

Master - Thesis

Titel der Master - Thesis:

Ältere ArbeitnehmerInnen in der stationären Altenbetreuung – Erhebung der Belastungen und Ressourcen im Seniorenheim Gunskirchen

Verfasser: Dr. Helmut Füssel, 4623 Gunskirchen, A Sternstrasse 35
Geboren: 05. 09. 1956 in Wels
Matr. Nr.: 7502162
Universitätslehrgang: Spezielle Präventivmedizin in Arbeit und Wirtschaft (MSc)
Abgabedatum: 30. Juni 2006

zur Erlangung des akademischen Grades
MSc (Spezielle Präventivmedizin in Arbeit und Wirtschaft)
am Zentrum für Management und Qualität im Gesundheitswesen
der Donau-Universität Krems

Begutachter: Dr. Heinrich Geißler

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere:

1. dass ich die Master-Thesis selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
2. dass ich dieses Master-Thesis Thema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
3. dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum der Einreichung: 30. 6. 2006

Unterschrift

Kurzbeschreibung:

Aufgrund der demographischen Entwicklung ist in den kommenden Jahren eine starke Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Personen bei gleichzeitigem Rückgang des informellen Pflegepotentials (Pflege durch die Angehörigen) zu erwarten. Der zusätzliche Bedarf an Pflegepersonal wird bei einer derzeitigen kurzen Verweildauer im Pflegeberuf und mangelhaftem Nachwuchs an jungen Kräften nicht zu decken sein. Aufgrund dieser Entwicklung wird es in den kommenden Jahren für die Heimleitungen sämtlicher Alten- und Pflegeheime österreichweit zunehmend schwierig werden, qualifiziertes Pflegepersonal in ausreichender Quantität zu beschaffen. Die Arbeit geht daher der Frage nach, welche Belastungen reduziert und welche Ressourcen gestärkt werden sollen, um den MitarbeiterInnen des Seniorenheims Gunskirchen ein längeres Verweilen im Pflegeberuf zu ermöglichen. Die Erhebung des IST- Zustandes erfolgt mittels standardisierter Fragebögen und einer mündlichen Befragung. Als größte Belastungen (die reduziert werden sollen) werden Zeitdruck, Arbeitsüberlastung durch Personalmangel, häufige Arbeitsunterbrechungen und der Umgang mit dementiell erkrankten BewohnerInnen identifiziert. Zu wenig Zeit für die Beziehungsarbeit mit den BewohnerInnen, geringes Vertrauen der KollegInnen untereinander, wenig Interesse an Verbesserungsvorschlägen und mangelhafter Umgang mit Konflikten seitens der Vorgesetzten sind zu wenig entwickelte Ressourcen (die gestärkt werden sollen). Gutes Teamwork, ein angenehmes Arbeitsklima, ausreichende Möglichkeiten zur Fortbildung und beruflichen Weiterentwicklung, Anerkennung der geleisteten Arbeit durch die Vorgesetzten und eine passende Work- Life- Balance sind, laut Angaben der MitarbeiterInnen in der Pflege im Seniorenheim Gunskirchen, neben gesundheitlichen Faktoren die wichtigsten Voraussetzungen, um im Berufsfeld der Pflege gut alt werden zu können. Eine Frage, die weiter untersucht werden sollte ist die Rolle der Männer im Pflegeberuf. Derzeit sind diese in diesem Berufszweig stark unterrepräsentiert sind und verlassen zu nahezu 100 Prozent vor Erreichen des gesetzlichen Pensionsalters dieses Tätigkeitsfeld.

Abstract:

Due to demographic development, it is expected that there will be a great increase in the number of people in need of care in the next few years while, at the same time, there will be a decrease in the number of family members taking care of their relatives. The additional demand for nursing staff can't be met at the moment because few nurses stay in the profession for a long period and there is a lack of qualified trainees. As a result of this development it will become more and more difficult for the managers of old people's homes and nursing homes across Austria to find a sufficient number of qualified nurses.

Therefore this treatise deals with the question which pressures in the workplace should be reduced and which resources should be improved to encourage the employees of the old people's home in Gunskirchen to stay in the nursing profession for a longer time.

Standardised questionnaires and an oral survey were carried out to establish the current state of affairs. Time pressure, overtime due to staff shortage, frequent interruption of work and having to deal with patients who suffer from dementia, were identified as being the greatest problems which need to be reduced.

The resources which need to be improved were said to be not having enough time to develop relationships with the residents, lack of trust amongst colleagues, little interest in suggestions for improvement and the incompetence of superiors in dealing with conflicts.

According to the employees of the old people's home in Gunskirchen, good teamwork, a pleasant working atmosphere, sufficient opportunities for further education and professional training, the superiors' recognition of the work employees do and a suitable work-life-balance, along with health factors, are the most important preconditions for staying in the nursing profession.

One question, which should be looked into further, is the role of men in the nursing profession. At the moment they are by far a minority in this profession and nearly 100% drop out before they reach the legal age of retirement.

INHALTSVERZEICHNIS

TABELLENVERZEICHNIS.....	9
VORWORT UND DANKSAGUNG.....	11
1. Einleitung und Problemstellung.....	13
1.1 <i>Einführung in die Thematik.....</i>	13
1.1.1 Forschungsfrage(n)	13
1.1.2 Forschungsziel.....	14
1.2 <i>Demographische Bevölkerungsentwicklung in Österreich.....</i>	15
1.2.1 Lebenserwartung und Restlebenserwartung in Österreich 2004	16
1.3 <i>Entwicklung der Anzahl pflegebedürftiger Personen in Österreich.....</i>	16
1.3.1 Prognose der Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger bis 2030	17
1.3.2 Situation in den Altenheimen und Pflegeheimen in Österreich	17
1.3.3 Situation im ambulanten Bereich – informelle Pflege (Pflege durch Familienangehörige) und Mobile Soziale Dienste.....	18
1.4 <i>Ältere ArbeitnehmerInnen – Defizite und Kompetenzen.....</i>	20
1.4.1 Körperliche Defizite älterer ArbeitnehmerInnen und alterskritische Tätigkeiten	20
1.4.2 Leistungspotentiale älter werdender Menschen	22
1.5 <i>Problemstellung</i>	24
1.5.1 Personalstrukturdaten der Alten- und Pflegeheime in Österreich	25
1.5.1.1 Beschäftigungsarten	25
1.5.1.2 Gesamtzahl der PflegemitarbeiterInnen in Österreich.....	25
1.5.1.3 Altersstruktur der PflegemitarbeiterInnen.....	27
1.5.1.4 Erwerbsquote älterer MitarbeiterInnen in der Pflege	28
1.5.1.5 Berufsverweildauer in der Pflege – Vergleich Krankenhaus/Altenheim/Mobile Dienste	29
1.5.1.6 Gründe für die kurze Berufsverweildauer in der Pflege.....	31
1.5.1.7 Personalbedarf und Rekrutierungsprobleme	31
1.5.1.8 Kostenentwicklung im Pflegebereich.....	33

2. State of the Art	35
2.1 Belastung – Beanspruchung – Bewältigung.....	35
2.1.1 Definitionen nach dem integrativen Belastungs – Beanspruchungs – Bewältigungskonzept.....	35
2.1.1.1 Belastung	36
2.1.1.2 Beanspruchung	36
2.1.1.3 Bewältigung.....	37
2.2 Ressourcen	38
2.2.1 Definitionen des Begriffes.....	38
2.2.2 Individuelle Voraussetzungen zur Arbeits/aufgabenbewältigung	39
2.2.2.1 Habituelle Merkmale	39
2.2.2.2 Situative Merkmale	39
2.2.3 Ressourcenfaktoren im Bereich der Altenbetreuung	40
2.3 Der Arbeitsbewältigungsindex (ABI), Work- Ability- Index (WAI).....	41
2.3.1 Entwicklung und Konzept	41
2.3.2 Aufbau des Arbeitsbewältigungsindex – Fragebogens	42
2.4 Studien zu Belastungen und/oder Ressourcen im Pflegeberuf	43
2.4.1 Die NEXT – Studie in Europa (nurses’ early exit study).....	43
2.4.1.1 Ergebnisse im internationalen Vergleich.....	44
2.4.1.2 Stärken und Schwächen der Institutionen im Pflegebereich in Deutschland	45
2.4.1.3 Eigene Anmerkungen zur NEXT – Studie und Kritik.....	47
2.4.2 BGW – DAK Gesundheitsreport 2001 Altenpflege.....	48
2.4.2.1 BGW – DAK Stress – Monitoring	48
2.4.2.2 DAK – BGW – Pflegekräfte – Befragung.....	52
2.4.2.3 Eigene Anmerkungen zum BGW – DAK Gesundheitsreport 2001 Altenpflege	52
2.4.3 Gutachten zum „Pflegenotstand“ in Österreich.....	53
2.4.3.1 Personalmangel im Pflegebereich	53
2.4.3.2 Qualitätsprobleme im Pflegebereich	54
2.4.3.3 „Pflege in Not“	55
2.4.3.4 Eigene Anmerkungen zu „Pflege in Not“.....	56

2.4.4 Feldstudie der Arbeiterkammer für OÖ	57
2.4.4.1 Berufstreue und Fluktuation in der Altenbetreuung und –pflege	57
2.4.4.2 „Gesund in die Rente“ im Berufsfeld Altenbetreuung und –pflege	58
2.4.4.3 Eigene Anmerkungen zur Feldstudie	59
2.4.5 Personalmanagement, Arbeitszufriedenheit und Motivation in Organisationen der Altenpflege und –betreuung	60
2.4.5.1 Ergebnisse betreffend Motivation der AltenbetreuerInnen	60
2.4.5.2 Ergebnisse betreffend Arbeitszufriedenheit der AltenbetreuerInnen	61
2.4.5.3 Ergebnisse betreffend das Personalmanagement in Organisationen der Altenbetreuung	62
2.4.5.4 Eigene Anmerkungen zur Dissertation.....	63
2.4.6 Weitere Studien im Überblick	63
2.4.6.1 FORBA Forschungsbericht 1/2004 - Ältere Arbeitskräfte in belastungsintensiven Tätigkeitsbereichen	63
2.4.6.2 FORBA Forschungsbericht 3/2003 – Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit: Anforderungen und Belastungen	64
2.4.6.3 FWF – Projekt Nr. P 14769 – G05 „Beschäftigung im österreichischen Nonprofit Sektor“	64
2.4.6.4 Altenpflege zwischen Demografie und Budget.....	64
2.5 Meine Motive für die Themenwahl der Forschungsfrage und meine Erwartungen über die Ergebnisse der Erhebung	65
2.5.1 Argumente für meine Themenwahl „Ältere ArbeitnehmerInnen in der stationären Altenbetreuung – Erhebung der Belastungen und Ressourcen im Seniorenheim Gunskirchen“	65
2.5.2 Erwartungen bezüglich der Untersuchungsergebnisse.....	66
2.6 Seniorenwohn- und Pflegeheim der Marktgemeinde Gunskirchen	67
2.6.1 Kostenträger und räumliche Situation.....	67
2.6.2 Bewohnerstruktur.....	67
2.6.3 Pflegebedarf der BewohnerInnen	68
2.6.4 Organisations- und Personalstruktur	69
2.6.5 Personalplanung im Bereich Betreuung/Pflege	70
2.6.6 Fluktuation im Bereich Betreuung/Pflege.....	71

2.6.7 Pflegekonzept und Pflegeleitbilder.....	72
2.6.8 Fortbildungsbudget.....	73
3. Methodisches Vorgehen	74
3.1 <i>Untersuchungsdesign</i>	74
3.1.1 Sammeln von Sekundärmaterial.....	74
3.1.2 Informationsgewinn über Mitarbeiterbefragungen	74
3.2 <i>Erläuterungen zur Methodik</i>	75
3.2.1 Mitarbeiterbefragung mittels standardisiertem Fragebogen (quantitative Erhebung).....	75
3.2.2 Einzelbefragung mittels (standardisiertem) Arbeitsbewältigungsindex – Fragebogen	76
3.2.3 Semistrukturierte qualitative Einzelinterviews	77
3.3 <i>Durchführung der Befragungen</i>	78
3.3.1 Mitarbeiterbefragung mittels standardisiertem Fragebogen (quantitative Erhebung).....	78
3.3.2 Einzelbefragung mittels (standardisiertem) Arbeitsbewältigungsindex – Fragebogen	79
3.3.3 Semistrukturierte qualitative Einzelinterviews	80
4. Strukturdaten und Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung	81
4.1 <i>Strukturdaten des Seniorenheims Gunskirchen</i>	81
4.1.1 Beschäftigtenstruktur im Bereich der Altenpflege	81
4.1.2 Berufstreue der MitarbeiterInnen im Pflegebereich.....	82
4.2 <i>Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung mittels standardisiertem Fragebogen (quantitative Erhebung)</i>	83
4.2.1 Darstellung der psychomentalen Belastungsfaktoren (Stressoren)	84
4.2.1.1 Quantitative Belastungsfaktoren.....	84
4.2.1.2 Qualitative Belastungsfaktoren	86
4.2.1.3 Arbeitsunterbrechungen	87
4.2.1.4 Umgebungsbelastungen.....	88
4.2.1.5 Weitere psychomentale Belastungsfaktoren.....	88
4.2.2 Darstellung der körperlichen Belastungsfaktoren	90

4.2.3 Darstellung der Ressourcenfaktoren	92
4.2.3.1 Vielseitigkeit (Abwechslungsreichtum) der Arbeitsaufgaben.....	92
4.2.3.2 Handlungs- und Entscheidungsspielraum am Arbeitsplatz.....	93
4.2.3.3 Sozialer Rückhalt durch KollegInnen und Vorgesetzte	95
4.2.3.4 Information und Mitsprache	96
4.2.3.5 Weitere Ressourcenfaktoren.....	98
4.2.4 Arbeitszufriedenheit	99
4.2.5 Wunsch nach Arbeitsplatzwechsel oder Berufsausstieg.....	100
4.2.6 Weitere Veränderungswünsche.....	101
4.3 <i>Ergebnisse der Einzelbefragung mittels (standardisiertem)</i>	
<i>Arbeitsbewältigungsindex – Fragebogen</i>	<i>103</i>
4.3.1 Strukturdaten	103
4.3.2 Darstellung der Ergebnisse des ABI- Fragebogens.....	103
4.4 <i>Ergebnisse der semistrukturierten qualitativen Einzelinterviews</i>	<i>107</i>
4.4.1 Darstellung der Ergebnisse der individuellen Befragung	107
4.4.2 Wünsche der MitarbeiterInnen betreffend Fortbildungsangebote	112
4.4.3 Weitere Veränderungswünsche und Verbesserungsvorschläge	113
5. Diskussion und kritische Würdigung.....	115
5.1 <i>Ergebnisse und Interpretationen meiner Untersuchung im Vergleich mit internationalen Befragungen</i>	<i>115</i>
5.1.1 Vergleich der Beschäftigtenstruktur im Pflegebereich zwischen dem Seniorenheim Gunkirchen und anderen untersuchten Einrichtungen.....	115
5.1.1.1 Altersstruktur, Frauenanteil und Beschäftigungsart	116
5.1.1.2 Diskussion und Konklusio	117
5.1.2 Treue zur Einrichtung und Berufstreue im Vergleich	119
5.1.2.1 Gedanke an einen Wechsel der Einrichtung.....	120
5.1.2.2 Gedanke an Berufsausstieg.....	120
5.1.2.3 Verweildauer in Einrichtung und Beruf	122
5.1.2.4 Fluktuation im Pflegeberuf.....	123

5.1.3 Belastungen und Ressourcen der PflegemitarbeiterInnen im Vergleich	125
5.1.3.1 Quantitative Belastungen.....	125
5.1.3.2 Qualitative Belastungen.....	126
5.1.3.3 Arbeitsunterbrechungen	128
5.1.3.4 Umgebungsbelastungen.....	129
5.1.3.5 Weitere psychomentale Belastungsfaktoren.....	129
5.1.3.6 Vielseitigkeit (Abwechslungsreichtum) der Arbeitsaufgaben.....	132
5.1.3.7 Handlungs- und Entscheidungsspielraum am Arbeitsplatz.....	133
5.1.3.8 Sozialer Rückhalt durch KollegInnen und Vorgesetzte	134
5.1.3.9 Information und Mitsprache	136
5.1.3.10 Weitere Ressourcenfaktoren.....	137
5.1.4 Gesundheit und körperliche Beschwerden von Pflegekräften im Vergleich.....	139
5.1.4.1 Körperliche Belastungen und Beschwerden von Pflegekräften im Vergleich	139
5.1.4.2 Gesundheitliche Situation von Pflegekräften im Vergleich	140
5.1.5 Motivation und Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften im Vergleich ...	141
5.1.5.1 Motivation von Pflegekräften im Vergleich.....	141
5.1.5.2 Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften im Vergleich.....	144
5.1.6 Der Arbeitsbewältigungsindex in der Pflege im Vergleich.....	146
5.1.7 Stärken und Schwächen der Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege im Vergleich.....	147
5.1.7.1 Stärken der Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege im Vergleich ...	148
5.1.7.2 Schwächen der Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege im Vergleich	149
5.2 <i>Offene Fragen in Bezug zu den bearbeiteten Themen und Vorschläge für weitere Untersuchungen im Berufsfeld der Altenpflege</i>	150
5.2.1 Die Rolle der Männer im Pflegeberuf.....	150
5.2.2 Gründe für die gute Arbeitsbewältigungsfähigkeit der BetreuerInnen der Altersgruppe 50+ im Seniorenheim Gunskirchen	151

5.2.3 Ursachen für die geringere Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen in der Pflege im Seniorenheim Gunskirchen	152
5.2.4 LangzeitmitarbeiterInnen in der Alten- und Krankenpflege	153
5.3 <i>Kritische Würdigung meiner eigenen Arbeit</i>	153
5.3.1 Probleme im Zusammenhang mit dem Sammeln von Sekundärmaterial	153
5.3.2 Probleme im Zusammenhang mit der Durchführung der schriftlichen Mitarbeiterbefragung mittels (standardisiertem) Fragebogen	154
5.3.3 Probleme im Zusammenhang mit der Einzelbefragung mittels (standardisiertem) Arbeitsbewältigungsindex- Fragebogen	155
5.3.4 Probleme bei der Durchführung der semistrukturierten qualitativen Einzelinterviews	155
6. Zusammenfassung, Maßnahmen und Schlussfolgerungen der Arbeit, sowie Forschungsausblick	157
6.1 <i>Zusammenfassung</i>	157
6.1.1 Zusammenfassung der Ergebnisse der Literatur- und Internetrecherche	157
6.1.2 Zusammenfassung der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen im Seniorenheim Gunskirchen	159
6.2 <i>Maßnahmen aus den Mitarbeiterbefragungen im Seniorenheim Gunskirchen</i>	166
6.2.1 Maßnahmen zur Strukturbereinigung des Pflegepersonals im Seniorenheim Gunskirchen	166
6.2.2 Maßnahmen zur Verringerung quantitativer Belastungen	167
6.2.3 Maßnahmen zur Verringerung von Arbeitsunterbrechungen und Umgebungsbelastungen	168
6.2.4 Maßnahmen zur Verringerung psychomentaler Belastungen	169
6.2.5 Maßnahmen zur Stärkung der Ressourcen Vielseitigkeit und Handlungsspielraum	170
6.2.6 Maßnahmen zur Erhöhung des sozialen Rückhalts durch Vorgesetzte und KollegInnen	171

6.2.7 Maßnahmen zur Verbesserung von Information und Mitsprachemöglichkeit der MitarbeiterInnen	172
6.2.8 Maßnahmen zur Verringerung körperlicher Belastungen und Beschwerden	172
6.2.9 Maßnahmen zur Erhöhung der Motivation und allgemeinen Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen	173
6.2.10 Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit (ABI- Coaching)	174
6.2.11 Maßnahmen zur Verringerung der Absicht die Einrichtung oder den Pflegeberuf zu verlassen	175
<i>6.3 Schlussfolgerungen und Forschungsausblick</i>	<i>176</i>
7. Literaturverzeichnis	179
Internetquellen	183
Zeitschriften	186
8. Glossar	187

TABELLENVERZEICHNIS

<u>Tabelle 1: Wandel der Leistungspotentiale beim Älter werden</u>	23
<u>Tabelle 2: Fragenkomplexe (Items) des ABI; aus Tempel J. (2003), Folie 6</u>	42
<u>Tabelle 3: Zusammenfassung der NEXT- Befragungsergebnisse im Krankenhausbereich</u>	45
<u>Tabelle 4: Zusammenfassung der NEXT– Befragungsergebnisse in Alten/Pflegeheimen</u>	46
<u>Tabelle 5: Zusammenfassung der Befragungsergebnisse bei ambulanten Diensten</u>	46
<u>Tabelle 6: AltenpflegerInnen: Dauer der Beschäftigung in der gegenwärtigen Einrichtung</u>	49
<u>Tabelle 7: Krankenschwestern/pfleger: Dauer der Beschäftigung in der gegenwärtigen Einrichtung</u>	49
<u>Tabelle 8: Pflegegeldstufenverteilung aller BewohnerInnen</u>	68
<u>Tabelle 9: MitarbeiterInnen des Seniorenwohn- und Pflegeheimes Gunskirchen</u>	69
<u>Tabelle 10: Dauer der Tätigkeit im Pflegeberuf</u>	82
<u>Tabelle 11: Häufigkeit von Zeitdruck bei der Arbeit</u>	85
<u>Tabelle 12: Arbeitsüberlastung aufgrund von Personalmangel</u>	85
<u>Tabelle 13: Verzicht auf Pausen aufgrund von Arbeitsüberlastung</u>	85
<u>Tabelle 14: Aussagen zu qualitativen Belastungsfaktoren</u>	86
<u>Tabelle 15: Aussagen zu Arbeitsunterbrechungen</u>	87
<u>Tabelle 16: Aussagen betreffend Umgebungsbelastungen</u>	88
<u>Tabelle 17: Aussagen zu weiteren psychomentalen Belastungsfaktoren</u>	89
<u>Tabelle 18: Gesundheitliche Beschwerden der MitarbeiterInnen in der Altenbetreuung</u>	91
<u>Tabelle 19: Aussagen über Vielseitigkeit der Arbeitsaufgaben in der Altenbetreuung</u>	92
<u>Tabelle 20: Aussagen über Handlungs- und Entscheidungsspielraum am Arbeitsplatz</u>	93

<u>Tabelle 21: Aussagen über sozialen Rückhalt durch KollegInnen und Vorgesetzte</u>	<u>95</u>
<u>Tabelle 22: Aussagen über Information und Mitsprachemöglichkeit.....</u>	<u>97</u>
<u>Tabelle 23: Aussagen über weitere Ressourcenfaktoren im Seniorenheim Gunskirchen</u>	<u>98</u>
<u>Tabelle 24: Aussagen über die allgemeine Arbeitszufriedenheit der AltenbetreuerInnen</u>	<u>99</u>
<u>Tabelle 25: Aussagen zu Gedanken an Arbeitsplatzwechsel oder Berufsausstieg</u>	<u>100</u>
<u>Tabelle 26: Veränderungswünsche betreffend Arbeitszeit und Dienstplanung</u>	<u>101</u>
<u>Tabelle 27: Veränderungswünsche in der Einrichtung</u>	<u>102</u>
<u>Tabelle 28: Auswertung der Arbeitsbewältigungsindex – Fragebögen</u>	<u>105</u>
<u>Tabelle 29: Vergleich der Verweildauer in der Altenpflege zwischen Seniorenheim Gunskirchen, BGW-DAK (Altenheime) und Krankenhaus</u>	<u>122</u>
<u>Tabelle 30: Verteilung des Arbeitsbewältigungsindex von Alten- und KrankenpflegerInnen im Vergleich.....</u>	<u>146</u>

Vorwort und Danksagung

Mit den Begriffen „Alter“ und „Altern“ habe ich mich in meiner bisherigen Berufslaufbahn relativ wenig, und wenn, dann ungern, auseinandergesetzt. Der Defizitgedanke in Verbindung mit dem Wort „Altern“ war auch in meinem Kopf sehr stark verankert. Der Gedanke an das eigene „Älterwerden“ wurde, da unangenehm, oft rasch beiseite geschoben, um Erfreulicherem Platz zu machen. Ich gebe zu, dass meine Einstellung zum Thema „Alter“ negativ gefärbt war.

Die Arbeit im Rahmen meiner Master-Thesis verlangte eine intensive Auseinandersetzung mit den oben genannten Begriffen und hat letztendlich dazu beigetragen, dass meine Vorstellungen über das „Altern“ und die damit einhergehenden Veränderungen in einem anderen – positiveren – Licht erscheinen.

Ich möchte an dieser Stelle all jenen danken, die mich bei der Erarbeitung meiner Master-Thesis unterstützt haben – an erster Stelle den MitarbeiterInnen in der Pflege des Seniorenheims Gunskirchen. Nur durch ihre rege Beteiligung an meinen Befragungen war es mir möglich, ausreichend Daten zu sammeln, um die von mir gewählte Fragen untersuchen und das Forschungsziel erreichen zu können.

Der Heimleiterin, Frau Gertrude Wenko, danke ich für die Bereitstellung von Personaldaten, ohne die eine Aussage über wichtige Parameter im Rahmen meiner Untersuchung nicht möglich gewesen wäre.

Der Pflegedienstleiterin, Frau Christine Gruber, gebührt meine Anerkennung gleich in mehrfacher Hinsicht. Zum Einen hat sie mich tatkräftig bei der Vorbereitung und Durchführung der Mitarbeiterbefragungen unterstützt, zum Anderen stellte sie mir wichtige Unterlagen wie Leitbilder, Pflegekonzept und Aufgabenbeschreibungen des Seniorenheims Gunskirchen zur Verfügung.

Meiner Frau Brigitte und meinen Kindern Elisabeth, Christine und Stefan danke ich für das mir entgegengebrachte Verständnis – habe ich doch viele Stunden am Schreibtisch sitzend verbracht, anstatt die Freizeit mit gemeinsamen Aktivitäten zu erfüllen.

Von meinen Kolleginnen und Kollegen im Lehrgang „Wirtschaftsmedizin“ habe ich im bei Gesprächen in den Pausen und beim gemeinsamen Mittagessen viel an mentaler Unterstützung erhalten, um angesichts der bevorstehenden Herausforderung – der selbständigen Erstellung einer wissenschaftlichen Arbeit – nicht vorzeitig die „Flinte ins Korn zu werfen“.

Bei Herrn Dr. Stefan Koth, Bereichsleiter Aus- und Fortbildung der Österreichischen Akademie für Arbeitsmedizin, bedanke ich mich für die kompetente Beratung betreffend Detailfragen bei der Erstellung der Master-Thesis.

Nicht zuletzt gebührt auch meinem Tutoren, Herrn Dr. Heinrich Geißler, Dank für seine Anregungen, aber auch für die kritischen Äußerungen, meine Master-Thesis betreffend, die für mich bereichernd waren. Darauf aufbauende inhaltliche und strukturelle Adaptierungen meiner Arbeit haben zur nunmehr vorliegenden Endfassung beigetragen.

Dr. Helmut Füssel
Arzt für Arbeitsmedizin
Arzt für Wirtschaftsmedizin in spe

1. Einleitung und Problemstellung

In diesem Kapitel werde ich in der **Einleitung** den Forschungsgegenstand meiner Erhebung, sowie die Zielsetzung meiner Arbeit darlegen. Ich werde auf die **demographische¹ Entwicklung** der Bevölkerung in Österreich eingehen, sowie auf den prognostizierten Bedarf an Pflegekräften. Eine kurze Charakterisierung **älterer Arbeitnehmer** werde ich daran anschließen. Unter dem Punkt **Problemstellung** behandle ich Themen wie Erwerbsquote älterer MitarbeiterInnen in der Pflege, Berufsverweildauer in der Altenbetreuung, Rekrutierungsprobleme von Pflegepersonal und Aufwendungen für den stationären und ambulanten Pflegebereich (derzeit und prognostizierte Entwicklung).

1.1 Einführung in die Thematik

Das Thema meiner Master – Thesis lautet: *„Ältere ArbeitnehmerInnen in der stationären Altenbetreuung – Erhebung der Belastungen und Ressourcen im Seniorenheim Gunskirchen“*.

1.1.1 Forschungsfrage(n)

„Welche Belastungen sollen reduziert werden und welche Ressourcen gestärkt werden, um den MitarbeiterInnen des Seniorenheims Gunskirchen, die mit der Altenbetreuung betraut sind, ein längeres Verweilen im erlernten Beruf zu ermöglichen?“

¹ Erläuterungen dazu im Glossar

Ich werde in den Kapiteln 2.1 und 2.2 Definitionen der Begriffe „*Belastungen*“ und „*Ressourcen*“ anführen und eine Unterteilung in die verschiedenen Belastungsarten vornehmen. Bei den Ressourcen werde ich mich auf Merkmale beschränken, die in der Altenbetreuung von besonderer Bedeutung sind.

Als Erhebungsinstrument habe ich (neben der schriftlichen und individuellen Mitarbeiterbefragung) auch den „*Arbeitsbewältigungs-Index*“ (siehe Kapitel 2.3) eingesetzt, da dieser Aussagen zulässt, wie gut die MitarbeiterInnen in der Altenbetreuung dank vorhandener (persönlicher, organisatorischer, kommunikativer) Ressourcen mit den Anforderungen und Belastungen der täglichen Arbeit zurecht kommen – diese also sehr gut, gut, mäßig oder schlecht bewältigen.

Im Kapitel 2.4 stelle ich Studien und Berichte vor, die sich mit Themen wie Verweildauer und Ausstiegsabsicht im Pflegeberuf (NEXT-Studie, Feldstudie der Arbeiterkammer OÖ), Gesundheitssituation und Arbeitsbelastungen (BGW- DAK-Gesundheitsreport 2001), Personal- und Qualitätsprobleme (Pflegenotstand) und Arbeitszufriedenheit, Motivation und Personalmanagement (Schober Ch. und M.) befassen. Ein Vergleich der Ergebnisse dieser Untersuchungen mit meinen Erhebungsergebnissen wird mir helfen, eine Antwort auf meine Forschungsfrage zu finden.

1.1.2 Forschungsziel

Ziel meiner Arbeit ist die Erhebung des IST-Zustandes im Seniorenheim Gunkirchen mit Schwerpunkt der Erhebungen in Richtung Belastungen und Ressourcen der MitarbeiterInnen in der Altenbetreuung. Durch die Datenerhebung erwarte ich mir Hinweise auf Probleme der BetreuerInnen in Bezug auf deren Gesundheit, körperliche Belastungen und psychischen Stress, sowie Arbeits- und Berufszufriedenheit. Es werden bei meiner Befragung auch Fortbildungswünsche und Verbesserungsvorschläge der MitarbeiterInnen erfasst.

Folgende **Ziele** bzw. **Maßnahmen** strebe ich bei meiner Untersuchung an:

- Identifizierung der relevantesten „Stressoren“
- Identifizierung der relevantesten körperlichen Belastungen
- Identifizierung mangelhaft entwickelter Ressourcenfaktoren
- Finden von Ansatzpunkten für eine Verbesserung des Personal- und Qualitätsmanagements
- Erhöhung der Arbeits- und Berufszufriedenheit der MitarbeiterInnen durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (z.B. ABI-Coaching²), Verbesserung der Arbeitssituation

1.2 Demographische Bevölkerungsentwicklung in Österreich

Laut Volkszählung 2001 betrug die Gesamtbevölkerung in Österreich zu diesem Zeitpunkt 8. 032.926 Einwohner (Quelle: Statistik Austria). Der Anteil der Altersgruppe 65+ an der Gesamtbevölkerung war 15,5%. Bis zum Jahr 2015 wird ein Anstieg der über 65- jährigen auf 18,8%, bis 2030 auf 24,6% prognostiziert. Bis zum Jahre 2035 werden je nach Entwicklung der Lebenserwartung zwischen 2,7 und 3 Millionen Menschen der Altersgruppe 60+ in Österreich leben (Fehlinger F., Wimmer K.: 2003, vgl. S. 4). Die Zahl der über 85- jährigen wird sich mehr als verdreifachen (von 140.000 im Jahr 1999 auf 500.000 bis 600.000, laut Seniorenbericht 2000).

² Informationen dazu im Glossar

1.2.1 Lebenserwartung und Restlebenserwartung in Österreich 2004

Die **Lebenserwartung** bei der Geburt betrug im Jahr 2004 für Männer 76,43 und für Frauen 82,14 Jahre (Quelle: BMSGK – Lebenserwartung in Österreich.htm).

Die **Restlebenserwartung** mit 60 Jahren stieg bei den Männern von 16,36 Jahren (1981) auf 20,68 Jahre (2004) an. Beim weiblichen Geschlecht veränderten sich die Werte von 20,4 Jahren (1981) auf 24,57 Jahre (2004). Innerhalb von 23 Jahren erhöhte sich somit die Restlebenserwartung (und damit die Dauer des Pensionsbezuges) um mehr als 4 Jahre bei beiden Geschlechtern!.

Prognose bis 2030: Die Lebenserwartung wird bei Männern auf 80,0 und bei Frauen auf 85,5 Jahre ansteigen. Die Restlebenserwartung im Alter von 60 wird auf 23,1 Jahre bei dem männlichen und auf 27,3 Jahre beim weiblichen Geschlecht ansteigen, also um weitere 2,4 bis 2,7 Jahre gegenüber 2004 (Statistik Austria: Statistik der Bevölkerungsbewegung 1970 – 2002, 2015 und 2030 Bevölkerungsprognose).

Eine Besonderheit des Alterungsprozesses (nicht nur in Österreich) ist, dass vor allem die Gruppe der „sehr Alten“ außerordentlich stark wachsen wird. Man spricht deshalb vom „doppelten Altern“. Dieses ist nur zum Teil auf den weiteren Rückgang der Sterblichkeit zurückzuführen. Der Hauptgrund ist, dass die Generationen der beiden „Baby- Booms“ des 20. Jahrhunderts (1939 -1943 und 1960 -1964) in die entsprechenden Altersklassen kommen (Quelle: Seniorenbericht 2000, vgl. S. 15).

1.3 Entwicklung der Anzahl pflegebedürftiger Personen in Österreich

Im Jahr 2003 (Stand 31. Dezember d. J.) gab es in Österreich 362.252 PflegegeldbezieherInnen (Bund und Länder, Quelle: BMSG, Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge, Tabelle 6.9). Dies entspricht etwa 4,1% der

Gesamtbevölkerung. Gegenüber 1995 bedeutet dies einen Zuwachs von 44.479 Personen (14%).

1.3.1 Prognose der Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger bis 2030

Badelt Ch. (Badelt Ch., Holzmann-Jenkins A. et al., 1996) prognostizierte 1996 einen Anstieg der Anzahl betreuungsbedürftiger Personen auf 650.000 bis 960.000 (je nach Szenario). Unter Beibehaltung des Status-quo liegt die Zahl bei 810.000 Personen. Zusätzlich wird eine Zunahme von dementiell erkrankten Personen von 83.000 (1996) auf 100.000 (2011) erwartet, die einen erhöhten Bedarf an institutionalisierten Dienstleistungen haben (Schaffenberger E., Juraszovich B. et al., 1999).

Dieser Entwicklung steht jedoch ein anderer Trend gegenüber. Von 1978 bis 1998 ist die Anzahl der Jahre an der Restlebenserwartung mit 60, die in guter Gesundheit verbracht werden bei Männern um 3,7 Jahre und bei Frauen um 4,5 Jahre gestiegen (Seniorenbericht 2000, vgl. S. 110). 1998 konnten 60-jährige Männer mit 16,3 Lebensjahren (89% der restlichen Lebenserwartung) in guter Gesundheit rechnen, Frauen dieses Alters mit 19,0 Jahren (87% der Restlebenserwartung). Durch eine zu erwartende bessere körperliche Verfassung aufgrund des höheren Gesundheitsbewusstseins und einer Verbesserung des Gesundheitsmanagements durch die Ärzteschaft rechne ich mit einer günstigeren Entwicklung der Anzahl betreuungsbedürftiger Personen, als die (pessimistische) Prognose von Badelt Ch. befürchten lässt. Das Durchschnittsalter und die Gesamtzahl der in Seniorenheimen betreuten Personen wird dennoch mit Sicherheit deutlich ansteigen.

1.3.2 Situation in den Altenheimen und Pflegeheimen in Österreich

Laut der **Broschüre „Altenheime und Pflegeheime in Österreich“ 5. Auflage 2004** des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz gab es zu diesem Zeitpunkt 68.000 Wohn- und Pflegeplätze in

österreichweit 750 Altenheimen und Pflegeheimen (NPO-Heime³, GO-Heime⁴ und private Heime). Damit werden rund 15% aller pflegebedürftigen Personen in Heimen betreut.

Eine Erhebung im Rahmen des **FWF-Projektes** (Nam H.-J., 2003) ergab mit Stichtag 31.12.2000 bundesweit folgende Zahlen: 761 Alten- und Pflegeheime (207 NPO-Heime, 387 GO-Heime und 167 private Heime). Hintermayer Ch. (2005) gab den derzeitigen Bedarf an Wohn- und Pflegeplätzen in Altenheimen mit 73.000 an.

Aufgrund der demographischen und gesellschaftlichen Entwicklung mit einem zu erwartenden **Rückgang des familiären Pflegepotentials (informelle Pflege) um bis zu 40% in den nächsten 20 Jahren**, ist mit einem weiteren Anstieg des Bedarfs vor Allem an Pflegeplätzen in Seniorenheimen zu rechnen. Parallel dazu wird auch der Bedarf an qualifiziertem Betreuungspersonal ansteigen, der bereits zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr ausreichend abgedeckt werden kann (vgl. Kapitel 2.4.3 Pflegenotstand und Kapitel 2.4.6.3 FWF-Projekt Nr. P 14769 – G05).

1.3.3 Situation im ambulanten Bereich – informelle Pflege (Pflege durch Familienangehörige) und Mobile Soziale Dienste

80 - 85% des gesamten Pflegebedarfes (von den 362.252 Pflegegeldbeziehern) wird in den Familien durch **Angehörige** oder andere **private HelferInnen** (zumeist

³ NPO – Non Profit Organisationen wie Volkshilfe, Caritas , Rotes Kreuz u. a.

⁴ Staatlicher Sektor: von Gemeinden, Städten mit eigenem Statut und Sozialhilfeverbänden getragen

aus Staaten des ehemaligen Ostblocks - Slowakei, Polen, Tschechien) abgedeckt (Fehlinger F., Wimmer K., 2003). Schätzungen sprechen von 10.000 bis 40.000 Personen, die jährlich in Österreich „schwarz“ Pflegeleistungen erbringen (Streissler, 2004). Ohne Zuhilfenahme dieser „kaum legalen“ zusätzlichen Betreuungspersonen aus dem Ausland wäre unser ambulantes Pflegesystem bereits wegen Überlastung und Unfinanzierbarkeit eingebrochen.

Die steigende Frauenerwerbstätigkeit und das Anheben des Pensionsantrittsalters bewirkt, dass die Frauen immer mehr und länger im Berufsleben verbleiben (mit Ausnahme der Pflegeberufe ?). Der Großteil der pflegenden Angehörigen rekrutiert sich aber genau aus dieser **Gruppe der 50- bis 60- jährigen Frauen** (sie werden auf dem Altar der 80- bis 90- jährigen „geopfert“). Der Erwartungsdruck, dem Frauen dieser Altersgruppe durch ihre Eltern ausgesetzt sind, die zu Hause gepflegt werden wollen und sich oft vehement gegen eine Heimaufnahme zur Wehr setzen, ist hoch.

Meiner Meinung nach erschweren gerade diese oben genannten Faktoren für MitarbeiterInnen in der stationären Altenbetreuung das Erreichen des Pensionsalters im Beruf, da sie in einen hochgradigen **Arbeit-Familie-Konflikt** geraten. Von ihnen wird es ja geradezu als selbstverständlich angenommen, dass sie Vater und/oder Mutter zu Hause pflegen.

Etwa **10-15%** der zu Hause gepflegten Personen werden von **Mobilen Sozialen Diensten** betreut (Fehlinger F., Wimmer K., 2003, vgl. S, 4). Aufgrund des von politischer Ebene unterstützten **Ausbaus der ambulanten Pflege** (Leitlinie der oberösterreichischen Altenhilfepolitik „ambulant vor stationär“) wird sich dieser Prozentsatz in den nächsten Jahren deutlich erhöhen.

Allerdings wirken Faktoren wie Wegzeiten, ein höherer Administrationsbedarf, schlecht für die Pflege ausgestattete Wohnungen, unzureichende Möglichkeiten der Rund-um-die-Uhr Betreuung kostentreibend (Streissler, 2004). Ein Pflegefall, der mehr als 4 Pflegestunden am Tag professionell betreut wird, kommt billiger, wenn dies in einem Altenheim geschieht.

1.4 Ältere ArbeitnehmerInnen – Defizite und Kompetenzen

In diesem Kapitel gehe ich die Charakteristika älterer ArbeitnehmerInnen ein und stelle Defizite, vor Allem körperlicher Natur (durch langjährige beruflich bedingte Belastungen), Kompetenzen und Stärken gegenüber. Unter „ältere ArbeitnehmerInnen“ verstehe ich alle Personen (M/W) der Altersklassen 45+ bis 65 (gesetzlich festgelegtes Pensionsalter für Männer).

1.4.1 Körperliche Defizite älterer ArbeitnehmerInnen und alterskritische Tätigkeiten

Je länger eine (körperlich belastende) Arbeit unter gleich bleibenden Bedingungen ausgeführt wird, umso schwerwiegender fallen die Folgen aus, da mit zunehmendem Alter die körperliche Leistungs- und Widerstandskraft tendenziell abnimmt (Krenn M., Vogt M.: 2004 , vgl. S. 10). Die **Häufigkeit anerkannter Berufskrankheiten** ist laut Ilmarinen/Tempel (2002: vgl. S. 87) bei der **Altersgruppe 45-65 ca. 7,5 mal so hoch** wie bei den Berufstätigen, die jünger als 45 Jahre sind.

Laut österreichischen Daten steigen **Schäden an der Wirbelsäule** von 11% bei Beschäftigten, die höchstens 1 Jahr unter gleichen Bedingungen arbeiten auf fast das Dreifache (31%) an, wenn sie 21 oder mehr Jahre unter gleich bleibenden Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind. Bei **Gelenksabnützungen** ist dieser Anstieg noch höher, nämlich von 4% auf 23%. (Fasching M., 1999: vgl. S. 60).

Ilmarinen/Tempel führen an, dass die biologischen und psychosozialen Regulations- und Kompensationsmechanismen, die erforderlich sind, um Belastungen auszugleichen mit steigendem Alter kontinuierlich abnehmen. Einseitige, übermäßige Belastungen können durch Rückgriff auf physische und mentale Leistungsreserven auch über einen längeren Zeitraum kompensiert und bewältigt werden. Wenn diese Reserven durch den altersbedingten Rückgang der funktionellen Kapazitäten

aufgebraucht sind, kann eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit die Folge sein. (Ilmarinen/Tempel: 2002, vgl. S. 95).

Morschhäuser M. (1999, vgl. S. 107) hat folgende **alterskritische Arbeitsanforderungen** zusammengefasst (die „fett“ geschriebenen Anforderungen treffen auf den Pflegebereich besonders zu):

- Körperlich anstrengende Arbeiten: **Heben und Tragen** von Lasten, **Zwangshaltungen, einseitig belastende Tätigkeiten**, kurzyyklische Tätigkeiten
- Arbeitsumgebungsbelastungen: Hitze, Lärm, schlechte Beleuchtungsverhältnisse
- Hohe bzw. starre Leistungsvorgaben: taktgebundene Arbeit, **Zeitdruck**
- Schicht- und Nachtschichtarbeit: Arbeitsrhythmus gegen die „innere“ Uhr, **soziale Beeinträchtigungen**
- Hohe psychische Belastungen: Daueraufmerksamkeit, **Stress**

Behrens J. hat bereits 1994 für die Kennzeichnung von Arbeitsplätzen mit besonders belastenden Bedingungen den Begriff der „**begrenzten Tätigkeitsdauer**“ geprägt (Krenn M., Vogt M., 2004, vgl. S. 12). Damit sind Arbeitsplätze gemeint, die *erfahrungsgemäß von der Mehrzahl der auf ihnen Beschäftigten nicht bis ins gesetzliche Rentenalter, häufig nicht einmal bis zum 50. Lebensjahr bewältigt werden können*. Arbeitsplätze im Bereich der Altenpflege weisen viele „alterskritische

Anforderungen“ auf und sind somit zu denen mit „begrenzter Tätigkeitsdauer“ zu zählen (unter gleich bleibenden Belastungen).

Um dem vorzeitigen Berufsausstieg von AltenbetreuerInnen zu begegnen ist ein **Belastungswechsel** mit zunehmender Tätigkeitsdauer, etwa durch Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung **anzustreben**. Kollar D. (2002) hat im Rahmen ihrer Master-Thesis ein **5- Stufen Modell des Kompetenzerwerbs** mit dem Ziel des „**Pflegeexperten**“⁵ (von Benner P. vorgestellt. (vgl. S. 69 – 81).

