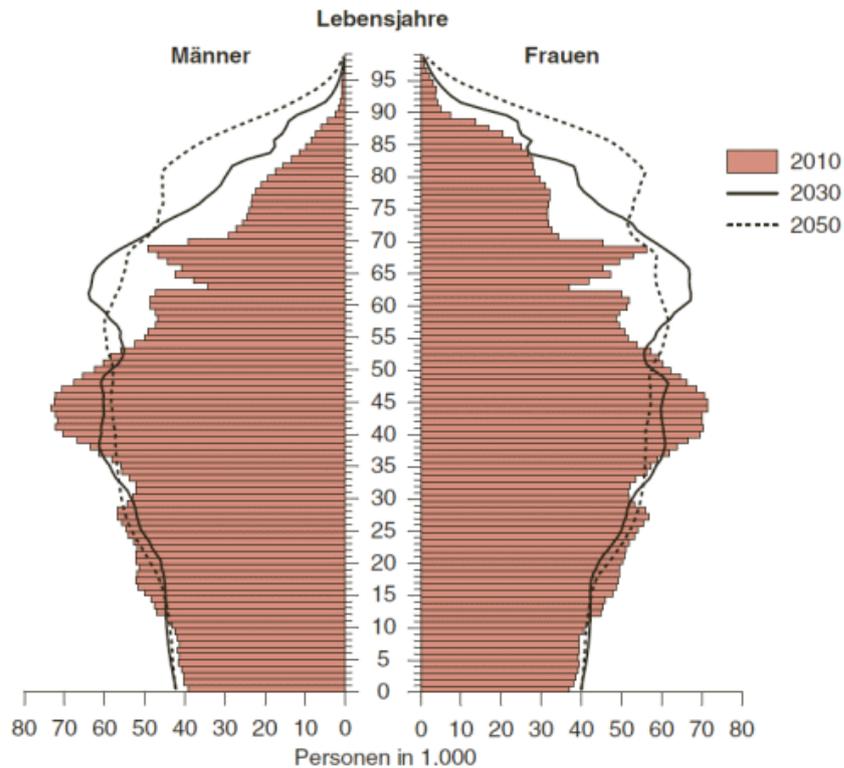


Abb.5: Alterspyramide der in Luxemburg wohnenden Bevölkerung zwischen 2001 und 2030, Berechnung IGSS (August 2012) , Quelle: *Ministère de la Sécurité Sociale*, 2013. S.315

Bevölkerungspyramide 2010, 2030 und 2050
(mittlere Variante)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Bevölkerungsprognose 2011. Erstellt am: 25.08.2011.

Abb.6: Bevölkerungsprognose 2011, Quelle: Statistik Austria
25.08.2011

3. Die luxemburgische Pflegeversicherung

4.1 Kosten und Finanzierung der luxemburgischen Pflegeversicherung

Eine Darstellung der luxemburgischen Pflegeversicherung, ohne auf die Ausgaben und die Finanzierung einzugehen, wäre unvollständig.

In diesem Zusammenhang ist interessant zu betrachten für welche Diagnosen des medizinischen Dienstes der Pflegeversicherung (mDP) wie viel pflegerische Zeit aufgewandt wird. (siehe Abb.7) Die Diagnosen „Demenz und kognitive Störungen“ sowie „psychiatrische Störungen“ benötigen mit 62,5 bzw. 40,2 Std. pro Woche am meisten Betreuung, wobei hier nicht zwischen ambulanter und stationärer Betreuung unterschieden wird. „Erkrankungen des Nervensystems“ benötigen 37,6 Std. Betreuung. Neurale Erkrankungen, im weitesten Sinn, benötigen also ein sehr hohes Maß an Pflege.²⁴

Im Jahresbericht des Ministeriums für soziale Sicherheit von 2013²⁵ wird detailliert auf die neuralen Erkrankungen eingegangen. „Die Mehrheit der an Demenz erkrankten Personen befinden sich in stationären Pflegeeinrichtungen.“ Bei den Ausgaben der Pflegeversicherung ergeht der Löwenanteil der Ausgaben an diese

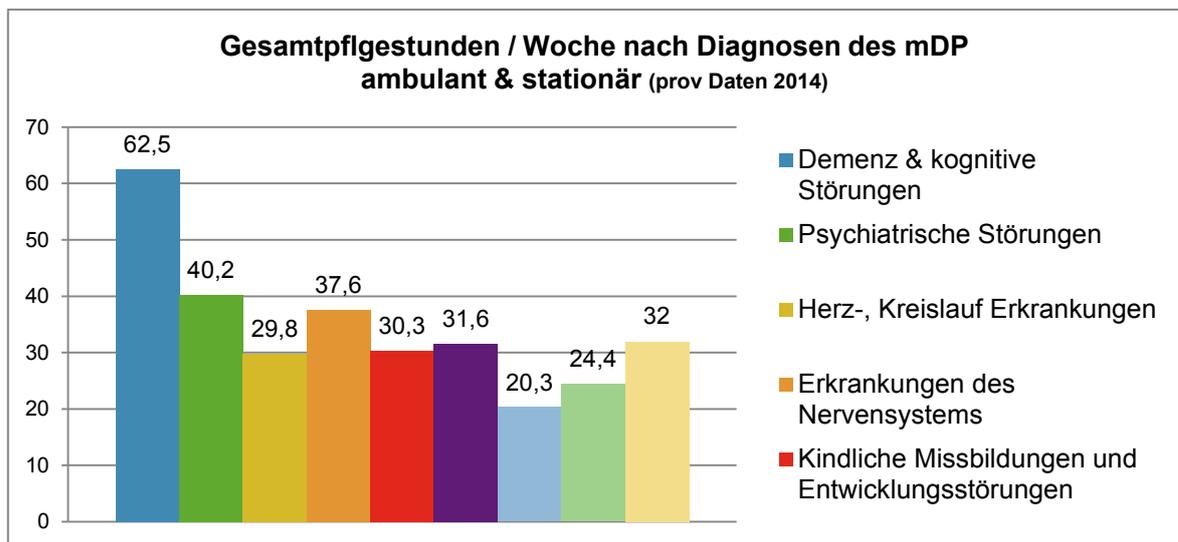


Abb.7: Gesamtpflegestunden (eigene Grafik © 2016)

Personengruppe. So kann man feststellen, dass sie 74% der Ausgaben der Pflegeversicherung erhalten. 2010 belief sich der Betrag, der ihnen zugesprochen

²⁴ Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, 2015, S.118

²⁵ Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, 2013, S.331

wurde, auf 311 Millionen €. Die durchschnittlichen Kosten für die Versorgung einer an Demenz erkrankten Person lag 2010 bei 143.091 €. Kommen noch andere Erkrankungen hinzu, erhöhen sich die Kosten weiter.

Die Ausgabenentwicklung ist durch einen rasanten Anstieg der Ausgaben von 2000 bis 2005 gekennzeichnet, im Durchschnitt jährlich 18,78%. (siehe Abb.8 & 9) Von 2005 bis 2013 betrug der Anstieg durchschnittlich 7,83% und lag damit deutlich unter 10%. Insgesamt stiegen die getätigten Ausgaben von 2000 bis 2013 um das 4,3-fache.²⁶ Die Ursache dafür liegt zum einen vor allem in der Zunahme der betreuten Personen, zum anderen sind die geleisteten Pflegestunden ebenfalls angestiegen.

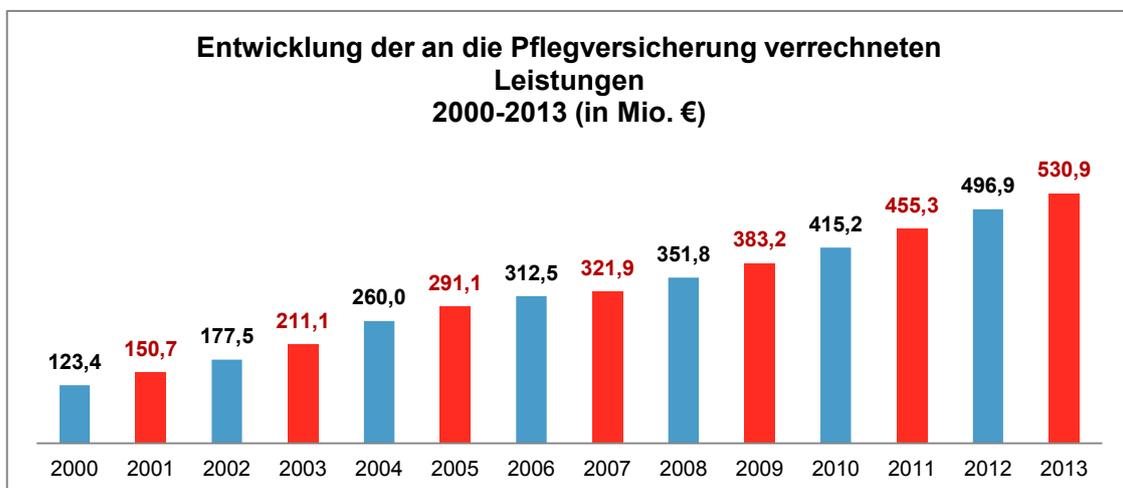


Abb.8: Entwicklung der verrechneten Leistungen (eigene Grafik © 2016)

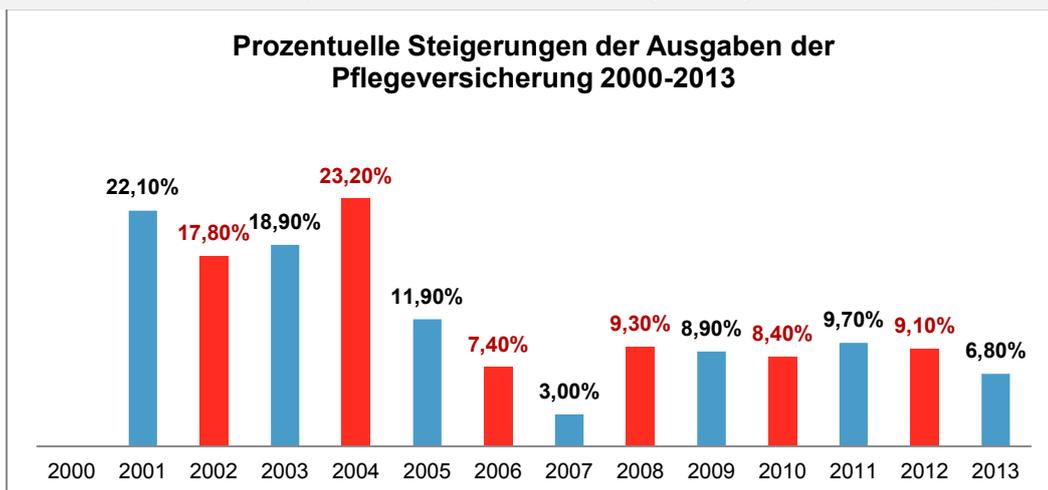


Abb. 9: prozentuelle Ausgabensteigerung (eigene Grafik © 2016)

²⁶ Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, 2015, S. 124

Dabei sind die Kosten für die häusliche Betreuung in den Jahren 2011-2013 um durchschnittlich 8,2% gestiegen. Die Steigerung der Kosten in der Heimpflege belief sich durchschnittlich auf 8,9%²⁷

Der Anteil der Ausgaben der Pflegeversicherung, die ins Ausland „exportiert“ worden sind, belief sich im Jahr 2013 auf 1,1% und entsprach einem Geldwert von 5,7 Mio. €.²⁸

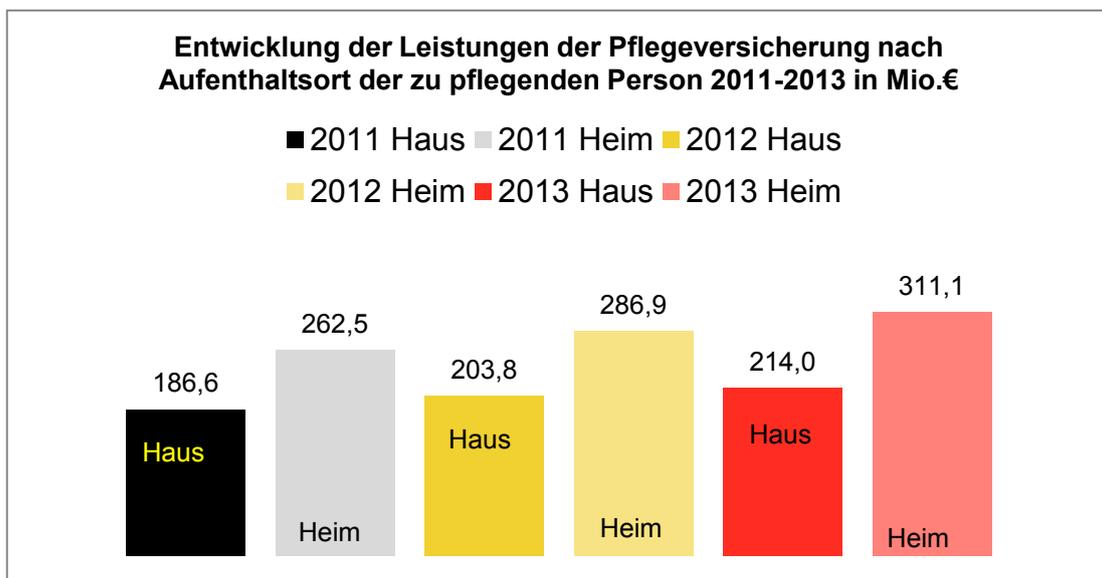


Abb.10: Leistungen nach Aufenthaltsort (eigene Grafik ©2016)

Die Verteilung der Aufwendungen der Pflegeversicherung zwischen häuslicher Pflege und Heimpflege (siehe Abb. 10) lohnen im Zusammenhang mit der vorliegenden Studie auch einer näheren Betrachtung, wobei im Ausland lebende EmpfängerInnen von Zuwendungen aus der Pflegeversicherung nicht berücksichtigt sind. Heimpflege kostet in jedem Fall mehr, so dass schon aus finanziellen Überlegungen eine Versorgung im gewohnten häuslichen Umfeld anzustreben ist.

Wie haben sich die Leistungen der Pflegeversicherung an die ambulanten Pflegedienste im Laufe der vergangenen Jahre entwickelt? (siehe Abb.11) In den bisher aufgeführten Beträgen sind die Beträge für Leistungen im Ausland abgezogen. Die Leistungen der Pflegeversicherung decken aber auch Leistungen im semistationären Bereich, die Anschaffung von Hilfsmitteln, oder aber auch die Adaptierung von Wohnraum, um nur einige zu nennen.

²⁷ Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, 2015, S.126

²⁸ Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, 2015, S. 124

Die ambulanten Pflegenetzwerke erhielten 2011 97,4 Mio. €, dieser Wert steigerte sich im Jahr 2012 auf 109,2 Mio. €, um 2013 den Wert von 118,6 Mio. € zu erreichen.²⁹

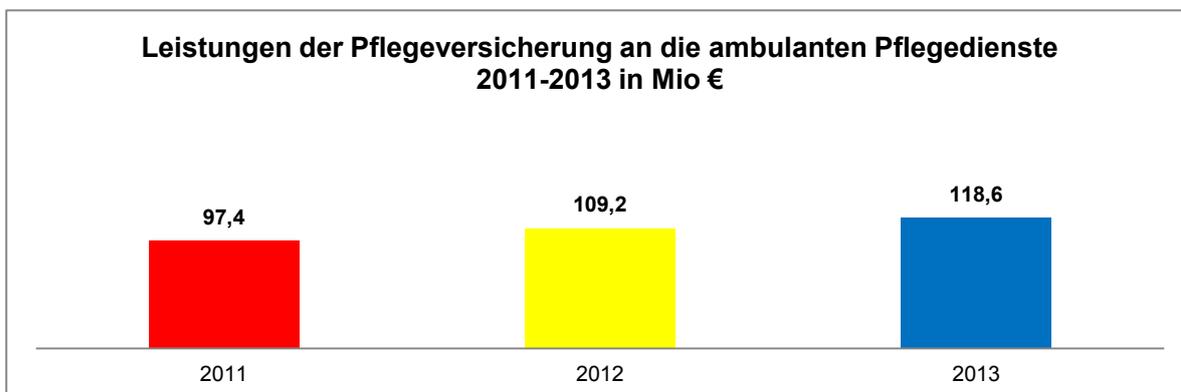


Abb.11: Finanzielle Zuwendungen an ambulante Pflegedienste (eigene Grafik © 2016)

Diesen Ausgaben der Pflegeversicherung stehen auch Einnahmen gegenüber. (siehe Abb.12)

Die Pflegeversicherung speist sich aus 3 Haupteinnahmequellen:³⁰

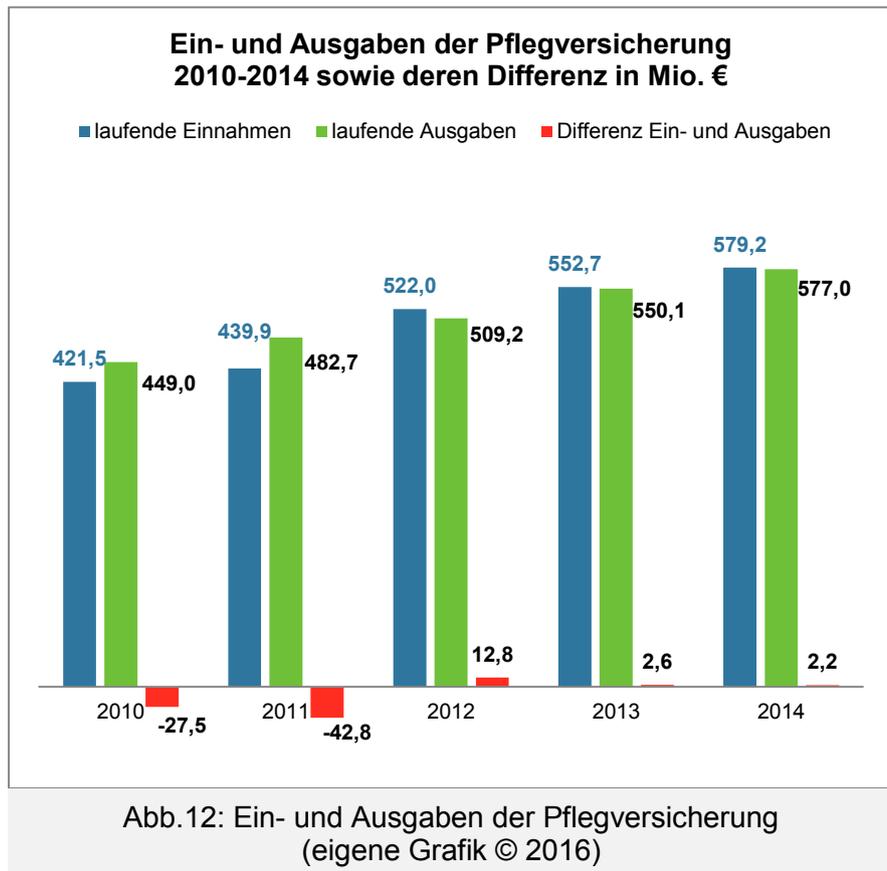
1. Einem Beitrag zur Pflegeversicherung, der auf berufliche Einkommen, sozialversicherungspflichtigen Ersatzeinkommen (z.B. Krankengeld, Arbeitslosenunterstützung) oder auf Einkommen aus Vermögenswerten erhoben wird. Seit 2007 beläuft sich der Satz auf 1,4% (zuvor 1%), wobei es keine Höchstbemessungsgrenze gibt.
2. Einem jährlichen staatlichen Zuschuss. Der Beitrag für 2014 und 2015 beläuft sich, vereinfacht ausgedrückt, auf 40% der Gesamtausgaben der Pflegeversicherung.
3. Einer Stromsteuer. Diese betrifft Verbraucher, die jährlich mehr als 1 Mio. kWh verbrauchen.

Ohne auf Details eingehen zu wollen, die den Rahmen dieser Arbeit sprengen würden, beliefen sich die Einnahmen 2014 auf 579,2 Mio. €, wovon 344,2 Mio. € aus Abgaben der in Luxemburg Sozialabgaben Leistenden, 231,8 Mio. € von Seiten des Staates, sowie 1,7 Mio. € aus der Stromsteuer resultierten. Nicht näher definierte Einnahmen beliefen sich auf 1,5 Mio. €.

²⁹ Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, 2015, S.127

³⁰ Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, 2015, S. 133

Die Ausgaben beliefen sich auf 577 Mio. €, so dass bei den laufenden Einnahmen und Ausgaben ein Überschuss von 2,2 Mio. € erzielt werden konnte. Überschüsse können nicht jedes Jahr erzielt werden. In den Jahren 2010 und 2011 ergab sich ein Defizit von 27,5 bzw. 42,8 Mio. €.



4.2 Die luxemburgische Pflegeversicherung im europäischen Kontext

Auf Grund der großen Zahl an Ausländern, die in Luxemburg leben und ihren Lebensabend vielleicht in ihrem Heimatland verbringen möchten, aber auch auf Grund der sehr großen Zahl an Grenzgängern, stellt sich die Frage in wieweit diese Personen von der luxemburgischen Pflegeversicherung profitieren können. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Publikation von Godelieve Masuy-Stroobant³¹ welche unter dem Titel „Der Kunde lebt im Ausland, auf welche Leistungen hat er Anspruch?“ diese Thematik näher beleuchtet. Sie beschreibt die Situation wie folgt:

Um einen Anspruch aus den Leistungen der luxemburgischen Pflegeversicherung zu haben, muss eine pflegebedürftige Person, die ihren Wohnsitz im Ausland hat, Anspruch auf die Leistungen der Krankenkasse im Rahmen der luxemburgischen Gesetzgebung haben. Dies bezieht sich auf Personen, die eine luxemburgische

³¹ Vgl. Masuy-Stroobant, 2012

Alterspension beziehen. Gemäß Gemeinschaftsrecht sind die Sachleistungen gemäß der im Land des Wohnsitzes geltenden Bestimmungen zu gewähren. (Fall1). Die Geldleistungen sind hingegen gemäß der luxemburgischen Gesetzgebung zu gewähren. (Fall 2)

Im 1. Fall werden die Sachleistungen nur dann gewährt, wenn im Wohnsitzland ein solcher Anspruch geltend gemacht werden kann. Dies stellt z.B. in Deutschland kein Problem dar, da es dort eine Pflegeversicherung gibt. In diesem Fall übernimmt die luxemburgische Pflegeversicherung die Kosten für die in Deutschland bewilligten und erbrachten Sachleistungen zum, gemäß den deutschen Gesetzen, vorgesehenen Tarif.

In Spanien z.B. stellt sich die Situation anders dar. Dort gibt es keine Pflegeversicherung, welche Sachleistungen anbietet. In diesem Fall ist die luxemburgische Pflegeversicherung nicht zur Leistung verpflichtet und die betroffene Person genießt keinen Versicherungsschutz.

Im 2. Fall werden die Geldleistungen direkt an die anspruchsberechtigte Person oder dessen informellen Helfer überwiesen. Diese Leistungen werden gemäß der luxemburgischen Gesetzgebung gewährt, egal ob im Wohnsitzland eine Pflegeversicherung besteht oder nicht. Diese Geldleistungen fallen aber meist sehr viel geringer aus als die Aufwendungen für Sachleistungen. Sie sollen ja auch nicht die Kosten professioneller Hilfe decken.

Es würde den Rahmen sprengen hier jetzt im Detail auf alle möglichen Situationen einzugehen. Diese Vorgehensweise basiert, wie schon oben erwähnt, auf Gemeinschaftsrecht. Von Fall zu Fall wird also hier der Europäische Gerichtshof in Luxemburg zu entscheiden haben.

5. Ambulante Pflege in Luxemburg

5.1 Pflegedienstleister in der ambulanten Pflege in Luxemburg^{32,33}

Um im Pflegedienst tätig zu werden, müssen die entsprechenden Gesellschaften eine ministerielle Bewilligung haben. Sie müssen auch das Rahmenübereinkommen anerkennen, welches zwischen der CNS und der Vertretung der Pflegedienstleistenden (COPAS, *Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins a.s.b.l.*) abgeschlossen wurde, oder sich an die CNS mittels eines Vertrages über die Erbringung von Dienstleistungen binden.

Am Stichtag 31.12.2014 hatten 22 Leistungserbringer einen Vertrag als ambulante Pflegedienstleister unterschrieben. Die Entwicklung der Vollzeitstellen aller ambulanten Pflegedienste ist in Abb.13 dargestellt und verdeutlicht die bedeutende Entwicklung, die der Pflegesektor seit 2000 genommen hat. Von diesen 22 erbringen 11 Servicenetzwerke ambulante Pflegedienstleistungen für die Gesamtheit der pflegebedürftigen Bevölkerung und das im ganzen Land. Ein Pflegedienst betreut ausschließlich Personen mit psycho-geriatrischen Störungen. Die anderen 10 Leistungserbringer betreuen Personen mit spezifischen Behinderungen.

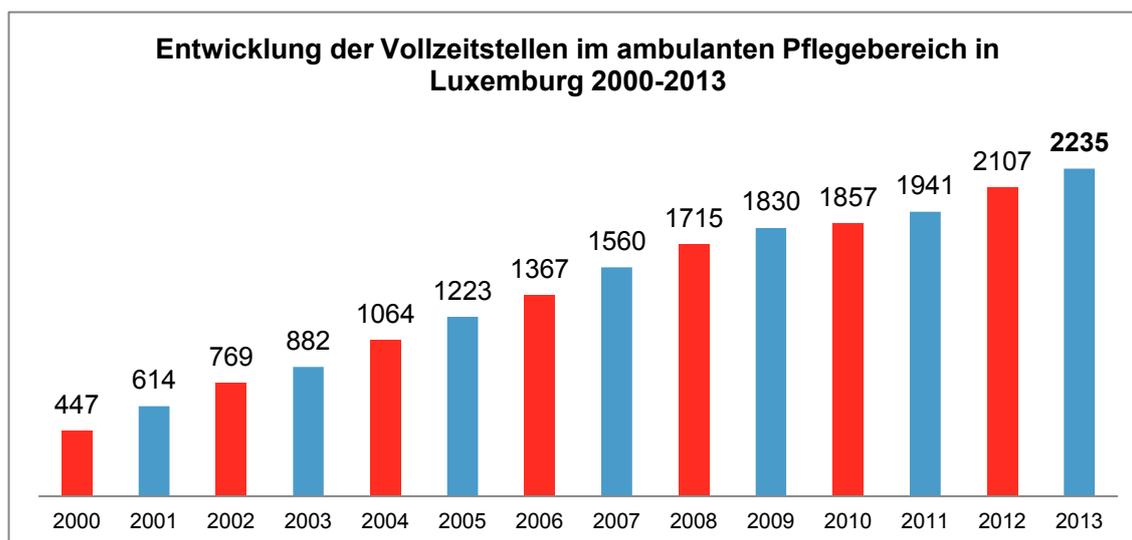


Abb.13: Entwicklung der Vollzeitstellen 2000-2013 (eigene Grafik © 2016)

³² Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, 2015

³³ Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, 2013

Zieht man jetzt die Personen ab, die im Rahmen der ambulanten Versorgung von Personen mit spezifischen Behinderungen tätig sind, ergibt das für das Jahr 2014 eine Zahl von 2074 in Vollzeit tätigen MitarbeiterInnen in den ambulanten Pflegenetzwerken.

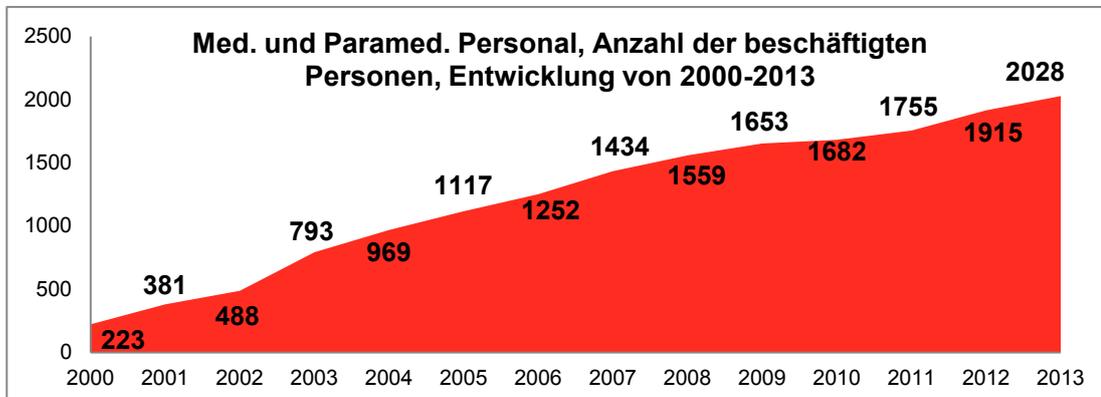


Abb.14: Medizinisches und paramedizinisches Personal 2000-2013 (eigene Grafik © 2016)

Ambulante Pflegedienste, nachfolgend werden wieder die MitarbeiterInnen aller Dienste dargestellt, setzen sich aus verschiedenen Berufsgruppen zusammen. Das medizinische und paramedizinische Personal (siehe Abb.14) stellt dabei die größte Gruppe dar. Waren zu Beginn lediglich 223 Personen dort tätig, so sind es heute 2028. Diese Zahlen sind allerdings mit der Einschränkung zu betrachten, dass es 2003 eine Änderung in der Zuordnung der im Pflegedienst tätigen Personen gab. Paramedizinisches Personal wie z.B. Sozialhelfer u.ä. wurden bis 2003 unter der Gruppe „technisches Personal“ geführt. Dies waren 2003 immerhin 200 Personen. Durch diese geänderte Zuordnungsweise kam es in Folge zu einer drastischen Abnahme im Personalstand dieser Gruppe, der sich seither nur langsam weiter

entwickelt. (siehe Abb.15) Ohne MitarbeiterInnen aus dem sozio-educativen Bereich kann ein ambulanter Pflegedienst,

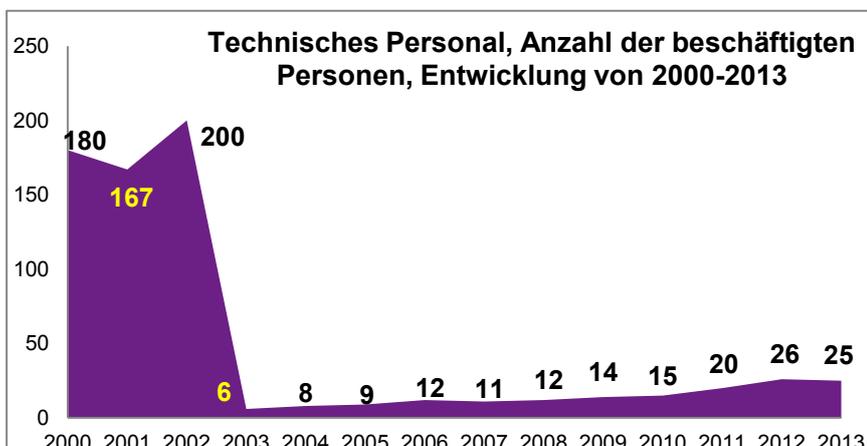


Abb.15: Technisches Personal 2000-2013 (eigene Grafik © 2016)

nicht zuletzt auf Grund der doch großen Zahl an dementiellen und sonstigen nervlich bedingten Erkrankungen, nicht bestehen. Dies wird deutlich in der doch seit 2007 stark gestiegenen Zahl an Erziehern, aber auch Psychologen, die heute

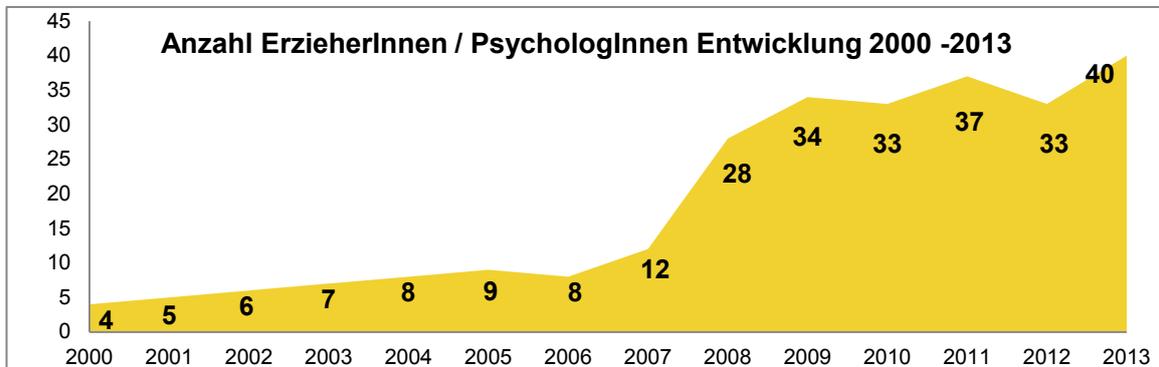


Abb.16: ErzieherInnen/PsychologInnen 2000-2013 (eigene Grafik © 2016)

in diesem Rahmen tätig sind. (siehe Abb.16)

Die Leistungen der ambulant Pflegedienst Leistenden bedarf einer Verwaltung (siehe Abb.17), die koordiniert, ausbildet, evaluiert und dafür sorgt, dass alles zur Erbringung der Leistung Notwendige rechtzeitig in ausreichender Menge und passender Qualität zur Verfügung steht. Mit der Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen ist auch deren Anzahl kontinuierlich gewachsen. Waren es im Jahr 2000 40 MitarbeiterInnen, die in diesem Bereich tätig waren, so waren es 2013 insgesamt 142 Personen.

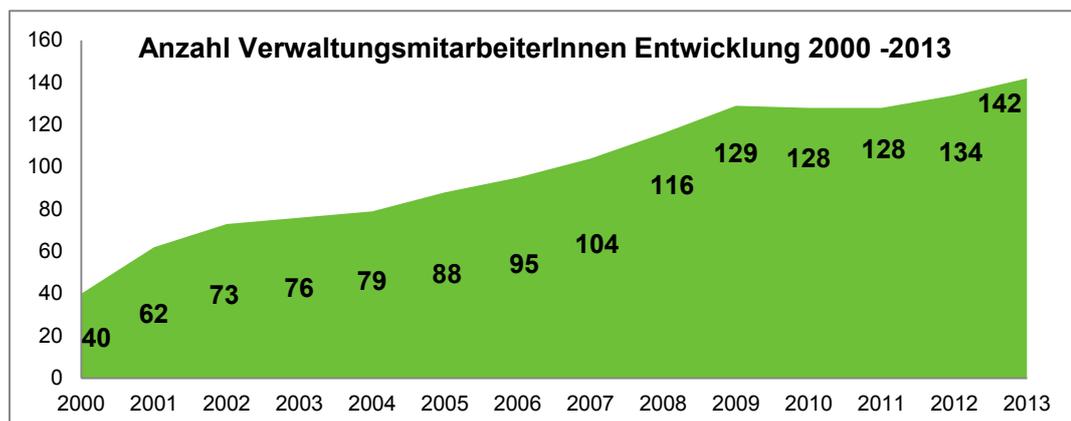


Abb.17: Verwaltungsmitarbeiter 2000-2013 (eigene Grafik © 2016)

In diesem Zusammenhang ist es interessant, die prozentuale Verteilung der Beschäftigten zwischen den Jahren 2003 und 2013 zu vergleichen.

Diese Verteilung blieb weitgehend konstant. Das Personal, welches die zu Pflegenden vor Ort betreut, nahm von 89 auf 91% leicht zu, das Personal in der Verwaltung nahm hingegen von 9 auf 6% ab. Die Abbildung 17, welche die

Verteilung des Jahres 2013 grafisch darstellt, macht deutlich, dass die Verwaltung bisher nicht über Gebühr gewachsen ist und die Pflege der PatientInnen im Vordergrund steht.



Abb.17: Verteilung der Beschäftigten 2013 (eigene Grafik © 2016)

Im Zeitraum von 2000 bis 2013 kann man über alle unterschiedlichen Gruppen hinweg feststellen, dass es nach den ersten „Boom“ Jahren (siehe Abb.18), zu einer Verlangsamung des Wachstums gekommen ist. Das Wachstum ist stetig

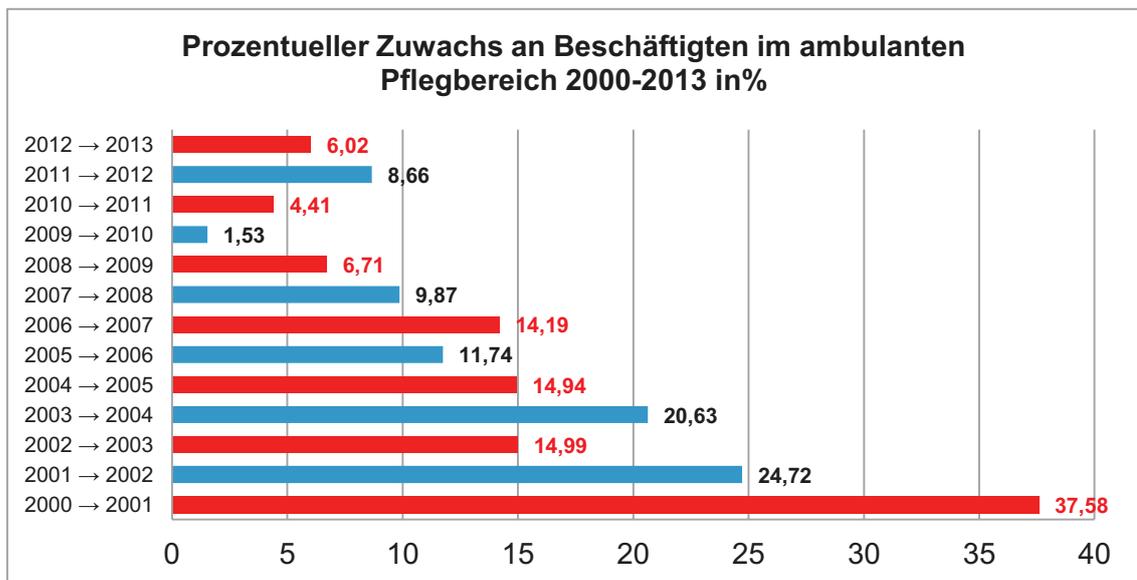


Abb.18: Prozentuelle Zuwachs an Beschäftigten 2000-2013(eigene Grafik © 2016)

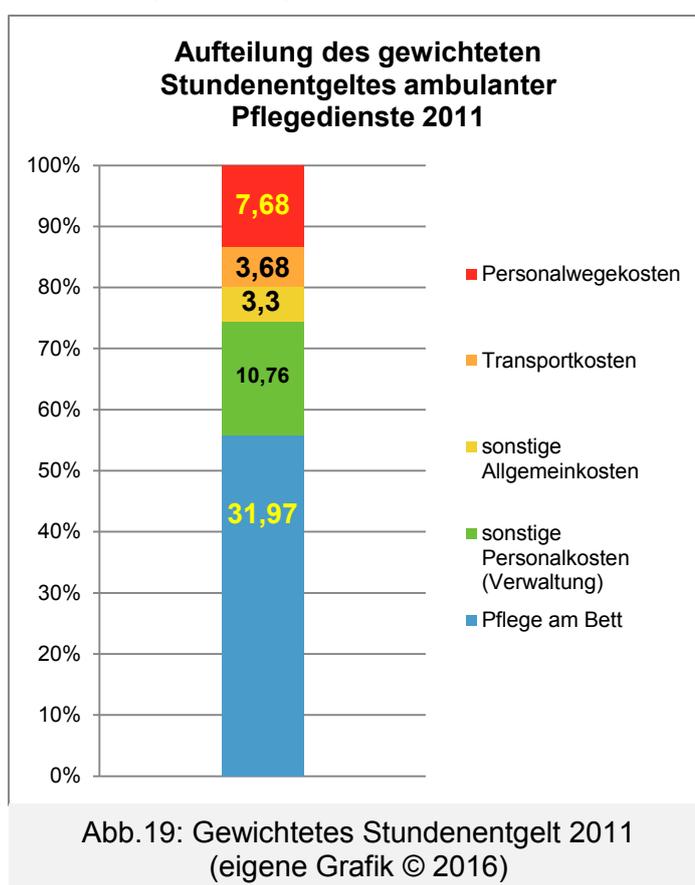
und, nach einem Einbruch im Jahr 2009, mit einer Zunahme der Beschäftigten von lediglich 1,53%, wurde im Jahr 2012 wieder eine Personalzunahme von 6,02% verzeichnet.

5.2 Entlohnung der Pflegedienste

Der Stundenlohn der den ambulanten Pflegediensten zuerkannt wird belief sich 2014 und 2015 auf 66,40 €.

Dieser wird, im Normalfall, jährlich zwischen der nationalen Gesundheitskasse und dem Dachverband der Pflegedienstleistenden, COPAS, verhandelt.³⁴

Es ist aber nicht so, dass diese Beträge für jede von den ambulanten Pflegediensten geleistete Stunde anfallen. Es wird hier noch ein Koeffizient einbezogen, von der Qualifikation der die Leistung erbringenden Personen abhängig ist. Dies lässt sich an Hand der aus dem Jahr 2011 vorliegenden Daten genauer darstellen. (siehe Abb. 19) Der Korrekturkoeffizient für die ambulanten Pflegedienste lag 2011 bei 1,0731. Bei einem damals zuerkannten Stundenlohn von 61,59 € wird dieser durch 1,0731 dividiert woraus dann ein Stundenlohn von 57,39 € resultiert.



Dieser Tarif beinhaltet die Aufwendungen für die Pflege am Bett der zu betreuenden Person (31,97 €), die Aufwendungen für weitere Personalkosten wie Verwaltung (10,76 €), Transportkosten ohne Personalkosten, also Amortisierung des Fahrzeuges und Treibstoff (3,68€), Personalwegekosten (7,68 €), sowie sonstige Allgemeinkosten (3,30 €).³⁵

³⁴ Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, 2015, S.139

³⁵ Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, 2013, S.226

5.3 Entwicklung der Pflegedienstleistungen

Zum 31.12.2014 (provisorische Zahlen) erhielten 13.464 Personen Leistungen aus der Pflegeversicherung (siehe Abb. 20), davon wohnten 96.8% der EmpfängerInnen dieser Leistungen in Luxemburg.³⁶

Zu diesen Zahlen lässt sich feststellen:

- Der Anteil der pflegebedürftigen Bevölkerung steigt weiter
- Der Grad der Pflegebedürftigkeit bleibt quasi unverändert
- Es gibt doppelt so viele NutznießerInnen der Pflegeversicherung, die in ihrem gewohnten Umfeld leben, als Personen die dauerhaft in Altenheimen untergebracht sind.
- Zwei Drittel der Pflegebedürftigen sind Frauen
- 4 Fünftel der pflegebedürftigen Männer wohnen bei sich zu Hause.
- Drei Viertel der BewohnerInnen von Altenheimen/Pflegeheimen sind Frauen
- Das Durchschnittsalter der Personen in Altersheimen/Pflegeheimen ist deutlich höher als das der Personen, die zu Hause wohnen.

Zur Genauigkeit der provisorischen Zahlen ist anzumerken, dass sie sich nur geringfügig von den definitiven Zahlen unterscheiden. 2013 belief sich die provisorische Zahl der Pflegebedürftigen auf 13.362 Personen. In der definitiven Statistik waren es dann 13.375 Personen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen konnten, was einer Abweichung von 0,097%

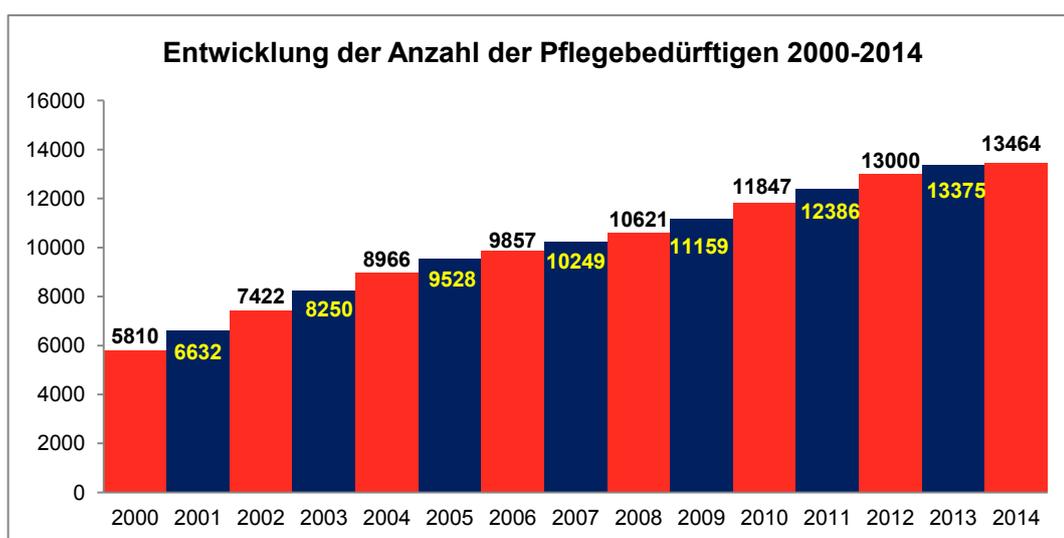


Abb.20: Entwicklung der Pflegebedürftigen 2000-2014 (eigene Grafik © 2016)

³⁶ Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, 2015, S.98

entspricht. Die provisorischen Daten des Jahres 2014 können unter diesem Aspekt daher als valide angesehen werden.

