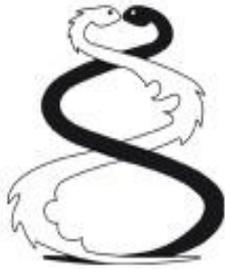


## STRUKTURIERTE ZUSAMMENFASSUNG



[www.inter-uni.net](http://www.inter-uni.net) > Forschung

### **Subjektive Belastungsempfindung in der mobilen Pflegearbeit in Abhängigkeit vom Kohärenzgefühl.**

Eine empirische Studie in Zusammenarbeit mit mobil tätigen Pflegepersonen im Bezirk Lienz.

**Autorin:** Brigitta Poppeller

**Betreuerin:** Elke Mesenholl-Strehler

#### **1.1 Einleitung**

##### *Hintergrund und Stand des Wissens*

Gesundheitsberufe, allen voran die Pflege- und Betreuungsberufe, gehören seit einigen Jahren zu der am häufigsten in der Öffentlichkeit diskutierten Berufsgruppe. Bedingt durch die demografische Altersstruktur und das Wissen um die damit zu erreichende Lebensqualität sprechen sich pflegebedürftige ältere Menschen für Pflege und Betreuung zu Hause aus. Um diesen Wunsch zu ermöglichen, sind Rahmenbedingungen sowie finanzierbare und umsetzbare Modelle erforderlich (HEUBACHER 2012:3).

Derzeit benötigen in Österreich bis zu 550.000 Menschen Betreuung und Pflege – Tendenz steigend (BADELDT et al. 1996). Davon, so WIEDENHOFER (1999:741-748), werden ca. 80% zu Hause von ihren Angehörigen mit oder ohne fachlich professionelle Unterstützung gepflegt. SCHNEIDER und ÖSTERLE (2003:225-245) gehen davon aus, dass zukünftig mit einem Rückgang informeller, unbezahlter Pflegeleistung durch die Angehörigen zu rechnen sei. Diese Zukunftsaussichten stellen besonders mobile Pflegeinstitutionen vor enorme Herausforderungen (KRENN 2004:15).

Im Hinblick auf die steigende Nachfrage mobiler Pflege wird es notwendig werden, sich einmal mit deren Besonderheiten im Kontext von Belastungsfaktoren näher zu beschäftigen.

Hohe psychische Anforderungen, verbunden mit starker körperlicher Arbeit, werden generell der Pflegearbeit zugeordnet. Die Betreuung von gerontopsychiatrischen und neurologischen Erkrankungen und der Umgang mit sterbenden Menschen werden als besonders hohe psychische und physische Belastung empfunden. Viele Studien, vorzugsweise aus der klinischen Pflege, beschäftigten sich mit den belastenden Faktoren rund um das Arbeits- und Tätigkeitsfeld von Pflegepersonen (FISCHER 2006; BRAUN et al. 2003; NEXT-Studie 2005/2008/2009; DAK-BGW o. A. 2006; HASSELHORN et al. (BAuA-Studie) 2005; BÜSSING et al. 2004/2005 oder HEINICKE et al. 2005/2006). In Untersuchungen mit unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten konnten hohe psychische und

physische Belastungen bestätigt werden. Auffallend ist auch, dass es zu einer bewussteren Wahrnehmung von Belastung gekommen ist (ISFORT 2008:498ff.).

So beobachtet MERGNER (1990:143), dass sich die subjektive Einschätzung der Arbeitsbelastung durch einen längeren Zeitraum hindurch verändert hat. Belastungen, die vor Jahren als normal wahrgenommen wurden, werden heute oft als unzumutbar bezeichnet (ALBERT 1998:15). Im Sinne einer betrieblichen und persönlichen Gesundheitsförderung ist es notwendig geworden, den Fokus auf Ressourcen und Unterstützungen zu legen.

### *Forschungsfrage*

Hauptfrage: Die zentrale Fragestellung bezieht sich auf die Ausprägung psychischer und körperlicher Belastungsfaktoren, mit denen mobil tätige Pflegepersonen konfrontiert werden. Wie stark empfinden mobil tätige Pflegepersonen im Bezirk Lienz berufsrelevante Belastungen und trägt ein hohes Kohärenzgefühl zu einer besseren Bewältigung bei?

Nebenfrage: Nehmen Pflegepersonen mit einem höheren Kohärenzgefühl eher Ressourcen an als Pflegepersonen mit einem niedrigeren Kohärenzgefühl?

## **1.2 Methodik**

### *Design*

Um Antworten auf die gestellten Fragen zu erhalten, erfolgt eine einmalige, anonyme Datenerhebung mittels standardisiertem Fragebogen. Zur Überprüfung der Hypothese wurde der Fragebogen in der 13-Item-Kurzversion zur Lebensorientierung von Aaron Antonovsky (1997) gewählt (HEYNIG 2011), um den Gesamtwert des Kohärenzgefühls (SOC) zu ermitteln.

