

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

University of Applied Sciences

Fakultät Life Sciences

Department Public Health

**Querschnittstudie zur Ermittlung psychischer Belastungen und
Beanspruchungen in der ambulanten Pflege im Rahmen einer
Gefährdungsbeurteilung**

Diplomarbeit

Oktober 2007

vorgelegt von:

Kay Seidl

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Betreuende Prüferin:

Frau Prof. Dr. Gabriele Perger

Zweite Prüferin:

Frau Dipl. Soz. Päd. (FH) Kirsten Arthecker

Danksagung

Bedanken möchte ich mich besonders bei Frau Prof. Dr. Gabriele Perger und Frau Kerstin Arthecker für die Betreuung der Arbeit, die Unterstützung bei der Durchführung der Studie und für viele hilfreiche Anregungen. Mein Dank gilt ebenso den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der „AG-Arbeitsschutz“ der „Hamburgischen Brücke“, Bernd Weger, Marco Bahrs und vor allem Frau Renate Weber für die Hilfe bei der Vorbereitung und Durchführung der Befragungen. Mein Dank geht auch an die Pflegedienstleitungen Cornelia Hatzler, Stephan Kell und Michael Lange für die Hilfe bei den Befragungen und natürlich an die Beschäftigten, die an den Befragungen teilnahmen.

Meinen Dank auch an Ina Achilles für die Vermittlung des Kontaktes zur „Hamburgischen Brücke“, sowie an Sabine Gregersen und Heike Pieper (BGW) für die Übersendung von Materialien zum Thema dieser Arbeit.

Weiter bedanke ich mich sehr bei Martina Schlappner, Joana Bugiel, Anja Meier und Sebahat Öner für viele Hinweise, Korrekturen und die stets ermunternden Worte.

Bedanken möchte ich mich auch bei Dorothea und Erhard Czyganowski und den vielen anderen aus Familien- und Freundeskreis, die mich in vielfältiger Weise unterstützten.

Mein herzlicher Dank für alles gilt meinen Eltern Brigitte und Robert Seidl, meinen Brüdern Bernd und Roland sowie meiner Freundin Katy Kuon – es ist schön, dass Ihr da seid!

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	IV
0. Abstract	1
1. Einleitung.....	2
1.1 Wachsende Bedeutung der ambulanten Pflege.....	3
1.1.1 Demografische Entwicklung	4
1.1.2 Versorgungssituation der Pflegebedürftigen	5
1.2 Definitionen psychischer Belastungen und Stress	7
1.3 Zunahme psychischer Belastungen	10
1.4 Gesundheitliche Auswirkungen psychischer Belastungen	13
1.4.1 Krankheitsgeschehen in Pflegeberufen.....	14
1.4.2 Krankheitsarten bei Pflegeberufen	16
1.5 Modell zur Entstehung negativer Gesundheitsfolgen.....	20
1.6 Gefährdungsbeurteilung	22
1.7 Fragestellung	26
2. Methoden	27
2.1 Datengewinnung.....	27
2.2 Mögliche Probleme bei (schriftlichen) Befragungen.....	29
2.3 Begründung der Methode und der Instrumentenwahl.....	32
2.4 Verwendete Instrumente	33
2.4.1 Belastungsscreening	34
2.4.2 Beanspruchungsscreening.....	36
2.4.3 Ergänzungsfragebogen	37
2.5 Datenauswertung.....	37
3. Ergebnisse	39
3.1 Charakterisierung der Stichprobe(n).....	39
3.1.1 Soziodemografische Daten	39
3.1.2 Schulische und berufliche Qualifikationen.....	40
3.1.3 Beschäftigungsdauer.....	41
3.1.4 Arbeitssituation.....	41
3.1.5 Berufliche Doppelbelastungen	41

3.1.6 Auswertung der Zusatzfragen	42
3.2 Belastungsscreening.....	43
3.2.1 Gesamtbelastung	43
3.2.2 Belastungsprofil.....	45
3.2.3 Risikogruppen Belastung	49
3.3 Beanspruchungsscreening	50
3.3.1 Gesamtbeanspruchung	51
3.3.2 Risikogruppen Beanspruchung	52
3.3.3 Korrelationen	53
4. Diskussion	55
5. Empfehlungen zur Arbeitsgestaltung.....	68
6. Glossar	72
7. Literatur	78
8. Anhang	85
A) Fragebogen zur psychischen Belastung	85
B) Fragebogen zur Beanspruchung	87
C) Ergänzungsfragebogen	89
D) Pflegeinfrastruktur in Hamburg	94
E) Belastungs- Beanspruchungskonzept	94
F) DIN EN ISO 10075-1bis 3:2000	98
G) Handlungsregulationstheorie (HRT)	100
H) Konzept Anforderung/Belastung.....	102
I) Konzept Vollständige Tätigkeit	105
J) Demand/Control-Model	105
K) Modell beruflicher Gratifikationskrisen	106
L) Bewertungsebenen der Arbeit.....	106
M) Antworten Belastungsscreening	114
N) Antworten Beanspruchungsscreening	121
O) Antworten Ergänzungsfragebogen	124
P) Anschreiben Mitarbeiter (Fach).....	125
Q) Allgemeine Hinweise zur Arbeitsgestaltung.....	126
Eidesstattliche Erklärung	127

Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.	am angegebenen Ort
Abb.	Abbildung
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
AU	Arbeitsunfähigkeit
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BKK	Betriebskrankenkassen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
KI	Konfidenzintervall
MA	Mitarbeiter
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
o.J.	ohne Jahresangabe
o.S.	ohne Seitenangabe
RKI	Robert Koch Institut
s.	siehe
s.o.	siehe oben
s.u.	siehe unten
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch (XI/V/VII)
u.a.	unter anderem
Verf.	Verfasser
vs.	versus / im Gegensatz zu

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1-1: Krankheitsarten nach Einrichtungen (ambulant/stationär) (2003)	17
Abbildung 1-2: Anteil an den AU-Tagen (%) „der fünf wichtigsten Krankheitsarten“ nach Geschlecht in der ambulanten Pflege (2004)	18
Abbildung 1-3: Modell zur Entstehung langfristiger negativer Gesundheitsfolgen	21
Abbildung 2-1: Teilnehmerquote bei der Befragung in der „Hamburgischen Brücke“ nach Pflegediensten	28
Abbildung 3-1: Belastungsthermometer	44
Abbildung 3-2: Gesamtbelastung nach Pflegediensten.....	45
Abbildung 3-3: Gesamtbeanspruchung nach Pflegediensten.....	52
Abbildung 3-4: Korrelation Gesamtbelastung/Gesamtbeanspruchung.....	54
Abbildung 4-1: Erweitertes Modell zur Entstehung negativer Gesundheitsfolgen in der ambulanten Pflege.....	66
Abbildung 8-1: Belastungs- Beanspruchungskonzept.....	95
Abbildung 8-2: Phänomenorientiertes (erweitertes) Belastungs-Beanspruchungskonzept	96

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1-1: Lebensalter und Pflegebedürftigkeit in Deutschland (2003)	5
Tabelle 1-2: Krankenstand nach Berufsgruppen und Einrichtungen	15
Tabelle 1-3: Krankenstand und durchschnittliche Falldauer nach beruflicher Qualifikation in ambulanten Pflegediensten (2004).....	15
Tabelle 3-1: Geschlechterverteilung in den einzelnen Pflegediensten	39
Tabelle 3-2: Altersverteilung in den einzelnen Pflegediensten	40
Tabelle 3-3: Berufsabschlüsse in der Gesamtstichprobe (n = 39).....	40
Tabelle 3-4: Durchschnittliche Gesamtbelastung in den ambulanten Pflegediensten der Vorstudie.....	43
Tabelle 3-5: Durchschnittliche Gesamtbelastung in den einzelnen Pflegediensten der „Hamburgischen Brücke“	44
Tabelle 3-6: Belastungsprofil für die einzelnen Belastungsquellen.....	46
Tabelle 3-7: Beanspruchungswerte und –folgen auf Einrichtungsebene.....	51
Tabelle 3-8: Durchschnittliche Beanspruchung insgesamt und nach Pflegediensten	51
Tabelle 6-1: Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und ihre Folgen.....	72
Tabelle 8-1: Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten in Hamburg (1999-2005) nach Umfang der Arbeitszeit	94
Tabelle 8-2: Bewertungsebenen der Arbeit (Humankriterien).....	107

0. Abstract

Einleitung: Die Arbeitswelt übt einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit erwachsener Menschen aus. Dabei gelten psychische Belastungen aus dem beruflichen Umfeld als ein in den letzten Jahren vermehrt auftretender und wahrgenommener Belastungsfaktor, dessen Einfluss auf das Krankheitsgeschehen inzwischen empirisch umfassend belegt ist. Eine Berufsgruppe, die besonderen psychischen Belastungen und Beanspruchungen ausgesetzt ist, sind die Beschäftigten in der ambulanten Pflege. Zudem sind sie länger und häufiger von Krankheiten betroffen als Arbeitnehmer in anderen Branchen. Der Stellenwert der ambulanten Pflege für die Versorgung der Pflegebedürftigen und als Beschäftigungssektor wird in den kommenden Jahren noch an Bedeutung gewinnen.

Methoden: Zielgruppe der vorliegenden Querschnittstudie waren Beschäftigte in der ambulanten Pflege. Die Datenerhebung fand im April und Mai 2007 in den drei Pflegediensten der „Hamburgischen Brücke“ in Hamburg statt. Es wurde eine quantitative schriftliche Befragung durchgeführt (Rücklaufquote 55,6%; n = 40). Hierbei sollten das Ausmaß psychischer Belastungen und Beanspruchungen auf betrieblicher und individueller Ebene, sowie die Belastungsschwerpunkte ermittelt werden. Außerdem wurde untersucht, ob sich innerhalb der Gesamtstichprobe besonders belastete und beanspruchte Teilgruppen (Risikogruppen) finden (z.B. hinsichtlich der Qualifikation). Die Ergebnisse dienen zudem als Diskussionsgrundlage für eine später im Verlauf dieses Jahres (2007) stattfindende Gruppenmoderation im Rahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in der „Hamburgischen Brücke“, die es den Beschäftigten ermöglicht, Lösungsvorschläge zur Reduzierung psychischer Belastungen zu erarbeiten (partizipative Arbeitsgestaltung). Letztlich stellte sich die Frage nach der Eignung der Erhebungsinstrumente für eine mögliche Evaluation nach erfolgten Arbeitsgestaltungsmaßnahmen.

Ergebnisse: Die „Hamburgische Brücke“ kann als Betrieb mit einem erhöhten Anteil von überdurchschnittlich psychisch belasteten Beschäftigten angesehen werden (Mittelwert 12,6 Referenz 11-15). Die Gesamtbeanspruchung liegt noch im durchschnittlichen Bereich (Mittelwert 10,2 Referenz 8-10,5). Insgesamt lagen 45% aller Probanden über den in Vorstudien ermittelten individuellen Grenzwerten („cut-off-Werte“) für überdurchschnittliche psychische Belastung *und* Beanspruchung. Zwischen den drei Pflegediensten ergaben sich deutliche aber nicht signifikante Unterschiede in der Höhe der Belastungen und Beanspruchungen. Als Belastungsschwerpunkte konnten die Bereiche „Quantitative Arbeitsbelastung“, „soziale Beziehungen am Arbeitsplatz“ und „Arbeitsorganisation und Umgebungsbedingungen“ identifiziert werden. Bezüglich der Risikogruppen kann gesagt werden, dass Männer häufiger über dem „individuellen-cut-off-Wert“ für psychische Belastungen liegen als Frauen (p 0,045; χ^2) (der Mittelwert der Gesamtbelastung ist allerdings nicht signifikant verschieden). Weiterhin scheinen Fachkräfte (mit dreijähriger Ausbildung) häufiger belastet als Beschäftigte ohne, oder mit nur einjähriger pflegerischer Ausbildung. Das gilt entsprechend auch für Beschäftigte, die regelmäßig Überstunden leisten (diese Unterschiede sind nicht signifikant). Höhere Anteile von Probanden unter den überdurchschnittlich Beanspruchten („cut-off-Wert“) finden sich bei Männern im Vergleich zu Frauen, und Personen, die ohne Partner leben (diese Unterschiede sind nicht signifikant). Die verwendeten Erhebungsinstrumente sind für eine mögliche Evaluation geeignet.

Diskussion: Die Ergebnisse liefern eine gute Diskussionsgrundlage für die geplante Gruppenmoderation. Zudem konnten allgemeine und spezielle Hinweise zur Arbeitsgestaltung und damit zur Reduzierung psychischer Belastungen abgeleitet werden. Die Unterscheidung von Risikogruppen war vor allem aufgrund der geringen Stichprobengröße nur eingeschränkt möglich und soll daher als Anregung für weitere Untersuchungen in dieser Richtung angesehen werden. Abschließend wird ein erweitertes Modell zur Entstehung langfristiger negativer Gesundheitsfolgen zur Diskussion gestellt.

1. Einleitung

„Ungefähr die Hälfte des Tages arbeiten wir im Erwerbsbereich, der Rest sind Wegezeiten, Zeit für Besorgungen (...) und schließlich Freizeit. Schon deshalb kann vermutet werden, daß die Bedingungen unter denen wir arbeiten, einen nicht unerheblichen Einfluss auf unsere Gesundheit ausübt [ausüben]“ (Leitner 1999: 103). Die Arbeitswelt nimmt also nicht nur viel Lebenszeit in Anspruch, sondern übt auch einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit erwachsener Menschen aus.

Einer der bedeutendsten Wirtschaftszweige in der Bundesrepublik mit einer entsprechend großen Anzahl von Beschäftigten ist das Gesundheitswesen¹. Dort waren zum Jahresende 2005 in Deutschland insgesamt ca. 4,3 Millionen Menschen beschäftigt². Damit ist „etwa jeder³ neunte Beschäftigte im Gesundheitswesen tätig“. Im Vergleich zur Gesamtwirtschaft, die zwischen 2004 und 2005 „nahezu stagnierte, ist sie im Gesundheitswesen um 27.000 Beschäftigte oder 0,6% gestiegen“. Die größten Zuwächse sind in den „Gesundheitsdienstberufen“ (z.B. Ärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger + 22.000) und in den „sozialen Berufen“ – hier „fast ausschließlich in der Altenpflege“ (+ 12.000) zu finden (Statistisches Bundesamt 2007a:1). Von 1997 bis zum Jahr 2004 stieg die Beschäftigtenzahl im Gesundheitswesen um 3,1 Prozent, in der Gesamtwirtschaft dagegen um 4,0% (Statistisches Bundesamt 2004b: 43). Auch wenn die Beschäftigungsentwicklung im zuvor genannten Zeitraum leicht hinter der Gesamtwirtschaft zurück blieb, sind die Unternehmen des Gesundheitswesens wichtige Arbeitgeber in Deutschland. Die dortigen Arbeitsbedingungen sind also für die Gesundheit vieler Beschäftigter von Bedeutung. Es sind beispielsweise mehr Menschen im Gesundheitswesen, als in der Automobilindustrie beschäftigt (Glaser & Höge 2005: 5). Auch im Bereich der ambulanten Pflege kam es in den letzten Jahren insgesamt zu einem Beschäftigungszuwachs.

¹ Vermehrt wird auch von der Gesundheitswirtschaft gesprochen. Dieser Paradigmenwechsel weist auf den zunehmenden wirtschaftlichen Druck, dem sich die Unternehmen ausgesetzt sehen, hin. Daraus lässt sich auch auf gestiegene Anforderungen und Belastungen der Beschäftigten schließen (s. zu veränderten Strukturbedingungen auch Kap. 1.3).

² Das entspricht 3,3 Millionen Vollzeitäquivalenten.

³ In dieser Arbeit wird der besseren Lesbarkeit halber meist die männliche Form verwendet. Es sind aber in der Regel beide Geschlechter gemeint. Das gilt auch für Berufsbezeichnungen (z.B. Krankenschwester/-pfleger etc.).

1.1 Wachsende Bedeutung der ambulanten Pflege

Die Zahl der ambulanten Pflegedienste stieg von 2003 bis 2005 im Bundesgebiet um 358 auf 10977 (Statistisches Bundesamt 2005/2007c: 6 bzw. 7). In ambulanten Pflegediensten waren zum Jahresende 2005 in Deutschland 214.307 Personen (Personal)⁴ beschäftigt (87,7% Frauen)⁵. Davon waren 73,7% teilzeitbeschäftigt und 26,3% vollzeitbeschäftigt⁶ (Statistisches Bundesamt 2007: 16f). Die restlichen 3% waren Zivildienstleistende (1%), Auszubildende, Praktikanten und Helfer im freiwilligen sozialen Jahr.

Im Vergleich zum Jahr 2003 stieg die Personalzahl bis 2005 um 6,7% (13.000). Ein Anstieg ist dabei vor allem bei den geringfügig Beschäftigten (+12,7% bzw. 5000 Personen) und den Teilzeitbeschäftigten, die „über 50% der regulären Arbeitszeit“ arbeiten, zu verzeichnen (+12,1% bzw. 7000). „Die Zahl der Vollzeitbeschäftigten ist hingegen rückläufig (-2% bzw. 1000).“ Die meisten Pflegekräfte (69%) haben ihren „Arbeitsschwerpunkt“ im Bereich der Grundpflege (s. Glossar unter Pflegebedürftigkeit). In diesem für die pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen besonders wichtigen Bereich stieg die Beschäftigtenzahl im genannten Zeitraum insgesamt um 9,2% bzw. 12.000 Personen (bei den Teilzeitbeschäftigten in der Grundpflege sind es sogar +13% bzw. 13.000). 14% sind schwerpunktmäßig in der hauswirtschaftlichen Versorgung tätig, 6% arbeiten als Pflegedienstleitung und 5% in der Verwaltung oder Geschäftsführung (Statistisches Bundesamt 2007: 6f). Zur Entwicklung in Hamburg, als dem Ort der Untersuchung, siehe Anhang D.

Diese an sich sehr positive Entwicklung im Gesundheitswesen hat natürlich auch ihre Schattenseiten. Nicht in allen Bereichen und unter allen Berufsgruppen kommt es zu einem Zuwachs an Beschäftigung. So sind beispielsweise im Bereich der stationären Krankenpflege seit 1995 in der gesamten Bundesrepublik 48.000 Vollzeitstellen abgebaut worden (die Zahl der Ärzte nahm im selben Zeitraum kontinuierlich zu). Für das Pflegepersonal hat sich vor allem durch die Steigerung der Fallzahlen und dem gleichzeitigen Verbleib von pflege- und therapieintensiven Patienten in der Klinik (trotz Bettenabbau und Verweildauerkürzung) eine

⁴ Hierzu zählen alle, die „in einem Arbeitsverhältnis zur Pflegeeinrichtung stehen und teilweise oder ausschließlich Leistungen nach SGB XI erbringen“ (Statistisches Bundesamt 2007: 10.).

⁵ Zum Jahresende 1999 betrug die Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten bundesweit 183.782 (statistisches Bundesamt 2007:26).

⁶ Entspricht der Tariflich vereinbarten Arbeitszeit. In der „Hamburgischen Brücke“ sind das 38,5 Stunden pro Woche.

Zunahme der „Belastungszahl“ nach Fällen ergeben: Von 1995 bis 2005 stieg die Anzahl der zu Pflegenden von 48 pro Pflegekraft auf 59 Patienten pro Pflegekraft an (Isfort & Weidner 2007: 8f). Allerdings kann nicht von einem linearen Verhältnis von Patientenzahl und Arbeitsaufwand ausgegangen werden (ebd.). Der Pflege- und Unterstützungsbedarf variiert interindividuell natürlich erheblich.

Ob eine Verweildauerverkürzung im Krankenhaus auch Auswirkungen auf das Arbeitsaufkommen und damit potenziell auf das Belastungserleben der in der ambulanten Pflege Beschäftigten hat, wie vielfach diskutiert wird, ist nicht sicher. So ergab eine Befragung des „Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V.“ aus dem Jahr 2004, dass 76% der Befragten (noch) keinen Anstieg von Patienten in Folge „kurzzeitiger Krankenhausnachsorge“ beobachten⁷ (Isfort et al. 2003: 13). Für einen erhöhten Bedarf an ambulanter Pflege in den kommenden Jahrzehnten sprechen hingegen vor allem die sich abzeichnende demografische Entwicklung und die sich daraus ergebenden Veränderungen in der Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen.

1.1.1 Demografische Entwicklung

Der hier und in folgenden Kapiteln verwendete Begriff »pflegebedürftig« bezieht sich auf die in § 14 SGB XI genannte Definition. Dass diese nicht unumstritten ist und beispielsweise an Demenz erkrankte Menschen ausschließt, die körperlich noch aktiv sind, aber gleichwohl einen hohen Hilfe- und Versorgungsbedarf haben, soll hier nicht weiter diskutiert werden. In den nächsten Jahrzehnten wird sich allerdings die Zahl der Demenzkranken durch die steigende Lebenserwartung noch deutlich erhöhen (s. hierzu ausführlich RKI 2005a) und damit vermutlich auch der Versorgungsbedarf durch professionelle ambulante Pflegedienste.

Für eine steigende Bedeutung der ambulanten Pflege spricht auch die Zunahme der älteren Bevölkerung insgesamt und hier insbesondere der über 80-jährigen, bei denen das Risiko der Pflegebedürftigkeit sprunghaft ansteigt (s. Tabelle 1-1). Die Gruppe der über 80-jährigen wächst von 3,6 Millionen im Jahr 2005 auf 10 Millionen im Jahr 2050. „Der Anteil der Hochbetagten [über 80-jährigen] an allen 65-jährigen und Älteren“ verdoppelt sich nahezu von 23% im Jahr 2005 auf 44% im Jahr 2050 (Statistisches Bundesamt 2006a: 43). Zu unterschiedlichen Annahmen bezüglich der Lebenserwartung und Wanderungssaldi s. Glossar (Lebenserwartung).

⁷ Die Studie „Pflegethermometer 2004“ war eine Befragung vor allem von Leitungskräften und Geschäftsführern in ambulanten Pflegediensten. Die Rücklaufquote betrug allerdings nur 13% (ebd.: 6).

Tabelle 1-1: Lebensalter und Pflegebedürftigkeit in % der jeweiligen Bevölkerungsgruppe insgesamt und nach Geschlecht in Deutschland (2003)

Lebensalter	Insgesamt	männlich	weiblich
60-70	2,0	2,2	1,9
70-75	5,1	5,0	5,1
75-80	9,9	8,3	10,8
80-85	19,2	15,3	20,9
85-90	41,0	29,5	44,8
90+	56,5	38,3	61,8

Statistisches Bundesamt (2004a, Seite 8), Grafik: eigene Darstellung

„Doch muss man die Vorstellung ‚Hochaltrig = automatisch pflegebedürftig!‘ mit großer Vorsicht genießen“ (Rohloff 2003: 55). Für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit sind bekanntermaßen eine ganze Reihe von Determinanten, wie beispielsweise das Krankheitsgeschehen, genetische Prädispositionen, der medizinische Fortschritt, etc. verantwortlich (siehe hierzu auch RKI 2005b). Heute liegt die Zahl der Pflegebedürftigen bei 2,13 Millionen (Statistisches Bundesamt 2007: 11). Unterschiedliche Modellrechnungen schätzen die Zahl bis 2050 zwischen 3,2 und 5,9 Millionen (Rohloff 2003: 58). Ergänzend sei hier auch auf eine positivere Perspektive des demografischen Wandels und damit des zukünftigen Pflegebedarfs hingewiesen. So sieht der Statistikprofessor Bosbach (in Richter 2007) die Langzeitprognosen (bis 2050) als eher unsicher an und geht auch von einem positiveren Altersbild aus: „der Hochaltrige der Zukunft wird ein anderer sein als der Hochaltrige von heute“. Er begründet das z.B. mit dem medizinischen Fortschritt und gesünderer Ernährung (ebd.: 19). Eine gewisse Skepsis betreffend dieser hohen Erwartungen, besonders was den Aspekt der Ernährung betrifft, soll hier nicht unerwähnt bleiben.