1.4.2 Leistungspotentiale älter werdender Menschen

Die Arbeitsbedingungen sind vielfach - unabhängig vom Alter der ausführenden Personen - gleich. Dadurch ergibt sich mit zunehmendem Lebensalter oft eine mangelnde Übereinstimmung von Arbeitsanforderungen und Leistungsvermögen (Morschhäuser M., 1999, vgl. S. 102). Durch Aktivierung von Ressourcen in anderen Bereichen können ältere Arbeitskräfte den biologisch bedingten Rückgang in bestimmten Bereichen kompensieren. Somit müssen sich nicht zwangsläufig Leistungseinbußen gegenüber Jüngeren ergeben.

⁵ Erläuterungen dazu im Glossar

Es erfolgt lediglich ein **Wandel der Leistungspotentiale** (Frevel A., Geißler B. & H., 2004):

Physische und funktionelle Kapazitäten (Schnelligkeit, Kraft; Hören, Sehen), Lerngeschwindigkeit	↓
Begabung, Intelligenz, Fertigkeiten	↔
Qualitäts- und Verantwortungsbewusstsein, Urteilsfähigkeit, soziale Kompetenz, selbständiges Handeln	↑
Lebens- und Berufserfahrung, „job performance“ (Aufgabenerfüllung)	↑

Tabelle 1: Wandel der Leistungspotentiale beim Älter werden

Ansätze für altersgerechte Arbeitsgestaltung sollten neben der Arbeitsplatzgestaltung auch organisatorische und qualifizierende Aspekte berücksichtigen (Frevel A., Geißler B. & H., 2004) – „**Age Management**⁶“.

Für ältere ArbeitnehmerInnen ist die **Möglichkeit einer individuellen Gestaltung der Arbeitsweisen** von besonderer Bedeutung (Krenn M, Vogt M., 2004, vgl. S. 12). Die Möglichkeit auf die Arbeitsabläufe Einfluss zu nehmen und diese auf ihre persönlichen Stärken und Schwächen abzustimmen hat für ältere ArbeitnehmerInnen einen wesentlich größeren **Einfluss auf ihre Arbeitsbewältigungsfähigkeit**, als bei jüngeren.

⁶ Erläuterungen dazu im Glossar

Laut einer Sondererhebung des Eurobarometers 1996 (*Europeans and health and safety in the work place*) nimmt Österreich den vorletzten Platz unter den Ländern der Europäischen Union ein, was den **Aspekt der Autonomie am Arbeitsplatz** betrifft (Ilmarinen J., 1999). Österreich wies im Jahr 2004 mit 28,8% Beschäftigungsquote älterer Erwerbstätiger (zwischen 55 und 64 Jahren) einen der niedrigsten Werte der EU 25- Länder auf (Quelle: Eurostat).

Nur Polen (26,2%) und die Slowakei (26,8%) - die beiden Länder mit der höchsten Arbeitslosenquote innerhalb der EU - wiesen noch schlechtere Werte auf. Damit wird Österreich das Ziel der Lissabon-Strategie - bis 2010 eine Beschäftigungsquote älterer Erwerbstätiger von 50% zu erreichen - klar verfehlen.

1.5 Problemstellung

Die in diesem und den nachfolgenden Kapiteln angestellten **Vergleiche** der verschiedenen Einrichtungen, in denen Pflege stattfindet – **Krankenhaus, Alten- und Pflegeheim, Mobile Soziale Betreuung** - , sind nach meiner Ansicht aus mehrfacher Hinsicht von Bedeutung. Aufgrund des bereits bestehenden - und in Zukunft voraussichtlich weiter **zunehmenden Personalengpasses** im gesamten Pflegebereich - befinden sich die oben genannten Betreuungseinrichtungen in einem permanenten **Wettstreit im Rahmen der Neubeschaffung qualifizierten Personals**. Es erfolgt eine intensive Fluktuation von MitarbeiterInnen zwischen diesen Institutionen, in welchen Pflege stattfindet. Daher können Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime und Mobile Soziale Dienste als **Konkurrenten**, von den Aspekten der Mitarbeiterbeschaffung und Mitarbeiterbindung her, betrachtet werden.

1.5.1 Personalstrukturdaten der Alten- und Pflegeheime in Österreich

Laut Erhebung des **FWF- Projektes** (Nam H.-J., 2003) gab es mit Stichtag 31. 12. 2000 in Österreich 761 Alten- und Pflegeheime. Durchschnittlich gab es pro Einrichtung 58 Pflegeplätze, 13 Wohnplätze mit Pflegemöglichkeit und 45 Wohnplätze (Stichtag 31. 12. 2001). Durchschnittlich 58 MitarbeiterInnen waren in jeder Einrichtung tätig, wobei in öffentlichen (GO) Heimen doppelt so viele „Ehrenamtliche“ tätig waren wie in NPO-Heimen.

1.5.1.1 Beschäftigungsarten

Rund **63%** der in den österreichischen Altenheimen tätigen Personen waren **vollzeitbeschäftigt**, etwa **35% teilzeitbeschäftigt** und nur rund 2% entweder geringfügig oder mit einem freien Dienstvertrag tätig (Nam H.-J.,2003). Fehlinger F. und Wimmer K. (2003) gaben für Oberösterreich eine Rate von über 43% der MitarbeiterInnen in Alten- und Pflegeheimen mit Teilzeitbeschäftigung an. Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten ist in den Städten (66%) wesentlich höher, als im ländlichen Bereich (48%).

1.5.1.2 Gesamtzahl der PflegemitarbeiterInnen in Österreich

Laut Hintermayer Ch. (2005) sind derzeit in Österreich 65.000 Personen im Pflegebereich tätig. Damit hat sich die Zahl seit 1999 um mehr als 27.000 erhöht. Prognosen gehen davon aus, dass in den nächsten zehn Jahren bis zu 30.000 zusätzliche Beschäftigte benötigt werden (Bartenstein M., 2004). Der **Arbeitsmarkt kann den höheren Bedarf an Pflegepersonal seit 2001 nicht mehr decken**. Angesichts einer Arbeitslosenquote von 7,1% (2004) stellt sich die Frage, warum so wenige einen sicheren Arbeitsplatz in einer Wachstumsbranche anstreben.

Der **Pflegeberuf wird von Frauen dominiert**. Die NEXT-Befragung in Deutschland ergab einen Frauenanteil von 82% im Krankenhaus, 88% in den Altenheimen und 92% in der mobilen Pflege.

Daten von Fehlinger F. aus dem Jahr 1996 weisen für Oberösterreich vergleichbare Werte (80-89% Krankenhäuser, 90% Alten/Pflegeheime, 94% Mobile Dienste) aus.

Mitte der 90er Jahre waren in Österreich etwa 13.200 Vollzeitäquivalente⁷ in den Alten- und Pflegeheimen beschäftigt. Etwa 20% waren Diplomkrankenschwestern/pfleger, 50% AltenfachbetreuerInnen und PflegehelferInnen und rund 30% angelerntes Personal (Hintermayer Ch.,2005). In Oberösterreich stieg die Zahl in den Altenheimen beschäftigter Personen von 3353 im Jahre 1994 auf 7292 im Jahr 2005 (OÖ Nachrichten, 28. 2. 2006, S.3, Linz).

Bei den Mobilen Sozialen Diensten waren zur gleichen Zeit in Gesamtösterreich 5.770 Vollzeitäquivalente beschäftigt, davon 70% HeimhelferInnen.

Zwischen 1997 und 2000 stieg die Inanspruchnahme extramuraler Dienste in Österreich um 17% (Rubisch M., Philipp S., 2001).

In Oberösterreich stieg die Zahl der Hausbesuche im Rahmen der mobilen Betreuung zwischen 1994 und 2005 von 498.086 auf 1.360.543 (+ 173%). Dennoch liegt Oberösterreich mit durchschnittlich 50 Betreuungsstunden pro KlientIn bzw. 8,7 Betreuungsstunden pro Einwohner über 75 Jahre an letzter Stelle im Ranking der Bundesländer (OÖ Rundschau, 1. 3 2006, S. 18, Linz).

⁷ Erläuterungen dazu im Glossar

1.5.1.3 Altersstruktur der PflegemitarbeiterInnen

Das Durchschnittsalter der MitarbeiterInnen in der Pflege betrug bei der NEXT-Befragung in Deutschland (Tackenberg P., 2005, vgl. Folie 12) 42,6 Jahre in Alten- und Pflegeheimen, 41,5 Jahre bei den mobilen Diensten und 38,3 Jahre in den Krankenhäusern.

Das Durchschnittsalter der unselbständig Erwerbstätigen in Österreich beträgt laut Statistik Austria (2005) 37,6 Jahre (Männer 38,0; Frauen 37,2).

Bei der Erhebung von Fehlinger F. und Wimmer K. (2003) in oberösterreichischen Alten- und Pflegeheimen waren 57% der beschäftigten Personen jünger als 40 Jahre, 10% älter als 51 und 2,2% älter als 55 Jahre.

Eine weitere Untersuchung in einem Welser Seniorenheim durch Jagsch Ch. et al. (2005) ergab, dass 31% der Mitarbeiter/innen der Altersgruppe 46-55 angehörten, nur 4% waren älter als 55 Jahre.

Beim BGW-DAK Gesundheitsreport 2001 gehörten 29,5% der MitarbeiterInnen im **Seniorenheim** der Altersgruppe 40-49 Jahre an, 24,4% der Altersgruppe 50+. Schwerpunktmäßig liegt somit eine „mittelalterliche“ **Beschäftigungsstruktur** vor. Das liegt zum Teil auch daran, dass viele der jüngeren MitarbeiterInnen in der Pflege (besonders Diplomkrankenschwestern/pfleger) in das (besser zahlende) Krankenhaus wechselten.

Eine Untersuchung von Kollar D. (2002, vgl. S. 29) hat gezeigt, dass die Altersstruktur der Pflegekräfte im **Krankenhaus** durch **junge weibliche Arbeitskräfte** geprägt ist. 58% der MitarbeiterInnen sind dort unter 35 Jahre alt, nur 5% gehören der Altersgruppe 50+ an.

Im Bereich der **mobilen Sozialen Pflege** beträgt der Anteil der MitarbeiterInnen der Altersgruppe 50+ laut Fehlinger F. (2003) 12,2%. Weitere 64% sind zwischen 36 und 50 Jahre alt.

Eine der Herausforderungen wird in den kommenden Jahren die Schaffung altersgerechter Arbeitsanforderungen durch „**Age Management**⁸“ sein, um das vorzeitige Ausscheiden der MitarbeiterInnen aus dem Pflegeberuf zu vermeiden bzw. das Erreichen des Pensionsalters zu ermöglichen.

1.5.1.4 Erwerbsquote älterer MitarbeiterInnen in der Pflege

Da die Pflegeberufe im Mikrozensus⁹ 2003 der Statistik Austria unter der Kategorie N „Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen“ geführt werden und keine gesonderte Auswertung für den Bereich der Altenpflege vorliegt, war es mir nicht möglich, einen Vergleich der Erwerbsquoten der gesamten unselbständig beschäftigten Personen in Österreich und der MitarbeiterInnen in der Altenbetreuung vorzunehmen. Auch bezüglich der Erwerbsquoten älterer MitarbeiterInnen in der Altenpflege ist keine Aussage möglich.

Aus den Angaben der Altersstruktur der Pflegekräfte (Kapitel 1.5.1.3) geht hervor, dass der Anteil älterer MitarbeiterInnen in den Krankenhäusern sehr niedrig ist. Hingegen gehören in **Alten- und Seniorenheimen** bis zu **21,9% der BetreuerInnen** der **Altersgruppe 50+** an. Somit sind ältere MitarbeiterInnen in diesen Einrichtungen keinesfalls unterrepräsentiert (allerdings sinkt laut Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes der BRD aus dem Jahre 2002 der Anteil der Erwerbstätigen in der Pflege - examiniertes Personal - auf **nur 6,2% in der Altersgruppe 55+** ab.

⁸ Erläuterungen dazu im Glossar

⁹ Erläuterungen dazu im Glossar

Der Anteil der Altersgruppe 55+ an der Gesamtheit der unselbständig erwerbstätigen Frauen war mit 11,1% deutlich höher, vgl. Hasselhorn, 2005 S.8).

In der Stichprobe der **NEXT-Studie** lag der Anteil der **Altersgruppe 55+** mit **4,3%** noch niedriger, als im Mikrozensus. In **oberösterreichischen Alten- und Pflegeheimen** gehören (laut Fehlinger F., 2003) nur mehr eine verschwindende Minderheit von **2,2%** der gesamten BetreuerInnen dieser Altersgruppe an.

Ein möglicher Grund dafür kann in dem (in den letzten 10 bis 15 Jahren) in Österreich vollzogenen **Ausbau der stationären Altenbetreuung** liegen, der mit einem starken Anstieg des Pflegepersonals (seit 1999 um mehr als 27.000 MitarbeiterInnen) einherging. Viele der rekrutierten Personen waren Frauen mittleren Alters, welche die Ausbildung zur AltenfachbetreuerIn absolvierten. Diplomkrankenschwestern waren nach einer längeren Unterbrechung der Berufsausübung wegen Karenz und Kinderbetreuung eher bereit, im Bereich der Altenpflege (stationär und ambulant) tätig zu werden.

Aus oben angeführten Gründen gibt es somit unter den älteren MitarbeiterInnen in der Pflege (45+) nicht wenige, die noch keine 10 Jahre in diesem Beruf verbracht haben.

1.5.1.5 Berufsverweildauer in der Pflege – Vergleich Krankenhaus/Altenheim/Mobile Dienste

Bei den Angaben zur Verweildauer ist zwischen der Dauer der Tätigkeit in der derzeitigen Einrichtung und der Gesamtdauer der Beschäftigung im Pflegeberuf zu unterscheiden. Es gibt Daten zur Verweildauer in der jeweiligen Einrichtung (siehe Kapitel 2.4.2 BGW-DAK Gesundheitsreport 2001 Altenpflege), jedoch keine stichhaltigen Zahlen zur Verweildauer im Pflegeberuf - weder aus Österreich, noch aus internationalen Studien.

Insbesondere sind **keine systematischen Untersuchungen zu Berufsverläufen früherer Generationen von Pflegekräften** durchgeführt worden (Krajic K, Nowak P., Vyslouzil M., 2003, Pflegenotstand in Österreich ?, vgl. S. 25).

Es gibt allerdings eine Reihe von Untersuchungen, die sich mit Faktoren wie Berufszufriedenheit, Belastungen und Ressourcen im Pflegeberuf, sowie der Absicht den Beruf zu verlassen beschäftigen (vgl. Kapitel 2.4.1 NEXT-Studie, AKNÖ 1998, 1998a; Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste 2002, IFES 2002 etc.). Sowohl die **NEXT-Studie**, als auch die **österreichischen Befragungen** weisen einen **Anteil zwischen 20 bis 30% potentieller Berufsaussteiger** aus.

Die **Angaben zur gesamten Verweildauer im Pflegeberuf** (inklusive Ausbildungszeit) **weichen zum Teil stark voneinander ab**. Eine Aussendung des Österreichischen Roten Kreuzes 2002 (Kerschbaum W.) geht von durchschnittlich 4 Jahren aus. Der Berufsverband österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeberufe gibt 4 bis 6 Jahre an, es gibt aber keine konkreten Zahlen (eine Mikrozensuserhebung im September 2000 zum Thema Arbeitsplatzwechsel fasste das Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen zusammen und ist damit für den spezifischen Zweck unbrauchbar, Krajic K. et al., 2003, vgl. S. 25).

Eine relativ optimistische Einschätzung der Berufsverweildauer stammt von Frau Scholta, Sozialabteilung des Landes OÖ, die von 12 Jahren durchschnittlicher Verweildauer spricht (Fehlinger F., 2003, vgl. S. 12). Eine Unterscheidung der Berufsverweildauer zwischen Krankenhaus, stationärer und mobiler Altenpflege ist mangels Daten nicht möglich. Es kann lediglich festgestellt werden, dass der Anteil der LangzeitmitarbeiterInnen (länger als 10 Jahre) pro Einrichtung im Krankenhaus wesentlich höher ist, als in der Altenpflege.

1.5.1.6 Gründe für die kurze Berufsverweildauer in der Pflege

Die NEXT-Studie nennt zu Projektbeginn **4 Hauptgründe** für den vorzeitigen Ausstieg aus dem Pflegeberuf:

- Schwere psychische und körperliche **Arbeitsbedingungen**
- Ungünstige und ungesunde **Arbeitszeiten**
- Niedriger **Lohn**
- Schlechtes **Image** des Pflegeberufes

Ich werde in den nachfolgenden Kapiteln näher auf die oben genannten Faktoren, die den Wechsel in einen anderen Beruf bzw. den Berufsausstieg begünstigen eingehen. Sie tragen meiner Ansicht nach zur derzeit bestehenden geringen Attraktivität des Pflegeberufes (vor Allem für jüngere Arbeitskräfte) bei.

1.5.1.7 Personalbedarf und Rekrutierungsprobleme

Im **Langzeitbereich** (stationär und mobil) gibt es klare Hinweise auf Personalmangel (Krajic K. et al. 2003, vgl. S. 6). Quantitative Schätzungen des Fehlbestandes gehen von einem **zusätzlichen Bedarf zwischen 1400 und 6.500 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) in Österreich** aus.

Eine Berechnung des ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) aus dem Jahr 2003 ergab folgenden **Zusatzbedarf** an Pflegepersonal:

- 1350 VZÄ diplomierte GuKP (Gesundheits- und KrankenpflegerInnen)
- 3420 PflegehelferInnen und AltenfachbetreuerInnen
- 420 Personen der Hilfsdienste

Aufgrund der **demographischen Bevölkerungsentwicklung** und einem **Rückgang des informellen Pflegepotentials** in den kommenden Jahren wird sich dieser bereits bestehende Fehlbestand noch deutlich erhöhen, sofern nicht von öffentlicher

Seite Maßnahmen ergriffen werden (vgl. Bartenstein, 2004, Kapitel 1.5.1.2). Aufgrund des deutlichen **Rückganges an Geburten** in Österreich seit den 70er-Jahren ist mit einer weiteren Verknappung der Zahl potentieller EinsteigerInnen in den Pflegeberuf zu rechnen. Es wird ein heißer **Konkurrenzkampf** der einzelnen Professionen (auch innerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens) um die NeueinsteigerInnen entstehen und ich fürchte, dass der **Pflegeberuf** aufgrund der derzeit bestehenden **geringen Attraktivität** von Vielen nicht als Berufsziel gewählt wird. Mit einer zunehmenden **Personalverknappung** werden sich dann zwangsläufig **Qualitätsprobleme** bei der Ausführung der Pfl egetätigkeit und **gesundheitliche Probleme der MitarbeiterInnen** einstellen, was eine Abwärtsspirale in Gang setzen wird (weiterer Attraktivitätsverlust des Pflegeberufes etc.).

Von politischer Ebene wird versucht, dieser Gefahr durch das neue „**Gesundheits- und Krankenpflegegesetz für Arbeitskräfteüberlasser**“ zu begegnen. Damit soll ein Anreiz für Personalleasingbetriebe zur Rekrutierung qualifizierten Personals geschaffen werden. Allerdings ist die Zahl der Leiharbeitskräfte mit 15% aller Gesundheits- und Krankenpflegepersonen limitiert (OÖ Rundschau, 23. 11. 2005, S. 27, Linz).

Durch Rekrutierung von Pflegekräften aus dem Ausland (ehemalige Ostblockstaaten, Philippinen, Thailand...) wird, wenn überhaupt, höchstens der Bereich der Heimhilfe und Pflegehilfe abgedeckt werden können. Für den Pflegebereich, der eine höhere Qualifizierung voraussetzt (DKS/DKP/AFB) sehe ich aber gewaltige Probleme auf die Pflegelandschaft in Österreich zukommen. Die Politiker wären also gut beraten, sich besser heute als morgen den Kopf darüber zu zerbrechen, wie sie dieses sich anbahnende Fiasko in den Griff bekommen können.

Die **derzeitige Ausbildungssituation** mit fehlendem Maturaabschluss beim diplomierten Personal (**berufliche Sackgasse**) und erschwelter Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Pflegeberufen trägt ebenfalls zur geringen Attraktivität des Pflegeberufes bei. (Kollar D., 2002, vgl. S. 9-12).

Es ist zum jetzigen Zeitpunkt für AltenfachbetreuerInnen praktisch unmöglich, berufsbegleitend eine Ausbildung zur Diplomkrankenschwester/pfleger zu absolvieren.

1.5.1.8 Kostenentwicklung im Pflegebereich

Laut Simsa R. (2004) stehen die stark wachsenden und personalintensiven Pflegedienste derzeit unter einem starken **Effizienzdruck**. Die öffentliche Hand verfolgt eine Doppelstrategie im Sozialbereich im Zuge des Versuchs einer **Budgetkonsolidierung**. *Zum einen wird Druck auf die Organisationen ausgeübt, effizienter, professioneller und letztlich billiger zu arbeiten. Den finanziellen Kürzungen stehen zum anderen aber Ansprüche an mehr Leistungen gegenüber.* (Zitat: Badelt Ch., 2001).

Streissler A. (2004) gibt folgende Zahlen für die **Kosten des gesamten Pflegebereiches** in Österreich an:

- Pflegegeld.....1,5 Milliarden Euro
- Aufwendungen für Pflegeheime.....1,1 Milliarden Euro
- Aufwendungen für ambulante Pflege..... 500 Millionen Euro

Interessensvertretungen der ArbeitnehmerInnen fordern, in Zukunft Sachleistungen (Ausbau von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen) gegenüber Geldleistungen (Pflegegeld) den Vorrang zu geben. In den meisten Ländern der EU (außer Österreich und Deutschland) sind die Geldleistungen zweckgebunden, d. h. – sie dürfen ausschließlich zum Ankauf qualifizierter Pflege verwendet werden.

Durch den starken Rückgang der informellen Pflege in den nächsten 20 Jahren (um 40%) und den dadurch erforderlichen Ausbau stationärer und besonders ambulanter Strukturen der Altenbetreuung werden auch die **Kosten des Pflegebereiches bis 2030 stark ansteigen**.

Heute (2004) machen die Aufwendungen für den Pflegebereich 1,39% des Bruttoinlandsproduktes (BIP) aus. Die Erhöhung der mobilen Betreuung würde den Anteil bis 2010 auf 1,76% des BIP, bis 2020 auf 2,32 und bis 2030 auf 3,18% erhöhen. Wenn eine Abdämpfung dieser Entwicklung durch das prognostizierte Wirtschaftswachstum eingerechnet wird, würden die Pflegeausgaben bis 2030 immer noch auf 1,70% des BIP ansteigen.

2. State of the Art

In diesem Kapitel werde ich einleitend die Begriffe **Belastung**, **Beanspruchung**, **Bewältigung** und **Ressourcen** definieren. Es gibt eine Vielzahl von Konzepten mit differierenden Darstellungen dieser Begriffe. Ich beschränke mich auf jeweils **eine** Definition, um nicht den Rahmen meiner Arbeit zu sprengen. Unter dem Punkt 2. 3 werde ich nähere Angaben zum Begriff „**Arbeitsbewältigungsindex**“ machen, da dieser Teil meiner Mitarbeiterbefragung ist. In einem eigenen Kapitel (2.4) gehe ich auf das Thema „Belastungen und Ressourcen im Pflegeberuf“ ein und stelle **Studien**, die sich damit befassen vor. Weiters führe ich mögliche Gründe für ein vorzeitiges Verlassen des Pflegeberufes an. Ich werde zu diesen Untersuchungen **(kritische) Anmerkungen** machen und **Vergleiche** zwischen den einzelnen Studien und deren Ergebnissen anstellen. Weiters werde ich die **Motive** für die Auswahl meines Forschungsgegenstandes - die Erhebung der Belastungen und Ressourcen der MitarbeiterInnen in der stationären Altenbetreuung des Seniorenheims Gunskirchen – anführen und meine **Erwartungen** zu den Ergebnissen (Kapitel 2.5). Eine Beschreibung des Seniorenwohn- und Pflegeheimes der Marktgemeinde Gunskirchen schließt das Kapitel ab.

2.1 Belastung – Beanspruchung – Bewältigung

Da diese Begriffe essentielle Bestandteile meiner Untersuchung sind, stelle ich zunächst Definitionen nach einem Konzept von Scheuch K. und Schröder H. vor (1990, Berlin).

2.1.1 Definitionen nach dem integrativen Belastungs – Beanspruchungs – Bewältigungskonzept

Es gibt kein Konzept zu Arbeit, Krankheit, Gesundheit und Leistungsfähigkeit, welches einen Anspruch auf Allgemeingültigkeit aufweisen kann.

Das nachfolgend angeführte Modell ermöglicht eine gute Vorstellung darüber, auf welche Weise Belastungen bei den arbeitenden Menschen zu Beanspruchungen führen und welche Aktivitäten zu deren Bewältigung beitragen. Das **integrative Belastungskonzept** steht auch nicht grundsätzlich im Widerspruch zu den **Modellen von Karasek R.A. und Theorell T.** (1979, 1990), auf welche ich bei der Strukturierung der Darstellung der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung zurückgegriffen habe.

2.1.1.1 Belastung

„Belastung ist 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“. (Zitat: Scheuch K., Dresden, aus Triebig G.:2003, Arbeitsmedizin, vgl. S. 566).

- Physische (körperliche) Belastung
- Psychische (geistige) Belastung
- Psychosoziale Belastung (zwischenmenschliche Beziehungen)
- Belastungen durch Umwelt- und Umgebungsfaktoren

Es gibt keine reinen Formen dieser Belastungsarten, sondern **immer Mischformen** (Triebig G.:2003, S. 567).

2.1.1.2 Beanspruchung

„Beanspruchung ist die Wirkung der Belastung auf das Lebewesen, die sich in Veränderungen von Organen und Organsystemen, im Belastungs- und Beanspruchungserleben sowie der Handlungsfähigkeit zeigt“. (Zitat: Scheuch K., Dresden, Triebig G.: 2003, S.567).

Beim integrativen Belastungs-Beanspruchungskonzept wird vom **Prinzip der Wechselwirkung** ausgegangen. Der arbeitende Mensch befindet sich bei

weitgehender Übereinstimmung zwischen Belastungen und individuellen Voraussetzungen im Zustand der „funktionellen Optimalität“.

2.1.1.3 Bewältigung

Durch quantitative als auch qualitative Über- oder Unterforderung aufgrund einer an die individuellen Voraussetzungen unangepassten Arbeitsbelastung wird diese „funktionelle Optimalität“ gestört.

Durch **Kompensationsaktivitäten** (somatische, psychische und soziale Prozesse) wird daraufhin versucht, die „funktionelle Optimalität“ wieder zu erreichen. Ausdrucksformen der Kompensation (Bewältigung) sind Ermüdung, Stress, psychische Sättigung und Monotonie, sowie herabgesetzte Vigilanz (Aufmerksamkeitsspanne). Die oben angeführten Kompensationsaktivitäten gehen mit einer vorübergehenden Verschlechterung der Aufgabenbewältigung einher. Sie sind reversibel.

„Bei ausreichender Erholung (Ermüdung), bei Übernahme einer anderen Tätigkeit oder Aufgabe (Monotonie und psychische Sättigung), bei Bewältigung einer Anforderung (Stress) bilden sich diese Zustände zurück“. (aus Triebig G.: 2003, S. 576).

Ein **Misslingen** der Kompensationsaktivitäten kann zur „**Dekompensation**“ und damit zur Krankheit führen (Triebig G.: 2003, S.572). Erfolgreiche Kompensation stellt einen Trainingsreiz für den Organismus dar und führt zum Erlernen von Bewältigungsstilen und –strategien.

2.2 Ressourcen

Der Begriff Ressourcen ist ungemein weitreichend. Ich werde zunächst zwei sehr allgemein gehaltene **Definitionen** darstellen und davon ausgehend eine **Eingrenzung** auf die Ressourcen vornehmen, welche im Pflegeberuf von vorrangiger Bedeutung sind.

2.2.1 Definitionen des Begriffes

„Als Ressourcen werden im Allgemeinen die Mittel bezeichnet, die benötigt werden, um eine bestimmte Aufgabe zu lösen. Meist werden darunter Betriebsmittel, Geldmittel, Rohstoffe, Boden, Energie oder Personen verstanden“

(Quelle: Wikipedia „Die freie Enzyklopädie“).

Eine andere Definition mit Bezug zum NLP (neuro-linguistisches Programmieren¹⁰) versteht unter Ressource *„das innere und äußere Potential eines Subjektes, das es ihm ermöglicht, angestrebte Ziele zu erreichen“*. (Hücker F. J. ,2006, Berlin). Die erste Definition stellt das **„Materielle“** in den Mittelpunkt, während die Begriffserklärung von Hücker F. J. den **„Menschen“** mit seinen individuellen Voraussetzungen voranstellt. Dieser Sichtweise gebe ich bei meinen weiteren Ausführungen den Vorzug.

¹⁰ Erläuterung zum Begriff im Glossar

2.2.2 Individuelle Voraussetzungen zur Arbeits/aufgabenbewältigung

„Zu den individuellen Voraussetzungen gehören habituelle, überdauernde, prinzipiell vorhandene Merkmale und Möglichkeiten zur Reaktion auf eine Belastung, sowie situative Merkmale, die in einer konkreten Belastungssituation wirken können“
(Zitat: Scheuch K. :2003, vgl. S. 568).

2.2.2.1 Habituelle Merkmale

- Körperliche Voraussetzungen (Konstitution, Alter, Geschlecht)
- Trainings- und Anpassungszustand des Organismus
- Bedürfnis- und Motivationsstruktur (selbstgestellte Erwartungen, Anforderungen)
- Persönlichkeitseigenschaften (allgemeine Bewältigungsfähigkeiten)
- Fähigkeiten, Fertigkeiten in Beziehung zur Aufgabenstellung
- Erfahrungen

Die habituellen Merkmale sind **beeinflussbar** – die körperliche Belastbarkeit etwa kann durch konsequent betriebenes **Training** deutlich erhöht werden. Durch **Wissenserwerb** und **praktische Anwendung** können Fähigkeiten und Fertigkeiten erweitert werden.

2.2.2.2 Situative Merkmale

- Funktionszustand und Aktivitätsniveau des Organismus
- Situativ wirksame Erwartungen, Einstellungen, Motivationen, Wille
- Außerberufliche soziale und Verhaltenseinflüsse
- Emotionen wie Angst, Freude, Ärger

Die situativen Merkmale treten in direktem Zusammenhang mit der jeweiligen Belastung auf, und können sich **förderlich oder hemmend** auf die Bewältigung der gestellten Aufgaben/Anforderungen auswirken. (Scheuch K.:2003, vgl. S. 568).

2.2.3 Ressourcenfaktoren im Bereich der Altenbetreuung

Im Hauptteil unter Punkt 4.2.3 erfolgt eine ausführliche Darstellung der abgefragten Ressourcenfaktoren. Daher führe ich an dieser Stelle nur in Kürze die **Merkmale** an, die **im Pflegebereich die größte Bedeutung** haben.

- Vielseitigkeit und Abwechslungsreichtum der Arbeitsaufgaben (Persönlichkeitsförderlichkeit)
- Handlungs- und Entscheidungsspielraum bei der Arbeit (Kontrolle)
- Sozialer Rückhalt (KollegInnen, Vorgesetzte, Familie)
- Information und Mitsprachemöglichkeit am Arbeitsplatz (Verbesserungsvorschläge, Qualitätsmanagement , KVP¹¹)
- Weiterbildungsmöglichkeiten, Aufstiegsmöglichkeiten (Karriere)
- Image von Einrichtung und Beruf
- Entlohnung, Kinderbetreuung
- Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)
- Passende Work-Life-Balance (familiengerechte Arbeitszeit)

Das **Vorhandensein bzw. Fehlen** dieser Ressourcenfaktoren hat einen großen **Einfluss auf die Motivation**, sowie die **Arbeits- und Berufszufriedenheit** der MitarbeiterInnen in der Altenbetreuung. Die Höhe der **Abwesenheitsrate** und **Fluktuation** in einer Einrichtung korreliert ebenfalls mit der Ausprägung dieser Merkmale.

¹¹ Kontinuierlicher Verbesserungsprozeß, Erläuterungen dazu im Glossar

2.3 Der Arbeitsbewältigungsindex (ABI), Work- Ability- Index (WAI)

„Der Arbeitsbewältigungsindex (ABI, WAI) ist ein Instrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit von Erwerbstätigen. Er wird auch als Arbeitsfähigkeitsindex bzw. Work- Ability- Index bezeichnet“. (Simon M.: 2005, WAI – Informationspapier).

2.3.1 Entwicklung und Konzept

Der Arbeitsbewältigungsindex-Fragebogen wurde in den 80er Jahren von **finnischen Arbeitswissenschaftlern** (Tuomi K. , Ilmarinen J. et al.) entwickelt und in groß angelegten Studien validiert. Seither wurde er in 21 Sprachen übersetzt. In Deutschland wird er seit 1995 zumeist im Rahmen der **betrieblichen Vorsorge** eingesetzt. (Simon M.: 2005, WAI- Informationspapier).

Nach Juhani Ilmarinen beruht die **Arbeitsfähigkeit auf 4 Säulen**:

- Das Individuum (Gesundheit, funktionelle Kapazität)
- Professionelle Kompetenz (Ausbildung)
- Die Arbeit (Inhalt, Organisation, Umgebung)
- Motivation (Führung)

Maßnahmen zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Steigerung der Arbeitsfähigkeit setzen an diesen 4 Säulen an und sind (wie in finnischen Längsschnittstudien nachgewiesen werden konnte) auch im höheren Alter noch wirksam. (Tuomi K., Ilmarinen J. et al.: 1991, Helsinki).

2.3.2 Aufbau des Arbeitsbewältigungsindex – Fragebogens

Der ABI setzt sich aus den **folgenden Fragenkomplexen (Items)** zusammen:

Item	Beschreibung	Punkte
Item 1	Arbeitsbewältigungsfähigkeit im Vergleich mit der besten jemals erreichten	0 - 10 Punkte
Item 2	Arbeitsbewältigungsfähigkeit im Verhältnis zu den Anforderungen der Arbeit (körperlich, psychisch)	2 – 10 Punkte
Item 3	Anzahl der aktuellen Krankheiten, die von einem Arzt diagnostiziert worden sind	1 – 7 Punkte
Item 4	Geschätzte Behinderung bei der Arbeit als Folge dieser Erkrankungen	1 – 6 Punkte
Item 5	Krankenstand während des letzten Jahres (12 Monate)	1 – 5 Punkte
Item 6	Eigene Vorhersage über die Arbeitsbewältigungsfähigkeit ab jetzt innerhalb der nächsten zwei Jahre	1, 4 und 7 Punkte
Item 7	Mentale Ressourcen und Befindlichkeiten	1 – 4 Punkte

Tabelle 2: Fragenkomplexe (Items) des ABI; aus Tempel J. (2003), Folie 6

Beim Item 2 erfolgt eine unterschiedliche Errechnung der Punkte, abhängig davon, ob die Arbeit überwiegend körperlich bzw. psychisch belastend ist, oder beide Belastungsarten in annähernd gleichem Ausmaß auftreten.

Die Gesamtpunktezahl welche bei der Befragung erreicht wird, der **ABI-Index** wird durch Addition der Punkte von Item 1-7 errechnet. Es werden folgende

Einstufungen des Arbeitsbewältigungsindex vorgenommen:

- „sehr gut“ **44 – 49 Punkte**
- „gut“ **37 – 43 Punkte**
- „mäßig“ **28 – 36 Punkte**
- „schlecht“ **07 – 27 Punkte**

Es gibt keine Mitarbeiter mit einem „schlechten ABI“!. (Tempel J.:2003, Folie 8)

Das Verhältnis von Arbeitsanforderung zur individuellen Leistungsfähigkeit kann „sehr gut“, aber auch „schlecht“ sein.

2.4 Studien zu Belastungen und/oder Ressourcen im Pflegeberuf

In den vergangenen 5 Jahren wurden zahlreiche Untersuchungen (national und international) zu Arbeitsbedingungen, Belastungen, Gesundheit, Arbeitszufriedenheit und Berufsverweildauer von Pflegepersonal durchgeführt. Ich werde in diesem Kapitel einige dieser Studien vorstellen und **Vergleiche** zwischen Belastungen und Ressourcen der Pflegekräfte in der stationären und mobilen Altenbetreuung, sowie im Krankenhaus anstellen. Unterschiede in diesen Tätigkeitsbereichen wirken sich auf Faktoren wie Motivation, Arbeitszufriedenheit, Fluktuation und Berufsausstieg aus.

2.4.1 Die NEXT – Studie in Europa (nurses' early exit study)

Forschungsgegenstand dieser Untersuchung war die Erhebung der **Arbeitssituation** und **Ausstiegsabsicht von Pflegepersonal**. Die Studie wurde von der EU im Rahmen des 5. Forschungsrahmenprogrammes finanziert und in **10 europäischen Ländern** durchgeführt (Österreich nahm leider nicht daran teil). Die NEXT-Studie ist die größte Untersuchung des Pflegebereiches, die bisher in Europa stattgefunden hat. Vom Design her ist sie eine Längsschnitterhebung. Es wurden bei der Basiserhebung 2002/3 insgesamt etwa 78.000 standardisierte Fragebögen an 585 Institutionen versandt (147 Krankenhäuser, 185 Pflegeheime, 76 ambulante Pflegedienste, 177 Gesundheitszentren). Die Rücklaufquote der durch die Pflegekräfte beantworteten Fragebögen betrug 51,4% (Hasselhorn H.-M., Tackenberg P. et al.: 2005). In zwei Folgerhebungen wurden die Pflegenden, welche ihre Einrichtung in den 12 Monaten nach der Basisbefragung verlassen haben über die Beweggründe befragt.

Im Rahmen der Studie wurde auch das Erhebungsinstrument **„Arbeitsbewältigungsindex“** eingesetzt. Ziel der NEXT-Studie war die Förderung des Berufsverbleibs von Pflegekräften.

2.4.1.1 Ergebnisse im internationalen Vergleich

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgte in Form von graphischen Darstellungen des prozentuellen Anteils der Pflegenden in den verschiedenen Einrichtungen, für die das untersuchte Merkmal oder die gestellte Frage zutrifft.

Durchschnittliche Verweildauer in einer Einrichtung: mit ca. 6 Jahren war diese in Großbritannien, Deutschland und Finnland am kürzesten. Polen (fast 12 Jahre), Slowakei (10,2J. und Belgien (10J.) wiesen die längsten Zeiträume auf.

In Pflegeheimen betrug die Verweildauer im Schnitt 5,8 Jahre. In Deutschland denken 29% der Pflegekräfte im Krankenhausbereich, 28% in der ambulanten Pflege und 25% in den Alten- und Pflegeheimen oft daran die Einrichtung zu wechseln.

Altersverteilung pro Einrichtungstyp: in Deutschland betrug der Altersdurchschnitt des Pflegepersonals in Pflegeheimen 42,6 Jahre (ambulante Pflege 41,5J., Krankenhäuser 36,6-39,0J.).

Gedanke an Berufsausstieg: 36% des Pflegepersonals in England denken oft (mehrmals im Monat) daran, den Pflegeberuf zu verlassen. Dies ist der höchste Prozentsatz der 10 an der Studie teilnehmenden Länder. In Italien beträgt der Wert 20%, in Deutschland 18,5%. Am wenigsten denken die Pflegekräfte in den Niederlanden an einen Berufsausstieg (unter 8%). In Pflegeheimen beträgt der Anteil der potentiellen BerufsaussteigerInnen 15%, und liegt damit niedriger als in der ambulanten Pflege (19%) und dem Krankenhaus (bis 22%). Bezogen auf die Altersgruppen ist der Anteil derer, die den Berufsausstieg erwägen bei den jüngeren Pflegekräften (unter 40) mit 21-26% wesentlich höher. Am seltensten denken MitarbeiterInnen der Altersgruppe 45+ ans Aufhören (10%). 19,7% des examinierten Pflegepersonals (entspricht den Altenfachbetreuer/innen in Österreich), sowie 15,7% des diplomierten Pflegepersonals denken oft an den Berufsausstieg.

Nutzung von Hebehilfen: in Deutschland werden Hebehilfen unzureichend eingesetzt. 51% der Pflegekräfte in Altenheimen verwenden bei ihrer Arbeit keine

Hebehilfen. In Krankenhäusern beträgt der Prozentsatz der Nutzer von Hebehilfen gar nur 10%. In den Niederlanden hingegen wenden über 90% der MitarbeiterInnen in der Pflege Hebehilfen an.

Gesundheit der Pflegekräfte (Stütz- und Bewegungsapparat): hier schneidet Deutschland mit fast 40% ärztlich diagnostizierter Wirbelsäulen- und Gelenkserkrankungen von allen untersuchten Ländern am schlechtesten ab. Die Niederlande erreichten mit 22% den besten Wert.

2.4.1.2 Stärken und Schwächen der Institutionen im Pflegebereich in Deutschland

Die NEXT-Studie (Hasselhorn H.-M. et al. (2005) : vgl. S. 53-55) hat folgendes ergeben:

Ergebnisse im Krankenhausbereich:

Stärken	Schwächen
Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten (v. a. große Einrichtungen)	Infektionsgefährdung, Lärm, gefährliche Stoffe (intensiv)
Einfluss auf die Dienstplangestaltung	Quantitative Anforderungen (Normalstation, Intensiv)
	Heben und Tragen (Normalstation)
	Interpersonelles Konfliktpotential (zwischen Hierarchien)
	Niedrige Bindung an Einrichtungen (v. a. große Einrichtungen)
	Arbeitsorganisation (z. B. Informationsfluss, Arbeitsanweisungen)

Tabelle 3: Zusammenfassung der NEXT- Befragungsergebnisse im Krankenhausbereich

Vor allem in großen Spitälern ist die Bindung des Pflegepersonals an die Einrichtung niedrig. Es besteht ein Zusammenhang mit Spannungen und Feindseligkeiten zwischen den Hierarchien und dem damit einhergehenden schlechten Betriebsklima.

Ergebnisse im Bereich der Alten- und Pflegeheime:

Stärken	Schwächen
Bindung an die Einrichtung	Quantitative Anforderungen
Arbeitsorganisation (z. B. Informationsfluss, Arbeitsanweisungen)	Heben und Tragen
	Umgang mit aggressiven und unfreundlichen Patienten
	Einfluss auf die Dienstplangestaltung
	Burnout

Tabelle 4: Zusammenfassung der NEXT– Befragungsergebnisse in Alten/Pflegeheimen

Die quantitativen Anforderungen und psychomentalen Belastungen sind in den Alten/Pflegeheimen besonders hoch. Die Auswirkungen dieser Belastungen sind steigende Fehlzeiten, Burnout und die zunehmende Absicht, den Beruf zu verlassen. Mit zunehmender Qualifikation der Pflegekräfte nimmt die Bindung an den Beruf ab, DKS/DKP wechseln oft in das (besser zahlende) Krankenhaus.

Ergebnisse im Bereich der ambulanten Dienste:

Stärken	Schwächen
Heben und Tragen (relativ zu Krankenhaus und Alten/Pflegeheim)	Einfluss bei der Arbeit
Soziales Arbeitsumfeld	Einfluss auf die Dienstplangestaltung
Bindung an die Einrichtung	
Arbeitsorganisation (z. B. Informationsfluss, Arbeitsanweisungen)	

Tabelle 5: Zusammenfassung der Befragungsergebnisse bei ambulanten Diensten

Der Anteil der MitarbeiterInnen mit „schlechtem“ ABI liegt in Alten/Pflegeheimen und ambulanten Diensten bei ca. 11%. Das Risiko dieser Gruppe, zu erkranken und damit „auszufallen“, ist hoch.

2.4.1.3 Eigene Anmerkungen zur NEXT – Studie und Kritik

Die NEXT-Studie ist von ihrem Ansatz und Umfang her sicherlich einzigartig in Europa. Noch nie zuvor ist es gelungen, eine derartige Fülle an Daten zur Arbeitssituation und Berufszufriedenheit von Pflegekräften zu erheben. Es zeigten sich **deutliche Unterschiede in den teilnehmenden europäischen Ländern** bezüglich durchschnittlicher Verweildauer in den Einrichtungen, Gesundheit des Stütz- und Bewegungsapparates oder der Nutzung von Hebehilfen.

Aus den bisher erfolgten Auswertungen der Ergebnisse der NEXT-Studie in Europa geht aber nicht hervor, wodurch sich diese, zum Teil enormen Differenzen erklären lassen. Insofern schließe ich mich der Kritik von G. Elsner an (2005: Der ABI – eine Bewertung aus arbeitsmedizinischer Sicht, vgl. S. 17), die anmerkt, dass der Zusammenhang mit den unterschiedlichen Arbeitsbedingungen in den einzelnen Ländern (wie z. B. Personalschlüssel in den Einrichtungen, Arbeitszeiten) zu wenig berücksichtigt wurde.