Zur Ist-Erhebung berufsrelevanter Belastungen kommen das Belastungsscreening TAA-Ambulante Pflege und das Modul AuG-Schutz-Ambulante Pflege nach BÜSSING et al. (2005:43-55) zur Anwendung. Fragen zu Mobilität, Unterstützung und Teamressourcen, soziodemografische und berufsdemografische Daten werden als unabhängige Variable eingebunden.

### *TeilnehmerInnen*

Die TeilnehmerInnen decken den mobilen Pflegedienst aller acht Sozialsprengel im Bezirk Lienz ab. In die Befragung aufgenommen wurden alle Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern/-pfleger (DGKS/DGKP) und alle Personen aus der Berufsgruppe der Pflegehilfe (Pflh). Als Ausschlusskriterien gelten DGKS/DGKP in Leitungsfunktion, Heimhilfen, Altenfachbetreuer, pflegende Angehörige, freiwillige Helfer und andere Gesundheitsberufe, die in der mobilen Pflege im Bezirk Lienz mitwirken (Physiotherapeut, Ergotherapeut, Logotherapeut u. a.).

### *Durchführung*

Das Vorgespräch für diese Untersuchung fand im September 2011 statt. Die Fragebogenerhebung wurde im Zeitraum vom 17. April bis zum 15. Mai 2012 durchgeführt. 80 Fragebögen kamen zur Austeilung, 66 wurden an die Autorin retourniert und insgesamt konnten 64 Fragebögen zur Auswertung herangezogen werden.

### *Statistische Analyse*

Die erhobenen Daten werden mittels „Microsoft Excel 2007“ in die Datenmaske eingegeben und an den Statistiker des Interuniversitären Kollegs Graz/Schloss Seggau weitergeleitet, der die Auswertung im Datenauswertungsprogramm SPSS durchführte (Lothaller 2012).

Für die vorliegende Arbeit wurden die erhobenen Daten zur Beschreibung der Stichprobe anhand der Häufigkeitsanalyse berechnet. Die Auswertung der zentralen Merkmale „Belastungsscreening TAA-Ambulante Pflege und AuG-Schutz-Ambulante Pflege, Mobilisation, Unterstützung und Ressourcen“, erfolgt durch eine deskriptive Statistik, mit der Berechnung von Mittelwert, Minimumwert, Maximumwert sowie Standardabweichungen.

Um Ergebnisse zur Beantwortung der Hypothese zu erhalten, wird der SOC-Gesamtmittelwert durch eine Medianhalbierung in zwei SOC-Ausprägungsgruppen erfasst: Gruppe A=geringe oder schwache SOC-Ausprägung und Gruppe B=höhere oder gute SOC-Ausprägung.

Um signifikante Unterschiede der erhobenen Ist-Analysen von TAA-Ambulante Pflege, AuG-Schutz-Ambulante Pflege, Mobilisation, Unterstützung, Ressourcen, soziobiografische und berufsbiografische Daten in Abhängigkeit von SOC zu erhalten, wurden t-Tests und eine Gruppenstatistik vorgenommen. Anhand von Kreuztabellen-Berechnung und Chi-Quadrat-Tests wurden die Einzelitems in Abhängigkeit vom SOC untersucht, um signifikante Unterschiede zu erfassen. Das Signifikanzniveau wurde der Konvention entsprechend bei allen Berechnungen auf  $p < ,005$  festgelegt (Lothaller 2012).

