

---

**DAK-BGW**

**Gesundheitsreport 2006**

**Ambulante Pflege**

**Arbeitsbedingungen und Gesundheit  
in ambulanten Pflegediensten**

---

## **Herausgeber:**

### **DAK-Zentrale**

Geschäftsbereich Produktmanagement  
Team Prävention/Betriebliche Gesundheitsförderung

Nagelsweg 27 – 31  
20097 Hamburg

Tel.: 040 - 2396 2031 Fax: 040 - 2396 4031

Email: [sabine.winterstein@dak.de](mailto:sabine.winterstein@dak.de)

Bestellnummer: W403-20062

### **Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege**

Zentrale Präventionsdienste  
Bereich Gesundheits- und Mobilitätsmanagement

Pappelallee 35 – 37  
22089 Hamburg

Tel.: 040 - 20207-960

Email: [Gesundheitsmanagement@bgw-online.de](mailto:Gesundheitsmanagement@bgw-online.de)

Bestellnummer: SP-DAK06

Dieser Bericht wurde im Auftrag der DAK und der BGW erstellt durch:

**Dr. Yvonne Grabbe, Hans-Dieter Nolting, Dr. Stefan Loos und Dr. Katrin Krämer**

### **IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH**

Wichmannstr. 5  
10787 Berlin

Tel.: 030 - 230 80 90 Fax: 030 - 230 80 911

Email: [iges@iges.de](mailto:iges@iges.de)

## **Inhalt**

### **des DAK-BGW Gesundheitsreports 2006 – Ambulante Pflege**

<b>Vorwort .....</b>	<b>5</b>
<b>Aufbau des Reports .....</b>	<b>7</b>
<b>Schlussfolgerungen .....</b>	<b>9</b>
<b>TEIL 1 .....</b>	<b>13</b>
<b>TEIL 2 .....</b>	<b>97</b>
<b>TEIL 3 .....</b>	<b>127</b>



## Vorwort

### **Arbeitsbedingungen und Gesundheit in der ambulanten Pflege stellen sich im Vergleich zur stationären Pflege positiver dar**

Ambulante Pflege ist eines der wachsenden Beschäftigungsfelder in der Bundesrepublik. Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 und dem hier gesetzlich verankerten Ziel, häuslicher Pflege vor stationärer Versorgung den Vorrang zu gewähren, hat sich die Zahl ambulanter Pflegedienste nahezu verdreifacht. Parallel dazu hat die Zahl der Beschäftigten in der ambulanten Pflege zugenommen.

Angesichts der bekannten demografischen Szenarien und der Verlagerung stationärer Leistungen auf den ambulanten Sektor ist davon auszugehen, dass der Bedarf an professionellen ambulanten Pflegeleistungen weiter ansteigen wird. Zur Arbeitssituation und noch weniger zur gesundheitlichen Situation in der ambulanten Pflege liegen im Vergleich zur stationären Pflege erst wenige empirisch gesicherte Erkenntnisse vor.

Der von BGW und DAK gemeinsam vorgelegte Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege ist mit einer bundesweiten Befragung der Beschäftigten in der Pflege eine Novität. Zudem wurde der Bereich der ambulanten Pflege in der Reihe der Gesundheitsreporte der DAK und der BGW bisher nicht untersucht.

Der Report beschränkt sich deshalb nicht nur auf die Bereitstellung von aktuellem Zahlenmaterial über das Vorkommen von Erkrankungen und Belastungen. Besondere Aufmerksamkeit wird vielmehr der Aufdeckung von Ursachen und Zusammenhängen zwischen Gesundheit und Arbeitszufriedenheit auf der einen und arbeitsbedingten Belastungen, Organisationskultur und sozialen Beziehungen auf der anderen Seite gewidmet.

Beide Kooperationspartner verfolgen mit der Herausgabe der vorliegenden Studie das Ziel, Impulse für die Modernisierung und Humanisierung der Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege zu geben. Dabei nehmen BGW und DAK die Interessen der im Gesundheitswesen Beschäftigten sowie der Klienten gleichermaßen in den Fokus: Arbeitsbedingungen, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fördern, kommen auch den Pflegebedürftigen sowie ihren Angehörigen zugute.

Vergleicht man die Arbeitsbedingungen mit der Situation in der stationären Krankenpflege, so zeichnet sich ein überwiegend positives Bild ab: Sowohl auf Seiten der Belastungsfaktoren als auch im Hinblick auf die Ressourcen, bewerten die Pflegenden ihre Arbeitssituation besser. Trotz der positiven Grundsituation treten aber auch bei den ambulanten Pflegekräften starke körperliche und psychosomatische Beschwerden auf. Ferner arbeiten die Pflegenden unter großem Zeit- und Leistungsdruck, Pausen können oft nicht eingehalten werden.

Der DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege liefert Erkenntnisse und Hinweise zur Weiter- und Neuentwicklung, insbesondere von Präventionsmaßnahmen, die den Abbau von Arbeitsbelastungen und die Förderung der Gesundheit der Beschäftigten in den Mittelpunkt betrieblicher Organisations- und Personalentwicklung stellen.

Aus diesem Grund engagieren sich BGW und DAK für die betriebliche Gesundheitsförderung und den Aufbau von Gesundheitsmanagement-Strukturen und appellieren an alle betrieblichen Akteure, in Ihrem Engagement für die Gesundheit vor dem Hintergrund einer sich wandelnden Arbeitswelt nicht nachzulassen.

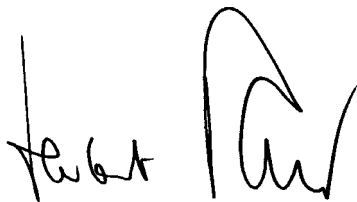
Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) ist die gesetzliche Unfallversicherung für etwa 500.000 private oder freigemeinnützige Einrichtungen, die den Versicherungsschutz der BGW für Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten genießen. Eine große Gruppe stellen die ambulanten Dienste dar.

Die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) ist mit 4,8 Mio. Mitgliedern die zweitgrößte Krankenkasse der Bundesrepublik. Aufgrund ihrer historischen Entwicklung ist die DAK traditionell besonders stark im Sektor des Gesundheitswesens vertreten, daher ist uns die gesundheitliche Situation der Pflegenden besonders wichtig.

Der DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege ergänzt als ein weiterer Baustein die vielfältigen Informations-, Beratungs- und Schulungsaktivitäten, die BGW und DAK im Rahmen ihres jeweiligen gesetzlichen Auftrags zur Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und zur Förderung der Gesundheit unternehmen.

Zielgruppen des DAK-BGW Gesundheitsreports 2006 - Ambulante Pflege sind u. a. Pflegedienstleitungen, Pflegekräfte, Qualitätsmanager und Personalverantwortliche, Betriebsräte und Mitarbeitervertretungen, Gewerkschaften, Krankenkassen und Politik, also alle, die mit der Umgestaltung des Gesundheitswesens befasst sind und ein Interesse an gesundheits- und leistungsförderlichen Arbeitsbedingungen von Pflegenden haben.

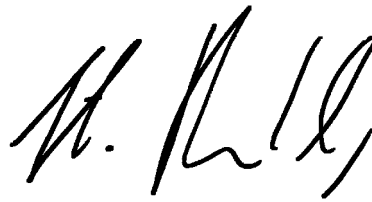
Die statistischen Auswertungen und Analysen, die dem Report zu Grunde liegen, sollen die Beteiligten und Verantwortlichen unterstützen, gemeinsam an Lösungen zu arbeiten.



Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Vorsitzender des Vorstandes

Deutsche Angestellten Krankenkasse,  
Hamburg



Prof. Dr. Stephan Brandenburg

Mitglied der Geschäftsführung

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege,  
Hamburg

## **Aufbau des DAK-BGW Gesundheitsreports 2006 – Ambulante Pflege**

Der DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege gliedert sich in drei Teile:

- Im **TEIL 1** werden Ergebnisse von einer bundesweiten schriftlichen Befragung von Pflegenden in Einrichtungen der häuslichen Alten- und Krankenpflege vorgestellt.
- **TEIL 2** berichtet über Auswertungen zum Auftreten von Arbeitsunfällen in den von der BGW versicherten ambulanten Pflegediensten.
- Im **TEIL 3** wird eine Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten von DAK-versicherten Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten präsentiert.

Jedem Teilbericht wird eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse vorangestellt.





## Schlussfolgerungen

Die wachsende Zahl älterer Menschen in unserer Gesellschaft sowie eine Veränderung der Aufgabenteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung stellen den Bereich der ambulanten Pflege vor neue Aufgaben und Herausforderungen.

Die Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in Einrichtungen der häuslichen Alten- und Krankenpflege sind in den Arbeits- und Gesundheitswissenschaften im Vergleich zur Arbeitssituation in der stationären Pflege allerdings lange Zeit vernachlässigt worden. DAK und BGW haben im Jahr 2005 den „Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege“ vorgelegt. Mit dem vorliegenden Bericht über Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in Diensten der häuslichen Alten- und Krankenpflege wird diese Serie ergänzt.

Wie stellt sich die aktuelle Situation der Pflegekräfte in der ambulanten Pflege im Vergleich zu den Kolleginnen und Kollegen in Krankenhäusern dar? In welchem Ausmaß sind die Beschäftigten von Arbeitsbelastungen betroffen? Wie ist es um Gesundheit und Unfallrisiken der Pflegekräfte bestellt? Welche positiven Aspekte bietet die Arbeit in einem ambulanten Pflegedienst? Welche Veränderungen haben sich in den letzten Jahren vollzogen? Welche Auswirkungen haben spezifische Prozessinnovationen wie die Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen?

Diese Fragen stehen im Zentrum des vorliegenden DAK-BGW Gesundheitsreports 2006 – Ambulante Pflege.

Die Ergebnisse der für diesen Report durchgeführten bundesweiten Umfrage unter Pflegenden, die in ambulanten Diensten tätig sind, zeigen auf, dass die Beschäftigten hohen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Dennoch lieben sie ihren Beruf und nehmen die Tätigkeit als abwechslungsreich und vielseitig wahr.

Im Vergleich zur Situation der Pflegenden in der stationären Krankenpflege schneidet die ambulante Pflege in vielen Punkten etwas besser ab. Herauszuheben sind vor allen Dingen die Rahmenbedingungen sowie Mitsprache- und Beteiligungsmöglichkeiten. Die oftmals kleinen Einrichtungen und flachen Hierarchien bieten offensichtlich idealere Voraussetzungen für ein mitarbeiterorientiertes Management von Entscheidungen und Veränderungen.

Psychosomatische Beschwerden treten bei Pflegenden in ambulanten Diensten jedoch ebenso häufig bzw. einzelne Beschwerden sogar häufiger auf als bei den Kolleginnen und Kollegen in der stationären Krankenpflege.

**Wie stellt sich die Arbeitssituation in der ambulanten Pflege im Vergleich zum stationären Pflegesektor dar?**

**Hohe körperliche und psychische Belastungen in der ambulanten Pflege**

**Hoher Anteil von Wirbelsäulen- und psychischen Erkrankungen**

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeiten der in ambulanten Pflegediensten tätigen DAK-Mitglieder bestätigt dieses Bild. Diese Berufsgruppe ist überdurchschnittlich stark von Krankheiten und gesundheitlichen Belastungen betroffen. Auffällig ist die hohe Zahl von krankheitsbedingten Ausfalltagen wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychischer Erkrankungen.

Vor dem Hintergrund der Befragungsergebnisse überraschen diese Resultate nicht. Die Arbeit in Pflegediensten ist mit erheblichen Belastungen der Wirbelsäule, insbesondere Hebe- und Tragetätigkeiten verbunden. Organisationsbedingte Belastungen wie Zeitdruck, Fehlen von Pausen und Leistungsdruck können Stressreaktionen verstärken, die in ihrer Folge zu psychischen Erkrankungen führen können.

Einrichtungen der ambulanten Pflege sollten daher nicht nachlassen, die Arbeitsbedingungen ihrer Beschäftigten zu optimieren sowie gesundheits- und persönlichkeitsförderlich zu gestalten.

**Fokus auf hautbedingten Erkrankungen bei den Berufskrankheiten**

Bei den Berufskrankheiten liegt der Fokus auf hautbedingten Erkrankungen: Mehr als drei Viertel aller anerkannten Berufskrankheiten sind auf Hauterkrankungen zurückzuführen. In diesem Bereich sind daher verstärkt Präventionsmaßnahmen zu fördern.

Charakteristisches Merkmal der ambulanten Pflege ist die Tätigkeit in der Privatwohnung des Klienten. Aus dieser Arbeitsumgebung erwachsen häufig vermeidbare Arbeitsbelastungen und Unfallgefahren.

**Hoher Anteil von Stolper-, Sturz- und Rutschunfällen bei den Arbeitsunfällen**

Die Unfalldaten der BGW der Jahre 1998 bis 2004 unterstreichen die Befragungsergebnisse. Stolper-, Sturz- und Rutschunfälle dominieren das Unfallgeschehen bei den Arbeitsunfällen und weisen auf die Notwendigkeit von Gefährdungsanalysen hin (z. B. Gefahren durch rutschige Böden oder Stolperfallen wie Schwellen, Teppichböden etc.). In der ambulanten Pflege ist im Jahr 2004 gegenüber 2002 die Zahl der Arbeitsunfälle insgesamt zurück gegangen. Dieses Resultat kann als Indikator für erfolgreiche Präventionsarbeit gewertet werden.

Aus der besonderen Arbeitssituation in der Klientenwohnung entsteht auch häufig ein enger Kontakt zu den Klienten und Angehörigen. Die Pflegekräfte müssen in dieser Interaktion Beziehungsarbeit leisten und Emotionen der Hilflosigkeit und Überforderung abfangen. Zur Verarbeitung dieser Erfahrungen sollte den Pflegenden ihrerseits professionelle Unterstützung angeboten werden.

**Viele Dienst- und Wegeunfälle mit dem PKW**

Ein weiteres Spezifikum der ambulanten Pflege ist der hohe Anteil an Arbeitszeit, welche die Pflegekraft auf den Arbeitswegen von Klientenwohnung zu Klientenwohnung verbringt. Das Autofahren wird von den Pflegekräften selbst zwar nur selten als belastend wahrgenommen, alarmierend ist jedoch das häufige Auftreten von Autounfällen während der Arbeitszeit: Jede/r Zehnte ist im Zeitraum von 12 Monaten mindestens in einen Autounfall verwickelt.

Das häufige Auftreten von Dienst- und Wegeunfällen mit dem PKW zeigt sich auch darin, dass, im Gegensatz zu den Krankenhäusern, in ambulanten Pflegediensten nahezu zwei Drittel aller bei der BGW gemeldeten Unfälle Dienst- oder Wegeunfälle sind. Der Prävention von Autounfällen kommt auch aufgrund ihrer Schwere, häufig wird die Wirbelsäule verletzt, eine besondere Bedeutung zu. Den Themen Fahrsicherheit und Fahrzeugsicherheit sollten besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

In Bezug auf Veränderungen der Arbeitssituation in den letzten drei Jahren zeichnen sich insbesondere eine Zunahme des Arbeitstempos und des Dokumentationsaufwands ab. Ein höherer Dokumentationsaufwand steht auch im Zusammenhang mit der veränderten Aufgabenteilung in der Gesundheitsversorgung und der Erbringung von Pflegeleistungen im Krankheitsfall durch ambulante Dienste. DAK und BGW unterstützen Anstrengungen, die zur Entbürokratisierung in der ambulanten Pflege beitragen.

Dem Anstieg der Anforderungen und Belastungen stehen als Chancen größere Aufgabenvielfalt und anspruchsvollere Tätigkeiten gegenüber. Auch die zunehmende Professionalisierung des Berufsfelds und die Implementierung von Qualitätsmanagement-Systemen können zur Entlastung der Beschäftigten beitragen.

Der künftige Pflegebedarf in Deutschland kann nur mit gesunden und motivierten Beschäftigten gedeckt werden. Die BGW hat aus diesem Grunde die Kampagne „Aufbruch Pflege“ ins Leben gerufen. Mit Hilfe dieser Initiative sollen gesundheitliche Belastungen von Pflegekräften in der stationären und ambulanten Altenpflege verringert, Arbeitszufriedenheit erhöht und Personalfuktuation vermieden werden.

DAK und BGW fördern und unterstützen Unternehmen in ihrem Bestreben, die Arbeitsbedingungen gesundheitsförderlich und belastungsarm zu gestalten. Die BGW unterstützt ambulante Pflegedienste dabei mit Präventionsprogrammen, Arbeitsorganisationsmodellen und Qualitätsmanagement-Systemen. Auch die DAK unterstützt eine Unternehmensstrategie, die darauf ausgerichtet ist, gesundheitlichen Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz vorzubeugen, Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern. Deshalb berät die DAK Unternehmen professionell in Fragen rund um das Thema Gesundheit im Betrieb und ermutigt Unternehmen, die Gesundheit der Beschäftigten in einem stetigen positiven Gestaltungsprozess zu optimieren. Die DAK bietet dazu verschiedene Bausteine wie Gesundheitsreporte, Mitarbeiterbefragungen, Arbeitssituationsanalysen und Bewegungsprogramme an.

**Entwicklung in den letzten drei Jahren: gestiegenes Arbeitstempo und Dokumentationsanfordernisse**

**Aufbruch Pflege**

**Unterstützungsangebote von DAK und BGW**



# **DAK-BGW**

## **Gesundheitsreport 2006**

### **Ambulante Pflege – Teil 1**

#### **Die Arbeitsbedingungen der ambulanten Pflege in einem sich wandelnden Gesundheitssystem**

**Ergebnisse einer bundesweiten Befragung  
von Pflegekräften in ambulanten Pflegediensten**

---

## **Inhalt von Teil 1**

<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>15</b>
<b>1. Ausgangspunkt, Ziele und Fragestellungen.....</b>	<b>21</b>
<b>2. Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege.....</b>	<b>24</b>
<b>3. Methodik und Datenbasis .....</b>	<b>28</b>
<b>4. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in ambulanten Pflegediensten in der Bundesrepublik .....</b>	<b>36</b>
<b>5. Wahrnehmung und Bewertung von Veränderungen der Arbeitssituation in der ambulanten Pflege .....</b>	<b>68</b>
<b>6. Auswirkungen spezifischer Entwicklungen in der ambulanten Pflege .....</b>	<b>78</b>
<b>7. Fazit.....</b>	<b>91</b>

## Zusammenfassung

Der Bedarf an professionellen Pflegeleistungen für ältere und kranke Menschen wird in den nächsten Jahrzehnten stark ansteigen. Der Anstieg des Anteils pflegebedürftiger älterer Menschen in der Bevölkerung und die Arbeitsteilung zwischen stationärem und ambulantes Sektor in der Gesundheitsversorgung führt zu weit reichenden Veränderungen in der ambulanten Pflege. Die Studie untersucht Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der ambulanten Pflege vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen.

**Steigender Bedarf an professionellen Pflegeleistungen**

Die Untersuchung fokussiert auf drei Themenschwerpunkte:

**Drei Themenschwerpunkte**

- (1) Beschreibung der aktuellen Situation der Beschäftigten in der ambulanten Pflege im Vergleich zur stationären Krankenpflege. Für den Vergleich werden Ergebnisse des „DAK-BGW Gesundheitsreports 2005 – Stationäre Krankenpflege“ herangezogen, der mit vergleichbarer Methodik die Situation der Pflegenden in stationären Einrichtungen untersucht hat.
- (2) Analyse und Bewertung von Veränderungen, die sich in der ambulanten Pflege in den letzten drei Jahren vollzogen haben.
- (3) Detaillierte Betrachtung von spezifischen Struktur- und Prozessinnovationen, die insbesondere durch die Notwendigkeit der Implementierung eines Qualitätsmanagement-Systems entstehen.

Im ersten Untersuchungsteil wird einerseits auf Arbeitsbelastungen und Ressourcen eingegangen, die für Pflegenden in der ambulanten und stationären Pflege gleichermaßen relevant sein können (z. B. körperliche Belastungen, Konfrontation mit Leiden und Tod, soziale Unterstützung). Andererseits werden die Charakteristika beschrieben, die durch die spezifische Arbeitssituation der ambulanten Pflege entstehen (z. B. Behinderungen in der Klientenwohnung, Interaktionen mit Angehörigen).

**Übergreifende und für die ambulante Pflege spezifische Arbeitsbelastungen**

Basis der Studie ist eine schriftliche Befragung von DAK-Mitgliedern der Berufsgruppen „Krankenschwester/-pfleger“ (Schlüssel Nr. 853), „Helfer in der Krankenpflege“ (Schlüssel Nr. 854) und „Sozialarbeiter, Sozialpfleger“ (Schlüssel Nr. 861), unter die auch die Altenpfleger/-innen sowie Helfer/-innen in der Altenpflege fallen. Eine bundesweite Zufallsstichprobe aus dieser Grundgesamtheit erhielt im Januar 2005 einen 15 Seiten umfassenden Fragebogen. Nach der Bereinigung um Fehlläufer betrug der Rücklauf 50 Prozent.

**Datenbasis**

Für die Analysen des Berichts wurden nur Antworten von Beschäftigten berücksichtigt, die zum Zeitpunkt der Befragung einer pflegenden Tätigkeit in einem ambulanten Pflegedienst nachgingen. Dieses Kriterium trifft auf 728 Personen zu. 17,2 % der Befragten übten eine leitende Funktion (PDL oder Führungskraft) aus.

<b>Vergleichsgruppe „Stationäre Krankenpflege“</b>	Für die DAK-BGW-Studie zu den Arbeitsbedingungen in der stationären Krankenpflege wurden lediglich examinierte Krankenschwestern und Krankenpfleger befragt. Für den Vergleich der Ergebnisse beider Umfragen wurden daher jeweils nur die Antworten examinierter Pflegekräfte ohne Leitungsfunktion genutzt.
<b>Trägerschaft und Größe der Pflegedienste</b>	<p>39,1 % der Befragten arbeiten für einen privaten Pflegedienst. Bei 28,3 % befindet sich der Dienst in öffentlicher Trägerschaft. Nur etwas weniger Befragte (27,2 %) arbeiten in freigemeinnützigen Diensten (keine Angabe: 5,4 %). Bei 35,3 % der Befragten werden zwischen 51 und 100 Klienten durch den Pflegedienst betreut, 23,4 % arbeiten in einem Dienst, der bis zu 50 Klienten pflegt. 41,3 % nennen eine Anzahl von mehr als 100 Klienten.</p> <p>67,4 % der Befragten arbeiten in geteilten oder Wechselschicht-Diensten. Die überwiegende Mehrheit (73,8 %) leistet regelmäßig Überstunden, 43,8 % sogar regelmäßig mehr als zehn Stunden pro Woche.</p>
<b>Häufigste körperliche Belastungen: schweres Heben und Tragen</b>	46,1 % der Befragten führen häufiger als 6-mal am Tag schwere Hebe- und Tragetätigkeiten aus. Mehr als die Hälfte (58,5 %) haben zufrieden stellenden Zugang zu kleinen Hilfsmitteln und Hebehilfen wie Badewannenliftern oder Hebekissen. Schwere Hebe- und Tragetätigkeiten sind damit insgesamt seltener als in der stationären Krankenpflege.
<b>Häufigste Organisationsbedingte Belastungen: Zeitdruck</b>	<p>Die häufigsten organisationsbedingten psychischen Belastungen sind Zeitdruck (31,7 % antworteten „sehr oft“), die fehlende Möglichkeit Pausen einzuhalten (32,9 %) und Leistungsdruck (16,9 %). Informationsmangel tritt dann besonders häufig auf, wenn in dem Pflegedienst keine Fachkräfte für die Weiterleitung pflegerelevanter Informationen bei Verlegungen eingesetzt werden. Pflegenden mit Leitungsfunktion sind im Vergleich zu ihren Kolleginnen und Kollegen ohne Leitungsfunktion am häufigsten durch zu hohen Verantwortungsdruck belastet. Helferinnen und Helfer hingegen leiden am häufigsten unter fachlicher Überforderung.</p> <p>Aspekte der Arbeitsorganisation und -abläufe stellen in der ambulanten Pflege eine relevante psychische Belastungsquelle dar. Im Vergleich zur stationären Krankenpflege sind diese jedoch insgesamt geringer ausgeprägt. Besonders deutliche Unterschiede zeigen sich in Bezug auf das Auftreten von Unterbrechungen beim Ausführen einer Arbeitstätigkeit. Diese kommen in der stationären Krankenpflege häufiger vor. Informationsmangel ist hingegen die Einschränkung, die bei Beschäftigten in der ambulanten Pflege häufiger auftritt.</p>
<b>Ressourcen: Aufgabenvielfalt</b>	Der Großteil der Befragten in der ambulanten Pflege nimmt die eigene Tätigkeit als abwechslungsreich und interessant wahr, wobei sich die Werte an dieser Stelle etwas schlechter darstellen als in den Krankenhäusern.



Die Beschäftigten in der ambulanten Pflege haben wenig Kontakt zu ihren Kolleginnen und Kollegen. Die meisten sind mit dieser Situation jedoch überwiegend zufrieden und schätzen besonders die Möglichkeit zum selbständigen Arbeiten. 25,6 % würden sich hingegen mehr Kontakt zu den Kolleginnen und Kollegen wünschen.

**Soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte**

Das soziale Klima im eigenen Pflegedienst wird sowohl im Hinblick auf das Verhältnis zwischen den Kollegen als auch in Bezug auf den Kontakt zur/zum Vorgesetzten äußerst positiv bewertet. Die soziale Unterstützung wird in der ambulanten Pflege durchschnittlich besser bewertet als in Krankenhäusern und Fachkliniken.

Auch werden die Partizipationsmöglichkeiten in Pflegediensten als weitere zentrale Ressource recht positiv gewertet. Mehr als 60 % der Befragten haben den Eindruck, dass sie im eigenen Pflegedienst zum Einbringen von Verbesserungsvorschlägen ermuntert werden. Mehr als 50 % fühlen sich rechtzeitig und vollständig über innerbetriebliche Änderungen informiert. Die Möglichkeiten der Mitsprache und Beteiligung wurden in der Umfrage bei Krankenschwestern und -pflegern, die in der stationären Pflege tätig sind, schlechter eingeschätzt.

**Partizipationsmöglichkeiten**

Im Hinblick auf die Belastungen und Ressourcen, die sektorübergreifend relevant sind, zeigt sich insgesamt ein günstigeres Bild für die ambulante als für die stationäre Pflege.

**Günstigere Situation als in Krankenhäusern**

Beschäftigte in der ambulanten Pflege verwenden einen Großteil ihrer Arbeitszeit auf die Wege zwischen den Wohnungen der zu betreuenden Klienten. Das Hauptverkehrsmittel für die Arbeitswege ist das Auto (94,3 %). Die Fahrzeiten werden von den Befragten nur selten als belastend wahrgenommen. Jede/r Dritte (32,9 %) gibt jedoch zu, die Geschwindigkeitsbegrenzungen häufig zu missachten.

**Arbeitswege**

Jede/r Zehnte (9,5 %) hatte innerhalb der letzten 12 Monate einen Autounfall auf den Arbeitswegen.

**Autounfälle**

Charakteristisches Merkmal der häuslichen Pflege ist die Ausführung der Pflgetätigkeiten in den Wohnungen der Klienten. Die Arbeit wird häufig durch Behinderungen in den Klientenwohnungen erschwert. Am häufigsten treten Erschwernisse durch wenig klientengerechte Bäder (58,8 % „oft“ oder „sehr oft“) und durch bauliche Mängel, Hindernisse oder rutschige Fußböden (45,3 %) auf.

**Behinderungen in den Wohnungen der Klienten**

Die Pflegenden in der ambulanten Pflege fungieren oft für die Dauer des gesamten Pflegevertrags als Ansprechpartner für ihre Klientinnen und Klienten. 65 % der Befragten bemängeln, dass die persönliche Ansprache der Klienten in den vorgesehenen Leistungskomplexen zu kurz kommt.

**Enger Kontakt zu Klienten und Angehörigen**

Ein Drittel wird stark von Angehörigen beansprucht, die ihrerseits von der Pflege überlastet sind. Erfreulich ist hierbei jedoch, dass die Beziehung zu den Angehörigen von der überwiegenden Mehrheit als vertrauensvoll und unterstützend beschrieben wird.

**Beanspruchung durch Angehörige**

<b>Kooperation und Kommunikation verschiedener Akteure</b>	Die Kooperation und Kommunikation zwischen verschiedenen Abteilungen und Akteuren (Abteilungen innerhalb des Pflegedienstes, Krankenkassen, Hausärzte) wird von mehr als der Hälfte als offen, transparent und gut bewertet. In Pflegediensten, in denen die Beschäftigten ausgeprägte Möglichkeiten der Mitsprache und Beteiligung erhalten, werden auch interne und externe Kooperationen und Kommunikation besser bewertet.
<b>Psychosomatische Beschwerden</b>	Trotz der teils günstigeren Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege, treten körperliche und Allgemeinbeschwerden bei Beschäftigten in beiden Pflegesektoren gleichermaßen auf. Es dominieren Kreuz- und Rückenschmerzen. Pflegekräfte in der ambulanten Pflege sind etwas stärker von Mattigkeit und innerer Unruhe betroffen.
<b>Arbeitszufriedenheit</b>	Ihre Arbeitszufriedenheit bewerten 32,5% der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer alles in allem sehr zufrieden stellend. 37,2% sind eher zufrieden. Lediglich 2,8% sind gar nicht und 5,5% sind wenig zufrieden. Vergleicht man diesen Befund mit den Ergebnissen der stationären Krankenpflege zeigt sich, dass Beschäftigte in der ambulanten Pflege zufriedener sind. Dennoch ist die Tendenz, den Pflegeberuf aufzugeben, in beiden Gruppen gleich stark ausgeprägt, was auch auf die Rahmenbedingungen zurückgeführt werden kann: In der ambulanten Pflege ist jede/r Vierte mit den konkreten Rahmenbedingungen unzufrieden und jede/r Dritte bemängelt ein zu geringes Ansehen des Pflegeberufs in der Gesellschaft.
<b>Veränderungen</b>	Im Hinblick auf mögliche Veränderungen der Arbeitssituation in den vorangehenden drei Jahren wurden 19 Fragen gestellt. Die Pflegenden sollten jeweils angeben, wie stark die Zu- oder Abnahme war und wie sie die Veränderungen bewerteten.
<b>Zunahme von Arbeitstempo und Dokumentation</b>	Als stärkste Veränderungen wurden die Zunahme des Arbeitstempos und des Anteils der Arbeitszeit, der auf Dokumentationstätigkeiten und Verwaltungsaufgaben entfällt, genannt. Beide Entwicklungen erhalten negative Bewertungen.
<b>Höhere Aufgabenvielfalt und Fachkompetenz</b>	Sehr positiv bewertet werden eine starke Zunahme in der Vielfalt der Arbeitsaufgaben und der Anforderungen an die Fachkompetenz. Mit den höheren Anforderungen an die Kompetenzen gehen auch besser qualifizierte Pflegekräfte einher.
<b>Veränderung des Klientels</b>	Der Veränderung des Klientels, insbesondere die Zunahme des Anteils der Klienten mit Behandlungspflege, wird aus Perspektive der Pflegenden kritisch gesehen. Die ablehnende Haltung ist vermutlich weniger durch das Auftreten von fachlicher Überforderung begründet als vielmehr durch den bürokratischen Aufwand zur Verordnung von krankenschwägerischen Leistungen, der durch gesetzliche Regelungen entsteht.

Im dritten Teil der Studie wird auf die Auswirkungen spezifischer Veränderungsprozesse eingegangen: Aspekte von Umstrukturierungen und Rationalisierung, die Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen, die Umsetzung von Pflege- und Notfallleitlinien sowie die zunehmende Bedeutung der Dokumentation pflegerischer Leistungen.

**Spezifische Veränderungsprozesse**

8,1 % der Befragten haben innerhalb der vorangehenden Jahre einen Trägerwechsel des eigenen Pflegedienstes erlebt, bei 10 % wurde der eigene Pflegedienst mit anderen Diensten zusammengelegt.

**Umstrukturierungen**

Auf die Priorisierung ambulanter Pflege vor stationärer Pflege haben viele Pflegedienste (28,6 %) mit einer Erweiterung des Pflegeangebots reagiert. Insbesondere freigemeinnützige und private Einrichtungen betreuen jetzt Klientengruppen, die vor einigen Jahren noch nicht gepflegt wurden. Die Erweiterung des Pflegeangebots zieht tiefgreifende Veränderungen nach sich, die für die Beschäftigten sowohl Chancen als auch die Möglichkeit eines Anstiegs der Belastungen bieten.

**Erweiterung des Pflegeangebots**

Trotz des Zuwachses des ambulanten Pflegesektors hat jede/r Dritte innerhalb der letzten drei Jahre Personalabbau im eigenen Pflegedienst erlebt. Personalabbau geht dabei in der Regel mit einem Anstieg der arbeitsbedingten Belastungen einher.

**Personalabbau**

Im Laufe der letzten Jahre haben viele Pflegedienste Qualitätsmanagement-Systeme implementiert (ca. 80 % der Befragten). Bei der Umsetzung der Qualitätsmanagement-Systeme besteht jedoch eindeutiges Verbesserungspotential. Gut ein Drittel der Befragten mit Qualitätsmanagement-System im eigenen Pflegedienst ist der Meinung, dass das QM-System überwiegend zusätzliche Arbeit für die Pflegenden erzeugt. Je stärker die Befragten in die Entwicklung und Implementierung des Qualitätsmanagement-Systems eingebunden werden, desto besser wird auch die Umsetzung bewertet.

**Implementierung und Auswirkungen von Qualitätsmanagement**

In Pflegediensten, in denen ein Qualitätsmanagement-System implementiert ist, werden häufiger ausführliche Dienst- und Fallbesprechungen sowie Pflegevisiten durchgeführt.

Im Zuge der Professionalisierung der Pflege spielen schriftlich formulierte Pflege- und Notfallleitlinien eine zunehmend größeren Rolle im Pflegealltag. Auch bei der Umsetzung der Leitlinien besteht jedoch klares Potential für Optimierungen.

**Pflege- und Notfallleitlinien**

18,2 % der befragten Pflegekräfte verwenden mehr als eine Stunde pro Arbeitstag auf Pflegeplanung und Dokumentation. Bei Vorhandensein eines Qualitätsmanagement-Systems ist der Dokumentationsaufwand geringer. Dieses Resultat ist ein weiterer Beleg, wie Qualitätsmanagement durch Prozessoptimierungen die Arbeitsbelastungen der Beschäftigten senken kann.

**Prozessoptimierung Qualitätsmanagement**

Als Gesamtfazit im Hinblick auf die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte in der häuslichen Pflege wird konstatiert, dass die Arbeit als Pflegekraft in einem ambulanten Dienst hohe körperliche und psychische Belastungen birgt, obgleich sich die Situation erfreulicher darstellt als in der stationären Krankenpflege.

Die Priorisierung der ambulanten vor der stationären Gesundheitsversorgung bietet viele Chancen für den ambulanten Pflegesektor aber auch die Gefahr der Überforderung der Beschäftigten.

DAK und BGW bieten eine Vielzahl an Beratungstools zur Optimierung der ergonomischen und psychischen Arbeitsbedingungen sowie zur Einbindung der Beschäftigten in Veränderungsprozesse an.

## 1. Ausgangspunkt, Ziele und Fragestellungen

### 1.1 Ausgangspunkt

Seit Mitte der 80er Jahre haben sich zahlreiche wissenschaftliche Studien der Arbeitssituation von Pflegekräften in Einrichtungen der stationären Pflege gewidmet. DAK und BGW haben ebenfalls mehrere Studien zu diesem Themenfeld veröffentlicht. Die aktuellste Studie stellt der „DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege“ dar. In diesem Bericht wurden die Auswirkungen der verschiedenen Veränderungsprozesse im deutschen Gesundheitswesen auf die Arbeitssituation und Gesundheit der Pflegekräfte untersucht.

**DAK-BGW-  
Gesundheits-  
report 2005 –  
Stationäre  
Krankenpflege**

Die Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in ambulanten Diensten sind bislang vergleichsweise selten bzw. erst in den letzten Jahren Gegenstand arbeitswissenschaftlicher Forschung geworden.<sup>1</sup> Auch Möglichkeiten betrieblicher Gesundheitsförderung von Beschäftigten in Einrichtungen der häuslichen Pflege werden in der öffentlichen Diskussion vernachlässigt.

**Vernachlässigung  
ambulanter Pflege  
in der Forschung**

Der Bedarf an Pflegeleistungen für alte und kranke Menschen wird aufgrund struktureller Veränderungen in der Gesundheitsversorgung und gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen allerdings stetig zunehmen. Vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung der ambulanten Pflege möchten DAK, BGW und IGES mit dem „Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege“ eine Wissenslücke schließen. Der Report geht vor allem der Frage nach, wie die Pflegenden ihre Arbeitssituation erleben und welche Besonderheiten sich bei den Pflegenden in der ambulanten Pflege im Vergleich zu den Pflegekräften in der stationären Krankenpflege ergeben.

**Fragestellungen  
des DAK-BGW  
Gesundheitsre-  
ports 2006 – Am-  
bulante Pflege**

Des Weiteren wird untersucht, wie sich der Wandel von Rahmenbedingungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung auf das Berufsfeld der dort Tätigen auswirkt und welche Veränderungen die Betroffenen im Arbeitsalltag erleben.

Die Besonderheit dieser Studie besteht darin, dass erstmals Ergebnisse zu dem Wandel der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften in der ambulanten Pflege präsentiert werden, die nicht auf einer Stichprobe von Beschäftigten einzelner Einrichtungen oder einer regionalen Selektion, sondern auf einer bundesweiten Beschäftigtenstichprobe beruhen.

**Erstmals bundes-  
weite Befragung**

## 1.2 Ziele und Themenschwerpunkte

Dieser Teil des Gesundheitsreports gliedert sich in drei übergreifende Themenschwerpunkte:

### **Aktuelle Situation von Pflegekräften in der ambulanten Pflege**

(1) Zunächst wird ein Überblick über die aktuelle Situation von Pflegenden in Einrichtungen der häuslichen Alten- und Krankenpflege gegeben. Es werden Ergebnisse zur Gesundheit, zur Arbeitszufriedenheit, zum Betriebsklima, zu Partizipationsmöglichkeiten und zu arbeitsbedingten Belastungen und Ressourcen dargestellt.

### **Vergleiche mit den Arbeitsbedingungen in der stationären Krankenpflege**

Die Resultate werden – sofern Sie allgemeine sektorübergreifende Charakteristika betreffen – zu den Ergebnissen des „DAK-BGW Gesundheitsreports 2005 – Stationäre Krankenpflege“ in Relation gesetzt. Ausführlich werden aber vor allem die Belastungen und Ressourcen beschrieben, die sich aus der spezifischen Konstellation in der ambulanten Pflege ergeben.

### **Veränderungsprozesse in den Pflegediensten**

(2) Im nächsten Schritt werden die Veränderungsprozesse in den Pflegediensten ausführlicher betrachtet. Dabei werden zwei Perspektiven eingenommen: Welche Veränderungen werden wahrgenommen und wie werden diese Veränderungen bewertet?

### **Auswirkungen von spezifischen Veränderungen**

(3) Im dritten Schwerpunkt geht es schließlich um konkrete Prozesse und Ereignisse, die für die Entwicklung des ambulanten Pflegesektors von besonderer Relevanz sind:

Welche Auswirkungen haben aus Sicht der Pflegenden spezifische Struktur- und Prozessinnovationen, die insbesondere durch die Notwendigkeit der Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems entstehen? Als ein weiterer spezifischer Aspekt von Veränderung werden in diesem Teil auch die Häufigkeit und die Folgen von Rationalisierungsprozessen (z. B. Personalabbau) untersucht.

Der erste Themenschwerpunkt hat somit vor allem beschreibenden Charakter, stellt allerdings aufgrund der bundesweiten Stichprobe von Pflegenden eine Novität dar. Es werden differenzierende Auswertungen nach Merkmalen der beruflichen Stellung (Befragte mit Leitungsfunktion, examinierte Pflegekräfte ohne Leitungsfunktion, Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege) durchgeführt. Ferner werden Vergleiche mit den Resultaten der Befragung der in der stationären Krankenpflege tätigen Pflegekräfte angestellt, wenn sie inhaltlich und methodisch gerechtfertigt sind.

Stellenweise werden auch Strukturvariablen, wie etwa die Klientenzahl des Pflegedienstes, berücksichtigt. Die Zusammenhänge zwischen den wahrgenommenen Mitsprache- und Beteiligungsmöglichkeiten und die Einschätzungen der Kooperation zwischen verschiedenen Akteuren in der ambulanten Pflege werden vertiefend untersucht.

Im Zusammenhang mit dem dritten Teil werden wichtige Resultate zum ersten Themenschwerpunkt erneut aufgegriffen – entweder als Faktoren, die Einfluss darauf nehmen können, ob sich Umstrukturierungen positiv oder negativ auswirken – oder als mögliche Auswirkungen von Veränderungsprozessen (z.B. größere Vielfalt der Arbeitsaufgaben).

Beide Aspekte sind besonders wichtig, weil sie die Möglichkeiten betreffen, neuen Erfordernissen im Zusammenhang mit Qualitätssicherung und Rationalisierungsprozessen gerecht zu werden und dennoch Gesundheit, Motivation und Arbeitszufriedenheit der Pflegenden zu erhalten bzw. zu fördern.

Der „DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege“ beschränkt sich nicht auf eine Beschreibung der aktuellen Arbeitssituation in Einrichtungen der häuslichen Pflege. Er gibt auch Hinweise, Ansatzpunkte und Beispiele für eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte. Besondere Aufmerksamkeit wird der Untersuchung von Faktoren gewidmet, die zu einer positiven Bewältigung der Belastungen und Veränderungen beitragen können.

Um eine bessere Einordnung der Befragungsergebnisse zu ermöglichen, wird vor ihrer Darstellung eine kurze Einführung in die Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege vor dem Hintergrund ihrer Entwicklungsgeschichte gegeben.

**Wie lässt sich betriebliche Gesundheitsförderung in der ambulanten Pflege gestalten?**

**Kapitel 2:  
Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege**

## 2. Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege

Laut der Pflegestatistik 2003<sup>2</sup> wurden von 2,08 Millionen Pflegebedürftigen 69 % (1,44 Millionen) zu Hause versorgt. Bei 450.126 Pflegebedürftigen wurden Pflegeleistungen durch ambulante Pflegedienste erbracht. Im Vergleich zum Jahr 2001 bedeutet dies einen Zuwachs von 3,6 %.

### Zunehmender Pflegebedarf

Es wird geschätzt, dass der Anteil über 60-jähriger Menschen an der deutschen Gesamtbevölkerung im Jahr 2010 etwa 26 % betragen wird, für das Jahr 2030 wird ein Anteil von 34 % hochgerechnet.

Die häusliche Pflege älterer und kranker Menschen wurde früher oftmals von weiblichen Angehörigen übernommen. Traditionelle Familienstrukturen lösen sich jedoch auf. Zudem steigt der Anteil berufstätiger Frauen stetig an, so dass diese die Pflege ihrer Angehörigen nicht mehr übernehmen können. Durch diese Entwicklungen wird der Bedarf an professionellen Pflegeleistungen für ältere und kranke Menschen im häuslichen Umfeld in den nächsten Jahrzehnten stark ansteigen.

### Strukturwandel und neue Aufgaben für die ambulante Pflege

Häusliche Pflege wurde durch die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 gestärkt. Mit dem Pflegeversicherungsgesetz wurde der Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung als gesundheitspolitisches Ziel gesetzlich verankert. Strukturelle Veränderungen innerhalb der gesundheitlichen Versorgung und damit einhergehende Entwicklungen in den letzten Jahren führten zu einer weiteren Stärkung des ambulanten Sektors:

Insbesondere bringt die Verkürzung der Verweildauern von Patienten in Krankenhäusern eine Veränderung der Aufgabenverteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor mit weiter reichenden Aufgaben für die ambulante Pflege mit sich. Neben der Grundpflege nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) fallen nun vermehrt auch Leistungen der Behandlungspflege im Krankheitsfall (SGB V) in den Aufgabenbereich der ambulanten Pflegedienste.

### 2.1 Rechtliche und ökonomische Aspekte

### Entwicklungsgeschichte der ambulanten Pflege

Durch das Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG), dem 11. Sozialgesetzbuch (SGB XI), wurde zur Absicherung des Lebenslagersrisikos Pflegebedürftigkeit als „fünfte Säule“ ein eigenständiger Sozialversicherungszweig eingerichtet, um neben dem vorrangigen Ziel – Reduktion der Sozialhilfeabhängigkeit bei Pflegebedürftigkeit – eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu erzielen sowie eine sozialverträgliche Finanzierung zu gewährleisten.

Mit Beginn der ersten Stufe des Pflegeversicherungsgesetzes im April 1995 wurde nicht nur der Vorrang der ambulanten Pflege vor der stationären Versorgung gesetzlich verankert (die zweite Stufe der



Pflegeversicherung für die stationäre Pflege trat erst am 1. Juli 1996 in Kraft) sondern der Pflegemarkt wurde auch für private Anbieter geöffnet. Hatten vor 1995 neben Angehörigen fast ausschließlich freigemeinnützige Pflegedienste häusliche Pflege geleistet, ist nach Einführung der Pflegeversicherung die Zahl privater ambulanter Pflegedienste gestiegen. In den letzten Jahren ist ein Rückgang kleinerer Einrichtungen zu beobachten.

Pflegebedürftigkeit kann nach SGB XI nur aus einer Krankheit oder Behinderung folgen. Unterschieden werden drei Stufen der Pflegebedürftigkeit (vgl. § 14 SGB XI):

**Pflegestufe I** (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen zuzuordnen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen (z. B. beim Waschen und Ankleiden).

**Pflegestufe II** (Schwerpflegebedürftige) berücksichtigt Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten auf Hilfe angewiesen sind (z. B. Aufstehen, Ernährung, Zu-Bett-Gehen).

**Pflegestufe III** (Schwerstpflegebedürftige) gehören Personen an, wenn sie bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität rund um die Uhr Unterstützung benötigen.

Zusätzlich müssen alle Pflegebedürftigen (Pflegestufe I, II und III) mehrfach in der Woche auf Hilfestellung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung angewiesen sein. Ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) festgestellt.

Pflegeleistungen und Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung nach SGB XI werden in der Regel nach Komplexleistungen abgerechnet. In den Leistungskomplexen werden zusammengehörige Teiltätigkeiten aggregiert, Leistungskomplex 1 stellt bspw. den Erstbesuch dar. Jedem Leistungskomplex ist ein Punktwert zugeordnet, der die Grundlage für die Abrechnung bildet.

Bei den Pflegeleistungen wird eine Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege vorgenommen. Erstere wird von den Pflegediensten über die Pflegekassen abgerechnet, die Vergütung der Behandlungspflege erfolgt über die Krankenkassen. Nach § 92 SGB V liegt die Diagnose und Sicherstellung häuslicher Pflege im Krankheitsfall in der Verantwortung von Ärzten. Mit anderen Worten: Behandlungspflege muss im Voraus von einem Arzt verordnet werden.

Sofern die Verordnung innerhalb von drei Arbeitstagen nach Ausstellung bei der Krankenkasse vorliegt, werden die Kosten nach § 132 a, Absatz 2 SGB V von den Krankenkassen übernommen. Eine rechtzeitige Vorlage bewirkt also in jedem Fall eine vorläufige Kostenzusage und bietet den ambulanten Pflegediensten daher eine

**Die Pflegestufen**

**Abrechnung nach Komplexleistungen**

**Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege**

**Anordnungsproblematik und bürokratischer Aufwand durch gesetzliche Regelungen**

finanzielle Sicherheit. Andererseits entsteht durch diese gesetzliche Regelung zur Verordnung von krankenpflegerischen Leistungen für die Pflegedienste ein administrativer Aufwand.

Ferner ist zu beachten, dass gesetzliche Vorgaben es vorsehen, Verordnungen für Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege für einen Zeitraum bis zu 14 Tagen zu begrenzen. Bei Klienten mit längerfristigen Erkrankungen müssen daher oftmals wiederholt Pflegeverordnungen ausgestellt werden und von der Krankenkasse genehmigt werden. Dieses Procedere kann mit einem hohen Verwaltungsaufwand für alle Beteiligten verbunden sein.

Die Übernahme von Pfl egetätigkeiten im Rahmen der Behandlungspflege geht nicht nur mit neuen, anspruchsvolleren Arbeitsaufgaben für die Pflegekräfte einher, sondern schafft auch weitere Anforderungen, wie die Koordination von und die Kooperation mit verschiedenen Akteuren in der ambulanten Versorgung. Der hiermit verbundene administrative Aufwand wird vielfach als unverhältnismäßig hoch bewertet.

## 2.2 Arbeitsorganisatorische Aspekte

Die Anerkennung eines Pflegedienstes durch die Pflegekassen ist an die Existenz einer Pflegefachkraft geknüpft, welche die Steuerungsaufgaben der Pflegeanamnese, Pflegeplanung und Pflegeevaluation übernimmt. Gerade kleine, private Pflegedienste haben oft nicht mehr als 10 Beschäftigte.

### **Arbeitsorganisatorisches Setting der ambulanten Pflege**

Im Gegensatz zur Pflege in Krankenhäusern oder rehabilitativen Einrichtungen findet ambulante Pflege in den Privatwohnungen der Klienten statt. Die Arbeit ist in so genannten „Touren“ organisiert, wobei jede Pflegekraft nacheinander eine bestimmte Anzahl von Klienten – meist ca. 10 – versorgt. Je nach Pflegebedürftigkeit kann die Anzahl der Klienten variieren. Am frühen Vormittag kommt es häufig zu Arbeitsspitzen, da eine große Anzahl von Grundpflegen zu verrichten sind. Die Touren werden in der Regel alleine gefahren, das heißt, die Pflegekraft arbeitet in den Klientenwohnungen ohne die Unterstützung von Kolleginnen und Kollegen.

Neben den Tätigkeiten der Grund- und Behandlungspflege sind auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten zu erledigen und die geleisteten Tätigkeiten sind zu dokumentieren.

### **Sektorübergreifende Arbeitsbelastungen und spezifische Problemschwerpunkte**

Pflegende in Einrichtungen der ambulanten Pflege sind daher einerseits einer Reihe von Belastungsfaktoren ausgesetzt, die für ihre Kolleginnen und Kollegen in der stationären Pflege gleichermaßen relevant sind. Zu den sektorübergreifenden Belastungen zählen z. B. die tägliche Konfrontation mit Leiden und Tod, Belastungen durch Hebe- und Tragetätigkeiten, Zeitdruck oder Informationsengpässe.

Andererseits entstehen spezifische Problemschwerpunkte durch die Arbeitssituation im häuslichen Umfeld. Hierzu zählen Belastungen durch die zurückzulegenden Arbeitswege ebenso wie Behinderungen oder Erschwernisse in den Klientenwohnungen und Konflikte, die in der Interaktion mit Klienten und Angehörigen auftreten können (z. B. wenn Leistungen eingefordert werden, die nicht im Pflegevertrag vorgesehen sind). Zu nennen ist an dieser Stelle auch ein höherer Verantwortungsdruck, der durch das selbständige, eigenverantwortliche Arbeiten ohne direkte Verfügbarkeit von Kolleginnen und Kollegen entstehen kann.

In der Befragung wurden Spezifika, die aus den Rahmenbedingungen und dem unterschiedlichen Setting entstehen, berücksichtigt.

### 3. Methodik und Datenbasis

#### 3.1 Methodisches Konzept der Befragung

##### Gruppen diskussionen mit Pflegerinnen

Zur konzeptionellen Vorbereitung der Befragung wurden zwei Gruppendiskussionen mit Pflegerinnen in Hamburg und Berlin durchgeführt, die in ambulanten Pflegediensten tätig sind. Die insgesamt 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden über Fortbildungseinrichtungen für Pflegerinnen gewonnen. Thema der etwa zweistündigen Gruppendiskussionen waren Arbeitsbelastungen in der ambulanten Pflege sowie strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem in den letzten Jahren und die Auswirkungen auf die Arbeitssituation einer Pflegerin in einem ambulanten Pflegedienst.

Der Fragebogen wurde unter Berücksichtigung der aktuellen Fachliteratur, der Ergebnisse der beiden Gruppendiskussionen sowie des bei der Umfrage für den „DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege“ eingesetzten Fragebogens konzipiert. Sofern identische Sachverhalte oder Konstrukte wie in der Befragung der Pflegerkräfte im stationären Bereich erhoben wurden, sind die Itemformulierungen beibehalten worden.

##### Erhebung von Veränderungen und diesbezüglichen Bewertungen

Besonderes Gewicht wurde bei der Fragebogenkonstruktion auf die Erhebung von Veränderungen bzw. diesbezüglichen Bewertungen der Befragten gelegt. Neben Angaben zu spezifischen Maßnahmen (z. B. Einführung eines Qualitätsmanagements; Entwicklung der Pflegedokumentation) wurde den Befragten eine Liste von 19 Einzelmerkmalen vorgelegt, bei der zum einen einzustufen war, ob in den letzten drei Jahren eine Zu- oder Abnahme stattgefunden hat und zum anderen, wie die betreffende Entwicklung bewertet wird.

Bei den Autoren des vorliegenden Gesundheitsreports kann ein Exemplar des Fragebogens angefordert werden.

#### 3.2 Stichprobe und Rücklauf

##### Erwerbstätige Mitglieder der DAK, die als Pflegekraft in einem ambulanten Pflegedienst arbeiten

Die Studie wurde als schriftliche Befragung einer Zufallsstichprobe von bei der DAK krankenversicherten Pflegerinnen durchgeführt. Ausgangspunkt für die Stichprobenziehung waren die erwerbstätigen Mitglieder der DAK mit Krankengeldanspruch, die nach den der DAK vorliegenden Informationen (Betriebsnummer des Arbeitgebers) im Jahr 2003 in einem ambulanten Pflegedienst beschäftigt waren.<sup>3</sup>

Basispopulation waren die Versicherten dieser Gruppe, bei denen in den „Angaben zur Tätigkeit“ (gemäß DEÜV) der Berufsgruppenschlüssel „Krankenschwester/-pfleger, Hebammen / Entbindungspfleger“ (853), „Helfer in der Krankenpflege“ (854) oder „Sozialarbeiter, Sozialpfleger“ (861) angegeben war. Unter den Berufsgruppenschlüssel 861 fallen auch die Altenpfleger.

Die Grundgesamtheit, die diese Selektionskriterien erfüllte, umfasste etwa 25.400 Mitglieder, wobei die Beschäftigten mit der Berufsgruppe 853 46 % ausmachten, die Berufsgruppe 861 34 % und 20 % auf die Berufsgruppe 854 entfielen. Aus dieser Grundgesamtheit wurde eine nach den Merkmalen Berufsgruppe, Alter und Geschlecht geschichtete Zufallsstichprobe von 4.300 Personen gezogen.

**Befragung von  
4.300 zufällig aus-  
gewählten Perso-  
nen**

Die 4.300 DAK-Versicherten erhielten im Januar 2005 einen 15 Seiten umfassenden Fragebogen. Auf dem Fragebogen war durch einen Buchstaben (A, B oder C) vermerkt, mit welchem Berufsgruppenschlüssel der/die Angeschriebene in den Stammdaten verzeichnet war. Nach Ablauf von zwei Wochen wurden alle Angeschriebenen an die Befragung erinnert.

Bei dem Verfahren der Stichprobenziehung war mit einem gewissen Anteil an Fehlläufern zu rechnen. Die „Angaben zur Tätigkeit“ müssen zwar regelmäßig von den Arbeitgebern an die Krankenkassen gemeldet werden, dies geschieht jedoch nicht immer mit der gewünschten Präzision und Zeitnähe. Ferner war damit zu rechnen, dass der zeitliche Abstand zwischen der Befragung (Januar 2005) und der Datenbasis für die Stichprobenziehung (November 2003) bei der bekanntermaßen hohen Beschäftigtenfluktuation im Pflegebereich zu Ausfällen führen würde.

Des Weiteren war mit Dokumentationsfehlern bei den Betriebsnummern zu rechnen. Diese Ausfälle sind jedoch als fehlerneutral zu werten, dürften also keinen Einfluss auf die Ergebnisse nehmen.

Um eine Schätzung der Fehlläufer zu ermöglichen, war in der ersten Frage des Fragebogens die Möglichkeit vorgesehen, anzugeben, dass man nicht (mehr) im pflegerischen Bereich tätig ist oder (mittlerweile) in einer stationären Einrichtung arbeitet. Die Angeschriebenen wurden gebeten, den Fragebogen auch dann zurückzusenden, wenn sie nicht (mehr) in einem ambulanten Pflegedienst arbeiten.

Der Brutto-Rücklauf betrug insgesamt 2.146 Antworten. 905 Personen (42,2 %) gaben an, in einer stationären Pflegeeinrichtung tätig zu sein. 272 Antwortende (12,7 %) sind nicht mehr im pflegerischen Bereich tätig. 202 Personen (9,4 %) haben kommentarlos einen leeren Fragebogen zurückgesandt.

Auf der Basis dieser Rückläufe lässt sich hochrechnen, dass etwa 64 % aller ausgesandten Fragebögen Fehlläufer waren. Dementsprechend haben 36 % aller ausgesandten Fragebögen eine Pflegekraft in einem ambulanten Pflegedienst erreicht.

**64 % Fehlläufer**

Der vergleichsweise hohe Anteil an Fehlläufnern ist zu einem erheblichen Anteil durch Ungenauigkeiten der Stichprobenselektion bedingt, da die Betriebsnummern keine ausreichend präzise Identifikation von ambulanten Pflegediensten erlauben. Eine weitere Fehlerquelle dürfte der Zeitabstand zwischen Stichprobenselektion und Aussendung sein.

**Hoher Rücklauf von 50 %**

Korrigiert man den Rücklauf um die Fehlläufer, stellt sich die Beteiligung an der Befragung wie folgt dar:

- Etwa 1.550 Pflegekräfte (DAK-Mitglieder), die in einem ambulanten Pflegedienst tätig sind, haben einen Fragebogen erhalten.
- 767 Versicherte (49,5 %) haben geantwortet.

Die korrigierte Rücklaufquote von rd. 50 % ist etwa genauso hoch wie die Rücklaufquote bei der Befragung der Pflegekräfte in stationären Einrichtungen für den „DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege“.

Bei einer anonymen postalischen Befragung ist ein Rücklauf von 50 % als äußerst hoch anzusehen, vor allem wenn man beachtet, dass der Fragebogen sehr lang war. Diese ungewöhnlich hohe Beteiligung an der Befragung zeigt, dass das Interesse an der Thematik und das Mitteilungsbedürfnis bei Pflegenden in ambulanten Diensten sehr groß ist.

**Beschränkung auf Beschäftigte, die eine pflegende Tätigkeit ausführen**

Von den 767 Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern sind nicht alle dem Berufsfeld „Pflege“ zuzuordnen, sondern führen zum Teil auch ausschließlich administrative Tätigkeiten etc. aus. Der vorliegende Report beschäftigt sich ausschließlich mit Pflegekräften in der ambulanten Pflege. Die Datenbasis der Personen, die dieses Kriterium erfüllen, umfasst 728 Pflegenden.

Zur Beantwortung der beschriebenen Fragestellungen wurden Vergleiche von Untergruppen (z. B. examinierte Pflegekräfte und Helferinnen in der Krankenpflege) sowie verschiedene Zusammenhangsanalysen (z. B. die Analyse des Zusammenhangs zwischen Partizipation und Arbeitszufriedenheit) durchgeführt. Des Weiteren wurden Unterschiede zwischen der Situation in der ambulanten und stationären Krankenpflege herausgearbeitet.

**Ergebnisse basieren auf statistischen Zusammenhangsanalysen**

Alle berichteten Resultate beruhen auf statistischen Analysen. Das heißt, wenn Zusammenhänge und Unterschiede dargestellt werden, treten diese nicht nur „dem Anschein nach“ auf. Die Bedeutsamkeit wurde durch angemessene Prüfverfahren auf statistische Signifikanz überprüft. Die Signifikanzen und statistischen Prüfgrößen werden der besseren Lesbarkeit halber bei der Darstellung der Ergebnisse allerdings nicht aufgeführt.

### 3.3 Beschreibung der Datenbasis

In die Analysen können die Daten von 728 Pflegekräften einbezogen werden. Diese Personen führten zum Zeitpunkt der Befragung eine pflegende Tätigkeit in einem ambulanten Pflegedienst aus.

**Datenbasis: 728  
Pflegekräfte**

Für einige Fragestellungen werden Untergruppen dieser Stichprobe betrachtet (z.B. examinierte Krankenschwestern und -pfleger). Immer dann, wenn die Stichprobe für eine spezifische Fragestellung reduziert wird, wird die Basis der Datenanalysen in dem jeweiligen Abschnitt erläutert.

