

Masterarbeit

Arbeitsengagement und Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften
in der Hauskrankenpflege in Graz und Graz Umgebung.

Eine empirische Studie

eingereicht von

Karina Simone Trabesinger, BSc, DGKS

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaften

unter der Anleitung von

Winterheller, Julian, Dr. rer.soc.oec.

Graz, am 07.10.2018

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 07.10.2018

Trabesinger Karina Simone, BSc eh.

Danksagung

Allen voran möchte ich meinem Betreuer, Dr. Winterheller Julian für die sehr gute Betreuung bei dieser Masterarbeit danken. Dr. Winterheller hat es durch sein umfangreiches Wissen geschafft, mich in schwierigen Zeiten zu motivieren. Ebenso hat er mich bei jeglichen neuen Ideen für diese Arbeit unterstützt.

Ohne die diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte der Hauskrankenpflegeorganisationen im Raum Graz und Graz Umgebung, welche an der Befragung teilgenommen haben, wäre es nicht möglich gewesen eine Arbeit zu verfassen, welche sowohl einen theoretischen, als auch einen empirischen Teil umfasst. Ihnen möchte ich einen besonderen Dank aussprechen.

Weiters möchte ich mich bei meiner Schwester Martina bedanken, welche mich, durch die gesamte Zeit meines Studiums immer wieder motivieren konnte. Ebenso gilt dieser Dank meiner Familie und meinen Freunden.

Ein weiterer Dank gilt sowohl meiner Vorgesetzten, Doris Ofner, als auch meinen Arbeitskollegen/Arbeitskolleginnen der Abteilung für Thorax- und hyperbare Chirurgie am LKH-Universitätsklinikum Graz. Durch die flexible Dienstplangestaltung wurde die Erstellung dieser Arbeit enorm erleichtert.

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	VIII
Abstract	VIII
1 Einleitung	9
2 Pflege in der Forschung	12
2.1 Definition Pflege	13
2.2 Geschichte der Hauskrankenpflege	15
2.3 Pflegearten.....	17
2.3.1 Pflegeformen.....	18
2.3.1.1 Stationäre Pflege	18
2.3.1.2 Teilstationäre Pflege	19
2.3.1.3 Ambulante Pflege.....	19
2.4 Die Finanzierung des Gesundheitswesens im Überblick	19
2.4.1 Steuerung des Gesundheitswesens	20
2.4.2 Öffentliche Zahlungen	21
2.4.3 Die Sozialversicherung	22
2.4.4 Private Zahlungen	22
2.4.5 Pflegegeld	23
2.4.6 Finanzierung der ambulanten Pflege	25
2.4.6.1 Finanzierung der 24-h-Pflege.....	25
2.4.6.2 Finanzierung der mobilen Dienste	26
3 Charakteristika der ambulanten Pflege	28
3.1 Berufsbild der Pflegeberufe.....	28
3.1.1. Pflegeassistenten.....	29
3.1.2. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson	29
3.2 Spezielle Tätigkeitsbereiche von Pflegepersonen im mobilen Pflegebereich.....	31
3.3 Pflegequalität.....	32
3.4 Die Versorgung durch mobile Dienste in der Steiermark	33
3.5 Belastungen am Arbeitsplatz.....	34
4 Zusammenhang der Arbeitsbedingungen, des Arbeitsengagements und der Arbeitsfähigkeit von mobilen Pflegekräften	36
4.1 Arbeitssituation und Arbeitsengagement von Pflegepersonen international	36
4.2 „Utrecht Work Engagement Scale“	37
4.3 „Work Ability Index“	39
4.4 Zusammenhang zwischen Gehalt sowie Arbeitsengagement und Arbeitsfähigkeit	40
4.5 Zusammenhang zwischen psychischen Arbeitsbedingungen und Arbeitssituation	43

4.6 Zusammenhang zwischen physischen Arbeitsbedingungen und Arbeitssituation.....	44
4.7 Zusammenhang zwischen zur Verfügung gestellten Arbeitsmitteln und Arbeitssituation	46
4.8 Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und der Arbeitssituation.....	46
5 Methode	48
5.1 Literaturrecherche und Design	48
5.2 Stichprobe.....	49
5.3 Datenerhebung.....	50
5.4 Variablen	50
5.5 Analyse der Daten	54
6 Ergebnisse und Bericht der statistischen Analysen.....	55
6.1 Deskriptive Ergebnisse.....	55
6.2. Ergebnisse in Bezug auf die Hypothesen.....	57
6.2.1 Zusammenhang zwischen Gehalt und Arbeitssituation.....	57
6.2.1.1 Hypothese 1A: Das Gehalt wirkt sich positiv auf das Arbeitsengagement aus	57
6.2.1.2. Hypothese 1B: Das wahrgenommene Verhältnis aus Arbeitsleistung und Gehalt wirkt sich positiv auf die Arbeitsfähigkeit aus.....	58
6.2.2 Zusammenhang zwischen psychischen Arbeitsbedingungen und Arbeitssituation	58
6.2.2.1 Hypothese 2AA: Psychische Belastungen durch Stress wirken sich negativ auf das Arbeitsengagement aus	59
6.2.2.2 Hypothese 2AB: Dieser Zusammenhang ist bei PA stärker ausgeprägt als bei DGKP	59
6.2.2.3 Hypothese 2BA: Psychische Belastungen durch Stress wirken sich negativ auf die Arbeitsfähigkeit aus.	61
6.2.2.4 Hypothese 2BB: Dieser Zusammenhang ist bei PA stärker ausgeprägt als bei DGKP.	61
6.2.3 Zusammenhang zwischen physischen Arbeitsbedingungen und Arbeitssituation	63
6.2.3.1 Hypothese 3AA: Physische Belastungen wirken sich negativ auf das Arbeitsengagement aus.	63
6.2.3.2 Hypothese 3AB: Dieser Zusammenhang ist bei PA stärker ausgeprägt als bei DGKP.	63
6.2.3.3 Hypothese 3BA: Physische Belastungen wirken sich negativ auf die Arbeitsfähigkeit aus.	65
6.2.3.4 Hypothese 3BB: Dieser Zusammenhang ist bei PA stärker ausgeprägt als bei DGKP	65
6.2.4 Zusammenhang zwischen zur Verfügung gestellten Arbeitsmitteln und Arbeitssituation.....	67
6.2.4.1 Hypothese 4A: Die Bereitstellung eines Dienstautos wirkt sich positiv auf das Arbeitsengagement aus.	67
6.2.4.2 Hypothese 4B: Die Bereitstellung eines Diensttelefones wirkt sich positiv auf das Arbeitsengagement aus	67
6.2.5 Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und Arbeitssituation	68

6.2.5.1 Hypothese 5A: Längere Berufserfahrung wirkt sich negativ auf das Arbeitsengagement aus.	68
6.2.5.2 Hypothese 5B: Längere Berufserfahrung wirkt sich negativ auf die Arbeitsfähigkeit aus.	69
7 Diskussion und Schlussfolgerung	70
8 Literaturverzeichnis	73

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der Pflegeprozess nach Fiechter und Maier (2013) eigene Darstellung	14
Abbildung 2: Pflegegeldeinstufung des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2017) eigene Darstellung	24
Abbildung 3: Auszug aus der Literatursuche in den Datenbanken, eigene Darstellung.....	49
Abbildung 4: Kategorienbeschreibung der Variablen, eigene Darstellung	54
Abbildung 5: Deskriptive Ergebnisse, eigene Darstellung	56
Abbildung 6: Korrelation Gehaltszufriedenheit und Arbeitsengagement, eigene Darstellung	58
Abbildung 7: Korrelation Gehalt für Tätigkeit und Arbeitsfähigkeit, eigene Darstellung	58
Abbildung 8: Korrelation Psychische Belastung durch Stress und Arbeitsengagement, eigene Darstellung.....	59
Abbildung 9: Korrelation Psychische Belastung durch Stress und Arbeitsengagement bei PA, eigene Darstellung.....	60
Abbildung 10: Korrelation Psychische Belastung durch Stress und Arbeitsengagement bei DGKP, eigene Darstellung.....	60
Abbildung 11: Korrelation zwischen psychischen Belastungen und Arbeitsfähigkeit, eigene Darstellung.....	61
Abbildung 12: Korrelation Psychische Belastungen durch Stress und Arbeitsfähigkeit bei PA, eigene Darstellung.....	62
Abbildung 13: Korrelation Psychische Belastungen durch Stress und Arbeitsfähigkeit bei DGKP, eigene Darstellung.....	62
Abbildung 14. Korrelation Physische Belastungen und Arbeitsengagement, eigene Darstellung	63
Abbildung 15: Korrelation Physische Belastungen und Arbeitsengagement bei PA, eigene Darstellung.....	64
Abbildung 16: Korrelation Physische Belastungen und Arbeitsengagement bei DGKP, eigene Darstellung.....	64
Abbildung 17: Korrelation Physische Belastung und Arbeitsfähigkeit, eigene Darstellung.....	65
Abbildung 18: Korrelation Physische Belastung und Arbeitsfähigkeit bei PA, eigene Darstellung.	66
Abbildung 19: Korrelation Physische Belastung und Arbeitsfähigkeit bei DGKP, eigene Darstellung	66
Abbildung 20: Chi-Quadrat Test für die Variablen Dienstwagen und Arbeitsengagement, eigene Darstellung.....	67
Abbildung 21: Chi- Quadrat Test für die Variablen Diensttelefon und Arbeitsengagement, eigene Darstellung.....	68

Abbildung 22: Korrelation Berufserfahrung und Arbeitsengagement, eigene Darstellung..... 69
Abbildung 23: Korrelation Berufserfahrung und Arbeitsfähigkeit, eigene Darstellung..... 69

Kurzfassung

Die folgende Masterarbeit gibt einen Überblick über das Arbeitsengagement und die Arbeitsfähigkeit als zwei zentrale Indikatoren der Arbeitssituation von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in der Hauskrankenpflege im Raum Graz und Graz Umgebung. Aus der Literatur ist bereits bekannt, dass Pflegepersonen durch verschiedenste Faktoren bei der Arbeit beeinflusst werden, sei es das Gehalt, die Arbeitsumgebung, die körperliche Verfassung oder das Engagement. Da Pflegepersonen in der ambulanten Pflege durch Hausbesuche bei den Klienten/Klientinnen eine sich ständig wechselnde Arbeitsumgebung vorfinden, wird in dieser Arbeit untersucht, ob und inwiefern sich diese Faktoren auf das Engagement und die Arbeitsfähigkeit auswirken. Die Ergebnisse beruhen auf der Auswertung einer schriftlichen Befragung von 64 Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und zeigen, dass das Arbeitsengagement am Meisten vom Gehalt beeinflusst wird. Physische sowie psychische Arbeitsanforderungen haben nur einen mäßigen Einfluss auf das Arbeitsengagement der MitarbeiterInnen. Weiters zeigen die Ergebnisse, dass die Arbeitsfähigkeit von Pflegepersonen durch Stress sowie die räumlichen Gegebenheiten bei den Klienten beeinflusst wird.

Abstract

The following Master thesis gives an overview of the work situation and the work environment as two special indicators of nurses and nurse assistants in the home care setting in Graz and the surrounding of Graz. From Literature we know that Nurses and nurse assistants get influenced by different factors. These factors are payment, work environment, work ability and job satisfaction. Particularly in the ambulant setting, where the work environment is an always changing surrounding, nurses and nurse assistants get influenced by different factors. The results are based on the evaluation of a written questionnaire of 64 people in the nursing sector and they show that the work environment gets influenced especially by payment. Physical and psychical requests have only a short effect on the work engagement. The results also show that work ability gets influenced by stress and physically conditions at the home of clients.

1 Einleitung

In Österreich wird in den letzten Jahren ein stetiger Zuwachs an Personen über 65 Jahre verzeichnet. Waren in Österreich im Jahr 2015 ungefähr 1,59 Mio. Personen über 65 Jahre alt, so wird bis 2030 ein Anstieg dieser Personen auf rund 2,15 Mio. prognostiziert (vgl. Statistik Austria, 2016).

Mit dem steigenden medizinisch-technischen Fortschritt geht auch eine erhöhte Lebenserwartung von Personen mit z.B. chronischen Erkrankungen einher. 80 Prozent der pflegebedürftigen Personen werden in Österreich von ihren Angehörigen betreut. Zum überwiegenden Teil wird diese Pflege von Frauen erbracht. Mit den Veränderungen in der Arbeitswelt, wie beispielsweise ein früherer und häufigerer Wiedereinstieg in die Berufstätigkeit nach den Kindererziehungszeiten und dem Wunsch nach Unabhängigkeit und finanzieller Gleichstellung für Frauen reichen die Zeitressourcen oftmals nicht mehr aus um Angehörige betreuen zu können (vgl. Ertl et al., 2011). Die Versorgung pflegebedürftiger Personen wird daher in Österreich zunehmend über weitere Arten der Pflege gewährleistet. Hierbei wird zwischen stationärer und ambulanter Pflege unterschieden.

Personen, welche ihren Lebensabend zu Hause verbringen, und in ihrer gewohnten Umgebung gepflegt werden wollen wenden sich immer öfter an ambulante Pflegedienste oder andere ambulante Betreuungen. Stationäre Einrichtungen wie Pflegeheime werden nur dann aufgesucht, wenn die Pflege zu Hause nicht möglich ist. Im Jahre 1997, vier Jahre nachdem in Österreich das System des Pflegegeldes eingeführt wurde, wurde die Hauskrankenpflege öffentlich und rechtlich anerkannt. Dies wurde nicht nur durch einen massiven Anstieg der Kosten in den Krankenhäusern, sondern auch durch die Verankerung der medizinischen Hauskrankenpflege im Sozialversicherungsgesetz erreicht (vgl. Ertl et al., 2011). Lebensqualität zu erhalten und die Zufriedenheit der Klienten/Klientinnen zu steigern zählen demnach zur Pflicht der professionellen Pflege, wie Diagnostik, Prävention und Rehabilitation im Rahmen der Gesundheitsversorgung (vgl. Fichtinger et al, 2014, S.9 ff.).

Mit zunehmendem Bedarf an ambulanter Pflege etablierten sich auch hier verschiedene Modelle um Klienten/Klientinnen zu versorgen. Als solche gelten die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste bzw. die Hauskrankenpflege, die 24-h Pflege, und die teilstationäre Tagesbetreuung (vgl. Land Steiermark, 2015).

Um eine optimale Pflege gewährleisten zu können, bedarf es auch einer Analyse der Faktoren, welche den Arbeitsalltag von Pflegepersonen beeinflussen (vgl. Leichsenring et al., 2015). Neben Zeitdruck, physischen und psychischen Belastungen gibt es viele weitere Faktoren welche die

Pflegequalität, und somit auch das Arbeitsengagement der MitarbeiterInnen beeinflussen.

In diesem Zusammenhang darf auch die Bezahlung – als zentraler Faktor der Arbeitsbedingungen der Pflegepersonen nicht außer Acht gelassen werden. Laut einer Studie der Arbeiterkammer Wien haben nicht nur physische und psychische Belastungen einen wichtigen Einfluss auf die Pflegequalität, sondern auch die Bezahlung von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (vgl. Arbeiterkammer Wien, 2015). Damit gewinnt auch die Frage der Finanzierung und die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel eine große Bedeutung.

Generell wird in Österreich die ambulante Pflege durch Mittel aus Bund, Land und Gemeinden finanziert. Weiters werden Beiträge in Form von Selbstbehalten von den Klienten/Klientinnen eingehoben, welche sich entweder aus deren Einkommen oder dem Einkommen der Ehegatten/Ehegattinnen oder LebenspartnerInnen errechnen (vgl. Amt der steiermärkischen Landesregierung, 2017).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zu untersuchen, wie sich die Arbeitsbedingungen, das Gehalt und andere Faktoren auf das Arbeitsengagement und die Arbeitsfähigkeit der MitarbeiterInnen in der ambulanten Pflege auswirken. Diese Faktoren spielen eine zentrale Rolle, da sie die Leistung der Personen (z.B. Pflegequalität) maßgeblich bedingen. Folgende Forschungsfrage wird in dieser Arbeit behandelt:

**Inwieweit wird das Arbeitsengagement und die Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften
in der Hauskrankenpflege in Graz und Graz Umgebung durch die
Arbeitsbedingungen beeinflusst?**

Um die Beantwortung der Forschungsfrage zu erleichtern, wurde eine Mitarbeiterbefragung in der Hauskrankenpflege in ausgewählten steirischen Bezirken durchgeführt. Eingeschlossen wurden alle diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) und Pflegeassistenten/Pflegeassistentinnen (PA).

Diese Arbeit gliedert sich in neun Kapitel. In diesem Einleitungskapitel wird ein Überblick über die Thematik verschafft.

Die Definition von „Pflege“, die Geschichte, die Arten und Formen der Pflege sowie die Finanzierung der Pflege werden im zweiten Kapitel behandelt.

Im dritten Kapitel wird sowohl auf die diversen Tätigkeitsbereiche von Pflegepersonen in der

Hauskrankenpflege, als auch auf die Belastungen am Arbeitsplatz eingegangen.

Das vierte Kapitel widmet sich der Befragung von DGKP und PA im Bezirk Graz und beschreibt die Herleitung der Hypothesen.

Im fünften Kapitel wird die Methodik zur Beantwortung der Forschungsfrage erklärt.

Das nächste Kapitel wird durch die Zusammenfassung und Analyse der Ergebnisse der Befragung bestimmt.

In der anschließenden Diskussion und Schlussfolgerung werden die verschiedenen Aspekte noch einmal zusammengefasst, erläutert und diskutiert.

2 Pflege in der Forschung

Der Pflege in der Forschung wird, vor allem mit der immer stärker werdenden Professionalisierung des Berufes eine große Bedeutung zugeschrieben. Die demographische Entwicklung der Bevölkerung spielt dabei eine wesentliche Rolle.

Während im Jahr 2001 die Bevölkerungszahl in Österreich bei 8.042 Mio. Einwohnern lag, so stieg diese Zahl im Jahr 2016 auf 8,739 Millionen an. Dabei gilt allerdings zu berücksichtigen, dass sich die Zahl der Bevölkerung der 0-19- Jährigen Personen von 1,835 auf 1,714 Millionen verringert, und die Zahl der 65- Jährigen und älteren Personen von 1,243- auf 1,616 Millionen erhöht hat (vgl. Statistik Austria, 2017). Anhand dieser Kennzahlen kann bereits erkannt werden, dass sich mit der Zunahme an älteren Personen auch der Bedarf an Pflegeleistungen in den nächsten Jahren erhöhen wird. Vor allem für Menschen mit chronisch- degenerativen Erkrankungen wurden in den letzten Jahren neue Behandlungsmöglichkeiten gefunden, welche auch zur Erhöhung der Lebenserwartung beitragen (vgl. Ertl et al., 2011, S. 11).

Wirft man einen Blick auf die Sterblichkeitsrate bei den über 65- jährigen Personen, so sterben zwischen 35% und 65% an Herz- Kreislauf- Erkrankungen. Männer weisen dabei ein höheres Risiko für Herz- Kreislauf- Erkrankungen auf als Frauen. Mit zunehmendem Alter steigt allerdings das Risiko bei beiden Geschlechtern an. Statistisch gesehen ist die Mortalität der über 64- jährigen Personen aufgrund von Herz- Kreislauf- Erkrankungen aber seit den 1980-er Jahren im Sinken (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2012, S. 36 ff.).

Im Jahr 2015 stellten Personen über dem 50. Lebensjahr die größte Bevölkerungsgruppe dar. 2030 werden lt. statistischen Berechnungen die 65- bis 80- jährigen Personen die größte Bevölkerungsgruppe darstellen. Daraus folgt, dass die Nachfrage der pflegerischen Versorgung zunehmen wird (vgl. Statistik Austria, 2016).