In 14 Jahren, die Variation der Zunahme ist in Abb.21 dargestellt, ist die Zahl der EmpfängerInnen von einer Unterstützung durch die Pflegeversicherung um 132% gestiegen. Ende 2013 empfangen 3,3% im Ausland wohnende Versicherte, das sind 426 Personen, Leistungen, welche von der Pflegeversicherung übernommen wurden.³⁷

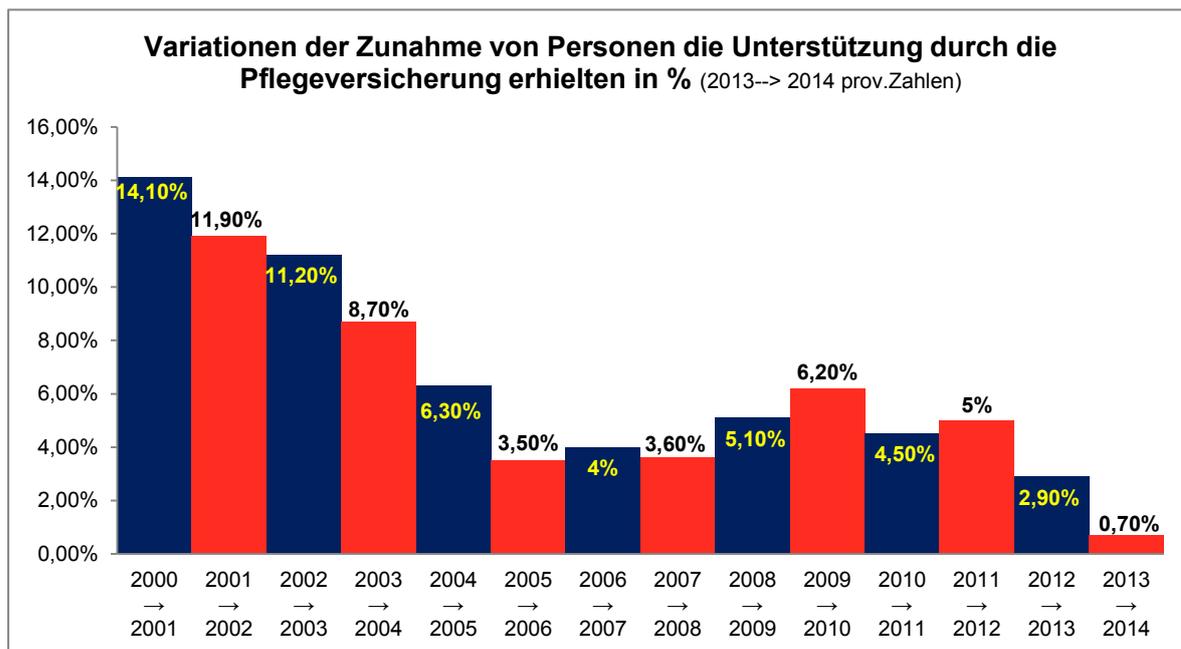


Abb.21: Variation der Inanspruchnahme (eigene Grafik © 2016)

Zwischen 2006 und 2008 nehmen die Anzahl der Versicherten und die Anzahl der von der Pflegeversicherung Leistungen erhaltenden Personen etwa gleichmäßig zu. Die Anzahl der Pflegebedürftigen steigt dabei stärker an, als die Anzahl der Versicherten. Zwischen 2009 und 2012 nimmt der Abstand wieder zu, die Zahl der Pflegebedürftigen steigt schneller an, als die Zahl der Versicherten. Seit 2012 verringert sich der Abstand wieder und 2014 ist erstmals zu beobachten, dass die Anzahl der Versicherten stärker wächst als die Anzahl derer, die Unterstützung von der Pflegeversicherung benötigen.³⁸

Anlässlich der Einführung der Pflegeversicherung war das wichtigste Ziel die Menschen möglichst lange in ihrem gewohnten Umfeld versorgen zu können. Im

³⁷ Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, 2015, S.98 und Ministère de la Sécurité Sociale, 2013, S.60

³⁸ Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, 2015, S.99

Jahr 2000 war dies in 59% der Fälle der Fall, 2014 konnte der prozentuelle Anteil auf 67,4% gesteigert werden.³⁹

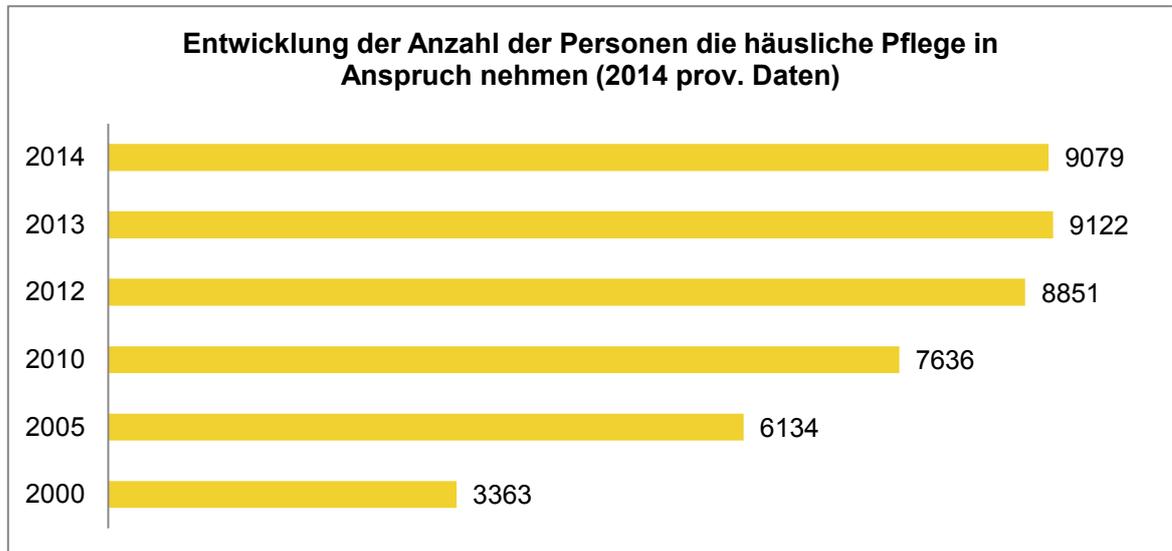


Abb.22: Personen in häuslicher Pflege 2000-2014 (eigene Grafik © 2016)

Bei Betrachtung der Personen, welche häusliche Pflege in Anspruch nehmen, (siehe Abb.22) ist zu beachten, dass in diesen Zahlen auch die Personen inbegriffen sind, die auf Grund einer schweren Einschränkung des Hörvermögens, Blindheit, schweren Sprachstörungen sowie von Spina bifida, gemäß der Verordnung von Dezember 2016, in den Genuss der Leistungen der Pflegeversicherung kommen. 2014 belief sich diese Zahl auf 437 Personen, was etwa 4,8% der Gesamtanzahl entspricht. Seit 2011 ist die Größe dieser Gruppe relativ stabil.⁴⁰

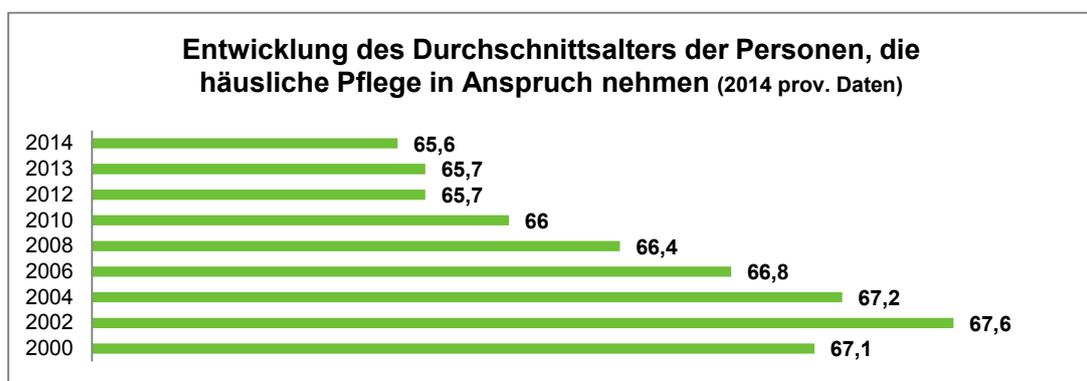


Abb.23: Durchschnittsalter der Personen in häuslicher Pflege 2000-2014 (eigene Grafik © 2016)

³⁹ Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, 2015, S.99,

⁴⁰ Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, 2015, S.101

Das durchschnittliche Alter der Personen, die häusliche Pflege in Anspruch nehmen, (siehe Abb.23) ist seit 2000 kontinuierlich zurückgegangen. Lag es 2002 bei einem Maximum von 67,6 Jahren, so lag es 2014 bei nur noch 65,6 Jahren.

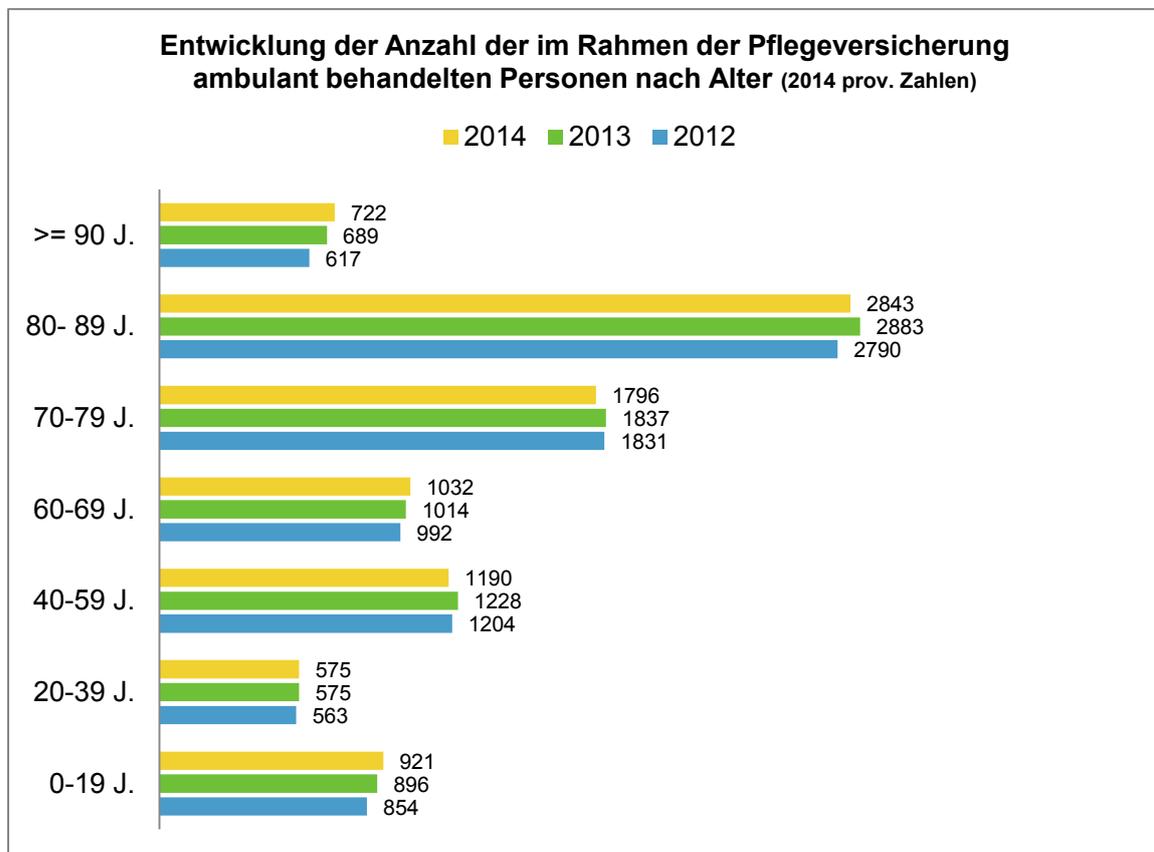


Abb.24: Ambulant behandelte Personen nach Alter 2012-2014 (eigene Grafik © 2016)

2014 waren 64 % der Leistungsempfänger weiblichen Geschlechtes, ihnen standen 36% männliche Leistungsempfänger gegenüber.

77,5% der Männer leben bei sich daheim, bei Frauen verringert sich dieser Prozentsatz auf 61,7%.⁴¹

Aus der obigen Grafik geht hervor, dass, wie eigentlich nicht anders zu erwarten, im Alter von 70-89 Jahre die meisten Personen von der ambulanten Pflege profitieren. Bedingt dadurch, dass kindliche Missbildungen und Entwicklungsstörungen auch in die Kompetenz der Pflegeversicherung fallen (s.o.), empfangen auch Kinder und Jugendliche, im Alter von 0 und 19 Jahren, Leistungen aus der Pflegeversicherung.

Aus welchen Gründen erhalten Personen Leistungen aus der Pflegeversicherung? Gemäß dem vom medizinischen Dienst der Pflegeversicherung (mDP),

⁴¹ Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, 2015, S.100-101

verwandten Diagnoseschlüssel, treten folgende Ursachen am häufigsten auf:⁴²

1. Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems, 24,5%
2. Erkrankungen des Nervensystems, 17,8%
3. Demenz und kognitive Funktionsstörungen, 16,6%

Bei den Punkten 1 und 2 ist eine deutliche Zunahme ab dem 70. Lebensjahr festzustellen, wohingegen Erkrankungen des Nervensystems ab dem 60. Lebensjahr weniger häufig werden. Deutlich ist die altersabhängig unterschiedliche Inzidenz der einzelnen Diagnosen zu sehen, die in der Abb. 25 zusammengefasst sind.

Im Zusammenhang mit der dieser Arbeit zu Grunde liegenden Befragung interessiert, wie die Verteilung der zu Pflegenden entsprechend ihrer Diagnosen zwischen Heimpflege und häuslicher Pflege darstellt.

Demenzielle und kognitive Störungen müssen in der überwiegenden Zahl stationär betreut werden. Bei allen anderen Diagnosen steht die häusliche Pflege im Vordergrund.

Nach dieser generellen Übersicht über die gesetzlichen nationalen und europäischen Grundlagen, die Bevölkerungsstruktur Luxemburgs und die in Luxemburg im Pflegedienst arbeitenden Personen, soll jetzt auf die Belastungen und Beanspruchungen der Personen eingegangen werden, die sich Tag ein, Tag aus, während des ganzen Jahres, um die in ihrer gewohnten Umgebung lebenden pflegebedürftigen Personen, professionell kümmern. Als Grundlage dienen die Informationen aus den 189 eingegangenen Fragebögen.

Belastung ist dabei „die wertfreie Bezeichnung für die aus der Art der Arbeitsaufgabe und deren Arbeits- und Ausführungsbedingungen resultierenden Einflüsse auf den Arbeitenden, die eine Wirkung auf ihn ausüben.

Beanspruchung beschreibt die Wirkung der Belastung auf das Lebewesen, die sich in Veränderungen von Organen und Organsystemen, im Belastungs- und Beanspruchungsleben sowie der Handlungsfähigkeit zeigt“⁴³

⁴² Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, 2015, S.107

⁴³ Vgl. Scheuch, 2014, S.495

MdP Diagnosen die zu Leistungen aus der Pflegeversicherung führen (prov. Daten 2014)

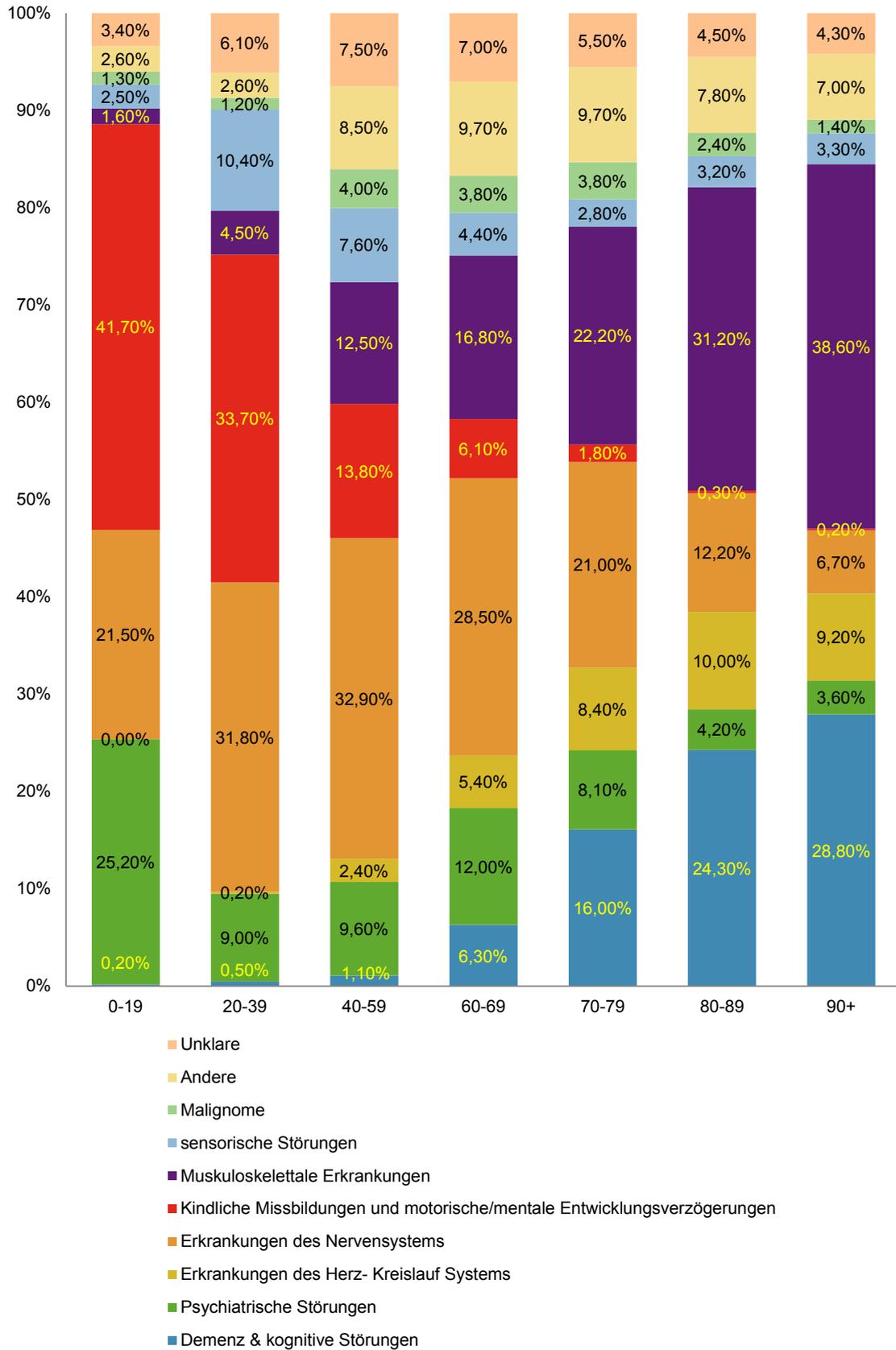


Abb.25: Altersverteilung MdP Diagnosen (eigene Grafik © 2016)

6. Pflegedienstleister in Luxemburg

6.1 Zusammensetzung der Pflegenden

Im sozialen Bereich sind weibliche Mitarbeiter stärker vertreten als Männer und so ist es auch in Luxemburg. 82,53% Mitarbeiterinnen stehen 17,47% Mitarbeiter gegenüber. (siehe Abb.26)

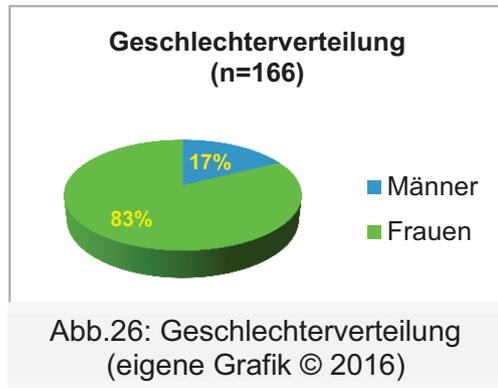


Abb.26: Geschlechterverteilung (eigene Grafik © 2016)

Die MitarbeiterInnen im Alter zwischen 35 und 44 Jahren sind mit 34,94% am häufigsten vertreten, knapp gefolgt von der

Altersgruppe 25 bis 34. (siehe Abb.27) Es fällt auf, dass es sehr wenige

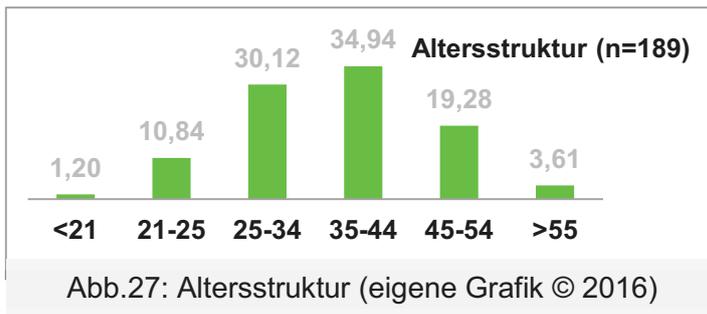


Abb.27: Altersstruktur (eigene Grafik © 2016)

MitarbeiterInnen gibt, die jünger als 25 sind, was jedoch wohl am ehesten darauf zurückzuführen sein dürfte, dass sich diese Altersgruppe meist noch in Ausbildung

befindet. Die Altersgruppe der über 55-jährigen stellt mit 3,61 % einen nur geringen Teil an ambulanten Pflegekräften.

Bei der Frage nach der Nationalität der MitarbeiterInnen (siehe Abb.28), wobei

Mehrfachnennungen möglich waren, multiple Nationalitäten sind in Luxemburg nicht außergewöhnlich, ist festzustellen, dass es zwei große Blöcke gibt. Einerseits die LuxemburgerInnen mit

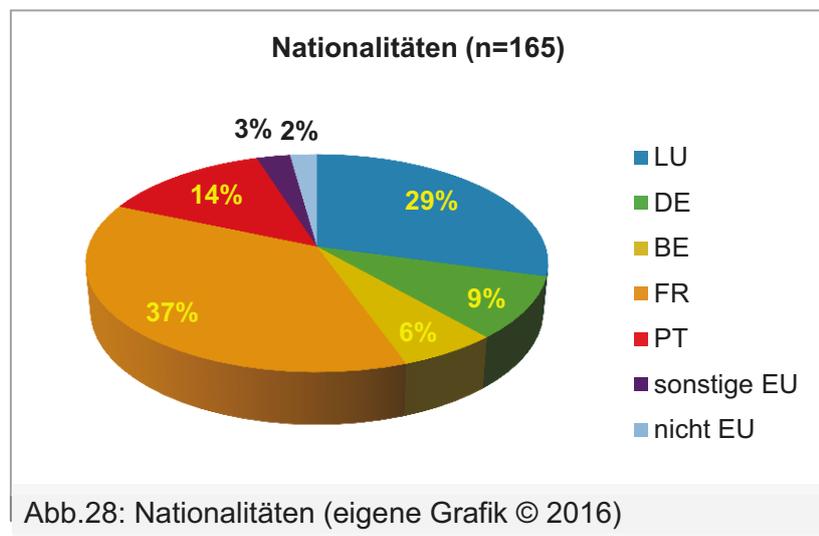
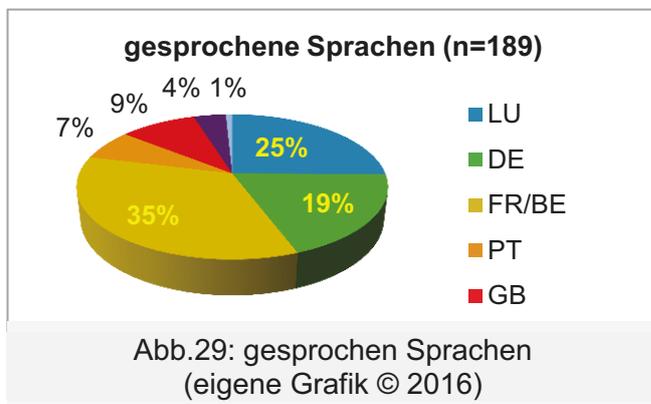


Abb.28: Nationalitäten (eigene Grafik © 2016)

29%, andererseits Franzosen/Französischen und BelgierInnen mit zusammen 43%.

Belgien ist zwar dreisprachig, die in Luxemburg tätigen BelgierInnen haben fast ausschließlich Französisch als Muttersprache.

Bei der Frage „welche Sprachen sprechen Sie so, dass Sie eine Unterhaltung führen können“ (siehe Abb.29) waren ebenfalls Mehrfachnennungen möglich, so



dass in Summe 497 Antworten in die Beurteilung einbezogen werden konnten. Es wurde hier bewusst nach den sprachlichen Fähigkeiten gefragt, da die Pflegenden mit ihren KundInnen ja fast ausschließlich verbal kommunizieren. Dies informiert

jedoch nur in einem begrenzten Ausmaß über die notwendigen Sprachkenntnisse.

Davon ausgehend, dass es in Luxemburg drei offizielle Landessprachen gibt, Luxemburgisch (LU), Deutsch (DE) und Französisch(FR/BE), sowie eine „inoffizielle“, Portugiesisch (PT), was sich aus der sehr großen portugiesischen Bevölkerungsgruppe ergibt (s.o.), wurden nur diese Sprachen bei der detaillierten Beschreibung der Sprachkompetenzen der im ambulanten Pflegebereich arbeitender Personen berücksichtigt. Das heißt, dass jemand der französisch,

sonst aber keine der oben genannten Sprachen spricht, als nur französisch sprechend angesehen wird, unabhängig davon ob er sich vielleicht zusätzlich auch auf englisch

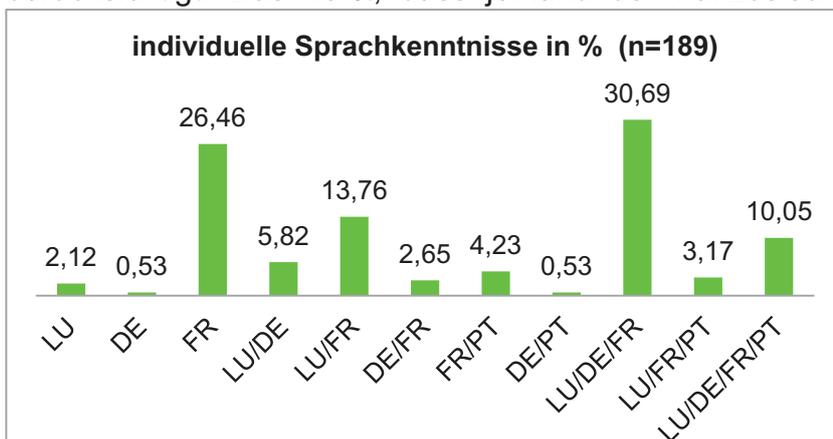


Abb.30: individuelle Sprachkenntnisse (eigene Grafik © 2016)

verständigen könnte. Hier fällt auf, dass sich über ein Viertel der Personen (29,11%) nur in einer Sprache verständlich machen können. (siehe Abb.30)

Immerhin geben aber auch 10,05% der Befragten an, sich in allen vier wichtigen Sprachen unterhalten zu können. Dies ist insofern von Wichtigkeit, als dass pflegebedürftige Menschen es vorziehen sich in ihrer Muttersprache zu

verständigen. Besonders ausgeprägt ist dieses Bedürfnis bei Demenzerkrankungen im hohen Alter, um nur ein Beispiel aufzuführen. Das Ausmaß und der Zeitpunkt des Auftretens der Probleme beim Sprechen hängen dabei auch vom ausgeübten Beruf, der sozialen und kognitiven Kompetenz des Menschen ab. Die aphasischen Symptome beginnen mit Wortfindungs- und Benennungsstörungen, man verliert den „roten Faden“.⁴⁴ Wenn dieses Problem bei der in der Kindheit erlernten Muttersprache auftritt, ist davon auszugehen, dass es eine später erlernte Fremdsprache noch weitaus mehr betrifft.

So wie in vielen Berufen, wird auch im Pflegebereich die Tätigkeit umso sicherer und routinierter ausgeführt, je länger man in diesem Beruf, seiner persönlichen Spezialität, tätig ist. Die Befragten wurden daher auch gebeten anzugeben, wie lange sie bereits in der ambulanten Pflege tätig sind.

Der Durchschnitt bei 189 Antworten lag bei 10,53 Jahren, wobei sich die Werte zwischen einem Maximum von 41 Jahren und einem Minimum von 1 Monat bewegten.

Es wurde vor diesem Hintergrund die Frage nach der Fluktuation gestellt (siehe

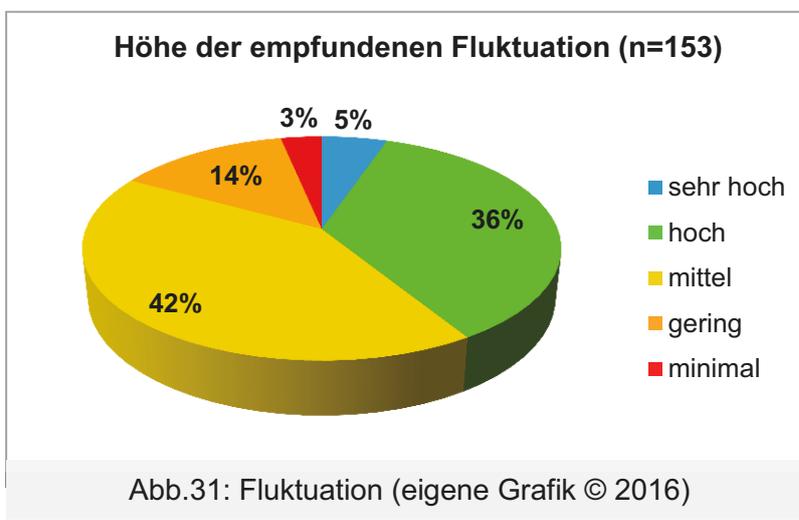


Abb.31), so wie sie von den MitarbeiterInnen subjektiv empfunden wird. Sie wird von 17% als gering bis minimal eingeschätzt. Dem gegenüber stehen aber 41%, die die Fluktuation als hoch bis sehr hoch empfinden.

6.2 Qualifizierung der Pflegenden

Die Ausbildung der MitarbeiterInnen ist von herausragender Wichtigkeit. Sie ist Garant für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Pflegebedürftigen. Andererseits sollte die Ausbildung auch zur ausgeübten Tätigkeit im Rahmen des

⁴⁴ Vgl. Mittrache, 2010, S.95

Pflegedienstes passen, um so Unter- bzw. Überforderungen zu verhindern. Um die Möglichkeit einer personellen Zuordnung auszuschließen, wurde allerdings nach der im Rahmen des Pflegedienstes erbrachten Tätigkeit nicht gefragt. Es gibt aber, wie eingangs beschrieben, unterschiedliche Tätigkeitsbereiche, die von Krankenpflege (Verbandswechsel, Verabreichen von Spritzen und Infusionen) bis zu Tätigkeiten wie Begleitung bei Behördenwegen reichen, wobei letztere natürlich wieder andere Qualifikationen erfordern.

Die Mehrzahl der im Pflegedienst Arbeitenden hat ihren Schulabschluss in Frankreich (40,74%), bzw. in Luxemburg (33,86%) gemacht. (siehe Abb.32)

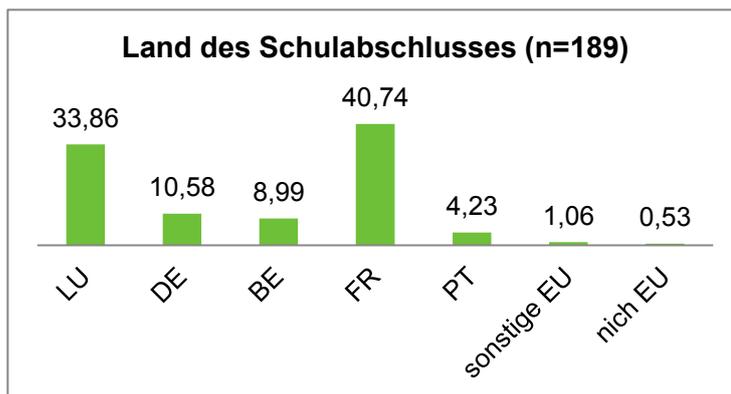


Abb.32: Schulabschluss (eigene Grafik © 2016)

Es fällt schwer die individuellen Schulabschlüsse untereinander

zu vergleichen. Zu viele Länder mit zu vielen Schulformen, die außerdem in den vergangenen Jahren häufig geändert wurden, treffen hier aufeinander. Die Schulabschlüsse reichen von Matura bzw. Fach Matura bis zu Hauptschulabschluss. Zu berücksichtigen ist auch, dass man in Luxemburg im Rahmen eines technischen Lyzeums die Ausbildung zum Krankenpfleger/in machen kann, wozu in anderen Ländern zuerst eine Matura notwendig ist. Ähnlich verhält es sich mit der postschulischen Ausbildung der MitarbeiterInnen. Da gibt es für den Pflegebereich typische Ausbildungen, wie Krankenpfleger/in, Altenpfleger/in, Krankenpflege Hilfsdienst, aber auch Buchhaltung, Sekretariatsausbildung, wobei allerdings die berufsspezifischen Ausbildungen, die eindeutige Mehrzahl darstellen.

Um dennoch einen groben Überblick über den Ausbildungsstand der im ambulanten Pflegebereich tätigen Personen zu erhalten wurde folgende Einteilung gewählt:

- Medizinische, paramedizinische Ausbildung Kategorie 1: KrankenpflegerInnen, PhysiotherapeutInnen u.ä.
- Medizinische, paramedizinische Ausbildung Kategorie 2: Krankenpflege Hilfsdienst

- Medizinische, paramedizinische Ausbildung Kategorie 3: AltenhelferInnen, FamilienhelferInnen (z.B. aide-socio familiale)
- Sonstige Ausbildungen
- Schulabschluss ohne weitere Ausbildung

Es wird deutlich, dass 73% über eine tätigkeitsspezifische Ausbildung verfügen. 36% der MitarbeiterInnen sind als sehr hoch qualifiziert anzusehen. (siehe Abb.33) Es ist allerdings nicht möglich aus den, mit

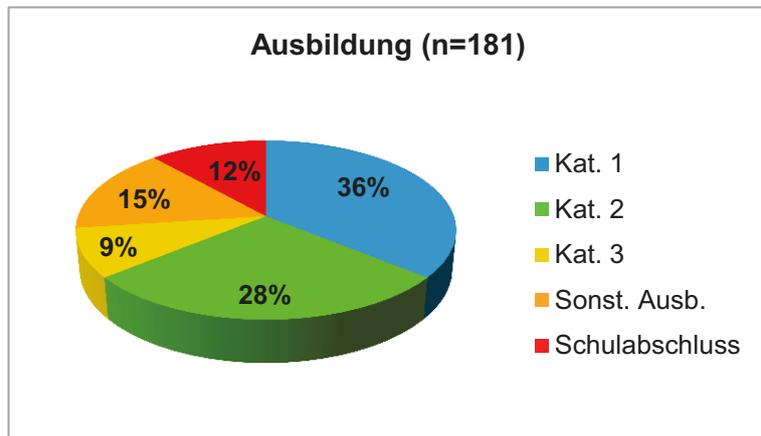


Abb.33: Ausbildung (eigene Grafik © 2016)

der Befragung gewonnen Daten, eine exakte Zuordnung zu machen, so wie das in den Statistiken der IGSS möglich ist. Des Weiteren wurden bei dieser Befragung auch nur Personen einbezogen, die effektiv in direktem Kontakt zu den KundInnen stehen.

Lebenslanges Lernen ist „alles Lernen während des gesamten Lebens, da der Verbesserung von Wissen, Qualifikation und Kompetenzen dient und im Rahmen einer persönlichen, bürgergesellschaftlichen sozialen bzw. beschäftigungsbezogenen Perspektive erfolgt“ (Europäische Kommission für allgemeine und berufliche Bildung, 2007) ⁴⁵ Bei den Ausbildungen im Sinne dieses „life long learning“

gaben von 189 Befragten 27 Personen an solchen Kursen teilzunehmen. (siehe Abb.34) Anzumerken ist dabei, dass die einzelnen Pflegedienste

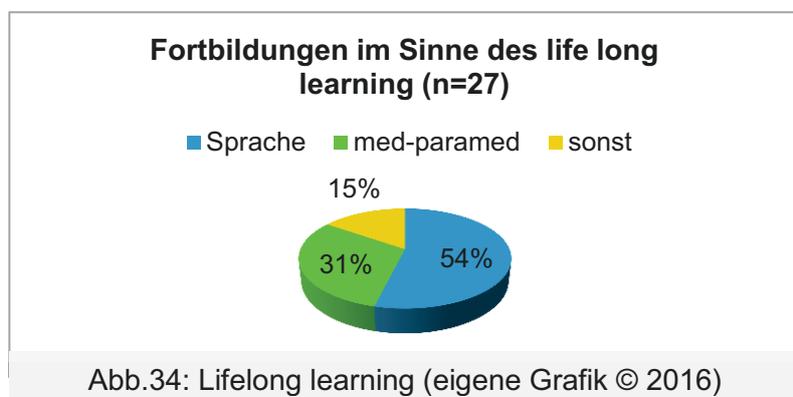


Abb.34: Lifelong learning (eigene Grafik © 2016)

sich um eine betriebsinterne Fortbildung kümmern. Die hier angesprochenen

⁴⁵ Vgl. Europäisches Pro Skills Projekt, http://www.pro-skills.eu/products/#training_concept [Zugriff am 23.03.2016]

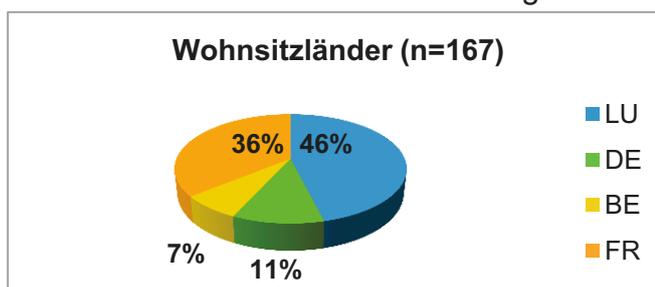
Fortbildungen beziehen sich auf Fortbildungen, die über einen längeren Zeitraum ablaufen und daher oft auch in der Freizeit durchgeführt werden müssen. Die Sprachkurse sind ausnahmslos Kurse, die dem Erlernen der luxemburgischen Sprache dienen. Die übrigen Kurse betreffen Ausbildungen im medizinisch-paramedizinischen Bereich (z.B. Hypnose, palliativ Pflege) oder aber, was unter sonstige aufgeführt wurde, z.B. einem Kurs zur Zulassung zu einem Universitätsstudium.

Interessant wäre auch zu wissen, was aber im Rahmen diese Befragung nicht eruiert werden konnte, inwieweit Schulungsangebote zur Stressbewältigung, zum Erlernen von Entspannungstechniken, zum rückschonenden Arbeiten, zum Hautschutz und zur Händedesinfektion angeboten werden und von den Pflegekräften auch angenommen werden. Da im Rahmen der ambulanten Pflege auch erhebliche Strecken mit dem Auto bei allen erdenklichen meteorologischen Bedingungen zurückgelegt werden, erscheint es auch sinnvoll ein Fahrsicherheitstraining anzubieten. Auch diese Frage konnte im Rahmen dieser Studie nicht gestellt werden.

6.3 Anfahrtswege

Angesichts der sehr heterogenen Struktur der Beschäftigten in Luxemburg, lohnt es sich auch einen Blick auf Wohnort und Anreisewege der MitarbeiterInnen in ambulanten Pflegediensten zu werfen. 46% der in ambulanten Pflegediensten

Tätigen wohnen im Land Luxemburg, 54%, also die Mehrheit kommt aus dem benachbarten Ausland. (siehe Abb.35). Ganz allgemein kamen



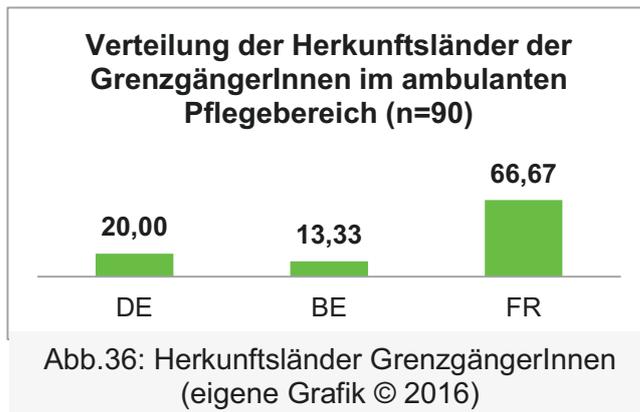
2013 49,56% der

Abb.35: Wohnsitzländer (eigene Grafik © 2016)

GrenzgängerInnen aus Frankreich, 25,69% aus Belgien und 24,75% aus Deutschland⁴⁶. Die Verteilung der Herkunftsländer der GrenzgängerInnen im ambulanten Pflegebereich zeichnet ein etwas anderes Bild, was jedoch bei 90 Befragten nur auf eine mögliche Tendenz hinweisen kann. 66,67% kamen in

⁴⁶ Vgl., *Observatoire interregional du marché de l'emploi*, 2014, S.12

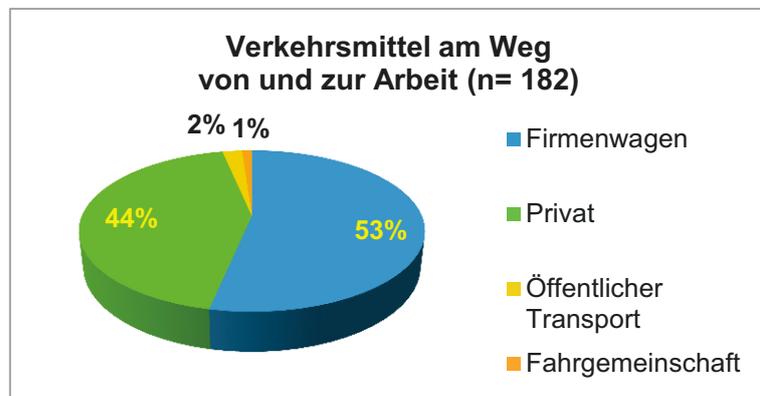
dieser Befragung aus Frankreich, 13,33% aus Belgien und 20% aus Deutschland (siehe Abb.36)



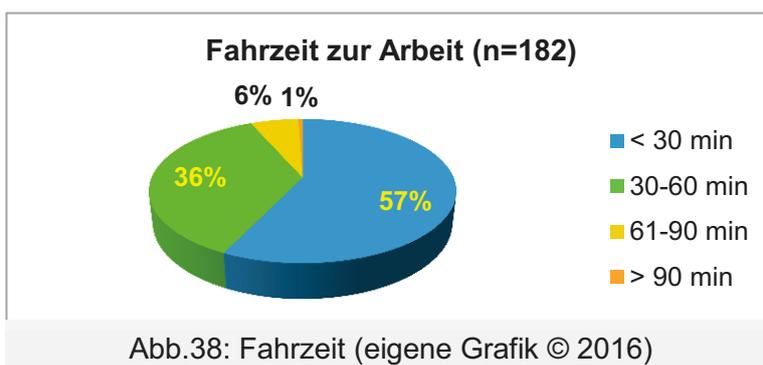
Mit welchem Verkehrsmittel wird der Weg zu Arbeit bestritten? Der hohe Anteil an MitarbeiterInnen, die Ihren Weg zur Arbeit mit einem Firmenwagen bestreiten, (53%) fällt auf. Öffentlicher Transport (2%) und Fahrgemeinschaften (1%) spielen

fast keine Rolle. (siehe Abb.37) Dies erklärt sich am ehesten durch die doch „flexiblen“ (s.u.) Arbeitszeiten und dem oft sehr frühen Beginn der Tätigkeit des pflegenden Personals.

Es wurde bei der Befragung nach der Dauer der Fahrzeit zur Arbeit gefragt, so dass davon auszugehen ist, dass die angegebenen Werte mit 2 zu multiplizieren sind. Die



durch die aktuelle Situation bedingten verlängerten Wartezeiten an den Grenzen, dies trifft vor allem auf Frankreich zu, konnten bei dieser Untersuchung, da sie vor der Wiedereinführung der Kontrollen erfolgte, nicht berücksichtigt werden. Die Wartezeiten sind aber unter Umständen beträchtlich. So verbringt die Person, die angegeben hat über 90 Minuten für den Weg zur Arbeit zu benötigen, insgesamt 3 Stunden im Fahrzeug, was, nach einem 8-stündigen Arbeitstag, eine doch nicht unerhebliche Belastung darstellt. Der Großteil der MitarbeiterInnen (57%) gibt aber



an, eine Anfahrtszeit von unter 30 Minuten zu haben. Dies mag einerseits wundern, andererseits muss man aber auch berücksichtigen,

in welcher Gegend die Leute arbeiten. Ein/e Franzose/Französin, der im Süden Luxemburgs tätig ist, kann die Anreise durchaus in unter 30 Min. bewältigen. 36% der Antwortenden fahren bis zu einer Stunde, 6% bis zu 90 Minuten und 1% gibt an, eine Anreisedauer von über 90 Minuten zu haben, (siehe Abb.38)

In diesem Zusammenhang wurde auch die Frage nach Wegeunfällen gestellt (siehe Abb 39), wobei (s.o.) davon auszugehen ist, dass es sich fast ausschließlich um Autounfälle handelt. Hier konnte festgestellt werden, dass es so scheint, als ob die Personen, die mit dem Firmenwagen unterwegs sind, häufiger Unfälle zu beklagen haben, als die, die mit ihrem eigenen Auto unterwegs sind.

Die Zahl der ProbandInnen ist zu gering, um eine signifikante Aussage zu machen. Es scheint aber dennoch interessant diesem Verdacht einmal nachzugehen, dies vor allem unter dem Hintergrund, dass

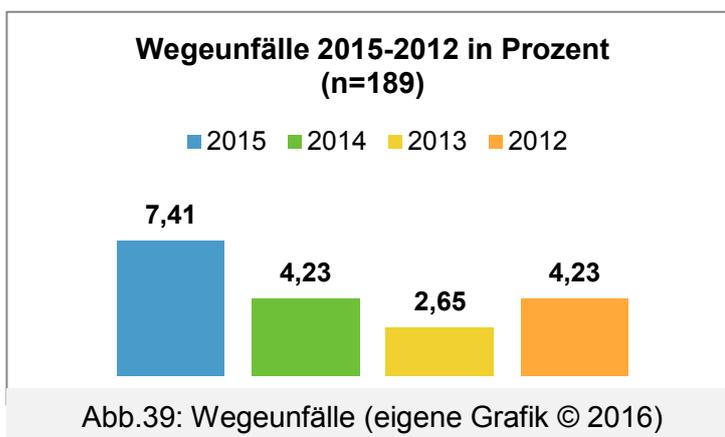


Abb.39: Wegeunfälle (eigene Grafik © 2016)

die Kosten für den Fuhrpark, nach den Personalkosten, die höchsten Ausgaben darstellen, die in den ambulanten Pflegediensten anfallen.⁴⁷

6.4 Arbeitszeiten

Die Arbeitszeiten im Bereich der ambulanten Pflege sind KundInnen orientiert, so dass morgens und abends, vor allem bei Personen, die Hilfe bei der Körperhygiene benötigen Arbeit anfällt. Es wurde gefragt wie häufig die Personen durchschnittlich zwischen 18 und 22 Uhr arbeiten, wie oft zwischen 6 und 8 Uhr, zwischen 22 Uhr abends und 6 Uhr morgens gearbeitet wird. Interessiert hat natürlich auch, an wie vielen Wochenenden pro Monat gearbeitet wird und ob die Angestellten Bereitschafts- bzw. geteilte Dienste verrichten müssen. Die Personalkosten machen über 60% des Umsatzes aus⁴⁸. Leerlauf kann man sich also nicht leisten. Erhöht sich der Aufwand jedoch, z.B. im Rahmen einer

⁴⁷ Vgl. Jürgens, 2009, S.51

⁴⁸ ebenda S.47

Grippewelle, kann es dann zu einer Personalknappheit kommen, so dass Überstunden anfallen.

