

**Arbeits- und Gesundheitsschutz in der
stationären Altenpflege –
Schwerpunkt: psychomentale Fehlbelastungen
und Möglichkeiten der Prävention**

**Eine Projektarbeit der bayerischen Gewerbeaufsicht
in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Landesamt
für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit**

**Dipl. Psych. (Univ.) Dr. phil. Peter Stadler
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit**

**Dr. med. Arno Endrich
Regierung von Unterfranken - Gewerbeaufsichtsamt**

29.05.2006

Gliederung

	Seite
1 Zielstellung der Projektarbeit	3
2 Zur Belastungssituation von Altenpflegekräften	4
2.1 Rahmenbedingungen	4
2.2 Belastungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen	5
3 Methodisches Vorgehen	9
3.1 Untersuchungsdurchführung.....	9
3.2 Erhebungsinstrumente.....	11
4 Ergebnisse	13
4.1 Untersuchungsstichprobe	13
4.2 Betriebliche Arbeitsschutzorganisation und allgemeiner Arbeitsschutz	15
4.3 Medizinischer Arbeitsschutz: Haut- und Infektionsschutz	16
4.4 Arbeitsorganisation und Ergonomie	17
4.5 Fehlzeiten und Fluktuation.....	19
4.6 Belastungsoptimierung und Gesundheitsförderung	21
4.7 Einschätzung von Belastungen und Verbesserungsmaßnahmen durch die befragten Altenpflegekräfte	24
4.8 Screening psychischer Arbeitsbelastungen mit dem Verfahren SPA-S	33
5 Auflagen und Zielvereinbarungen.....	34
6 Diskussion.....	39
6.1 Klassischer Arbeitsschutz in der stationären Altenpflege.....	39
6.1.1 Ergebnisse der Projektarbeit.....	39
6.1.2 Verbesserungspotentiale	40
6.2 Psychische Fehlbelastungen in der stationären Altenpflege.....	40
6.2.1 Ergebnisse der Projektarbeit.....	41
6.2.2 Verbesserungspotentiale	42
7 Zusammenfassung	45
8 Literatur	46
 Anhang: Erhebungsinstrumente	
Anhang 1: Fragenkatalog.....	48
Anhang 2: Listen zur Belastungseinschätzung und zur Einschätzung von Verbesserungsmaßnahmen.....	52

1 Zielstellung der Projektarbeit

Im Zeitraum vom 1. Mai 2005 bis 30. November 2005 führte die bayerische Gewerbeaufsicht in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) eine Schwerpunktaktion zum Thema „psychomentale Fehlbelastungen“ durch. Das Projekt befasste sich vorrangig mit psychomentalen Fehlbelastungen von Pflegekräften in der stationären Altenpflege in Bayern (zur Begriffsbestimmung siehe Kasten 1). Wie empirische Untersuchungen zeigen, ist der physische und psychische Gesundheitszustand von Altenpfleger/innen signifikant schlechter als der bundesdeutsche Durchschnitt (siehe 2.2). Neben psychischen Belastungen wurden auch konventionelle Inhalte des Arbeitsschutzes (Arbeitsschutzorganisation, Ergonomie, Haut- und Infektionsschutz) überprüft.

Kasten 1: Begriffsdefinitionen: Psychomentale und psychosoziale Belastung, Beanspruchung und Fehlbelastung

Im Unterschied zur Alltagssprache werden in der ISO-Norm 10 075 die Begriffe „psychische Belastung“ und „psychische Beanspruchung“ wertneutral definiert. Psychische Belastungen sind demnach *„die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“* (DIN EN ISO 10075, Teil 1). Unter psychischer Beanspruchung ist *„die zeitlich unmittelbare Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien“* zu verstehen (ebenda).

Psychische Belastungen können positive Wirkungen auf Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten (z.B. Aktivierung) oder aber negative Beanspruchungsfolgen (Stress, Ermüdung, psychische Sättigung etc.) haben. Daher ist es nicht Ziel arbeitsschützerischer Bemühungen, psychische Belastungen zu reduzieren, sondern zu optimieren. Zu reduzieren sind nur solche psychischen Belastungen, von denen eindeutig negative Wirkungen auf Wohlbefinden und Gesundheit ausgehen. Sie werden als psychische Fehlbelastungen bezeichnet und wie folgt definiert:

„psychische Belastungen, die in ihrer Ausprägung mit hoher Wahrscheinlichkeit bei anforderungsgerecht Ausgebildeten zu Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und der Gesundheit führen“ (Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik, 2002).

Psychische Fehlbelastungen lassen sich in psychomentale und psychosoziale Belastungen unterteilen. *Psychomental* werden Fehlbelastungen genannt, die aus der Auseinandersetzung des Beschäftigten mit der Arbeitsaufgabe und den Ausführungsbedingungen rühren (Schnittstelle „Mensch – Arbeit“). Beispiele dafür sind Über- oder Unterforderung, Zeitdruck, ständige Unterbrechungen oder negative Arbeitsumgebungsbedingungen (Lärm etc.). Dagegen sind mit *psychosozialen* Fehlbelastungen solche gemeint, die aus zwischenmenschlichen Beziehungen in der Arbeit entstehen (Schnittstelle „Mensch – Mensch in der Arbeit“). Beispiele hierfür sind destruktive Konflikte im Kollegenkreis, Mobbing oder demotivierendes und fehlzeitenförderndes Führungsverhalten.

Schwerpunkt der hier beschriebenen Projektarbeit waren die *psychomentalen Fehlbelastungen* von Altenpflegekräften. Es ging also um arbeitsbedingte psychische Belastungen mit gesundheitsbeeinträchtigenden Auswirkungen. Die *psychosozialen* Fehlbelastungen wurden nur am Rande behandelt, weil deren Ermittlung den Rahmen dieser Projektarbeit nicht nur in zeitlicher Hinsicht gesprengt hätte.

Nach dem 1996 in Kraft getretenen Arbeitsschutzgesetz sollen Sicherheit und Gesundheit der Mitarbeiter sowohl durch Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren als auch durch menschengerechte Gestaltung der Arbeit gewährleistet werden. Eine wichtige Forderung des Gesetzes ist die Beurteilung und Dokumentation von Gefährdungen bei der Arbeit. Bei dieser Gefährdungsbeurteilung sind auch psychische Faktoren mit einzubeziehen. Auf der Grundlage dieser Analysen hat der Arbeitgeber gegebenenfalls geeignete Maßnahmen zu ergreifen (§§ 2, 5 und 6).

Für viele Unternehmen und die betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzakteure ist das Thema „arbeitsbedingte psychische Belastungen“ ein vergleichsweise neues Arbeitsfeld. Erst langsam setzt sich in den Betrieben die Erkenntnis durch, dass sich psychische Fehlbelastungen am Arbeitsplatz gleichermaßen negativ auf die Ziele des Unternehmens und die Interessen der Mitarbeiter an Gesundheit und Wohlbefinden auswirken. Die Erkenntnis, dass dieser Bereich auch zu den Aufgaben des Arbeits- und Gesundheitsschutzes gehört, ist häufig nicht vorhanden. Zudem fehlt es vielfach an Instrumenten zur Erhebung von psychischen Fehlbelastungen und betrieblichen Handlungskonzepten zur Belastungsoptimierung.

Hier setzte die Projektarbeit der bayerischen Gewerbeaufsicht an. Die Unternehmen sollten sensibilisiert werden, sich im eigenen Interesse mit der Optimierung der arbeitsbedingten psychomentalen Belastungen ihrer Beschäftigten zu beschäftigen. In den Besichtigungen „vor Ort“ und Gesprächen mit den betrieblichen Funktionsträgern und Mitarbeitern wurden psychische Fehlbelastungen erhoben und gemeinsam Lösungen angedacht, wie die vorgefundenen Fehlbelastungen effektiv reduziert werden können. Diese Lösungsvorschläge wurden in so genannten Zielvereinbarungen festgehalten.

Ziel der mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) abgestimmten Projektarbeit war somit nicht allein die Ermittlung psychischer Fehlbelastungen, sondern auch die Ableitung und Umsetzung konkreter Maßnahmen zur Verbesserung der Belastungssituation der Beschäftigten. Die Schwerpunktaktion stellte somit eine Hilfe zur Selbsthilfe dar, um Betriebe zu ermutigen und zu befähigen, gesundheitsschädliche Folgen und betriebswirtschaftlich relevante Kosten zu reduzieren, die arbeitsbedingten psychischen Fehlbelastungen geschuldet sind. Daneben sollte aber auch der Arbeitsschutz in Altenheimen in wichtigen Teilbereichen überprüft und verbessert werden.

2 Zur Belastungssituation von Altenpflegekräften

2.1 Rahmenbedingungen

In Bayern gab es im Jahr 2005 ca. 2200 Altenpflegeeinrichtungen – Tendenz zunehmend. Denn infolge des demographischen Wandels und des deutlich zurückgehenden familiären Pflegepotenzials nimmt die Zahl der Altenheimbewohner jährlich zu. In Deutschland werden von Jahr zu Jahr etwa 15.000 Menschen in Altenheimen zusätzlich aufgenommen und 160 Altenhilfe-Einrichtungen neu eröffnet (BGW-DAK, 2004).

In den Tageszeitungen finden sich in jüngster Zeit zum Teil „reißerische“ Artikel über tatsächliche oder vermeintliche Missstände in Altenheimen. So berichtet etwa die Süddeutsche Zeitung 2005 unter dem Titel „Nicht verhungert, aber unterernährt“ über mangelernährte Heimbewohner und über Hygieneregeln, die nicht eingehalten werden. Im Fokus solcher Artikel stehen in aller Regel die Bewohner, nicht die Beschäftigten. Zunehmend werden in jüngster Zeit aber auch die Arbeitsbedingungen in der Altenpflege diskutiert. Gestiegene Arbeitsanforderungen, erhöhte Fehlzeiten und eine vergleichsweise hohe Fluktuation haben in der Öffentlichkeit – aber auch im Bereich der angewandten Forschung – den Blick auf die Belastungssituation von Altenpflegekräften gelenkt. Die europäische NEXT-Studie beschäftigt sich aktuell mit der Frage, warum Pflegekräfte ihren Beruf so zahlreich vorzeitig verlassen (Hasselhorn, Müller, Tackenberg, Kümmerling & Simon, 2005). Im Rahmen der Initiative „Neue Qualität der Arbeit (INQA)“ sammelt und initiiert der Thematische Initiativkreis „Gesund Pflegen“ Projekte und Aktivitäten, die zum Ziel haben, dass Pflegekräfte trotz hoher psychischer und physischer Belastungen bei ihrer Arbeit gesund bleiben und ihren Beruf mit Freude und Motivation ausüben.

Die Arbeitsanforderungen in der stationären Altenpflege sind in den letzten Jahren nach übereinstimmender Einschätzung vieler Studien gestiegen (vgl. etwa Zimmer, Albrecht & Weyerer, 2000). Als Gründe dafür werden der enge Kosten- und Personalrahmen, die veränderte Bewohnerstruktur (leichtere Pflegefälle werden häufiger als früher durch ambulante Dienste versorgt; in der stationären Altenpflege finden sich vergleichsweise mehr multimorbide Personen mit erheblichen Alltagseinschränkungen und einem hohen Pflegebedarf) sowie wachsende Anforderungen hinsichtlich der Pflegequalität ins Feld geführt. Die gestiegenen Arbeitsanforderungen führen für die Beschäftigten zu einer Arbeitsverdichtung; gerade die quantitativen Anforderungen (Arbeitsaufkommen) sind – wie jüngst eine europaweite Studie ergab – im internationalen Vergleich in Deutschland besonders hoch (Hasselhorn, Müller, Tackenberg, Kümmerling & Simon, 2005).

In unserer eigenen Projektarbeit wurde immer wieder von Heimleitern, Pflegedienstleitern und Betriebsräten darauf hingewiesen, dass die Belastung des Pflegepersonals an eine (Höchst-)Grenze gelangt sei, wodurch eine qualitativ gute Pflege und Betreuung der Bewohner zunehmend schwieriger werde. Besondere Belastungsquellen waren den Ausführungen zufolge der von den Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ausgeübte Druck zu immer umfangreicherer Dokumentation sowie die in letzter Zeit zunehmenden Versuche verschiedener Kostenträger, den Personalschlüssel abzusenken bzw. Gelder pauschal zu kürzen.

2.2 Belastungen, Ressourcen und Gesundheitsbeeinträchtigungen

Arbeitsbedingte Belastungen und Ressourcen.- Wachsende körperliche und psychische Anforderungen an die Pflegekräfte gehen mit immer geringeren finanziellen und zeitlichen Ressourcen einher. Nicht zuletzt deshalb zählt die Altenpflege zu den Berufen mit hohen Belastungen und Gesundheitsrisiken. Neben den körperlichen Belastungen (insbesondere Wirbelsäulen-Belastungen) gewinnen die psychischen Belastungen für die Altenpflegekräfte immer mehr an Bedeutung. In diesem Zusammenhang werden vielfach der hohe Zeitdruck, besondere

Anforderungen an die Qualität der Arbeit und häufige Arbeitsunterbrechungen genannt; daneben stellen auch die Emotionsarbeit (Mitgefühl, Trauer) und die ständige Konfrontation mit Leiden und Tod hochgradige psychische Belastungsfaktoren dar (siehe Kasten 2).

Kasten 2: Arbeitsbedingte Belastungen von Altenpflegekräften

In der Untersuchung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und DAK (2004) wurden Altenpflegekräfte gebeten, ihre Belastungen einzustufen. Besonders hohe Belastungen waren den Befragten zufolge:

- zuviel Arbeit / Zeitdruck,
- zu wenig Zeit für den einzelnen Patienten / Bewohner,
- häufige Unterbrechungen,
- Belastung durch nörgelnde und aggressive Patienten / Bewohner,
- Belastung durch unheilbare Krankheiten der Patienten / Bewohner,
- Belastung durch Tod der Patienten / Bewohner,
- Rückenbelastung durch Heben und Tragen,
- Wirbelsäulenbelastung durch Rumpfbeugung /-torsion.

Eine weitere Studie der BGW (2006) zeigte, dass die 860.000 bei der BGW versicherten Pflegekräfte zunehmend psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Hier fanden sich als Ursachen neben Zeitdruck viele Arbeitsunterbrechungen, emotionale Belastung, mangelnde gesellschaftliche Anerkennung, häufige Überstunden, Schicht- und Nachtarbeit sowie problematische Beziehungen zu den Vorgesetzten.

Eine Reihe dieser Belastungen sind tätigkeitsimmanent, das heißt, sie können nur bedingt optimiert werden. Dies bedeutet aber nicht, dass es keinerlei Handhabe im Sinne einer Belastungsoptimierung gäbe. Besonders im Bereich der Arbeitsorganisation, des Führungsverhaltens, der Beteiligungsmöglichkeiten und der Gesundheitsförderung gibt es Ansatzpunkte. In einer Studie wurden Altenpflegeeinrichtungen mit Mitarbeitern, die eine hohe Ausprägung an Arbeitszufriedenheit angaben, mit Heimen mit niedriger Arbeitszufriedenheit verglichen (Forschungsgesellschaft für Gerontologie, 2004). Dabei wurden folgende Ergebnisse zu Tage gefördert:

- „In der stationären Altenpflege weisen Einrichtungen mit hoher bzw. niedriger Arbeitszufriedenheit deutliche Unterschiede hinsichtlich der Arbeitsorganisation und des Führungsverhaltens auf. In Einrichtungen mit hoher Arbeitszufriedenheit ermöglicht eine bewohnerorientierte Pflege den Pflegekräften größere und positiv bewertete Arbeitsfreiräume. Zudem sind in solchen Einrichtungen Schnittstellenprobleme zwischen Pflege, Hauswirtschaft und Reinigung minimiert. Die Führungskräfte - insbesondere auf der mittleren und unteren Ebene (Wohnbereichsleitungen) - sind in diesen Einrichtungen deutlich qualifizierter und Führungskompetenzen sind bewusster bzw. kontinuierlicher entwickelt (worden).

- Tendenziell lassen sich zwischen den beiden Kontrastgruppen (Einrichtungen mit hoher bzw. niedriger Arbeitszufriedenheit) auch Unterschiede hinsichtlich der Beteiligungsstrukturen bezogen auf die Mitarbeiter/innen feststellen. Bei der Einführung und Umsetzung von Pflegekonzepten und Qualitätsmanagementsystemen werden in Einrichtungen mit hoher Zufriedenheit die Pflegekräfte intensiver an den Entscheidungs- und Umsetzungsprozessen - z.B. über Qualitätszirkel - beteiligt.
- Keine Unterschiede lassen sich zwischen den Einrichtungen hinsichtlich des Stellenwertes der Gesundheitsförderung feststellen. In nahezu allen Einrichtungen sind hier deutliche Handlungsdefizite zu konstatieren. Es werden höchstens punktuell einzelne Gesundheitsfördermaßnahmen - wie z.B. Rückenschulungen – durchgeführt. Ein systematisches Gesundheitsmanagement findet nicht statt. Auch die Personalentwicklung ist in den meisten Einrichtungen insofern defizitär, als dass es keine strategische Weiterbildungsplanung gibt, sich das Fortbildungsverhalten reaktiv auf das jeweilige Angebot bezieht und insbesondere auch (psycho-)soziale und extrafunktionale Kompetenzen kaum vermittelt werden“ (S.16).

Einer Untersuchung von Blättner, Michelsen, Sichtung & Stegmüller (2004) zufolge trägt die gezielte Entwicklung fachlicher, sozialer und persönlicher Handlungskompetenz dazu bei, Arbeitsbelastungen zu bewältigen und die Arbeitszufriedenheit von Altenpflegekräften zu erhöhen. Interaktion mit Pflegebedürftigen, Ausbau der eigenen Wissensbasis und Umsetzung von mehr Handlungsautonomie sind für die Autoren Schlüsselbereiche für den Auf- und Ausbau von Handlungskompetenzen und Ressourcen zur Bewältigung der Arbeitsanforderungen und -belastungen.

Gesundheit, krankheitsbedingte Fehlzeiten und Fluktuation im

Altenpflegebereich.- Die hohen und z.T. gestiegenen Arbeitsanforderungen bleiben nicht ohne Folgen für die Gesundheit der Altenpflegekräfte. Eine Untersuchung von BGW und DAK (2004) hat ergeben, dass der Gesundheitszustand von Altenpflegekräften deutlich unter dem Durchschnitt der berufstätigen Bevölkerung in Deutschland liegt (siehe Abb. 1). Der *psychische* Gesundheitszustand von Altenpfleger/innen ist um ca. 12% schlechter als der bundesdeutsche Durchschnitt. Der *physische* Gesundheitszustand ist ebenfalls negativer als der Beschäftigtendurchschnitt. Unter *psychosomatischen Beschwerden* leiden Altenpflegekräfte erheblich stärker als andere Berufsgruppen (44,3% über dem Durchschnitt). Einer Studie von Zimber, Albrecht und Weyerer (1999) zufolge lag der Anteil von Pflegekräften in der stationären Altenpflege mit einer kritischen Ausprägung der emotionalen Erschöpfung zwischen 28,7% und 30,5%.