**Betrachtung von  
Untergruppen bei  
spezifischen Fra-  
gestellungen**

Bei einigen Fragestellungen werden Vergleiche mit den Ergebnissen des „DAK-BGW Gesundheitsreports 2005 – Stationäre Krankenpflege“ vorgenommen. Diese Resultate basieren auf einer im Jahr 2004 durchgeführten Befragung. Die ausgewertete Stichprobe umfasste 1.306 examinierte Krankenschwestern und -pfleger, die in einem Akutkrankenhaus oder einer Fachklinik tätig waren. Weitere Details zu dieser Stichprobe sowie zu den Resultaten der Analysen sind der Publikation zu entnehmen.<sup>4</sup>

Da die Arbeitsbedingungen und -belastungen zum Teil stark mit der Berufsgruppe und dem beruflichen Status variieren, wurden für den Vergleich der Arbeitsbedingungen in der ambulanten und stationären Krankenpflege zwei homogene Untergruppen der Stichproben herangezogen, die sich sinnvoll vergleichen lassen:

**Datenbasis für  
Vergleiche mit der  
stationären Kran-  
kenpflege**

- examinierte Kranken- oder Altenpflegekräfte ohne Leitungsfunktion in ambulanten Einrichtungen (N = 465) und
- examinierte Kranken- oder Altenpflegekräfte ohne Leitungsfunktion, die im allgemeinen Pflegedienst in einer stationären Einrichtung tätig sind (N = 562).

#### 3.3.1 Soziodemografie

91,2 % der Befragten sind Frauen, 8,8 % sind Männer. Das entspricht weitestgehend dem Geschlechterverhältnis bei den befragten Berufsgruppen in ambulanten Pflegediensten der Bundesrepublik (2003: 89 % weiblich, 11 % männlich) (Quelle: Pflegestatistik 2003, vgl. Fußnote 1). Abbildung 1 zeigt die Altersverteilung der Befragten.

**Geschlechter-  
verhältnis ist  
repräsentativ**

68,6 % sind 40 Jahre oder älter, die 40- bis 49-Jährigen stellen mit 38,2 % die größte Gruppe. Hinsichtlich der Altersverteilung gibt es keine bedeutsamen Geschlechtsunterschiede.

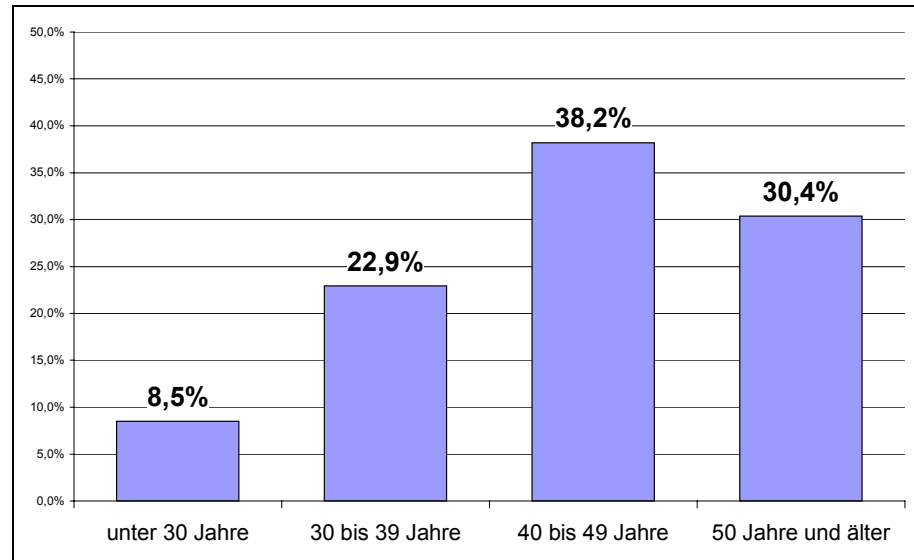
Im Vergleich zu den für den „DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege“ befragten Versicherten, befindet sich ein höherer Anteil älterer Beschäftigter in der Stichprobe. Bei den in stationären Einrichtungen beschäftigten Pflegekräften waren nur 52,4 %

**Mehr Ältere als bei  
der Befragung in  
der stationären  
Krankenpflege**

der Befragten 40 Jahre und älter. Insbesondere der Anteil der über 50-Jährigen ist in den ambulanten Pflegediensten vergleichsweise hoch. Des Weiteren ist der Frauenanteil etwas größer (Ambulante Pflege: 91,2 %, Stationäre Krankenpflege: 86,4 %).

Abbildung 1:

### Altersverteilung der Befragten



### 3.3.2 Beschäftigungsmerkmale

#### Hoher Anteil Teilzeitbeschäftigter

38,3 % sind vollzeitbeschäftigt, 60,2 % arbeiten in Teilzeit (keine Angabe: 1,5 %). Damit liegt der Anteil der Teilzeit-Beschäftigten gegenüber der Befragung in der stationären Krankenpflege deutlich höher. Von den befragten Beschäftigten in Krankenhäusern arbeiteten 43,3 % mit reduzierter Stundenzahl.

Hinsichtlich der Arbeitszeit in der ambulanten Pflege besteht ein deutlicher Geschlechtsunterschied: Während 68,3 % der männlichen Befragten Vollzeit arbeiten, beträgt dieser Anteil bei den Frauen nur 36,1 %.

#### Helfer/-innen in der Alten- und Krankenpflege sind leicht unterrepräsentiert

Von den 728 Befragten gehören 57,0 % der Berufsgruppe 853 „Examierte Krankenschwester und -pfleger“ an, 12,1 % sind Helfer in der Krankenpflege (Berufsgruppenschlüssel 854) und 30,9 % sind mit dem Berufsgruppenschlüssel 861 „Sozialarbeiter, Sozialpfleger“ bei der DAK dokumentiert. Im Vergleich zur Grundgesamtheit der DAK-Versicherten sind die Helferinnen und Helfer in der Alten- und Krankenpflege also leicht unterrepräsentiert (vgl. Abschnitt 2.2).

Im Hinblick auf den beruflichen Status machen die Befragten selbst folgende Angaben: 17,2 % geben an, eine Leitungsfunktion (PDL) inne zu haben, 41,8 % bezeichnen sich als examinierte Krankenpflegekraft, 22,1 % als examinierte Altenpflegekraft und die Helfer/-innen machen 17,5 % aus (Abbildung 2). Unter den sonstigen Nennungen verbergen sich hauptsächlich Beschäftigte, die kombinierte Stellen inne haben (z. B. Qualitätsmanagement-Beauftragte und Pflegekraft).



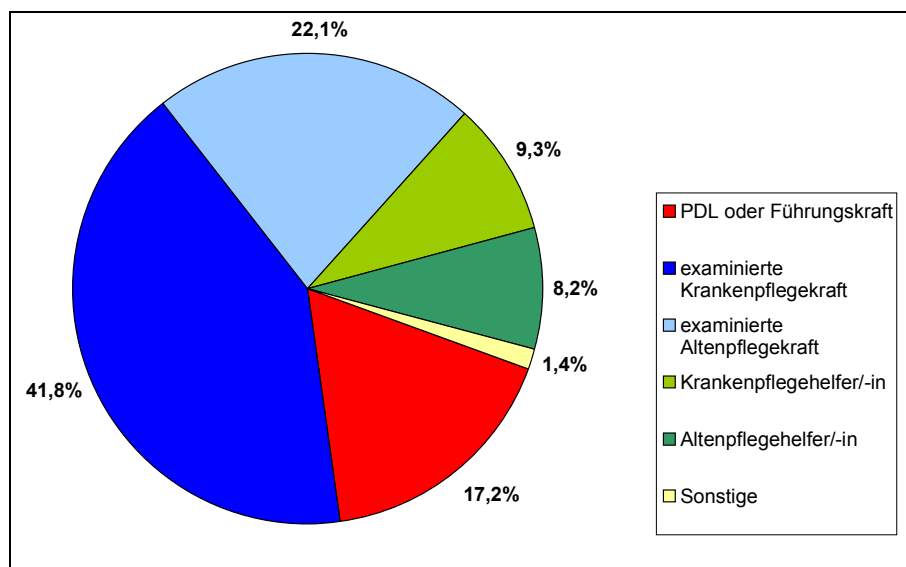


Abbildung 2:

**Beruflicher Status der Befragten**

Betrachtet man die Berufsbiografien, wird deutlich, dass sich in der Stichprobe ein breites Spektrum an Pflegeerfahrung wiederfindet. 5,2 % sind bis zu 5 Jahren in der Pflege tätig, etwa jede/r Fünfte (21,9 %) zwischen 5 und bis zu 10 Jahren. 53,1 % arbeiten zwischen 10 und 25 Jahren in der Pflege, und ein Fünftel (19,8 %) verfügt über mehr als 25 Jahre Berufserfahrung in der Pflege.

**Jede/r Fünfte ist seit mindestens 25 Jahren in der Pflege tätig**

Die Beschäftigungsdauer im aktuellen Pflegedienst wird deutlich kürzer angegeben. Durchschnittlich arbeiten die Befragten seit 7,7 Jahren bei ihrem aktuellen Arbeitgeber. 45,6 % sind bis zu 5 Jahren bei dem jetzigen ambulanten Pflegedienst beschäftigt, 31,5 % zwischen 5 und 10 Jahren. Lediglich 22,9 % sind 10 Jahre und länger in der gegenwärtigen Einrichtung.

**45,6 % sind seit weniger als 5 Jahren am gegenwärtigen Arbeitsplatz beschäftigt**

Gefragt wurde auch nach persönlichen beruflichen Veränderungen in den letzten drei Jahren: 10,6 % geben an, den ambulanten Pflegedienst gewechselt zu haben, 7,8 % haben den Wechsel von einer stationären Einrichtung in eine ambulante Einrichtung vollzogen. 3,3 % haben in dieser Zeit die Berufstätigkeit – z. B. nach einer Familienphase – wieder aufgenommen. Diese Zahlen verdeutlichen die große innerberufliche Mobilität bei Pflegenden, die in ambulanten Pflegediensten tätig sind.

**Hohe innerberufliche Mobilität bei Pflegenden**

Ferner hat sich bei 9,5 % der eigene berufliche Status (bspw. durch Übernahme einer leitenden Position) geändert. Nur ein verschwindend geringer Anteil (0,8 %) hat innerhalb der letzten 3 Jahre selbst einen ambulanten Dienst gegründet.

### 3.3.3 Strukturmerkmale der Pflegedienste

**Mehr als ein Drittel sind in privaten Diensten beschäftigt**

39,1 % der Befragten arbeiten für einen privaten Pflegedienst, bei 28,3 % befindet sich der Dienst in öffentlicher Trägerschaft, etwas weniger Befragte (27,2 %) arbeiten in freigemeinnützigen Einrichtungen (keine Angabe: 5,4 %).

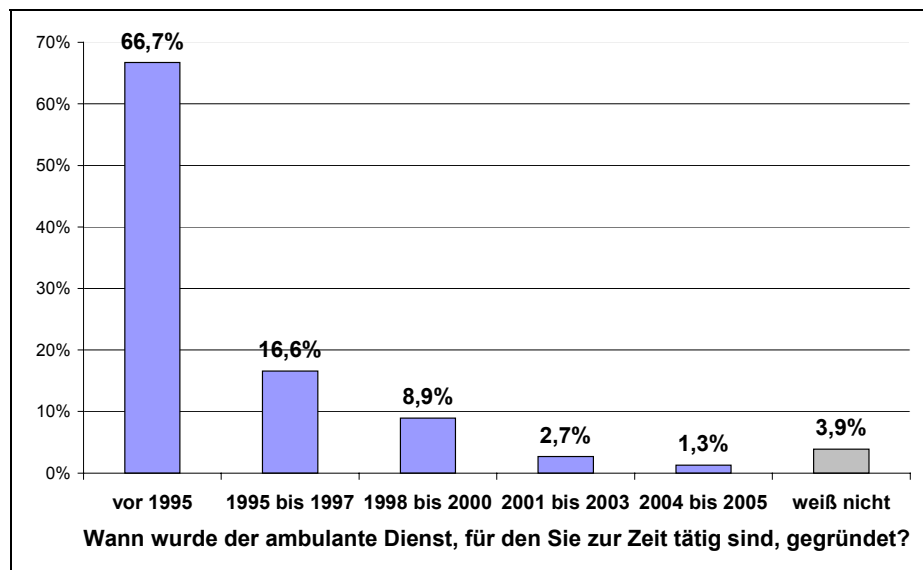
In Bezug auf die Anzahl der Klienten geben 23,4 % der Befragten an, bei Pflegediensten beschäftigt zu sein, die bis zu 50 Klienten betreuen. Die größte Gruppe machen mit 35,3 % die Einrichtungen aus, die zwischen 51 und 100 Klienten betreuen. 17,7 % der Pflegekräfte arbeiten in Einrichtungen mit 101 bis 150 Klienten, und 23,6 % geben mehr als 150 Klienten an.

**66,7 % der Dienste wurden vor 1995 gegründet**

Die größte Gruppe der ambulanten Dienste (66,7 %) wurde bereits vor 1995 gegründet, 16,6 % datieren die Gründung auf den Zeitraum zwischen 1995 und 1997. 11,6 % sind bei einem Pflegedienst tätig, der zwischen 1998 und 2003 gegründet wurde, bei 1,3 % lag das Gründungsdatum in den Jahren 2004 und 2005 (Abbildung 3).

**Abbildung 3:**

**Gründungsjahr der ambulanten Pflegedienste**



Differenziert man das Gründungsjahr nach der Trägerschaft der Einrichtung, zeigen sich vermehrt private Einrichtungen, die Ende der 90er Jahre oder später gegründet wurden. Hierin spiegelt sich die Gründungswelle der privaten Anbieter Ende der 90er Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung wider.

**Breites Spektrum an Betreuungsangeboten**

Gefragt nach dem Betreuungsspektrum ihres Pflegedienstes, geben nahezu alle Befragten (95,3 %) an, dass ihr Dienst alte Menschen betreut. 93 % nennen Diabetiker und 91,8 % geben körperbehinderte Menschen an, an vierter Stelle folgen Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen (84,6 %). 72 % betreuen geistig behinderte Klienten. Die Betreuung von Kindern und Jugendlichen ist im Angebotsspektrum von etwa der Hälfte (48,9 %) der Dienste enthalten, und 39,6 % pflegen Aids-Kranke. Vereinzelt nennen die Befragten explizit intensivmedizinische Betreuung (1,4 %).

Abbildung 4 illustriert, welche zusätzlichen Leistungen von den ambulanten Diensten angeboten werden.

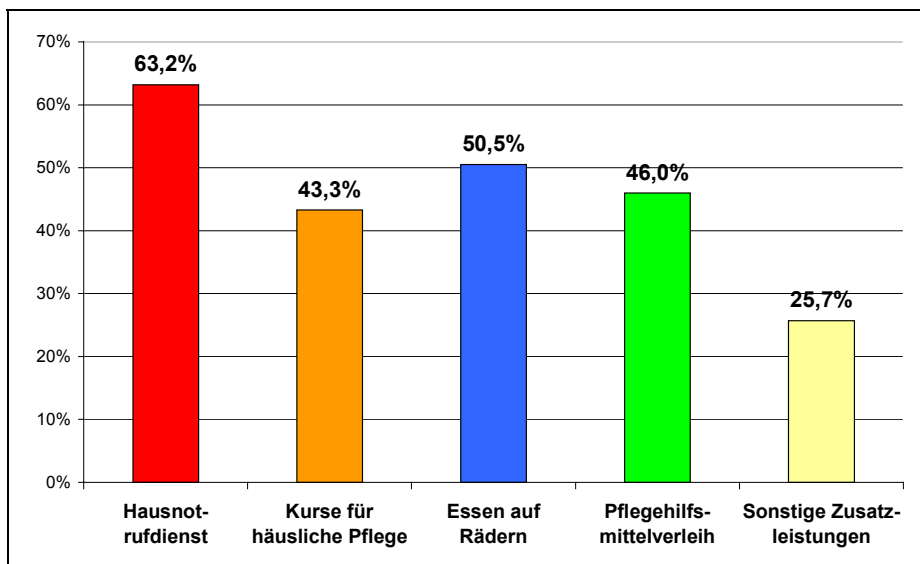


Abbildung 4:

#### Zusatzleistungen

Am häufigsten wird Hausnotrufdienst genannt (63,2 %), gefolgt von Essen auf Rädern (50,5 %) und Pflegehilfsmittelverleih (46,0 %). 43,3 % der Einrichtungen bieten auch Kurse für häusliche Pflege an. Hinter den sonstigen Nennungen verbergen sich Beschäftigungsangebote (z. B. Spaziergänge), besondere Pflege (Fuß, Haar), Urlaubspflege, hauswirtschaftliche Hilfe etc.

In den Einrichtungen von 81,1 % der Befragten gibt es Fachkräfte, die bei der Verlegung eines Klienten für die Weiterleitung der pflege-relevanten Informationen zuständig sind.

## 4. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in ambulanten Pflegediensten in der Bundesrepublik

Jede Arbeitstätigkeit ist mit körperlichen oder geistigen Belastungen verbunden, die bei der Person, die sie ausführt, zu körperlicher oder geistiger Beanspruchung führen. Das Ausmaß der Beanspruchung hängt nicht allein von der Stärke der Belastung, sondern auch von den Bewältigungsmöglichkeiten und Puffern ab, die der Person zur Verfügung stehen.

### Allgemeine und spezifische

Wie im Kapitel 2 dargestellt, existieren arbeitsbedingte Belastungsfaktoren, die für alle Pflegenden gleichermaßen relevant sind – unabhängig davon, ob sie in der stationären Krankenpflege oder in einem ambulanten Pflegedienst beschäftigt sind. Diese sektorübergreifenden Faktoren sind gut geeignet, um die Belastungssituation von Pflegekräften in der stationären und der häuslichen Pflege vergleichend betrachten zu können.

Andererseits führen die Rahmenbedingungen und das spezifische Arbeitsumfeld der Pflegekräfte in der ambulanten Pflege dazu, dass es eine Reihe von Arbeitsbelastungen und Ressourcen gibt, die für Beschäftigte in stationären Einrichtungen weitestgehend irrelevant sind, und dem zu Folge auch kein Vergleich zwischen den Beschäftigten der verschiedenen Pflegesegmente gerechtfertigt ist.

### Aufbau des Kapitels

In diesem Kapitel wird daher eine Einteilung in sektorübergreifende und spezifische Arbeitsbelastungen und Ressourcen vorgenommen. Zuerst wird auf die allgemeinen Charakteristika eingegangen, wobei auch Vergleiche zu den Befragungsergebnissen des „DAK-BGW Gesundheitsreports 2005 – Stationäre Krankenpflege“ hergestellt werden, sofern sie inhaltlich und methodisch vertretbar sind.

Es folgt eine Darstellung der Resultate zu den spezifischen Belastungsfaktoren in der ambulanten Pflege.

Arbeitsbelastungen und Ressourcen wirken sich in ihrem Zusammenspiel auf der Ebene von Stressreaktionen, gesundheitlichen Beschwerden und Arbeitszufriedenheit aus. Auf diese Aspekte wird am Ende des Kapitels eingegangen. Auch hier finden Vergleiche zwischen den Werten der Beschäftigten in der häuslichen Alten- und Krankenpflege und den Werten der Pflegekräfte in Krankenhäusern statt.

Die folgende Übersicht zeigt die einzelnen Themenkomplexe, die unter den Überschriften „Sektorübergreifende Belastungen“ (Abschnitt 4.1), „Sektorübergreifende Ressourcen“ (Abschnitt 4.2), „Spezifische Belastungen in der ambulanten Pflege“ (Abschnitt 4.3), „Spezifische Ressourcen in der ambulanten Pflege“ (Abschnitt 4.4) sowie „Auswirkungen“ (Abschnitt 4.5) im Einzelnen behandelt werden. Einzelheiten zu den Fragestellungen finden sich in den einzelnen Unterkapiteln.

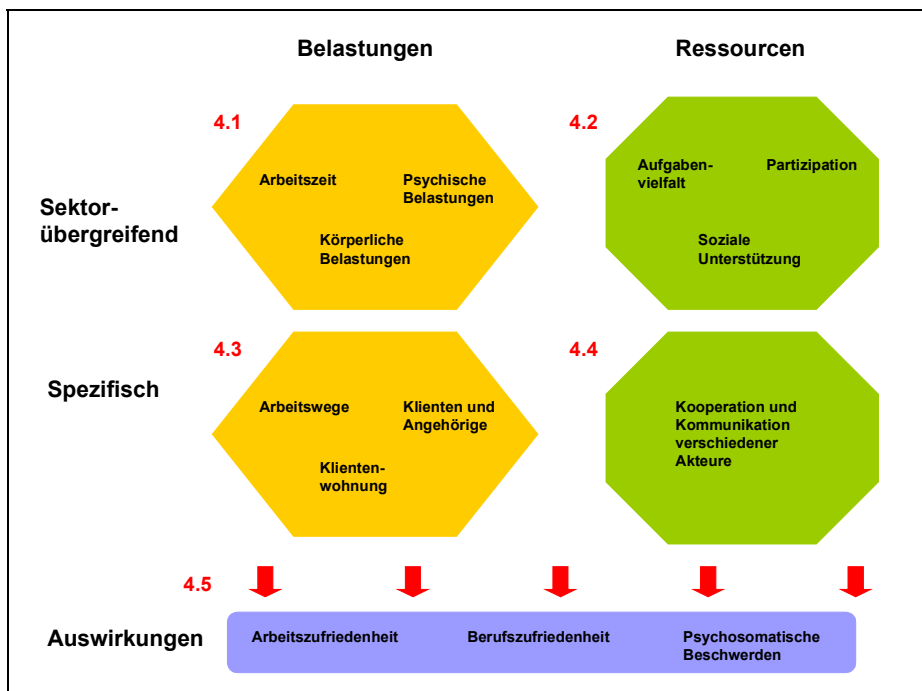


Abbildung 5:

Thematische Gliederung von Kapitel 4

## 4.1 Sektorübergreifende Arbeitsbelastungen



### 4.1.1 Arbeitszeiten und Dienstpläne

Die Befragten wurden gebeten anzugeben, wie *normalerweise* ihr Wochendienstplan aussieht: Die meisten Befragten arbeiten in geteiltem Dienst (34,5 %) oder Wechselschicht (32,9 %). Beide Arbeitsformen stellen besonders hohe Anforderungen an die Beschäftigten. 27,9 % arbeiten ausschließlich im Frühdienst. Die untypischste Form der Organisation der Arbeitszeit ist der reine Spätdienst (4,7 %).

**67,4 % arbeiten in Wechselschicht oder geteiltem Dienst.**

Die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten (73,8 %) leistet regelmäßig Überstunden, wobei die Anzahl der Überstunden nur selten im Bereich bis zu 5 Stunden pro Monat liegt (7,4 % von allen Befragten). 22,5 % leisten monatlich zwischen 5 und 10 Überstunden, die meisten Befragten (30,2 %) geben zwischen „mehr als 10“ und 20 Überstunden pro Monat an. 13,6 % leisten sogar regelmäßig mehr als 20 Überstunden.

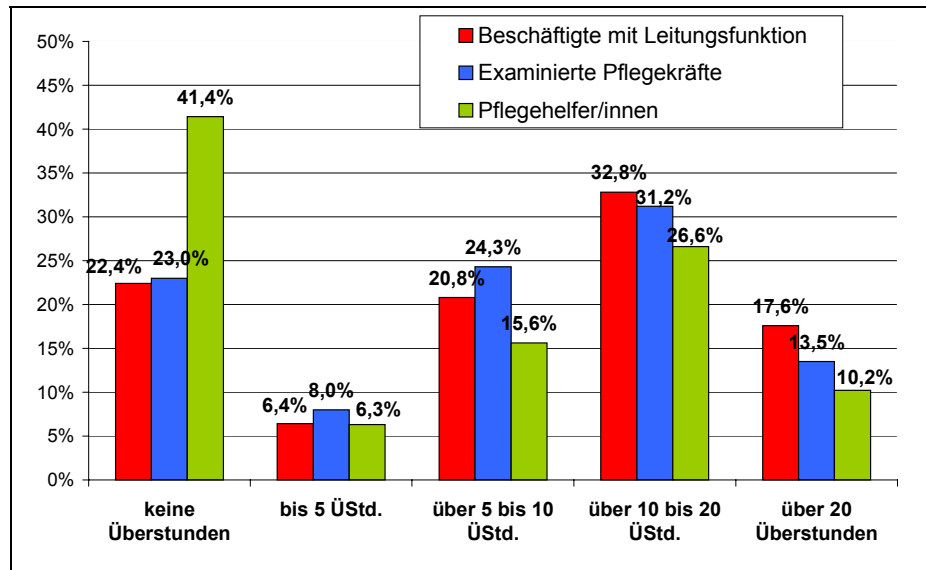
**Überwiegende Mehrheit leistet regelmäßig Überstunden**

**Befragte in leitenden Positionen sind am stärksten durch Überstunden belastet**

Die Anzahl der Überstunden ist dabei abhängig vom beruflichen Status. In Abbildung 6 ist die Situation für Beschäftigte mit Leitungsfunktion, examinierte Pflegekräfte ohne Leitungsfunktion und Helfer/-innen in der Pflege gezeigt: Die Helfer/-innen sind am geringsten durch Überstunden belastet: 41,4 % geben an, keine Überstunden zu leisten. Im Vergleich dazu beträgt die durchschnittliche Anzahl der Überstunden bei 17,6 % der Befragten mit Leitungsfunktion mehr als 20 Stunden.

**Abbildung 6:**

**Durchschnittliche Zahl der Überstunden pro Monat (nach beruflichem Status)**



#### 4.1.2 Körperliche Belastungen und der Einsatz von Hebehilfen

Die Pflege von alten und kranken Menschen gehört zu den körperlich stark beanspruchenden Tätigkeiten: Klienten müssen angehoben, umgelagert, mobilisiert oder sogar getragen werden. Zudem werden Pflegetätigkeiten vielfach in gebeugter oder gedrehter Haltung ausgeführt.

**Hebe- und Tragetätigkeiten müssen zumeist alleine ausgeführt werden.**

Erschwerend kommt in der ambulanten Pflege hinzu, dass die Pflegekraft zumeist ohne Kollegen in der Wohnung des Klienten ist und die Hebe- und Tragetätigkeiten allein ausführen muss. Außerdem arbeitet sie in der Wohnung des Klienten, wobei Nachteile der räumlichen Gegebenheiten die Tätigkeiten zusätzlich erschweren können.

In vielen Studien zu Gesundheit und Arbeitsbelastungen von Pflegenden findet sich der Befund, dass Angehörige dieser Berufsgruppe überproportional häufig unter Rücken- und Nackenschmerzen leiden.

**Viele Pflegende leiden unter Rücken- und Nackenschmerzen**

Das Ausmaß von Rücken- und Nackenschmerzen hängt (unter anderem) mit der Häufigkeit und Schwere von Tätigkeiten zusammen, die die Wirbelsäule mechanisch stark belasten, wie etwa schweres Heben und Tragen oder das Arbeiten in Zwangshaltungen.

In der Befragung der Pflegekräfte wurden die Angeschriebenen gebeten anzugeben, wie oft am Tag Tätigkeiten mit dem Schwerpunkt „Heben und Tragen“ (z. B. Betten, Lagern, Umsetzen, Mobilisieren von Patienten) bzw. „Rumpfbeugung und -drehung“ (z. B. Betten machen, Ankleiden von Patienten) ausgeführt werden.

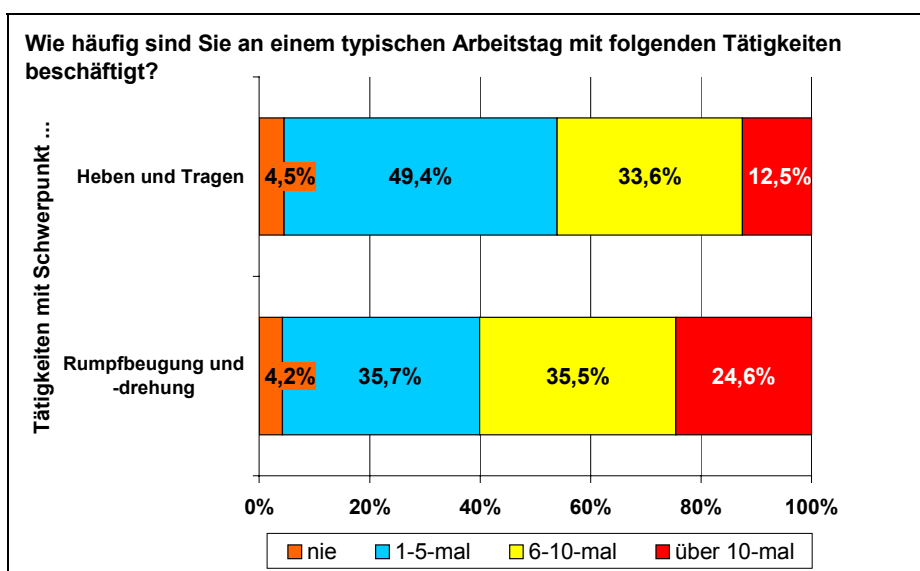


Abbildung 7:

Häufigkeit von Tätigkeiten mit Belastungen der Wirbelsäule (Befragung – Ambulante Pflege – gesamt)

Die Ergebnisse zeigen, dass ein großer Anteil der Pflegenden körperlich belastende Tätigkeiten ausführt: 46,1 % der Befragten führen häufiger als 6-mal am Tag Tätigkeiten mit dem Schwerpunkt „Heben und Tragen“ aus, 60,1 % geben an, häufiger als 5-mal Tätigkeiten wie z. B. Betten machen auszuführen.

Da die Pflegenden ihre Touren überwiegend allein bestreiten überrascht es nicht, dass 76,2 % angeben, nur selten oder sogar sehr selten die Möglichkeit zu haben, sich bei schweren Hebe- und Tragetätigkeiten von Kollegen helfen zu lassen.

In diesen Situationen ist der Einsatz von Hebehilfen und kleinen Hilfsmitteln (z.B. Badewannenlifter, Drehplatte, Hebekissen, Gleitbretter) um so wichtiger. Erfreulich ist, dass lediglich 14,7 % der Befragten Pflegenden in ambulanten Diensten angeben, dass Hebehilfen und kleine Hilfsmittel nur selten oder sehr selten zur Verfügung stehen würden. Für 26,8 % stehen diese manchmal zur Verfügung und 58,5 % haben oft oder sehr oft Zugang zu diesen Hilfsmitteln.

### Beengte Räumlichkeiten verhindern den Einsatz von Hebehilfen

Deutlich mehr als die Hälfte der Befragten (65,7 %) verzichtet nur selten oder sehr selten auf den Einsatz von Hebehilfen und kleinen Hilfsmitteln. Falls auf Hebehilfen verzichtet wird, stellen beengte Räumlichkeiten den häufigsten Grund dar (39,4 % „trifft eher zu“ oder „trifft völlig zu“), Zeitdruck wird von 37,2 % als Ursache genannt. Nur 8,5 % der Befragten sind der Meinung, dass Hebehilfen und kleine Hilfsmittel die Arbeit nicht erleichtern und setzen sie deshalb nicht ein.

In freien Antworten der Befragten wurde auch des Öfteren erwähnt, dass Klienten sich von Zeit zu Zeit (z. B. aus Angst) gegen den Einsatz von Hebehilfen wehren, oder dass Angehörige Vorbehalte gegen den Einsatz haben.

Die Fragen nach der Häufigkeit von Tätigkeiten, die die Wirbelsäule belasten, wurden auch in der Befragung der Pflegekräfte in stationären Einrichtungen (2004) gestellt.

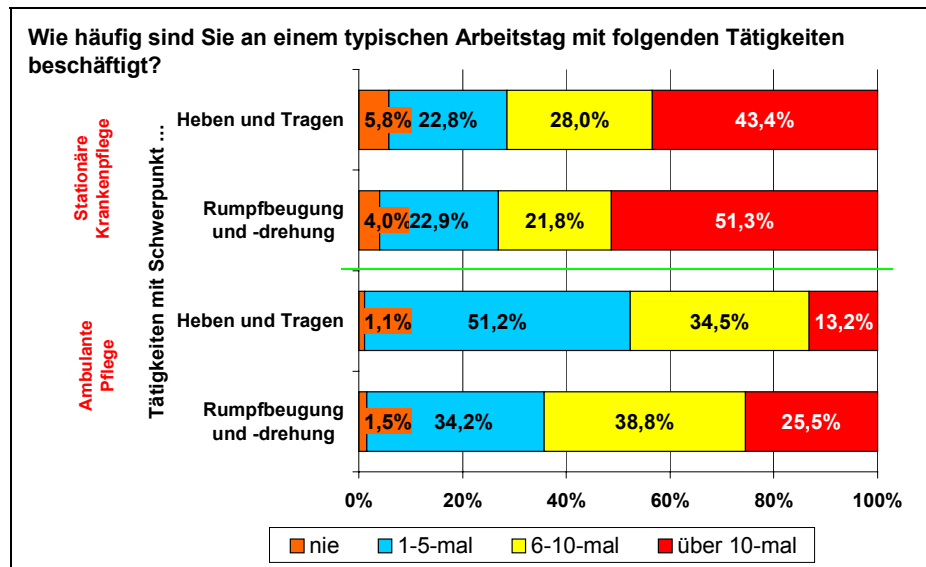
### Schwere Hebe- und Tragetätigkeiten sind seltener als in der stationären Krankenpflege

Wie die Abbildung 8 deutlich zeigt, ist die Häufigkeit wirbelsäulenbelastender Tätigkeiten bei Pflegenden in der Allgemeinpflege von stationären Einrichtungen deutlich höher als bei Pflegenden in ambulanten Diensten (zur Definition der Vergleichsgruppen vgl. Abschnitt 2.3).

Auffällig ist der Unterschied vor allem bei Tätigkeiten mit Schwerpunkt „Heben und Tragen“. Dieses Resultat lässt sich dadurch erklären, dass die Anzahl der Klienten, die eine Pflegekraft in einem ambulanten Dienst täglich versorgt, in der Regel deutlich kleiner ist als die Anzahl der Patienten auf einer Krankenhausstation.

Abbildung 8:

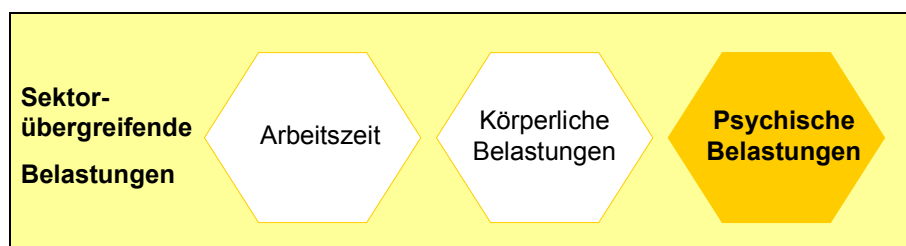
### Häufigkeit von Tätigkeiten mit Belastungen der Wirbelsäule (Ambulante Pflege und Stationäre Krankenpflege im Vergleich)



Allerdings sollte an dieser Stelle nicht vergessen werden, dass auf Krankenhausstationen in der Regel mehr als eine Pflegekraft zugegen ist, so dass sich die Kolleginnen und Kollegen ggf. bei körperlich belastenden Tätigkeiten gegenseitig unterstützen können.



Diese Möglichkeit fällt in der ambulanten Pflege weg, sofern die Pflegenden ihre Tour allein fahren.



### 4.1.3 Organisationsbedingte psychische Belastungen

Organisationsbedingte psychische Belastungen wie Zeitdruck oder Unterbrechungen stehen in ursächlichem Zusammenhang zum Ausmaß von arbeitsbedingtem Stress und gesundheitlichen Beschwerden.<sup>5</sup> Vor diesem Hintergrund wurden in dieser Befragung die wichtigsten organisationsbedingten psychischen Belastungen erhoben.

Organisationsbedingte Belastungen lassen sich häufig vermeiden oder reduzieren, da sie nicht Teil der Aufgabe sind, sondern aus den Rahmen- und Randbedingungen erwachsen, unter denen gearbeitet wird. Ferner finden sich in der Regel ausgeprägte Unterschiede zwischen verschiedenen Einrichtungen und einzelnen Arbeitsplätzen.

In der Befragung der Pflegekräfte in ambulanten Einrichtungen wurde erhoben, wie häufig

- man unter Zeitdruck steht,
- man den Eindruck hat, zu viel Verantwortung zu tragen,
- man unter Leistungsdruck steht,
- die vorgesehenen Pausen nicht eingehalten werden können,
- ausreichende Informationen fehlen, um die Arbeit gut zu machen,
- Unterbrechungen bei einer begonnenen Arbeit auftreten, weil man aktuell bei einer anderen Tätigkeit benötigt wird und
- man sich bei einer Tätigkeit fachlich überfordert fühlt.

Die drei häufigsten Belastungen stellen Zeitdruck, fehlende Pausen und Leistungsdruck dar: 66,8 % der Befragten stehen oft oder sehr oft unter Zeitdruck, 54,3 % können häufig ihre Pausen nicht einhalten, und 42,0 % haben oft den Eindruck, unter Leistungsdruck zu stehen (vgl. Abbildung 9).

Besonders positiv zu vermerken ist, dass sich 84,5 % nur selten oder sehr selten fachlich überfordert fühlen. Hinsichtlich des Auftretens von Unterbrechungen und Verantwortungsdruck herrscht eine große Spannweite zwischen den Antworten der Befragten.

**Psychische Belastungen und Stress**

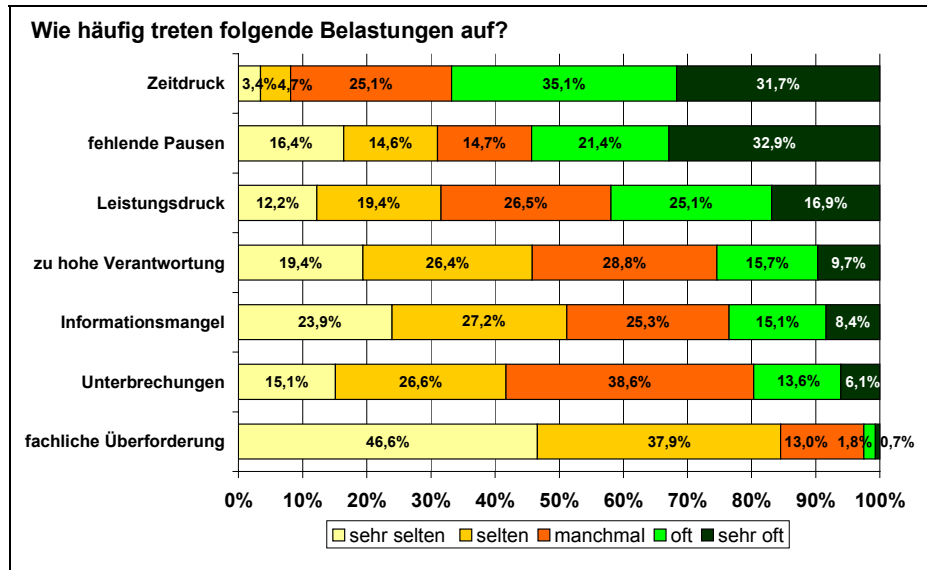
**Organisationsbedingte psychische Belastungen sind vermeidbar**

**Häufigste Belastungen sind Zeitdruck, fehlende Pausen und Leistungsdruck**

**Fachliche Überforderung tritt selten auf**

Abbildung 9:

**Organisationsbedingte psychische Belastungen (Ambulante Pflege)**



**Viel Kooperation in der ambulanten Pflege notwendig**

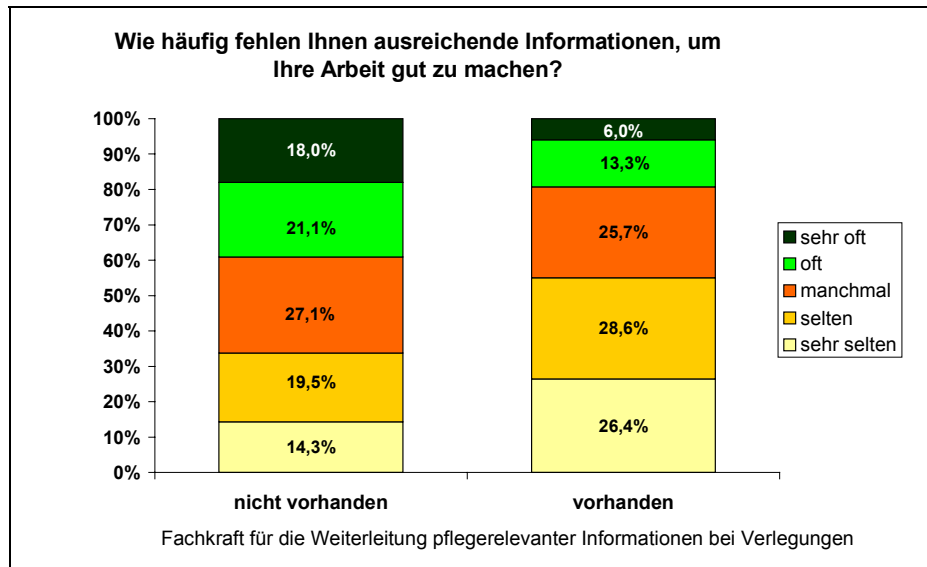
Bei der professionellen häuslichen Pflege von alten und kranken Menschen müssen sich verschiedene Einrichtungen, Institutionen und Fachkräfte koordinieren. Neben dem Pflegedienst sind in der Regel die behandelnden Hausärzte, das örtliche Krankenhaus und andere Hilfsdienste wie „Essen auf Rädern“ involviert. Häufig werden die Klienten von Angehörigen mitgepflegt.

**Informationsaustausch ist verbesserungswürdig**

Ein gut funktionierender Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten ist für eine hohe Pflegequalität essenziell, gleichzeitig kann es bei einer großen Anzahl von Kooperationspartnern auch leicht zu Informationslücken kommen. Bei der Bewertung der Belastung durch fehlende Informationen zeigt sich eine große Spannweite zwischen den Befragten, die Qualität des Informationsaustauschs ist in vielen ambulanten Diensten verbesserungswürdig.

Abbildung 10:

**Fachkräfte für die Weiterleitung pflegerelevanter Informationen; Auftreten eines Informationsmangels**



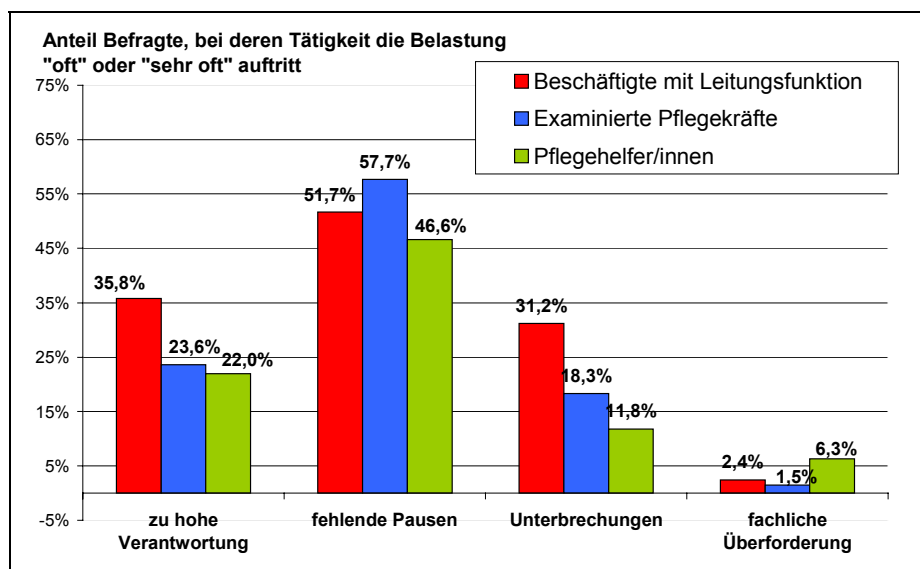
Die Belastung durch Informationsmangel kann deutlich reduziert werden, wenn in einem ambulanten Pflegedienst Fachkräfte eingesetzt werden, die für die Weiterleitung pflegerrelevanter Information zuständig sind.

**Informationsmangel ist vermeidbar**

39,1 % der Pflegenden, die in ambulanten Einrichtungen ohne eine solche Fachkraft beschäftigt sind, geben an, „oft“ oder „sehr oft“ unter Informationsmangel zu leiden. Bei Vorhandensein von Fachkräften für die Weiterleitung pflegerrelevanter Informationen beträgt der Anteil nur 19,3 %.

Differenziert man die Häufigkeit organisationsbedingter Belastungen nach dem Berufsstatus (Leitungsfunktion, examinierte Pflegekräfte ohne Leitungsfunktion und Helfer in der Alten- und Krankenpflege), so stellen sich ebenfalls einige bedeutsame Unterschiede heraus (Abbildung 11):

- Pflegenden mit Leitungsfunktion geben deutlich am häufigsten an, zu viel Verantwortung zu tragen und einmal begonnene Tätigkeiten unterbrechen zu müssen.
- Examinierte Pflegekräfte können ihre Pausen im Vergleich zu ihren Kolleginnen und Kollegen am seltensten einhalten.
- Helfer/-innen in der Alten- und Krankenpflege werden zwar seltener durch Unterbrechungen und fehlende Pausen beeinträchtigt, fühlen sich allerdings häufiger fachlich überfordert.



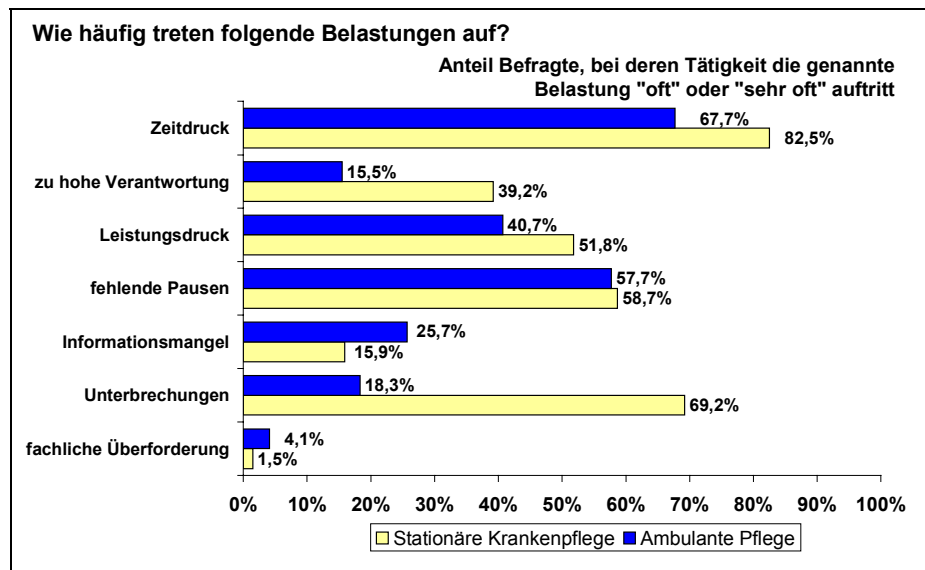
**Abbildung 11:**

**Organisationsbedingte psychische Belastungen (nach beruflichem Status)**

Insgesamt ist deutlich geworden, dass die Tätigkeit als Pflegenden/r in einem ambulanten Dienst hohe organisationsbedingte psychische Belastungen birgt. Nachfolgend wird der Frage nachgegangen, wie sich die Situation im Vergleich zur Allgemeinpflege in Krankenhäusern darstellt. Für den Vergleich wurden jeweils wiederum nur die examinierten Pflegekräfte ohne Leitungsfunktion herangezogen (vgl. Abschnitt 3.3).

Abbildung 12:

### Organisationsbedingte psychische Belastungen (Ambulante Pflege und Stationäre Krankenpflege im Vergleich)



### Weniger Belastungen als in der stationären Krankenpflege

Der Vergleich (Abbildung 12) der Ergebnisse in der ambulanten Pflege mit den Antworten der Pflegenden in der stationären Krankenpflege führt zu der Schlussfolgerung, dass das Belastungsniveau in der ambulanten Pflege zwar hoch ist, sich von dem in der stationären Pflege jedoch teils deutlich unterscheidet: Gaben 82,5 % in der stationären Krankenpflege an, oft oder sehr unter Zeitdruck zu stehen, so gaben dies „nur“ 67,7% in der ambulanten Pflege an. Auch stehen die Beschäftigten in der ambulanten Pflege weniger häufig unter zu hohem Verantwortungsdruck und auch Leistungsdruck. Zudem müssen sie einmal angefangene Aufgaben seltener unterbrechen als ihre Kolleginnen und Kollegen in stationären Einrichtungen.

Beim letztgenannten Punkt fällt der Unterschied besonders deutlich ins Auge: Während 69,2 % der Befragten der Vergleichsgruppe angeben, oft oder sehr oft eine Arbeitstätigkeit unterbrechen zu müssen, beträgt der Anteil bei den befragten Pflegekräften in ambulanten Einrichtungen lediglich 18,3 %. Geringe bzw. keine statistisch bedeutsamen Unterschiede ergeben sich in Bezug auf das Empfinden fachlicher Überforderung und fehlender Pausen.

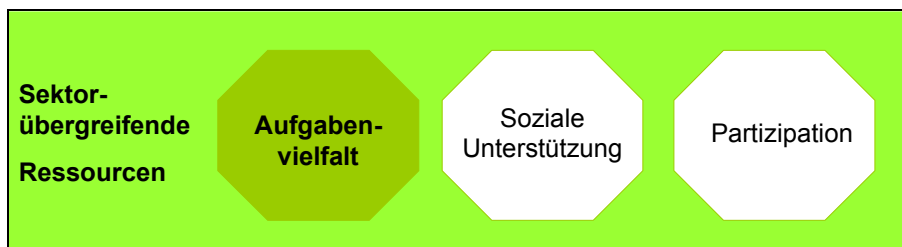
Die Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege bringen es mit sich, dass sich die Pflegekraft jeweils nur um einen Klienten kümmern muss und von Kolleginnen und Kollegen in der Regel nicht angesprochen und um Hilfe gebeten werden kann.

Man könnte vermuten, dass dieses „Einzelkämpfertum“ dazu führt, dass die Beschäftigten in der ambulanten Pflege häufiger den Eindruck haben, zu viel Verantwortung zu tragen. Das Gegenteil ist jedoch der Fall: 15,5 % der Befragten Pflegekräfte in der ambulanten Pflege im Vergleich zu 39,2 % in der stationären Krankenpflege geben an, „oft“ oder „sehr oft“ durch zu hohem Verantwortungsdruck belastet zu sein.

Hingegen wird der Belastungsfaktor „Informationsmangel“ von Pflegekräften in ambulanten Einrichtungen deutlich häufiger angegeben als von Pflegenden in Krankenhäusern: Während 25,7 % der Pflegekräfte in der ambulanten Pflege angeben, dass oft oder sehr oft relevante Informationen fehlen, beträgt der Anteil der Befragten in der Vergleichsgruppe lediglich 15,9 %.

**Höhere Belastung durch Informationsmangel bei Pflegenden in ambulanten Diensten**

## 4.2 Sektorübergreifende Ressourcen



### 4.2.1 Aufgabenvielfalt

Die Aufgabenvielfalt ist ein Schlüsselkonzept der Arbeitspsychologie. Man versteht darunter das Ausmaß, in dem eine berufliche Tätigkeit der Person Möglichkeiten zur Anwendung möglichst vieler und unterschiedlicher Fähigkeiten gibt und sie zum Erlernen neuer Kompetenzen stimuliert. So lange die Vielfalt der Arbeitsaufgaben nicht zur Überforderung der Person führt, wirkt sich eine große Aufgabenvielfalt positiv auf die Arbeitszufriedenheit aus und kann arbeitsbedingten Stress vermindern.

**Aufgabenvielfalt: ein Schlüsselkonzept der Arbeitspsychologie**

Die Aufgabenvielfalt wurde über drei Einzelfragen operationalisiert. Der Abbildung 13 ist zu entnehmen, dass die Aufgabenvielfalt zum überwiegenden Teil hoch eingeschätzt wird.

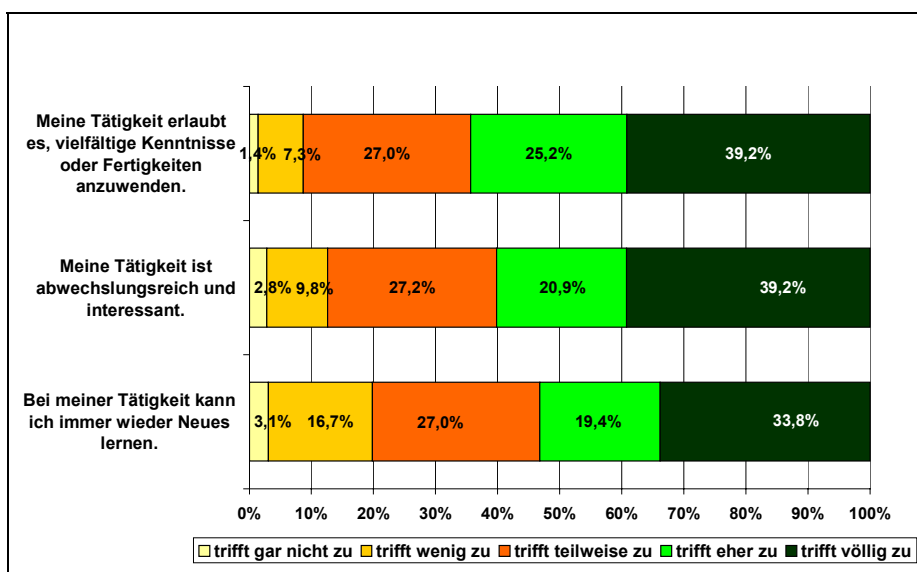


Abbildung 13:

**Aspekte der Aufgabenvielfalt (Ambulante Pflege)**

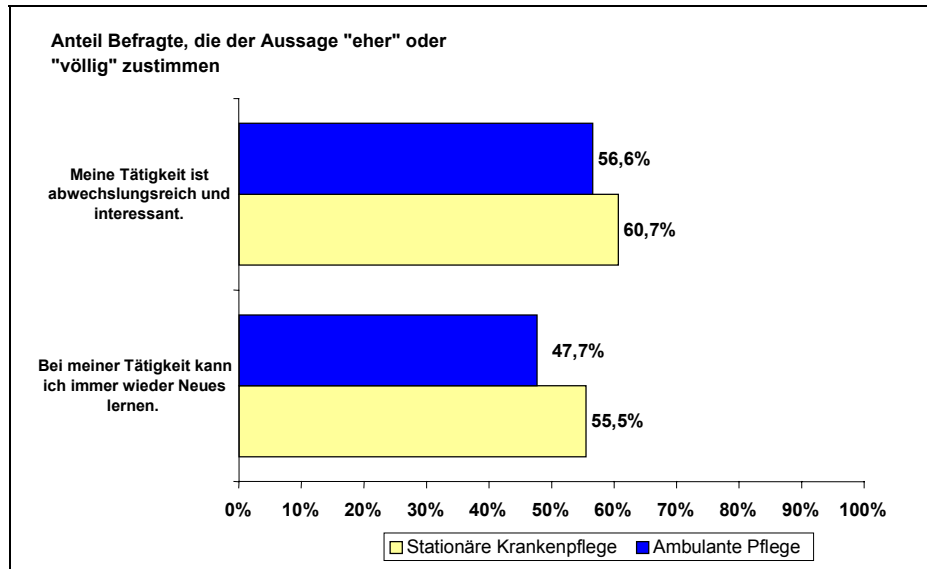
**Höhere Aufgabenvielfalt in leitenden Positionen**

Es überrascht nicht, dass die Aufgabenvielfalt bei Beschäftigten mit zunehmendem Berufsstatus höher eingeschätzt wird. Das heißt, Beschäftigte in leitenden Positionen schätzen die Aufgabenvielfalt am höchsten ein, gefolgt von den examinierten Alten- und Krankenpflegerinnen und -pflegern und den Helferinnen und Helfern.

Examinierte Pflegekräfte in Einrichtungen der häuslichen Alten- und Krankenpflege nehmen dabei ihre Tätigkeit als etwas weniger vielfältig wahr als die Krankenschwestern und -pfleger, die im allgemeinen Pflegedienst in Krankenhäusern tätig sind.

**Abbildung 14:**

**Aspekte der Aufgabenvielfalt (Ambulante Pflege und Stationäre Krankenpflege im Vergleich)**



**4.2.2 Soziale Unterstützung durch Kollegen und direkte Vorgesetzte**

**Aspekte der sozialen Unterstützung**

Unter dem Begriff „soziale Unterstützung“ werden verschiedene Einzelaspekte zusammengefasst, wie die gegenseitige Hilfe, offene und transparente Kommunikation sowie ein vertrauensvolles Klima im Team. Die soziale Unterstützung deckt sich in mancherlei Hinsicht mit dem populären Konzept des Betriebsklimas und umfasst sowohl das Verhältnis unter den Kolleginnen und Kollegen, als auch zu den Vorgesetzten.

Die Qualität der sozialen Unterstützung hat entscheidenden Einfluss auf die Arbeits- und Berufszufriedenheit. Mit den Daten des „DAK-BGW Krankenpflegerreports 2000“ konnte dieser Zusammen-

hang speziell für die Berufsgruppe der Krankenschwestern und -pfleger in stationären Einrichtungen eindrucksvoll nachgewiesen werden.

In der ambulanten Pflege ergibt sich die Besonderheit, dass die Kollegen oftmals nur für kurze Zeiträume eines Arbeitstages in der Basis des Pflegedienstes zusammentreffen, wo die Übergaben stattfinden. Diese Situation bietet einerseits die Möglichkeit zum selbständigen Arbeiten, kann andererseits aber die Gefahr bergen, dass die Beschäftigten sich als „Einzelkämpfer“ empfinden. Ferner erlangt die Qualität der Kommunikation bei den Übergaben eine besondere Bedeutung, denn nur durch diese kann eine gute Pflege sichergestellt werden.

**Beschäftigte in der ambulanten Pflege haben wenig Kontakt zu Kollegen**

Zur Kooperation im Team und sozialen Unterstützung wurden drei unterschiedlich „gepolte“ Fragen gestellt. Wie Abbildung 15 zeigt, beurteilen sieben von zehn Befragten das Klima unter den Kolleginnen und Kollegen positiv.

Es wird auch deutlich, dass die spezifische Arbeitssituation in der häuslichen Pflege nur von einer Minderheit der Befragten problematisch gesehen wird:

- 23,0 % fühlen sich oft als Einzelkämpfer/-in.
- 25,6 % würden sich eindeutig mehr Kontakt zu den Kolleginnen und Kollegen wünschen.

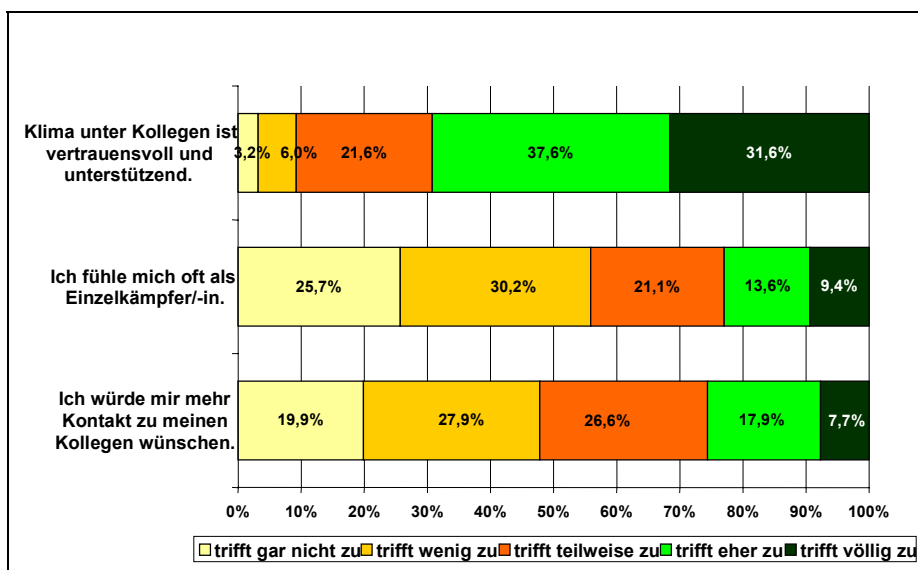


Abbildung 15:

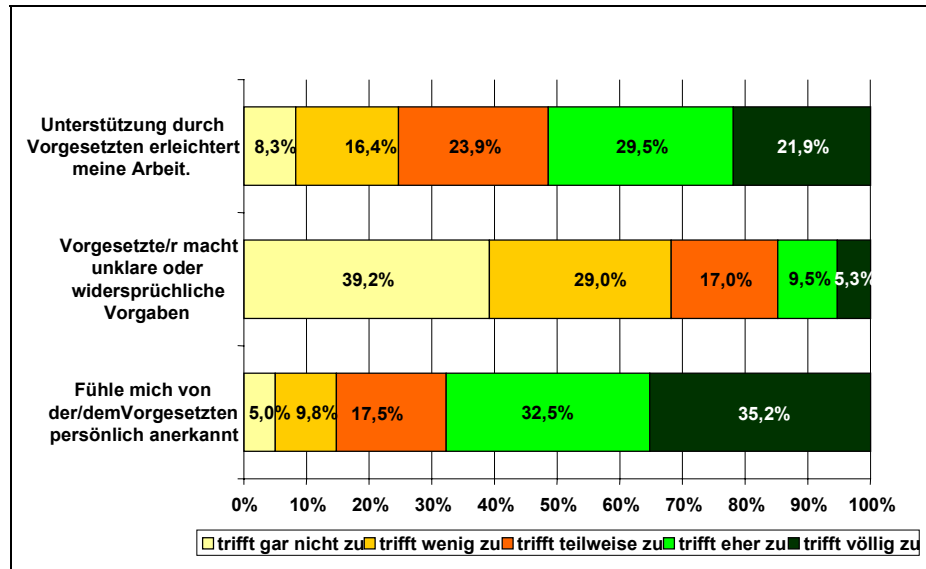
**Kooperation und soziale Unterstützung durch Kollegen**

In Einklang mit diesem Resultat haben 90 % der Befragten in Bezug auf ihren Beruf angegeben, dass sie vor allem die Möglichkeit zu selbständigem Arbeiten schätzen.