Von besonderem Interesse sind aus meiner Sicht folgende Faktoren, welche unbedingt **weiterer Analysen bedürfen**:

- Gründe für die hohe Nutzung von Hebehilfen in den Niederlanden bzw. deren geringe Akzeptanz in Deutschland
- Zusammenhang zwischen Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates und der fehlenden Verwendung von Hebehilfen
- Personalschlüssel in den Einrichtungen der 10 teilnehmenden Länder
- Arbeitszeitregelungen in den Pflegeeinrichtungen dieser 10 EU-Staaten

2.4.2 BGW – DAK Gesundheitsreport 2001 Altenpflege

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), beide mit Sitz in Hamburg führten im Jahre 2000 zwei schriftliche Befragungen ihrer Mitglieder durch. Ziel der Erhebung war der Gewinn von Erkenntnissen über die gesundheitliche Situation und Arbeitsbelastungen von Beschäftigten in Altenpflegeberufen.

2.4.2.1 BGW – DAK Stress – Monitoring

Diese Befragung richtete sich an Beschäftigte in 23 Berufsgruppen (Altenpfleger, Ärzte, Apotheker usw.) mit einer **Übergewichtung der Berufsgruppe der AltenpflegerInnen** - 3000 Befragte, statt der sonst angeschriebenen 1000. (Vgl. Berger J., Genz H.O., Kordt M.:2001, BGW-DAK Gesundheitsreport S. 90). Die Gesamtrücklaufquote betrug 30%. Das Ergebnis der Befragung wies die AltenpflegerInnen als die Berufsgruppe mit den am stärksten ausgeprägten gesundheitlichen Beschwerden aus.

Strukturdaten:

AltenpflegerInnen: 86,6% Frauen, Männer überwiegend in Altersgruppe 40 bis 49 (40%). 24,4% der BetreuerInnen über 50 Jahre alt.

Krankenschwestern/pfleger: 88,6% Frauen, 39,1% der Männer in Altersgruppe 40 bis 49. Ca. 18% der BetreuerInnen über 50 Jahre alt.

Durchschnittliche Verweildauer in der Einrichtung:

Dauer der Beschäftigung	Prozentzahlen
Bis zu 1 Jahr	9%
Über 1 bis 5 Jahre	38%
Über 5 bis 10 Jahre	30%
Über 10 bis 20 Jahre	21%
Über 20 Jahre	2%

Tabelle 6: AltenpflegerInnen: Dauer der Beschäftigung in der gegenwärtigen Einrichtung

Dauer der Beschäftigung	Prozentzahlen
Bis zu 1 Jahr	5%
Über 1 bis 5 Jahre	26%
Über 5 bis 10 Jahre	25%
Über 10 bis 20 Jahre	30%
Über 20 Jahre	14%

Tabelle 7: Krankenschwestern/pfleger: Dauer der Beschäftigung in der gegenwärtigen Einrichtung

Der Anteil der MitarbeiterInnen mit langer Verweildauer in der gegenwärtigen Einrichtung (mehr als 10 Jahre) ist mit 44% im Krankenhaus deutlich höher, als im Altenheim (23%).

Gesundheitliche Situation der AltenpflegerInnen im Vergleich zum Durchschnitt der berufstätigen Bevölkerung in der BRD:

- Psychische Gesundheit..... - **11,9%**
- Physische Gesundheit..... - **3,7%**
- Psychosomatische Beschwerden..... + **44,3%**

Psychomentale Belastungen:

Sowohl bei den AltenbetreuerInnen, als auch bei den Krankenschwestern/Pflegern waren die quantitativen Arbeitsbelastungen und häufige Arbeitsunterbrechungen die bedeutendsten Stressoren. Der Mittelwert (bei einer 5-stufigen Ratingskala) war mit 3,7 für die quantitativen Belastungen bei den AltenpflegerInnen deutlich höher, als bei den Krankenschwestern/Pflegern (3,3).

Ressourcenfaktoren:

Es zeigten sich hier keine nennenswerten Unterschiede zwischen AltenbetreuerInnen und Krankenschwestern/Pflegern für die Faktoren Vielseitigkeit, Handlungsspielraum und soziale Rückendeckung (Mittelwerte zwischen 3,4 bis 3,7). Am schwächsten ausgeprägt, und damit verbesserungsbedürftig war die Ressource „Information und Mitsprache“ (Mittelwert Heim: 3,2; Krankenhaus: 3,1).

Stressreaktionen:

Bei Anwendung des Stressmodells von Karasek und Theorell (1990, Healthy Work) wurden 31,5% der AltenpflegerInnen der Kategorie „hoher Stress“ zugeordnet.

Belastung durch PatientInnen und deren Angehörige:

Als stärkste Belastung wurde von den Pflegekräften der Mangel an Zeit für den Beziehungsaufbau zu den BewohnerInnen/Patienten wahrgenommen (Mittelwerte: Heim 3,79; Krankenhaus: 3,38). 61,5% der AltenpflegerInnen gaben an, zu wenig Zeit für den einzelnen Patienten zu haben. Die Belastung durch aggressive und nörgelnde BewohnerInnen ist ebenfalls hoch (Mittelwerte: Heim 3,35; Krankenhaus: 3,12). Die Belastung durch schwere Erkrankung oder Tod der BewohnerIn/Patienten wird überraschenderweise im Krankenhaus höher eingestuft (MW 3,26), als im Altenheim (MW 3,08). Die höhere Berufserfahrung der im Schnitt älteren MitarbeiterInnen im Seniorenheim trägt sicherlich zu einer höheren Akzeptanz von berufsbedingten Erfahrungen, wozu auch das Sterben von betreuten Personen gehört bei. Weniger belastend gestaltet sich die Beziehung des Pflegepersonals mit den Angehörigen der BewohnerInnen/Patienten (Mittelwerte zwischen 2,32 bis 2,52).

Wirbelsäulenbelastung:

Rund 80% der MitarbeiterInnen in Altenheimen gaben eine hohe bis sehr hohe Wirbelsäulenbelastung durch Heben und Tragen an (Krankenhaus: 64%). Die Belastung durch Rumpfbeugung/Drehung war mit 75% bei den AltenbetreuerInnen ebenfalls sehr hoch (Krankenhaus: 53%). Jeweils 39% der Befragten gaben an, stark unter Kreuz- und Rückenschmerzen bzw. Nacken- und Schulterschmerzen zu leiden.

Verfügbarkeit und Nutzung technischer Hebehilfen:

Rund 53% der MitarbeiterInnen in der Altenpflege (44,6% im Krankenhaus) verfügen über Hebehilfen und nutzen diese auch (vgl. NEXT-Studie: 49% Nutzer von Hebehilfen als Durchschnittswert aller Befragten). Immerhin 41,2% der AltenbetreuerInnen (28,7% der Krankenschwestern/Pfleger) nutzen vorhandene Hebehilfen nicht. Als Hauptgrund wird hoher Zeitdruck angegeben.

Hohe quantitative Arbeitsbelastung erhöht durch den entstehenden Zeitdruck das Verletzungsrisiko und die Gefahr von Überlastungsschäden der Wirbelsäule durch das Nichtbeachten ergonomischer Grundsätze. Verhaltensweisen, die in „Rückenschulen“ oder „Kinästhetik¹² -Ausbildungen“ eingeübt wurden, werden unter „Zeitstress“ plötzlich wieder vergessen.

¹² Erläuterungen dazu im Glossar

2.4.2.2 DAK – BGW – Pflegekräfte – Befragung

Bei dieser (bundesweiten) Befragung von Beschäftigten in der Krankenpflege wurden insgesamt 3400 Personen erreicht, die (noch) als Pflegekraft tätig waren. Die Rücklaufquote betrug 48,5%, davon konnten 1477 Fragebögen ausgewertet werden. Die Auswertung erfolgte durch das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES) in Berlin. Es erfolgte ein Vergleich zwischen den Antworten von Pflegekräften, die angaben, in einem Altenheim zu arbeiten, mit den Antworten der Beschäftigten in Krankenhäusern. Die Ergebnisse dieser Befragung habe ich im vorhergehenden Kapitel abgehandelt.

2.4.2.3 Eigene Anmerkungen zum BGW – DAK Gesundheitsreport 2001 Altenpflege

Bei der von mir durchgeführten Mitarbeiterbefragung mittels standardisiertem Fragebogen (quantitative Erhebung) verwendete ich den (leicht modifizierten) „**BGW-Betriebsbarometer**“. Dieser enthält neben einer Anleitung zur Mitarbeiterbefragung einen 7 Seiten umfassenden Fragebogen mit **5-stufiger Ratingskala**. Da diese Skala auch beim BGW-DAK Gesundheitsreport Verwendung fand bietet dieser eine **hervorragende Vergleichsmöglichkeit** mit der Mitarbeiterbefragung im Seniorenheim Gunskirchen. Der Gesundheitsreport 2001 Altenpflege hat sich von allen Untersuchungen zum Thema „Belastungen und Ressourcen in der Altenbetreuung“ **für meinen Forschungsgegenstand am relevantesten** erwiesen. Daher werde ich bei meinen weiteren Ausführungen sehr häufig darauf Bezug nehmen.

2.4.3 Gutachten zum „Pflegetotstand“ in Österreich

Das Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie erstellte zwischen Mai und Oktober 2003 ein wissenschaftliches Gutachten zum Thema „Pflegetotstand in Österreich?“. Gefördert wurde dieses durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe des ÖGB. Es wurde bei dieser Arbeit nur auf **Wissen aus österreichischer und internationaler Literatur** zurückgegriffen, jedoch keine neuen Datenerhebungen durchgeführt und auch keine spezifischen Fallstudien erstellt. (Krajic K. et al.:2003, vgl. S.5).

„**Pflegetotstand**“ wird als Verknüpfung von drei Problemkomponenten verstanden:

- **Pflegepersonalmangel** – Schwierigkeiten offene Stellen adäquat zu besetzen
- **Qualitätsmängel** in der Pflege – Differenz zwischen Erwartungen der Pflegenden und Gepflegten und tatsächlicher Realisierung in Bezug auf Qualität der Dienstleistungen/Qualität der Ergebnisse
- „**Pflege in Not**“ - Belastungen durch Arbeitsinhalt, sowie unzureichende organisatorische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen.

Die in sehr vielen europäischen Ländern vermutete kurze Verweildauer im Pflegeberuf (siehe NEXT-Studie) wird zunehmend als zu bearbeitendes Problem gesehen. Eine **Verlängerung der Berufsverweildauer** ist in diesem Gutachten der **zentrale Ansatzpunkt für Maßnahmenentwicklungen**.

2.4.3.1 Personalmangel im Pflegebereich

Im Langzeitbereich (stationäre und mobile Altenbetreuung) gibt es bereits jetzt viele unbesetzte Stellen. Schätzungen gehen von einem Fehlbestand zwischen ca. 1400 und 6500 Vollzeitäquivalenten in Österreich aus (Pochobradsky E., Schaffenberger E., ÖBIG 2003). Darüber hinaus ist es schwierig, diese Stellen adäquat zu besetzen. Die **starke Personalnachfrage am Akutsektor** mit massiven Personalaufstockungen in den letzten 15 Jahren hat wesentlich dazu beigetragen.

Kritische Trends, die den Bedarf (durch Anstieg der Belastungen) an Pflegekräften in Zukunft weiter erhöhen:

- Starke Zunahme der Zahl hochbetagter Menschen (80+)
- Zunahme der Personen mit Demenz, dadurch erhöhter Pflegeaufwand
- Raschere Entlassung aus der stationären Behandlung nach Akuterkrankungen (z.B. cerebraler Insult) und Operationen. Rehabilitationsmaßnahmen in Altenheim oder mobilen Bereich verlagert
- Steigende Ansprüche der PatientInnen und deren Angehörigen
- Steigende Qualitätsansprüche an Pflegestandards über gesundheitspolitische Vorgaben
- Wachstum des Gesundheits/Wellness- Sektors, welcher weiteres qualifiziertes Personal aus dem Langzeitsektor abziehen wird

2.4.3.2 Qualitätsprobleme im Pflegebereich

Bis vor wenigen Jahren gab es **kein systematisches Qualitätsmonitoring** im Pflegebereich (seit Oktober 2004 gibt es das **EU-Projekt „E – Qalin“** mit 36 Monaten Laufzeit unter Federführung des österreichischen Institutes für Bildung im Gesundheitsdienst, IBG¹³).

¹³ Siehe im Literaturverzeichnis unter E – Qalin (www.bmsg.gv.at)

Drei Qualitätsaspekte der pflegerischen Berufsausübung sind zu berücksichtigen:

- Qualität der Pflegemethoden und –techniken
- Qualität der Einstellung und des Verhaltens der Pflegeperson gegenüber den PatientInnen bzw. BewohnerInnen
- Qualität der Organisation des Pflegedienstes

2.4.3.3 „Pflege in Not“

Die Faktoren, welche eine kurze Verweildauer im Pflegeberuf begünstigen gliedern sich in drei Teilbereiche:

Belastungen aus der Art der Tätigkeit:

- Technisch (relativ) leicht beeinflussbar: körperliche Risiken (Hebehilfen, ergonomische Hebestandards, Kinästhetik usw.)
- Schwer zu ändern: täglicher Umgang mit Krankheit, Tod, Aggression, Hilflosigkeit (Supervision, Validation¹⁴, Entspannungstechniken)

Belastende organisatorische Rahmenbedingungen:

- Führungsprobleme und schlechtes Arbeitsklima
 - Zu hohe quantitative Arbeitsbelastung
 - Unattraktive Arbeitszeiten
 - Praxisschock zu Beginn durch mangelndes Mentoring
 - Hoher bürokratischer Aufwand
-

¹⁴ Erläuterungen dazu im Glossar

- Schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Familie
- Nicht leistungsadäquate Bezahlung

Belastungen aus dem weiteren gesellschaftlichen Umfeld:

- Demographischer und epidemiologischer Wandel, medizinischer Fortschritt
- Knappe öffentliche Finanzen
- Als zu gering wahrgenommene gesellschaftliche Anerkennung (Image)
- Veränderte Berufserwartungen und Motivationen
- Konkurrenz durch neue gesundheitsbezogene Tätigkeitsbereiche

2.4.3.4 Eigene Anmerkungen zu „Pflege in Not“

Der Titel des Gutachtens „Pflegetotstand“ ist reißerisch und der Verdacht liegt nahe, dass der Auftraggeber (ÖGB) damit auch bzw. **überwiegend politische Ziele** verfolgt. Ich bin der Ansicht, dass von dem Großteil der MitarbeiterInnen in der Altenbetreuung in Österreich hervorragende Arbeit geleistet wird. Sie zeichnen sich durch ein hohes Maß an sozialer Kompetenz und Liebe zu alten Menschen aus (siehe Kapitel 4.4.1).

Der Begriff „Pflegetotstand“ könnte aber einen Zustand vorwegnehmen, der sich in den kommenden Jahren im österreichischen Pflegebereich einstellt, wenn nicht auf die kritischen Trends mit entsprechenden Gegenmaßnahmen reagiert wird.

Eine **Verbesserung des Personal- und Qualitätsmanagements** vor Allem in den Einrichtungen der stationären Altenbetreuung ist aus meiner Sicht dringend **angezeigt**. Dadurch können die oft sehr **belastenden organisatorischen Rahmenbedingungen**, welche eine kurze Verweildauer im Pflegeberuf begünstigen, **entschärft** werden.

Ich stimme mit den Verfassern des Gutachtens überein, dass der Pflegeberuf erhebliche **Chancen** für inhaltliche und persönliche Erfolgserlebnisse bietet.

Der Pflegebereich ist ein **Wachstumsbereich par excellence mit hoher Arbeitsplatzsicherheit** – in Zeiten steigender Arbeitslosigkeit ein nicht unbedeutender Faktor.

2.4.4 Feldstudie der Arbeiterkammer für OÖ

Diese Studie wurde im Auftrag der Arbeiterkammer OÖ im Rahmen von ORGANOS im Zeitraum von Februar bis Dezember 2003 durchgeführt (Fehlinger F., Wimmer K.). Es erfolgte eine IST-Analyse des Arbeitsfeldes „Altenbetreuung und –pflege“ mittels qualitativer Einzel- und Gruppeninterviews. Es wurden 90 Personen in verschiedenen Funktionen der Altenbetreuung befragt, sowohl in stationären Einrichtungen, als auch in mobilen Diensten.

2.4.4.1 Berufstreue und Fluktuation in der Altenbetreuung und –pflege

Im **Personalbedarfsbericht des Landes Oberösterreich** vom März 2003 zeigte sich für das Jahr 2002 folgendes Bild:

19% des beschäftigten Diplompersonals und 13% der AltenfachbetreuerInnen haben das Dienstverhältnis gelöst bzw. vorübergehend geändert. Von diesen 593 Personen gingen 20 (3,4%) in Pension und 140 (23,6%) in Karenz. Aus den vorliegenden Zahlen kann nicht entnommen werden, ob die restlichen 73% den Beruf völlig verlassen haben, oder lediglich den Arbeitgeber oder das Arbeitsfeld (z. B. von mobil zu stationär) gewechselt haben. 75 Personen kamen nach Karenz oder nach anderweitiger Unterbrechung ihrer Berufstätigkeit wieder an ihren Arbeitsplatz zurück.

Lt. Frau Scholta, Sozialabteilung des Landes OÖ beträgt die **Fluktuation bei den AltenfachbetreuerInnen etwa 10%**, bei einer durchschnittlichen **Berufsverweildauer von 12 Jahren**. Je älter MitarbeiterInnen sind, umso treuer sind

sie dem Beruf. Beim **diplomierten Krankenpflegepersonal** ist die **Fluktuationsrate wesentlich höher**, sie wechseln häufig in das besser zahlende Krankenhaus.

2.4.4.2 „Gesund in die Rente“ im Berufsfeld Altenbetreuung und –pflege

Folgende Faktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit, als AltenbetreuerIn das Pensionsantrittsalter zu erreichen:

- Reflektierte und gereifte Berufswahlentscheidung – persönliche Motive, Werthaltungen und Anforderungen des Berufsfeldes im Einklang
- Gewisse Reife an Lebensjahren und Erfahrung bereits beim Berufseinstieg
- Mentoring als Einstiegs- und Integrationshilfe
- Leistungsadäquate Bezahlung
- Psychische Stützung im jüngeren Dienstalter (Supervision)
- Körperliche Entlastung in fortgeschrittenem Dienstalter (Spezialisierung)
- Eigenverantwortliche aktive Gesundheitsvorsorge (Work-Life-Balance, Burnout- Prophylaxe, Stressmanagement)
- Bereitschaft und Möglichkeit, in unterschiedlichen Einsatzgebieten Erfahrung zu sammeln (Flexibilität)
- Wertschätzender und kooperativer Umgang der verschiedenen Berufsgruppen untereinander
- Förderlicher Organisationskontext (Arbeitszeit, Information, Kommunikation)
- Übereinstimmung von Arbeitsanforderungen mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen

2.4.4.3 Eigene Anmerkungen zur Feldstudie

Der befragte Personenkreis dieser Studie ist eher klein (90), darunter leidet die Objektivität. Der Auftraggeber (Arbeiterkammer für OÖ) verfolgt mit dieser Untersuchung **primär arbeitspolitische Ziele**.

Auf der anderen Seite bietet die Arbeit **gute Strukturdaten** zur Situation der Altenbetreuung in Oberösterreich (das von mir analysierte Seniorenheim Gunskirchen liegt in diesem Bundesland).

Die **Faktorenanalyse** (vgl. Fehlinger: 2003, S. 18) in Anlehnung an das „**Salutogenese¹⁵- Modell**“ von **Aaron Antonovsky**, des **Modells der „Gesunden Organisation¹⁶“** nach **Badura** und des **Maslach’schen „Burnout– Inventory¹⁷“**, welche in dieser Feldstudie angewandt wurde, hat mir **wertvolle Anregungen** bei der Erstellung meines Fragebogens für die Einzelinterviews der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen gegeben (siehe Kapitel 3.2.3).

¹⁵ Erläuterungen dazu im Glossar

¹⁶ Siehe Glossar

¹⁷ Siehe Glossar

2.4.5 Personalmanagement, Arbeitszufriedenheit und Motivation in Organisationen der Altenpflege und –betreuung

Diese **Dissertation** wurde im Jahr 2004 von Schober Ch. und M. an der Wirtschaftsuniversität Wien (Sozial- und Wirtschaftswissenschaften) verfasst. Es wurde der Bereich der Alten- und Pflegeheime und der Bereich der Mobilien Sozialen Dienste untersucht (Frühsommer und Herbst 2002). Insgesamt wurden 11 Organisationen in Wien und Niederösterreich befragt (5 Altenheime, 6 Mobile Dienste). Bei den **Mobilien Diensten** handelte es sich durchwegs um **große Nonprofit- Organisationen (NPOs)**. Die Untersuchung basiert auf explorativen Fallstudien (vgl. S. 313). Daneben wurde Sekundärmaterial aus dem Internet, sowie Dokumente, Broschüren und Richtlinien herangezogen, die von den Organisationen zur Verfügung gestellt wurden.

2.4.5.1 Ergebnisse betreffend Motivation der AltenbetreuerInnen

Die **intrinsische** Motivation ist deutlich höher, als die **extrinsische**, und trägt auch mehr zur Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen bei. Intrinsische Motivation bezieht sich schwerpunktmäßig auf den Arbeitsinhalt selbst (Freude an der Arbeit, Sinnfindung). Unter extrinsischer Motivation versteht man, wenn das primäre Ziel einer Handlung der Erhalt einer Gratifikation (Geld, Beförderung) ist. Über Anreizsysteme in Organisationen wird versucht, diese Art der Mitarbeitermotivation zu steuern. *Je mehr sich die Arbeitenden mit den Zielen des Betriebes identifizieren, die Arbeit als wichtiges Selbstverwirklichungsfeld begreifen und auch den Spielraum zur Selbstverwirklichung bekommen, desto weniger ist eine formale Kontrolle von Nöten.* (vgl. S. 525). **Subjektivierung der Arbeit** im Sinn von verstärkter Eigenverantwortlichkeit ist vor Allem im Bereich der Mobilien Sozialen Dienste ein wichtiges Thema.

2.4.5.2 Ergebnisse betreffend Arbeitszufriedenheit der AltenbetreuerInnen

Die Arbeitszufriedenheit ist in den untersuchten Organisationen der Altenbetreuung und –pflege generell hoch. Vergleicht man jedoch die Arbeitszufriedenheit mit der des gesamten Sozial- und Gesundheitssektors in Österreich (mittels **Arbeitsklima – Index**¹⁸ der Arbeiterkammer für OÖ, vgl. S. 490), so liegt die Arbeitszufriedenheit im Bereich der **Altenbetreuung (gesamt) mit 96 Indexpunkten** deutlich niedriger.

Im Vergleich der Bereiche mobile und stationäre Altenbetreuung liegen die **Alten- und Pflegeheime mit 102 Indexpunkten** deutlich vor den **Mobilen Sozialen Diensten (95 Punkte)**.

1997 entsprach der normierte Arbeitsklima-Index 100 Punkten. Er wird jährlich auf der Grundlage einer repräsentativen Stichprobe aus sämtlichen österreichischen Beschäftigten ab 16 Jahren aktualisiert:

Normierter Arbeitsklima-Index 2002 für Gesamtösterreich (alle Berufe): 107 Punkte.

Arbeitsklima-Index 2002 für das gesamte Gesundheits- und Sozialwesen: 109 Punkte.

Weitere Faktoren, welche die Arbeitszufriedenheit der AltenbetreuerInnen erhöhen:

- Zufriedenheit mit dem eigenen Leben
 - Anerkennung der geleisteten Arbeit durch Vorgesetzte, KollegInnen und Klienten
 - Entlastung von administrativen Tätigkeiten
-

¹⁸ Erläuterungen dazu im Glossar

- Schaffung von angenehmen (organisatorischen) Rahmenbedingungen
- Erhöhung der Führungskompetenz von Vorgesetzten
- Schaffung von Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten trotz flacher Hierarchien (Projektaufgaben, Mentoring, Spezialisierung)
- Weiterbildung, Coaching, Supervision

2.4.5.3 Ergebnisse betreffend das Personalmanagement in Organisationen der Altenbetreuung

In Alten- und Pflegeheimen hat sich gezeigt, dass **effizientes Personalmanagement** die **Motivation und Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen erhöht**. Für den Bereich der Mobilen Dienste besteht dieser Zusammenhang nicht – allerdings hatte keine der dort untersuchten Organisationen ein umfassendes modernes Personalmanagement aufzuweisen. Insgesamt **dominiert** in sämtlichen Bereichen (stationär und mobil) die **Personalverwaltung**, wobei ein großer Teil der Ressourcen für die Akquisition neuer MitarbeiterInnen aufgewendet wird. Das Potential zur Steigerung der Motivation und Arbeitszufriedenheit der bereits in der Einrichtung/Organisation beschäftigten AltenbetreuerInnen durch Strategien und Instrumente modernen Personalmanagements bleibt noch weitgehend ungenutzt.

Als Beispiel wird ein umfassendes **Beschwerdemanagementsystem** angeführt, welches parallel Beschwerden von KlientInnen und MitarbeiterInnen berücksichtigt und damit Synergieeffekte nutzt.

Ein weiteres, oft als heikel betrachtetes Thema ist die **Personalbeurteilung**. Eine faire und ehrlich kommunizierte Leistungsbeurteilung der MitarbeiterInnen ist ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung und der kundenorientierten Leistungserstellung. Auch Entwicklungsmöglichkeiten und –wünsche der AltenbetreuerInnen können dadurch transparent gemacht werden.

2.4.5.4 Eigene Anmerkungen zur Dissertation

Die Inhalte dieser Arbeit – Personalmanagement, Arbeitszufriedenheit und Motivation in Organisationen der Altenbetreuung und –Pflege – weisen einen deutlichen Bezug zu den von mir untersuchten Themen auf. Modernes Personalmanagement kann über eine Verbesserung der Arbeitsorganisation die Belastungen der MitarbeiterInnen reduzieren und diesen ermöglichen, vorhandene Ressourcen zu nutzen bzw. zu erhöhen. Insgesamt ist dadurch ein Rückgang der Personalfuktuation und eine Erhöhung der Berufstreue zu erwarten.

2.4.6 Weitere Studien im Überblick

Ich habe noch einige weitere Studien und Projekte bzw. Zeitungsberichte gelesen (siehe Literaturverzeichnis). Aufgrund **geringerer Relevanz zu meinem Forschungsgegenstand** verzichte ich auf eine ausführliche Darstellung dieser Untersuchungen.

2.4.6.1 FORBA Forschungsbericht 1/2004 - Ältere Arbeitskräfte in belastungsintensiven Tätigkeitsbereichen

Studie im Auftrag der Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien und der Gewerkschaft Bau- Holz. Es werden im Wesentlichen die Ergebnisse des BGW-DAK -Gesundheitsreports 2001 Altenpflege wiedergegeben (Krenn M., Vogt M.: 2004). FORBA: Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt.

2.4.6.2 FORBA Forschungsbericht 3/2003 – Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit: Anforderungen und Belastungen

Qualitative Studie im Auftrag des Forschungsinstitutes des Wiener Roten Kreuzes im Rahmen des Moduls „Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung“ (Wiener Rotes Kreuz in Kooperation mit MA 47) der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft „AEIOU – Arbeitsfähigkeit erhalten für Individuen, Organisationen und Unternehmen“ (Krenn M., Papouschek U.: 2003).

Da in dieser Untersuchung nur der mobile Bereich der Altenbetreuung betrachtet wird, hat diese Arbeit wenig zum Erkenntnisgewinn mein Forschungsziel betreffend beigetragen.

2.4.6.3 FWF – Projekt Nr. P 14769 – G05 „Beschäftigung im österreichischen Nonprofit Sektor“

Leitung des Gesamtprojektes: Christoph Badelt

Wissenschaftliche Koordination: Ulrike Schneider

Leitung des Teilprojektes Personalmanagement, Arbeitszufriedenheit und Motivation: Ruth Simsa, alle Wirtschaftsuniversität Wien. Finanzierung des Projektes durch den Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (FWF). Schriftliche Befragung aller österreichischen Alten- und Pflegeheime (2002) zu Träger- und Angebotsstruktur und Beschäftigung (Nam H.-J.: 2003). 91% der befragten HeimleiterInnen gaben Schwierigkeiten bei der Suche nach diplomiertem Pflegepersonal an, 48% bei der Suche nach Pflege- und AltenhelferInnen.

2.4.6.4 Altenpflege zwischen Demografie und Budget

Zeitschriftenartikel aus „Arbeit & Wirtschaft“, Ausgabe 6/2004. Autorin Agnes Streissler (Mitarbeiterin der Abteilung Wirtschaftswissenschaften der AK Wien).

In diesem Artikel unterstützt sie die gewerkschaftlichen Forderungen nach einer Aufwertung der Pflegeberufe (bessere Honorierung, umfassendere Ausbildung, durchlässigere Berufsbilder). Weiters fordert sie eine stärkere Betonung des Sachleistungsbereiches bei der Finanzierung der Pflege und eine bessere Absicherung pflegender Angehöriger (informelle Pflege).

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird sich die Zahl der Pflegegeldbezieher in den kommenden Jahren stark erhöhen. *„Bis 2010 wird es um 15% mehr Pflegefälle geben als heute, bis 2030 um ca. 65% mehr und bis 2050 um ca. 125% mehr“*. Der Anteil der Pflegeausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) wird sich dadurch von 1,39% (2004) auf (geschätzte) 1,70% (2030) erhöhen, wobei hier der demografische Effekt durch das prognostizierte Wirtschaftswachstum abgedämpft wird (optimistische Schätzung).

2.5 Meine Motive für die Themenwahl der Forschungsfrage und meine Erwartungen über die Ergebnisse der Erhebung

2.5.1 Argumente für meine Themenwahl „Ältere ArbeitnehmerInnen in der stationären Altenbetreuung – Erhebung der Belastungen und Ressourcen im Seniorenheim Gunskirchen“

Ich bin seit 1985 als Arzt für Allgemeinmedizin in Gunskirchen niedergelassen und habe durch meine regelmäßige Visitentätigkeit im Seniorenwohn- und Pflegeheim eine gute Beziehung zu den MitarbeiterInnen in der Altenbetreuung aufgebaut. Die Abklärung meiner Forschungsfrage hat eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema „Altenbetreuung“ zur Folge. Dadurch erwarte ich mir ein besseres Verständnis der beruflichen Situation der Pflegekräfte im Seniorenheim Gunskirchen.

1999 habe ich die betriebsärztliche Betreuung der MitarbeiterInnen des Seniorenheims Gunskirchen übernommen. Durch die Erhebung des IST-Zustandes im Bereich der Altenbetreuung und –pflege durch die Fragebogenerhebung und persönliche Interviews lerne ich die einzelnen MitarbeiterInnen noch besser kennen und habe die Möglichkeit, Forschungstätigkeit und betriebsärztliche Tätigkeit zu verknüpfen.

Als im Jahr 1956 Geborener gehöre ich selbst auch nicht mehr zu den „Jungen“. Das Forschungsthema bietet mir die Chance, mich mit Themen wie „Alter“, „alternsgerechte Arbeitsplätze“ und „Kompetenzen älterer Arbeitnehmer“ auseinanderzusetzen und darauf aufbauend auch auf die eigenen Ressourcen und Belastungen zu achten, um selbst „gesund bis zur Rente“ zu bleiben.

2.5.2 Erwartungen bezüglich der Untersuchungsergebnisse

Ich erwarte mir durch die Erhebung des derzeitigen IST-Zustandes im Bereich der Altenbetreuung und –pflege des Seniorenheims Gunskirchen einen guten Überblick über die körperlichen und psychischen Belastungen, welchen die MitarbeiterInnen täglich ausgesetzt sind zu gewinnen. Da ich das Seniorenheim und seine Belegschaft seit vielen Jahren kenne und mich fast täglich davon überzeugen konnte, welche ausgezeichnete Arbeit von MitarbeiterInnen in der Altenbetreuung geleistet wird, erwarte ich mir kein Ergebnis, das dem Pflegebereich im Seniorenheim Gunskirchen ein schlechtes Zeugnis ausstellt. Ich habe auch nicht den Eindruck, dass die Fluktuation im Vergleich zu anderen Altenheimen auffallend hoch, und die Motivation und Arbeitszufriedenheit niedrig ist.

Dennoch erwarte ich mir aus den Ergebnissen der Erhebung **Hinweise**, vor Allem **hinsichtlich verbesserungsfähiger Ressourcen**. Ich bin der Meinung, dass in der Stärkung der Ressourcen (individuelle, organisatorische, kommunikative, regenerative) ein hohes Verbesserungspotential liegt.

Ein modernes Personalmanagement kann dazu entscheidend beitragen. Belastungen, besonders psychomentaler Natur, verringern sich durch die Stärkung der Ressourcenfaktoren mit Sicherheit.

2.6 Seniorenwohn- und Pflegeheim der Marktgemeinde Gunskirchen

2.6.1 Kostenträger und räumliche Situation

Das Seniorenwohn- und Pflegeheim Gunskirchen ist ein öffentliches (GO) Heim, dessen Kostenträger die Marktgemeinde Gunskirchen ist. Es verfügt über vierundfünfzig **1-Personen** Wohneinheiten und zwanzig **2-Personen** Wohneinheiten. Gesamt werden somit 94 Bewohner betreut¹⁹. Zusätzlich bietet das Seniorenheim auch Kurzzeitpflegeplätze an.

2.6.2 Bewohnerstruktur

Derzeit werden im Seniorenheim Gunskirchen 70 Frauen und 24 Männer betreut. Das Durchschnittsalter der HeimbewohnerInnen beträgt zum Stichtag (1.9.2005) 81,8 Jahre. 59 BewohnerInnen (62,8%) sind älter als 80 Jahre.

¹⁹ Die in diesem Kapitel angeführten Daten wurden mir von der Heimleiterin, Frau Gertrude Wenko und der Pflegedienstleiterin, Frau Christine Gruber zur Verfügung gestellt (Stand 1.9.2005)

2.6.3 Pflegebedarf der BewohnerInnen

Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	gesamt
2	6	21	19	20	18	2	6	94

Tabelle 8: Pflegegeldstufenverteilung aller BewohnerInnen

Der Anteil der Heimbewohner der Pflegegeldstufen 4-7 beträgt 48,9% und liegt damit im Durchschnitt der Altenheime in Oberösterreich (49,0%, Oberösterreichische Nachrichten, 19. 11. 2005, Linz). Der Durchschnitt der Pflegeeinstufungen der Heimbewohner in Gunskirchen beträgt 3,5 (daraus wird der Personalschlüssel berechnet). Der tatsächliche Betreuungsaufwand korreliert allerdings nicht (immer) mit der Höhe der Pflegeeinstufung.

Zum Vergleich: 2 Seniorenheime in Wels (Linzerstraße und Magazinstraße). Dort betrug der Durchschnitt der Pflegeeinstufungen 4,0 im Juli 2005 (Oberösterreichische Nachrichten, 9. 11. 2005, S.3, Linz).

BewohnerInnen mit einer **dementiellen Erkrankung**, welche noch mobil sind, befinden sich oftmals noch in einer niedrigen Pflegeeinstufung, erzeugen jedoch durch ihr zielloses Herumwandern hochgradigen Stress bei den AltenbetreuerInnen, die ja für deren Sicherheit verantwortlich sind. Durch die damit verbundenen Arbeitsunterbrechungen ist der Aufwand für die Pflegekräfte unverhältnismäßig hoch.

Neue gesetzliche Regelungen betreffend „Maßnahmen der Freiheitsbeschränkung“ der BewohnerInnen haben diesen Stressor für die BetreuerInnen entschärft. Laut Angabe der Pflegedienstleiterin des Seniorenheims Gunskirchen, Frau Christine Gruber, ist dadurch der Druck, dass Heimbewohner nicht stürzen dürfen, von den AltenbetreuerInnen genommen worden. Außerdem zwingt diese neue Verordnung die BetreuerInnen zur Reflektion über andere Möglichkeiten zur Erhöhung der Sicherheit für die HeimbewohnerInnen nachzudenken.

Meiner Meinung nach ist der Ansatz falsch, den Personalschlüssel rein aus der Pflegeeinstufung zu errechnen, da diese sehr stark auf körperliche Defizite fokussiert. Der Aufwand für die psychische Betreuung der Bewohner und für die Betreuung dementer Bewohner wird unterbewertet.

Zusätzliche **Therapieangebote** für die HeimbewohnerInnen stehen in Form von Physiotherapie und Logopädie zur Verfügung. Die TherapeutInnen sind jedoch nur zu bestimmten Zeiten im Haus.

Weitere Angebote: Friseur, Fußpflege, Gesundheitsgymnastik, Massage, Seniorentanz, Leseclub, Singkreis, Gedächtnistraining, Handarbeitsrunde, Aroma- und Lichttherapie.

Das Seniorenheim verfügt über eine eigene **Küche**, welche neben dem Essen für die HeimbewohnerInnen auch noch das Mittagessen für die Aktion „Essen auf Rädern“ zubereitet. Die **ärztliche Betreuung** der HeimbewohnerInnen erfolgt durch die drei in Gunskirchen niedergelassenen Allgemeinmediziner, welche regelmäßig (mehrmals pro Woche) Heimvisiten durchführen.

2.6.4 Organisations- und Personalstruktur

Derzeit (Stand 1.1.2005) sind 69 Personen im Seniorenheim Gunskirchen beschäftigt. Davon arbeiten 44 MitarbeiterInnen im Bereich Betreuung/Pflege und 25 MitarbeiterInnen in anderen Funktionsbereichen (Verwaltung, Küche, Reinigung, Wäscherei, Haustechnik).

beschäftigte Personen	männlich	weiblich	gesamt
insgesamt	4	65	69
davon Teilzeit	2	44	46

Tabelle 9: MitarbeiterInnen des Seniorenwohn- und Pflegeheimes Gunskirchen

Insgesamt beträgt die Anzahl der Vollzeitäquivalente im Bereich Betreuung/Pflege 32,17 und in den anderen Funktionsbereichen 18,62. Der sich aus den Pflegegeldeinstufungen berechnete **Personalschlüssel** von 30,48 Vollzeitäquivalenten im Pflegebereich wird somit **erfüllt** (siehe kritische Anmerkung dazu im Kapitel 2.6.3).

Zusätzlich tätige Personen im Jahr 2004: 4 Zivildienstler, 14 FerialarbeiterInnen, 1 Lehrling, sowie 30 weitere Personen (Pflichtpraktika, StiftungsteilnehmerInnen, Freiwilliges soziales Jahr, Schnuppern).

Die sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Betreuung der MitarbeiterInnen des Seniorenheimes erfolgt durch **externes Fachpersonal**.

2.6.5 Personalplanung im Bereich Betreuung/Pflege

Von der Heimleiterin wird eine **monatliche Personalstatistik** erstellt und der Entwicklung des Betreuungs- und Pflegeaufwandes der Bewohner gegenübergestellt (**Mindestpersonalschlüssel lt.OÖ.APHV**). Diplompersonal wird über Leasingfirmen, Kontakt zu Krankenpflegeschulen (Praktikumsstellen), Mundpropaganda, sowie durch Inserate in diversen Zeitungen akquiriert. AltenfachbetreuerInnen (AFB) werden zumeist über die Ausbildung gewonnen.

Das Seniorenheim Gunskirchen ist ein Stammheim für ALIS - Stiftungsteilnehmer²⁰, sowie eine Praktikumsstelle für Ausbildungsstätten. Weiters werden Bewerbungen bearbeitet.

2.6.6 Fluktuation im Bereich Betreuung/Pflege

Die Aufstellung der Fluktuation von Diplompersonal/Altenfachbetreuern von 2000 bis 2005 weist für die Jahre **2000, 2001, 2003 und 2004 jeweils Raten von unter 10%** des gesamten Pflegepersonals auf.

Im **Jahr 2002** beendeten sieben MitarbeiterInnen das Dienstverhältnis. Hierzu ist zu bemerken, dass in diesem Jahr ein Wechsel der Pflegedienstleitung erfolgte. Grund war eine ausgeprägte Führungsschwäche des damaligen PDL, die letztendlich zu einer massiven Verschlechterung des Betriebsklimas führte.

Im **Jahr 2005** verließen sechs MitarbeiterInnen den Betrieb. Da es sich bei fünf MitarbeiterInnen um Diplomkrankenschwestern handelte (vier Kündigungen und eine Pensionierung) entstand kurzfristig ein Personalengpass, der aber bis zum Jahresende 2005 behoben werden konnte.

²⁰ Erläuterungen dazu im Glossar

2.6.7 Pflegekonzept und Pflegeleitbilder

Im **Jahr 2001** wurden im Rahmen einer **Teamentwicklung** von den MitarbeiterInnen des Seniorenheims eine **Reihe von Leitbildern entwickelt**. Diese stellen Bedürfnisse und Wünsche von Bewohnern und Mitarbeitern in den Mittelpunkt. Weiters werden die Beziehung zu den Mitmenschen, Wertschätzung und Respekt hervorgehoben. Auch lebenslanges Lernen und das Organisieren von Aktivitäten durch Bewohner und Mitarbeiter zählen zur Heimphilosophie.

Das im Seniorenheim Gunskirchen für die Planung und Durchführung der Pflege **angewandte Pflegemodell** ist jenes von **Monika Krohwinkel**. Dabei werden sogenannte *„AEDL's – Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des täglichen Lebens“* der Heimbewohner mittels standardisierter Erhebungsbögen erfasst und darauf aufbauend das Pflegekonzept für den jeweiligen Bewohner entwickelt. Dabei wird sehr stark auf die individuellen Bedürfnisse und Eigenschaften eingegangen.

Es gibt **Aufgabenbeschreibungen** in schriftlicher Form, welche den Tätigkeitsbereich von Pflegedienstleitung (PDL), Diplompflegepersonal (DGKS/DGKP) und AltenfachbetreuerInnen (AFB)/PflegehelferInnen regeln.

2.6.8 Fortbildungsbudget

Das von der Marktgemeinde bewilligte Fortbildungsbudget betrug in den Jahren 2000 bis 2005 pro Jahr jeweils zwischen 3.600 und 5.000 Euro. Im Jahr 2003 wurden für Organisations- und Teamentwicklungsmaßnahmen 9.000 Euro bewilligt. 2004 standen für die Zusatzausbildung des Pflegepersonals in Kinästhetik²¹ und basaler Stimulation²² 8.000 Euro zur Verfügung.

²¹ Nähere Erläuterungen dazu - siehe Glossar

²² Nähere Erläuterungen dazu im Glossar

3. Methodisches Vorgehen

3.1 Untersuchungsdesign

Die Datenerhebung zu meinem Forschungsgegenstand erfolgte durch Sammeln von Sekundärmaterial und durch Befragung der MitarbeiterInnen.

3.1.1 Sammeln von Sekundärmaterial

Im ersten Teil meiner Arbeit habe ich die ausführliche **Literatur- und Internetrecherche** zu Themen wie „Pflegenotstand“, „Arbeitsbedingungen und Belastungen in der stationären und mobilen Altenbetreuung“, „Beschäftigungssituation und demographische Entwicklung im Pflegedienst“, sowie „Ursachen für den vorzeitigen Berufsausstieg von Pflegepersonal“ zusammengefasst.

Von der Heimleitung und Pflegedienstleitung des Seniorenwohn- und Pflegeheimes Gunskirchen wurden mir Unterlagen in Form von **Broschüren, Richtlinien, Erhebungsbögen und Statistiken** zur Verfügung gestellt.

3.1.2 Informationsgewinn über Mitarbeiterbefragungen

Um zu gewährleisten, ausreichend mitarbeiterbezogene Daten bezüglich Belastungsfaktoren, positive und negative Gesundheitsindikatoren, persönliche und organisationsbezogene Ressourcen, sowie Aspekte gesundheitsförderlicher Arbeit zu erhalten, entschied ich mich für ein **mehrdimensionales Vorgehen**:

- Mitarbeiterbefragung mittels standardisiertem Fragebogen (quantitative Erhebung)

- Einzelbefragung mittels (standardisiertem) Arbeitsbewältigungsindex-Fragebogen
- Semistrukturierte qualitative Einzelinterviews

3.2 Erläuterungen zur Methodik

3.2.1 Mitarbeiterbefragung mittels standardisiertem Fragebogen (quantitative Erhebung)

Als **Erhebungsinstrument** griff ich auf den „**BGW- Betriebsbarometer**“ (Stand 8/2004: „*Anleitung für eine Mitarbeiterbefragung in der stationären Altenpflege*“, Hamburg) zurück.

Folgende Faktoren sprechen für die Anwendung dieses Fragebogens:

- die übersichtliche Gestaltung und fünfstufige Ratingskala
- der moderate Umfang von acht Seiten
- inhaltliche Aspekte (Fragen zu Arbeitszeit und Dienstplanung, Arbeitsaufgaben, Arbeitsbereich, Kolleginnen und Vorgesetzten, Einrichtung, Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, Ausstattung und Arbeitsschutz, Arbeitszufriedenheit und Gesundheit).

Die oben genannten Faktoren lassen eine gute Akzeptanz bei der Befragung erwarten und erhöhen damit die Wahrscheinlichkeit einer hohen Rücklaufquote.

Die **fünfstufige Ratingskala** lässt verschiedene Möglichkeiten der Auswertung zu:

- Einerseits können daraus **Mittelwerte** berechnet werden, wodurch ein Vergleich mit anderen Untersuchungen (bei gleicher Fragestellung) ermöglicht wird.

