

Aus dem Bereich Arbeitsmedizin  
der Medizinischen Fakultät  
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

**Die Erstellung von Gefährdungsbeurteilungen psychischer Belastung für die  
mobil-flexible Arbeit**

Exemplarisch dargestellt an mobilen Berufen im Bereich der Pflege

**Dissertation**

zur Erlangung des Doktorgrades

(Dr. rer. medic.)

doctor rerum medicarum

an der Medizinischen Fakultät  
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

von Frau Ronja Bölsch-Peterka, M. Sc. u. B. A.  
geb. am 20. Juni 1989 in Magdeburg  
Magdeburg, Juli 2024

## Bibliografische Beschreibung

Bölsch-Peterka, Ronja: Die Erstellung von Gefährdungsbeurteilungen psychischer Belastung für die mobil-flexible Arbeit: Exemplarisch dargestellt an mobilen Berufen im Bereich der Pflege. – Juli 2024. - 240 Bl., 27 Abb., 38 Tab., 4 Anl., 14 Anh.

### **Kurzreferat:**

Für Arbeitgeber\*innen wird die psychische Gesundheit ihrer Beschäftigten immer mehr zu einem handlungsbedürftigen Thema. Ein geeignetes Instrument, um Maßnahmen für die Unternehmen abzuleiten, ist die rechtlich geforderte Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. In dieser Arbeit werden zwei mobile Berufszweige aus der Pflege (ambulante Pflegedienst und der Medizinische Dienst) vorgestellt und die verwendeten Analyseinstrumente (angepasster COPSQ, Arbeitssituationsanalyse, individueller Fragebogen) nach Qualitätsgrundsätzen ausgewertet. Für die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung kann geschlussfolgert werden, dass das Analyseinstrument stets nach den Anforderungen der Unternehmen gewählt werden muss. Insbesondere bei kleinen Unternehmen, wie ambulante Pflegedienste (n = 33), hat sich gezeigt, dass sich dafür Arbeitssituationsanalysen anbieten. Bei größeren Unternehmen, wie dem Medizinischen Dienst (n = 209), können orientierende Analysen mit Hilfe von Fragebögen sehr sinnvoll sein. Sie müssen jedoch durch nachgelagerte Workshopformate ergänzt werden. Ebenfalls macht es Sinn, angepasste Analysen bzgl. der Arbeitsform durchzuführen. So konnte für die ambulante Pflege festgestellt werden, dass vor Ort in den Patient\*innenwohnungen die Arbeitsbedingungen schlechter sind. Für den Medizinischen Dienst zeigte sich das meiste Verbesserungspotential bei den Arbeitsbedingungen in bestimmten Tätigkeitsgruppen. Insgesamt besteht für beide Berufszweige ein Forschungsbedarf nach adäquaten, empfehlenswerten Präventionsangeboten, die sowohl auf der Verhaltens- als auch Verhältnisebene wirken.

### Schlüsselwörter

Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung; mobil-flexible Arbeit; ambulante Pflege; häusliche Krankenpflege; Medizinischer Dienst

# Inhaltsverzeichnis

<b>Bibliografische Beschreibung</b> .....	<b>I</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>V</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>VI</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>VIII</b>
<b>1 Einführung</b> .....	<b>1</b>
1.1 Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung .....	2
1.1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen .....	3
1.1.2 Theoretischer Hintergrund.....	7
1.1.3 Idealtypischer Ablauf einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung .....	8
1.1.4 Aktuelle Datenlage zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung in Deutschland.....	11
1.2 Mobil-flexible Arbeit .....	12
1.2.1 Strukturen mobil-flexibler Arbeit .....	12
1.2.1.1 Definition und Mobilitätsformen .....	12
1.2.1.2 Anforderungen an die mobil-flexible Arbeit .....	17
1.2.1.3 Negative und positive Beanspruchungsfolgen mobil-flexibler Arbeit.....	18
1.2.1.4 Kriterien und Orientierungsansätze für die gesundheitsförderliche Gestaltung für das mobil-flexible Arbeiten .....	20
1.2.2 Aktuelle Datenlage zur Verteilung und Umsetzung mobil-flexibler Arbeit in Deutschland .....	23
1.3 Exemplarische Darstellung: mobile Berufe in der Pflege in Deutschland.....	31
1.3.1 Strukturen und Rahmenbedingungen für die ambulante Pflege und den Medizinischen Dienst .....	32
1.3.2 Aktuelle Datenlage für die ambulante Pflege und den Medizinischen Dienst .....	36
1.3.3 Psychische Belastung in der ambulanten Pflege .....	42
1.4 Fragestellung und Hypothesen.....	59
<b>2 Material und Methoden</b> .....	<b>62</b>
2.1 Teilprojekt ambulante Pflege .....	62
2.1.1 Studiendesign.....	62
2.1.2 Stichprobe .....	63
2.1.3 Verwendete Messinstrumente.....	64
2.1.3.1 Befragung mittels Fragebogen .....	64
2.1.3.2 Arbeitssituationsanalyse .....	66

2.2	Teilprojekt Medizinischer Dienst.....	69
2.2.1	Studiendesign.....	69
2.2.2	Stichprobe .....	69
2.2.3	Verwendetes Messinstrument.....	71
2.3	Statistik.....	72
<b>3</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>74</b>
3.1	Teilprojekt ambulante Pflege .....	74
3.1.1	Soziodemografische Daten .....	74
3.1.2	Ergebnisse der Befragung mittels Fragebogen.....	76
3.1.3	Ergebnisse der Arbeitssituationsanalyse .....	84
3.2	Teilprojekt Medizinischer Dienst.....	86
3.2.1	Soziodemografische Daten .....	87
3.2.2	Ergebnisse der Befragung mittels Fragebogen.....	87
3.2.2.1	Erfahrungsvergleich.....	88
3.2.2.2	Tätigkeitsgruppenvergleich .....	96
3.3	Gegenüberstellung der Ergebnisse der mobil-flexiblen Arbeit aus beiden Projekten.....	131
<b>4</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>139</b>
4.1	Teilprojekt ambulante Pflege .....	139
4.1.1	Diskussion der soziodemografischen Daten .....	140
4.1.2	Diskussion der Ergebnisse der Befragung mittels Fragebogen .....	141
4.1.3	Diskussion der Ergebnisse der Arbeitssituationsanalyse.....	143
4.2	Teilprojekt Medizinischer Dienst.....	144
4.2.1	Diskussion der soziodemografischen Daten .....	145
4.2.2	Diskussion der Ergebnisse der Befragung mittels Fragebogen .....	146
4.3	Diskussion der Gegenüberstellung der Ergebnisse der mobil-flexiblen Arbeit aus beiden Projekten .....	148
4.4	Schlussfolgerungen für den Prozess der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung .....	151
4.5	Limitation der Studie.....	157
4.6	Forschungsausblick.....	158
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>161</b>
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>163</b>
	<b>Anlagenverzeichnis .....</b>	<b>174</b>

<b>Anhangverzeichnis .....</b>	<b>189</b>
<b>Danksagungen .....</b>	<b>223</b>
<b>Erklärung .....</b>	<b>224</b>
<b>Erklärung zur strafrechtlichen Verurteilung.....</b>	<b>225</b>
<b>Lebenslauf und wissenschaftlicher Werdegang.....</b>	<b>226</b>

## Abkürzungsverzeichnis

ÄG	Ärztliche Gutachter*innen
AI	Arbeitsinhalte
AO	Arbeitsorganisation
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASITA	Arbeitssituationsanalyse
AU	Arbeitsumgebung
B-K	Bonferroni-Korrektur
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
d	Cohens D
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
FGB	Gesundheitliche Beschwerden und Empfindungen
GB	Gefährdungsbeurteilung
GBpsych	Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung
IT	Informationstechnik
GDA	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
K-W-Test	Kruskal-Wallis-Test
MW	Mittelwert
M-W-Test	Mann-Whitney-U-Test
MD	Medizinischer Dienst
NA	Arbeitsanforderungen
PG	Pflegegutachter*innen
QP	Qualitätsprüfer*innen
s.	siehe
SB	Soziale Beziehungen
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
So	Sonstige
VPN	Virtual Private Network
ZU	Zufriedenheit

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Belastungs- und Beanspruchungsmodell nach Petersen & Melzer (2022), in Anlehnung an DIN EN ISO 10075-1 (2018) .....	7
Abbildung 2: Ablauf der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung nach ArbSchG .....	8
Abbildung 3: Detaillierter idealtypischer Ablauf einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (auf Grundlage von Pieck, 2012).....	10
Abbildung 4: Darstellung der Mobilitätsformen im Kontext der Intensität und Permanenz (Bölsch-Peterka & Böckelmann (2021) und in Anlehnung an Hupfeld et al. (2013)).....	13
Abbildung 5: Anforderungen und Bedingungen mobil-flexibler Arbeit (modif. nach Hupfeld et al., 2013) .....	17
Abbildung 6: Kriterien für die gesundheitsförderliche Gestaltung des mobil-flexiblen Arbeitens (Bölsch-Peterka & Böckelmann, 2021) .....	21
Abbildung 7: Anteil der Erwerbstätigen im Homeoffice in % (Statistisches Bundesamt, 2023a).....	23
Abbildung 8: Arbeiten von zu Hause in Deutschland und in der EU-28, 2002-2018, Angabe in % (vgl. Bonin et al., 2020) .....	24
Abbildung 9: Arbeit von zu Hause in ausgewählten Wirtschaftsbereichen 2021 (Statistisches Bundesamt, 2023b).....	25
Abbildung 10: Erwerbskonstellationen in Paarfamilien in Baden-Württemberg 2022 (Familienforschung Baden-Württemberg, 2022) .....	28
Abbildung 11: Standorte der Medizinischen Dienste innerhalb Deutschlands (vgl. Medizinischer Dienst Bund, 2022).....	35
Abbildung 12: Anzahl und Verteilung ambulanter Pflege- u. Betreuungsdienste in Deutschland im Zeitraum von 1999 bis 2021(vgl. GBE Bund, 2021a).....	36
Abbildung 13: Anzahl und Verteilung ambulanter Pflege- u. Betreuungsdienste in Sachsen-Anhalt im Zeitraum von 1999 bis 2021 (vgl. GBE Bund, 2021a; Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, 2023).....	37
Abbildung 14: Anzahl und Beschäftigungsart in der ambulanten Pflege in Deutschland im Zeitraum von 1999 bis 2021 (vgl. GBE Bund, 2021c) .....	38
Abbildung 15: Anzahl und Beschäftigungsart in der ambulanten Pflege in Sachsen-Anhalt im Zeitraum von 1999 bis 2021 (vgl. GBE Bund, 2021c).....	38
Abbildung 16: Personal in den ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten Sachsen-Anhalt 2021 in den Altersgruppen (vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, 2023).....	39
Abbildung 17: Anzahl der zu Pflegenden in der ambulanten Pflege in Deutschland im Zeitraum von 1999 bis 2021 (vgl. GBE Bund, 2021d, 2021e).....	40

Abbildung 18: Anzahl der zu Pflegenden in der ambulanten Pflege in Sachsen-Anhalt im Zeitraum von 1999 bis 2021 (vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, 2023).....	40
Abbildung 19: Verteilung der Berufsfelder beim MD Sachsen-Anhalt 2022 (vgl. Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt, 2023).....	41
Abbildung 20: Relevante Publikationen zu Belastungsstrukturen in der ambulanten Pflege geordnet nach ihrem Publikationsdatum .....	43
Abbildung 21: Arbeitssituationsspinne mit Anpassung an die Befragung nach der mobil-flexiblen Tätigkeit; Erklärung: Farbe Grün steht für „zufrieden“, Gelb für „teils zufrieden, teils unzufrieden“ und Rot für „unzufrieden“ . .....	68
Abbildung 22: Verteilung der Alterskategorien in der ambulanten Pflege (n = 32).....	75
Abbildung 23: Verteilung der Tätigkeitsbereiche in der ambulanten Pflege; Mehrfachnennung möglich (n = 33).....	75
Abbildung 24: Verteilung von Arbeitszeitformen in der ambulanten Pflege (n = 32) .....	76
Abbildung 25: Quantitative Analyse der Arbeitssituation dargestellt mit Hilfe der Arbeitssituationsspinne (n = 7); Erklärung: Farbe Grün steht für „zufrieden“, Gelb für „teils zufrieden, teils unzufrieden“ und Rot für „unzufrieden“ .....	85
Abbildung 26: Verteilung der Alterskategorien beim MD (n = 209).....	87
Abbildung 27: Gesundheitspersonal nach Altersgruppen 2022 in %, insgesamt 6,0 Millionen (Statistisches Bundesamt, 2024).....	145

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsgrundsätze für Instrumente/Verfahren zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (vgl. Nationale Arbeitsschutzkonferenz, 2018) .....	6
Tabelle 2: Merkmalsbereiche und Inhalte der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (vgl. Nationale Arbeitsschutzkonferenz, 2018) .....	6
Tabelle 3: Zuordnung der Mobilitätsformen nach berufsassoziierter und berufsbedingter Mobilität sowie der Mischformen (Bölsch-Peterka & Böckelmann, 2021) .....	15
Tabelle 4: Verbreitung der Arbeit von zu Hause, n = 17.574, alle Angaben in Zeilenprozent (vgl. BAuA, 2023) .....	26
Tabelle 5: Ort der Arbeit bei mobiler Arbeit und Homeoffice, Anteile an der abhängig beschäftigten Bevölkerung ab 18 Jahren mit Nutzung von mobilen Arbeiten oder Homeoffice, Juni 2019, n = 455, in Prozent, Mehrfachnennung möglich (vgl. Bonin et al., 2020) .....	29
Tabelle 6: Pendeldistanzen nach Bildung, Wirtschaftszweig und Tätigkeit 2014 und Veränderung gegenüber 2000 (Haller & Dauth, 2018) .....	30
Tabelle 7: Artikel der Charta der Rechte hilfe- und pflegbedürftiger Menschen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Gesundheit, 2020) .....	34
Tabelle 8: Übersicht zu den Suchergebnissen zum Suchterm "ambulante Pflege" sortiert nach Datenbanken .....	43
Tabelle 9: Übersicht der relevanten Publikationen mit ihren Kerninhalten .....	46
Tabelle 10: Kernelemente des verwendeten Messinstruments für Teilprojekt ambulante Pflege (Kurzform COPSQ nach Nübling et. al (2005) und eigene Anpassungen in kursiv) .....	65
Tabelle 11: Kernelemente des verwendeten Messinstruments für Teilprojekt MD .....	71
Tabelle 12: Darstellung der Ergebnisse der Oberkategorie Anforderungen sowohl im Altersgruppenvergleich (< 45 Jahre vs. ≥ 45 Jahre) als auch im Vergleich mit der COPSQ Referenzdatenbank .....	77
Tabelle 13: Darstellung der Ergebnisse der Oberkategorie Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten sowohl im Altersgruppenvergleich (< 45 Jahre vs. ≥ 45 Jahre) als auch im Vergleich mit der COPSQ Referenzdatenbank .....	78
Tabelle 14: Darstellung der Ergebnisse der Oberkategorie Soziale Beziehung und Führung (Teil 1) sowohl im Altersgruppenvergleich (< 45 Jahre vs. ≥ 45 Jahre) als auch im Vergleich mit der COPSQ Referenzdatenbank .....	79

Tabelle 15: Darstellung der Ergebnisse der Oberkategorie Soziale Beziehung und Führung (Teil 2) sowohl im Altersgruppenvergleich (< 45 Jahre vs. ≥ 45 Jahre) als auch im Vergleich mit der COPSOQ Referenzdatenbank.....	80
Tabelle 16: Darstellung der Ergebnisse der Oberkategorie Arbeitsumgebung und -bedingungen sowohl im Altersgruppenvergleich (< 45 Jahre vs. ≥ 45 Jahre) als auch im Vergleich mit der COPSOQ Referenzdatenbank.....	81
Tabelle 17: Vergleich der physischen Arbeitsbedingungen vor Ort und beim Kunden.....	82
Tabelle 18: Darstellung der Ergebnisse der Oberkategorie Belastungsfolgen sowohl im Altersgruppenvergleich (< 45 Jahre vs. ≥ 45 Jahre) als auch im Vergleich mit der COPSOQ Referenzdatenbank.....	83
Tabelle 19: Darstellung der Ergebnisse der Oberkategorie Beschwerden sowohl im Altersgruppenvergleich (< 45 Jahre vs. ≥ 45 Jahre) als auch im Vergleich mit der COPSOQ Referenzdatenbank.....	84
Tabelle 20: Darstellung der signifikanten Items und der Items mit tendenziellen Unterschieden für die zwei Vergleichsgruppen anhand der Schwerpunktthemen des Fragebogens für das Teilprojekt MD.....	88
Tabelle 21: Darstellung der signifikanten Items und der Items mit tendenziellen Unterschieden des Schwerpunktbereichs Arbeitsinhalte im Erfahrungsvergleich (≤ 10 Jahre vs. > 10 Jahre).....	88
Tabelle 22: Darstellung der signifikanten Items und der Items mit tendenziellen Unterschieden des Schwerpunktbereichs Arbeitsorganisation im Erfahrungsvergleich (≤ 10 Jahre vs. > 10 Jahre).....	90
Tabelle 23: Darstellung der Items mit tendenziellen Unterschieden des Schwerpunktbereichs Arbeitsumgebung im Erfahrungsvergleich (≤ 10 Jahre vs. > 10 Jahre).....	91
Tabelle 24: Darstellung der signifikanten Items und der Items mit tendenziellen Unterschieden des Schwerpunktbereichs Soziale Beziehungen im Erfahrungsvergleich (≤ 10 Jahre vs. > 10 Jahre).....	91
Tabelle 25: Darstellung der signifikanten Items des Schwerpunktbereichs Arbeitsanforderungen im Erfahrungsvergleich (≤ 10 Jahre vs. > 10 Jahre).....	93
Tabelle 26: Darstellung der signifikanten Items und der Items mit tendenziellen Unterschieden des Schwerpunktbereichs Gesundheitliche Beschwerden und Empfindungen im Erfahrungsvergleich (≤ 10 Jahre vs. > 10 Jahre).....	94
Tabelle 27: Darstellung der signifikanten Items und der Items mit tendenziellen Unterschieden des Schwerpunktbereichs Zufriedenheit im Erfahrungsvergleich (≤ 10 Jahre vs. > 10 Jahre).....	95

Tabelle 28: Darstellung der signifikanten Items und der Items mit tendenziellen Unterschieden des Schwerpunktbereichs Arbeitsinhalte im Tätigkeitsgruppenvergleich (Ärztliche Gutachter*innen, Pflegegutachter*innen, Qualitätsprüfer*innen und Bereich Sonstige).....	97
Tabelle 29: Darstellung der signifikanten Items und der Items mit tendenziellen Unterschieden des Schwerpunktbereichs Arbeitsorganisation im Tätigkeitsgruppenvergleich (Ärztliche Gutachter*innen, Pflegegutachter*innen, Qualitätsprüfer*innen und Bereich Sonstige).....	107
Tabelle 30: Darstellung der signifikanten Items des Schwerpunktbereichs Arbeitsumgebung im Tätigkeitsgruppenvergleich (Ärztliche Gutachter*innen, Pflegegutachter*innen, Qualitätsprüfer*innen und Bereich Sonstige).....	112
Tabelle 31: Darstellung der signifikanten Items und der Items mit tendenziellen Unterschieden des Schwerpunktbereichs Soziale Beziehungen im Tätigkeitsgruppenvergleich (Ärztliche Gutachter*innen, Pflegegutachter*innen, Qualitätsprüfer*innen und Bereich Sonstige).....	118
Tabelle 32: Darstellung der signifikanten Items des Schwerpunktbereichs Arbeitsanforderungen im Tätigkeitsgruppenvergleich (Ärztliche Gutachter*innen, Pflegegutachter*innen, Qualitätsprüfer*innen und Bereich Sonstige).....	122
Tabelle 33: Darstellung der signifikanten Items und der Items mit tendenziellen Unterschieden des Schwerpunktbereichs Gesundheitliche Beschwerden und Empfindungen im Tätigkeitsgruppenvergleich (Ärztliche Gutachter*innen, Pflegegutachter*innen, Qualitätsprüfer*innen und Bereich Sonstige).....	126
Tabelle 34: Darstellung der signifikanten Items und der Items mit tendenziellen Unterschieden des Schwerpunktbereichs Zufriedenheit im Tätigkeitsgruppenvergleich (Ärztliche Gutachter*innen, Pflegegutachter*innen, Qualitätsprüfer*innen und Bereich Sonstige).....	128
Tabelle 35: Gegenüberstellung und Vergleich der Ergebnisse aus dem Fragenkomplex mobil-flexible Arbeit für die Teilprojekte ambulante Pflege und MD .....	132
Tabelle 36: Darstellung des Tätigkeitsgruppenvergleichs für den Fragenkomplex mobil-flexible Arbeit für das Teilprojekt MD .....	135
Tabelle 37: Übersicht zu den Schwerpunktthemen der einzelnen Tätigkeitsgruppen des MDs.....	148
Tabelle 38: Prüfung der angewendeten Analyseinstrumente nach den Qualitätsgrundsätzen für Instrumente/Verfahren zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung nach Nationale Arbeitsschutzkonferenz (2018) .....	153

Für meine Zwilling Flamme –

Ohne dich wäre all das nicht möglich gewesen.

## 1 Einführung

Insgesamt hat sich die psychische Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland durch die Pandemie, verursacht durch das SARS-CoV-2-Virus, verschlechtert (Robert Koch Institut, 2022). Dies spiegelt sich auch im „Psychreport“ für 2023 der DAK wider (DAK-Zentrale, 2024). Fehltage aufgrund einer psychischen Erkrankung (323 Fehltage je 100 Versicherte) liegen auf Platz drei nach den Erkrankungen des Atmungssystems (415 Fehltage je 100 Versicherte) und des Muskel-Skelettsystems (373 Fehltage je 100 Versicherte). Es konnte ein Anstieg von 21 % von 2022 zu 2023 der Arbeitsunfähigkeitsfälle in der Diagnosegruppe der psychischen Erkrankungen festgestellt werden. Insbesondere sind die Arbeitnehmer\*innen im Gesundheitswesen betroffen. Auf sie kommen die meisten Fehltage in dieser Diagnosegruppe (472 Fehltage je 100 Versicherte) bei einem Wirtschaftsgruppenvergleich (DAK-Zentrale, 2024). Diese Entwicklung führt neben dem Fachkräftemangel zu einer Mehrbelastung für das verbleibende Personal.

Arbeitgeber\*innen sind also gefragt, wie sie dieser Herausforderung entgegenzutreten können. Durch das Arbeitsschutzgesetz sind sie sogar dazu verpflichtet und hierfür bietet sich der rechtliche Rahmen der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (GBpsych) an. Dieser wird durch die Leitlinien der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz ergänzt und Unternehmen sind dazu angehalten besondere und neue Arbeitsformen entsprechend in ihren Analysen zu berücksichtigen (Nationale Arbeitsschutzkonferenz, 2018). Eine dieser Arbeitsformen ist z. B. die mobil-flexible Arbeit, die aufgrund ihrer Komplexität gesondert betrachtet werden muss (Beermann et al., 2017; Hupfeld et al., 2013). Als Untergruppe in dieser Arbeitsform zählen die mobilen Berufe, die innerhalb der Arbeitszeit ihre Arbeitstätigkeit durch Phasen der Mobilität (z. B. Autofahren) absolvieren. In dieser Arbeit werden zwei mobile Berufszweige innerhalb der Pflege vorgestellt. Sie sind insbesondere von Bedeutung, da, wie bereits dargestellt, sie deutlich häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen sind.

Diese Arbeit soll anhand der aktuellen Forschungsergebnisse zur ambulanten Pflege und dem Medizinischen Dienst eine Orientierung für die verschiedenen betrieblichen Akteur\*innen im Arbeits- und Gesundheitsschutz bieten, die psychische Gefährdungsbeurteilungen durchführen und die in der Pflege tätig sind.

Die Arbeit ist wie folgt aufgebaut: Im ersten Kapitel werden die fachlichen Grundlagen zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung, zur mobil-flexiblen Arbeit und zu den zwei mobilen Berufszweigen in der Pflege vorgestellt. Abschließend zu jedem Unterkapitel schließt sich eine Darstellung der aktuellen Datenlage an. Anhand dieses Wissens werden im Unterkapitel 1.4 die Fragestellungen und Hypothesen für die Dissertationsschrift abgeleitet. Kapitel 2 beinhaltet die Vorstellung des Materials und der Methoden, die in diesem Forschungsprojekt genutzt wurden. Hierbei wird zwischen den zwei mobilen Berufszweigen und Teilprojekten ambulante Pflege und Medizinischer Dienst unterschieden, da auch voneinander abweichende Instrumente verwendet wurden. Darauf folgt die Vorstellung der Ergebnisse (Kapitel 3) der beiden Teilprojekte und eine Gegenüberstellung der Ergebnisse der mobil-flexiblen Arbeit aus beiden Projekten. Kapitel 4 umfasst eine Diskussion der Ergebnisse und stellt systematisch die Schlussfolgerungen für den Prozess der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung für Akteur\*innen dar. Ebenfalls werden die Limitationen des Forschungsprojektes beschrieben und um einen umfassenden Forschungsausblick abschließend ergänzt. Im letzten Kapitel wird eine Zusammenfassung der zentralen Erkenntnisse und Ergebnisse der Arbeit gegeben.

### 1.1 Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung

Seit seiner Fassung von 1996 ist im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG, 1996) § 2 (1) formuliert, dass Maßnahmen innerhalb der Unternehmen ergriffen werden sollen, die zu einer Verhütung von Unfällen beitragen, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren minimieren und die Gestaltung menschengerechter Arbeit fördern. 2013 wurde das Gesetz noch einmal geschärft und explizit um die psychische Belastung ergänzt. So entstand der Ansatz der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (GBpsych). Dieses Unterkapitel gibt einen Überblick zu den rechtlichen Rahmenbedingungen, die für Unternehmen bei der Umsetzung der GBpsych gelten, auf welchen theoretischen Hintergrund diese fußt und wie ein idealtypischer Ablauf aussehen kann. Abschließend erfolgt eine Darstellung zu der aktuellen Datenlage der Umsetzung der GBpsych in Deutschland.

### 1.1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Grundlage für die GBpsych ist das Arbeitsschutzgesetz. Insbesondere sind seit 2013 die Änderungen der Paragraphen § 4 (1) und § 5 (6) von Relevanz, da sie nun explizit eine Berücksichtigung der psychischen Belastung und eine Minimierung der Gefährdungen für die psychische Gesundheit im Arbeitskontext fordern. Die bis dahin feststehenden Grundsätze für die Gefährdungsbeurteilung (GB) gelten weiterhin (z. B. § 4 ArbSchG). Dies bedeutet für den Ablauf ein zyklisches Vorgehen, welches im Abschnitt 1.1.3 vorgestellt wird und durch § 3 (1), 5 (1) und 6 geregelt ist. Hierzu ist der/die Arbeitgeber\*in verpflichtet (§ 3 ArbSchG) und für die Beschäftigten gilt eine Unterstützungspflicht (§ 15 und 16 ArbSchG). Das Gesetz bietet einen groben Rahmen für die Umsetzung der GBpsych und soll durch die gemeinsame Arbeitsschutzstrategie (GDA), welche durch die Nationale Arbeitsschutzkonferenz formuliert wird, noch konkretisiert werden (§ 20a u. 20b ArbSchG). Dieser Ansatz soll den Raum geben, um das Vorgehen entsprechend auf die Rahmenbedingungen vor Ort in den Betrieben anzupassen (§ 5 (2) ArbSchG) und aktuelle arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis einfließen lassen zu können (§ 4 (3) ArbSchG).

Aktuell (Stand Juni 2024) gibt es zwei relevante Leitlinien, die durch die GDA publiziert wurden, und seit März 2023 steht allen Interessierten ein Internetportal unter *gda-psyche.de* zur Verfügung, welches durch das Arbeitsprogramm Psyche der GDA betreut wird. Insbesondere das Internetportal soll Akteur\*innen aus den Betrieben, die für die GBpsych verantwortlich sind, schnell und einfach alle relevanten Informationen für die Umsetzung der GBpsych zur Verfügung stellen. So wird auch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) mit ihren Publikationen dort aufführt. Insbesondere sei zur Ermittlung der IST-Situation die Publikation „*Psychische Belastung – der Schritt der Risikobeurteilung*“ zu nennen (Berger et al., 2019). Nachfolgend werden die zwei Leitlinien der GDA vorgestellt.

Die Leitlinie „*Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation*“ gibt eine Übersicht für Aufsichtspersonen, nach welchen Kriterien in den Betrieben sie die GB zu prüfen haben (Nationale Arbeitsschutzkonferenz, 2017). Somit ist sie auch ein Anhaltspunkt für Akteur\*innen in den Unternehmen, welche Punkte sie explizit bei der Umsetzung der GB zu beachten haben. In der Leitlinie wird zwischen drei möglichen Fällen unterschieden.

Eine GB kann angemessen, nicht angemessen oder nicht durchgeführt wurden sein.

Sie zählt als angemessen, wenn:

- „die betriebliche Gefährdungsbeurteilung im Wesentlichen durchgeführt und zutreffend bewertet wurde,
- Maßnahmen des Arbeitgebers ausreichend und geeignet sind,
- die Wirksamkeitskontrollen durchgeführt werden,
- die Beurteilung aktuell ist und
- die Dokumentation in Form und Inhalt angemessen vorliegt“ (vgl. Nationale Arbeitsschutzkonferenz, 2017).

Allein eine Prüfung des IST-Zustandes ist somit nicht ausreichend. Vielmehr geht es um einen Lernprozess, der fest im Betrieb verankert werden sollte und ein fortwährender Teil der Organisationsentwicklung ist (Pieck, 2012). So ist in der Leitlinie auch eindeutig formuliert, wann eine GB als nicht angemessen gilt. Das ist z. B., wenn:

- „die betriebliche Gefährdungssituation unzutreffend bewertet wurde,
- wesentliche Gefährdungen des Arbeitsplatzes/der Tätigkeit nicht ermittelt worden sind,
- wesentliche Arbeitsplätze/Tätigkeiten nicht beurteilt wurden,
- besondere Personengruppen nicht berücksichtigt wurden,
- Maßnahmen des Arbeitgebers nicht ausreichend oder ungeeignet sind,
- keine oder unvollständige Wirksamkeitskontrollen durchgeführt wurden,
- die Beurteilung nicht aktuell ist,
- erforderliche Unterlagen des Arbeitgebers nicht aussagefähig bzw. plausibel sind“ (vgl. Nationale Arbeitsschutzkonferenz, 2017).

In dieser Leitlinie wird des Weiteren darauf hingewiesen, dass Betriebe mit 10 oder weniger Beschäftigten eine vereinfachte Dokumentation durchführen können. Dies gilt seit November 2018 und somit muss ab dem 1. Beschäftigten eine Dokumentation erfolgen.

Die zweite Leitlinie „*Beratung und Überwachung bei psychischer Belastung am Arbeitsplatz*“ ergänzt die bereits vorgestellte und vertieft noch weitere Themen zum Umgang mit psychischer Belastung am Arbeitsplatz (Nationale Arbeitsschutzkonferenz, 2018). So geht sie insbesondere auf verschiedene Arten von Analyseinstrumenten,

Arten von Datengrundlagen, Qualitätsgrundsätzen von Analyseinstrumenten, dem Vorgehen und den zu betrachtenden Merkmalsbereichen ein.

In der Leitlinie werden drei Arten von Instrumenten anhand ihrer Analysetiefe unterschieden. Es gibt die orientierende Analyse, die Screening- und die Tiefenanalyse, welche als Stufenkonzept umgesetzt werden sollen. Grundsätzlich können sich diese Verfahren ergänzen und aufeinander aufbauen. *Orientierende Analysen* (Grobanalysen) geben einen ersten groben Überblick zur Belastungssituation im Unternehmen. Meist erfolgen einfache Befragungen, die die Belastungssituation der Beschäftigten flächendeckend im Betrieb erfassen. *Screeninganalysen* beschreiben die Belastungssituation bereits deutlich differenzierter. Hierzu kann z. B. der COPSOQ gezählt werden, welcher in einer angepassten Form in dieser Arbeit vorgestellt wird (s. Abschnitt 2.1.3.1). Die *Tiefenanalyse*, auch Expertenverfahren genannt, greift konkrete Probleme bereits auf und durch Beteiligung der Beschäftigten werden diese weiter untersucht. Die im Abschnitt 2.1.3.2 vorgestellte Arbeitssituationsanalyse (ASITA) beinhaltet, abhängig von ihrer Vorgehensweise, Aspekte der Screening- und Tiefenanalyse. Bei allen Verfahren können sowohl qualitative als auch quantitative Daten erhoben werden. Die Leitlinie betont an dieser Stelle insbesondere, dass durch Befragungen erhobene quantitative Daten nicht ausreichen und durch qualitative Daten z. B. durch Workshops ergänzt werden sollten. Des Weiteren wird darauf aufmerksam gemacht, dass es somit nicht das eine „universelle“ Instrument zur Erhebung der psychischen Belastung gibt. Vielmehr sollen und müssen Rahmenbedingungen der Betriebe berücksichtigt werden. Die Leitlinie nennt hier als Beispiel, dass eine anonymisierte Befragung in kleinen Betrieben nicht sehr sinnvoll ist und auf Workshopformate zurückgegriffen werden sollte. Es wird explizit beschrieben, dass die GBpsych als ein Lern- und Entwicklungsprozess verstanden und aus diesem Grund auch mit einzelnen Pilotierungen gearbeitet werden kann.

Alle verwendeten Instrumente, auch bei speziellen Branchenlösungen, sollten dabei den Qualitätsgrundsätzen aus Tabelle 1 entsprechen.

## Einführung - Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung

Tabelle 1: Qualitätsgrundsätze für Instrumente/Verfahren zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (vgl. Nationale Arbeitsschutzkonferenz, 2018)

1. Es ist beschrieben, für welche Einsatzbereiche das Instrument/Verfahren geeignet ist.
2. Anwendungsvoraussetzungen sind beschrieben.
3. Die methodische Qualität des Instruments/Verfahrens ist geprüft und ausgewiesen.
4. Das Instrument/Verfahren erfasst und beurteilt Tätigkeiten und Ausführungsbedingungen.
5. Das Instrument/Verfahren berücksichtigt die relevanten Belastungsfaktoren.
6. Das Instrument/Verfahren beinhaltet Methoden bzw. Hilfestellungen zur Beurteilung, ob Maßnahmen zur Minderung von Gefährdungen durch psychische Belastung erforderlich sind oder nicht.
7. Das Instrument/Verfahren sieht die Einbeziehung der Beschäftigten in den Prozess der Gefährdungsbeurteilung vor.

Für die Beurteilung der Tätigkeiten und Ausführungsbedingungen sind in der Leitlinie die Merkmalsbereiche und Inhalte der GBpsych festgehalten, um eine ganzheitliche Analyse der Arbeitsbedingungen zu gewährleisten. Diese sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Merkmalsbereiche und Inhalte der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (vgl. Nationale Arbeitsschutzkonferenz, 2018)

Merkmalsbereich	Ausprägungen/Betrachtungen
Arbeitsinhalt/-aufgabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vollständigkeit der Aufgabe</li> <li>• Handlungsspielraum</li> <li>• Variabilität</li> <li>• Information/-angebot</li> <li>• Verantwortung</li> <li>• Qualifikation</li> <li>• Emotionale Inanspruchnahme</li> </ul>
Arbeitsorganisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitszeit</li> <li>• Arbeitsablauf</li> <li>• Kommunikation/Kooperation</li> </ul>
Soziale Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolleg*innen</li> <li>• Vorgesetzte</li> </ul>
Arbeitsumgebung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Physikalische u. chemische Faktoren</li> <li>• Physische Faktoren</li> <li>• Arbeitsplatz- u. Informationsgestaltung</li> <li>• Arbeitsmittel</li> </ul>
Neue Arbeitsformen	z. B. mobil-flexible Arbeit

Beide Grundsätze aus der Leitlinie bilden die Grundlage, um die in dieser Arbeit vorgestellten Instrumente dahingehend zu überprüfen, ob sie ein probates Werkzeug für die GBpsych sind.

### 1.1.2 Theoretischer Hintergrund

Für das grundsätzliche Verständnis der *psychischen Belastung* kann die Norm DIN EN ISO 10075-1 herangezogen werden, in der sie als neutraler Begriff zu verstehen ist.

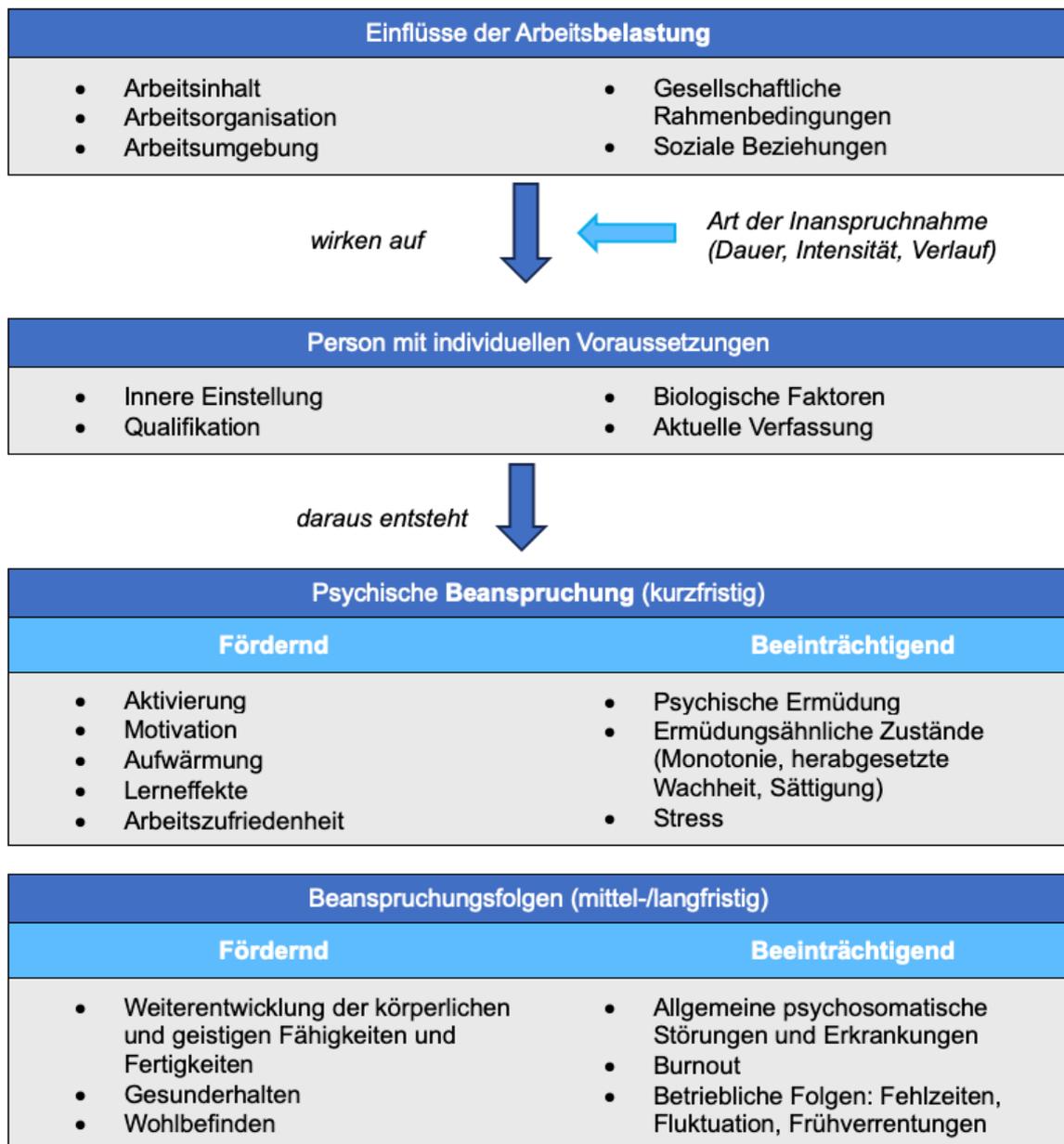


Abbildung 1: Belastungs- und Beanspruchungsmodell nach Petersen & Melzer (2022), in Anlehnung an DIN EN ISO 10075-1

Sie wird definiert als „Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf einen Menschen zukommen und diesen psychisch beeinflussen“ (DIN EN 10075-1). Im Weiteren sind also die individuellen Voraussetzungen des Einzelnen von Bedeutung (z. B. Kompetenzen, Bewältigungsstrategien), inwieweit eine psychisch fördernde oder beeinträchtigende *Beanspruchung* (kurzfristig) oder *Beanspruchungsfolge* (mittel-/langfristig) stattfindet. Als *psychische Beanspruchung* wird hierbei „als unmittelbare Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinem aktuellen Zustand“ verstanden (DIN EN 10075-1). Das Belastungs- und Beanspruchungsmodell ist in Abbildung 1 dargestellt. Es finden sich die Ansatzpunkte aus den bereits vorgestellten GDA-Leitlinien wieder. Die Einflüsse der Arbeitsbelastung werden durch die Merkmalsbereiche und Inhalte der GBpsych abgedeckt (siehe Tabelle 2).

### 1.1.3 Idealtypischer Ablauf einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung

Wie im Abschnitt 1.1.1 bereits erwähnt, ist der Ablauf der GBpsych durch § 3 (1), 5 (1) und 6 ArbSchG geregelt und wird durch die Leitlinien der GDA ergänzt. Dies bedeutet konkret, dass bei Prozessbeginn die Zielsetzung festgelegt werden soll.

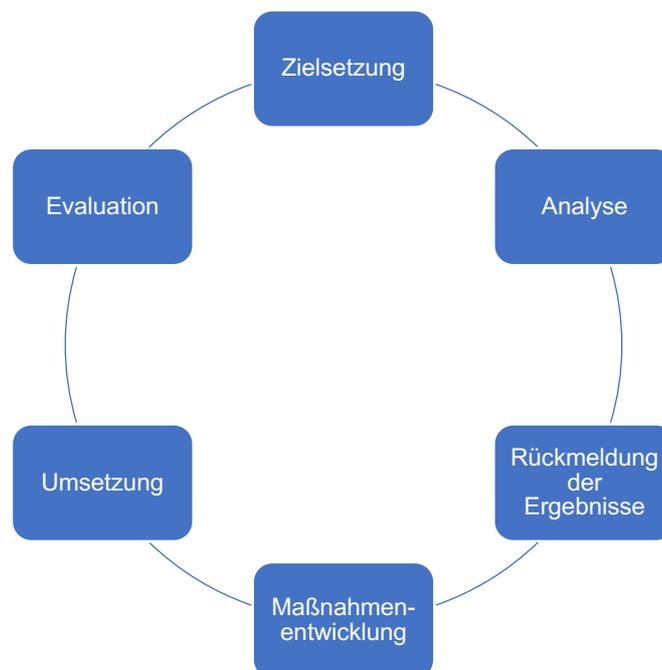


Abbildung 2: Ablauf der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung nach ArbSchG

Nachfolgend wird eine Analyse der derzeitigen IST-Situation der psychischen Belastungsstruktur durchgeführt und danach werden die Ergebnisse entsprechend an die

Beschäftigten zurückgemeldet. Auf diesen Ergebnissen kann die Maßnahmenentwicklung aufgebaut und umgesetzt werden. Im Anschluss der Umsetzung wird durch die rechtlichen Rahmenbedingungen gefordert, dass die Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit überprüft werden sollen. Parallel zu diesem Prozess muss eine rechtskonforme Dokumentation erstellt werden. Der Ablauf ist in Abbildung 2 dargestellt. In der Beratungspraxis hat sich gezeigt, dass die Umsetzung der GBpsych mit der Etablierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements kombiniert werden kann und somit Synergien genutzt werden können. Pieck (2012) stellt dies in Kern- und Supportprozessen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement dar. Besonderes Augenmerk legt sie bei ihren Ausführungen dabei auf die Beteiligung aller internen und externen Akteur\*innen, die für den Prozess relevant sind. Interne Akteur\*innen sind z. B. die Geschäftsleitung, Beschäftigtenvertretungen und die Beschäftigten selbst. Berater\*innen, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärzt\*innen können externe Akteur\*innen sein. Diese organisieren sich in Steuerungs- und Projektgruppen, um entsprechend den Prozess zu steuern und diesen Lernprozess aktiv zu begleiten. Dadurch wird gewährleistet, dass eine Beteiligung im Unternehmen stattfindet und eine tatsächliche Organisationsentwicklung umgesetzt wird. Dies entspricht dem 7. Qualitätsgrundsatz der Leitlinie der GDA (Nationale Arbeitsschutzkonferenz, 2018). Auf dieser Grundlage und der eigenen Beratungspraxis der Autorin ist ein detaillierter idealtypischer Ablaufplan für die GBpsych entstanden (siehe Abbildung 3).

## Einführung - Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung

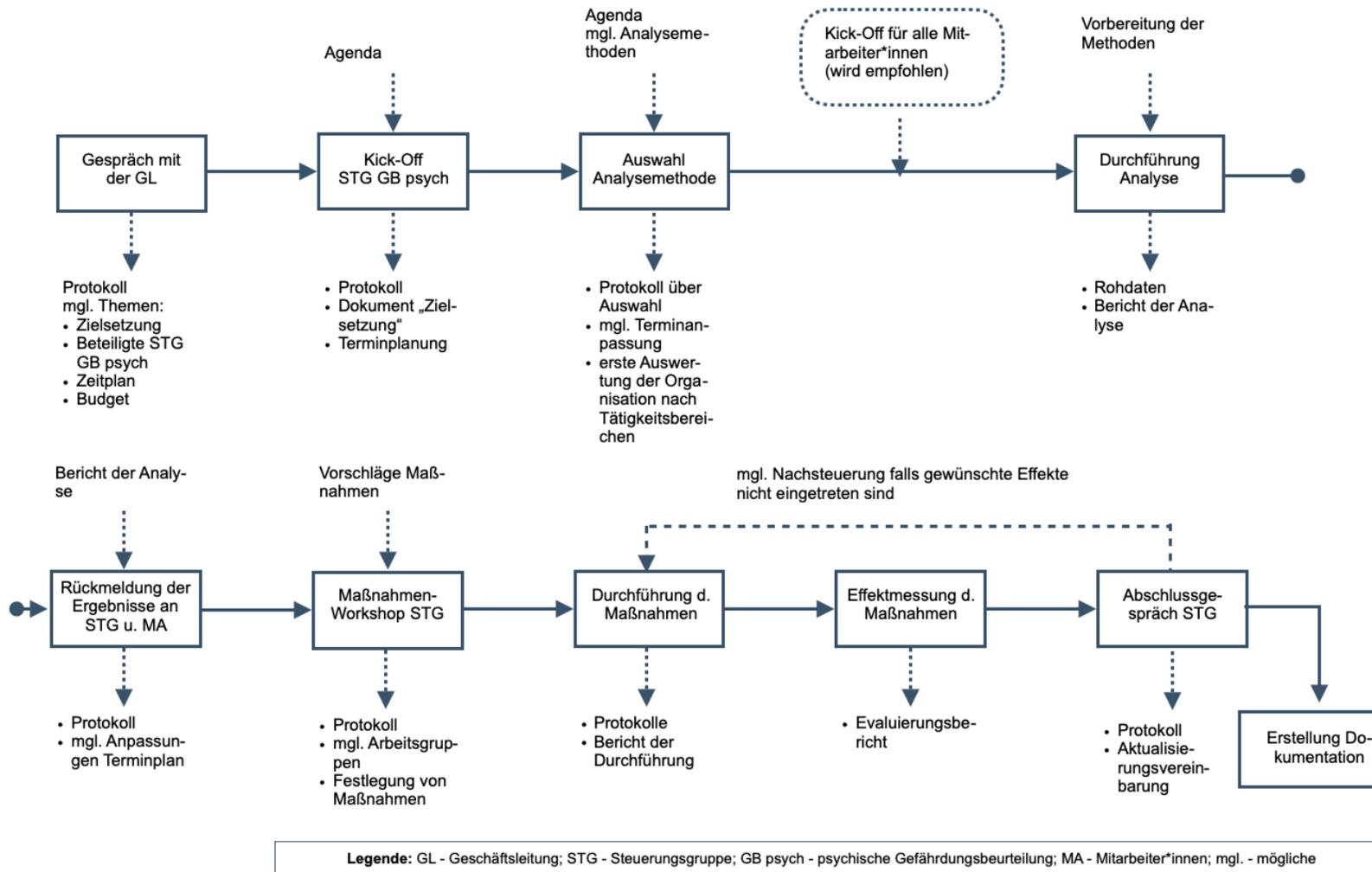


Abbildung 3: Detaillierter idealtypischer Ablauf einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (auf Grundlage von Pieck, 2012)

Der Ablaufplan stellt insbesondere in den Fokus, welche Dokumente bei welchem Prozessschritt benötigt und erstellt werden. Ebenso wird auf die Beteiligung aller wichtigen Akteur\*innen geachtet. Der Prozess endet mit einer Aktualisierungsvereinbarung, um im Unternehmen wirksam festzuhalten, wann und unter welchen Umständen eine Aktualisierung der GBpsych stattfindet.

### 1.1.4 Aktuelle Datenlage zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung in Deutschland

In den vorherigen Unterkapiteln wurde aufgezeigt, wie durch die GBpsych die Arbeitssituationen ganzheitlich für Beschäftigte erfasst werden können. Von staatlicher Seite ist somit ein Vorgehen etabliert, um die Gestaltung menschengerechter Arbeit zu fördern und umzusetzen. Es stellt sich jedoch die Frage, wie in der Praxis tatsächlich dieser Prozess umgesetzt wird.

In der Recherche wurden vier aktuelle Arbeiten gefunden, die Aussagen zu den Umsetzungen von GBpsychs in den Unternehmen in Deutschland treffen. Die Arbeit von Beck et. al. (2012) ist eine Metastudie, welche Publikationen von 2008 bis 2010 berücksichtigt. Es wurde festgestellt, dass ca. 20 % der befragten Unternehmen eine GBpsych durchgeführt haben. Differenziert man jedoch die Unternehmen nach ihrer Größe, so fällt auf, dass nur 6 % der Kleinunternehmen (< 50 Beschäftigte) den Prozess der GBpsych durchlaufen sind. Langhoff und Satzer (2010) haben zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten Betriebsrät\*innen zur Umsetzung der GBpsych befragt (2008/n = 100 u. 2003/n = 128). 2003 wurden bei 16 % der Unternehmen diese durchgeführt und 2008 waren es 33 %. Eine ähnliche Beobachtung machte auch Ahlers (2016). Sie befragte 2.009 Betriebsrät\*innen und 24,3 % von ihnen gaben an, dass im betrieblichen Gesundheitsschutz eine GBpsych umgesetzt wird. Die letzte und aktuellste Arbeit von Beck und Lenhardt (2019) konstatiert, dass ca. 21 % der Betriebe die psychische Belastung im Arbeits- und Gesundheitsschutz berücksichtigen. In dieser Publikation wird auch eine Aussage über die Qualität der Umsetzung getroffen. So geben sie an, dass lediglich 5 % die GBpsych vollständig durchgeführt haben. Auch sie stellen in ihrer Auswertung fest, dass in Kleinunternehmen die Umsetzung deutlich geringer ausfällt. Die Daten zeigen, dass in den Betrieben die Zahlen der Umsetzung zwischen 20 % und 30 % schwanken. Es hängt auch sehr stark davon ab, welche

Unternehmen betrachtet werden. So ist anzunehmen, dass in Kleinbetrieben eher keine GBpsych umgesetzt wurde. Auf die verschiedenen Faktoren, warum eine GBpsych umgesetzt wird oder nicht, soll in Unterkapitel 4.4 bei den Schlussfolgerungen zum Prozess der GBpsych eingegangen werden.

## 1.2 Mobil-flexible Arbeit

Im Zuge der zunehmenden Digitalisierung wurden und werden in Organisationen neue Arbeitsmodelle ausprobiert und umgesetzt, die aufgrund der digitalen Entwicklungen wie Informations- und Kommunikationstechnologien überhaupt möglich geworden sind (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2015). Die Digitalisierung ist neben der Globalisierung, des demografischen Wandels sowie des kulturellen und gesellschaftlichen Wandels einer der Treiber und Trends, die sich derzeit und zukünftig auf unsere Arbeitswelt auswirken werden. Hierunter fällt auch die mobil-flexible Arbeit, die ein Produkt des Trends zur Flexibilisierung von Arbeitszeit und von dezentralen Arbeitsorten ist (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017).

Der nachfolgende Abschnitt gibt einen allgemeinen Überblick zu den verschiedenen Strukturen zu mobil-flexibler Arbeit. Ebenfalls werden die aktuellen Trends und Datenlagen aus Deutschland vorgestellt.

### 1.2.1 Strukturen mobil-flexibler Arbeit

Mobil-flexible Arbeit beinhaltet sowohl Aspekte, die die Mobilitätsanforderungen betreffen, als auch die flexible Arbeitszeitgestaltung. In der Literatur wird meist von der «*mobil-flexiblen Arbeit*» oder vom zeit- und ortsflexiblen Arbeiten gesprochen (Beermann et al., 2017; Weichbrodt et al., 2016).

#### 1.2.1.1 Definition und Mobilitätsformen

Unter Flexibilisierung der Arbeitszeit wird verstanden, dass Arbeitsmodelle zum Einsatz kommen, die an die Bedürfnisse der Beschäftigten und den Anforderungen von Unternehmen teils dynamisch angepasst werden können (Brenscheidt, 2017). Für die mobil-flexible Arbeit sind insbesondere die Gleit-, Funktions- und Vertrauensarbeitszeit sowie die Rufbereitschaft von Relevanz. Berufliche Mobilität auf der anderen Seite ist an sich kein Phänomen, welches erst durch den Wandel der Arbeitswelt entstanden

ist. Kennzeichnend ist, dass die berufliche Mobilität seit den 90er Jahren von immer mehr Unternehmen gefordert wird und somit auch mehr Arbeitnehmer\*innen betroffen sind. Sie weitet sich auf andere Berufszweige aus (z. B. IT-Branche) und ist nicht nur für die mobilen Berufe (z. B. Berufskraftfahrer\*in oder Montagearbeiten) von Relevanz (Monz, 2018). Laut Brandt (2010) wird die mobile Arbeit „als Tätigkeit definiert, die regelmäßig außerhalb oder ständig außerhalb der betrieblichen Arbeitsstätte verrichtet wird, entweder vor Ort beim Kunden oder unterwegs auf Reisen, verbunden mit langen Abwesenheitszeiten vom Betrieb.“ Eine Übersicht zu den Mobilitätsformen ist in Abbildung 4 gegeben.

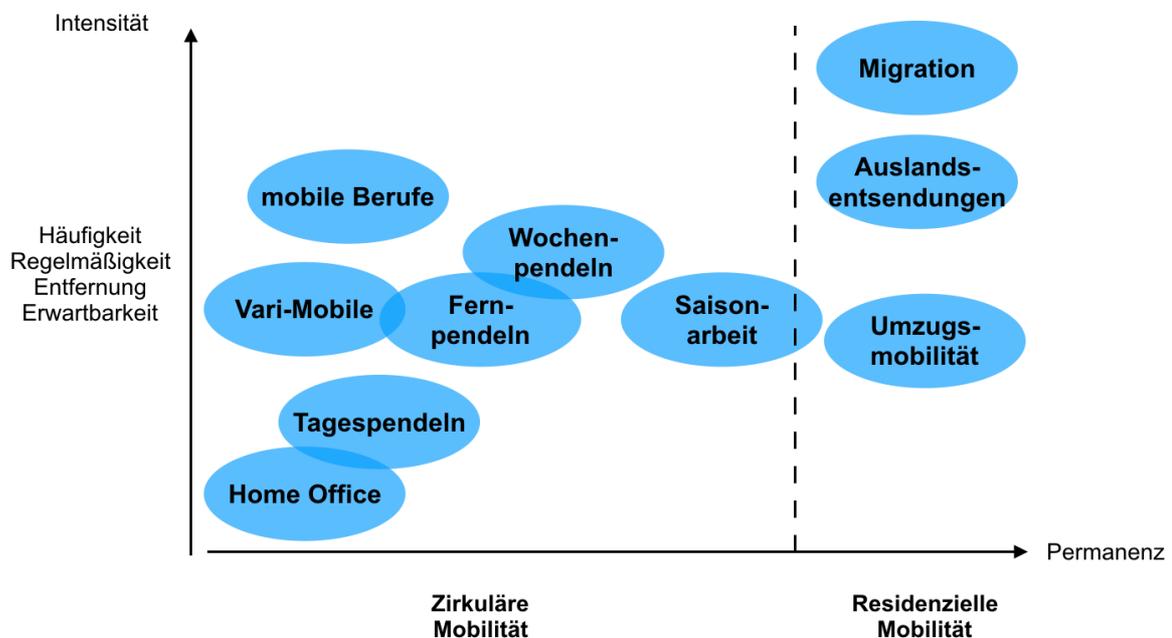


Abbildung 4: Darstellung der Mobilitätsformen im Kontext der Intensität und Permanenz (Bölsch-Peterka & Böckelmann (2021) und in Anlehnung an Hupfeld et al. (2013))

In der Literatur wird das mobile Arbeiten in *zirkuläre und residenzielle Mobilität* unterschieden (Ducki, 2010; Hupfeld et al., 2013; Paridon, 2012). Beide Formen differenzieren sich in ihrer Permanenz, wie Mobilität umgesetzt wird. So ist die residenzielle Mobilität mit einem Wohnortwechsel verbunden. Paridon (2012) gibt hierfür eine Grenze von mindestens 50 Kilometer vom Hauptwohnsitz an. Zu dieser Form gehören die Umzugsmobilität, die Auslandsentsendung und die Migration in ein neues Land.

Wie Abbildung 4 entnommen werden kann, tangiert die Saisonarbeit<sup>1</sup> ebenfalls die residenzielle Mobilität. In der Literatur wird sie meist der zirkulären Mobilität zugeordnet, da in einem absehbaren Zeitraum die Erwerbstätigen wieder zu ihrem Hauptwohnsitz zurückkehren. Dies trifft jedoch auch für die Auslandsentsendung zu. Bölsch-Peterka & Böckelmann (2021) vertreten hingegen die Meinung, dass bei einer entsprechenden Entfernung vom Hauptwohnsitz und der Dauer der Saisonarbeit ebenfalls Aspekte der residenziellen Mobilität mit in Betracht gezogen werden sollten.

Die zirkuläre Mobilität umfasst sehr viel mehr Mobilitätsformen. Unterscheidungsmerkmale ergeben sich nach den Dimensionen Zeitverlauf, Entfernung sowie Arbeitsort und bestimmen somit die Permanenz und Intensität des Arbeitseinsatzes. Aus der zeitlichen Perspektive kann zwischen Saisonarbeit, Wochen-, Fern- sowie Tagespendeln unterschieden werden. Beim Fernpendeln, den mobilen Berufen und den Vari-Mobilen ist die tatsächliche Entfernung zwischen Wohnort und Arbeitsstätte bzw. zwischen Arbeitsstätten und die zurückgelegte Wegstrecke entscheidend. Als weiteres Unterscheidungskriterium dient der Arbeitsort, an dem die Arbeit geleistet wird. Hier sind z. B. das Firmengelände, weitere Niederlassungen, Arbeit beim Kunden, Orte der Dienstreisen und das Arbeiten von zu Hause aus zu nennen (Ducki, 2010; Hupfeld et al., 2013; Paridon, 2012). Für die Vari-Mobilen ist zum einen die Entfernung sowie die Arbeitsstätte ausschlaggebend. Sie arbeiten an wechselnden Orten und müssen aufgrund ihrer Tätigkeit häufig Dienstreisen wahrnehmen. In der Abbildung 4 ist Homeoffice als Mobilitätsform aufgeführt, obwohl die Arbeitnehmer\*innen sich nicht von ihrem Wohnort entfernen und somit nicht mobil sind. Dies kann jedoch als eine umgekehrte Art der Mobilität verstanden werden. Die Beschäftigten bewegen sich weg von ihrem klassischen Arbeitsplatz. Ein ähnlicher Ansatzpunkt ist auch die *stellvertretende Mobilität* (DGUV, 2016). Aufgrund der Nutzung der digitalen Endgeräte kann ein\*e Arbeitnehmer\*in über räumliche Distanzen hinweg mit anderen Kolleg\*innen, Kooperationspartnern und Kund\*innen zusammenarbeiten und Geräte vor Ort mit steuern. Somit ist nicht von Belang, ob die Beschäftigten ihren Arbeitsplatz innerhalb des Unternehmens oder zu Hause haben. Mit entsprechenden technischen Ausrüstungen und Arbeitsmitteln kann auch von unterwegs gearbeitet werden.

---

<sup>1</sup> Arbeit, die in einem vorübergehenden Zeitraum bzw. zu einer bestimmten Jahreszeit ausgeführt wird

An dieser Stelle soll noch ein weiteres Unterscheidungskriterium vorgestellt werden, dass von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) verwendet wird (Beermann et al., 2017). In dieser Arbeit wird zwischen *berufsassoziierter und berufsbedingter Mobilität* unterschieden. Diese Perspektive ist insoweit sinnvoll, da das entscheidende Kriterium die Verantwortlichkeit der Betriebe für die Gestaltung der Mobilität ist. Die *berufsassozierte Mobilität* liegt im Verantwortungsbereich der Beschäftigten, da sie vor und nach der Arbeitszeit getätigt wird. Hierzu zählt das Pendeln vom Wohnort zur Arbeitsstätte. Die *berufsbedingte Mobilität* hingegen fällt in den Verantwortungsbereich der Organisationen, da sie im Zusammenhang mit der Arbeitstätigkeit steht. Somit können diese auch durch betriebliche Maßnahmen entsprechend gestaltet werden. Eine Einordnung der bereits vorgestellten Mobilitätsformen in diese Klassifizierung ist in Tabelle 3 dargestellt.

*Tabelle 3: Zuordnung der Mobilitätsformen nach berufsassoziierter und berufsbedingter Mobilität sowie der Mischformen (Bölsch-Peterka & Böckelmann, 2021)*

<b>Berufsassozierte Mobilität</b>	<b>Mischform</b>	<b>Berufsbedingte Mobilität</b>
Tagespendeln	Umzugsmobilität	Homeoffice
Fernpendeln	Migration	Vari-Mobilität
Wochenpendeln	Saisonarbeit	Mobile Berufe Auslandsentsendung

Nachfolgend soll näher auf die mobilen Berufe und die Teleheimarbeit eingegangen werden. Die mobilen Berufe zeichnen sich dadurch aus, dass Mobilität ein zentrales Aufgabenelement ihrer Arbeitstätigkeit ist. Dazu zählen auch die Berufsbilder aus der Pflege, die in dieser Arbeit vorgestellt sind. Ebenso davon betroffen sind die Logistikbranche und insbesondere die Berufskraftfahrer. Die Arbeiten von Michaelis und Rose (2011) und Michaelis (2015) geben einen guten Überblick zu diesem Berufsbild. Aufgrund ihrer Arbeitskonstellationen sind sie ein sehr spezifisches Berufsbild, welches sich stark bezüglich ihrer Bedingungen und Belastungen von anderen Berufsgruppen unterscheidet (Hupfeld et al., 2013).

Ausschlaggebend für die Arbeit im Homeoffice ist, ob die Arbeitstätigkeit von zu Hause aus durchgeführt werden kann. Somit ist diese Arbeitsform für Arbeitstätigkeiten möglich, bei der keine physische Anwesenheit von Nöten ist und auf entsprechende technische Voraussetzungen (z. B. notwendige Software, Apps, Daten von dezentralen

Netzwerken oder Servern) zurückgegriffen werden kann (Brenscheidt, 2017; Dettmers et al., 2012). Des Weiteren ist ausschlaggebend, ob von den Betrieben überhaupt die Möglichkeit zur Tätigkeit im Homeoffice zur Verfügung gestellt wird. Die Hauptgründe für die Etablierung von Arbeiten im Homeoffice aus Sicht der Beschäftigten sind, dass Fahrten zur Arbeitsstätte eingespart werden und eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie gegeben ist (Bölsch-Peterka et al., 2022; Hupfeld et al., 2013). Die seit 1996 deutlich zugenommene berufsassoziierte Mobilität hat in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2015), da sie eine Kompromisslösung für Zwei-Verdiener-Haushalte ist. Da oft keiner der Partner die Arbeit aufgrund eines wechselnden Arbeitsortes des Partners aufgeben möchte, und der Wunsch nach der Vereinbarkeit beider Erwerbstätigkeiten in der Partnerschaft besteht (Rüger & Becker, 2011), wird sich meist für das tägliche Fernpendeln entschieden. In jüngster Zeit war das Angebot von Homeoffice ein Mittel, um Kontakte während der Pandemie 2020 bis 2023 deutlich zu reduzieren und aktiv den Infektionsschutz zu beeinflussen (Corona Datenplattform, 2021). So wurde die SARS-CoV-2-Arbeitschutzverordnung erlassen, in der zeitweise für Arbeitnehmer\*innen eine „Homeoffice-Pflicht“ bestand (Corona-ArbschV, 2021). Laut Bundesministerium für Arbeit und Soziales konnte eine maximale Quote von 49 % im Februar 2021 bei den Beschäftigten erreicht werden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2021). Neben den Vorteilen für die Beschäftigten sollten auch nicht die Vorteile der Unternehmen unterschätzt werden. Diese können sich z. B. bei der Betrachtung der laufenden finanziellen Kosten zeigen. Arbeitsplätze mit einer entsprechenden Ausstattung müssen nicht zur Verfügung gestellt werden, Raummieten können wegfallen und Kosten für eine notwendige Infrastruktur wie z. B. Sanitäreinrichtungen oder Betriebskosten fallen ebenfalls weg. Doch auf der anderen Seite sollte in dieses Kalkül mit einbezogen werden, dass indirekte Kosten durch einen höheren Abstimmungsbedarf oder eben auch die Anschaffungskosten für die technische Infrastruktur zum mobil-flexiblen Arbeiten entstehen können. Dieses Beispiel zeigt, dass es stets keine pauschale Antwort für die Einführung von Homeoffice geben kann. Es sollte in jedem Unternehmen abgewogen werden, ob ein Mehrwert entsteht oder nicht (Bölsch-Peterka & Böckelmann, 2021). Hierzu bietet es sich an, die Perspektiven der Beschäftigten in die Betrachtungen mit einzubeziehen, da die Akzeptanz eine wichtige Rolle bei der Arbeitszufriedenheit im Betrieb spielt (Bölsch-Peterka et al., 2022).

## 1.2.1.2 Anforderungen an die mobil-flexible Arbeit

Für die mobil-flexible Arbeit lassen sich fünf Anforderungs- und Bedingungsfelder formulieren. Zusammenfassend wurden sie von Hupfeld et al. (2013) im «iga-Report 25: Arbeitsbedingte räumliche Mobilität und Gesundheit» dargestellt und sind in Abbildung 5 in der modifizierten Form aufgeführt.

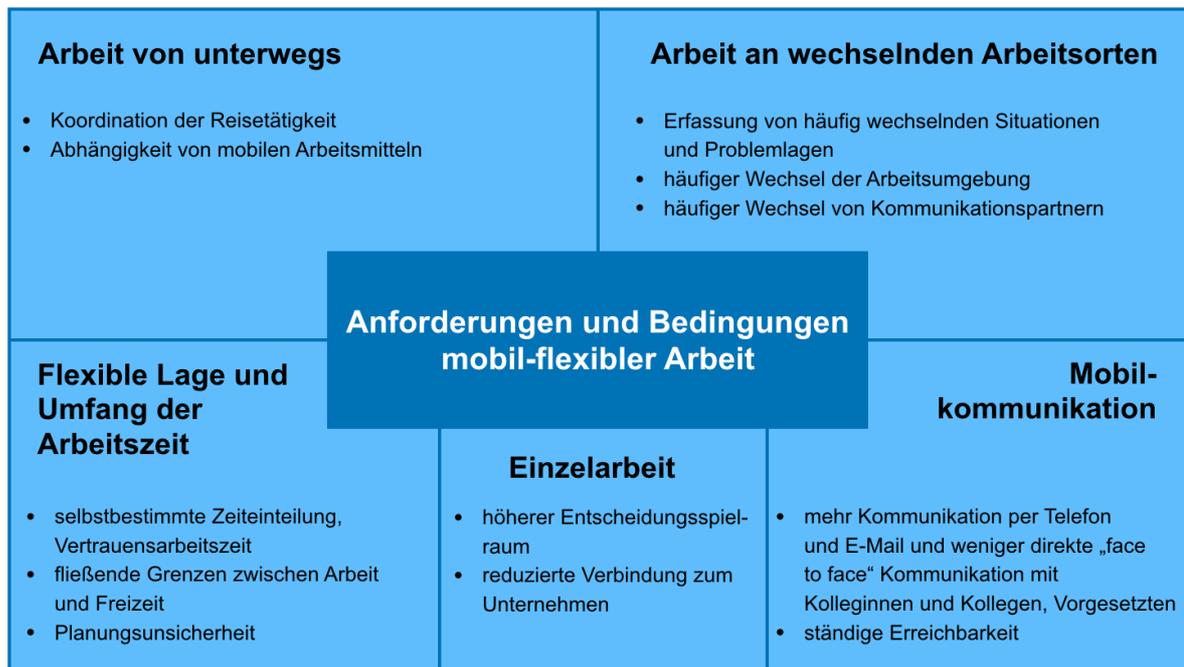


Abbildung 5: Anforderungen und Bedingungen mobil-flexibler Arbeit (modif. nach Hupfeld et al., 2013)

Mobil-flexible Arbeit zeichnet sich dadurch aus, dass vielfach von unterwegs gearbeitet wird. Dies bedeutet, dass teils unter unergonomischen Bedingungen in öffentlichen Verkehrsmitteln, Autos, Hotels und auf Flughäfen und Bahnhöfen die Arbeiter\*innen ihrer Beschäftigung nachgehen. Diese Arbeit hat meist zur Folge, dass entsprechend die aufkommende Reisetätigkeit koordiniert werden muss und während dieser Zeit der/die mobil Arbeitende von seinen/ihren zur Verfügung stehenden Arbeitsmitteln abhängig ist. Die erfolgten Dienstreisen und Pendeltätigkeiten haben die Auswirkung, dass Arbeit an wechselnden Standorten stattfindet. Dies hat für die Beschäftigten zur Folge, dass sie immer wieder aufs Neue Anpassungsprozessen im Hinblick auf Situationen, Problemlagen, Arbeitsumgebungen und Kommunikationspartnern unterworfen sind. Beschäftigte, die mit dieser Arbeitsform arbeiten, sind mit der Gestaltung ihrer

Arbeitszeit konfrontiert. Folglich können die Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit verschwimmen und eine gewisse Planungsunsicherheit, die bei festen Arbeitszeiten nicht auftreten würde, entsteht. Ebenfalls kennzeichnend für die mobil-flexible Arbeit ist, dass diese meist Einzelarbeit ist. Beschäftigte müssen in den auftretenden Situationen meist selbst Entscheidungen treffen und können beschränkt Rücksprache mit Teammitgliedern und Führungskräften halten. Wenn Kommunikation stattfindet, dann meist über digitale Medien wie Mobiltelefone (synchrone Kommunikation), E-Mail oder Software zur asynchronen Kommunikation. Eine konventionelle Face-to-Face-Kommunikation wird seltener und auf der anderen Seite erhöhen die digitalen Medien die Erreichbarkeit der Beschäftigten (Minow & Swart, 2019). Aus diesen Anforderungen und Bedingungen ergeben sich mögliche zusätzliche Belastungen für mobil Arbeitende.

### 1.2.1.3 Negative und positive Beanspruchungsfolgen mobil-flexibler Arbeit

Vielfach führen bestimmte Anforderungen und die damit verbundene Belastung nicht automatisch zu einer Beanspruchung, da verschiedene Einflüsse für eine Beanspruchungsfolge verantwortlich sind, wie z. B. die individuelle Einstellung der mobil-flexibel Arbeitenden (Brenscheidt, 2017). Mit ausschlaggebend ist, ob sie sich selbst für die Mobilität entscheiden oder es ihnen von ihrem Unternehmen aufoktroziert wird. Bei einer selbstbestimmten Entscheidung sind die negativen Beanspruchungsfolgen deutlich geringer als bei einer fremdbestimmten, aufgezwungenen. Insbesondere ist das Risiko für das Entstehen von einem Burnout als negative Beanspruchungsfolge geringer (Brenscheidt, 2017).

