

# Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege aus Sicht der Beschäftigten in Österreich

Eine Untersuchung auf Basis der  
internationalen NORDCARE-Befragung

Gudrun Bauer  
Ricardo Rodrigues  
Kai Leichsenring

Unter Mitarbeit von Magdalena Six

Im Auftrag der Arbeiterkammer Wien



Wien,  
Juli 2018



## **Impressum**

### **Medieninhaber und Herausgeber**

AK Wien  
Prinz-Eugen-Straße 20-22  
1040 Wien

### **Redaktion**

Gudrun Bauer, Kai Leichsenring

### **Grafik-Design und Copyediting**

Barbara Waldschütz, Willem Stamatiou

ISBN 978-3-7063-0733-8

### **Druck**

Eigendruck

© AK Wien und die AutorInnen, 2018

## Inhaltsverzeichnis

<i>Abbildungsverzeichnis</i>	6
<i>Tabellenverzeichnis</i>	8
<i>Verzeichnis der Abkürzungen und Definitionen</i>	10
<b>Kapitel 1</b>	
<b>Hintergrund, Ziele und Struktur der Studie</b>	<b>11</b>
<i>Hintergrund und Ziele</i>	11
Die NORDCARE-Befragung	12
Internationale Vergleiche und Längsschnitterhebungen mit der NORDCARE-Befragung	12
<i>Aufbau des Projektberichts</i>	14
<b>Kapitel 2</b>	
<b>Methodik und Charakteristika der Stichprobe</b>	<b>15</b>
<i>Die Grundgesamtheit</i>	15
<i>Die Unterteilung des Langzeitpflegebereichs</i>	15
<i>Das Erhebungsinstrument</i>	17
<i>Das Stichprobendesign</i>	17
<i>Rücklaufquoten</i>	19
<b>Kapitel 3</b>	
<b>Wer sind wir?</b>	<b>21</b>
<i>Demographie und Ausbildung</i>	21
Geschlecht	21
Alter	21
Geburtsland	23
Ausbildung	24
Familienstand und Kinder	26
Gewerkschaftsmitgliedschaft	27
Anstellungsverhältnis	28
<b>Kapitel 4</b>	
<b>Unsere Arbeit in der Langzeitpflege</b>	<b>29</b>
<i>Arbeitszeiten und Überstunden</i>	29
Arbeitszeiten	29
Beschäftigungsausmaß	30
Zufriedenheit mit dem Beschäftigungsausmaß	31
Überstunden	32
<i>Charakteristika der betreuten Personen</i>	33
Mit wem wird gearbeitet?	33
Wie viele Personen werden gepflegt und betreut?	35

<i>Tätigkeitsprofile der Berufsgruppen in der Langzeitpflege</i>	39
Arbeits Tätigkeiten in der Langzeitpflege	
im Vergleich zwischen den Sektoren	40
Die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson	44
Die Pflegehilfe	47
Die Fachsozialbetreuung Altenarbeit	49
Die Heimhilfe	51
<i>Besprechungen, Austausch und Beziehungen am Arbeitsplatz</i>	53
Besprechungen zwischen MitarbeiterInnen und Vorgesetzten	53
Teambesprechungen und interdisziplinärer Austausch	54
Informationsgrad, Gespräche und erfahrene Unterstützung	
am Arbeitsplatz	56
Erfahrene Wertschätzung im Beruf	58
Negative Erfahrungen am Arbeitsplatz	60
Coping-Strategien im Umgang mit Belastungen am Arbeitsplatz	63

## **Kapitel 5**

<b>Beurteilung der Arbeitsbedingungen</b>	<b>69</b>
<i>Allgemeine Einschätzung zu den Arbeitsbedingungen</i>	
<i>in der Langzeitpflege</i>	70
Analyse der Erklärungsfaktoren	71
<i>Arbeitsbelastung und Stress</i>	72
Analyse der Erklärungsfaktoren	73
<i>Autonomie</i>	74
Analyse der Erklärungsfaktoren	74
<i>Gesundheit, physisches und psychisches Wohlbefinden</i>	75
Analyse der Erklärungsfaktoren	76
<i>Perspektiven zur Pflege- und Betreuungsarbeit</i>	77
Analyse der Erklärungsfaktoren	78
<i>Vereinbarkeit von Beruf und Familie</i>	80
Haus- und Familienarbeit	80
Informelle Pflege- und Betreuungsverpflichtungen	82
Vereinbarkeit von Beruf und informellen Verpflichtungen	83

## **Kapitel 6**

<b>Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege im internationalen Vergleich: Österreich, Deutschland und Schweden</b>	<b>85</b>
<i>Anzahl und Charakteristika der betreuten Personen</i>	88
<i>Anstellungsverhältnis und Beschäftigungsausmaß</i>	91
<i>Belastungen, Prävention und Ressourcen</i>	93
<i>Vereinbarkeit von Beruf und Familie</i>	97
<i>Kontinuität der Berufstätigkeit</i>	98

## **Kapitel 7**

<b>Zusammenfassung der Ergebnisse und Handlungsempfehlungen</b>	<b>101</b>
---	------------

<b>Anhang 1</b>	
<b>Zur Methode der Multiplen Logistischen Regression</b>	<b>109</b>
<b>Anhang 2</b>	
<b>Regressionsanalysen zu ausgewählten Themenbereichen</b>	<b>111</b>
<i>Arbeitsbedingungen</i>	<i>111</i>
<i>Arbeitsbelastung und Stress</i>	<i>113</i>
<i>Autonomie</i>	<i>115</i>
<i>Gesundheit, physisches und psychisches Wohlbefinden</i>	<i>117</i>
<i>Perspektiven zur Pflege- und Betreuungsarbeit</i>	<i>119</i>
<i>Vereinbarkeit von Beruf und informellen Verpflichtungen</i>	<i>121</i>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geschlechterverteilung nach Bundesland und Sektor in %	21
Abbildung 2: Altersverteilung und Geschlecht in %	22
Abbildung 3: Altersverteilung und Sektor in %	22
Abbildung 4: Anteil der im Ausland Geborenen nach Bundesland und Sektor in %	23
Abbildung 5: Anteil der Ausbildungen nach Geschlecht in %	25
Abbildung 6: Anteil der Ausbildungen nach Bundesland und Sektor in %	25
Abbildung 7: Anteil der Befragten mit Kindern im selben Haushalt, nach Geschlecht und insgesamt nach Alter des jüngsten Kindes in %	26
Abbildung 8: Gewerkschaftsmitgliedschaft in %	27
Abbildung 9: Rechtzeitige Information über Arbeitszeiten in %	29
Abbildung 10: Berücksichtigung von Arbeitszeitwünschen in %	30
Abbildung 11: Beschäftigungsausmaß der Befragten in %	31
Abbildung 12: Bewertung des Beschäftigungsausmaßes durch die Befragten in %	31
Abbildung 13: Bezahlte Überstunden in %	32
Abbildung 14: Unbezahlte Überstunden in %	33
Abbildung 15: Charakteristika der betreuten Personen nach Art der Pflegebedürftigkeit in %	35
Abbildung 16: Anzahl der betreuten Personen während einer Schicht bzw. eines Arbeitstages	36
Abbildung 17: Anteil der Beschäftigten, welche die Anzahl der pro Schicht zu betreuenden Personen als zu hoch einschätzen in %	37
Abbildung 18: Tätigkeitsprofile nach Kategorien und Berufsgruppen in MSGD in %	42
Abbildung 19: Tätigkeitsprofile nach Kategorien und Berufsgruppen in APH in %	43
Abbildung 20: Tätigkeitsprofile der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege in %	45
Abbildung 21: Tätigkeitsprofile der Pflegehilfe in %	47
Abbildung 22: Tätigkeitsprofile der Fachsozialbetreuung Altenarbeit in %	49
Abbildung 23: Tätigkeitsprofile der Heimhilfe in %	51
Abbildung 24: Häufigkeit von Besprechungen zwischen MitarbeiterInnen und Vorgesetzten in %	53
Abbildung 25: Besprechungen und Austausch am Arbeitsplatz in %	55
Abbildung 26: Informationsgrad, Gespräche und Unterstützung in %	56
Abbildung 27: Erfahrene Wertschätzung durch Vorgesetzte, KollegInnen, pflegebedürftige Menschen und Angehörige in %	58

Abbildung 28: Häufigkeit negativen Verhaltens durch pflegebedürftige Menschen bzw. Angehörige in %	60
Abbildung 29: Coping-Strategien im Umgang mit Belastungen in %	64
Abbildung 30: Veränderung der Arbeitsbedingungen in %	70
Abbildung 31: Anteil der Befragten nach Wochenstunden, die für Haus- und Familienarbeit aufgewendet werden, nach Geschlecht in %	81
Abbildung 32: Anteil der Befragten mit oder ohne Kind nach Wochenstunden für Haus- und Familienarbeit in %	81
Abbildung 33: Anteil der Befragten mit informellen Betreuungsverpflichtungen, nach Beziehungsgrad in %	82
Abbildung 34: Anteil der informell unterstützten Personen nach Alter in %	83
Abbildung 35: Charakteristika der betreuten Personen nach Art der Pflegebedürftigkeit, nach Sektoren im Ländervergleich in %	89
Abbildung 36: Anteil der Beschäftigten, welche die Anzahl der pro Schicht zu betreuenden Personen als zu hoch einschätzen, nach Sektoren und im Ländervergleich in %	90
Abbildung 37: Anstellungsverhältnis nach Sektoren im Ländervergleich in %	91
Abbildung 38: Beschäftigungsausmaß nach Sektoren im Ländervergleich in %	92
Abbildung 39: Zufriedenheit mit dem Beschäftigungsausmaß nach Sektoren im Ländervergleich in %	92
Abbildung 40: Körperlich belastende Tätigkeiten nach Sektoren im Ländervergleich in %	93
Abbildung 41: Körperlich belastende Tätigkeiten und der Zugang zu Präventionsmaßnahmen nach Sektoren im Ländervergleich in %	94
Abbildung 42: Belastendes Verhalten der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen nach Sektoren im Ländervergleich in %	95
Abbildung 43: Beurteilung der Vereinbarkeit von Arbeitszeiten und familiärer/sozialer Verpflichtungen im Ländervergleich in %	97
Abbildung 44: Einschätzung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie nach Alter der Kinder in %	98
Abbildung 45: Kontinuität der Berufstätigkeit nach Sektoren im Ländervergleich in %	99

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl Anbieter und Gesamtanzahl Beschäftigte in APH	16
Tabelle 2: Anzahl Anbieter und Gesamtanzahl Beschäftigte in MSGD	16
Tabelle 3: Anzahl der Befragten nach Bundesländern und Art des Anbieters (APH)	18
Tabelle 4: Anzahl der Befragten nach Bundesländern und Art des Anbieters (MSGD)	18
Tabelle 5: Response-Raten nach Befragungsart und Sektor	19
Tabelle 6: Anzahl zu betreuender Personen pro Schicht bzw. Arbeitstag in APH	37
Tabelle 7: Anteil der Beschäftigten, welche die Anzahl der pro Schicht zu betreuenden Personen im APH als zu hoch einschätzen, nach Arbeitszeitlage in %	38
Tabelle 8: Tätigkeitsbereiche in der Langzeitpflege	39
Tabelle 9: Arbeitstätigkeiten nach Kategorien und Berufsgruppen in %	41
Tabelle 10: Bevorzugte und weniger erwünschte Tätigkeiten in %	44
Tabelle 11: Tätigkeiten der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege in %	46
Tabelle 12: Tätigkeiten der Pflegehilfe in %	48
Tabelle 13: Tätigkeiten der Fachsozialbetreuung Altenarbeit in %	50
Tabelle 14: Tätigkeiten der Heimhilfe in %	52
Tabelle 15: Besprechungen und Austausch am Arbeitsplatz in %	55
Tabelle 16: Informationsgrad, Gespräche und Unterstützung in %	57
Tabelle 17: Erfahrene Wertschätzung durch Vorgesetzte, KollegInnen, pflegebedürftige Menschen und Angehörige in %	59
Tabelle 18: Häufigkeit verbal negativen Verhaltens durch pflegebedürftige Menschen bzw. Angehörige in %	61
Tabelle 19: Häufigkeit von psychisch und physisch negativen Verhaltens durch pflegebedürftige Menschen bzw. deren Angehörige in %	63
Tabelle 20: Häufigkeit von Coping-Strategien: Gespräche und Selbstorganisation in %	65
Tabelle 21: Häufigkeit von Coping-Strategien: Externe Unterstützungsformen in %	66
Tabelle 22: Gründe für die Einschätzung von verschlechterten Arbeitsbedingungen in %	71
Tabelle 23: Soziodemografische Charakteristika der Stichproben: Österreich, Deutschland und Schweden in %	87

Tabelle 24: Anzahl der betreuten Personen während einer Schicht bzw. eines Arbeitstages und Einschätzung der Arbeitsbelastung, nach Sektoren und im Ländervergleich	90
Tabelle 25: Psychische und physische Belastungen nach Sektoren im Ländervergleich in %	94
Tabelle 26: Fachliche Belastungen und Ressourcen nach Sektoren im Ländervergleich in %	96
Tabelle A1: Regressionsanalyse Verschlechterung der Arbeitsbedingungen	111
Tabelle A2: Regressionsanalyse Stress und Arbeitsbelastung	113
Tabelle A3: Regressionsanalyse Autonomie	115
Tabelle A4: Regressionsanalyse Gesundheit, physisches und psychisches Wohlbefinden	117
Tabelle A5: Regressionsanalyse Perspektiven zur Pflege- und Betreuungsarbeit	119
Tabelle A6: Regressionsanalyse Vereinbarkeit	121

## Verzeichnis der Abkürzungen und Definitionen

Abkürzungen und Begrifflichkeiten	Erläuterungen bzw. Definitionen
APH	Alten- und Pflegeheim(e) Synonyme Bezeichnungen: Stationärer Sektor, stationärer (Langzeit-/Pflege-)Bereich
MSGD	Mobile Sozial- und Gesundheitsdienste Synonyme Bezeichnungen: Mobiler Sektor, mobiler / häuslicher (Langzeit-/Pflege-)Bereich
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (-person)
PH	Pflegehilfe, PflegehelferInnen
DSB-A	Diplomsozialbetreuung Altenarbeit, DiplomsozialbetreuerInnen
FSB-A	Fachsozialbetreuung Altenarbeit, FachsozialbetreuerInnen
HH	Heimhilfe, HeimhelferInnen
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
Sbg	Salzburg
OÖ	Oberösterreich
Nicht verfügbar	n/a
Größe des Anbieters	Klein: <40 MitarbeiterInnen
	Mittel: 40-80 MitarbeiterInnen
	Groß: >80 MitarbeiterInnen
Beschäftigungsausmaß	Vollzeit: >35h
	Teilzeit ≥ 21h: 21-35h
	Teilzeit <21h
Art des Anbieters	öffentlich: Organisation der öffentlichen Hand
	non-profit: gemeinnützig tätige, nicht auf Gewinn ausgerichtete Organisation, Rechtsform z.B. gGmbH, gemeinnütziger Verein
	for-profit: gewinnorientierte Organisation, Rechtsform z.B. GmbH

## Kapitel 1

# Hintergrund, Ziele und Struktur der Studie

## Hintergrund und Ziele

Mit dem Projekt „Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten“, das im Jahr 2015 am Europäischen Zentrum im Auftrag der Arbeiterkammer (AK) Wien durchgeführt wurde, konnte im Rahmen einer qualitativen Studie erstmals ein Einblick in die Perspektiven aller Gruppen von Pflege- und Betreuungskräften in der Langzeitpflege<sup>1</sup> zu Einschätzungen von „guter Pflege“ gewährt werden.<sup>2</sup> Im Zuge dessen wurden auch jene Bereiche identifiziert, in denen aus Sicht der einzelnen Berufsgruppen in der Langzeitpflege Verbesserungspotentiale bestehen. Herausforderungen betreffen insbesondere Aspekte zu den Arbeitsbedingungen und Einschätzungen zur Organisation der Langzeitpflege. Dazu zählen Themen wie Arbeitszeiten und Belastungen am Arbeitsplatz, gute Beziehungen zu betreuten Personen und deren Angehörigen sowie zu KollegInnen, Organisations- und Kompetenzstrukturen in der Langzeitpflege sowie die multidisziplinäre Zusammenarbeit zwischen einzelnen Berufsgruppen.

Aufgrund des qualitativen Charakters dieser Studie konnten bestimmte Fragen wie etwa der Grad von Verbesserungspotentialen oder das Ausmaß der Herausforderungen in den verschiedenen Bereichen der Langzeitpflege nicht beantwortet werden. Um repräsentative und quantifizierbare Ergebnisse hinsichtlich der Arbeitsbedingungen für den Bereich der Langzeitpflege in Österreich zu generieren, die auch Vergleiche mit anderen europäischen Ländern zulassen, wurde die nun vorliegende quantitative Studie durchgeführt. Ziel dieser Studie ist es daher, die spezifischen Problemlagen und Verbesserungsbereiche aus Sicht der Beschäftigten im mobilen und stationären Bereich der Langzeitpflege zu erheben und damit die Basis für internationale Vergleichbarkeit von Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege zu schaffen.

**Ziel dieser Studie ist, die Problemlagen aus Sicht der Beschäftigten im mobilen und stationären Bereich der Langzeitpflege zu erheben**

- 
- 1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Bericht der Begriff „Langzeitpflege“ verwendet, wobei immer „Langzeitpflege und -betreuung“ gemeint ist.
  - 2 Leichsenring, K., Schulmann, K., Gasior, K., Fuchs, M. (2015) *Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten – Bedingungen, Ziele und Perspektiven der Qualitätsverbesserung in der Langzeitpflege. Studie im Auftrag der Arbeiterkammer Wien*. Wien: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung.

## Die NORDCARE-Befragung

**Diese Studie basiert auf dem NORDCARE-Fragebogen und ermöglicht erstmals auch internationale Vergleichbarkeit**

Diese Studie basiert auf dem NORDCARE-Fragebogen und weist neben der umfassenden Erhebung der Arbeitsbedingungen der Langzeitpflege in Österreich erstmals auch internationale Vergleichbarkeit auf. Bei der NORDCARE-Befragung handelt es sich um einen Fragebogen, der basierend auf vorangegangenen qualitativen Studien in Skandinavien entwickelt wurde. Der Fragebogen wurde erstmalig im Jahr 2005/2006 international eingesetzt und befindet sich mittlerweile in der zweiten Befragungswelle. Neben der Teilnahme von Österreich an der zweiten Befragungswelle wurde die Befragung auch in Deutschland, Dänemark, Schweden, Norwegen, Finnland, Australien, Japan und Kanada durchgeführt. Dabei wurde den teilnehmenden Ländern die Möglichkeit eingeräumt, den Fragebogen an landesspezifische Besonderheiten anzupassen, während aus Gründen der Vergleichbarkeit der Kern des Fragebogens erhalten bleibt. Der NORDCARE-Fragebogen umfasst folgende Themenbereiche: Fragen zum persönlichen Hintergrund, zum Arbeitsverhältnis, Arbeitszeiten und Arbeitsplatz, Charakteristika von betreuten Personen und Aufgabenbereiche, ausführliche Fragen zur Beurteilung der Arbeit und der Arbeitsbedingungen, Vereinbarkeit von Beruf und Haushalts- und Familienarbeit sowie informelle Pflege- und Betreuungsverpflichtungen.

## Internationale Vergleiche und Längsschnitterhebungen mit der NORDCARE-Befragung

**Eine Besonderheit der NORDCARE-Befragung stellt die Möglichkeit dar, Längsschnittdaten zu produzieren**

Wie bereits aus zahlreichen Publikationen zu entnehmen ist, liefern die Erkenntnisse aus der NORDCARE-Befragung eine gute Basis, um die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege zwischen den Ländern zu vergleichen (siehe z.B. Meagher et al., 2016; Theobald et al., 2013; Banerjee et al., 2012; Trydegard, 2012; Daly, Szebehely, 2012).<sup>3</sup> Ein solcher Vergleich wurde auch erstmals für Österreich mit Deutschland und Schweden angestellt (siehe dazu Kapitel 6). Da-

**3** Meagher, G., Szebehely, M., Mears, J. (2016) How institutions matter for job characteristics, quality and experiences: a comparison of home care work for older people in Australia and Sweden. *Work, Employment and Society*, 30 (5), 731-749.

Theobald, H., Szebehely, M., Preuß, M. (2013) *Kontinuität in der Erwerbstätigkeit in der Pflege – ein deutsch-schwedischer Vergleich*. Berlin: edition-sigma.

Banerjee, A., Daly, T., Armstrong, P., Szebehely, M., Armstrong, H., Lafrance, S. (2012) Structural violence in long-term, residential care for older people: comparing Canada and Scandinavia. *Social Science & Medicine*, 73 (3), 390-398.

Trydegard, G.-B. (2012) Care work in changing welfare states: Nordic care workers' experiences. *European Journal of Ageing*, 9, 119-129.

Daly, T., Szebehely, M. (2012) Unheard voices, unmapped terrain: care work in long-term residential care for older people in Canada and Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 21 (2), 139-148.

bei basieren die für Deutschland dargestellten Daten aus der NORDCARE-Erhebung auf der Publikation von Theobald et al. (2013)<sup>4</sup>, während die schwedischen Daten der zweiten Erhebungswelle aus dem Jahr 2015 dankenswerterweise von Prof. Marta Szebehely von der Universität Stockholm (Projektleitung der NORDCARE-Studie in Schweden) speziell für den vorliegenden Projektbericht zur Verfügung gestellt wurden.

**Die Relevanz von Längsschnittdaten zeigt sich am Beispiel Schweden**

Eine Besonderheit der NORDCARE-Befragung stellt zudem die Möglichkeit dar, Längsschnittdaten zu produzieren, indem die Befragung in zeitlich regelmäßigen Abständen durchgeführt wird, wodurch Veränderungen in den Arbeitsbedingungen der Langzeitpflege im Zeitverlauf sichtbar gemacht werden können. Die Relevanz solcher Längsschnittdaten kann am Beispiel Schweden eindrucksvoll dargestellt werden, wo die NORDCARE-Befragung bereits zweimal, in den Jahren 2005 und 2015, durchgeführt wurde und wesentliche Veränderungen bei verschiedenen Aspekten der Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege festgestellt werden konnten. Das betrifft beispielsweise die Anzahl zu betreuender Personen zu allen Tages- und Wochenzeiten, insbesondere jene in der Nacht: im mobilen Bereich ist diese zwischen 2005 und 2015 von durchschnittlich 13,8 auf 23,4 Personen gestiegen, was sich in entsprechend negativeren Zufriedenheitsraten der Beschäftigten im Zeitverlauf niederschlägt. Insgesamt zeigt sich, dass beispielsweise das Belastungsniveau in beiden Sektoren zwischen 2005 und 2015 in Schweden deutlich gestiegen ist, was sich in körperlicher Erschöpfung (Anstieg von 29% auf 41% im stationären Bereich), Schmerzen im Rücken (von 11% auf 20% im mobilen Bereich) oder psychischer Erschöpfung (von 11% auf 24% im mobilen Bereich und von 16% auf 26% im stationären Bereich) zeigt. Gleichzeitig hat die Möglichkeit zur autonomen Arbeitsgestaltung von 39% (2005) auf 16% (2015) im mobilen Bereich abgenommen, ebenso wie die verfügbare Zeit, um mit KollegInnen zu diskutieren (von 57% auf 35% im mobilen Bereich). Wenig überraschend ist dadurch das Vertrauen der MitarbeiterInnen untereinander gesunken, während die Wahrnehmung von Kontrolle durch Vorgesetzte etwa im mobilen Bereich von 43% (2005) auf 59% (2015) gestiegen ist.<sup>5</sup>

**In Schweden ist das Belastungsniveau im Zeitverlauf deutlich gestiegen**

Solche Längsschnitterhebungen könnten mit der NORDCARE-Befragung in Zukunft auch für Österreich durchgeführt werden. Für einen Bereich wie jenen der Langzeitpflege, der sich zunehmenden Veränderungen und Herausforderungen zu stellen hat, würde dies erstmals die Möglichkeit bieten, Daten über Veränderungen in den Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege zu generieren, strukturelle Veränderungen sichtbar zu machen und dementsprechende Maßnahmen zur Verbesserung einzuleiten.

<sup>4</sup> Theobald, H., Szebehely, M., Preuß, M. (2013) *Kontinuität in der Erwerbstätigkeit in der Pflege – ein deutsch-schwedischer Vergleich*. Berlin: edition-sigma.

<sup>5</sup> Szebehely, M., Stranz, A., Strandell, R. (2017) *Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg?* Working Paper, Department of Social Work, 1/2017, Universität Stockholm.

## Aufbau des Projektberichts

**Auf Basis einer vorangegangenen qualitativen Studie werden Ergebnisse der quantitativen Erhebung zu den Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege analysiert**

Auf Basis von Erkenntnissen aus einer vorangegangenen qualitativen Erhebung (Leichsenring et al., 2015) werden in diesem Projektbericht zentrale Themenbereiche zu den Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege dargestellt und entlang wesentlicher Erklärungsfaktoren (Kapitel 5) analysiert. Dabei orientiert sich die Struktur des Projektberichts neben der Erläuterung der angewandten Methode (Kapitel 2) zunächst an einer Darstellung der soziodemografischen Charakteristika von Beschäftigten in der Langzeitpflege (Kapitel 3).

Kapitel 4 gibt einen umfassenden Einblick in den Arbeitsalltag und das Berufserleben der Beschäftigten in der Langzeitpflege. Dies inkludiert Fragen zu den Arbeitszeiten und Überstunden, zur Anzahl und zu den Charakteristika von betreuten Personen sowie einen Überblick über die täglichen Aufgabenbereiche der verschiedenen Berufsgruppen in der Langzeitpflege. Darüber hinaus widmet sich dieses Kapitel den Beziehungen und der Zusammenarbeit am Arbeitsplatz, der erlebten Wertschätzung im Beruf sowie Erfahrungen mit negativem Verhalten und entsprechenden Strategien im Umgang mit Belastungen.

Im Kapitel 5 wird schließlich jenen Faktoren nachgegangen, die nach statistischer Analyse Erklärungen für die Beurteilung bestimmter Aspekte der Arbeitsbedingungen liefern. Dabei wurden wesentliche Themen hervorgehoben, die bereits in der qualitativen Studie als zentrale Einflussbereiche auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten erkannt wurden. Dies betrifft beispielsweise das Thema Autonomie am Arbeitsplatz, Arbeitsbelastung und Stress sowie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Darüber hinaus wird analysiert, welche Bedingungen für einen Verbleib im bzw. Ausstieg aus dem Langzeitpflegebereich ausschlaggebend sind.

Im Kapitel 6 werden die in Österreich generierten Daten aus der NORD-CARE-Befragung erstmals im internationalen Vergleich mit Deutschland und Schweden dargestellt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den jeweiligen Anstellungs- und Beschäftigungsverhältnissen, der Vereinbarkeitsthematik, dem Belastungserleben und verfügbaren Entlastungsressourcen sowie den Perspektiven zur Arbeit im Langzeitpflegebereich.

Abschließend werden im Kapitel 7 die zentralen Erkenntnisse zu den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in der Langzeitpflege in Österreich mit Blick auf Problem- und Verbesserungsbereiche zusammengefasst und darauf basierende Handlungsempfehlungen skizziert.

## Kapitel 2

# Methodik und Charakteristika der Stichprobe

Das Ziel dieser Studie besteht darin, die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege in Österreich mithilfe einer Stichprobenerhebung unter den Beschäftigten zu eruieren. Die mittels schriftlicher Befragung untersuchten Pflege- und Betreuungskräfte sollten dabei möglichst repräsentativ für alle in der Langzeitpflege Beschäftigten sein.

### Die Grundgesamtheit

**Die Grundgesamtheit sind alle in der Langzeitpflege beschäftigten Personen in Österreich**

Die Grundgesamtheit, über deren Arbeitsbedingungen diese Studie Auskunft geben möchte, sind alle in der Langzeitpflege beschäftigten Personen in Österreich. Dies umfasst die in Österreich vorherrschenden Berufsgruppen der Gesundheits- und Krankenpflege (Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegehilfe) und der Sozialbetreuungsberufe (Diplomsozialbetreuung und Fachsozialbetreuung Altenarbeit, Heimhilfe). Die in der Grundgesamtheit erfassten Personen sind entweder im mobilen (häuslichen) Pflegebereich oder in einem Alten- und Pflegeheim (stationärer Pflegebereich) tätig.

### Die Unterteilung des Langzeitpflegebereichs

Um den Einfluss unterschiedlicher Strukturen auf die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege zu analysieren, wurden die Befragten einerseits nach Sektoren (mobil, stationär) getrennt und andererseits nach der Art des Anbieters (non-profit, for-profit, öffentlich) unterteilt (siehe Tabelle 1 und Tabelle 2).

**Die Organisation der Langzeitpflege und die strukturellen Rahmenbedingungen unterscheiden sich nach Bundesland**

Die Organisation der Langzeitpflege und die strukturellen Rahmenbedingungen unterscheiden sich aufgrund landesspezifischer Regelungen je nach Bundesland. Aus ökonomischen Gründen wurde davon abgesehen, die Erhebung in sämtlichen Bundesländern durchzuführen. Um dennoch ein möglichst repräsentatives Bild zu zeichnen, wurden für die Befragung die Bundesländer Wien, Oberösterreich und Salzburg ausgewählt, welche durch unterschiedliche Strukturen und Regulierungen im Bereich der Langzeitpflege charakterisiert sind. Diese Unterschiede manifestieren sich zum einen in gesetzlich unterschiedlich festgelegten Personalschlüsseln (Verhältnis von Personal mit definiertem Quali-

fikationshintergrund zu betreuten Personen) in Wien und Oberösterreich, während in Salzburg keine diesbezüglichen Vorgaben festgelegt wurden. Zum anderen ist in Salzburg und Wien die Organisation der Versorgungsstruktur der Langzeitpflege zentral geregelt (z.B. durch den Fonds Soziales Wien), wobei die KlientInnen zwischen mehreren Anbieterorganisationen wählen können. In Oberösterreich hingegen ist innerhalb eines Bezirkes (Sozialhilfverband) eine Sprengelaufteilung vorgesehen, wobei innerhalb eines Sprengels jeweils nur eine Anbieterorganisation für mobile Pflege und Betreuung zugelassen ist. Die Ergebnisse der Studie sind grundsätzlich nur für diese drei Bundesländer repräsentativ. Indem allerdings bewusst sehr unterschiedlich strukturierte Bundesländer im Hinblick auf die Organisation und Regulierung der Langzeitpflege ausgewählt wurden, sollten die Ergebnisse und Analysen, wenn auch in beschränktem Ausmaß, für ganz Österreich gelten.

**Tabelle 1: Anzahl Anbieter und Gesamtanzahl Beschäftigte<sup>6</sup> in APH**

	Beschäftigte	Anbieter for-profit	Anbieter non-profit	Anbieter öffentlich	Anbieter gesamt
Wien	7.341	23	27	41	91
OÖ	5.492	24	12	97	133
Salzburg	2.109	10	23	44	77
Insgesamt	14.942	57	62	182	301

**Tabelle 2: Anzahl Anbieter und Gesamtanzahl Beschäftigte in MSGD**

	Beschäftigte	Anbieter for-profit	Anbieter non-profit	Anbieter öffentlich	Anbieter gesamt
Wien	3.825	2	43	0	45
OÖ	1.290	0	53	5	58
Salzburg	658	1	30	1	32
Insgesamt	5.773	3	126	6	135

<sup>6</sup> Die Information über die Anzahl der Betreuungs- und Pflegepersonen (Vollzeitäquivalente) Ende 2015 wurde der Pflegedienstleistungsstatistik der Statistik Austria entnommen, siehe [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/sozialleistungen\\_auf\\_landesebene/betreuungs\\_und\\_pflegedienste/080309.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/080309.html)

## Das Erhebungsinstrument

### Die Erhebung mittels Fragebogens richtete sich direkt an die Beschäftigten

Die Erhebung über die Arbeitsbedingungen der in der Langzeitpflege Beschäftigten richtete sich direkt an die Beschäftigten selbst. Die Selbstauskunft geschah mittels eines Fragebogens, welcher sowohl in elektronischer Form als auch in Papierform zur Verfügung stand.

## Das Stichprobendesign

Die Herausforderung der Auswahl der Beschäftigten bestand darin, dass es keinen Auswahlrahmen, d.h. kein Register aller in der Langzeitpflege Beschäftigten Österreichs gibt. Lediglich die Anzahl der Beschäftigten liegt auf Ebene der Bundesländer in aggregierter Form vor. Aus diesem Grund war es nicht möglich, die Beschäftigten direkt zu kontaktieren. Stattdessen musste die Kontaktaufnahme über die ArbeitgeberInnen erfolgen.

Das Europäische Zentrum erarbeitete für die Bundesländer Wien, Salzburg und Oberösterreich eine Liste aller Langzeitpflegeanbieter samt Kontaktadressen (siehe Tabelle 1 und Tabelle 2). Diese Liste an Langzeitpflegeanbietern ermöglichte die grundsätzliche Anwendung eines zweistufigen Stichprobendesigns: Im ersten Schritt wurde der Anbieter zufällig ausgewählt, im zweiten Schritt wurden Fragebögen an alle Beschäftigten des gezogenen Anbieters gesendet.

### Das übliche Ziehen einer Stichprobe war nicht möglich

Das übliche Ziehen einer Stichprobe war nicht möglich, da weder die Eckdaten (die Anzahl der Beschäftigten je Schicht) bekannt waren, noch waren vor der Kontaktaufnahme mit dem Anbieter Informationen darüber vorhanden, wie viele Personen bei dem jeweiligen Anbieter beschäftigt waren. Um dennoch eine gewisse Repräsentativität zu erreichen, wurde folgende Vorgangsweise gewählt:

- Die Anbieter wurden in 18 Schichten unterteilt: Sektor (mobil oder stationär), Bundesland (Wien, Oberösterreich, Salzburg), Art des Anbieters (non-profit, for-profit und öffentlich).
- Für den mobilen Sektor sowie für den stationären Sektor wurde ein gewünschter Richtwert an RespondentInnen definiert.
- Die Anzahl der Beschäftigten pro Schicht wurde geschätzt (Anzahl der Beschäftigten pro Bundesland mal Anzahl der Anbieter pro Schicht dividiert durch Anzahl Anbieter pro Bundesland).
- Dadurch konnte die zu erreichende Anzahl an RespondentInnen pro Schicht geschätzt werden, wie sie bei einer proportionalen Stichprobe mit bekannten Eckwerten verwendet werden würde.

- Unter Rücksichtnahme auf Antwortwahrscheinlichkeiten und die Anzahl von Anbietern pro Schicht wurde die Anzahl der zu kontaktierenden Anbieter festgelegt.

Durch die Problematik, dass die Anzahl der Beschäftigten vor der Kontaktaufnahme mit dem Anbieter nicht bekannt war, konnten die anvisierten RespondentInnenzahlen pro Schicht nicht genau erreicht werden. Darüber hinaus machte es das Fehlen der Information der Eckdaten (Anzahl an Beschäftigten pro Schicht) unmöglich, wie sonst bei Stichprobenerhebungen üblich, die Ergebnisse auf die Grundgesamtheit hochzurechnen und samt Fehler- bzw. Konfidenzintervallen zu beschreiben.

**Dennoch ist es gelungen, RespondentInnen aus allen relevanten Schichten zu befragen**

Die Anzahl der tatsächlichen RespondentInnen in Tabelle 3 und Tabelle 4 zeigt, dass es dennoch gelungen ist, RespondentInnen aus allen relevanten Schichten zu befragen. Die Anzahl der RespondentInnen pro Bundesland und Sektor ist somit unter der Einschränkung repräsentativ, dass sowohl im mobilen als auch im stationären Sektor die RespondentInnen aus Oberösterreich überrepräsentiert sind (siehe „Gewicht“, letzte Spalte in Tabelle 3 und Tabelle 4).

**Tabelle 3: Anzahl der Befragten nach Bundesländern und Art des Anbieters (APH)**

	Befragte for-profit	Befragte non-profit	Befragte öffentlich	Gewicht*
Wien	39	60	145	30 (7.341/244)
OÖ	62	12	291	15 (5.492/365)
Salzburg	36	12	44	7 (658/92)
Insgesamt (n=701)	137	84	480	

Anmerkung: \* für wie viele Beschäftigte steht ein/e Respondentin.

**Tabelle 4: Anzahl der Befragten nach Bundesländern und Art des Anbieters (MSGD)**

	Befragte for-profit	Befragte non-profit	Befragte öffentlich	Gewicht*
Wien	5	186	0	25 (3.825/191)
OÖ	0	184	10	7 (1.290/194)
Salzburg	0	20	4	26 (658/24)
Insgesamt (n=409)	5	390	14	

Anmerkung: \* für wie viele Beschäftigte steht ein/e Respondentin.

## Rücklaufquoten

Das zweistufige Stichprobendesign führt zu zwei unterschiedlichen Rücklaufquoten (Response-Raten): Die Response-Rate der Langzeitpflegeanbieter (die Arbeitgeber), und die Response-Rate der Beschäftigten selbst.

- Im stationären Sektor wurden 76 Anbieter kontaktiert, wovon 33 Anbieter teilnahmen (43%) und den Fragebogen an die Beschäftigten weiterleiteten. Im mobilen Pflegesektor wurden 88 Anbieter kontaktiert, 48 nahmen an der Befragung teil (55%).
- Im stationären Sektor wurden insgesamt 2.388 Personen kontaktiert, wovon 701 antworteten, was eine Response-Rate von 29,3% ergibt. Im mobilen Sektor antworteten von 1.538 Kontaktierten 409, was einer Response-Rate von 26,6% entspricht.

Die Response-Raten der Beschäftigten können auch nach Art des Erhebungsinstruments betrachtet werden. Beim Kontakt mit den Langzeitpflegeanbietern wurde vereinbart, ob die Beschäftigten des Anbieters per Online-Fragebogen oder postalisch mit Papierfragebogen kontaktiert wurden. Tabelle 5 zeigt die daraus resultierenden Response-Raten.