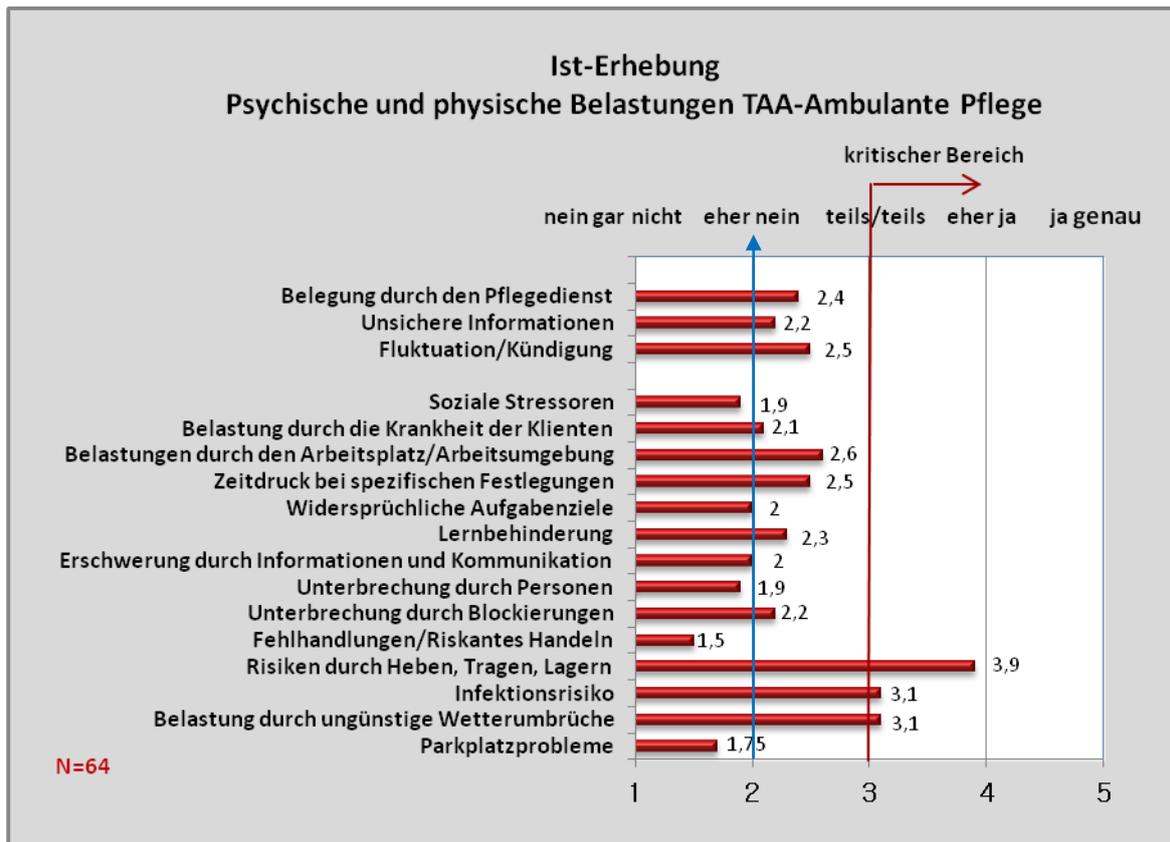
## **1.3 Ergebnisse**

### *Überblick*

Das Ziel dieser Befragung ermöglicht es, berufsrelevante Belastungen mobil tätiger Pflegepersonen im Bezirk Lienz als Ist-Analyse zu erfassen. Die erhobenen Daten werden in Abhängigkeit vom SOC gestellt, um die Forschungsfrage zu beantworten.

Das Ergebnis der Ist-Erhebung „TAA-Belastungsscreening-Ambulante Pflege“ zeigt in der Abbildung 1 anschaulich, dass berufsrelevante Belastungen in einzelnen Schwerpunkten, im kritischen Bereich der Messskala liegen. Belastungen in „*Heben, Tragen, Lagern*“, „*Infektionsrisiko*“, und bisher vereinzelt in Studien beschrieben „*Belastungen durch ungünstige Wettereinbrüche*“.

Die Abbildung 1 stellt die Messergebnisse der Ist-Werte „*Belastungsscreening TAA-Mobile Pflege bei psychischen und physischen berufsrelevanten Belastungen*“ von mobil tätigen Pflegepersonen im Bezirk Lienz grafisch da.