Aufgrund der Komplexität dieser Arbeitsform ist es schwer, alle möglichen Einflussfaktoren und deren Wirkungszusammenhänge systematisch zu erfassen. Dies hat Beermann et al. (2017) für die Erfassung und Gestaltung flexibler Arbeitsmodelle beschrieben. Im Falle einer zusätzlichen Betrachtung der Mobilität ist es so, dass „die Anforderungen, Belastungen und ihre Bedingungen je nach Branche, Beruf und Art der Tätigkeit breit variieren“ (Hupfeld et al., 2013). Für die Analyse der Anforderungen und Belastungsfolgen bieten sich ganzheitliche Arbeitsplatzanalysen an, um die Komplexität fassbarer zu machen und zu systematisieren. Mit ihnen wird deutlich, wo die eigentlichen Problemfelder der Arbeitnehmer\*innen liegen. So kann überprüft werden, ob wirklich eine schlechte Konzipierung der Mobilität für die Unzufriedenheit und

Fehlbelastung der Beschäftigten verantwortlich ist. Vielfach können Probleme außerhalb der mobil-flexiblen Arbeitsform liegen (Ducki, 2010; Vogl & Kratzer, 2015). Dem Beschäftigten ist z. B. nicht geholfen, wenn neue Mobilitätskonzepte entwickelt werden, aber sein Hauptproblemfeld, die für seine Unzufriedenheit sorgt, eigentlich in der Zusammenarbeit mit der Führung liegt. Es ist anzunehmen, dass sich eine kritische Beziehung zur Führung auch auf die Gestaltung von Mobilität mit auswirkt. Für die Lösung dieser Tatsache sollten jedoch dann andere Maßnahmen (z. B. Führungskräfte-Training oder Teambuildingmaßnahmen) ergriffen werden. Die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (s. Unterkapitel 1.1) kann mit den angepassten Analyseverfahren als eben solche eine ganzheitliche Arbeitsplatzanalyse dienen.

Eine Übersicht zu den typischen Belastungsfaktoren, die zu den Beanspruchungsfolgen für die mobil-flexiblen Beschäftigten führen können, haben Hupfeld et al. (2013) zusammengetragen:

- hohe Anforderungen an Selbstorganisation /-management,
- hohe Verantwortung,
- Leistungsdruck bzw. interessierte Selbstgefährdung (Peters, 2011),
- Koordinationsaufwand,
- Informationsdefizite,
- fehlende Unterstützung,
- höhere emotionale Anforderungen,
- Zeitmangel und -druck,
- Störungen und Unterbrechungen,
- Minderung der Erholung,
- Abhängigkeit von Technik und Technikstress und
- physische Belastungen (z. B. unergonomisches Sitzen in Verkehrsmitteln).

Hupfeld et al. (2013) stellen zusammenfassend dar, dass aufgrund von auftretendem Zeitmangel eigentliche soziale Ressourcen wie z. B. gemeinsame Zeit mit der Familie aber auch medizinische Vorsorge sowie gesundheitliche Prävention vernachlässigt werden. Dies kann weitreichende Folgen haben, da eigentliche Schutzfaktoren bzw. der Ausgleich zu der Arbeitsbelastung nicht wahrgenommen werden. Langfristig entstehen Dysbalancen und gesundheitliche Folgen für mobil-flexible Arbeitende.

Auf der anderen Seite kann das mobil-flexible Arbeiten auch einige Chancen bieten. Diese sind der Zugewinn an Autonomie und das unter bestimmten Umständen eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie gegeben sein kann. Ein Zugewinn an Autonomie bedeutet, dass Arbeitnehmer\*innen selbstbestimmter ihre Arbeit gestalten und Entscheidungsspielräume wahrnehmen können (Beermann et al., 2017; Ducki, 2002; Giannelli, 2016). Allein das Wissen darüber, frei entscheiden zu können, verbessert das Erholungsempfinden (Giannelli, 2016). Meist geht ein höheres Maß an Autonomie auch mit neuen Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten einher (Ducki, 2002).

In vielen Studien zeigte sich, dass Beschäftigte den Zugewinn an Autonomie meist als positiv bewerten (Beermann et al., 2017; Gajendran & Harrison, 2007; Giannelli, 2016; Paridon, 2012; Stettes, 2016; Zok & Dammasch, 2012). Erwerbstätige sehen durch die gewonnenen Entscheidungsspielräume auch die Chance, entsprechend besser auf familiäre und individuelle Belange wie Sorgearbeit oder Weiterbildungen eingehen zu können (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017).

Insbesondere die Möglichkeit im Homeoffice zu arbeiten, kann zu einer besseren Vereinbarkeit verschiedener Interessen beitragen. So nutzen vor allem Eltern dieses Angebot (Weichbrodt et al., 2014). Eine berufliche Mobilität muss somit nicht grundsätzlich negativ für eine Partnerschaft sein (Monz, 2018) und kann im Falle der Pendelmobilität dazu beitragen, dass beide Partner einer Erwerbstätigkeit nachgehen können (Rüger & Becker, 2011). Ebenfalls kann durch das Arbeiten im Homeoffice die Grundlage geschaffen werden, dass z. B. Familienangehörige auch von zu Hause aus gepflegt (Flüter-Hoffmann, 2012) und Anforderungen der häuslichen Alltagsorganisation besser bewerkstelligt werden können (Giannelli, 2016).

#### 1.2.1.4 Kriterien und Orientierungsansätze für die gesundheitsförderliche Gestaltung für das mobil-flexible Arbeiten

Die Publikationen von Ducki (2010), Hupfeld et al. (2013), Schauren (2016) und Weichbrodt et al. (2014) sowie Weichbrodt et al. (2015) bilden die Grundlage, um gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen für das mobil-flexible Arbeiten auszuarbeiten. Mit der Gestaltung von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen für die mobil-

flexible Arbeit sollen mögliche negative Belastungsfolgen dieser Arbeitsform minimiert und positive gestärkt werden. Eine Übersicht aller Kriterien und deren Zusammenhänge ist in Abbildung 6 dargestellt.

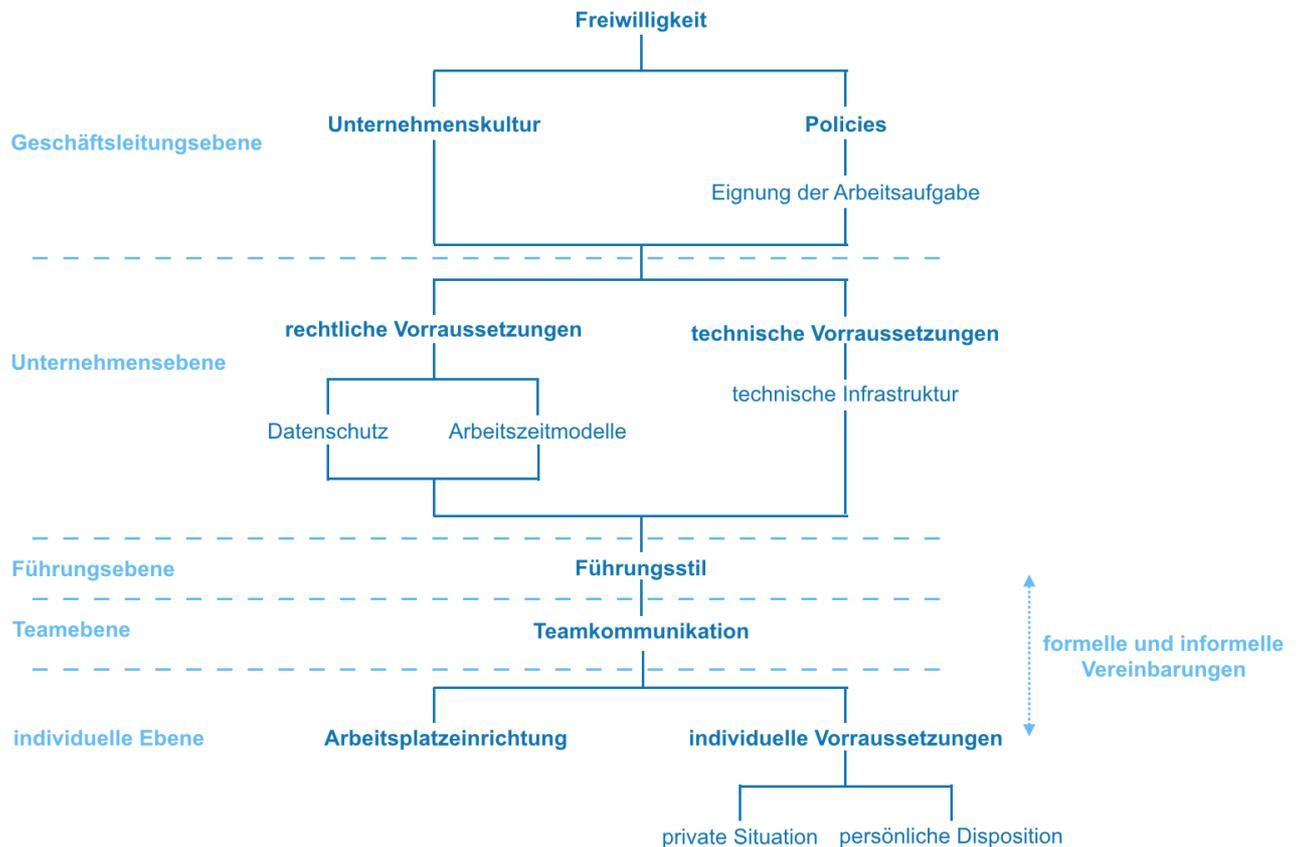


Abbildung 6: Kriterien für die gesundheitsförderliche Gestaltung des mobil-flexiblen Arbeitens (Bölsch-Peterka & Böckelmann, 2021)

Das Grundkriterium, auf dem eine gesundheitsförderliche Gestaltung des mobil-flexiblen Arbeitens aufbauen muss, ist die Freiwilligkeit. Arbeitnehmer\*innen sollen die Chance haben, sich selbst für diese Arbeitsform entscheiden zu können (Hupfeld et al., 2013). Die nachfolgenden Kriterien bauen sich von der Geschäftsleitungsebene bis hin zur individuellen Ebene auf. Der Unterschied zwischen der Geschäftsleitungsebene zur Unternehmensebene besteht darin, dass zu der Geschäftsleitungsebene die Hauptentscheidungsträger der Organisation zählen und die Unternehmensebene hingegen den Verbund von verschiedenen Abteilungen meint.

Auf Ebene der Geschäftsleitung werden als Kriterien die Unternehmenskultur und Policies herangezogen. Die Unternehmenskultur bildet hierbei die Basis, um

richtungsweisend den Umgang z. B. mit Präsenz aufzuzeigen und eine grundsätzliche Haltung zum mobil-flexiblen Arbeiten zu ermöglichen (Weichbrodt et al., 2015). „Unter dem Begriff «Policy» werden [...] schriftlich festgehaltene und zwischen verschiedenen Beteiligten [...] getroffene Regelungen [zum mobil-flexiblen Arbeiten] verstanden“ (Tanner et al., 2014). Sie klären beispielsweise, welche Arbeitsaufgaben bzw. Tätigkeitsbereiche sich innerhalb der Organisation zum mobilen Arbeiten eignen.

Die Unternehmensebene umfasst als Kriterien rechtliche und technische Voraussetzungen zur Gestaltung der mobil-flexiblen Arbeit, die auf eine Zusammenarbeit mehrerer Abteilungen (z. B. IT, Personal und Facility) bauen. Rechtliche Voraussetzung müssen zum einen mit der IT-Abteilung bezüglich von Datenschutzverordnungen geklärt werden und zum anderen verantwortet die Personalabteilung die Ausgestaltung von Arbeitszeitmodellen. Für die Klärung der technischen Voraussetzungen ist die IT-Abteilung ebenfalls verantwortlich. Sie schafft den Rahmen einer technischen Infrastruktur, dass beispielsweise Mitarbeiter\*innen über VPN-Verbindung auf das interne Unternehmensnetzwerk zugreifen können.

Auf Ebene der Führung geht es, um die Ausgestaltung von gesundheitsförderlichen Führungsstilen, die auf einer indirekten Steuerung basieren können, jedoch weitere Mechanismen enthalten, um z. B. die interessierte Selbstgefährdung abzumildern.

Gefolgt wird die Führungsebene von der Teamebene. Sie beinhaltet, dass im Team partizipativ Kommunikationswege gefunden werden, um entstehende Belastungen aufgrund der mobilen Kommunikation abzapfen.

Die individuelle Ebene umfasst die Kriterien Arbeitsplatzeinrichtung und individuelle Voraussetzungen. Unter Arbeitsplatzeinrichtung fallen Betrachtungen, wie die technische Ausstattung der mobil-flexibel Arbeitenden gestaltet ist, wie konkret ein gesundheitsförderliches Homeoffice konzipiert und, inwieweit dieses von Unternehmensseite aus organisiert wird und wie das Arbeiten an verschiedenen Einsatzorten durch Hilfsmittel unterstützt wird.

Individuelle Voraussetzungen decken zu der Freiwilligkeit eine Betrachtung der privaten Situation und persönlichen Disposition ab. Dieses Kriterium muss nicht akribisch analysiert werden, sondern soll eher ein Anhaltspunkt für Gespräche sein, wenn zwischen Führung und Beschäftigten geklärt werden soll, ob sich der/die Mitarbeiter\*in für das mobil-flexible Arbeiten eignet. Unter der privaten Situation wird vor allem das soziale Umfeld betrachtet und unter die persönliche Disposition fallen

Mobilitätskompetenzen, Einstellungen und auch die gesundheitliche Lage (Ducki, 2010; Hupfeld et al., 2013). An dieser Stelle kann z. B. zum Tragen kommen, ob der/die Beschäftigte einen Angehörigen pflegen muss und deshalb eine Entlastung durch Arbeiten im Homeoffice möglich wäre.

Ergänzend zu den Kriterien ist es förderlich, wenn neben formellen auch informelle Vereinbarungen auf Führungs- und Teamebene zwischen den Individuen möglich ist. Sie erleichtern beispielsweise Verabredungen zu Meeting-Tagen oder wie für alle ersichtlich ist, wo sich gerade die Mitarbeiter\*innen aufhalten.

### 1.2.2 Aktuelle Datenlage zur Verteilung und Umsetzung mobil-flexibler Arbeit in Deutschland

Der Ausbruch der Pandemie durch das SARS-CoV-2-Virus war und ist ein „Beschleuniger“ in der praktischen Umsetzung der mobil-flexiblen Arbeit in Deutschland, insbesondere der Arbeit im Homeoffice (Backhaus, 2022; Corona Datenplattform, 2021; Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2021). Das betraf sowohl die Zahl der Beschäftigten im Homeoffice als auch die arbeitsrechtlichen Grundlagen und Erarbeitungen der Dienstvereinbarungen (Homeoffice-Vereinbarung/Policies) in Betrieben.

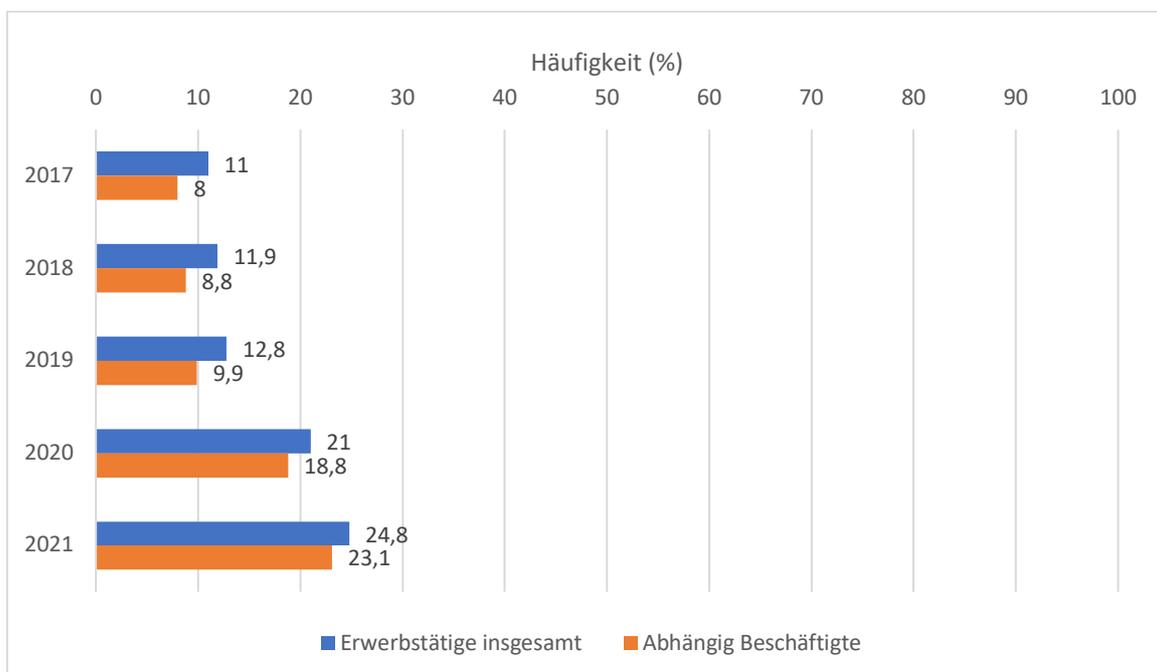


Abbildung 7: Anteil der Erwerbstätigen im Homeoffice in % (Statistisches Bundesamt, 2023a)

So gaben in der Befragung des DBG-Index Gute Arbeit (2021) 54 % an, dass sie vor der Pandemie noch nicht zu Hause gearbeitet hatten. Einen ähnlichen Anstieg zeigten

auch die Auswertungen des Statistischen Bundesamtes (2023a). Diese sind in der Abbildung 7 dargestellt.

Bis 2020 lag Deutschland unter dem europäischen Niveau von 2018, obwohl bis 2010 Deutschland noch über diesem lag (Bonin et al., 2020). Der Verlauf ist in Abbildung 8 dargestellt.

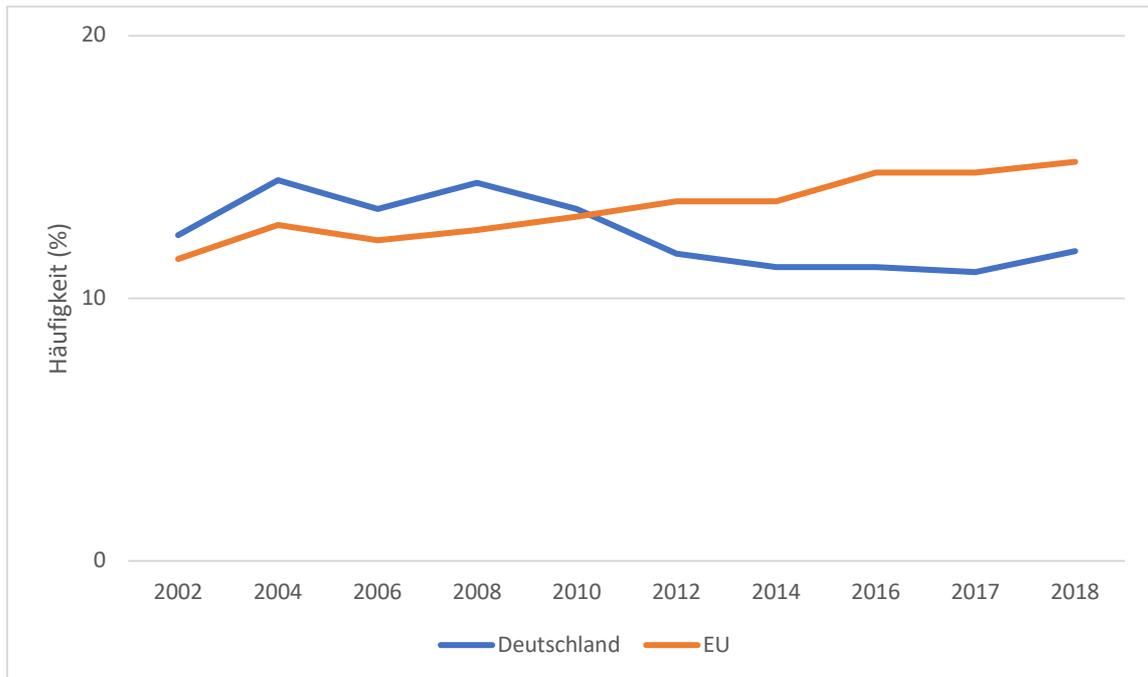


Abbildung 8: Arbeiten von zu Hause in Deutschland und in der EU-28, 2002-2018, Angabe in % (vgl. Bonin et al., 2020)

Diese Zahlen geben jedoch nur einen groben Überblick, wie sich in Deutschland die mobil-flexible Arbeit verteilte. Auf verschiedene Differenzierungsmöglichkeiten soll nun nachgehend eingegangen werden.

In Abbildung 9 sind z. B. die deutlichen Branchenunterschiede bei der praktischen Umsetzung des Homeoffice zu sehen. 75,5 % der Beschäftigten im Bereich der IT-Dienstleistungen können ins Homeoffice gehen. Dem gegenüber stehen die Beschäftigten im Gesundheitswesen, von denen 5,4 % von zu Hause aus arbeiten können (Statistisches Bundesamt, 2023b). Wahrscheinlich ist, dass diese Beschäftigten in den Verwaltungen des Gesundheitswesens tätig sind.

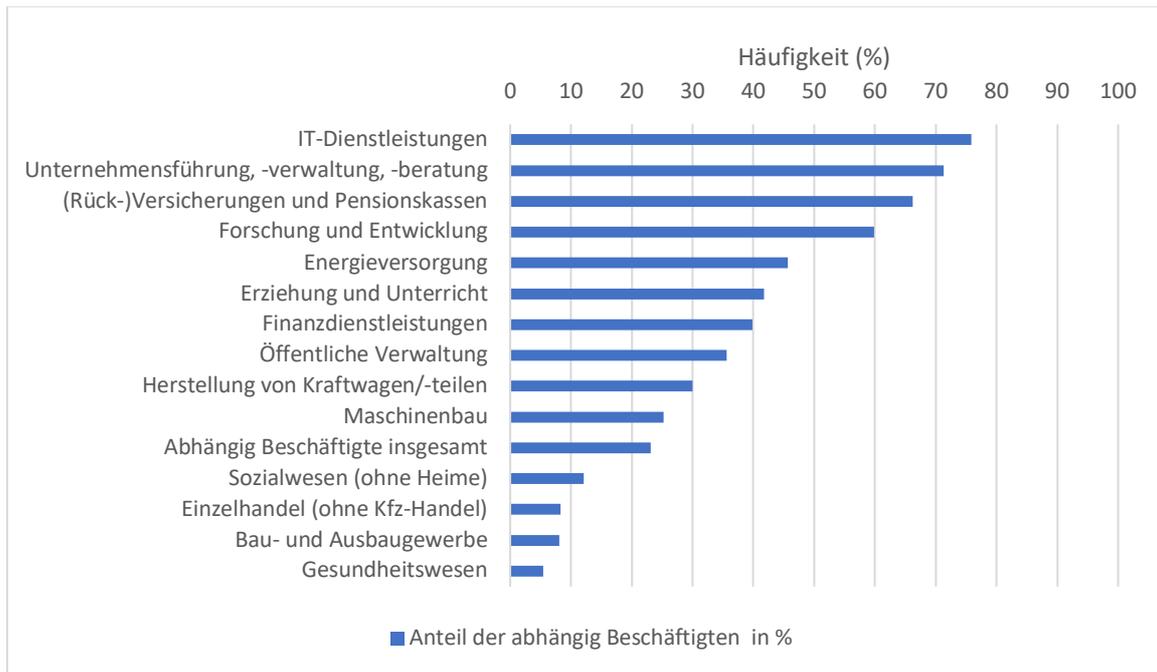


Abbildung 9: Arbeit von zu Hause in ausgewählten Wirtschaftsbereichen 2021 (Statistisches Bundesamt, 2023b)

Es gibt nicht nur in dieser Betrachtung starke Unterschiede, sondern auch in den soziodemografischen und wirtschaftsstrukturellen Merkmalen. Für eine nähere Betrachtung sollen die Auswertungen aus der BAuA-Arbeitszeitbefragung 2021 (BAuA, 2023) und des Forschungsberichts „Verbreitung und Auswirkungen von mobiler Arbeit und Homeoffice“ (Bonin et al., 2020) herangezogen werden.

Eine Übersicht der Ergebnisse ist in Tabelle 4 und Tabelle 5 dargestellt. Anzumerken ist, dass die BAuA-Arbeitszeitbefragung 2021 unterscheidet, ob die Arbeit von zu Hause fest vereinbart ist oder nicht (BAuA, 2023). Bis auf wenige einzelne Merkmale bleibt jedoch das Verhältnis zwischen diesen beiden gleich. Größere Unterschiede sind im Wirtschaftsbereich Industrie und bei der Betriebsgröße ab 250 Beschäftigte. In der Industrie geben 41 % an, eine Homeoffice-Vereinbarung zu haben und 12 % arbeiten von zu Hause aus, haben jedoch keine feste Vereinbarung mit dem/der Arbeitgeber\*in. Ein ähnliches Verhältnis konnte bei der Befragung für größere Unternehmen (Betriebsgröße ab 250 Beschäftigte) festgestellt werden. Ab dieser Betriebsgröße liegt meistens eine Betriebsvereinbarung zur/zum Telearbeit/Homeoffice vor.

Tabelle 4: Verbreitung der Arbeit von zu Hause, n = 17.574, alle Angaben in Zeilenprozent (vgl. BAuA, 2023)

	Keine Arbeit von zu Hause	Telearbeit/Home-office vereinbart	Arbeit von zu Hause ohne Vereinbarung
Gesamt	46	32	22
<b>Soziodemografische Merkmale</b>			
<b>Lange der Arbeitszeit</b>			
Teilzeit <sup>2</sup>	51	26	23
Vollzeit <sup>3</sup>	45	34	21
<b>Geschlecht</b>			
Männer	49	32	19
Frauen	43	33	24
<b>Alter in Jahren</b>			
15-29	52	29	19
30-44	42	37	22
45-54	45	32	22
55-65	50	28	23
<b>Bildung<sup>4</sup></b>			
Niedrig	84	5	.
Mittel	60	20	20
Hoch	23	51	25
<b>Lebenssituation</b>			
Single	55	27	19
Alleinerziehend	57	21	23
Mit Partner*in ohne Kind	46	33	21
Mit Partner*in mit Kind(ern)	36	40	24
<b>Wirtschaftsstrukturelle Merkmale und Berufe</b>			
<b>Wirtschaftsbereiche</b>			
Öffentlicher Dienst	37	33	30
Industrie	48	41	12
Handwerk	73	7	20
Dienstleistungen	44	36	20
Anderer Bereich	42	32	26
<b>Betriebsgröße</b>			
Bis 49 Beschäftigte	54	20	26
50 bis 249 Beschäftigte	47	30	23
Ab 250 Beschäftigte	37	47	16

Für die soziodemografischen Merkmale können folgende Tendenzen abgelesen werden. Teilzeitkräfte arbeiten weniger von zu Hause aus. In dieser Befragung ist das Verhältnis bei den Geschlechtern ungefähr ausgeglichen. Dies kann jedoch der besonderen Situation der Pandemie im Jahr 2021 geschuldet sein. Denn bei älteren Studien gab es deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern und insbesondere in Verbindung mit ihren Lebensumständen (Hupfeld et al., 2013; Paridon, 2012; Rüger & Becker, 2011). Wenn Erwerbstätige mobil sind, so zeigen verschiedene Studien, dass

<sup>2</sup> Tatsächliche Wochenarbeitszeit 10 bis 34 Stunden

<sup>3</sup> Tatsächliche Wochenarbeitszeit ab 35 Stunden

<sup>4</sup> Klassifikation nach ISCED

<sup>5</sup> Fallzahl zu gering

Männer zu zwei Drittel vertreten sind und Frauen zu einem Drittel. Grundsätzlich konnte in den letzten Jahren eine steigende Frauenerwerbsquote festgestellt werden (Rüger & Becker, 2011; Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2023; Statistisches Bundesamt, 2018). Frauen werden somit ebenfalls mit Mobilitätsanforderungen konfrontiert. Doch aus verschiedenen Gründen sind sie weniger mobil in ihrer Arbeit als Männer. Ein erster Ansatzpunkt lässt sich bei der Betrachtung der Berufsfelder von Frauen finden. Es kann konstatiert werden, dass Frauen häufiger in Berufen arbeiten, bei denen mobiles Arbeiten aufgrund der zugrunde gelegten Arbeitsaufgabe nicht möglich ist (Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2023; Weichbrodt et al., 2016). Sie arbeiten häufig in Präsenzberufen (z. B. als Erzieherin, Pflegefachkraft oder pädagogische Mitarbeiterin), in denen es um eine direkte Interaktion mit anderen Menschen geht (Böhle & Wehrich, 2020; Hacker et al., 2020; Wehrmann, 2023). Die zweithäufigsten Berufsfelder für Frauen in 2022 sind laut der Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2023) das Gesundheits- und Sozialwesen und der Branchenbereich Erziehung und Unterricht. Darüber hinaus ist feststellbar, dass Frauen eher einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen, in der deutlich weniger mobil gearbeitet wird als in einer Vollzeitbeschäftigung (BAuA, 2023; Rüger & Becker, 2011; Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2023). Dies trifft insbesondere auf heteronormative Paargemeinschaften mit minderjährigen Kindern zu, in der der Mann in Vollzeit und die Frau in Teilzeit arbeitet (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2015). Grundsätzlich sind Zwei-Verdiener-Paare deutlich häufiger (68,5 %) vertreten als Paare, die sich für die traditionelle Arbeitsteilung, in der sie Hausfrau ist, entschieden haben (Rüger & Becker, 2011). Eine aktuelle Befragung aus Baden-Württemberg stellt fest, dass dieser Trend sogar weiter zugenommen hat (siehe Abbildung 10, Familienforschung Baden-Württemberg, 2022).

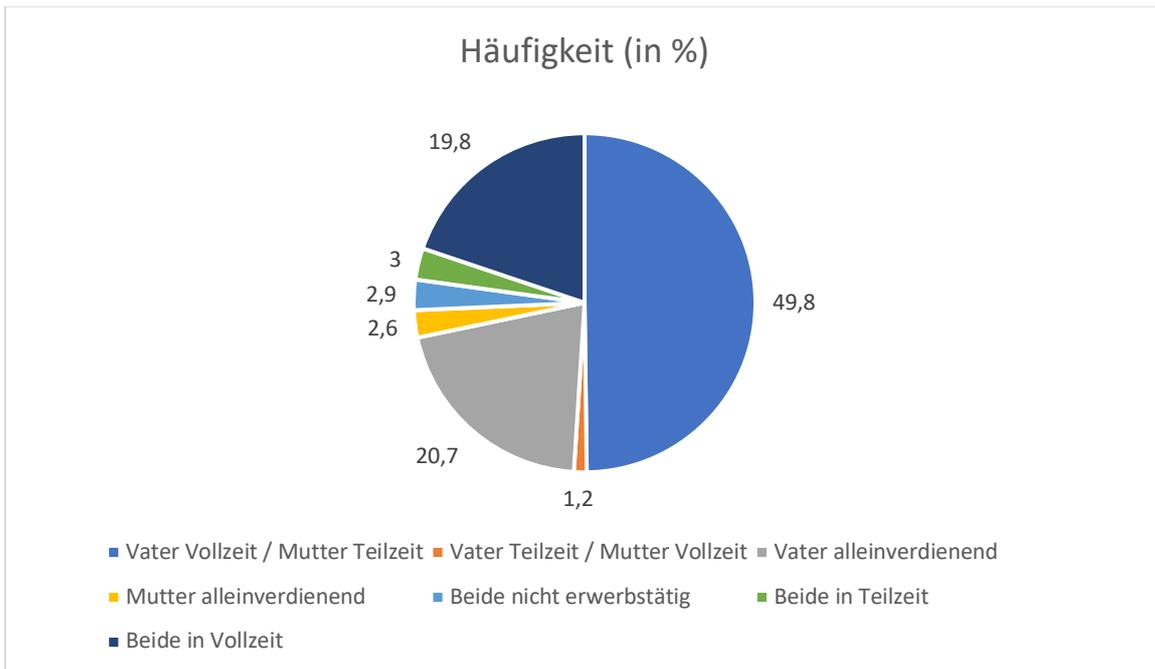


Abbildung 10: Erwerbskonstellationen in Paarfamilien in Baden-Württemberg 2022 (Familienforschung Baden-Württemberg, 2022)

Dies hat zur Folge, dass bei aufkommender Sorgearbeit innerhalb der Paarbeziehung die Bedingungen der Beziehungen verhandlungsbedürftig geworden sind (Monz, 2018). Insbesondere bei beruflicher Mobilität und gleichzeitig auftretender Elternschaft sind diese meist schwer für die Frauen zu vereinbaren (Monz, 2018). Paridon (2012) spricht davon, dass berufliche Mobilität explizit für Frauen „die Familienentwicklung verzögert und ganz verhindert“. Ausschlaggebend kann hierfür sein, dass meist geforderte berufliche Mobilität zeitgleich mit einer beginnenden Familienplanung zusammenfällt (Rüger & Becker, 2011). Entscheiden sich Frauen an dieser Stelle für die Gründung einer Familie, so bedeutet dies meist für sie den zeitweisen Verzicht auf die Erwerbstätigkeit oder das Zurückstellen der eigenen beruflichen Ambitionen (Lien, 2017; Monz, 2018; Rüger & Becker, 2011). Dieser Zusammenhang konnte auch empirisch nachgewiesen werden (Rüger & Becker, 2011). Frauen sind dann am meisten mobil, wenn sie keinen Partner und keine Kinder haben. Eine leichte Abnahme ist zu verzeichnen, wenn sich die Frauen in Partnerschaft begeben. Mit Eintritt der Mutterschaft nimmt die berufliche Mobilität deutlich ab. So sind nur ca. 6 % der Mütter mit minderjährigen Kindern beruflich mobil. Eine Familiengründung ist hingegen für die berufliche Mobilität von Männern nicht hinderlich (Rüger & Becker, 2011). In der BAuA-Arbeitszeitbefragung 2021 lassen sich Tendenzen zu diesem Bezug darin finden, dass in der Altersspanne von 30 bis 54 Jahre und in Partnerschaften mit Kind(ern) eher

von zu Hause aus gearbeitet wird (BAuA, 2023). Des Weiteren arbeiten Beschäftigte mit einem höheren Bildungsabschluss eher im Homeoffice. Im Forschungsbericht „Verbreitung und Auswirkungen von mobiler Arbeit und Homeoffice“ wird betrachtet, wenn Beschäftigte mobil-flexibel arbeiten, wo sie diese Arbeiten ausführen (Bonin et al., 2020). Es wird unterschieden zwischen „von zu Hause aus“, „mobil von unterwegs aus“ und „von einem anderen festen Ort als zu Hause aus“ (siehe Tabelle 5).

*Tabelle 5: Ort der Arbeit bei mobiler Arbeit und Homeoffice, Anteile an der abhängig beschäftigten Bevölkerung ab 18 Jahren mit Nutzung von mobilen Arbeiten oder Homeoffice, Juni 2019, n = 455, in Prozent, Mehrfachnennung möglich (vgl. Bonin et al., 2020)*

	Von zu Hause aus	Mobil von unterwegs aus	Von einem anderen festen Ort als zu Hause aus
Insgesamt	88	43	24
<b>Soziodemografische Merkmale</b>			
<b>Geschlecht</b>			
Männer	84	54	30
Frauen	92	30	18
<b>Bildung</b>			
Volks-, Haupt- o. weiterbildende Schule	69	56	30
Abitur o. Universitätsabschluss	95	38	22
<b>Wirtschaftsstrukturelle Merkmale und Beruf</b>			
<b>Berufsstatus</b>			
Arbeiterstatus	57	40	50
Angestelltenstatus	88	44	27
Beamtenstatus	96	39	5
<b>Wohnortgröße</b>			
Unter 20.000 Einwohner	94	48	26
Von 20.000 bis 100.000 Einwohner	84	35	12
Über 100.000 Einwohner	88	44	27

Als Beispiel für „mobil von unterwegs aus“ wurde im Zug arbeiten genannt. Bei der Kategorie „von einem anderen festen Ort als zu Hause aus“ kam häufig die Nennung „im Café“. Ebenso vorstellbar ist auch, dass ein Coworking Space von diesen Beschäftigten genutzt wird. An dieser Stelle soll auf das Konzept der Coworking Spaces nicht weiter eingegangen werden, da sie nicht Teil der Arbeit sind. Als weiterführende Literatur kann Bonin et al. (2022) empfohlen werden.

Die Befragung zeigt, dass Beschäftigte, wenn sie mobil-flexibel arbeiten, vor allem im Homeoffice tätig sind (Bonin et al., 2020). Frauen sind weniger mobil unterwegs und

arbeiten auch kaum in anderen Örtlichkeiten. Dies würde ältere Daten, wie bereits oben vorgestellt, stützen. Bei einer Unterscheidung nach dem Bildungsstand zeigt sich, dass Beschäftigte mit höheren Bildungsabschlüssen eher im Homeoffice arbeiten und niedere mobil unterwegs sind. Am geringsten sind Beschäftigte mit einem Beamtenstatus (5 %) in Coworking Spaces oder Cafés anzutreffen. Die Wohnortgröße ist ein Merkmal, bei denen eher leichte Unterschiede auftreten. Tendenziell arbeiten Beschäftigte in Orten unter 20.000 Einwohnern eher im Homeoffice als in den anderen zwei Ausprägungen.

Abschließend soll noch eine Publikation zur berufsassoziierten Mobilität vorgestellt werden, um auch diese abzudecken (Haller & Dauth, 2018).

*Tabelle 6: Pendeldistanzen nach Bildung, Wirtschaftszweig und Tätigkeit 2014 und Veränderung gegenüber 2000 (Haller & Dauth, 2018)*

Merkmale, durchschnittlicher Anteil im gesamten Beobachtungszeitraum in % in Klammern	Pendeldistanz 2014 Median in km	Veränderung 2000 bis 2014 in %
<b>Soziodemografische Merkmale</b>		
<b>Bildung</b>		
ohne Abschluss (16,6)	8,8	+22
mit Berufsausbildung (70,2)	10,5	+18
Mit Hochschulabschluss (12,3)	14,5	+7
<b>Wirtschaftsstrukturelle Merkmale und Beruf</b>		
<b>Wirtschaftszweig</b>		
Agrar-/Fischerei-/Forstwirtschaft und Bergbau (5,5)	9,4	+20
Verarbeitendes Gewerbe (20,6)	11,9	+27
Baugewerbe (5,9)	9,9	+19
Personenbezogene Dienstleistungen (22,7)	8,6	+14
Unternehmensbezogene Dienstleistungen (22,7)	14,5	+21
Öffentlicher Sektor, Gesundheits- u. Sozialwesen (22,6)	8,7	+22
<b>Berufliche Tätigkeit</b>		
Einfache Tätigkeiten	9,2	+22
Qualifizierte Tätigkeiten	10,9	+19
Hochqualifizierte Dienstleistungsberufe	10,7	+6
Ingenieur	18,5	+12
Manager	16,2	+25

Die Ergebnisse sind in Tabelle 6 dargestellt. Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass die Pendeldistanzen zwischen 2000 und 2014 zugenommen haben. Die geringsten prozentualen Zunahmen sind bei den Befragten mit Hochschulabschluss (+ 7 %)

und in den hochqualifizierten Dienstleistungsberufen (+ 6 %). Die stärksten Anstiege sind beim verarbeitenden Gewerbe (+ 27 %) und bei den Manager\*innen (+ 25 %) zu verzeichnen. Diese haben im Median auch 2014 mit 16,2 km die größte Pendeldistanz. Es ist anzunehmen, dass die Pendeldistanzen während der Pandemie 2020 bis 2023 rückläufig waren, da, wie bereits beschrieben, vor allem die Beschäftigten im Homeoffice gearbeitet haben, um Kontakte zu vermeiden (Corona Datenplattform, 2021). Doch wie Rüger et. al (2021) in ihrer Analyse festgestellt haben, wird dieses Ergebnis wohl nicht langfristig eintreten, da ein Vergleich zwischen der Homeoffice-Nutzung und der Pendeldistanz sehr viel komplexer ist. Denn meist geht eine Homeofficenutzung mit einer längeren Pendeldistanz einher.

Von den möglichen beschriebenen Mobilitätsformen fehlen bei der Betrachtung der aktuellen Datenlage die mobilen Berufe. Da jedoch diese Berufe sehr vielfältig sind und für diese Arbeit nur die mobilen Berufe in der Pflege von Relevanz sind, wird auf eine allgemeine Darstellung der Datenlage verzichtet. Die explizite Beschreibung der Datenlage für die ambulante Pflege und den medizinischen Dienst erfolgt in Abschnitt 1.3.2.

### 1.3 Exemplarische Darstellung: mobile Berufe in der Pflege in Deutschland

Die bisherigen Ausführungen haben sowohl Aspekte der GBpsych als auch der mobilflexiblen Arbeit beinhaltet. Dieses Unterkapitel umfasst die exemplarische Darstellung zweier mobiler Berufe in der Pflege, die auch Gegenstand der durchgeführten Befragungen sind. Inhalt der nachfolgenden Unterkapitel ist der aktuelle Kenntnisstand zu der Arbeit in der ambulanten Pflege und beim Medizinischen Dienst (MD). In einem ersten Schritt werden die Strukturen und Rahmenbedingungen für diese beiden mobilen Berufe vorgestellt. Darauf folgt eine Darstellung der aktuellen Datenlage. Der Abschnitt 1.3.3 wird mit einer systematischen Literaturrecherche zu der psychischen Belastung in der ambulanten Pflege abgeschlossen. In den Ausführungen wird sich zeigen, dass diese Auswertung für die Arbeit beim MD nicht möglich ist, da bis zu diesem Zeitpunkt (Stand: April 2023) keine Daten veröffentlicht worden sind.

### 1.3.1 Strukturen und Rahmenbedingungen für die ambulante Pflege und den Medizinischen Dienst

In der Presse ist seit Jahren das Thema „Pflege“ immer wieder ein präsentenes Dauerthema. Der derzeitige mediale Höhepunkt wurde erreicht, als während der Pandemie 2020 bis 2023 durch die medizinischen Herausforderungen vor allem die stationäre Pflege besonders in den Fokus gerückt wurde. In der 1. Welle zeigte sich dies darin, dass in Deutschland abends auf den Balkonen den Pflegekräften und ihrer geleisteten Arbeit mit Applaus gedankt wurde. Doch bereits danach kam schnell die Ernüchterung, dass sich dennoch nichts groß an den Rahmenbedingungen für die Pflege ändern wird (Heisterkamp, 2020). Dies ist zu mindestens der mediale Eindruck.

Bei den Fachkräften ist die sich verändernde Situation in der Pflege bereits sehr viel länger präsent. So stellte das Robert Koch Institut (RKI) bereits 2004 fest, dass sich ein Fachkräftemangel in diesem Bereich abzeichnet und aufgrund verschiedener Faktoren sich auch die Bedingungen verschlechtern werden (Pick et al., 2004). Als Einflussfaktoren werden z. B. der demografische Wandel und gesellschaftliche Veränderungen (u. a. Wandel von Mehrgenerationshaushalten zu Single-Haushalten) genannt. Auch Breinbauer (2020) stellt dies in ihrem historischen Abriss zur Pflege dar. Es findet über die Zeit ein Wandel von der Laienpflege zur Professionalisierung der Pflege statt. Die Pflegewissenschaft, als Etablierung der Professionalisierung der Pflege, entwickelte sich Mitte der 90iger Jahre des vorherigen Jahrhunderts. Die Laienpflege wird dennoch immer auch ein wichtiger Bestandteil pflegerischer Leistungen sein (Pick et al., 2004). Die Bertelsmann Stiftung publizierte 2012 den Themenreport „Pflege 2030“, in dem mehrere mögliche Entwicklungsszenarien aufgrund der beschriebenen Rahmenbedingungen abgeleitet wurden (Rothgang et al., 2012). So wird in dieser Ausarbeitung darauf hingewiesen, dass sich eine Versorgungslücke bei der professionellen Pflege abzeichnen wird und die Anzahl der Pflegebedürftigen weiter steigen werden. Ähnliche Prognosen finden sich auch in anderen Quellen (Ärzteblatt, 2024; Statistisches Bundesamt, 2023c, 2023d). Ebenso bildet dies auch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Robert Koch Institut, 2015) ab. In dieser Publikation wird darauf hingewiesen, dass die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften mit in den Blick genommen werden müssen, um Personalfluktuationen und -abwanderungen zu vermeiden.

Nachfolgend soll insbesondere auf die Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege und beim MD eingegangen werden.

Für die ambulante Pflege sind zwei Gesetze von besonderer Bedeutung. Im § 3 des XI Sozialgesetzbuches (SGB) ist geregelt, dass vorrangig Patient\*innen in der häuslichen Umgebung gepflegt werden sollen (SGB XI, 1994). Die Rahmenbedingungen und die zu erbringenden Leistungen bzw. wann ein Leistungsanspruch besteht sind im § 37 des V Sozialgesetzbuches festgehalten (SGB V, 1988). In den Aufgabenbereich der Pflegedienste fallen pflegerische, betreuende und haushaltsnahe Leistungen (Zentrum für Qualität in der Pflege, 2022). Diese Pflegesachleistungen sind im § 36 SGB XI näher beschrieben. Neben den rechtlichen Vorgaben wurde 2006 das erste Mal die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“, kurz Charta der Pflege, veröffentlicht (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Ihr Ziel ist es, ein gemeinsames Verständnis innerhalb der Pflege über die Rolle und Rechtsstellung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen zu schaffen. Sie ist grundsätzlich nicht rechtlich bindend, doch vereint sie mehrere gesetzliche Anforderungen. Auf nationaler Ebene sind es u. a. die bereits vorgestellten Paragraphen aus den Sozialgesetzbüchern. Von europäischer und internationaler Seite her greifen z. B. die Europäische Sozialcharta und die UN-Behindertenrechtskonvention. Alle 8 Artikel sind in Tabelle 7 aufgeführt.

Auf der einen Seite wird eine Professionalisierung der Pflege gefordert (siehe oben) und andererseits verschärft sich die Arbeitssituation für die Beschäftigten weiter, indem ein Kosten- und Leistungsdruck vorherrscht und das Arbeitspensum weiter steigt. Auf diese Besonderheiten für die ambulante Pflege wird explizit im Abschnitt 1.3.3 eingegangen.

Für den MD gelten andere gesetzliche Regelungen. So sind die Aufgaben des MDs in §§ 275 bis 277 SGB V sowie im § 18 SGB XI festgehalten (SGB XI, 1994; SGB V, 1988). Strukturelle Rahmenbedingungen zur Organisation sind in den §§ 278 bis 283 SGB V niedergeschrieben. Es ist so geregelt, dass es 15 MDs in Deutschland und den MD Bund gibt (siehe Abbildung 11). Sie bilden die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste. Sie verstehen sich als sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienste für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung (Medizinischer Dienst Bund, 2022). Eine Abweichung zu der Anzahl der Bundesländer kommt wie folgt zu Stande.

Tabelle 7: Artikel der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Gesundheit, 2020)

Artikel 1	Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe: <i>Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe sowie auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben führen zu können.</i>
Artikel 2	Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit: <i>Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.</i>
Artikel 3	Privatheit: <i>Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.</i>
Artikel 4	Pflege, Betreuung und Behandlung: <i>Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.</i>
Artikel 5	Information, Beratung und Aufklärung: <i>Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe und Pflege sowie der Behandlung.</i>
Artikel 6	Wertschätzung, Kommunikation und Teilhabe an der Gesellschaft: <i>Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.</i>
Artikel 7	Religion, Kultur und Weltanschauung: <i>Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.</i>
Artikel 8	Palliative Begleitung, Sterben und Tod: <i>Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben.</i>

Hamburg und Schleswig-Holstein bilden den MD Nord. Ebenso fasst der MD Berlin-Brandenburg die Hauptstadt und das umliegende Bundesland Brandenburg zusammen. Eine weitere Besonderheit besteht darin, dass sich Nordrhein-Westfalen in die MDs Nordrhein und Westfalen-Lippe unterteilen. Die weiteren MDs sind wie die Bundesländer aufgeteilt. Alle Standorte sind dazu verpflichtet in den folgenden Aufgabebereichen tätig zu werden (Medizinischer Dienst Bund, 2022).



Abbildung 11: Standorte der Medizinischen Dienste innerhalb Deutschlands (vgl. Medizinischer Dienst Bund, 2022)

Diese umfassen die Pflegequalität, die Pflegebegutachtung, den Bereich Krankenhaus, die Beratung und Begutachtung, den Patientenschutz und neue Behandlungsmethoden. Im Einzelnen bedeutet dies, dass der MD ambulante Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen mindestens einmal jährlich zur Pflegequalität prüft und diese Ergebnisse veröffentlicht. Die Beschäftigten erstellen Gutachten zur Pflegebedürftigkeit von gesetzlich Versicherten, in dem sie diese größtenteils persönlich aufsuchen. Im Bereich Krankenhaus wird geprüft, ob die Voraussetzungen gegeben sind, dass die Krankenhäuser mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen. Ebenso prüfen die Beschäftigten Klinikabrechnungen und führen Qualitätskontrollen in den Einrichtungen durch. Eine weitere Aufgabe ist, dass Beratungsleistungen im Bereich von Hilfsmitteln und Arbeitsunfähigkeit angeboten werden. Die vorletzte Aufgabe umfasst den Bereich Patientenschutz. Die Beschäftigten erstellen Sachverständigengutachten, ob

Behandlungs- oder Pflegefehler vorliegen. Dazu können gesetzlich Versicherte einen Antrag stellen, wenn sie dies vermuten. Ebenso werden individuelle Gesundheitsleistungen (Igel) bewertet und deren Ergebnisse veröffentlicht. Im letzten Bereich der neuen Behandlungsmethoden werden Einzelfallprüfungen durchgeführt, ob diese zum Einsatz kommen dürfen oder nicht. Damit bildet der MD ein sehr komplexes Aufgabenspektrum ab.

### 1.3.2 Aktuelle Datenlage für die ambulante Pflege und den Medizinischen Dienst

Dieser Abschnitt soll darüber Aufschluss geben, welche aktuellen statistischen Daten es derzeit für die Bereiche der ambulanten Pflege und den MD gibt. Es werden sowohl Daten für Deutschland und Sachsen-Anhalt vorgestellt, da die Befragungen dieses Forschungsprojektes in Sachsen-Anhalt stattgefunden haben.

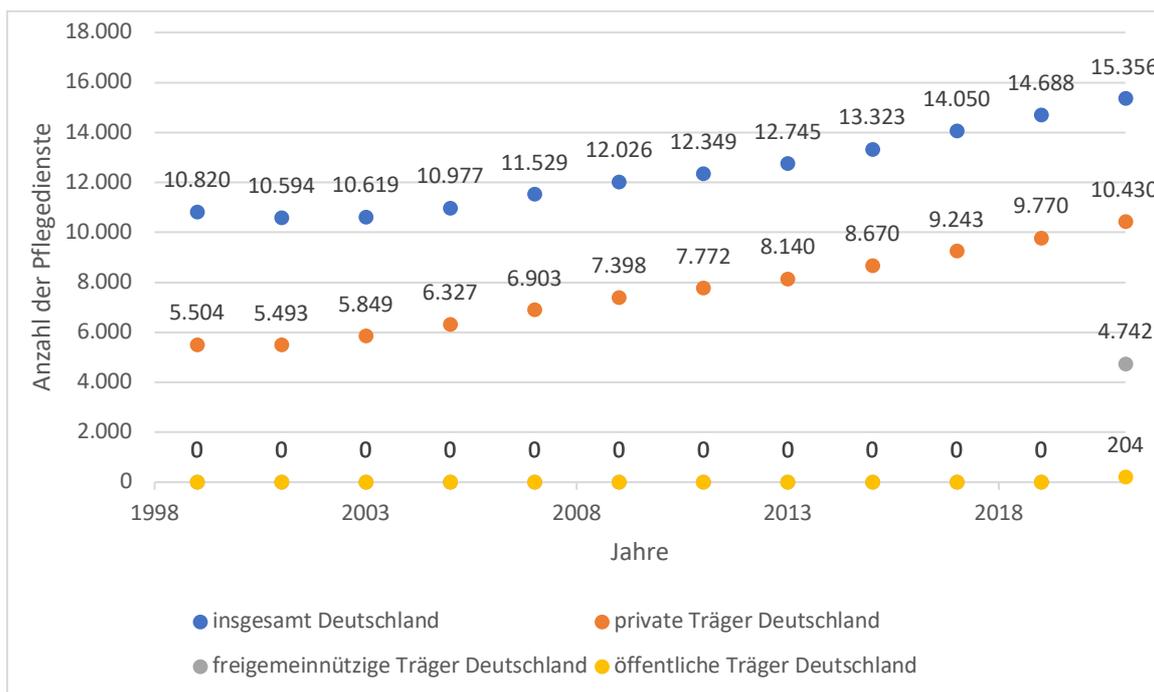


Abbildung 12: Anzahl und Verteilung ambulanter Pflege- u. Betreuungsdienste in Deutschland im Zeitraum von 1999 bis 2021(vgl. GBE Bund, 2021a)<sup>6</sup>

Für die ambulante Pflege ist vor allem von Interesse, wie sich die Anzahl der Pflegedienste, der Beschäftigten und der zu Pflegenden in den letzten Jahren entwickelt hat. Diese können einen Einfluss auf die Belastungssituation nehmen.

<sup>6</sup> Im Datensatz des GBE Bund werden vor 2021 nicht nach allen Trägerarten unterschieden.

## Einführung - Exemplarische Darstellung: mobile Berufe in der Pflege in Deutschland

Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass alle drei Parameter von 1999 bis 2021 stetig gewachsen sind. Im Einzelnen bedeutet dies, dass deutschlandweit 2021 15.356 ambulante Pflege- und Betreuungsdienste gemeldet waren (siehe Abbildung 12).

Ein Großteil davon waren privat organisiert (67,9 %). Eine ähnliche Quote ergibt sich auch für Sachsen-Anhalt (68 %, siehe Abbildung 13). Freigemeinnützige oder öffentliche Träger sind sowohl innerhalb Deutschlands und Sachsen-Anhalts wenig vertreten.

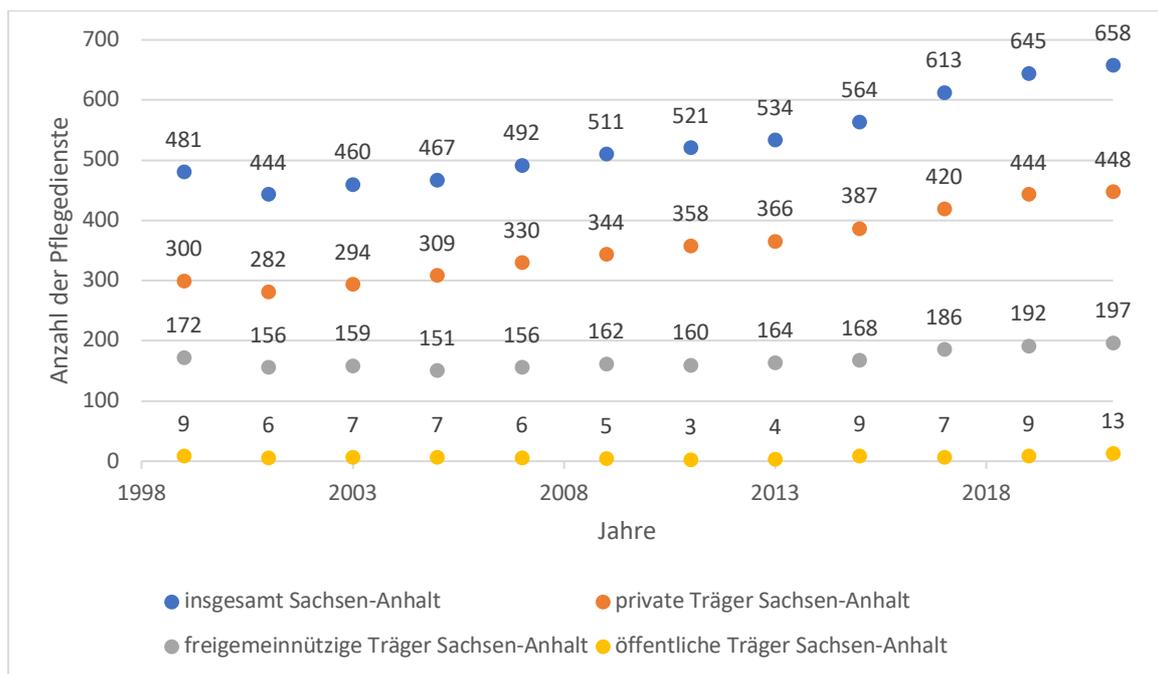


Abbildung 13: Anzahl und Verteilung ambulanter Pflege- u. Betreuungsdienste in Sachsen-Anhalt im Zeitraum von 1999 bis 2021 (vgl. GBE Bund, 2021a; Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, 2023)

Die Anzahl der Beschäftigten im Bereich der ambulanten Pflege betrug 2021 deutschlandweit fast eine halbe Million Beschäftigte (442.860, siehe Abbildung 14). Dabei entwickelte sich die Vollzeitquote von 1999 bis 2021 von 30,9 % auf 28,1 %. Hier unterscheidet sich Sachsen-Anhalt etwas vom Deutschlandtrend.

## Einführung - Exemplarische Darstellung: mobile Berufe in der Pflege in Deutschland

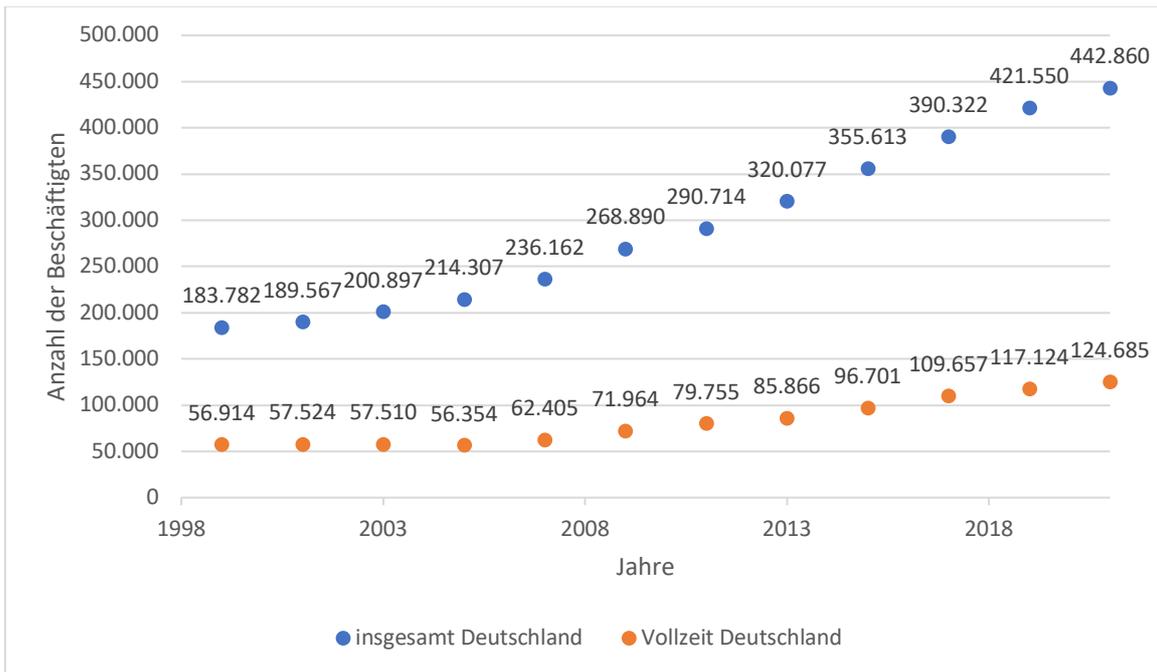


Abbildung 14: Anzahl und Beschäftigungsart in der ambulanten Pflege in Deutschland im Zeitraum von 1999 bis 2021 (vgl. GBE Bund, 2021c)

Die Vollzeitquote im Bereich der ambulanten Pflege betrug 1999 44,2 % (siehe Abbildung 15). Bis 2021 sank sie dann auf 32,7 %. Es kann also konstatiert werden, dass prozentual mehr Pflegekräfte in Sachsen-Anhalt in Vollzeit angestellt sind als in Deutschland insgesamt.

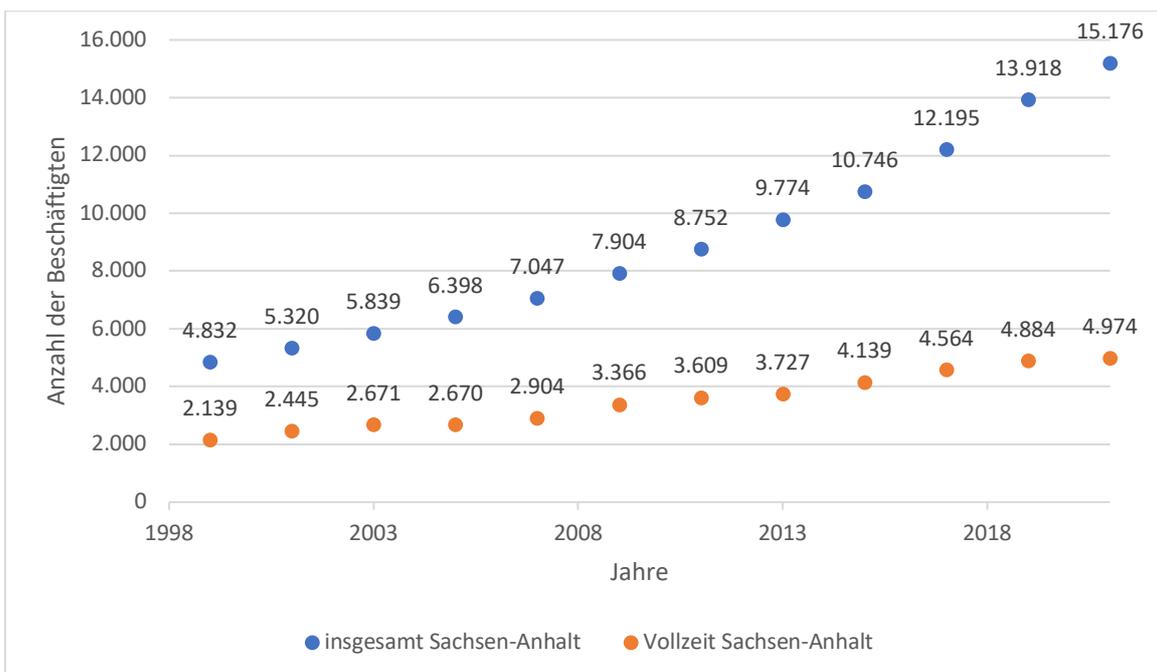


Abbildung 15: Anzahl und Beschäftigungsart in der ambulanten Pflege in Sachsen-Anhalt im Zeitraum von 1999 bis 2021 (vgl. GBE Bund, 2021c)

## Einführung - Exemplarische Darstellung: mobile Berufe in der Pflege in Deutschland

Im Altersgruppenvergleich für Sachsen-Anhalt zeigt sich, dass ca. 50 % der Beschäftigten jünger als 45 Jahre im Jahr 2021 waren (siehe Abbildung 16). Die zahlenstärkste Altersgruppe bilden die 35- bis 40-Jährigen.

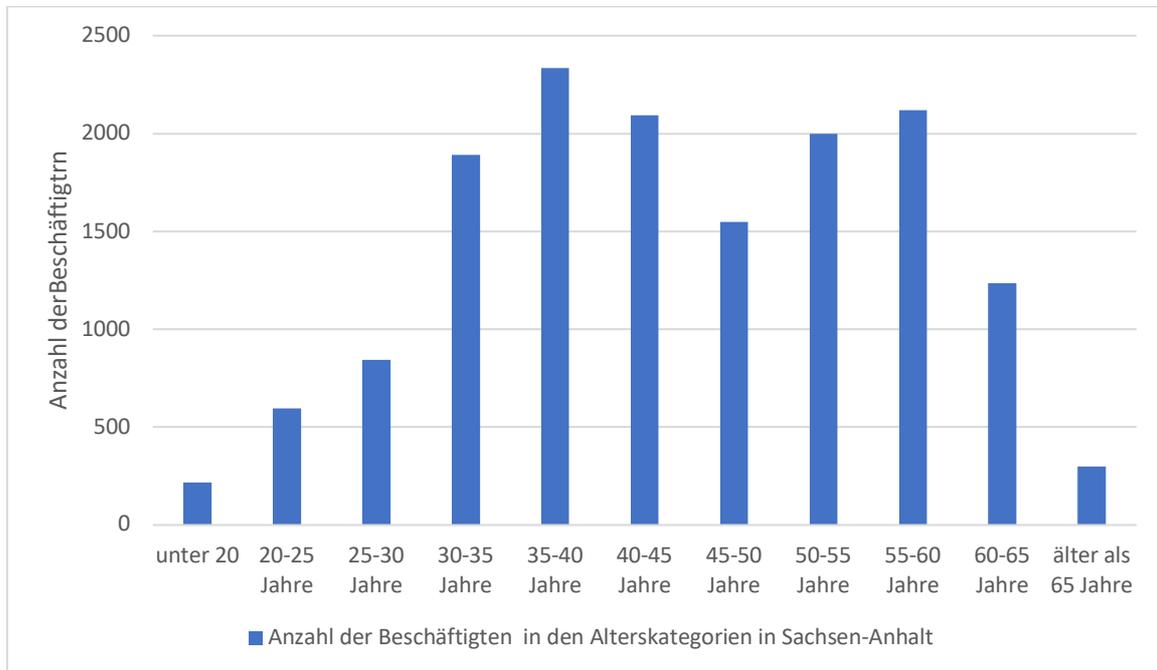


Abbildung 16: Personal in den ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten Sachsen-Anhalt 2021 in den Altersgruppen (vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, 2023)

Insgesamt kann für Deutschland festgehalten werden, dass vorwiegend Frauen in der ambulanten Pflege arbeiten. Im Jahr 1999 betrug die Männerquote 14,89 % und ist bis 2021 auf 15,04 % gestiegen. Der prozentuale Anstieg wirkt gering. Doch bei einem direkten Vergleich der beiden Jahre vom Anteil der männlich Beschäftigten ist die Anzahl um das 2,4-fache gestiegen (GBE Bund, 2021b).

Der letzte vorgestellte Indikator für die ambulante Pflege ist die Anzahl der zu Pflegenden. Auch hier sind Anstiege zu verzeichnen. Im Jahr 2021 wurden deutschlandweit durch ambulante Pflegedienste mehr als eine Million Menschen versorgt (siehe Abbildung 17). Diese Zahl hat sich somit im Zeitraum von 24 Jahren mehr als verdoppelt. Seit der Einführung der fünf Pflegegrade konnte ein stärkerer Anstieg verzeichnet werden (GBE Bund, 2021d, 2021e).

## Einführung - Exemplarische Darstellung: mobile Berufe in der Pflege in Deutschland

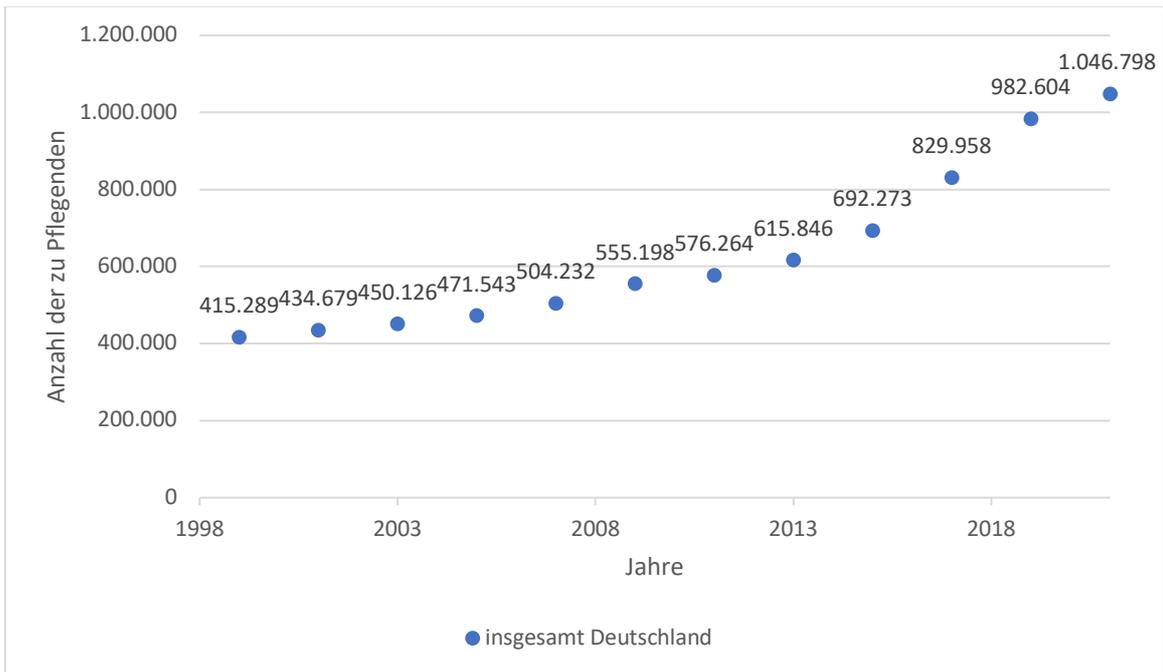


Abbildung 17: Anzahl der zu Pflegenden in der ambulanten Pflege in Deutschland im Zeitraum von 1999 bis 2021 (vgl. GBE Bund, 2021d, 2021e)<sup>7</sup>

Ein ähnliches Bild zeichnet sich auch in Sachsen-Anhalt ab (siehe Abbildung 18). Für den Berichtszeitpunkt 2021 wurden 42.066 zu Pflegenden gemeldet.

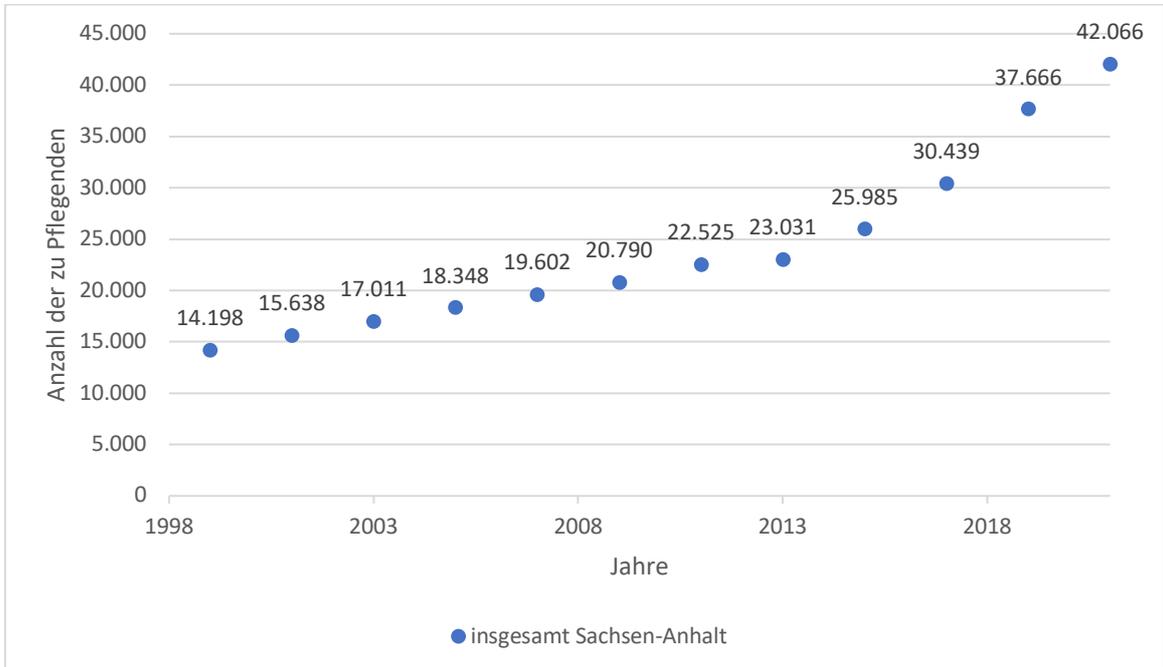


Abbildung 18: Anzahl der zu Pflegenden in der ambulanten Pflege in Sachsen-Anhalt im Zeitraum von 1999 bis 2021 (vgl. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt, 2023)

<sup>7</sup> Seit dem 1. Januar 2017 gilt ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff. Fünf Pflegegrade ersetzen seitdem die bisherigen drei Pflegestufen.