**Tabelle 5: Response-Raten nach Befragungsart und Sektor**

	Kontaktierte Beschäftigte	Anzahl Befragte	Response Rate
APH, online	1.091	179	16,4%
MSGD, online	460	175	38,0%
APH, postalisch	1.297	522	40,2%
MSGD, postalisch	1.078	234	21,7%
<i>APH insgesamt</i> (online + postalisch)	2.388	701	29,3%
<i>MSGD insgesamt</i> (online + postalisch)	1.538	409	26,6%
<i>Insgesamt</i> (APH + MSGD, online + postalisch)	3.926	1.110	28,3%



# Kapitel 3

## Wer sind wir?

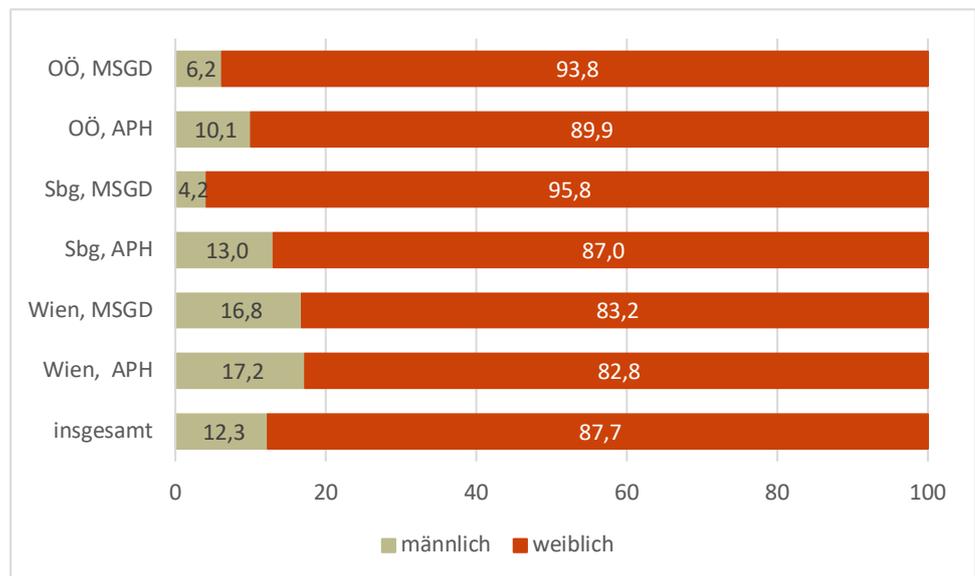
### Demographie und Ausbildung

#### Geschlecht

**Der Langzeitpflegebereich ist stark weiblich dominiert**

Der Langzeitpflegebereich ist stark weiblich dominiert. Insgesamt 88% der Beschäftigten, die an der Befragung teilgenommen haben, sind weiblich. Dieser Prozentsatz unterscheidet sich zwischen den beiden Sektoren kaum. Das Geschlechterverhältnis unterscheidet sich jedoch in den betrachteten Bundesländern. Während in Wien in beiden Sektoren ca. 17% der Befragten männlich sind, sind in Salzburg im mobilen Bereich nur 4% Befragten männlich (vs. 13% im stationären Bereich). Im Vergleich dazu liegt in Oberösterreich der Männeranteil der Befragten im mobilen Bereich bei 6% vs. 10% im stationären Bereich (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Geschlechterverteilung nach Bundesland und Sektor in %



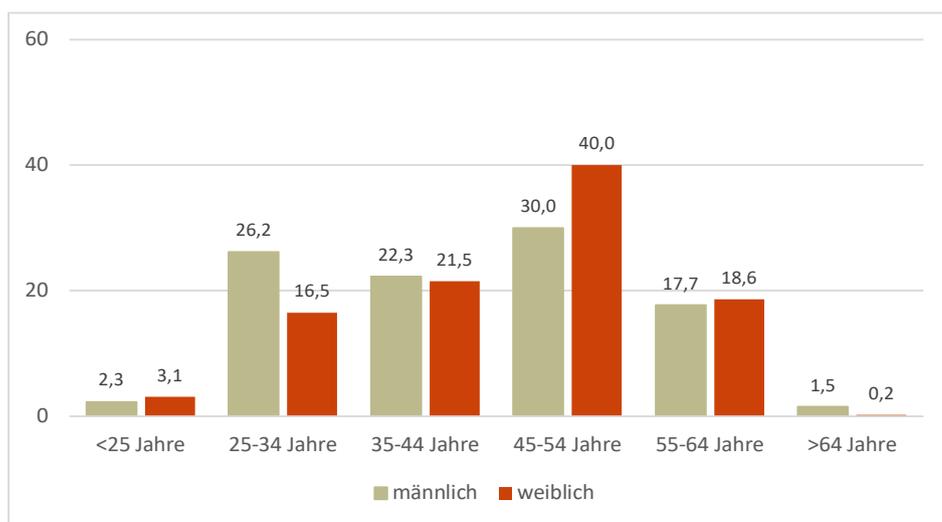
#### Alter

**Im Mittel sind die Befragten 47 Jahre alt**

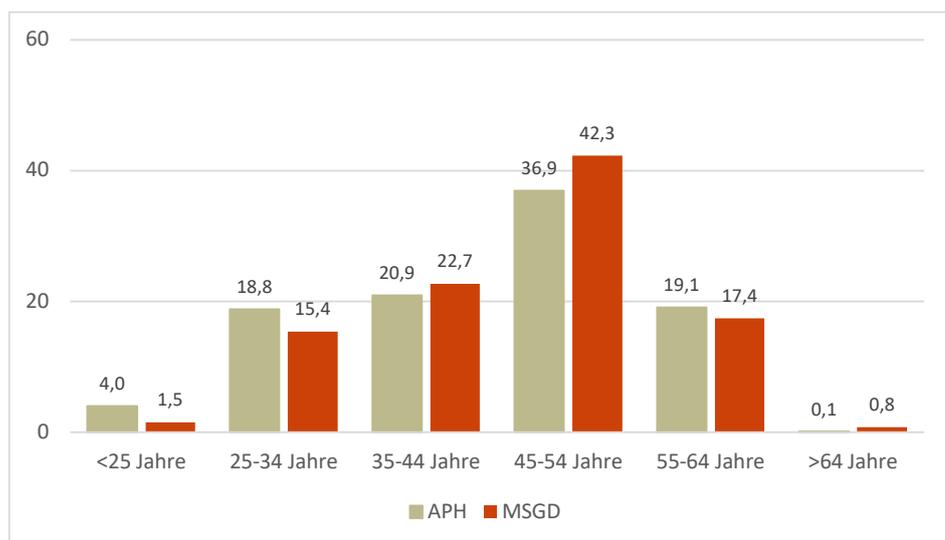
Die größte Altersgruppe ist in beiden Sektoren und für beide Geschlechter die Gruppe der 45- bis 54-Jährigen, wie Abbildung 2 und Abbildung 3 zeigen. Im Mittel (Median) sind die Befragten 47 Jahre alt. Rund ein Viertel der Responden-

TInnen sind jünger als 35 Jahre, etwa drei Viertel sind jünger als 55 Jahre (nicht in Abbildung dargestellt). Die Altersverteilung unterscheidet sich nach Bundesland, Geburtsland und Sektor (mobil, stationär) kaum. Einzig beim Geschlecht zeigt sich, dass die männlichen Befragten im Schnitt etwas jünger als ihre weiblichen Kolleginnen sind (Median bei Männern 43 Jahre, Median bei Frauen 47 Jahre).

**Abbildung 2: Altersverteilung und Geschlecht in %**



**Abbildung 3: Altersverteilung und Sektor in %**



## Geburtsland

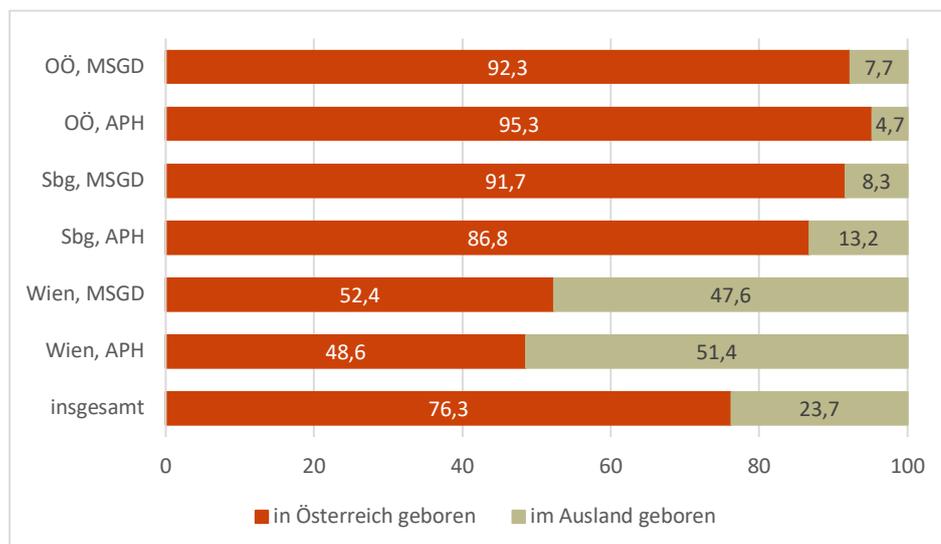
**76% der 1.110 befragten Personen sind in Österreich geboren**

Von den insgesamt 1.110 befragten Personen gaben 842 (76%) an, in Österreich geboren zu sein. Von den restlichen 269 Befragten nannten 241 (22%) ein Geburtsland außerhalb Österreichs, 28 (3%) Personen gaben über ihr Geburtsland keine Auskunft.<sup>7</sup>

Die Länder(gruppen), aus denen die meisten RespondentInnen kommen, sind „ehemaliges Jugoslawien“ (39 Personen), gefolgt von Polen (38 Personen), Deutschland (27 Personen), Rumänien (16 Personen) und Ungarn (13 Personen). Aus den Philippinen stammen 12, aus der Tschechischen Republik und aus China je 7 Personen. Russland, Kolumbien, Peru und Moldawien nannten je 3 RespondentInnen als ihr Geburtsland. Die restlichen 70 Personen nannten Geburtsländer, aus denen insgesamt je weniger als 3 Personen stammen.

Aus Abbildung 4 ist ersichtlich, dass die meisten RespondentInnen, die außerhalb Österreichs geboren sind, im stationären Sektor in Wien arbeiten.

**Abbildung 4: Anteil der im Ausland Geborenen nach Bundesland und Sektor in %**



<sup>7</sup> Die Ländernamen waren bei der Frage nach dem Geburtsland nicht standardisiert. Dies führte im Fragebogen unter anderem auch zur Nennung von Ländern, welche in dieser Form heute nicht mehr existieren (z.B. „Jugoslawien“, „DDR“). Um klare Aussagen treffen zu können, wurden daher Länder-Gruppen gebildet (z.B. „ehemaliges Jugoslawien“) bzw. wurden die nicht mehr existierenden Länder den heutigen Ländern zugeordnet (z.B. „DDR“ zu Deutschland).

Insgesamt konnte zwischen den Sektoren nur ein geringer Unterschied im Anteil der Personen mit nicht-österreichischem Geburtsland festgestellt werden (23% im stationären Sektor, 26% im mobilen Sektor), im Geschlechtervergleich ist dieser Anteil unter den männlichen Befragten (31%) etwas höher als unter den weiblichen (23%). Große Unterschiede bestehen hingegen zwischen den Bundesländern. Während in Wien insgesamt 50% der Befragten angaben, außerhalb Österreichs geboren zu sein, war dieser Wert in Salzburg mit 13% und in Oberösterreich mit 6% wesentlich geringer (nicht in Abbildung dargestellt).

## Ausbildung

Im Rahmen der Befragung wurde erhoben, welche pflegespezifischen Ausbildungen die Befragten absolviert haben. Die Antwortmöglichkeiten folgten den in Österreich vorherrschenden Berufsgruppen in der Langzeitpflege und beinhalteten die nachfolgend aufgelisteten Gesundheits- und Krankenpflegeberufe<sup>8</sup> sowie die Sozialbetreuungsberufe. Für die Angabe der Ausbildungshintergründe waren Mehrfachantworten möglich.

- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP)
- Pflegehilfe (PH)
- Diplomsozialbetreuung Altenarbeit (DSB-A)<sup>9</sup>
- Fachsozialbetreuung Altenarbeit (FSB-A)
- Heimhilfe (HH)
- Sonstiges

### Fachsozialbetreuung Altenarbeit und Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege sind die häufigsten Ausbildungsfelder

Über alle Befragten hinweg sind die Ausbildungsfelder Fachsozialbetreuung Altenarbeit (28%) und Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (27%) am häufigsten, gefolgt von Heimhilfe (20%) und Pflegehilfe (15%).

Vergleicht man die Berufsprofile der RespondentInnen nach Geschlecht, so zeigt sich, dass der prozentuelle Anteil der Ausbildungen DGKP und PH bei den befragten Männern höher als der jeweilige Anteil unter Frauen ist, während der Anteil von Frauen mit einer Ausbildung als FSB-A und HH größer ist (Abbildung 5).

<sup>8</sup> Diese Studie bezieht sich auf die alten Berufsbezeichnungen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe aufgrund der zeitlichen Überschneidung der Studie mit der GuKG-Reform 2016. Zum Zeitpunkt der NORDCARE-Erhebung kann davon ausgegangen werden, dass die Beschäftigten noch im Rahmen der alten Kompetenzprofile (z.B. Pflegehilfe oder DGKP) tätig waren.

<sup>9</sup> Aufgrund der geringen Anzahl an DiplomsozialbetreuerInnen Altenarbeit (DSB-A) in dieser Stichprobe kann diese Berufsgruppe in der weiteren Analyse und Darstellung nicht weiter berücksichtigt werden.

Abbildung 5: Anteil der Ausbildungen nach Geschlecht in %

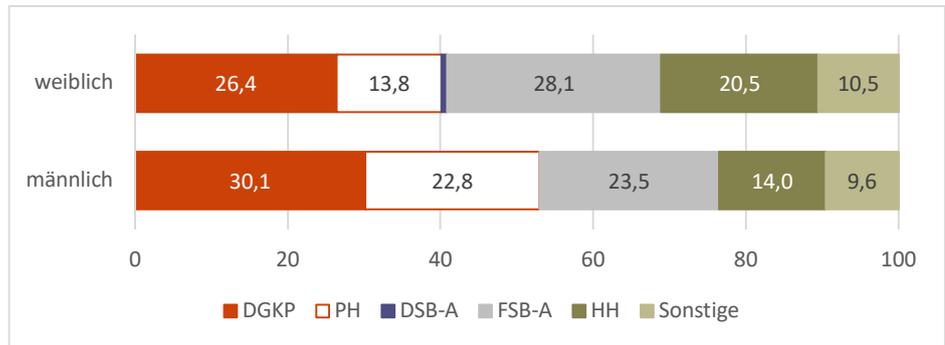


Abbildung 6: Anteil der Ausbildungen nach Bundesland und Sektor in %

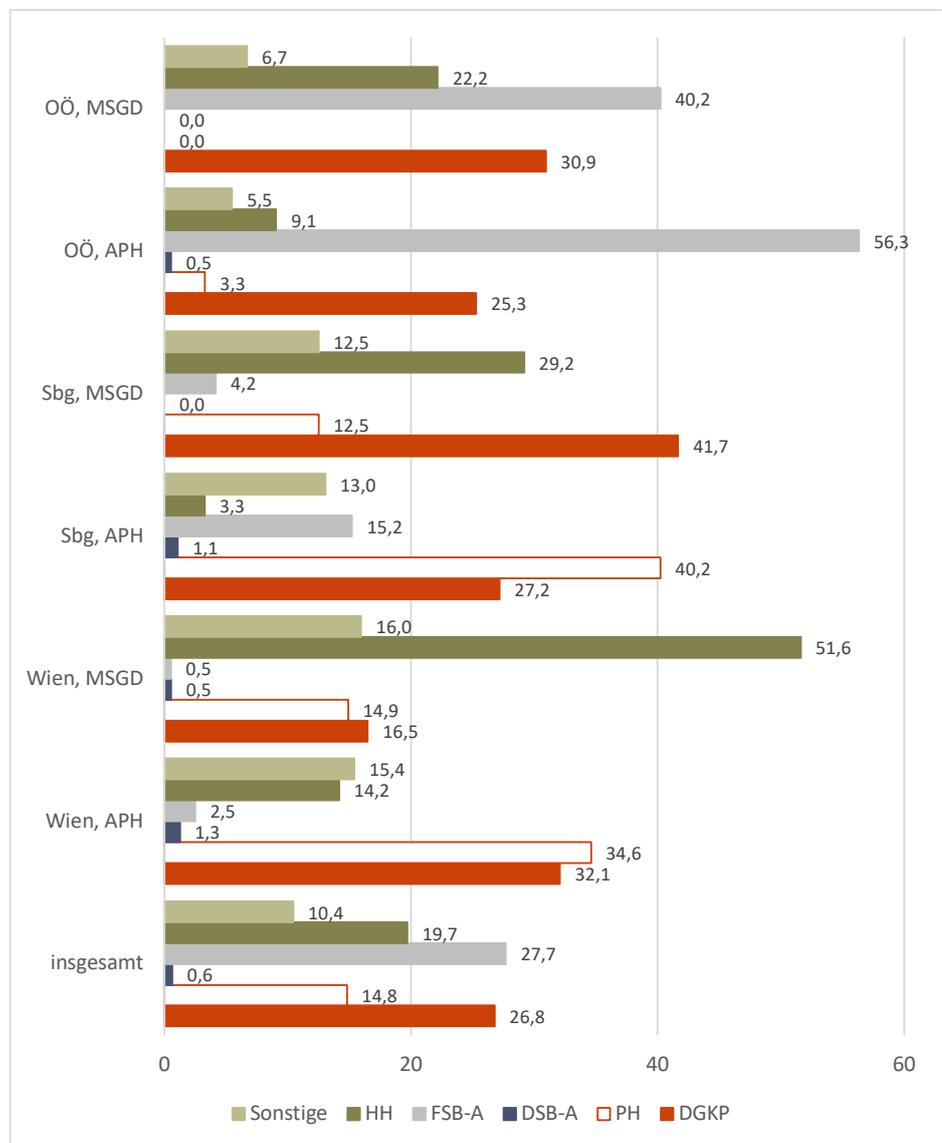


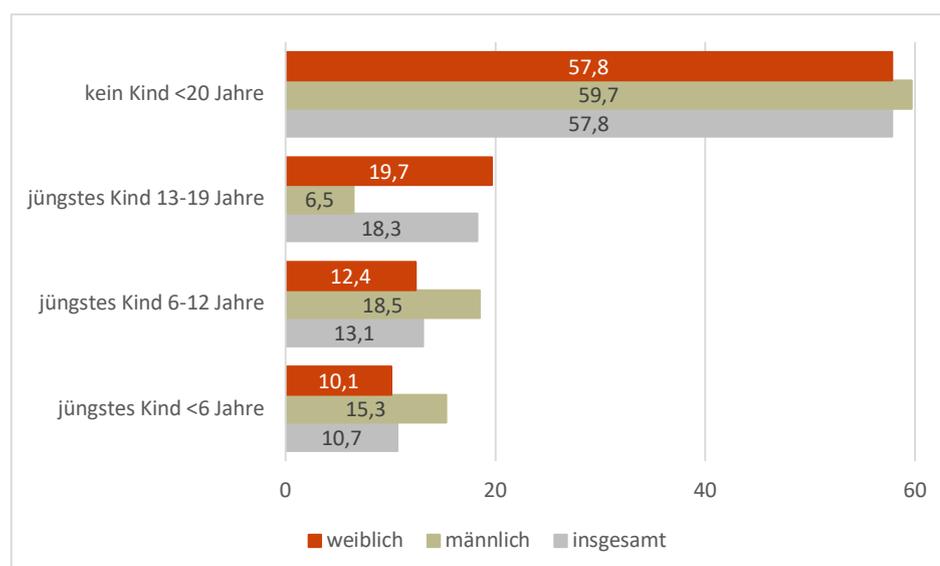
Abbildung 6 veranschaulicht die bedeutsamen Unterschiede, die sich im Einsatz der verschiedenen Berufsprofile innerhalb Österreichs und zwischen den Sektoren entwickelt haben. Dabei zeigt sich insbesondere die prominente Stellung der FachsozialbetreuerInnen Altenarbeit in Oberösterreich, die dort sowohl im stationären als auch im mobilen Bereich die größte Berufsgruppe sind. In Wien und in Salzburg sind dies hingegen im stationären Bereich die PflegehelferInnen, während im mobilen Bereich in Wien vor allem HeimhelferInnen beschäftigt sind, was sich auch in der Stichprobe widerspiegelt. Auffallend ist zudem der hohe Anteil an DGKP im mobilen Bereich in Salzburg (41,7%), vor allem im Vergleich zu Wien, wo lediglich 16,5% der RespondentInnen aus dem mobilen Bereich DGKP sind.

## Familienstand und Kinder

**64% der Befragten sind verheiratet oder leben in Partnerschaft, 28% sind alleinstehend**

64% der befragten Personen gaben an, verheiratet zu sein oder mit einem Partner bzw. einer Partnerin zu leben, wohingegen 28% alleinstehend sind (8% machten keine Angaben). Der Anteil der alleinstehenden Personen ist unter den weiblichen Befragten (28%) etwas höher als unter den männlichen (25%) (nicht in Abbildung dargestellt). Darüber hinaus geht aus Abbildung 7 hervor, dass etwas mehr als die Hälfte (58%) der befragten Personen angaben, mit keinen Kindern unter 20 im selben Haushalt zu leben, was durch das relativ hohe Durchschnittsalter der Befragten erklärbar ist. Bei 11% war das jüngste Kind zum Zeitpunkt der Befragung unter sechs Jahre alt, 13% hatten Kinder zwischen sechs und 12 Jahren und 18% zwischen 13 und 19 Jahren.

**Abbildung 7: Anteil der Befragten mit Kindern im selben Haushalt, nach Geschlecht und insgesamt nach Alter des jüngsten Kindes in %**



### Kaum ein Unterschied zwischen Männern und Frauen ohne Kinder unter 20 Jahren

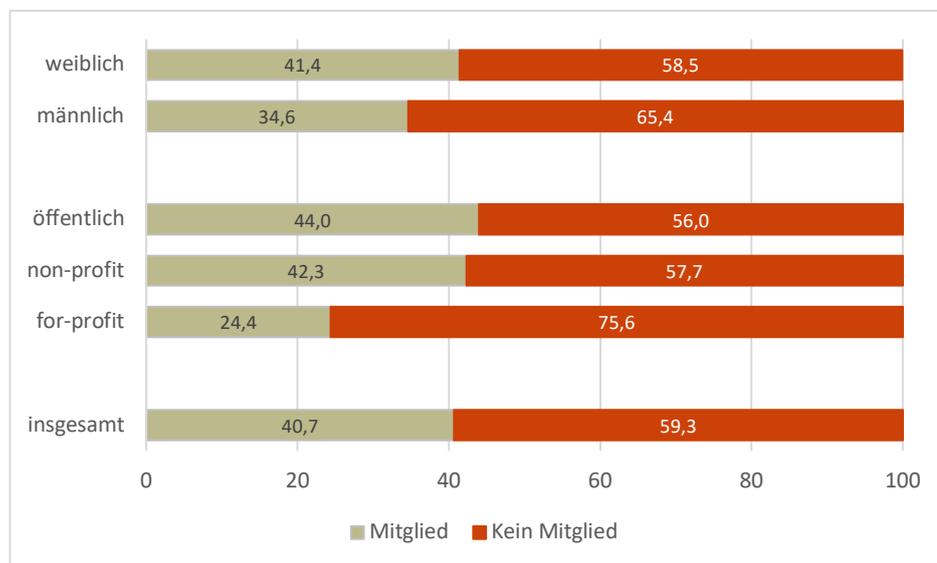
Im Geschlechtervergleich zeigt sich kaum ein Unterschied zwischen Männern und Frauen ohne Kinder unter 20 Jahren (60% vs. 58%). Der Anteil der Männer mit einem Kind unter sechs Jahren bzw. unter zwölf Jahren ist hingegen mit 15% bzw. 19% etwas höher als der entsprechende Anteil bei Frauen (10% bzw. 12%). Im Vergleich dazu ist der Anteil der Frauen, deren jüngstes Kind im Haushalt zwischen 13 und 19 Jahre alt ist, höher (20%) als bei den Männern (6,5%).

## Gewerkschaftsmitgliedschaft

### Insgesamt 41% der Befragten gaben an, Mitglied einer Gewerkschaft zu sein

Insgesamt 40,7% der Befragten gaben an, Mitglied einer Gewerkschaft zu sein, 59,3% verneinten die Frage. Dabei sind die Unterschiede nach Geschlecht, Bundesland und Sektor marginal. Etwas über dem Durchschnitt liegt der Anteil der Gewerkschaftsmitglieder unter den weiblichen Befragten (41%). Gleiches trifft auf Wien (45%) und im mobilen Bereich (43%) zu (nicht in Abbildung dargestellt). Interessant sind die etwas deutlicheren Unterschiede zwischen den Anbietertypen – die Organisationsquote von MitarbeiterInnen bei for-profit Anbietern liegt mit 24,4% wesentlich niedriger als bei non-profit Organisationen und öffentlichen Trägern, wo 42,3% bzw. 44% der RespondentInnen Mitglied einer Gewerkschaft sind (Abbildung 8).

Abbildung 8: Gewerkschaftsmitgliedschaft in %



Anmerkung: Nur Anteile der Befragten, welche die Frage „Sind Sie Mitglied in einer beruflichen Interessenvertretung (Gewerkschaft)“ beantworteten.

## Anstellungsverhältnis

### **95% arbeiten in einem unbefristeten Anstellungsverhältnis**

95% der Befragten, die eine Angabe machten, arbeiten in einem unbefristeten Anstellungsverhältnis. Von den restlichen 5% wurden vor allem befristete Beschäftigungsverhältnisse angegeben, weniger als 1% arbeiten „auf Abruf“ oder kreuzten „Sonstiges“ an. Diese Anteile schwanken bei einer Auswertung nach Geschlecht, Bundesland und Sektor kaum.

## Kapitel 4

# Unsere Arbeit in der Langzeitpflege

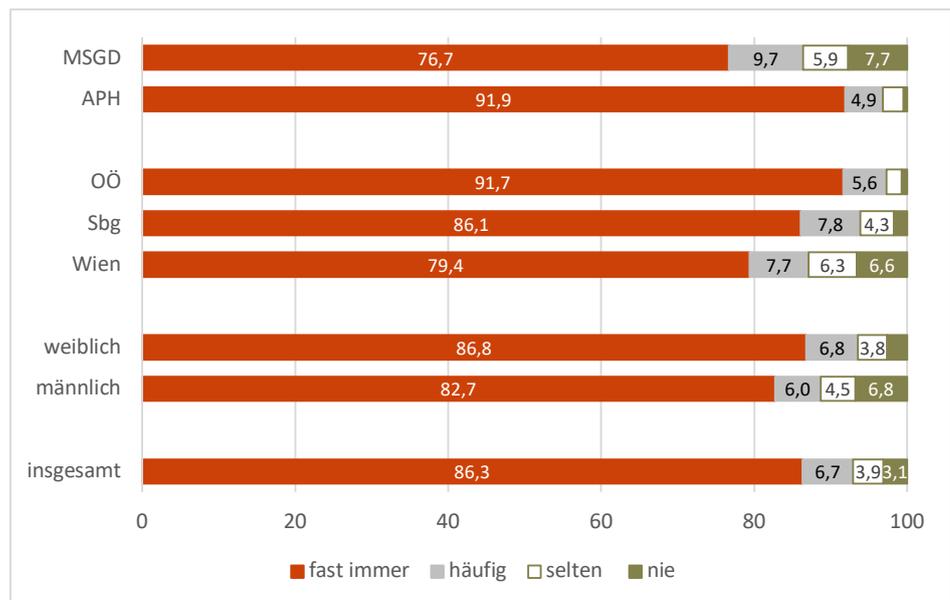
## Arbeitszeiten und Überstunden

### Arbeitszeiten

**Über 86% der Befragten gaben an, fast immer ein bis zwei Wochen im Voraus über ihre Arbeitszeiten informiert zu sein**

Über 86% der Befragten gaben an, fast immer ein bis zwei Wochen im Voraus über die individuellen Arbeitszeiten informiert zu sein. Dieser Anteil variiert leicht nach Bundesland und Sektor (Abbildung 9). Während in Oberösterreich rund 92% der Beschäftigten angaben, fast immer ein bis zwei Wochen im Voraus informiert zu sein, war dieser Anteil in Salzburg (86%) und in Wien (79%) geringer. Beschäftigte im mobilen Bereich, wo nur rund 77% „fast immer“ rechtzeitig und mehr als 13% selten bis nie informiert werden, müssen allerdings um einiges flexibler sein als in Alten- und Pflegeheimen. Dort werden beinahe alle MitarbeiterInnen rechtzeitig informiert, während insbesondere Beschäftigte des mobilen Bereichs in Wien überdurchschnittlich häufig (28%) von nicht im Vorhinein bekannten Arbeitszeiten berichteten (nicht in Abbildung dargestellt).

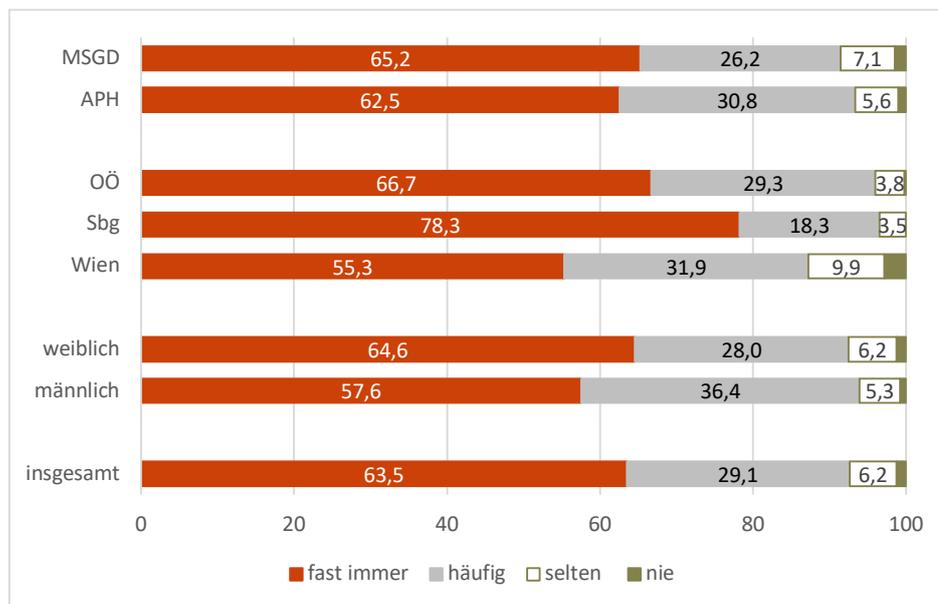
**Abbildung 9: Rechtzeitige Information über Arbeitszeiten in %**



**92% der Beschäftigten in der Langzeitpflege berichten, dass Arbeitszeit- bzw. Dienstplanwünsche fast immer berücksichtigt werden**

Hinsichtlich der Berücksichtigung von Arbeitszeit- bzw. Dienstplanwünschen berichten insgesamt 92% der Beschäftigten in der Langzeitpflege, dass diese von ihren ArbeitgeberInnen fast immer oder häufig berücksichtigt werden. Nach Bundesland betrachtet sind es insbesondere Beschäftigte im Bundesland Salzburg, deren Arbeitszeitwünsche besonders häufig bzw. fast immer berücksichtigt werden.

**Abbildung 10: Berücksichtigung von Arbeitszeitwünschen in %**

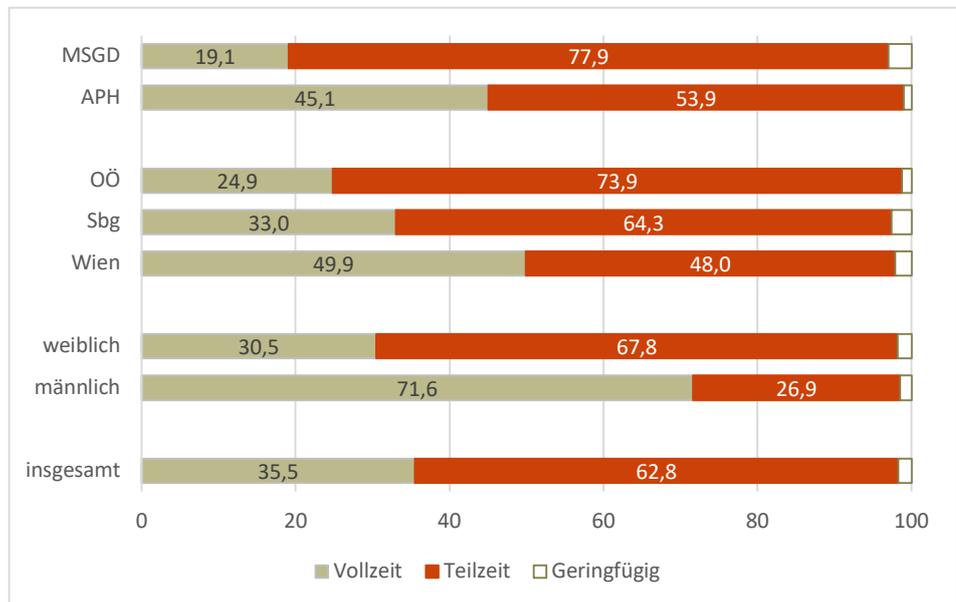


## Beschäftigungsausmaß

**Vertragliche Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung ist in der Langzeitpflege die Regel**

Vertragliche Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung ist in der Langzeitpflege die Regel. Nur weniger als 2% der Befragten gaben an, im Rahmen eines geringfügigen Beschäftigungsverhältnisses tätig zu sein. Allerdings ist zu unterstreichen, dass Teilzeitarbeit eine weit verbreitete Realität in der Langzeitpflege darstellt, auch wenn sich die konkreten Anteile der Befragten erheblich nach Bundesland, Geschlecht und Sektor unterscheiden. Während im stationären Bereich insgesamt 45% der Befragten angeben, Vollzeit zu arbeiten, waren es im mobilen Bereich nur 19%. Von den drei Bundesländern weist Wien mit insgesamt 50% der Beschäftigten die höchste Vollbeschäftigungsquote auf. In Salzburg (33%) und Oberösterreich (25%) geht hingegen eine vergleichsweise geringere Anzahl einer Vollzeittätigkeit nach. Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede im Ausmaß der Beschäftigung mit Blick auf das Geschlecht. Während 72% der männlichen Befragten angeben, Vollzeit zu arbeiten, sind es unter den weiblichen Befragten nur rund 30%.

**Abbildung 11: Beschäftigungsausmaß der Befragten in %**

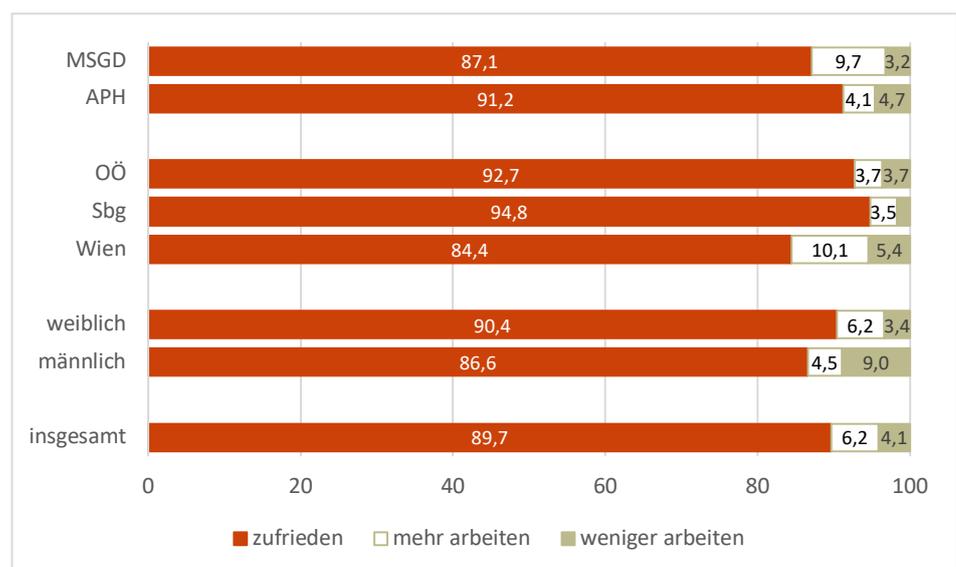


## Zufriedenheit mit dem Beschäftigungsausmaß

**Insgesamt 90% der Beschäftigten sind mit dem zeitlichen Ausmaß ihres Anstellungsverhältnisses zufrieden**

Neben der Angabe, in welchem zeitlichen Ausmaß die Befragten einer Tätigkeit im Langzeitpflegebereich nachgehen, wurde auch das Ausmaß der Zufriedenheit mit dem Beschäftigungsausmaß eruiert. Dabei zeigte sich, dass insgesamt 90% der Beschäftigten mit dem zeitlichen Ausmaß ihres Anstellungsverhältnisses zufrieden sind.

**Abbildung 12: Bewertung des Beschäftigungsausmaßes durch die Befragten in %**



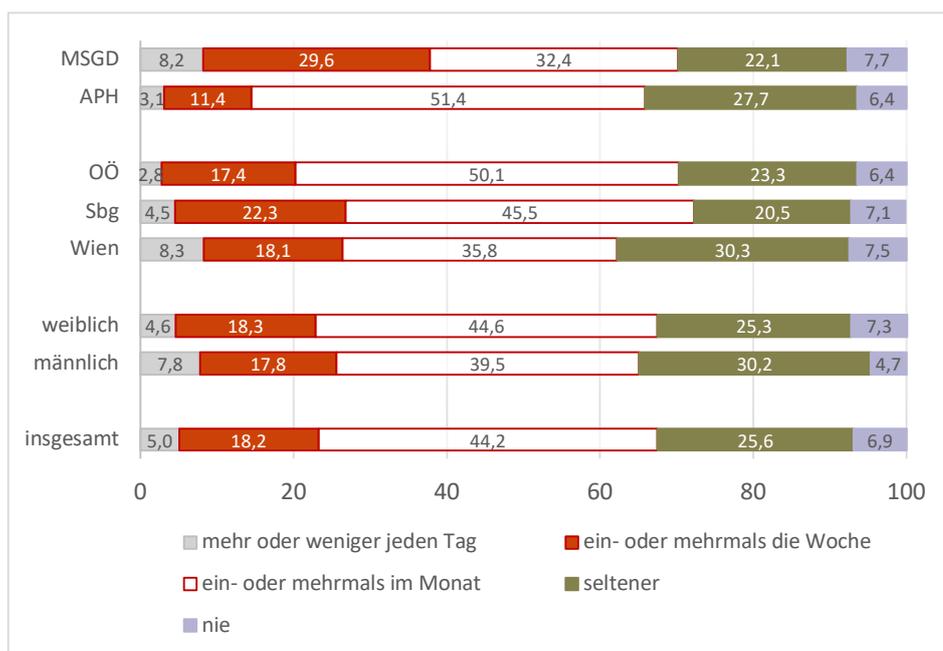
Lediglich 6% der Befragten gaben an, mehr Stunden arbeiten zu wollen, 4% würden hingegen gerne weniger arbeiten. Differenziert nach Geschlecht, Bundesländern und Sektor zeigt sich, dass weibliche Befragte etwas häufiger den Wunsch äußerten, mehr Stunden zu arbeiten wollen. Am häufigsten waren Beschäftigte im Bundesland Salzburg mit dem Ausmaß ihrer Arbeitszeit zufrieden (95%), gefolgt von Oberösterreich (93%) und Wien (84%). Darüber hinaus wurde der Wunsch, mehr zu arbeiten, im mobilen Pflegebereich etwas häufiger geäußert als im stationären Bereich (10% vs. 4%), was auch auf den hohen Anteil an (weiblichen) Teilzeitbeschäftigten im mobilen Bereich zurückgeführt werden kann.

### Überstunden<sup>10</sup>

**67% der Beschäftigten geben an, mindestens einmal im Monat oder öfter bezahlte Überstunden zu machen**

Im Rahmen der Befragung wurde untersucht, ob und in welchem Ausmaß die Beschäftigten in der Langzeitpflege bezahlte oder unbezahlte Überstunden machen. Insgesamt 67% der Beschäftigten geben an, mindestens einmal im Monat oder öfter (inkludiert Kategorien „mehr oder weniger jeden Tag“ bis „ein- oder mehrmals im Monat“) bezahlte Überstunden zu machen. Regelmäßige bezahlte Überstunden fallen häufiger bei den mobilen Diensten an, wo knapp 40% der Beschäftigten angeben, mindestens ein- oder mehrmals pro Woche bezahlte Überstunden zu machen. Ansonsten unterscheidet sich das Ausmaß an bezahlten Überstunden nur geringfügig nach Geschlecht oder Bundesländern.

