



Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement

WER WILL HEUTE NOCH ALTENPFLEGER WERDEN?

ARBEITSBELASTUNGEN IN DER ALTENPFLEGE

M a s t e r a r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (M.Sc.)

Vorgelegt von: Maria Doeblen

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2017-0011-4

Betreuer: Prof. Dr. rer. biol. hum. Hans-Joachim Goetze

Zweitbetreuer: Friedrich Eydam

Tag der Einreichung: 29.05.2018

Abstract

Die vorliegende Masterarbeit gibt einen Überblick über die Belastungen im Altenpflegeberuf und deren Auswirkungen auf die Pflegekräfte. Zunächst geht es um die Arbeitsbelastungen im Allgemeinen und dann konkret um die ambulante und stationäre Altenpflege. Für eine empirische Erhebung wurden 87 Altenpfleger im ambulanten und stationären Bereich hinsichtlich ihrer Einschätzung zur eigenen Arbeitsfähigkeit befragt. Dies geschah auf Grundlage des Work Ability Indexes. Nachdem die Ergebnisse ermittelt wurden, konnten Interventionsmaßnahmen für die Altenpflegebereiche entwickelt werden. Die Ergebnisse dieser Befragung bestätigen die vermuteten Hypothesen. Die erste lautet: „Es gibt Unterschiede in der Belastungshöhe bei Pflegekräften aus dem ambulanten und dem stationären Bereich.“ Die zweite Hypothese: „Es gibt Unterschiede hinsichtlich der Belastungshöhe zwischen männlichen und weiblichen Altenpflegern“ konnte leider nur im stationären Bereich überprüft und bestätigt werden. Der Autor erhofft sich von dieser Untersuchung einen interdisziplinären Erkenntnisgewinn.

Abstract

This master thesis gives an overview of the burdens in the care of the elderly and their effects on the nursing staff. First, it is about the workload in general and then specifically about the outpatient and inpatient care of the elderly. For an empirical survey, 87 geriatric nurses in the outpatient and inpatient area were interviewed regarding their assessment of their own ability to work. This was done on the basis of the Work Ability Index. After the results were determined intervention measures could be developed for the geriatric nursing areas. The results of this survey confirm with the suspected hypotheses. The first one is: "There are differences in the level of burden among nurses from the outpatient and inpatient areas." Unfortunately, the second hypothesis "There are differences in the level of burdens between male and female geriatric nurses" could only be checked and confirmed in the inpatient area. The author hopes to gain an interdisciplinary knowledge from this investigation.

Inhaltsverzeichnis

1. Hinführung zum Thema.....	5
2. Situation in Deutschland.....	8
2.1 Demografischer Wandel in Deutschland.....	8
2.2 Konsequenzen für die Altenpflege.....	10
3. Aufgaben der Altenpflege.....	11
4. Arbeitsbelastungen.....	15
4.1 Belastungs-Modelle.....	15
4.2 Arbeitsbelastungen in der Altenpflege.....	20
5. Untersuchungsmethode.....	22
6. Methodik.....	24
6.1 Forschungsfrage.....	24
6.2 Untersuchungsmethode.....	26
6.3 Aufbau des Fragebogens.....	26
6.4 Durchführung der Untersuchung.....	27
6.5 Datenauswertung.....	29
7. Ergebnisse.....	29
8. Diskussion.....	45
8.1 Bewertung der Ergebnisse – Hypothesen.....	45
8.2 Arbeitsfähigkeit in der Altenpflege verbessern.....	47
9. Schlussbetrachtungen.....	50
Literaturverzeichnis	52
Anhang.....	54
Eidesstattliche Erklärung.....	58

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerungspyramide des statistischen Bundesamtes.....	9
Abbildung 2: Anstieg der ambulanten Pflegedienste.....	11
Abbildung 3: Anstieg der Pflegeheime.....	11
Abbildung 4: Mechanisches Modell der Belastung und Beanspruchung nach REFA....	16
Abbildung 5: Anforderungs-Kontroll-Modell nach Karasek, 1979.....	17
Abbildung 6: Modell der beruflichen Gratifikationskrise nach Siegrist, 1996.....	18
Abbildung 7: Das Haus der Arbeitsfähigkeit nach Hasselhorn & Freude, 2007.....	23
Abbildung 8: Einschätzung, Arbeitsfähigkeit.....	31
Abbildung 9: Vom Arzt diagnostizierte Krankheiten.....	33
Abbildung 10: Verteilung der diagnostizierten Krankheiten - stationäre Pflege.....	34
Abbildung 11: Verteilung der diagnostizierten Krankheiten - ambulante Pflege.....	35
Abbildung 12: Krankentage nach Einrichtungen.....	37
Abbildung 13: Berufsausübung nach 2 Jahren - ambulante Pflege.....	38
Abbildung 14: Berufsausübung in 2 Jahren - stationäre Pflege.....	38
Abbildung 15: Erledigen der Aufgaben mit Freude - stationäre Pflege.....	40
Abbildung 16: Häufigkeit aktiv und rege zu sein - stationäre Pflege.....	41
Abbildung 17: Häufigkeit zuversichtlich an die Zukunft zu denken - stationäre Pflege.	42
Abbildung 18: Arbeitsfähigkeit nach WAI allgemein.....	43
Abbildung 19: Arbeitsfähigkeit nach WAI - stationäre Pflege.....	44

*„Das Greisenalter, das alle zu erreichen wünschen,
klagen alle an, wenn sie es erreicht haben.“*

Marcus Tullius Cicero (106-43 v. Chr.)

1. Hinführung zum Thema

Alter geht uns alle an!

Anhand der demografischen Entwicklung in unserem Land wird deutlich, dass der Bereich der Altenpflege in Zukunft noch weit mehr Belastungen stand halten muss. Eine immer größer werdende Anzahl alter Menschen trifft auf immer weniger nachkommende junge Menschen. Mit den Alten steigt auch die Nachfrage nach pflegerischer Unterstützung und Versorgung. Das heißt, sowohl der ambulante als auch der stationäre Bereich der Altenpflege muss sich in den kommenden Jahren dieser Herausforderung annehmen.

Gleichzeitig bedeutet dies, dass der Mehraufwand in der Pflege von immer weniger werdenden Pflegekräften abgedeckt werden muss. In den vergangenen Jahren zeichnete sich bereits der schwierige Zustand in Pflegeeinrichtungen ab. Der Konkurrenzkampf der Einrichtungen erfolgt selten über den Preis, sondern vielmehr über Qualität und Extraleistungen. Dadurch wächst jedoch die Beanspruchung der Pflegekräfte. Sie leisten bei gleichbleibenden Personalschlüssel mehr Arbeit um die gestiegene Klientenzahl zu versorgen.

Diese Arbeitsweise, mit ständigem Zeitdruck und die anhaltende körperliche Belastung durch die steigende Klientenzahl, führt zu einer starken subjektiven Belastung der einzelnen Pflegekraft. Längerfristig betrachtet, wirkt sich diese Belastung auf die Gesundheit der Pflegenden aus. Ein weiterer belastender Faktor ist die ordnungsgemäße Dokumentation, die das Pflegepersonal, neben der eigentlichen Pflege, zu bewältigen hat.

Die subjektiven Belastungen zeigen sich in der Pflege vor allem anhand der hohen Fehlzeiten ebenso wie der steigenden Fluktuation. Dies wiederum muss von den verbleibenden Pflegekräften kompensiert werden und ruft zusätzliche Belastungen bei diesen hervor. Die Folge ist häufig ein Teufelskreis aus

Überbelastungen der Mitarbeiter.

Umso wichtiger ist es, dass der Bereich der Pflege Wege findet, den Arbeitnehmern zu ermöglichen, den Arbeitsalltag bei bester geistiger und körperlicher Gesundheit zu bewältigen. Denn auch die Pflegenden werden immer älter und sollten lange Zeit motiviert und für die Unternehmen wirtschaftlich arbeiten können.

Das Ziel dieser Masterarbeit ist es, die physischen und psychischen Belastungen der Altenpflege aufzuzeigen.

Die Forschungsfrage lautet demnach:

„In welcher Höhe werden Altenpflegekräfte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durch psychische und physische Belastungen im Arbeitsalltag beeinflusst?“

Dazu wurden außerdem die folgenden zwei Hypothesen aufgestellt.

1. Es gibt Unterschiede in der Belastungshöhe bei ambulanten und stationären Altenpflegekräften.
2. Die Belastungshöhe unterscheidet sich in Bezug auf männliche und weibliche Pflegekräfte.

In der Arbeit wurde zunächst ein Überblick über die momentane Situation in Deutschland abgebildet um ein allgemeines Verständnis für Arbeitsbelastungen zu entwickeln. Dazu wurde zunächst der demografische Wandel betrachtet und anschließend seine möglichen Auswirkungen dargestellt. Daraufhin werden die jeweiligen Tätigkeitsbereiche der ambulanten und stationären Pflege vorgestellt und die möglichen Belastungsfelder aufgezeigt. Anschließend wird auf allgemeine Arbeitsbelastungen und verschiedene Belastungs-Beanspruchungs-Modelle eingegangen.

Bevor nun der methodische Teil der Arbeit beginnt werden noch verschiedene Untersuchungsmethoden vorgestellt und konkret auf den Work Ability Index (WAI) eingegangen, da dieser für die Datenerhebung eingesetzt wird.

Im Anschluss werden die Daten mit Hilfe des WAI Fragebogens ermittelt und die Ergebnisse dargestellt und in Hinblick auf die aufgestellten Hypothesen bewertet.

Nun werden Möglichkeiten vorgestellt, die die hohen Belastungen der Pflegenden reduzieren und somit ihre Arbeitsfähigkeit verbessern können.

Zum Schluss folgt eine kurze Zusammenfassung und ein ein Fazit wird gezogen.

2. Situation in Deutschland

Aufgrund des medizinischen Fortschritts werden die Menschen im Allgemeinen immer älter. Damit einhergehend gibt es aber auch vermehrt altersbedingte Krankheiten und mehr alte Menschen, die durch entsprechendes Pflegepersonal bewältigt werden müssen.

Schon seit einigen Jahren ist der wachsende Bedarf an Pflegeeinrichtungen und natürlich an Pflegepersonal deutlich wahrzunehmen. Dies ist zum Einen eine Folge der immer älter werdenden Bevölkerung als auch der steigenden Anzahl alter Menschen.

2.1 Demografischer Wandel in Deutschland

Als demografischer Wandel wird die Bevölkerungsentwicklung im Hinblick auf die Altersstruktur, die Entwicklung der Geburtenrate und Sterbefälle, die Anteile von Inländern, Ausländern und Eingebürgerten sowie Zuzüge und Fortzüge bezeichnet. Einerseits zeigt die Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Bundesamtes, dass sich die Einwohnerzahl bis zum Jahr 2060 von 82,2 Mio. Einwohner Ende 2015, auf nur noch 76,5 Mio. verringert. Andererseits steigt im gleichen Zuge der Anteil alter Menschen.¹

In Deutschland spricht man inzwischen auch vom demografischen Altern. Die Bevölkerung weist eine immer höher werdende Anzahl an Alten auf und es kommen im Gegenzug weniger junge Menschen nach.

Seit Anfang der 1970er Jahre ist die Geburtenrate in Deutschland niedriger als die Sterberate. Ohne Zuwanderung würde die Bevölkerungszahl sinken. Hinzu kommt, dass die Bevölkerung eine stetig höher werdende Lebenserwartung aufweist. Dies gegenüber der sinkenden Geburtenrate führt zu einem größeren Anteil alter Menschen im Vergleich zum Anteil jüngerer Menschen in Deutschland.

Bevölkerungspyramide des statistischen Bundesamtes für 2015

(1) Vgl. www.foerderland.de/mittelstand/demographischer-wandel/

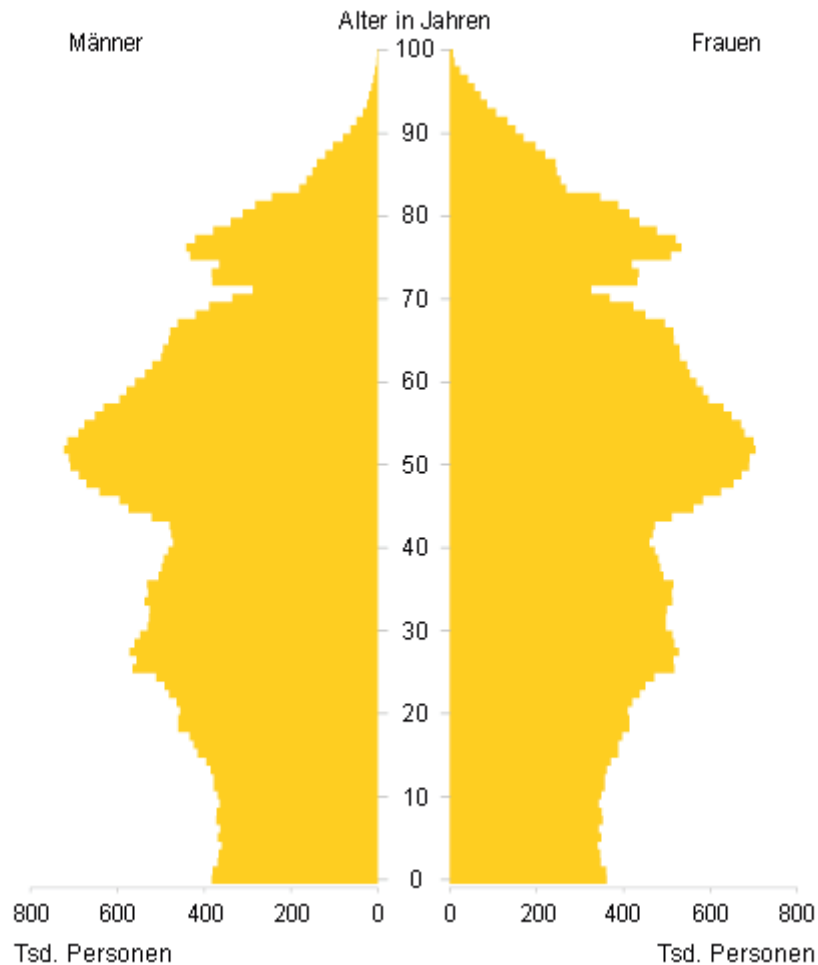


Abbildung 1: Bevölkerungspyramide des statistischen Bundesamtes

Die Bevölkerungspyramide zeigt die Verteilung der Altersgruppen in der Gesamtbevölkerung. Sie weist verschiedene Ein- und Ausbuchtungen auf. Diese lassen sich auf gewisse Ereignisse in der Geschichte zurückführen.

An der Spitze fällt auf, dass der Anteil an Frauen im hohen Alter deutlich größer ist. Gründe für diese Entwicklung sind zum Einen die höhere Lebenserwartung der Frauen gegenüber den Männern. Zum Anderen wird dieser Effekt durch die im Zweiten Weltkrieg gefallenen Männer verstärkt, die in diese Altersgruppe gehört hätten. Der Zweite Weltkrieg brachte auch eine weitere Einbuchtung auf der Pyramide hervor. Es kam während der Kriegsjahre zu einem starken Geburtenrückgang. Danach erholte sich die Geburtenrate und die Menschen, die heute um die 50 Jahre alt sind werden als Babyboomer bezeichnet. Diese sind Ende der 1950er und in den 60er Jahren geboren. Ab 1965 ging die Geburtenrate wieder zurück, daher werden die Jahrgänge ab 50 Jahre wieder

kleiner.