Zudem hat der demografische Wandel in zweifacher Weise Auswirkungen auf den Bereich der Pflege: Der Anteil Älterer [und deren Gesamtzahl] wird sich, wie beschrieben, erhöhen, und zum anderen „wird die Pflege – insbesondere in Deutschland – mehr als heute von älterem Pflegepersonal erbracht werden müssen“ (Hasselhorn & Müller 2005: 23). Das hat unter anderem Auswirkungen auf den Krankenstand (s. Kapitel 1.4). Siehe hierzu auch orientierend die Publikation der Inqa/BAuA (o.J.) „Fels in der Brandung – Ältere Beschäftigte im Pflegeberuf“.

1.1.2 Versorgungssituation der Pflegebedürftigen

Die Daten der Pflegestatistik zeigen einen fortgesetzten Trend zur professionellen Pflege (durch Pflegeheime und ambulante Dienste). Von 2003 bis 2005 stieg die Zahl der durch ambulante Pflegedienste Versorgten um 4,8% (21.000). Verglichen

mit 1999 stieg diese Zahl um 13,5% (56.000) (Statistisches Bundesamt 2007: 4). Im Jahr 2005 wurden nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes (2007) 68 % (ca. 1,45 Millionen) aller Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. Von diesen wiederum ca. 980 000 allein von Angehörigen. Dies ist die Personengruppe, die ausschließlich Pflegegeld nach § 37 SGB XI erhält. „Sie wurden in der Regel (...) allein durch Angehörige gepflegt“ (ebd.: 4). Hier wird vorausgesetzt, dass mit dem Pflegegeld keine professionellen Pflegekräfte bezahlt werden. Diese Annahme muss, wie die praktische Erfahrung zeigt, nicht immer zutreffen. 472 000 weitere Pflegebedürftige, die in ihrem eigenen Haushalten leben, nehmen „jedoch zum Teil oder vollständig“ die Hilfe von Pflegediensten in Anspruch (ebd.). Zu diesen zählen sowohl die Bezieher von Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI als auch die Nutzer von Pflegesachleistung. Damit ist also auch eine parallele Versorgung durch pflegende Angehörige und professionelle Pflegekräfte gegeben.

Zur Entwicklung des informellen Pflegepotentials (Pflege durch Angehörige) gibt es unterschiedliche Annahmen. Doblhammer et al. (2006) gehen von einem abnehmenden Anteil der Einpersonenhaushalte bei älteren Menschen und damit von einem höheren informellen Pflegepotenzial aus (ebd.: 3f). Auch der Mikrozensus 2005 beschreibt eine Abnahme des Anteils der Einpersonenhaushalte bei den reinen Seniorenhaushalten (über 65 Jahre). Im Vergleich zu 1991 liegt dieser im Jahr 2005 um 10% niedriger (Statistisches Bundesamt 2006b: 19).

Andere Quellen sprechen hingegen von einem abnehmenden informellen Pflegepotenzial⁸ und beurteilen die Entwicklung der Einpersonenhaushalte grundsätzlich anders. Rohloff (2001) führt aus, dass für die kommenden Dekaden (bis 2050) allerdings „mit hoher Wahrscheinlichkeit“ mit einem Sinken der Anzahl und des Anteils „der zusammenlebenden älteren Menschen“ zu rechnen ist (ebd.: 13). Desweiteren können „zumindest vier Trends“ beobachtet werden, die auf eine Abnahme des informellen Pflegepotenzials aufgrund demografischer und sozialer Veränderungen in den kommenden Jahrzehnten hinweisen:

- Das ‚(Schwieger) Töchterpotenzial‘ sinkt, d.h. die Relation von Frauen im ‚mittleren Alter‘ zur Zahl der Pflegebedürftigen nimmt ab (bis 2040 „um rund die Hälfte“) (Rothgang 2002: 30; zitiert nach Rothgang 2005: 127). Die Pflege von Angehörigen wird überwiegend von Frauen geleistet.
- Der Anteil erwerbstätiger Frauen wird in Zukunft steigen [schlechtere Vereinbarkeit von Pflege eines Angehörigen und Beruf] (Rothgang 2005: 127f).

⁸ Meint die Beteiligung an der „direkten Pflege“, also „keine Hilfen, wie Organisation (...) oder die psychosoziale Unterstützung des Pflegebedürftigen“ (Rohloff 2001: 17).

- „Der Anteil der Ein-Personen-Haushalte innerhalb der Altenbevölkerung [wird sich] – wie in der Vergangenheit auch – weiter erhöhen“ (Hullen 2003, zitiert nach Rothgang 2005: 128).⁹
- Pflege wird zunehmend als ‚gesamtgesellschaftliche Aufgabe‘ gesehen und löst die ‚Pflicht zur Pflege‘ [als familiäre Aufgabe] ab. (Rothgang 2005: 128).

Einschränkend muss hier gesagt werden, dass ein theoretisch vorhandenes informelles Pflegepotenzial noch nichts über die Bereitschaft, einen Angehörigen zu pflegen, aussagt. Zusätzlich muss auch das bei den Partnern steigende Lebensalter und damit die Abnahme der Fähigkeit, die Pflege zu übernehmen, berücksichtigt werden. Eine genauere Erörterung, welche Faktoren die Bereitschaft zur Übernahme der Pflege eines Angehörigen beeinflussen, soll hier nicht erfolgen.

Anhand der beschriebenen demografischen und sozialen Veränderungen ist zu erkennen, dass die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen durch ambulante Pflegedienste eine zunehmend größere Bedeutung gewinnen wird. Dies kann auch an der veränderten Inanspruchnahme bestimmter Leistungsarten seit bestehen der Pflegeversicherung abgelesen werden. Der Anteil der reinen Sachleistungsempfänger stieg zwar nur relativ gering von 7,7% im Jahr 1995 auf 8,5% im Jahr 2005. Im selben Zeitraum nahm allerdings auch der Anteil der Pflegegeldbezieher von 83,0% auf 47,9% ab (-35,1%) und der Anteil der Empfänger von Kombileistungen stieg von 7,7% auf 10,2% (BMG 2007).

Nachdem die gegenwärtig hohe, und in Zukunft (wahrscheinlich) wachsende, Bedeutung der ambulanten Pflege für die zu Pflegenden dargestellt und auf den Stellenwert der Arbeitsbedingungen für die Gesundheit der Beschäftigten verwiesen wurde, erfolgt im anschließenden Unterkapitel die Auseinandersetzung mit den für die Gesundheit zunehmend relevanten psychischen Belastungen.

1.2 Definitionen psychischer Belastungen und Stress

Eine ausführliche Darstellung der Themen »Psyche« und »Stress« kann im Rahmen dieser Arbeit nicht erfolgen. Zur Orientierung sollen hier nur beispielhaft einige Definitionen genannt werden. Umgangssprachlich werden die Begriffe Stress und psychische Belastungen häufig synonym verwendet.

⁹ Die Zahl der Ein-Personen-Haushalte von über 60-jährigen übersteigt ca. ab 2035 die Zahl der Zweipersonenhaushalte. Haushalte mit drei und mehr Personen in dieser Altersgruppe bleiben bis 2050 in etwa konstant (Rohloff 2001: 16).

Die uneinheitliche Verwendung des Begriffes Stress sowohl in der Umgangs- wie in der Fachsprache macht eine genaue Definition schwierig. Greif (1991) unterteilt zunächst in Stressoren und Stressreaktionen. Unter Stressoren sind „theoretische Konstrukte externer, aber auch innerpsychischer Stimuli oder Faktoren, welche hypothetisch die Streßreaktionen auslösen“ können, zu verstehen (ebd.: 6). Anders gesagt sind Stressoren „hypothetische Faktoren, die mit hoher Wahrscheinlichkeit ‚Streß‘ (oder ‚Streßempfindungen‘) auslösen“ (ebd.: 13). Innerpsychische Stimuli sind z.B. chronische Schmerzen (die auch durch Stressoren ausgelöst sein können). „Streßreaktionen wiederum sind Konstrukte, welche die unmittelbar auf Stressoren folgenden psychischen Zustände und Verhaltensweisen beschreiben“ (ebd.: 6).

Die Interaktion von Stressoren, Stressreaktionen und „Merkmale der Situation“ bezeichnet Greif (1991) als ‚Streßsituation‘ und weist damit auf die Wechselwirkungen hinsichtlich des »Stressgeschehens« hin. Er verwendet den Begriff Stress auch als „Synonym für Stressempfindungen“. Die Begriffe „Stressor, Streßempfindung und Stressreaktion“ sollen auch der Vermeidung von Missverständnissen vor allem bei der Betrachtung unterschiedlicher Stresskonzepte (reaktionsorientierte, die die Stressreaktionen betonen vs. Stimulusorientierte, die die Stressoren hervorheben) dienen (ebd.: 6). Ulich & Wulser (2005) nennen neben diesen beiden Stresskonzepten noch die transaktionalen Stressmodelle als eigenständige Konzepte (z.B. Lazarus) (ebd.: 60). Auf diese soll hier jedoch nicht weiter eingegangen werden.

Für Greif (1991) ist Stress „ein subjektiv unangenehmer Spannungszustand, der aus der Befürchtung entsteht, daß eine stark aversive, subjektiv zeitlich nahe (oder bereits eingetretene) und subjektiv lang andauernde Situation sehr wahrscheinlich nicht vollständig kontrollierbar ist, deren Vermeidung aber subjektiv wichtig erscheint“ (ebd.: 13). Etwas konkreter formuliert kann Stress als „unangenehm empfundener Zustand, der von der Person als bedrohlich, kritisch, wichtig und unausweichlich erlebt wird“, angesehen werden. „Er entsteht besonders dann, wenn die Person einschätzt, dass sie ihre Aufgaben nicht bewältigen kann“. Als mögliche Folgen können „Befindlichkeitsstörungen, Angstzustände, hoher Blutdruck, nervöse Magenbeschwerden, steigendes Herzinfarktisiko, sinkende Leistung [und] erhöhte Fehlerzahl“ auftreten (Joiko et al. 2006: 16).

Hinsichtlich der Vereinbarkeit mit den aus dem Belastungsbeanspruchungskonzept und der DIN EN ISO 10075 (siehe Anhang E + F) bzw. ihrer Vorgängerversionen geprägten Begriffen Belastung und Beanspruchung und den Begriffen Stressor und Stressreaktionen schlägt Greif (1991) als „pragmatische Lösung“ vor, Stressoren als „spezifische Untergruppe psychischer

Belastungen und Streßreaktionen als spezielle Arten psychischer Beanspruchungen einzugrenzen“ (ebd.: 6f). Er verweist in diesem Zusammenhang auch auf mögliche Erweiterungen des Belastungsbegriffes der DIN-Norm um innere Auslöser (Stressoren) und sieht psychische Beanspruchungen demzufolge als „Auswirkungen der äußeren *und* inneren psychischen Belastungen“ (ebd.: 7; Hervorhebung im Original).¹⁰

Zur Definition von »psychischer Belastung« und deren Auswirkungen gibt es unterschiedliche Konzepte und Modelle, die sich u.a. in ihrem Sprachgebrauch erheblich unterscheiden. Zum einen handelt es sich um Ansätze, die Belastung bzw. psychische Belastung als neutralen Begriff (alle äußeren Einflüsse) verstehen (Belastungs-Beanspruchungskonzept/DIN EN ISO 10075). Zum anderen wird der Terminus Belastung eher im umgangssprachlichen Sinne (als negativer äußerer Einfluss) verstanden (z.B. Anforderungs- /Belastungskonzept s. Anhang H). Alle diese Konzepte ausführlich darzustellen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen (einige sind in Anhang E-K erläutert). Bamberg (1999) merkt zu ersteren Konzepten kritisch an, dass „psychische Prozesse, die bei der Entstehung oder Einwirkung von Belastung bedeutsam sind, ausgeklammert (...) und daß lediglich Einflüsse von Außen berücksichtigt werden“ (ebd.: 45). Sie plädiert für den Einbezug der „negativen Bedeutung von Belastung“ aus der Alltagssprache in eine wissenschaftliche Definition. So könnte der Belastungsbegriff enger gefasst und damit beispielsweise vom „Reizbegriff in der Psychologie“ abgrenzt werden, womit gleichzeitig die Gefahr von Missverständnissen verringert würde (ebd.: 45f). Daher verwendet Bamberg die Begriffe Belastungen und Stressoren synonym (ebd.: 46).

Außerdem geht es vom Forschungsgegenstand her „vorwiegend um beeinträchtigende Wirkungen“. So sieht Bamberg psychische Belastungen als Resultat von „Differenzen zwischen situativen Gegebenheiten am Arbeitsplatz und den Möglichkeiten und/oder Bedürfnissen der Person“. Sie verweist in diesem Zusammenhang auf Bewertungs-, Neubewertungs- und Bewältigungsprozesse im Sinne des transaktionalen Stressmodells von Lazarus (ebd.: 46). Zu der von Greif (1991) vorgeschlagenen Erweiterung des Belastungsbegriffes der DIN-Norm 10075-1 um den Aspekt innerer Einflüsse (z.B. chronischer Schmerzen), wendet Bamberg (1999) ein, dass „die Berücksichtigung von Bewertungs- und Bewältigungsprozessen sowie [die] Einbeziehung innerer Belastungen die Gefahr birgt,

¹⁰ Diese Vorschläge sind in der aktuellen Version der Norm nicht berücksichtigt worden. Ausführlicher zu verschiedenen Stresskonzepten (-theorien), Bewältigungsstrategien siehe z.B. Kaluza (2003) und zu (biologischen-) Stressreaktionen Hüther (2005), Stress und Gesundheit/Krankheit (Myers 2005: 668-710) mit Bezug zur Arbeitswelt Greif et al. (1991).

Belastungen alleine aufgrund der psychischen Prozesse der betroffenen Personen zu sehen [und damit diese als deren Problem zu betrachten, dass nicht durch betriebliche Interventionen zu lösen ist]“ (ebd.: 47). Daher kommt es „aus arbeitspsychologischer Perspektive“ vor allem darauf an, [Arbeits-] -bedingungen zu identifizieren, welche „mit hoher Wahrscheinlichkeit streßauslösend sind und damit als Belastungen und Stressoren wirken“ (Bamberg 1999: 47).

Oppolzer (2006) sieht psychische Belastungen in der Arbeitswelt als „Faktoren, die [sich] aus der Beanspruchung der Sinnesorgane und der Wahrnehmung (...)“ ergeben können: „(sensorische und informatorische Anforderungen)“, „Anforderungen an das Gedächtnis und das Denken (kognitive und mentale Funktionen)“ und „der Beanspruchung der Gefühle und Antriebe (emotionale und motivationale Faktoren)“ (ebd.: 77). Er weist zugleich auch auf die engen Wechselbeziehungen zwischen psychischen und physischen Belastungen bzw. ihren Auswirkungen (Beanspruchungen) hin, die sich z.B. durch hormonelle Prozesse ergeben, und macht deutlich, dass daher „psychische Belastungen nicht nur psychische Gefährdungen, sondern insbesondere Gefährdungen der physischen Gesundheit“ hervorrufen (ebd.: 77f).

Den obigen Ausführungen (insbesondere von Bamberg, 1999) folgend, wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit der Ausdruck ‚psychische Belastungen‘ als negativer Begriff verwendet. In einem neutralen Verständnis können die so verstandenen psychischen Belastungen auch positive Wirkungen (z.B. Anregung, Aufwärmung, Training etc.) haben. Siehe hierzu neben den genannten Anhängen auch Oppolzer 2006: 78-80.

1.3 Zunahme psychischer Belastungen

Bei einer Befragung von über 3500 Betriebs- und Personalräten im Jahr 2004 berichteten je nach Branche und Betriebsgröße bis zu 95% der Befragten von einer Zunahme psychischer Belastungen „wie Zeitdruck, Arbeitsintensität und Verantwortungsdruck“ in den letzten fünf Jahren. In „zahlreichen Betrieben sind körperliche *und* psychische Belastungen gestiegen“¹¹ (Ahlers & Brussig 2004: 618; Hervorhebung im Original). Zu einem ähnlich deutlichen Ergebnis kommt eine Befragung unter Arbeitsschutzexperten im selben Jahr (z.B. Arbeitsmediziner, Sicherheitsfachkräfte etc.), die unter anderem auch über Berufserfahrung im „Gesundheitsdienst“ verfügen. Dort vertreten ca. 82% der Befragten die Ansicht,

¹¹ Zu berücksichtigen ist bei Expertenbefragungen allerdings die geringe Evidenzstufe vgl. Behrens & Langer 2004: 146.

dass das „Ausmaß arbeitsbedingter psychischer Fehlbelastungen“¹² in den letzten fünf Jahren zugenommen hat (ca. 17% berichten von gleichbleibenden und ca. 2% von gesunkenen psychischen Belastungen) (Paridon et al.2004: 6-9). Psychische Belastungen liegen mit 43% (vor fünf Jahren 32%) deutlich vor physischen Belastungen mit 31% (vorher 38%) und Belastungen durch die Arbeitsumgebung mit 26% (vorher 30%) (ebd.: 9).

Alle Studien der letzten Jahre, die die Art und das Ausmaß von Belastungen bei der Arbeit untersuchten, belegen, dass psychische Belastungen zu- und physische und Umgebungsbelastungen relativ dazu abnahmen¹³ (Oppolzer 2006: 72). Als häufigste Ursachen wurden vor allem „Zeitdruck (81,5%), schlechtes Führungsverhalten (78,3%), Arbeitsplatzunsicherheit (70,7%) sowie fehlende bzw. gestörte soziale Beziehungen (65,1%)“ genannt (Paridon et al. 2004: 14). Wenchel (2001) nennt als Ursachen für die mögliche Zunahme psychischer Belastungen allgemein „veränderte wirtschaftliche, rechtliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen“, die die Unternehmen und deren Beschäftigte zu „Anpassungsreaktionen“ (z.B. in Form veränderter Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche) zwingen (ebd.: 13-15).

Einschränkend muss aber gesagt werden, dass der häufig zitierten Aussage, psychische (psychosoziale) Belastungen haben in den vergangenen Jahren in der Arbeitswelt im Allgemeinen zugenommen, nur wenige Längsschnittstudien, die diese Aussagen bestätigen könnten, gegenüberstehen. Trotzdem ist es notwendig, sich mit den für das „Belastungsaufkommen der Arbeitnehmer“ wichtigen „psychosozialen Belastungen“ zu beschäftigen. Verschiedene Studien (die in der angegebenen Quelle nicht benannt werden) weisen darauf hin, dass viele Beschäftigte hohen psychosozialen Belastungen und Stress ausgesetzt sind (Meyer 2001: 13).

Im Bereich der ambulanten pflegerischen Versorgung haben sich vor allem mit der Einführung der Pflegeversicherung 1996 und der damit einhergehenden zunehmenden »Verwirtschaftlichung« dieses Sektors starke Veränderungen für die Beschäftigten ergeben. Dies zeigt sich z.B. in engen zeitlichen Vorgaben für die Versorgung der Pflegekunden.¹⁴

¹² psychische Fehlbelastung meint äußere Einflüsse, die zu negativen (gesundheitlichen) Auswirkungen führen.

¹³ Beispiele für diese Studien siehe a.a.O.: 72f.

¹⁴ In Anlehnung an den Sprachgebrauch in der „Hamburgischen Brücke“ wird im Folgenden der Begriff „Pflegekunden“ für die zu Pflegenden verwendet. Zu Begriffen wie Patienten, Kunden etc. siehe ausführlich Geller & Gabriel (2004: 41-57).

Hinzu kamen weitere Gesetze, die zu Änderungen in der Aufgabenstruktur in ambulanten Pflegediensten beigetragen haben. Beispielhaft sei hier nur auf die durch das Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQsG von 2002) vorgeschriebene Einführung eines Qualitätsmanagementsystems und der damit meist verbundene erhöhte Dokumentationsaufwand genannt.

Die Einschätzung der damit verbundenen zusätzlichen Arbeitsbelastung variiert allerdings z.B. in Abhängigkeit der Partizipationsmöglichkeiten bei der Gestaltung des QM-Systems. Je höher die Partizipationsmöglichkeit, desto geringer schätzen die Pflegekräfte die damit verbundene zusätzliche Arbeitsbelastung ein. Die positiven Effekte des QM-Systems (z.B. Prozessoptimierung) entfalten sich ohnehin erst im Laufe der Zeit (Grabbe et al. 2006: 85). Zur Entwicklung der ambulanten Pflege und der Pflegeversicherung siehe zusammenfassend z.B. Paslack 2005: 14-19.

Gegenwärtig ergeben sich Arbeitsbelastungen neben den engen zeitlichen Vorgaben in der ambulanten Pflege auch z.B. aus hohem Arbeitsaufwand durch fehlendes Personal. Bundesweit werden hochgerechnet 8 Millionen Überstunden von den Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten erbracht. Dies entspricht 4.500 Vollzeitstellen (Isfort et al. 2003: 9). Gleichzeitig sind wegen eines Mangels an geeignetem Personal 16.000 Stellen in der ambulanten Pflege unbesetzt (Clade 2005: 3). Wird diesem Umstand nicht durch entsprechende beschäftigungspolitische und betriebliche Maßnahmen entgegengesteuert, kann sich angesichts der bereits erläuterten demografischen Entwicklung und der sich daraus ergebenden Versorgungssituation der Pflegebedürftigen ein erhebliches Belastungspotenzial für die Beschäftigten in der ambulanten Pflege aufbauen bzw. weiter verstärken.

Diese und die in den folgenden Unterkapiteln beschriebenen psychischen (und physischen) Belastungen und deren gesundheitliche Auswirkungen (Beanspruchungen) machen die hohe Public-Health-Relevanz des Themas dieser Arbeit für die gewählte Zielgruppe – die Beschäftigten in der ambulanten Pflege – deutlich. Vorweg sei schon gesagt, dass natürlich nicht alle beschriebenen gesundheitlichen Auswirkungen auf die Arbeitswelt und besonders der dort bestehenden psychischen Belastungen zurückzuführen sind. Aber es sollte deutlich werden, dass diesen zumindest eine mitverursachende Rolle zukommt und die Erfassung dieser (und anderer) Belastungen für die Ausschöpfung des Präventionspotentials essentiell ist.

1.4 Gesundheitliche Auswirkungen psychischer Belastungen

Grundsätzlich ergeben sich Gefährdungen der Gesundheit durch psychische Belastungen bzw. den daraus resultierenden Beanspruchungen infolge eines erhöhten Unfallrisikos (Arbeitsunfälle) „durch eine psychisch verursachte Minderung oder Störung der Leistungs- und Reaktionsfähigkeit“, sowie durch ein erhöhtes Erkrankungsrisiko (arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren), welches sich „durch psychisch verursachte physiologische (psychosomatische) Störungen im Organismus“ ergibt (Oppolzer 2006: 80). Dabei kann es zu kurzfristigen und unmittelbaren sowie zu längerfristigen und chronischen Gefährdungen der Gesundheit kommen. Zu den kurzfristigen und unmittelbaren Auswirkungen von psychischen Belastungen zählen Arbeits- und Wegeunfälle, die sich zu „über 90% aus vermeidbaren Handlungsunsicherheiten“[,] (...) z.B. aus Stresserleben oder psychischer Ermüdung (s. Anhang F) ergeben, sowie „vermehrte soziale Konflikte und die Beeinträchtigung des persönlichen psychischen Wohlbefindens“. [Das weist auf das große Präventionspotenzial hin, welches sich durch die Verringerung psychischer Belastungen ergeben kann.] Zudem ereignen sich Wegeunfälle auch schon auf dem Weg zur Arbeit, was auf eine „Vorauswirkung“ psychischer Belastungen schließen lässt (ebd.: 80f).

