

# Belastungs- und Beanspruchungssituation in der ambulanten Pflege

Julia Petersen<sup>1</sup>, Marlen Melzer<sup>1</sup>

baua: Fokus

**Die Gesunderhaltung ambulant Pflegender und die dafür notwendigen, gut gestalteten Arbeitsbedingungen sind u. a. aufgrund der wachsenden Bedeutung des gesamten Sektors von hohem Stellenwert. Auswertungen der BIBB/BAuA-ETB 2018 und BAuA-AZB 2019 zeigen, dass sich die Beanspruchungssituation von Beschäftigten in der ambulanten Pflege z. B. hinsichtlich der Anzahl von Muskel-Skelett- und psychosomatischen Beschwerden nicht von der Pfleger in stationären Bereichen unterscheidet, das Belastungsspektrum (z. B. Häufigkeit des Erfordernisses, schnell oder unter Vorgabe einer bestimmten Leistung oder Zeit arbeiten zu müssen, Ausgesetzt-Sein von Kälte, Hitze, Nässe, Feuchtigkeit und Zugluft) jedoch deutliche Unterschiede aufweist. Dies macht settingspezifische Maßnahmen in der Arbeitsgestaltung notwendig.**

## Inhalt

1	Steigende Bedeutung ambulanter Pflege.....	1
2	Belastungs- und Beanspruchungssituation in der ambulanten Pflege .....	2
2.1	Modell zur Auswirkung von Arbeitsbelastung.....	2
2.2	Hohe Belastung und Beanspruchung bei ambulant Pflegenden.....	3
3	Methodik und Datengrundlage.....	4
4	Belastungssituation in der ambulanten Pflege im Vergleich zu stationären Settings.....	5
5	Beanspruchungsfolgen in der ambulanten Pflege im Vergleich zu stationären Settings.....	9
6	Beanspruchungsfolge Emotionale Erschöpfung bei ambulant Pflegenden .....	10
7	Gute ambulante Pflege setzt gute Arbeitsbedingungen voraus .....	12
	Literatur.....	14

## 1 Steigende Bedeutung ambulanter Pflege

Die Bedeutung der ambulanten Pflege hat in Deutschland, aber auch weltweit, in den letzten Jahren stark zugenommen. Die Gründe dafür sind vielfältig. Schätzungen zufolge wird die Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland von heute 4,1 Millionen auf 4,6 Millionen beziehungsweise 5,9 Millionen in den Jahren 2030 und 2050 steigen (BMG, 2019). Angesichts dieser demographischen Entwicklung – und der damit verbundenen Kosten – verfolgt der Ge-

<sup>1</sup> Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

setzgeber mit dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 3 SGB XI) das Ziel, die Ausgaben der Sozialversicherung zu begrenzen (Rothgang & Müller, 2019). Zudem besteht bei der Mehrheit der Bevölkerung der Wunsch, so lange wie möglich in der Häuslichkeit zu verbleiben. Veränderte Familienstrukturen führen jedoch dazu, dass verstärkt professionelle Unterstützung nötig wird, um diesem Wunsch gerecht zu werden.

Die ambulante Pflege ist somit ein wesentlicher Baustein, um Pflegebedürftigen den Verbleib in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen. So werden derzeit 982.604 Pflegebedürftige mit Unterstützung ambulanter Pflegedienste in der Häuslichkeit versorgt (Statistisches Bundesamt, 2020). Der massive Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen in den letzten Jahren wird unter anderem an der Anhebung der finanziellen Ausgaben, etwa der Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung für die ambulante Versorgung, sichtbar (Rothgang & Müller, 2019). Auch die Zahl ambulanter Pflegedienste stieg von 12.026 im Jahr 2009 auf 14.688 im Jahr 2019 deutlich, während sich die Anzahl der hier Beschäftigten im gleichen Zeitraum von rund 268.891 Personen auf 421.550 erhöhte (Statistisches Bundesamt, 2020a).

Mit ambulanter Pflege ist ein breites Leistungsspektrum verbunden. Neben körperbezogenen Pflegemaßnahmen, wie z. B. Ganzkörperwaschungen nach SGB XI, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen zur Unterstützung bei der Alltagsgestaltung und Maßnahmen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V - wie bspw. Blutzuckermessungen - zählen auch Beratungen Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen sowie Unterstützung bei der Haushaltsführung zu den Aufgaben ambulant Pflegender.

Die Arbeitsbedingungen beruflich Pflegender im ambulanten Bereich unterscheiden sich dabei in mehrerlei Hinsicht von denen Pflegender im Krankenhaus oder in Alten- und Pflegeeinrichtungen. Zentrale Charakteristika ambulanter Pfl egetätigkeiten sind u. a. Alleinarbeit, hohe Mobilitätsanforderungen und das „zu Gast-Sein“ in privaten Räumlichkeiten Pflegebedürftiger. Um zu prüfen, inwieweit sich diese Charakteristika in messbaren Arbeitsmerkmalen niederschlagen und wie es um die gesundheitliche Situation ambulant Pflegender bestellt ist, werden im Folgenden Ergebnisse einer Sonderauswertung von Daten der BIBB-BAuA-Erwerbstätigenbefragung sowie der BAuA-Arbeitszeitbefragung vorgestellt. Dabei wird ein Vergleich der Daten ambulant Pflegender mit denen Pflegender in stationären Settings (Krankenhäuser, Einrichtungen der stationären Langzeitpflege) vorgenommen.

## 2 Belastungs- und Beanspruchungssituation in der ambulanten Pflege

### 2.1 Modell zur Auswirkung von Arbeitsbelastung

Um Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf die Beanspruchung und Gesundheit von Beschäftigten abbilden zu können, stehen verschiedene Modelle zur Verfügung. Eines davon ist das Belastungs- und Beanspruchungskonzept nach Rohmert (1984). Es geht davon aus, dass jede Arbeitstätigkeit mit Belastungsfaktoren verbunden ist (DIN EN ISO 10075-1), die zunächst wertneutral sind und – in Abhängigkeit von den persönlichen Leistungsvoraussetzungen (z. B. Kompetenzen, Bewältigungsstrategien) der arbeitenden Person – unterschiedliche Auswirkungen haben können. Dabei wird wiederum zwischen unmittelbarer "Beanspruchung" (z. B. Aufwärmungseffekte, Ermüdung, Monotonieerleben) – und längerfristigen „Beanspruchungsfolgen“ (z. B. Kompetenzerwerb/Lernen, Burnout) unterschieden, die sich auf die Leistungsvoraussetzungen der Beschäftigten auswirken können (vgl. Abbildung 1).