- Andererseits können durch Zusammenfassen der Stufen 5 und 4 bzw. 1 und 2 in der Skala **klarere Aussagen** (Ja-Nein - Aussagen, Prozentzahlen) gewonnen werden.

Neben **geschlossenen Fragen** enthält der „*BGW-Betriebsbarometer*“ auch einige **offene Punkte**, wo Wünsche in Hinblick auf Arbeitszeit und Dienstplangestaltung, Fortbildungen und Verbesserungsmaßnahmen angeführt werden können.

Dies ist im Hinblick auf das Ziel meiner Arbeit – die Erhebung des IST-Zustandes im Seniorenheim Gunskirchen und die Ableitung von Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitssituation der MitarbeiterInnen von großer Bedeutung.

3.2.2 Einzelbefragung mittels (standardisiertem) Arbeitsbewältigungsindex – Fragebogen

Dieser Fragebogen beinhaltet **Fragen zur Arbeit, Arbeitsfähigkeit und Gesundheit** (Simon M., 2005, WAI-Netzwerk). Mit seiner Hilfe können Faktoren ermittelt werden, die zu einer Verminderung von Arbeitsfähigkeit und Gesundheit führen. Auf Basis der Befragungsergebnisse ermöglicht der Fragebogen auch die Beurteilung, ob Maßnahmen zur Gesundheitsförderung festzulegen sind oder die Arbeitsbedingungen verbessert werden müssen. Den Aufbau des ABI- Fragebogens, sowie die Bewertung der Ergebnisse, habe ich bereits im Kapitel 2.3.2 beschrieben. MitarbeiterInnen, welche bei der Befragung 44 oder mehr Punkte erreichen weisen ein sehr gutes Verhältnis von Arbeitsanforderungen zur individuellen Leistungsfähigkeit auf.

Laut Jürgen Tempel (2003, Hamburg) stimmt die mittels ABI- Fragebogens erhobene **Selbstauskunft der Betroffenen** (subjektive Einschätzung) in hohem Maße mit der Expertenmeinung (objektivierende Fremdeinschätzung) überein.

„*Damit ist der Arbeitsbewältigungsindex sehr gut als Erhebungsinstrument einsetzbar*“ (Zitat: Tempel J.).

Ich habe mich zur Verwendung des ABI- Fragebogens entschlossen, da er Auskunft über die Auswirkungen von körperlichen und psychischen Belastungen gibt und sich aus der erreichten Punkteanzahl die Notwendigkeit von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (ABI-Coaching) ableiten lässt.

Ein „schlechter“ Arbeitsfähigkeitsindex deutet auf MitarbeiterInnen mit erhöhtem Risiko für Arbeitsunfähigkeit hin (Hasselhorn H.-M. et al., 2005, NEXT-Studie, vgl. S. 45). Weiters besteht ein enger Zusammenhang zwischen „schlechtem“ und „mäßigem“ ABI und Burnout, dem Arbeit-Familie-Konflikt und der Absicht, den Beruf zu verlassen.

Die Effizienz der gesetzten Maßnahmen kann im Sinne eines **Arbeitsbewältigungs-Coachings**²³ nach festgesetzten Zeiträumen (1 Jahr, 3 Jahre) evaluiert werden.

3.2.3 Semistrukturierte qualitative Einzelinterviews

Um ein möglichst umfassendes Bild der Belastungen und Ressourcen der MitarbeiterInnen des Seniorenheims Gunskirchen zu erhalten, habe ich mich entschlossen, zusätzlich zu den zwei standardisierten Befragungen noch Einzelbefragungen durchzuführen. Die Form der Fragestellung (**offene Fragen**) lässt eine **Vielzahl von Antwortmöglichkeiten** zu.

²³ Ein Formular zum ABI-Coaching wurde mir von Herrn Dr. Heinrich Geißler zur Verfügung gestellt. Es enthält die 7 Dimensionen (Items) des ABI, die Einstufung, sowie die vier Ansatzpunkte zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit.

Durch die zu erwartende Meinungsvielfalt erhoffe ich mir einen **zusätzlichen Informationsgewinn** bezüglich Arbeitsklima, Motivation, körperlichen und psychischen Belastungen, Beziehung zwischen MitarbeiterInnen und BewohnerInnen, sowie deren Angehörigen. Weiters wird gezielt nach Gründen für einen vorzeitigen Berufsausstieg gefragt. Bei der Auswahl der Fragen habe ich sehr stark Bezug auf eine Feldstudie der Arbeiterkammer OÖ genommen (Fehlinger F., 2003. *Gesund älter werden im Feld der Altenbetreuung und –pflege*). Insgesamt habe ich 12 Fragen formuliert.

3.3 Durchführung der Befragungen

3.3.1 Mitarbeiterbefragung mittels standardisiertem Fragebogen (quantitative Erhebung)

Nach Auswahl des „*BGW- Betriebsbarometers*“ als Erhebungsinstrument präsentierte ich diesen der Heimleitung, Pflegedienstleitung und Personalvertretung. Bei der Frage nach dem Tätigkeitsbereich nahm ich eine Adaptierung des Fragebogens vor. Es wurde nur nach der Funktion im Rahmen der stationären Altenbetreuung- und pflege gefragt (Diplomkrankenschwester/Pfleger, AltenfachbetreuerIn und PflegehelferIn).

Die Information der MitarbeiterInnen erfolgte durch Aushang am „Schwarzen Brett“. Weiters machte ich im Rahmen zweier Abteilungsbesprechungen auf die bevorstehende Befragung aufmerksam und beantwortete Fragen der AltenbetreuerInnen über die Ziele dieser Aktion. Den Fragebögen war noch ein Informationsblatt beigelegt, das in Kurzform alles Wesentliche enthielt, was für das Ausfüllen erforderlich war.

Die Rückgabe der Fragebögen sollte innerhalb längstens 14 Tagen erfolgen (10. bis 24. 10. 2005). Eine Sammelbox wurde im Personalraum aufgestellt.

Insgesamt wurden 43 Fragebögen ausgegeben. Von diesen wurden 31 retourniert, was einer **Rücklaufquote von 72%** entspricht. Die Mitarbeiterbeteiligung an der Befragung war somit hoch und das **Ergebnis ist repräsentativ für den IST-Zustand der Arbeitssituation** der AltenbetreuerInnen im Seniorenheim Gunskirchen.

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte mit Hilfe von **Microsoft Excel**. Ich errechnete aus den 5-stufigen Ratingskalen der **insgesamt 86 Items** jeweils den **Mittelwert** (5 = trifft völlig zu, sehr wichtig, 4 = trifft eher zu, wichtig, 3 = teils, teils, 2 = trifft wenig zu, kaum wichtig, 1 = trifft gar nicht zu, gar nicht wichtig). Weiters errechnete ich zu den 86 Items auch **Prozentangaben**. Um die Aussagekraft der Prozentzahlen zu erhöhen, fasste ich die Ergebnisse der Stufen 5 und 4, sowie der Stufen 1 und 2 der Ratingskalen zusammen.

3.3.2 Einzelbefragung mittels (standardisiertem) Arbeitsbewältigungsindex – Fragebogen

Ich führte die Befragungen in Form von Einzelinterviews durch, wobei ich stets mit der Erhebung des ABI- Fragebogens begann. Da ich mündliche Informationen über Sinn und Ziel der Befragung voranstellte und darauf hinwies, dass sämtliche erhobene Informationen der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, erreichte ich auch bei den mündlichen Befragungen eine gute Akzeptanz. Durch die persönliche Befragung der MitarbeiterInnen (ABI- Fragebogen) wollte ich eine zu optimistische Darstellung des Items 3 („*aktuelle, vom Arzt diagnostizierte Erkrankungen*“) vermeiden. Insgesamt führte ich von Mitte Oktober bis Ende Dezember 2005 zwanzig ABI- Befragungen und Einzelinterviews (offene Fragen) durch. Der Zeitaufwand für beide Befragungen betrug pro MitarbeiterIn zwischen 30 und 60 Minuten.

3.3.3 Semistrukturierte qualitative Einzelinterviews

Wie unter Kapitel 3.3.2 angeführt, führte ich die Einzelinterviews mit offener Fragestellung im Anschluss an den ABI- Fragebogen durch. Es gelang mir, ein gutes Gesprächsklima zu den MitarbeiterInnen des Seniorenheims Gunskirchen herzustellen, sodass alle 12 gestellten Fragen von sämtlichen befragten Personen auch beantwortet wurden. Die Interviews halfen mir, ein besseres Verständnis für die berufsbedingten Belastungen der mit der Altenbetreuung betrauten Personen zu erlangen. Die MitarbeiterInnen erlebten das von mir durch die Fragen gezeigte Interesse an ihrer Tätigkeit als positiv.

Da ich im Seniorenheim Gunskirchen als Betriebsarzt tätig bin, betrachte ich die Befragung als vertrauensbildende Maßnahme. Daran anknüpfend ist für das Jahr 2006 geplant, eine Reihe von Verbesserungsmaßnahmen umzusetzen, für die sich aus der Mitarbeiterbefragung ein Handlungsbedarf ergeben hat.

4. Strukturdaten und Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung

4.1 Strukturdaten des Seniorenheims Gunskirchen

4.1.1 Beschäftigtenstruktur im Bereich der Altenpflege

Zum **Zeitpunkt der quantitativen Erhebung** mittels standardisiertem Fragebogen (**Oktober 2005**) waren 43 MitarbeiterInnen im Pflegebereich beschäftigt.

Davon waren 10 MitarbeiterInnen Angehörige des gehobenen Dienstes (Diplomkrankenschwester/Pfleger), 29 AltenfachbetreuerInnen und 4 PflegehelferInnen bzw. AltenbetreuerInnen. Einer Minderheit von 2 Männern im Pflegedienst stehen 43 Frauen gegenüber. Mit **95% Frauenanteil** im Bereich der Altenpflege übertrifft das Seniorenheim Gunskirchen den ohnedies sehr hohen Wert von 90% Frauen in der stationären Altenbetreuung in Oberösterreich sogar noch (Fehlinger F., 2003 vgl. S. 7).

Fast zwei Drittel aller MitarbeiterInnen (**61,3%**) gehen einer **Teilzeitbeschäftigung** nach. Während der Anteil der Vollzeitbeschäftigten bei den Angehörigen des gehobenen Dienstes bei 50% liegt, beträgt der Anteil der AltenfachbetreuerInnen und PflegehelferInnen, welche dieser Beschäftigungsart nachgehen, lediglich 35%.

Laut einer Feldstudie, die im Auftrag der Arbeiterkammer OÖ im Jahre 2003 durchgeführt wurde (Fehlinger F.) unterscheidet sich das Beschäftigungsausmaß zwischen städtischer und ländlicher Region deutlich. 66% der MitarbeiterInnen in den Städten Linz, Wels und Steyr arbeiten Vollzeit, im ländlichen Bereich (zu dem auch Gunskirchen gehört) sind es nur 47,9%.

41,9% der im Seniorenheim Gunskirchen beschäftigten Personen sind jünger als 40 Jahre, immerhin 20,9% der MitarbeiterInnen haben das 50. Lebensjahr bereits überschritten. Der Hauptanteil der Beschäftigten, nämlich 37,2% gehört der

Altersgruppe zwischen 40 und 49 Jahren an. Das **Durchschnittsalter** von **42,4 Jahren** liegt deutlich über dem der gesamten unselbständig beschäftigten Bevölkerung in Österreich (37,6 Jahre) bzw. in Oberösterreich (36,5 Jahre). (Quelle: Statistik Austria, 2005 vgl. S.11). Die Angehörigen des gehobenen Dienstes sind geringfügig älter (Durchschnittsalter 42,7 Jahre) - gegenüber 42,2 Jahren bei den AltenfachbetreuerInnen und PflegehelferInnen bzw. AltenbetreuerInnen.

Aus den oben angeführten Daten ist ersichtlich, dass das Thema „**Alternsgerechte Arbeitsplätze**“ auch für das Seniorenheim Gunskirchen in den kommenden Jahren von großer Bedeutung ist. In 10 Jahren werden 58,1% der derzeitigen MitarbeiterInnen der Altersgruppe 50+ angehören.

4.1.2 Berufstreue der MitarbeiterInnen im Pflegebereich

Im Rahmen der quantitativen Mitarbeiterbefragung wurde auch die Dauer der Tätigkeit im Beruf (inklusive Ausbildungszeit) abgefragt. 26 MitarbeiterInnen beantworteten diese Frage, 5 MitarbeiterInnen ließen diese Frage offen.

Dauer der Tätigkeit	Personenanzahl	in Prozent
1 – 3 Jahre	6	23,1
3,1 – 5 Jahre	2	7,7
5,1 – 10 Jahre	8	30,8
Über 10 Jahre	7	26,9
Über 20 Jahre	3	11,5

Tabelle 10: Dauer der Tätigkeit im Pflegeberuf

38,4% der im Seniorenheim Gunskirchen im Pflegebereich beschäftigten Personen übt diesen Beruf bereits länger als 10 Jahre aus.

Lt. Frau Scholta, Sozialabteilung des Landes OÖ, beträgt die mittlere Verweildauer im Pflegeberuf 12 Jahre (Fehlinger F. vgl. S.12).

Diese Zeitspanne ist bei Weitem zu kurz, um das Erreichen des Pensionsalters im Pflegeberuf in Zukunft zunehmend Realität werden zu lassen. Die Anhebung des Pensionsantrittsalters lässt erwarten, dass die Zahl der MitarbeiterInnen in der Pflege, welche bis zur Pensionierung dem Pflegeberuf erhalten bleiben, noch weiter absinken wird, sofern nicht wirksame Gegenmaßnahmen ergriffen werden.

4.2 Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung mittels standardisiertem Fragebogen (quantitative Erhebung)

Zur Darstellung der Ergebnisse errechnete ich **Mittelwerte** und **Prozentzahlen**. Mittelwerte von 3,5 und darüber (bei der 5-stufigen Ratingskala) bedeuten einen hohen Grad an Zustimmung zu der betreffenden Aussage. Umgekehrt sagen Mittelwerte von 2,5 und darunter aus, dass die überwiegende Anzahl der Befragten dieser Aussage wenig oder gar nicht zustimmen.

Bei der Darstellung der Belastungen und Ressourcen habe ich Bezug auf das „**Job-Strain- Modell**“²⁴ von Karasek R.A. (1979) bzw. das „**Job Demand/ Control-Modell**“²⁵ von Karasek R.A. und Theorell T. (*Healthy Work*, 1990) genommen.

²⁴ Erläuterungen dazu im Glossar

²⁵ Siehe Glossar

Diese aus der wissenschaftlichen Stress- Forschung stammenden Modelle dienen zur Beschreibung und Erklärung von arbeitsbedingtem Stress (BGW-DAK: 2001, vgl. S.33).

4.2.1 Darstellung der psychomentalen Belastungsfaktoren (Stressoren)

Zu den wichtigsten Faktoren, welche sich negativ auf die psychische Gesundheit der MitarbeiterInnen in der Pflege auswirken zählen die quantitativen und qualitativen Arbeitsbelastungen (Berger J., Genz H.O., Kordt M., *BGW-DAK Gesundheitsreport 2001*, Hamburg, vgl. S.20). Bei hoher Ausprägung führen diese Belastungsfaktoren zu Zeitdruck und damit zur psychischen Anspannung der MitarbeiterInnen. Zusammen mit häufigen Arbeitsunterbrechungen und belastenden Umgebungsbedingungen wie z.B. Lärm, schlechtem Raumklima oder ungenügend ausgestatteten Arbeitsräumen ergibt sich eine hohe **psychische Belastungsintensität**. Durch diesen hohen beruflichen Stress steigt die Häufigkeit von psychosomatischen Beschwerden bei den MitarbeiterInnen an (BGW-DAK Gesundheitsreport, Stress-Monitoring vgl. S.36). Bei hoher Ausprägung der psychischen Belastungsintensität kann diese zu einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der MitarbeiterInnen bis hin zu Burnout führen.

4.2.1.1 Quantitative Belastungsfaktoren

Zur quantitativen Arbeitsbelastung führen Faktoren wie **Zeitdruck** oder **zuviel Arbeit** (durch Personalmangel). Auf die Frage „*Wie häufig kommt es bei Ihrer Arbeit vor, dass Sie unter **Zeitdruck** stehen, der sich negativ auf Ihre Arbeit auswirkt ?*“ gaben **48,4%** der MitarbeiterInnen an, sehr oft oder oft darunter zu leiden. Nur 6,5% der Befragten fühlten sich selten oder nie dadurch belastet. Der errechnete Mittelwert für dieses Item betrug 3.71

Häufigkeit	sehr oft , oft	manchmal	selten, nie
Personenanzahl	15	14	2
in Prozent	48,4	45,1	6,5

Tabelle 11: Häufigkeit von Zeitdruck bei der Arbeit

Der Aussage „*Es herrscht **Personalmangel**, so dass ich ständig überbelastet bin*“ stimmten **37,9%** der MitarbeiterInnen völlig oder eher zu, während 17,3% die Ansicht vertraten, dass dieser Punkt wenig oder gar nicht zutrifft. Der Mittelwert war 3,28.

Häufigkeit	trifft völlig zu, trifft eher zu	teils, teils	trifft wenig zu, trifft gar nicht zu
Personenanzahl	11	13	5
in Prozent	37,9	44,8	17,3

Tabelle 12: Arbeitsüberlastung aufgrund von Personalmangel

Auf die Frage „*Wie häufig kommt es bei Ihrer Arbeit vor, dass Sie soviel Arbeit haben, dass Sie die vorgesehenen **Pausen nicht einhalten** können ?*“ antworteten nur **3,2%** der MitarbeiterInnen mit sehr oft oder oft. 64,5% der Befragten hielten diesen Belastungsfaktor für selten oder nie zutreffend. Der Mittelwert war dementsprechend mit 2,29 niedrig.

Häufigkeit	sehr oft, oft	manchmal	selten, nie
Personenanzahl	1	10	20
in Prozent	3,2	32,3	64,5

Tabelle 13: Verzicht auf Pausen aufgrund von Arbeitsüberlastung

Somit weist das Belastungsmerkmal „**Zeitdruck**“ mit einem **Mittelwert von 3,71** einen hohen Grad an Zustimmung auf, gefolgt von „**Personalmangel**“ mit einem **Mittelwert von 3,28**. Ein „*Verzicht auf Pausen*“ aufgrund von Arbeitsüberlastung ist jedoch für den Großteil der MitarbeiterInnen selten erforderlich (Mittelwert 2,29).

4.2.1.2 Qualitative Belastungsfaktoren

Zu qualitativer Arbeitsbelastung führen Faktoren, welche **zu hohe Ansprüche an Teilleistungsbereiche**, wie z.B. die Konzentrationsfähigkeit, oder an die Kompetenzen und Fähigkeiten der Mitarbeiter/innen stellen (BGW-DAK Gesundheitsreport: 2001, vgl. S. 23). Auch **Mängel in der Arbeitsorganisation**, ein **häufiger Wechsel** der MitarbeiterInnen, **unklare Zuständigkeiten** und das **Fehlen ausreichender Informationen** tragen zu einer hohen qualitativen Arbeitsbelastung bei.

Folgende Aussagen qualitative Belastungen betreffend wurden abgefragt:

Qualitative Belastungsfaktoren	Mittelwert
MitarbeiterInnen wechseln zu oft	2,77
Neue MitarbeiterInnen werden nicht genügend eingearbeitet	2,72
Fehlen ausreichender Informationen	2,52
Tätigkeiten werden verlangt, für die man überqualifiziert ist	2,37
Arbeit ist ungleichmäßig verteilt	2,34
Arbeitsabläufe sind schlecht organisiert	2,24
Arbeit durch unklare Zuständigkeiten erschwert	2,06
Ungenügende Ausbildung für zu übernehmende Tätigkeiten	1,48
Tätigkeiten, denen man nicht gewachsen ist zu übernehmen	1,35

Tabelle 14: Aussagen zu qualitativen Belastungsfaktoren

Die Aussagen über qualitative Belastungsfaktoren erreichen bei der Mitarbeiterbefragung bei Weitem nicht den hohen Grad an Nennungen, wie die, welche die quantitativen Belastungen „*Zeitdruck*“ und „*Personalmangel*“ betreffen.

24,2% der Befragten waren der Ansicht (trifft völlig zu/ trifft eher zu), dass „**neue MitarbeiterInnen nicht genügend eingearbeitet werden, so dass die Qualität der Arbeit darunter leidet**“. **16,7%** meinten, „**die MitarbeiterInnen wechseln zu oft, so dass die Qualität der Arbeit darunter leidet**“. Ebenfalls **16,7%** gaben an sehr oft oder oft „**Tätigkeiten auszuführen, für die Sie überqualifiziert sind**“.

Hingegen waren jeweils **93,6%** der Meinung selten oder nie „**eine Tätigkeit auszuführen, der Sie sich nicht gewachsen fühlen oder für die Sie nicht genügend ausgebildet sind**“.

4.2.1.3 Arbeitsunterbrechungen

Durch den **zusätzlichen psychischen Regulationsaufwand**, den häufige Arbeitsunterbrechungen erforderlich machen, wird Kraft und Konzentration verbraucht, um immer wieder den verlorenen Faden aufzunehmen. (BGW-DAK:2001, vgl. S. 25). Auch das kurzfristige Ändern geplanter Arbeitsabläufe oder das häufige Fehlen wichtiger Arbeitsmittel kann zu einem erheblichen Stressfaktor werden.

Es wurden drei Aussagen betreffend Unterbrechungen bei der Arbeit erhoben:

Arbeitsunterbrechungen	Mittelwert
Arbeit muss wegen anderer Tätigkeit unterbrochen werden	3,29
Unvorhergesehene Einsätze ändern geplanten Arbeitsablauf	2,87
Häufiges Fehlen wichtiger Arbeitsmittel	2,23

Tabelle 15: Aussagen zu Arbeitsunterbrechungen

45,2% der Befragten schlossen sich der Feststellung an, dass Sie sehr oft oder oft „**eine begonnene Arbeit unterbrechen müssen, weil Sie z.B. aktuell bei einer anderen Tätigkeit benötigt werden**“. **64,5%** der befragten MitarbeiterInnen verneinten (trifft wenig/ gar nicht zu) das „**häufige Fehlen wichtiger Arbeitsmittel**“.

4.2.1.4 Umgebungsbelastungen

Durch Faktoren wie Lärm, schlechtes Raumklima oder unangenehme Gerüche, Staub, sowie schlecht ausgestattete Arbeitsräume und beengte Personal- und Pausenräume ergeben sich weitere Belastungen der MitarbeiterInnen.

Zwei Aussagen betreffend Umgebungsbelastungen wurden abgefragt:

Umgebungsbelastungen	Mittelwert
Fehlen eines ruhigen Pausenraumes	3,29
Arbeitsräume sind nicht zufrieden stellend ausgestattet	2,27

Tabelle 16: Aussagen betreffend Umgebungsbelastungen

48,4% der Befragten bejahten (trifft völlig zu/eher zu) die Feststellung *„Es fehlt ein ruhiger Raum, in dem man sich in der Pause erholen kann“*. 32,2% gaben an, mit den vorhandenen Pausenräumen zufrieden zu sein. Nur 20% der MitarbeiterInnen waren der Ansicht, dass *„die Räume, in denen Sie arbeiten, nicht zufrieden stellend ausgestattet sind (Möbel, Beleuchtung, Stühle usw.)“*. Der überwiegende Teil, nämlich 63,3% der Befragten meinte, dass diese Aussage wenig oder gar nicht zutrifft.

4.2.1.5 Weitere psychomentele Belastungsfaktoren

Neben den oben beschriebenen Belastungen gibt es noch eine Reihe weiterer Faktoren, die zu einer hohen psychischen Belastung der MitarbeiterInnen in der Altenpflege führen können:

Psychische Belastungen durch BewohnerInnen und deren Angehörige:

- Tod oder unheilbare Erkrankung der BewohnerInnen
- nörgelnde und aggressive BewohnerInnen
- BewohnerInnen mit Demenz

- Angehörige, welche die Kompetenz der BetreuerInnen anzweifeln
- Angehörige, die den BetreuerInnen Vorwürfe machen

Psychische Belastungen können weiters durch ein schlechtes **Betriebsklima**, durch unzureichende **Führung** durch den/die Vorgesetzte(n), durch **Einsamkeit** und **Isolation** am Arbeitsplatz und durch umständliche und bürokratische **Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen** in den Einrichtungen der stationären Altenbetreuung entstehen.

Folgende Feststellungen wurden in diesem Zusammenhang untersucht:

Weitere psychomentale Belastungsfaktoren	Mittelwert
Starke Belastung durch Leiden/Tod der BewohnerInnen	2,48
Umständliche/bürokratische Zusammenarbeit mit Verwaltung	2,42
Umständliche Zusammenarbeit mit Physiotherapie/sozialem Dienst	1,87
Umständliche Zusammenarbeit mit Küche, Wäscherei, Haustechnik	1,82
Umständliche Zusammenarbeit mit Pflegedienst	1,66

Tabelle 17: Aussagen zu weiteren psychomentalen Belastungsfaktoren

Wie aus Tabelle 17 ersichtlich, hat bei den MitarbeiterInnen des Seniorenheims Gunkskirchen keiner der abgefragten weiteren psychomentalen Belastungsfaktoren einen hohen Grad der Ausprägung. Lediglich **9,7%** der Befragten gaben an, sehr oft oder oft „*sich durch das **Leiden/den Tod von Bewohnern stark belastet zu fühlen***“. 54,8% der MitarbeiterInnen fühlten sich selten/nie dadurch belastet.

Bei den Fragen nach der **Zusammenarbeit** zwischen der eigenen und anderen Berufsgruppen innerhalb der Einrichtung antworteten **17,9%** der MitarbeiterInnen, dass diese **mit der Verwaltung durch Bürokratie erschwert** ist (trifft völlig zu/eher zu). 39,3% betrachteten diese Aussage als wenig/gar nicht zutreffend.

Bei der **Zusammenarbeit** mit den drei weiteren Berufsgruppen sahen die Befragten überwiegend keine bürokratischen Erschwernisse:

- Küche, Wäscherei, Haustechnik 82,1%
- Pflegedienst 71,4%
- Physiotherapie, Sozialer Dienst 57,1%

4.2.2 Darstellung der körperlichen Belastungsfaktoren

Durch das häufige **Anheben**, **Umlagern** oder sogar **Tragen** der Bewohner ist die Wirbelsäule der BetreuerInnen in der Altenpflege besonders hohen Belastungen ausgesetzt. Viele Pfl egetätigkeiten müssen darüber hinaus in **gebeugter** oder **gedrehter Haltung** ausgeführt werden (BWG-DAK:2001, vgl. S. 42).

Weitere körperliche Belastungen entstehen durch das **Fehlen** oder den **Verzicht** auf **Hebehilfen oder Hebetech niken** (wie z.B. Kinästhetik²⁶). Zeitdruck ist der mit Abstand häufigste Grund dafür (BGW-DAK:2001, vgl. S.48).

Unfalls- und Verletzungsgefahren bei der Ausübung der Tätigkeit stellen eine weitere Belastung dar. Auch hier erhöht eine hohe psychische Belastungsintensität (Stress) die Wahrscheinlichkeit von Fehlreaktionen deutlich und damit das Verletzungsrisiko.

Bei meiner Erhebung wurden zehn Fragen zu gesundheitlichen Beschwerden der MitarbeiterInnen gestellt:

²⁶ Erläuterung zum Begriff im Glossar

Gesundheitliche Beschwerden der MitarbeiterInnen	Mittelwert
Kreuz- und Rückenschmerzen	3,00
Nacken- und Schulterschmerzen	2,94
Mattigkeit	2,71
Kopfschmerzen	2,32
Schlafstörungen	2,16
Rasche Erschöpfbarkeit	2,10
Sodbrennen und saures Aufstoßen	1,65
Herzklopfen, Herjagen, Herzstolpern	1,55
Magenschmerzen	1,45
Anfallsweise Herzbeschwerden	1,26

Tabelle 18: Gesundheitliche Beschwerden der MitarbeiterInnen in der Altenbetreuung

Die am häufigsten genannten gesundheitlichen Beschwerden betrafen den Bewegungsapparat. Jeweils **29%** der befragten BetreuerInnen gaben an, sich stark oder erheblich durch **Kreuz- und Rückenschmerzen**, sowie durch **Nacken- und Schulterschmerzen** belastet zu fühlen. Der Mittelwert betrug bei Ersteren 3,00 und bei den Nackenbeschwerden 2,94.

22,5% der Befragten litten unter Mattigkeit, 19,4% unter Kopfschmerzen und 12,9% hatten Schlafstörungen. Diese Beschwerden sind oft psychosomatischen Ursprungs und ein deutlicher Hinweis auf körperliche und/oder seelische Erschöpfung.

4.2.3 Darstellung der Ressourcenfaktoren

Als Kontrapunkt zu den psychomentalen und körperlichen Belastungsfaktoren gibt es Arbeitsbedingungen, die einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der MitarbeiterInnen in der Altenbetreuung haben können. (BGW-DAK:2001 vgl. S. 20).

„Von den Ressourcenfaktoren hängt es in erheblichem Maße ab, ob Arbeitsbelastungen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen oder ob die betroffene Person über Möglichkeiten zur Bewältigung der Belastung und damit der Vermeidung von gesundheitlichen Beschwerden und Stressreaktionen verfügt“. (zitiert aus BGW-DAK:2001 S.27).

Zu diesen so genannten „Ressourcenfaktoren“ zählen **Abwechslungsreichtum**, sowie **Entscheidungsspielraum** bei der auszuführenden Arbeit. Diese beiden Merkmale ermöglichen eine bessere **Kontrolle** der Arbeitsbedingungen. Das Verhältnis zu **Vorgesetzten** und **Kollegen**, **Information** und **Mitsprache**, sowie **Weiterbildungsmöglichkeiten** sind weitere wichtige Punkte, die sich positiv auf **Motivation** und **Arbeitszufriedenheit** der AltenbetreuerInnen auswirken können.

4.2.3.1 Vielseitigkeit (Abwechslungsreichtum) der Arbeitsaufgaben

Drei Aussagen, welche die Aufgabenvielfalt und damit verbunden die Förderung der persönlichen Entwicklung der AltenbetreuerInnen betreffen, wurden abgefragt:

Vielseitigkeit (Abwechslungsreichtum) der Arbeitsaufgaben	Mittelwert
Kenntnisse und Fertigkeiten können angewendet werden	3,81
Tätigkeit ist abwechslungsreich und interessant	3,68
Neues lernen und berufliche Weiterentwicklung bei Arbeit	3,55

Tabelle 19: Aussagen über Vielseitigkeit der Arbeitsaufgaben in der Altenbetreuung

61,3% der befragten BetreuerInnen stimmten der Aussage zu (trifft völlig/eher zu) *„Ich kann meine **Kenntnisse und Fertigkeiten** in ausreichendem Maße anwenden“*.

Fast ebenso viele MitarbeiterInnen, nämlich **58%**, *„empfinden Ihre **Tätigkeit** als **abwechslungsreich und interessant**“*.

Für **54,8%** der Befragten traf völlig/eher zu: *„Bei meiner **Tätigkeit** kann ich immer wieder **Neues lernen** und mich **beruflich weiterentwickeln**“*.

Damit zeigt sich ein hohes Ausmaß an Zustimmung der MitarbeiterInnen des Seniorenheims Gunskirchen zu Aspekten der Persönlichkeitsförderlichkeit der Arbeitsaufgaben.

4.2.3.2 Handlungs- und Entscheidungsspielraum am Arbeitsplatz

Sechs Aussagen zu den Arbeitsaufgaben und zur Arbeitssicherheit, welche Inhalt der Mitarbeiterbefragung waren, haben Bezug zum Handlungs- und Entscheidungsspielraum bei der Ausführung der Arbeit:

Handlungs- und Entscheidungsspielraum am Arbeitsplatz	Mittelwert
Mitbestimmung, auf welche Art die Arbeit erledigt wird, ist möglich	4,00
Einhaltung der Sicherheitsvorschriften ist problemlos möglich	3,79
Die Zeit ist ausreichend für sicheres Arbeiten	3,55
Spielraum für eigene Planungen und Entscheidungen ausreichend	3,39
Einfluss, welche Arbeitsaufgaben zugeteilt werden, ausreichend	3,23
Tätigkeit lässt ausr. Zeit für psychische Betreuung der Bewohner	2,19

Tabelle 20: Aussagen über Handlungs- und Entscheidungsspielraum am Arbeitsplatz

Für **71,4%** der befragten MitarbeiterInnen traf völlig/eher zu: **„Die praktische Einhaltung der Sicherheitsvorschriften ist problemlos möglich“**.

67,7% der BetreuerInnen stimmten der Aussage zu: **„Ich kann mit bestimmen, auf welche Art und Weise ich meine Arbeit erledige“**.

Bei der Aussage **„Ich habe genügend Einfluss darauf, welche Arbeitsaufgaben mir zugeteilt werden“** gingen die Meinungen auseinander. **48,4%** der Befragten hielten diese für zutreffend, aber **38,7%** hatten eine gegenteilige Ansicht (trifft wenig/gar nicht zu).

Mit Abstand am wenigsten Zustimmung erhielt die Aussage **„Meine Tätigkeit lässt ausreichend Zeit für die psychische Betreuung der Bewohner“**. Für **nur 12,9%** der MitarbeiterInnen war dieser Ressourcenfaktor zutreffend, aber **74,2%** meinten, dass ausreichende Zuwendung für die Senioren aufgrund des permanenten Zeitdrucks kaum möglich ist. Damit können AltenfachbetreuerInnen im Seniorenheim Gunskirchen Ihre Zusatzqualifikation in der sozialen Betreuung und Beschäftigung von geriatrischen Patienten nur beschränkt anwenden.

4.2.3.3 Sozialer Rückhalt durch KollegInnen und Vorgesetzte

Dreizehn Aussagen betreffend die Unterstützung durch KollegInnen und Vorgesetzte lassen Rückschlüsse auf das Betriebsklima, den Zusammenhalt unter den MitarbeiterInnen und das Führungsverhalten zu:

Sozialer Rückhalt durch KollegInnen und Vorgesetzte	Mittelwert
Vorgesetzte - Persönliche Anerkennung	4,26
Küche, Wäscherei... - Verständnis/Respekt bei Zusammenarbeit	4,14
Pflegedienst - Verständnis/Respekt bei Zusammenarbeit	4,11
Vorgesetzte – Auf Ihn/Sie ist Verlass wenn Arbeit schwierig wird	4,03
Vorgesetzte – Sicheres Arbeiten wird anerkannt	4,00
Physiotherapie/Sozialer Dienst - Verständnis/Respekt bei Zusammenarbeit	3,92
Vorgesetzte – Fördert offenes Gesprächsklima	3,77
Vorgesetzte – Seine/Ihre Unterstützung erleichtert Arbeit	3,61
Vorgesetzte – Gibt oft Lob und Anerkennung für meine Leistungen	3,60
KollegInnen – Mit ihrer Unterstützung kann ich immer rechnen	3,53
Verwaltung - Verständnis/Respekt bei Zusammenarbeit	3,44
Vorgesetzte – Probleme und Konflikte offen/ehrlich ausgetragen	3,26
KollegInnen – Vertrauensvolles Verhältnis zwischen diesen	2,90

Tabelle 21: Aussagen über sozialen Rückhalt durch KollegInnen und Vorgesetzte

Für **82,8%** der befragten MitarbeiterInnen trifft die Aussage völlig/eher zu: **„Unsere Vorgesetzten erkennen sicheres Arbeiten an“**. Fast ebenso hohe Zustimmung (**80,7%**) erhielt die Feststellung: **„Ich fühle mich von meiner/m Vorgesetzten persönlich anerkannt“**. **74,2%** der Befragten waren teilen die Ansicht **„Ich kann mich voll auf ihn/sie (die Vorgesetzte) verlassen, wenn es in meiner Arbeit schwierig wird“**.

Jeweils **72,5%** der BetreuerInnen meinten **„Die Zusammenarbeit zwischen meiner Berufsgruppe und dem Pflegedienst bzw. Küche, Wäscherei und Haustechnik ist durch Verständnis und gegenseitigen Respekt geprägt“**.

Weniger positiv bewertet wurden folgende Aussagen:

„*Zwischen den **KollegInnen** besteht ein **vertrauensvolles Verhältnis**“.* Nur **19,4%** der MitarbeiterInnen stimmten dieser Aussage zu, aber **32,2%** waren der gegenteiligen Meinung (trifft wenig/gar nicht zu).

37,9% der Befragten bewerteten die Feststellung „*Die **Zusammenarbeit** zwischen meiner Berufsgruppe mit der **Heimleitung** ist durch **Verständnis und gegenseitigen Respekt** geprägt“* als zutreffend, **31,1%** verneinten dies.

38,7% der BetreuerInnen teilten die Auffassung „***Vorgesetzte/r** - Probleme und **Konflikte** werden **offen und ehrlich** ausgetragen“*, für **32,3%** traf diese Aussage wenig/gar **nicht zu**.

Es fällt auf, dass die Aussagen, welche die Vorgesetzte/n betreffen, großteils besser bewertet wurden, als diejenigen, welche die Kolleg/innen angehen.

4.2.3.4 Information und Mitsprache

Vierzehn Aussagen betreffen die Ressourcen Information und Mitsprachemöglichkeit der AltenbetreuerInnen. „*Eine offene Informationspolitik des Betriebes sowie das Aufgreifen von Vorschlägen oder Beschwerden der Beschäftigten, tragen zu einer insgesamt positiveren Organisationskultur und höherer Arbeitszufriedenheit bei*“ (Zitat aus BGW-DAK:2001, vgl. S. 31).

Information und Mitsprache	Mittelwert
Heimleitung - fördert die regelmäßige Weiterbildung der Mitarbeiter	4,55
Vorgesetzte – Gibt alle für meine Arbeit wichtigen Informationen	4,06
Vorgesetzte – Verbesserungsvorschläge sind willkommen	3,94
Kolleg/innen – Geben alle für meine Arbeit wichtigen Informationen	3,68
Arbeitssicherheit - Vorschläge zur Verbesserung umgesetzt	3,67
Heimleitung – Informiert MitarbeiterInnen umfassend	3,55
Heimleitung – Anliegen meiner BG werden unterstützt	3,33
Heimleitung – Einrichtung ermuntert zu Verbesserungsvorschlägen	3,30
Heimleitung – Beschwerden der MitarbeiterInnen berücksichtigt	3,13
Arbeitssicherheit - Erhalten rgm. Unterweisungen zum Thema	3,06
Veränderungen – Mehr Mitsprache bei Dienstplanerstellung	3,05
Veränderungen – Bessere Möglichkeiten, Schichten zu tauschen	2,63
Arbeitsbereich – Besprechungen oft langatmig und ziellos	2,63
Arbeitsbereich – Es gibt zu wenige Teambesprechungen	1,59

Tabelle 22: Aussagen über Information und Mitsprachemöglichkeit

Den weitaus höchsten Grad an Zustimmung erhielt die Aussage „**Die Leitung fördert die regelmäßige Weiterbildung von MitarbeiterInnen**“. **96,6%** der Befragten meinten dazu – trifft völlig/eher zu.

Weitere positiv bewertete Feststellungen:

„*Von meinem/r **Vorgesetzten** erhalte ich alle für meine Arbeit wichtigen*

Informationen“ (**67,7%**). „*Bei meinem/r **Vorgesetzten** sind*

Verbesserungsvorschläge willkommen“ (**64,5 %**). „*Von meinen **KollegInnen***

*bekomme ich alle für meine Arbeit wichtigen **Informationen***“ (**64,5%**).

Am **wenigsten zutreffend** war nach Ansicht der BetreuerInnen die folgende

Aussage: „**Es gibt zu wenige Teambesprechungen**“. Gerade mal **3,4%** stimmten

hier (völlig/eher) zu, während 86,2% gegenteiliger Ansicht waren. Ebenfalls geringe

Zustimmung erhielt der Veränderungswunsch „**Bessere Möglichkeiten Schichten zu**

tauschen“ Für 17,2% der BetreuerInnen war diese Aussage von Bedeutung.

34,6% der Befragten hielten diese Möglichkeit für wenig/gar nicht wichtig. 23,3% der Befragten meinten: „*Die Besprechungen sind oft langatmig und ziellos*“. 50% der MitarbeiterInnen teilten diese Sichtweise nicht (trifft wenig/gar nicht zu).

4.2.3.5 Weitere Ressourcenfaktoren

Weitere Ressourcen, die sich positiv auf Motivation und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/innen auswirken können, sind **Fortbildungsmöglichkeiten**, das **Image** von Einrichtung und ausgeübtem Beruf, die Anwendung **ergonomischer Grundsätze**, sowie ein hoher Stellenwert von **Arbeitssicherheit** und **Unfallschutz** bei der Heimleitung.

Weitere Ressourcenfaktoren	Mittelwert
Bewohnerbetten ermöglichen körpergerechtes Arbeiten	4,52
Einrichtung hat hervorragenden Ruf in der Region	4,36
Einrichtung bietet ausreichende und interessante Fortbildung an	4,28
Geeignete Hebehilfen zur Umlagerung der BewohnerInnen vorhanden	3,97
Arbeitsschutz hat bei der Heimleitung einen hohen Stellenwert	3,41

Tabelle 23: Aussagen über weitere Ressourcenfaktoren im Seniorenheim Gunkirchen

Durchwegs positiv bewertet wurden die Aussagen über weitere Ressourcenfaktoren. Für **87,1%** der befragten MitarbeiterInnen trifft völlig/eher zu: „*Die **Bewohnerbetten ermöglichen ein körpergerechtes Arbeiten***“. **85,7%** der BetreuerInnen unterstützen die Auffassung: „*Die **Einrichtung hat einen hervorragenden Ruf in unserer Region***“. **82,8%** der Befragten meinten: „*Die **Einrichtung bietet ausreichende und interessante Fortbildungsmöglichkeiten***“.

Den **geringsten Grad an Zustimmung (51,8%)** erhielt die Aussage: „*Der **Arbeitsschutz hat bei der Heimleitung einen hohen Stellenwert***“. Für 31% der MitarbeiterInnen trifft diese Tatsache wenig/gar nicht zu.

4.2.4 Arbeitszufriedenheit

Drei Aussagen der Mitarbeiterbefragung bezogen sich auf Aspekte der Arbeitszufriedenheit. Das Ausmaß an Sinnfindung und Befriedigung bei der ausgeübten Tätigkeit hat einen starken Bezug zu Motivation und Berufstreue. Der Wunsch nach **Wechsel der Einrichtung** und vor Allem nach **Berufsausstieg** korreliert deutlich mit der allgemeinen Arbeitszufriedenheit. (Tackenberg P. :2005, NEXT-Studie, *Arbeiten im Pflegebereich*, Folien 40 und 41).

Arbeitszufriedenheit	Mittelwert
Ich habe das Gefühl, bei der Arbeit etwas Sinnvolles zu tun	4,71
Alles in allem bin ich mit meiner Arbeit sehr zufrieden	4,26
Trotz aller Belastungen befriedigt diese Arbeit	4.19

Tabelle 24: Aussagen über die allgemeine Arbeitszufriedenheit der AltenbetreuerInnen

Mit **100%** Zustimmung zur Aussage „*Ich habe das Gefühl, bei der **Arbeit** etwas **sinnvolles zu leisten**“* haben die MitarbeiterInnen des Seniorenheims Gunskirchen diesen von allen 86 untersuchten Items am höchsten bewertet. 22 der Befragten stimmten völlig und 9 eher zu.

Auch die beiden anderen Aussagen zur Arbeitszufriedenheit erhielten mit **74,2%** („*Bin mit **Arbeit** sehr zufrieden*“) und **71,4%** Zustimmung („*Trotz aller Belastungen **befriedigt diese Arbeit***“) eine gute Bewertung durch die MitarbeiterInnen.

Erfreulicherweise gab es bei allen drei Feststellungen zur Arbeitszufriedenheit keine einzige negative Rückmeldung der AltenbetreuerInnen trifft wenig/gar nicht zu). Somit besteht ein (relativ) hoher Grad an allgemeiner Arbeitszufriedenheit bei den MitarbeiterInnen in der Altenbetreuung im Seniorenheim Gunskirchen (siehe auch Kapitel 5.1.5.2, Vergleich mit Alten- und Pflegeheimen in NÖ und Wien).

4.2.5 Wunsch nach Arbeitsplatzwechsel oder Berufsausstieg

Zwei Fragen zu beruflichen Veränderungswünschen wurden im Rahmen der Mitarbeiterbefragung gestellt:

Wunsch nach Arbeitsplatzwechsel oder Berufsausstieg	Mittelwert
Häufigkeit des Gedankens an Arbeitsplatz/Einrichtungswechsel	2,53
Häufigkeit des Gedankens an Berufsausstieg/Berufswechsel	1,65

Tabelle 25: Aussagen zu Gedanken an Arbeitsplatzwechsel oder Berufsausstieg

6 MitarbeiterInnen (**20%**) denken sehr oft oder oft daran „*sich nach einer **anderen Stelle** z.B. in einem anderen Seniorenheim umzusehen*“. 13 der Befragten (43,3%) gaben an, selten oder nie an diese Möglichkeit zu denken.