**Abbildung 13: Bezahlte Überstunden in %**

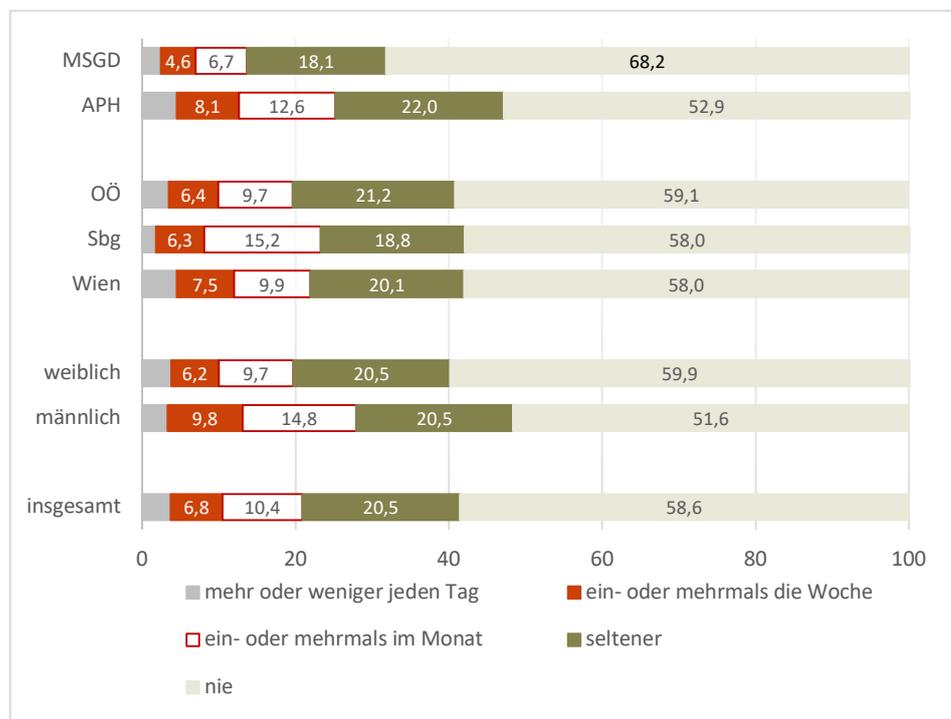


<sup>10</sup> „Überstunden“ wird hier als Überbegriff für Mehr- und Überstunden verwendet.

**Neben bezahlten Überstunden sind die Beschäftigten in der Langzeitpflege auch mit unbezahlten Überstunden konfrontiert**

Neben bezahlten Überstunden sind die Beschäftigten in der Langzeitpflege auch mit unbezahlten Überstunden konfrontiert. Insgesamt betrifft dies 21% der Befragten, die mindestens einmal oder mehrmals pro Monat unbezahlte Überstunden leisten. Unbezahlte Überstunden, die mindestens einmal monatlich anfallen, betreffen Beschäftigte im stationären Bereich häufiger (25,2%) als im mobilen Bereich (13,7%). Nach Geschlecht betrachtet sind mehr Männer (27,9%) als Frauen (19,7%) von mindestens monatlich anfallenden unbezahlten Überstunden betroffen.

**Abbildung 14: Unbezahlte Überstunden in %**



## Charakteristika der betreuten Personen

### Mit wem wird gearbeitet?

**95% der Beschäftigten arbeiten mit älteren pflegebedürftigen Menschen**

Insgesamt 95% der befragten Beschäftigten im mobilen und stationären Langzeitpflegebereich arbeiten mit älteren pflegebedürftigen Menschen (65 Jahre und älter). Zusätzlich geben etwa ein Viertel der Beschäftigten im häuslichen Pflegebereich an, mit erwachsenen pflegebedürftigen Menschen unter 65 Jahren zu arbeiten. Die zu pflegenden bzw. zu betreuenden Personen werden je nach Pflegesetting unterschiedlich bezeichnet. Während im stationären Bereich die Bezeichnung BewohnerInnen für die betreuten Personen durch die jeweili-

gen Berufsgruppen durchgängig verwendet wird, ist der Ausdruck „KlientInnen“ oder „KundInnen“ im mobilen Pflegebereich vorherrschend. Darüber hinaus zeigt sich, dass die befragten Berufsgruppen auch andere Begriffe für die Bezeichnung pflege- und betreuungsbedürftiger Personen verwenden, die zum Teil auf einen veralteten Sprachgebrauch in diesem Bereich hinweisen oder defizitäre Aspekte der betreuten Menschen betonen (z.B. betagte Menschen, Hilfsbedürftige, Kunden mit besonderen Bedürfnissen, desorientierte Pflegebedürftige, alte und gebrechliche Menschen, Demente).

**Pflege- und  
Betreuungsarbeit ist  
durch die Arbeit mit  
und am Menschen  
gekennzeichnet**

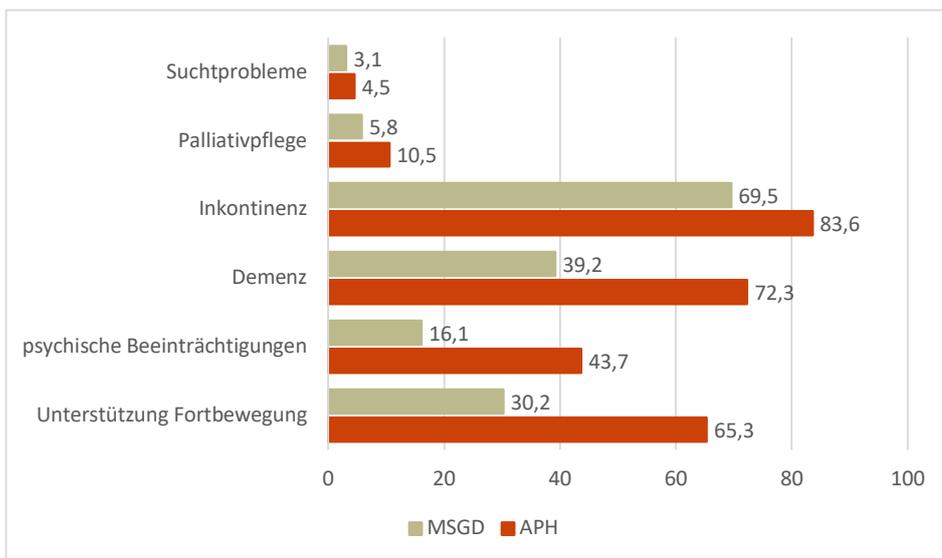
Pflege- und Betreuungsarbeit ist durch die Arbeit mit und am Menschen gekennzeichnet. Im Bereich der Langzeitpflege wird insbesondere mit älteren Menschen gearbeitet, die meist aufgrund von altersbedingten Einschränkungen und/oder Erkrankungen bestimmte Pflege- und Betreuungsbedarfe aufweisen. Unterschiede in den betreuten Personen ergeben sich in erster Linie zwischen dem häuslichen und dem stationären Langzeitpflegebereich. Dies ist darauf zurückzuführen, dass im häuslichen Pflegebereich jene Personen versorgt werden, die meist einen geringeren Grad an Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit aufweisen. Für die Aufnahme in eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung ist hingegen oftmals eine Pflegebedürftigkeit zumindest ab Pflegestufe drei nachzuweisen, was auf einen bereits fortgeschrittenen Pflege- und Betreuungsbedarf hinweist.

Abbildung 15 zeigt den Anteil betreuter Menschen nach bestimmten Merkmalen, die mindestens 50% der BewohnerInnen bzw. KlientInnen der Beschäftigten ausmachen. Dabei handelt es sich um Merkmale wie psychische Beeinträchtigung, Demenzerkrankung oder Bettlägerigkeit, die oftmals mit einem hohen Pflege- und Betreuungsbedarf einhergehen und hohe Anforderungen an die Pflege- und Betreuungspersonen stellen. Jene Personengruppe, mit denen Beschäftigte sowohl in der häuslichen (70%) als auch in der stationären (knapp 84%) Langzeitpflege am häufigsten arbeiten, sind Menschen mit Inkontinenz. Beschäftigte in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen betreuen und pflegen überwiegend Menschen, die dementiell erkrankt sind (72%) sowie Personen, die Hilfe bei der Fortbewegung benötigten und/oder bettlägerig sind (65%). Darüber hinaus betreuen 44% der Beschäftigten im stationären Bereich überwiegend Personen, die andere psychische Beeinträchtigungen aufweisen. Menschen, die sich im Palliativstadium befinden (11%) oder Suchtprobleme (5%) aufweisen, stellen hingegen nur bei einem vergleichsweise geringen Anteil der Beschäftigten die vorwiegende Zielgruppe dar.

Für Beschäftigte im häuslichen Pflegebereich ist der Anteil von Personengruppen mit einer Demenzerkrankung (39%), psychischen Beeinträchtigungen (16%) oder Unterstützungsbedarf bei der Fortbewegung bzw. Bettlägerigkeit

(30%) vergleichsweise niedriger. Dies kann auf die meist geringere Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit der KlientInnen in der häuslichen Pflege und Betreuung zurückgeführt werden.

**Abbildung 15: Charakteristika der betreuten Personen nach Art der Pflegebedürftigkeit in %**



Anmerkung: Anteil der Befragten, die in einem Ausmaß von mindestens 50% Personen betreuen, die durch die angegebenen Einschränkungen charakterisiert sind bzw. bei den angegebenen Tätigkeiten Unterstützung brauchen.

## Wie viele Personen werden gepflegt und betreut?

Um Informationen über die Betreuungsverhältnisse pro Schicht oder Arbeitstag zu gewinnen, wurde die durchschnittliche Anzahl der zu betreuenden Personen nach unterschiedlichen Einsatz- bzw. Tageszeiten erhoben. Dabei wurde zwischen der Anzahl betreuter Personen am Wochenende oder in der Nacht sowie wochentags nach verschiedenen Tageszeiten unterschieden (siehe Abbildung 16).

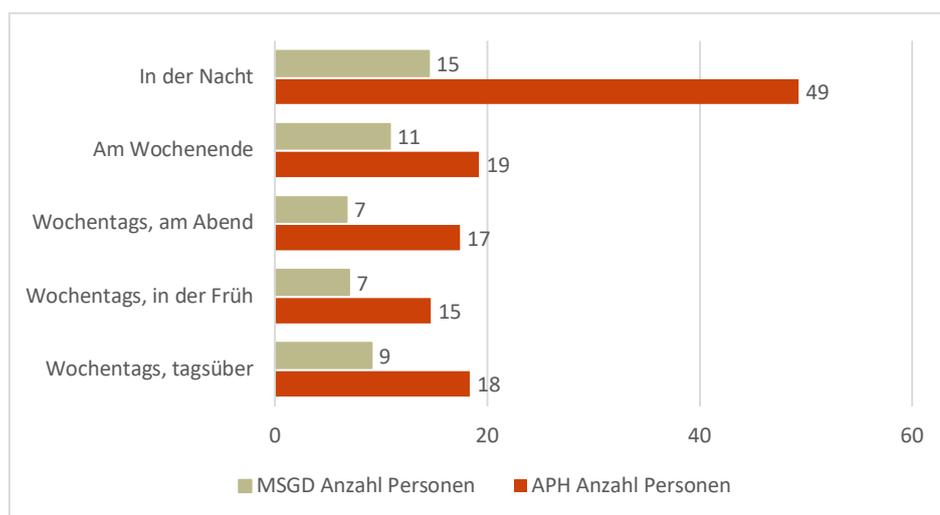
Beschäftigte im mobilen Pflegebereich sind wochentags für durchschnittlich sieben KlientInnen (am Abend bzw. in der Früh) und 15 KlientInnen in der Nacht<sup>11</sup> zuständig. Pflege- und Betreuungskräfte im Bereich der Alten- und Pflegeheime betreuen hingegen zwischen 15 (wochentags, in der Früh) und 19 Per-

**11** Die Angabe von Beschäftigten im Bereich der MSGD zu den zu betreuenden Personen „in der Nacht“ bezieht sich meist auf Abend- bzw. Spätdienste, die in der Regel bis 20 Uhr und längstens bis 22 Uhr dauern. Eine Ausnahme kann das Angebot von Mobilien Palliativteams darstellen, wo eine medizinische, jedoch keine pflegerische Betreuung, auch 24 Stunden (Notrufnummer) angeboten wird.

**In Alten- und Pflegeheimen werden 49 BewohnerInnen pro Nachtschicht betreut**

sonen (am Wochenende), während eine Pflege- und Betreuungskraft im Rahmen einer Nachtschicht etwa 49 BewohnerInnen betreut. Während in OÖ verglichen mit Wien und Salzburg tagsüber (wochentags) nur 12 BewohnerInnen betreut werden, ist diese Anzahl im Rahmen einer Nachtschicht in OÖ am höchsten. Eine hohe Anzahl an zu betreuenden Personen in der Nacht trifft auch auf Beschäftigte zu, die in öffentlichen oder gewinnorientierten Alten- und Pflegeheimen tätig sind. Abgesehen von der Anzahl zu betreuender Personen tagsüber sind Beschäftigte in non-profit-Organisationen mit einer geringeren Personenanzahl betraut. Betrachtet man die Anzahl der betreuten Personen nach der Größe der Alten- und Pflegeheime (auf Basis der Anzahl der MitarbeiterInnen), zeigt sich, dass in mittleren und größeren Einrichtungen tendenziell eine höhere Anzahl an BewohnerInnen zu allen Tages- und Nachtzeiten zu betreuen ist (siehe Tabelle 6).

**Abbildung 16: Anzahl der betreuten Personen während einer Schicht bzw. eines Arbeitstages**



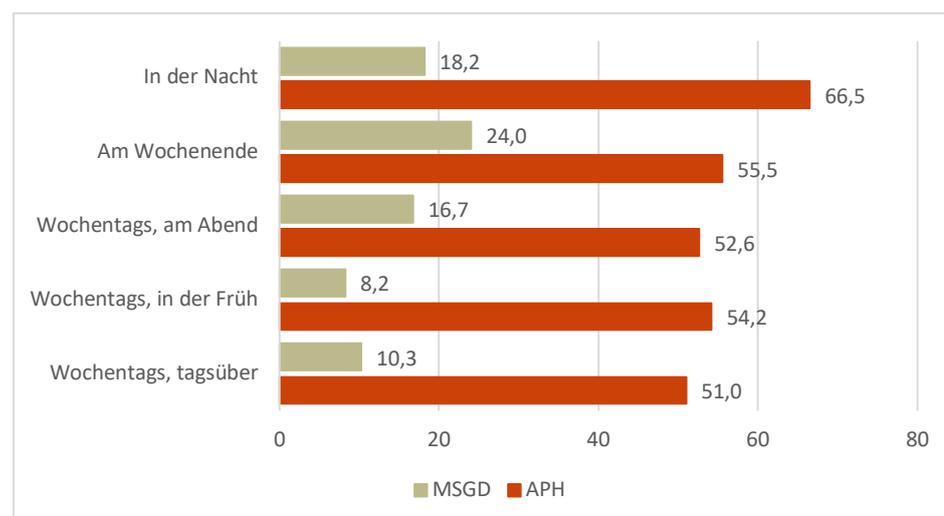
**Betreuungsverhältnisse im stationären Langzeitpflegebereich werden zu allen Tages- bzw. Wochenzeiten als zu hoch eingestuft**

Die in Alten- und Pflegeheimen allgemein hohe Zahl an zu betreuenden Personen pro MitarbeiterIn wird von den Beschäftigten im Rahmen dieser Befragung als überfordernd empfunden. Betreuungsverhältnisse im stationären Langzeitpflegebereich werden zu allen Tages- bzw. Wochenzeiten von mehr als der Hälfte der Beschäftigten als zu hoch eingestuft (siehe Abbildung 17).

Tabelle 6: Anzahl zu betreuender Personen pro Schicht bzw. Arbeitstag in APH

	Wochentags, tagsüber	Wochentags, in der Früh	Wochentags, am Abend	Am Wochenende	Nachts
<b>APH insgesamt</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>49</b>
<i>Bundesländer (APH)</i>					
Wien	19	14	16	18	33
Salzburg	21	11	14	14	38
OÖ	<b>12</b>	16	19	21	<b>61</b>
<i>Art des Anbieters (APH)</i>					
For-profit	15	16	18	20	<b>50</b>
Non-profit	20	8	12	11	28
Öffentlich	17	15	18	20	<b>53</b>
<i>Größe des Anbieters (APH)</i>					
Klein	14	13	14	13	33
Mittel	20	14	16	21	56
Groß	17	16	19	19	45

Abbildung 17: Anteil der Beschäftigten, welche die Anzahl der pro Schicht zu betreuenden Personen als zu hoch einschätzen in %



**Tabelle 7: Anteil der Beschäftigten, welche die Anzahl der pro Schicht zu betreuenden Personen im APH als zu hoch einschätzen, nach Arbeitszeitlage in %**

	Wochentags, tagsüber	Wochentags, in der Früh	Wochentags, am Abend	Am Wochenende	In der Nacht
APH insgesamt	51,0	54,2	52,6	55,5	66,5
MSGD insgesamt	10,3	8,2	16,7	24,0	18,2
<i>Bundesländer (APH)</i>					
Wien	49,4	50,7	54,3	48,2	63,1
Salzburg	30,4	28,6	30,9	29,9	45,8
OÖ	57,3	63,0	57,5	66,5	73,8
<i>Art des Anbieters (APH)</i>					
öffentlich	56,4	60,6	57,1	59,7	72,8
for-profit	38,2	35,9	40,0	48,9	56,1
non-profit	40,3	46,2	47,2	42,6	49,0
<i>Berufsgruppen (APH)</i>					
DGKP	51,0	50,0	50,0	52,4	65,7
PH	48,5	48,8	50,0	47,6	47,6
FSB-A	58,4	64,7	59,9	65,4	75,2
HH	37,3	40,4	38,1	47,6	40,0
<i>Größe des Anbieters (APH)</i>					
Klein	23,8	35,1	27,0	27,0	35,4
Mittel	49,5	50,2	49,4	53,6	64,8
Groß	58,0	62,8	61,6	63,2	74,3

Abgesehen von der Anzahl der zu betreuenden Personen in der Nacht, die von den Beschäftigten unabhängig vom Bundesland, der Art und Größe des Anbieters oder der Berufsgruppe als zu hoch beurteilt wird, äußern insbesondere jene Befragten hohe Unzufriedenheit, die in oberösterreichischen oder öffentlichen Alten- und Pflegeheimen tätig sind. Auch die Berufsgruppe der FachsozialbetreuerInnen, die vorwiegend im Bundesland Oberösterreich vorzufinden ist, beurteilt die Anzahl der zu betreuenden Personen im stationären Pflegebereich als zu hoch. Im Gegensatz dazu sind Beschäftigte im Bundesland Salzburg, welches als einziges untersuchtes Bundesland keinen Personalschlüssel festgelegt hat, aber auch durch vorwiegend kleinere Alten- und Pflegeheime

charakterisiert ist, mit der Anzahl zu betreuenden BewohnerInnen zufriedener. Auch Pflege- und Betreuungspersonen, die in gewinnorientierten Pflegeheimen tätig sind, sowie jene, die der Berufsgruppe der HeimhelferInnen angehören, beurteilen die Betreuungsschlüssel durchwegs positiver. Diesbezügliche Zufriedenheitsraten sind allgemein in kleineren Alten- und Pflegeheimen höher als in mittleren oder größeren Einrichtungen (siehe Tabelle 7). Insgesamt spiegelt die Unzufriedenheit der Beschäftigten mit der Anzahl zu betreuender Personen im stationären Langzeitpflegebereich die oftmals geäußerte Kritik an nicht adäquaten Personalschlüsseln wider.

**Im mobilen Pflegebereich wird die Zuständigkeit für eine bestimmte Anzahl zu betreuender KlientInnen durchgehend positiver gesehen als im Bereich der Alten- und Pflegeheime**

Im mobilen Pflegebereich wird die Zuständigkeit für eine bestimmte Anzahl zu betreuender KlientInnen von den Beschäftigten hingegen durchgehend positiver gesehen als im Bereich der Alten- und Pflegeheime. Ein knappes Viertel der Beschäftigten beurteilt die Anzahl zu betreuender Personen vor allem am Wochenende als zu hoch, für etwa 18% bzw. knapp 17% ist die ihnen zugeteilte Anzahl an zu betreuenden Personen auch in der Nacht bzw. am Abend zu hoch. Im Vergleich mit dem stationären Bereich kann jedoch eine allgemein höhere Zufriedenheit der Beschäftigten in den mobilen Gesundheits- und Sozialdiensten mit der Anzahl der ihnen zugeteilten Personen während eines Arbeitstages beobachtet werden.

## Tätigkeitsprofile der Berufsgruppen in der Langzeitpflege

Im Rahmen der NORDCARE-Befragung wurde erhoben, welche Tätigkeiten und in welchem Ausmaß diese Tätigkeiten von den Beschäftigten in der Langzeitpflege durchgeführt werden. Neben der Auswertung einzelner Tätigkeiten nach Berufsgruppen und Sektoren wurden diese auch kategorisch zusammengefasst, um einen Überblick über die jeweiligen Tätigkeitsbereiche zu erlangen (Tabelle 8).

**Tabelle 8: Tätigkeitsbereiche in der Langzeitpflege**

<b>Tätigkeitsbereiche (Kategorien)</b>	<b>Tätigkeiten (Items)</b>
Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	Reinigung des Zimmers/der Wohnung des pflegebedürftigen Menschen (z.B. Saugen oder Böden wischen)
	Zubereitung einer warmen Mahlzeit (Mittag- oder Abendessen)
	Servieren eines Fertiggerichts
	Einkauf von Lebensmitteln

Pflegerische Tätigkeiten	Unterstützung bei der Körperpflege (z.B. Baden, Toilettengänge, Wechseln von Vorlagen)
	Unterstützung bei der Fortbewegung (z.B. vom Bett in den Rollstuhl)
	Pflegeplanung, Evaluierung
	Rehabilitation: Durchführung von Geh- oder Sprechübungen oder anderen rehabilitativen Aufgaben
	Aushändigung von Medikamenten
	Verabreichung von Injektionen
Sozialbetreuerische Tätigkeiten	Eine Tasse Kaffee mit dem pflegebedürftigen Menschen trinken oder Ähnliches
	Emotionale Unterstützung und Trost
	Begleitung eines pflegebedürftigen Menschen bei Spaziergängen
	Frisieren eines pflegebedürftigen Menschen oder Durchführung einer Maniküre etc.
	Begleitung eines pflegebedürftigen Menschen bei Besorgungen außerhalb seiner Wohnung oder der Einrichtung (z.B. bei Arztterminen, Einkäufen, Bankgeschäften)
	Teilnahme an Freizeitveranstaltungen mit einem oder mehreren pflegebedürftigen Menschen
Administrative Tätigkeiten	Erledigung von Verwaltungsaufgaben (z.B. Dokumentation, Ordnen von Arbeitsmaterialien, Personalorganisation)
Vernetzung	Kontakt mit weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens oder anderen Pflegeanbietern
Angehörigenarbeit	Kontakt mit Angehörigen, Freunden oder Bekannten des pflegebedürftigen Menschen
	Vermittlung zwischen pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen (z.B. um unterschiedliche Erwartungen zu vereinbaren)

## Arbeitstätigkeiten in der Langzeitpflege im Vergleich zwischen den Sektoren

Die in Kategorien eingeteilten und nach Berufsgruppen und Sektoren dargestellten Arbeitstätigkeiten in der Langzeitpflege sind in Tabelle 9 und in Abbildung 18 und Abbildung 19 ersichtlich. Im Vergleich zum stationären Langzeitpflegebereich, wo knapp 80% der DGKPs *pflegerische Tätigkeiten* zu ihren täglichen Verrichtungen zählen, stehen pflegerische Tätigkeiten im Bereich der MSGD nur für knapp 50% der DGKPs an der Tagesordnung. Ähnlich wie in APHs sind es im mobilen Pflegebereich vor allem die Pflegehilfe (81%) und die FSB-A (71% mobil, 94% stationär), die hauptsächlich pflegerische Tätigkeiten verrichten.

**Tabelle 9: Arbeitstätigkeiten nach Kategorien und Berufsgruppen in % (täglich bis mehrmals täglich)**

	DGKP APH	DGKP MSGD	PH APH	PH MSGD	FSB-A APH	FSB-A MSGD	HH APH	HH MSGD
Pflegerische Tätigkeiten	<b>79,9</b>	49,5	<b>81,1</b>	<b>80,7</b>	<b>93,8</b>	<b>71,3</b>	38,6	40,1
Sozialbetreuerische Tätigkeiten	40,2	7,3	<b>57,6</b>	<b>29,0</b>	<b>52,0</b>	12,5	45,7	<b>27,9</b>
Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	<b>19,1</b>	10,9	26,5	<b>51,6</b>	35,1	6,3	31,4	<b>65,3</b>
Administrative Tätigkeiten	<b>73,7</b>	56,4	62,9	58,1	65,3	56,3	<b>74,1</b>	43,5
Vernetzung	<b>12,9</b>	<b>14,9</b>	8,3	6,5	5,3	2,5	7,1	4,1
Angehörigenarbeit	<b>83,0</b>	<b>85,2</b>	<b>75,8</b>	<b>74,2</b>	<b>92,9</b>	<b>85,0</b>	<b>74,3</b>	63,3

Anmerkung: eine Tätigkeitskategorie wurde dann den einzelnen Berufen zugerechnet, wenn bei mehreren zugeordneten Tätigkeiten zu einer Kategorie (siehe Tabelle 8) zumindest zwei oder mehr einzelne Tätigkeiten pro Kategorie angegeben wurden.

*Sozialbetreuerische Tätigkeiten* werden im Bereich der MSGD in eher geringerem Ausmaß und hier überwiegend von PflegehelferInnen (29%) oder HeimhelferInnen (28%) erbracht. Im Vergleich dazu werden sozialbetreuerische Tätigkeiten in Alten- und Pflegeheimen in einem höheren Ausmaß von PflegehelferInnen (57,6%) oder FachsozialbetreuerInnen (52%) täglich durchgeführt.

Während die Verrichtung *hauswirtschaftlicher Tätigkeiten* zentrale Aufgabe von PflegehelferInnen (51,6%) und HeimhelferInnen (65,3%) im mobilen Pflegebereich ist, fallen solche Tätigkeiten in einem geringeren Ausmaß (zwischen 26% und 35% bei PflegehelferInnen, FachsozialbetreuerInnen und HeimhelferInnen) im stationären Bereich an. Dabei zeigt sich auch, dass 19% der DGKPs im stationären Pflegebereich hauswirtschaftliche Tätigkeiten zu ihren täglichen Arbeitshandlungen zählen.

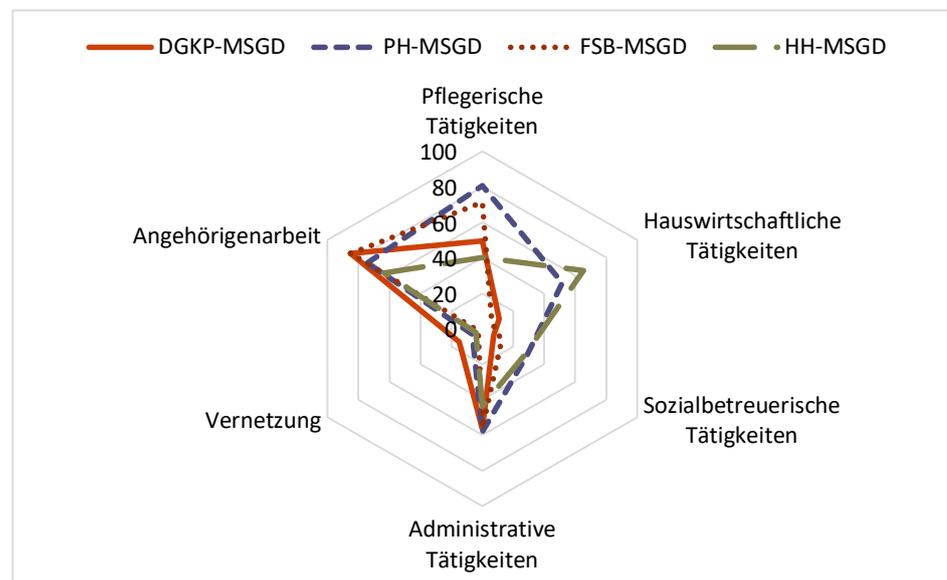
*Administrative Tätigkeiten* (z.B. Dokumentation) werden im stationären Pflegebereich vor allem von DGKPs und HeimhelferInnen (jeweils 74%) täglich durchgeführt, während diese im mobilen Bereich in relativ ähnlichem Ausmaß von DGKPs (56,4%), PHs (58,1%) oder FSBs (56,3%) ausgeübt werden. Eine allgemein wenig wahrgenommene, aber fast ausschließlich DGKPs vorbehaltene

Tätigkeit stellt die *Vernetzung* bzw. die Zusammenarbeit mit anderen Akteu- rInnen des Gesundheitswesens dar (12,9% im stationären, 14,9% im mobilen Pflegebereich). Im Gegensatz dazu ist die *Angehörigenarbeit* ein wesentlicher Bestandteil der täglichen Arbeit aller Berufsgruppen im mobilen und stationären Langzeitpflegebereich.

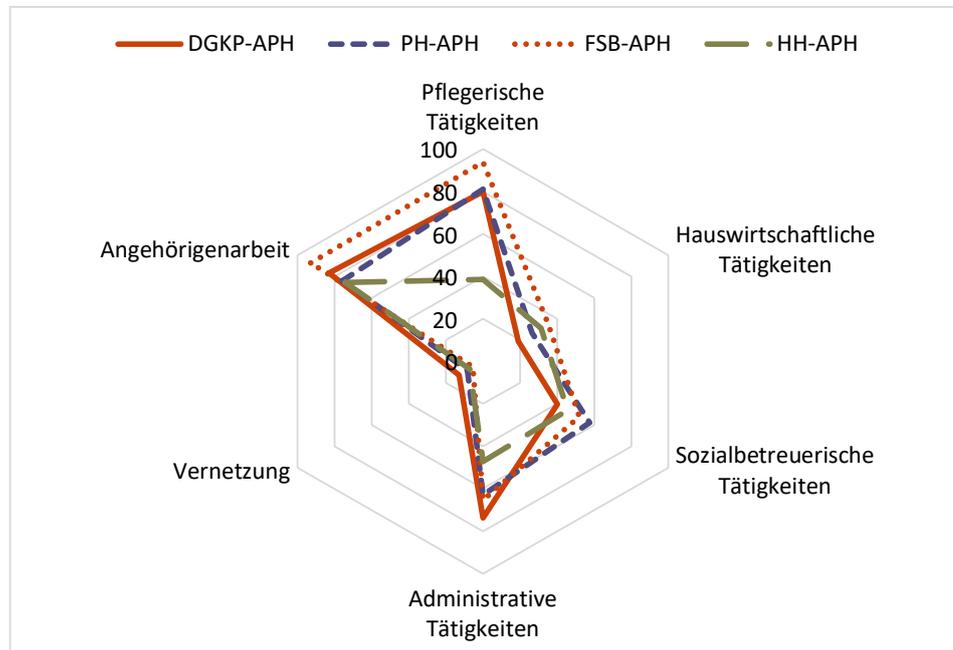
**Die täglich aus- geführten Tätigkeiten sind zwischen den Berufsgruppen ähnlich**

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die täglich ausgeführten Tätigkeiten innerhalb des mobilen bzw. innerhalb des stationären Langzeitpfle- gebereichs zwischen den Berufsgruppen ähnlich sind und teils hohe Überschneidungen aufweisen (Abbildung 18 und Abbildung 19). In Alten- und Pflegeheimen stehen bei allen Berufsgruppen (ausgenommen der Heimhilfe) insbesondere pflegerische und sozialbetreuerische Tätigkeiten auf dem Tages- programm, im mobilen Pflegebereich werden neben den pflegerischen Tätigkei- ten (durch PflegehelferInnen) insbesondere hauswirtschaftliche Tätigkeiten (von HeimhelferInnen) in einem vergleichsweise höheren Ausmaß erbracht. In beiden Bereichen stellen Aufgaben der Angehörigenarbeit sowie administrative Tätigkeiten wesentliche Bestandteile der täglichen Arbeit aller Berufsgruppen dar.

**Abbildung 18: Tätigkeitsprofile nach Kategorien und Berufsgruppen in MSGD in % (täglich bis mehrmals täglich)**



**Abbildung 19: Tätigkeitsprofile nach Kategorien und Berufsgruppen in APH in % (täglich bis mehrmals täglich)**



Neben der Angabe, in welcher Häufigkeit bestimmte Tätigkeiten in der täglichen Pflege- und Betreuungsarbeit ausgeübt werden, hatten die Beschäftigten die Möglichkeit, im Rahmen von offenen Fragen jene Tätigkeiten zu nennen, für die sie gerne mehr Zeit hätten bzw. die sie lieber nicht durchführen möchten. Hinsichtlich jener Tätigkeiten, für die mehr Zeit gewünscht wird, ist für mehr als die Hälfte der Beschäftigten im stationären Bereich sowie für etwa ein Drittel im mobilen Bereich die Betreuung und Kommunikation mit den pflegebedürftigen Menschen die am häufigsten genannte Tätigkeit. Dies umfasst insbesondere Gespräche mit BewohnerInnen, Begleitung bei Spaziergängen oder verschiedene Freizeit- bzw. Beschäftigungsaktivitäten (z.B. Basteln). Darüber hinaus äußern etwa 12% der Beschäftigten im stationären Bereich, insbesondere PflegehelferInnen und FachsozialbetreuerInnen, den Wunsch, mehr Zeit für pflegerische Tätigkeiten zu finden. Dies betrifft vor allem grundpflegerische Tätigkeiten (z.B. Körperpflege am Morgen), für die oftmals wenig Zeit zur Verfügung steht.

**Betreuung und Kommunikation mit den pflegebedürftigen Menschen sind die am häufigsten genannten Tätigkeiten, für die mehr Zeit gewünscht wird**

**Hauswirtschaftliche und administrative Tätigkeiten werden weniger gern gemacht**

Zu den Tätigkeiten, die von den Beschäftigten im Rahmen der Pflege- und Betreuungsarbeit ungern durchgeführt werden, zählen hauswirtschaftliche und administrative Tätigkeiten. Am häufigsten werden Aufgabenbereiche der Dokumentation und Administration von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in stationären Einrichtungen (13,9%) sowie von HeimhelferInnen (8,2%) im mobilen Pflegebereich nur ungern durchgeführt.

Tabelle 10: Bevorzugte und weniger erwünschte Tätigkeiten in %

	Mehr Zeit für Tätigkeiten		Weniger erwünschte Tätigkeiten	
	Betreuung und Kommunikation	Pflege	Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	Dokumentation, Administration
<b>APH insgesamt</b>	<b>53,2</b>	<b>12,0</b>	<b>4,9</b>	<b>7,3</b>
<b>MSGD insgesamt</b>	<b>31,3</b>	<b>4,2</b>	<b>4,4</b>	<b>2,2</b>
<i>Berufsgruppen</i>				
APH DGKP	<b>51,0</b>	8,8	5,2	<b>13,9</b>
MSGD DGKP	24,8	5,9	2,0	5,0
APH PH	<b>44,7</b>	<b>15,9</b>	3,0	5,3
MSGD PH	32,3	0,0	0,0	0,0
APH FSB-A	<b>63,6</b>	<b>15,1</b>	4,4	4,4
MSGD FSB-A	38,8	2,5	1,3	1,3
APH HH	<b>54,3</b>	5,7	7,1	1,4
MSGD HH	32,0	3,4	<b>8,2</b>	1,4

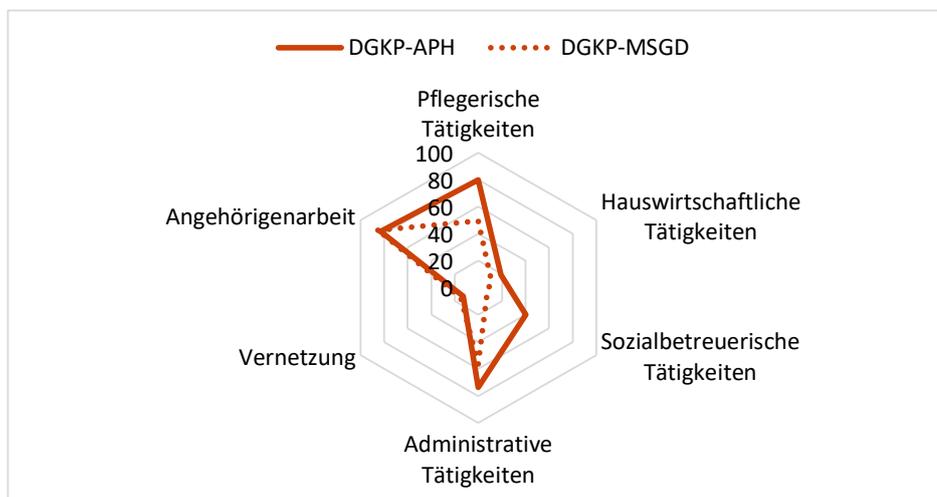
## Die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson

Nach der Regelung im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), die vor dem Inkrafttreten der GuKG-Novelle 2016 galt,<sup>12</sup> umfasst der gehobene Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) grundsätzlich drei Kompetenzbereiche, die sich in den eigenverantwortlichen, mitverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereich aufteilen. Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich bezieht sich auf die Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen. Dazu zählt auch die Anleitung, Überwachung und/oder Kontrolle von anderen Berufsgruppen, die pflegerische Maßnahmen durchführen. Der mitverantwortliche Bereich umfasst hingegen alle von ärztlicher Seite unterstützten diagnostischen und therapeutischen Aufgaben, während der interdisziplinäre Bereich die Zusammenarbeit mit sämtlichen Gesundheitsberufen betont.

**12** Da die NORDCARE-Befragung erst kurz nach der GuKG-Novelle 2016 durchgeführt wurde, beziehen sich die Antworten der Beschäftigten hinsichtlich ihrer Arbeitstätigkeiten auf die alten Regelungen, weshalb in diesem Bericht stets auf die Berufsregelungen des GuKG vor der Novelle 2016 Bezug genommen wird.

Die im Rahmen der NORDCARE-Befragung erhobenen Tätigkeiten der einzelnen Berufsgruppen sind für die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege nachfolgend getrennt nach Sektoren dargestellt (siehe Tabelle 11 für die Darstellung der einzelnen Tätigkeiten und Tabelle 9 sowie Abbildung 20 für Tätigkeiten nach Kategorien). Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im Bereich der Alten- und Pflegeheime sind in ihrer täglichen Arbeit vorwiegend mit pflegerischen (79,9%) und administrativen Tätigkeiten (73,3%) betraut. Das betrifft insbesondere die Durchführung von Körperpflege (83,3%), die Unterstützung bei der Fortbewegung und Rehabilitation (87,1%), das Aushändigen von Medikamenten (97%) sowie das Verabreichen von Injektionen (73,7%). Neben Verwaltungsaufgaben (87,2%) werden sozialbetreuerische Tätigkeiten wie emotionale Unterstützung der BewohnerInnen (86,3%) oder die Unterstützung der BewohnerInnen beim Frisieren oder der Maniküre (71,6%) als Bestandteile der täglichen Arbeit genannt. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten werden hingegen in einem vergleichsweise geringen Ausmaß durchgeführt. Dennoch geben immerhin 18,2% der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen an, dass die Reinigung des Zimmers der BewohnerInnen zu ihren täglichen Arbeitsaufgaben zählt.

**Abbildung 20: Tätigkeitsprofile der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege in % (täglich bis mehrmals täglich)**



Auch im Bereich der mobilen Sozial- und Gesundheitsdienste werden die oben genannten Tätigkeiten von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durchgeführt, allerdings in einem vergleichsweise geringeren Ausmaß. Auffällig ist, dass der zur DGKP zugehörige interdisziplinäre Tätigkeitsbereich, der die Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen AkteurInnen des Gesundheitswesens umfasst, sowohl im stationären (16,1%) als auch im mobilen Bereich (17,4%) nur einen geringen Bestandteil der tägli-

chen Arbeit ausmacht. Auch Aufgaben der Pflegeplanung und Evaluierung, die integrativer Bestandteil der Gesundheits- und Krankenpflege sind, werden lediglich von 54,2% im stationären und 33,7% im mobilen Pflegebereich täglich ausgeübt.