Damit einher gehen auch erhöhte Ausgaben für Gesundheits- und Pflegeleistungen, sowohl im privaten als auch öffentlichen Bereich. Zurzeit zahlen erwerbstätige Personen anhand des „Generationenvertrages“ Beiträge ein um die Pensionsgehälter zu sichern. Im Falle einer zu großen Anzahl an Pensionisten und einer zu kleinen Anzahl an Beitragszahlenden stellt sich jedoch die Frage, inwiefern Pensionen dann überhaupt noch ausbezahlt werden können (vgl. Velladics, 2003, S.63). Mit steigendem Pflegebedarf stellt die Finanzierung der Pflegeleistungen im Falle von Pensionskürzungen ebenso eine Hürde dar welche es in den nächsten Jahren zu bewältigen geben wird. Dies hat auch unmittelbar Auswirkungen auf das zur Verfügung gestellte Gehalt an die Pflegekräfte aber auch das zur Verfügung gestellte Budget, das die Arbeitsbedingungen bestimmt.

2.1 Definition Pflege

Um die Geschichte der Pflege näher erläutern zu können bedarf es den Begriff der Pflege zu definieren und zu klären.

Da Pflege ein komplexes Gebiet darstellt, gibt es sehr heterogene Definitionen dieses Begriffes. Eine kurze, aber präzise Definition wurde durch die American Nurses Association(ANA) herausgegeben.

„*Nursing is the diagnosis and treatment of human responses to actual or potential health problems*“ (Kistner, 2002, S.3). Laut dieser Definition stellt Pflege die Reaktion der Menschen auf aktuelle und potentielle gesundheitliche Probleme dar. Pflege kommt also zum Einsatz, wenn sich bereits durch Krankheit oder Gebrechlichkeit Probleme, wie beispielsweise verminderte Fähigkeit die Körperpflege durchzuführen, oder eingeschränkte Mobilität zeigen.

Eine weitere Definition wurde durch das ICN- International Council of Nurses herausgegeben und von Berufsverbänden mehrerer Länder übersetzt. Die Definition lautet folgendermaßen:

"Professionelle Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften sowie Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege umfasst die Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), die Förderung einer sicheren Umgebung, die Forschung, die Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie das Management des Gesundheitswesens und in der Bildung." (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, 2017). Wenn man in der Literatur nach Definitionen des Pflegebegriffes sucht, stößt man auf einen Begriff, der unmittelbar mit Pflege zu tun hat, nämlich der Pflegeprozess. Er wurde in den 1950er Jahren erstmals durch PflegewissenschaftlerInnen in Amerika definiert.

Während die Pflege bis dahin fast gänzlich durch ärztliches Handeln bestimmt war, so wurde durch den Pflegeprozess ein neues, klares Berufsfeld für Pflegepersonen geschaffen. Zu Beginn fanden Modelle mit vier und fünf Schritten großen Anklang. In den 1960er Jahren konnten Fiechter und Maier ein sechsschrittiges Modell erstellen, welches vor allem im deutschsprachigen Raum bekannt wurde (vgl. Menche, 2011, S. 66 ff.).

Das Modell umfasst sechs Schritte. Im ersten Schritt werden Informationen über eine zu pflegende Person gesammelt. Bei der Informationssammlung werden bereits Pflegeprobleme wie z.B. Druckgeschwür auf der Haut oder Mangelernährung erkannt. Nach der Formulierung dieser Pflegeprobleme werden die Pflegeziele festgelegt. Unter Einbeziehung der vorhandenen Ressourcen der zu pflegenden Person wird daraufhin die Pflegeplanung durchgeführt und die Pflegemaßnahmen werden formuliert und ausgeführt. Zuletzt werden die Pflegeziele evaluiert und adaptiert, das heißt, neue Informationen dienen wiederum der Anpassung der Pflegeplanung und der Durchführung der Maßnahmen um zum festgelegten Ziel zu gelangen. Es ist nicht unumgänglich, dass sich die Schritte untereinander gegenseitig beeinflussen bzw. manche Schritte übersprungen werden um zum Ziel zu gelangen. Abbildung 1 gibt einen Überblick über den Pflegeprozess (vgl. Hellmann et al., 2013, S. 108).

Der Pflegeprozess

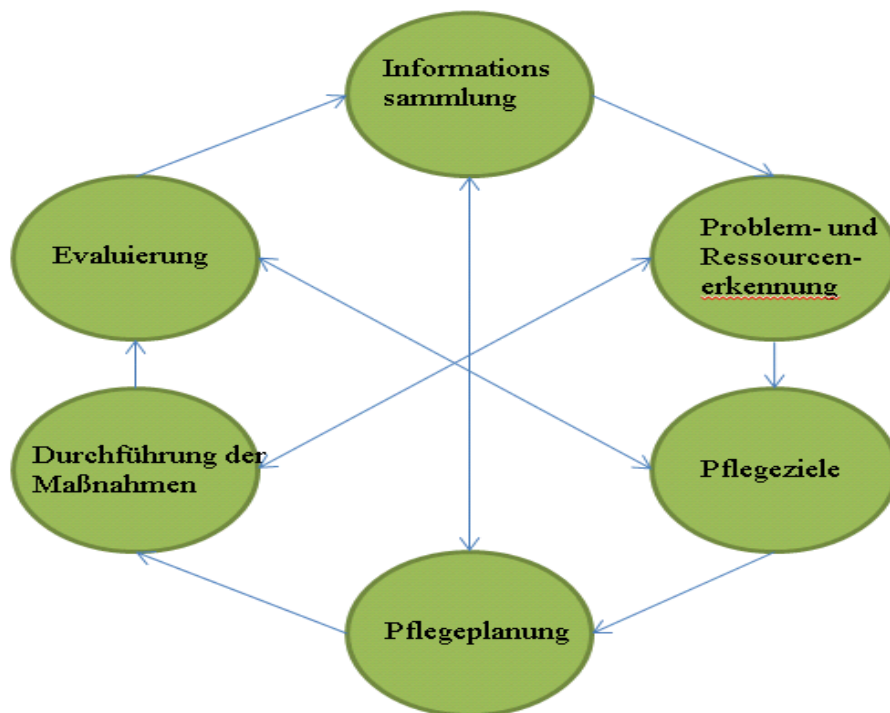


Abbildung 1: Der Pflegeprozess nach Fiechter und Maier (2013) eigene Darstellung

2.2 Geschichte der Hauskrankenpflege

Beginnend bei den Aufzeichnungen der alten Hochkulturen welche um 3000 v. Chr. entstanden, bildeten sich auch neue Formen des sozialen Zusammenlebens. Es wurden bereits Berufe ausgeübt und es formatierten sich Städte und später auch Staaten welche die Menschen in eine Herrschaftsordnung hineinzwang (vgl. Seidler et al., 2003, S. 22ff.).

Obwohl in der Hochkultur Mesopotamiens keine Aufzeichnungen der Krankenpflege per se gefunden wurden, so wurde doch durch medizinische Schriften hervorgehoben, dass kranke Menschen durch andere Personen versorgt wurden. In dieser Zeit war es üblich, dass nicht nur Ärzte und Familienangehörige, sondern auch der Priester in die Pflege mit eingebunden waren. Es wurde darauf geachtet, dass der/die zu pflegende Person gelagert-, Wunden verbunden und Medikamente verabreicht wurden. In Ägypten wurde ungefähr zur gleichen Zeit die Pflege ebenso durch Angehörige oder Nachbarn durchgeführt. Da in dieser Zeit bereits ärztliche Hausbesuche verbreitet waren, wird angenommen, dass die häusliche Pflege bereits damals gelebt wurde (vgl. Seidler et al., 2003, S. 22ff.).

Als das Christentum aufkam, wurde der Frau eine determinierte Rolle zugeschrieben. Hilfe für Kranke und Hilfsbedürftige, die Führung des Haushaltes sowie die Fürsorge für Mann und Kinder wurden zu zentralen Aufgaben von Frauen. Es entstanden erste Hospitale in denen Fremde, Schwache und kranke Menschen aufgenommen wurden. Diese Aufgabe wurde als religiöse Pflicht angesehen (vgl. Seidler et al. 2003, S. 77ff).

Im Mittelalter, wo die durchschnittliche Lebenserwartung noch bei 34 Jahren lag, galt man mit 40 Lebensjahren bereits als alt. Der Anteil der über 60- jährigen Personen lag damals bei 1-2%. Die meisten Menschen starben an Seuchen, Unterernährung, Kriegsverletzungen oder Frauen an den Folgen der Geburt (vgl. Menker et al., 2006, S.1ff). Zu dieser Zeit wurden sowohl geistliche- (Benediktiner, Zisterzienser), als auch weltliche- (Brüder vom Orden des Heiligen Geistes) -und Ritterorden (Johanniter, Deutschritter) gegründet (vgl. Seidler et al. 2003, S. 114ff). Die ersten Spitäler waren Eigentum der Kirche (vgl. Menker et al., 2006, S.1ff). Im 17. Jahrhundert wurde schließlich der Orden der „barmherzigen Schwestern“ gegründet. Dieser Orden übernahm die Pflege in Hospitälern und löste die Pflegegemeinschaften in den Orten ab (vgl. Seidler et al., 2003, S. 150ff).

Unter Kaiser Josef II. wurde im Jahre 1784 das erste allgemeine Krankenhaus in Wien gegründet. Wärterinnen und Wärter, welche für die Pflege zuständig waren, wurden nicht ausgebildet, sondern angelernt. Sowohl Angehörige von wohlhabenden Personen wie beispielsweise Lehrern, Beamten als auch Analphabeten waren in dieser Berufsschicht vertreten, die Bandbreite der sozialen Schichten war also weitläufig. Auch wenn Männer besser verdienten als Frauen, war dies doch das erste Mal, dass Wärterinnen für diese schwere Arbeit entlohnt wurden. Die Wärterinnen mussten teilweise sogar bei den Kranken im Zimmer schlafen um ständig abrufbar zu sein. Bereits damals hatte dieses Krankenhaus 2000 Betten (vgl. Walter, 2002, S.22 ff.). Vergleichsweise zählt das AKH Wien im Jahre 2017 1915 Betten, wobei Tagesklinik, Wochenklinik und Intermediate Care hier bereits inkludiert sind (vgl. AKH Wien, 2017).

Etwas später, im Jahre 1820, wurde in Florenz die heute überaus berühmte Florence Nightingale geboren. Als Pionierin der Krankenpflege wurde sie vor allem durch ihren unermüdlichen Einsatz als Krankenschwester bekannt. Nach ihrer Pflegeausbildung übernahm sie die Leitung eines Hospitals in London. Nightingale wurde mit 38 anderen Krankenschwestern in den „Krimkrieg“ geschickt um die Soldaten zu versorgen. Mit der Errichtung von Kranken- und Verwundetenstationen wurden hygienische Maßnahmen gesetzt um Infektionskrankheiten zu minimieren. Ebenso wurde der Ernährungszustand von den Soldaten verbessert. Durch die Schaffung von Operationsmöglichkeiten wurde der Grundstein für einen Ausbau der Heeresmedizin geschaffen. Als Nightingale aus dem Krieg zurückkehrte gründete sie die „Nightingale Training School for Nurses“ und gab ihr Wissen und die Erfahrungen an KollegInnen weiter. Als das Rote Kreuz im Jahre 1864 durch Henry Dunant gegründet wurde, hatte sie erheblichen Anteil daran (vgl. Seidler et al., 2003, S. 217 ff.). Das Rote Kreuz zählt in der heutigen Zeit ebenso zu einer der Trägerorganisationen, welche Hauskrankenpflege anbieten.

Im Jahre 1882 wurde die erste Schule für Pflege im Privatkrankenhaus „Rudolfinerhaus“ errichtet. In weiterer Folge wurde im Jahre 1913 die erste öffentliche Krankenpflegeschule in Wien gegründet. Der darauffolgende erste Weltkrieg hatte auf die Pflegeausbildungen einen nicht so großen Einfluss wie schließlich der 2. Weltkrieg. Mit dem Anschluss an das Deutsche Reich wurden die bisher gegründeten Berufsverbände aufgelöst und durch deutsche, sogenannte „Schwesternverbände“ ersetzt (vgl. Kemetmüller et al., 2013, S. 161 ff.).

Wie bereits erwähnt, stellt die Hauskrankenpflege die Urform der Pflege dar. In der heutigen Zeit werden immerhin noch 80% der pflegebedürftigen Personen zu Hause gepflegt. Bis zu den 1980er Jahren konnte die Hauskrankenpflege in der Politik jedoch nicht Fuß fassen. Die Dienstleistungsträger in der Hauskrankenpflege finanzierten sich vorerst durch Spenden, Subventionen und Kostenbeiträge der Kunden (vgl. Ertl et al., 2011, S.11 ff).

Erst mit dem steigenden medizinischen Fortschritt und damit einhergehend einer Kostenexplosion in den Spitälern wurde der Ruf nach einer professionellen Hauskrankenpflege immer lauter. In den 1990er Jahren wurden die Möglichkeiten in der Hauskrankenpflege ausgebaut und Personen konnten früher aus dem Krankenhaus entlassen werden. Dies führte schließlich zu einer Kostenminimierung in den Spitälern. Auch wurde die Kostenverteilung zwischen Medizin, Therapie und Pflege klar zugeteilt was einen enormen Fortschritt für die Pflege darstellte. Mit dem Gesetz des Pflegegeldes im Jahre 1993 und dem Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystem (LKF) erreichte die HKP schließlich rechtlichen und öffentlichen Stellenwert (vgl. ebd.).

In der Hauskrankenpflege, bei welcher zu Beginn eine Einschätzung der Pflegebedürftigkeit des Klienten durch die DGKP erfolgt, ist es wichtig, zu unterscheiden, welche Art von Pflege benötigt wird. Im nächsten Kapitel wird darauf eingegangen.

2.3 Pflegearten

In der Pflege wird grundsätzlich zwischen zwei Arten unterschieden. Die wohl einfachste Art der Pflege stellt jene der Grundpflege dar. Unter Grundpflege werden jene Tätigkeiten verstanden welche von Pflegepersonen im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich durchgeführt werden wie z.B. Aktivitäten des täglichen Lebens, Kontrolle der Vitalfunktionen, Pflegeplanung- und Dokumentation und weitere (vgl. Wied et al., 2003, S. 283). Benötigt der Klient/die Klientin eine umfangreichere Pflege als die Grundpflege, so kommt die Behandlungspflege zum Einsatz. Diese Art der Pflege wird von Pflegepersonen auf ausdrückliche Anordnung eines Arztes durchgeführt und umfasst z.B. das Anlegen von Bandagen und Verbänden, Infusionstherapie und weitere Tätigkeiten (vgl. I care, 2015, S.664).

Eine weitere wichtige Unterscheidung stellt die formelle und informelle Pflege dar.

Die formelle Pflege wird von Pflegepersonen erbracht, welche ihren Beruf professionell ausüben,

d.h. ihren Beruf mittels einer Ausbildung erlernt haben. Die informelle Pflege wird von Angehörigen, Nachbarn oder sonstigen nicht- professionellen Pflegepersonen erbracht. In Österreich werden, trotz der Berufstätigkeit der Frauen und des wirtschaftlichen Wandels, noch immer 80% der pflegebedürftigen Personen, von ihren Angehörigen versorgt (vgl. Ertl et al., 2011, S. 11). Diese Arten der Pflege werden sowohl im stationären, als auch im ambulanten Bereich ausgeführt. Ein kurzer Überblick über die Formen der Pflege erfolgt im folgenden Unterkapitel.

2.3.1 Pflegeformen

Um einen besseren Überblick über die Versorgungsbereiche der Pflege zu erlangen wird in diesem Kapitel auf die stationäre, ambulante und teilstationäre Pflegeform eingegangen.

2.3.1.1 Stationäre Pflege

Personen, welche in einem Krankenhaus akut stationär (allgemeine Krankenanstalten) aufgenommen werden, werden nicht nur durch verschiedene Berufsgruppen der Pflege versorgt. Ärzte, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten/ Psychologen und weitere Berufe versuchen den Krankheitsverlauf des Patienten so gut wie möglich zu beeinflussen, sodass sich der Gesundheitszustand sobald als möglich verbessert (vgl. Ekert et al., 2013, S.232 ff.).

Betrachtet man die physischen und psychischen negativen Folgen eines (eventuell zu langen) stationären Aufenthaltes für ältere Menschen, so wird rasch klar, dass ein stationärer Aufenthalt für bestimmte Personen eine große Belastung darstellen kann. Unter den Begriff „Hospitalismus“ fallen jene physischen und psychischen negativen Effekte, welche durch zu wenig Reize/ Impulse und Zuwendung entstehen. Unter physischen Hospitalismus fallen z.B. Muskelatrophie, Dekubitus, Kontraktionen oder Obstipation. Psychischer Hospitalismus wird definiert durch aggressives Verhalten, Verweigerung der Nahrungsaufnahme, depressive Störungen und Feindseligkeit (vgl. ebd.).

Ebenso stellt die Rehabilitation eine weitere Form von stationären Einrichtung dar (Sonderkrankenanstalten). Auf diese wird in dieser Arbeit allerdings nicht eingegangen, da es den Umfang der Arbeit sprengen würde (vgl. Lauber et al., 2007, S. 10ff).

Das Pflegeheim wird ebenfalls zu den stationären Einrichtungen gezählt. Kann eine Person sich nicht mehr selbst versorgen, d.h. die Körperpflege nicht mehr durchführen, den Haushalt nicht mehr bewältigen und beschließt diese Person in ein Pflegeheim zu ziehen, so wird die zu pflegende Person dort rund um die Uhr versorgt. Der Einzug in ein Pflegeheim geht allerdings oft mit

familiären Konflikten und Streitigkeiten einher (vgl. Blasinski, 2009, S. 139).

2.3.1.2 Teilstationäre Pflege

Ziel der teilstationären Pflege ist, zu pflegenden Personen das Aufsuchen einer Tagesbetreuung zu ermöglichen, um sowohl aktivierende, als auch therapeutische Angebote in Anspruch nehmen zu können. Zu den Leistungen zählen Physio- Psycho- und Ergotherapie, Ausflüge, Beratung für pflegende Angehörige, Verpflegung für die Dauer des Aufenthaltes, Hin- und Rücktransport für zu pflegende Personen. Nicht nur körperliche Aktivierung oder Reaktivierung spielen dabei eine große Rolle. Soziale Kontakte welche durch die regelmäßigen Besuche geknüpft und aufrechterhalten werden, tragen ungemein zur psychischen Gesundheit von Personen bei. Für pflegende Angehörige, welche dadurch nicht nur zeitlich, sondern auch psychisch und körperlich entlastet werden, stellt diese Form der Pflege eine gute Möglichkeit dar sich zwischenzeitlich zu erholen (vgl. Öffentliches Gesundheitsportal Österreich, 2015).

2.3.1.3 Ambulante Pflege

Ältere Personen welche zu Hause ihren Lebensabend verbringen wollen, haben verschiedene Versorgungsmöglichkeiten. Während Personen größtenteils noch von Angehörigen gepflegt werden, gibt es seit einigen Jahren weitere Angebote um Angehörige zu entlasten. Dazu zählen beispielsweise mobile Pflegedienste oder die 24- h- Pflege (vgl. AK Wien, 2014, S.3). Wurden im Jahr 2011 in Österreich 15.044 zu pflegende Personen ambulant versorgt, so wurde bis zum Jahr 2015 ein Anstieg auf 32.313 Personen verzeichnet. Diese Personen wurden/ werden von 2.705 Pflegepersonen versorgt (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2015, S.149 ff.).

Um einen optimalen Pflegeprozess gewährleisten zu können bedarf es mehrerer Akteure. Sowohl das Einverständnis des Klienten, die abgeschlossene Berufsausübung der Pflegeperson als auch die Finanzierung beeinflussen die gesamte Pflegesituation. Vor allem die Finanzierung spielt eine wichtige Rolle im Prozess der Pflege.

In Kapitel 2.4 wird daher ein Überblick über das Finanzierungswesen des österreichischen Gesundheitssystems, vor allem im ambulanten Bereich gegeben.

2.4 Die Finanzierung des Gesundheitswesens im Überblick

Das Gesundheitssystem in Österreich wie wir es heute kennen, hatte seinen Anfang im 19. Jahrhundert. Nachdem im Jahre 1883 in Deutschland die gesetzliche Krankenkasse von Otto von Bismarck eingeführt wurde, (vgl. Rohwer, 2008, S.26) wurde vier Jahre später in Österreich die Unfall- und Krankenversicherung für ArbeiterInnen ebenso nach dem bismarckschen System implementiert (vgl. Hofmarcher, 2013, S. 19). Nach dem bismarckschen System werden Beiträge von Arbeitnehmern bzw. erwerbstätigen Personen, gestaffelt nach dem Einkommen eingehoben und Geldleistungen werden auf Grundlage der Löhne bzw. Gehälter bemessen (vgl. Rohwer, 2008, S. 26).