Im Detail ergab die Befragung folgende Ergebnisse:

Ungefähr ein Viertel der Personen muss nie zwischen 18 und 22 Uhr arbeiten,

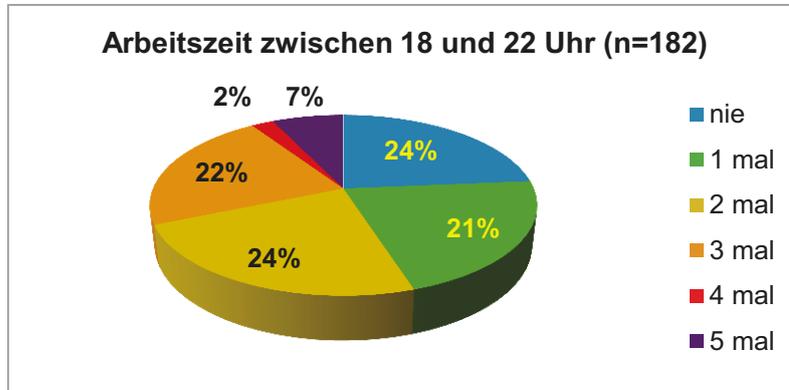


Abb.40: Arbeitszeit 18-22 Uhr (eigene Grafik © 2016)

was natürlich Zeit für Familie oder sonstige Aktivitäten wie Sport oder individuelle Fortbildung lässt. (siehe Abb.40) Die wenigsten MitarbeiterInnen müssen an 4 oder sogar 5 Tagen pro

Woche in dieser Zeit pflegend tätig werden. Je etwa 25% müssen zwischen 1- und 3-mal wöchentlich in diesem Zeitraum arbeiten.

Betrachtet man nun die Zeit zwischen 6 und 8 Uhr morgens, so ist zu erkennen,

dass es für die MitarbeiterInnen viel öfter nötig ist, 4 oder sogar 5 mal wöchentlich Frühdienst zu versehen. Diese Zeit wurde bewusst herausgewählt, da dies die

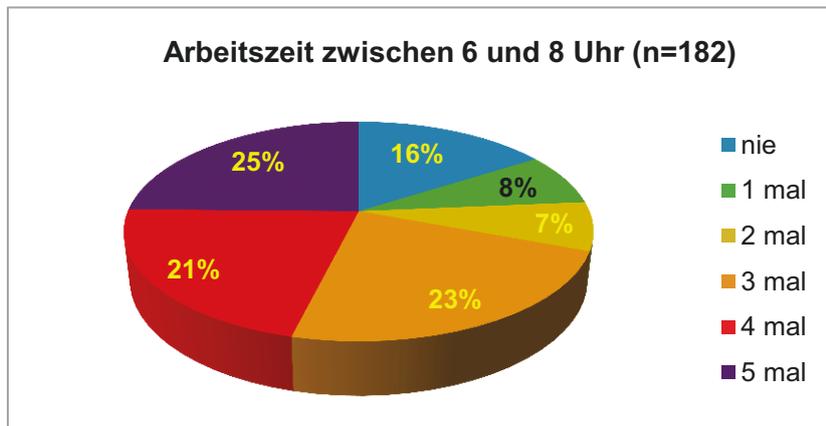


Abb.41: Arbeitszeit 6-8 Uhr (eigene Grafik © 2016)

Zeit ist, in der üblicherweise schulpflichtige Kinder versorgt werden müssen. Arbeitsbeginn um 6 Uhr heißt aber auch früh aufstehen, was bei einem längeren Anfahrtsweg bedeuten kann, dass man unter Umständen um 4 Uhr aufstehen muss. (siehe Abb.41)

Obwohl ambulante Pflegedienste nachts normalerweise nicht tätig sind, gibt es doch einige Wenige, die

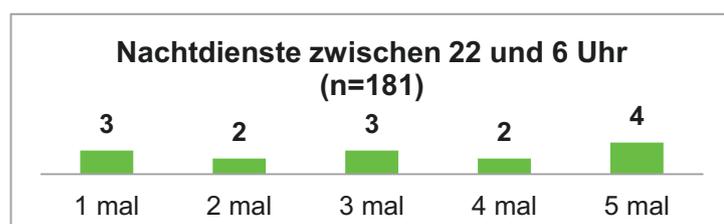


Abb.42: Nachtdienste (eigene Grafik © 2016)

auch von 22 bis 6 Uhr tätig sind. Von 181 Antworten zu dieser Frage gaben 14 Personen an in dieser Zeit mehr oder weniger häufig ihrer Arbeit nachzugehen. (siehe Abb.42)

Wochenenddienste sind, vor allem für Familien mit Kindern, gerne einmal problematisch. Pflegebedürftige Personen benötigen die Hilfe aber auch an diesen

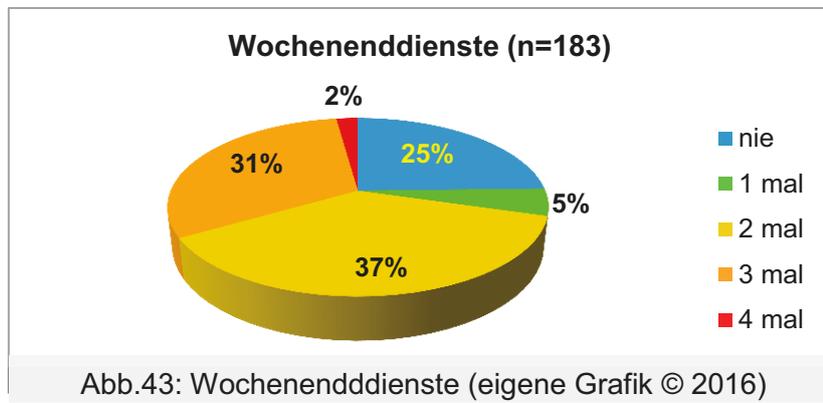


Abb.43: Wochenenddienste (eigene Grafik © 2016)

Tagen. Immerhin 30% der Befragten müssen nur 1-mal pro Monat oder nie am Wochenende tätig werden. Jedes zweite Wochenende arbeiten ist mit 37% die häufigste Form. Es gibt aber auch noch eine beträchtliche Anzahl an Personen die 3 und 4-mal pro Monat Wochenenddienst haben(33%). (siehe Abb.43) Wenn man es sich persönlich einrichten kann, ist das aus finanzieller Hinsicht, bedingt durch die doch hohen Zuschläge, durchaus attraktiv.

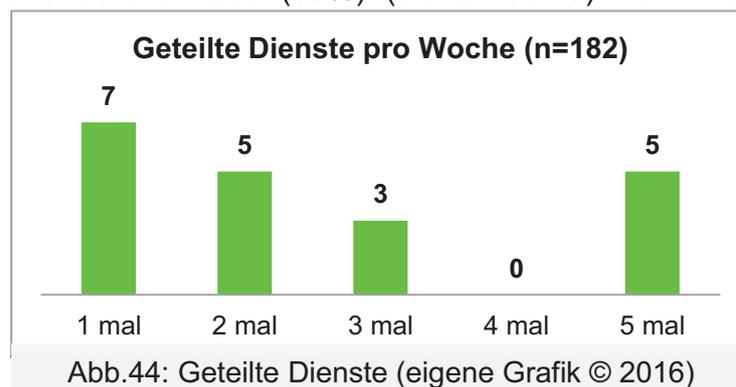
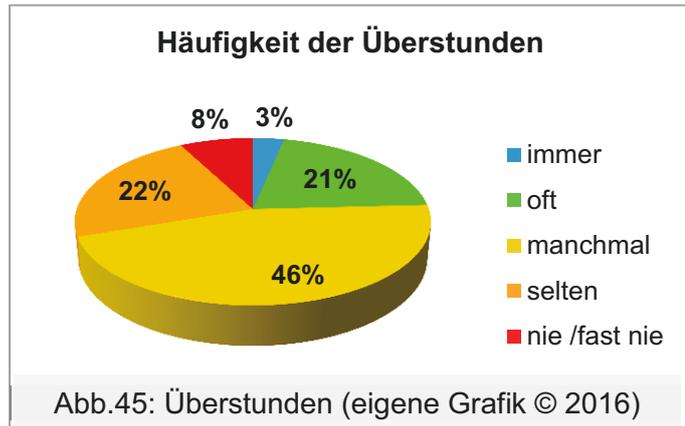


Abb.44: Geteilte Dienste (eigene Grafik © 2016)

Geteilte Dienste, das heißt am Tag in mehreren Intervallen arbeiten, um danach wieder (unbezahlt) pausieren zu müssen, helfen zwar dem/der ArbeitgeberIn sein Personal zu Spitzenzeiten zur Verfügung zu haben, sind aber für die ArbeitnehmerInnen in den seltensten Fällen angenehm. Dies betraf in dieser Umfrage, bei 182 Personen, die auf diese Frage geantwortet haben, nur 20 Angestellte, wovon sich fast die Hälfte nur einmal wöchentlich in dieser Situation befindet. (siehe Abb.44)

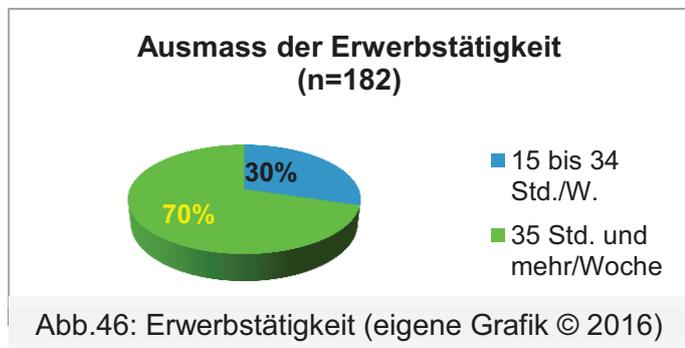
Ausreichend helfende Hände in Spitzenzeiten zu Verfügung haben, ohne Überstunden zahlen zu müssen, ist der Traum eines jeden Arbeitgebers. Ganz ohne Überstunden geht es aber nicht. Unvorhergesehenes kann eintreten, eine Grippewelle kann auftreten und zu mehr Pflegebedarf führen. Knapp ein Viertel der Befragten gab an oft oder immer Überstunden leisten zu müssen. 30% leisteten selten oder fast nie Mehrarbeit. Bei den verbleibenden fast 50% fallen nur

manchmal Überstunden an. (siehe Abb.45) Es muss einem bewusst sein, dass viele Überstunden auf Dauer zu einer Verringerung der Arbeitsbewältigung führen und nicht den Erhalt der Arbeitsfähigkeit fördern.⁴⁹



6.5 Umfang der Erwerbstätigkeit

In der heutigen Zeit gibt es immer mehr Menschen, die es vorziehen, nur in Teilzeit zu arbeiten. Dieser Frage wurde auch nachgegangen. Die überwiegende Zahl der Angestellten (70%) arbeitet



Ganztags, ein knappes Drittel ist 15 bis 34 Stunden pro Woche tätig. (siehe Abb.46)

6.6 Dienstverträge

Bei den Dienstverträgen überwiegt der unbefristete Dienstvertrag mit 90,61 %. Lediglich knapp 10% haben einen befristeten Dienstvertrag, was einerseits bedeuten kann, dass es sich z.B. um Vertretungen handelt, oder aber, dass es befristete Verträge sind, die nach einer gewissen Zeit, wenn der Angestellte den Anforderungen entspricht, in unbefristete Verträge umgewandelt werden.

⁴⁹ Vgl. Kloimüller, 2013, S.39

6.7 Rekapitulation

In der kritischen Bewertung dieses Kapitels „Pflegedienstleister in Luxemburg“ sollen mögliche Stärken und Schwächen der Situation, so wie sie sich im Rahmen der Befragung dargestellt haben hervorgehoben werden.

Angesichts des Bevölkerungsmixes der luxemburgischen Bevölkerung ist es von Vorteil einen Staff aus multiplen Nationalitäten zu haben, der dann auch mit mehr oder weniger jedem/r Pflegebedürftigen kommunizieren können sollte. Es fällt allerdings auf, dass der Anteil derer, die sich nur in einer Sprache verständigen können, doch auffallend hoch ist. Dies möchten einige Personen, durch das Erlernen des luxemburgischen, verbessern.

Diese Fortbildungen, wie auch andere, sind in vielerlei Hinsichten wichtig. Sie vermitteln dem/der MitarbeiterIn das Gefühl, dass er/sie für seine(n) ArbeitgeberIn von Wichtigkeit ist, da diese(r) bereit ist in ihn/sie zu investieren. Um eine optimale Qualität der Pflege und Betreuung sicher zu stellen, bedarf es einer ständigen Anpassung an neue Techniken und Erkenntnisse im Bereich der Pflegewissenschaften, aber auch im Bereich der Medizin. Werden solche Fortbildungen mit Erfolg abgeschlossen, so entsteht auf der einen Seite ein Mehrwert für den ArbeitgeberIn, der Mehrwert für den/die ArbeitnehmerIn ist eine größere Kompetenz, die dann auch durch eine Anpassung des Gehaltes oder des Vorrückens in eine andere Gehaltsstufe ihren Ausdruck finden sollte. Dies ist wichtig für die Arbeitszufriedenheit und die Identifikation mit dem Beruf.⁵⁰

Betrachtet man die Altersstruktur, so fällt die progressive Abnahme der Beschäftigten ab dem 45. Lebensjahr auf. Jenseits der 55 gibt es dann nur noch sehr wenige im ambulanten Pflegebereich Tätige. Die Ursachen dafür sollten näher erforscht werden. Tatsache ist, dass der Bedarf an Pflegekräften weiter steigen wird und Personal nicht unendlich zur Verfügung steht. Es ist erstrebenswert es mehr Personen jenseits der 55 zu ermöglichen in diesem Beruf zu arbeiten, nicht zuletzt auch, um ihr Fachwissen weiter zum Vorteil der KundInnen nutzen zu können. Berücksichtigen sollte man in diesem Zusammenhang, dass, wenn man Personal in ambulanten Pflegediensten längerfristig binden möchte und die Fluktuation reduzieren möchte, womit Kosten

⁵⁰ Vgl. Nolting u.a., 2006, S.112

gespart werden, die Arbeitszufriedenheit, die Autonomie und Unabhängigkeit der Pflegedienst Leistenden, eine enge Bindung zwischen Pflegekraft und zu Pflegenden, Arbeitszeiten, sowie Flexibilität in der Arbeitszeitgestaltung und ein angenehmes Verhältnis zu MitarbeiterInnen und Vorgesetzten von großer Wichtigkeit sind.⁵¹

Anfahrtszeiten von über einer Stunde sind auf Dauer nicht ideal. Soweit es organisatorisch möglich ist, sollten Einsatzorte gewählt werden, die helfen, diese Zeiten im Fahrzeug zu reduzieren. Dies könnte dann eine Möglichkeit sein, die im Jahr 2015 deutlich gestiegenen Unfalls Zahlen am Arbeitsweg zu reduzieren, wobei weitere Ursachen wie Zeitdruck, schlechtes Wetter usw. ebenfalls eine Rolle gespielt haben könnten.

Hinsichtlich der Arbeitszeiten fällt auf, dass es einen nicht unerheblichen Anteil an Personen gibt, die in den morgendlichen oder abendlichen Stunden, sowie an den Wochenenden, nicht tätig werden müssen. Ohne jetzt genaue Kenntnisse über die möglichen Ursachen dafür zu haben, ist es jedoch aus arbeitsmedizinischer Sicht von Vorteil, die Belastungen gleichmäßig auf alle zu verteilen. Lassen sich diese Belastungen schon nicht vermeiden, so können sie für den Einzelnen durch die Verteilung auf mehr Schultern reduziert werden.

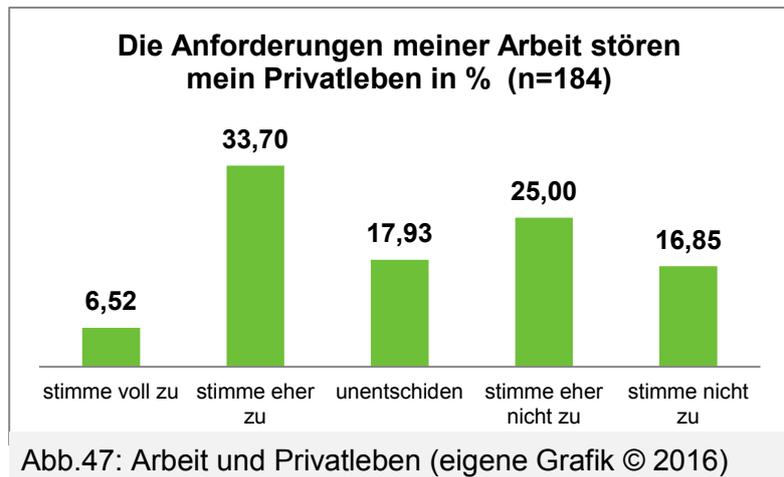
In einem derart physisch und psychisch belastenden Beruf, worauf in den folgenden Kapiteln eingegangen wird, sollten Überstunden vermieden werden, was allerdings nicht immer möglich ist. Bei MitarbeiterInnen, die ständig Überstunden in erheblichem Maß leisten, sollten die Ursachen dafür eruiert und diese im Interesse der betroffenen Personen beseitigt werden.

⁵¹ Vgl. Lynch, 1994, S.21

7. Zufriedenheit und persönliche Einschätzung der Pflegenden

7.1 Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben

Der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben wird eine immer größere Bedeutung zugeschrieben. Teilzeitarbeit, Sabbaticals, d.h. Ausstieg vom Beruf auf Zeit, sind Arbeitszeitmodelle, die immer mehr Anhänger-



Innen finden. So ist es natürlich auch im ambulanten Pflegebereich interessant zu wissen, wie die Betroffenen diese Vereinbarkeit empfinden. (siehe Abb.47) Die Anzahl der Personen, die das Empfinden haben die Anforderungen der Arbeit störten ihr Privatleben, entspricht in etwa der Anzahl, die sich in ihrem Privatleben nicht gestört fühlen. Die 40,22%, die angeben in ihrem Privatleben Einschränkungen hinnehmen zu müssen, würden sich aber sicher freuen, wenn sich die Vereinbarkeit verbessern würde.

Der Zeitaufwand der Arbeit macht es 36,95% der Befragten in unterschiedlichem Ausmaß schwerer, den Pflichten in der Familie nachzukommen. (siehe Abb.48) Die Anforderungen der Arbeit stören das Privatleben in einem höheren Ausmaß,

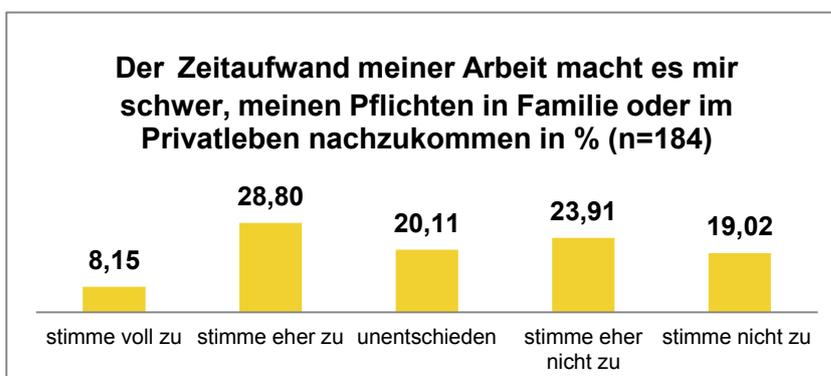
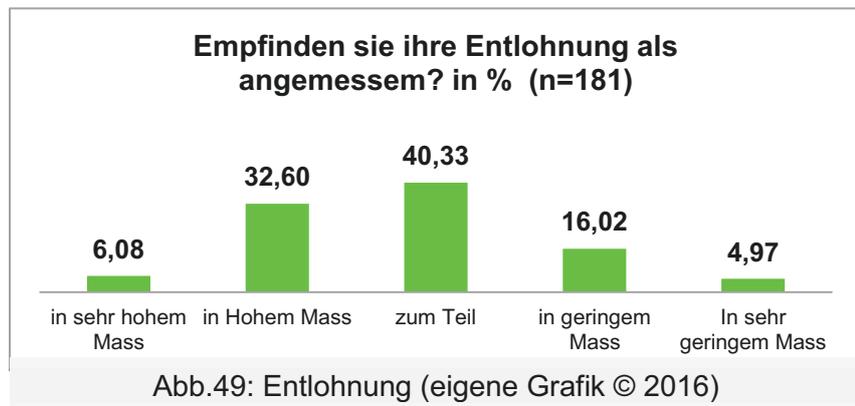


Abb.48: Zeitaufwand und familiäre Verpflichtungen (eigene Grafik © 2016)

als der Zeitaufwand der Arbeit es erschwert. Die Anforderungen wiegen also mit 40,22% schwerer, als der Zeitaufwand mit 36,95%.

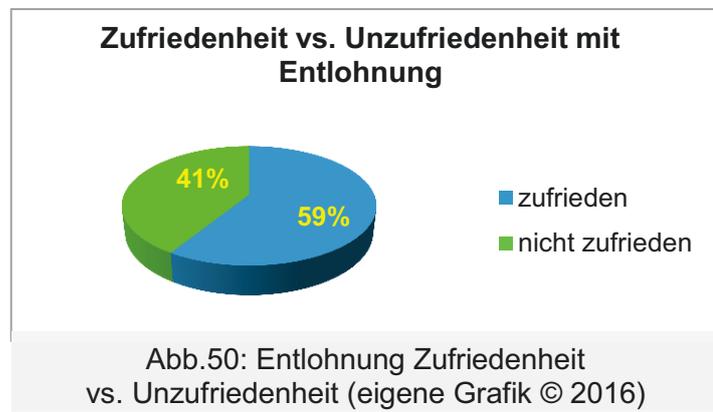
7.2 Entlohnung

Entbehrungen in der Freizeit lassen sich leichter ertragen, wenn man das Gefühl hat für das Geleistete angemessen entlohnt zu werden. Diese



Frage ist von besonderer Wichtigkeit, da es in den letzten Monaten in Luxemburg ausgiebige Diskussionen über die Entlohnung der im ambulanten Pflegedienst Tätigen gab. Die Personalkosten sind die größten Ausgabenposten eines ambulanten Pflegedienstes. Spareffekte oder Mehrausgaben im Personalbereich haben daher einen besonders ausgeprägten Effekt auf die Bilanzen, der im Pflegedienst tätigen Unternehmen, aber auch auf das Budget der Pflegeversicherung.

Im Rahmen dieser Umfrage hätte für die Antwortenden die Möglichkeit bestanden, diesen Missmut deutlich zum Ausdruck zu bringen. Das Ergebnis zeigt aber eine eher gleichmäßige Verteilung um



den Mittelwert (siehe Abb.49), so dass davon auszugehen ist, dass die Antworten ehrlich sind. 20,99% sind mit ihrer Entlohnung nicht wirklich zufrieden, denen stehen 38,68% gegenüber, die ihre Entlohnung als durchaus angemessen empfinden. Nimmt man jetzt die 40,33%, die ihre Entlohnung als zum Teil angemessen empfinden und teilt sie gleichmäßig der zufriedenen und der unzufriedenen Gruppe zu, so ergibt sich ein Verhältnis von 58,84% von Zufriedenen zu 41,16% eher Unzufriedenen. Man könnte also davon ausgehen, dass ein latentes Gefühl besteht, dass die Entlohnung nicht angemessen ist.

Vergleiche zu anderen Jahren, die es aber nicht gibt, wären interessant. (siehe Abb.50)

7.3 Rekapitulation

Auf Grund der Arbeitszeiten (siehe 6.4.) wird es im Bereich der ambulanten Pflege immer schwerer sein Berufs- und Privatleben harmonisch nebeneinander zu führen als in anderen Berufen, vor allem dann, wenn Kinder versorgt werden müssen und der/die PartnerIn ebenfalls arbeitet. Der Zeitaufwand des Berufs fällt dabei gar nicht so sehr ins Gewicht. Lösungsansätze liegen hier nicht auf der Hand. Die oben (siehe 6.7.) angesprochene möglichst gleichmäßige Verteilung auf möglichst viele Schultern kann die Situation unter Umständen etwas verbessern.

Wie im Abschnitt 9.8. näher erläutert, ist es für die MitarbeiterInnen eines Unternehmens am wichtigsten, dass die Führung Interesse am Wohlergehen ihrer MitarbeiterInnen zeigt. Der Begriff „Bezahlung“ wird dabei an Punkt 10 ein erstes Mal aufgeführt. Damit soll aber die Wichtigkeit einer adäquaten Entlohnung nicht gemindert werden, Entlohnung, die in Luxemburg immer signifikant höher ist, als in den Nachbarländern.

8. Direkte psychische Belastungen

8.1 Definition

Gemäß DIN EN ISO 10075-1 ist unter psychischer Belastung die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken, zu verstehen. Bei der Belastung handelt es sich um einen neutralen Begriff für Anforderungen, die sich aus dem Arbeitsauftrag und den Arbeitsbedingungen ergeben. „Psychisch einwirken“ bedeutet, dass diese Belastung psychische Vorgänge in Anspruch nimmt, wie Wahrnehmen, Denken, Lernen, Erinnern aber auch Erleben, Empfinden und Verhalten. Damit gibt es in der Arbeitstätigkeit keine Belastung ohne psychische Anteile, es gibt keinen Zeitpunkt in der Arbeit ohne psychische Belastung. Entscheidend für die Wirkung psychischer Belastung ist die Wechselwirkung zu den individuellen Voraussetzungen.⁵² Die nachstehend aufgeführten psychischen Belastungen beziehen sich auf die unmittelbar bei der Arbeit mit den KundInnen und den MitarbeiterInnen entstehenden Belastungen.

8.2 Commitment

Commitment wird als die „Bindung“ an die Arbeit, an die „Organisation“ definiert.⁵³ Dazu gehört unter anderem, dass der/die Angestellte das Gefühl hat, dass seine Arbeit wichtig ist. Dies ist einer der Voraussetzungen, damit eine Arbeit gut ausgeführt wird. 87,5%, also eine überwältigende Mehrheit der Befragten, haben das Gefühl, dass ihre Arbeit in hohem oder sehr hohem Maße wichtig ist. (siehe Abb.51)

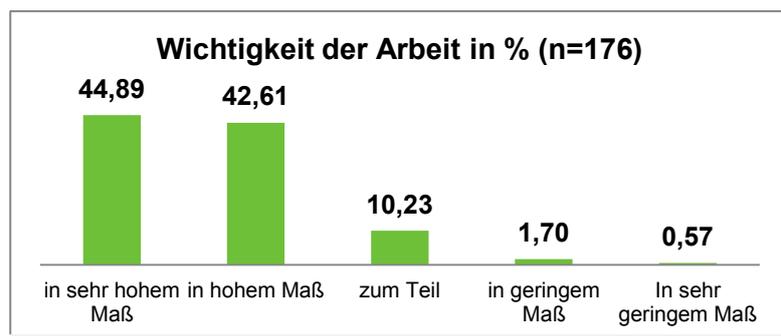


Abb.51: Wichtigkeit der Arbeit (eigene Grafik © 2016)

⁵² Vgl. Scheich, 2014, S.528-529

⁵³ Vgl. Mayrhofer, 2002, S 286

Die zu bewältigenden Aufgaben können den handelnden Personen wichtig sein, aber sind sie auch motiviert? „Das Erleben und die Aktivität der Menschen setzt sich aus vielen Komponenten zusammen: Gefühlen, Handlungen, Gedanken, unbewusste Impulse, automatisierte Reaktionen usw..

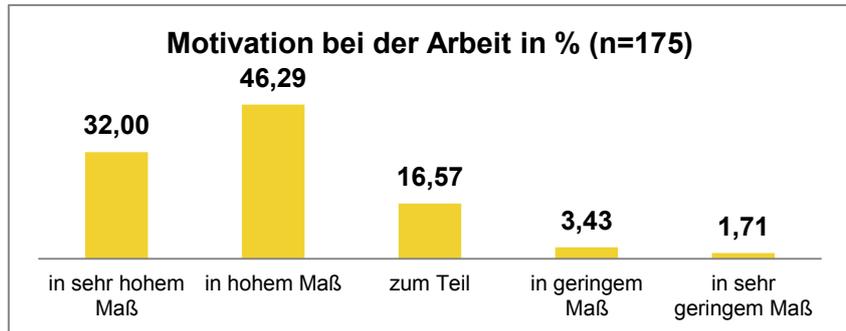


Abb.52: Motivation (eigene Grafik © 2016)

Unter Motivation ist nun der sinnvolle Teil aus diesem Bündel von Erlebens- und Aktivitätselementen zu verstehen, der sich auf Richtung, Qualität/Form und Intensität des Verhaltens bezieht.⁵⁴ 78,29% des Kollektivs sind in hohem oder sehr hohem Maße motiviert, was etwas weniger ist, als die Zahl der Personen, denen die Arbeit in diesem Maße wichtig erscheint. (siehe Abb.52).

Betrachtet man die Durchschnittswerte der beiden Fragen, wobei „in sehr hohem Maß“ die Wertigkeit „1“ erhält und „in sehr geringem Maß“ entsprechend die Wertigkeit „5“, ergibt dies einen gewichteten Mittelwert von 1,97 für die Motivation und 1,70 für die Wichtigkeit. Die Wichtigkeit ist also bedeutender als die Motivation.

Der Unterschied der Personen, die bei den Kriterien Wichtigkeit und Motivation mit „in sehr hohem Maß“ beziehungsweise „im hohen Maß“ geantwortet haben ist mit $|2,29| > 1,96$ signifikant. Die Wichtigkeit ist sehr hoch, die Motivation dem Anspruch dieser Wichtigkeit gerecht zu werden, ist signifikant geringer. Dieser Wert ist sicherlich interessant, muss aber vor dem Hintergrund der doch recht kleinen Gruppe der zur Verfügung stehenden Antworten vorsichtig betrachtet werden.

Neben Wichtigkeit der Aufgabe und Motivation stellt sich aber auch die

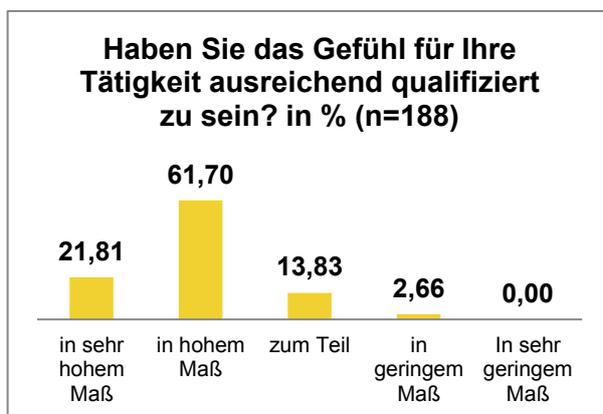


Abb.53: Qualifikation (eigene Grafik © 2016)

⁵⁴ Vgl. Mayrhofer, 2002, S 256

Frage, ob die MitarbeiterInnen das Gefühl haben für die an sie gestellten Anforderungen ausreichend qualifiziert zu sein.

83,51% der Befragten sind sich ihrer Sache sehr sicher, 5 Personen fühlen sich in geringem Maße qualifiziert. (siehe Abb. 53)

Bei ausreichender Qualifikation sollte es nur wenige Dinge geben, die als zu kompliziert eingestuft werden. Auf die Frage „Gibt es bei

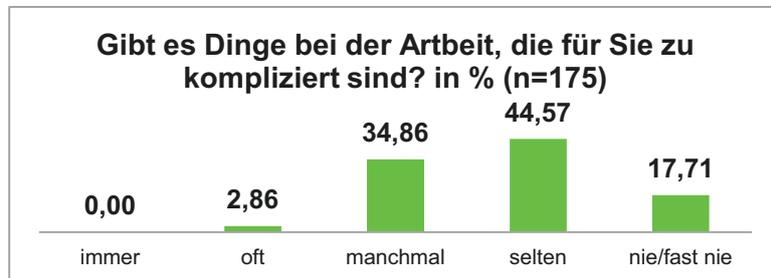


Abb.54: komplizierte Arbeit (eigene Grafik © 2016)

der Arbeit Dinge, die für Sie zu kompliziert sind?“ zeigte sich, dass es dort doch Unterschiede zu geben scheint. Bei 83,51 % der Befragten, die sich in hohem Maße qualifiziert fühlen würde man eigentlich erwarten, dass eine ebenso hohe Anzahl selten oder fast nie mit Dingen konfrontiert wird, deren Ausführung zu kompliziert sind. Das ist aber nur in 62,28% der Fall (Kategorie „selten, nie/fast nie“). Dieser Unterschied ist mit $|4,57| > 1,96$ ebenfalls signifikant. Obwohl auch hier nur eine geringe Zahl an Probanden zu Grunde liegt, ist dieser Wert auf Grund des hohen Signifikanzwertes von großer Aussagekraft. (siehe Abb.54)

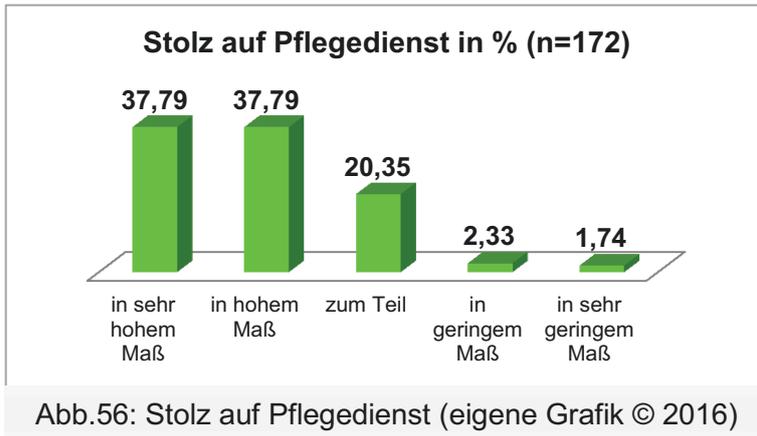
Beschwerden von KundInnen werden aus Sicht der Befragten in 95,42% selten oder fast nie vorgebracht, so dass die erbrachten Leistungen zur Zufriedenheit der



Abb.55: Beschwerden (eigene Grafik © 2016)

KundInnen ausfallen. Dieses subjektive Empfinden sollte im Weiteren natürlich mit den Daten, die von Seiten der Pflegeorganisationen erhoben werden, abgeglichen werden, was aber den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. (siehe Abb.55)

Bindung an die Arbeit beinhaltet auch Stolz, Freude in einem bestimmten Unternehmen tätig zu sein. Mit 4,07% ist der Anteil, der nur geringfügigen Stolz empfindet in seinem Pflegedienst zu arbeiten, sehr gering. Bei der Höhe der von den MitarbeiterInnen empfundenen Fluktuation kann aber die Vermutung geäußert



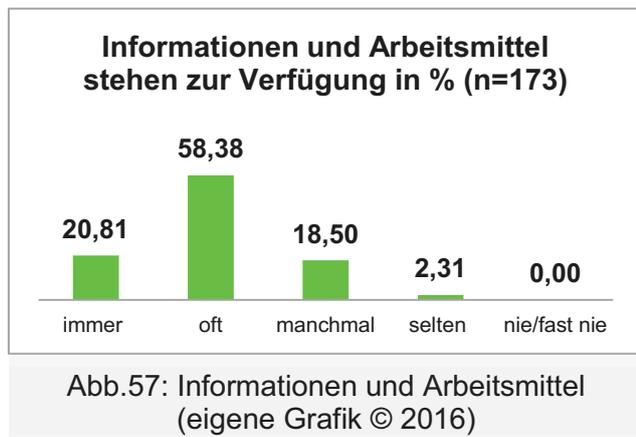
werden, dass der Stolz in einem bestimmten Pflegedienst zu arbeiten, die Bindung an diesen nicht unbedingt festigt. (siehe Abb.56)

8.3 Stressfaktoren

Stress entsteht, wenn die Befriedigung von biologischen und/oder psychologischen Bedürfnissen, Motiven oder die Erreichung von Zielen bei Handlungsnotwendigkeit und Handlungsschwierigkeit gefährdet ist. Es besteht eine Diskrepanz zwischen dem, was der/die ArbeitnehmerIn soll und darf und dem, was er/sie will und kann oder zu können glaubt. Stress kann bei Überforderung und Unterforderung individueller Voraussetzungen entstehen, aber auch bei unzureichenden Bedingungen für die Erfüllung gestellter Aufgaben (z.B. mangelnde Durchschaubarkeit, mangelnde Vorhersehbarkeit, mangelnde Beeinflussbarkeit)⁵⁵

Faktoren, die im Rahmen dieser Umfrage analysiert wurden, sind die Frage nach Dingen deren Ausführung zu kompliziert ist, die aber des Zusammenhangs wegen bereits weiter oben dargestellt wurden.(siehe 8.2) In nur 2,86% der Fälle kommt es oft zum Auftreten von zu komplizierten Anforderungen, so dass man doch von einer in dieser Hinsicht eher geringen Stressbelastung ausgehen kann.

Wie ist die Situation, wenn man das zur Verfügung stehen von Informationen und Arbeitsmitteln



⁵⁵ Vgl. Scheuch, 2014, S.503.

zur Durchführung der Arbeit betrachtet? 20,81% der MitarbeiterInnen geben an, dass ihnen immer alle Informationen und Arbeitsmittel zur Verfügung stehen. Der gewichtete Mittelwert beträgt 2,02, wobei „immer“ mit „1“ bewertet wurde und „nie/fast nie“ mit „5“. (siehe Abb.57) Es wäre interessant zu untersuchen, um was es sich in den Fällen handelt, wo eben nicht immer alles Notwendige zur Verfügung steht. Sollte es sich um essentielle Dinge zur Pflege handeln, kann dies durchaus stressig sein, im Besonderen dann, wenn es sich immer um die gleichen Dinge handeln sollte.

Unterbrechungen bei der Arbeit gehören zu chronischen Stressverursachern. Man arbeitet konzentriert und wird dann immer wieder durch andere Personen gestört. Im Pflegebereich ist davon auszugehen, dass es entweder

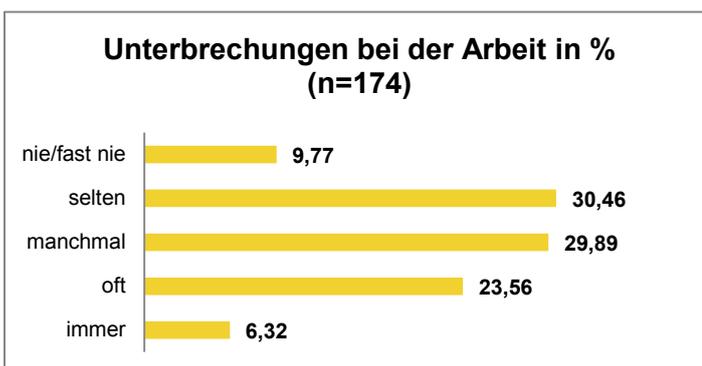


Abb.58: Unterbrechungen (eigene Grafik © 2016)

das Mobiltelefon oder aber die Angehörigen der zu Pflegenden sind, wobei im Rahmen dieser Untersuchung auf eine Differenzierung nicht näher eingegangen wurde. Die Zahl derer, die nie, oder fast nie bei ihren Verrichtungen unterbrochen werden, ist mit 9,77% eher gering. In 29,88% kommt es doch zu häufigen Unterbrechungen. Der gewichtete Mittelwert beträgt 3,14, ist also zwischen „selten“ und „manchmal“ anzusiedeln. (siehe Abb.58)

Obwohl das Arbeiten unter Zeitdruck dem Bereich der emotionalen Belastungen aus dem COPSOQ entnommen wurde, verursacht Zeitdruck auch Stress. Zeitdruck bedeutet zu viel Arbeit und zu

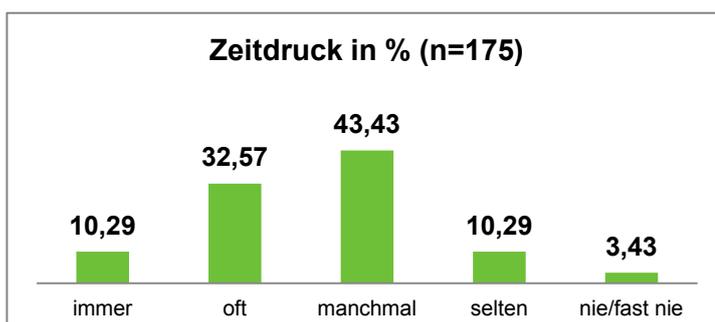


Abb.59: Zeitdruck (eigene Grafik © 2016)

wenig Zeit, um die Arbeit korrekt auszuführen. Nicht zu unterschätzen ist dabei, dass der Mensch unter Zeitdruck schlecht denkt.⁵⁶ Gerade im Pflegebereich kann dies geschehen, wenn einem/er Patienten/in zu einer bestimmten Zeit dieses oder

⁵⁶ Vgl. Litzcke u.a., 2007, S.116

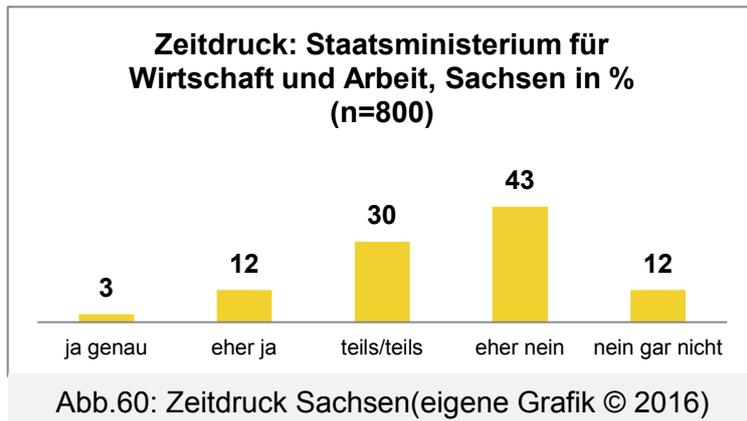
jenes Medikament verabreicht werden muss und man entweder im Verkehrsstau steht, oder man aber man bei einem/er anderen Kunden/in unerwartet aufgehalten wurde, oder aber auch spezielle Terminwünsche berücksichtigt werden sollen, oder ein Notfall eingetreten ist, um nur einige zu nennen.

Der gewichtete Mittelwert beträgt 2,64, liegt also zwischen oft und manch-mal. (siehe Abb. 59)

Interessant ist der Vergleich mit der vom Staatsministerium für Wirtschaft Arbeit und Verkehr des Freistaates Sachsen/DE herausgegebenen

Studie.⁵⁷ (siehe Abb.60)

Sie kommt zu folgendem Ergebnis: „Fast die Hälfte der Befragten (45%) äußerte sich kritisch über



die allgemeine Zeitknappheit.“ Diese, sowie die sächsische Untersuchung, scheinen durchaus miteinander vergleichbar, mit dem Vorteil, dass die Aussagekraft der sächsischen Untersuchung mit einer Teilnehmerzahl von 800 sehr viel fundierter ist. Es wurden hier auch die teils/teils Aussagen bereits als „kritisch“ bewertet, was im Fall der vorliegenden Untersuchung zu einem Wert von 86,29 % führt.

Zeitdruck, und den gibt es auch in Luxemburg, wie oben dargestellt, administrative Verpflichtungen und zu viel Arbeit sind die drei wichtigsten Stressfaktoren im Bereich der ambulanten Pflege auf.⁵⁸

8.4 Emotionale Belastungen und Anforderungen

Emotionale Anforderungen kann man laut Szymenderski P. als situative Gefühlsanforderungen bezeichnen.⁵⁹ Besonders im Dienstleistungsbereich, und ambulante Pflegedienste sind Dienstleistungsbetriebe, sind die emotionalen Anforderungen auf Grund des direkten Kontaktes zu den KundInnen hoch. Die

⁵⁷ Vgl. Sächsisches Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr, 2006, S13

⁵⁸ Vgl. Usha Rani, 2000, S.303

⁵⁹ Vgl. Szymenderski, 2012, S.379

Pflegenden sind mit multiplen Facetten an menschlichen Problemen konfrontiert und es besteht auch immer die Möglichkeit, dass es zu Konflikten zwischen Pflegenden und KundInnen kommt. Nicht zu vernachlässigen sind auch, auf Grund der zunehmenden Heterogenität der Bevölkerung, die zunehmenden kulturellen Unterschiede, die gegebenenfalls spezifische Rücksichtnahmen erfordern. Hinzu kommt, dass die MitarbeiterInnen der ambulanten Pflegedienste unter Umständen Gefühle zeigen müssen, die ihren wahren Gefühlen nicht entsprechen. Viele Burnout Forscher, wie Szymenderski, Kristensen, De Jonge, sind sich darüber einig, dass emotionale Anforderungen eine wichtige Ursache für diese Erkrankung darstellen.