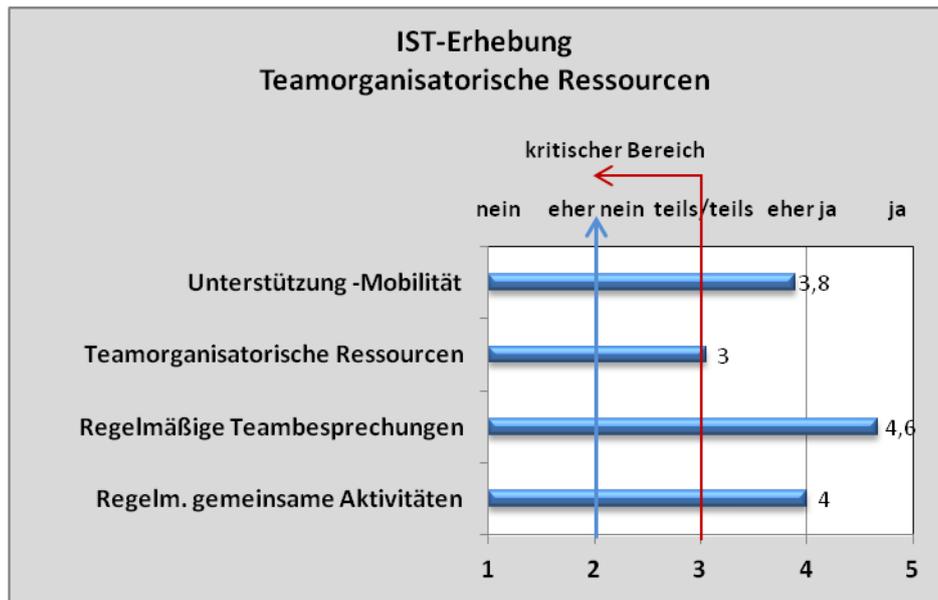


**Abbildung 1: Ist-Erhebung psychische und physische Belastungen TAA-Ambulante Pflege**

Nach BÜSSING et al. (2005) geht bereits bei einem Skalenwert von (2) „eher nein“ eine Signalwirkung zu gesundheitsbezogener Präventionsunterstützungen aus. Der Wert (3) „teils/teils“ wird bereits als Belastung gesehen und Skalenwerte von (4) und (5) deuten auf kritische Belastungen hin.

In den „soziobiografischen und berufsbiografischen Daten“ konnten die weibliche Dominanz im Pflegeberuf sowie die Wochenarbeitszeit von 23,2 Wochenstunden, mit einer Abweichung von 8,9 Wstd. nach oben oder unten, durch Ergebnisse aus der Literatur bestätigt werden. DGKS/DGKP und Pflegehilfe sind etwa zu gleichen Teilen in der mobilen Pflege im Bezirk Lienz tätig. Bei 64 TeilnehmerInnen gehören 38 Personen (59,4%) zur Berufsgruppe der DGKS/DGKP und 26 Personen (40,6%) zur Berufsgruppe der Pflegehilfe. Die Berufstätigkeit in der Pflege liegt im Durchschnitt bei 13,36 Jahren und der Altersdurchschnitt der mobil tätigen Pflegepersonen liegt bei 42,6 Jahren.

Das Ergebnis der Ist-Erhebung „Teamorganisatorische Ressourcen“ wird durch die Abbildung 2 übersichtlich dargestellt. Ausgehend von den Ergebnissen kann festgestellt werden, dass alle Ressourcen in Werten vorliegen, die als ausreichend bezeichnet werden können.



**Abbildung 2: Ist-Erhebung Teamorganisatorische Ressourcen**

*In Anlehnung an BÜSSING et al. (2005) bedeutet die Zahl (1) „nein“ eine schlechte oder fehlende Unterstützung und Ressource. (2) „eher nein“ und (3) „teils/teils“ bedeuten, dass Ressourcen und Unterstützung zwar vorhanden sind, aber mangelhaft oder nicht ausreichend genug. (4) „eher ja“ und (5) „ja“ bedeuten ausreichende und gute teamorganisatorische Unterstützung.*

Das „Kohärenzgefühl (SOC)“ der mobilen Pflegepersonen im Bezirk Lienz zeigt bei N=64 einen Mittelwert von 5,15 mit einer Standardabweichung von ,73732 mit sogenannten Ausreißern nach unten bis 2,62 und nach oben bis 6,54. Bei der 13-Item-Kurzversion liegt der Mittelwert im Normbereich von 1-7, wobei 7 das Maximum ist. Durch die SOC-Medianhalbierung konnten bei 64 TeilnehmerInnen 29 Personen (45,3%) der Gruppe A=geringer SOC und 35 Personen (54,7%) der Gruppe B=höherer SOC zugeordnet werden. Bei der Berufsgruppenzugehörigkeit zählen 14 PflegehelferInnen und 15 DGKS/DGKP zur Gruppe A und 12 PflegehelferInnen und 23 DGKS/DGKP zur Gruppe B.

Der Gesamt-SOC-Wert wurde bereits in vielen Studien erhoben. Der gemessene Gesamt-Mittelwert von 5,1595 (umgerechnet 149,62) bei mobil tätigen Pflegepersonen im Bezirk Lienz liegt im Vergleich mit anderen Erhebungen bei Gesundheitsberufen in etwa gleichen Messwerten vor. Vergleichende Literatur bei: NIEDERDORFER 2005:33; KOTTBAUER 2011:42ff.; PIROLT 2009:24; SILBER 2005:42; ANTONOVSKY 1997:175.

Die Resultate der Ist-Erhebung „TAA-Ambulante Pflege, in Abhängigkeit vom SOC“, berechnet durch den t-Test Gruppenstatistik-Vergleich, zeigen in der Tabelle 1 „TAA-Belastungen in Abhängigkeit vom SOC“ in den hervorgehobenen Schwerpunkten signifikante Unterschiede. Der Signifikanzwert wird mit kleiner als  $p < ,050$  festgesetzt, was bedeutet, dass die Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner ist als 5%. Ein Signifikanzwert von  $p < ,001$  wird als hochsignifikant bewertet.