Ein/e MitarbeiterIn (**3,2%**) gab an, sehr oft daran zu denken „*den erlernten **Beruf ganz aufzugeben** und eine andere berufliche Tätigkeit zu beginnen*“. 26 der Befragten (83,9%) haben selten oder nie an einen Berufswechsel gedacht. Für rund ein Fünftel der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen kommt ein Arbeitsplatz- oder Einrichtungswechsel durchaus in Betracht. Einen Berufswechsel oder den Berufsausstieg erwägt hingegen nur eine Minderheit von 3,2% der an der Mitarbeiterbefragung Beteiligten.

Es besteht somit ein **hoher Grad an Berufstreue** bei den MitarbeiterInnen in der Altenbetreuung im Seniorenheim Gunskirchen.

4.2.6 Weitere Veränderungswünsche

Sechs Aussagen zu Veränderungswünschen betreffend Arbeitszeit und Dienstplanung, sowie zu Veränderungen in der Einrichtung selbst wurden abgefragt. Da die Fragen zu den Veränderungswünschen in der Einrichtung mittels einer **vierstufigen Ratingskala** gestellt wurden, werden die Ergebnisse dazu in einer gesonderten Tabelle dargestellt (niedrigerer Mittelwert).

Weitere Wünsche und Verbesserungsvorschläge, welche im Rahmen der Mitarbeiterbefragung in offener Form geäußert werden konnten, werde ich unter dem Kapitel 4.4 „*Ergebnisse der semistrukturierten qualitativen Einzelinterviews*“ abhandeln.

Veränderungen betreffend Arbeitszeit und Dienstplanung	Mittelwert
Wunsch nach weniger Überstunden	3,26
Wunsch nach einer längerfristigen Dienstplanung	2,67
Wunsch nach einem Wechsel in eine Teilzeitbeschäftigung	2,22

Tabelle 26: Veränderungswünsche betreffend Arbeitszeit und Dienstplanung

33,4% (9) der befragten MitarbeiterInnen äußerten den „*Wunsch nach weniger Überstunden*“ (sehr wichtig/wichtig). **20%** (6) der BetreuerInnen wünschen „*eine längerfristige Dienstplanung*“. Einen „*Wechsel in eine Teilzeitbeschäftigung*“ wünscht nur eine Einzige der Befragten (**4%**).

Auffallend war, dass bei den Veränderungswünschen zu Arbeitszeit und Dienstplanung sehr häufig der Punkt „*trifft auf meine Arbeit nicht zu*“ angekreuzt wurde. Da im Seniorenheim Gunkskirchen die Möglichkeit einer freien Dienstplangestaltung durch die MitarbeiterInnen besteht, ist der Anteil der Befragten, welche Veränderungswünsche äußerten, sehr niedrig. Lediglich der Wunsch nach weniger Überstunden hat einen höheren Stellenwert.

Veränderungswünsche in der Einrichtung	Mittelwert
Gesprächsgruppen zu belastenden Arbeitsplatzsituationen	3,19
Angebote für verbesserte Hebe- und Tragetechniken	2,52
Bewohnerbetten für körpergerechtes Arbeiten	2,13

Tabelle 27: Veränderungswünsche in der Einrichtung

Aufgrund der vierstufigen Ratingskala ist der Mittelwert von 3,19 zum Veränderungswunsch „*Einrichtung von **Gesprächsgruppen**, in denen **belastende Situationen** bei der Arbeit besprochen werden können*“ sehr hoch. **77,4%** der befragten MitarbeiterInnen hielten diesen Punkt für sehr wichtig oder wichtig.

„*Angebote für **verbesserte Hebe- und Tragetechniken***“ halten **54,8%** der Befragten für bedeutend, wobei 13 BetreuerInnen (41,9%) darauf hinwiesen, dass es solche im Seniorenheim Gunskirchen bereits gibt. Im Jahre 2004 wurde vom Kostenträger des Heimes, der Marktgemeinde Gunskirchen ein Budget von 8000 Euro für ein (verpflichtendes) Schulungsprogramm in **Kinästhetik**²⁷ und **basaler Stimulation**²⁸ bewilligt. Diese Zusatzausbildung wird laufend aktualisiert.

„***Bewohnerbetten für körpergerechtes Arbeiten***“ halten **36,7%** (11) der befragten MitarbeiterInnen für sehr wichtig. 60% (18) der Befragten meinten, dass diese Aussage für die vorhandenen Bewohnerbetten völlig zutrifft. Bereits unter dem Punkt 4.2.2.5 (Weitere Ressourcenfaktoren) äußerten 87,1% der BetreuerInnen, dass die Betten ergonomisches Arbeiten ermöglichen.

²⁷ Erläuterung dazu im Glossar

²⁸ Erläuterung dazu im Glossar

4.3 Ergebnisse der Einzelbefragung mittels (standardisiertem) Arbeitsbewältigungsindex – Fragebogen

4.3.1 Strukturdaten

Insgesamt führte ich zwischen Oktober und Dezember 2005 zwanzig Einzelbefragungen mittels Arbeitsbewältigungsindex- Fragebogen durch. 5 Angehörige des gehobenen Pflegedienstes (Diplomkrankenschwester/Pfleger), 13 AltenfachbetreuerInnen und 2 PflegehelferInnen waren bereit, sich auf ein Interview einzulassen.

Der **Altersdurchschnitt** der befragten **Diplomkrankenschwestern/pfleger** lag mit **44,4 Jahren** deutlich über dem des **gesamten Pflegepersonals** im Seniorenheim Gunskirchen (**42,2 Jahre**). Der Altersschnitt bei den **AltenfachbetreuerInnen und PflegehelferInnen** lag mit **41,7 Jahren** knapp unter dem Gesamtdurchschnitt. Jeweils 20% der mittels ABI- Fragebogens interviewten MitarbeiterInnen gehörten der Altersgruppe 20-29 und 30-39 Lebensjahre an. Je 30% der Befragten waren zwischen 40-49 bzw. über 50 Jahre jung/alt.

4.3.2 Darstellung der Ergebnisse des ABI- Fragebogens

Die Auswertung der 20 ausgefüllten Arbeitsbewältigungsindex- Fragebögen brachte folgende Einstufungen:

- | | | |
|------------|----|------------------|
| ▪ Sehr gut | 7x | (44 – 49 Punkte) |
| ▪ Gut | 6x | (37 – 43 Punkte) |
| ▪ Mäßig | 7x | (28 – 36 Punkte) |

Der **Durchschnittswert** aller 20 ABI- Fragebögen lag bei **39,3 Punkten** (ABI-Kategorie: „gut“). Die ABI- Kategorie „gut“ errechnet sich aus der Gesamtpunkteanzahl der 7 Items des ABI- Fragebogens und umfasst 37 bis einschließlich 43 erreichte Punkte.

Bei der Auswertung der einzelnen ABI- Items (siehe Kapitel 3.2.2) zeigte sich ein klarer Bezug zur erreichten Gesamtpunkteanzahl bei dem Item 3 („*aktuelle Krankheiten*“) und dem Item 4 („*geschätzte Beeinträchtigung durch die Krankheiten*“). Alle 3 MitarbeiterInnen, welche beim Item 3 sieben Punkte erreichten, hatten einen „sehr guten“ ABI. Sämtliche 7 BetreuerInnen mit „mäßigen“ ABI erreichten beim Item 3 nur 1 Punkt.

Alle 7 Personen mit „sehr gutem“ ABI erreichten beim Item 4 sechs Punkte. Die beiden MitarbeiterInnen mit der niedrigsten Punkteanzahl (3) bei diesem Item hatten einen „mäßigen“ ABI.

Zwei BetreuerInnen erreichten trotz niedriger Punktezahl (1) beim Item 3 einen „guten“ ABI. Sie wiesen beim Item 4 „*geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten*“, und zusätzlich beim Item 2 „*derzeitige Bewältigung der Anforderungen*“ und Item 7 „*psychische Einstellung und Befindlichkeit*“ jeweils hohe Punktwerte auf. Beide BetreuerInnen gehörten der **Altersgruppe 50+** an. Es gelang Ihnen somit, **körperliche Defizite aufgrund von Erkrankungen durch Mobilisierung von Ressourcen auszugleichen** (vgl. Kapitel 2.1.1.3, Kompensation bzw. Bewältigung).

Möglicherweise besteht hier ein so genannter „**Healthy Worker Effekt**“. Gemeint ist damit ein erniedrigtes Erkrankungsrisiko, basierend auf der einseitigen Selektion von gesünderen, beruflich exponierten Personen. Für manche Berufe – so auch den Pflegeberuf – ist eine bestimmte gesundheitliche Konstitution (körperlich und psychisch) Voraussetzung.

Eine gesonderte Auswertung nach den vier Altersgruppen zeigte folgende ABI-Mittelwerte:

Altersgruppe	Anzahl Pers.	Prozentzahl	ABI - Punkte
20 - 29	4	20%	41,25
30 - 39	4	20%	40,00
40 - 49	6	30%	38,17
50 +	6	30%	38,83

Tabelle 28: Auswertung der Arbeitsbewältigungsindex – Fragebögen

Alle vier untersuchten Altersgruppen erreichen durchschnittlich eine Gesamtpunkteanzahl, welche **der ABI- Kategorie „gut“** entspricht. Auffallend ist das Ergebnis der Altersgruppe 50+ : die durchschnittlich erreichte Punktzahl liegt höher, als in der Altersgruppe 40 – 49.

Bei einem zu erwartenden **Abfall des ABI von im Mittel 0,4 Punkten pro Jahr** (Hasselhorn H.-M.: 2005, NEXT- Studie, DGAUM Bochum) würden ohne Maßnahmen zur Belastungsreduktion und/oder Ressourcenerhöhung folgende Zeiträume verstreichen, bis die Mitglieder der jeweiligen Altersgruppe in die **ABI-Kategorie „mäßig“** (28 – 36 Punkte) abfallen:

- AG 20 – 29..... 13 Jahre
- AG 30 – 39..... 10 Jahre
- AG 40 – 49.....5 Jahre
- AG 50+.....7 Jahre

Der jährliche Abfall von durchschnittlich 0,4 ABI- Indexpunkten wird in erster Linie durch eine **Verringerung der physischen Leistungsfähigkeit** der MitarbeiterInnen verursacht (Tempel J.: 2003, Folie 9, Quelle: Ilmarinen 1999, modifiziert).

Durch den Abfall der körperlichen Leistungsfähigkeit verringert sich die Reservekapazität zusehends. Dadurch steigt die Zeitspanne, welche zur Regeneration benötigt wird an und erreicht ab Mitte 40 oft ein kritisches Ausmaß.

Bei einem Abfall des ABI in die Kategorie „schlecht“ (7 – 27 Punkte) steigt das Risiko für Arbeitsunfähigkeit deutlich an (Hasselhorn H.-M. et al.: 2005, NEXT-Auswertung in Deutschland, vgl. S. 45).

„Weiters besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen „schlechtem“ ABI und Burnout, dem Arbeit/Familie- Konflikt und der Absicht, den Beruf zu verlassen“ (ebenda).

Diese (eher hypothetische) Annahme eines kollektiven Abfalls des ABI zeigt gleichzeitig die Schwächen dieser (linearen) Betrachtungsweise auf. **Maßnahmen** zur Belastungsreduktion und/oder Ressourcenerhöhung bei den MitarbeiterInnen in der Altenbetreuung **lassen sich nur individuell planen** und **sollten bereits bei einem „mäßigen“ ABI ergriffen werden.**

Hasselhorn H.-M. zeigte anlässlich der Präsentation der Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung an 1309 im Pflegebereich tätigen Personen (NEXT-Studie) auf, dass der **Abfall des ABI- Mittelwertes mit zunehmenden Lebensalter nicht linear** erfolgt (DGAUM 2005, Bochum). Ab dem 37. Lebensjahr stieg der ABI-Mittelwert sogar wieder an, um erst nach dem 47. Lebensjahr weiter, dann jedoch steil abzufallen. (vgl. Geißler B. et al., PIZA-Studie S. 15ff).

4.4 Ergebnisse der semistrukturierten qualitativen Einzelinterviews

4.4.1 Darstellung der Ergebnisse der individuellen Befragung

Insgesamt wurden an die 20 MitarbeiterInnen, die zu einem Einzelinterview bereit waren, weitere 12 Fragen gestellt. Die Frage 7 zur Zufriedenheit mit Bezahlung/Anerkennung des Pflegeberufes wurde geteilt.

Bei der Darstellung der Ergebnisse beschränke ich mich jeweils auf die vier am häufigsten genannten Antworten.

Frage 1: „*Welche Motive führten zu Ihrer Entscheidung den Pflegeberuf zu ergreifen ?*“. (Mehrfachantworten möglich)

- Interesse für den Sozialbereich.....23,3%
- Liebe zu alten Menschen.....20,0%
- Anderen Menschen zu helfen.....20,0%
- Pflege Angehöriger.....16,6%

Aus den Antworten der MitarbeiterInnen des Seniorenheims Gunskirchen geht deutlich hervor, dass die **soziale (Helfer-) Gesinnung** das prägende Motiv bei der Berufswahl darstellt (vgl. auch Fehlinger F.: 2003, S.45).

Frage 2: „*Welche positiven Merkmale (Motivierendes, Erfüllendes, Sinnhaftes) weist dieser Beruf auf ?*“. (Mehrfachantworten möglich)

- Dankbarkeit der BewohnerInnen.....31,0%
- Beziehungsaufbau zu den BewohnerInnen.....27,6%
- Lerne BewohnerInnen besser kennen als im Krankenhaus.....13,8%
- Freude über Besserung des Gesundheitszustandes von BewohnerInnen.....10,4%

Aus den Antworten der MitarbeiterInnen lässt sich erkennen, dass der **Beziehungsaufbau** zu den BewohnerInnen des Seniorenheims, sowie die

Dankbarkeit der betreuten Menschen **wichtige Ressourcen** sind, die zu Arbeitsfreude und Berufszufriedenheit beitragen.

Frage 3: „*Welches sind die wesentlichsten körperlichen Belastungen in Ihrem Beruf ?*“

- Heben/Mobilisieren von BewohnerInnen.....80,0%
- Habe keine nennenswerten körperlichen Belastungen.....15,0%
- Langes Sitzen vor dem Computer..... 5,0%

Mit großem Abstand stellt das **Heben und Mobilisieren der BewohnerInnen** die größte körperliche Belastung für die befragten MitarbeiterInnen dar.

Frage 4: „*Welchen psychischen Belastungen sind Sie ausgesetzt ?*“.

(Mehrfachantworten möglich)

- Bewohner/innen mit seniler Demenz und Bewegungsdrang.....28,6%
- Tod und Leiden von BewohnerInnen.....25,0%
- Arbeitsdruck durch Personalmangel.....14,3%
- Konflikte mit Angehörigen der BewohnerInnen.....14,3%

Die tägliche Arbeit mit **dementen, schwerkranken oder sterbenden BewohnerInnen** stellt für die befragten BetreuerInnen die größte seelische Belastung dar. Die Möglichkeit einer **(Einzel)Supervision** am Arbeitsplatz für die MitarbeiterInnen in der Altenpflege des Seniorenheims Gunskirchen ist somit eine notwendige Maßnahme, um einem drohenden „Burnout“ durch zu große seelische Belastung zu begegnen. Arbeitsdruck durch Personalmangel wird ebenfalls als psychisches Belastungsmoment erlebt.

Frage 5: „*Wie erleben Sie die konkrete Beziehungsarbeit mit den BewohnerInnen ?*“.

- Überwiegend positiv.....75,0%
- Ambivalent.....15,0%
- Probleme bei der Abgrenzung.....10,0%

Die positiven Antworten der befragten AltenbetreuerInnen waren in der Mehrzahl. Es wurden jedoch auch mehrfach **Abgrenzungsprobleme**, vor Allem bei fordernden BewohnerInnen angegeben, welche das Privatleben der MitarbeiterInnen beeinträchtigen. Das Einhalten einer gewissen **professionellen Distanz** wurde als wichtiger Selbstschuttfaktor genannt. In erster Linie junge BetreuerInnen scheinen sich (noch) nicht so gut abgrenzen zu können, wie Ältere (Erfahrene).

Frage 6: „*Wie erleben Sie die Kooperation mit den Angehörigen der BewohnerInnen ?*“.

- Überwiegend positiv.....65,0%
- Belastung durch Anspruchsdenken der Angehörigen.....35,0%

Viele der gegebenen Antworten gehen in die Richtung, dass die Zusammenarbeit mit den Angehörigen der BewohnerInnen **zu Beginn** (bei der Neuaufnahme ins Seniorenheim) **am aufwendigsten und schwierigsten** ist. Dieses Phänomen ist besonders stark ausgeprägt, wenn neu aufgenommene Bewohner auf Druck der Angehörigen (gegen ihren Willen) ins Seniorenheim gebracht werden. Ab dem Zeitpunkt, zu dem die BewohnerInnen und deren Angehörige Vertrauen zum Pflegepersonal und zur Einrichtung gefasst haben, ist die Kooperation mit den Angehörigen in der Regel problemlos.

Frage 7A: „*Was halten Sie von der Bezahlung des Pflegeberufes ?*“.

- Unzufriedenheit mit der Bezahlung.....70,0%
- Finde Bezahlung angemessen.....30,0%

Die überwiegende Zahl der befragten MitarbeiterInnen findet die **Bezahlung** als **nicht angemessen**. Das Fehlen von Zulagen (Infektionszulage, Schwerarbeiterzulage) wird vereinzelt erwähnt. Dass es auch BetreuerInnen gibt, die mit ihrer Bezahlung zufrieden sind lässt darauf schließen, dass es **noch andere Formen der Belohnung** (nichtmonetärer Art) gibt, die den Hygienefaktor „Geld“ ausgleichen. Gemeint sind unter Anderem die unter Frage 2 genannten Faktoren (Anerkennung der geleisteten Arbeit , Arbeitsfreude).

Frage 7B: „Was halten Sie von der öffentlichen Anerkennung des Pflegeberufes ?“.

- Zwiespältiges Bild des Pflegeberufes in der Öffentlichkeit.....40,0%
- Negatives Bild in der Öffentlichkeit („Arschputzer“).....30,0%
- Gutes/ Sehr gutes Image in der Öffentlichkeit.....30,0%

Aus den Antworten der befragten MitarbeiterInnen lässt sich schließen, dass der Pflegeberuf nach wie vor mit einem **Imageproblem** belastet ist. Es ist Aufgabe der Politik und der Standesvertretung der Pflegeberufe durch umfangreiche Informationskampagnen die Anerkennung dieses verantwortungsvollen und belastenden, aber auch erfüllenden Berufes zu erhöhen (siehe Kapitel 5.1.5.1, Umfrage des Meinungsforschungsinstitutes Market 2005 in Oberösterreich). Durch ein besseres Image des Pflegeberufes erhöht sich die Bereitschaft von Personen, eine Ausbildung zur Ausübung dieser Profession zu absolvieren.

Frage 8: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitszeit bezogen auf das Privatleben (Work- Life- Balance)?“.

- Bin sehr zufrieden/zufrieden.....85,0%
- Teils, teils.....10,0%
- Privatleben kommt zu kurz.....5,0%

85% der befragten BetreuerInnen gaben an, **Arbeitszeit und Privatleben gut vereinbaren zu können.**

Frage 9: „Wie viele Tage pro Jahr sind Sie aufgrund berufliche Fortbildung abwesend ?“.

- Keinen einzigen Tag, da nur hausinterne Fortbildungen.....80,0%
- 5 – 7 Tage.....10,0%
- 4 Tage.....5,0%
- 1 Tag.....5,0%

80% der MitarbeiterInnen machen **nur hausinterne Fortbildungen** mit. Nur ein kleiner Teil der BetreuerInnen erhält im Seniorenheim Gunkskirchen die Möglichkeit

auch außerhalb der Einrichtung Fortbildungsveranstaltungen zu besuchen (knapp bemessenes Fortbildungsbudget!). Dennoch zeigte sich bei der schriftlichen Mitarbeiterbefragung ein **hoher Zufriedenheitsgrad** mit den gebotenen Fortbildungsmöglichkeiten (siehe die Kapitel 4.2.3.4 Information und Mitsprache und 4.2.3.5 Weitere Ressourcenfaktoren).

Frage 10: „*Welche Arbeitsbedingungen benötigen Sie, um im Pflegeberuf gut alt werden zu können – mit anhaltender Freude an der Tätigkeit ?*“. (Mehrfachantworten möglich)

- Genug ausgebildetes Personal.....20,6%
- Gutes Teamwork..... 14,7%
- Entwicklungs- und Fortbildungsmöglichkeiten..... 14,7%
- Gutes Arbeitsklima.....11,8%
- Arbeitszeit und Work- Life- Balance passen zusammen.....11,8%
- Weniger Stress, körperliche und psychische Belastung.....11,8%

Die Antworten auf diese Frage sind absolut beachtenswert, da ein Mangel an diesen angeführten Ressourcen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit des Berufsausstieges gekoppelt ist. Es gibt eine ganze Reihe annähernd gleich häufig genannter Arbeitsbedingungen, daher führe ich hier ausnahmsweise mehr als 4 der Antworten an. An erster Stelle wird der Faktor „**genug ausgebildetes Personal**“ genannt. Anhaltende personelle Unterbesetzung erhöht durch die starke quantitative Arbeitsbelastung (Burnout) die Bereitschaft des Pflegepersonals zum Einrichtungswechsel oder Berufsausstieg. **Gutes Teamwork und Arbeitsklima** sind ebenfalls sehr wichtig, damit sich die MitarbeiterInnen in der Einrichtung wohl fühlen.

Frage 11: „*Welche Maßnahmen bzw. Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung wünschen Sie ?*“. (Mehrfachantworten möglich)

- Massagen.....21,2%
- Entspannung und Wellness.....18,2%
- Rückenschule, Gymnastik, Turnen.....12,1,%
- Ruheraum, Solarium, Hängematte..... 9,1%

- Zuschuss für Hallenbad- Besuch, Kneippbad reaktivieren.....9,1%

Der überwiegende Teil der Wünsche der befragten MitarbeiterInnen betreffend Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung, drehen sich um die Themen „**Entspannung**“ und „**Regeneration**“. Ein kleinerer Anteil der BetreuerInnen äußerte den Wunsch nach bewegungsbezogenen Maßnahmen wie z. B. Wirbelsäulengymnastik. Besonders beachtenswert finde ich den Vorschlag bzw. Wunsch, einen **eigenen Ruheraum** für die MitarbeiterInnen einzurichten, da es derzeit im Seniorenheim Gunskirchen keinen derartigen Raum gibt.

Frage 12: „Was könnten für Sie Gründe sein, den Pflegeberuf vorzeitig zu verlassen ?“. (Mehrfachantworten möglich)

- Gesundheitliche Gründe.....54,2%
- Schlechtes Arbeitsklima, Mobbing16,7%
- Zu hohe Arbeitsbelastung durch Personalengpass.....8,3%
- Familiäre Gründe, unpassende Work- Life- Balance.....8,3%

Als häufigsten **Ausstieggrund aus dem Pflegeberuf** nannten die befragten MitarbeiterInnen des Seniorenheims Gunskirchen **gesundheitliche Probleme**. Als weitere Motive wurden ein **schlechtes Arbeitsklima und Arbeitsüberlastung**, sowie **familiäre Gründe** genannt.

4.4.2 Wünsche der MitarbeiterInnen betreffend Fortbildungsangebote

Sowohl bei der schriftlichen, als auch bei der mündlichen Befragung hatten die MitarbeiterInnen des Seniorenheims Gunskirchen die Möglichkeit Wünsche für künftige Fortbildungsangebote zu äußern.

Folgende **Fortbildungswünsche** wurden am häufigsten genannt (Mehrfachantworten möglich):

- Umgang mit demenzkranken Bewohnern.....23,3%

- Palliativbetreuung, Sterbebegleitung..... 13,3%
- Gesprächstraining, Umgangsformen mit Bewohnern..... 10,0%
- Entspannung, Stressabbau..... 10,0%
- Psychohygiene..... 10,0%

Sämtliche oben genannten Fortbildungswünsche haben einen **Bezug zu den psychomentalen Belastungen**, denen die AltenbetreuerInnen ausgesetzt sind. Durch Zusatzausbildungen zu Themen wie Demenz, Sterbebegleitung, Umgang mit aggressiven Bewohnern und Stressabbau erwarten sich die MitarbeiterInnen in der Pflege eine bessere Bewältigung der psychischen Stressoren.

4.4.3 Weitere Veränderungswünsche und Verbesserungsvorschläge

Von der Vielzahl, der von den MitarbeiterInnen des Seniorenheims Gunkirchen bei den schriftlichen und mündlichen Befragungen eingebrachten Vorschlägen und **Veränderungswünschen**, können an dieser Stelle nur die am häufigsten genannten aufgelistet werden (Mehrfachantworten möglich):

- Mehr Fachpersonal (AltenfachbetreuerInnen)..... 11,1%
- Mehr Zeit für die BewohnerInnen (Beziehungsarbeit)..... 7,4%
- Möglichkeit zur (Einzel)Supervision..... 4,9%
- Größere Personalräume (Pflegestützpunkt, Büroraum, eigener Raum für Gespräche mit MitarbeiterInnen und Angehörigen)..... 3,7%
- Verbesserung des Arbeitsklimas..... 3,7%
- Verbesserung der Kommunikation..... 3,7%
- Mehr Anerkennung und Wertschätzung für das Personal..... 2,5%
- Verbesserung der Teamarbeit..... 2,5%
- Stress- Zeit- Management..... 2,5%

Es fällt auf, dass unter den am häufigsten genannten Veränderungswünschen bzw. Verbesserungsvorschlägen **kein einziger** einen **Bezug zu den körperlichen Belastungen** des Pflegeberufes aufweist.

Der Wunsch nach einer **Reduktion der quantitativen Arbeitsbelastung** bei den befragten MitarbeiterInnen ist unübersehbar. Durch eine Verringerung des Zeitdrucks, unter dem das Pflegepersonal meist steht, würde mehr Zeit für die psychische Betreuung der BewohnerInnen zur Verfügung stehen.

Wie aus den (überwiegend positiven) Antworten auf die Frage 5 bei der individuellen Mitarbeiterbefragung ersichtlich ist („*Wie erleben Sie die konkrete **Beziehungsarbeit mit den BewohnerInnen** ?*“), stellt diese Ressource einen **wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden am Arbeitsplatz und im Beruf** dar.

Einige Veränderungswünsche betreffen die Teamarbeit und Kommunikation unter den KollegInnen, sowie das Arbeitsklima. Aus den Mitarbeiterbefragungen ergaben sich Hinweise, dass **Maßnahmen zur Verbesserung der persönlichen Beziehung zwischen den AltenbetreuerInnen angezeigt** sind.

5. Diskussion und kritische Würdigung

In diesem Kapitel werde ich die **Ergebnisse** meiner Untersuchungen **interpretieren** und **Vergleiche mit den Resultaten anderer Studien und Befragungen** anstellen. Ich werde kurz auf noch **offene Fragen** eingehen und **Vorschläge für weitere Untersuchungsthemen** im Berufsfeld der Altenbetreuung machen. Abschließend werde ich über **Probleme**, welche **im Rahmen meiner Arbeit** auftraten, berichten und darüber reflektieren, was ich hätte anders (besser) machen können.

5.1 Ergebnisse und Interpretationen meiner Untersuchung im Vergleich mit internationalen Befragungen

Ich werde in diesem Kapitel die wichtigsten Erkenntnisse, die sich aus meinen Mitarbeiterbefragungen im Seniorenheim Gunskirchen ergeben haben mit den Ergebnissen anderer Studien und Untersuchungen (siehe Kapitel 2.4) vergleichen und interpretieren. Ich werde mich auf die **Aussagen betreffend Beschäftigtenstruktur, Treue zu Beruf und Einrichtung, Belastungen und Ressourcen, Gesundheit bzw. körperliche Beschwerden, Motivation und Arbeitszufriedenheit, sowie Arbeitsbewältigungsfähigkeit** beschränken. Weiters werde ich die **Stärken und Schwächen der Einrichtungen**, in denen Pflege stattfindet, Altenheim – Mobile Soziale Betreuung – Krankenhaus, gegenüberstellen.

5.1.1 Vergleich der Beschäftigtenstruktur im Pflegebereich zwischen dem Seniorenheim Gunskirchen und anderen untersuchten Einrichtungen

Es werden Vergleiche bezüglich durchschnittlichem Alter und Zugehörigkeit zu verschiedenen Altersgruppen, sowie der Anteile von MitarbeiterInnen mit Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung angeführt.

5.1.1.1 Altersstruktur, Frauenanteil und Beschäftigungsart

Im **Seniorenheim Gunskirchen** war der Altersdurchschnitt sämtlicher MitarbeiterInnen in der Pflege zum Zeitpunkt meiner Untersuchung 42,4 Jahre (DKS/DKP 42,7; AFB/PH 42,2).

Aufgeschlüsselt nach Altersgruppen ergibt sich folgendes Bild: 41,9% unter 40, 37,2% 40 – 49, 20,9% über 50.

Der Frauenanteil lag bei 95%. 38,7% der MitarbeiterInnen waren vollzeitbeschäftigt (50% DKS/DKP; 35% AFB/PH).

Die Untersuchung von **Fehlinger F. (2003) in Oberösterreich** zeigte folgende Ergebnisse für BetreuerInnen in Altenheimen und Mobiler Pflege:

Zugehörigkeit zu Altersgruppen: Altenheime 57% unter 40; 32,5% 41 – 50; 11% über 51 (davon nur 3,5% Männer!); 2,2% über 55. Mobile Pflege: 12,2% über 51.

Frauenanteil in den Alten- und Seniorenheimen 90%; Mobile Pflege 94%, Krankenhäuser 80 – 89%.

Vollzeitbeschäftigung: Altenheime 56,7% (DKS/DKP 48,3%; AFB/PH 56,3%; Stadt 66%, Land 47,9%; Männer 86%; Frauen 45%); Mobile Pflege 14%.

Laut **Nam H.- J (FWF – Projekt Nr. P 14769-G05)** waren 63% der MitarbeiterInnen in österreichischen Alten- und Pflegeheimen **2001** vollzeitbeschäftigt.

Der **BGW – DAK Gesundheitsreport Altenpflege 2001** ergab für den gesamten Bereich der Altenpflege (stationär und mobil) und Krankenpflege (Krankenhäuser) in Deutschland folgende Daten:

Altenpflege: Frauenanteil 86,6%; 40% der Männer 40 – 49; 24% aller MitarbeiterInnen über 50.

Krankenpflege: Frauenanteil 88,6%; 39,1% der Männer 40 – 49; 18% aller MitarbeiterInnen über 50.

Die **NEXT- Studie (Hasselhorn, 2005)** wies für Deutschland folgende Daten aus:

Altersdurchschnitt: Alten- und Pflegeheime 42,6; Mobile Pflege 41,5; Krankenhäuser 38,3. **Frauenanteil:** 88% Alten- und Pflegeheime; 92% Mobile Pflege; 82% Krankenhäuser.

Daten der **Statistik Austria** aus dem Jahr 2005 zur Altersstruktur der gesamten unselbständig beschäftigten Bevölkerung in Österreich und **Mikrozensusdaten des Statistischen Bundesamtes der BRD** aus dem Jahr 2002:

Altersdurchschnitt der gesamten unselbständig Beschäftigten in Österreich 37,6 Jahre (Männer 38,0; Frauen 37,2) und in Oberösterreich 36,5 Jahre.

Laut Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes der BRD aus dem Jahr 2002 waren 11,1% der gesamten unselbständig beschäftigten Frauen älter als 55 Jahre (Hasselhorn, 2005, vgl. S.8). Jedoch nur mehr 6,2% der Erwerbstätigen in der Pflege (examiniertes Personal) stand im Alter über 55 Jahren noch im Berufsleben. In der Stichprobe der NEXT-Studie lag der entsprechende Anteil mit 4,3% und bei Fehlinger F. (2003) in Oberösterreich mit 2,2% sogar noch darunter.

Eine Untersuchung der **Arbeiterkammer für OÖ aus dem Jahre 2002** zur zukünftigen Veränderung der Altersstruktur unselbständig Beschäftigter in Oberösterreich wies für den gesamten Gesundheitssektor einen Anteil der über 45-jährigen von 29% aus.

5.1.1.2 Diskussion und Konklusio

Diskussion: Mit **95% Frauenanteil im Seniorenheim Gunskirchen** ist dieser höher, als in sämtlichen anderen vergleichbaren Einrichtungen. Der Altersdurchschnitt der MitarbeiterInnen in der Pflege in Gunskirchen liegt deutlich (fast 5 Jahre) über dem der gesamten unselbständig Beschäftigten in Österreich. Im Vergleich mit dem Altersdurchschnitt von PflagemitarbeiterInnen in deutschen Altenheimen (NEXT) besteht kaum ein Unterschied (Gunskirchen 42,4; NEXT 42,6).

In Krankenhäusern ist der Altersdurchschnitt der PflegerInnen mit 38,3 Jahren (NEXT) wesentlich niedriger.

In **Gunskirchen** sind **20,9% der BetreuerInnen in der Pflege über 50**. Damit liegt der Anteil „älterer MitarbeiterInnen“ höher, als im Durchschnitt der anderen Alten- und Pflegeheime in Oberösterreich (Fehlinger, 11% über 51).

Der **BGW-DAK Gesundheitsreport Altenpflege 2001** wies mit 24,4% Anteil von PflegemitarbeiterInnen über 50 einen noch höheren Prozentsatz aus. Der Anteil der MitarbeiterInnen zwischen 40 und 49 ist mit 37,2% in Gunskirchen ebenfalls höher (**Fehlinger**: 32,5% MitarbeiterInnen zwischen 41 und 50 in oberösterreichischen Heimen, 29,5% beim BGW-DAK Gesundheitsreport Altenpflege 2001). Aufgrund des hohen Prozentsatzes „älterer MitarbeiterInnen“ in der Pflege im Seniorenheim Gunskirchen wird die Schaffung „altersgerechter“ Arbeitsbedingungen eine wichtige Herausforderung für die Zukunft darstellen.

Weiters fällt auf, dass der **Prozentsatz vollzeitbeschäftigter MitarbeiterInnen mit 38,7% in Gunskirchen sehr niedrig** ist (63% in Alten- und Pflegeheimen in Österreich, 56,7% in Oberösterreich). Damit **teilen sich fast 3 MitarbeiterInnen ein Vollzeitäquivalent**. Die niedrige Quote an vollzeitbeschäftigten MitarbeiterInnen spricht für ein hohes Ausmaß an Flexibilität bei der Arbeitszeitgestaltung in Gunskirchen, führt jedoch dazu, dass eine relativ große Anzahl an BetreuerInnen benötigt wird, um die erforderlichen Vollzeitäquivalente abzudecken. Grundsätzlich ist jedoch anzumerken, dass **Teilzeitarbeit altersgerecht** ist und mit dazu beitragen kann, ein längeres Verweilen im Pflegeberuf zu ermöglichen.

Meiner Meinung nach sollte unbedingt um die **Zielgruppe „männliche Mitarbeiter in der Pflege“** im Seniorenheim Gunskirchen, aber auch in der gesamten Pflegelandschaft in Österreich **vermehrt geworben** werden. Männer sind eher bereit Vollzeit zu arbeiten (Fehlinger: Männer 86%, Frauen 45%), verlassen jedoch derzeit besonders frühzeitig den Pflegeberuf (Fehlinger: nur 3,5% Männeranteil in oberösterreichischen Altenheimen der Altersgruppe 51+!).

Ob die langjährige Vollzeitbeschäftigung eine Ursache dafür ist wäre sicherlich einer Untersuchung wert.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass der **Pflegeberuf** im Bereich der stationären und mobilen Altenpflege derzeit ein **reiner Frauenberuf** ist. Ein **Grossteil** der MitarbeiterInnen gehört der **Altersgruppe 40+** an, ist somit lebenserfahren und gesetzt.

Für **junge Pflegekräfte** erscheint das Krankenhaus attraktiver, für **ältere BetreuerInnen** oder für WiedereinsteigerInnen in den Beruf nach Karenz bietet die Altenpflege aufgrund der flexibleren Arbeitszeitgestaltung bessere Bedingungen. Warum **Männer** trotz der derzeit hohen Arbeitslosenquote von 7,1% (2004) nicht bereit sind, in der Altenpflege tätig zu werden, sollte weiter untersucht werden.

Um den steigenden Personalbedarf der kommenden Jahre abdecken zu können, sollte der **Männeranteil** und die **Verweildauer** der gesamten Mitarbeiter im Bereich der Altenpflege wesentlich **erhöht** werden (Zielvorstellung: 30% Männeranteil).

5.1.2 Treue zur Einrichtung und Berufstreue im Vergleich

In diesem Kapitel werde ich die Daten zu Gedanken an einen Wechsel der Einrichtung oder an einen Berufsausstieg, welche ich im Seniorenheim Gunkskirchen erhoben habe mit anderen Untersuchungen im Pflegebereich vergleichen. Weiters werde ich Angaben zur Verweildauer im Beruf oder der jeweiligen Einrichtung (Altenheim, Mobile Pflege, Krankenhaus) anführen. Abschließend werde ich die Fluktuation im Seniorenheim Gunkskirchen mit den von Fehlinger F. 2003 für die Altenpflege in Oberösterreich erhobenen Daten vergleichen.

5.1.2.1 Gedanke an einen Wechsel der Einrichtung

Bei meiner Befragung im **Seniorenheim Gunskirchen** gaben 6 MitarbeiterInnen (**20%**) an oft an einen Wechsel in eine andere Betreuungseinrichtung der Pflege zu denken. Der Mittelwert in der 5- stufigen Ratingskala war 2.53.

Bei der Auswertung der **NEXT- Studie in Deutschland** (Hasselhorn, 2005, vgl. S 30) wurde das Ausmaß der Bindung an verschiedene Einrichtungen, angegeben in Prozentpunkten (maximale Bindung = 100%) untersucht. Dabei zeigte sich, dass **mit zunehmender Größe der Einrichtung die Bindung an diese abnimmt**. Mit 69,2% erreichten die MitarbeiterInnen der Mobilen Pflege den höchsten Wert, gefolgt von den BetreuerInnen in Altenheimen mit 65,5%. Im Krankenhaus lagen die Werte zwischen 60,5% (unter 400 Betten) und 52,2% (Lehrkrankenhäuser).

Die **Bindung steigt mit zunehmender Unterstützung durch die Vorgesetzte/n (PDL)** an. Um das gesamte Aussteigerpotential zu ermitteln, wurde die Absicht zum Berufsausstieg mit der Absicht, die Einrichtung zu wechseln in Zusammenhang gestellt. Dadurch errechnete sich ein **Aussteigerpotential** von **29%** im **Krankenhausbereich**, **28%** in der **Mobilen Pflege** und **25%** in **Alten- und Pflegeheimen** (Hasselhorn, 2005, vgl. S. 52).

Konklusio: mit 20% aller antwortenden MitarbeiterInnen denkt ein relativ großer Anteil der Pflegekräfte im Seniorenheim Gunskirchen oft an einen Wechsel der Einrichtung (gegenüber 25% bei der NEXT-Studie in Deutschland). Aufgrund dieses hohen Prozentsatzes sind **Maßnahmen zur Erhöhung der Bindung der BetreuerInnen an die Einrichtung notwendig**.

5.1.2.2 Gedanke an Berufsausstieg

Nur eine MitarbeiterIn (**3,2%**) im **Seniorenheim Gunskirchen** gab an, häufig daran zu denken, den Pflegeberuf zu verlassen. Bei der Frage 12 der individuellen

Mitarbeiterbefragung „*Was könnten für Sie Gründe sein, den Pflegeberuf vorzeitig zu verlassen ?*“ gaben 13 der 20 befragten Personen **(65%) gesundheitliche Probleme** als mögliche Ursache an. Vier mal wurden Faktoren wie Mobbing und schlechtes Arbeitsklima genannt, je zwei mal Überlastung durch Personalknappheit und unpassende Work- Life- Balance.

„**Gut alt werden im Pflegeberuf**“ (Frage 10) können die MitarbeiterInnen in der Pflege bei genug qualifiziertem Personal (20,6% geantwortet), gutem Teamwork (14,7%), ausreichend Möglichkeiten zu Fortbildung und Entwicklung (14,7%), gutem Arbeitsklima (11,8%), passender Work- Life- Balance (11,8%) und nicht zu hohem Stress bzw. Belastung (körperlich und psychisch, 11,8%) bei der Berufsausübung.

Bei der **NEXT-Studie** liegen Daten aus 10 europäischen Ländern vor. Der (häufige) Gedanke an einen Berufsausstieg ist in Großbritannien mit 36% der befragten Pflegekräfte mit großem Abstand am stärksten vertreten, gefolgt von Italien (20%) und Deutschland (18,5%). In den Niederlanden denken nur 8% der MitarbeiterInnen in der Pflege an den Berufsausstieg. (Quelle: Tackenberg P., 2005, vgl. Folie 19).

Bei den untersuchten Einrichtungen wiesen die Krankenhäuser mit 22% den höchsten Wert potentieller BerufsaussteigerInnen auf, gefolgt von der Mobilen Pflege mit 19% und den Altenheimen mit 15%. Mit 26% wies die Altersgruppe der 25-30 Jährigen den höchsten Anteil möglicher BerufsaussteigerInnen auf, die Altersgruppe 45-50 mit 10% den niedrigsten Wert. 19,7% des examinierten Pflegepersonals (Altenfachbetreuer) und 15,7% des diplomierten Pflegepersonals denken oft an den Berufsausstieg.

„*Die berufliche Bindung weist einen U-förmigen Verlauf auf. Sie ist im ersten Jahr nach Ausbildungsbeginn am höchsten und fällt dann bis etwa zum fünfzehnten Jahr der Berufszugehörigkeit ab. Danach steigt sie, wenn auch nicht ganz auf das Ausgangsniveau, wieder an*“. (Zitat Hasselhorn, 2005, vgl. S. 30).

Konklusio: mit **3,2% potentieller BerufsaussteigerInnen** weist das **Seniorenheim Gunkirchen** eine **sehr niedrige Rate** auf (15% in europäischen Altenheimen laut NEXT-Studie). Das lässt auf eine starke Bindung an den Pflegeberuf schließen.

Für die meisten der befragten MitarbeiterInnen würden starke gesundheitliche Probleme zur Aufgabe der Berufsausübung führen. Schlechtes Arbeitsklima und fehlendes Teamwork, chronische Personalknappheit und Probleme bei der Aufrechterhaltung der Work- Life- Balance sind weitere Gründe für einen Berufsausstieg.

5.1.2.3 Verweildauer in Einrichtung und Beruf

Bei meiner Befragung im **Seniorenheim Gunkirchen** wurde nur die Dauer der Berufsausübung (inklusive der Ausbildungszeit) abgefragt. 30,8% der MitarbeiterInnen gaben an 5,1-10 Jahre den Pflegeberuf auszuüben, 26,9% über 10 Jahre und 11,5% über 20 Jahre. Fast ein Drittel der Befragten arbeitet damit erst relativ kurz im Pflegeberuf.

Der **BGW-DAK Gesundheitsreport Altenpflege 2001** wies folgende Daten für die Verweildauer in Altenpflege (stationär und mobil) und Krankenhaus aus:

Altenpflege: 5 – 10 Jahre (30%); 10,1 – 20 Jahre (21%); über 20 Jahre (2%)

Krankenhaus: 5 – 10 Jahre (25%); 10,1 – 20 Jahre (30%); über 20 Jahre (14%)

Verweildauer	Gunkirchen	BGW-DAK Altenheim	Krankenhaus
5 – 10 Jahre	30,8%	30%	25%
10,1 – 20 Jahre	26,9%	21%	30%
Über 20 Jahre	11,5%	2%	14%

Tabelle 29: Vergleich der Verweildauer in der Altenpflege zwischen Seniorenheim Gunkirchen, BGW-DAK (Altenheime) und Krankenhaus

Die **NEXT-Studie in Europa** untersuchte auch die Verweildauer in den Pflegeeinrichtungen. Mit 6 Jahren war die durchschnittliche Verweildauer pro Einrichtung in Großbritannien, Deutschland und Finnland am kürzesten. Die längste Verweildauer bestand in Polen (12 Jahre), gefolgt von der Slowakei (10,2 Jahre) und Belgien (10 Jahre). Die durchschnittliche Verweildauer in europäischen Alten- und Pflegeheimen beträgt 5,8 Jahre.

Zur **Verweildauer im Pflegeberuf** liegen keine stichhaltigen Daten vor. Die nachstehend genannten Zahlen beruhen auf (groben) Schätzungen und weichen dementsprechend stark voneinander ab. Kerschbaumer W., 2002 (Aussendung des Österreichischen Roten Kreuzes) spricht von 4 Jahren, der Berufsverband österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeberufe von 4-6 Jahren, Frau Scholta von der Sozialabteilung des Landes OÖ von durchschnittlich 12 Jahren Berufsverweildauer.