**Tabelle 11: Tätigkeiten der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege in % (täglich bis mehrmals täglich)**

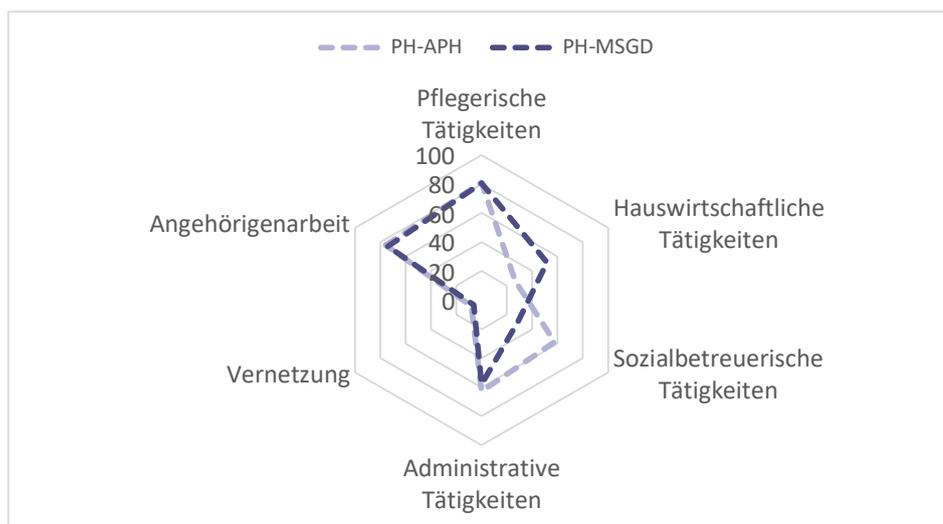
	DGKP - APH	DGKP - MSGD
<i>Hauswirtschaftliche Tätigkeiten</i>		
Reinigung Zimmer	<b>18,2</b>	3,5
Zubereitung Mahlzeit	21,7	15,3
Servieren Fertiggericht	51,6	19,1
Einkaufen	1,3	3,7
<i>Pflegerische Tätigkeiten</i>		
Körperpflege	<b>83,3</b>	52,9
Fortbewegung	<b>87,1</b>	50,6
Pflegeplanung	54,2	33,7
Rehabilitation	55,8	22,9
Medikamente	<b>97,0</b>	<b>78,2</b>
Injektion	73,7	49,4
<i>Sozialbetreuerische Tätigkeiten</i>		
Kaffee trinken	36,1	11,9
Emotionale Unterstützung	<b>86,3</b>	<b>77,0</b>
Begleitung Spaziergänge	39,6	6,0
Frisieren, Maniküre	<b>71,6</b>	31,3
Besorgungen	5,7	1,2
Freizeitveranstaltungen	10,2	1,2
<i>Administrative Tätigkeiten</i>		
Verwaltungsaufgaben	87,2	67,9
<i>Vernetzung</i>		
Vernetzung	16,1	17,4
<i>Angehörigenarbeit</i>		
Kontakt mit Angehörigen	66,5	45,4
Vermittlung	23,7	26,0

## Die Pflegehilfe<sup>13</sup>

Der Beruf der Pflegehilfe (seit 2016 „Pflegeassistent“) ist Teil der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und bezieht sich in erster Linie auf aktivierendes Pflegehandeln in der Betreuung pflegebedürftiger Menschen sowie in der Unterstützung des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege. Pflegerische Tätigkeiten dürfen unter Anleitung und Aufsicht von DGKPs ausgeführt werden. Dies spiegelt sich auch in den angegebenen Tätigkeiten der Pflegehilfe im Rahmen dieser Studie wider.

Sowohl im mobilen als auch im stationären Langzeitpflegebereich führen PflegehelferInnen vorwiegend pflegerische Tätigkeiten wie Körperpflege, Unterstützung bei der Fortbewegung, Aushändigung von Medikamenten oder rehabilitative Maßnahmen durch (siehe Abbildung 21 und Tabelle 12).

**Abbildung 21: Tätigkeitsprofile der Pflegehilfe in % (täglich bis mehrmals täglich)**



**13** Im Rahmen der GuKG-Reform 2016 wurden die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zu einem dreistufigen Ausbildungssystem geändert. Der Beruf der Pflegehilfe wird nunmehr als „Pflegeassistent“ bezeichnet und zieht Änderungen in den Ausbildungsinhalten und Kompetenzen nach sich. Im Rahmen dieser Studie wird der Begriff „Pflegehilfe“ beibehalten, da der Ausbildungshintergrund der befragten Personen auf den alten Regelungen basiert (der Zeitraum zwischen Einführung der GuKG-Novelle 2016 und der Durchführung der NORDCARE-Befragung ist nur kurz, weshalb angenommen werden kann, dass die Beschäftigten die für den Beruf der nunmehrigen Pflegeassistenten – mit erhöhtem Kompetenzprofil – erforderlichen Weiterbildungsmodule noch nicht durchgeführt bzw. abgeschlossen haben; es wurden auch keine diesbezüglichen Rückmeldungen seitens der Befragten vermerkt).

**Tabelle 12: Tätigkeiten der Pflegehilfe in % (täglich bis mehrmals täglich)**

	PH - APH	PH - MSGD
<i>Hauswirtschaftliche Tätigkeiten</i>		
Reinigung Zimmer	25,0	20,7
Zubereitung Mahlzeit	31,2	55,2
Servieren Fertiggericht	58,1	<b>86,2</b>
Einkaufen	7,0	3,7
<i>Pflegerische Tätigkeiten</i>		
Körperpflege	<b>83,3</b>	52,9
Fortbewegung	<b>96,6</b>	<b>83,3</b>
Pflegeplanung	17,8	17,2
Rehabilitation	<b>72,6</b>	51,7
Medikamente	<b>90,1</b>	<b>93,3</b>
Injektion	50,5	39,3
<i>Sozialbetreuerische Tätigkeiten</i>		
Kaffee trinken	50,0	31,0
Emotionale Unterstützung	<b>90,5</b>	<b>90,0</b>
Begleitung Spaziergänge	53,6	27,6
Frisieren, Maniküre	<b>88,0</b>	31,3
Besorgungen	3,5	3,6
Freizeitveranstaltungen	16,2	7,1
<i>Administrative Tätigkeiten</i>		
Verwaltungsaufgaben	<b>74,8</b>	<b>60,0</b>
<i>Vernetzung</i>		
Vernetzung	10,0	7,1
<i>Angehörigenarbeit</i>		
Kontakt mit Angehörigen	<b>60,7</b>	28,6
Vermittlung	24,1	24,1

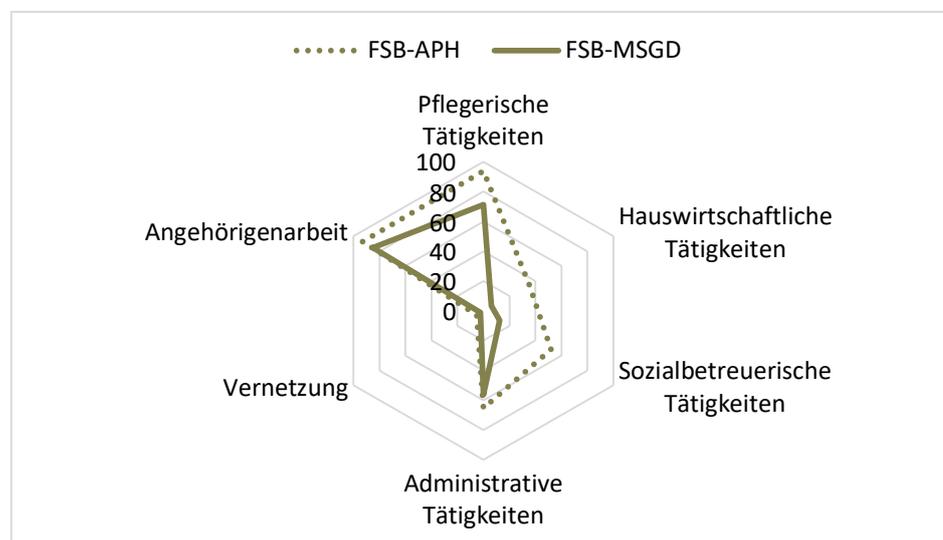
**Im stationären Bereich stehen sozialbetreuerische Tätigkeiten im Vordergrund, im mobilen hauswirtschaftliche**

Während in stationären Einrichtungen sozialbetreuerische Tätigkeiten (z.B. emotionale Unterstützung von BewohnerInnen oder Unterstützung beim Frisieren oder der Maniküre) im Vordergrund stehen, sind es im mobilen Pflegebereich hauswirtschaftliche Tätigkeiten (insbesondere die Zubereitung von Mahlzeiten oder das Servieren von Fertiggerichten), die zum täglichen Arbeitsinhalt der PflegehelferInnen gehören.

## Die Fachsozialbetreuung Altenarbeit

Die Fachsozialbetreuung mit Spezialisierung auf den Bereich der Altenarbeit gehört den Sozialbetreuungsberufen an. Neben dem Schwerpunkt auf sozialbetreuerische Inhalte umfasst die Ausbildung zur Fachsozialbetreuung auch die Ausbildung zur Pflegehilfe, die sie zur Durchführung pflegerischer Tätigkeiten berechtigt. Arbeitsschwerpunkte beziehen sich auf die Mitgestaltung der Lebenswelten der betreuten Personen im Sinne von Begleitung, Unterstützung, Aktivierung und Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten unter Berücksichtigung von individuellen Bedürfnissen.

**Abbildung 22: Tätigkeitsprofile der Fachsozialbetreuung Altenarbeit in % (täglich bis mehrmals täglich)**



**FachsozialbetreuerInnen sind in erster Linie für pflegerische Tätigkeiten zuständig**

Der Anteil der FachsozialbetreuerInnen an den RespondentInnen der Befragung macht rund ein Drittel der in Alten- und Pflegeheimen befragten Personen sowie knapp 20% der in mobilen Sozial- und Gesundheitsdiensten befragten Beschäftigten aus. Sowohl im mobilen als auch im stationären Langzeitpflegebereich sind FachsozialbetreuerInnen in erster Linie für pflegerische Tätigkeiten (Unterstützung bei der Körperpflege und bei der Fortbewegung, Medikamente) zuständig. Sozialbetreuerische Tätigkeiten werden in einem höheren Ausmaß in Alten- und Pflegeheimen erbracht. Dies umfasst die emotionale Unterstützung von BewohnerInnen, Hilfe beim Frisieren oder bei der Maniküre sowie, allerdings in einem geringeren Ausmaß, Geselligkeit und Unterhaltung mit den BewohnerInnen, z.B. bei einer Tasse Kaffee oder in Form der Begleitung bei Spaziergängen.

**Tabelle 13: Tätigkeiten der Fachsozialbetreuung Altenarbeit in % (täglich bis mehrmals täglich)**

	FSB - APH	FSB - MSGD
<i>Hauswirtschaftliche Tätigkeiten</i>		
Reinigung Zimmer	25,1	4,5
Zubereitung Mahlzeit	44,0	16,0
Servieren Fertiggericht	62,7	12,9
Einkaufen	1,0	2,8
<i>Pflegerische Tätigkeiten</i>		
Körperpflege	<b>98,6</b>	<b>95,8</b>
Fortbewegung	<b>96,8</b>	<b>89,0</b>
Pflegeplanung	12,3	19,2
Rehabilitation	75,6	37,3
Medikamente	<b>95,0</b>	<b>80,6</b>
Injektion	51,4	35,2
<i>Sozialbetreuerische Tätigkeiten</i>		
Kaffee trinken	44,4	13,5
Emotionale Unterstützung	<b>87,1</b>	<b>76,4</b>
Begleitung Spaziergänge	36,4	5,6
Frisieren, Maniküre	<b>92,2</b>	<b>76,4</b>
Besorgungen	0,9	1,4
Freizeitveranstaltungen	11,1	1,4
<i>Administrative Tätigkeiten</i>		
Verwaltungsaufgaben	68,7	61,6
<i>Vernetzung</i>		
Vernetzung	5,8	2,8
<i>Angehörigenarbeit</i>		
Kontakt mit Angehörigen	69,0	52,8
Vermittlung	15,5	16,2

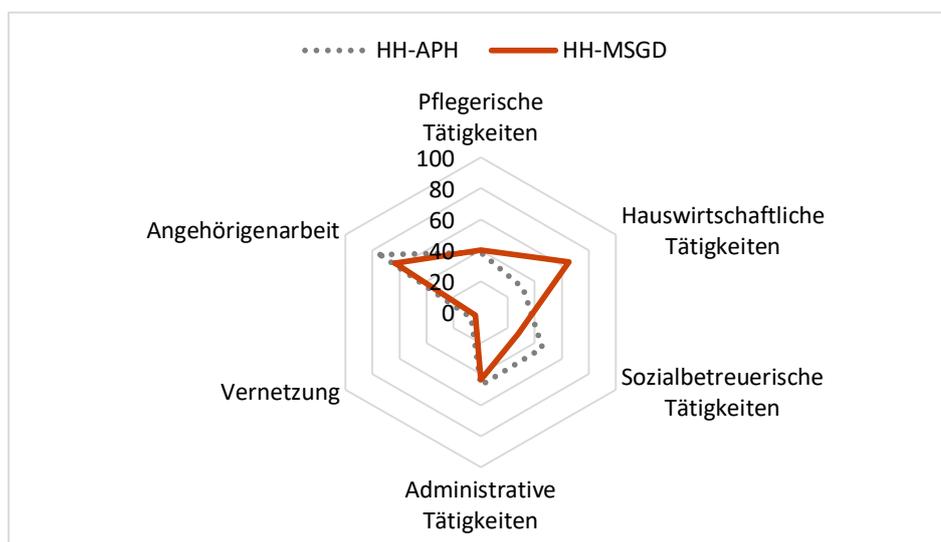
**Der sozialbetreuerische Aspekt umfasst in den mobilen Diensten nur einen geringen Teil des Arbeitshandelns**

Obwohl FachsozialbetreuerInnen neben pflegerischen insbesondere auch für sozialbetreuerische Aktivitäten ausgebildet sind, zeigt sich, dass der sozialbetreuerische Aspekt in den mobilen Diensten nur einen geringen Teil des täglichen Arbeitshandelns umfasst, während pflegerische Arbeitsinhalte sowohl im mobilen als auch im stationären Bereich überwiegen.

## Die Heimhilfe

Das Berufsbild der Heimhilfe bezieht sich vorwiegend auf die Unterstützung von pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen durch hauswirtschaftliche Tätigkeiten und die Erfüllung sozialer Grundbedürfnisse. Die Ausbildung zur Heimhilfe umfasst auch das Modul „Unterstützung bei der Basisversorgung“, welches zur Durchführung von einfachen pflegerischen Tätigkeiten (z.B. Unterstützung bei der Körperpflege, An- und Auskleiden, Nahrungsmittelaufnahme und -zufuhr) und zur Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten berechtigt, sofern diese von einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson angeleitet und beaufsichtigt wurden.

**Abbildung 23: Tätigkeitsprofile der Heimhilfe in % (täglich bis mehrmals täglich)**



Die im Rahmen dieser Studie befragten HeimhelferInnen repräsentieren insgesamt 36,2% der Beschäftigten im mobilen Pflegebereich und 10,1% der MitarbeiterInnen in Alten- und Pflegeheimen. Bei mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten sind HeimhelferInnen überwiegend mit hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (65,3%) betraut. Zu den täglichen Verrichtungen zählen etwa die Reinigung des Zimmers (59,3%) oder der Wohnung der KlientInnen und das Zubereiten oder Servieren von Mahlzeiten (63,4% bzw. 69,9%). Die Unterstützung der Körperpflege (85,6%) stellt einen wesentlichen Bestandteil der Arbeit von HeimhelferInnen im mobilen Bereich dar.

Während im stationären Pflegebereich hauswirtschaftliche Tätigkeiten eher eine Nebenrolle im täglichen Arbeitsleben spielen, werden auch einfache pflegerische Tätigkeiten, wie etwa die Unterstützung bei der Körperpflege und bei

der Fortbewegung, von HeimhelferInnen abgedeckt. Auffällig ist allerdings, dass immerhin 9,1% der in Alten- und Pflegeheimen tätigen HeimhelferInnen angeben, täglich Injektionen zu verabreichen – eine Tätigkeit, die für dieses Berufsprofil gar nicht vorgesehen ist.

**Tabelle 14: Tätigkeiten der Heimhilfe in % (täglich bis mehrmals täglich)**

	HH - APH	HH - MSGD
<i>Hauswirtschaftliche Tätigkeiten</i>		
Reinigung Zimmer	20,3	<b>59,3</b>
Zubereitung Mahlzeit	52,5	<b>63,4</b>
Servieren Fertiggericht	<b>58,3</b>	<b>69,9</b>
Einkaufen	0,0	45,0
<i>Pflegerische Tätigkeiten</i>		
Körperpflege	<b>75,4</b>	<b>85,6</b>
Fortbewegung	<b>74,2</b>	50,7
Pflegeplanung	7,0	11,8
Rehabilitation	31,2	18,2
Medikamente	45,9	<b>59,7</b>
Injektion	<b>9,1</b>	0,9
<i>Sozialbetreuerische Tätigkeiten</i>		
Kaffee trinken	50,0	26,5
Emotionale Unterstützung	<b>84,4</b>	<b>66,7</b>
Begleitung Spaziergänge	35,5	27,0
Frisieren, Maniküre	<b>58,5</b>	50,7
Besorgungen	6,4	22,5
Freizeitveranstaltungen	17,7	4,4
<i>Administrative Tätigkeiten</i>		
Verwaltungsaufgaben	45,9	<b>59,7</b>
<i>Vernetzung</i>		
Vernetzung	8,5	4,5
<i>Angehörigenarbeit</i>		
Kontakt mit Angehörigen	36,9	13,6
Vermittlung	4,7	8,5

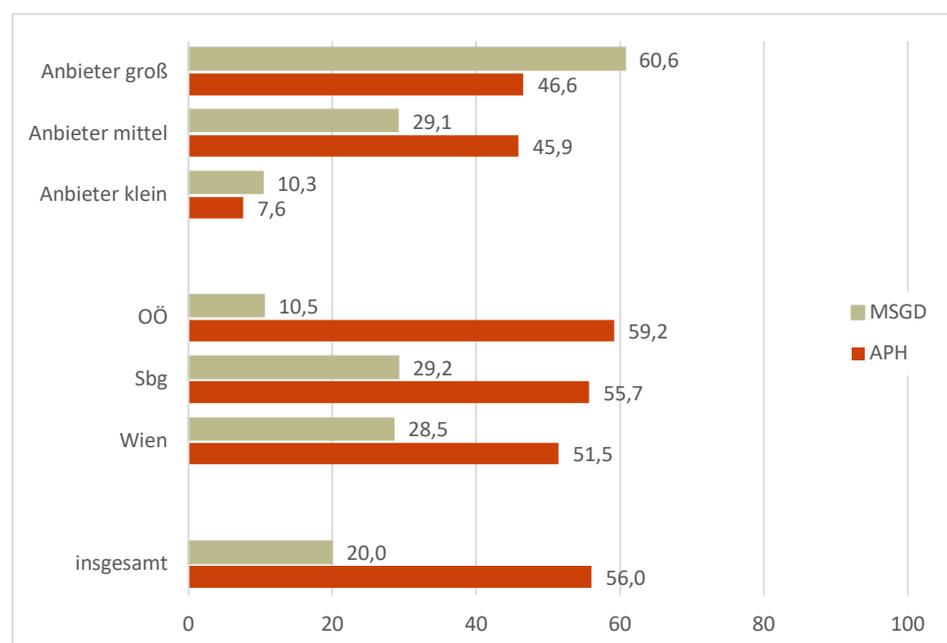
Insgesamt stellen pflegerische Tätigkeiten allerdings – dem Berufsprofil entsprechend – einen geringeren Anteil der täglichen Arbeit von HeimhelferInnen im mobilen und stationären Bereich dar. Darüber hinaus erfüllen sie auch eine soziale Funktion, die sich beispielsweise auf die emotionale Unterstützung von BewohnerInnen oder KlientInnen sowie die Unterstützung beim Frisieren oder der Maniküre bezieht. Während die Arbeit mit Angehörigen oder auch administrative Tätigkeiten Bestandteile der täglichen Arbeit sind, stehen HeimhelferInnen im Vergleich zu anderen Pflege- und Betreuungsberufen kaum in Kontakt mit anderen Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialbereichs.

## Besprechungen, Austausch und Beziehungen am Arbeitsplatz

### Besprechungen zwischen MitarbeiterInnen und Vorgesetzten

Kommunikation und Austausch sind wichtige Merkmale einer guten Zusammenarbeit und prägen das Klima am Arbeitsplatz. Dazu zählt auch die Häufigkeit von Besprechungen zwischen MitarbeiterInnen und Vorgesetzten. In der nachfolgenden Abbildung 24 ist die Häufigkeit solcher Besprechungen (mindestens einmal pro Woche) nach häuslichen und stationären Langzeitpflegebereich, Bundesländern und Größe des Anbieters dargestellt.

**Abbildung 24: Häufigkeit von Besprechungen zwischen MitarbeiterInnen und Vorgesetzten in % (mindestens einmal pro Woche)**



**Die Häufigkeit von  
Besprechungen und  
Austausch am Arbeits-  
platz ist vor allem von  
der Größe des  
Anbieters abhängig**

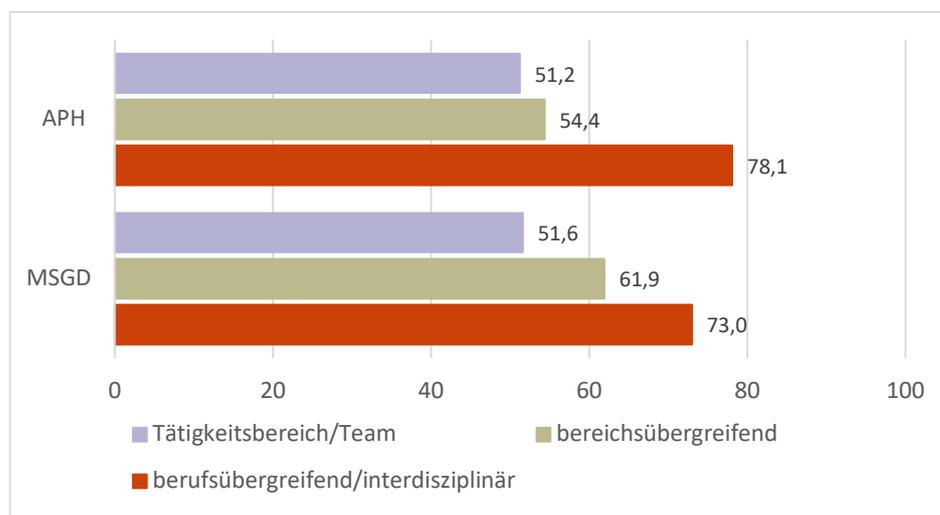
Insgesamt 56% der in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen Beschäftigten geben an, dass mindestens einmal pro Woche Besprechungen mit ihren Vorgesetzten stattfinden. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch nach Bundesländern, wobei ein solcher Austausch in Oberösterreich am häufigsten stattfindet (59%). Die Häufigkeit von Besprechungen und Austausch mit Vorgesetzten ist im Langzeitpflegebereich vor allem von der Größe des Anbieters abhängig. Knapp die Hälfte der Beschäftigten in mittleren bis größeren Einrichtungen (40-80 MitarbeiterInnen bzw. >80 MitarbeiterInnen) gibt an, dass mindestens einmal wöchentlich solche Besprechungen stattfinden, bei kleineren Anbietern (<40 MitarbeiterInnen) sind dies lediglich 7,6%.

**Im mobilen Pflege-  
bereich finden  
Besprechungen zwischen  
MitarbeiterInnen und  
Vorgesetzten eher  
selten statt**

Im mobilen Pflegebereich finden solche Besprechungen eher selten statt. Auffällig ist hier wiederum das Bundesland Oberösterreich, wo lediglich 10,5% der Beschäftigten wöchentlich stattfindende Besprechungen und Austausch mit ihren Vorgesetzten angeben. Im Gegensatz zu kleineren Organisationen mobiler Sozial- und Gesundheitsdienste (10,3%) berichten etwa 60% der Beschäftigten in großen Organisationen von wöchentlichen Gesprächen mit ihren Vorgesetzten. Die insgesamt geringere Häufigkeit von Besprechungen (20%) im mobilen Pflegebereich kann auch auf die spezielle Arbeitsorganisation in diesem Bereich zurückgeführt werden, wo Besprechungen im Team oftmals nur einmal pro Monat vorgesehen sind.

## **Teambesprechungen und interdisziplinärer Austausch**

Wie Abbildung 25 verdeutlicht, ist die Möglichkeit, fachliche Gespräche zu führen bzw. sich mit KollegInnen auszutauschen, nur eingeschränkt gegeben. Während zumindest noch etwa die Hälfte der Beschäftigten im mobilen und stationären Langzeitpflegebereich angeben, dass regelmäßige Besprechungen in ihrem Team bzw. Tätigkeitsbereich stattfinden, nimmt deren Häufigkeit mit Blick auf bereichs- oder berufsübergreifenden Austausch deutlich ab. Im mobilen Pflegebereich geben knapp 62% der Beschäftigten an, dass ein bereichsübergreifender Austausch kaum oder gar nicht stattfindet, und auch im Bereich der Alten- und Pflegeheime trifft dies bei mehr als der Hälfte der Befragten zu. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch nach Art und Größe des Anbieters in beiden Sektoren. Die geringe Intensität berufsübergreifender Besprechungen weist auf das geringe Ausmaß der Vernetzung von Berufsgruppen im Pflege- und Gesundheitsbereich hin (siehe Kapitel „Tätigkeitsprofile der Berufsgruppen in der Langzeitpflege“).

**Abbildung 25: Besprechungen und Austausch am Arbeitsplatz in % (kaum bis gar nicht)****Tabelle 15: Besprechungen und Austausch am Arbeitsplatz in % (kaum bis gar nicht)**

	Tätigkeitsbereich / Team	Bereichsübergreifend	Berufsübergreifend / interdisziplinär
<b>APH insgesamt</b>	<b>51,2</b>	<b>54,4</b>	<b>78,1</b>
<b>MSGD insgesamt</b>	<b>51,6</b>	<b>61,9</b>	<b>73,0</b>
<i>Bundesländer</i>			
APH Wien	56,8	53,9	71,2
MSGD Wien	54,2	62,6	81,1
APH Salzburg	44,0	49,5	80,2
MSGD Salzburg	50,0	58,3	75,0
APH OÖ	49,3	55,9	82,2
MSGD OÖ	49,2	61,7	64,8
<i>Berufsgruppen</i>			
APH DGKP	42,5	53,4	78,2
MSGD DGKP	48,5	61,4	67,3
APH PH	58,3	57,6	79,6
MSGD PH	66,7	46,7	76,7
APH FSB-A	51,8	56,3	83,0
MSGD FSB-A	54,4	64,6	59,5
APH HH	52,9	51,4	64,3
MSGD HH	53,1	61,2	82,3

## Informationsgrad, Gespräche und erfahrene Unterstützung am Arbeitsplatz

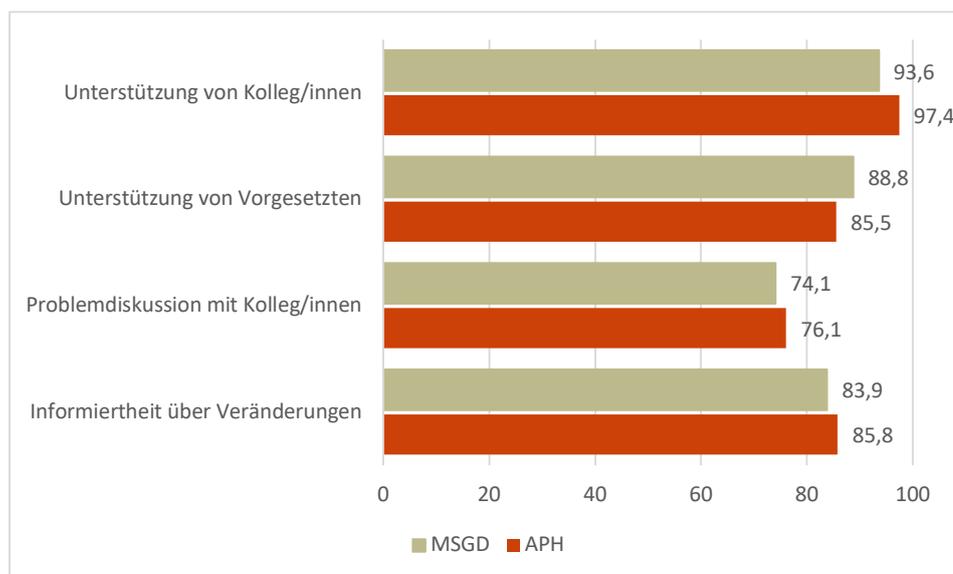
### Die Mehrheit der Beschäftigten fühlt sich durch KollegInnen und Vorgesetzte unterstützt

Die Beschäftigten im mobilen und stationären Langzeitpflegebereich fühlen sich zum überwiegenden Teil von ihren Vorgesetzten über Veränderungen am Arbeitsplatz in Kenntnis gesetzt. Auch das Ausmaß an Unterstützung durch KollegInnen oder Vorgesetzte ist für einen Großteil der Beschäftigten zufriedenstellend. Während sowohl im mobilen (93%) als auch im stationären (97%) Bereich die Mehrheit der Beschäftigten auf Unterstützung von KollegInnen hinweisen, ist auch die Unterstützung durch Vorgesetzte in einem hohen Ausmaß gegeben (88% im mobilen bzw. 85% im stationären Bereich). Dabei konnten nur marginale Unterschiede zwischen Bundesländern, Berufsgruppen und der Größe des Anbieters festgestellt werden.

### Die Möglichkeit, Probleme mit KollegInnen zu diskutieren, ist in geringerem Ausmaß gegeben

Die Möglichkeit, Probleme mit KollegInnen zu diskutieren, ist im Vergleich dazu in wesentlich geringerem Ausmaß gegeben. Nach Bundesländern betrachtet finden Beschäftigte in Wien und Oberösterreich in beiden Sektoren der Langzeitpflege am wenigsten Zeit für Problemdiskussionen mit KollegInnen vor, während diese Möglichkeit in Salzburg am höchsten gegeben ist (88% bzw. 91%). Darüber hinaus berichten Beschäftigte in kleineren mobilen und stationären Organisationen (mehr als 90%) sowie PflegehelferInnen in Alten- und Pflegeheimen (82,5%), ausreichend Zeit für Problemdiskussionen zu haben (siehe Tabelle 16).

**Abbildung 26: Informationsgrad, Gespräche und Unterstützung in % (meistens bis manchmal)**



Anmerkung: Antwortkategorien „meistens bis manchmal“ mit Ausnahme des Aspekts „Informiertheit über Veränderungen“, bei dem nur die Kategorie „meistens“ berücksichtigt wurde.

Tabelle 16: Informationsgrad, Gespräche und Unterstützung in % (meistens bis manchmal)

	Informiert- heit Verän- derungen	Unterstüt- zung Vor- gesetzte	Unterstüt- zung Kolle- gInnen	Probleme diskutieren
<b>APH insgesamt</b>	<b>85,8</b>	<b>85,5</b>	<b>97,4</b>	<b>76,1</b>
<b>MSGD insgesamt</b>	<b>83,9</b>	<b>88,8</b>	<b>93,6</b>	<b>74,1</b>
<i>Bundesländer</i>				
APH Wien	85,9	85,9	95,7	73,3
MSGD Wien	80,9	83,2	89,2	69,7
APH Salzburg	93,3	94,5	98,9	<b>87,8</b>
MSGD Salzburg	87,0	95,7	95,7	<b>91,3</b>
APH OÖ	83,9	83,0	98,0	74,7
MSGD OÖ	86,4	93,5	97,8	76,4
<i>Größe des Anbieters</i>				
APH klein	<b>97,7</b>	97,7	97,7	<b>90,9</b>
MSGD klein	91,3	93,3	97,8	<b>93,5</b>
APH mittel	85,7	81,9	98,5	73,5
MSGD mittel	90,0	90,1	99,0	73,0
APH groß	84,1	87,9	96,0	76,8
MSGD groß	79,9	87,4	90,6	70,9
<i>Berufsgruppen</i>				
APH DGKP	85,5	87,7	98,7	76,7
MSGD DGKP	85,7	90,7	98,0	77,3
APH PH	89,9	91,6	96,7	<b>82,5</b>
MSGD PH	80,0	83,3	96,7	76,7
APH FSB-A	83,6	81,1	98,6	74,0
MSGD FSB-A	82,4	93,2	97,3	78,1
APH HH	<b>92,2</b>	85,9	95,2	68,8
MSGD HH	82,3	87,5	89,4	72,0

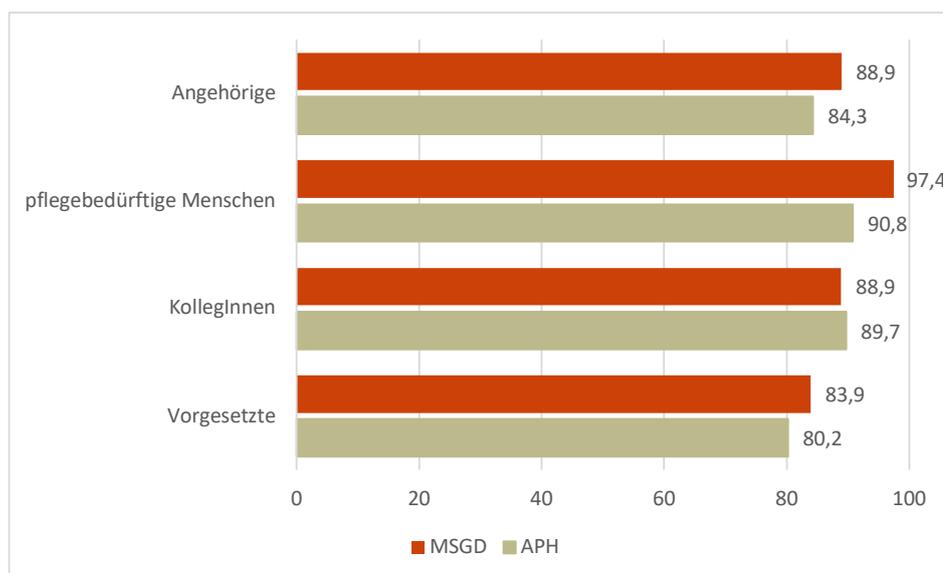
## Erfahrene Wertschätzung im Beruf

**Beschäftigte im Langzeitpflegebereich zeigen sich bezüglich der erfahrenen Wertschätzung ihrer Arbeit in einem hohen Ausmaß zufrieden**

Die erfahrene Wertschätzung für die Pflege- und Betreuungsarbeit ist ein wichtiger Aspekt der Arbeitsmotivation und trägt maßgeblich zur Zufriedenheit im Beruf bei. Beschäftigte im Langzeitpflegebereich zeigen sich bezüglich der erfahrenen Wertschätzung ihrer Arbeit in einem hohen Ausmaß zufrieden. Mehr als 80% der Beschäftigten im mobilen und stationären Pflege- und Betreuungsbereich fühlen sich von ihren Vorgesetzten und KollegInnen sowie von pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen für ihre Arbeitstätigkeiten in einem hohen Maße wertgeschätzt (siehe Abbildung 27).

Trotz dieser allgemein hohen Wertschätzung, sind die Angaben der Beschäftigten nach Sektoren, Bundesländern und Berufsgruppen durch einige Auffälligkeiten im Detail gekennzeichnet (siehe Tabelle 17). Etwa 73-76% der Pflege- und Betreuungskräfte in Alten- und Pflegeheimen in Wien sowie PflegehelferInnen in beiden Sektoren geben an, Wertschätzung durch ihre Vorgesetzten zu erhalten. Dies stellt im Vergleich ein geringeres Ausmaß an Wertschätzung durch Vorgesetzte dar (siehe Tabelle 17). Betreffend die Wertschätzung der Arbeit durch KollegInnen äußern sich nur 76% der PflegehelferInnen in den mobilen Gesundheits- und Sozialdiensten zufrieden. Am wenigsten Wertschätzung durch Angehörige erfahren Beschäftigte im stationären Bereich in Wien sowie jene, die in größeren Alten- und Pflegeheimen beschäftigt sind (78-79%).

**Abbildung 27: Erfahrene Wertschätzung durch Vorgesetzte, KollegInnen, pflegebedürftige Menschen und Angehörige in % (sehr bis ziemlich)**



**Tabelle 17: Erfahrene Wertschätzung durch Vorgesetzte, KollegInnen, pflegebedürftige Menschen und Angehörige in % (sehr bis ziemlich)**

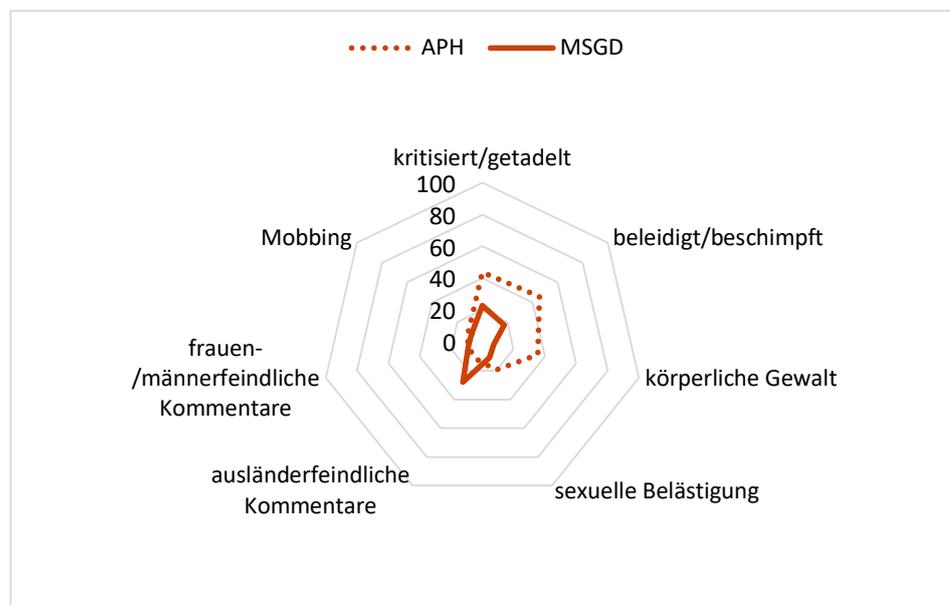
	Vor- gesetzte	Kolle- gInnen	Pflege bedürftige Menschen	Angehörige pflege bedürftiger Menschen
<b>APH insgesamt</b>	<b>80,2</b>	<b>89,7</b>	<b>90,8</b>	<b>84,3</b>
<b>MSGD insgesamt</b>	<b>83,9</b>	<b>88,9</b>	<b>97,4</b>	<b>88,9</b>
<i>Bundesländer</i>				
APH Wien	<b>76,4</b>	83,0	<b>84,2</b>	<b>78,4</b>
MSGD Wien	78,1	81,2	94,5	83,3
APH Salzburg	87,8	90,0	92,2	88,9
MSGD Salzburg	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	87,0
APH OÖ	80,5	93,5	94,4	86,7
MSGD OÖ	87,5	95,1	100,0	94,6
<i>Größe des Anbieters</i>				
APH klein	<b>97,7</b>	93,2	97,7	95,5
MSGD klein	93,3	91,1	<b>100,0</b>	91,1
APH mittel	<b>77,5</b>	88,0	91,9	86,8
MSGD mittel	88,9	92,0	94,0	90,0
APH groß	80,7	91,2	88,4	<b>79,6</b>
MSGD groß	80,1	87,1	98,4	88,0
<i>Berufsgruppen</i>				
APH DGKP	81,9	90,9	91,6	82,6
MSGD DGKP	86,7	96,9	<b>100,0</b>	88,8
APH PH	<b>75,8</b>	85,7	85,0	84,9
MSGD PH	<b>73,3</b>	<b>75,9</b>	90,0	86,7
APH FSB-A	82,0	94,0	92,7	88,0
MSGD FSB-A	81,8	93,2	<b>100,0</b>	94,6
APH HH	<b>87,5</b>	87,5	93,8	87,3
MSGD HH	81,4	87,1	97,2	86,3

## Negative Erfahrungen am Arbeitsplatz

**Die Beschäftigten sind auch mit negativem Verhalten konfrontiert – vor allem im stationären Bereich**

Während die Beschäftigten in ihrer Arbeit durch pflege- und betreuungsbedürftige Menschen sowie deren Angehörige eine hohe Wertschätzung erfahren, sind sie zum Teil auch mit negativem Verhalten konfrontiert. Dies betrifft insbesondere negative Erfahrungen durch verbale Äußerungen und Diskriminierung. Darüber hinaus sind Beschäftigte in der Langzeitpflege zum Teil mit physisch und psychisch belastendem Verhalten durch pflegebedürftige Menschen und/oder deren Angehörige regelmäßig konfrontiert. Dabei zeigt sich, dass Beschäftigte im stationären Bereich in höherem Ausmaß von negativen Erfahrungen am Arbeitsplatz betroffen sind (siehe Abbildung 28).