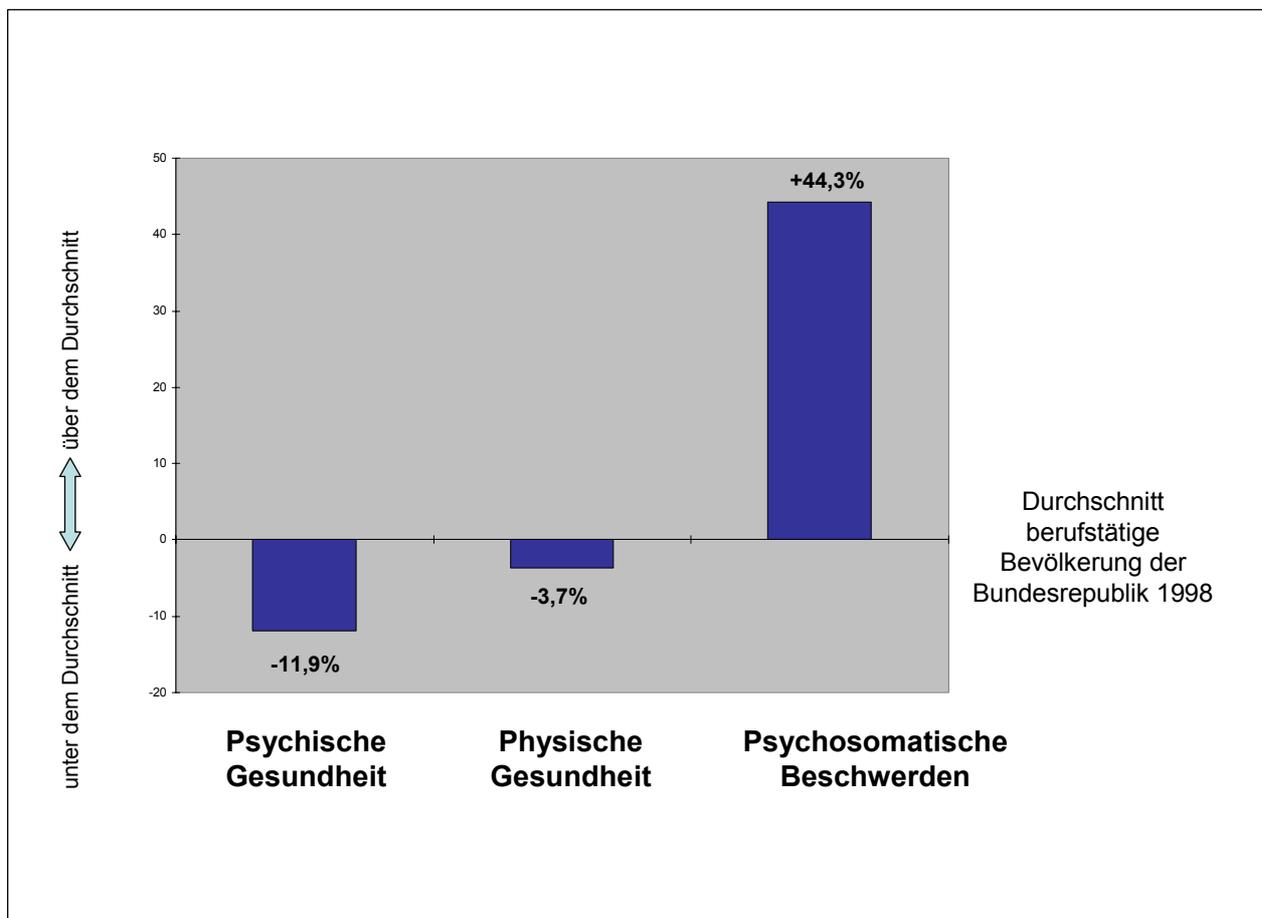


Abb. 1: Die gesundheitliche Situation der Altenpfleger/innen im Vergleich zum Durchschnitt der berufstätigen Bevölkerung in der Bundesrepublik (BGW-DAK, 2004)

Bei einer Analyse des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens von Beschäftigten in Altenpflegeheimen durch die BGW und die DAK zeigte sich, dass die psychischen Erkrankungen mit 10,5% die dritthäufigste Krankheitsart darstellen (BGW-DAK, 2004). Nur Erkrankungen am Muskel-Skelett-System (25,1%) und am Atmungssystem (17,9%) haben einen höheren Anteil am Krankenstand. Rückenbeschwerden werden im Allgemeinen mit körperlich belastenden Arbeitstätigkeiten in Verbindung gebracht. Aber es ist mittlerweile empirisch gut belegt, dass auch psychische Fehlbelastungsfaktoren am Arbeitsplatz (z.B. fehlende soziale Unterstützung, Zeitdruck, Monotonie) an der Entstehung von Rücken-, Schulter- und Nackenschmerzen beteiligt sind (Maintz, Ullsperger & Junghanns, 2000).

Nach einer Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo) verzeichnen Altenpflegeeinrichtungen überdurchschnittlich hohe krankheitsbedingte Fehlzeiten (Küsgens, 2005). Während im Jahr 2003 im bundesrepublikanischen Durchschnitt der Krankenstand von Berufstätigen, die bei der AOK versichert sind, bei 4,9% lag, war er bei Altenpflegekräften mit 5,8% deutlich höher; diese Berufsgruppe hat auch einen signifikant höheren Wert als AOK-Mitglieder in Krankenhäusern (5,3%). In Krankheitstagen ausgedrückt bedeutet dies: Waren 2003

AOK-Mitglieder im Branchendurchschnitt 17,7 Tage krank, so waren es bei Krankenhausbeschäftigten 19,2 Tage und bei Altenpflegekräften 21,3 Tage. Der hohe Krankenstand von AltenpflegerInnen wird von den Autoren der Untersuchung auf hohe arbeitsbedingte Belastungen, insbesondere auch im psychischen Bereich, zurückgeführt.

Fast jeder fünfte in der Altenpflege Beschäftigte in Deutschland denkt ernsthaft daran, den Pflegeberuf zu verlassen. Dies ist das Ergebnis einer europaweiten Studie zur Arbeitsbelastung und -beanspruchung von Pflegepersonal. Dabei handelt es sich vor allem um Jüngere und Besserbezahlte. In der Längsschnittuntersuchung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) trat zu Tage, dass ein Drittel aller angehenden Altenpfleger(innen) in (West)Deutschland bereits am Ende der Ausbildung die Aufgabe des Berufes plant (Meifort & Becker, 1996). Im ersten Berufsjahr steigen dann tatsächlich ein Viertel der examinierten Altenpflegekräfte aus dem gerade erlernten Beruf aus. In einer Untersuchung der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. (2004) im Bundesland Nordrhein-Westfalen betrug die Fluktuationsquote von Altenpflegern/innen im Jahr 2002 17,4%, die Quote von Pflegehilfskräften war mit 22,6% noch höher. Die Fluktuation liegt damit deutlich höher als in vergleichbaren Branchen und höher als in der Gesamtwirtschaft.

Berufskrankheiten.- Das Berufskrankheits-Geschehen in der Altenpflege wird bestimmt durch drei Berufskrankheiten (BGW-DAK, 2004). An erster Stelle stehen Hauterkrankungen (BK 5101), sie machen 39% der auf Verdacht einer Berufskrankheit gemeldeten Erkrankungen aus. Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten (BK 2108) haben einen Anteil von knapp 27% und Infektionskrankheiten (BK 3101) schlagen mit knapp 20% zu Buche.

3 Methodisches Vorgehen

3.1 Untersuchungsdurchführung

Die Besichtigungen durch die Gewerbeaufsicht fanden im Zeitraum vom 1. Mai 2005 bis 30. November 2005 statt. Ziel war es, etwa 10 bis 15% der Altenheime in Bayern zu besichtigen. Es wurde dabei auf einen möglichst repräsentativen Querschnitt aller Träger (kirchlich, städtisch-kommunal, privat, Stiftung etc.) geachtet. Die Heime wurden vier Wochen vor den Betriebsbesichtigungen zwecks Terminvereinbarung angeschrieben. In dem Brief wurde um Beteiligung von Unternehmensleitung, Heimleitung, Betriebsarzt, Sicherheitsfachkraft und Belegschaftsvertretern an der Erhebung gebeten sowie um die Bereitstellung relevanter Dokumente. Das Bayerische Sozialministerium (StMAS), die Altenpflege-Verbände, Unfallversicherungsträger und Heimaufsicht wurden im Vorfeld über die anstehenden Projektaktivitäten informiert. Abb. 2 unterteilt den Ablauf des Projekts in die Phasen Vorbereitung, Tätigkeiten „vor Ort“, Nachbereitung und Nachverfolgung, die im Folgenden erläutert werden.

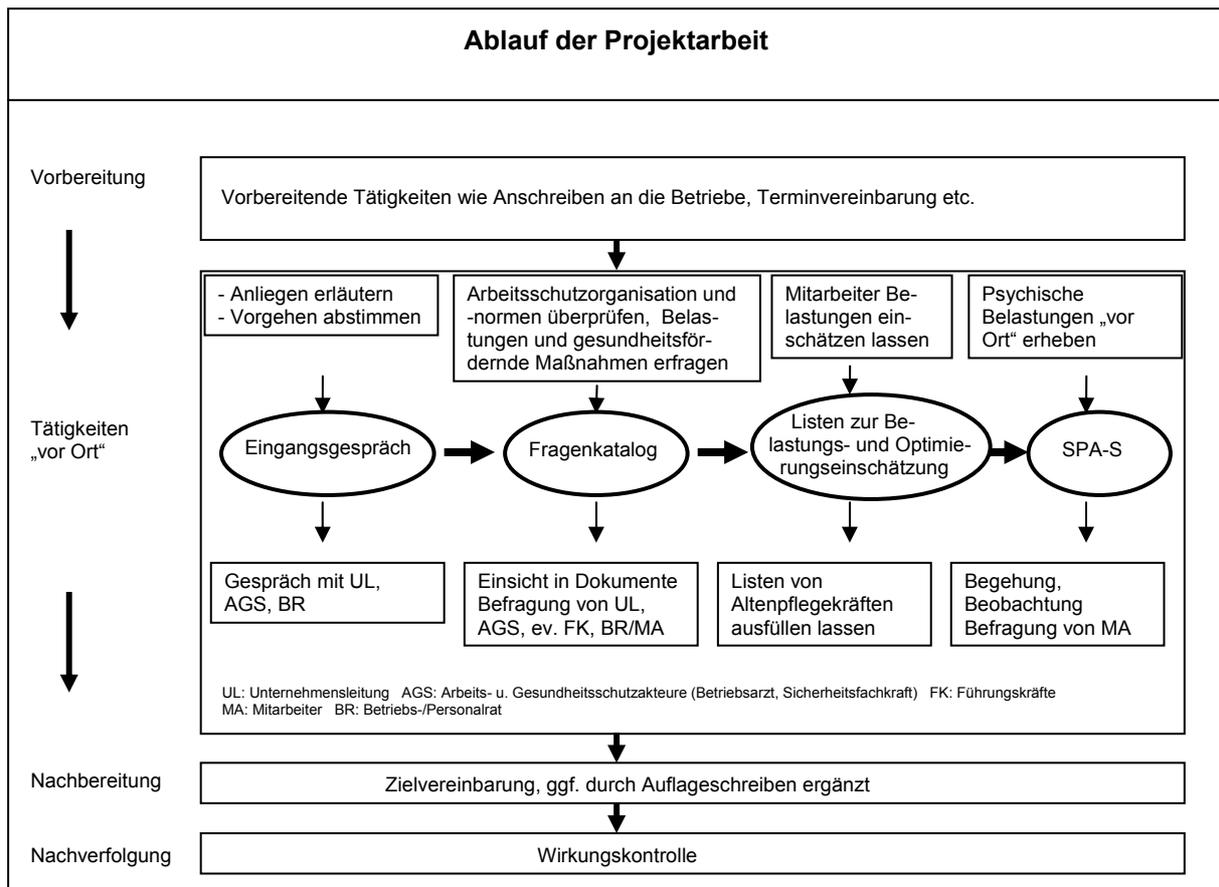


Abb. 2: Methodisches Vorgehen im Überblick

Das Untersuchungskonzept orientierte sich an der „*Handlungsanleitung für die Arbeitsschutzverwaltung der Länder zur Ermittlung psychischer Fehlbelastungen am Arbeitsplatz und zu Möglichkeiten der Prävention*“, die vom Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) 2003 entwickelt worden war. Kernstück der Erhebungen waren die Gespräche mit den betrieblichen Funktionsträgern, für die eigens ein Fragenkatalog entwickelt worden war; dieser deckte ein breites Spektrum von der Arbeitsschutzorganisation über die Dienstplangestaltung bis hin zu betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen ab.

Um substantielle Daten über die Belastungssituation der Mitarbeiter zu erhalten, wurden zudem Altenpflegekräfte zu ihren Belastungen und zu Optimierungsmöglichkeiten ihrer Arbeitsbedingungen befragt. Denn sie wissen durch ihre tagtägliche Arbeit am besten über die vorhandenen Belastungsfaktoren Bescheid und kennen Möglichkeiten einer Belastungsoptimierung. Diese Befragung fand in den meisten Fällen bereits im Vorfeld statt, damit die Ergebnisse in das Gespräch mit den verschiedenen betrieblichen Funktionsträgern einfließen konnten. Diese Daten – insbesondere zu den Verbesserungsmöglichkeiten – boten zudem wichtige Hinweise für passgenaue und konkrete Zielvereinbarungen mit den Unternehmen. Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung wurden den Heimen in grafischer Form und natürlich anonymisiert zur Verfügung gestellt.

Bei den Besichtigungen „vor Ort“ wurde auch mit Altenpflegekräften gesprochen und es wurden verschiedene Stationen besichtigt. Mit dem SPA-S, einem Verfahren zum

Screening psychischer Arbeitsbelastungen, gelangte zudem ein Instrument zum Einsatz, das nicht auf Befragungsdaten der Beschäftigten („subjektive Daten“) gründet; vielmehr kann damit durch externe arbeitswissenschaftlich geschulte Beurteiler eine Grobanalyse der psychischen Fehlbelastungen in einem Tätigkeitsfeld geleistet werden.

Zum Ende der Besichtigung wurden zwischen Gewerbeärzten und betrieblichen Vertretern Zielvereinbarungen zur Verbesserung der Belastungssituation der Beschäftigten getroffen, die den Betrieben anschließend – zumeist – in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt wurden. Bei Verstößen gegen den Arbeitsschutz (z.B. fehlende Gefährdungsanalyse oder Arbeitsschutzausschuss-Sitzungen) wurden über die Zielvereinbarung hinaus Auflagen erteilt. Zur Umsetzung der Zielvereinbarungen und zur Erfüllung der Auflagen wurden Termine festgelegt.

3.2 Erhebungsinstrumente

Untersuchungsinstrumente waren zum einen standardisierte Instrumente, zum anderen eigene Erhebungsverfahren, die im Rahmen von zwei Pilotbesichtigungen getestet und angepasst worden waren.

Screening-Instrument SPA-S.- Das SPA-S-Verfahren („Screening psychischer Arbeitsbelastungen“) dient der Analyse und Bewertung arbeitsbedingter psychischer Belastungen. Das Verfahren wurde an der Universität Potsdam als kombiniertes Beobachtungs-/Befragungsverfahren entwickelt für Aufsichtskräfte der Behörden und Unfallversicherungsträger sowie für Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte, die eine spezielle Schulung zum Verfahren absolviert haben (Metz & Rothe, 1999). Das SPA-S-Verfahren beruht auf der Einschätzung von 37 vorgegebenen Tätigkeitsmerkmalen, die sich folgenden fünf belastungsrelevanten Merkmalsbereichen zuordnen lassen:

- Entscheidungsspielraum,
- Komplexität / Variabilität,
- Qualifikationserfordernisse,
- risikobehaftete Arbeitssituationen / besondere Anforderungen an die Handlungszuverlässigkeit und
- belastende Ausführungsbedingungen.

Grundlage für die Einschätzungen sind Gespräche mit Vertretern des Managements und der Personalabteilungen, Auswertungen von Dokumenten zur Aufbau- und Ablauforganisation, innerbetriebliche Vereinbarungen, Stellenbeschreibungen sowie Betriebsbegehungen und informatorische Gespräche mit den betroffenen Beschäftigten.

Die Ergebnisse des SPA-S erlauben eine Einstufung der Tätigkeit in folgende 4 Kategorien:

- „keine psychische Fehlbelastung“;
- „psychische Fehlbelastung nicht ausgeschlossen“;
- „psychische Fehlbelastung wahrscheinlich“;

- „psychische Fehlbelastung hoch wahrscheinlich“.

Aus den Einstufungen lassen sich sowohl die Dringlichkeit von Interventionsmaßnahmen als auch die entsprechenden Interventionsbereiche ableiten.

Fragenkatalog „Arbeits- und Gesundheitsschutz in der stationären Altenpflege – Schwerpunkt: psychomentele Fehlbelastungen und Möglichkeiten der Prävention“ für die Leitungsebene und betriebliche Funktionsträger.- Für das Gespräch mit den betrieblichen Akteuren (Vertreter der Unternehmensleitung, Belegschaftsvertreter, Arbeitsschutzakteure) wurde ein Fragenkatalog entwickelt, der sich mit der Qualität der Arbeitsschutzorganisation und Einhaltung der Arbeitsschutzvorschriften einschließlich der Beurteilung psychischer Fehlbelastungen im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung sowie mit den im Betrieb bereits durchgeführten Maßnahmen der Belastungsoptimierung beschäftigte. Der Fragenkatalog (siehe Anhang 1) untergliedert sich nach folgenden 6 Bereichen:

- allgemeiner Arbeitsschutz und Arbeitsschutzorganisation,
- Fragen zu Arbeitsorganisation und Ergonomie,
- Fragen zum Hautschutz,
- Fragen zum Infektionsschutz
- Fehlzeiten und Fluktuation,
- Maßnahmen der Belastungsoptimierung und Gesundheitsförderung.

Listen zur Belastungseinschätzung und zur Einschätzung von Verbesserungsmaßnahmen für Altenpflegekräfte.- Um zu erkennen, unter welchen Belastungen Altenpflegekräfte in den jeweiligen Einrichtungen besonders leiden und von welchen Gestaltungsmaßnahmen sie sich die größten Vorteile für ihre Belastungssituation versprechen, wurden ihnen zwei Listen vorgelegt. Die „*Liste zur Belastungseinschätzung*“ enthält 18 arbeitsbedingte Anforderungen / Belastungen, die Forschungsstudien zufolge wesentlich zum Belastungsniveau von Altenpfleger/innen beitragen. Die Anforderungen / Belastungen reichen von Emotionsarbeit über Zeitdruck bis zu oftmaligen Arbeitsunterbrechungen (siehe Anhang 2); die Mitarbeiter wurden gebeten einzustufen, wie belastend sie diese Anforderungen erleben auf einer Skala von „niedrig“, „mittel“, „hoch“ bis „sehr hoch“. Die 14 Items der „*Liste zur Einschätzung von Verbesserungsmaßnahmen*“ handeln von Maßnahmenvorschlägen zur Belastungsoptimierung (siehe Anhang 2) und sollten von den Altenpflegekräften bezüglich ihrer Wirksamkeit zur Reduzierung von Fehlbelastungen eingestuft werden. In Forschungs- und Betriebsprojekten konnte gezeigt werden, dass die aufgelisteten Maßnahmen einen Beitrag zur Belastungsoptimierung von Altenpflegekräften leisten können.

Für die Befragungen wurde im Vorfeld das Einverständnis von Geschäftsleitung und Mitarbeitervertretung eingeholt; sämtliche Ergebnisse wurden in anonymisierter Form präsentiert.

4 Ergebnisse

4.1 Untersuchungsstichprobe

Heimträger, Anzahl der Mitarbeiter und zuständiger Unfallversicherungsträger.- Insgesamt wurden 243 Altenheime im Rahmen dieser Projektarbeit aufgesucht, das sind ca. 11% aller Altenpflegeeinrichtungen in Bayern. Knapp ein Drittel der Heime hatten einen privaten Träger, an zweiter Stelle standen kirchliche Einrichtungen. Abb. 3 zeigt, wie sich die Träger über die Stichprobe verteilen. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege war in 80,5% der Heime der zuständige Unfallversicherungsträger, in 19,5% der Fälle war es ein öffentlicher Unfallversicherungsträger (GUVV, LUK, Unfallkasse).