Dass die Anzahl der heute Mitte 20 bis Mitte 30 Jährigen wieder relativ hoch ist liegt einerseits daran, dass die Babyboomer in den 1980er Jahren ihre Kinder bekamen. Obwohl die Fertilitätsrate pro Frau weiterhin niedrig blieb, gab es also wieder geringfügig mehr Geburten als zuvor. Aber auch familienpolitische Maßnahmen in der DDR in der 1970er Jahren wirkten sich positiv aus.

Die jüngeren Jahrgänge zeigen hingegen wieder eine geringere Geburtenrate. Im untersten Bereich wiederum ist schon ein Anstieg zu verzeichnen, der darauf zurückzuführen ist, dass die Kinder der Babyboomer jetzt selbst im Alter ihrer höchsten Fertilität sind. Dies wird in einigen Jahren eine neue Ausbuchtung in der Bevölkerungspyramide ergeben.²

Laut statistischem Bundesamt lag die Gesamtbevölkerung Deutschlands zum 15.12.2015 bei 82,2 Mio. Einwohnern. Der Anteil der unter 20 Jährigen lag bei 18,2 %. Dem gegenüber stehen die 80 Jährigen und Ältere Menschen mit 5,8%.³

Die Bevölkerungsvorausberechnung ergab hingegen für 2060 bei einer Gesamtbevölkerung von 76,5 Mio. einen Anteil der unter 20 Jährigen mit 17,3% und für die 80 Jährigen und Ältere 11,7%.⁴ Der Anteil der über 80 Jährigen wird sich also bis 2060 voraussichtlich verdoppeln.

2.2 Konsequenzen für die Altenpflege

In Zukunft leben immer weniger Menschen in Deutschland und diese werden im Durchschnitt immer Älter.

Für ende 2015 meldete das statistische Bundesamt 2,86 Millionen pflegebedürftige Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). 83% dieser Menschen waren 65 Jahre und älter.⁵

Wie bereits erwähnt, wird es nicht nur mehr alte Menschen geben, die Unterstützung oder Pflege bedürfen. Ein zusätzlicher Faktor ist, dass weniger

(2) Vgl. www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Bevoelkerung_Alterstruktur.html

(3) Vgl. www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen_/lrbev01.html

(4) Aus www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/2015_2A_AltergruppenBis2060_.html

(5) Vgl. www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_017_224.html

junge Fachkräfte nachrücken und somit die Pflegenden selbst auch durchschnittlich immer älter werden.

Diese gegenläufigen Trends können in Zukunft einerseits zu Engpässen führen und andererseits eine mangelnde Qualität der Pflege hervorrufen. Zum Einen gilt also, die vorhandenen Pflegekräfte bei ihrer Arbeit motiviert und gesund zu halten. Weiterhin muss zum Anderen auch die Attraktivität des Pflegeberufes erhöht werden, um mehr junge Leute für diesen Berufsweg zu gewinnen.

3. Aufgaben der Altenpflege

Der folgende Absatz soll die jeweiligen Alltagsaufgaben der Pflegekräfte in ambulanten sowie stationären Pflegeeinrichtungen darstellen um die Belastungsschwerpunkte zu verdeutlichen.

Das statistische Bundesamt meldete, wie in der nachstehenden Tabelle aufgeführt, 13.323 zugelassene ambulante Pflegedienste im Jahr 2015. In diesen Pflegediensten waren 355.613 Beschäftigte tätig.

In der folgenden Tabelle wird die steigende Anzahl ambulanter Pflegedienste und der von ihnen betreuten Pflegebedürftigen in den letzten Jahren dargestellt:

	Jahr				
	2007	2009	2011	2013	2015
Ambulante Pflegedienste	11.529	12.026	12.349	12.745	13.323
Betreute Pflegebedürftige	504.232	555.197	576.264	615.846	692.273

Abbildung 2: Anstieg der ambulanten Pflegedienste

Zum Vergleich folgt nun eine Tabelle zur Anzahl der Pflegeheime und den darin versorgten Pflegebedürftigen der letzten Jahre:

	Jahr				
	2007	2009	2011	2013	2015
Stationäre Pflegeeinrichtungen	11.029	11.634	12.354	13.030	13.596
Betreute Pflegebedürftige	709.311	748.889	786.920	821.647	857.302

Abbildung 3: Anstieg der Pflegeheime

Die Tabellen zeigen den deutlichen Anstieg der Pflegebedürftigen Menschen und der beiden Pflegearrangements. Die Anzahl der Pflegebedürftigen, die ambulant versorgt werden stieg von 2007 bis 2015 um 37% an. In den stationären Einrichtungen ist in dieser Zeitspanne ein Anstieg von 23% zu verzeichnen.

Diese Menschen zu unterstützen und zu versorgen ist die Aufgabe der Pflegekräfte. Welche Tätigkeiten dabei genau in ihrem Aufgabenbereich liegen erläutert der nachfolgende Abschnitt.

Die „Aktivitäten und existenziellen Erfahrung des Lebens“ (AEDLs) von Monika Krohwinkel dienen als Grundlage für die Aufgaben der Pflegekräfte. Diese wurden aus den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs) von Liliane Juchli abgeleitet und erweitert.

Im Folgenden werden zunächst die gesetzlichen Grundlagen der ambulanten Pflege dargestellt werden:

„Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) im Sinne dieses Buches sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 versorgen“.⁶

Dies ist die Definition der ambulanten Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI § 71. Von diesem Gesetz leiten sich einige der Versorgungsleistungen, die die ambulanten Dienste mit den Kassen abrechnen dürfen, ab.

Im SGB XI gliedern sich die Sachleistungen, die von den Kassen übernommen werden, in Grundpflege und hauswirtschaftliche Betreuung.

Daraus ergeben sich die folgenden Bereiche:

- Körperpflege: Zu diesem Bereich gehören das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung.
- Ernährung: Dazu gehört das mundgerechte Vorbereiten oder die Aufnahme der Nahrung je nach Bedarf des Pflegefalls. Allerdings gehört

(6) Sozialgesetzbuch, SGB XI § 71, Beck (2018), 47. Auflage

das Zubereiten der Mahlzeiten nicht zu diesem Aufgabenbereich.

- **Mobilität:** Unter diesen Begriff fällt zum Beispiel das Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen und weitere Hilfe bei den alltäglichen Bewegungen.
- **Hauswirtschaftliche Versorgung:** In diesen Bereich fallen das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen sowie das Wechseln und Waschen der Kleidung

Diese Leistungen können auch in speziellen Wohngruppen, die mit einer ambulanten Pflegeeinrichtung zusammen arbeiten, erbracht werden.⁷ Weiterhin dürfen Versorgungsleistungen nach SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) abgerechnet werden. SGB V § 37 definiert die häusliche Krankenpflege folgendermaßen: „Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, (...) neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird.“⁸ Anhand dieser Definition wird deutlich, dass aus der Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung noch ein Mindestmaß an Selbstständigkeit geboten sein sollte. Dies ist einer der Unterschiede zwischen der ambulanten und der stationären Krankenpflege.

Weiterhin kommt also für ambulante Pflegekräfte auch die Behandlungspflege nach SGB V § 37 hinzu. Diese umfasst folgende Leistungen:

- Blutdruck und Blutzuckermessung
- Vorbereiten und Verabreichen ärztlich verordneter Medikamente
- Absaugen der oberen Luftwege
- Bedienung und Überwachung von Beatmungsgeräten
- Anlegen und wechseln von Wundverbänden
- Verabreichung und Hilfe bei Inhalationen

(7) Sozialgesetzbuch, SGB XI § 71 Abs.4

(8) Sozialgesetzbuch, SGB V § 37

- Verabreichung von intravenösen (i.v.), intramuskulären (i.m.), oder subkutanen (s.c.) Injektionen
- Dekubitus Behandlung
- Blasenspülung
- Einlauf / Klistier / Klyisma / digitale Enddarmausräumung
- Infusionen, (intravenös)
- Flüssigkeitsbilanzierung

Wichtige Merkmale der häuslichen Pflege sind zum Einen die Stabilisierung und zum Anderen die Unterstützung der häuslichen Pflegearrangements, die mit einer Verhinderung der Institutionalisierung der Pflegebedürftigen einhergehen. Das heißt, dass durch die ambulante Pflege die stationäre Pflege (Pflegeheim) vermieden werden soll.

Die stationäre Pflege unterscheidet sich im eigentlichen nur vom Ort der Behandlung.

Das Sozialgesetzbuch definiert die Stationären Pflegeeinrichtungen folgendermaßen:

„Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige:

1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden,
2. ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können.⁹“

In der stationären Altenpflege liegt ein Großteil der Tätigkeit bei der zuvor genannten und erklärten Grundpflege. Doch auch die Behandlungspflege rückt auf Grund von komplexer werdenden Krankheitsbildern der Pflegebedürftigen Menschen immer mehr in das Aufgabenfeld.

In beiden Bereichen, also sowohl bei der ambulanten als auch der stationären Altenpflege, ist der soziale Aspekt ein wichtiger.

(9) Vgl. Sozialgesetzbuch SGB XI § 37

Ambulante Pflegekräfte stehen im ständigen Austausch mit Angehörigen, Ärzten aber auch Sanitätshäusern, um den Klienten bestmöglich zu versorgen und gegebenenfalls neue (Pflege-) Hilfsmittel zu erhalten. Gegenüber den Angehörigen nehmen ambulante Pfleger häufig auch eine beratende oder schulende Position ein.

4. Arbeitsbelastungen

Die hohen Belastungen im Pflegeberuf sind schon lange Thema und auch mitverantwortlich für die aktuelle Situation des Pflegenotstandes in Deutschland. Zur Entstehung von Stress am Arbeitsplatz gibt es in der Wissenschaft verschiedene Modelle.

4.1 Belastungs-Modelle

Als Erstes zu nennen ist das Belastungs-Beanspruchungs-Modell nach Rohmert und Rutenfranz von 1975. Es ist ein weit verbreitetes Konzept in der deutschen Arbeitswelt und fand Eingang die Norm DIN EN ISO 10075 - Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastungen. Diese Norm erklärt die beiden Begriffe Belastung und Beanspruchung. Dabei wird die psychische Belastung nicht wie umgangssprachlich üblich als negativ gewertet, sondern ist wertneutral. Belastung ist die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen einwirken. Die psychische Beanspruchung bezeichnet im Gegensatz die unmittelbare Auswirkung der Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, ebenso wie die individuellen Bewältigungsstrategien. Auf Stress wird in diesem Modell nicht direkt eingegangen, sondern es ist als eine der möglichen Folgen der kurzfristigen Beanspruchung dargestellt.

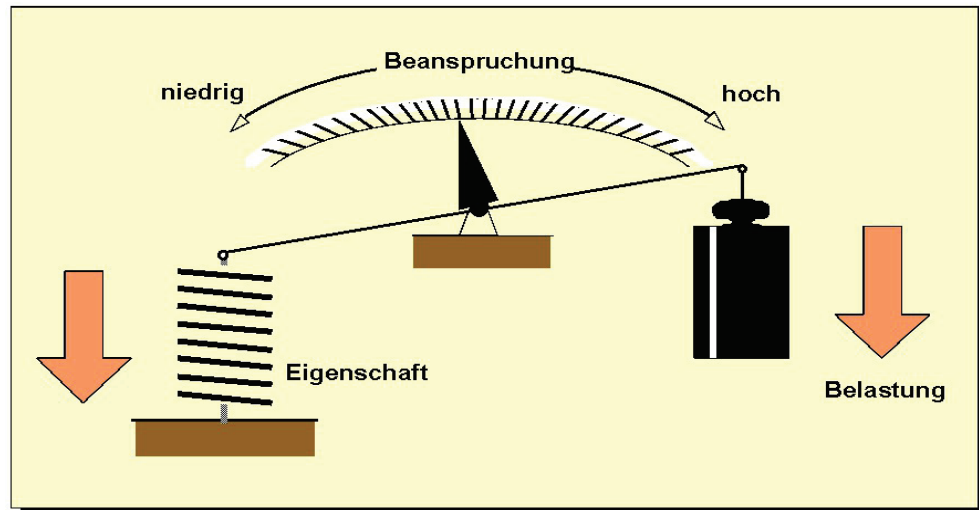


Abbildung 4: Mechanisches Modell der Belastung und Beanspruchung nach REFA

Die Abbildung beschreibt noch einmal, wie die Belastung auf den Arbeitenden wirkt. Neben der Höhe und Dauer der einwirkenden Belastung werden auch die individuellen Fähigkeiten und körperlichen Eigenschaften berücksichtigt.

Nach diesem Modell kann die Beanspruchung, als die kurzfristige Wirkung von Belastungen, positive oder negative Auswirkungen haben. Im positiven Sinn erzielt die Beanspruchung einen anregenden, aufwärmenden oder auch trainierenden Effekt, wodurch auf längere Sicht Wohlbefinden, die Entwicklung der Kräfte und Fähigkeiten und auch die Gesunderhaltung des Menschen bestärkt wird. Negative Auswirkungen wären hingegen ermüdende oder verschleißende Effekte. Diese verursachen längerfristig eine Störung des inneren Gleichgewichts, Leistungsminderung, Gesundheitsbeschwerden oder Erkrankungen.¹⁰

Nachteilig an diesem Modell ist jedoch, dass es weder Wechselwirkungen noch zeitliche Veränderungen berücksichtigt.

Das Anforderungs-Kontroll-Modell (Job-Demand-Control-Model) von Karasek von 1979, das vor allem im angloamerikanischen Raum verbreitet ist, erklärt sich in einer Vierfeldertafel.

(10) Vgl. Lohmann-Haislah, A., Stressreport Deutschland 2012, Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, 2012, S. 14.

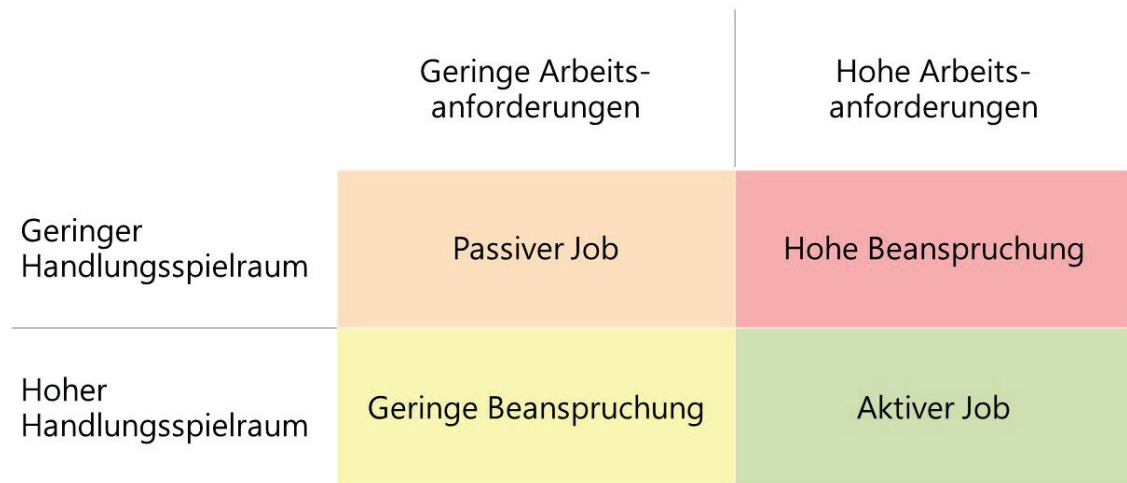


Abbildung 5: Anforderungs-Kontroll-Modell nach Karasek, 1979

Diese zeigt die vier möglichen „Jobformen“, die aus den zwei Faktoren Anforderungen und Kontrolle (in der Abbildung als Handlungsspielraum bezeichnet), und den jeweiligen Ausprägungen hoch und niedrig, entstehen können. Arbeitsplätze mit hohen Anforderungen aber geringer Kontrolle bzw. geringem Handlungsspielraum bewirken beim Arbeitenden eine hohe Beanspruchung bzw. ein hohes Stresslevel. Andersherum, also bei einem hohen Handlungsspielraum und geringen Anforderungen ist die Beanspruchung gering und somit auch der Stress des Arbeitenden. Nach Karasek soll der Handlungsspielraum als Ressource bei hohen Anforderungen dienen.¹¹

Das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen (Effort-Reward-Imbalance-Model) von Siegrist aus dem Jahr 1996 geht davon aus, dass Stress aus einem Ungleichgewicht von Leistung und Belohnung entsteht. Demnach können Personen, die sich im Job stark verausgaben aber dafür nur wenig Gehalt oder auch Anerkennung bekommen, in eine Gratifikationskrise geraten. Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht das Modell.