Längerfristige und chronische Gesundheitsgefahren, die sich wie oben angedeutet vor allem aus „psychosomatischen Wirkungszusammenhängen“ ergeben, sind beispielsweise Herzkreislauf- und Magen-Darm-Erkrankungen, Infektionskrankheiten und Krebserkrankungen infolge eines beeinträchtigten Immunsystems etc. Die häufig zitierten Rückenbeschwerden sind „mindestens (...) [zu] einem Drittel auf psychische Faktoren zurückzuführen“ (Oppolzer 2006: 81). Außerdem können psychische Belastungen zu „psychischen und psychovegetativen Beeinträchtigungen und Störungen“ führen. Dies sind z.B. „Gereiztheit, Depressionen (...) Zwangsdanken und Zwangsgrübeleien, Konzentrations- und Leistungsstörungen (...) Herzrasen, Schweißausbrüche, Schwindel oder Schlaf- und Essstörungen“ (ebd.: 81f). Darüber hinaus begünstigen psychische Belastungen ein „negatives Gesundheitsverhalten, z.B. in Form von Zigarettenrauchen, übermäßigem Alkoholkonsum oder Medikamentenmissbrauch (...)“¹⁵ (ebd.: 82). Auf die immensen gesellschaftlichen und finanziellen Auswirkungen arbeitsbedingter Erkrankungen wird hier nicht eingegangen (siehe hierzu z.B. Bödeker 2003).

¹⁵ Zu den verschiedenen Studien, die diese Wirkungen belegen, siehe a.a.O.

1.4.1 Krankheitsgeschehen in Pflegeberufen

Im Jahr 2004 lag der Krankenstand (s. Glossar) als die „wichtigste statistische Kenngröße des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens“ bei den Beschäftigten in der ambulanten Pflege bei 3,5% und damit nur um 0,3% höher als bei den übrigen DAK-Versicherten. 2003 betrug die Differenz 0,6% (4,1% bzw. 3,5%). Die Autoren führen diesen Rückgang auf „verbesserte Arbeitsbedingungen durch Präventionsprogramme“ und größere Angst vor Arbeitsplatzverlust zurück (Grabbe et al. 2006: 142f). Letzteres ist bei der in Kapitel 1.3 geschilderten Beschäftigungssituation allerdings sehr fraglich. Auch ist anzunehmen, dass der so innerhalb eines Jahres gesenkte Krankenstand nicht allein mit der Wirkung von Präventionsprogrammen (die wahrscheinlich nicht flächendeckend durchgeführt worden sind) erklärt werden kann. Die Rückgänge des Krankenstandes in der ambulanten Pflege spiegeln auch den allgemein „rückläufigen Trend“ wider (Grabbe et al., 2006: 142).

Ein Vergleich der „Betroffenenquote“ (AU-Quote 2004, s. Glossar) zeigt zudem, dass auch ein größerer Anteil der Beschäftigten in der ambulanten Krankenpflege arbeitsunfähig gemeldet war als bei den übrigen DAK-Mitgliedern (49,9% vs. 44,3%)¹⁶. Das heißt, dass in der ambulanten Krankenpflege ein „deutlich größerer Teil der Beschäftigten von Krankheit betroffen“ ist. Die tatsächliche Betroffenenquote liegt vermutlich „etwas höher“, da nicht alle Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bis zu drei Tagen Dauer der Kasse vorgelegt werden. Im Jahr 2003 betrug die AU-Quote bei den Beschäftigten in der ambulanten Pflege 51,5% und bei den übrigen Mitgliedern 45,8% (Grabbe et al. 2006: 148). Zudem sind die Beschäftigten in der ambulanten Pflege auch etwas länger krank: Die durchschnittliche Krankheitsdauer je Fall betrug nach Daten der DAK bei dieser Gruppe 12,7 Tage und bei den übrigen DAK-Mitgliedern 11,6 Tage (ebd.: 147). Deutliche Unterschiede im Krankheitsgeschehen ergeben sich bei Pflegekräften hinsichtlich der Qualifikation und der Einrichtung (ambulant/stationär) (s. Tabelle 1-2).

¹⁶ Beim Krankenstand waren die „Versicherten“ die Bezugsgröße. Zum Vergleich Mitglieder vs. Versicherte siehe Glossar.

Tabelle 1-2: Krankenstand nach Berufsgruppen und Einrichtungen

Pflegeheime	Krankenstand ¹ (%)	Tage je Fall	AU-Quote (%)
Helfer in der Krankenpflege.	6,8	15,0	63,9
Sozialarbeiter, Sozialpfleger ¹	5,8	13,1	61,6
Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	5,6	14,3	57,7
ambulante Pflegedienste			
Helfer in der Krankenpflege.	6,2	15,4	55,7
Sozialarbeiter, Sozialpfleger ¹	5,6	14,5	56,0
Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	4,6	15,4	48,2

Modifiziert nach Küsgens 2004: 213 (Keine Angaben über Standardisierung dieser Daten im Original)
 1) inklusive Altenpfleger. Die Daten stammen von der AOK aus dem Jahr 2003. 1) siehe Glossar

Am häufigsten und längsten sind »Helfer« in der stationären Altenpflege von Krankheiten betroffen (Krankenstand und Tage je Fall). Auch der Anteil (AU-Quote) innerhalb dieser Gruppe ist am größten. Für die ambulante Pflege gilt dies mit Einschränkungen: hier sind die »Helfer« ebenfalls am häufigsten betroffen (Krankenstand), sind aber genauso lange krank wie Krankenschwestern (Tage je Fall). Die höchste AU-Quote weisen hier die Sozialpfleger (inkl. Altenpfleger) auf.

Auch die Krankenstandsdaten der DAK zeigen, dass Helfer in der Krankenpflege häufiger und länger Krank sind als Krankenschwestern oder Sozialpfleger (inkl. Altenpflegern). Hier sind die Unterschiede allerdings deutlich geringer und auf einem insgesamt niedrigeren Niveau (s. Tabelle 1-3).

Unterschiede zu den Daten der AOK können aufgrund anderer Standardisierungsverfahren entstehen. Die Daten der DAK sind auf die Erwerbsbevölkerung der Bundesrepublik (direkt) standardisiert (Grabbe et al., 2006: 135). Außerdem könnten sich Unterschiede auch aus der unterschiedlichen Bezugsgröße (Mitglieder vs. Versicherte – siehe Glossar) und der möglicherweise unterschiedlichen Versichertenstruktur ergeben. Auf weitere somatische Erkrankungen wird hier nicht näher eingegangen, zumal sie sich kaum vom Durchschnitt der anderen Versicherten (Mitglieder) unterscheiden.

Tabelle 1-3: Krankenstand und durchschnittliche Falldauer nach beruflicher Qualifikation in ambulanten Pflegediensten (2004)

Qualifikation	Krankenstand (%)	Tage je Fall
Helfer in der Krankenpflege.	3,9 (4,8)	13,3 (13,4)
Sozialpfleger ¹	3,3 (4,0)	11,4 (12,5)
Krankenschwestern, -pfleger	3,3 (3,8)	11,7 (13,3)

Daten der DAK (2004) Angaben in Klammern für das Jahr 2003 (Grabbe et al.: 142 u. 151). Grafik: eigene Darstellung

Hinsichtlich Geschlecht und Alter kann bezüglich des Krankenstandes in Altenpflegeeinrichtungen (stationär und ambulant) gesagt werden, dass Frauen

häufiger krank sind als Männer, und bei beiden Geschlechtern der Krankenstand mit zunehmendem Alter steigt (Küsgens 2004: 209f). Außerdem steigt der Krankenstand mit zunehmender Betriebsgröße sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich (ebd.: 214).

Bei der differenzierten Betrachtung der ambulanten Pflege zeigt sich deutlich, dass der Krankenstand der Frauen durchgehend über dem der Männer liegt und für beide Geschlechter mit dem Alter zunimmt (Grabbe et al. 2006: 155). Als Ursachen für den Geschlechterunterschied werden genannt, dass Männer häufiger Führungspositionen besetzen und damit anderen Belastungen ausgesetzt sind, dass psychische Erkrankungen häufiger bei Frauen als bei Männern auftreten und dass Frauen öfter Doppelbelastungen (Familie und Beruf) ausgesetzt sind. Hinzu kommen Diagnosen im Zusammenhang mit Schwangerschaften (ebd.: 156). Speziell in der ambulanten Pflege sind Männer jedoch häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen als Frauen (.Kap. 1.4.2). Die Häufigkeit von Krankheitsfällen nimmt mit dem Alter ab. Die Dauer der Fälle steigt jedoch mit zunehmendem Alter an (ebd.: 157).

1.4.2 Krankheitsarten bei Pflegeberufen

Nennenswerte Unterschiede bei den Krankheitsarten zwischen den Beschäftigten in Pflegeheimen und ambulanten Diensten bzw. zum Branchendurchschnitt bestehen nur hinsichtlich der Verletzungen, die im ambulanten Pflegediensten höher sind als im stationären Bereich (+1,7%) aber noch deutlich unter dem Durchschnitt aller Branchen liegen (-3,5%) und den psychischen Erkrankungen (+ 4,3% bzw. 4,2%) siehe Abb. 1-1.

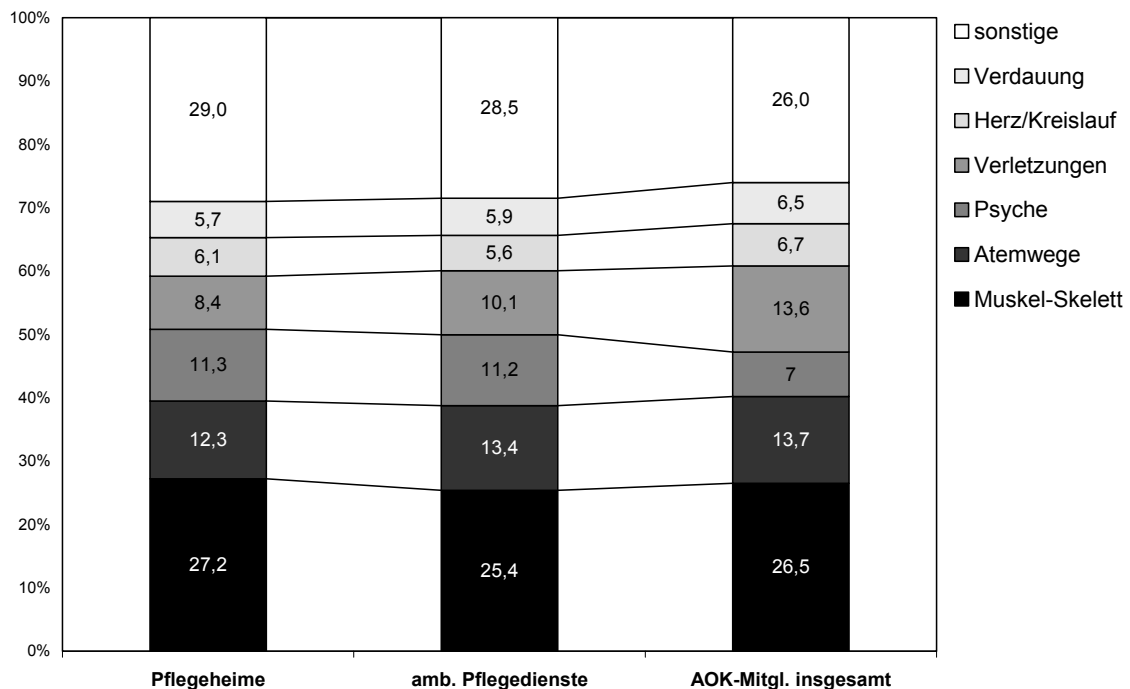


Abbildung 1-1: Krankheitsarten nach Einrichtungen im Vergleich zur Gesamtheit aller AOK-Mitglieder - AU-Tage Anteil in % (2003), unverändert nach Küsgens 2004: 216

Zwischen den oben genannten Berufsgruppen (Qualifikationen) gibt es bezüglich der Krankheitsarten nur geringe Unterschiede (stationäre und ambulante Einrichtungen). Lediglich die Muskel und Skeletterkrankungen sind bei den Helfern in der Krankenpflege etwas häufiger als bei den anderen anzutreffen (+1,6% im Vergleich zu Krankenschwestern bzw. +2,1% zu Sozialarbeiter, Sozialpfleger (inkl. Altenpfleger) (Küsgens 2004: 217). Zu den Muskel- und Skeletterkrankungen zählen vor allem Rückenschmerzen (ICD 10 M54) mit 8,0% der AU-Fälle, Schulterläsionen (M75) 1,5%, Binnenschädigung des Kniegelenks (M23) 1,2% und Gonarthrose (M17) 1,1%. Bei den psychischen Erkrankungen spielen die depressiven Episoden (F32) mit 3,3% der AU-Fälle die zahlenmäßig größte Rolle. Gefolgt von „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) 1,9% und die „Rezidivierende depressive Störung (F33)“ mit 0,9% (ebd.: 218). Die Anteile an den AU-Tagen einzelner Erkrankungen [besonders psychischer Erkrankungen], die sich deutlich von den Anteilen der AU-Fälle unterscheiden können, sind für die Bestimmung des Krankenstandes von großer Bedeutung (Grabbe et al. 2006: 160).

Bei der gesonderten Betrachtung der ambulanten Pflege zeigt sich, dass mehr als die Hälfte aller AU-Tage (54,8%) im Jahr 2004 auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (21,7%), Verletzungen (16,7%) und Erkrankungen des Atmungssystems (16,4%) entfielen. Der Anteil der Muskel-Skelett-Erkrankungen an den AU-Fällen beträgt nur 15,6%, d.h., hier macht sich die lange Krankheitsdauer von

durchschnittlich 17,1 Tagen deutlich bemerkbar (Grabbe et al. 2006: 160f). Der Wert für Erkrankungen des Atmungssystems liegt 2% über dem Durchschnitt aller DAK-Mitglieder. Außerdem machen diese Erkrankungen mit 28,3% den deutlich größten Anteil an den AU-Fällen aus. Der Anteil der Verletzungen in der ambulanten Pflege am Gesamt Krankenstand lag im selben Jahr mit 16,7% deutlich über dem Durchschnitt aller DAK-Mitglieder (14,4%) (ebd.: 162).

Mit einem Anteil von 11% an den AU-Tagen liegen psychische Erkrankungen 1,2% über dem „DAK-Durchschnitt“. Diese Größenordnung entspricht damit den oben genannten Daten der AOK (s. Abb. 1-1). Der Anteil an den AU-Fällen hat von 2003 auf 2004 um 0,8% zugenommen und lag im Jahr 2004 bei 5,5% der Fälle. Zu beachten ist allerdings, dass diese Erkrankungsart in den letzten Jahren insgesamt zugenommen hat. Als Gründe werden vor allem eine verbesserte Diagnostik durch die Ärzte (besonders Hausärzte) und eine vermehrte Bereitschaft der Patienten, über solche Störungen zu sprechen, genannt (Grabbe et al. 2006: 162f). Siehe hierzu ausführlich z.B. BKK Gesundheitsreport 2005.

Die folgenden Darstellungen differenzieren das Krankheitsgeschehen in der ambulanten Pflege nach Geschlecht und zum Teil nach Alter. Zum Geschlechtervergleich bezüglich verschiedener Erkrankungen siehe Abb. 1-2. Im Folgenden wird nur auf einige der bestehenden Unterschiede eingegangen.

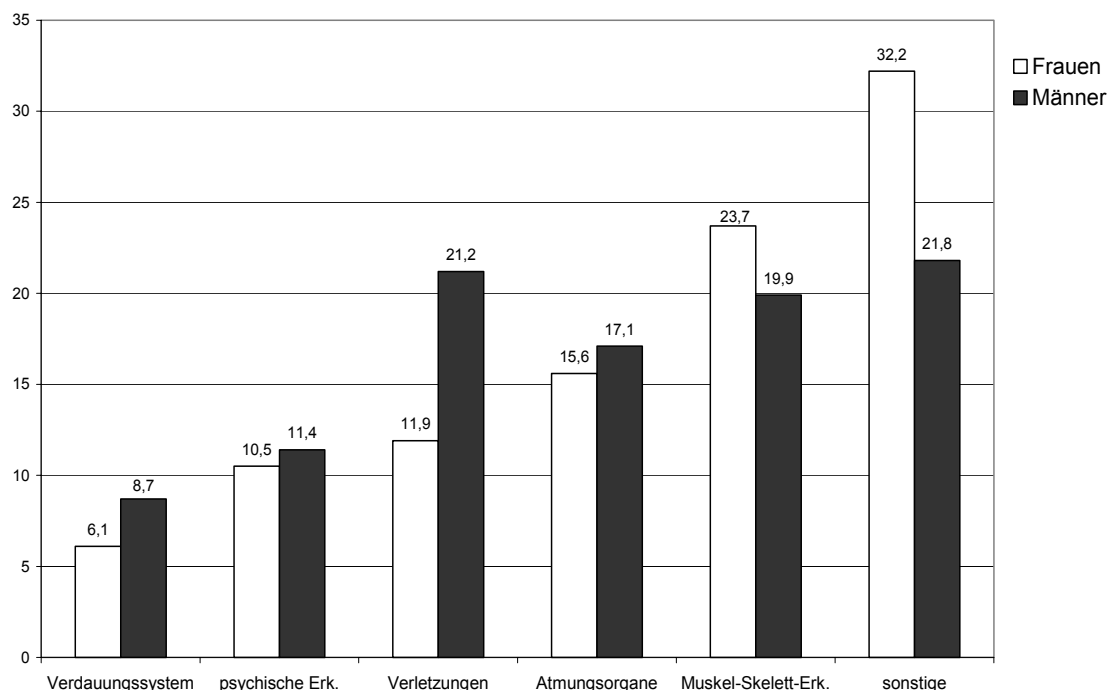


Abbildung 1-2: Anteil an den AU-Tagen in Prozent „der fünf wichtigsten Krankheitsarten“ nach Geschlecht in der ambulanten Pflege (2004). Modifiziert nach Grabbe et al. 2006: 164f (Ekr. = Erkrankung)

Auffällig ist, dass im Gegensatz zu den übrigen DAK-Versicherten, Männer einen höheren Anteil an den AU-Tagen bei den psychischen Erkrankungen aufweisen als Frauen. Für 2004 lag der „DAK-Gesamtwert“ [alle Versicherten] für Frauen bei 11,6% und für Männer bei 8,4%. Bei den in der ambulanten Pflege beschäftigten haben psychische Erkrankungen in den Altersgruppen 40-44 (15,8%) und 45-49 (14,4%) den höchsten Anteil an den AU-Tagen (Grabbe et al. 2006: 167). Die häufigsten Einzeldiagnosen sind hierbei „Depressive Episode (F 32)“ mit 4,2% Anteil an den AU-Tagen und „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)“ mit 2,1% (ebd.: 169).

Auch bei den somatischen Erkrankungen dieser Berufsgruppe zeigen sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Bei Frauen sind Muskel-Skelett-Erkrankungen die häufigste Erkrankungsart (neben den sonstigen Erkrankungen). Die häufigsten Einzeldiagnosen für diese Erkrankungen sind (für Männer und Frauen) Rückenschmerzen (M54) mit 8,8% Anteil an den AU-Tagen auch gleichzeitig die insgesamt wichtigste Erkrankung überhaupt, gefolgt von Bandscheibenschäden (M51) mit 1,8%, Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M53) 1,6%, Schulterläsionen (M75) 1,5% und „Kniegelenksschädigungen (M23) mit 1,4% Anteil an den AU-Tagen. Insgesamt haben diese fünf Diagnosen einen „Anteil von 15,1% am gesamten Krankheitsstand“ (Grabbe et al. 2006: 169f).

Der Unterschied bei den sonstigen Erkrankungen erklärt sich vor allem durch einen höheren Anteil an Neubildungen (Krebs) bei Frauen in jüngeren Jahren als bei Männern, hinzu kommen größere Anteile bei „unspezifischen Symptomen“ (z.B. Kopfschmerzen, Ermüdung etc.) und Krankheiten des Urogenitalsystems bei Frauen (ebd.: 166).

Ein deutlicher Unterschied zwischen Frauen und Männern besteht auch bei den Verletzungen („Unfallfolgen“) (ebd.: 165). Der Anteil an den AU-Tagen durch Verletzungen ist bei Männern fast doppelt so groß wie bei Frauen (s. Abb. 1-2). Knapp ein Drittel (29,6%) an „den AU-Tagen der Krankheitsart Verletzung“ gehen auf das Konto von Arbeits- und Wegeunfällen (Männer und Frauen). Der Anteil an allen AU-Tagen betrug für Frauen und Männer, die in der ambulanten Pflege beschäftigt sind, 4,6% (DAK insgesamt 4,8%). Einen deutlicheren Unterschied zu den Versicherten insgesamt zeigen die absoluten Zahlen des Unfallgeschehens: auf 100 ganzjährig Versicherte entfielen im Jahr 2004 bei den Beschäftigten in der ambulanten Pflege 59,0 AU-Tage (2,7 AU-Fälle) auf Arbeits- und Wegeunfälle, während es bei den übrigen Versicherten nur 55,3 AU-Tage (3,0 AU-Fälle) waren. Besonders betroffen von Arbeits- und Wegeunfällen sind die Helfer in der Krankenpflege (70,6 AU-Tage) im Vergleich zu Krankenschwestern (51,7 AU-Tage) und Sozialpflegern [inkl. Altenpflegern] mit 51,5 AU-Tagen (ebd.: 171f). Zur

ausführlichen Darstellung des Unfallgeschehens in der ambulanten Pflege siehe a.a.O.: 101-121. Auf die zahlenmäßig geringen Berufskrankheiten wird hier nicht eingegangen (siehe hierzu a.a.O.: 122-125).

Es zeigt sich, dass die Beschäftigten in der ambulanten Pflege spezifischen Gefährdungen ausgesetzt bzw. von bestimmten Krankheiten häufiger und oder länger betroffen sind als die übrigen Versicherten. Außerdem lassen sich die Helfer in der Krankenpflege als eindeutig häufiger exponierte Gruppe identifizieren. Hinsichtlich der psychischen Erkrankungen ist vor allem auffällig, dass Männer häufiger betroffen sind als Frauen. Das gesamte Krankheitsaufkommen dürfte allerdings (deutlich) höher liegen, da nicht alle Erkrankungsfälle den Krankenkassen gemeldet werden und vermutlich etliche Beschäftigte aus den unterschiedlichsten Gründen trotz Krankheit arbeiten gehen. Das folgende Kapitel beschreibt, wie negative Gesundheitsfolgen als Resultat psychischer Belastungen entstehen können.

1.5 Modell zur Entstehung negativer Gesundheitsfolgen

Die in dieser Arbeit verwendeten Screeninginstrumente, bzw. das diesen zugrunde liegende Modell, scheint im Wesentlichen mit den in Kapitel 1.2 geschilderten Auffassungen, dass psychische Belastungen das Ergebnis von Differenzen zwischen den Gegebenheiten der Situation am Arbeitsplatz (Anforderungen) und den [fehlenden] Möglichkeiten zu deren Bewältigung (Ressourcen) sind, überein zu stimmen. Der Aspekt der Bedürfnisbefriedigung wird in diesem Modell nicht aufgegriffen.

Das den in dieser Arbeit verwendeten Fragebögen zugrunde liegende Modell ist in Abb. 1-3 dargestellt. Es wurde vor allem aus den empirischen Ergebnissen der Vorstudie (s. Kap. 2) abgeleitet und ist nicht primär aus theoretischen Überlegungen entstanden.¹⁷

¹⁷ persönliche Mitteilung des Autors (Sattel, H.).