**Tabelle 1: TAA-Belastungen in Abhängigkeit vom SOC**

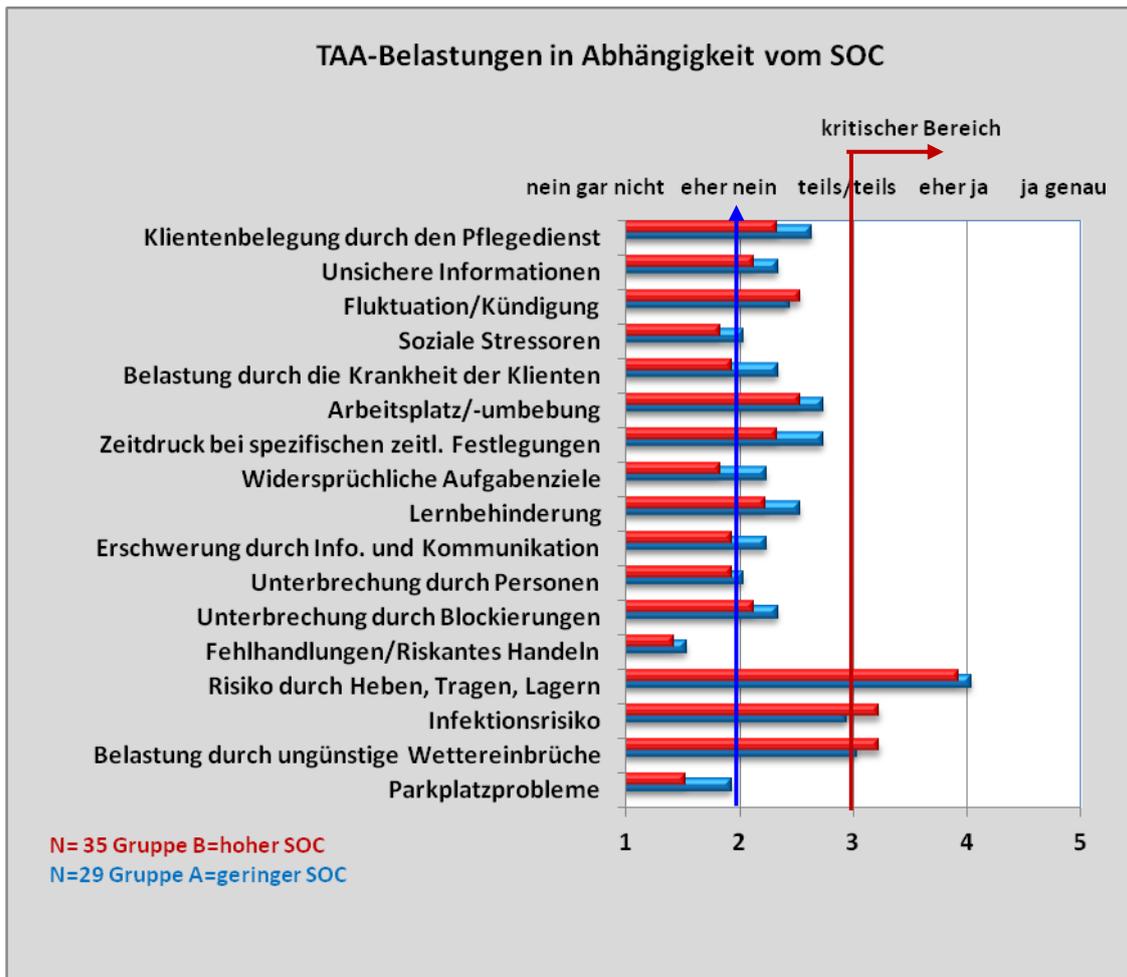
TAA Ambulante Pflege	Gruppe A SOC - gering			Gruppe B SOC - hoch			Signifikanz
	N	Mittelwert	Standard- abweichung	N	Mittelwert	Standard- abweichung	
Soziale Stressoren	N=29	2,08	,549	N=35	1,81	,505	<,047
Belastung durch die Krankheit der KlientInnen	N=29	2,35	,606	N=35	1,93	,441	<,002
Zeitdruck bei spezifischen zeitlichen Festlegungen	N=29	2,77	,771	N=35	2,37	,758	<,042
Widersprüchliche Aufgabenziele	N=29	2,22	,656	N=35	1,87	,573	<,027

*Berufsrelevante Belastungen aus der Ist-Erhebung Belastungsscreening TAA-Ambulante Pflege in Abhängigkeit vom SOC, vier signifikante Unterschiede konnten ermittelt werden.*

Dahingehend werden soziale Stressoren, Belastungen durch die Krankheit der KlientInnen, Zeitdruck bei spezifischen zeitlichen Festlegungen und Widersprüchliche Aufgabenziele von der Gruppe B=hoher SOC signifikant besser bewältigt als bei der Gruppe A=geringer SOC.