De Jonge und Hamers (2000) fanden ein erhöhtes Risiko für emotionale Erschöpfung bei hohen emotionalen Anforderungen und niedriger beschäftigungsbezogener Anerkennung.⁶⁰

Auch konnte in zwei Studien (Eloviainio et al., 1997), im Bereich von Pflegediensten, (Gongge et al., 2002) ein Zusammenhang zwischen emotionalen Anforderungen und muskuloskelettalen Symptomen hergestellt werden.⁶¹

Knapp die Hälfte (49,42%) der Befragten gaben an, sich selten oder fast nie in emotional belastenden Situationen zu befinden. In 38,51% traten diese Belastungen immerhin manchmal auf und 12,06% waren oft oder immer damit konfrontiert. (siehe Abb.61)

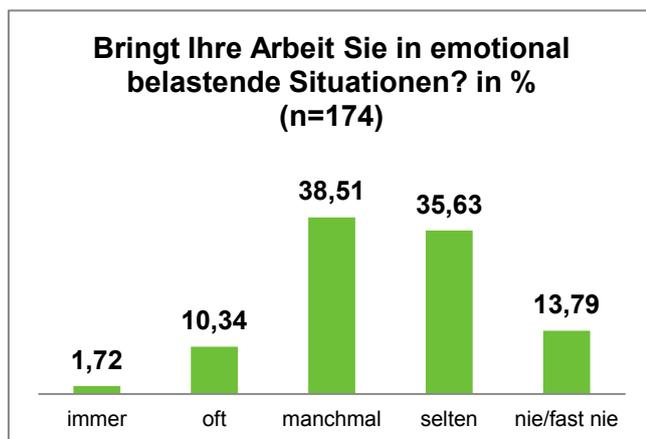


Abb.61: Belastende Situationen (eigene Grafik © 2016)

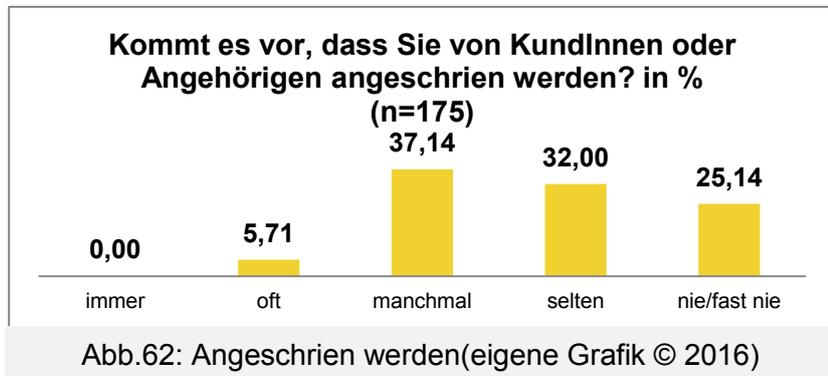
Im Rahmen der Ausarbeitung des

Fragebogens wurde überlegt, ob man die MitarbeiterInnen fragen sollte, ob sie von KundInnen oder Angehörigen angeschrien werden. Wenn man sich das Ergebnis ansieht hat die Frage leider ihre Berechtigung. Selbst nur manchmal oder selten bei der Arbeit angeschrien zu werden, was bei 74,85 % der antwortenden

⁶⁰ Vgl. van Vegchel u.a. 2004, S.23

⁶¹ Vgl. ebenda, S.24

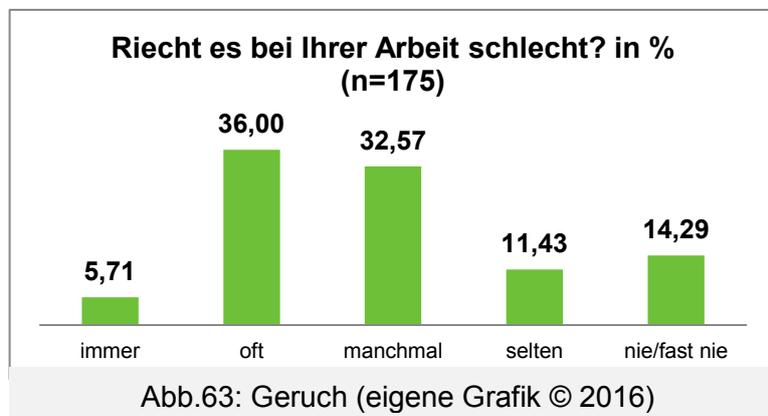
Personen zutrifft, stellt dies in jedem Fall eine unangemessene Behandlung dar, ja man kann sogar von psychischer Gewaltanwendung sprechen. Es wurde bei der Frage nicht zwischen KundInnen und Angehörigen differenziert. Kann man bei KundInnen, situationsbedingt, unter Umständen noch Verständnis für ein derartiges Verhalten aufbringen, ist ein solches Verhalten von Seiten der Angehörigen in jedem Fall



abzulehnen. (siehe Abb.62)

Ekel ist als „Übelkeit erregendes Gefühl des Widerwillens, des Abscheus vor etwas als widerlich Empfundenes“⁶² definiert. Personen im ambulanten Pflegebereich sind bei ihrer Arbeit täglich einer Vielzahl von Düften ausgesetzt, Düfte die ekelerregend sein können. Körperausscheidungen stellen, abgesehen von ihrem Geruch, den häufigsten Ekelfaktor in der Altenpflege dar.

Emotionale Selbstwirksamkeit und Autonomie bei der Arbeitstätigkeit sind innere, beziehungsweise äußere Faktoren, die das Ekel Empfinden bei der Arbeit verhindern helfen können.⁶³ Selbstwirksamkeit wird definiert, als die „Überzeugung und Erwartung auf Grund der eigenen Fähigkeiten und Ressourcen Aufgaben und Pläne erfolgreich umsetzen zu können“⁶⁴ Emotionale Selbstwirksamkeit kann, in Ableitung, als Fähigkeit betrachtet werden, auf Grund der eigenen Fähigkeiten und Ressourcen, mit emotional belastenden Situationen umgehen zu können,



können.⁶³ Selbstwirksamkeit wird definiert, als die „Überzeugung und Erwartung auf Grund der eigenen Fähigkeiten und Ressourcen Aufgaben und Pläne erfolgreich umsetzen zu können“⁶⁴ Emotionale Selbstwirksamkeit kann, in Ableitung, als Fähigkeit betrachtet werden, auf Grund der eigenen Fähigkeiten und Ressourcen, mit emotional belastenden Situationen umgehen zu können,

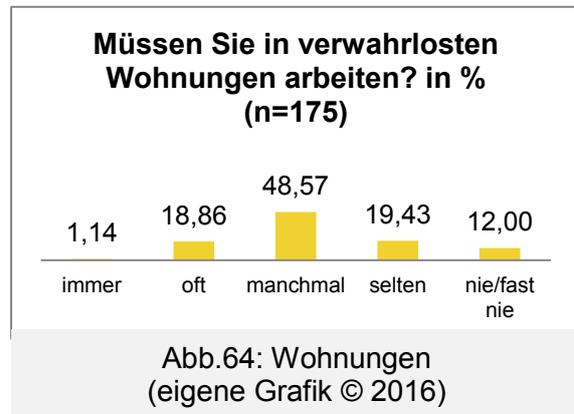
⁶² Vgl. Duden http://www.duden.de/rechtschreibung/Ekel_Gefuehl_Abscheu [Zugriff 01.04.2016]

⁶³ Vgl. Goerdeler u.a., 2015, S.256-257.

⁶⁴ Vgl. Europäisches Pro Skills Projekt, o.J., S.12

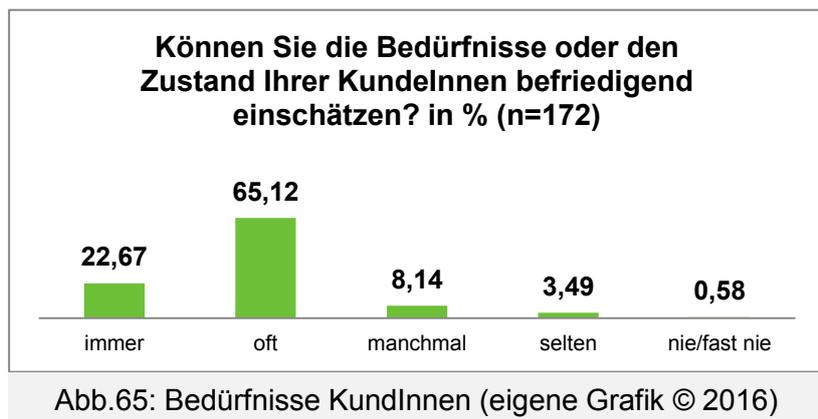
Die möglichen Auswirkungen des schlechten Geruchs bei der Arbeit, von der 90,92% der Befragten in mehr oder minder ausgeprägter Form betroffen sind, sind daher nicht zu unterschätzen. (siehe Abb.63)

Auslöser für Ekel müssen aber nicht nur die Körperausscheidungen sein, auch eine verwaahlte Wohnung kann äußerst abstoßend wirken. Die von der Pflegeversicherung vorgesehenen Haushaltshilfen sind, wie der Name schon sagt, „Hilfen“ und sind nicht dazu geeignet einen unter Umständen



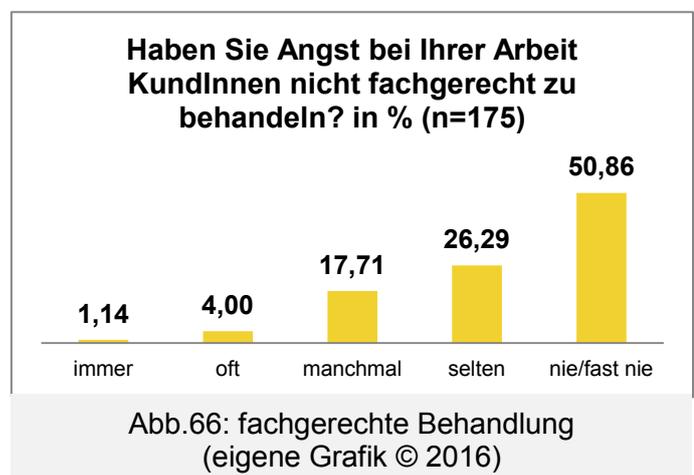
komplett verwaahlten Haushalt, in einen akzeptablen Zustand zu überführen. Ab wann es sich um eine verwaahlte Wohnung handelt, ist natürlich ein rein subjektiver Eindruck. 68,57% sehen sich mit einer solchen Situation immer wieder konfrontiert. (siehe Abb.64)

In der ambulanten Pflege ist es wichtig die Bedürfnisse und den Zustand der KundInnen richtig einschätzen zu können, vor allem wenn sie sich in einen



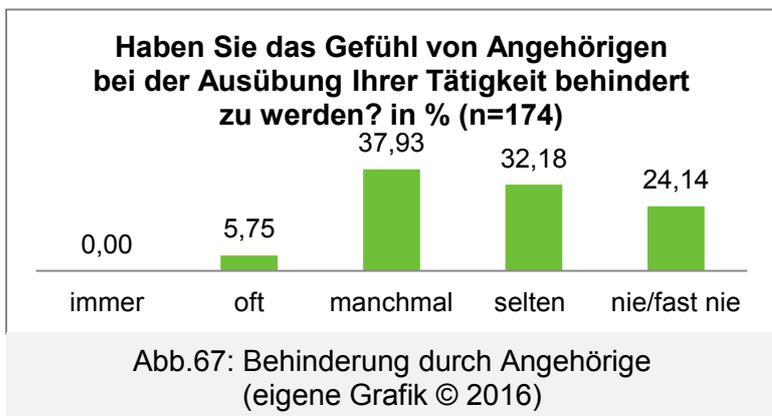
erhöhten Pflegebedarf haben. Die Verständigung zwischen Pflegenden und pflegebedürftiger Person kann dabei eingeschränkt sein. 87,79 % der Befragten sind der Meinung diese Bedürfnisse immer oder oft richtig einschätzen zu können. (siehe Abb.65)

Eine fachgerechte Behandlung in der ambulanten Pflege basiert zu einem Teil auf dem Erkennen der unter Umständen



in kurzen Abständen wechselnden Bedürfnisse und Zustandsbilder. Die Fortschritte der Medizin, aber auch der Medizintechnik, bedingen, dass ständig neue Anforderungen an die BetreuerInnen gestellt werden. Fachgerechte Behandlung wird am besten von motivierten, ausgeruhten und ausreichend qualifizierten MitarbeiterInnen durchgeführt, die nicht unter Zeitdruck agieren müssen und bei ihrer Arbeit nicht unterbrochen und von allen Beteiligten mit Anstand behandelt werden. 50,86% haben nie oder fast nie die Befürchtung nicht lege artis zu behandeln. 44% haben selten oder aber auch manchmal das Gefühl, den Anforderungen nicht gerecht werden zu können. 5,14% verspüren diese Angst oft oder häufig. (siehe Abb.66)

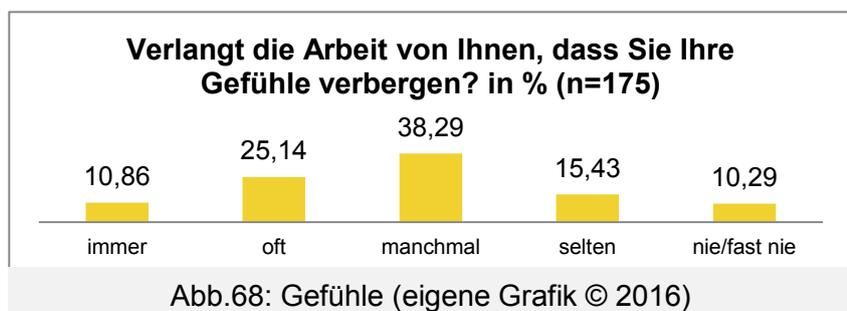
Angehörige sind wichtige PartnerInnen im Rahmen der ambulanten Pflege. Sie kennen die zu Pflegenden am besten, können im Idealfall wertvolle Hinweise und Informationen geben, die das Arbeiten



erleichtern. Dies muss aber nicht immer so sein. 43,68% der Befragten, die sich zu dieser Frage geäußert haben, geben an, dass sie in einem gewissen Masse durch Familienmitglieder bei der Ausübung ihrer Tätigkeit behindert werden. Wie sich dies ausdrückt, wurde nicht erfragt. Es wäre aber sicher interessant dies einmal eingehender zu untersuchen. Dieser Umstand stellt jedenfalls eine zusätzliche emotionale Belastung dar. (siehe Abb.67)

Über die Notwendigkeit in der ambulanten Pflege Gefühle zu verbergen und den dabei bestehenden Risiken wurde bereits weiter oben eingegangen. 36% haben

das Gefühl dies immer oder oft tun zu müssen, 38,29% fühlen sich manchmal dazu verpflichtet. Der



gewichtete Mittelwert liegt mit 2,89 zwischen „oft“ und „manchmal“. Dies weist auf eine weitere beachtenswerte emotionale Belastung hin. (siehe Abb.68)

Arbeitsplätze ändern schnell und verlangen nach umfassender Qualifikation der MitarbeiterInnen, die sich mit einem stetig zunehmenden Zeitdruck konfrontiert sehen, um die anstehenden Aufgaben zu erfüllen. Unter diesen Umständen, ist Rückmeldung durch Vorgesetzte notwendig, um abträgliche Auswirkungen, bedingt durch Vielfalt der Anforderungen und Zeitdruck, auszugleichen. Objektive und konstruktive Rückmeldungen, die Vorgesetzte ihren Angestellten regelmäßig zukommen lassen, können einen individuellen Nutzen für Angestellte, aber auch für das Unternehmen als Ganzes darstellen.⁶⁵ Diese Aussage lässt sich auch auf ambulante

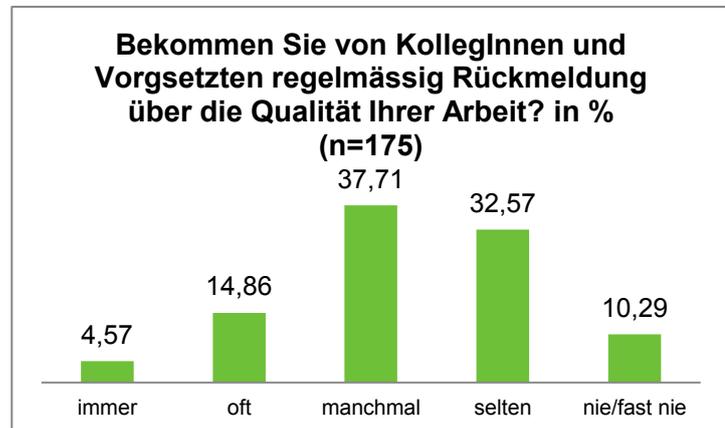


Abb.69: Rückmeldung (eigene Grafik © 2016)

Pflegedienste anwenden, die ebenfalls einer Vielfalt an Anforderung, sich ständig ändernder Rahmenbedingungen (s.o.) und einem beträchtlichen Zeitdruck ausgesetzt sind. Wie ist es um die Rückmeldung über die Qualität der verrichteten Arbeit von Seiten der Kollegen, aber vor allem durch die Vorgesetzten bestellt? Lediglich 19,43% der 175 Personen, die diese Frage beantworteten, erhalten regelmäßig eine Rückmeldung. 10,29% geben an nie oder fast nie eine Rückmeldung zu erhalten. Der gewichtete Mittelwert von 3,29, der also zwischen „manchmal“ und „selten“ liegt, unterstreicht diese Situation.(siehe Abb.69)

8.5 Soziale Kohäsion unter den MitarbeiterInnen

Man kann die Pflegekräfte, die in einem im ambulanten Pflegesektor tätigen Unternehmen arbeiten, als eine Gruppe betrachten, die darauf ausgerichtet ist, die zu Pflegenden gemeinsam zu versorgen, auch wenn dies zu unterschiedlichen Zeitpunkten durch unterschiedliche Personen erfolgt.

Je intensiver die Mitglieder einer Gruppe zusammenarbeiten und je homogener die Gruppe ist, desto besser kann sich ein innerer Zusammenhalt, eine Geschlossenheit entwickeln: Je größer diese der Gruppe innewohnende Kohäsion

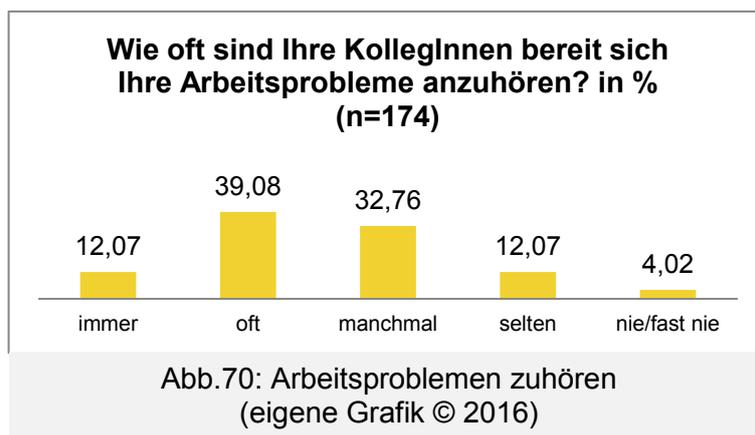
⁶⁵ Vgl.Noefler u.a., 2009, S.391

ist, umso stabiler und attraktiver ist die einzelne Gruppe und im weitesten Sinn auch ein Unternehmen. Als Folge eines guten Zusammenhaltes hat die Gruppe die Fähigkeit auch unter Druck und Stress effektiv zu agieren.

Hoch kohäsive Gruppen tendieren dazu, gemeinsame Leistungsstandards festzulegen und umzusetzen.

Um den Gruppenzusammenhalt zu fördern, empfehlen sich homogene Gruppen, innerhalb derer ein intensiver Meinungs austausch stattfinden kann. Das heißt aber auch, dass die einzelnen Gruppen eine gewisse Größe, die jedoch nicht à priori definiert werden kann, nicht übersteigen dürfen, da sonst die Gruppen interne Kommunikation leidet. Ganz wichtig ist der Aspekt, dass demokratisches Führungsverhalten die Gruppenkohäsion fördert, wohingegen autokratisches Verhalten zu einer Schwächung derselben führt.⁶⁶

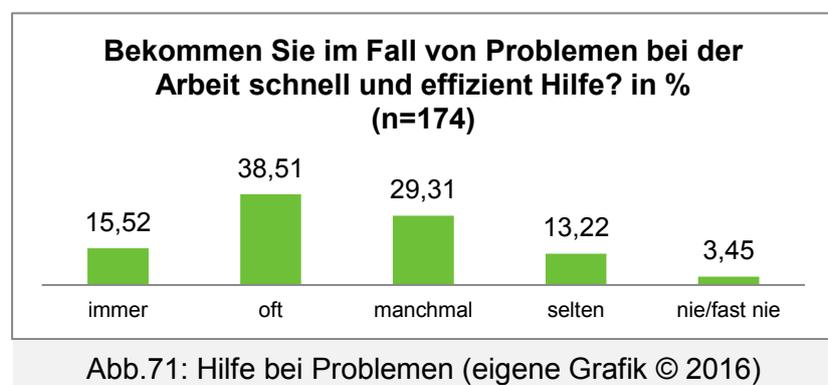
Unter diesen Aspekten wurden auch einige Fragen formuliert, die der sehr



heterogenen Gruppe, (s.o.) der in den Pflegediensten tätig, vorgelegt wurden. Gespräche über Probleme bei der Arbeit finden unter KollegInnen in 51,15% „immer“ oder „oft“ statt, allein 4,02% geben an,

dass ihre Probleme „nie“ gehört werden. (siehe Abb.70). Der gewichtete Mittelwert von 2,57 zeigt, dass die Häufigkeit des Austausches zwischen „oft“ und „gelegentlich“ liegt.

Sich gegenseitig schnell und effizient helfen, drückt das Miteinander innerhalb einer Gruppe ebenfalls aus. Ein gewichteter Mittelwert von 2,51 drückt aus, dass man sich nicht immer darauf verlassen kann, aber doch eine brauchbare



⁶⁶ Vgl. Heinrich, 2002, S.325-326

Aussicht auf Hilfe hat. 16,67% geben allerdings an „nie“ oder „selten“ geholfen zu bekommen, was unter dem Aspekt, dass hilfs- und pflegebedürftige Menschen von dieser Hilfe unter Umständen abhängig sind, hervorgehoben werden muss. (siehe Abb.71)

88,57% der Personen, die auf die Frage geantwortet haben, geben an, dass die Arbeitsatmosphäre „immer“ oder „oft“ gut ist.

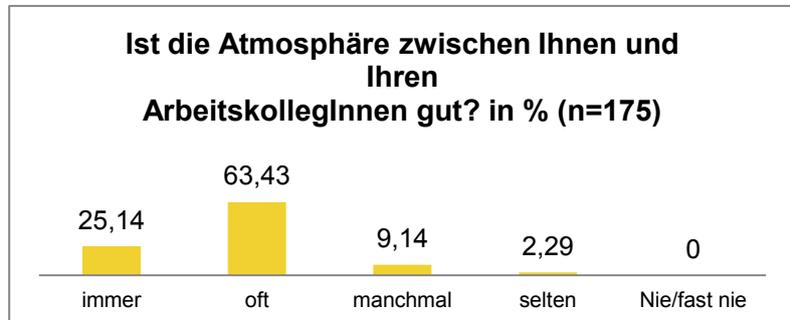


Abb.72: Atmosphäre unter KollegInnen (eigene Grafik © 2016)

Keine Person hat zum Ausdruck gebracht, dass

die Atmosphäre „nie“ gut sei. (siehe Abb.72)

Wie sehr fühlen sich MitarbeiterInnen als Teil einer Gemeinschaft, besteht also etwas wie „team spirit“? Diese Frage wurde vor dem Hintergrund gestellt, dass, wenn man sich als Teil einer Gemeinschaft fühlt, man dieser eine gewisse Wertschätzung entgegenbringt und die Wahrscheinlichkeit diese zu verlassen umso geringer ist, je intensiver die Bindung an diese Gemeinschaft ist. (siehe Abb.73)

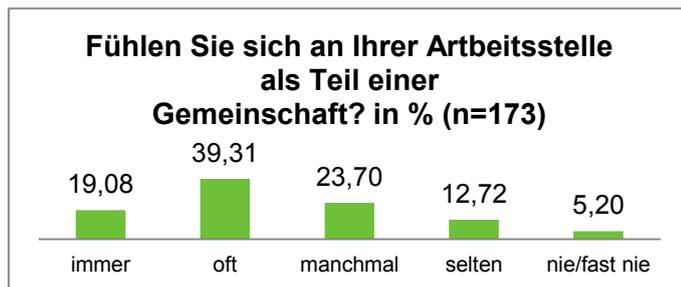
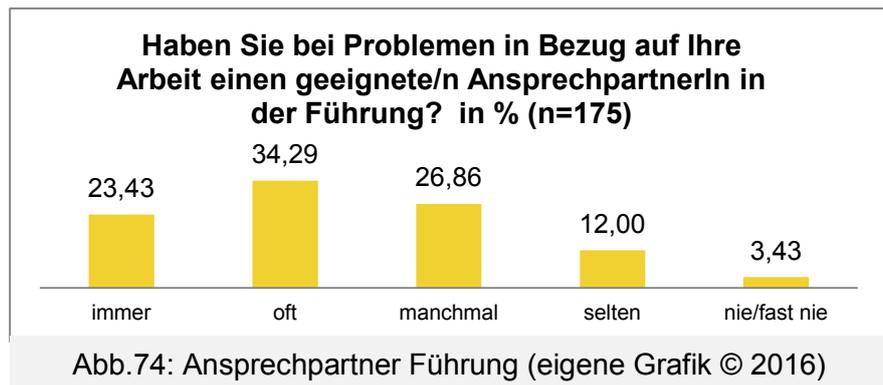


Abb.73: Gemeinschaftsgefühl (eigene Grafik © 2016)

Wird die Atmosphäre zwischen den ArbeitskollegInnen in 88,57% der Fälle als „immer“ oder „oft“ gut beschrieben fühlen sich zwar über 50% als Teil einer Gemeinschaft. Die Signifikanz des Unterschiedes ist mit $|6,41| > 1,96$ ist eindeutig. Die Atmosphäre ist zwar gut, das Gemeinschaftsgefühl ist aber bei Weitem nicht so ausgeprägt, wie es in einer Gruppe, s.o., wünschenswert wäre. Fühlen sich die MitarbeiterInnen mit ihren Problemen allein gelassen? Demokratisches Führungsverhalten, und dazu gehört Zuhören und gemeinsame Lösungen suchen, verstärkt tendenziell die Gruppenkohäsion, wie weiter oben dargestellt. Der gewichtete Mittelwert der Antworten auf diese Frage beträgt 2,38.

Immerhin 15,43% geben aber an selten oder nie die Möglichkeit zu einem Gespräch mit einer Führungspersönlichkeit zu haben. (siehe Abb.74)



8.6 Burnout

Burnout wird definiert als „Ausgebranntsein, Zustand der totalen Erschöpfung“. Es wurden bei dieser Studie die Fragen betreffend das persönliche Burnout zur Gänze übernommen. (s. 2.1.5)

Durch das Erstellen einer Skala betreffend das „persönliche Burnout“, wollte man sicherstellen, dass man Individuen, unabhängig von ihrem Beruf, vergleichen kann. Diese Skala ist dazu gedacht, eine einfache Frage zu beantworten: Wie müde oder entkräftet sind sie? Es war die Absicht eine Skala zu erstellen, die am „negativen Ende“ sensibel ist (z.B. bei Personen mit einem relativ hohen Grad an Erschöpfung)

Die Dimension des persönlichen Burnouts wird wie folgt definiert: Persönliches Burnout ist der Grad an physischer und psychologischer Müdigkeit und Erschöpfung, die von der betroffenen Person empfunden wird.⁶⁷

Das Originale Copenhagen Burnout Inventory verwendet eine Skala von 1-100. Bei dieser Befragung wurde eine 5-teilige Skala benutzt, wie in Tabelle 1 sichtbar. Dies geschah, um eine bessere Überschaubarkeit zu gewährleisten.

In der Publikation von Kristensen⁶⁸ werden im Bereich „persönliches Burnout“ für ambulante Pflegekräfte Werte von 43,1 (für in Städten arbeitende Personen) sowie 32,6 (für in ländlichen Gebieten arbeitende Personen) angegeben. Luxemburg hatte 2014 eine Bevölkerungsdichte von 215 Einw./km², Dänemark, Land in dem die Studie durchgeführt wurde, hat eine Bevölkerungsdichte von 133

⁶⁷ Vgl. Kristensen, 2005, S.197

⁶⁸ Vgl. ebenda, S.201

Einw./km².⁶⁹ Es ist daher vertretbar, auf Grund der im Vergleich zu Dänemark deutlich höheren Bevölkerungsdichte, für Luxemburg den Wert für in Städten arbeitendes Pflegepersonal anzuwenden.

Persönliches Burnout (n=175)	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie	mean	SD
	Bew. 100	Bew. 75	Bew. 50	Bew. 25	Bew. 0		
	%	%	%	%	%		
Wie häufig fühlen Sie sich müde?	11,43	33,71	39,43	14,86	0,57	60,14	22,38
Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	8,00	29,14	38,29	20,57	4,00	54,14	24,36
Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	3,43	19,43	33,14	35,43	8,57	43,43	24,49
Wie häufig denken Sie ich kann nicht mehr?	2,86	13,14	26,86	27,43	29,71	33,00	27,91
Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?	1,14	7,43	20,57	44,57	26,29	28,14	23,08
Durchschnittswerte:						43,77	24,44

Abkürzungen: Bew.: Bewertung, SD: Standardabweichung, mean: Mittelwert

Tab. 1: Persönliches Burnout

In der vorliegenden Befragung ergibt sich ein Wert von 43,77. Dies zeigt, dass man in Luxemburg mit einer fast identen Belastung, wie in Dänemark, konfrontiert ist. Trotz des weitaus kleineren Kollektivs, von 175 Personen, die dänische Studie bezog sich auf ein Kollektiv von 1898 Personen, ergeben sich fast idente Werte, was für die Validität der vorliegenden Studie spricht.

Betrachtet man nun die individuellen Angaben der Personen, die bei den

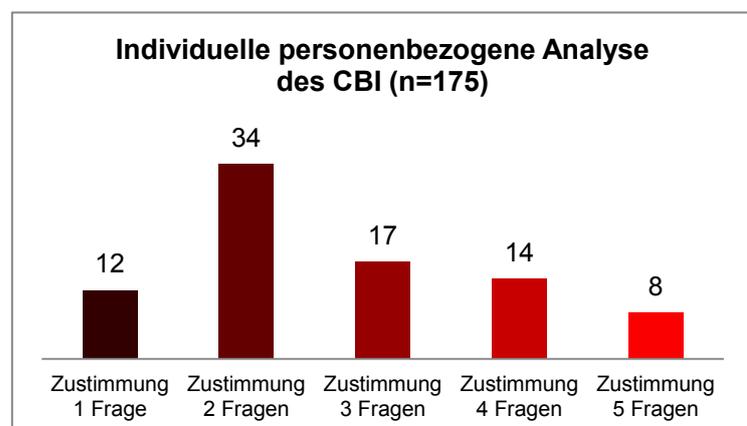


Abb.75: Individuelle Analyse CBI (eigene Grafik © 2016)

⁶⁹ Vgl. Weltbank

einzelnen Fragen „immer“ oder „oft“ angekreuzt haben, so ist festzustellen, dass immerhin 8 Personen Zustimmung zu 5 Fragen geäußert haben, 4 Fragen trafen auf 14 Personen zu. (siehe Abb.75)

Da diese Daten beeindruckend sind, soll auch noch die prozentuelle Verteilung dargestellt werden. Hier wird ersichtlich, dass 12,57% der Mitarbei-

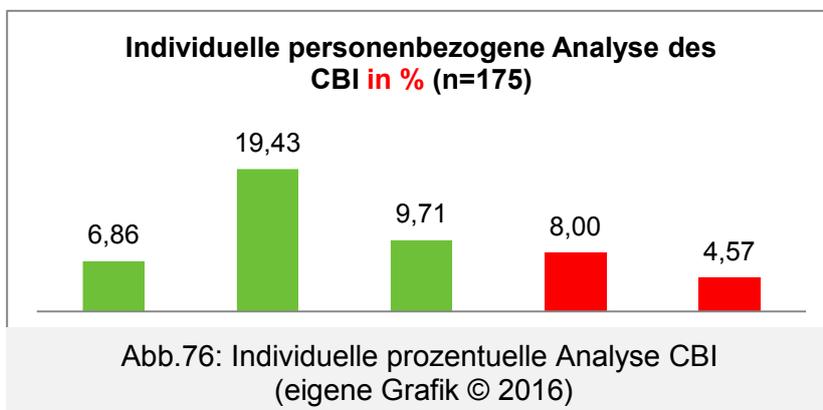


Abb.76: Individuelle prozentuelle Analyse CBI (eigene Grafik © 2016)

terInnen in einem sehr erheblichen Masse erschöpft sind. Insgesamt können 48,57% mindestens einer Frage aus dem CBI zustimmen. (siehe Abb.76)

In diesem Zusammenhang interessiert natürlich auch, wie die MitarbeiterInnen der ambulanten Pflegedienste ihren Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung einschätzen. Es wurde den Probanden eine 10-teilige Skala vorgelegt

in dem „10“ einem perfekten und „1“ einem schlechtest denkbaren Gesundheitszustand entsprach. 8,1% beschreiben ihren Gesundheitszustand

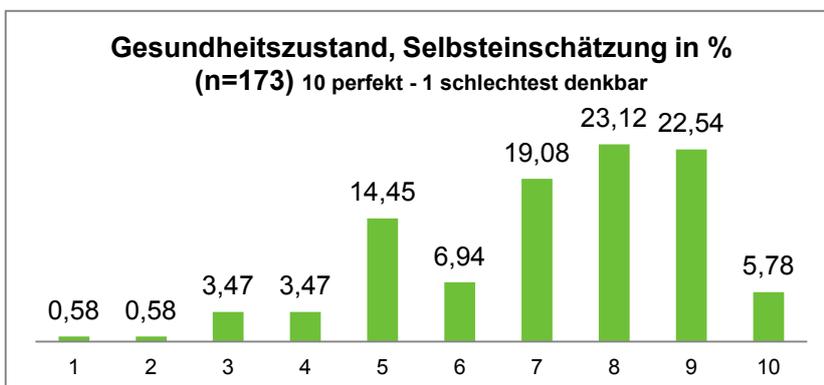


Abb.77: Gesundheitszustand (eigene Grafik © 2016)

als schlecht, mittelmäßig fühlen sich 21,34%, in einem guten bis perfekten Gesundheitszustand befinden sich, laut eigener Aussage, mit 51,44 die Mehrheit

der Beschäftigten, die auf dies Frage geantwortet haben. (siehe Abb.77). Gibt es eine Korrelation zwischen dem Gesundheitszustand und den Angaben, die im CBI

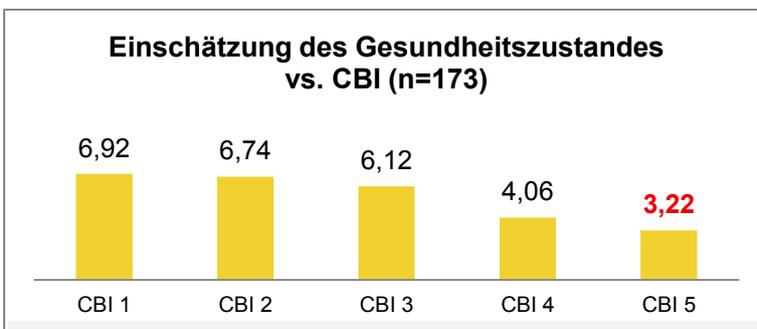
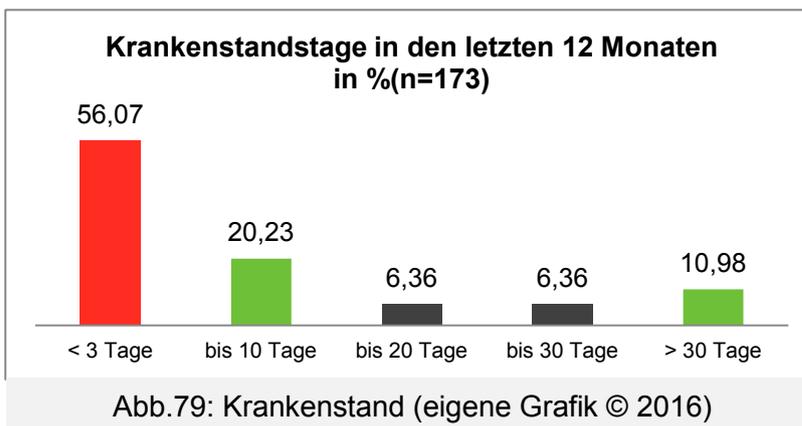


Abb.78: Gesundheitszustand und CBI (eigene Grafik © 2016)

gemacht wurden?

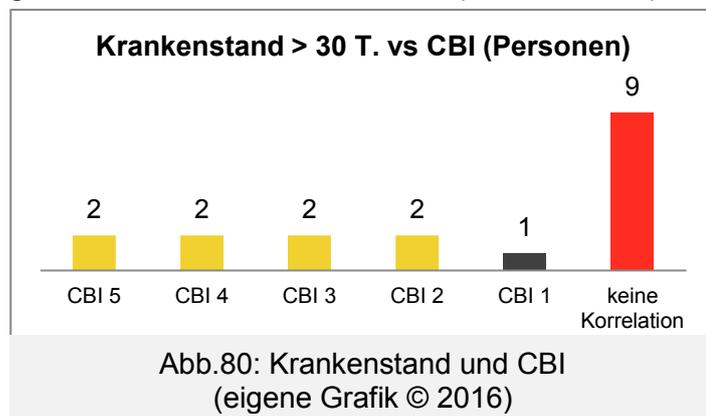
Ja; denn diese Befragung zeigt, dass die Personen ihren Gesundheitszustand auch deutlich schlechter einschätzten, je mehr Fragen sie im CBI als für sich zutreffend empfanden. Die Personen, die einen CBI 5 hatten, gaben Ihren Gesundheitszustand im Schnitt mit 3,22 auf der 10-teiligen Skala an. Der CBI 1 ergab einen gefühlten Gesundheitszustand von 6,92. (siehe Abb.78)



Im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand ist auch die Dauer der Krankenstände von Bedeutung. Es wurde gefragt „Wie viele Tage blieben Sie auf Grund eines

gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge, Untersuchung) in den letzte 12 Monaten der Arbeit fern?“ Die überwiegende Mehrheit, 76,3%, war in den 12 Monaten bevor sie die Umfrage ausfüllten, nicht mehr als 10 Tage aus gesundheitlichen Gründen abwesend. Immerhin 10,98% der MitarbeiterInnen waren aber mehr als 30 Tage gesundheitshalber abwesend. (siehe Abb79) Von diesen Langzeitabwesenden

sind 4 Personen als sehr stark erschöpft im Rahmen des CBI anzusehen, was aber nicht ausschließt, das sie an anderen gesundheitlichen Problemen litten. (siehe Abb. 80) Dieser Vergleich kann nur



einen Hinweis geben, eine weiterreichende Analyse erscheint sinnvoll.

8.7 Präsentismus

Präsentismus lässt sich durch zwei Merkmale charakterisieren:

1. MitarbeiterInnen kommen trotz Krankheit zur Arbeit

2. Präsentismus bewirkt eine Einbuße an Arbeitsproduktivität, dadurch dass MitarbeiterInnen, vor allem bei chronischen Erkrankungen, nicht ihr normales Arbeitspensum erbringen können⁷⁰

Im Rahmen dieser Befragung wurde gefragt „Wie häufig kommt es vor, dass Sie zur Arbeit kommen, obwohl Sie sich richtig unwohl und krank fühlen?“

Immerhin 20,57% der MitarbeiterInnen geben an, dass sie häufiger auch krank zur Arbeit kommen. Immerhin 41,14% kommen manchmal krank zur

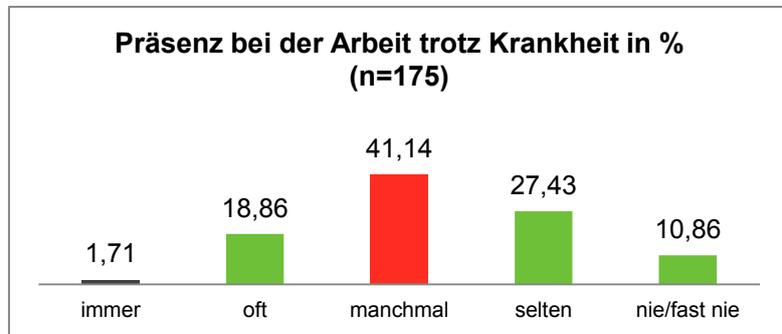


Abb.81: Arbeit trotz Krankheit (eigene Grafik © 2016)

Arbeit. 38,29% erscheinen eher selten bei der Arbeit, sollten sie sich krank oder sonst wie unwohl fühlen. (siehe Abb.81) Davon ausgehend, dass Ärzte nicht grundlos krankschreiben, wurde auch die Frage gestellt, wie oft es vorkommt, dass MitarbeiterInnen einen Krankenschein ablehnen und damit trotz ärztlich festgestellter manifester Erkrankung, trotzdem lieber arbeiten gehen.

Die Mehrheit der in der ambulanten Pflege Tätigen, 58,04%, ziehen es vor sich bei Krankheit daheim zu versorgen. Immerhin 16,66% gehen aber, gegen ärztlichen Rat, trotzdem ihrer Arbeit nach. (siehe Abb.82)

Mit einer Erkrankung zu arbeiten hat, in Abhängigkeit von der Art der Erkrankung, der beruflichen Tätigkeit beziehungsweise der Therapie, auch Auswirkungen auf die zukünftige Gesundheit.⁷¹ Die Kosten für

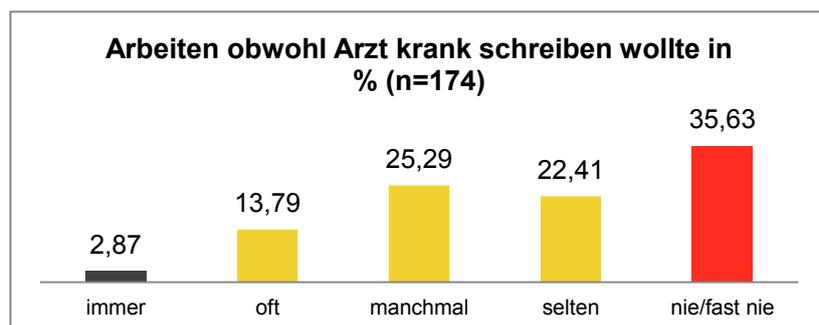


Abb.82: Arbeit trotz Krankenschein (eigene Grafik © 2016)

Präsentismus sind beträchtlich und fallen in der Mehrzahl der Studien höher aus, als die, die durch krankheitsbedingte Fehlzeiten hervorgerufen werden.⁷²

⁷⁰ Vgl. Steinke u.a., 2011, S.16

⁷¹ Vgl. Steinke u.a.,2011, S.78

⁷² Vgl. ebenda, S.105

Man könnte andererseits auch denken, dass es besser ist, wenn Menschen überhaupt zur Arbeit kommen, auch wenn sie nicht 100%ig fit sind, als dass sie gar nicht erscheinen. Man könnte dies dann unter „Kostensparnis“ verbuchen. Es ist aber zu berücksichtigen, dass ein erhöhtes Fehler- und Unfallrisiko besteht, die Krankheit, so sie ansteckend ist, auf andere MitarbeiterInnen, aber auch auf die zu Pflegenden übertragen werden kann.⁷³ Unter diesem Aspekt ist es dann doch vielleicht besser, nicht zur Arbeit zu erscheinen.

8.8 Mobbing

Eine einheitliche, von jedermann anerkannte Definition für Mobbing gibt es bis heute nicht. Leymann definierte 1992 erstmals umfassend wie folgt: „Mobbing umfasst negative kommunikative Handlungen, die gegen eine Person gerichtet sind (von einer oder mehreren anderen) und die sehr oft und über einen längeren Zeitraum hinaus vorkommen und damit die Beziehung zwischen Täter und Opfer kennzeichnen.“ Er präziserte dahingehend, dass es sich dann um Mobbing handelt, wenn eine oder mehrere von 45 genau beschriebenen negativen Handlungen, über ein halbes Jahr oder länger mindestens einmal pro Woche vorkommen. In der allgemeinen

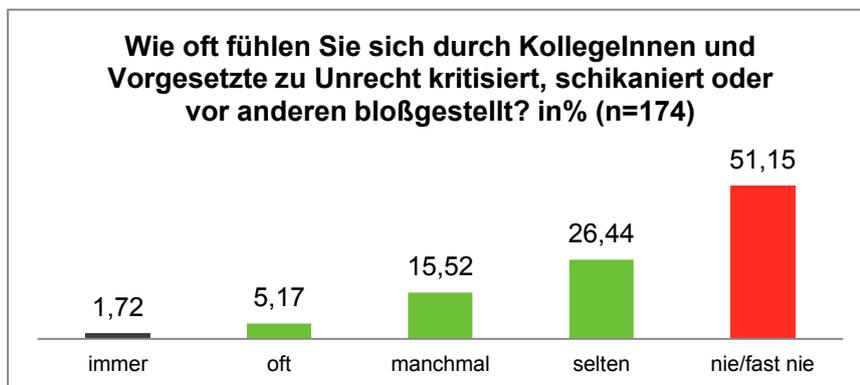


Abb.83: Mobbing (eigene Grafik © 2016)

ArbeitnehmerInnen-schaft wurde eine relative Häufigkeit zwischen 1 und 15% beschrieben. Die 12-Monats Prävalenz wird in der EU derzeit mit 5-10% beschrieben. Frauen sind von Mobbing häufiger betroffen als Männer. Nach derzeitigem Wissensstand scheint das Risiko für Mobbing in sozialen und Gesundheitsberufen, bei Beschäftigten von Banken und Versicherungen sowie bei Verkaufspersonal am höchsten zu sein.⁷⁴ Es wurde im Rahmen dieser Studie folgende Frage gestellt: „Wie oft fühlen Sie sich durch Kollegen und Vorgesetzte zu Unrecht kritisiert, schikaniert oder vor

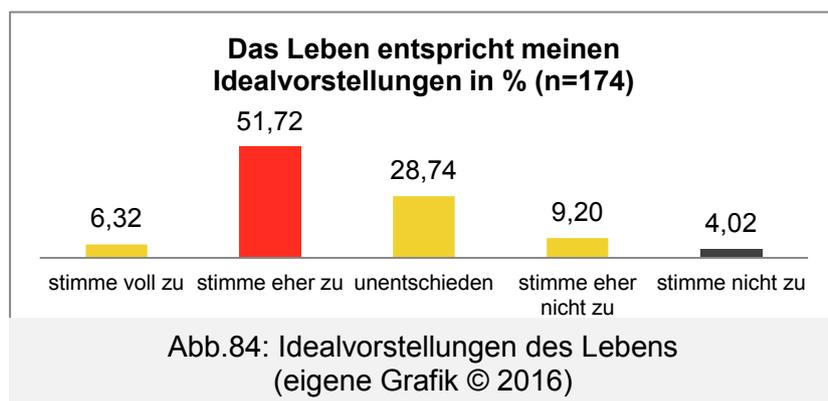
⁷³ Vgl. Preisendörfer, 2010, S.403

⁷⁴ Vgl. Weber, 2014 S.475-478

anderen bloßgestellt?“ Diese Frage ist etwas sperrig, wurde aber mit Bedacht so gewählt, um das Modewort „Mobbing“ nicht zu gebrauchen, was allzu oft als Schlagwort benutzt wird, ohne dass dem/der Betreffenden die wahre Bedeutung des Wortes geläufig ist. 6,89% der Antwortenden haben häufiger das Gefühl gemobbt zu werden. Bei mehr als drei Viertel der Beschäftigten (77,59%) spielt Mobbing im beruflichen Alltag keine oder kaum eine Rolle. (siehe Abb.83) Dies steht im Gegensatz, zu dem oben zitierten. Es lässt sich wohl damit erklären, dass die MitarbeiterInnen der ambulanten Pflegedienste häufig alleine agieren und damit Spannungen unter MitarbeiterInnen vermieden werden können. Dies erschwert natürlich die an und für sich gewünschte, (s.o.), Teambildung.

8.9 Rekapitulation

Es wurden in diesem Kapitel direkte psychische Belastungen im weitesten Sinn, die auf die MitarbeiterInnen in der ambulanten Pflege einwirken,



beschrieben. Wie zufrieden sind die MitarbeiterInnen mit ihrem Leben, was sie doch mit nicht unerheblichen Belastungen und Anforderungen konfrontiert? Es ist nicht anzunehmen, dass die befragten MitarbeiterInnen dabei einen Unterschied zwischen ihrem beruflichen und ihrem privaten Leben gemacht haben. Es ist aber davon auszugehen, dass Lebenszufriedenheit sowohl dem privatem als auch dem beruflichen Leben zuträglich ist.