Zur Unterstützung durch den/die direkte Vorgesetzte/n wurden drei Fragen gestellt, die in Abbildung 16 ausgewiesen sind. Die Resultate beziehen sich nur auf Pflegenden ohne leitende Funktion (N= 603).

Abbildung 16:

### Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte (Pfleger ohne Leitungsfunktion)



### Gute Beziehungen zum/zur direkten Vorgesetzten

Es stellt sich heraus, dass auch die Beziehung zur/m direkten Vorgesetzten von einem überwiegenden Teil der Befragten positiv gesehen wird. Etwas mehr als die Hälfte (51,4 %) empfindet Arbeitserleichterung durch die Unterstützung der Vorgesetzten, nur 14,8 % werden durch unklare oder widersprüchliche Vorgaben behindert. 67,7 % fühlen sich durch ihre Führungskraft persönlich anerkannt, knapp 15 % verneinen diese Frage.

Verbesserungspotential ergibt sich dementsprechend vor allem in Bezug auf eine empfundene Arbeitserleichterung durch die Unterstützung des Vorgesetzten. Examinierte Pflegekräfte und Helfer/innen in der Alten- und Krankenpflege unterscheiden sich nicht in der Beurteilung des Verhältnisses zu ihren direkten Vorgesetzten.

Einige der Fragen zum sozialen Klima wurden in identischer Form in der Studie zur stationären Krankenpflege gestellt. Abbildung 17 zeigt die Resultate des Vergleichs der beiden Befragungen.

Das Klima zwischen den Kolleginnen und Kollegen sowie die persönliche Anerkennung durch den Vorgesetzten werden sowohl von den Beschäftigten in der stationären als auch in der ambulanten Pflege äußerst positiv beurteilt, wobei die Werte in der ambulanten Pflege leicht über denen der stationären Pflege liegen.

Ein markanter Unterschied tritt in Bezug auf die wahrgenommene Unterstützung durch den oder die direkte/n Vorgesetzte/n auf. Etwas mehr als die Hälfte der examinierten Pflegekräfte in Einrichtungen der häuslichen Pflege (51,4 %) geben an, dass die Unterstützung der/des Vorgesetzten die eigene Arbeit erleichtert. In der Vergleichsgruppe beträgt dieser Anteil lediglich 39,9 %. Unklare oder widersprüchliche Vorgaben von Vorgesetzten treten in der stationären Krankenpflege etwas seltener auf.



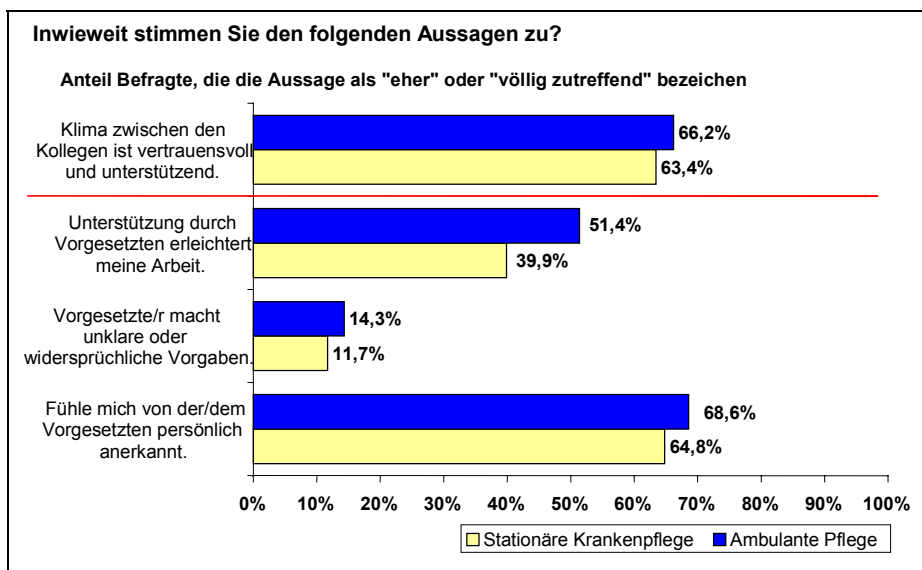
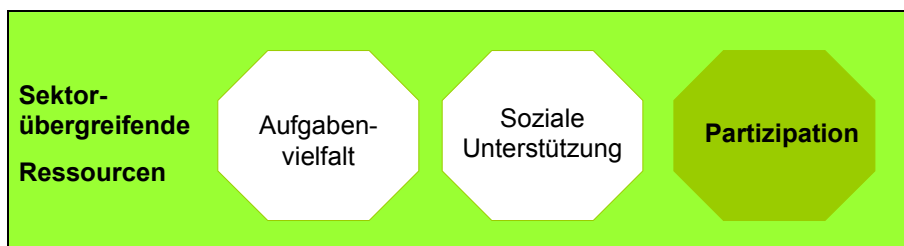


Abbildung 17:

**Soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte (Ambulante Pflege und Stationäre Krankenpflege im Vergleich)**

Obwohl Pflegende in ambulanten Diensten oft einen großen Teil des Arbeitstages selbständig und eigenverantwortlich arbeiten, verfügen sie über einen höheren sozialen Rückhalt am Arbeitsplatz, insbesondere in Bezug auf die Unterstützung durch die Vorgesetzten. Hier schlägt sich vermutlich der Vorteil kleiner Organisationen und flacher Hierarchien nieder.



### 4.2.3 Partizipationsmöglichkeiten

Die Partizipationsmöglichkeiten von Beschäftigten stellen weitere zentrale Ressourcen dar, die unter anderem großen Einfluss auf die Arbeits- und Berufszufriedenheit haben. Eine besondere Rolle spielen sie auch bei der Implementierung neuer Maßnahmen (z. B. Qualitätsmanagement, vgl. Kapitel 6) oder der Vorbereitung auf strukturelle Änderungen (z. B. bei der Betreuung neuer Klientengruppen).

**Partizipation: eine zentrale Ressource**

Unter Partizipationsmöglichkeiten werden in dieser Studie das Ausmaß der Mitsprache- und Beteiligungsmöglichkeiten für die Mitarbeiter/-innen sowie die Informationspolitik des Dienstes gefasst.

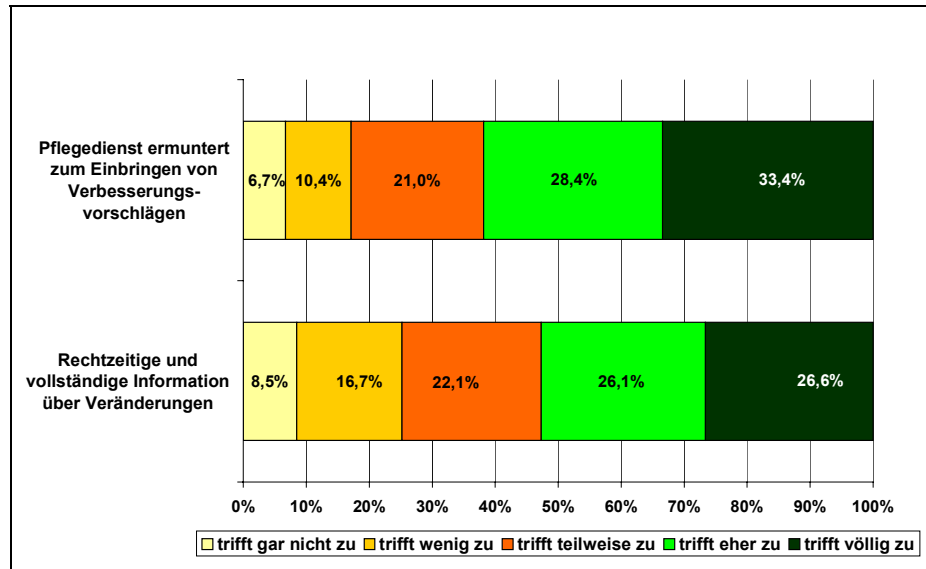
Die Partizipationsmöglichkeiten wurden durch die beiden folgenden Aspekte erhoben:

- Information der Pflegenden bei geplanten Veränderungen und
- Ermunterung zum Einbringen von Verbesserungsvorschlägen.

**Aspekte von Mitsprache und Beteiligung**

Abbildung 18:

**Partizipationsmöglichkeiten in den Einrichtungen der Befragten (Ambulante Pflege)**



**Mehr als die Hälfte ist mit den Partizipationsmöglichkeiten zufrieden.**

Auch wenn ein Teil der Pflegenden über unbefriedigende Partizipationsmöglichkeiten berichtet, zeigt sich insgesamt ein recht erfreuliches Bild:

- 61,6 % der Befragten sind der Meinung, dass sie in ihrem Pflegedienst zum Einbringen von Verbesserungsvorschlägen ermuntert werden.
- Ebenfalls deutlich mehr als die Hälfte (55,1 %) fühlt sich ausführlich und rechtzeitig über innerbetriebliche Sachverhalte und geplante Veränderungen (z. B. anstehenden Personalabbau) informiert.

Interessant ist hierbei, dass es keinen Einfluss der Größe der Einrichtung gibt, das heißt: Pflegenden in großen Einrichtungen bewerten die Information und Mitsprache ebenso gut wie Pflegenden, die in kleinen Einrichtungen tätig sind.

Hingegen hat der berufliche Status einen Einfluss. Befragte mit Leitungsfunktion schätzen die Partizipationsmöglichkeiten deutlich besser ein als Beschäftigte ohne Führungsposition.

**Vergleich mit der Situation in Krankenhäusern**

Die beiden Fragen wurden in identischer Weise in der Befragung der Pflegekräfte in der stationären Krankenpflege (2004) gestellt. Der Vergleich der examinieren Pflegekräfte ohne Leitungsfunktion zeigt ein deutlich negativeres Bild in Einrichtungen der stationären Krankenpflege. Jeweils nur jede/r Fünfte in der Vergleichsgruppe meint, hinreichend informiert bzw. zum Einbringen von Verbesserungsvorschlägen ermuntert zu werden (Abbildung 19).

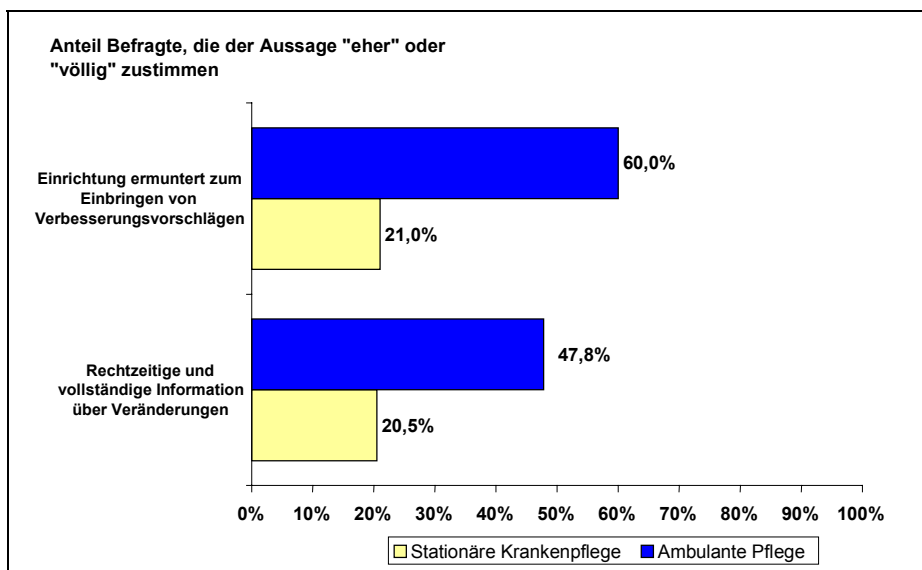
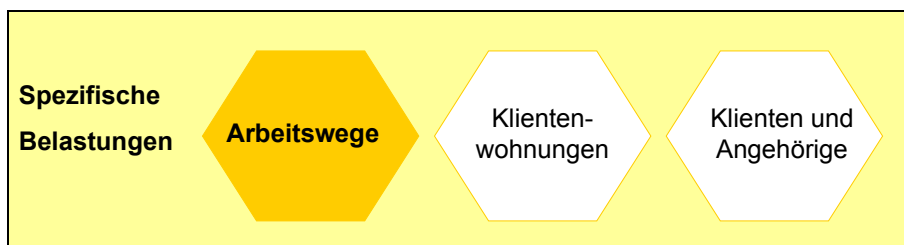


Abbildung 19:

Partizipationsmöglichkeiten in den Einrichtungen der Befragten (Ambulante Pflege und Stationäre Krankenpflege im Vergleich)

Als Erklärungsoptionen für diesen Unterschied kommen die oftmals ausgeprägten Hierarchien in Krankenhäusern in Frage. Ferner dürfte von Relevanz sein, dass die Leitungsebene in einer Einrichtung der häuslichen Alten- und Krankenpflege in der Regel auch eine Pflegekraft ist, die ein besseres Verständnis für die Anliegen ihrer eigenen Berufsgruppe hat.

### 4.3 Spezifische Arbeitsbelastungen in der ambulanten Pflege



#### 4.3.1 Arbeitswege und das Auto als Arbeitsmittel

Im Gegensatz zu Krankenschwestern und -pflegern in Krankenhäusern verwenden Beschäftigte in der ambulanten Pflege einen beträchtlichen Teil ihrer Arbeitszeit auf die Wege zwischen den Wohnungen der zu betreuenden Klienten.

**227 km werden durchschnittlich pro Woche zurückgelegt**

Die Befragten geben an, in einer Arbeitswoche zwischen 2 und 1500 km auf Arbeitswegen zwischen den Klientenwohnungen zurückzulegen, im Durchschnitt 227 km. In ländlichen Gegenden liegt die Anzahl der zurückgelegten Kilometer deutlich darüber.

**94,3 % nutzen überwiegend das Auto für die Arbeitswege**

Das Hauptverkehrsmittel für die Arbeitswege ist der PKW:

- 94,3 % nutzen überwiegend das Auto,
- 2,4 % gehen meistens zu Fuß,
- 2,1 % nutzen hauptsächlich das Fahrrad,
- sonstige Nennungen (öffentlicher Nahverkehr, Mofa) machen 1,1 % der Nennungen aus.

**Mögliche Behinderungen im Straßenverkehr**

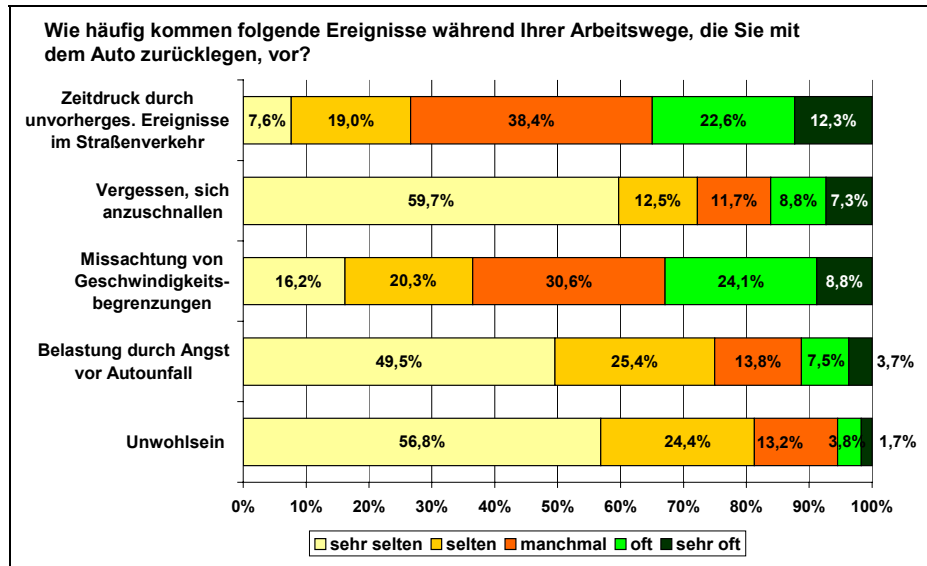
Die Fahrtätigkeit zwischen den Klientenwohnungen kann eine zusätzliche Arbeitsbelastung darstellen: Unvorhergesehene Ereignisse im Straßenverkehr wie Staus, Parkplatzsuche oder schlechte Witterungsverhältnisse können zu Behinderungen und Zeitdruck führen, gleichzeitig kann die Angst vor einem Autounfall in gefährlichen Situationen Stress auslösen.

Stress im Straßenverkehr und belastende Ereignisse im Umgang mit den Klienten können sich gegenseitig verstärken. Andere Beschäftigte mögen die Fahrzeit zwischen den Wohnungen allerdings auch als Erholung empfinden.

Die Befragten, die angegeben haben hauptsächlich das Auto für die Dienstwege zu nutzen (N = 664), wurden nach diesen Charakteristika der Fahrtätigkeit gefragt. Zusätzlich wurden Sicherheitsaspekte wie die Verwendung des Sicherheitsgurts und die Überschreitung von Geschwindigkeitsbegrenzungen thematisiert.

**Abbildung 20:**

**Belastungen und unsicheres Verhalten beim Autofahren**



**Fahrzeiten werden nur selten als belastend wahrgenommen**

Wie Abbildung 20 illustriert, erlebt ein Großteil der befragten Pflegekräfte die Fahrzeiten als nur wenig belastend. Nur sehr wenige Befragte fühlen sich häufig beim Autofahren unwohl oder durch die Angst vor einem Autounfall belastet. Allerdings geraten 35,9 % der Befragten häufig durch unvorhergesehene Ereignisse im Straßenverkehr wie Parkplatzsuche, Staus oder schlechte Witterungsverhältnisse unter Zeitdruck.

Die Anschnallpflicht wird von 16,1 % der Befragten häufig vergessen. Etwa jede/r Dritte (32,9 %) gibt zu, häufig die Geschwindigkeitsbegrenzungen zu missachten.

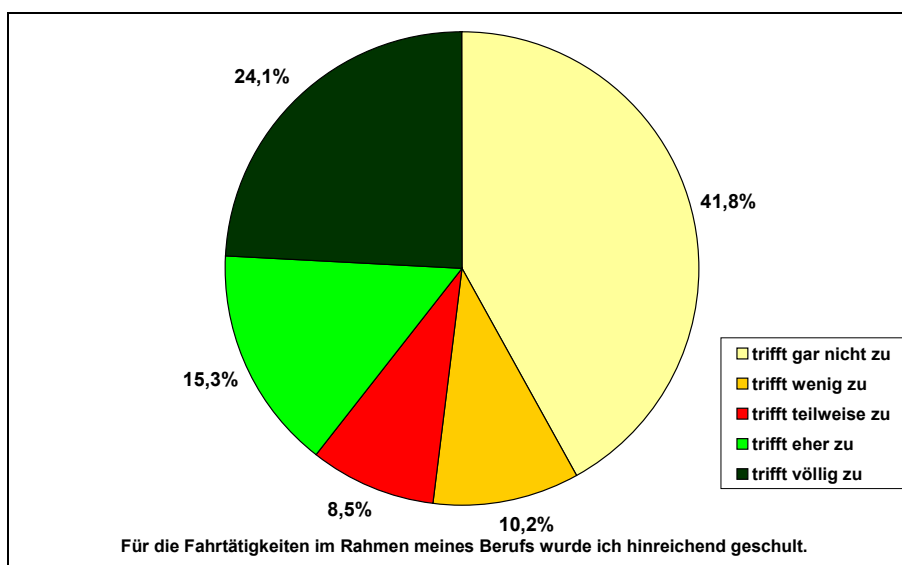
**Jede/r Dritte fährt oft zu schnell**

Beeinträchtigungen der Konzentration beim Autofahren durch belastende Situationen in den Klientenwohnungen stellen ebenso wenig ein Problem dar wie Beeinträchtigungen der Konzentration bei der Arbeit mit den Klienten durch belastende Ereignisse im Straßenverkehr.

Diese Resultate werden dadurch unterstrichen, dass immerhin 37,6 % der Befragten die Fahrzeit zwischen den Wohnungen oft oder sehr oft als Erholung empfinden. Die überwiegende Mehrheit (94,2 %) bezeichnet sich als sichere/n Autofahrer/in.

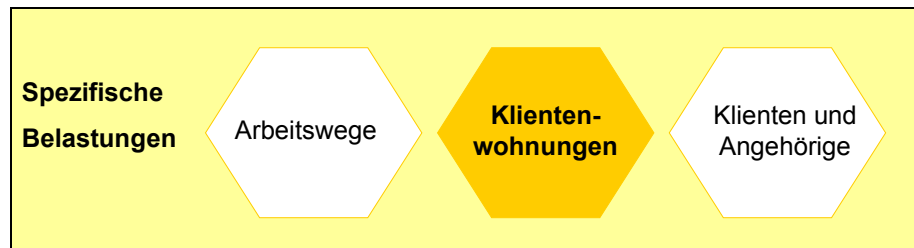
Diesen positiven Resultaten steht gegenüber, dass fast jede/r Zehnte (9,5 %) innerhalb der letzten 12 Monate einen Autounfall auf den Arbeitswegen hatte, und mehr als die Hälfte der befragten Pflegekräfte (52,0 %) ist der Meinung für die Fahrtätigkeiten nicht hinreichend geschult worden zu sein (Abbildung 21).

**9,5 % hatten einen Autounfall in den letzten 12 Monaten**



**Abbildung 21:**

**Schulungen für die Fahrtätigkeiten im Rahmen des Berufs**



### 4.3.2 Arbeitsumgebung Klientenwohnung

Charakteristisches Merkmal der häuslichen Pflege ist die Ausführung der Pflgetätigkeit in den Wohnungen der Klienten. Die Wohnungen können dabei in besonderer Weise Merkmale aufweisen, die die Arbeit behindern oder erschweren. Oft bergen sie auch Unfallrisiken.

Auf das Unfallgeschehen in der ambulanten Pflege wird detailliert im Teil 2 dieses Berichts eingegangen.

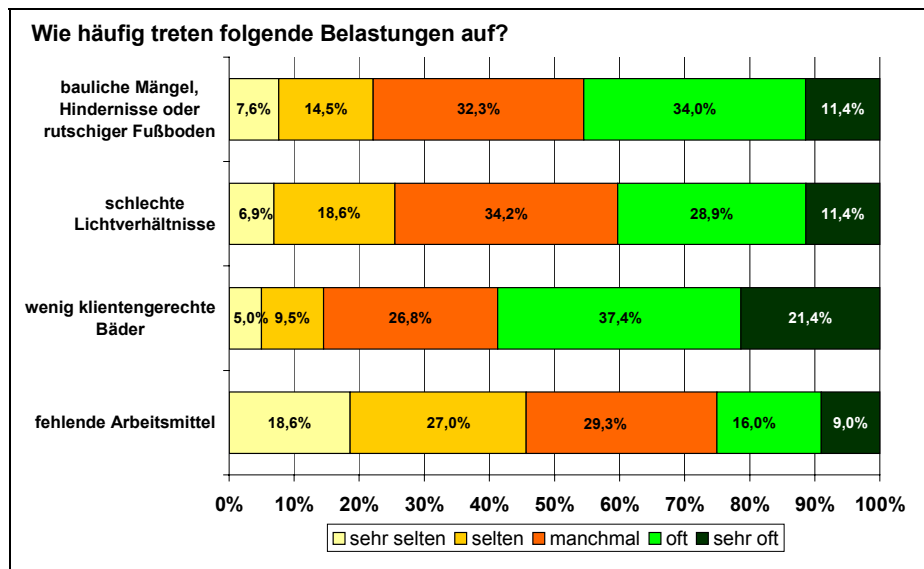
#### Unfallrisiken und Arbeiterschwer-nisse in den Wohnungen der Klienten

In der Versichertenbefragung wurde thematisiert, wie häufig Behinderungen oder Erschwer-nisse in den Klientenwohnungen durch

- bauliche Mängel, rutschigen Fußboden oder Hindernisse auf den Fluren und in den Zimmern,
- schlechte Lichtverhältnisse,
- wenig klienten- oder behindertengerechte Bäder und
- fehlende Arbeitsmittel auftreten.

Abbildung 22:

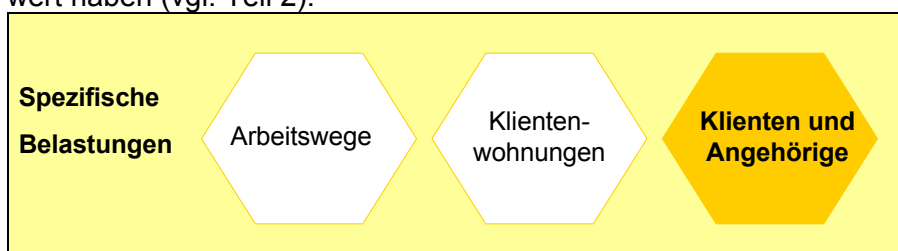
#### Behinderungen oder Erschwer-nisse in den Klientenwohnungen



#### Bäder sind oft nicht klientenge-recht

Deutlich mehr als die Hälfte der Befragten (58,8 %) klagt darüber, dass oft oder sehr oft Erschwer-nisse durch wenig klientengerechte Bäder auftreten. 45,4 % berichten über häufige Behinderungen durch bauliche Mängel, Hindernisse oder rutschigen Fußboden. Nur ein etwas geringerer Anteil der Befragten (40,3 %) fühlt sich oft bis sehr oft durch schlechte Lichtverhältnisse in den Wohnungen beeinträchtigt.

Wenig klientengerechte Bäder können dazu führen, dass die Ausübung von rückengerechten Arbeitstechniken erschwert oder verhindert wird und sich dementsprechend das Risiko für Rückenbeschwerden vergrößert. Rutschige Fußböden und Hindernisse erhöhen vor allem das Risiko für Sturz- und Stolperunfälle, die bei Pflegekräften in Einrichtungen der häuslichen Pflege einen großen Stellenwert haben (vgl. Teil 2).



### 4.3.3 Der Umgang mit Klienten und Angehörigen

Da die Pflege in der Privatwohnung des Klienten stattfindet, ist der Umgang mit den Klienten in der ambulanten Pflege häufig intensiver als der Umgang mit Patienten in der stationären Krankenpflege. Während die Patienten oft nur einige Tage im Krankenhaus bleiben, kann sich ein Pflegevertrag über Monate oder Jahre erstrecken.

**Intensiver Umgang mit Klienten**

Die Pflegenden sind oft für die gesamte Dauer des Pflegevertrags (32,5 %) oder zumindest für mehrere Schichten an aufeinander folgenden Tagen (39,9 %) als feste/r Ansprechpartner/in für einen Klienten zuständig. Nur wenige Befragte (6,9 %) geben an, gar nicht als feste/r Ansprechpartner/in für einen Klienten zu fungieren.

Diese besondere Konstellation in der ambulanten Pflege kann als bereichernd und unterstützend empfunden werden und daher als Ressource wirken. Aus ihr können jedoch auch zusätzliche Belastungen entstehen, gerade weil ambulante Pflege eine Dienstleistung darstellt, deren Leistungskomplexe im Pflegevertrag konkret festgelegt werden:

**Aus engem Kontakt können auch Belastungen erwachsen**

- Die besondere Nähe zum Klienten kann dazu führen, dass man durch deren Leiden und Tod besonders belastet wird. Aggressionen und Gewalt, die von Klienten ausgehen, werden ebenfalls häufig in der Fachliteratur diskutiert.
- Wenn Angehörige ebenfalls im Haushalt leben, ist außerdem die Möglichkeit gegeben, dass sich die Pflegekraft zusätzlich um diese kümmern muss oder in familiäre Konflikte hineingezogen wird.
- Anders als im Krankenhaus, nehmen Klienten und Angehörige die Pflege als Dienstleistung wahr, für die eine finanzielle Gegenleistung erbracht wird. Dadurch bringen sie eventuell auch stärker ihre eigenen Vorstellungen über eine angemessene Pflege ein. Konfliktpotential besteht insbesondere dann, wenn Leistungen eingefordert werden, die nicht im Pflegevertrag vorgesehen sind.

### Professioneller Umgang mit Leiden und Tod

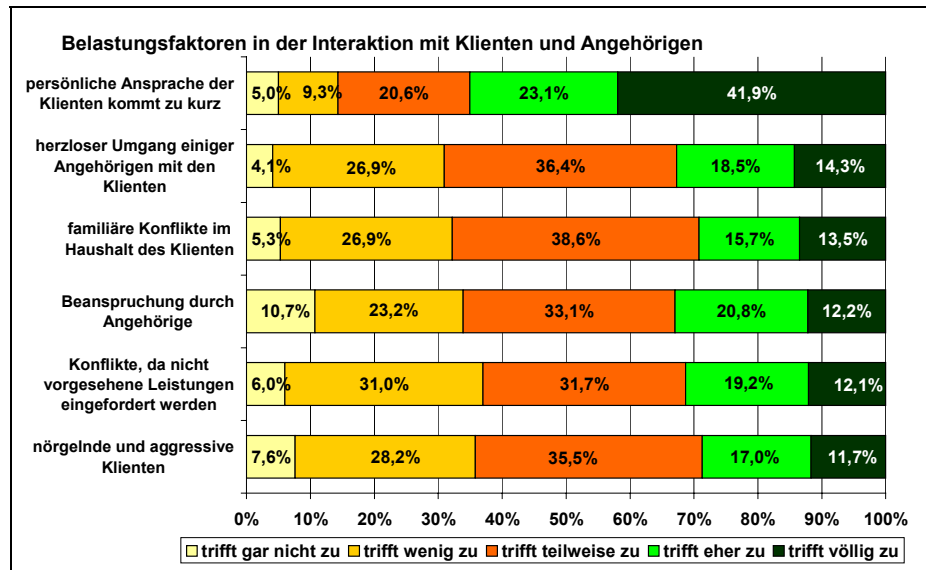
In Bezug auf die Beziehung zu den Klienten stellt sich zunächst heraus, dass die überwiegende Mehrheit sehr professionell mit deren Leiden umgeht, und sich auch durch besonders anspruchsvolle

Klientengruppen selten überfordert fühlt:

- 22,0 % fühlen sich dadurch belastet, dass manche Klienten krank sind oder sterben (Anteil Nennungen „trifft eher zu“ oder „trifft völlig zu“).
- 12,5 % fühlen sich durch den Umgang mit psychisch kranken Klienten überfordert.

Abbildung 23:

### Belastungsfaktoren in der Interaktion mit Klienten und Angehörigen



**Persönliche Ansprache kommt in den Leistungskomplexen zu kurz**

Die Abbildung 23 zeigt die sechs am häufigsten genannten Belastungen, die im Umgang mit Klienten und Angehörigen auftreten. Besonders stark fühlen sich die Pflegenden dadurch belastet, dass die „persönliche Ansprache der Klienten“ in den vorgesehenen Leistungskomplexen zu kurz kommt: 65 % der Befragten bezeichnen diese Aussage als zutreffend. Ein ebenfalls relevanter Belastungsfaktor ist die zusätzliche Beanspruchung durch Angehörige, die mit der Pflege überlastet sind.

**Ein Drittel wird stark von Angehörigen beansprucht**

33 % fühlen sich davon betroffen (Aussage „trifft eher zu“ oder „trifft völlig zu“). Ebenfalls jede/r Dritte (32,8 %) fühlt sich durch den herzlosen Umgang einiger Angehöriger mit den Klienten belastet. 29,3 % werden häufig in familiäre Konflikte im Haushalt des Klienten hineingezogen. 28,3 % fühlen sich durch nörgelnde und aggressive Klienten belastet.

Insgesamt ist allerdings festzustellen, dass bei den meisten dargestellten Belastungsfaktoren der Anteil der Pflegenden, der sich nicht oder nur wenig belastet fühlt, größer ist als der Anteil der mäßig oder stark Belasteten. Andere Problemkonstellationen treten erfreulicherweise äußerst selten auf. Nur wenige berichten von Klienten, die mit Pflegemaßnahmen nicht einverstanden sind (7,9 %) oder von Angehörigen, die an der fachlichen Kompetenz der Pflegenden zweifeln (1,9 %). Verschwindend gering (2,8 %) ist auch der Anteil derjenigen,



die mit Klienten oder Angehörigen zu tun haben, die mit rechtlichen Schritten drohen, wenn die Behandlung nicht den Vorstellungen entspricht.

In Einklang zu den Ergebnissen wird die Beziehung zu den Angehörigen von der überwiegenden Mehrheit als vertrauensvoll und unterstützend bezeichnet (Abbildung 24).

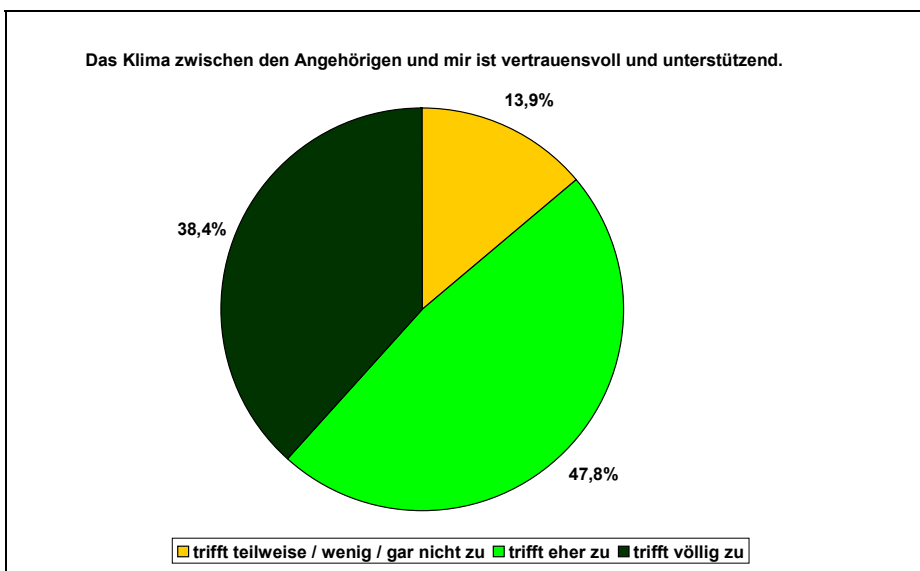


Abbildung 24:

Klima zwischen Angehörigen und Pflegenden

Betrachtet man die Antworten zu Belastungsfaktoren, die in der Interaktion mit Klienten und Angehörigen auftreten, differenziert nach der beruflichen Stellung, ergibt sich für einige der abgefragten Belastungen ein anderes Bild (Abbildung 25).

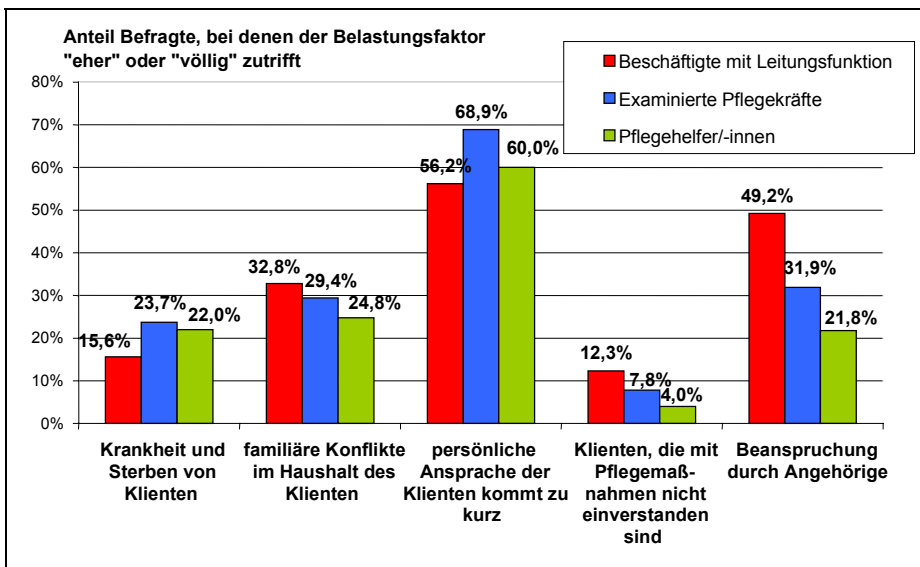


Abbildung 25:

Belastungsfaktoren in der Interaktion mit Klienten und Angehörigen (nach beruflichem Status)

Beschäftigte mit Leitungsfunktion fühlen sich weniger durch Krankheit und Sterben von Klienten belastet als ihre Kolleginnen und Kollegen ohne Leitungsfunktion. Sie bemängeln auch seltener, dass die persönliche Ansprache der Klienten in den Leistungskomplexen zu kurz kommt.

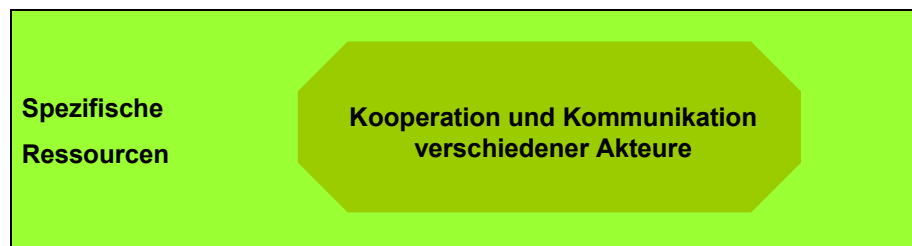
Allerdings geben sie häufiger an, in familiäre Konflikte im Haushalt der Klienten hineingezogen zu werden, berichten häufiger von Klienten, die mit Pflegemaßnahmen nicht einverstanden sind, und sie fühlen sich deutlich stärker durch überforderte Angehörige beansprucht:

Etwa jede/r zweite Befragte (49,2 %) mit Leitungsfunktion nimmt diese Belastung deutlich wahr, bei den examinierten Pflegekräften und Helfer/-innen ist der Anteil niedriger.

#### Unterschiede in Abhängigkeit vom beruflichen Status

Examinierte Pflegekräfte ohne Führungsposition fühlen sich im Vergleich zu den Pflegenden mit anderem beruflichen Status besonders stark dadurch belastet, dass die persönliche Ansprache der Klienten in den vorgesehenen Leistungskomplexen zu kurz kommt (68,9 % „trifft eher zu“ oder „trifft völlig zu“). Hingegen unterscheiden sich examinierte Pflegekräfte und Helfer/-innen in der Alten- und Krankenpflege nicht in der Beurteilung des Verhältnisses zu ihren direkten Vorgesetzten.

### 4.4 Spezifische Ressourcen in der ambulanten Pflege



#### 4.4.1 Kooperation und Kommunikation zwischen verschiedenen Abteilungen und Akteuren

#### Verschiedene kooperierende Akteure in der ambulanten Pflege

In der ambulanten Pflege arbeiten in der Regel nicht nur einrichtungsintern verschiedene Abteilungen (z.B. Pflegedienst und Verwaltung) zusammen. Von besonderer Relevanz im Berufsalltag ist auch die Kooperation mit den behandelnden Hausärzten und Krankenkassen. Dem medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) obliegt die Aufgabe der Einstufung der Pflegebedürftigkeit und der externen Qualitätssicherung. Aus dieser Konstellation kann sich durchaus Konfliktpotential ergeben. Mit anderen Worten: Die Qualität der Pflege ist in entscheidendem Maße von einer guten Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure abhängig. Konflikte und Störungen in der Zusammenarbeit können zudem zusätzliche Arbeitsbelastungen für die Pflegenden darstellen.

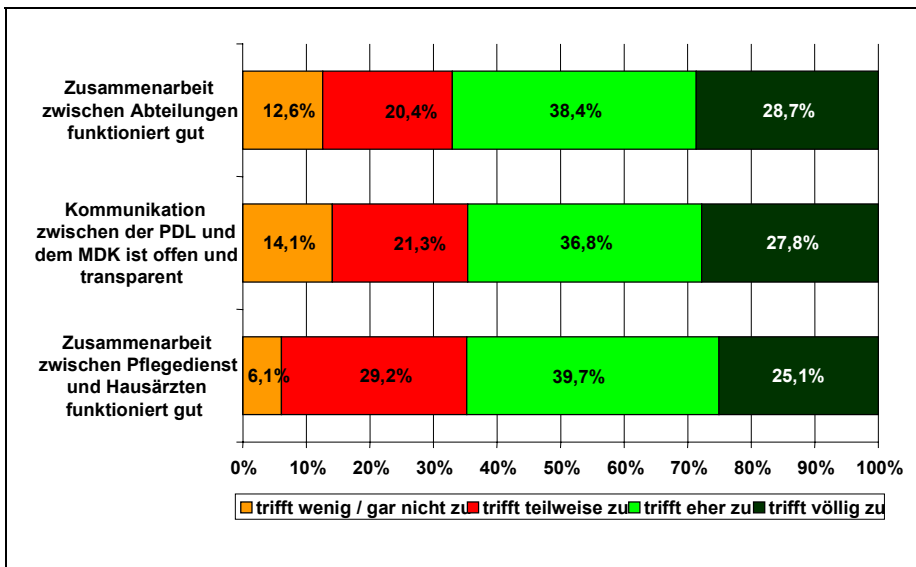
Aus diesem Grund wurden drei Fragen zur Kooperation der verschiedenen Akteure gestellt. Die Pflegenden wurden gebeten anzugeben, ob

- die Zusammenarbeit zwischen einzelnen Abteilungen innerhalb des Pflegedienstes gut funktioniert,

- die Kommunikation zwischen der PDL des Dienstes und dem MDK durch Offenheit und Transparenz gekennzeichnet ist und
- ob die Zusammenarbeit zwischen dem Pflegedienst und den Hausärzten gut funktioniert.

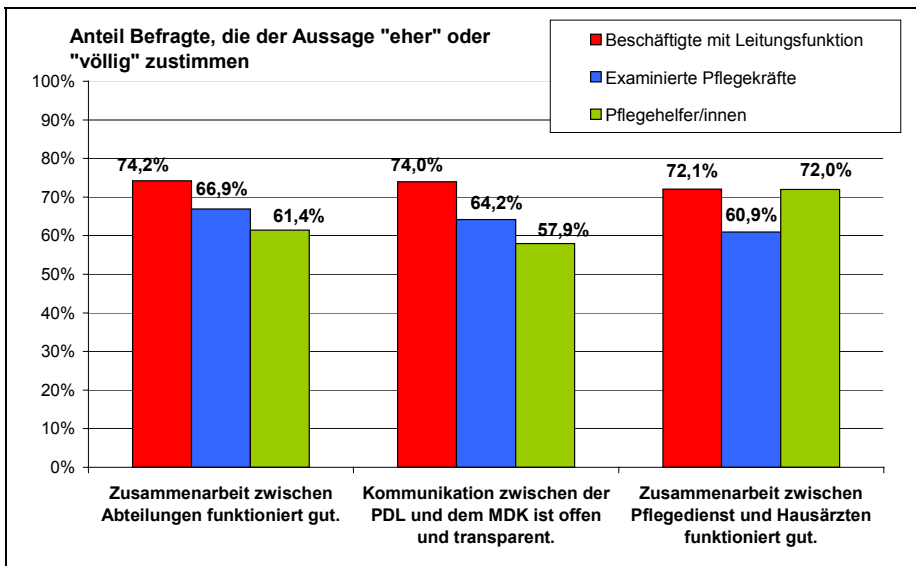
Betrachtet man die Gesamtgruppe, so werden alle drei Aspekte der Kooperation und Kommunikation überwiegend positiv eingeschätzt (Abbildung 26), differenziert man nach beruflichem Status, zeigen sich allerdings zum Teil gewisse Unterschiede wie Abbildung 27 illustriert.

**Positive Bewertungen**



**Abbildung 26:**

**Kooperation und Kommunikation zwischen verschiedenen Abteilungen und Akteuren**



**Abbildung 27:**

**Kooperation und Kommunikation zwischen verschiedenen Abteilungen und Akteuren (nach beruflichem Status)**

Während die Befragten in leitenden Positionen alle drei Aspekte mit Zustimmungsraten zwischen 72 % und 75 % deutlich am besten beurteilen, werten die Helfer/-innen die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Abteilungen des Pflegedienstes und die Kommunikation zwischen den PDL und dem MDK vergleichsweise kritisch.

**PDL bewerten Kooperation mit externen Akteuren am besten**

Die pflegedienstinterne Zusammenarbeit wird von 61,4 % der Helfer/-innen als gut bewertet, die Kommunikation zwischen PDL und MDK werten 57,9 % als offen und transparent.

Die examinierten Pflegekräfte ohne Führungsfunktion sind im Vergleich kritisch gegenüber der Zusammenarbeit mit den Hausärzten: 60,9 % meinen, dass diese gut funktioniert, 32,8 % haben Zweifel und 6,8 % halten sie für nicht gut.

Es zeigt sich weiterhin ein sehr ausgeprägter Zusammenhang zwischen der Einstufung der Qualität von Kooperation und Kommunikation und den wahrgenommenen Partizipationsmöglichkeiten im jeweiligen ambulanten Pflegedienst.

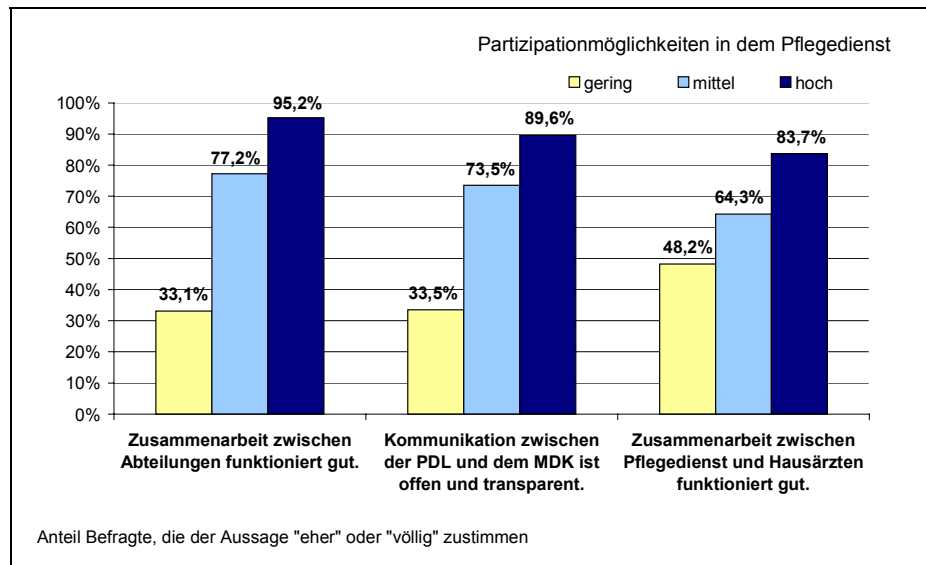
Um diesen Zusammenhang zu untersuchen, wurden die beiden Fragen zu den Partizipationsmöglichkeiten (vgl. 4.2.3) zu einer Skala zusammengefasst und die Befragten nach ihrem Skalenwert in drei etwa gleich große Gruppen mit geringen, mittleren oder hohen Partizipationsmöglichkeiten eingeteilt. Für jede Gruppe ist dargestellt, wie groß der Anteil derjenigen ist, die die Kommunikation bzw. Zusammenarbeit positiv bewerten (Antworten „trifft völlig zu“/„trifft eher zu“).

Wie Abbildung 28 zeigt, kommt den Partizipationsmöglichkeiten eine große Bedeutung zu: In Pflegediensten, in denen die Beschäftigten umfassend über betriebsinterne Veränderungen informiert und zu Verbesserungsvorschlägen ermuntert werden, werden auch Kommunikation und Kooperation deutlich besser beurteilt.

Dieser Zusammenhang gilt für Personen in leitenden Positionen ebenso wie für examinierte Pflegekräfte und Helfer/-innen ohne Führungsfunktion.

**Abbildung 28:**

**Zusammenhang zwischen Partizipationsmöglichkeiten und Beurteilung der Kooperation und Kommunikation (Ambulante Pflege)**

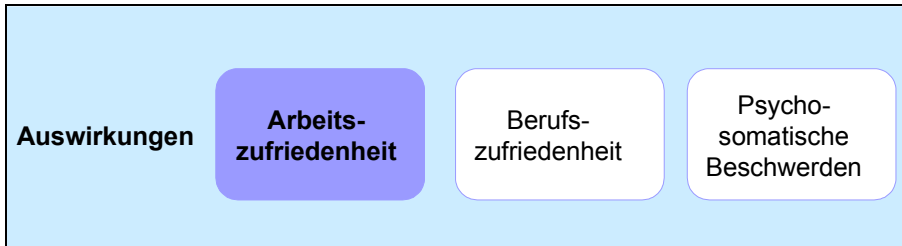


In dem „DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege“ konnte ebenfalls ein klarer Zusammenhang zwischen den wahrgenommenen Partizipationsmöglichkeiten und der Beurteilung

von Aspekten der Kommunikation und Kooperation in der Einrichtung nachgewiesen werden.

Ein direkter Vergleich mit den publizierten Ergebnissen ist an dieser Stelle jedoch nicht möglich, da Mitsprache und Beteiligung in der Versichertenbefragung der Pflegekräfte in stationären Einrichtungen in ähnlicher aber nicht völlig identischer Weise abgefragt wurden.

### 4.5 Auswirkungen der Arbeitstätigkeit



#### 4.5.1 Aspekte der Arbeitszufriedenheit

Die Arbeitstätigkeit kann im positiven Fall Erfüllung und Zufriedenheit bewirken. Bei zu hoher Beanspruchung kann sie jedoch zu Stressreaktionen wie Erschöpfungszuständen oder allgemeinen körperlichen sowie psychischen Beschwerden führen.

Um einen Eindruck von der Arbeitszufriedenheit der befragten Pflegekräfte zu gewinnen, wurden vier Fragen zu spezifischen Eindrücken in Bezug auf die Arbeitstätigkeit bzw. den Pflegeberuf gestellt.

Die Resultate zu allgemeinen Aspekten der Arbeitszufriedenheit verdeutlichen, dass Pflegenden in ambulanten Diensten grundsätzlich recht zufrieden sind. Die konkreten Rahmenbedingungen und die aus Sicht der Befragten mangelnde gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufs, die von einem Großteil beklagt wird, beeinträchtigen das gute Ergebnis in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit.

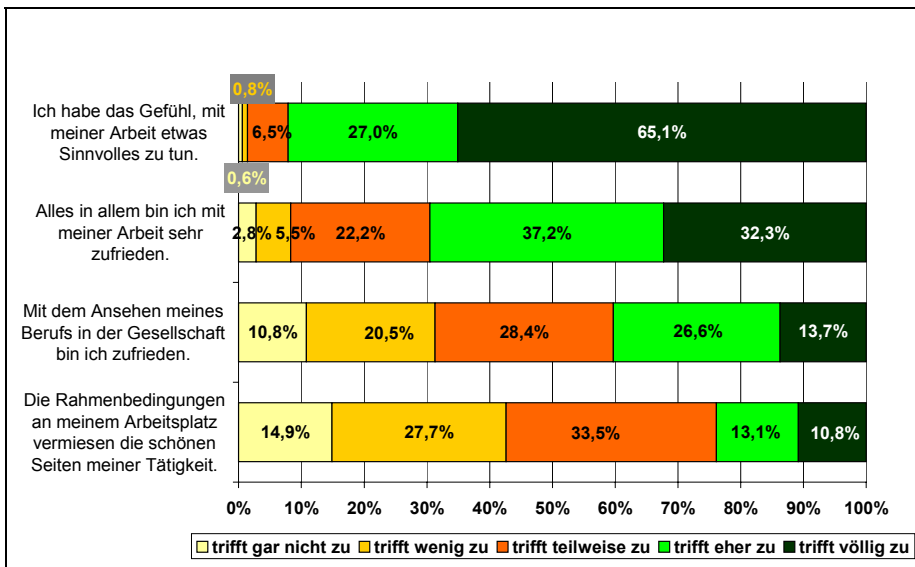


Abbildung 29: Aspekte der Arbeitszufriedenheit (Ambulante Pflege)

### Überwiegend hohe Arbeitszufriedenheit

Die Tätigkeit in der ambulanten Pflege wird von den meisten Beschäftigten sehr geschätzt. Nur 8,3 % sind alles in allem mit ihrer Arbeit eher bis sehr unzufrieden. Die überwiegende Mehrheit (92,1 %) hat den Eindruck, mit der eigenen Tätigkeit etwas Sinnvolles zu tun.

Etwa jede/r Vierte ist allerdings mit den konkreten Rahmenbedingungen unzufrieden und jede/r Dritte bemängelt ein zu geringes Ansehen des Pflegeberufs in der Gesellschaft.

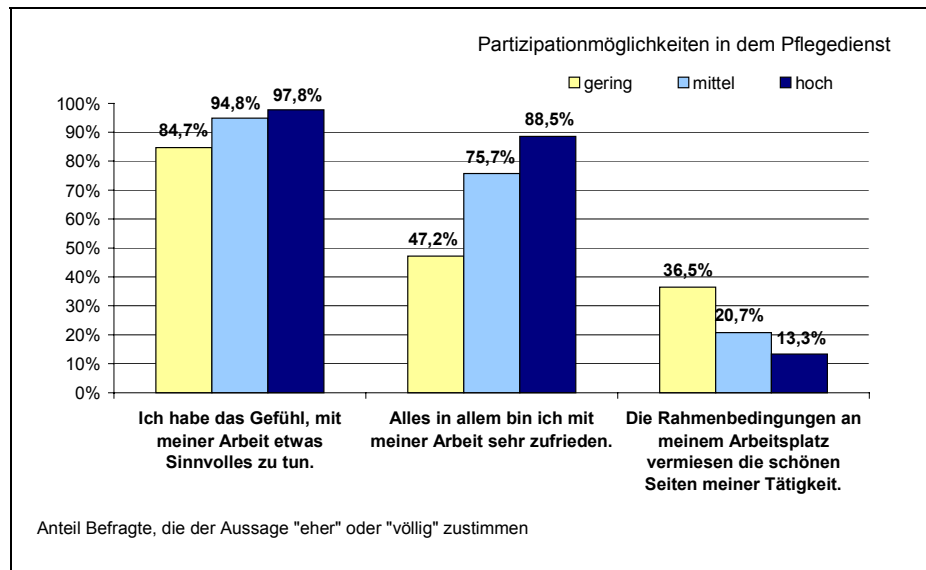
### Unterschiede in Abhängigkeit vom beruflichen Status

Helfer/-innen in der Alten- und Krankenpflege bewerten den gesellschaftlichen Status deutlich besser als examinierte Pflegekräfte mit und ohne Leitungsfunktion. Die letztgenannten haben eine etwas höhere Gesamtzufriedenheit, beurteilen die Rahmenbedingungen jedoch ähnlich wie ihre Kolleginnen und Kollegen.

In der DAK-BGW-Studie zu den Arbeitsbedingungen in der stationären Krankenpflege hat sich gezeigt, dass die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden in starkem Maße durch die Partizipationsmöglichkeiten in der Einrichtung beeinflusst wird. Dieser Zusammenhang bestätigt sich für den ambulanten Sektor (Abbildung 30). Zur Kategorisierung der Partizipationsmöglichkeiten sei auf die Erläuterungen zu Abbildung 28 verwiesen.

Abbildung 30:

### Zusammenhang zwischen Partizipationsmöglichkeiten und Arbeitszufriedenheit (Ambulante Pflege)



Die grundsätzliche Einstellung zu den Inhalten der Pflgetätigkeit wird von geringen Partizipationsmöglichkeiten zwar beeinträchtigt, im Vergleich zu den anderen gezeigten Aspekten ist der Zusammenhang jedoch weniger stark ausgeprägt. Die Befragten unterscheiden also klar zwischen den (veränderbaren) Bedingungen an ihrem konkreten Arbeitsplatz und den berufsimmanenten Arbeitsaufgaben.

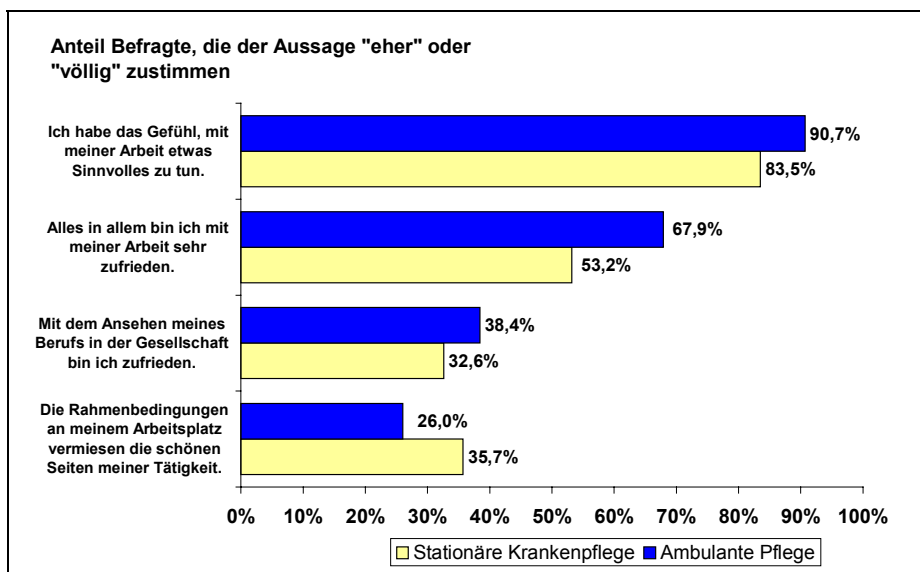
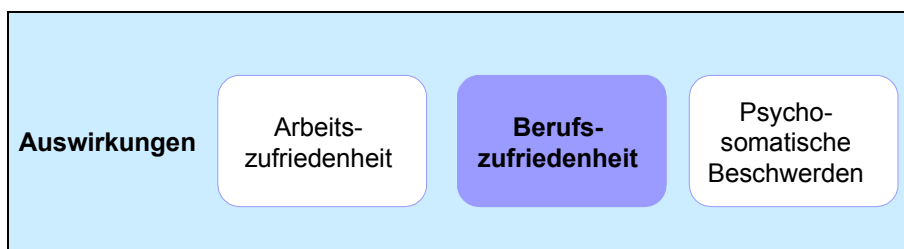


Abbildung 31:

**Arbeitszufriedenheit (Ambulante Pflege und Stationäre Krankenpflege im Vergleich)**

In der Studie zu den Arbeitsbedingungen in der stationären Pflege wurden die gleichen vier Fragen zur Arbeitszufriedenheit gestellt. Wie Abbildung 31 zeigt, weisen Befragte in stationären Einrichtungen zum Teil deutlich schlechtere Werte auf als die Befragten, die im ambulanten Sektor tätig sind. Insbesondere betrifft dies die Fragen zu den Rahmenbedingungen und zur Gesamtzufriedenheit.

**Höhere Zufriedenheit in der ambulanten Pflege als in der stationären Krankenpflege**



#### 4.5.2 Neigung zum Arbeitsplatz- und Berufswechsel

Die Berufszufriedenheit wurde über die Neigung zum Berufs- und Arbeitsplatzwechsel erhoben. Dazu wurde gefragt, wie häufig die befragten Versicherten in den vorangehenden 12 Monaten darüber nachgedacht haben, ihren Beruf oder Arbeitsplatz aufzugeben bzw. zu wechseln.

**Beschäftigtenfluktuation in der Pflege**

Eine geringe Arbeitszufriedenheit ist häufig der Auslöser für einen Arbeitsplatz- oder Berufswechsel. Auch wenn sich die Arbeitszufriedenheit bei einem Großteil der Befragten recht positiv darstellt, gilt die Pflege als ein Berufsfeld mit einer großen Beschäftigtenfluktuation. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass in dieser Befragung sicherlich nicht Faktoren thematisiert wurden, die einen entscheidenden Einfluss auf die Entscheidung haben dürften. Zu nennen sind die Zufriedenheit mit der monetären Entlohnung und die Familienplanung. Die Verweildauer im Pflegeberuf wird mit nur wenigen Jahren angegeben.