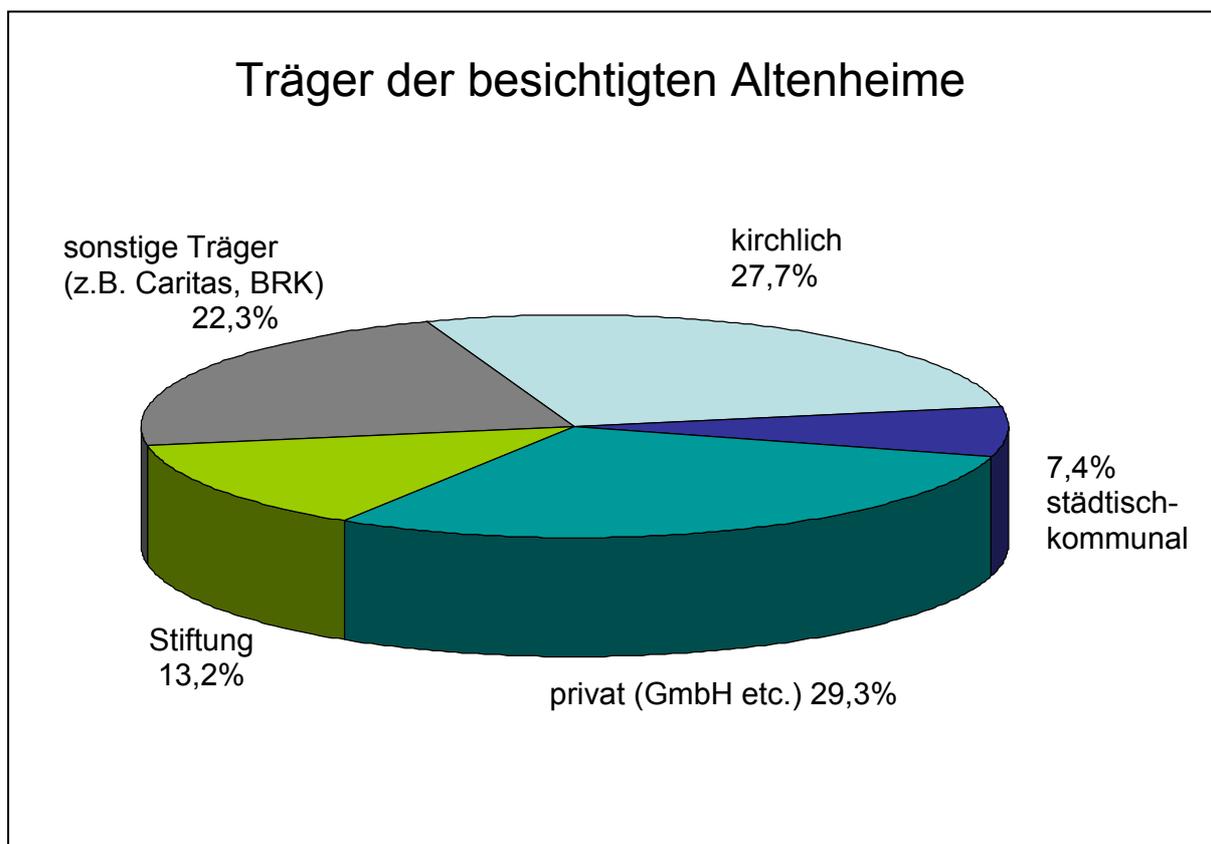


Abb. 3: Träger der besichtigten Heime

In 79,3% der Fälle waren nicht mehr als 100 Mitarbeiter in den einzelnen Heimen beschäftigt. Das Heim mit der geringsten Mitarbeiterzahl hatte 21 Beschäftigte, im größten Heim waren 820 Mitarbeiter beschäftigt. Die Mitarbeiterzahl verteilt sich wie folgt:

- 1-50 Mitarbeiter: 17,7% der Heime;
- 51-100 Mitarbeiter: 61,6% der Heime;
- 101-150 Mitarbeiter: 16,8% der Heime;
- 151-200 Mitarbeiter: 3,4% der Heime;

- >200 Mitarbeiter: 0,4% der Heime.

Anzahl der Altenpflegekräfte und Bewohner.- Die Fachkraftquote (Verhältnis der examinierten und angelernten Pflegekräfte) genügte den Befragten zufolge in allen Heimen den gesetzlichen Anforderungen, wobei es aber eine deutliche Streuung bezüglich dieses Verhältnisses gab. Die Anzahl der Altenpflegekräfte pro Heim verteilte sich folgendermaßen:

- 1-30 Altenpflegekräfte: 16,4% der Heime;
- 31-60 Altenpflegekräfte: 52,9% der Heime;
- 61-90 Altenpflegekräfte: 25,3% der Heime;
- 91-120 Altenpflegekräfte: 3,6% der Heime;
- >120 Altenpflegekräfte: 1,8% der Heime.

Im kleinsten Heim lebten 24 Bewohner, das größte Heim hatte dagegen mehr als 300 Bewohner. Die Heimgrößen verteilen sich wie folgt:

- 1-50 Bewohner: 5,7% der Heime;
- 51-100 Bewohner: 38,6% der Heime;
- 101-150 Bewohner: 39,0% der Heime;
- 151-200 Bewohner: 11,4% der Heime;
- >200 Bewohner: 5,3% der Heime.

31,4% der Heime verfügten über einen beschützten Bereich. Die Anzahl der beschützten Bewohner schwankte zwischen 8 und 235 Bewohnern.

Teilnehmer an den Gesprächsrunden.- Wie unter 3.1 beschrieben, wurde der Fragenkatalog gemeinsam mit verschiedenen betrieblichen Funktionsträgern abgearbeitet. Am häufigsten vertreten in den Gesprächsrunden war die Heimleitung (85,6%), gefolgt von der Pflegedienstleitung (80,2%) (siehe Abb. 4). Ein Belegschaftsvertreter war in etwa 57% der Gespräche anwesend, wobei zu berücksichtigen ist, dass nicht in allen Heimen ein Betriebs-/Personalrat vorhanden war. Betriebsarzt und Sicherheitsfachkraft waren etwa gleich häufig vertreten und agierten in aller Regel als externe Dienstleister. Zur Gruppe der in Abb. 4 als „Sonstige“ Bezeichneten zählten insbesondere: Stationsleitung, Hauswirtschaftsleitung, Qualitätsbeauftragte, Verwaltungsmitarbeiter und Hygienefachkräfte. Zumeist standen 3 bis 5 betriebliche Vertreter für das Gespräch zur Verfügung, in manchen Fällen waren aber auch bis zu 7 Personen beteiligt.

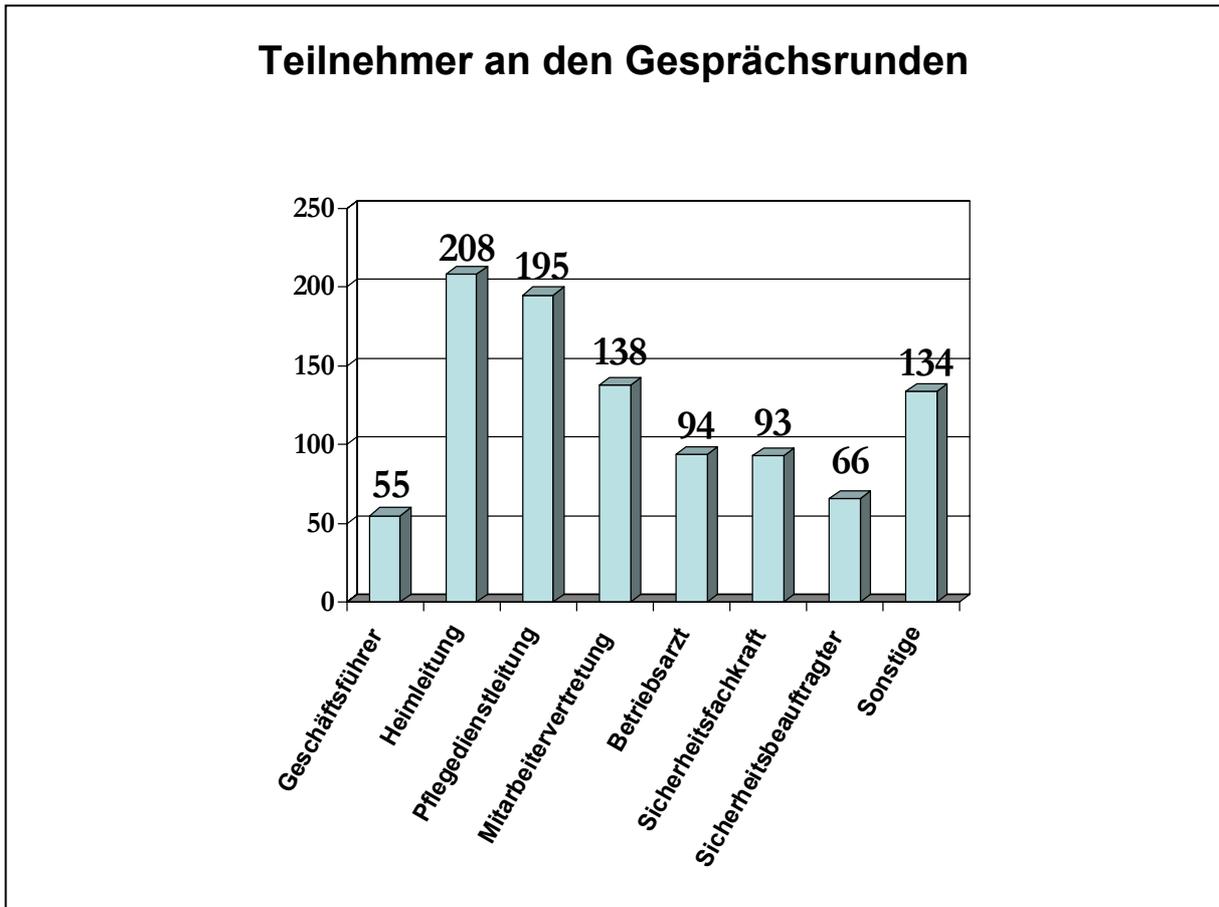


Abb. 4: Funktion und Anzahl der an der Befragung beteiligten betrieblichen Akteure

4.2 Betriebliche Arbeitsschutzorganisation und allgemeiner Arbeitsschutz

Im Gespräch mit den betrieblichen Funktionsträgern wurden wesentliche Elemente des Arbeitsschutzes und der Arbeitsschutzorganisation (betriebsärztliche/sicherheits-technische Betreuung, Gefährdungsbeurteilung, Vorsorgekartei etc.) überprüft und die Gesetzeskonformität der Arbeits- und Pausenzeiten erfragt.

Die betriebsärztliche und die sicherheitstechnische Betreuung waren zu einem hohen Prozentsatz (96,7% bzw. 95,9%) gewährleistet. Eine Vorsorgekartei für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen lag in 87,2% der Einrichtungen vor. Ein Arbeitsschutzausschuss war zu 77,3% etabliert, wobei Arbeitsschutzausschuss-sitzungen jedoch häufig nur ein- bis zweimal jährlich abgehalten wurden (laut Arbeitssicherheitsgesetz mindestens einmal vierteljährlich). Die Gefährdungsbeurteilung war in 69,7% der Pflegeeinrichtungen erhoben und dokumentiert, psychische Belastungen jedoch nur in 25,2% mit einbezogen und dabei häufig nur in wenigen Stichworten und nicht detailliert. Noch seltener wurden daraus konkrete Maßnahmen zur psychischen Belastungsreduzierung abgeleitet und zwar insgesamt nur in 12,3% der besichtigten Altenpflegeeinrichtungen.

Die Angaben zu Arbeits- und Pausenzeiten gründen sich nur auf mündliche Aussagen, die zu knapp 60% unter Beteiligung der Mitarbeitervertretung bzw. des Betriebsrates erfolgten. Demnach sind die gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich Arbeits- und Pausenzeiten durchgehend eingehalten. Eine eingehende Kontrolle war unter Berücksichtigung des speziellen Schwerpunktes der Projektarbeit „psychomentele Fehlbelastungen“ bewusst nicht vorgesehen. Abbildung 5 zeigt die Ergebnisse zur betrieblichen Arbeitsschutzorganisation im Überblick.

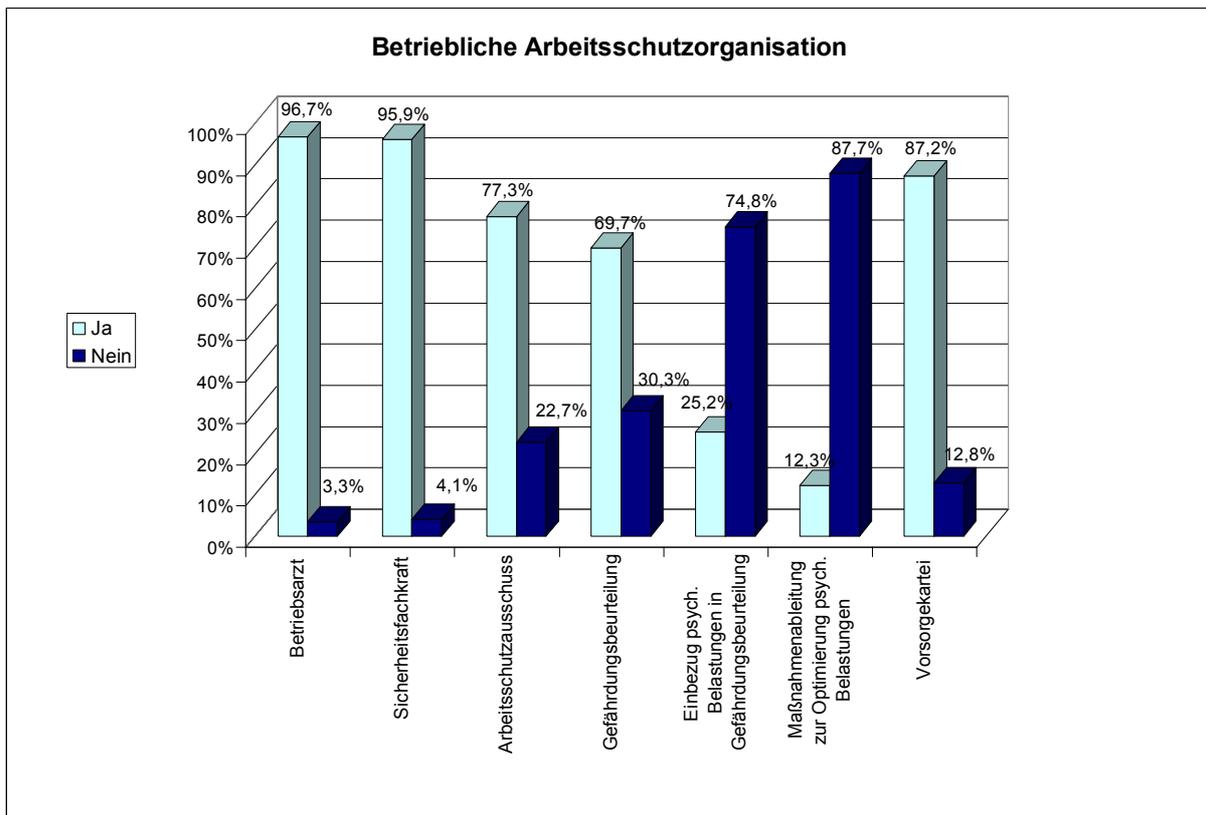


Abb. 5: Ergebnisse zu Arbeitsschutz und betrieblicher Arbeitsschutzorganisation

4.3 Medizinischer Arbeitsschutz: Haut- und Infektionsschutz

Der medizinische Arbeitsschutz wurde in den Bereichen Hautschutz und Infektionsschutz überprüft. Geeignete Schutzhandschuhe sowie geeignete Hautschutz- bzw. Pflegepräparate waren in allen Einrichtungen vorhanden. Eine Unterweisung/Anleitung in Form eines Hautschutzplanes fehlte nur in 11 aller besichtigten Heime (4,5%). Im Bereich Hautschutz gibt es somit nahezu keine Defizite. Hauterkrankungen wurden von weniger als 5% der besichtigten Heime angegeben.

Bezüglich Infektionsschutz u.a. gegenüber Hepatitis B und C wurden überprüft: Betriebsanweisungen nach Biostoffverordnung und entsprechende mündliche Unterweisungen, der Notfallplan für Nadelstichverletzungen, die Durchführung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen nach Biostoffverordnung und das Angebot von Schutzimpfungen nach Biostoffverordnung. In über der Hälfte der Einrichtungen lagen keine Betriebsanweisungen nach Biostoffverordnung vor

(51,7%), und es wurden auch keine entsprechenden mündlichen Unterweisungen durchgeführt (52,1%) bzw. allenfalls ansatzweise im Rahmen der Hygieneunterweisung (siehe Abb. 6). Ein Notfallplan für Nadelstichverletzungen fehlte in ca. 40% der besichtigten Altenheime.

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen fanden in 94% der Altenheime statt. 98,3% der Altenheime boten Schutzimpfungen an, d.h. nur in 4 Einrichtungen wurden keine Schutzimpfungen angeboten. Zu bemerken ist auch, dass Impfverweigerer die seltene Ausnahme sind, so dass die Impfquote im Wesentlichen mit dem Impfangebot gleichgesetzt werden kann.