58,04% geben an, dass ihr Leben in hohem Maße ihren Idealvorstellungen entspricht, 13,22% können diese Ansicht nicht teilen. (siehe Abb.84)

Idealvorstellungen sind im wahren Leben schwer zu realisieren. Zufriedenheit, oder Ausgeglichenheit, Erfüllung, Genugtuung, Wohlbefinden, wie der deutsche Duden sie als Synonyme definiert⁷⁵, stellen ebenfalls ein hohes Gut dar und sind

⁷⁵ Vgl. Duden <http://www.duden.de/rechtschreibung/Zufriedenheit> [Zugriff 29.02.2016]

wahrscheinlich etwas leichter zu erreichen. Bezogen auf die Arbeit kann man Zufriedenheit

als "Symbiose aus der Befriedigung persönlicher individueller Bedürfnisse, die durch die

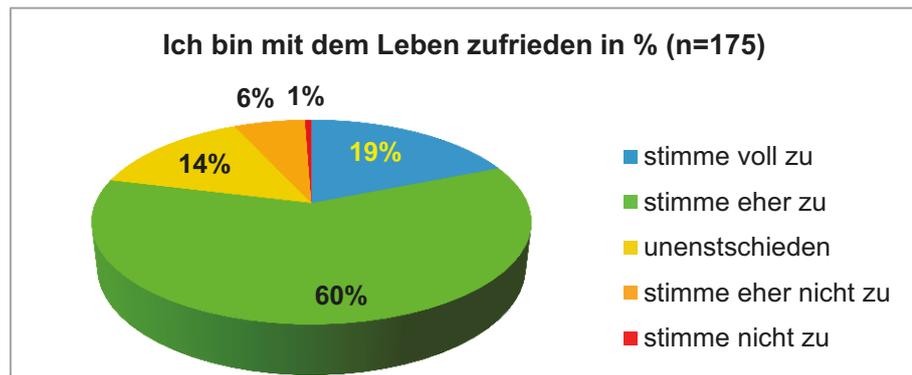


Abb.85: Lebenszufriedenheit (eigene Grafik © 2016)

Arbeit gestillt werden können, in Kombination mit monetärer Entlohnung, die subjektiv als gut empfunden wird“⁷⁶ beschreiben. 6,87% können dieser Aussage nicht zustimmen. Mit 14% sind nur noch etwas weniger als die Hälfte unentschieden, im Vergleich zur Frage ob ihr Leben ihrer Idealvorstellung entspricht, ob sie denn mit ihrem Leben zufrieden sein können oder nicht. Immerhin 79% sind mit ihrem Leben zufrieden, wenn es auch nicht in jedem Fall ihrer Idealvorstellung entspricht. (siehe Abb.85)

Bei so viel Lebenszufriedenheit sollte man davon ausgehen, dass die tägliche Arbeit so viel Freude bereitet, dass man ihr treu bleiben möchte. Für 87,93% der Befragten ist dies der Fall. Es ist davon auszugehen, dass es den meisten Menschen, nach einem langen, unerfreulichen Arbeitstag gelegentlich in den Sinn kommt, am liebsten alles

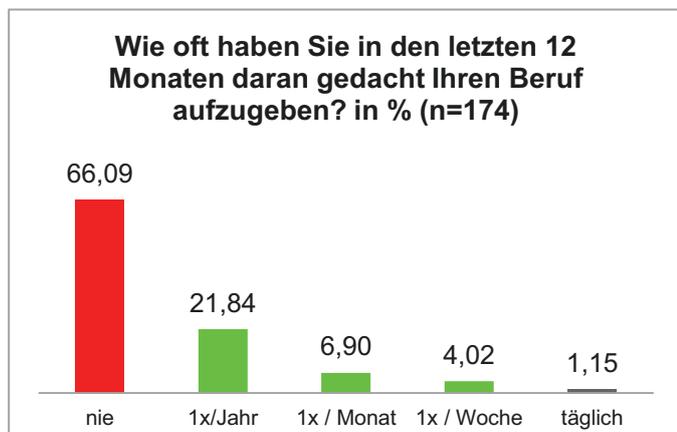


Abb.86: Berufsaufgabe (eigene Grafik © 2016)

hinzuwerfen. Solange wie das nur einmal jährlich vorkommt, ist doch eher davon auszugehen, dass nicht ernsthaft über eine Aufgabe der ausgeübten Beschäftigung nachgedacht wird. (siehe Abb.86) Im Widerspruch zu dieser Bindung an den Beruf steht allerdings, die von den Beschäftigten doch als hoch eingeschätzte Fluktuation. Man muss aber in Betracht ziehen, dass es sich einerseits um eine subjektive Einschätzung handelt, andererseits könnte es sein,

⁷⁶ Vgl. Grün-Wegeler, 2010, S.9

dass die Angestellten mit ihrem Beruf zufrieden sind, nicht aber mit ihrem/er ArbeitgeberIn. Diese Frage näher zu betrachten, wäre sicherlich lohnend, würde aber den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

9. Indirekte psychische Belastungen – Arbeitsablauf

9.1 Definition

Unter direkten psychischen Belastungen wurden zuvor die Belastungen dargestellt, die im weitesten Sinne bei der täglichen Arbeit mit den Pflegebedürftigen entstehen. Die Tätigkeiten innerhalb eines ambulanten Pflegedienstes gehen aber über die eigentliche Pflege hinaus. Dokumentation, Konfliktlösung, Personalengpässe, ausbleibende oder gewährte Anerkennung und andere Faktoren stellen ebenfalls Belastungen dar, die die MitarbeiterInnen in nicht unerheblichem Masse psychisch beeinflussen können

9.2 Sprachen und Dokumentation

Auf die Vielzahl der Sprachen die im Großherzogtum Luxemburg täglich verwandt werden wurde weiter oben schon ausführlich eingegangen. Da das Dokumentieren einerseits für eine adäquate Versorgung der pflegebedürftigen Personen, aber auch für die Abrechnung der erbrachten Leistungen von immanenter Wichtigkeit ist, soll dies jetzt einer näheren Betrachtung unterzogen

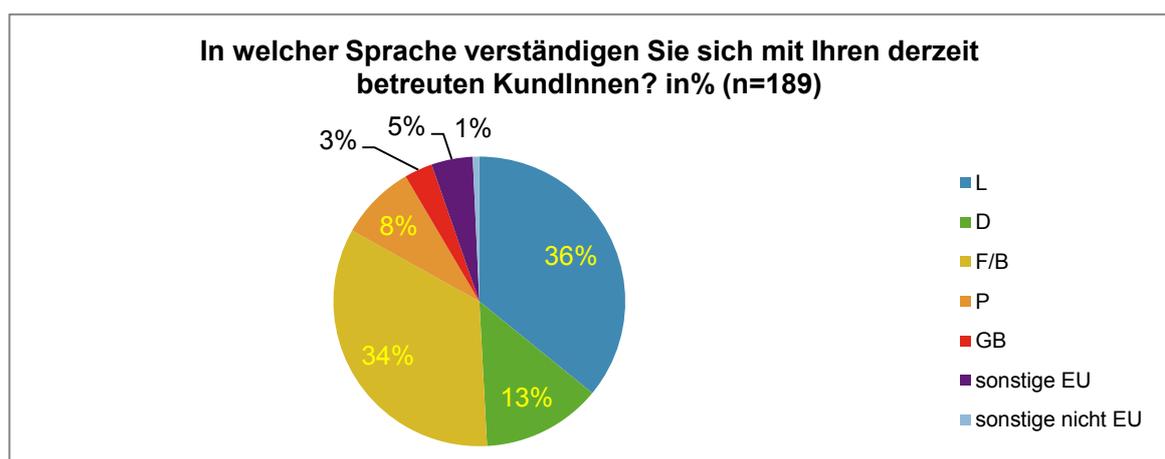


Abb.87: Verständigungssprache (eigene Grafik © 2016)

werden. Sollte man z.B. nur begrenzte Kenntnisse der französischen Sprache besitzen, fällt es einem schwer eine Pflegedokumentation in dieser Sprache durchzuführen. Um dies zusammenhängend beschreiben zu können soll zuerst

einmal auf die Sprachen eingegangen werden, die tagein tagaus mit den PatientInnen gesprochen wird.

Hier zeigt sich, dass die derzeit vorherrschenden Sprachen luxemburgisch und französisch sind, 36% bzw. 34%, gefolgt von deutsch mit 13% und portugiesisch mit 8%. Seltener gesprochen werden, in absteigender Reihenfolge, englisch, sonstige Sprachen aus dem EU-Raum, sowie in weniger als 1% Sprachen aus dem nicht EU Raum. (siehe Abb.87)

Erfolgt die Verständigung noch in einer fast babylonischen Vielzahl von Sprachen, so reduziert sich dies bei der Dokumentation auf 3 Sprachen, wobei französisch mit 67% bei weitem die wichtigste Sprache ist. Dies hat unter anderem damit zu

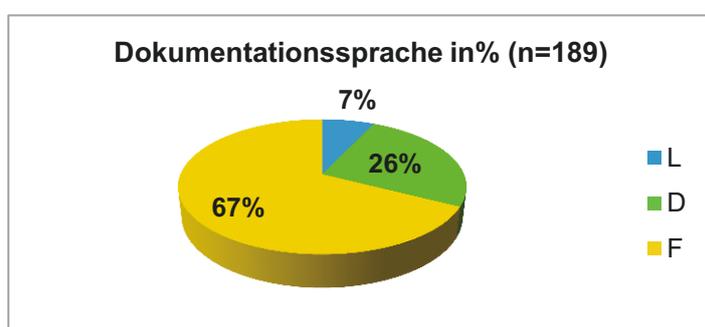


Abb.88: Dokumentationssprache (eigene Grafik © 2016)

tun, dass der Leistungskatalog in französischer Sprache abgefasst ist und das generell französisch in Luxemburg die vorherrschende Schriftsprache ist. Deutsch spielt mit 26% und luxemburgisch mit 7% in der Dokumentation nur

eine untergeordnete Rolle. (siehe Abb.88)

Die Dokumentation erfolgt derzeit zu 66% über die Möglichkeiten, die die EDV heute bietet, die verbleibenden 34% auf Papier. (siehe Abb.89) Eine EDV gestützte Pflegedokumentation ist aber anzustreben, da dies eine deutlich umfangreichere und genauere Dokumentation ermöglicht.⁷⁷

Da erbrachte Leistungen zur Abrechnung mit der

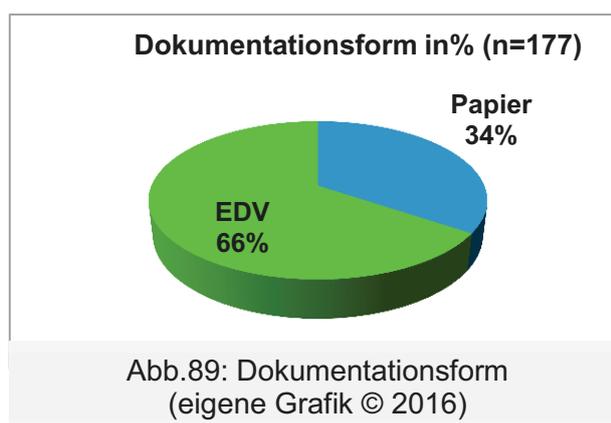
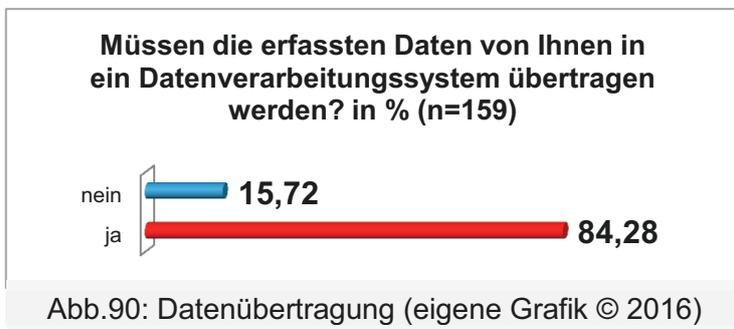


Abb.89: Dokumentationsform (eigene Grafik © 2016)

Pflegeversicherung in ein Datenverarbeitungsprogramm eingegeben werden müssen, war es natürlich wichtig auch die Frage zu stellen, wie lange die MitarbeiterInnen damit beschäftigt sind dies zu tun. Einerseits geht diese Zeit für die Pflege an PatientInnen verloren, andererseits können lange Zeiten am

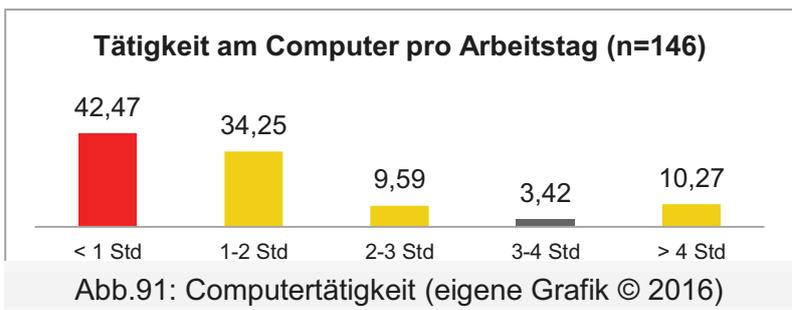
⁷⁷ Vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

Computer Augen und das muskuloskelettale System belasten. In 84,28% müssen die Daten von den Pflegenden in ein Datenverarbeitungssystem übertragen werden. (siehe Abb.90) Es kann dabei allerdings nicht präzisiert werden, ob dies vor Ort geschieht, oder ob die Daten nachträglich eingegeben werden. Es wurde auch nicht gefragt, in wie weit das verwendete Computerprogramm



bedienungsfreundlich ist, oder ob es unter Umständen einen zusätzlichen Stressfaktor darstellt.

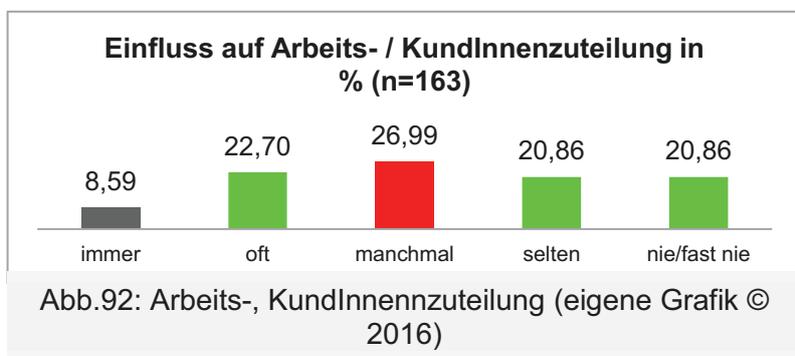
Betrachtet man die Zeit, die das pflegende Personal angibt, täglich am Computer zu verbringen, fällt auf, dass immerhin 10,27% täglich mehr als 4 Stunden Computerarbeit verrichten, was für einen ambulanten Pflegedienst doch ein sehr hoher Wert zu sein scheint. Der gewichtete Mittelwert liegt bei 2,05, also knapp über 2 Stunden täglicher Tätig-



keit am Computer. Diese Zeit geht für die Pflege vor Ort verloren. (siehe Abb.91)

9.3 Möglichkeiten der Einflussnahme und Entscheidungsspielräume

Jede/r MitarbeiterIn hat seine/ihre eigene Persönlichkeit, eigene Wünsche und Vorlieben. Es gibt naturgemäß KundInnen aber auch MitarbeiterInnen mit denen der/die eine sich besser versteht und der/die andere hingegen weniger gut. In wie weit diesen Vorlieben Rechnung getragen werden kann hängt



natürlich von vielen Faktoren ab und ein „Menu à la carte“ gibt es auch bei ambulanten Pflegediensten nicht.

Die Möglichkeiten der Einflussnahme verteilen sich unter den 5 möglichen Antworten relativ gleichmäßig. 26,99% geben an, dass sie manchmal auf die Zuteilung Einfluss nehmen können, bei 41,72% ist dies eher selten der Fall, 22,70% haben diese Möglichkeit und für 8,59% scheint es doch ein „Menu à la carte“ zu geben, da sie angeben immer Einfluss auf die Zuteilung zu haben. (siehe Abb.92)

Pflege ist einerseits Teamarbeit, andererseits werden die TeammitgliederInnen zu unterschiedlichen

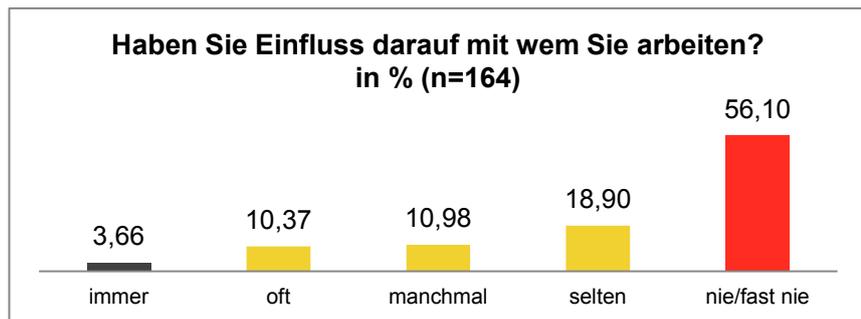


Abb.93: MitarbeiterInnen Zuteilung (eigene Grafik © 2016)

Momenten, zur Erfüllung unterschiedlicher Aufgaben, tätig. Es gibt aber auch Tätigkeiten, die nur durch mehr als eine Person ausgeführt werden können. Haben die Angestellten eine Möglichkeit auf die Auswahl ihres Mitarbeiters/ihrer Mitarbeiterin Einfluss zu nehmen? Dies ist in 75% selten oder nie der Fall, nur 14,03% geben an, dass ihnen dies immer, oder zumindest oft, möglich ist. (siehe Abb.93)

Wie oben angedeutet, wird die anfallende Arbeit meist allein verrichtet. Aus Gründen der Vollständigkeit wurde diese Frage auch gestellt. 64,42% der im Pflegedienst tätigen MitarbeiterInnen sind immer oder oft alleine tätig, 18,4 % geben an, dass dies eher selten der Fall ist. (siehe Abb.94)

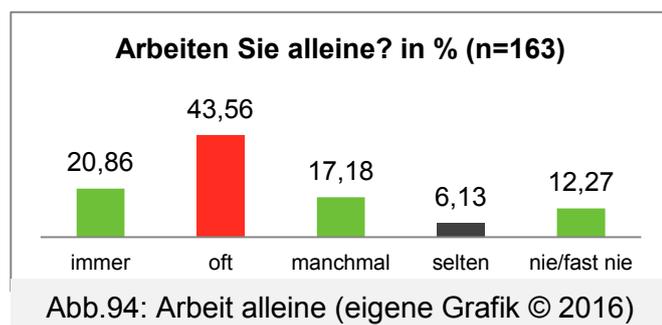


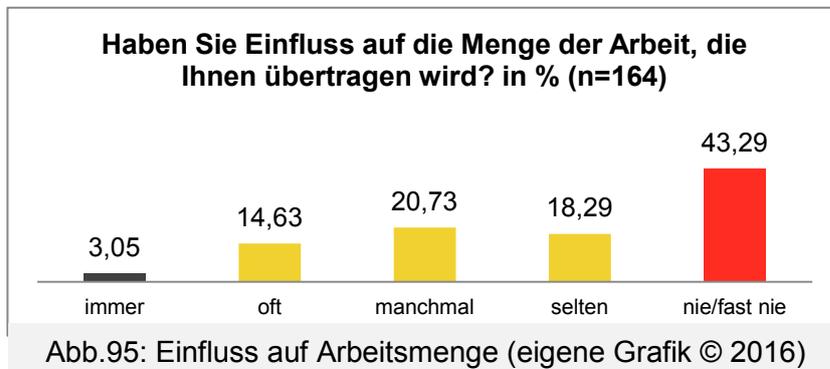
Abb.94: Arbeit alleine (eigene Grafik © 2016)

Die Leistungsfähigkeit eines jeden kann von Tag zu Tag, aus den unterschiedlichsten Gründen, variieren. Es wäre aus diesem Grund wünschenswert als MitarbeiterIn in einem gewissen Maße Einfluss auf die zugeweilte Arbeit zu nehmen, um Überlastungen zu vermeiden.

Ein Grund für Überforderung und Überlastung ist in der Arbeitsmenge, die jeder Einzelne täglich zu bewältigen hat. „Viele Arbeitnehmer haben zwar Einfluss auf

die Art und Weise, auf die sie ihre Arbeit erledigen, und können viele eigene Entscheidungen treffen, aber die Arbeitsmenge können sie nicht beeinflussen.“⁷⁸

Grund genug auch diese Frage an die MitarbeiterInnen ausgewählter ambulanter Pflegedienste in Luxemburg zu stellen.

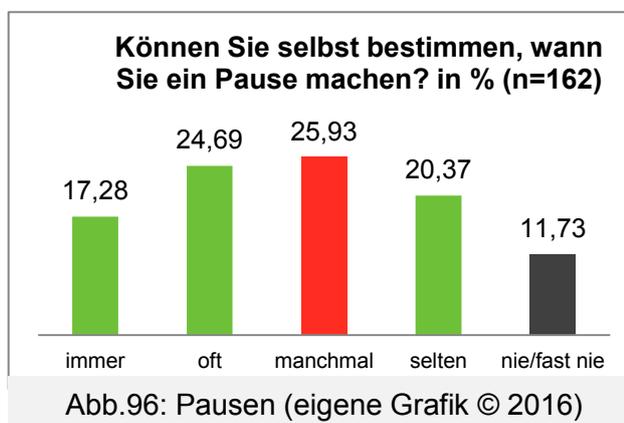


Fast zwei Drittel (61,58%) der MitarbeiterInnen haben eher keinen Einfluss. Nicht einmal ein Fünftel (17,68%) hat öfters die

Möglichkeit, die Ihnen zugeteilte Arbeitsmenge zu beeinflussen. (siehe Abb.95)

Kurze Pausen während der Arbeit sind von großer Bedeutung. Beanspruchungsfolgen können abgebaut werden, die Kräfte wieder gesammelt werden. Es ist bei dem herrschenden Zeitdruck (s.o.) und der Tatsache, dass man im ambulanten Pflegedienst ja meist von KundInnen zu KundInnen fährt natürlich schwer einen geeigneten Ort für eine Pause, eine Mini Entspannung, zu finden. Kann man wenigstens selbst bestimmen, wann man eine Pause macht? Selbst zu

wählende Pausen sind dabei meist am günstigsten.⁷⁹ Bei den Personen, die auf diese Frage geantwortet haben können 41,97% doch häufig selber wählen, wann sie entspannen dürfen, 32,1% haben allerdings diese Möglichkeit selten oder nie. (siehe Abb.96)

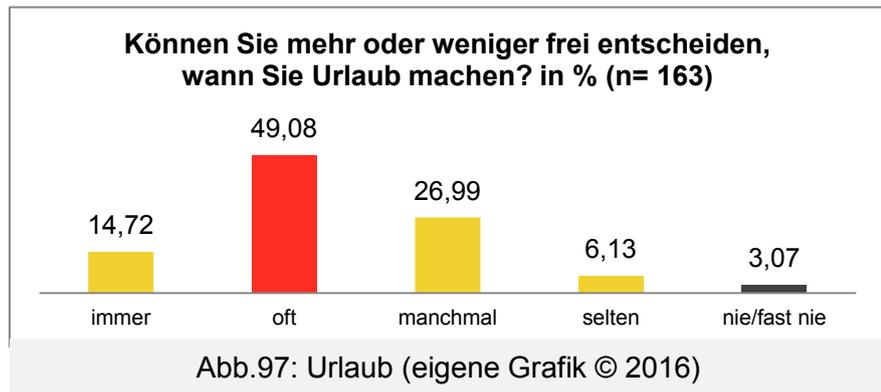


Und wie ist es um die langen Pausen, in anderen Worten um den Urlaub, bestellt? Die zu Pflegenden sind meist das ganze Jahr über zu pflegen und viele MitarbeiterInnen haben schulpflichtige Kinder und sind damit quasi gezwungen, ihren Urlaub in der schulfreien Zeit zu nehmen. Dies gelingt in 63,8% häufig, in

⁷⁸ Vgl. Human Capital Care, Netzwerk für Unternehmensgesundheit

⁷⁹ Vgl. Schiele, 2014, S.527

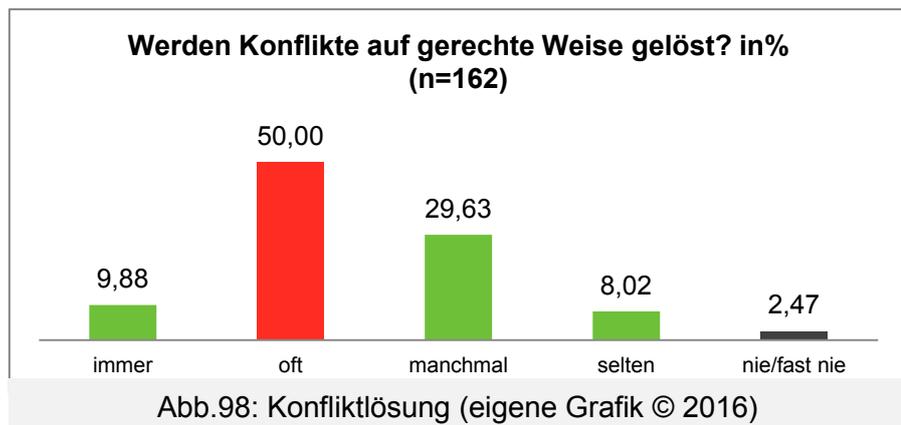
26,99% immerhin manchmal, nur 9,7% gaben an meist den Urlaub dann nehmen zu müssen, wenn es ihnen vom/von der ArbeitgeberIn erlaubt wird. (siehe Abb.97)



9.4 Konfliktlösung und Arbeitsaufteilung

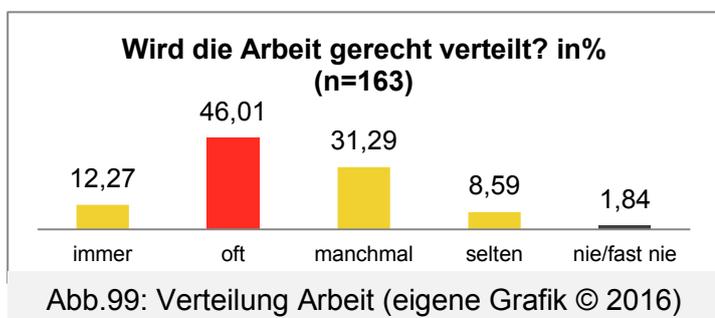
Konflikte kosten nicht nur Zeit, sondern auch Geld. Sie hemmen Kreativität, Arbeitsfreude, Engagement und Leistungskraft der beteiligten Konfliktparteien. Aufgaben werden langsamer und schlechter erledigt.⁸⁰ Es lohnt daher zu fragen, wie das die MitarbeiterInnen der ambulanten Pflegedienste in Luxemburg einschätzen.

In 59,88% sind die Pflegekräfte mit der Lösung von Konflikten zufrieden, lediglich 10,49% sind offensichtlich mit der Art und Weise, wie mit Spannungen umgegangen wird nicht zufrieden. (siehe Abb.98)



Ein hohes Potential zur Auslösung von Konflikten, besteht, neben der Urlaubsplanung und dem erhaltenen Gehalt, natürlich auch dann, wenn man als MitarbeiterIn das Gefühl hat, bei der Verteilung der Arbeit benachteiligt zu werden.

Ein hohes Potential zur Auslösung von Konflikten, besteht, neben der Urlaubsplanung und dem erhaltenen Gehalt, natürlich auch dann, wenn man als



⁸⁰ Vgl. Wege <http://www.susanne-wege.de/index.php/seminare-unternehmen> [Zugriff 15.03.2016]

d.h. zum Beispiel immer nur die schweren Fälle zugeteilt zu bekommen, oder immer in verschmutzten Wohnungen arbeiten zu müssen. 58,28% haben das Gefühl, dass die Arbeit gerecht verteilt wird. Immerhin 31,29% würden sich wohl etwas mehr Gerechtigkeit bei der Arbeitsverteilung wünschen und 10,43% sind mit der Verteilung unzufrieden. (siehe Abb.99)

9.5 Zielvereinbarungen

„Kein anderes Führungskonzept hat sich international so stark durchgesetzt wie das Führen mit Zielen. Der Grundgedanke der Methode „Führen mit Zielen“ (im Englischen: MbO = Management by Objectives) besteht darin, MitarbeiterInnen nicht mit Anweisungen zu führen, sondern alleine über Arbeitsergebnisse zu sprechen. Wichtig ist dabei, dass es beim Führen mit Zielen ausschließlich um Leistungen und Ergebnisse geht und nicht um die Frage, auf welchem Weg ein Mitarbeiter / eine Mitarbeiterin ein Ergebnis erreicht hat.

Entsprechend führt eine konsequente Umsetzung der Methode MbO dazu, dass vor allem engagierte MitarbeiterInnen, die bereit sind, selbst Verantwortung für ihre Arbeitsergebnisse zu übernehmen, deutlich motivierter arbeiten können, als das ohne diesen Anreiz möglich wäre.“⁸¹

Zielvereinbarungen stellen ein ubiquitär verwendbares Führungskonzept dar. Dies

gilt auch für ambulante Pflegedienste. Sie bieten die Möglichkeit erbrachte Leistung an

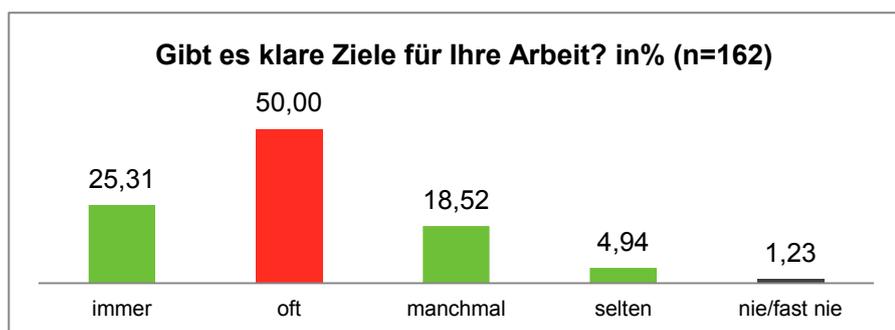


Abb.100: Arbeitsziele (eigene Grafik © 2016)

klaren, zuvor definierten, Zielen zu messen und können motivierend auf die MitarbeiterInnen wirken. Es besteht allerdings die Gefahr, dass es zu einer indirekten Steuerung kommt. Das heißt, es gilt nicht mehr der Einsatz, die Anstrengung, die Hingabe, es zählt allein der Erfolg. Dies führt dann in weiterer Folge unter Umständen zur interessierten Selbstgefährdung. Darunter ist zu

⁸¹ Vgl. Stöwe u.a., 2013, S.177

verstehen, dass das persönliche Arbeitsverhalten die eigene Gesundheit gefährdet.⁸² Zielvorgaben sind in der ambulanten Pflege aber von vornherein nicht in allen Bereichen sinnvoll. Im Vordergrund steht die Würde des pflegebedürftigen Menschen. Festgelegte Ziele, wie einwandfreies Arbeiten, Freundlichkeit, Pünktlichkeit, um nur einige anzusprechen, sind nicht von primärer Wichtigkeit. Es wurde in dieser Befragung vereinfacht gefragt: „Gibt es klare Ziele für Ihre Arbeit?“. 75,31% der Antwortenden MitarbeiterInnen konnten dies bejahen, lediglich 6,17% gaben an selten oder nie zu wissen, welche Ziele vorgegeben sind. Der gewichtete Mittelwert liegt bei 2,07, sagt also aus, dass oft klare Ziele für die Arbeit vorgegeben sind. (siehe Abb.100)

Damit der/die MitarbeiterIn seine Zielvorgaben erfüllen kann, benötigt er ausreichende Kompetenzen, Fähigkeiten, um zu befriedigenden Ergebnissen zu gelangen. Eine kompetente Person ist in der Lage, aus dem Potential ihrer Ressourcen die der Lösung dienlichen Elemente abzurufen, zu bündeln und diese auf die zu bewältigende Aufgabe hin zu aktivieren.⁸³

Hat eine Person jedoch Kompetenzen, die ungenutzt bleiben, die aber im Rahmen der sich stellenden Aufgaben sinnvoll eingesetzt, eine Verbesserung des

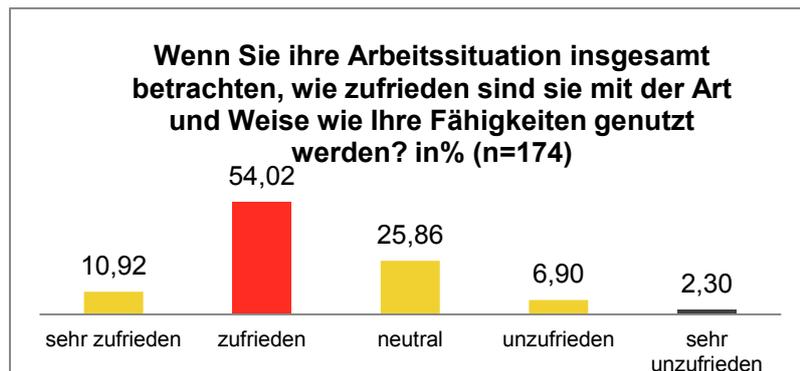


Abb.101: Nutzung der Fähigkeiten (eigene Grafik © 2016)

Resultates der Arbeit ermöglichen würden, ist das im Besten Fall demotivierend, im schlimmsten Fall frustrierend. Idealerweise sollte man dem/der MitarbeiterIn, wie oben angemerkt, ausreichend Spielraum lassen, damit er/sie selbst bestimmen kann, wie er ein vorgegebenes Ziel erreichen kann.

Die Antworten auf die Frage inwieweit die MitarbeiterInnen mit der Art und Weise wie ihre Fähigkeiten, Kompetenzen bei der Arbeit genutzt werden ergibt, dass sie damit zu 61,94% zufrieden oder sehr zufrieden sind, nur 9,2% sind damit in unterschiedlichem Grade unzufrieden. Der gewichtete Mittelwert liegt bei 2,36, tendiert also in Richtung Zufriedenheit. (siehe Abb.101)

⁸² Vgl. Krause u.a., 2012, S.192

⁸³ Vgl. North, 2013, S.44

Es ist, auch aus legalen Überlegungen, wichtig die Befugnisse der MitarbeiterInnen zu definieren. So können z.B. Tätigkeiten

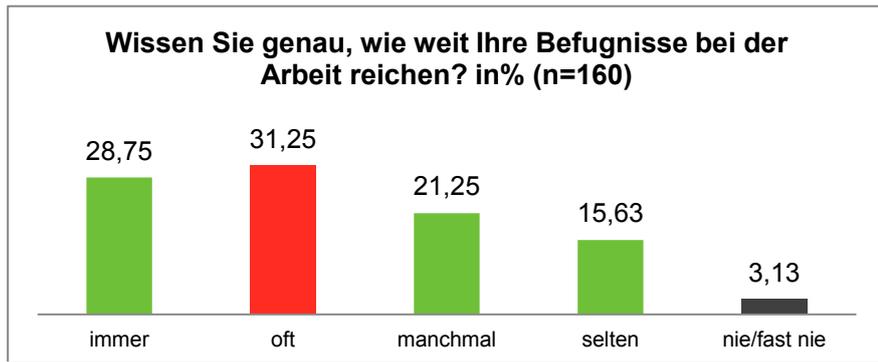


Abb.102: Arbeitsbefugnisse (eigene Grafik © 2016)

einer diplomierten Krankenpflegerin / eines diplomierten Krankenpflegers nicht von Hilfskräften übernommen werden, obwohl diese sich unter Umständen in gewissen Bereichen, nach langjähriger Erfahrung, dazu durchaus im Stande sähen. Es kann also durchaus sein, dass vorhandene Kompetenzen nicht genutzt werden können. Über eine inner- oder außerbetriebliche zertifizierte Weiterqualifikation, könnte man sie aber vielleicht zu einem späteren Zeitpunkt nutzen.

Das Wissen über „Was darf ich? – Was darf ich nicht?“ stellt sich in der vorliegenden Umfrage wie folgt dar: 60% der Antwortenden wissen immer oder oft wie weit ihre Befugnisse reichen, diesen stehen 40% gegenüber, die manchmal, selten oder nie wissen, was sie im Rahmen ihrer Tätigkeit machen dürfen, oder was sie besser unterlassen sollten.(siehe Abb.102)

Auf dem Weg zur Erfüllung vorgegebener Ziele kann es sein, vor allem wenn man den Weg dahin nicht selber bestimmen kann, dass man mit Tätigkeiten

konfrontiert wird, die einem unnütz erscheinen. Es kann sich dabei um Dinge handeln, dessen tieferer Sinn sich dem/der MitarbeiterIn nicht erschließt, was

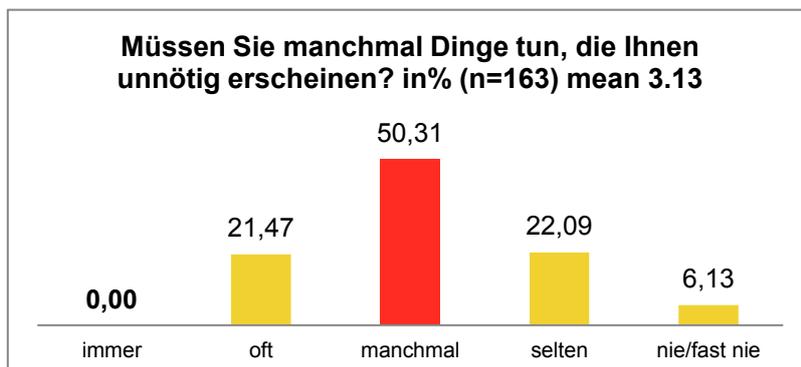


Abb.103: Unnötige Dinge (eigene Grafik © 2016)

der Motivation abträglich ist, andererseits kann es Tätigkeiten betreffen, die wirklich überflüssig sind. Im ersten Fall müsste man dem/der MitarbeiterIn den Grund und die Wichtigkeit seines Tuns erklären, im anderen Fall bestünde vielleicht ein Einsparungspotential. Gerade, wenn es um

Einsparungsmöglichkeiten geht, wäre es interessant einmal genauer zu analysieren, um welche Tätigkeiten es sich handelt, die den MitarbeiterInnen als unnötig erscheinen. Fast ein Viertel der Befragten findet Dinge überflüssig, immerhin die Hälfte findet manches Tun überflüssig. Eine nähere Betrachtung aus motivationalen – aber auch aus Kostengründen drängt sich auf. (siehe Abb.103)

9.6 Personalengpässe

Als Personalengpass betrachtet man eine temporäre Personalknappheit, das heißt es steht nicht genug Personal zur Verfügung, um die anfallende Arbeit zu bewältigen, die durch Personal im Krankenstand einerseits, aber auch durch anfallende Mehrarbeit entstehen kann. Die Sicht der betroffenen MitarbeiterInnen, die in diesem Fall mehr arbeiten müssen, kann positiv oder negativ sein, abhängig von den Bedürfnissen der MitarbeiterInnen, z.B. je nachdem, ob die Mehrarbeit bezahlt wird und der/die MitarbeiterIn die zusätzliche Entlohnung schätzt, oder inwieweit er unter der längeren Arbeitszeit leidet. Eine temporäre Unterdeckung des Personalbedarfs kann zu Mehrbelastungen und Überforderung der vorhandenen MitarbeiterInnen führen. Überhöhte Fehlzeiten und Fehlleistungen von Angestellten, mangelnde Kooperationsbereitschaft und soziale Konflikte zwischen den pflegenden Personen, aber auch eine Erhöhung der Fluktuationsquote, können die Folge von Personalknappheit sein.⁸⁴

Den Eindruck, den die befragten MitarbeiterInnen bezüglich krankheitsbedingter Personalengpässe haben ist, dass diese in 61,35%

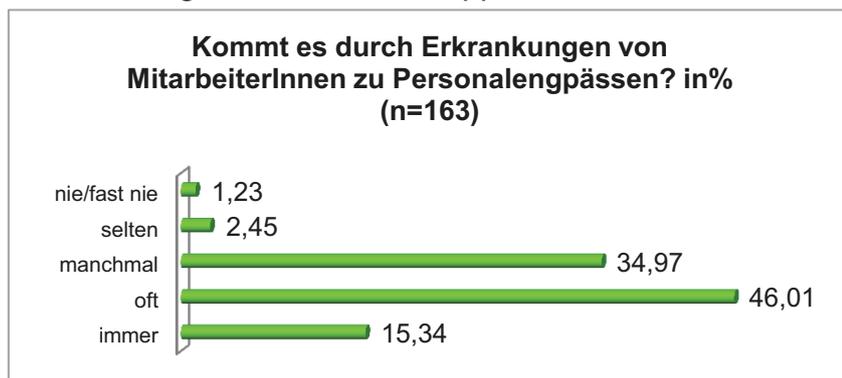


Abb.104: Personalengpässe (eigene Grafik © 2016)

immer oder oft vorkommen. Lediglich 3,68% haben das Gefühl, dass dies selten oder nie vorkommt. (siehe Abb.104)

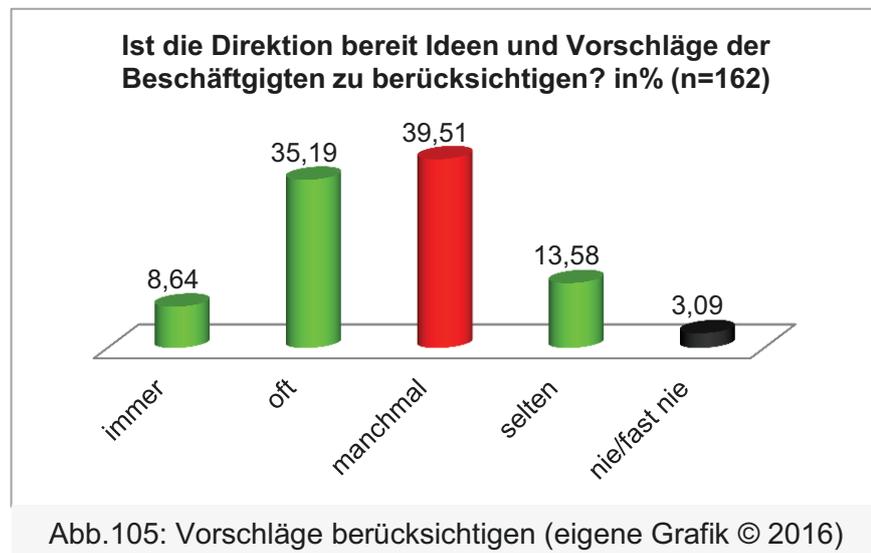
⁸⁴ Vgl. Elias-Linde, 2014, S.24-25

9.7 Organisation und Führung

Ambulante Pflegedienste können Betriebe mit einigen Dutzend MitarbeiterInnen sein, es können aber auch Betriebe mit über 1000 Angestellten sein. Kennt die Führung im ersten Fall wahrscheinlich noch alle MitarbeiterInnen persönlich, wird das bei über 1000 Beschäftigten etwas schwieriger zu bewerkstelligen sein. Führung des Personals ist für ambulante Pflegedienste besonders wichtig, da die anfallende Arbeit von Menschen erbracht wird und auch auf absehbare Zeit nicht an Maschinen delegiert werden können.

Die Grundlage einer effektiven Führung ist primär die Ziele für den Betrieb zu durchdenken, zu definieren und einzuführen, so dass sie für alle Beteiligten gut verständlich und erkennbar sind. Die Führung eines Betriebes setzt Ziele, Prioritäten und Maßstäbe und hält sie aufrecht. Kompromisse werden dabei notwendig sein, bevor diese aber eingegangen werden bedenkt eine effektive Führung, was richtig und wünschenswert ist. Die zweite Anforderung ist, dass die Führung, das Führen als Verantwortung und nicht als Privileg ansieht. Eine

effektive Unternehmensführung ist selten nachsichtig. Aber wenn etwas schief läuft, sind nicht die Anderen daran schuld. Eine effektive Führung wünscht sich

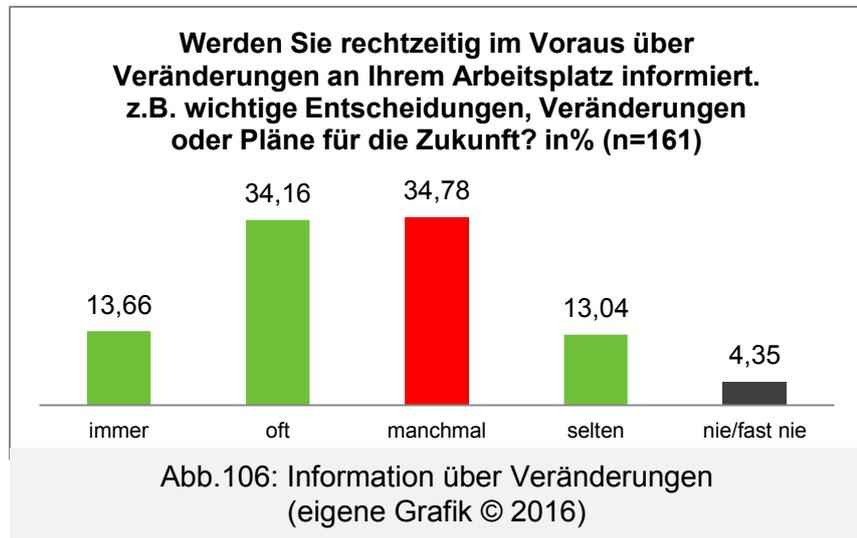


starke MitarbeiterInnen. Sie ermutigt sie, fördert sie und kann sie sogar bewundern. Da die Führung sich letztendlich für die Fehler der Angestellten verantwortlich fühlt, sieht sie auch Erfolge ihrer MitarbeiterInnen als deren Erfolge an und nicht als Bedrohung der eigenen Position. Eine gute Führung ermutigt die MitarbeiterInnen, lobt und fördert sie und tut die richtigen Dinge.⁸⁵

⁸⁵ Vgl. Drucker, 2009, S.77-78

Eine Führung, die sich starke MitarbeiterInnen wünscht, ist bereit ihre Vorschläge anzuhören und gegebenenfalls zu berücksichtigen, da der Betrieb als Ganzes davon profitieren könnte. Dies geschieht in 39,51% der Fälle „manchmal“, in 44,55% haben die MitarbeiterInnen das Gefühl, dass es oft oder immer geschieht. (siehe Abb.105)

Umsetzung von Wandel, die von der Unternehmensführung initiiert wird, bedarf der aktiven Unterstützung durch die MitarbeiterInnen, die eigene Bedürfnisse, Vorstellungen,



Erfahrungen, Emotionen, Charaktere usw. besitzen und zudem in sozialen Strukturen eingebettet sind, die nicht unbedingt der „offiziellen Linie“ entsprechen, sondern vielfach informell, quasi „wild“ gewachsen sind. In einem derartig komplexen Handlungsfeld gibt es keine einfachen Anleitungen, wie man den Wandel erfolgreich steuert. Oftmals bedarf es einer Veränderung der Einstellung bezüglich des Selbstverständnisses der Führung, die sich gerne in der Rolle des autonomen Gestalters sieht, die auf dem Schachbrett seine Figuren setzt. Diese „Figuren“ besitzen ein Eigenleben und bewegen sich, auch ohne Strategen, ganz alleine. Allein die Anerkennung, die Akzeptanz von MitarbeiterInnen als eigenständig handelnde Wesen führt längerfristig zum Erfolg.⁸⁶

Es macht unter diesen Umständen Sinn die Angestellten, als Zeichen der Wertschätzung, vorab und rechtzeitig über anstehende Veränderungen zu informieren, dies auch unter dem Aspekt von ihnen gegebenenfalls noch einen hilfreichen Input zu erhalten. Knapp die Hälfte (47,82%) empfindet, dass dies häufig oder immer der Fall ist, für 34,78% könnte dies etwas öfter der Fall sein, 17,39% haben das Gefühl nicht informiert zu werden. (siehe Abb.106)

⁸⁶ Vgl. Lauer, 2014, S.5

Information ist aber nicht nur in Bezug auf mögliche Veränderungen notwendig.