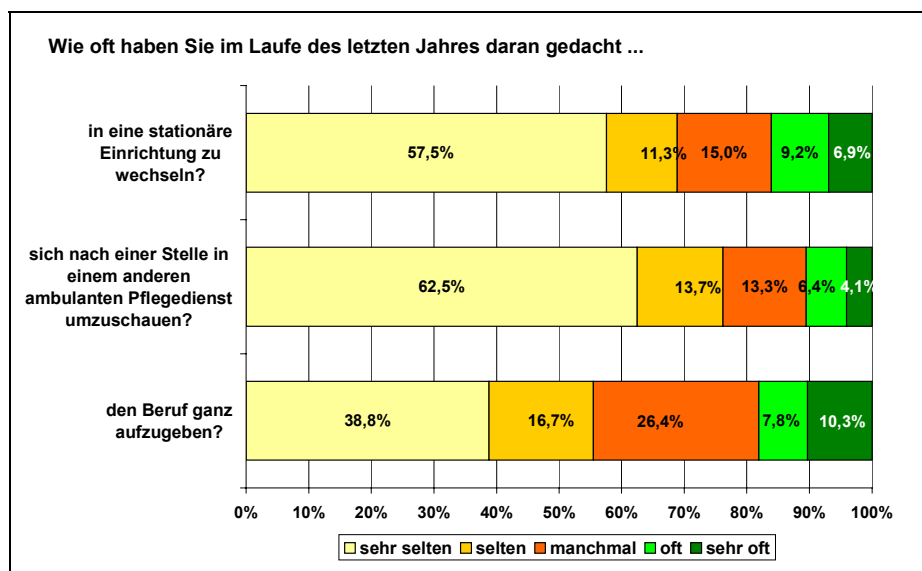
Angesichts des demografischen Wandels, dem Wandel der familiären Strukturen in der BRD und der damit verbundenen größeren Nachfrage nach Pflegeleistungen wird sich die Nachfrage nach qualifizierten Pflegekräften in Zukunft vermutlich noch steigern.

In Abbildung 32 ist dargestellt, wie häufig die befragten Pflegenden in den vergangenen 12 Monaten über einen Arbeitsplatz- oder Berufswechsel nachgedacht haben.

Der Wechsel in einen anderen ambulanten Pflegedienst stellt dabei für rund 24 % eine Option dar, über die manchmal oder häufiger nachgedacht wurde. Fast jede/r Dritte hat manchmal darüber nachgedacht, sich nach einer Stelle in einer stationären Einrichtung umzusehen und fast die Hälfte (44,5 %) denkt von Zeit zu Zeit daran, den Pflegeberuf ganz aufzugeben. Demzufolge scheinen eher strukturelle Probleme im ambulanten Sektor bzw. die hohen Belastungen der Pflegetätigkeit insgesamt verantwortlich für einen Arbeitsplatz- oder Berufswechsel zu sein.

Abbildung 32:

### Nachdenken über Arbeitsplatz- oder Berufswechsel (Ambulante Pflege)



Die Angst vor Arbeitsplatzverlust ist angesichts der gesamtwirtschaftlichen Lage vergleichsweise gering ausgeprägt: Deutlich mehr als die Hälfte der Befragten (58,1 %) haben nur selten oder sehr selten Angst, ihren Arbeitsplatz zu verlieren.

### Zusammenhang zwischen Alter und Wechselabsichten

Der berufliche Status hat dabei keinerlei Einfluss auf die Wechselabsichten. Allerdings zeigen sich signifikante Alterseffekte: Junge Pflegekräfte unter 30 Jahren denken deutlich häufiger darüber nach, aus dem Berufsfeld auszusteigen als ältere Beschäftigte. Während bei den jüngsten Befragten 29,5 % oft oder sehr oft über einen Berufsausstieg nachgedacht haben, beträgt der Anteil bei den über 50-Jährigen 14,4 %. Auch die Absicht zu einem anderen ambulanten Dienst oder in eine stationäre Einrichtung zu wechseln, ist mit zunehmendem Alter weniger ausgeprägt vorhanden.



Die Abhängigkeit der beruflichen Flexibilität vom Alter ist ein typisches Resultat, das sich auch in anderen Berufsfeldern zeigt. Beim Vergleich der Befragungsergebnisse der Pflegenden in ambulanten Pflegediensten mit Pflegenden in stationären Einrichtungen wurde deshalb eine Altersstandardisierung<sup>6</sup> vorgenommen.

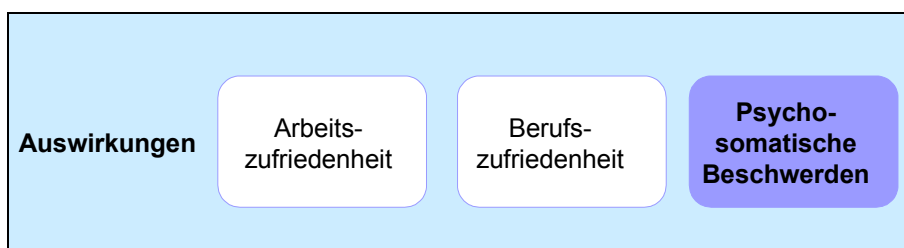
Es zeigt sich, dass die Tendenz zur Aufgabe des Pflegeberufs in beiden Stichproben gleich stark ausgeprägt ist. Pflegenden in stationären Einrichtungen denken aber wesentlich häufiger über einen Wechsel innerhalb des Pflegesektors nach als Pflegenden, die in Einrichtungen der häuslichen Alten- und Krankenpflege tätig sind.

- 37,8 % der in der stationären Allgemeinpflege tätigen examinieren Pflegekräfte ohne Leitungsfunktion haben in den vorangehenden 12 Monaten manchmal oder häufiger über einen Wechsel in eine andere stationäre Einrichtung nachgedacht.
- Von den in der ambulanten Pflege befragten examinieren Kräften ohne Leitungsfunktion haben lediglich 23,8 % über einen Wechsel zu einem anderen ambulanten Dienst nachgedacht.

Andererseits fällt auf, dass mehr Pflegenden aus ambulanten Einrichtungen Interesse an einer Tätigkeit in einer stationären Einrichtung haben als umgekehrt.

- Nur etwa jede/r zehnte Befragte im stationären Bereich (altersstandardisierte Werte der Vergleichsgruppe) gibt an, manchmal oder häufiger über einen Wechsel in einen ambulanten Pflegedienst nachgedacht zu haben.

Von der Vergleichsgruppe, die in ambulanten Diensten tätig sind, haben immerhin 31,1 % manchmal oder öfter über einen Wechsel in die stationäre Alten- oder Krankenpflege nachgedacht.



### 4.5.3 Psychosomatische Beschwerden

Psychosomatische Beschwerden wie Kopf- und Rückenschmerzen oder Schlafstörungen können die langfristige Folge von arbeitsbedingtem Stress sein.

In der DAK-BGW-Studie wurden die Versicherten gebeten, auf einer Liste von 24 körperlichen und Allgemeinbeschwerden („Beschwerden-Liste“, von Zerssen) einzustufen, wie stark sie unter den jeweiligen Beschwerden leiden. Möglich waren die Antwortkategorien „gar

**Pflegende in ambulanten Diensten denken seltener über Wechsel innerhalb des Pflegesektors nach.**

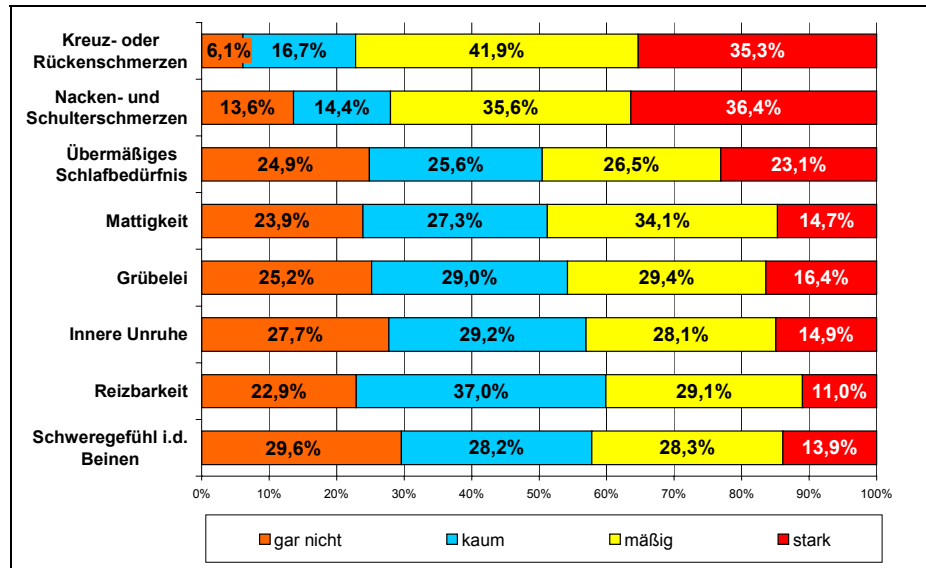
**Erhebung von psychosomatischen Beschwerden**

nicht“, „kaum“, „mäßig“ oder „stark“. Abbildung 33 gibt einen Überblick über die acht Einzelbeschwerden, unter denen die Pflegenden am stärksten leiden.

An der Spitze liegen die Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule (Rücken, Nacken, Schultern): 77,2 % geben an, unter mäßigen oder starken Kreuz- oder Rückenschmerzen zu leiden. Übermäßige bis starke Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich klagen 72 %.

Abbildung 33:

**Die acht wichtigsten Beschwerden (Ambulante Pflege)**



Pflegende in leitenden Positionen haben weniger Rückenbeschwerden, was sich vermutlich durch den höheren Anteil administrativer Aufgaben und einen geringeren Anteil schwerer körperlicher Arbeit erklären lässt.

Auch in anderen Berufsgruppen bzw. der Allgemeinbevölkerung sind Rückenschmerzen sehr stark verbreitet. Bei Vergleichen unterschiedlicher Berufsgruppen gehören Pflegekräfte jedoch stets zu den besonders stark betroffenen Berufsgruppen.

**Besonderer Stellenwert von Rückenenerkrankungen**

Die Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens (vgl. Teil 3 dieses Berichts) bestätigt den besonderen Stellenwert von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems für den Krankenstand von Beschäftigten in der ambulanten Pflege.

**Pflegekräfte in der ambulanten Pflege sind etwas stärker von Mattigkeit und innerer Unruhe betroffen**

In der Umfrage für den „DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege“ wurden die Beschwerden in gleicher Weise erhoben. Die häufigsten acht Beschwerden sind identisch. Der altersadjustierte Vergleich der beiden Gruppen ergibt, dass examinierte Pflegekräfte in der ambulanten Pflege etwas häufiger unter Mattigkeit und innerer Unruhe leiden als ihre Kolleginnen und Kollegen in der stationären Krankenpflege (Mattigkeit: 51,6 % versus 47,9 % „mäßig/starke Beschwerden“, innere Unruhe: 44 % versus 39 % „mäßig/starke Beschwerden“).

Pflegekräfte in der ambulanten Pflege haben zumeist über weite Strecken des Arbeitstags keine Kolleginnen oder Kollegen als Ansprechpartner. Daher müssen auftretende Probleme oft allein gelöst und verarbeitet werden. Hierin könnte eine Ursache in dem häufigeren Auftreten von Grübelei und Mattigkeit liegen.

Insgesamt kann jedoch der Schluss gezogen werden, dass Beschäftigte in der stationären und ambulanten Pflege in vergleichbarem Ausmaß von psychosomatischen Beschwerden betroffen sind. Das betrifft auch den Rücken- und Schulterbereich, obgleich die Anzahl an Hebe- und Tragetätigkeiten in der ambulanten Pflege niedriger ist als in der stationären Krankenpflege (vgl. Abschnitt 4.1.2).

Zur Erklärung dieses Resultats lässt sich anführen, dass die Beschäftigten in der ambulanten Pflege vermutlich häufiger besonders schwere Hebe- und Tragetätigkeiten allein ausführen, da keine Kollegen zugegen sind. Des Weiteren lässt sich vermuten, dass Pflegekräfte, gerade wegen der hohen Belastungen für die Wirbelsäule von dem stationären in den ambulanten Sektor wechseln. Diese Pflegekräfte leiden also schon unter Beschwerden im Bereich des Rückens, wenn sie ihre Arbeit in einem ambulanten Pflegedienst aufnehmen.

Auch in unseren Daten finden sich Hinweise auf die Richtigkeit dieser Hypothese. 45,6 % der Pflegenden, die innerhalb der letzten 3 Jahre von einer stationären Einrichtung in einen ambulanten Pflegedienst gewechselt sind (N = 57), leiden unter starken Rückenschmerzen. Bei den anderen Pflegenden beträgt der Anteil „nur“ 32,8 %.

Intensivere Prüfungen des vermuteten Zusammenhangs lässt die Datenbasis leider nicht zu.

## 5. Wahrnehmung und Bewertung von Veränderungen der Arbeitssituation in der ambulanten Pflege

Durch die Studie soll nicht nur ein aktueller Überblick über die Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege im Vergleich zur stationären Krankenpflege gegeben werden, im Zentrum stehen auch Veränderungen der Arbeitssituation, die sich durch den strukturellen Wandel des deutschen Gesundheitssystems in den letzten Jahren ergeben haben.

### Erhebung der Wahrnehmung von Veränderungen in der Arbeitssituation

Um diesen Aspekt zu beleuchten wurde den Befragten eine Liste mit 19 Merkmalen vorgelegt, die möglicherweise in den letzten drei Jahren Veränderungen unterworfen waren. Die Pflegenden sollten bezogen auf ihre eigene Arbeitssituation angeben, ob bzw. wie stark sich das betreffende Merkmal verändert hat und wie sie diese Veränderung bewerten.

Für beide Fragen stand eine fünfstufige Antwortskala zur Verfügung. Das Ausmaß der Veränderung konnte als starke oder schwache Zu- bzw. Abnahme oder als gleich geblieben vermerkt werden; die Bewertung als sehr oder eher positiv/negativ bzw. als unentschieden. Abnahme bzw. negative Bewertung wurde mit einem negativen Wert kodiert (-2 bzw. -1), eine unveränderte Situation bzw. neutrale Bewertung mit dem Wert Null und eine Zunahme bzw. positive Bewertung mit positiven Werten (+2 bzw. +1).

Die Ergebnisse zu den 19 Merkmalen werden im Folgenden nach thematischen Bereichen gegliedert:

### Thematische Bereiche

#### (1) Aufgaben:

Zu dieser Thematik werden die Resultate zu fünf Fragen präsentiert, die sich mit Veränderungen des Spektrums der Arbeitsaufgaben (z. B. Anteil der Arbeitszeit, der auf Dokumentation und Administration entfällt) sowie mit spezifischen Belastungen (körperliche Arbeit, Arbeitstempo) befassen.

#### (2) Anforderungen:

Veränderungen von übergeordneten Charakteristika der Arbeitstätigkeit (z. B. Anforderungen an die fachlichen Fähigkeiten) wurden durch drei Fragen behandelt.

#### (3) Klienten:

Vier Fragen wurden zur Veränderung des Klientel bzw. zur Versorgung gestellt (Anteil der Klienten mit psychischen Störungen, Pflegestufe 3 und Behandlungspflege im Krankheitsfall sowie die Pflegeintensität).

**(4) Strukturen:**

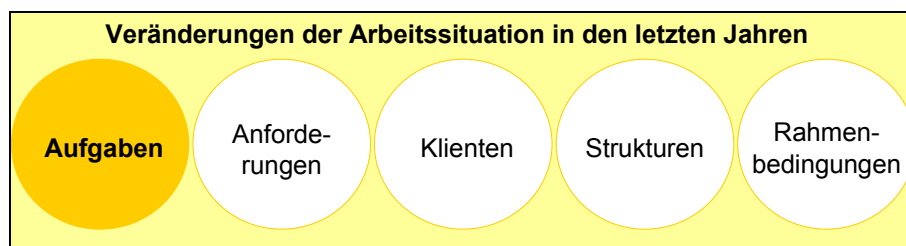
Im Zentrum dieses Abschnitts stehen Kooperationsbeziehungen zu externen Akteuren und Institutionen (Krankenhäuser, Hausärzte, Krankenkassen) sowie Veränderungen im Bereich des Personalmanagements im eigenen Pflegedienst (z. B. Qualifikation der Beschäftigten).

**(5) Rahmenbedingungen:**

Je eine Frage wurde zur Entwicklung der gesellschaftlichen Wertschätzung des Pflegeberufs und zur Angst vor Arbeitsplatzverlust gestellt.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in diesem Kapitel in Form von Mittelwerten, um einen Vergleich der Einstufungen aller Merkmale zu erleichtern. Da sich die Einschätzungen der Veränderungen und deren Bewertung in einer Vielzahl von Merkmalen in Abhängigkeit vom beruflichen Status unterscheiden, werden die Mittelwerte getrennt für Pflegenden in leitenden Positionen, examinierte Pflegekräfte ohne Führungsaufgaben und Helfer/-innen in der Alten- und Krankenpflege dargestellt.

**Darstellung der Ergebnisse in Form von Mittelwerten**



## 5.1 Aufgaben

Angesichts der Professionalisierung der ambulanten Pflege einerseits und der strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen andererseits ist es plausibel, dass sich sowohl einzelne Arbeitsaufgaben als auch spezifische Belastungen (z. B. Zeitdruck) innerhalb der letzten Jahre gewandelt haben.

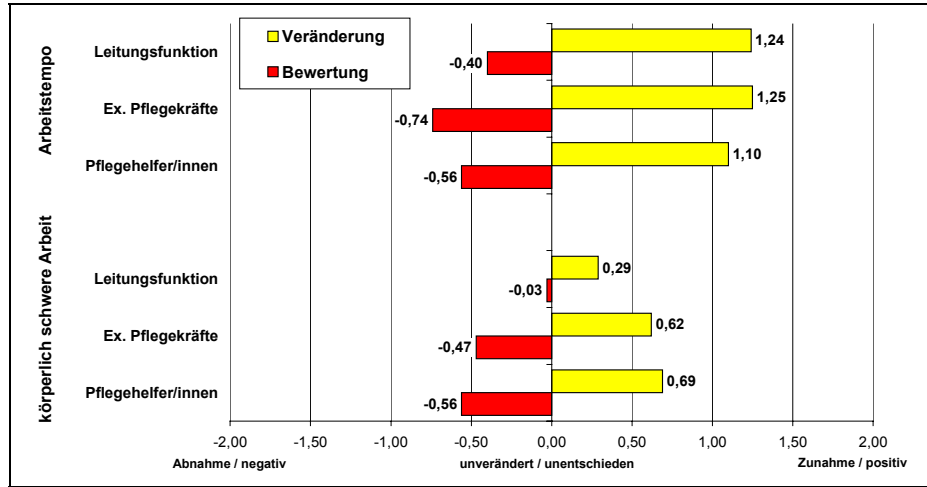
Welche Veränderungen haben sich aus Perspektive der Pflegenden in ambulanten Einrichtungen in ihrer persönlichen beruflichen Situation ergeben?

Die Zunahme des Arbeitstempos ist von allen 19 abgefragten Merkmalen die stärkste wahrgenommene Veränderung in allen drei Berufsgruppen. Sie wird negativ gesehen. Die examinierten Pflegekräfte ohne Führungsposition nehmen die größte Zunahme wahr und geben gleichzeitig die schlechtesten Beurteilungen für diese Entwicklung ab.

**Höheres Arbeitstempo**

Abbildung 34:

**Veränderungen von Arbeitsaufgaben (1)**



**Mehr körperlich schwere Arbeit**

Der wahrgenommene Anstieg des Anteils körperlich schwerer Arbeit steht vermutlich in direktem Zusammenhang mit dem erhöhten Arbeitstempo. Plausibel ist auch, dass leitende Pflegekräfte diesbezüglich einen geringeren Anstieg angeben als ihre Kolleginnen und Kollegen in Positionen ohne Führungsfunktion.

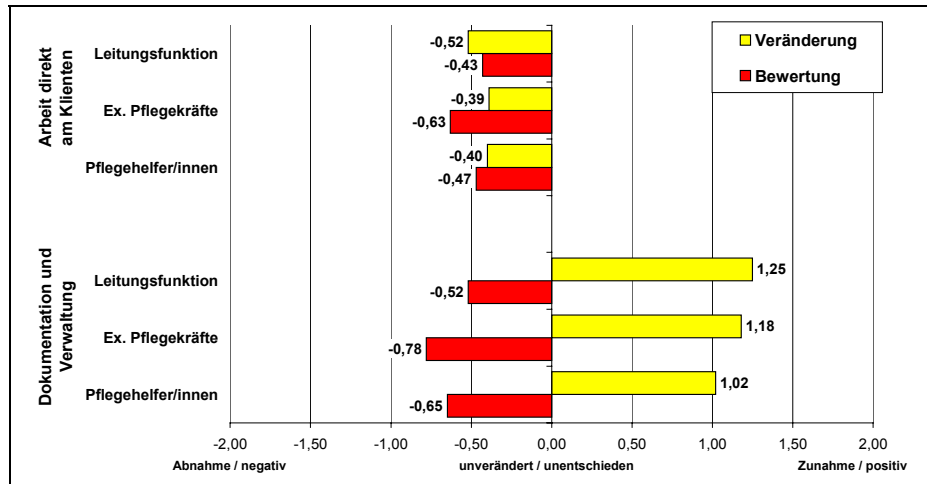
**Zunahme von Dokumentations- und Verwaltungstätigkeiten**

Die zweitstärkste Veränderung aus Sicht der Pflegenden – insbesondere aus Sicht der leitenden Pflegenden – ist die Zunahme des Anteils von Dokumentations- und Verwaltungstätigkeiten an der gesamten Arbeitszeit (Abbildung 35). Der Anteil der Arbeitszeit direkt am Klienten hat demgegenüber abgenommen. Beide Entwicklungen werden negativ bewertet, die Zunahme der Dokumentations- und Administrationsaufgaben erhält von allen 19 Faktoren die zweit-schlechteste Bewertung.

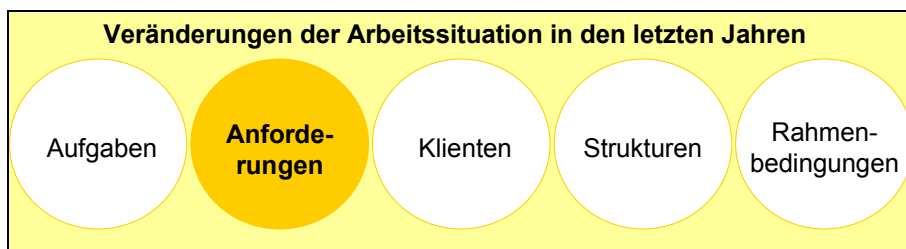
Das Thema „Dokumentation“ wird im Kapitel 6 erneut und vertiefend aufgegriffen. Dabei wird sich auch zeigen, dass die Bewertung der Zunahme dieses Aufgabenbereichs bei einem Teil der Befragten deutlich weniger kritisch ausfällt.

Abbildung 35:

**Veränderungen von Arbeitsaufgaben (2)**



Vergleicht man die Resultate mit denen des „DAK-BGW Gesundheitsreports 2005 – Stationäre Krankenpflege“ so finden sich auch bei den Beschäftigten in stationären Einrichtungen Zunahmen des Arbeitstempos und des Anteils an Dokumentations- und Administrationsaufgaben auf den ersten beiden Rängen mit deutlich negativen Bewertungen.



## 5.2 Anforderungen

Im Hinblick auf die allgemeinen Anforderungen, die mit einer Tätigkeit in der ambulanten Pflege verbunden sind, zeigt die Befragung starke Veränderungen und in Abhängigkeit vom beruflichen Status zum Teil deutliche Unterschiede in der Einschätzung des Ausmaßes der Veränderungen.

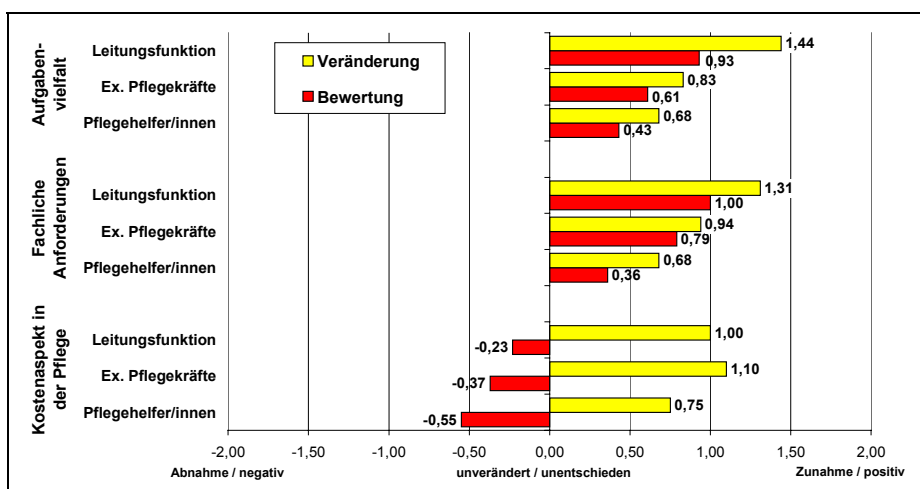


Abbildung 36:  
Veränderungen von Anforderungen (1)

Die Vielfalt der Arbeitsaufgaben und die Anforderungen an die fachlichen Fähigkeiten haben aus Sicht der Befragten deutlich zugenommen. Beschäftigte in Führungspositionen nehmen diesen Trend am stärksten wahr, gefolgt von examinierten Pflegekräften ohne leitende Funktion und den Helferinnen und Helfern. Die Bewertung dieser Entwicklungen ist eindeutig positiv, wobei zwischen dem Ausmaß der Zunahme und der Bewertung ein Zusammenhang besteht:

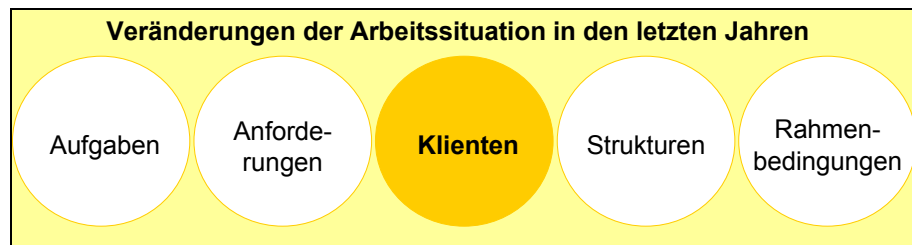
**Größere Vielfalt der Arbeitsaufgaben und höhere Anforderungen an die Fachkompetenz**

Je größer der wahrgenommene Anstieg der Anforderungen an die Fachkompetenz und der Aufgabenvielfalt ist, desto positiver fallen auch die Bewertungen des Trends aus.

### Höheres Bewusstsein für Kostenaspekt

Auch das Bewusstsein für den Kostenaspekt in der Pflege hat aus Sicht der Befragten deutlich zugenommen, wobei Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege diesen Trend weniger ausgeprägt wahrnehmen. Diese Entwicklung wird im Durchschnitt eher negativ gesehen. Hier gilt jedoch: Je höher der berufliche Status der Befragten, desto positiver stehen sie dem höheren Kostenbewusstsein gegenüber.

Ähnliche Trends bei der Entwicklung der allgemeinen Anforderungen konnten auch in der Befragung der Pflegekräfte in Krankenhäusern beobachtet werden. Die wachsende Bedeutung des Kostenaspekts wurde von den Pflegenden in stationären Einrichtungen jedoch tendenziell positiver gesehen als in der ambulanten Pflege.



### 5.3 Klienten

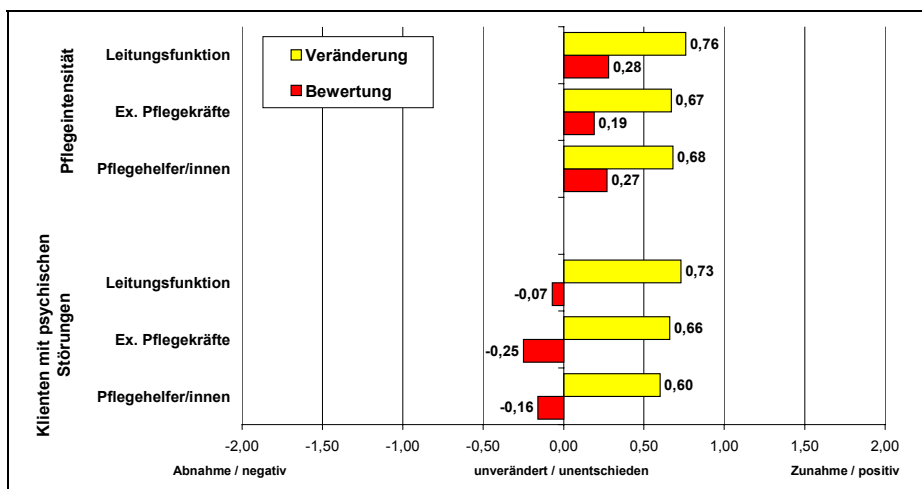
#### Pflegeintensität, psychische Störungen und Behandlungspflege haben zugenommen

Wie Abbildung 37 zeigt, sehen alle Pflegenden gleichermaßen eine Zunahme der Pflegeintensität in den letzten 3 Jahren und einen Anstieg des Anteils der Klienten mit psychischen Störungen. Ferner wird von den Befragten ein Anstieg des Anteils der Klienten mit Behandlungspflege im Krankheitsfall wahrgenommen (Abbildung 38). Der Anteil der Klienten mit Pflegestufe 3 ist aus Perspektive der Befragten in leitenden Positionen und der Helfer/-innen gleich geblieben, examinierte Kräfte ohne Leitungsfunktion vermerken einen leichten Anstieg.

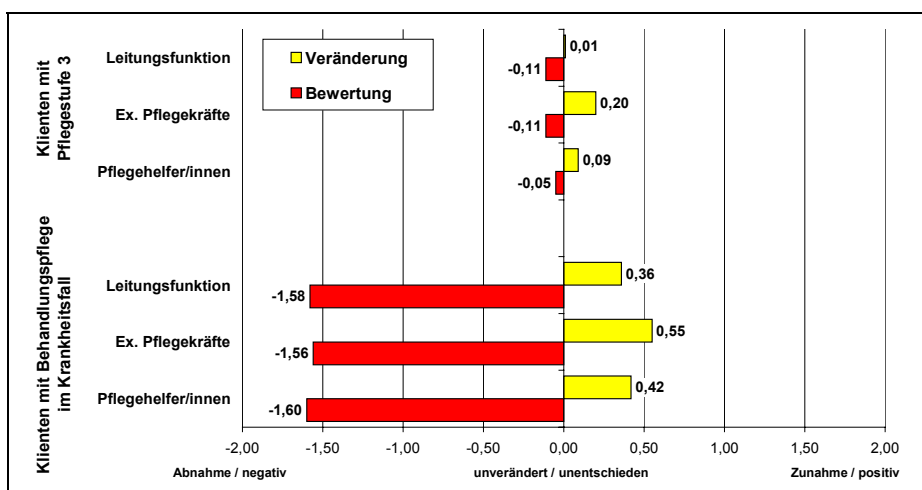
#### Ursachen für verändertes Klientel

Psychische Erkrankungen haben in den letzten Jahren in der Bundesrepublik zugenommen bzw. sie werden häufiger erkannt und behandelt<sup>7</sup>. Auch die Betreuung neuer Klientengruppen in ambulanten Pflegediensten ist eine Realität, die unter anderem durch die kürzeren Verweildauern der Patienten in den Krankenhäusern verursacht wird. Insbesondere die Zunahme an Behandlungspflege im Krankheitsfall dürfte eine Folge von Veränderungen in der Aufgabenteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor sein („ambulant vor stationär“).





**Abbildung 37:**  
Veränderungen von klientenbezogenen Merkmalen (1)



**Abbildung 38:**  
Veränderungen von klientenbezogenen Merkmalen (2)

Die Zunahme der Pflegeintensität stellt vermutlich eine Folge des erweiterten Klientels und engerer Zeitvorgaben dar. Die befragten Pflegekräfte bewerten die Zunahme der Intensität tendenziell positiv, vermutlich weil sie eine Bereicherung ihrer Arbeitsaufgaben darstellt. Auch in der Befragung der Pflegekräfte in Krankenhäusern ist angegeben worden, dass die Pflegeintensität in den letzten drei Jahren zugenommen hat. Die Beschäftigten in der stationären Pflege stehen dieser Entwicklung jedoch tendenziell negativ gegenüber.

Die examinieren Pflegekräfte in den ambulanten Einrichtungen bewerten die Zunahme des Anteils von Klienten mit psychischen Störungen leicht negativ. In Abbildung 38 fällt aber vor allen Dingen auf, dass die Zunahme an Behandlungspflege im Krankheitsfall sowohl von den Befragten in leitenden Positionen als auch von den examinieren Pflegekräften und den Helfer/-innen sehr negativ gesehen wird. Im Vergleich mit den anderen abgefragten Merkmalen erhält diese Entwicklung mit Abstand die schlechteste durchschnittliche Bewertung.

**Negative Bewertung des höheren Anteils an Klienten mit Behandlungspflege**

**Mögliche Ursachen für negative Bewertung des Anstiegs von – Behandlungspflege im Krankheitsfall**

Wie im Kapitel 2 ausgeführt wurde, bringen die derzeitigen gesetzlichen Regelungen zur Kostenübernahme von krankenpflegerischen Leistungen durch Pflegedienste zum Teil einen erheblichen bürokratischen Aufwand für alle Akteure mit sich. Es ist zu vermuten, dass die negative Bewertung des Anstiegs des Anteils von Klienten, die Behandlungspflege erhalten, auch mit dieser Anordnungsproblematik zusammen hängt.

Ferner können sich in den Bewertungen auch Gefühle der Überforderung bei der Betreuung eines neuartigen Kliententyps widerspiegeln. Eine weitere Rolle könnte eine grundsätzlich ablehnende Haltung gegenüber der Verlagerung der Behandlung von Krankenhauspatienten in den ambulanten Sektor spielen.

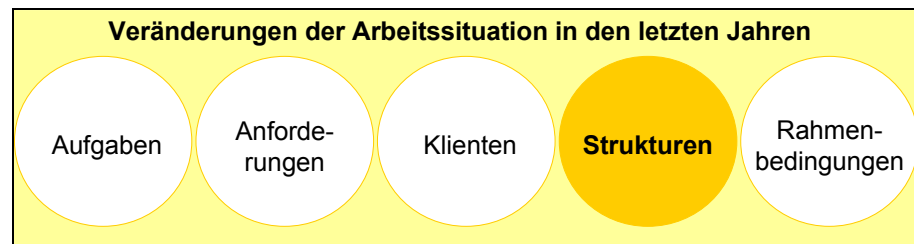
**Notwendig: Fortbildung und Entbürokratisierung**

An dieser Stelle zeigt sich deutlich wie wichtig es ist, die Beschäftigten auf strukturelle Änderungen und neue Anforderungen zum Beispiel durch geeignete Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen vorzubereiten.

Ferner unterstützen die DAK und BGW Vorstöße, die zur Entbürokratisierung in der Pflege beitragen. Eine Arbeitsgruppe des „Runden Tische Pflege“ hat beispielsweise vorgeschlagen, die Einreichungsfrist für die Genehmigung von Verordnungen durch die Krankenkassen bundeseinheitlich zu verlängern. Außerdem könnte die regelhafte Begrenzung von Verordnungen auf 14 Tage bei Patienten mit einem medizinisch erwartbaren, dauerhaften Behandlungsbedarf aufgehoben werden.

**Die DAK leistet Beitrag zur Entbürokratisierung**

Die DAK akzeptiert bei Pflegefällen mit einem medizinisch erwartbaren, dauerhaften Behandlungsbedarf bereits Verordnungen für einen längeren Zeitraum und leistet so nicht nur einen Beitrag zur Entbürokratisierung in der Pflege, sondern auch zum Abbau arbeitsbedingter Belastungen von Beschäftigten in der ambulanten Pflege.



## 5.4 Strukturen

Bezüglich der Entwicklung der kooperativen Beziehungen des eigenen ambulanten Pflegedienstes zu Hausärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen zeigen sich wenig ausgeprägte Veränderungen jedoch Unterschiede in Abhängigkeit von der beruflichen Stellung (Abbildung 39)

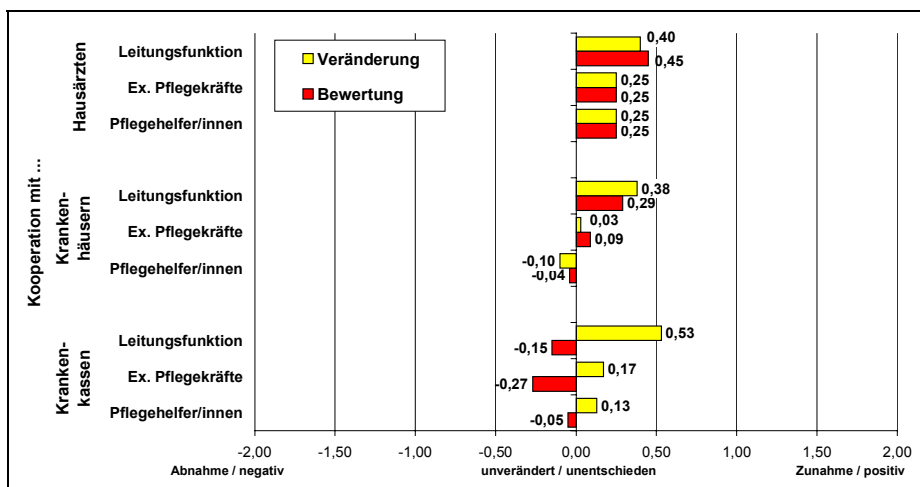


Abbildung 39:

**Veränderungen von Kooperationen**

Während alle Befragten eine leichte Zunahme der Kooperation mit den Hausärzten beobachten und diese Entwicklung positiv beurteilen, wird eine Zunahme der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern in den vergangenen Jahren nur von den Befragten in leitenden Positionen wahrgenommen und positiv bewertet.

**Entwicklung kooperativer Beziehungen**

Kooperationen mit den Krankenkassen haben ebenfalls aus Perspektive der Führungskräfte stärker zugenommen als aus Perspektive der Befragten, die keine leitende Position inne haben. Da die Pflegedienstleitung in der Regel den intensivsten Kontakt zu den Krankenkassen bzw. dem MDK hat, ist dieses Resultat auch unmittelbar plausibel. Die Entwicklung wird neutral bis leicht negativ bewertet.

In Bezug auf andere strukturelle Veränderungen sticht positiv heraus, dass unabhängig vom beruflichen Status eine höhere fachliche Qualifikation der Beschäftigten in der ambulanten Pflege – und damit eine Verbesserung der Strukturqualität – gesehen wird (Abbildung 40). Diese Entwicklung wird von den befragten Pflegenden begrüßt.

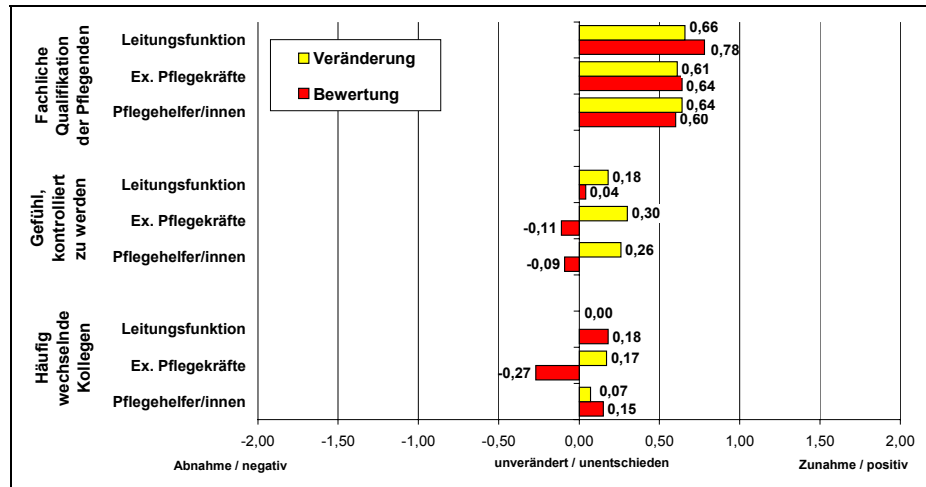
**Verbesserung der Strukturqualität**

Dieses Resultat steht im Einklang mit den Ergebnissen einer aktuellen Studie des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg, der kürzlich Daten der letzten sechs Jahre aus Qualitätsprüfungen von ambulanten Pflegediensten in Baden-Württemberg präsentiert hat. Auch in diesen Daten wird eine deutliche Zunahme der fachlichen Qualifikationen der Beschäftigten ausgewiesen.<sup>8</sup>

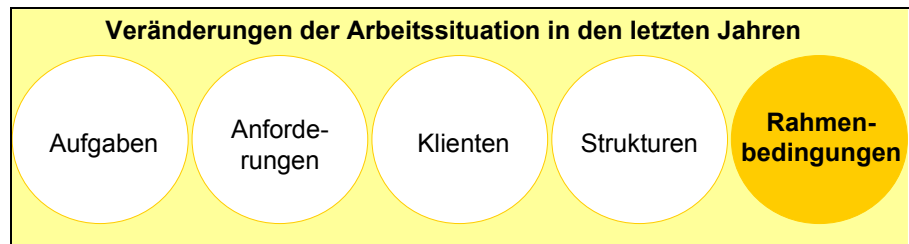
Abbildung 40 illustriert außerdem, dass von allen Berufsgruppen ein leichter Anstieg der Kontrolle verzeichnet wird. Diese Einschätzung entspricht vermutlich der Realität, da in den letzten Jahren die Maßnahmen der externen und internen Qualitätssicherung im Bereich der ambulanten Pflege stark ausgeweitet wurden. Dieser Trend wird neutral bis leicht negativ beurteilt.

**Mehr Kontrolle**

**Abbildung 40:**  
**Veränderungen von Strukturen**



Die Beschäftigtenfluktuation hat sich aus Sicht der Befragten nur wenig verändert.



#### 4.5 Rahmenbedingungen

**Unterschiedliche Wahrnehmungen in Bezug auf gesellschaftliche Wertschätzung**

Aus Sicht der Helferinnen und Helfer in der Alten- und Krankenpflege hat die gesellschaftliche Wertschätzung des Pflegeberufs in den letzten Jahren leicht zugenommen, die anderen Pflegenden bewerten die Entwicklung neutral oder tendenziell negativ.

Interessant ist an dieser Stelle der Vergleich zur Befragung der Pflegekräfte in stationären Einrichtungen, die einen wahrgenommenen Rückgang der gesellschaftlichen Wertschätzung ergeben hatte.

Dieser Unterschied könnte in der – auch gesellschaftlich diskutierten – zunehmenden Bedeutung der ambulanten Pflege begründet sein.

Die Angst der Pflegenden in Einrichtungen der ambulanten Pflege vor dem Verlust des Arbeitsplatzes hat zugenommen und ist vermutlich in den Kontext der allgemeinen Arbeitsmarktlage in Deutschland einzuordnen. Ferner haben viele Dienste unter den gegebenen Rahmenbedingungen Probleme, wirtschaftlich erfolgreich zu arbeiten.

Plausibel ist, dass die Angst vor Arbeitsplatzverlust mit zunehmenden beruflichen Qualifikationen geringer ausgeprägt ist. Gut qualifizierte Kräfte haben auch real größere Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

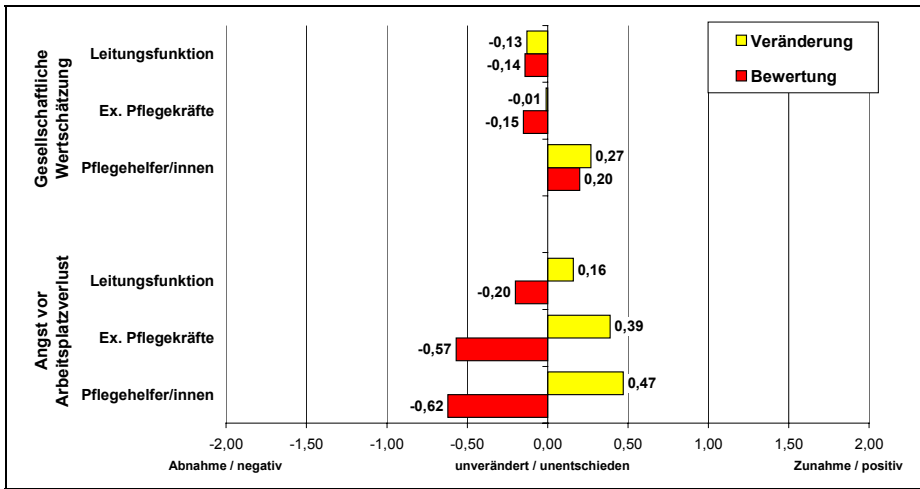


Abbildung 41:

Veränderungen von Rahmenbedingungen

## 6. Auswirkungen spezifischer Entwicklungen in der ambulanten Pflege

Im Folgenden werden Veränderungen in den Pflegediensten und deren Auswirkungen auf die Arbeitssituation der Pflegenden am Beispiel von vier spezifischen Prozessen betrachtet:

### Aspekte von Umstrukturierungen und Rationalisierung

(1) Unter der Überschrift „Umstrukturierung und Rationalisierung“ wird untersucht wie häufig es in den Pflegediensten der befragten Stichprobe zu einem Trägerwechsel, zur Zusammenlegung des eigenen Pflegedienstes mit anderen Pflegediensten, zur Angebotsweiterung oder -einschränkung sowie zu einem Personalabbau gekommen ist. Des Weiteren wird thematisiert, welche Auswirkungen diese Umstrukturierungen hatten.

### Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems

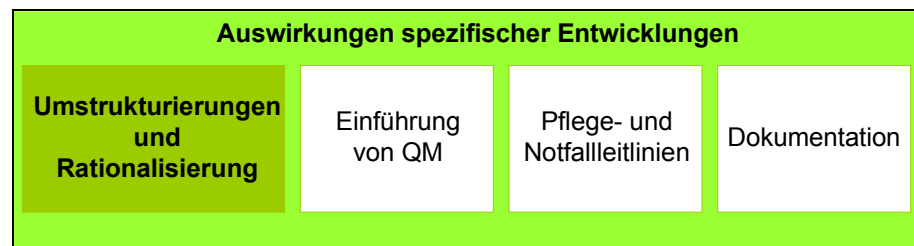
(2) Das zweite Thema ist die Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen, die gesetzlich vorgeschrieben und in vielen Pflegediensten schon weit fortgeschritten ist.

### Pflege- und Notfall-Leitlinien

(3) Die dritte Entwicklung, zu der eine Bilanz aus Sicht der Pflegenden gezogen wird, ist die Einführung von Leitlinien und Standards für die Pflege und das Verhalten in Notfallsituationen.

### Dokumentation

(4) Einen sehr zentralen Aspekt des Wandels des Aufgabenspektrums von Pflegenden betrifft die zunehmende Bedeutung der Dokumentation pflegerischer Leistungen und Leistungserfassung durch die Pflegenden. Diese Entwicklung steht in unmittelbarem Zusammenhang mit höherem Kostendruck und damit verbundenen Rationalisierungsmaßnahmen sowie der Entwicklung von Qualitätsmanagement-Systemen.



### 6.1 Umstrukturierungen und Rationalisierung

#### Entwicklungen in der Pflegelandschaft

Wie im Kapitel 2 bereits ausgeführt, wurde die häusliche Pflege vor 1995 fast ausschließlich von freigemeinnützigen Pflegediensten und Angehörigen übernommen. Während die Zahl privater ambulanter Pflegedienste Ende der 90er Jahre zunächst sprunghaft anstieg, ist in den letzten Jahren ein Trend zu Zusammenlegungen und größeren Einrichtungen zu beobachten. Kleine private Pflegedienste haben unter den gegebenen Rahmenbedingungen häufig Probleme, wirtschaftlich zu arbeiten, wodurch es in den letzten Jahren vermehrt zu

Schließungen dieser kleinen Dienste gekommen ist.

Im Jahr 2003 betrug die Anzahl der Pflegedienste insgesamt 10.619 (Quelle: Pflegestatistik 2003).

In der Umfrage für den „DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege“ wurde speziell nach der Situation in den letzten drei Jahren gefragt.

### 6.1.1 Trägerwechsel und Zusammenlegungen

In den vorangehenden drei Jahren haben 8,1 % der Befragten einen Wechsel des Trägers ihres ambulanten Pflegedienstes erlebt. Die Häufigkeit eines erlebten Trägerwechsels war unabhängig davon, ob die Pflegenden zum Zeitpunkt der Befragung in einem privaten, öffentlichen oder in einem Pflegedienst in freigemeinnütziger Trägerschaft arbeiteten.

**Bei 8,1 % der Befragten hat ein Trägerwechsel stattgefunden**

Vergleicht man die Befragten mit und ohne Trägerwechsel hinsichtlich der dominierenden Veränderungen der Arbeitssituation in den vorangehenden drei Jahren (vgl. Kapitel 5), so ergeben sich statistisch bedeutsame Unterschiede im Hinblick auf drei Veränderungen:

- Befragte aus Pflegediensten mit Trägerwechsel nehmen eine stärkere Zunahme des Gefühls bei der Arbeit kontrolliert zu werden wahr als Befragte aus Pflegediensten ohne Trägerwechsel (Mittelwert: 0,61 versus 0,24; vgl. dazu auch Abbildung 40).
- Ferner hat in Pflegediensten mit Trägerwechsel, aus Perspektive der dort Beschäftigten, der Kostenaspekt im Bewusstsein der Pflegenden signifikant stärker zugenommen (Mittelwert: 0,93 gegenüber 0,32, vgl. dazu auch Abbildung 36).
- Pflegenden aus Diensten mit Trägerwechsel nehmen außerdem eine stärkere Zunahme der Angst vor Arbeitsplatzverlust wahr (Mittelwert: 1,29 versus 1,00).

**Auswirkungen eines Trägerwechsels auf die Arbeitssituation**

Die Befunde passen zusammen, da der Trägerwechsel vermutlich oftmals aus Wirtschaftlichkeitsgründen vollzogen wird und mit anderen internen Umstrukturierungen einhergeht. Befragte, die einen Trägerwechsel erlebt haben, berichten jedoch nicht häufiger von Personalabbau als Befragte aus Pflegediensten ohne Trägerwechsel.

Eine Zusammenlegung des eigenen Pflegedienstes mit einem anderen Pflegedienst wird von 10,0 % der Befragten berichtet. In Bezug auf die Häufigkeit von Zusammenlegungen zeigt sich ein Effekt der Trägerschaft. Pflegenden aus Diensten in freigemeinnütziger Trägerschaft berichten signifikant häufiger von Zusammenlegungen als Befragte aus öffentlichen oder privaten Pflegediensten (Abbildung 42).

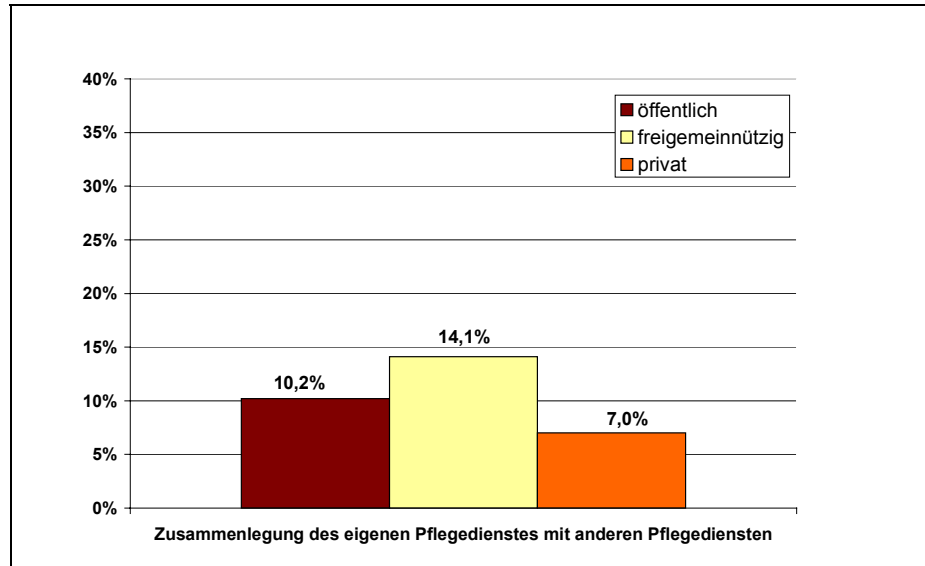
**Jede/r Zehnte hat Zusammenlegung des eigenen Dienstes erlebt**

Im Gegensatz zum Trägerwechsel ergeben sich zwischen Befragten, deren Pflegedienst mit einem anderen Pflegedienst zusammengelegt wurde und solchen Befragten, die keine Zusammenlegung erlebt

haben, keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der dominierenden Veränderungen der Arbeitssituation in den letzten drei Jahren.

Abbildung 42:

**Zusammenlegung des eigenen Pflegedienstes nach Trägerschaft**



### 6.1.2 Angebotserweiterungen und -einschränkungen

**Ursachen der Erweiterung im Pflegeangebot**

Während sich die ambulante Pflege vor einigen Jahren hauptsächlich auf die Pflege alter und chronisch kranker Menschen konzentrierte, haben die verkürzten Verweildauern in den Krankenhäusern bei vielen Pflegediensten zu einer Erweiterung des Pflegeangebots geführt.

Einen erneuten Anreiz zu dieser Entwicklung dürfte die Einführung des neuen Vergütungssystems für stationäre Leistungen, die diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, kurz DRGs) bieten.<sup>9</sup> Es ist davon auszugehen, dass die Einführung von DRGs in der stationären Versorgung zu einer weiteren Verkürzung der Verweildauern der Patienten in den Krankenhäusern führen wird.

Einige Pflegedienste reagieren auf den zunehmenden Kostendruck mit der Spezialisierung auf bestimmte Klientengruppen und schränken ihr Angebot ein.

**Einschränkung des Pflegeangebots kommt selten vor**

Die Einschränkung des Pflegeangebots in den vorangehenden drei Jahren stellt bei den Befragten jedoch eindeutig das seltenere Ereignis dar. 9,1 % der Befragten geben an, dass ihr Pflegedienst die Betreuung bestimmter Personengruppen eingestellt hat. Im Gegensatz dazu bejahen 28,6 %, dass in ihrem Pflegedienst jetzt Personengruppen betreut werden, die zuvor nicht betreut wurden.

Im Hinblick auf die Erweiterung des Pflegeangebots zeigen sich wiederum deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der Trägerschaft (Abbildung 43).



Befragte aus freigemeinnützigen Diensten haben mit 37,9 % am häufigsten angegeben, dass der Kreis der betreuten Personengruppen erweitert wurde. Bei den Befragten aus privaten Pflegediensten beträgt der Anteil 29,5 %. Von den Pflegenden, die in öffentlichen Diensten arbeiten, gibt lediglich jede/r Fünfte (19,9 %) an, dass eine Angebotserweiterung stattgefunden hat.

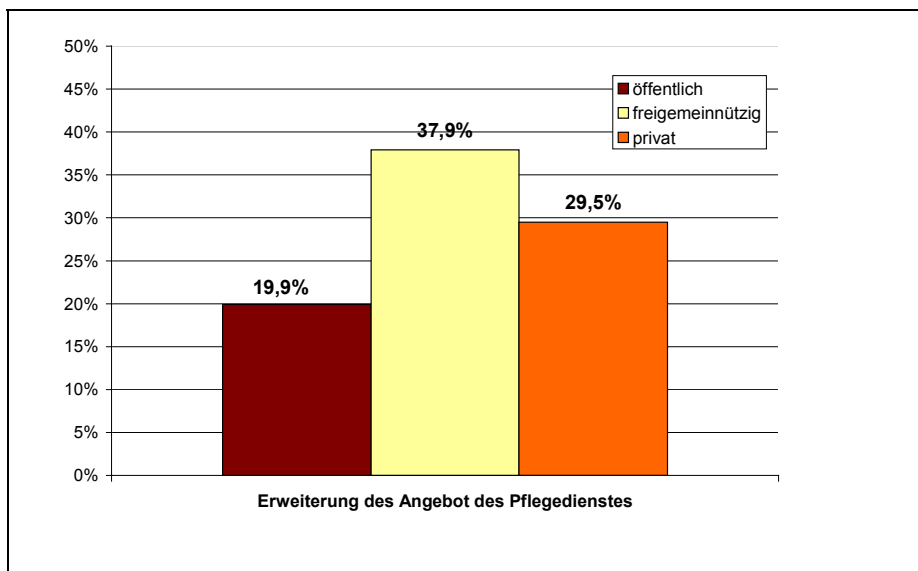


Abbildung 43:

### Erweiterung des Pflegeangebots nach Trägerschaft

Die Analyse potenzieller Unterschiede in der Wahrnehmung der Veränderungen der Arbeitssituation in den vorangehenden drei Jahren zeigt einen starken Einfluss der Erweiterung des Pflegeangebots auf die Arbeitssituation:

- Befragte, bei denen sich der zu betreuende Personenkreis erweitert hat, geben einen deutlich höheren Anstieg der Aufgabenvielfalt (Mittelwert: 1,16 gegenüber 0,81) und der Anforderungen an die fachlichen Fähigkeiten (Mittelwert: 1,17 versus 0,87) an (vgl. auch Abbildung 36).
- Ferner wird ein stärkerer Anstieg der Kooperation mit den Hausärzten (Mittelwert: 0,43 versus 0,22) und den Krankenkassen (Mittelwert: 0,45 versus 0,15) wahrgenommen. Auffällig ist ebenfalls, dass diejenigen Befragten, die eine Erweiterung des Pflegeangebots erlebt haben, auch eine stärkere Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern angeben (Mittelwert: 0,37), während Befragte aus Pflegediensten, die das Pflegeangebot nicht erweitert haben, keinen solchen Anstieg vermerken (vgl. Abbildung 39 zur Entwicklung der kooperativen Beziehungen).
- Pflegenden, die in Diensten mit erweitertem Angebot arbeiten, haben eine größere Zunahme der fachlichen Qualifikation der Pflegekräfte in ihrem Dienst erlebt (Mittelwert: 0,78 gegenüber 0,56, vgl. auch Abbildung 40).
- In Bezug auf die Pflegetätigkeit wird ein größerer Anstieg der Pflegeintensität angegeben (Mittelwert: 0,90 gegenüber 0,60, vgl. auch Abbildung 37).

### Auswirkungen der Erweiterung des Pflegeangebots

- Hinsichtlich der zu betreuenden Klienten wird ein größerer Anstieg des Anteils der Klienten mit psychischen Störungen (Mittelwert: 0,82 versus 0,59) und der Klienten mit Behandlungspflege im Krankheitsfall (Mittelwert: 0,77 gegenüber 0,39) angegeben (vgl. auch Abbildung 38).

Der letzte Befund gibt Antwort auf die Frage, in welchen Charakteristika sich das Klientel in den Pflegediensten verändert hat, in denen das Pflegeangebot erweitert wurde: Es werden vermehrt Klienten mit psychischen Störungen und mit Behandlungspflege im Krankheitsfall betreut.

**Veränderung des Pflegeangebots zieht tiefgreifende Veränderungen der Arbeitssituation nach sich**

Insgesamt ist deutlich geworden, dass die Erweiterung des Pflegeangebots offensichtlich tiefgreifende Veränderungen der Arbeitssituation nach sich zieht. Solcherlei Anpassungsvorgänge bieten durch eine Anreicherung der Arbeitsaufgaben und höhere Anforderungen an die fachlichen Qualifikationen durchaus Chancen für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegenden. Sie erfordern allerdings intensive Vorbereitungen und Schulungen des verantwortlichen Pflegepersonals.

### 6.1.3 Personalabbau

**Jede/r Dritte hat Personalabbau erlebt**

Insgesamt 34,8 % der Befragten haben angegeben, dass im eigenen Pflegedienst innerhalb der vorangehenden drei Jahre ein Personalabbau stattgefunden hat. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Befragten aus Pflegediensten unterschiedlicher Trägerschaft. Ebenfalls keine Unterschiede zeigen sich im Hinblick auf Pflegedienste, bei denen ein Trägerwechsel oder eine Zusammenlegung mit einem anderen Pflegedienst stattgefunden hat.

Was die Wahrnehmung von Veränderungen in den letzten drei Jahren betrifft, so zeigen sich bei einer vertiefenden Analyse des Merkmals „Personalabbau“ einige signifikante Unterschiede zwischen Befragten, die Derartiges angegeben haben und der Restgruppe.

**Auswirkungen von Personalabbau**

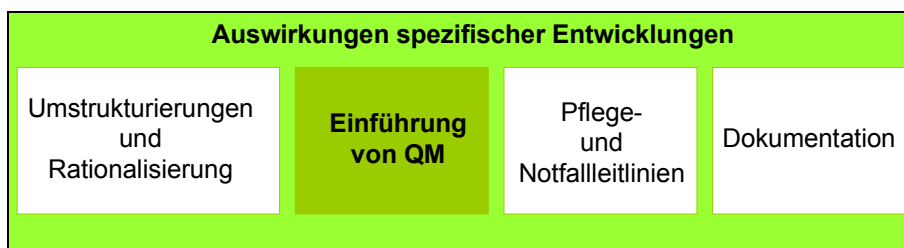
Befragte, in deren Pflegedienst Personal abgebaut wurde, berichten über eine signifikant stärkere Zunahme

- des Arbeitstempos (Mittelwert: 1,47 gegenüber 1,08)
- des Anteils körperlich anstrengender Arbeit (Mittelwert: 0,74 gegenüber 0,47)
- des Gefühls, bei der Arbeit kontrolliert zu werden (Mittelwert: 0,54 versus 0,12)
- der Angst vor Arbeitsplatzverlust (Mittelwert: 0,80 gegenüber 0,14)
- des Kostenaspekts der Pflege im Bewusstsein der Pflegekräfte (Mittelwert: 1,17 versus 0,94).