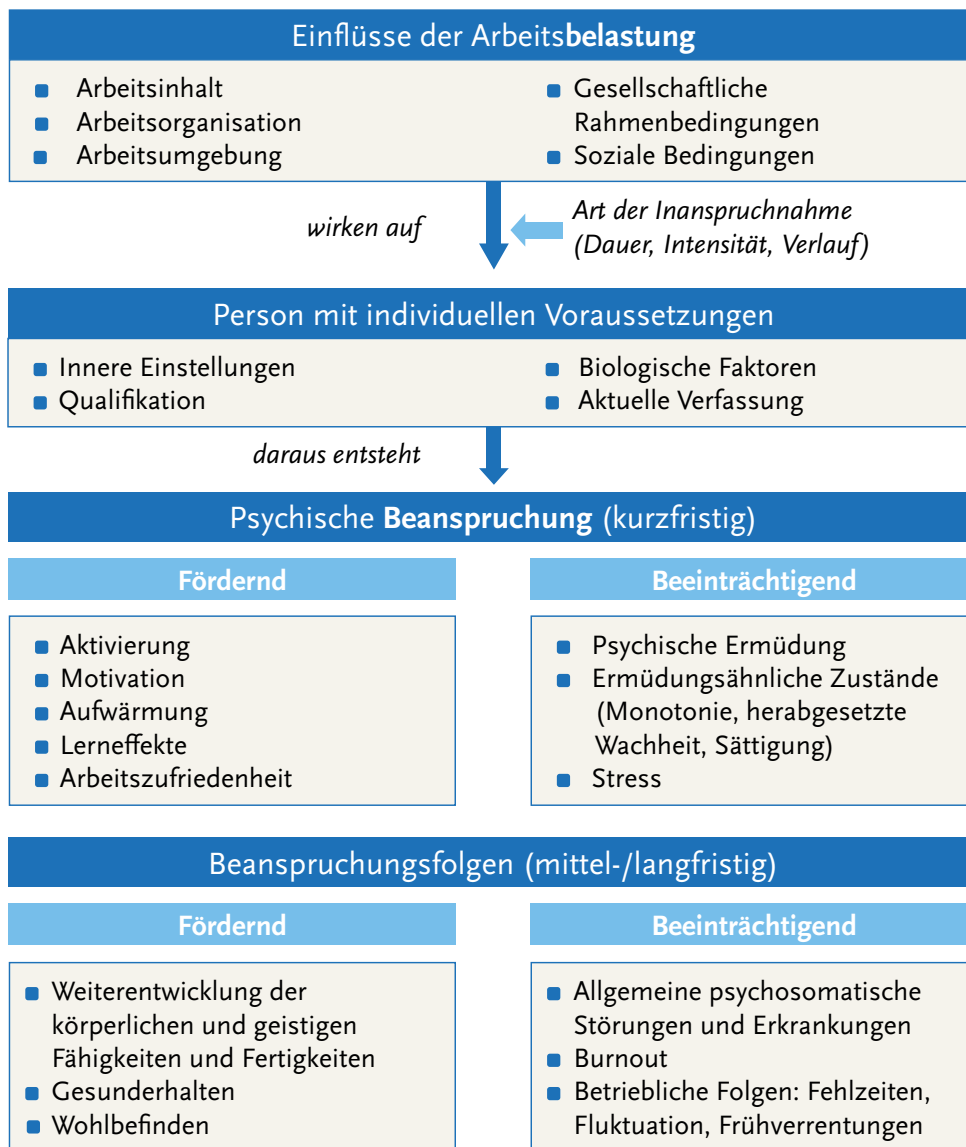


Abb. 1 : Belastungs- und Beanspruchungsmodell (in Anlehnung an DIN EN ISO 10075-1)

## 2.2 Hohe Belastung und Beanspruchung bei ambulant Pflegenden

Die Belastungssituation in der beruflichen Pflege steht in Zusammenhang mit einem hohen Krankenstand, hoher Fluktuation und frühzeitigem Berufsausstieg (Kühnel et al., 2020). Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen ist die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage in Pflegeberufen deutlich höher (23 vs. 15 %; Techniker Krankenkasse, Gesundheitsreport, 2019). Neben Muskel-Skelett-Erkrankungen gehen die meisten AU-Tage in der Pflege auf psychische und Verhaltensstörungen zurück (ebd.). Zu letzteren zählt u. a. das Burnout-Syndrom, dessen Kerndimension die emotionale Erschöpfung ist. Diese für Pflegeberufe sehr bedeutsame Beanspruchungsfolge (vgl. Dall'Ora et al., 2020; Monsalve-Reyes et al., 2018) steht dabei sowohl mit der Arbeitsunfähigkeit als auch mit der Intention Pflegenden, den Beruf vor dem Erreichen des regulären Renteneintrittsalters zu verlassen, in Beziehung (Dall'Ora et al., 2020; Simon et al., 2005).

Die Ermittlung der Belastungs- und Beanspruchungssituation in der ambulanten Pflege ist somit essentiell, um begründet Gestaltungsmöglichkeiten mit dem Ziel einer menschengerechten Arbeitsgestaltung identifizieren zu können.

Verschiedene Faktoren – wie beispielweise das Arbeiten im Stehen sowie in gebückter Haltung oder die häufige Konfrontation mit Leid und Sterben – führen hier zu einer Kombination aus

hoher physischer und psychischer Belastung (Gregersen, 2005; Treviranus et al., 2021). Im vorliegenden Beitrag wird bei der Ermittlung der Belastungs- und Beanspruchungssituation ambulant Pflegenden daher ein besonderer Fokus auf die emotionale Erschöpfung gelegt. Die Identifikation arbeitsbezogener Belastungsfaktoren, die die Ausprägung dieser Dimension des Burnout-Syndroms begünstigen, ist ein erster Schritt, um Ansatzpunkte für eine beanspruchungsoptimale Gestaltung zu ermitteln.

### 3 Methodik und Datengrundlage

Der Beitrag basiert auf dem für die erwerbstätige Bevölkerung in Deutschland repräsentativen Datensatz der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung (BIBB/BAuA-ETB 2018, vgl. Gensicke & Tschersich, 2019). Zudem wurden arbeitszeitrelevante Aspekte der BAuA-Arbeitszeitbefragung (BAuA-AZB 2019, vgl. Häring et al., 2020) einbezogen. In der BIBB/BAuA-ETB werden im 6-Jahres-Abstand u. a. wahrgenommene Merkmale der Arbeit und gesundheitliche Beschwerden, die in den letzten 12 Monaten während der Arbeit bzw. an Arbeitstagen auftraten, erfragt. Die Erfassung der Arbeitsmerkmale erfolgt anhand 4-stufiger Skalen<sup>2</sup>; gesundheitliche Beschwerden werden dann aufgenommen, wenn sie während der vergangenen 12 Monate bei der Arbeit bzw. an Arbeitstagen häufig auftraten.

Die BAuA-Arbeitszeitbefragung wird als repräsentative Panelstudie unter Einbezug von ca. 20.000 Erwerbstätigen im 2-Jahres-Abstand seitens des Instituts für angewandte Sozialwissenschaft im Auftrag der BAuA durchgeführt. Ziel ist es, u. a. Aspekte von Arbeitszeit (z. B. Länge und Verteilung der Arbeitszeit, zeitliche Spielräume) hinsichtlich ihrer tatsächlichen Ausprägung und diesbezüglichen Wünschen von Beschäftigten zu untersuchen. Sowohl die BIBB/BAuA-ETB als auch die BAuA-AZB basieren auf leitfadengestützten Telefoninterviews (CATI-Befragung) mit zufällig ausgewählten Beschäftigten, die ein Mindestalter von 15 Jahren haben und ihrer Arbeitstätigkeit für mindestens zehn Stunden pro Woche nachgehen. Dabei ist zu beachten, dass es sich bei den Daten zur Belastungs- und Beanspruchungssituation um Selbstauskünfte der Teilnehmenden handelt.