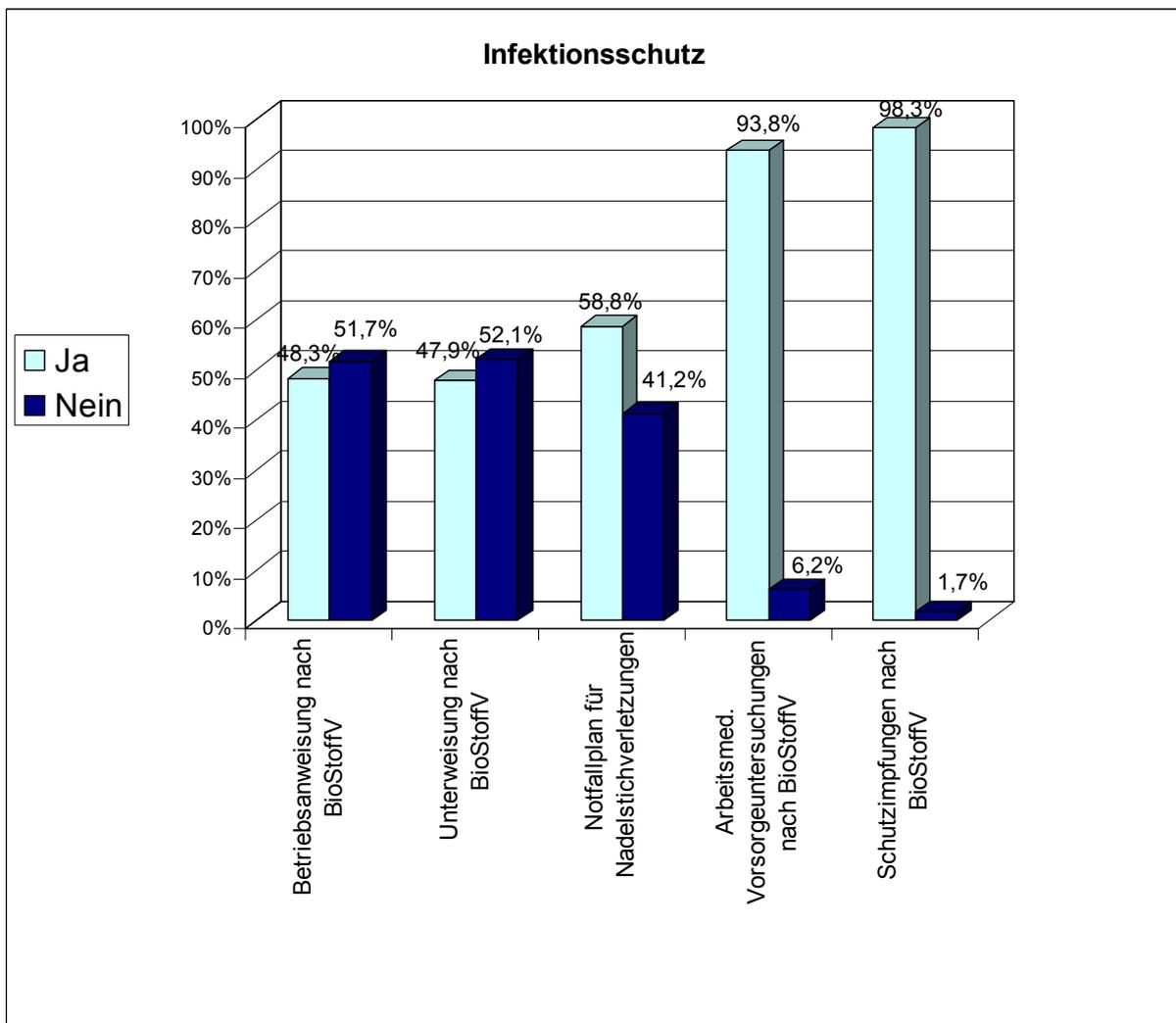


Abb. 6: Ergebnisse zum Infektionsschutz in den besichtigten Heimen

4.4 Arbeitsorganisation und Ergonomie

Fragen zur Arbeitsorganisation befassten sich mit der Dienstplangestaltung, insbesondere unter dem Aspekt der möglichen Einflussnahme der Mitarbeiter auf die Dienstplaneinteilung und der Berücksichtigung nachträglicher Änderungswünsche

sowie mit der Ersatzbeschaffung bei (krankheitsbedingten) Ausfällen. Zum Thema „Ergonomie“ wurden Fragen bezüglich einer entsprechenden Unterweisung in rückengerechtem Heben und Tragen gestellt sowie Fragen zur apparativen Ausstattung mit Hebehilfen und zu den zeitlichen Möglichkeiten ihres Einsatzes.

Einbindung der Mitarbeiter in die Dienstplangestaltung.- Ausgesprochene WunschkDienstpläne sind unseren Erhebungen zufolge sehr selten. Allerdings können die Mitarbeiter ihre Dienstwünsche nahezu immer in die Dienstpläne einbringen (zu 95,7%). Das erfolgt häufig zum Beispiel über einen entsprechenden Eintrag in die einige Wochen vor Gültigkeitsbeginn aushängenden Dienstplanvorschläge. Tauschmöglichkeiten bestehen ebenso zu einem hohen Prozentsatz (96,3%) und zwar in erster Linie über entsprechende Rücksprachen der Mitarbeiter untereinander und mit der Stationsleitung, was im Endeffekt einer Tauschbörse entspricht.

Kompensation des Ausfalls von Mitarbeitern.- Krankheitsbedingter Ausfall von Mitarbeitern führt den Befragten zufolge bei ca. 34% der Einrichtungen zu einer deutlichen Mehrbelastung der verbleibenden Mitarbeiter, zumindest bis für Ersatz gesorgt worden ist. Wie die Gespräche mit Altenpflegekräften ergaben, ist auch in der Mehrzahl der anderen Heime eine gewisse Mehrbelastung gegeben. Als häufigste Maßnahme der Ersatzbeschaffung wurde genannt, dass Mitarbeiter aus der Freizeit (gelegentlich auch aus dem Urlaub) geholt wurden, bei entsprechend organisierten Einrichtungen mit mehreren Häusern erfolgte auch ein hausübergreifender Ausgleich. Als unmittelbare Sofortmaßnahme ist ein stationsübergreifender Ausgleich in einer Vielzahl von Heimen geläufig. Knapp 13% der Einrichtungen gaben an, einige ihrer Mitarbeiter als „Springer“ eingestellt bzw. eingeteilt zu haben, die je nach Bedarf flexibel eingesetzt werden können. Bei knapp 10% der Einrichtungen erfolgte den Befragten zufolge ein Ausgleich über die Aufstockung der Arbeitszeit vorhandener Teilzeitkräfte. Ca. 15% aller Einrichtungen berichteten davon, externe Hilfskräfte, z.B. von Zeitarbeitsfirmen, in Anspruch zu nehmen. Weiter Ausgleichsmöglichkeiten betreffen arbeitsorganisatorische Maßnahmen, d.h. dass weniger dringliche Aufgaben auf einen späteren Zeitraum verschoben werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass ein eigentlicher Ausgleich ohne daraus resultierende Mehrbelastung der verbleibenden Mitarbeiter – also z.B. durch Aufstockung der Arbeitszeit von Teilzeitkräften oder durch Neueinstellung zusätzlicher Kräfte – allenfalls in ca. 25% der Heime anzunehmen ist. Die Mehrbelastung wird ansonsten überwiegend durch innerbetriebliche Umsetzung bzw. Umorganisation der Arbeit zu mildern versucht.

Hebehilfen, rückengerechtes Heben und Tragen.- Es zeigte sich hier, dass diverse Hebehilfen (Hebelifter, Badelifter, Aufstehhilfen) nahezu durchgängig (98,8%) in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen und nahezu allen Befragten (98,7%) zufolge auch vom zeitlichen Rahmen her eingesetzt werden können. Unabhängig davon gehören höhenverstellbare Pflegebetten zum Standard.

Geringe Defizite ergaben sich hinsichtlich einer expliziten und fachspezifischen Unterweisung in rückengerechtem Heben und Tragen. Knapp 6% der Einrichtungen hatten ihre Mitarbeiter nicht entsprechend unterwiesen. In den Pflegeheimen, in denen den Mitarbeitern zu rückengerechtem Heben und Tragen gezielte Schulungen angeboten wurden, reichten die Schulungsintervalle von einmal jährlich bis einmal

alle 2 bis 3 Jahre. Häufig wurden darüber hinaus auch Unterweisungen in Kinästhesie und nach der Bobath-Methode angeboten, was den körperlichen Umgang mit den Heimbewohnern auch erleichtern kann.

Hinsichtlich geeigneter Pausen- und Sozialräume gibt es so gut wie keine Defizite. Nur 2 aller besichtigten Einrichtungen (0,8%) konnten hier keine geeigneten Räumlichkeiten vorweisen.

4.5 Fehlzeiten und Fluktuation

Fehlzeiten.- Nicht alle Heime konnten genaue Zahlen zum Krankenstand angeben. Aber auch wenn entsprechende Zahlen vorlagen, bezogen sie sich nicht immer auf dieselbe Grundgröße. So lag eine spezifische Aufschlüsselung zu den Fehlzeiten von Altenpflegekräften nur bei einem Teil der Befragten vor, andere hatten lediglich den Krankenstand aus allen Beschäftigten berechnet. In vielen Fällen waren die Langzeitkranken in den Zahlen enthalten, in einigen wenigen Fällen war diese Gruppe nicht einbezogen. Daher sind die Daten zum Krankenstand nur eingeschränkt repräsentativ und schlecht vergleichbar.

Tendenziell zeigt sich allerdings, dass in über der Hälfte der Heime der Krankenstand $\leq 6\%$ liegt mit Schwerpunkt im Bereich von 2% bis 6%. Allerdings lag in 22,8% der Fälle der Krankenstand – zum Teil deutlich – über 6%. Eine Tendenz zum Krankenstand konnten 40,3% der Heime angeben. Davon berichteten 33,7% von einer fallenden Tendenz, 53% von einer gleich bleibenden Tendenz und 13,3% von einer steigenden Tendenz.

Zur Häufung bestimmter Erkrankungen konnten in 20,2% der Fälle keine Angaben gemacht werden. In 46,1% der Fälle gab es den Befragten zufolge keine Erkrankungsschwerpunkte. Von den restlichen knapp 34% der befragten Einrichtungen konnten Krankheitsschwerpunkte benannt werden. Die Angaben hierzu basieren allerdings zumeist nicht auf genauen Zählungen, sondern eher auf den subjektiven Einschätzungen der Akteure. Die konkreten Diagnosen bei Krankmeldungen sind ja üblicherweise auch dem Arbeitgeber nicht bekannt. Nur in wenigen Fällen fußten die Zahlen auf Gesundheitsberichten von Krankenkassen oder anderen objektiven Datenquellen. Von den oben erwähnten ca. 34% der befragten Heime wurden die in Abb. 7 aufgeführten Erkrankungsschwerpunkte genannt.

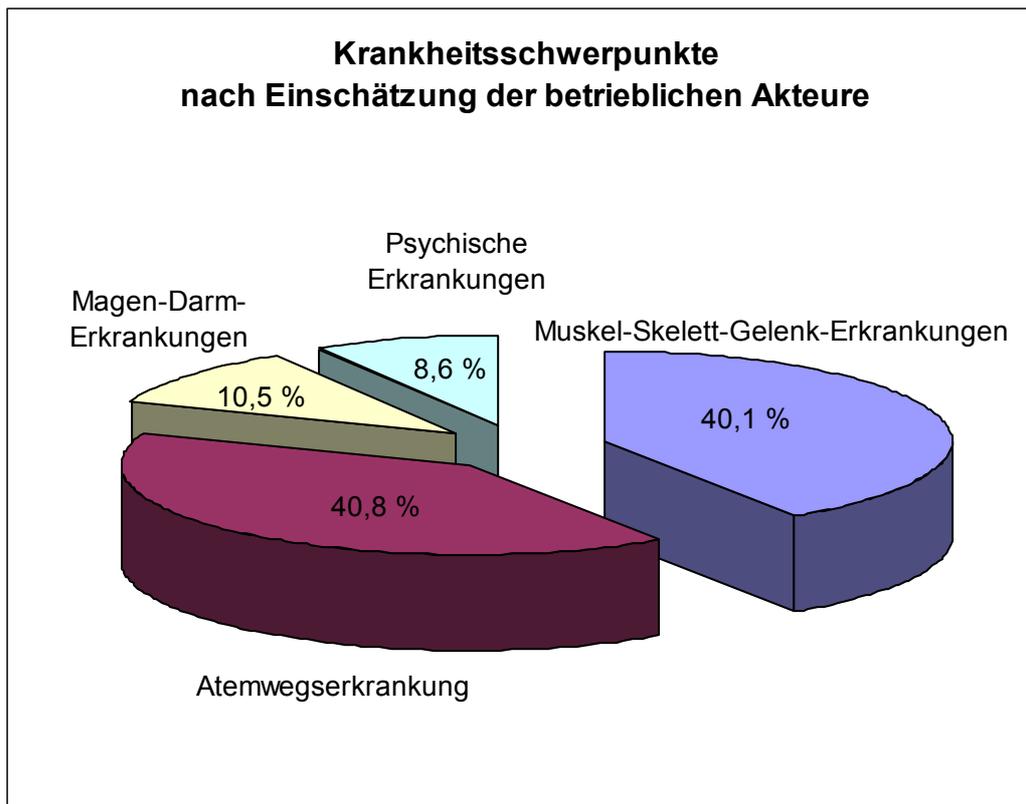


Abb. 7: Krankheitsschwerpunkte in den besichtigten Heimen aus der Sicht der Befragten (n=82 Heime)

Dass es Hinweise dafür gibt, dass psychische Fehlbelastungen mitursächlich für den Krankenstand sind, gaben 15,6% der besichtigten Altenpflegeeinrichtungen an. In 78,6% der Einrichtungen waren für die Befragten keine Hinweise auf psychische Fehlbelastungen als Mitursache für die aufgetretenen Erkrankungen erkennbar. In 5,8% erfolgte keine Angabe hierzu. Bei den psychischen Fehlbelastungen kann differenziert werden in berufliche und außerberufliche, d.h. private Belastungen. Als berufliche Belastungen, die zu Erkrankungen führen können, wurden vor allem angegeben:

- Stress, hoher Zeitdruck, Überlastung,
- Insolvenzgefahr und bevorstehende oder erfolgte Übernahme durch andere Träger,
- Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten, problematisches Führungsverhalten,
- hohe Verantwortung sowie
- Auseinandersetzungen mit Angehörigen.

Mit mindestens gleicher Häufigkeit wurde auf psychische Belastungen aus dem Privatbereich als mögliche Ursachen für Erkrankungen verwiesen. Dazu wurden insbesondere Scheidung und Partnerschaftsprobleme sowie eine bestimmte familiäre Problematik (Alkoholismus, schwere Erkrankungen, Arbeitslosigkeit) genannt.

Fluktuation.- Insgesamt wurde nur selten eine hohe Fluktuation angegeben. Dies war speziell der Fall in Zeiten einer betrieblichen Übernahme durch andere Träger oder bei Wechsel der Führungsebene. In den meisten Fällen (89,3%) konnte keine exakte Fluktuationsquote genannt werden, wobei häufig dann die Pauschalbezeichnung „gering“ oder „sehr gering“ oder „praktisch null“ genannt wurde. In den vergleichsweise wenigen Fällen, in denen eine Tendenz bekannt war, war die Angabe entweder „fallend“ oder „gleich bleibend“, dagegen fast nie „steigend“. In einzelnen Fällen hatten die Befragten Hinweise auf arbeitsbedingte psychische Belastungen als Grund für Fluktuation. Genannt wurden hier zum Beispiel Konflikte mit Kollegen oder Vorgesetzten oder Überforderung durch die Tätigkeit.

4.6 Belastungsoptimierung und Gesundheitsförderung

Unter diesem Punkt erfolgten Erhebungen, die die festgelegten Verantwortlichkeiten für das Thema „psychische Fehlbelastungen“, (arbeitsorganisatorische) Entlastungsmaßnahmen für Altenpflegekräfte, das Vorgehen bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter und bisherige Aktionen zur Erkennung betrieblicher Problembereiche betrafen sowie bislang ergriffene Gesundheitsförderungsprojekte und Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Abb. 8 zeigt die Ergebnisse, die im Folgenden erläutert werden, im Überblick.

Ansprechpartner für psychische Belastungen.- Für das Thema „psychische Belastungen“ waren in 68,5% der besichtigten Heime keine Ansprechpartner / fachlich Zuständige festgelegt worden. In 31,5% der Fälle gaben die Befragten eine solche Zuständigkeit an, allerdings war diese häufig nicht genau festgelegt worden, vielmehr gab es diverse Personen, an die sich Mitarbeiter bei diesem Thema wenden konnten. Dies waren in erster Linie Pflegedienstleitung, Heimleitung, Betriebsarzt, Mitarbeitervertretung und Stations- bzw. Wohnbereichsleitung. Lediglich in einem Fall war ein Psychologe beschäftigt, der für die Thematik konkret zuständig war.

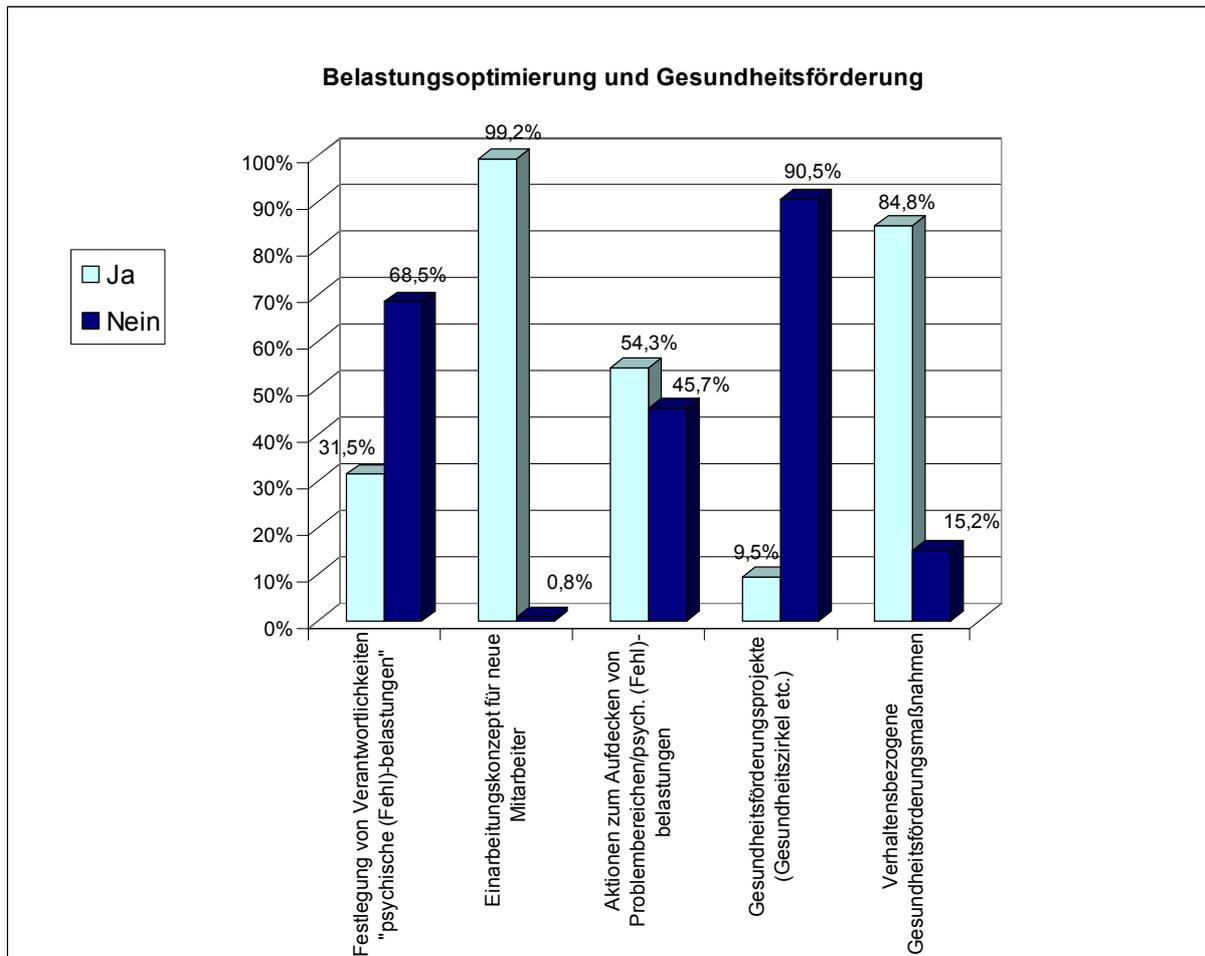


Abb. 8: Maßnahmen der Heime zu Belastungsoptimierung und Gesundheitsförderung

Reduzierung von Zeitdruck.- Um den Zeitdruck zu reduzieren und die Altenpflegekräfte zu entlasten, übernehmen in den allermeisten Fällen Mitarbeiter aus dem Bereich Hauswirtschaft/Küche und zum Teil auch aus dem Bereich Verwaltung partiell pflegefernere Aufgaben von Pflegekräften und Hilfstätigkeiten. Dazu zählen zum Beispiel Zimmerreinigung, Betten richten, Essensausgabe und Stammbblatt-erstellung. In vielen Fällen sind aber auch Hilfskräfte eingestellt, die derlei Tätigkeiten übernehmen; diese sind häufig auf 400-Euro-Basis angestellt. Auch Praktikanten und Zivildienstleistende werden hierfür eingesetzt. In einer Reihe von Fällen wurde angegeben, dass durch eine weitere Optimierung und Flexibilisierung der Arbeitsabläufe versucht wird, dem Zeitdruck zu begegnen. Auch gibt es Bemühungen, über die Implementierung eines EDV-Systems oder über ein vereinfachtes Erfassungssystem die Pflegedokumentation zu erleichtern. Ein Teil der Einrichtungen versucht über eine von der Apotheke durchgeführte Vorrichtung der Medikamente (Medikamenten-Blisterung), Zeit im Heim zu sparen. Diese Möglichkeit wird aber sehr kontrovers diskutiert und nicht immer als tatsächliche Entlastung eingeschätzt. Ehrenamtliche Helfer entlasten Pflegekräfte, indem sie Besorgungen erledigen oder sich mit den Bewohnern beschäftigen. Auch eine gut funktionierende Beschäftigungstherapie durch entsprechendes Fachpersonal kann nach vielfacher Einschätzung wesentlich zur Entlastung der Pflegekräfte beitragen.