(11) Vgl. Lohmann-Haislah, A., Stressreport Deutschland 2012, S. 14 f.

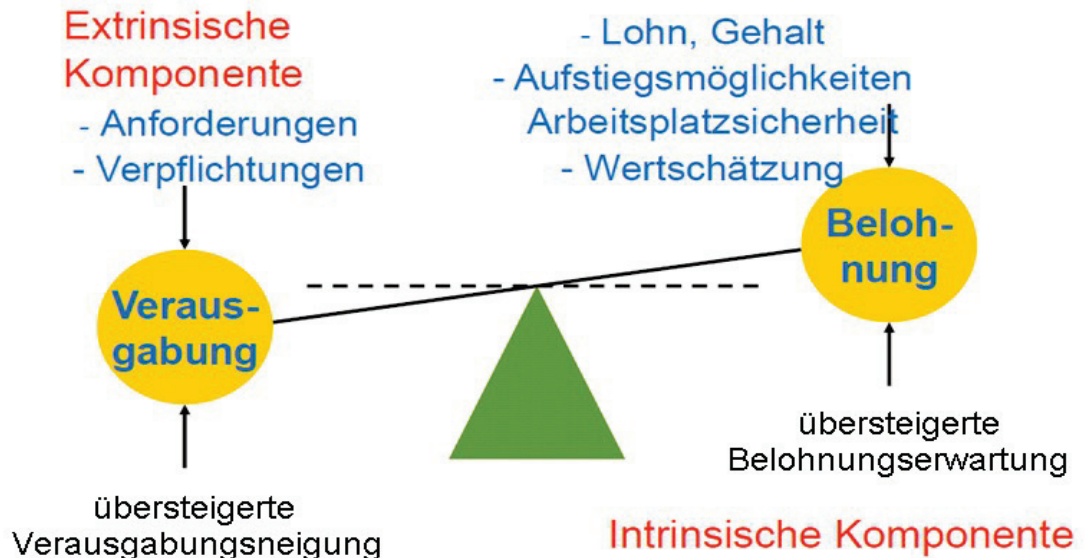


Abbildung 6: Modell der beruflichen Gratifikationskrise nach Siegrist, 1996

Diese kann gesundheitsschädigende Auswirkungen zur Folge haben, denn durch das Missverhältnis zwischen Arbeit und Lohn kann chronischer Stress entstehen. Weiterhin bezieht dieses Modell die übersteigerten Erwartungen der Arbeitenden mit ein. Das Ungleichgewicht kann nämlich zusätzlich davon beeinflusst werden, ob der Arbeitende dazu neigt sich übermäßig zu verausgaben, oder eventuell zu hohe Erwartungen hinsichtlich der Belohnung anstellt.¹²

Es gibt natürlich noch eine Reihe weiterer Modelle, doch keines kann als das einzig wahre Modell der Stressentstehung bezeichnet werden. Gemeinsam haben die beschriebenen Konzepte jedoch, dass Stress aus einem Ungleichgewicht von Anforderungen und deren Bewältigungsstrategien bzw. -mitteln entsteht. Unterschiedliche Personen reagieren auch unterschiedlich auf bestimmte Situationen und Einflüsse. Bei unterschiedlichen Bedingungen reagiert aber auch dieselbe Person auf unterschiedliche Situationen in anderer Art und Weise.

Die „Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin“ unterscheidet im Stressreport Deutschlands von 2012 drei verschiedene Anforderungsbereiche von psychischer Belastung.

(12) Vgl. Lohmann-Haislah, A., Stressreport deutschland 2012, S. 16 f.

- Anforderungen aus dem Arbeitsinhalt und der Arbeitsorganisation
- Anforderungen aus der Arbeitszeitorganisation
- Anforderungen aus der Beschäftigungssituation

Die Anforderungen aus dem Arbeitsinhalt und der Arbeitsorganisation stellen besonders monotone Tätigkeiten unter hohem zeitlichen Druck als Auslöser für eine Stressentstehung bei den Erwerbstätigen dar. Folglich gilt hoher Termindruck, monotone Abläufe oder auch verschiedene parallel stattfindende Arbeiten führen negative Belastungssituationen herbei.

Belastungen durch die Anforderungen aus der Arbeitszeitorganisation werden nicht als explizite eigenständige Belastung bezeichnet. Es geht dabei vielmehr um die Rahmenbedingung. Die Arbeitszeit ist also verantwortlich dafür, wie lange die Belastungen aus dem Arbeitsinhalt auf den Arbeitenden einwirken. Somit können übermäßig lange Arbeitszeiten zu einer unverhältnismäßig hohen Ermüdung führen, die wiederum auch in der Ruhezeit nicht mehr auszugleichen ist.

Die Anforderungen aus der Beschäftigungssituation sehen vor allem die beruflichen Unsicherheiten als Belastungsfaktor. Dazu gehört die Zukunftsangst, die zum Beispiel durch befristete Arbeitsverträge, Zeitarbeit oder auch durch eine schlechte ökonomische Lage des Unternehmens hervorgerufen werden kann. Auch durch Umstrukturierungsmaßnahmen wie beispielsweise Fusionen, Auslagerungen oder Standortverlagerungen wird diese Angst beim Erwerbstätigen ausgelöst.¹³

Doch auch die physischen Belastungen sollten nicht vergessen werden. Zu diesen gehören nach Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin:

- tragen, heben, halten: - Gegenstände, Personen, Tiere
- ziehen und schieben: - z.B. Schubkarren, Müllbehälter, Krankenhausbetten
- manuelle Arbeitsprozesse: - Tätigkeiten im Sitzen oder Stehen, häufig mit Werkzeugen

(13) Vgl. Lohmann-Haislah, A., Stressreport deutschland 2012, S. 34 ff.

- Körperzwangshaltung: - Haltung kann nur zeitlich begrenzt eingenommen werden, subjektive Anstrengung nimmt zu und Effizienz der Muskelarbeit sinkt
- Ganzkörperkräfte: - Bearbeiten von großen Werkstücken, Bedienen von Maschinen, Positionierung von Arbeitsgegenständen oder Personen
- Körperfortbewegung: - Bewegung des Körpers zu einem Arbeitsort oder in einem Arbeitsbereich

Diese physischen Belastungen zeigen sich in unterschiedlichen Beanspruchungen. Dazu gehören die energetischen, biomechanischen, muskelphysiologischen und psychophysischen Beanspruchungen.¹⁴

4.2 Arbeitsbelastungen in der Altenpflege

Auf die Pflege bezogen, sind sowohl psychische als auch physische Belastungen zu berücksichtigen. In beiden Bereichen, also sowohl stationär als auch ambulant, gibt es hohe körperliche Anstrengungen. Vor allem, wenn die Pflegebedürftigen weniger mobil sind und von der Pflegekraft häufig gehoben oder umgelagert werden müssen, wie z.B. vom Bett in den Rollstuhl.

Aus psychischer Sicht wirken verschiedene Belastungen auf die Pflegekräfte ein. Die Erledigung der täglichen Arbeitsaufgaben ist häufig mit hohem Zeitdruck verbunden. Zum Beispiel wollen die Pflegebedürftigen üblicherweise zwischen 7:00 Uhr und 9:00 Uhr morgens ihre Morgentoilette abgeschlossen haben. Das heißt, das Zeitfenster ist je nach Anzahl der Klienten sehr eng gefasst. Hinzu kommt, dass sich der genaue Arbeitsablauf nur eingeschränkt planen lässt. Es kann immer etwas unvorhergesehenes dazu kommen, beispielsweise wenn es einem Klienten an einem Tag mal schlechter geht und er mehr Hilfe als üblich benötigt. Somit steigt der zeitliche Druck durch den zusätzlichen Arbeitsaufwand noch mehr an.

Weiterhin sind Beschäftigte in der Altenpflege auch immer mit schweren Schicksalen konfrontiert, da jeder alte Mensch seine Geschichte hat. Zusätzlich tritt gerade im stationären Bereich Demenz auf. Der Umgang mit dieser

(14) Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, www.baua.de/DE/Themen/Arbeitsgestaltung-im-Betrieb/Physische-Belastung/Belastungsarten/Belastungsarten_node.html

Krankheit ist für die Pflegekräfte häufig eine große psychische Belastung. Dazu kommt weiterhin auch der Kontakt mit den Angehörigen, wobei viel Einfühlungsvermögen abverlangt wird.

Ein weiterer Belastungsfaktor in der Pflege ist auch die Schichtarbeit, die unregelmäßige Arbeitszeiten mit sich bringt. Kommt dann auch noch ein Krankheitsfall unter den Mitarbeitern hinzu, ist es kaum möglich, die Ruhe- und Regenerationszeiten einzuhalten, um sich vom Arbeitstag zu erholen. Da die Pflegekräfte natürlich wissen, dass ihre eigenen Krankentage von ihren Kollegen kompensiert werden müssen, verspüren viele den Druck gar nicht erst krank zu werden bzw. auch bei Beschwerden arbeiten zu gehen.

In der stationären Pflege kann es häufig zu Unterbrechungen bei einzelnen Tätigkeiten kommen, wenn gerade ein Bewohner versorgt wird und ein anderer dann klingelt oder sich im gleichen Raum befindet und ein dringendes Anliegen äußert, bei dem Hilfe benötigt wird. Zum Beispiel kommt es beim gemeinschaftlichen Essen im Speiseraum dazu, dass ein Bewohner zur Toilette muss. Die Pflegekraft muss dann das eventuelle Essenreichen bei einem anderen Bewohner unterbrechen.

Aus eigener Erfahrung in der stationären Altenpflege, weiß der Autor, dass Pausen am Vormittag nur bedingt möglich sind. Die Anzahl der zu versorgenden Bewohner der Pflegeeinrichtung war gegenüber dem Pflegepersonal so hoch, dass es häufig bis in den späten Vormittag dauerte, bevor jeder Bewohner mit dem Frühstück versorgt war. Danach war eventuell noch ein wenig Zeit, bevor es für die Vorbereitungen des Mittagessens Zeit wurde. Doch auch in den „Pausen“ gab es selten Zeit zur Erholung, da immer mal ein Bewohner ein Anliegen hatte oder die Begleitung zur Toilette oder sonstiges wünschte.

In der ambulanten Pflege entsteht der hohe Zeitdruck nicht nur durch eine große Klientenzahl, sondern außerdem durch die zum Teil nicht kalkulierbare Verkehrslage.

Pausen finden oftmals nur im Dienstwagen statt, da der engmaschige Tourenplan es zeitlich nicht erlaubt zum Stützpunkt zurück zufahren, um dort in Ruhe zu Essen.

5. Untersuchungsmethode

Im Allgemeinen gibt es natürlich eine Vielzahl an Untersuchungsmethoden. Der Fragebogen wurde jedoch für diese Arbeit bevorzugt, da er einige Vorteile beispielsweise gegenüber einem Interview aufweist. Vor allem spricht für den Fragebogen, dass eine größere Zahl von Probanden in kürzerer Zeit befragt werden kann. Als weiteres kann den Befragten mehr Zeit für die Beantwortung eingeräumt werden als bei persönlich geführten Interviews.

Die Internetseiten der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) oder auch der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) führen einige Fragebögen, die Aussagen über die Arbeitsfähigkeit treffen sollen, auf.

Im folgenden werden zwei der dort aufgelisteten Erhebungsbögen vorgestellt.

Der Fragebogen „Mitarbeiterbefragung/Psychische Belastung und Beanspruchung“ (im Folgenden als „BGW miab“ bezeichnet) ist auf einen spezifischen Teil des Gesundheitssystems ausgerichtet.

Der Fragebogen umfasst mehrere Fragen die sich in zwei Bereiche aufteilen. Diese sind auf den konkreten Arbeitsalltag ausgerichtet und erfassen die jeweils subjektiv empfundenen Beanspruchungen der Arbeitenden anhand bestimmter Risikofaktoren.

Der erste Teil des „BGW miab“ behandelt die Belastungen, die sich aus den quantitativen und qualitativen Arbeitsbelastungen, dem sozialen Arbeitsumfeld und der außerbetrieblichen Situation der Arbeitenden ergeben. Im zweiten Teil geht es um die Beanspruchungen. Diese werden anhand der individuellen Einschätzung des physischen und psychischen Befindens der Arbeitenden ermittelt.¹⁵

Der Autor entschied sich jedoch gegen diesen Fragebogen, da es für die einzelnen Einrichtungen, also unter anderem für die ambulante Altenpflege und die stationäre Altenpflege, verschiedenen Fragebögen gibt.

Aus diesem Grund entschied sich der Autor für den Work Ability Index (WAI).

(15) Vgl. Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege, https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW08-00-110_Mitarbeiterbefragung_Download.pdf?__blob=publicationFile, S. 8 ff.

Dieser Fragebogen wurde im Rahmen eines finnischen Forschungsprojektes konzipiert und ermittelt eine Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit einzelner oder aller Mitarbeiter. Die Arbeitsfähigkeit dient hierbei als Zeichen für das Wohlbefinden des Arbeitnehmers und dessen Produktivität für die Einrichtung bzw. das Unternehmen.¹⁶

Der WAI findet bei verschiedenen Situationen Anwendung:

Zum Einen können die Ergebnisse der Erhebung Denkprozesse oder auch den Wunsch nach Veränderung bei den Beschäftigten selbst auslösen. Weiterhin dient er als Ausgangspunkt für Maßnahmen, die die Arbeitsfähigkeit verbessert können. Außerdem lassen sich Maßnahmen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit messen und bewerten. Im Bereich von betriebsärztlichen Untersuchungen unterstützt er weiterhin bei der Strukturierung von betriebsärztlichen Gesprächen.

Welche Faktoren die Arbeitsfähigkeit beeinflussen wird im Leitfaden von Hasselhorn und Freude beschrieben und mit Hilfe der folgenden Abbildung verdeutlicht:

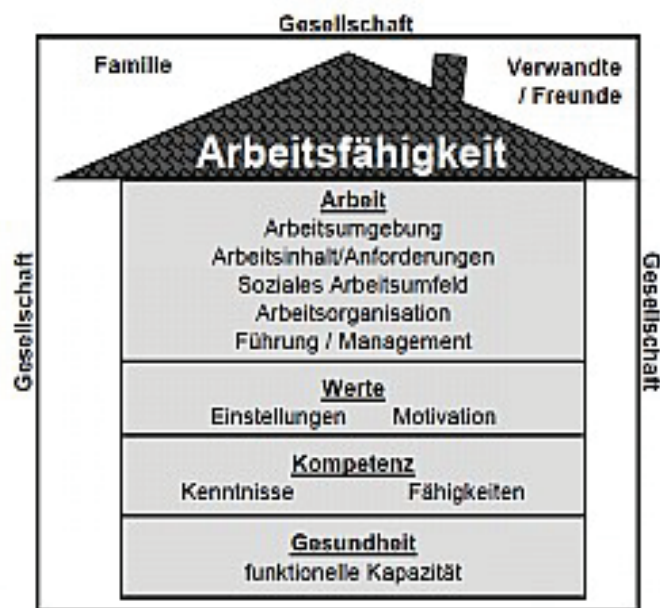


Abbildung 7: Das Haus der Arbeitsfähigkeit nach Hasselhorn & Freude, 2007

In diesem Haus wird die gegenseitige Abhängigkeit individueller,

(16) Vgl. Hasselhorn, H. M., Freude, G., Der Work Ability Index- ein Leitfaden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Wirtschaftsverlag NW. 2007. S. 5

gesellschaftlicher und betrieblicher Aspekte deutlich gemacht.