Ein zweites System welches sich zwar nicht in Österreich, dafür aber in Europa durchgesetzt hat, nennt sich Beveridge- System. Von William Henry Beveridge im Jahre 1942 erarbeitet, zielt dieses System darauf ab, Steuern einzuheben um das Existenzminimum der gesamten Bevölkerung zu sichern. Die vorwiegende Finanzierung durch den Staat sieht pauschalierte Ausgaben vor. Bei genauerer Betrachtung der Sozialversicherungssysteme in Europa wird allerdings ersichtlich, dass es kein Land gibt, welches sich auf nur ein System stützt, sondern es werden Elemente aus beiden Systemen herangezogen (vgl. ebd).

Es spielt jedoch nicht nur die Finanzierung des Gesundheitswesens eine große Rolle. Auch die Steuerung des Gesundheitswesens hat erheblichen Einfluss auf die Arbeitssituation von Pflegepersonen und zu pflegenden Personen. Folgendes Kapitel beschreibt daher die Steuerung des Gesundheitswesens in Österreich .

2.4.1 Steuerung des Gesundheitswesens

In Österreich findet die Steuerung des Gesundheitswesens vorwiegend im öffentlichen Bereich statt. Drei Viertel der Gesundheitsbeiträge werden aus Beiträgen und Steuern, und nur ein Viertel aus privaten Mitteln wie Selbstbehalten finanziert (vgl. Hofmarcher, 2013, S. 34).

Auf Bundesebene stellt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die oberste Behörde dar und kümmert sich um Gesundheitsangelegenheiten. Ziel dieser Behörde ist es, die Gesundheit der Bevölkerung zu wahren. Weiters stellt das BGM die Aufsichtsbehörde für die gesetzliche Sozialversicherung dar und überwacht die Einhaltung der Gesetze, die zur Gesundheitsversorgung dienen (vgl. ebd.).

Zum BMG zählen weitere wichtige Einrichtungen wie zum Beispiel der oberste Sanitätsrat (OSR) welcher eine beratende Funktion in Medizin, Pflege, Wissenschaft und weiteren Bereichen einnimmt. Die Gesundheit Österreich GmbH, die als nationales Forschungs- und Planungsinstitut

für das Gesundheitswesen fungiert zählt ebenso zur Bundesebene. Weitere Akteure sind unter anderem die Bundesgesundheitsagentur, das Österreichische Institut für Gesundheitswesen oder das Bundesministerium für Finanzen (vgl. Hofmarcher, 2013, S. 34ff.).

Auf Länder- und Gemeindeebene haben die 9 Bundesländer die Aufgabe, ausreichend Behandlungskapazitäten für die Bevölkerung in Krankenhäusern sicherzustellen. Amtsärztinnen und Ärzte, sowie Gemeindeärztinnen und Ärzte werden vom Land gestellt. Ein ausreichendes Präventionsprogramm sowie die Bekämpfung von meldepflichtigen Infektionskrankheiten fällt ebenso in den Aufgabenbereich des Landes bzw. der Gemeinden (vgl. Hofmarcher, 2013, S. 40 ff.).

Ein wichtiges Organ auf Landesebene sind unter anderem die Landesgesundheitsfonds (LGF). Sie kümmern sich um Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Das zentrale Organ des LGF ist die Landesgesundheitsplattform, welche sich aus Bund, Land und Sozialversicherung zusammensetzt. Ärztekammer, Städte, Gemeinden sowie PatientenvertreterInnen zählen ebenso dazu. Die sogenannten Fondspitäler, die durch den LGF finanziert werden, werden auf Basis eines Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems (LKF) finanziert (vgl. ebd). Inwiefern sich öffentliche und private Gesundheitsausgaben auf Bundes- und Länderebene unterscheiden wird im nächsten Unterkapitel behandelt.

2.4.2 Öffentliche Zahlungen

Im Jahr 2010 wurden in Österreich 3.750 Euro pro Person, und insgesamt 31,4 Milliarden Euro für Gesundheitsleistungen ausgegeben. Im Vergleich mit anderen EU Ländern, gemessen an den Ausgaben des Bruttoinlandsprodukts, lag Österreich damit über dem Durchschnitt. Der wichtigste Finanzierungsstrom mit 52% bei Gesundheits- und 0,7% bei Pflegeleistungen konnte von den Sozialversicherungen verzeichnet werden. Bund, Länder und Gemeinden steuerten 24% im Gesundheits- und 81% im Pflegebereich hinzu. 4,7% der Kosten wurden von Privaten Krankenversicherungen, vor allem für Sonderklassezimmern und freie Arztwahl übernommen. Die restlichen Prozente verteilten sich auf Selbstbehalte oder Zuzahlungen aus privaten Haushalten (vgl. Hofmarcher, 2013, S. 85 f.).

Von den öffentlichen Zahlungen wurde 2015 doppelt so viel an Geldleistungen für die stationäre Versorgung ausgegeben als für die ambulante. Für die häusliche Versorgung wurde nur ein Zehntel an finanziellen Mitteln aufgewendet (vgl. Statistik Austria, 2017).

Da die gesetzliche Krankenversicherung, wie bereits oben genannt, die meisten finanziellen Mittel aufwendet um Gesundheits- und Pflegeleistungen zu finanzieren, wird auf diese im nächsten Unterkapitel näher eingegangen.

2.4.3 Die Sozialversicherung

Wie in Subkapitel 2.4 erläutert, finanziert sich das österreichische Gesundheitswesen auf Basis des Bismarck Systems. Die Sozialversicherung stellt dabei den Hauptakteur dar. Alle österreichischen Staatsbürger werden mittels Gesetz einer Pflichtversicherung zugeteilt. Dieser Pflichtversicherung gehören 22 Versicherungsträger, eingeteilt in Kranken- Unfall- und Pensionsversicherung an. Es werden nicht nur berufstätige Personen, sondern auch bestimmte Angehörige, teilweise beitragsfrei mitversichert. Je nach Höhe des Gehaltes werden Beiträge direkt eingezogen um anschließend direkt, in Form der Leistungserbringung an VertragspartnerInnen wie Ärzte, Physiotherapeuten usw. zurückzufließen. Anders als bei privaten Versicherungen gibt es bei der Pflichtversicherung keine Risikoauslese, das heißt es werden alle Personen, unabhängig von Erkrankung oder Risikoexposition angenommen. Durch die Versicherung der gesamten Bevölkerung gibt es demnach eine große Risikostreuung und das Prinzip der Solidarität wird hier optimal genutzt. Die Verfolgung sozialer Ziele und nicht die Gewinnorientierung sind ein weiterer Vorteil dieses Systems denn 97,9% der Beitragseinnahmen fließen wieder an versicherte Personen zurück (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2017). Da nicht nur öffentliche, sondern auch private Zahlungen einen wesentlichen Beitrag zur Finanzierung des Gesundheitssystems beitragen, werden die privaten Zahlungen im folgenden Kapitel behandelt.

2.4.4 Private Zahlungen

Im Jahr 2010 wurden 17,7% aller Gesundheits- und Pflegeausgaben durch private Personen oder Krankenversicherungen bezahlt. Für zu betreuende Personen zu Hause wurden im Jahr 2010 im Rahmen von Selbstzahlungen rund 47 Mio. Euro ausgegeben, private Krankenversicherungen und Non- Profit Organisationen steuerten 44 Mio. bei. Im Gegensatz zum Jahr 2004 stiegen diese Zahlungen um jeweils 45% und 27% (vgl. Hofmarcher, 2013, S. 122 ff.).

In Österreich werden Privatversicherungen durch acht Unternehmen angeboten. Private Krankenversicherungen, haben im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht das Ziel die gesamte Bevölkerung zu sichern, sondern Privatversicherungen werden mit

Sonderklassekomponenten, oder auch Hotelkomponenten in einem Krankenhaus assoziiert (vgl. ebd.). Die freie Arztwahl in einer Krankenanstalt kann ebenso von den PatientInnen bestimmt werden. Daher haben ungefähr 2,8 Mio. ÖsterreicherInnen eine private Krankenzusatzversicherung (vgl. ebd.).

Während die meisten Zahlungen seitens privater Versicherungen im Krankenhaus übernommen werden, so findet man keine Ausgaben für die Hauskrankenpflege seitens privater Versicherungen (vgl. Statistik Austria, in Hofmarcher, 2013, S.124).

Wie bereits in diesem Kapitel erwähnt, werden seitens privater Anbieter wenig bis gar keine Zahlungen beispielsweise für Hauskrankenpflege erbracht. Daher wurde im Jahr 1993 mit dem Gesetz für das Bundespflegegeld ein neuer Weg für die leistbare Pflege beschritten. Das Modell des Pflegegeldes inklusive der Pflegestufen wird im nächsten Kapitel beschrieben.

2.4.5 Pflegegeld

Personen jeglichen Alters, welche aus physischen oder psychischen Gründen Pflege bedürfen, haben die Möglichkeit mit Hilfe des Pflegegeldes ihre Pflege so zu organisieren und zu bestimmen, dass sie weiterhin zu Hause, als selbstbestimmtes Individuum leben können (vgl. Tigges et al., 2010, S. 134).

Mit der Einführung des Pflegegeldes im Jahr 1993 wurde eine Grundlage dafür geschaffen, dass zu betreuende Personen einen finanziellen Zuschuss im Falle einer Pflegebedürftigkeit erlangen.

Um einen Anspruch auf Pflegegeld geltend machen zu können, müssen folgende Voraussetzungen gegeben sein. Es muss ein Pflegebedarf von mindestens 65 Stunden im Monat, sowie ein ständiger Betreuungs- und Hilfeaufwand aufgrund von körperlichen, seelischen oder sinnlichen Gebrechen, der mindestens sechs Monate anhält, benötigt werden. Ebenso muss die zu pflegende Person die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen bzw. muss der überwiegende Aufenthalt in Österreich sein (vgl. Bundeskanzleramt, 2017).

Inwiefern Tätigkeiten des Kochens, Reinigung des Haushaltes, Besorgung von Arznei- und Lebensmitteln, An- und Auskleiden, die Körperpflege an sich oder die Begleitung zu Arztbesuchen noch selbst ausgeführt werden fließen in die Beurteilung zur Höhe des Pflegegeldes mit ein. Für Personen wie z.B. hochgradig Sehbehinderte, Blinde, Personen mit geistigen oder psychischen Erkrankungen werden Erschwerniszulagen gewährt bzw. berücksichtigt. Um Pflegegeld beziehen zu können, muss ein Antrag bei der zuständigen Stelle, meistens Pensions- oder Sozialversicherungsanstalt, eingebracht werden. Wurde der Antrag erfolgreich gestellt, wird die zu

betreuende Person von einem/einer sachverständigen Person besucht und es wird der jeweilige Pflegebedarf ermittelt. Die fachkundige Person aus dem medizinischen oder pflegerischen Bereich kann, wenn bereits professionelle Pflege in Anspruch genommen wurde gegebenenfalls in die Pflegedokumentation einsehen oder sich bei Angehörigen oder betreuenden Personen über den Zustand des Antragstellers/der Antragstellerin informieren. Die Einschätzung, welche Pflegestufe erlangt wurde und wie viel Pflegegeld bezogen wird, wird mittels Bescheid verkündet (vgl. ebd.).

In Österreich gibt es sieben Pflegestufen welche wie folgt berechnet werden.

Pflegebedarf in Stunden pro Monat	Stufe	Betrag in € mtl.
mehr als 65 Stunden	1	157,30
mehr als 95 Stunden	2	290,00
mehr als 120 Stunden	3	451,80
mehr als 160 Stunden	4	677,60
mehr als 180 Stunden, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist	5	920,30
mehr als 180 Stunden, wenn zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind, diese regelmäßig, zu jeder Tageszeit zu erbringen sind oder die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist	6	1.285,20
mehr als 180 Stunden, wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder - ein gleichzeitiger Zustand vorliegt	7	1.688,90

Abbildung 2: Pflegegeldeinstufung des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2017) eigene Darstellung

Da Hauptbetreuungspersonen nicht nur eine enorme Verantwortung haben, sondern auch unter psychischen und finanziellen Problemen leiden (vgl. Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der Pflege, 2017), wird im nächsten Kapitel auf die Finanzierung, sowie die Gehaltsschemata der 24-h-Betreuung, der Pflegeassistenten sowie der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen eingegangen.

2.4.6 Finanzierung der ambulanten Pflege

Da außerhalb des stationären Sektors vorwiegend die ambulante Hauskrankenpflege sowie die 24-h-Pflege in Anspruch genommen werden, wird in diesem Kapitel nur auf diese beiden Modelle eingegangen.

2.4.6.1 Finanzierung der 24-h-Pflege

Das Modell der PersonenbetreuerInnen, oder auch 24-h-Pflege genannt, findet in den letzten Jahren, mit der steigenden Berufstätigkeit der Frauen und der immer größer werdenden Selbstbestimmung der zu pflegenden Personen in Österreich immer größeren Anklang. Zu Hause im gewohnten Umfeld bleiben zu können und nicht in eine pflegerische Einrichtung zu müssen ist für viele Personen der einzige Wunsch den sie ihren Angehörigen mitteilen (vgl. Hausbetreuungsgesetz, 2007).

Hat sich die Familie für eine Personenbetreuung entschieden, gilt es vorab zu klären ob man eine/n selbstständige/n Personenbetreuer/in oder eine/n Personenbetreuer/in welche/r in einer Organisation angestellt ist, für die Pflege des Angehörigen bevorzugt. Lt. dem Hausbetreuungsgesetz vom 1.7.2007 können PersonenbetreuerInnen ihre Tätigkeit in selbstständiger oder unselbstständiger Erwerbstätigkeit ausführen. Es gelten allerdings einige Voraussetzungen um die Tätigkeit, in selbstständiger oder nichtselbstständiger Basis ausführen zu können. PersonenbetreuerInnen haben sowohl Rechte als auch Pflichten zu befolgen. Auf rechtlicher Basis haben PersonenbetreuerInnen bei einer durchgehenden Tätigkeit von 2 Wochen, Anspruch auf mindestens die gleiche Anzahl an Wochen Freizeit. Weiters muss die Arbeitszeit mindestens 48 Stunden pro Woche betragen und die zu betreuende Person muss mindestens Pflegestufe 3 erhalten. Wird Pflegegeld in den Stufen eins oder zwei bezogen, so gelten dafür besondere Bestimmungen. Weiters muss der/die Personenbetreuer/in in der jeweiligen Arbeitszeit in den Haushalt der zu betreuenden Person aufgenommen werden und die Arbeitszeit darf innerhalb von 2 aufeinanderfolgenden Wochen 128h nicht überschreiten. Ebenso muss täglich eine 3- stündige Ruhephase eingehalten werden (vgl. ebd.).

Bei der Anstellung eines Personenbetreuers/ einer Personenbetreuerin werden zuerst Kosten und Preise der verschiedenen Organisationen oder Personen verglichen bevor die professionelle Pflege in Anspruch genommen wird. In der vorliegenden Arbeit werden die Kosten von Caritas und

Hilfswerk verglichen. Beide Organisationen haben gemeinsam, dass sie zu Beginn einen einmaligen Betrag einfordern um Pflegebedarf und -betreuung, die Vermittlung zweier BetreuerInnen sowie die Übereinkunft des Werkvertrages koordinieren zu können. Diese Beträge reichen von 430 bis 590 Euro (vgl. Hilfswerk (2017), Caritas (2017)).

Die gesamten Kosten innerhalb eines Monats, bereits mit Einberechnung des Pflegegeldes und einer staatlichen Förderung betragen demnach zwischen 1.169,70 und 1400 Euro. Diese Kosten müssen von der Pension beziehungsweise dem Vermögen der zu pflegenden Person gedeckt sein. Reichen diese Zahlungen z.B. bei Beziehung der Mindestpension nicht aus, müssen Angehörige für diesen Betrag aufkommen (vgl. ebd.).

Die 24-h-Pflege wird hauptsächlich aus der ausbezahlten Rente der zu pflegenden Personen finanziert. Das Pflegegeld als finanzieller Zuschuss stellt für pflegebedürftige Personen einen wichtigen Punkt dar. Ab Pflegestufe drei, und wenn das Nettoeinkommen der betreuenden Person 2.500 Euro pro Monat nicht übersteigt, kann vom Staat eine zusätzliche Förderung beantragt werden. Diese reicht von 550 Euro bei selbstständig beschäftigten Personen bis maximal 1.100 Euro bei unselbstständig Beschäftigten (vgl. Land Steiermark, 2017)

2.4.6.2 Finanzierung der mobilen Dienste

Die ambulante Hauskrankenpflege wird durch vier verschiedene Träger finanziert. Als erster Finanzier gilt der Klient/die Klientin mittels Selbstbehalt. Aus dem Einkommen der pflegebedürftigen Person, sowie dem Einkommen der Ehe- oder LebenspartnerInnen wird der Selbstbehalt berechnet. Die Berechnung erfolgt durch eine soziale Staffelung. Das heißt, dass Personen mit höherem Einkommen einen höheren Selbstbehalt und Personen mit einem niedrigen Einkommen einen geringeren Selbstbehalt haben (vgl. Das Land Steiermark, 2018).

Als zweites Finanzierungsmittel wird von der jeweiligen Gemeinde ein bestimmter Betrag an die betreuende Organisation gezahlt. Vom Bundesland wird ebenso ein Beitrag an die betreuende Organisation geleistet. Die Zuzahlung der Kosten für eine Pflege- Betreuungsstunde wird unterschiedlich berechnet. Für eine DGKP werden 27,59 Euro, für eine PA 21,04 Euro und für eine Heimhilfe werden 25,71 Euro zugezahlt (vgl. ebd.).

Als vierter Finanzier wird, bei Bedarf einer medizinischen Hauskrankenpflege pro Hausbesuch 6,90 Euro von der Sozialversicherung übernommen. Die Kosten für eine Hauskrankenpflegeperson können demnach nicht verallgemeinert werden, da die Finanzierung der ambulanten Hauskrankenpflege auf Basis der Normkosten passiert. Unter Normkosten fallen die

Personalkosten, Fahrtkosten und sonstige Kosten. Zurzeit betragen die Kosten für eine DGKP 78.41 Euro, für eine/n PA 58.26 Euro und für eine Heimhilfe 48.37 Euro pro Stunde. Diese Kosten werden jährlich, mit Einberechnung der Wirtschaftslage neu berechnet (vgl. ebd.).

DGKP sind bemüht, die Arbeit bei den Klienten/Klientinnen gewissenhaft auszuüben. Klienten/Klientinnen verweigern jedoch manchmal den Einsatz von Heil- und Heilbehelfsmitteln, um Kosten zu sparen. DGKP versuchen mit ihrem fachlichen Wissen die beste Pflegequalität zu erreichen, was sich allerdings nicht immer mit den Meinungen der Laienpflege deckt. Dies führt teilweise zu Konfliktpotenzial mit den Klienten/Klientinnen (vgl. Fichtinger et al., 2014, S. 55f.).

3 Charakteristika der ambulanten Pflege

Unter ambulanter Pflege beziehungsweise Hauskrankenpflege wird jene Pflege verstanden, die außerhalb des stationären Sektors passiert. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, wollen immer mehr Menschen zu Hause gepflegt werden. Der nachfolgende Text gibt einen kurzen Überblick darüber, welches Ziel die Hauskrankenpflege verfolgt (vgl. Ertl et al., 2017, S.17).

„Hauskrankenpflege hat die Befriedigung physischer, psychischer und sozialer Bedürfnisse von kranken Menschen zu Hause zum Ziel. Um dieses Ziel zu erreichen, sind einige Rahmenbedingungen notwendig: ein ganzheitlich orientiertes Pflegekonzept auf der Grundlage neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse, die Anwendung adäquater fachlicher Methoden und ein effizienter Ressourceneinsatz sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit von allen Personen und Berufsgruppen, die in die Pflege involviert sind.“ (Ertl et al., 2017, S.17).