Für diesen Beitrag wurde zunächst die Teilstichprobe „Pflegende im ambulanten Bereich“ extrahiert und im Folgenden mit zwei Teilstichproben aus dem stationären Bereich – konkret: beruflich Pflegenden in Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen sowie beruflich Pflegenden in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege (Alten-/Pflegeheime) – verglichen. Hintergrund dieser Differenzierung sind Hinweise aus der internationalen Fachliteratur auf ein unterschiedliches Belastungsspektrum in diesen Settings (u. a. Grabbe et al., 2006; Schaller et al., 2021), die möglicherweise spezifische Gestaltung und Interventionen erfordern könnten. Die Zuordnung der Personenaussagen zu den drei verglichenen Gruppen beruflicher Pflege-tätigkeiten erfolgte auf Grundlage des derzeitigen Arbeitsbereichs (und nicht der zugrundeliegenden Ausbildung) der befragten Personen.

Die soziodemographischen Daten der Pflegenden in beiden Befragungen sind in Tabelle 1 aufgeführt. Der Frauenanteil ist in den drei pflegerischen Settings mit 85 bis 91 Prozent sehr hoch und vergleichbar mit dem Prozentsatz anderer Erhebungen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2020b). Die Vollzeitquote ambulant Pflegenden ist im Vergleich zu Pflegenden im stationären Bereich etwas geringer. Auch dies deckt sich mit Daten des Statistischen Bundesamtes (2020a).

.....  
<sup>2</sup> Stufung: nie – selten – manchmal – häufig

**Tab. 1** Soziodemografische Angaben der Teilstichproben aus der Pflege in der BIBB/BAuA-ETB und BAuA-AZB, Anteile in Prozent (gerundet)

	Ambulante Pflege		Stationäre Pflege			
			Krankenhaus, Rehaklinik		Alten- und Pflegerheim	
	ETB n = 117	AZB n = 125	ETB n = 343	AZB n = 426	ETB n = 151	AZB n = 263
<b>Alter in Jahren</b>						
15 - 34	17	14	13	28	16	28
35 - 54	47	53	54	51	45	46
> 55	36	34 <sup>3</sup>	33	21	39	26
<b>Geschlecht</b>						
männlich	9	10 <sup>3</sup>	15	32 <sup>3</sup>	14	22
weiblich	91	91	85	69	86	78
<b>Teilzeit (&lt;35 Stunden) / Vollzeit</b>						
Teilzeit	46	59	35	48	43	46
Vollzeit	54	41	65	52	57	54
<b>Familienstand</b>						
verheiratet	50	62	53 <sup>3</sup>	50 <sup>3</sup>	49	47 <sup>3</sup>
ledig	27	24	22	37	25	33
geschieden	17	10	19	9	23	17
verwitwet	6	3 <sup>3</sup>	5	2	4	3
Eingetragene Lebenspartner- schaft	0	0	0	1	0	1

#### 4 Belastungssituation in der ambulanten Pflege im Vergleich zu stationären Settings

Die Rahmen- und Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege unterscheiden sich von denen pflegerischer Arbeit in Krankenhäusern oder Pflegeheimen. Ambulant Pflegende arbeiten in der Regel allein und deshalb in hoher Eigenverantwortung, müssen sich flexibel an die Räumlichkeiten sowie Bedarfe der Pflegebedürftigen anpassen und wechseln in der „mobilen Pflege“ fortlaufend ihren Arbeitsplatz (Gregersen, 2005).

Diese Spezifika der ambulanten Pflege müssen im Rahmen der Analyse von Arbeits- und Organisationsmerkmalen Beachtung finden, wenn es darum geht, Ansatzpunkte für Verbesserungen auf betrieblicher Ebene zu identifizieren. Denn diese Merkmale können sich auf den Gesundheitszustand der Beschäftigten auswirken und sind deshalb von besonderer Relevanz (Rothe et al., 2017).

<sup>3</sup> Abweichungen von 100 Prozent kommen aufgrund von Aufrundungen bei .5 zustande

Im Folgenden werden anhand einer Taxonomie der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) für die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung die Ergebnisse zu ausgewählten Arbeitsmerkmalen in den drei verglichenen Pflege-Settings dargestellt (vgl. Tabelle 2). Angegeben ist dabei jeweils der Anteil jener Pflegenden (pro Setting), die das jeweilige Arbeitsmerkmal bei Ihrer Arbeit „häufig“ erleben<sup>4</sup>.

Dabei wird die körperliche Belastung wie u. a. schwere körperliche Arbeit (vgl. Merkmalsbereich Arbeitsumgebung) abgebildet, da diese neben körperlichen auch psychische gesundheitliche Folgen haben können.

Viele Arbeitsbelastungsfaktoren – wie das Erleben von sich einformig wiederholenden Arbeitsgängen, das Durchleben gefühlsmäßig belastender Situationen oder das Arbeiten im Stehen – werden von Befragten aus den ambulanten und stationären Settings etwa gleich häufig berichtet (siehe Tabelle 2).

Die Datenauswertung ergab aber auch zahlreiche Unterschiede in den Ausprägungen einzelner Merkmale. Für einige Arbeitsmerkmale zeigt sich dabei eine günstigere Ausprägung im ambulanten Bereich. So erleben 60 Prozent der ambulant Pflegenden häufig Hilfe und Unterstützung durch Vorgesetzte, während dies nur 44 Prozent der Pflegenden in Kliniken bzw. in Reha-Einrichtungen und 47 Prozent der Pflegenden in Alten- und Pflegeheimen angeben. Auch Lob und Anerkennung von direkten Vorgesetzten berichten ambulant Pflegenden häufiger als Pflegenden in den stationären Settings (40 vs. 28 und 30 %). Zudem geben im Vergleich zu Pflegenden in stationären Settings weniger ambulant Pflegenden an, „sehr schnell arbeiten“ zu müssen (47 vs. 67 und 50 %).

Bezüglich anderer Arbeitsmerkmale berichten Pflegenden in der ambulanten Versorgung ungünstigere Ausprägungen. 60 Prozent der ambulant Pflegenden geben an, häufig Vorgaben zu Mindestmenge/-leistung oder Zeit einhalten zu müssen. Bei den Befragten aus den stationären Versorgungsbereichen sind dies mit 37 Prozent (Klinik- und Reha-Bereich) bzw. 49 Prozent (Alten- und Pflegeheimen) deutlich weniger. Die Arbeit in Zwangshaltungen ist im ambulanten Bereich häufiger nötig (45 %) als im Klinik und Reha-Bereich (30 %). Kein Unterschied ergibt sich diesbezüglich zwischen der Arbeit in der ambulanten Pflege und in Alten- und Pflegeheimen (46 %).