Im Erdgeschoss befindet sich die Gesundheit, zu welcher sowohl physische als auch psychische Gesundheit gehört. Diese ist die Grundlage für die Leistungsfähigkeit im Arbeitsalltag. Im ersten Stock liegt die Kompetenz. Diese bezieht sich auf Kenntnisse und Fähigkeiten des Beschäftigten. Sie unterstützt die Gesundheit bei der Bewältigung der Arbeitsanforderungen.

Im zweiten Stock schließen sich die Werte an. Dazu gehören sowohl soziale als auch moralische Werte, mit deren Hilfe sich die Beschäftigten mit ihrem Unternehmen identifizieren. Diese wirken sich außerdem auf den Willen zur Weiterqualifizierung aus.

Im dritten Stock befindet sich nun die Arbeit mit verschiedenen Aspekten wie Arbeitsinhalt, Arbeitsorganisation und Arbeitsumgebung.

Das Haus der Arbeitsfähigkeit beherbergt also alle Aspekte, die für den Erhalt und den Ausbau der Arbeitsfähigkeit wichtig sind. Es ist ein ausgewogenes Verhältnis aller Stockwerke notwendig. Ist eines der Stockwerke sozusagen in schlechtem Zustand, nimmt die Arbeitsfähigkeit ab.¹⁷

Der WAI Fragebogen ist in sieben Kategorien gegliedert, die zwei Schwerpunkte setzen:

- Gesundheitszustand / Leistungsreserven des Arbeitnehmers
- Psychische und physische Ansprüche an den Arbeitnehmer

Nach dem Erfassen der Antworten werden diese anhand von Punktwerten zusammengerechnet und ein Gesamtwert ermittelt, der dann Rückschlüsse auf den Zustand der Arbeitsfähigkeit wiedergibt.

6. Methodik

6.1 Forschungsfrage

In dieser Arbeit geht es darum, einen Einblick in die Arbeitssituation der Altenpflegekräfte, sowohl in der stationären als auch der ambulanten Pflege, zu erlangen.

(17) Vgl. Hasselhorn, H. M., Freude, G., Der Work Ability Index- ein Leitfaden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Wirtschaftsverlag NW, S. 10 f.

Die Bisherigen Erkenntnisse dieser Arbeit lassen folgende Forschungsfrage aufkommen.

„In welcher Höhe werden Altenpflegekräfte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durch psychische und physische Belastungen im Arbeitsalltag beeinflusst?“

In jedem Beruf gibt es natürlich Belastungen. Daher geht es bei dieser Frage auch nicht um das Vorhandensein von Belastung in der Altenpflege, sondern um die Höhe der Belastungen bzw. darauf inwiefern eine Beanspruchung stattfindet.

Aus der Forschungsfrage heraus lassen sich zwei Hypothesen bilden, die im Rahmen der Untersuchung geklärt werden sollen.

Ersteinmal ist aber zu klären, worum es sich bei einer Hypothese handelt. Nach BAADE et. al. sind Hypothesen wissenschaftlich belegte Annahmen, die so formuliert sind, dass diese durch Experimente und/oder Erfahrungen widerlegt werden können. Weiterhin werden die wichtigsten Kriterien von Hypothesen folgendermaßen benannt:¹⁸

- Eine Hypothese ist nicht als Aussage zu formulieren
- Diese Aussage muss in sich widerspruchsfrei sein
- Sie muss überprüfbar sein
- Die Aussage kann verifiziert und falsifiziert (widerlegt) werden[28]

Folgende zwei Hypothesen wurden im Rahmen dieser Arbeit aufgestellt:

3. Es gibt Unterschiede in der Belastungshöhe bei ambulanten und stationären Altenpflegekräften.
4. Die Belastungshöhe unterscheidet sich in Bezug auf männliche und weibliche Pflegekräfte.

6.2 Untersuchungsmethode

Als Untersuchungsmethode diente die Befragung. Grundsätzlich lässt sich

(18) Vgl. Baade, J., Gertel, H., Schlottmann, A., Wissenschaftlich arbeiten, Ein Leitfadens für Studierende der Geographie, 2010, S. 23

diese Methode in mündliche und schriftliche Befragungen unterscheiden. Die Telefoninterviews gehören laut Methodenatlas zur mündlichen Befragung.¹⁹ Mayer hingegen, führt das Telefoninterview als dritte Variante an.²⁰

Für diese Arbeit entschied sich der Autor für die schriftliche Befragung. Diese wird in zwei Arten unterschieden. Bei der Ersten erfolgt das Ausfüllen des Fragebogens in Anwesenheit eines Interviewers oder auch einer anderen Person. Die zweite Variante ist die postalische Befragung. Die Fragebögen werden folglich per Post versandt mit der Bitte, diese ausgefüllt wieder an den Absender zurückzuschicken.²¹

Der Autor entschied sich in diesem Fall für letztere Variante. Die Vorteile einer postalischen Befragung liegen vor allem darin, dass eine größere Anzahl von Teilnehmern in kürzerer Zeit erreicht werden kann. Weiterhin ist die Anonymität der Befragten bei der Befragung per Post am ehesten gewährleistet, wodurch auch eine ehrlichere Beantwortung der Fragen wahrscheinlich ist. Bei einer mündlichen Befragung kann es hingegen vorkommen, dass der Befragte eher gesellschaftlich gewünschte Antworten gibt, die nicht oder nur teilweise seiner eigenen Meinung entsprechen.

6.3 Aufbau des Fragebogens

Gütekriterien:

Wissenschaftliche Untersuchungen müssen sich in der Regel an den drei Gütekriterien Validität, Objektivität und Reliabilität messen lassen. Diese dienen der Überprüfung von Forschungsmethoden.

- Validität gibt an, ob eine Untersuchung das misst, was gemessen werden soll.
- Objektivität gibt an, ob das Messergebnis unabhängig von der testenden Person ist.
- Reliabilität gibt an, in wie fern unter gleichen Bedingungen die gleichen

(19) Vgl. Rogge, K.-E., Methodenatlas. Für Sozialwissenschaftler. Springer Verlag, 1995, S. 103 f.

(20) Vgl. Mayer, H. O., Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung, Auswertung. Oldenbourg Verlag, München. Wien. 4. Auflage, 2008. S. 98

(21) ebenda

Ergebnisse erzielt werden.²²

Der Fragebogen entspricht der Kurzversion des WAI. Dieser wurde, aufgrund der Fragestellung dieser Arbeit, um zwei Punkte erweitert. Zum Einen musste das entsprechende Tätigkeitsfeld (also ambulant oder stationär), zum Anderen das Geschlecht der Befragten angegeben werden.

Eigenschaften des Fragebogens:

Die Kurzversion des WAI Fragebogens besteht aus sieben Fragen. Diese sind nach einer Ratingskala aufgebaut mit mindestens drei und höchstens 11 Items. Mehrfachantworten sind nur bei Frage drei „Anzahl der aktuellen vom Arzt diagnostizierten Krankheiten“ möglich. Weiterhin gibt es eine „Vorfrage“, die klärt, ob der Befragte eher geistig, körperlich oder in gleichen Maße geistig und körperlich tätig ist.

Es gibt im WAI sieben Kategorien:

- Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten je erreichten Arbeitsfähigkeit
- Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Anforderungen der Tätigkeit
- Anzahl der aktuellen diagnostizierten Krankheiten
- Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten
- Krankenstandstage in den vergangenen zwölf Monaten
- Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren
- Psychische Leistungsreserven

Vor Beginn des WAI stehen die Fragen des Autors nach dem Tätigkeitsbereich und dem Geschlecht der Pflegekräfte.

6.4 Durchführung der Untersuchung

Zunächst setzte sich der Autor mit der Langversion des WAI auseinander, entschied sich aber folglich für die Kurzversion. Grund dafür war, dass in der langen Version der Fragenkomplex 3 zu detailliert erschien und die genauen

(22) Vgl. Rogge, K.-E. Methodenatlas. S 91
und .Mayer, H. O., Interview und schriftliche Befragung. S. 89

Bezeichnungen der diagnostizierten Krankheiten der Pflegekräfte für die Beantwortung der Untersuchungsfragen unbedeutend waren.

Etwa vier Wochen vor dem eigentlichen Untersuchungsbeginn erfolgte ein Pretest mit fünf Pflegekräften. Dabei sollten eventuelle Fragen oder Unklarheiten bezüglich des Fragebogens aufgedeckt und behoben werden. Bei den fünf Test-Teilnehmern traten jedoch keine Schwierigkeiten auf.

Ausschlusskriterien:

An der Befragung sollte nur ausgebildetes Pflegepersonal teilnehmen. Dies war dem Autor wichtig, da Auszubildende für ihre Handlungen noch nicht selbst verantwortlich sind und somit der psychische Druck ein anderer ist als bei examinierten Pflegekräften. Weiterhin sollten natürlich keine Personen teilnehmen, die zwar in den Einrichtungen tätig sind, jedoch keine direkte Pflege ausüben. Auf diese Personen wirken wiederum andere Anforderungen und Belastungen.

Der Fragebogen wurde nun, innerhalb von drei Tagen an mehrere ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in und um Greifswald, mit kurzer Einweisung an die jeweiligen Pflegedienstleiter gegeben. Diese verteilten die Exemplare dann an ihre Mitarbeiter. Um die Rücksendung zu vereinfachen, wurden den Fragebögen bereits frankierte und beschriftete Umschläge beigelegt. Die Pflegedienstleiter konnten somit alle ausgefüllten Fragebögen gesammelt zurücksenden. Ebenso wurde die Mobilfunknummer des Autors ausgehändigt, um eventuell aufkommende Fragen schnellstmöglich beantworten zu können.

Insgesamt wurden 250 Fragebögen ausgegeben. Von diesen gingen 100 an ambulante Einrichtungen und 150 an stationäre Pflegeheime. Die Mitarbeiter hatten einen Monat Zeit den Fragebogen auszufüllen.

Aus dem stationären Bereich wurden 60 Fragebögen zurückgesendet, während von den ambulanten Pflegediensten 27 ausgefüllte Exemplare den Autor erreichten. Insgesamt entspricht dies einer Rücklaufquote von knapp 35%.

6.5 Datenauswertung

Der Work Ability Index verfügt über ein Auswertungssystem, bei dem

Punktwerte zwischen 7-49 Punkten, die derzeitige Arbeitsfähigkeit bestimmen.

Diese Punktwerte verteilen sich wie folgt:

- 7-27 Punkte: kritisch
- 28-36 Punkte: mäßig
- 37-43 Punkte: gut
- 44-49 Punkte: sehr gut

Diese Ergebnisse bieten dem Arbeitgeber aber auch dem Arbeitnehmer selbst eine Möglichkeit Schwächen zu erkennen und sollen dazu dienen, die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen, zu verbessern, zu unterstützen oder zu erhalten.

7. Ergebnisse

Im Folgenden wird jeder der sieben Fragenkomplexe des WAI analysiert. Zur Veranschaulichung dienen sowohl Fließtext als auch grafische Darstellungen.

Zunächst erfolgt eine Darstellung der Kennzahlen der Deskriptiven Statistik nach Rogge.²³

Modalwert: bezeichnet den Wert einer Verteilung, der am häufigsten genannt wird.

Median: ist der Wert, bei dem die Verteilung der Daten genau in der Mitte liegt.

Arithmetisches Mittel: ist der Durchschnittswert aller Daten.

Variationsweite: stellt den Abstand zwischen der kleinsten und der größten Merkmalsausprägung dar.

Standardabweichung: stellt die Abstände der Einzelwerte zum Durchschnittswert dar. Die Varianz ist das Quadrat der Standardabweichung.

Vor der Darstellung der Ergebnisse ist darauf hinzuweisen, dass aus dem ambulanten Bereich leider nur Daten von weiblichen Mitarbeitern vorliegen. Daher ist der Vergleich zwischen männlichen und weiblichen ambulanten Pflegekräften leider nicht möglich.

(23) Vgl. Rogge, K.-E. Methodenatlas. S 192

Die erste Frage lautete „Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit“ und konnte mit Werten von 0 (völlig arbeitsunfähig) bis 10 (derzeitig die beste Arbeitsfähigkeit) angekreuzt werden.

Bei den weiblichen ambulanten Pflegekräften wurde die derzeitige Arbeitsfähigkeit mehrheitlich für gut befunden. Nur 11 % der Mitarbeiterinnen gaben einen Punktwert von 6 an. Die anderen Werte lagen über 8 Punkte. Der beste mögliche Wert, also 10 Punkte, wurde sogar von 22% der Befragten genannt. Der Durchschnittswert der Arbeitsfähigkeit liegt bei 8,44 Punkte.

In der stationären Pflege sieht die derzeitige Arbeitsfähigkeit nicht ganz so gut aus. Dort liegt der Durchschnittswert von allen Mitarbeitern bei 7,35 Punkten. Der schlechteste Wert von 5 Punkten wurde insgesamt 9 mal angekreuzt, also von 15% der Teilnehmer.

Bewertet man nun die männlichen und weiblichen Antworten der stationären Pfleger getrennt, fällt auf, dass bei den Männern die beste Bewertung von 10 Punkten gar nicht genannt wurde. Dies ist auch beim Durchschnitt der männlichen Punktwerte zu erkennen. Dort liegen sie mit 6,88 Punkten fast um einen Punkt hinter den Frauen zurück. Die Ergebnisse der Männer fallen jedoch sehr heterogen aus. Die Punkte verteilen sich ziemlich gleichmäßig zwischen 6 und 8.