Diesen Anstieg spiegeln auch die Zahlen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vom MD Sachsen-Anhalt wider. Diese haben um ca. 22 % von 2018 bis 2022 zugenommen (Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt, 2023). Konkret bedeutet dies, dass 2022 95.273 Pflegegutachten in Sachsen-Anhalt durch den MD erstellt wurden. Diese machen 91,2 % der 104.442 pflegefachlichen Empfehlungen aus, die, wie oben beschrieben, nur ein Teil der Aufgaben des MDs umfassen. Des Weiteren wurden im Bereich der Krankenversicherung 62.878 sozialmedizinische Empfehlungen für den ambulanten Bereich und 60.620 sozialmedizinische Empfehlungen für den stationären Bereich ausgesprochen. In diesem Berichtsjahr wurden durch die entsprechenden Beschäftigten 14 Qualitätskontrollen in 7 Krankenhäusern und 936 Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen des Landes durchgeführt. Die Begutachtungsprozesse wurden durch 385 Beschäftigte begleitet und abgeschlossen (Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt, 2023). Die Aufteilung der verschiedenen Berufsfelder ist in Abbildung 19 dargestellt. Auf die Beschreibung der Berufsfelder wird im Abschnitt 2.2.2 genauer eingegangen.



Abbildung 19: Verteilung der Berufsfelder beim MD Sachsen-Anhalt 2022 (vgl. Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt, 2023)

Diese Statistiken geben einen ersten Einblick in die Strukturen der ambulanten Pflege und des MDs. Nachfolgend soll näher auf die psychische Belastung eingegangen werden. Da diese Betrachtung sehr umfangreich ist, ist sie in einem eigenen Unterkapitel dargestellt. Sie umfasst jedoch nur eine Betrachtung für die ambulante Pflege. Bei

einer systematischen Literaturrecherche (Stand April 2023) konnten keine Veröffentlichungen zu der Belastungsstruktur von Beschäftigten bei MDs gefunden werden.

### 1.3.3 Psychische Belastung in der ambulanten Pflege

Einen ausführlichen Einblick in die Belastungsstrukturen von mobil-flexibler Arbeit konnten im Abschnitt 1.2.1 gewonnen werden. Doch diese Arbeitsform kann in seinen Auswirkungen nicht verallgemeinert werden, da Belastungen und Ressourcen aufgrund von Berufen und Branchen variieren können. Ziel dieses Abschnittes ist es, explizit psychische Anforderungs-/Belastungsstrukturen für den Bereich der ambulanten Pflege zusammen zu tragen.

Um sich einen Überblick über die aktuellen Forschungsergebnisse zu Anforderungen und zur psychischen Belastung in der ambulanten Pflege zu verschaffen, wurde eine systematische Literaturrecherche im April 2023 durchgeführt. Hierfür wurden die Datenbanken PubMed, PSYINDEX, OVID Medline und Web of Science genutzt. Folgende Eingrenzungen der Suchkriterien wurden vorgenommen. Ausgeschlossen wurde Literatur, die ein älteres Publikationsdatum als das Jahr 2004 hatte. Diese Entscheidung stand im Zusammenhang mit der Pflegereform im Jahr 2004. Die aktuelle Pflegereform 2021/2022 konnte nicht als Ausschlusskriterium genutzt werden, da diese sich zum Zeitpunkt der Literaturrecherche in der Umsetzung befand und anzunehmen ist, dass noch keine Publikationen dazu existieren. Suchterm war in deutscher Sprache grundsätzlich „ambulante Pflege“ und wurde auf die entsprechenden Operatoren der Datenbanken angepasst, um z. B. auch Formulierungen wie „ambulanten Pflege“ abzudecken. Nur bei der Datenbank PSYINDEX wurde „Arbeit\*“ zum Suchterm hinzugefügt, um die Ergebnisse auf das Pflegepersonal einzugrenzen, da vor allem ohne diese Ergänzung Arbeiten in den Ergebnissen vorhanden waren, die sich auf die zu Pflegenden bezogen. Englische Suchterme wurden nicht berücksichtigt, da in dieser Arbeit die Anforderungs- u. Belastungsstrukturen für Deutschland von Relevanz sind. Das ArbSchG und die GBpsych sind in ihrer Ausführung so nur für Deutschland gültig. Eine Übersicht zu den Suchergebnissen aus den Datenbanken ist in Tabelle 8 dargestellt.

## Einführung - Exemplarische Darstellung: mobile Berufe in der Pflege in Deutschland

Tabelle 8: Übersicht zu den Suchergebnissen zum Suchterm "ambulante Pflege" sortiert nach Datenbanken

Datenbank	Suchterm	Anzahl der Ergebnisse	Relevante Ergebnisse
PubMed	Ambulante Pflege	44	5
	Ambulanten Pflege	59	6
PSYINDEX	Ambulante* AND Pflege	212	/
	Ambulante* AND Pflege AND Arbeit*	71	7
OVID Medline	Ambulante* AND Pflege	80	4
Web of Science	Ambulante* AND Pflege	13	0

Die Sichtung, um relevante Suchergebnisse zu identifizieren, erfolgte zuerst anhand der Abstracts. Es wurden Studien und Befragungen von Pflegepersonal gesucht, die ihre Belastungssituation im Kontext ihrer Arbeit darstellen. Die Perspektive der zu Pflegenden wurde ausgeschlossen. Nach der Bereinigung der Dubletten konnten aus allen benutzten Datenbanken dann 13 relevante Publikationen gefiltert werden. Nach einer Sichtung anhand der Volltexte wurden diese auch abschließend als relevant eingestuft. Durch freie Suche und Schneeballsystem konnten 8 Publikationen auch als relevant identifiziert werden. Alle zusammen ergeben 13 Zeitschriftenartikel, 5 Berichte, 2 Bücher und eine Dissertation.

In Abbildung 20 sind alle relevanten Publikationen zu den Anforderungs-/Belastungsstrukturen in der ambulanten Pflege nach ihrem Publikationsdatum dargestellt.

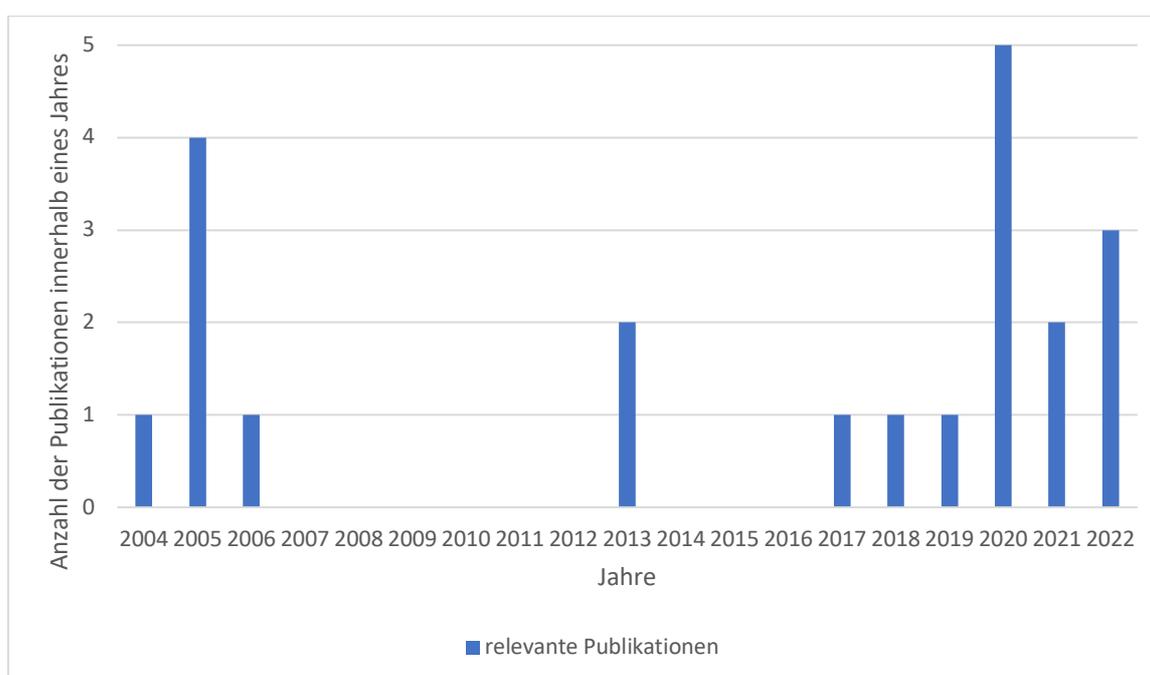


Abbildung 20: Relevante Publikationen zu Belastungsstrukturen in der ambulanten Pflege geordnet nach ihrem Publikationsdatum

Der höhere Anstieg um 2005 steht wahrscheinlich in Verbindung mit dem Pflegereformgesetz von 2004. Der zweite erhöhte Anstieg um 2020 kann vermutlich mit der weltweiten Corona-Pandemie assoziiert werden. Der Ausbruch der Pandemie durch das SARS-CoV-2-Virus führte zu einer stärkeren Betrachtung der Belastungsstruktur des Bereichs der Pflege und somit auch der Belastungsstrukturen von ambulantem Pflegepersonal. Drei der Publikationen ab 2020 machen dies explizit zum Thema. Es bleibt abzuwarten, ob die Publikationsanzahl in diesem Bereich langfristig weiter steigen wird. Als Entwicklungstreiber für die Zukunft können weitere Pflegereformen, Langzeitauswirkungen der Corona-Pandemie, die Digitalisierung, der Fachkräftemangel und die demografischen Entwicklungen in der Bevölkerung sein (Flaspöler & Neitzner, 2018; Rothgang et al., 2012; Thielmann et al., 2023; Treviranus et al., 2020).

Ein ähnliches Bild zeichnet sich auch bei Breinbauer (2020) ab. Sie betrachtete in ihrer systematischen Literaturrecherche das Pflegepersonal insgesamt in Deutschland (Akutpflege, ambulante Pflege, stationäre u. teilstationäre Pflege). So fand sie 31 empirische Untersuchungen zu Belastung und Stress im Pflegeberuf, 8 empirische Untersuchungen mit dem Schwerpunkt Burnout in der Pflege, 9 empirische Untersuchungen zur Verweildauer und Berufsverbleib in der Pflege und 14 empirische Untersuchungen zur Arbeitszufriedenheit und Ressourcen in der Pflege. Einige Studien hatten mehrere Schwerpunkte und sind deshalb in den verschiedenen Bereichen auch mehrfach vertreten. Eine Analyse zur Belastungsstruktur des Pflegepersonals insgesamt in Deutschland ist somit deutlich stärker vertreten. Doch wie bereits mehrere Studien aufgezeigt haben, hat die ambulante Pflege eine abweichendere Belastungsstruktur als die stationäre Pflege (Breinbauer, 2020; Büssing et al., 2004; Dürr et al., 2022; Ehegartner et al., 2020; Gencer et al., 2019; Hasselhorn et al., 2005; Kirmse et al., 2021; Simon et al., 2005; Wirth et al., 2017).

In Tabelle 9 sind die Kerninhalte aller relevanten Publikationen aus der hier vorgestellten systematischen Literaturrecherche zusammengetragen. Das Tabellenformat ist von Breinbauer (2020) übernommen, um eine bessere Vergleichbarkeit zu ermöglichen. Die Publikationen sind nach ihrer Aktualität sortiert. Von den 21 Publikationen betrachten acht rein die ambulante Pflege. Zwei von diesen Arbeiten fokussieren explizit besondere Bereiche der häuslichen Pflege, nämlich die Kinderkranken- und die Palliativpflege (Gencer et al., 2019; Petersen, 2020). Die anderen beziehen noch andere Einrichtungsformen mit ein und es wird nicht nach besonderen Formen der

häuslichen Krankenpflege unterschieden. Am meisten wurden empirische Arbeiten veröffentlicht. Eine Publikation beinhaltet narrative Interviews und eine weitere hatte sowohl qualitative als auch quantitative Elemente.

Die vergleichenden Studien zu den verschiedenen Einrichtungsformen stellten bis auf eine fest, dass Pflegekräfte eine signifikant geringere negative Beanspruchung aufweisen als ihre Kolleg\*innen aus anderen Bereichen. Werner et al. (2022) hingegen, stellten in ihrer Stichprobe fest, dass die ambulanten Pflegekräfte höhere Stresswerte und stärkere psychosomatische Symptome aufweisen. Ebenfalls gaben sie eine höhere Arbeitsbelastung an. Zukünftige Studien müssen zeigen, ob hier ein Wandel stattfindet. Jedoch kann als Limitation der Studie angesehen werden, dass nur ein Anbieter untersucht wurde. Somit kann nicht ausgeschlossen werden, dass rein die unternehmensspezifischen Rahmenbedingungen bei diesem Anbieter zu dieser Exposition geführt haben. Auf der anderen Seite muss kritisch betrachtet werden, dass bei einigen vergleichenden Studien der ambulante Sektor teils sehr gering im Vergleich zur Gesamtstichprobe vertreten ist (Breinbauer, 2020; Dürr et al., 2022; Hasselhorn et al., 2005; Simon et al., 2005) und somit diese nicht repräsentativ für die ambulante Pflege sein können. Eine Studie der BAuA, stellt eher ein differenziertes Bild dar (Petersen & Melzer, 2022). In bestimmten Belastungen schneidet die ambulante Pflege besser als andere Einrichtungsformen ab, in manchen jedoch nicht.

Tabelle 9: Übersicht der relevanten Publikationen mit ihren Kerninhalten

Autor*innen	Thematik	Stichprobe	Methodik	Ergebnisse
Werner et al. (2022)	Wahrgenommener Stress, Arbeitsbelastung und psychosomatische Beschwerden bei Pflegekräften in der stationären und ambulanten Pflege – Eine Querschnittsbefragung	n = 158; ambulante (50.63 %) und stationäre Pflegekräfte (49.37 %) eines Anbieters	Querschnittsbefragung mittels Fragebogen Instrumente: PSQ20 <sup>8</sup> , Questionnaire on Health influencing Workload in Nursing, Psychosomatic Complaints in a Non-Clinical Context	Beschäftigte in der ambulanten Pflege: <ul style="list-style-type: none"> <li>erreichen höhere Stresswerte als im stationären Bereich (<math>t(156) = 2.02, p &lt; .05, \text{Cohen's } d = 0.329</math>)</li> <li>geben eine höhere Arbeitsbelastung an (<math>t(155) = 3,72, p &lt; .001, \text{Cohen's } d = .59</math>)</li> <li>geben stärkere psychosomatische Symptome an (<math>t(154) = 1.99, p &lt; .048, \text{Cohen's } d = .32</math>)</li> </ul>
Petersen und Melzer (2022)	Belastungs- und Beanspruchungssituation in der ambulanten Pflege	ETB <sup>9</sup> n = 611, AZB <sup>10</sup> n = 814; deutschlandweit, orientiert auf ambulante Pflege: ETB n = 117, AZB n = 125	Querschnittsbefragung mittels Fragebogen Instrumente: BAuA-ETB und BAuA-AZB	Beschäftigte in Setting ambulante Pflege und stationäre Pflege: <ul style="list-style-type: none"> <li>hohes Niveau von physischer u. psychischer Belastung und Beanspruchung</li> </ul> Beschäftigte in der ambulanten Pflege: <ul style="list-style-type: none"> <li>Belastungs- u. Beanspruchungssituation teils günstiger</li> <li>einige Arbeitsbelastungsfaktoren teils ungünstiger (z. B. Zwangshaltungen)</li> <li>ungünstige klimatische Bedingungen</li> </ul>

<sup>8</sup> Perceived Stress Questionnaire; deutsche Kurzversion mit 20 Items

<sup>9</sup> BAuA-Erwerbstätigenbefragung

<sup>10</sup> BAuA-Arbeitszeitbefragung

## Einführung - Exemplarische Darstellung: mobile Berufe in der Pflege in Deutschland

Autor*innen	Thematik	Stichprobe	Methodik	Ergebnisse
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• häufiger Schwierigkeiten nach der Arbeit abzuschalten</li> </ul>
Dürr et al. (2022)	Anforderungen, Ressourcen und Arbeitsengagement Pflegenden während der zweiten Welle der COVID-19-Pandemie	n = 1027; Pflegekräfte aus den Einsatzorten Krankenhaus (76,7 %), Altenpflege (13,3 %), ambulante Pflege (8,1 %) und Sonstiges (1,9 %), deutschlandweit	Querschnittsbefragung mittels Online-Fragebogen Instrument: eigene Zusammenstellung	Pflegekräfte in der ambulanten Pflege beschreiben: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bereiche Arbeitsüberlastung und Work-Life-Interferenzen als weniger belastend als im Krankenhaus oder der Altenpflege (<math>p &lt; .001</math>)</li> <li>• die Ressourcensituation positiver als in den anderen Bereichen (<math>p &lt; .05</math>)</li> </ul>
Kirmse et al. (2021)	Status Quo Pflege - Aktuelle Belastungs- und Beanspruchungssituation in den Bereichen der Akut- und Langzeitpflege	n = 451, Pflegekräfte aus der Akutpflege (35,69 %), aus der stationären Langzeitpflege (32,37 %) und aus der ambulanten Langzeitpflege (31,92 %), deutschlandweit	Querschnittsbefragung, mittels Online-Fragebogen Instrument: eigene Zusammenstellung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ambulanter Bereich deutlich geringere kritische Ausprägungen bei den Belastungen</li> <li>• Ressourcen in den Bereichen störungsfreies Arbeiten und soziale Faktoren</li> <li>• Belastungsschwerpunkte aller Bereiche: Zeitdruck, Unterbesetzung, das Fehlen störungsfreier Pausen, emotionale Dissonanzen</li> </ul> ambulanter Bereich im Vergleich zu anderen Bereichen weniger emotional erschöpft und geringere Beeinträchtigungen in der psychischen Gesundheit

## Einführung - Exemplarische Darstellung: mobile Berufe in der Pflege in Deutschland

Autor*innen	Thematik	Stichprobe	Methodik	Ergebnisse
Janson und Rathmann (2021)	Berufliche Belastungen, psychische Beanspruchung und Gesundheitskompetenz bei Pflegekräften in der ambulanten Altenpflege: Eine quantitative Online-Befragung in ausgewählten bayerischen Großstädten	n = 247, ambulante Pflegekräfte aus bayerischen Großstädten	Querschnittsbefragung, mittels Online-Fragebogen; Instrumente: COP-SOQ <sup>11</sup> , HLS-Q-16 <sup>12</sup> , HLHO-10 <sup>13</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 82,4 % gaben hohe quantitative Anforderungen an</li> <li>• 86,2 % gaben hohe emotionale Anforderungen an</li> <li>• 87,4 % gaben Work-Privacy-Konflikte an</li> <li>• 80 % schätzen ihre Entwicklungsmöglichkeiten als gering ein</li> <li>• 52,4 % gaben einen geringen Gesundheitszustand an</li> </ul> <p>Hohe physische Anforderungen (<math>p &lt; .001</math>), hohe Belastungen durch Work-Privacy-Konflikte (<math>p &lt; .0001</math>) und wenig Spielraum bei den Pausen und Urlaub (<math>p &lt; .001</math>) werden mit häufigen Gedanken an einen Berufswechsel assoziiert</p>
Wolf-Ostermann et al. (2020)	Pflege in Zeiten von Corona: Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittsbefragung von ambulanten Pflegediensten und teilstationären Einrichtungen	n = 797, Einrichtungen aus der ambulanten Pflege (87,95 %) und der teilstationären Pflege (12,05 %)	Querschnittsbefragung, mittels Online-Fragebogen Instrument: eigene Zusammenstellung	für April/Mai 2020 höhere Arbeitsanforderungen in den beteiligten Einrichtungen festgestellt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalausfälle von bis zu 10 % durch z. B. Quarantänemaßnahmen in der ambulanten Pflege (45 %)</li> </ul>

<sup>11</sup> Copenhagen Psychosocial Questionnaire

<sup>12</sup> Kurzform des European Health Literacy Questionnaire

<sup>13</sup> Health Literate Health Care Organization 10 Item Questionnaire

## Einführung - Exemplarische Darstellung: mobile Berufe in der Pflege in Deutschland

Autor*innen	Thematik	Stichprobe	Methodik	Ergebnisse
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• erhöhter Arbeitsaufwand innerhalb der Schichten von durchschnittlich 40 min (63,8 %) für die ambulante Pflege</li> <li>• Mangel an persönlicher Schutzausrüstung (ambulante Pflege: 55,6 %; teilstationäre Einrichtungen: 42,6 %)</li> </ul> <p>Fehlen von Flächendesinfektion (ambulante Pflege: 34,3 %; teilstationäre Einrichtungen: 34,4 %)</p>
Hower et al. (2020)	Pflege in Zeiten von COVID-19: Onlinebefragung von Führungskräften zu Herausforderungen, Belastungen und Bewältigungsstrategien	n = 525, Führungskräfte aus der stationären Pflege (20 %), aus dem Hospizbereich (3,1 %), der ambulanten Pflege (65 %), aus dem betreuten Wohnen (2,9 %) und Sonstige (4,6 %), deutschlandweit	Querschnittsbefragung, mittels Online-Fragebogen	<p>für April 2020 Belastungen in den Bereichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sorge vor einer Infektion bei Pflegebedürftigen und Mitarbeitenden (über 60 %)</li> <li>• Beschaffung und der Verbrauch von Ausrüstung zum Infektionsschutz (über 60 %)</li> <li>• widersprüchliche Arbeitsanforderungen (über 50 %)</li> <li>• Einnahmeausfälle (über 40 %)</li> </ul> <p>Fazit: Belastungsgrenze des pflegerischen Versorgungssystem in Deutschland weiter verschärft</p>
Petersen (2020)	Beziehungsarbeit in der ambulanten Kinderkrankenpflege – Eine phänomenologische Untersuchung des Spannungsfeldes von Nähe und Distanz	n = 9, Beschäftigte aus dem Bereich der ambulanten Kinderkrankenpflege	Narrative Interviews	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinderkrankenpflege höhere emotionale Involviertheit</li> <li>• Rahmenbedingungen führen vermehrt zu einem verminderten Austausch zwischen den Beschäftigten</li> </ul> <p>Forderung starker Rollenklarheit der Pflegenden und zugleich empathisches Handeln im Familiensystem</p>

## Einführung - Exemplarische Darstellung: mobile Berufe in der Pflege in Deutschland

Autor*innen	Thematik	Stichprobe	Methodik	Ergebnisse
Ehegartner et al. (2020)	Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften in Deutschland – welchen Präventionsbedarf hat das Pflegepersonal: Ergebnisse einer Expertenbefragung	n = 1381, Pflegekräfte aus der vollstationären (68,4 %), teilstationären (19,4 %) und ambulanten Pflege (48,0 %), sowie andere (7,8 %) <sup>14</sup> , deutschlandweit	Querschnittsbefragung mittels Fragebogen (sowohl online als auch papierbasiert), quantitative und qualitative Elemente, Instrumente: eigene Zusammenstellung und Work Ability Index (WAI-Score)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsfähigkeit der Pflegekräfte bei ca. 50 % der Befragten kritisch bis mäßig</li> <li>• Beschäftigte in der ambulanten Pflege bessere Arbeitsfähigkeit als andere Bereiche (39,2 SD = 6,7; 34,6 SD = 7,4)</li> <li>• Angabe emotionale Stressoren gestiegen</li> <li>• 75 % der Befragten wünschen sich Präventionsprogramme</li> </ul> <p>Handlungsfelder der Präventionsprogramme in den Bereichen Stress, Verhaltensänderung, Kommunikation, Rückenschule, Entspannung und Bewegung</p>
Breinbauer (2020)	Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflege: Eine empirische Untersuchung in Rheinland-Pfalz	n = 830, Pflegekräfte aus der Akutpflege (71,4 %), aus der ambulanten Pflege (9,1 %) und der stationären/ teilstationären Pflege (19,5 %), Rheinland-Pfalz	Querschnittsbefragung mittels Fragebogen, Instrument: eigene Zusammenstellung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ambulante Pflege häufiger von Mehrarbeit betroffen</li> <li>• im Vergleich zu anderen Bereichen geben Pflegekräfte in der ambulanten Pflege an weniger Zeitdruck zu haben</li> <li>• grundsätzlich ‚Schichtdienst und Zeitdruck‘ und ‚Konflikte und fehlende Wertschätzung‘ häufigste Stressoren in allen Bereichen</li> <li>• Belastungsempfinden in der Akutpflege etwas stärker als Beschäftigte in der stationären/ teilstationären Pflege oder ambulanten Pflege</li> </ul>

<sup>14</sup> Mehrfachnennungen möglich

## Einführung - Exemplarische Darstellung: mobile Berufe in der Pflege in Deutschland

Autor*innen	Thematik	Stichprobe	Methodik	Ergebnisse
				Pflegekräfte in der ambulanten Pflege tendenziell zufriedener und weniger von Burnout betroffen
Gencer et al. (2019)	Belastungen im Berufsalltag von Palliativpflegekräften – eine Befragung in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Palliative Care Baden-Württemberg (KOMPACT)	n = 106, Palliativpflegekräfte aus dem stationären (65,4 %) und ambulanten (34,6 %) Bereich aus Baden-Württemberg	Querschnittsbefragung mittels Fragebogen, Instrument: eigene Zusammenstellung, auf Basis vom FBAS <sup>15</sup> , IRES <sup>16</sup> -24 Fragebogen und ALLBUS <sup>17</sup> -Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ambulante Palliativpflege weist eine geringere Gesamtbelastung als stationäre auf (<math>p &lt; .001</math>)</li> <li>• Tätigkeitsbereiche zwischen den beiden Einrichtungsformen unterscheiden sich (stationär: pflegerische Tätigkeiten, ambulant: beratende Tätigkeiten)</li> </ul> Annahme, dass aufgrund der Strukturen nur die „kränksten“ Patient*innen stationär versorgt werden
Theobald (2018)	Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden. Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die Pflegearbeit einbezogen?	n = 652, Pflegekräfte aus stationären u. ambulanten Einrichtungen aus Deutschland	Querschnittsbefragung mittels Fragebogen	für ambulante Pflege: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 54 % geben sehr hohen Zeitdruck an</li> <li>• 46 % geben an immer oder oft nach einem Arbeitstag körperlich erschöpft zu sein</li> <li>• kollegialen Zusammenhalt geben 40 bis 50 % an</li> </ul> 40 bis 55 % geben eine Verschlechterung der Pflegesituation an

<sup>15</sup> Fragebogen zur Belastung von Ärzten und Schwestern

<sup>16</sup> Indikatoren des Reha-Status

<sup>17</sup> Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften

## Einführung - Exemplarische Darstellung: mobile Berufe in der Pflege in Deutschland

Autor*innen	Thematik	Stichprobe	Methodik	Ergebnisse
Wirth et al. (2017)	Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen von Beschäftigten in der stationären und ambulanten Altenpflege	n = 366, Pflegekräfte aus einer stationären (74,86%) u. ambulanten (25,14 %) Einrichtung in Hamburg	Querschnittsbefragung mittels Fragebogen, Instrument: COPSOQ, Kurzversion ERI-Fragebogen <sup>18</sup> , SOAS-R <sup>19</sup> , WAI <sup>20</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• im Vergleich ambulante Pflege statistisch signifikante bessere Werte in den COPSOQ-Skalen</li> <li>• Feedback durch Vorgesetzte u. Kollegen im stationären Bereich stärker ausgeprägt</li> </ul> <p>weniger körperliche Gewalt in der ambulanten Pflege</p>
Hielscher et al. (2013)	Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch: das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit	n = 87, ambulante Pflegekräfte aus vier Pflegediensten aus Thüringen u. Rheinland-Pfalz	qualitative und quantitative Querschnittsbefragung, Instrument: eigene Zusammenstellung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feststellung, dass Leistungen erbracht werden, die nicht vergütet werden (zunehmender finanzieller Druck)</li> <li>• hohe logistische u. zeitliche Anforderungen für die Tourenplanung (Kundenwünsche, Mitarbeiterpräferenzen, Puffer für Berufsverkehr oder längere Fahrzeiten auf dem Land)</li> <li>• Anforderungen der Emotionsarbeit beim Kunden</li> <li>• wahrgenommener Ökonomisierungsdruck verringert die Arbeitszufriedenheit</li> <li>• ausschlaggebende Punkte für Arbeitszufriedenheit: Arbeitsklima und Führungsverhalten</li> </ul>

<sup>18</sup> Effort-Reward-Imbalance – Berufliche Gratifikationskrise

<sup>19</sup> Staff Observation Aggression Scale-Revised

<sup>20</sup> Work Ability Index

## Einführung - Exemplarische Darstellung: mobile Berufe in der Pflege in Deutschland

Autor*innen	Thematik	Stichprobe	Methodik	Ergebnisse
				Beanspruchungspunkte: hoher Zeitdruck, aktivierende Pflege
Haumann et al. (2013)	Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals im ambulanten Pflegesektor	n = 102, ambulante Pflegekräfte aus 10 Pflegediensten	quantitative Querschnittsstudie, Instrument: SAZ <sup>21</sup> Kurzversion, SWLS <sup>22</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• durchschnittliche Arbeitszufriedenheit bei 25,7 Punkten (SD 4,8)</li> <li>• keine signifikanten Unterschiede zwischen Pflegefachkräften u. Pflegekräften</li> <li>• Beschäftigte im Dreischichtsystem sind deutlich zufriedener</li> <li>• durchschnittliche Lebenszufriedenheit liegt bei 15,9 Punkten (SD 5,5)</li> </ul> <p>Arbeits- und Lebenszufriedenheit der Stichprobe somit moderat</p>
DAK-Zentrale (2006)	DAK-BGW. Gesundheitsreport 2006. Ambulante Krankenpflege: Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten	n = 728, Versicherte, die zum Zeitpunkt der Befragung einer pflegenden Tätigkeit in einem ambulanten Pflegedienst nachgingen, deutschlandweit	quantitative Querschnittsstudie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• häufigsten organisationsbedingten psychischen Belastungen: Zeitdruck (31,7 %), fehlende Möglichkeit Pausen einzuhalten (32,9 %), Leistungsdruck (16,9 %)</li> <li>• weitere Belastungen: häufiges Heben und Tragen (46,1 %), Informationsmangel, wenig Kontakt zu Kolleg*innen</li> <li>• Ressourcen: abwechslungsreiche Tätigkeit, selbständiges Arbeiten, soziale Unterstützung</li> </ul>

<sup>21</sup> Skala zur Messung der Arbeitszufriedenheit

<sup>22</sup> Satisfaction with Life Scale

## Einführung - Exemplarische Darstellung: mobile Berufe in der Pflege in Deutschland

Autor*innen	Thematik	Stichprobe	Methodik	Ergebnisse
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risiken: 32,9 % geben an Geschwindigkeitsbegrenzungen häufig zu missachten, 9,5 % hatten in den letzten 12 Monaten einen Autounfall auf dem Arbeitsweg</li> </ul> <p>erschwerende Umstände: klientengerechte Bäder (58,8 %) und bauliche Mängel (45,3 %)</p>
Simon et al. (2005)	Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland	n = 3.565, Pflegekräfte aus Krankenhäusern (74,95 %), Alten-/Pflegeheime (14,89 %) und ambulanten Pflegediensten (9,92 %), deutschlandweit	quantitative Längsschnittstudie, NEXT-Studie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ambulante Pflege geringste Belastungen bei physikalischer Exposition (Infektionsgefährdung, Lärm, gefährliche Stoffe), außer bei unangenehmen Temperaturen</li> <li>• geringere Belastung bei quantitativen und körperlichen Anforderungen</li> <li>• häufige emotionale Anforderungen</li> <li>• geringe Einflussnahme bei der Arbeit und auf die Dienstplangestaltung</li> </ul> <p>vergleichsweise gute Arbeitsorganisation und ein soziales Arbeitsumfeld</p>
Höge (2005)	Salutogenese in der ambulanten Pflege - Zum Zusammenhang zwischen organisationalen Ressourcen, erlebter Fairness, Kohärenzsinn und der psychophysischen Gesundheit von ambulanten Pflegekräften	n = 721, Pflegekräfte aus 97 ambulanten Pflegediensten aus Bayern	quantitative Querschnittsbefragung, Instrument: eigene Zusammenstellung, TAA-KH-S <sup>23</sup> , Kurzversion Sense of Coherence	<ul style="list-style-type: none"> <li>• durchschnittlicher Kohärenzsinn</li> <li>• signifikanter schlechterer psychischer Gesundheitsstatus als Normierungsstichprobe (M = 52.24, SD = 8.41, d = .42)</li> <li>• positive Bewertung der Transparenz der Aufgaben (M = 4.26, SD = 0.57),</li> </ul>

<sup>23</sup> Kurzfassung der belastungsbezogenen Verfahrensbereiche aus der Selbstbeobachtungsversion des Tätigkeits- u. Arbeitsanalyseverfahrens für das Krankenhaus

## Einführung - Exemplarische Darstellung: mobile Berufe in der Pflege in Deutschland

Autor*innen	Thematik	Stichprobe	Methodik	Ergebnisse
			Questionnaire, SF-12-Fragebogen <sup>24</sup>	Kooperation/Kommunikation im Pflegedienst (M = 3.90, SD = 0.46) und des Tätigkeitsspielraums (M = 3.51, SD = 0.69) tendenziell eher negative Bewertung der Partizipationsmöglichkeiten (M = 2,87, SD = 0.77)
Hasselhorn et. al (2005)	Berufsausstieg bei Pflegepersonal – Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa.	n = 3.565, Pflegekräfte aus Krankenhäusern (74,95 %), Alten-/Pflegeheime (14,89 %) und ambulanten Pflegediensten (9,92 %), deutschlandweit	quantitative Längsschnittstudie, NEXT-Studie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitszufriedenheit in der ambulanten Pflege größer (M = 2,81)</li> <li>• Burnout im Vergleich am geringsten (<math>p &lt; .0001</math>)</li> <li>• Bedeutung der Arbeit im Vergleich am höchsten (<math>p &lt; .001</math>)</li> </ul> geringere Angabe im Vergleich den Beruf aufzugeben (10,8 %), jedoch nicht signifikant
Büssing et al. (2005)	Belastungsscreening in der ambulanten Pflege	n = 721, Pflegekräfte aus 97 ambulanten Pflegediensten aus Bayern	Quantitative Querschnittsbefragung, Entwicklung eigenes Instrument TAA ambulante Pflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>• psychische Belastung moderat, keine Überschreitung des kritischen Niveaus in den Einzelausprägungen</li> <li>• Hauptbelastungen: Überforderung durch Arbeitsumgebung/den Arbeitsplatz, Zeitdruck, motorische Erschwerung und erhöhter Handlungsbedarf</li> <li>• Ressource: soziales Umfeld, relativ unterbrechungsfreies Arbeiten und guter Arbeitsschutz</li> </ul>

<sup>24</sup> Kurzversion der deutschen Fassung des Medical Outcome Study 36 Item Short-Form Health Survey

## Einführung - Exemplarische Darstellung: mobile Berufe in der Pflege in Deutschland

Autor*innen	Thematik	Stichprobe	Methodik	Ergebnisse
				Trägerschaft und Standort mit entscheidend für die Belastungssituation
Büssing et al. (2004)	Psychische und physische Belastungen in der ambulanten Pflege: Ein Screening zum Arbeits- und Gesundheitsschutz	n = 721, Pflegekräfte aus 97 ambulanten Pflegediensten aus Bayern	Quantitative Querschnittsbefragung, Entwicklung eigenes Instrument TAA ambulante Pflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>• psychische Belastung moderat, keine Überschreitung des kritischen Niveaus in den Einzelausprägungen</li> <li>• Zeitdruck als Hauptbelastung</li> <li>• physische Belastungen bei Risiken beim Heben, Tragen und Lagern, sowie Infektionsrisiken</li> </ul> <p>ungünstige Bedingungen in den Patientenwohnungen führen vor allem zu den Risiken beim Heben, Tragen und Lagern</p>

Zusammenfassend kann folgende Ressourcen- und Belastungsstruktur festgestellt werden. Hierbei wird zum einen nach allgemeinen Rahmenbedingungen aus der Pflege und zum anderen nach speziellen Rahmenbedingungen aus der ambulanten Pflege unterschieden. Allgemein wurden als Belastungsschwerpunkte Zeitdruck, Konflikte und fehlende Wertschätzung, Unterbesetzung, das Fehlen störungsfreier Pausen, emotionale Dissonanzen und Verschlechterung der Pflegesituation beschrieben (Breinbauer, 2020; Büssing et al., 2004; DAK-Zentrale, 2006; Ehegartner et al., 2020; Hower et al., 2020; Kirmse et al., 2021; Theobald, 2018). Es kann ein hohes Niveau von physischer u. psychischer Belastung und Beanspruchung für die Pflege festgestellt werden (Petersen & Melzer, 2022). Als gemeinsame Ressource konnte die Bedeutung der Arbeit festgestellt werden, wobei dieser Aspekt insbesondere bei der ambulanten Pflege besonders ausgeprägt ist (Hasselhorn et al., 2005). Weitere explizite Ressourcen für die häusliche Pflege sind abwechslungsreiche Tätigkeiten, Autonomie, selbstständiges und störungsfreies Arbeiten, Transparenz der Aufgaben, soziale Faktoren wie kollegialer Zusammenhalt, geringere körperliche Gewalt und guter Arbeitsschutz (Büssing et al., 2005; DAK-Zentrale, 2006; Hielscher et al., 2013; Höge, 2005; Kirmse et al., 2021; Simon et al., 2005; Wirth et al., 2017). Insgesamt konnten moderate Werte bezüglich der Arbeits- und Lebenszufriedenheit festgestellt werden (Breinbauer, 2020; Hasselhorn et al., 2005; Haumann et al., 2013). Im Vergleich zeigen Beschäftigte in der ambulanten Pflege weniger Symptome von emotionaler Erschöpfung, geringere Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit und sind weniger von Burnout betroffen (Breinbauer, 2020; Dürr et al., 2022; Hasselhorn et al., 2005; Kirmse et al., 2021). Dennoch berichten sehr viele ambulante Pflegekräfte, dass sie emotional erschöpft sind. Emotionale Erschöpfung ist eines der drei charakteristischen Merkmale des Burnout-Syndroms. In der Untersuchung von Petersen und Melzer (2022) geben etwa 50 % an emotional erschöpft zu sein.

Dem gegenüber steht die psychische Belastung der Pflegekräfte, welche explizit für diesen Bereich durch verschiedene Studien aufgearbeitet wurde (Breinbauer, 2020; Büssing et al., 2004; DAK-Zentrale, 2006; Hielscher et al., 2013; Höge, 2005; Janson & Rathmann, 2021; Petersen & Melzer, 2022; Simon et al., 2005). Neben den bereits genannten allgemeinen Belastungen aus der Pflege zeichnet sich der Arbeitsplatz der ambulanten Pflege dadurch aus, dass die Pflegekraft meist im Pflegedienst startet und eine geplante Tour fährt. Nach dieser kommt sie in die Dienststelle wieder zurück. Es

kann auch sein, dass noch eine weitere Tour gefahren wird. Dies hängt vom Stundenumfang des Arbeitsvertrages und den geplanten Schichten ab. Allein diese Rahmenbedingungen führen zu verschiedenen möglichen Anforderungs- und Belastungsstrukturen. So ist die Pflegekraft größtenteils in der Arbeitszeit auf sich allein gestellt. Touren werden selten mit mehreren Pflegekräften geplant. Dies zeigt sich zum Beispiel in besonderen Risiken beim Heben, Tragen und Lagern von Patient\*innen, da diese Tätigkeit im Alleingang durchgeführt werden muss (Büssing et al., 2004; Petersen & Melzer, 2022). Ebenso können durch die Alleinarbeit Informationsmangel durch eine reduzierte Kommunikation und ein geringer Kontakt zu Kolleg\*innen auftreten (DAK-Zentrale, 2006). Eine besondere Exposition in diesem Arbeitsbereich sind klimatische Bedingungen, wie z. B. unangenehme Temperaturen durch Hitze oder Kälte. Durch das Fahren zwischen den Patient\*innenwohnungen sind die Pflegekräfte ganzjährig den verschiedenen Witterungen ausgesetzt (Petersen & Melzer, 2022; Simon et al., 2005). Das Autofahren an sich, insbesondere aber unter Zeitdruck, ist ein potentiell Unfallrisiko für die Beschäftigten. So gaben 2006 32,9 % der Befragten in einer von der DAK durchgeführten Umfrage an, dass sie häufig die Geschwindigkeitsbegrenzungen missachten (DAK-Zentrale, 2006). 9,5 % hatten in den letzten 12 Monaten einen Autounfall auf dem Arbeitsweg. Aktuelle Zahlen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege geben für das Berichtsjahr 2023 deutschlandweit 2.499 Arbeitsunfälle auf Dienstwegen an, wovon ca. 33 % Arbeitsunfälle im Straßenverkehr ausgemacht haben (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2024). Neben diesen Risiken ist es auch entscheidend, wie die Bedingungen vor Ort in den Wohnungen der Patient\*innen sind. Die Pflegekräfte sind darauf angewiesen, dass in den Patient\*innenwohnungen entsprechende Voraussetzungen für die Durchführung der Pflege vorherrschen. Dies können z. B. Pflegehilfsmittel wie ein Pflegebett oder ein Wannenlift sein. Ebenfalls können barrierefreie Umbauten der Wohnung sinnvoll sein, um die Pflege zu erleichtern. Oft ist dies jedoch nicht der Fall, sodass durch das Fehlen von medizinischen Hilfsmitteln oder auch bauliche Mängel in den Wohnungen der zu betreuenden Patient\*innen die Pflegekräfte physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt sind (Büssing et al., 2004; DAK-Zentrale, 2006). Weitere Belastungsschwerpunkte sind Work-Privacy-Konflikte, geringe Entwicklungsmöglichkeiten, Mehrarbeit und geringe Partizipationsmöglichkeiten

der Beschäftigten wie die Einflussnahme auf die Arbeit oder Dienstplanung (Breinbauer, 2020; Höge, 2005; Janson & Rathmann, 2021; Simon et al., 2005).

Die letzte große Belastungssituation war die Corona-Pandemie 2020 bis 2023. Erste Studien zeigen, wie ambulante Pflegekräfte diese Phase subjektiv empfunden haben. Dürr et al. (2022) stellen in ihrer Studie fest, dass weiterhin die ambulante Pflege in den Bereichen Arbeitsüberlastung und Work-Life-Interferenzen im Vergleich zu anderen Einrichtungsformen ein geringeres Belastungsempfinden angibt. Die Ressourcensituation (organisational, sozial und professionell) wird auch positiver beschrieben. Dennoch mangelte es den Pflegediensten an persönlichen Schutzausrüstungen und Flächendesinfektionen (Hower et al., 2020; Wolf-Ostermann et al., 2020). Es kam zu Personalausfällen von bis zu 10 % durch z. B. Quarantänemaßnahmen bei 45 % der befragten ambulanten Einrichtungen (Wolf-Ostermann et al., 2020). Der erhöhte Arbeitsaufwand durch die Pandemie wurde mehrheitlich eben von diesen Befragten durchschnittlich auf 40 min in jeder Schicht geschätzt. In einer anderen Befragung von Hower et al. (2020) gaben 60 % der Befragten an, dass sie Sorge vor einer Infektion bei sich und den Pflegebedürftigen haben. Über 50 % gaben an, dass die widersprüchlichen Arbeitsanforderungen zu genommen haben. Über 40 % der befragten Führungskräfte gaben an, dass sie aufgrund der veränderten Rahmenbedingungen erlittene Einnahmeausfälle verzeichnen mussten. Das Fazit dieser Studie war, dass sich die Belastungsgrenze des pflegerischen Versorgungssystems für die Pflegekräfte in Deutschland weiter verschärft hat.

### 1.4 Fragestellung und Hypothesen

Die abgeleiteten Forschungsfragen und die sich daraus ergebenden Hypothesen sind auf der Grundlage wissenschaftlicher Daten und Ergebnisse aus der Literaturrecherche herausgearbeitet. Für die vorliegende Arbeit ergeben sich zwei Ebenen, auf denen die Forschungsfragen betrachtet werden. Auf der übergeordneten Ebene soll analysiert werden, inwieweit die verwendeten Analyseninstrumente für den Prozess der GBpsych nutzbar sind. So ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Sind die in dieser Arbeit vorgestellten Analyseinstrumente ein probates Werkzeug, um die Analysephase einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung speziell für die mobil-flexible Arbeit durchzuführen?

Auf der untergeordneten Ebene sollen die beiden exemplarisch dargestellten Arbeitsformen analysiert werden. Für diese Betrachtung wird folgende Forschungsfrage mit den nachfolgenden zu überprüfenden Hypothesen formuliert:

Welche Besonderheiten weisen die mobil-flexiblen Arbeitsformen in der ambulanten Pflege und beim Medizinischen Dienst auf?

Für die ambulante Pflege ergeben sich aus der Literaturrecherche folgende zu überprüfenden Hypothesen:

- H1a: *Ambulante Pflegekräfte, die älter als 45 Jahre alt sind, bewerten in der Gesamtheit aller COPSOQ Skalen Belastungen und Beanspruchungen höher als jüngere Kolleg\*innen.*
- H1b: *Die Befragten in der ambulanten Pflege empfinden die Bedingungen für das Arbeitsumfeld in den Räumlichkeiten des Pflegedienstes besser als in den Patient\*innenwohnungen.*
- H1c: *Pflegekräfte aus dem Bereich der ambulanten Pflege bewerten in der Gesamtheit aller COPSOQ Skalen Belastungen und Beanspruchungen geringer als Pflegekräfte aus anderen Bereichen.*

Für das Teilprojekt Medizinischer Dienst (MD) sind folgende Hypothesen formuliert:

- H2a: *Beschäftigte des MDs, die länger als 10 Jahre im Unternehmen beschäftigt sind, bewerten in der Gesamtheit die Belastungen und Beanspruchungen höher als Kolleg\*innen, die noch nicht so lange im Unternehmen tätig sind.*
- H2b: *Beschäftigte des MDs, die mobil-flexibel tätig sind, bewerten in der Gesamtheit die Belastungen und Beanspruchungen geringer als Kolleg\*innen, die dies nicht sind.*

Für einen Vergleich der beiden Teilprojekte soll die nachfolgende Forschungsfrage mit der anschließenden Hypothese überprüft werden:

Unterscheiden sich die Stichproben der ambulanten Pflege und des MDs hinsichtlich des Beanspruchungsempfinden in ihrer mobil-flexiblen Tätigkeit?

H3: *Ambulante Pflegekräfte haben geringere Ausprägungen von Belastungen und Beanspruchungen in den Werten der mobil-flexiblen Arbeit als die Beschäftigten des MDs, die mobil-flexibel tätig sind.*

## 2 Material und Methoden

In diesem Kapitel werden die verwendeten Materialien und Methoden vorgestellt. Während des Promotionsprojektes ergab es sich, dass zu den ambulanten Pflegediensten zusätzlich Daten beim Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt erhoben werden konnten. Aus diesem Grund wird nachfolgend zwischen dem Teilprojekt ambulante Pflege und dem Teilprojekt Medizinischer Dienst unterschieden.

Das Gesamtprojekt erhielt ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg (Nummer des Ethikantrages 80/19, Anlage A).

### 2.1 Teilprojekt ambulante Pflege

Die Befragung der ambulanten Pflegedienste fand von August 2019 bis Januar 2020 statt. Aufgrund des Ausbruchs von SARS-COV-2 und der darauffolgenden Pandemie konnten gerade so die laufenden Befragungen beendet werden und eine weitere Rekrutierung von ambulanten Pflegediensten war nicht mehr möglich.

In den nachfolgenden Unterkapiteln werden Studiendesign, die Stichprobe und die verwendeten Messinstrumente für das Teilprojekt vorgestellt.

#### 2.1.1 Studiendesign

Von Januar bis August 2019 wurden ambulante Pflegedienste aus Sachsen-Anhalt über verschiedene Wege kontaktiert, um Ihnen das Forschungsprojekt vorzustellen. Mit dieser Querschnittsstudie soll das psychische Belastungsempfinden von Beschäftigten von ambulanten Pflegediensten erfasst werden, um entsprechende Handlungsempfehlungen im Bereich der Verhaltens- und Verhältnisprävention ableiten zu können. Die Grundlage für die Auswahl der Pflegedienste waren Pflegedatenbanken der Krankenkassen. Die Unternehmensleitungen wurden postalisch per Informationsschreiben angeschrieben oder telefonisch kontaktiert. Die Teilnahme am Projekt war insoweit für die Unternehmen von Vorteil, da für Sie eine Auswertung der gesamten Unternehmensstichprobe erstellt wurde und sie diese für die Analysephase ihrer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung nutzen konnten. Im Gegenzug wurden dem Forschungsprojekt die erhobenen Daten zur Verfügung gestellt.

Wurden durch die ambulanten Pflegedienste Interesse bekundet, so fand mit der Unternehmensleitung ein Informationsgespräch statt, um auch das weitere Vorgehen zu besprechen. Manche Unternehmen haben kein Interesse an dem Projekt gezeigt und sind nach diesem Gespräch auch ausgestiegen. Bei einer weiteren Teilnahme wurden den Unternehmen die Fragebögen zur Verfügung gestellt. Dies erfolgte, indem sie persönlich vorbeigebracht oder per Post verschickt wurden. Die Unternehmensleitungen stellten das Projekt persönlich den Beschäftigten vor und diese konnten frei entscheiden, ob sie an der Befragung teilnehmen wollten. Die Beschäftigten erhielten neben dem Fragebogen auch ein Informationsschreiben und eine Einwilligungserklärung (siehe Anlage B). Alle ausgefüllten Fragebögen wurden in einem Briefumschlag gesammelt, von den Beschäftigten verschlossen und entweder wieder persönlich von der Projektleiterin abgeholt oder per Post verschickt. Der Fragebogen wird in Abschnitt 2.1.3.1 vorgestellt.

Optional konnten die ambulanten Pflegedienste anschließend eine Arbeitssituationsanalyse (ASITA) durchführen lassen. Für diese gab es eine separate Einwilligungserklärung (siehe Anlage C). Einer der Pflegedienste nahm dieses Angebot wahr. Das genaue Vorgehen wird in Abschnitt 2.1.3.2 beschrieben. Im September 2019 wurde die ASITA in einem Zeitraum von zweieinhalb Stunden ohne direkte Führung (Geschäftsführung) umgesetzt. Eine Transkription des Sprachmemos nach der ASITA ist in Anhang I aufgeführt.

Ursprünglich waren weitere Rekrutierungen von Pflegediensten für 2020 geplant, um eine größere Stichprobe zu bekommen, die jedoch aufgrund des Ausbruchs von SARS-COV-2 nicht stattfanden.

### 2.1.2 Stichprobe

Für das Forschungsprojekt konnten drei ambulante Pflegedienste gewonnen werden. Die gesamte Beschäftigtenanzahl von den teilnehmenden Pflegediensten betrug zusammen 62. An der Befragung haben 33 Beschäftigte teilgenommen und somit ergibt sich eine Rücklaufquote von 53,22 %. Im Altersgruppenvergleich ergibt sich eine geringere Stichprobengröße, da Teilnehmende nicht immer ihr Alter angegeben haben. Keiner der Pflegedienste war überrepräsentiert, sondern jeder machte ca. ein Drittel der Stichprobe aus. Bei der ASITA nahmen von 13 möglichen Beschäftigten 7 teil.

Zwei der Pflegedienste haben ihren Unternehmensstandort in Magdeburg und einer im Landkreis Jerichower Land. 30 Personen von den Beschäftigten waren Frauen (90,9 %) und drei Personen Männer (9,1 %). Keiner der Teilnehmenden gab an sich der Geschlechtskategorie divers zu zuordnen. Die Altersstruktur ist in Abschnitt 3.1.1 dargestellt.

### 2.1.3 Verwendete Messinstrumente

Für die Analyse des psychischen Belastungsempfinden der Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste wurden sowohl quantitative als auch qualitative Messinstrumente verwendet. Mit diesem Vorgehen soll eine umfassende Datenbasis ermöglicht werden. In den nachfolgenden Unterkapiteln werden die Messinstrumente beschrieben.

#### 2.1.3.1 Befragung mittels Fragebogen

Für die quantitative Analyse der Querschnittsbefragung wurde der COPSQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire) Fragebogen (Kristensen & Borg, 2000) gewählt und um einzelne Elemente ergänzt. Dieser wurde am National Institute for Occupational Health in Kopenhagen entwickelt und validiert (Kristensen & Borg, 2000). In der ursprünglichen Langversion umfasst der Fragebogen 141 Items, die 30 Skalen abbilden. Im Kern stellt er die Bereiche Anforderungen, Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten, soziale Beziehungen und Führung und zusätzliche Parameter sowie Belastungsfolgen dar. Nübling et. al. (2005) führten eine deutsche Erprobungsstudie durch, um den ursprünglichen Fragebogen in das Deutsche zu übersetzen, eine Referenzgruppe für Deutschland aufzubauen, inhaltliche Anpassungen vorzunehmen, eine Reanalyse der Güte des Instruments durchzuführen und eine Kurzversion zu entwickeln. Insbesondere wurde das Messinstrument um die Parameter Work-Privacy-Konflikte, Mobbing, Gedanke an Berufsaufgabe, Arbeitsfähigkeit, allgemeiner Gesundheitszustand, Burnout und Lebenszufriedenheit erweitert. Der verwendete Fragebogen ist in Anlage D aufgeführt. Der Wertebereich der Items- und Skalenwerte reicht von 0 – 100. In der Kurzversion umfasst er 87 Items und 25 Skalen. Die bestehende Notation für die Items wurde übernommen. Die Kernelemente des verwendeten Fragebogens zur Erhebung der psychischen Belastungssituation der Beschäftigten in der ambulanten Pflege mit den Ergänzungen aus dem Forschungsprojekt sind in Tabelle 10 aufgeführt.

*Tabelle 10: Kernelemente des verwendeten Messinstruments für Teilprojekt ambulante Pflege (Kurzform COPSOQ nach Nübling et. al (2005) und eigene Anpassungen in kursiv)*

Kernelemente	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Soziodemografische Daten</li> <li>– Erfassung von Parametern der Arbeitszeit</li> <li>– Quantitative Anforderungen</li> <li>– Emotionale Anforderungen</li> <li>– Emotionen verbergen</li> <li>– Work-Privacy-Konflikte</li> <li>– Entgrenzung</li> <li>– Einfluss auf die Arbeit</li> <li>– Spielraum bei Pausen und Urlaub</li> <li>– Entwicklungsmöglichkeiten</li> <li>– Bedeutung der Arbeit</li> <li>– Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz</li> <li>– Vorhersehbarkeit</li> <li>– Rollenklarheit</li> <li>– Rollenkonflikte</li> <li>– Führungsqualität</li> <li>– Unterstützung bei der Arbeit</li> <li>– Feedback/Rückmeldung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Menge sozialer Kontakte</li> <li>– Gemeinschaftsgefühl</li> <li>– Ungerechte Behandlung</li> <li>– Vertrauen und Gerechtigkeit</li> <li>– Wertschätzung</li> <li>– Arbeitsumgebung/phys. Anforderungen (<i>Unterscheidung zwischen Arbeitsstätte und Arbeit beim Kunden</i>)</li> <li>– Unsicherheit des Arbeitsplatzes</li> <li>– Unsicherheit der Arbeitsbedingungen</li> <li>– Gedanke an Berufs-/Stellenwechsel</li> <li>– Arbeitszufriedenheit</li> <li>– Arbeitsengagement</li> <li>– Allgemeiner Gesundheitszustand</li> <li>– Burnout-Symptome</li> <li>– Präsentismus</li> <li>– Unfähigkeit abzuschalten</li> <li>– <i>Erfassung der Bedingungen der mobil-flexiblen Tätigkeit</i></li> </ul>

Für alle Merkmale, falls dies möglich war, wurde in der Auswertung sowohl ein Altersgruppenvergleich als auch ein Vergleich mit der COPSOQ Referenzdatenbank durchgeführt.

Die Referenzwerte aus der COPSOQ Datenbank sind speziell für die Pflegeberufe gefiltert wurden und wurden dem Projekt von der Freiburger Forschungsstelle für Arbeitswissenschaften zur Verfügung gestellt. Dies bedeutet jedoch auch, dass z. B. Stichproben aus Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen mit enthalten sind. Eine Abbildung nur der Berufsgruppe der ambulanten Pflegedienste war leider nicht möglich.

Anhand der Aufführungen zeigen sich, dass diese Zusammenstellung den Kriterien für den Fragebogen der Leitlinie der GDA entspricht (Nationale Arbeitsschutzkonferenz, 2018). Eine genauere Analyse der unterschiedlichen Instrumente erfolgt in Unterkapitel 4.4. Für eine vertiefende Analyse wurde den Unternehmen noch die qualitative Analyse der Arbeitssituationsanalysen angeboten, die im nachfolgenden Abschnitt vorgestellt wird.

### 2.1.3.2 Arbeitssituationsanalyse

Die Arbeitssituationsanalyse (ASITA) ist ein mögliches Analyseinstrument der GBpsych, bei dem die Mitarbeiter\*innen, als „Experten in eigener Sache“, unter Anleitung durch externe Moderation ihre Arbeitssituation in einem Workshopformat analysieren und konstruktive Lösungsvorschläge zu deren Verbesserung entwickeln. Dies wird auch explizit durch die DGUV empfohlen (Berger et al., 2019). Hierbei stehen sowohl Ressourcen als auch negative Beanspruchungsfolgen verschiedener Belastungen im Fokus der Analyse. Die Teilnehmer\*innen des Workshops werden somit aktiv mit eingebunden und berichten, welche Belastungen und Beanspruchungsfolgen sie im beruflichen Alltag wahrnehmen, inwiefern sie unter- oder überfordert sind, ob sie sich am Arbeitsplatz wohlfühlen und ob es aus ihrer Sicht Potenziale für eine Verbesserung der Arbeitssituation gibt (Bieler, 2012; Rimbach, 2013). Meyn und Peter (2010) definieren Arbeitssituation dabei als „gleichermaßen subjektive wie objektive Gegebenheiten der Arbeitshandlungen, die sich in Bedeutung und Funktion (Sinn) über die Themen der Arbeitshandlungen, z. B. die konkret gestellten Arbeitsaufgaben erschließen lassen“.

Bei der ASITA nach Nieder (2005) wird die Befragung der Mitarbeiter\*innen mit Projektgruppenarbeit und Gruppendiskussion kombiniert. Im Gegensatz zu einer klassischen Beschäftigtenbefragung beinhaltet die ASITA einen Austausch mit den Teilnehmenden über die Hintergründe und Prioritäten ihrer Angaben und Aussagen, wodurch ein Vorteil für die Entwicklung konkreter Maßnahmen entsteht. Die ASITA liefert nicht nur wichtige Ergebnisse und Informationen zu der derzeitigen Arbeitssituation in kürzester Zeit, sondern bietet auch Möglichkeiten zur Verbesserung des Betriebsklimas und der Unternehmenskultur. Dafür müssen die Befragten zu ihrer eigenen Arbeitssituation und Einschätzung dieser Stellung beziehen sowie in der Gruppenarbeit ihre Anregungen komprimieren und priorisieren. Eine aktive Teilnahme an der Gruppendiskussion erhöht die Bereitschaft einer konstruktiven Zusammenarbeit und zur Lösung der aufgedeckten Probleme. Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Kommunikation sind für das Verfahren von enormer Bedeutung, um eine Tiefenanalyse zu ermöglichen und die Beschäftigten in den Prozess einzubinden.

Die Umsetzung der ASITA für das Teilprojekt ambulante Pflege wurde nach dem Vorgehen von Bölsch-Peterka et al. (2022) durchgeführt. Dies sieht wie folgt aus. Nach einer ersten Begrüßung werden die Zielsetzung der Befragung und die Regeln der Zusammenarbeit vermittelt. Besonderer Wert wird dabei auf die Zusicherung der Vertraulichkeit gelegt und auf die Notwendigkeit der aktiven Mitarbeit.

Für die Feststellung der Ist-Situation wird eine quantitative Evaluation durch die Be-punktung der verschiedenen Bereiche der Arbeitssituation durchgeführt. Speziell für das Projekt wurde ein leicht abweichendes Vorgehen umgesetzt, um besser die Belastungsstruktur für die mobil-flexible Arbeit erfassen zu können und Besonderheiten der ambulanten Pflege zu berücksichtigen. Die betrachteten Analysebereiche sind in der Arbeitssituationsspinne in Abbildung 21 dargestellt. Die sieben zu untersuchenden Bereiche sind die Arbeitsaufgabe/ -inhalte, die mobile Tätigkeit, die Führung, die Arbeitsorganisation, die Kommunikation/Information, die Arbeitsmittel/ -umgebung und die Beziehungen zu Kolleg\*innen. Der Bereich der Arbeitsaufgabe bzw. -inhalte umfasst, ob diese klar für die Befragten ist, ob sie die erforderlichen Kenntnisse und Kompetenzen für die Tätigkeit haben, ob sie über- oder unterfordert sind, ob es eine stark monotone Tätigkeit ist und ob sie in ihrer Tätigkeit einen Entscheidungsspielraum haben. Für den Bereich mobile Tätigkeit sollen die Teilnehmenden angeben, wie zufrieden sie mit dieser Tätigkeit sind und ob sie sich währenddessen sicher fühlen. Im Bereich der Führung kann Feedback zu der Geschäftsführung gegeben werden. Die Arbeitsorganisation umfasst die Schicht- und Urlaubsplanung.

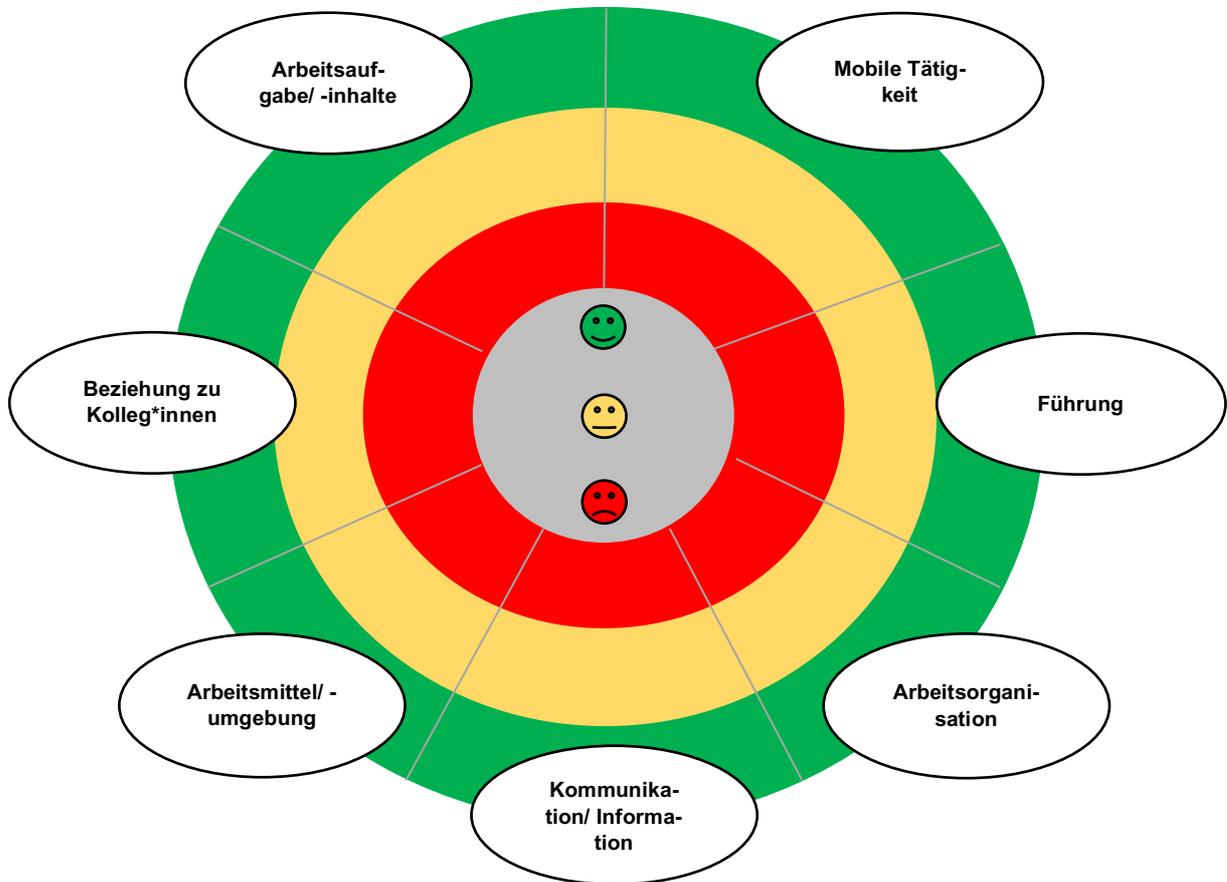


Abbildung 21: Arbeitssituationsspinne mit Anpassung an die Befragung nach der mobil-flexiblen Tätigkeit; Erklärung: Farbe Grün steht für „zufrieden“, Gelb für „teils zufrieden, teils unzufrieden“ und Rot für „unzufrieden“.

Der Bereich Kommunikation und Information ist als gesonderter Punkt in der Befragung dieses Projektes aufgeführt, da so die besonderen Rahmenbedingungen der Einzelarbeitsplätze in der ambulanten Pflege berücksichtigt werden. Insbesondere steht in diesem Bereich im Fokus, ob zur richtigen Zeit auch immer die benötigten Informationen zur Verfügung stehen. Durch den Bereich Arbeitsmittel und -umgebung soll erfasst werden, ob den Beschäftigten die erforderlichen Arbeitsmittel zur Verfügung stehen und wie sie ihre direkte Arbeitsumgebung empfinden. Der letzte Bereich Beziehung zu Kolleg\*innen ermöglicht es, eine Einschätzung für das Teamgefüge zu bekommen. Die Darstellung des Gesamtstimmungsbildes und die Auswertung der Ist-Analyse erfolgt durch eine Bewertung der Ergebnisse nach einem Ampelsystem.

Im nächsten Schritt wird eine Konkretisierung der Ergebnisse durchgeführt bzw. das Stimmungsbild der Arbeitssituations-Spinne qualitativ evaluiert. Dieser Prozess beinhaltet, dass zu den Schwerpunkten aus der quantitativen Analyse Themencluster

durch Befragung der Teilnehmenden gebildet werden. Die Ergebnisse zeigen, in welchen Bereichen Zufriedenheit oder Unzufriedenheit besteht. Die Bereiche mit der meisten Kritik werden in den Fokus genommen und anhand der Frage „An was haben Sie gedacht, als Sie den Bereich ... bepunktet haben?“ untersucht. Die Moderation leitet die Gruppendiskussion: Problemfelder sowie erste Lösungsansätze werden erarbeitet und für alle Teilnehmer\*innen sicht- und nachvollziehbar protokolliert.

### 2.2 Teilprojekt Medizinischer Dienst

Die Befragung des Medizinischen Dienstes fand von Januar bis April 2020 statt. Wie auch in dem vorherigen Unterkapitel 2.1 sollen das Studiendesign, die Stichprobe und die verwendeten Messinstrumente für dieses Teilprojekt beschrieben werden.

#### 2.2.1 Studiendesign

Im Zuge der Rekrutierungsphase des Forschungsprojektes wurde auch der Vorstand des Medizinischen Dienstes (MD) Sachsen-Anhalt angeschrieben. Diesem wurde das Projekt vorgestellt und es stellte sich heraus, dass zu diesem Zeitpunkt der MD sich in der Vorbereitung der Analysephase der GBpsych befand. Es wurde ein externes Beratungsunternehmen beauftragt, welches für den MD die GBpsych begleiten sollte. Für die Analyse sollte eine Mitarbeiterbefragung im Online-Format durchgeführt werden, die den aktuellen Querschnitt der Belegschaft abbilden sollte. Es wurde sich darauf geeinigt, dass eine Kooperation für die Befragung zwischen dem Forschungsprojekt, vertreten u. a. durch die Promovendin, und dem externen Beratungsunternehmen erfolgt. Als Online-Tool wurde vom Beratungsunternehmen LimeSurvey verwandt und die Beschäftigten erhielten durch die Personalabteilung den Link zur Befragung über ihre Mailadressen. Der Fragebogen stand den Beschäftigten vier Monate zur Verfügung und mit Ausfüllen des Fragebogens gaben sie ihr Einverständnis zur Erhebung der Daten. Nach Abschluss der Befragung wurden die Rohdaten dem Forschungsprojekt zur weiteren Verarbeitung anonymisiert zur Verfügung gestellt.

#### 2.2.2 Stichprobe

Zum Zeitpunkt der Befragung waren 382 Personen beim MD beschäftigt. 264 nahmen an der Befragung teil. Jedoch konnten nur 209 Fragebögen in die Auswertung

einfließen, da diese vollständig ausgefüllt wurden. Es ergibt sich eine Rücklaufquote von 69,1 % und die bereinigte Rücklaufquote beträgt 54,7 %. Die Letzte beinhaltet nur die vollständig ausgefüllten Fragebögen. Das Merkmal Geschlecht wurde nicht erhoben und die Altersstruktur ist in Abschnitt 3.2.1 dargestellt.

Innerhalb des MDs gibt es verschiedene Tätigkeitsbereiche, die an dieser Stelle zum besseren Verständnis vorgestellt werden.<sup>25</sup> Die Haupttätigkeitsgruppen sind die ärztlichen Gutachter\*innen, die Pflegegutachter\*innen und die Qualitätsprüfer\*innen. Innerhalb der Befragung waren diese Gruppen wie folgt repräsentiert; bei n = 187 gaben 25,7 % an als ärztliche\*r Gutachter\*in tätig zu sein, 31,6 % sind als Pflegegutachter\*in tätig und 10,7 % als Qualitätsprüfer\*in. Die restliche Stichprobe von 32,1 % sind der Kategorie Sonstiges zugeordnet und in anderen Bereichen des MDs tätig.

Die ärztlichen Gutachter\*innen nehmen sowohl Aufgaben aus ambulanten Bereichen und der stationären Versorgung wahr. Im ambulanten Bereich geben sie sozialmedizinische Empfehlungen an die Krankenversicherung zu den Themen Arbeitsunfähigkeit, Hilfsmittel, Vorsorgeleistungen, Rehabilitation, Heilmittel, häusliche Krankenpflege, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Behandlungsfehler und Erstattungsansprüche sowie sonstige Begutachtungen. In der stationären Versorgung prüfen sie Krankenhausabrechnungen und weitere Krankenhausleistungen und führen Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen durch. Hierbei werden sie auch von medizinischen Kodierer\*innen unterstützt, die in der Stichprobe unter den Bereich Sonstiges fallen.

Pflegegutachter\*innen geben pflegfachliche Empfehlungen an die Pflegeversicherung. Dies bedeutet, dass sie die Pflegebedürftigkeit vom Versicherten feststellen, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen prüfen, Empfehlungen zu Pflegehilfsmitteln geben, sich mit Behandlungsfehlern und Erstattungsansprüchen sowie sonstigen Begutachtungen befassen. Ein weiterer großer Bestandteil ihrer Tätigkeit ist die regelmäßige Durchführung von Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen.

Ärztliche Gutachter\*innen und Pflegegutachter\*innen sind auch in der Begutachtung der außerklinischen Intensivpflege von Versicherten tätig.

---

<sup>25</sup> Dem Projekt wurde vom MD Sachsen-Anhalt ein Dokument zur Beschreibung der verschiedenen Tätigkeiten zur Verfügung gestellt.

Qualitätsprüfer\*innen unterstützen die ärztlichen Gutachter\*innen und Pflegegutachter\*innen im ambulanten Bereich, in der stationären Versorgung und im Bereich der Pflege. Ihr Aufgabenspektrum umfasst vor allem die verschiedenen Qualitätsprüfungen in den Bereichen.

### 2.2.3 Verwendetes Messinstrument

Der verwendete Fragebogen wurde von den externen Beratungsunternehmen gestellt und um die Fragen zur Erfassung der mobil-flexiblen Arbeitsstruktur aus dem Forschungsprojekt erweitert. Aus rechtlichen Gründen kann der Fragebogen in dieser Arbeit nicht veröffentlicht werden. Eine Auflistung der abgefragten Kernelemente ist in Tabelle 11 dargestellt.