Viele Heime gaben an, dass die Entlastungsmaßnahmen zur Vermeidung von Zeitdruck weitestgehend ausgeschöpft seien, dass die Vielzahl an Vorschriften und der hohe Dokumentationsaufwand zunehmend den Handlungsspielraum einengen und zu stressenden Arbeitsbedingungen führen würden.

Mitarbeitereinarbeitung.- Berufsanfänger und Personen, die neu an ihrem Arbeitsplatz sind, sind in aller Regel besonders hohen Belastungen ausgesetzt. Bezüglich der Einarbeitung neuer Mitarbeiter verwenden nahezu alle Einrichtungen (99,2%) entsprechende Einarbeitungskonzepte, die u. a. dazu beitragen, den neuen Mitarbeitern den Einstieg zu erleichtern, und die etablierten Mitarbeiter anleiten, wie ihre zukünftigen Kollegen einzuarbeiten sind. Häufig werden den neuen Mitarbeitern auch Mentoren, Paten oder Tutoren zur Seite gestellt.

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.- Aktionen zur Aufdeckung von Problem-bereichen/psychischen Fehlbelastungen waren von 54,3% der Heime durchgeführt worden. Am häufigsten wurden von den Heimen dabei Mitarbeiterbefragungen genannt (63,6%). Außerdem wurden auch Supervisionen für Pflegekräfte angeboten (37,1%). Gesundheitsberichte, die von Krankenkassen erstellt werden, um besondere Risiken zu erkennen, wurden hier ebenfalls angeführt (20,5%).

Gesundheitsförderungsprojekte im Sinne von Präventionsprojekten sind auf organisatorischer Ebene nur selten etabliert. Lediglich 9,5% der Heime gaben entsprechende Maßnahmen an (z.B. Gründung eines Arbeitskreises „Gesundheit“ oder eines Gesundheitszirkels).

Auf der verhaltensbezogenen Seite waren dagegen von der überwiegenden Mehrzahl der Heime diverse Gesundheitsförderungsmaßnahmen ergriffen worden (84,8% der Heime). Die häufigsten Maßnahmen waren dabei:

- Maßnahmen zur Gesunderhaltung des muskuloskelettalen Systems: Rückenschule (61,7%), Gymnastik/Krankengymnastik (4,5%); im weitesten Sinne können darunter auch Schulungen im Bereich Kinästhetik (23%) gefasst werden;
- Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit: Entspannungskurse und mentales Training wie z.B. Yoga, autogenes Training etc. (9,5%), Stressmanagementseminare (16,9%).
- Maßnahmen zur gesunden Ernährung (6,2%).

Daneben wurden von einer Reihe von Heimen auch Seminare angeboten, die die Pflegekräfte kompetent machen sollen im Umgang mit pflegespezifischen Belastungen:

- Seminare zum Umgang mit aggressiven, verwirrten und dementen Bewohnern (16,5%);
- Seminare zum Umgang mit Sterbenden/Tod (7%);
- Seminare zu Kommunikationsstrategien und zum Konfliktmanagement (4,1%);
- Seminare zum Umgang mit schwierigen Angehörigen (3,7%).

In einzelnen Fällen wurden weitere Maßnahmen angeboten, die der Gesundheitspflege/ Gesundheitsförderung dienen. Dazu zählen zum Beispiel freie Benutzung des hauseigenen Schwimmbades, kostenloser oder kostenreduzierter

Fitnessstudiobesuch, Benutzung eines speziell eingerichteten Ruheraumes, Wellness-Tage, (Kranken-) Massage, Angebote für Walking-Gruppe, Aromatherapie etc.

4.7 Einschätzung von Belastungen und Verbesserungsmaßnahmen durch die befragten Altenpflegekräfte

In 86% der besichtigten Altenheime wurden die beiden Listen zur Belastungseinschätzung und zur Einschätzung von Verbesserungsmaßnahmen von Altenpflegekräften ausgefüllt (siehe 3.2). In den anderen 14% war es aus unterschiedlichen Gründen nicht zu der Befragung gekommen, sei es, weil sich die Geschäftsleitung nicht daran beteiligen wollte, sei es, weil die Mitarbeitervertretung Einwände hatte oder aber, weil das Heim erst in jüngster Vergangenheit eine ähnliche Befragung durchgeführt hatte bzw. dabei war, eine solche vorzubereiten.

Insgesamt haben fast 4500 Altenpflegekräfte im Rahmen dieser Projektarbeit an den Einstufungen zum Belastungserleben (n=4447) und an den Bewertungen des Nutzens von Verbesserungsmaßnahmen (n=4328) teilgenommen. Pro Unternehmen nahmen im Durchschnitt 22 Altenpflegekräfte teil, in einzelnen Unternehmen waren es aber deutlich mehr, bis zu 76 Bögen.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wurden die vorgegebenen Belastungen von den Altenpflegekräften mit einem Wert zwischen „mittel“ (2) und „hoch“ (3) eingestuft (siehe Abb. 9). Am belastendsten erlebten die Befragten,

- zu wenig Zeit für den einzelnen Bewohner zu haben (3,1),
- unter hohem Zeitdruck zu stehen (2,9),
- widersprüchliche Aufgabenziele verfolgen zu müssen, also gleichzeitig gründlich, qualitativ hochwertig und schnell zu arbeiten (2,9), sowie
- den hohen Aufwand durch Dokumentations- und andere Schreibearbeiten (2,9).

Am wenigsten belastet sahen sich die befragten Altenpflegekräfte im Durchschnitt durch

- Gewalt bzw. körperliche Attacken von Bewohnern (1,7),
- Konflikte mit Kollegen (1,9),
- Konflikte mit Vorgesetzten (1,9) sowie
- die Gefahr, sich anzustecken (1,9).

Bei dieser Selbsteinstufung wurde die erlebte Belastung erhoben; diese wird wesentlich gesteuert von der Belastungsintensität einerseits und von den eigenen Leistungsvoraussetzungen und individuellen Bewältigungsstrategien andererseits. Daher ist es nicht verwunderlich, dass die Einstufungen für die einzelnen Belastungen stark streuten. Bei jeder Belastungsart wurde das gesamte Kontinuum von „niedrig“ bis „sehr hoch“ angekreuzt. Beispielsweise stellte das insgesamt am belastendsten eingestufte Item „zu wenig Zeit für den einzelnen Bewohner“ für 41,1% der Befragten eine „sehr hohe“ Belastung dar, während 4,7% der Befragten damit nur eine „niedrige“ Belastung verbanden. Für 7,6% der Befragten stellten Gewalt und körperliche Attacken von Bewohnern eine „sehr hohe“ Belastung dar, dagegen

fühlten sich 55,1% dadurch „niedrig“ belastet, je nach Rahmenbedingungen (z.B. beschützter Bereich im Heim). Jedes Heim und seine Beschäftigten haben damit ein Belastungsprofil, das von den in Abb. 9 wiedergegebenen Mittelwerten in Teilbereichen abweichen kann.

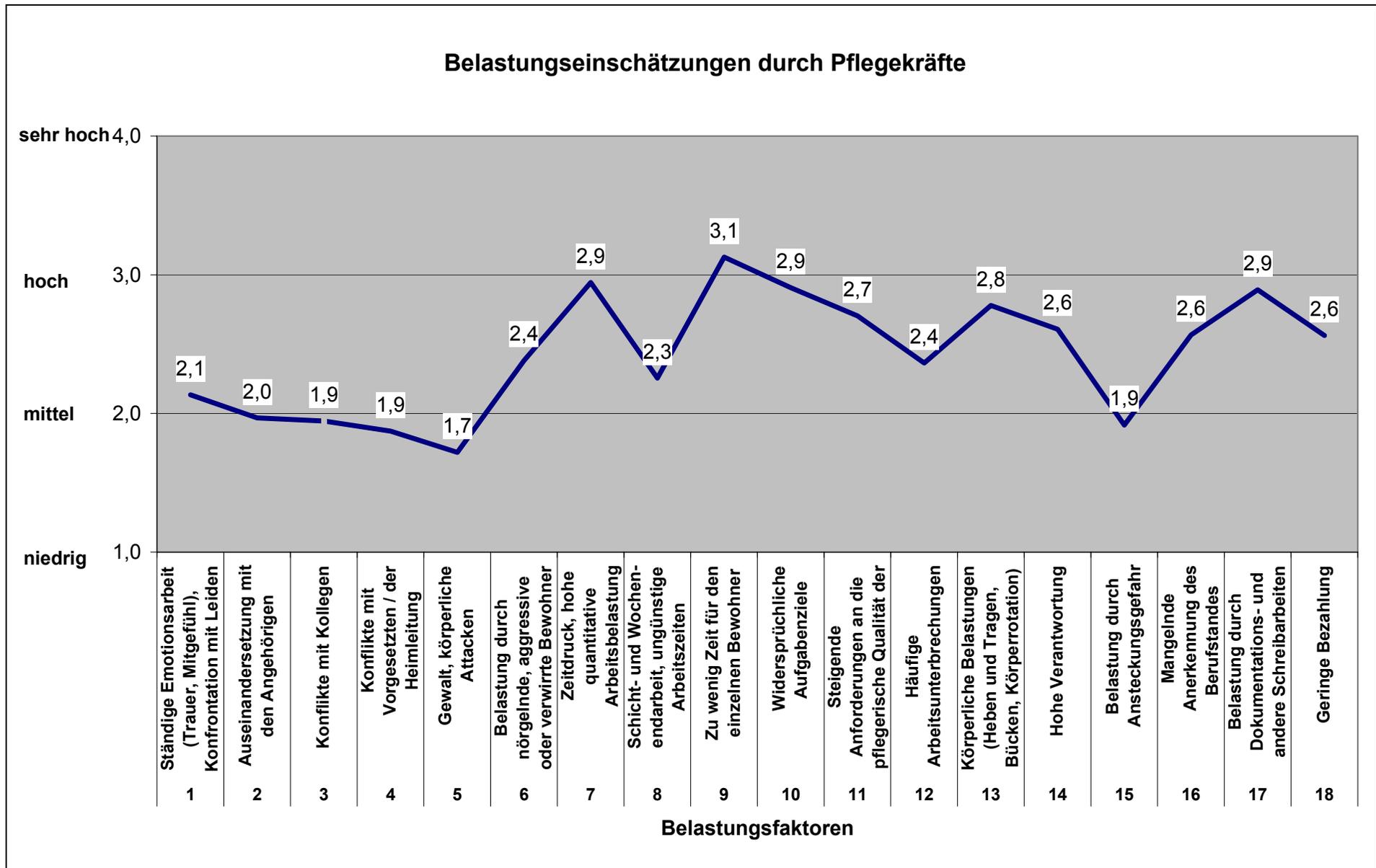


Abb. 9: Belastungseinstufung durch die Altenpflegekräfte (Durchschnittswerte; n=4447)

Auf die Frage nach sonstigen hohen arbeitsbedingten Belastungen aus Sicht der Altenpflegekräfte wurde vornehmlich Personalmangel genannt (siehe Tabelle 1). Außerdem wurden Belastungen, die bereits in der vorgegebenen Liste aufgeführt waren, noch mal ausdrücklich erwähnt, insbesondere „Belastung durch Dienstzeiten“ (43 Nennungen) und „Zeitmangel“ (31 Nennungen).

Tabelle 1: Sonstige arbeitsbedingte Belastungen aus Sicht der Altenpflegekräfte

Weitere Belastungen aus Sicht der Altenpflegekräfte	Anzahl der Nennungen
Personalmangel	43
Schlechtes Arbeitsklima	21
Ungenügend Anerkennung	18
Tätigkeitsfremde Aufgaben	18
Angst um Arbeitsplatz	9
Leistungsdruck	9
Hohe Fehlzeiten	8
Fehlende Geräte	5
Schwere Arbeiten	4
Verwirrung durch Änderungen	4
Behördenvorschriften	4
Zu wenig Pflegebetten	3

Bewertung von Verbesserungsmaßnahmen.- Insgesamt 14 Maßnahmen-vorschläge waren von den Altenpflegekräften bezüglich ihrer Wirksamkeit zur Reduzierung von Fehlbelastungen einzustufen. All diese Maßnahmenvorschläge wurden von den Altenpflegekräften mit einem Durchschnittswert zwischen „mittel“ (2) und „hoch“ (3) eingestuft (siehe Abb. 10), d.h., von allen vorgegebenen Maßnahmen versprach man sich zumindest einen „mittel großen“ Beitrag zur Verbesserung der eigenen Belastungssituation. Den höchsten Nutzen sahen die Befragten in

- rechtzeitiger und ausreichender Information (2,7),
- Seminaren zum Umgang mit aggressiven, verwirrten und dementen Bewohnern (2,7) sowie
- der Schaffung von Zeitpuffern (2,6).

Am wenigsten hilfreich bewertet wurden im Durchschnitt die Maßnahmenvorschläge „(mehr) Mitsprache bei der Erstellung des Dienstplans“ und die „Einrichtung von Gesundheits- / Qualitätszirkeln“ (jeweils 2,1).

Die Zahlen geben nur Durchschnittswerte für die gesamte Stichprobe wider, die sich von den Einstufungen im Einzelfall deutlich abheben können. Für 24,7% der Befragten würde „rechtzeitige und ausreichende Information“ eine sehr große

Verbesserung der eigenen Belastungssituation darstellen, für 12,6% dagegen nur eine geringe Verbesserung. Auch das Item „(mehr) Mitsprache bei der Erstellung des Dienstplans“ wurde ganz unterschiedlich eingestuft, je nachdem, wie weit die eigene Mitsprache und Beteiligung schon gegeben war. 30,1% bewerteten dieses Item in Bezug auf die Verbesserung der Belastungssituation als „niedrig“, dagegen 11,2% als „sehr hoch“.

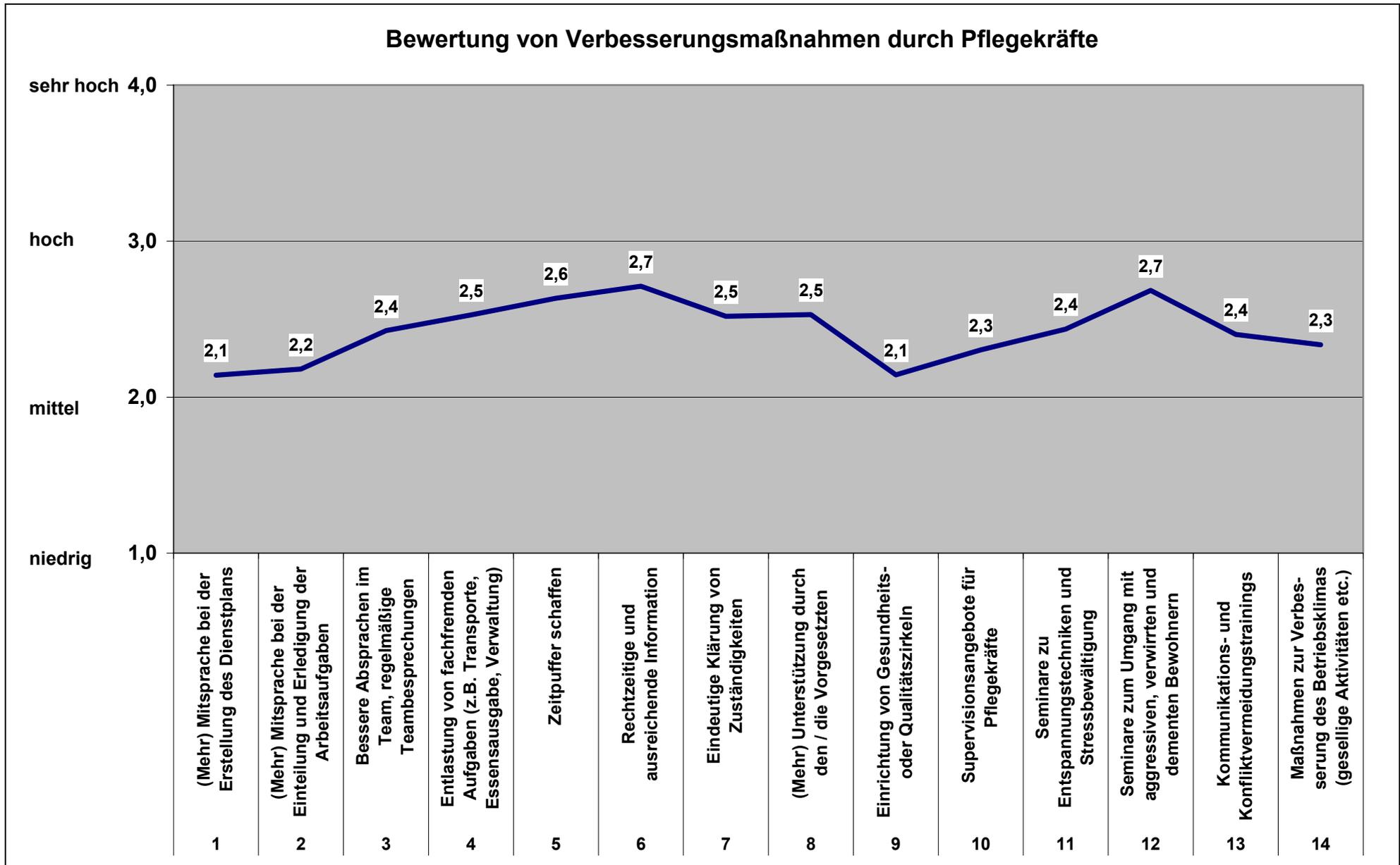


Abb. 10: Bewertung von Verbesserungsmaßnahmen durch die Altenpflegekräfte (Durchschnittswerte; n=4328)

In freier Formulierung konnten die Befragten außerdem angeben, welche sonstigen Maßnahmen die psychische Belastungssituation an ihrem Arbeitsplatz weiter verbessern könnten. Die meisten Nennungen hierzu betrafen eine Verstärkung des Personals (siehe Tabelle 2). Auch hier wurden Verbesserungsvorschläge, die bereits in der Liste enthalten waren, noch mal ausdrücklich erwähnt. Diese betrafen insbesondere die Verbesserung des Betriebsklimas und der Zusammenarbeit; als konkrete Maßnahmen wurden dazu vorgeschlagen: mehr gegenseitige Gespräche, bessere Zusammenarbeit, offenes Ansprechen von Konflikten, kein Mobbing, Betriebsausflüge, Supervision.