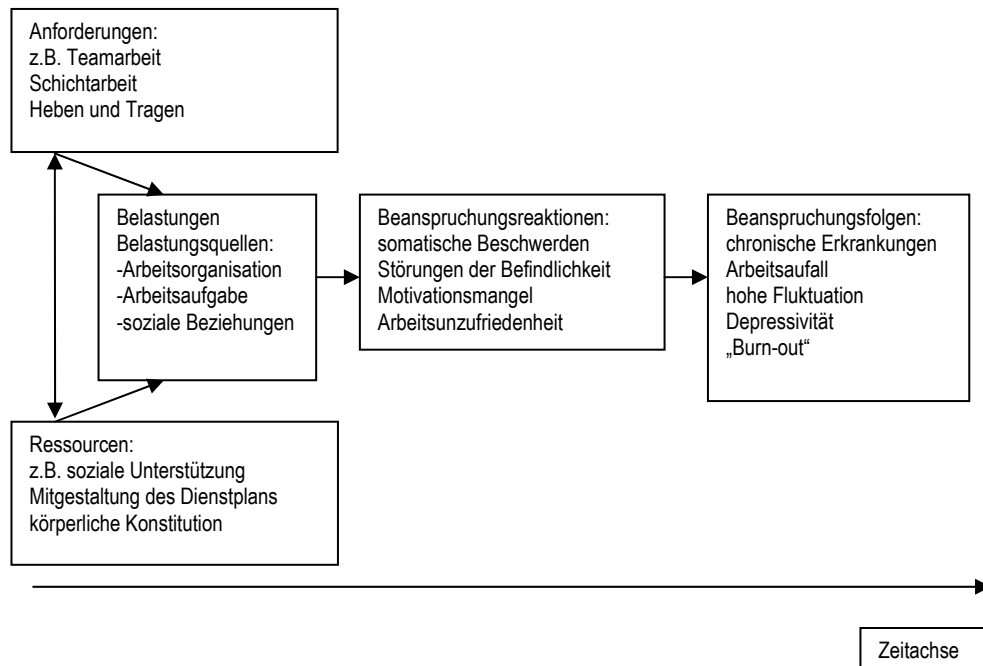


Abbildung 1-3: Modell zur Entstehung langfristiger negativer Gesundheitsfolgen (unverändert nach Sattel o.J.: 11)

Dieses Modell beschreibt „die Art und Weise, wie negative Gesundheitsfolgen aufgrund von Arbeitsbelastungen entstehen“. Belastungen ergeben sich, wenn die „beruflichen Anforderungen“ auch unter Nutzung verfügbarer Ressourcen „nicht angemessen bewältigt werden können“ (Sattel o.J.: 10).

Unter beruflichen Anforderungen sind „die für die jeweilige Tätigkeit typischen Merkmale, die den allgemeinen Kategorien Arbeitsaufgabe, Arbeitsorganisation und soziales Klima“ zuzuordnen sind, zu verstehen. Ressourcen sind einerseits im beruflichen Kontext (z.B. „gute Verfügbarkeit notwendiger Arbeitsgeräte, günstige Organisation“) und andererseits im außerberuflichen Umfeld (z.B. „Unterstützung durch Familie und Freundeskreis“) zu finden. Das Risiko kurz- bzw. mittelfristiger Beanspruchungsreaktionen¹⁸ (z.B. „somatische Beschwerden, Motivationsmangel“) steigt, wenn die resultierenden Belastungen als „hoch“ erlebt werden. Außerdem nimmt die „Wahrscheinlichkeit“ langfristiger Beanspruchungsfolgen zu, wenn die als hoch erlebten Belastungen „über längere Zeit“ bestehen bleiben. Als Beanspruchungsfolgen können [u.a.] „körperliche Erkrankungen, Depressivität [und] Burn-out“ auftreten (ebd.).

¹⁸ Der Begriff Beanspruchungsreaktionen ist eher unglücklich: Beanspruchungen sind der Definition nach (DIN-EN-ISO 10075-1) immer (unmittelbare) Reaktionen auf Belastungen. Allerdings ist der Begriff bereits bei Rohmert (1984: 195) erwähnt, s. Anhang E. Beanspruchungsfolgen kennzeichnen in diesem Modell treffend die in der Norm nicht berücksichtigten langfristigen Auswirkungen der Beanspruchung.

„Andererseits ist der Zusammenhang zwischen beruflicher Belastung und gesundheitlicher Beeinträchtigung wegen der langen Zeitspannen im Einzelfall kaum nachweisbar: trotz vergleichbarer Arbeitsbedingungen haben nicht alle Mitarbeiter unter den gleichen gesundheitlichen Folgen zu leiden“ (Sattel o.J.: 11). Hier sind vermutlich die individuellen Eigenschaften (körperliche und psychische) von zentraler Bedeutung. Ebenso dürften das gesundheitsrelevante Verhalten und die außerberufliche Situation eine entscheidende Rolle spielen. Diese Überlegungen werden zum Teil in dem in Kapitel 4 zur Diskussion gestellten erweiterten Modell zur Entstehung langfristiger negativer Gesundheitsfolgen wieder aufgegriffen.

Die bei der Entstehung negativer Gesundheitsfolgen bedeutsamen psychischen Belastungen können beispielsweise im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) erfasst werden.

1.6 Gefährdungsbeurteilung

Die Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung ist nicht nur gesetzlich vorgeschrieben, sondern kann auch als moderner Arbeits- und Gesundheitsschutz im Setting Arbeitswelt/Beruf im Sinne der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung interpretiert werden (create supportive environments/Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen, Ottawa Charta 1986). In diesem Sinne ist besonders Verhältnisprävention geboten. Dafür ist zunächst eine Ist-Analyse der zu psychischen Belastungen führenden Faktoren erforderlich.

Die gesetzliche Grundlage für die Durchführung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und insbesondere der Gefährdungsbeurteilung bildet das auf bestimmten EG-Richtlinien¹⁹ beruhende „Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG)“ vom 7. August 1996 (Arbeitsschutzgesetz Beck- Texte 2005: 399²⁰). Das Arbeitsschutzgesetz ist somit auch als Umsetzung europäischen Rechts in nationales Recht zu verstehen.

Das ArbSchG gilt auch für den Bereich der ambulanten Pflege (vgl. §§ 1 u. 2 ArbSchG). Es dient dazu, Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu sichern und zu verbessern“ (§ 1 Abs.1 S.1 ArbSchG). Als Maßnahmen des Arbeitsschutzes gelten „Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren

¹⁹ z.B. Richtlinie 89/391/EWG vom Juni 1989 „über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit“ (ebd.).

²⁰ Alle Paragraphen in diesem Kapitel sind aus dieser Quelle zitiert

einschließlich Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit“ (§ 2 Abs. 1 ArbSchG). Das Arbeitsschutzgesetz stellt also „die menschengerechte Gestaltung der Arbeit“ als „ein gleichberechtigtes Ziel“ neben „Maßnahmen der Unfallverhütung“ (Holm & Geray 2006: 3). Zur menschengerechten Gestaltung von Arbeitstätigkeiten siehe ausführlich Anhang L (Bewertungsebenen der Arbeit). Während „Unfälle bei der Arbeit“ (Arbeitsunfälle) im § 8 SGB VII (Sozialgesetzbuch VII – gesetzliche Unfallversicherung) vom Gesetzgeber klar definiert werden, ist der Begriff arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren nicht näher bestimmt (s. Glossar).

Der für die Gefährdungsbeurteilung wichtigste § 5 ArbSchG beschreibt, welche Gefährdungsfaktoren beurteilt werden sollen. „Der Arbeitgeber hat durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind“ (§ 5 Abs. 1 ArbSchG). Die Beurteilung soll „je nach Art der Tätigkeit“ vorgenommen werden. „Bei gleichartigen Arbeitsbedingungen ist die Beurteilung eines Arbeitsplatzes oder einer Tätigkeit ausreichend“ (§ 5 Abs. 2 ArbSchG). Als besondere Quellen für Gefährdungen [Gefährdungsfaktoren] werden genannt:„

1. die Gestaltung und die Einrichtung der Arbeitsstätte und des Arbeitsplatzes,
2. physikalische, chemische und biologische Einwirkungen,
3. die Gestaltung, die Auswahl und den Einsatz von Arbeitsmitteln, insbesondere von Arbeitsstoffen, Maschinen, Geräten und Anlagen sowie den Umgang damit,
4. die Gestaltung von Arbeits- und Fertigungsverfahren, Arbeitsabläufen und Arbeitszeit und deren Zusammenwirken,
5. unzureichende Qualifikation und Unterweisung der Beschäftigten“ (§ 5 ArbSchG).

An dieser Stelle wird deutlich, dass die Arbeitsschutzgesetzgebung einerseits dem traditionellen Verständnis von Arbeits- und Gesundheitsschutz mit seinem pathogenetisch orientiertem Risikofaktorenmodell verpflichtet ist (s. besonders Punkte 2 und 3) und andererseits auch Gefährdungsfaktoren nennt, die zu psychischen Belastungen führen können (z.B. Gestaltung von Arbeitsabläufen, Arbeitszeit und Qualifikation, s. Punkt 4 u. 5) und somit auch den modernen Arbeits- und Gesundheitsschutz aufgreift, der primär salutogenetisch ausgerichtet ist (s. Glossar). Holm & Geray (2006) schreiben hierzu: „Im Rahmen der Beurteilung von Arbeitsbedingungen hinsichtlich einer möglichen Gefährdung der Gesundheit – entsprechend § 5 des Arbeitsschutzgesetzes – sind insbesondere auch Arbeitsinhalt, Arbeitsorganisation, Arbeitszeit und Qualifikation der Beschäftigten zu berücksichtigen. Somit sind auslösende Faktoren für psychische Fehlbelastung in Zukunft im Arbeitsschutzhandeln zu berücksichtigen“ (ebd.: 3). Die Begriffe psychische Belastung, Beanspruchung, Fehlbelastung und Stress

werden im Arbeitsschutzgesetz allerdings nicht explizit genannt. Zusätzlich zu den oben angedeuteten Begrifflichkeiten wird der Terminus „menschengerecht“ als Hinweis auf modernen Arbeits- und Gesundheitsschutz genannt (§ 2 Abs. 1 ArbSchG).

Das ArbSchG verpflichtet den Arbeitgeber, „die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen“ (§ 3 Abs. 1 S.1 ArbSchG). Die vom Arbeitgeber in dieser Hinsicht getroffenen Maßnahmen müssen von ihm „auf ihre Wirksamkeit“ überprüft und „erforderlichenfalls sich ändernden Gegebenheiten“ angepasst werden (§ 3 Abs. 1 S. 2 ArbSchG). Mit diesen Maßnahmen hat der Arbeitgeber „eine Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten anzustreben“ (§ 3 Abs. 1 S. 3 ArbSchG). Für die „Planung und Durchführung der Maßnahmen nach [§ 3] Abs. 1 hat der Arbeitgeber unter Berücksichtigung der Art der Tätigkeit und der Zahl der Beschäftigten:„

1. für eine geeignete Organisation zu sorgen und die erforderlichen Mittel bereit zu stellen sowie
2. Vorkehrungen zu treffen, daß die Maßnahmen erforderlichenfalls bei allen Tätigkeiten und eingebunden in die betrieblichen Führungsstrukturen beachtet werden und die Beschäftigten ihren Mitwirkungspflichten nachkommen können“ (§ 3 Abs. 2 u. 3 ArbSchG).

Die für die Maßnahmen des Arbeitsschutzes entstehenden Kosten darf der Arbeitgeber nicht den Beschäftigten anlasten (ebd.). Für die Gestaltung der Maßnahmen des Arbeitsschutzes durch den Arbeitgeber schreibt das ArbSchG vor, dass von „folgenden allgemeinen Grundsätzen auszugehen ist:„

1. Die Arbeit ist so zu gestalten, daß eine Gefährdung für Leben und Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten wird;
2. Gefahren sind an ihrer Quelle zu bekämpfen;
3. bei den Maßnahmen sind der Stand von Technik, Arbeitsmedizin und Hygiene sowie sonstige gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen;
4. Maßnahmen sind mit dem Ziel zu planen, Technik, Arbeitsorganisation, sonstige Arbeitsbedingungen, soziale Beziehungen und Einfluß der Umwelt auf den Arbeitsplatz sachgerecht zu verknüpfen;
5. individuelle Schutzmaßnahmen sind nachrangig zu anderen Maßnahmen;
6. spezielle Gefahren für besonders schutzbedürftige Beschäftigtengruppen sind zu berücksichtigen;
7. den Beschäftigten sind geeignete Anweisungen zu erteilen;
8. mittelbar oder unmittelbar geschlechtsspezifisch wirkende Regelungen sind nur zulässig, wenn dies aus biologischen Gründen zwingend geboten ist“ (§ 4 ArbSchG).

Neben der Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung ist der Arbeitgeber (ab 10 Beschäftigten – soweit andere Rechtsvorschriften nichts anderes bestimmen) auch zur Dokumentation der „Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung“, der „von ihm festgelegten Maßnahmen des Arbeitsschutzes“ und der „Ergebnisse ihrer Überprüfung“ [Evaluation] verpflichtet²¹. Weiterhin sind Unfälle im Betrieb zu dokumentieren, „bei denen ein Beschäftigter getötet oder so verletzt wird, daß er stirbt oder für mehr als drei Tage völlig oder teilweise arbeits- oder dienstunfähig wird“ (§ 6 Abs. 2 ArbSchG).

Auch wenn der Arbeitgeber die »Hauptlast« der Arbeitsschutzmaßnahmen trägt, sind die Arbeitnehmer zur Mitwirkung am Arbeits- und Gesundheitsschutz im Rahmen ihrer Möglichkeiten verpflichtet. Die in den §§ 15-17 ArbSchG festgelegten Pflichten und Rechte der Beschäftigten hinsichtlich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes werden hier nicht ausführlich dargestellt. Vereinfachend sei nur erwähnt, dass die Beschäftigten auch selbst für ihre Sicherheit und Gesundheit zu sorgen haben – das gilt auch für Personen, die von den „Handlungen oder Unterlassungen“ betroffen sind [z.B. Kollegen] (§ 15 Abs. 1 S. 1 u. 2 ArbSchG). Sie müssen den Arbeitgeber bzw. Vorgesetzten über festgestellte Mängel und Gefahren für die Sicherheit und Gesundheit hinweisen und in Zusammenarbeit mit dem Betriebsarzt und der Fachkraft für Arbeitssicherheit den Arbeitgeber bei der Gewährleistung von Sicherheit und Gesundheit für die Beschäftigten im Sinne der gesetzlichen Auflagen unterstützen (§ 16 Abs. 1 ArbSchG). Die Beschäftigten sind berechtigt, „Vorschläge zu Fragen der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes (...) zu machen“ (§ 17 Abs. 1 S. 1 ArbSchG) und können sich bei unzureichenden Maßnahmen zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit beim Arbeitgeber beschweren. Wird der Beschwerde nicht nachgekommen, können sich die Beschäftigten an die zuständige Behörde (z.B. Amt für Arbeitsschutz Hamburg) wenden – ihnen dürfen daraus „keine Nachteile entstehen“ (§ 17 Abs. 2 S. 1 u. 2 ArbSchG).

Die für diese Arbeit durchgeführte Ermittlung psychischer Belastungen kann im Sinne der Gefährdungsbeurteilung als Erstbeurteilung aufgefasst werden²². Zur Abgrenzung des zu beurteilenden Arbeitssystems ist hier wegen der nicht ortsfesten Arbeitsplätze (der Großteil der Arbeit der Beschäftigten findet in den jeweiligen Wohnungen der Pflegekunden statt bzw. ist zu einem relativ hohen Anteil mit

²¹ Für die Bestimmung der Zahl der Beschäftigten sind Teilzeitbeschäftigte „mit einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von nicht mehr als 20 Stunden mit 0,5 und nicht mehr als 30 Stunden mit 0,75 zu berücksichtigen“ (§ 6 Abs. 1 ArbSchG).

²² Bereits durchgeführte Gefährdungsbeurteilungen in der „Hamburgischen Brücke“ hatten psychische Belastungen nicht explizit ermittelt.

Wegezeit/Fahrzeit ausgefüllt) und der ausgewählten Zielgruppe ein berufsgruppenbezogenes Vorgehen gewählt worden. Als Orientierung zur Bewertung des Risikos gesundheitlicher Folgen durch psychische Belastungen dienen die Anhaltswerte aus der Entwicklung der Screeninginstrumente (s. Kap. 2). Schutzziele und Maßnahmen zur Reduzierung der ermittelten psychischen Belastungen werden in einer vermutlich im vierten Quartal des laufenden Jahres (2007) stattfindenden Gruppenmoderation unter Beteiligung der Beschäftigten festgelegt (s. Kap. 2). Vorweg sei schon gesagt, dass das ausgewählte Instrument leicht zu handhaben ist und eine externe Unterstützung nicht notwendig bzw. von den Autoren nicht vorgesehen ist (s. Kap. 4). Daher kann die Evaluation der Wirksamkeit (Ergebnisevaluation), z.B. ein Jahr später durch die AG-Arbeitsschutz mit diesem Instrument erfolgen. Das im letzten Abschnitt beschriebene Vorgehen orientiert sich am „Leitfaden für die Gefährdungsbeurteilung“ von Gruber & Mierdel (2006: 12-19). Es kann sich so im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses im Betrieb etablieren.

1.7 Fragestellung

Die durchgeführte Studie soll es vor allem ermöglichen, Belastungsfaktoren zu ermitteln, um daraus gezielte Interventionen ableiten zu können. Erfasst werden die durchschnittliche psychische Gesamtbelastung und Beanspruchung der Pflegekräfte für den Gesamtbetrieb und die einzelnen drei Pflegedienste der „Hamburgischen Brücke“. Weiterhin wird der Versuch unternommen, anhand der zusätzlich ermittelten Daten (z.B. Berufsbildung, Geschlecht etc.) besonders exponierte Risikogruppen unter den Beschäftigten zu ermitteln. Letztlich sollen die Ergebnisse dazu dienen, Handlungsempfehlungen abzuleiten und eine Diskussionsgrundlage für die geplante Gruppenmoderationen zur Gefährdungsbeurteilung zu liefern; wobei aus den hier vorgestellten und in den Gruppenmoderationen erfassten Ergebnissen vor allem Lösungsvorschläge zur Reduzierung der psychischen Belastungen unter Beteiligung der Beschäftigten erarbeitet werden sollen.

Folgende Fragen sollen beantwortet werden:

1. Sind die Instrumente geeignet, im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung Faktoren psychischer Belastung und Beanspruchung zu identifizieren? Sind die Instrumente für eine Evaluation nach erfolgten Maßnahmen der Arbeitsgestaltung bzw. im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses zu empfehlen?
2. In welchen Bereichen liegen die Belastungsschwerpunkte?
3. Gibt es besonders gefährdete und betroffene Personengruppen (Risikogruppen)?

2. Methoden

Die Datenerhebung dieser Arbeit konnte mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen nur als personenbezogene Arbeitsanalyse (s. Glossar) in Form einer schriftlichen Befragung durchgeführt werden. Es liegen also keine „objektiven“ bzw. bedingungsbezogenen Daten über die tatsächlichen Umstände (Arbeitsbedingungen) als Ergänzung vor. Problematisch ist in diesem Falle, dass fälschlicherweise „unreflektiert“ von „der subjektiven Wahrnehmung der Mitarbeiter auf objektive Stressoren geschlossen“ werden könnte (Meyer 2001: 32). Untersuchungen zeigten, dass „die Übereinstimmung zwischen ‚objektiv‘ und ‚subjektiv‘ ermittelten Arbeitsbelastungen in der Regel nicht sehr hoch sind“ (Kasl, 1978: 14, zitiert nach Meyer 2001: 33). Denkbar wäre hier für die Zukunft also ergänzend Beobachtungsinterviews für die Bereiche, in denen sich hohe Belastungen abzeichnen (s. Kap. 3), durch externe Experten durchführen zu lassen.

2.1 Datengewinnung

Die für diese Arbeit erfolgte Datenerhebung (schriftliche Mitarbeiterbefragung) zur psychischen Belastung und Beanspruchung fand im April und Mai 2007 in drei ambulanten Pflegediensten (Geschäftsstellen) der „Hamburgischen Brücke“ in Hamburg statt. Der Kontakt zu dieser Einrichtung kam durch persönliche Vermittlung zustande. Ausschlaggebend für die Auswahl waren auch die intensiven Aktivitäten hinsichtlich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in der „Hamburgischen Brücke“. Insgesamt kamen drei Fragebögen (Instrumente) simultan zum Einsatz (zur psychischen Belastung, zur Beanspruchung und ein Ergänzungsfragebogen).

Es wurden drei »vor-Ort-Befragungen« vor den jeweiligen Dienstbesprechungen (je Pflegedienst eine) und eine Nacherfassung durchgeführt (s. u.). Zielgruppe waren die Beschäftigten, die in der ambulanten Pflege und Versorgung der Pflegekunden tätig sind und dabei zumindest in einem Teil ihrer Arbeitszeit Leistungen nach SGB XI und SGB V erbringen. Hinsichtlich Qualifikation und Beschäftigungsdauer wurden keine Ausschlusskriterien festgelegt, um möglichst allen Beschäftigten die Teilnahme zu ermöglichen und deren Expertenwissen (in eigener Sache) zu nutzen. Nicht an der Befragung teilgenommen haben Mitarbeiter der Verwaltung und die Pflegedienstleitungen, sofern letztere nicht auch an der Pflege der Pflegekunden direkt beteiligt sind. Die Beschäftigten wurden ca. 14 Tage vor der Durchführung der vor-Ort-Befragungen, die unmittelbar vor den monatlichen Dienstbesprechungen stattfanden, durch einen Flyer der „Arbeitsgemeinschaft Gefährdungsbeurteilung“ der „Hamburgischen Brücke“ über die Befragung infor-

miert (s. beigefügte CD). Zu den Dienstbesprechungen »mussten« die Beschäftigten ohnehin anwesend sein, so dass für sie kein zusätzlicher Aufwand erforderlich war. Im Vorwege dieser Befragungen wurden vom Verfasser noch einige Hinweise (z.B. zum Ausfüllen der Fragebögen, zur Freiwilligkeit der Teilnahme etc. gegeben). Die Beschäftigten, die nicht an den Dienstbesprechungen teilnehmen konnten, bekamen die Fragebögen mit einem Anschreiben in ihr persönliches »Fach« gelegt (s. Anhang P). Alle Beschäftigten erhielten mit den Fragebögen einen verschließbaren Rückumschlag. Die Fragebögen aus der vor Ort Befragung wurden direkt vom Verfasser in einem anonymen Sammelumschlag mitgenommen. Für die übrigen Beschäftigten lagen ebensolche Sammelumschläge bei Mitarbeitern der Verwaltung bzw. Pflegedienstleitung aus. Diese wurden nach einer Rückgabefrist von etwa 14 Tagen vom Verfasser persönlich in den einzelnen Pflegediensten abgeholt. Um die Rücklaufquote zu erhöhen, wurde eine Nachbefragung initiiert, bei der die Beschäftigten noch einmal von den Pflegedienstleitungen zur Teilnahme ermuntert worden sind. Auch hier betrug die Rückgabefrist etwa 14 Tage. Für das Ausfüllen der Fragebögen stellte der Arbeitgeber („Hamburgische Brücke“) allen Beschäftigten 15 Minuten Arbeitszeit zur Verfügung (diese Zeit war ausreichend). Eine Erklärung zum Datenschutz wurde vom Verfasser unterschrieben (Lit. beim Verfasser). Die Teilnahme war freiwillig. Hinweise zur Anonymität erfolgten mündlich und schriftlich. Wichtig war zur Vertrauensbildung bei den Beschäftigten auch die Anwesenheit je eines Mitarbeiters aus der „AG-Arbeitsschutz“ bei den vor-Ort-Befragungen. Mit dem beschriebenen Vorgehen konnte eine Rücklaufquote von 55,6% (40 gültige Fragebögen) erzielt werden (s. Abb. 2-1). Drei weitere Fragebögen waren nicht vollständig ausgefüllt und sind nach Vorgaben der Autoren (BGW) daher nicht in die Wertung eingegangen.