*Tabelle 11: Kernelemente des verwendeten Messinstruments für Teilprojekt MD*

Kernelemente	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soziodemografische Daten</li> <li>- Arbeitsaufgabe/-inhalte:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Umfang</li> <li>o Einfluss auf die Arbeit</li> <li>o Monotonie</li> <li>o Quantitative Anforderungen</li> <li>o Emotionale Anforderungen</li> <li>o Entwicklungsmöglichkeiten</li> <li>o Bedeutung der Arbeit</li> </ul> </li> <li>- Arbeitsorganisation                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Informationsfluss</li> <li>o Dienstplangestaltung</li> <li>o Spielraum bei Pausen</li> </ul> </li> <li>- Bedrohungsempfinden</li> <li>- Parameter zur Arbeitszeit</li> <li>- Widersprüchliche Arbeitsanforderungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soziales Gefüge                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Feedback/Rückmeldung</li> <li>o Wertschätzung</li> <li>o Kommunikation</li> </ul> </li> <li>- Arbeitsumgebung/phys. Anforderungen</li> <li>- Arbeitsmittel (analog und digital)</li> <li>- Work-Privacy-Konflikte</li> <li>- Entgrenzung</li> <li>- Gesundheitliche Beschwerden (physiologisch und psychisch)</li> <li>- Arbeitszufriedenheit</li> <li>- Arbeitsengagement</li> <li>- Verbundenheit mit der Arbeit</li> <li>- Erfassung der Bedingungen der mobil-flexiblen Tätigkeit</li> </ul>

Insgesamt umfasst der Fragebogen 117 Items, ohne die zusätzlichen Items aus der Erfassung der Bedingungen der mobil-flexiblen Tätigkeit. Bei den meisten Items wurde eine 5-stufige Likert-Skala verwendet. Ebenso finden sich thematische Überschneidungen mit den Instrumenten aus dem Teilprojekt ambulante Pflege. Die vorliegende Stichprobe wurde auf zweierlei Art ausgewertet. Es wurden ein Erfahrungsvergleich

anhand der absolvierten Tätigkeitsjahre beim MD ( $\leq 10$  Jahre und  $> 10$  Jahre)<sup>26</sup> und Tätigkeitsgruppenvergleich anhand der bereits vorgestellten Tätigkeitsgruppen (siehe Abschnitt 2.2.2) durchgeführt. Die verwendete Notation der Items durch das Beratungsunternehmen wurde übernommen und fortlaufend nach den signifikanten Items nummeriert. So setzt sich diese aus dem Themenkomplex, der fortlaufenden Nummer, der Bezeichnung als signifikant (sig) und der Vergleichsart (Erfahrung oder Tätigkeitsgruppe) zusammen. Folgende Themenkomplexe wurden durch das Beratungsunternehmen festgelegt: AI – Arbeitsinhalte; AO – Arbeitsorganisation; AU – Arbeitsumgebung; SB – Soziale Beziehungen; NA – Arbeitsanforderungen; FGB – Gesundheitliche Beschwerden und Empfindungen und ZU – Zufriedenheit.

### 2.3 Statistik

Die statistischen Analysen wurden mit Hilfe von Programm Statistical Package Social Science SPSS Version 28 (IBM, Armonk, NY, USA) durchgeführt und durch die statistische Beratung vom Institut für Biometrie und Medizinische Informatik der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg begleitet.

Die vorliegenden Daten wurden zuerst auf die Normalverteilung geprüft. Für den Altersgruppenvergleich im Teilprojekt „Ambulante Pflege“ wurde jeweils der Mann-Whitney-U-Test (M-W-Test) angewandt. Hierfür wird folgende Notation verwendet:  $p^* \leq ,05$  als signifikant und  $p^{**} \leq ,01$  als hochsignifikant.<sup>27</sup> Zum Vergleich mit der COPSOQ Referenzdatenbank wurde Cohens D (d) bestimmt. Für die Interpretation des Wertes wurden die Empfehlungen von Cohen (1988) herangezogen. Dies bedeutet, dass bei einem Wert von 0,2 von einem kleinen Effekt gesprochen wird. Ein mittlerer Effekt wird durch 0,5 beschrieben und ein großer Effekt gilt ab einem Wert von 0,8. Die genauen Werte sind in Unterkapitel 3.1 dargestellt. Eine Besonderheit in der Auswertung ist der Vergleich der physischen Anforderungen vor Ort im Unternehmen und bei den Kunden bzw. in den Patient\*innewohnungen. Hierfür wurde der Wilcoxon-Test angewandt. Für den Erfahrungsvergleich im Teilprojekt „MD“ wurde jeweils der Mann-Whitney-U-Test (M-W-Test) angewandt. Hierfür wird folgende Notation verwendet:  $p^* \leq ,05$  als

---

<sup>26</sup> Diese Einteilung hatte sich angeboten, da sich das Arbeitsaufkommen in den letzten 10 Jahren für den MD verändert hatte (siehe Abschnitt 1.3.2).

<sup>27</sup> In Anlehnung an die Empfehlungen von Bühl (2019)

signifikant und  $p^{**} \leq ,01$  als hochsignifikant. Bei dem Vergleich der Tätigkeitsgruppen kam der Kruskal-Wallis-Test (K-W-Test) und anschließend die Bonferroni-Korrektur (B-K) zum Einsatz. Es gilt die gleiche Notation wie beim M-W-Test.

Für beide Teilprojekte ergeben sich bei einigen Items unterschiedliche Stichprobengrößen (z. B. Angabe Alter Teilprojekt ambulante Pflege oder Tätigkeitsgruppenvergleich Teilprojekt MD), da einige Befragte sich zu den Items nicht äußerten. Die Anzahl der Antworten sind in den Tabellen entsprechend aufgeführt.

Bei allen statistischen Analysen wurden auch tendenzielle Unterschiede ( $p < ,1$ ) aufgrund der geringen Stichprobengrößen mitbetrachtet.

## 3 Ergebnisse

In dem nachfolgenden Kapitel werden die Ergebnisse der empirischen Datenerhebung aus dem vorliegenden Promotionsprojekt vorgestellt. Auch in diesem Kapitel wird zwischen dem Teilprojekt ambulante Pflege und MD unterschieden.

### 3.1 Teilprojekt ambulante Pflege

In diesem Unterkapitel sind die Ergebnisse aus der Befragung der ambulanten Pflegedienste und der durchgeführten Arbeitssituationsanalyse dargestellt. Sie bilden die Grundlage, um die Hypothesen H1a bis H1c zu überprüfen.

#### 3.1.1 Soziodemografische Daten

Die Altersstruktur ( $n = 32$ ) der Befragten ist in Abbildung 22 dargestellt. Keiner der Proband\*innen war zu dem Zeitpunkt der Befragung jünger als 24 Jahre. 31,3 % ordneten sich der Alterskategorie 25-34 Jahre zu. In der Alterskategorie 35-44 Jahre befinden sich 25 % der befragten Proband\*innen und in der Alterskategorie 45-54 Jahre ebenfalls. 18,8 % gaben an 55 Jahre oder älter zu sein. Es kann festgehalten werden, dass 56,3 % der Teilnehmenden somit jünger als 45 Jahre zum Zeitpunkt der Befragung und 43,8 % der Teilnehmenden 45 Jahre oder älter waren. Diese Einteilung wurde für den Altersgruppenvergleich genutzt.

Sechs der teilnehmenden Personen gaben an in der Funktion als Führungskraft zu fungieren (18,2 %). Die Verteilung der Tätigkeitsbereiche ( $n = 33$ ) ist in Abbildung 23 dargestellt. Die Proband\*innen hatten die Möglichkeit mehrere Tätigkeitsbereiche auszuwählen, sodass z. B. abgebildet werden konnte, dass eine Pflegekraft sowohl in der Pflege als auch in der Hauswirtschaft tätig ist. 22 Proband\*innen waren zum Zeitpunkt der Befragung in der Pflege tätig und 8 im Bereich der Hauswirtschaft. Drei Befragte gaben an, Aufgaben in der Verwaltung wahrzunehmen und 8 Befragte machten keine Angabe zu ihrem Tätigkeitsbereich.

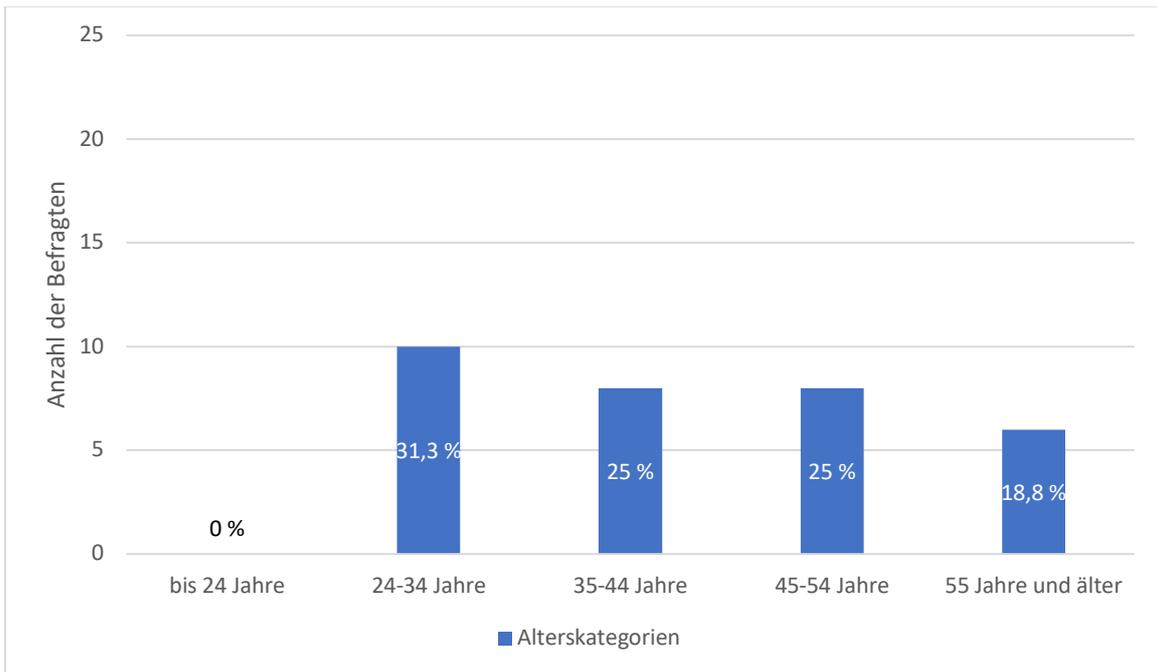


Abbildung 22: Verteilung der Alterskategorien in der ambulanten Pflege (n = 32)

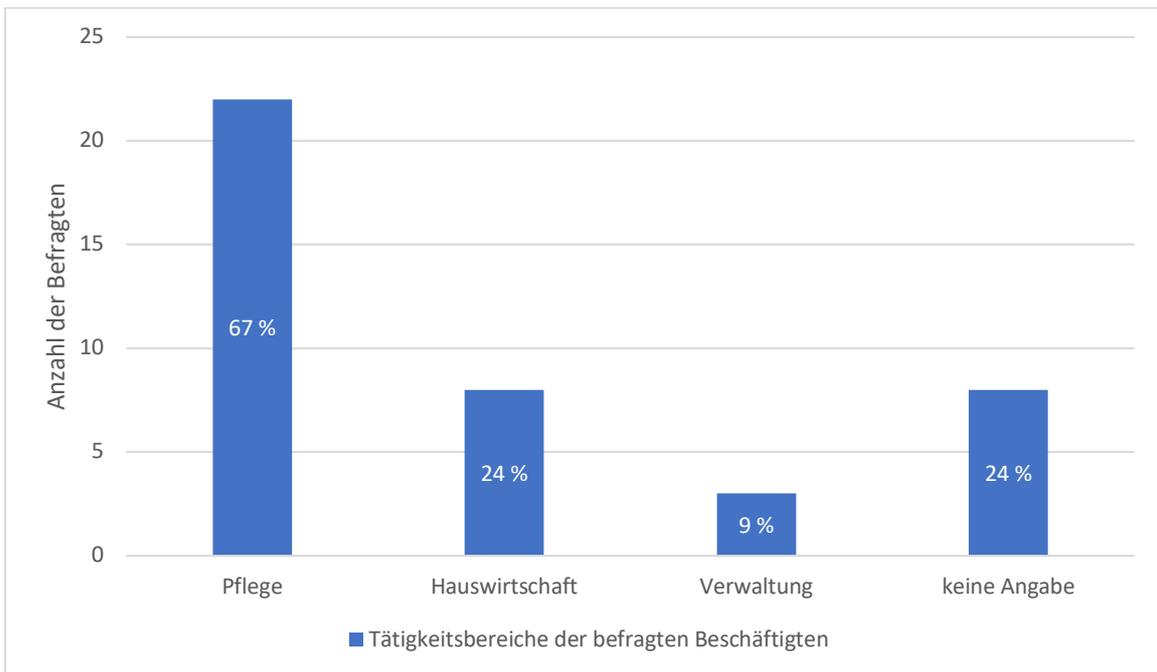


Abbildung 23: Verteilung der Tätigkeitsbereiche in der ambulanten Pflege; Mehrfachnennung möglich (n = 33)

32 Teilnehmende äußerten sich zu ihrem Beschäftigungsverhältnis und der zu leistenden Arbeitszeit. Fünf sind befristet angestellt (15,6 %) und 27 unbefristet (84,4 %). 18 Personen sind in Vollzeit angestellt (56,3 %) und 14 Personen in Teilzeit (43,8 %).

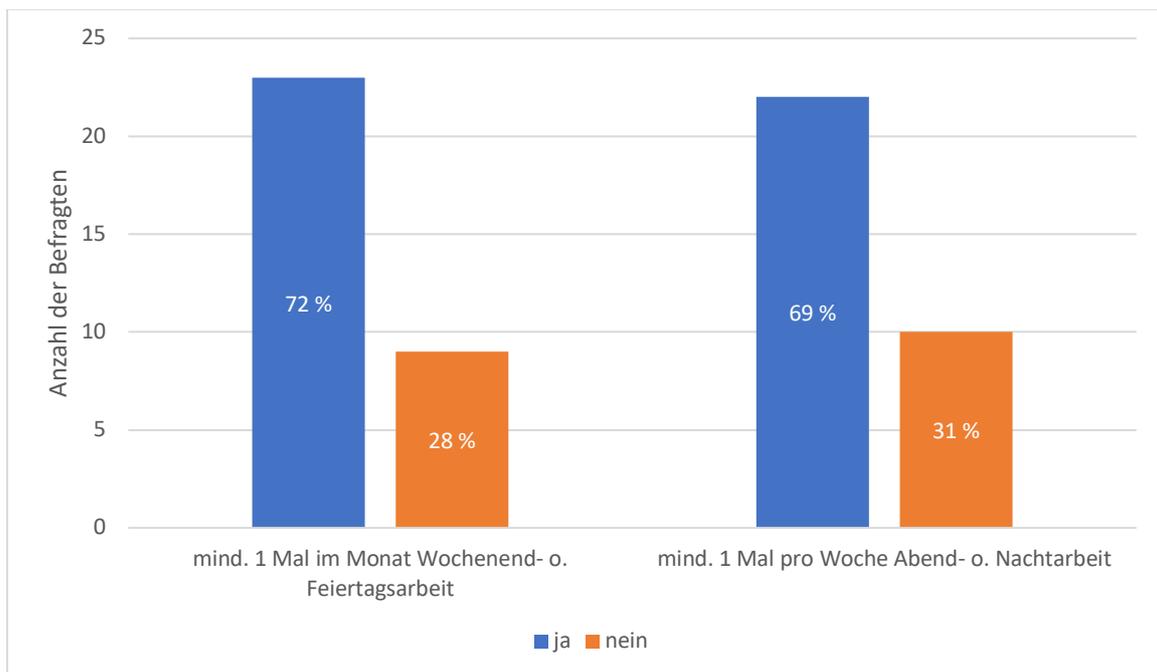


Abbildung 24: Verteilung von Arbeitszeitformen in der ambulanten Pflege (n = 32)

Über die Verteilung der Arbeitszeit gaben die Befragten an, dass 23 mindestens einmal im Monat Wochenend- oder Feiertagsarbeiten (71,9 %) und 22 mindestens einmal pro Woche Abend- (nach 18:30 Uhr) o. Nachtarbeit (vor 5:00 Uhr) leisten (68,8 %, siehe Abbildung 24).

### 3.1.2 Ergebnisse der Befragung mittels Fragebogen

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse aus der Befragung des Teilprojekts ambulante Pflege vorgestellt. Wie bereits in Abschnitt 2.1.3.1 beschrieben, wird grundsätzlich das Auswertungsschema nach dem COPSOQ verwendet. Dies bedeutet, dass für die entsprechenden Items die Skalen berechnet und mehrere Skalen zu einer Oberkategorie zusammengefasst werden. Zur besseren Übersicht sind in diesem Abschnitt alle Skalen mit ihren Oberkategorien aufgeführt und die Werte für einzelne Items sind ab Anhang II zu finden.

Die erste Oberkategorie beschreibt die **Anforderungen** der Befragten (s. Tabelle 12). Sie umfasst die quantitativen und emotionalen Anforderungen. Des Weiteren werden Anforderungen Emotionen zu verbergen, der Work-Privacy-Konflikt und die Entgrenzung erhoben. Es kann konstatiert werden, dass die einzelnen Skalen im Altersgruppenvergleich nicht signifikant sind. Lediglich das Merkmal Emotionen zu verbergen weist einen tendenziellen Unterschied auf. Ältere Beschäftigte geben an eher ihre

Emotionen verbergen zu müssen. Dies spiegelt sich auch in der Einzelbetrachtung wider. Zwei Items sind signifikant im Altersgruppenvergleich. Dieses ist das Item B1\_1 „Müssen Sie sehr schnell arbeiten?“ mit  $p = ,027^*$  und das Item B1\_8 „Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, dass Sie Ihre Gefühle verbergen?“ mit  $p = ,024^*$ . Bei dem Item B1\_1 und B1\_8 gaben vor allem die älteren Pflegekräfte an, dass sie schnell arbeiten und ihre Gefühle verbergen müssen.

Tabelle 12: Darstellung der Ergebnisse der Oberkategorie Anforderungen sowohl im Altersgruppenvergleich (< 45 Jahre vs. ≥ 45 Jahre) als auch im Vergleich mit der COPSOQ Referenzdatenbank

Oberkategorie - Anforderungen							
Skala	N	Teilprojekt ambulante Pflege				Referenz Pflegeberufe	
		MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	d	$p_{M-W-Test}$	N	MW ± SD [Punkte]
Quantitative Anforderungen	32	44,7 ± 15,18	15-70	1,01	,599 <sup>a</sup>	8.997	60 ± 16,37
	18 (< 45)	43,1 ± 16,10	15-70				
	13 (≥ 45)	46,5 ± 14,77	25-70				
Emotionale Anforderungen	32	67,2 ± 17,32	13-100	0,16	,639	9.056	70 ± 22,02
	18 (< 45)	66,7 ± 17,15	13-88				
	13 (≥ 45)	66,4 ± 17,96	38-100				
Anforderungen, Emotionen zu verbergen	33	38,3 ± 25,57	0-88	0,69	,093 <sup>t a</sup>	9.055	56 ± 22,40
	18 (< 45)	30,6 ± 27,19	0-88				
	14 (≥ 45)	46,4 ± 21,05	0-88				
Work-Privacy Konflikt	33	27,3 ± 29,22	0-87,5	0,98	,793	8.983	56 ± 27,41
	18 (< 45)	25,7 ± 29,93	0-87,5				
	14 (≥ 45)	27,2 ± 29,38	0-87,5				
Entgrenzung	33	22,4 ± 22,91	0-87,5	0,60	,405	2.225	36 ± 23,35
	18 (< 45)	25,7 ± 23,67	0-87,5				
	14 (≥ 45)	19,6 ± 22,31	0-75				

<sup>a</sup> – signifikante Unterschiede in einem oder mehreren Items aus dieser Skala

<sup>t</sup> – tendenzielle Unterschiede in der Skala ( $p < ,1$ )

Im Vergleich mit der Referenzdatenbank zeichnen sich für die Skala Anforderungen sehr unterschiedliche Effekte ab. Ein großer Effekt lässt sich für die Merkmale quantitative Anforderungen ( $d = 1,01$ ) und den Work-Privacy-Konflikt ( $d = 0,98$ ) feststellen. Hier weist die Referenzgruppe stärkere Anforderungen als die Stichprobe auf. Für die Merkmale Emotionen zu verbergen ( $d = 0,69$ ) und Entgrenzung ( $d = 0,60$ ) kann ein mittlerer Effekt konstatiert werden und für emotionale Anforderungen ( $d = 0,16$ ) ein schwacher Effekt. Dies bedeutet, dass die Kategorie emotionale Anforderungen ähnlich in beiden Stichproben empfunden wird.

Die zweite Oberkategorie beinhaltet alle Merkmale zum Themenkomplex ***Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten***. Dies bedeutet im Einzelnen, dass folgende Skalen zusammengefasst werden: Einfluss bei der Arbeit, Entscheidungsspielraum, Entwicklungsmöglichkeiten, Bedeutung der Arbeit und Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz. Die Ergebnisse sind in Tabelle 13 aufgeführt.

Tabelle 13: Darstellung der Ergebnisse der Oberkategorie Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten sowohl im Altersgruppenvergleich (< 45 Jahre vs. ≥ 45 Jahre) als auch im Vergleich mit der COPSOQ Referenzdatenbank

Oberkategorie – Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten							
Skala	N	Teilprojekt ambulante Pflege				Referenz Pflegeberufe	
		MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	d	p <sub>M-W-Test</sub>	N	MW ± SD [Punkte]
Einfluss bei der Arbeit	32	52,3 ± 25,07	0-92	0,57	,459	9.061	38 ± 20,63
	17 (< 45)	54,4 ± 24,50	0-92				
	14 (≥ 45)	47,6 ± 25,62	0-83				
Entscheidungsspielraum	33	73,1 ± 25,02	0-100	0,84	,459	9.081	52 ± 22,96
	17 (< 45)	76,4 ± 24,50	0-92				
	14 (≥ 45)	70,5 ± 25,62	0-83				
Entwicklungsmöglichkeiten	33	73,2 ± 14,09	50-100	0,51	,034*	9.066	66 ± 18,26
	18 (< 45)	78,2 ± 14,33	50-100				
	14 (≥ 45)	68,5 ± 10,93	50-83				
Bedeutung der Arbeit	33	94,3 ± 9,93	75-100	1,24	,801	9.064	82 ± 18,46
	18 (< 45)	94,4 ± 9,80	75-100				
	14 (≥ 45)	95,5 ± 9,31	75-100				
Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz	32	71,9 ± 23,55	25-100	0,72	,193	9.053	55 ± 24,89
	18 (< 45)	77,8 ± 20,81	50-100				
	13 (≥ 45)	65,4 ± 26,01	25-100				

\* -  $p \leq ,05$ , signifikant

Für diese Oberkategorie ist nur die Skala Entwicklungsmöglichkeiten im Altersgruppenvergleich mit  $p = ,034^*$  signifikant. Bei einer näheren Betrachtung der Items kann festgestellt werden, dass das Item B5\_1 „Haben Sie die Möglichkeit, durch Ihre Arbeit neue Dinge zu erlernen?“, welches Teil des Merkmals Entwicklungsmöglichkeiten ist, hochsignifikant mit  $p = ,005^{**}$  ist. Die unter 45-Jährigen geben an, dass sie mehr Entwicklungsmöglichkeiten sehen und in ihrer Arbeit neue Dinge erlernen können. Für den Vergleich mit der Referenzdatenbank seien besonders die Merkmale Entscheidungsspielraum ( $d = 0,84$ ) und Bedeutung der Arbeit ( $d = 1,24$ ) hervorzuheben. Diese weisen einen starken Effekt auf. Die vorgestellte Stichprobe der ambulanten Pflegekräfte sehen in ihrer Arbeit größere Entscheidungsspielräume und messen dieser eine höhere Bedeutung als die Referenzgruppe bei. Für die weiteren Merkmale kann ein mittlerer Effekt festgestellt werden.

Die nächste Oberkategorie umfasst den Bereich **Soziale Beziehung und Führung** und ist in zwei Teile zur besseren Übersicht untergliedert. In Teil 1 sind die Skalen Vorhersehbarkeit, Rollenklarheit, Rollenkonflikte, Führungsqualität, soziale Unterstützung und Feedback/Rückmeldung enthalten. Diese und die dazugehörigen Ergebnisse sind in Tabelle 14 aufgeführt.

Tabelle 14: Darstellung der Ergebnisse der Oberkategorie Soziale Beziehung und Führung (Teil 1) sowohl im Altersgruppenvergleich (< 45 Jahre vs. ≥ 45 Jahre) als auch im Vergleich mit der COPSOQ Referenzdatenbank

Oberkategorie – Soziale Beziehung und Führung (Teil 1)							
Teilprojekt ambulante Pflege						Referenz Pflegeberufe	
Skala	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	d	p <sub>M-W-Test</sub>	N	MW ± SD [Punkte]
Vorhersehbarkeit	33	74,6 ± 18,62	38-100	1,27		9.020	51 ± 20,32
	18 (< 45)	72,2 ± 19,45	38-100		,264		
	14 (≥ 45)	79,5 ± 16,70	63-100				
Rollenklarheit	33	86,1 ± 12,09	58-100	1,09		9.010	73 ± 16,73
	18 (< 45)	86,1 ± 13,01	58-100		,952		
	14 (≥ 45)	86,3 ± 11,61	67-100				
Rollenkonflikte	33	22,4 ± 17,55	0-58	1,63		9.000	51 ± 21,61
	18 (< 45)	24,3 ± 19,40	0-58		,558		
	14 (≥ 45)	19,6 ± 15,88	0-42				
Führungsqualität	33	72,4 ± 21,37	19-100	1,00		8.946	51 ± 25,33
	18 (< 45)	73,3 ± 19,86	38-100		,768		
	14 (≥ 45)	72,8 ± 23,86	19-100				
Soziale Unterstützung	32	76,6 ± 20,52	25-100	0,47		9.011	67 ± 20,07
	17 (< 45)	75,4 ± 18,02	38-100		,245		
	14 (≥ 45)	80,8 ± 21,58	25-100				
Feedback/Rückmeldung	32	49,2 ± 22,44	0-100	0,32		9.004	42 ± 22,38
	17 (< 45)	51,5 ± 18,69	13-75		,598		
	14 (≥ 45)	48,2 ± 26,79	0-100				

Im Altersgruppenvergleich fanden sich keine Auffälligkeiten für diese Skalen. Hingegen lassen sich große Effekte im Vergleich mit der Referenzdatenbank für die ersten vier Merkmale feststellen. So geben die ambulanten Pflegekräfte im Vergleich an, dass

ein guter Informationsfluss (Vorhersehbarkeit,  $d = 1,27$ ) besteht. Ebenso beschreiben sie, dass ihnen ihre Rollen klar sind und somit weniger Rollenkonflikte bestehen. Insgesamt geben sie eine bessere Qualität der Führung als die Referenzgruppe an. Die Skala soziale Unterstützung weist fast einen mittleren Effekt auf ( $d = 0,47$ ) und die Skala Feedback/Rückmeldung einen kleinen Effekt ( $d = 0,32$ ) auf.

Im zweiten Teil sind die Skalen soziale Beziehung, Gemeinschaftsgefühl, Mobbing, Vertrauen und Gerechtigkeit und Wertschätzung enthalten. Alle Ergebnisse zu diesen Skalen finden sich in Tabelle 15.

Tabelle 15: Darstellung der Ergebnisse der Oberkategorie Soziale Beziehung und Führung (Teil 2) sowohl im Altersgruppenvergleich (< 45 Jahre vs. ≥ 45 Jahre) als auch im Vergleich mit der COPSOQ Referenzdatenbank

Oberkategorie – Soziale Beziehung und Führung (Teil 2)							
Skala	Teilprojekt ambulante Pflege					Referenz Pflegeberufe	
	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	d	p <sub>M-W-Test</sub>	N	MW ± SD [Punkte]
Soziale Beziehungen	32	43,8 ± 35,36	0-100	0,35	,062 <sup>t</sup>	8.976	56 ± 25,63
	17(< 45)	55,9 ± 27,29	0-100				
	14(≥ 45)	32,1 ± 39,75	0-100				
Gemeinschaftsgefühl	33	70,5 ± 20,92	25-100	0,17	,032*	9.012	74 ± 16,52
	18(< 45)	64,6 ± 19,76	25-100				
	14(≥ 45)	80,4 ± 18,16	50-100				
Mobbing	32	19,5 ± 25,98	0-75	0,13	,821	8.940	23 ± 24,00
	17(< 45)	16,2 ± 21,54	0-50				
	14(≥ 45)	21,4 ± 30,79	0-50				
Vertrauen u. Gerechtigkeit	33	77,6 ± 18,49	25-100	1,11	,160	7.419	57 ± 17,93
	18(< 45)	75,6 ± 16,17	40-100				
	14(≥ 45)	84,0 ± 15,41	55-100				
Wertschätzung	32	69,5 ± 26,74	0-100	1,07	,428	2.186	41 ± 28,28
	17(< 45)	75,0 ± 21,65	50-100				
	14(≥ 45)	64,3 ± 32,01	0-100				

<sup>t</sup> – tendenzielle Unterschiede in der Skala ( $p < ,1$ )

\* -  $p \leq ,05$ , signifikant

Im Altersgruppenvergleich konnten für die Skala soziale Beziehung tendenzielle Unterschiede ( $p = ,062^t$ ) und für die Skala Gemeinschaftsgefühl signifikante Unterschiede ( $p = ,032^*$ ) festgestellt werden. Die Skala soziale Beziehung umfasst nur ein Item B8\_7 mit der Fragestellung „Können Sie sich mit Kolleg\*innen unterhalten, während Sie arbeiten?“. Hier äußern sich die unter 45-Jährigen, dass sie sich eher mit Kolleg\*innen unterhalten können. Die Skala Gemeinschaftsgefühl setzt sich aus den Items B8\_8 „Ist die Atmosphäre zwischen Ihnen und Ihren Arbeitskolleg\*innen gut?“ und B8\_9 „Ist die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitskolleg\*innen gut?“ zusammen. Das Item B8\_8

ist ebenfalls im Altersgruppenvergleich mit  $p = ,038^*$  signifikant. Hingegen weist das Item B8\_9 mit  $p = ,082^t$  einen tendenziellen Unterschied auf. Ältere ambulante Pflegekräfte geben bei beiden Items höhere Werte an. Sie äußern somit auch ein höheres Gemeinschaftsgefühl als ihre jüngeren Kolleg\*innen. Im Vergleich mit der Referenzdatenbank sind die Skalen Vertrauen und Gerechtigkeit ( $d = 1,11$ ) sowie Wertschätzung ( $d = 1,07$ ) von Interesse, da sie einen großen Effekt aufweisen. In beiden Skalen sind deutlich niedrige Werte in der Referenzgruppe wiederzufinden. In der beschriebenen Stichprobe herrscht somit mehr Vertrauen und Gerechtigkeit sowie auch ein aktives Leben von Wertschätzung durch Führung.

Im weiteren Verlauf der Auswertung des COPSOQ-Fragebogens folgt die Oberkategorie **Arbeitsumgebung und -bedingungen**. Die dargestellte Oberkategorie in Tabelle 16 unterscheidet sich jedoch von der ursprünglichen Form des COPSOQ-Fragebogens.

*Tabelle 16: Darstellung der Ergebnisse der Oberkategorie Arbeitsumgebung und -bedingungen sowohl im Altersgruppenvergleich (< 45 Jahre vs. ≥ 45 Jahre) als auch im Vergleich mit der COPSOQ Referenzdatenbank*

Oberkategorie – Arbeitsumgebung und -bedingungen									
Teilprojekt ambulante Pflege						Referenz Pflegeberufe			
Skala	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	d	$p_{M-W-Test}$	N	MW ± SD [Punkte]		
Arbeitsumgebung/ Phys. Anforderungen vor Ort	31 18 (< 45) 12 (≥ 45)	34,3 ± 15,18 35,4 ± 14,99 33,0 ± 16,62	0-67 17-67 0-54	1,04	,925	4.310	50 ± 21,06		
Arbeitsumgebung/ Phys. Anforderungen beim Kunden	31 18 (< 45) 12 (≥ 45)	40,9 ± 15,57 45,1 ± 16,09 35,1 ± 13,25	0-75 13-75 0-50		,124 <sup>b</sup>				
Unsicherheit des Arbeitsplatzes	32 18 (< 45) 13 (≥ 45)	18,5 ± 21,66 17,7 ± 20,20 19,2 ± 20,70	0-83 0-80 0-70	0,24	,819			8.954	20 ± 20,74
Unsicherheit der Arbeitsbedingungen	32 18 (< 45) 13 (≥ 45)	19,9 ± 21,60 19,2 ± 23,09 22,4 ± 20,24	0-91,7 0-91,7 0-66,7	0,74	,502				

<sup>b</sup> – tendenzielle Unterschiede in einem oder mehreren Items aus dieser Skala ( $p < ,1$ )

Sie wurde durch eine Betrachtung der Arbeitsbedingungen beim Kunden ergänzt. Dies hat zur Folge, dass kein Vergleich für diese Skalen mit der Referenzdatenbank erstellt werden konnten, da es noch keine Referenzwerte gibt. Für die weiteren Skalen kann konstatiert werden, dass bei den Arbeitsbedingungen vor Ort im Vergleich zur Referenzgruppe ein großer Effekt ( $d = 1,04$ ), bei der Unsicherheit des Arbeitsplatzes ein geringer Effekt ( $d = 0,24$ ) und beim Merkmal Unsicherheit der Arbeitsbedingungen ( $d = 0,74$ ) ein mittlerer Effekt besteht. Die ambulanten Pflegekräfte der Stichprobe geben bessere Arbeitsbedingungen als die der Referenzgruppe an.

Im Altersgruppevergleich ist keines der Merkmale signifikant. Beim Item B8b\_8 „*Wie häufig sind Sie in der mobilen Tätigkeit bzw. bei Kunden schlechten Lichtverhältnissen ausgesetzt, z. B. grelles oder schwaches Licht?*“ konnte nur ein tendenzieller Unterschied mit  $p = ,070$  festgestellt werden. Jüngere Pflegekräfte geben hier häufiger an, dass sie schlechten Lichtverhältnissen ausgesetzt sind.

Zur Überprüfung der Hypothese H1b wurden die physischen Arbeitsbedingungen vor Ort und beim Kunden mit Hilfe des Wilcoxon-Tests verglichen (s. Tabelle 17). Dabei wurden die Teilnehmenden zu den Belastungsfaktoren Lärm, Zugluft/extreme Temperaturen, schlechte Luft und schlechte Lichtverhältnisse befragt.

Tabelle 17: Vergleich der physischen Arbeitsbedingungen vor Ort und beim Kunden

Item-Vergleich	Belastungsfaktoren	pWilcoxon-Test
B8b_2 u. B8b_3	Lärm	,377
B8b_5 u. B8b_6	Zugluft/extreme Temperaturen	,041*
B8b_7 u. B8b_8	schlechte Luft	,001**
B8b_9 u. B8b_10	schlechte Lichtverhältnisse	,003**

\* -  $p \leq ,05$ , signifikant

\*\* -  $p \leq ,01$ , hochsignifikant

Bis auf der Belastungsfaktor Lärm sind alle anderen signifikant. Es besteht somit ein Unterschied zwischen den physischen Arbeitsbedingungen vor Ort und beim Kunden. Bei einem Betrachten der Mittelwerte dieser Parameter fällt auf, dass stets die Bedingungen beim Kunden bzw. in den Patient\*innenwohnungen schlechter sind (siehe Anhang V).

Die nächste Oberkategorie umfasst alle Items, die **Belastungsfolgen** darstellen (s. Tabelle 18). Im Altersgruppenvergleich zeigen sich keine signifikanten Werte. Es kann lediglich ein tendenzieller Unterschied bei der Einzelbetrachtung im Item B10\_1 „*Wie*

oft haben Sie im Laufe der letzten 12 Monate daran gedacht Ihren Beruf aufzugeben?“ für die Skala Gedanke an Berufs-/Stellungswechsel festgestellt werden. Ältere Beschäftigte gaben bei diesem Item an, eher ihren Beruf aufzugeben. Jedoch war dieser Wert auch im Mittel mit 25 Punkten nicht sehr hoch. Für die Skala Arbeitszufriedenheit finden sich in den Items zwei tendenzielle Unterschiede. Diese betreffen die Items B11\_1 „Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit Ihren Berufsperspektiven?“ und B11\_2 „Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit den Leuten, mit denen Sie arbeiten?“. Beim Item B11\_1 hatten die unter 45-Jährigen höhere Werte. Für das Item B11\_2 ist genau umgekehrt. Die älteren ambulanten Pflegekräfte sind mit ihren Arbeitskolleg\*innen zufriedener.

Tabelle 18: Darstellung der Ergebnisse der Oberkategorie Belastungsfolgen sowohl im Altersgruppenvergleich (< 45 Jahre vs. ≥ 45 Jahre) als auch im Vergleich mit der COPSOQ Referenzdatenbank

Oberkategorie – Belastungsfolgen								
Skala	N	Teilprojekt ambulante Pflege				p <sub>M-W-Test</sub>	Referenz Pflegeberufe	
		MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	d	N		MW ± SD [Punkte]	
Gedanke an Berufs-/Stellungswechsel	32	17,7 ± 22,54	0-75	0,27	,127 <sup>b</sup>	8.908	24 ± 24,52	
	18 (< 45)	11,8 ± 17,40	50-100					
	13 (≥ 45)	26,0 ± 26,74	50-75					
Arbeitszufriedenheit	32	71,1 ± 12,75	41-91	0,95	,685 <sup>b</sup>	8.934	59 ± 16,92	
	18 (< 45)	72,1 ± 13,14	47-91					
	13 (≥ 45)	72,0 ± 12,61	41-88					
Arbeitsengagement	31	76,3 ± 14,45	42-100	0,72	,476	2.180	66 ± 18,96	
	17 (< 45)	78,9 ± 11,83	50-100					
	13 (≥ 45)	75,0 ± 16,32	42-100					

<sup>b</sup> – tendenzielle Unterschiede in einem oder mehreren Items aus dieser Skala (p < ,1)

Im Vergleich mit der Referenzgruppe kann ein großer Effekt beim Merkmal Arbeitszufriedenheit (d = 0,95) konstatiert werden. Die hier vorgestellte Stichprobe weist eine höhere Arbeitszufriedenheit als die Referenzgruppe auf. Für das Merkmal Arbeitsengagement besteht ein mittlerer Effekt (d = 0,72) und für Gedanke an Berufs-/Stellungswechsel ein kleiner Effekt.

Die letzte Oberkategorie des ursprünglichen COPSOQ-Fragebogens befasst sich mit den **Beschwerden** der Befragten. Alle Ergebnisse sind in Tabelle 19 festgehalten. Für alle Items kann festgehalten werden, dass im Vergleich mit der Referenzdatenbank ein kleiner Effekt besteht.

Tabelle 19: Darstellung der Ergebnisse der Oberkategorie Beschwerden sowohl im Altersgruppenvergleich (< 45 Jahre vs. ≥ 45 Jahre) als auch im Vergleich mit der COPSOQ Referenzdatenbank

Oberkategorie – Beschwerden								
Skala	N	Teilprojekt ambulante Pflege				p <sub>M-W-Test</sub>	Referenz Pflegeberufe	
		MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	d	N		MW ± SD [Punkte]	
Allgemeiner Gesundheitszustand	31	70,7 ± 16,92	40-100	0,10	,009**	8.835	69 ± 19,31	
	18 (< 45)	77,2 ± 16,02	40-100					
	12 (≥ 45)	62,5 ± 14,22	40-80					
Burnout-Symptome	31	47,0 ± 17,68	16,7-91,7	0,39	,177	8.959	54 ± 19,74	
	18 (< 45)	41,7 ± 15,66	16,7-75,0					
	12 (≥ 45)	52,8 ± 17,88	33,3-91,7					
Präsentismus	31	44,4 ± 27,16	0-100	0,02	,592	7.591	45 ± 24,47	
	18 (< 45)	47,2 ± 26,97	0-100					
	12 (≥ 45)	41,7 ± 28,87	0-100					
Unfähigkeit abzuschalten	32	42,2 ± 28,00	0-100	0,14	,093 <sup>t</sup>	2.182	46 ± 27,64	
	18 (< 45)	37,5 ± 31,21	0-100					
	13 (≥ 45)	51,9 ± 18,99	25-75					

\*\* - p ≤ ,01, hochsignifikant

<sup>t</sup> – tendenzielle Unterschiede in der Skala (p < ,1)

Im Altersgruppenvergleich sind zwei Items von Interesse. Für das Item allgemeiner Gesundheitszustand ist der Vergleich in der Altersgruppe hochsignifikant. Ältere Beschäftigte weisen einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand auf. Beim Item Unfähigkeit abzuschalten besteht ein tendenzieller Unterschied. Dies betrifft vor allem auch die älteren Pflegekräfte.

Der letzte Teil des Fragebogens erfasste die Bedingungen der mobil-flexiblen Tätigkeit. Diese Ergebnisse sind in Unterkapitel 3.3 dargestellt.

### 3.1.3 Ergebnisse der Arbeitssituationsanalyse

In der ersten Phase der ASITA bekamen die Beschäftigten jeweils 7 Punkte ausgehändigt und bewerteten mit diesen nach einem Ampelsystem die Bereiche mobile Tätigkeit, Führung, Arbeitsorganisation, Kommunikation/Information, Arbeitsmittel/-umgebung, Beziehung zu Kolleg\*innen und Arbeitsaufgabe/-inhalte. Das Gruppenbild ist in Abbildung 25 dargestellt.

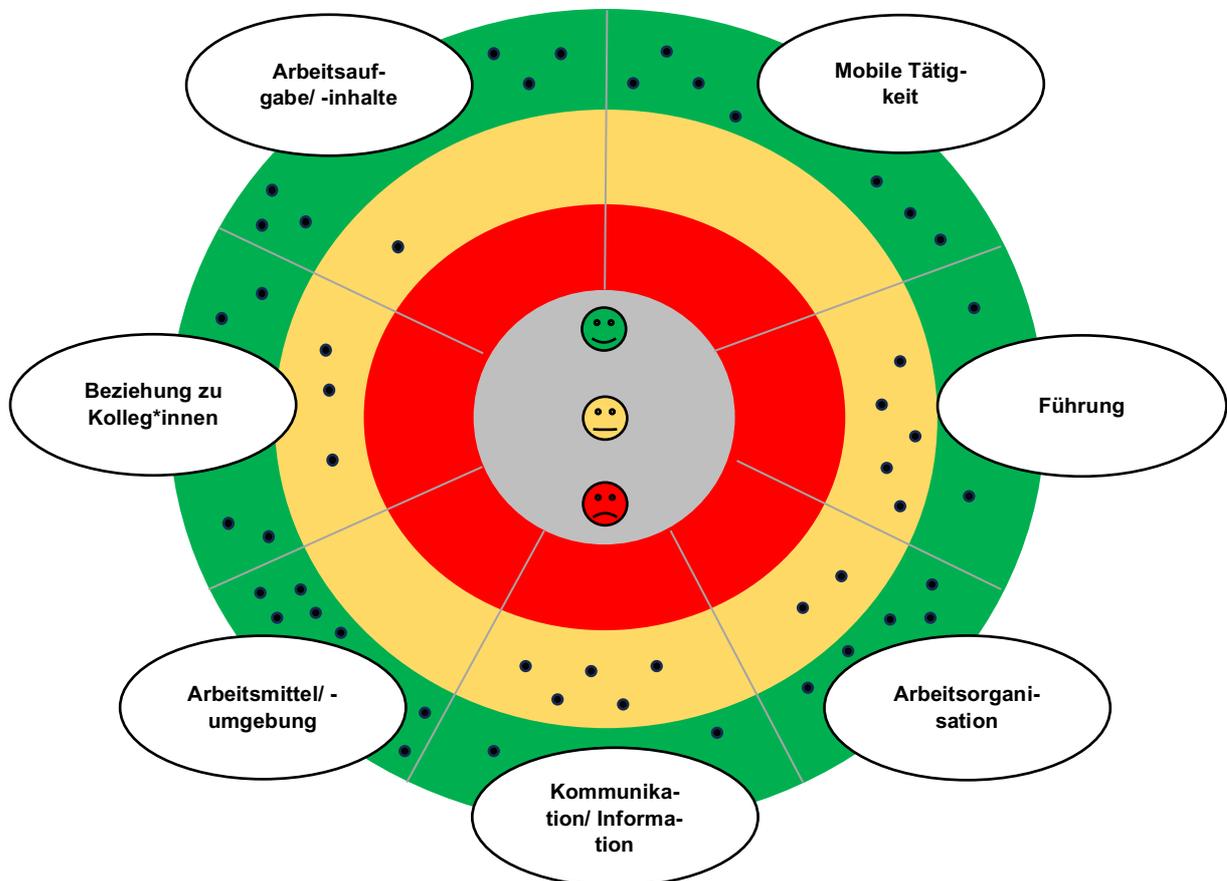


Abbildung 25: Quantitative Analyse der Arbeitssituation dargestellt mit Hilfe der Arbeitssituationsspinne (n = 7); Erklärung: Farbe Grün steht für „zufrieden“, Gelb für „teils zufrieden, teils unzufrieden“ und Rot für „unzufrieden“

Auffallend ist, dass keiner der Bereiche von der Gruppe rot bepunktet wurden. In der gelben Zone<sup>28</sup> befinden sich die Themenfelder Führung, Kommunikation/Information und Beziehung zu Kolleg\*innen. Die Bereiche Arbeitsaufgabe/-inhalte und Arbeitsorganisation haben einzelne Punkte im gelben Feld und werden somit eher zu den Ressourcen gezählt. Eindeutige Ressourcen sind für die Beschäftigten ihre mobile Tätigkeit sowie die Arbeitsmittel und -umgebung. Besonders für diesen Pflegedienst ist, dass er zum Zeitpunkt der Erhebung bereits recht weit in der Digitalisierung der Arbeitsprozesse war. So stehen jedem Beschäftigten mobile Endgeräte zur Verfügung, um Kommunikations- und Dokumentationsprozesse zu vereinfachen sowie Patienteninformationen jederzeit zur Verfügung zu haben. In der Konkretisierung der

<sup>28</sup> Die Beschäftigten erleben hier ihre Arbeitssituation teils ressourcenreich und teils als belastend.

Bepunktung wurde dies auch als Ressource genannt. Ältere Kolleg\*innen empfinden des Öfteren Technikstress. Dieser wird jedoch durch die Ressource Beziehung zu Kolleg\*innen reduziert, da die jüngeren Beschäftigten bei Problemen unterstützen und sich keiner somit ausgegrenzt fühlt. Grundsätzlich wurde jedoch angemerkt, dass eine Vereinfachung der Arbeitsprozesse nur stattfindet, wenn auch die Technik funktioniert. Denn wenn sie ausfällt, verdoppelt sich meist der Dokumentationsaufwand.

Des Weiteren wurde in der Konkretisierung angemerkt, dass ein Hauptstressor während der Arbeitstätigkeit die möglichen schlechten Verkehrsbedingungen innerhalb der Stadt ist. Die Beschäftigten haben innerhalb des Teams einige Bewältigungsstrategien (Austausch über Endgeräte) und ihnen ist bewusst, dass sie dagegen nichts tun können (Akzeptanz). Jedoch führt dies zu einer Verzögerung der ursprünglichen Tourenplanung und es gibt Patient\*innen, die mit dieser Situation weniger gut umgehen können.

Im weiteren Verlauf der Arbeitssituationsanalyse stellte sich heraus, dass es Überschneidungen zwischen den Themenfeldern Führung und Kommunikation/Information gibt. Zum Zeitpunkt der Erhebung fand ein Generationswechsel in der Geschäftsführung statt. In diesem Umgestaltungsprozess fiel es allen Beteiligten schwer in die neuen Rollen und Absprachen hineinzufinden, was wiederum zu Kommunikationsproblemen und Informationsverlusten führte. In der anschließenden Lösungsfindung stellten die Beschäftigten auch fest, dass es dem Unternehmen guttun würde, wenn es eine\*n eindeutige\*n Ansprechpartner\*in in der Führung für die einzelnen Themen geben würde. Dadurch würden sich auch bestehende Unruhen im Team legen, wodurch sich langfristig die Beziehungen zu den Kolleg\*innen verbessern. Ebenso wurde auch von den Beschäftigten noch einmal klar der Wunsch geäußert, dass die Pflegedienstleitung eindeutig darauf achten muss, welche Patient\*innen neu aufgenommen werden. Dies wurde wie folgt formuliert: „... es mangelt halt nicht an Patienten und dann ist es besser, sich die Guten auszusuchen, ist die Haltung und man müsse sich nicht das Leben unbedingt schwer machen“ (siehe Anhang I).

### 3.2 Teilprojekt Medizinischer Dienst

Die Ergebnisse aus dem Teilprojekt MD sind in den nachfolgenden Unterkapiteln aufgeführt. Mit diesen sollen die Hypothesen H2a und H2b überprüft werden.

### 3.2.1 Soziodemografische Daten

Eine Verteilung der Geschlechter wurde nicht erhoben. Die Altersstruktur ist in Abbildung 26 dargestellt.

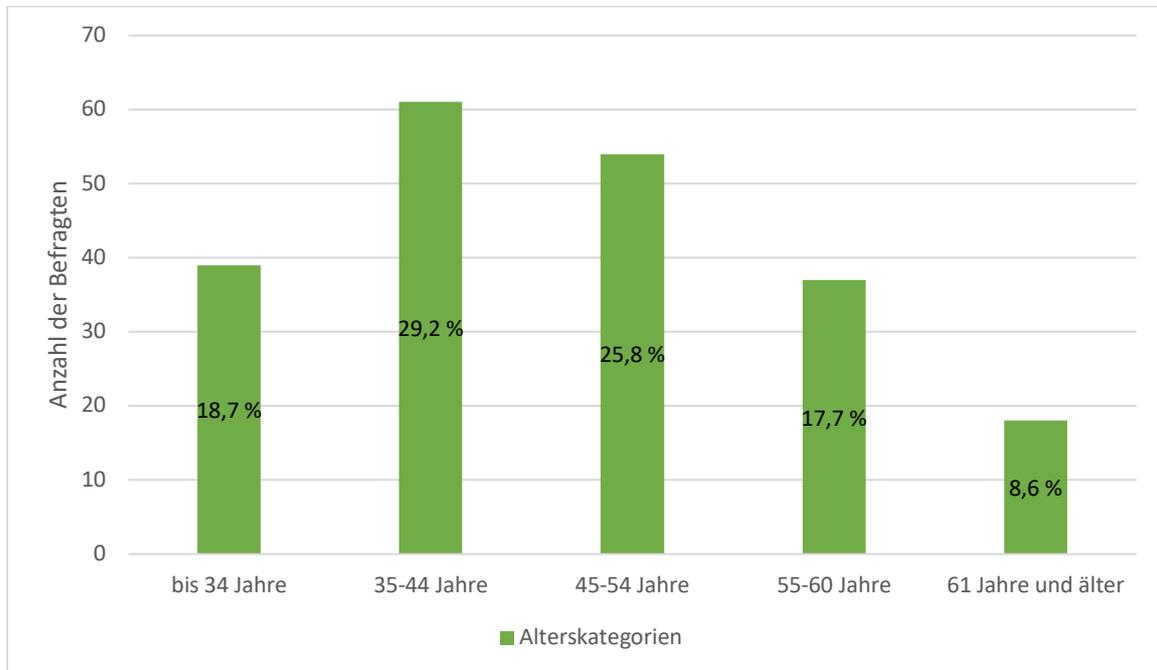


Abbildung 26: Verteilung der Alterskategorien beim MD (n = 209)

Die am meisten vertretene Alterskategorie ist 35-44 Jahre mit 29,2 %. Darauf folgt 45-54 Jahre mit 25,8 %. Die Teilnehmenden in den Alterskategorien unter 34 Jahre (18,7 %) und 55 bis 60 Jahre (17,7 %) sind fast genauso häufig vertreten. Die kleinste Kategorie mit 8,6 % sind die Beschäftigten, die 61 Jahre oder älter sind.

### 3.2.2 Ergebnisse der Befragung mittels Fragebogen

Für das Teilprojekt MD wurde sowohl ein Erfahrungs- als auch ein Tätigkeitsgruppenvergleich durchgeführt. Zur besseren Übersichtlichkeit sind in der Tabelle 20 für die Vergleiche anhand der Schwerpunktthemen des Fragebogens die signifikanten Items und die Items mit tendenziellen Unterschieden aufgeführt. Allein anhand dieser Übersicht lassen sich bestimmte Tendenzen ablesen. So zeigt sich besonders beim Erfahrungsvergleich, dass die meisten signifikanten Items im Schwerpunktbereich **Gesundheitliche Beschwerden** (n = 10) aufgetreten sind.

Tabelle 20: Darstellung der signifikanten Items und der Items mit tendenziellen Unterschieden für die zwei Vergleichsgruppen anhand der Schwerpunktthemen des Fragebogens für das Teilprojekt MD

Schwerpunktbereich (Anzahl Items)	Erfahrungsvergleich		Tätigkeitsgruppenvergleich	
	Signifikante Items	Items mit ten- denziellen Un- terschieden	Signifikante Items	Items mit ten- denziellen Un- terschieden
Arbeitsinhalte (25)	3	1	17	3
Arbeitsorganisation (14)	2	3	10	1
Arbeitsumgebung (18)	/	2	14	/
Soziale Beziehungen (14)	4	2	6	2
Arbeitsanforderungen (9)	3	/	9	/
Gesundheitliche Beschwerden (20)	10	1	2	2
Zufriedenheit (10)	3	3	6	2

Für den Tätigkeitsgruppenvergleich sind die meisten signifikanten Items in den Themenblöcken **Arbeitsinhalte** (n = 17), **Arbeitsorganisation** (n = 10), **Arbeitsumgebung** (n = 14) und **Arbeitsanforderungen** (n = 9) nachgewiesen wurden. Nachfolgend werden die Ergebnisse aus den zwei Vergleichen vorgestellt.

### 3.2.2.1 Erfahrungsvergleich

Der Fragebogen für den MD startet mit dem Schwerpunktbereich **Arbeitsinhalte**. Die Ergebnisse sind in Tabelle 21 dargestellt.

Tabelle 21: Darstellung der signifikanten Items und der Items mit tendenziellen Unterschieden des Schwerpunktbereichs Arbeitsinhalte im Erfahrungsvergleich (≤ 10 Jahre vs. > 10 Jahre)

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Arbeitsinhalte – Erfahrungsvergleich				
Item	N	MW ± SD	Min.- Max.	p <sub>M-W-Test</sub>
	Erfahrungsvergleich [Jahre]	[Punkte]		
AI-1-sig-E: An meinem Arbeitsplatz stehen mir alle für meine Arbeit erforderlichen Informationen rechtzeitig zur Verfügung	191	3,6 ± 0,87	1-5 <sup>29</sup>	
	100 (≤ 10 Jahre)	3,8 ± 0,89	1-5	,004**
	91 (> 10 Jahre)	3,5 ± 0,81	1-5	
AI-2-sig-E: Ich fühle mich für meine Tätigkeiten überqualifiziert.	189	1,9 ± 1,06	1-5	
	99 (≤ 10 Jahre)	2,0 ± 1,12	1-5	,044*
	90 (> 10 Jahre)	1,7 ± 0,98	1-5	

<sup>29</sup> 1 – „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 – „trifft voll und ganz zu“

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex <b>Arbeitsinhalte</b> – Erfahrungsvergleich				
Item	N	MW ± SD	Min.- Max.	pM-W-Test
	Erfahrungsvergleich [Jahre]	[Punkte]		
AI-3-sig-E: Ich habe die Möglichkeit, durch meine Arbeit neue Dinge zu erlernen.	189	3,7 ± 1,09	1-5	
	100 (≤ 10 Jahre)	3,8 ± 1,15	1-5	,082 <sup>t</sup>
	89 (> 10 Jahre)	3,6 ± 1,01	1-5	
AI-4-sig-E: An meinem Arbeitsplatz muss ich oft an mehrere Dinge gleichzeitig denken.	191	4,2 ± 0,94	1-5	
	101 (≤ 10 Jahre)	4,0 ± 1,07	1-5	< ,001***
	90 (> 10 Jahre)	4,5 ± 0,66	2-5	

<sup>t</sup> – tendenzielle Unterschiede (p < ,1)

\* - p ≤ ,05, signifikant; \*\* - p ≤ ,01, hochsignifikant; \*\*\* - p ≤ ,001

Grundsätzlich beim Item *AI-1-sig-E* gibt die Stichprobe an, dass ihnen vordergründig die notwendigen Informationen an ihrem Arbeitsplatz zur Verfügung stehen. Die Beschäftigten, die jedoch mehr als 10 Jahre im Unternehmen angestellt sind, bewerten diese Aussage kritischer als ihre Kolleg\*innen, die weniger als 10 Jahre beim MD arbeiten. Dieser Unterschied ist mit p = ,004\*\* hochsignifikant. Für das Item *AI-2-sig-E* kann ein signifikanter Unterschied (p = ,044\*) im Erfahrungsvergleich festgestellt werden. Die Beschäftigten fühlen sich nicht überqualifiziert für ihre Tätigkeit. Die Gruppe der Angestellten mit geringeren Dienstjahren hat jedoch eine leichte Tendenz, dass sie sich mehr überqualifiziert fühlen als die Vergleichsgruppe. Es kann ein tendenzieller Unterschied für das Item *AI-3-sig-E* konstatiert werden. Beschäftigte mit geringeren Dienstjahren geben an, dass sie eher die Möglichkeit haben, durch die Arbeit neue Dinge zu erlernen. Wobei grundsätzlich die Beschäftigten ein mögliches Entwicklungspotential sehen. Ein stärkerer Unterschied kann für das Item *AI-4-sig-E* berichtet werden (p < ,001\*\*\*). Beschäftigte, die länger als 10 Jahre beim MD angestellt sind, geben an, dass sie häufig an mehrere Dinge an ihrem Arbeitsplatz gleichzeitig denken müssen.

Der nächste Themenkomplex betrifft die **Arbeitsorganisation** (siehe Tabelle 22). Hier sollen insbesondere die Items *AO-1-sig-E* und *AO-2-sig-E* beleuchtet werden. Bei beiden Items besteht ein signifikanter bzw. hochsignifikanter Unterschied im Erfahrungsvergleich.

Tabelle 22: Darstellung der signifikanten Items und der Items mit tendenziellen Unterschieden des Schwerpunktbereichs Arbeitsorganisation im Erfahrungsvergleich ( $\leq 10$  Jahre vs.  $> 10$  Jahre)

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Arbeitsorganisation – Erfahrungsvergleich				
Item	N Erfahrungsvergleich [Jahre]	MW $\pm$ SD [Punkte]	Min.-Max.	$p_{M-W}$ - Test
AO-1-sig-E: Es kommt häufig vor, dass ich nicht genügend Zeit habe, alle Aufgaben zu erledigen.	190	3,3 $\pm$ 1,00	1-5	,003**
	100 ( $\leq 10$ Jahre)	3,0 $\pm$ 1,15	1-5	
	90 ( $> 10$ Jahre)	3,5 $\pm$ 0,97	2-5	
AO-2-sig-E: Ich muss meine Arbeit ständig unterbrechen, weil irgendwer oder irgendwas dazwischen kommt.	189	2,8 $\pm$ 1,10	1-5	,001***
	99 ( $\leq 10$ Jahre)	2,6 $\pm$ 1,13	1-5	
	90 ( $> 10$ Jahre)	3,1 $\pm$ 1,02	1-5	
AO-3-sig-E: Ich muss häufig Dinge tun, die mir unnötig erscheinen.	189	2,5 $\pm$ 0,98	1-5	,065 <sup>†</sup>
	99 ( $\leq 10$ Jahre)	2,4 $\pm$ 1,02	1-5	
	90 ( $> 10$ Jahre)	2,6 $\pm$ 0,93	1-5	
AO-4-sig-E: Bei meiner Arbeit besteht die Möglichkeit zum fachlichen Austausch mit der Führungskraft.	190	4,2 $\pm$ 1,05	1-5	,051 <sup>†</sup>
	100 ( $\leq 10$ Jahre)	4,4 $\pm$ 0,91	2-5	
	90 ( $> 10$ Jahre)	4,0 $\pm$ 1,16	1-5	
AO-5-sig-E: Bei meiner Arbeit besteht die Möglichkeit zum fachlichen Austausch mit den Kolleg*innen.	191	4,4 $\pm$ 0,85	2-5	,068 <sup>†</sup>
	100 ( $\leq 10$ Jahre)	4,5 $\pm$ 0,79	2-5	
	91 ( $> 10$ Jahre)	4,3 $\pm$ 0,91	2-5	

<sup>†</sup> – tendenzielle Unterschiede ( $p < ,1$ )

\* -  $p \leq ,05$ , signifikant; \*\* -  $p \leq ,01$ , hochsignifikant; \*\*\* -  $p \leq ,001$

Die Beschäftigten mit längeren Dienstjahren bewerten beide Items kritischer. So geben sie an, dass sie häufiger nicht genügend Zeit haben, alle Aufgaben zu erledigen. Ebenso berichten sie, dass sie häufiger in ihren Tätigkeiten unterbrochen werden. Für die anderen drei Items können tendenzielle Unterschiede konstatiert werden. Grundsätzlich müssen die Beschäftigten eher weniger unnötige Dinge tun und es bestehen fachliche Austauschmöglichkeiten mit Führungskräften und Kolleg\*innen.

Der nächste Themenkomplex **Arbeitsumgebung** hat eine nicht so starke Bedeutung im Erfahrungsvergleich.

Tabelle 23: Darstellung der Items mit tendenziellen Unterschieden des Schwerpunktbereichs Arbeitsumgebung im Erfahrungsvergleich ( $\leq 10$  Jahre vs.  $> 10$  Jahre)

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Arbeitsumgebung – Erfahrungsvergleich				
Item	N	MW $\pm$ SD	Min.-Max.	$p_{M-w}$
	Erfahrungsvergleich	[Punkte]		Test
	[Jahre]			
AU-1-sig-E: Mein Arbeitsplatz ist ergonomisch gestaltet (z. B. Stühle, PC).	190	3,5 $\pm$ 1,40	1-5	,091 <sup>t</sup>
	99 ( $\leq 10$ Jahre)	3,4 $\pm$ 1,43	1-5	
	91 ( $> 10$ Jahre)	3,7 $\pm$ 1,36	1-5	
AU-2-sig-E: Am Arbeitsplatz muss ich häufig: Sitzen	192	4,4 $\pm$ 0,90	1-5	,059 <sup>t</sup>
	101 ( $\leq 10$ Jahre)	4,5 $\pm$ 0,92	1-5	
	91 ( $> 10$ Jahre)	4,3 $\pm$ 0,86	2-5	

<sup>t</sup> – tendenzielle Unterschiede ( $p < ,1$ )

Zwei von achtzehn möglichen Items weisen einen tendenziellen Unterschied auf (siehe Tabelle 23). Die Beschäftigten beschreiben, dass ihre Arbeitsplätze eher ergonomisch konzipiert sind und dass sie vor allem eine sitzende Tätigkeit ausüben. Der nächste Themenkomplex in der Befragung umfasste die **Sozialen Beziehungen** (siehe Tabelle 24).

Tabelle 24: Darstellung der signifikanten Items und der Items mit tendenziellen Unterschieden des Schwerpunktbereichs Soziale Beziehungen im Erfahrungsvergleich ( $\leq 10$  Jahre vs.  $> 10$  Jahre)

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Soziale Beziehungen – Erfahrungsvergleich				
Item	N	MW $\pm$ SD	Min.-Max.	$p_{M-w}$
	Erfahrungsvergleich	[Punkte]		Test
	[Jahre]			
SB-1-sig-E: Meine Kolleg*innen sind bereit, mir zuzuhören, wenn es bei der Arbeit Probleme gibt.	191	4,3 $\pm$ 0,74	2-5	,063 <sup>t</sup>
	100 ( $\leq 10$ Jahre)	4,4 $\pm$ 0,74	2-5	
	91 ( $> 10$ Jahre)	4,2 $\pm$ 0,74	2-5	
SB-2-sig-E: Meine nächsthöhere Führungskraft setzt realistische Ziele.	185	4,0 $\pm$ 0,99	1-5	,056 <sup>t</sup>
	98 ( $\leq 10$ Jahre)	4,1 $\pm$ 0,97	1-5	
	87 ( $> 10$ Jahre)	3,1 $\pm$ 1,00	1-5	
SB-3-sig-E: Ich erhalte von meiner nächsthöheren Führungskraft konstruktive Rückmeldungen über meine Leistung.	189	3,6 $\pm$ 1,28	1-5	,009 <sup>**</sup>
	100 ( $\leq 10$ Jahre)	3,9 $\pm$ 1,24	1-5	
	89 ( $> 10$ Jahre)	3,4 $\pm$ 1,29	1-5	

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Soziale Beziehungen – Erfahrungsvergleich				
Item	N	MW ± SD	Min.-Max.	p <sub>M-W-Test</sub>
	Erfahrungsvergleich [Jahre]	[Punkte]		
SB-4-sig-E: Meine nächsthöhere Führungskraft kommuniziert mit mir auf Augenhöhe.	190	4,3 ± 1,01	1-5	,038*
	100 (≤ 10 Jahre)	4,5 ± 0,89	1-5	
	90 (> 10 Jahre)	4,2 ± 1,10	1-5	
SB-5-sig-E: Meine Leistungen werden von meiner nächsthöheren Führungskraft wertgeschätzt.	188	4,0 ± 1,19	1-5	,019*
	100 (≤ 10 Jahre)	4,2 ± 1,09	1-5	
	88 (> 10 Jahre)	3,8 ± 1,27	1-5	
SB-6-sig-E: Meine nächsthöhere Führungskraft handelt fair.	187	4,2 ± 1,02	1-5	,016*
	99 (≤ 10 Jahre)	4,3 ± 0,96	1-5	
	88 (> 10 Jahre)	4,0 ± 1,06	1-5	

<sup>t</sup> – tendenzielle Unterschiede (p < ,1)

\* - p ≤ ,05, signifikant; \*\* - p ≤ ,01, hochsignifikant

Bei allen signifikanten Items bewerten die Beschäftigten mit den längeren Dienstjahren die Aussagen schlechter als ihre Kolleg\*innen, die noch nicht so lange beim MD angestellt sind. Dies bedeutet im Einzelnen, dass sie für die Führungskräfte die Feedbackkultur, die Art der Kommunikation, die Wertschätzung und den fairen Umgang schlechter bewerten. Grundsätzlich bewegen sich jedoch diese Items mit einer durchschnittlichen Bewertung von über vier in einem guten Bereich. Das Thema der Feedbackkultur hat eine Tendenz in eine mittelmäßige Richtung.

Der letzte Themenkomplex, in dem es um die Arbeitsbedingungen geht, umfasst die **Arbeitsanforderungen**. Die Ergebnisse sind in Tabelle 25 dargestellt. Von den neun möglichen Items sind drei statistisch signifikant. Das Item *NA-1-sig-E* beschreibt den Work-Privacy-Konflikt. Im Durchschnitt geben die Beschäftigten an, dass ihre Arbeit eher nicht das Privat- und Familienleben stören. Beschäftigte, die bereits mehr als 10 Jahre beim MD arbeiten, fühlen sich eher gestört als ihre Kolleg\*innen.

Tabelle 25: Darstellung der signifikanten Items des Schwerpunktbereichs Arbeitsanforderungen im Erfahrungsvergleich ( $\leq 10$  Jahre vs.  $> 10$  Jahre)

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Arbeitsanforderungen – Erfahrungsvergleich				
Item	N	MW $\pm$ SD	Min.-Max.	$p_{M-W}$ -Test
	Erfahrungsvergleich [Jahre]	[Punkte]		
NA-1-sig-E: Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- u. Familienleben.	192	2,1 $\pm$ 1,06	1-5	,043*
	101 ( $\leq 10$ Jahre)	2,0 $\pm$ 1,15	1-5	
	91 ( $> 10$ Jahre)	2,2 $\pm$ 0,93	1-5	
NA-2-sig-E: Ich muss für meine Arbeit räumlich mobil sein.	181	3,0 $\pm$ 1,52	1-5	,021*
	94 ( $\leq 10$ Jahre)	3,3 $\pm$ 1,49	1-5	
	87 ( $> 10$ Jahre)	2,8 $\pm$ 1,52	1-5	
NA-3-sig-E: Ich fühle mich im Umgang mit modernen Informations- und Kommunikationstechnologien kompetent.	191	4,0 $\pm$ 0,89	1-5	,002**
	100 ( $\leq 10$ Jahre)	4,2 $\pm$ 0,84	2-5	
	91 ( $> 10$ Jahre)	3,8 $\pm$ 0,89	1-5	

\* -  $p \leq ,05$ , signifikant; \*\* -  $p \leq ,01$ , hochsignifikant

Bei einer Beschäftigung beim MD muss man zum Teil räumlich mobil sein. Der Mittelwert der Stichprobe liegt hier bei genau 3,0 Punkten. Es besteht ein signifikanter Unterschied im Erfahrungsvergleich, sodass Angestellte mit geringeren Dienstjahren angeben, dass sie eher räumlich mobil sein müssen. Das Item *NA-3-sig-E* erfasst die Einschätzung der eigenen Kompetenz zu modernen Informations- und Kommunikationstechnologien. Beschäftigte mit längeren Dienstjahren schätzen hier ihre Kompetenzen geringer ein als ihre Kolleg\*innen. Grundsätzlich bewegen sich die Einschätzungen im Mittel in einem guten Bereich.

Der vorletzte Themenkomplex erfasst alle Aussagen zu **Gesundheitlichen Beschwerden und Empfindungen**. Für diesen Bereich kann grundsätzlich festgehalten werden, dass die Beschäftigten, die bereits mehr als 10 Jahre beim MD arbeiten, stärkere gesundheitliche Beschwerden und Empfindungen angeben als ihre Kolleg\*innen (siehe Tabelle 26).

Tabelle 26: Darstellung der signifikanten Items und der Items mit tendenziellen Unterschieden des Schwerpunktbereichs Gesundheitliche Beschwerden und Empfindungen im Erfahrungsvergleich ( $\leq 10$  Jahre vs.  $> 10$  Jahre)

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex				
Gesundheitliche Beschwerden u. Empfindungen – Erfahrungsvergleich				
Item	N	MW $\pm$ SD	Min.- Max.	$p_{M-W}$ -Test
	Erfahrungsvergleich [Jahre]	[Punkte]		
FGB-1-sig-E: Probleme mit den Augen	190	2,6 $\pm$ 1,33	1-5	
	99 ( $\leq 10$ Jahre)	2,4 $\pm$ 1,31	1-5	,084 <sup>t</sup>
	91 ( $> 10$ Jahre)	2,8 $\pm$ 1,33	1-5	
FGB-2-sig-E: Herz-/Kreislaufprobleme	189	1,6 $\pm$ 0,84	1-5	
	99 ( $\leq 10$ Jahre)	1,5 $\pm$ 0,83	1-5	,012*
	90 ( $> 10$ Jahre)	1,7 $\pm$ 0,84	1-5	
FGB-3-sig-E: Gelenk- oder Gliederschmerzen	190	2,2 $\pm$ 1,31	1-5	
	100 ( $\leq 10$ Jahre)	1,9 $\pm$ 1,13	1-5	< ,001***
	90 ( $> 10$ Jahre)	2,6 $\pm$ 1,39	1-5	
FGB-4-sig-E: Schlaflosigkeit, Schlafstörungen	189	2,4 $\pm$ 1,15	1-5	
	100 ( $\leq 10$ Jahre)	2,3 $\pm$ 1,11	1-5	,037*
	89 ( $> 10$ Jahre)	2,6 $\pm$ 1,17	1-5	
FGB-5-sig-E: Appetitlosigkeit, Magenbeschwerden, Verdauungsstörungen	188	1,9 $\pm$ 1,02	1-5	
	100 ( $\leq 10$ Jahre)	1,7 $\pm$ 0,97	1-5	,006**
	88 ( $> 10$ Jahre)	2,1 $\pm$ 1,05	1-5	
FGB-6-sig-E: Augenprobleme: Brennen, Rötung, Jucken, Tränen	189	2,5 $\pm$ 1,32	1-5	
	99 ( $\leq 10$ Jahre)	2,2 $\pm$ 1,24	1-5	,002**
	90 ( $> 10$ Jahre)	2,8 $\pm$ 1,35	1-5	
FGB-7-sig-E: Nicht abschalten können	192	2,7 $\pm$ 1,09	1-5	
	101 ( $\leq 10$ Jahre)	2,5 $\pm$ 1,13	1-5	,008**
	91 ( $> 10$ Jahre)	2,9 $\pm$ 1,01	1-5	
FGB-8-sig-E: Innere Unruhe	189	2,4 $\pm$ 1,12	1-5	
	101 ( $\leq 10$ Jahre)	2,2 $\pm$ 1,16	1-5	,009**
	88 ( $> 10$ Jahre)	2,6 $\pm$ 1,03	1-5	
FGB-9-sig-E: Ich fühle mich durch meine Arbeit erschöpft.	192	2,9 $\pm$ 0,91	1-5	
	101 ( $\leq 10$ Jahre)	2,7 $\pm$ 0,99	1-5	< ,001***
	91 ( $> 10$ Jahre)	3,2 $\pm$ 0,73	1-5	

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem <b>Themenkomplex</b> <b>Gesundheitliche Beschwerden u. Empfindungen</b> – Erfahrungsvergleich				
Item	N	MW ± SD	Min.-	PM-W-Test
	Erfahrungsvergleich	[Punkte]	Max.	
	[Jahre]			
FGB-10-sig-E: Ich fühle mich am Ende des Arbeitstages ausgelaugt.	192	3,2 ± 1,00	1-5	
	101 (≤ 10 Jahre)	2,9 ± 1,03	1-5	< ,001***
	91 (> 10 Jahre)	3,4 ± 0,87	1-5	
FGB-11-sig-E: Bei meiner Arbeit fühle ich mich angespannt.	192	2,9 ± 1,00	1-5	
	101 (≤ 10 Jahre)	2,7 ± 1,04	1-5	,003**
	91 (> 10 Jahre)	3,2 ± 0,92	1-5	

<sup>t</sup> – tendenzielle Unterschiede (p < ,1)

\* - p ≤ ,05, signifikant; \*\* - p ≤ ,01, hochsignifikant; \*\*\* - p ≤ ,001

Besonders hervorzuheben sind die Beschwerden/Empfindungen Gelenk- oder Gliederschmerzen, Erschöpfung und ausgelaugt sein durch die Arbeit. Für alle drei Items beträgt p < ,001\*\*\*.