Andererseits berichten diese Pflegenden über eine statistisch bedeutsam geringere Zunahme der fachlichen Qualifikation der Pflegekräfte in ihrem Pflegedienst (Mittelwert: 0,40 versus 0,73)

Während Befragte, die Personalabbau erlebt haben, eine Abnahme der gesellschaftlichen Wertschätzung des eigenen Berufs angeben (Mittelwert: -0,18), nehmen Befragte aus Pflegediensten, in denen kein Personalabbau stattgefunden hat, eine tendenzielle Zunahme des Ansehens in der Gesellschaft wahr (Mittelwert: 0,12).

Plausibel ist auch, dass Personalabbau mit einem Anstieg der Häufigkeit des Wechsels von Kollegen und Kolleginnen in dem Pflegedienst einhergeht (Mittelwert: 0,58). Befragte, die keinen Personalabbau erlebt haben, berichten eine eher abnehmende Fluktuation (Mittelwert: - 0,13).

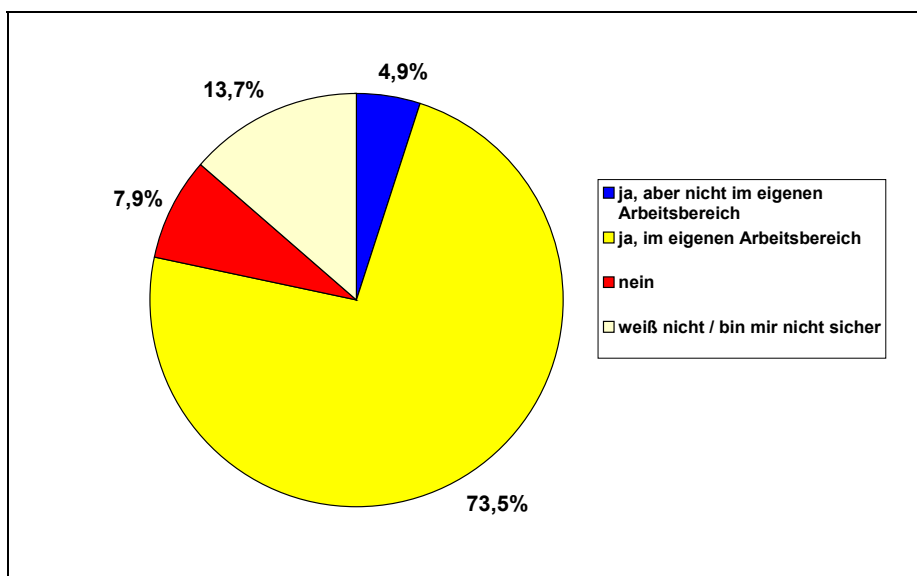


## 6.2 Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen

Pflegedienste sind durch das Pflegequalitätssicherungsgesetz verpflichtet, ein pflegedienstinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Im Laufe der letzten Jahre haben daher viele Pflegedienste derartige Maßnahmen ergriffen und Qualitätsmanagement-Systeme (Qualitätsmanagement-Systeme) implementiert.

**Implementierung von Qualitätsmanagement-Systemen ist weit fortgeschritten**

Die meisten befragten Pflegekräfte gaben an, ein Qualitätsmanagement-System im eigenen Arbeitsbereich (Abbildung 44) zu haben. In der Frage wurden beispielhaft einige der am weitesten verbreiteten Systeme (DIN EN ISO 9001, EFQM) genannt.



**Abbildung 44:**  
Angaben zum Vorhandensein eines Qualitätsmanagement-Systems

**Private Pflegedienste müssen bei der Einführung von QM noch aufholen**

Bezüglich des Vorhandenseins eines Qualitätsmanagement-Systems gibt es auffällige Unterschiede nach der Trägerschaft der Pflegedienste:

In den öffentlichen und freigemeinnützigen Pflegediensten gaben jeweils ca. 82 % an, dass ein Qualitätsmanagement-System im eigenen Dienst implementiert ist. Bei den privaten Diensten beträgt dieser Anteil lediglich 72,6 %.

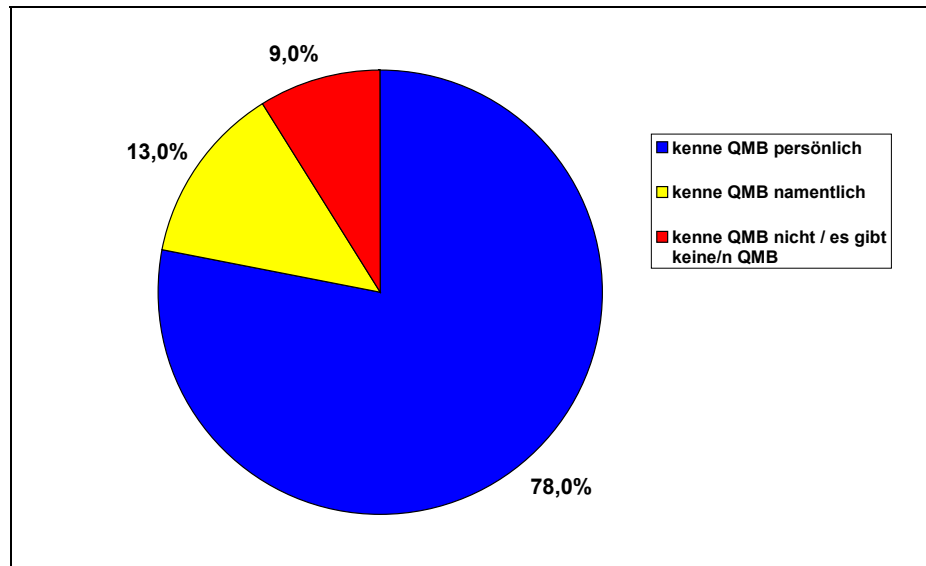
Für die Entwicklung und Pflege eines QM-Systems ist in der Regel ein Qualitätsmanagement-Beauftragter (QMB) zuständig.

Als ein Indikator dafür, wie gut das Qualitätsmanagement-System in der täglichen Arbeit der Pflegenden verankert ist, wurde gefragt, ob die/der QM-Beauftragte den Befragten bekannt ist.

Abbildung 45 illustriert nur die Antworten der Befragten, die angegeben haben, dass in ihrem Arbeitsbereich ein Qualitätsmanagement-System existiert.

**Abbildung 45:**

**Angaben zum Qualitätsmanagement-Beauftragten**



Auch bei der Umsetzung des Qualitätsmanagement-Systems in den Pflegediensten besteht eindeutiges Verbesserungspotential. Abbildung 46 zeigt, wie die Befragten, die angegeben haben, über ein Qualitätsmanagement-System im eigenen Arbeitsbereich zu verfügen, ihre Information darüber bzw. die Auswirkungen bewerten.

**Gemischte Bewertungen der Auswirkungen eines Qualitätsmanagements**

76,9 % fühlen sich gut über das QM-System informiert, jedoch ist auch gut ein Drittel der Befragten (34,9 %) der Meinung, dass QM überwiegend zusätzliche Arbeit für die Pflegenden erzeugt. Diese Bewertung ist vermutlich durch den zusätzlichen Dokumentationsaufwand verbunden, der durch QM-Maßnahmen entsteht.

In Bezug auf den Grad der Informiertheit über QM gibt es Unterschiede in Abhängigkeit von der beruflichen Stellung. Wie zu erwarten war, sind Befragte in leitenden Positionen informierter als die examinierten Pflegekräfte ohne Leitungsfunktion sowie die Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege. Einig sind sich allerdings alle drei Gruppen über die erzeugte Arbeitsbelastung durch das QM-System.

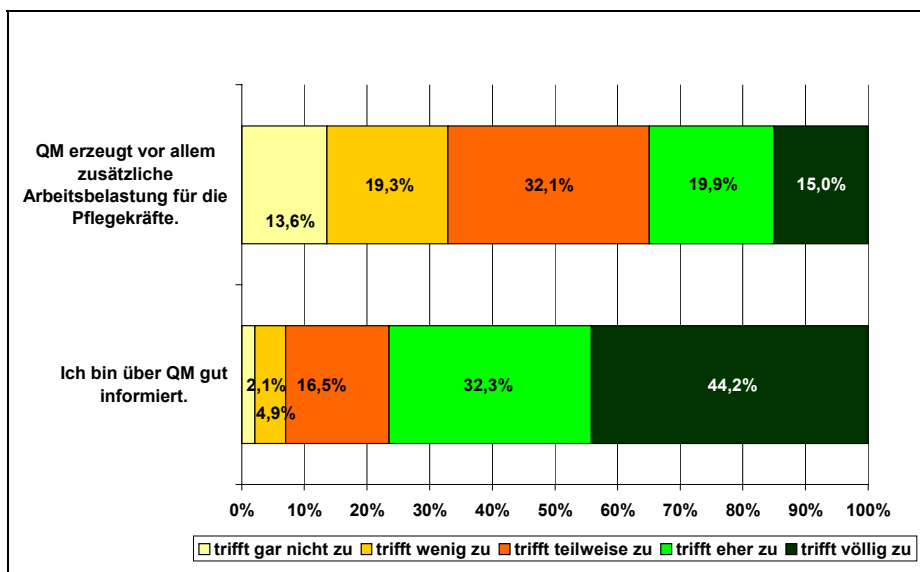


Abbildung 46:

Angaben zur Informiertheit und zu den Auswirkungen des Qualitätsmanagement-Systems

In dieser Untersuchung wurde nicht erfragt, zu welchem Zeitpunkt das Qualitätsmanagement-System eingeführt wurde. Veränderungen bringen in der ersten Einführungsphase häufig zunächst zusätzliche Belastungen mit sich. Erst nach einiger Zeit können sich die positiven Effekte, wie beispielsweise Prozessoptimierungen, entfalten.

Abbildung 47 zeigt den Zusammenhang zwischen den Partizipationsmöglichkeiten im jeweiligen Pflegedienst und den Bewertungen des Qualitätsmanagements. Je größer die Möglichkeiten der Beteiligung, desto höher ist auch der Informationsgrad über das QM. Insbesondere ist auch der Anteil derjenigen viel geringer, die meinen, QM stelle vor allem eine zusätzliche Arbeitsbelastung dar.

Auswirkungen des QM können durch Partizipation der Pflegenden optimiert werden

Die Auswertungen zeigen an dieser Stelle in starkem Maße, wie wichtig es ist, die Betroffenen zu informieren und zu beteiligen.

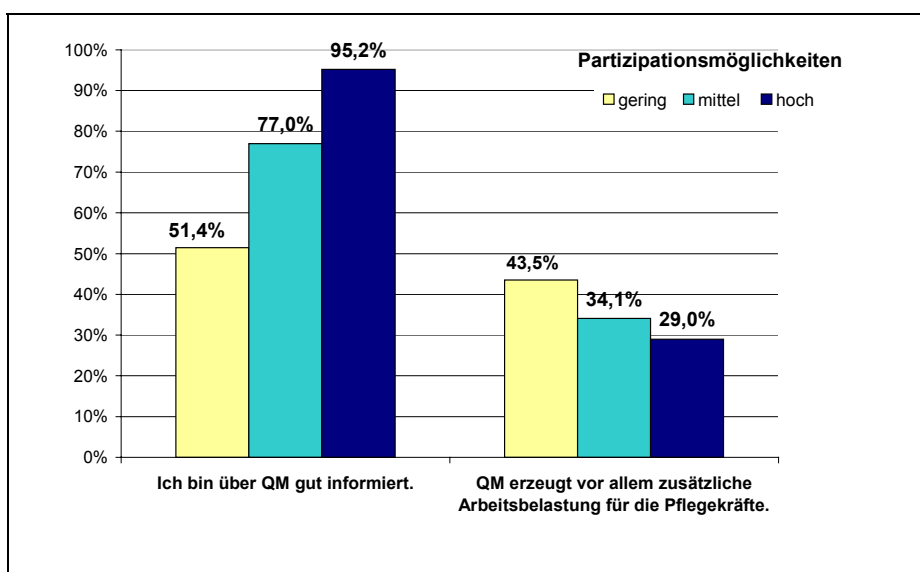


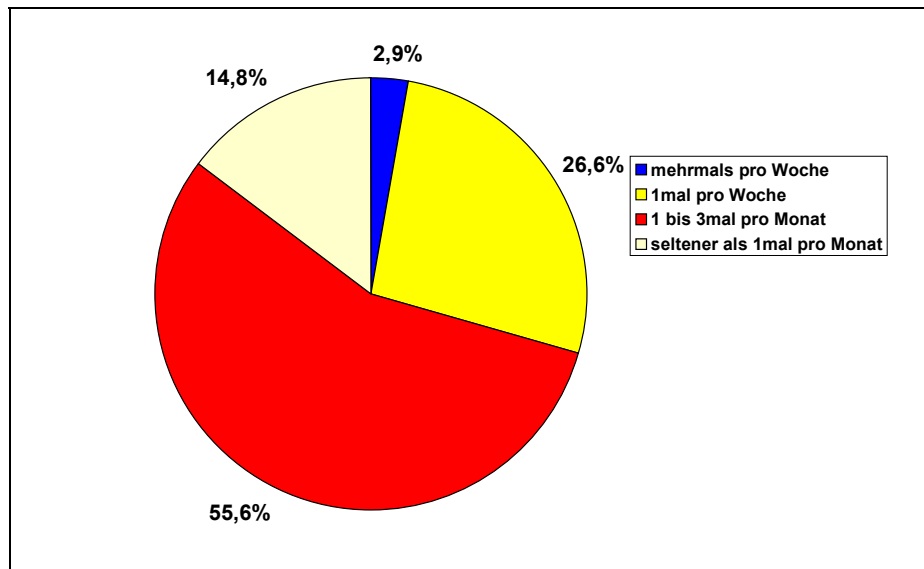
Abbildung 47:

Zusammenhang zwischen Partizipationsmöglichkeiten und Bewertung des QM

Regelmäßige Dienstbesprechungen sowie Pflegevisiten sind zur Sicherstellung einer hohen Qualität der Pflege notwendig. In den Abbildungen 47 und 48 ist dargestellt, wie häufig Dienst- und Fallbesprechungen bzw. Pflegevisiten in den Einrichtungen der befragten Pflegekräfte stattfinden.

Abbildung 48:

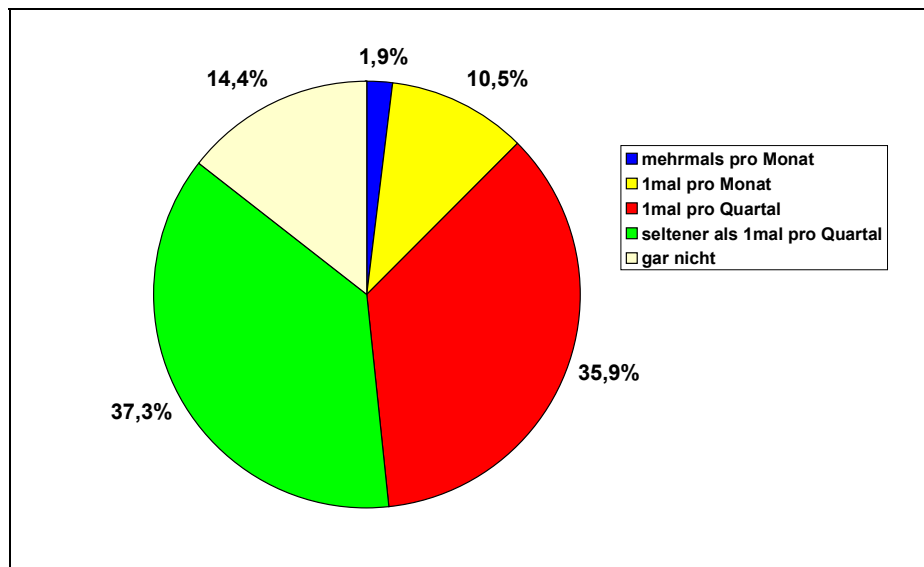
Häufigkeit von ausführlichen Dienst- und Fallbesprechungen



Bei 55,6 % der Befragten finden Fallbesprechungen 1- bis 3-mal pro Monat statt, bei etwas mehr als einem Viertel (26,6 %) kommt so eine Besprechung einmal pro Woche vor und bei 2,9 % sogar mehrmals pro Woche. Lediglich 14,8 % geben an, dass Fallbesprechungen seltener als einmal im Monat stattfinden.

Abbildung 49:

Häufigkeit von Pflegevisiten

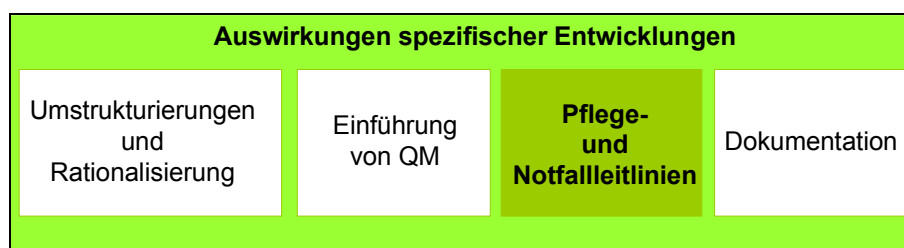


In Bezug auf die Häufigkeit von Pflegevisiten gibt etwas mehr als ein Drittel der Befragten (35,9 %) an, dass diese 1-mal pro Quartal stattfinden. Bei 37,3 % wird eine Pflegevisite seltener als 1-mal pro Quartal durchgeführt. 14,4 % geben an, dass keine Pflegevisiten durchgeführt werden.

An dieser Stelle lassen sich die positiven Auswirkungen eines funktionierenden Qualitätsmanagement-Systems deutlich zeigen. Von denjenigen Befragten, die über ein Qualitätsmanagement-System im eigenen Arbeitsbereich verfügen, berichten nur 10,3 %, dass ausführliche Dienstbesprechungen seltener als einmal pro Monat durchgeführt werden. Bei 3,8 % sind Fallbesprechungen sogar häufiger als einmal pro Woche im Dienstalltag implementiert.

Auch der Anteil der Befragten, bei denen keine Pflegevisiten durchgeführt werden, ist mit 10,7 % deutlich geringer.

**Positive Auswirkungen von Qualitätsmanagement-Systemen**



### 6.3 Pflege- und Notfalleitlinien

Die Professionalisierung der Pflege und die Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen in den letzten Jahren hat es mit sich gebracht, dass schriftlich formulierte Pflege- und Notfalleitlinien eine zunehmend größere Rolle im Pflegealltag spielen. Nahezu alle Befragten (91,4 %) gaben an, dass es in dem ambulanten Pflegedienst schriftlich formulierte Pflegeleitlinien bzw. -standards gibt. Schriftlich formulierte Leitlinien bzw. Standards für das Verhalten in Notfallsituationen existieren im Pflegedienst bei drei von vier Befragten (76,6 %).

**Aspekte der Professionalisierung der Pflege**

Während 85,9 % der Befragten mit Pflegeleitlinien angeben, dass die PDL an der Formulierung beteiligt waren, berichten 65,9 % auch von einer Beteiligung der Pflegekräfte selbst.

Abbildung 50 zeigt die Bewertungen „Umsetzbarkeit“ bzw. „Auswirkungen“ der Pflege- und Notfalleitlinien im Alltag.

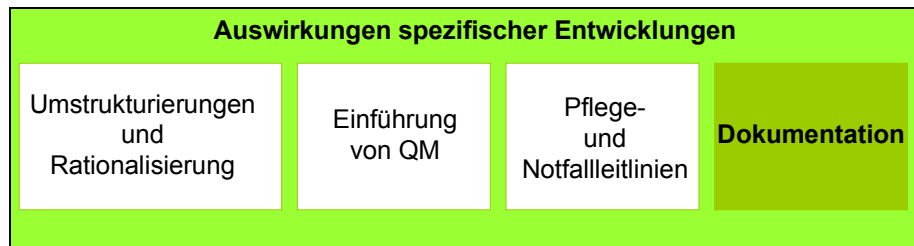
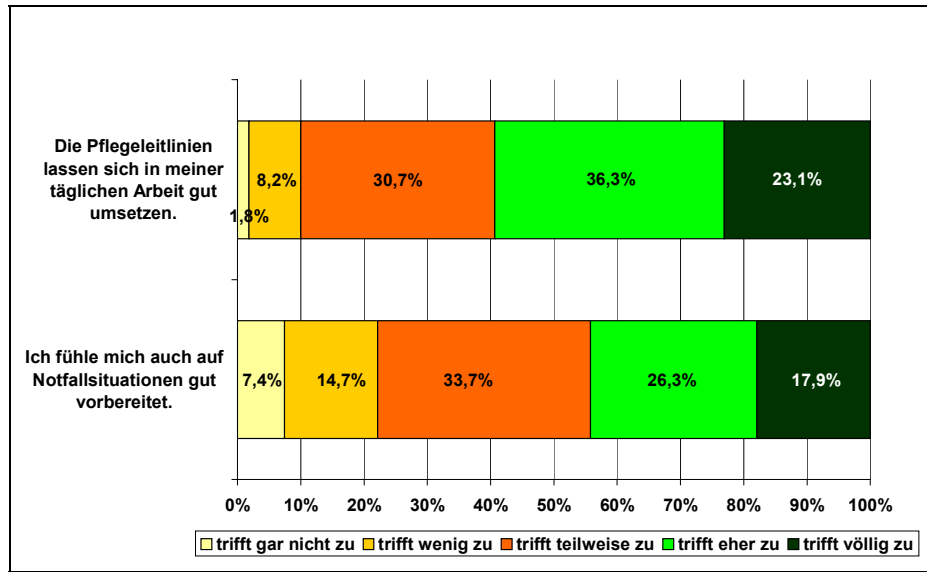
Deutlich mehr als die Hälfte der Befragten mit Pflegeleitlinien meint, dass sich die Leitlinien gut in der täglichen Praxis umsetzen lassen. Allerdings fühlt sich jede/r fünfte Befragte (22,1 %) nicht hinreichend auf Notfallsituationen vorbereitet, selbst wenn schriftliche Standards für das Verhalten in Notfallsituationen existieren.

**Verbesserungspotential bei der Umsetzung von Leitlinien**

An dieser Stelle besteht für die Umsetzung der Leitlinien also deutliches Verbesserungspotential.

Abbildung 50:

**Bewertung der Pflege- und Notfallleitlinien**



**6.4 Dokumentation und Leistungserfassung**

Im Kapitel 5 wurde bereits ausgeführt, dass die Zunahme des Anteils von Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben an der gesamten Arbeitszeit der Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten als eine der markantesten Veränderungen der letzten Jahre wahrgenommen wird. Außerdem wird diese Entwicklung sehr negativ beurteilt.

In der Umfrage für den DAK-BGW Gesundheitsreport wurden einige Fragen speziell zu dem Thema „Dokumentation und Leistungserfassung in der Pflege“ gestellt, da dieser Thematik in den meisten Veränderungsprozessen und aktuellen Diskussionen ein besonderer Stellenwert zukommt.

Abbildung 51 zeigt die Angaben zum Zeitaufwand für Pflegeplanung und –dokumentation an einem normalen Arbeitstag.

**Dokumentationsaufwand ist bei PDL am größten**

Berücksichtigt man die berufliche Stellung der Befragten, so zeigt sich, dass der Zeitaufwand für Dokumentationstätigkeiten bei leitenden Pflegekräften zum Teil deutlich höher liegt: 7,9 % der PDL geben an, mehr als zwei Stunden pro Arbeitstag auf Pflegeplanung und Dokumentation zu verwenden. 21,9 % nennen einen Zeitaufwand von ein bis zwei Stunden, 49,1 % geben eine halbe bis eine Stunde an,



und lediglich 13,2 % brauchen weniger als eine halbe Stunde für administrative Aufgaben. Helferinnen und Helfer geben den geringsten Zeitaufwand für Dokumentationstätigkeiten an.

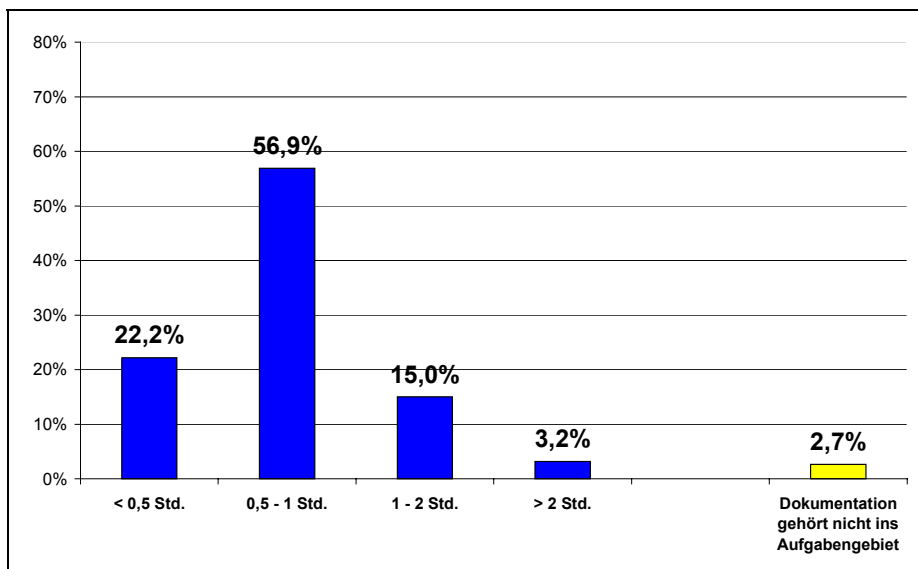


Abbildung 51:

Zeit, die an einem normalen Arbeitstag für Pflegeplanung und –dokumentation aufgewendet wird.

Als besonders interessantes Ergebnis sei an dieser Stelle hervorgehoben, dass ein Qualitätsmanagement-System offenbar nicht – wie oftmals vermutet – zu einem Anstieg, sondern zu einer Verringerung der Dokumentationstätigkeiten führt. Der Anteil der Befragten, die Dokumentationszeiten von mehr als einer Stunde pro Tag angeben beträgt

- 32 % bei den Befragten ohne Qualitätsmanagement-System,
- 20,6 % bei den Befragten, bei denen ein Qualitätsmanagement-System im Pflegedienst, aber nicht im eigenen Arbeitsbereich implementiert ist, und lediglich
- 18,6 % bei den Befragten mit Qualitätsmanagement-System im eigenen Arbeitsbereich.

Dieser Befund ist ein Beleg dafür, wie Qualitätsmanagement durch Prozessoptimierungen die Arbeitsbelastungen der Beschäftigten senken kann.

Zur Bewertung der Dokumentationstätigkeiten bzw. des Stellenwerts wurden drei Fragen gestellt (Abbildung 52).

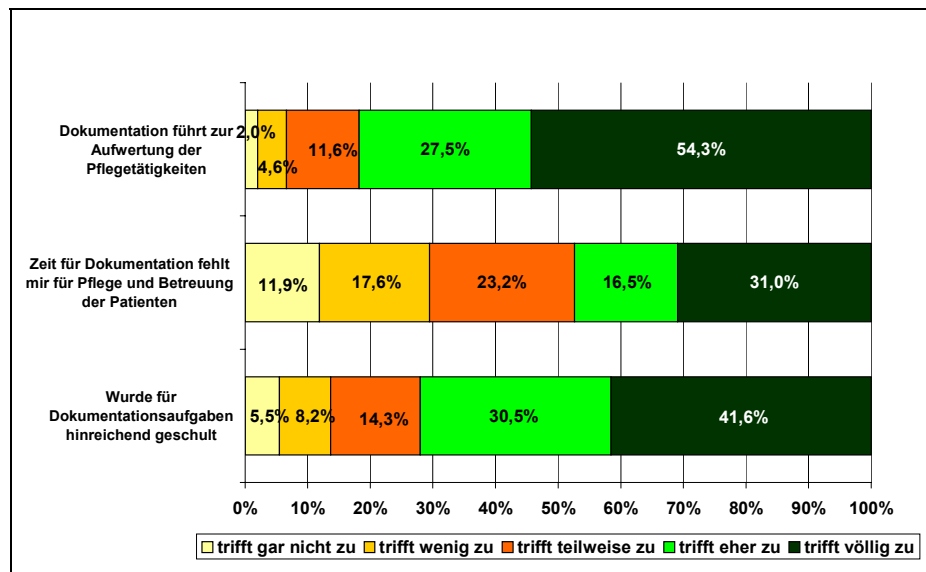
Die Befragten sind hinsichtlich der Dokumentationstätigkeiten zwar einerseits der Auffassung, dass die für Dokumentation aufgewendete Zeit an anderer Stelle, nämlich bei der Wahrnehmung genuin pflegerischer Aufgaben fehlt. Andererseits empfindet die überwiegende Mehrheit (81,8 %) durchaus auch eine Aufwertung der Pflege Tätigkeit durch eine sorgfältige Dokumentation. Positiv zu werten ist auch das Resultat, dass 72,1 % der Befragten für die Dokumentationsaufgaben hinreichend geschult wurden.

QM kann Prozesse optimieren und Dokumentationsaufwand verringern

Dokumentation wird auch als Aufwertung der Pflegetätigkeit empfunden

Abbildung 52:

### Bewertung der Arbeitsaufgabe „Dokumentation“



In der Beschäftigtenbefragung des „DAK-BGW Gesundheitsreports 2005 – Stationäre Krankenpflege“ wurden identische Fragen zur Bewertung der Dokumentationsinhalte in der ambulanten und stationären Pflege inhaltlich jedoch sehr unterschiedlich sind, wird auf einen Vergleich an dieser Stelle verzichtet.

## 7. Fazit

Während die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von Pflegekräften in Einrichtungen der stationären Pflege bereits seit Mitte der 80er-Jahre Gegenstand zahlreicher wissenschaftlicher Untersuchungen geworden sind, wurde die Arbeitssituation von Pflegenden in der ambulanten Pflege in den Arbeits- und Gesundheitswissenschaften lange Zeit vernachlässigt.

Der „DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege“ schließt eine Wissenslücke, indem erstmals Befragungsdaten zur Arbeitssituation und zu den Auswirkungen aktueller struktureller Veränderungen präsentiert werden, die auf einer bundesweiten Stichprobe von Beschäftigten in der ambulanten Pflege beruhen. Er geht sowohl auf sektorübergreifende Belastungen und Ressourcen ein als auch auf Charakteristika, die aus den spezifischen Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege erwachsen.

Im Hinblick auf die allgemeinen körperlichen und psychischen Belastungen zeigt sich zweierlei. Zum Einen sind die Pflegenden hohen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Ein Großteil muss mehrmals am Tag schwere Hebe- und Tragetätigkeiten ausführen und hat hierbei nicht die helfenden Hände von Kolleginnen und Kollegen zur Seite. Zum Anderen arbeiten die Pflegenden unter einem großen Zeit- und Leistungsdruck. Pausen können oft nicht eingehalten werden. Überstunden von mehr als zehn Stunden pro Woche sind der Regelfall.

Trotz der Belastungen nehmen die Pflegekräfte ihre Arbeit als vielfältig und interessant wahr. Sie besitzen gute Möglichkeiten der Mitsprache und Beteiligung. Auch berichten sie über ein gutes Verhältnis zu Kolleginnen und Kollegen sowie Vorgesetzten.

Vergleicht man die Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege mit der Situation der Pflegekräfte in der stationären Krankenpflege, so fällt auf, dass die Pflegenden in Einrichtungen der häuslichen Pflege ihre Arbeitssituation in Bezug auf Belastungsfaktoren als auch im Hinblick auf die Ressourcen weniger negativ bewerten.

Interessant ist an dieser Stelle vor allem die deutlich bessere Situation in Bezug auf Partizipationsmöglichkeiten in den Einrichtungen. Die oftmals kleinen Einrichtungen und flachen Hierarchien bieten offensichtlich ideale Voraussetzungen für ein mitarbeiterorientiertes Management von Entscheidungen und Veränderungen.

Die zum Teil günstigere Situation in der ambulanten Pflege spiegelt sich auch in der allgemeinen Arbeitszufriedenheit, nicht jedoch in der Tendenz zur Berufsaufgabe wider. In beiden Pflegesektoren wird gleichermaßen häufig darüber nachgedacht, den Pflegeberuf aufzugeben. Auch beim Auftreten psychosomatischer Beschwerden zeigen sich Pflegenden in ambulanten Diensten in gleichem Maße bzw.

**Der „DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege“: eine Novität**

**Hohe körperliche und psychische Belastungen**

**Große Aufgabenvielfalt, viel Mitsprache und sozialer Rückhalt**

**Tendenz zur Berufsaufgabe und psychosomatische Beschwerden in beiden Sektoren ausgeprägt**

bei einzelnen Beschwerden sogar in stärkerem Maße belastet als die Krankenschwestern und -pfleger in Fachkliniken und Krankenhäusern.

Daher sollten Einrichtungen der ambulanten Pflege nicht nachlassen, die Arbeitsbedingungen ihrer Beschäftigten zu optimieren sowie gesundheits- und persönlichkeitsförderlich zu gestalten. Die DAK und die BGW unterstützen Betriebe und Versicherte in ihren Bemühungen zur Gesundheitsförderung mit zahlreichen Angeboten.

Mit Blick auf Faktoren, die spezifisch für die Arbeitssituation der häuslichen Pflege sind, zeigt sich, dass hieraus positive Konsequenzen ebenso wie negative Konsequenzen erwachsen.

**Autofahren stellt keine Belastung dar**

Die Pflegekraft in der ambulanten Pflege verbringt einen beträchtlichen Anteil der Arbeitszeit auf den Arbeitswegen von Klientenwohnung zu Klientenwohnung – zumeist im Auto. Das Autofahren wird dabei – anders als oftmals vermutet – nur selten als belastend wahrgenommen. Andererseits sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass immerhin jede/r zehnte Befragte im Zeitraum von 12 Monaten in mindestens einen Autounfall während der Arbeitszeit verwickelt ist. Viele Befragte äußern zudem, für die Fahrtätigkeiten nicht hinreichend geschult worden zu sein.

**Aber: Unfallgefahr**

**Sicherheit im Straßenverkehr erhöhen**

Regelmäßige Fahrsicherheitsschulungen können hier Abhilfe schaffen, und die Sicherheit der Beschäftigten sowie der anderen Beteiligten im Straßenverkehr erhöhen.

**Arbeitsumgebung Klientenwohnung**

Charakteristisches Merkmal der ambulanten Pflege ist die Tätigkeit in der Privatwohnung des Klienten. Aus dieser Arbeitsumgebung erwachsen häufig vermeidbare Arbeitsbelastungen und Unfallgefahren. Am häufigsten nannten die Befragten Erschwernisse durch wenig klientengerechte Bäder und Hindernisse bzw. Baumängel in den Wohnungen. Teil 2 wird zeigen, dass Sturz- und Stolperunfälle bei Pflegekräften in ambulanten Diensten häufige Ereignisse darstellen.

**Mängel in den Wohnungen beheben**

An dieser Stelle ist an alle Beteiligten, insbesondere jedoch die Klienten und Angehörigen zu appellieren, gemeinsame Lösungen zu suchen, und die Wohnungen der Klienten so (um-)zugestalten, dass sie einerseits den Wünschen der Klienten und Angehörigen gerecht werden, aber andererseits die Arbeit der Pflegenden nicht behindert bzw. die Gesundheit der Pflegenden nicht gefährdet.

**Unterstützung und Beanspruchung durch Angehörige**

Die Arbeit in Interaktion mit den Angehörigen und Klienten wird überwiegend positiv gesehen. Zwar treten durchaus Beanspruchungen durch überforderte Angehörige auf, ansonsten werden die Beziehungen jedoch positiv gesehen.

Die Ergebnisse unserer Studie widersprechen daher deutlich solchen Meldungen und Publikationen, die Gewalt, Aggression und Konflikte mit Angehörigen als herausstechenden Belastungsfaktor in der ambulanten Pflege propagieren. Konflikte und Aggressionen treten sicherlich auf, unseren Ergebnissen zu Folge sind diese Konstellationen jedoch Einzelfälle, die glücklicherweise nicht den Arbeitsalltag ausmachen.

Trotzdem ist zu betonen, dass Pflegekräfte in der häuslichen Pflege oft in der Interaktion mit Klienten und Angehörigen Beziehungsarbeit leisten und Emotionen der Hilflosigkeit und Überforderung abfangen müssen. Zur Verarbeitung dieser Erfahrungen sollte den Pflegenden ihrerseits professionelle Unterstützung angeboten werden. Ferner sollten Curricula der Ausbildungsberufe sowie Fortbildungsangebote auf diese Erfordernisse hin überprüft werden.

**Unterstützung bei  
Beziehungsarbeit  
notwendig**

In Bezug auf die Entwicklung der Arbeitssituation in den letzten Jahren zeichnet sich ein ähnliches Bild ab wie in der stationären Krankenpflege. Einer Zunahme des Arbeitstempos und des Dokumentationsaufwands stehen Chancen durch größere Aufgabenvielfalt und anspruchsvollere Tätigkeiten gegenüber. Die zunehmende Professionalisierung im ambulanten Sektor wird auch im Anstieg des Anteils an hoch qualifizierten Fachkräften in Einrichtungen der häuslichen Pflege deutlich.

**Entwicklung in  
den letzten Jahren**

Die Veränderung der Aufgabenteilung in der Gesundheitsversorgung in Deutschland bringt auch ein neues Klientel für die ambulanten Dienste und die Erbringung von Pflegeleistungen im Rahmen von Behandlungspflege im Krankheitsfall mit sich. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Kostenübernahme für Behandlungspflege im Krankenfall (vgl. Kapitel 2) bringen zur Zeit einen hohen, zum Teil vermeidbaren Bürokratieaufwand für alle Beteiligten mit sich. Die DAK unterstützt die Entbürokratisierung in der Pflege und möchte so auch einen Beitrag zur Entlastung ihrer Versicherten leisten.

**Behandlungspflege  
im Krankheitsfall**

Strukturelle Veränderungen bedeuten für die ambulanten Pflegedienste und ihre Beschäftigten nicht nur eine Anpassung des Pflegeangebots an die geänderten Anforderungen, vielmehr bringt die zunehmende Professionalisierung auch die Implementierung von Prozessinnovationen wie Qualitätsmanagement-Systemen mit sich.

**Prozessinnovationen**

In Bezug auf die Implementierung dieser Systeme, sind die öffentlichen und freigemeinnützigen Träger den privaten Diensten zur Zeit noch einen Schritt voraus. Unabhängig von der Trägerschaft zeigt sich, dass die Auswirkungen und Effekte von Qualitätsmanagement-Systemen von vielen Befragten kritisch gesehen werden.

**Auswirkungen  
eines Qualitätsmanagement-  
Systems**

Veränderungen bringen jedoch in der ersten Einführungsphase häufig zunächst zusätzliche Belastungen mit sich. Die positiven Effekte des Qualitätsmanagements brauchen Zeit, bis Prozessoptimierungen sich entfalten können. Erste Fakten zu den positiven Effekten des QM lassen sich bereits in den Resultaten finden:

Bei Vorhandensein eines Qualitätsmanagement-Systems finden Dienstbesprechungen und Pflegevisiten häufiger statt, der Anteil der Arbeitszeit für Dokumentation und Verwaltungstätigkeiten ist geringer.

Diese positiven Resultate sollten die ambulanten Pflegedienste weiter motivieren, ihre Qualitätsmanagement-Systeme unter Einbeziehung der Wünsche und Vorschläge der Beschäftigten zu optimieren. Die BGW und die DAK bieten hierzu unterstützende Beratungen an.

## Anmerkungen:

<sup>1</sup> Eine aktuelle Befragung von Pflegekräften in Bayern wurde von Glaser und Höge (2005) durchgeführt.

<sup>2</sup> Statistisches Bundesamt. Bericht: Pflegestatistik 2003. [www.destatis.de](http://www.destatis.de). Ergebnisse der Pflegestatistik 2005 werden voraussichtlich erst im Dezember 2006 nach Veröffentlichung dieses Reports erscheinen.

<sup>3</sup> Die Befragung wurde Mitte des Jahres 2004 konzipiert und die Aussendung der Befragungsunterlagen im Oktober 2004 vorbereitet. Zu diesem Zeitpunkt waren die Daten über die DAK-Mitglieder des Jahres 2003 die aktuellsten verfügbaren Daten.

<sup>4</sup> Der „DAK-BGW Gesundheitsreport 2005“ kann bei BGW oder DAK unter den im Impressum angegebenen Adressen bezogen werden.

<sup>5</sup> Der Zusammenhang zwischen organisationsbedingten psychischen Belastungen und dem Ausmaß von arbeitsbedingtem Stress und gesundheitlichen Beschwerden wurde bereits im „DAK-BGW Krankenpflegereport 2000“ ausführlich untersucht und in seinen theoretischen Hintergründen ausgeführt.

<sup>6</sup> Das Lebensalter hat einen starken Einfluss auf eine Vielzahl von Faktoren, z. B. auf die Absicht den Beruf zu wechseln aber auch auf die körperlichen und psychischen Beschwerden eines Menschen. Ältere leiden z. B. öfter unter chronischen Krankheiten als Jüngere und haben daher auch zumeist mehr Beschwerden. Wenn sich die jeweiligen Anteile der älteren und jüngeren Personen in zwei zu vergleichenden Gruppen voneinander unterscheiden, dann wird die Gruppe mit dem höheren Anteil Älterer in Bezug auf das Ausmaß der Beschwerden auch schlechter abschneiden. Gleiches gilt für Berufswchselabsichten. Um dieses Problem auszuschalten berechnet man sogenannte standardisierte Kennzahlen. Das bedeutet, dass beiden Gruppen rechnerisch eine identische Altersstruktur unterlegt wird, so dass etwaige Unterschiede zwischen den beiden Gruppen nicht durch Alterseffekte begründet sein können.

<sup>7</sup> Die DAK hat sich im Jahr 2005 im Rahmen der jährlichen Berichtserstattung über die Entwicklung des Krankenstandes dem Schwerpunktthema „Psychische Erkrankungen, Angst und Depressionen“ gewidmet. Der interessierte Leser findet im „DAK Gesundheitsreport 2005“ weitere Informationen wie Experten die Entwicklung des Auftretens psychischer Erkrankungen bewerten.

<sup>8</sup> Mohrmann, M., Lotz-Metz, G., Hannes, W. & Böhler, T. (2005). Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienste in Baden-Württemberg – Überblick über die Erfahrungen aus 6 Jahren flächendeckender Untersuchungen durch den MDK. *Gesundheitswesen*, 67: 694 – 700.

<sup>9</sup> Die Auswirkungen durch die Einführung des neuen Vergütungssystems auf die Arbeitsbedingungen der Pflegenden in Einrichtungen der stationären Krankenpflege wurde ausführlich im „DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege“ behandelt. Im Kapitel 5.2 des Reports befindet sich auch eine ausführliche Erläuterung der Funktionsweise des Vergütungssystems.





---

# **DAK-BGW**

## **Gesundheitsreport 2006**

### **Ambulante Pflege – Teil 2**

#### **Das Unfallgeschehen in der ambulanten Pflege**

**Ergebnisse einer Auswertung der Unfalldaten  
der Berufsgenossenschaft  
für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege**

---



## **Inhalt von Teil 2**

<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>101</b>
<b>1. Die Anzahl meldepflichtiger Unfälle.....</b>	<b>103</b>
<b>2. Männer und Frauen im Vergleich .....</b>	<b>105</b>
<b>3. Das Alter der Verunfallten.....</b>	<b>106</b>
<b>4. Der “unfallauslösende Gegenstand” .....</b>	<b>107</b>
<b>5. Die verletzten Körperteile .....</b>	<b>111</b>
<b>6. Die ausgeübte Tätigkeit .....</b>	<b>114</b>
<b>7. Die Größe der Betriebe .....</b>	<b>117</b>
<b>8. Der Unfallzeitpunkt.....</b>	<b>118</b>
<b>9. Der Wochentag .....</b>	<b>119</b>
<b>10. Entschädigungsleistungen und neue Renten .....</b>	<b>120</b>
<b>11. Berufskrankheiten.....</b>	<b>122</b>
<b>12. Schlussfolgerungen .....</b>	<b>125</b>



## Zusammenfassung

Die Untersuchung stützt sich auf die Vollerhebungs- und Stichproben-Daten (10%-Statistik) der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) aus den Jahren 1998 bis 2004. Ausgewertet werden Unfalldaten von ambulanten Pflegediensten, die in diesem Zeitraum Mitglied bei der BGW sind.

**Datenbasis:  
Unfalldaten von  
Einrichtungen der  
ambulanten Pflege  
für die Jahre 1998  
bis 2004**

Die Anzahl an Einrichtungen der ambulanten Pflege, die Mitglied in der BGW sind, ist von 14.336 im Jahr 1998 auf 12.735 im Jahr 2004 zurück gegangen (-11,1 %).

**Weniger Mit-  
gliedseinrichtun-  
gen, aber**

Die Anzahl der Versicherten in den untersuchten Einrichtungen der ambulanten Pflege hat im Beobachtungszeitraum zugenommen: von 287.766 im Jahr 1998 auf 320.674 im Jahr 2004 (+ 11,4 %).

**mehr Versicherte**

Die Anzahl der Unfälle ist im Beobachtungszeitraum um 17 % auf 4.974 angestiegen.

**Anstieg der ab-  
soluten Unfall-  
zahlen**

Bezogen auf die Anzahl der Versicherten ist jedoch gegenüber 2002 ein Rückgang um 7,5 % auf 15,5 Unfälle / 1000 Versicherte im Jahr 2004 zu verzeichnen.

**Rückgang der  
Anzahl der Unfälle  
pro 1000 Versi-  
cherte**

Die Unfalldaten werden hinsichtlich der Unfallart differenziert. Unterschieden wird zwischen Unfällen, die (a) am Arbeitsplatz (Arbeitsunfälle), (b) auf dem Weg von oder zur Arbeit (Wegeunfälle) und (c) bei Dienstgängen (Dienstwegeunfälle) geschehen.

**Drei Unfallarten**

Die Unfälle verteilen sich nahezu gleichmäßig auf diese drei Unfallarten, eine Steigerung der absoluten Unfallzahlen ist jedoch insbesondere bei den Arbeitsunfällen zu verzeichnen (+ 30 %).

**Unfälle am Ar-  
beitsplatz von  
besonderer Be-  
deutung**

Von Unfällen waren überwiegend Frauen betroffen (Verhältnis 9:1). Ihr Anteil an den Unfällen entspricht aber im Wesentlichen ihrem Beschäftigtenanteil in der ambulanten Pflege.

Mehr als die Hälfte aller Unfälle passieren bei Beschäftigten zwischen 31 und 50 Jahren.

**Unfälle besonders  
häufig bei Be-  
schäftigten middle-  
ren Alters**

<b>„Stolper-, Sturz- und Rutschunfälle“ am häufigsten</b>	Bezüglich der unfallauslösenden Gegenstände dominieren bei den Arbeitsunfällen Unfälle auf Fuß- und Gehwegen sowie auf Plätzen, also die so genannten "Stolper-, Sturz- und Rutsch-Unfälle".
<b>Sehr viele Wegeunfälle mit PKWs</b>	Fast die Hälfte aller Wege- und Dienstwegeunfälle sind Unfälle mit PKWs.
<b>Fuß/Sprunggelenk bei Arbeitsunfällen am häufigsten verletzt</b>	Füße und Sprunggelenke sind die am häufigsten verletzten Körperteile bei Arbeitsunfällen.
<b>Wirbelsäule bei Wege- und Dienstwegeunfällen am häufigsten verletzt</b>	Bei Wege- und Dienstwegeunfällen wird die Wirbelsäule besonders häufig verletzt.
<b>Unfälle treffen v.a. Helfer/innen in der Krankenpflege und Altenpfleger/innen</b>	Entsprechend ihrem hohen Anteil an der Gesamtbelegschaft waren von den Unfällen überwiegend Helfer/innen in der Krankenpflege und Altenpfleger/innen betroffen.
<b>Beschäftigte in kleineren Einrichtungen eher gefährdet</b>	In kleineren Einrichtungen (bis 50 Vollbeschäftigte) ist das Arbeitsunfallrisiko höher als in größeren Einrichtungen.
<b>Unfallzeitpunkt und Wochentag</b>	Ein Drittel aller Wegeunfälle geschieht zwischen 6 und 8 Uhr, während Arbeitsunfälle zu nahezu 30 % zwischen 10 und 12 Uhr passieren. Der Wochentag mit den meisten Arbeitsunfällen war der Dienstag mit einem Anteil von 19,2 % am gesamten Unfallgeschehen, gefolgt vom Montag mit 18,6 %.
<b>Entschädigungsleistungen und neue Renten</b>	Im Jahr 2003 wurden rund 14 Mio. € Entschädigungsleistungen gezahlt. Die Anzahl neuer Renten bei Arbeitsunfällen ist mit 126 im Jahr 2003 vs. 129 im Jahr 2000 insgesamt relativ konstant geblieben.
<b>Berufskrankheiten nehmen zu</b>	Die Anzahl der anerkannten Berufskrankheiten ist im Beobachtungszeitraum angestiegen. Unter den 278 im Jahre 2004 anerkannten Berufskrankheiten dominierten die Hauterkrankungen (Anteil 2004: 78 %). Bei den Verdachtsfällen spielten zusätzlich Lendenwirbelsäulenerkrankungen eine große Rolle.

## 1. Die Anzahl meldepflichtiger Unfälle

Für die vorliegende Untersuchung wurden die Unfalldaten der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege vornehmlich aus den Jahren 1998 bis 2002/2004 herangezogen. Sie beziehen sich auf die Einrichtungen der ambulanten Pflege, die Mitglied bei der Berufsgenossenschaft BGW sind (Tabelle 1).

**Datenbasis:  
Unfalldaten der  
BGW 1998 bis  
2004**

Tabelle 1: Grunddaten der Einrichtungen der ambulanten Pflege

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Veränderung 1998-2004
Einrichtungen	14.336	13.882	13.637	13.231	13.295	12.370	12.735	-11,1 %
Versicherte	287.766	302.137	301.020	296.784	306.451	315.875	320.674	+ 11,4 %

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW, Abt. Reha-Koordination

Die Anzahl an Einrichtungen der ambulanten Pflege, die Mitglied in der BGW sind, ist von 14.336 im Jahr 1998 auf 12.735 im Jahr 2004 zurück gegangen (-11,1 %).

**Rückgang der  
Einrichtungszah-  
len**

Die Anzahl der Versicherten in den untersuchten Einrichtungen der ambulanten Pflege hat im Beobachtungszeitraum zugenommen: von 287.766 im Jahr 1998 auf 320.674 im Jahr 2004 (+ 11,4 %).<sup>a</sup>

**Anstieg der Versi-  
chertenzahlen**

Wie Tabelle 2 zeigt, hat die Anzahl der meldepflichtigen Unfälle – d. h. Unfällen mit mehr als drei Tagen Kalendertagen Arbeitsunfähigkeit oder Tod als Unfallfolge – in allen drei Kategorien zugenommen. So nahm etwa die Anzahl der meldepflichtigen Arbeitsunfälle um 30 % zu: von 1.456 auf 1.896 Unfälle.

**Die Anzahl der  
Unfälle hat zuge-  
nommen.**

Tabelle 2: Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle in Einrichtungen der ambulanten Pflege 1998-2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004		Differenz 1998-2004
							Anzahl	Anteil	
"am Arbeitsplatz"	1.456	1.634	1.753	1.826	1.858	1.573	1.896	38%	30%
Wegeunfälle"	1324	1438	1459	1596	1593	1467	1530	31%	16%
Dienstwegeunfälle	1466	1689	1577	1788	1686	1566	1548	31%	6%
Summe	4.246	4.761	4.789	5.210	5.137	4.606	4.974	100%	17%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW, Abt. Reha-Koordination

<sup>a</sup> Daten zur Anzahl der Vollbeschäftigten können aufgrund einer Änderung der Berechnungsgrundlagen nicht dargestellt werden.

**Unfallarten in etwa gleich verteilt**

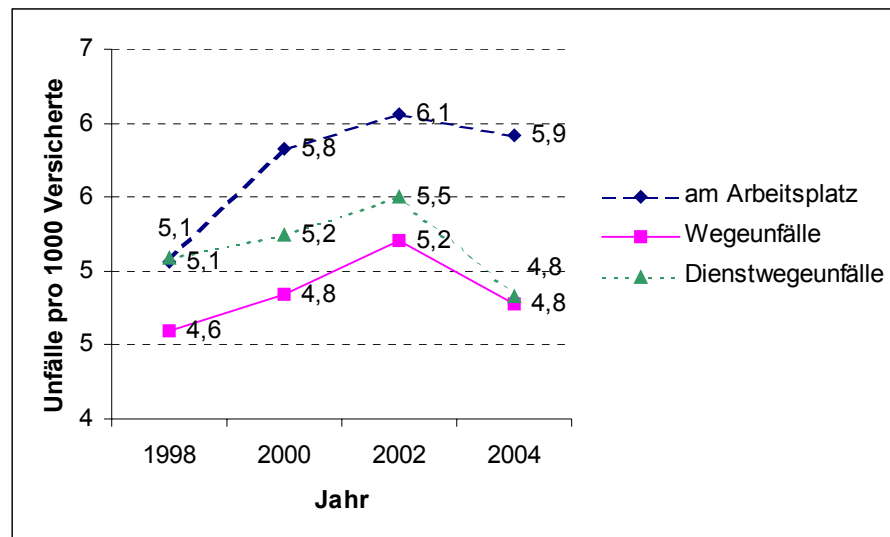
Arbeits-, Wege- und Dienstwegeunfälle kommen dabei in etwa gleich häufig vor.

**Die 1.000-Mensch-Quote**

Das individuelle Risiko für die Beschäftigten ergibt sich jedoch aus diesen Zahlen noch nicht. Um zu solchen Werten zu kommen, muss die Größe der untersuchten "Grundgesamtheiten" berücksichtigt werden. Da Unfälle in Verbindung mit einer beruflichen Tätigkeit ein eher seltenes Ereignis darstellen, wird dazu statt einer Prozentangabe die sog. 1000-Mensch-Quote gewählt.

**Die Anzahl der Unfälle pro 1000 Versicherte hat abgenommen**

In den hier betrachteten Einrichtungen der ambulanten Pflege ist die Anzahl der Arbeitsunfälle je 1000 Versicherte nach einem deutlichen Anstieg von 1998 – 2002 im Jahr 2004 wieder um 2,5 % auf 5,9 Arbeitsunfälle je 1000 Versicherte zurück gegangen. Bei den Wegeunfällen und Dienstwegeunfällen ist im Vergleich zu 2002 ein deutlicher Rückgang um 8,2 % bzw. 12,3 % zu verzeichnen (Abbildung 1).

**Abbildung 1:****Anzahl meldepflichtiger Unfälle pro 1000 Versicherte 1998-2004**

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW, Abt. Reha-Koordination



## 2. Männer und Frauen im Vergleich

Von den Unfällen waren meist Frauen betroffen: Auf einen Unfall eines Mannes kamen rund neun Arbeitsunfälle von Frauen (Tabelle 3). Dabei war der Anteil der Männer an den Arbeitsunfällen deutlich höher als ihr Anteil an den Wege- und Dienstwegunfällen.

**Unfälle betreffen meist Frauen.**

Tabelle 3: Anzahl der Arbeits-, Dienstwege- und Wegeunfälle 2004 nach Geschlecht

	Männlich		Weiblich	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Arbeitsunfälle	246	19%	1026	81%
Dienstwegunfälle	125	8%	1407	92%
Wegeunfälle	157	10%	1356	90%
Gesamt	528	12%	3789	88%

Quelle: BGW, Abt. Reha-Koordination

Berücksichtigt man jedoch, dass – so die Daten des Statistischen Bundesamtes aus der Pflegestatistik 2003 für den Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung – in der ambulanten Pflege rund 87 % aller Beschäftigten weiblich sind, scheint das Unfallrisiko für die weiblichen Beschäftigten nicht höher zu sein als für die männlichen Beschäftigten.

### 3. Das Alter der Verunfallten

Mehr als die Hälfte (54 %) aller meldepflichtigen Arbeitsunfälle passiert bei Beschäftigten zwischen 31 und 50 Jahren (Tabelle 4).

Tabelle 4: Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle in Abhängigkeit vom Alter 1998-2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004		Differenz 1998-2004
							Anzahl	Anteil	
unter 21 Jahre	115	142	144	183	141	115	133	3%	16%
21 bis 30 Jahre	1028	1102	1092	1150	1129	998	1106	22%	8%
31 bis 40 Jahre	1336	1472	1431	1453	1363	1137	1210	24%	-9%
41 bis 50 Jahre	1090	1244	1359	1480	1537	1417	1486	30%	36%
51 bis 60 Jahre	578	687	657	821	833	821	907	18%	57%
älter als 60 Jahre	74	82	77	97	102	93	121	2%	64%
Unbekannt	25	32	29	26	32	25	11	0%	-56%
Summe	4246	4761	4789	5210	5137	4606	4974	100%	17%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW, Abt. Reha-Koordination

#### Besonders deutliche Zunahme bei älteren Beschäftigten

In nahezu allen Altersgruppen ist eine Zunahme der absoluten Anzahl der Arbeitsunfälle zu verzeichnen. Besonders ausgeprägt ist diese Zunahme jedoch bei den Beschäftigten über 50 Jahre. Allerdings ist nicht genau bekannt, wie sich die Anzahl der Beschäftigten in dieser Altersgruppe in dem beobachteten Zeitraum entwickelt hat. Der Anstieg der Unfallzahlen in dieser Altersgruppe könnte also auch durch eine Zunahme der Anzahl der Beschäftigten in dieser Altersgruppe zu erklären sein.

#### Valide Risikoabschätzungen je Altersklasse sind nicht möglich.

Wie hoch das Risiko innerhalb einer Altersklasse ist und welches eventuell ein "gefährlicheres Alter" ist, lässt sich allerdings mit den vorhandenen Daten nicht sagen. Es ist nicht bekannt, wie viele Beschäftigte in den bei der BGW versicherten Einrichtungen der ambulanten Pflege in den jeweiligen Altersklassen zu finden sind.

## 4. Der “unfallauslösende Gegenstand”

Die offensichtlichste Ursache für einen Unfall ist in der Terminologie der Unfallversicherungen der unfallauslösende Gegenstand. Dieser hatte bis 2003 Gültigkeit; ab 2004 wurden neue Standards für die Erfassungsmerkmale festgelegt. Seine Betrachtung gibt jedoch weniger Hinweise auf die Ursachen der Unfälle als auf die nähere Beschreibung der Umstände. Diese Betrachtung soll für das Geschehen am Arbeitsplatz und auf dem Weg zwischen Arbeitsplatz und Wohnung getrennt vorgenommen werden.

### 4.1. Unfallauslösende Gegenstände bei Arbeitsunfällen

Tabelle 5 zeigt die Häufigkeit unfallauslösender Gegenstände bei Arbeitsunfällen. Die unfallauslösenden Gegenstände sind sehr heterogen, die Gruppe „sonstige Gegenstände“ hatte mit 28 % den größten Anteil am Unfallgeschehen, gefolgt von den durch die Beschaffenheit von Fußböden oder Gehwegen bedingten Unfällen mit 22%. Nimmt man zu dieser Gruppe noch die Unfälle auf Treppen und Podesten hinzu (21 %), so führen diese “Stolper-, Sturz- und Rutsch-Unfälle” die Statistik mit großem Vorsprung an.

Die Entwicklung der Unfallzahlen nach unfallauslösenden Gegenständen zeichnet sich über die Jahre durch eine teilweise hohe Variabilität aus. In nahezu allen Kategorien sind deutliche Rückgänge zu verzeichnen; lediglich bei den – insgesamt recht seltenen – durch Liegemöbel/Betten verursachten Unfällen kam es zu einem deutlichen Anstieg der Arbeitsunfälle um 75 %.