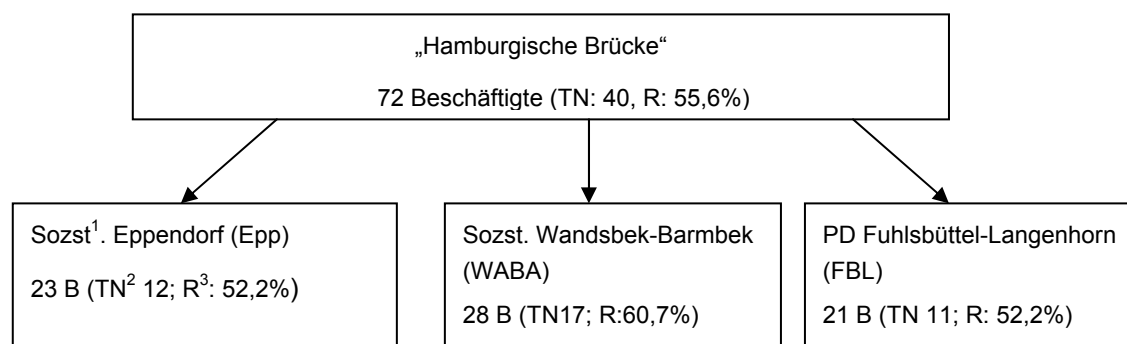


Abbildung 2-1: Teilnehmerquote und Anzahl der Beschäftigten in der „Hamburgischen Brücke“ nach Pflegediensten zum Zeitpunkt der Befragung, 1) Sozialstation 2) Anzahl der Teilnehmer 3) Rücklaufquote in Prozent

Von den Teilnehmern sind insgesamt 33 bei den vor-Ort-Befragungen rekrutiert worden (Epp.: 9, WABA: 17, FBL: 7). An den Dienstbesprechungen hatten 10

(Epp), 17 (WABA) und 6 (FBL) Beschäftigte teilgenommen. In der Nacherfassung ist kein einziger Fragebogen ausgefüllt bzw. abgegeben worden.

Die in der „Hamburgischen Brücke“ durchgeführte schriftliche Befragung zur psychischen Belastung und Beanspruchung hat vor allem die Funktion, die psychischen Belastungsfaktoren und Beanspruchungen der Mitarbeiter zu identifizieren und eine Diskussionsgrundlage für die später im Verlauf dieses Jahres geplante Gruppenmoderation²³ zu liefern und ggf. sofortige Veränderungen herbeizuführen. In dieser sollen dann die gewonnenen Erkenntnisse von den Mitarbeitern diskutiert und vertieft werden, um so die Erarbeitung von Maßnahmen zur Reduzierung psychischer Belastungen zu unterstützen. Informiert und involviert in die Durchführung der Befragung waren die Geschäftsführung (oberes Management), der Betriebsrat, die Mitarbeiter der „AG-Arbeitsschutz“, die Pflegedienstleitungen (mittleres Management) und natürlich die Mitarbeiter (vgl. hierzu Borg 2001: 385).

2.2 Mögliche Probleme bei (schriftlichen) Befragungen

In diesem Unterkapitel sollen allgemein die Probleme, die im Zusammenhang mit Befragungen auftreten können beschrieben und die zum Ausgleich getroffenen Maßnahmen genannt werden, die diesen wahrscheinlich entgegen wirken. Es wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben.

Soziale Erwünschtheit

Hierunter ist zu verstehen, dass „der Befragte dazu neigt, sich gegenüber dem Untersucher [durch sein Antwortverhalten] in einem möglichst positiven Licht darzustellen“ (Meyer 2001: 34). Es besteht die Gefahr, dass die Befragten „ein persönliches Kosten-Nutzen-Kalkül anstellen“ und ihre „Reaktionen“ [Antworten] so wählen, dass sie „ihren Zielen am ehesten dienen und ihre Identität möglichst bestärken“ (Esser zitiert nach Meyer 2001: 34). Weiter erwähnt Meyer (2001) in diesem Zusammenhang die Befürchtung von fehlender Anonymität, die die Mitarbeiter dazu veranlasst, sich nicht allzu sehr über ihre Arbeitsbedingungen zu beklagen, weil sie „Repressionen von Seiten des Vorgesetzten fürchten“ müssen - „zumal ja auch das Vorgesetztenverhalten bewertet wird“ (letzteres trifft für diese Arbeit nur teilweise zu). Als Konsequenz könnte sich eine „Bagatellisierung“ der Belastungen ergeben (ebd. S. 34). Zu Anonymitätshinweisen für diese Arbeit siehe unten. Was als sozial erwünscht gilt, ist allerdings „kontextabhängig“ (ebd.:

²³ Eine Gruppenmoderation kann als Instrument der „Feinanalyse psychischer Belastungen“ genutzt werden (Holm & Geray 2006: 28). Sie ergänzt damit die im Rahmen dieser Arbeit mittels schriftlicher Befragung durchgeführte Grobanalyse der psychischen Belastungen und Beanspruchungen.

34f). Daher ist „durchaus unklar, ob es z.B. sozial erwünscht ist, den Arbeitsplatz als sehr oder weniger belastend darzustellen“ (Zapf 1989: 54; zitiert nach Meyer 2001: 35). Vorstellbar ist es auch, dass gegenseitiger „sozialer Druck unter den Arbeitnehmern ausgeübt werden könnte, mit der Intention, Arbeitsbedingungen als übertrieben stark belastend zu beschreiben“. Dies vor dem Hintergrund der Vorstellung, dass nur eine übertriebene Darstellung der Belastungen zu Veränderungsmaßnahmen führen wird (Meyer 2001: 35). Bei dem in dieser Arbeit verwendeten Konzept der Mitarbeiterbeteiligung bei der Erarbeitung von Lösungsvorschlägen scheint diese Gefahr eher gering.

Problem der Klagsamkeit

Einige Personen neigen dazu (z.B. aus „entwicklungspsychologischen Hintergründen“), sich (meist unbewusst) mehr zu beklagen als andere. Es könnte so bei einigen zu höheren Belastungswerten kommen als bei anderen. Dadurch könnten ‚künstliche Korrelationen‘ entstehen. Dies ist besonders bei kleinen Stichproben problematisch, da sich Extremwerte hier besonders bemerkbar machen (eine Verteilung nähert sich erst mit steigender Fallzahl der Normalverteilung an) (Meyer 2001: 36). Bei der relativ kleinen Stichprobe dieser Arbeit ist daher eventuell die Spannweite der Antworten zu beachten.

Verdrängungsprozesse

Einige Personen könnten aus unterschiedlichen Gründen dazu neigen, Belastungssituation zu verdrängen und entsprechend bei der Befragung antworten. Dieses könnten nur mit sehr aufwändigen zusätzlichen Methoden (Beobachtung) und entsprechend hohem (problematischen) Interpretationsaufwand festgestellt werden (Meyer 2001: 36f). Im Rahmen dieser Arbeit ist das natürlich nicht zu leisten (fehlender externer Sachverstand etc.).

Ambiguität/Verständlichkeit der Sprache

Die Fragen sollen für alle verständlich formuliert sein (Meyer 2001: 37). Dies dürfte als gegeben angesehen werden, da die Fragen zur Belastung und Beanspruchung in Vortests ermittelt wurden. Für den Ergänzungsfragebogen konnte kein Pretest durchgeführt werden. Allerdings weist die sehr geringe Item non response auf hohe Akzeptanz und vermutlich auch auf gute Verständlichkeit der Fragen hin – mit letzter Sicherheit kann das aber nicht gesagt werden.

Zentrale Tendenz

Hierunter ist ein Antwortverhalten zu verstehen, bei dem die Befragten eher mittlere Werte angeben, auch wenn dies nicht der Wirklichkeit entspricht (Meyer 2001: 37). Dem wird eventuell mit der Verwendung unterschiedlicher Antwortkategorien

(Anzahl der Antwortvorgaben und gerade und ungerade Skalen) bei den verwendeten Instrumenten vorgebeugt. Bei einer eher kleinen Stichprobe wie in dieser Arbeit besteht vermehrt die Gefahr der zentralen Tendenz, die aber zum Teil durch die Dichotomisierung der Items bei der Auswertung ausgeglichen werden kann.

Die Mehrdeutigkeit von Items

Bei schriftlichen Befragungen besteht generell die Gefahr, dass einzelne Items unterschiedlich interpretiert werden – sowohl vom Probanden als auch durch den Untersucher bei der Auswertung (Meyer 2001: 38f). Bei den vor-Ort-Befragungen wurden mündlich Hinweise gegeben – z.B., dass mit der Frage nach der Umgebung nur die Patientenwohnung gemeint ist (Fragebogen zur psychischen Belastung Frage 7).

Allgemeine Aspekte

Weiter können zur Durchführung schriftlicher Befragungen folgende Vor- und Nachteile, hier im Vergleich zu persönlichen Interviews, genannt werden:

Schriftliche Befragungen sind kostengünstiger und mit weniger Personalaufwand verbunden. Der Interviewer fällt als mögliche Fehlerquelle weg [Interviewer bias] - kann aber auch nicht als Kontrollinstanz fungieren. Somit ist die Befragungssituation nicht kontrollierbar: „Es können andere Personen die Antworten beeinflussen“ (Atteslander 2000: 147). Eine derartige Beeinflussung wurde durch die Anwesenheit des Verfassers bei den vor-Ort-Befragungen und damit für die große Mehrheit der Teilnehmer ausgeschlossen.

Ein weiterer „entscheidender Nachteil“ der „unkontrollierten Erhebungssituation“ bei einer schriftlichen Befragung ist, dass anders als bei einem Interview, kein steuernder Eingriff durch den Interviewer möglich ist. Dieser Nachteil „lässt sich allerdings weitgehend ausräumen, wenn es möglich ist, mehrere Untersuchungsteilnehmer in Gruppen unter standardisierten Bedingungen bei Anwesenheit der Untersuchungsleiter gleichzeitig schriftlich zu befragen“ (Bortz & Döring 2006: 252). Dieses Vorgehen wurde bei der Erhebung zu dieser Arbeit beim größten Teil der Stichprobe angewandt.

Zu den besonderen Herausforderung der schriftlichen Befragung zählen außerdem höhere Anforderungen an die Verständlichkeit der Fragen. Einzelne Fragen können „unsorgfältig und unvollständig“ ausgefüllt werden [in der vorliegenden Untersuchung war dies bei drei Fragebögen der Fall]. Zudem ist bei geringer Rücklaufquote die Repräsentativität fraglich [die Rücklaufquote im vorliegenden Fall lag bei insgesamt 55,6%] (Atteslander 2000: 147).

Für das Erkenntnisinteresse muss klar sein, dass „die schriftliche Befragung allenfalls zur Ermittlung von einfachen Tatbeständen“ dient (ebd.). Das in den vorangegangenen Ausführungen dieser Arbeit erläuterte Gesamtkonzept ist so konzipiert, dass dadurch diese möglichen Nachteile ausgeglichen werden können.

„Die schriftliche Befragung bedarf einer besonders sorgfältigen Organisation.“ Dazu gehören primär transparente Informationen. Die Befragung sollte mit einem „Begleit- und Einführungsbrief“ angekündigt werden, der darüber informiert, „wer für die Befragung verantwortlich ist, warum die Untersuchung durchgeführt wird [und] welches Interesse Befragte selbst an der Beantwortung des Fragebogens haben [Nutzen für die Teilnehmer]. Ein Hinweis auf Anonymität muss erfolgen (ebd.: 148). Diese Bedingungen sind sowohl bei der Befragung vor den Dienstbesprechungen als auch bei dem »Verteilen in die Fächer« der Mitarbeiter erfüllt worden.

2.3 Begründung der Methode und der Instrumentenwahl

Zur Ermittlung der psychischen Belastungen und Beanspruchungen sollte ein bereits vorhandenes und auf Gütekriterien, wie z.B. Validität, getestetes Instrument Anwendung finden. Zudem ist es wünschenswert, ein Instrument zu verwenden, das zur Evaluation erfolgter Maßnahmen von der Einrichtung ohne externe Unterstützung genutzt werden kann. Das Instrument sollte speziell für die Erfassung psychischer Belastungen in der ambulanten Pflege konzipiert und im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz einsetzbar sein. Außerdem sollte die Bearbeitungszeit wegen begrenzter betrieblicher Ressourcen nicht mehr als 15 Minuten betragen. Speziell für die Erfassung psychischer Belastungen in der ambulanten Pflege stehen zwei Instrumente zur Verfügung. Die Wahl fiel auf das Instrument der BGW²⁴.

Es wurde die Methode der schriftlichen Mitarbeiterbefragung gewählt, um möglichst allen Beschäftigten die Teilnahme zu ermöglichen, was z.B. mit Leitfadenterviews aufgrund geringer Kapazitäten nicht möglich gewesen wäre. Außerdem ist die Beteiligung der Mitarbeiter bei der Gefährdungsbeurteilung bzw. dem Arbeits- und Gesundheitsschutz nach §§ 15-17 ArbSchG gefordert.

„Mitarbeiterbefragungen gehören zu den meistverwendeten Instrumenten der Organisationsführung und –entwicklung“ (Borg 2001: 374). Ein Ziel von Mitarbeiterbefragungen ist es, „die wichtigsten Schwachstellen zu identifizieren, um

²⁴ Das viel umfangreichere und theoretisch fundiertere „Belastungsscreening TAA – ambulante Pflege“ (Büssing, Glaser, Höge 2005) erfüllte die gestellten Bedingungen nicht gänzlich.

dann entsprechende Verbesserungsmaßnahmen (...) durchzuführen.“ Damit haben die Mitarbeiter die Möglichkeit, „einen Veränderungsprozess zu unterstützen.“ Übergreifend können Mitarbeiterbefragungen helfen, die Erreichung der [Unternehmens-] Ziele zu gewährleisten, indem „die Daten personenübergreifend zu Statistiken bzw. zu Trendaussagen“ verdichtet werden (ebd.: 375). Mitarbeiterbefragungen beabsichtigen also, „die Organisation nicht zu messen, sondern sie zielgerichtet zu verändern“ (ebd.: 377). Hierzu versucht die vorliegende Arbeit Anstöße zu geben. Im Vordergrund stehen Anregungen zur Reduzierung psychischer Belastungen.

2.4 Verwendete Instrumente

Die im Rahmen dieser Arbeit verwendeten Erhebungsinstrumente (Fragebögen zur psychischen Belastung und zur Beanspruchung) wurden im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) von „Meta Kontor“ entwickelt (Leitung Dipl. Psych. H. Sattel). Die Instrumente sind für den Einsatz im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung konzipiert und speziell auf den Bereich der ambulanten Pflege ausgerichtet bzw. dafür entwickelt. Sie sind „in erster Linie“ für die „Ist-Analyse von psychischen Belastungen und Beanspruchungen“ gedacht (BGW o.J.: 10). Das Verfahren beinhaltet zudem weitere Einsatzfelder und Nutzungsmöglichkeiten. Es wird ermöglicht:„

- auf einfache Weise kritische Ausprägung[en] von psychischer Belastung und Beanspruchung“ zu ermitteln
- Handlungsempfehlungen abzuleiten
- die Berufszufriedenheit der Beschäftigten zu verbessern
- die Gesundheitssituation der Beschäftigten zu verbessern“ (BGW o.J.: 7) sowie eine
- „Erfolgskontrolle nach dem Durchführen von Interventionen“ [Evaluation] und
- die Einbindung der Instrumente in ein „Gesamtkonzept der Personal- und Organisationsentwicklung“ (ebd.: 10).

Die Entwicklung der Fragebögen erfolgte auf der Grundlage der Studie „Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegeberufen²⁵“, die ebenfalls von der BGW in Auftrag gegeben wurde (Sattel o.J.: 5). Für die Entwicklung der Items lagen Daten von 273 Pflegekräften aus 28 ambulanten Diensten im Rhein-Neckar-Raum vor. Letztlich wurden aus 540 Items „diejenigen (...) ausgewählt, welche sich als

²⁵ Eine Studie der BGW mit diesem Titel ist nicht vorhanden. Der richtige Titel lautet: „Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten“.

aussagekräftige Risikofaktoren und Indikatoren psychischer und gesundheitlicher Beanspruchungsreaktionen und –folgen“ erwiesen (ebd.: 10).

Zur Generierung der Items kamen verschiedenste Erhebungsinstrumente zum Einsatz, die die „Private Situation und Soziodemographie“, die „Belastungsdimensionen“ (z.B. allgemeine Arbeitsbedingungen – ermittelt mit KFZA²⁶) und „Beanspruchungsdimensionen“ (Beanspruchungsreaktionen und –folgen – z.B. ermittelt mit FBH²⁷) ermittelten (ebd.: 5-10). So wurde ein „zweistufiges Screening-Verfahren“ entwickelt, mit dem „psychische Belastungen und Beanspruchungen in der ambulanten Kranken- und Altenpflege“ identifiziert werden können. Mit Stufe eins, dem „**Belastungs-Screening**“, werden „Arbeitsbelastungen erfasst, welche kurz- bis mittelfristig mit negativen Beanspruchungsreaktionen assoziiert sind“ (ebd.: 5; Hervorhebungen im Original). Mit der zweiten Stufe, dem „**Beanspruchungs-Screening**“, wird das Risiko bestimmt, mit dem sich aus den Beanspruchungsreaktionen „langfristig negative gesundheitliche Folgen“ [Beanspruchungsfolgen], ergeben können (ebd.: 5). Das Belastungsscreening²⁸ verfügt über „eine hohe“ und das Beanspruchungsscreening über eine „mittlere bis hohe externe Validität“ (Sattel o.J.: 21 bzw. 30). Auf die genauere Entwicklung und Auswahl der einzelnen Fragen und testtheoretischer Gütekriterien der beiden Screeninginstrumente wird an dieser Stelle nicht weiter eingegangen (s. ausführlich Sattel o. J.: 16-33).

2.4.1 Belastungsscreening

Mit dem Fragebogen zur psychischen Belastung soll, wie oben bereits angedeutet, das Risiko von kurz- bis mittelfristigen Beanspruchungsreaktionen vorhergesagt werden (zum theoretischen Modell dieser Arbeit s. Kap. 1.5). Der Fragebogen enthält 25 Fragen zu sechs verschiedenen Arbeitsmerkmalen:„

- quantitative Arbeitsbelastung
- qualitative Arbeitsbelastung
- soziale Beziehungen am Arbeitsplatz
- Arbeitsorganisation und Umgebungsbedingungen
- körperliche Belastung
- allgemeine berufliche und außerberufliche Situation“ (BGW o. J.: 18).

²⁶ Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse (Pümpfer et al. 1995)

²⁷ Fragebogen zur Beanspruchung durch Humandienstleistungen (FBH) des Beanspruchungsscreenings bei Humandienstleistungen - BHD-System (Hacker et al. 1995)

²⁸ Die Schreibweise wird der besseren Lesbarkeit halber geändert.

Mit dem Fragebogen lässt sich einerseits die durchschnittliche Gesamtbelastung und andererseits ein Belastungsprofil ermitteln. In beiden Fällen werden die unterschiedlich kategorisierten Antworten zur Vereinheitlichung und Vereinfachung bei der Auswertung dichotomisiert. „Das heißt, das Merkmal wird nicht mehr 4-, 5- oder 6-fach gestuft, sondern als ‚vorhanden‘ oder als ‚nicht vorhanden‘ gewertet. Die Dichotomisierung wurde nach empirischen Kriterien vorgenommen: als „cut-off“ wurde der Wert ausgewählt, der eine möglichst hohe Trennschärfe (...) gewährleistet“ (Sattel o.J.: 19). Beispielsweise wird bei der Frage bzw. Aussage „Ich stehe häufig unter Zeitdruck“ eine Belastung angenommen, wenn die angekreuzte Antwort „eher ja“ oder „ja, genau“ lautet (statt z.B. „eher nein“). Es wird also zwischen »belastet« und »nicht belastet« unterschieden. Die Gesamtbelastung wird durch Addition der »positiven« Antworten ermittelt. Dabei können entsprechend der Anzahl von Fragen maximal 25 Punkte erreicht werden. Je mehr Punkte ein Beschäftigter hat, desto höher ist also das Risiko von Beanspruchungsreaktionen. Der Grenzwert (cut-off-Wert) zwischen „wenig versus hochbelasteten Mitarbeitern“ liegt bei 13. „Pflegekräfte mit dreizehn oder mehr Punkten gelten demnach als überdurchschnittlich oder hoch belastet“ (Sattel o.J.: 20). Das Screening wurde primär nicht zur Identifikation des „individuellen Beanspruchungsrisikos“ entwickelt, sondern zur Erkennung „von ambulanten Diensten mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil von stark belasteten Pflegekräften“(Sattel o.J.: 22). Um einen Pflegedienst zu identifizieren, bei dem die Beschäftigten einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, werden die Punkte aller Teilnehmer an der Befragung addiert und anschließend das arithmetische Mittel als durchschnittliche Gesamtbelastung ausgewiesen. Die Referenzwerte zur Bewertung des Risikos sind dabei wie folgt empirisch ermittelt worden:„

- < 8,5 Punkte = geringes Risiko
- 8,5 bis 11 Punkte = unterdurchschnittliches Risiko
- 11 bis 15 Punkte = überdurchschnittliches Risiko
- 15 Punkte = hohes Risiko“ (BGW o.J.: 24).

Eine weitere Differenzierung der Belastungsfaktoren wird mit dem so genannten *Belastungsprofil* vorgenommen. Dazu werden die 25 Fragen den sechs oben genannten Arbeitsmerkmalen zugeordnet (unterschiedlich viele) und es kann für jedes dieser Merkmale bestimmt werden, ob eine erhöhte Belastung vorliegt. Das Vorgehen dazu entspricht dem bei der Ermittlung der Gesamtbelastung angewandten Verfahren. Zu den entsprechenden Grenzwerten sei hier auf das Ergebniskapitel verwiesen.

2.4.2 Beanspruchungsscreening

Der Fragebogen zur Beanspruchung dient der Erfassung längerfristiger gesundheitlicher Beeinträchtigungen der Beschäftigten. Er umfasst 22 Fragen, „welche mit hoher Wahrscheinlichkeit zu langfristigen Beanspruchungsfolgen wie körperliche[n] Erkrankungen und psychische[n] Beeinträchtigungen führen“ können. Das Vorgehen bei der Auswertung erfolgt entsprechend der in Kap. 2.4.1 beschriebenen Weise.

Die Befragung zur Beanspruchung sollte ab einer durchschnittlichen Gesamtbelastung von 11 oder mehr Punkten und oder einer erhöhten Belastung von Teilgruppen (> 43%) durchgeführt werden (BGW o.J.: 31). Allerdings ist aus Gründen knapper Ressourcen ein simultanes Vorgehen sinnvoll (beide Fragebögen werden gleichzeitig ausgefüllt – dieses Vorgehen fand, wie bereits erwähnt, bei vorliegender Arbeit Anwendung). Es wurden 22 Fragen aus sechs Bereichen für das Screening ausgewählt:

- allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustandes (z.B. Kreuzschmerzen)
- Ermüdungssymptome (z.B. Schlafstörungen)
- anhaltende Gereiztheit durch die Arbeit (z.B. nicht abschalten können)
- emotionale Erschöpfung (z.B. Stimmungsschwankungen)
- Arbeits(un)zufriedenheit (z.B. keine Entwicklungschancen)
- außerberufliche Situation (z.B. Erholungsmöglichkeiten) (BGW o.J.: 33)

Analog zum Belastungsscreening dient das Beanspruchungsscreening primär der „Identifikation von Ambulanten Pflegediensten mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil von stark beanspruchten Pflegekräften“. Auch hier erfolgt die Ermittlung der Gesamtbeanspruchung durch die Bildung des arithmetischen Mittels aus den Summenwerten der einzelnen Probanden (Sattel o.J.: 31). Auch das Beanspruchungsscreening definiert Grenzwerte auf individueller und einrichtungsbezogener Ebene (ebd.: 32). Ein differenziertes Beanspruchungsprofil ist allerdings nicht entwickelt worden, da „zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine spezifischen Interventionsempfehlungen abzuleiten sind“ (Sattel o.J.: 33). Als individueller Grenzwert sind neun Punkte festgelegt.

Ein „Summenwert von neun oder mehr Punkten weist auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer körperlichen oder seelischen manifesten Beeinträchtigung hin“ (Sattel o.J.: 32). Um Einrichtungen „mit einem überdurchschnittlich hohen Risiko langfristiger Beanspruchungsfolgen“ [für die dort Beschäftigten] zu identifizieren, eignet sich ein Wert von „10,5 oder mehr Punkten am besten“.

Die Häufigkeit von „gesundheitlichen Beanspruchungsfolgen“ steigt bei „überdurchschnittlich beanspruchten ambulanten Diensten“ sprunghaft an. Dabei ist „anzunehmen, dass die Mehrheit der Mitarbeiter von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen ist“ (ebd.: 32).