Pflegepersonen spielen daher eine Schlüsselrolle um eine optimale Pflege für ältere Menschen gewährleisten zu können. Zu den ambulanten Pflegediensten werden Personen des gehobenen Gesundheits- und Pflegedienstes, Pflegeassistenten, Heimhilfen und 24-h- Hilfen gezählt (vgl. Matolycz, 2016, S. 26).

In dieser Arbeit wird auf die Arbeitssituation von Pflegeassistenten (PA) und diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) eingegangen. Um einen Einblick in den Arbeitsbereich der Pflegepersonen zu bekommen werden im nachfolgenden Text die Berufsbilder und –pflichten von Pflegepersonen zusammengefasst.

3.1 Berufsbild der Pflegeberufe

Bei Pflegeberufen wird in der ambulanten Pflege zwischen Hauskrankenpflege und Medizinischer Hauskrankenpflege unterschieden.

Die Grundpflege in der Hauskrankenpflege wird von Pflegeassistenten durchgeführt. Die erweiterte- sowie die Medizinische Hauskrankenpflege wird von DGKP durchgeführt. Diese Pflege soll den Aufenthalt in einem Krankenhaus verkürzen bzw. ersetzen (vgl. Matolycz, 2016, S. 27).

3.1.1. Pflegeassistenz

Lt. GuKG, §83 dürfen Pflegeassistenzberufe folgende Tätigkeiten ausführen:

- Durchführung von Pflegemaßnahmen: darunter fallen unter anderem die Mitwirkung bei Pflegeassessment, die Beobachtung des Gesundheitszustandes und das Mitwirken an der praktischen Ausbildung bei Pflegeassistenzberufen.
- Die Handlung im Notfall: Herzdruckmassage, Beatmung mit einfachen Beatmungshilfen, Sauerstoffverabreichung bis ein Arzt verfügbar ist welcher weitere Anordnungen erteilt. Ein Arzt muss in jedem Fall verständigt werden.
- Die Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie, darunter fallen u.a.: Die Sondenernährung bei liegenden Magensonden, Verabreichung von subkutanen Insulin- und blutgerinnungshemmenden Arzneien, Durchführung von Mikro- und Einmalklistieren und die Überwachung der Vitalfunktionen (vgl. Gruber, 2017, S. 177 f.).

3.1.2 Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson

Der Tätigkeitsbereich der DGKP umfasst ein größeres Spektrum an pflegerischen und medizinischen Kompetenzen.

GuKG §13:

- Pflegerische Kernkompetenz: Die Pflegeperson trägt die gesamte Verantwortung für den Pflegeprozess. Die Förderung und die Aktivierung der Aktivitäten des täglichen Lebens, die Überwachung des Gesundheitszustandes, eine angemessene Kommunikation, Gesundheitsförderung und Prävention, Mitwirkung im Qualitäts- und Risikomanagement, Anleitung und Beurteilung von Auszubildenden sowie Delegation an andere Gesundheitsberufe stellen nur einen Teil der Kernkompetenzen der Pflegeperson dar. In diesem Bereich handeln Pflegepersonen im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich.
- Notfallskompetenz: Das Erkennen von Notfällen sowie die Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen wie beispielsweise Herzdruckmassage und Beatmung, Defibrillation mit halbautomatischen Geräten und Sauerstoffverabreichung) zählen zu den wichtigsten Notfallskompetenzen. Auch dabei gilt die unverzügliche Meldung an den Arzt.
- Medizinische Diagnostik und Therapie: Bei dieser Form der Kompetenz hat die Anordnung stets durch einen Arzt zu erfolgen. Wird die Anordnung mündlich ausgesprochen, so hat die Dokumentation des Arztes spätestens 24 Stunden danach zu erfolgen. Folgende Maßnahmen können u.a. durch DGKP erfolgen: die Verabreichung von Arzneimitteln, Kontrastmitteln und

Zytostatika, Verabreichung von Injektionen und Infusionen, inklusive deren Vorbereitung, Legen und Wechsel von peripheren Verweilkanülen, Blutentnahme aus Kapillaren und Venen, sowie Blutentnahme aus einem liegenden Gefäßzugang, Setzen von transurethralen Blasenverweilkathetern bei beiden Geschlechtern, Absaugung aus den oberen Atemwegen bzw. dem Tracheostoma sowie Assistenz Tätigkeiten bei der chirurgischen Wundversorgung). Bei Bedarf können bestimmte Tätigkeiten an andere Pflegeberufe oder Personen weitergegeben werden. Die DGKP muss sich allerdings vorher vergewissern, dass die auszuführende Person die Technik bzw. Maßnahme beherrscht. Diese Tätigkeiten fallen unter den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich.

- Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam: Zu den Tätigkeiten in diesem Bereich zählen folgende: Die Gesundheitsberatung, die Gesundheitsförderung, Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Förderung der Gesundheit, Informationsweitergabe, ethisch vertretbare Entscheidungen und die Förderung der Gesundheitskompetenz von zu pflegenden Personen. In diesem Bereich haben Pflegepersonen das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht, das heißt sie können sich mit den jeweiligen Professionen bezüglich Therapie beraten und haben dementsprechend auch eine beratende Tätigkeit. Pflegepersonen unterliegen auch hier einer Durchführungsverantwortung.

- Medizinprodukte beziehungsweise dessen Weiterverordnung: Insofern sich der Gesundheitszustand von zu pflegenden Personen nicht geändert hat, können DGKP, auf vorherige Anordnung des Arztes, im Bereich der Inkontinenz- und Stromversorgung Mobilisations- und Gehhilfen, Verbandmaterialien u.a. weiterverordnen. Ändert sich der Gesundheitszustand der zu pflegenden Person, ist dies an den Arzt weiterzuleiten.

Wer sich für den Pflegeberuf entscheidet, muss sich nicht auf die einfache Form der DGKP begrenzen. Vielmehr gibt es Spezialisierungen in unterschiedlichen Bereichen wie Intensivpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege, Krankenhaushygiene, Pflege bei Nierenersatztherapie oder Pflege im Operationsbereich. Der erfolgreiche Abschluss dieser Ausbildung hat nach spätestens fünf Jahren ab Beginn der Spezialausbildung zu erfolgen. Es gibt auch die Möglichkeit einer Spezialisierung im Lehr- oder Führungsaufgabenbereich. Diese Tätigkeit kann allerdings erst nach 2 vollberufstätigen Jahren aufgenommen werden (vgl. Gruber, 2017, S. 164 f.).

3.2 Spezielle Tätigkeitsbereiche von Pflegepersonen im mobilen Pflegebereich

In den letzten Jahren, vor allem mit dem steigenden Pflegebedarf und dem Wunsch zu Hause versorgt zu werden, erlangte das Modell der 24-h-Pflege große Bedeutung. Auf den Tätigkeitsbereich der PersonenbetreuerInnen wird in dieser Arbeit allerdings nicht eingegangen.

Hat sich ein Kunde entschieden, häusliche Pflege in Anspruch zu nehmen, werden zu Beginn die Formalitäten abgeklärt, erst im Anschluss erfolgt das Erstgespräch mit einer DGKP.

Beim Erstgespräch- oder Aufnahmegespräch wird versucht, so viel wie möglich über den Kunden/die Kundin zu erfahren. Es sollte kein Fragenkatalog seitens der Pflege abgearbeitet werden, denn dabei würde die Situation für beide Seiten zu angespannt sein. Es sollte eine angenehme Atmosphäre geschaffen werden, in der sich der Kunde/ die Kundin wohl fühlt und über sein/ihr Leben erzählt. Die Pflegeperson versucht aus dem Gespräch bereits Bedürfnisse, Ängste, Sorgen und Erwartungen zu erfahren. Mit einer einfachen Tätigkeit wie z.B. Blutdruck messen kann sich der Kunde/die Kundin bereits sofort ein Bild machen wie es sich anfühlt durch eine externe Person versorgt zu werden (vgl. Ertl et al., 2017, S. 132ff.).

DGKP evaluieren bereits bei der Kontaktaufnahme mit dem Klienten/der Klientin, wie abhängig, oder unabhängig die zu pflegende Person die Aktivitäten des täglichen Lebens ausführen kann. Juchli (1994) in Budnik, 2009, S. 13ff. beschreibt diese 12 Aktivitäten, die den Gesundheitszustand beeinflussen. Diese sind: Wach sein und schlafen, Sich bewegen, Sich waschen und kleiden, Essen und Trinken, Ausscheiden, Körpertemperatur regulieren, Atmen, Für Sicherheit sorgen, Raum und Zeit gestalten/sich beschäftigen, Kommunizieren, Sich als Mann/Frau fühlen, Sinn finden. Dieses Modell findet in vielen Krankenanstalten, Pflegeheimen, sowie im ambulanten Bereich Anwendung. Pflegepersonen sorgen dafür, dass bedürftige Personen ihre Aktivitäten so gut wie möglich ausleben können.

Hat die Pflegeperson durch das Gespräch mit dem Kunden/ der Kundin ausreichend Informationen erhalten, werden weitere Informationen von „externen“ Personen eingeholt. Familienangehörige, Nachbarn, Hausärzte, Spitäler, SachwalterInnen, aber auch schriftliche Befunde, Arztbriefe usw. können wichtige Informationen geben, welche für die Planung der Pflege von enormer Wichtigkeit sind. Ist die Pflegeperson der Ansicht, ausreichend Informationen zu haben, werden Pflegediagnosen und ein Pflegeplan erstellt (vgl. Ertl et al., 2017, S. 132ff.).

Wichtig dabei ist, dass diese Diagnosen mit dem Kunden/der Kundin gemeinsam erstellt werden um die offene Kommunikation und die Vertrauensbasis weiterhin zu stärken (vgl. ebd.).

Mit der Ableitung von Pflegemaßnahmen, sowie der Durchführung dieser und der anschließenden Evaluation inwiefern die Maßnahmen zum Ziel geführt haben oder eventuell abgeändert werden müssen, schließt sich der Prozess der Pflege (vgl. Brunen et al., 2001, S.165).

Die Pflege im eigenen Heim bringt sowohl für Klienten und deren Angehörige, als auch Pflegepersonen oftmals große Herausforderungen mit sich. Ein Thema, welches vor allem in letzter Zeit an Bedeutung zugenommen hat stellt jenes der Pflegequalität dar. Im nächsten Unterkapitel wird dieses Thema kurz erläutert.

3.3 Pflegequalität

Um über Pflegequalität sprechen zu können bedarf es einer Klärung dieses Begriffes. Der Begriff Pflegequalität stellt ein komplexes Konstrukt dar, welcher durch verschiedene Begriffe und Merkmale geprägt ist. Vor allem im Dienstleistungssektor hat sich der Qualitätsbegriff nach Avedis Donabedian etabliert. Nach Donabedian wird Qualität in drei verschiedene Kategorien unterteilt: Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.

Unter die Strukturqualität einer Dienstleistung fallen personelle und materielle Voraussetzungen, bauliche und räumliche Gegebenheiten, sowie die finanzielle Situation. (vgl. Roeder et al, 2009, S. 59f.). Personelle Ressourcen meinen allerdings nicht nur eine angemessene Anzahl an qualifiziertem Fachpersonal. Vielmehr tragen Empathie, persönliche Kompetenzen, Aufgeschlossenheit für Neues und schlussendlich die Identifikation mit der Pflegeorganisation in der man angestellt ist, zur Erreichung einer optimalen Strukturqualität bei (vgl. Korecic (2012) S.4 ff.).

Unter Prozessqualität wird die Qualität jener einzelnen Prozesse verstanden, welche sich während der Dienstleistung ergeben. Anamnesegespräch, Pflegediagnosenstellung, in weiter Form also der Pflegeprozess usw. fallen in diesen Bereich (vgl. Roeder et al, 2009, S. 59f.).

Zuletzt wird die Ergebnisqualität beurteilt. Die Erreichung der bereits vorher definierten Ziele, werden, unter objektiver Beurteilung, z.B. Verbesserung des Gesundheitszustandes von den jeweiligen Leitungen überprüft (vgl. ebd.).

Um die Qualität in der häuslichen Pflege zu sichern, wurden von Jänner bis Juni 2017 über 14.000

Hausbesuche von DGKP durchgeführt. Bei 10.874 österreichischen Haushalten wurden die PflegegeldbezieherInnen, sowie Bezugspersonen angetroffen. Das Durchschnittsalter der PflegegeldbezieherInnen betrug 76,98 Jahre. Die zu betreuenden Personen wurden vorwiegend von der Tochter, dem Sohn oder dem Ehepartner versorgt (vgl. Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der Pflege, 2017).

Mehr als die Hälfte der Hauptbetreuungspersonen fühlen sich der großen Verantwortung nicht gewachsen. 20% aller betreuenden Personen fühlen sich körperlich und zeitlich belastet, während die finanzielle Belastung nur bei ungefähr 10% der Personen auftritt. Die psychische Komponente, mit absoluten 70%, hinzukommend mit Isolation, Verzicht, Einschränkungen und Schlafstörungen und weitere zählt demnach zu den größten Belastungen denen Hauptbezugspersonen im ambulanten Bereich ausgesetzt sind (vgl. ebd.).

Mit der Klärung des Begriffes der Pflegequalität, welcher vor allem mit den immer größeren Forderungen von zu pflegenden Personen einhergeht, wird im nächsten Kapitel die Versorgung der mobilen Pflegedienste in der Steiermark erläutert.

3.4 Die Versorgung durch mobile Dienste in der Steiermark

Da es keine einheitlichen Daten zur Versorgung durch mobile Dienste in Österreich gibt wird in diesem Kapitel vor allem auf steirische Organisationen eingegangen.

In der Steiermark werden Klienten/Klientinnen durch die folgenden 5 verschiedenen Trägerorganisationen versorgt: Caritas, Hilfswerk Steiermark, Österreichisches Rotes Kreuz, Volkshilfe Steiermark und Verein Sozialmedizinischer Pflegedienst (SMP). Dabei erbringen nicht nur DGKP und PflegeassistentInnen ihren Dienst, sondern es werden auch HeimhelferInnen und Fach- SozialbetreuerInnen mit Schwerpunkt Altenarbeit eingesetzt (vgl. Amt der steiermärkischen Landesregierung, 2015, S.9).

Durch den Beschluss der steiermärkischen Landesregierung im Jahr 2004 müssen die oben genannten Organisationen Qualitätskriterien aufweisen, um Hauskrankenpflege anbieten zu können. Die Pflegeorganisationen dienen dazu, um den Klienten einen Aufenthalt im eigenen Heim möglichst lange zu sichern und um Angehörigen bzw. Betreuungspersonen zu entlasten. Weiters wird die Qualitätssicherung sowie die eventuelle Verkürzung von stationären Aufenthalten angestrebt. Die Versorgung durch mobile Dienste sollte allerdings keinen Ersatz der Angehörigenpflege, sondern vielmehr als Unterstützungs- bzw. Entlastungsangebot angesehen werden (vgl. Amt der steiermärkischen Landesregierung, 2004, S. 2 ff.).

Zu den Qualitätskriterien welche durch die Organisationen zu erfüllen sind, zählen unter anderem:

- Die Gemeinnützigkeit, d.h. Tätigkeiten dürfen nicht gewinnorientiert ausgeführt werden
- Die mobile Pflege muss mindestens in fünf politischen Bezirken tätig sein
- Die Gewährleistung der Qualität: Die Organisation muss mindestens über eine/n Qualitätsbeauftragte/n und ein zertifiziertes Qualitätsmanagementinstrument verfügen
- Abschluss einer Betriebs- bzw. Berufshaftpflichtversicherung
- Einsatz einer Pflegedienstleitung mit dementsprechender Qualifikation, ebenso Einsatz einer Stellvertretung
- Nachweis einer Betreuungsvereinbarung zwischen Klient und Organisation in welcher die wichtigsten Formalitäten geklärt werden, z.B. Leistungserbringung, Verschwiegenheitspflicht, Rücktrittserklärungen und weitere (vgl. ebd.).

Werden diese Bedingungen erfüllt, können Pflegekräfte ihre Arbeit im häuslichen Umfeld aufnehmen. Um aber den Beruf möglichst lange und gut ausüben zu können, werden in den Organisationen regelmäßig MitarbeiterInnenbefragungen zum Thema Zufriedenheit durchgeführt. Dabei wird versucht, Einflussfaktoren herauszufiltern, welche das Befinden der MitarbeiterInnen beeinflussen. Aus der Literatur sind bereits Faktoren bekannt, welche den Arbeitsalltag beeinflussen. Im nächsten Absatz wird darauf eingegangen.

3.5 Belastungen am Arbeitsplatz

Pflegepersonen werden mit verschiedenen Belastungen am Arbeitsplatz konfrontiert. Darunter fallen psychomentele, sozioemotionale, physikalische und psychophysische Faktoren.

Psychomentele Belastungen werden durch Zeitdruck, hohe Verantwortung, Überforderung aber auch durch begrenzte Autonomie definiert. Haben Personen einerseits einen geringen Entscheidungsspielraum, sind aber hohen Anforderungen ausgesetzt, so wird dies von Pflegepersonen als besonders belastend erlebt. Hinzu kommen erhöhte Krankheitshäufigkeit und längere Fehlzeiten (vgl. Siegrist, 2005, S. 246).

Unter sozioemotionale Belastungen fallen unter anderem Rollenkonflikte und Spannungen bei der Zusammenarbeit. In der Hauskrankenpflege können Konflikte vor allem mit den Klienten selbst, oder aber auch mit Hausärzten, oder Pflegepersonen untereinander auftreten. Unterschiedliche belastende Situationen mit/bei Patienten/Patientinnen Innen sowie Erwartungsenttäuschungen aufgrund verschiedener Faktoren kommen hier hinzu.

Physikalische Belastungen werden vorwiegend durch schweres Tragen, Heben, Ziehen, aber auch langes Stehen verursacht (vgl. ebd.).

Als psychophysischer Belastungsfaktor darf die Schichtarbeit nicht außer Acht gelassen werden. Der ständige Wechsel von Tages- und Nachtrhythmus wird von vielen Pflegepersonen vor allem bei mehrjähriger Berufstätigkeit als sehr belastend erlebt. Kommen noch weitere Faktoren wie geringe Bezahlung, Personalknappheit, geringe bis gar keine Aufstiegsmöglichkeiten sowie veraltete Führungsstrukturen hinzu, so können im Laufe der Zeit hohe Diskrepanzen bezüglich Berufsmotivation und Karriere auftreten (vgl. ebd.).

Hinsichtlich der ambulanten Pflege sei zu betonen, dass vor allem in der Hauskrankenpflege keine Schichtarbeit betrieben wird. Dienste werden zwar von morgens bis abends erbracht, allerdings wird in der Nacht keine Pflege geleistet (vgl. ebd.).

Umso stärker fallen unter anderem sozioemotionale Belastungen aus. Manchen Klienten fällt es nicht leicht, fremde Personen zu ihrem privaten Bereich Zugang zu gewähren. Der Aufbau einer guten Beziehung zwischen Klienten und Pflegepersonen stellt daher die Grundlage für ein gutes Verhältnis zwischen den beiden dar. Um dieses Verhältnis aufbauen zu können bedarf es allerdings zufriedener MitarbeiterInnen (vgl. ebd.).

Wie jedoch aus der Literatur bekannt ist, zählen nicht nur psychische und physische Belastungen zum Arbeitsalltag. Pflegende werden durch weitere Faktoren wie Gehalt oder Arbeitsengagement beeinflusst.

Um die zentrale Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit beantworten zu können, wurden aus der bisherigen Forschung Hypothesen abgeleitet, die anhand einer empirischen Erhebung überprüft wurden. Das folgende Kapitel erläutert diese Hypothesen im Detail.

4 Zusammenhang der Arbeitsbedingungen, des Arbeitsengagements und der Arbeitsfähigkeit von mobilen Pflegekräften

4.1 Arbeitssituation und Arbeitsengagement von Pflegepersonen international

Eine Studie aus Brisbane, Australien, welche zum Thema Mitarbeiterzufriedenheit in 2 Altenpflegeheimen durchgeführt wurde, lieferte folgende Ergebnisse. 27 Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, vergleichbar mit DGKP und Pflegeassistenten in Österreich nahmen an der Studie teil. Ihr Alter betrug zwischen 19 und 55 Jahren. Ein männlicher, und 26 weibliche Personen wurden in die Studie miteinbezogen.