Konklusio: Ich tendiere zu den Angaben von Frau Scholta, da **69,2% der befragten MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen bereits länger als 5 Jahre im Beruf tätig** sind (bei einer durchschnittlichen Fluktuationsrate). Im Vergleich zu den Krankenhäusern hinkt die Altenpflege, was den Anteil der Langzeitmitarbeiter (länger als 10 Jahre im Beruf) anbelangt, hinterher (BGW-DAK: 23% Altenpflege, 44% Krankenhaus).

5.1.2.4 Fluktuation im Pflegeberuf

Folgende Personalfluktuationen fanden zwischen den Jahren 2000 bis 2005 im **Seniorenheim Gunskirchen** statt:

2000: Kündigung zweier AltenfachbetreuerInnen (AFB)

2001: Kündigung einer Diplomkrankenschwester (DKS) und einer AFB, eine AFB ging in Karenz

2002: Kündigung des Pflegedienstleiters (PDL), Kündigung zweier DKS,

Kündigung dreier AFB, Pensionsantritt einer AFB

2003: Kündigung einer DKS, Kündigung einer AFB, Karenz zweier AFB

2004: Ausscheiden von vier AFB durch Kündigung, Pensionsantritt und Ausbildung

2005: Kündigung von vier DKS, Pensionsantritt einer DKS, Kündigung einer AFB

Aus dem **Personalbedarfsbericht des Landes Oberösterreich vom März 2003**

(Fehlinger F., 2003 vgl. S.11) geht hervor, dass im Jahr 2002 neunzehn Prozent der DKS/DKP und 13% der AFB das Dienstverhältnis gelöst haben. Von diesen Personen gingen 3,4% in Pension und 23,6% in Karenz. Wie viele der restlichen 73% den Pflegeberuf verlassen haben oder nur die Einrichtung bzw. das Arbeitsfeld gewechselt haben kann aus dem Bericht nicht abgeleitet werden.

Frau Scholta gibt eine **Fluktuationsrate von 10% bei den AltenfachbetreuerInnen** an. **Bei den DKS/DKP ist die Fluktuationsproblematik gravierend**, sie wechseln häufig in das (besser zahlende) Krankenhaus. Im Übrigen erhöht zunehmende Qualifikation die Bereitschaft von MitarbeiterInnen in der Pflege zum Einrichtungswechsel (Hasselhorn, 2005, vgl. S. 31).

Konklusio: die **Fluktuationsraten im Seniorenheim Gunskirchen** bewegten sich bei durchschnittlich knapp über 40 MitarbeiterInnen in der Pflege **zumeist unter 10%**. Im Jahr 2002 war die Fluktuation mit 7 ausscheidenden Pflegepersonen hoch (ca. 17%). Führungsschwäche des damaligen Pflegedienstleiters und ein dadurch ausgelöstes schlechtes Betriebsklima konnten als Ursachen dafür identifiziert werden.

2005 musste der Abgang von insgesamt 5 DKS verkraftet werden (50% des gesamten diplomierten Pflegepersonals!) . Eine DKS trat in den (verdienten) Ruhestand, eine DKS wechselte das Berufsfeld (Wellnessbereich), drei DKS kehrten ins Krankenhaus zurück. Mittlerweile konnten durch Neueinstellungen die vakanten Arbeitsplätze nachbesetzt werden.

Ich glaube aber, dass von der Heimleitung und Pflegedienstleitung **Überlegungen** angestellt werden sollten, **wie die Bindung der DKS/DKP an die Einrichtung erhöht werden kann**. Realistischerweise (aufgrund der knappen finanziellen Ressourcen des Heimträgers, der Marktgemeinde Gunskirchen) wird dies eher über eine Erhöhung der Anreize, die sich aus der Arbeit selbst ergeben stattfinden (intrinsische Motivation), als durch eine höhere Bezahlung. Dies lässt sich durch **Änderungen der Arbeitsorganisation** bewerkstelligen.

5.1.3 Belastungen und Ressourcen der PflegemitarbeiterInnen im Vergleich

Im folgenden Kapitel werde ich die Ergebnisse betreffend die Belastungen und Ressourcen im Seniorenheim Gunskirchen mit anderen Untersuchungen, insbesondere dem BGW-DAK Gesundheitsreport 2001 Altenpflege, vergleichen und kommentieren.

5.1.3.1 Quantitative Belastungen

Es werden die Belastungsfaktoren „*Zeitdruck*“, „*zu viel Arbeit durch Personalmangel*“ und „*Mangel an Zeit für die psychische Betreuung der BewohnerInnen*“ betrachtet. Der **Mittelwert** dieser drei Belastungen war im **Seniorenheim Gunskirchen 3,6** (Durchschnitt der drei Mittelwerte). Der **BWG-DAK Gesundheitsreport 2001 Altenpflege** errechnete einen Mittelwert von **3,7** für Alten- und Pflegeheime.

Zeitdruck: 48,4% der befragten MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen stehen häufig unter Zeitdruck. Die Untersuchung von Schober C. und D., 2004, (vgl. S. 355) ergab einen Wert von 43,2% in Altenheimen der Bundesländer Wien und Niederösterreich. Der BGW-DAK Gesundheitsreport ermittelte für AltenpflegerInnen in Deutschland mit 66,9% aller befragten Personen den höchsten Belastungsgrad.

Zu viel Arbeit durch Personalmangel: 37,9% der Pflegekräfte im Seniorenheim Gunskirchen sind durch Personalmangel häufig mit Arbeit überlastet. Der Prozentsatz beim BGW-DAK Gesundheitsreport war mit 48,1% der befragten AltenpflegerInnen deutlich höher.

Mangel an Zeit für die psychische Betreuung der BewohnerInnen: 74,2% der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen haben zu wenig Zeit für die Beziehungsarbeit mit den BewohnerInnen. Der BGW-DAK Gesundheitsreport ermittelte Werte von 61,5% für AltenpflegerInnen und 42,8% für KrankenpflegerInnen (Krankenhaus).

Diskussion: aus den Untersuchungen geht hervor, dass die **quantitative Belastungen der Pflegekräfte in sämtlichen Einrichtungen hoch** ist. Die quantitative Belastung der AltenpflegerInnen ist deutlich höher, als die der KrankenpflegerInnen.

Im Seniorenheim Gunskirchen ist die quantitative Belastung (Mittelwert 3,6) vergleichbar mit derjenigen deutscher AltenbetreuerInnen (Mittelwert 3,7). Fast dreiviertel aller Gunskirchner MitarbeiterInnen in der Pflege gaben an, zu wenig Zeit für die psychische Betreuung der Bewohner zu haben. Da der Prozentsatz der **BetreuerInnen im Seniorenheim Gunskirchen** bei den Belastungsfaktoren Zeitdruck und Personalmangel jeweils niedriger war, als bei den deutschen AltenpflegerInnen, schließe ich daraus, dass sie **höhere Ansprüche an die Qualität der Beziehungsarbeit zu den Bewohnern** stellen, als ihre KollegInnen aus unserem Nachbarland.

5.1.3.2 Qualitative Belastungen

Der errechnete **Mittelwert** (Durchschnittswert der 9 Items) war im **Seniorenheim Gunskirchen 2,2** und damit **identisch mit** den durch den **BGW-DAK Gesundheitsreport 2001** ermittelten Werten für deutsche AltenpflegerInnen und

KrankenpflegerInnen. Aufgrund unterschiedlicher Fragestellungen bei meiner Untersuchung und dem BGW-DAK Gesundheitsreport kann ich keinen direkten Vergleich zu einer Aussage bezüglich qualitativer Belastungsfaktoren machen.

Im **Seniorenheim Gunskirchen** gaben 16,7% der MitarbeiterInnen an, dass sie sich durch den zu häufigen Wechsel von ArbeitskollegInnen belastet fühlen. 24,2% meinten, dass neue MitarbeiterInnen ungenügend eingearbeitet werden.

Beim **BGW-DAK Gesundheitsreport** gaben 18,1% der AltenpflegerInnen und 14,1% der KrankenpflegerInnen an, dass die Arbeit zu hohe Anforderungen an ihre Konzentrationsfähigkeit stellt. 7,0% der AltenpflegerInnen und 7,2% der KrankenpflegerInnen meinten, dass ihre Arbeit zu kompliziert sei.

Diskussion: die **qualitativen Belastungsfaktoren sind im Seniorenheim Gunskirchen gering ausgeprägt**. Sie sind vergleichbar mit denjenigen des Pflegepersonals in deutschen Altenheimen und Krankenhäusern. Es kann von einer guten Übereinstimmung zwischen vorhandenen Qualifikationen und qualitativen Arbeitsanforderungen ausgegangen werden und somit auch von einer guten Arbeitsbewältigungsfähigkeit dieser Belastungsart.

Einführung neuer MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen, z.B. **Mentoring**²⁹ durch ältere (erfahrene) ArbeitskollegInnen scheint mir eine sinnvolle Möglichkeit, den „**Praxischock**“ **vor allem junger BetreuerInnen zu vermeiden** und damit die **Fluktuationsrate zu senken**.

²⁹ Erläuterungen dazu im Glossar

5.1.3.3 Arbeitsunterbrechungen

Der errechnete **Mittelwert** (Durchschnittswert aus 3 Items) war im **Seniorenheim Gunskirchen 2,8**. Der **BGW-DAK Gesundheitsreport** ermittelte für Pflegepersonal in deutschen **Altenheimen** einen **Mittelwert von 2,9** und für Krankenpflegepersonal 2,8.

Arbeitsunterbrechungen wegen anderer Tätigkeit: im Seniorenheim Gunskirchen gaben 45,2% der MitarbeiterInnen an, häufig eine begonnene Arbeit unterbrechen zu müssen, weil ihre Hilfe anderweitig benötigt wird. Der BGW-DAK Gesundheitsreport erbrachte diese Aussage bei 37,8% der AltenpflegerInnen und 42,7% der KrankenpflegerInnen.

Fehlen von Arbeitsmitteln oder Informationen: nur 9,7% der BetreuerInnen im Seniorenheim Gunskirchen waren dadurch häufig in ihrer Tätigkeit beeinträchtigt. Beim BGW-DAK Gesundheitsreport waren es immerhin 18,7% der AltenpflegerInnen und 9,5% der KrankenpflegerInnen.

Diskussion: die Belastung der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen durch Arbeitsunterbrechungen erreicht nicht das Ausmaß der quantitativen Arbeitsbelastungen, ist jedoch durch den zusätzlichen psychischen Regulationsaufwand der erforderlich ist, um den verlorenen Faden bei der unterbrochenen Tätigkeit wieder aufzunehmen trotzdem nicht zu unterschätzen. Die **AltenpflegerInnen im Seniorenheim Gunskirchen müssen ihre begonnene Tätigkeit deutlich häufiger unterbrechen, als ihre KollegInnen in Deutschland.** Für das Wohlbefinden der MitarbeiterInnen in der Pflege am Arbeitsplatz und ihre allgemeine Arbeitszufriedenheit ist es wichtig, den Belastungsfaktor „Arbeitsunterbrechungen“ möglichst niedrig zu halten bzw. abzusenken. Dies lässt sich am besten mit **organisatorischen Maßnahmen** erreichen.

5.1.3.4 Umgebungsbelastungen

Der **Mittelwert im Seniorenheim Gunskirchen** (Durchschnittswert aus 2 Items) war **2,8**. Die entsprechenden Werte des **BGW-DAK Gesundheitsreports** waren **2,3 für Altenpflegepersonal** und 2,4 für KrankenpflegerInnen.

Ungenügende Raumausstattung: 20% der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen gaben an, dass die Ausstattung der Arbeitsräume nicht ihren Ansprüchen gerecht werden. Der BGW-DAK Gesundheitsreport ergab 14,9% der AltenpflegerInnen und 17,8% der KrankenpflegerInnen, die diese Ansicht teilten.

Fehlen eines geeigneten Pausenraumes bzw. Ruheraumes: dieser Belastungsfaktor bezieht sich nur auf das Seniorenheim Gunskirchen, da der BGW-DAK Gesundheitsreport diesen nicht gesondert abgefragt hat. 48,4% der MitarbeiterInnen stimmten dieser Aussage zu.

Diskussion: der Mittelwert der Umgebungsbelastungen ist im Seniorenheim Gunskirchen signifikant höher (2,8), als in deutschen Alten- und Pflegeheimen (2,3). Dieser Belastungsfaktor weist somit ein gleich hohes Ausmaß auf, wie die Arbeitsunterbrechungen. Bezüglich Wohlbefinden am Arbeitsplatz und allgemeiner Arbeitszufriedenheit gilt das Gleiche, was ich unter Punkt 5.1.3.3 angeführt habe.

Hinsichtlich Raumausstattung und vor Allem dem Angebot an Ruhe- und Pausenräumen besteht ein deutlicher Verbesserungsbedarf. Auch bei den Veränderungswünschen des Personals (siehe Kapitel 4.4.3) wurden größere Personalräume angegeben.

5.1.3.5 Weitere psychomentele Belastungsfaktoren

Der **Mittelwert im Seniorenheim Gunskirchen** (Durchschnitt aus 5 Items) betrug **2,1**. Aus den Angaben des **BGW-DAK Gesundheitsreports** errechnete ich

(Durchschnitt aus 3 Items) Mittelwerte von **3,0 für AltenpflegerInnen** und 2,9 für KrankenpflegerInnen. Aufgrund der deutlich differierenden Fragestellungen zwischen meiner Untersuchung und dem BGW-DAK Gesundheitsreport ist hier die Vergleichbarkeit der Mittelwerte (gesamt) eingeschränkt.

Belastung durch Leiden und/oder Tod der BewohnerInnen: nur 9,7% der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen gaben an, durch Leiden oder Tod von BewohnerInnen stark belastet zu sein (MW 2,48). Der BGW-DAK Gesundheitsreport erbrachte einen Anteil von 34,5% (MW 3,08) der AltenpflegerInnen und 37,2% (MW 3,23) der KrankenpflegerInnen, die sich dadurch stark belastet fühlen.

Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen: im Seniorenheim Gunskirchen gaben nur bezüglich der Verwaltung eine nennenswerte Anzahl (17,9%) der MitarbeiterInnen bürokratische Erschwernisse bei der Zusammenarbeit an.

Belastung durch aggressive/nörgelnde BewohnerInnen: der BGW-DAK Gesundheitsreport 2001 erhob, dass 45,5% (MW 3,35) der AltenbetreuerInnen und 34,6% (MW 3,12) der KrankenpflegerInnen sich häufig dadurch belastet fühlen. Schober C. und D., 2005, vgl. S.355 gaben an, dass sich 34,9% der befragten Pflegekräfte durch den Umgang mit schwierigen Patienten und Angehörigen belastet fühlen.

Belastung durch Angehörige der BewohnerInnen, welche die Kompetenz der Pflegekräfte anzweifeln und/oder ihnen Vorwürfe machen: 18,9% der AltenpflegerInnen (MW 2,51), sowie 13,0% der KrankenpflegerInnen (MW 2,36) gaben beim BGW-DAK Gesundheitsreport an, häufig dadurch belastet zu sein. Bei meiner individuellen Befragung der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen wurde bei 7 von 20 Antworten (35%) eine Belastung durch das Anspruchsdenken der Angehörigen genannt.

Diskussion: es fällt auf, dass der **Anteil der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunkirchen**, die sich **durch Leiden oder Tod von BewohnerInnen belastet** fühlen, ausgesprochen **niedrig** ist (nur 9,7% gegenüber 34,5% in deutschen Altenheimen). Ich ziehe daraus den Schluss, dass ein Großteil der AltenbetreuerInnen im Seniorenheim Gunkirchen die Tatsachen unheilbare Erkrankung oder Tod der Bewohner akzeptieren können und in der Lage sind, sich ausreichend emotional abgrenzen.

Bei der individuellen Mitarbeiterbefragung (Kapitel 4.4.1) wurde nach psychischen Belastungen gefragt (Frage 4). Dabei wurde von 28,6% der BetreuerInnen der Umgang mit an seniler Demenz erkrankten BewohnerInnen und von 25% der Tod oder das Leiden von BewohnerInnen genannt. Aus den **Fortbildungswünschen** (Kapitel 4.4.2) ist zu ersehen, dass die Bereitschaft der MitarbeiterInnen in der Pflege im Seniorenheim Gunkirchen hoch ist, sich mit Themen wie Palliativbetreuung, Umgang mit dementiell erkrankten Bewohnern und Psychohygiene auseinanderzusetzen.

Der **Wunsch nach Supervisionsmöglichkeiten** wurde mehrfach genannt. Unter den Veränderungswünschen der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunkirchen (siehe Kapitel 4.2.6) wurde von 77,4% die **Einrichtung von Gesprächsgruppen**, in denen belastende Situationen bei der Arbeit besprochen werden können als wichtig erachtet.

Ich glaube, dass die MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunkirchen sehr wohl durch den Umgang mit den BewohnerInnen und deren Angehörigen beträchtlichen psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Dabei stellt die **hohe Zahl an dementiell erkrankten BewohnerInnen**, welche durch ihre Neigung zum ziellosen Umhergehen einen hohen Betreuungsaufwand erforderlich machen, **derzeit das größte Problem im Seniorenheim Gunkirchen** dar.

5.1.3.6 Vielseitigkeit (Abwechslungsreichtum) der Arbeitsaufgaben

Der **Mittelwert im Seniorenheim Gunskirchen** (Durchschnitt aus 3 Items) betrug **3,7**. Vergleich mit **BGW-DAK Gesundheitsreport: Mittelwerte in Altenpflege 3,5** und Krankenpflege 3,6.

Kenntnisse und Fertigkeiten können angewendet werden: dieser Aussage stimmten 61,3% der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen zu. Beim BGW-DAK Gesundheitsreport war der Prozentsatz der Pflegekräfte, die diese Ressource ausreichend nutzen können mit 75,2% der AltenbetreuerInnen und 78,0% der KrankenpflegerInnen noch deutlich höher.

Die Tätigkeit ist abwechslungsreich und interessant: Zustimmung im Seniorenheim Gunskirchen: 58,0%. Bei der BGW-DAK Befragung waren nur 38,0% der AltenpflegerInnen dieser Auffassung.

Die Arbeit ermöglicht es, Neues dazulernen und sich beruflich weiter zu entwickeln: 54,8% Zustimmung im Seniorenheim Gunskirchen, gegenüber 48,9% der AltenpflegerInnen beim BGW-DAK Gesundheitsreport.

Diskussion: der Mittelwert der Ressourcen Vielseitigkeit und Abwechslungsreichtum ist mit 3,7 im Seniorenheim Gunskirchen sehr hoch. Im Vergleich mit deutschen Alten- und Pflegeheimen (Mittelwert 3,5 ist die **Flexibilität bei der Arbeitsausführung in Gunskirchen überdurchschnittlich gut ausgeprägt**. Mit 61,3% Zustimmung zur Aussage „*Kenntnisse und Fertigkeiten können ausreichend angewendet werden*“ ist der Prozentsatz zwar niedriger, als in Deutschland. Dazu muss allerdings bemerkt werden, dass mit dieser Frage nicht erfasst wird, welche Ansprüche die MitarbeiterInnen in der Pflege an ihre Arbeit stellen. Das **Ergebnis** zu dieser Aussage wird **stark durch Motivationsfaktoren beeinflusst**. MitarbeiterInnen, welche hoch qualifiziert und hoch motiviert sind, stellen an ihre Tätigkeit höhere Ansprüche, und werden daher zu dieser Aussage die Latte auch

höher legen. Dennoch lohnt es sich, die Hintergründe zu diesem Befragungsergebnis abzuklären. Die Gunskirchner AltenbetreuerInnen beurteilen ihre Arbeit als wesentlich abwechslungsreicher und interessanter als ihre KollegInnen in Deutschland. Die **Ressourcen Vielseitigkeit und Abwechslungsreichtum der Arbeitsaufgaben sind im Seniorenheim Gunskirchen in hohem und somit ausreichendem Maße vorhanden.**

5.1.3.7 Handlungs- und Entscheidungsspielraum am Arbeitsplatz

Der **Mittelwert im Seniorenheim Gunskirchen** (Durchschnitt aus 6 Items) betrug **3,4**. Beim **BGW-DAK Gesundheitsreport** waren die Mittelwerte **3,5 in der Altenpflege** und 3,4 im Bereich der Krankenpflege.

Mitbestimmung, wie die Arbeit erledigt wird: 67,7% der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen sahen diese Ressource als gegeben an. Die AltenpflegerInnen in Deutschland erreichten im Rahmen der BGW-DAK Befragung ähnliche Werte (67,6%).

Einfluss auf zugeteilte Arbeitsaufgaben: diese Aussage erhielt im Seniorenheim Gunskirchen die Zustimmung von 48,4% der Befragten, beim BGW-DAK Gesundheitsreport von 47,3% der AltenpflegerInnen. Allerdings vertraten im Seniorenheim Gunskirchen auch 38,7% die Ansicht, dass sie wenig bis gar keinen Einfluss auf ihre Aufgabenzuteilung nehmen können.

Arbeit selbständig planen: 62,0% der AltenpflegerInnen stimmen laut BGW-DAK Report dieser Aussage zu.

Diskussion: die Ressourcen Handlungs- und Entscheidungsspielraum sind **im Seniorenheim Gunskirchen schwächer entwickelt** (Mittelwert 3,4), als Vielseitigkeit und Abwechslungsreichtum der Arbeitsaufgaben. Auch im Vergleich mit den Alten- und Pflegeheimen in Deutschland (Mittelwert 3,5) zeigt sich ein leichtes

Defizit. Dieses ergibt sich aus der **im Seniorenheim Gunkirchen** (aus der Sicht der MitarbeiterInnen) **unzureichend vorhandenen Möglichkeit der Beziehungsarbeit zu den BewohnerInnen** (aus zeitlichen Gründen, siehe auch Kapitel 5.1.3.1 Quantitative Belastungen).

5.1.3.8 Sozialer Rückhalt durch KollegInnen und Vorgesetzte

Der **Mittelwert** (Durchschnitt aus 13 Items) war im **Seniorenheim Gunkirchen 3,7**. Im Vergleich mit dem **BGW-DAK Gesundheitsreport** sind diese Ressourcen in Gunkirchen besser ausgeprägt als in deutschen **Alten- und Pflegeheimen** (Mittelwert **3,5**) und gleich hoch wie bei KrankenpflegerInnen in Deutschland.

Auf Vorgesetzte verlassen, wenn Arbeit schwierig wird: 74,2% der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunkirchen stimmten dieser Aussage zu. Nur 51,2% der AltenpflegerInnen waren laut BGW-DAK Gesundheitsreport dieser Ansicht.

Auf die KollegInnen kann ich mich verlassen (mit ihrer Unterstützung kann ich immer rechnen): 56,6% der Befragten im Seniorenheim Gunkirchen schlossen sich dieser Feststellung an. Die BGW-DAK Befragung ergab 57,9% Zustimmung im Bereich der Altenpflege und 67,5% im Bereich der Krankenpflege. Zumindest in Deutschland ist also der Zusammenhalt unter den KollegInnen im Krankenhaus besser, als in den Alten- und Pflegeheimen.

Die Abteilung hält zusammen: 55% der AltenpflegerInnen stimmen bei der BGW-DAK Befragung dieser Aussage zu.

Persönliche Anerkennung durch den/die Vorgesetzte/n: 80,7% Zustimmung zu dieser Aussage im Seniorenheim Gunkirchen lassen erkennen, dass diese für die Mitarbeiterbindung essentielle Ressource ausgesprochen hoch ausgeprägt ist (Mittelwert 4,26). Das ist absolut bemerkenswert, da Vorgesetzte bei Befragungen oft

sehr kritisch beurteilt werden. Schober C. und D., 2004 vgl. S.479, ermittelten bei ihrer Untersuchung zur Motivation und Arbeitszufriedenheit in der Altenbetreuung einen Wert von 48,5% der Pflegekräfte die sich durch den/die Vorgesetzte/n anerkannt fühlten.

Der **Medizinsoziologe Siegrist** untersuchte seit den 80er Jahren die die Rolle der Anerkennung in den Händen der Führungskräfte bezüglich Gesundheitswirksamkeit (Siegrist, 1996). Dabei konnte er **im Falle von beruflichen Anerkennungskrisen** bei gleichzeitig hoher Verausgabungsbereitschaft der MitarbeiterInnen **negative gesundheitliche Folgen für das Herz- Kreislauf- System nachweisen** (Bökenheide, 2005).

Das **finnische Institut für Arbeitsmedizin** hat in Längsschnittstudien nachweisen können, dass **für ältere MitarbeiterInnen** – Frauen über 45 und Männer über 50 Jahre – das **Vorgesetzten- Verhalten den stärksten Einflussfaktor auf die Arbeitsfähigkeit darstellt**. Personen, bei denen sich die Anerkennung durch die Vorgesetzten verbessert, haben eine 3,6fach erhöhte Chance, ihre Arbeitsfähigkeit zu verbessern. Diejenigen, bei denen Anerkennung und Wertschätzung am Arbeitsplatz vermindert werden, haben ein 2,4fach höheres Risiko der Verschlechterung ihrer Arbeitsfähigkeit (Ilmarinen und Tempel, 2002).

Konflikte werden durch den/die Vorgesetzte/n ehrlich ausgetragen: 38,7% der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen stimmten hier zu, aber 32,3% hielten dies für wenig/gar nicht zutreffend (Mittelwert 3,23).

Hier gehen die Meinungen auseinander, was signalisiert, dass Schwächen im Konfliktmanagement durch den/die Vorgesetzte/n bestehen.

Es besteht ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen den KollegInnen: nur 19,4% der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen stimmten dieser Aussage zu, 32,2% sahen dies als wenig/gar nicht gegeben (Mittelwert 2,9).

Diskussion: die Vorgesetzte/n im Seniorenheim Gunskirchen weisen eine hohen Grad an Akzeptanz durch die MitarbeiterInnen auf. Diese ist wesentlich höher, als Vorgesetzte bei der BGW-DAK Befragung aufweisen.

Verbesserungspotential liegt im Konfliktmanagement durch den/die Vorgesetzte/n. Was die direkten Arbeitsaufgaben anbelangt, ist die gegenseitige Unterstützung durch die KollegInnen mit der in deutschen Alten- und Pflegeheimen vergleichbar., jedoch geringer als bei KrankenpflegerInnen in Deutschland. Das **Vertrauen zueinander ist unter den MitarbeiterInnen des Seniorenheims Gunskirchen sehr gering.**

Unter den Veränderungswünschen (siehe Kapitel 4.4.3) wurde mehrmals eine Verbesserung des Arbeitsklimas und weniger Klatsch und Tratsch unter den KollegInnen genannt. Auch privater Frust, der am Arbeitsplatz ausgelebt wird, ist bei der individuellen Befragung genannt worden. Der **Zusammenhalt** unter den MitarbeiterInnen des Seniorenheims Gunskirchen könnte also besser sein und **sollte durch gemeinsame Aktionen (Feiern, Ausflüge, Kultur, Sport) erhöht werden.**

5.1.3.9 Information und Mitsprache

Der **Mittelwert im Seniorenheim Gunskirchen** (Durchschnitt aus 14 Items) betrug **3,3**. Die Mittelwerte des **BGW-DAK Gesundheitsreport** ergaben **3,2** bei den **AltenpflegerInnen** und 3,1 bei den KrankenpflegerInnen.

Heimleitung informiert MitarbeiterInnen umfassend: 51,7% der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen stimmen dieser Aussage zu. Beim BGW-DAK Gesundheitsreport beträgt der Wert 46,3% bei den AltenpflegerInnen.

Heimleitung ermuntert zu Verbesserungsvorschlägen: 43,9% der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen befürworten diese Feststellung. Nur 33% der AltenpflegerInnen waren laut BGW-DAK Gesundheitsreport dieser Auffassung.

Heimleitung fördert die regelmäßige Weiterbildung von MitarbeiterInnen: 96,6% der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen stimmten voll zu.

Teambesprechungen sind ausreichend: 86,2% der BetreuerInnen im Seniorenheim Gunskirchen teilten diese Ansicht.

Diskussion: der Mittelwert im Seniorenheim Gunskirchen war mit 3,3 der niedrigste aller untersuchten Ressourcen. Er war allerdings geringfügig besser als bei den deutschen AltenpflegerInnen (3,2) und KrankenpflegerInnen (3,1).

Da ein hoher Wert der Ressourcen Information und Mitsprache positiv mit der Arbeitszufriedenheit korreliert, sollten Heimleitung und Vorgesetzte unbedingt danach trachten, durch Änderungen in der Organisationskultur Verbesserungen in diesem Bereich zu erzielen. Die Einführung eines Vorschlagswesens für MitarbeiterInnen, die Implementierung einer Beschwerdestelle nicht nur für BewohnerInnen und deren Angehörige, sondern parallel dazu auch für das Pflegepersonal wären erste Schritte in diese Richtung.

5.1.3.10 Weitere Ressourcenfaktoren

Der **Mittelwert der weiteren Ressourcenfaktoren** (Durchschnitt aus 5 Items) im **Seniorenheim Gunskirchen** betrug **4,1** und war damit der höchste aller untersuchten Ressourcen.

Ruf der Einrichtung in der Region: 85,7% der BetreuerInnen teilten die Ansicht, dass das Seniorenheim Gunskirchen einen hervorragenden Ruf im Raum Wels hat. 73,0% der befragten AltenpflegerInnen waren bei der Untersuchung von Schober C. und D., 2004, in Wien und Niederösterreich mit dem Ansehen des Unternehmens zufrieden.

Bewohnerbetten ermöglichen körpergerechtes Arbeiten: 87,1% der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen unterstreichen diese Aussage.

Einrichtung bietet ausreichende und interessante Fortbildung an: 82,8% der Befragten im Seniorenheim Gunskirchen sind mit dem Fortbildungsangebot zufrieden. Laut Schober C. und D. waren 51,4% der befragten AltenbetreuerInnen (stationär und mobil) mit den Weiterbildungsmöglichkeiten zufrieden (vgl. S. 483).

Geeignete Hebehilfen sind vorhanden: 72,4% der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen sehen diese Aussage als zutreffend an (Mittelwert 3,97) Beim BGW-DAK Gesundheitsreport gaben 55,3% der AltenpflegerInnen und 34,2% der KrankenpflegerInnen an, zumeist auf Hebehilfen zurückgreifen zu können.

Diskussion: das **Seniorenheim Gunskirchen genießt** tatsächlich einen **sehr guten Ruf in den Regionen Wels- Stadt und Wels- Land**. Diese Ansicht teilen auch die MitarbeiterInnen und zwar deutlich mehr, als in Wiener und Niederösterreichischen Einrichtungen der Altenbetreuung. **Auch mit den angebotenen Fortbildungsmöglichkeiten sind die BetreuerInnen im Seniorenheim Gunskirchen wesentlich zufriedener als ihre KollegInnen im Osten Österreichs.**

Geeignete Hebehilfen sind im Seniorenheim Gunskirchen nach Ansicht von fast dreiviertel aller BetreuerInnen **vorhanden**, deutlich mehr als in deutschen Pflegeheimen. Das bloße Vorhandensein von Hebehilfen garantiert jedoch noch lange nicht deren Verwendung. Hoher Zeitdruck und beengte Räumlichkeiten sind die zwei häufigsten Ursachen für eine mangelhafte Nutzung von Hebehilfen. Laut BGW-DAK Gesundheitsreport nutzen 41,2% der AltenpflegerInnen und 28,7% der KrankenpflegerInnen vorhandene Hebehilfen nicht (siehe auch Kapitel 2.4.1.1 NEXT-Studie).

5.1.4 Gesundheit und körperliche Beschwerden von Pflegekräften im Vergleich

In diesem Kapitel vergleiche ich die bei meiner Mitarbeiterbefragung gewonnenen Daten zur gesundheitlichen Situation bzw. zu körperlichen Beschwerden im Seniorenheim Gunskirchen mit Daten des BGW-DAK Gesundheitsreport Altenpflege 2001 und der NEXT-Studie.

5.1.4.1 Körperliche Belastungen und Beschwerden von Pflegekräften im Vergleich

Jeweils **29%** der befragten BetreuerInnen im **Seniorenheim Gunskirchen** gaben an, erheblich oder stark unter **Kreuz- und Rückenschmerzen bzw. Nacken- und Schulterschmerzen** zu leiden. Bei der **BGW-DAK Befragung** in Deutschland wurden beide Formen an Wirbelsäulenbeschwerden jeweils von **39%** der AltenpflegerInnen als stark angegeben.

80% der MitarbeiterInnen im **Seniorenheim Gunskirchen** gaben bei der individuellen Befragung als stärkste körperliche Belastung das **Heben und Tragen von BewohnerInnen** an. Auch beim **BGW-DAK Gesundheitsreport** berichteten **80%** der AltenpflegerInnen über hohe Wirbelsäulenbelastungen durch Heben und Tragen (gegenüber 64% der KrankenpflegerInnen).

Weiters gaben **75%** der befragten AltenpflegerInnen in Deutschland eine starke Wirbelsäulenbelastung durch häufiges Rumpfbeugen- und Drehen an (**53%** der KrankenpflegerInnen).

22,5% der Gunskirchner MitarbeiterInnen klagten über Mattigkeit, gegenüber **18%** beim BGW-DAK Gesundheitsreport 2001. Weitere häufiger genannte Beschwerden im Seniorenheim Gunskirchen waren Kopfschmerzen bei **19,4%** und Schlafstörungen bei **12,9%** der Befragten. Bei der BGW-DAK Befragung nannten

23% Grübeleien und 22% Schweregefühl und Müdigkeit in den Beinen als stark belastend.

Die **NEXT-Studie** wies mit fast **40% aller Pflegekräfte mit einer ärztlichen Diagnose von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates für Deutschland** den schlechtesten Wert aller 10 teilnehmenden EU-Staaten auf. Die Niederlande wiesen mit 22% die niedrigste Rate Erkrankter auf.

Diskussion: wie bei den anderen Untersuchungen stehen die Beschwerden des Bewegungs- und Stützapparates auch bei den MitarbeiterInnen in der Pflege des **Seniorenheims Gunskirchen** im Vordergrund. Allerdings ist der **Prozentsatz an BetreuerInnen mit erheblichen/starken Wirbelsäulenbeschwerden deutlich niedriger als in deutschen Altenheimen.**

Das **häufigere Vorhandensein geeigneter Hebehilfen im Seniorenheim Gunskirchen** gegenüber deutschen Altenheimen, sowie **Bewohnerbetten, die körpergerechtes Arbeiten** ermöglichen, können dafür eine mögliche Erklärung sein. Ich glaube, dass das **Erlernen rückenschonender Arbeitstechniken wie Kinästhetik**, welches im Seniorenheim Gunskirchen seit einigen Jahren gefördert wird, mit dazu beigetragen hat, den Anteil der BetreuerInnen mit starken Wirbelsäulenbeschwerden zu senken.

5.1.4.2 Gesundheitliche Situation von Pflegekräften im Vergleich

Laut **NEXT-Studie** wurde der **allgemeine Gesundheitszustand** von **6%** der BetreuerInnen in der **ambulanten Pflege**, und von jeweils **8%** der BetreuerInnen in den **stationären Einrichtungen** (Alten-/Pflegeheime und Krankenhaus) als **schlecht** eingestuft „*Allgemeine Gesundheit zeigt ähnlich dem Arbeitsfähigkeitsindex einen Zusammenhang mit Burnout und dem Arbeit- Familie- Konflikt*“ (Hasselhorn, 2005, vgl. S. 46). Im **Vergleich zum Durchschnitt der berufstätigen Bevölkerung in Deutschland** weisen die AltenpflegerInnen eine um 11,9% schlechtere psychische

Gesundheit und eine um 3,7% schlechtere physische Gesundheit aus. Die psychosomatischen Beschwerden sind bei den AltenbetreuerInnen um 44,3% häufiger, als bei den anderen Berufstätigen.

5.1.5 Motivation und Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften im Vergleich

5.1.5.1 Motivation von Pflegekräften im Vergleich

Bei meiner individuellen Befragung im Seniorenheim Gunkskirchen zielten mehrere der Fragen auf Aussagen mit Beziehung zur Motivation für den Pflegeberuf ab.

Frage 1 „*Welche Motive führten zu Ihrer Entscheidung den Pflegeberuf zu ergreifen*“:

- Interesse für den Sozialbereich
- Liebe zu alten Menschen
- Möglichkeit, anderen Menschen zu helfen
- Vorangehende Pflege Angehöriger

Zur Frage 2 „*Welche positiven Merkmale (Motivierendes, Erfüllendes, Sinnhaftes) weist dieser Beruf auf ?*“ gab es folgende Antwortmöglichkeiten:

- Dankbarkeit der BewohnerInnen
- Beziehungsaufbau zu den BewohnerInnen
- BewohnerInnen besser kennen gelernt, als im Krankenhaus
- Freude über Besserung des Gesundheitszustandes von BewohnerInnen

Laut **Schober C. und D.**, 2004, vgl. S.358 sind 77,1% der AltenpflegerInnen im stationären Bereich und 70,4% der BetreuerInnen in der Mobilen Sozialen Pflege stark oder eher stark für ihre Arbeit motiviert.

Bei der Frage 7A meiner individuellen Befragung („*Was halten Sie von der Bezahlung des Pflegeberufes ?*“) äußerten sich 70% der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunkskirchen als unzufrieden. 30% fanden die Bezahlung

angemessen. Laut **Schober C. und D.** stellt die Bezahlung für nur 37,4% der AltenbetreuerInnen einen sehr hohen bis hohen Anreiz in ihrer Arbeit dar.

Zur Frage 7B „*Was halten Sie von der öffentlichen Anerkennung des Pflegeberufes ?*“ meinten 40% der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen, dass die Allgemeinheit eine verzerrte Vorstellung vom Pflegeberuf hat (zwiespältiges Bild), 30% waren der Ansicht, dass das Image negativ sei (Arschputzer) und 30% glaubten an ein positives Bild des Pflegeberufes in der Allgemeinheit.

Eine **Umfrage des Linzer Meinungsforschungsinstitutes Market** im Jahre 2005 ergab für das Pflegepersonal ein sehr positives Bild bezüglich Ansehens in der Bevölkerung. 86% der Befragten bezeichneten diesen Beruf als sehr wichtig, was nach der Berufsgruppe der Ärzte (89%) Rang 2 unter allen untersuchten Professionen bedeutete (OÖN 14. Jänner 2006, Linz).

Es besteht somit eine **Differenz zwischen (negativerem) Selbstbild und (positiverem) Fremdbild**. Dem Pflegeberuf wird in der Öffentlichkeit zwar eine hohe Bedeutung beigemessen, jedoch bestehen über die Tätigkeiten und Kompetenzen der AltenbetreuerInnen noch äußerst vage Vorstellungen. Es wird somit eine **Imagekampagne vonnöten** sein, um hier eine Annäherung der beiden Sichtweisen herbeizuführen.

Bei der Frage 9 „*Wie viele Tage pro Jahr sind Sie aufgrund beruflicher Fortbildung abwesend ?*“ gaben 80% der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen an, nur hausinterne Fortbildungsveranstaltungen zu besuchen. 10% waren 5-7 Tage, 5% vier Tage und 5% einen Tag zur Weiterbildung außer Hauses.

Bei der **NEXT-Studie** (Hasselhorn H.-M., 2005, vgl. S.33) wurden für Deutschland folgende **Abwesenheitszeiten aufgrund beruflicher Fortbildung** ermittelt:

- Alten- und Pflegeheime 2,8 Tage
- Mobile Soziale Dienste 2,5 Tage
- Krankenhäuser (groß) 3,3 – 3,5 Tage

- Krankenhäuser (klein) 1,9 Tage

Laut **Schober C. und D.** stellt die Weiterbildungsmöglichkeit für 55,2% der PflegerInnen in Altenheimen und für 60,2% der BetreuerInnen im Mobilen Bereich einen hohen Anreiz für die Arbeit dar.

Diskussion: Faktoren der intrinsischen Motivation stellen im **Seniorenheim Gunskirchen** einen stärkeren Anreiz für die Arbeit dar, als solche der extrinsischen Motivation (Bezahlung, Karriere). Dementsprechend waren **überwiegend soziale Motive für die Berufswahl ausschlaggebend**. Die **Motivation für die Pfl egetätigkeit** beziehen die MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen zu einem **großen Teil aus der Arbeit mit den BewohnerInnen** selbst.

Die Bezahlung hat bei den MitarbeiterInnen in der Pflege im **Seniorenheim Gunskirchen** nur einen geringen Einfluss auf die Motivation. Die **Zufriedenheit mit der Bezahlung ist gering** (70% sind **unzufrieden** damit).

Nur 30% der befragten BetreuerInnen im Seniorenheim Gunskirchen glaubten an ein hohes Ausmaß öffentlicher Anerkennung des Pflegeberufes (gegenüber 86% der Bevölkerung, laut einer Meinungsumfrage).

Die Abwesenheit aufgrund beruflicher Weiterbildung ist im **Seniorenheim Gunskirchen** niedriger, als in Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege in Deutschland. Dennoch ist die **Zufriedenheit des Personals mit den gebotenen Fortbildungsmöglichkeiten** laut meiner Befragung **hoch** (siehe Kapitel 4.2.3.1).

5.1.5.2 Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften im Vergleich

Der errechnete **Mittelwert** (Durchschnittswert aus 3 Items) im **Seniorenheim Gunskirchen** war mit **4,4 sehr hoch** (bei einer 5- stufigen Ratingskala).

Es wurden Aussagen zum „*Arbeitssinn*“, der „*allgemeinen Arbeitszufriedenheit*“ und zur „*Arbeitsfreude*“ abgefragt.

Der Behauptung „*die Arbeit ist sinnvoll*“ schlossen sich sämtliche MitarbeiterInnen (100%) im Seniorenheim Gunskirchen an. Die Befragung von Schober C. und D. erbrachte einen Anteil von 89,4% im stationären und von 91,7% im mobilen Bereich der Altenpflege.

Die Aussage „*trotz aller Belastungen befriedigt diese Arbeit*“, welche einen starken Bezug zur Arbeitsfreude- und Motivation aufweist wurde von 71,4% der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen befürwortet. Schober C. und D. erhoben Werte von 85,6% im stationären und 76,4% im mobilen Bereich der Altenpflege.

Die Aussage zur allgemeinen Arbeitszufriedenheit („*Alles in Allem bin ich mit meiner Arbeit sehr zufrieden*“) wurde von 74,2% der Gunskirchner MitarbeiterInnen positiv beantwortet. Bei Schober C. und D. wurden 83,1% für den gesamten Altenpflegebereich (stationär und mobil) ermittelt. Die NEXT-Studie in Deutschland (Hasselhorn, 2005) ergab für den gesamten Altenpflegebereich einen Anteil von nur 48% zufriedener BetreuerInnen. Bei der Korrelationsanalyse zeigte sich ein ausgeprägter Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Bindung an die Einrichtung, Führungsqualität bzw. Unterstützung durch den/die Vorgesetzte/n.

Die Bedeutung der Arbeit im Rahmen der NEXT-Studie zeigte folgende Raten (0 = keine Bedeutung, 100 = maximale Bedeutung): Krankenhaus 81,2%, Alten- und Pflegeheim 83,5%, Mobile Pflege 86,2%. Es besteht eine Beziehung zwischen Bedeutung der Arbeit und Motivation bzw. Arbeitszufriedenheit.

Bei der individuellen Befragung im Seniorenheim Gunskirchen wurde nach der Zufriedenheit mit der Arbeitszeit in Bezug auf das Privatleben (Work- Life- Balance) gefragt (Frage 8). 85% der MitarbeiterInnen äußerten sich zufrieden, 10% teilweise zufrieden und 5% waren damit unzufrieden. Schober C. und D. erhoben 59,9% der AltenpflegerInnen (stationär und mobil) mit passender Work- Life- Balance.

Die NEXT-Studie in Deutschland erhob folgende Anteile von BetreuerInnen mit Arbeit- Familie- Konflikt: Krankenhaus 43,6%, Alten- und Pflegeheim 44,1%, Mobile Pflege 46,4%. Dieser Konflikt wird stark von den quantitativen Arbeitsbelastungen geprägt und weist einen starken Bezug zum vorzeitigen Berufsausstieg auf.

Schober C. und D. verglichen die Arbeitszufriedenheit in den Organisationen der Altenpflege mit dem **Arbeitsklimaindex** der Arbeiterkammer für OÖ. Dabei wurde für den **gesamten Bereich der Altenpflege ein Indexwert von 96 Punkten ermittelt (Altenheim 102 Punkte, Mobile Dienste 95 Punkte)**. Im Vergleich mit dem Gesamtindex für alle Berufe aus dem Jahr 2002 (107 Punkte) und dem Gesamtindex aller Gesundheits- und Sozialberufe aus dem Jahr 2002 (109 Punkte) ist die allgemeine Arbeitszufriedenheit im Altenpflegebereich niedriger.