Ein ebenfalls deutlicher Unterschied zwischen den Settings besteht hinsichtlich des Arbeitsbelastungsfaktors „Kälte, Hitze, Nässe, Feuchtigkeit und Zugluft ausgesetzt sein“. Während 33 Prozent der ambulant Pflegenden angeben, diese Anforderung häufig zu erleben, sind es in den stationären Settings nur 14 Prozent (Klinik- und Reha-Bereich) bzw. 19 Prozent (Alten- und Pflegeheime).

Hilfe und Unterstützung durch Kolleginnen bzw. Kollegen wird in allen drei Settings häufig erlebt. Der Anteil ambulant Pflegenden, die dies als „häufig“ einschätzen, liegt jedoch deutlich unter dem der Pflegenden in Kliniken und Reha-Einrichtungen (71 vs. 86 und 80 %).

.....  
<sup>4</sup> Grundlage: vierstufige Antwortskala

Tab. 2 Arbeitsbelastung ambulant Pflegenden im Vergleich zu stationären Settings in der BIBB/BAuA-ETB (BB) und BAuA-AZB (AZB), Angaben in Prozent

Merkmalsbereich	Merkmale	Ambulante Pflege	Stationäre Pflege (Krankenhaus, Rehaklinik)	Signifikanz der Unterschiede <sup>5</sup> (ambulant-Klinik)	Stationäre Pflege (Alten- und Pflegeheim)	Signifikanz der Unterschiede <sup>5</sup> (ambulant-Alten- und Pflegeheim)
<b>Arbeitsinhalt</b>	sich einförmig wiederholende Arbeitsgänge <sup>BB</sup>	60	54	- (p = .264)	58	- (p = .733)
	Vorgaben zu Mindestmenge/-leistung oder Zeit <sup>BB</sup>	60	37	✓ (p < .001)	49	- (p = .100)
	gefühlsmäßig belastende Situationen <sup>BB</sup>	39	37	- (p = .842)	39	- (p = .919)
	Arbeit als wichtig empfinden <sup>BB</sup>	95	91	- (p = .208)	95	- (p = .951)
<b>Arbeitsorganisation</b>	Wochenendarbeit („mind. 1 x pro Monat“) <sup>BB</sup>	92	87	- (p = .133)	91	- (p = .647)
	sehr schnell arbeiten (müssen) <sup>BB</sup>	47	67	✓ (p < .001)	50	- (p = .711)
	starker Termin-oder Leistungsdruck <sup>BB</sup>	60	79	✓ (p < .001)	65	- (p = .395)
	Ausfall von Arbeitspausen (Arbeitstage mit mehr als 6 Stunden) <sup>AZB</sup>	34	53	✓ (p < .001)	48	✓ (p = .020)
	Zunahme Arbeitsdruck in letzten 2 Jahren („ja“) <sup>BB</sup>	43	74	✓ (p < .001)	50	- (p = .217)
	Überstunden („5h/ Woche“) <sup>AZB</sup>	34	32	- (p = .441)	22	✓ (p = .045)
	Änderung von Arbeitszeiten <sup>AZB</sup>	29	29	- (p = .960)	22	- (p = .129)
	Verschiedenartige Arbeitsvorgänge gleichzeitig im Auge behalten <sup>BB</sup>	63	86	✓ (p < .001)	69	- (p = .333)
	Störungen und Unterbrechungen <sup>BB</sup>	38	81	✓ (p < .001)	60	✓ (p = .001)
	Einfluss auf Zeitpunkt von Pausen <sup>AZB</sup> („[sehr] wenig“)	59	64	- (p = .280)	50	- (p = .096)

<sup>5</sup> Die statistische Signifikanz (die mittels Chi-Quadrat-Test ermittelt wurde) bezieht sich auf Unterschiede der erlebten Arbeitsmerkmale in der ambulanten Pflege und dem jeweiligen stationären Bereich. Da Forschungsfragen zugrunde lagen und somit keine ungeplanten Tests durchgeführt wurden, fand keine Adjustierung des Signifikanzniveaus statt. Unterschiede zwischen den beiden stationären Settings wurden nicht betrachtet.

Merkmalsbereich	Merkmale	Ambulante Pflege	Stationäre Pflege (Krankenhaus, Rehaklinik)	Signifikanz der Unterschiede <sup>5</sup> (ambulant-Klinik)	Stationäre Pflege (Alten- und Pflegeheim)	Signifikanz der Unterschiede <sup>5</sup> (ambulant-Alten- und Pflegeheim)
<b>soziale Beziehungen</b>	Hilfe & Unterstützung von Kolleginnen/Kollegen <sup>BB</sup>	71	86	✓ (p < .001)	80	- (p = .123)
	Hilfe & Unterstützung durch Vorgesetzte <sup>BB</sup>	60	44	✓ (p = .003)	47	✓ (p = .037)
	Lob & Anerkennung von direkten Vorgesetzten <sup>BB</sup>	40	28	✓ (p = .010)	30	- (p = .076)
	Gute Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen <sup>BB</sup>	84	89	- (p = .107)	84	- (p = .890)
	Teil einer Gemeinschaft sein <sup>BB</sup>	85	87	- (p = .676)	85	- (p = .984)
<b>Arbeitsumgebung</b>	Kälte, Hitze, Nässe, Feuchtigkeit und Zugluft ausgesetzt sein <sup>BB</sup>	33	14	✓ (p < .001)	19	- (p = .057)
	Arbeiten im Stehen <sup>BB</sup>	89	91	- (p = .510)	88	- (p = .837)
	Heben & Tragen schwerer Lasten (d. h. > 20 kg bei Männern, > 10 kg bei Frauen) <sup>BB</sup>	61	65	- (p = .433)	72	- (p = .062)
	Arbeiten in Zwangshaltungen <sup>BB</sup>	45	30	✓ (p = .002)	46	- (p = .948)
<b>Neue Arbeitsformen</b>	Kontaktierung im Privatleben wegen Arbeitsbelangen <sup>AZB</sup>	22	15	- (p = .095)	30	- (p = .095)

<sup>5</sup> Die statistische Signifikanz (die mittels Chi-Quadrat-Test ermittelt wurde) bezieht sich auf Unterschiede der erlebten Arbeitsmerkmale in der ambulanten Pflege und dem jeweiligen stationären Bereich. Da Forschungsfragen zugrunde lagen und somit keine ungeplanten Tests durchgeführt wurden, fand keine Adjustierung des Signifikanzniveaus statt. Unterschiede zwischen den beiden stationären Settings wurden nicht betrachtet.



## 5 Beanspruchungsfolgen in der ambulanten Pflege im Vergleich zu stationären Settings

In einem zweiten Auswertungsschritt wurden auf Grundlage der BIBB/BAuA-ETB die Häufigkeiten kurz- bzw. langfristiger Beanspruchungsfolgen, u. a. in Form von Gesundheitsindikatoren zwischen ambulantem und zwei stationären Settings verglichen (Tabelle 3).