Die Pflegepersonen äußerten sich positiv darüber, dass sie ständig Neues lernten, vor allem auch dahingehend, dass sie mit einer Gruppe von Personen arbeiteten, zu welchen sie ansonsten keinen Zugang hatten und sich dies positiv auf ihre Entwicklung auswirkte. Die Interaktion mit den Bewohnern, vor allem, wenn diese ihrer positiven Stimmung verbal Ausdruck verliehen, entschädigte die anstrengende Arbeit der Pflegepersonen. Arbeitszufriedenheit wurde also erlebt, wenn der/die Bewohner/in zufrieden war und wenn die Beziehung zwischen Bewohner/in und Pflegeperson gut war. Gute Teamarbeit wurde ebenso als Faktor angesehen um im Job zufrieden zu sein. Nicht die BewohnerInnen sorgten bei Pflegepersonen für Unzufriedenheit im Job, sondern intolerante Kollegen/Kolleginnen prägten teilweise das schlechte Betriebsklima.

Die Zunahme der Pflegedokumentation und Pfl egetätigkeiten, sowie der daraus resultierende Wegfall der Zeit für die BewohnerInnen wird von den betroffenen Pflegekräften als belastend bzw. unzufriedenstellend erlebt. Im Großen und Ganzen wird die Arbeits- bzw. Mitarbeiterzufriedenheit im Langzeitpflegebereich aber als sehr zufriedenstellend erlebt. Daraus resultiert eine ebenso große Zufriedenheit für BewohnerInnen. Das Gehalt, bzw. die Entlohnung wurde in dieser Studie von Mitarbeiterinnen nicht erwähnt. Es ist also davon auszugehen, dass die MitarbeiterInnen mit ihrem Gehalt zufrieden sind (vgl. Moyle et al., 2003).

Leichsenring et al. (2015) versuchten die Arbeitsbedingungen, Ziele und Perspektiven in der Langzeitpflege in Österreich zu evaluieren. Dabei wurden verschiedenste Berufsgruppen in die Thematik miteinbezogen. PersonenbetreuerInnen, SozialarbeiterInnen, HeimleiterInnen, HeimhelferInnen, DGKP und noch weitere Berufsgruppen wurden befragt. Diese Zielgruppe stellt ungefähr zwei Prozent der Personen in der Langzeitpflege dar. Aus einer durchgeführten Literatur- und Dokumentenrecherche wurden Schlüsselaspekte herausgefiltert, welche die Basis für den semi-

strukturierten Interviewleitfaden für die befragten Personen darstellten. Schließlich wurden zwölf Personen zum Thema „Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten“ befragt und es konnten 53 Schlüsselaspekte zu den Themen herausgearbeitet werden. Die Pflegequalität spielt dabei eine besonders große Rolle.

Wie bereits im vorigen Kapitel beschrieben, wird die Pflegequalität durch Strukturen, Prozesse und Ergebnisse definiert und diese spielen als Einflussfaktoren für gute Pflege eine wichtige Rolle. Die wichtigsten Schlüsselaspekte dieser Studie werden nun vorgestellt.

Die Beziehung zu Klienten/ Klientinnen wird bei fast allen Personen als wichtigster Einflussfaktor für gute Pflege angesehen. Der Zeitdruck wird bei mehr als der Hälfte der Personen als Einflussfaktor gesehen. Psychische und körperliche Belastungen sowie Arbeitsplatzsicherheit hat ebenso für viele Personen Einfluss auf die Arbeit. Interessanterweise stellte sich in dieser Studie heraus, dass Bezahlung die Pflegequalität eher mäßig beeinflusst. Nur Physiotherapeuten sehen die Bezahlung als einen besonders wichtigen Faktor um das erwünschte Ergebnis zu erreichen. „Um gute Pflege leisten zu können, brauche ich eine entsprechende Quantität und eine entsprechende Qualität von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern – und natürlich auch ein System, das dies finanziert“ (Leichsenring et al., 2015, S. 37). Als Anreiz für eine positive Entwicklung der Pflege wurden in dieser Studie sowohl die Struktur- als auch die Prozess- und Ergebnisqualität von Experten analysiert und anschließend wurden Empfehlungen für die Praxis von verschiedenen Experten erarbeitet. Dem Gehalt bzw. der Entlohnung von MitarbeiterInnen wurde demnach wenig Aufmerksamkeit geschenkt, da sich dieses Thema bei den Interviews als weniger wichtig herausgestellt hat (vgl. Leichsenring et al., 2015, S. 37ff.).

4.2 “Utrecht Work Engagement Scale”

In den Niederlanden wurde im Jahr 2003 die „**Utrecht Work Engagement Scale**“ erarbeitet, welche das Arbeitsengagement bzw. die Zufriedenheit von Mitarbeiterinnen messen sollte. Da sich in den letzten Jahren die Gesundheitspsychologie vermehrt für die positiven Folgen von Arbeit interessiert, haben die beiden Forscher Schaufeli und Baker ein Instrument entwickelt um das Arbeitsengagement am Arbeitsplatz zu messen.

Arbeitsengagement wird demnach folgend definiert:

“Engagement is a positive, fulfilling, work-related state of mind that is characterized by vigor, dedication, and absorption. Rather than a momentary and specific state, engagement refers to a more persistent and pervasive affective-cognitive state that is not focused on any particular object, event, individual, or behavior. Vigor is characterized by high levels of energy and mental resilience while working, the willingness to invest effort in one’s work, and persistence even in the face of difficulties. Dedication refers to being strongly involved in one’s work and experiencing a sense of significance, enthusiasm, inspiration, pride, and challenge. Absorption, is characterized by being fully concentrated and happily engrossed in one’s work, whereby time passes quickly and one has difficulties with detaching oneself from work” (Schaufeli et al., 2003, S.5 f.).

Laut diesem Zitat zeichnet sich Arbeitsengagement vor allem durch Kraft, Hingabe und Aufnahme aus. Dieser positive, arbeitsbezogene und vor allem erfüllende Zustand zeichnet sich durch die Dauerhaftigkeit aus, indem das Individuum bei der Arbeit mental belastbar ist und Schwierigkeiten durch die hohe Arbeitsbereitschaft gut bewältigen kann. Durch Enthusiasmus, Inspiration, Stolz, und das Gefühl, dass die Arbeit eine Bedeutung hat, wird die Hingabe für die Arbeit gestärkt. Ebenso kann die Arbeit konzentriert und vertieft erledigt werden, was sich durch die schnell vergehende Zeit auszeichnet. Arbeitsengagement sticht dabei durch das erhöhte Level an Energie und Identifikation mit der Arbeit hervor.

Beginnend mit 24 Fragen zum Arbeitsengagement haben sich letztendlich 9 Fragen durchgesetzt:

1. Meine Arbeit ist für mich anregend und inspirierend
2. Bei meiner Arbeit fühle ich mich stark und lebhaft
3. Wenn ich morgens aufstehe, habe ich Lust zur Arbeit zu gehen
4. Ich bin begeistert von meiner Arbeit
5. Wenn ich arbeite, werde ich völlig mitgerissen
6. Bei der Arbeit strotze ich vor Energie
7. Ich fühle mich glücklich, wenn ich viel arbeite
8. Ich bin stolz auf die Arbeit die ich mache
9. Ich bin in meine Arbeit vertieft (Schaufeli et al., 2003, S.5 ff.).

Die Beantwortung dieser 9 Fragen erfolgte mittels einer Ordinalskala. Pro Aussage konnte jeweils eine Antwortmöglichkeit von „Nie“, „Fast nie“, „Ab und zu“, „Regelmäßig“, „Häufig“, „Sehr

häufig“, bis „Immer“ angekreuzt werden. Schließlich wurde ein Durchschnittswert errechnet.

Persönliches Engagement, vor allem für die Arbeit, stellt jenen Zustand dar, in dem ein/e Mitarbeiter/in Energie in die Arbeit investiert und eine emotionale Verbindung mit dieser eingeht. MitarbeiterInnen werden durch ihre physischen, kognitiven und auch emotionalen Ressourcen und die Rolle, welche sie bei der Arbeit spielen, motiviert. Persönliche Merkmale haben daher bei der Messung des Arbeitsengagements einen erheblichen Einfluss. Eine positive Einstellung zur Arbeit sowie gewissenhaftes Arbeiten und die Sinnhaftigkeit in der Arbeit sehen werden als besonders wichtig erachtet. Weiters sollte die Arbeit abwechslungsreich und vielfältig sein. Die Ablauforganisation bei der Arbeit zählt ebenso zu den Einflussfaktoren. Eigenständiges Arbeiten, Vertrauen gegenüber den MitarbeiterInnen oder neue Aufgabengebiete für MitarbeiterInnen zu schaffen damit sich diese nicht unterfordert fühlen, werden ebenso genannt. Der Führungsstil, welcher allerdings als nicht besonders wichtig erachtet wird trägt auch zum Engagement von MitarbeiterInnen bei (vgl. Christian et al., 2011).

Obwohl das Arbeitsengagement lt. Christian et al. durch Vorgesetzte nicht so sehr beeinflusst wird, so haben ArbeitgeberInnen trotzdem mittels Fürsorgepflicht dafür zu sorgen, dass ArbeitnehmerInnen Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz erfahren. Arbeitsengagement kann z.B. durch Erhöhung des Mitspracherechts und Erweiterung des Entscheidungsspielraumes gefördert werden. Schaffung eines positiven Arbeitsumfeldes sowie die Anerkennung durch Vorgesetzte tragen ebenso zu einem erhöhten Arbeitsengagement bei (vgl. Öffentliches Gesundheitsportal Österreich, 2018).

4.3 „Work Ability Index“

Ein zusätzlicher Index, der in diesem Fragebogen einen guten Überblick über die psychische und physische Verfassung der Mitarbeiterinnen verschafft stellt der „**Work Ability Index**“ dar. Die Arbeitsfähigkeit, welche mit diesem Instrument erhoben wird, stellt vor allem im Pflegeberuf einen wichtigen Faktor dar, da die Arbeit sowohl psychisch, als auch physisch anstrengend sein kann.

Unter Arbeitsfähigkeit wird die „Summe von Faktoren, die eine Frau oder einen Mann in einer bestimmten Situation in die Lage versetzen, eine gestellte Aufgabe erfolgreich zu bewältigen“ verstanden (vgl. Ilmarinen et al., 2002, S.166).

Grob gesehen kann die Arbeitsfähigkeit durch vier Grundpfeiler erklärt werden. Die Gesundheit als erster Pfeiler schließt die körperlichen, mentalen und sozialen Beziehungen mit ein. Ausbildung und Kompetenz wird durch Wissen und eine dementsprechende Qualifizierung gekennzeichnet und wird daher als zweiter Beitragsfaktor zur Arbeitsfähigkeit gezählt. Ein besonders wichtiger Faktor, welcher, vor allem durch die Werte und Einstellungen von arbeitsfähigen Personen geprägt wird, stellt die Motivation und die Arbeitszufriedenheit nächsten Faktor dar. Die Arbeit mit den jeweiligen Ansprüchen, sowohl auf körperlicher als auch geistiger Ebene sowie die Arbeitsumgebung, das Gehalt oder die Arbeitszeit stellt den vierten Grundpfeiler dar (vgl. Ilmarinen et al., 2000, S.89).

Zusammengefasst verfolgt der Work Ability Index, welcher in Finnland entwickelt wurde, das Ziel, die Arbeitsfähigkeit von berufstätigen Personen zu erheben. Personen werden über die psychische und physische Verfassung befragt. Der Index besteht aus 7 Fragen, insgesamt kann eine Gesamtpunktezahl von 49 Punkten erreicht werden. Erreicht eine Person 49 Punkte, würde dies bedeuten, dass die Person zu 100% arbeitsfähig ist. Die Mindestpunktezahl von 7 bedeutet, dass die Person völlig arbeitsunfähig ist. Der Fragebogen, der für die Befragung in der vorliegenden Arbeit zusammengestellt wurde, geht auf 5 der 7 Fragen des WAI ein. Die Berechnung des WAI erfolgt mittels Formel. Eine Gesamtpunktezahl von 38 konnte erreicht werden. Die Kategorien für die Arbeitsfähigkeit wurden wie folgt eingeteilt: "Kritisch (7-21)", "Mäßig (22-28)", "Gut (29-34)" und "Sehr gut (35-38)".

Arbeitsorganisation, Führungsverhalten und Gesundheitszustand haben erheblichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die ersten beiden Einflussfaktoren werden also nicht durch persönliche Werte beeinflusst, sondern durch das Unternehmen selbst. Kompetenz, sowie Motivation, Aufgabeninhalt, Arbeitszeit, Führung und das Arbeitsumfeld beeinflussen die Arbeitsfähigkeit (Langhoff, 2009. S. 148 ff.). Anders als beim Arbeitsengagement, welches vorwiegend durch persönliche Merkmale beeinflusst wird, scheint es, dass die Arbeitsfähigkeit vorwiegend durch die Arbeitsbedingungen geprägt wird.

4.4 Zusammenhang zwischen Gehalt sowie Arbeitsengagement und Arbeitsfähigkeit

Eine Studie der Arbeiterkammer zeigt, dass das Gehalt bei Pflegeberufen anscheinend keinen wichtigen Einflussfaktor auf die Mitarbeiterzufriedenheit darstellt. Über 80% der Pflegepersonen in der Steiermark sind mit ihrem Beruf zufrieden bzw. sehr zufrieden. Die hohe Zufriedenheit der

Beschäftigten kann mitunter darauf zurückgeführt werden, dass bereits die Wahl des Berufes aus selbstlosen, uneigennütigen Gründen passiert. Ein privates soziales Umfeld aus welchem Kraft und Stärke geschöpft werden kann zählt ebenso zu den Faktoren welche die Zufriedenheit beeinflussen. Unzufriedenheit wird lt. dieser Studie hauptsächlich dann erzeugt, wenn Dienste kurzfristig absolviert werden müssen, d.h. ungeplante Mehrarbeit anfällt und Dienstpläne so gestaltet werden, dass die Freizeit nur schwer geplant werden kann (vgl. AK Steiermark, 2014).

Im Jahr 2002 wurden in Wien und Niederösterreich in der mobilen Pflege sowie in Pflegeheimen 11 Fallstudien zu den Themen Arbeitszufriedenheit, Motivation und Personalmanagement durchgeführt. 1182 Pflegepersonen nahmen daran teil. Erfreulicherweise stuften sich über 76 % der MitarbeiterInnen als sehr motiviert oder eher motiviert ein. Den größten Motivationsfaktor sahen die MitarbeiterInnen in der Arbeit selbst, während Gehalt und Beförderung von mehr als 1/3 der MitarbeiterInnen als letzte Motivationsfaktoren eingestuft wurden (vgl. Simsa, 2004, S.64 f.).

Eine Analyse des Institutes für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit in Deutschland zeigt jedoch, dass, vor allem Pflegekräfte in der Altenpflege um ungefähr 16% weniger Gehalt bekommen als Fachkräfte der allgemeinen Krankenpflege. Obwohl sich die Einkommensschere in den Jahren 2012 bis 2016 bereits etwas gebessert hat, stellt der Lohn trotzdem weiterhin eine Herausforderung dar, um MitarbeiterInnen zu motivieren und an eine Organisation oder Einrichtung zu binden (vgl. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit) Wird allerdings das Entgelt zwischen Krankenhäusern und ambulanten Pflegediensten bzw. stationären Pflegeeinrichtungen verglichen, so wird ersichtlich, dass Pflegepersonen in Krankenhäusern zwischen 20 und 30% mehr Gehalt beziehen als ihre Kollegen und Kolleginnen in der ambulanten Pflege (vgl. Bogai D., et al, 2015, S.21).

Gehalt wird laut Lutz im Pflegebereich als zweit wichtigster Faktor angesehen um sich für ein Unternehmen zu interessieren. Wichtiger nur als das Gehalt wird der Zusammenhalt zwischen MitarbeiterInnen angesehen (vgl. Lutz, 2014, S.59).

Da sich die Korrelation zwischen Gehalt und Arbeitsengagement in den Studien teilweise unterscheidet, beschränkt sich ein Teil des Fragebogens auf die Gehaltssituation von MitarbeiterInnen. Demnach steht bei dieser Hypothese das Gehalt für die unabhängige, und das Engagement der MitarbeiterInnen für die abhängige Variable.

Laut einer Studie von Stepstone sind ÖsterreicherInnen mit ihrem Gehalt größtenteils zufrieden. Von den über 1000 befragten Personen wurde der Bereich „Gesundheit, Medizin und Soziales“ mit den meisten teilnehmenden Personen verzeichnet. Von insgesamt acht Zweigen steht dieser Bereich an dritter Stelle bezüglich der Gehaltszufriedenheit. Frauen sind, was das Gehalt anbelangt insgesamt zufriedener als Männer und sie bevorzugen einen Job welcher als einkommenssicher gilt (vgl. Stepstone, 2017). In der ambulanten Pflege gelten folgende Gehaltssätze.

24-h- Betreuung

Um als 24-h- BetreuerIn arbeiten zu können wird keine spezielle Ausbildung benötigt. Es wird allerdings empfohlen, eine entsprechende Ausbildung im Rahmen von 200 Stunden zu absolvieren. Diese Ausbildung entspricht der eines/r Heimhelfers/in. Der Wettbewerbsvorteil, welcher sich aus dieser Absolvierung ergibt hat sowohl für Klienten/ Klientinnen als auch für die ausführende Person einen Qualitätssicherungsaspekt. Das Gehalt für PersonenbetreuerInnen beträgt in Österreich derzeit zwischen 1.690 und 1.880 Euro brutto/Monat (vgl. WKO, Wien, 2017).

PA

PA werden sowohl im stationären als auch ambulanten Bereich eingesetzt. Sie unterstützen nicht nur hilfsbedürftige Personen bei Pflege- und Hilfsaktivitäten, sondern auch DGKP und Ärzten/Ärztinnen bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Lt. AMS verdienen PA zwischen 1.780 und 1.880 Euro brutto/Monat (vgl. AMS, 2017).

DGKP

DGKP verrichten neben pflegerischen Tätigkeiten auch Tätigkeiten des ärztlichen, oder auch mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches. Das Gehalt einer DGKP beträgt zwischen 2.070 und 2.310 Euro (vgl. AMS, 2017).

Anhand der Literaturrecherche lauten die Hypothesen wie folgt.

„Je höher die Gehaltszufriedenheit bei MitarbeiterInnen, desto höher das Arbeitsengagement“

„Je höher die Zufriedenheit zwischen der Arbeitstätigkeit und dem Gehalt, desto höher die Arbeitsfähigkeit“

4.5 Zusammenhang zwischen psychischen Arbeitsbedingungen und Arbeitssituation

Bei einer Befragung im Jahre 2002 an der 1182 Personen teilnahmen, gab mehr als die Hälfte der befragten Mitarbeiterinnen (57,9%), sowohl in Altenheimen als auch in der mobilen Pflege an, sich in ihrem Beruf durch Zeitdruck sehr stark bzw. stark belastet zu fühlen (vgl. Simsa, 2004, S.65 f.).

Eine weitere Studie zeigt, dass bereits ein Viertel der Personen mit einem Beschäftigungsausmaß ab 60%, körperliche oder emotionale Auffälligkeiten aufweisen. In der Schweiz beispielsweise wurden über 3000 Personen in über 250 Pflegeeinrichtungen zur Arbeitssituation befragt. Die Tatsache, dass erkrankte/beurlaubte MitarbeiterInnen nicht ersetzt werden hat auf die Arbeitssituation erheblichen Einfluss. Emotionale Belastungen sowie Personalmangel haben demnach einen starken Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit (vgl. Curaviva, 2012, S. 10).

Positiv hervorzuheben sei allerdings, dass durch die Arbeitszeit, welche sich in der ambulanten Pflege auf Früh- und Spätdienste beschränkt, Pflegepersonen ihrem Tag- /Nachtrhythmus nachkommen können. Das Erleben von familiären und sozialen Belangen wird ebenso als sehr positiv erlebt (vgl. ebd.).

Ein Problem, welches sich aber vor allem in der ambulanten Pflege abzeichnet, stellt jenes der Pausenzeiten dar. Durch die räumliche Ungebundenheit wird häufig während der Autofahrt zu den Klienten/Klientinnen gegessen beziehungsweise telefoniert und die gesetzlichen Ruhepausen werden nicht eingehalten (vgl. Glaser et al., 2017, S. 17).