**Abbildung 28: Häufigkeit negativen Verhaltens durch pflegebedürftige Menschen bzw. Angehörige in % (mindestens einmal pro Monat)**



### Verbal negatives Verhalten

**Beleidigungen, Beschimpfungen und Kritik werden von einem Viertel der Beschäftigten in Alten- und Pflegeheimen mindestens einmal pro Woche erlebt**

Verbal negatives Verhalten bezieht sich auf Kritik und Zurechtweisung, Beleidigungen oder Beschimpfungen sowie ausländer-, frauen- oder männerfeindliche Kommentare. Solchem Verhalten sind insbesondere Beschäftigte im stationären Pflegebereich ausgesetzt, wo etwas mehr als ein Viertel der Beschäftigten angeben, mindestens einmal pro Woche von den BewohnerInnen oder deren Angehörigen beleidigt, beschimpft, kritisiert oder getadelt zu werden. Nach Berufsgruppen sind etwa ein Drittel der in Alten- und Pflegeheimen tätigen FachsozialbetreuerInnen und PflegehelferInnen regelmäßig einem solchen Verhalten durch BewohnerInnen oder deren Angehörige ausgesetzt.

**Tabelle 18: Häufigkeit verbal negativen Verhaltens durch pflegebedürftige Menschen bzw. Angehörige in %**

	Kritisiert oder getadelt*	Beleidigt oder beschimpft*	Ausländer- feindliche Kommen- tare**	Frauen- bzw. männer- feindliche Kommen- tare**
<b>APH insgesamt</b>	<b>24,7</b>	<b>27,7</b>	<b>11,1</b>	<b>11,1</b>
<b>MSGD insgesamt</b>	<b>7,9</b>	<b>7,4</b>	<b>16,0</b>	<b>28,0</b>
<i>Bundesländer</i>				
APH Wien	22,7	23,4	18,1	12,5
MSGD Wien	6,5	9,9	15,3	9,3
APH Salzburg	17,8	19,8	13,5	5,6
MSGD Salzburg	13,0	0,0	8,7	4,4
APH OÖ	<b>27,5</b>	<b>32,2</b>	6,3	8,3
MSGD OÖ	8,7	6,0	16,5	8,7
<i>Größe des Anbieters</i>				
APH klein	6,8	<b>27,4</b>	7,0	4,5
MSGD klein	0,0	11,4	6,5	8,9
APH mittel	<b>23,6</b>	<b>25,8</b>	10,3	7,2
MSGD mittel	4,9	<b>24,7</b>	14,3	8,9
APH groß	<b>28,8</b>	<b>33,3</b>	12,7	12,6
MSGD groß	10,6	<b>33,9</b>	18,5	8,6
<i>Art des Anbieters</i>				
APH öffentlich	26,1	27,4	9,5	8,6
APH for-profit	18,6	25,8	11,0	6,1
APH non-profit	26,4	33,3	<b>21,4</b>	19,4
<i>Berufsgruppen</i>				
APH DGKP	26,8	22,7	10,7	7,8
MSGD DGKP	14,4	8,3	16,8	14,6
APH PH	<b>28,2</b>	<b>33,1</b>	<b>19,3</b>	12,0
MSGD PH	6,7	13,3	10,4	17,2
APH FSB-A	<b>27,4</b>	<b>35,3</b>	8,5	10,9
MSGD FSB-A	6,7	9,3	16,4	4,0
APH HH	10,9	12,5	3,2	1,6
MSGD HH	4,9	5,0	15,1	6,3
<i>Geschlecht</i>				
APH weiblich	23,9	27,6	10,2	8,4
MSGD weiblich	7,3	6,6	15,5	7,2
APH männlich	29,4	28,2	16,9	16,5
MSGD männlich	9,5	12,5	17,5	<b>19,5</b>

Anmerkungen: \*) mindestens einmal pro Woche \*\*) mindestens einmal pro Monat.

Zudem berichten rund ein Drittel der Beschäftigten in Alten- und Pflegeheimen im Bundesland Oberösterreich über regelmäßiges Negativverhalten von BewohnerInnen bzw. deren Angehörigen. Solche Erfahrungen am Arbeitsplatz

sind vorwiegend ein Phänomen des stationären Bereichs. Im mobilen Pflegebereich treten diese Erfahrungen hingegen in einem geringeren Ausmaß auf und betreffen häufiger mittlere oder große Organisationen der mobilen Dienste. Insgesamt konnten keine wesentlichen Unterschiede nach Bundesländern, Art des Anbieters, Berufsgruppen oder Geschlecht festgestellt werden.

Ausländerfeindliche Kommentare werden im stationären Bereich in vergleichsweise geringerem Ausmaß erlebt (11%), wobei hier immerhin 21,4% der Beschäftigten im non-profit Sektor und 19,3% der PflegehelferInnen regelmäßig mit solchen konfrontiert sind. Im mobilen Bereich berichten insgesamt 16% der Beschäftigten von ausländerfeindlichen Kommentaren. Während frauen- oder männerfeindliche Kommentare im stationären Bereich weniger auftreten (11,1% der Beschäftigten), sind etwas mehr als ein Viertel (28%) der Beschäftigten im mobilen Bereich regelmäßig diskriminierendem Verhalten auf Basis des Geschlechts ausgesetzt, wobei Männer (19,5%) häufiger betroffen sind als Frauen (7,2%). Dieser Befund ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass der Sektor überwiegend weiblich dominiert ist.

### **Physisch und psychisch negatives Verhalten**

**Pflege- und Betreuungskräfte sind auch mit physisch und psychisch negativem Verhalten durch ihre KlientInnen bzw. BewohnerInnen oder deren Angehörige konfrontiert**

Neben verbal belastenden und diskriminierenden Äußerungen sind Pflege- und Betreuungskräfte in der Langzeitpflege auch mit physisch und psychisch negativem Verhalten durch ihre KlientInnen bzw. BewohnerInnen oder deren Angehörige konfrontiert. Das betrifft das Erleben körperlicher Gewalt, sexueller Belästigung oder Mobbing am Arbeitsplatz. Wiederum sind Beschäftigte im stationären Bereich in einem höheren Ausmaß von solchen Belastungen betroffen. So äußern insgesamt 35,6% der Befragten in Alten- und Pflegeheimen, dass sie mindestens einmal im Monat körperlicher Gewalt ausgesetzt sind. In vergleichsweise hohem Ausmaß betrifft dies Beschäftigte im stationären Bereich in Oberösterreich (47,9%), FachsozialbetreuerInnen (51,6%), öffentliche Alten- und Pflegeheime (39,3%) sowie mittlere (32,3%) und größere (42,4%) stationäre Einrichtungen. Das höhere Ausmaß regelmäßiger körperlicher Gewalt im stationären Bereich kann möglicherweise auf eine höhere Anzahl an Menschen mit Erkrankungen, die das Aggressionspotential steigern (z.B. in bestimmten Phasen einer Demenzerkrankung), zurückgeführt werden.

Knapp 20% der Beschäftigten in stationären Einrichtungen berichten darüber hinaus von sexuellen Anzüglichkeiten und Belästigung, wobei Beschäftigte in Alten- und Pflegeheimen in Oberösterreich (23,7%), in großen Einrichtungen (20,4%) und FachsozialbetreuerInnen (26,5%) in einem höheren Ausmaß betroffen sind. Verglichen mit den häufiger auftretenden physischen Formen negativen Verhaltens durch pflegebedürftige Menschen oder deren Angehörige berichten nur etwa ein Zehntel der Beschäftigten im mobilen und stationären Bereich von Mobbing-Erfahrungen durch diese Personen.

Tabelle 19: Häufigkeit von psychisch und physisch negativen Verhaltens durch pflegebedürftige Menschen bzw. deren Angehörige in % (mindestens einmal pro Monat)

	Körperliche Gewalt	Sexuelle Belästigung	Mobbing
<b>APH insgesamt</b>	<b>35,6</b>	<b>19,5</b>	<b>10,9</b>
<b>MSGD insgesamt</b>	<b>7,2</b>	<b>10,7</b>	<b>8,5</b>
<i>Bundesländer</i>			
APH Wien	20,5	13,3	12,6
MSGD Wien	8,2	11,1	8,8
APH Salzburg	22,0	16,9	8,8
MSGD Salzburg	0,0	4,4	13,0
APH OÖ	<b>47,9</b>	<b>23,7</b>	10,5
MSGD OÖ	7,0	11,0	7,6
<i>Größe des Anbieters</i>			
APH klein	18,2	18,2	6,8
MSGD klein	2,2	8,7	2,2
APH mittel	<b>32,3</b>	18,8	12,0
MSGD mittel	9,8	10,1	6,9
APH groß	<b>42,4</b>	<b>20,4</b>	10,3
MSGD groß	7,0	11,3	10,3
<i>Art des Anbieters</i>			
APH öffentlich	<b>39,3</b>	17,9	10,1
APH for-profit	28,2	21,7	13,0
APH non-profit	25,7	25,4	12,7
<i>Berufsgruppen</i>			
APH DGKP	31,3	17,5	12,9
MSGD DGKP	7,2	14,6	12,6
APH PH	31,9	20,2	7,8
MSGD PH	10,0	13,3	13,3
APH FSB-A	<b>51,6</b>	<b>26,5</b>	11,9
MSGD FSB-A	13,3	10,8	5,3
APH HH	15,9	4,8	3,1
MSGD HH	3,5	7,2	6,3
<i>Geschlecht</i>			
APH weiblich	35,7	19,6	10,6
MSGD weiblich	6,9	10,8	7,2
APH männlich	35,3	17,9	14,3
MSGD männlich	7,1	7,1	17,1

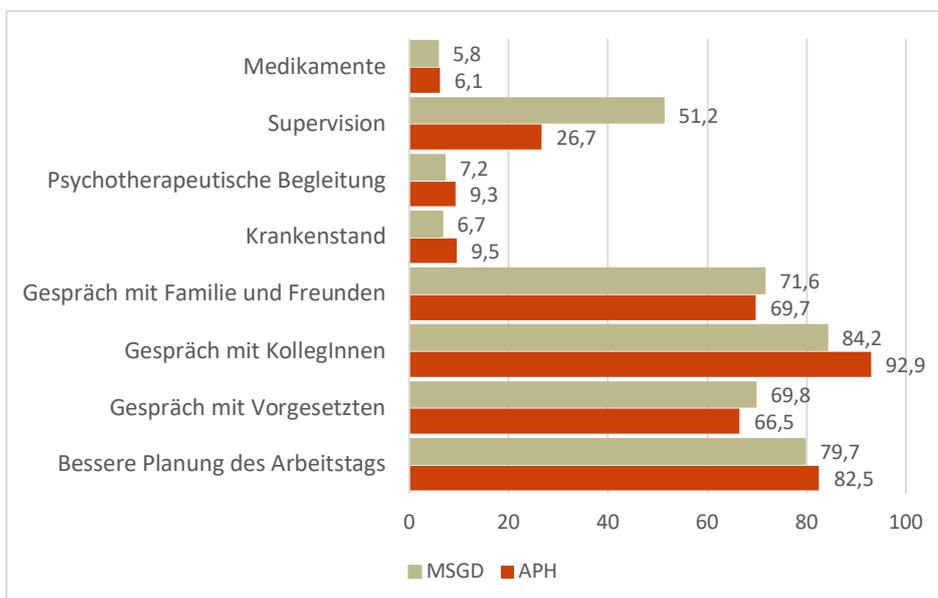
## Coping-Strategien im Umgang mit Belastungen am Arbeitsplatz

Pflege- und Betreuungskräfte werden in ihrem Beruf nicht nur psychisch und physisch gefordert, sondern sind auch durch diverse Verhaltensweisen am Arbeitsplatz negativ belastet. Um mit diesen Belastungen umzugehen, wenden

**Entlastend wirken vor allem Gespräche mit KollegInnen, Vorgesetzten oder Familie und Freunden**

die Beschäftigten verschiedene Strategien an. In erster Linie wirken Gespräche mit KollegInnen, Vorgesetzten oder Familie und Freunden entlastend. Zudem wird auch in einem hohen Maße versucht, den Arbeitstag besser zu planen. Daneben wird vor allem im mobilen Bereich auf das Angebot von Supervision zurückgegriffen. Medikamentöse oder psychotherapeutische Unterstützung sowie Krankmeldungen werden hingegen in einem geringen Ausmaß als Strategien zum Umgang mit Belastungen eingesetzt.

**Abbildung 29: Coping-Strategien im Umgang mit Belastungen in % (stimme völlig zu bis stimme zu)**



### Gespräche und Selbstorganisation

Um belastende Arbeitssituationen besser zu bewältigen, sind es in erster Linie Gespräche mit KollegInnen, die unabhängig von den in Tabelle 20 dargestellten Kategorien von der Mehrheit der Beschäftigten im mobilen (84,2%) sowie stationären Bereich (92,9%) zur Entlastung herangezogen werden. Auch Gespräche mit Vorgesetzten werden häufig gesucht, vor allem von Beschäftigten in kleineren Einrichtungen des mobilen (79,1%) und stationären (88,6%) Bereichs. Des Weiteren werden negative Erfahrungen am Arbeitsplatz mit der Familie oder mit Freunden besprochen. Auch eine bessere Planung und Organisation des Arbeitstages wird von einer Mehrheit der Beschäftigten in beiden Sektoren als Entlastungsmaßnahme angewendet, um mit Stress und Zeitdruck umzugehen.

**Tabelle 20: Häufigkeit von Coping-Strategien: Gespräche und Selbstorganisation in % (stimme völlig zu bis stimme zu)**

	Gespräche mit Vorge- setzten	Gespräche mit KollegInnen	Gespräche mit Familie, Freunden	Selbst- organisation
<b>APH insgesamt</b>	<b>66,5</b>	<b>92,9</b>	<b>69,7</b>	<b>82,5</b>
<b>MSGD insgesamt</b>	<b>69,8</b>	<b>84,2</b>	<b>71,6</b>	<b>79,7</b>
<i>Bundesländer</i>				
APH Wien	67,7	88,8	65,8	83,3
MSGD Wien	68,2	79,1	64,0	80,7
APH Salzburg	<b>80,0</b>	98,9	74,4	92,1
MSGD Salzburg	<b>87,0</b>	82,6	86,4	86,4
APH OÖ	62,4	<b>93,7</b>	70,7	79,6
MSGD OÖ	69,1	90,4	77,2	77,9
<i>Größe des Anbieters*</i>				
APH klein	<b>88,6</b>	97,7		
MSGD klein	<b>79,1</b>	93,0		
APH mittel	63,1	93,3		
MSGD mittel	77,8	82,0		
APH groß	67,0	91,7		
MSGD groß	66,0	83,5		
<i>Art des Anbieters</i>				
APH öffentlich	62,1	93,2	67,8	82,4
APH for-profit	73,0	92,2	76,4	85,9
APH non-profit	<b>82,6</b>	92,7	<b>69,6</b>	76,8
<i>Berufsgruppen</i>				
APH DGKP	70,5	94,8	72,3	80,9
MSGD DGKP	74,2	87,1	73,9	81,5
APH PH	74,6	93,0	<b>63,5</b>	55,3
MSGD PH	64,3	79,3	72,4	75,0
APH FSB-A	61,7	94,5	71,4	69,6
MSGD FSB-A	71,2	91,8	81,1	77,3
APH HH	65,0	86,9	61,7	65,6
MSGD HH	68,6	80,6	65,2	85,5

	Gespräche mit Vorgesetzten	Gespräche mit KollegInnen	Gespräche mit Familie, Freunden	Selbstorganisation
<i>Geschlecht</i>				
APH weiblich	65,8	92,5	70,2	82,2
MSGD weiblich	68,8	84,6	71,9	79,6
APH männlich	72,3	95,2	65,1	84,5
MSGD männlich	77,5	80,0	68,4	80,0

\*Anmerkung: Daten zur Größe des Anbieters wurden nur in jenen Kategorien dargestellt, wo die Größe des Anbieters möglicherweise einen Einfluss auf die Inanspruchnahme der jeweiligen Coping-Strategie haben könnte.

## Externe Unterstützungsformen

**Um mit psychisch belastenden Arbeitssituationen umzugehen, nutzen die Beschäftigten vor allem die am Arbeitsplatz angebotene Supervision**

Um mit psychisch belastenden Arbeitssituationen umzugehen, nutzen die Beschäftigten vor allem die am Arbeitsplatz angebotene Supervision. Dies gilt für mehr als die Hälfte der in den mobilen Diensten tätigen Pflege- und Betreuungskräfte, insbesondere in den mobilen Diensten in Oberösterreich (62,4%). Im Gegensatz dazu stellt Supervision nur für insgesamt mehr als ein Viertel der Beschäftigten im stationären Bereich eine Entlastungsstrategie dar, wobei hier große Unterschiede zwischen den Bundesländern zu beobachten sind – im Bundesland Salzburg können immerhin 62,1% der Pflege- und Betreuungskräfte in Alten- und Pflegeheimen diese Form der Unterstützung nutzen, in Oberösterreich nur 17,3%. In beiden Sektoren sind es vor allem Beschäftigte, die in kleineren Organisationen arbeiten (ca. 60%), die im Vergleich häufiger auf das Angebot der Supervision zurückgreifen.

**Tabelle 21: Häufigkeit von Coping-Strategien: Externe Unterstützungsformen in % (stimme völlig zu bis stimme zu)**

	Supervision	Psychotherapie	Krankenstand	Medikamente
<b>APH insgesamt</b>	<b>26,7</b>	<b>9,3</b>	<b>9,5</b>	<b>6,1</b>
<b>MSGD insgesamt</b>	<b>51,2</b>	<b>7,2</b>	<b>6,7</b>	<b>5,8</b>
<i>Bundesländer</i>				
APH Wien	26,6	9,2	14,4	8,6
MSGD Wien	40,5	8,5	10,3	8,3
APH Salzburg	<b>62,1</b>	14,6	5,6	4,4
MSGD Salzburg	45,5	19,1	0,0	0,0
APH OÖ	<b>17,3</b>	7,9	7,8	5,2
MSGD OÖ	<b>62,4</b>	4,5	3,9	3,9

	Supervision	Psycho- therapie	Kranken- stand	Medika- mente
<i>Größe des Anbieters*</i>				
APH klein	<b>60,5</b>		9,1	
MSGD klein	<b>59,5</b>		2,4	
APH mittel	27,8		9,5	
MSGD mittel	43,8		6,1	
APH groß	19,5		9,7	
MSGD groß	52,8		7,7	
<i>Art des Anbieters</i>				
APH öffentlich	24,0	8,5	8,9	5,7
APH for-profit	27,7	12,8	10,4	8,7
APH non-profit	<b>40,6</b>	7,5	11,9	4,4
<i>Berufsgruppen</i>				
APH DGKP	24,9	9,4	6,5	6,4
MSGD DGKP	53,8	9,9	3,2	2,2
APH PH	<b>40,5</b>	11,8	13,4	6,2
MSGD PH	37,9	7,1	17,2	6,9
APH FSB-A	22,1	7,9	18,5	3,7
MSGD FSB-A	<b>62,2</b>	6,8	5,6	6,9
APH HH	18,6	6,9	<b>24,6</b>	8,3
MSGD HH	50,4	5,1	6,6	5,7
<i>Geschlecht</i>				
APH weiblich	26,1	8,6	8,5	5,7
MSGD weiblich	50,9	7,7	6,3	5,9
APH männlich	29,8	14,5	16,7	8,3
MSGD männlich	55,0	2,6	7,7	5,0

Anmerkung: \*) Daten zur Größe des Anbieters wurden nur in jenen Kategorien dargestellt, wo die Größe des Anbieters möglicherweise einen Einfluss auf die Inanspruchnahme der jeweiligen Coping-Strategie haben könnte.

Andere Formen der Unterstützung wie psychotherapeutische Begleitung, die Einnahme von Medikamenten (z.B. Beruhigungs- oder Aufputzmittel) oder die Inanspruchnahme von Krankenstand werden in beiden Sektoren und relativ unabhängig von anderen Merkmalen (wie Bundesland, Art und Größe des Anbieters, Berufsgruppen und Geschlecht) nur in einem geringen Ausmaß in Anspruch genommen. Auffällig sind jedoch insbesondere HeimhelferInnen in Alten- und Pflegeheimen (25%), die in vergleichsweise hohem Ausmaß einen Krankenstand zur Entlastung nutzen.



## Kapitel 5

# Beurteilung der Arbeitsbedingungen

*„Die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Langzeitpflege sind in hohem Maße abhängig von den Bedingungen, unter denen die Beschäftigten arbeiten. „Gute Pflege“ kann daher nur auf Basis geeigneter Arbeitsbedingungen – von der Lage und Dauer der Arbeitszeit über angemessene Bezahlung und Organisation bis zur Kooperation im Team, Weiterbildungs- und Karrieremöglichkeiten – erbracht werden. Gleichzeitig sind diese Bedingungen abhängig von zahlreichen externen, organisationsinternen und persönlichen Faktoren, die von vielen Beschäftigten kritisch wahrgenommen werden.“ (Leichsenring et al., 2015)*

Dieser Befund zu den Arbeitsbedingungen von Pflege- und Betreuungskräften in der Langzeitpflege aus der qualitativen Studie „Gute Pflege aus Sicht der Beschäftigten“ (Leichsenring et al., 2015) hebt wesentliche Aspekte hervor, die im Rahmen der vorliegenden Studie quantitativ untersucht wurden. In diesem Kapitel werden daher ausgewählte Themen dargestellt und nach deren Zusammenhängen, Einfluss- und Erklärungsfaktoren analysiert. Themen wie das Ausmaß an Arbeit (Arbeitsbelastung) und Stressempfinden, Autonomie am Arbeitsplatz, die Gesundheit von Beschäftigten, physisches und psychisches Wohlbefinden, Perspektiven und Verbleib im Beruf sowie die Vereinbarung von Familie und Beruf stellen dabei zentrale Aspekte dar, die im Rahmen der qualitativen Studie von den Beschäftigten in der Langzeitpflege als Problembereiche hervorgehoben wurden.

Zur Untersuchung der Einflussfaktoren auf diese unterschiedlichen Aspekte wurde mittels multipler logistischer Regression<sup>14</sup> analysiert, welche Ausprägungen bestimmte Variablen beeinflussen. Dadurch konnten statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Bundesländern, Berufsgruppen, Organisationsgrößen und Sektoren, aber auch zwischen Altersgruppen, Geschlechtern und Herkunftsländern besser herausgearbeitet werden.

---

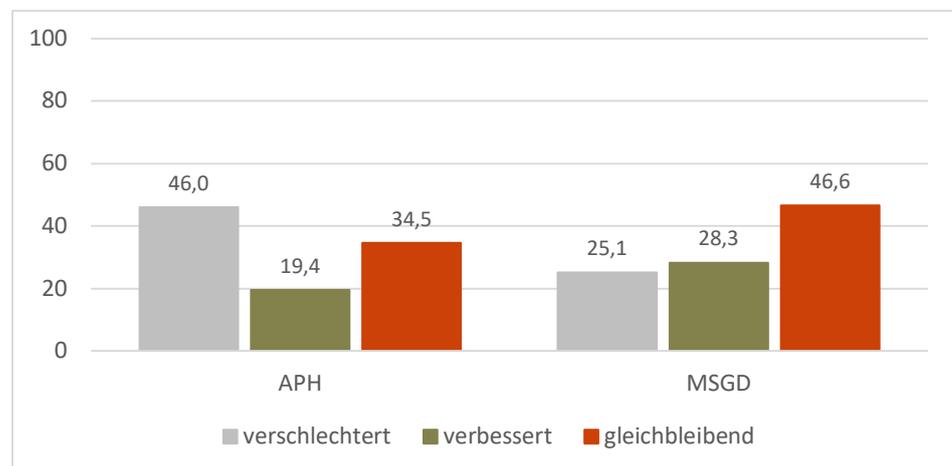
**14** Zur Vereinfachung der Lesbarkeit finden sich die methodologischen Details und Ergebnistabellen für interessierte LeserInnen im Anhang.

## Allgemeine Einschätzung zu den Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege

**Insbesondere im stationären Pflegebereich wird eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen wahrgenommen**

Im Rahmen der Befragung hatten die Beschäftigten in der Langzeitpflege die Möglichkeit anzugeben, ob sie eine Veränderung ihrer Arbeitsbedingungen in den letzten Jahren wahrgenommen haben. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass insbesondere im stationären Pflegebereich von knapp der Hälfte der Beschäftigten eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen wahrgenommen wird. Dieser Befund ist besonders ausgeprägt im Vergleich zum mobilen Bereich, wo die Meinung überwiegt, dass in den letzten Jahren keine Veränderung der Arbeitsbedingungen wahrzunehmen sei (vgl. Abbildung 30, Tabelle 22).

**Abbildung 30: Veränderung der Arbeitsbedingungen in %**



Die von den Beschäftigten im Rahmen einer offenen Frage genannten Gründe, die für die Einschätzung einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege verantwortlich sind, können in erster Linie auf eine zu geringe Anzahl an Personal, auf eine wahrgenommene Erhöhung der beruflichen Anforderungen und auf Zeitmangel für die Ausübung von Pflege- und Betreuungstätigkeiten zurückgeführt werden (siehe Tabelle 22).

Die statistische Analyse (Anhang, Tabelle A1) zeigt, dass Beschäftigte im stationären Pflegebereich eher der Meinung sind, dass sich ihre Arbeitsbedingungen verschlechtert haben. Dies bestätigt die Signifikanz der Ergebnisse der oben beschriebenen Häufigkeitsauswertung nach Sektoren. Auch für jene Pflege- und Betreuungskräfte, die in Österreich geboren sind, zeigt sich, dass sie eher von einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen berichten. Nach Altersgruppen betrachtet, sind es Beschäftigte ab 35 Jahren, die mit einer doppelt so hohen Wahrscheinlichkeit als jüngere Beschäftigte schlechtere Arbeitsbedingungen

**Beschäftigte, die sich körperlich erschöpft fühlen, berichten eher von einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen**

wahrnehmen. Hoch signifikant für die Wahrnehmung einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen ist der Einfluss eines zunehmend schlechteren Gesundheitszustands der Beschäftigten. Beschäftigte, die sich körperlich erschöpft fühlen, nehmen demnach eher eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen wahr. Darüber hinaus ist es für Beschäftigte, die ein hohes Ausmaß an Stress in der Arbeit erleben, ein geringes Ausmaß an Autonomie vorfinden (Gestaltungsspielraum), und einer hohen Arbeitsbelastung ausgesetzt sind (sich mit der Verantwortung für pflegebedürftige Menschen alleine fühlen) signifikant wahrscheinlicher, dass sie auch von einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen berichten.

**Tabelle 22: Gründe für die Einschätzung von verschlechterten Arbeitsbedingungen in %**

Kategorie	Beispiele	APH	MSGD
Erhöhte Anforderungen	Arbeitsaufwand Pflege- und Betreuungsaufwand Erwartungshaltungen Leistungsdruck Verantwortung Stress	13,0	5,9
Personalmangel	Personalschlüssel Personaleinsparungen Personalnachbesetzung Fluktuation Qualifikation von Personal	19,1	2,9
Zeitmangel	Fehlende Zeitressourcen Zeitdruck	9,1	5,1

## Analyse der Erklärungsfaktoren

Insgesamt sind es zum einen individuelle Faktoren, wie z.B. ein zunehmendes Alter der Beschäftigten (und damit eine womöglich einhergehende längere Berufserfahrung in der Langzeitpflege) und ein oftmals mit höherem Alter verbundener schlechterer Gesundheitszustand, die zu einer schlechteren Beurteilung der Arbeitsbedingungen beitragen. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass sich Beschäftigte in fortgeschrittenem Alter weniger in der Lage fühlen, die beruflichen Anforderungen zu meistern. Die positivere Beurteilung der Arbeitsbedingungen durch Beschäftigte, die nicht in Österreich geboren sind, könnte an geringeren Erwartungen und möglicherweise schlechteren Erfahrungen (in einer vorhergehenden Berufstätigkeit im Heimatland) hinsichtlich der Arbeitsbedingungen liegen.

Das höhere Ausmaß, in dem Beschäftigte des stationären Bereichs eine Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen angeben, zeigt sich auch in den Regressionsergebnissen deutlich und kann auf die in Tabelle 22 angeführten Gründe wie etwa die erhöhten beruflichen Anforderungen (z.B. steigender Pflegebedarf der BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen), Mangel an Zeit und eine zu geringe Anzahl an Personal zurückgeführt werden. Darüber hinaus zeigt sich, dass es die spezifischen Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege sind (hohe Arbeitsbelastung, geringe Autonomie am Arbeitsplatz, hohes Ausmaß an körperlicher Belastung), die dazu führen, dass Beschäftigte eine Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen wahrnehmen. Während diese Befunde wenig überraschend sind, ist es interessant, dass das Ausmaß an Stress die Beurteilung der Arbeitsbedingungen kaum beeinflusst. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass Stress per se als Teil der beruflichen Tätigkeit in der Pflege und Betreuung akzeptiert bzw. als gegeben angenommen wird und sich im Laufe der letzten Jahre nicht merklich verändert hat. Im Gegensatz dazu kann Überforderung am Arbeitsplatz (sich mit der Verantwortung alleine zu fühlen) als Resultat eines insgesamt höheren Pflegebedarfs der BewohnerInnen und fehlender Anpassung von Personalschlüsseln an die veränderte BewohnerInnenstruktur in Alten- und Pflegeheimen gesehen werden.

## Arbeitsbelastung und Stress

**Die Beurteilung der Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege ist stark von zeitlichen und personellen Faktoren beeinflusst**

Die Beurteilung der Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege ist stark von zeitlichen und personellen Faktoren abhängig. Viele zu betreuende KlientInnen bzw. BewohnerInnen und eine zu geringe Anzahl an Personal resultieren in zeitlichem Druck, der wiederum in subjektivem Stressempfinden mündet. Um zu untersuchen, welche Faktoren das Ausmaß bzw. Empfinden von Arbeitsbelastung und Stress in der Langzeitpflege prägen, wurden die entsprechenden Variablen der Befragung anhand verschiedener Merkmale statistisch untersucht.

Hinsichtlich des Stressempfindens zeigt die statistische Analyse (siehe Anhang, Tabelle A2), dass es institutionelle Merkmale sind, die eher dazu führen, dass Beschäftigte Stress in der Arbeit erleben. Dies betrifft jene Beschäftigten, die in öffentlichen, mittleren und größeren Organisationen tätig sind. Kein Einfluss auf das Stresserleben in der Arbeit zeigt sich hingegen zwischen mobilem und stationärem Bereich bzw. zwischen den drei Bundesländern.

Die subjektiv empfundene Arbeitsbelastung wird durch die Einschätzung zweier Items (Alleingelassen werden mit Verantwortung, Arbeitsbelastungen zu

hoch) abgebildet (siehe Anhang, Tabelle A2). Die statistische Analyse zeigt, dass jene Beschäftigten, die in mittleren und insbesondere in großen Organisationen der Langzeitpflege tätig sind und in einem Vollzeitbeschäftigungsverhältnis stehen, eher angeben, sich mit der Verantwortung für die pflegebedürftigen Menschen zu sehr alleine gelassen zu fühlen. Im Verhältnis zur Vergleichsgruppe der diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen zeigt sich, dass FachsozialbetreuerInnen und HeimhelferInnen hingegen nicht das Gefühl haben, mit der Verantwortung für pflegebedürftige Menschen alleine gelassen zu werden. Bezüglich der Einschätzung der Arbeitsanforderungen betrifft dies ausschließlich den stationären Bereich in Wien, in dem die Beschäftigten die Arbeitsanforderungen als zu hoch beurteilen.

## Analyse der Erklärungsfaktoren

**Das Erleben von hoher Arbeitsbelastung und Stress hängt in erster Linie von organisatorischen Merkmalen ab**

Zusammengefasst zeigt sich, dass das Erleben von hoher Arbeitsbelastung und Stress in erster Linie von bestimmten organisatorischen Merkmalen abhängt, während die meisten individuellen Merkmale keine Erklärungsfaktoren liefern. Hinsichtlich individueller Merkmale wird lediglich deutlich, dass sich Beschäftigte mit einem geringeren Qualifikationshintergrund (betreffend Fachsozialbetreuung und Heimhilfe), die mit weniger Kompetenzen, geringeren anspruchsvollen Tätigkeiten und üblicherweise weniger Verantwortung ausgestattet sind, sich auch weniger mit der Verantwortung für pflegebedürftige Menschen alleine gelassen fühlen. Hohe Arbeitsbelastung und Stress in der Arbeit nehmen insbesondere Vollzeitbeschäftigte (Verantwortung) wahr, die in öffentlichen (Stress) sowie in großen Einrichtungen (Verantwortung und Stress) tätig sind. In großen Organisationen ist das Gefühl von Überforderung (mit der Verantwortung alleine gelassen werden) und Stress weiter verbreitet als in kleineren Einrichtungen, wo es einfacher zu sein scheint, Entlastungsstrategien zu entwickeln. Für das Bundesland Wien ist auffällig, dass die Arbeitsanforderungen von den Beschäftigten signifikant als zu hoch empfunden werden. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund eines im Vergleich zu Oberösterreich besseren Personalschlüssels interessant.<sup>15</sup> Ein besseres Betreuungsverhältnis durch einen höheren Personalschlüssel allein scheint daher keine direkten Auswirkungen auf die Beurteilung der Arbeitsanforderungen seitens der Beschäftigten zu haben.

**Ein höherer Personalschlüssel allein scheint keine direkten Auswirkungen auf die Beurteilung der Anforderungen zu haben**

<sup>15</sup> Staflinger, H. (2016) *Der öö. Mindestpersonalschlüssel auf dem Prüfstand. Grundlagen, Herausforderungen, Entwicklungsbedarf*. Forschungsbericht Arbeiterkammer Oberösterreich, März 2016, Linz: Kammer für Arbeiter und Angestellte Oberösterreich.

## Autonomie

*„Die Ermöglichung von Gestaltungsspielräumen nimmt bei den Beschäftigten einen hohen Stellenwert ein.“ (Leichsenring et al., 2015)*

**Das Ausmaß an Autonomie hat eine zentrale Wirkung auf die Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen und die Zufriedenheit mit der Arbeit in der Langzeitpflege**

Das Ausmaß an Autonomie, wie etwa die Übertragung von Entscheidungsbereichen bei der Planung und Durchführung von Pflege und Betreuung, hat eine zentrale Wirkung auf die Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen und die Zufriedenheit mit der Arbeit in der Langzeitpflege (Galatsch et al., 2010).<sup>16</sup> Individuelle Spielräume in der täglichen Praxis werden jedoch oftmals durch ein hohes Ausmaß an Bürokratie und Vorgaben eingeschränkt (Leichsenring et al., 2015).

Für die gegenwärtige Situation in der Langzeitpflege in Österreich wurden die Variablen „Gestaltungsspielraum“ und „Beeinflussbarkeit der Planung“ verwendet, um Auskunft über das Ausmaß an Autonomie der Beschäftigten zu geben.

Möglichkeiten individueller Gestaltungsspielräume im Rahmen der Pflege- und Betreuungsarbeit sind vom Sektor, vom Geburtsland sowie vom Alter der Beschäftigten abhängig. Die Analyse zeigt, dass Beschäftigte im mobilen Pflegebereich über ein höheres Ausmaß an Gestaltungsspielraum verfügen als jene im stationären Pflegebereich. Ein tendenziell geringeres Ausmaß an individuellen Gestaltungsspielräumen finden hingegen Beschäftigte vor, die nicht in Österreich geboren sind, sowie jene, die jünger als 25 Jahre sind.

**Beschäftigte in for-profit Organisationen und in kleineren Organisationen können die Planung ihrer täglichen Arbeit stärker beeinflussen**

Mit Blick auf die Beeinflussbarkeit der täglichen Arbeit werden zunächst Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht, Alter und die Berufsgruppe der Beschäftigten ersichtlich (siehe Anhang, Tabelle A3). Weibliche Beschäftigte in der Langzeitpflege sowie Beschäftigte in den Berufsgruppen der Pflegehilfe und Heimhilfe haben eher weniger Einfluss auf die Planung ihrer täglichen Arbeit, während Beschäftigte im Alter von 35-44 Jahren in einem höheren Ausmaß ihre tägliche Arbeit beeinflussen können. Die Beeinflussung der Planung der täglichen Arbeit hängt auch von der Art und der Größe des Anbieters ab. Beschäftigte, die in for-profit Organisationen und in kleineren Organisationen tätig sind, finden ein signifikant höheres Ausmaß an Beeinflussbarkeit ihrer Arbeit vor.

## Analyse der Erklärungsfaktoren

Insgesamt ist das Ausmaß an Autonomie zum Teil sektorspezifisch und hängt von individuellen (Alter, Herkunft, Qualifikation) und organisationsbezogenen Merkmalen ab. Demnach sind es insbesondere Beschäftigte des mobilen Pfl-

<sup>16</sup> Galatsch, M., Schmidt, S.G., Hasselhorn, H.M. (2010) *Die Zufriedenheit mit der Patientenversorgung in unterschiedlichen Pflegesystemen – NEXT Follow-up*. Wuppertal: Bergische Universität.

### **Beschäftigte im mobilen Bereich und ältere Beschäftigte verfügen über ein höheres Ausmaß an Autonomie**

gebereichs, die über ein höheres Ausmaß an Gestaltungsspielraum am Arbeitsplatz verfügen. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass Beschäftigte in diesem Bereich oftmals alleine arbeiten und somit mehr Freiheit in der Gestaltung der täglichen Arbeit wahrnehmen. Auch mit zunehmendem Alter und damit (üblicherweise) einhergehender längerer Arbeitserfahrung wird den Beschäftigten in der Langzeitpflege mehr Gestaltungsspielraum in der Arbeit geboten. Ein höheres Alter scheint daher zu einer besseren Wahrnehmung individueller Kompetenzen zu führen, was sich wiederum in der Gewährung von größerem Gestaltungsspielraum ausdrückt. Ein geringes Ausmaß an Gestaltungsspielraum finden hingegen MigrantInnen vor, was zum Teil mit Aspekten wie geringeren Sprachkenntnissen, unterschiedlichen „Betreuungskulturen“ bzw. geringeren Erwartungen an autonomes Arbeiten erklärt werden kann.

Bezüglich der Beeinflussbarkeit der Planung der Arbeit zeigt sich, dass geringer qualifizierte Berufsgruppen, die allgemein weniger Verantwortung im Beruf haben, auch weniger Einfluss auf die Arbeitsplanung haben. Auffällig ist, dass vor allem in kleineren Organisationen Beschäftigte ihre Arbeitsplanung besser beeinflussen können als in größeren Organisationen. Das kann ein Hinweis darauf sein, dass kleinere Organisationen weniger hierarchisch organisiert sind als größere und den Beschäftigten deshalb mehr Handlungsspielraum geboten wird. Auch in for-profit Organisationen scheinen die Beschäftigten mehr Freiheit bei der Planung ihrer Arbeit zu haben. Auch hier sind weniger hierarchische Strukturen, aber auch unterschiedliche Führungsstile und Personaleinsatzkonzepte als in öffentlichen Organisationen mögliche Erklärungsfaktoren.