2.4.3 Ergänzungsfragebogen

Interessant ist im Hinblick auf die Belastungen und Beanspruchungen auch eine stratifizierte Analyse; z.B. nach Alter, Geschlecht etc. (s. Kap. 3). Zur Erhebung der dafür erforderlichen Daten kam ein Ergänzungsfragebogen zum Einsatz, dessen Fragen sich zum Teil an Vorgaben aus der Literatur (z.B. „Demografische Standards“ oder Gesundheitsberichten) orientierten, in Zusammenarbeit mit der „Hamburgischen Brücke“ entstanden (vor allem die ersten vier Fragen) oder zum größten Teil vom Verfasser selbst entwickelt wurden (s. Anhang C). Für alle diese Fragen liegen keine Gütekriterien vor.

2.5 Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgt zum einen für die Gesamtstichprobe und zum anderen getrennt nach den einzelnen Pflegediensten (sofern dem nicht zu kleine Fallzahlen entgegenstehen). Die durchschnittliche Gesamtbelastung wird auf individueller und betrieblicher (aggregierter) Ebene ermittelt. Die Auswertungen erfolgten mit SPSS 11.5 (Windows) und ergänzend mit GPower (z.B. Teststärkenbestimmung).

Hauptzielgrößen: Gesamtbelastung, Belastungsprofil, Gesamtbeanspruchung

Teststärke (Power)

Die maximal zu erreichende Power (für einen t-Test unabhängiger Stichproben und einen zweiseitigen Signifikanztest auf dem Niveau von 0,05) hätte bei einer Rücklaufquote von 100% und gleicher Anzahl Probanden in jeder Gruppe (je 36) bei 0,54 liegen können²⁹. Erreicht wurden aber nur 40 Probanden. Daraus ergibt sich für oben genannte Bedingungen eine Power von 0,34³⁰. Daraus folgt, dass sich für die vorliegenden signifikanten Ergebnisse eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit für das fälschliche Ablehnen von Alternativhypothesen ergibt (66%). Diese steigt natürlich noch bei kleineren Teilstichproben. Aus diesem Grund sind die gemachten inferenzstatistischen Auswertungen (Signifikanztests) mit gebotener

²⁹ Als Effektstärke wurde hier der in dieser Studie empirische ermittelte Effekt zwischen der Gesamtbelastung der Frauen und Männer von $d = 0,53$ zugrunde gelegt.

³⁰ Eigene Berechnungen mit GPower in Anlehnung an Rasch et al. 2006: 79-97.

Skepsis zu betrachten. Für diese Arbeit wird von einem (auf gängigen Konventionen beruhenden) Signifikanzniveau von $p = 0,05$ ausgegangen.

3. Ergebnisse

Die Originalfragen zur psychischen Belastung und Beanspruchung sind den entsprechenden Fragebögen im Anhang zu entnehmen. Alle in diesem Kapitel gemachten Prozentangaben beziehen sich auf die gültigen Prozente. Das angegebene „n“ zeigt, wie viele Probanden die jeweilige Frage beantwortet haben, bzw. wie groß die entsprechende Teilgruppe (z.B. die einer „beruflichen Doppelbelastung“ ausgesetzten Personen) ist. Differenzen zur Teilnehmerzahl bei einzelnen Items aus dem Ergänzungsfragebogen sind durch fehlende Angaben bedingt. Aufgrund geringer Fallzahlen unterbleibt bei einzelnen Items die Unterteilung nach Pflegediensten.

3.1 Charakterisierung der Stichprobe(n)

Die folgenden Ergebnisse des Ergänzungsfragebogens sollen die Stichprobe(n) hinsichtlich ihrer soziodemografischen, beruflichen und außerberuflichen Merkmale beschreiben.

3.1.1 Soziodemografische Daten

Von der Gesamtstichprobe sind 71,8% der Beschäftigten weiblich (n = 39). Die Geschlechterverteilung in den einzelnen Pflegediensten ist sehr unterschiedlich (s. Tabelle 3-1).

Tabelle 3-1: Geschlechterverteilung in den einzelnen Pflegediensten absolut und in Prozent

Pflegedienst	weiblich	männlich
Epp (n =12)	6 (50%)	6 (50%)
WABA (n =16)	14 (87,5%)	2 (12,5%)
FBL (n =11)	8 (72,7%)	3 (27,3)

Das Durchschnittsalter (Mittelwert) aller Teilnehmer beträgt 44,45 Jahre (n = 38). Der Median liegt bei 45,0. Die Spannweite reicht von 21 bis 70 Jahren (SD 12,27). Zwei Probanden (69 und 70 Jahre) haben das gesetzliche Rentenalter von 65 Jahren überschritten. Sie sind geringfügig beschäftigt und nur zeitweise mit der Pflege der Pflegekunden betraut (meist Hilfe beim Haushalt). Ohne Berücksichtigung dieser beiden Personen liegt der Mittelwert nur geringfügig niedriger (43,17 Jahre; n = 36). Für die einzelnen Pflegedienste ergibt sich, ähnlich wie bei der Geschlechterverteilung, ein unterschiedliches Bild (s. Tabelle 3-2).

Tabelle 3-2: Altersverteilung in den einzelnen Pflegediensten

Pflegedienst	min.	max.	Mittelwert	SD ¹
Epp (n = 11)	21	62	38,64	12,03
WABA (n = 16)	21	70	44,00	12,90
FBL (n = 11)	39	69	51,27	8,56

1) Standardabweichung

Ein gutes Drittel (32,5%) der Stichprobe ist verheiratet und lebt mit dem Ehepartner zusammen. 42,5% sind ledig, fünf Personen leben mit ihrem Lebensgefährten zusammen. 17,5% sind geschieden (davon leben 2 Personen mit Partner) und 7,5% verwitwet (eine Person mit Partner) (n = 40). 62,5 % haben Kinder. Von denen haben 10 Personen ein Kind, 14 Personen 2 Kinder und eine Person hat fünf Kinder. Die Kinder sind zwischen einem und 50 Jahren alt. Von den 62,5 % haben sechs Teilnehmer ein schulpflichtiges Kind (bis 18 Jahre) und vier Teilnehmer zwei schulpflichtige Kinder. 92,0% der Teilnehmer sind deutscher Staatsangehörigkeit und 89,7% gaben deutsch als ihre Muttersprache an (n = 39).

3.1.2 Schulische und berufliche Qualifikationen

Die Angaben zur Schulbildung wurden dichotomisiert in »höhere« Schulbildung (Abitur und Fachabitur) und »niedrigere« Schulabschlüsse (Realschulabschluss und Hauptschulabschluss). Knapp ein Drittel der Befragten hat eine höhere Schulbildung (30,8%). 51,3% der Antwortenden haben einen Realschulabschluss und 17,9% einen Hauptschulabschluss (n = 39). Die verschiedenen Berufsabschlüsse sind Tabelle 3-3 zu entnehmen.

Tabelle 3-3: Berufsabschlüsse in der Gesamtstichprobe (n = 39)

Berufsabschluss	Häufigkeit	Prozent
examinierte Krankenschwester/pfleger ¹	11	28,2
examinierte AltenpflegerInnen ¹	12	30,8
Altenpflegehelfer ²	6	15,4
Fachkrankenschwester ³	1	2,6
keine	7	17,9
andere	2	5,1
Gesamt	39	100

1) mit dreijähriger Ausbildung 2) mit einjähriger Ausbildung 3) mit dreijähriger Ausbildung und spezieller Weiterbildung

Die Fachkraftquote (1 und 3) in der Gesamtstichprobe beträgt 61,5% (n = 39). Für die einzelnen Pflegedienste ergibt sich folgende Fachkraftquote: Epp = 75,0 % (n = 12), WABA = 56,3% (n = 16), FBL = 54,5% (n = 11).

3.1.3 Beschäftigungsdauer

Die Beschäftigten arbeiten durchschnittlich seit knapp 9 Jahren (8,5 Jahre; SD 5,8) in der „Hamburgischen Brücke“ (n = 38). Die Spannweite reicht von einem Monat bis zu 20 Jahren. Einen Arbeitsplatzwechsel innerhalb der „Hamburgischen Brücke“ (z.B. in Leitungsfunktionen oder einen anderen Pflegedienst hat die große Mehrheit (77,5%) nicht unternommen. 10% wechselten einmal und 12,5% mehr als einmal den Arbeitsplatz im Unternehmen (n = 40). Die Beschäftigungsdauer in der Pflege insgesamt (auch stationär und mit Ausbildung) beträgt im Mittel 13 Jahre (4 bis 26 Jahre; SD 5,4; n = 38). Die Tätigkeitsdauer in der ambulanten Pflege ohne längere Unterbrechungen liegt im Durchschnitt bei knapp 11 Jahren (sechs Monaten bis 26 Jahre; SD 6,3; n = 38).

3.1.4 Arbeitssituation

Die vertragliche wöchentliche Arbeitszeit reicht von 8 bis 40 Stunden (SD 9,0; n = 35). Zwei Drittel der Befragten (66,7 %) leisten regelmäßig Überstunden (n = 39). Im monatlichen Durchschnitt fallen dabei nach Angaben der Beschäftigten ca. 15 Mehrstunden (Mittelwert 14,65; range 0,5 bis 40; SD 9,3) an (n = 27). Für diese Mehrstunden erhalten 17,1% ausschließlich Freizeitausgleich. 42,9% lassen sich diese nur auszahlen und 40% nehmen sowohl Freizeitausgleich als auch eine Auszahlung der Stunden in Anspruch (n = 35).

Knapp die Hälfte (46,2%) arbeitet nur im Frühdienst. Eine Minderheit (15,4%) macht nur Spätdienst und 38,5% leisten Früh- und Spätdienst (n = 39). Fast alle Beschäftigten (90,0%) arbeiten an Wochenenden und Feiertagen (n = 40). Davon arbeiten 81,1% durchschnittlich an zwei Wochenenden. Jeweils 2,7% (eine Person) arbeitet ein, drei und vier Wochenenden pro Monat. 10,8% gaben an, nicht an Wochenenden zu arbeiten (n = 37).

Zu unvorhergesehenen Änderungen des Monatsdienstplans kommt es bei 23,1% seltener als einmal pro Monat. Mehr als die Hälfte (51,3%) gibt an, davon ein bis dreimal im Monat betroffen zu sein. Über eine unvorhergesehene Dienstplanänderung einmal in der Woche berichten 7,7% und über mehrmalige Änderungen pro Woche sogar 17,9% der Befragten (n = 39). Der Einfluss auf die Erstellung des Dienstplans wird von 42,5% als „wenig und sehr wenig“, von 45% als „mittel“ und von 12,5% als „groß bis sehr groß“ angegeben (n = 40).

3.1.5 Berufliche Doppelbelastungen

Ein Drittel der Befragten (33,3%) geben an, einer beruflichen Doppelbelastung ausgesetzt zu sein (n = 39). Die Frage nach dem zeitlichen Umfang der berufli-

chen Nebentätigkeit haben 10 Personen beantwortet. Sie wenden im Schnitt 16,35 Stunden pro Woche für die Nebentätigkeit auf (3 bis 40 Stunden; SD 14,3). Die zwei Personen, die vierzig Stunden angeben haben, sind nebenberuflich in der Pflege bei der „Hamburgischen Brücke“ beschäftigt und im Hauptberuf bei einem anderen Arbeitgeber angestellt. Hier ist das Verhältnis von Haupt- und Nebenbeschäftigung also umgekehrt. Ohne diese beiden Werte sieht die Verteilung wie folgt aus: Mittelwert 10,44 Stunden; 3 bis 25 Stunden; SD 8,1, n = 8. Die von den Teilnehmern bei dieser Frage als Nebentätigkeiten angegebenen Beschäftigungen sind sehr vielfältig: z.B. „Nachtwache im Pflegeheim“, „Studium“, „Kellnerin im Restaurant“, „Bürotätigkeit“, „Ausbildung zur examinierten Altenpflegerin“, sowie „Fortbildung und Pflege der [eigenen] Mutter“

3.1.6 Auswertung der Zusatzfragen

Die vier folgenden Fragen sind in Zusammenarbeit mit der AG- Arbeitsschutz der „Hamburgischen Brücke“ formuliert und in den Ergänzungsfragebogen aufgenommen worden. Dabei wurde die Gestaltung an die verwendeten Erhebungsinstrumente der BGW angepasst (z.B. Antwortkategorien). Für diese Fragen liegen keine testtheoretischen Gütekriterien und keine Auswertungsvorgaben (Grenzwerte) vor. Die Unterscheidung, ob hinsichtlich des erfragten Arbeitsaspektes eine empfundene Belastung vorliegt, ist willkürlich getroffen worden. Dabei ist die Grenze der Dichotomisierung mit der Antwortkategorie „teils, teils“ bewusst niedrig gewählt, um eventuell eher Interventionsbedarf ableiten zu können. Die ursprüngliche Antwortskala umfasste fünf Kategorien (s. Anhang C).

Durch das **Heben und Tragen** von Pflegekunden fühlen sich 74,4% der Gesamtstichprobe (n = 39) zumindest teilweise „stark belastet“. In der Sozialstation Eppendorf (Epp) scheint ein möglicher Interventionsbedarf am größten: 91,7% fühlen sich dort durch das Heben und Tragen zumindest teilweise „stark belastet“ (n = 12). Im Pflegedienst Fuhlsbüttel -Langenhorn (FBL) gilt dies für 72,7% der Befragten (n = 11) und in der Sozialstation Wandsbek-Barmbek (WABA) geben deutlich mehr als die Hälfte (62,5%; n = 12), an, sich stark belastet zu fühlen. Durch „**Gewalt oder sexuelle Belästigung (auch verbal)**“ von Seiten der Pflegekunden fühlen sich 7,9% teilweise „in ihrer Arbeit stark belastet oder beeinträchtigt“ (n = 39). In der Sozialstation Eppendorf und im Pflegedienst Fuhlsbüttel-Langenhorn gab es keine Nennungen zu dieser Frage.

Ein Drittel der Befragten (30,8%; n = 39)³¹ klagen über **fehlende Unterstützung „in schwierigen Situationen“** durch die Pflegedienstleitung. Über eine ausreichende **„fachliche Unterstützung z.B. in Notsituationen“** durch die Pflegedienstleitung berichten etwa vier Fünftel (78,9%; n = 38).

3.2 Belastungsscreening

Nach der Charakterisierung der Stichprobe werden in den folgenden Unterkapiteln die Ergebnisse des Belastungs- und Beanspruchungsscreenings der BGW vorgestellt. Dabei werden aus Gründen der Leserfreundlichkeit bereits hier Referenzwerte aufgeführt – eine ausführlichere Auseinandersetzung mit den Ergebnissen erfolgt in der anschließenden Diskussion.

3.2.1 Gesamtbelastung

Das Belastungsscreening sollte primär die Pflegedienste identifizieren, die „einen überdurchschnittlich hohen Anteil von stark belasteten Pflegekräften“ aufweisen (Sattel o.J.: 22). Die durchschnittliche Gesamtbelastung in der „Hamburgischen Brücke“ auf betrieblicher Ebene beträgt 12,60 (s. Tabelle 3-5). Der Mittelwert der 28 Pflegedienste mit 273 Mitarbeitern aus der Vorstudie zur Entwicklung der Screeninginstrumente beträgt 11,34 Punkte (range 3- 17,75) (Sattel o.J. S, 22). Mit einem „gemittelten *Summenwert von elf oder mehr Punkten* ließen sich die ambulanten Pflegedienste mit erhöhten Beanspruchungsrisiken der Pflegepersonen am besten klassifizieren“ (Sattel o.J.: 24 Hervorhebungen im Original). Zur besseren Einordnung des Ergebnisses der „Hamburgischen Brücke“ sei im Folgenden die Verteilung in den 28 Pflegediensten der Vorstudie wiedergegeben (Tabelle 3-4).

Tabelle 3-4: Durchschnittliche Gesamtbelastung in den ambulanten Pflegediensten der Vorstudie

gemittelte Gesamtbelastung	Prozent der amb. Dienste (n = ? ²)
< 8,5 (gering)	23%
8,5 – 11 ¹ (unterdurchschnittlich)	27%
11-15 ¹ (überdurchschnittlich)	27%
> 15 (hoch)	23%

Modifiziert nach (Sattel o.J.: 24) Zur Ermittlung der Grenzwerte wurden aus Gründen der Repräsentativität nur Pflegedienste mit einer Mindestteilnehmerquote von 50% berücksichtigt (das gilt auch für das Beanspruchungsscreening) (Sattel o.J.: 31f). 1) ausschließlich der genannten Ziffer 2) Die genaue Zahl wird nicht genannt – lt. Grafik in der genannten Quelle alle 28.

³¹ Diese Frage ist von Frage 13 des Belastungsscreenings abgeleitet, wobei dem Wunsch der Geschäftsführung entsprechend, auf die Formulierung „direkte menschliche“ (Unterstützung) verzichtet wurde.

Abb. 3-1 zeigt die Gesamtbelastung für die gesamte Stichprobe. Eine differenzierte Darstellung nach den einzelnen Pflegediensten ist aufgrund der geringen Fallzahl nicht sinnvoll. Zum Vergleich der einzelnen Pflegedienste siehe weiter unten.

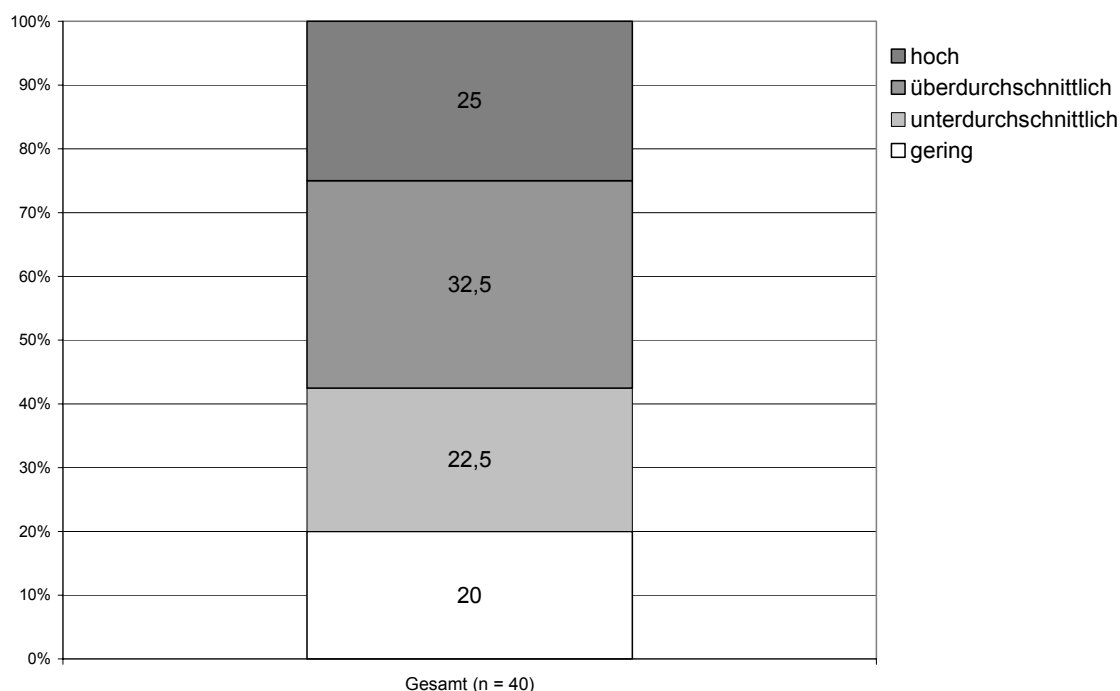


Abbildung 3-1: Belastungsthermometer (Angaben in %) Die Grenzwerte für die Belastungshöhe entsprechen denen aus Tabelle 3-4

Es zeigt sich, dass deutlich mehr als die Hälfte (57,5%) der Beschäftigten aller drei Pflegedienste überdurchschnittlich oder hoch belastet sind (in der Vorstudie trifft dies für 50% der Pflegedienste zu, siehe Tabelle 3-4). Der folgende Mittelwertvergleich zwischen den drei Pflegediensten lässt erkennen, dass hier deutliche Unterschiede bestehen. Diese sind allerdings nicht signifikant.

Tabelle 3-5: Durchschnittliche Gesamtbelastung in den einzelnen Pflegediensten der „Hamburgischen Brücke“ und insgesamt

Pflegedienst	n	Minimum	Maximum	Mittelwert	SD	KI 95%
Gesamt	40	3	22	12,60	4,94	11,02-14,18
Epp	12	10	19	14,67	3,23	12,62-16,72
WABA	17	3	22	12,24	6,11	9,09-15,38
FBL	11	3	16	10,91	3,91	8,28-13,54

Die höchste durchschnittliche Gesamtbelastung findet sich bei den Beschäftigten der Sozialstation Eppendorf (14,67). Die Sozialstation Wandsbek-Barmbek liegt etwa im Mittel der drei Einrichtungen (12,24). Die geringste Belastung ist im Pflegedienst Fuhsbüttel-Langenhorn festzustellen (10,91). Die sich überschneidenden Konfidenzintervalle (KI) zeigen allerdings, dass diese Unterschiede nicht signifikant sind.

Wie unter Kap. 2.4.1 beschrieben, kann mit dem Belastungsscreening auch die individuelle Belastung der einzelnen Mitarbeiter bestimmt werden. Hierzu ist ein cut-off-Wert von ≥ 13 Punkten empirisch ermittelt worden. In der Gesamtstichprobe liegen 57,5% der Befragten über diesem Wert ($n = 40$). Entsprechend der oben dargestellten durchschnittlichen Gesamtbelastung sind die hoch belasteten Beschäftigten sehr unterschiedlich auf die einzelnen Pflegedienste verteilt. In der Sozialstation Eppendorf sind es 75% ($n = 12$). In der Sozialstation Wandsbek-Barmbek 52,9% ($n = 17$) und im Pflegedienst Fühlsbüttel-Langenhorn mit 45,5% am wenigsten ($n = 11$). Die Unterschiede der einzelnen Pflegedienste sind in Abb. 3-2 zusammenfassend dargestellt.

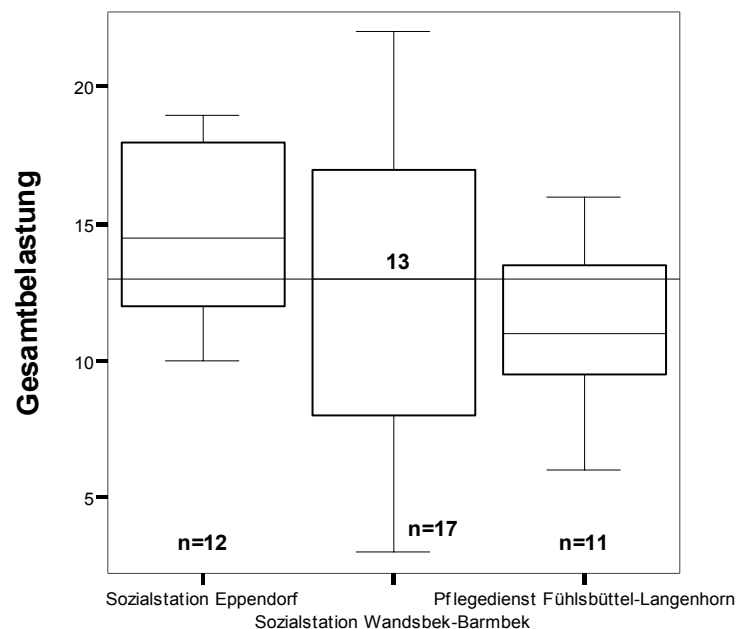


Abbildung 3-2: Gesamtbelastung nach Pflegediensten

Die waagerechten Linien der einzelnen Boxplots geben den Median an. Für die Sozialstation Wandsbek liegt er exakt auf dem individuellen Grenzwert für das Vorliegen einer kritischen Belastungshöhe (13). Die Whiskers (»Antennen«) geben den Maximal- bzw. Minimalwert und damit (die in den einzelnen Pflegediensten sehr unterschiedliche) Streuung wider, nicht die Konfidenzintervalle (s. dazu Tabelle 3-5). Die Boxen (»Kästchen«) repräsentieren jeweils 50% der Werte.