Diskussion: es fällt auf, dass die MitarbeiterInnen im **Seniorenheim Gunskirchen** zwar einheitlich einen Sinn in ihrer Tätigkeit sehen, jedoch der **Prozentsatz an BetreuerInnen mit hoher allgemeiner Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfreude niedriger ist, als in den von Schober C. und D. untersuchten Organisationen.**

Es besteht somit die **Notwendigkeit, Maßnahmen zur Anhebung der Arbeitszufriedenheit und Motivation zu ergreifen**. Durch die hohe quantitative Arbeitsbelastung kommt die Beziehungsarbeit mit den BewohnerInnen zu kurz, welche jedoch (siehe Antworten zur individuellen Frage 2- „*Motivierendes, Erfüllendes, Sinnhaftes bei der Arbeit*“) sehr wichtig für die intrinsische Motivation der BetreuerInnen ist und dazu noch einen Schutz gegen Burnout darstellt (bei Einhaltung der nötigen professionellen Distanz). **Hohe Zufriedenheit** besteht bei den MitarbeiterInnen des **Seniorenheims Gunskirchen bezüglich der bestehenden**

Arbeitszeitregelung. Der Anteil der BetreuerInnen mit Arbeit- Familie- Konflikt war deutlich geringer, als bei den anderen Untersuchungen. Der Grund dafür ist in der flexiblen Arbeitszeitregelung im Seniorenheim Gunkskirchen mit der Möglichkeit der freien Dienstplangestaltung durch die MitarbeiterInnen und in der hohen Quote an Teilzeitarbeitskräften in dieser Einrichtung zu sehen.

5.1.6 Der Arbeitsbewältigungsindex in der Pflege im Vergleich

In diesem Kapitel stelle ich die Ergebnisse meiner Befragung mittels (standardisiertem) Arbeitsbewältigungsindex- Fragebogen den Resultaten der NEXT-Studie in Deutschland (Hasselhorn, 2005, vgl. S.45) gegenüber.

In der folgenden Tabelle gebe ich einen Überblick der in den verschiedenen Einrichtungen ermittelten Anteile der PflegerInnen in den 4 ABI- Kategorien:

ABI - Kategorie	Sehr gut	gut	mäßig	schlecht
Seniorenheim Gunkskirchen	35%	30%	35%	0%
Alten- und Pflegeheime BRD	13%	44%	32%	11%
Mobile Pflege BRD	19%	40%	30%	11%
Krankenhäuser BRD	18%	49%	26%	7%

Tabelle 30: Verteilung des Arbeitsbewältigungsindex von Alten- und KrankenpflegerInnen im Vergleich

Insgesamt nahmen an der Befragung im Seniorenheim Gunkskirchen 20 MitarbeiterInnen teil (45,5% des Pflegepersonals). Der Durchschnittswerte aller ermittelten Arbeitsindizes betrug **39,3**.

Bei der **NEXT-Studie** in Deutschland wurden **folgende Durchschnittswerte des Arbeitsbewältigungsindex (ABI)** erhoben:

- | | |
|-------------------------|------|
| ▪ Krankenhaus | 38,3 |
| ▪ Alten- und Pflegeheim | 36,4 |
| ▪ Mobile Betreuung | 36,8 |

Diskussion: erfreulicherweise wurde bei keiner/m der befragten MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunkirchen ein schlechter Arbeitsbewältigungsindex ermittelt. Pflegekräfte mit einem schlechten ABI haben ein hohes Risiko für Arbeitsunfähigkeit. Weiters besteht ein enger Zusammenhang zwischen schlechter Arbeitsbewältigungsfähigkeit und Burnout, dem Arbeit- Familie- Konflikt und der Absicht den Pflegeberuf zu verlassen.

Der Anteil von BetreuerInnen mit einem sehr guten ABI ist in Gunkirchen höher, als im Durchschnitt anderer Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege in Deutschland. **Fast ein Drittel der Gunkirchner AltenbetreuerInnen weisen einen mäßigen ABI auf und bedürfen einer Unterstützung (ABI – Coaching).** Der ABI-Durchschnittswert im Seniorenheim Gunkirchen lag ebenfalls über dem Schnitt der in Deutschland untersuchten Einrichtungen der Pflege. Damit ist die **Arbeitsbewältigungsfähigkeit im Seniorenheim Gunkirchen insgesamt gut.** Die MitarbeiterInnen verfügen über ausreichend Ressourcen, um mit den körperlichen und psychischen Belastungen ihrer Tätigkeit zurecht zu kommen.

5.1.7 Stärken und Schwächen der Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege im Vergleich

In diesem Kapitel werden nochmals die Stärken und Schwächen der Einrichtungen, in denen Alten- und Krankenpflege stattfindet gegenübergestellt (siehe auch Kapitel 2.4.1.2 und die Tabellen 3, 4 und 5). Quelle: Hasselhorn H.-M et al., 2005, vgl. S. 53-55.

5.1.7.1 Stärken der Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege im Vergleich

Krankenhäuser (vor Allem große Spitäler) weisen ein breites Angebot an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten auf und sind somit für MitarbeiterInnen attraktiv, die sich höher qualifizieren wollen bzw. eine Karriere anstreben. Weiters ist der Einfluss der BetreuerInnen auf die Dienstplangestaltung im Krankenhaus größer als in der Altenbetreuung.

Alten- und Pflegeheime weisen im Vergleich mit (großen) Spitälern eine bessere Bindung des Pflegepersonals (vor Allem der AltenfachbetreuerInnen und der PflegehelferInnen) auf. Dennoch ist der Anteil der LangzeitmitarbeiterInnen in der Altenbetreuung niedriger, als im Krankenhaus. Die Bindung an das Alten- und Pflegeheim lässt mit zunehmender Qualifikation der Pflegekraft nach (DKS/DKP). Diplomkrankenschwestern/pfleger wechseln oft ins (besser zahlende) Krankenhaus zurück oder wechseln das Berufsfeld (Wellnessbereich z.B.).

Weitere Stärken sowohl der stationären, als auch der mobilen Altenpflege liegen in der Arbeitsorganisation. Der Austausch von Informationen zwischen Leitung, Vorgesetzten und DienstnehmerInnen klappt in kleinen Einrichtungen besser. Auch Arbeitsanweisungen werden in Einrichtungen der Altenpflege präziser erteilt und umgesetzt als in Spitälern. Das Betriebsklima ist in kleinen Unternehmen und Abteilungen familiärer, was sich auf das Wohlbefinden am Arbeitsplatz positiv auswirkt.

Mobile Dienste weisen im Vergleich mit Normalstationen im Krankenhaus und zu Alten- und Pflegeheimen eine geringere Belastung durch Heben und Tragen auf (Hasselhorn, 2005 vgl. S16). Ein besonderer Vorteil in der ambulanten Pflege ist die hohe Eigenverantwortlichkeit der BetreuerInnen, die zahlreiche Entscheidungen im Rahmen ihrer Tätigkeit zu treffen haben. Sie lernen das soziale Umfeld ihrer KlientInnen besser kennen und haben dadurch noch mehr als die BetreuerInnen in Alten- und Pflegeheimen die Möglichkeit, eine starke Beziehung zu diesen aufzubauen. Allerdings sind sie (bei mangelhafter Abgrenzung gegenüber den

Ansprüchen der Klienten und deren Angehörigen) auch stark gefährdet, ein Burnout zu entwickeln. Die Bindung an die Einrichtung ist im mobilen Bereich noch höher, als in Alten- und Pflegeheimen. Das Verhältnis zur Organisationsleitung und zu den unmittelbar Vorgesetzten ist meist besser, als im Krankenhaus und Altenheim.

5.1.7.2 Schwächen der Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege im Vergleich

Im **Krankenhaus** ist die Bindung der MitarbeiterInnen niedriger, als im Altenpflegebereich (vor Allem in großen Spitälern). Die Häufigkeit interpersoneller Konflikte, etwa zwischen Angehörigen verschiedener Hierarchieebenen, ist hoch. Darunter leidet das Betriebsklima und die Kollegialität. Die Umgebungsbelastungen durch Umgang mit infektiösen und gefährlichen Substanzen oder Einwirkung von Lärm sind im Krankenhaus ebenfalls höher als in der Altenpflege. Auf Normalstationen besteht eine hohe quantitative Arbeitsbelastung, sowie eine starke körperliche Belastung durch häufiges Heben und Tragen von Patienten. Die Arbeitsorganisation in Krankenhäusern weist gegenüber dem Bereich der Altenpflege aufgrund der Größe der Einrichtung und den zahlreichen Berufsgruppen Erschwernisse auf.

In **Alten- und Pflegeheimen** sind die quantitativen Arbeitsbelastungen und die körperlichen Belastungen durch Heben und Tragen von BewohnerInnen am höchsten (MW 49,7 Alten/Pflegeheime gegenüber MW 23,4 bei Ambulanten Diensten; Maximalwert: 100). Laut NEXT-Studie (Hasselhorn, 2005, vgl. S 16) sind diese Belastungen in Deutschland besonders hoch. Der Umgang mit aggressiven und nörgelnden BewohnerInnen bzw. Angehörigen stellt eine hohe psychomentele Belastung für die AltenbetreuerInnen dar und ist mit Burnout assoziiert. Fortbildungen im Umgang mit demenzkranken BewohnerInnen, sowie Supervisionsangebote können dem Ausbrennen der Pflegekräfte entgegenwirken. Der Einfluss der MitarbeiterInnen auf die Dienstplangestaltung ist in Alten- und Pflegeheimen gering. Das führt häufig zu einem Konflikt zwischen Beruf und

Privatleben. Aufgrund knapper finanzieller Ressourcen werden in Zukunft vermehrt angepasste Formen der Arbeitsorganisation zum Einsatz kommen, um bei gleich bleibender Personalausstattung die Arbeitsaufgaben effizienter bewältigen zu können (Pflegermanagement).

Im Bereich der **Mobilen Sozialen Betreuung** ist der Einfluss auf die Arbeitseinteilung geringer, als in Alten- und Pflegeheimen. Durch Zeitvorgaben entsteht ein permanenter Stress für die BetreuerInnen, da die Organisationen der Mobilen Pflege unter starkem Effizienzdruck stehen. Oft muss unter sehr beengten räumlichen Bedingungen gearbeitet werden und wichtige Arbeitsmittel (z.B. Hebehilfen) fehlen oder können nicht eingesetzt werden. Der Einfluss auf die Dienstplangestaltung ist im mobilen Bereich am niedrigsten.

5.2 Offene Fragen in Bezug zu den bearbeiteten Themen und Vorschläge für weitere Untersuchungen im Berufsfeld der Altenpflege

5.2.1 Die Rolle der Männer im Pflegeberuf

Der Pflegeberuf wird von Frauen dominiert. Bei sämtlichen vorgestellten Untersuchungen war der Frauenanteil in Einrichtungen der stationären und mobilen Altenpflege in Österreich und Deutschland über 85%. Laut Fehlinger F. (2003) sinkt der Männeranteil in oberösterreichischen Altenheimen in der Altersgruppe 51+ auf 3,5% ab (bei einem ohnehin schon niedrigen Anteil von nur 11% dieser Altersgruppe an der Gesamtheit der AltenbetreuerInnen). Da **86% der Männer in der Altenpflege in Oberösterreich Vollzeit arbeiten (gegenüber 45% der Frauen)**, fällt der offensichtlich stattfindende Berufsausstieg der über 50- jährigen männlichen Pflegekräfte sehr schmerzlich ins Gewicht.

Es stellen sich folgende **Fragen**, die es wert sind, **weiter untersucht** zu werden:

Warum ist der Pflegeberuf, insbesondere im Bereich der Altenbetreuung für Männer so inattraktiv ? (bei einer Arbeitslosenquote von 7,1% im Jahr 2004 in Österreich).

Welchen Einfluss hat die Bezahlung im Pflegeberuf auf den Männeranteil und ist die Herstellung von Gütern mehr wert, als das Erbringen von Dienstleistungen im Sozialbereich ?. Laut Professor Anton Amann, Institut für Soziologie und Sozialgerontologie der Universität Wien, besteht in unserer Gesellschaft ein schiefes Bild vom Begriff „Produktivität“ (OÖN 28. 2. 2006, Linz).

Was sind die Gründe für den Berufsausstieg der männlichen Pflegekräfte der Altersgruppe 51+ und wie kann diesem begegnet werden ? (Möglicherweise ist die höhere Quote an Vollzeitmitarbeitern in der Pflege beim männlichen Geschlecht mit dafür verantwortlich).

5.2.2 Gründe für die gute Arbeitsbewältigungsfähigkeit der BetreuerInnen der Altersgruppe 50+ im Seniorenheim Gunskirchen

Die AltenbetreuerInnen der Altersgruppe 50+ erreichten bei der Befragung mittels (standardisiertem) ABI- Fragebogens einen durchschnittlichen Wert von 38,83 Indexpunkten und schnitten damit besser ab, als die MitarbeiterInnen der Altersgruppe 40-49 mit 38,17 Indexpunkten. Auf welche Ressourcen konnten die AltenbetreuerInnen der Altersgruppe 50+ im Seniorenheim Gunskirchen zurückgreifen, um den Abfall der Arbeitsbewältigungsfähigkeit zu vermeiden ?. Da 66,6% der BetreuerInnen der Altersgruppe 50+ und nur 33,3% der BetreuerInnen der Altersgruppe 40-49 zum Zeitpunkt der Befragung Vollzeit arbeiteten, scheidet die Dauer der Wochenarbeitszeit als Erklärungsmöglichkeit aus.

Eine Antwort auf diese Frage zu finden ist vor Allem auch deshalb von Interesse, weil sie meine Forschungsfrage beantworten könnte. Aufgrund meinen Untersuchungen folgere ich, dass dies durch eine verbesserte psychische Einstellung und Befindlichkeit und eine niedrigere Einschätzung der Beeinträchtigung der

Arbeitsleistung durch die Krankheiten (trotz objektiv einer höheren Anzahl an Erkrankungen im Vergleich mit den anderen Altersgruppen) erfolgt.

5.2.3 Ursachen für die geringere Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen in der Pflege im Seniorenheim Gunskirchen

Die allgemeine Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfreude (siehe Kapitel 5.1.5.2) war bei der Mitarbeiterbefragung im Seniorenheim Gunskirchen mit Anteilen zwischen 71 und 74% sehr zufriedener BetreuerInnen geringer ausgeprägt, als bei der Untersuchung von Schober C. und D. in Wien und Niederösterreich (83-85%).

Einige Faktoren, die im Rahmen meiner Befragungen ermittelt wurden, könnten damit im Zusammenhang stehen:

- Geringes Vertrauen der Pflegekräfte zueinander
- Quantitative Arbeitsüberlastung durch (fallweisen) Personalmangel
- Zeitdruck (wenig Zeit für die psychische Betreuung der BewohnerInnen)
- Ungenügend Möglichkeiten, die Fertigkeiten und Kenntnisse anzuwenden
- Psychisch belastende Situationen am Arbeitsplatz
- Häufige Arbeitsunterbrechungen
- Geringer Einfluss auf die Zuteilung der Arbeitsaufgaben
- Nicht angemessene Bezahlung

Es bedarf weiterer Untersuchungen, um den Einfluss der oben genannten Faktoren auf die Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen und mit einem damit in Zusammenhang stehenden Wunsch nach einem Wechsel der Einrichtung (der bei immerhin 20% der Befragten besteht) zu klären. Ich habe bei den Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen bewusst solche angeführt, bei denen im Vergleich mit Untersuchungen in anderen Pflegeheimen und –Organisationen bei meinen Befragungen eine hohe Belastung oder ein geringerer Grad an Zustimmung bezüglich Ressourcen und Arbeitszufriedenheit ermittelt wurde.

5.2.4 LangzeitmitarbeiterInnen in der Alten- und Krankenpflege

Im Vergleich mit den Krankenhäusern weisen die Einrichtungen der Altenpflege einen geringeren Anteil an LangzeitmitarbeiterInnen auf (vgl. Tabelle 29).

Folgende Fragen stellen sich diesbezüglich:

Welche Bedingungen tragen dazu bei, dass der Anteil an MitarbeiterInnen mit mehr als 10 Jahren Verweildauer in der Einrichtung im Krankenpflegebereich wesentlich höher ist, als in der Altenbetreuung ?

Wie können Heimleitungen in Altenpflegeeinrichtungen ein längeres Verweilen insbesondere älterer BetreuerInnen ermöglichen ? (Age- Management).

5.3 Kritische Würdigung meiner eigenen Arbeit

5.3.1 Probleme im Zusammenhang mit dem Sammeln von Sekundärmaterial

Über das Internet hatte ich Zugang zu einer riesigen Fülle an Literatur zu den Themen Altenpflege und ältere ArbeitnehmerInnen. Die Prüfung dieser mehrere tausend Seiten umfassenden Publikationen auf Relevanz zu meinen Forschungsfragen stellte hohe zeitliche Anforderungen an mich. Ich war somit gezwungen, durch Anlegen von Karteikärtchen mit Notizen und Quellenangaben, das vorhandene Material einzugrenzen, um die Arbeit nicht ins Bodenlose ausufern zu lassen. In eher geringem Ausmaß griff ich auf Literatur aus Universitätsbibliotheken zu (aufgrund der Entfernung meines Wohnortes zur nächsten Universität und der begrenzten Zeitdauer der Entlehnung der Bücher). Dankenswerterweise hatte ich von Beginn weg die volle Unterstützung der Heimleitung und der Pflegedienstleitung des Seniorenheimes Gunkskirchen, die mir Broschüren, Leitlinien,

Aufgabenbeschreibungen und Statistiken zur Verfügung stellten und mir damit meine Arbeit wesentlich erleichterten.

5.3.2 Probleme im Zusammenhang mit der Durchführung der schriftlichen Mitarbeiterbefragung mittels (standardisiertem) Fragebogen

Der „**BGW-Betriebsbarometer**“, den ich in leicht modifizierter Form als Erhebungsinstrument verwendete, enthält auch einige Fragen zu persönlichen Daten wie Alter, Geschlecht, Funktion innerhalb der Einrichtung, Arbeitszeit, Wegzeit und verwendetes Verkehrsmittel vom Wohnort zum Arbeitsplatz und Dauer der beruflichen Tätigkeit. Aufgrund der **geringen Mitarbeiterzahl** im Bereich der Pflege des Seniorenheims Gunkirchen, und aufgrund des Umstandes, dass ich die Auswertungen der Befragung selbst vornahm, war die **Anonymität nicht wirklich gegeben**. Dies hat sicherlich die Rücklaufquote der Fragebögen reduziert.

Weiters wurden **sozialstatistische Daten** zum Teil gar nicht oder mit bewusst falschen Angaben ausgefüllt (z.B. wurde ein falsches Geburtsjahr angegeben oder die Zeitdauer des Weges zum Arbeitsplatz nicht angegeben).

Möglicherweise hat auch die Ehrlichkeit der Antworten unter der Tatsache gelitten, dass ich als Betriebsarzt des Seniorenheims Gunkirchen die meisten MitarbeiterInnen bereits gut kannte und Befürchtungen des Pflegepersonals bestanden, dass ich diese vertraulichen Angaben an die Heimleitung und Pflegedienstleitung weitergebe (was selbstverständlich nicht der Fall war). Der „BGW-Betriebsbarometer“ wies sehr wenige Fragen zu körperlichen Belastungen auf, daher habe ich über diesen Weg keine aufschlussreichen Daten dazu gewinnen können. Die Vergleichbarkeit der Befragungsergebnisse mit anderen Untersuchungen war aufgrund der **Verwendung unterschiedlicher Skalen und Messmethoden**, sowie **abweichender Fragestellungen** erschwert. Die NEXT-Studie zum Beispiel verwendete Skalen von 0 bis 100 als Maß der Zustimmung zu einer Aussage. Der BGW-DAK Gesundheitsreport 2001 verwendete zwar ebenfalls

eine 5- stufige Ratingskala wie der „BGW-Betriebsbarometer“, die Fragen unterschieden sich aber zum Teil, so dass hier kein direkter Vergleich mit dem Seniorenheim Gunskirchen möglich war.

5.3.3 Probleme im Zusammenhang mit der Einzelbefragung mittels (standardisiertem) Arbeitsbewältigungsindex- Fragebogen

Aufgrund der geringen Anzahl befragter Personen (20) eignen sich die aus der Befragung gewonnenen Daten nicht für eine statistische Auswertung nach wissenschaftlichen Kriterien. Allerdings sind die daraus gewonnenen Erkenntnisse eine gute Basis für eine begründete Hypothesenbildung und für das Implementieren von Maßnahmen (die ja der eigentliche Zweck sind).

Bei den für die verschiedenen Altersgruppen erhobenen Daten besteht aufgrund der nochmals reduzierten Anzahl der MitarbeiterInnen die Gefahr starker Abweichungen gegenüber vergleichbaren Kollektiven. Die Durchführung der Befragung war für mich mit einem **hohen Zeitaufwand** verbunden (pro Befragung benötigte ich zwischen 30 und 60 Minuten, ABI- Fragebogen und individuelle Befragung führte ich in einer Sitzung durch). Es war auch nicht immer ganz einfach, eine Pflegekraft für fast eine Stunde von ihrem Arbeitsplatz wegzulotsen. Ich stellte jede Frage mündlich, wobei ich meine Sitzposition so wählte, dass ich den ProbandInnen gegenüber saß, also ständig Blickkontakt halten konnte. Ich musste mich in Mimik, Gestik und Körperhaltung stark zurücknehmen, um die Subjektivität der Befragung nicht zu gefährden.

5.3.4 Probleme bei der Durchführung der semistrukturierten qualitativen Einzelinterviews

Bezüglich der statistischen Auswertbarkeit nach wissenschaftlichen Kriterien und dem Zeitaufwand für die Befragung gilt die gleiche Aussage, wie unter Kapitel 5.3.3

angeführt. Es war zum Teil recht mühsam verwertbare Angaben zu den einzelnen Fragen zu erhalten, da sehr persönliche Dinge wie die Motive für die Wahl des Pflegeberufes oder psychische Belastungen bei der Ausführung der Arbeit abgefragt wurden. Ich musste mich noch stärker zurückhalten, als bei der ABI- Befragung, um nicht die MitarbeiterInnen zu Aussagen, die mir gefallen zu inspirieren. Die Frage nach Wünschen betreffend Maßnahmen und Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung zog meist eine lange Nachdenkpause der MitarbeiterInnen nach sich, bis ein konkreter Wunsch geäußert wurde. Offenbar ist es erforderlich, durch vermehrte Anstrengungen meinerseits (in meiner Funktion als Betriebsarzt des Seniorenheims Gunskirchen) das Bewusstsein dafür durch Aktionen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) zu erhöhen.

6. Zusammenfassung, Maßnahmen und Schlussfolgerungen der Arbeit, sowie Forschungsausblick

In diesem Kapitel werde ich ausgehend von der Forschungsfrage und der Zielsetzung meiner Arbeit die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung im Seniorenheim Gunskirchen zusammenfassen. Um Maßnahmen daraus abzuleiten, ist ein Vergleich mit den Resultaten anderer Untersuchungen im Sektor Altenpflege erforderlich. Abschließend werde ich Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen meiner Arbeit ziehen und im Forschungsausblick Vorschläge zu weiteren Untersuchungen im Bereich der Altenbetreuung des Seniorenheims Gunskirchen machen.

6.1 Zusammenfassung

Das **Thema meiner Master – Thesis** lautet *„Ältere ArbeitnehmerInnen in der stationären Altenbetreuung – Erhebung der Belastungen und Ressourcen im Seniorenheim Gunskirchen“*.

Die **Forschungsfrage** ist: *„Welche Belastungen sollen reduziert werden und welche Ressourcen gestärkt werden, um den MitarbeiterInnen des Seniorenheims Gunskirchen, die mit der Altenbetreuung betraut sind, ein längeres Verweilen im erlernten Beruf zu ermöglichen ?“*.

6.1.1 Zusammenfassung der Ergebnisse der Literatur- und Internetrecherche

Problemstellung: Bis zum Jahr 2030 wird sich die Zahl der über 85- Jährigen gegenüber 1999 mehr als verdreifachen. Die Zahl der pflegebedürftigen Personen wird sich verdoppeln, wobei der Anteil dementiell Erkrankter mit besonders hohem Betreuungsaufwand stark ansteigen wird. Der **steigende Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal** im Bereich der stationären und mobilen Altenbetreuung bei gleichzeitig prognostiziertem **Rückgang des informellen Pflegepotentials** (Pflege

durch Angehörige) um 40% in den kommenden 20 Jahren wird aus der Rekrutierung neuer Kräfte alleine nicht mehr zu decken sein. Zudem **steigen die Ansprüche** an die Qualität der Pflegeleistungen von öffentlicher Seite, aber auch von Seiten der Patienten und deren Angehörigen permanent an.

Derzeit sind in Österreich 65.000 Personen (zu mehr als 85% Frauen) im Pflegebereich beschäftigt. In den nächsten 10 Jahren wird mit einem **Zusatzbedarf** von 30.000 Beschäftigten gerechnet. Aufgrund **geburtenschwacher Jahrgänge** und der **geringen Attraktivität**, die der Pflegeberuf auf junge Menschen ausübt, ist nicht damit zu rechnen, dass es bei gleich bleibenden Bedingungen möglich sein wird, diesen Zusatzbedarf auch nur annähernd zu decken.

Der Pflegeberuf weist eine große Zahl „**alterskritischer Arbeitsanforderungen**“ auf. Dazu zählen das Heben und Tragen schwerer Lasten, einseitig belastende Tätigkeiten, Zwangshaltungen, Zeitdruck und Nachtarbeit. Da deshalb die Tätigkeit von vielen AltenbetreuerInnen nicht bis zum gesetzlich festgelegten Pensionsalter fortgesetzt werden kann, spricht Behrens J. (1994) von einer „**begrenzten Tätigkeitsdauer**“. Ein Belastungswechsel ist daher bei älteren Arbeitskräften in der Altenpflege anzustreben. Dies kann durch „**Age – Management**“, also eine altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung erreicht werden.

Die **Erwerbsquote** älterer MitarbeiterInnen in der Altenpflege sinkt ab 50 rasch ab (auf Werte zwischen 2,2% und 6,2% in der Altersgruppe 55+). Besonders der ohnehin schon niedrige Männeranteil schwindet über dem 50. Lebensjahr rasant (nur mehr 3,5% Männeranteil in Oberösterreich in der Altersgruppe 51+!).

Daraus wird auf eine kurze Verweildauer im Pflegeberuf geschlossen. Obwohl sich mehrere Untersuchungen mit dem Thema „**Absicht den Pflegeberuf zu verlassen**“ auseinandergesetzt haben (u. A. die NEXT-Studie in Europa), gibt es keine stichhaltigen Daten zur Berufsverweildauer.

Laut **BGW-DAK Gesundheitsreport Altenpflege 2001** haben AltenbetreuerInnen im Vergleich mit der gesamten unselbständig erwerbstätigen Bevölkerung in der BRD eine um 11,9% schlechtere psychische Gesundheit, eine um 3,7% schlechtere körperliche Gesundheit, und um 44,3% mehr psychosomatische Beschwerden.

Schober C. und D. führten bei ihrer Dissertation Daten des „**Arbeitsklimaindex**“ der Arbeiterkammer für OÖ aus dem Jahre 2002 an. Dieser stellt das Ausmaß der Arbeitszufriedenheit in verschiedenen Berufszweigen dar. Mit 96 Indexpunkten weisen die AltenbetreuerInnen in Österreich gegenüber dem gesamten Gesundheits- und Sozialwesen (109 Punkte) und dem Durchschnittswert aller Berufe zusammen (107 Punkte) eine deutlich niedrigere Arbeitszufriedenheit auf.

6.1.2 Zusammenfassung der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen im Seniorenheim Gunkirchen

43 Personen sind im Seniorenheim Gunkirchen mit der Altenpflege betraut (10 DKS/DKP, 29 AFB, 4 PH). Von diesen füllten 31 BetreuerInnen den Fragebogen aus, was einer **Rücklaufquote von 72%** entspricht. **95%** der MitarbeiterInnen sind weiblichen Geschlechts, der **Frauenanteil** ist somit höher, als im Durchschnitt der anderen Seniorenheime in Deutschland und Österreich. **Zwei Drittel** der BetreuerInnen arbeiten **Teilzeit**, damit teilen sich fast 3 MitarbeiterInnen ein Vollzeitäquivalent. Das **Durchschnittsalter** der AltenpflegerInnen im Seniorenheim Gunkirchen beträgt **42,4 Jahre** und ist damit um fast 5 Jahre höher, als das der gesamten unselbständig Beschäftigten in Österreich. Der Prozentsatz der MitarbeiterInnen der **Altersgruppe 50+** ist mit **20,9%** höher, als in den anderen oberösterreichischen Seniorenheimen (11%).

38,4% der AltenbetreuerInnen im Seniorenheim Gunkirchen arbeiten **länger als 10 Jahre in ihrem Beruf**.

Folgende **Belastungen** wurden im Rahmen meiner Untersuchungen (im Vergleich mit anderen Untersuchungen) im Seniorenheim Gunskirchen als hoch erkannt und müssen deshalb reduziert werden:

Die **quantitative Belastung** der AltenbetreuerInnen im Seniorenheim Gunskirchen ist hoch. Sie ist vergleichbar mit derjenigen in deutschen Alten- und Pflegeheimen. Besonders **Zeitdruck** und Arbeitsüberlastung durch **Personalmangel** stehen im Vordergrund. Die **Zeit für die psychische Betreuung der BewohnerInnen** kommt dadurch **zu kurz**. Bei der individuellen Mitarbeiterbefragung war die Beziehungsarbeit mit den BewohnerInnen der dominierende Motivationsfaktor. Kann diese nicht ausreichend wahrgenommen werden, hat das mit Sicherheit negative Auswirkungen auf die Arbeitsfreude und die allgemeine Arbeitszufriedenheit der BetreuerInnen.

Häufige Arbeitsunterbrechungen wegen Mithilfe bei einer anderen Tätigkeit stellen eine weitere Belastungsform dar, die im Seniorenheim Gunskirchen überdurchschnittlich hoch ist.

Unter den **Umgebungsbelastungen** wurde das Fehlen eines geeigneten Pausen- und Ruheraumes, sowie zu kleine Personalräume angegeben. Die erhobenen Werte im Seniorenheim Gunskirchen weichen hier besonders stark von den Befragungsergebnissen deutscher Alten- und Pflegeheime ab.

Bei den **weiteren psychomentalen Belastungen** wurde die Belastung durch Leiden und/oder Tod der BewohnerInnen bei der schriftlichen Befragung durch die Gunskirchner AltenbetreuerInnen auffallend niedrig eingestuft (9,7% gegenüber 34,5% deutscher AltenbetreuerInnen). Die individuelle Befragung ergab jedoch ein anderes Bild. Bei dieser nannten 7 (von 20) MitarbeiterInnen den Tod und das Leiden der BewohnerInnen als größte psychische Belastung, 8 Pflegekräfte den Umgang mit an seniler Demenz erkrankten BewohnerInnen.

Folgende Ressourcen wurden im Rahmen meiner Untersuchungen (im Vergleich mit anderen Untersuchungen) im Seniorenheim Gunskirchen als **niedrig** erkannt und **müssen deshalb gestärkt werden**:

Die Aussage „*Fertigkeiten und Kenntnisse können in ausreichendem Maße angewendet werden*“ wurde in Gunskirchen mit 61% Zustimmung (gegenüber 75% in Deutschland) weniger gut beurteilt. Da die Möglichkeit der **Anwendung der erworbenen Kompetenzen** im Beruf für die Arbeitszufriedenheit sehr wichtig ist, muss dieses Befragungsergebnis noch weiter untersucht werden. Von besonderem Interesse sind die Hindernisse, die den MitarbeiterInnen in der Pflege im Seniorenheim Gunskirchen die Anwendung ihrer Fertigkeiten und Kenntnisse erschweren.

Die Ressourcenfaktoren **Handlungs- und Entscheidungsspielraum** am Arbeitsplatz sind im Seniorenheim Gunskirchen etwas schwächer entwickelt, als Vielseitigkeit und Abwechslungsreichtum. Auch gegenüber deutschen Alten- und Pflegeheimen ergibt sich ein leichtes Defizit. Der „*Einfluss auf die zugeteilten Arbeitsaufgaben*“ wird von den Gunskirchner AltenbetreuerInnen zwiespältig wahrgenommen. Mehr als ein Drittel der Befragten war der Ansicht, dass sie zu wenig Einfluss darauf nehmen können, welche Arbeitsaufgaben ihnen zugeteilt werden.

Die Ressource „*ausreichend Zeit für die psychische Betreuung der BewohnerInnen*“ ist im Seniorenheim Gunskirchen aufgrund der hohen quantitativen Belastungen unzureichend vorhanden.

Besonders schlecht wurde der **Umgang zwischen den KollegInnen untereinander** beurteilt. Weniger als ein Fünftel der gunskirchner AltenpflegerInnen sahen ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen den KollegInnen als gegeben an, fast ein Drittel verneinte diese Aussage. Das Arbeitsklima im Seniorenheim Gunskirchen scheint also verbesserungsfähig zu sein.

Die Ressourcenfaktoren **Information und Mitsprache** sind von allen untersuchten Ressourcen im Seniorenheim Gunskirchen am geringsten vorhanden, aber dennoch geringfügig besser, als in deutschen Alten- und Pflegeheimen. Die Aussagen zur „*umfassenden Information*“ und „*Ermunterung zu Verbesserungsvorschlägen*“ durch die Heimleitung wurden in Gunskirchen eher zurückhaltend beurteilt.

Vergleichsweise **in höherem Maße vorhandene Ressourcen** sind im **Seniorenheim Gunskirchen** folgende:

Die Ressourcenfaktoren **Vielseitigkeit und Abwechslungsreichtum** der Arbeitsaufgaben insgesamt sind im Seniorenheim Gunskirchen in höherem Ausmaß vorhanden, als in deutschen Einrichtungen der Altenbetreuung.

Der **soziale Rückhalt durch Vorgesetzte und KollegInnen** ist im Seniorenheim Gunskirchen insgesamt besser ausgeprägt, als in deutschen Alten- und Pflegeheimen. Dieses Ergebnis beruht vor Allem auf der guten Beurteilung der Vorgesetzten bezüglich Rückhalt und persönlicher Anerkennung. Die Offenheit und Ehrlichkeit der Vorgesetzten bei der Austragung von Konflikten wird allerdings von nahezu einem Drittel der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen angezweifelt.

Zu den **weiteren Ressourcenfaktoren** wie Fortbildungsmöglichkeiten, Vorhandensein von Hebehilfen und Bewohnerbetten für körpergerechtes Arbeiten gab es jeweils hohe Zustimmung durch die MitarbeiterInnen des Seniorenheims Gunskirchen, sodass sich hier kein Bedarf für Veränderungen ergibt.

Bei den untersuchten **körperlichen Beschwerden** standen im Seniorenheim Gunskirchen mit jeweils 29% erheblich bis stark davon Betroffener die Kreuz- und Rückenschmerzen bzw. die Nacken- und Schulterschmerzen im Vordergrund. Gegenüber deutschen AltenbetreuerInnen, die zu jeweils 39% von diesen Beschwerden betroffen waren, wirft dieses Ergebnis zwar ein besseres Bild auf das

Seniorenheim Gunkirchen, dennoch ist der Prozentsatz von AltenbetreuerInnen mit Wirbelsäulen- und Gelenksbeschwerden erschreckend hoch. Rund 80% der AltenbetreuerInnen im Seniorenheim Gunkirchen gaben als größte körperliche Belastung das Heben und Tragen von Bewohner/innen an, ein annähernd gleicher Prozentsatz, wie bei deutschen AltenpflegerInnen.

Die **Motivation** der AltenbetreuerInnen im Seniorenheim Gunkirchen wurde über den individuellen Fragebogen untersucht. Auf die Frage 1 „*Welche Motive führten zu Ihrer Entscheidung den Pflegeberuf zu ergreifen?*“ wurden überwiegend Gründe genannt, die auf eine ausgeprägte soziale Einstellung der MitarbeiterInnen schließen lassen. Die Liebe zu alten Menschen war dabei das zentrale Motiv. Die Frage 2 „*Welche positiven Merkmale weist dieser Beruf auf ?*“ wurde zu fast 100% mit Faktoren der Beziehungsarbeit in Zusammenhang gebracht. Gerade diese positiven Merkmale reduzieren sich unter hohem Arbeitsdruck und stehen in enger Beziehung zur allgemeinen Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfreude.

Mit der **Bezahlung** des Pflegeberufes (Frage 7A) sind 70% der befragten MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunkirchen unzufrieden. Obwohl die Höhe des Einkommens als „Hygienefaktor“ nicht die Bedeutung der intrinsischen Motivationsfaktoren hat, sollte doch bedacht werden, dass gerade für Männer im Bereich der Pflege, die in Oberösterreich zu 86% Vollzeit arbeiten, das Einkommen ausreichend hoch sein muss, um damit auch eine Familie erhalten zu können. Das im Vergleich mit anderen Berufen niedrige Einkommen der AltenbetreuerInnen kann eine mögliche Erklärung für den geringen Männeranteil (weniger als 15%) in diesem Berufszweig sein.

Zur **Anerkennung des Pflegeberufes** (Frage 7B) gaben nur 30% der MitarbeiterInnen des Seniorenheims Gunkirchen eine positive Rückmeldung. Die AltenpflegerInnen haben offenbar eine pessimistische Sicht zum Image des Pflegeberufes in der Öffentlichkeit, da bei einer Befragung unter der Bevölkerung in Oberösterreich im Jahr 2005 der Pflegeberuf bezüglich Anerkennung an zweiter Stelle aller Berufszweige gereiht wurde.

Die meisten **Fortbildungsveranstaltungen** im Seniorenheim Gunskirchen finden hausintern statt. 83% der gunskirchner AltenbetreuerInnen sind mit den angebotenen Weiterbildungsmöglichkeiten zufrieden (gegenüber 51% in NÖ und Wien laut Schober C. und D.).

Die Aussagen zur **Arbeitszufriedenheit** erhielten bei der Mitarbeiterbefragung im Seniorenheim Gunskirchen einen sehr hohen Grad an Zustimmung. Sämtliche BetreuerInnen betrachten ihre Arbeit als sinnvoll.

Die Fragen zur **Arbeitsfreude** („*trotz aller Belastungen befriedigt diese Arbeit*“, 71,4% Zustimmung) und zur **allgemeinen Arbeitszufriedenheit** (74,2%) wurde in Gunskirchen im Vergleich mit Alten- und Pflegeheimen in NÖ und Wien (85,6% bzw. 83,1% Zustimmung) zurückhaltender beantwortet. Es wird in weiterer Folge zu klären sein, durch welche Maßnahmen die Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen gesteigert werden kann. Die NEXT-Studie erhob für den gesamten Altenpflegebereich nur 48% zufriedener BetreuerInnen.

Bei der Frage 8 meiner individuellen Befragung wurde nach der Zufriedenheit mit der Arbeitszeit bezogen auf das Privatleben (**Work- Life- Balance**) gefragt. 85% der Gunskirchner AltenbetreuerInnen (gegenüber 60% bei Schober C. und D.) sind damit zufrieden. Die Möglichkeit der freien Dienstplangestaltung und die sehr flexible Arbeitszeitgestaltung mit einem hohen Prozentsatz an Teilzeitbeschäftigten im Seniorenheim Gunskirchen stellt einen der größten Pluspunkte dieser Betreuungseinrichtung dar.

An der individuellen Befragung und der Befragung mittels (standardisiertem) **Arbeitsbewältigungsindex- Fragebogen** nahmen 20 MitarbeiterInnen des Seniorenheims Gunskirchen teil. Der Durchschnittswert der ermittelten ABI- Indizes betrug 39,3. Im Vergleich mit deutschen Alten- und Pflegeheimen (ABI- Index durchschnittlich 36,4) weisen die Gunskirchner AltenbetreuerInnen eine deutlich bessere Arbeitsbewältigungsfähigkeit auf. Es wurde bei keinem/r der MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen ein schlechter ABI- Index ermittelt.

Bei 6 AltenbetreuerInnen fiel der ermittelte ABI- Index in die Kategorie mäßig, was eine unterstützende Betreuung (**ABI- Coaching**) erforderlich macht. Die Altersgruppe 50+ erreichte im Schnitt einen höheren ABI- Index als die Altersgruppe 40-49.

20% der befragten MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunkirchen denken oft an einen **Wechsel der Einrichtung** (gegenüber 25% aller Pflegekräfte laut NEXT-Studie in Deutschland). Dies ist dennoch ein hoher Prozentsatz, der Anlass dazu geben sollte, den Gründen dafür nachzuspüren.

Nur 3,2% der Gunkirchner AltenbetreuerInnen denken häufig daran, den **Pflegeberuf zu verlassen** (gegenüber 15% aller Pflegekräfte laut NEXT-Studie in Deutschland). Für 65% der Befragten sind gesundheitliche Probleme eine mögliche Ursache dafür, den Beruf aufzugeben. Daneben wurden auch Faktoren wie Mobbing und schlechtes Arbeitsklima, anhaltende Arbeitsüberlastung durch Personalknappheit und familiäre Gründe genannt.

„*Gut alt werden im Berufsfeld der Altenpflege*“ (Frage 10) können die Gunkirchner AltenbetreuerInnen bei erträglicher quantitativer Arbeitsbelastung durch eine ausreichende Ausstattung des Seniorenheims mit qualifiziertem Personal. Gutes Teamwork und ein angenehmes Arbeitsklima. Möglichkeiten zur Fortbildung und beruflichen Weiterentwicklung, sowie eine passende Work- Life- Balance sind weitere Bedingungen, die das Erreichen des Pensionsalters im Pflegeberuf ermöglichen.

6.2 Maßnahmen aus den Mitarbeiterbefragungen im Seniorenheim Gunskirchen

6.2.1 Maßnahmen zur Strukturbereinigung des Pflegepersonals im Seniorenheim Gunskirchen

Die **Personalstruktur** weist folgende Charakteristika auf:

- Sehr niedriger Männeranteil
- Wenig Vollzeit- MitarbeiterInnen (was nicht unbedingt als Nachteil anzusehen ist, da 3 TeilzeitmitarbeiterInnen mehr leisten können, als eine VollzeitmitarbeiterIn).
- Hohes Durchschnittsalter (= auch hohe Erfahrung und bessere Möglichkeit der Abgrenzung)
- Hoher Anteil älterer Pflegekräfte (45+)

Die **Schaffung „alternsgerechter“ Arbeitsbedingungen bzw. Berufsverläufe** wird in den kommenden Jahren im Seniorenheim Gunskirchen von großer Bedeutung sein, um einem vorzeitigen Ausscheiden zahlreicher MitarbeiterInnen aus zumeist gesundheitlichen Gründen vorzubeugen. Eine Reduktion körperlicher Belastungen für ältere AltenbetreuerInnen ist unbedingt anzustreben.

Der **Männeranteil** und der **Anteil junger MitarbeiterInnen** unter den AltenpflegerInnen sollte durch Imagekampagnen für den Pflegeberuf in Zeitungen, Radio und Fernsehen erhöht werden. Da der Prozentsatz an Männern im Pflegeberuf niedrig ist (siehe Kapitel 1.5.1.2), sollte diese Zielgruppe aktiv beworben werden, um sie für den Pflegeberuf zu gewinnen (Zivildienst, arbeitslose Männer um die 40, AMS- Stiftungen).

Durch Kontakt zu Krankenpflegesschulen (Praktikumsplätze), aber auch zu Grundschulen und Höheren Schulen sollte versucht werden junge Menschen für den

Beruf des/r Altenpflegers/Altenpflegerin zu motivieren. Natürlich kann dies nur dann mit Aussicht auf Erfolg geschehen, wenn die Bezahlung mit anderen Berufszweigen vergleichbarer Ausbildungszeit mithalten kann.

Aufgrund des hohen Anteils älterer MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunkirchen, werden in den kommenden 10 Jahren zahlreiche AltenbetreuerInnen (hoffentlich zu einem großen Teil durch Erreichen des gesetzlichen Pensionsalters) ausscheiden. Strukturmaßnahmen von Seiten der Heimleitung sind daher bereits jetzt in die Wege zu leiten, um künftige Personalengpässe zu vermeiden.

6.2.2 Maßnahmen zur Verringerung quantitativer Belastungen

Hoher Zeitdruck und (fallweise) Arbeitsüberlastung durch Personalmangel sind im Seniorenheim Gunkirchen die größten quantitativen Belastungsfaktoren. Der **Personalmangel** ist zum Teil ein interner, durch hohe **Fehlzeiten** der AltenbetreuerInnen bedingter.

Durch eine hohe **Fluktuation** des diplomierten Pflegepersonals (50% im Jahr 2005!) entstand einige Zeit lang ein Engpass, der durch vermehrten Einsatz des verbliebenen Pflegepersonals überbrückt werden musste. Es ist zu prüfen, wie die Bindung der DKS/DKP erhöht werden kann (höhere Bezahlung, familienfreundliche Arbeitszeitgestaltung, Fortbildungsmöglichkeiten, Konfliktmanagement, Spezialisierung).

Motivation und Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen stehen in Wechselbeziehung zu den **Fehlzeiten**. Auch das **Arbeitsklima** und die **quantitativen Arbeitsbelastungen** spielen dabei eine nicht zu unterschätzende Rolle (Burnout!).