## **Gesundheit, physisches und psychisches Wohlbefinden**

*„Angesichts alternder Belegschaften und allgemeiner sozialpolitischer Ziele zur Vermeidung von Frühpensionierungen sollten Prävention und Gesundheitsförderung in den Vordergrund rücken.“ (Leichsenring et al., 2015)*

### **Pflege- und Betreuungsarbeit geht allgemein mit hohen psychischen und physischen Belastungen einher**

Es ist allgemein bekannt, dass Pflege- und Betreuungskräfte in der Langzeitpflege hohen physischen und psychischen Belastungen im Rahmen ihrer täglichen Arbeit ausgesetzt sind. Um herauszufinden, welche Beschäftigtengruppen in der Langzeitpflege eher mit psychischen und physischen Belastungen konfrontiert sind, wurden entsprechende Variablen wie „körperliche und psychische Erschöpfung“, „Rückenschmerzen“ und „Schlafstörungen“ auf verschiedene Einflussmerkmale hin überprüft.

### **Frauen sind höheren physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt**

Die statistische Analyse (siehe Anhang, Tabelle A4) zeigt, dass Frauen sowohl körperlichen als auch psychischen Belastungen eher ausgesetzt sind als Männer. Das betrifft insbesondere das Gefühl körperlicher Erschöpfung, Rückenschmerzen und Schwierigkeiten beim Einschlafen. Beschäftigte, die im mobilen Pflegebereich, im Bundesland Oberösterreich und bei einem non-profit Anbieter tätig sind, sind hingegen weniger gefährdet, körperlicher Erschöpfung ausgesetzt zu sein. Auch in kleineren Organisationen sind körperliche Beschwerden wie Schmerzen im Rücken weniger wahrscheinlich als in mittleren oder großen Einrichtungen der Langzeitpflege. Das Gefühl körperlicher oder psychischer Belastung nimmt darüber hinaus mit zunehmend schlechtem Gesundheitszustand exponentiell zu. Beschäftigte, die einen mäßigen oder schlechten Gesundheitszustand angeben, haben ein höheres Risiko, sich nach einem Arbeitstag körperlich erschöpft zu fühlen als jene, die über einen ausgezeichneten Gesundheitszustand verfügen.

### **Psychische Erschöpfung betrifft insbesondere Beschäftigte des stationären Pflegebereichs**

Das Risiko, sich nach einem Arbeitstag psychisch erschöpft zu fühlen, ist insbesondere für Beschäftigte im stationären Bereich und für vollzeittätige Personen in der Langzeitpflege gegeben. Auch ein zunehmend schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand erhöht exponentiell das Risiko, psychische Erschöpfung zu erleben. Über Schwierigkeiten beim Einschlafen berichten darüber hinaus eher Beschäftigte, die im Bundesland Wien tätig sind und jene, die einen mäßig bis schlechten Gesundheitszustand angeben. Beschäftigte im Bundesland Salzburg und Personen, die als FachsozialbetreuerInnen tätig sind, erleben hingegen weniger psychische Erschöpfung nach einem Arbeitstag.

## **Analyse der Erklärungsfaktoren**

Insgesamt werden psychische und physische Belastungen vor allem von Frauen wahrgenommen. Vor dem Hintergrund einer typisch weiblich dominierten Branche könnte das Erleben psychischer Belastungen ein Hinweis darauf sein, dass es für Frauen schwieriger ist, gesellschaftliche Erwartungen hinsichtlich der Vereinbarkeit von beruflichen und privaten Erfordernissen zu erfüllen. Andererseits zeigen zahlreiche Studien, dass Frauen Stress am Arbeitsplatz anders wahrnehmen als Männer, wodurch das höhere Stressempfinden ebenfalls erklärt werden kann.

Die Annahme, dass sich fortgeschrittenes Alter auf die beruflichen Belastungen auswirkt, konnte durch die Analyse nicht gestützt werden. Höheres Alter von Beschäftigten ist somit per se kein Erklärungsfaktor für die erlebten Belastungen im Beruf. Vielmehr ist es die Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustands, die in erster Linie für hohe psychische und physische Belastungen verantwortlich ist. Darüber hinaus scheinen auch die Qualifikationshintergrün-

de keinen Einfluss auf die erlebten Belastungen zu haben. Dies widerlegt die Annahme, dass geringer qualifizierte Berufsgruppen (z.B. aufgrund körperlich anspruchsvollerer Tätigkeiten) auch höheren Belastungen ausgesetzt sind.

### **In Wien ist das Anforderungs- und Belastungsniveau am höchsten**

Wie bereits bei der Beurteilung zu hoher Arbeitsanforderungen ist auch das Belastungsniveau im Bundesland Wien am höchsten. Möglicherweise kann dies ein Resultat des Arbeitens im urbanen Raum (verglichen mit vermehrt ländlichen Gebieten in Salzburg und Oberösterreich) sein, welches als belastender wahrgenommen wird. Vor dem Hintergrund des bereits erwähnten höheren Personalschlüssels in Wien lässt dies darauf schließen, dass dieser für sich allein genommen und im Vergleich zu den anderen Bundesländern keine positiven Auswirkungen auf das Anforderungs- und Belastungsniveau der Beschäftigten hat.

## **Perspektiven zur Pflege- und Betreuungsarbeit**

*„... die Arbeitsbedingungen im Bereich der Langzeitpflege haben nicht nur hohen Einfluss auf die Qualität der Dienstleistungen, sondern auch auf die Rekrutierung und den Verbleib der Beschäftigten im Beruf. Der Vermeidung von hoher Fluktuation ist angesichts des allgemeinen Arbeitskräftemangels in der Langzeitpflege höchste Priorität einzuräumen.“ (Leichsenring et al., 2015)*

### **Schlechte Arbeitsbedingungen führen zu Problemen bei der Rekrutierung, zu hoher Fluktuation und zur Abwanderung von Personal**

Schlechte Arbeitsbedingungen führen zu Problemen bei der Rekrutierung von Pflegepersonal, hoher Fluktuation und Abwanderung von Personal in andere Berufe (Colombo et al., 2011).<sup>17</sup> Um herauszufinden, unter welchen Bedingungen Beschäftigte in der Langzeitpflege an die Aufgabe der Arbeitsstelle oder des Berufes denken, ob sie sich vorstellen können, ihre Tätigkeit bis zum gesetzlichen Pensionsantrittsalter auszuüben oder ob sie Angst vor dem Verlust ihrer Arbeitsstelle haben, wurden diese Aspekte auf unterschiedliche Merkmale hin statistisch untersucht.

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse (siehe Anhang, Tabelle A5) zeigen, dass männliche Beschäftigte eher dazu geneigt sind, die Arbeitsstelle aufzugeben und ihre Tätigkeit nicht bis zum gesetzlichen Pensionsantrittsalter auszuüben. Während Beschäftigte im Alter von über 55 Jahren eher nicht daran denken, ihre Arbeitsstelle aufzugeben, sind es vor allem jüngere Beschäftigte unter 25 Jahren, die nicht vorhaben, bis zur Pension in diesem Beruf zu verwei-

<sup>17</sup> Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., Tjadens, F. (2011) *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Paris, OECD Publishing.

len. Eine Tätigkeit in mittleren oder großen Organisationen der Langzeitpflege erhöht ebenfalls die Chance, an die Aufgabe der Arbeitsstelle zu denken.

Unter den Berufsgruppen in der Langzeitpflege sind es insbesondere FachsozialbetreuerInnen und HeimhelferInnen, die weniger dazu neigen, ihre Arbeitsstelle aufzugeben. Zusätzlich sind HeimhelferInnen sowie in Österreich geborene Beschäftigte eher bereit, bis zum Pensionsantrittsalter weiterzuarbeiten. Auch im Bundesland Oberösterreich, in dem der Großteil der FachsozialbetreuerInnen tätig ist, ist das Risiko geringer, dass Beschäftigte die Aufgabe des Berufes in Erwägung ziehen.

**Ein schlechter Gesundheitszustand hat einen signifikanten Einfluss auf den Verbleib im Beruf**

Der Einfluss eines schlechten Gesundheitszustandes ist für alle betrachteten Variablen hoch signifikant. Ein schlechter Gesundheitszustand erhöht demnach das Risiko, dass Beschäftigte den Beruf aufgeben oder ihre Arbeitstätigkeit nicht bis zum Pensionsantrittsalter fortführen. Zusätzlich neigen Beschäftigte, die sich physisch oder psychisch erschöpft fühlen, eher dazu, ihre Tätigkeit nicht bis zum Pensionsantrittsalter fortzusetzen.

## **Analyse der Erklärungsfaktoren**

**In größeren Organisationen werden signifikant schlechtere Arbeitsbedingungen wahrgenommen**

Für die Aufgabe der Arbeitsstelle sind in erster Linie ein schlechter Gesundheitszustand sowie die Tätigkeit in einer großen Organisation ausschlaggebend. Der Einfluss der Organisationsgröße zeigt sich auch bei weiteren Variablen dieser Befragung, was den Schluss nahelegt, dass in größeren Organisationen der Langzeitpflege allgemein schlechtere Arbeitsbedingungen vorherrschen. Das Ausmaß der Arbeitszeit hat hingegen keinen Einfluss auf die Zukunftsperspektiven in der Langzeitpflege, was sich auch in einer hohen Zufriedenheit mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie und den Arbeitszeiten in der Langzeitpflege zeigt.

Während Frauen keine Veränderung ihrer beruflichen Tätigkeit in Erwägung ziehen, ist es für Männer wahrscheinlicher, ihre Arbeitsstelle, allerdings nicht den Beruf als solchen aufzugeben. Dieses durchaus überraschende Ergebnis widerlegt die Annahme, dass Männer in einem weiblich dominierten Arbeitsumfeld, beispielsweise aufgrund von Rollenkonflikten am Arbeitsplatz, eher an die Aufgabe des Berufes denken könnten.

Niedrigere Qualifikation (insbesondere für den Beruf der Heimhilfe) sowie ein fortgeschrittenes Alter scheinen einen eher positiven Einfluss auf den Verbleib im aktuellen Anstellungsverhältnis oder auch die Weiterarbeit bis zur Pension auszuüben. Dieser Befund muss aber möglicherweise im Kontext fehlender beruflicher Alternativen für ältere und geringer qualifizierte Beschäftigte

beleuchtet werden. So ist es unter den gegebenen Arbeitsmarktbedingungen eher unwahrscheinlich, sich in einem höheren Alter beruflich neu zu orientieren oder bei geringer Qualifikation das Risiko eines Arbeitsplatzwechsels einzugehen. Überraschend an diesem Ergebnis ist allerdings, dass höheres Alter und die damit einhergehende Nähe zum Pensionsalter nicht die bestimmenden Faktoren für einen frühzeitigen Berufsausstieg sind, denn im Endeffekt zeigt sich der überwiegende Einfluss des Gesundheitszustands, der im Wesentlichen – und unabhängig vom Alter – erklärt, warum Beschäftigte an die Aufgabe ihres Berufes denken.

**Beschäftigte unter 25 Jahren beabsichtigen weniger, ihren Beruf bis zum Pensionsalter auszuüben**

Im Vergleich zu älteren Beschäftigten beabsichtigen jene im Alter von unter 25 Jahren nur selten, ihren Beruf bis zum Pensionsalter fortzusetzen. Gerade jüngere Beschäftigte berichten zudem in überdurchschnittlich hohem Ausmaß von körperlichen (65% der unter 25-jährigen) und psychischen Belastungen (ein Drittel der unter 25-jährigen). Hohe Belastungen werden daher bereits ab dem Berufseinstieg wahrgenommen, wodurch wiederum Überlegungen zum Verbleib im Pflege- und Betreuungsbereich in hohem Maß beeinflusst werden. Dieser Befund weist auch darauf hin, dass eine Ausbildung in jungen Jahren bzw. ein früher Einstieg in Pflege- und Betreuungsberufe gerade im Bereich der Langzeitpflege älterer Menschen mit der Gefahr einer zumindest eingeschränkten Zukunftsperspektive mit geringer Nachhaltigkeit verbunden ist. Bei Beschäftigten ab 25 Jahren scheint hingegen mit steigender Lebenserfahrung eine nachhaltigere Perspektive und eine höhere Identifikation mit dem Beruf zu entstehen.

Die Intention, den Beruf vor dem Pensionsantrittsalter aufzugeben, trifft nicht auf Frauen, sondern vor allem auf Männer zu. Das könnte auf die gesetzlichen Unterschiede des Pensionsantrittsalters zwischen Männern und Frauen zurückzuführen sein. Die verbleibenden Jahre bis zur Pension sind für Frauen (und insbesondere in einem Bereich, in dem die Beschäftigten ein höheres Alter aufweisen) kürzer und scheinen die Notwendigkeit einer frühzeitigen Aufgabe der Berufstätigkeit zu verringern. Auch MigrantInnen sind eher bereit bis zum Pensionsantritt zu arbeiten, was wiederum vor allem mit Schwierigkeiten verbunden sein kann, eine Alternative zum Pflege- und Betreuungsberuf zu finden.

**Hauptgrund für einen Ausstieg aus dem Beruf ist der individuelle Gesundheitszustand**

Der Hauptgrund, warum Beschäftigte vor dem Pensionsantrittsalter an die Aufgabe ihrer Berufstätigkeit denken, ist neuerlich der individuelle Gesundheitszustand. Gesundheitliche Probleme wirken sich mit hoher Signifikanz sowohl auf die vorzeitige Aufgabe des Berufes und auf den Wechsel der Arbeitsstelle als auch auf ein Verlassen des Pflegesektors aus.

Die Angst vor dem Verlust der Arbeitsstelle korreliert mit dem Geburtsland der Beschäftigten sowie dem Gesundheitszustand. Gesundheitliche Einschränkungen können mit geringerer Leistungsfähigkeit oder hohen Abwesenheiten einhergehen, wodurch sich die Gefahr einer Kündigung oder der Unfähigkeit, den Beruf weiterhin auszuüben, erhöht. Beschäftigte, die nicht in Österreich geboren sind, befürchten, im Bedarfsfall möglicherweise eher von Kündigungen betroffen zu sein und gleichzeitig größere Schwierigkeiten zu haben, eine Arbeitsstelle zu finden, wodurch sich die stärkere Angst vor dem Verlust der Arbeitsstelle erklären lässt.

## Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Die Vereinbarung von beruflichen und familiären Verpflichtungen ist aus Sicht der Beschäftigten ein essentieller Einflussfaktor auf die Beurteilung der Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege (Leichsenring et al., 2015). Dies trifft in besonderem Maße auf ein Berufsfeld zu, welches durch einen immens hohen Frauenanteil charakterisiert ist.

Wie bereits in Kapitel 3 aufgezeigt, sind 88% der befragten Personen dieser Studie weiblich und etwa zwei Drittel der Befragten geben an, verheiratet zu sein oder mit einem Partner bzw. einer Partnerin zu leben. Während etwa 60% der Befragten ohne Kinder unter 20 Jahren im selben Haushalt leben, geben 40% Betreuungsverpflichtungen gegenüber Kindern an. Der hohe Anteil der Beschäftigten ohne jüngere Kinder kann auf das durchschnittlich fortgeschrittene Erwerbsalter der Beschäftigten von 47 Jahren zurückgeführt werden. Gerade diese Altersgruppe ist aber möglicherweise bereits mit informellen Pflege- und Betreuungsverpflichtungen gegenüber älteren Angehörigen konfrontiert. Die folgenden Ausführungen legen daher dar, in welchem Ausmaß die Beschäftigten in der Langzeitpflege auch im privaten Bereich Pflege- und Betreuungsarbeit leisten und wie die Vereinbarkeit von Beruf und familiären Verpflichtungen erlebt wird.

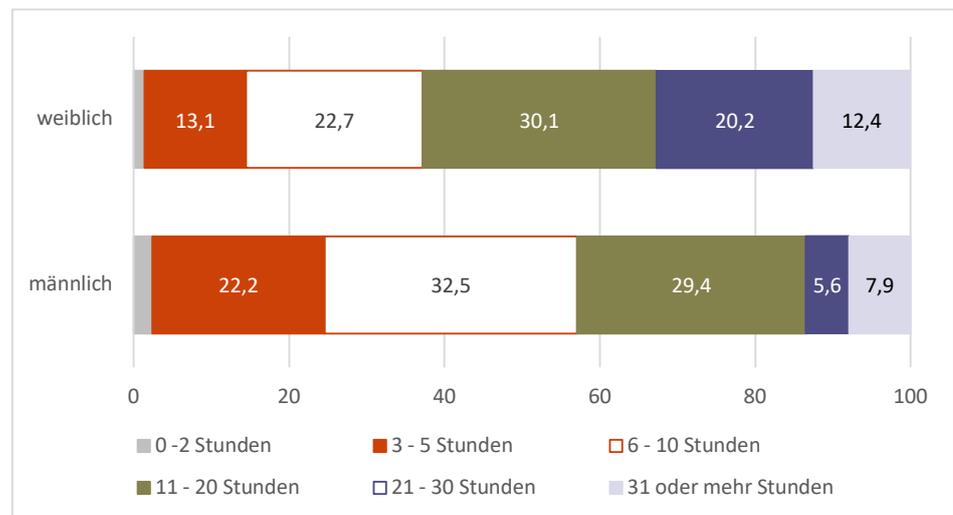
## Haus- und Familienarbeit

**Beschäftigte in der  
Pflege leisten auch in  
hohem Ausmaß  
Familien- und  
Haushaltsarbeit**

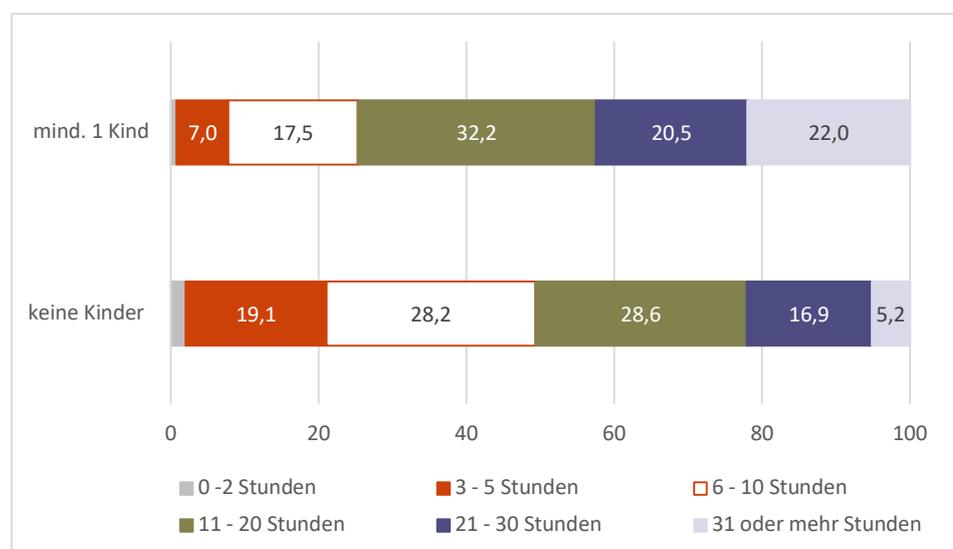
Neben der Pflege- und Betreuungsarbeit in der Langzeitpflege sind die Beschäftigten auch in hohem Maße in Familien- und Haushaltsarbeit involviert. Mehr als die Hälfte der Befragten (54%) geben an, durchschnittlich zwischen 6 und 20 Stunden für Tätigkeiten wie Putzen, Einkauf von Lebensmitteln, Kochen, Geschirr spülen, Wäsche waschen und Kinderbetreuung zu verwenden. Dieser

Anteil variiert jedoch nach Geschlecht und nach der Frage, ob die Beschäftigten auch Betreuungsverpflichtungen gegenüber Kindern haben. Während 63% der weiblichen Befragten berichten, mindestens 11 Stunden pro Woche Haus- und Familienarbeit zu leisten, waren es bei den männlichen Befragten nur 43%. Das Vorhandensein (mindestens) eines Kindes schlägt sich deutlich sichtbar in einer höheren Anzahl an Wochenarbeitsstunden für Haushalt und Familie nieder (siehe Abbildung 31 und Abbildung 32)

**Abbildung 31: Anteil der Befragten nach Wochenstunden, die für Haus- und Familienarbeit aufgewendet werden, nach Geschlecht in %**



**Abbildung 32: Anteil der Befragten mit oder ohne Kind nach Wochenstunden für Haus- und Familienarbeit in %**



## Informelle Pflege- und Betreuungsverpflichtungen

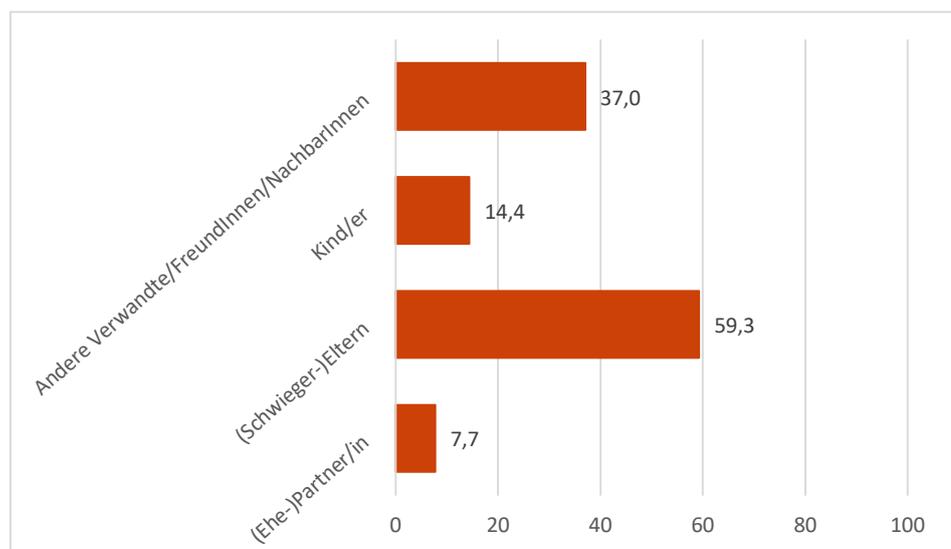
### Rund ein Drittel der Befragten unterstützt pflegebedürftige Angehörige

Etwa ein Drittel der Beschäftigten in der Langzeitpflege ist neben der beruflich ausgeübten Pflege- und Bereuungsarbeit auch mit informellen Pflege- und Betreuungsverpflichtungen konfrontiert. Insgesamt geben 23% der Befragten an, eine pflegebedürftige Person zu unterstützen, weitere 10% berichten von mehr als einer pflegebedürftigen Person, die sie unterstützen. Für den Großteil der Befragten, die pflegebedürftige Menschen in ihrem Umkreis betreuen, sind es die eigenen Eltern oder Schwiegereltern, für welche informelle Pflege- und Betreuungsleistungen erbracht werden. Daher ist es auch wenig überraschend, dass eine große Mehrheit der befragten Beschäftigten (80%) Personen im Alter von über 65 Jahren unterstützt.

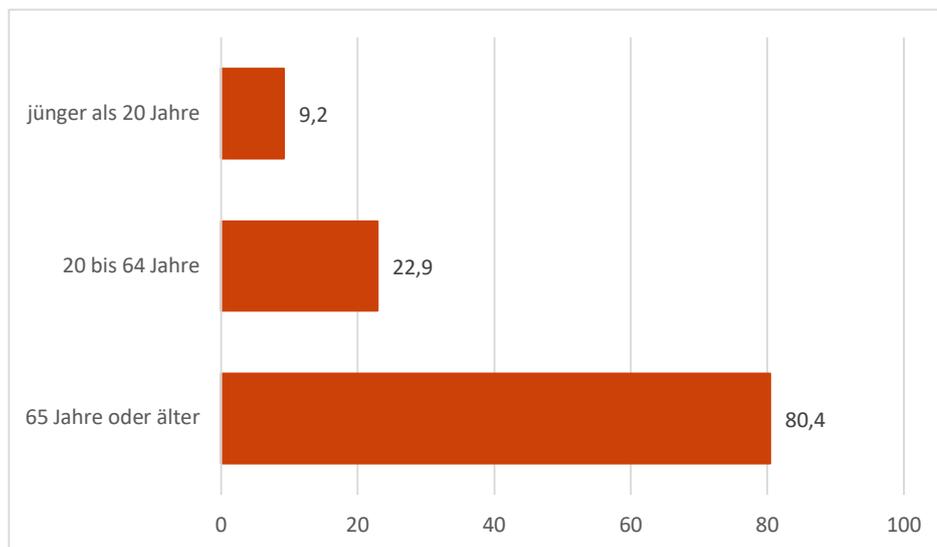
### 12% haben Betreuungsverpflichtungen gegenüber Kindern und älteren Angehörigen

Darüber hinaus sind insgesamt 12% der Befragten in dieser Studie mit mehrfachen Pflege- und Betreuungsverpflichtungen konfrontiert. Das betrifft jene Beschäftigten, die angeben, sowohl betreuungspflichtige Kinder als auch informelle Pflegeverpflichtungen zu haben. Bei der Beurteilung ihrer Situation bezüglich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie scheint es für diese Gruppe irrelevant, ob sie einer Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung nachgehen. Dies mag jedoch auch daran liegen, dass die meisten Beschäftigten, die sich in dieser Situation befinden, ohnehin teilzeitbeschäftigt sind und die Vereinbarkeitsproblematik für diese Gruppe genau aus diesem Grund zufriedenstellend gelöst ist.

**Abbildung 33: Anteil der Befragten mit informellen Betreuungsverpflichtungen, nach Beziehungsgrad in %**



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich (inkl. mehrfache Betreuungsverpflichtungen).

**Abbildung 34: Anteil der informell unterstützten Personen nach Alter in %**

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich (inkl. mehrfache Betreuungsverpflichtungen).

## Vereinbarkeit von Beruf und informellen Verpflichtungen

Um herauszufinden, welche Merkmale dazu beitragen, dass die Beschäftigten in der Langzeitpflege die Vereinbarkeit ihrer Arbeitszeiten und die Anforderungen des familiären und sozialen Lebens gut oder nicht gut bewältigen können, wurde die entsprechende Frage ausgewählt, um das Vereinbarkeits-thema zu analysieren.

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse (siehe Anhang, Tabelle A6) zeigen, dass die Vereinbarkeit von Arbeitszeiten und familiären Verpflichtungen von der Größe des Anbieters, der Berufsgruppe, dem Beschäftigungsausmaß sowie vom Bestehen informeller Pflegeverpflichtungen beeinflusst ist. Statistisch hoch signifikant zeigt sich, dass Beschäftigte, die in mittleren und größeren Organisationen der Langzeitpflege tätig sind, ihre Arbeitszeiten und private Verpflichtungen als schlecht vereinbar beurteilen. Die Größe der Organisation hat demnach maßgeblichen Einfluss auf die Vereinbarkeit und auch generell auf die schlechtere Beurteilung der Arbeitsbedingungen, worauf fast alle Ergebnisse der Regressionsanalysen hinweisen. Darüber hinaus sind es Beschäftigte in Vollzeittätigkeit und die Berufsgruppe der PflegehelferInnen, die eher über Probleme mit der Vereinbarkeit berichten. Dabei sind PflegehelferInnen auch diejenigen, die

**Beschäftigte in mittleren und größeren Organisationen der Langzeitpflege beurteilen ihre Arbeitszeiten als schlecht vereinbar mit privaten Verpflichtungen**

im Vergleich mit den anderen Berufsgruppen häufiger vollzeittätig sind, was sowohl auf PflegehelferInnen im mobilen (36,7%) als auch im stationären Bereich (56,8%) zutrifft.

Während Kinder nur einen geringen Einfluss auf die Vereinbarkeitsproblematik nehmen, beurteilen Beschäftigte mit informellen Betreuungsverpflichtungen gegenüber älteren Familienangehörigen die Vereinbarkeit ihrer Arbeitszeiten und dieser familiären Verpflichtungen signifikant schlechter. Zum einen kann dies auf den geringeren Anteil an Personen mit jüngeren Kindern unter den befragten Beschäftigten zurückgeführt werden. Zum anderen kann dies auch auf die Verfügbarkeit institutioneller Pflege- und Betreuungsdienste hinweisen, die im Bereich der Kinderbetreuung eher gegeben ist, wodurch Betreuungsverpflichtungen tendenziell planbarer werden.

## Kapitel 6

# Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege im internationalen Vergleich: Österreich, Deutschland und Schweden

Für einen ersten Vergleich der Arbeitsbedingungen wurden zwei Länder, Deutschland und Schweden, gewählt, die sich durch unterschiedliche Systeme der Langzeitpflege kennzeichnen

Die international durchgeführte NORDCARE-Befragung bietet nun erstmalig die Basis, die in Österreich erhobenen Daten zu den Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege mit anderen Ländern zu vergleichen. Für einen ersten Vergleich der Arbeitsbedingungen wurden zwei Länder, Deutschland und Schweden, gewählt, die sich durch unterschiedliche Systeme der Langzeitpflege kennzeichnen. Während die deutsche Erhebung auf Basis des NORDCARE-Fragebogens bereits im Jahr 2010 durchgeführt wurde (siehe Theobald et al., 2013),<sup>18</sup> basieren die schwedischen Daten auf der zweiten NORDCARE-Ehebungswelle aus dem Jahr 2015.<sup>19, 20</sup>

Mit Deutschland wurde ein Vergleichsland gewählt, welches viele Ähnlichkeiten zu Österreich aufweist. Dies betrifft allgemein den kulturellen Hintergrund, die demographische Entwicklung als auch die Pflegebedarfsentwicklung. Hinsichtlich der pflegepolitischen Orientierung zeichnen sich Österreich und Deutschland durch eine hohe familiäre Verantwortung, eine subsidiäre staatliche Rolle und eine Priorität für Geldleistungen aus. Andererseits zeigen sich auch Unterschiede in Bezug auf die Vermarktlichung von Pflege- und Betreuungsdiensten oder das Qualifikationsniveau von Pflege- und Betreuungskräften. Während der Langzeitpflegebereich in Deutschland sowohl im mobilen als auch im stationären Sektor durch eine hohe Zahl an for-profit Anbietern ge-

---

**18** Theobald, H., Szebehely, M., Preuß, M. (2013) *Kontinuität in der Erwerbstätigkeit in der Pflege – ein deutsch-schwedischer Vergleich*. Berlin: edition-sigma.

**19** Die in Schweden durchgeführte NORDCARE-Studie wurde vom Schwedischen Forschungsfonds Forte finanziert und von Prof. Marta Szebehely von der Universität Stockholm geleitet. Die in diesem Projektbericht verwendeten Daten für Schweden wurden mit freundlicher Genehmigung von Prof. Marta Szebehely ausschließlich für den Vergleich mit Österreich zur Verfügung gestellt.

**20** Die NORDCARE-Befragung wurde in Schweden bereits zweimal im Jahr 2005 und 2015 durchgeführt, um Veränderungen in den Arbeitsbedingungen im Zeitverlauf zu untersuchen. Dabei konnten interessante Veränderungen festgestellt werden, die exemplarisch in Kapitel 1 („Die NORDCARE-Befragung“) beschrieben sind.

kennzeichnet ist, dominieren in Österreich vorwiegend öffentliche und non-profit Anbieter (letztere insbesondere im mobilen Bereich). Hinzu kommt, dass öffentliche Anbieter im stationären Bereich in Deutschland nur eine geringe Rolle spielen, während diese in Österreich in einem vergleichsweise hohen Ausmaß repräsentiert sind.

Im Gegensatz zu Deutschland stellt Schweden ein Vergleichsland dar, welches sich im Bereich der Langzeitpflege merklich von Österreich unterscheidet. Zum einen gelten skandinavische Länder wie Schweden als Pioniere in diesem Bereich, sind durch ein universelles System der Langzeitpflege gekennzeichnet und bringen einen beträchtlich höheren Anteil öffentlicher Ausgaben für Langzeitpflege auf. Das betrifft auch jene Ausgaben, die für die Sicherstellung angemessener Bedingungen für Beschäftigte verwendet werden. Obwohl der Organisationsgrad auch in Österreich relativ hoch ist, weist Schweden einen besonders hohen Grad an gewerkschaftlicher Organisation im Pflegebereich auf (rund 80% der Beschäftigten in der Langzeitpflege in Schweden), was sich durchaus positiv auf die Arbeitsbedingungen auswirkt. Im Gegensatz zu Österreich, wo non-profit Anbieter im mobilen Bereich der Langzeitpflege dominieren, spielen gemeinnützige Anbieter in Schweden eine geringe Rolle, während for-profit Anbieter in den letzten zwei Jahrzehnten einen steigenden Marktanteil gewonnen haben.

Hinsichtlich der Berufsqualifikation von Beschäftigten in der Langzeitpflege orientiert sich der Einsatz von Pflege- und Betreuungskräften in Deutschland an einer 50%-Fachkraftquote, weshalb ein hoher Anteil an niedrig qualifizierten Beschäftigten in diesem Bereich beobachtet werden kann. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass in Deutschland nur Ausbildungen im Ausmaß von zwei bis drei Jahren als pflegespezifische Qualifikation anerkannt und im Rahmen der Fachkraftquote berücksichtigt werden. Auch in Schweden sind sowohl Fachkräfte als auch Personen ohne pflegespezifische Qualifikation im Langzeitpflegebereich tätig. In Österreich ist die Erbringung von institutionalisierten Pflege- und Betreuungsdienstleistungen hingegen ausschließlich den Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie den Sozialbetreuungsberufen mit entsprechender Berufsqualifikation vorbehalten. Aufgrund dieser unterschiedlichen qualifikationsbezogenen Regelungen sowie grundsätzlichen Ausbildungsunterschieden zwischen Österreich, Deutschland und Schweden sind Vergleiche auf Basis der Ausbildungshintergründe der Beschäftigten nur eingeschränkt möglich, weshalb hier von einem diesbezüglichen Vergleich abgesehen wird.

Die soziodemografischen Charakteristika der in den Stichproben inkludierten befragten Pflege- und Betreuungskräfte in der Langzeitpflege weisen vielerlei Ähnlichkeiten auf. In allen drei Ländern handelt es sich um einen weiblich

dominierten Sektor. Im mobilen Pflegebereich sind zwischen 87% (Schweden) und 89% (Österreich, Deutschland) der befragten Beschäftigten weiblich und nur 11% (Österreich, Deutschland) bzw. 13% (Schweden) männlich. Im stationären Pflegebereich weist Deutschland im Vergleich den höchsten Männeranteil mit 13% auf, während in Schweden 7,5% und in Österreich 6,3% der Stichprobe männlich sind (siehe Tabelle 23).

**Tabelle 23: Soziodemografische Charakteristika der Stichproben: Österreich, Deutschland und Schweden in %**

	Österreich	Deutschland	Schweden
<i>Geschlecht</i>			
APH weiblich	93,7	87,0	92,5
APH männlich	6,3	13,0	7,5
MSGD weiblich	89,0	89,0	87,0
MSGD männlich	11,0	11,0	13,0
<i>Geburtsland</i>			
APH Anderes Land	22,2	10,2	26,6
MSGD Anderes Land	26,4	11,8	22,4
<i>Alter (gesamt)</i>			
<25	3,1	5,2	8,1
25-34	17,6	17,9	12,6
35-44	21,6	23,0	20,5
45-54	38,9	36,2	31,2
55-64	18,5	17,9	26,9
>64	0,4	0,2	0,7

Die Altersstruktur der Befragten in der Langzeitpflege ist in allen drei Ländern dadurch charakterisiert, dass die Mehrheit der Beschäftigten bereits im fortgeschrittenen Erwerbsalter ist (ca. 41-46 % der Beschäftigten sind unter 45, ca. 54-58 % sind 45-64 Jahre alt). Der Anteil der ArbeitnehmerInnen im Alter von 55-64 Jahren ist – auch aufgrund des höheren Pensionsalters – in Schweden mit 27% besonders hoch im Vergleich zu Österreich (18,5%) und Deutschland (17,9%). Mit Blick auf den Migrationshintergrund der Beschäftigten (auf Basis des Geburtslandes) zeigen sich Unterschiede zwischen den Ländern. Während in Deutschland der Anteil der Beschäftigten, die in einem anderen Land geboren sind, zwischen 10% (stationär) und knapp 12% (mobil) beträgt, ist dieser Anteil

in Österreich (22,2% stationär bzw. 26,4% mobil) und in Schweden (26,6% stationär, 22,4% mobil) deutlich höher (vgl. Tabelle 23). Bei einem ersten detaillierten Vergleich der Länderdaten zeigen sich zumindest zwischen Österreich und Deutschland keine nennenswerten Unterschiede in den Arbeitsbedingungen auf Basis des Geburtslandes der Beschäftigten.

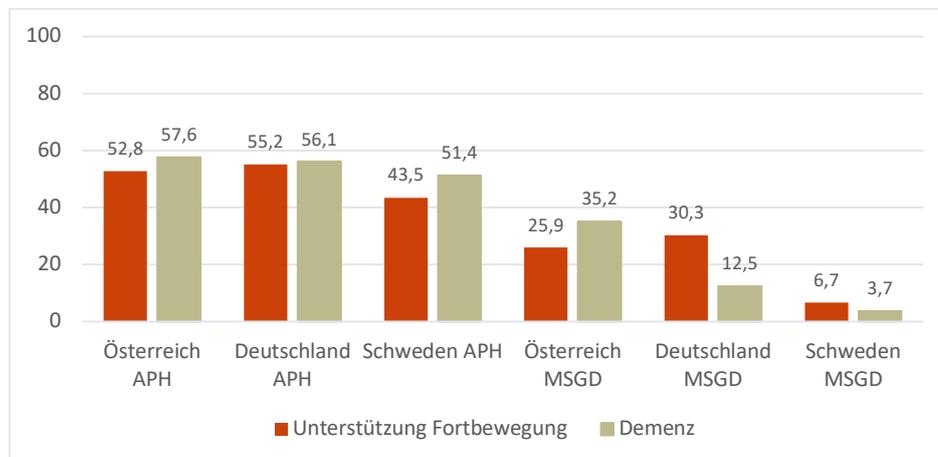
Im Folgenden werden ausgewählte Aspekte der Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege zwischen Österreich, Deutschland und Schweden vergleichend dargestellt. Der Fokus liegt dabei auf die Charakteristika und die Anzahl der betreuten Personen in der Langzeitpflege, die Situation der Beschäftigten in Bezug auf deren Anstellungsverhältnis und Beschäftigungsausmaß, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, das Ausmaß an Belastungen und die Verfügbarkeit von Entlastungsressourcen sowie Perspektiven der Beschäftigten hinsichtlich der Berufstätigkeit im Langzeitpflegesektor.

## Anzahl und Charakteristika der betreuten Personen

**In allen drei Ländern zählen vor allem Personen mit Demenz sowie Menschen mit Unterstützungsbedarf bei der Fortbewegung zur Hauptklientel**

Die von den Beschäftigten betreuten Personen in der Langzeitpflege unterscheiden sich im stationären Pflegebereich zwischen Deutschland und Österreich nur geringfügig. In allen drei Ländern sind es vor allem Personen mit Demenz (51-57%) sowie Menschen mit Unterstützungsbedarf bei der Fortbewegung (43% in Schweden und mehr als 50% in Österreich und Deutschland), die zur Hauptklientel im stationären Bereich zählen. Im Bereich der häuslichen Pflegedienste werden hingegen Unterschiede deutlich. Der Anteil von betreuten Menschen mit Bewegungseinschränkungen (z.B. bettlägerige Menschen) ist in Deutschland etwas höher (30,3%) als in Österreich (25,9%). Auffällig ist hingegen, dass in Österreich etwa ein Drittel der KlientInnen im mobilen Bereich eine Demenzerkrankung aufweisen, während dieser Anteil in Deutschland nur 12,5% beträgt. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass in Deutschland Menschen mit einer Demenzerkrankung eher in stationären Settings betreut werden. In Schweden hingegen dürften KlientInnen im mobilen Bereich generell einen geringeren Pflegebedarf aufweisen, da lediglich knapp 7% der KlientInnen Unterstützung bei der Fortbewegung benötigen und nur knapp 4% eine Demenzerkrankung aufweisen (siehe Abbildung 35).