Eine Studie aus den Vereinigten Staaten aus dem Jahre 2012 identifizierte über 600 Arbeiter, welche einen Arbeitsunfall durch einen Sturz von der Leiter erlitten. 306 Personen wurden mittels Telefoninterview zu den Umständen des Sturzes befragt. Arbeiter, welche keine Pause einhielten, hatten im Durchschnitt um drei Stunden früher einen Arbeitsunfall als Arbeiter, welche zumindest eine Pause einhielten (vgl. Arlinghaus et al., 2012, S.560 ff.).

Eine erhöhte Arbeitsfähigkeit führt zu einer erhöhten Lebensqualität. Körperliche Arbeitsfähigkeit, sowie mentale Ressourcen tragen demnach einen wesentlichen Teil zur allgemeinen Arbeitsfähigkeit bei. Die positive Beeinflussung durch die Arbeitsfähigkeit führt demnach zu weniger Stress, einer erhöhten Lebensqualität am Arbeitsplatz und einem Anstieg der

Mitarbeiterzufriedenheit. Je zufriedener die MitarbeiterInnen sind, umso mehr Aufgaben können sie, ohne zusätzlichen Stress zu verspüren, bewältigen (vgl. Abbasi M. et al, 2017).

Die Hypothesen lauten wie folgt:

„MitarbeiterInnen, welche gestresst und psychisch belastet sind, haben ein geringeres
Arbeitsengagement“

„MitarbeiterInnen, welche gestresst und psychisch belastet sind, haben eine schlechtere
Arbeitsfähigkeit“

„PA sind psychisch eher belastet als DGKP“

4.6 Zusammenhang zwischen physischen Arbeitsbedingungen und Arbeitssituation

Räumliche, hygienische oder ergonomische Arbeitsbelastungen treten fast ausschließlich in der ambulanten Pflege auf. Keine höhenverstellbaren Betten oder Pflegebäder, enge Räume, veraltete Ausstattung und unzureichende Belüftung in den Wohnräumen der Klienten/Klientinnen, stellen für Pflegepersonen eine Belastung dar. Erhöhte Ansprüche durch Klienten/ Klientinnen und deren Angehörige, damit einhergehend auch unzureichend finanzielle Mittel um Pflege optimal ausführen zu können und Gewalt (sowohl verbal als auch physisch), tragen dazu bei, dass Pflegepersonen psychisch überbelastet werden (vgl. Glaser et al., 2017, S. 17).

Von 2005 bis 2006 wurde in Sachsen eine Studie durchgeführt, die Fehlbelastungen in der ambulanten Pflege analysieren sollte. 880 Pflegepersonen von privaten und öffentlichen Trägern nahmen daran teil. Die größten körperlichen Herausforderungen für Pflegepersonen stellten das Heben, Tragen und Lagern von pflegebedürftigen Personen dar.

Über 90% der PP stuften beispielsweise das Waschen in der Badewanne als gesundheitsgefährdend ein. Die veraltete Ausstattung oder die geringe Bewegungsfreiheit aufgrund Platzmangels stellen für 3/4 der PP eine enorme körperliche Belastung dar. Demnach geben auch viele PP an, bereits aufgrund von Rückenproblemen in ärztlicher Behandlung zu sein.

Zwei von drei Pflegepersonen geben an, sich aufgrund der Ausstattung des Schlafzimmers (keine höhenverstellbaren Betten, kein Zugang von allen 4 Seiten, Platzmangel) zusätzlich körperlich

anstrengen zu müssen. Stolperfallen, unangenehme Gerüche sowie massives Treppensteigen kommen als belastende bzw. gefährdende Faktoren noch hinzu (vgl. Heinicke et al., 2006, S. 15ff).

Zum gleichen Schluss kommt auch der Abschlussbericht der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Schweres Heben und Tragen gehört nicht nur bei jungen Pflegekräften zu den erschwerten Tätigkeiten im Pflegealltag. Vielmehr stellen diese Pflegeanforderungen vor allem bei älteren PP ein Risiko für erschöpfte Bandscheiben und auch Wirbelsäulenprobleme dar. Rückenschmerzen als Folge von Fehlbelastungen wie Stress, Zeitdruck, fehlende Unterstützung und Überforderung dürfen dabei nicht außer Acht gelassen werden (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2010, S.9f.).

Lt. Statistik Austria konnte zwischen den Jahren 2000-2017 ein deutlicher Anstieg der Krankenstandfälle in Österreich verzeichnet werden. Krankenstände aufgrund von infektiösen und parasitären Krankheiten, sowie psychische Probleme, Erkrankungen des Nervensystems, und Verhaltensstörungen wurden im Jahr 2017 doppelt so häufig verzeichnet wie im Jahr 2000 (vgl. Statistik Austria, 2018).

Im Report von Grabbe et al. wird gezeigt, dass mit steigendem Alter mehr Krankenstandstage konsumiert werden. Dieser Effekt ist bis zum 60. Lebensjahr zu beobachten, während danach die Krankenstandzeiten wieder abnehmen. Dies wird oft dadurch bedingt, dass PP aufgrund von körperlichen Gebrechen in Frührente gehen (vgl. Grabbe Y., 2006, S. 156 f.).

Die Hypothesen lauten folgend:

„Physische Belastungen wirken sich negativ auf das Arbeitsengagement aus“

„Physische Belastungen wirken sich negativ auf die Arbeitsfähigkeit aus“

„PA sind physisch eher belastet als DGKP“

4.7 Zusammenhang zwischen zur Verfügung gestellten Arbeitsmitteln und Arbeitssituation

Um zu ihrem eigentlichen Arbeitsplatz zu gelangen, sind Pflegepersonen in der ambulanten Pflege hauptsächlich auf ein Auto angewiesen. Immerhin werden 94,3% der Arbeitswege mit dem Auto verrichtet. 1/3 der 728 befragten PP gibt an, dass die Wegzeiten als sehr belastend wahrgenommen werden. Hinzu kommt, dass unvorhergesehene Ereignisse wie Staus, Parkplatzsuche oder schlechte Witterungsverhältnisse das Stresslevel bei den Beteiligten ansteigen lässt und sich dies mit negativen Klientenereignissen verstärken kann. Dabei gaben ungefähr 10% der PP an, in den letzten 12 Monaten einen Autounfall bei der Arbeit gehabt zu haben (vgl. Grabbe Y., 2006, S. 52f.).

Daran ist auch zu erkennen, dass Pflegepersonen einem höheren berufsspezifischen Risiko ausgesetzt sind (vgl. Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, 2004, S.45).

Wie bereits in der vorigen Hypothese erläutert, wird nicht nur die Pause im Auto verbracht, sondern es werden auch organisatorische Tätigkeiten über das Telefon ausgeführt. Die Pause, oder auch Erholungszeit, wird oftmals als Wegzeit zum nächsten Klienten genützt. Dies kann mitunter durch erhöhte Stressbelastung ein nochmal erhöhtes Risiko darstellen (vgl. Welk, 2003, in Krajic et al., 2005, S.30).

Die Hypothese lautet folgend:

„Die Bereitstellung eines Dienstwagens sowie eines Diensttelefonen wirken sich positiv auf das Arbeitsengagement aus“

4.8 Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und der Arbeitssituation

Bezüglich Alter und Arbeitsengagement zeigt eine Studie, dass MitarbeiterInnen, welche ihre Arbeitssituation als überwiegend positiv erachten, im Durchschnitt langsamer „berufsmüde“ werden als andere. Die Zufriedenheit der Pflegepersonen hängt also nicht mit der Auswahl des Berufes zusammen, sondern mit den Umgebungsfaktoren der Arbeitssituation. Interessanterweise geben über 40- jährige MitarbeiterInnen, wenn die Arbeitssituation als angenehm empfunden wird, eine

deutlich höhere Mitarbeiterzufriedenheit an als jüngeren Kollegen/Kolleginnen (vgl. Berger G. et al., 2004, S.35 ff.).

Alcover und Toper zeigen in ihrer Studie, dass vor allem die psychologische Arbeitsfähigkeit durch mehrere Faktoren beeinflusst wird. Ältere ArbeitnehmerInnen zwischen 45 und 65 Jahren werden vor allem durch ihr ausgeprägtes Wissen und die Berufserfahrung motiviert (vgl. Alcover et al. 2018).

Chaudhuri et al. untersuchten, ob es einen Zusammenhang zwischen Alter und Mitarbeiterzufriedenheit gibt. Die Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass es keinen Zusammenhang zwischen Alter und Mitarbeiterzufriedenheit gibt. In dieser Studie weisen Männer lediglich eine minimal höhere Berufszufriedenheitsrate auf als Frauen (vgl. Chaudhuri et al., 2015, S. 13-16).

Zum Thema Mitarbeiterzufriedenheit wurden in den USA, Japan und Deutschland 1934 Mitarbeiterinnen befragt. Interessanterweise beeinflussen sich Alter und Mitarbeiterzufriedenheit nicht. Vielmehr beeinflussen sich, staatenabhängig, die Faktoren, welche für Mitarbeiterzufriedenheit verantwortlich sind. Zum Beispiel gaben in Deutschland ältere Personen an, dass das Betriebsklima dazu beitrage, um im Job zufrieden zu sein. In Japan und den USA hingegen wurde dieser Faktor nicht altersabhängig bewertet (vgl. Hauff et al., 2014).

Die Hypothesen lauten folgend:

„Je länger die Berufserfahrung, desto geringer das Arbeitsengagement“

„Je länger die Berufserfahrung, desto geringer die Arbeitsfähigkeit“

5 Methode

Als das Thema zu dieser Masterarbeit gefunden wurde, beschränkte sich der Inhalt auf Literatur und einen theoretischen Kontext. Bei der Literaturrecherche zeigte sich, dass es international sehr wohl Literatur zu Mitarbeiterzufriedenheit gibt, der Sektor der ambulanten, häuslichen Pflege jedoch selten zum Forschungsgebiet wird.

Um mir selbst einen Überblick über die ambulante Pflege in Österreich zu verschaffen tat sich der Gedanke einer Mitarbeiterinnenbefragung zum Thema Zufriedenheit und Arbeitssituation auf. Mittels Literaturrecherche entwickelte ich einen Fragebogen, welcher folgende Hauptelemente herausfiltern sollte: Gehalt, Arbeitsfähigkeit, Zufriedenheit in der Arbeit sowie physische und psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Die Termini Mitarbeiterzufriedenheit und Arbeitsengagement werden in dieser Arbeit synonym verwendet. Der Fragebogen wurde mittels wissenschaftlichen Standards erstellt und die Hypothesen werden folgend angeführt.

5.1 Literaturrecherche und Design

Die Literaturrecherche wurde über verschiedene Zugänge durchgeführt und der Suchzeitraum belief sich von August 2017 bis April 2018.

Zu Beginn wurde über diverse Homepages ein Überblick über die Arbeitssituation von Pflegepersonen verschafft. So konnten bereits über die Arbeiterkammer diverse Studien welche sehr wichtig für die Hypothesenbildung waren, ausfindig gemacht werden. Ebenso lieferten diverse Ministerien wie z.B. das Bundeskanzleramt, das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Statistik Austria und weitere, wichtige Informationen, welche für die Hypothesenbildung wichtig waren. Bei der Internetrecherche wurden u.a. folgende Suchwörter verwendet: „Mitarbeiterzufriedenheit“, „Gehaltszufriedenheit“, „Arbeitsfähigkeit“, „Pflegepersonen“, „Hauskrankenpflege“.

Daraufhin wurde die Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, Cinahl, Ovid Embase sowie über die Online Bibliothek der Medizinischen Universität Graz fortgesetzt. Die Keywords lauteten folgend: „Nursing“, „Job satisfaction“, „Job satisfaction in Nursing“, „Home care“, „Work ability“, „Work Engagement“. Die Keywords wurden, um gezieltere Ergebnisse zu erzielen mit dem Wort „AND“ verknüpft. So konnten Studien bereits durch die eingeschränkte Suche ausgeschlossen

werden. Studien ab dem Jahr 2000 wurden in die Literatur eingeschlossen, ebenso war das Vorliegen eines Abstracts bei den gesuchten Studien Kriterium, um in die Arbeit einbezogen zu werden. Anhand dieser Suche konnten drei Studien identifiziert werden, welche zur Beantwortung der Forschungsfrage beitragen.

Abbildung 3 gibt einen Überblick über einen Auszug aus der Literatursuche.

Suchwörter/ Keywords	Treffer	Brauchbare Treffer
“Job Satisfaction” AND “Nursing”	10371	0
“Job satisfaction” AND “nursing” AND “Austria”	13	0
“Job satisfaction in nursing”	369	0
“Job satisfaction in nursing” AND “Austria”	0	
“Job satisfaction in nursing” AND Europe	17	3
“Home care” AND “Nursing” AND “Job satisfaction” AND “Austria”	10	2- diese wurden allerdings in den Jahren 1990 und 1998 publiziert und wurden daher aus der Literatursuche ausgeschlossen

Abbildung 3: Auszug aus der Literatursuche in den Datenbanken, eigene Darstellung

Des Weiteren wurde eine händische Literaturrecherche an der Bibliothek der medizinischen Universität Graz sowie über Google und Google Scholar durchgeführt wodurch weitere Studien gefunden werden konnten.

5.2 Stichprobe

Für die Mitarbeiterbefragung wurden DGKP und PA im Raum Graz und Graz Umgebung jeden Alters in die Befragung eingeschlossen.

Es wurde sowohl im Aushang, als auch bei den Stützpunktleitungen darauf hingewiesen, dass für die Befragung nur DGKP und PA herangezogen werden sollten. Zwei Fragebögen wurden von

HeimhelferInnen ausgefüllt. Diese konnten anhand der Berufsauswahl im Fragebogen identifiziert und somit ausgeschlossen werden.

5.3 Datenerhebung

Als der Fragebogen fertig gestellt war, wurden mittels E-Mail die fünf Trägerorganisationen in der Steiermark konsultiert und über das Ziel der Mitarbeiterbefragung informiert. Zu Beginn erklärte sich eine Organisation bereit, an der Befragung teilzunehmen. Nach telefonischer Kontaktaufnahme mit den anderen vier Trägerorganisationen, konnten zwei weitere Organisationen für die Befragung gewonnen werden. Zwei Trägerorganisationen erklärten sich nicht bereit, an der Befragung teilzunehmen. Fehlende Zeitressourcen oder ohnehin des Öfteren stattfindende interne Mitarbeiterbefragungen waren Gründe für die Absage.

Insgesamt wurden 250 Fragebögen ausgegeben, von denen 66 retourniert wurden. Zwei von den 66 wurden ausgeschlossen, da diese Personen weder DGKP noch PA waren. Der Befragungszeitraum belief sich auf drei Wochen in den Monaten Juni bis September. Aus organisatorischen Gründen fand die Befragung in verschiedenen Zeiträumen statt.

Die Fragebögen wurden nach vorheriger Absprache mit den Leitungen in den jeweiligen Stützpunkten aufgelegt und die MitarbeiterInnen wurden entweder mittels Aushang oder durch die zuständige Stützpunktleitung über das Ziel der Befragung informiert. Somit konnten diese frei entscheiden, ob sie an der Befragung teilnehmen wollten oder nicht. Jedem Fragebogen wurde ein verschließbares Kuvert beigelegt und nach der Teilnahme wurden die MitarbeiterInnen gebeten, den Fragebogen in das Kuvert zu geben und in die bereitgestellte Wahlurne zu werfen. Somit konnte die Anonymität der MitarbeiterInnen optimal gewährleistet werden.

Da die Befragung als nicht angewandte medizinische Forschung anzusehen ist und lediglich Berufsgruppen befragt wurden, wurde die Ethikkommission informiert, es wurde jedoch kein Ethikkommissionsvotum benötigt.

5.4 Variablen

Die zwei zentralen, abhängigen Variablen stellen bei dieser Fragestellung das Arbeitsengagement sowie die Arbeitsfähigkeit dar.

In Kapitel 4.2 wurden neun Fragen, welche das Arbeitsengagement messen sollten vorgestellt. Eine siebenstellige Likert Skala wurde verwendet um die Häufigkeiten von „Nie“ bis „Immer“ zu messen. Anschließend wurde der Durchschnitt der angekreuzten Antworten errechnet und in die Kategorien „Immer bis Sehr oft zufrieden“, „Häufig bis Selten zufrieden“ und „Fast nie bis Nie zufrieden“ eingeteilt.

Die Arbeitsfähigkeit wurde mit einer Formel berechnet. Folgende sieben Fragen wurden zur Berechnung ermittelt.

1. Sind Sie bei Ihrer Arbeit: Vorwiegend geistig tätig, vorwiegend körperlich tätig, etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig, keine Angabe.
2. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit. Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben? 0 bedeutet dass Sie arbeitsunfähig sind.
3. Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Arbeitsanforderungen ein? Sehr gut, gut, neutral, schlecht, sehr schlecht.
4. Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen ein? Sehr gut, gut, neutral, schlecht, sehr schlecht.
5. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch Krankheiten: Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung? Fünf Antwortmöglichkeiten von „Keine Beeinträchtigung“ bis „Völlig arbeitsunfähig“.
6. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren: Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können? Unwahrscheinlich, nicht sicher, ziemlich sicher, keine Angabe.
7. Wie viele Krankenstandstage haben Sie im letzten Jahr konsumieren müssen? Leeres Kästchen zum Eintragen der Zahl.

Die unabhängigen Variablen wurden mit folgenden Fragen ermittelt.

Gehalt

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gehalt? Sehr zufrieden, eher zufrieden, wenig zufrieden, nicht zufrieden, keine Angabe.

Verhältnis von Gehalt zur geleisteten Arbeit

Ich verdiene für die Tätigkeiten welche ich bei meiner jetzigen Arbeitsstelle verrichte zu wenig. Trifft völlig zu, trifft eher zu, trifft nicht zu, trifft gar nicht zu, keine Angabe.

Stress

Ich bin bei meiner jetzigen Arbeit Stresssituationen ausgesetzt: Sehr oft, manchmal, selten, nie, keine Angabe.

Psychische Belastung am Arbeitsplatz

Durch die Arbeitsanforderungen fühle ich mich psychisch belastet: Stimme ich voll zu, stimme ich eher zu, stimme ich wenig zu, stimme ich gar nicht zu, keine Angabe.

Physische Belastung am Arbeitsplatz

Die räumlichen Gegebenheiten bei meinen Klienten strengen mich körperlich an: Trifft immer zu, trifft meistens zu, trifft oft zu, trifft selten zu, trifft nicht zu, keine Angabe.

Beeinflussung durch Medien

In diesem Betrieb werden Klienten mit einem Auto, welches mir mein/e ArbeitgeberIn zur Verfügung stellt, aufgesucht: Ja, nein.

Das Diensttelefon erleichtert mir organisatorische Fähigkeiten: Stimme ich voll zu, stimme ich eher zu, stimme ich wenig zu, stimme ich nicht zu, kann ich nicht beurteilen.

Berufserfahrung

Wie lange arbeiten Sie bereits im Pflegeberuf? Weniger als 2 Jahre, zwischen 2 und 5 Jahre, zwischen 6 und 10 Jahre, länger als 10 Jahre.

Demographische Daten wie Alter, Beschäftigungsausmaß, Berufsgruppe, Geschlecht und Beziehungsstatus wurden ebenso erhoben um weitere, deskriptive Analysen durchführen zu können. Diese Analysen sind zwar für diese Arbeit nicht relevant, jedoch ist es für die teilnehmenden Organisationen interessant zu erfahren, welche deskriptiven Ergebnisse die Befragung zeigt.

Diese Variablen wurden in der folgenden Abbildung 4 kodiert, wobei die hervorgehobenen Angaben den Mittelwert der jeweiligen Variable zeigen.