Tabelle 2: Weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Belastungssituation aus Sicht der Altenpflegekräfte

Weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Belastungssituation aus Sicht der Altenpflegekräfte	Anzahl der Nennungen
Verstärkung des Personals (z.B. 1-€-Angestellte für einfache Tätigkeiten, mehr Pflegepersonal, mehr Zivildienstleistende, mehr Fachpersonal, auch Ehrenamtliche)	42
Verbesserung der Dienstzeiten (z.B. Schichtdienst, Dauernachtwache abschaffen, kein geteilter Dienst, mindestens zwei Tage frei nach Dienst, mehr Mitsprache beim Dienstplan)	27
Weniger Bürokratie (z.B. Dokumentation reduzieren, elektronische Stempelkarte zur Zeiterfassung einführen)	22
Organisatorische Maßnahmen (z.B. keine Versetzungen auf andere Wohnbereiche, Verkleinerung von Stationen)	8
Regelmäßige Fortbildungen (z.B. über die Rechtslage)	5

Vergleich zwischen examinieren und angelernten Altenpflegekräften.- Für eine Teilstichprobe wurde zusätzlich untersucht, ob sich die Einschätzungen von examinieren und angelernten Altenpflegekräften signifikant unterscheiden (siehe Tabellen 3 und 4). Insgesamt ergibt sich ein ähnliches Antwortmuster, insbesondere was die Bewertung von Optimierungsmaßnahmen anlangt. Auf der Belastungsseite gibt es aber einige bemerkenswerte Abweichungen. Besonders fällt auf, dass sich examinierte Altenpflegekräfte deutlich stärker durch Dokumentations- und andere Schreibearbeiten belastet fühlen. Außerdem geben examinierte Altenpflegekräfte an, stärker durch Konflikte mit Angehörigen, Kollegen und Vorgesetzten sowie infolge der hohen Verantwortung belastet zu sein.

Tabelle 3: Vergleich der Belastungseinschätzungen von examinierten und angelegerten Altenpflegekräften

Wie belastend erleben Sie die nachfolgenden Arbeitsinhalte bzw. Arbeitsbedingungen?	Examinierte Altenpflegekräfte (n=445)	Angelegerte Altenpflegekräfte (n=318)
1 Ständige Emotionsarbeit (Trauer, Mitgefühl), Konfrontation mit Leiden und Tod	2,0	2,1
2 Auseinandersetzung mit den Angehörigen	2,0	1,8
3 Konflikte mit Kollegen	1,9	1,7
4 Konflikte mit Vorgesetzten / der Heimleitung	1,8	1,6
5 Gewalt, körperliche Attacken	1,7	1,7
6 Belastung durch nörgelnde, aggressive oder verwirrte Bewohner	2,3	2,3
7 Zeitdruck, hohe quantitative Arbeitsbelastung	2,9	2,9
8 Schicht- und Wochenendarbeit, ungünstige Arbeitszeiten	2,2	2,2
9 Zu wenig Zeit für d. einzelnen Bewohner	3,0	3,2
10 Widersprüchliche Aufgabenziele (gleichzeitig gründlich, qualitativ hochwertig und schnell arbeiten)	2,8	2,8
11 Steigende Anforderungen an die pflegerische Qualität der Arbeit	2,7	2,6
12 Häufige Arbeitsunterbrechungen	2,4	2,3
13 Körperliche Belastungen (Heben und Tragen, Bücken, Körperrotation etc.)	2,7	2,8
14 Hohe Verantwortung	2,6	2,4
15 Belastung durch Ansteckungsgefahr	1,8	2,0
16 Mangelnde Anerkennung des Berufstandes der Pflegekräfte	2,5	2,5
17 Belastung durch Dokumentations- und andere Schreibarbeiten	3,1	2,7
18 Geringe Bezahlung (1=niedrig 2=mittel 3=hoch 4=sehr hoch)	2,6	2,5

Tabelle 4: Vergleich der Bewertungen von examinierten und angelernten Altenpflegekräften bezüglich möglicher Maßnahmen zur Verbesserung der eigenen psychischen Belastungssituation

Wie sehr wären aus Ihrer Sicht die nachfolgend aufgelisteten Maßnahmen geeignet, die aktuelle psychische Belastungssituation an Ihrem Arbeitsplatz zu verbessern?	Examinierte Altenpflegekräfte (n=424)	Angelernte Altenpflegekräfte (n=295)
1 (Mehr) Mitsprache bei der Erstellung des Dienstplans	2,0	2,0
2 (Mehr) Mitsprache bei der Einteilung und Erledigung der Arbeitsaufgaben	2,2	2,1
3 Bessere Absprachen im Team, regelmäßige Teambesprechungen	2,4	2,4
4 Entlastung von fachfremden Aufgaben (Transporte, Essensausgabe, Warenbestellung, Verwaltung etc.)	2,5	2,3
5 Zeitpuffer schaffen	2,6	2,5
6 Rechtzeitige und ausreichende Information	2,7	2,6
7 Eindeutige Klärung von Zuständigkeiten	2,5	2,5
8 (Mehr) Unterstützung durch den / die Vorgesetzten	2,4	2,3
9 Einrichtung von Gesundheits- / Qualitätszirkeln	2,1	2,1
10 Supervisionsangebote für Pflegekräfte (psychologische Betreuung und Beratung durch Experten)	2,2	2,1
11 Seminare zu Entspannungstechniken und Stressbewältigung	2,4	2,3
12 Seminare zum Umgang mit aggressiven, verwirrten und dementen Bewohnern	2,7	2,6
13 Kommunikations- und Konfliktvermeidungstrainings (z.B. im Umgang mit Angehörigen)	2,4	2,3
14 Maßnahmen zur Verbesserung des Betriebsklimas (gemeinsame gesellige Aktivitäten)	2,3	2,2

(1=niedrig 2=mittel 3=hoch 4=sehr hoch)

4.8 Screening psychischer Arbeitsbelastungen mit dem Verfahren SPA-S

In mehr als 100 Altenheimen wurde das Screening-Verfahren „SPA-S“ eingesetzt. Das Verfahren beschäftigt sich in erster Linie mit den psychomentalen Belastungen am Arbeitsplatz. Psychosoziale Belastungen und auch emotionale Belastungen werden kaum berücksichtigt. So lässt sich erklären, dass die Auswertung der Analysen in der Mehrzahl der Fälle nur eine mittlere Belastung anzeigte, während die Beschäftigten eine ganze Reihe von Belastungsfaktoren als hoch einschätzten, und eine Vielzahl von Studien hohe Belastungen bei Pflegekräften im psychischen Bereich in Verbindung mit überdurchschnittlich hohen Gesundheitsbeeinträchtigungen ermittelt hat.

Welche Fehlbelastungspotentiale hat der Einsatz des SPA-S ergeben? Ein wesentlicher Fehlbelastungsfaktor sind die geringen *Entscheidungsspielräume* der Pflegekräfte, alle SPA-S-Analysen kamen zu dem Ergebnis, dass deren Tätigkeit in hohem Maße „fremdgetaktet“ ist, d.h., es bestehen nur geringe Möglichkeiten, auf Aufgabeninhalte, Ziele, Arbeitspensum oder die Dauer aktiver Tätigkeit Einfluss zu nehmen. Wie empirisch vielfach nachgewiesen wurde, gehen derlei eingeschränkte Handlungs- und Entscheidungsspielräume langfristig mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen (z.B. Herz-Kreislaufkrankungen) einher (vgl. Karasek & Theorell, 1990).

Was die *Komplexität / Variabilität* der Tätigkeit anbelangt, weist den SPA-S-Analysen zufolge die Tätigkeit von Altenpflegekräften keine fehlbelastenden Einflussfaktoren auf, d.h. die Arbeit ist vielfältig und entspricht aus arbeitspsychologischer Sicht wichtigen Anforderungen an vielseitige und abwechslungsreiche Arbeitstätigkeiten:

- „Aufgabengebundene Kommunikations- und Kooperationserfordernisse sind für den Beschäftigten eindeutig und überschaubar“ (SPA-S-Item Nr. 1.2.1).
- „Die Arbeitsaufgaben sind ganzheitlich; sie erfordern vom Beschäftigten sowohl vorbereitende, ausführende als auch kontrollierende Teiltätigkeiten“ (SPA-S-Item Nr. 1.2.2).
- „Die Erfüllung der Arbeitsaufgaben erfordert viele unterschiedliche Arbeitsmethoden und -verfahren“ (SPA-S-Item Nr. 1.2.3).
- „Die Erfüllung der Arbeitsaufgabe erfordert abwechslungsreiche Kommunikations- und Kooperationsbeziehungen zu Vorgesetzten und Mitarbeitern“ (SPA-S-Item Nr. 1.2.5).
- „Zur Arbeitsaufgabe gehört der Umgang mit zahlreichen Menschen (außer mit Vorgesetzten und Mitarbeitern auch mit Klienten, Patienten)“ (SPA-S-Item Nr. 1.2.6).
- „Die Arbeitsgegenstände und einzusetzenden Arbeitsmittel sind vielfältig, abwechslungsreich und mit unterschiedlichen Handlungserfordernissen verbunden“ (SPA-S-Item Nr. 1.2.7).
- „Die Arbeitsaufgaben erfordern vielseitige geistige Leistungen (z.B. Signale erkennen, Informationen beurteilen, Regeln anwenden, Probleme lösen)“ (SPA-S-Item Nr. 1.2.8).

„*Risikobehaftete Arbeitssituationen*“ spielen bei der Tätigkeit von Altenpflegekräften keine bedeutsame Rolle. Die Tätigkeit erfordert es nicht, „ständige Arbeitstätigkeiten

parallel auszuführen“, „ein exaktes Zeitregime einzuhalten“, und ist auch „nicht mit *besonderen* Risiken und Gefahren für Personen und / oder Sachmittel verbunden“.

Zu den *belastenden Ausführungsbedingungen* in der Altenpflege zählt in erster Linie der Schichtdienst. Belastungssteigernd wirkt weiterhin, wenn „der Ausfall von Arbeitskräften oder Stellenunterbesetzung zu erheblichen Erhöhungen des Arbeitspensums oder der Arbeitsintensität“ (SPA-S-Item Nr. 3.9) führt.

Keine Aussage kann – wie schon erwähnt – das SPA-S-Verfahren über die emotionalen Belastungsanteile treffen und auch nur in sehr eingeschränktem Maße über die Fehlbelastungen, die aus sozialen Interaktionen rühren.

5 Auflagen und Zielvereinbarungen

Aus den Ergebnissen der Besichtigungen „vor Ort“ und der Gespräche mit den betrieblichen Funktionsträgern und Mitarbeitern wurden AufLAGeschreiben und/oder Zielvereinbarungen entwickelt, die konkrete Schritte und Maßnahmen zur Verbesserung des Arbeitsschutzes und der Belastungssituation der Altenpflegekräfte enthielten. Kasten 3 zeigt exemplarisch Auszüge aus einer Zielvereinbarung.

Kasten 3: Auszüge aus einer Zielvereinbarung

Sehr geehrte Damen und Herren,

am ... führten wir in Ihrer Einrichtung ein ausführliches Gespräch insbesondere zum Thema „psychomentele Fehlbelastungen in der stationären Altenpflege“, die als wesentlich mitverantwortlich angesehen werden für statistisch deutlich erhöhte Krankenzahlen im Bereich der Altenpflege und dabei oft noch nicht in ihrem vollen Ausmaß erfasst werden. An dieser Stelle möchten wir uns noch einmal für den freundlichen Empfang und das konstruktive und offene Gespräch bedanken.

Aus dem ausführlichen Gespräch mit Ihnen, das sich an einer strukturierten Befragung mittels eines umfangreichen Fragenkataloges orientierte, sowie anhand einer gezielten Befragung von 29 Altenpflegekräften mittels Fragebögen zur Belastungseinschätzung bestimmter Arbeitsinhalte und Fragebögen zu möglichen Optimierungsmaßnahmen konnten wir uns einen Überblick über die derzeitige Belastungssituation Ihrer Altenpflegekräfte und die von Ihnen bislang praktizierten Strategien zur Belastungsoptimierung verschaffen.

Aus unserer Sicht liefern diese Einstufungswerte wichtige Hinweise, in welchen Bereichen und mit welchen Maßnahmen psychische Fehlbelastungen weiter reduziert bzw. vermieden werden können.

Als stark belastend wurde von nahezu allen Pflegekräften der Zeitdruck und damit die zu geringe Zeit für die einzelnen Bewohner und die Belastung durch Dokumentations- und andere Schreibarbeiten empfunden ...

Zur Verbesserung der Belastungssituation wurde von den Pflegekräften rechtzeitige und ausreichende Information und mehr Unterstützung durch Vorgesetzte als vordringlich erachtet. Auch das Schaffen von Zeitpuffern sowie die Entlastung von fachfremden Aufgaben wurden als hilfreich angesehen ...

Maßnahmen, die zu einer Reduzierung der psychomentalen Fehlbelastungen beitragen können, sind dabei an Ihrem Hause schon teilweise etabliert, z.B. in Form einer Wunschliste für den Dienstplan, der Mithilfe der Hauswirtschafts- und Verwaltungskräfte z.B. bei Bestellungen in den Wohnbereichen ...

Für eine Zielvereinbarung zur Reduzierung psychischer Fehlbelastungen ergaben sich folgende Punkte:

1. Konkrete Zuständigkeiten hinsichtlich des Themenkreises „arbeitsbedingte psychische Belastungen“ sind bisher nicht getroffen. Allerdings wurde schon je Pflegebereich eine Vertrauensperson gewählt, die – ev. unter Einbindung der Pflegedienstleitung – als feste Vertrauenspartner für diese Thematik zu benennen sind und Maßnahmen zur Reduzierung psychischer Fehlbelastungen koordinieren sollten. Der Betriebsarzt sollte hierbei beratend mitwirken.
- ...
4. Wie die Auswertung der Mitarbeiterfragebögen ergab, besteht ein hoher Bedarf an Qualifizierungsmaßnahmen zum Umgang mit aggressiven, verwirrten und dementen Bewohnern sowie schwierigen Angehörigen. Hierzu sollten entsprechende Seminare in Ihrem Jahresplan für Fortbildungen berücksichtigt werden ...

In 78,6% der Fälle (191 Heime) wurde Zielvereinbarungen bzw. Auflagen schriftlich fixiert. In 21,4% der Heime bestand entweder kein Anlass für ein entsprechendes Schreiben, weil alle Arbeitsschutz-Normen erfüllt waren und wirksame Maßnahmen gegen psychische Fehlbelastungen getroffen worden waren; oder aber es wurden nur mündliche Ratschläge / Empfehlungen gegeben, insbesondere bei fehlender Einigung auf eine Zielvereinbarung. Die nachfolgende Auswertung beschränkt sich auf die 78,6% der Fälle, in denen in schriftlicher Form Mängelschreiben verfasst bzw. Zielvereinbarungen erstellt worden sind.

Die häufigsten *Auflagen* betrafen die Einbeziehung psychischer Belastungen in die vom Gesetzgeber verlangte Gefährdungsbeurteilung (77,0%), die vorgeschriebene Erstellung von Betriebsanweisungen nach BioStoffV (65,4%) und die Erstellung bzw. Vervollständigung eines Notfallplans „Nadelstichverletzungen“ (55%) (siehe Tabelle 5). Im Rahmen der *Zielvereinbarungen* war am häufigsten die Festlegung konkreter Zuständigkeiten zum Thema „psychische Belastungen“ und die Auswahl geeigneter Mitarbeiter festgelegt worden (55%); an zweiter Stelle folgen Seminare zum Umgang mit aggressiven, verwirrten und dementen Bewohnern (27,2%) (siehe Tabelle 6). Die Durchführung von Fortbildungen wurde auch zu anderen Themen schriftlich fixiert:

- Seminare zu Stressmanagement und Entspannungstechniken,
- Seminare zum Umgang mit schwierigen Angehörigen,
- Schulungen zur Verbesserung des rationellen Arbeitens (z.B. EDV-Fortbildungen), sowie
- Fortbildungsangebote für Führungskräfte im Hinblick auf mitarbeitergerechtes Führungsverhalten.

Tabelle 5: Inhalte und Häufigkeit von Auflagen

Auflagen	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit in % (n = 191)
Einbeziehung psychischer Belastungen in die Gefährdungsbeurteilung	147	77,0
Erstellung von Betriebsanweisungen nach BioStoffV	125	65,4
Erstellung bzw. Vervollständigung eines Notfallplans „Nadelstichverletzungen“	105	55,0
Unterweisung nach BioStoffV und GefStoffV	103	53,9
Erstellung bzw. Aktualisierung der Gefährdungsbeurteilung nach ArbSchG (§ 5, 6) ¹	101	52,9
Gründung eines Arbeitsschutzausschusses (ASA) bzw. regelmäßiges Tagen des ASA	36	18,9
Angebot von Schutzimpfungen ²	33	17,3
Anlegen bzw. Vervollständigen der Vorsorgekartei	29	15,2
Vermeidung von Nadelstichverletzungen durch geeignete Maßnahmen (z.B. kein Recapping, Abwurfbehälter)	26	13,6
Durchführung der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen nach BioStoffV	21	11,0
Regelung der sicherheitstechnischen Betreuung ³	16	8,4
Unterweisung zum richtigen Heben und Tragen	14	7,3
Regelung der betriebsärztlichen Betreuung ⁴	14	7,3
Erstellung des Hautschutzplans und Unterweisung	11	5,8
Bereitstellung von Persönlicher Schutzausrüstung bzw. Dienstkleidung	7	3,7
Gewährleistung des Nichtraucherschutzes	6	3,1
Einrichtung geeigneter Umkleieräume	3	1,6
Beschaffung geeigneter Hebehilfen	3	1,6
Einhaltung des Mutterschutz-Gesetzes	1	0,5

¹ In einer Reihe von Fällen lag zwar eine Gefährdungsbeurteilung vor, war jedoch nicht auf dem aktuellen Stand.

² Diese Auflagen betrafen vorrangig Hepatitis A-Schutzimpfungen bzw. Aktualisierung des Impfangebotes.

³ In einigen Fällen lag zwar eine sicherheitstechnische Betreuung vor, war aber vertraglich (z.B. Einsatzzeiten) nicht eindeutig geregelt.

⁴ In einigen Fällen lag zwar eine betriebsärztliche Betreuung vor, war aber vertraglich (z.B. Einsatzzeiten) nicht eindeutig geregelt.

Tabelle 6: Inhalte und Häufigkeit von Zielvereinbarungselementen

Zielvereinbarungselemente	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit in % (n = 191)
Festlegung konkreter Zuständigkeiten zum Thema „psychische Belastungen“ und Auswahl geeigneter Mitarbeiter	105	55,0
Seminare zum Umgang mit aggressiven, verwirrten und dementen Bewohnern	52	27,2
Besprechung und Umsetzung der Ergebnisse der von den Gewerbeärzten ausgewerteten Mitarbeiterfragebögen	38	19,9
Optimierung der Arbeitsabläufe und des Arbeitszeitregimes zur Reduzierung des Zeitdrucks	35	18,3
Seminare zu Stressmanagement und Entspannungstechniken	34	17,8
Entlastung des Pflegepersonals von fachfremden Aufgaben (z.B. hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Essensausgabe)	23	12,0
Rückenschule	16	8,4
Verbesserung des Informationsflusses	16	8,4
Regelmäßiger Austausch der für das Thema „arbeitsbedingte psychische Belastungen“ zuständigen betrieblichen Akteure	13	6,8
Supervisionsangebote	12	6,3
Thematisierung der „arbeitsbedingten psychischen Belastungen“ im Arbeitsschutzausschuss	11	5,8
Abgrenzung von Aufgabenbereichen und Zuordnung von Verantwortlichkeiten	11	5,8
Durchführung von Mitarbeitergesprächen	10	5,2
Mitwirkung bei der Dienstplangestaltung	9	4,7
Aufnahme des Themas „arbeitsbedingte psychische Belastungen“ in Teambesprechungen	7	3,7
Reduzierung der Belastung durch Dokumentations- und andere Schreibarbeiten	6	3,1
Seminare zum Umgang mit schwierigen Angehörigen	5	2,6
EDV-Schulungen zur Verbesserung des rationellen Arbeitens	4	2,1
Schulung von Führungskräften im Hinblick auf mitarbeitergerechtes Führungsverhalten	4	2,1
Verbesserung des Kontakts zwischen Heim und Hausarzt	2	1,1

6 Diskussion

6.1 Klassischer Arbeitsschutz in der stationären Altenpflege

Unter dem Titel „klassischem Arbeitsschutz“ wurden im Rahmen dieser Projektarbeit wesentliche Elemente des allgemeinen Arbeitsschutzes und der Arbeitsschutzorganisation sowie die für die Altenpflege besonders relevanten Aspekte Haut- und Infektionsschutz und Ergonomie überprüft. Es handelt sich dabei im Gegensatz zu den schwerer zu fassenden psychischen Belastungen um traditionelle Arbeitsschutzinhalte, deren Umsetzung und Kontrolle in aller Regel durch konkrete Vorgaben und etablierte Standards deutlich erleichtert wird.