Wenn sich die Pflegenden zu ihren KundInnen begeben ist es unabdingbar, dass ihnen alle Informationen, um die anstehende Arbeit korrekt aus-

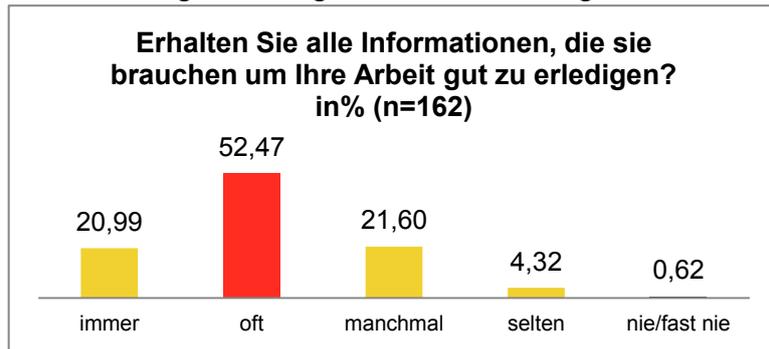


Abb.107: Informationsfluss (eigene Grafik © 2016)

zuführen, zur Verfügung stehen. Diese Informationen müssen von der Führung zur Verfügung gestellt werden. Dies ist in fast drei Viertel (73,46%) der Fall, lediglich eine Minderheit von 4,94 % gibt an, dass dies selten oder nie der Fall sei. (siehe Abb.107)

„Eine effektive Führung wünscht sich starke MitarbeiterInnen. Sie ermutigt sie, fördert sie und“(s.o.)... erstellt Dienstpläne, die es jedem recht machen. Die Erstellung von Dienstplänen gleicht oft der Quadratur des Kreises. Gelingt es dies Monat für Monat zur Zufriedenheit Aller zu gestalten, ist eines der großen möglichen Probleme der MitarbeiterInnen gelöst. 55,34% der

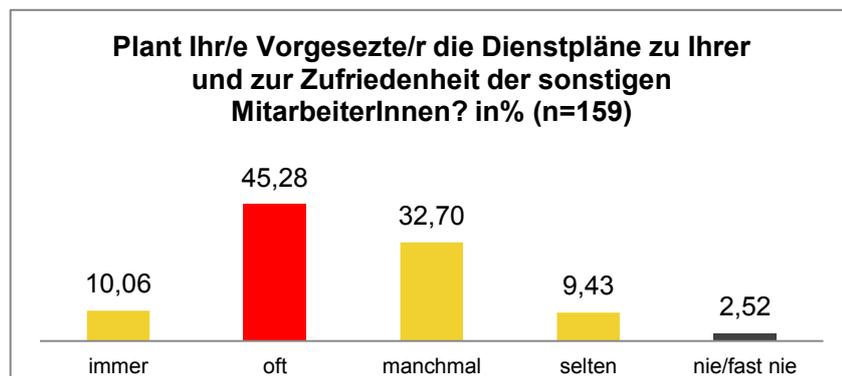


Abb.108: Dienstpläne (eigene Grafik © 2016)

Antwortenden haben das Gefühl, dass dies oft oder immer gut gelöst ist. 11,95% empfinden dass die Dienstpläne schlecht gestaltet sind und knapp ein Drittel (32,70 %) würde sich wünschen, dass ihre Wünsche öfter berücksichtigt würden.(siehe Abb.108)

„Eine gute Führung ermutigt, lobt und fördert“ heißt es weiter oben. Loben, Anerkennung zu geben bedeutet vor allem, den anderen Menschen zu „sehen“ und ihm und dem was er tut eine Bedeutung zuzumessen. Zwar gehört zur Anerkennung zweifelsohne die Bereitschaft zu loben und zu belohnen, Anerkennung schließt aber auch kritische Begleitung mit ein. Jemanden ausnahmslos und fortwährend zu loben, ohne jemals einen kritischen Aspekt anzusprechen, ist eine Form der Missachtung, des „Nicht-Sehens“. Anerkennung

gewinnt ihren Wert für diejenigen, denen sie zu Teil wird, erst dadurch, dass sie vor dem Hintergrund einer gleichermaßen freundlichen wie

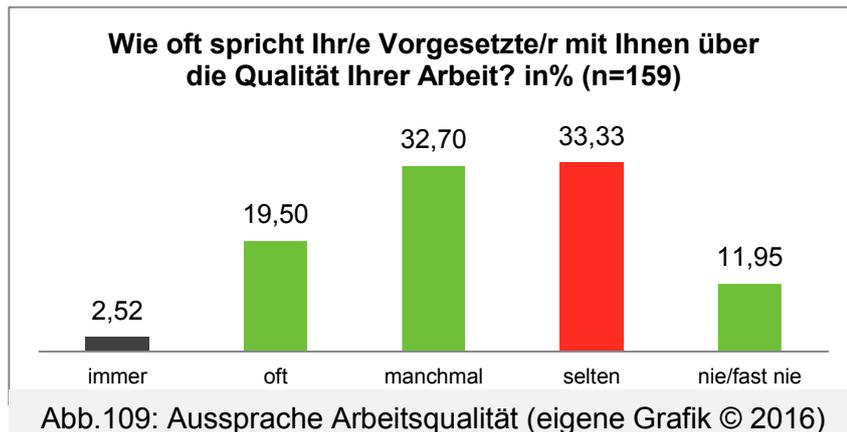


Abb.109: Aussprache Arbeitsqualität (eigene Grafik © 2016)

auch kritischen Begleitung erarbeitet wurde.⁸⁷ Jeder Mensch benötigt, zu Zwecken der Motivation und zur persönlichen Objektivierung einer erbrachten Leistung, eine Beurteilung der Qualität seiner Arbeit durch Dritte. In einem Betrieb fallen diese Beurteilungen den jeweiligen Vorgesetzten zu. Aber wie oft spricht der/die Vorgesetzte in ambulanten Pflegediensten mit den ihm/ihr unterstellten Pflegekräften, die tagein tagaus eine physisch und psychisch fordernde Arbeit verrichten? Von den 159 Personen, die in dieser Umfrage auf dies Frage geantwortet haben, geben 45.28% an, dass dies selten oder nie der Fall ist. 32,7% geben an, dass es manchmal zu einem solchen

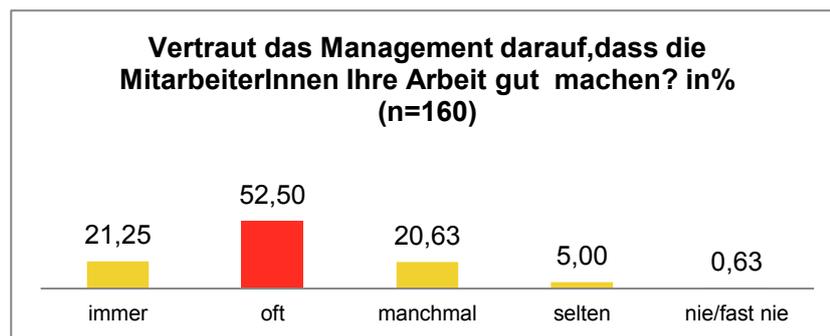


Abb.110: Management Vertrauen (eigene Grafik © 2016)

Gespräch kommt. Etwas mehr als ein Fünftel der Antworten (22,02%) finden, dass dies oft oder immer der Fall ist. (siehe Abb.109)

Es heißt „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser“. Das Management der ambulanten Pflegedienste vertraut seinen MitarbeiterInnen in hohem Maße (73,75%), dass sie ihre Arbeit gut machen. Eine einzige Person gab an, dass dies nie der Fall sei. Ein so hohes Vertrauen kann man als Anerkennung für die Pflegenden betrachten. Diese hohe, nennen wir sie „stille“ Anerkennung, hätte sicherlich einen motivationalen Mehrwert, wenn Gespräche über die Qualität von den Vorgesetzten etwas häufiger geführt werden könnten. (siehe Abb.110)

⁸⁷ Vgl. Bauer, 2015, S.29-30

9.8 Rekapitulation

Ob es sich nun um direkte oder indirekte psychische Belastungen handelt, stellt die emotionale Überforderung der Pflegenden ein großes Problem dar. Im Vordergrund stehen „Leidbelastung“ und „Gefühlsarbeit“. In welcher „Dichte“ sie auftreten und welche Kompensations- und Verarbeitungsmöglichkeiten es gibt, variiert individuell. Doch nicht allein die Erfahrung von Leid ist psychisch belastend. Alle Aspekte der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen müssen auch emotional verarbeitet werden und können bei jedem/er MitarbeiterIn, bei dem/der einen früher, bei dem/der anderen später, die Kapazitäten für deren Kompensation überschreiten.⁸⁸

Die Möglichkeiten zur Kompensation sind bei motivierten MitarbeiterInnen stärker ausgeprägt, als bei demotivierten MitarbeiterInnen, weswegen es lohnt einen Blick auf die wichtigsten Faktoren der MitarbeiterInnenmotivation zu werfen. Eine Motivationsstudie der Beratungsfirma Towers Perrin in der 4000 MitarbeiterInnen befragt wurden, zeigte 10 Faktoren auf die von Wichtigkeit sind:

- 1) am Wichtigsten: Die Führung zeigt Interesse am Wohlergehen ihrer MitarbeiterInnen
- 2) Die beruflichen Fähigkeiten werden gefördert.
- 3) Die Führung lebt die Unternehmenswerte
- 4) Die Angestellten besitzen ausreichend Entscheidungsfreiheit bei der Verrichtung ihrer Tätigkeit, um bestmögliche Ergebnisse zu gewährleisten.
- 5) Der Ruf des Unternehmens in der Öffentlichkeit
- 6) Das Aufgabenspektrum ist anspruchsvoll
- 7) Teamarbeit
- 8) Das Unternehmen geht auf die Wünsche der KundInnen ein
- 9) Das allgemeine Arbeitsklima ist gut
- 10) Die Festlegung der Bezahlung der Angestellten ist nachvollziehbar.⁸⁹

Es mag verblüffen, dass die Bezahlung nur das zehnt-wichtigste Kriterium für die Motivation der MitarbeiterInnen darstellt. Umso wichtiger ist es, die vorher genannten Punkte zu berücksichtigen, die mit einem weitaus geringeren finanziellen Aufwand zu bewältigen sind.

⁸⁸ Vgl. Mergner, 1990, S158

⁸⁹ Vgl. Kahla-Witzsch, 2005, S.89

Wenn man das in den letzten Abschnitten Dargelegte betrachtet, kann festgestellt werden, dass Vieles, was dort diskussions- beziehungsweise verbesserungswürdig erscheint in diesen 10 Punkten enthalten ist.

Besonders wichtig erscheint es MitarbeiterInnen zu ermöglichen, wenn sie dies wünschen, ihr Tätigkeitsfeld zu erweitern. Dies muss allerdings immer zertifiziert sein. Ein Ansatz wäre z.B. im Bereich der Krankenpflegeausbildung Module zu schaffen, deren Absolvierung die legalen Handlungsmöglichkeiten im Bereich der ambulanten Pflege erweitern könnten. Um solch einen Ansatz umzusetzen ist allerdings zuerst der Gesetzgeber gefordert.

Personalengpässe treten in vielen Unternehmen in unterschiedlicher Intensität und Häufigkeit auf und führen dann meist zu Überstunden. Eine Personalaufstockung bedeutet allerdings immer eine Steigerung der Fixkosten, was man aus unternehmerischer Sicht gerne vermeiden möchte. Auf Grund der doch schweren psychischen und physischen Belastungen, letztere werden im folgenden Kapitel dargestellt, sollten Personalengpässe und daraus resultierende Überstunden tunlichst vermieden werden.

10. Physische Belastungen - Infektionsgefahren

10.1 Definition

„Physische Belastung, körperliche Arbeit, ist der Einsatz von Muskeln und aller damit zusammenhängenden Funktionssysteme des Organismus zur Erfüllung einer Arbeitsaufgabe. Physische Belastung ist lebensnotwendig, physische Fehlbelastung ist zu vermeiden“.⁹⁰

10.2 Physische Belastungen

„Beschäftigte in Pflegeberufen weisen ein erhöhtes Risiko für die Entstehung von muskuloskelettalen Beschwerden im Bereich des Rückens auf. Je nach PatientInnenklientel kann die körperliche Belastung für Pflegende unterschiedlich hoch sein. Pflegekräfte, die vorwiegend ältere und in ihrer Bewegungsfähigkeit eingeschränkte Menschen betreuen, sind körperlich besonders beansprucht, da beispielsweise beim Transfer von PatientInnen hohe Lasten oder Teillasten bewegt werden müssen. Aber auch statische Körperhaltungen, häufiges Beugen und Verdrehen des Oberkörpers werden in der Literatur als mögliche Risikofaktoren diskutiert“.⁹¹

Bevor nach spezifischen Belastungen gefragt wurde, interessierte, wie die MitarbeiterInnen ganz allgemein mit ihren körperlichen Arbeitsbedingungen

zufrieden sind.

Das Ergebnis

ergibt 53,25%

Zufriedene und

sehr Zufriedene,

denen 14,2%

Unzufriedene

gegenüberstehen.

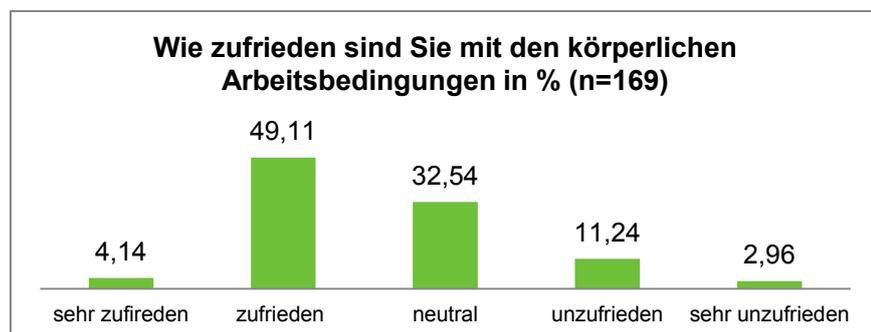


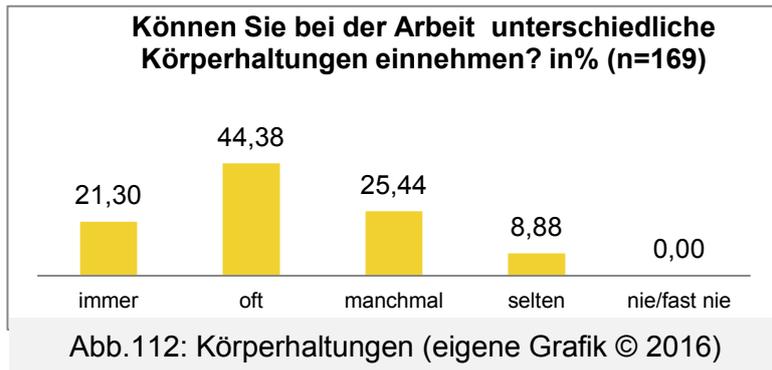
Abb.111: Körperliche Arbeitsbedingungen
(eigene Grafik © 2016)

32,54% konnten sich für keine Seite entscheiden. (siehe Abb.111)

⁹⁰ Vgl. Scheuch, 2014, S.519

⁹¹ Vgl. Freitag u.a., 2007, S.130

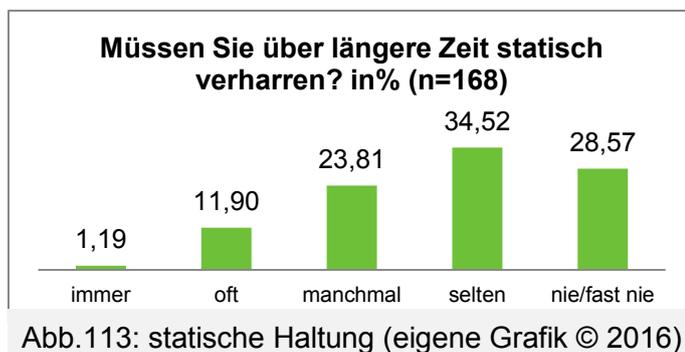
Unterschiedliche Körperhaltungen können laut Befragung von 64,68% der Personen bei der Arbeit eingenommen werden. 34,32% geben an manchmal oder selten



diese Möglichkeit zu haben. Interessant anzumerken, dass keine einzige Person diese Frage mit „nie“ beantwortet hat. (siehe Abb.112)

Die Norm DIN EN 1005-1(2002) bezeichnet Körperhaltungen, die bei gleichem oder nur gering verändertem Krafteinsatz länger als 4 Sekunden eingehalten werden, als statische Haltungen. Streng genommen stellt die länger anhaltende Neigung des Oberkörpers, keine statische Haltung dar, da der Neigungswinkel bei der Pflege bettlägeriger PatientInnen stark variieren kann. Jedoch wird der Oberkörper oft für eine längere Zeit nicht aufgerichtet, so dass es zu keiner Erholung kommen kann. Es kann unter diesen Voraussetzungen davon ausgegangen werden, dass die Möglichkeit einer Schädigung vergleichbar hoch ist. Das Schädigungspotenzial statischer Körperhaltungen wird vorrangig in der Verursachung von Muskelermüdung erkannt. Es ist bewiesen, dass die

Rückenmuskulatur bei Pflegekräften gegen Ende der Arbeitsschicht stark ermüdet und daher das Verletzungsrisiko im Verlauf der Schicht zunimmt. Von den Probanden chirurgischer und



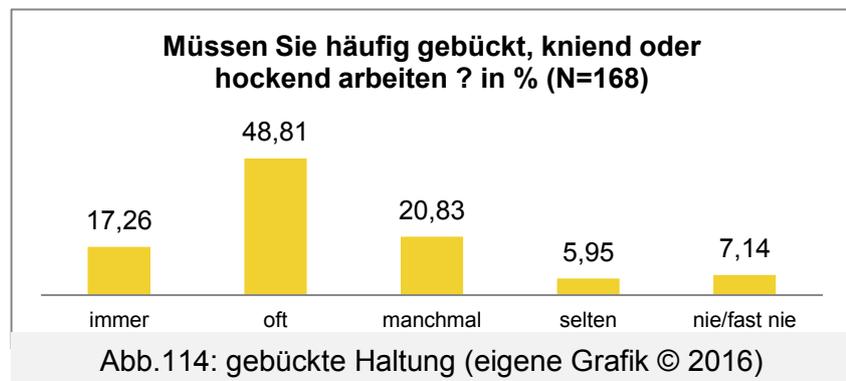
internistischer Stationen wurden Neigungen über 20 Grad, die länger als vier Sekunden andauerten, im Durchschnitt 280-mal eingenommen. Auf der geriatrischen Station hingegen wurden diese Neigungen im Mittel 348-mal (das entspricht einem Mehranteil von 24%) gemessen.⁹² Es wurde in diesem wissenschaftlichen Artikel auf Pflegekräfte im stationären geriatrischen Bereich eingegangen. Im ambulanten Bereich trifft man einerseits nicht nur auf

⁹² Vgl. Freitag u.a., 2007, S.138

bettlägerige Patienten, andererseits besteht der Tagesablauf nicht nur aus pflegerischen Tätigkeiten. Es kann aber festgestellt werden, dass statische Haltungen im Bereich der geriatrischen Pflege eine häufige und nicht zu unterschätzende Belastung darstellen. In der vorliegenden Befragung, die nach dem subjektiven Empfinden der MitarbeiterInnen fragte und die Definition des Begriffes „statisch“ auch der subjektiven Interpretation der MitarbeiterInnen überließ, gaben 63,09% an nur selten, oder fast nie, über längere Zeit statisch verharren zu müssen. 13,09% sahen sich öfters in dieser Situation. (siehe Abb.113)

Die Arbeit der ambulanten PflegerInnen muss auch immer wieder in gebückter, kniender oder hockender Position verrichtet werden.

Unbequeme Körperhaltungen, wie knien, bücken und hocken, können zu Beschwerden im unteren Rückenbereich,



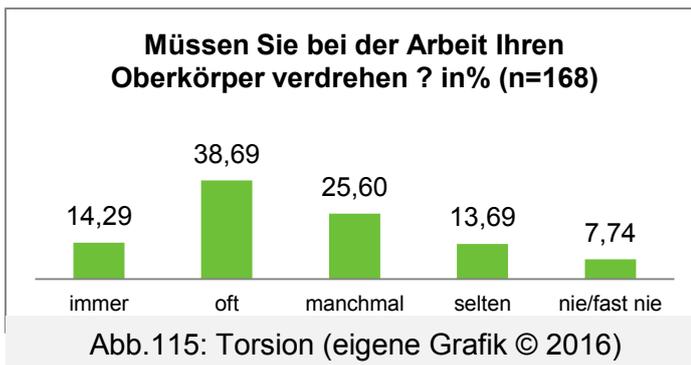
Arm, Hals oder Beinen führen, hier besonders im Bereich der Kniescheibe.⁹³ Im Vergleich zu den statischen Belastungen, kommt es wesentlich häufiger zu diesen das muskuloskelettale System belastenden Haltungspositionen. 66,07 % der Antwortenden geben an immer oder oft davon betroffen zu sein. Lediglich 13,09% können sich diesen Belastungen weitgehend entziehen. Die verbleibenden 20,83% befinden sich immerhin noch manchmal in solch einer Haltung wieder. (siehe Abb.114)

Die Verdrehung des Oberkörpers zwischen der Brustwirbelsäule und der Lendenwirbelsäule wird als Torsion definiert. Gemäß DIN EN 1005-4 (bezieht sich auf Maschinenarbeitsplätze) wird ein Torsionswinkel von mehr als 10° bereits als kritisch eingestuft. Es scheint allerdings vertretbar Winkel bis zu 20° als normale Alltagsbelastung aufzufassen, da sie bereits bei zügigem Gehen auftreten können.⁹⁴. In der vorliegenden Studie wurden die MitarbeiterInnen nach ihren persönlichen Eindrücken gefragt. Davon ausgehend, dass eine solche

⁹³ Vgl. Engels u.a., 1996, S. 637

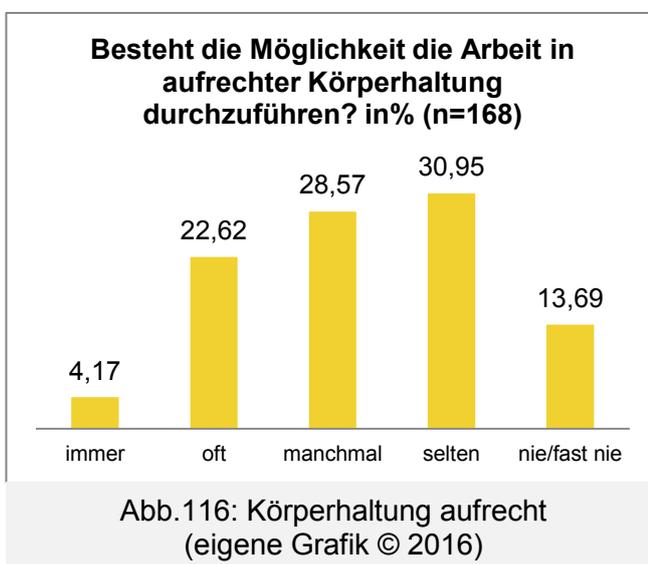
⁹⁴ Vgl. Freitag u.a., 2007, S.134

Torsionsbewegung im Pflegebereich eher selten „frei“, d.h. ohne dass dabei gleichzeitig etwas gestützt, getragen oder sonst wie bewegt werden muss, durchgeführt werden, erscheint



auch eine manchmalige Belastung in diesem Sinne ergonomisch nicht optimal, so dass über drei Viertel der Personen(78,58%) diesen Belastungen ausgesetzt sind. (siehe Abb. 115)

Beim Vorbeugen des Oberkörpers, werden Winkel bis zu 20° als akzeptabel und solche bis 60° als bedingt akzeptabel angesehen. Eine über 60° hinausgehende Neigung wird als nicht akzeptabel angesehen. Ein Überschreiten dieses kritischen Winkels von 60° trat in der Studie von Freitag durchschnittlich 200 Mal pro Arbeitsschicht ein. Mit



zunehmendem Vorneigungswinkel steigt der Druck auf die Bandscheiben im lumbo-sakralen Bereich progressiv an, was auf Dauer zu Schmerzen und Bandscheibenvorfällen in diesem Bereich führen kann.⁹⁵

Eine aufrechte Körperhaltung ist daher anzustreben. Im Kollektiv dieser Befragung wurde in 44,64% der Fälle angegeben selten oder nie in aufrechter Körperhaltung arbeiten zu können. Etwas mehr als ein Viertel der Befragten (26,79%) gab an oft, bzw. immer, in aufrechter Körperhaltung arbeiten zu können. (siehe Abb.116)

Ambulante Pflege bedeutet auch, dass Personen bewegt werden müssen. Dies bedeutet, dass unter Umständen erhebliche Lasten manipuliert werden müssen und dies meist körperfern, was besonders ungünstig ist; denn es gilt je größer die Last, je größer die Entfernung von der Wirbelsäule (Hebelarm) und je größer die

⁹⁵ Vgl. Freitag u.a., 2007, S.138

Beschleunigung beim Anheben umso größer die Belastung auf die Bandscheiben.⁹⁶

74,56% der Antwortenden geben an, dass sie dies immer oder oft machen müssen. Lediglich 13,61% gaben an, dass sie damit eher selten oder gar nicht konfrontiert sind. (siehe Abb.117).

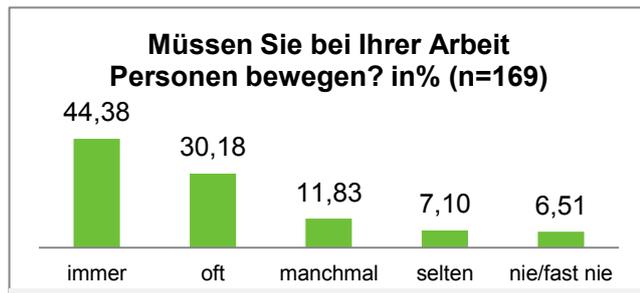


Abb.117: Personen bewegen (eigene Grafik © 2016)

Es ist prinzipiell angenehmer Gegenstände zu bewegen, die

sich dabei idealerweise nicht verformen, sich sicher angreifen lassen, vor dem Körper getragen werden können und von der Form her gut fassbar sind.

Betrachtet man die Situation der Frauen, auf diese soll sich hier bezogen werden, da sie die Mehrheit der im ambulanten Pflegebereich Tätigen darstellen, so sollen diese nur gelegentlich Lasten von über bis 15 kg heben bzw. tragen.

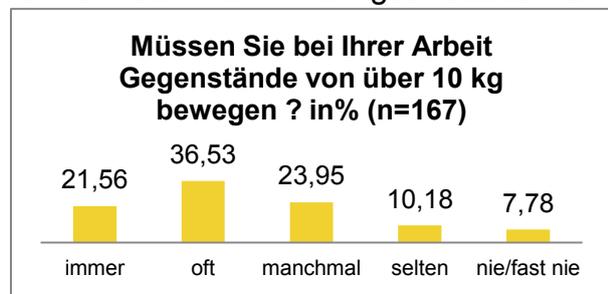


Abb.118: Gegenstände bewegen (eigene Grafik © 2016)

„Gelegentlich“ wird dabei als 1 Mal pro Stunde bei einem Transportweg von maximal 4 Schritten definiert. Alles was über diese Belastung hinausgeht soll 10 kg nicht überschreiten.⁹⁷ Aus der vorliegenden Umfrage geht hervor, dass 82,04% der Antwortenden Lasten von mehr als 10 kg immer bis manchmal bewegen müssen. Nur 17,96% der Pflegenden scheinen dies selten oder nie machen zu müssen. Selbst die gelegentliche Belastung durch Tragen muss bei Frauen kritisch gesehen werden, nicht nur auf Grund der Belastungen für das muskuloskelettale System, sondern auch im Hinblick auf die chronische Belastung des Beckenbodens, die es ebenfalls zu vermeiden gilt. (siehe Abb.118)

Physische Belastungen durch Sitzen in einem Fahrzeug, assoziiert man meist mit Fahrern des Transportgewerbes. In der ambulanten Pflege müssen sich die MitarbeiterInnen täglich ins Auto setzen, um ihre KundInnen zu besuchen. Sie sitzen dabei zwar nicht so lange ununterbrochen in ihrem Auto, wie

⁹⁶ Vgl. Scheidt-Illig u.a., 2014, S.225

⁹⁷ Vgl. Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution, 2009, S.12

BerufskraftwagenfahrerInnen, aber die Frage wurde gestellt und das Ergebnis zeigt, dass es sinnvoll war dieses Thema aufzuwerfen. 17,96% geben an, täglich mehr als 4 Stunden im Auto zu verbringen, die Mehrheit der MitarbeiterInnen (31,74%) verbringt 2-3 Stunden im Auto. Geringe 11,38% verbringen weniger als 1 Stunde im Auto. Der gewichtete Mittelwert beträgt 2,96, was bedeutet, dass im Schnitt etwa 2-3 Stunden

der Arbeitszeit täglich im Auto verbracht werden. Bei der ohnehin hohen Beanspruchung der Wirbelsäule ist stundenlanges Sitzen im Auto ein weiterer Faktor,

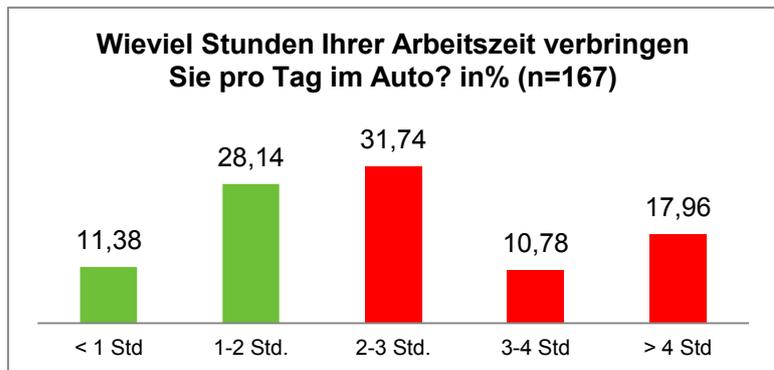


Abb.119: Auto fahren(eigene Grafik © 2016)

der einen negativen Einfluss auf die Gesundheit der Wirbelsäule haben kann. Hinzu kommen zusätzlich belastende Einwirkungen durch Stöße und Schwingungen beim Fahren und Bremsen.⁹⁸ (siehe Abb.119)

Es soll aber nicht unerwähnt bleiben, dass eine ganze Reihe individueller, psychologischer und psychosozialer Faktoren für Beschwerden Seitens des muskuloskelettalen Systems verantwortlich sind. Dazu gehören fehlende soziale Unterstützung bei der Arbeit, fehlende Arbeitszufriedenheit, unzureichende Führungsqualitäten seitens der Vorgesetzten, Konflikte und Mobbing am Arbeitsplatz.⁹⁹

10.3 Hilfsmittel zur Minderung körperlicher Belastungen

Wie im vorherigen Kapitel beschrieben, sind die körperlichen Belastungen, vor allem was Heben, Tragen, Lagern usw. von pflegebedürftigen Personen, doch als erheblich anzusehen. Die luxemburgische Pflegeversicherung kann eine Vielzahl an Geräten zur Verfügung stellen, die diese Belastungen mindern können. Man darf sich jedoch nicht nur auf die Hilfsmittel beschränken, die eine Reduktion der physischen Belastung bewirken. Es ist im Interesse des engagierten Pflegepersonals, dass ihnen alle darüber hinaus gehenden Hilfsmittel, die im

⁹⁸ Vgl. Lauber u.a., 2012, S.12

⁹⁹ Vgl. Initiative Neue Qualität der Arbeit, 2010, S.61

Interesse der pflegebedürftigen Personen hilfreich erscheinen, ebenfalls zur Verfügung stehen. In diesem Kontext wurde die Frage gestellt ob die zur Verfügung stehenden Hilfsmittel ausreichend sind. Dies ist in 70,37% oft oder immer der Fall. Das gewichtete Mittel liegt mit 2,25 in der Nähe von „oft“. Lediglich 8 Personen empfanden die zur Verfügung

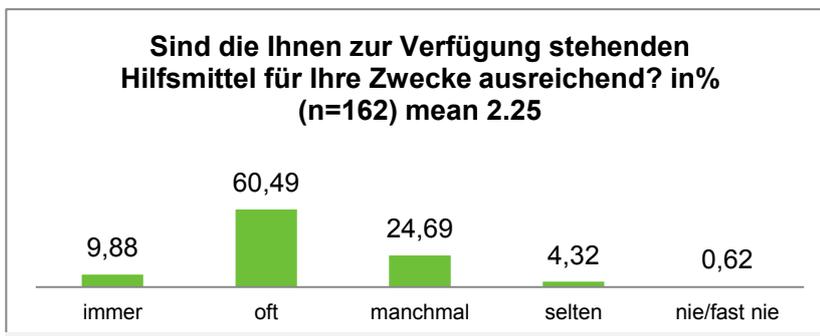


Abb.120: Hilfsmittel ausreichend (eigene Grafik © 2016)

stehenden Hilfsmittel selten oder nie ausreichend. (siehe Abb.120)

Hilfsmittel erfüllen ihren Zweck allerdings nur dann, wenn sie auch einwandfrei funktionieren. Ansonsten sind Zeitverlust, Frustration und zusätzliche körperliche Belastungen unerfreuliche Folgen. Dies ist in 77,16% der Fall. Der gewichtete Durchschnittswert von 2,15, zwischen „oft“ und „manchmal“ gelegen, bestätigt dies.(siehe Abb.121)

Auch das beste und funktionierende Hilfsmittel bringt für den/die MitarbeiterIn keine Entlastung, wenn es nicht auch eingesetzt wird.

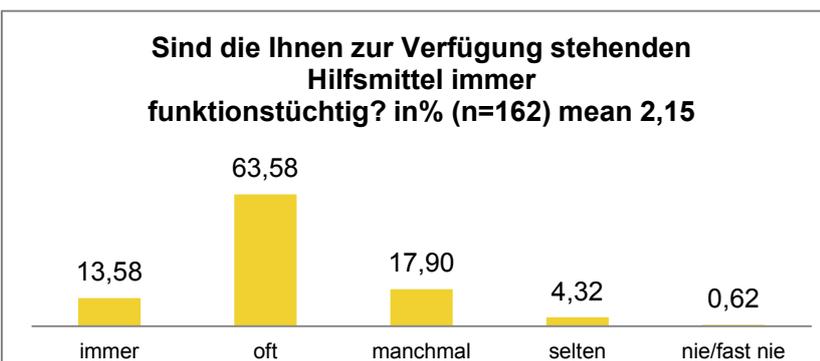


Abb.121: Hilfsmittel funktionstüchtig (eigene Grafik © 2016)

Ohne auf die entsprechenden Ursachen einzugehen, die nicht eruiert wurden und daher hypothetischer Natur wären, lässt sich sagen, dass sie in 70,26% der Fälle tatsächlich genutzt werden, knapp ein Viertel (24,05%) nutzt sie allerdings nur selten. Warum das so ist und warum 5,69% der Antwortenden sie selten oder gar nicht nutzen sollte einmal näher betrachtet werden.(siehe Abb.122)

Wie schon bemerkt sind die

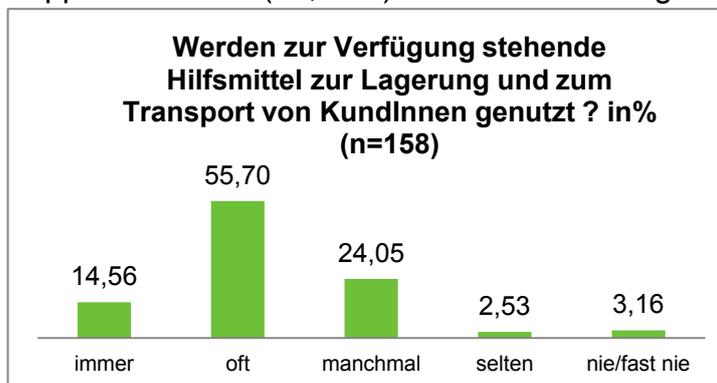


Abb.122: Hilfsmittel genutzt (eigene Grafik © 2016)

physischen Belastungen durch Heben, Tragen, Umlagern erheblich, weshalb im Rahmen der Befragung die Frage gestellt wurde ob zu diesem spezifischen Zweck ausreichend Hilfsmittel zur Verfügung stehen. Dies ist in 68,99% der Fall, in 31,02% stehen allerdings nur manchmal oder selten ausreichend Möglichkeiten zu Lagerung oder Transport der KundInnen zur Verfügung. (sich Abb.123)

Gerade bei Personen mit eingeschränkter Mobilität wird die Pflege durch die räumlichen Verhältnisse unter Umständen negativ beeinflusst. In der österreichischen Arbeitsstättenverordnung und in seinem luxemburgischen Pendant dem „Règlement grand-ducal du 4

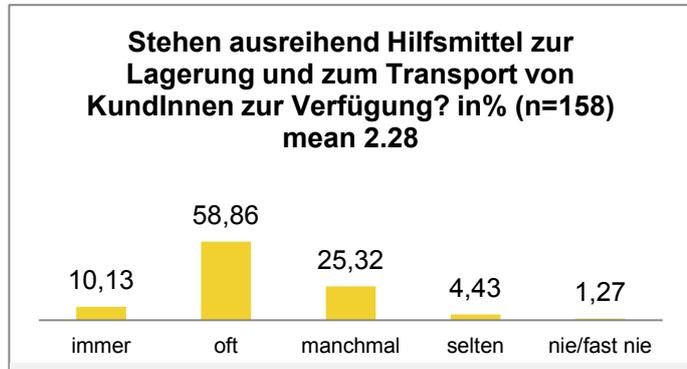


Abb.123: Hilfsmittel zum Transport ausreichend (eigene Grafik © 2016)

novembre 1994 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour les lieux de travail“, (großherzogliche Verordnung vom 4.November 1994 betreffend die Minimalanforderungen betreffend Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz) gibt es genaue Angaben über die Kriterien, die eine Arbeitsstätte erfüllen muss, damit sie als Arbeitsstätte genehmigt werden kann. Nun stellt eine Wohnung, in dem eine zu pflegende Person von MitarbeiterInnen der ambulanten Pflegedienste betreut wird, deren

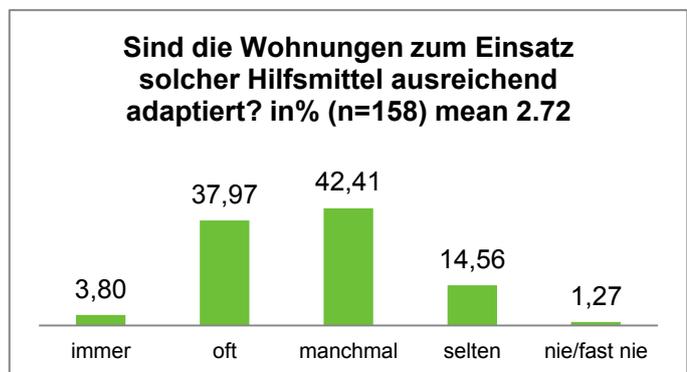


Abb.124: Wohnungen adaptiert (eigene Grafik © 2016)

Arbeitsstätte dar. Es erscheint wenig praktikabel und sinnvoll die in den oben genannten Verordnungen aufgeführten Kriterien auf private Wohnungen übertragen zu wollen. In diesem Zusammenhang erscheint es aber dennoch angebracht, sich bei den Pflegekräften zu erkundigen, in wie weit die Wohnungen zum Einsatz der notwendigen Hilfsmittel ausreichend adaptiert sind. Auf den allgemeinen Zustand der Wohnungen wurde bereits weiter oben eingegangen. 42,41% der Antwortenden geben an, dass dies manchmal der Fall ist, 15,83% finden, dass dies selten oder nie der Fall ist. 41,77% scheinen mit der Situation

zufrieden zu sein, da die Wohnungen oft oder immer entsprechend adaptiert sind. Der gewichtete Durchschnittswert von 2,72 zeigt, dass dies eher „manchmal“ als „oft“ der Fall ist. (siehe Abb.124)

Eine spezifischere Frage wurde eingefügt, da die Beleuchtung einerseits zu diagnostischen Zwecken aber auch im Rahmen spezieller Behandlungen zum Erzielen einer guten Qualität unabdingbar ist. 67,9% der Antwortenden

PflegedienstmitarbeiterInnen empfanden sie als „oft“ oder „immer“ ausreichend. 22,84% würden sich öfters ein mehr an Beleuchtung wünschen und 9,25% empfanden die Lichtverhältnisse als ungenügend. (siehe Abb.125)

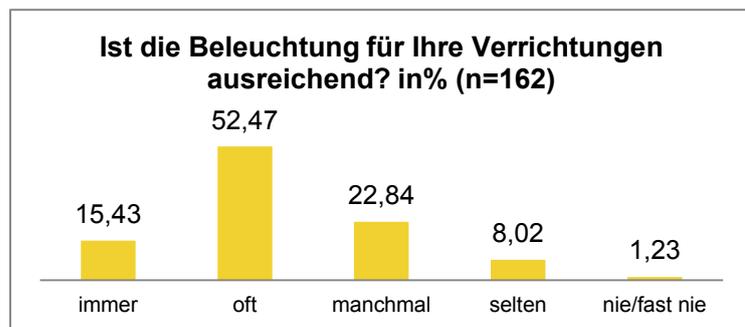


Abb.125: Beleuchtung ausreichend (eigene Grafik © 2016)

10.4 Gefahren, die zu Verletzungen führen können

Müssen in Arbeitsstätten, die den geltenden Arbeitsstättenverordnungen entsprechen müssen, die notwendigen Vorkehrungen zum Vermeiden von Unfällen

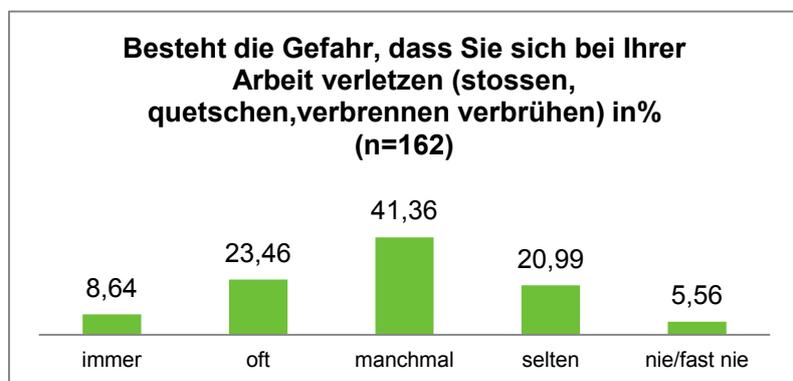


Abb.126: Verletzungsgefahr (eigene Grafik © 2016)

getroffen werden, ist dies, wie im vorherigen Kapitel beschrieben, für private Wohnungen nicht der Fall. In wie weit empfinden die MitarbeiterInnen der ambulanten Pflegedienste, die diese Fragen beantwortet haben, dass sie Gefahren ausgesetzt sind.

Immerhin 32,1 % sehen die Gefahr, dass sie sich bei Ihren Verrichtungen stoßen, quetschen, verbrennen oder verbrühen. 41,36% sehen ein mittleres Risiko und

26,65% sehen sich diesbezüglich selten oder nie mit einer Gefahr konfrontiert. (siehe Abb.126)

Stolperfallen werden in Betrieben konsequent entfernt, oder aber, so es nicht anders machbar ist, eindeutig gekennzeichnet. Wie empfinden die Pflegenden die Gefahr auszurutschen, zu stolpern oder umzuknicken.