Die Auswertung der Indikatoren für die physische Gesundheit zeigt, dass körperliche Erschöpfung bei ambulant Pflegenden ähnlich hoch ist wie bei stationär Pflegenden (60 vs. 64 und 57 %). Gleiches gilt für den Anteil von Personen mit mindestens drei Muskel-Skelett-Beschwerden innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten (56 vs. 58 und 57 %). Bei den Indikatoren der psychischen Gesundheit berichten jeweils ähnlich hohe Anteile von Befragten mindestens drei psychosomatische Beschwerden (64 vs. 67 und 58 %), nächtliche Schlafstörungen (49 vs. 51 und 43 %) und Niedergeschlagenheit (29 vs. 32 und 30 %). Pflegende im ambulanten Bereich und im Klinikbereich geben ähnlich häufig an, emotional erschöpft zu sein (50 vs. 45 %), während im Vergleich zum ambulanten Bereich weniger Pflegende aus Alten- und Pflegeheimen emotionale Erschöpfung berichten (50 vs. 37 %).

Unterschiede bestehen auch bezüglich des Erfordernisses, häufig an der Grenze der eigenen Leistungsfähigkeit arbeiten zu müssen. Hier ist der Anteil jener Personen, die dies berichten, im ambulanten Sektor geringer als im Bereich von Kliniken und Reha-Einrichtungen oder Alten- und Pflegeheimen (31 vs. 47 zu 42 %). Die Ergebnisse zeigen zudem, dass mehr Pflegende im ambulanten Setting und in Pflege- und Altenheimen berichten, dass es ihnen schwer fällt, nach der Arbeit abzuschalten, als Pflegende in Kliniken und Reha-Einrichtungen (38 bzw. 37 zu 26 %).

**Tab. 3** Beanspruchungsfolgen ambulant Pflegenden im Vergleich zu stationären Settings in der BIBB/BAuA-ETB, Angaben in Prozent

Indikatoren von Gesundheit	Ambulante Pflege	Stationäre Pflege (Krankenhaus, Reha)	Signifikanz der Unterschiede <sup>6</sup> (ambulant-Klinik)	Stationäre Pflege (Alten- und Pflegeheim)	Signifikanz der Unterschiede <sup>6</sup> (ambulant-Alten- und Pflegeheim)
An der Grenze eigener Leistungsfähigkeit arbeiten müssen	31	47	✓ (p = .003)	42	- (p = .065)
Allgemeiner Gesundheitszustand (weniger gut und schlecht)	20	19	- (p = .220)	26	- (p = .188)
Absentismus >15 AU-Tage	23	31	- (p = .316)	27	- (p = .607)
<b>Spezifische Indikatoren physischer Gesundheit</b>					
körperliche Erschöpfung („ja“)	60	64	- (p = .442)	57	- (p = .546)
Anzahl Muskel-Skelett-Beschwerden (mind. 3)	56	58	- (p = .635)	57	- (p = .905)

Indikatoren von Gesundheit	Ambulante Pflege	Stationäre Pflege (Krankenhaus, Reha)	Signifikanz der Unterschiede <sup>6</sup> (ambulant-Klinik)	Stationäre Pflege (Alten- und Pflegeheim)	Signifikanz der Unterschiede <sup>6</sup> (ambulant-Alten- und Pflegeheim)
<b>Spezifische Indikatoren psychischer Gesundheit</b>					
emotionale Erschöpfung („ja“)	50	45	- (p = .338)	37	✓ (p = .038)
Anzahl psychosomatischer Beschwerden (mind.3)	64	67	- (p = .721)	58	- (p = .603)
nächtliche Schlafstörungen („ja“)	49	52	- (p = .665)	43	- (p = .316)
Probleme nach der Arbeit abzuschalten	38	28	✓ (p = .028)	37	- (p = .984)
Niedergeschlagenheit („ja“)	29	32	- (p = .594)	30	- (p = .903)
Nervosität, Reizbarkeit („ja“)	41	38	- (p = .632)	37	- (p = .522)

## 6 Beanspruchungsfolge Emotionale Erschöpfung bei ambulant Pflegenden

Im Folgenden steht die Gesundheitssituation Beschäftigter in der ambulanten Pflege im Fokus. Wie die Ergebnisse zeigen, berichten ambulant Pflegenden nicht nur eine hohe Arbeitsbelastung, sondern zu einem erheblichen Teil auch beeinträchtigende Beanspruchungsfolgen (Tabelle 3). Hierzu zählt unter anderem die emotionale Erschöpfung. Gemeinsam mit Depersonalisation – einer Distanzierung gegenüber sich selbst und anderen – und einem Gefühl reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit (Büssing et al., 2004; Maslach & Jackson, 1984) ist sie eine Dimension des Burnout-Syndroms, das nachweislich in Zusammenhang mit der Intention Pflegenden steht, ihren Beruf zu verlassen (Jourdain et al., 2010; Simon et al., 2005). In der BIBB/BAuA-ETB ist der Anteil ambulant Pflegenden, die von emotionaler Erschöpfung berichten, mit 50 Prozent sehr hoch. Eine 2006 veröffentlichte Studie aus dem deutschsprachigen Raum (Gregersen, 2005), der allerdings eine andere Messmethodik zugrunde liegt, beziffert den Anteil ambulant Pflegenden mit einer kritischen Ausprägung emotionaler Erschöpfung mit etwa 29 Prozent. Dieser Befund steht auch in Einklang mit internationalen Studien zur Prävalenz von Burnout in diesem Pflegesektor. Diesen zufolge variiert der Anteil ambulant Pflegenden mit Burnout-Syndrom zwischen 13 Prozent in Belgien (Vander Elst et al., 2016) und 36 Prozent in Kanada (Denton et al., 2002) – wobei auch diese Differenzen in der Prävalenz zumindest teilweise auf Unterschiede im methodischen Vorgehen zurückgeführt werden können.

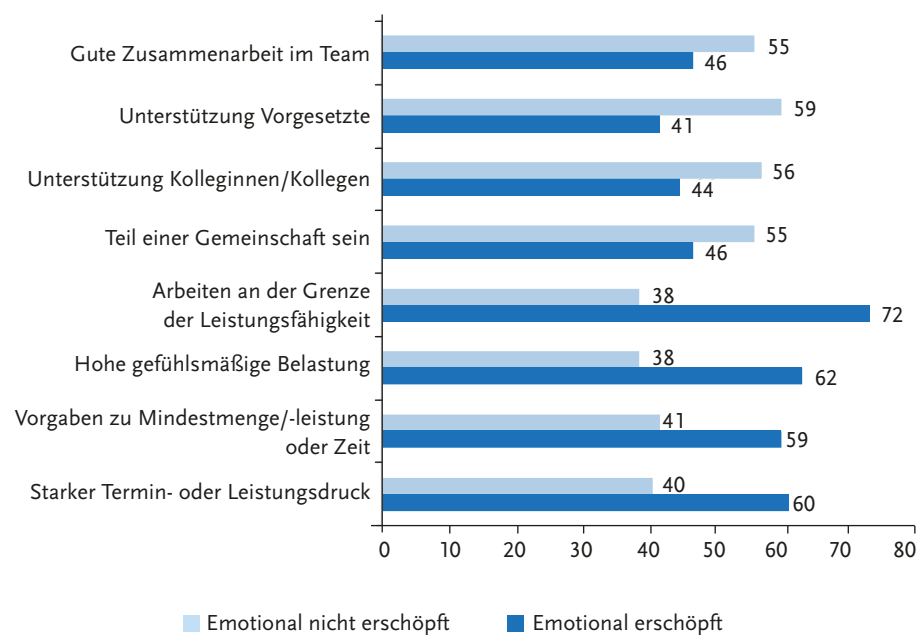
Ungeachtet der Häufigkeitsunterschiede sind emotionale Erschöpfung bzw. Burnout damit in der ambulanten Pflege häufig vorkommende Beanspruchungsfolgen, denen es Beachtung zu schenken und wirksam vorzubeugen gilt.