**Abbildung 35: Charakteristika der betreuten Personen nach Art der Pflegebedürftigkeit, nach Sektoren im Ländervergleich in %**



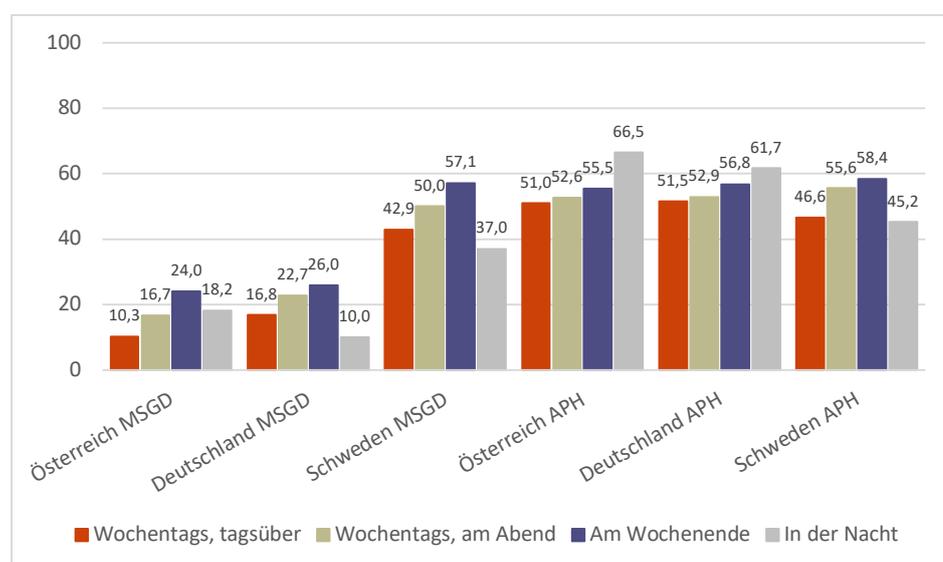
**Schwedische Beschäftigte betreuen um knapp die Hälfte weniger Personen als in Österreich und Deutschland**

Wie in Tabelle 24 ersichtlich, bestehen im stationären Bereich hinsichtlich der Anzahl der betreuten Personen keine Unterschiede zwischen Österreich und Deutschland, allerdings zeigen sich beträchtliche Differenzen zu Schweden. Zu allen Zeiten betreuen schwedische Beschäftigte um fast die Hälfte weniger Personen als die Beschäftigten in Österreich und Deutschland. Im mobilen Bereich berichten hingegen sowohl deutsche als auch schwedische Beschäftigte zu allen Tageszeiten eine höhere Anzahl an zu betreuenden Personen als in Österreich, wobei anzumerken ist, dass das Angebot an mobilen Diensten in Österreich nachts nach 22 Uhr meist gar nicht besteht, und am Wochenende eher eingeschränkt ist. Das österreichische Betreuungsverhältnis scheint dennoch vor allem im mobilen Bereich besser ausgestaltet zu sein. Dies spiegelt sich zum Beispiel auch in der tendenziell geringeren Zufriedenheit von deutschen Beschäftigten im mobilen Pflegebereich wider. Interessant ist jedoch, dass trotz der höheren Anzahl an KlientInnen, die gerade in der Nacht zu betreuen sind, in Deutschland (25 Personen) mehr Zufriedenheit herrscht (nur 10% beurteilen die Anzahl als zu hoch) als bei MitarbeiterInnen der mobilen Dienste in Österreich (18,2% beurteilen die Anzahl als zu hoch), wo mit durchschnittlich 15 Personen eine geringere Anzahl an KlientInnen pro MitarbeiterIn zu betreuen ist. Trotz einer ähnlich hohen Zahl an zu betreuenden Personen wie in Deutschland sind Beschäftigte im mobilen Bereich in Schweden besonders unzufrieden, denn bis zu beinahe 60% der Beschäftigten empfinden die Zahl der zu betreuenden Personen als zu hoch (vgl. Tabelle 24 und Abbildung 36).

**Tabelle 24: Anzahl der betreuten Personen während einer Schicht bzw. eines Arbeitstages und Einschätzung der Arbeitsbelastung, nach Sektoren und im Ländervergleich**

	Wochentags, tagsüber	Wochentags, am Abend	Am Wochenende	In der Nacht
<b>Anzahl betreuter Personen</b>				
Österreich APH	18	17	19	49
Deutschland APH	18	17	18	49
Schweden APH	10	10	11	22
Österreich MSGD	9	7	11	15
Deutschland MSGD	12	12	15	25
Schweden MSGD	12	13	14	22
<b>Befragte, welche die Anzahl der betreuten Personen als „zu hoch“ einschätzen, in %</b>				
Österreich APH	51,0	52,6	55,5	66,5
Deutschland APH	51,5	52,9	56,8	61,7
Schweden APH	46,6	55,6	58,4	45,2
Österreich MSGD	10,3	16,7	24,0	18,2
Deutschland MSGD	16,8	22,7	26,0	10,0
Schweden MSGD	42,9	50,0	57,1	37,0

**Abbildung 36: Anteil der Beschäftigten, welche die Anzahl der pro Schicht zu betreuenden Personen als zu hoch einschätzen, nach Sektoren und im Ländervergleich in %**

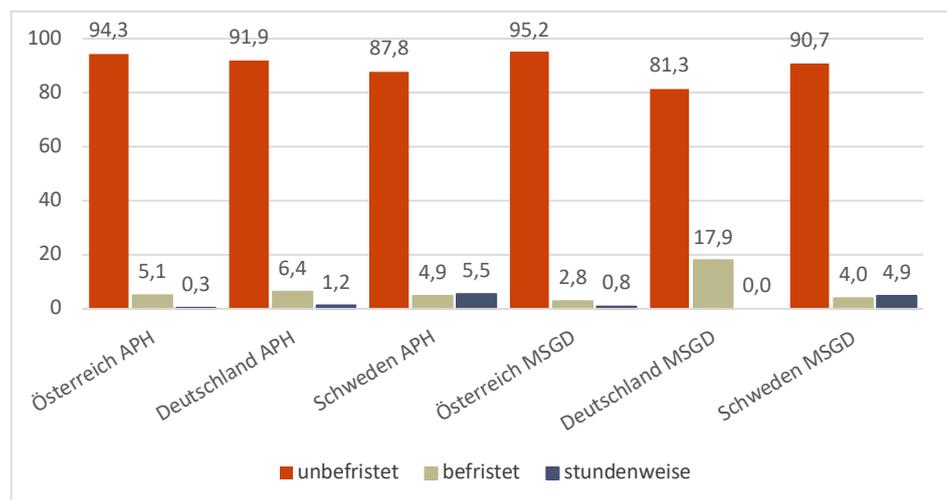


## Anstellungsverhältnis und Beschäftigungs- ausmaß

**In Österreich  
bestehen tendenziell  
etwas bessere  
Vertragsbedingungen**

Ein Vergleich der Vertragssituation von in der Langzeitpflege Beschäftigten deutet darauf hin, dass in Österreich tendenziell etwas bessere Vertragsbedingungen bestehen als in Deutschland und Schweden. Das zeigt sich vor allem im mobilen Pflegebereich, in dem knapp 18% der deutschen Pflege- und Betreuungskräfte in einem befristeten Vertragsverhältnis arbeiten. In Schweden sind darüber hinaus jeweils etwa 5% der Beschäftigten in beiden Sektoren der Langzeitpflege stundenweise beschäftigt, während eine solche Beschäftigungsform in Deutschland und Österreich kaum bzw. gar nicht eingesetzt wird.

**Abbildung 37: Anstellungsverhältnis nach Sektoren im Ländervergleich in %**



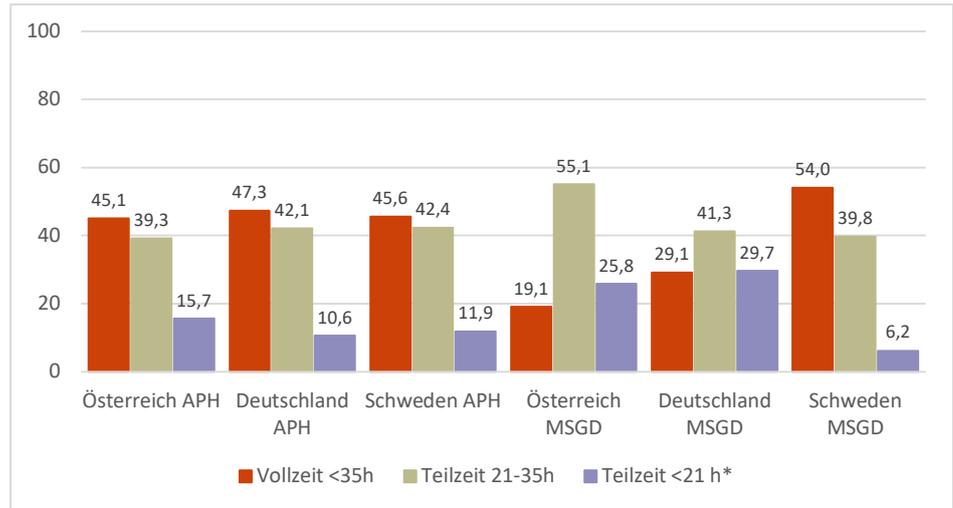
**Im Ländervergleich  
zeigt sich, dass  
Beschäftigte in  
Österreich durchschnitt-  
lich in einem geringeren  
Stundenausmaß  
beschäftigt sind**

Beim Ausmaß an Vollzeit- und Teilzeitarbeit zeigt sich im Ländervergleich, dass Beschäftigte in Österreich durchschnittlich in einem geringeren Stundenausmaß beschäftigt sind (siehe Abbildung 38). Diese Unterschiede treffen vor allem auf den mobilen Sektor zu, wobei Schweden die geringste Zahl an Teilzeitbeschäftigten (6,2%) mit weniger als 21 Stunden pro Woche aufweist. Im stationären Bereich sind hingegen keine nennenswerten Unterschiede zwischen den drei Ländern zu vermerken. Insgesamt sind die Beschäftigten in den drei Ländern relativ zufrieden mit der Anzahl ihrer Arbeitsstunden (siehe Abbildung 39). Im mobilen Bereich in Deutschland haben allerdings 13,1% der Beschäftigten den Wunsch, mehr Stunden zu arbeiten, wobei zu bedenken ist, dass gerade in diesem Sektor ca. 70% der Beschäftigten auf Basis von Teilzeitverträgen beschäftigt sind. In Österreich scheint das hohe Ausmaß an Teilzeitarbeit einen geringeren (negativen) Einfluss auf die Zufriedenheit mit den Arbeitsstunden zu haben. Ein geringeres Arbeitsausmaß könnte auch, wie weiter unten ersichtlich,

**Trotz eines geringen Beschäftigungsausmaßes in Österreich ist die Zufriedenheit mit dem Stundenausmaß hoch**

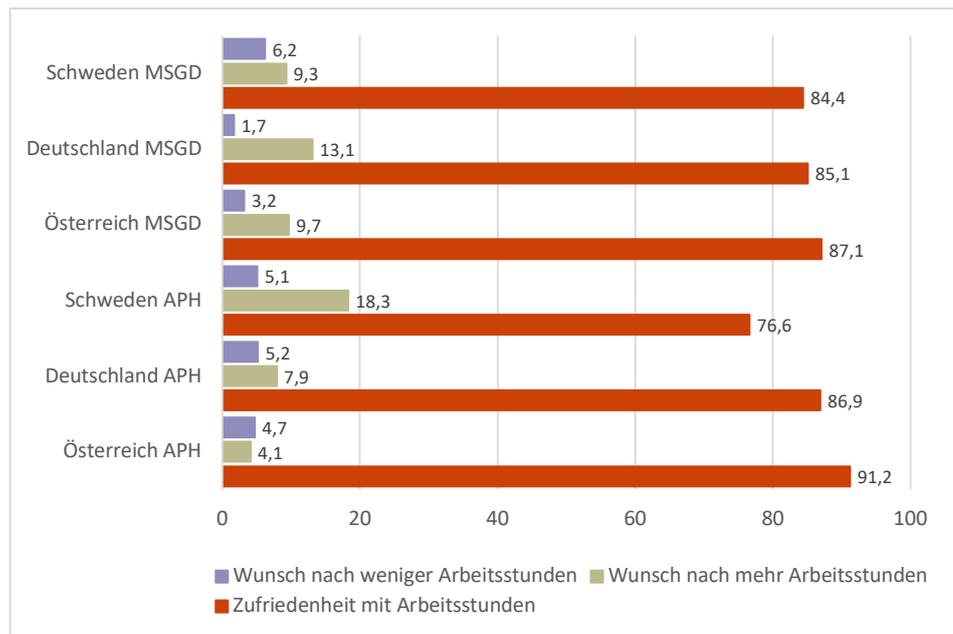
eine Strategie zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie sein, welche die Zufriedenheit von österreichischen Beschäftigten positiv beeinflusst. Den geringsten Zufriedenheitswert weist Schweden im stationären Bereich auf, wo etwa ein Viertel der Beschäftigten mit ihren Arbeitsstunden unzufrieden sind und etwa 18% mehr Stunden arbeiten möchten.

**Abbildung 38: Beschäftigungsausmaß nach Sektoren im Ländervergleich in %**



\*Anmerkung: für Schweden wurde die Kategorie Teilzeit <25 h, für Österreich und Deutschland <21 h verwendet.

**Abbildung 39: Zufriedenheit mit dem Beschäftigungsausmaß nach Sektoren im Ländervergleich in %**

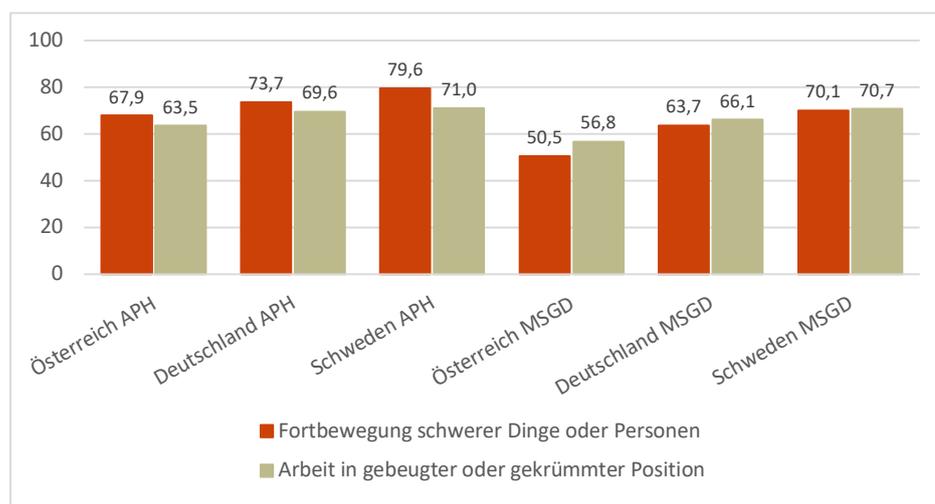


## Belastungen, Prävention und Ressourcen

**In Deutschland und Schweden werden regelmäßig mehr körperlich belastende Tätigkeiten ausgeübt als in Österreich**

Allgemein beinhaltet Pflege- und Betreuungsarbeit eine weite Bandbreite körperlich anspruchsvoller Tätigkeiten. Die insgesamt steigende Zahl an betreuten Personen, die bettlägerig sind und/oder Unterstützung bei der Fortbewegung benötigen, trägt in der Langzeitpflege zu einem hohen Anteil körperlich anstrengender Tätigkeiten bei. Diese umfassen beispielsweise die Fortbewegung schwerer Dinge oder Personen, Tätigkeiten in gebeugter oder gekrümmter Position sowie Tätigkeiten, die an ungeeigneten Orten ausgeübt werden. Wie in Abbildung 40 ersichtlich, ist die regelmäßige Ausübung körperlich anspruchsvoller Tätigkeiten für Beschäftigte in Deutschland und vor allem in Schweden in einem höheren Ausmaß gegeben als in Österreich.

**Abbildung 40: Körperlich belastende Tätigkeiten (mindestens einmal pro Woche) nach Sektoren im Ländervergleich in %**

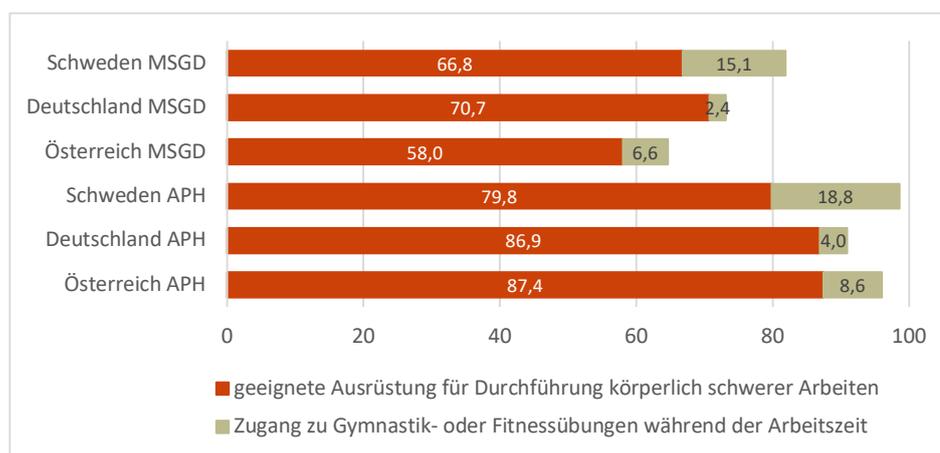


**Beschäftigte in Schweden erleben höhere physische und psychische Erschöpfung**

Zugleich zeigt sich, dass die Beschäftigten im mobilen Pflegebereich in Deutschland und Schweden einen etwas besseren Zugang zu Präventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz haben (siehe Abbildung 41). Hinsichtlich körperlicher oder psychischer Erschöpfung nach Sektoren sind die Ergebnisse für Deutschland und Österreich relativ ähnlich. Die Beschäftigten in Schweden sind hingegen in höherem Ausmaß mit körperlicher und psychischer Erschöpfung konfrontiert. Etwa 67% der österreichischen und deutschen Beschäftigten im stationären Bereich fühlen sich körperlich erschöpft, in Schweden sind dies 76%. Von psychischer Erschöpfung sind ca. 40% der in Alten- und Pflegeheimen Beschäftigten in Deutschland und Österreich betroffen, in Schweden sind dies knapp 58%. Auch im häuslichen Pflegebereich zeigt sich ein ähnliches Ausmaß solcher Belastungen für Österreich und Deutschland (41-45% sind körperlich und etwa ein Viertel sind psychisch erschöpft), während in Schweden deutlich mehr Beschäftigte von solchen Belastungen berichten (knapp 70% sind körperlich und 45% psychisch erschöpft). Von Schwierigkeiten beim Einschlafen be-

richten Beschäftigte in Deutschland im stationären Bereich in einem höheren Ausmaß (40%) als in Österreich und Schweden (etwa 25%).

**Abbildung 41: Körperlich belastende Tätigkeiten und der Zugang zu Präventionsmaßnahmen nach Sektoren im Ländervergleich in %**



Insgesamt wird deutlich, dass in Schweden von den Beschäftigten ein höheres physisches und psychisches Belastungsniveau erlebt wird als in Deutschland und Österreich, während Österreich im Vergleich mit Deutschland geringfügig schlechter abschneidet (siehe Tabelle 25).

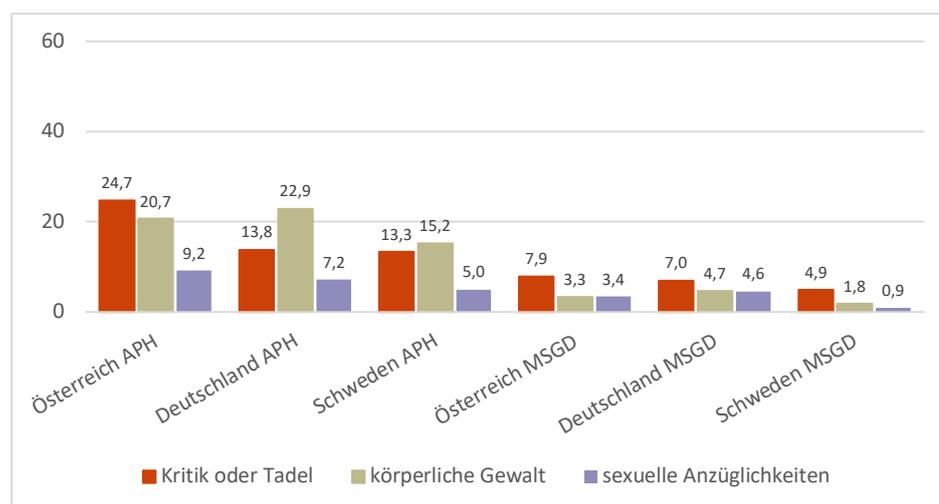
**Tabelle 25: Psychische und physische Belastungen nach Sektoren im Ländervergleich in %**

	Österreich	Deutschland	Schweden
Körperlich erschöpft (fast immer, oft)			
APH	67,5	67,4	<b>76,1</b>
MSGD	41,3	45,7	<b>69,3</b>
Schmerzen im Rücken (fast immer, oft)			
APH	51,2	47,4	49,7
MSGD	39,1	40,1	46,0
Psychisch erschöpft (fast immer, oft)			
APH	43,7	40,8	<b>57,5</b>
MSGD	24,1	23,3	<b>45,1</b>
Schwierigkeiten beim Einschlafen (fast immer, oft)			
APH	26,5	<b>40,2</b>	25,4
MSGD	16,9	23,3	24,3

**In allen drei Ländern sind insbesondere Beschäftigte in stationären Einrichtungen in einem hohen Ausmaß regelmäßiger körperlicher Gewalt ausgesetzt**

Eine weitere Komponente, die zu belastenden Situationen am Arbeitsplatz führt, ist das Verhalten seitens der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen (siehe Abbildung 42). Betrachtet man das Ausmaß, in dem die Beschäftigten in der Langzeitpflege angeben, Kritik, körperlicher Gewalt oder sexuellen Anzüglichkeiten ausgesetzt zu sein, scheinen die Ergebnisse im Ländervergleich für beide Sektoren ähnlich. Dabei sind insbesondere Beschäftigte in stationären Einrichtungen in einem hohen Ausmaß regelmäßiger körperlicher Gewalt ausgesetzt (20,7% in Österreich, 22,9% in Deutschland, 15,2% in Schweden). In Deutschland und Schweden werden Beschäftigte in geringerem Ausmaß von pflegebedürftigen Menschen und/oder ihren Angehörigen kritisiert oder getadelt als in Österreich, was möglicherweise auf höhere Erwartungshaltungen der BewohnerInnen in Österreich schließen lässt.

**Abbildung 42: Belastendes Verhalten der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen nach Sektoren im Ländervergleich in % (mindestens einmal pro Woche)**



Eine wichtige Voraussetzung, um die hohen Anforderungen und Belastungen der Arbeit in der Langzeitpflege zu meistern, ist die Verfügbarkeit entsprechender Ressourcen. Im Ländervergleich zeigt sich, dass die Beschäftigten in Deutschland in beiden Sektoren über ein höheres Ausmaß an Ressourcen verfügen als österreichische Beschäftigte, während schwedische Beschäftigte hier vergleichsweise benachteiligt sind (siehe Tabelle 26). Das betrifft etwa die Möglichkeit, Neues zu lernen und sich fachlich weiterzuentwickeln, was zu einer höheren Arbeitszufriedenheit und Motivation beiträgt. Während dies in Österreich von knapp der Hälfte der Beschäftigten und in Deutschland von knapp 60% der Beschäftigten in beiden Sektoren positiv beantwortet wird, mangelt es schwedischen Arbeitskräften in der Langzeitpflege deutlich an der Möglichkeit, Neues zu lernen oder sich fachlich weiterzuentwickeln (19% stationär, 17% mobil). Zusätzlich haben deutsche Beschäftigte vor allem im mobilen Pflegebereich

mehr zeitliche Ressourcen, um Probleme mit KollegInnen zu besprechen, während auch diese Möglichkeit in Schweden am geringsten gegeben scheint (32%). Dies ist vor dem Hintergrund interessant, dass die Beschäftigten in Deutschland im häuslichen Pflegebereich eine durchaus höhere Anzahl an Personen pro Tag betreuen. Der Zugang zu Supervision und Unterstützung am Arbeitsplatz ist im mobilen, aber insbesondere im stationären Bereich in Deutschland in beachtlich höherem Ausmaß gegeben als in Österreich. Dies könnte aber auch darin begründet sein, dass Beschäftigte im stationären Bereich in Deutschland ihre Arbeitsanforderungen in einem etwas höheren Ausmaß als zu hoch beurteilen (23,6% in Deutschland, 19,1% in Österreich). Allerdings scheint dies keine direkten Auswirkungen auf die Überforderung der Beschäftigten mit der Verantwortung für pflegebedürftige Menschen zu haben (vgl. Tabelle 26).

**Tabelle 26: Fachliche Belastungen und Ressourcen nach Sektoren im Ländervergleich in %**

	Österreich	Deutschland	Schweden*
Möglichkeit, Neues zu lernen, sich fachlich weiterzuentwickeln (ja, meistens)			
APH	45,2	<b>59,4</b>	<b>19,3</b>
MSGD	48,7	<b>57,7</b>	<b>17,0</b>
Zeitliche Ressourcen für Problemdiskussion mit KollegInnen (ja, meistens)			
APH	35,1	31,9	29,2
MSGD	38,7	<b>49,7</b>	<b>32,1</b>
Zugang zu Anleitung, Supervision, Unterstützung am Arbeitsplatz (ja, meistens)			
APH	26,7	<b>47,3</b>	n/a
MSGD	51,2	<b>66,1</b>	n/a
Überforderung mit Arbeitsanforderungen (Arbeitsanforderungen zu hoch)			
APH	19,1	<b>23,6</b>	n/a
MSGD	5,8	6,4	n/a
Überforderung mit Verantwortung für pflegebedürftige Menschen (ja, stimme zu)			
APH	9,7	9,7	n/a
MSGD	7,8	5,9	n/a

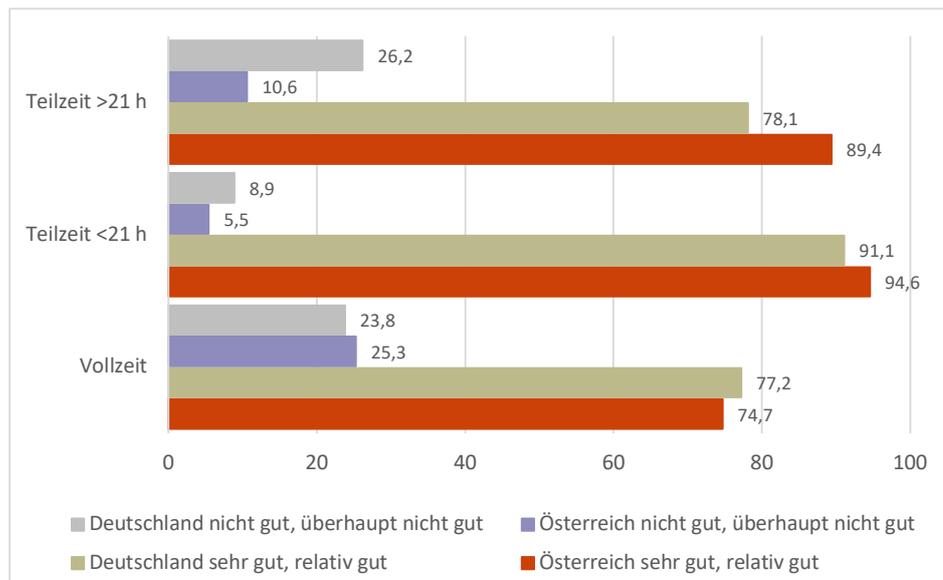
\* Bestimmte Fragen, die für Schweden als nicht verfügbar (n/a) aufscheinen, wurden nur im deutschsprachigen Kontext (Österreich und Deutschland) in die NORDCARE-Befragung integriert.

## Vereinbarkeit von Beruf und Familie<sup>21</sup>

**Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird in Deutschland schlechter beurteilt**

Beschäftigte in Deutschland beurteilen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf allgemein schlechter als österreichische Beschäftigte (siehe Abbildung 43).

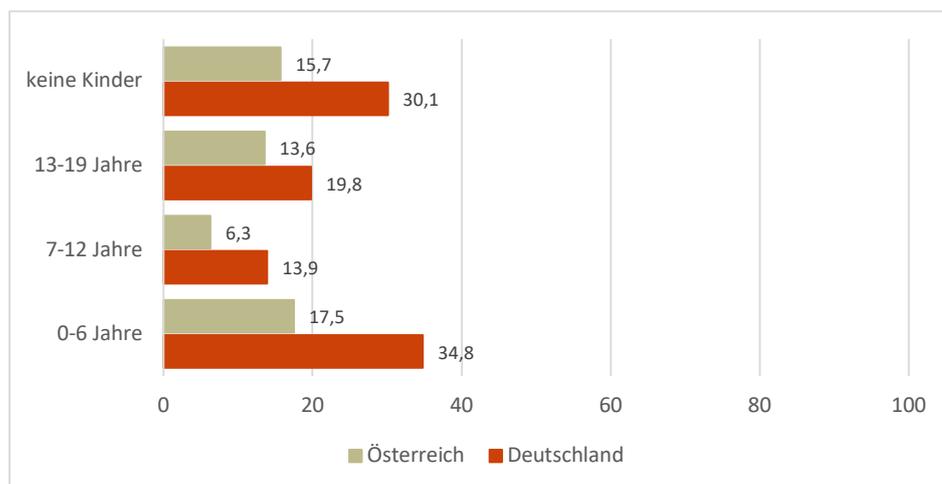
**Abbildung 43: Beurteilung der Vereinbarkeit von Arbeitszeiten und familiärer/sozialer Verpflichtungen im Ländervergleich in %**



Anmerkung: Einschätzung der Vereinbarkeit durch die Befragten von „überhaupt nicht gut“ bis „sehr gut“.

Unterschiede werden insbesondere in der Gruppe jener Teilzeitbeschäftigten ersichtlich, die mehr als 21 Stunden pro Woche arbeiten, wo ein Viertel der deutschen Beschäftigten von einer schlechten Vereinbarkeit berichten (verglichen mit 10,6% in Österreich). Die schlechte Beurteilung der Vereinbarkeit von Beruf und familiären Verpflichtungen in Deutschland scheint darüber hinaus relativ unabhängig vom Vorhandensein von Kindern zu sein. In Deutschland sind es ein Drittel und damit doppelt so viele Beschäftigte wie in Österreich, die keine Kinder haben und dennoch von einer schlechten Vereinbarkeit berichten. Aber auch bei jenen mit Kindern im Alter von 0 bis 12 Jahren zeigen sich große Unterschiede in der Beurteilung der Zufriedenheit zwischen den beiden Ländern. Es scheint daher eher das höhere Stundenausmaß der deutschen Beschäftigten zu sein, das zu einer schlechteren Beurteilung der Vereinbarkeit beiträgt, während sich in Österreich der hohe Anteil an Teilzeitarbeit positiv auf die Vereinbarkeit auswirkt.

<sup>21</sup> Daten zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie sind vorerst nur für Deutschland verfügbar.

**Abbildung 44: Einschätzung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie nach Alter der Kinder in %**

Anmerkung: Anteil der Befragten, die die Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Familie „nicht gut“ bis „überhaupt nicht gut“ einschätzen.

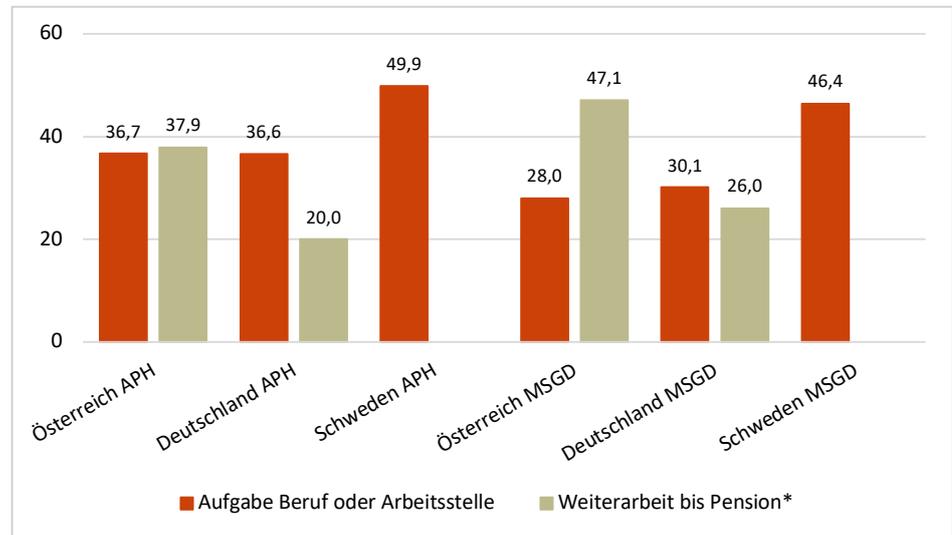
## Kontinuität der Berufstätigkeit

**Beschäftigte in Deutschland haben weniger vor, bis zum Pensionsalter in der Pflege zu arbeiten**

**Knapp 50% der Beschäftigten in Schweden beabsichtigen, den Pflegeberuf oder ihre Arbeitsstelle aufzugeben**

Die Auswirkungen hoher Arbeitsanforderungen und Belastungen könnten potentiell einen Einfluss darauf haben, ob Beschäftigte sich überlegen, aus dem Sektor frühzeitig auszusteigen. Im Ländervergleich zeigen sich in beiden Sektoren Unterschiede, was die Intention einer Weiterarbeit bis zum Pensionsalter betrifft. Beschäftigte in Deutschland beabsichtigen demnach in einem höheren Ausmaß als in Österreich, die Berufstätigkeit in der Langzeitpflege frühzeitig aufzugeben. Da die Altersstruktur der Beschäftigten in beiden Ländern ähnlich ist, kann dies eventuell auch auf das höhere gesetzliche Pensionsalter von Frauen in Deutschland zurückgeführt werden. Bei der Frage, ob die Beschäftigten im letzten Jahr ernsthaft darüber nachgedacht haben, ihre Arbeitsstelle oder ihren Beruf aufzugeben, zeigt sich im Vergleich (Österreich und Deutschland jeweils 37% im stationären und ca. 30% im mobilen Bereich) ein deutlicher Unterschied. Denn in Schweden beabsichtigen etwa die Hälfte der Beschäftigten in Alten- und Pflegeheimen sowie 46% im mobilen Bereich, den Beruf oder die Arbeitsstelle aufzugeben, was die schwedischen Zukunftsperspektiven hinsichtlich der Personalkontinuität im Bereich der Langzeitpflege deutlich dramatischer erscheinen lässt.

**Abbildung 45: Kontinuität der Berufstätigkeit nach Sektoren im Ländervergleich in %**



Anmerkung: \*) Die Frage, ob die Beschäftigten beabsichtigen, bis zum Pensionsantrittsalter ihre Arbeitstätigkeit weiter auszuüben, wurde nur in der österreichischen und deutschen NORDCARE-Befragung erhoben.



## Kapitel 7

# Zusammenfassung der Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

**Eine der größten Herausforderungen wird darin bestehen, eine ausreichende Zahl adäquat ausgebildeter Pflege- und Betreuungskräfte zu rekrutieren, zu motivieren und in Beschäftigung zu halten**

Eine der größten Herausforderungen der kommenden Jahre wird im Bereich der Langzeitpflege darin bestehen, eine ausreichende Zahl adäquat ausgebildeter Pflege- und Betreuungskräfte zu rekrutieren, zu motivieren und in Beschäftigung zu halten. Die Schaffung von aus Sicht der Beschäftigten guten und unterstützenden Arbeitsbedingungen bei mobilen Diensten und in stationären Einrichtungen werden dabei eine maßgebliche Rolle spielen.

Ziel der vorliegenden Studie war es daher, die unterschiedlichen Aspekte der gegebenen Rahmenbedingungen daraufhin zu beleuchten, wo die Beschäftigten Prioritäten und positive Aspekte wahrnehmen, und in welchen Bereichen mögliche problematische Aspekte vorhanden sind, die durch entsprechende Maßnahmen zu verbessern wären.

Dabei ist zunächst festzustellen, dass der Sektor der Langzeitpflege durch einige spezifische Strukturmerkmale charakterisiert ist, die sich auch in der Stichprobe bzw. in der Zusammensetzung der RespondentInnen widerspiegeln:

- Die Beschäftigten sind zu einem hohen Prozentsatz weiblich – der Anteil der Männer an den RespondentInnen beträgt maximal 17,2% (Alten- und Pflegeheime in Wien) und ist in manchem Bereich verschwindend gering, z.B. 4,2% bei mobilen Sozial- und Gesundheitsdiensten im Bundesland Salzburg.
- Der Pflegebereich ist mit einer alternden Beschäftigtenstruktur konfrontiert – bei den RespondentInnen beträgt das mittlere Alter bei Frauen 47 Jahre, bei den (wenigen) Männern 43 Jahre.
- Der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund ist im Bereich der Langzeitpflege relativ hoch, wobei hier ein immenses Gefälle zwischen Wien und den Bundesländern festzustellen ist – während in Wien fast jede/r zweite RespondentIn im Ausland geboren wurde, beträgt der entsprechende Anteil in oberösterreichischen Alten- und Pflegeheimen lediglich 4,7%.
- Der Bereich der Langzeitpflege und -betreuung umfasst zudem ein weites Spektrum unterschiedlicher Berufsgruppen mit entsprechend unterschiedli-

chen Ausbildungsgängen. Die RespondentInnen sind repräsentativ für diese unterschiedlichen Gruppen, wobei auch hier regionale Besonderheiten eine Rolle spielen – während das neue Berufsbild der „Fachsozialbetreuung Altenarbeit“ in Oberösterreich (56,3% im stationären und 40,2% im mobilen Bereich) bereits Fuß gefasst hat, überwiegen in Salzburg und Wien RespondentInnen, die als PflegehelferInnen ausgebildet wurden (40,2% aus Salzburger Alten- und Pflegeheimen). Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sind in der Stichprobe ebenfalls angemessen repräsentiert, und zwar zwischen 41,7% im mobilen Bereich in Salzburg und 16,5% im mobilen Bereich in Wien. Während in der Bundeshauptstadt im mobilen Bereich ein hoher Anteil an HeimhelferInnen (51,6%) unter den RespondentInnen vertreten ist, sind dies im stationären Bereich lediglich 14,2%, allerdings ist dieser Anteil in Salzburger Alten- und Pflegeheimen mit 3,3% am geringsten.

**Vor dem Hintergrund des hohen Frauenanteils ist es nicht verwunderlich, dass Vollzeitarbeit in der Langzeitpflege eher die Ausnahme darstellt**

Vor dem Hintergrund des hohen Frauenanteils ist es nicht verwunderlich, dass Vollzeitarbeit in der Langzeitpflege eher die Ausnahme darstellt – im stationären Bereich arbeiten insgesamt 45% der Befragten im vollen Ausmaß der Normalarbeitszeit (72% der Männer, aber nur 30% der Frauen), im mobilen Bereich sogar nur 19%. Allerdings ist anzumerken, dass ein Viertel aller Beschäftigten (23%) mindestens ein- bis mehrmals pro Woche (bezahlte) Überstunden leistet, 10,5% sogar unbezahlte Überstunden. Positiv ist anzumerken, dass die MitarbeiterInnen bei fast allen Organisationen rechtzeitig und angemessen über ihre Arbeitszeiten informiert werden. Die Ergebnisse der Befragung machen allerdings zwei kritische Aspekte der Geschlechterdiskriminierung und der Chancen für nachhaltige und gleichberechtigte Entwicklung am Arbeitsmarkt deutlich:

- Es spiegelt sich auch in der Langzeitpflege das traditionelle Muster der gesellschaftlichen Ungleichverteilung von bezahlter Arbeit(zeit) wider, indem Männer größere Chancen zur Vollzeitarbeit haben und Frauen durch Teilzeitarbeit versuchen, Beruf und Familie zu vereinbaren.
- Gleichzeitig wird dieses Bemühen der Vereinbarkeit durch Teilzeitarbeit dadurch ausgehöhlt, dass Mehr- und Überstunden gleichsam zum integralen Bestandteil von Teilzeitarbeit in der Langzeitpflege werden.