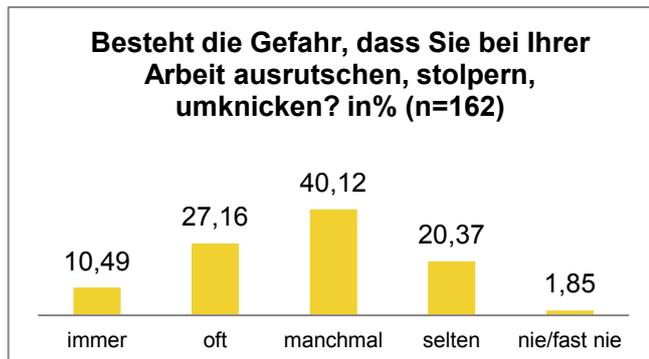


Abb.127: Stolperfallen(eigene Grafik © 2016)

37,65% empfinden, dass diese Gefahr „immer“ oder „oft“ besteht, 40,12% haben „manchmal“ das Gefühl, dass diese Gefahr besteht und 22,22% sehen sich dieser Gefahr kaum ausgesetzt. (siehe Abb.127)

Über die Belastungen, die dadurch entstehen, dass Pflegepersonal von PatientInnen bzw. Angehörigen angeschrien wird, wurde weiter oben berichtet. Der Vollständigkeit halber soll aber auch nach körperlichen Verletzungen, die die Pflegenden

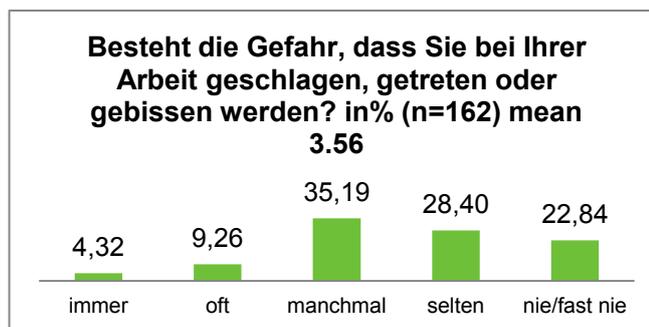
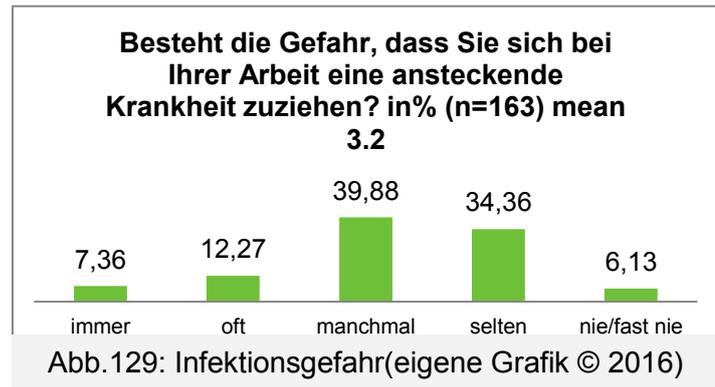


Abb.128: physische Aggressionen (eigene Grafik © 2016)

erleiden könnten gefragt werden. Die Mehrheit von 51,24% sieht sich diesen Gefahren selten oder nie ausgesetzt, eine Minderheit von 13,58 sieht sich mit diesen Gefahren häufiger konfrontiert. (siehe Abb.128)

Pflege ganz allgemein beinhaltet auch stets ein Risiko sich ansteckende Krankheiten zuzuziehen. Das können akute saisonale Erkrankungen wie eine Grippe sein, das können aber auch Erkrankungen wie Hepatitis, HIV oder Tuberkulose sein, um nur einige beispielhaft aufzuführen. Die 163 MitarbeiterInnen der ambulanten Pflegedienste, die auf diese Frage geantwortet haben, sehen sich in 40,49% diesem Risiko selten oder nie ausgesetzt, eine fast gleich große Zahl (39,88%) sieht sich diesem Risiko manchmal und doch fast ein Fünftel (19,63%) sieht sich oft oder immer mit dieser Gefahr konfrontiert.

Angaben in wie weit diese von den MitarbeiterInnen eingeschätzten Gefahren jetzt tatsächlich zu Krankenständen führen sind leider nicht verfügbar. (siehe Abb.129



10.5 Persönliche Schutzausrüstung

„Als persönliche Schutzausrüstung gilt jede Ausrüstung, die dazu bestimmt ist, von den ArbeitnehmerInnen benutzt oder getragen zu werden, um sich gegen eine Gefahr für ihre Sicherheit oder Gesundheit bei der Arbeit zu schützen, sowie jede mit demselben Ziel verwendete Zusatzausrüstung.

Persönliche Schutzausrüstungen sind von den ArbeitgeberInnen auf ihre Kosten zur Verfügung zu stellen, wenn Gefahren nicht durch kollektive technische Schutzmaßnahmen oder durch arbeitsorganisatorische Maßnahmen vermieden oder ausreichend begrenzt werden können.

ArbeitnehmerInnen sind verpflichtet, die persönlichen Schutzausrüstungen zu benutzen. ArbeitgeberInnen dürfen ein dem widersprechendes Verhalten der ArbeitnehmerInnen nicht dulden.

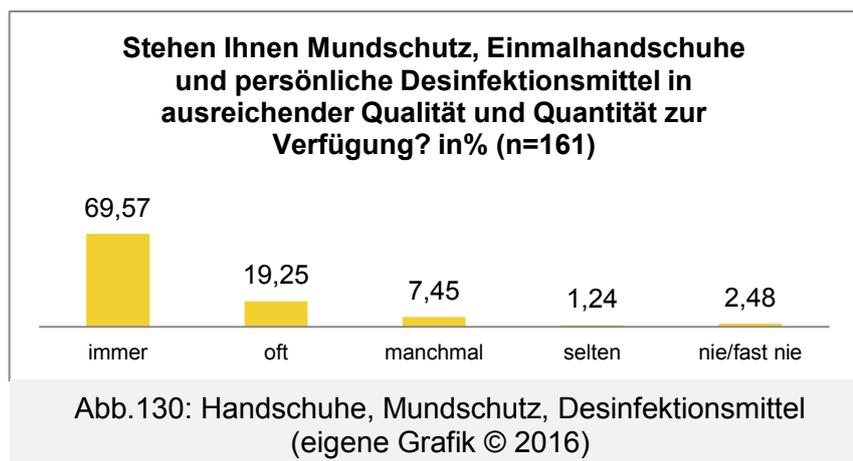
Persönliche Schutzausrüstungen müssen für den persönlichen Gebrauch durch einen/eine ArbeitnehmerIn bestimmt sein. Erfordern die Umstände eine Benutzung durch verschiedene Personen, so sind entsprechende Maßnahmen zu treffen, damit sich dadurch für die verschiedenen Benutzer keine Gesundheits- und Hygieneprobleme ergeben.“¹⁰⁰

Eine sinngemäß gleiche Definition zur persönlichen Schutzausrüstung findet sich im luxemburgischen *Code du Travail, Livre III, protection, sécurité et santé des salariés* (Arbeitsgesetzbuch, 3.Buch, Schutz, Sicherheit und Gesundheit der Angestellten).

¹⁰⁰ Vgl. Bundesgesetzblatt, 2015, § 69

Bedingt durch die Tätigkeit der MitarbeiterInnen ambulanter Pflegedienste sind natürlich Einmalhandschuhe, persönliche Desinfektionsmittel und auch ein Mundschutz unbedingt notwendig. Dies einerseits um die zu Pflegenden zu schützen, aber auch um den/die pflegenden MitarbeiterIn vor möglichen Infektionen zu schützen. Last not least sollen natürlich auch Kreuzinfektionen vermieden werden. Es gibt immer mehr Beweise dafür, dass die sogenannten „Erkrankungen des Alters“ durch Dysregulation des Immunsystems und überschießende Entzündung hervorgerufen werden, was als Immunoseneszenz bezeichnet wird.¹⁰¹ Vereinfacht ausgedrückt reagiert das Immunsystem älterer Menschen nicht mehr mit der Effizienz und Rapidität, wie das eines jüngeren Menschen, weshalb ihm „Stress“ durch leichtfertig übertragene Keime „erspart“ bleiben sollte. Unter diesen Gesichtspunkten sollten alle MitarbeiterInnen ambulanter Pflegedienste immer Mundschutz, Einmalhandschuhe und persönliche Desinfektionsmittel in ausreichender Quantität und Qualität zur Verfügung haben.

In der Befragung geben 69,57% der Antwortenden an, dass dies immer der Fall sei. 19,25% geben an, dass dies oft der Fall sei, 11,17% haben diese Utensilien nur



manchmal oder nie in ausreichend Qualität und Quantität zur Verfügung.(siehe Abb.130)

Über die Arbeitskleidung des pflegenden Personals wurde bereits in den vorbereitenden Gesprächen zu dieser Befragung ausgiebig diskutiert, weswegen relativ viele Fragen diesbezüglich Eingang in den Fragebogen gefunden haben. Das Pflegepersonal sollte Arbeitskleidung aus Gewebe tragen, das sicher desinfizierend gewaschen werden kann. Dies gilt sowohl für vom Unternehmen zur Verfügung gestellter Bekleidung, als auch für private Kleidung Für die ambulante Pflege gibt es keine vorgeschriebene Arbeitskleidung, dennoch sollte

¹⁰¹ Vgl. Effros, 2005, S.2

eine spezifische Arbeitskleidung, die zu Dienstbeginn angezogen wird, von allen MitarbeiterInnen getragen werden. Eine Trennung zwischen privater und Arbeitskleidung ist jederzeit sicher zu stellen.

Wird die Arbeitskleidung nicht in einer geprüften Wäscherei gewaschen, ist eine strikte Trennung einzuhalten, und die Wäsche bei Temperaturen > 80°C zu waschen.

Des Weiteren hält der Rahmen Hygieneplan für ambulante Pflegedienste, erarbeitet vom deutschen Länder-Arbeitskreis zur Erstellung von Hygieneplänen folgendes Beachtenswertes fest, wobei sich hier allerdings auf die wichtigsten Punkte beschränkt wird:

„Schutzkleidung und persönliche Schutzausrüstung (PSA) sind bei der Möglichkeit einer Kontamination mit Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen zu tragen:

- Schutzkleidung (bzw. Einmalschutzkleidung, z.B. Schutzkittel oder -schürzen) ist beim Einsatz mit Infektionsgefährdung zu tragen.
- Einmalhandschuhe sind bei Tätigkeiten zu tragen, bei denen die Hände mit Blut, anderen Körperflüssigkeiten, Ausscheidungen, Eiter oder Erbrochenem in Berührung kommen können.
- Geeignete Schutzhandschuhe sind auch zu tragen, wenn benutzte Instrumente, Geräte oder Flächen desinfiziert und gereinigt werden oder ein Kontakt zu hautschädigenden Stoffen besteht.
- Mindestens ein eng anliegender, mehrlagiger und im Nasenbereich modellierbarer Mund-Nasen-Schutz in FFP1-Qualität sowie ggf. eine Schutzbrille sind z.B. bei Kontakt zu Erbrochenem / bei Erbrechen, sowie beim herkömmlichen Absaugen zu tragen.
- Der/die ArbeitgeberIn hat PSA einschließlich geeigneter Schutzkleidung in ausreichender Stückzahl zur Verfügung zu stellen und für die Reinigung, Desinfektion und Instandhaltung zu sorgen.“¹⁰²

Diese Maßnahmen sind im Interesse aller Beteiligten als sinnvoll anzusehen. Bei konsequenter Umsetzung entstehen allerdings auch Kosten, die durchaus erheblich werden können.

Auf die Frage ob die MitarbeiterInnen der ambulanten Pflegedienste in Luxemburg, die auf diese Frage geantwortet haben, ihre Arbeitskleidung als

¹⁰² Vgl. Landesamt für Verbraucherschutz, 2013, S.12-13

angepasst empfinden antworteten 80,87%, dass dies meist der Fall ist. 19,13% empfanden sie als manchmal oder nie der Tätigkeit angepasst. (siehe Abb.131)

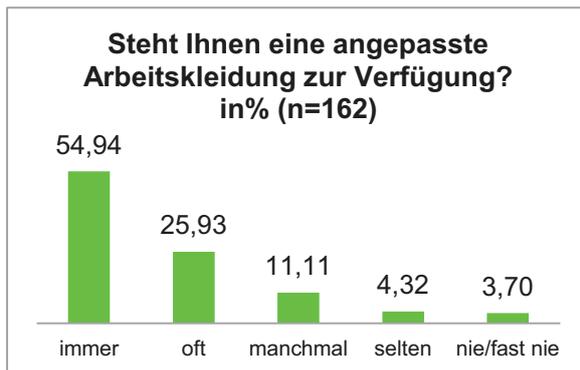


Abb.131: angepasste Arbeitskleidung (eigene Grafik © 2016)

Wie oben dargelegt, ist saubere Kleidung in der ambulanten Pflege aus vielerlei Gründen wichtig und das beschränkt sich nicht auf

makroskopische Unreinheiten. Immerhin 44,87% geben an ihre Arbeitskleidung täglich zu waschen. Am anderen Ende der Tabelle geben aber 33,97% an dies nur

2-mal wöchentlich zu tun. Ob die Wäsche dabei stets getrennt von der sonstigen Hauswäsche behandelt wird, wurde nicht gefragt, auch ist nicht

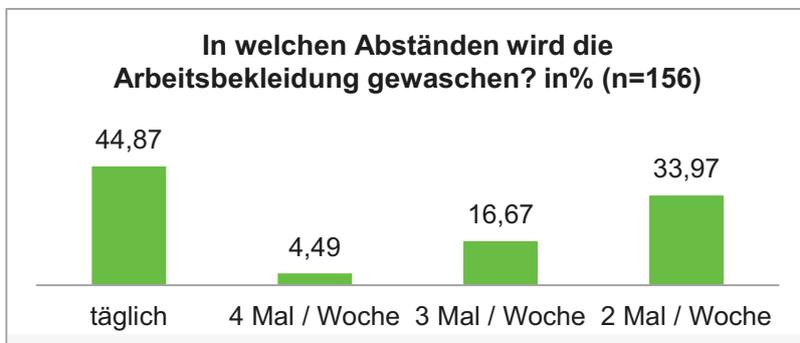


Abb.132: Waschhäufigkeit (eigene Grafik © 2016)

bekannt ob die benutzte Wäsche, die in 94% vom Unternehmen gestellt wird, für eine Wäsche bei >80°C geeignet ist. (siehe Abb.132)

Im Rahmen des oben Gesagten ist es natürlich auch interessant zu wissen von wem die Arbeitskleidung gewaschen wird. Einerseits gilt es gewisse Mindestkriterien an Hygiene einzuhalten, andererseits muss man auch berücksichtigen, dass das Waschen und Bügeln für den/die



Abb.133: wer wäscht Arbeitskleidung? (eigene Grafik © 2016)

ArbeitnehmerIn einen zusätzlichen zeitlichen und finanziellen Aufwand darstellt. (siehe Abb.133)

Die Frage nach der Einheitlichkeit der Arbeitskleidung wurde gestellt, um einerseits festzustellen, wie leicht es den zu Pflegenden fällt zu erkennen, ob sie auch der richtigen Person Zutritt zu ihrer Wohnung gewähren, aber auch unter

dem Aspekt in wie weit ambulante Pflegedienste, die untereinander in einem Konkurrenzverhältnis stehen, sich eine corporate identity geben. Dies ist in 77% der Fall. (siehe Abb.134)

Zum Schutz der Pflegedienst Leistenden ist ihre Erkennbarkeit beim Ein- und Aussteigen aus ihren

Fahrzeugen, bei schlechten Sichtverhältnissen, ebenfalls von großer Wichtigkeit.

Reflektierende und im Winter auch wärmende Überbekleidung ist daher geboten. Dies ist bei 56,77% immer oder oft der Fall, immerhin 26,45% geben an, nie über eine solche reflektierende Überbekleidung zu verfügen. (siehe Abb.135)



Abb.134: Arbeitskleidung einheitlich? (eigene Grafik © 2016)

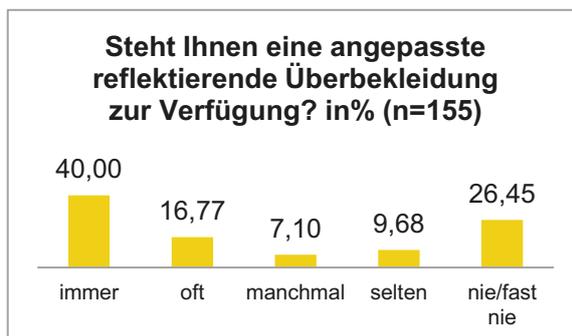


Abb.135: Überbekleidung (eigene Grafik © 2016)

10.6 Rekapitulation

Die Folgen der beschriebenen physischen Belastungen betreffen hauptsächlich das muskuloskelettale System. Es wird nicht möglich sein diese Belastungen komplett zu eliminieren. Am wichtigsten erscheint hier eine engmaschige Unterweisung betreffend geeigneter Techniken zur Vermeidung dieser Belastungen. Idealerweise handelt es sich dabei nicht um theoretische Vorlesungen, sondern um ein regelmäßiges praktisches Training, bei der auch der Gebrauch der diversen Hilfsgeräte eingeübt wird. Häufig ist es der Zeitfaktor, der vorgeschoben wird, warum Hilfsgeräte nicht zum Einsatz kommen, der aber bei geübtem Einsatz in den Hintergrund tritt. Es gibt natürlich auch PatientInnen, die den Einsatz solcher Hilfsgeräte ablehnen. Hier besteht bereits vor Beginn des ambulanten Pflegeeinsatzes gezielter, deutlicher Aufklärungsbedarf.

Die Folgen einer Überbelastung des muskuloskelettalen Systems sind langwierige Krankenstände oder sogar Arbeitsunfähigkeit, die es zu vermeiden gilt. Diese Kosten der Allgemeinheit Geld und bringen die Angestellten unter Umständen

sogar in prekäre Lebenssituationen. Geld ist daher sicherlich besser in technische Hilfsmittel und Wohnungsumbauten, dieses Mal aber nicht im Interesse der pflegebedürftigen Personen, sondern im Interesse der Pflegenden, investiert.

Bezüglich der doch langen Verweilzeiten im Auto, sollte die ergonomische Gestaltung der Fahrersitze näher untersucht werden, um hier möglichst wenig zusätzliche Belastung für die Wirbelsäule zu generieren.

Der Infektions- und Kreuzinfektionsprophylaxe kommt ebenfalls eine große Bedeutung zu. Ohne im Detail auf die PSA bei der Versorgung der Pflegebedürftigen eingehen zu wollen, erscheint es aber sinnvoll die Pflege der Arbeitsbekleidung in professionelle Hände zu legen, für die tägliche Wäsche zu sorgen und allen MitarbeiterInnen ihre Arbeitskleidung Kleidung zu stellen.

11. Prävention, betriebliche Gesundheitsförderung

„Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von ArbeitgeberInnen, ArbeitnehmerInnen und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.

Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven MitarbeiterInnenbeteiligung
- Stärkung persönlicher Kompetenzen“

So steht es in der Luxemburger Deklaration, die von allen Mitgliedern des europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung, anlässlich ihres Treffens im November 1997 in Luxemburg, verabschiedet wurde.¹⁰³

Betriebliche Gesundheitsförderung, als Teil des beruflichen Gesundheitsmanagements, wirkt sich positiv auf das Wohlbefinden der teilnehmenden Menschen aus. *Badura* definiert betriebliches Gesundheitsmanagement wie folgt: „Unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement verstehen wir die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderlich Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der MitarbeiterInnen zum Ziel hat.“ Er weist auch darauf hin, dass die Begriffe „Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)“ und „Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)“ klar voneinander zu trennen sind. BGF ist, nach seinen Worten, eine zeitlich begrenzte Maßnahme zur Risikovermeidung oder zur Gesundheitsförderung, die überwiegend oder gänzlich eine Verhaltensmodifikation der MitarbeiterInnen zum Ziel hat. Sie entfaltet daher, auf Grund ihrer zeitlichen Begrenztheit, auch keine nachhaltige Wirkung.¹⁰⁴

Investitionen in BGM und BGF kosten Geld. Haben sie einen betriebswirtschaftlich nachweisbaren positiven Effekt? Fast alle in diesem Zusammenhang durchgeführten Studien belegen diese Wirksamkeit. Der Return on Investment (RoI) schwankt bei den Untersuchungen, die eine Quantifizierung der Wirtschaftlichkeit erfassen wollen, zwischen 1:2,05 bis hin zu 1:19,4. Das

¹⁰³ Vgl. Luxemburger Deklaration, http://www.luxemburger-deklaration.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/LuxDekl/Luxemburger_Deklaration_neu.pdf [Zugriff 02.03.2016]

¹⁰⁴ Vgl. *Badura u.a.*, 2009, S.4, S.9

bedeutet, dass jeder eingesetzte Euro in jedem Fall innerhalb des betrachteten Unternehmens bleibt, sich sogar, entsprechend den angegebenen Relationen, entsprechend rentiert. Eine Verdopplung bildet dabei eindeutig den unteren Rand, meist schwankt der ermittelte Rol zwischen 1:3 und 1:5 ¹⁰⁵

Auf Grund der Wichtigkeit dieses Themas, auch im Hinblick darauf erfahrene MitarbeiterInnen möglichst lange aktiv in der ambulanten Pflege beschäftigen zu können, wurden im Rahmen der Untersuchung auch einige Fragen zu diesem Thema gestellt, ohne dass jedoch detaillierter auf Art und Dauer von BGF eingegangen werden konnte. Auch zu diesem Thema wären genauere Untersuchungen sicher, auch von einem betriebswirtschaftlichen Standpunkt aus, lohnend.

Prävention von Infektionskrankheiten ist im ambulanten Pflegebereich zweifelsohne wichtig, wie weiter oben schon beschrieben. Auf die Frage, ob in der Firma, in der die Antwortenden beschäftigt sind, ein spezielles Programm zur Prävention von Infektionskrankheiten besteht, antworteten 60%, dass dies der



Abb.136: Prävention von Infektionskrankheiten (eigene Grafik © 2016)

Fall sei, 40% hatten keine Kenntnis von die Existenz eines solchen Programms.

(siehe Abb.136) Es konnte im Rahmen dieser Befragung auch nicht festgestellt werden, was genau im Rahmen der Prävention von Infektionskrankheiten unternommen wurde.

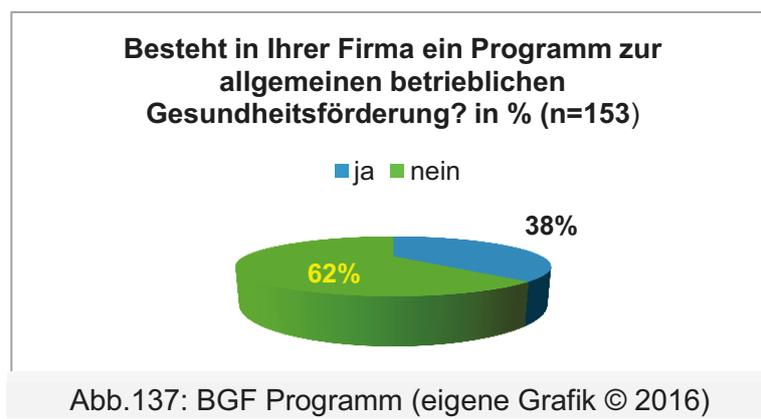


Abb.137: BGF Programm (eigene Grafik © 2016)

¹⁰⁵ Vgl. Meuser, 2004, S239-240

Gleiches gilt auch für das BGF Programm, wo ebenfalls nicht speziell nachgefragt wurde wie dieses Programm aufgebaut ist. 62% der Befragten beantworteten die Frage nach der Existenz eines BGF-Programms mit „ja“. (siehe Abb.137)

BGM ist gerade im Rahmen der ambulanten Pflege von besonderer Wichtigkeit, möchte man die Fluktuationsraten reduzieren und aber auch möglichst lange auf Erfahrung und Fähigkeiten der MitarbeiterInnen zurückgreifen. „BGM ist gezieltes und bewusstes Einarbeiten gesundheitsfördernder, krankheitsvorbeugender und Heilung unterstützender Strategien, Strukturen und Prozesse in das allgemeine Management, in die Führungsstrategie und in den Führungsstil.“¹⁰⁶

¹⁰⁶ Vgl. Jancik, 2002, S.15

12. Schlussfolgerung

Diese Arbeit möchte auf die physischen und psychischen Belastungen der im ambulanten Pflegedienst Beschäftigten eingehen und feststellen, ob diese Belastungen für die Pflegeversicherung kostenwirksam werden könnten. Um dies allerdings in einem allgemeineren Kontext darstellen zu können, erscheint es angebracht sich kurz mit den Prognosen von Seiten der IGSS zu beschäftigen, die diese mit dem Zeithorizont 2030 erstellt hat. In ihrem 2013 veröffentlichten Bericht über die Pflegeversicherung in Luxemburg, geht sie dabei davon aus, dass im Jahr 2030 die Lebenserwartung für Männer in Luxemburg bei 80,9 Jahren, die für Frauen bei 85,8 Jahren liegen wird. Es wird eine Geburtenrate von 1,63 angenommen, was dem Niveau des Jahres 2005 entspräche. Wie sich der Zuzug in den nächsten 14 Jahren entwickeln wird ist schwer abzuschätzen, da das Bevölkerungswachstum jetzt bereits jenseits dessen liegt, was vor einigen Jahren prognostiziert wurde. Das mittlere Alter belief sich 2010 auf 38,6 Jahre, am Horizont des Jahres 2030 wird es auf 40,7 Jahre geschätzt. Zum Vergleich lag das Durchschnittsalter in Deutschland im Jahr 2010 bei 44,3 Jahren und in Frankreich bei 38,8 Jahren. Die Alterung der luxemburgischen Bevölkerung liefe, diesen Prognosen zufolge, also langsamer ab, als in diesen beiden Nachbarländern.

In dieser Prognose wird des Weiteren davon ausgegangen, dass 2030 immerhin 100 arbeitsfähigen Einwohnern 30 Personen gegenüberstehen, die älter als 65 Jahre sind; 2010 war die Relation 20/100. Diese Prognosen sind für Luxemburg im Vergleich zu seinen Nachbarländern erfreulich. In Belgien werden 37, in Deutschland 48 und in Frankreich 39 über 65-jährige Personen, 100 Personen im arbeitsfähigen Alter gegenüberstehen. Es ist also in allen Ländern mit einem zunehmenden Pflegebedarf zu rechnen. Die Finanzierung der Pflege könnte für Luxemburg aber etwas leichter bewältigen zu sein, als in den Nachbarländern.

Der längerfristige Bedarf an Pflege hängt von der Entwicklung der Morbidität im Alter, aber auch vom medizinischen Fortschritt ab. Geht man von einer gleichbleibenden Morbidität aus, so wird sich die Anzahl der pflegebedürftigen EinwohnerInnen, die 60 Jahre und älter sein werden, um 46%, im Verhältnis zu 2010, erhöhen.

Ende 2013 belief sich die Zahl der Pflegbedürftigen auf 13.375. Für 2030 wird mit 18.088 Personen gerechnet. Dies entspräche einer Zunahme um etwa 35%, beziehungsweise durchschnittlich 2% jährlich.¹⁰⁷

Diese Prognosen sind sicherlich interessant und können eine Richtung weisen. Die von der arbeitenden Bevölkerung zu tragenden Lasten werden größer werden, steigen aber moderater an, als dies in den Nachbarländern der Fall sein wird. Die Anzahl an Personen im erwerbsfähigen Alter wird 2030 in Luxemburg, so die Prognose, größer sein als heute. Unter diesem Aspekt scheint die Finanzierung der Pflegeversicherung weitgehend gesichert.

Prognosen sind jedoch immer mit Vorsicht zu genießen und können nur Hinweise liefern.

Der Bedarf an Personal in ambulanten Pflegediensten wird also weiter steigen. Es besteht daher ein allgemeines Interesse Pflegekräfte aufgabenorientiert auszubilden und diese möglichst lange im Beruf zu behalten. Das heißt, dass der Beruf attraktiv sein muss, eine akzeptable work life balance, d.h. eine Balance zwischen Arbeits- und Privatleben, gewährt sein muss und die individuelle Belastung so gestaltet sein muss, dass die im ambulanten Pflegebereich Tätigen diesen Beruf lange, bei voller Leistungsfähigkeit, vorzugsweise bis zum regulären Pensionsalter ausüben können. Dabei sind die sich mit dem Älterwerden wandelnden Bedürfnisse und Potenziale der Menschen zu berücksichtigen. Manche Ressourcen gehen altersbedingt verloren, andere entwickeln sich. Ein vorzeitiger Berufsausstieg ist ökonomisch unsinnig und auf Dauer nicht finanzierbar¹⁰⁸.

Dies bedeutet, dass physische und psychische Belastungen so gestaltet werden müssen, dass die individuelle Beanspruchung zu keinen bleibenden physischen oder psychischen Schäden führt.

Der Mensch ist das wertvollste und wichtigste Kapital eines jeden ambulanten Pflegedienstes. Es gilt ihn zu schützen, ihm zuzuhören, ihn ernst zu nehmen und ihn zu führen, was vorrangig eine Aufgabe der Führungskräfte ist. Ihr positives und wertschätzendes Verhalten den MitarbeiterInnen gegenüber beeinflusst die Arbeitsfähigkeit zwei Mal so stark, wie vermehrter Sport der MitarbeiterInnen.¹⁰⁹

¹⁰⁷ Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale, 2013, S.316ff.

¹⁰⁸ Vgl. Kloimüller, 2013, S.13

¹⁰⁹ Vgl. ebenda, S. 17

Es hat sich in dieser Untersuchung gezeigt, dass gerade in diesem Bereich Nachholbedarf besteht. Das kann jetzt einerseits daran liegen, dass die Wichtigkeit dieser Aufgabe unterschätzt wird, oder aber auch, dass es zu wenige Personen in den jeweiligen Unternehmen gibt, die diese Aufgabe wahrnehmen können. Sollte letzteres der Fall sein scheint es geboten Personal aufzunehmen. Das Personal muss aber nicht nur geführt werden, es muss auch in das Personal investiert werden, und dies aus vielerlei Gründen, die in den vorhergehenden Kapiteln schon angesprochen wurden.

Die Entwicklung der Medizin schreitet ständig fort, Pflorgetechniken ändern und entwickeln sich. Um mit diesen Entwicklungen in einem Berufsleben von etwa 40 Jahren Schritt halten zu können ist Fortbildung im Interesse der MitarbeiterInnen, aber auch der zu pflegenden Personen, von herausragender Wichtigkeit. Diese Fortbildung muss sich an alle betroffenen Pflegekräfte richten. Es geht dabei nicht nur um theoretische Fortbildung sondern auch, und vor allem, um das praktische Üben. Um sicher zu stellen, dass Fortbildungen auch zum gewünschten Erfolg führen, sollten Tests, nach Abschluss einer solchen Fortbildung, kein Tabu sein.

Idealerweise sollte seitens der Führung für jeden/e MitarbeiterIn ein persönlicher, längerfristiger Fortbildungsplan aufgestellt werden, der auch die sich mit dem älter werden ändernden Potentiale und Bedürfnisse berücksichtigt. Bei Erreichen der dort gemeinsam definierten Ziele sollte es dann möglich sein, dass MitarbeiterInnen für ihre Bemühungen entlohnt werden, sei es z.B. durch vorzeitiges Vorrücken im Gehaltsschema, oder durch zusätzliche Urlaubstage.

Diese Fortbildungen können bei einer 40 Stunden Woche, zu der dann je nach Situation auch noch Überstunden hinzu kommen, nicht in der Freizeit absolviert werden, sondern müssen während der Arbeitszeit abgehalten werden. Dies kann natürlich die ohnehin schon bestehenden Personalengpässe vergrößern. Diese Personalknappheit kann nur durch die Anstellung neuen Personals behoben werden.

Die Förderung der beruflichen Fähigkeiten ist (siehe Abschnitt 9.8) das zweitwichtigste Instrument zur Förderung der Motivation der MitarbeiterInnen und kann somit entscheidend dazu beitragen, von Ihrem Können und Wissen lange zu profitieren.

Geht es darum die Pflegekräfte vor physischen Belastungen zu schützen ist es unabdingbar, alle Möglichkeiten einzusetzen und zu nutzen, die die heutige

Technik bietet. Hier ist von Fall zu Fall der Bedarf vor Ort zu prüfen und auf Anfrage durch das Pflegepersonal auch kurzfristig zu reevaluieren, damit sichergestellt ist, dass ein maximaler ArbeitnehmerInnenschutz zu jedem Moment gewährleistet ist. Ohne zusätzliche finanzielle Aufwendungen wird dies allerdings nicht zu bewerkstelligen sein.

Im Sinne des ArbeitnehmerInnenschutzes muss auch die Adaptierung des häuslichen Wohnraumes in einem anderen Licht betrachtet werden. Es geht einerseits darum dem/der Patienten/in eine Erleichterung zu verschaffen, der arbeitsmedizinisch gebotene Schutz der MitarbeiterInnen der Pflegedienste wurde bisher aber nicht berücksichtigt.

Pflegekräfte müssen auch vor Infektionen geschützt werden. Dies kann einerseits durch prophylaktische Impfungen geschehen, andererseits auch durch das zur Verfügung stellen von PSA, wie schon ausgeführt. Ohne auf grundlegende Dinge wie Kosten von Einmalhandschuhen und Ähnlichem eingehen zu wollen, erscheint das Thema Arbeitskleidung von besonderer Wichtigkeit. Ein täglicher Kleiderwechsel erscheint aus hygienischen Gründen zwingend geboten. Das Waschen kontaminierter Wäsche im privaten Haushalt ist abzulehnen. Es sollte hier auf professionelle Dienstleister zurückgegriffen werden. Im Weiteren sollte sichergestellt sein, dass jeder/e MitarbeiterIn eine adäquate reflektierende der Jahreszeit angepasste Überbekleidung zur Verfügung hat.

Betrachtet man jetzt die psychischen Belastungen, so ist der Zeitdruck eines der größten Probleme, der viele andere Probleme, wie z.B. eine unbefriedigende Pausengestaltung, nach sich zieht. Zeitdruck bedeutet, dass der/die MitarbeiterIn zu wenig Zeit zur Verfügung hat, um ihre Verrichtungen adäquat und im Sinne der Menschenwürde der zu Pflegenden durchzuführen. Mehr Zeit für die/den Einzelne(n), bedeutet einen erhöhten Personalbedarf.

Betreffend die MitarbeiterInnen der ambulanten Pflegedienste muss man sich vor Augen führen, dass wenn diese durch Überlastung, Burnout, muskuloskelettale Krankheiten oder aus anderen arbeitsbezogenen Ursachen, Ihren Beruf für kürzere oder längere Zeit nicht mehr nachgehen können, die gesamte Gesellschaft, die auch die Pflegeversicherung finanziert, für die Therapiekosten aufkommen muss. Sollte der Beruf unter Umständen gar nicht mehr ausgeübt werden können fallen dann eventuell Umschulungskosten, Arbeitslosengeld und allfällige sonstige finanzielle staatliche Hilfen an, die auch wieder von der

Allgemeinheit bezahlt werden. Das persönliche Schicksal der/des Betroffenen, dem der Beruf unter Umständen Berufung war, kann dabei nicht mit Geld ausgeglichen werden.

Es ist zwar für den/die Sozialversicherungspflichtige(n) angenehm, wenn er/sie einen möglichst geringen Betrag zur Finanzierung der Pflegeversicherung entrichten muss. Es wird aber aus dem oben Gesagten ersichtlich, dass hier nur das öffentliche Geld von einer Tasche in die andere gesteckt wird. Es ist daher erstrebenswert den ambulanten Pflegediensten die Mittel zur Verfügung zu stellen, die sie wirklich, im Interesse einer zeitgemäßen Pflege, aber auch und vor allem zum arbeitsmedizinisch begründeten Schutz Ihrer MitarbeiterInnen, benötigen.

Die Kosten im ambulanten Pflegebereich werden daher, um den arbeitsmedizinisch begründeten Anforderungen gerecht zu werden, und um die zu Pflegenden gut und menschenwürdig behandeln zu können, steigen.

Einsparungsmöglichkeiten ergeben sich im Gegenzug für die Allgemeinheit durch geringere Therapiekosten, Umschulungsmaßnahmen der in der ambulanten Pflege Tätigen, um nur zwei Beispiele aufzuführen.

Möglichkeiten zu sparen, scheint es aber auch bei den ambulanten Pflegediensten zu geben. Es hat sich in der vorliegenden Untersuchung gezeigt, dass sich die im ambulanten Pflegedienst Tätigen mit Dingen, die sie als nicht Nutzen bringend erachten, beschäftigen müssen, dass teilweise sehr viel Zeit im Auto oder am Computer verbracht wird, die für die eigentliche Tätigkeit, die Pflege, dann nicht mehr zu Verfügung steht. Hier ist es geboten Ursachenforschung zu betreiben und Lösungen zu erarbeiten, um diese Leerläufe, aus pflegerischer Sicht betrachtet, zu reduzieren. Eine verbesserte Datenverarbeitung, eine Optimierung der Fahrtenwege, aber auch eine Reduzierung der wirklich unnötigen Verrichtungen, sind Maßnahmen, die dazu beitragen können. In diesem Rahmen muss auch überlegt werden, ob alles das, was dokumentiert wird, auch wirklich dokumentiert werden muss.

Behinderungen bei der pflegerischen Tätigkeit von Seiten der Angehörigen sind unerwünscht. MitarbeiterInnen ambulanter Pflegedienste anzuschreien (siehe Abb.62) ist ebenso strikt abzulehnen. Der Arbeitsplatz der MitarbeiterInnen ambulanter Pflegedienste, das heißt die Wohnung der zu Pflegenden, muss in einem akzeptablen hygienischen Zustand sein. Es besteht hier offensichtlich ein Handlungsbedarf, der vor allem die Angehörigen betrifft, die wohl von Fall zu Fall

besser eingebunden werden müssen. Ein Ansatz, um das Verständnis für die pflegerische Tätigkeit zu verbessern und um die professionellen Pflegekräfte unter Umständen sogar zu entlasten, könnten Kursangebote für die Angehörigen sein. Diese Kurse könnten sich mit grundlegenden Pflegetechniken beschäftigen und auch zu einem besseren Verständnis der Bedürfnisse und der Arbeitsweise der Pflegenden, durch die Angehörigen, führen.

Bei all dem Gesagten erscheint es schwer zusätzlich betriebliche Gesundheitsförderung oder betriebliches Gesundheitsmanagement in Unternehmen, die im ambulanten Pflegebereich tätig sind, zu implementieren. Gerade BGM trägt aber dazu bei, MitarbeiterInnen die Möglichkeit zu geben, langfristig ihren Beruf ausüben zu können. Langfristig angelegte Projekte nutzen, wie weiter oben dargelegt, auch dem/der ArbeitgeberIn, obwohl sie ihn primär etwas kosten. Man darf dabei nicht vergessen, dass es auch Kosten verursacht, wenn neue MitarbeiterInnen eingeschult und eingearbeitet werden müssen. In diesem Sinn soll auch BGM seinen Platz in Unternehmen, die in der ambulanten Pflege tätig sind, finden.

Zu guter Letzt muss auch darauf Bedacht genommen werden, dass jeder/e Beschäftigte, in welchem Beruf er/sie auch tätig sein mag, selbst Verantwortung für seine Gesundheit trägt. Bewegung, und wenn es nur ein Spaziergang nach der Arbeit ist, Ausgleichssport, eine gesunde Ernährung, Zeit zur Erholung sollte sich jede(r) Berufstätige gönnen. Auch sollten berufliche E-Mails und Telefonate nicht in der Freizeit geführt oder bearbeitet werden. Dieses individuelle Verhalten trägt dazu bei, dass die notwendigen Ressourcen für diesen anspruchsvollen, physisch und psychisch fordernden Beruf, dauerhaft zur Verfügung stehen.

13. Literaturverzeichnis

- Aronsson Gunar u.a: Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism, *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000; 54: S.503
- Badura Bernhard u.a.: Betriebliche Gesundheitspolitik in der Kernverwaltung der Kommunen – Eine explorative Fallstudie zur aktuellen Situation, Hans Böckler Stiftung, 2009, S4, S.9
- Bauer Joachim: Arbeit, warum sie uns glücklich oder krank macht, Heyne Verlag, 2015, S.29-30
- Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution, Merkblatt M103, Ausgabe 09.2009, S.12
- Bundesgesetzblatt (BGBl.) Nr. 450/1994 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 60/2015, §69
- Diener Ed u.a.: The Satisfaction With Life Scale, *Journal of Personality Assessment*, 1985, 49, 1, S.72
- Drucker Peter F.: Management, Band 2, Campus Verlag, 2009, S. 77-78
- Dunckel Heiner., Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren, Hochschulverlag an der ETH Zürich, 1999, S.18
- Effros Rita B.: Roy Walford and the immunologic theory of aging Immunity and Ageing, *Immunity & Ageing*, 2005, 2:7, S.2 -3,
- Elias-Linde Sabine: Personalknappheit als betriebswirtschaftliches Problem, , Verlag Springer Gabler, Springer Fachmedien, 2014, S24-25
- Engels J.A.u.a.: Work related risk factors for musculoskeletal complaints in the nursing profession: results of a questionnaire survey, *Occupational and Environmental Medicine* 1996;53, S637
- Europäisches Pro Skills Projekt: Pro-skills basic skills for lifelong learning, *Centre de Prévention des Toxicomanies/LU* , Zentrum für empirische pädagogische Forschung (DE), o.J., S.12
- Freitag S. u.a.: Messtechnische Analyse von ungünstigen Körperhaltungen bei Pflegekräften - eine geriatrische Station im Vergleich mit anderen Krankenhausstationen, *ErgoMed* 5/2007, S.130, S.134, S.138

- Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin, o.J
- Goerdeler, K.J. u.a.: „Yuck, that’s disgusting!“-„No, not to me!“: Antecedants of disgust in geriatric care and it’s relation to emotional exhaustion and intention to leave, *Motivation and Emotion*, 2015; 39, S.256-257
- Grün-Wegeler Sabine: Arbeitszufriedenheit bei Heimhelferinnen, Diplomarbeit, Universität Wien, 2012, S.9
- Hägerbäumer Miriam: Ursachen und Folgen des Arbeitens trotz Krankheit - Implikation des Präsentismus für das betriebliche Fehlzeiten- und Gesundheitsmanagement, Inauguraldissertation zur Erlangung des Grades Doktor der Naturwissenschaften, Universität Osnabrück/Fachbereich Psychologie, 2011, S.99
- Initiative Neue Qualität der Arbeit c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Der Leitfaden zum Screening Gesundes Arbeiten - physische und psychische Gefährdungen erkennen-gesünder arbeiten, 2. Auflage Berlin 2010, S.61
- Jancik Jürgen M.: Betriebliches Gesundheitsmanagement – Produktivität fördern, Mitarbeiter binden, Kosten senken, Gabler Verlag, 2002, S.15
- Jürgens Joachim H.: Überlebensstrategien für ambulante Pflegedienste - Eine Marktstudie, 2009, S.47, 51
- Kahla-Witzsch Heike-Anette: Praxiswissen Qualitätsmanagement im Krankenhaus, 1. Auflage 2005, S. 89
- Kloimüller Irene: Fit für die Zukunft–Arbeitsfähigkeit erhalten - Bautagebuch; 2013, S.13, S.17, S.39
- Krause et al: Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung: Ergebnisse aus Befragungen und Fallstudien. Konsequenzen für das betriebliche Gesundheitsmanagement, In: Badura Bernhard u.a., Fehlzeiten Report 2012 – Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren, Springer Verlag, 2012, S.192
- Kristensen Tage S. u.a.: The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout, *Work & Stress*, 2005; 19(3), S.196-197,201

- Landesamt für Verbraucherschutz Thüringen, Rahmen Hygieneplan für ambulante Pflegedienste, erarbeitet vom Länder Arbeitskreis zur Erstellung von Hygieneplänen nach §§23 und 36 Infektionsschutzgesetz überarbeitet und angepasst an Thüringer Rechts- und Verwaltungsvorschriften, Stand August 2013, S.12-13
- Lauber Annette u.a.: Prävention und Rehabilitation 3.Auflage,Verstehen und Pflegen 4.Band, Thieme Verlag, 2012, S.12
- Lauer Thomas: Change Management - Grundlagen und Erfolgsfaktoren 2.Auflage, Springer Gabler, 2014, S.5
- Litzcke Sven Max u.a.: Stress, Mobbing und Burn-out am Arbeitsplatz, 4 Auflage, Springer Medizin Verlag, 2007, S.116
- Lynch Sharon A.: , Job Satisfaction of Home Health Nurses, Home healthcare now, The Interprofessional Journal for House Care and Hospice Clinicians, 1994, Volume 12, Issue 5, S.21
- Masuy-Stroobant, Godelieve: *Le client réside à l'étranger, à quelles prestations a-t' il droit?, L'élargissement de l'Union européenne. Enjeux et implications sociodémographiques, Actes de la Chaire Quetelet 2003, Presses Universitaires de Louvain (BE) UCL, 07.05.2012*
- Mayrhofer Wolfgang: Motivation und Arbeitsverhalten In: Kasper, Helmut, Mayrhofer, Wolfgang: Personalmanagement Führung Organisation, 3. Auflage, , Linde Verlag Wien,2002, S.256, 286
- Mergner Ulrich: Arbeitsbelastungen in der Krankenpflege In: Jahrbuch für kritische Medizin Band 15 , „Gesundheitsreform“ und die Folgen, Argument Verlag, 1990, S158
- Meuser Thomas: Die ökonomischen Wirkungen des betrieblichen Gesundheitsmanagements In: Kuhn Detlef u.a., Betriebliche Gesundheitsförderung, Ausgangspunkte-Widerstände-Wirkungen, Gabler Verlag, 2004, S.239-240
- Ministère de la Sécurité Sociale (Luxembourg), Bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'Assurance dépendance*, Ministerium für soziale Sicherheit Luxemburg, Bestandsaufnahme betreffend Funktion und finanzielle Tragfähigkeit der Pflegeversicherung (Luxemburg), 2013, S. 11- 326

Ministère de la Sécurité Sociale Luxembourg, rapport général sur la sécurité sociale, Ministerium für soziale Sicherheit (Luxemburg), Gesamtbericht betreffend die soziale Sicherheit, 2015, S. 91-139

Mitrache, Liliana: Spracherwerb und Sprachverlust - Phänomene von Sprachstörungen im hohen Alter, *Studia Neophilologica*, 2010, 82:1,2010, S.95

Niedl Klaus: Mobbing / Bullying am Arbeitsplatz. Eine empirische Analyse zum Phänomen sowie zu personalwissenschaftlich relevanten Effekten von systematischen Feindseligkeiten, *Zeitschrift für Personalforschung*, 9.Jahrgang, H. 3, Personalforschung an Hochschulen, 1995, S.297

Noefer Katrin u.a.: A great many things to do and not a minute to spare: can feedback from supervisors moderate the relationship between skill variety, time pressure and employees' innovative behaviour?, *Creativity Research Journal*, 2009, 21(4), S.391

Nolting Hans-Dieter u.a.: Beschäftigungsfluktuation bei Pflegenden, Ein Vergleich der Bedeutung von arbeitsbedingtem Stress, organisationalen und individuellen Faktoren für die Absicht zum Berufswechsel und zum innerberuflichen Arbeitsplatzwechsel, *Pflege-die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegberufe*, Volume 19, Issue 2, 2006, S.112.