<sup>6</sup> Die statistische Signifikanz (die mittels Chi-Quadrat-Test ermittelt wurde) bezieht sich auf Unterschiede der Gesundheitsindikatoren in der ambulanten Pflege und dem jeweiligen stationären Bereich. Da Forschungsfragen zugrunde lagen und somit keine ungeplanten Tests durchgeführt wurden, fand keine Adjustierung des Signifikanzniveaus statt. Unterschiede zwischen den beiden stationären Settings wurden nicht betrachtet.

Aus arbeitsgestalterischer Sicht ist angesichts dessen eine Belastungsoptimierung der erste Ansatzpunkt. Dies stützen auch empirische Befunde, denen zufolge Burnout bzw. emotionale Erschöpfung in Zusammenhang mit (Aspekten) der Arbeitsgestaltung in der Pflege stehen (Yeatts et al., 2018). Eine aktuelle Untersuchung von Möckli und KollegInnen (2020) zeigt beispielsweise, dass in der ambulanten Pflege insbesondere Zeitdruck und Konflikte zwischen Berufs- und Privatleben an der Entstehung von Burnout beteiligt sind.

Um für den deutschsprachigen Raum zu prüfen, an welchen Arbeitsbelastungsfaktoren im Sinne einer Belastungsoptimierung angesetzt werden sollte, um emotionaler Erschöpfung und Burnout bei ambulant Pflegenden zu begegnen, wurde für die Teilstichprobe des BIBB/BAuA-ETB-Datensatzes ermittelt, welche Arbeitsbelastungsfaktoren ambulant Pflegenden, die emotionale Erschöpfung berichten, häufig erleben. Eine Übersicht über jene Belastungsfaktoren, die mit emotionaler Erschöpfung in Zusammenhang stehen, zeigt Abbildung 2.

Etwa 72 Prozent der ambulant Pflegenden, die angeben, emotional erschöpft zu sein, berichten auch, häufig an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit arbeiten zu müssen. 62 Prozent der ambulant Pflegenden, die emotionale Erschöpfung berichten, geben häufige emotionale Arbeitsbelastung an. Nur 45 Prozent jener ambulant Pflegenden, die emotionale Erschöpfung berichten, fühlen sich häufig als Teil einer Gemeinschaft. In der Gesamtstichprobe sind dies 85 Prozent. Protektive Arbeitsmerkmale, die als Ressourcen wirken können – wie etwa die Unterstützung durch Vorgesetzte oder Kolleginnen und Kollegen – werden von deutlich weniger der emotional erschöpften ambulant Pflegenden angegeben, als dies bei den emotional nicht erschöpften Pflegenden der Fall ist.



**Abb. 2** Anteil der emotional erschöpften ambulant Pflegenden, die den Arbeitsbelastungsfaktoren „häufig“ ausgesetzt sind in der BIBB/BAuA-ETB, Angaben in Prozent, n = 117

Die dargestellten Prozentwerte geben erste Hinweise auf Aspekte der Arbeitstätigkeit, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens emotionaler Erschöpfung bei ambulant Pflegenden beeinflussen können – und damit gestaltungsrelevant sind. Aus dem Bereich der Arbeitsbelastungsfaktoren, die als Stressoren wirken, sind dies insbesondere starker Termin- und Leistungsdruck und der Umgang mit emotional belastenden Situationen. Dies deckt sich auch mit Erkenntnissen aus der Fachliteratur (Möckli et al., 2020; Vander Elst et al., 2016; Xanthopoulou et al., 2007). Aus dem Bereich der Arbeitsbelastungsfaktoren, die als Ressourcen wirken können, ist hier u. a. die Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen zu nennen,

die in der ambulanten Pflege etwa im Rahmen von telefonischem Austausch, Schichtübergaben oder Teambesprechungen ermöglicht wird, was ebenfalls mit Belegen aus der Literatur in Einklang steht (Bakker, et al., 2003; Jansen, et al., 1996; Möckli, et al., 2020).

## 7 Gute ambulante Pflege setzt gute Arbeitsbedingungen voraus

Insgesamt ist bei Pflegenden in allen drei Settings beruflicher Pflege ein hohes Niveau an physischer und psychischer Belastung und Beanspruchung festzustellen. Dies zeigt u. a. der Vergleich zu anderen Berufsgruppen (vgl. Melzer, 2020). Den Daten zufolge ist die Belastungs- und Beanspruchungssituation in der ambulanten Pflege teilweise günstiger als in stationären Settings. So geben ambulant Pflegenden bspw. weniger häufig an, an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit oder schnell arbeiten zu müssen, als Pflegenden in Krankenhäusern oder Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Auch Unterstützung durch direkte Vorgesetzte wird im ambulanten Bereich häufiger erlebt. Dies deckt sich mit anderen Berichten aus dem deutschen Raum (Büssing et al., 2004; Grabbe et al., 2006, Nübling et al., 2010).

Einige Arbeitsbelastungsfaktoren sind jedoch in der ambulanten Pflege ungünstiger ausgeprägt. Hierzu zählt etwa die Arbeit in Zwangshaltungen (im Vergleich zum stationären Klinikbereich). Grund hierfür könnte der leichtere Zugang zu Hilfsmitteln in stationären Einrichtungen sowie die hier deutlich einfachere Anpassbarkeit der räumlichen Gestaltung an die Erfordernisse pflegerischer Arbeit sein, die in privaten Wohnumgebungen – den Arbeitsorten ambulant Pflegenden – oftmals nicht möglich ist. Hier sind vielfach enge Bäder oder schmale Flure vorzufinden, die ergonomisches Arbeiten erschweren.

Pflegende im ambulanten Bereich sind zudem verstärkt ungünstigen klimatischen Bedingungen wie Kälte, Hitze, Nässe, Feuchtigkeit und Zugluft ausgesetzt. Bei der Körperpflege – etwa beim Baden oder Duschen von Pflegebedürftigen – arbeiten sie unter dem Einfluss von Feuchtigkeit, Nässe und Wärme. Im Winter müssen sie anschließend durch kühle Luft zurück zu ihrem Fahrzeug, um den Weg zum/zur nächsten Pflegebedürftigen anzutreten. Die sich aus diesen Temperaturunterschieden ergebende thermische Belastung Pflegenden, die zu thermal discomfort führen kann, hat sich durch die verstärkte Notwendigkeit zum Tragen von Schutzausrüstung im Zuge der Covid-19-Pandemie noch verstärkt (Lembo, 2021).