**“Stolper-, Sturz- und Rutsch-Unfälle” gehören zu den häufigsten Arbeitsunfällen**

**Deutlicher Anstieg nur bei durch Betten verursachte Arbeitsunfälle**

Tabelle 5: Unfallauslösende Gegenstände bei meldepflichtigen Arbeitsunfällen 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003		Differenz 1998-2003
						Anzahl	Anteil	
Fußböden, Gehwege	345	354	458	434	483	341	22%	-63%
Behandlungsgeräte, Spritzen	30	0	10	42	10	11	1%	-65%
Menschen	172	177	265	244	318	203	13%	2%
Türen, Tore	30	52	61	42	41	32	2%	-34%
Liegemöbel, Betten	30	31	51	32	21	53	3%	75%
Wasser, -dampf	20	52	31	11	31	21	1%	5%
Treppen, Podeste	253	344	316	360	318	320	21%	-28%
Scheren, Schneidewerkzeug	30	31	71	53	82	0	0%	-100%
Kisten, Kästen	0	0	10	11	41	11	1%	
PKW	30	63	31	21	62	11	1%	-99%
Motorisierte Zweiräder	0	0	0	0	0	11	1%	-43%
Fahrräder	0	0	0	0	10	0	0%	-100%
Eis, Schnee	20	42	0	32	51	96	6%	-55%
Klein-, Omnibusse	0	0	0	0	0	0	0%	-100%
Sonstige Gegenstände	345	500	418	509	482	437	28%	-19%
Gesamt	1.308	1.647	1.721	1.790	1.950	1.547	100%	-61%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW 10%-Statistik, Abt. Reha-Koordination

## 4.2. Unfallauslösende Gegenstände bei Wegeunfällen

Bei den Wegeunfällen hat es in der bedeutendsten Unfallkategorie, den PKW-Unfällen, in den Jahren von 1998 bis 2003 einen Rückgang der Unfallhäufigkeit um 12 % gegeben. Deutlich gestiegen ist hingegen die Anzahl der Fahrrad-Unfälle: Mit einem Anteil von 11 % lagen sie im Jahr 2003 mit an vorderster Stelle der unfallauslösenden Gegenstände (Tabelle 6).

**Anzahl der PKW-Unfälle ging zurück, die der Fahrrad-Unfälle stieg an.**

Tabelle 6: Unfallauslösende Gegenstände bei meldepflichtigen Wegeunfällen 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003		Differenz 1998-2003
						Anzahl	Anteil	
Fußböden, Gehwege	154	286	189	324	155	207	13%	35%
Menschen	10	10	9	31	48	41	3%	331%
Treppen, Podeste	29	31	47	91	48	52	3%	80%
Kisten, Kästen	0	0	9	0	0	10	1%	
PKW	601	789	800	799	858	784	51%	30%
Motorisierte Zweiräder	19	31	19	21	10	21	1%	9%
Fahrräder	139	112	194	125	149	165	11%	19%
Eis, Schnee	104	61	85	173	107	186	12%	79%
Klein-, Omnibusse	28	0	0	10	10	0	0%	-100%
Sonstige Gegenstände	57	83	86	81	89	83	5%	46%
Gesamt	1.139	1.403	1.440	1.655	1.475	1.549	100%	36%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW 10%-Statistik, Abt. Reha-Koordination

### 4.3. Unfallauslösende Gegenstände bei Dienstwegeunfällen

#### Anzahl der PKW-Unfälle gestiegen

Auch bei den Dienstwegeunfällen dominieren die PKW-Unfälle (40 % aller Dienstwegeunfälle); diese haben in den Jahren von 1998 bis 2003 sogar noch um 17 % zugenommen. Um nahezu ein Drittel zurück gegangen ist hingegen die Anzahl der Dienstwegeunfälle durch die Beschaffenheit von Fußböden und Gehwegen.

Tabelle 7: Unfallauslösende Gegenstände bei meldepflichtigen Dienstwegeunfällen 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003		Differenz 1998-2003
						Anzahl	Anteil	
Fußböden, Gehwege	435	413	304	362	300	294	18%	-32%
Menschen	18	30	10	40	19	31	2%	76%
Türen, Tore	18	10	21	20	29	10	1%	-45%
Wasser, -dampf	0	0	0	0	0	10	1%	
Treppen, Podeste	160	237	132	301	184	247	15%	54%
PKW	571	691	793	853	573	667	40%	17%
Motorisierte Zweiräder	0	10	11	20	31	22	1%	
Fahrräder	116	118	138	106	144	67	4%	-42%
Eis, Schnee	88	92	71	181	204	207	13%	135%
Klein-, Omnibusse	1	10	11	10	0	0	0%	-100%
Sonstige Gegenstände	141	92	92	80	88	93	6%	-34%
Gesamt	1.547	1.704	1.581	1.973	1.573	1.648	100%	7%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW 10%-Statistik, Abt. Reha-Koordination

## 5. Die verletzten Körperteile

Einen weiteren Hinweis auf die Art der meldepflichtigen Unfälle gibt ein Blick auf die Verletzungen. Zur Verfügung stehen Daten über den oder die verletzten Körperteile, wiederum getrennt aufgelistet für die drei Unfallarten.

### 5.1. Verletzte Körperteile bei Arbeitsunfällen

Tabelle 8 zeigt die am häufigsten verletzten Körperteile bei Arbeitsplatzunfällen, wobei Körperpartien zusammen betrachtet werden.

Tabelle 8: Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle nach verletzten Körperteilen 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003		Differenz 1998-2003
						Anzahl	Anteil	
Finger der Hand	244	267	307	316	267	247	16%	1%
Fuß, Sprunggelenk	347	381	480	447	470	380	24%	10%
Hand/handnahe Knochen	174	197	187	225	204	168	11%	-3%
Knie und Unterschenkel	197	192	193	220	261	223	14%	13%
Kopf und Gesicht	87	117	106	129	123	100	6%	15%
Wirbelsäule	112	126	139	134	131	119	8%	6%
sonstige Verletzungsorte	295	354	341	355	402	336	21%	14%
Gesamt	1.456	1.634	1.753	1.826	1.858	1.573	100%	8%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW, Abt. Reha-Koordination

Knapp ein Viertel aller Arbeitsunfälle mit mehr als drei Tagen Arbeitsunfähigkeit geht auf eine Verletzung des Fußes und/oder des Sprunggelenkes zurück.

**Verletzungen des Fußes / Sprunggelenkes sind am häufigsten**

Bei den meisten Körperteilen ist die Verletzungshäufigkeit in den Jahren 1998 bis 2003 gestiegen. Lediglich die Anzahl der Unfälle, bei denen die Hände, Finger und handnahen Knochen betroffen waren, sind zurück gegangen oder nahezu gleich geblieben.

**Nur Verletzungen im Handbereich haben zugenommen**

## 5.2. Verletzte Körperteile bei Dienstwegeunfällen

**Bei Dienstwegeunfällen am häufigsten Verletzungen der Wirbelsäule**

Ein völlig anderes Bild der Verletzungen zeigt sich bei den Unfällen auf dienstlichen Arbeitswegen. Am häufigsten betroffen ist hier die Wirbelsäule (Tabelle 9).

Tabelle 9: Anzahl meldepflichtiger Dienstwegeunfälle nach verletzten Körperteilen 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003		Differenz 1998-2003
						Anzahl	Anteil	
Finger der Hand	52	64	49	53	69	61	4%	17%
Fuß, Sprunggelenk	335	345	309	314	339	286	18%	-15%
Hand/handnahe Knochen	84	83	81	99	86	105	7%	25%
Knie und Unterschenkel	152	152	167	208	197	168	11%	11%
Kopf und Gesicht	128	144	132	158	119	122	8%	-5%
Wirbelsäule	449	583	549	592	536	478	30%	6%
sonstige Verletzungsorte	266	318	290	364	340	346	22%	30%
Gesamt	1466	1.689	1.577	1.788	1.686	1.566	100%	7%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW, Abt. Reha-Koordination

Insgesamt gab es von 1998 bis 2003 nur in zwei Kategorien – bei Verletzungen des Fußes / Sprunggelenks und des Kopfes / Gesichts – einen Rückgang der Unfallzahlen; in den anderen Kategorien ist ein – teils deutlicher – Anstieg zu verzeichnen.



### 5.3. Verletzte Körperteile bei Wegeunfällen

Auch bei Wegeunfällen dominieren Wirbelsäulenverletzungen das Unfallgeschehen (Tabelle 9).

**Auch bei Wegeunfällen dominieren Verletzungen der Wirbelsäule**

Tabelle 10: Anzahl meldepflichtiger Wegeunfälle nach verletzten Körperteilen 1998-2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003		Differenz 1998-2003
						Anzahl	Anteil	
Finger der Hand	31	42	45	41	59	50	3%	61%
Fuß, Sprunggelenk	151	190	186	209	206	199	14%	32%
Hand/handnahe Knochen	69	85	70	94	86	109	7%	58%
Knie und Unterschenkel	105	113	129	140	154	145	10%	38%
Kopf und Gesicht	149	135	146	159	140	130	9%	-13%
Wirbelsäule	548	588	597	644	615	513	35%	-6%
sonstige Verletzungsorte	271	285	286	309	333	321	22%	18%
Gesamt	1324	1.438	1.459	1596	1.593	1.467	100%	11%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW, Abt. Reha-Koordination

Hier ist – von niedrigem Niveau ausgehend – insbesondere bei Verletzungen im Handbereich ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen.

## 6. Die ausgeübte Tätigkeit

Deutliche Hinweise auf Unfallschwerpunkte liefert der Vergleich von Berufsgruppen resp. Tätigkeiten.

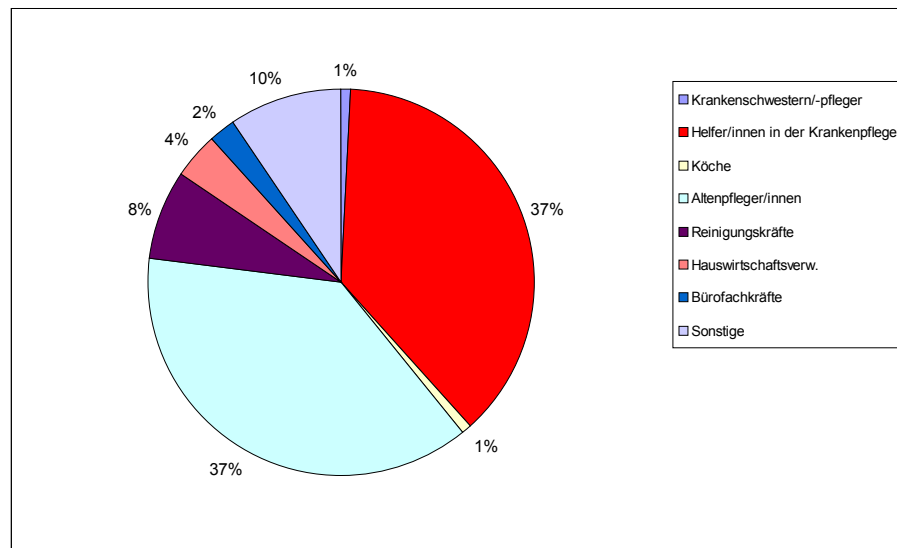
### 6.1. Arbeitsunfälle nach regelmäßig ausgeübter Tätigkeit

**Helfer/innen in der Krankenpflege und Altenpfleger/innen am häufigsten betroffen**

Die nachfolgende Abbildung 2 zeigt die am häufigsten betroffenen Personen nach ihrer "regelmäßig ausgeübten Tätigkeit": Danach machen die Unfälle von Helfer/innen in der Krankenpflege und Altenpfleger/innen die Mehrzahl aller Unfälle aus; beide Berufsgruppen sind 2003 mit jeweils 38% vertreten.

Abbildung 2:

**Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle 2003**



**Helfer/innen in der Krankenpflege sowie Altenpfleger/innen auch größte Berufsgruppen**

Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass die Helfer/innen in der Krankenpflege und die Altenpfleger/innen mit je einem Anteil von rund einem Drittel aller Beschäftigten auch die mit Abstand größten Berufsgruppen in der ambulanten Pflege sind.

Bei den Dienstwegeunfällen (Abbildung 3) und den Wegeunfällen (Abbildung 4) ist der Anteil am Unfallgeschehen bei den Helfer/innen in der Krankenpflege mit jeweils 48 % / 47 % und den Altenpfleger/innen mit 41 % / 37 % noch dominanter.

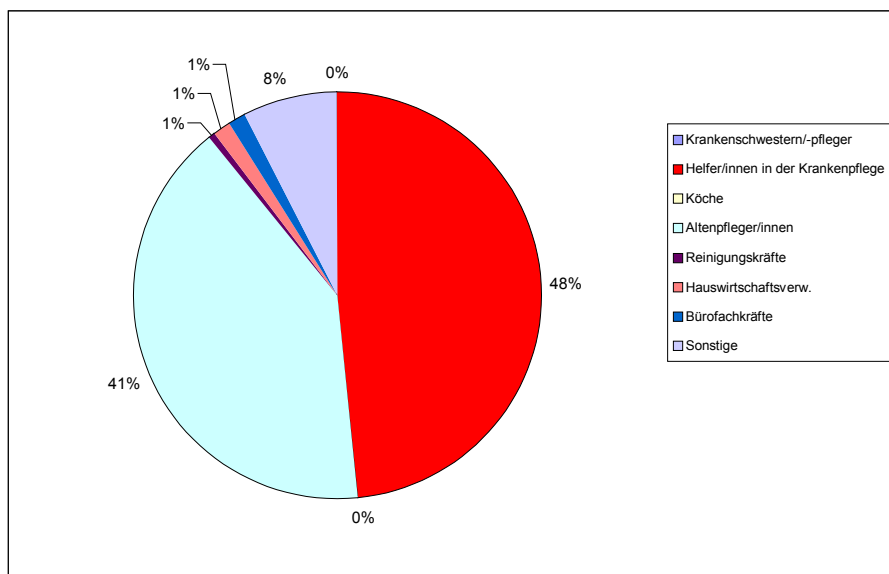


Abbildung 3:

**Anzahl meldepflichtiger Dienstwegeunfälle 2003 nach ausgeübter Tätigkeit**

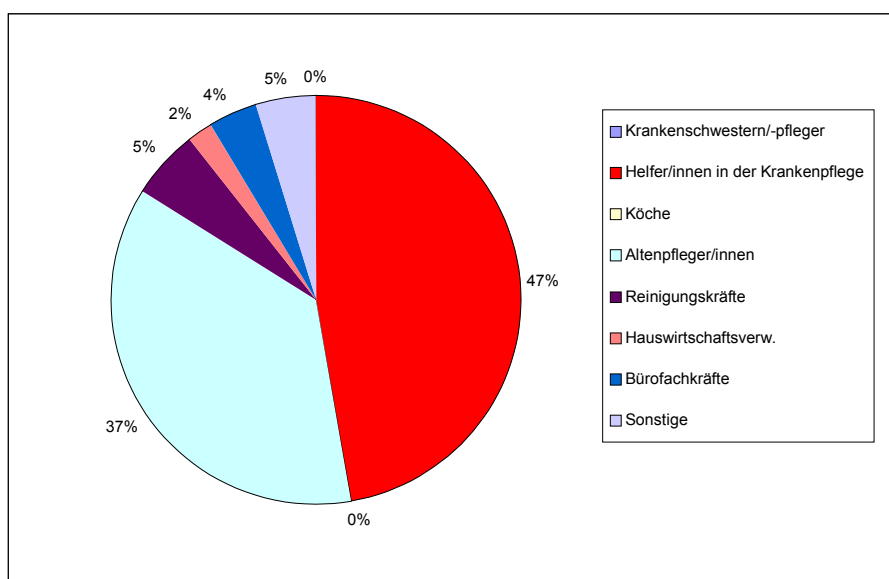
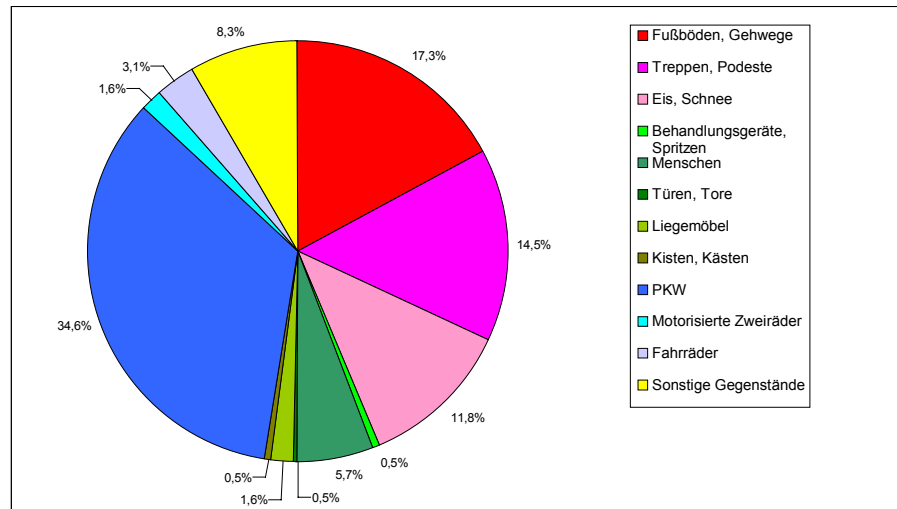


Abbildung 4:

**Anzahl meldepflichtiger Wegeunfälle 2003 nach ausgeübter Tätigkeit**

Auch die differenzierte Darstellung der Unfallursachen bei den Krankenschwestern und -pflegern (Abbildung 5) zeigt den hohen Stellenwert der Stolper-, Sturz- und Rutschunfälle, die insgesamt einen Anteil von 43,7 % an allen Arbeitsunfällen haben. Die Unfälle mit Verkehrsmitteln kommen auf einen Anteil von 39,3 %.

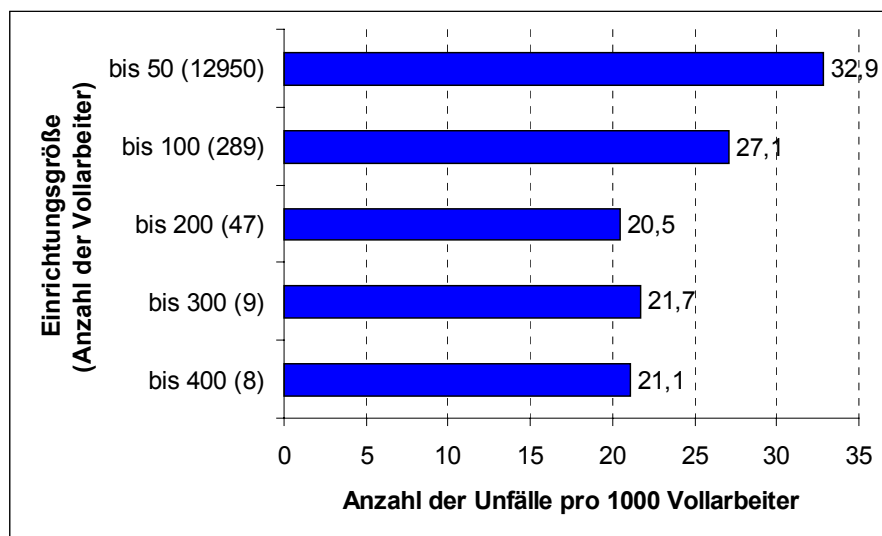
Abbildung 5:

**Arbeitsunfälle bei  
Helfer/innen in der  
Krankenpflege  
nach Gegenständen  
2003**

## 7. Die Größe der Betriebe

Auch in der ambulanten Pflege ist das Unfallrisiko in kleineren Einrichtungen höher als in größeren Einrichtungen (Abbildung 6). Allerdings machen diese größeren Einrichtungen mit mehr als 100 Mitarbeitern nur 3 % aller Einrichtungen aus.

**In kleinen Einrichtungen höheres Unfallrisiko**



**Abbildung 6:**

**Anzahl der Unfälle / 1000 Vollarbeiter nach EinrichtungsgroÙe 2003 (in Klammern: Anzahl der Einrichtungen)**

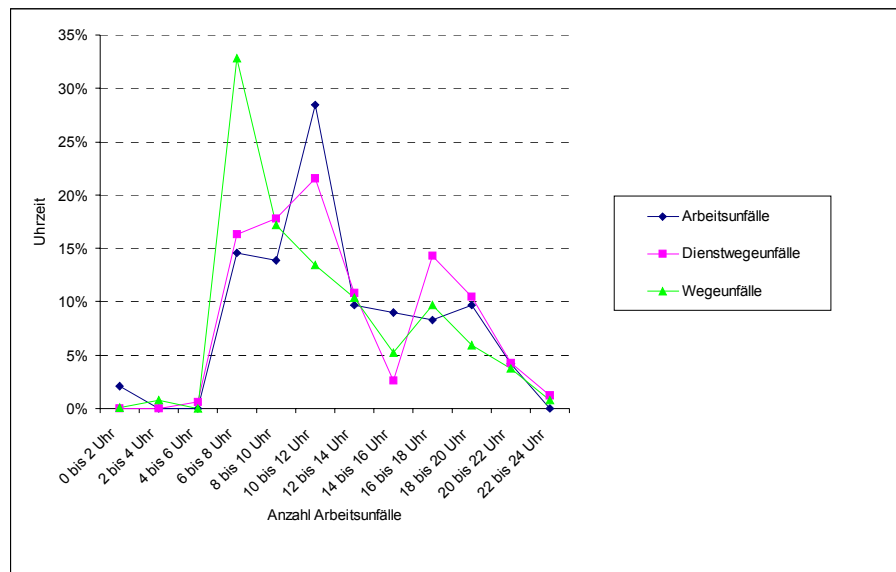
Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass nicht der Faktor Größe selbst die Unfälle reduziert, sondern die aus der Größe resultierenden Merkmale. So ist etwa in größeren Betrieben die Leitung häufiger von pflegerischen Tätigkeiten freigestellt und kann sich verstärkt um organisatorische Aufgaben kümmern. Auch werden größere Betriebe verstärkt von Sicherheitsfachkräften und Betriebsärzten betreut. Welche Faktoren jedoch genau diesen positiven Einfluss ausmachen, bleibt einer intensiveren Betrachtung vorbehalten.

## 8. Der Unfallzeitpunkt

Ein Drittel aller Wegeunfälle geschieht zwischen 6 und 8 Uhr, während Arbeitsunfälle zu nahezu 30 % zwischen 10 und 12 Uhr passieren (Abbildung 7). Insbesondere bei den Dienstwegeunfällen ist – aufgrund der Arbeitsorganisation in der ambulanten Pflege nicht verwunderlich – neben dem Vormittag ein deutlicher zweiter Höhepunkt in der Zeit von 16 bis 20 Uhr zu verzeichnen.

Abbildung 7:

**Anzahl meldepflichtiger Unfälle in Abhängigkeit von der Tageszeit nach Unfallarten im Jahr 2003**



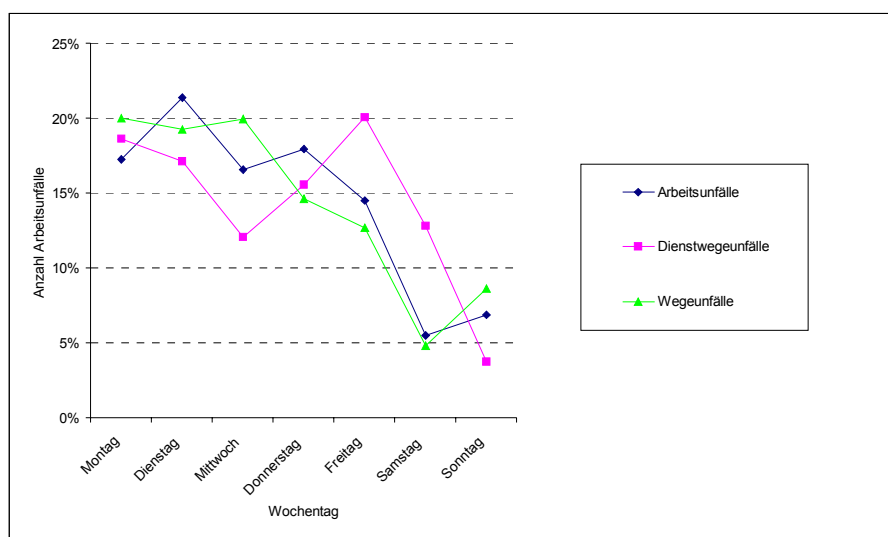
Quelle: BGW 10%-Statistik, Abt. Reha-Koordination

## 9. Der Wochentag

Alltagsmythen und moderne Märchen kennen "Montagsprodukte" wie z.B. PKWs, die am Montag gefertigt und deshalb besonders reparaturanfällig sind. Dem Montag wird eine besondere Stellung im betrieblichen Prozess zugesprochen, da das Bummeln am Wochenende dem harten Arbeitsalltag weichen muss. Hat nun der Montag auch einen Einfluss auf die Unfälle?

Wie Abbildung 8 zeigt, ist an Montagen keine besondere Häufung von Arbeitsunfällen zu verzeichnen. Auffällig ist die relative Häufigkeit von Dienstwegeunfällen am Freitag und Samstag.

**Keine besondere Häufung von Arbeitsunfällen an Montagen**



**Abbildung 8:**

**Verteilung meldepflichtiger Unfälle in Abhängigkeit vom Wochentag 2003**

Der Wochentag mit den meisten Arbeitsunfällen ist der Dienstag mit einem Anteil von 19,2 % am gesamten Unfallgeschehen, gefolgt vom Montag mit 18,6 %.

**Dienstags geschehen die meisten Arbeitsunfälle.**

## 10. Entschädigungsleistungen und neue Renten

**Im Jahr 2003 wurden Entschädigungsleistungen in Höhe von rund 14 Mio. € gezahlt**

Der Begriff "Entschädigungsleistungen" fasst begrifflich sämtliche Versicherungsleistungen zusammen, die die BGW leistet. Darunter fallen Leistungen der medizinischen Rehabilitation, der sozialen und beruflichen Rehabilitation sowie sonstige Leistungen.

Für 2003 verteilen sich die geleisteten Entschädigungen in Höhe von rund 14 Mio. € wie in Tabelle 25 dargestellt: Entschädigungsleistungen werden vorwiegend (41 %) bei Wegeunfällen gezahlt.

Tabelle 25: Entschädigungsleistungen in € nach Unfallart 2003

Unfallart	Entschädigungsleistungen 2003	Anteil
Arbeitsunfall	3.326.209,41	24%
Dienstwegeunfall	4.911.058,09	35%
Wegeunfall	5.749.481,86	41%
Gesamt	13.986.749,36	100%

Quelle: Eigene Berechnung, Basis: BGW, Abt. Reha-Koordination

**"Neue Renten":  
Unfälle mit  
schwerwiegenden  
Folgen**

Der Begriff "Neue Renten" – früher "erstmalig entschädigte Fälle" – bezeichnet die Unfälle mit schweren Folgen. Es handelt sich um anerkannte Fälle, die zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 v.H. und mehr als 26 Wochen dauern. Abbildung 9 zeigt die Zahlen für die vier betrachteten Jahre. Insgesamt ist die Anzahl der neuen Renten mit 129 im Jahr 2000 und 126 im Jahr 2003 relativ konstant geblieben. Einem Rückgang der neuen Renten bei den Dienstwegeunfällen steht allerdings ein Anstieg der neuen Renten bei Wegeunfällen gegenüber.



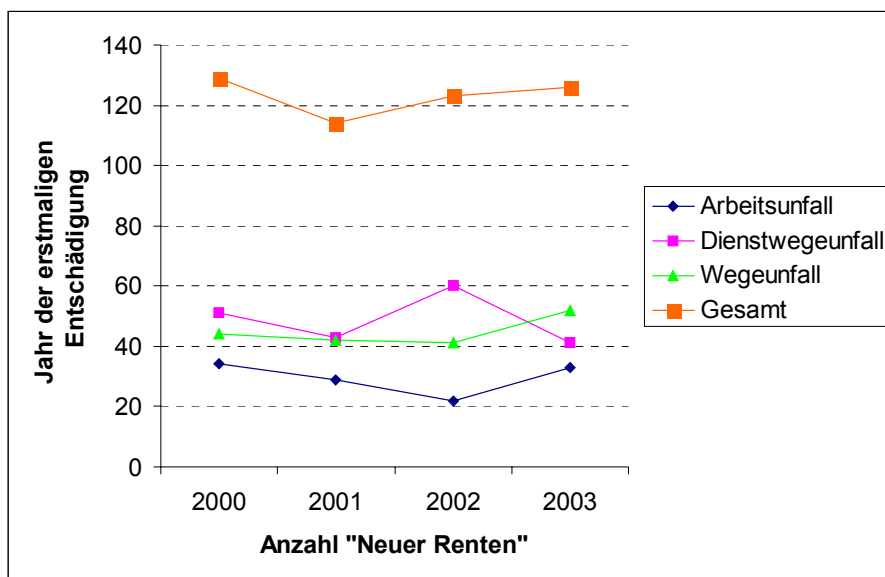


Abbildung 9:

Anzahl neuer Renten nach Unfallart 2000-2003

Quelle: BGW, Abt. Reha-Koordination

Wie die Gegenüberstellung in Abbildung 10 zeigt, sind vor allem die Wegeunfälle besonders folgenschwer: Ihr Anteil an den neuen Renten und den Entschädigungsleistungen übersteigt ihren Anteil an allen Unfällen insgesamt deutlich.

Gegenläufige Entwicklungen

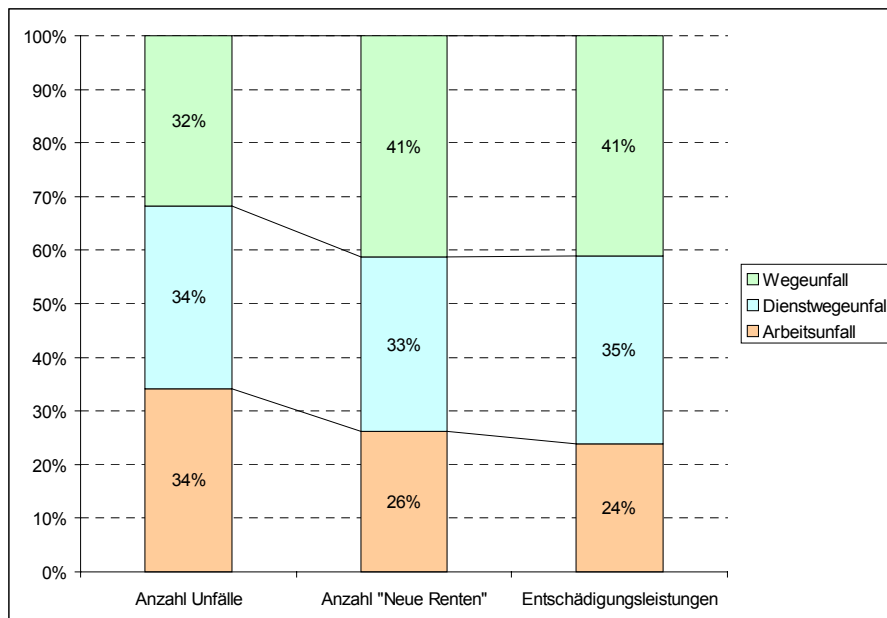


Abbildung 10:

Anteil Unfälle, neue Renten und Entschädigungsleistungen nach Unfallart 2003

## 11. Berufskrankheiten

### **Was sind Berufskrankheiten?**

Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates gem. § 9 Abs. 1 SGB VII im Rahmen einer Berufskrankheiten-Liste als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge der Ausübung einer versicherten Tätigkeit erleiden.

Nicht jede Erkrankung, die durch die Arbeit, „den Beruf“ entsteht, ist eine Berufskrankheit. Als Berufskrankheit gilt eine Erkrankung erst dann, wenn Erkenntnisse darüber vorliegen, dass sie durch besondere berufliche Einwirkungen verursacht wird, denen bestimmte Personengruppen in erheblich höherem Maße ausgesetzt sind als die übrige Bevölkerung.

Darüber hinaus können im Einzelfall auch Erkrankungen als Berufskrankheit anerkannt werden, die nicht auf der Liste der Berufskrankheiten aufgeführt sind, wenn aufgrund neuer Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft die Voraussetzungen für die Bezeichnung als Berufskrankheit vorliegen.

Bei Verdacht auf Vorliegen einer Berufskrankheit ist dies der Berufsgenossenschaft anzuzeigen. Die zuständige Berufsgenossenschaft führt daraufhin ein Verfahren durch, um festzustellen, ob die gemeldete Berufskrankheit anerkannt werden kann oder nicht.

### **Absoluter Rückgang der angezeigten Berufskrankheiten**

Die Zahl der angezeigten Berufskrankheiten ist von 1998 bis 2004 von 590 auf 512 um gut 13% zurück gegangen.

### **Absoluter Anstieg der anerkannten Berufskrankheiten**

Die Zahl der anerkannten Berufskrankheiten (berufliche Verursachung anerkannt) ist von 1998 bis 2004 deutlich von 175 auf 278 gestiegen (Abbildung 11).

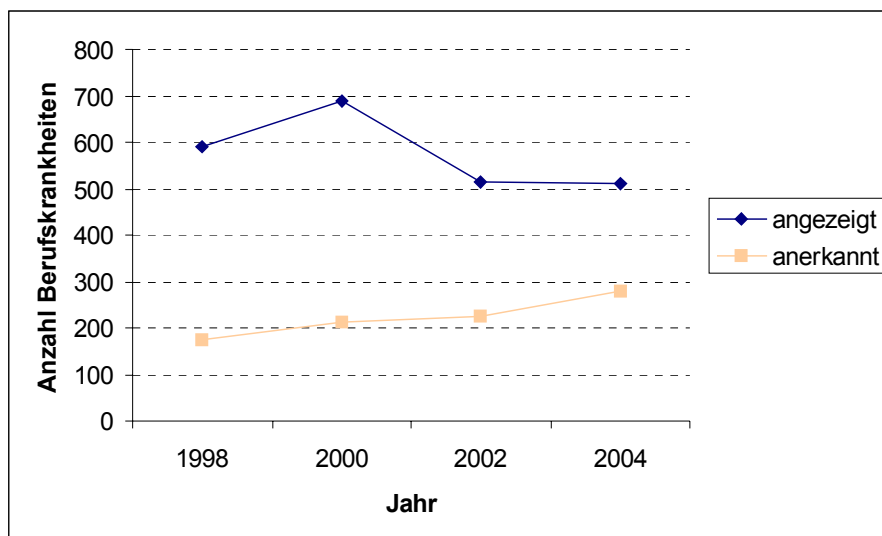


Abbildung 11:

Anzahl angezeigter und anerkannter Berufskrankheiten 1998-2004

Quelle: BGW, Abt. Reha-Koordination

Bezogen auf die Anzahl der Versicherten ist von 1998 bis 2004 ein Rückgang der angezeigten Berufskrankheiten um 22,1 % auf 1,6 Berufskrankheiten / 1000 Versicherte im Jahre 2004 zu verzeichnen. Die Anzahl der anerkannten Berufskrankheiten hingegen ist im selben Zeitraum deutlich angestiegen auf 0,9 Berufskrankheiten / 1000 Versicherten (Abbildung 12).

Rückgang angezeigter Berufskrankheiten pro 1000 Versicherte

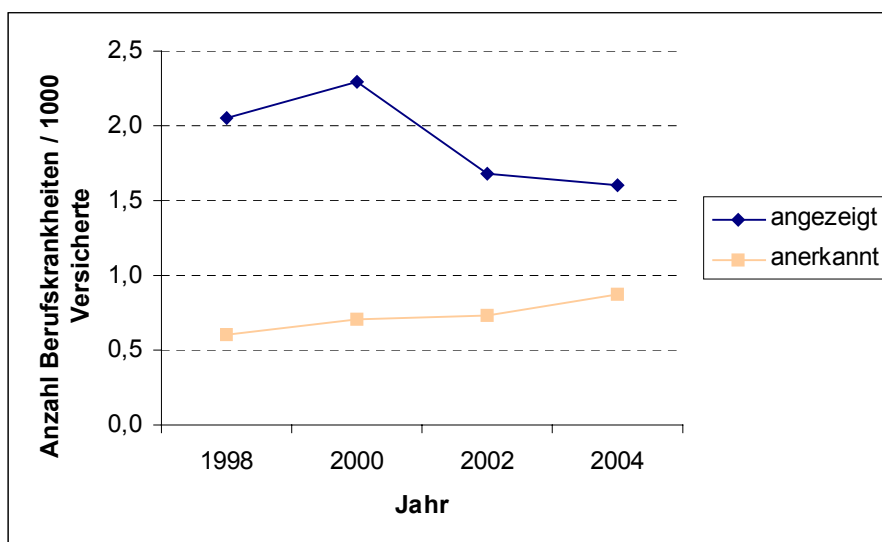


Abbildung 12:

Anzahl angezeigter und anerkannter Berufskrankheiten pro 1000 Versicherte 1998-2004

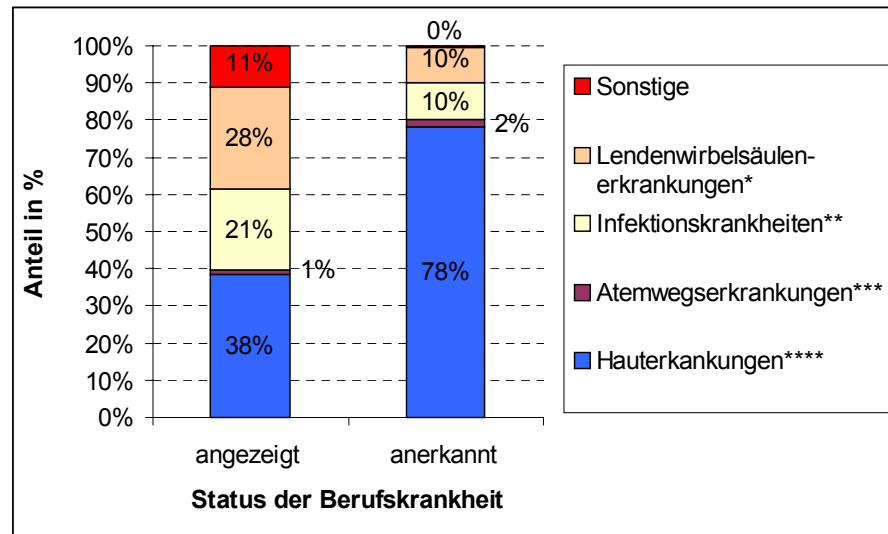
Quelle: BGW, Abt. Reha-Koordination

### Hohe Anerkennungsquote bei Hautkrankheiten

Mehr als drei Viertel aller anerkannten Berufskrankheiten sind Hauterkrankungen. Der hohe Anteil von hautbedingten anerkannten Berufskrankheiten ist auch auf die vergleichsweise hohe Anerkennungsquote zurück zu führen: Während im Jahr 2004 z. B. der Anteil der Lendenwirbelsäulenerkrankungen von 28 % bei den angezeigten auf 10 % bei den anerkannten Berufskrankheiten zurück ging, stieg der Anteil bei den hautbedingten Berufskrankheiten von 38 % auf die o.g. 78 % an (Abbildung 13).

Abbildung 13:

### Verteilung der angezeigten und anerkannten Berufskrankheiten 2004



\*\*\*\* BK 5101, \*\*\* BK 4301/4302, \*\* BK 3101, \* nur BK 2108

Quelle: BGW, Abt. Reha-Koordination

## 12. Schlussfolgerungen

In Einrichtungen der ambulanten Pflege hat die Zahl der Arbeitsunfälle bezogen auf die Anzahl der Versicherten – wie in vielen anderen Branchen auch – im Beobachtungszeitraum abgenommen. Dies kann durchaus als Indikator für eine erfolgreiche Präventionsarbeit gewertet werden.

**Rückgang der Arbeitsunfälle als Indikator für erfolgreiche Prävention**

Die Anzahl anerkannter Berufskrankheiten ist deutlich angestiegen und mehr als drei Viertel aller anerkannten Berufskrankheiten sind auf Hauterkrankungen zurückzuführen. Dies zeigt, dass in diesem Bereich verstärkte Präventionsanstrengungen notwendig sind. Entsprechende Programme der BGW (z. B. Hautschutzrucksack, Informationsbroschüren, Seminare) sollten deshalb ausgebaut werden.

**Fokus auf hautbedingte Berufskrankheiten**

Aufgrund der ambulanten Leistungserbringung unterscheidet sich auch die Verteilung der Unfallarten deutlich von dem Unfallgeschehen in Krankenhäusern: Während in Krankenhäusern Dienstwegunfälle keine Rolle spielen, sind in Einrichtungen der ambulanten Pflege jeweils ein Drittel aller Unfälle Arbeits-, Wege- oder Dienstwegunfälle.

**Spezifische Verteilung der Unfallarten**

Die große Zahl der Wege- und Dienstwegunfälle mit einem PKW ist darauf zurück zu führen, dass dies das dominante Verkehrsmittel ist. Aufgrund der Schwere dieser Unfälle (häufig Wirbelsäulenverletzungen, hohe Entschädigungsleistungen) kommt auch ihrer Prävention eine besondere Bedeutung zu. Dem Thema Verkehrssicherheit sollte deshalb besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

**PKW-Unfälle bei Wege- und Dienstwegunfällen häufig und schwerwiegend**

Stolper-, Sturz- und Rutschunfälle dominieren das Unfallgeschehen bei den Arbeitsunfällen, was insofern nicht verwundert, als alle Beschäftigten dieser Gefahr ausgesetzt sind. Dennoch kann auch hier eine Analyse der konkreten Gefährdungssituationen (rutschige Bodenbeläge, Kabel, Schwellen, ungenügend vom Schnee geräumte Wege und Flächen) vor allem auch in den Klientenwohnungen dazu beitragen, die Unfallhäufigkeit weiter zu reduzieren.

**Stolper-, Sturz- und Rutschunfälle verdienen weiterhin besondere Aufmerksamkeit**

Erfahrungsgemäß sind die Extremitäten der Beschäftigten branchenübergreifend einem erhöhten Verletzungsrisiko ausgesetzt. Die bei Unfällen am häufigsten verletzten Körperteile von Beschäftigten in der ambulanten Pflege waren der Fuß und das Sprunggelenk. Im Vergleich dazu überwogen etwa in Krankenhäusern die Verletzungen im Handbereich. Insofern sollten Präventionsmaßnahmen in Einrichtungen der ambulanten Pflege auch andere Schwerpunkte setzen als in Krankenhäusern.

**Fuß und Sprunggelenk besonders unfallgefährdet**



---

# **DAK-BGW**

## **Gesundheitsreport 2006**

### **Ambulante Pflege – Teil 3**

#### **Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten von Pflegekräften in der ambulanten Pflege**

**Ergebnisse einer Auswertung von DAK-Daten  
des Jahres 2004**

---





## **Inhalt von Teil 3**

<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>131</b>
<b>Einleitung .....</b>	<b>133</b>
<b>1 In ambulanten Diensten beschäftigte DAK-Mitglieder im Jahr 2004 .....</b>	<b>137</b>
<b>2 Arbeitsunfähigkeiten 2004 im Vergleich .....</b>	<b>142</b>
<b>3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten.....</b>	<b>160</b>
<b>4 Arbeits- und Wegeunfälle .....</b>	<b>171</b>
<b>5 Schlussfolgerungen .....</b>	<b>173</b>
<b>Anhang I: Erläuterungen zu Begriffen und zur Methode .....</b>	<b>175</b>
<b>Anhang II: Tabellen.....</b>	<b>179</b>



## Zusammenfassung

Im Jahr 2004 betrug der Gesamtkrankenstand der DAK-versicherten Pflegekräfte in der ambulanten Pflege 3,5 %. Das entspricht 1.274 krankheitsbedingten Ausfalltagen pro 100 Versichertenjahre. Damit lag der Krankenstand in der ambulanten Pflege über dem Gesamtwert aller DAK-Versicherten in Höhe von 3,2 % .

**Gesamtkrankenstand**

Die Betroffenenquote betrug 49,9 %. Folglich lag im Jahr 2004 für 51,1 % der Pflegenden keine einzige Arbeitsunfähigkeitsmeldung vor. Die Betroffenenquote in der ambulanten Pflege ist deutlich höher als der Bundesdurchschnitt von 44,3 %.

**Betroffenenquote**

Mit 104,1 AU-Fällen je 100 Versichertenjahre waren die Pflegekräfte kaum häufiger krank als die in anderen Branchen und Berufsgruppen tätigen DAK-Mitglieder (100,4 AU-Fälle je 100 Versichertenjahre).

**Fallhäufigkeit**

Die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung betrug 2004 bei den Pflegekräften ambulanter Dienste 12,2 Tage und war damit höher als die durchschnittliche Falldauer aller DAK-Mitglieder von 11,5 Tagen.

**Falldauer**

Der erhöhte Krankenstand der DAK-Versicherten in der ambulanten Pflege lässt sich auf zwei Faktoren zurückführen: Der Anteil überhaupt von Krankheit betroffener Personen ist höher und die einzelnen Krankheitsepisoden dauern im Durchschnitt länger.

Über die Hälfte des Gesamtkrankenstands (54,8 %) wird durch Muskel-Skelett-Erkrankungen, Verletzungen sowie Erkrankungen der Atmungsorgane verursacht. Psychische Erkrankungen, Erkrankungen des Verdauungssystems sowie Krankheiten des Kreislaufsystems sind für weitere 22,6 % des Krankenstandes verantwortlich.

**Die wichtigsten Krankheitsarten**

Auffällig ist die hohe Zahl von krankheitsbedingten Ausfalltagen wegen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und psychischer Erkrankungen:

Während im Bundesdurchschnitt auf 100 ganzjährig versicherte DAK-Mitglieder 261,6 AU-Tage wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen kommen, sind es in der ambulanten Pflege 277,1 Tage. Wegen Diagnosen aus dem Spektrum psychischer Erkrankungen treten 139,6 Ausfalltage auf. Der DAK-Gesamtwert liegt 26,6 Tage darunter.

**Besonders auffällig: Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Erkrankungen**

Verletzungen haben einen Anteil von 16,7 % am Gesamtkrankenstand. 29,6 % der AU-Tage aufgrund von Verletzungen entfielen auf Arbeits- und Wegeunfälle.

**Die Bedeutung von Unfällen für das AU-Geschehen**

Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse aus der schriftlichen Befragung (vgl. Teil 1) lassen sich die Ergebnisse der Arbeitsunfähigkeitsanalyse wie folgt interpretieren:

**Interpretation vor dem Hintergrund der Ergebnisse aus der schriftlichen Befragung**

Die Arbeit von Pflegekräften in der ambulanten Pflege ist mit erheblichen Belastungen der Wirbelsäule, insbesondere durch Hebe- und Tragetätigkeiten, verbunden. Insgesamt 77,2 % der Befragten geben an, unter mäßigen oder starken Kreuz- oder Rückenschmerzen zu leiden. Über Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich leiden 72 % mäßig oder stark. Insofern überrascht es nicht, dass in der ambulanten Pflege die Zahl der Fehltage wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen über dem DAK-Durchschnitt liegt.

Der hohe Anteil psychischer Erkrankungen kann im Zusammenhang mit organisationsbedingten psychischen Belastungen gesehen werden: 66,8 % stehen oft oder sehr oft unter Zeitdruck, 54,3 % können häufig ihre Pausen nicht einhalten, und 42,0 % haben oft den Eindruck, unter Leistungsdruck zu stehen. All dies kann zu Erschöpfungszuständen und vermehrten Erkrankungen führen.

**Fazit**

Die Arbeitsunfähigkeitsanalyse bestätigt, dass es sich bei den Pflegekräften in der ambulanten Pflege um eine gesundheitlich überdurchschnittlich belastete Berufsgruppe handelt. Besondere Aufmerksamkeit sollte den älteren Beschäftigten sowie auch den Helferinnen und Helfern der Krankenpflege gewidmet werden, die im Vergleich zu Krankenschwestern und -pflegern sowie zu Sozialpflegerinnen und Sozialpflegern durch erhöhte Krankenstandswerte auffallen.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt sind es insbesondere die älteren Pflegekräfte, die durch erhöhte Krankenstandswerte auffallen. Altersspezifische Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie einer belastungsorientierten Aufgabenverteilung und Laufbahngestaltung könnten diesem Trend entgegen wirken.

## Einleitung

Die DAK ist mit bundesweit 4,8 Millionen Versicherten eine der größten Krankenkassen Deutschlands. Neben den jährlich veröffentlichten DAK-Gesundheitsreports über die Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens aller erwerbstätigen DAK-Mitglieder werden regelmäßig spezielle Analysen zu bestimmten Berufsgruppen oder Branchen vorgelegt.

Im Jahr 2000 wurde erstmals der in Kooperation von DAK, BGW und IGES erstellte Gesundheitsreport Krankenpflege vorgelegt. Im Jahr 2001 folgte der Gesundheitsreport Altenpflege, der repräsentative Daten zu den Arbeitsbedingungen und der gesundheitlichen Situation von Pflegekräften in der stationären Altenpflege lieferte. Die DAK versichert traditionell sehr viele Beschäftigte im Gesundheitswesen und ist daher in der Lage, ein repräsentatives Bild der Gesundheit der Beschäftigten zu zeichnen.

Bereits die ersten DAK-BGW-Krankenpflegereporte der Jahre 2000 und 2001 haben gezeigt, dass es sich bei Pflegekräften in Krankenhäusern und stationären Altenpflegeeinrichtungen um eine gesundheitlich besonders stark belastete Berufsgruppe handelt. Ziel des "DAK-BGW Gesundheitsreports 2006 – Ambulante Pflege" ist es, aufzuzeigen, wie sich die Situation in der ambulanten Pflege darstellt.

In Teil 1 des Berichts wurden auf der Grundlage einer repräsentativen Mitarbeiterbefragung Arbeitsbelastungen und gesundheitliche Beschwerden von Pflegekräften, die in ambulanten Diensten arbeiten, identifiziert. In Teil 2 wurden die Unfalldaten der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege analysiert. Teil 3 des Berichts ergänzt diese Ergebnisse um eine Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens aller DAK-versicherten Pflegekräfte, die in ambulanten Diensten beschäftigt sind. Diese Analysen basieren vorrangig auf der Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2004 und in Teilen auch auf den Daten des Vorjahres.

Die Ursachen für krankheitsbedingte Fehlzeiten sind vielfältig. Sie können im individuellen Bereich, im sozialen Umfeld oder in der Arbeitswelt liegen. Durch die Analyse der Arbeitsunfähigkeiten werden weitergehende Informationen zu Krankheitsschwerpunkten der Versicherten gewonnen.

Der "DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege" soll die betrieblichen Akteure in ihrem Engagement für die Förderung des Wohlbefindens und der Gesundheit der Beschäftigten vor dem Hintergrund einer sich wandelnden Arbeitswelt unterstützen und mit dazu beitragen, die Gesundheit der Beschäftigten in der ambulanten Pflege zu erhalten und krankheitsbedingte Fehlzeiten zu senken.

## Was Sie auf den folgenden Seiten erwartet

- Kapitel 1:  
Datenbasis der  
Arbeitsunfähigkeitsanalyse**
- Das erste Kapitel beschreibt, auf welcher Datengrundlage die Arbeitsunfähigkeitsanalyse beruht: DAK-Versicherte ausgewählter Berufsgruppen, die in ambulanten Pflegediensten beschäftigt sind. Zugleich wird die Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht dargestellt.
- Kapitel 2:  
Arbeitsunfähigkeiten im Überblick**
- Kapitel 2 stellt die wichtigsten Kennzahlen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens des Jahres 2004 im Überblick dar. Sie erfahren beispielsweise, wie hoch der Krankenstand war, wie viele Erkrankungsfälle beobachtet wurden und zu welchem Anteil die in der ambulanten Pflege beschäftigten Pflegekräfte (DAK-Mitglieder) von krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeiten betroffen waren.
- Kapitel 3:  
Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten**
- Im dritten Kapitel geht es um die medizinischen Hintergründe des Krankenstandes. Die Arbeitsunfähigkeiten werden nach Krankheitsarten aufgeschlüsselt. Die Auswertung beruht auf den medizinischen Hauptdiagnosen, die von den Ärzten auf den AU-Bescheinigungen vermerkt wurden.
- Kapitel 4:  
Arbeits- und Wegeunfälle**
- Ergänzend zu Teil 2 dieses Berichts wird der Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den bei der DAK registrierten Krankheitsfällen dargestellt.
- Kapitel 5:  
Schlussfolgerungen**
- Der Berichtsteil der Arbeitsunfähigkeitsanalyse für Pflegekräfte in ambulanten Diensten endet mit den Schlussfolgerungen der DAK und der BGW.

## Weitere Hinweise und Erläuterungen

- Anhang I:  
Erläuterungen**
- Erläuterungen zu immer wieder auftauchenden Fachbegriffen sowie zur Berechnung der wichtigsten verwendeten Kennzahlen finden Sie im Anhang I. Ferner wird dort das allgemeine methodische Vorgehen erklärt, wie beispielsweise das Standardisierungsverfahren.

## Ergänzende Tabellen

Übersichtstabellen über die Verteilung des AU-Geschehens auf die Krankheitsarten des Jahres 2004 finden interessierte Leserinnen und Leser in Anhang II

Die DAK veröffentlichte bereits im Mai 2004 den "DAK-Gesundheitsreport 2004", dem eine Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens 2004 aller DAK-Versicherten zu Grunde liegt. An einigen Stellen dieses Berichts werden die Werte für Pflegekräfte in der ambulanten Pflege im Vergleich zum Gesamtwert aller DAK-Versicherten betrachtet.

Für viele Leserinnen und Leser wird es zudem von Interesse sein, sich ein umfassenderes Bild von der Krankenstandsentwicklung in der Bundesrepublik zu machen. Dies wurde bislang durch unterschiedliche methodische Vorgehensweisen der Krankenkassen bei der Erstellung ihrer Gesundheitsberichte erschwert.

Auf der Ebene der Ersatzkassen sind einheitliche Standards für die Gesundheitsberichterstattung festgelegt worden. Die vorliegenden Daten können daher unmittelbar mit den Zahlen in Berichten anderer Ersatzkassen und selbstverständlich auch mit allen bisher veröffentlichten DAK-Gesundheitsreports verglichen werden.

Voraussetzung für Vergleiche zwischen Mitgliederkollektiven mehrerer Krankenversicherungen ist die Bereinigung der Zahlen um den Einfluss unterschiedlicher Alters- und Geschlechtsstrukturen. Dies wird durch eine *Standardisierung* der Ergebnisse auf eine einheitliche Bezugsbevölkerung erreicht. Die vorliegenden Analysen wenden dabei – ebenso wie die anderen Ersatzkassen - das Verfahren der direkten Standardisierung auf die Erwerbsbevölkerung der Bundesrepublik an.

Andere Krankenkassen (z.B. AOK, BKK) verwenden abweichende Standardisierungsverfahren, weshalb Vergleiche nur eingeschränkt möglich sind.

**Anhang II:  
Tabellen**

**Die Gesundheits-  
berichte der  
Ersatzkassen  
basieren auf  
einem gemeinsa-  
men Standard**





## 1 In ambulanten Diensten beschäftigte DAK-Mitglieder im Jahr 2004

Ausgangspunkt der Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens in der ambulanten Pflege sind die erwerbstätigen Mitglieder der DAK mit Krankengeldanspruch, die im Jahr 2004 nach der DAK vorliegenden Informationen (Betriebsnummer des Arbeitgebers) in einem ambulanten Pflegedienst beschäftigt waren und bei denen in den „Angaben zur Tätigkeit“ (gemäß DEÜV) der Berufsgruppenschlüssel „Krankenschwester/-pfleger, Hebammen/ Entbindungspfleger“ (853), „Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege“ (854) oder „Sozialarbeiter/innen, Sozialpfleger/innen“ (861) angegeben war.<sup>a</sup> Über den Berufsgruppenschlüssel 861 werden die examinierten Altenpflegerinnen und Altenpfleger sowie die Helferinnen und Helfer in der Altenpflege erfasst.

Die Berufsgruppe der „Sozialarbeiter/innen, Sozialpfleger/innen“ (861) ist sehr breit angelegt. Neben Altenpfleger/innen und Helfer/innen der Altenpflege werden in dieser Gruppe weitere sozialpflegerische Berufe sowie auch Abschlüsse in der Sozialarbeit zusammengefasst. Dies bedeutet, dass im vorliegenden Bericht die Berufsordnung „Sozialarbeit, Sozialpflege“ nicht näher für die Berufsgruppe „Altenpflege“ eingegrenzt werden kann. Die hierzu erforderlichen vierstelligen Berufsgruppenkennziffern werden nicht erfasst. Aufgrund dieser Unschärfe werden in Bezug auf die Kennziffern des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens die Krankenschwestern und -pfleger sowie die Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege mit Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter resp. Sozialpflegerinnen und Sozialpfleger verglichen.

Der besseren Lesbarkeit halber wird im vorliegenden Bericht bezüglich der Berufsgruppe 861 nur noch von Sozialpflegerinnen und Sozialpflegern und bei Berücksichtigung aller drei Berufsgruppen einfach nur von Pflegenden oder Pflegekräften die Rede sein.

Der von BGW und DAK gemeinsam vorgelegte „Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege“ ist eine Novität. Der Bereich der ambulanten Pflege ist in der Reihe der „BGW-DAK Pflegereports“ bisher nicht explizit thematisiert worden, wodurch ein Vergleich mit Vorläuferberichten entfällt. Alternativ wird für eine bessere Einschätzung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens in der ambulanten Pflege im Jahr 2004 ein Vergleich zum Vorjahr 2003 bezüglich ausgewählter Kennziffern des Krankenstands vorgenommen. Des Weiteren werden die ausgewählten drei Berufsgruppen miteinander verglichen.

**Datenbasis der Arbeitsunfähigkeitsanalyse**

**Der „DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege“ enthält einen Jahres- und einen Berufsgruppenvergleich**

<sup>a</sup> Die Nummerierung entspricht der „Klassifizierung für Berufe“ der Bundesanstalt für Arbeit von 1998.

An den Stellen, wo es inhaltlich sinnvoll erscheint, werden Bezüge zu den Ergebnissen der in Teil 1 vorgestellten Befragung von DAK-versicherten Pflegekräften in der ambulanten Pflege sowie zur Analyse des Unfallgeschehens (Teil 2) hergestellt.

Die in diesem Report präsentierten Analysen berücksichtigen alle Angehörigen der drei ausgewählten Berufsgruppen, die in den Jahren 2003 und 2004 in einem ambulanten Dienst beschäftigt und wenigstens einen Tag Mitglied der DAK waren sowie im Rahmen ihrer Mitgliedschaft Anspruch auf Krankengeldleistungen der DAK hatten. Für diesen Personenkreis erhält die DAK die ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen.

#### Gründe für Untererfassung von AU-Fällen bei den Krankenkassen

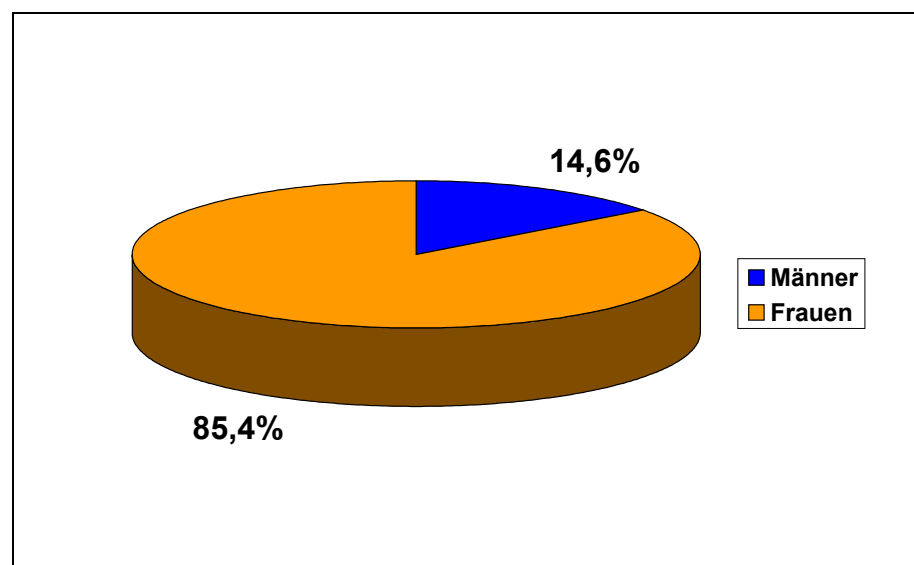
Allerdings ist zu beachten, dass nur diejenigen krankheitsbedingten Ausfalltage in die Auswertung einfließen, für die der DAK Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorlagen. Nicht alle Arbeitsunfähigkeitsfälle werden der DAK gemeldet. Auch kann es bei kürzeren Erkrankungen von bis zu drei Tagen Dauer zu Untererfassungen kommen, weil viele Betriebe erst ab dem dritten Krankheitstag ein ärztliches Attest verlangen. Weitergehende Analysen zeigen jedoch, dass diese Untererfassung der sehr kurzen Fehlzeiten keinen nennenswerten Einfluss auf die Höhe des Krankenstands hat.

Die DAK versichert aufgrund ihrer historischen Entwicklung sehr viele weibliche Beschäftigte in typischen Frauenberufen wie z.B. im Handel, in Büros, Verwaltungen und auch im Gesundheitswesen, was eine breite und repräsentative Datengrundlage garantiert. Im Jahr 2004 setzen sich die DAK-Mitglieder insgesamt aus 37 % Männern und 63 % Frauen zusammen.

Abbildung 1 zeigt die Zusammensetzung der in ambulanten Diensten beschäftigten Pflegenden in Bezug auf das Geschlecht.