Beim statistischen t-Test Gruppenvergleich konnten in allen übrigen TAA-Ambulante Pflege in Abhängigkeit vom SOC **keine** signifikanten Unterschiede gefunden werden.

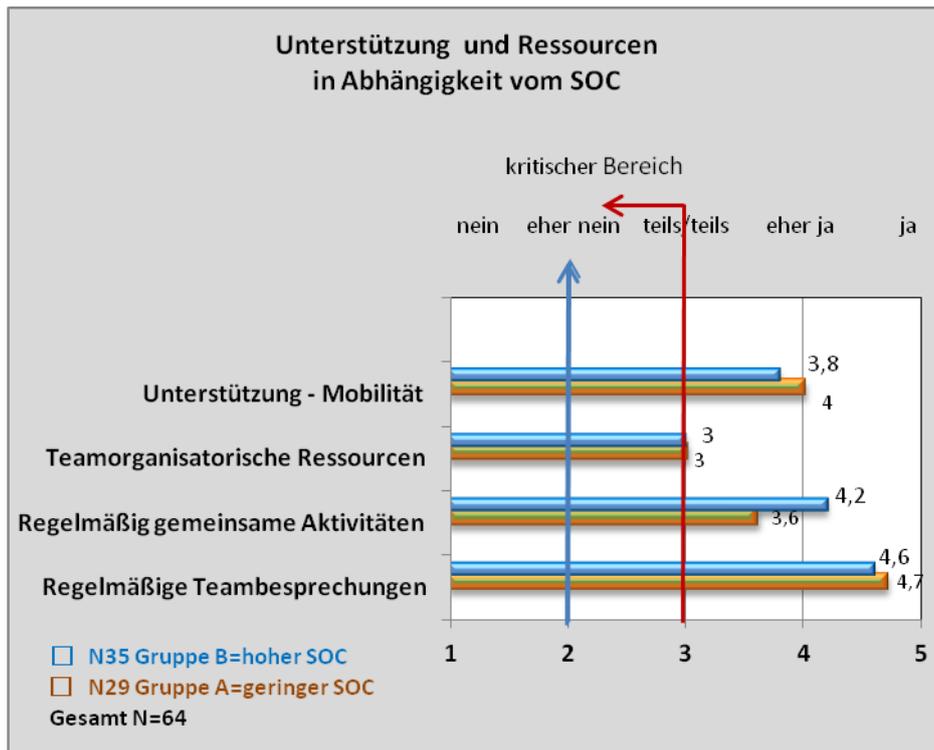
Die Abbildung 3 zeigt die grafische Darstellung der *TAA-Belastungen in Abhängigkeit vom SOC*. Dabei werden die in der Tabelle 1 gefundenen signifikanten Unterschiede grafisch dargestellt.



**Abbildung 3: TAA-Belastungen in Abhängigkeit vom SOC**

Nach BÜSSING et al. (2005) geht bereits bei einem Skalenwert von (2) „eher nein“ eine Signalwirkung zu gesundheitsbezogener Präventionsunterstützungen aus. Der Wert (3) „teils/teils“ wird bereits als Belastung bewertet und Skalenwerte von (4) und (5) deuten auf kritische Belastungen hin.

In gleicher Weise werden die teamorganisatorischen Ressourcen in Abhängigkeit vom SOC bewertet und anhand der Abbildung 4 „Unterstützung und Ressourcen in Abhängigkeit vom SOC“ dargestellt.



**Abbildung 4: Unterstützung und Ressourcen in Abhängigkeit vom SOC**

*In Anlehnung an BÜSSING et al. (2005) bedeutet die Zahl (1) „nein“ eine schlechte oder fehlende Unterstützung und Ressource. (2) „eher nein“ und (3) „teils/teils“ bedeuten, dass Ressourcen und Unterstützung zwar vorhanden sind, aber mangelhaft. (4) „eher ja“ und (5) „ja“ bedeuten ausreichende und gute teamorganisatorische Unterstützung.*

## 1.4 Diskussion

### *Interpretation des Ergebnisses*

Die Zugehörigkeit zu den Berufsgruppen DGKS/DGKP und Pflegehilfe, die durchgehende Beschäftigung in der Pflege und die besonders langen Dienstjahre in der mobilen Pflege deuten auf homogene Berufsgruppen und auf eine gute Atmosphäre in den Institutionen hin. Besonderheiten oder Spezifika der mobilen Pflege könnten ausschlaggebend dafür sein, dass eine auffallend geringe Anzahl an jungen Pflegepersonen zu beobachten ist.

Der hohe Frauenanteil lässt die Aussage zu, dass sich mobile Pflege, bedingt durch die geringe Wochenarbeitszeit, gut mit der Familie verbinden lässt.