Pflegende im ambulanten Bereich und in Alten- und Pflegeheimen berichten zudem häufiger von Schwierigkeiten, nach der Arbeit abzuschalten, als Pflegenden in Kliniken oder Reha-Einrichtungen. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass Probleme der Pflegebedürftigen oder Sorgen über deren Befinden Pflegenden auch nach Ende ihrer Arbeitszeit stärker beschäftigen, wenn es sich um längerfristige pflegerische Beziehungen handelt, wie es in der ambulanten Pflege und in der stationären Langzeitpflege der Fall ist.

Mit Blick auf die Gesundheitsindikatoren zeigt sich, dass ein hoher Anteil der ambulant Pflegenden konkrete körperliche und psychische Beanspruchungsfolgen berichtet (körperliche Erschöpfung bei 60 %, mindestens drei Muskel-Skelett-Beschwerden bei 56 %, mindestens drei psychosomatische Beschwerden bei 64 %). Allerdings fällt hinsichtlich des berichteten allgemeinen Gesundheitszustands auf, dass dieser trotz der konkreten Beschwerden nur von einem eher geringen Anteil (20 %) als „weniger gut“ oder „schlecht“ eingeschätzt wird. Um Ursachen für diese Diskrepanz zu ermitteln, bedarf es vertiefender Analysen der Arbeits- und Gesundheitssituation in der ambulanten Pflege, in denen unterschiedliche Belastungskonstellationen innerhalb dieses pflegerischen Versorgungsbereiches (z. B. ambulante Pflege auf dem Land vs. in der Stadt, bei Diensten in privater vs. freigemeinnütziger vs. öffentlicher Trägerschaft, häusliche Alten- und Krankenpflege vs. häusliche Intensivpflege vs. ambulante spezialisierte Palliativpflege vs. psychiatrische häusliche Krankenpflege) miteinander verglichen werden können.

Mit Blick auf die menschengerechte Gestaltung ambulanter Pflegearbeit sind aus den dargestellten Ergebnissen erste Ansatzpunkte ableitbar. Der erste Ansatzpunkt ist die hohe Arbeitsintensität bzw. der von den Befragten erlebte hohe Zeit- und Leistungsdruck. Diesem sollte als erstes durch eine angemessene Personalausstattung begegnet werden. Der zweite Ansatzpunkt sind arbeitsorganisatorische Maßnahmen zur quantitativen Entlastung ambulant Pflegenden – etwa der Aufbau von Springerpools für den Fall kurzfristiger Personalausfälle. Der dritte Ansatzpunkt sind emotional herausfordernde Situationen. Hier können beispielsweise Möglichkeiten des kollegialen Austausches, Supervisionsangebote und Fortbildungen hilfreich sein.

Neben der Reduktion von potenziell gesundheitsgefährdenden Belastungsfaktoren sollte auch die Stärkung vorhandener Ressourcen – im Falle ambulanter Pflegearbeit u. a. die Unterstützung durch Vorgesetzte und Kolleginnen und Kollegen – ein wesentlicher weiterer Ansatzpunkt für Gestaltung sein. So sollten den Pflegenden genügend Möglichkeiten, auch in Form von Zeit, gegeben werden (z. B. Team- und Fallbesprechungen, Schichtübergaben, Supervisionsangebote), um sich etwa über schwierige Situationen in der Pflege austauschen zu können und somit kollegiale Unterstützung zu erfahren.

Darüber hinaus gilt es, die hier erläuterten „Besonderheiten“ in der Belastungskonstellation ambulanter Pflegearbeit weiter zu untersuchen, um die genannten Ansatzpunkte zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu konkretisieren. Hier setzt das BAuA-Projekt „Gute Arbeitsorganisation in der ambulanten Pflege: Ermittlung der Belastungs- und Beanspruchungssituation“ (F2521) an<sup>7</sup>.

Schließlich stellt die gesetzlich geforderte Gefährdungsbeurteilung ein hilfreiches Instrument dar, um vorhandene Gestaltungspotenziale möglichst erschöpfend identifizieren und hierauf basierend Maßnahmen entwickeln sowie implementieren zu können. Ihre Durchführung ist damit ein wesentlicher erster Schritt. Vor dem Hintergrund der hohen gesellschaftlichen Bedeutung ambulanter Pflege für die Daseinsvorsorge muss das Bewusstsein für die Relevanz der Gefährdungsbeurteilung vor allem auf betrieblicher Ebene weiter gestärkt werden. Hierfür bedarf es auch ausreichend zeitlicher Kapazitäten für die Planung und Umsetzung entsprechender Analysen und Maßnahmen zur Stärkung der Sicherheit und Gesundheit von Personal in der ambulanten Pflege. Die bereits angesprochene adäquate Personalbemessung ist hierfür eine wesentliche Voraussetzung.

.....  
<sup>7</sup> Weitere Informationen unter: [www.baua.de/DE/Aufgaben/Forschung/Forschungsprojekte/f2521.html](http://www.baua.de/DE/Aufgaben/Forschung/Forschungsprojekte/f2521.html)

## Literatur

Bakker, A. B., Demerouti, E., Taris, T. W., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. G. (2003). A multi-group analysis of the job demands-resources model in four home care organizations. *International Journal of Stress Management*, 10(1), 16–38. [doi.org/10.1037/1072-5245.10.1.16](https://doi.org/10.1037/1072-5245.10.1.16)

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2019). Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen\\_und\\_Fakten/Zahlen\\_und\\_Fakten\\_der\\_SPV\\_2019.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_2019.pdf)

Büssing, A., Glaser, J. & Höge, T. (2004). Psychische und physische Belastungen in der ambulanten Pflege: Ein Screening zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. In: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* (48) 4. Zugriff am 31.11.2021 unter: [doi.org/10.1026/0932-4089.48.4.165](https://doi.org/10.1026/0932-4089.48.4.165)

Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human resources for health*, 18(1), 41. [doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9](https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9)

Denton, M., Zeytinoglu, I. U., Davies, S. & Lian, J. (2002). Job stress and job dissatisfaction of home care workers in the context of health care restructuring. *International Journal of Health Services*, 32, 327–357. Zugriff am 03.01.2022 unter: [doi.org/10.2190/VYN8-6NKY-RKUM-LOXW](https://doi.org/10.2190/VYN8-6NKY-RKUM-LOXW)

DIN EN ISO 10075-1. Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung - Teil 1: Allgemeine Aspekte und Konzepte und Begriffe (ISO 10075-1:2017); Deutsche Fassung EN ISO 10075-1:2017

Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA). Arbeitsschutz in der Praxis. Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Zugriff am 12.01.2022 unter: [www.gda-psyche.de/SharedDocs/Downloads/DE/empfehlungen-zur-umsetzung-der-gefaehrungsbeurteilung-psychischer-belastung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](http://www.gda-psyche.de/SharedDocs/Downloads/DE/empfehlungen-zur-umsetzung-der-gefaehrungsbeurteilung-psychischer-belastung.pdf?__blob=publicationFile&v=1)

Gensicke, M. & Tschersich, N. (2019). BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018. Methodenbericht. München: Kantar Public. Zugriff am 31.01.2022 unter: [www.bibb.de/dokumente/pdf/a12\\_kantar\\_methodenbericht\\_etb1718\\_final.pdf](http://www.bibb.de/dokumente/pdf/a12_kantar_methodenbericht_etb1718_final.pdf)