3.2.2 Belastungsprofil

Eine weitere Differenzierung der oben beschriebenen Gesamtbelastung erfolgt durch Untergliederung des Belastungsscreenings in sechs verschiedene Belastungs-

quellen. Nachfolgend werden zunächst die Belastungen für den Gesamtbetrieb und die einzelnen Pflegedienste für die jeweiligen Belastungsquellen (z.B. „quantitative Arbeitsbelastung“) dargestellt. Die Ergebnisse sind stichwortartig aufgeführt, wobei die Antworthäufigkeiten der Gesamtstichprobe in dichotomisierter Form wiedergegeben werden. D.h., dass der prozentuale Anteil der Antworten, die auf den von den Autoren des Screenings festgelegten »Belastungsbereich« fallen, angegeben wird. Beispielsweise sagen 37,5% aller Befragten, dass sie sich „häufig“ oder „sehr häufig“ (der »Belastungsbereich«) durch ungenügende Informationen über die Patienten von Seiten des Arztes belastet fühlen – hier werden also die 37,5% angegeben und nicht getrennt die einzelnen Prozente für „häufig“ und „sehr häufig“. Der genaue Wortlaut aller Fragen und die Häufigkeiten der einzelnen Antworten, sowie die Grenzen der Dichotomisierung und die teilweise sehr unterschiedlichen Ergebnisse in den einzelnen Pflegediensten sind den Tabellen in Anhang M zu entnehmen. Tabelle 3-6 zeigt die für den Gesamtbetrieb ermittelten durchschnittlichen Belastungen für diese Belastungsquellen.

Tabelle 3-6: Belastungsprofil für die einzelnen Belastungsquellen in der Gesamtstichprobe n = 40 (je Zeile)

Belastungsquellen	Referenz ¹	Mittelwert	SD ²
quantitative Arbeitsbelastung (4) ³	(1,11; 1,73; 2,44)	2,28	1,32
qualitative Arbeitsbelastung (7)	(2,77; 3,45; 4,24)	3,33	1,49
soziale Beziehungen am Arbeitsplatz (4)	(1,24; 1,62; 2,06)	2,28	1,30
Arbeitsorganisation u. Umgebungsbedingungen (3)	(1,70; 2,16; 2,69)	3,03	1,23
körperliche Belastung (2)	(0,43; 0,73; 1,09)	0,85	0,92
allgemeine berufliche und außerberufl. Situation (3)	(0,87; 1,15; 1,46)	0,83	0,93

1) Die Referenzwerte sind jeweils für „geringe“, „durchschnittliche“ und „hohe“ Belastungen festgelegt. (BGW: 30) 2) Standardabweichung, 3) Anzahl der Fragen zu diesem Aspekt

Quantitative Arbeitsbelastung (Fragen 5, 6, 19, 20)

Für die Gesamtstichprobe zeigt sich im Bereich „quantitative Arbeitsbelastung“ eine überdurchschnittliche Belastung (2,28), die nahe an die Grenze zur hohen Belastung geht (2,44). Die Mittelwerte der einzelnen Pflegedienste differieren relativ stark. Die Sozialstation Eppendorf liegt mit 2,92 deutlich über dem Referenzwert hoher Belastungen. Der Pflegedienst Fuhlsbüttel-Langenhorn ist mit 2,18 im Bereich überdurchschnittlicher Belastungen. Die Sozialstation Wandsbek-Barmbek liegt mit 1,88 ebenfalls noch über dem Durchschnittswert von 1,73. Diese Unterschiede sind nicht signifikant.

Der allgemeinen Aussage: „Ich stehe häufig unter Zeitdruck“ (Frage 5) stimmen 57,5% aller Befragten zu („eher ja“ und „ja, genau“). Ähnlich viele (50%) berichten, dass sie „zu viel Arbeit“ haben (Frage 6). Als „häufig“ oder „sehr häufig“ belastet durch „zu viele Aufgaben, die nichts mit Pflege zu tun haben (z.B. Organisation,

Dokumentation)“ fühlen sich genau die Hälfte der Befragten (Frage 19)³². Die Situation, nicht genügend Zeit für die „emotionale Unterstützung“ der „Patienten“ zu haben, empfinden 70% „häufig“ oder „sehr häufig“ belastend (Frage 20).

Die nähere Betrachtung zeigt, dass von den Befragten, die sich allgemein unter Zeitdruck sehen (Frage 5 dichotomisiert: Anhang M) 82,6% auch angeben, dass sie „häufig“ oder „sehr häufig“ zu wenig Zeit haben, um den Pflegekunden emotionale Unterstützung zu geben (Chi Quadrat nach Person: $p = 0,043$; $df = 1$). Von den unter Zeitdruck stehenden berichten 60,9% zudem darüber, dass sie zu viele Aufgaben erfüllen müssen, die nichts mit Pflege zu tun haben (dieser Zusammenhang ist nicht signifikant).

Qualitative Arbeitsbelastungen (Fragen 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22)

Die durchschnittliche Belastung aller Mitarbeiter ($n = 40$) in diesem Bereich liegt bei 3,33 und damit zwischen den Werten für „geringe“ (2,77) und „durchschnittliche“ Belastung (3,45). Lediglich der Wert für die Sozialstation Eppendorf liegt mit 3,75 über dem Wert für durchschnittliche Belastungen (WABA = 3,35 und FBL = 2,82).

Knapp die Hälfte der Befragten (45%) fühlt sich teilweise „sehr belastet“ dadurch, dass sie täglich die gleichen Patienten versorgen müssen (Frage 14). Über fehlende fachliche Unterstützung in schwierigen Situationen berichten ebenso viele Pflegende (Frage 15). Zumindest teilweise leiden 77,5% aller Befragten darunter, dass sie „nicht alle notwendigen Wünsche und Bedürfnisse der Patienten erfüllen“ können. Die häufige „Konfrontation mit Sterben und Tod“ belastet 20% der Probanden (Frage 17). Anders sieht es beim „Umgang mit depressiven oder apathischen Patienten aus“ – dadurch fühlen sich über drei Viertel (77,5%) zumindest teilweise belastet (Frage 18). Mehr als ein Viertel (27,5%) empfinden das Gefühl der Hilflosigkeit, wenn bei einem Patienten keine „Verbesserungen“ erreicht werden können (Frage 21). Ungenügende Informationen von Seiten des [behandelnden] Arztes über die „medizinische Verfassung eines Patienten“ empfinden 37,5% der Befragten als Belastung (Frage 22).

Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz (Fragen 10, 11, 12, 13)

Ein wenig positives Bild ergibt sich bei der Betrachtung dieses Aspektes sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in den einzelnen Pflegediensten. Der Gesamtwert aller Befragten ($n = 40$) liegt mit 2,28 klar über dem Grenzwert für hohe Belastungen (2,06). Ebenfalls in diesem Bereich liegen die Sozialstationen Epp (2,33) und

³² Bei den Vor-Ort-Befragungen wurde vom Verfasser auf Anraten der AG-Arbeitsschutz allerdings darauf hingewiesen, dass Dokumentation elementarer Bestandteil pflegerischer Tätigkeit ist.

WABA (2,59). Für die Beschäftigten des Pflegedienstes FBL ist aber auch eine überdurchschnittliche Belastung (1,73) auszumachen (Referenz für die durchschnittliche Belastung = 1,62).

Innerhalb dieses Fragenkomplexes zeigt sich aber auch ein positiver Aspekt: 70% der Befragten geben an, sich in schwierigen Situationen auf ihre Kollegen verlassen zu können. Für fast alle übrigen (27,5%) trifft dies „teils, teils“ zu (Frage 10).

Im Gegensatz dazu klagen 75% über fehlende Rückmeldung über die Qualität der eigenen Arbeit. Die Arbeit in einem Kollegenteam in der ambulanten Pflege vermissen 62,5% zumindest teilweise (Frage 12). Über fehlende „direkte menschliche Unterstützung“ in „schwierigen Situationen“ berichten ebenfalls 62,5% (Frage 13). Siehe hierzu auch die Zusatzfragen zur Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung (Kap.3.1.6).

Arbeitsorganisation und Umgebungsbedingungen (Fragen 3, 4, 7, 8, 9)

Der Gesamtmittelwert liegt hier mit 3,03 deutlich über dem Grenzwert für hohe Belastungen (2,69). Der Wert der Sozialstation Eppendorf befindet sich mit 3,67 noch deutlich darüber. Auch der Wert für den Pflegedienst FBL ist mit 2,91 über dem genannten Grenzwert für hohe Belastung zu verorten. Die Sozialstation WABA liegt mit 2,65 nur knapp darunter.

Die große Mehrheit der Beschäftigten (72,5%) ist mit ihrer Arbeitszeitregelung zufrieden (Frage 3). Ganz anders wird der Einfluss auf die zugeteilte Arbeit bewertet: 85% antworteten, dass sie höchstens „etwas“ Einfluss darauf ausüben können (Frage 4). Mehr als zwei Drittel (67,5%) sind der Ansicht, dass sie an ihrem Arbeitsplatz [den Wohnungen der Pflegekunden]³³ mindestens zum Teil „ungünstige Umgebungsbedingungen wie Schmutz, unangenehme Gerüche, Lärm“ vorfinden (Frage 7). Über zumindest teilweise „ungenügende“ Räume und „Raumausstattung“ am Arbeitsplatz berichten ebenso viele Pflegenden (Frage 8). Knapp mehr als die Hälfte (55,0%) stimmen teilweise der Aussage zu, dass ihnen „oft“ „Informationen, Materialien [und] Arbeitsmittel“ nicht zur Verfügung stehen (Frage 9).

Körperliche Belastungen (Fragen 23, 24)

Dieser Belastungsaspekt wurde mit den Sreeninginstrumenten vermutlich wegen einer anderen Schwerpunktsetzung nur mit zwei Fragen erfasst. Der Gesamtmittelwert von 0,85 befindet sich im Bereich zwischen durchschnittlicher (0,73) und

³³ Das als Arbeitsplatz die Wohnung der Pflegekunden angesehen wird, wurde den Beschäftigten bei den Vor-Ort-Befragungen mitgeteilt.

hoher Belastung (1,09). Auch hier sind wieder recht deutliche Unterschiede bei den drei Pflegediensten zu erkennen. Die Sozialstation Eppendorf ist mit 1,08 fast im Bereich hoher Belastung. Die Beschäftigten der Sozialstation WABA sind mit 0,82 überdurchschnittlich und die Kollegen des Pflegedienstes FBL unterdurchschnittlich (0,64) körperlich belastet.

„Eher ja“ oder „ja genau“ antworten 40% der Beschäftigten auf die Frage, ob sie sich bei ihrer Arbeit „stark belastet bzw. beeinträchtigt“ durch „Bücken“ fühlen. Das „Arbeiten in unangenehmer Körperhaltung“ belastet 45% stark. Siehe zu diesem Punkt auch die Zusatzfragen zu Heben und Tragen. Dabei ist aber besonders auf die unterschiedlichen Dichotomisierungsgrenzen zu achten.

Allgemeine berufliche und außerberufliche Situation (Fragen 1, 2, 25)

Dieser Aspekt ist der als am wenigsten benannte in der Gesamtstichprobe (n = 40) zu erkennen. Die durchschnittliche Belastung liegt mit 0,83 unter dem Grenzwert zu „geringer Belastung“ (0,87). Die Werte für die Sozialstationen Epp und WABA liegen nur sehr wenig darüber (0,92 bzw. 0,88). Für den Pflegedienst FBL liegt der Wert deutlich darunter (0,64). Über „starke“ oder „sehr starke“ generelle berufliche Belastung berichten 30% (Frage 1). Unzufrieden mit der Arbeit sind 17,5% (Frage 2). Über fehlende Entspannung in der Freizeit berichten 35% (Frage 25).

3.2.3 Risikogruppen Belastung

Von Interesse sind hier verschiedene mögliche Einflussfaktoren, innerhalb und außerhalb der Arbeitswelt, die auf die individuelle Gesamtbelastung (in dichotomisierter Form mit dem cut-off-Wert 13; s. Kap. 3.2.1) einen Einfluss haben *könnten*. Bei dem gewählten Design einer Querschnittstudie kann verständlicherweise nicht auf Kausalität geschlossen werden.

Ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Gesamtbelastung (Belastung vorhanden, d.h. der ermittelte durchschnittliche Belastungswert ist ≥ 13) ist nur für die Variable **Geschlecht** feststellbar. Männer sind signifikant häufiger belastet als Frauen (81,8% der Männer sind belastet; n = 11 vs. 46,4% der Frauen; n = 28; Chi Quadrat 4,022; p 0,045 (zweiseitig); df 1).³⁴ Allerdings sei hier angemerkt, dass sich bei dem Vergleich der Mittelwerte der Gesamtbelastung (Frauen 11,82; Männer 14,45) kein signifikanter Unterschied ergibt (t-Test). Auf Basis dieser Stichprobe (Frauen n = 28; Männer n = 11; empirische Effektgröße d = 0,53)

³⁴ Eine Zelle (25%) hat eine erwartete Häufigkeit < 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 4,79. Die standardisierten Residuen und die Abweichung von 20% erlaubter Felder mit einer kleineren erwarteten Häufigkeit als 5 sind allerdings gering, so dass „die Störung der Voraussetzungen als unwesentlich gelten“ kann (Zöfel 2005: 247).

besteht ohnehin nur eine sehr geringe Power ($1 - \beta$ err prob) von 0,31 bei einem Signifikanzniveau von 0,05³⁵. Auch die Mittelwertvergleiche aller unten genannten Teilgruppen sind nicht signifikant verschieden.

Weiterhin empfinden **Fachkräfte** (mit dreijähriger Ausbildung) häufiger eine Belastung als Beschäftigte mit nur einjähriger oder keiner pflegerischen Ausbildung. Von den 24 Fachkräften der Stichprobe fühlen sich zwei Drittel (66,7%) belastet. Bei den »nicht Fachkräften« sind es 40% (n = 15). Das **regelmäßige Leisten von Überstunden** scheint sich ebenfalls negativ auf die empfundene Belastung auszuwirken: 61,5% der Beschäftigten, die regelmäßig Überstunden leisten, sind belastet (n = 26). Im Vergleich dazu sind von denen, die nicht regelmäßig Überstunden leisten nur 46,2 % belastet (n = 13). Einer **beruflichen Doppelbelastung** ausgesetzt zu sein, hat kaum einen Effekt auf das Belastungserleben – wenn dann eher protektiv: 53,8% derer, die einer solchen Doppelbelastung ausgesetzt sind, sind belastet (n = 13), im Gegensatz zu 57,7% von denen, die keiner beruflichen Doppelbelastung ausgesetzt sind (n = 26). Der **Schulabschluss**, dichotomisiert in »höhere« (Abitur und Fachabitur) und »niedrigere« Schulbildung (übrige) hat kaum einen Einfluss auf die Gesamtbelastung: 58,3% von denen mit einem »höheren« Abschluss sind belastet (n = 12). In der anderen Gruppe sind es 55,6% (n = 27). Das **Zusammenleben mit einem Partner** scheint einen eher protektiven Effekt auf das Belastungserleben zu haben: 50% (n = 20) der mit einem Partner zusammen lebenden sind belastet im Gegensatz zu 63,2% (n = 19) der Alleinlebenden.

3.3 Beanspruchungsscreening

Entsprechend den Vorgaben der Autoren des Screenings wird die Gesamtbeanspruchung ermittelt (s. Kap. 2). Wegen der hohen Interindividuellen Variabilität des Beanspruchungsrisikos folgt anschließend auch hier der Versuch, Risikogruppen zu identifizieren. Die Mittelwerte der zur Grenzwertbildung herangezogenen ambulanten Dienste schwanken erheblich (Gesamtmittelwert 8,7; range 0,5-15,4) (Sattel o.J.: 32). Wie aus Tabelle 3-7 abzulesen ist, weisen etwa jeweils ein Drittel der in der Vorstudie untersuchten Pflegedienste eine „geringe“, „durchschnittliche“ und eine „hohe“ Gesamtbeanspruchung auf.

³⁵ Um bei diesem Signifikanzniveau und der oben genannten Effektstärke eine Power von 0,90 (90%) zu erreichen und damit die Alternativhypothese (es besteht ein systematischer Unterschied in der Gesamtbelastung zwischen Frauen und Männern) bei Vorliegen eines signifikanten Unterschieds mit großer Sicherheit annehmen zu können, müsste die Stichprobengröße 150 betragen (2 mal 75). Eigene Berechnungen mit GPower in Anlehnung an Rasch et al. 2006: 77-86.

Tabelle 3-7: Beanspruchungswerte und –folgen auf Einrichtungsebene

gemittelte Summenwerte Beanspruchungs- screening	Häufigkeit bei den untersuchten Einrich- tungen	[körperliche] Diagnosen und oder depressive Beeinträchtigungen bei Pflegekräften (%)	Niveau der Beanspru- chungsfolgen
< 8,0 [ausschließlich]	30%	25%	Gering
8,0 bis 10,5 (ausschließ- lich)	35%	48%	Im Durchschnittsbereich
10,5 und mehr	35%	56%	Überdurchschnittlich ¹

(Unverändert nach Sattel o.J.: 33) 1) Der Terminologie der BGW Veröffentlichung folgend, werden die Kategorien im Weiteren als „gering“, „durchschnittlich“ und „hoch“ bezeichnet (BWG o.J.: 36)

Die Werte für den Gesamtbetrieb der „Hamburgischen Brücke“ und die drei einzelnen Pflegedienste sind dem folgenden Unterkapitel zu entnehmen.

3.3.1 Gesamtbeanspruchung

Der Mittelwert aller Beschäftigten der „Hamburgischen Brücke“ beträgt 10,2 (s. Tabelle 3-8). Damit liegt die „Hamburgische Brücke“ insgesamt noch knapp im als Referenz Bereich durchschnittlicher Beanspruchungen (8,0 - 10,5). (BGW: 36) Die Sozialstationen Eppendorf und Wandsbek-Barmbek liegen an bzw. knapp über der Grenze zur hohen Beanspruchung (10,50 bzw. 10,59). Zum Vergleich der einzelnen Pflegedienste siehe Tabelle 3-8.

Tabelle 3-8: Durchschnittliche Beanspruchung insgesamt und nach Pflegediensten

Pflegedienste	range ¹	Mittelwert	SD ²	KI 95% ³
Gesamt (n = 40)	0-20	10,2	5,47	8,48-11,97
Epp (n = 12)	2-18	10,50	4,95	7,35-13,65
WABA (n = 17)	0-20	10,59	6,10	7,45-13,73
FBL (n = 11)	3-17	9,3	5,36	5,75-12,97

1) Spannweite 2) Standardabweichung 3) Konfidenzintervall des Mittelwertes

Wie schon die Mittelwerte vermuten lassen, zeigen die sich überschneidenden Konfidenzintervalle, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Pflegediensten bestehen. Da die Gesamtbeanspruchung aller Beschäftigten im „durchschnittlichen“ Bereich liegt, und sich zwischen den drei Pflegediensten deutlich geringere Unterschiede als bei den Belastungen ergeben, erfolgt hier in dieser Hinsicht keine weitere Differenzierung. Daher sind auch in den Tabellen in Anhang N nur die dichotomisierten Antworten der Gesamtstichprobe angegeben. Einzelne Aspekte, bei denen viele Beschäftigte eine über dem Grenzwert der Dichotomisierung liegende Beanspruchung aufweisen, werden in der Diskussion aufgegriffen.

Für die Gesamtbeanspruchung ist (wie für die Gesamtbelastung) ebenfalls ein individueller Grenzwert (cut-off-Wert) ermittelt worden. Beschäftigte, die einen Gesamtbeanspruchungswert ≥ 9 aufweisen, gelten als gefährdet für das Entstehen langfristiger negativer Gesundheitsfolgen. Dies trifft für 55,0% aller

Befragten zu ($n = 40$). Die sich zwischen den einzelnen Pflegediensten zeigenden Unterschiede sind insgesamt jedoch deutlich geringer als bei der Gesamtbelastung. Gut zwei Drittel (66,7%) der Beschäftigten der Sozialstation Eppendorf liegen bei ≥ 9 Punkten ($n = 12$). In der Sozialstation Wandsbek-Barmbek sind es 52,9% ($n = 17$) und im Pflegedienst Fühlsbüttel-Langenhorn 45,5% ($n = 11$). Diese Unterschiede sind nicht signifikant. Abbildung 3-3 gibt einen Überblick über die Verteilung der Werte.

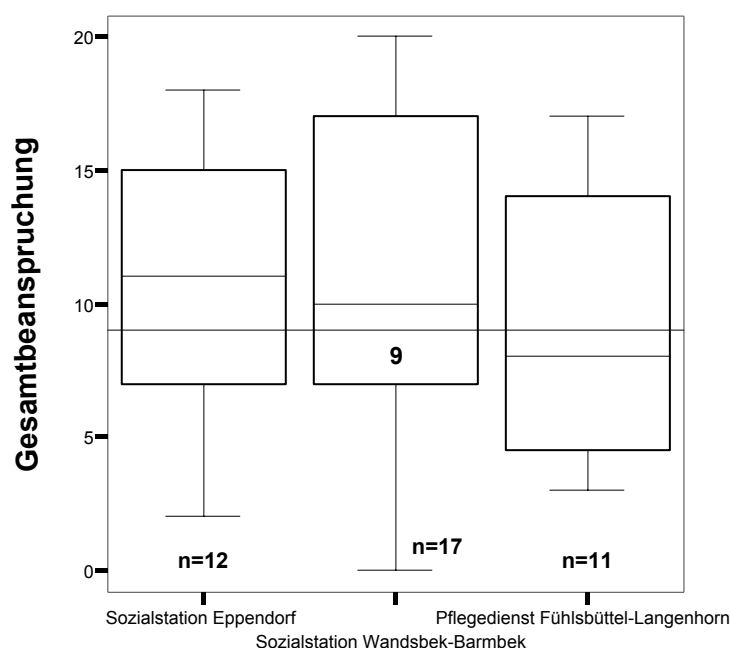


Abbildung 3-3: Gesamtbeanspruchung nach Pflegediensten (zur Erläuterung s. Abb. 3-2)

Wie bei den zur Entwicklung des Instruments herangezogenen Pflegediensten (s. Tabelle 3-7) besteht auch bei den Beschäftigten der „Hamburgischen Brücke“ eine sehr große interindividuelle Variabilität in der Gesamtbeanspruchung. Hier scheint es geboten, diejenigen zu charakterisieren, die einem hohen Beanspruchungsrisiko ausgesetzt sind. Innerhalb der Gesamtstichprobe liegen 45% der Beschäftigten oberhalb *beider* individueller cut-off-Werte.

3.3.2 Risikogruppen Beanspruchung

Wie bei der individuellen Belastung gibt es auch bei der Gesamtbeanspruchung in dichotomisierter Form einen deutlichen aber in diesem Falle nicht signifikanten Unterschied zwischen den **Geschlechtern**: Über dem kritischen Wert von 9 oder mehr Punkten liegen 72,7% der Männer ($n = 11$) im Vergleich zu 46,4% der Frauen ($n = 28$). Zwei weitere auffällige, aber ebenfalls nicht signifikante

Unterschiede, bestehen zwischen den Beschäftigten, die ohne **Partner** leben (63,2% \geq 9 Punkten; n = 19) und denen, die mit einem Partner leben (45% \geq 9 Punkten; n = 20). Von denen, die einer **beruflichen Doppelbelastung** ausgesetzt sind, liegen 46,2% \geq 9 Punkten. Bei den Beschäftigten, auf die das nicht zutrifft, sind es 57% (n = 26). Bei den übrigen unter 3.2.3 beschriebenen Variablen sind die Unterschiede sehr gering. Die Mittelwertvergleiche der beschriebenen Teilgruppen sind wie bei der Belastung ebenfalls nicht signifikant (t-Test).