Variable	Kategorie 1	Kat. 2	Kat. 3	Kat. 4	Kat. 5	Kat. 6	Kat. 7
Altersgruppe	Unter 20	21-30	31-40	41-50	51-60	> 60	
Berufserfahrung	Weniger als 2 Jahre	Zwischen 2 und 5 Jahre	Zwischen 6 und 10 Jahre	Länger als 10 Jahre			
Beschäftigungsmaß	Angabe in %						
Krankenstand	Angabe in Tagen						
UWES: Wie oft sind Pflegepersonen bei der Arbeit zufrieden	Nie zufrieden	Fast nie zufrieden	Selten zufrieden	Manchmal zufrieden	Häufig zufrieden	Sehr oft zufrieden	Immer zufrieden
Work Ability Index (WAI)	Sehr guter Gesundheitszustand 35-38	Guter Gesundheitszustand 29-34	Mäßiger Gesundheitszustand 22-28	Kritischer Gesundheitszustand 7-21			
Gehaltszufriedenheit	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Wenig zufrieden	Nicht zufrieden			
„Ich bekomme zu wenig Gehalt für meine Tätigkeit“	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu			
„Ich bin oft Stresssituationen ausgesetzt“	Stimme ich voll zu	Stimme ich eher zu	Stimme ich eher nicht zu	Stimme ich gar nicht zu			
Pflegepersonen fühlen sich durch die Arbeitsanforderungen psychisch belastet	Stimme ich voll zu	Stimme ich eher zu	Stimme ich wenig zu	Stimme ich nicht zu			

„Die räumlichen Gegebenheiten bei den Klienten strengen mich körperlich an“	Immer	Meistens	Oft	Selten	Nie		
Klienten werden mit einem Dienstauto aufgesucht	Ja	Nein					
Das Diensttelefon erleichtert organisatorische Fähigkeiten	Stimme ich voll zu	Stimme ich eher zu	Stimme ich wenig zu	Stimme ich nicht zu			

Abbildung 4: Kategorienbeschreibung der Variablen, eigene Darstellung

5.5 Analyse der Daten

Die Daten wurden mittels IBM SPSS Statistics 25 analysiert. Allgemeine Daten wie Berufserfahrung, Beschäftigungsausmaß oder Beruf wurden als einzelne Variablen in das Programm eingegeben. Bezüglich der Gehaltssituation wurde eine Kategorie gebildet, welche die drei Fragen bezüglich Gehalt einschloss. Beim Arbeitsengagement wurde der Durchschnittswert aus den 9 Items ermittelt und bildete somit eine Kategorie. Die Arbeitsfähigkeit wurde mittels eines eigenen Tests ausgewertet und als eine Variable in das Programm eingefügt. Die demographischen Daten wurden als einzelne Variablen ermittelt und die Fragen hinsichtlich psychischer und physischer Belastungen wurden in zwei Kategorien zusammengefasst.

Mittels Durchschnittswerten, Chi²- Tests und Korrelationsanalysen wurde die Auswertung schließlich durchgeführt. Im nächsten Kapitel werden die Ergebnisse der statistischen Analysen präsentiert.

6 Ergebnisse und Bericht der statistischen Analysen

6.1 Deskriptive Ergebnisse

Insgesamt wurden 250 Fragebögen ausgegeben, wovon 66 retourniert wurden. Dies stellt eine Rücklaufquote von 25,08% dar. Dass die Rücklaufquote relativ gering erscheint, kann darauf zurück zu führen sein, dass viele Mitarbeiterinnen zur Zeit der Befragung nicht im Dienst waren. Da die Befragung jedoch drei Wochen dauerte, ist es eher unwahrscheinlich, dass viele Pflegepersonen in diesem Zeitraum auf Urlaub waren. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass das Interesse für die Befragung zu gering war, da die MitarbeiterInnen keinen Nutzen in der Befragung sahen.

Die Rücklaufquote unterschied sich auch zwischen den Organisationen. Diese lag zwischen 6% und 100%.

Zwei Fragebögen, welche von Heimhilfen ausgefüllt wurden, mussten ausgeschlossen werden, da an der Befragung nur DGKP und PA teilnehmen konnten. 64 Pflegepersonen wurden schließlich in die Befragung eingeschlossen. 32 DGKP und 31 PA konnten identifiziert werden, wovon 54 weiblich, und acht männlich waren. Eine Person wollte ihren Beruf nicht preisgeben, ebenso gaben zwei Personen ihr Geschlecht nicht an. 42% der befragten Personen befinden sich bereits zehn Jahre oder länger im Pflegeberuf. Abbildung 4 gibt einen Überblick über die Mittelwerte und Standardabweichungen der Ergebnisse.

	DGKP		PA		N
	MW	STA	MW	STA	
Altersgruppe	3,56	-	3,58	-	63
Berufserfahrung in Jahren	3,25	0,984	2,84	1,128	63
Beschäftigungsausmaß in %	69,763	28,6751	61,029	22,9306	63
Krankenstandstage pro Jahr	7,92	9,228	11,60	10,532	50

UWES	5,7743	4,005	5,2667	3,094	62
WAI	29,766	4,488	28,484	6,131	63
Gehaltszufriedenheit	2,19	0,896	2,74	1,032	63
Zu wenig Gehalt für Tätigkeit	2,29	1,071	1,83	0,966	60
Häufigkeit von Stresssituationen	1,57	0,679	1,52	0,626	61
Stress durch Personalmangel	1,69	0,998	1,70	0,952	62
Psychische Belastung durch Arbeitsanforderungen	2,35	1,082	2,16	1,068	62
Einhaltung der Pausenzeiten	2,30	0,877	4,74	15,483	61
Körperliche Anstrengung durch räumliche Gegebenheiten bei den Klienten	3,47	0,681	3,32	0,791	61
Aufsuchen der Klienten mit einem Dienstauto	1,42	0,502	1,37	0,490	61
Aufsuchen der Klienten mit dem privaten PKW	1,23	0,425	1,35	0,486	62
Alternative Fortbewegungsmittel	2,43	0,858	2,50	0,780	54
Das Diensthandy erleichtert organisatorische Fähigkeiten	1,50	-	1,87	-	63

Abbildung 5: Deskriptive Ergebnisse, eigene Darstellung

76,5% der befragten Personen befinden sich zurzeit in einer Beziehung oder sind verheiratet.

Von den insgesamt 64 Pflegepersonen gaben 63 ihre Altersgruppe an. Sowohl unter 20- als auch über 60- jährige Personen konnten in der Umfrage nicht identifiziert werden. Die größte Teilnahmegruppe mit fast 65% stellten Personen zwischen dem 31. Und dem 50. Lebensjahr dar. Zwischen dem 51. Und 60. Lebensjahr konnten immerhin noch fast 20% der Personen identifiziert werden. Ungefähr 15% der Pflegepersonen befinden sich zurzeit zwischen dem 21. Und dem 30. Lebensjahr.

Über 80% der befragten Personen befinden sich zurzeit in einem Teilzeitbeschäftigungsverhältnis. Lediglich 1/5 aller beschäftigten Personen ist vollzeitbeschäftigt. Dies ist womöglich darauf zurückzuführen, dass Personen zwischen dem 31. Und dem 50. Lebensjahr Kinder im Schulalter haben und deswegen einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen. Ebenso stellt die Tatsache, dass kein Schichtbetrieb mit Nachtdiensten betrieben wird, einen enormen Vorteil für Personen mit Kindern dar. Ebenso sind fast die Hälfte der befragten Personen bereits länger als 10 Jahre im Pflegeberuf tätig.

6.2. Ergebnisse in Bezug auf die Hypothesen

6.2.1 Zusammenhang zwischen Gehalt und Arbeitssituation

Die Hypothese 1A lautet: “Das Gehalt wirkt sich positiv auf das Arbeitsengagement aus“.

Zwischen dem Gehalt und dem Arbeitsengagement besteht ein deutlicher, positiver Zusammenhang bei einem Korrelationskoeffizienten von 0,586. Dieser Zusammenhang kann, bei einem p-Wert von 0,000 als signifikant erachtet werden, siehe Abbildung 4.

Korrelation: Gehaltszufriedenheit und Arbeitsengagement nach Spearman				
			Gehaltszufriedenheit	Arbeitsengagement
Spearman-Rho	Gehaltszufriedenheit	Korrelationskoeffizient	1,000	,586**
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	64	60

	Arbeitsengagement	Korrelationskoeffizient	,586**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	60	60
**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).				

Abbildung 6: Korrelation Gehaltszufriedenheit und Arbeitsengagement, eigene Darstellung

Die Hypothese 1B lautet: „Das wahrgenommene Verhältnis aus Arbeitsleistung und Gehalt wirkt sich positiv auf die Arbeitsfähigkeit aus“.

Zwischen der erbrachten Leistung für das Gehalt und der Arbeitsfähigkeit besteht ein mäßiger, negativer Zusammenhang bei einem Korrelationskoeffizienten von -0,408. Dieser Zusammenhang kann, bei einem p-Wert von 0,001 als signifikant erachtet werden, siehe Abbildung 5.

Korrelationen: Gehalt für Tätigkeit und Arbeitsfähigkeit nach Spearman				
			Gehalt für Tätigkeit	Arbeitsfähigkeit
Spearman-Rho	Gehalt für Tätigkeit	Korrelationskoeffizient	1,000	-,408**
		Sig. (2-seitig)	.	,001
		N	61	61
	Arbeitsfähigkeit	Korrelationskoeffizient	-,408**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,001	.
		N	61	64
**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).				

Abbildung 7: Korrelation Gehalt für Tätigkeit und Arbeitsfähigkeit, eigene Darstellung

6.2.2 Zusammenhang zwischen psychischen Arbeitsbedingungen und Arbeitssituation

Die Hypothese 2AA lautet: “Psychische Belastungen durch Stress wirken sich negativ auf das Arbeitsengagement aus“.

Zwischen psychischen Belastungen durch Stress und dem Arbeitsengagement besteht ein mäßiger, negativer Zusammenhang bei einem Korrelationskoeffizienten von -0,379. Dieser Zusammenhang kann, bei einem p-Wert von 0,003 als signifikant erachtet werden, siehe Abbildung 6.

Korrelation: Psychische Belastung durch Stress und Arbeitsengagement				
			Psychische Belastungen durch Stress	Arbeitsengagement
Spearman-Rho	Häufigkeit von Stresssituationen	Korrelationskoeffizient	1,000	-,379**
		Sig. (2-seitig)	.	,003
		N	62	58
	Arbeitsengagement	Korrelationskoeffizient	-,379**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,003	.
		N	58	60
** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).				

Abbildung 8: Korrelation Psychische Belastung durch Stress und Arbeitsengagement, eigene Darstellung

Die Hypothese 2AB lautet: “Dieser Zusammenhang ist bei PA stärker ausgeprägt als bei DGKP“.

Dieser mäßige Zusammenhang ist bei PA mit einem Korrelationskoeffizienten von -0,441 (p- Wert =0,019) stärker ausgeprägt als bei DGKP, siehe Abbildung 9. Bei DGKP beträgt der Korrelationskoeffizient -0,257 (p-Wert= 0,178), siehe Abbildung 10. Allerdings lässt das Signifikanzniveau keine abschließende Bestätigung der Hypothese zu.

Korrelation: Psychische Belastung durch Stress und Arbeitsengagement bei PA
--

			Psychische Belastungen durch Stress	Arbeitsengagement
Spearman-Rho	Häufigkeit von Stresssituationen	Korrelationskoeffizient	1,000	-,441*
		Sig. (2-seitig)	.	,019
		N	31	28
	Arbeitsengagement	Korrelationskoeffizient	-,441*	1,000
		Sig. (2-seitig)	,019	.
		N	28	28
*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).				

Abbildung 9: Korrelation Psychische Belastung durch Stress und Arbeitsengagement bei PA, eigene Darstellung

Korrelation: Psychische Belastung durch Stress und Arbeitsengagement bei DGKP				
			Häufigkeit von Stresssituationen	Arbeitsengagement
Spearman-Rho	Häufigkeit von Stresssituationen	Korrelationskoeffizient	1,000	-,257
		Sig. (2-seitig)	.	,178
		N	30	29
	Arbeitsengagement	Korrelationskoeffizient	-,257	1,000
		Sig. (2-seitig)	,178	.
		N	29	31

Abbildung 10: Korrelation Psychische Belastung durch Stress und Arbeitsengagement bei DGKP, eigene Darstellung

Die Hypothese 2BA lautet: “Psychische Belastungen durch Stress wirken sich negativ auf die Arbeitsfähigkeit aus“.

Zwischen psychischen Belastungen durch Stress und der Arbeitsfähigkeit besteht ein mäßiger, negativer Zusammenhang bei einem Korrelationskoeffizienten von -0,326. Dieser Zusammenhang kann, bei einem p-Wert von 0,010 als (noch) signifikant erachtet werden, siehe Abbildung 11.

Korrelation: Psychische Belastung durch Stress und Arbeitsfähigkeit				
			Psychische Belastungen durch Stress	Arbeitsfähigkeit
Spearman-Rho	Häufigkeit von Stresssituationen	Korrelationskoeffizient	1,000	-,326**
		Sig. (2-seitig)	.	,010
		N	62	62
	Arbeitsfähigkeit	Korrelationskoeffizient	-,326**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,010	.
		N	62	64

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Abbildung 11: Korrelation zwischen psychischen Belastungen und Arbeitsfähigkeit, eigene Darstellung

Die Hypothese 2BB lautet: “Dieser Zusammenhang ist bei PA stärker ausgeprägt als bei DGKP“.

Dieser mäßige, negative Zusammenhang ist bei PA mit einem Korrelationskoeffizienten von -0,372 (p- Wert =0,040) stärker ausgeprägt als bei DGKP, siehe Abbildung 12. Bei DGKP beträgt der Korrelationskoeffizient -0,242 (p-Wert= 0,198), siehe Abbildung 13. Allerdings lässt das Signifikanzniveau keine abschließende Bestätigung der Hypothese zu.

Korrelation: Psychische Belastungen durch Stress und Arbeitsfähigkeit bei PA				
			Psychische Belastungen durch Stress	Arbeitsfähigkeit
Spearman-Rho	Häufigkeit von Stresssituationen	Korrelationskoeffizient	1,000	-,372*
		Sig. (2-seitig)	.	,040
		N	31	31
	Arbeitsfähigkeit	Korrelationskoeffizient	-,372*	1,000
		Sig. (2-seitig)	,040	.
		N	31	31
*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).				

Abbildung 12: Korrelation Psychische Belastungen durch Stress und Arbeitsfähigkeit bei PA, eigene Darstellung

Korrelation: Psychische Belastungen durch Stress und Arbeitsfähigkeit bei DGKP				
			Häufigkeit von Stresssituationen	Arbeitsfähigkeit
Spearman-Rho	Häufigkeit von Stresssituationen	Korrelationskoeffizient	1,000	-,242
		Sig. (2-seitig)	.	,198
		N	30	30
	Arbeitsfähigkeit	Korrelationskoeffizient	-,242	1,000
		Sig. (2-seitig)	,198	.
		N	30	32

Abbildung 13: Korrelation Psychische Belastungen durch Stress und Arbeitsfähigkeit bei DGKP, eigene Darstellung

6.2.3 Zusammenhang zwischen physischen Arbeitsbedingungen und Arbeitssituation

Die Hypothese 3AA lautet: “Physische Belastungen wirken sich negativ auf das Arbeitsengagement aus“.

Zwischen physischen Belastungen und Arbeitsengagement besteht ein mäßiger, negativer Zusammenhang bei einem Korrelationskoeffizienten von $-0,209$. Dieser Zusammenhang wird bei einem p-Wert von $0,115$ als nicht signifikant erachtet, siehe Abbildung 14.

Korrelation: Physische Belastungen und Arbeitsengagement				
			Anstrengung durch Räumliche Gegebenheiten	Arbeitsengagement
Spearman-Rho	Anstrengung durch Räumliche Gegebenheiten	Korrelationskoeffizient	1,000	-,209
		Sig. (2-seitig)	.	,115
		N	62	58
	Arbeitsengagement	Korrelationskoeffizient	-,209	1,000
		Sig. (2-seitig)	,115	.
		N	58	60

Abbildung 14. Korrelation Physische Belastungen und Arbeitsengagement, eigene Darstellung

Die Hypothese 3AB lautet: “Dieser Zusammenhang ist bei PA stärker ausgeprägt als bei DGKP“.

Der mäßige, negative Zusammenhang ist bei PA mit einem Korrelationskoeffizienten von $-0,216$ (p- Wert = $0,271$) stärker ausgeprägt als bei DGKP, siehe Abbildung 15. Bei DGKP beträgt der Korrelationskoeffizient $-0,194$ (p-Wert= $0,313$), siehe Abbildung 16. Allerdings lässt das Signifikanzniveau keine abschließende Bestätigung der Hypothese zu.

Korrelation: Physische Belastungen und Arbeitsengagement bei PA				
			Anstrengung durch Räumliche Gegebenheiten	Arbeitsengagement
Spearman-Rho	Anstrengung durch Räumliche Gegebenheiten	Korrelationskoeffizient	1,000	-,216
		Sig. (2-seitig)	.	,271
		N	31	28
	Arbeitsengagement	Korrelationskoeffizient	-,216	1,000
		Sig. (2-seitig)	,271	.
		N	28	28

Abbildung 15: Korrelation Physische Belastungen und Arbeitsengagement bei PA, eigene Darstellung

Korrelation: Physische Belastungen und Arbeitsengagement bei DGKP				
			Anstrengung durch Räumliche Gegebenheiten	Arbeitsengagement
Spearman-Rho	Anstrengung durch Räumliche Gegebenheiten	Korrelationskoeffizient	1,000	-,194
		Sig. (2-seitig)	.	,313
		N	30	29
	Arbeitsengagement	Korrelationskoeffizient	-,194	1,000
		Sig. (2-seitig)	,313	.
		N	29	31

Abbildung 16: Korrelation Physische Belastungen und Arbeitsengagement bei DGKP, eigene Darstellung

Die Hypothese 3BA lautet: „Physische Belastungen wirken sich negativ auf die Arbeitsfähigkeit aus“.

Zwischen physischen Belastungen und Arbeitsfähigkeit besteht ein mäßiger, negativer Zusammenhang bei einem Korrelationskoeffizienten von -0,227. Dieser Zusammenhang wird bei einem p-Wert von 0,076 als (noch) signifikant erachtet, siehe Abbildung 17.

Korrelation: Physische Belastung und Arbeitsfähigkeit				
			Anstrengung durch Räumliche Gegebenheiten	Arbeitsfähigkeit
Spearman-Rho	Anstrengung durch Räumliche Gegebenheiten	Korrelationskoeffizient	1,000	-,227
		Sig. (2-seitig)	.	,076
		N	62	62
	Arbeitsfähigkeit	Korrelationskoeffizient	-,227	1,000
		Sig. (2-seitig)	,076	.
		N	62	64

Abbildung 17: Korrelation Physische Belastung und Arbeitsfähigkeit, eigene Darstellung

Die Hypothese 3BB lautet: „Dieser Zusammenhang ist bei PA stärker ausgeprägt als bei DGKP“.

Der mäßige, negative Zusammenhang ist bei PA mit einem Korrelationskoeffizienten von -0,377 (p- Wert =0,037) stärker ausgeprägt als bei DGKP, siehe Abbildung 18. Bei DGKP beträgt der Korrelationskoeffizient -0,082 (p-Wert= 0,667), siehe Abbildung 19. Allerdings lässt das Signifikanzniveau keine abschließende Bestätigung der Hypothese zu.

Korrelation: Physische Belastung und Arbeitsfähigkeit bei PA				
			Anstrengung durch Räumliche Gegebenheiten	Arbeitsfähigkeit
Spearman-Rho	Anstrengung durch Räumliche Gegebenheiten	Korrelationskoeffizient	1,000	-,377*
		Sig. (2-seitig)	.	,037
		N	31	31
	Arbeitsfähigkeit	Korrelationskoeffizient	-,377*	1,000
		Sig. (2-seitig)	,037	.
		N	31	31
*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).				

Abbildung 18: Korrelation Physische Belastung und Arbeitsfähigkeit bei PA, eigene Darstellung

Korrelation: Physische Belastung und Arbeitsfähigkeit bei DGKP				
			Anstrengung durch Räumliche Gegebenheiten	Arbeitsfähigkeit
Spearman-Rho	Anstrengung durch Räumliche Gegebenheiten	Korrelationskoeffizient	1,000	-,082
		Sig. (2-seitig)	.	,667
		N	30	30
	Arbeitsfähigkeit	Korrelationskoeffizient	-,082	1,000
		Sig. (2-seitig)	,667	.
		N	30	32

Abbildung 19: Korrelation Physische Belastung und Arbeitsfähigkeit bei DGKP, eigene Darstellung

6.2.4 Zusammenhang zwischen zur Verfügung gestellten Arbeitsmitteln und Arbeitssituation

Die Hypothese 4A lautet: „Die Bereitstellung eines Dienstautos wirkt sich positiv auf das Arbeitsengagement aus“.