Grabbe, Y., Nolting, H., Loos, S., & Krämer, K. (2006) DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 Ambulante Pflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten. [https://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2013/24497/pdf/Gesundheitsreport\\_Ambulante\\_Pflege\\_2006.pdf](https://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2013/24497/pdf/Gesundheitsreport_Ambulante_Pflege_2006.pdf)

Gregersen S. (2005). Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten: in Badura B., Schell-schmidt, H. & Vetter, Ch. (2004). Fehlzeiten-Report 2004: Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen: Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft: 2005; Berlin; Springer Verlag

Häring, A., Schütz, H., Kleudgen, M., Brauner, C., Vieten, L., Michel, A. & Wöhrmann, A. M. (2020). Methodenbericht und Fragebogen zur BAuA-Arbeitszeitbefragung 2019 (baua: Bericht). Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Zugriff am 31.01.2022 unter [doi.org/10.21934/baua:bericht20200728](https://doi.org/10.21934/baua:bericht20200728)

- Jansen, P. G., Kerkstra, A., Abu-Saad, H. H., & van der Zee, J. (1996). The effects of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burnout in community nursing. *International journal of nursing studies*, 33(4), 407–421.  
[doi.org/10.1016/0020-7489\(95\)00060-7](https://doi.org/10.1016/0020-7489(95)00060-7)
- Jourdain, G., & Chênevert, D. (2010). Job demands-resources, burnout and intention to leave the nursing profession: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 47(6), 709–722. [doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.007](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.007)
- Kühnel, M., Ehlers, A., Bauknecht, J., Hess, M., Stiemke, P. & Strünck, C. (2020). Personalfluktuation in Einrichtungen der pflegerischen Versorgung – Eine Analyse von Ursachen und Lösungsmöglichkeiten. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./ Institut für Gerontologie an der TU Dortmund
- Lembo, M., Vedetta, C., Moscato, U., & Del Gaudio, M. (2021). Thermal discomfort in health-care workers during the COVID-19 pandemic. *La Medicina del lavoro*, 112(2), 123–129.  
[doi.org/10.23749/mdl.v112i2.10621](https://doi.org/10.23749/mdl.v112i2.10621)
- Maslach, C. & Jackson, SE. (1984). Burnout in organizational settings. In: *Oscamp S (Hrsg) Applied social psychology annual*, Bd. 5, S 133–153
- Melzer, M. (2020). Arbeitssituation und Gesundheit beruflich Pflegender In: BAuA (2020). *Stressreport Deutschland 2019: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.  
[doi:10.21934/baua:bericht20191007](https://doi.org/10.21934/baua:bericht20191007)
- Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Aguayo, R., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC family practice*, 19(1), 59.  
[doi.org/10.1186/s12875-018-0748-z](https://doi.org/10.1186/s12875-018-0748-z)
- Möckli, N., Denhaerynck, K., De Geest, S., Leppla, L., Beckmann, S., Hediger, H., & Zúñiga, F. (2020). The home care work environment's relationships with work engagement and burnout: A cross-sectional multi-centre study in Switzerland. *Health & social care in the community*, 28(6), 1989–2003. [doi.org/10.1111/hsc.13010](https://doi.org/10.1111/hsc.13010)
- Nübling, M., Vomstein, M., Schmidt, S. G., Gregersen, S., Dulong, M., & Nienhaus, A. (2010). Psychosocial work load and stress in the geriatric care. *BMC Public Health*, 10, 428
- Rohmert, W. (1984). Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept. In: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* (38), 1984, S. 193-200
- Rothe, I., Adolph, L., Beermann, B., Schütte, M., Windel, A., Grewer, A., Lenhardt, U., Michel, J., Thomson, B. & Formazin, M. (2017). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt - Wissenschaftliche Standortbestimmung*. 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
- Rothgang, H. & Müller, R. (2019). *Ambulantisierung der Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 20*

Schaller, A., Klas, T., Gernert, M. & Steinbeißer, K. (2021). Health problems and violence experiences of nurses working in acute care hospitals, long-term care facilities, and homebased long-term care in Germany: A systematic review. PLoS ONE 16(11): e0260050

Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H.-M., Kümmerling, A., Büscher, A. & Müller, B.H. (2005). Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal

Statistisches Bundesamt (2020). Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade 2019. Zugriff am 13.02.2022 unter [www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html](http://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html).

Statistisches Bundesamt (2020a). Personal in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. Zugriff am 13.01.2022 unter: [www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/personal-pflegeeinrichtungen.html](http://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/personal-pflegeeinrichtungen.html)

Statistisches Bundesamt (2020b). Personal in ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Berufsabschluss, Tätigkeitsbereich, Träger. Zugriff am 13.02.2022 unter: [www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_isgbe5.prc\\_menu\\_olap?p\\_uid=gastd&p\\_aid=96166506&p\\_sprache=D&p\\_help=1&p\\_indnr=385&p\\_indsp=&p\\_ityp=H&p\\_fid=](http://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gastd&p_aid=96166506&p_sprache=D&p_help=1&p_indnr=385&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=)

Techniker Krankenkasse (2019). Gesundheitsreport. Pflegefall Pflegebranche? So geht's Deutschlands Pflegekräften. tk, Hamburg

Treviranus, F., Mojtabehzadeh, N., Harth, V. & Mach, S. (2021). Psychische Belastungsfaktoren und Ressourcen in der ambulanten Pflege. In: Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie. [doi.org/10.1007/s40664-020-00403-9](https://doi.org/10.1007/s40664-020-00403-9)

Vander Elst, T., Cavents, C., Daneels, K., Johannik, K., Baillien, E., Van den Broeck A. & Godderis, L. (2016). Job demands-resources predicting burnout and work engagement among Belgian home health care nurses: A cross-sectional study. Nurs Outlook.64(6):542-556. doi: 10.1016/j.outlook.2016.06.004. Epub 2016 Jun 23. PMID: 27427405

Xanthopoulou, D., Dollard, M., Demerouti, E., Schaufeli, W., Taris, T. & Schreurs, P. (2007). When do job demands particularly predict burnout? The moderating role of job resources. Journal of Managerial Psychology. 22. 766-786. 10.1108/02683940710837714

Yeatts, D. E., Seckin, G., Shen, Y., Thompson, M., Auden, D., & Cready, C. M. (2018). Burnout among direct-care workers in nursing homes: Influences of organisational, workplace, interpersonal and personal characteristics. Journal of clinical nursing, 27(19-20), 3652–3665. [doi.org/10.1111/jocn.14267](https://doi.org/10.1111/jocn.14267)

### Zitiervorschlag

Petersen, Julia; Melzer, Marlen: 2022. Belastungs- und Beanspruchungssituation in der ambulanten Pflege. baa: Fokus.

*Im Text wird eine geschlechtergerechte Sprache verwendet. Dort, wo das nicht möglich ist oder die Lesbarkeit eingeschränkt würde, gelten die personenbezogenen Bezeichnungen für alle Geschlechter.*