Als letztes wurde der Themenkomplex **Zufriedenheit** abgefragt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 27 dargestellt.

*Tabelle 27: Darstellung der signifikanten Items und der Items mit tendenziellen Unterschieden des Schwerpunktbereichs Zufriedenheit im Erfahrungsvergleich (≤ 10 Jahre vs. > 10 Jahre)*

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem <b>Themenkomplex Zufriedenheit</b> – Erfahrungsvergleich				
Item	N	MW ± SD	Min.-Max.	PM-W-Test
	Erfahrungsvergleich	[Punkte]		
	[Jahre]			
ZU-1-sig-E: Ich bin mit meiner Arbeit insgesamt zufrieden.	191	4,0 ± 0,78	1-5	
	101 (≤ 10 Jahre)	4,0 ± 0,81	1-5	,051 <sup>t</sup>
	90 (> 10 Jahre)	3,9 ± 0,73	2-5	
ZU-2-sig-E: Ich bin mit meinen Kolleg*innen zufrieden.	190	4,1 ± 0,70	2-5	
	101 (≤ 10 Jahre)	4,2 ± 0,68	3-5	,038*
	89 (> 10 Jahre)	4,0 ± 0,71	2-5	
ZU-3-sig-E: Ich bin mit meinem Vorgesetzten zufrieden.	190	4,1 ± 0,95	2-5	
	101 (≤ 10 Jahre)	4,2 ± 0,96	2-5	,001***
	89 (> 10 Jahre)	3,9 ± 0,91	2-5	

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Zufriedenheit – Erfahrungs- vergleich				
Item	N	MW ± SD	Min.-Max.	p <sub>M-W</sub> - Test
	Erfahrungsvvergleich [Jahre]	[Punkte]		
ZU-4-sig-E: Ich bin motiviert, morgens zur Arbeit zu gehen.	191	4,0 ± 0,87	1-5	,083 <sup>†</sup>
	101 (≤ 10 Jahre)	4,0 ± 0,87	1-5	
	90 (> 10 Jahre)	3,9 ± 0,82	2-5	
ZU-5-sig-E: Ich bin stolz diesem Unternehmen anzugehören.	188	4,0 ± 1,00	1-5	,001***
	100 (≤ 10 Jahre)	4,2 ± 0,93	1-5	
	88 (> 10 Jahre)	3,7 ± 1,03	1-5	
ZU-6-sig-E: Ich fühle mich mit meinem Unternehmen verbunden.	189	3,9 ± 0,98	1-5	,052 <sup>†</sup>
	100 (≤ 10 Jahre)	4,0 ± 0,94	1-5	
	89 (> 10 Jahre)	3,7 ± 1,00	1-5	

<sup>†</sup> – tendenzielle Unterschiede (p < ,1)

\* - p ≤ ,05, signifikant; \*\* - p ≤ ,01, hochsignifikant; \*\*\* - p ≤ ,001

Für alle dargestellten Items kann konstatiert werden, dass im Mittel gute Zufriedenheitswerte erfasst werden konnten. Bei den signifikanten Unterschieden geben die Beschäftigten mit den längeren Dienstjahren geringere Zufriedenheitswerte an als ihre Kolleg\*innen, die noch nicht so lange beim MD arbeiten. Dies betrifft vor allem die Zufriedenheit mit dem/der Vorgesetzten und des Empfindens, ob man stolz ist dem Unternehmen anzugehören.

Im nachfolgenden Abschnitt werden für die eben beschriebenen Themenkomplexe der Tätigkeitsgruppenvergleich vorgestellt.

### 3.2.2.2 Tätigkeitsgruppenvergleich

Wie bereits im Abschnitt 2.2.2 dargestellt, gibt es sehr unterschiedliche Tätigkeitsgruppen beim MD<sup>30</sup>. Aus diesem Grund wurde für die Stichprobe ein Tätigkeitsgruppenvergleich durchgeführt, um in den Ergebnissen erkennen zu können, ob Beschäftigte mit ihren verschiedenen Arbeitsschwerpunkten unterschiedlichen Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind. Wie im vorherigen Abschnitt werden die Themenkomplexe des Fragebogens einzeln vorgestellt.

<sup>30</sup> Ärztliche Gutachter\*innen, Pflegegutachter\*innen, Qualitätsprüfer\*innen und der Bereich Sonstiges

Tabelle 28: Darstellung der signifikanten Items und der Items mit tendenziellen Unterschieden des Schwerpunktbereichs Arbeitsinhalte im Tätigkeitsgruppenvergleich (Ärztliche Gutachter\*innen, Pflegegutachter\*innen, Qualitätsprüfer\*innen und Bereich Sonstige)

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem <b>Themenkomplex Arbeitsinhalte</b> – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
AI-1-sig-T: Ich kann mein Arbeitspensum selbst beeinflussen.	187	2,8 ± 1,09	1-5	,088 <sup>t</sup>	-	-	-	-
	48 (ÄG)	2,7 ± 1,18	1-5					
	59 (PG)	2,8 ± 1,01	1-4					
	20 (QP)	2,6 ± 0,95	1-5					
	60 (So)	3,1 ± 1,12	1-5					
AI-2-sig-T: Ich kann die Reihenfolge meiner Tätigkeiten selbst bestimmen.	187	3,4 ± 0,99	1-5	< ,001 <sup>***</sup>	-	-	-	-
	48 (ÄG)	3,9 ± 0,90	1-5					
	59 (PG)	2,9 ± 0,89	2-5					
	20 (QP)	3,4 ± 0,98	1-5					
	60 (So)	3,4 ± 0,98	1-5					
AI-3-sig-T: Meine Arbeit empfinde ich als abwechslungsreich.	186	3,8 ± 1,06	1-5	,051 <sup>t</sup>	-	-	-	-
	48 (ÄG)	3,8 ± 1,04	1-5					
	59 (PG)	3,7 ± 0,86	2-5					
	20 (QP)	4,3 ± 1,03	2-5					
	59 (So)	3,7 ± 1,23	1-5					

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Arbeitsinhalte – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
AI-4-sig-T: An meinem Arbeitsplatz kommt es zu einer häufigen Wiederholung gleichartiger Handlungen in kurzen Takten.	185	3,3 ± 1,18	1-5	< ,001***	-	-	-	-
	48 (ÄG)	2,7 ± 1,24	2-5					
	57 (PG)	3,5 ± 0,80	2-5					
	20 (QP)	3,3 ± 1,16	1-5					
	60 (So)	3,7 ± 1,23	1-5		< ,001***	1,000	,662	-
AI-5-sig-T: An meinem Arbeitsplatz stehen mir alle für meine Arbeit erforderlichen Informationen rechtzeitig zur Verfügung.	186	3,6 ± 0,89	1-5	,010**	-	-	-	-
	48 (ÄG)	3,6 ± 0,96	2-5					
	58 (PG)	3,7 ± 0,68	2-5					
	20 (QP)	4,1 ± 0,85	1-5					
	60 (So)	3,4 ± 0,96	1-5		1,000	,558	,005**	-
AI-6-sig-T: Ich habe an meinem Arbeitsplatz eine große Menge an Informationen zu bewältigen.	185	4,4 ± 0,82	3-5	,002**	-	-	-	-
	47 (ÄG)	4,6 ± 0,58	3-5					
	59 (PG)	4,6 ± 0,67	3-5					
	20 (QP)	4,6 ± 0,75	1-5					
	59 (So)	4,0 ± 1,03	1-5		,022*	,006**	,054 <sup>t</sup>	-

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Arbeitsinhalte – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
AI-7-sig-T: Ich muss auf Arbeit schwierige Entscheidungen treffen.	182	3,2 ± 1,17	1-5					
	47 (ÄG)	3,8 ± 1,12	1-5		-			
	58 (PG)	3,5 ± 0,98	1-5	< ,001***	1,000	-		
	20 (QP)	3,1 ± 0,95	1-4		,118	,836	-	
	57 (So)	2,4 ± 1,07	1-5		< ,001***	< ,001***	,211	-
AI-8-sig-T: Ich habe auf Arbeit zu wenig Verantwortung.	185	2,0 ± 0,94	1-5					
	47 (ÄG)	1,7 ± 0,77	1-4		-			
	59 (PG)	1,9 ± 0,87	1-5	< ,001***	1,000	-		
	20 (QP)	1,6 ± 0,75	1-4		1,000	1,000	-	
	59 (So)	2,4 ± 1,05	1-5		,001***	,010**	,004**	-
AI-9-sig-T: Ich fühle mich für meine Tätigkeiten überqualifiziert.	186	1,9 ± 1,07	1-5					
	48 (ÄG)	1,7 ± 0,82	1-4		-			
	58 (PG)	1,6 ± 0,81	1-4	< ,001***	1,000	-		
	20 (QP)	1,4 ± 0,94	1-5		,453	,833	-	
	60 (So)	2,5 ± 1,28	1-5		,011*	,001***	< ,001***	-

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Arbeitsinhalte – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
AI-10-sig-T: Ich habe die Möglichkeit zur Fort- u. Weiterbildung.	182	4,0 ± 0,99	1-5	,001***	-	-	-	-
	48 (ÄG)	4,0 ± 0,93	2-5		,284			
	57 (PG)	4,4 ± 0,77	3-5		,462			
	19 (QP)	4,4 ± 0,77	3-5		,779			
	58 (So)	3,6 ± 1,15	1-5		,001***			
AI-11-sig-T: Ich habe die Möglichkeit durch meine Arbeit neue Dinge zu erlernen.	186	3,8 ± 1,06	1-5	,098 <sup>t</sup>	-	-	-	-
	48 (ÄG)	3,8 ± 1,14	1-5					
	58 (PG)	3,7 ± 1,07	1-5					
	20 (QP)	4,2 ± 0,95	2-5					
	60 (So)	3,6 ± 0,99	2-5					
AI-12-sig-T: Ich kann meine Fertigkeiten oder mein Fachwissen bei meiner Arbeit anwenden.	187	4,3 ± 0,83	1-5	,001***	-	-	-	-
	48 (ÄG)	4,3 ± 0,77	2-5		1,000			
	59 (PG)	4,3 ± 0,73	1-5		,051 <sup>t</sup>			
	20 (QP)	4,8 ± 0,41	4-5		,589			
	60 (So)	4,0 ± 0,97	1-5		,272			

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Arbeitsinhalte – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
AI-13-sig-T: Meine Arbeit empfinde ich als sinnvoll.	187	4,2 ± 0,93	1-5		-			
	48 (ÄG)	4,0 ± 0,94	1-5	,005**	,007**	-		
	59 (PG)	4,5 ± 0,82	1-5		,480	1,000	-	
	20 (QP)	4,2 ± 1,24	1-5		1,000	,038*	1,000	-
	60 (So)	4,1 ± 0,84	2-5					
AI-14-sig-T: Ich werde auf Arbeit mit emotional stark bewegenden Ereignissen konfrontiert.	187	3,6 ± 1,17	1-5		-			
	48 (ÄG)	3,1 ± 1,09	1-5	< ,001***	< ,001***	-		
	59 (PG)	4,3 ± 0,80	2-5		1,000	,026*	-	
	20 (QP)	3,6 ± 0,95	1-5		1,000	< ,001***	1,000	-
	60 (So)	3,2 ± 1,23	1-5					
AI-15-sig-T: Ich muss häufig auf die Bedürfnisse anderer Menschen eingehen (z. B. Kunden).	183	3,8 ± 1,21	1-5		-			
	47 (ÄG)	3,2 ± 1,23	1-5	< ,001***	< ,001***	-		
	59 (PG)	4,6 ± 0,62	3-5		,017*	1,000	-	
	20 (QP)	4,3 ± 0,85	2-5		1,000	< ,001***	,011*	-
	57 (So)	3,3 ± 1,21	1-5					

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Arbeitsinhalte – Tätigkeitsgruppenvergleich										
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich		
AI-16-sig-T: Meine Arbeit verlangt, dass ich permanent geforderte Emotionen zeigen muss, die ich eigentlich nicht empfinde.	186	2,3 ± 1,18	1-5	< ,001***	-	-	-	-		
	48 (ÄG)	1,8 ± 0,96	1-5		< ,001***					
	58 (PG)	3,0 ± 1,07	1-5		,036*				1,000	
	20 (QP)	2,6 ± 1,10	1-5		1,000				< ,001***	,140
	60 (So)	1,9 ± 1,12	1-5		1,000					
AI-17-sig-T: Ich werde häufig mit widersprüchlichen Anforderungen konfrontiert.	181	2,8 ± 1,14	1-5	,012*	-	-	-	-		
	47 (ÄG)	2,7 ± 1,17	1-5		,166					
	57 (PG)	3,1 ± 1,04	1-5		1,000				1,000	
	19 (QP)	2,9 ± 0,99	2-5		1,000				,008**	1,000
	58 (So)	2,6 ± 1,20	1-5		1,000					
AI-18-sig-T: Ich bin an meinem Arbeitsplatz einer Bedrohung durch Gewalt anderer Personen (z. B. Kunden) ausgesetzt.	184	1,9 ± 1,02	1-5	< ,001***	-	-	-	-		
	45 (ÄG)	1,6 ± 0,81	1-5		< ,001***					
	59 (PG)	2,8 ± 0,95	1-5		1,000				< ,001***	
	20 (QP)	1,5 ± 0,51	1-2		1,000				< ,001***	1,000
	60 (So)	1,5 ± 0,83	1-4		1,000					

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Arbeitsinhalte – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
AI-19-sig-T: An meinem Arbeitsplatz muss ich mich stark konzentrieren, um Fehler zu vermeiden.	187	4,4 ± 0,96	1-5	,039*	-	-	-	-
	48 (ÄG)	4,2 ± 1,15	1-5		1,000	-	-	-
	59 (PG)	4,5 ± 0,88	1-5		,132	,754	-	-
	20 (QP)	4,8 ± 0,72	2-5		1,000	,658	,045*	-
AI-20-sig-T: An meinem Arbeitsplatz muss ich oft an mehrere Dinge gleichzeitig denken.	185	4,2 ± 0,95	1-5	,036*	-	-	-	-
	48 (ÄG)	4,0 ± 0,97	2-5		,152	-	-	-
	59 (PG)	4,4 ± 0,92	1-5		,087 <sup>t</sup>	1,000	-	-
	18 (QP)	4,6 ± 0,61	3-5		1,000	,987	,388	-
	60 (So)	4,1 ± 1,00	1-5					

<sup>t</sup> – tendenzielle Unterschiede (p < ,1)

\* - p ≤ ,05, signifikant; \*\* - p ≤ ,01, hochsignifikant; \*\*\* - p ≤ ,001

ÄG – Ärztliche Gutachter\*innen; PG – Pflegegutachter\*innen; QP – Qualitätsprüfer\*innen; So – Sonstige

Der erste Themenkomplex umfasst die Aussagen zu den **Arbeitsinhalten** (siehe Tabelle 28). Aufgrund der großen Anzahl der signifikanten Items werden beim Tätigkeitsgruppenvergleich nur auf diese eingegangen. Tendenzielle Unterschiede sind zur Vollständigkeit in den Tabellen mit aufgeführt. Zur allgemeinen Übersicht finden sich ab Anhang VIII mehrere Darstellungen der signifikanten Items und der Items mit tendenziellem Unterschied anhand ihrer Mittelwerte und Standardabweichungen. So lässt sich für den Themenkomplex Arbeitsinhalte feststellen, dass der Großteil der Items sich in einem moderaten Bereich bewegt. Folgende Items sind anhand des Mittelwertes und der Standardabweichung eher kritischer zu betrachten: *AI-1-sig-T*, *AI-6-sig-T*, *AI-14-sig-T*, *AI-15-sig-T*, *AI-19-sig-T* und *AI-20-sig-T*. Bei dem Item *AI-1-sig-T* zeigt sich eine sehr große Spannbreite, wie die Beschäftigten die Beeinflussung ihres Arbeitspensums empfinden. Anscheinend können die Befragten dies zum Teil relativ stark und auch sehr wenig beeinflussen. Interessant hierbei ist, dass dieses Item weder im Erfahrungs- noch im Tätigkeitsgruppenvergleich signifikant ist. Beim Item *AI-6-sig-T* berichten die Beschäftigten, dass sie eine große Menge an Informationen zu bewältigen haben. Dies gilt für die Stichprobe an sich, jedoch zeigen sich auch signifikante Unterschiede bei den Tätigkeiten insgesamt ( $p_{K-W-Test} = ,002^{**}$ ). Im Einzelvergleich der Tätigkeitsgruppen fällt auf, dass alle Tätigkeitsgruppen bis auf der Bereich Sonstiges ein stärkeres Informationsbewältigungspensum berichten. Die nächsten zwei allgemein auffälligen Items (*AI-14-sig-T* und *AI-15-sig-T*) beschreiben den Themenblock Emotionsarbeit. Beschäftigte des MDs geben grundsätzlich an, dass sie teilweise oder des Öfteren mit stark bewegenden Ereignissen konfrontiert werden und auf die Bedürfnisse anderer Menschen z. B. Kunden eingehen müssen. Auch hier findet sich eine relativ weite Spannbreite der berichteten Ergebnisse. Im Tätigkeitsgruppenvergleich sind beide Items mit  $p_{K-W-Test} < ,001^{***}$  hochsignifikant. Insbesondere fällt auf, dass die Gruppe der Pflegegutachter\*innen sich von den ärztlichen Gutachter\*innen und dem Personalbereich Sonstiges unterscheidet. Pflegegutachter\*innen scheinen deutlich häufiger mit dem Thema Emotionsarbeit konfrontiert. Bei den Items *AI-19-sig-T* und *AI-20-sig-T* handelt es sich um kognitive Anforderungen. Die gesamte Stichprobe gibt an, dass sie sich sowohl stark konzentrieren müssen, um Fehler zu vermeiden, als auch, dass sie oft an mehrere Dinge gleichzeitig denken müssen. Im Tätigkeitsgruppenvergleich stechen vor allem hier die Qualitätsprüfer\*innen hervor. Für das Item *AI-19-sig-T* besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den

Qualitätsprüfer\*innen und dem Bereich Sonstiges ( $p_{B-K} = ,045^*$ ). Beim Item *AI-20-sig-T* kann ein tendenzieller Unterschied mit  $p_{B-K} = ,087^t$  zwischen den ärztlichen Gutachter\*innen und den Qualitätsprüfer\*innen konstatiert werden. Nachfolgend soll nun auf die signifikanten Unterschiede im Tätigkeitsgruppenvergleich für den Themenkomplex Arbeitsinhalte eingegangen werden, die noch nicht vorgestellt worden sind. Das Item *AI-2-sig-T* ist mit  $p_{K-W-Test} < ,001^{***}$  hochsignifikant. Im Vergleich fällt auf, dass vor allem die ärztlichen Gutachter\*innen die Ressource haben, dass sie die Reihenfolge ihrer Tätigkeiten selbst bestimmen können. Insbesondere zu den Pflegegutachter\*innen besteht ein hochsignifikanter Unterschied ( $p_{B-K} < ,001^{***}$ ). Diese können nur teils die Reihenfolge bestimmen. Die anderen Gruppenunterschiede sind zwar mathematisch nachweisbar, werden sich jedoch in der Praxis wenig auswirken. Das nächste relevante Item ist *AI-4-sig-T*: „An meinem Arbeitsplatz kommt es zu einer häufigen Wiederholung gleichartiger Handlungen in kurzen Takten.“. Auch stechen die ärztlichen Gutachter\*innen hervor. Sie sind mit dieser Anforderung weniger konfrontiert (MW = 2,7 Punkte). Signifikante Gruppenunterschiede bestehen zwischen ihnen und dem Personalbereich Sonstiges ( $p_{B-K} < ,001^{***}$ ) sowie den Pflegegutachter\*innen ( $p_{B-K} = ,018^*$ ). Beim Item *AI-5-sig-T* sollten die Beschäftigten den Informationsfluss innerhalb des MDs bewerten. Es besteht ein hochsignifikanter Gruppenunterschied zwischen den Qualitätsprüfer\*innen und dem Personalbereich Sonstiges ( $p_{B-K} = ,005^{**}$ ). Mit einem Mittelwert von 3,4 Punkte gibt der Bereich Sonstiges an, dass ihnen teils zur richtigen Zeit die notwendigen Informationen zur Verfügung stehen. Das ist die geringste Ausprägung bei den Tätigkeitsgruppen. Am besten bewerten die Qualitätsprüfer\*innen dieses Item. Der nächste hochsignifikante Gruppenvergleich betrifft das Item *AI-7-sig-T*: „Ich muss auf Arbeit schwierige Entscheidungen treffen.“. Dies betrifft vor allem die ärztlichen Gutachter\*innen und die Pflegegutachter\*innen. Der hochsignifikante Unterschied besteht von beiden Tätigkeitsgruppen zu dem Personalbereich Sonstiges, die weniger schwierige Entscheidungen treffen müssen. In den Items *AI-8-sig-T* und *AI-9-sig-T* sticht vor allem der Personalbereich Sonstiges hervor. Bei beiden Items bestehen signifikante oder hochsignifikante Unterschiede zu den anderen Gruppen. So beschreiben diese Beschäftigten, dass sie teils weniger Verantwortung haben und sie fühlen sich etwas mehr überqualifiziert für ihre Tätigkeiten. *AI-10-sig-T* erfasst, wie die Beschäftigten ihre Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten einschätzen. Grundsätzlich werden sie gut eingeschätzt, jedoch gibt die Gruppe Sonstiges an im Vergleich

zu den Pflegegutachter\*innen und den Qualitätsprüfer\*innen an, dass sie geringere Möglichkeiten haben. Beim Item *AI-12-sig-T* konnten die Beschäftigten bewerten, inwieweit sie ihre Fertigkeiten und ihr Fachwissen bei der Arbeit anwenden können. Alle Tätigkeitsgruppen geben an, dass sie dies meistens tun können. Besonders sticht hierbei die Gruppe der Qualitätsprüfer\*innen hervor (MW = 4,8 Punkte). Insbesondere der Unterschied zwischen Ihnen und dem Bereich Sonstiges ist hochsignifikant ( $p_{B-K} < ,001^{***}$ ). Im Item *AI-13-sig-T* geben die Pflegegutachter\*innen den höchsten durchschnittlichen Punktwert an. Signifikante bzw. hochsignifikante Unterschiede bestehen zu den Gruppen ärztliche Gutachter\*innen und dem Bereich Sonstiges. In diesem Item wurde die Sinnhaftigkeit der Arbeit bewertet. Eine ähnliche Verteilung zeigt sich beim Item *AI-16-sig-T*. Bei diesem Item jedoch geht es noch einmal um die Emotionsarbeit. Auch hier wird deutlich, dass die Pflegegutachter\*innen besonders von dieser betroffen sind. Sie müssen teils geforderte Emotionen zeigen, die sie eigentlich nicht empfinden. Diese Gruppe der Beschäftigten gibt auch an eher mit widersprüchlichen Anforderungen konfrontiert zu werden (Item *AI-17-sig-T* mit MW = 3,1 Punkte) und ist anscheinend auch häufiger von Bedrohungen durch Gewalt anderer Personen ausgesetzt (Item *AI-18-sig-T*). Zu allen anderen Tätigkeitsgruppen besteht beim Bedrohungsempfinden ein hochsignifikanter Unterschied ( $p_{B-K} < ,001^{***}$ ).

Damit ist der Bereich Arbeitsinhalte abgeschlossen und es folgt der Themenkomplex **Arbeitsorganisation** (siehe Tabelle 29). Bei diesem Abschnitt sticht nur in der Gesamtübersicht das Item *AO-1-sig-T* hervor (siehe Anhang IX). Mit einem Mittelwert von 3,7 Punkten besteht eine Tendenz zum kritischeren Bereich. Beim Tätigkeitsgruppenvergleich ist dieses Item mit  $p_{K-W-Test} = ,001^{***}$  hochsignifikant. Die Mittelwerte der Tätigkeitsgruppen deuten darauf hin, dass insgesamt beim MD schnell gearbeitet werden muss. Insbesondere besteht jedoch ein Unterschied zwischen den Pflegegutachter\*innen und dem Bereich Sonstiges ( $p_{B-K} = ,001^{***}$ ). Der Bereich Sonstiges hat mit 3,4 Punkten die geringste Mittelwertausprägung. Die anderen Items aus dem Themenkomplex Arbeitsorganisation sind in der Gesamtübersicht in guten und moderaten Bereichen einzuordnen. Aus diesem Grund sollen nachfolgend nur die hochsignifikanten Tätigkeitsgruppenunterschiede vorgestellt werden, da sie am ehesten für die Praxis relevant sind. Laut dem Item *AO-2-sig-T* ist der Bereich Sonstiges am wenigstens von Mehrarbeit/Überstunden im Monat betroffen.

Tabelle 29: Darstellung der signifikanten Items und der Items mit tendenziellen Unterschieden des Schwerpunktbereichs Arbeitsorganisation im Tätigkeitsgruppenvergleich (Ärztliche Gutachter\*innen, Pflegegutachter\*innen, Qualitätsprüfer\*innen und Bereich Sonstige)

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Arbeitsorganisation – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenvergleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
AO-1-sig-T: Ich muss auf Arbeit sehr schnell arbeiten	187	3,7 ± 0,90	1-5	,001***	,344	-	-	-
	48 (ÄG)	3,6 ± 0,96	1-5					
	59 (PG)	4,0 ± 0,84	1-5					
	20 (QP)	4,0 ± 0,76	3-5					
	60 (So)	3,4 ± 0,84	1-5		,465	,001***	,058 <sup>t</sup>	-
AO-2-sig-T: Meine Arbeit erfordert mehrmals im Monat Mehrarbeit/Überstunden.	185	3,0 ± 1,14	1-5	< ,001***	-	-	-	-
	47 (ÄG)	2,9 ± 1,08	1-5					
	59 (PG)	3,3 ± 1,09	1-5					
	19 (QP)	3,6 ± 1,30	1-5					
	60 (So)	2,6 ± 1,05	1-5		1,000	,004**	,003**	-

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Arbeitsorganisation – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W</sub> -Test insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
AO-3-sig-T: Es kommt vor, dass ich auf Abruf arbeite.	185	1,8 ± 0,98	1-5					
	48 (ÄG)	1,5 ± 0,65	1-3		-			
	59 (PG)	2,3 ± 1,14	1-5	< ,001***	,002**	-		
	20 (QP)	1,8 ± 0,79	1-3		1,000	,537	-	
	58 (So)	1,6 ± 0,90	1-5		1,000	< ,001***	1,000	-
AO-4-sig-T: Dienstpläne werden rechtzeitig bekannt gegeben.	155	3,8 ± 1,24	1-5					
	44 (ÄG)	4,1 ± 1,27	1-5		-			
	47 (PG)	3,5 ± 1,25	1-5	,016*	,025*	-		
	19 (QP)	3,6 ± 1,17	1-5		,454	1,000	-	
	45 (So)	4,0 ± 1,14	1-5		1,000	,119	1,000	-
AO-5-sig-T: Die Arbeitszeiten werden ständig verschoben.	180	1,6 ± 0,91	1-5					
	47 (ÄG)	1,1 ± 0,40	1-3		-			
	58 (PG)	1,7 ± 0,80	1-5	< ,001***	< ,001***	-		
	18 (QP)	2,8 ± 1,26	1-5		< ,001***	,011*	-	
	57 (So)	1,4 ± 0,84	1-5		1,000	,008**	< ,001***	-

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Arbeitsorganisation – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
AO-6-sig-T: Ich kann auf Arbeit re- gelmäßig Pausen machen.	186	4,0 ± 1,03	1-5	,007**	-	-	-	-
	48 (ÄG)	4,2 ± 0,85	2-5		,068 <sup>t</sup>	-	-	-
	59 (PG)	3,7 ± 1,07	1-5		1,000	,299	-	-
	20 (QP)	4,2 ± 1,09	1-5		1,000	,007**	1,000	-
	59 (So)	4,2 ± 1,02	1-5					
AO-7-sig-T: Ich kann meine Pausen ungestört abhalten.	186	3,9 ± 1,07	1-5	,006**	-	-	-	-
	48 (ÄG)	4,1 ± 0,91	2-5		,140	-	-	-
	59 (PG)	3,6 ± 1,15	1-5		,340	1,000	-	-
	20 (QP)	3,6 ± 1,10	2-5		1,000	,019*	,110	-
	59 (So)	4,2 ± 1,00	1-5					
AO-8-sig-T: Ich muss meine Arbeit ständig unterbrechen, weil irgendwer oder irgendetwas dazwischen kommt.	183	2,8 ± 1,12	1-5	,012*	-	-	-	-
	48 (ÄG)	2,6 ± 1,18	1-5		1,000	-	-	-
	58 (PG)	2,6 ± 0,82	1-4		1,000	1,000	-	-
	18 (QP)	2,6 ± 0,98	1-5		,050*	,027*	,246	-
	59 (So)	3,2 ± 1,26	1-5					

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Arbeitsorganisation – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W</sub> -Test insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
AO-9-sig-T: An meinem Arbeitsplatz sind die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten klar geregelt.	185	4,0 ± 0,99	1-5		-			
	48 (ÄG)	3,8 ± 1,02	2-5	< ,001***	,005**	-		
	59 (PG)	4,4 ± 0,67	2-5		,050*	1,000	-	
	20 (QP)	4,4 ± 0,82	2-5		1,000	< ,001***	,003**	-
58 (So)	3,5 ± 1,08	1-5						
AO-10-sig-T: Ich muss häufig Dinge tun, die mir unnötig erscheinen.	185	2,5 ± 1,02	1-5					
	48 (ÄG)	2,7 ± 1,04	1-5	,082 <sup>t</sup>	-	-	-	-
	59 (PG)	2,4 ± 0,96	1-5					
	20 (QP)	2,2 ± 1,11	1-5					
58 (So)	2,7 ± 1,00	1-5						
AO-11-sig-T: Bei meiner Arbeit besteht die Möglichkeit zum fachlichen Austausch mit der Führungskraft.	185	4,2 ± 1,05	1-5		-			
	47 (ÄG)	4,0 ± 1,09	2-5	,006**	,042*	-		
	59 (PG)	4,5 ± 0,92	1-5		,191	1,000	-	
	20 (QP)	4,6 ± 0,60	3-5		1,000	,042*	,219	-
59 (So)	4,0 ± 1,17	1-5						

<sup>t</sup> – tendenzielle Unterschiede (p < ,1)

\* - p ≤ ,05, signifikant; \*\* - p ≤ ,01, hochsignifikant; \*\*\* - p ≤ ,001

ÄG – Ärztliche Gutachter\*innen; PG – Pflegegutachter\*innen; QP – Qualitätsprüfer\*innen; So – Sonstige

Es besteht sowohl ein hochsignifikanter Unterschied zur Tätigkeitsgruppe der Pflegegutachter\*innen ( $p_{B-K} = ,004^{**}$ ) und der Qualitätsprüfer\*innen ( $p_{B-K} = ,003^{**}$ ). Beim Item *AO-3-sig-T* berichten die Pflegegutachter\*innen, dass sie manchmal bzw. eher selten auf Abruf arbeiten. Es besteht jedoch ein hochsignifikanter Unterschied zu den ärztlichen Gutachter\*innen ( $p_{B-K} = ,002^{**}$ ) und dem Bereich Sonstiges ( $p_{B-K} < ,001^{***}$ ). Diese Gruppen arbeiten weniger auf Abruf. Das nächste Item *AO-5-sig-T* erfasste, ob Arbeitszeiten ständig verschoben werden. Grundsätzlich tritt dieses Ereignis eher weniger auf. Es konnten jedoch signifikante und hochsignifikante Unterschiede zwischen den Tätigkeitsgruppen festgestellt werden. Bis auf zwischen den ärztlichen Gutachter\*innen und dem Bereich Sonstige konnten die Unterschiede nachgewiesen werden. Hierbei tritt insbesondere die Gruppe der Qualitätsprüfer\*innen hervor. Sie scheinen teils von einer Verschiebung der Arbeitszeit betroffen zu sein. Bei der Pausengestaltung, die durch die Items *AO-6-sig-T* und *AO-7-sig-T* abgebildet wurden, haben die Pflegegutachter\*innen im Vergleich zum Bereich Sonstiges die schlechteren Mittelwerte. Grundsätzlich geben die Beschäftigten jedoch an, dass sie regelmäßig Pausen machen und dass sie diese auch ungestört abhalten können. Das Item *AO-9-sig-T* hat erfasst, ob die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten an den Arbeitsplätzen der Beschäftigten klar geregelt sind. Im Allgemeinen kann diese Aussage bejaht werden. Der Bereich Sonstiges gibt an, dass dies teils nicht der Fall ist (MW = 3,5 Punkte). Es bestehen hochsignifikante Unterschiede zu den Tätigkeitsgruppen Pflegegutachter\*innen ( $p_{B-K} < ,001^{***}$ ) und den Qualitätsprüfer\*innen ( $p_{B-K} = ,003^{**}$ ). Ebenso unterscheiden sich die ärztlichen Gutachter\*innen von den Pflegegutachter\*innen ( $p_{B-K} = ,005^{**}$ ). Im nächsten Fragebogenabschnitt wurden die Aussagen zum Themenkomplex **Arbeitsumgebung** erfasst (siehe Tabelle 30). Die allgemeine Übersicht zu den Mittelwerten der Items findet sich im Anhang X. Für die gesamte Stichprobe fällt das Item *AU-6-sig-T* auf (MW = 4,5 Punkte). Alle Beschäftigten haben vor allem eine sitzende Tätigkeit. Im Tätigkeitsgruppenvergleich geben die Pflegegutachter\*innen im Vergleich zum Bereich Sonstiges an, dass sie häufiger sitzen. Dieser Unterschied ist mit  $p_{B-K} = ,009^{**}$  hochsignifikant. Alle anderen Items bewegen sich für die gesamte Stichprobe in einem moderaten oder guten Bereich. Bei einer Analyse der Unterschiede bei den Tätigkeitsgruppen fallen folgende Besonderheiten auf. Bei einer Einschätzung der Arbeitsumgebung gibt es Abweichungen zwischen den ärztlichen Gutachter\*innen und den Pflegegutachter\*innen in Bezug auf Lärm ( $p_{B-K} = ,003^{**}$ ) und Lichtverhältnisse

Tabelle 30: Darstellung der signifikanten Items des Schwerpunktbereichs Arbeitsumgebung im Tätigkeitsgruppenvergleich (Ärztliche Gutachter\*innen, Pflegegutachter\*innen, Qualitätsprüfer\*innen und Bereich Sonstige)

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem <b>Themenkomplex Arbeitsumgebung</b> – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W</sub> -Test insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
	185	3,6 ± 1,12	1-5					
AU-1-sig-T: Meine Arbeitsumgebung ist angenehm gestaltet in Bezug auf Geräuschpegel/Lärm.	48 (ÄG)	4,1 ± 1,16	1-5		-			
	58 (PG)	3,4 ± 1,01	1-5	,003**	,003**	-		
	19 (QP)	3,6 ± 1,07	2-5		,544	1,000	-	
	60 (So)	3,5 ± 1,13	1-5		,013*	1,000	1,000	-
	185	3,8 ± 1,02	1-5					
AU-2-sig-T: Meine Arbeitsumgebung ist angenehm gestaltet in Bezug auf die Lichtverhältnisse.	48 (ÄG)	4,3 ± 0,83	2-5		-			
	58 (PG)	3,3 ± 1,00	1-5	< ,001***	< ,001***	-		
	19 (QP)	4,1 ± 0,81	3-5		1,000	,030*	-	
	60 (So)	3,8 ± 1,04	1-5		,055 <sup>t</sup>	,053 <sup>t</sup>	1,000	-
	185	1,3 ± 0,68	1-5					
AU-3-sig-T: Ich habe häufig Kontakt mit Gas, Staub, Chemikalien oder Gefahrstoffen.	48 (ÄG)	1,2 ± 0,72	1-4		-			
	58 (PG)	1,4 ± 0,73	1-4	,031*	,019*	-		
	20 (QP)	1,3 ± 0,73	1-4		1,000	1,000	-	
	59 (So)	1,2 ± 0,56	1-5		1,000	,468	1,000	-

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Arbeitsumgebung – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
AU-4-sig-T: Mein Arbeitsplatz ist ergonomisch gestaltet (z. B. Stühle, PC).	185	3,5 ± 1,41	1-5		-			
	48 (ÄG)	3,8 ± 1,28	1-5	< ,001***	< ,001***	-		
	58 (PG)	2,3 ± 1,12	1-5		1,000	< ,001***	-	
	19 (QP)	3,8 ± 1,17	2-5		,371	< ,001***	1,000	-
60 (So)	4,3 ± 1,13	1-5						
AU-5-sig-T: Ich bin am Arbeitsplatz mit körperlicher Anstrengung konfrontiert (z. B. Tragen/Heben von schweren Gegenständen).	185	1,3 ± 0,75	1-5		-			
	47 (ÄG)	1,1 ± 0,32	1-3	,006**	,023*	-		
	58 (PG)	1,5 ± 0,99	1-5		1,000	,562	-	
	20 (QP)	1,1 ± 0,31	1-2		,019*	1,000	,512	-
60 (So)	1,4 ± 0,79	1-5						
AU-6-sig-T: Am Arbeitsplatz muss ich häufig sitzen.	187	4,5 ± 0,86	1-5		-			
	48 (ÄG)	4,6 ± 0,77	1-5	,007**	1,000	-		
	59 (PG)	4,6 ± 0,74	1-5		1,000	1,000	-	
	20 (QP)	4,6 ± 0,75	2-5		,077 <sup>t</sup>	,009**	,205	-
60 (So)	4,2 ± 0,99	1-5						

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Arbeitsumgebung – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
AU-7-sig-T: Am Arbeitsplatz muss ich häufig: Stehen.	185	1,6 ± 0,73	1-3		-			
	47 (ÄG)	1,4 ± 0,57	1-3	< ,001***	,265	-		
	58 (PG)	1,6 ± 0,62	1-3		1,000	1,000	-	
	20 (QP)	1,5 ± 0,69	1-5		< ,001***	,170	,115	-
	60 (So)	2,0 ± 0,85	1-5					
AU-8-sig-T: Am Arbeitsplatz muss ich häufig: Arbeiten in gebückter Haltung.	183	1,4 ± 0,72	1-4		-			
	48 (ÄG)	1,1 ± 0,28	1-2	< ,001***	< ,001***	-		
	57 (PG)	1,8 ± 0,97	1-4		,339	,884	-	
	19 (QP)	1,4 ± 0,77	1-4		1,000	,002**	1,000	-
	59 (So)	1,2 ± 0,49	1-3					
AU-9-sig-T: Unsere Arbeitsräume sind angenehm gestaltet.	166	3,7 ± 1,00	1-5		-			
	45 (ÄG)	4,1 ± 0,90	1-5	< ,001***	< ,001***	-		
	43 (PG)	3,0 ± 0,80	1-5		1,000	< ,001***	-	
	19 (QP)	4,1 ± 0,94	3-5		,574	< ,001***	1,000	-
	59 (So)	3,8 ± 0,95	1-5					

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Arbeitsumgebung – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W</sub> -Test insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
AU-10-sig-T: Unsere Arbeitsräume sind angemessen groß.	164	3,8 ± 1,15	1-5		-			
	45 (ÄG)	4,4 ± 0,87	2-5	< ,001***	< ,001***	-		
	39 (PG)	3,1 ± 0,69	2-5		1,000	< ,001***	-	
	20 (QP)	4,3 ± 0,85	3-5		,002**	< ,001***	,225	-
60 (So)	3,6 ± 1,32	1-5						
AU-11-sig-T: Signale und Hinweise sind angemessen gestaltet.	137	3,8 ± 1,07	1-5		-			
	36 (ÄG)	4,0 ± 0,88	1-5	< ,001***	< ,001***	-		
	32 (PG)	2,8 ± 1,05	1-5		,056 <sup>t</sup>	< ,001***	-	
	16 (QP)	4,8 ± 0,58	3-5		1,000	< ,001***	,043*	-
53 (So)	4,0 ± 0,90	2-5						
AU-12-sig-T: An meinem Arbeitsplatz stehen mir alle notwendigen Arbeitsmittel (z. B. Büromaterialien) zur Verfügung.	185	4,3 ± 0,84	2-5		-			
	48 (ÄG)	4,3 ± 0,81	2-5	< ,001***	,010*	-		
	57 (PG)	3,8 ± 0,85	2-5		1,000	,025*	-	
	20 (QP)	4,4 ± 0,88	2-5		,473	< ,001***	1,000	-
60 (So)	4,6 ± 0,67	2-5						

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Arbeitsumgebung – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
AU-13-sig-T: An meinem Arbeits- platz sind alle notwendigen Arbeits- mittel funktionsfähig.	185	4,4 ± 0,73	1-5	,004**	-	-	-	-
	48 (ÄG)	4,3 ± 0,69	3-5		1,000			
	57 (PG)	4,3 ± 0,75	1-5		,969			
	20 (QP)	4,5 ± 0,83	2-5		,025*			
	60 (So)	4,6 ± 0,69	2-5		,005**	1,000	-	
AU-14-sig-T: An meinem Arbeits- platz wird eine angemessene Soft- ware genutzt.	184	4,2 ± 0,85	1-5	< ,001***	-	-	-	-
	47 (ÄG)	3,8 ± 0,96	1-5		,032*			
	58 (PG)	4,3 ± 0,79	1-5		,002**			
	20 (QP)	4,6 ± 0,50	4-5		,004**			
	59 (So)	4,3 ± 0,78	2-5		1,000	1,000	-	

<sup>t</sup> – tendenzielle Unterschiede (p < ,1)

\* - p ≤ ,05, signifikant; \*\* - p ≤ ,01, hochsignifikant; \*\*\* - p ≤ ,001

ÄG – Ärztliche Gutachter\*innen; PG – Pflegegutachter\*innen; QP – Qualitätsprüfer\*innen; So – Sonstige

( $p_{B-K} < ,001^{***}$ ). In beiden Rahmenbedingungen geben die ärztlichen Gutachter\*innen an, dass sie davon weniger betroffen sind. In der Bewertung der ergonomischen Gestaltung der Büroausstattung (*AU-4-sig-T*) gibt es einen deutlichen Unterschied zwischen den Pflegegutachter\*innen und allen anderen Bereichen ( $p_{B-K} < ,001^{***}$ ). Sie geben an, dass sie eher keine ergonomische Ausstattung haben. Hingegen bewerten die anderen Tätigkeitsgruppen diese im Mittel als gut. Beim Item *AU-7-sig-T* konnten die Beschäftigten angeben, wie häufig sie an ihrem Arbeitsplatz davon betroffen sind, dass sie lange stehen müssen. Es besteht ein hochsignifikanter Unterschied zwischen dem Bereich Sonstiges und den ärztlichen Gutachter\*innen ( $p_{B-K} < ,001^{***}$ ). Der Bereich Sonstiges ist häufiger von diesem Umstand betroffen. Insgesamt kann jedoch festgehalten werden, dass die gesamte Stichprobe wenig häufig stehen muss. Ein ähnliches Bild zeichnet sich für das Item *AU-8-sig-T* ab, bei dem es um das häufige Arbeiten in gebückter Haltung ging. Alle Befragten äußern, dass dieses Ereignis wenig auftritt, dennoch gibt es einen hochsignifikanten Unterschied zwischen den ärztlichen Gutachter\*innen und den Pflegegutachter\*innen ( $p_{B-K} < ,001^{***}$ ) bzw. zwischen den Pflegegutachter\*innen und dem Bereich Sonstiges ( $p_{B-K} = ,002^{**}$ ). In beiden Fällen sind die Pflegegutachter\*innen häufiger vom Arbeiten in gebückter Haltung betroffen. Wie beim Item *AU-4-sig-T* geben die Pflegegutachter\*innen im Vergleich zu allen anderen Tätigkeitsgruppen eine schlechtere Bewertung für die Gestaltung der Büroräume ab (*AU-9-sig-T*;  $p_{B-K} < ,001^{***}$ ). Bei einem Mittelwert von 3,0 Punkten sind sie nur teils mit ihren Büroräumen zufrieden. Die anderen Gruppen beurteilen dies deutlich besser. Dies trifft auch für die Items *AU-10-sig-T* und *AU-11-sig-T* zu. Die Pflegegutachter\*innen empfinden ihre Büroräume eher nicht als angemessen groß und Signale und Hinweise sind teils nicht angemessen gestaltet. Das Item *AU-12-sig-T* ist insgesamt gut bewertet. Jedoch geben hier die Pflegegutachter\*innen auch an, dass die Ausstattung mit Büromaterialien etwas schlechter ist. Dieser Unterschied ist zum Bereich Sonstiges hochsignifikant ( $p_{B-K} < ,001^{***}$ ) und zu den anderen Tätigkeitsgruppen signifikant. Beim letzten Item *AU-14-sig-T* stechen die ärztlichen Gutachter\*innen hervor. Sie bewerten im Vergleich zu den anderen Tätigkeitsgruppen die verwendete Software etwas schlechter. Jedoch fällt ihre Einschätzung mit einem Mittelwert von 3,8 Punkten noch gut aus.

Tabelle 31: Darstellung der signifikanten Items und der Items mit tendenziellen Unterschieden des Schwerpunktbereichs Soziale Beziehungen im Tätigkeitsgruppenvergleich (Ärztliche Gutachter\*innen, Pflegegutachter\*innen, Qualitätsprüfer\*innen und Bereich Sonstige)

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Soziale Beziehungen – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
SB-1-sig-T: An meinem Arbeitsplatz gibt es häufig Konflikte mit anderen Arbeitsbereichen.	183	2,4 ± 1,12	1-5	,061 <sup>t</sup>	-	-	-	-
	47 (ÄG)	2,5 ± 1,16	1-5					
	57 (PG)	2,2 ± 1,01	1-4					
	20 (QP)	2,1 ± 1,07	1-5					
	59 (So)	2,6 ± 1,13	1-5					
SB-2-sig-T: An meinem Arbeitsplatz ist die Stimmung zwischen Kolleg*innen und Führungskräften in der Regel gut.	185	4,0 ± 0,94	2-5	,090 <sup>t</sup>	-	-	-	-
	47 (ÄG)	3,7 ± 1,03	2-5					
	58 (PG)	4,2 ± 0,86	2-5					
	20 (QP)	3,6 ± 0,98	2-5					
	60 (So)	4,0 ± 0,91	2-5					
SB-3-sig-T: Ich kann mich auf meine nächsthöhere Führungskraft verlassen, wenn es bei der Arbeit Probleme gibt.	187	4,4 ± 0,89	2-5	,004 <sup>**</sup>	-	-	-	-
	48 (ÄG)	4,0 ± 0,90	2-5					
	59 (PG)	4,5 ± 0,88	2-5					
	20 (QP)	4,4 ± 0,88	2-5					
	60 (So)	4,4 ± 0,85	2-5		,034 <sup>*</sup>	1,000	1,000	-

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Soziale Beziehungen – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
SB-4-sig-T: Meine nächsthöhere Führungskraft ist bereit mir zuzuhören, wenn es bei der Arbeit Probleme gibt.	187	4,5 ± 0,86	2-5	,027*	-	-	-	-
	48 (ÄG)	4,2 ± 0,92	2-5		,037*	-	-	-
	59 (PG)	4,6 ± 0,84	2-5		1,000	1,000	-	-
	20 (QP)	4,4 ± 0,82	2-5		,080 <sup>t</sup>	1,000	1,000	-
	60 (So)	4,5 ± 0,83	2-5					
SB-5-sig-T: Meine nächsthöhere Führungskraft spricht klare Erwartungen aus.	185	4,0 ± 1,03	1-5	,005**	-	-	-	-
	48 (ÄG)	3,7 ± 1,18	1-5		,005**	-	-	-
	58 (PG)	4,3 ± 0,85	2-5		1,000	,457	-	-
	20 (QP)	3,9 ± 1,02	2-5		1,000	,043*	1,000	-
	59 (So)	3,9 ± 0,97	2-5					
SB-6-sig-T: Meine nächsthöhere Führungskraft setzt realistische Ziele.	182	4,0 ± 0,97	1-5	,001***	-	-	-	-
	45 (ÄG)	3,5 ± 1,10	2-5		< ,001***	-	-	-
	58 (PG)	4,3 ± 0,83	2-5		,934	,593	-	-
	20 (QP)	3,9 ± 1,12	2-5		,047*	,753	1,000	-
	59 (So)	4,1 ± 0,78	1-5					

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Soziale Beziehungen – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
SB-7-sig-T: Ich erhalte von meiner nächsthöheren Führungskraft konstruktive Rückmeldung über meine Leistung.	187	3,7 ± 1,23	1-5	,002**	-	-	-	-
	48 (ÄG)	3,2 ± 1,47	1-5		,001***	-	-	-
	59 (PG)	4,2 ± 0,87	1-5		,945	1,000	-	-
	20 (QP)	3,8 ± 1,06	2-5		1,000	,045*	1,000	-
	60 (So)	3,6 ± 1,23	1-5					
SB-8-sig-T: Meine nächsthöhere Führungskraft handelt fair.	184	4,2 ± 1,02	1-5	,029*	-	-	-	-
	47 (ÄG)	4,0 ± 1,02	1-5		,051 <sup>t</sup>	-	-	-
	58 (PG)	4,5 ± 0,92	1-5		1,000	,697	-	-
	20 (QP)	4,1 ± 1,12	1-5		1,000	,081 <sup>t</sup>	1,000	-
	59 (So)	4,1 ± 1,04	1-5					

<sup>t</sup> – tendenzielle Unterschiede ( $p < ,1$ )

\* -  $p \leq ,05$ , signifikant; \*\* -  $p \leq ,01$ , hochsignifikant; \*\*\* -  $p \leq ,001$

ÄG – Ärztliche Gutachter\*innen; PG – Pflegegutachter\*innen; QP – Qualitätsprüfer\*innen; So – Sonstige

Der nächste Themenkomplex befasst sich mit den **Sozialen Beziehungen** innerhalb des MDs (siehe Tabelle 31). Im Anhang XI findet sich die Übersicht zu den Mittelwerten und den Standardabweichungen dieser Items.

In der Gesamtheit der Befragten werden die sozialen Beziehungen im Mittel innerhalb des MDs als gut bewertet. Signifikante Unterschiede bei den Tätigkeitsgruppen finden sich ausschließlich bei der Einschätzung der nächsthöheren Führungskraft. Dies betrifft vor allem auch nur eine Gruppe, nämlich die der ärztlichen Gutachter\*innen. Über die signifikanten Items beurteilen sie ihre Führungskräfte schlechter als die Pflegegutachter\*innen die ihrigen. Dies bedeutet im Einzelnen, dass nicht immer klare Erwartungen ausgesprochen, realistische Ziele gesetzt und konstruktive Rückmeldung gegeben werden.

Beim nächsten Themenkomplex **Arbeitsanforderungen** waren alle neun Items im Tätigkeitsgruppenvergleich signifikant oder hochsignifikant. Die Ergebnisse sind in Tabelle 32 dargestellt und die Übersicht zu den allgemeinen Mittelwerten können im Anhang XII nachgeschlagen werden. In diesem Überblick fällt nur das Item *NA-7-sig-T* auf, da es mit 1,53 Punkten eine große Standardabweichung hat. Bei diesem Item wurde erfragt, ob die Beschäftigten für ihre Arbeit räumlich mobil sein müssen. Bis auf den Bereich Sonstiges sind alle anderen Tätigkeitsgruppen räumlich mobil. Dies spiegelt sich auch im Tätigkeitsgruppenvergleich wider. So sind alle Vergleiche zum Bereich Sonstiges mit  $p_{B-K} < ,001^{***}$  hochsignifikant. Alle anderen Tätigkeitsgruppenvergleiche für die Items im Bereich Arbeitsanforderungen weisen auch hochsignifikante p-Werte auf. So berichten die Qualitätsprüfer\*innen, dass sie in der Freizeit manchmal für ihre Arbeit erreichbar sein müssen (*NA-1-sig-T*). Dieser Unterschied ist z. B. im Vergleich zu den ärztlichen Gutachter\*innen mit  $p_{B-K} = ,001^{***}$  hochsignifikant. Eine weitere Differenz besteht in der Möglichkeit Homeoffice in Anspruch zu nehmen (*NA-2-sig-T*). Hier ist es so, dass für die ärztlichen Gutachter\*innen und die Pflegegutachter\*innen diese Möglichkeit besteht. Die Qualitätsprüfer\*innen und die Beschäftigten des Bereichs Sonstiges können Homeoffice nur teilweise nutzen. Auch hier sind diese Unterschiede hochsignifikant. Beim Item *NA-3-sig-T* geben vor allem die Qualitätsprüfer\*innen an, dass sie sich durch die Anforderungen ihrer Arbeit teilweise in ihrem Privat- und Familienleben gestört fühlen. Dieser Unterschied ist im Vergleich zum Bereich Sonstiges hochsignifikant ( $p_{B-K} = ,001^{***}$ ) und zu den ärztlichen Gutachter\*innen signifikant ( $p_{B-K} = ,013^*$ ).

Tabelle 32: Darstellung der signifikanten Items des Schwerpunktbereichs Arbeitsanforderungen im Tätigkeitsgruppenvergleich (Ärztliche Gutachter\*innen, Pflegegutachter\*innen, Qualitätsprüfer\*innen und Bereich Sonstige)

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Arbeitsanforderungen – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
NA-1-sig-T: Ich muss auch in der Freizeit für meine Arbeit ständig erreichbar sein.	187	1,5 ± 0,83	1-5					
	48 (ÄG)	1,3 ± 0,60	1-4		-			
	59 (PG)	1,8 ± 0,95	1-5	< ,001***	,003**	-		
	20 (QP)	2,1 ± 1,12	1-5		,001***	1,000	-	
	60 (So)	1,3 ± 0,56	1-3		1,000	,014*	,004**	-
NA-2-sig-T: Ich habe die Möglichkeit zum Homeoffice.	186	4,0 ± 1,31	1-5					
	47 (ÄG)	4,7 ± 0,66	2-5		-			
	59 (PG)	4,5 ± 0,70	3-5	< ,001***	1,000	-		
	20 (QP)	3,4 ± 1,14	2-5		< ,001***	,002**	-	
	60 (So)	3,2 ± 1,66	1-5		< ,001***	< ,001***	1,000	-
NA-3-sig-T: Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben.	187	2,1 ± 1,09	1-5					
	48 (ÄG)	1,9 ± 0,99	1-5		-			
	59 (PG)	2,4 ± 1,00	1-4	< ,001***	,094 <sup>t</sup>	-		
	20 (QP)	2,9 ± 1,30	1-5		,013*	1,000	-	
	60 (So)	1,8 ± 1,00	1-5		1,000	,003**	,001***	-

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Arbeitsanforderungen – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
NA-4-sig-T: Ich erledige berufliche Dinge auch außerhalb meiner Arbeitszeit.	187	2,2 ± 1,11	1-5	,001***	-	-	-	-
	48 (ÄG)	2,4 ± 1,21	1-5		1,000	-	-	-
	59 (PG)	2,4 ± 1,07	1-5		1,000	1,000	-	-
	20 (QP)	2,5 ± 1,15	1-5		,031*	,004**	,030*	-
NA-5-sig-T: Ich kann Arbeit und Privatleben gut vereinen.	60 (So)	1,8 ± 0,96	1-5	,001***	-	-	-	-
	187	4,1 ± 0,96	1-5		1,000	-	-	-
	48 (ÄG)	4,3 ± 0,74	2-5		,001***	,001***	,013*	-
	59 (PG)	4,1 ± 0,79	2-5		1,000	1,000	,001***	-
NA-6-sig-T: Ich kann meine Arbeitszeit flexibel gestalten.	20 (QP)	3,1 ± 1,21	1-5	< ,001***	-	-	-	-
	60 (So)	4,2 ± 1,01	1-5		< ,001***	,079 <sup>t</sup>	-	-
	187	3,9 ± 1,07	1-5		< ,001***	< ,001***	< ,001***	< ,001***
	48 (ÄG)	4,4 ± 0,74	3-5		1,000	< ,001***	< ,001***	-
	59 (PG)	3,6 ± 0,88	1-5					
	20 (QP)	2,7 ± 1,03	1-4					
	60 (So)	4,2 ± 1,08	1-5					

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Arbeitsanforderungen – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W</sub> -Test insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
NA-7-sig-T: Ich muss für meine Arbeit räumlich mobil sein.	177	3,1 ± 1,53	1-5	< ,001***	-	-	-	-
	47 (ÄG)	3,3 ± 1,41	1-5		,185	-	-	-
	53 (PG)	3,9 ± 1,28	1-5		1,000	1,000	-	-
	19 (QP)	3,8 ± 1,48	1-5		< ,001***	< ,001***	< ,001***	-
	58 (So)	1,9 ± 1,12	1-5					
NA-8-sig-T: Ich fühle mich im Umgang mit modernen Informations- und Kommunikationstechnologien kompetent.	186	4,0 ± 0,90	1-5	< ,001***	-	-	-	-
	48 (ÄG)	3,5 ± 0,94	2-5		,048*	-	-	-
	59 (PG)	4,0 ± 0,86	1-5		,047*	1,000	-	-
	20 (QP)	4,2 ± 0,83	3-5		< ,001***	,740	1,000	-
	59 (So)	4,3 ± 0,78	2-5					
NA-9-sig-T: Den Einsatz von modernen Informations- und Kommunikationstechnologien empfinde ich an meinem Arbeitsplatz als angemessen.	183	4,0 ± 0,81	1-5	,001***	-	-	-	-
	48 (ÄG)	3,7 ± 0,85	2-5		,771	-	-	-
	57 (PG)	4,0 ± 0,78	1-5		,011*	,238	-	-
	20 (QP)	4,4 ± 0,75	2-5		,003**	,234	1,000	-
	58 (So)	4,3 ± 0,74	2-5					

\* - p ≤ ,05, signifikant; \*\* - p ≤ ,01, hochsignifikant; \*\*\* - p ≤ ,001

ÄG – Ärztliche Gutachter\*innen; PG – Pflegegutachter\*innen; QP – Qualitätsprüfer\*innen; So – Sonstige

Für das Item *NA-4-sig-T* kann festgestellt werden, dass die Beschäftigten des Bereichs Sonstiges am wenigsten davon betroffen sind, dass sie außerhalb ihrer Arbeitszeit berufliche Dinge erledigen. Zu den anderen Tätigkeitsgruppen bestehen signifikante und hochsignifikante Unterschiede. Beim nächsten Item (*NA-5-sig-T*) stechen die Qualitätsprüfer\*innen abermals hervor. In diesem Item wurden wieder Work-Privacy-Konflikte erfragt. So wurde erfasst, ob sich die Arbeit und das Privatleben gut vereinen lässt. Die Qualitätsprüfer\*innen bestätigen dies nur teilweise und die Unterschiede zu den anderen Tätigkeitsgruppen sind signifikant oder hochsignifikant. Auch in dem darauffolgenden Item *NA-6-sig-T* zeigt sich eine weitere deutliche Differenz zwischen den Qualitätsprüfer\*innen und den anderen Bereichen ( $p_{B-K} < ,001^{**}$ ). Sie können eher weniger ihre Arbeitszeit flexibel gestalten. Die letzten zwei Items (*NA-8-sig-T* und *NA-9-sig-T*) im Themenkomplex Arbeitsanforderungen befassen sich mit den Informations- und Kommunikationstechnologien innerhalb des MDs. Es wurde gefragt, ob die Beschäftigten sich im Umgang mit diesen kompetent fühlen und sie diese als angemessen empfinden. Bei beiden Aussagen fallen die ärztlichen Gutachter\*innen auf. Sie haben im Tätigkeitsgruppenvergleich die geringsten Mittelwerte mit  $MW_{NA-8-sig-T} = 3,5$  Punkte und  $MW_{NA-9-sig-T} = 3,7$  Punkte. Es bestehen auch signifikante und hochsignifikante Unterschiede zu den anderen Tätigkeitsgruppen.

Für den Themenkomplex **Gesundheitliche Beschwerden und Empfindungen** fallen nur vier von den 20 möglichen Items auf (siehe Tabelle 33 und grafische Darstellung im Anhang XIII). Von diesen sind zwei hochsignifikant und betreffen die Beschwerden Kopfschmerzen und Rücken- oder Kreuzschmerzen. Die Pflegegutachter\*innen geben im Vergleich zu den ärztlichen Gutachter\*innen häufiger diese Beschwerden an. Des Weiteren bestehen keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Tätigkeitsgruppen.

Der letzte Themenkomplex der Befragung betraf die **Zufriedenheit** der Beschäftigten. Die Ergebnisse sind in Tabelle 34 dargestellt und die Grafiken zu den Mittelwerten und der Standardabweichungen finden sich im Anhang XIV.

Tabelle 33: Darstellung der signifikanten Items und der Items mit tendenziellen Unterschieden des Schwerpunktbereichs Gesundheitliche Beschwerden und Empfindungen im Tätigkeitsgruppenvergleich (Ärztliche Gutachter\*innen, Pflegegutachter\*innen, Qualitätsprüfer\*innen und Bereich Sonstige)

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Gesundheitliche Beschwerden und Empfindungen – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
FGB-1-sig-T: Kopfschmerzen	185	2,5 ± 0,94	1-5					
	48 (ÄG)	2,1 ± 0,98	1-4		-			
	58 (PG)	2,8 ± 0,90	1-4	,004**	,002**	-		
	19 (QP)	2,5 ± 0,77	1-4		,804	1,000	-	
	60 (So)	2,4 ± 0,93	1-5		,974	,119	1,000	-
FGB-2-sig-T: Rücken- oder Kreuz- schmerzen	187	3,0 ± 1,25	1-5					
	48 (ÄG)	2,7 ± 1,22	1-5		-			
	59 (PG)	3,4 ± 1,15	1-5	,008**	,017*	-		
	20 (QP)	2,7 ± 1,38	1-5		,158	,158	-	
	60 (So)	2,9 ± 1,23	1-5		1,000	,046*	1,000	-
FGB-3-sig-T: Innere Leere	182	1,6 ± 0,86	1-4					
	47 (ÄG)	1,5 ± 0,80	1-4					
	58 (PG)	1,4 ± 0,75	1-4	,085 <sup>†</sup>	-	-	-	-
	19 (QP)	1,5 ± 0,91	1-5					
	58 (So)	1,8 ± 0,96	1-5					

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex <b>Gesundheitliche Beschwerden und Empfindungen</b> – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
FGB-4-sig-T: Angst vor Fehlern	187	2,4 ± 1,13	1-5	,062 <sup>t</sup>	-	-	-	-
	48 (ÄG)	2,1 ± 0,95	1-5					
	59 (PG)	2,6 ± 1,16	1-5					
	20 (QP)	2,6 ± 1,00	1-5					
	60 (So)	2,3 ± 1,23	1-5					

<sup>t</sup> – tendenzielle Unterschiede (p < ,1)

\* - p ≤ ,05, signifikant; \*\* - p ≤ ,01, hochsignifikant; \*\*\* - p ≤ ,001

ÄG – Ärztliche Gutachter\*innen; PG – Pflegegutachter\*innen; QP – Qualitätsprüfer\*innen; So – Sonstige

Tabelle 34: Darstellung der signifikanten Items und der Items mit tendenziellen Unterschieden des Schwerpunktbereichs Zufriedenheit im Tätigkeitsgruppenvergleich (Ärztliche Gutachter\*innen, Pflegegutachter\*innen, Qualitätsprüfer\*innen und Bereich Sonstige)

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Zufriedenheit – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
ZU-1-sig-T: Ich bin mit meinen Kolleg*innen zufrieden.	184	4,1 ± 0,72	2-5					
	48 (ÄG)	4,0 ± 0,73	2-5		-			
	58 (PG)	4,3 ± 0,64	3-5	,033*	,062 <sup>t</sup>	-		
	18 (QP)	3,9 ± 0,76	2-5		1,000	,157	-	
	60 (So)	4,1 ± 0,74	3-5		1,000	,517	1,000	-
ZU-2-sig-T: Ich bin mit meinem Vorgesetzten zufrieden.	185	4,1 ± 0,96	2-5					
	48 (ÄG)	3,7 ± 1,03	2-5		-			
	59 (PG)	4,3 ± 0,84	3-5	,016*	,008**	-		
	18 (QP)	3,9 ± 1,06	2-5		1,000	,961	-	
	60 (So)	4,1 ± 0,94	2-5		,477	,746	1,000	-
ZU-3-sig-T: Ich bin mit meinen Arbeitsbedingungen zufrieden.	186	3,9 ± 0,81	1-5					
	48 (ÄG)	4,0 ± 0,80	1-5		-			
	59 (PG)	3,7 ± 0,62	2-5	,008**	,259	-		
	19 (QP)	3,5 ± 1,12	1-5		,897	1,000	-	
	60 (So)	4,1 ± 0,82	2-5		1,000	,011*	,187	-

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Zufriedenheit – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
ZU-4-sig-T: Ich bin mit meiner Be- zahlung/Entlohnung zufrieden.	184	3,9 ± 0,90	1-5	,002**	-	1,000	-	-
	48 (ÄG)	3,7 ± 0,83	2-5					
	59 (PG)	3,8 ± 0,78	2-5					
	18 (QP)	3,7 ± 1,32	1-5					
	59 (So)	4,2 ± 0,84	2-5	,004**	,010**	1,000	-	
ZU-5-sig-T: Meine Arbeit gibt mir Selbstvertrauen.	185	3,8 ± 0,89	1-5	,099 <sup>t</sup>	-	-	-	-
	48 (ÄG)	3,6 ± 0,96	1-5					
	58 (PG)	3,8 ± 0,77	2-5					
	19 (QP)	4,2 ± 0,96	2-5					
	60 (So)	3,8 ± 0,89	2-5					
ZU-6-sig-T: Meine Arbeit gibt mir Zu- versicht und Lebensfreude.	185	3,5 ± 0,98	1-5	,066 <sup>t</sup>	-	-	-	-
	48 (ÄG)	3,2 ± 1,02	1-5					
	58 (PG)	3,6 ± 0,88	2-5					
	19 (QP)	3,8 ± 1,12	2-5					
	60 (So)	3,6 ± 0,96	2-5					

Teilprojekt Medizinischer Dienst – signifikante Items aus dem Themenkomplex Zufriedenheit – Tätigkeitsgruppenvergleich								
Item	N Tätigkeitsgruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> PG-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> QP-Ver- gleich	p <sub>B-K</sub> So-Ver- gleich
ZU-7-sig-T: Ich bin stolz diesem Un- ternehmen anzugehören.	185	4,0 ± 1,01	1-5		-			
	48 (ÄG)	3,3 ± 0,99	1-5	< ,001***	< ,001***	-		
	58 (PG)	4,1 ± 0,98	1-5		,007**	1,000	-	
	19 (QP)	4,2 ± 1,02	2-5		< ,001***	1,000	1,000	-
	60 (So)	4,3 ± 0,80	2-5					
ZU-8-sig-T: Ich fühle mich mit mei- nem Unternehmen verbunden.	185	3,9 ± 0,98	1-5		-			
	48 (ÄG)	3,4 ± 1,03	1-5	,001***	,076 <sup>t</sup>	-		
	58 (PG)	3,9 ± 0,94	1-5		,157	1,000	-	
	19 (QP)	4,0 ± 1,08	2-5		< ,001***	,545	1,000	-
	60 (So)	4,2 ± 0,81	2-5					

<sup>t</sup> – tendenzielle Unterschiede (p < ,1)

\* - p ≤ ,05, signifikant; \*\* - p ≤ ,01, hochsignifikant; \*\*\* - p ≤ ,001

ÄG – Ärztliche Gutachter\*innen; PG – Pflegegutachter\*innen; QP – Qualitätsprüfer\*innen; So – Sonstige

In der Übersicht zu den allgemeinen Mittelwerten sticht kein Item hervor. Insgesamt scheinen die Beschäftigten mit den Rahmenbedingungen beim MD zufrieden zu sein und es gibt ein paar Nuancen zwischen den verschiedenen Tätigkeitsbereichen. So sind die Pflegegutachter\*innen im Vergleich zu den ärztlichen Gutachter\*innen mit ihrem/ihrer Vorgesetzten zufriedener ( $p_{B-K} = ,008^{**}/ZU-2-sig-T$ ). Am zufriedensten mit den Arbeitsbedingungen sind die Beschäftigten des Bereichs Sonstiges ( $ZU-3-sig-T$ ). Es besteht ein signifikanter Unterschied mit  $p_{B-K} = ,011^*$  zu den Pflegegutachter\*innen. Ebenso sind auch diese Beschäftigten mit ihrer Bezahlung/Entlohnung am zufriedensten. Es konnten hochsignifikante Unterschiede zu den ärztlichen Gutachter\*innen ( $p_{B-K} = ,004^{**}$ ) und den Pflegegutachter\*innen ( $p_{B-K} = ,010^{**}$ ) festgestellt werden. Abschließend wurde die Einstellung zum MD mit Hilfe der Items  $ZU-7-sig-T$  und  $ZU-8-sig-T$  erfasst. Zum einen wurde erfragt, ob die Beschäftigten stolz sind, dem MD anzugehören und ob sie sich dem MD verbunden fühlen. Beide Items sind im Tätigkeitsgruppenvergleich hochsignifikant. Insbesondere stechen hier die ärztlichen Gutachter\*innen hervor. Sie weisen die geringsten Mittelwerte im Vergleich zu den anderen Tätigkeitsgruppen auf. Jedoch bewegen sich diese in einem moderaten Bereich. Die Unterschiede zu den anderen Tätigkeitsgruppen sind teils tendenziell oder hochsignifikant.

### 3.3 Gegenüberstellung der Ergebnisse der mobil-flexiblen Arbeit aus beiden Projekten

In beiden Teilprojekten waren in den Fragebögen der gleiche Fragenkomplex zur mobil-flexiblen Arbeit enthalten. In diesem Unterkapitel werden die Ergebnisse der Teilprojekte ambulante Pflege und MD (s. Tabelle 35) vorgestellt und miteinander verglichen.

Für das Teilprojekt ambulante Pflege kann konstatiert werden, dass im Altersgruppenvergleich es einen tendenziellen Unterschied bei dem Item B15\_3 gibt. Die unter 45-Jährigen sehen ein Potential, dass die mobile Arbeit stressfreier geplant werden könnte. Die signifikanten Unterschiede zeigen sich im Bereich der Endgeräte. Bei beiden Items (B15\_7 und B15\_8) schätzen die jüngeren Beschäftigten die Ausstattung und die Funktionsfähigkeit dieser kritischer ein.

## Ergebnisse - Gegenüberstellung der Ergebnisse der mobil-flexiblen Arbeit aus beiden Projekten

Tabelle 35: Gegenüberstellung und Vergleich der Ergebnisse aus dem Fragenkomplex mobil-flexible Arbeit für die Teilprojekte ambulante Pflege und MD

Fragenkomplex mobil-flexible Arbeit									
Teilprojekt ambulante Pflege					Teilprojekt Medizinischer Dienst				Gruppenvergleich (ambulante Pflege vs. MD)
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.- Max.	p <sub>M-W-Test</sub>	N	MW ± SD [Punkte]	Min.- Max.	p <sub>M-W-Test</sub>	p <sub>M-W-Test</sub>
	Altersgruppen- vergleich [Jahre]				Erfahrungs- vergleich [Jahre]				
B15_1: Wenn ich mobil arbeite, bin ich allein unterwegs.	31	98,4 (1,2) <sup>31</sup> ± 6,24	75-100		131	1,9 ± 1,36	1-5		,001***
	18 (< 45)	97,2 ± 8,1	75-100	,497	72 (≤ 10)	1,9 ± 1,35	1-5	,549	
	13 (≥ 45)	100,0 ± 0,0	100-100		59 (> 10)	1,9 ± 1,38	1-5		
B15_2: Meine mobile Arbeit empfinde ich als stressig.	31	39,5 (3,5) ± 23,07	0-75		131	3,4 ± 1,05	1-5		,863
	18 (< 45)	38,9 ± 19,60	0-75	,739	72 (≤ 10)	3,6 ± 1,00	2-5	,046*	
	13 (≥ 45)	40,4 ± 28,02	0-75		59 (> 10)	3,2 ± 1,07	1-5		
B15_3: Meine mobile Arbeit könnte man stressfreier planen.	26	37,5 (3,9) ± 17,68	0-75		119	3,4 ± 1,00	2-5		,061 <sup>t</sup>
	15 (< 45)	41,7 ± 15,43	0-50	,094 <sup>t</sup>	68 (≤ 10)	3,6 ± 0,95	2-5	,010**	
	11 (≥ 45)	31,8 ± 19,66	0-75		51 (> 10)	3,2 ± 1,01	2-5		
B15_4: Ich fühle mich während meiner mobilen Arbeit nicht sicher.	22	15,9 (4,9) ± 19,74	0-50		126	4,2 ± 0,99	1-5		< ,001***
	12 (< 45)	14,6 ± 19,82	0-50	,763	71 (≤ 10)	4,2 ± 1,00	1-5	,932	
	10 (≥ 45)	17,5 ± 20,58	0-50		55 (> 10)	4,2 ± 1,00	1-5		

<sup>31</sup> Zur besseren Vergleichbarkeit sind in Klammern die ursprünglichen Mittelwerte angegeben.