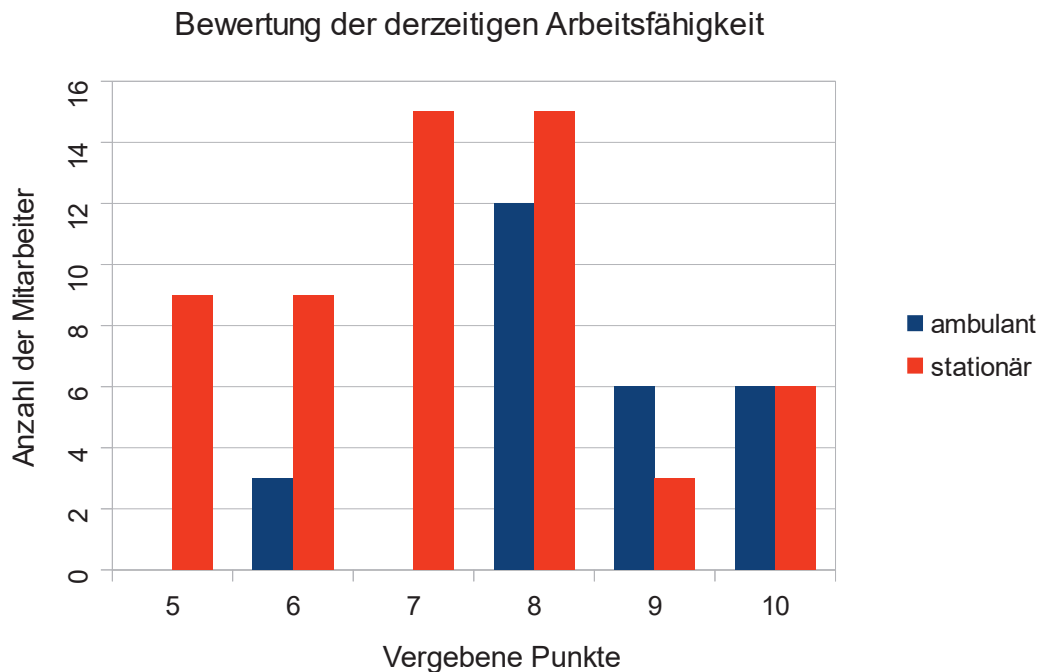


Abbildung 8: Einschätzung, Arbeitsfähigkeit

Bei den Frauen liegt der durchschnittliche Punktwert bei 7,72 Punkten. Sie befinden sich also insgesamt im oberen Mittelmaß ihrer derzeitigen Arbeitsfähigkeit. Die Verteilung ist bei ihnen aber größer. Sie reicht von 5 Punkte bis 10 Punkte. Dabei wurde der schlechteste Wert genauso häufig genannt wie der beste, nämlich von jeweils über einem Viertel (27%) der Befragten. Für die Arbeitsfähigkeit gilt bei der ambulanten wie auch der stationären Pflege ein überdurchschnittlich gutes Befinden der Befragten. Alle vergaben ihre Punkte in der oberen Hälfte, wobei die ambulante Pflege ihre Arbeitsfähigkeit noch durchschnittlich einen Punkt besser bewertet.

Die zweite Frage unterteilt sich in die Arbeitsfähigkeit bezüglich der körperlichen und der psychischen Arbeitsanforderungen. Hier konnten Punkte von 5 (sehr gut) bis 1 (sehr schlecht) vergeben werden.

Als erstes geht es um die körperlichen Anforderungen.

In der ambulanten Gruppe wurde sehr heterogen geantwortet. Es wurden lediglich die beiden Antworten eher gut und mittelmäßig angekreuzt. Über 77% der weiblichen ambulanten Pflegekräfte werten ihre Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Anforderung als eher gut. Die übrigen knapp 23% befinden

sie hingegen eher mittelmäßig. Positiv hervorzuheben ist, dass es keine schlechten Einschätzungen gab, allerdings wurde auch das positive Extrem nicht genannt.

Dies Verhält sich in der stationären Pflege im Allgemeinen anders. Hier wurde die Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Anforderungen von immerhin 10% der Pflegekräfte als sehr gut befunden. Die schlechteste Bewertung war auch hier eine mittelmäßige Arbeitsfähigkeit. Dies traf allerdings auf ganze 40% der Mitarbeiter zu. Die restlichen 50% gaben die Antwort eher gut.

Schaut man jetzt aber auf die Verteilung der männlichen und weiblichen Antworten ist erneut festzustellen, dass es bei den Männern keine Antwort im Bereich „sehr gut“ gab. Ähnlich dem ambulanten Bereich schätzen hier 33% ihre Arbeitsfähigkeit mittelmäßig ein. Zwei Drittel bezeichnen sie als eher gut.

Die sehr gute Arbeitsfähigkeit wurde also von weiblichen Mitarbeitern angegeben. Unter ihnen wählten 18% die beste Bewertung der Arbeitsfähigkeit. 45% halten sie hingegen für mittelmäßig.

In Bezug auf die psychischen Anforderungen gaben die Pflegekräfte der ambulanten Dienste eine leicht bessere Bewertung, doch auch hier befand niemand seine Arbeitsfähigkeit für sehr gut. Lediglich 11% gaben an, ihre Arbeitsfähigkeit sei mittelmäßig und 89% befanden sie für eher gut.

In der stationären Pflege gab es in Bezug auf die psychischen Anforderungen hingegen auch Bewertungen im Bereich eher schlecht. Dies gaben 5% der Befragten an. Mit 20% befanden aber auch gut ein Fünftel der Befragten, dass ihre Arbeitsfähigkeit sehr gut sei. Die weiteren Angaben verteilen sich mit 35% bei einer eher guten Arbeitsfähigkeit und 40% im mittelmäßigen Bereich.

Im Bereich der körperlichen als auch psychischen Anforderungen gab es unerwartet gute Einschätzungen. Verbesserungswürdig sind beide Bereiche dennoch, da mit über 34% bei den körperlichen und 31% bei den psychischen Anforderungen eine große Anzahl der Befragten ihre Arbeitsfähigkeit nur als mittelmäßig einstufen. Und auch der sehr geringe Anteil an sehr guten Bewertungen spricht dafür, dass es noch Luft nach oben gibt.

Prozentualer Anteil der Pflegekräfte
nach Anzahl der diagnostizierten Krankheiten

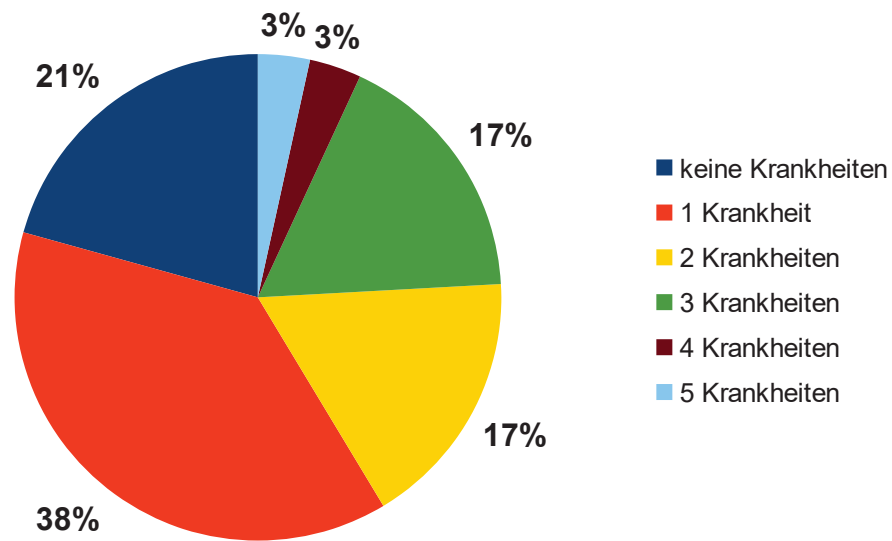


Abbildung 9: Vom Arzt diagnostizierte Krankheiten

Bei den aktuell vom Arzt diagnostizierten Krankheiten fällt auf, dass ein Großteil aller befragten Pflegekräfte, nämlich rund 79% an mindestens einer der angegebenen Krankheiten leidet. Von diesen gaben 52% an, von mehr als einer Krankheit betroffen zu sein. Im nachfolgenden Diagramm ist zu erkennen, wie viele Pflegekräfte an jeweils einer oder mehr Krankheiten leiden.

In der ambulanten Pflege gaben 22% an, keine vom Arzt diagnostizierte Krankheit zu haben. 44% litten an einer Krankheit und 11% waren sogar von drei Krankheiten betroffen. Drei diagnostizierte Krankheiten war die höchste Anzahl an gleichzeitig auftretenden Krankheiten.

In der stationären Pflege bekundeten sogar 10% an mehr als drei Krankheiten erkrankt zu sein. Jeweils 5% fallen dabei auf vier und fünf zusammen auftretende Krankheiten.

Bei den Frauen der stationären Pflege gaben mit 18% nicht einmal ein Fünftel an, unter keiner diagnostizierten Krankheit zu leiden. Ähnlich verhält es sich bei den Herren. Hier lag die krankheitsfreie Quote bei 22% und somit nur bei einem geringfügig größeren Anteil.

Die am häufigsten genannten, vom Arzt diagnostizierten Krankheiten im

stationären Bereich sind Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems. Dies gaben 40% der stationären Pflegekräfte an. Gefolgt von jeweils 25% mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und mit Hauterkrankungen.

Bei der Verteilung der Krankheiten auf Männer (Innenkreis) und Frauen (Außenkreis) sieht es folgendermaßen aus.

Verteilung der Krankheiten in der stationären Pflege

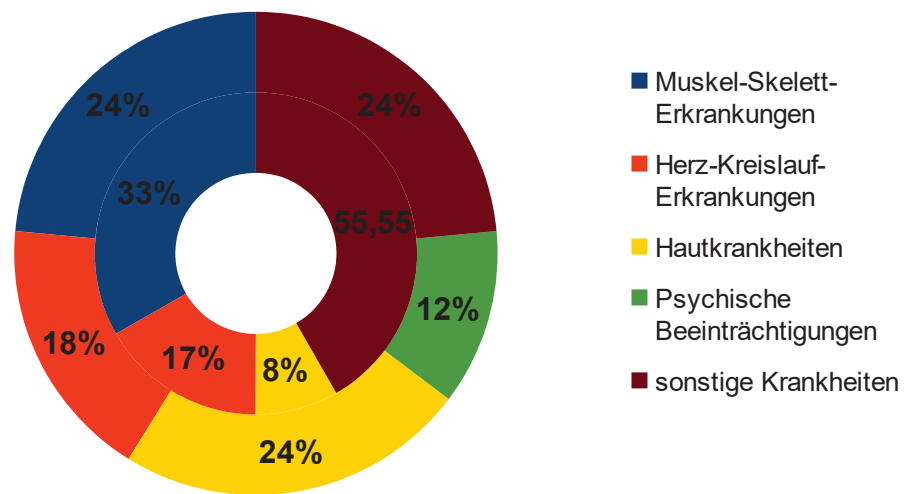


Abbildung 10: Verteilung der diagnostizierten Krankheiten - stationäre Pflege

Dem gegenüber steht die Verteilung der ärztlich diagnostizierten Krankheiten in der ambulanten Pflege.

Verteilung der Krankheiten in der ambulanten Pflege

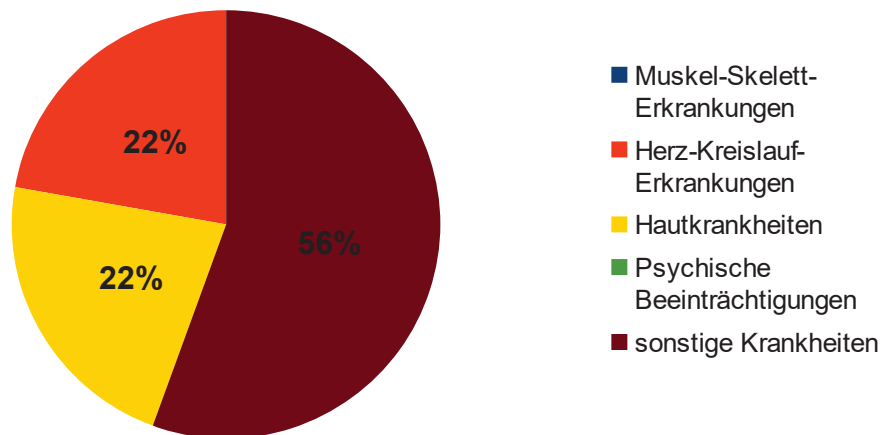


Abbildung 11: Verteilung der diagnostizierten Krankheiten - ambulante Pflege

Wie durch die Diagramme sofort auffällt, wurden bei den ambulanten Pflegekräften keine Muskel-Skelett-Erkrankungen diagnostiziert. Auch psychische Beeinträchtigungen wurden dort nicht angegeben, welche auch bei den Herren der stationären Pflege nicht auftraten. Dort vermerkten jedoch 12% der weiblichen Pflegekräfte, dass eine psychische Erkrankung bei ihnen diagnostiziert wurde. Die weitere Verteilung verläuft zwischen ambulant und stationär ähnlich. Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielen in beiden Bereichen eine größere Rolle und auch Hautkrankheiten sind in gleichem Maße oft aufgetreten, die männlichen Vertreter der stationären Pflege einmal ausgenommen.

Es ist überraschend festzustellen, dass die ambulanten Pflegekräfte im Bereich des Muskel-Skelett-Systems scheinbar keine Probleme zeigen. Daraus schlussfolgern lässt sich, dass die ambulanten Pfleger eventuell mit weniger stark in der Mobilität eingeschränkten Klienten zu tun haben. Daher wären sie weniger körperlichen Anforderungen im Bereich des Hebens und Tragens ausgesetzt. Die Herz-Kreislauf-Krankheiten liegen in beiden Bereichen vorn. Dies könnte darauf hindeuten, dass sehr häufig unter großem zeitlichen Druck gearbeitet wird, oder auch oftmals verschiedene Tätigkeiten parallel ausgeführt werden müssen.

Die nächste Kategorie beschäftigt sich mit der Beeinträchtigung, die durch die Krankheiten entsteht. Bei der Beantwortung dieser Frage standen 6 Antwortmöglichkeiten zur Verfügung, von 6 (keine Beeinträchtigung/Ich habe keine Erkrankung) bis 1 (Meiner Meinung nach bin ich völlig Arbeitsunfähig).

Hier ist festzustellen, dass ein Großteil von 58% die bestmögliche Antwort gab. Die zweite Antwort lautet „ich kann meine Arbeit ausführen habe aber Beschwerden“ und wurde von mehr als einem Viertel (27%) der Befragten angegeben. Das heißt, 85% der Pflegekräfte sind in ihrer Tätigkeit nicht durch Krankheiten eingeschränkt.

Bei den ambulanten Pflegekräften ist das Ergebnis der nicht Beeinträchtigung sogar bei 100%. Nur 11% gaben hier an, dass sie ihre Arbeit trotz Beschwerden ausführen können.

In der stationären Pflege ist die Verteilung etwas anders. Bei den Männern gaben 11% an, dass sie manchmal gezwungen sind langsamer zu arbeiten, bzw. ihre Arbeitsmethoden anzupassen. Völlig beschwerdefrei sind hingegen 33% von ihnen.

Die Frauen der stationären Pflege sind zu knapp 55% ohne Beeinträchtigung im Arbeitsalltag tätig. 18% von ihnen vermerkten, dass sie manchmal langsamer arbeiten müssen. Unter ihnen gab es aber auch 9%, die aufgrund ihrer Erkrankung/-en nur in Teilzeit berufstätig sind. Bei den betreffenden Personen spielte das Zusammentreffen mehrerer Krankheiten ein Rolle, wie z.B. Muskel-Skelett-Erkrankungen in Kombination mit einer psychischen Erkrankung.