Die **Ist-Analyse TAA-Ambulante Pflege** nach BÜSSING et al. (2005) weist in ganz besonderer Form darauf hin, dass psychische und physische Anforderungen ein ständiger Begleiter der mobil tätigen Pflegepersonen sind. Körperliche Belastungen durch Heben, Tragen, Lagern, werden als sehr hoch empfunden.

Auffallend im kritischen Bereich befindet sich der Belastungsschwerpunkt „Infektionsrisiken“. Obwohl bereits HEINICKE et al. (2005/2006) einen hohen Skalenwert ermittelt hatten, fällt diese Belastung mit einem Wert von über 3 teils/teils - bis eher ja für die Autorin und wohl auch für die Institution selbst unerwartet hoch aus.

Mobil Pflegende sind immer auch Fahrende. Lange Fahrstrecken sind bereits in anderen Studien, vorwiegend aus Deutschland, als erheblicher Belastungsfaktor bekannt. Nicht hinreichend beforscht sind Wegstrecken in geografischen Extremgebieten und im Zusammenhang mit unvorhergesehenen Wettereinflüssen. Diese Belastungen liegen im Bezirk Lienz in einem kritischen Bereich vor.

Ein Großteil der erhobenen Belastungsschwerpunkte in der Ist-Analyse liegt im Messbereich (2) eher nein, wodurch nach BÜSSING et al. (2005) bereits eine gesundheitsbezogene Präventivunterstützung notwendig ist.

Erfreulich gut stellen sich die Ergebnisse in den Bereichen „Unterstützung in der Mobilität, teamorganisatorische Ressourcen, wie z. B. regelmäßige Teilnahme an Fort- und Weiterbildung, persönlicher Entspannungsübungen oder persönlichkeitsbildende Weiterbildung“ dar. Eine hohe Unterstützung seitens der Organisation und des Teams bedeutet für viele Pflegepersonen Ressource und Rückhalt. Es ist wichtig, dieses Angebot zur Verfügung zu haben.

Im Schwerpunkt „regelmäßige Teambesprechungen und gemeinsame Aktivitäten“ zeigen die Messwerte eine ebenso hohe, ausreichende Unterstützung. Gemeinschaftstragende Aktivitäten, offene Arbeitsprozesse, die ein Mittragen von Entscheidungsprozessen zulassen, fördern das Arbeitsklima und somit die Gesundheit.

In der **Ist-Analyse TAA-Ambulante Pflege in Abhängigkeit vom SOC** konnten durch den t-Test Gruppenvergleich signifikante Unterschiede in den Schwerpunkten *„Soziale Stressoren, Belastungen durch die Krankheit der KlientInnen, Zeitdruck bei spezifischen zeitlichen Festlegungen und bei widersprüchlichen Aufgabenzielen“* festgestellt werden.

Signifikante Unterschiede im t-Test Gruppenstatistik wurden bei *„Ressourcen im Bereich regelmäßige gemeinsame Aktivitäten“* erhoben.

In allen übrigen Schwerpunkten TAA-Ambulante Pflege sowie der gestellten Zusatzfragen „Ressourcen und Unterstützung durch die Mobilität“, wurden **keine** signifikanten Unterschiede erkennbar.

Die Variablen „Geschlecht, Familienstand, Berufsbezeichnung, durchgehende Beschäftigung und Unterbrechungen der Berufstätigkeit“ in Abhängigkeit von einem hohen SOC-Wert zeigten ebenso **keine** signifikanten Unterschiede und lassen darauf schließen, dass ein höherer SOC keinen Einfluss auf eine bessere Bewältigung hat.

Insgesamt muss festgehalten werden, dass in allen Items von Unterstützung durch die Mobilität, teamorientierte Ressourcen, gemeinsame Aktivitäten die mobil tätigen Pflegepersonen im Bezirk Lienz sehr hohe positive Skalenwerte zeigen und so das Gesamtbild unterstreichen. Team- und persönlichkeitsorientierte Ressourcen sind ausreichend vorhanden, die jederzeit abrufbar sind. Es ist eine wichtige Quelle, wenn durch gemeinschaftstragende Aktivitäten gegenseitige Unterstützung erfolgt. Nach Antonovsky sind das besondere Fähigkeiten, besondere Kräfte, Stärken, Schätze und Ressourcen, die durch die einzelnen MitarbeiterInnen in das Team eingebracht werden und dort zur Verfügung stehen.