**Geschlechterrollen und die damit verbundenen Stereotypen am Arbeitsmarkt werden auch in der Langzeitpflege fortgeschrieben**

Diese Form des Umgangs mit Vereinbarkeit von Beruf und Familie schreibt die Geschlechterrollen und damit verbundenen Stereotypen am Arbeitsmarkt auch in der Langzeitpflege fort. Im Sinne einer Verstetigung der Beschäftigung und einer Verbesserung gleichberechtigter Zugänge zum Arbeitsmarkt in der Langzeitpflege ist daher besonderes Augenmerk darauf zu legen, die individuellen Strategien der Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch systemische Maß-

nahmen zu ergänzen. Dabei ist zu bedenken, dass etwa ein Drittel der Beschäftigten in der Langzeitpflege neben der beruflich ausgeübten Tätigkeit auch mit informellen Pflege- und Betreuungsverpflichtungen ihrer (Schwieger-)Eltern konfrontiert sind, 40% Kinder haben und 12% sowohl Kinderbetreuung und die Betreuung älterer Verwandter mit dem Berufsleben vereinbaren müssen. Nachdem vor allem die informelle Pflege und Betreuung im familiären Kontext negativen Einfluss auf die Vereinbarkeit hat, könnten Möglichkeiten angedacht werden, wie hier die unbezahlte und die bezahlte Pflege- und Betreuungsarbeit im Sektor der Langzeitpflege besser aufeinander abgestimmt werden könnten, gerade im Hinblick auf eine Verstetigung der Arbeit in diesem Sektor.

**Alle Analysen zeigen, dass der individuelle Gesundheitszustand einen fundamentalen Einfluss auf die Wahrnehmung von Arbeitsbedingungen nimmt**

Insgesamt zeigt sich bei allen Analysen, dass der individuelle Gesundheitszustand einen fundamentalen Einfluss nimmt auf die Wahrnehmung von Arbeitsbedingungen und in weiterer Folge der physischen und psychischen Erschöpfung. Diese Negativspirale ist im Bereich der Langzeitpflege besonders ernst zu nehmen – es kann davon ausgegangen werden, dass MitarbeiterInnen mit Schlafstörungen und/oder Rückenschmerzen kaum in der Lage sind, die in der Pflege und Betreuung geforderten Einstellungen und Tätigkeiten angemessen zu erfüllen, weshalb sowohl der selbstgewählte Ausstieg aus dem Beruf als auch die Gefahr einer Kündigung drohen. Der Gesundheitsvorsorge und -förderung am Arbeitsplatz ist somit höchste Priorität einzuräumen, um solche Entwicklungen zu reduzieren bzw. zu vermeiden. Obwohl dies alle Altersgruppen gleichermaßen betrifft, stellen dabei ältere Beschäftigte eine besondere Zielgruppe dar.

Mit Blick auf die Vermeidung von Fluktuation und den Ausstieg aus dem Beruf ist allerdings hervorzuheben, dass es – abgesehen vom allgemeinen Gesundheitszustand – vor allem jüngere RespondentInnen sind, die körperliche und psychische Belastungen in der Langzeitpflege zum Berufsausstieg bzw. zu entsprechenden Überlegungen antreiben. Bei Beschäftigten über 25 Jahren sind eine zunehmende Identifikation mit dem Beruf und in der Folge auch stabilere Zukunftsperspektiven festzustellen. Die Befragungsergebnisse legen somit nahe, dass sich EinsteigerInnen in Pflege- und Betreuungsberufen offenbar erst einige Jahre „durchbeißen“ müssen, bevor sie dauerhaft im Beruf verbleiben – oder eben aussteigen. Die bereits öfter geführte Diskussion, ob Langzeitpflege grundsätzlich eher als Beruf für BerufseinsteigerInnen und -wiedereinsteigerInnen in fortgeschrittenerem Alter zu konzipieren sei, könnte durch diese Evidenz neu angefacht werden. Einschränkend ist allerdings hinzuzufügen, dass durch die Selbstrekrutierung der Befragten die Tendenz besteht, dass in höheren Altersgruppen eben genau jene erfasst wurden, die im Beruf verblieben sind und/oder nun bereits in solcher Nähe zum Pensionsalter sind, dass sie sich einen Umstieg nicht mehr vorstellen können; und dass eben jene, die bereits den Beruf aufgegeben haben, gar nicht erfasst wurden. Insgesamt sei allerdings

nochmals darauf hingewiesen, dass mit verschlechtertem Gesundheitszustand die Wahrscheinlichkeit, den Beruf aufzugeben bzw. nicht bis zur Pensionierung weiterzuarbeiten, drastisch ansteigt.

**Die konkrete Arbeitsbelastung und deren Wahrnehmung durch die Beschäftigten hat einen starken Einfluss auf einen möglichen Verbleib im Pflege- und Betreuungsberuf**

Ein weiterer, wichtiger Aspekt der Zufriedenheit mit dem Beruf und somit des möglichen Verbleibs im Sektor der Langzeitpflege ist die konkrete Arbeitsbelastung und deren Wahrnehmung durch die Beschäftigten. Bemerkenswert ist dabei einerseits die sich verändernde Qualität der Beeinträchtigungen, mit denen die MitarbeiterInnen konfrontiert sind, andererseits die quantitative Belastung im Sinne der Zahl der zu betreuenden Personen während einer Schicht. Trotz des meist geringeren Grades an Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit im häuslichen Bereich sind auch hier über die Hälfte der KlientInnen durch Demenz oder andere psychische Krankheiten charakterisiert. Im stationären Bereich werden hingegen überwiegend Menschen, die dementiell erkrankt sind (72%) sowie BewohnerInnen mit Multimorbidität gepflegt und betreut. In Alten- und Pflegeheimen ist vor allem die Verantwortung für durchschnittlich 49 Personen (nachts) pro MitarbeiterIn belastend, aber auch zu anderen Tageszeiten betreuen die Beschäftigten hier zwischen 15 und 19 BewohnerInnen. Dies sind verständlicherweise weniger im mobilen Bereich, aber auch hier ist der Besuch von durchschnittlich 7 KlientInnen pro Schicht nicht zu unterschätzen, denn dazwischen sind natürlich auch noch Fahr- bzw. Wegzeiten zu bewältigen. Besonders deutlich wurde durch die Befragung allerdings die wahrgenommene Überbelastung im stationären Bereich, wo über 50% der Beschäftigten angeben, für zu viele zu betreuende Personen verantwortlich zu sein. Diese Ergebnisse zeigen auf, dass die Belastung durch erhöhte Anforderungen, komplexeren Pflegebedarf und nicht immer darauf ausgerichtete Einsatzpläne von den Beschäftigten in allen Bundesländern als Verschlechterung der Arbeitsbedingungen wahrgenommen werden. Interessanterweise trifft dies in besonderem Ausmaß auf das Bundesland Wien zu, in dem die Anforderungen und Belastungen durchgängig als sehr hoch eingestuft wurden, obwohl Wien den höchsten Personalschlüssel im Bundesländervergleich aufweist. Umgekehrt trifft dies am wenigsten auf das Bundesland Salzburg zu, wo gesetzlich gar keine Personalschlüssel festgelegt wurden, und wochentags in privaten Heimen die Anzahl zu betreuender BewohnerInnen am geringsten ist. Allerdings spielt dabei vor allem die Größe der Einrichtungen eine wichtige Rolle, und Salzburg sowie private Anbieter sind vornehmlich durch kleinere Einrichtungen charakterisiert, während in Wien tendenziell größere Alten- und Pflegeheime überwiegen. Grundsätzlich kann jedoch festgestellt werden, dass sich durch einen hohen Personalschlüssel allein empirisch keine positiven Auswirkungen auf das Anforderungs- und Belastungsniveau der Beschäftigten in der Langzeitpflege nachweisen lassen.

Während in der Diskussion über „zu viele“ zu betreuende Personen pro Pflege- und Betreuungsperson ein breites Spektrum unterschiedlicher Aspekte zu

**Die Beschäftigten  
wünschen sich mehr  
Zeit für soziale  
Betreuung und  
Kommunikation**

berücksichtigen ist, wird diese Wahrnehmung der Beschäftigten freilich vor allem davon beeinflusst, wie das jeweilige Tätigkeitsprofil insgesamt mit den individuellen Erwartungen der einzelnen Berufsgruppen übereinstimmt. Während hier, abgesehen von einzelnen Abweichungen, eine weitgehende Übereinstimmung zwischen Tätigkeitsfeldern und gesetzlichen Berufsprofilen festzustellen ist, wünscht sich die Mehrzahl der Beschäftigten wesentlich mehr Zeit für soziale Betreuung und Kommunikation, insbesondere im stationären Bereich und vor allem die Berufsgruppen der FachsozialbetreuerInnen (FSB-A) und der HeimhelferInnen. Hier ist darauf zu achten, dass Inhalte der Ausbildung, vor allem im neuen Berufsbild der FSB-A, besser mit den Aufgabenbeschreibungen und Dienstplänen abgestimmt werden, um Frustration und einer möglichen Abkehr vom Beruf zuvorzukommen. Zudem geht es in Zukunft darum, gerade das Berufsprofil der FSB-A sowie auch der DiplomsozialbetreuerInnen österreichweit besser zu verankern. Beide Berufsgruppen, die gerade in der Langzeitpflege eine wesentliche Rolle spielen sollten, waren in der Befragung weitgehend unterrepräsentiert, mit Ausnahme von Oberösterreich.

Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen würden sich ebenfalls mehr Zeit für Kommunikation und soziale Betreuung wünschen, dafür weniger Dokumentationsaufwand. Relativ wenig Aufmerksamkeit wird den Aufgaben der Vernetzung gewidmet. Diesbezüglich wird eine wichtige Aufgabe von Politik und Anbieterorganisationen darin bestehen, die Erwartungen und Anforderungen gemeinsam mit den Beschäftigten immer wieder zu reflektieren und gegebenenfalls anzupassen. Dabei ist sicherlich die Frage der Finanzierung im Sinne einer nachhaltigen Entwicklung des Langzeitpflegesektors anzusprechen. In diesem Sinne geht es weniger um Über- oder Unterforderung, für die in der Befragung keine signifikante Evidenz ermittelt werden konnte. Abzuwägen ist vielmehr zwischen der nachhaltigen Sicherung von Personalressourcen und Berufsperspektiven auf der einen Seite sowie organisatorischen und finanziellen Verbesserungen auf der anderen.

**Die autonome  
Organisation der Arbeit  
und die gegenseitige  
Unterstützung der  
Beschäftigten in der  
Langzeitpflege tragen  
zur Zufriedenheit im  
Beruf bei**

Die autonome Organisation der Arbeit und die gegenseitige Unterstützung der Beschäftigten in der Langzeitpflege sind wichtige Faktoren, die zur Zufriedenheit im Beruf beitragen. Neue Organisationsformen könnten genau hier ansetzen, um die Motivation und Verweildauer der unterschiedlichen Berufsgruppen positiv zu beeinflussen. Dazu gehört der Ausbau von Möglichkeiten zum Austausch von Erfahrungen untereinander und mit Vorgesetzten, vor allem im mobilen Bereich, wo nur 20% der Beschäftigten mindestens einmal pro Woche Kontakt mit den Vorgesetzten haben und über 50% angeben, kaum oder gar keine Möglichkeit zum Austausch zu haben, wobei dies auch im stationären Bereich nicht wesentlich öfter der Fall ist. Dennoch ist als signifikant hervorzuheben, dass die Beschäftigten im mobilen Bereich weitaus höhere Autonomie

wahrnehmen, die auch mit steigendem (Dienst-)Alter und höherer Ausbildung einhergeht. Eine Herausforderung wird vor allem in Wien die weitere Integration der im Ausland geborenen MitarbeiterInnen bleiben, die in der Befragung eine signifikant geringere Autonomie im Beruf bekunden als geborene ÖsterreicherInnen.

**Das regelmäßige Erleben körperlicher Gewalt und sexueller Anzüglichkeiten im stationären Bereich deutet auf gravierende Herausforderungen hin**

Obwohl die Beschäftigten im Langzeitpflegesektor generell wahrnehmen, dass ihre Arbeit von KollegInnen und vor allem von den KlientInnen und deren Familien geschätzt wird, gibt es speziell im stationären Bereich einen relativ hohen Anteil an MitarbeiterInnen, die sich Kritik, Beleidigungen und körperlicher Gewalt sowie sexueller Belästigung ausgesetzt sehen. Wenn fast die Hälfte der MitarbeiterInnen (42,4% in großen und 47,9% in oberösterreichischen Heimen) mindestens einmal monatlich körperlicher Gewalt ausgesetzt sind und 20% sexueller Belästigung, so deutet dies auf gravierende Herausforderungen hin, die im Hinblick auf den Verbleib im Beruf und in der Folge auf das Berufsimago anzusprechen sind. Aufzugreifen ist vor allem die Tatsache, dass gerade in jenen Einrichtungen, in denen die größten Probleme zu herrschen scheinen (große Alten- und Pflegeheime), das geringste Ausmaß an Supervision und anderen Unterstützungsformen angeboten wird.

Abschließend ist anzumerken, dass die Einkommenssituation der Beschäftigten in dieser Befragung nicht erhoben bzw. nicht berücksichtigt werden konnte. Obwohl sicher auch dieser wesentliche Aspekt der Arbeitsbedingungen die Berufswahl und den Verbleib im Beruf beeinflussen kann, wiesen die RespondentInnen bei den offenen Items des Fragebogens nur in geringem Ausmaß auf wahrgenommene Probleme der Vergütung von Pflege- und Betreuungsarbeit hin.

Zusammenfassend werden daher auf Basis der Analyse dieser Befragung folgende Empfehlungen zur Diskussion gestellt, um die Arbeitsbedingungen im Langzeitpflegebereich weiter zu verbessern:

- Das zentrale Thema der gleichberechtigten Teilnahme von Frauen am Arbeitsmarkt durch Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist gerade im Bereich der Langzeitpflege stärker in den Vordergrund zu stellen. Neben Themen der Kinderbetreuung geht es hier besonders auch um neue Lösungen für die durch Pflege- und Betreuungskräfte in der eigenen Familie wahrgenommene informelle Pflege und Betreuung.
- Die insgesamt alternden Belegschaften und die Zunahme von MitarbeiterInnen mit gesundheitlichen Beschwerden im Bereich der Langzeitpflege verlangen nach angemessener Ausweitung der Gesundheitsförderung und der Entwicklung möglicherweise alternativer Funktionen und Aufgabenbe-

reiche, die dem Alter und Gesundheitszustand der MitarbeiterInnen angemessen sind (z.B. Mentoring, Qualitätssicherung, Service).

- Die Integration von nicht in Österreich geborenen MitarbeiterInnen ist vor allem in Wien, aber zunehmend auch in den Bundesländern ein Thema, das der weiteren Erörterung bedarf. Dazu gehört einerseits ein proaktiver Zugang zur Rekrutierung, andererseits aber auch eine verbesserte Kommunikation von Erwartungen, Haltungen sowie Rechten und Pflichten von ArbeitnehmerInnen in der Pflege und Betreuung.
- Die Integration der noch relativ neuen Berufsbilder Fachsozialbetreuung (Altenarbeit) mit und ohne Diplom bedarf des weiteren Ausbaus, wobei bei den bereits ausgebildeten Personen darauf zu achten ist, dass sie mit adäquaten Stellen- und Aufgabenbeschreibungen bzw. entsprechenden Einsatzplänen (Kommunikation, Sozialbetreuung) ausgestattet werden, um Frustration und Berufsausstieg zu vermeiden.
- Supervision und die Möglichkeit zur Entwicklung von Strategien, um mit Gewalt und anderen negativen Erfahrungen im Beruf umzugehen, sind auf breiterer Basis anzubieten, vor allem in großen Alten- und Pflegeheimen.
- Dabei sollten die durchaus positiven Entwicklungen einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen in der Langzeitpflege – abzulesen etwa an der Tatsache, dass Dienstpläne sich in hohem Maß an den Wünschen der MitarbeiterInnen orientieren – als Ausgangspunkt für weitere Verbesserungen in Richtung autonomen und personenzentrierten Arbeitens genutzt werden.



## Anhang 1

# Zur Methode der Multiplen Logistischen Regression

In dieser Studie wurde der Einfluss von mehreren unabhängigen Variablen auf eine abhängige Variable mithilfe der statistischen Methode der multiplen logistischen Regression untersucht. Ein logistisches Regressionsmodell eignet sich deshalb, weil die abhängigen Variablen jeweils binär codiert sind (das heißt ihre Ausprägungen sind „ja“ oder „nein“ bzw. „ich stimme zu“ oder „ich stimme nicht zu“).

In den folgenden Tabellen (Anhang 2) zu den Regressionsanalysen ist jeweils der durch das Modell geschätzte „Odds Ratio Wert“ angegeben. Das Odds Ratio entspricht dem Quotienten aus zwei Odds: dem Odds der betrachteten Ausprägung der Variable und dem Odds der Referenz-Ausprägung der Variable. Odds wiederum bezeichnen den Quotienten aus der Wahrscheinlichkeit, dass ein Ereignis eintritt und der Wahrscheinlichkeit, dass dieses Ereignis nicht eintritt (Gegenwahrscheinlichkeit).<sup>22</sup>

Odds Ratio Werte stellen ein Chancen- bzw. Risikoverhältnis dar. Odds Ratios werden berechnet, indem man z.B. zwei Gruppen hinsichtlich der Ausprägung einer Variable unterscheidet. So könnten z.B. Beschäftigte in zwei Bundesländern unterschiedliche Ausprägungen der Variable „Erschöpfung“ zeigen. Teilt man das „Risiko“ der Erschöpfung Beschäftigter in einem Bundesland (Gruppe A) mit demselben Erschöpfungsrisiko der Beschäftigten im anderen Bundesland (Gruppe B), so erhält man die Odds-Ratio für „Erschöpfung“ zwischen diesen beiden Gruppen. Ein Odds-Ratio  $<1$  bedeutet, dass ein geringeres Risiko (bzw. eine geringere Chance) für Gruppe A besteht, im Vergleich zur Gruppe B. Ein Wert von 1 bedeutet, dass es keinen Unterschied zwischen den beiden Gruppen gibt (die Chance ist gleich), ein Wert von  $>1$  zeigt hingegen eine höhere Chance für Gruppe A, verglichen mit Gruppe B, an.

---

**22** Die Odds des Ereignisses „ein Sechser beim nächsten Mal Würfeln“ sind beispielsweise  $(1/6)/(5/6)=1:5$ .

Die konkrete Bedeutung bzw. Interpretation des Odds Ratio kann am Beispiel der abhängigen Variable „Körperlich erschöpft“ verdeutlicht werden:

Körperlich erschöpft = 0, wenn die Befragten keine körperliche Erschöpfung empfinden, und körperlich erschöpft = 1, wenn sie körperliche Erschöpfung empfinden. Ziel ist es, den Einfluss der unabhängigen Variable „Bundesland“ auf das Erleben von körperlicher Erschöpfung zu untersuchen. Wie der Tabelle A4 entnommen werden kann, bildet das Bundesland „Wien“ die Referenz (Vergleichsgruppe), der geschätzte Odds Ratio Wert für das Bundesland Salzburg ist 0,54.

$$0,54 = \frac{\text{Wahrscheinlichkeit (körperlich erschöpft in Salzburg)}}{\text{Wahrscheinlichkeit (nicht körperlich erschöpft in Salzburg)}} / \frac{\text{Wahrscheinlichkeit (nicht körperlich erschöpft in Wien)}}{\text{Wahrscheinlichkeit (körperlich erschöpft in Wien)}}$$

Ein Odds Ratio Wert von 0,54 für das Bundesland Salzburg bedeutet, dass für Beschäftigte in Salzburg das Risiko, sich körperlich erschöpft zu fühlen, signifikant geringer ist, als für Beschäftigte in Wien.

## Anhang 2

# Regressionsanalysen zu ausgewählten Themenbereichen

## Arbeitsbedingungen

Um den statistisch relevanten Merkmalen nachzugehen, welche die Chance erhöhen, dass Beschäftigte in der Langzeitpflege angeben, eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen zu vermerken, wurden die nachfolgenden Kategorien im Rahmen einer Regressionsanalyse überprüft (Tabelle A1).

Abhängige Variable	Frage	Ausprägung
Verschlechterung der Arbeitsbedingungen	„Würden Sie sagen, dass sich Ihre Arbeitsbedingungen in den letzten Jahren verbessert oder verschlechtert haben?“	Verschlechterung der Arbeitsbedingungen = 0, wenn „Gleichbleibend“, „Hauptsächlich verbessert“  Verschlechterung der Arbeitsbedingungen = 1, wenn „Hauptsächlich verschlechtert“

Tabelle A1: Regressionsanalyse Verschlechterung der Arbeitsbedingungen

Kategorie	Vergleichsgruppe	Ausprägung	Verschlechterung der Arbeitsbedingungen
Anzahl der Fälle			955 / 937*
			<b>Odds Ratio</b>
<b>Geschlecht</b>	männlich	weiblich	1,34
<b>Geburtsland</b>	Österreich	anderes Land	<b>0,51***</b>
<b>Größe des Anbieters</b>	klein	mittel	2,75
		groß	2,67
<b>Altersgruppen</b>	<25	25-34	2,40
		35-44	<b>2,41**</b>
		45-54	<b>2,49**</b>
		55+	<b>2,35**</b>

<b>Ausbildung</b>	DGKP	PH	0,79
		DSB-A	0,52
		FSB-A	0,85
		HH	<b>0,42***</b>
		Sonstige	0,86
<b>Art des Anbieters</b>	öffentlich	for-profit	0,46
		non-profit	0,87
<b>Bundesland</b>	Wien	Salzburg	0,39
		OÖ	1,05
<b>Arbeitszeit</b>	Teilzeit	Vollzeit	1,26
<b>Sektor</b>	APH	MSGD	<b>0,45***</b>
<b>Gesundheitszustand</b>	ausgezeichnet	sehr gut	1,03
		gut	<b>2,19***</b>
		mäßig	<b>4,24***</b>
		schlecht	<b>5,53***</b>
<b>Stress in der Arbeit</b>	Nur selten bis Nein, nie	Ja, meistens bis manchmal	<b>0,52***</b>
<b>Alleingelassen werden mit Verantwortung</b>	Nein, ich stimme teilweise nicht zu bis stimme nicht zu	Ja, ich stimme zu bis stimme teilweise zu	<b>1,65***</b>
<b>Gestaltungsspielraum</b>	Nein, ich stimme teilweise nicht zu bis stimme nicht zu	Ja, ich stimme zu bis stimme teilweise zu	<b>0,52***</b>
<b>Körperlich erschöpft</b>	Manchmal, Selten, Nie	Fast immer bis oft	<b>1,62**</b>
<b>Psychisch erschöpft</b>	Manchmal, Selten, Nie	Fast immer bis oft	1,25

\* ab Kategorie „Stress in der Arbeit“

p\*\*<0,05, p\*\*\*<0,01

## Arbeitsbelastung und Stress

Um zu untersuchen, welche Faktoren das Ausmaß bzw. Empfinden von Arbeitsbelastung und Stress in der Langzeitpflege prägen, wurden folgende Variablen anhand verschiedener Merkmale statistisch untersucht:

Abhängige Variable	Frage	Ausprägung
Stress in der Arbeit	„Haben Sie Stress in der Arbeit?“	Stress in der Arbeit = 0, wenn „Nein, nie“, „Nur selten“  Stress in der Arbeit = 1, wenn „Ja, meistens“, „Manchmal“
Alleingelassen werden mit Verantwortung	„Ich fühle mich mit der Verantwortung für die pflegebedürftigen Menschen oft zu sehr allein gelassen.“	Alleingelassen werden mit Verantwortung = 0, wenn „Nein, ich stimme teilweise nicht zu“, „Nein, ich stimme nicht zu“  Alleingelassen werden mit Verantwortung = 1, wenn „Ja ich stimme zu“, „Ja ich stimme teilweise zu“
Arbeitsanforderungen zu hoch	„Wie gut sind Ihrer Meinung nach den Arbeitsanforderungen gewachsen?“	Arbeitsanforderungen zu hoch = 0, wenn „Anforderungen entsprechen meinen Fähigkeiten“, „Anforderungen sind zu niedrig“  Arbeitsanforderungen zu hoch = 1, wenn „Anforderungen sind zu hoch“

Tabelle A2: Regressionsanalyse Stress und Arbeitsbelastung

Kategorie	Vergleichsgruppe	Ausprägung	Stress in der Arbeit	Alleingelassen mit Verantwortung	Arbeitsanforderungen zu hoch
Anzahl der Fälle			973	965	956
<b>Odds Ratio</b>					
<b>Geschlecht</b>	männlich	weiblich	1,61	0,89	0,91
<b>Geburtsland</b>	Österreich	anderes Land	1,46	1,27	1,31
<b>Größe des Anbieters</b>	klein	mittel	<b>2,40**</b>	<b>1,97**</b>	1,75
		groß	1,90	<b>2,73***</b>	1,82
<b>Altersgruppen</b>	<25	25-34	1,17	1,28	1,09
		35-44	1,31	1,29	0,98
		45-54	1,09	1,14	1,13
		55+	1,10	1,34	1,10

<b>Ausbildung</b>	DGKP	PH	1,63	0,62	0,70
		FSB-A	0,84	<b>0,63**</b>	1,02
	Sonstige	HH	0,84	<b>0,63**</b>	1,05
			0,65	0,85	0,67
<b>Art des Anbieters</b>	öffentlich	for-profit	0,39	0,64	1,05
		non-profit	<b>0,21**</b>	0,88	1,11
<b>Bundesland</b>	Wien	Salzburg	0,86	0,63	<b>0,49**</b>
		OÖ	1,32	1,14	<b>0,47***</b>
<b>Arbeitszeit</b>	Teilzeit	Vollzeit	1,16	<b>1,28**</b>	1,09
<b>Sektor</b>	APH	MSGD	0,99	0,61	<b>0,20***</b>

p\*\*<0,05, p\*\*\*<0,01

## Autonomie

Für die gegenwärtige Situation in der Langzeitpflege in Österreich wurden nachfolgende Variablen verwendet, die Auskunft über das Ausmaß an Autonomie der Beschäftigten geben.

Abhängige Variable	Frage	Ausprägung
Gestaltungsspielraum	„Ich habe ausreichend Spielraum bei der Gestaltung meiner Arbeit“	Gestaltungsspielraum = 0, wenn „Nein, ich stimme teilweise nicht zu“, „Nein, ich stimme nicht zu“  Gestaltungsspielraum = 1, wenn „Ja, ich stimme zu“, „Ja, ich stimme teilweise zu“
Beeinflussbarkeit Planung	„Können Sie die tägliche Planung Ihrer Arbeit beeinflussen?“	Beeinflussbarkeit Planung = 0, wenn „Nur selten“, „Nein, nie“  Beeinflussbarkeit Planung = 1, wenn „Ja, meistens“, „Manchmal“

Tabelle A3: Regressionsanalyse Autonomie

Kategorie	Vergleichsgruppe	Ausprägung	Gestaltungsspielraum	Beeinflussbarkeit Planung
<i>Anzahl der Fälle</i>			963	964
<b>Odds Ratio</b>				
<b>Geschlecht</b>	männlich	weiblich	0,96	<b>0,65**</b>
<b>Geburtsland</b>	Österreich	anderes Land	0,64**	1,33
<b>Größe des Anbieters</b>	klein	mittel	0,79	<b>0,51***</b>
		groß	0,65	<b>0,37***</b>
<b>Altersgruppen</b>	<25	25-34	<b>2,24***</b>	1,59
		35-44	<b>2,49***</b>	<b>2,76**</b>
		45-54	<b>3,38***</b>	2,27
		55+	<b>2,91***</b>	2,28
<b>Ausbildung</b>	DGKP	PH	0,76	<b>0,59**</b>
		FSB-A	0,79	0,78
		HH	0,64	<b>0,56***</b>
		Sonstige	0,98	0,66

<b>Art des Anbieters</b>	öffentlich	for-profit	1,51	<b>2,09***</b>
		non-profit	1,24	1,38
<b>Bundesland</b>	Wien	Salzburg	1,22	0,70
		OÖ	0,83	0,73
<b>Arbeitszeit</b>	Teilzeit	Vollzeit	0,99	1,10
<b>Sektor</b>	APH	MSGD	<b>1,74**</b>	1,22

p\*\*<0,05, p\*\*\*<0,01

## Gesundheit, physisches und psychisches Wohlbefinden

Um herauszufinden, welche Beschäftigtengruppen in der Langzeitpflege eher mit psychischen und physischen Belastungen konfrontiert sind, wurden folgende Variablen statistisch analysiert:

Abhängige Variable	Frage	Ausprägung
Körperlich erschöpft	„Wie oft haben Sie sich nach einem Arbeitstag körperlich erschöpft gefühlt?“	Körperlich erschöpft = 0, wenn „Manchmal“, „Selten“, „Nie“  Körperlich erschöpft = 1, wenn „Fast immer“, „Oft“
Schmerzen im Rücken	„Wie oft haben Sie nach einem Arbeitstag Schmerzen im Rücken verspürt?“	Schmerzen im Rücken = 0, wenn „Manchmal“, „Selten“, „Nie“  Schmerzen im Rücken = 1, wenn „Fast immer“, „Oft“
Psychisch erschöpft	„Wie oft haben Sie sich nach einem Arbeitstag psychisch erschöpft gefühlt?“	Psychisch erschöpft = 0, wenn „Manchmal“, „Selten“, „Nie“  Psychisch erschöpft = 1, wenn „Fast immer“, „Oft“
Schwierigkeiten beim Einschlafen	„Wie oft haben Sie Schwierigkeiten beim Einschlafen gehabt, weil die Gedanken an die Arbeit Sie wach gehalten haben?“	Schwierigkeiten beim Einschlafen = 0, wenn „Manchmal“, „Selten“, „Nie“  Schwierigkeiten beim Einschlafen = 1, wenn „Fast immer“, „Oft“

Tabelle A4: Regressionsanalyse Gesundheit, physisches und psychisches Wohlbefinden

Kategorie	Vergleichsgruppe	Ausprägung	Körperlich erschöpft	Schmerzen im Rücken	Psychisch erschöpft	Schwierigkeiten beim Einschlafen
Anzahl der Fälle			957	953	955	953
Odds Ratio						
<b>Geschlecht</b>	männlich	weiblich	<b>1,60**</b>	<b>2,10***</b>	1,06	<b>2,84***</b>
<b>Geburtsland</b>	Österreich	anderes Land	0,97	1,29	1,09	0,82
<b>Größe des Anbieters</b>	klein	mittel	1,32	<b>1,96**</b>	0,73	0,92
		groß	1,59	<b>2,38***</b>	0,73	1,23
<b>Altersgruppen</b>	<25	25-34	1,46	0,91	1,66	1,59
		35-44	0,97	0,74	1,34	1,28
		45-54	0,66	0,67	1,03	1,60
		55+	0,66	0,66	0,89	2,57

<b>Ausbildung</b>	DGKP	PH	1,24	0,96	0,71	1,01
		FSB-A	0,80	1,18	<b>0,61***</b>	0,93
		HH	0,79	0,87	0,62	0,96
		Sonstige	0,79	0,79	0,83	1,48
<b>Art des Anbieters</b>	öffentlich	for-profit	0,94	0,81	0,91	0,94
		non-profit	<b>0,50**</b>	0,60	0,73	0,66
<b>Bundesland</b>	Wien	Salzburg	<b>0,54**</b>	1,34	<b>0,41***</b>	<b>0,47**</b>
		OÖ	0,66	0,81	<b>0,65**</b>	<b>0,50***</b>
<b>Arbeitszeit</b>	Teilzeit	Vollzeit	0,99	0,93	<b>1,60**</b>	1,22
<b>Sektor</b>	APH	MSGD	<b>0,54**</b>	0,97	<b>0,51**</b>	0,74
<b>Gesundheitszustand</b>	ausgezeichnet	sehr gut	<b>2,42***</b>	<b>5,27***</b>	1,21	0,92
		gut	<b>5,21***</b>	<b>15,29***</b>	<b>3,00***</b>	1,53
		mäßig	<b>24,18***</b>	<b>49,47***</b>	<b>8,93***</b>	<b>6,80***</b>
		schlecht	<b>64,51***</b>	<b>121,66***</b>	<b>9,69***</b>	<b>14,45***</b>

p\*\*&lt;0,05, p\*\*\*&lt;0,01

## Perspektiven zur Pflege- und Betreuungsarbeit

Um herauszufinden, welche Merkmale die Chance erhöhen, dass Beschäftigte in der Langzeitpflege eher an die Aufgabe der Arbeitsstelle oder des Berufes denken, ihre Arbeitstätigkeit vor Erreichen des gesetzlichen Pensionsantrittsalters aufgeben oder Angst vor dem Verlust ihrer Arbeitsstelle haben, wurden folgende Aspekte auf unterschiedliche Merkmale hin statistisch untersucht.

Abhängige Variable	Frage	Ausprägung
Aufgabe Arbeitsstelle	„Haben Sie im letzten Jahr ernsthaft darüber nachgedacht, Ihre Arbeitsstelle aufzugeben?“	Aufgabe Arbeitsstelle = 0, wenn „Ja, den Beruf“, „Nein, weder noch“ Aufgabe Arbeitsstelle = 1, wenn „Ja, die Arbeitsstelle“
Aufgabe Beruf	„Haben Sie im letzten Jahr ernsthaft darüber nachgedacht, Ihren Beruf aufzugeben?“	Aufgabe Beruf = 0, wenn „Ja, die Arbeitsstelle“, „Nein, weder noch“ Aufgabe Beruf = 1, wenn „Ja, den Beruf“
Weiterarbeit bis zur Pension	„Meinen Sie, dass Sie unter den derzeitigen Anforderungen Ihre jetzige Tätigkeit bis zum regulären Pensionseintrittsalter ausüben können?“	Weiterarbeit bis zur Pension = 0, wenn „Ja, wahrscheinlich“, „Ich weiß nicht“ Weiterarbeit bis zur Pension = 1, wenn „Nein, wahrscheinlich nicht“
Angst vor Verlust der Arbeitsstelle	„Wie oft haben Sie Schwierigkeiten beim Einschlafen gehabt, weil die Gedanken an die Arbeit Sie wach gehalten haben?“	Schwierigkeiten beim Einschlafen = 0, wenn „Nein, nie“ Schwierigkeiten beim Einschlafen = 1, wenn „Ja, meistens“

Tabelle A5: Regressionsanalyse Perspektiven zur Pflege- und Betreuungsarbeit

Kategorie	Vergleichsgruppe	Ausprägung	Aufgabe Arbeitsstelle	Aufgabe Beruf	Keine Weiterarbeit bis Pension	Angst vor Verlust der Arbeitsstelle
Anzahl der Fälle			944	944	946	957
<b>Odds Ratio</b>						
<b>Geschlecht</b>	männlich	weiblich	<b>0,63**</b>	0,88	<b>0,52***</b>	0,96
<b>Geburtsland</b>	Österreich	anderes Land	1,25	0,79	<b>0,59**</b>	<b>1,80**</b>
<b>Größe des Anbieters</b>	klein	mittel	<b>2,30**</b>	1,10	1,08	<b>3,34**</b>
		groß	<b>2,60**</b>	1,25	1,47	2,77

<b>Altersgruppen</b>	<25	25-34	0,86	3,41	<b>0,38**</b>	0,81
		35-44	1,08	2,11	<b>0,23***</b>	0,53
	45-54		0,92	1,45	<b>0,12***</b>	0,71
		55+	0,26***	1,21	<b>0,03***</b>	0,74
<b>Ausbildung</b>	DGKP	PH	1,20	0,62	1,37	0,84
		DSB-A	0,53	3,36	3,04	2,78
	FSB-A		<b>0,65**</b>	0,98	0,71	0,96
		HH	<b>0,30***</b>	0,65	<b>0,39***</b>	1,78
	Sonstige	0,90	0,89	0,64	1,30	
<b>Art des Anbieters</b>	öffentlich	for-profit	0,98	0,79	0,84	0,83
		non-profit	0,66	0,66	0,75	0,80
<b>Bundesland</b>	Wien	Salzburg	0,77	0,66	0,82	0,66
		OÖ	1,12	<b>0,40***</b>	0,86	0,65
<b>Arbeitszeit</b>	Teilzeit	Vollzeit	1,20	0,97	0,94	1,39
<b>Sektor</b>	APH	MSGD	1,14	1,37	0,82	1,97
<b>Gesundheitszustand</b>	ausgezeichnet	sehr gut	0,78	2,79	1,25	0,98
		gut	0,94	<b>5,72***</b>	<b>2,52***</b>	1,49
		mäßig	1,43	<b>11,67***</b>	<b>5,34***</b>	<b>3,25***</b>
		schlecht	<b>3,54***</b>	<b>13,13***</b>	<b>36,29***</b>	<b>5,55***</b>
<b>Physisch erschöpft</b>				1,77***		
<b>Psychisch erschöpft</b>				1,74***		

p\*\*&lt;0,05, p\*\*\*&lt;0,01

## Vereinbarkeit von Beruf und informellen Verpflichtungen

Um herauszufinden, welche Merkmale dazu beitragen, dass die Beschäftigten in der Langzeitpflege die Vereinbarkeit ihrer Arbeitszeiten und die Anforderungen des familiären und sozialen Lebens gut oder nicht gut bewältigen können, wurde die entsprechende Frage ausgewählt, um das Vereinbarkeitsthema zu analysieren.

Abhängige Variable	Frage	Ausprägung
Vereinbarkeit	„Passen Ihre Arbeitszeiten und Ihre familiären und sozialen Verpflichtungen außerhalb der Arbeit normalerweise zusammen?“	Vereinbarkeit = 0, wenn „Sehr gut“, „Relativ gut“ Aufgabe Arbeitsstelle = 1, wenn „Nicht gut“, „Überhaupt nicht gut“

Tabelle A6: Regressionsanalyse Vereinbarkeit

Kategorie	Vergleichsgruppe	Ausprägung	Vereinbarkeit
			Odds Ratio
<b>Geschlecht</b>	männlich	weiblich	0,95
<b>Geburtsland</b>	Österreich	anderes Land	1.37
<b>Größe des Anbieters</b>	klein	mittel	<b>11.46***</b>
		groß	<b>11.88***</b>
<b>Altersgruppen</b>	<25	25-34	3.59
		35-44	2.24
		45-54	2.45
		55+	2.15
<b>Ausbildung</b>	DGKP	PH	<b>2.22**</b>
		FSB-A	1.23
		HH	0,65
		Sonstige	1.78
<b>Art des Anbieters</b>	öffentlich	for-profit	0.56
		non-profit	0.64
<b>Bundesland</b>	Wien	Salzburg	1,06
		OÖ	0.57
<b>Arbeitszeit</b>	Teilzeit	Vollzeit	<b>2.61***</b>
<b>Sektor</b>	APH	MSGD	1,00
<b>Kinder</b>	keine Kinder	Mind. 1 Kind	0.88
<b>Unterstützung Pflegebedürftiger</b>	Keine Unterstützung	Unterstützung mind 1 Person	<b>1.81**</b>

p\*\*<0,05, p\*\*\*<0,01