Die fünfte Frage erfasst die Krankentage der letzten zwölf Monate. Die Antwortmöglichkeiten gaben folgendes vor:

- überhaupt keinen
- höchstens 9 Tage
- 10-24 Tage
- 25-99 Tage
- 100-365 Tage

Immerhin ein Fünftel aller Befragten gaben an, sie seien der Arbeit in den letzten zwölf Monaten nicht aufgrund von Krankheit fern geblieben. Der schlechteste Fall von 100 bis 365 Tagen Krankheit traf auf niemanden zu. Fast 7% der Pflegekräfte hatten jedoch einen Krankenstand zwischen 25 und 99 Tagen. 41% von ihnen fehlten bis zu 9 Tage und 31% blieben zwischen 10 und

24 Tagen dem Arbeitsplatz fern. Hinsichtlich auf die Bereiche ambulant und stationär ergab sich die folgenden Verteilung der Krankentage:

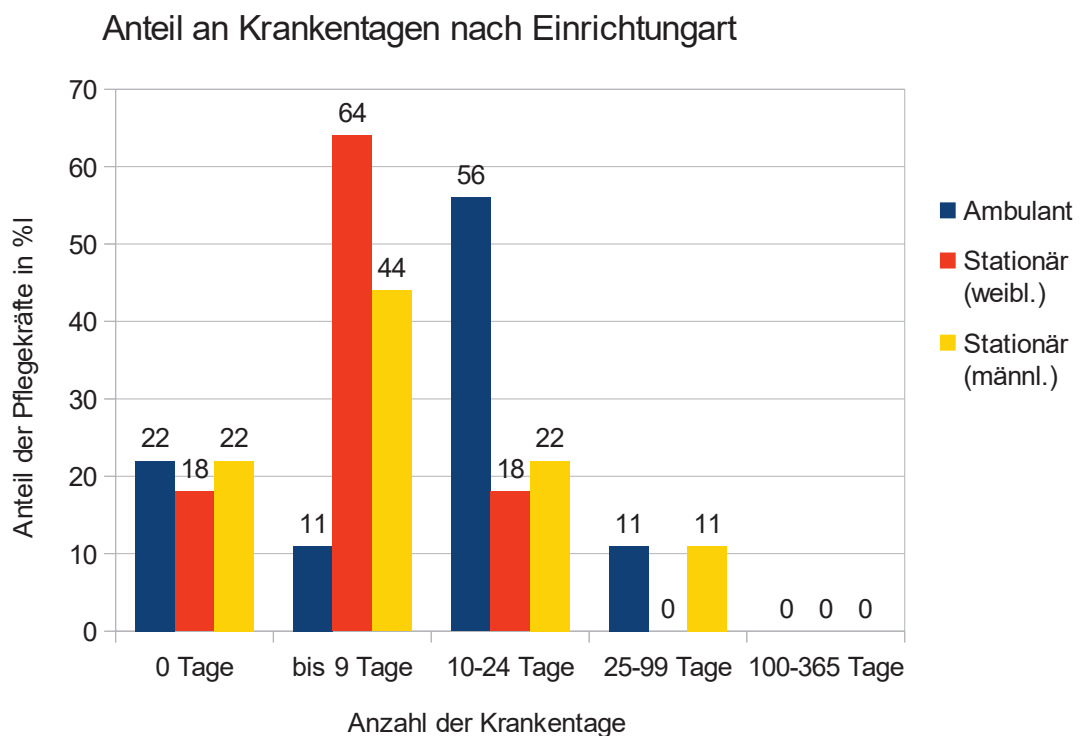


Abbildung 12: Krankentage nach Einrichtungen

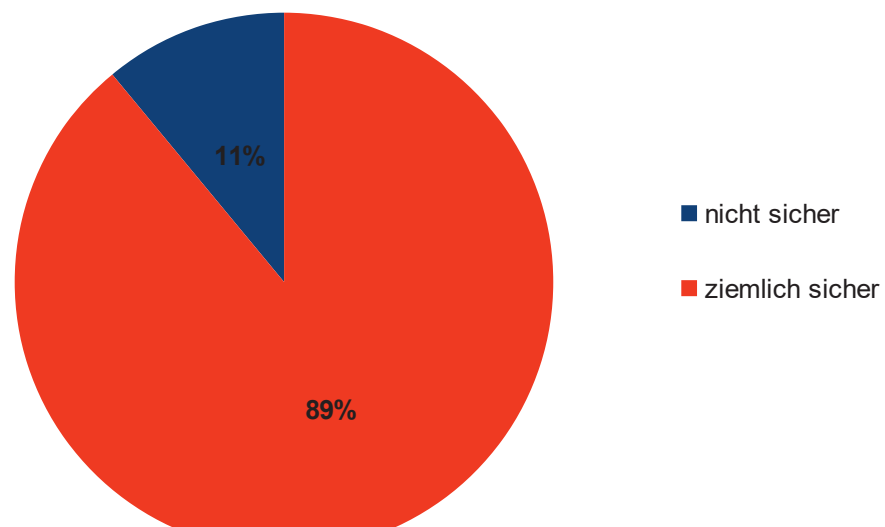
Aus dem Diagramm wird ersichtlich, dass die stationäre Pflege im Schnitt weniger Krankentage angab. Deutlich wird die bei den Verteilungen im mittleren Bereich. Während die stationären Pflegekräfte, männlich sowie weiblich, am häufigsten bis zu 9 Tage gefehlt haben, fehlten die meisten Mitarbeiter der ambulanten Pflege vermehrt zwischen 10 und 24 Tagen. Insgesamt traten also in der ambulanten Pflege mehr Krankentage in den letzten zwölf Monaten auf.

Als nächstes sollten die Befragten ihre eigene Arbeitsfähigkeit (ausgehend vom derzeitigen Gesundheitszustand) in zwei Jahren einschätzen. Sie konnten antworten, dass sie

1. unwahrscheinlich,
2. nicht sicher und
3. ziemlich sicher

in zwei Jahren ihre derzeitige Tätigkeit ausüben können. Dabei war als erstes festzustellen, dass niemand der Meinung war er könne seiner derzeitigen Arbeit in zwei Jahren nicht mehr nachgehen. Immerhin noch knapp 14% aller befragten Pflegekräfte waren sich, angesichts ihres momentanen Gesundheitszustandes, nicht so sicher in zwei Jahren noch in der Altenpflege arbeiten zu können. Damit sind sich aber 86% der Pflegekräfte sicher auch in zwei Jahren weiterhin ihre Tätigkeit auszuüben. Grafisch veranschaulicht werden die genauen Zahlen in den folgenden Kreisdiagrammen.

Ausüben des Berufes in 2 Jahren - Ambulante Pflege



Ausüben des Berufes in 2 Jahren - Stationäre Pflege

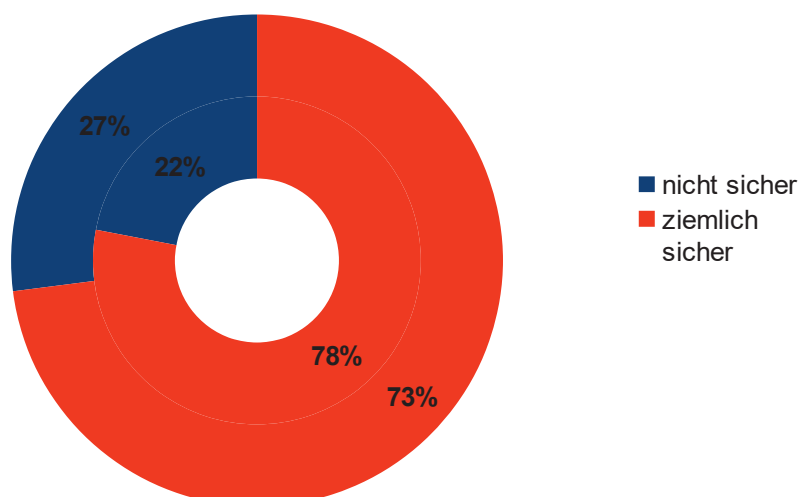


Abbildung 14: Berufsausübung in 2 Jahren - stationäre Pflege

Die stationäre Pflege stellt im Innenkreis erneut die Männer dar und im Außenkreis die Frauen. In der ambulanten Pflege waren sich lediglich 11% nicht ganz sicher hinsichtlich ihrer beruflichen Zukunft im derzeitigen Tätigkeitsfeld. In der stationären Pflege traf dies auf bereits ein Viertel der Pflegekräfte zu. Dabei fiel die Zahl bei den Männern mit 22% nur geringfügig kleiner aus als bei den Frauen mit 27%.

Dieser Zustand könnte wieder ein Hinweis sein, dass die Pflege in einem Pflegeheim mit mehr Belastungen einhergeht und sich viele deshalb nicht sicher sind, wie lange sich diesen noch standhalten können. Wenn man die Anzahl der am Muskel-Skelett-System erkrankten stationären Pflegekräfte berücksichtigt, ist wahrscheinlich die körperliche Belastung mit ausschlaggebend für diese Einschätzung.

Die letzte Kategorie des WAI teilt sich in drei Unterfragen. Diese zielen auf die psychischen Leistungsreserven der Befragten ab. Anhand der folgenden Fragen sollen die Leistungsreserven ermittelt werden:

1. Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?
2. Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?
3. Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

Für jede der Fragen gab es die fünf Punktwerte von 4 (häufig/immer/ständig) bis 0 (niemals).

Die erste Frage wurde von den meisten Befragten mit eher häufig bewertet.

In der ambulanten Pflege gaben diese Antwort ganze 89%. Die übrigen 11% entschieden sich für häufig.

Bei der stationären Pflege hingegen gaben 40% an, ihre Aufgaben eher häufig mit Freude zu erledigen. 25% erledigen ihre Aufgaben sogar häufig mit Freude. Die noch fehlenden 35% sehen sich eher im Mittelfeld und verrichten ihre Alltagsaufgaben nur manchmal mit Freude.

Nachfolgend werden die Werte der männlichen und weiblichen stationären Altenpfleger in den drei Merkmalsausprägungen häufig, eher häufig und manchmal gesondert veranschaulicht:

Häufigkeit der mit Freude erledigten Aufgaben - stationäre Pflegekräfte

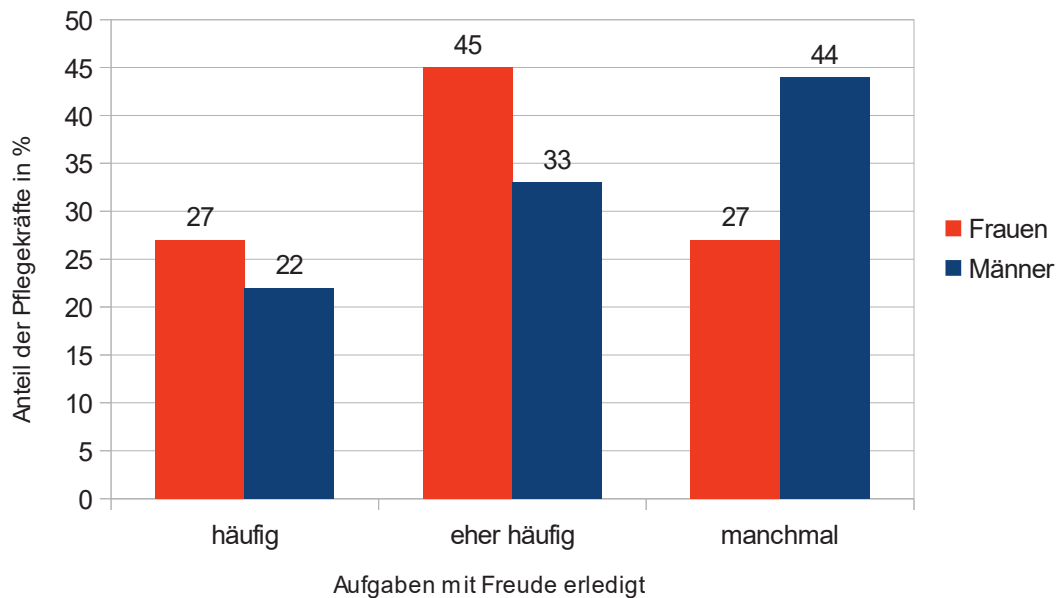


Abbildung 15: Erledigen der Aufgaben mit Freude - stationäre Pflege

Bei der Gegenüberstellung von Männern und Frauen der stationären Pflege fällt auf, dass ein Großteil von 44% der Männer ihre Aufgaben nur noch manchmal mit Freude ausführen. Bei den Frauen ist ein fast gleicher Anteil von nämlich 45% eher häufig mit Freude bei der Aufgabenerledigung. Häufig und manchmal halten sich bei den Frauen die Waage.

Waren Sie in letzter Zeit rege und aktiv? Diese Frage wurde von Seiten der ambulanten Pflegekräfte weder recht positiv. Eher häufig wurde erneut von 89% angegeben und 11% vermerkten immer aktiv und rege zu sein.

Bei den stationären Pflegekräften zeigt sich hingegen ein anderes Bild:

Häufigkeit aktiv und rege zu sein - stationäre Pflegekräfte

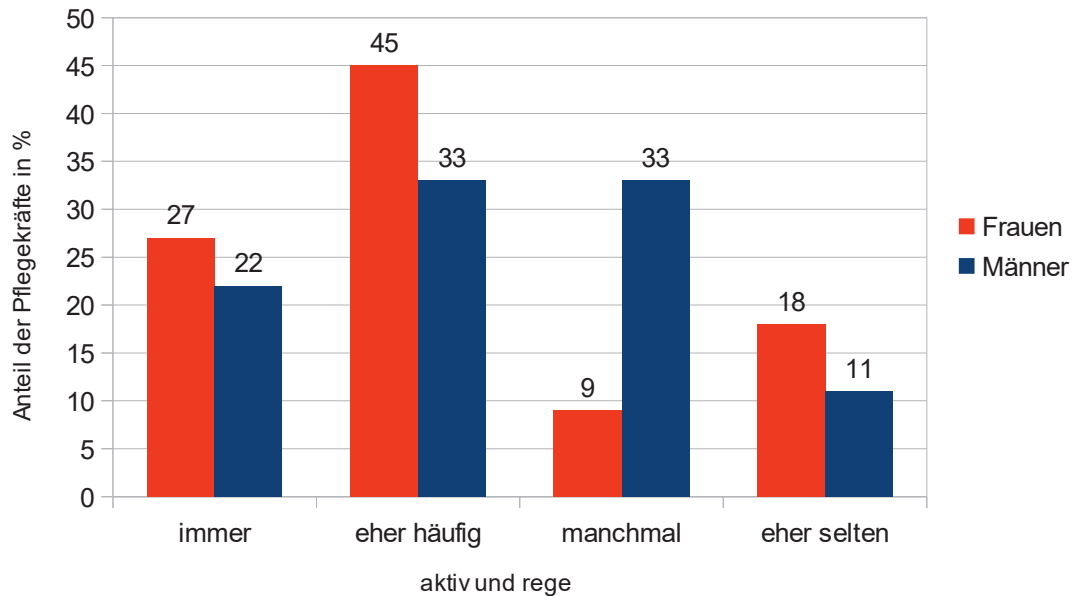


Abbildung 16: Häufigkeit aktiv und rege zu sein - stationäre Pflege

Bei den Frauen und Männern der stationären Pflege gibt nun auch ein Teil an eher selten aktiv zu sein. Ein Zeichen dafür, dass neben dem Beruf nicht mehr viel Zeit und/oder Lust besteht anderen Aktivitäten nachzugehen. Immerhin ist aber ein Großteil der Frauen mit über 72% in den beiden positiven Merkmalsausprägungen „immer“ und „eher häufig“ aktiv und rege vorzufinden. Bei den Männer gehören in diesen Bereich noch gute 55%.

Waren Sie in letzter Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft? Auf diese Frage antworteten alle ambulanten Pflegekräfte mit „eher häufig“. Bei ihnen wird also nur selten über die Zukunft gegrübelt.

Ein anderes Bild zeigt sich wieder bei den Pflegekräften in stationären Einrichtungen. Unter ihnen gaben 25% ständig zuversichtlich in Bezug auf die Zukunft zu sein. Doch auch die Option „eher selten“ wurde angegeben, dies wurde aber nur von männlichen Befragten als Antwort gegeben.