#### *Folgerung auf die untersuchte Problematik und den Stand des Wissens*

Für Politik und ArbeitgeberInnen werden zukünftig neue betriebliche Sichtweisen notwendig werden. Der größte Wert eines gesunden Betriebes ist die Gesundheit seiner MitarbeiterInnen. Das bedeutet aber auch, dahingehend Rahmenbedingungen zu schaffen, eine neue, gemeinschaftstragende offenen Gesprächs- und Mitarbeiterkultur zuzulassen und klar ersichtliche Arbeitsabläufe. Erforderlich ist ein radikales Umdenken in der Gesundheitspolitik, mit dem Fokus auf Prävention. Als Vision könnte angedacht werden: „Selbstverantwortung und Prävention vor Rehabilitation“.

Aufgrund der demografischen Gesellschaftsentwicklung zeigt sich, dass zukünftig mehr Pflege benötigt wird. Davon ausgehend, wird Pflegearbeit nicht weniger – eher mehr, und schon jetzt fehlen die Personen, die diese Arbeit verrichten. Antonovsky untersuchte die Zusammenhänge zwischen Arbeitssituation und Kohärenzgefühl und bestätigt, dass die eigentliche Quelle des Kohärenzgefühls in der Natur der Gesellschaft liegt, in der wir momentan eingebettet sind. Demnach wird das Kohärenzgefühl stark von der Gesellschaft und der Umwelt geprägt (KOTTBAUER 2011:27f.).

### *Eigenkritisches*

Die Ergebnisse sind als Ist-Analyse berufsrelevanter Belastungen zu betrachten, wobei Belastungen immer individuell empfunden werden. So können diese bei der einen Pflegeperson als Herausforderung gesehen und bei der anderen als krankmachender Stressor empfunden werden. Pflegepersonen haben gegenüber anderen Berufsgruppen eine höhere Toleranzgrenze, wenn es darum geht, Belastungen tatsächlich in einem Fragebogen zu erfassen. Andererseits könnte eine Fragebogenerhebung auch zu einer inneren Auseinandersetzung mit der Institution verleiten. Daher wird es immer wieder vorkommen, dass Items nicht sachlich betrachtet werden, Ausprägungsgrade negiert oder nach oben korrigiert und dadurch die Ergebnisse verschleiert werden. Aus dieser Perspektive heraus könnte durch Interviewbefragung die erhobene Datenmenge in inhaltlicher Wertigkeit noch einmal anders gesehen werden.

### Anregungen zu weiterführender Arbeit

Aufgrund der Zunahme älterer MitbürgerInnen in der Gesellschaft und der Zunahme von Betreuung und Pflege zu Hause ist es nicht unwichtig, den Fokus auch einmal auf den Arbeitsplatz der mobilen Pflegepersonen zu richten. Vorliegende Daten und Ergebnisse von arbeitsplatzbezogenen Belastungen könnten den Anstoß dazu geben, in einen barrierefreien und zukunftsweisenden Wohnbau zu investieren.

Andererseits wird es notwendig werden, dahingehend zu arbeiten, dass Belastungen nicht als Belastungen empfunden werden, sondern dass an ihnen gearbeitet werden kann. Dazu müssten theoretische Modelle von Bewältigungsstrategien vermittelt und das Kohärenzgefühl gestärkt werden.

### **Literatur**

- Antonovsky**, Aaron (1997): Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Baumgartner**, Luitgard/Kirstein, Reinhard/Möllmann, Rainer (Hg.) (2003): Häusliche Pflege heute. München: Urban & Fischer.
- Bürg**, Tanja Maria/Bobens, Claudia/Schmid, Tom/Troy, Christian-Diedo/Wagner, Anna (2010): Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Gesundheitsberufen in Wien und Niederösterreich sowie bei angestellten ÄrztInnen in NÖ. Band 3 Qualitative Ergebnisse. In: Studie im Auftrag der Kammer für Arbeiter und Angestellte in Wien-Niederösterreich-Ärztelkammer NÖ. Sozialökonomische Forschungsstelle. Online im Internet unter <http://www.fa-gesundheitsberufe.at/> (Abgerufen am 21. Februar 2012).
- Büssing**, André/Glaser, Jürgen/Höge Thomas (2005): Das Belastungsscreening TAA-Ambulante Pflege: Manual und Materialien. Sonderschrift S 83. Schriftreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund: Wirtschaftsverlag NW.
- Ertl**, Regina/Kratzer, Ursula/Aistleithner, Regina (2011): Hauskrankenpflege. Wissen-planen-umsetzen. 3. erw. Aufl. Wien: Facultas.

**Heinicke, Karla/Hölken, Lisa/Schmidt, Wolfgang (2005/2006):** Prävention psychischer und physischer Fehlbelastungen in der ambulanten Pflege. Schwerpunktaktion der sächsischen Gewerbeaufsicht in Kooperation mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Abschlussbericht. Freistaat Sachsen. Online im Internet unter <http://www.Arbeitsschutz-sachsen.de> (Abgerufen am 11. Jänner 2012)