Abbildung 1:

Pflegekräfte in ambulanten Diensten nach Geschlecht im Jahr 2004

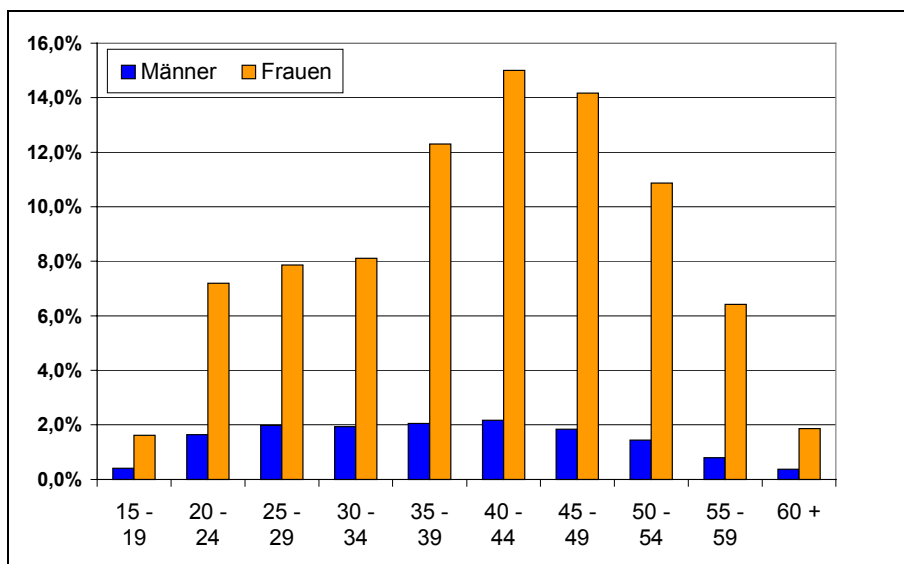


Quelle: DAK AU-Daten 2004

Die Angaben für das Jahr 2004 basieren auf Daten von etwa 23.000 Pflegekräften, die Mitglied der DAK und in einem ambulanten Dienst beschäftigt waren (2003: 25.400 Pflegekräfte). Sie setzen sich zu 85,4 % aus Frauen und zu 14,6 % aus Männern zusammen (2003: 84,6 Frauen, 15,4 % Männer).

Nicht alle Mitglieder waren über das Jahr 2004 bei der DAK versichert. Rechnet man die 23.065 Pflegekräften in ambulanten Diensten auf "ganzjährig versicherte Mitglieder" um, ergeben sich für das Jahr 2004 etwa 21.264 *Versichertenjahre* (2003: 22.421 Versichertenjahre). Viele der folgenden Auswertungen zeigen die Krankenstandswerte "pro 100 Versichertenjahre".

Abbildung 2 zeigt die Zusammensetzung der DAK-versicherten Pflegenden in ambulanten Diensten nach Alter und Geschlecht. Hier zeigt sich ein für den Tätigkeitsbereich Pflege typisches Bild: In allen Altersgruppen liegt der Frauenanteil deutlich über dem Männeranteil.



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Der Vergleich der Altersstruktur der Pflegekräfte in der ambulanten Pflege mit allen DAK-Mitgliedern zeigt folgende Unterschiede: Der Anteil der über 50-Jährigen ist bei den Pflegenden höher. Hingegen sind 15 bis 19-Jährige in dieser Mitgliedergruppe unterproportional vertreten. Noch deutlicher sind die Geschlechtsunterschiede in der ambulanten Pflege: Da Pflege ein typischer Frauenberuf ist, sind im Vergleich zum DAK-Durchschnitt ab 20-24 Jahren in allen Altersgruppen Frauen überproportional vertreten.

2004 lag die Spitze der Altersstruktur bei den Frauen mit einem Anteilswert von 15 % in der Gruppe der 40-45 Jährigen. Gegenüber dem Jahr 2003 stieg das Durchschnittsalter (rechnerisches Mittel) der Pflegenden auf 40,1 Jahre an (2003: 39,9 Jahre).

**Rund 85 % der in ambulanten Diensten beschäftigten Pflegekräfte sind Frauen**

**Viele Kennwerte werden "pro 100 Versichertenjahre" angegeben**

**Abbildung 2:**

**Zusammensetzung der in ambulanten Diensten beschäftigten Pflegekräfte nach Alter und Geschlecht im Jahr 2004**

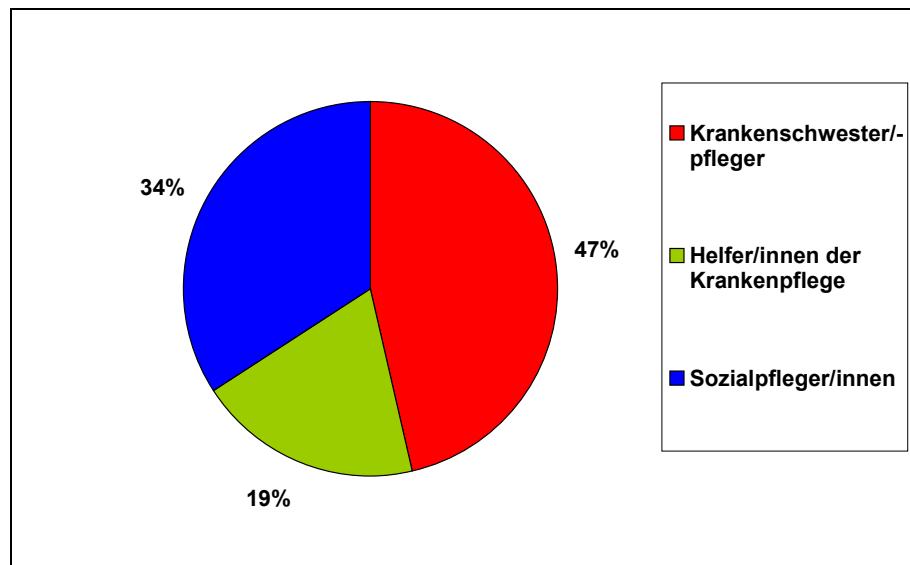
**Mehr ältere Beschäftigte und ein höherer Frauenanteil im Vergleich zum DAK-Durchschnitt**

Dies ist auf eine stärkere Besetzung in den oberen Altersgruppen im Jahr 2004 zurückzuführen. Zugleich impliziert dieser Wert auch ein höheres Berufsalter (vgl. hierzu Teil 1).

Um zu verhindern, dass Besonderheiten der soziodemographischen Zusammensetzung die Vergleiche zwischen den Pflegenden und den DAK-Mitgliedern insgesamt verzerren, werden die Daten auf eine einheitliche Bezugsbevölkerung (Erwerbstätige der Bundesrepublik) standardisiert (vgl. die Erläuterungen im Anhang). Abbildung 3 zeigt die Zusammensetzung der in ambulanten Diensten beschäftigten Pflegekräfte nach Berufsgruppen im Jahr 2004.

**Abbildung 3:**

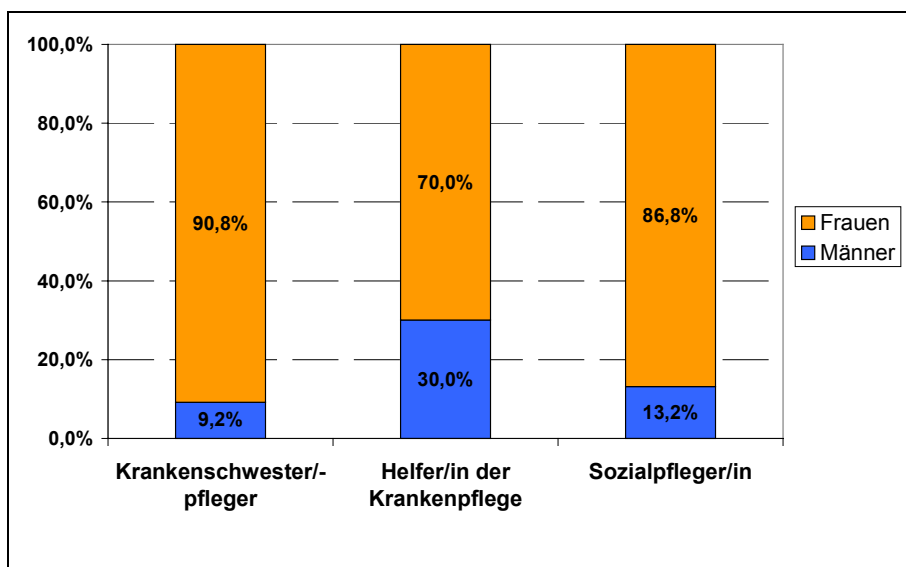
**Zusammensetzung der in ambulanten Diensten beschäftigten Pflegekräfte nach Berufsgruppen im Jahr 2004**



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Annähernd 50 % der DAK-Versicherten in der ambulanten Pflege haben einen Berufsabschluss in der Krankenpflege. 34 % arbeiten als Altenpfleger/innen und 19 % weisen eine Qualifikation als Helfer/in in der Krankenpflege auf. Die Verteilung nach Berufsgruppen für das Jahr 2003 entspricht weitestgehend der Verteilung des Jahres 2004.

Abbildung 4 zeigt die Zusammensetzung der in ambulanten Diensten beschäftigten Pflegekräfte nach Berufsgruppen und Geschlecht für das Jahr 2004.



**Abbildung 4:**  
**Zusammensetzung der in ambulanten Diensten beschäftigten Pflegekräfte nach Berufsgruppen und Geschlecht im Jahr 2004**

Quelle: DAK AU-Daten 2004

Setzen sich die DAK-versicherten Pflegekräfte in ambulanten Diensten zu 85,4 % aus Frauen und zu 14,6 % aus Männern zusammen (vgl. Abb. 1), so zeigt die Differenzierung nach Berufsgruppen ein anderes Bild. Krankenpfleger (9,2 %) und Sozialpfleger (13,2 %) sind im Vergleich zu Helfern in der Krankenpflege (30,0 %) unterproportional vertreten. Gegenüber dem Jahr 2003 unterscheidet sich die Berufsgruppenverteilung nur geringfügig.

## 2 Arbeitsunfähigkeiten 2004 im Vergleich

### 2.1 Der Krankenstand

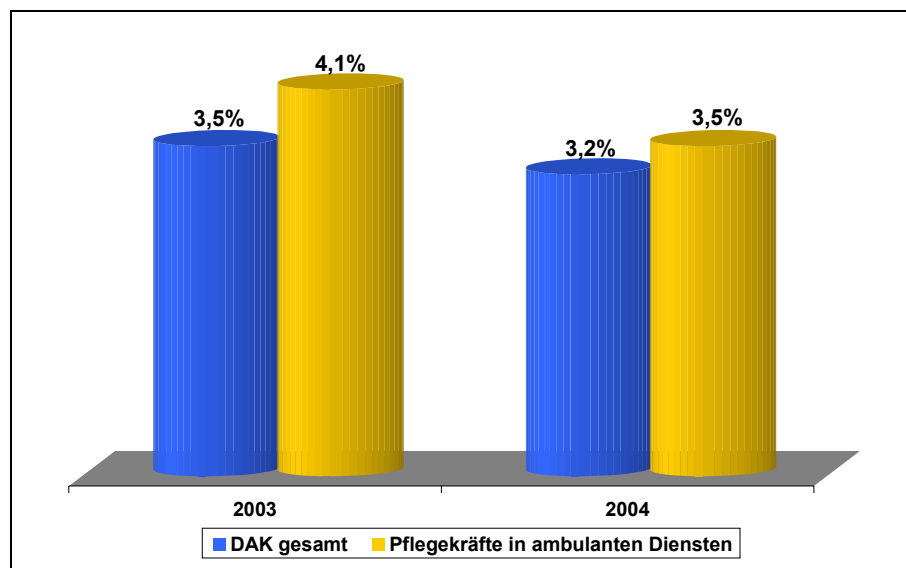
Die wichtigste statistische Kenngröße für die Beschreibung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens ist der Krankenstand. Dieser Indikator zeigt an, wie viel Prozent der Beschäftigten an jedem Kalendertag durchschnittlich arbeitsunfähig erkrankt waren.

**Krankenstand  
2004: 3,5 %**

2004 betrug der Krankenstand in der ambulanten Pflege 3,5 %. Mit anderen Worten: An jedem Kalendertag des Jahres fehlten 3,5 % der DAK-versicherten Pflegenden in der ambulanten Pflege aufgrund von Krankheit. Der Krankenstand aller DAK-Versicherten lag 2004 mit 3,2 % um 0,3 Prozentpunkte niedriger. Abbildung 5 zeigt den Krankenstandswert der Pflegenden im Vergleich zum DAK-Gesamtwert.

Abbildung 5:

**Krankenstand der  
in ambulanten  
Diensten  
beschäftigten  
Pflegekräfte im  
Vergleich zu den  
DAK-  
Gesamtwerten für  
die Jahre 2003  
und 2004**



Quelle: DAK AU-Daten 2004

**Stärkerer Rückgang des Krankenstands der in ambulanten Diensten beschäftigten Pflegekräfte**

Gegenüber 2003 ist der Krankenstand in der ambulanten Pflege um 0,6 Prozentpunkte gesunken. Dies spiegelt den allgemein rückläufigen Trend wider. Dennoch liegt 2004 der Krankenstand in der ambulanten Pflege 0,3 Prozentpunkte über dem DAK-Krankenstand, was auf die besondere Schwere der Arbeit zurückgeführt werden kann. Der Krankenstand in der ambulanten Pflege liegt zwar über dem Krankenstand aller DAK-Versicherten, jedoch hat sich die Differenz um 0,3 Prozentpunkte halbiert. Der deutlichere Rückgang des Krankenstands in der ambulanten im Vergleich zu allen DAK-Versicherten kann u. a. auf verbesserte Arbeitsbedingungen durch

Präventionsprogramme sowie auch auf eine höhere Angst vor Arbeitsplatzverlust aufgrund des zunehmenden wirtschaftlichen Drucks in der ambulanten Pflege zurückgeführt werden (vgl. Teil 1).

Abbildung 6 zeigt den Krankenstand der in ambulanten Diensten beschäftigten Pflegekräfte differenziert nach Berufsgruppen und für die Jahre 2003 und 2004.

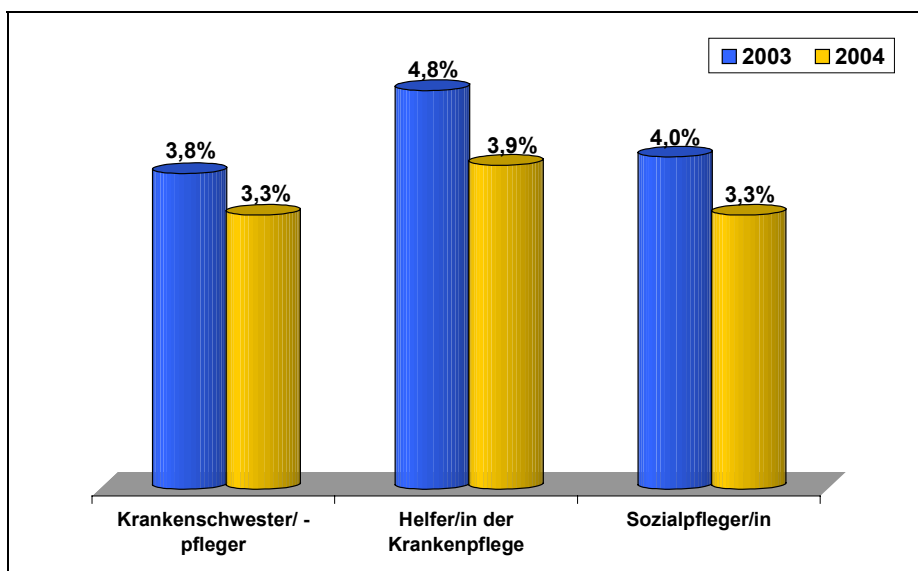


Abbildung 6:

**Krankenstand der in ambulanten Diensten beschäftigten Pflegekräfte differenziert nach Berufsgruppen für die Jahre 2003 und 2004**

Quelle: DAK AU-Daten 2004

Der Vergleich der drei Berufsgruppen zeigt, dass Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege häufiger krank waren als Krankenschwestern und -pfleger. Auch waren sie häufiger krank als Sozialpflegerinnen und Sozialpfleger. An jedem Kalendertag des Jahres 2004 fehlten fast 4 % der Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege.

In allen drei Berufsgruppen lag der Krankenstand im Jahr 2004 – entsprechend dem rückläufigen Trend – unter dem des Vorjahres. Eine überdurchschnittliche Absenkung des Krankenstands vollzog sich in der Gruppe der Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege sowie in der Gruppe der Sozialpflegerinnen und Sozialpfleger.

## 2.2 Ursachen für den erhöhten Krankenstand bei Pflegenden in der ambulanten Pflege

Die Ursachen für den erhöhten Krankenstand in der ambulanten Pflege sind vielfältig:

### Ursachen für den erhöhten Krankenstand

- Die Pflege alter und kranker Menschen ist körperliche Schwerstarbeit: Klienten müssen bewegt, umgelagert, zum Teil sogar getragen werden.
- Hinzu kommen vielfältige psychische Belastungsfaktoren, wie Zeit- und Leistungsdruck, fehlende Pausen sowie auch die Konfrontation mit Leiden und Tod. Zudem haben Umstrukturierungen im Gesundheitswesen und die zunehmende Professionalisierung des Berufsfelds neue Aufgabenfelder mit sich gebracht, die zusätzliche Anforderungen und Anpassungsleistungen bedeuten können. An dieser Stelle sei auf die Zunahme an Behandlungspflege in der ambulanten Pflege verwiesen (vgl. Teil 1).
- Besonders hoch sind auch die psychosozialen Belastungen, denen Pflegekräfte in der ambulanten Pflege ausgesetzt sind: Nicht immer verläuft die Interaktion mit den Klienten und Angehörigen konfliktfrei und nicht immer erfahren Pflegenden in der ambulanten Pflege eine ausreichende soziale Unterstützung seitens der Vorgesetzten und/oder der Kollegen.
- Pflegekräfte arbeiten häufig unter gesundheitlich belastenden Rahmenbedingungen. In diesem Zusammenhang sind zum einen die Arbeit im Wechselschichtdienst, in geteilten Diensten und Überstunden zu nennen. Zum anderen genügt in der ambulanten Pflege der Arbeitsort, die Klientenwohnung, meist nur unzureichend ergonomischen und pflegerischen Standards.
- Darüber hinaus birgt der Umgang mit Medikamenten und mit Körperflüssigkeiten Infektions- und Unfallrisiken.

Diese verschiedenen Faktoren können dazu beitragen, dass die Pflege von kranken und alten Menschen zu den gesundheitlich besonders belastenden Berufen gehört. Die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Pflegenden sind jedoch entscheidende Faktoren für die Pflegequalität und damit auch für die Zufriedenheit der Klienten.



### 2.3 Strukturmerkmale des Krankenstandes

Der Krankenstand ist eine komplexe Kennziffer, die von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Eine Betrachtung der einzelnen Faktoren ermöglicht ein vertieftes Verständnis von Krankenstandsunterschieden zwischen Personengruppen sowie der Entwicklungen im Zeitverlauf. Bevor die entsprechenden Ergebnisse für die Pflegekräfte ambulanter Dienste im vorliegenden Bericht dargestellt werden, sollen diese Faktoren für eine vertiefte Analyse des Krankenstandes kurz erläutert werden:

Eine alternative Darstellungsweise des Krankenstandes ist die Kennziffer "Arbeitsunfähigkeitstage pro Versichertenjahr". Die Zahl gibt an, wie viele der 366 Kalendertage im Jahr 2004 ein durchschnittliches DAK-Mitglied arbeitsunfähig war. Um diese Kennziffer ausweisen zu können, ohne mit mehreren Stellen hinter dem Komma arbeiten zu müssen, berechnet man sie zumeist als "AU-Tage pro 100 Versichertenjahre".

Der Krankenstand lässt sich berechnen, indem die AU-Tage je 100 Versichertenjahre (Vj) durch die Kalendertage des jeweiligen Jahres geteilt werden:

$$\text{Krankenstand in \%} = \frac{\text{Anzahl der AU-Tage je 100 Vj}}{\text{Kalendertage pro Jahr}}$$

- Die Höhe des Krankenstandes wird u.a. davon beeinflusst, wie viele Mitglieder überhaupt – wenigstens einmal – arbeitsunfähig erkrankt waren. Der Prozentsatz derjenigen, die wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit hatten, wird als "Betroffenenquote" bezeichnet.
- Der Krankenstand in einer bestimmten Höhe bzw. die Anzahl der AU-Tage (pro 100 Versichertenjahre) können durch wenige Erkrankungsfälle mit langer Dauer oder durch viele Erkrankungsfälle mit kurzer Dauer bedingt sein.

Es ist daher bei der Betrachtung des Krankenstandes wichtig zu wissen, wie viele AU-Fälle (je 100 Versichertenjahre) den Krankenstand verursachen und wie hoch die durchschnittliche Erkrankungsdauer ist.

Im Hinblick auf die ökonomische Bedeutung von Erkrankungsfällen ist es ferner interessant, die Falldauer näher zu untersuchen: So kann man unterscheiden zwischen Arbeitsunfähigkeiten, die in den Zeitraum der Lohnfortzahlung fallen (AU-Fälle bis zu 6 Wochen Dauer) und solchen, die darüber hinaus gehen und bei denen ab der siebten Woche Krankengeldleistungen durch die DAK erfolgen (AU-Fälle über 6 Wochen Dauer).

**Kennziffern für die vertiefte Analyse des Krankenstands:**

**"AU-Tage pro 100 Versichertenjahre"**

**"Krankenstand in Prozent"**

**"Betroffenenquote"**

**"AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre" und "durchschnittliche Falldauer"**

**"AU-Fälle bis zu 6 Wochen Dauer" und**

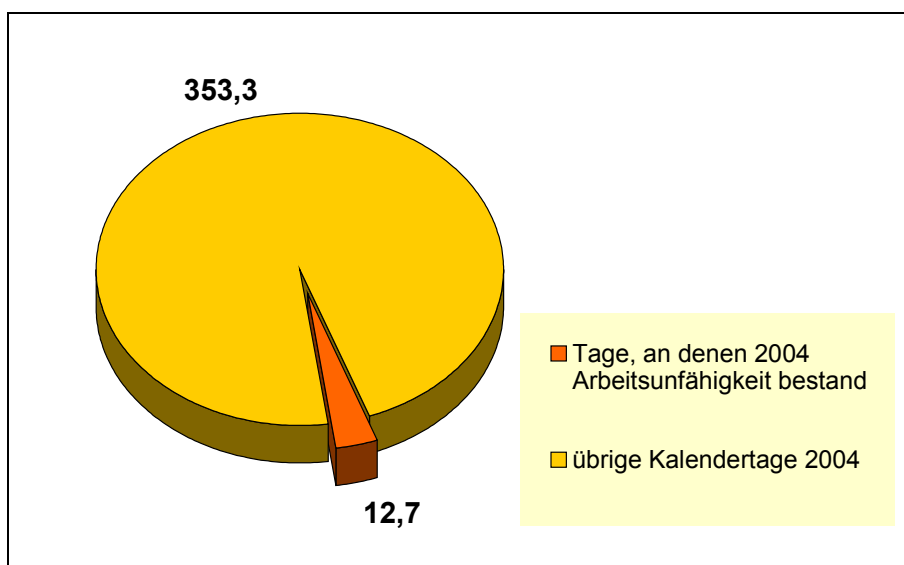
**"... über 6 Wochen Dauer"**

- In der öffentlichen Diskussion über den Krankenstand genießen häufig die besonders kurzen Arbeitsunfähigkeiten größere Aufmerksamkeit. Solche Kurzfälle können in ambulanten Diensten die Arbeitsabläufe erheblich stören - für die Krankenstandshöhe haben sie jedoch nur geringe Bedeutung.

Im Folgenden werden die genannten Strukturmerkmale des Krankenstands für Pflegende in der ambulanten Pflege im Vergleich zu allen DAK-Mitgliedern und differenziert nach Berufsgruppen für das Jahr 2004 sowie für das Vorjahr vertiefend analysiert.

## 2.4 AU-Tage pro 100 Versichertenjahre

Der Krankenstand von 3,5 % im Jahr 2004 für Pflegekräfte in der ambulanten Pflege drückt aus, dass auf 100 Versicherte 1.274 AU-Tage entfielen (im Vorjahr 2003: 1.509 AU-Tage). 2004 war jede einzelne Pflegekraft etwa 12,7 Tage von 366 Kalendertagen krank geschrieben. 12,7 Tage entsprechen 3,5 % von 366 Tagen. Abbildung 7 veranschaulicht dieses Verhältnis am Beispiel einer Person.



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Betrachtet man alle DAK-Mitglieder, so entfielen auf 100 Versicherte 1.157 AU-Tage (im Vorjahr 2003: 1.260 AU-Tage). Im Jahr 2004 fehlte jedes DAK-Mitglied durchschnittlich 11,6 Tage wegen Krankheit und damit 1,1 Tage weniger als eine Pflegekraft in der ambulanten Pflege.

Eine Differenzierung nach Berufsgruppen ergibt folgendes Bild: Im Jahr 2004 fehlte ein/e Sozialpfleger/in durchschnittlich 12,1 Tage, ein/e Krankenschwester/-pfleger 12,2 Tage und ein/e Helfer/in in der Krankenpflege 14,4 Tage (im Vorjahr 2003: 13,8 Tage; 16,7 Tage und 14,7 Tage).

Abbildung 7:

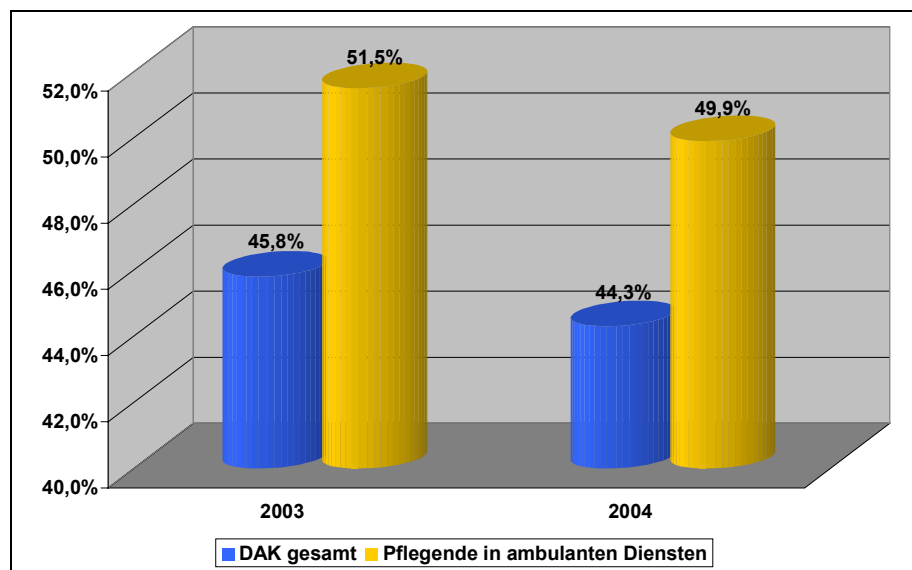
Durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitstage einer Pflegeperson in der ambulanten Pflege im Jahr 2004

## 2.5 Betroffenenquote

Im Jahr 2004 lagen der DAK für 49,9 % der in ambulanten Diensten beschäftigten Pflegenden eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vor (im Vorjahr 2003: 51,5 %). 50,1 % waren folglich über das Jahr kein einziges Mal krankheitsbedingt arbeitsunfähig. Die tatsächliche Betroffenenquote dürfte allerdings etwas höher liegen, da die DAK nicht von allen Arbeitsunfähigkeiten bis zu 3 Tagen Dauer Kenntnis erhält.

Abbildung 8:

**Betroffenenquote der Pflegenden in ambulanten Diensten im Vergleich zu den DAK-Gesamtwerten für die Jahre 2003 und 2004**



Quelle: DAK AU-Daten 2004

**Knapp die Hälfte der Pflegenden sind von Krankheit betroffen**

Abbildung 8 zeigt die Betroffenenquoten der Pflegenden im Vergleich zu den Gesamtwerten für alle DAK-Mitglieder für die Jahre 2003 und 2004. In der ambulanten Pflege ist offensichtlich ein deutlich größerer Teil der Beschäftigten von Krankheit betroffen.

Betrachtet man alle DAK-Mitglieder, so ergibt sich für das Jahr 2004 eine Betroffenenquote in Höhe von 44,3 % (im Vorjahr 2003: 45,8 %). Die Verteilung der Betroffenenquote der drei untersuchten Berufsgruppen in der Pflege weicht von diesen Durchschnittswerten ab. Sowohl im Jahr 2004 als auch im Vorjahr lag die Betroffenenquote der drei Berufsgruppen über der aller DAK-Versicherten.

Ein Vergleich der Berufsgruppen untereinander zeigt, dass in 2004 nur die Betroffenenquote der Sozialpflegerinnen und Sozialpfleger in Höhe von 49,6 % unterdurchschnittlich war. Das heißt: 2004 waren weniger Sozialpflegerinnen und Sozialpfleger von Krankheit betroffen. Mit einer Betroffenenquote in Höhe von 49,4 % galt dies 2003 für Krankenschwestern und -pfleger.

## 2.6 Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten

Die Höhe des Krankenstandes ergibt sich aus der Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen und der durchschnittlichen Erkrankungsdauer. Im Jahr 2004 entfielen auf 100 DAK-versicherte Pflegekräfte in ambulanten Diensten 104,1 Arbeitsunfähigkeitsfälle (im Vorjahr 2003: 113,5 AU-Fälle). Mit anderen Worten: Im Durchschnitt trat pro ambulant tätiger Pflegekraft etwas mehr als ein Erkrankungsfall auf.

**Auf 100 Versichertenjahre kamen 104,1 AU-Fälle**

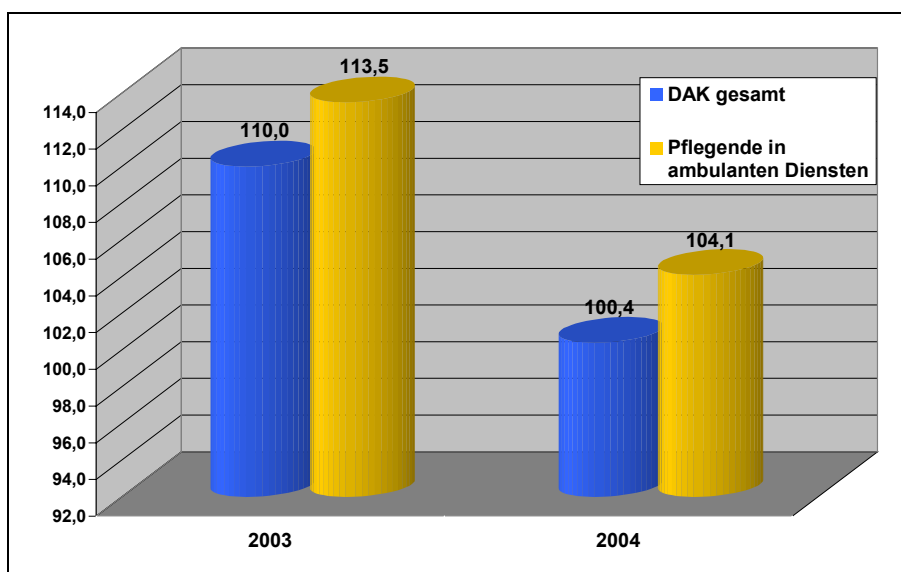


Abbildung 9:

**AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre bei Pflegenden in ambulanten Diensten im Vergleich zu den DAK-Gesamtwerten für die Jahre 2003 und 2004**

Quelle: DAK AU-Daten 2004

In den Jahren 2003 und 2004 lag die Fallhäufigkeit bei Pflegenden in der ambulanten Pflege nur minimal über den DAK-Vergleichswerten. Gegenüber dem Vorjahr ging in 2004 die Fallhäufigkeit sowohl in der Gruppe der DAK-Versicherten als auch in der Gruppe der Pflegenden deutlich zurück.

Unterscheidet man zwischen Arbeitsunfähigkeiten, die den Zeitraum der betrieblichen Entgeltfortzahlung (6 Wochen) nicht überschreiten und solchen, die mehr als 6 Wochen dauern, so zeigt sich für beide Arten der Arbeitsunfähigkeit ein vergleichbares Bild:

Im Jahr 2004 kamen auf 100 Versichertenjahre bei Pflegekräften in ambulanten Diensten 99,7 (2003: 107,7) kürzere und 4,4 (2003: 5,9) längere AU-Fälle. Im Vergleich dazu traten berufsgruppen- und branchenübergreifend 96,3 (2003: 106,0) kürzere und 3,8 (2003: 4,0) längere Fälle auf. Sowohl der Anteil der Kurzzeiterkrankungen als auch der der Langzeiterkrankungen lag bei Pflegenden also nur leicht über den Vergleichswerten.

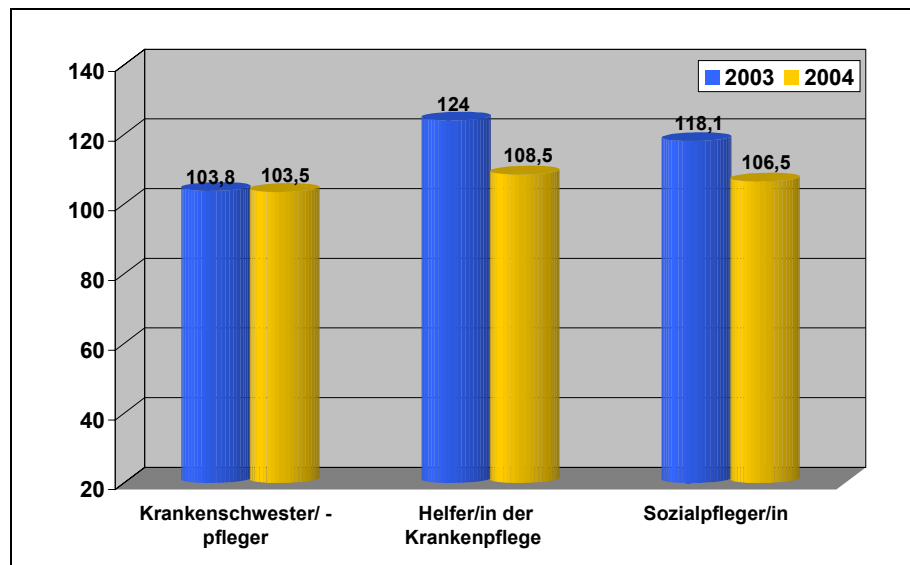
**Gegenüber den Gesamtwerten sind in der ambulanten Pflege sowohl die Anzahl von AU-Fällen von weniger als 6 Wochen Dauer als auch die Zahl der Langzeiterkrankungen leicht erhöht**

Werden nur die Berufsgruppen betrachtet, ist hervorzuheben, dass die deutlichste Abweichung für die Gruppe der Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege besteht. Im Jahr 2004 traten 103,3 AU-Fälle von weniger als sechs Wochen Dauer und 5,2 AU-Fälle von mehr als sechs Wochen Dauer auf. Anzumerken ist jedoch, dass im Vergleich zum Vorjahr sowohl die Anzahl kürzerer als auch längerer AU-Fälle zurückging (2003: 117,4 kürzere und 6,6 längere AU-Fälle).

Abbildung 10 zeigt die Häufigkeiten von Arbeitsunfähigkeitsfälle in der ambulanten Pflege differenziert nach Berufsgruppen für die Jahre 2003 und 2004.

**Abbildung 10:**

**AU-Fälle pro 100  
Versichertenjahre  
bei Pflegenden in  
ambulanten  
Diensten  
differenziert nach  
Berufsgruppen für  
die Jahre 2003  
und 2004**

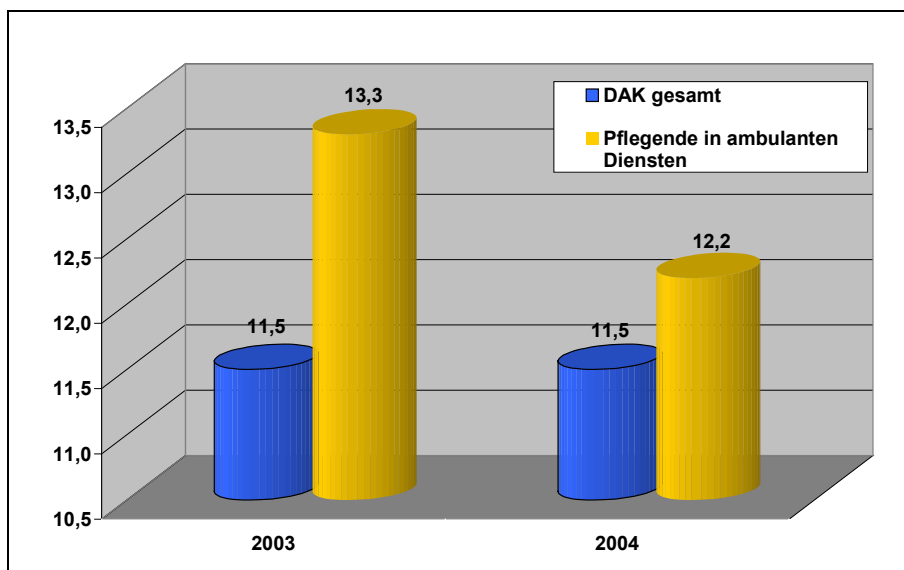


Quelle: DAK AU-Daten 2004

Ein Vergleich der Häufigkeiten von Arbeitsunfähigkeiten zwischen den Berufsgruppen und Jahren zeigt, dass in 2004 im Vergleich zum Vorjahr in allen drei Berufsgruppen die Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitsfällen abgenommen hat. In beiden Jahren lag die Spitze in der Gruppe der Helferinnen und Helfer in der Krankenpflege. Im Jahr 2004 entfielen auf sie 108,5 Arbeitsunfähigkeitsfälle (im Vorjahr 2003: 124 AU-Fälle) pro 100 Versichertenjahre.

## 2.7 Durchschnittliche Falldauer

Parallel zum Rückgang der Fallhäufigkeit ging auch die durchschnittliche Erkrankungsdauer im Jahr 2004 zurück. Ein AU-Fall dauerte im Durchschnitt 12,2 Tage (2003: 13,3 Tage). Abbildung 11 zeigt die durchschnittliche Erkrankungsdauer in der ambulanten Pflege im Vergleich zu den DAK-Versicherten für die Jahre 2003 und 2004.



Quelle: DAK AU-Daten 2004

In der Gruppe der DAK-Versicherten blieb die durchschnittliche Falldauer im Beobachtungszeitraum unverändert. Im Vergleich dazu ist die Erkrankungsdauer je Fall bei ambulant Pflegenden erhöht. Jedoch ist im Zeitraum 2003/2004 ein deutlicher Rückgang zu beobachten. Im Jahr 2004 dauerte ein Erkrankungsfall 0,7 Tage länger als im Durchschnitt aller DAK-Mitglieder. 2003 betrug die Differenz noch fast zwei Tage. Das heißt: Der über dem Gesamtwert liegende Krankenstand der Pflegenden wird vielmehr durch eine längere Falldauer und weniger durch eine überdurchschnittliche Fallhäufigkeit verursacht.

**2004 ging die durchschnittliche Erkrankungsdauer um mehr als einen Tag zurück**

Abbildung 11:

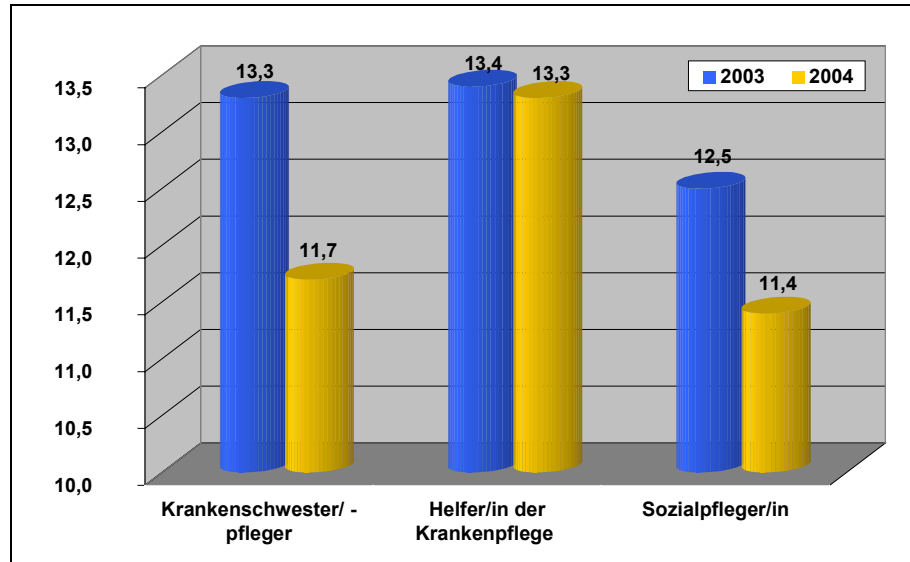
**Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) bei Pflegenden in ambulanten Diensten im Vergleich zu den DAK-Gesamtwerten für die Jahre 2003 und 2004**

**2004 dauern Erkrankungen bei Pflegenden in ambulanten Diensten durchschnittlich 0,7 Tage länger.**

Abbildung 12 zeigt die durchschnittliche Falldauer (in Tagen) bei Pflegenden in ambulanten Diensten differenziert nach Berufsgruppen für die Jahre 2003 und 2004.

Abbildung 12:

Durchschnittliche Falldauer (in Tagen) bei Pflegenden in ambulanten Diensten differenziert nach Berufsgruppen für die Jahre 2003 und 2004



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Abbildung 12 zeigt für die Jahre 2003 und 2004 einen Rückgang der durchschnittlichen Falldauer (in Tagen), der jedoch nicht für alle drei Gruppen gleichstark ausfällt. Der deutlichste Rückgang in der Erkrankungsdauer in Höhe von 1,6 Tagen vollzog sich in der Gruppe der Krankenschwestern/-pfleger. In der Gruppe der Sozialpfleger/innen ging die Erkrankungsdauer um 1,1 Tage zurück. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer je Fall von über 13 Tagen blieb in der Gruppe der Helfer/innen in der Krankenpflege nahezu unverändert.



## 2.8 Bedeutung von AU-Fällen mit unterschiedlicher Dauer

Hinter der Kennziffer "Krankenstand" verbirgt sich ein sehr heterogenes Geschehen: Das Gesamtvolumen von AU-Tagen kommt durch eine große Zahl von kurz dauernden und einer erheblich kleineren Zahl von langfristigen AU-Fällen zustande. Abbildung 13 veranschaulicht diesen Zusammenhang für Pflegende in der ambulanten Pflege:

- 2004 machten AU-Fälle von bis zu einer Woche Dauer 61,7 % (2003: 59,9 %) aller beobachteten AU-Fälle aus (1- bis 3-Tages-Fälle 28,6 % und 4- bis 7-Tages-Fälle 33,1 %).
- Andererseits waren diese AU-Fälle bis zu einer Woche für nur 19,2 % (2003: 14,3 %) der AU-Tage – und damit des Krankenstandes – verantwortlich. Die kurzen Fälle von bis zu 3 Tagen Dauer verursachten sogar nur 5,1 % der Ausfalltage.

Dies bedeutet: Die große Masse der Krankheitsfälle hat aufgrund ihrer kurzen Dauer vergleichsweise geringe Auswirkungen auf die Höhe des Krankenstandes.

**Die häufigen Arbeitsunfähigkeiten von bis zu drei Tagen Dauer haben nur wenig Einfluss auf den Krankenstand**

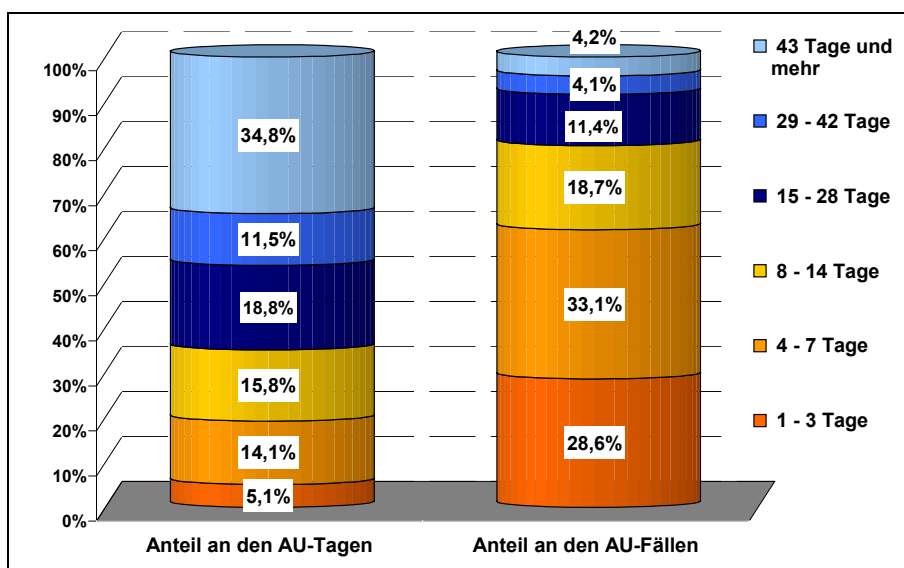


Abbildung 13:

**Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und den AU-Fällen insgesamt (Pfleger in ambulanten Diensten 2004)**

Quelle: DAK AU-Daten 2004<sup>b</sup>

34,8 % (2003: 39,2 %) der AU-Tage entfielen auf nur 4,2 % (2003: 5,2 %) der Fälle. Hier handelt es sich um die langfristigen Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen. Insbesondere auf der betrieblichen Ebene spielen jedoch auch die kurzen und sehr kurzen Erkrankungen eine nicht zu unterschätzende Rolle.

**Kurze Ausfallzeiten können betriebliche Abläufe empfindlich stören**

Der Schwerpunkt des DAK-Gesundheitsreports 2004 widmete sich dem Thema Kurzzeiterkrankungen. Dafür wurden Vertreter von Unternehmen, Verwaltungen, Wirtschaftsverbänden und der Gewerkschaften zu der Bedeutung des Phänomens Kurzzeit-Erkrankungen befragt. Diese Befragung bestätigt klar, dass häufige kurze Ausfallzeiten zu empfindlichen Störungen in betrieblichen Abläufen, besonders bei kleinen Unternehmen wie ambulanten Diensten führen können. Die tägliche Einsatzplanung resp. die Organisation der Fahrtrouen zu den Klientinnen und Klienten wird empfindlich beeinträchtigt.

Die Verteilung der Erkrankungsfälle und AU-Tage auf die in Abbildung 13 dargestellten Gruppierungen unterscheiden sich in einigen Punkten leicht von der Verteilung der DAK-Gesamtwerte:

**Der Anteil sehr kurzer Erkrankungen ist bei Pflegekräften in ambulanten Diensten geringer als im Gesamtdurchschnitt**

Der Anteil der AU-Tage, der auf Fälle von 1 bis 3 Tagen Dauer entfiel, ist bei den Pflegekräften in der ambulanten Pflege kleiner als im Gesamtdurchschnitt. Im Durchschnitt aller DAK-Mitglieder machten diese sehr kurzen AU-Fälle 6,6 % aller AU-Fälle aus, während sie bei den Pflegenden nur 5,1 % aller krankheitsbedingten Ausfalltage begründen. Auch der Anteil der Tage, der durch längere Erkrankungen von mehr als 6 Wochen Dauer verursacht wurde, liegt unter dem Durchschnitt aller DAK-Mitglieder. Dieser Anteil beträgt über alle Branchen und Berufsgruppen 40,6 % (Pflegende in ambulanten Diensten: 34,8 %).

Dieser Zusammenhang spiegelt sich auch in der Verteilung der Erkrankungsfälle wider: Während bei den Pflegenden nur 28,6 % aller Erkrankungsfälle weniger als 4 Tage dauerten, beträgt dieser Anteil in Bezug auf alle DAK-Mitglieder 37,5 %. Andererseits dauerten bei den Pflegekräften 33,1 % aller Erkrankungsfälle 4 bis 7 Tage, im Durchschnitt aller DAK-Mitglieder ergibt sich hier ein Anteil von 29,5 %.

**2004 deutlicher Rückgang an Langzeiterkrankungen in der ambulanten Pflege**

Die dargestellte Verteilung der Erkrankungsfälle und AU-Tage von Pflegenden in ambulanten Diensten für das Jahr 2004 unterscheidet sich gegenüber dem Vorjahr 2003 dahingehend, dass im Jahr 2003 der Anteil an den AU-Tagen für längere Erkrankungen von mehr als 6 Wochen Dauer noch bei 39,2 % lag. Im Jahr 2004 ging dieser Wert auf 34,8 % zurück. Im Gegenzug erhöhte sich der Anteil kurzfristiger AU-Fälle.

Auch in allen drei Berufsgruppen ist im Zeitraum zwischen 2003 und 2004 ein Rückgang an Langzeiterkrankungen und im Gegenzug ein Anstieg kurzfristiger Erkrankungen zu verzeichnen. Dieser Trend vollzog sich in der Gruppe der Krankenschwestern und -pfleger besonders deutlich.

## 2.9 Krankenstand nach Alter und Geschlecht

Der Krankenstand der weiblichen Pflegepersonen in der ambulanten Pflege lag mit 4,0 % (2003: 4,6 %) über dem der Männer von 3,1 % (2003: 3,8 %). Abbildung 14 stellt den Krankenstand differenziert nach Altersgruppen sowie für Männer und Frauen dar.

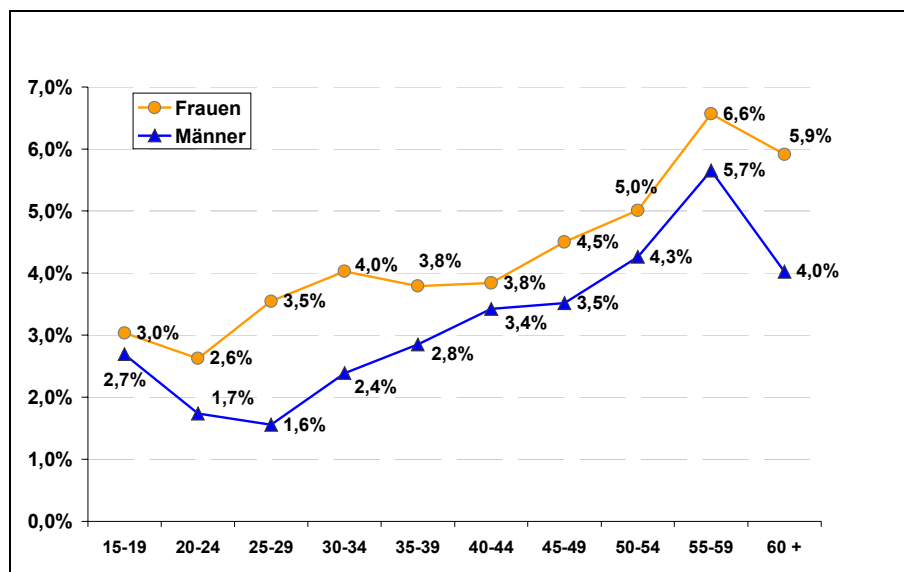


Abbildung 14:

**Krankenstand bei Pflegenden in ambulanten Diensten nach Geschlecht und Alter für das Jahr 2004**

Quelle: DAK AU-Daten 2004

Wie der Verlauf über die Altersklassen hinweg zeigt, liegt der Krankenstand der Frauen in allen Altersgruppen über dem der Männer.

Beide Kurven zeigen einen bis zum 59. Lebensjahr tendenziell ansteigenden Verlauf. Der Krankenstand der Frauen steigt ab dem 20. Lebensjahr, der der Männer ab dem 25. Lebensjahr an. Ab dem 60. Lebensjahr zeigt sich ein deutlich niedrigerer Krankenstand als in der Altersgruppe der 55 bis 59-Jährigen. Dies ist vermutlich durch den als "healthy-worker-effect" bezeichneten Selektionsmechanismus bedingt. Gesundheitlich stark beeinträchtigte ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter machen häufiger von Frühverrentungsangeboten und vorzeitigem Ruhestand Gebrauch und scheidem somit aus der Gruppe der hier betrachteten aktiv Erwerbstätigen aus.

**Frauen haben einen höheren Krankenstand als Männer und mit zunehmendem Alter steigt der Krankenstand**

**Erklärungen für den erhöhten Krankenstand bei Frauen**

Als Erklärung für den Geschlechtsunterschied beim Krankenstand kommen verschiedene Faktoren in Betracht:

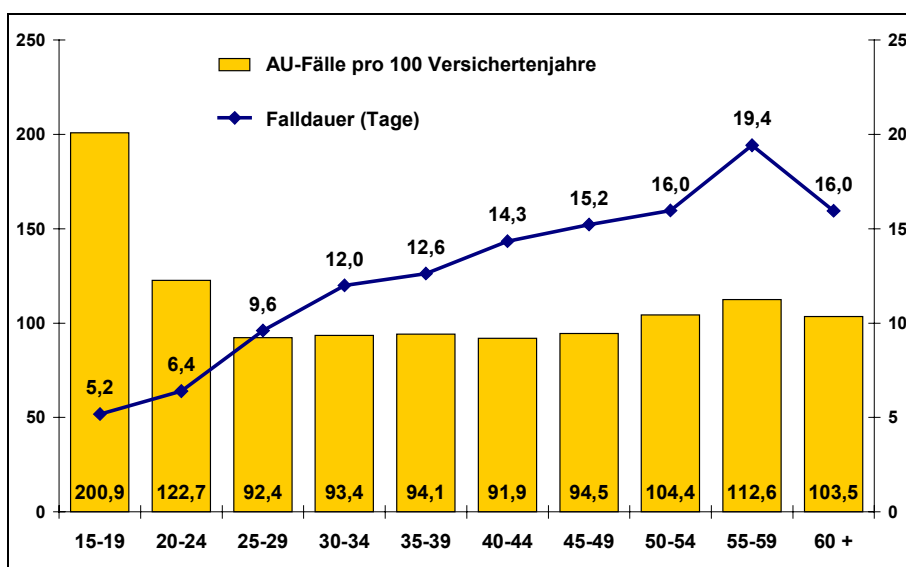
- Männliche Pflegende üben häufiger eine Führungsposition aus als Frauen. Wie die im ersten Teil des Reports vorgestellten Befragungsergebnisse bestätigen, haben Führungskräfte im Allgemeinen größeren Handlungsspielraum und vielfältigere Aufgaben. Diese Tätigkeitsmerkmale können gesundheitlich belastende Situationen kompensieren.
- Vertiefende Analysen im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports 2001, in dem die Ursachen für den erhöhten Krankenstand bei weiblichen DAK-Mitgliedern untersucht wurden, haben gezeigt, dass ein Teil der Geschlechtsdifferenz im Krankenstand auf Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaftskomplikationen zurückgeführt werden kann.
- Jüngste Analysen im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports 2005, in dem psychische Erkrankungen schwerpunktmäßig untersucht wurden, kamen zu dem Ergebnis, dass psychische Erkrankungen insbesondere in den mittleren Altersgruppen und insbesondere bei Frauen einen hohen Anteil am Krankenstand haben.
- Für weibliche Beschäftigte kann die Vereinbarkeit von beruflichen und familiären Anforderungen aufgrund wechselnder Arbeitszeiten resp. -dienste zu einer Mehrfachbelastung führen. Das Belastungspotential, so ein weiteres Ergebnis des DAK-Gesundheitsreports 2001, ist bei Alleinerziehenden und Vollzeit-erwerbstätigen erhöht.

Werden alle Mitglieder der DAK im Jahr 2004 betrachtet, zeigt sich auch hier ein höherer Krankenstand für weibliche (3,3 %) als für männliche (3,1 %) Mitglieder. Die Geschlechterdifferenz ist mit 0,2 Prozentpunkten jedoch nicht so ausgeprägt wie in der ambulanten Pflege. Ab dem 25. Lebensjahr liegt der Krankenstand der weiblichen Pflegekräfte über dem der DAK-Gesamtgruppe. Bei den Pflegern tritt dies erst ab der Altersgruppe 30-34-Jahre ein. Allerdings lag 2004 ihr Krankenstand in der obersten Altersgruppe wieder unter dem DAK-Gesamtwert.

Wird zwischen den Berufsgruppen differenziert, so lassen sich folgende Auffälligkeiten identifizieren: Das zuvor beschriebene Phänomen des "healthy-worker-effect" zeigt sich besonders deutlich in der Gruppe der Helfer in der Krankenpflege. In der Altersgruppe der 60-Jährigen und Älteren sank der Krankenstand von 10,1 % in 2003 auf 4,9 % in 2004. Hingegen stieg in der gleichen Altersgruppe der Krankenstand der Helferinnen in der Krankenpflege von 5,7 % auf 8,8 %. Die Krankenstände der Krankenschwestern/ -pfleger und der Sozialpfleger/innen betrug 2004 in der oberen Altersgruppe 5,2 % bzw. 5,4 %.

## 2.10 Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten und durchschnittliche Falldauer nach Alter

Die Höhe des Krankenstandes ist stark vom Alter der Versicherten abhängig. Weitere Erklärungen für diesen typischen Altersgang liefert die Zerlegung des Krankenstandes in die Komponenten „Erkrankungsdauer“ und „Erkrankungshäufigkeit“. Abbildung 15 zeigt die Fallhäufigkeit und die durchschnittliche Falldauer nach Altersgruppen.



Quelle: DAK AU-Daten 2004

In der jüngsten Altersgruppe der Pflegenden in der ambulanten Pflege waren Arbeitsunfähigkeiten mit Abstand am häufigsten. Bei den unter 20-Jährigen war die Fallzahl mit 200,9 Fällen pro 100 Versichertenjahre fast doppelt so hoch als bei den mittleren und höheren Altersgruppen.

Ein wichtiger Grund für die extrem hohe Fallhäufigkeit in der jüngsten Altersgruppe ist das größere Unfall- und Verletzungsrisiko jüngerer Beschäftigter im Zusammenhang mit Freizeitaktivitäten (Sport). Jüngere Arbeitnehmer fallen z.B. auch häufiger aufgrund von eher geringfügigen Erkrankungen (z.B. Atemwegsinfekten) aus. Atemwegserkrankungen kann zum Teil durch Präventionsmaßnahmen wie Gripeschutzimpfungen entgegengewirkt werden.

Jüngere Arbeitnehmer werden in der Regel zwar häufiger, allerdings meist nur wenige Tage krank. Die durchschnittliche Falldauer ist dementsprechend in den jüngeren Altersgruppen sehr kurz und steigt erst mit zunehmendem Alter deutlich an.

Abbildung 15:

Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen bei Pflegenden in ambulanten Diensten für das Jahr 2004

**Die jüngsten Mitglieder waren am häufigsten arbeitsunfähig**

**Ältere Arbeitnehmer werden länger krank**

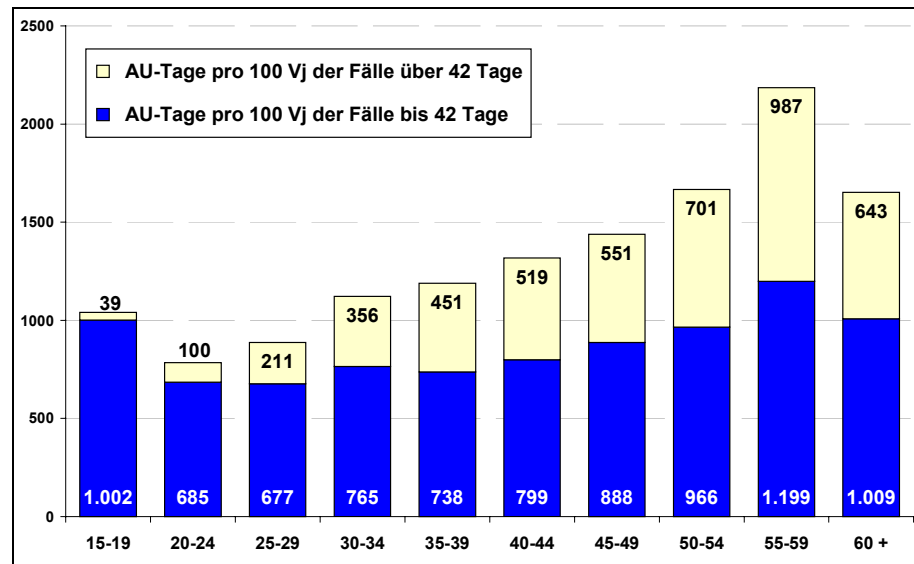
**Längere Erkrankungsdauer ist Ursache für höheren Krankenstand der älteren Mitglieder**

Beispielsweise dauerte eine Arbeitsunfähigkeit eines 15 bis 19-Jährigen durchschnittlich 5,2 Tage, die eines 55-59-Jährigen durchschnittlich 19,4 Tage. In der Gruppe der über 60-Jährigen dauerte eine Arbeitsunfähigkeit durchschnittlich 16 Tage. Die längere durchschnittliche Falldauer der älteren Pflegekräfte ist darauf zurückzuführen, dass chronische Krankheiten mit zunehmendem Alter immer bedeutender werden. Infolgedessen nehmen auch Langzeitarbeitsunfähigkeiten von mehr als 6 Wochen Dauer erheblich zu.

Wegen der kurzen Falldauer wirkt sich die sehr viel größere Fallhäufigkeit der jüngsten Mitglieder in ambulanten Diensten nur in einem geringfügig höheren Krankenstand aus (Abbildung 14).