## Ergebnisse - Gegenüberstellung der Ergebnisse der mobil-flexiblen Arbeit aus beiden Projekten

Fragenkomplex mobil-flexible Arbeit									
Teilprojekt ambulante Pflege					Teilprojekt Medizinischer Dienst				Gruppenvergleich (ambulante Pflege vs. MD)
Item	N	MW ± SD	Min.- Max.	p <sub>M-W-Test</sub>	N	MW ± SD	Min.- Max.	p <sub>M-W-Test</sub>	p <sub>M-W-Test</sub>
	Altersgruppen- vergleich [Jahre]	[Punkte]			Erfahrungs- vergleich [Jahre]	[Punkte]			
B15_5: Die Digitalisierung der Arbeit könnte meine mobile Arbeit erleichtern.	20	46,3 (4,2) ± 30,65	0-100		99	2,98 ± 1,28	1-5		< ,001***
	12 (< 45)	50,0 ± 21,32	25-100	,419	59 (≤ 10)	3,03 ± 1,16	1-5	,651	
	8 (≥ 45)	40,6 ± 42,13	0-100		40 (> 10)	2,90 ± 1,45	1-5		
B15_6: Die Digitalisierung der Arbeit hat meine mobile Arbeit erleichtert.	15	51,7 (4,6) ± 29,07	0-100		113	2,09 ± 1,13	1-5		< ,001***
	8 (< 45)	53,1 ± 16,02	25-75	,874	62 (≤ 10)	2,13 ± 1,09	1-5	,469	
	7 (≥ 45)	50,0 ± 40,82	0-100		51 (> 10)	2,04 ± 1,18	1-5		
B15_7: Die Endgeräte (z. B. Smartphones), die mir zur Verfügung gestellt werden, sind für meine mobile Arbeit ausreichend.	18	77,8 (3,8) ± 20,81	25-100		125	2,34 ± 1,28	1-5		,001***
	10 (< 45)	67,5 ± 20,58	25-100	,016*	71 (≤ 10)	2,39 ± 1,22	1-5	,386	
	8 (≥ 45)	90,6 ± 12,94	75-100		54 (> 10)	2,26 ± 1,36	1-5		
B15_8: Die Geräte, die mir zur Verfügung gestellt werden, funktionieren, wenn ich sie brauche.	21	79,8 (3,2) ± 15,04	50-100		128	1,75 ± 0,71	1-5		< ,001***
	11 (< 45)	72,7 ± 13,48	50-100	,033*	72 (≤ 10)	1,75 ± 0,62	1-4	,618	
	10 (≥ 45)	87,5 ± 13,18	75-100		56 (> 10)	1,75 ± 0,82	1-5		

<sup>†</sup> – tendenzielle Unterschiede (p < ,1)

\* - p ≤ ,05, signifikant; \*\* - p ≤ ,01, hochsignifikant; \*\*\* - p ≤ ,001

Für den MD zeigte sich im Erfahrungsvergleich, dass zwei Items signifikant sind. So empfinden eher die Beschäftigten, die bereits länger als 10 Jahre im MD arbeiten, ihre mobile Arbeit als stressig ( $p_{M-W-Test} = ,046^*$ ). Diese Gruppe gibt auch an, dass ihre mobile Arbeit stressfreier gestaltet werden könnte. Der Unterschied im Erfahrungsvergleich ist mit  $p_{M-W-Test} = ,010^{**}$  hochsignifikant.

In der letzten Spalte der Tabelle 35 ist der Vergleich zwischen beiden Teilprojekten zu finden. Nur das Item B15\_2 weist keinen signifikanten Unterschied auf. Dies bedeutet, dass das Stressempfinden bezüglich der mobilen Arbeiten in beiden Berufsgruppen ähnlich empfunden wird. Ansonsten können folgende Unterschiede mit ihren Tendenzen festgestellt werden. Bei beiden Projekten findet vor allem die mobile Arbeit in Einzelarbeit statt. Jedoch kommt es beim MD auch vor, dass Beschäftigte gemeinsam ihre mobile Arbeit wahrnehmen ( $p_{M-W-Test} = ,001^{***}$ ). Bei dem Item B15\_3 besteht ein tendenzieller Unterschied. Die MD-Gruppe sieht eher ein Potential die mobile Arbeit stressfreier zu planen. Für die restlichen fünf Items B15\_4 bis B15\_8 bestehen hoch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Teilprojekten. Die ambulanten Pflegekräfte fühlen sich während ihrer mobilen Arbeit sicherer als die Beschäftigten des MDs. Im Bereich der Bewertung der Digitalisierung der Arbeit sehen die Beschäftigten des MDs ein deutlich größeres Potential. Im Durchschnitt wurde ihre Arbeit durch die Digitalisierung erleichtert und kann auch weiter verbessert werden. Die letzten zwei Items betrafen die Bewertung der zur Verfügung gestellten Endgeräte. Hier kann konstatiert werden, dass die Befragten des MDs mit den Endgeräten deutlich zufriedener sind. Abschließend in diesem Unterkapitel ist wie in Abschnitt 3.2.2 noch der Vergleich der Tätigkeitsgruppen innerhalb des MDs für diesen Fragenkomplex vorgestellt. Die Signifikanzwerte für die Items aus dem Kruskal-Wallis-Test und der Bonferroni-Korrektur sind in Tabelle 36 aufgeführt.

## Ergebnisse - Gegenüberstellung der Ergebnisse der mobil-flexiblen Arbeit aus beiden Projekten

Tabelle 36: Darstellung des Tätigkeitsgruppenvergleichs für den Fragenkomplex mobil-flexible Arbeit für das Teilprojekt MD

Fragenkomplex mobil-flexible Arbeit – Teilprojekt Medizinischer Dienst									
Item	N	Tätigkeits- gruppenver- gleich	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>K-W-Test</sub> insgesamt	p <sub>B-K</sub> ÄG-Vergleich	p <sub>B-K</sub> PG-Vergleich	p <sub>B-K</sub> QP-Vergleich	p <sub>B-K</sub> So-Vergleich
B15_1: Wenn ich mobil arbeite, bin ich allein unterwegs.	129		1,9 ± 1,36	1-5	< ,001***				
	36 (ÄG)		2,1 ± 1,22	1-5		-			
	59 (PG)		1,1 ± 0,36	1-3		,001***	-		
	20 (QP)		4,1 ± 0,97	2-5		< ,001***	< ,001***	-	
	14 (So)		1,9 ± 1,33	1-4		1,000	,242	< ,001***	-
B15_2: Meine mobile Arbeit empfinde ich als stressig.	129		3,4 ± 1,04	1-5	,001***				
	36 (ÄG)		3,8 ± 0,96	2-5		-			
	59 (PG)		3,1 ± 1,02	1-5		,007**	-		
	20 (QP)		3,4 ± 0,93	2-5		,651	1,000	-	
	14 (So)		4,1 ± 0,92	2-5		1,000	,006**	,203	-
B15_3: Meine mobile Arbeit könnte man stressfreier planen.	120		3,4 ± 0,99	2-5	< ,001***				
	33 (ÄG)		3,9 ± 0,83	2-5		-			
	58 (PG)		3,0 ± 0,87	2-5		< ,001***	-		
	18 (QP)		3,6 ± 1,09	2-5		1,000	,136	-	
	11 (So)		3,8 ± 1,08	2-5		1,000	,102	1,000	-

Ergebnisse - Gegenüberstellung der Ergebnisse der mobil-flexiblen Arbeit aus beiden Projekten

Fragenkomplex mobil-flexible Arbeit – Teilprojekt Medizinischer Dienst								
Item	N	MW ± SD Tätigkeits- gruppenver- gleich [Punkte]	Min.-Max.	PK-W-Test insgesamt	ρ <sub>B-K</sub> ÄG-Vergleich	ρ <sub>B-K</sub> PG-Vergleich	ρ <sub>B-K</sub> QP-Vergleich	ρ <sub>B-K</sub> So-Vergleich
B15_4: Ich fühle mich während meiner mobilen Arbeit nicht sicher.	127	4,2 ± 1,00	1-5	< ,001***				
	35 (ÄG)	4,4 ± 1,00	1-5		-			
	59 (PG)	3,7 ± 0,90	1-5		< ,001***	-		
	20 (QP)	4,7 ± 0,57	3-5		1,000	< ,001***	-	
	13 (So)	4,5 ± 1,20	1-5		1,000	< ,001***	1,000	-
B15_5: Die Digitalisierung der Arbeit könnte meine mobile Arbeit erleichtern.	100	3,0 ± 1,27	1-5	,657	-	-	-	-
	29 (ÄG)	2,9 ± 1,30	1-5					
	46 (PG)	3,1 ± 1,11	1-5					
	13 (QP)	3,2 ± 1,52	1-5					
	12 (So)	2,7 ± 1,57	1-5					
B15_6: Die Digitalisierung der Arbeit hat meine mobile Arbeit erleichtert.	113	2,2 ± 1,17	1-5	,569	-	-	-	-
	35 (ÄG)	2,3 ± 1,37	1-5					
	50 (PG)	2,1 ± 0,85	1-4					
	15 (QP)	2,2 ± 1,57	1-5					
	13 (So)	1,9 ± 1,21	1-5					

## Ergebnisse - Gegenüberstellung der Ergebnisse der mobil-flexiblen Arbeit aus beiden Projekten

Fragenkomplex mobil-flexible Arbeit – Teilprojekt Medizinischer Dienst								
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	PK-W-Test insgesamt	ρ <sub>B-K</sub> ÄG-Vergleich	ρ <sub>B-K</sub> PG-Vergleich	ρ <sub>B-K</sub> QP-Vergleich	ρ <sub>B-K</sub> So-Vergleich
	125	2,4 ± 1,29	1-5	,004**				
B15_7: Die Endgeräte (z. B. Smartphones), die mir zur Verfügung gestellt werden, sind für meine mobile Arbeit ausreichend.	31 (ÄG)	2,8 ± 1,25	1-5		-			
	59 (PG)	2,0 ± 1,26	1-5		,461	-		
	20 (QP)	1,6 ± 0,63	1-5		1,000	,079 <sup>t</sup>	-	
	15 (So)	2,4 ± 1,29	1-3		1,000	,011*	1,000	-
	126	1,8 ± 0,78	1-5	,321	-	-	-	-
B15_8: Die Geräte, die mir zur Verfügung gestellt werden, funktionieren, wenn ich sie brauche.	32 (ÄG)	1,8 ± 0,90	1-4					
	59 (PG)	1,8 ± 0,59	1-5					
	20 (QP)	2,0 ± 1,10	1-3					
	15 (So)	1,5 ± 0,64	1-5					

<sup>t</sup> – tendenzielle Unterschiede (p < ,1)

\* - p ≤ ,05, signifikant; \*\* - p ≤ ,01, hochsignifikant; \*\*\* - p ≤ ,001

ÄG – Ärztliche Gutachter\*innen; PG – Pflegegutachter\*innen; QP – Qualitätsprüfer\*innen; So – Sonstige

Im Tätigkeitsgruppenvergleich sind alle Items bis auf die Items B15\_5, B15\_6 und B15\_8 signifikant. In der genauen Betrachtung bedeutet dies, dass signifikante Unterschiede zwischen einzelnen Tätigkeitsgruppen bestehen. Für das Item B15\_1 bedeutet dies, dass vor allem die Pflegegutachter\*innen allein ihre mobile Arbeit verrichten. Dieser Unterschied ist bis auf die Tätigkeitsgruppe Sonstiges signifikant. Die ärztlichen Gutachter\*innen sind im Mittel oft allein tätig und dies ist auch signifikant bis auf den Bereich Sonstiges. Die Qualitätsprüfer\*innen sind im Mittel wenig allein unterwegs und dieser Unterschied ist auch zu allen anderen Tätigkeitsgruppen signifikant. Bei der Betrachtung des Items B15\_2 „*Meine mobile Arbeit empfinde ich als stressig*“ finden sich nur zwei relevante signifikante Unterschiede. Ärztliche Gutachter\*innen empfinden im Mittel ihre mobile Arbeit weniger stressig als Pflegegutachter\*innen ( $p_{B-K} = ,007^{**}$ ). Des Weiteren ist diese Arbeit weniger stressig für den Tätigkeitsbereich Sonstiges als für Pflegegutachter\*innen ( $p_{B-K} = ,006^{**}$ ). Das nächste Item betraf die Frage danach, ob Potential in einer stressfreieren Planung der mobilen Arbeit bestehe. Hier findet sich ein signifikanter Unterschied zwischen den ärztlichen Gutachter\*innen und den Pflegegutachter\*innen ( $p_{B-K} < 0,001^{***}$ ). Die Pflegegutachter\*innen sehen mehr Potential in einer Stressreduktion. Das Item B15\_4 betraf das Sicherheitsempfinden während der mobilen Tätigkeit der Beschäftigten. Auch hier stechen vor allem die Pflegegutachter\*innen hervor. Sie weisen zu allen anderen Tätigkeitsbereichen signifikante Unterschiede auf. Ihr Sicherheitsempfinden ist im Mittel weniger ausgeprägt als die anderen Bereiche. Beim letzten signifikanten Item B15\_7 wurde folgende Aussage bewertet: „*Die Endgeräte (z. B. Smartphones), die mir zur Verfügung gestellt werden, sind für meine mobile Arbeit ausreichend.*“ Es findet sich im Gruppenvergleich lediglich ein signifikanter Unterschied mit  $p_{B-K} = ,011^*$  zwischen den Pflegegutachter\*innen und dem Tätigkeitsbereich Sonstiges. Pflegegutachter\*innen bewerten im Schnitt diese Aussage positiver als der Tätigkeitsbereich Sonstiges. Ein tendenzieller Unterschied besteht zwischen den Pflegegutachter\*innen und den Qualitätsprüfer\*innen ( $p_{B-K} = ,079^{\dagger}$ ). Hier bewerten die Qualitätsprüfer\*innen die Endgeräte besser.

## 4 Diskussion

Die vorangegangene Literaturrecherche in Unterkapitel 1.3 hat gezeigt, wie unterschiedlich die Ausgangspunkte und Rahmenbedingungen für die ambulante Pflege und den MD sind. In diesem Kapitel soll ein Abgleich zwischen dem aktuellen Kenntnisstand und den gewonnenen Daten aus der vorliegenden Studie erfolgen.

Für die Arbeit wurden zwei Fragestellungen und mehrere Hypothesen formuliert, die in diesem Kapitel diskutiert werden sollen. So soll geklärt werden, ob die vorgestellten Analyseinstrumente ein probates Werkzeug sind, um die Analysephase einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung speziell für die mobil-flexible Arbeit durchzuführen. Hierfür werden die bereits vorgestellten Prüfpunkte der GDA genutzt. Für die zweite Fragestellung soll zum einen diskutiert werden, ob die formulierten Hypothesen zu den Arbeitsformen in der ambulanten Pflege und beim MD angenommen oder abgelehnt werden und zum anderem werden die Ergebnisse in den Kontext des aktuellen Forschungsstandes gebracht.

Das Kapitel ist wie folgt aufgebaut: Die Struktur aus den vorherigen Kapiteln wird fortgeführt, sodass erst die Diskussion der Ergebnisse aus dem Teilprojekt ambulante Pflege erfolgt (4.1). Daran angelehnt, findet die Auseinandersetzung mit dem Teilprojekt MD statt (4.2). Abschließend zu der Erörterung der Ergebnisse aus beiden Teilprojekten werden die überschneidenden Themen diskutiert (4.3). Somit sollte die zweite Fragestellung und deren Hypothesen geklärt sein, sodass im Unterkapitel 4.4 die erste Fragestellung und deren Schlussfolgerungen für den Prozess der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung erörtert werden kann. Abschließend in diesem Kapitel folgt eine Auseinandersetzung mit den Limitationen der vorliegenden Studie (4.5) und ein Ausblick auf mögliche zukünftige Forschungsfelder (4.6).

### 4.1 Teilprojekt ambulante Pflege

In diesem Unterkapitel erfolgt die Diskussion der soziodemografischen Daten, der Ergebnisse der Befragung mittels Fragebogen und der Ergebnisse der durchgeführten Arbeitssituationsanalyse explizit für die ambulante Pflege.

#### 4.1.1 Diskussion der soziodemografischen Daten

Bei der Beschreibung der soziodemografischen Daten in Abschnitt 3.1.1 wurde als Erstes die Altersstruktur der Stichprobe vorgestellt. Vergleicht man diese mit den Daten des Statistischen Landesamts Sachsen-Anhalt (2023), so kann folgendes konstatiert werden: Es ergeben sich unterschiedliche Klassifizierungen der Alterskategorien, jedoch ist ein Vergleich zwischen den unter 45-Jährigen und den Beschäftigten mit dem Alter größer oder gleich 45 Jahre möglich. In der vorliegenden Stichprobe waren 56,3 % der Proband\*innen jünger als 45 Jahre alt. In der Landesstatistik zum Personal in den ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten Sachsen-Anhalt 2021 in den Altersgruppen beträgt dieser Wert 52,3 %. Es kann somit festgehalten werden, dass die vorliegende Stichprobe etwas jünger ist, als in der Landesstatistik abgebildet. Jedoch erfasst die Landesstatistik jüngere Pflegekräfte als 25 Jahre. In der Studienstichprobe war keiner der Proband\*innen jünger als 24 Jahre alt. Mit diesen Erkenntnissen zeigt sich, dass die Altersstruktur der Stichprobe repräsentativ zu der Landesgrundgesamtheit ist.

Ein weiterer zu vergleichender Aspekt der soziodemografischen Daten betrifft das Beschäftigungsverhältnis der ambulanten Pflegekräfte. Die Vollzeitquote innerhalb der vorgestellten Stichprobe beträgt 56,3 %. Für Sachsen-Anhalt insgesamt konnte 2021 eine Vollzeitquote für den Bereich der ambulanten Pflege von 32,7 % festgestellt werden (GBE Bund, 2021c). Es sind somit deutlich mehr Proband\*innen als im Landesvergleich Vollzeit angestellt. Dieser Unterschied könnte sich dadurch erklären, dass die Pflegedienste, welche an der Befragung teilgenommen haben, vor allem eher zu den kleinen privaten Diensten (13-14 Beschäftigte) gehört haben und somit eine Vollzeitabdeckung notwendig ist. Lediglich einer der Dienste wird durch einen freigemeinnützigen Träger geleitet, in dem 35 Beschäftigte angestellt waren. Bei dieser Einrichtung konnte jedoch nur eine Rücklaufquote von 31,42 % erreicht werden. Von diesen Probanden ist jedoch nur eine Pflegekraft in Vollzeit beschäftigt. Bei einer größeren Rücklaufquote hätte sich somit vielleicht die Verteilung der Beschäftigungsverhältnisse anders verschoben. Bei den anderen zwei kleineren Pflegediensten, welche privat geführt werden, ergab sich eine Rücklaufquote von 71,4 % und 92,3 %. Dies muss jedoch nicht die einzige Erklärung dafür sein, da z. B. Hielscher et al. (2013) in ihrer Untersuchung gezeigt haben, dass auch kleine private Pflegedienste rein über

Teilzeitanstellungen funktionieren. Andere Motive könnten somit für die Verteilung der Beschäftigungsverhältnisse mit einflussgebend sein. Hier sei noch einmal der Abschnitt 1.2.2 erwähnt, welches sich mit der Verteilung und Umsetzung der mobil-flexiblen Arbeit in Deutschland auseinandersetzt.

#### 4.1.2 Diskussion der Ergebnisse der Befragung mittels Fragebogen

Nach der Darstellung der Ergebnisse aus den COPSOQ-Fragebogen in Abschnitt 3.1.2 können nun die Hypothesen H1a bis H1c überprüft werden.

Die Hypothese H1a lautete:

*„Ambulante Pflegekräfte, die älter als 45 Jahre alt sind, bewerten in der Gesamtheit aller COPSOQ Skalen Belastungen und Beanspruchungen höher als jüngere Kolleg\*innen.“*

Diese Hypothese muss *abgelehnt* werden. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass in vielen Skalen und Items kein Altersgruppenunterschied besteht. Wenn ein Unterschied bestand, dann wiesen meistens die älteren Beschäftigten höhere Belastungen und Beanspruchungen auf. Jedoch gab es auch Skalen und Items, bei denen die unter 45-Jährigen schlechtere Werte aufwiesen, z. B. im Bereich des Gemeinschaftsgefühls. Ein Vergleich der Ergebnisse zum aktuellen Forschungsstand für die ambulante Pflege ist nicht möglich, da die anderen vorgestellten Studien aus Abschnitt 1.3.3 keinen Altersgruppenvergleich vorgenommen haben. Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass in der Erwerbsbevölkerung mit Zunahme des Alters vermehrt ein schlechterer Gesundheitszustand berichtet wird (Burr et al., 2013; Hasselhorn & Ebener, 2014; Jansen & Müller, 2000; Stößel, 2008). Aus diesem Grund sollte in der betrieblichen Prävention die Altersstruktur der Belegschaft stets bei der Gestaltung der Präventionsangebote mitberücksichtigt werden, um hier entsprechend verfügbare Ressourcen zu stärken (Feißel et al., 2016; Tempel & Ilmarinen, 2013).

Die Hypothese H1b lautete:

*„Die Befragten in der ambulanten Pflege empfinden die Bedingungen für das Arbeitsumfeld in den Räumlichkeiten des Pflegedienstes besser als in den Patient\*innenwohnungen.“*

Bei einem Vergleich der Belastungsfaktoren vor Ort und beim Kunden hat sich gezeigt, dass die Bedingungen in den Patient\*innenwohnungen bis auf einen Faktor signifikant schlechter sind. Die Hypothese H1b kann somit *bedingt angenommen* werden. Ähnliche Ergebnisse hatten sich bereits in der Literaturrecherche abgezeichnet. So stellen Petersen und Melzer (2022) fest, dass ambulante Pflegekräfte unter ungünstigen klimatischen Bedingungen arbeiten und dies bei der Gestaltung ihrer Arbeitsbedingungen mitberücksichtigt werden muss. Diesen Schluss zogen auch schon vorher Simon et al. (2005). Als Erweiterung aus der vorliegenden Studie können nun auch schlechte Luft- und Lichtverhältnisse ergänzt werden. In den Arbeiten von Büssing et al. (2004) und der DAK-Zentrale (2006) wurden bereits die schlechten Umstände in den Patient\*innenwohnungen aufgegriffen. Insbesondere wiesen sie darauf hin, dass schlechte bauliche Gegebenheiten meist zu einer Mehrbelastung im Bereich des Hebens und Tragens für die ambulanten Pflegekräfte bedeutet. Aus diesem Grund sollten stets strukturelle Probleme identifiziert werden, damit die Ergebnisqualität sowohl für die Pflegekräfte und die Patient\*innen nicht darunter leiden (Heuberger, 2010). Für eine Analyse der Arbeitsbedingungen für eine mobil-flexible Arbeit zeigt sich, dass bei einer „Standardanalyse“ diese Thematik nicht zum Vorschein gekommen wäre. Aus diesem Grund muss eine arbeitsorientierte Analyse durchgeführt werden, um auch alle Ressourcen in der Arbeitsgestaltung zu identifizieren. Der Arbeitsschutz kann nicht an den Toren der Unternehmen enden, obwohl sich die Beschäftigten einen Großteil ihrer Arbeitszeit außerhalb dieser bewegen.

Die Hypothese H1c wurde wie folgt formuliert:

*„Pflegekräfte aus dem Bereich der ambulanten Pflege bewerten in der Gesamtheit aller COPSOQ Skalen Belastungen und Beanspruchungen geringer als Pflegekräfte aus anderen Bereichen.“*

Diese Hypothese kann nur *bedingt angenommen* werden. Im Referenzgruppenvergleich hat sich gezeigt, dass wenn zwischen der Stichprobe und der Referenzgruppe

große Effekte bestanden, die Referenzgruppe bei den Punktwerten der COPSOQ Skalen schlechter abgeschnitten hat. Dies betraf vor allem die Arbeitsbedingungen. Bei einer Betrachtung der Beschwerden fällt jedoch auf, dass die ambulanten Pflegekräfte ähnliche Punktwerte trotz der besseren Arbeitsbedingungen als die Referenzgruppe aufweisen. Dies stellt somit ein differenziertes Bild als das in der Literaturrecherche dar. Die meisten Studien konstatierten, dass die ambulante Pflege im Vergleich zu anderen Bereichen aus der Pflege im Ressourcen- und Belastungsempfinden besser abschnitten (s. Abschnitt 1.3.3). Dies zeigt sich zum Teil in der Bewertung der Burnout-Symptome, auch wenn die Skala im Altersgruppenvergleich keine Signifikanz und im Vergleich mit der Referenzgruppe einen kleinen Effekt aufweist. Insbesondere für die Stichprobe fällt auf, dass die jüngeren Beschäftigten geringe Burnout-Symptome berichten als die Referenzgruppe. Dennoch könnte für die vorliegende Studie somit die These aufgestellt werden, dass trotz der besseren Arbeitsbedingungen die ambulanten Pflegekräfte schlechte Punktwerte im subjektiven Gesundheits- und Belastungsempfinden haben. Eine Begründung hierfür könnte sein, dass sich die Belastungsgrenze des pflegerischen Versorgungssystems in Deutschland immer weiter verschärft (Hower et al., 2020) und selbst gute Bedingungen in den Pflegediensten diese strukturellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht mehr ausgleichen können. Dies haben vor allem die Studien zu den Belastungsstrukturen während der Coronapandemie gezeigt (Dürr et al., 2022; Hower et al., 2020; Wolf-Ostermann et al., 2020). Als limitierende Faktoren für diese Aussage sollten noch folgender Punkt berücksichtigt werden. In der vorherigen Literaturrecherche wurde bereits erwähnt, dass in den vergleichenden Studien der ambulante Sektor teils sehr gering im Vergleich zur Gesamtstichprobe vertreten ist (Breinbauer, 2020; Dürr et al., 2022; Hasselhorn et al., 2005; Simon et al., 2005). Auch für die hier vorliegende Arbeit muss diese Limitation angenommen werden, da die Stichprobe nur 33 Probanden betrug.

#### 4.1.3 Diskussion der Ergebnisse der Arbeitssituationsanalyse

Die ASITA war eine optionale Möglichkeit für die beteiligten Pflegedienste eine tiefergehende Analyse durchzuführen. Leider nahm nur ein Unternehmen diese Möglichkeit wahr, wodurch die Aussagekraft für die Teilstudie eher gering ist. Dennoch konnten sehr gute Rückschlüsse für das einzelne Unternehmen gefiltert werden, welche im

anschließenden Coaching effektiv genutzt werden konnten. Diesen Zusammenhang haben auch Bölsch-Peterka et al. (2022) in ihrer Arbeit beschrieben. Die ASITA ist eindeutig eine Methodik, welche in einem zeitlich überschaubaren Rahmen für die einzelnen Unternehmen qualitativ hochwertige und praktische Ergebnisse liefert. Dies ist durch den Grad der Individualisierung der qualitativen Moderationstechnik möglich. Um jedoch Handlungsempfehlungen für z. B. eine Branche, wie die ambulante Pflege, abzuleiten, müssten sehr viel mehr ASITA's durchgeführt werden. Dies würde z. B. bei einem regionalen Forschungsprojekt in Sachsen-Anhalt bedeuten, dass sowohl das Stadt-Land-Gefüge als auch verschieden große Pflegedienste, die unterschiedliche Träger haben, untersucht werden müssten. So sollten mindestens 15 bis 20 ASITA's durchgeführt werden. Dennoch sollen nachfolgend ein paar wichtige Aspekte aus der durchlaufenen ASITA vorgestellt werden.

Eine Besonderheit in diesem Pflegedienst war, dass dieser bereits weit in der Digitalisierung vorangeschritten ist. Dies wurde insgesamt von den Beschäftigten als Ressource gesehen und es gab innerhalb des Teams Bewältigungsstrategien, um z. B. mit Technostress umzugehen. Dies ist ein gutes Beispiel dafür, dass andere Ressourcen im Team die Digitalisierung gut unterstützen kann, um diesen Veränderungsprozess gut zu gestalten. Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Digitalisierung auch in der ambulanten Pflege immer mehr Teil der Arbeit wird und aus diesem Grund hierfür auch gesundheitsbezogene Konzepte gefunden werden müssen (Hülken-Giesler et al., 2019; Thielmann et al., 2023).

Als Hauptschwerpunkt in der ASITA wurde von den Pflegekräften der Generationswechsel in der Geschäftsführung genannt. Hier zeigt sich die Besonderheit dieser Methodik. In der Einzelauswertung des Fragebogens war dieser Themenschwerpunkt nicht ersichtlich. Erst durch die Möglichkeit des Nachfragens innerhalb der ASITA konnte der Schwerpunkt herausgearbeitet werden. Mit diesem Wissen wurde auch das anschließende Coaching der Geschäftsführung angereichert, um die Beanspruchungssituation für die Beschäftigten zu verbessern.

#### 4.2 Teilprojekt Medizinischer Dienst

Die Diskussion der Ergebnisse für den MD gestaltet sich als etwas schwieriger, da keine Vergleichsdaten vorliegen. So können teils nur Vermutungen angestellt werden,

welche Ursachen es hat, dass die Beschäftigten bestimmte Belastungs- und Beanspruchungsthemen angesprochen haben. In diesem Unterkapitel sollen die Hypothesen H2a und H2b überprüft werden.

#### 4.2.1 Diskussion der soziodemografischen Daten

Wie im Abschnitt 3.2.1 dargestellt, wurde bei der Befragung der Beschäftigten des MDs als einziges soziodemografisches Merkmal die Altersstruktur erhoben. Knapp die Hälfte der befragten Beschäftigten sind jünger als 45 Jahre. Es stellt sich die Frage, ob diese Altersstruktur entsprechend repräsentativ ist. Für diesen Vergleich sollen die Daten des Statistischen Bundesamts (2024) herangezogen werden. Diese sind in Abbildung 27 dargestellt. So wurde für 2022 die Altersstruktur der Beschäftigten im Gesundheitswesen erhoben. Die Alterskategorien sind nicht identisch mit denen aus der Befragung des MDs, da sie bereits bei 30 Jahren anfangen und sich somit immer ein Unterschied von fünf Jahren ergibt. Die letzte Alterskategorie (60 und mehr Jahre bzw. beim MD 61 Jahre und älter) ist fast identisch. Trotz dieses Unterschieds können Tendenzen abgelesen werden.

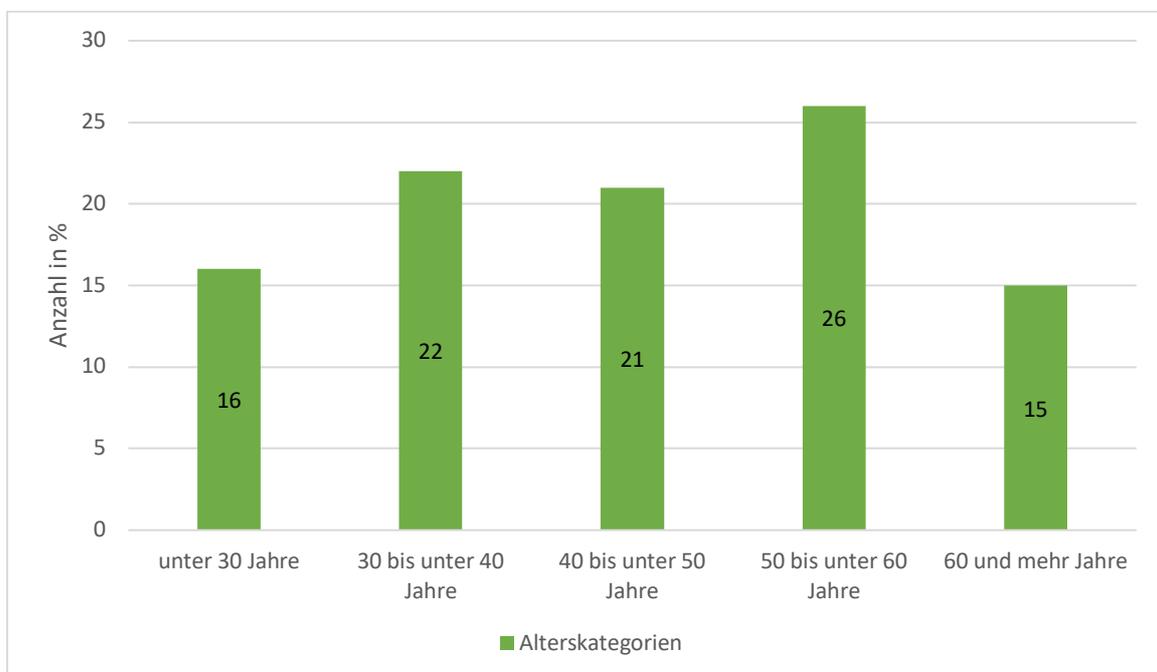


Abbildung 27: Gesundheitspersonal nach Altersgruppen 2022 in %, insgesamt 6,0 Millionen (Statistisches Bundesamt, 2024)

Es ergeben sich Unterschiede in der Verteilung der Altersstrukturen. Die Beschäftigten im Gesundheitswesen sind tendenziell älter als die Beschäftigten des MDs. Die zahlenmäßig größte Gruppe machen bei den Daten des Statistischen Bundesamtes mit 26 % die 50zig bis 60zig Jährigen aus. Beim MD sind es mit 29,2 % die 35zig bis 44zig Jährigen. Ebenso sind allgemein im Gesundheitswesen mehr Menschen über 60ig beschäftigt. Somit ist die Altersstruktur des MDs nicht repräsentativ im Vergleich zu der Altersstruktur der Beschäftigten im Gesundheitswesen in Deutschland.

#### 4.2.2 Diskussion der Ergebnisse der Befragung mittels Fragebogen

Die durchgeführte systematische Literaturrecherche (siehe Abschnitt 1.3.3) hatte ergeben, dass bis zu diesem Zeitpunkt keine Daten zur Belastungs- und Beanspruchungsstruktur der Beschäftigten eines Medizinischen Dienstes erhoben worden. Für die nachfolgende Diskussion sollen die Daten aus Unterkapitel 3.2 kritisch hinterfragt werden und die aufgestellten Hypothesen H2a und H2b überprüft werden. Da auf keine Vergleichsdaten zurückgegriffen werden kann, sollen zur kritischen Überprüfung die Ansätze zur mobil-flexiblen Arbeit (Unterkapitel 1.2) und das vorgestellte Wissen um den MD (Unterkapitel 1.3) genutzt werden. Die zu überprüfenden Hypothesen lauten:

H2a: *Beschäftigte des MDs, die länger als 10 Jahre im Unternehmen beschäftigt sind, bewerten in der Gesamtheit die Belastungen und Beanspruchungen höher als Kolleg\*innen, die noch nicht so lange im Unternehmen tätig sind.*

H2b: *Beschäftigte des MDs, die mobil-flexibel tätig sind, bewerten in der Gesamtheit die Belastungen und Beanspruchungen geringer als Kolleg\*innen, die dies nicht sind.*

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass wenn Beschäftigte des MDs mobil arbeiten, dass es sich hierbei um eine berufsbedingte Mobilität handelt. Sie haben bei der Befragung angegeben, dass sie räumlich mobil sein müssen (NA-7-sig-T) und auch die Möglichkeit des Homeoffice zu nutzen (Na-2-sig-T). Nur der Bereich Sonstiges, welcher sich wahrscheinlich vorwiegend aus Verwaltungsmitarbeiter\*innen

zusammensetzt, muss deutlich weniger mobil sein. So konnten auch typische Anforderungsmuster für mobil-flexible Arbeit innerhalb der Befragung wiedergefunden werden. Diese sind in Unterkapitel 4.3 anhand der Ergebnisse aufgeführt. Vor allem handelt es sich um die Herausforderungen der Einzelarbeit und der sich wechselnden Arbeitsorte. Ebenso konnten auch typische Beanspruchungsfolgen analysiert werden. Die Beschäftigten, die räumlich mobil arbeiten, beschreiben, dass sie z. B. schwierige Entscheidungen treffen müssen (AI-7-sig-T) und auch starke emotionale Anforderungen zu bewältigen haben. Dies betrifft insbesondere die Pflegegutachter\*innen, die dies in den Items (AI-14-sig-T, AI-15-sig-T, AI-16-sig-T, AI-17-sig-T) berichten.

Für die Bewertung der *Hypothese H2a* kann der vorgestellte Erfahrungsvergleich herangezogen werden. Dieser zeigte, dass von den untersuchten Items knapp 23 % signifikant waren. Bei den signifikanten Items fielen vor allem die Beschäftigten, die länger als 10 Jahre beim MD arbeiten, auf. Dies betraf die Themen Zeitdruck, Zusammenarbeit, Führungsverhalten in Bezug zur Feedbackkultur, Aspekte des Work-Privacy Konflikts und gesundheitliche Beschwerden. Anhand dieses Ergebnisses muss die Hypothese *abgelehnt* werden.

Zur Überprüfung der *Hypothese H2b* kann der Tätigkeitsgruppenvergleich genutzt werden. Wie bereits erwähnt, konnte anhand des Items NA-7-sig-T festgestellt werden, welche Tätigkeitsgruppen mobil arbeiten. Dies betrifft soweit alle Gruppen bis auf den Bereich Sonstiges. Wie in Tabelle 20 dargestellt, sind für diesen Vergleich ca. 58 % der Items signifikant. Für eine bessere Übersicht sind in Tabelle 37 die Hauptschwerpunktthemen der einzelnen Tätigkeitsgruppen aus den Ergebnissen zusammengetragen. Es wurden vor allem die Themen aufgezeigt, die insbesondere bei der entsprechenden Gruppe aufgetreten sind.

Anhand dieser Tabelle zeigt sich, dass die Hypothese *abgelehnt* werden muss. Es kann nicht eindeutig zwischen mobiler und nicht mobiler Tätigkeit unterschieden werden. Die einzelnen Tätigkeitsgruppen haben jeweils sehr unterschiedliche Belastungsstrukturen. Für den Beratungsprozess sollte anhand dieser Ergebnisse hinterfragt werden, welche Themen näher analysiert werden sollten. Vielfach lagen die Ergebnisse so, dass aus mathematischer Sicht eine entsprechende Signifikanz vorliegt.

## Diskussion - Diskussion der Gegenüberstellung der Ergebnisse der mobil-flexiblen Arbeit aus beiden Projekten

Tabelle 37: Übersicht zu den Schwerpunktthemen der einzelnen Tätigkeitsgruppen des MDs

Tätigkeitsgruppe	Schwerpunktthemen
Ärztliche Gutachter*innen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomie (+)</li> <li>• Treffen von schweren Entscheidungen (-)</li> <li>• kritischere Bewertung der Software sowie der Informations- und Kommunikationstechnik (-)</li> <li>• Führungsverhalten (-)</li> </ul>
Pflegegutachter*innen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hohe Sinnhaftigkeit der Arbeit (+)</li> <li>• höheres Bedrohungsempfinden (-)</li> <li>• Anforderungen durch Emotionsarbeit (-)</li> <li>• geringere Autonomiemöglichkeiten (-)</li> <li>• Treffen von schweren Entscheidungen (-)</li> <li>• Gestaltung und Ausstattung der Büroräume (-)</li> </ul>
Qualitätsprüfer*innen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stärkere Verschiebungen der Arbeitszeiten (-)</li> <li>• geringer Möglichkeiten der Flexibilisierung der Arbeitszeit (-)</li> <li>• Work-Privacy Konflikt (-)</li> </ul>
Bereich Sonstige	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mangelnder Informationsfluss (-)</li> <li>• geringere Weiterbildungsmöglichkeiten (-)</li> </ul>

Bewertung der Belastung: + – positiv, - – negativ

Dies bedeutet jedoch nicht, dass real in der Arbeitspraxis dort ein Schwerpunkt liegen muss. Aus diesem Grund wäre es sinnvoll ein Tiefenanalyseverfahren entsprechend an die Befragung anzuschließen, um in Gruppendiskussionen wie z. B. bei der ASITA die Schwerpunktthemen zu validieren.

### 4.3 Diskussion der Gegenüberstellung der Ergebnisse der mobil-flexiblen Arbeit aus beiden Projekten

Bei der Gegenüberstellung der Ergebnisse der mobil-flexiblen Arbeit aus beiden Projekten haben sich sowohl in den Teilprojekten als auch im Projektvergleich Signifikanzen ergeben. Ein Themenfeld betraf den Bereich Digitalisierung und Qualität der genutzten mobilen Endgeräte. Hier finden sich zum einen Altersgruppenunterschiede als auch tätigkeitsbezogene Unterschiede. Jüngere Pflegekräfte beurteilen deutlich kritischer die Qualität der genutzten Endgeräte als ihre älteren Kolleg\*innen. Dieser Unterschied ist beim MD nicht zu finden. Dies kann den Ursprung darin haben, dass die Beschäftigten des MDs schon deutlich länger digital arbeiten. Beide beobachteten

Effekte finden sich auch in der Literatur wieder (Initiative D21 e. V., 2022). Es kann davon ausgegangen werden, dass die jüngeren Pflegekräfte anders sozialisiert sind. Ihre Ansprüche an die genutzten Geräte sind somit höher, da sie auch ein anderes Leistungsspektrum erwarten. Dieser Effekt entsteht allein auch dadurch, da sie regelmäßig im privaten Bereich z. B. Smartphones nutzen (Initiative D21 e. V., 2022). Die tätigkeitsbezogenen Unterschiede zwischen der ambulanten Pflege und den MD zeigen sich auch in allgemeinen Daten, da Bürojobs bzw. Verwaltungsjobs schon sehr viel länger mit digitalen Medien arbeiten und diese Beschäftigten häufig eine höhere Kompetenz in diesem Bereich aufweisen. Somit wiegt hier der Generationseffekt deutlich weniger (Initiative D21 e. V., 2022).

Eine weitere Signifikanz betraf das Stressempfinden der Beschäftigten des MDs in Bezug zu ihrer mobilen Tätigkeit. Vor allem die länger Beschäftigten gaben an, dass sie diese Tätigkeit als stressig empfinden und diese stressfreier geplant werden könnte. Dies lässt sich damit begründen, dass diese Beschäftigten noch einen ganz anderen Bezugsrahmen zu ihrer Arbeit haben als die Beschäftigten, die weniger als 10 Jahre beim MD tätig sind. Wie bereits in Abbildung 18 gezeigt, hat sich die Anzahl der zu Pflegenden ca. in den letzten 10 Jahren verdoppelt. Dies spiegelt sich ebenso in den Angaben des MDs wider. Allein für Sachsen-Anhalt ist das Arbeitspensum der Begutachtungen in den letzten vier Jahren um mehr als 20 % gestiegen (Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt, 2023). Natürlich sind auch im Gegenzug die Beschäftigtenzahlen innerhalb der letzten fünf Jahre gestiegen (um ca. 25 %, (Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt, 2018, 2023). Dennoch ist es gut vorstellbar, dass dadurch dieses Empfinden zu Stande kommt. Zumal sich in dieser Zeit auch die Begutachtungen für die Pflege geändert haben. An dieser Stelle würde es z. B. sinnvoll sein, eine ASITA mit diesen Beschäftigten durchzuführen, um diese quantitativen Beobachtungen mit qualitativen Daten anzureichern.

In der statistischen Analyse ergab sich als letzten signifikanten Themenschwerpunkt das Sicherheitsempfinden. Hier ist es so, dass beide Gruppen sich grundsätzlich im Mittel während ihrer mobilen Tätigkeit sicher fühlen. Dennoch besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den ambulanten Pflegekräften und den Beschäftigten des MDs. In der mobilen Tätigkeit des MDs tritt ein geringeres Sicherheitsempfinden auf und durch den Tätigkeitsvergleich lässt sich dieses insbesondere für die

Pflegegutachter\*innen feststellen. Es stellt sich also die Frage, welche Rahmenbedingungen zu diesem Empfinden führen. In Unterkapitel 1.3 wurde auf die strukturellen Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Berufe eingegangen und eine mögliche Ursache für das Empfinden lässt sich hier finden. Ambulante Pflegekräfte sind in der Regel während ihrer mobilen Tätigkeit auf den gleichen Touren und somit bei den gleichen Patient\*innen unterwegs. Sie kennen diese und die Rahmenbedingungen vor Ort. Wie in Abschnitt 3.1.3 beschrieben, ist es sogar so, dass der Wunsch besteht, dass eher umgängliche Patienten\*innen aufgenommen werden, da ein Pflegedienst aufgrund des Aufkommens sich die Patient\*innen aussuchen könne. Diese Rahmenbedingungen können Sicherheit für die Pflegekräfte vermitteln. Die Tätigkeit der Pflegegutachter\*innen ist anders strukturiert. Sie werden jeden Tag mit neuen Begutachtungen und somit neuen Menschen konfrontiert. Meistens finden diese auch in den Wohnungen der Antragssteller\*innen statt. Es sind also vorher keine persönlichen Eigenheiten (z. B. Aggressionspotential) und die Gegebenheiten vor Ort bekannt. Allein diese Umstände können dazu führen, dass ein geringes Sicherheitsempfinden bei den Pflegegutachter\*innen besteht. Im Tätigkeitsgruppenvergleich hatte sich auch gezeigt, dass vor allem die Pflegegutachter\*innen Gewalt z. B. durch Kund\*innen ausgesetzt sind. Mit diesen Ergebnissen kann ein Präventionsbedarf für die Pflegegutachter\*innen festgestellt werden. In diesem Falle würde sich z. B. eine Gesundheitswerkstatt zu diesem Thema anbieten, um gemeinsam im Dialog mit den Pflegegutachter\*innen die Arbeitssituation zu verbessern (Bindl et al., 2018; Bölsch-Peterka et al., 2022; Pick et al., 2004).

Abschließend soll die Hypothese H3 beurteilt werden.

Diese lautete:

*„Ambulante Pflegekräfte haben geringere Ausprägungen von Belastungen und Beanspruchungen in den Werten der mobil-flexiblen Arbeit als die Beschäftigten des MDs, die mobil-flexibel tätig sind.“*

Diese These muss *abgelehnt* werden. Es finden sich sowohl Besonderheiten bei den ambulanten Pflegekräften als auch bei den Beschäftigten des MDs. Es kann nicht verallgemeinert werden, dass die mobil-flexible Tätigkeit bei den ambulanten

Pflegekräften geringe Beanspruchungsfolgen aufweist. Eine Überprüfung mit bestehenden Studien ist nicht möglich, da bisher diese beiden Berufszweige nicht miteinander verglichen wurden.

#### 4.4 Schlussfolgerungen für den Prozess der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung

In diesem Unterkapitel soll die Fragestellung geklärt werden, ob die vorgestellten Analyseinstrumente ein probates Werkzeug sind, um die Analysephase einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung speziell für die mobil-flexible Arbeit durchzuführen. Dafür sollen als Prüfkriterien die Qualitätsgrundsätze der Instrumente und Verfahren nach der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (2018) herangezogen werden. Diese sind in Tabelle 1 aufgeführt. Eine Einschätzung der Qualitätsgrundsätze, für die in dieser Arbeit vorgestellten Instrumente, befindet sich in Tabelle 38.

Für das Teilprojekt ambulante Pflege wird zwischen dem allgemeinen standardisierten COPSOQ und der angepassten Version aus diesem Forschungsprojekt (Ergänzung mobil-flexible Arbeit) differenziert. Ebenso ist die ASITA, in der hierbeschriebenen Form, aufgeführt. Im Falle des Teilprojekts MD wird auch zwischen der ursprünglichen Form und der angepassten Form des Fragebogens unterschieden. Die Einstufung der Qualitätsgrundsätze erfolgt dreistufig (siehe Legende zur Tabelle 38).

Viele der zu prüfenden Qualitätsgrundsätze konnten bereits in Kapitel 2 geklärt werden, sodass an dieser Stelle eine Zusammenfassung zu den einzelnen Punkten gegeben wird. Für den ersten Qualitätsgrundsatz kann konstatiert werden, dass im Teilprojekt ambulante Pflege die Eignung für die Einsatzbereiche beschrieben sind. So wird der COPSOQ schon knapp über 20 Jahre für die Ermittlung von psychischer Belastung in Deutschland genutzt (Nübling et al., 2005) und die ASITA ist ein erprobtes Gruppenverfahren zur Erhebung von Arbeitsbedingungen (Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN), 2018; Bieler, 2012; Bölsch-Peterka et al., 2022; Nieder, 2005)<sup>32</sup>. Das verwendete Instrument im Teilprojekt MD, welches durch die Beratungsfirma erstellt wurde, erfüllt diesen Qualitätsgrundsatz nicht bzw. er kann nicht

---

<sup>32</sup> Sie wird z. B. schon seit mehreren Jahren von den Berufsgenossenschaften und Krankenkassen in Gesundheitsprojekten genutzt.

abschließend vom Forschungsprojekt beurteilt werden, da diese Daten von der Beratungsfirma nicht offengelegt wurden.

Der zweite Qualitätsgrundsatz fordert, dass die Anwendungsvoraussetzungen beschrieben sind. Für das Teilprojekt ambulante Pflege ist dies gegeben, wie bereits im ersten Grundsatz dargestellt. Für das Teilprojekt MD ist dies bedingt gegeben, da nur angenommen werden kann, dass die Beratungsfirma entsprechend in Sinne des MDs das Instrument ausgewählt hat und durch ihre Expertise die Voraussetzungen kennen und auch erfüllen.

Im Falle des dritten Qualitätsgrundsatzes muss diese Anforderung für das Teilprojekt MD abgelehnt werden. Dieses Instrument ist nicht standardisiert und auch die methodische Qualität wurde nicht öffentlich publiziert. Dies ist hingegen für den COPSOQ bekannt. Im Falle der ASITA ist das methodische Vorgehen beschrieben, dennoch hängt die Qualität maßgeblich von den Kompetenzen der Moderation ab. Ebenfalls müssen die Gruppengröße und die Sozialdynamiken innerhalb der Gruppe berücksichtigt werden (Berger et al., 2019).

Der vierte Qualitätsgrundsatz kann für alle vorgestellten Instrumente angenommen werden. Wie bereits in Kapitel 2 aufgezeigt, werden die Merkmalsbereiche aus Tabelle 2 abgedeckt und entsprechend durch die fachliche Begleitung beurteilt.

In den Ergebnissen (Kapitel 3) hat sich gezeigt, dass ein Standardvorgehen nicht alle relevanten Belastungsfaktoren aufgreift. Erst durch das Ermitteln der verschiedenen Bedingungen vor Ort bei den Kund\*innen/Patient\*innen hat weitere Belastungsfaktoren aufgedeckt. Aus diesem Grund kann der fünfte Qualitätsgrundsatz nur für den angepassten COPSOQ und die ASITA angenommen werden. Denn auch die ASITA hatte z. B. erst den Generationskonflikt innerhalb des Pflegedienstes sichtbar gemacht. Erwartungsgemäß haben die anderen verwendeten Instrumente auch entsprechende Belastungsfaktoren aufgedeckt. Doch dies erfolgte eben nicht all umfänglich. Aus diesem Grund macht es Sinn, entsprechende Instrumente, um Bedingungen aus der mobil-flexiblen Arbeit, zu ergänzen. Lincke et. al. (2024) haben z. B. ein Ergänzungsmodul zum Homeoffice für den COPSOQ entwickelt. Dieses beschränkt sich jedoch auf die Bedingungen im Homeoffice und erfasst nicht Belastungsfaktoren für mobile Berufe, die Teil von mobil-flexibler Arbeit sind (siehe Unterkapitel 1.2).

## Diskussion - Schlussfolgerungen für den Prozess der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung

Tabelle 38: Prüfung der angewendeten Analyseinstrumente nach den Qualitätsgrundsätzen für Instrumente/Verfahren zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung nach Nationale Arbeitsschutzkonferenz (2018)

Qualitätsgrundsätze	Teilprojekt ambulante Pflege			Teilprojekt MD	
	COPSOQ (Standard)	COPSOQ (angepasst)	ASITA	Fragebogen erstellt durch Beratungsfirma	Fragebogen erstellt durch Beratungsfirma (angepasst)
1. Es ist beschrieben, für welche Einsatzbereiche das Instrument/Verfahren geeignet ist.	✓	✓	✓	✗	✗
2. Anwendungsvoraussetzungen sind beschrieben.	✓	✓	✓	bedingt	bedingt
3. Die methodische Qualität des Instruments/Verfahrens ist geprüft und ausgewiesen.	✓	✓	bedingt	✗	✗
4. Das Instrument/Verfahren erfasst und beurteilt Tätigkeiten und Ausführungsbedingungen.	✓	✓	✓	✓	✓
5. Das Instrument/Verfahren berücksichtigt die relevanten Belastungsfaktoren.	bedingt	✓	✓	bedingt	bedingt
6. Das Instrument/Verfahren beinhaltet Methoden bzw. Hilfestellungen zur Beurteilung, ob Maßnahmen zur Minderung von Gefährdungen durch psychische Belastung erforderlich sind oder nicht.	bedingt	bedingt	✓	bedingt	bedingt
7. Das Instrument/Verfahren sieht die Einbeziehung der Beschäftigten in den Prozess der Gefährdungsbeurteilung vor.	bedingt	bedingt	✓	bedingt	bedingt

✓ – ist umgesetzt, wird berücksichtigt

✗ – ist nicht umgesetzt, wird nicht berücksichtigt

bedingt – wird unter bestimmten Voraussetzungen umgesetzt, ist teilweise berücksichtigt

Bei der Beurteilung des 6. Qualitätsgrundsatzes ist es von Belang, wer fachlich die GBpsych betreut. Aus diesem Grund wurden alle Fragebögen mit „bedingt“ bewertet. Bei der Verwendung des COPSOQs ist es vom Vorteil, dass die Freiburger Forschungsstelle für Arbeitswissenschaften GmbH eine deutschlandweite Datenbank mit Referenzwerten von mehr als 630.000 Beschäftigten aus verschiedenen Berufszweigen pflegt (Freiburger Forschungsstelle für Arbeitswissenschaften GmbH, 2024). Bei einer vergleichenden Analyse gibt diese gute Anhaltspunkte, ob Maßnahmen zur Minderung von Gefährdungen durch psychische Belastung erforderlich sind (Nübling et al., 2005). Dies setzt jedoch eine Zusammenarbeit mit der Forschungsstelle voraus. Rein bei einer Benutzung des Fragebogens durch ein Unternehmen kann es hier durch fehlende Expertise zu Fehlinterpretationen kommen bzw. kann es auch zu methodischen Fehlern kommen, da z. B. die Oberkategorien falsch berechnet wurden. Ähnlich verhält es sich auch bei dem Fragebogen, der im Teilprojekt MD benutzt wurde. Eine sinnvolle Interpretation ist rein durch die Expertise der Beratungsfirma gegeben. Die ASITA könnte in diesem Qualitätsmerkmal hingegen vom Vorteil sein. Die Interpretation der Arbeitssituationsspinne (siehe Abbildung 26) kann intuitiv durch das Ampelsystem erfolgen. Handlungsbedarfe werden somit schnell für die Gruppe sichtbar. Die Hürden der ASITA sind hingegen eher die methodischen Voraussetzungen wie im 3. Qualitätsgrundsatz beschrieben.

Für den 7. Qualitätsgrundsatz kann festgehalten werden, dass alle vorgestellten Analyseinstrumente die Beschäftigten beteiligt haben. Jedoch ist der Grad der Partizipation unterschiedlich ausgeprägt. Bei der Benutzung eines Fragebogens ist es nämlich von entscheidender Bedeutung, wie der Prozess der GBpsych danach weiter ablaufen wird (siehe Abbildung 3). Sollten z. B. danach die Ergebnisse nicht an die Beschäftigten zurückgemeldet werden oder transparent dargestellt werden, warum Maßnahmen abgeleitet werden, dann wird dieser Qualitätsgrundsatz nicht erfüllt. Dies kann nicht zu Lasten des Analyseinstruments gelegt werden, sondern steht eindeutig in der Verantwortung der fachlichen Verwendung in der betrieblichen Praxis. Bei der ASITA ist der Grad der Partizipation deutlich stärker durch die Methodik ausgeprägt (siehe Abschnitt 2.1.3.2). Beschäftigte werden sehr viel stärker beteiligt und können sich an einer Maßnahmenentwicklung direkt beteiligen. Aus diesem Grund erhält die ASITA in diesem Qualitätsmerkmal auch eine positive Bewertung.

Zusammenfassend für dieses Kapitel kann folgendes Fazit gezogen werden. Alle vorgestellten Instrumente haben ihre Stärken und Schwächen. Der entscheidende Punkt ist, dass diese dem/der Anwender\*in ausreichend bekannt sind und eine gezielte Nutzung der Instrumente erfolgt. Die vorgestellten Fragebögen können eindeutig zu den orientierenden Analysen zugeordnet werden (siehe Abschnitt 1.1.1). Dies bedeutet eben für den weiteren Verlauf der GBpsych, dass tiefere Analysen und auch Auseinandersetzungen mit den Perspektiven der Beschäftigten zu erfolgen haben. Dies soll kurz an einem Beispiel aus dieser Arbeit erklärt werden. Die Ergebnisse aus der Befragung des MDs haben gezeigt, dass die Pflegegutachter\*innen in bestimmten Punkten eine psychische Belastung aufweisen. Aus diesem Grund wäre es sinnvoll für diese Beschäftigtengruppen eine ASITA oder Gesundheitswerkstatt durchzuführen, um besser diese zu verstehen und mit ihnen gemeinsam Maßnahmen entwickeln zu können. Mit diesem Vorgehen würden alle Qualitätsgrundsätze erfüllt sein. Bei einer alleinigen Nutzung der ASITA als Analyseinstrument sollten folgende Punkte beachtet werden:

- Beschäftigtenzahl/ Anzahl der Abteilungen,
- Qualität der Moderation,
- zeitliche Kapazitäten und
- Offenheit der Beschäftigten.

Beim ersten Punkt muss beachtet werden, dass die ASITA als Gruppenverfahren in der Teilnehmerzahl begrenzt ist. Sollte das zu betrachtende Unternehmen mehr als 30 Beschäftigte haben, so ist klar, dass diese nicht alle an einer ASITA teilnehmen können. Im Schnitt nehmen 10 bis 20 Personen an einer ASITA teil. Bei größeren Unternehmen müssten somit mehrere ASITAs durchgeführt werden oder es wird sich für eine Pilotierung entschieden. Hierbei sollte beachtet werden, dass verschiedene Arbeitsbereiche (z. B. Abteilungen mit unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkten) nicht in einer ASITA befragt werden. Dies könnte das Gruppenbild verzerren, da durch die verschiedenen Aufgabenbereiche unterschiedliche Beanspruchungsfolgen entstehen können.

Mit entscheidend für die Aussagekraft der ASITA ist die Qualität der Moderation (Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN), 2018). Diese sollte den Prozess der ASITA gut verinnerlicht haben und sich entsprechend wertfrei

verhalten. Die Moderation muss sich darüber im Klaren sein, dass sie qualitative Daten erhebt und sollte sich deshalb auch mit den Gütekriterien von qualitativer Forschung auseinander gesetzt haben (Mayring, 2016). Dies betrifft insbesondere die Interpretation der Nennungen aus dem Prozess „An was haben Sie gedacht, als Sie ... bepunktet haben?“. Aus diesem Grund gibt es mehrere Stellen im Prozess der ASITA, an denen die Moderation z. B. durch Paraphrasieren und Rückversichern klärt, ob dies so im Sinne der Gruppe ist. So soll eine Fehlinterpretation, oder auch das „laute“ Stimmen überrepräsentiert sind, verhindert werden (Bölsch-Peterka et al., 2022).

Wie bereits in den Abschnitten 2.1.3.2 und 3.1.3 beschrieben, werden für eine ASITA-Workshop meistens zwei bis vier Stunden veranschlagt. Dies bindet für viele Unternehmen und auch insbesondere für Pflegedienste enorme zeitliche Kapazitäten, da eben in dieser Workshopzeit nicht gearbeitet werden kann. So kann es im Beratungsprozess zu möglichen Instrumenten für die GBpsych dazu kommen, dass ein Fragebogen vordergründig deutlich „charmanter“ wirkt. Im Schnitt brauchen hier die Beschäftigten 20 bis 30 Minuten zum Ausfüllen und dies können sie zeitlich flexibel erledigen, wenn sie gerade freie Kapazitäten haben. Doch wie sich bereits in diesem Unterkapitel gezeigt hat, macht es meistens Sinn nach einer Befragung eine vertiefende Analyse durchzuführen. So ist z. B. dies auch eine eindeutige Empfehlung für das Teilprojekt MD. Aus diesem Grund kann es an sich ressourcenschonender sein, gleich von vornherein eine ASITA einzuplanen. Hier bedarf es einer guten Beratung durch Experten, um entsprechend die Vor- und Nachteile aufzuzeigen. Ebenso braucht es flexible Einsatzkonzepte für die ASITA, um gezielt auf die Rahmenbedingungen der Unternehmen eingehen zu können. Dies kann z. B. eine Umsetzung auf digitaler Ebene (Bölsch-Peterka et al., 2022) oder eine zeitliche Staffelung beinhalten.

Der letzte Punkt betrifft die Offenheit der Beschäftigten. So ein Gruppenverfahren funktioniert nur, wenn auch die Beschäftigten bereit sind, sich an diesem Prozess zu beteiligen. Aufgabe der fachlichen Beratung ist es also, in Erfahrung zu bringen, ob eine entsprechende Offenheit vorhanden ist. Bei der Anwendung von Fragebögen zeichnet sich z. B. eine Verschlussenheit der Beschäftigten in geringen Rücklaufquoten ab. Bei der ASITA kann dies für die Moderation bedeuten, dass eine Erhebung mit Hilfe der Arbeitssituationsspinne gar nicht erst möglich ist. Aus diesem Grund sollte dies in der

Planung des Prozesses und in der Kommunikation mit dem beteiligten Unternehmen berücksichtigt werden.

Übergeordnet für den Prozess der GBpsych ist die Methodik der ASITA eine Chance, Aspekte der Analyse und einer ersten Intervention zu kombinieren. Wie bereits im Abschnitt 1.1.4 erläutert, werden vorwiegend in den mittleren und kleinen Unternehmen kaum psychische Gefährdungsbeurteilungen durchgeführt. Mit solchen praxisnahen Methoden könnte dieser Umstand verbessert werden. Insbesondere für die Pflegedienste kann die ASITA ein gutes Instrument sein, da schnell praxisnahe Ergebnisse zur Verfügung stehen.

Bei größeren Unternehmen wie dem MD sollte das Vorgehen von einem orientierenden Verfahren und einer anschließenden Tiefenanalyse erfolgen (siehe Beispiel oben, S. 148ff.). Hiermit können die umfassendsten Ergebnisse erzielt werden, um dann darauf aufbauend Maßnahmen ableiten zu können.

#### 4.5 Limitation der Studie

In diesem Forschungsprojekt haben sich verschiedene Limitationen ergeben, die an dieser Stelle transparent dargestellt und diskutiert werden sollen. Da sie sich an unterschiedlichen Etappen im Prozess ergeben haben, sollen sie chronologisch vom Forschungsgegenstand über den Rekrutierungsprozess bis hin zur Auswertung der Ergebnisse vorgestellt werden.

Untersuchungsgegenstand des Forschungsprojektes sind zwei Bereiche aus dem Gesundheitssektor - die ambulanten Pflegedienste und der MD. Bereits hier ergibt sich eine erste Limitation. Denn zum Zeitpunkt der Befragung brach das SARS-CoV-2-Virus aus, welches maßgeblich den Gesundheitssektor beeinflusst hat. Für die vorliegende Studie zeigte sich dies in einem geringeren Stichprobenumfang und ebenso kann ein Teil der Ergebnisse von diesem Ereignis mit beeinflusst wurden sein. Aus diesem Grund wäre es ratsam, ähnliche Befragungen in einer nicht pandemischen Zeit noch einmal durchzuführen.

Im Rekrutierungsprozess, der Anfang 2019 startete, wurde schon vermutet, dass Pflegedienste an dem Projekt teilgenommen haben, bei denen vorwiegend gute Arbeitsbedingungen bereits vorherrschten. Einige ambulante Pflegedienste haben bereits im ersten Telefonat eine Zusammenarbeit abgelehnt oder sind während des

Beratungsprozesses ausgeschieden. Eine Vermutung ist, dass eine Teilnahme aufgrund der schlechten Arbeitsbedingungen ausgeschlossen wurde. Aus diesem Grund muss davon ausgegangen werden, dass in diesem Fall der sogenannte „Healthy Worker Effect“ eingetreten sein könnte (Baillargeon, 2011). Dies trifft insbesondere für die Stichprobe aus dem Teilprojekt ambulante Pflege zu. Es ist also anzunehmen, dass neben der geringen Stichprobengröße auch die Ergebnisse besser ausgefallen sind, als sie sich in der Realität tatsächlich abbilden.

Für die verwendeten Messinstrumente ergeben sich folgende Limitationen. Neben der geringen Stichprobengröße im Teilprojekt ambulante Pflege nahm leider nur ein Unternehmen die Möglichkeit der ASITA wahr. Dies mindert eine generell gültige Aussagekraft der Ergebnisse aus der ASITA. Für die Verwendung des COPSOQs ergab sich folgende Limitation. Die verwendeten Referenzwerte aus der COPSOQ Datenbank sind speziell für die Pflegeberufe ohne weitere Differenzierung gefiltert wurden. Dies bedeutet jedoch auch, dass z. B. Stichproben aus Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen mit enthalten sind. Eine Abbildung nur der Berufsgruppe der ambulanten Pflegedienste war leider nicht möglich.

Ebenso ergaben sich zwei Einschränkungen für das Teilprojekt MD. Der verwendete Fragebogen wurde durch eine Beratungsfirma zur Verfügung gestellt. Von dieser wurden nicht alle Angaben zum Fragebogen offengelegt, sodass nicht alle Qualitätsgrundsätze der GDA überprüft werden konnten (siehe Unterkapitel 4.4). Weiterhin ist die Verteilung der verschiedenen Tätigkeitsgruppen sehr unterschiedlich ausgefallen, so dass z. B. die Qualitätsprüfer\*innen am geringsten vertreten waren und es fehlten ca. 80 % der möglichen Qualitätsprüfer\*innen, die hätten befragt werden können. Die ärztlichen Gutachter\*innen waren mit ca. 63 % der möglichen Befragten hingegen gut vertreten. Bei den Pflegegutachter\*innen konnten ca. 37 % erfasst werden. Aus diesem Grund sollten die Aussagen im Tätigkeitsgruppenvergleich immer unter dieser Prämisse betrachtet werden.

#### 4.6 Forschungsausblick

Der Forschungsausblick setzt sich aus mehreren Ebenen zusammen. In der Arbeit wurde das Wissen zu drei Themenfeldern (*GBpsych, mobil-flexible Arbeit und mobile Berufe in der Pflege*), zwei Forschungsfragen und zwei Teilprojekten mit sechs

Hypothesen zusammengetragen. Für die weitere Forschung ergeben sich auf jeder dieser Ebenen unterschiedliche Empfehlungen und Ansätze.

Für das *Themenfeld GBpsych* stellt sich nach dem Abschnitt 1.1.4 und dem Unterkapitel 4.4 die Frage, wie in Deutschland diese weiter in der Praxis umgesetzt werden kann. Anhand der Ergebnisse liegt hier eindeutig der Schwerpunkt in der praktischen Umsetzung selbst. Es sind die rechtlichen und methodischen Rahmenbedingungen da. Nun sollten langfristig auch die Zahlen der Umsetzung in den Unternehmen steigen, um den rechtlichen Anforderungen gerecht zu werden. Hier sollte es Aufgabe der Forschung sein, Konzepte zu entwickeln, die Unternehmen und insbesondere Kleinunternehmen in diesem Thema voranbringen. Ein Beispiel wurde in dieser Arbeit bereits aufgeführt. So könnten mit einer wissenschaftlichen Begleitung mehrere ASI-TAs in ambulanten Pflegediensten durchgeführt werden, um eine entsprechende Datenbasis zu entwickeln.

Für die *mobil-flexible Arbeit* besteht, wie Abschnitt 1.2.1 gezeigt hat, bereits ein reges Forschungsinteresse. Hier wird weiterhin die gesundheitsförderliche Gestaltung im Vordergrund stehen und wie sich diese Arbeitsform nach der Corona-Pandemie weiterentwickeln wird. Es sollten dabei auf jeden Fall gesamtgesellschaftliche Aspekte in Bezug z. B. des Pendelverhaltens und der Familiengestaltung mit betrachtet werden. Bei den *mobilen Berufen in der Pflege* ergeben sich auch mehrere Forschungsaspekte. Zum einen muss geschaut werden, wie sich die Corona-Pandemie auf diesen Berufszweig ausgewirkt hat und wie entsprechende negative Beanspruchungsfolgen abgefedert werden können. Wie das Unterkapitel 1.3 und die Ergebnisse dieser Arbeit gezeigt haben, spitzt sich die Lage in der Pflege immer weiter zu und eine Entspannung dieser ist nicht absehbar. Auch hier ist die Forschung gefragt, entsprechende Lösungskonzepte zu entwickeln. Diese müssen jedoch auf einer strukturellen Ebene angesetzt werden, da allein Präventionskonzepte dies nicht mehr auffangen können. Grundsätzlich wäre es wünschenswert, wenn das hier vorgestellte Befragungsmodul für mobile Berufe auch in anderen Branchen erprobt werden würde. Anhand dieses Moduls hatte es sich auch ergeben, dass der Arbeitsschutz bei mobil-flexibler Arbeit über die räumlichen Grenzen der Unternehmen gedacht werden muss. Die Forschung sollte für diese Umstände Präventionskonzepte entwickeln, um negative Beanspruchungsfolgen aufgrund mobil-flexibler Arbeit abzuschwächen. Ebenso ergibt sich ein Forschungsbedarf zum MD. Diese Arbeit bietet einen ersten Einblick in die Belastungs-

und Beanspruchungsstruktur eines MDs. Es würde sich z. B. anbieten einen Vergleich zwischen den Bundesländern durchzuführen, um strukturelle Unterschiede sichtbar zu machen.

## 5 Zusammenfassung

Die rechtlich geforderte Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (GBpsych) bietet einen entsprechenden Rahmen, um sich mit der psychischen Gesundheit der Beschäftigten im Arbeitskontext auseinander zu setzen. Durch entsprechende Ergänzungen können auch moderne Arbeitsformen wie die mobil-flexible Arbeit Berücksichtigung finden. Ziel dieser Arbeit war es eine umfassende Orientierung für die verschiedenen betrieblichen Akteur\*innen, die Gefährdungsbeurteilungen psychischer Belastung durchführen und die in der Pflege tätig sind, zu geben. So wurden klar die Vor- und Nachteile der vorgestellten Analyseinstrumente aufgeführt. Es kann festgehalten werden, dass die Instrumente stets nach den Anforderungen der Unternehmen ausgewählt werden sollten und aus diesem Grund es wichtig ist, dass betriebliche Akteur\*innen um die Vor- und Nachteile wissen.

Für die vorgestellten Teilprojekte ambulante Pflege (n = 33) und Medizinischer Dienst (MD, n = 209) wurden unterschiedliche Analyseinstrumente verwendet. Beim Teilprojekt ambulante Pflege wurde ein Altersgruppenvergleich mit Hilfe einer angepassten Form des standardisierten COPSOQs (Copenhagen Psychosocial Questionnaire) durchgeführt und das Verfahren der ASITA (Arbeitssituationsanalyse) angewandt. Für das Teilprojekt MD wurde ein Fragebogen durch eine Beratungsfirma gestellt und es erfolgte ein Vergleich der Erfahrungswerte ( $\leq 10$  Jahre und  $> 10$  Jahre) sowie der Tätigkeitsgruppen (ärztliche Gutachter\*innen, Pflegegutachter\*innen, Qualitätsprüfer\*innen und der Bereich Sonstiges).