Wie die weitere Verteilung der Häufigkeit zuversichtlich, in Bezug auf die Zukunft zu sein, zeigt das Diagramm:

Häufigkeit, zuversichtlich an die Zukunft zu denken - stationäre Pflegekräfte

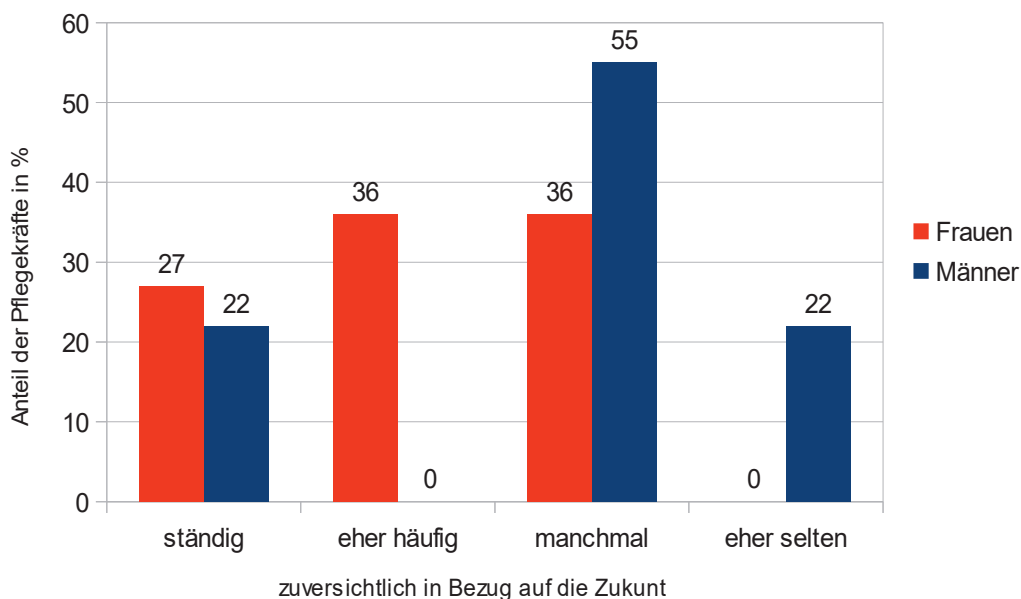


Abbildung 17: Häufigkeit zuversichtlich an die Zukunft zu denken - stationäre Pflege

Die Männer des stationären Pflegesektors denken eher selten zuversichtlich an die Zukunft. Bei den Frauen sieht es deutlich zuversichtlicher aus, mit 63% der Bewertungen bei „eher häufig“ bzw. „ständig“ zuversichtlich. Bei den Männern gibt es immerhin 22%, die ständig zuversichtlich an die Zukunft denken.

Bis hierhin wurden die Daten hinsichtlich der einzelnen Fragen vom Autor veranschaulicht und schon erste Rückschlüsse gezogen.

Anschließend erfolgt nun die Auswertung der Gesamten Fragebögen, wie es vom WAI vorgesehen ist.

Die Einteilung der Ergebnisse in den Work Ability Index erfolgt nach den zusammengerechneten Punkten, die für die jeweiligen Antworten gegeben wurden. Der Index besteht aus den vier Kategorien kritisch, mäßig, gut und sehr gut.

Das nachfolgende Diagramm stellt die Gesamtergebnisse der beiden Altenpflegebereiche dar.

Erreichte Arbeitsfähigkeit nach dem WAI

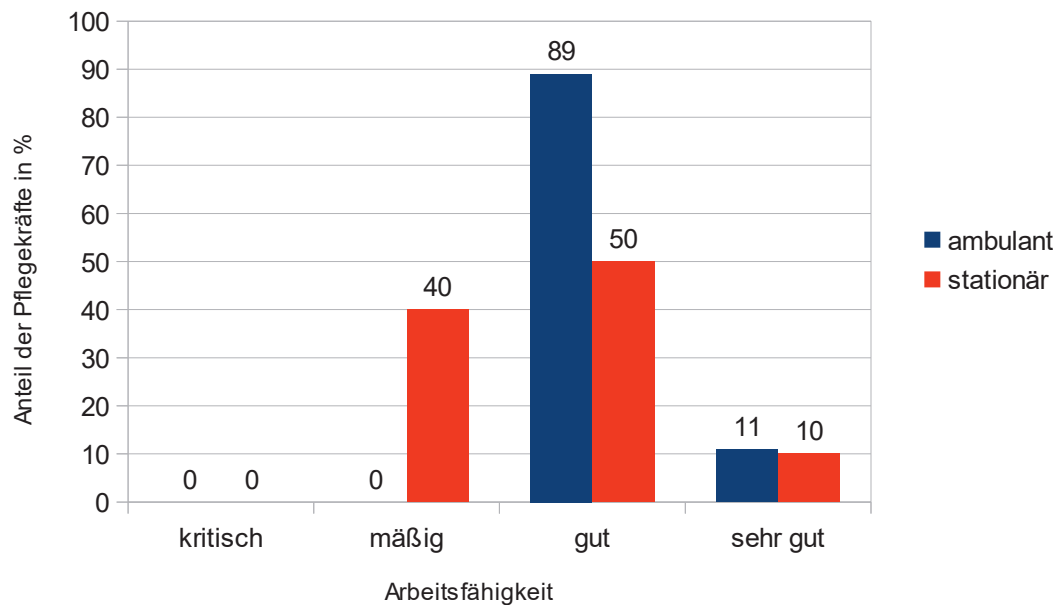


Abbildung 18: Arbeitsfähigkeit nach WAI allgemein

Positiv hervorzuheben ist, dass keine der befragten Pflegekräfte einen Punktwert im kritischen Bereich des Index erzielt hat. Insgesamt erreichten von 87 Teilnehmern 64% einen Wert zwischen 37 und 43 Punkten und befinden sich somit in einem guten Zustand der Arbeitsfähigkeit.

Bei den ambulanten Pflegekräften verteilen sich die Punkte nur im guten und sehr guten Bereich, wobei sich 89% auf einem guten Niveau der Arbeitsfähigkeit befinden.

Bei den Pflegern der stationären Einrichtungen befinden sich 60% der Befragten im guten und sehr guten Punktbereich. Hier liegen aber auch die übrigen 40% im mäßigen Punkteschnitt. Verteilt auf die Männer und Frauen ergaben sich die folgenden Werte:

Erreichte Arbeitsfähigkeit - stationäre Pflegekräfte

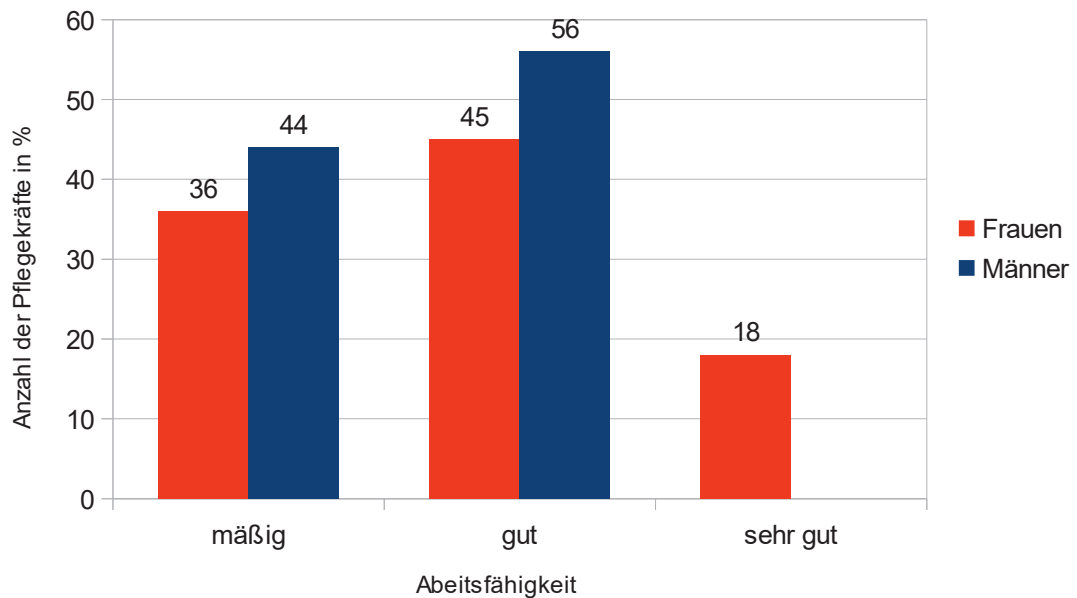


Abbildung 19: Arbeitsfähigkeit nach WAI - stationäre Pflege

Hier wird deutlich, dass keiner der männlichen Pfleger einen Punktwert im sehr guten Bereich erzielen konnte. Bei den Frauen haben immerhin noch 18% den besten Punktbereich erlangt. Über ein Dritte der Frauen sind jedoch lediglich im mäßigen Bereich der Arbeitsfähigkeit zu finden, bei den Männern sind es sogar fast die Hälfte der Befragten.

Aus den Ergebnissen der Befragung können einige Rückschlüsse gezogen werden. Obwohl die Belastungen durch die Arbeitsaufgaben in beiden Bereichen ähnlich sind, fällt auf, dass die ambulanten Pflegekräfte eine bessere Punktwertung im WAI erreicht haben. Betrachtet man die Ergebnisse der einzelnen Fragen wird auch deutlich woran dies liegt. Die meisten Fragekategorien wurden von ihnen im Schnitt besser bewertet. So kam es beispielsweise bei keiner Frage zu einer schlechten Antwort, sondern sie lagen häufig im guten bis sehr guten Bereich und nur vereinzelt gab es eine mittelmäßige Einschätzung, wie beispielsweise bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Anforderungen.

Im Bereich der vom Arzt diagnostizierten Krankheiten zählten die stationären Pfleger häufiger mehrere Krankheiten gleichzeitig auf. Bis zu fünf Krankheiten traten dabei parallel auf. Die ambulante Pflege gab es im schlimmsten Falle drei

parallel auftretende Erkrankung. Häufig genannt wurden die Muskel-Skelett-Erkrankungen im stationären Bereich, während aus der ambulanten Pflege niemand eine diagnostizierte Krankheit dieser Art angab.

Leider können die Ergebnisse nur Rückschlüsse auf weibliche Mitarbeiter der ambulanten Pflege geben. Doch trotzdem ist ein Unterschied zwischen den Bereichen ambulante und stationäre Altenpflege zu erkennen.

Bei der stationären Pflege sind hingegen auch Unterschiede hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit von männlichen und weiblichen Pflegekräften zu erkennen.

Allein schon, dass keiner der Männer im sehr guten Bereich der Arbeitsfähigkeit landen konnte, verdeutlicht dies. Die Männer gaben im Schnitt weniger Antworten, die im positiven Bereich liegen. Bereits in der ersten Frage vergab keiner von ihnen die höchste Punktzahl für die derzeitige Arbeitsfähigkeit.

Wie mit den ermittelten Ergebnissen umzugehen ist, gibt der Fragebogen des WAI im Auswertungsabschnitt an. Bei mäßiger Arbeitsfähigkeit sollte dementsprechend reagiert werden um die Arbeitsfähigkeit zu verbessern. Eine gute Arbeitsfähigkeit sollte weiter unterstützt werden, um sie auf dem Niveau zu halten oder idealerweise noch zu verbessern. Und bei einer sehr guten erreichten Arbeitsfähigkeit sollte dafür gesorgt werden, dass sie auf dem erreichten Niveau bleibt.

Je nachdem wer seine Arbeitsfähigkeit mit Hilfe des WAI bestimmen will (also ob nun ein Arbeitnehmer selbst oder vielleicht der Leiter eines Unternehmens) kann im Rahmen des „Haus der Arbeitsfähigkeit“ nach möglichen Schwachpunkten im privaten und beruflichen Bereich suchen um diese zu beseitigen.

8. Diskussion

8.1 Bewertung der Ergebnisse – Hypothesen

Die erste Hypothese „Es gibt Unterschiede in der Belastungshöhe bei ambulanten und stationären Altenpflegekräften.“ konnte durch die vorliegende Arbeit bestätigt werden. Die Auswertung des WAI-Fragebogens zeigte, dass die Arbeitsfähigkeit der stationären Pflegekräfte gegenüber der ambulanten Pflegenden etwas schlechter eingeschätzt wurde. Dies deutet darauf hin, dass

die Belastungshöhe im stationären Bereich größer ist als im ambulanten

Die hohe Anzahl an Muskel-Skelett-Erkrankungen lässt weiterhin darauf schließen, dass körperliche Belastungen vor allem auf die stationären Pflegekräfte wirken. Bei den ambulanten Kräften ist hingegen nicht ein einziges Mal eine Muskel-Skelett-Erkrankung angegeben worden. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und auch Hautkrankheiten sind hingegen in beiden Bereichen gleichermaßen vertreten.

Die Leistungsreserven befinden sich bei den ambulanten im positiven Mittelfeld. Das ist ein Zeichen dafür, dass sie über mehr Reserven verfügen, um hohe Belastungen des Arbeitsalltags zu kompensieren, als es bei den Pflegekräften der stationären Einrichtungen der Fall ist.

Auch die Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in Bezug auf psychische und physische Anforderungen wurde von den ambulanten Pflegenden fast ausschließlich als eher gut befunden. Die Einschätzung der stationären Kräfte hingegen schwankte von sehr gut bis eher schlecht.

Als Ursache für die Unterschiede kommen mehrere Faktoren in Frage.

Die stationäre Pflege findet an einem Ort statt, das heißt, dass alle betreuten Bewohner immer vor Ort sind und die Pflegenden jederzeit damit rechnen müssen bei einem anderen Bewohner gebraucht zu werden. Die ambulanten Pfleger hingegen können ihre Aufmerksamkeit dem Klienten widmen, bei dem sie gerade im Einsatz sind. Der Arbeitsablauf ist somit geregelter, obwohl natürlich auch bei ihnen immer der zeitliche Druck besteht, alle Klienten in einem speziellen Zeitfenster zu versorgen. Ein weiterer Grund kann der Umfang der pflegerischen Betreuung. In der stationären Pflege ist der Anteil an Menschen, die stark in der Mobilität eingeschränkt sind größer. Es muss in diesem Bereich also mehr körperlich geleistet werden. Dazu gehören das häufige Tragen, Heben und Lagern der Bewohner.

Festzuhalten ist also, dass die Arbeitsbelastung bei Pflegekräften in der stationären Pflege höher ist als in der ambulanten Pflege.

Die zweite Hypothese „Die Belastungshöhe unterscheidet sich in Bezug auf männliche und weibliche Pflegekräfte“ kann zumindest im Bereich der stationären Pflege bestätigt werden.

Der erreichte Punktwert der Männer im WAI lag im Schnitt unter dem der weiblichen Befragten

Unter Anderem schätzten die Männer ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit und auch die Arbeitsfähigkeit in Bezug auf psychische und physische Anforderungen schlechter ein als ihre weiblichen Kollegen. Auch bei den Leistungsreserven lagen sie im Schnitt etwas hinter den Frauen zurück. Prozentual gaben auch mehr Männer an, Beschwerden bei der Verrichtung der Arbeitsaufgaben aufgrund ihrer Erkrankungen zu haben. Der Anteil an Muskel-Skelett-Erkrankungen war bei den Herren etwas höher als den Frauen.

Aus eigener Erfahrung, kann der Autor sagen, dass Männer, auch aufgrund der physiologischen Vorteile gegenüber der Frauen, häufig mehr körperlich arbeiten. Das soll heißen, dass beobachtet wurde, dass Männer des öfteren auf Hilfsmittel wie Lifter verzichten und stattdessen die Bewohner selbst heben oder tragen. Dies konnte zwar auch bei einigen wenigen weiblichen Pflegekräften beobachtet werden, doch bei den Männern war dieses Vorgehen eher die Regel.