Mit einem Ergebnis von 0,234 des Chi- Quadrat Tests, ist davon auszugehen, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Bereitstellung eines Dienstwagens und des Arbeitsengagements besteht, siehe Abbildung 20.

Chi-Quadrat-Tests			
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2,903 ^a	2	,234
Likelihood-Quotient	2,927	2	,231
Zusammenhang linear-mit-linear	2,097	1	,148
Anzahl der gültigen Fälle	59		
a. 1 Zellen (16,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 4,07.			

Abbildung 20: Chi-Quadrat Test für die Variablen Dienstwagen und Arbeitsengagement, eigene Darstellung

Die Hypothese 4B lautet: „Die Bereitstellung eines Diensttelefones wirkt sich positiv auf das Arbeitsengagement aus“.

Mit einem Ergebnis von 0,000 des Chi- Quadrat Tests ist davon auszugehen, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Bereitstellung eines Diensttelefones und des Arbeitsengagements besteht, siehe Abbildung 21.

Chi-Quadrat-Tests			
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	29,246 ^a	8	,000
Likelihood-Quotient	28,419	8	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	13,148	1	,000
Anzahl der gültigen Fälle	60		
a. 10 Zellen (66,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,17.			

Abbildung 21: Chi- Quadrat Test für die Variablen Diensttelefon und Arbeitsengagement, eigene Darstellung

6.2.5 Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und Arbeitssituation

Die Hypothese 5A lautet: „Längere Berufserfahrung wirkt sich negativ auf das Arbeitsengagement aus“.

Zwischen der Berufserfahrung und des Arbeitsengagements besteht kein signifikanter Zusammenhang. Der Korrelationskoeffizient beträgt -0,028. Der p-Wert beträgt 0,833, siehe Abbildung 22.

Korrelation: Berufserfahrung und Arbeitsengagement				
			Berufserfahrung in Jahren	Arbeitsengagement
Spearman-Rho	Berufserfahrung in Jahren	Korrelationskoeffizient	1,000	-,028
		Sig. (2-seitig)	.	,833
		N	63	59
	Arbeitsengagement	Korrelationskoeffizient	-,028	1,000
		Sig. (2-seitig)	,833	.
		N	63	59

		N	59	60
--	--	---	----	----

Abbildung 22: Korrelation Berufserfahrung und Arbeitsengagement, eigene Darstellung

Die Hypothese 5B lautet: „Längere Berufserfahrung wirkt sich negativ auf die Arbeitsfähigkeit aus“.

Zwischen der Berufserfahrung und der Arbeitsfähigkeit besteht ebenso kein signifikanter Zusammenhang. Der Korrelationskoeffizient beträgt 0,163. Der p-Wert beträgt 0,201, siehe Abbildung 23.

Korrelation: Berufserfahrung und Arbeitsfähigkeit				
			Berufserfahrung in Jahren	Arbeitsfähigkeit
Spearman-Rho	Berufserfahrung in Jahren	Korrelationskoeffizient	1,000	,163
		Sig. (2-seitig)	.	,201
		N	63	63
	Arbeitsfähigkeit	Korrelationskoeffizient	,163	1,000
		Sig. (2-seitig)	,201	.
		N	63	64

Abbildung 23: Korrelation Berufserfahrung und Arbeitsfähigkeit, eigene Darstellung

7 Diskussion und Schlussfolgerung

Die Auswertung der Befragung hat gezeigt, dass das Arbeitsengagement und die Arbeitsfähigkeit von DGKP und PA in den Bezirken Graz und Graz Umgebung von den Arbeitsbedingungen beeinflusst wird.

Der größte Zusammenhang besteht demnach zwischen dem Gehalt und dem Arbeitsengagement. Der deutliche Zusammenhang lässt darauf schließen, dass MitarbeiterInnen, welche ein größeres Gehalt beziehen, auch engagierter und zufriedener sind. Allerdings ist nicht davon auszugehen, dass Pflegepersonen ihren Beruf des Geldes wegen auszuüben. Dies hat auch die Literaturrecherche bestätigt. Vielmehr ist die innere Einstellung, jemanden helfen zu können die Intention hinter der Berufswahl.

Pflegepersonen scheinen durch Gehalt in ihrem Engagement beeinflusst zu sein. 1/3 der Personen gab auch an, dass sie bei besserem Gehalt ihre Arbeit besser machen würden. Diese Angabe könnte für die weitere Forschung von Wichtigkeit sein, da sich die Arbeitsweise von Pflegepersonen ebenso auf die Pflegequalität auswirken könnte. Inwiefern die Pflegequalität mit der Höhe des Gehaltes korreliert, könnte zur weiteren Forschung anregen. Die Korrelation von Pflegequalität und Gehaltszufriedenheit scheint zwar gering, jedoch könnte sich die Gehaltszufriedenheit tatsächlich auf die Pflegequalität, und des Weiteren auf die Zufriedenheit der Kunden/Kundinnen auswirken.

Einen mäßigen Zusammenhang stellt die Arbeitsfähigkeit mit der Gehaltszufriedenheit für die erbrachten Leistungen dar. Es ist also davon auszugehen, dass Pflegepersonen, welche der Meinung sind, dass sie für ihre Tätigkeit zu wenig bezahlt bekommen, trotzdem kaum in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinflusst werden.

Die psychischen Belastungen durch Stress wirken sich negativ auf das Arbeitsengagement aus. Vor allem PA scheinen gestresster zu sein als DGKP. Bei PA gibt es eine höhere Korrelation zwischen psychischen Belastungen und dem Engagement.

Ein ähnliches Ergebnis wird hinsichtlich der Korrelation zwischen Stressniveau und der

Arbeitsfähigkeit erzielt. PA weisen bei einem höheren Stressniveau eine geringere Arbeitsfähigkeit auf als DGKP.

Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass PA häufiger Klientenkontakt aufweisen als DGKP. Vor allem die Hilfe bei der Körperpflege wird hauptsächlich von PA durchgeführt. Durch diesen intimen Eingriff in die Privatsphäre der Klienten/Klientinnen sind PA häufiger mit psychischen und physischen Belastungen am Arbeitsplatz konfrontiert. Jedoch kann, durch die Ausführung dieser Tätigkeiten auch ein besonderer Bezug zwischen PA und Klienten/Klientinnen aufgebaut werden.

Die körperlichen Anstrengungen durch räumliche Gegebenheiten wirken sich, laut dieser Umfrage, eher bei PA als bei DGKP auf das Arbeitsengagement aus. Bei PA besteht ein schwacher, bei DGKP kein Zusammenhang zwischen den beiden Faktoren. Wie bereits im Tätigkeitsbereich von DGKP erläutert, haben DGKP die Aufsichtsfunktion sowie den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich von anderen Berufsgruppen über. Darauf lässt schließen, dass DGKP bei erhöhtem Stress trotzdem eine bessere Arbeitsfähigkeit aufweisen als PA.

Die zweithäufigste Ursache für die Konsumation eines Krankenstandes stellen, nach infektiösen oder parasitären Krankheiten, wie in Kapitel 4.6 erläutert, psychische Erkrankungen dar. Die Reduktion von Stress am Arbeitsplatz könnte also der Häufigkeit von Krankenständen entgegenwirken. Eine eventuelle Verminderung der Krankenstandstage durch infektiöse und parasitäre Krankheiten könnte somit durch eine Verbesserung der hygienischen Maßnahmen erreicht werden. Da jedoch jede Trägergemeinschaft für Hauskrankenpflege über eine Hygienefachkraft verfügt, ist davon auszugehen, dass Pflegekräfte nach den Hygienestandards arbeiten.

In Graz und Graz Umgebung werden Kunden/ Kundinnen sowohl mit Dienstautos, als auch mit privaten Fahrzeugen von Pflegepersonen aufgesucht. Die Korrelation zwischen der Mitarbeiterzufriedenheit und der Bereitstellung von Dienstautos hat gezeigt, dass sich die Art und Weise der Fahrzeuge nicht auf das Arbeitsengagement auswirkt. Je nachdem könnten sich MitarbeiterInnen, welche mit ihrem privaten Fahrzeug unterwegs sind, sicherer in ihrer Fahrweise fühlen als bei der Bereitstellung eines Dienstwagens.

Erfreulicherweise geben über 85% der Pflegepersonen an, dass ihre Arbeitsweise durch das

Diensttelefon erleichtert wird. Der dazugehörige Chi Quadrat Test mit einem hochsignifikanten Ergebnis zeigt, dass das Arbeitsengagement hoch ist, wenn das Diensttelefon als Erleichterung im Arbeitsalltag angesehen wird.

Bezüglich der Korrelation zwischen Arbeitsengagement und Alter zeigte die Befragung, dass es keine altersspezifischen Unterschiede gibt. Auch die Arbeitsfähigkeit scheint bei jüngeren Personen nicht besser zu sein als bei älteren Personen. Dies ist ein erfreuliches Ergebnis, denn in dieser Umfrage sind fast 50% der befragten Pflegepersonen bereits länger als 10 Jahre im Pflegeberuf tätig. Dies bestätigt einmal mehr, dass Pflegepersonen, trotz der langen Berufserfahrung, ihre Freude an der Arbeit mit Menschen nicht verlieren und trotz der teilweisen Unzufriedenheit mit dem Gehalt ihre Arbeit sehr gut ausführen.

***„Der Sinn optimaler Pflege besteht darin,
dass sich zu pflegende Personen gut aufgehoben fühlen,
und Pflegepersonen ebenso“ (eigenes Zitat)***

8 Literaturverzeichnis

Abbasi M., Zakerian A., Akbarzade A., Dinarvand N., Ghaljahi M., Poursadeghiqan M., Abrahimi M., (2017) Investigation of the Relationship between Work Ability and Work- related Quality of Life in Nurses. Iranian Journal of Public Health, 46(10): 1404–1412, Iran.

AKH Wien (2017) <https://www.akhwien.at/default.aspx?pid=793> letzter Zugriff am 25.08.2017.

Alcover C., Topa G. (2018) Work characteristics, motivational orientations, psychological work ability and job mobility intentions of older workers. PLoS ONE, 13(4):e0195973, Valencia.

Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2004) Förderungsrichtlinien (Qualitätskriterien) des Landes für mobile Pflege- und Betreuungsdienste in der Steiermark.

Andreae S., Hayek D., Weninger J. (2006) Gesundheits- und Krankheitslehre für die Altenpflege. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Arbeiterkammer Wien (2014) Pflege und Betreuung älterer Menschen in Österreich. Arbeiterkammer, Wien.

Arbeiterkammer Wien (2015) Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten. Arbeiterkammer, Wien.

Arbeitsmarktservice (2017) <https://www.karrierekompass.at/dossier/> letzter Zugriff am 09.11.2017

Arlinghaus A., Lombardi DA., Courtney TK., Christiani DC., Folkard S., Perry MJ (2012) The effect of rest breaks on time to injury – a study on work-related ladder-fall injuries in the United States. Scand J Work Environ Health, 38(6):560-567.

Berger G., Zimmer A. (2004) Alter(n)sgerechte Arbeitsplätze in der Altenpflege. Paritätische Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg, Stuttgart.

Blasinski R. (2009) Pflege zu Hause und im Heim. Rudolf Haufe Verlag, Freiburg i.Br.

Brunen M., Herold E. (2001) Ambulante Pflege. Schlütersche Verlag und Druckerei GmbH & Co. KG, Hannover.

Bogai D., Carstensen J., Seibert H., Wiethölter D., Hell S., Ludewig O. (2018) Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung, Nürnberg.

Budnik B. (2009) Pflegeplanung leicht gemacht. Urban & Fischer Verlag, München.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2010) Fels in der Brandung. Ältere Beschäftigte im Pflegeberuf. Dortmund.

Bundeskanzleramt (2017)
<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360511.html> letzter Zugriff am 7.11.2017.

Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (2017)
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20005362> letzter Zugriff am 16.11.2017.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2015) Österreichischer Pflegevorsorgebericht, Sozialministerium, Wien.

Bundesministerium für Gesundheit (2012) Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich. Bundesministerium für Gesundheit, Wien.

Caritas Österreich (2017) <https://www.caritas-rundumbetreut.at/fileadmin/storage/global/image/Inland/Seniorinnen/rundumbetreut/KundInnenmappe-Preisliste.pdf> letzter Zugriff am 16.11.2017.

Chaudhuri K., Reilly K., Spencer D. (2015) Job satisfaction, age and tenure: A generalized, dynamic random effects model. Economics Letters, 130, 13-16.

Christian M., Garza A., Slaughter J. (2011) Work Engagement: A quantitative Review and Test of its Relations with Task and contextual Performance. Personell Psychology, 64, 89-136.

Das Land Steiermark (2017) http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/dokumente/11684299_72773865/18cea71d/Normkosten%20der%20Mobilen%20Pfleger-%20und%20Betreuungsdienste_%C3%9Cberarbeitung20062011.pdf
letzter Zugriff am 17.11.2017.

Das Land Steiermark (2017) <http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/ziel/72773865/DE/> letzter Zugriff am 17.11.2017.

Das Land Steiermark (2018) <http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/ziel/72773865/DE/> letzter

Zugriff am 11.09.2018.

Dressler, S., Schmid T., Stross B. (2014) Arbeitsbedingungen in den Gesundheits- und Sozialberufen in der Steiermark, Wien.

Egger- Subotitsch, A., Jelenko M., Sturm R. (Hrsg.) (2009) Betriebliche Gesundheitsförderung in der mobilen und stationären Pflege. Communicatio Kommunikations- und PublikationsgmbH, Wien.

Ekert C., Ekert B. (2013) Psychologie für Pflegeberufe. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Ertl R., Kratzer U., Aistleithner R. (2011) Hauskrankenpflege. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.

Ertl R., Kratzer U, Leichsenring K. (2017) Hauskrankenpflege. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.

Fichtinger C., Rabl R. (2014) Arbeitsumfeld Hauskrankenpflege. Springer- Verlag, Wien.

Glaser J., Höge T. (2017) Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund.

Grabbe Y., Nolting H., Loos S., Krämer K. (2006) DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 Ambulante Pflege. DAK- Zentrale, Hamburg.

Gruber R. (2017) Gesundheits- und Krankenpflegegesetz(GuKG). Leykam Buchverlagsgesellschaft m.b.H. Nfg. & Co. KG, Graz.

Hauff S., Richter N. (2014) Job satisfaction in aging workforces: An analysis of the U.S., Japan, and Germany. The International Journal of Human Resource Management 26(6).

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2017) <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.750771&portal:componentId=gtn224926dc-e5db-464d-8086-e4640eff5028&viewmode=content>, letzter Zugriff am 19.10.2017.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2012) <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.564266&version=1391184549>, letzter Zugriff am 19.10.2017.

- Heinicke K., Hölken L., Schmidt W., (2006) Prävention psychischer und physischer Fehlbelastungen in der ambulanten Pflege. Sächsisches Staatsministerium für Wirtschaft und Arbeit, Dresden.
- Hellmann S., Trumpke N. (2013) Die tagesstrukturierte Pflegeplanung. Schlütersche Verlag, 4., aktualisierte Auflage, Hannover.
- Hofmarcher M. (2013) Das Österreichische Gesundheitssystem. Medizinisch wissenschaftlicher Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin.
- Ilmarinen J., Tempel J. (2002) Arbeitsfähigkeit 2010: was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? VSA- Verlag, Hamburg.
- Ilmarinen J. (2000) Die Arbeitsfähigkeit kann mit dem Alter steigen. In Rothkirch, C.v. (2000) Altern und Arbeit: Herausforderung für Wirtschaft und Gesellschaft. Berlin.
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit, <https://www.iab-forum.de/entgelte-von-pflegekraeften-weiterhin-grosse-unterschiede-zwischen-berufen-und-regionen/> letzter Zugriff am 22.05.2018.
- Kemetmüller E., Fürstler G. (2013) Berufsethik, Berufsgeschichte und Berufskunde für Pflegeberufe. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.
- Kistner W. (2002) Der Pflegeprozess in der Psychiatrie. Urban & Fischer Verlag, München.
- Kolling H.(Hrsg.) (2011) Biographisches Lexikon zur Pflegegeschichte. hspmedia Verlag, Hungen.
- Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der Pflege (2017) Auswertung der von den diplomierten Gesundheits-/ Krankenpflegepersonen durchgeführten Hausbesuche im Zeitraum von Jänner bis Juni 2017.
- Korecic J. (2012) Pflegestandards Altenpflege. Springer- Verlag, Berlin Heidelberg.
- Krajic K., Nowak P. (2005) Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, Wien.
- Langhoff T. (2009) Den demographischen Wandel im Unternehmen erfolgreich gestalten. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.

- Lauber A., Schmalstieg P. (2007) Prävention und Rehabilitation. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
- Leichsenring K., Schulmann K., Gasior K. (2015) Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten. Arbeiterkammer, Wien.
- Leuenberger B. (2012) Menschen in Pflege- und Betreuungsberufen sind stark burnout-gefährdet, Verbraucht und ausgelaugt. Curaviva 5,12, S.8-13.
- Lutz T. (2014) Personalmangel in der Pflege. Diplomica Verlag GmbH, Hamburg.
- Matolycz E. (2016) Pflege von alten Menschen. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.
- Menche N., Lektorat Pflege. (2011) Pflege heute. Urban & Fischer Verlag, München.
- Menker K., Waterboer C. (2006) Pflegetheorie und Praxis. Urban & Fischer Verlag, München.
- Moyle W., Skinner J., Rowe G., Gork C., (2003) Views of job satisfaction and dissatisfaction in Australian long-term care. Journal of Clinical Nursing, 12, 168-176.
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreich
- <https://www.gesundheit.gv.at/leben/burnout/gesundengagementberuf> letzter Zugriff am 03.06.2018.
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreich (2017)
- <https://www.gesundheit.gv.at/leben/altern/wohnen-im-alter/tageszentren> letzter Zugriff am 03.09.2017.
- Österreichisches Hilfswerk (2017)
- https://www.hilfswerk.at/fileadmin/storage/global/Dokumente/Downloads/24_Stunden_Betreuung/24h-Betreuung-Preise-F%C3%B6rderungen-2017.pdf letzter Zugriff am 16.11.2017.
- Pflege. (2015) I care. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
- Roeder N., Hensen P. (2009) Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln.
- Rohwer A. (2008) Bismarck versus Beveridge: Ein Vergleich von Sozialversicherungssystemen in Europa. 61. Jahrgang, ifo Schnelldienst.

Schaufeli W., Bakker A. (2003) UWES Utrecht Work Engagement Scale Preliminary Manual. Occupational Health Psychology Unit, Utrecht.

Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK – ASI (2017)

<https://www.sbk.ch/pflegethemen.html> letzter Zugriff am 30.11.2017

Seidler E., Leven K. (2003) Geschichte der Medizin und der Krankenpflege. W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

Simsa R. (2004) Arbeitszufriedenheit und Motivation in mobilen Sozialen Diensten sowie Alten- und Pflegeheimen. WISO 27, Jg. 2004, Nr.2.

Statistik Austria. (2016) Bevölkerungspyramide 2015, 2030 und 2060.

Statistik Austria. (2017) Statistik des Bevölkerungsstandes.

Statistik Austria. (2017) Überblick – Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (SHA) 1990 – 2015, in Mio. Euro.

Tigges W., Diewald G., Strebenitzer G. (2010) Pflege wohin? Books on Demand GmbH, Norderstedt.

Velladics K. (2003) Generationenvertrag und demographischer Wandel. Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden.

Vitt G. (2002) Pflegequalität ist messbar. Schlütersche GmbH & Co., Hannover.

Wies S., Warmbrunn A. (2003) Pschyrembel Wörterbuch Pflege. Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, Berlin.

Wirtschaftskammer Wien (2017) https://www.wko.at/branchen/w/gewerbe-handwerk/personenberatung-betreuung/personenbetreuung/Voraussetzungen_fuer_die_Arbeit_als_Personenbetreuer.html

letzter Zugriff am 09.11.2017.