6.1.1 Ergebnisse der Projektarbeit

Als wesentliche Ergebnisse sind festzuhalten: Im Bereich des *allgemeinen Arbeitsschutzes / der betrieblichen Arbeitsschutzorganisation* mangelt es vor allem noch bezüglich der Erstellung bzw. Aktualisierung der Gefährdungsbeurteilung, die die Grundlage eines umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutzes sein sollte. Auch ein Arbeitsschutzausschuss, der eine wichtige Voraussetzung für die Koordinierung und Umsetzung erforderlicher Schutzmaßnahmen darstellt, fehlte noch in ca. 20% der Heime. Ein spezielles Defizit stellt die häufige Nicht-Berücksichtigung psychischer Belastungen im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung dar. Wenn man die Altenheime, die noch keinerlei Gefährdungsbeurteilung erstellt haben, und die Einrichtungen, die eine Gefährdungsbeurteilung ohne Berücksichtigung psychischer Belastungen durchgeführt haben, zusammenzählt, wird offenbar, dass sich knapp 75% der Altenpflegeeinrichtungen mit diesem Thema bislang nicht systematisch und detailliert befasst haben.

Hinsichtlich des *Hautschutzes* sind die wesentlichen Forderungen wie geeignete Schutzhandschuhe und geeignete Hautschutz-/Pflegepräparate durchgehend erfüllt und auch die Unterweisung in Form eines Hautschutzplanes ist weitgehend geregelt. Hauterkrankungen wurden auch nur sehr selten angegeben. Bezüglich des *Infektionsschutzes* bestehen noch Defizite, vor allem was die erforderlichen Betriebsanweisungen und Unterweisungen nach Biostoffverordnung betrifft sowie die Erstellung eines Notfallplanes für Nadelstichverletzungen.

Die *Ergonomie* betreffend ergaben sich sowohl hinsichtlich einer entsprechenden fachspezifischen Unterweisung in rückengerechtem Heben und Tragen als auch bzgl. der apparativen Ausstattung an Hebehilfen keine nennenswerten Mängel, wobei nach Angabe der Befragten auch vom Zeitregime her die Einsetzbarkeit der Hebehilfen fast immer möglich war. Auffallenderweise nehmen jedoch trotzdem wirbelsäulenbedingte Erkrankungen laut den Angaben der besichtigten Pflegeeinrichtungen nach wie vor eine bedeutsame Rolle im Krankengeschehen der Altenpflegekräfte ein, und auch im Rahmen der Mitarbeiterbefragung rangierten körperliche Belastungen bei der Selbsteinschätzung unter den als am höchsten belastend erlebten Tätigkeitsmerkmalen. Allerdings beziehen sich die körperlichen Belastungen nicht nur auf Heben und Tragen, sondern auch auf Bücken oder Körperrotation, und die Hebehilfen werden wohl auch nicht bei sämtlichen

Hebevorgängen eingesetzt, so insbesondere nicht bei kurzstreckigen Transfers von Altenheimbewohnern, bei denen ein Heben zu zweit schneller vonstatten geht.

6.1.2 Verbesserungsansätze und Optimierungspotentiale

Für eine Optimierung des konventionellen Arbeitsschutzes ist zunächst auf eine detaillierte Gefährdungsbeurteilung zu achten, die alle Aspekte der arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen erfasst und Voraussetzung für ein umfassendes Arbeitsschutzkonzept ist. Weiterhin sind als konkrete Maßnahmen noch teilweise Betriebsanweisungen zu erstellen sowie Mitarbeiterunterweisungen zu fachgerechtem Arbeitsschutzverhalten durchzuführen, speziell hinsichtlich biologischer Arbeitsstoffe (Unterweisungen nach Biostoffverordnung/Notfallplan Nadelstichverletzungen).

Wie das Krankheitsgeschehen und die subjektive Einschätzung des Altenpflegepersonals zeigen, stellt die körperliche Belastung (Heben/Tragen/Bücken/-Körperrotation etc.) nach wie vor ein Problem dar. Die Maßnahmen hinsichtlich Mitarbeiterunterweisungen und Vorhalten an Hebehilfen scheinen dabei weitgehend ausgeschöpft zu sein. Zu prüfen wäre hier allenfalls die Mitarbeitercompliance hinsichtlich dieser Präventivmaßnahmen, d.h., inwieweit die Maßnahmen akzeptiert und regelmäßig eingehalten werden. Weitere Maßnahmen – die zwar über den üblichen gesetzlich geregelten Arbeitsschutz hinausgehen, aber medizinischerseits sinnvoll erscheinen – könnten in einem entsprechenden Trainingsangebot bestehen zur Kräftigung der Rückenmuskulatur. Zu bedenken ist aber auch, dass Rückenbeschwerden verstärkt unter psychischen Überlastungen empfunden werden (vgl. 2.2).

6.2 Psychische Fehlbelastungen in der stationären Altenpflege

Für viele Unternehmen und betriebliche Arbeits- und Gesundheitsschutzakteure ist das Thema „arbeitsbedingte psychische Fehlbelastungen“ ein vergleichsweise neues Arbeitsfeld. Daher sollten mit dem hier beschriebenen Projekt Altenpflegeeinrichtungen sensibilisiert werden, sich mit dieser Problematik auseinanderzusetzen. Sie sollten sich nicht nur deshalb damit auseinandersetzen, weil dies ein Erfordernis des Arbeitsschutzgesetzes ist, sondern aus ihrem ureigenen Unternehmensinteresse heraus. Denn psychische Fehlbelastungen am Arbeitsplatz wirken sich schädlich auf die Leistungsziele und Leistungsfähigkeit eines Unternehmens aus, indem sie die Gesundheit, Arbeitszufriedenheit und Leistungsmotivation der Beschäftigten (wichtige Voraussetzungen für die ungestörte Erstellung von Produkten und Dienstleistungen sowie für qualitativ hochwertige Arbeitsergebnisse) negativ beeinflussen. Der Ansatz des Projektes war also Unternehmen zu motivieren, im eigenen Interesse Arbeitsschutz unter Einbeziehung psychomentaler Fehlbelastungen der Arbeitnehmer zu betreiben.

Eine Vielzahl an Daten zur Thematik der psychischen Belastungen in der Altenpflege konnte mit dieser Projektarbeit erhoben werden, auch Möglichkeiten zur Belastungsoptimierung wurden eruiert. Daher bieten die Daten einerseits für die Heime, die an den Besichtigungen teilgenommen haben, eine gute Referenzquelle,

die zeigt, wo sie mit ihren Bemühungen zur Belastungsoptimierung im Vergleich zu anderen Heimen stehen. Andererseits enthält dieser Bericht auch für nicht beteiligte Heime und für Träger und Verbände eine Reihe von Hinweisen, wo Verbesserungspotentiale vorhanden sind.

Im Folgenden soll den Fragen nachgegangen werden, welche Aufschlüsse das Projekt über

- das Ausmaß von psychischen Fehlbelastungen bei Altenpflegekräften erbracht hat, und
- welche effektiven Strategien und Maßnahmen zur Belastungsoptimierung ergriffen werden sollten.

6.2.1 Ergebnisse der Projektarbeit

Die Erhebungen im Rahmen dieser Projektarbeit förderten ein hohes psychisches Belastungsniveau bei Altenpflegekräften zu Tage; lediglich die Ergebnisse des SPA-S-Verfahrens, das allerdings nur einen Teilbereich des psychischen Belastungsspektrums fokussiert, weichen von dieser Befundlage ab. Insgesamt konnten somit die Ergebnisse anderer Untersuchungen zur Altenpflegetätigkeit bestätigt werden, wonach dieser Tätigkeit hohe (Fehl-)Belastungen inhärent sind.

Bei den *Einstufungen zum Belastungserleben* durch die Altenpflegekräfte selbst wurden „zu wenig Zeit für den einzelnen Bewohner“, hoher Zeitdruck, widersprüchliche Aufgabenziele sowie hoher Aufwand durch Dokumentationsarbeiten am belastendsten bewertet. All diese Faktoren wurden im Mittel als „hohe Belastung“ eingestuft. Allerdings gab es Einstufungs-Unterschiede bei den Beschäftigten und es gab auch für die einzelnen Einrichtungen typische Belastungsprofile, was darauf hindeutet, dass Heime durchaus Spielräume bei der Ausgestaltung belastungsoptimaler Arbeitsbedingungen haben. Andererseits sind gerade in jüngster Zeit Bemühungen der Kostenträger zu konstatieren, Leistungen zu kürzen und Anforderungen zu erhöhen, was den Spielräumen der Heimleitungen zunehmend enge Grenzen setzt. So erleben die Altenpflegekräfte die gestiegenen Dokumentationsanforderungen der Pflegekassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in der Tat als eine der am höchsten eingestuften Belastungen.

Große Unterschiede im Belastungserleben gibt es zwischen angelernten und examinierten Pflegekräften offensichtlich nicht; examinierte Altenpflegekräfte fühlen sich stärker belastet durch Dokumentations- und andere Schreibarbeiten sowie etwas mehr belastet durch Konflikte (mit Angehörigen, Kollegen, Vorgesetzten und Heimleitung). Vergleichsweise wenig(er) belastet fühlten sich die befragten Altenpflegekräfte durch die „ständige Emotionsarbeit (Trauer, Mitgefühl, Konfrontation mit Leiden und Tod)“ sowie „Schicht- und Wochenendarbeit, ungünstige Arbeitszeiten“ – das hatten wir so nicht erwartet. Wir vermuten, dass hierbei Selektionseffekte eine Rolle spielen: Wen die dauerhafte Konfrontation mit Leid und Tod über Gebühr beansprucht und für wen fest geregelte Arbeitszeiten besonders wichtig sind, der wird nicht auf Dauer diesen Beruf ausüben.

In den Gesprächsrunden mit den verschiedenen betrieblichen Funktionsträgern waren sich Geschäftsführer bzw. Vertreter der Geschäftsleitung, Heim- und Pflegedienstleitung, Belegschaftsvertreter und Arbeitsschutzexperten (Betriebsärzte, Sicherheitsfachkräfte und Sicherheitsbeauftragte) überwiegend einig, dass ein hohes Belastungspotenzial bei dieser Tätigkeit vorliegt. Die Analysen mit dem Screening-Verfahren „SPA-S“ erbrachten demgegenüber im Durchschnitt lediglich ein mittleres Belastungslevel für die Altenpflege Tätigkeit. Dies ist aber nur scheinbar ein Widerspruch zu unseren anderen Ergebnissen und zur Vielzahl von Studien, denen zufolge Pflegekräfte hohe psychische Belastungen und überdurchschnittlich hohen Gesundheitsbeeinträchtigungen ausgesetzt sind. Denn das Verfahren beschäftigt sich in erster Linie mit den psychomentalen Belastungen am Arbeitsplatz, psychosoziale Belastungen und auch emotionale Belastungen werden kaum berücksichtigt. Daher ist das SPA-S-Verfahren aus unserer Sicht für ein Screening des *gesamten* Belastungsspektrums der Altenpflege Tätigkeit nur bedingt geeignet.

Immerhin konnte mit dem SPA-S-Verfahren gezeigt werden, dass im psychomentalen Bereich vor allem eingeschränkte Entscheidungsspielräume und Zeitdruck zum Belastungsniveau der Altenpflegekräfte beitragen. Gleichzeitig ergaben die SPA-S-Analysen aber auch, dass es sich bei der Altenpflege Tätigkeit um eine vielseitige Tätigkeit handelt, die eine hohe Komplexität und Variabilität beinhaltet sowie vielfältige soziale Interaktionen erfordert. Abwechslungsreiche und inhaltlich anspruchsvolle Tätigkeiten sind aus arbeitspsychologischer Sicht wichtige Bestandteile persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Aufgabengestaltung, die sich positiv auf Arbeitszufriedenheit und Leistungsbereitschaft auswirken (vgl. Ulich & Wülser, 2004).

Die *Krankenstände* bewegten sich in der Mehrzahl der Heime in einem Bereich zwischen 2% und 6 %, in knapp einem Viertel der Heime aber – zum Teil deutlich – über 6%; das Krankenstandsgeschehen stellt also keine vernachlässigenswerte Größe dar. Nur wenige Heime hatten jedoch die Chance genutzt, aus der Analyse des Krankenstandsgeschehens Rückschlüsse auf mögliche Belastungs- und Erkrankungsschwerpunkte zu ziehen und dies zum Ausgangspunkt für präventive Maßnahmen zu machen. Aus unserer Sicht sollten die Heime dazu aktiv auf die Krankenkassen zugehen, die – etwa über die Gesundheitsberichterstattung – in der Lage sind, Erkrankungsschwerpunkte zu identifizieren. Im Unterschied zu anderen Studien konnten – im Branchenvergleich – keine signifikant höheren *Fluktuationsquoten* festgestellt werden. Eine mögliche Erklärungsursache hierfür ist, dass ca. 80% der Heime über keine exakten Statistiken verfügten und lediglich subjektive Einschätzungen („niedrig“) wiedergaben.

6.2.2 Verbesserungspotentiale

Um psychische Fehlbelastungen wirkungsvoll reduzieren zu können, ist die systematische Ermittlung und Bewertung der entsprechenden Belastungsfaktoren eine wichtige Voraussetzung. Die Befunde zeigen indes, dass viele Heime erst am Anfang bezüglich der Gefährdungsermittlung psychischer Fehlbelastungen stehen, weswegen Maßnahmen zur Belastungsoptimierung noch nicht ausgeschöpft sind. $\frac{3}{4}$ der besichtigten Heime haben noch nicht in dem erforderlichen Umfang die psychische Belastungen in die Gefährdungsbeurteilung (§§ 5,6 Arbeitsschutzgesetz)

einbezogen und die systematische Ableitung von Maßnahmen war in fast 90% der Fälle suboptimal. Hier sind aus unserer Sicht vorrangig Bemühungen der Heime nötig, die Belastungssituation ihrer Mitarbeiter adäquat zu ermitteln.

Das heißt aber nicht, dass Heime nichts für die Optimierung der Belastungssituation ihrer Mitarbeiter tun würden. Zur Reduzierung von Zeitdruck und Kompensation von Ausfällen gibt es u.a. folgende Maßnahmen:

- bedarfsweise Einstellung zusätzlicher Hilfskräfte,
- feste Einplanung von Zusatzkräften für die Wochenenden,
- kurzfristiger Einsatz zusätzlicher externer Pflegekräfte bei Ausfällen der eigenen Mitarbeiter,
- vereinfachte Pflegedokumentation (nach Rücksprache mit dem MDK),
- Anwerbung Ehrenamtlicher für Hilfstätigkeiten.

Als Basis für Verbesserungsmaßnahmen sind geeignete betriebliche Strukturen erforderlich. Neben der zumeist bereits erfolgten Bestellung von Betriebsarzt und Sicherheitsfachkraft und der Einrichtung eines regelmäßig tagenden Arbeitsschutzausschusses halten wir die Gründung eines eigenen Gremiums, das sich mit der Belastungssituation der Altenpflegekräfte befasst, für sinnvoll. Dies kann ein Arbeitskreis Gesundheit, Gesundheitszirkel o.ä. sein. Wichtig ist die Vernetzung der betrieblichen Akteure im Gesundheitsschutz und die Stärkung der Rolle des Betriebsarztes. Viele Betriebsärzte haben noch deutliche Berührungängste bei diesem Thema. Gleichwohl sind sie es, die gemäß dem Arbeitssicherheitsgesetz (§3) den Arbeitgeber in *arbeitspsychologischen* Fragen zu beraten haben. Diese Aufgabe sollten sie in weit stärkerem Maße als bislang wahrnehmen, wobei allerdings die gesetzlichen Einsatzzeiten deutliche Grenzen setzen.

Eine systematische Ermittlung der Belastungsfaktoren ist Voraussetzung für die sinnvolle Planung von Verbesserungsmaßnahmen. Das gesetzliche Erfordernis einer Gefährdungsanalyse bezieht die psychischen Parameter mit ein. Darüber hinaus stellen Mitarbeiterbefragungen ein geeignetes Instrument zur Belastungserhebung dar. Mittlerweile gibt es speziell für den Altenpflegebereich erprobte Fragebögen, die Art und Ausmaß der Belastung und v.a. Beanspruchung der Mitarbeiter gut zu erfassen in der Lage sind.

Seminar- und Schulungsangebote für Altenpflegekräfte zählen zu den verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahmen. Sie verbessern die Kenntnisse und Fertigkeiten der Teilnehmer und erhöhen damit die individuellen Ressourcen, um mit tätigkeitsimmanenten Belastungen besser umgehen zu können. Der Umgang mit aggressiven, verwirrten und dementen Bewohnern etwa stellt hohe Anforderungen an die eigene Kommunikationsfähigkeit und die eigenen Konfliktvermeidungsstrategien, die durch geeignete Seminare und Trainings aufgebaut werden können. Und der Bedarf danach ist groß: Die Altenpflegekräfte aus unserer Untersuchungsstichprobe haben solchen Schulungen den höchsten Effekt für die Verbesserung ihrer aktuellen psychischen Belastungssituation zuerkannt. Seminare zu Entspannungstechniken und Stressbewältigung wurden ebenfalls recht positiv bewertet.

Aber auch ablauf- und aufbauorganisatorische Verbesserungsmaßnahmen sind noch nicht ausgeschöpft. Viele Altenpflegekräfte wünschten sich „rechtzeitige und

ausreichende Information“ und auch eine „eindeutige Klärung von Zuständigkeiten“. Hier sind Geschäfts-, Heim- und Pflegedienstleitung gefragt, entsprechende Abhilfe zu schaffen. Und Verbesserungen in diesem Bereich sind nicht nur geeignet, die belastungsbezogenen Ressourcen der Mitarbeiter und deren Arbeitszufriedenheit zu steigern, sondern wirken sich unmittelbar auf die Qualität der Arbeitsverrichtung und damit auch auf das Erreichen der betrieblichen Leistungsziele aus.

Ein wichtiger Einflussfaktor für die Belastungssituation von Altenpflegekräften ist die Dienstplangestaltung. Wie aktuellen Studien zeigen, ist eine umfassende, frühzeitige Einbindung von wesentlichem Einfluss nicht nur auf die Arbeitszufriedenheit. In vielen Heimen unserer Stichprobe wurden die Beschäftigten intensiv eingebunden, in einigen Einrichtungen gibt es jedoch hier noch deutliche Verbesserungsmöglichkeiten. Es ist ein großer Unterschied, ob die Mitarbeiter bereits im Vorfeld der Planung z.B. durch sog. Wunschkostenplan-Systeme beteiligt werden, oder ob lediglich Tauschbörsen bestehen, um im Einzelfall nachträglich einzelne Dienste noch ändern zu können.