Die 60 befragten stationären Pflegekräfte verteilten sich auf 27 Männer und 33 Frauen und war somit relativ ausgewogen mit 45% Männer- und 55% Frauenanteil.

Nach den vorliegenden Ergebnissen kann festgestellt werden, dass die Belastungshöhe in Bezug auf den stationären Bereich bei den männlichen Pflegekräften höher ist als bei den weiblichen.

8.2 Arbeitsfähigkeit in der Altenpflege verbessern

Ein ganz wichtiger Punkt in beiden Bereichen betrifft die Arbeitsorganisation. Es sollte durch ein angepasstes Zeitmanagement dafür gesorgt werden den Pflegenden einen mit weniger zeitlichen Druck behafteten Arbeitsalltag zu ermöglichen, in dem Pausen eingehalten werden und in ruhiger Umgebung ablaufen können. Dies ist leider aufgrund des häufig Fachkräftemangels bzw. des niedrigen Personalschlüssels nicht so einfach umzusetzen.

Der Schichtdienst ist für die Pflege natürlich unabdingbar. Jedoch muss darauf geachtet werden, dass die Ruhezeiten zwischen den Schichten im Dienstplan

eingehalten werden. Das heißt kurze Wechsel wie von der Spät- in die Frühschicht sollten nur in absoluten Ausnahmesituationen stattfinden. Und auch nach der Nachtschicht muss sich genügend freie Zeit anschließen, in der sich der Pflegende wieder an den normalen Tagesrhythmus gewöhnen kann. So würden die Leistungsreserven der Pflegenden wieder aufgestockt.

Weiterhin muss eine bessere Lösung für Krankheitsausfall gefunden werden. Dabei zu beachten gilt vor allem, dass Kollegen nicht aus ihrer Ruhezeit herausgeholt werden um den Ausfall zu kompensieren. Denn daraus bildet sich häufig ein Teufelskreis, aus dem ein Ausbrechen nur schwer möglich ist.

Um die Gesundheit und somit die Arbeitsfähigkeit zu verbessern sind gerade in der stationären Altenpflege Rückenschulen empfehlenswert. Wenn diese zeitlich in den Arbeitsablauf eingegliedert wird, steigt auch die Bereitschaft der Pflegekräfte daran teilzunehmen. Häufig werden Angebote der Gesundheitsförderung nach dem Arbeitstag eher als zusätzliche zeitliche Belastung aufgefasst.

Ebenfalls ist eine gute Versorgung mit Pflegehilfsmitteln wie Liftern eine Möglichkeit die körperlichen Belastungen zu reduzieren. Es muss eine ausreichende Anzahl solcher Gerätschaften an den entsprechenden Einsatzorten (z.B. mindestens ein Gerät pro Station) vorhanden sein, um nicht noch zusätzlichen Aufwand für die Pflegekräfte, eventuell durch lange Wege um ein Gerät zu jeweiligen Patienten zu bringen, hervorzurufen. Auch in diesem Fall kann es dann wieder dazu kommen, dass eher auf das jeweilige Hilfsmittel verzichtet wird um Zeit zu sparen.

Mehr Lob und Anerkennung gegenüber den Mitarbeitern bringt zusätzliche Motivation für den nächsten Arbeitstag.

Auch regelmäßige Schulungen und Weiterbildungen können als Motivation dienen. Der Arbeitende bemerkt somit, dass er als wichtiger Teil des Pflegesektors weiterhin gefördert und unterstützt wird. Weiterhin werden den Pflegenden dadurch auch immer wieder neue Möglichkeiten aufgezeigt, wie sie in bestimmten Situationen besser reagieren und wo sie ihre eigenen Arbeitsabläufe eventuell optimieren können.

In regelmäßigen Mitarbeitergesprächen, die natürlich auch in der Gruppe statt

ablaufen können, kann das Teamgefühl gestärkt werden und ein regelmäßiger Austausch unter den Pflegenden und auch mit den Führungspersonen stattfinden. Denn auch ein gutes kollegiales Klima wirkt positiv auf die Arbeitenden aus.

9. Schlussbetrachtungen

Die aktuelle und prognostizierte zukünftige Situation Deutschlands hinsichtlich der demografischen Entwicklung ist alarmierend für den Pflegesektor. Wie sollen die anstehenden Veränderung bewältigt werden. Dazu ist es unerlässlich den Berufsweg der Altenpflege attraktiver für die jungen Generation zu machen. Der bereits bestehende Fachkräftemangel wird andernfalls in den kommenden Jahren und Jahrzehnten noch erheblichere Auswirkungen mit sich bringen.

Die einzelnen Tätigkeiten der Altenpflege bedeuten teilweise hohe physische und psychische Belastungen. Es gibt mehrere Modelle die sich mit den verschiedenen Auswirkungen der Belastungen auf die Arbeitenden befassen. Diese gehen jeweils von einem Ungleichgewicht zwischen hoher Belastung und den Möglichkeiten diese zu verarbeiten bzw. zu bewältigen aus.

Im Hinblick auf die Altenpflege stehen vor allem Belastungen seitens des hohen zeitlichen Drucks und der hohen physischen Beanspruchung im Vordergrund. Aber auch ein Mangel an Ruhe- und Erholungszeiten aufgrund von Personalmangel führt zu ständiger Belastung und wenig Möglichkeiten diese wieder auszugleichen.

Zusammenfassen lässt sich sagen, dass Aufgrund der durchgeführten Untersuchung Unterschiede in den Bereichen ambulante und stationäre Pflege hinsichtlich der Belastungshöhe festzustellen sind. Aber auch Unterschiede in Bezug auf die Belastungshöhe zwischen männlichen und weiblichen Befragten wurden für den stationären Bereich verdeutlicht.

Die Untersuchung selbst kann nur ein sehr kleines Abbild der Belastungshöhe in den Altenpflegeberufen sein. Zum Einen ist die Anzahl der Befragungen zu gering gegenüber der in Deutschland beschäftigten Altenpfleger. Zum Anderen liegen aus dem ambulanten Bereich leider keine Daten von männlichen Pflegern vor. Mit ein Grund dafür ist wahrscheinlich auch, dass im ambulanten Pflegebereich deutlich weniger Männer tätig sind als Frauen.

Nichtsdestotrotz konnten bezüglich der Hypothesen Aussagen getroffen werden. Die ambulante Pflege ist demnach weniger hohen Belastungen ausgesetzt als die stationäre Pflege. Die Ergebnisse der stationären Pflege

verdeutlichen weiterhin, einen Unterschied zwischen Belastungshöhe von Männern und Frauen. Demnach unterliegen die Männer höheren Belastungen als ihre weiblichen Kollegen.

Die Auswertung der WAI liefert im Rahmen der Umfrage aber durchschnittlich betrachtet gute Ergebnisse für die Altenpfleger. Niemand befand sich demnach in einem kritischen Zustand der Arbeitsfähigkeit und immerhin nur knapp mehr als ein Viertel der Befragten erreichte einen mäßigen Zustand. Das bedeutet 72% und somit fast drei Viertel schätzten ihr Arbeitsfähigkeit gut bis sehr gut ein.

Wie bereits gesagt, ist dies aber nur ein kleiner Ausschnitt von Berufstätigen im Altenpflegebereich. Die Vorerkenntnisse geben Aufschluss darauf, dass die künftige Situation eine andere/schlechtere werden wird. Die jetzigen Pflegekräfte werden älter und nur wenige junge Fachkräfte rücken nach, um die steigenden Leistungen zu kompensieren.

Es ist also zwingend notwendig, die noch vorhandenen Pflegekräfte zu motivieren und möglichst lange gesund zu erhalten um ihre Tätigkeit bis zum Erreichen des Rentenalters ausführen zu können. Damit geht auch einher, dass Pflegekräfte endlich angemessen für ihre verantwortungsvolle Arbeit respektiert und entlohnt werden. Dadurch würde der Berufszweig auch wesentlich attraktiver werden. Aber auch im Bereich der Arbeitsorganisation gibt es eine Liste an verbesserungswürdigen Faktoren.

Die Pflegekräfte sind der wichtigste Leistungserbringen in der Pflege. Sie Versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen Menschen. Sollten diese Leistungen weiterhin an Qualität verlieren, weil er nicht genügend Unterstützung erfährt, gewinnt der folgende Satz von Gustav Knut wahrscheinlich noch mehr an Bedeutung.

„Alle wollen alt werden, aber keiner will es sein.“

(Gustav Knuth, 1901-1987)

Literaturverzeichnis

1. Baade, J., Gertel, H., Schlottmann, A., Wissenschaftlich arbeiten, Ein Leitfaden für Studierende der Geographie, 2010
2. Hasselhorn, H. M., Freude, G., Der Work Ability Index- ein Leitfaden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Wirtschaftsverlag NW, 2007
3. Lohmann-Haislah, A., Stressreport Deutschland 2012, Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, 2012
4. Mayer, H. O., Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung. Durchführung. Auswertung. Oldenbourg Verlag, München. Wien. 4. Auflage, 2008
5. Rogge, K.-E., Methodenatlas. Für Sozialwissenschaftler. Springer Verlag, 1995
6. Sozialgesetzbuch, Beck, 2018, 47. Auflage
7. Belastungsarten, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitsgestaltung-im-Betrieb/Physische-Belastung/Belastungsarten/Belastungsarten_node.html, Stand 23.01.2018
8. Bevölkerungsstand, Statistisches Bundesamt, www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/_/lrbev01.html, Stand 19.01.2018
9. Bevölkerungsvorausberechnung, Statistisches Bundesamt https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/%20Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/2015_2A_AltersgruppenBis2060_.html, Stand 19.01.2018
10. Immer mehr ältere Menschen in Deutschland, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, www.demografie-portal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Bevoelkerung_Alterstruktur.html, Stand 20.01.2018
11. Die demografische Entwicklung als Herausforderung für Gesellschaft und Politik, WEKA MEDIA GmbH & Co. KG, <https://www.foerderland.de/mittelstand/demographischer-wandel/>, Stand 20.01.2018
12. Mitarbeiterbefragung, https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW08-00-110_Mitarbeiterbefragung_Download.pdf?__blob=publicationFile, Stand 12.02.2018

13. Pressemitteilung Nr. 017 vom 17.01.2017
[www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/
PD17_017_224.html](http://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_017_224.html)

Anhang

Work Ability Index - Fragebogen



Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgt FREIWILLIG!

Sind Sie bei Ihrer Arbeit...	
vorwiegend geistig tätig?	O ₁
vorwiegend körperlich tätig?	O ₂
etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?	O ₃

1. 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 derzeit arbeitsunfähig sind)										
O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅	O ₆	O ₇	O ₈	O ₉	O ₁₀
völlig arbeitsunfähig										derzeit die beste Arbeitsfähigkeit

2. Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen				
Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Arbeitsanforderungen ein?				
sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
O ₅	O ₄	O ₃	O ₂	O ₁
Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen ein?				
sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
O ₅	O ₄	O ₃	O ₂	O ₁

1

3. Anzahl der aktuellen ärztlich diagnostizierten Krankheiten			
Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an.			
Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.			
		<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>
			<i>liegt nicht vor</i>
1	Unfallverletzungen (z.B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen (z.B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, Wirbelsäulenerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Atemwegserkrankungen (z.B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Psychische Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Work Ability Index - Fragebogen



	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
6 Neurologische und sensorische Erkrankungen (z.B. Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Migräne, Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7 Erkrankungen des Verdauungssystems (z.B. der Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
8 Erkrankungen im Urogenitaltrakt (z.B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
9 Hautkrankheiten (z.B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
10 Tumore / Krebs	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
11 Hormon- / Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Fettleibigkeit, Schilddrüsenprobleme)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
12 Krankheiten des Blutes (z.B. Anämie)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
13 Angeborene Leiden / Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
14 Andere Leiden oder Krankheiten: Welche? _____ (bitte eintragen)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

2

4. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten	
Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit? Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwort-Möglichkeit an.	
• Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung	<input type="radio"/> ₆
• Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden	<input type="radio"/> ₅
• Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern	<input type="radio"/> ₄
• Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern	<input type="radio"/> ₃
• Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten	<input type="radio"/> ₂
• Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig	<input type="radio"/> ₁

5. Krankenstand im vergangenen Jahr (12 Monate)	
Wie viele ganze Tage blieben Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung) im letzten Jahr (12 Monate) der Arbeit fern?	
überhaupt keinen	O ₅
höchstens 9 Tage	O ₄
10 - 24 Tage	O ₃
25 - 99 Tage	O ₂
100 - 365 Tage	O ₁

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
O ₁	O ₄	O ₇

7. Psychische Leistungsreserven				
Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?				
häufig	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
O ₄	O ₃	O ₂	O ₁	O ₀
Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?				
immer	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
O ₄	O ₃	O ₂	O ₁	O ₀
Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?				
ständig	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
O ₄	O ₃	O ₂	O ₁	O ₀

3

Weiter zur Auswertung →

Work Ability Index - Fragebogen

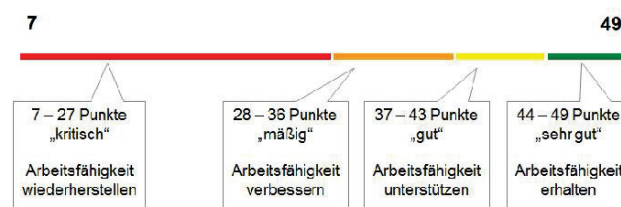


Auswertung

WAI - Dimensionen	Punkte
1. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten je erreichten Arbeitsfähigkeit	
2. Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Anforderungen der Arbeitstätigkeit <i>Entsprechend der Beantwortung der „Vorfrage“:</i> a) geistig tätig... (Punktzahl*0,5)+(Punktzahl*1,5) = b) körperlich tätig... (Punktzahl*1,5)+(Punktzahl*0,5) = c) in gleichen Maße... Punktzahl+Punktzahl =	
3. Anzahl der aktuellen vom Arzt diagnostizierten Krankheiten 0 Krankheiten = 7 Punkte 1 Krankheit = 5 Punkte 2 Krankheiten = 3 Punkte 3 Krankheiten = 3 Punkte 4 Krankheiten = 1 Punkte 5+ Krankheiten = 1 Punkt	
4. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten <i>Siehe angekreuzter Punkt – bei Mehrfachnennung der niedrigste Wert</i>	
5. Krankenstandstage in den vergangenen 12 Monaten <i>Siehe angekreuzter Punkt</i>	
6. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in 2 Jahren <i>Siehe angekreuzter Punkt</i>	
7. Psychische Leistungsreserven Summe 0 – 3 = 1 Punkt Summe 4 – 6 = 2 Punkte Summe 7 – 9 = 3 Punkte Summe 10 – 12 = 4 Punkte	
Work Ability Index-Gesamtwert	

4

Einordnung Ihres Work Ability Index-Gesamtwertes



Der WAI bildet über Punktwerte (7-49) ab, ob Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit als kritisch, mäßig, gut oder sehr gut einzustufen ist. Ihrem Ergebnis entsprechend sollte das persönliche Ziel sein, die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen, zu verbessern, zu unterstützen oder zu erhalten. Ansatzpunkte bieten Ihnen die Handlungsfelder >>Gesundheit, Kompetenz/Wissen, Werte/Motivation/Einstellungen, Arbeitsorganisation/Führung<<.



Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die Masterarbeit: „Wer will heute noch Altenpfleger werden? Arbeitsbelastungen in der Altenpflege“ selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit habe ich bisher keinem anderen Prüfungsamt in gleicher oder vergleichbarer Form vorgelegt. Sie wurde bisher auch nicht veröffentlicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Arbeit mit Hilfe eines Plagiatserkennungsdienstes auf enthaltene Plagiate überprüft wird.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)