North Klaus u.a.: Kompetenzmanagement in der Praxis, Mitarbeiterkompetenzen systematisch identifizieren, nutzen und entwickeln, 2. Auflage, Springer Fachmedien 2013, S.44

Observatoire interregional du marché de l'emploi, Interregionale Arbeitsmarktbeobachtungsstelle, c/o INFO-Institut, Saarbrücken, 2014, S.12

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, *Pflegebericht*, 2006, S.60

Preisendörfer Peter: Präsentismus. Prävalenz und Bestimmungsfaktoren unterlassener Krankmeldungen bei der Arbeit *Zeitschrift für Personalforschung* 2010, 24(4), S.403

- Prümper Jochen u.a.: KFZA, Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse. In: Sarges Werner u.a.[Hrsg.]: Handbuch wirtschaftspsychologischer Testverfahren, Band II, Organisationspsychologische Instrumente; Pabst Science Publishers, D-49225 Lengerich, 2010, S. 157-158
- Richter, Gabriele: BASA II, Psychologische Bewertung von Arbeitsbedingungen – Screening für Arbeitsplatzinhaber. In: Sarges Werner u.a.[Hrsg.]: Handbuch wirtschaftspsychologischer Testverfahren, Band II, Organisationspsychologische Instrumente; Pabst Science Publishers, D-49225 Lengerich, 2010, S. 29,35
- Sächsisches Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr: Prävention psychischer und physischer Fehlbelastungen in der ambulanten Pflege, Schwerpunktaktion des sächsischen Gewerbeaufsicht in Kooperation mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Laufzeit 01. 03.2005 bis 30 06. 2006, Abschlussbericht, S.13
- Scheidt-Illig R.: Arbeitsphysiologie: In Triebig Gerhard u.a. Arbeitsmedizin - Handbuch für Theorie und Praxis, 4.Auflage, Gentner Verlag, 2014, S. 225
- Scheuch K.: Arbeitsphysiologie: In Triebig Gerhard u.a. Arbeitsmedizin - Handbuch für Theorie und Praxis, 4.Auflage, Gentner Verlag, 2014, S.495, S.503, S. 519, S.527-529
- Simon M. u.a.: Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland, Universität Wuppertal, 2005, S.5, <http://next.uni-wuppertal.de>
- Statistik Austria, Bevölkerungsprognose 2011, Erstellt am 28.08.2011
- Steinke Mika u.a.: Präsentismus, Ein Review zum Stand der Forschung, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2011, S.16, 78, 105
- Stöwe Christian u.a.: Mitarbeiterbeurteilung und Zielvereinbarung, 4.Auflage, Haufe-Lexware Freiburg, 2013, S.177
- Szende A. u.a.: Measuring self-reported population health: an international perspective based on EQ-5D, EuroQoI Group, 2004, S.13

- Szymenderski Peggy: Gefühlsarbeit im Polizeidienst, Transcript Verlag
Bielefeld, 2012, S. 379
- Usha Rani, Rout: Stress amongst district nurses.: a preliminary
investigation, Journal of clinical nursing 2000; 9, S.303
- van Vegchel Natasja u.a.: Quantitative Versus Emotional Demands Among
Swedish Human Service Employees: Moderating Effects of Job Control
and Social Support, International Journal of Stress Management, 2004,
Vol.11, No.1, S.23-24
- Weber A: Burnout und Mobbing: In Triebig Gerhard u.a. Arbeitsmedizin -
Handbuch für Theorie und Praxis, 4.Auflage, Gentner Verlag, 2014, S.
475-478
- Weber, A.: Burnout und Mobbing. In Triebig Gerhard u.a. Arbeitsmedizin -
Handbuch für Theorie und Praxis, 4.Auflage, Gentner Verlag, 2014,
S.460

Internetquellen

- COPSOQ <http://www.copsoq.de> [Zugriff am: 04.02.2016]
- COPSOQ <http://www.copsoq.de/assets/COPSOQ-Standard-Fragebogen-FFAW.pdf> [Zugriff am 29.03.2016]
- Duden http://www.duden.de/rechtschreibung/Ekel_Gefuehl_Abscheu [Zugriff
01.04.2016]
- Duden <http://www.duden.de/rechtschreibung/Zufriedenheit> [Zugriff 29.02.2016]
- Europäisches Pro Skills Projekt, [http://www.pro-
skills.eu/products/#training_concept](http://www.pro-skills.eu/products/#training_concept) [Zugriff am 23.03.2016]
- Gabler <http://wirtschaftslexikon.gabler.de//Definition/eq-5d-euroqol.html> [Zugriff
am 04.04.2016]
- Human Capital Care, Netzwerk für Unternehmensgesundheit [http://www.hcc-
magazin.com/ueberforderung-fuer-viele-arbeitnehmer-trauriger-
alltag/11666](http://www.hcc-magazin.com/ueberforderung-fuer-viele-arbeitnehmer-trauriger-alltag/11666) [27.02.2016]
- Luxemburger Deklaration, [http://www.luxemburger-deklaration.de/fileadmin/rs-
dokumente/dateien/LuxDekl/Luxemburger_Deklaration_neu.pdf](http://www.luxemburger-deklaration.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/LuxDekl/Luxemburger_Deklaration_neu.pdf) [Zugriff
02.03.2016]

OECD <http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/luxembourg/> [Zugriff am: 05.02.2016]

STATEC

http://www.statistiques.public.lu/stat/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=384&IF_Language=fra&MainTheme=2&FldrName=1 ,[Zugriff am: 13.2.2016]

STATEC <http://www.statistiques.public.lu/stat/TableViewer/tableView.aspx> ,
[Zugriff am: 13.02.2016]

STATEC

http://www.statistiques.public.lu/stat/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=7252&IF_Language=fra&MainTheme=2&FldrName=3&RFPath=92,
[Zugriff am: 13.02.2016]

Wege, Susanne <http://www.susanne-wege.de/index.php/seminare-unternehmen>
[Zugriff 15.03.2016]

Weltbank <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/EN.POP.DNST> [Zugriff 29.02.2016]

14. Anhang

14.1 Fragebogen DE

Umfrage zum Thema: Physische und psychische Belastungen in ausgewählten
ambulantem Pflegediensten in Luxemburg und ihre möglichen Einflüsse auf die Kostenentwicklung

Deutsch

Fragen zur Person						
Welches Geschlecht haben Sie ?						
männlich	<input type="radio"/>		weiblich	<input type="radio"/>		
Wie alt sind Sie?						
<21	21 -25	25-34	35-44	45-54	55 J und älter	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Welche Nationalität(en) haben Sie? Mehrfachnennungen möglich						
L	D	B	F	P	sonstige EU	sonstige nicht EU
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wo haben Sie Ihren ordentlichen Wohnsitz L / B / F / D						
L	D	B	F			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Was ist Ihre Muttersprache ?						
L	D	F / B	P	I	sonstige EU	sonstige nicht EU
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie lange üben Sie Ihre derzeitige berufliche Tätigkeit schon aus ?						
Jahre	<input type="text"/>	Monate	<input type="text"/>			
Fragen zur Vereinbarkeit von Beruf & Familie						
	stimme voll zu	stimme eher zu	unentschieden	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	
Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben	<input type="radio"/>					
Der Zeitaufwand meiner Arbeit macht es mir schwer meinen Pflichten in Familie oder im Privatleben nachzukommen	<input type="radio"/>					
Fragen zur Ausbildung						
In welchem Land haben Sie Ihre Schulausbildung abgeschlossen?						
L	D	B	F	P	sonstige EU	sonstige nicht EU
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welchen Schulabschluss haben Sie?						
<input type="text"/>						
Haben Sie eine Ausbildung nach der Schule abgeschlossen?						
ja	<input type="radio"/>		nein	<input type="radio"/>		
Wenn ja welche ?						
<input type="text"/>						

Welche Sprachen sprechen Sie, so dass Sie eine Unterhaltung führen können? (Mehrfachnennungen möglich)						
L	D	F / B	P	GB	sonstige EU	sonstige nicht EU
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Befinden Sie sich derzeit in einer Ausbildung?						
ja	<input type="radio"/>		nein	<input type="radio"/>		
Wenn ja welche ? _____						
	in sehr hohem Masse	in hohem Mass	zum Teil	in geringem Mass	in sehr geringem Mass	
Haben Sie das Gefühl für Ihre Tätigkeit ausreichend qualifiziert zu sein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Fragen zum Arbeitsweg						
Meinen Weg zur Arbeit bestreite ich mit	privatem Auto	Fahrgemeinschaft	öffentlichem Transport	Firmenwagen		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Die Fahrzeit zu meiner Arbeit beträgt:	< 30 min	30-60 min	61-90 min	> 90 min		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Auf dem Weg zur oder von der Arbeit hatte ich einen oder mehrer Unfälle. <small>Mehrfachnennungen möglich</small>	2015	2014	2013	2012		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Fragen zur Arbeitszeit						
In welchem Umfang sind Sie erwerbstätig?	< 15 Std / Woche	15 bis 34 Std. / Woche	35 Std. und mehr/Woche			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	1 mal	2 mal	3 mal	4 mal	5 mal	
Wie oft arbeiten Sie zwischen 18 und 22 Uhr durchschnittlich pro Woche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wie oft arbeiten Sie zwischen 22 und 6 Uhr durchschnittlich pro Woche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wie oft arbeiten sie zwischen 6 und 8 Uhr durchschnittlich pro Woche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wie oft versehen Sie geteilte Dienste (Morgens arbeiten-Mittags frei-Abends arbeiten) pro Woche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
An wievielen Tagen pro Woche haben Sie Bereitschaftsdienst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

An wievielen Wochenenden arbeiten Sie pro Monat ?	1 mal	2 mal	3 mal	4 mal	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Müssen Sie Überstunden machen ?	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie
	<input type="radio"/>				
Fragen zum Dienstvertrag					
Besitzen Sie einen unbefristeten Arbeitsvertrag (CDI)?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	
Besitzen Sie einen befristeten Arbeitsvertrag (CDD)?	ja	<input type="radio"/>	nein	<input type="radio"/>	
Empfinden Sie Ihre Entlohnung als angemessen?	in sehr hohem Masse	in hohem Mass	zum Teil	in geringem Mass	in sehr geringem Mass
	<input type="radio"/>				
Fragen zu psychisch-emotionalen Themen					
	in sehr hohem Masse	in hohem Mass	zum Teil	in geringem Mass	in sehr geringem Mass
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit wichtig ist?	<input type="radio"/>				
Fühlen Sie sich motiviert bei Ihrer Arbeit ?	<input type="radio"/>				
Sind sie stolz in diesem Pflegedienst zu arbeiten?	<input type="radio"/>				
	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie
Gibt es bei der Arbeit Dinge, die für Sie zu kompliziert sind ?	<input type="radio"/>				
Stehen Ihnen die notwendigen Informationen und Arbeits- mittel zur Verfügung, um Ihrer Arbeit durchzuführen?	<input type="radio"/>				
Werden Sie bei Ihrer Arbeit immer wieder durch andere Personen unterbrochen?	<input type="radio"/>				
Bekommen Sie von Kollegen und Vorgesetzten regelmässig Rückmeldung über die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="radio"/>				
Beschweren sich Kunden oder Angehörige über Ihre Arbeit bei Ihren Vorgesetzten?	<input type="radio"/>				
Stehen Sie bei Ihrer Arbeit häufig unter Zeitdruck ?	<input type="radio"/>				
Bringt Ihre Arbeit Sie in emotional belastende Situationen ?	<input type="radio"/>				

	in sehr hohem Masse	in hohem Mass	zum Teil	in geringem Mass	in sehr geringem Mass
Kommt es vor, das Sie von Kunden oder Angehörigen angeschrien werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Riecht es bei Ihrer Arbeit schlecht ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Angst bei Ihrer Arbeit Kunden nicht fachgerecht zu behandeln?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie die Bedürfnisse oder den Zustand Ihrer Kunden befriedigend einschätzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie das Gefühl von Angehörigen bei der Ausübung Ihrer Tätigkeit behindert zu werden ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müssen Sie in verwahrlosten Wohnungen arbeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, dass Sie Ihre Gefühle verbergen ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie oft sind Ihre Kollegen bereit sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bekommen Sie im Fall von Problemen bei der Arbeit schnell und effizient Hilfe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie bei Problemen in Bezug auf Ihre Arbeit einen geeigneten Ansprechpartner in der Führung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist die Atmosphäre zwischen Ihnen und Ihren Arbeitskollegen gut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fühlen Sie sich an Ihrer Arbeitsstelle als Teil einer Gemeinschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie häufig fühlen Sie sich müde ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie häufig sind sie körperlich erschöpft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie häufig sind sie emotional erschöpft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	in sehr hohem Masse	in hohem Mass	zum Teil	in geringem Mass	in sehr geringem Mass
Wie häufig denken Sie: ich kann nicht mehr?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie häufig kommt es vor, dass Sie zur Arbeit kommen, obwohl Sie sich richtig unwohl und krank fühlen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie häufig kommt es vor, dass Sie zur Arbeit kommen obwohl der Arzt Sie krank schreiben wollte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie oft fühlen Sie sich durch Kollegen und Vorgesetzte zu unrecht kritisiert, schikaniert oder vor anderen blosgestellt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	stimme voll zu	stimme eher zu	unentschieden	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mit meinem Leben zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ihr Gesundheitszustand: Wieviele Punkte vergeben Sie für Ihren derzeitige Gesundheitszustand	10	9	8	7	6
10 perfekt - 1 schlechtest denkbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	5	4	3	2	1
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wieviele Tage blieben sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge, Untersuchung) in den letzte 12 Monaten der Arbeit fern ?	< 3 Tage	bis 10 Tage	bis 20 Tage	bis 30 Tage	mehr als 30 T
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten daran gedacht Ihren Beruf aufzugeben?	nie	einige Male im Jahr	einige Male im Monat	einige Male in der Woche	jeden Tag
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn sie ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind sie mit der Art und Weise wie Ihre Fähigkeiten genutzt werden?	sehr zufrieden	zufrieden	neutral	unzufrieden	sehr unzufrieden
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragen zu physische Belastungen						
Wenn sie ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind sie mit den körperlichen Arbeitsbedingungen?	sehr zufrieden	zufrieden	neutral	unzufrieden	sehr unzufrieden	
	<input type="radio"/>					
	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie	
Können Sie bei Ihrer Arbeit unterschiedliche Körperhaltungen einnehmen ?	<input type="radio"/>					
Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen über längere Zeit unbeweglich / statisch zu verharren?	<input type="radio"/>					
Müssen Sie häufig gebückt, kniend oder hockend arbeiten?	<input type="radio"/>					
Müssen Sie der Arbeit Ihren Oberkörper verdrehen ?	<input type="radio"/>					
Müssen Sie bei Ihrer Arbeit Personen bewegen	<input type="radio"/>					
Müssen Sie bei Ihrer Arbeit Gegenstände von über 10 kg bewegen ?	<input type="radio"/>					
Besteht die Möglichkeit die Arbeit in aufrechter Körperhaltung durchzuführen?	<input type="radio"/>					
	< 1 Std.	1-2 Std.	2-3 Std.	3-4 Std.	> 4 Std.	
Wieviel Stunden Ihrer Arbeitszeit verbringen Sie pro Tag im Auto?	<input type="radio"/>					
Fragen zum Arbeitsablauf						
In welchen Sprachen verständigen Sie sich mit Ihren derzeit betreuten Kunden?						
L	D	F / B	P	GB	sonstige EU	sonstige nicht EU
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In welcher Sprache führen Sie die Pflegedokumentation durch?						
L	D	F	P	I	sonstige EU	sonstige nicht EU
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie wird die Pflegedokumentation vor Ort durchgeführt?	Papier				elektronisch / EDV	
	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>	
Müssen beim Kunden erfasste Daten von Ihnen in ein Datenverarbeitungssystem übertragen werden?	ja				nein	
	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>	

Wenn ja, wieviel Zeit verbringen Sie an einem Arbeitstag am Computer?	< 1 Std.	1-2 Std.	2-3 Std.	3-4 Std.	> 4 Std.
	<input type="radio"/>				
	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie
Haben Sie Einfluss darauf welche Arbeit/Kunden Ihnen zugeteilt werden?	<input type="radio"/>				
Haben Sie Einfluss darauf mit wem Sie arbeiten ?	<input type="radio"/>				
Arbeiten Sie alleine ?	<input type="radio"/>				
Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird?	<input type="radio"/>				
Können Sie selbst bestimmen wann sie eine Pause machen?	<input type="radio"/>				
Können Sie mehr oder weniger frei entscheiden wann sie Urlaub machen?	<input type="radio"/>				
Werden Konflikte auf gerechte Weise gelöst?	<input type="radio"/>				
Wird die Arbeit gerecht verteilt?	<input type="radio"/>				
Gibt es klare Ziele für Ihre Arbeit?	<input type="radio"/>				
Wissen Sie genau wie weit Ihre Befugnisse bei der Arbeit reichen?	<input type="radio"/>				
Müssen sie manchmal Dinge tun, die Ihnen unnötig erscheinen?	<input type="radio"/>				
Sind die Ihnen zur Verfügung stehenden Hilfsmittel für Ihre Zwecke ausreichend?	<input type="radio"/>				
Sind die Ihnen zur Verfügung stehenden Hilfsmittel immer funktionstüchtig?	<input type="radio"/>				
Werden zur Verfügung stehende Hilfsmittel zur Lagerung und zum Transport von Kunden genutzt?	<input type="radio"/>				
Stehen ausreichend Hilfsmittel zur Lagerung und zum Transport von Kunden zur Verfügung?	<input type="radio"/>				

	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie
Sind die Wohnungen zum Einsatz solcher Hilfsmittel ausreichend adaptiert ?	<input type="radio"/>				
Ist die Beleuchtung für Ihre Arbeit ausreichend ?	<input type="radio"/>				
Besteht die Gefahr, dass Sie sich bei Ihrer Arbeit verletzen (stossen, quetschen, verbrennen, verbrühen)?	<input type="radio"/>				
Besteht die Gefahr, dass Sie bei Ihrer Arbeit ausrutschen, stolpern, umknicken ?	<input type="radio"/>				
Besteht die Gefahr, dass Sie bei Ihrer Arbeit geschlagen, getreten oder gebissen werden?	<input type="radio"/>				
Besteht die Gefahr, dass Sie bei Ihrer Arbeit sonstigen Aggressionen ausgesetzt sind?	<input type="radio"/>				
Besteht die Gefahr, dass Sie sich bei Ihrer Arbeit eine ansteckende Krankheit zuziehen?	<input type="radio"/>				
Stehen Ihnen Mundschutz, Einmalhandschuhe und persönliche Desinfektionsmittel in ausreichender Qualität und Quantität zur Verfügung?	<input type="radio"/>				
Steht Ihnen eine angepasste Arbeitskleidung zur Verfügung?	<input type="radio"/>				
Steht Ihnen eine angepasste reflektierende Überbekleidung zur Verfügung?	<input type="radio"/>				
In welchen Abständen wird die Arbeitsbekleidung gewaschen?	täglich	2 mal wöchentlich	3 mal wöchentlich	4 mal wöchentlich	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wer bezahlt die Arbeitskleidung?	Arbeitgeber			Arbeitnehmer	
	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	

	ja		nein		
Ist die Arbeitskleidung für alle Mitarbeiter, die ambulante Pflege machen, einheitlich?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		
Wird die Arbeitskleidung durch den Arbeitgeber gewaschen ?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		
Besteht in Ihrer Firma ein Programm zur allgemeinen betrieblichen Gesundheitsförderung?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		
Besteht in Ihrer Firma ein spezielles Programm zur Prävention von Infektionskrankheiten?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		
Fragen den Arbeitgeber betreffend					
	immer	oft	manchmal	selten	nie / fast nie
Ist die Direktion bereit Ideen und Vorschläge der Beschäftigten zu berücksichtigen?	<input type="radio"/>				
Plant Ihr Vorgesetzter die Dienstpläne zu Ihrer und zur Zufriedenheit der sonstigen Mitarbeiter ?	<input type="radio"/>				
Kommt es durch Erkrankungen von Mitarbeitern zu Personalengpässen ?	<input type="radio"/>				
Werden Sie rechtzeitig im Voraus über Veränderungen an Ihrem Arbeitsplatz informiert? (z.B. wichtige Entscheidungen, Veränderungen oder Pläne für die Zukunft)	<input type="radio"/>				
Erhalten Sie alle Informationen, die sie brauchen um Ihre Arbeit gut zu erledigen?	<input type="radio"/>				
Wie oft spricht Ihr Vorgesetzter mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="radio"/>				
Vertraut das Management darauf, dass die Mitarbeiter Ihre Arbeit gut machen?	<input type="radio"/>				
	sehr hoch	hoch	mittel	gering	minimal
Wie hoch würden Sie die Fluktuation in Ihrem Unternehmen einschätzen ?	<input type="radio"/>				

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

14.2 Fragebogen FR

Enquête

« charge physiques et psychiques du personnel de certains services de soins à domicile au Luxembourg et leur influence éventuelle sur l'évolution des frais. »

Umfrage

„physische und psychische Belastungen in ausgewählten ambulante Pflegediensten in Luxembourg und ihre möglichen Einflüsse auf die Kostenentwicklung «

Questions concernant la personne						
Quel est votre sexe?						
masculin	<input type="radio"/>		féminin	<input type="radio"/>		
Quel âge avez-vous?						
<21	21 -25	25-34	35-44	45-54	55 ans et plus	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Quelle est votre nationalité/sont vos nationalités? Plusieurs réponses possibles						
L	D	B	F	P	autres pays UE	pays non UE
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Où se trouve votre résidence habituelle?						
L	D	B	F			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Quelle est votre langue maternelle?						
L	D	F / B	P	I	autres pays UE	pays non UE
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depuis combien de temps exercez-vous votre activité professionnelle actuelle?						
années	<input type="text"/>	mois	<input type="text"/>			
Questions concernant la compatibilité de profession & famille						
	Totalement d'accord	plutôt d'accord	indécis	plutôt pas d'accord	pas du tout d'accord	
Les exigences de mon travail troublent ma vie privée et familiale.	<input type="radio"/>					
La charge de travail me rend difficile de respecter mes engagements envers ma famille et ma vie privée.	<input type="radio"/>					
Questions concernant la formation						
Dans quel pays avez-vous terminé votre formation scolaire?						
L	D	B	F	P	autres pays UE	pays non UE
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De quelle formation scolaire disposez-vous?						
<input type="text"/>						
Disposez-vous d'une formation postsecondaire achevée?						
oui	<input type="radio"/>		non	<input type="radio"/>		
Si oui, laquelle?						
<input type="text"/>						

Quelles langues parlez-vous, de manière à tenir une conversation? Plusieurs réponses possibles						
L	D	F / B	P	GB	autres pays UE	pays non UE
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suivez-vous actuellement une formation?						
oui	<input type="radio"/>			non	<input type="radio"/>	
Si oui laquelle?		_____				
	dans une très large mesure	dans une large mesure	en partie	partiellement	très peu	
Avez-vous l'impression d'être suffisamment qualifiée pour votre activité?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Questions concernant le trajet						
Je me rends au travail avec/en		voiture privée	covoiturage	transport public	voiture de société	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Le temps de trajet vers mon lieu de travail dure		< 30 min	30-60 min	61-90 min	> 90 min	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sur mon chemin de travail (aller ou retour) j'ai eu un ou plusieurs accident(s) Plusieurs réponses possibles		2015	2014	2013	2012	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Questions concernant le temps de travail						
Pendant combien d'heures travaillez-vous par semaine?			< 15h	entre 15 et 34 h par semaine	35 h et plus par semaine	
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		1 fois	2 fois	3 fois	4 fois	5 fois
Combien de fois par semaine travaillez-vous en moyenne entre 18 et 22 h?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Combien de fois par semaine travaillez-vous en moyenne entre 22 et 6 h?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Combien de fois par semaine travaillez-vous en moyenne entre 6 et 8 h?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Combien de fois effectuez-vous un service à coupure (travail le matin-midi libre-travail le soir) par semaine?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

	1 fois	2 fois	3 fois	4 fois	5 fois
Pendant combien de jours par semaine effectuez-vous un service de garde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pendant combien de weekends travaillez-vous par mois?		1 fois <input type="radio"/>	2 fois <input type="radio"/>	3 fois <input type="radio"/>	4 fois <input type="radio"/>
Devez-vous prester des heures supplémentaires?	toujours	souvent	parfois	rarement	jamais -presque jamais
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Questions concernant le contrat de travail					
Disposez vous d'un CDI, contrat à durée indéterminée?		oui	<input type="radio"/>	non	<input type="radio"/>
Disposez vous d'un CDD, contrat à durée déterminée?		oui	<input type="radio"/>	non	<input type="radio"/>
Estimez-vous votre rémunération comme appropriée?	dans une très large mesure	dans une large mesure	en partie	partiellement	très peu
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Questions abordants des sujets psychiques et émotionnels					
	dans une très large mesure	dans une large mesure	en partie	partiellement	très peu
Avez-vous l'impression que votre travail est important?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est-ce que vous vous sentez motivée en effectuant votre travail?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Êtes vous fière de travailler auprès de ce service de soins à domicile?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	toujours	souvent	parfois	rarement	jamais -presque jamais
Y a-t-il, lors de votre travail, des choses trop compliquées pour vous?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposez-vous des informations et des outils de travail nécessaires pour effectuer votre travail?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Êtes-vous interrompue fréquemment par d'autres personnes pendant que vous effectuez votre travail?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	toujours	souvent	parfois	rarement	jamais -presque jamais
Recevez-vous de la part de vos collègues et de vos supérieurs hiérarchiques régulièrement un feedback concernant la qualité de votre travail?	<input type="radio"/>				
Les clients et leurs proches se plaignent-ils sur la qualité de votre travail auprès de vos supérieurs hiérarchiques?	<input type="radio"/>				
Lors de votre travail êtes-vous pressée par le temps?	<input type="radio"/>				
Votre travail vous met-il dans des situations émotionnellement accablantes?	<input type="radio"/>				
Arrive-t-il que des clients ou leurs proches vous crient dessus ?	<input type="radio"/>				
Lors de votre travail devez-vous supporter des mauvaises odeurs?	<input type="radio"/>				
Lors de votre travail avez-vous peur de traiter vos clients d'une manière non appropriée?	<input type="radio"/>				
Êtes-vous en mesure d'apprécier les besoins et l'état de vos clients de manière satisfaisante?	<input type="radio"/>				
Avez-vous l'impression d'être contrecarrée par les proches lors de l'exercice de votre activité?	<input type="radio"/>				
Devez-vous travailler dans des demeures mal soignées/sales?	<input type="radio"/>				
Votre travail nécessite-t-il que vous dissimulez vos sentiments?	<input type="radio"/>				
Combien de fois vos collègues sont-elles prêtes à écouter vos problèmes de travail?	<input type="radio"/>				
Est-ce qu'une aide rapide et efficace est assurée lors de problèmes pendant votre travail?	<input type="radio"/>				

	toujours	souvent	parfois	rarement	jamais -presque jamais
Lors de problèmes concernant votre travail, avez-vous un interlocuteur approprié auprès de vos supérieurs hiérarchiques?	<input type="radio"/>				
L'ambiance entre vous et vos collègues est-elle bonne?	<input type="radio"/>				
Avez-vous l'impression d'être part d'une communauté sur votre lieu de travail?	<input type="radio"/>				
Combien de fois est-ce que vous vous sentez fatiguée?	<input type="radio"/>				
Combien de fois est-ce que vous vous sentez physiquement épuisée?	<input type="radio"/>				
Combien de fois est-ce-que vous vous sentez émotionnellement épuisée?	<input type="radio"/>				
Combien de fois pensez-vous: je n'en peux plus?	<input type="radio"/>				
Combien de fois vous vous sentez faible et vulnérable aux maladies?	<input type="radio"/>				
Combien de fois cela vous arrive d'aller au travail en vous sentant pas bien et malade?	<input type="radio"/>				
Combien de fois cela vous arrive d'aller au travail bien qu'un médecin voulait établir un certificat d'incapacité de travail?	<input type="radio"/>				
Combien de fois est-ce-que vous vous sentez critiquée, tracassée, compromise à tort par collègues et supérieurs?	<input type="radio"/>				
	Totalement d'accord	plutôt d'accord	indécis	plutôt pas d'accord	pas du tout d'accord
Dans la majeure partie ma vie correspond à ma vision idéale.	<input type="radio"/>				
Je suis satisfaite de ma vie	<input type="radio"/>				

Votre état de santé: Combien de points accordez-vous à votre état de santé actuel ? 10 points parfait - 1 il n'y a pas pire	10	9	8	7	6
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	5	4	3	2	1
Pour combien de jours à travers les derniers 12 mois n'avez-vous pas travaillée à cause d'un problème de santé (maladie, soins de santé préventifs, examen médical)?	< 3 jours	jusqu'à 10 jours	jusqu'à 20 jours	jusqu'à 30 jours	plus de 30 jours
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	jamais	plusieurs fois par an	plusieurs fois par mois	plusieurs fois par semaine	chaque jour
Combien de fois pendant les 12 derniers mois avez-vous songée à abandonner votre profession?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	très satisfaite	satisfaite	neutre	mécontente	très mécontente
En considérant votre situation de travail globale, quel est le degré de satisfaction en ce qui concerne la manière dont vos compétences sont utilisées?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Questions concernant la charge physique du travail					
En considérant votre situation de travail globale, quel est le degré de satisfaction concernant vos conditions de travail physique?	très satisfaite	satisfaite	neutre	mécontente	très mécontente
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	toujours	souvent	parfois	rarement	jamais -presque jamais
Est-il possible de prendre des postures différentes pendant votre travail?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre travail nécessite-t-il de rester en position immobile / statique pendant une période prolongée?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Devez-vous travailler fréquemment en position inclinée, accroupie ou agenouillée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Devez-vous tordre le haut du corps pendant votre travail?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	toujours	souvent	parfois	rarement	jamais -presque jamais	
Devez-vous manipuler des personnes pendant votre travail?	<input type="radio"/>					
Devez-vous bouger des objets de plus de 10 kg lors de votre travail?	<input type="radio"/>					
Est-ce qu'il vous est possible de faire votre travail en posture droite?	<input type="radio"/>					
	< 1 h	1-2 h	2-3 h	3-4 h	> 4 h	
Combien d'heures de votre temps de travail passez-vous en voiture?	<input type="radio"/>					
Questions concernant le déroulement du travail						
Dans quelles langues est-ce que vous communiquez avec vos clients actuels?						
L	D	F / B	P	GB	autres pays UE	pays non UE
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En quelle langue le dossier de soins est-il établi?						
L	D	F	P	I	autres pays UE	pays non UE
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comment est-ce-que le dossier de soins est-il établi sur le terrain?	papier				support électronique	
	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>	
Les données obtenues auprès de vos clients doivent-elles être transférées dans un système informatique par vous?	oui				non	
	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>	
Si oui, combien de temps passez-vous devant l'ordinateur chaque jour de travail?	< 1 h	1-2 h	2-3 h	3-4 h	> 4 h	
	<input type="radio"/>					
	toujours	souvent	parfois	rarement	jamais -presque jamais	
Avez-vous une influence sur le travail/les clients qui vous est/sont assigné(s)?	<input type="radio"/>					
Avez-vous une influence sur le choix de vos collaboratrices?	<input type="radio"/>					
Travaillez-vous seule?	<input type="radio"/>					
Avez-vous une influence sur la quantité de travail qui vous est attribuée?	<input type="radio"/>					

	toujours	souvent	parfois	rarement	jamais -presque jamais
Pouvez-vous décider vous-même quand vous faites une pause?	<input type="radio"/>				
Pouvez-vous décider plus ou moins librement quand vous prenez vos vacances?	<input type="radio"/>				
Les conflits sont-ils résolus de manière juste?	<input type="radio"/>				
Le travail est-il réparti de manière juste?	<input type="radio"/>				
Est-ce qu'il y a des objectifs bien définis pour le travail?	<input type="radio"/>				
Êtes-vous en détail au courant de l'étendue de vos pouvoirs?	<input type="radio"/>				
Devez-vous faire des choses qui vous semblent superflues?	<input type="radio"/>				
Les ressources/outils mis(es) à votre disposition sont ils/elles suffisant(e)s pour vos besoins?	<input type="radio"/>				
Les ressources/outils mis(es) à votre disposition sont-elles/ils toujours en état de marche?	<input type="radio"/>				
Les ressources/outils mis(es) à votre disposition sont-elles/ils utilisé(s) pour le transport et le positionnement de clients?	<input type="radio"/>				
Est-ce qu'il y a suffisamment de ressources/outils pour le transport et le positionnement de clients à disposition?	<input type="radio"/>				
Les logements sont-ils suffisamment adaptés pour l'utilisation de tels outils?	<input type="radio"/>				
L'éclairage est-il suffisant pour vos tâches?	<input type="radio"/>				
Y a-t-il un danger de se blesser pendant le travail (se cogner, se contusionner, se brûler, s'ébouillanter)?	<input type="radio"/>				
Y a-t-il un danger de glisser, de trébucher, de se tordre le pied pendant le travail?	<input type="radio"/>				
Y a-t-il un danger que vous êtes mordue, piétinée, battue en effectuant votre travail?	<input type="radio"/>				

	toujours	souvent	parfois	rarement	jamais -presque jamais
Y a-t-il un danger que vous êtes agressée d'une autre manière pendant votre travail?	<input type="radio"/>				
Y a-t-il un danger d'attraper une maladie contagieuse lors du travail?	<input type="radio"/>				
Est-ce que des masques, des gants à usage unique ainsi que des désinfectants personnels sont à votre disposition en quantité et qualité suffisante?	<input type="radio"/>				
Une tenue de travail adéquate est à votre disposition?	<input type="radio"/>				
Une anorak de travail réfléchissant est-il votre disposition?	<input type="radio"/>				
A quels intervalles la tenue de travail est-elle lavée?	chaque jours	2 fois par semaine	3 fois par semaine	4 fois par semaine	
	<input type="radio"/>				
Qui paye la tenue de travail?	employeur			employée	
	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	
	oui			non	
La tenue de travail est-elle la même pour tous les collaborateurs effectuant des soins à domicile?		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
La tenue de travail est-elle lavée par l'employeur?		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
Est-ce qu'il ya un programme de promotion de la santé en entreprise, dans votre entreprise?		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
Est-ce qu'il y a un programme spécifique pour prévention de maladies contagieuses, dans votre entreprise?		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
Questions concernant l'employeur					
	toujours	souvent	parfois	rarement	jamais -presque jamais
La direction est-elle à l'écoute des idées et des propositions des employées?	<input type="radio"/>				
Le tableau de service est-il établi à la satisfaction de vous et de vos collègues par votre supérieur hiérarchique?	<input type="radio"/>				
Est-ce qu'il y a un manque de personnel lors de maladies de collègues?	<input type="radio"/>				
Veillez tourner et aussi remplir la dernière page s.v.p.					

	toujours	souvent	parfois	rarement	jamais -presque jamais
Lors de changement concernant votre place de travail, (décisions importantes, changements, plans pour le futur) êtes vous informée en temps utile?	<input type="radio"/>				
Recevez-vous toutes les informations, dont vous avez besoin pour bien effectuer votre travail?	<input type="radio"/>				
Combien de fois votre supérieur hiérarchique s'entretient-il avec vous sur la qualité de votre travail?	<input type="radio"/>				
La direction a-t-elle confiance dans la qualité du travail des employées?	<input type="radio"/>				
	très élevé	élevé	moyen	faible	minimal
Quelle est votre appréciation concernant la fluctuation du personnel dans votre entreprise?	<input type="radio"/>				

Merci de votre coopération !

14.3 Informationsblatt zum Fragebogen DE

22. Mai 2015, Endversion

Informationsblatt für die Teilnehmer(innen)

Titel der Studie : „physische und psychische Belastungen in ausgewählten ambulante Pflegediensten in Luxembourg und ihre möglichen Einflüsse auf die Kostenentwicklung

Kontaktperson für weitere Informationen:

Dr. Armin Koegel ; 33, Am Bounert ; L-6975 Rameldange

Mit der Unterstützung des „Service de Santé au Travail Multisectoriel-Luxembourg“

Hiermit laden wir Sie ein an einer wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der Master-These von Dr. Armin Koegel an der Medizinischen Universität Graz / Österreich in „Organisationsmedizin“ teilzunehmen.

Dieses Dokument dient Ihrer Information, damit Sie Ihr Einverständnis oder Ihre Ablehnung zur Teilnahme an der Studie geben können. **Ihre Teilnahme ist freiwillig.**

Die Studie hat eine positive Stellungnahme von der Nationalen Ethikkommission für Forschung empfangen.

Ziel und Beschreibung der Studie

Die Belastungen im Bereich der ambulanten Pflege sind vielfältigst und hoch, wie viele Studien im Ausland schon gezeigt haben. Eine entsprechende Untersuchung gibt es für Luxembourg bis heute nicht.

Die Situation in Luxembourg ist einerseits durch die am 1.1.1999 eingeführte Pflegeversicherung, aber auch durch die Vielsprachigkeit eine spezielle. Ergebnisse aus dem Ausland lassen sich daher nur bedingt auf die Situation in Luxembourg übertragen.

Ich führe daher im Rahmen meiner Master Thesis eine Befragung durch, die helfen soll, diese Wissenslücke zu schließen. Bestehende Probleme sollen im Rahmen dieser Arbeit aufgezeigt und Lösungsansätze entwickelt werden.

Um die vielen Fragen, die sich mir stellen beantworten zu können, möchte Sie bitten sich einige Minuten Zeit zu nehmen, um den beiliegenden, **komplett anonymen**, Fragebogen auszufüllen. Bitte werfen Sie ihn anschließend in die zu diesem Zweck bereit stehende Kiste.

Angaben zum Datenschutz

- Der Fragebogen ist komplett anonym
- Der Fragebogen wird nur von Dr. Armin Koegel ausgewertet
- Die Fragebögen werden zerstört sowie eine Beurteilung der Master Thesis durch die Verantwortlichen der Medizinischen Universität Graz/Österreich erfolgt ist, spätestens jedoch zum 31.12.2016
- Auf Grund der Anonymität des Fragebogens, besteht keine Möglichkeit sich von der Studie zurück zu ziehen, sowie Sie den Fragebogen in die Kiste geworfen haben.
- Es wird Ihnen hiermit bestätigt, dass Ihre persönlichen Daten gemäß dem abgeänderten Datenschutzgesetz vom 2. August 2002 streng vertraulich behandelt werden.

Rechtliche Hinweise :

Die Durchführung dieser Studie wurde am 12. Mai 2015 vom „Comité national d'éthique de recherche“ autorisiert

14.4 Informationsblatt zum Fragebogen FR

22 mai 2015 version finale

FEUILLE D'INFORMATION AU PARTICIPANT

Nom de l'étude (trad) : « charge physiques et psychiques du personnel de certains services de soins à domicile au Luxembourg et leur influence éventuelle sur l'évolution des frais. »

Nom de l'étude (orig) : „physische und psychische Belastungen in ausgewählten ambulante Pflegediensten in Luxembourg und ihre möglichen Einflüsse auf die Kostenentwicklung“

Personne de contact pour toute demande d'information :

Dr. Armin Koegel ; 33, Am Bounert ; L-6975 Rameldange

Avec le soutien du « Service de Santé au Travail Multisectoriel-Luxembourg »

Vous êtes invité(e) à prendre part à une étude de recherche dans le cadre de la thèse de master en « Organisationsmedizin » du Dr. Armin Koegel auprès de la « Medizinische Universität Graz/Autriche ».

Cette feuille d'information est destinée à vous informer, de manière à ce que vous puissiez accepter ou refuser de participer à cette étude. Votre participation est entièrement volontaire.

Si vous êtes d'accord à participer à cette étude, nous vous prions de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint et de le remettre dans la caisse prévue à cet effet.

Cette étude a reçu un avis positif du Comité National d'Ethique de Recherche.

Objectif et description de l'étude

Les charges professionnelles dans le cadre des soins à domicile sont lourdes et multiples, comme beaucoup d'études à l'étranger l'ont démontrée. A ce jour und telle étude n'existe pas pour le Luxembourg.

La situation au Luxembourg est particulière, d'une part à cause de l'introduction de l'assurance dépendance au 1.1.1999, d'autre part à cause du multilinguisme. Les résultats d'autres pays ne s'appliquent donc pas nécessairement pour le Luxembourg.

Dans le cadre de ma thèse de master sur ce sujet, je procède à cette enquête, dans le but de combler ces lacunes. A travers ce travail, les problèmes existants doivent être soulevés et des solutions possibles développées.

Afin que je puisse trouver des réponses aux questions que je me pose, je vous prie de bien vouloir prendre quelques minutes, afin de remplir le questionnaire, **complètement anonyme**, ci-joint.

Je vous prie de bien vouloir le remettre dans la caisse mise en place, à cette fin.

Protection de la vie privée

- Le questionnaire est complètement anonyme.
- Le questionnaire sera évalué uniquement par le Dr. Armin Koegel.
- Les questionnaires seront détruites dès que la thèse sera jugée par les responsables de la « Medizinische Universität Graz/Autriche », au plus tard le 31.12.2016.
- Vu l'anonymat du questionnaire il n'y a pas de moyen de se retirer de l'étude une fois que vous avez mis votre questionnaire dans la caisse.
- Il vous est certifié que vos données seront protégées selon la loi modifiée du 2 août 2002 sur la protection des données.

-

Mention légale:

Cette étude a été autorisée par le „Comité national d'éthique de recherche“ le 12 mai 2015.

14.5 Bewilligung der Ethikkommission CNER



Président :

Docteur ROBERT Jean-Louis, expert auprès de l'Agence Européenne pour l'Evaluation des médicaments

Membres :

Monsieur HASTERT Marc, maître en droit ;
Docteur DROSTE Dirk, médecin-spécialiste en neurologie ;
Monsieur BIWER Joël, ATM de laboratoire ;
Monsieur ELTER Robert, Ingénieur diplômé en Chimie ;
Docteur WAGNER Daniel, médecin-spécialiste en cardiologie et angiologie ;
Docteur SCHNEIDER Serge, toxicologue
Monsieur MAKHLOUF Abdul-Aziz, pharmacien et représentant de la Patiente Vertriebung
Docteur SCHLESSER Marc, médecin-spécialiste en pneumologie ;
Docteur DE BREMAEKER Nancy, coordinatrice de recherche clinique
Docteur BLESSING Lucienne, professeur en ingénierie
Mme PETTINGER Patricia, professeur de philosophie.

Dr Armin KOEGEL
33, Am Bounert
L-6975 Rameldange

Strassen, le 12 mai 2015

Docteur,

Vous avez fait parvenir au Comité National d'Éthique de Recherche le protocole d'étude intitulé :

«*Physische und psychische Belastungen in ausgewählten ambulanten Pflegediensten in Luxemburg und ihre möglichen Einflüsse auf die Kostenentwicklung*»

Investigateur principal : Dr Armin KOEGEL

Dans la séance du 6 mai 2015, les membres du CNER ont délibéré sur le dossier susmentionné au vu des documents énumérés sur le formulaire au verso.

Le CNER travaille selon les dispositions du Règlement grand-ducal du 30 mai 2005 relatif à l'application de bonnes pratiques cliniques dans la conduite d'essais cliniques de médicaments à usage humain, et suit les principes de la Déclaration d'Helsinki et les règles établies par l'ICH concernant les bonnes pratiques cliniques.

L'avis du CNER a été établi en tenant compte, notamment, des éléments suivants :

- a) la pertinence de l'essai clinique et de sa conception ;
- b) le caractère satisfaisant de l'évaluation des bénéfices et des risques attendus ;
- c) le protocole d'étude ;
- d) l'aptitude de l'investigateur et de ses collaborateurs ;
- e) le cas échéant, la brochure de l'investigateur ;
- f) la qualité des installations ;

Secrétariat: CNER

1a-1b rue Thomas Edison

L-1445 Strassen

Tél. : (352) 26 97 08 79 / Fax : (352) 26 97 08 70



- g) l'adéquation et l'exhaustivité des informations écrites à fournir ainsi que la procédure à suivre pour obtenir le consentement éclairé, et la justification de la recherche sur des personnes incapables de donner leur consentement éclairé en ce qui concerne les restrictions spécifiques visées à l'article 3 du règlement grand-ducal du 30 mai 2005 ;
- h) les dispositions prévues en vue de la réparation ou de l'indemnisation en cas de dommages ou de décès imputables à l'essai clinique ;
- i) toutes assurances ou d'indemnités couvrant la responsabilité de l'investigateur et du promoteur ;
- j) les montants et les modalités de rétribution ou d'indemnisation éventuelles des investigateurs et des participants à l'essai clinique et les éléments pertinents de tout contrat prévu entre le promoteur et le site ;
- k) les modalités de recrutement des participants.

Avis du CNER N° 201505/04 Version 1.0 pour l'étude intitulée «Physische und psychische Belastungen in ausgewählten ambulanten Pflegediensten in Luxemburg und ihre möglichen Einflüsse auf die Kostenentwicklung»:

Le Comité National d'Éthique de recherche (CNER) donne un avis favorable à l'unanimité des voix pour cette étude. Vu l'anonymat complet des questionnaires prévus, et afin que celui-ci puisse être garanti, le CNER donne également son accord pour ne pas utiliser de formulaire de consentement éclairé et pour que les personnes répondant aux critères d'inclusion soient informées de la possibilité de participer à l'étude lorsqu'elles se présenteront à la réception des locaux du STM. Comme convenu, elles pourront donc participer à l'étude si elles le souhaitent, en remplissant alors le questionnaire et en le déposant ensuite dans l'urne scellée prévue à cet effet.

Pendant toute la durée de l'étude, l'investigateur est tenu de renseigner le CNER de chaque élément ou incident susceptible d'influencer le présent avis et de lui faire parvenir toute mise à jour des documents énumérés sur le formulaire au verso. Le médecin investigateur est également tenu d'envoyer un rapport annuel mentionnant combien de sujets sont inclus et à quelle date prévisible l'étude sera clôturée, une liste annuelle des effets secondaires graves observés au Luxembourg, sa position vis-à-vis des effets secondaires graves signalés pour l'ensemble de l'étude, ainsi qu'un rapport final ou la publication de l'étude.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et nous vous prions de croire, Docteur, à nos salutations les meilleures.


Dr Jean-Louis ROBERT
Président

DECLARATION DU COMITE NATIONAL D'ETHIQUE DE RECHERCHE

Avis numéro :	201505/04	
Identification de l'investigateur :	Dr Armin Armin Koegel	
Identification du protocole :		
Les documents suivants ont été soumis au Comité National d'Éthique de Recherche		
	Oui	Non
Fiche synthétique : 14x Fiche synthétique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocole d'étude :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Résumé du protocole d'étude :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Brochure de l'investigateur :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Amendement(s) concernant le protocole :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Feuilles d'information du patient et formulaires de consentement éclairés :		
14x Version française : Version 1 dd 8-APR-2015	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14x Version allemande : Version 1 dd 8-APR-2015	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modalités de recrutement des patients :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Réparation/Indemnisation aux patients :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Certificat d'assurance :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Accord financier :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Publicité à utiliser :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
CV : 14x CV Dr Koegel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documents sous forme électronique: Idem que version papier	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres: 14x Questionnaire de l'étude version 1 dd 8-APR-2015 (versions FR et DE)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14x Lettre d'accompagnement du Dr Koegel dd 8-APR-2015	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le Comité National d'Éthique de Recherche est organisé et travaille selon les règles établies par l'ICH concernant les bonnes pratiques cliniques et suit les dispositions de la directive 2001/20/CE du Parlement Européen et du Conseil du 4 avril 2001.		

Signature du Président :	Nom en lettres capitales :	Date de la signature :
	Dr Jean-Louis ROBERT	12/05/2015