Durch eine Erhöhung der Motivation und Arbeitszufriedenheit, und die Schaffung eines angenehmen Arbeitsklimas können Fehlzeiten und damit die quantitative

Arbeitsbelastung der AltenbetreuerInnen im Seniorenheim Gunskirchen reduziert werden. Dadurch verbleibt mehr Zeit für die Beziehungsarbeit mit den BewohnerInnen, die ja (siehe Frage 2 der individuellen Befragung) den wesentlichsten Motivationsfaktor für die BetreuerInnen darstellt.

Nach mitarbeiterbezogenen Analysen des täglichen Arbeitsaufkommens können durch **gestaffelte Arbeitsanfangs- und Pausenzeiten** Arbeitsspitzen entzerrt und die Arbeitsbelastung zeitlich besser verteilt werden (BGW-DAK Gesundheitsreport 2001, vgl. S. 51). **Eine höhere Flexibilität bei den Aufsteh-, Essens- und Zu- Bett-Geh- Zeiten** kann ebenfalls helfen, Arbeitsspitzen zu reduzieren und steigert darüber hinaus die BewohnerInnenzufriedenheit.

Verhaltensorientierte Maßnahmen zur Bewältigung hoher quantitativer Belastungen können Mitarbeiterseminare zu **Entspannungstechniken** und die **Nutzung hauseigener Einrichtungen** (Kneipp- Anlage, Bäder) sein.

6.2.3 Maßnahmen zur Verringerung von Arbeitsunterbrechungen und Umgebungsbelastungen

Häufige Arbeitsunterbrechungen erfordern einen hohen Regulationsaufwand durch die AltenbetreuerInnen, um den verlorenen Faden jeweils wieder aufzunehmen.

Durch Maßnahmen in der **Arbeitsorganisation (Pflegermanagement³⁰)** sollte danach getrachtet werden, die Häufigkeit der Arbeitsunterbrechungen der AltenbetreuerInnen im Seniorenheim Gunkskirchen zu senken.

Es fehlt ein geeigneter **Pausen- und Ruheraum**. Dadurch ist es für die MitarbeiterInnen in der Pflege im Seniorenheim Gunkskirchen nicht möglich, sich während der Mittagspause ausreichend zu entspannen und auszuruhen. Zur besseren Bewältigung der hohen Arbeitsbelastungen sollte so bald wie möglich ein entsprechender Raum **ingerichtet** werden. Das Fehlen eines **eigenen Raumes für Mitarbeitergespräche oder Gespräche mit Angehörigen der BewohnerInnen**, sowie zu kleine Personalräume sind weitere von den Gunkskirchner AltenbetreuerInnen aufgezeigte Mängel. Auch diesbezüglich sollten, wenn möglich, Verbesserungen angestrebt werden.

6.2.4 Maßnahmen zur Verringerung psychomentaler Belastungen

Leiden und/oder Tod von BewohnerInnen, demente und aggressive BewohnerInnen, Konflikte mit Angehörigen der BewohnerInnen und Konflikte mit KollegInnen oder anderen Berufsgruppen im Rahmen der Zusammenarbeit stellen weitere psychomentale Belastungen dar. **Fortbildungen** des gesamten Pflegepersonals hinsichtlich **Palliativbetreuung** und **Umgang mit Demenzkranken** können helfen, diese Belastungen besser zu bewältigen, und stellen somit einen wirksamen **Schutz gegen Burnout** dar.

³⁰ Erläuterungen dazu im Glossar

Auch der **Umgang mit Konflikten**, sowohl betreffend BewohnerInnen und deren Angehörige, als auch zwischen dem Pflegepersonal im Rahmen der Zusammenarbeit untereinander und mit anderen Berufsgruppen lässt sich durch Schulungen verbessern. Die Einführung von **Gesprächsgruppen zu belastenden Themen (Balint – Gruppen³¹)** und die **Möglichkeit hausinterner (Einzel)Supervision** sind weitere Maßnahmen zur Verringerung psychomentaler Belastungsfaktoren.

6.2.5 Maßnahmen zur Stärkung der Ressourcen Vielseitigkeit und Handlungsspielraum

Hohe quantitative Belastungen (Zeitdruck, Personalmangel) engen diese Ressourcen ein. Darunter leidet die Beziehungsarbeit mit den BewohnerInnen, die für die Motivation und Arbeitszufriedenheit der BetreuerInnen immens wichtig ist. Wenn erworbene Fertigkeiten nicht bzw. zu wenig angewendet werden können und der Einfluss auf die zugeteilten Arbeitsaufgaben zu gering ist, sinkt ebenfalls die Arbeitsfreude und die Absicht die Einrichtung zu wechseln oder den Beruf zu verlassen, nimmt zu.

Es sollte durch **Schaffung einer entsprechenden Unternehmenskultur** (an den Bedürfnissen der MitarbeiterInnen orientierte Leitbilder, offene und sanktionsfreie Fehlerkultur, Qualitätsmanagement) die Selbständigkeit der AltenbetreuerInnen zu erhöhen. Die **freie Dienstplanerstellung**, welche für

³¹ Erläuterungen dazu im Glossar

MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen bereits möglich ist, war ein erster Schritt in diese Richtung. Weiters sollte ein **Abbau berufsfremder Tätigkeiten** (Administration z.B.) angestrebt werden.

6.2.6 Maßnahmen zur Erhöhung des sozialen Rückhalts durch Vorgesetzte und KollegInnen

Anerkennung ist der bedeutendste Faktor zu Erhaltung der Arbeitsfähigkeit, insbesondere älterer MitarbeiterInnen. Anerkennung der täglich geleisteten Arbeit durch Vorgesetzte, aber auch durch die KollegInnen, sowie ein respektvoller Umgangston miteinander sind wichtig, um die Arbeitsfreude zu erhalten und Voraussetzung für ein gutes Betriebsklima. Gute **Führungsqualitäten** der Vorgesetzten erhöhen die Bindung der MitarbeiterInnen an die Einrichtung. Zu diesen Eigenschaften gehört auch ein geschickter Umgang mit Konflikten. Durch eine Ausbildung in **Konfliktmanagement** kann diese Kompetenz gestärkt werden. **(Externe) Mediatoren** können helfen schwierige und lang anhaltende Meinungsverschiedenheiten zu verringern bzw. zu beseitigen.

Das mangelnde Vertrauen unter den KollegInnen im Seniorenheim Gunskirchen sollte unbedingt verringert werden. **Gemeinsame Aktivitäten**, nicht nur im Rahmen der Berufsausübung, sondern auch in der Freizeit, können dies ermöglichen. Unter der Vielzahl von Möglichkeiten möchte ich nur einige erwähnen:

- Betriebliche Feierlichkeiten
- Betriebssportmöglichkeiten
- Betriebsausflüge
- Altersgemischte Arbeitsteams
- PraxisanleiterInnen (Mentoring) für junge (neue) MitarbeiterInnen
- Ausübung gemeinsamer Hobbys

6.2.7 Maßnahmen zur Verbesserung von Information und Mitsprachemöglichkeit der MitarbeiterInnen

„Die Optimierung hausinterner Kommunikations- und Kooperationsprozesse umfasst die Einrichtung regelmäßiger Team- oder Abteilungsbesprechungen, die Pflege hausinterner Medien wie Mitarbeiterzeitung oder die Information der Belegschaft über Personalversammlungen und das Schwarze Brett“ (BGW-DAK Gesundheitsreport 2001, vgl. S. 53).

Die Einführung eines betrieblichen **Vorschlagswesens** zur Etablierung eines **„Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP)“**, etwa durch **Qualitäts- und Gesundheitszirkel unter Mitarbeiterbeteiligung** sind weitere Möglichkeiten, die BetreuerInnen in betriebliche Entscheidungen einzubinden. Dies ist eine weitere Maßnahme, welche beiträgt, die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen. Die **Einrichtung einer zentralen Beschwerdestelle**, nicht nur für BewohnerInnen und deren Angehörige, sondern auch für MitarbeiterInnen, kann Synergieeffekte haben.

6.2.8 Maßnahmen zur Verringerung körperlicher Belastungen und Beschwerden

Kreuz- und Rückenschmerzen bzw. Schulter- und Nackenschmerzen stehen unter den körperlichen Beschwerden der MitarbeiterInnen in der Pflege im Seniorenheim Gunskirchen im Vordergrund. Die **Verringerung der quantitativen Arbeitsbelastungen** sind eine **Grundvoraussetzung** dafür, dass alle nachfolgend genannten Maßnahmen überhaupt anwendbar werden. Da mit zunehmenden Alter die körperliche Leistungs- und Widerstandskraft tendenziell abnimmt (siehe Kapitel 1.4.1), und die Rate der Wirbelsäulenschäden und Gelenksabnützungen unter den Beschäftigten mit viele Jahre lang gleich bleibenden Arbeitsbelastungen massiv ansteigt, ist **eine körperliche Entlastung vor Allem älterer MitarbeiterInnen** in der Pflege dringend anzuraten. Andernfalls droht ein vorzeitiger Berufsausstieg aus gesundheitlichen Gründen.

Eine Möglichkeit der körperlichen Entlastung älterer MitarbeiterInnen besteht durch einen **Wechsel der Arbeitsaufgaben** (PraxisanleiterInnen zur Einschulung neuer MitarbeiterInnen, Schwerpunkt in Beziehungsarbeit mit BewohnerInnen, Palliativbetreuung, Diabetikerbetreuung, Spezialisierung auf Verbandstechniken und Hautprobleme, Ernährungsberatung). Dies setzt eine **entsprechende Qualifizierung durch Weiterbildungsmaßnahmen** (auch hausextern) voraus.

Vom **Verhaltensaspekt** her ist die **Schulung in Kinästhetik**, wie dies bereits im Seniorenheim Gunskirchen erfolgt, ein guter Ansatz. Auch die Durchführung von „**Rückenschulen**“ und **Funktionsgymnastik** für den gesamten Bewegungsapparat sind sinnvolle Maßnahmen (mit leider oft mangelhafter Nachhaltigkeit).

6.2.9 Maßnahmen zur Erhöhung der Motivation und allgemeinen Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen

Die unter den Punkten 6.2.2 bis 6.2.8 genannten Maßnahmen tragen selbstverständlich auch dazu bei, die Motivation und Arbeitsfreude der AltenbetreuerInnen im Seniorenheim Gunskirchen zu erhöhen. Ich nenne daher in diesem Kapitel nur solche Maßnahmen, die dort noch nicht angesprochen worden sind.

Da ein Großteil (70%) der befragten AltenbetreuerInnen mit der **Bezahlung** unzufrieden sind, muss ich diesen Faktor an dieser Stelle anführen. Es kann nicht angehen, dass die Anforderungen an das Pflegepersonal, was die Pflegequalität und Professionalität anbelangt, ständig ansteigen, ohne dass sich dies in der Höhe der Bezahlung bemerkbar macht. Im Vergleich mit der Entlohnung der Herstellung von Gütern in Produktionsbetrieben sind soziale Dienstleistungen eindeutig unterbezahlt. Der Heimträger (Marktgemeinde Gunskirchen) hat jedoch aufgrund der Vorgaben für die Aufwendungen im Sozialbereich nur einen begrenzten Handlungsspielraum. Die Bundespolitik ist somit gefordert, Geld für den gesamten Gesundheits- und Sozialbereich zu beschaffen, da sonst in einigen Jahren ein Personalengpass in der

Alten- und Krankenpflege mit einem damit verbundenen Absinken der zur Zeit (noch) hohen Pflegequalität eintreten wird.

Das **Image** des Pflegeberufes aus der Sicht der Gunskirchner AltenbetreuerInnen ist nicht hoch. Bei einer Umfrage in Oberösterreich im Jahr 2005 wurde der Pflegeberuf, gleich nach den Ärzten als wichtigster Berufszweig genannt. Das bedeutet aber noch lange nicht, dass deshalb dieser Beruf bei jungen Menschen populär ist, und deshalb eine **Ausbildung** zum Alten/Krankenpfleger angestrebt wird. Außerdem weist das derzeitige Ausbildungssystem in Österreich für die gesamte Kranken- und Altenpflege große Schwächen auf und ist daher reformbedürftig. Durch weitere öffentliche Imagekampagnen in sämtlichen zur Verfügung stehenden Medien sollte österreichweit versucht werden, das Berufsbild eines Altenbetreuers transparenter zu machen (weg vom „Arschputzer“, hin zum Pflegeexperten).

Die **Work- Life- Balance** bzw. der **Arbeit- Familie- Konflikt** stellen weitere Faktoren mit Beziehung zur Arbeitszufriedenheit dar. Durch die Möglichkeit der individuellen Dienstplangestaltung ist diese im Seniorenheim Gunskirchen intakt. Familiäre Konflikte durch ungünstige Arbeitszeiten (geteilte Dienste, Nachtdienste) sind ein häufiger Grund für einen Einrichtungswechsel oder Berufsausstieg.

6.2.10 Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit (ABI- Coaching)

Sechs MitarbeiterInnen im Seniorenheim Gunskirchen erreichten nur einen ABI- Index der Kategorie „mäßig“ und benötigen Unterstützung durch Maßnahmen des **„Arbeitsbewältigungs- Coachings“**. Diese setzt an den 4 Säulen der Arbeitsfähigkeit nach Juhani Ilmarinen (siehe Kapitel 2.3.1) an mit dem Ziel einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit.

Durch **körperliches Training** und **Lifestyle- Maßnahmen** können die Pflegekräfte (nach entsprechender Anleitung) etwas zu ihrer eigenen Gesundheit beitragen.

Durch **Weiterbildungsmaßnahmen** die professionelle Kompetenz zu erhöhen, kann qualitative und psychische Belastungen des Pflegepersonals verringern. Die **Führungsorganisation** hat großen Einfluss auf die Motivation und allgemeine Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen und erhöht (oder reduziert) die Bindung an die Einrichtung. Die **Arbeitsumgebung** schließlich unterliegt dem Einflussbereich auch des Arbeitsmediziners, der auf Verbesserung in den Bereichen Ergonomie, Hygiene und Sicherheit achten sollte. Das Risiko eines vorzeitigen Berufsausstieges bei einem weiteren Absinken der Arbeitsbewältigungsfähigkeit in die Kategorie „schlecht“ ist hoch (vgl. Hasselhorn, S.55). „ABI- Coaching“ ist eine wichtige Maßnahme, um dem zuvor zu kommen.

6.2.11 Maßnahmen zur Verringerung der Absicht die Einrichtung oder den Pflegeberuf zu verlassen

Eine geringe allgemeine Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfreude stehen in engem Zusammenhang mit dem Burnout- Syndrom und der Absicht, die Einrichtung und den Beruf zu verlassen. Da im Seniorenheim Gunkirchen ein Fünftel der Pflegekräfte häufig an einen **Einrichtungswechsel** denken und die Werte für die Arbeitszufriedenheit insgesamt zwar nicht niedrig waren, aber im Vergleich mit anderen Alten- und Pflegeheimen in Österreich nachhinken, sind Maßnahmen zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit erforderlich. Dazu sind jedoch noch gezielte Nachforschungen durch die Heimleitung oder Pflegedienstleitung anzustellen.

Die **Absicht den Pflegeberuf zu verlassen** hegt in Gunkirchen nur eine der antwortenden MitarbeiterInnen. Da bei der individuellen Befragung überwiegend gesundheitliche Gründe für eine mögliche Beendigung der Tätigkeit im Pflegeberuf genannt wurden, sind die unter Punkt 6.2.8 genannten **Maßnahmen zur Verringerung körperlicher Beschwerden besonders wichtig (alternsgerechte Arbeitsplätze)**.

Nach Hasselhorn (vgl. S.30) *“ ist die berufliche Bindung im ersten Jahr nach Ausbildungsbeginn am höchsten und fällt dann etwa bis zum 15. Jahr der Berufszugehörigkeit ab. Danach steigt sie, wenn auch nicht ganz auf das Ausgangsniveau wieder an“.*

6.3 Schlussfolgerungen und Forschungsausblick

Im Kapitel 1.1.2 habe ich meine Forschungsziele definiert. Es ist mir gelungen, den IST- Zustand im Seniorenheim Gunskirchen betreffend Belastungen und Ressourcen des Pflegepersonals zu erheben und daraus folgende „**Statements**“ abzuleiten:

- 1.) Die relevanteste **Stressoren** sind Zeitdruck und Arbeitsüberlastung durch (zeitweiligen) Personalmangel. Häufige Arbeitsunterbrechungen, das Fehlen eines geeigneten Pausen- und Ruheraumes und zu kleine Personalräume sind weitere psychomentele Belastungsfaktoren. Der Umgang mit dementen und sterbenden BewohnerInnen stellt hohe Anforderungen an die seelische Belastbarkeit der MitarbeiterInnen in der Pflege im Seniorenheim Gunskirchen.

- 2.) Die relevanteste **körperliche Belastung** stellt das Heben und Tragen von BewohnerInnen dar. Der Anteil der BetreuerInnen mit Gelenks- und Wirbelsäulenbeschwerden im Seniorenheim Gunskirchen ist hoch, jedoch deutlich niedriger als in deutschen Alten- und Pflegeheimen. Das ausreichende Vorhandensein von Pflegehilfen, Bewohnerbetten, die körpergerechtes Arbeiten ermöglichen, sowie die Schulung in Kinästhetik tragen im Seniorenheim Gunskirchen dazu bei, das Ausmaß der körperlichen Schäden durch die täglichen Anforderungen der Altenpflege zu verringern.

- 3.) Die Möglichkeit für die AltenbetreuerInnen, erworbene **Fertigkeiten und Kenntnisse** in ausreichendem Maße anzuwenden ist im Seniorenheim Gunskirchen ebenso wie die Möglichkeit, Einfluss auf die Zuteilung der **Arbeitsaufgaben** zu

nehmen, geringer als in deutschen Alten- und Pflegeheimen. Die Zeit für die **Beziehungsarbeit** mit den BewohnerInnen kommt zu kurz.

4.) Das **Betriebsklima** ist durch ein geringes Vertrauen der MitarbeiterInnen in der Pflege im täglichen Umgang miteinander getrübt. **Konflikte** werden durch die Vorgesetzten (nach Ansicht der BetreuerInnen) nicht immer offen und ehrlich ausgetragen. Gleichzeitig besteht jedoch eine hohe Zufriedenheit mit den Vorgesetzten hinsichtlich des sozialen Rückhaltes.

5.) **Verbesserungsvorschläge** der MitarbeiterInnen werden zu wenig angenommen und umgesetzt.

6.) Die **allgemeine Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfreude** der AltenbetreuerInnen im Seniorenheim Gunskirchen ist hoch, jedoch geringer als in Alten- und Pflegeheimen in NÖ und Wien. Der Altenpflegeberuf weist im Vergleich mit anderen Zweigen im Bereich der Gesundheits- und Sozialberufe, aber auch im Vergleich mit allen anderen unselbständig Erwerbstätigen eine sehr niedrige Arbeitszufriedenheit auf.

7.) Die **Motivation** der AltenbetreuerInnen im Seniorenheim Gunskirchen wird durch deren soziale Gesinnung und die Beziehungsarbeit mit den BewohnerInnen beeinflusst. Die Bezahlung stellt einen geringen Anreiz dar, ein großer Teil der MitarbeiterInnen ist damit nicht zufrieden. Das öffentliche Image des Pflegeberufes ist nach Ansicht der Gunskirchner AltenbetreuerInnen schlecht.

8.) Die **Mitarbeiterstruktur** im Seniorenheim Gunskirchen ist geprägt durch einen sehr niedrigen Männeranteil, wenige Vollzeitkräfte bzw. ein Überwiegen der Teilzeitarbeitskräfte (3 MitarbeiterInnen teilen sich einen Vollzeitplatz), ein hohes Durchschnittsalter der PflegerInnen bzw. einem hohen Anteil älterer AltenbetreuerInnen.

9.) Sämtliche angeführten **Maßnahmen** sind als Anregungen bzw. Vorschläge an die Heimleitung und Pflegedienstleitung zu verstehen und bedürfen noch einer intensiven Diskussion bezüglich Umsetzbarkeit.

10.) Aufgrund der kleinen Anzahl befragter AltenbetreuerInnen im Seniorenheim Gunskirchen ist eine **allgemeingültige Aussage** zu Belastungen und Ressourcen des gesamten Altenpflegeberufes nicht zulässig.

11.) Ab dem 50. Lebensjahr erfolgt ein rascher Abfall der Erwerbsquote im Bereich der Altenpflege. Männer verlassen in dieser Altersgruppe zu einem Großteil den Altenpflegeberuf (Überlastung durch die jahrelange Vollzeitarbeit ?).

Ausblick: im Jahr 2006 ist geplant, die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen im Seniorenheim Gunskirchen gemeinsam mit der Heimleitung, Pflegedienstleitung, Betriebsrat und Vertretern des Heimträgers (Marktgemeinde Gunskirchen) zu analysieren und vorgeschlagene Maßnahmen umzusetzen. Dabei werden Themen der Arbeitsorganisation und der Personalentwicklung zur Sprache kommen und die Bereitstellung eines Budgets für die **Realisierung der Verbesserungsvorschläge** vereinbart. Eine individuelle Mitarbeiterförderung durch **Arbeitsbewältigungs-Coaching** ist für 2006 ebenfalls vorgesehen. Dabei wird Augenmerk auf jene 6 AltenbetreuerInnen gelegt, die bei der ABI- Befragung einen „mäßigen“ ABI- Index erreichten. Eine **Evaluierung** der gesetzten Maßnahmen etwa 1 Jahr nach deren Umsetzung durch eine neuerliche schriftliche Mitarbeiterbefragung ist geplant.

7. Literaturverzeichnis

Badelt Ch., Holzmann – Jenkins A. et al. (1996): *Kosten der Pflegesicherung. Strukturen und Entwicklungstrends der Altenbetreuung*. Wien, Böhlau Verlag

Badelt Ch. (2001): *Die Rolle von NPOs im Rahmen der sozialen Sicherung*, in: Simsa R. (ed), *Management der Nonprofit – Organisationen: gesellschaftliche Herausforderungen und organisatorische Antworten*, Stuttgart 2001, 23 - 41

Benner P. (1995): *Stufen zur Pflegekompetenz*. 2. Auflage, Bern, Verlag Hans Huber

Berger J., Genz H.O., Kordt M. (2001): *Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege*. BGW-DAK Gesundheitsreport 2001, Hamburg

Doblhammer G., Kytir J. (1999): *Lebenserwartung älterer Menschen in guter Gesundheit. Trends für Österreich 1978 – 1998*. In: *Demographische Informationen 1997/1999*, 71 - 79

Fasching M. (1999): *Arbeitsbedingungen in Österreich. Analyse statistischer Daten über Arbeitsbedingungen und den Zusammenhang mit dem gesundheitlichen Befinden aus der Mikrozensususerhebung Juni 1994*, hrsg. Vom Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien.

Fehlinger F., Wimmer K. (2003): *Gesund älter werden im Feld der Altenbetreuung und –pflege*. Feldstudie im Auftrag der Arbeiterkammer OÖ, Linz

Geißler-Gruber B., Geißler H., Frevel A., Tempel J. (2005): *Gesunde Beschäftigte und gute Servicequalität in der ambulanten Pflege*. Forschungsprojekt PIZA, 1. Auflage, Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, Mainz.

Hintermayer Ch. (2005): *Einsatzpotentiale neuer Kommunikationstechnologien in der integrativen geriatrischen Pflege und Betreuung. Neue Technologie und Pflegefachkraft- Widerspruch oder zukunftsweisende Synergien ?*. Diplomarbeit im Rahmen des FH - Studiengangs „Unternehmensführung“, FH Wien.

Ilmarinen J. (1999): *Ageing workers in the European Union – Status and promotion of work ability, employability and employment*, Helsinki, Finish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health, Ministry of Labour.

Ilmarinen J., Tempel J. (2002): *Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun um gesund zu bleiben ?*. hrsg. Von Giesert M. im Auftrag des DGB – Bildungswerks, Hamburg.

Jagsch Ch. , Wintgen-Samhaber I., Zapotoczky K. (2005): *Lebensqualität im Seniorenheim. Medizinische, psychotherapeutische und soziologische Aspekte*. Institut für Soziologie, Johannes-Kepler-Universität Linz, Trauner Verlag

Karasek R. A. (1979): *Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign*. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285 – 308.

Karasek R. A., Theorell T. (1990): *Healthy Work*. New York: Basic Books

Kollar, D. E. (2002): *Beschäftigungssituation im Pflegedienst in Oberösterreich. Demographische Entwicklung des Krankenpflegefachdienstes in Oberösterreich und mögliche Konsequenzen daraus*. Master Thesis im Rahmen des Univ.LG-KHML-MAS 2, Linz

Krajcic K., Nowak P., Vyslouzil M. (2003): *Pflegenotstand in Österreich ? – Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals*. Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB, Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien

Krenn M., Papouschek U. (2003): *Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit: Anforderungen und Belastungen*. FORBA- Forschungsbericht 3/2003, Qualitative Studie im Auftrag des Forschungsinstitutes des Wiener Roten Kreuzes im Rahmen des Moduls 6 „Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung“ (Wiener Rotes Kreuz in Kooperation mit MA 47) der EQUAL- Entwicklungspartnerschaft „AEIOU- Arbeitsfähigkeit erhalten für Individuen, Organisationen und Unternehmen“. Wien

Krenn M., Vogt M. (2004): FORBA Forschungsbericht 1/2004, *Ältere Arbeitskräfte in belastungsintensiven Tätigkeitsbereichen: Probleme und Gestaltungsansätze*, Studie im Auftrag der Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien und der Gewerkschaft Bau-Holz. Wien

Morschhäuser M. (1999): *Grundzüge altersgerechter Arbeitsgestaltung*. In: Gussone M., Huber M., Morschhäuser M. et al., *Ältere Arbeitnehmer. Altern und Erwerbsarbeit in rechtlicher, arbeits- und sozialwissenschaftlicher Sicht* (Handbücher für die Unternehmenspraxis), Frankfurt/Main, S. 101 – 185.

Nöbauer B. (2002): *Zukünftige Veränderung der Altersstruktur der unselbständig Beschäftigten in Oberösterreich*. Eine Prognose bis 2010. Arbeiterkammer für Oberösterreich, Linz

Pochobradsky E., Schaffenberger E. (2003): *Anmerkungen zum Thema „Pflegenotstand“*. Arbeitspapier, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Wien

Pohjonen T. (2001): *Perceived Work Ability and Physical Capacity of Home Care Workers. Effects of the Physical Exercise and Ergonomic Intervention on Factors Related to Work Ability*. Doctoral Dissertation at the Faculty of Medicine of the University of Kuopio, Kuopio Ylipisto.

Rubisch M., Philipp S. et al. (2001): *Pflegevorsorge in Österreich*, Wien: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen.

Schaffenberger E., Juraszovich B. et al. (1999): *Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich – Übersicht über die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder*. Wien, Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Scheuch K., Schröder H. (1990): *Mensch unter Belastung: Stress als ein humanwissenschaftliches Integrationskonzept*. Berlin, Deutscher Verlag der Wissenschaft

Schober Ch., Schober D. (2004): *Personalmanagement, Arbeitszufriedenheit und Motivation in Organisationen der Altenpflege und –betreuung*, Dissertation an der Wirtschaftsuniversität Wien

Siegrist J. (1996): *Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz- Kreislauf- Risiken im Erwerbsleben*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.

Triebig G., Kentner M., Schiele R. (2003): *Arbeitsmedizin – Handbuch für Theorie und Praxis*, 1. Auflage, Stuttgart, Gentner Verlag

Tuomi K., Ilmarinen J., Eskelinen L. et al. (1991): *Prevalence and incidence rates of diseases and work ability in different work categories of municipal occupations*. Scand J. Work Environ Health 1991a; 17 (Suppl. 1): 67 – 74

Internetquellen

BGW-Betriebsbarometer (8/2004): *Anleitung für eine Mitarbeiterbefragung in der stationären Altenpflege*. Hamburg.

www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/Arbeitshilfe/BGW-Betriebsbarometer_20-Mitarbeiterbefragung_20f_C3_BCr_20die_20station_C3_Ahre_20Altenpflege.property=pdfDownload.pdf

Bökenheide T. (2005): *Anerkennender Erfahrungsaustausch: Ein Instrument des „Empowerment“ für und durch Führungskräfte*. Vortrag im Rahmen des Kongresses „Menschen machen Innovationen“, Forum 10, Bremen.

www.menschen-machen-innovation.de/material/forum_10_boekenheide_langfassung.pdf

Büscher A. (2005): *Arbeitssituation und Ausstiegsabsicht in der Pflege- die europäische Perspektive der NEXT-Studie*. DGGG, Sektion III und IV, Generationen in Familie und Gesellschaft. Mannheim.

www.next.uni-wuppertal.de/dt/download/dt/NEXTDGGGMannheimv_0926.pdf

Drucker U., Janik G., Kernthaler I. (2001): *Seniorenbericht 2000: Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich*. Österreichisches Institut für Familienforschung, Wien.

www.bmsg.gv.at

Elsner G. (2005): *Der Arbeitsbewältigungsindex: Eine Bewertung aus arbeitsmedizinischer Sicht*.

www.gutearbeit-online.de/archiv/beitraege/2005/2005_02_wai_elsner_volltext.pdf

E – Qalin (2004): *European quality improving innovative learning in residential care homes*. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Wien

www.bmsg.gv.at

Frevel A., Geißler B. & H. (2004): *Alternsgerechte Arbeitskarrieren – Beteiligung der Beschäftigten bei der Entwicklung von betrieblichen Berufsverläufen*. Forum 5, Bremen.

www.menschen-machen-innovation.de/material/forum_05_frevel_folienvortrag.pdf

Geißler H. (2005): *Das Konzept der Arbeitsbewältigung zur Verbesserung der Arbeit – der ABI als Monitoring von Veränderungen*. Berlin,

www.arbeitsfaehigkeit.net/pdf_files/downloads/Geißler_180205.pdf

Georg A., Peter G. (2005): *Von der Bewertung der Arbeitsunfähigkeit zur Förderung der Arbeitsbewältigung- Eine kritische Analyse des Arbeitsbewältigungsindex (ABI)*.

www.gutearbeit-onlind.de/archiv/beitraege/2005/2005_02_abi_analyse_volltext.pdf

Hasselhorn H.-M. et al. (2005): *Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland*. Universität Wuppertal,

www.next.uni-wuppertal.de/dt/index_dt.htm

Hasselhorn H.-M. (2005): *Betriebliche Einflussfaktoren auf die Arbeitsfähigkeit bei Pflegepersonal in Deutschland – Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung bei 1309 Personen*. DGAUM 2005 in Bochum.

www.next.uni-wuppertal.de/dt/download/dt/NEXTWAIBochumHasselhorn.pdf

Hücker F.J. (2006): *Definition des Begriffes Ressourcen* (vom 12. 1. 2006), Berlin

www.huecker.com/nlp/glossar.shtml

Nam H.-J. (2003): *Alten- und Pflegeheime in Österreich: Trägerstruktur, Angebotsstruktur und Beschäftigung*. Erste Ergebnisse aus dem Projekt „Beschäftigung im österreichischen Nonprofit Sektor“, FWF Projekt Nr.P 14769-G05, Wirtschaftsuniversität Wien
www.bmsg.gv.at/cms/site/attachments/3/4/0/CH0364/CMS1080562153893/referate_schneider.pdf

Simon M. (2005) : *WAI-Infomationspapier*, WAI-Netzwerk, Wuppertal,
www.arbeitsfaehigkeit.net/pdf_files/downloads/WAIInormationspapier_v0118si.pdf

Simsa R. (2004): *Arbeitszufriedenheit und Motivation in mobilen sozialen Diensten sowie Alten- und Pflegeheimen- Forschungsergebnisse und Ansatzpunkte für Personalmanagement und Politik*. Auszug aus WISO 2/2004, Linz
www.isw-linz.at/media/files/2_2004/LF_simsa_2_04.pdf

Statistik Austria (2005): *Beschäftigung und Arbeitsmarkt*.
www.statistik.at/jahrbuch_2005/pdf/K07.pdf

Tackenberg P. (2005): *Arbeiten im Pflegebereich. Ergebnisse der Europäischen NEXT-Studie zur Arbeitsfähigkeit in der Pflege*. Fachveranstaltung Gesundes Arbeiten von Mann und Frau. FH Frankfurt a.M.
www.next.uni-wuppertal.de/dt/download/dt/2005NEXTFrankfurtTackenberg.pdf

Tempel J.(2003): *Arbeitsfähigkeit in jedem Alter: Was müssen und können Betriebe tun ?*. *Der Arbeitsbewältigungsindex (ABI): Ein nützliches Untersuchungsinstrument im Alltag des betrieblichen Gesundheitsdienstes*. 12. Workshop Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit, Hamburg
www.piza.org/mediabig/2138A.pdf

Zeitschriften

Bartenstein M. (2004): *Pflegeberufe – Der Job des Lebens*. Bericht zur Enquete im Wiener Congress Center am 17. 11. 2004.

in: [mail] ots.verteiler@apa.at

Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2004): Broschüre „*Altenheime und Pflegeheime in Österreich*“, 5. Auflage 2004

Schneider U., Simsa R. (2003): *Beschäftigung im Nonprofit Sektor- Hoffnung oder Sackgasse ?*, NPO-News Ausgabe 10/2003, FWF Projekt Nr. 14679 G05, Wien
www.npo.or.at/downloads/texte/nponews/3.%20NPO%20News.pdf

Streissler A. (2004): *Altenpflege zwischen Demographie und Budget*. Arbeit&Wirtschaft, Ausgabe 6/2004.

www.arbeit-wirtschaft.at/aw_06_2004/art4.htm

Wikipedia „Die freie Enzyklopädie“ (2006): *Definition des Begriffes Ressource*.
www.de.wikipedia.org/wiki/ressourcen (Aktualisierung 13. 1. 2006)

8. Glossar

ABI – Coaching: Grundlage ist die Ermittlung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit des Arbeitnehmers – des Arbeitsbewältigungsindex (ABI). Durch Anpassungen auf den 4 Ebenen der Arbeitsfähigkeit (Arbeitsumgebung, Individuum, Führungsorganisation und professionelle Kompetenz) kann die Arbeitsbewältigungsfähigkeit erhalten, verbessert oder wiederhergestellt werden. Das ABI- Coaching trägt dazu bei, Vorschläge für Maßnahmen für eine „alternsgerechte“ Arbeitsplatzgestaltung auf individueller und – durch die anonyme Zusammenfassung der Vorschläge – auf betrieblicher Ebene zu finden und sichert deren Nachhaltigkeit.

Age – Management: der demographische Wandel bewirkt in den kommenden Jahren einen starken Anstieg der „älteren“ Erwerbstätigen (50+). Age- Management stellt eine Erweiterung des Personalmanagements mit der Zielsetzung der Arbeitsfähigkeits- und Gesunderhaltung älterer ArbeitnehmerInnen durch Schaffung „alternsgerechter“ Arbeitsplätze und Berufsverläufe.

ALIS – Stiftung: die Altenheim- Implacementstiftung (ALIS) hat die Zielsetzung, die Ausbildung von geeigneten Personen zum Altenfachbetreuer auf der Basis eines Maßnahmenbündels zu koordinieren. Insbesondere werden dabei Personen angesprochen, die am regionalen Arbeitsmarkt als arbeitslos gemeldet sind.

Arbeitsklima – Index: dieser wurde 1996 von der Arbeiterkammer für OÖ (über das Institut für empirische Sozialforschung, IFES und das Institute for Social Research and Analysis, SORA) entwickelt, und ermöglicht den Vergleich der Arbeitszufriedenheit in einem untersuchten Bereich mit jener aus Gesamtösterreich. 1997 entsprach der normierte Index 100 Punkten. Der Arbeitsklima-Index wird jährlich aktualisiert. Er setzt sich aus den 4 Teilindizes Gesellschaft, Betrieb, Arbeit und Erwartungen zusammen und wird jährlich aktualisiert. Der Arbeitsklima-Index ist ein Versuch, die Auswirkungen des ökonomischen Wandels auf das subjektive Erleben und Empfinden der Arbeitnehmer/innen in einer Maßzahl zusammenzufassen und den etablierten Indikatoren gegenüberzustellen.

Balint – Gruppen: diese gehen auf Michael Balint, einen Psychiater und Psychoanalytiker ungarischer Herkunft zurück. Im klassischen Verständnis besteht eine Balint- Gruppe aus 8 bis 10 ÄrztInnen, die sich unter Anleitung eines erfahrenen Psychotherapeuten regelmäßig treffen, um über „Problempatienten“ aus ihrer Praxis zu sprechen. Ziel ist eine verbesserte Arzt- Patienten- Beziehung, die zu einem besseren Verständnis und letztendlich zu einer verbesserten Behandlung des Patienten führen soll. Heute sind Balint- Gruppen als Supervisionsmethode auch in anderen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens anerkannt.

Basale Stimulation: dies ist ein Konzept, das in den 80er Jahren von dem Sonderpädagogen und heilpädagogischen Psychologen Andreas Fröhlich zur Behandlung schwerst mehrfach behinderter Kinder entwickelt wurde. Es beruht auf der Überzeugung, dass sie erlebnis- und wahrnehmungsfähig sind, auch wenn Außenstehende dies kaum bemerken. Später führte er dieses Konzept auch in die Erwachsenenpflege ein. Es hat sich gezeigt, dass stark beeinträchtigte Menschen, Bewusstlose, Desorientierte, Sterbende auf solche grundlegenden, einfachen, natürlichen – eben basalen Kommunikationsformen – reagieren.

Demographie (Bevölkerungswissenschaft): ist eine wissenschaftliche Disziplin, die sich mit dem Leben, Werden und Vergehen menschlicher Bevölkerungen befasst. Die Erforschung der Regelmäßigkeiten und Gesetzmäßigkeiten in Zustand und Entwicklung der Bevölkerung wird mit Hilfe der Statistik erfasst und gemessen.

Gesunde Organisationen (Modell nach Badura B., Bielefeld): in Anlehnung an das Salutogenese- Modell stellte Badura Merkmale gesunder und ungesunder Organisationen gegenüber. Er unterschied 4 salutogene Merkmale sozialer Systeme: Eingehen vertrauensvoller Bindungen, Rückmeldungen, gemeinsame Überzeugungen und eine mitarbeiterorientierte Führung.

Job Demand/Control – Modell (= Job/Strain Modell): dieses aus der wissenschaftlichen Stressforschung stammende Modell wurde 1979 von Karasek R. A. entwickelt. Unter „job strain“ wird die arbeitsbedingte Fehlbeanspruchung

verstanden. Diese entsteht durch die Kombination von hoher (psychischer) Arbeitsintensität (demand) und niedrigem Entscheidungs-/ Handlungsspielraum (control; decision latitude). Die Operationalisierung des „job strain“ erfolgt durch ein Quadrantenmodell. 1988 erweiterten Johnson & Hall das Modell durch Hinzunahme der Dimension „soziale Unterstützung“.

Kinästhetik: diese ist ein umfassendes Analyse- und Handlungsinstrument, welches davon ausgeht, dass jeder Tätigkeit Bewegung zugrunde liegt. Die kinästhetischen Konzepte dienen dazu, dieses Bewegungsfundament zu verstehen und zu analysieren. Die alltäglichen Handlungen können so situationsangepasst und in Interaktion mit der betroffenen Person lern- und gesundheitsfördernd unterstützt werden. Dabei steht Gesundheitsentwicklung und Erhöhung der Lebensqualität für beide Beteiligten im Vordergrund.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP): dies ist die europäische Methode des „KAIZEN“. KAI (japanisch: Veränderung)/ ZEN (gut oder zum Besseren) bedeutet in Verbindung mit dem Qualitätsgedanken das ständige Streben nach Verbesserung im Unternehmen und privaten Bereich und ist somit ein humanorientierter Ansatz. Wichtigstes Element des KVP ist der „Workshop“. Darin analysieren die Teilnehmer – in der Regel MitarbeiterInnen des zu untersuchenden Bereiches – unter Anleitung eines eigens dafür ausgebildeten Moderators die eingeführten Arbeitsprozesse und erarbeiten Verbesserungsmöglichkeiten zu festgestellten Schwachstellen. Durch die Möglichkeit der Mitgestaltung von Arbeitsprozessen durch die MitarbeiterInnen wird deren Motivation erhöht.

Maslach Burnout Inventory: Wer in einem Sozial- oder Lehrberuf tätig ist, kann mit dem «Maslach Burnout Inventory» die eigene Burnout- Belastung testen. Das von Maslach und Jackson 1981 entwickelte Verfahren gilt nach wie vor als Standardinstrument. Das qualitative Maß der Burnout- Gefährdung ergibt sich aus der Summe der Ja- Antworten der Fragegruppen I und II und der Nein- Antworten aus Gruppe III. Entscheidend ist nicht die absolute Zahl der Ja- und Nein- Antworten,

sondern die erlebte Belastung in den verschiedenen Bereichen. Es lohnt sich, den relativ einfachen Test regelmäßig vorzunehmen, weil allfällige Veränderungen besonders aussagekräftig sind.

Mentoring: dieses ist ein spezielles Betreuungskonzept zwischen beruflich erfahrenen und weniger erfahrenen Personen und eine Möglichkeit der Personalentwicklung. Mentoring wird überall dort eingesetzt, wo es um das Vermitteln von „informellem“ Wissen und Erfahrungen geht oder auch um die Weitergabe von erfolgreichen Verhaltensweisen und Strategien. Als Instrument der beruflichen Unterstützung hat sich Mentoring in Übergangsphasen, schwierigen Situationen und im beruflichen Auf- und Umstieg bewährt.

Mikrozensus: dies ist eine statistische Erhebung, bei der im Gegensatz zur Volkszählung nur nach bestimmten Zufallskriterien ausgewählte Haushalte beteiligt sind. Der Mikrozensus dient dazu, die im Rahmen von umfassenden Volkszählungen erhobenen Daten in kurzen Zeitabständen mit überschaubarem organisatorischen Aufwand zu überprüfen und gegebenenfalls zu korrigieren.

Neurolinguistisches Programmieren (NLP): diese auf Richard Bandler und John Grinder zurückgehende Psychotherapiemethode vereint Elemente der Gestalttherapie (Fritz Perls), der Familientherapie (Virginia Satir) und der Hypnotherapie (Milton Erikson). Es ist eine Methode, andere Personen gezielt zu manipulieren. Die Anwendungsmöglichkeiten des NLP reichen auch in die Gebiete der Kommunikation und des Verkaufens. Man kann NLP im Guten und im Schlechten anwenden.

Pflegeexperte: Patricia Benner (Pflegetheoretikerin) Stufenmodell zur Pflegekompetenz (1994) bietet ein pflegewissenschaftliches Gerüst, das die Entwicklung von Wahrnehmungs- und Beobachtungsfähigkeiten von Pflegenden beschreibt. Sie untersucht die Unterschiede zwischen theoretischem und praktischem Wissen. Theoretisch fundiert und aus der Pflegepraxis hergeleitet beschreibt es in fünf Stufen den Zuwachs an fachlicher, sozialer und situativer

Kompetenz in der beruflichen Bildung von Pflegekräften. Der von ihr verwendete Kompetenzbegriff bezieht sich auf pflegerisches Handeln und Urteilen (vgl. Benner P., 1995, S. 35), den Pflegenden als BerufsanfängerInnen bis zu ihrer Entwicklung zur berufserfahrenen PflegeexpertIn durchleben.

Pflegemanagement: dieses wird im Rahmen eines Universitätslehrgang (z. B. an der Donau - Universität Krems) zur Höherqualifizierung des gehobenen Dienstes im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege vermittelt. Fähigkeiten wie Planen, Organisieren, Anleiten, Beraten, betriebswirtschaftliche Erfordernisse erkennen und im Abteilungsgeschehen berücksichtigen werden weiterentwickelt bzw. gestärkt.

Salutogenese: dieser Begriff bedeutet soviel wie „Gesundheitsentstehung“ und wurde vom israelisch- amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky in den 1970er Jahren entwickelt. Nach dem Salutogenese- Modell ist Gesundheit kein Zustand, sondern muss als Prozess verstanden werden. Der Mensch befindet sich in einem Kontinuum zwischen den Polen „höchste Lebendigkeit“ und „Tod“. Die individuelle Balance zwischen Gesundheit und Krankheit zu suchen, ist Aufgabe des menschlichen Organismus und des menschlichen Verhaltens, sie ist aber immer zerbrechlich und anfällig.

Validation: dieser Begriff bedeutet übersetzt „wertschätzen“. Im Zentrum dieser Methode steht das Bemühen, den Kranken in seinen Äußerungen, Gefühlen und Handlungen ernst zu nehmen. Anstatt den verwirrten alten Menschen immer zu korrigieren, wenn er Personen verwechselt oder Gegenstände "falsch" benennt, respektiert man seine aktuelle Gefühlslage mit Ärger, Ängsten, Zorn oder Trauer, auch wenn sie für den Außenstehenden nicht nachvollziehbar ist. Das Annehmen der Gefühle schafft Vertrauen und gibt dem Patienten ein sicheres Gefühl.

Vollzeitäquivalent: dies ist eine relative Maßeinheit für die Ressourcenkapazität. Sie bezeichnet die fiktive Anzahl von Vollzeitbeschäftigten einer Organisationseinheit bei Umrechnung aller Teilzeitarbeitsverhältnisse in Vollzeitverhältnisse.