Für die ambulante Pflege hat die Anpassung des COPSOQs um Aspekte aus der mobilen Tätigkeit gezeigt, dass diese spezifische Belastungsstrukturen ohne die notwendige Ergänzung nicht aufgedeckt worden wären. Es konnte zu bestehenden Ergebnissen ergänzt werden, dass ambulante Pflegekräfte in der mobilen Tätigkeit von Zugluft, schlechter Luft und schlechten Lichtverhältnissen betroffen sind. Insbesondere vor dem Hintergrund der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung muss dies Beachtung finden, da der Arbeitsschutz nicht an den physischen Unternehmensgrenzen aufhören kann. Dies bedeutet für die ambulante Pflege, dass es Präventionsangebote für Pflegekräfte geben sollte, die eine Gestaltung der mobilen Tätigkeit und einer Verbesserung von Bedingungen in den Patient\*innenwohnungen beinhaltet. Bei weiteren

Studien sollte mit einer größeren Stichprobe ein Altersgruppenvergleich durchgeführt werden. In dem Teilprojekt konnte kein signifikanter Altersgruppenvergleich festgestellt werden. Dies könnte jedoch auch mit dem geringen Stichprobenumfang in Verbindung stehen. Langfristig braucht es jedoch weitere Konzepte, damit die GBpsych in den Pflegediensten auch durchgeführt wird. In der Arbeit konnte aufgezeigt werden, dass dies z. B. mit ASITAs möglich wäre. Diese Methode ermöglicht es, schnell praxisnahe Informationen zu der IST-Situation der Beschäftigten zu erhalten, um mit diesen entsprechende Maßnahmen ableiten zu können.

Das Teilprojekt MD ist insoweit besonders, da bis zu dem derzeitigen Zeitpunkt keine Daten zu der Belastungs- und Beanspruchungsstruktur der Beschäftigten veröffentlicht worden sind. Die Arbeit konnte hier einen ersten Einblick in Ergebnisse gewähren und erste Empfehlungen ableiten. Das meiste Verbesserungspotential bieten die Arbeitsbedingungen der Pflegegutachter\*innen. Sie machen einen Großteil der Beschäftigten aus (ca. 42 %, Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt, 2023) und anhand der Befragung konnten erste Themenfelder konkret benannt werden. Diese betrafen ein höheres Bedrohungsempfinden, höhere Anforderungen durch Emotionsarbeit, geringe Autonomiemöglichkeiten, das Treffen von schweren Entscheidungen und die Gestaltung der Büroräume. Zu einer Vertiefung der Themen würde sich eine Gesundheitswerkstatt mit den Pflegegutachter\*innen anbieten, um entsprechende Lösungsvorschläge für die genannten Punkte zu erarbeiten. Dennoch sollten auch die anderen Bereiche (ärztliche Gutachter\*innen, Qualitätsprüfer\*innen und Bereich Sonstige) nicht vernachlässigt werden.

Arbeitgeber\*innen sollten sich nicht vor dem Aufwand der GBpsych scheuen, da in Zeiten von Personalmangel dieses Instrument strukturelle Probleme aufdecken kann und somit auch langfristig Arbeitsplätze attraktiver machen kann.

## Literaturverzeichnis

- 1 Ahlers, E. (2016). *Arbeit und Gesundheit im betrieblichen Kontext: Befunde aus der Betriebsrätebefragung des WSI 2015* (WSI Report No. 33). Hans-Böckler-Stiftung, Wirtschafts- u. Sozialwissenschaftliches Institut (WSI).
- 2 Ärzteblatt, D. Ä. G., Redaktion Deutsches. (2024, Mai 27). *Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland steigt überraschend massiv*. Deutsches Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/151686/Zahl-der-Pflegebeduerftigen-in-Deutschland-steigt-ueberraschend-massiv>
- 3 Backhaus, N. (2022). Telearbeit, Homeoffice oder mobiles Arbeiten? Impulse zur Zukunft der Arbeit von zuhause. *sozialpolitik.ch*, 2, 1–32.
- 4 Baillargeon, J. (2011). Characteristics of the healthy worker effect. *Occup Med.*, 16(2), 359–366.
- 5 BAuA. (2023). *Arbeitszeitreport Deutschland: Ergebnisse der BAuA-Arbeitszeitbefragung 2021*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). [https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/F2507-3.html?pk\\_campaign=DOI](https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/F2507-3.html?pk_campaign=DOI)
- 6 Beck, D., & Lenhardt, U. (2019). Consideration of psychosocial factors in workplace risk assessments: Findings from a company survey in Germany. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 92(3), 435–451.
- 7 Beck, D., Richter, G., Ertel, M., & Morschhäuser, M. (2012). Gefährdungsbeurteilung bei psychischen Belastungen in Deutschland: Verbreitung, hemmende und fördernde Bedingungen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 7(2), 115–119.
- 8 Beermann, B., Amlinger-Chatterjee, M., Brenscheidt, F., Gerstenberg, S., Niehaus, M., Wöhrmann, A. M., & Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2017). *Orts- und zeitflexibles Arbeiten: Gesundheitliche Chancen und Risiken*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- 9 Berger, Ernst, C., Nordbrock, C., Paridon, H., Schöneich-Kühn, C., & Wittmann, S. (2019). *Psychische Belastung – der Schritt der Risikobeurteilung: Fachinformation für die Prävention*. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV). <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3476>
- 10 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. (2024). *Übersicht über die meldepflichtigen Diestwegeunfälle—Ambulante sozialpflegerische Dienste [dataset]*.
- 11 Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN). (2018). *Die Arbeitssituationsanalyse: Arbeit gesund gestalten, Mitarbeiter und Führungskräfte einbinden*. [https://medien.bgn.de/catalogs/ASA\\_Ordner/pdf/complete.pdf](https://medien.bgn.de/catalogs/ASA_Ordner/pdf/complete.pdf)
- 12 Bieler, S. (2012). Beschäftigte als Experten in eigener Sache. *Sozialwirtschaft*, 2(22), 30–31.
- 13 Bindl, C., Held, U., & Pieck, N. (2018). Betriebliches Gesundheitsmanagement im Dialog—Lernen in Theorie und Praxis. In H. Johns & G. Vedder (Hrsg.), *Organisation von Arbeit und berufsbegleitendem Lernen* (1., Bd. 10, S. 187–208). Rainer Hampp Verlag.

- 14 Böhle, F., & Wehrich, M. (2020). Das Konzept der Interaktionsarbeit. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 74(1), 9–22. <https://doi.org/10.1007/s41449-020-00190-2>
- 15 Bölsch-Peterka, R., & Böckelmann, I. (2021). Aspekte mobil-flexibler Arbeit. *ASU*, 56(04). <https://doi.org/10.17147/asu-2104-8797>
- 16 Bölsch-Peterka, R., Krowicki, M., Schmidtke, A., & Böckelmann, I. (2022). Durchführung von digitalen Arbeitssituationsanalysen für die mobil-flexible Arbeit zur Erhebung von psychischen Belastungsfolgen: Befragung von Mitarbeiter\*innen einer öffentlichen Verwaltung zu Homeoffice-Erfahrungen während der SARS-CoV-2-Pandemie. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 72(3), 115–128. <https://doi.org/10.1007/s40664-022-00460-2>
- 17 Bonin, H., Eichhorst, W., Kaczynska, J., Kümmerling, A., Rinne, U., Scholten, A., & Steffes, S. (2020). *Verbreitung und Auswirkungen von mobiler Arbeit und Homeoffice* (Kurzexpertise 549). Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- 18 Bonin, H., Eichhorst, W., & Krause-Pilatus, A. (2022). *Bedeutung von Coworking Spaces als Dritter Arbeitsort in Deutschland* (Forschungsbericht 595). Bundesministerium für Arbeit und Soziales. [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-595-expertise-bedeutung-von-coworking-spaces.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-595-expertise-bedeutung-von-coworking-spaces.pdf?__blob=publicationFile&v=2)
- 19 Brandt, C. (2010). Mobil arbeiten—Gesund arbeiten? In C. Brandt (Hrsg.), *Mobile Arbeit—Gute Arbeit?: Arbeitsqualität und Gestaltungsansätze bei mobiler Arbeit* (S. 9–15).
- 20 Breinbauer, M. (2020). *Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Pflege: Eine empirische Untersuchung in Rheinland-Pfalz* (Array, Hrsg.). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-32021-8>
- 21 Brenscheidt, F. (2017). *Flexible Arbeitszeitmodelle: Überblick und Umsetzung*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- 22 Bühl, A. (2019). *SPSS - Einführung in die moderne Datenanalyse ab SPSS 25* (16., aktualisierte Auflage). Pearson Deutschland GmbH.
- 23 Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2015). *Grünbuch Arbeiten 4.0*.
- 24 Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2017). *Weißbuch: Arbeiten 4.0*.
- 25 Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2021). *Arbeitssituation und Belastungsempfinden im Kontext der Corona-Pandemie im Juli 2021* (Forschungsbericht 570/7). Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- 26 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2017). *Zweiter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung—Eine Zusammenfassung*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- 27 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, & Bundesministerium für Gesundheit. (2020). *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* (14. Auflage). <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93450/be474bfdb4016bbbca9bf87b4cb9264b/charta-der-rechte-hilfe-und-pflegebeduerftiger-menschen-data.pdf>

- 28 Burr, H., Kersten, N., Kroll, L., & Hasselhorn, H.-M. (2013). Selbstberichteter allgemeiner Gesundheitszustand nach Beruf und Alter in der Erwerbsbevölkerung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56, 349–358. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1645-6>
- 29 Büssing, A., Glaser, J., & Höge, T. (2004). Psychische und physische Belastungen in der ambulanten Pflege: Ein Screening zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 48(4), 165–180.
- 30 Büssing, A., Glaser, J., & Höge, T. (2005). *Belastungsscreening in der ambulanten Pflege*. Wirtschaftsverlag NW.
- 31 Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). L. Erlbaum Associates.
- 32 Corona Datenplattform. (2021). *Themenreport 02, Homeoffice im Verlauf der Corona-Pandemie* (Ausgabe Juli 2021). [https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Downloads/Infas-Corona-Datenplattform-Homeoffice.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Downloads/Infas-Corona-Datenplattform-Homeoffice.pdf?__blob=publicationFile&v=4)
- 33 DAK-Zentrale. (2006). *DAK-BGW. Gesundheitsreport 2006. Ambulante Krankenpflege: Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten*.
- 34 DAK-Zentrale. (2024). *Psychreport 2024: Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job: 2013-2023*. <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/57370/data/0114eed547a91f626b09d8265310d1e5/dak-psychreport-ergebnispraesentation.pdf>
- 35 Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 26. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 202) geändert worden ist (1994).
- 36 Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 16. August 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 217) geändert worden ist (1988).
- 37 Dettmers, J., Vahle-Hinz, T., Friedrich, N., Keller, M., Schulz, A., & Bamberg, E. (2012). Entgrenzung der täglichen Arbeitszeit – Beeinträchtigungen durch ständige Erreichbarkeit bei Rufbereitschaft. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2012* (S. 53–60). Springer.
- 38 DGUV. (2016). *Neue Formen der Arbeit, Neue Formen der Prävention: Arbeitswelt 4,0: Chancen und Herausforderungen*.
- 39 DIN EN ISO 10075-1. (2018). *Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung—Teil 1: Allgemeine Aspekte und Konzepte und Begriffe (ISO 10075-1:2017); Deutsche Fassung EN ISO 10075-1:2017*.
- 40 Ducki, A. (2002). Betriebliche Gesundheitsförderung und Neue Arbeitsformen—Aktuelle Tendenzen in Forschung und Praxis. *Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)*, 33(4), 419–436. <https://doi.org/10.1007/s11612-002-0036-0>
- 41 Ducki, A. (2010). Arbeitsbedingte Mobilität und Gesundheit – Überall dabei – Nirgendwo daheim. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose, & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009 Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren—Wohlbefinden fördern* (S. 61–70). Springer Medizin Verlag.

- 42 Dürr, L., Forster, A., Bartsch, C. E., & Koob, C. (2022). Anforderungen, Ressourcen und Arbeitsengagement Pflegenden während der zweiten Welle der COVID-19-Pandemie. *Pflege*, 35(1), 5–14. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000820>
- 43 Ehegartner, V., Kirschneck, M., Frisch, D., Schuh, A., & Kus, S. (2020). Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften in Deutschland–welchen Präventionsbedarf hat das Pflegepersonal: Ergebnisse einer Expertenbefragung. *Das Gesundheitswesen*, 82(05), 422–430.
- 44 Familienforschung Baden-Württemberg. (2022). *Erwerbskonstellationen in Paarfamilien\* in Baden-Württemberg 2022* [dataset]. [https://www.gesellschaftsmonitoring-bw.de/themenfelder/familie-und-zusammenleben/familienarbeit\\_und\\_erwerbsarbeit/#toggle-id-6](https://www.gesellschaftsmonitoring-bw.de/themenfelder/familie-und-zusammenleben/familienarbeit_und_erwerbsarbeit/#toggle-id-6)
- 45 Feißel, A., Swart, E., & March, S. (2016). Gesundheit von älteren Erwerbstätigen. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 66(3), 129–136. <https://doi.org/10.1007/s40664-015-0055-7>
- 46 Flaspöler, E., & Neitzner, I. (2018). *Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: Ausführliches Branchenbild aus dem Risikoobservatorium der DGUV*. Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA). [https://www.dguv.de/medien/ifa/de/fac/arbeiten\\_4\\_0/branchenbild\\_pflege\\_langfassung.pdf](https://www.dguv.de/medien/ifa/de/fac/arbeiten_4_0/branchenbild_pflege_langfassung.pdf)
- 47 Flüter-Hoffmann, D. (2012). Erfolgsgeschichte Telearbeit – Arbeitsmodell der Zukunft. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2012* (S. 71–77). Springer.
- 48 Freiburger Forschungsstelle für Arbeitswissenschaften GmbH. (2024). *COPSOQ-Die Befragung zu psychischen Belastungen am Arbeitsplatz*. <https://www.copsoq.de>
- 49 Gajendran, R., & Harrison, D. (2007). The Good, the Bad, and the Unknown About Telecommuting: Meta- Analysis of Psychological Mediators and Individual Consequences. *Journal of Applied Psychology*, 92(2), 1524–1541.
- 50 GBE Bund. (2021a). *Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste* [dataset]. [https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg\\_olap\\_tables.prc\\_set\\_orientation?p\\_uid=gastd&p\\_aid=86086844&p\\_sprache=D&p\\_help=2&p\\_indnr=571&p\\_ansnr=64799707&p\\_version=10&D.000=2&D.001=3&D.100=3&D.983=1](https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_orientation?p_uid=gastd&p_aid=86086844&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=571&p_ansnr=64799707&p_version=10&D.000=2&D.001=3&D.100=3&D.983=1)
- 51 GBE Bund. (2021b). *Personal in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Berufsabschluss, Tätigkeitsbereich, Träger* [dataset]. [https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_isgbe5.prc\\_menu\\_olap?p\\_uid=gastd&p\\_aid=11489863&p\\_sprache=D&p\\_help=2&p\\_indnr=385&p\\_indsp=&p\\_ityp=H&p\\_fid=](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gastd&p_aid=11489863&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=385&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=)
- 52 GBE Bund. (2021c). *Personal in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten und Pflegeheimen* [dataset]. [https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_isgbe5.prc\\_menu\\_olap?p\\_uid=gastd&p\\_aid=6104216&p\\_sprache=D&p\\_help=0&p\\_indnr=569&p\\_indsp=5090&p\\_ityp=H&p\\_fid=](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gastd&p_aid=6104216&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=569&p_indsp=5090&p_ityp=H&p_fid=)
- 53 GBE Bund. (2021d). *Von ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten betreute Pflegebedürftige 1999-2015* [dataset]. [https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg\\_olap\\_tables.prc\\_set\\_orientation?p\\_uid=gastd&p\\_aid=30632154&p\\_sprache=D&p\\_help=2&p\\_indnr=39&p\\_ansnr=25036970&p\\_version=3&D.000=1&D.002=3&D.003=2&D.983=3&D.756=3](https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_orientation?p_uid=gastd&p_aid=30632154&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=39&p_ansnr=25036970&p_version=3&D.000=1&D.002=3&D.003=2&D.983=3&D.756=3)

- 54 GBE Bund. (2021e). *Von ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten betreute Pflegebedürftige 2017-2021* [dataset]. [https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg\\_olap\\_tables.prc\\_set\\_orientation?p\\_uid=gastd&p\\_aid=30632154&p\\_sprache=D&p\\_help=2&p\\_indnr=887&p\\_ansnr=81771499&p\\_version=4&D.756=3&D.002=3&D.000=2&D.003=3&D.983=1](https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_orientation?p_uid=gastd&p_aid=30632154&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=887&p_ansnr=81771499&p_version=4&D.756=3&D.002=3&D.000=2&D.003=3&D.983=1)
- 55 Gencer, D., Meffert, C., Herschbach, P., Hipp, M., & Becker, G. (2019). Belastungen im Berufsalltag von Palliativpflegekräften—eine Befragung in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Palliative Care Baden-Württemberg (KOMPACT). *Das Gesundheitswesen*, 81(02), 92–98.
- 56 Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz - ArbSchG) (1996).
- 57 Giannelli, V. (2016). *Mobil-flexibles Arbeiten – Selbstverwirklichung oder Selbstgefährdung?* (Master-Thesis. Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW Institut Mensch in komplexen Systemen (MikS).
- 58 Hacker, W., Steputat-Rätze, A., & Pietrzyk, U. (2020). Verhältnis- und verhaltenspräventives Gestalten dialogisch-interaktiver Erwerbsarbeit. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 74(1), 23–33. <https://doi.org/10.1007/s41449-020-00187-x>
- 59 Haller, P., & Dauth, W. (2018). Berufliches Pendeln in Deutschland. *Wirtschaftsdienst*, 98, 608–610.
- 60 Hasselhorn, H.-M., & Ebener, M. (2014). Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Motivation bei älter werdenden Belegschaften. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2014* (S. 75–84). Springer.
- 61 Hasselhorn, H.-M., Müller, B. H., Tackenberg, P., Kümmerling, A., & Simon, M. (2005). *Berufsausstieg bei Pflegepersonal – Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. (Schriftreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin). Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Schriftenreihe/Uebersetzungen/Ue15.html>
- 62 Haumann, A., Bellin, J., & Gräske, J. (2013). Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals im ambulanten Pflegesektor. *Pflegezeitschrift*, 66(1), 34–39.
- 63 Heisterkamp, L. (2020). Ausgeklatscht. *Zeit*. [https://www.zeit.de/politik/deutschland/2020-07/pflegekraefte-corona-krise-wertschaetzung-versprechungen?utm\\_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.de%2F](https://www.zeit.de/politik/deutschland/2020-07/pflegekraefte-corona-krise-wertschaetzung-versprechungen?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.de%2F)
- 64 Heuberger, M. (2010). Einfluss baulicher Gegebenheiten in der ambulanten Pflege: Auswirkungen und Strategien zur Sicherstellung der Pflegequalität – Ergebnisse einer explorativen Studie. *Pflege*, 23(5), 331–338. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000066>
- 65 Hielscher, V., Nock, L., Kirchen-Peters, S., & Blass, K. (2013). *Zwischen Kosten, Zeit und Anspruch: Das alltägliche Dilemma sozialer Dienstleistungsarbeit*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-01378-3>

- 66 Höge, T. (2005). Salutogenese in der ambulanten Pflege—Zum Zusammenhang zwischen organisationalen Ressourcen, erlebter Fairness, Kohärenzsinn und der psychophysischen Gesundheit von ambulanten Pflegekräften. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13(1), 3–11. PSYNDEX Literature with PSYNDEX Tests. <https://doi.org/10.1026/0943-8149.13.1.3>
- 67 Hower, K. I., Pfaff, H., & Pförtner, T.-K. (2020). Pflege in Zeiten von COVID-19: Onlinebefragung von Führungskräften zu Herausforderungen, Belastungen und Bewältigungsstrategien. *Pflege*, 33(4), 207–218. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000752>
- 68 Hülsken-Giesler, M., Daxberger, S., Peters, M., & Wirth, L.-M. (2019). Technikbereitschaft in der ambulanten Pflege. *Pflege*, 32(6), 334–342. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000702>
- 69 Hupfeld, J., Brodersen, S., & Herdegen, R. (2013). *iga Report 25. Arbeitsbedingte räumliche Mobilität und Gesundheit*. iga.
- 70 Initiative D21 e. V. (2022). *D21-Digital-Index 2022 / 2023*. [https://initiated21.de/uploads/03\\_Studien-Publikationen/D21-Digital-Index/2022-23/d21digitalindex\\_2022-2023.pdf](https://initiated21.de/uploads/03_Studien-Publikationen/D21-Digital-Index/2022-23/d21digitalindex_2022-2023.pdf)
- 71 Institut DGB-Index Gute Arbeit. (2021). *Jahresbericht 2021 Ergebnisse der Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index Gute Arbeit 2021 Themenschwerpunkt: Unter erschwerten Bedingungen – Corona und die Arbeitswelt*. DGB-Index Gute Arbeit.
- 72 Jansen, R., & Müller, R. (2000). Arbeitsbelastungen und Gesundheit älterer Arbeitnehmer im Dienstleistungsbereich. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33(4), 256–261. <https://doi.org/10.1007/s003910070043>
- 73 Janson, P., & Rathmann, K. (2021). Berufliche Belastungen, psychische Beanspruchung und Gesundheitskompetenz bei Pflegekräften in der ambulanten Altenpflege: Eine quantitative Online-Befragung in ausgewählten bayerischen Großstädten. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 16(4), 344–353. PSYNDEX Literature with PSYNDEX Tests. <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00826-5>
- 74 Kirmse, K. A., Pietrzyk, U., Hacker, W., Saifoulline, R., Fuchs, K., & Haubold, A.-K. (2021). Status Quo Pflege—Aktuelle Belastungs- und Beanspruchungssituation in den Bereichen der Akut- und Langzeitpflege. *Psychologie des Alltagshandelns*, 14(1), 9–19. PSYNDEX Literature with PSYNDEX Tests.
- 75 Kristensen, T., & Borg, V. (2000). *AMI's spørgeskema om psykisk arbejdsmiljø*. National Institute of Occupational Health.
- 76 Langhoff, T., & Satzer, R. (2010). Erfahrungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung bei psychischen Belastungen. *Arbeit*, 19(4), 267–282.
- 77 Lien, S. (2017). *Wohnstandort und räumliche Mobilität im Kontext steigender Frauenerwerbstätigkeit*. Springer VS.
- 78 Lincke, H.-J., Kleine-Albers, A., Quernes, M., Nolle, I., Häberle, N., Vomstein, M., & Nübling, M. (2024). Das Homeoffice-Modul in der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung mit dem COPSOQ. *ASU - Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, 59(3), 180–188. <https://doi.org/10.17147/asu-1-342896>
- 79 Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativen Denken* (6. Aufl.). Beltz Verlag.

- 80 Medizinischer Dienst Bund. (2022). *Für eine gute und gerechte Gesundheitsversorgung*. [https://www.medizinischerdienst.de/fileadmin/MD-zentraler-Ordner/Downloads/00\\_MDK\\_allgemein/Kurz\\_gefasst\\_der\\_Medizinische\\_Dienst\\_BF\\_April\\_2022.pdf](https://www.medizinischerdienst.de/fileadmin/MD-zentraler-Ordner/Downloads/00_MDK_allgemein/Kurz_gefasst_der_Medizinische_Dienst_BF_April_2022.pdf)
- 81 Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt. (2018). *Jahresbericht 2017*.
- 82 Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt. (2023). *Blick nach vorn: Jahresbericht 2022*. [https://www.md-san.de/fileadmin/MD-Sachsen-Anhalt/Jahresbericht\\_2022/PDF/SAN\\_11\\_JAHRESBERICHT-2022\\_08\\_WEB\\_Neu\\_20230719.pdf](https://www.md-san.de/fileadmin/MD-Sachsen-Anhalt/Jahresbericht_2022/PDF/SAN_11_JAHRESBERICHT-2022_08_WEB_Neu_20230719.pdf)
- 83 Meyn, C., & Peter, G. (Hrsg.). (2010). *Arbeitssituationsanalyse: Bd. 1: Zur phänomenologischen Grundlegung einer interdisziplinären Arbeitsforschung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Wiesbaden.
- 84 Michaelis, M. (2015). Berufskraftfahrer-Gesundheit – Ist Prävention möglich? In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2015* (S. 133–139). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-47264-4\\_13](https://doi.org/10.1007/978-3-662-47264-4_13)
- 85 Michaelis, M., & Rose, U. (2011). Betriebliche Gesundheitsförderung für Berufskraftfahrer. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 6(1), 40–47. <https://doi.org/10.1007/s11553-010-0280-z>
- 86 Minow, A., & Swart, E. (2019). Arbeitsbezogene erweiterte Erreichbarkeit: Bedingungen des Beanspruchungsempfindens bei Führungskräften der Sozial- und Gesundheitsbranche. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 69, 11–15.
- 87 Monz, A. (2018). *Mobile Arbeit, mobile Eltern: Körperliche und virtuelle Kopräsenz in der Paarbeziehung berufsmobiler Eltern*. Springer VS.
- 88 Nationale Arbeitsschutzkonferenz. (2017). *Leitlinie Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation*. [https://www.gda-portal.de/DE/Downloads/pdf/Leitlinie-Gefaehrdungsbeurteilung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.gda-portal.de/DE/Downloads/pdf/Leitlinie-Gefaehrdungsbeurteilung.pdf?__blob=publicationFile&v=1)
- 89 Nationale Arbeitsschutzkonferenz. (2018). *Leitlinie Beratung und Überwachung bei psychischer Belastung am Arbeitsplatz*. [https://www.gda-portal.de/DE/Downloads/pdf/Leitlinie-Psych-Belastung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.gda-portal.de/DE/Downloads/pdf/Leitlinie-Psych-Belastung.pdf?__blob=publicationFile&v=1)
- 90 Nieder, P. (2005). Anpacken wo der Schuh drückt: Das Instrument der Arbeitssituationsanalyse. *Organisationsentwicklung*, 4(5), 54–61.
- 91 Nübling, M., Stößel, U., Hasselhorn, H.-M., Michaelis, M., & Hofmann, F. (2005). *Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen: Erprobung eines Messinstruments (COPSOQ)* (Forschung Fb 1058; Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin). Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).
- 92 Paridon, H. (2012). Berufsbedingte Mobilität. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2012* (S. 79–88). Springer.
- 93 Peters, K. (2011). Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung. Eine 180-Grad-Wende bei der betrieblichen Gesundheitsförderung. In N. Kratzer, W. Dunkel, K. Becker, & S. Hinrichs (Hrsg.), *Arbeit und Gesundheit im Konflikt* (S. 105–122). edition sigma.

- 94 Petersen, J. (2020). Beziehungsarbeit in der ambulante Kinderkrankenpflege – Eine phänomenologische Untersuchung des Spannungsfeldes von Nähe und Distanz. *Pflege*, 33(6), 337–346. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000764>
- 95 Petersen, J., & Melzer, M. (2022). *Belastungs- und Beanspruchungssituation in der ambulanten Pflege* (baua: Fokus). Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). [https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Fokus/Ambulante-Pflege.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Fokus/Ambulante-Pflege.pdf?__blob=publicationFile&v=7)
- 96 Pick, P., Brüggemann, J., Grote, Ch., Grünhagen, E., & Lampert, Th. (2004). *Schwerpunktbericht zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Pflege* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Robert Koch Insitut. [https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/3174/29qmd3FjnRtQ\\_48.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/3174/29qmd3FjnRtQ_48.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 97 Pieck, N. (2012). *Betriebliches Gesundheitsmanagement fällt nicht vom Himmel* (2. überarbeitete Auflage). Hans-Böckler-Stiftung.
- 98 Rimbach, A. (2013). Die Motivations- und Arbeitssituationsanalyse aus gesundheitlicher Sicht als Baustein eines demografieorientierten Personalmanagements. In M. Göke & T. Heupel (Hrsg.), *Wirtschaftliche Implikationen des demografischen Wandels: Herausforderungen und Lösungsansätze* (S. 179–191). Springer Gabler. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-00307-4\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-658-00307-4_12)
- 99 Robert Koch Institut. (2015). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS: Gesundheit in Deutschland*. Robert Koch Insitut. [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit\\_in\\_deutschland\\_2015.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile)
- 100 Robert Koch Institut. (2022). *Faktenblatt: Entwicklung der psychischen Gesundheit in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie*. <https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/MHS/COVID-Pandemie-und-psychische-Gesundheit-Erwachsener.html>
- 101 Rothgang, H., Müller, R., & Unger, R. (2012). *Themenreport „Pflege 2030“: Was ist zu erwarten—Was ist zu tun?* Bertelsmann Stiftung. [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publicationen/GrauePublicationen/GP\\_Themenreport\\_Pflege\\_2030.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publicationen/GrauePublicationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf)
- 102 Rüger, H., & Becker, K. (2011). Berufsmobilität, Geschlecht und Lebensform. Berufsbedingte räumliche Mobilität und die Folgen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und partnerschaftliche Arbeitsteilung. In U. Klammer & M. Motz (Hrsg.), *Neue Wege—Gleiche Chancen: Expertisen zum Ersten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung* (S. 363–396). Springer VS.
- 103 Rüger, H., Stawarz, N., Skora, T., & Jaszlovsky, V. (2021). Verändertes Pendelverhalten durch mehr Homeoffice? - Mögliche Auswirkungen infolge der Corona-Pandemie. *Bevölkerungsforschung aktuell*, 42(1), 3–7.
- 104 Schauren, B. (2016). *Leitfaden für mobil-flexibles Arbeiten (Ausarbeitung Bachelor-Thesis)*. iafob - Institut für Arbeitsforschung und Organisationsberatung GmbH.
- 105 Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H., Kümmerling, A., Büscher, A., & Müller, B. (2005). *Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland*. [https://www.researchgate.net/publication/325908204\\_Auswertung\\_der\\_ersten\\_Befragung\\_der\\_NEXT-Studie\\_in\\_Deutschland](https://www.researchgate.net/publication/325908204_Auswertung_der_ersten_Befragung_der_NEXT-Studie_in_Deutschland)

- 106 Statistik der Bundesagentur für Arbeit. (2023). *Die Arbeitsmarktsituation von Frauen und Männern 2022* (Blickpunkt Arbeitsmarkt). [https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Frauen-und-Maenner/generische-Publikationen/Frauen-Maenner-Arbeitsmarkt.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Frauen-und-Maenner/generische-Publikationen/Frauen-Maenner-Arbeitsmarkt.pdf?__blob=publicationFile)
- 107 Statistisches Bundesamt. (2018). *Arbeitsmarkt auf einen Blick: Deutschland und Europa* [Wissen.nutzen.]. Statistisches Bundesamt. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Publikationen/Downloads-Erwerbstaetigkeit/broeschuere-arbeitsmark-blick-0010022189004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Publikationen/Downloads-Erwerbstaetigkeit/broeschuere-arbeitsmark-blick-0010022189004.pdf?__blob=publicationFile)
- 108 Statistisches Bundesamt. (2023a). *Anteil der Erwerbstätigen im Homeoffice* [dataset]. [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2023/PD23\\_28\\_p002.html#:~:text=WIESBADEN%20-%20Auch%20nach%20dem%20Ende,Statistische%20Bundesamt%20\(Destatis\)%20mitteilt.](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2023/PD23_28_p002.html#:~:text=WIESBADEN%20-%20Auch%20nach%20dem%20Ende,Statistische%20Bundesamt%20(Destatis)%20mitteilt.)
- 109 Statistisches Bundesamt. (2023b). *Arbeit von zu Hause in ausgewählten Wirtschaftsbereichen 2021* [dataset]. [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2023/PD23\\_28\\_p002.html#:~:text=WIESBADEN%20-%20Auch%20nach%20dem%20Ende,Statistische%20Bundesamt%20\(Destatis\)%20mitteilt.](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2023/PD23_28_p002.html#:~:text=WIESBADEN%20-%20Auch%20nach%20dem%20Ende,Statistische%20Bundesamt%20(Destatis)%20mitteilt.)
- 110 Statistisches Bundesamt. (2023c). *Prognose zur Anzahl Pflegebedürftiger in Deutschland*. Statista. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1376522/umfrage/prognose-zur-anzahl-von-pflegebeduerftigen-in-deutschland/>
- 111 Statistisches Bundesamt. (2023d, März 30). *Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten*. Statistisches Bundesamt. [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23\\_124\\_12.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/03/PD23_124_12.html)
- 112 Statistisches Bundesamt. (2024). *Gesundheitspersonal nach Altersgruppen 2022* [dataset]. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/\\_inhalt.html#235088](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/_inhalt.html#235088)
- 113 Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt. (2023). *Pflege: Ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeheime, Pflegegeld*. Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt. [https://statistik.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Landesamter/StaLa/startseite/Themen/Oeffentliche\\_Sozialleistungen/Berichte/Pflege/6K801\\_2021-A-Korrekturausgabe.pdf](https://statistik.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Landesamter/StaLa/startseite/Themen/Oeffentliche_Sozialleistungen/Berichte/Pflege/6K801_2021-A-Korrekturausgabe.pdf)
- 114 Stettes, O. (2016). *Gute Arbeit: Höhere Arbeitszufriedenheit durch mobiles Arbeiten* (IW-Kurzberichte). Institut der deutschen Wirtschaft Köln.
- 115 Stößel, U. (2008). Der ältere Mensch im Erwerbsleben. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 51(3), 287–295. <https://doi.org/10.1007/s00103-008-0459-z>
- 116 Tanner, A., Bratoljic, Ch., Baumgartner, B., Steffen, M., & Schulze, H. (2014). Regelungen für mobil-flexible Arbeit im Spannungsfeld zwischen Formalisierung und Flexibilität. *Wirtschaftspsychologie*, 16(4), 23–35.
- 117 Tempel, J., & Ilmarinen, J. (2013). *Arbeitsleben 2025: Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen*. VSA.

- 118 Theobald, H. (2018). *Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden. Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die Pflegearbeit einbezogen?* (Studie 383; Study der Hans-Böckler-Stiftung). Hans-Böckler-Stiftung. [https://www.boeckler.de/pdf/p\\_study\\_hbs\\_383.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_383.pdf)
- 119 Thielmann, B., Schmidt, S., & Böckelmann, I. (2023). Belastungserleben durch Informations- und Kommunikationstechnologien bei Pflegefachpersonen in der ambulanten Pflege. *Pflege*. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000950>
- 120 Treviranus, F., Mojtahedzadeh, N., Harth, V., & Mache, S. (2020). Psychische Belastungsfaktoren und Ressourcen in der ambulanten Pflege. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 71, 32–37.
- 121 Verordnung des Bundesministerium für Arbeit und Soziales: SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung (2021). <https://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze-und-Gesetzesvorhaben/sars-cov-2-arbeitsschutzverordnung.html>
- 122 Vogl, G., & Kratzer, N. (2015). Zuhause – unterwegs – beim Kunden: Wenn die Arbeit viele Orte hat. In N. Kratzer, W. Menz, & B. Pangert (Hrsg.), *Work-Life-Balance—Eine Frage der Leistungs politik* (S. 171–190). Springer VS.
- 123 Wehrmann, J. (2023). Interaktionsarbeit – Berücksichtigung spezifischer Belastungen in der Gefährdungsbeurteilung. *ASU*, 58(03). <https://doi.org/10.17147/asu-1-257885>
- 124 Weichbrodt, J. (2014). *SwissFlexWork 2014: Repräsentative Befragung der Schweizer Erwerbstätigen zur Verbreitung von mobiler Arbeit und Home Office*. Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW. [http://www.fhnw.ch/aps/ifk/projekte/aktuelle-projekte/swiss\\_flex\\_work/](http://www.fhnw.ch/aps/ifk/projekte/aktuelle-projekte/swiss_flex_work/)
- 125 Weichbrodt, J., Berset, M., & Schläppi, M. (2016). *FlexWork Survey 2016. Befragung von Erwerbstätigen und Unternehmen in der Schweiz zur Verbreitung mobiler Arbeit*. Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW.
- 126 Weichbrodt, J., Schulze, H., Gisin, L., Tanner, L., & Welge, K. (2015). *Forschungsbericht „GeMobAU“: Gestaltung mobil-flexibler Arbeit in grossen und mittleren Unternehmen* [Forschungsbericht]. Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW.
- 127 Weichbrodt, J., Tanner, A., Josef, B., & Schulze, H. (2014). Die Entwicklung von Arbeitsflexibilität in Organisationen anhand des FlexWork- Phasenmodells. *Wirtschaftspsychologie*, 16(4), 11–22.
- 128 Werner, N. S., Bültmann, M., & Möckel, L. (2022). Wahrgenommener Stress, Arbeitsbelastung und psychosomatische Beschwerden bei Pflegekräften in der stationären und ambulanten Pflege – Eine Querschnittsbefragung. *Pflege*, 1–8. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000901>
- 129 Wirth, T., Ulusoy, N., Lincke, H.-J., Nienhaus, A., & Schablon, A. (2017). Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen von Beschäftigten in der stationären und ambulanten Altenpflege. *ASU - Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, 52(09), 662–669.

130 Wolf-Ostermann, K., Schmidt, A., Preuß, B., Heinze, F., Seibert, K., Friedrich, A.-C., Domhoff, D., Stolle, C., & Rothgang, H. (2020). Pflege in Zeiten von Corona: Ergebnisse einer deutschlandweiten Querschnittbefragung von ambulanten Pflegediensten und teilstationären Einrichtungen. *Pflege*, 33(5), 277–288. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000761>

131 Zentrum für Qualität in der Pflege. (2022). *Ambulante Pflege: Gute professionelle Pflege erkennen* (7. unveränderte Auflage). <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Ratgeber-AmbulantePflege.pdf>

132 Zok, K., & Dammasch, H. (2012). Flexible Arbeitswelt: Ergebnisse einer Beschäftigtenbefragung. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2012* (S. 39–52). Springer.

## Anlagenverzeichnis

<b>Anlage A: Positives Votum Ethikkommission .....</b>	<b>175</b>
<b>Anlage B: Informationsschreiben und Einwilligungserklärung Fragebogen Teilprojekt ambulante Pflege.....</b>	<b>176</b>
<b>Anlage C: Einwilligungserklärung für Arbeitssituationsanalyse Teilprojekt ambulante Pflege.....</b>	<b>178</b>
<b>Anlage D: Fragebogen für Teilprojekt ambulante Pflege.....</b>	<b>179</b>

## Anlage A: Positives Votum Ethikkommission

UNIVERSITÄTSKLINIKUM  
MAGDEBURG A.Ö.R.



OTTO VON GUERICKE  
UNIVERSITÄT  
MAGDEBURG




Ethik-Kommission, Medizinische Fakultät / Universitätsklinikum, Leipziger Str. 44 Haus 28, 39120 Magdeburg

Frau Bölsch  
Bereich Arbeitsmedizin  
Medizinische Fakultät, Otto von Guericke-Universität  
Leipziger Str. 44  
39120 Magdeburg

Ethik-Kommission der  
Otto-von-Guericke-  
Universität an der  
Medizinischen Fakultät und  
am Universitätsklinikum  
Magdeburg A.ö.R.

Univ.-Prof. Dr. med. Christof Huth  
Vorsitzender

Dr. med. Norbert Beck  
Geschäftsführer

Datum  
24.06.2019

Telefon: +49 391 67-14314  
Telefax: +49 391 67-14354  
elektr.Fax: +49 391 67-290185  
eMail: ethikkommission@ovgu.de

80/19

**Erstellung von Gefährdungsbeurteilungen psychischer Belastungen für die mobil-flexible-Arbeit**

Sehr geehrte Frau Bölsch,  
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die Ethik-Kommission der Otto-von-Guericke-Universität an der Medizinischen Fakultät und am Universitätsklinikum Magdeburg hat die übergebenen Unterlagen zur o. g. Studie überprüft, in der letzten Kommissionssitzung eingehend erörtert und ist zu der Auffassung gekommen, dass gegen die Durchführung keine ethischen Bedenken bestehen.  
Diese **zustimmende Bewertung** ergeht unter dem Vorbehalt gleichbleibender Gegebenheiten.

Die Verantwortlichkeit des jeweiligen Prüfwissenschaftlers / behandelnden Prüfarztes bleibt in vollem Umfang erhalten und wird durch diese Entscheidung nicht berührt. Alle zivil- oder haftungsrechtlichen Folgen, die sich ergeben könnten, verbleiben uneingeschränkt beim Projektleiter und seinen Mitarbeitern.

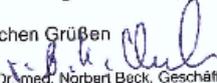
Beim Monitoring sind die Bestimmungen des Bundes- und Landesdatenschutzgesetzes sowie die sich aus der ärztlichen Schweigepflicht ergebenden Einschränkungen zu beachten, was eine Aushändigung kompletter Patientenakten zum Monitoring ausschließt.

Ein Monitoring personen- und studienbezogener Daten wird dadurch nicht beeinträchtigt.

Hinsichtlich der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), welche ab 25.05.2018 Wirksamkeit entfaltet, werden folgende Hinweise gegeben: Datenschutzrechtliche Aspekte von Forschungsvorhaben werden durch die Ethikkommission grundsätzlich nur cursorisch geprüft. Diese Bewertung ersetzt mithin nicht die Konsultation des zuständigen Datenschutzbeauftragten.

Um die Übersendung von studienbezogenen Jahresberichten / Abschlussberichten / Publikationen wird unter Nennung unserer Registrationsnummer gebeten.

Mit freundlichen Grüßen



(i. A. Dr. med. Norbert Beck, Geschäftsführer)  
Prof. Dr. med. C. Huth  
Vorsitzender der Ethik-Kommission

Ethik-Kommission  
der Otto-von-Guericke-Universität an der Medizinischen Fakultät  
und am Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.  
Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. med. C. Huth

## Anlage B: Informationsschreiben und Einwilligungserklärung Fragebogen Teilprojekt ambulante Pflege



### INFORMATIONSBLATT

Sehr geehrte(r) Studienteilnehmer(in),

mit diesem Schreiben möchten wir Sie über das Forschungsvorhaben zur Promotion

#### **„Erstellung von Gefährdungsbeurteilungen psychischer Belastungen für die mobil-flexible Arbeit“**

informieren und Sie um die Einwilligung zur Teilnahme an diesem Forschungsvorhaben des Bereichs Arbeitsmedizin (Leiterin: Prof. Dr. med. I. Böckelmann) im Rahmen des o. g. Forschungsvorhabens bitten. Es werden zwei Einwilligungen von Ihnen benötigt. Die erste erfolgt vor Ausfüllen des Fragebogens. Sollten Sie diesen in der Online-Version ausfüllen, erfolgt Ihre Einwilligung mit Absenden des ausgefüllten Fragebogens. Wenn Sie den Fragebogen in Papierform ausfüllen, bitten wir Sie die Einwilligungserklärung zu unterschreiben.

Die zweite Einwilligung erfolgt vor der Durchführung der Arbeitssituationsanalyse, wenn Ihr Unternehmen an dieser teilnimmt. Über das Datum der Durchführung werden Sie zeitnah unterrichtet und am Tag der Durchführung erhalten Sie die Einwilligungserklärung.

Ziel des Forschungsvorhabens ist es herauszufinden, wie derzeit die psychischen Belastungen bei Arbeitnehmer\*innen, die eine mobil-flexible Arbeit ausführen, ausgeprägt sind. Nach der Analyse sollen Handlungsempfehlungen für eine praxisnahe Umsetzung von Gefährdungsbeurteilungen psychischer Belastungen für diesen Bereich abgeleitet werden. Dies soll langfristig einen besseren Umgang mit psychischen Belastungen in der Arbeitswelt unter dem Aspekt Digitalisierung und Wandel der Arbeit ermöglichen.

Für Ihr Unternehmen wird anhand der ermittelten Belastungen ein Unternehmensprofil erstellt, welches der Geschäftsleitung zur Verfügung gestellt wird. Ihre Daten werden hierfür pseudonymisiert und es können grundsätzlich keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen erfolgen.

Falls Sie über diese Informationen hinaus noch weitere Fragen haben, beantworten wir sie Ihnen gerne.

Die Daten werden pseudonymisiert unter Beachtung des Datenschutzes erhoben, streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.

Kontaktdaten:

Ronja Bölsch, 0157 39120239, ronja.boelsch@med.ovgu.de



## Fragebogen zur Erhebung von psychosozialen Faktoren am Arbeitsplatz

für das Forschungsvorhaben „Erstellung von Gefährdungsbeurteilungen psychischer Belastungen für die mobil-flexible Arbeit“ des Bereichs Arbeitsmedizin an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Name der Studienteilnehmerin/ des Studienteilnehmers:

.....

### EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Mir ist bekannt, zu welchem Zweck die Befragung im Rahmen dieser Studie erfolgt. Ich hatte angemessen Zeit, mich zu entscheiden.

Weiterhin wurde mir verbindlich zugesichert, dass die Ergebnisse der Befragung streng vertraulich behandelt werden. Mir ist bewusst, dass sie für das Forschungsvorhaben und für die Erstellung eines Unternehmensprofils genutzt werden.

Hiermit willige ich ein, an der Befragung teilzunehmen. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit und ohne Angaben von Gründen widerrufen kann.

.....

Ort, Datum

Unterschrift Studienteilnehmer\*in

.....

Ort, Datum

Unterschrift Studienleitung

## Anlage C: Einwilligungserklärung für Arbeitssituationsanalyse Teilprojekt ambulante Pflege



### Teilnahme an der Arbeitssituationsanalyse

für das Forschungsvorhaben „Erstellung von Gefährdungsbeurteilungen psychischer Belastungen für die mobil-flexible Arbeit“ des Bereichs Arbeitsmedizin an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Name der Studienteilnehmerin/ des Studienteilnehmers:

.....

#### EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Mir ist bekannt, zu welchem Zweck die Arbeitssituationsanalyse im Rahmen dieser Studie erfolgt.  
Ich hatte angemessen Zeit, mich zu entscheiden und nehme daran freiwillig teil.

Weiterhin wurde mir verbindlich zugesichert, dass die Ergebnisse der Arbeitssituationsanalyse streng vertraulich behandelt werden und das Fotoprotokoll nur in Absprache mit den Teilnehmenden den Unternehmen zur Verfügung gestellt wird. Das Fotoprotokoll beinhaltet handschriftliche Aufzeichnungen, die während des Workshops am Flipchart festgehalten werden. Ich wurde ebenfalls darüber informiert, dass die Studienleitung nach dem Workshop eine zusammenfassende Audiodatei erstellen wird und diese 1 Jahr nach Abschluss der Promotion gelöscht wird.

Mir ist bewusst, dass das Fotoprotokoll und die Audiodatei für das Forschungsvorhaben und für die Erstellung eines Unternehmensprofils genutzt werden.

Hiermit willige ich ein, an der Arbeitssituationsanalyse teilzunehmen. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit und ohne Angaben von Gründen widerrufen kann.

<p>.....</p> <p>Ort, Datum</p>	<p>.....</p> <p>Ort, Datum</p>
<p>Unterschrift Studienteilnehmer*in</p>	<p>Unterschrift Studienleitung</p>

**Anlage D: Fragebogen für Teilprojekt ambulante Pflege**

*Dieser Fragebogen darf nicht ohne die Zustimmung der Autorin verwendet werden.*



Die Nachfolgende Befragung ist an der Deutschen Standard-Version des COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire) angelehnt.

**A. Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem Arbeitsplatz****A.1 In welchen Bereich sind Sie vor allem tätig?**

- in Absprache mit den Unternehmen

**A.2 Welches Geschlecht haben Sie?**

weiblich  männlich  divers

**A.3 Wie alt sind Sie?**

bis 24 Jahre  25-34 Jahre  35-44 Jahre  45-54 Jahre  
 55 Jahre u. älter

**A.4 Zu welcher Berufsgruppe gehören Sie?**

- in Absprache mit den Unternehmen

**A.5 Treffen folgende Punkte auf Sie zu?**

	Ja	Nein
Sind Sie für andere Beschäftigte der/ die Vorgesetzte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen befristeten Arbeitsvertrag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten Sie Vollzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.6 Fragen zu Ihrer Arbeitszeit. Arbeiten Sie...**

	Ja	Nein
... mind. 1 Mal pro Monat an Wochenenden oder Feiertagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mind. 1 Mal pro Woche abends (nach 18:30 Uhr) oder nachts (vor 5:00 Uhr)? (Sollten Sie wechselnde Schichten innerhalb des Monats haben, in denen Sie reinen Früh- oder Spätdienst haben, trifft diese Aussage auf Sie zu, wenn Sie einmal im Monat Spät- oder Nachdienst haben.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## B. Angaben zur Arbeit und Tätigkeit

**B.1 Die folgenden Fragen betreffen die Anforderungen bei Ihrer Arbeit.**

	immer	oft	manchmal	selten	nie/ fast nie
1. Müssen Sie sehr schnell arbeiten?	<input type="checkbox"/>				
2. Arbeiten Sie den ganzen Tag mit hohem Tempo?	<input type="checkbox"/>				
3. Wie oft kommt es vor, dass Sie nicht genügend Zeit haben, alle Ihre Aufgaben zu erledigen?	<input type="checkbox"/>				
4. Kommen Sie mit Ihrer Arbeit in Rückstand?	<input type="checkbox"/>				
5. Müssen Sie Überstunden machen?	<input type="checkbox"/>				
6. Gehört es zu Ihrer Arbeit, sich mit den persönlichen Problemen anderer Menschen zu beschäftigen?	<input type="checkbox"/>				

### B.1 Anforderungen bei der Arbeit (Teil 2)

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
7. Ist Ihre Arbeit emotional fordernd?	<input type="checkbox"/>				
8. Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, dass Sie Ihre Gefühle verbergen?	<input type="checkbox"/>				
9. Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, sich mit Ihrer Meinung zurück zu halten?	<input type="checkbox"/>				

**B.2 Die folgenden Fragen betreffen das Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?**

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- u. Familienleben.	<input type="checkbox"/>				
2. Der Zeitaufwand meiner Arbeit macht es schwierig für mich, meinen Pflichten in der Familie oder im Privatleben nachzukommen.	<input type="checkbox"/>				
3. Meine Arbeit beansprucht so viel Energie, dass sich dies negativ auf mein Privatleben auswirkt.	<input type="checkbox"/>				



	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
4. Meine Arbeit nimmt so viel Zeit in Anspruch, dass sich dies negativ auf mein Privatleben auswirkt.	<input type="checkbox"/>				
5. Es kommt vor, dass ich zur gleichen Zeit zu Hause und bei der Arbeit sein sollte.	<input type="checkbox"/>				
6. Ich erledige berufliche Dinge auch außerhalb meiner Arbeitszeit.	<input type="checkbox"/>				
7. In meiner Freizeit bin ich für Personen, mit denen ich beruflich zu tun habe, erreichbar.	<input type="checkbox"/>				

### B.3 Die folgenden Fragen betreffen Ihre Einflussmöglichkeiten und Ihren Spielraum bei der Arbeit.

	immer	oft	manchmal	selten	nie/ fast nie
1. Haben Sie großen Einfluss auf Entscheidungen, die Ihre Arbeit betreffen?	<input type="checkbox"/>				
2. Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird?	<input type="checkbox"/>				
3. Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun?	<input type="checkbox"/>				
4. Können Sie selbst bestimmen, wann Sie eine Pause machen?	<input type="checkbox"/>				
5. Können Sie mehr oder weniger frei entscheiden, wann Sie Urlaub machen?	<input type="checkbox"/>				

### B.4 Entwicklungsmöglichkeiten und die Bedeutung der Arbeit (Teil 1)

	immer	oft	manchmal	selten	nie/ fast nie
1. Ist Ihre Arbeit abwechslungsreich?	<input type="checkbox"/>				



### B.5 Entwicklungsmöglichkeiten und Bedeutung (Teil 2)

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Haben Sie die Möglichkeit, durch Ihre Arbeit neue Dinge zu erlernen?	<input type="checkbox"/>				
2. Können Sie Ihre Fertigkeiten oder Ihr Fachwissen bei Ihrer Arbeit anwenden?	<input type="checkbox"/>				
3. Ist Ihre Arbeit sinnvoll?	<input type="checkbox"/>				
4. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit wichtig ist?	<input type="checkbox"/>				
5. Sind Sie stolz, dieser Einrichtung/ diesem Unternehmen anzugehören?	<input type="checkbox"/>				
6. Erzählen Sie anderen gerne über Ihren Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>				

### B.6 Nun einige Fragen zu Regelungen und Abläufen bei Ihrer Arbeit.

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Werden Sie rechtzeitig im Voraus über Veränderungen an Ihrem Arbeitsplatz informiert, z. B. über wichtige Entscheidungen, Veränderungen oder Pläne für die Zukunft?	<input type="checkbox"/>				
2. Erhalten Sie alle Informationen, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit gut zu erledigen?	<input type="checkbox"/>				
3. Gibt es klare Ziele für Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
4. Wissen Sie genau, welche Dinge in Ihren Verantwortungsbereich fallen?	<input type="checkbox"/>				
5. Wissen Sie genau, was von Ihnen bei der Arbeit erwartet wird?	<input type="checkbox"/>				
6. Werden bei Ihrer Arbeit widersprüchliche Anforderungen gestellt?	<input type="checkbox"/>				
7. Müssen Sie manchmal Dinge tun, die eigentlich auf andere Weise getan werden sollten?	<input type="checkbox"/>				
8. Müssen Sie manchmal Dinge tun, die Ihnen unnötig erscheinen?	<input type="checkbox"/>				



**B.7 Bitte schätzen Sie ein, in welchem Maß Ihre unmittelbare Vorgesetzte/ Ihr unmittelbarer Vorgesetzter ...**

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... für gute Entwicklungsmöglichkeiten der Mitarbeiter*innen sorgt?	<input type="checkbox"/>				
2. ... der Arbeitszufriedenheit einen hohen Stellenwert beimisst?	<input type="checkbox"/>				
3. ... die Arbeit gut plant?	<input type="checkbox"/>				
4. ... Konflikte gut löst?	<input type="checkbox"/>				

**B.8 Die folgenden Fragen betreffen Ihr Verhältnis zu Ihren Kollegen\*innen und zu Ihrem/Ihrer Vorgesetzten.**

	immer	oft	manch-mal	selten	nie/fast nie	habe keine*n Vorgesetzte*n Kolleg*innen
1. Wie oft erhalten Sie bei Bedarf Hilfe und Unterstützung von Ihren Kolleg*innen?	<input type="checkbox"/>					
2. Wie oft sind Ihre Kolleg*innen bei Bedarf bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	<input type="checkbox"/>					
3. Wie oft erhalten Sie bei Bedarf Hilfe und Unterstützung von Ihrem/Ihrer unmittelbaren Vorgesetzten?	<input type="checkbox"/>					
4. Wie oft ist Ihr*e unmittelbare*r Vorgesetzte*r bei Bedarf bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	<input type="checkbox"/>					
5. Wie oft spricht Ihr*e Vorgesetzte*r mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/>					
6. Wie oft sprechen Ihre Kolleg*innen mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/>					
7. Können Sie sich mit Kolleg*innen unterhalten, während Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>					
8. Ist die Atmosphäre zwischen Ihnen und Ihren Arbeitskolleg*innen gut?	<input type="checkbox"/>					
9. Ist die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitskolleg*innen gut?	<input type="checkbox"/>					
10. Wie oft fühlen Sie sich durch Kolleg*innen oder Vorgesetzte zu Unrecht kritisiert, schikaniert oder vor anderen bloßgestellt?	<input type="checkbox"/>					



**B.8a: Die nächsten Fragen beziehen sich nicht auf Ihre eigene Tätigkeit, sondern auf den Arbeitsplatz an sich.**

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Vertraut die Führung darauf, dass die Mitarbeiter*innen ihre Arbeit gut machen?	<input type="checkbox"/>				
2. Können die Mitarbeiter*innen den Informationen vertrauen, die von der Führung kommen?	<input type="checkbox"/>				
3. Werden Konflikte auf gerechte Weise gelöst?	<input type="checkbox"/>				
4. Wird die Arbeit gerecht verteilt?	<input type="checkbox"/>				
5. Erfährt Ihre Arbeit Anerkennung und Wertschätzung durch die Führung?	<input type="checkbox"/>				

**B.8b Die folgenden Fragen betreffen Ihr Arbeitsumfeld**

	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie	trifft nicht zu
1. Wie häufig müssen Sie körperlich schwer arbeiten, z. B. schwer heben, tragen oder stemmen?	<input type="checkbox"/>					
2. Wie häufig sind Sie an Ihrem direkten Arbeitsplatz (im Unternehmen) Lärm oder lauten Umgebungsgeräuschen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>					
3. Wie häufig sind Sie in der mobilen Tätigkeit bzw. bei Kunden Lärm oder lauten Umgebungsgeräuschen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>					
4. Wie häufig kommen Sie bei Ihrer Arbeit mit Chemikalien bzw. Gefahrstoffen in Berührung?	<input type="checkbox"/>					
5. Wie häufig sind Sie an Ihrem direkten Arbeitsplatz (im Unternehmen) Zugluft bzw. extremen Temperaturen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>					
6. Wie häufig sind Sie in der mobilen Tätigkeiten bzw. bei Kunden Zugluft bzw. extremen Temperaturen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>					
7. Wie häufig sind Sie im Unternehmen schlechter Luft ausgesetzt, z. B. Zigarettenrauch, Gasen oder Ähnlichem?	<input type="checkbox"/>					
8. Wie häufig sind Sie in der mobilen Tätigkeit bzw. bei Kunden schlechter Luft ausgesetzt, z. B. Zigarettenrauch, Gasen oder Ähnlichem?	<input type="checkbox"/>					
9. Wie häufig sind Sie im Unternehmen schlechten Lichtverhältnissen ausgesetzt, z. B. grelles oder schwaches Licht?	<input type="checkbox"/>					



	immer	oft	manchmal	selten	nie/ fast nie
10. Wie häufig sind Sie in der mobilen Tätigkeit bzw. bei Kunden schlechten Lichtverhältnissen ausgesetzt, z. B. grelles oder schwaches Licht?	<input type="checkbox"/>				

**B.9 Machen Sie sich Sorgen, dass ...**

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... Sie arbeitslos werden?	<input type="checkbox"/>				
2. ... neue Technologien Sie überflüssig machen?	<input type="checkbox"/>				
3. ... es schwierig für Sie wäre, eine neue Arbeit zu finden, wenn Sie arbeitslos würden?	<input type="checkbox"/>				
4. ... man Sie gegen Ihren Willen auf eine andere Arbeitsstelle versetzen könnte?	<input type="checkbox"/>				
5. ... Ihre Arbeitszeiten gegen Ihren Willen verändert werden (z. B. Arbeitstag, Schichtpläne, Arbeitsbeginn und -ende)?	<input type="checkbox"/>				
6. ... Ihr Lohn/Gehalt verringert werden könnte?	<input type="checkbox"/>				

**B.10 Wie oft haben Sie im Laufe der letzten 12 Monate daran gedacht ...**

	nie	einige Male im Jahr	einige Male im Monat	einige Male in der Woche	jeden Tag
1. ... Ihren Beruf aufzugeben?	<input type="checkbox"/>				
2. ... Ihre Arbeitsstelle zu wechseln?	<input type="checkbox"/>				

**B. 11 Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit...**

	sehr zufrieden	zufrieden	teils-teils	unzufrieden	sehr unzufrieden
1. ... Ihren Berufsperspektiven?	<input type="checkbox"/>				
2. ... den Leuten, mit denen Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>				
3. ... den körperlichen Arbeitsbedingungen?	<input type="checkbox"/>				
4. ... der Art und Weise, wie Ihr Unternehmen geführt wird?	<input type="checkbox"/>				



	sehr zufrieden	zufrieden	teils-teils	unzufrieden	sehr unzufrieden
5. ... der Art und Weise, wie Ihre Fähigkeiten genutzt werden?	<input type="checkbox"/>				
6. ... Ihrem Lohn/Gehalt?	<input type="checkbox"/>				
7. ... Ihrer mobilen Tätigkeit?	<input type="checkbox"/>				
8. Ihrer Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?	<input type="checkbox"/>				

### Nun einige Fragen zu Arbeit und Gesundheit

**B.12 Ihr Gesundheitszustand:** Wenn Sie den besten denkbaren Gesundheitszustand mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten: Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren derzeitigen Gesundheitszustand? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

0     1     3     4     5     6     7     8     9     10

schlechtester denkbare  
Gesundheitszustand

besten denkbaren  
Gesundheitszustand

**B.13 Energie und psychisches Wohlbefinden:** Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft. Wie häufig ...

	immer	oft	manch-mal	selten	nie/ fast nie
1. ... sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>				
2. ... sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/>				
3. ... fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>				
4. ... kommen Sie zur Arbeit, obwohl Sie sich richtig krank und unwohl fühlen?	<input type="checkbox"/>				
5. ... können Sie in Ihrer Freizeit die Arbeit nicht vergessen?	<input type="checkbox"/>				

**B.14 Wie oft treffen folgende Aussagen auf Sie zu?**

	immer	oft	manch-mal	selten	nie/ fast nie
1. Bei meiner Arbeit bin ich voller Energie.	<input type="checkbox"/>				
2. Ich bin von meiner Arbeit begeistert.	<input type="checkbox"/>				
3. Ich gehe völlig in meiner Arbeit auf.	<input type="checkbox"/>				



**Fragen zur mobil-flexiblen Arbeit (Arbeit beim Kunden, Arbeit im Home Office, Arbeit in unterschiedlichen Niederlassungen)**

**B.15 Wie oft treffen folgende Aussagen auf Sie zu?**

	immer	oft	manch-mal	selten	nie/fast nie	trifft nicht zu
1. Wenn ich mobil arbeite, bin ich allein unterwegs.	<input type="checkbox"/>					
2. Meine mobile Arbeit empfinde ich als stressig.	<input type="checkbox"/>					
3. Meine mobile Arbeit könnte man stressfreier planen.	<input type="checkbox"/>					
4. Ich fühle mich während meiner mobilen Arbeit nicht sicher.	<input type="checkbox"/>					
5. Die Digitalisierung der Arbeit könnte meine mobile Arbeit erleichtern.	<input type="checkbox"/>					
6. Die Digitalisierung der Arbeit hat meine mobile Arbeit erleichtert.	<input type="checkbox"/>					
7. Die Endgeräte (z. B. Smartphones), die mir zur Verfügung gestellt werden, sind für meine mobile Arbeit ausreichend.	<input type="checkbox"/>					
8. Die Geräte, die mir zur Verfügung gestellt werden, funktionieren, wenn ich sie brauche.	<input type="checkbox"/>					

**B.16 Einschätzung zur Ihrer mobil-flexiblen Tätigkeit**

Wenn Sie an das letzte halbe Jahr denken, wie war Ihre Arbeit vorwiegend in Prozent verteilt.

- Arbeit beim Kunden ..... %
  - Arbeit im Home Office ..... %
  - Arbeit in unterschiedlichen Niederlassungen ..... %
  - Arbeit in der eigenen Niederlassung/im eigenen Unternehmen ..... %
  - Sonstiges: ..... %
- = 100 %

**B.17 Ich arbeite nach folgenden Arbeitszeitmodell (Mehrfachantwort möglich)**

- feste Arbeitszeiten       Gleitzeit       Vertrauensarbeitszeit
- Bereitschaftsdienst       Rufbereitschaft



**C. Freitext-Anmerkungen**

**C.1 Haben Sie Vorschläge/Wünsche zur Verbesserung Ihrer psychosozialen Arbeitssituation?**

.....

.....

.....

.....

**C.2 Haben Sie weitere Anmerkungen zum Fragebogen oder zur Befragung allgemein?**

.....

.....

.....

.....

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Bitte erstellen Sie sich jetzt Ihre eigene Identifikationsnummer für den Fragebogen und schreiben sich diese separat auf. Diese können Sie nutzen, um Ihre individuelle kurze Auswertung zu erhalten oder um nachträglich Ihre angebenen Daten aus der Befragung zurückzuziehen.

Geburtsjahr der Mutter: .....

Geburtsjahr des Vaters: .....

Anfangsbuchstabe des Namens der Mutter: .....

Anfangsbuchstabe des Namens des Vaters: .....

Beispiel: Mutter geboren 1955, Name Sabine; Vater geboren 1957, Name Anton  
5557SA

## Anhangverzeichnis

<b>Anhang I: Transkription des Sprachmemos nach der ASITA.....</b>	<b>191</b>
<b>Anhang II: Tabellen der einzelnen Skalen mit ihren Items für die Oberkategorie Anforderungen.....</b>	<b>194</b>
<b>Anhang III: Tabellen der einzelnen Skalen mit ihren Items für die Oberkategorie Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten.....</b>	<b>197</b>
<b>Anhang IV: Tabellen der einzelnen Skalen mit ihren Items für die Oberkategorie Soziale Beziehung und Führung .....</b>	<b>200</b>
<b>Anhang V: Tabellen der einzelnen Skalen mit ihren Items für die Oberkategorie Arbeitsumgebung und -bedingungen .....</b>	<b>206</b>
<b>Anhang VI: alle Tabellen der einzelnen Skalen mit ihren Items für die Oberkategorie Belastungsfolgen .....</b>	<b>209</b>
<b>Anhang VII: Tabellen der einzelnen Skalen mit ihren Items für die Oberkategorie Beschwerden .....</b>	<b>212</b>
<b>Anhang VIII: Übersicht zu den signifikanten Items und Items mit tendenziellem Unterschied im Themenkomplex Arbeitsinhalte (AI), Darstellung von Mittelwerten und Standardabweichungen .....</b>	<b>214</b>
<b>Anhang IX: Übersicht zu den signifikanten Items und Items mit tendenziellem Unterschied im Themenkomplex Arbeitsorganisation (AO), Darstellung von Mittelwerten und Standardabweichungen .....</b>	<b>216</b>
<b>Anhang X: Übersicht zu den signifikanten Items im Themenkomplex Arbeitsumgebung (AU), Darstellung von Mittelwerten und Standardabweichungen .....</b>	<b>217</b>
<b>Anhang XI: Übersicht zu den signifikanten Items und Items mit tendenziellem Unterschied im Themenkomplex Soziale Beziehungen (SB), Darstellung von Mittelwerten und Standardabweichungen .....</b>	<b>219</b>
<b>Anhang XII: Übersicht zu den signifikanten Items im Themenkomplex Arbeitsanforderungen (NA), Darstellung von Mittelwerten und Standardabweichungen.....</b>	<b>220</b>

<b>Anhang XIII: Übersicht zu den signifikanten Items und Items mit tendenziellem Unterschied im Themenkomplex Gesundheitliche Beschwerden und Empfindungen (FGB), Darstellung von Mittelwerten und Standardabweichungen .....</b>	<b>221</b>
<b>Anhang XIV: Übersicht zu den signifikanten Items und Items mit tendenziellem Unterschied im Themenkomplex Zufriedenheit (ZU), Darstellung von Mittelwerten und Standardabweichungen .....</b>	<b>222</b>

## **Anhang I: Transkription des Sprachmemos nach der ASITA**

Datum: 12.09.2019

Sprechende Person: Ronja Bölsch-Peterka

„12. 09. 2019. Arbeitssituationanalyse bei ... 12:30 bis 15:00. Ich habe hier eine doch sehr aufgeschlossene Gruppe vorgefunden, die aus ihrem Arbeitsalltag in die Arbeitssituationsanalyse gekommen ist. Beziehungsweise es war sogar eine Mitarbeiterin, die eigentlich frei hatte und trotzdem zu dieser Arbeitssituationsanalyse gekommen ist. Am Anfang wirkten doch alle zwar aufgeschlossen, dennoch skeptisch dem Gegenüber, was ich vorhatte. Es war gleich von vornherein gewünscht, dass von 12:30 bis 16:00 nicht durchgezogen wird, da ja schon andere Termine waren und sodass wir das Ganze etwas eingekürzt haben, was aber an sich gut geklappt hat.

Ähm, ich hatte am Anfang die Ziele vorgestellt für die Arbeitssituationanalyse. Das wurde sehr gut angenommen und hat auch noch mal eine gute Grundlage dafür geschaffen. Ähm, dass das Sie verstanden haben, warum das gemacht werden muss und welche Chance es auch birgt. Wir sind ohne große Umschweife gleich zur Arbeitssituationsspinne gekommen. Ja, das wurde gut verstanden und entsprechend auch gepunktet. Ähm, es ist so in der Aufteilung bzw. ... anders war es so, dass die zweite Pflegedienstleitung doch eine unterschwellig dominante Haltung teils eingenommen hat. Und am Anfang war es so, dass das offene Bepunkten etwas komisch angenommen wurde. Also „soll ich das jetzt hier wirklich offenbaren?“ Ähm, aber als ich sie dazu aufgemuntert habe und auch meinte, dass sie gerne in Zweiergruppen oder auch zu dritt vorne das gleich machen können, ist eine gute Dynamik reingekommen. Ich habe es dann geschafft, auch durch weitergehende Fragen, die nicht gepunktet haben, ein bisschen abzulenken, dass die, die gerade gepunktet haben, sich nicht beobachtet gefühlt haben.

Ähm, ich hatte das Gefühl, dass das Ergebnis sie nicht unbedingt überrascht hat. Das ist so ausgefallen, dass die Arbeitsmittel und Umgebung als vollends positiv bewertet wurde und auch die mobile Tätigkeit, die was sie als ja behandlungsbedürftig gesehen wird, war Kommunikation und Führung sowie auch Beziehungen zu Kollegen. Ähm, in

dem Erfragen ist so gewesen, das mir schon aufgefallen ist, dass für ältere Kollegen Technikstress besteht.

Also die Digitalisierung wurde positiv angenommen und man sieht auch die Vorteile, aber eben auch, dass wenn sie nicht funktioniert, das doppelt und dreifach dokumentiert werden muss und es eben für ältere Kollegen doch eine ziemliche Umstellung ist, weil sie nicht den Blick unbedingt dafür haben. Aber bei den älteren Kollegen ist es so, dass sie es nicht als so stressig empfinden, weil sie wissen, dass sie bei den anderen Kollegen Rückhalt haben und ihnen mit den Handys geholfen wird. Ansonsten in der mobilen Tätigkeit wurde genannt, dass vor allem die Verkehrssituation als Hauptstressor der Stresspunkt ist, aber man hier auch schon gemerkt hat, dass ja man eigentlich nichts dagegen tun kann.

Ähm, muss ich aber noch mal vertiefen bezüglich Parksituation, wie das gehandhabt wird wegen Parktickets? Ähm, ja, oder ob es noch eine Kommunikation gibt oder dass man besser über Verkehrssituationen aufklären kann. Äh, das war dazu. Und dann sind wir konkret in die problematischen Felder reingegangen. Hier ist es so in der Kommunikation, dass vor allem die Absprachen, die getroffen wurden, aber dann an die sich nicht gehalten wird.

Das Beispiel war zum Beispiel also Haare waschen oder auch Erreichbarkeit in der Freizeit. Ähm, dass da keine klare Linie gefahren wird und dass dies eben zu Konflikten im Team führt. Dann hatten wir das Thema Führung angesprochen und ich denke, dass auch hier das Hauptproblem ist. Also sie stehen vor allem vor einem Generationswechsel bzw. sind da noch mittendrin. Die Seniorchefin wird durch ihren Sohn abgelöst, peu a peu.

Und ja, sie hat gefühlt noch nicht ihre neue Rolle gefunden. Beziehungsweise das fällt ihr glaube schwer? Was wiederum auch zu Konflikten im Team führt. Meine Vermutung ist, dass wenn da in der Führung eine klare Linie getroffen wird, dass wahrscheinlich sich die Unebenheiten im Team jetzt auch klären würden, weil dann auch Dinge wahrscheinlich mit dem Juniorchef besser abgesprochen werden können.

Äh, ja. Dann müsste man halt beobachten, wie es sich verhält und ob ... zum Beispiel war, das war auch ein Thema, dass im Team nicht mehr dieses Teamzusammengehörigkeitsgefühl da ist, ob man da halt ein entsprechendes Teamentwicklungsseminar machen könnte. Das was ich aber denke ist, dass es wahrscheinlich am sinnvollsten

ist, jetzt den Generationswechsel entsprechend zu coachen oder bzw. es zu versuchen in richtige Bahnen zu lenken.

Insgesamt war es sehr emotional. Teilweise. Ähm. Es ist so, dass sich auch viel angestaut hat über die letzten Jahre und auch gerade ältere Kollegen doch an ihre Grenzen kommen. Es ist aber so, dass zum Beispiel die Bedingungen ... Rahmenbedingungen der Krankenkasse nicht in Frage gestellt werden. Diese werden so hingenommen und man versucht halt das entsprechend Beste draus zu machen. Das, was man hier sieht, ist, dass es für die Mitarbeiter besonders wichtig ist, dass die Führung genau guckt, wer als neuer Patient aufgenommen wird und dass da halt keine faulen Kompromisse gemacht werden.