Führungsverhalten, innerbetriebliche Kommunikation und Kooperation und das Betriebsklima wurden in diesem Projekt nicht eingehend untersucht, stellen aber bekanntermaßen wichtige Faktoren für das Belastungsempfinden und die Arbeitszufriedenheit dar; sie wurden auch bei unseren Besichtigungen immer wieder von unseren Gesprächspartnern thematisiert. Auch in den ausgefüllten Fragebögen hatten die Altenpflegekräfte immer wieder auf diesen Bereich verwiesen. In die gesundheitsförderliche Gestaltung dieser so genannten psychosozialen Einflussfaktoren zu investieren, halten wir für eminent wichtig.

7 Zusammenfassung

2005 führte die bayerische Gewerbeaufsicht in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) eine Projektarbeit zum Thema „Arbeits- und Gesundheitsschutz in der stationären Altenpflege“ durch. Den Schwerpunkt bildeten psychomentele Fehlbelastungen der Altenpflegekräfte und Möglichkeiten zu deren Prävention. Wie empirische Untersuchungen zeigen, ist der physische und psychische Gesundheitszustand von Altenpfleger/innen signifikant schlechter als der bundesdeutsche Durchschnitt. Darüber hinaus wurden auch konventionelle Inhalte des Arbeitsschutzes (Arbeitsschutzorganisation, Ergonomie, Haut- und Infektionsschutz) überprüft.

Insgesamt wurden 243 Altenheime im Rahmen dieser Projektarbeit aufgesucht, das sind ca. 11% aller Altenpflegeeinrichtungen in Bayern. Untersuchungsinstrumente waren ein Fragenkatalog, Listen mit arbeitsbedingten Belastungen und Optimierungsmaßnahmen zur Selbsteinstufung durch die Altenpflegekräfte sowie das Screening-Instrument SPA-S. Im Anschluss an die Besichtigungen / Befragungen wurden Zielvereinbarungen zur Belastungsoptimierung getroffen und Auflagen erteilt, wenn Arbeitsschutz-Normen nicht erfüllt waren.

Es zeigte sich, dass die Anforderungen des „klassischen“ Arbeitsschutzes zumindest in den wesentlichen, unmittelbar praxisbezogenen Anwendungen (Hautschutz – Ergonomie – Impfschutz) bekannt und ganz überwiegend auch erfüllt waren. Mängel zeigten sich in erster Linie hinsichtlich einer über diese typischen Gefährdungen hinausgehenden umfassenderen und systematischen Gefährdungsbeurteilung sowie bei Maßnahmen, die sich auf die Mitarbeiterunterweisung zum sicheren Umgang speziell mit biologischen Arbeitsstoffen beziehen.

Was den Bereich der psychischen Belastungen anlangt, hatten $\frac{3}{4}$ der besichtigten Heime diesen Bereich nicht in die Gefährdungsbeurteilung einbezogen. Um psychische Fehlbelastungen wirkungsvoll reduzieren zu können, ist die systematische Ermittlung und Bewertung der entsprechenden Belastungsfaktoren indes eine wichtige Voraussetzung. In vielen Heimen führen der hohe Zeitdruck und der nicht seltene krankheitsbedingte Ausfall von Mitarbeitern zu einer hohen Belastungssituation der Altenpflegekräfte, die nur teilweise kompensiert werden können.

Ca. 4500 Altenpflegekräfte aus den besichtigten Heimen nahmen an einer Befragungsaktion zu ihrer Belastungssituation und zu Optimierungsmöglichkeiten teil. Am höchsten belastet fühlten sich die Altenpflegekräfte durch „zu wenig Zeit für den einzelnen Bewohner“, durch hohen Zeitdruck und umfangreiche Dokumentationsarbeiten. Die wirkungsvollsten Beiträge zur Belastungsoptimierung sahen sie im Mittel in arbeitsorganisatorischen Maßnahmen (rechtzeitige und ausreichende Information, eindeutige Klärung von Zuständigkeiten, Schaffung von Zeitpuffern) und Fortbildungsangeboten (z.B. Seminare zum Umgang mit aggressiven oder verwirrten Bewohnern).

Die häufigsten Auflagen für die Einrichtungen betrafen die Erstellung bzw. Aktualisierung der Gefährdungsbeurteilung und insbesondere die Einbeziehung psychischer Belastungen in die bestehenden Gefährdungsbeurteilungen; ferner die Erstellung von Betriebsanweisungen nach Biostoffverordnung und eines Notfallplans

„Nadelstichverletzungen“ inkl. entsprechende Unterweisungen. Im Rahmen der Zielvereinbarungen war am häufigsten die Festlegung konkreter Zuständigkeiten zum Thema „psychische Belastungen“ und die Auswahl geeigneter Mitarbeiter festgelegt worden; an zweiter Stelle folgten Seminare zum Umgang mit aggressiven, verwirrten und dementen Bewohnern.

Das Projekt machte deutlich, dass auf dem Gebiet der arbeitsbedingten psychomentalen Fehlbelastungen eine umfangreiche Sensibilisierungs- und Motivationsarbeit der Unternehmensleiter und der Arbeitsschutzakteure erforderlich ist. Sie müssen erkennen, dass die Reduzierung psychischer Fehlbelastungen die Unternehmensziele und die Interessen der Mitarbeiter nach Gesundheit und Wohlbefinden gleichermaßen fördert, und sie benötigen vielfach noch Hilfestellung bei der Erfassung psychomentaler Fehlbelastungen und bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Belastungsoptimierung. Der vorgegebene enge Kostenrahmen setzt den Bemühungen der Heime nach anforderungs- und belastungsoptimierten Arbeitsbedingungen allerdings Grenzen.

Dabei ist daran zu erinnern: Gute Pflege ist dauerhaft nur durch zufriedene und motivierte Altenpflegekräfte zu erreichen. Umgekehrt heißt das, dass hochbelastete und ausgebrannte Altenpflegekräfte für alle Beteiligten negative Auswirkungen haben: Die Gesundheit der Pflegekräfte leidet darunter ebenso wie die Pflegequalität, die den Bewohnern zugute kommt. Und auch die Einrichtung bekommt dies in Form von hohen Fehlzeiten, einem schlechten Organisationsklima und unzufriedenen Bewohnern zu spüren.

8 Literatur

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2006). Aufbruch Pflege. Moderne Prävention für Altenpflegekräfte. <http://www.bgw-online.de>

BGW-DAK (2004). Gesundheitsreport 2003 Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege. http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/-Bilder_20und_20Downloads/downloads/1065/Altenpflegereport__2003.pdf,property=download.pdf

Blättner, B., Michelsen, K., Sichtung, J. & Stegmüller, K. (2004). Analyse des Angebotes und des Qualifizierungsbedarfs aus der Sicht von praktisch in der Pflege tätigen Personen. <http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Themen/Pflege/Anlagen/qualifizierungsbedarf-pflege,property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf>

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. (2004). Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der Altenpflege. Berlin, Heidelberg, New York: Springer. <http://www.mfjfg.nrw.de/medien/download/broschueren/material/stationaere-altenpflege.pdf>

- Hasselhorn, H.-M., Müller, B.H., Tackenberg, P., Kümmerling, A. & Simon, M. (2005). Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Karasek, R.A. & Theorell, T. (1990). Healthy work. Stress, Productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.
- Küsgens, I. (2005). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in Altenpflegeberufen – eine Untersuchung der in Altenpflegeeinrichtungen tätigen AOK-Versicherten. In B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter (Hrsg.), Fehlzeitenreport 2004. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) (2002). Konzept zur Ermittlung psychischer Fehlbelastungen am Arbeitsplatz und zu Möglichkeiten der Prävention (LASI-Veröffentlichung LV 28).
- Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) (2003). Handlungsanleitung für die Arbeitsschutzverwaltung der Länder zur Ermittlung psychischer Fehlbelastungen am Arbeitsplatz und zu Möglichkeiten der Prävention (LASI-Veröffentlichung LV 31).
- Maintz, G., Ullsperger, P. & Junghanns, G. (2000). Psychische Arbeitsbelastung und Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen. Beitrag für das Multiplikatoren-Kolloquium „Gemeinsam gegen Muskel-Skelett-Erkrankungen“ am 24.10.2000 in Potsdam. <http://www.baua.de/info/fachzeit>.
- Metz, A.-M. & Rothe, H.-J. (1999). Erfassung und Bewertung psychischer Belastungen, Screening pathogener Arbeitsbelastungen. Ergo Med, 2, S. 122-126.
- Stadler, P. & Silo, A. (2005). Psychomentele Fehlbelastungen von Busfahrern im Öffentlichen Personennahverkehr. Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie, 5, 138-160.
- Thematische Initiativkreis „Gesund Pflegen“:
<http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/Themen/pflege.html>
- Ulich, E. & Wülser, M. (2004). Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Wiesbaden: Gabler.
- Zimber, A., Albrecht, A. & Weyerer, S. (1999). Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege. In: A. Zimber & S. Weyerer (Hrsg.), Arbeitsbelastung in der stationären Altenpflege, S. 185-199. Göttingen: Hogrefe.
- Zimber, A., Albrecht, A. & Weyerer, S. (2000). Die Beanspruchungssituation in der stationären Altenpflege. In: Pflege aktuell, 5/2000, S. 272-275.

Anhang: Erhebungsinstrumente

Anhang 1: Fragenkatalog

Fragenkatalog

des Projektes „Arbeits- und Gesundheitsschutz in der stationären Altenpflege –
Schwerpunkt: psychomentele Fehlbelastungen und Möglichkeiten der Prävention“

(Befragung von Unternehmensleitung, Führungskräften, Sicherheitsfachkraft, Betriebsarzt
und Mitarbeitern, Dokumentenanalyse)

1 Arbeitsschutz allgemein

1.1 Ist die betriebsärztliche Betreuung gewährleistet? (Vertragliche Regelung mit einem Arzt, der über die erforderliche Fachkunde verfügt)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.2 Ist die sicherheitstechnische Betreuung gewährleistet? (Vertragliche Regelung mit einer Sicherheitsfachkraft)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.3 Besteht ein Arbeitsschutzausschuss?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.4 Liegt die Dokumentation der Gefährdungsbeurteilung vor (§§ 5,6 Arbeitsschutzgesetz, Biostoffverordnung, Gefahrstoffverordnung)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.5 Sind psychische Belastungen in diese Beurteilung einbezogen (§§ 5,6 Arbeitsschutzgesetz)? Einsichtnahme!	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.6 Wurden im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung Maßnahmen abgeleitet, um ermittelte psychische Fehlbelastungen zu reduzieren? Einsichtnahme!	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.7 Liegt eine Vorsorgekartei vor? Einsichtnahme!	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.8 Werden die Arbeits- und Pausenzeiten entsprechend den gesetzlichen Vorgaben eingehalten? ⁵	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bemerkungen zum Arbeitsschutz im Allgemeinen:

.....
.....
.....

⁵ Diese Frage wird gestellt, ohne eine eingehende Prüfung anhand entsprechender Dokumente durchzuführen. Die Gesprächspartner sind darauf hinzuweisen, dass daher auch nicht eine normgerechte Befolgung attestiert werden kann. Bei Hinweisen auf Verstöße empfiehlt es sich, eine Nachverfolgung durch das entsprechende Fachdezernat des Gewerbeaufsichtsamtes zu veranlassen.

2 Fragen zu Arbeitsorganisation und Ergonomie

2.1 Werden die Mitarbeiter an der Dienstplangestaltung beteiligt (Mitwirkung des Betriebsrats)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.2 Gibt es eine Tauschbörse für Dienste und Urlaub? (z.B.: Die Mitarbeiter können ihre Wünsche über die Stationsleitung o.a. anmelden)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.3 Stehen geeignete Pausen- und Sozialräume zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.4 Werden die Mitarbeiter über rückengerechtes Heben und Tragen unterwiesen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.5 Stehen entsprechende Hebehilfen im Arbeitsbereich in ausreichender Anzahl zur Verfügung ? Wenn ja: Lässt das Zeitregime ihren Einsatz zu?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

2.6 Wie wird der (krankheitsbedingte) Ausfall von Mitarbeitern kompensiert?
Kommt es zu einem erhöhten Arbeitspensum für die verbleibenden Mitarbeiter?

.....

2.7 Wie ist die Fachkraftquote?

.....

Bemerkungen zu Arbeitsorganisation und Ergonomie:

.....

.....

3 Fragen zum Hautschutz

3.1 Ist der Hautschutzplan den Mitarbeitern bekannt (z.B. Aushang / Unterweisung)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3.2 Können geeignete Schutzhandschuhe vorgelegt werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3.3 Können geeignete Hautschutz- bzw. -pflege-Präparate vorgelegt werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bemerkungen zu Hautschutz:

.....

.....

4 Fragen zum Infektionsschutz

4.1 Liegen Betriebsanweisungen nach BioStoffV vor? Einsichtnahme!	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.2 Erfolgt eine Unterweisung nach Biostoffverordnung? Einsichtnahme!	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.3 Existiert ein Notfallplan für Nadelstichverletzungen? Einsichtnahme!	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.4 Werden Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach BioStoffV angeboten? Einsichtnahme!	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.5 Werden Schutzimpfungen nach BioStoffV angeboten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bemerkungen zu Infektionsschutz:

.....
.....

5 Fehlzeiten und Fluktuation

5.1 Wie hoch war der Krankenstand im letzten Jahr? Wie setzt sich dieser Wert zusammen? Wie ist die Tendenz?

.....
.....

Treten bestimmte Krankheiten gehäuft auf? Wenn ja, welche Krankheiten sind das und wie wurde das ermittelt (z.B. Gesundheitsbericht, Auswertungen der Personalabteilung, Mitarbeiterbefragungen)?

.....
.....

Gibt es Hinweise, dass psychische Fehlbelastungen ursächlich sind? Wenn ja, welche?

.....
.....

5.2 Wie hoch ist die Fluktuationsrate unter den Altenpflegekräften? Wie ist die Tendenz?

Gibt es Hinweise, dass psychische Fehlbelastungen ursächlich sind? Wenn ja, welche?

.....
.....

Bemerkungen zu Fehlzeiten und Fluktuation:

.....
.....

6 Belastungsoptimierung und Gesundheitsförderung

- 6.1 Sind Zuständigkeiten / Verantwortlichkeiten in Bezug auf das Thema „psychische Belastungen“ getroffen worden (z.B. „Betriebsarzt ist dafür zuständig“)?

Ja Nein

Wenn ja, welche Verantwortlichkeiten, Aufgaben und Kompetenzen?

.....

- 6.2 Zeitdruck und knappe Zeitvorgaben gehören zu den wesentlichen (Fehl-)Belastungen in der Altenpflege: Welche Vorkehrungen – insbesondere arbeitsorganisatorischer Art – wurden getroffen bzw. können getroffen werden, um den Zeitdruck zu reduzieren? (z.B. Entlastung von fachfremden Aufgaben wie Transporte, Essensausgabe, Warenbestellung, Verwaltung)

.....

.....

- 6.3 Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter ist in der Praxis ein häufig vernachlässigtes Thema: Welche Hilfestellungen erhalten neue Mitarbeiter?

.....

.....

- 6.4 Existieren im Betrieb Gesundheitsförderungsprojekte (z.B. Arbeitskreis Gesundheit, Gesundheitszirkel, Maßnahmen für ältere Mitarbeiter)?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

.....

- 6.5 Hat der Betrieb bereits Aktionen durchgeführt, denen Hinweise auf betriebliche Problembereiche / psychische Fehlbelastungen entnommen werden können (Gesundheitsberichte, Ergebnisse von Mitarbeiterbefragungen, Berichte von Arbeitsschutzakteuren etc.; vgl. auch LV 31, Modul 2)?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

.....

- 6.6 Werden Gesundheitsförderungsmaßnahmen durchgeführt im Sinne von verhaltensbezogenen Maßnahmen (Ernährung, Rückenschule, Stressmanagement)?

Ja Nein

Wenn ja, welche und mit welchem Erfolg?

.....

Bemerkungen zu Belastungsoptimierung und Gesundheitsförderung:

.....

.....

Anhang 2: Listen zur Belastungseinschätzung und zur Einschätzung von Verbesserungsmaßnahmen

Liste zur Belastungseinschätzung durch Altenpflegekräfte

Wie belastend erleben Sie die nachfolgenden Arbeitsinhalte bzw. Arbeitsbedingungen?

1	Ständige Emotionsarbeit (Trauer, Mitgefühl), Konfrontation mit Leiden und Tod	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
2	Auseinandersetzung mit den Angehörigen	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
3	Konflikte mit Kollegen	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
4	Konflikte mit Vorgesetzten / der Heimleitung	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
5	Gewalt, körperliche Attacken	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
6	Belastung durch nörgelnde, aggressive oder verwirrte Bewohner	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
7	Zeitdruck, hohe quantitative Arbeitsbelastung	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
8	Schicht- und Wochenendarbeit, ungünstige Arbeitszeiten	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
9	Zu wenig Zeit für d. einzelnen Bewohner	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
10	Widersprüchliche Aufgabenziele (gleichzeitig gründlich, qualitativ hochwertig und schnell arbeiten)	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
11	Steigende Anforderungen an die pflegerische Qualität der Arbeit	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
12	Häufige Arbeitsunterbrechungen	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
13	Körperliche Belastungen (Heben und Tragen, Bücken, Körperrotation etc.)	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
14	Hohe Verantwortung	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
15	Belastung durch Ansteckungsgefahr	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
16	Mangelnde Anerkennung des Berufsstandes der Pflegekräfte	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
17	Belastung durch Dokumentations- und andere Schreibarbeiten	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
18	Geringe Bezahlung	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>

Sonstige hohe arbeitsbedingte Belastungen aus Ihrer Sicht:

.....

Ich bin ... examinierte Altenpflegekraft angeleitete Altenpflegekraft

Liste zur Einschätzung von Verbesserungsmaßnahmen durch Altenpflegekräfte

Wie sehr wären aus Ihrer Sicht die nachfolgend aufgelisteten Maßnahmen geeignet, die aktuelle psychische Belastungssituation an Ihrem Arbeitsplatz zu verbessern?

		Verbesserung meiner psychischen Belastungssituation durch die Maßnahme wäre ...			
		niedrig	mittel	hoch	sehr hoch
1	(Mehr) Mitsprache bei der Erstellung des Dienstplans	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
2	(Mehr) Mitsprache bei der Einteilung und Erledigung der Arbeitsaufgaben	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
3	Bessere Absprachen im Team, regelmäßige Teambesprechungen	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
4	Entlastung von fachfremden Aufgaben (Transporte, Essensausgabe, Warenbestellung, Verwaltung etc.)	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
5	Zeitpuffer schaffen	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
6	Rechtzeitige und ausreichende Information	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
7	Eindeutige Klärung von Zuständigkeiten	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
8	(Mehr) Unterstützung durch den / die Vorgesetzten	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
9	Einrichtung von Gesundheits- / Qualitätszirkeln	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
10	Supervisionsangebote für Pflegekräfte (psychologische Betreuung und Beratung durch Experten)	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
11	Seminare zu Entspannungstechniken und Stressbewältigung	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
12	Seminare zum Umgang mit aggressiven, verwirrten und dementen Bewohnern	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
13	Kommunikations- und Konfliktvermeidungstrainings (z.B. im Umgang mit Angehörigen)	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>
14	Maßnahmen zur Verbesserung des Betriebsklimas (gemeinsame gesellige Aktivitäten)	niedrig <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	sehr hoch <input type="checkbox"/>

Welche anderen Maßnahmen könnten die psychische Belastungssituation an Ihrem Arbeitsplatz weiter verbessern?

.....
 Ich bin ... examinierte Altenpflegekraft angelernte Altenpflegekraft