**Abbildung 16:**

**AU-Tage pro 100 Versichertenjahre der Fälle bis 42 Tage und über 42 Tage nach Altersgruppen für Pflegende in ambulanten Diensten für das Jahr 2004**



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Abbildung 16 zeigt, wie viele AU-Tage in der jeweiligen Altersgruppe auf die Fälle von bis zu bzw. über 6 Wochen Dauer zurückzuführen sind. In jeder Altersgruppe sind die Säulen in zwei Teile zerlegt: Die Tage, die durch kürzere Krankheitsfälle bis 42 Tage Dauer verursacht wurden (blauer Säulenabschnitt) und die Tage, die auf längere Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sechs Wochen entfielen (gelber Säulenabschnitt).

In Abbildung 17 sind die Fallhäufigkeit und die durchschnittliche Falldauer nach Altersgruppen für die DAK-Mitglieder insgesamt aufgeschlüsselt.

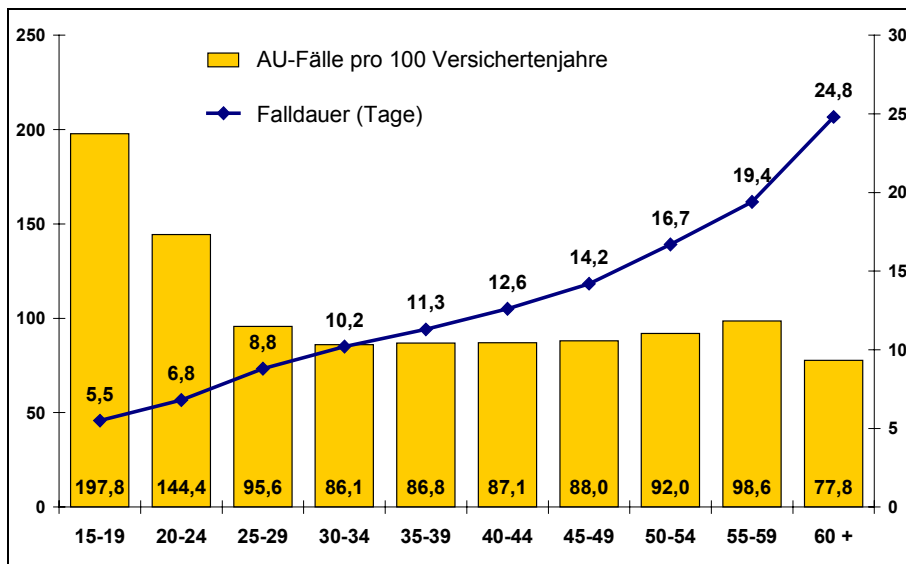


Abbildung 17:

Falldauer (Rauten) und Fallhäufigkeit (Säulen) nach Altersgruppen für DAK-Gesamt 2004

Quelle: DAK AU-Daten 2004

Der Vergleich der Pflegekräfte in der ambulanten Pflege (vgl. Abbildung 15) mit den DAK-Mitgliedern zeigt, dass diese sich im Jahr 2004 hinsichtlich der AU-Fälle über alle Altersgruppen hinweg ungünstiger darstellen. Während in der Altersgruppe der 55- bis 59-jährigen Pflegekräfte in der ambulanten Pflege 112,6 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre auftraten, beträgt der DAK-Durchschnitt für diese Altersgruppe im Jahr 2004 nur 98,6 Fälle pro 100 Versichertenjahre. Ein noch deutlicheres Bild zeigt sich bei den ältesten DAK-Mitgliedern: Hier stehen 103,5 AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre bei Pflegenden 77,8 Fälle bei allen DAK-Mitgliedern gegenüber.

Ferner zeigt sich, dass 2004 in der ambulanten Pflege die Erkrankungen innerhalb der zwei jüngsten Altersgruppen von kürzerer Dauer waren als im Gesamtdurchschnitt. Diese Tatsache kehrt sich bis einschließlich der Altersgruppe der 45-49-Jährigen um. Erst ab der Gruppe der 50-54-Jährigen lag die Erkrankungsdauer der Pflegenden unter dem bzw. auf gleicher Höhe des DAK-Gesamtdurchschnitts. Dass die durchschnittliche Falldauer bei den Pflegenden in den oberen Altersgruppen abnimmt, ist ein Effekt der vergleichsweise großen Anzahl an Erkrankungsfällen je 100 Versichertenjahre.

Auch in den drei Berufsgruppen nimmt die durchschnittliche Falldauer bis zur Gruppe der 55-59-Jährigen zu. Welchen Effekt die Fallzahl auf die Erkrankungsdauer hat, zeigt sich besonders deutlich bei den ältesten Krankenschwestern und -pflegern: 2004 (2003) dauerte eine Erkrankung durchschnittlich 11,4 Tage (32 Tage) bei insgesamt 116,7 Fällen (69 Fällen).

### 3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten

#### Auswertung nach Krankheitsarten

Das dritte Kapitel widmet sich der Frage, durch welche Krankheitsarten die Arbeitsunfähigkeiten der Pflegekräfte in ambulanten Diensten 2004 verursacht wurden. Als Krankheitsarten bezeichnet man die großen Obergruppen, zu denen die einzelnen medizinischen Diagnosen zu Zwecken der Dokumentation und Analyse zusammengefasst werden. Ausgangspunkt sind die Angaben der Ärzte zu den medizinischen Ursachen für eine Arbeitsunfähigkeit, die mit Hilfe eines internationalen Schlüsselsystems, dem ICD-Schlüssel, auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vermerkt werden.<sup>b</sup> Wenn im Folgenden von Krankheitsarten die Rede ist, sind also die ICD-Hauptgruppen gemeint.

#### Die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen

Gegen Ende dieses Kapitels findet sich ferner eine Auflistung der wichtigsten Einzeldiagnosen. Dargestellt sind die 20 Krankheiten und Verletzungen, die 2004 den größten Anteil am Krankenstand der in ambulanten Diensten beschäftigten Pflegekräfte hatten.

#### 3.1 Die wichtigsten Krankheitsarten

Die zehn Krankheitsarten mit den größten Anteilen an den AU-Tagen und damit am Krankenstand der Pflegekräfte in ambulanten Diensten im Jahr 2004 sind in den Abbildungen 18 und 19 dargestellt. Abbildung 19 zeigt, welchen Anteil diese Krankheitsarten an den Erkrankungsfällen hatten.

Über die Hälfte (54,8 %) aller AU-Tage der in ambulanten Diensten beschäftigten Pflegekräfte wurden durch Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, Verletzungen sowie Erkrankungen des Atmungssystems verursacht.

#### Muskel-Skelett-Erkrankungen haben größten Anteil am Krankenstand (21,7 %)

Muskel-Skelett-Erkrankungen stehen seit Jahren an der Spitze aller Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens. Auf 100 Versichertenjahre entfielen bei Pflegenden in ambulanten Diensten 277,1 AU-Tage mit einer Diagnose dieser Krankheitsart. Das entspricht einem Anteil von 21,7 % am gesamten Krankenstand. Dabei wurden lediglich 15,6 % der Erkrankungsfälle durch diese Krankheitsart verursacht. Ins Gewicht fällt in erster Linie die lange Erkrankungsdauer von durchschnittlich 17,1 Tagen.

<sup>b</sup> Die Auswertungen der DAK für die Jahre 1997 bis 1999 erfolgten auf Basis der bis dahin gültigen 9. Version des ICD-Schlüssels. Seit 2000 werden die Diagnosen nach dem neuen ICD 10 verschlüsselt.



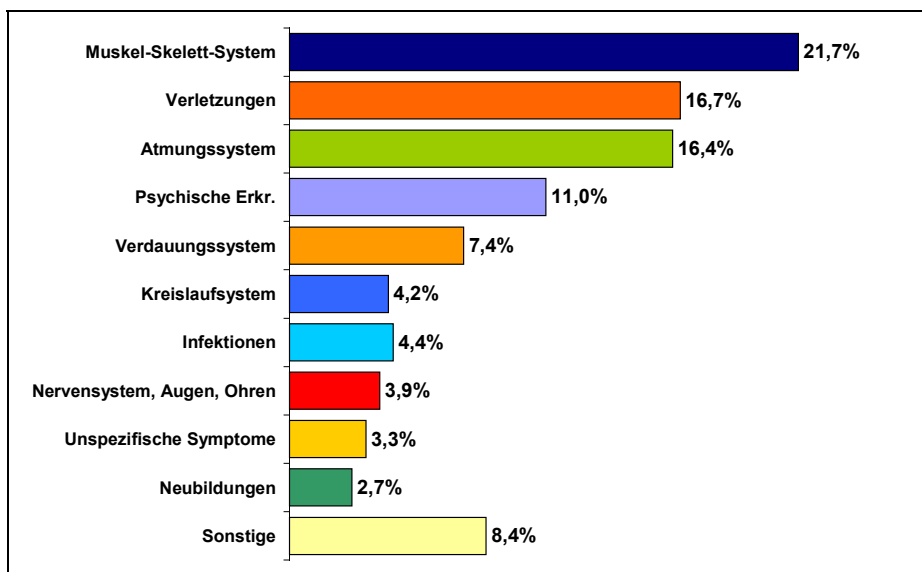


Abbildung 18:

Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen (Pfleger in ambulanten Diensten 2004)

Quelle: DAK AU-Daten 2004

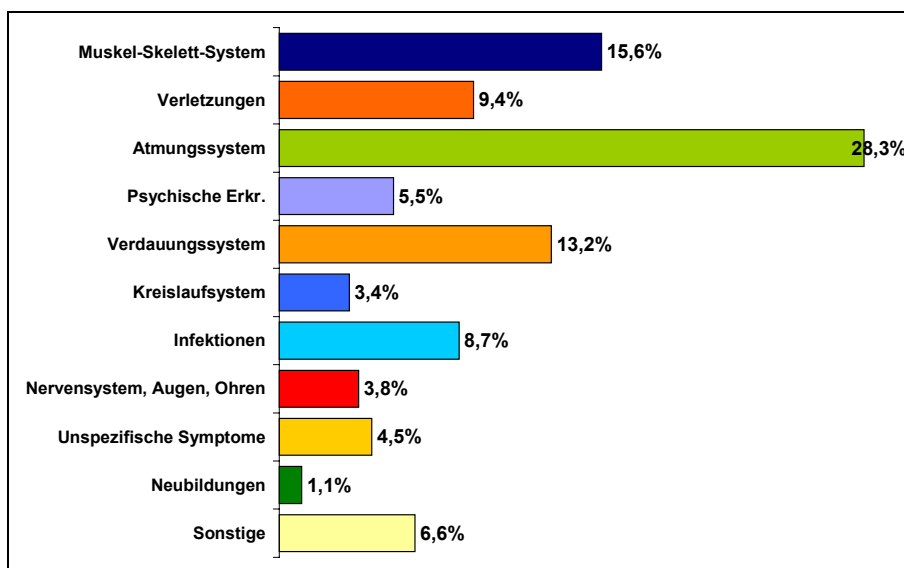


Abbildung 19:

Anteile der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Fällen (Pfleger in ambulanten Diensten 2004)

Quelle: DAK AU-Daten 2004

Beschwerden der Wirbelsäule können bei Beschäftigten in Pflegeberufen aufgrund der hohen Belastungen durch schweres Heben, Bewegen und Tragen von Klienten usw. entstehen. Dazu kommt häufiges Arbeiten in gebückter oder verdrehter Körperhaltung.

<p><b>Deutlich höhere Bedeutung von Atemwegserkrankungen bei Pflegekräften in der ambulanten Pflege</b></p>	<p>Psychosoziale Belastungen können ebenfalls zu Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems beitragen. Welchen Anteil psychosoziale Belastungen am Auftreten dieser Beschwerden haben, kann allein aus den vorliegenden Daten nicht abgeleitet werden. Unbestritten ist jedoch, dass Pflegekräfte besonders hohen psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Den Befragungsergebnissen folgend sind Zeitdruck, fehlende Pausen und Leistungsdruck die drei häufigsten psychosozialen Belastungsquellen (vgl. Teil 1 dieses Berichts).</p> <p>Im Vergleich zu allen Mitgliedern der DAK haben in der ambulanten Pflege Atemwegserkrankungen eine deutlich höhere Bedeutung: Ihr Anteil am Krankenstand war um 2 Prozentpunkte höher als bei den DAK-Mitgliedern insgesamt. Die Summe der durch diese Diagnose verursachten Ausfalltage lag im DAK-Durchschnitt bei 166,2 AU-Tagen je 100 Versichertenjahre (Pfleger: 208,6 AU-Tage je 100 Versichertenjahre).</p>
<p><b>Erkrankungen der Atmungsorgane verursachen die meisten AU-Fälle (28,3 %).</b></p>	<p>Gleichzeitig verursachten Krankheiten des Atmungssystems mit Abstand die größte Fallhäufigkeit: 28,3 % aller Krankheitsfälle entfielen bei den Pflegekräften im Jahr 2004 auf derartige Diagnosen, 100 ganzjährig Versicherte waren im Durchschnitt 29 Mal wegen einer Erkrankung aus diesem Spektrum arbeitsunfähig.</p>
<p><b>16,7 % des Krankenstands sind auf Verletzungen zurückzuführen.</b></p>	<p>An zweiter Stelle der zehn wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen standen in der ambulanten Pflege die Verletzungen. Damit zeigt sich ein abweichendes Bild von den DAK-Mitgliedern insgesamt. Hier stehen die Atemwegserkrankungen an zweiter Stelle.</p> <p>2004 verursachten Verletzungen 212,8 AU-Tage pro 100 ganzjährig beschäftigte Pflegekräfte in ambulanten Diensten und damit 16,7 % des Krankenstands. Die Bedeutung für den Krankenstand ist im Vergleich zu den Gesamtwerten des Bundes größer. Betrachtet man alle DAK-Mitglieder, so ergibt sich ein Anteil von 14,4 % des Gesamt-krankenstandes, der auf Verletzungen zurückzuführen ist.</p>
<p><b>Zunahme von psychischen Erkrankungen?</b></p>	<p>Wichtige Erkrankungen sowohl bei den Pflegekräften in der ambulanten Pflege als auch bei den DAK-Mitgliedern insgesamt sind Erkrankungen der Verdauungsorgane (Pfleger: 7,4 %, DAK gesamt: 7,2 %) sowie des Kreislaufsystems (Pfleger: 4,2 %, DAK gesamt: 5,6 %).</p> <p>Besondere Aufmerksamkeit sollte jedoch den psychischen Erkrankungen gewidmet werden: In der ambulanten Pflege hatte diese Krankheitsart 2004 mit einem Anteil von 11 % am Krankenstand ein etwas höheres Gewicht als beim DAK-Durchschnitt (9,8 % - Anteil am Krankenstand). Auf 100 Versichertenjahre entfielen im Jahr 2004 139,6 Ausfalltage aufgrund von psychischen Erkrankungen. Im Vergleich zum Vorjahr hat die Summe der Ausfalltage je 100 Versichertenjahre abgenommen (2003: 178 AU-Tage je 100 Versichertenjahre). Im gleichen Zeitraum hat jedoch die Erkrankungshäufigkeit in Bezug auf psychische Erkrankungen zugenommen. Der Anteil dieser Erkrankungsart an den AU-Fällen hat um 0,8 Prozentpunkte zugenommen und betrug 2004 5,5 %.</p>

Der Anteil psychischer Erkrankungen am Krankenstand hat in den zurückliegenden Jahren insgesamt kontinuierlich zugenommen. Daher hat die DAK im Jahr 2002 sowie im aktuellen Gesundheitsreport 2005 weitergehende Analysen zur Entwicklung psychischer Erkrankungen präsentiert. Im aktuellen Gesundheitsreport wurden Experten zu den Ursachen der Zunahme von Depressionen und Angststörungen – den beiden häufigsten psychischen Störungen – befragt.

**Entwicklung psychischer Erkrankungen**

In den Antworten wird einerseits deutlich, dass es keine einfache Antwort auf die Frage gibt, ob psychische Erkrankungen tatsächlich zunehmen. Zwei Erklärungsansätzen stimmen jedoch die meisten Experten zu:

**Diagnostik psychischer Störungen hat sich verbessert**

- Die Diagnostik psychischer Störungen durch die Ärzte hat sich verbessert. Besonders Hausärzte erkennen heute solche Erkrankungen eher als noch vor einigen Jahren.
- Klienten sind eher bereit solche Diagnosen, die noch immer mit einem gewissen Stigma behaftet sind, für sich zu akzeptieren und berichten offener über solche Symptome.

Auch wenn die Zunahme psychischer Erkrankungen wahrscheinlich auch auf eine verbesserte Diagnostik und einen veränderten Umgang mit psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung zurückzuführen ist, bestehen in der Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland immer noch Verbesserungspotentiale. Psychisch Kranke bekommen häufig erst viel zu spät eine angemessene fachärztliche Versorgung oder psychische Erkrankungen werden gar nicht erkannt.

**Dennoch: Lücken in der Versorgung psychisch Erkrankter**

Die DAK setzt sich daher für eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ein.

Insbesondere psychosomatische Erkrankungen verursachen aufgrund der oftmals zunächst auftretenden somatischen Beschwerden hohe Kosten, ohne dass durch die Therapie eine kausale Behandlung oder eine dauerhafte Linderung der Beschwerden erreicht wird. Eine aktuelle DAK-Studie kommt zu dem Ergebnis, dass Klienten mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen durchschnittlich erst nach 7 Jahren eine adäquate Behandlung beginnen.

**Das Modellprojekt "Psy-Case-Management" der DAK.**

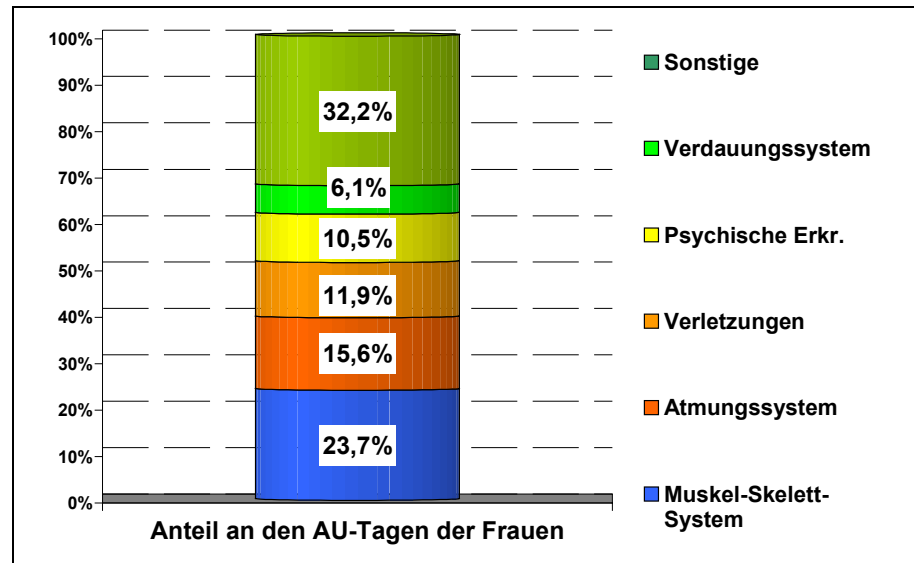
Die DAK hat daher in Kooperation mit der Bundesanstalt für Angestellte (BfA) und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) ein Konzept zur Fallsteuerung für Klienten mit ausgesuchten psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in den Modellregionen Hessen und Rheinland-Pfalz erarbeitet. Ziel des Projektes ist die frühzeitige Hilfe für die Betroffenen und die Unterstützung bei der Wiedereingliederung in das berufliche und private Leben. Voraussichtliches Ende des Modellprojektes ist Dezember 2006. Im Anschluss wird das Projekt auf Bundesebene ausgeweitet.

### 3.2 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Geschlecht

Das Krankheitsspektrum bei Pflegekräften in der ambulanten Pflege zeigt deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Die Abbildungen 20 und 21 zeigen die fünf Krankheitsarten, auf die bei Frauen bzw. Männern der größte Teil der AU-Tage entfiel.

Abbildung 20:

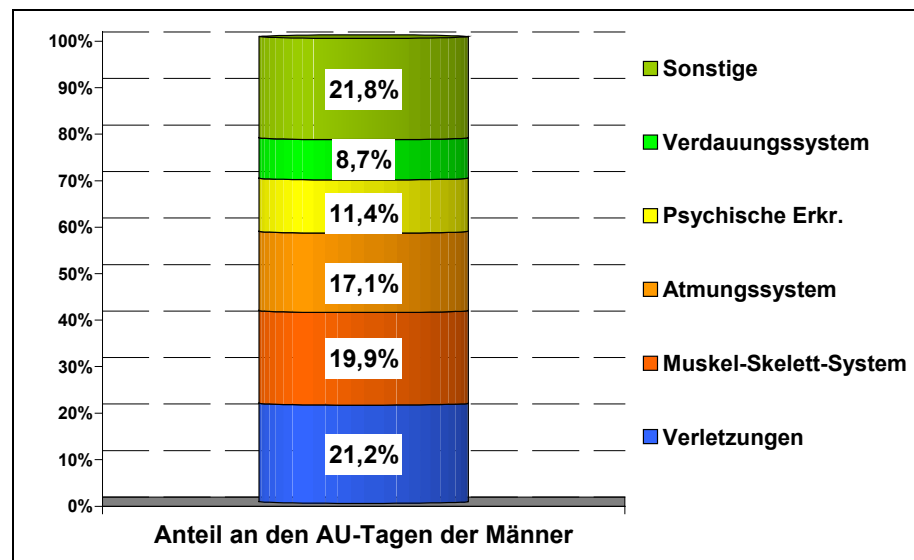
**Frauen:**  
Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen (Pflegerinnen in ambulanten Diensten 2004)



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Abbildung 21:

**Männer:**  
Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen (Pflegerinnen in ambulanten Diensten 2004)



Quelle: DAK AU-Daten 2004

Zu den fünf wichtigsten Erkrankungen zählten sowohl bei den weiblichen als auch bei den männlichen Pflegenden Muskel-Skelett-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Verletzungen, psychische Erkrankungen und Erkrankungen der Verdauungsorgane.

Knapp ein Fünftel aller Krankheitstage entfielen bei den männlichen Versicherten auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems. Der Anteil bei den Frauen lag mit 23,7 % darüber. Bei den Frauen sind Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems die wichtigste Krankheitsart. Bei den Männern nimmt diese Erkrankungsart den zweiten Rang ein.

**Erkrankungen des Muskelskelettsystems sind bei Frauen häufiger als bei Männern**

Auffällig ist die bedeutende Rolle, die Verletzungen – also Unfallfolgen – für das Krankheitsgeschehen der männlichen Pflegekräfte spielten: 21,2 % aller AU-Tage der Männer ist durch Verletzungen begründet. Damit belegen Verletzungen den ersten Rang unter den wichtigsten Krankheiten. Bei den Frauen betrug dieser Anteil nur 11,9 % und nahm lediglich den dritten Rang ein.

**Unfälle sind bei Männern häufiger als bei Frauen**

Wichtige Erkrankungen sowohl bei Frauen (15,6 %) als auch bei Männern (17,1 %) sind Erkrankungen des Atmungssystems. Für Frauen zählen diese zur zweithäufigsten Erkrankungsart; für männliche Pflegekräfte jedoch nur zur dritthäufigsten Krankheit.

Der Anteil psychischer Erkrankungen an den krankheitsbedingten Fehltagen je 100 ganzjährig Versicherte war bei Frauen mit 10,5 % nur geringfügig niedriger als bei Männern (11,4 %). Das ist im Vergleich zu den bundesweiten Ergebnissen ein auffälliges Resultat. In der Regel kommt den psychischen Erkrankungen bei den weiblichen Versicherten (DAK-Gesamtwert 2004: 11,6 %) eine deutlich größere Bedeutung an allen Ausfalltagen zu als bei den männlichen Versicherten (DAK-Gesamtwert 2004: 8,4 %).

**Männer in der Pflege sind überproportional häufig von psychischen Erkrankungen betroffen**

Dass sich der Anteil an psychischen Erkrankungen bei Männern, die in ambulanten Diensten tätig sind, dem Anteil der Erkrankungen bei den weiblichen Beschäftigten in diesem Berufsfeld annähert, ist ein Hinweis darauf, dass es sich hier um spezifische Belastungen aus der Arbeitsumwelt handeln kann.

Eine weitere Differenz gab es hinsichtlich des Anteils von Erkrankungen des Verdauungssystems am Krankenstand: Bei Männern nahm diese Erkrankungsart einen Anteil von 8,7 % an allen krankheitsbedingten Ausfalltagen ein und belegt damit den fünften Rang unter den wichtigsten Krankheiten. Auch bei Frauen belegt diese Erkrankungsart Rang fünf. Jedoch können hier nur 6,1 % der Ausfalltage auf Erkrankungen des Verdauungssystems zurückgeführt werden.

**Männer haben erheblich mehr Fehltage aufgrund von Erkrankungen des Verdauungssystems**

Ferner wird aus den Abbildungen 20 und 21 deutlich, dass bei den Frauen ein erheblich größerer Anteil des Krankenstandes (32,8 %) auf sonstige Krankheitsarten entfiel als bei den Männern (21,8 %). Dies ist besonders auf den bei Frauen im Vergleich zu den Männern höheren Anteil an Neubildungen (3,9 % im Vergleich zu 1,6 %), unspezifischen Symptomen (4,3 % im Vergleich zu 2,3 %) und Erkrankungen des Urogenitalsystems (4,0 % im Vergleich zu 1,1 %) zurückzuführen.

Unspezifische Symptome bezeichnen Erkrankungsbilder, für die (bislang) keine klinische Ursache gefunden werden konnte. Hierunter fallen z.B. Einzeldiagnosen wie "Symptome, die die Stimmung betreffen", "Kopfschmerz" sowie "Unwohlsein und „Ermüdung“, d.h. Symptome, die auch in Zusammenhang mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung auftreten können.

Die größere Bedeutung der Neubildungen (Krebserkrankungen) für den Krankenstand der Frauen erklärt sich aus der unterschiedlichen epidemiologischen Situation: Die häufigsten Krebserkrankungen der Frau (Brust- und Gebärmutterkrebs) treten bereits im jüngeren Lebensalter auf. Die häufigsten Krebserkrankungen des Mannes (Lungen-, Darm und Prostatakrebs) treten hingegen vermehrt erst im Rentenalter auf.

### 3.3 Die wichtigsten Krankheitsarten nach Altersgruppen

Abbildung 22 zeigt die fünf wichtigsten Krankheitsarten in den fünf unteren und Abbildung 23 in den fünf höheren Altersgruppen.

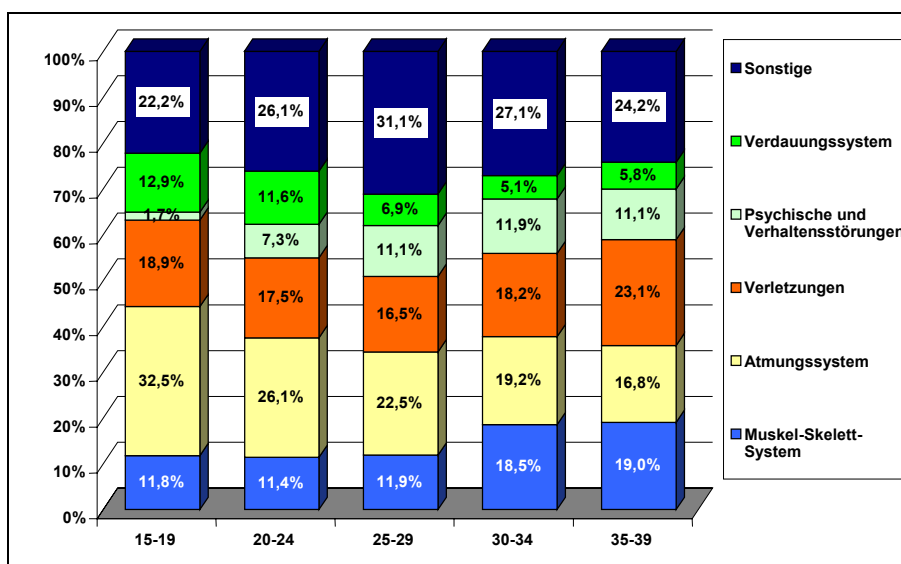


Abbildung 22:

Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf unteren Altersgruppen (Pfleger in ambulanten Diensten 2004)

Quelle: DAK AU-Daten 2004

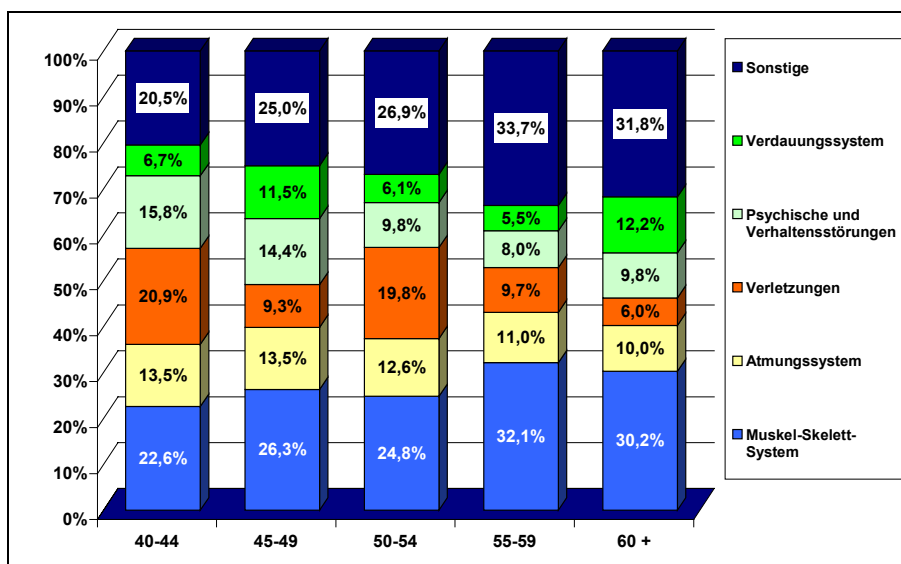


Abbildung 23:

Anteile der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen der fünf höheren Altersgruppen (Pfleger in ambulanten Diensten 2004)

Quelle: DAK AU-Daten 2004

Der Krankenstand der jüngeren Pflegekräfte wird vor allem durch Erkrankungen der Atmungsorgane und Verletzungen bestimmt: Bei den jüngsten Pflegekräften entfielen 18,9 % der AU-Tage auf Verletzungen und 32,5 % auf Atemwegserkrankungen. Für die Gruppe der jüngsten Pflegekräfte ist zudem der Anteil an Muskel-Skelett-Erkrankungen in Höhe von 11,8 % an den AU-Tagen auffällig.

Muskel-Skelett-Erkrankungen bei den jüngsten Pflegenden ließen sich möglicherweise bereits durch optimierte Ausbildungs- und Einarbeitungskonzepte sowie den Gebrauch von Hebehilfen vorbeugen.

Bei den Älteren gewinnen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems zunehmend an Gewicht. In der Altersgruppe der ab 60-Jährigen verursachen sie 30,2 % des Krankenstandes. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems gehören zu den chronisch-degenerativen Erkrankungen, d.h., dass die Krankheitsverläufe mit zunehmendem Alter schwerer und lang andauernder werden.

Der Anteil der psychischen Störungen am Gesamtkrankenstand steigt von 1,7 % bei den 15- bis 19-Jährigen kontinuierlich auf einen prozentualen Anteil von 15,8 % bei den 40- bis 44-Jährigen an. Ab dem 45. Lebensjahr nimmt die relative Bedeutung (bei insgesamt steigendem Krankenstandsniveau) dann tendenziell wieder ab. Sie liegt bei den über 60-Jährigen nur noch bei 9,8 %.

Möglicherweise hängt dieser Verlauf mit der vielfach in der Lebensmitte beobachteten Häufung von Krisen und Konflikten (der so genannten "Midlife-Crisis") zusammen. Überlastungssymptome ("Burn-out") können ebenfalls zu entsprechenden Erkrankungsbildern führen.



### 3.4 Die wichtigsten Einzeldiagnosen

Bisher wurde der Anteil der Krankheitsarten (ICD-Hauptgruppen) am Krankenstand der Beschäftigten in ambulanten Diensten betrachtet. Tabelle 1 zeigt nun auf der Ebene der Einzeldiagnosen, welche konkreten Erkrankungen innerhalb der ICD-Hauptgruppen die Höhe des Krankenstandes maßgeblich beeinflussten.

Tabelle 1: Anteile der 20 wichtigsten Einzeldiagnosen an den AU-Tagen und AU-Fällen 2004

ICD 10	Diagnose	AU-Anteil AU-Tage	Anteil AU-Fälle
M54	Rückenschmerzen	8,8%	8,0%
F32	Depressive Episode	4,2%	1,6%
J06	Atemwegsinfektionen	3,8%	7,2%
T14	Sonstige Verletzung	2,6%	1,8%
J20	Akute Bronchitis	2,4%	4,1%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2,1%	1,4%
M51	Bandscheibenschäden	1,8%	0,7%
J40	Sonstige Bronchitis	1,7%	2,8%
M53	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	1,6%	1,3%
K52	Nicht-infektiöse Gastroenteritis und Kolitis	1,5%	4,1%
A09	Durchfall und Magen-Darm-Infektionen	1,5%	3,2%
M75	Schulterläsionen	1,5%	0,7%
G56	Nervenleiden der oberen Extremitäten	1,5%	0,5%
M23	Kniegelenkschädigung	1,4%	0,6%
J11	Grippe	1,3%	1,5%
S93	Knöchelverstauchung, -zerrung	1,2%	1,0%
J03	Mandelentzündung	1,0%	2,1%
C50	Brustkrebs	0,9%	0,1%
J01	Entzündungen der Nasennebenhöhlen	0,8%	1,7%
B34	Viruskrankheiten	0,8%	1,7%
	<b>Summe</b>	<b>42,4 %</b>	<b>46,1 %</b>

Bei der Berechnung der Anteile der Einzeldiagnosen wurde keine Standardisierung vorgenommen. Die in der Tabelle angegebenen Prozentsätze entsprechen den real beobachteten Krankheitsanteilen.

An der Spitze der AU-Tage standen bei den Pflegenden im Jahr 2004 "Rückenschmerzen" (M54). Weitere wichtige Einzeldiagnosen, die unter die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems fallen, waren "Bandscheibenschäden" (M51), "Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens" (M53), "Schulterläsionen" (M75) und "Kniegelenkschädigungen" (M23). Diese fünf Krankheitsarten hatten einen Anteil von 15,1 % am gesamten Krankheitsstand.

"Depressive Episoden" (F32) standen an zweiter Stelle der wichtigsten Einzeldiagnosen. Weitere wichtige Krankheiten aus dem Spektrum der psychischen Erkrankungen waren "Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen" (F43). Bei den psychischen Erkrankungen handelt es sich meist um längerfristige Krankheitsfälle. Daher ist ihr Anteil an den AU-Fällen erheblich niedriger als an den AU-Tagen.

Atemwegserkrankungen standen an dritter Stelle der wichtigsten Einzeldiagnosen. Folgende Erkrankungen des Atmungssystems spielten eine größere Rolle: "Atemwegsinfektionen" (J06), "Akute Bronchitis" (J20), "Sonstige Bronchitis" (J40), "Entzündungen der Nasennebenhöhlen" (J01), "Mandelentzündung" (J03) sowie "Grippe" (J11). Diese Einzeldiagnosen waren für 11,2 % der AU-Tage und mit 18,4 % für annähernd jeden vierten Erkrankungsfall verantwortlich.

An vierter Stelle standen „sonstige Verletzungen“ (T14). Aus dieser Gruppe waren ebenfalls die "Knöchelverstauchungen und -zerrungen" (S93) relevant.

Unter die 20 wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Pflegenden fielen zwei Diagnosen aus der Gruppe der Magen-Darm-Erkrankungen: "Nicht-infektiöse Gastroenteritis und Kolitis" (K52) sowie "Durchfallerkrankungen und Magen-Darm-Infektionen" (A09). Bei der erstgenannten Krankheit handelt es sich zumeist um vorübergehende Magenverstimmungen und Durchfallerkrankungen.

Für die Betrachtung der Einzeldiagnosen wurden die beobachteten Werte herangezogen. Bedingt durch den hohen Frauenanteil in den Pflegeberufen hatte "Brustkrebs" (C50) im Jahr 2004 eine vergleichsweise hohe Bedeutung für den Krankenstand.

## 4 Arbeits- und Wegeunfälle

Im zweiten Teil des "Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege" wurde bereits detailliert über das bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) gemeldete Arbeits- und Wegeunfallgeschehen bei Beschäftigten ambulanter Dienste berichtet.

In den Daten der DAK ist dokumentiert, wenn beim Krankheitsfall eines Mitgliedes eine Leistungspflicht eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers besteht. Dies ist bei Arbeits- und Wegeunfällen sowie bei Berufskrankheiten der Fall. Da letztere nur einen geringen Anteil am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen haben, beschränkt sich die Analyse in diesem Kapitel auf Arbeits- und Wegeunfällen.

2004 wurden je 100 ganzjährig versicherten Pflegekräften in ambulanten Diensten 59,0 AU-Tage und 2,7 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen beobachtet (2003: 64,4 AU-Tage und 2,6 AU-Fälle). Der Anteil am Gesamtkrankenstand betrug damit 4,6 %. Betrachtet man den Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an der Krankheitsart "Verletzungen", so betrug der Anteil hier annähernd 30 %.

### Bedeutung von Arbeits- und Wegeunfällen sowie Berufskrankheiten

5,6 % des Krankenstandes wurden 2004 durch Arbeits- und Wegeunfälle verursacht.

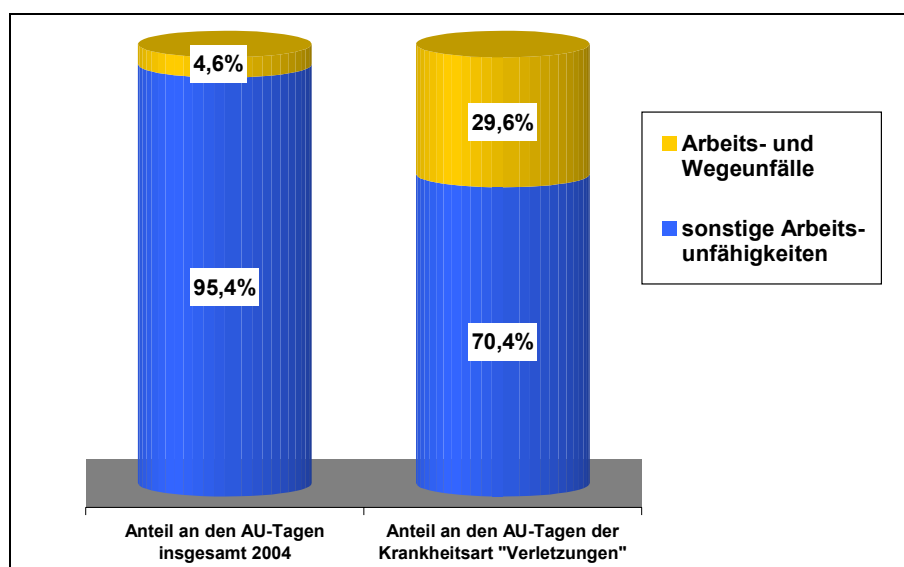


Abbildung 24:

Anteil der Arbeits- und Wegeunfälle an den AU-Tagen insgesamt bzw. an der Krankheitsart "Verletzungen" (Pfleger in ambulanten Diensten 2004)

Quelle: DAK AU-Daten 2004

Die Analyse des Unfallgeschehens in der ambulanten Pflege (Teil 2) ergab, dass fast die Hälfte aller Dienstweg- und Dienstgangunfälle Unfälle mit dem PKW sind, was u.a. mit der überdurchschnittlich hohen Nutzung von PKWs zusammenhängt. Bezüglich der Arbeitsplatzunfälle dominieren die sogenannten „Stolper-, Sturz- und Rutsch-Unfälle“.

**Anteil von Arbeits- und Wegeunfällen am Krankenstand bei Pflegenden in ambulanten Diensten etwas niedriger als im Durchschnitt aller DAK-Versicherten**

Im Kapitel über die Relevanz einzelner Krankheitsarten für den Krankenstand ist bereits deutlich geworden, dass Verletzungen bei den Pflegenden in ambulanten Diensten relativ häufig auftreten. Der Anteil von Arbeits- und Wegeunfällen am Krankenstand war 2004 bei Pflegekräften in ambulanten Diensten mit 4,6 % nur geringfügig geringer gegenüber 4,8 % DAK-weit.

Ein Blick auf die absolute Zahl von Ausfalltagen aufgrund von Arbeits- und Wegeunfällen verkehrt dieses Resultat: Bei allen DAK-Mitgliedern fielen nur 55,3 AU-Tage und 3,0 AU-Fälle wegen Arbeits- und Wegeunfällen an. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer lag mit 18,4 Tagen unter der der Pflegekräfte (21,6 Tage).

Wird zwischen den Berufsgruppen differenziert, so zeigt sich, dass die im Vergleich zum DAK-Gesamtwert höhere Zahl an AU-Tagen wegen Arbeits- und Wegeunfällen auf überdurchschnittlich viele Unfälle in der Gruppe der Helferinnen und Helfer der Krankenpflege zurückgeführt werden kann. 2004 wurden in dieser Gruppe 70,6 AU-Tage beobachtet (Krankenschwestern/-pfleger: 51,7 AU-Tage; Sozialpfleger/innen: 51,5 AU-Tage).

Die durchschnittliche Erkrankungsdauer betrug 21,5 Tage (Krankenschwestern/-pfleger: 22,3-Tage; Sozialpfleger/innen: 18,9 Tage).

## 5 Schlussfolgerungen

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten der DAK-versicherten Pflegekräfte in ambulanten Diensten hat deutliche Unterschiede im Vergleich zur Gesamtheit aller DAK-Mitglieder aufgezeigt.

Der Krankenstand lag 2004 mit 3,5 % um 0,3 Prozentpunkte über dem DAK-Durchschnitt von 3,2 %, was vor allem durch eine vergleichsweise längere Dauer der einzelnen Erkrankungen begründet war. Zudem lag die Betroffenenquote deutlich über dem Durchschnitt.

**Krankenstand bei Pflegenden 0,3 % höher als der DAK-Durchschnitt**

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sind auch in der ambulanten Pflege die häufigste Krankheitsart. Es bestehen aber auch wesentliche Unterschiede zwischen Pflegenden in ambulanten Diensten und den DAK-Gesamtwerten hinsichtlich Krankheitsursachen. Die Bedeutung von Erkrankungen durch Verletzungen und des Atmungssystems war deutlich höher. Ebenso waren psychische Diagnosen, vor allem bei Männern, in dieser Berufsgruppe überproportional häufig vertreten.

**Verletzungen und psychische Diagnosen besonders häufig**

Die Ergebnisse unterstreichen, dass Pflegekräfte in der ambulanten Pflege überdurchschnittlichen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind.

Die Analysen im ersten Teil des "DAK-BGW Gesundheitsreports 2006 – Ambulante Pflege" haben die wichtigsten Einflussfaktoren aufgezeigt: Neben erheblichen Belastungen durch die körperlich stark beanspruchende Tätigkeit stellen Zeitdruck, fehlende Pausen und Leistungsdruck die drei häufigsten Belastungen in der ambulanten Pflege dar. Wie die Umfrageergebnisse zudem gezeigt haben, sind die Pflegenden in der ambulanten Pflege im Vergleich zur stationären Pflege insgesamt zufriedener. Viele Pflegenden bewerten ihre Mitgestaltungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz zudem höher als in der stationären Pflege.

**Zeitdruck, fehlende Pausen und Leistungsdruck sind die drei häufigsten Belastungen**

Trotz der erfreulichen Werte in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit und Partizipationsmöglichkeiten in der ambulanten Pflege können die erlebten Belastungen sich negativ auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken und zu erhöhten Krankenständen beitragen.

Aus Sicht von DAK und BGW sollten ambulanten Dienste in Zukunft dem betrieblichen Gesundheitsmanagement einen hohen Stellenwert einräumen. Es gibt bereits erste erprobte Konzepte zur Förderung der Mitarbeitergesundheit in ambulanten Diensten. BGW und DAK unterstützen bei der Umsetzung durch verschiedenste Angebote:

**DAK und BGW Angebote für besseres betriebliches Gesundheitsmanagement**

- Die BGW berät beim Aufbau von betrieblichem Gesundheitsmanagement und bei der Leitbildentwicklung und bietet begleitende Seminare zu diesen Themen an.
- Ferner werden Maßnahmen zur Optimierung der Arbeitsorganisation und zur Prävention von Rückenbeschwerden – unter Einbeziehung von Kinästhetik und Bobath-Konzepten – angeboten.
- Außerdem wurde ein Screening-Instrument zum Ausmaß psychischer Belastungen in der Pflege entwickelt.
- Die DAK begleitet Unternehmen wie ambulante Pflegedienste bei der Entwicklung und Integration von Gesundheitszielen und eines daran anknüpfenden Gesundheitsmanagements. Gemeinsam mit den Pflegenden und der Pflegedienstleitung werden zielorientierte Maßnahmen entwickelt.
- Zu den Angeboten der DAK für Betriebe zählen z.B. individuelle Beratungen, Gesundheitszirkel, Mitarbeiterbefragungen, Arbeitssituationsanalysen, Seminare zu gesunder Mitarbeiterführung und Arbeitsplatzprogramme.

Spezielle Angebote der BGW für ambulanten Dienste sind:

- Workshop-Reihe „Qualitätsmanagement (QM) mit integriertem Arbeitsschutz“, in der die Teilnehmer unter Leitung erfahrener QM-Dozenten und Referenten für Arbeitsschutz das Know-How lernen, um ein maßgeschneidertes QM-System in ihren Betrieb selbständig einzuführen.
- Im Rahmen der Aktion „Sichere mobile Pflege“ bietet die BGW ihren Mitgliedern Fahrsicherheitstrainings an und wendet sich mit einer halbjährlich erscheinenden Schriftenreihe an ambulante Dienste

## Anhang I: Erläuterungen zu Begriffen und zur Methode

### Die wichtigsten Begriffe und Kennzahlen

An mehreren Stellen dieses Gesundheitsberichts wird die Bezugsgröße "100 Versichertenjahre" verwendet. Hintergrund für diese Vorgehensweise ist die Tatsache, dass nicht alle Mitglieder das ganze Jahr 2004 über bei der DAK versichert waren. Die tatsächlichen Versicherungszeiten in Tagen wurden daher auf volle Jahre umgerechnet. Zur Berechnung bspw. der Fallhäufigkeit werden die Arbeitsunfähigkeitsfälle nicht auf 100 Mitglieder bezogen, sondern auf 100 ganze Versichertenjahre.

**... pro 100 Versichertenjahre**

Die Betroffenenquote ist der Anteil von Versicherten, der im Berichtszeitraum überhaupt wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit hatte. Die Differenz zwischen Betroffenenquote und 100 % ergibt somit den Anteil der Versicherten ohne Arbeitsunfähigkeit.

**Betroffenenquote**

Als ein Arbeitsunfähigkeitsfall wird jeder ununterbrochene Zeitraum von Arbeitsunfähigkeit mit der gleichen Hauptdiagnose gezählt. Im Gesundheitsbericht finden Sie zumeist die Kennzahl Arbeitsunfähigkeitsfälle pro 100 Versichertenjahre.

**AU-Fälle oder Fallhäufigkeit**

Fälle von weniger als drei Tagen Dauer sind in den Daten der DAK nur enthalten, wenn für den betreffenden Fall eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt wurde.

Die Kennzahl "Krankenstand" wird hier in der für die Daten einer gesetzlichen Krankenkasse angemessenen Weise berechnet: Alle Tage, für die der DAK eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorliegt (einschließlich Sonn- und Feiertage) dividiert durch die Zahl der Versichertentage (die ebenfalls Sonn- und Feiertage einschließen) und multipliziert mit 100.

**Krankenstand**

Diese Kennzahl gibt an, wie viele krankheitsbedingte Fehltage – insgesamt oder aufgrund von Krankheiten aus einer bestimmten Krankheitsgruppe – auf 100 ganzjährig versicherte Personen entfielen. Die Kennzahl AU-Tage pro 100 Versichertenjahre ist im Prinzip eine andere Darstellungsweise des Krankenstandes: Dividiert man sie durch 365, so erhält man den Krankenstandswert.

**Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre**

Die durchschnittliche Falldauer errechnet sich, indem man die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage durch die Zahl der Fälle dividiert.

**Durchschnittliche Falldauer**

Als Diagnose eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird jeweils die vom Arzt angegebene Hauptdiagnose ausgewertet. Weitere Diagnoseangaben zu einem Fall werden nicht berücksichtigt.

**Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen**

## Hinweise zu den standardisierten Kennzahlen

### Die Bedeutung der Altersstruktur bei Vergleichsbetrachtungen

Bei Vergleichen zwischen Gesundheitsberichten unterschiedlicher Krankenversicherungen müssen die standardisierten Kennzahlen herangezogen werden. Hintergrund dafür ist der starke Einfluss des Lebensalters auf die Krankheitshäufigkeit eines Menschen. Ältere leiden öfter unter chronischen Krankheiten als Jüngere und haben daher zumeist auch längere Arbeitsunfähigkeiten. Bei Jüngeren beobachtet man hingegen zumeist eine größere Zahl von Krankheitsfällen, die aber nur sehr kurze Zeit dauern und daher wenig Einfluss auf den Krankenstand haben.

### Vergleiche sollten nicht zu irreführenden Schlussfolgerungen führen!

Wenn sich die jeweiligen Anteile der älteren und der jüngeren Personen in zwei zu vergleichenden Gruppen voneinander unterscheiden, wird die Gruppe mit dem höheren Anteil Älterer beim Krankenstand in der Regel schlechter abschneiden. Dies muss jedoch nicht bedeuten, dass in der betreffenden Versichertenpopulation stärkere gesundheitliche Belastungen existieren – es kann auch einfach an der größeren Zahl von älteren Mitgliedern liegen.

### Eine Lösung: Altersgruppenweise vergleichen

Eine Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen besteht darin, immer nur altersgruppenweise zu vergleichen. An einigen Stellen dieses Gesundheitsberichts finden Sie solche altersgruppenweisen Auswertungen – teilweise zusätzlich noch nach Geschlechtern getrennt.

### Eine Lösung für zusammenfassende Vergleiche: standardisierte Kennzahlen

Darüber hinaus besteht aber auch Interesse daran, zusammengefasste Werte für die gesamte DAK mit den Ergebnissen aus anderen Gesundheitsberichten zu vergleichen. Um dabei die geschilderten Probleme mit unterschiedlichen Altersstrukturen ausschalten zu können, berechnet man so genannte *standardisierte* Kennzahlen.

### Standardisierung nach Geschlecht und Alter auf die Erwerbsbevölkerung der Bundesrepublik

Dies bedeutet, dass beiden Gruppen rechnerisch eine identische Altersstruktur unterlegt wird. In den DAK-Gesundheitsberichten wird diese Standardisierung nicht nur für die Altersstruktur, sondern auch für die Anteile der Geschlechter vorgenommen. Unterlegt wird jeweils die Zusammensetzung der erwerbstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik nach Alter und Geschlecht.

### Was die standardisierten Kennzahlen zeigen

An den standardisierten Kennzahlen lässt sich dann der Unterschied zwischen den DAK-Ergebnissen und den entsprechenden Resultaten anderer Gesundheitsberichte ablesen, der *nicht* auf verschiedene Alters- und Geschlechtsstrukturen zurückgeführt werden kann und der daher anderweitig erklärt werden muss.



**Kapitel des ICD 10**

---

<b>ICD 10</b>	<b>Krankheitsart</b>
A00 – B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
C00 – D48	Neubildungen (Krebs)
D50 – D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
E00 – E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
F00 – F99	Psychische und Verhaltensstörungen
G00 – G99	Krankheiten des Nervensystems
H00 – H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
H60 – H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
I00 – I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
J00 – J99	Krankheiten des Atmungssystems
K00 – K93	Krankheiten des Verdauungssystems
L00 – L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
M00 – M99	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes
N00 – N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
O00 – O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
P00 – P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
Q00 – Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
R00 – R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
S00 – T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

---

Quelle: Internationale Klassifikation der Krankheitsarten, ICD 10

## Erläuterungen zum Selektionsverfahren

**Selektion examinierter Pflegekräfte, die in ambulanten Diensten tätig sind.**

Zur Selektion der Pflegekräfte in der ambulanten Pflege wurde im Vorfeld eine Liste aller Betriebsnummern von ambulanten Pflegediensten, die DAK-Versicherte beschäftigen, erstellt. Die Betriebsnummern wurden bei den DAK-Geschäftsstellen abgefragt.

Von allen DAK-Versicherten wurden zunächst solche Mitglieder selektiert, bei denen die Betriebsnummer mit einer der Nummern der Liste der ambulanten Pflegedienste übereinstimmte. Im zweiten Schritt wurden solche Mitglieder selektiert, bei denen in den „Angaben zur Tätigkeit“ die Berufsgruppenschlüssel 853 (gemäß DEÜV) „examinierte Krankenschwester, -pfleger, Hebamme/ Entbindungspfleger“, 854 „Krankenpflegehilfe“ oder 861 „Sozialarbeiter, Sozialpfleger“ angegeben waren.

Die beschriebene Selektion bildete auch die Basis für die Selektion der für die Befragung angeschriebenen Versicherten, deren Ergebnisse in Teil 1 dargestellt sind. Der hohe Anteil der angeschriebenen Versicherten, die zum Zeitpunkt der Befragung in einer stationären Einrichtung tätig waren, lässt darauf schließen, dass Ungenauigkeiten und Dokumentationsfehler bei den Betriebsnummern vorhanden waren.

Da also keine exakte Trennung in ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen möglich war, wurde auf den direkten Vergleich des Krankenstands der beiden Stichproben verzichtet.

## **Anhang II: Tabellen**

Die folgenden Tabellen geben einen vollständigen Überblick über die für das Berichtsjahr 2004 analysierten Arbeitsunfähigkeitsdaten. Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erhalten so die Möglichkeit, über die im Bericht vorgestellten Zahlen hinaus eigene Berechnungen vorzunehmen oder die Zahlen mit Ergebnissen anderer Gesundheitsberichte zu vergleichen.

An dieser Stelle sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Kennzahlen aus diesem Bericht nur mit den Ergebnissen in Gesundheitsberichten anderer Ersatzkassen unmittelbar verglichen werden können.

Tabelle A1: Bundesrepublik gesamt: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2004

Krankheitsart (nach ICD 10)	Geschlecht	Pro 100 Versicherten-jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00- B99 Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	<b>Gesamt</b>	<b>47,8</b>	<b>8,2</b>	<b>5,8</b>	<b>4,1%</b>
	Männer	46,3	7,9	5,8	4,1%
	Frauen	49,9	8,6	5,8	4,1%
C00- D48 Neubildungen	<b>Gesamt</b>	<b>48,9</b>	<b>1,4</b>	<b>35,1</b>	<b>4,2%</b>
	Männer	36,7	1,1	32,3	3,3%
	Frauen	66,2	1,8	37,6	5,5%
F00- F99 Psychische Erkrankungen	<b>Gesamt</b>	<b>113,0</b>	<b>4,1</b>	<b>27,8</b>	<b>9,8%</b>
	Männer	93,7	3,2	29,3	8,4%
	Frauen	140,4	5,3	26,5	11,6%
G00- H95 Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	<b>Gesamt</b>	<b>51,7</b>	<b>4,7</b>	<b>11,1</b>	<b>4,5%</b>
	Männer	48,2	4,2	11,5	4,3%
	Frauen	56,6	5,3	10,6	4,7%
I00- I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	<b>Gesamt</b>	<b>64,8</b>	<b>3,3</b>	<b>19,8</b>	<b>5,6%</b>
	Männer	77,5	3,3	23,2	6,9%
	Frauen	46,8	3,2	14,8	3,9%
J00- J99 Krankheiten des Atmungssystems	<b>Gesamt</b>	<b>178,9</b>	<b>27,9</b>	<b>6,4</b>	<b>15,5%</b>
	Männer	164,0	25,5	6,4	14,6%
	Frauen	199,9	31,1	6,4	16,5%
K00- K93 Krankheiten des Verdauungssystems	<b>Gesamt</b>	<b>83,9</b>	<b>13,7</b>	<b>6,1</b>	<b>7,2%</b>
	Männer	86,6	13,3	6,5	7,7%
	Frauen	80,1	14,2	5,6	6,6%
M00- M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	<b>Gesamt</b>	<b>261,6</b>	<b>15,3</b>	<b>17,1</b>	<b>22,6%</b>
	Männer	268,9	16,3	16,5	24,0%
	Frauen	251,3	13,8	18,2	20,8%
R00- R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	<b>Gesamt</b>	<b>48,0</b>	<b>5,1</b>	<b>9,4</b>	<b>4,2%</b>
	Männer	40,8	4,3	9,4	3,6%
	Frauen	58,3	6,2	9,4	4,8%
S00- T98 Verletzungen und Vergiftungen	<b>Gesamt</b>	<b>166,2</b>	<b>9,7</b>	<b>17,1</b>	<b>14,4%</b>
	Männer	200,3	11,7	17,2	17,9%
	Frauen	118,0	7,0	16,9	9,8%
Gesamt <sup>c</sup>	<b>Gesamt</b>	<b>1.157,1</b>	<b>100,4</b>	<b>11,5</b>	<b>100,0%</b>
	Männer	1.121,2	95,3	11,8	100,0%
	Frauen	1.207,8	107,6	11,2	100,0%

<sup>c</sup> Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 177)

Tabelle A2: Pflegekräfte in ambulanten Diensten: Die zehn wichtigsten Krankheitsarten 2004

Krankheitsart (nach ICD 10)	Geschlecht	Pro 100 Versicherten-jahre		Ø Tage je AU-Fall	Anteil am Krankenstand
		AU-Tage	AU-Fälle		
A00-B99 Infektiöse u. parasitäre Krankheiten	<b>Gesamt</b>	<b>56,4</b>	<b>9,0</b>	<b>6,2</b>	<b>4,4 %</b>
	Männer	48,4	8,6	5,6	4,3 %
	Frauen	67,7	9,6	7,0	4,6 %
C00-D48 Neubildungen	<b>Gesamt</b>	<b>33,9</b>	<b>1,1</b>	<b>29,8</b>	<b>2,7 %</b>
	Männer	17,6	0,8	23,0	1,6 %
	Frauen	57,0	1,7	34,2	3,9 %
F00-F99 Psychische Erkrankungen	<b>Gesamt</b>	<b>139,6</b>	<b>5,7</b>	<b>24,3</b>	<b>11,0 %</b>
	Männer	128,9	5,7	22,8	11,4 %
	Frauen	154,7	5,9	26,3	10,5 %
G00-H95 Krankheiten des Nervensystems, des Auges und des Ohres	<b>Gesamt</b>	<b>49,1</b>	<b>4,0</b>	<b>12,3</b>	<b>3,8 %</b>
	Männer	44,0	3,5	12,7	3,9 %
	Frauen	56,3	4,7	11,9	3,8 %
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	<b>Gesamt</b>	<b>53,8</b>	<b>3,5</b>	<b>15,2</b>	<b>4,2 %</b>
	Männer	58,0	3,8	15,4	5,1 %
	Frauen	47,7	3,2	15,0	3,2 %
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	<b>Gesamt</b>	<b>208,6</b>	<b>29,4</b>	<b>7,1</b>	<b>16,4 %</b>
	Männer	192,7	28,2	6,8	17,1 %
	Frauen	231,2	31,1	7,4	15,6 %
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	<b>Gesamt</b>	<b>94,8</b>	<b>13,7</b>	<b>6,9</b>	<b>7,4 %</b>
	Männer	98,0	13,8	7,1	8,7 %
	Frauen	90,3	13,6	6,6	6,1 %
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	<b>Gesamt</b>	<b>277,1</b>	<b>16,2</b>	<b>17,1</b>	<b>21,7 %</b>
	Männer	224,9	14,3	15,7	19,9 %
	Frauen	351,0	18,9	18,6	23,7 %
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	<b>Gesamt</b>	<b>41,6</b>	<b>4,7</b>	<b>8,9</b>	<b>3,3 %</b>
	Männer	25,8	3,3	7,8	2,3 %
	Frauen	63,9	6,6	9,7	4,3 %
S00-T98 Verletzungen und Vergiftungen	<b>Gesamt</b>	<b>212,8</b>	<b>9,8</b>	<b>21,8</b>	<b>16,7 %</b>
	Männer	238,8	10,1	23,6	21,2 %
	Frauen	176,1	9,3	18,9	11,9 %
Gesamt <sup>d</sup>	<b>Gesamt</b>	<b>1.274,4</b>	<b>104,1</b>	<b>12,3</b>	<b>100,0%</b>
	Männer	1.129,0	9573	11,8	100,0%
	Frauen	1.479,6	115,9	12,8	100,0%

<sup>d</sup> Alle Krankheitsarten des ICD 10 (vgl. Übersicht auf S. 177)