Weil es mangelt halt nicht an Patienten und dann ist es besser, sich die Guten auszusuchen, ist die Haltung und man müsse sich nicht das Leben unbedingt schwer machen. Ich bin jetzt so verblieben, dass ich entsprechend, die Fragebögen auswerten werde und dann ein gemeinsames Treffen mit Seniorchefin und Juniorchef mache, um ihn entsprechend das zu präsentieren.“

## Anhang II: Tabellen der einzelnen Skalen mit ihren Items für die Oberkategorie Anforderungen

Skala Quantitative Anforderungen				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>M-W-Test</sub>
B1_1: Müssen Sie sehr schnell arbeiten?	31	55,65 ± 19,05	25-100	,027*
	18 (< 45)	48,61 ± 15,98	25-75	
	13 (≥ 45)	65,38 ± 19,20	50-100	
B1_2: Arbeiten Sie den ganzen Tag mit hohem Tempo?	31	51,61 ± 25,77	0-100	,159
	18 (< 45)	45,83 ± 21,44	0-75	
	13 (≥ 45)	59,62 ± 29,82	0-100	
B1_3: Wie oft kommt es vor, dass Sie nicht genügend Zeit haben, alle Ihre Aufgaben zu erledigen?	31	41,13 ± 27,04	0-100	,474
	18 (< 45)	44,44 ± 27,86	0-75	
	13 (≥ 45)	36,54 ± 26,25	0-100	
B1_4: Kommen Sie mit Ihrer Arbeit in Rückstand?	32	28,13 ± 23,55	0-75	,484
	18 (< 45)	30,56 ± 21,96	0-50	
	14 (≥ 45)	25,00 ± 25,94	0-75	
B1_5: Müssen Sie Überstunden machen?	32	45,31 ± 20,52	0-75	1,00
	18 (< 45)	45,83 ± 21,44	0-75	
	14 (≥ 45)	44,64 ± 20,05	0-75	
Quantitative Anforderungen	31	44,52 ± 15,40	15-70	,599
	18 (< 45)	43,06 ± 16,10	15-70	
	13 (≥ 45)	46,54 ± 14,77	25-70	

\* - p ≤ ,05, signifikant

<b>Skala Emotionale Anforderungen</b>				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	$\rho_{M-W}$ -Test
B1_6: Gehört es zu Ihrer Arbeit, sich mit den persönlichen Problemen anderer Menschen zu beschäftigen?	31	76,61 ± 22,30	25-100	,392
	18 (< 45)	79,71 ± 23,09	25-100	
	13 (≥ 45)	73,08 ± 21,56	25-100	
B1_7: Ist Ihre Arbeit emotional fordernd?	30	56,67 ± 20,69	0-100	,325
	18 (< 45)	54,17 ± 17,68	0-75	
	12 (≥ 45)	60,42 ± 24,91	0-100	
Emotionale Anforderungen	31	66,53 ± 17,20	13-100	,639
	18 (< 45)	66,67 ± 17,15	13-88	
	13 (≥ 45)	66,35 ± 17,96	38-100	

<b>Skala Anforderungen, Emotionen zu verbergen</b>				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	$\rho_{M-W}$ -Test
B1_8: Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, dass Sie Ihre Gefühle verbergen?	31	37,90 ± 28,04	0-100	,024 *
	18 (< 45)	29,17 ± 30,01	0-100	
	13 (≥ 45)	50,00 ± 20,41	0-75	
B1_9: Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, sich mit Ihrer Meinung zurück zu halten?	32	36,72 ± 28,39	0-100	,366
	18 (< 45)	31,94 ± 29,46	0-75	
	14 (≥ 45)	42,86 ± 26,73	0-100	
Anforderungen, Emotionen zu verbergen	32	37,50 ± 25,60	0-88	,093 <sup>t</sup>
	18 (< 45)	30,56 ± 27,19	0-88	
	14 (≥ 45)	46,43 ± 21,05	0-88	

\* -  $p \leq ,05$ , signifikant

<sup>t</sup> – tendenzielle Unterschiede im Item ( $p < ,1$ )

<b>Skala Work-Privacy Konflikt</b>				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>M-W-Test</sub>
B2_1: Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- u. Familienleben.	32	28,91 ± 34,26	0-100	,722
	18 (< 45)	27,78 ± 36,27	0-100	
	14 (≥ 45)	30,36 ± 32,79	0-100	
B2_2: Der Zeitaufwand meiner Arbeit macht es schwierig für mich, meinen Pflichten in der Familie oder im Privatleben nachzukommen.	32	30,47 ± 31,58	0-100	,837
	18 (< 45)	31,94 ± 34,10	0-100	
	14 (≥ 45)	28,57 ± 29,18	0-75	
B2_3: Meine Arbeit beansprucht so viel Energie, dass sich dies negativ auf mein Privatleben auswirkt.	32	25,00 ± 31,75	0-100	,674
	18 (< 45)	23,61 ± 32,62	0-100	
	14 (≥ 45)	26,79 ± 31,72	0-100	
B2_4: Meine Arbeit nimmt so viel Zeit in Anspruch, dass sich dies negativ auf mein Privatleben auswirkt.	32	21,09 ± 27,02	0-75	,670
	18 (< 45)	19,44 ± 26,51	0-75	
	14 (≥ 45)	23,21 ± 28,53	0-75	
Work-Privacy Konflikt	32	26,37 ± 29,22	,0-87,5	,793
	18 (< 45)	25,69 ± 29,93	,0-87,5	
	14 (≥ 45)	27,23 ± 29,38	,0-87,5	

<b>Skala Entgrenzung</b>				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>M-W-Test</sub>
B2_5: Ich erledigte berufliche Dinge auch außerhalb meiner Arbeitszeit.	31	18,55 ± 25,79	0-75	,682
	18 (< 45)	20,83 ± 27,45	0-75	
	13 (≥ 45)	15,38 ± 24,02	0-75	
B2_6: In meiner Freizeit bin ich für Personen, mit denen ich beruflich zu tun habe, erreichbar.	32	26,56 ± 26,89	0-100	,340
	18 (< 45)	30,56 ± 27,86	0-100	
	14 (≥ 45)	21,43 ± 25,68	0-75	
Entgrenzung	32	23,05 ± 22,92	,0-87,5	,405
	18 (< 45)	25,69 ± 23,67	,0-87,5	
	14 (≥ 45)	19,64 ± 22,31	,0-75,0	

### Anhang III: Tabellen der einzelnen Skalen mit ihren Items für die Oberkategorie Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten

Skala Einfluss auf die Arbeit				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>M-W-Test</sub>
B3_1: Haben Sie großen Einfluss auf Entscheidungen, die Ihre Arbeit betreffen?	32	52,34 ± 30,03	0-100	,633
	18 (< 45)	55,56 ± 29,15	0-100	
	14 (≥ 45)	48,21 ± 31,72	0-100	
B3_2: Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird?	31	47,58 ± 31,86	0-100	,614
	17 (< 45)	50,00 ± 29,32	0-100	
	14 (≥ 45)	44,64 ± 35,60	0-100	
B3_3: Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun?	30	55,83 ± 32,62	0-100	,529
	16 (< 45)	60,94 ± 25,77	0-100	
	14 (≥ 45)	50,00 ± 39,22	0-100	
Einfluss auf die Arbeit	31	51,34 ± 24,82	0-92	,459
	17 (< 45)	54,41 ± 24,50	0-92	
	14 (≥ 45)	47,62 ± 25,62	0-83	

Skala Entscheidungsspielraum				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>M-W-Test</sub>
B3_4: Können Sie selbst bestimmen, wann Sie eine Pause machen?	32	75,78 ± 34,48	0-100	,294
	18 (< 45)	81,94 ± 30,69	0-100	
	14 (≥ 45)	67,86 ± 38,52	0-100	
B3_5: Können Sie mehr oder weniger frei entscheiden, wann Sie Urlaub machen?	31	73,39 ± 27,34	25-100	,346
	18 (< 45)	70,83 ± 24,63	0-100	
	13 (≥ 45)	76,92 ± 31,39	0-100	
Entscheidungsspielraum	32	73,83 ± 25,07	38-100	,962
	18 (< 45)	76,39 ± 18,63	0-100	
	14 (≥ 45)	70,54 ± 32,00	0-100	

<b>Skala Entwicklungsmöglichkeiten</b>				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>M-W-Test</sub>
B4_1: Ist Ihre Arbeit abwechslungsreich?	32	82,03 ± 17,08	50-100	,538
	18 (< 45)	80,56 ± 16,17	50-100	
	14 (≥ 45)	83,93 ± 18,62	50-100	
B5_1: Haben Sie die Möglichkeit, durch Ihre Arbeit neue Dinge zu erlernen?	32	65,63 ± 20,82	25-100	,005 **
	18 (< 45)	75,00 ± 21,00	50-100	
	14 (≥ 45)	53,57 ± 13,36	25-75	
B5_2: Können Sie Ihre Fertigkeiten oder Ihr Fachwissen bei Ihrer Arbeit anwenden?	32	74,22 ± 19,56	50-100	,109
	18 (< 45)	79,17 ± 19,65	50-100	
	14 (≥ 45)	67,86 ± 18,16	50-100	
Entwicklungsmöglichkeiten	32	73,96 ± 13,68	50-100	,034 *
	18 (< 45)	78,24 ± 14,33	50-100	
	14 (≥ 45)	68,45 ± 10,93	50-83	

\* -  $p \leq ,05$ , signifikant

\*\* -  $p \leq ,01$ , hochsignifikant

<b>Skala Bedeutung der Arbeit</b>				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>M-W-Test</sub>
B5_3: Ist Ihre Arbeit sinnvoll?	32	94,53 ± 12,27	50-100	,836
	18 (< 45)	95,83 ± 9,59	75-100	
	14 (≥ 45)	92,86 ± 15,28	50-100	
B5_4: Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit wichtig ist?	32	95,31 ± 9,91	75-100	,169
	18 (< 45)	93,06 ± 11,52	75-100	
	14 (≥ 45)	98,21 ± 6,68	75-100	
Bedeutung der Arbeit	32	94,92 ± 9,45	75-100	,801
	18 (< 45)	94,44 ± 9,80	75-100	
	14 (≥ 45)	95,54 ± 9,31	75-100	

<b>Skala Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz</b>				
Item	N	MW $\pm$ SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>M-W-Test</sub>
B5_5: Sind Sie stolz, dieser Einrichtung/ diesem Unternehmen anzugehören?	30	82,50 $\pm$ 19,86	50-100	
	18 (< 45)	83,33 $\pm$ 19,17	50-100	,863
	12 ( $\geq$ 45)	81,25 $\pm$ 21,65	50-100	
B5_6: Erzählen Sie anderen gerne über Ihren Arbeitsplatz?	31	64,52 $\pm$ 30,81	0-100	
	18 (< 45)	72,22 $\pm$ 28,30	0-100	,124
	13 ( $\geq$ 45)	53,85 $\pm$ 32,03	0-100	
Verbundenheit mit dem Arbeitsplatz	31	72,58 $\pm$ 23,59	25-100	
	18 (< 45)	77,78 $\pm$ 20,81	50-100	,193
	13 ( $\geq$ 45)	65,38 $\pm$ 26,01	25-100	

### Anhang IV: Tabellen der einzelnen Skalen mit ihren Items für die Oberkategorie Soziale Beziehung und Führung

Skala Vorhersehbarkeit der Arbeit				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>M-W-Test</sub>
B6_1: Werden Sie rechtzeitig im Voraus über Veränderungen an Ihrem Arbeitsplatz informiert, z. B. über wichtige Entscheidungen, Veränderungen oder Pläne für die Zukunft?	31	71,77 ± 22,12	25-100	,517
	18 (< 45)	69,44 ± 23,75	25-100	
	13 (≥ 45)	75,00 ± 20,41	50-100	
B6_2: Erhalten Sie alle Informationen, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit gut zu erledigen?	32	78,13 ± 18,78	25-100	,412
	18 (< 45)	75,00 ± 21,00	25-100	
	14 (≥ 45)	82,14 ± 15,28	50-100	
Vorhersehbarkeit der Arbeit	32	75,39 ± 18,37	38-100	,264
	18 (< 45)	72,22 ± 19,45	38-100	
	14 (≥ 45)	79,46 ± 16,70	63-100	

<b>Skala Rollenklarheit</b>				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	ρ <sub>M-W-Test</sub>
B6_3: Gibt es klare Ziele für Ihre Arbeit?	31	85,48 ± 15,51	50-100	,188
	17 (< 45)	82,35 ± 14,70	50-100	
	14 (≥ 45)	89,29 ± 16,16	50-100	
B6_4: Wissen Sie genau, welche Dinge in Ihren Verantwortungsbereich fallen?	32	85,94 ± 15,47	50-100	,209
	18 (< 45)	88,89 ± 15,39	50-100	
	14 (≥ 45)	82,14 ± 15,28	50-100	
B6_5: Wissen Sie genau, was von Ihnen bei der Arbeit erwartet wird?	32	86,72 ± 15,53	50-100	,892
	18 (< 45)	86,11 ± 15,40	50-100	
	14 (≥ 45)	87,50 ± 16,26	50-100	
Rollenklarheit	32	86,20 ± 12,27	58-100	,952
	18 (< 45)	86,11 ± 13,01	58-100	
	14 (≥ 45)	86,31 ± 11,61	67-100	

<b>Skala Rollenkonflikte</b>				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	ρ <sub>M-W-Test</sub>
B6_6: Werden bei Ihrer Arbeit widersprüchliche Anforderungen gestellt?	31	16,94 ± 21,78	0-75	,841
	17 (< 45)	19,12 ± 25,81	0-75	
	14 (≥ 45)	14,29 ± 16,16	0-50	
B6_7: Müssen Sie manchmal Dinge tun, die eigentlich auf andere Weise getan werden sollten?	32	24,22 ± 23,32	0-75	,766
	18 (< 45)	25,00 ± 22,69	0-50	
	14 (≥ 45)	23,21 ± 24,93	0-75	
B6_8: Müssen Sie manchmal Dinge tun, die Ihnen unnötig erscheinen?	32	25,78 ± 21,52	0-50	,388
	18 (< 45)	29,17 ± 21,44	0-50	
	14 (≥ 45)	21,43 ± 21,61	0-50	
Rollenkonflikte	32	22,27 ± 17,82	0-58	,558
	18 (< 45)	24,31 ± 19,40	0-58	
	14 (≥ 45)	19,64 ± 15,88	0-42	

Skala Führungsqualität				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	$\rho_{M-W}$ -Test
B7_1: Bitte schätzen Sie ein, in welchem Maß Ihre unmittelbare Vorgesetzte/ Ihr unmittelbarer Vorgesetzter für gute Entwicklungsmöglichkeiten der Mitarbeiter*innen sorgt?	32	73,44 ± 25,35	0-100	
	18 (< 45)	75,00 ± 19,18	50-100	,947
	14 (≥ 45)	71,43 ± 32,31	0-100	
B7_2: ... der Arbeitszufriedenheit einen hohen Stellenwert beimisst?	31	72,58 ± 22,69	25-100	
	18 (< 45)	72,22 ± 22,51	25-100	,908
	13 (≥ 45)	73,08 ± 23,85	25-100	
B7_3: ... die Arbeit gut plant?	31	75,81 ± 23,70	0-100	
	18 (< 45)	75,00 ± 19,17	50-100	,492
	13 (≥ 45)	76,92 ± 29,69	0-100	
B7_4: ... Konflikte gut löst?	32	71,09 ± 23,85	0-100	
	18 (< 45)	70,83 ± 23,09	25-100	,756
	14 (≥ 45)	71,43 ± 25,68	0-100	
Führungsqualität	32	73,05 ± 21,33	19-100	
	18 (< 45)	73,26 ± 19,86	38-100	,768
	14 (≥ 45)	72,77 ± 23,86	19-100	

<b>Skala Soziale Unterstützung</b>				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>M-W-Test</sub>
B8_1: Wie oft erhalten Sie bei Bedarf Hilfe und Unterstützung von Ihren Kolleg*innen?	32	74,22 ± 24,99	25-100	,243
	18 (< 45)	69,44 ± 26,51	25-100	
	14 (≥ 45)	80,36 ± 22,32	25-100	
B8_2: Wie oft sind Ihre Kolleg*innen bei Bedarf bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	31	73,39 ± 21,35	25-100	,458
	17 (< 45)	72,06 ± 17,42	50-100	
	14 (≥ 45)	75,00 ± 25,94	25-100	
B8_3: Wie oft erhalten Sie bei Bedarf Hilfe und Unterstützung von Ihrem/Ihrer unmittelbaren Vor-gesetzten?	31	79,03 ± 22,45	25-100	,439
	17 (< 45)	76,47 ± 22,48	25-100	
	14 (≥ 45)	82,14 ± 22,85	25-100	
B8_4: Wie oft ist Ihr*e unmittelbare*r Vorgesetzte*r bei Bedarf bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	31	84,68 ± 22,06	25-100	,362
	17 (< 45)	83,82 ± 17,55	50-100	
	14 (≥ 45)	85,71 ± 27,24	25-100	
Soziale Unterstützung	31	77,82 ± 19,56	25-100	,245
	17 (< 45)	75,37 ± 18,02	38-100	
	14 (≥ 45)	80,80 ± 21,58	25-100	

<b>Skala Feedback/Rückmeldung</b>				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>M-W-Test</sub>
B8_5: Wie oft spricht Ihr*e Vorgesetzte*r mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	31	55,65 ± 22,59	0-100	,392
	17 (< 45)	60,29 ± 19,88	25-100	
	14 (≥ 45)	50,00 ± 31,01	0-100	
B8_6: Wie oft sprechen Ihre Kolleg*innen mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	31	44,35 ± 24,76	0-100	,836
	17 (< 45)	42,65 ± 22,99	0-75	
	14 (≥ 45)	46,43 ± 27,49	0-100	
Feedback/Rückmeldung	31	50,00 ± 22,36	0-100	,598
	17 (< 45)	51,47 ± 18,69	13-75	
	14 (≥ 45)	48,21 ± 26,79	0-100	

<b>Skala Soziale Beziehung</b>				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	$\rho_{M-W}$ -Test
B8_7: Können Sie sich mit Kolleg*innen unterhalten, während Sie arbeiten?	31	45,16 ± 35,01	0-100	
	17 (< 45)	55,88 ± 27,29	0-100	,062 <sup>t</sup>
	14 (≥ 45)	32,14 ± 39,75	0-100	
Soziale Beziehungen	31	45,16 ± 35,01	0-100	,062 <sup>t</sup>
	17 (< 45)	55,88 ± 27,29	0-100	
	14 (≥ 45)	32,14 ± 39,75	0-100	

<sup>t</sup> – tendenzielle Unterschiede im Item ( $p < ,1$ )

<b>Skala Gemeinschaftsgefühl</b>				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	$\rho_{M-W}$ -Test
B8_8: Ist die Atmosphäre zwischen Ihnen und Ihren Arbeitskolleg*innen gut?	31	70,97 ± 21,50	25-100	
	18 (< 45)	63,89 ± 21,39	25-100	,038 <sup>*</sup>
	13 (≥ 45)	80,77 ± 18,13	50-100	
B8_9: Ist die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitskolleg*innen gut?	32	71,09 ± 20,19	25-100	
	18 (< 45)	65,28 ± 19,44	25-100	,082 <sup>t</sup>
	14 (≥ 45)	78,57 ± 19,26	50-100	
Gemeinschaftsgefühl	32	71,48 ± 20,39	25-100	
	18 (< 45)	64,58 ± 19,76	25-100	,032 <sup>*</sup>
	14 (≥ 45)	80,36 ± 18,16	50-100	

\* -  $p \leq ,05$ , signifikant

<sup>t</sup> – tendenzielle Unterschiede im Item ( $p < ,1$ )

<b>Skala Mobbing</b>				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	$\rho_{M-W}$ -Test
B8_10: Wie oft fühlen Sie sich durch Kolleg*innen oder Vorgesetzte zu Unrecht kritisiert, schikaniert oder vor anderen bloßgestellt?	31	18,55 ± 25,79	0-75	
	17 (< 45)	16,18 ± 21,54	0-50	,821
	14 (≥ 45)	21,43 ± 30,79	0-50	
Mobbing	31	18,55 ± 25,79	0-75	,821
	17 (< 45)	16,18 ± 21,54	0-50	
	14 (≥ 45)	21,43 ± 30,79	0-50	

<b>Skala Vertrauen und Gerechtigkeit</b>				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>M-W-Test</sub>
B8a_1: Vertraut die Führung darauf, dass die Mitarbeiter*innen ihre Arbeit gut machen?	31	87,90 ± 15,64	50-100	,415
	17 (< 45)	85,29 ± 17,81	50-100	
	14 (≥ 45)	91,07 ± 12,43	75-100	
B8a_2: Können die Mitarbeiter*innen den Informationen vertrauen, die von der Führung kommen?	31	84,68 ± 19,68	50-100	,584
	17 (< 45)	82,35 ± 19,29	50-100	
	14 (≥ 45)	87,50 ± 12,97	75-100	
B8a_3: Werden Konflikte auf gerechte Weise gelöst?	32	71,09 ± 25,49	25-100	,217
	18 (< 45)	66,67 ± 22,69	25-100	
	14 (≥ 45)	76,79 ± 28,53	25-100	
B8a_4: Wird die Arbeit gerecht verteilt?	31	66,94 ± 26,92	25-100	,144
	18 (< 45)	61,11 ± 26,04	25-100	
	13 (≥ 45)	75,00 ± 27,00	25-100	
Vertrauen und Gerechtigkeit	32	79,24 ± 16,16	40-100	,160
	18 (< 45)	75,56 ± 16,17	40-100	
	14 (≥ 45)	83,97 ± 15,41	55-100	

<b>Skala Wertschätzung</b>				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>M-W-Test</sub>
B8a_5: Erfährt Ihre Arbeit Anerkennung und Wertschätzung durch die Führung?	31	70,16 ± 26,94	0-100	,428
	17 (< 45)	75,00 ± 21,65	50-100	
	14 (≥ 45)	64,29 ± 32,01	0-100	
Wertschätzung	31	70,16 ± 26,94	0-100	,428
	17 (< 45)	75,00 ± 21,65	50-100	
	14 (≥ 45)	64,29 ± 32,01	0-100	

## Anhang V: Tabellen der einzelnen Skalen mit ihren Items für die Oberkategorie Arbeitsumgebung und -bedingungen

<b>Skala Arbeitsumgebung/ Phys. Anforderungen vor Ort</b>				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	DM-W-Test
B8b_1: Wie häufig müssen Sie körperlich schwer arbeiten, z. B. schwer heben, tragen oder stemmen?	32	54,69 ± 24,13	0-100	
	18 (< 45)	52,78 ± 18,96	25-75	,508
	14 (≥ 45)	57,14 ± 30,11	0-100	
B8b_2: Wie häufig sind Sie an Ihrem direkten Arbeitsplatz (im Unternehmen) Lärm oder lauten Umgebungsgeräuschen ausgesetzt?	30	27,50 ± 22,12	0-75	
	18 (< 45)	29,17 ± 23,09	0-75	,676
	12 (≥ 45)	25,00 ± 21,32	0-50	
B8b_4: Wie häufig kommen Sie bei Ihrer Arbeit mit Chemikalien bzw. Gefahrstoffen in Berührung?	31	42,74 ± 28,28	0-100	
	17 (< 45)	44,12 ± 22,59	0-75	,744
	14 (≥ 45)	41,07 ± 34,82	0-100	
B8b_5: Wie häufig sind Sie an Ihrem direkten Arbeitsplatz (im Unternehmen) Zugluft bzw. extremen Temperaturen ausgesetzt?	28	40,18 ± 28,33	0-100	
	16 (< 45)	39,06 ± 25,77	0-75	,880
	12 (≥ 45)	41,67 ± 32,57	0-100	
B8b_7: Wie häufig sind Sie im Unternehmen schlechter Luft ausgesetzt, z. B. Zigarettenrauch, Gasen oder Ähnlichem?	27	24,07 ± 25,46	0-75	
	15 (< 45)	25,00 ± 28,35	0-75	1,000
	12 (≥ 45)	22,92 ± 22,51	0-50	
B8b_9: Wie häufig sind Sie im Unternehmen schlechten Lichtverhältnissen ausgesetzt, z. B. grelles oder schwaches Licht?	27	16,67 ± 20,80	0-50	
	15 (< 45)	20,00 ± 21,55	0-50	,387
	12 (≥ 45)	12,50 ± 19,94	0-50	
Arbeitsumgebung/Phys. Anforderungen vor Ort	30	34,42 ± 15,42	0-67	
	18 (< 45)	35,37 ± 14,99	17-67	,925
	12 (≥ 45)	32,99 ± 16,62	0-54	

<b>Skala Arbeitsumgebung/ Phys. Anforderungen beim Kunden</b>				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	PM-W-Test
B8b_3: Wie häufig sind Sie in der mobilen Tätigkeit bzw. bei Kunden Lärm oder lauten Umgebungsgeräuschen ausgesetzt?	31	30,65 ± 26,37	0-75	,346
	18 (< 45)	34,72 ± 27,30	0-75	
	13 (≥ 45)	25,00 ± 25,00	0-75	
B8b_6: Wie häufig sind Sie in der mobilen Tätigkeiten bzw. bei Kunden Zugluft bzw. extremen Temperaturen ausgesetzt?	30	54,17 ± 23,75	0-100	,708
	17 (< 45)	55,88 ± 22,59	25-100	
	13 (≥ 45)	51,92 ± 25,94	0-100	
B8b_8: Wie häufig sind Sie in der mobilen Tätigkeit bzw. bei Kunden schlechter Luft ausgesetzt, z. B. Zigarettenrauch, Gasen oder Ähnlichem?	31	43,55 ± 18,22	0-75	,103
	18 (< 45)	48,61 ± 18,13	25-75	
	13 (≥ 45)	36,54 ± 16,51	0-50	
B8b_10: Wie häufig sind Sie in der mobilen Tätigkeit bzw. bei Kunden schlechten Lichtverhältnissen ausgesetzt, z. B. grelles oder schwaches Licht?	27	35,19 ± 22,21	0-75	,070 <sup>t</sup>
	16 (< 45)	42,19 ± 19,83	0-75	
	11 (≥ 45)	25,00 ± 22,36	0-50	
Arbeitsumgebung/Phys. Anforderungen beim Kunden	31	40,93 ± 15,57	0-75	,124
	18 (< 45)	45,14 ± 16,09	13-75	
	13 (≥ 45)	35,10 ± 13,25	0-50	

<sup>t</sup> – tendenzielle Unterschiede im Item ( $p < ,1$ )

<b>Skala Unsicherheit des Arbeitsplatzes</b>				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	$\rho_{M-W}$ -Test
B9_1: Machen Sie sich Sorgen, dass Sie arbeitslos werden?	31	16,94 ± 23,62	0-75	,758
	18 (< 45)	18,06 ± 23,96	0-75	
	13 (≥ 45)	15,38 ± 24,02	0-75	
B9_2: Machen Sie sich Sorgen, dass neue Technologien Sie überflüssig machen?	30	13,33 ± 20,48	0-75	,741
	17 (< 45)	13,24 ± 17,94	0-50	
	13 (≥ 45)	13,46 ± 24,19	0-75	
B9_3: Machen Sie sich Sorgen, dass es schwierig für Sie wäre, eine neue Arbeit zu finden, wenn Sie arbeitslos würden?	32	26,84 ± 30,86	0-100	,224
	18 (< 45)	20,83 ± 26,08	0-75	
	14 (≥ 45)	34,57 ± 35,60	0-100	
Unsicherheit des Arbeitsplatzes	31	18,33 ± 20,08	0-80	,819
	18 (< 45)	17,69 ± 20,20	0-80	
	13 (≥ 45)	19,23 ± 20,70	0-70	

<b>Skala Unsicherheit der Arbeitsbedingungen</b>				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	$\rho_{M-W}$ -Test
B9_4: Machen Sie sich Sorgen, dass man Sie gegen Ihren Willen auf eine andere Arbeitsstelle versetzen könnte?	30	15,00 ± 27,54	0-100	,636
	17 (< 45)	13,24 ± 26,69	0-100	
	13 (≥ 45)	17,31 ± 29,55	0-100	
B9_5: Machen Sie sich Sorgen, dass Ihre Arbeitszeiten gegen Ihren Willen verändert werden (z. B. Arbeitstag, Schichtpläne, Arbeitsbeginn und -ende)?	31	24,19 ± 26,21	0-100	,272
	18 (< 45)	19,44 ± 23,57	0-75	
	13 (≥ 45)	30,77 ± 29,14	0-100	
B9_6: Machen Sie sich Sorgen, dass Ihr Lohn/Gehalt verringert werden könnte?	31	22,58 ± 26,89	0-100	,834
	18 (< 45)	25,00 ± 30,92	0-100	
	13 (≥ 45)	19,23 ± 20,80	0-50	
Unsicherheit der Arbeitsbedingungen	31	20,57 ± 21,65	0-91,7	,502
	18 (< 45)	19,21 ± 23,09	0-91,7	
	13 (≥ 45)	22,44 ± 20,24	0-66,7	

## Anhang VI: alle Tabellen der einzelnen Skalen mit ihren Items für die Oberkategorie Belastungsfolgen

Skala Gedanke an Berufs-/Stellungswechsel				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>M-W-Test</sub>
B10_1: Wie oft haben Sie im Laufe der letzten 12 Monate daran gedacht Ihren Beruf aufzugeben?	31	16,13 ± 21,94	25-100	,056 <sup>t</sup>
	18 (< 45)	9,72 ± 17,45	50-100	
	13 (≥ 45)	25,00 ± 25,00	25-100	
B10_2: Wie oft haben Sie im Laufe der letzten 12 Monate daran gedacht Ihre Arbeitsstelle zu wechseln?	30	18,33 ± 24,51	25-100	,371
	18 (< 45)	13,89 ± 19,60	50-100	
	12 (≥ 45)	25,00 ± 30,15	25-100	
Gedanke an Berufs-/Stellungswechsel	31	17,74 ± 22,54	25-100	,127
	18 (< 45)	11,81 ± 17,40	50-100	
	13 (≥ 45)	25,96 ± 26,74	25-100	

<sup>t</sup> – tendenzielle Unterschiede im Item ( $p < ,1$ )

Skala Arbeitszufriedenheit				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	$\rho_{M-W}$ -Test
B11_1: Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit Ihren Berufsperspektiven?	31	76,61 ± 15,73	50-100	,088 <sup>t</sup>
	18 (< 45)	80,56 ± 18,30	50-100	
	13 (≥ 45)	71,15 ± 9,39	50-75	
B11_2: Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit den Leuten, mit denen Sie arbeiten?	31	70,97 ± 17,20	50-100	,064 <sup>t</sup>
	18 (< 45)	66,67 ± 19,17	50-100	
	13 (≥ 45)	76,92 ± 12,34	50-100	
B11_3: Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit den körperlichen Arbeitsbedingungen?	31	69,35 ± 12,43	50-100	,716
	18 (< 45)	68,06 ± 11,52	50-75	
	13 (≥ 45)	71,15 ± 13,87	50-100	
B11_4: Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie Ihr Unternehmen geführt wird?	31	74,19 ± 21,87	25-100	,565
	18 (< 45)	72,22 ± 22,51	25-100	
	13 (≥ 45)	76,92 ± 21,56	25-100	
B11_5: Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie Ihre Fähigkeiten genutzt werden?	30	71,67 ± 19,40	25-100	,969
	18 (< 45)	72,22 ± 20,81	50-100	
	12 (≥ 45)	70,83 ± 17,94	25-100	
B11_6: Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Lohn/Gehalt?	29	60,34 ± 24,57	0-100	,970
	17 (< 45)	61,76 ± 23,58	25-100	
	12 (≥ 45)	58,33 ± 26,83	0-100	
B11_7: Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit Ihrer mobilen Tätigkeit?	29	77,59 ± 18,11	50-100	1,000
	18 (< 45)	77,78 ± 16,91	50-100	
	12 (≥ 45)	77,27 ± 20,78	50-100	
B11_8: Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?	31	75,00 ± 17,08	50-100	,791
	18 (< 45)	76,39 ± 18,13	50-100	
	13 (≥ 45)	73,08 ± 16,01	50-100	
Arbeitszufriedenheit	31	72,04 ± 12,71	41-91	,685
	18 (< 45)	72,10 ± 13,14	47-91	
	13 (≥ 45)	71,97 ± 12,61	41-88	

<sup>t</sup> – tendenzielle Unterschiede im Item ( $p < ,1$ )

<b>Skala Arbeitsengagement</b>				
Item	N	MW $\pm$ SD [Punkte]	Min.-Max.	$\rho_{M-W}$ -Test
B14_1: Bei meiner Arbeit bin ich voller Energie.	30	76,67 $\pm$ 15,99	50-100	,833
	17 (< 45)	76,47 $\pm$ 13,89	50-100	
	13 ( $\geq$ 45)	76,92 $\pm$ 18,99	50-100	
B14_2: Ich bin von meiner Arbeit begeistert.	30	76,67 $\pm$ 14,58	50-100	,702
	17 (< 45)	77,94 $\pm$ 15,01	50-100	
	13 ( $\geq$ 45)	75,00 $\pm$ 14,43	50-100	
B14_3: Ich gehe völlig in meiner Arbeit auf.	30	78,33 $\pm$ 17,04	25-100	,176
	17 (< 45)	82,35 $\pm$ 14,70	50-100	
	13 ( $\geq$ 45)	73,08 $\pm$ 18,99	25-100	
Arbeitsengagement	30	77,22 $\pm$ 13,83	42-100	,476
	17 (< 45)	78,92 $\pm$ 11,83	50-100	
	13 ( $\geq$ 45)	75,00 $\pm$ 16,32	42-100	

## Anhang VII: Tabellen der einzelnen Skalen mit ihren Items für die Oberkategorie Beschwerden

Skala allgemeiner Gesundheitszustand				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>M-W-Test</sub>
B12: Ihr Gesundheitszustand	30	71,33 ± 16,76	40-100	
	18 (< 45)	77,22 ± 16,02	40-100	,009 **
	12 (≥ 45)	62,50 ± 14,22	40-80	
Allgemeiner Gesundheitszustand	30	71,33 ± 16,76	40-100	
	18 (< 45)	77,22 ± 16,02	40-100	,009 **
	12 (≥ 45)	62,50 ± 14,22	40-80	

\*\* - p ≤ ,01, hochsignifikant

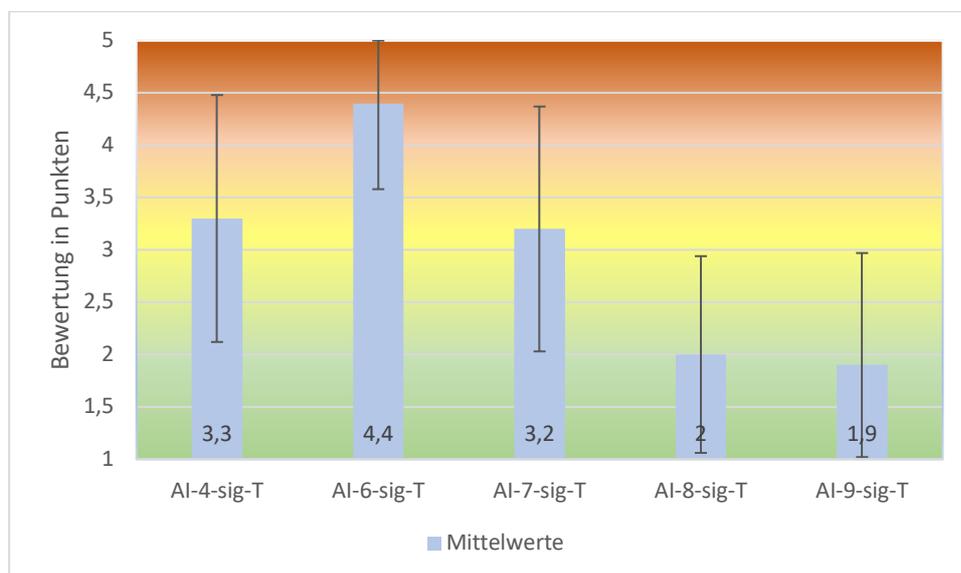
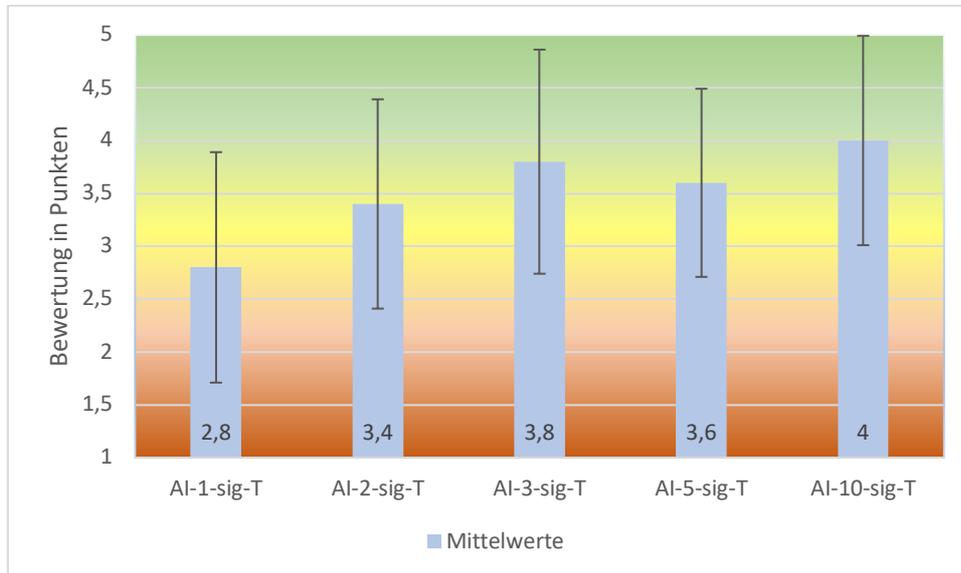
Skala Burnout-Symptome				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	p <sub>M-W-Test</sub>
B13_1: Energie und psychisches Wohlbefinden: Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft. Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	31	47,58 ± 17,51	25-100	
	18 (< 45)	43,06 ± 14,36	25-75	,128
	13 (≥ 45)	53,85 ± 20,02	25-100	
B13_2: Energie und psychisches Wohlbefinden: Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft. Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	31	42,74 ± 21,60	0-75	
	18 (< 45)	38,89 ± 21,39	0-75	,287
	13 (≥ 45)	48,08 ± 21,56	25-75	
B13_3: Energie und psychisches Wohlbefinden: Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft. Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?	30	47,50 ± 21,12	25-100	
	18 (< 45)	43,06 ± 20,66	25-100	,122
	12 (≥ 45)	54,17 ± 20,87	25-100	
Burnout-Symptome	30	46,11 ± 17,19	16,7-91,7	
	17 (< 45)	41,67 ± 15,66	16,7-75,0	,177
	13 (≥ 45)	52,78 ± 17,88	33,3-91,7	

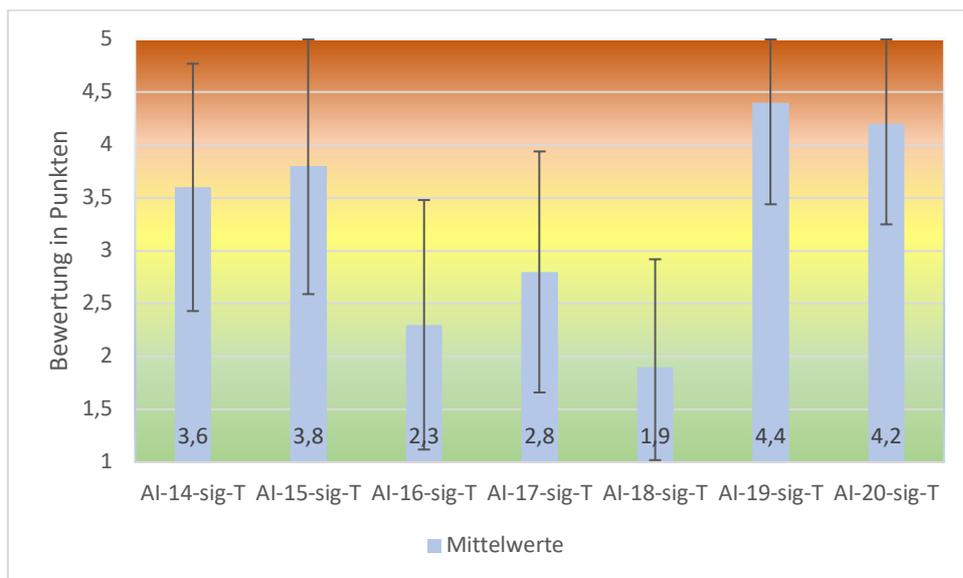
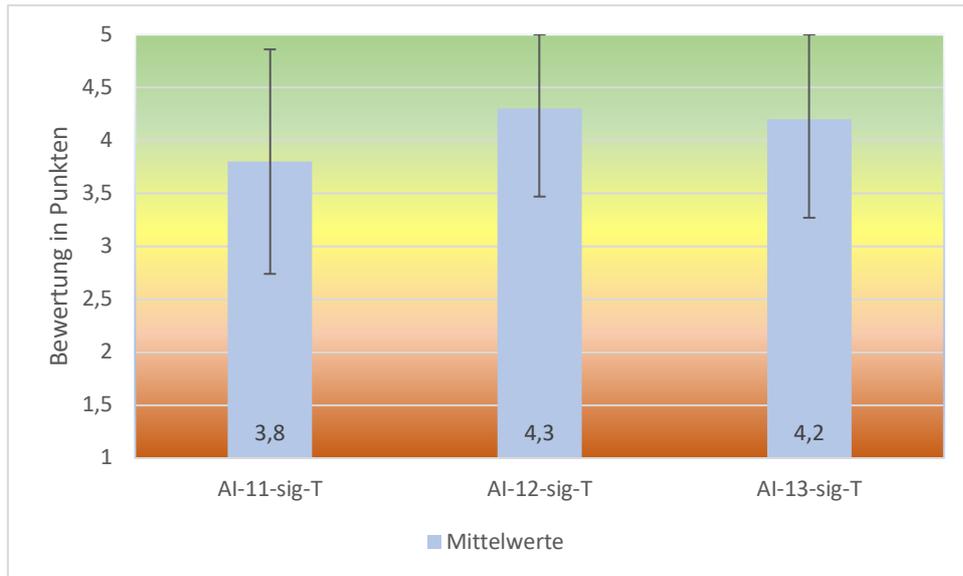
<b>Skala Präsentismus</b>				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	$\rho_{M-W}$ -Test
B13_4: Energie und psychisches Wohlbefinden:	30	45,00 ± 27,39	0-100	
Bitte geben Sie für jede der folgenden	18 (< 45)	47,22 ± 26,97	0-100	,592
Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft. Wie häufig kommen Sie zur Arbeit, obwohl Sie sich richtig krank und unwohl fühlen?	12 (≥ 45)	41,67 ± 28,87	0-100	
Präsentismus	30	45,00 ± 27,39	0-100	
	18 (< 45)	47,22 ± 26,97	0-100	,592
	12 (≥ 45)	41,67 ± 28,87	0-100	

<b>Skala Unfähigkeit abzuschalten</b>				
Item	N	MW ± SD [Punkte]	Min.-Max.	$\rho_{M-W}$ -Test
B13_5: Energie und psychisches Wohlbefinden:	31	43,55 ± 27,36	0-100	
Bitte geben Sie für jede der folgenden	18 (< 45)	37,50 ± 31,21	0-100	,093 <sup>t</sup>
Aussagen an, inwieweit diese auf Sie zutrifft. Wie häufig können Sie in Ihrer Freizeit die Arbeit nicht vergessen?	13 (≥ 45)	51,92 ± 18,99	25-75	
Unfähigkeit abzuschalten	31	43,55 ± 27,36	0-100	
	18 (< 45)	37,50 ± 31,21	0-100	,093 <sup>t</sup>
	13 (≥ 45)	51,92 ± 18,99	25-75	

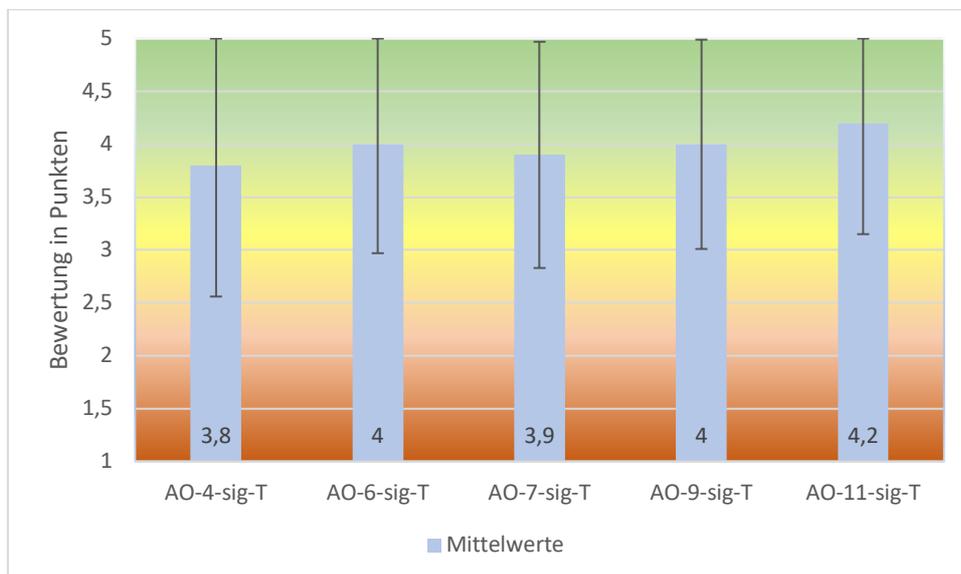
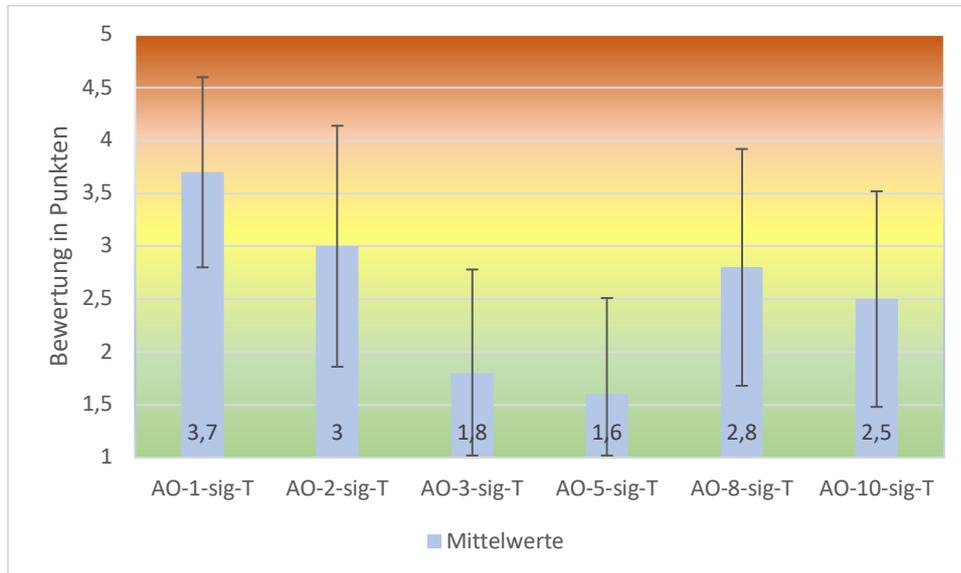
<sup>t</sup> – tendenzielle Unterschiede im Item ( $p < ,1$ )

**Anhang VIII: Übersicht zu den signifikanten Items und Items mit tendenziellem Unterschied im Themenkomplex Arbeitsinhalte (AI), Darstellung von Mittelwerten und Standardabweichungen**

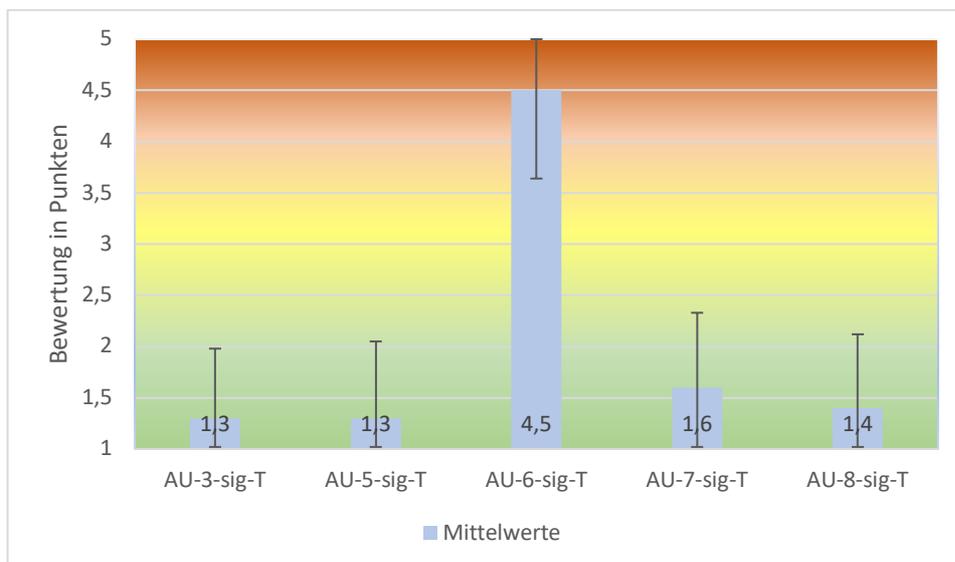
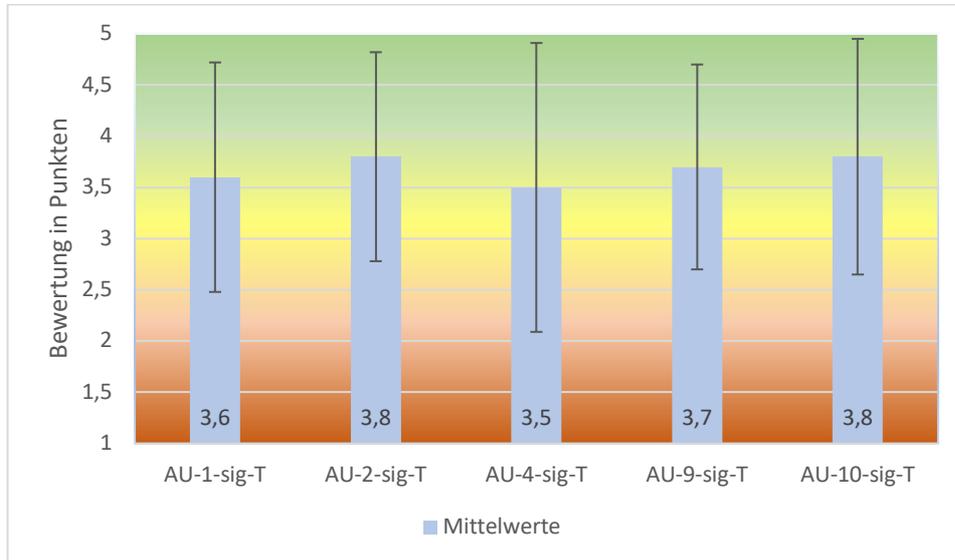


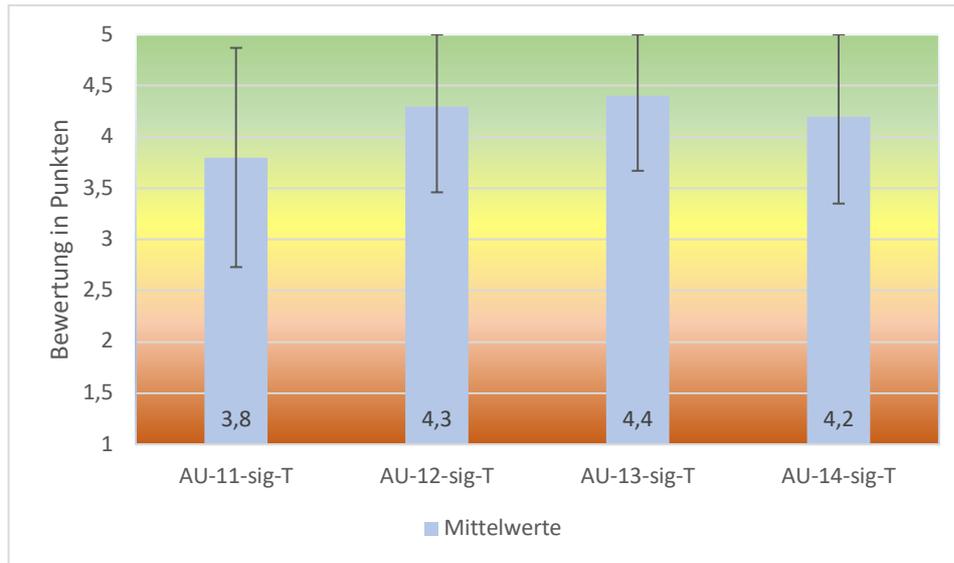


**Anhang IX: Übersicht zu den signifikanten Items und Items mit tendenziellem Unterschied im Themenkomplex Arbeitsorganisation (AO), Darstellung von Mittelwerten und Standardabweichungen**

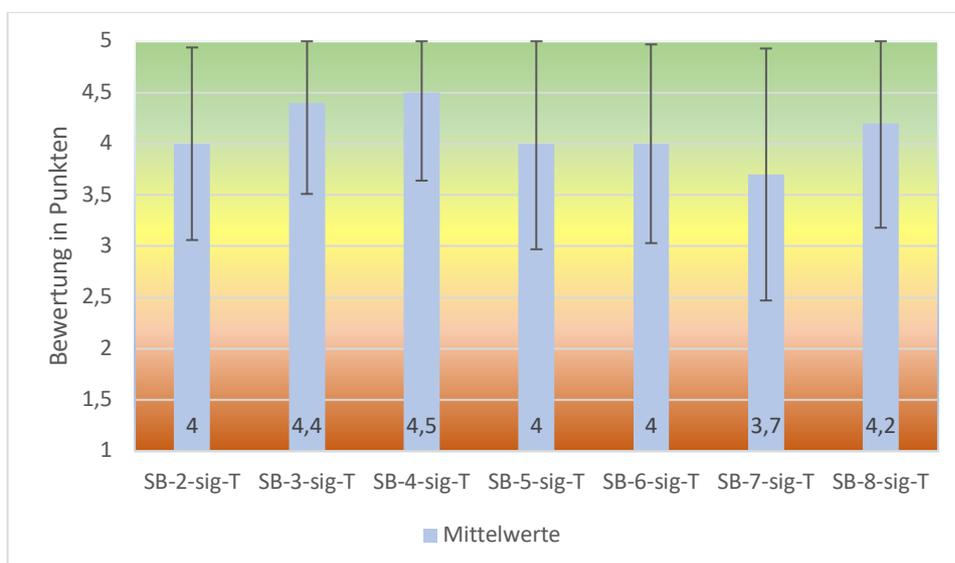
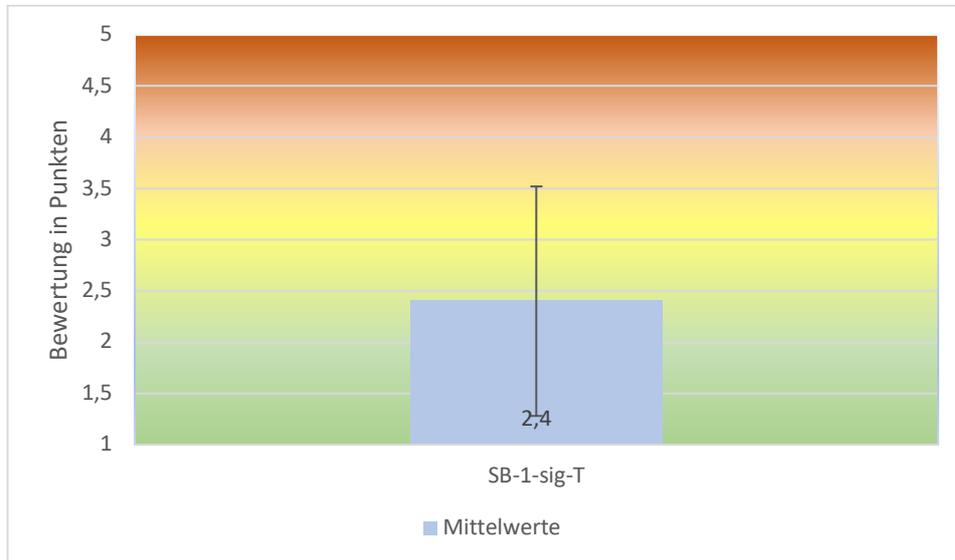


**Anhang X: Übersicht zu den signifikanten Items im Themenkomplex Arbeitsumgebung (AU), Darstellung von Mittelwerten und Standardabweichungen**

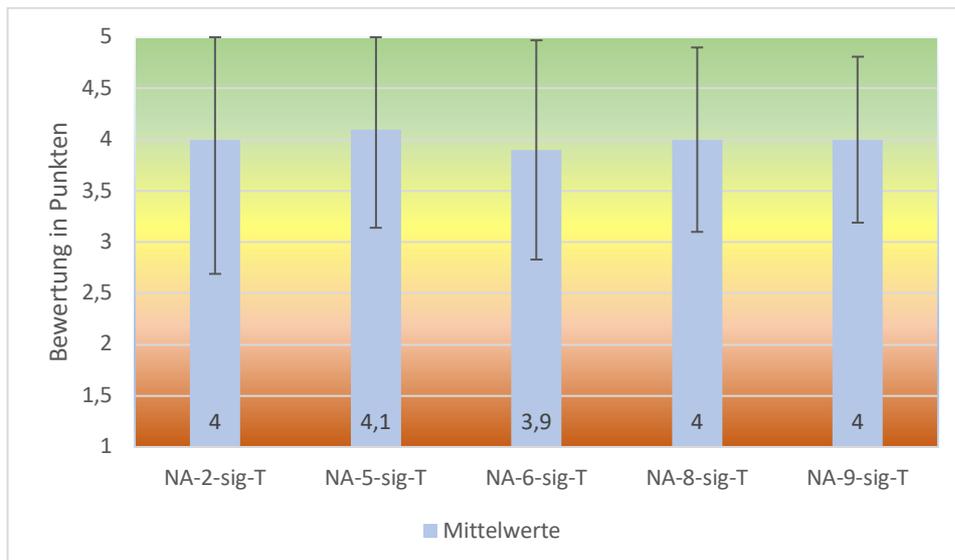
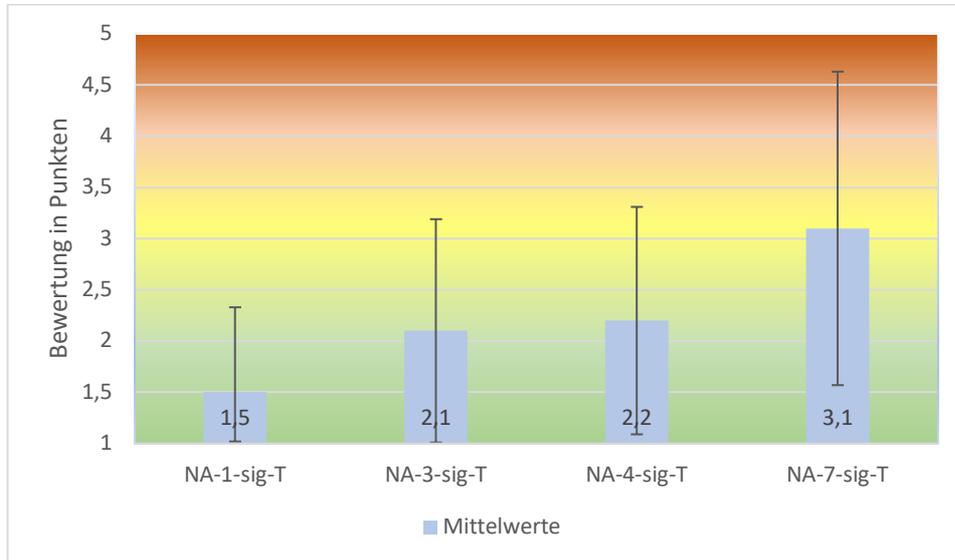




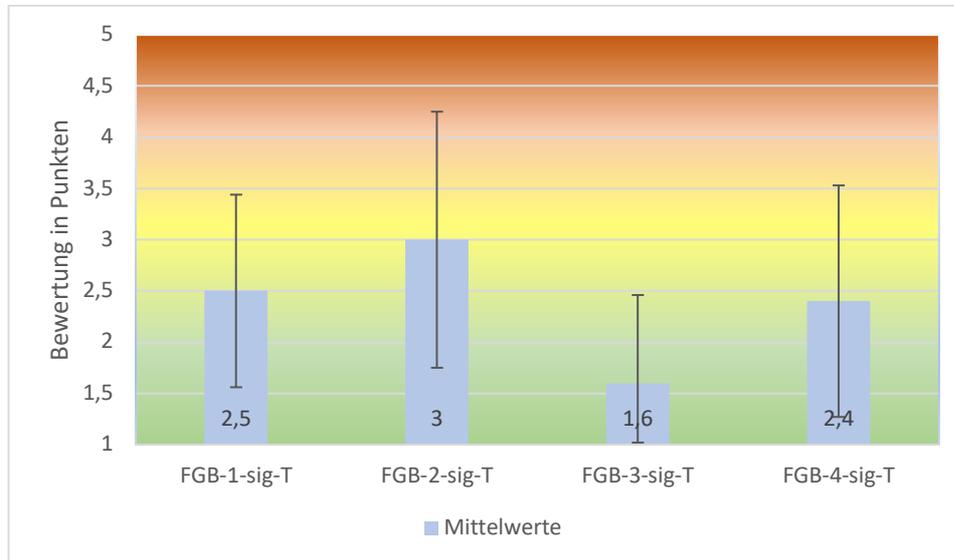
**Anhang XI: Übersicht zu den signifikanten Items und Items mit tendenziellem Unterschied im Themenkomplex Soziale Beziehungen (SB), Darstellung von Mittelwerten und Standardabweichungen**



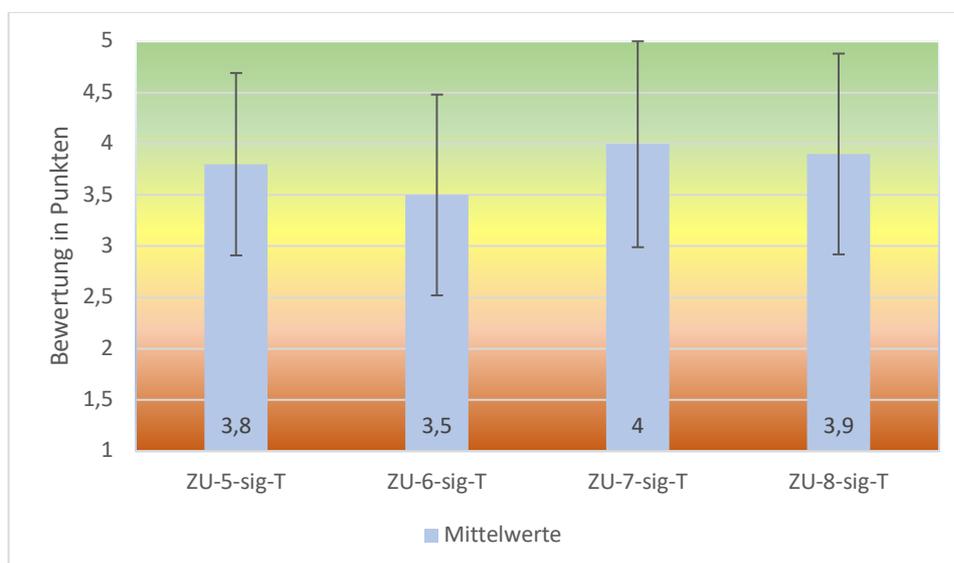
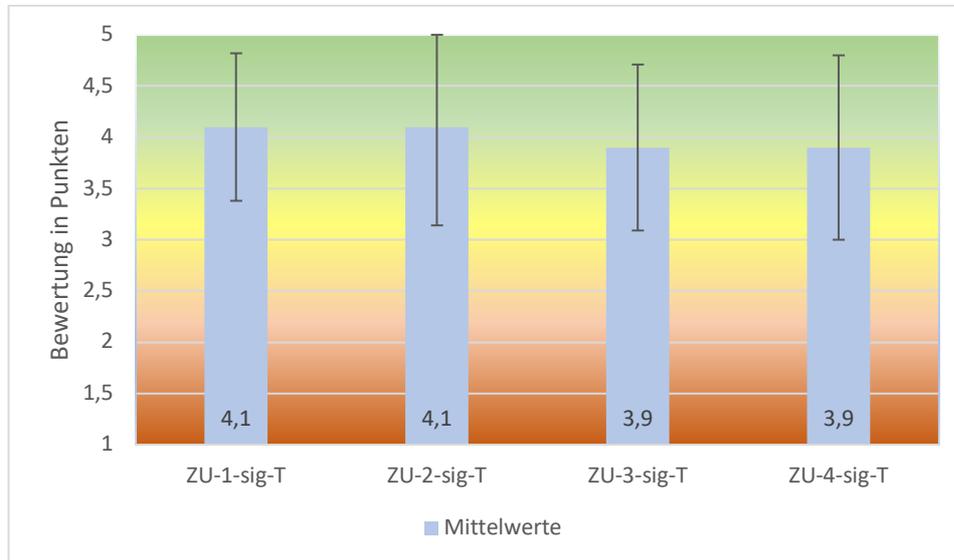
**Anhang XII: Übersicht zu den signifikanten Items im Themenkomplex Arbeitsanforderungen (NA), Darstellung von Mittelwerten und Standardabweichungen**



**Anhang XIII: Übersicht zu den signifikanten Items und Items mit tendenziellem Unterschied im Themenkomplex Gesundheitliche Beschwerden und Empfindungen (FGB), Darstellung von Mittelwerten und Standardabweichungen**



**Anhang XIV: Übersicht zu den signifikanten Items und Items mit tendenziellem Unterschied im Themenkomplex Zufriedenheit (ZU), Darstellung von Mittelwerten und Standardabweichungen**



## Danksagungen

An erster Stelle möchte ich meiner Familie danken, da ich mich immer uneingeschränkt auf ihre Unterstützung verlassen konnte. Stets standet ihr mit viel Einfühlungsvermögen und Verständnis an meiner Seite. Steve, Mama und Papa auch ihr seid ein Teil dieser Arbeit geworden.

Nun möchte ich mich bei meinen Kolleg\*innen und Mitpromovierenden aus dem Bereich Arbeitsmedizin ebenfalls für die Möglichkeiten des fachlichen Austauschs bedanken. Ein ganz besonderer Dank geht hierbei an Prof. Dr. med. habil. Irina Böckelmann. Vielen Dank, dass Sie im Sommer 2018 diese Reise mit mir angetreten sind und meine Vision geteilt haben. Sie sind ein wundervoller Kompass in der Welt der Wissenschaft für mich gewesen und haben mir auch den Raum gelassen meinen eigenen Stil weiterzuentwickeln. Ich hätte mir keine bessere Betreuung vorstellen können.

Ein Forschungsprojekt ist nichts ohne Menschen, die an diesem teilnehmen. Aus diesem Grund möchte ich mich bei den Geschäftsführungen und den Beschäftigten der beteiligten ambulanten Pflegedienste und des Medizinischen Dienst bedanken. Auch ein Dank geht für die gute Kooperation an Dr. Matthias Nübling und die Freiburger Forschungsstelle für Arbeitswissenschaften GmbH. Ebenso geht ein Dank an Frau Anke Lux (Institut für Biometrie und Medizinische Informatik der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg) für die geleistete Beratung in statischen Fragestellungen.

Abschließend möchte ich all meinen Wegbegleiter\*innen, ob kurzweilig oder schon jahrzehntlanger Freundschaft, danken. Manchmal sind es kleine Impulse auf Tagungen, im Arbeitsalltag, auf Grillpartys oder liebevolle Worte innerhalb einer Freundschaft, die einen weiterbringen.

## Erklärung

Ich erkläre, dass ich die der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel

„Die Erstellung von Gefährdungsbeurteilungen psychischer Belastung für die mobil-flexible Arbeit: Exemplarisch dargestellt an mobilen Berufen im Bereich der Pflege“

im Bereich Arbeitsmedizin mit Unterstützung durch Prof. Dr. med. habil. Irina Böckelmann ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Bei der Abfassung der Dissertation sind Rechte Dritter nicht verletzt worden.

Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Ich übertrage der Medizinischen Fakultät das Recht, weitere Kopien meiner Dissertation herzustellen und zu vertreiben.

Magdeburg, den

Erklärung zur strafrechtlichen Verurteilung

Ich erkläre hiermit, nicht wegen einer Straftat verurteilt worden zu sein, die Wissenschaftsbezug hat.

Magdeburg, den

## Lebenslauf und wissenschaftlicher Werdegang

Name: Ronja Bölsch-Peterka

Geburtsdatum: 20.06.1989

Geburtsort: Magdeburg

### Ausbildung:

07/2008 Abitur am Albert-Einstein-Gymnasium Magdeburg

10/2008-10/2012 Studium Betriebswirtschaftslehre/ Business Economics  
Bachelor of Science an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

03/2011-07/2014 Ausbildung Heilpraktiker für Psychotherapie im Abendstudium und Zertifizierung zur psychologischen Beraterin

10/2012-07/2015 Studium Betriebswirtschaftslehre/ Business Economics  
Master of Science an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

10/2015-08/2018 Studium Gesundheitsförderung und -management  
Bachelor of Arts an der Hochschule Magdeburg-Stendal

### Berufliche Erfahrungen:

Seit 02/2015 Mitarbeiterin der Psychologischen Praxis für Prävention  
Magdeburg und seit 10/2017 Leitung der Organisationsberatung

04/2017-07/2018 Wissenschaftliche Hilfskraft am Institut für Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten Magdeburg

Seit 11/2018 Gastwissenschaftlerin im Bereich Arbeitsmedizin der  
Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Publikationsliste:

*Originalarbeiten*

Bölsch-Peterka, R., Krowicki, M., Schmidtke, A., Böckelmann, I. (2022)\*. Durchführung von digitalen Arbeitssituationsanalysen für die mobil-flexible Arbeit zur Erhebung von psychischen Belastungsfolgen: Befragung von Mitarbeiter\*innen einer öffentlichen Verwaltung zu Homeoffice-Erfahrungen während der SARS-CoV-2-Pandemie. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 72(3), 115–128. <https://doi.org/10.1007/s40664-022-00460-2>

Bölsch-Peterka, R., Thielmann, B., Nübling, M., & Böckelmann, I. (2024)\*. Befragung von Beschäftigten in der ambulanten Pflege zu psychischen Belastungsfolgen mit Hilfe des COPSOQs – ein Altersgruppenvergleich: Vorstellung eines Erweiterungsmoduls des COPSOQs für mobile Berufe (im Peer Review-Verfahren)

*Übersichtsarbeiten*

Bölsch-Peterka, R., & Böckelmann, I. (2021)\*. Aspekte mobil-flexibler Arbeit. *ASU*, 56(04). <https://doi.org/10.17147/asu-2104-8797>

*Vorträge und Poster*

Bölsch, R. (2018)\*. *Anforderungen an die gesundheitsförderliche Gestaltung des mobil-flexiblen Arbeitens — Kriterien und Handlungsempfehlungen* [Vortrag]. 22. Symposium Arbeitsmedizin und Arbeitswissenschaft für Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler, 16. bis 18.11.2018, Tübingen.

Bölsch, R. (2019)\*. *Forschungsprojekt: Erstellung von Gefährdungsbeurteilungen psychischer Belastungen für die mobil-flexible Arbeit* [Poster]. 23. Symposium

„Arbeitsmedizin u. Arbeitswissenschaften für Nachwuchswissenschaftler“, 08.11.-  
10.11.2019, Magdeburg.

Bölsch-Peterka, R. (2022). *Diversität in der Arbeitsmedizin — Impulse, die uns zukünftig begleiten könnten* [Vortrag]. Jubiläumssymposium – 50 Jahre Hochschul-Arbeitsmedizin, 02.09.2022, Magdeburg.

Bölsch-Peterka, R. (2023a, Juni). *Diversität in der Arbeitsmedizin am Beispiel von sexueller Identität* [Vortrag]. 22. Tag der Arbeitsmedizin, 10.06.2023, Hamburg.

Bölsch-Peterka, R. (2023b, September). *Diversität in der Arbeitsmedizin—Aktuelle Entwicklungen* [Vortrag]. 4. Tag der Arbeitsmedizin, 16.09.2023, Leipzig.

\* - Teil der Promotionsarbeit