3.3.3 Korrelationen

Die beiden wesentlichen Outcomeparameter Gesamtbelastung und Gesamtbeanspruchung weisen eine höchst signifikante mittlere³⁶ Korrelation auf ($r = 0,59$ (Pearson³⁷); $p < 0,001$ (zweiseitig)). Die partielle Korrelation mit Kontrolle der Variablen Lebensalter beträgt $r = 0,62$; $p = < 0,01$ (zweiseitig). Das Lebensalter korreliert sehr gering positiv mit der Gesamtbeanspruchung ($r = 0,12$) und sehr gering negativ mit der Gesamtbelastung ($r = 0,10$). Beides ist nicht signifikant. Die Beschäftigungsdauer bei der „Hamburgischen Brücke“, in der ambulanten Pflege und der Pflege insgesamt ergeben keine auffälligen Korrelationen mit der Gesamtbelastung und der Gesamtbeanspruchung.

³⁶ Referenzwerte für die Interpretation von Korrelationskoeffizienten Mittlere Korrelation $r = 0,5$ bis $0,70$ (Zöfel 2002: 120).

³⁷ Die Variablen Gesamtbelastung, Gesamtbeanspruchung und Lebensalter sind intervallskaliert und Normal verteilt (Kolmogorov-Smirnov Test $p=0,74$; $0,50$; $0,93$ \rightarrow keine signifikante Abweichung von der Normalverteilung) sie gestatten daher die Verwendung des Produkt-Moment Korrelationskoeffizienten nach Pearson (Zöfel 2002: 124).

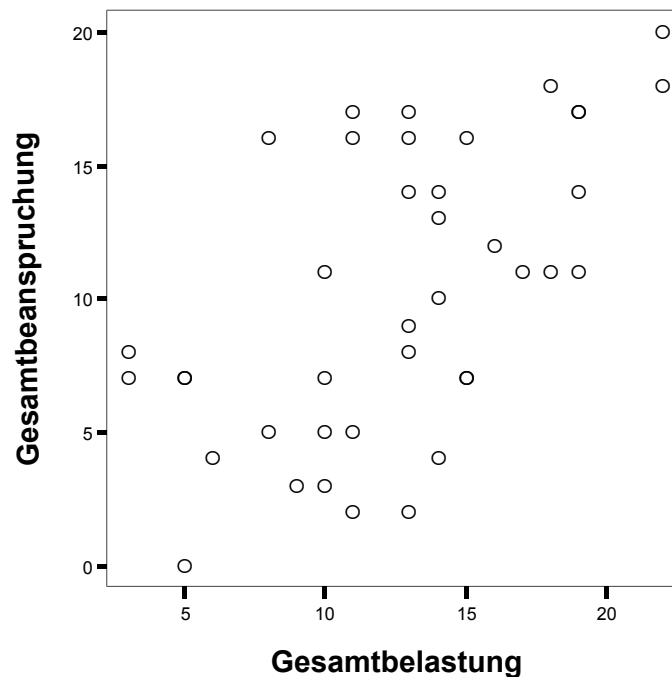


Abbildung 3-4: Korrelation Gesamtbelastung/Gesamtbeanspruchung ohne Korrektur für Lebensalter ($r = 0,59$; Pearson) $p < 0,001$ (zweiseitig)

Bei der Betrachtung derjenigen Beschäftigten, die sowohl bei der Gesamtbelastung als auch bei der Gesamtbeanspruchung über dem jeweiligen individuellen cut-off-Wert (s. Kap. 3.2.1 und 3.3.1) liegen und der Risikogruppen (s. z.B. Kap. 3.3.2) gibt es einige Auffälligkeiten, die aber alle nicht signifikant sind (Chi^2). Von denen, die über beiden cut-off-Werten liegen, leisten jeweils 70,6% **regelmäßig Überstunden**, haben einen **niedrigeren Schulabschluss** (s. Kap. 3.1.2), sind **Fachkräfte** mit dreijähriger Ausbildung (s. Kap. 3.1.2) und sind keiner beruflichen Doppelbelastung ausgesetzt (s. Kap. 3.1.5) $n =$ jeweils 18. Geringere Unterschiede gibt es zwischen **Frauen und Männern**: 58,8% der doppelt gefährdeten sind Frauen. Ebenso viele leben ohne **Partner** ($n =$ jeweils 18).

4. Diskussion

Die durchgeführte schriftliche Befragung kann hinsichtlich der relativ hohen Rücklaufquote sowohl im Gesamtbetrieb (55,6%) als auch in den einzelnen Pflegediensten (52,2% bis 60,7%) als erfolgreich angesehen werden. Besonders die vor-Ort-Befragungen trugen wesentlich zur hohen Rücklaufquote bei. Die vorliegenden Ergebnisse liefern für die geplante Gruppenmoderation zur Gefährdungsbeurteilung, die im Laufe dieses Jahres (2007) in der „Hamburgischen Brücke“ stattfinden soll, eine gute Diskussionsgrundlage. Es konnten Belastungsschwerpunkte identifiziert werden, die zum Teil direkt durch betriebliche Interventionen zu reduzieren sein dürften (z.B. im Bereich der Arbeitsorganisation).

Limitationen

Insgesamt ist die sich aus der begrenzten Stichprobengröße ergebende, sehr geringe Power der Studie zu beachten (s. Kap. 2.5). Die Identifizierung besonders belasteter und beanspruchter Teilgruppen (Risikogruppen) konnte aufgrund des geringen Stichprobenumfangs nur sehr eingeschränkt erfolgen. Fest steht auch, dass die untersuchten Risikofaktoren nicht alle in der Einflussosphäre des Betriebes liegen (z.B. das Zusammenleben mit einem Partner). Dennoch können aus den diesbezüglichen Ergebnissen Anregungen für weitere Forschungsarbeiten abgeleitet werden. Auch der Vergleich zwischen den drei Pflegediensten ist durch die sehr geringen Stichprobengrößen als eingeschränkt zu beurteilen. Aufgrund des gewählten Querschnittsdesigns können keine kausalen Schlüsse gezogen werden (ein Längsschnittsdesign kann im Rahmen einer Diplomarbeit nicht zur Anwendung kommen). Da in der Nacherfassung keine Fragebögen mehr abgegeben wurden, kann vermutet werden, dass es einen Selektionseffekt gegeben hat, der dazu führte, dass besonders hoch belastete Beschäftigte nicht an der Befragung teilnahmen und die Gesamtbelastung insgesamt höher liegt (denkbar ist natürlich auch der umgekehrte Fall).

Generell ist der im Folgenden vorgenommene Vergleich mit anderen Studien schwierig, da unterschiedliche Erhebungsinstrumente und damit auch verschieden bezeichnete und skalierte Antwortmöglichkeiten verwendet wurden. Dies gilt analog auch für die übergeordneten Belastungskategorien (z.B. quantitative Arbeitsbelastung), die unterschiedliche Faktoren beinhalten.

Ursprüngliche Fragestellungen

1. Sind die Instrumente geeignet, im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung Faktoren psychischer Belastung und Beanspruchung zu identifizieren? Sind die Instrumente für eine Evaluation nach erfolgten Maßnahmen der Arbeitsgestaltung bzw. im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses zu empfehlen?
2. In welchen Bereichen liegen die Belastungsschwerpunkte?
3. Gibt es besonders gefährdete Personengruppen (Risikogruppen)?

Zu 1) Eignung der Instrumente

Die verwendeten Screeninginstrumente (BGW) sind geeignet, im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung mit relativ geringem zeitlichem Aufwand Schwerpunkte im Bereich psychischer Belastungen und Beanspruchungen zu erfassen. Der Einsatz der Instrumente für eine mögliche Evaluation nach erfolgten Maßnahmen erscheint sinnvoll (zur Beurteilung der Screeninginstrumente siehe auch BGW 2005).

Die Fragebögen zur psychischen Belastung und Beanspruchung sind mit den Vorgaben der BGW relativ einfach auszuwerten. Für vertiefende Analysen, z.B. besonders belasteter Teilgruppen, ist neben der zusätzlichen Erhebung von z.B. demografischen Angaben auch der Einsatz eines Statistikprogramms wie SPSS notwendig. Sollte eine derartig erweiterte Befragung innerhalb eines Betriebes durchgeführt werden, wäre die Anonymität eventuell nicht mehr gewährleistet, was viele Beschäftigte von der Teilnahme abhalten könnte. Für diesen Fall ist der Einsatz einer externen Person anzuraten. Für den simultanen Einsatz der Screeninginstrumente spricht neben organisatorischen Gründen vor allem die signifikante Korrelation zwischen der psychischen Belastung und Beanspruchung, die zeigt, dass Beschäftigte mit hohen Belastungswerten *gleichzeitig* auch hohe Beanspruchungswerte aufweisen und damit einem besonderen Risiko für die Entstehung von Erkrankungen ausgesetzt sind (s. Kap. 3.3.3).

Trotz der generellen Eignung zur Erfassung der psychischen Belastung und Beanspruchung sind einige Erweiterungen der Instrumente (Fragen) wünschenswert, da bestimmte typische Belastungen und Gefährdungen in der ambulanten Pflege mit ihnen nicht erfasst werden können. Als Beispiel sei hier die Fahrtätigkeit, die einen relativ großen Anteil an der täglichen Arbeitszeit ausmacht, genannt. Hier können psychische Belastungen insbesondere durch Regulationsbehinderungen (z.B. Berufsverkehr, Parkplatzmangel) sowie aus der Arbeitsorganisation (z.B. Tourenplanung) entstehen. Zur Belastung bzw. Gefährdungen durch die Fahrtätigkeit siehe beispielsweise Gregersen et al. 2002: 15f sowie Grabbe et al. 2006: 51-53. Weitere nicht erfasste Aspekte wären z.B. die unbefriedigende

Pausenregelung³⁸, bzw. die fehlende Möglichkeit, die vorgesehenen Pausen einhalten zu können, sowie der Leistungsdruck, unter dem die Beschäftigten stehen. Diese beiden Aspekte werden nach „Zeitdruck“ als die häufigsten Belastungen genannt (Grabbe et al. 2006: 41-43). Rudolf et al. (o.J.) heben als die (neben Zeitdruck) mit am häufigsten genannte Belastung die „mangelnde gesellschaftliche Anerkennung“ hervor (ebd.: 17). Erfasst werden sollten natürlich primär diejenigen Belastungsfaktoren, die einer betrieblichen Intervention zugänglich sind. Dies ist im Falle der gesellschaftlichen Anerkennung nahezu ausgeschlossen, sollte aber für ein Gesamtbild der Belastungen mit bedacht werden. Wünschenswert wäre auch die Präzisierung einiger Fragen (s. unten).

Als nicht, oder nur bedingt erfasste übergeordnete Bereiche, die zwar nicht speziell für die ambulante Pflege gelten aber für die Entstehung von psychischen Belastungen bzw. Stress von grundlegender Bedeutung sind, können auch die Konzepte „Aufgabenvielfalt“ (Grabbe et al. 2006: 45f) und der Handlungs- und Entscheidungsspielraum (s. Anhang H und J) angesehen werden.

Zu 2) Belastungsschwerpunkte (Belastungsprofil)

Gefährdungen ergeben sich bei den Beschäftigten der „Hamburgischen Brücke“ hauptsächlich aus dem Bereich psychischer Belastungen (Belastungsscreening). Es besteht also eher die Gefahr kurzfristiger (unmittelbarer) gesundheitlicher Auswirkungen (z.B. „Störungen der Befindlichkeit“). Das mit dem Beanspruchungsscreening ermittelte Risiko langfristiger gesundheitlicher Auswirkungen (z.B. „chronischer Erkrankungen“) ist demgegenüber geringer einzuschätzen. Nichts desto trotz kann an der bereits erwähnten signifikanten positiven Korrelation von Belastungs- und Beanspruchungsscreening abgelesen werden, dass für einige Beschäftigte beide Risiken gleichzeitig bestehen (s. Kap. 3.3.3). Dies zeigt sich auch daran, dass fast die Hälfte aller Beschäftigten (45%) über beiden individuellen cut-off-Werten liegt, d.h. sie sind sowohl durch kurz- *und* langfristige negative gesundheitliche Auswirkungen gefährdet.

Mit dem Belastungsscreening konnten die Beschäftigten der „Hamburgischen Brücke“ insgesamt als überdurchschnittlich psychisch belastet identifiziert

³⁸ Bei den Pausen stellen sich zusätzlich noch die Fragen, wo diese überhaupt verbracht werden können (im Büro? beim Bäcker? ...?) und wie viel Fahrzeit, die dann letztlich als Erholungszeit fehlt, dafür noch aufgewendet werden muss. Pausen können hingegen auch ein Problem darstellen, wenn sie zu lang sind (z.B. 1,5 Stunden zwischen zwei Einsätzen, die nicht als Arbeitszeit gelten).

werden³⁹. Eine differenziertere Betrachtung der drei einzelnen Pflegedienste ermöglichte das Erkennen des am höchsten belasteten Pflegedienstes (Sozialstation Eppendorf). Der Interventionsbedarf ist hier offenkundig am größten. Das erlaubt den gezielteren Einsatz der knappen personellen und monetären Ressourcen, die für Arbeitsgestaltungsmaßnahmen zur Verfügung stehen. Weiter konnten mit dem Belastungsprofil diejenigen Arbeitsmerkmale herausgearbeitet werden, in denen die Belastungen besonders hoch sind (siehe weiter unten und Kap. 3.2.2). Als Belastungsschwerpunkte konnten mit dem Belastungsprofil vor allem die Bereiche „quantitative Arbeitsbelastung“, „soziale Beziehungen am Arbeitsplatz“ und „Arbeitsorganisation und Umgebungsbedingungen“ identifiziert werden. Hier liegen die Belastungswerte aller drei Pflegedienste mindestens im Bereich überdurchschnittlicher Belastungen. Im Folgenden werden vor allem die Aspekte des Belastungsscreenings diskutiert. Auf einzelne Fragen des Beanspruchungsscreenings erfolgen punktuelle Verweise.

Quantitative Arbeitsbelastung

Der in anderen Studien häufig als wichtige oder wichtigste Belastungsquelle genannte Zeitdruck ist auch in dieser Untersuchung von mehr als der Hälfte der Beschäftigten benannt worden: 57% der Befragten stimmten der Aussage: „Ich stehe häufig unter Zeitdruck“, zu („eher ja“ oder „ja genau“ – Frage 5). Dem „DAK-BGW Gesundheitsreport ambulante Pflege“ zufolge gaben 66,8% der dort Befragten an, „oft“ oder „sehr oft“ unter Zeitdruck zu stehen (Grabbe et al. 2006: 42). Bei einer schriftlichen Befragung unter Berliner Pflegediensten nannten sogar 88% der „Respondenten“ Zeitdruck als Belastungsfaktor (Barthelme et al. 1999: 237). Dieser Belastungsfaktor ist also im Vergleich der vorliegenden Studie zu anderen Untersuchungen nicht ganz so ausgeprägt.

Wichtiger als das quantitative Ausmaß scheint aber die Frage nach den Gründen für den Zeitmangel zu sein. Die Ergebnisse geben Hinweise auf eher organisatorische Gründe (Organisation, Dokumentation), wobei genau die Hälfte der Befragten der Ansicht ist, dass in diesem Zusammenhang zu viel Tätigkeiten ausgeübt werden, die nicht in den primären Aufgabenbereich der Pflege gehören (s. Kap. 3.2.2). Zu diskutieren ist hier aber auch die Rolle, die der eigene Anspruch an die Arbeit für das Empfinden von Zeitdruck spielt, z.B. den Pflegekunden „emotionale Unterstützung“ geben wollen (siehe Kap 3.2.2). Auffällig ist in diesem Zusammenhang auch der hohe Anteil (77,5%) von Befragten, die einerseits durch Zeitdruck belastet sind und die gleichzeitig angaben, sich zumindest

³⁹ Streng betrachtet liegt ein Pflegedienst knapp unterhalb des Referenzwertes für „überdurchschnittliche Belastung“ (10,91 – Referenzwert 11-15).

teilweise dadurch belastet zu fühlen, dass sie „nicht alle notwendigen Wünsche und Bedürfnisse der Patienten erfüllen können“ (s. Kap 3.2.2 Qualitative Arbeitsbelastung).

Zur genaueren Analyse der tatsächlichen Ursachen quantitativer Arbeitsbelastung sind also verschiedenste Faktoren zu diskutieren bzw. vertiefend zu erfassen (etwa durch *Messung* der Wegezeiten). Beispiele aus der Praxis sind etwa die Diskrepanz zwischen vorgegebenen Wege- und Einsatzzeiten, die unterschiedlichen Ansprüche an die Versorgung von Pflegekunden und Pflegekräften – welche Aufgaben sollen erfüllt werden, welche Leistungen werden erbracht und abgerechnet? Aber auch der »Eigenanteil« der Pflegenden an der Zeitnot darf nicht außer Acht gelassen werden: Kennen alle die kürzesten Wege zu den Pflegekunden? Wie ist die Tour zusammengestellt⁴⁰, wie organisiere ich meine Arbeit, welche Aufgaben sind wann wichtig, was muss wirklich dokumentiert werden? etc. Diese Aspekte könnten beispielsweise in Teamsitzungen und Fall- (Patienten)-besprechungen angesprochen und in Schulungen vermittelt werden.

Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz

Der Einfluss sozialer Unterstützung auf psychische Belastungen wird dahingehend beschrieben, dass vorhandene soziale Unterstützung zur Reduzierung psychischer Belastungen beiträgt (s. Anhang J). Vorhandene soziale Unterstützung ist demnach eine Ressource zur Verminderung psychischer Belastungen. Ihr Fehlen kann somit zumindest als Moderatorvariable bei der Entstehung bzw. Erhöhung psychischer Belastungen angesehen werden. Zudem hat die „Qualität“ der sozialen Unterstützung „entscheidenden Einfluss auf die Arbeits- und Berufszufriedenheit“ (Grabbe et al. 2006: 46).

Als positiver Aspekt und damit als Ressource dieses Bereiches ist sowohl die von einer deutlichen Mehrheit (70%) genannte vorhandene Unterstützung „in schwierigen Situationen“ durch die Kollegen (Frage 10) als auch die „fachliche Unterstützung“ in solchen Situationen (z.B. „Notsituationen“) durch die Pflegedienstleitung (78,9%) anzusehen (Zusatzfrage). Über fehlende Unterstützung „in schwierigen Situationen durch die Pflegedienstleitung berichten 30,8% (s. Kap. 3.2.2 bzw. 3.1.6).

⁴⁰ In diesem Zusammenhang sei neben ökonomischen (Zeit- und Kostenersparnis) auch auf ökologische Aspekte und damit auf die gesamtgesellschaftliche Verantwortung verwiesen (Klimawandel, Luftschadstoffe etc.). Dies auch im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamt [betriebs-] Politik im Sinne der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung

Verbesserungspotenzial besteht vor allem im Bereich der Rückmeldung über die Qualität der geleisteten Arbeit sowohl von Kollegen als auch von Vorgesetzten. Dieser Meinung sind genau zwei Drittel der Befragten (Frage 11). Einem als ungültig gewerteten Fragebogen⁴¹ ist der Hinweis zu verdanken, dass Kritik häufig geäußert und mit Lob gespart wird. Weiterhin nennen jeweils 62,5% als Belastungsfaktoren die „fehlende Arbeit in einem Kollegenteam“ (Frage 12) und die fehlende „direkte menschliche Unterstützung“ durch die Kollegen in „schwierigen Situationen“ (Frage 13). Hier stellt sich zum einen die Frage, was mit „direkter menschlicher Unterstützung“ von den Autoren des Screenings gemeint ist und wie die Beschäftigten diese Frage interpretiert haben (Ambiguität, s. Kap. 2.2). Außerdem findet die Arbeit in der ambulanten Pflege sehr wohl in einem Kollegenteam statt – was auch gar nicht anders sein kann. Deshalb ist hinter dieser Frage eher zu vermuten, dass sie in Richtung der typischen Eigenschaft des »alleine Arbeitens« in den Wohnungen der Pflegekunden, die die ambulante Pflege maßgeblich kennzeichnet, geht. Dem „DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 ambulante Pflege“ zufolge gaben allerdings nur ca. ein Viertel der dort befragten Pflegekräfte an, „sich oft als Einzelkämpfer zu fühlen“ und sich „eindeutig mehr Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen zu wünschen“. Zudem schätzen 90% gerade die Möglichkeit zum selbständigen Arbeiten [alleine Arbeiten] in der ambulanten Pflege (Grabbe et al. 2006: 47).

Da die Belastungen in diesem Bereich trotz der eingangs genannten positiven Äußerungen eher als hoch angesehen werden können, und sich zudem deutliche Unterschiede in den einzelnen Pflegediensten ergeben (s. Kap. 3.2.2), kann eine vertiefende Erörterung in den folgenden Gruppenmoderationen in diesem Bereich angeraten werden. Besonders beachtet werden muss dabei natürlich die persönliche Betroffenheit einiger Mitarbeiter und Vorgesetzter. Daher ist zu überlegen, ob nicht eine speziell ausgebildete Supervisorin diese Aufgabe übernimmt. Letzteres ist auch zu überlegen, wenn es darum geht, „sexueller Gewalt“ (s. Kap. 3.1.6), der sich einige Beschäftigte von Seiten der Pflegekunden ausgesetzt fühlen, adäquat zu begegnen, d.h. sich dieser entschieden entgegen zu stellen. In diesem Punkt ist auch die Unterstützung der Kollegen und vor allem der Leitungskräfte von entscheidender Bedeutung.

Arbeitsorganisation und Umgebungsbedingungen

Die Frage nach der Zufriedenheit mit der Arbeitszeitregelung (Frage 3) lässt Raum für Interpretationen: Was genau ist damit gemeint? Die vertraglich vereinbarten

⁴¹ Der Fragebogen enthielt zum Teil mehrere Kreuze bei einer Frage und war mit Kommentaren versehen.

Stunden pro Monat? Die geleisteten Stunden pro Tag? Das Leisten von Früh- und/oder Spätdienst nach Wunsch? So, wie die Frage gestellt ist, berichten fast zwei Drittel (72,5%), dass sich mit ihrer „Arbeitszeitregelung“ zufrieden sind (s. Kap. 3.2.2). Zur Arbeitszeitregelung in der „Hamburgischen Brücke“ siehe auch Kap. 3.1.4. Die Fragen nach dem Einfluss darauf, welche Arbeit zugeteilt wird, schätzen 85% als eher gering ein (s. Kap. 3.2.2).

Die Fragen 7 bis 9 berühren den Gesichtspunkt der Regulationsbehinderungen (s. Anhang H) und bieten gute Ansatzpunkte für korrektive Arbeitsgestaltung (s. Kap. 5), wobei sich einige Faktoren, wie zum Beispiel „unangenehme Gerüche“, nicht gänzlich vermeiden lassen. „Lärm“ als Belastungsgröße in der ambulanten Pflege (Frage 7) kommt in den Wohnungen der Pflegekunden wohl eher selten vor (den laut gestellten Fernseher schwerhöriger Pflegekunden kann man für die Zeit des Einsatzes auch leise stellen). Interessant ist diesbezüglich eher, wie hoch die Lärmbelastung durch den Straßenverkehr während der Wegezeiten pro Arbeitstag ist. Bei den beschriebenen „ungünstigen Arbeitsbedingungen“ kritisierten mehr als zwei Drittel (67,5%) der Befragten die dadurch entstehende Belastung. Über „ungünstige Räume und Raumausstattung“ klagen ebenso viele Probanden (Frage 8). Immerhin noch mehr als die Hälfte der Befragten (55%) gaben an, dass „oft“ zu wenig „Informationen, Materialien und Arbeitsmittel“ zur Verfügung stehen (Frage 9).

Der Einfluss auf die zugeteilte Arbeit, die Arbeitszeitregelung und das bereitstellen von Informationen, Materialien etc. dürfte eher mit weniger Aufwand zu verbessern sein, als die Verhältnisse in den Wohnungen der Pflegekunden. Dennoch sei hier ausdrücklich gesagt, dass diese nicht unveränderbar sind – auch wenn natürlich der Pflegekunde das letzte Wort hat und der Vermieter mit einbezogen werden muss. Oft sind aber wenig oder keine Informationen darüber vorhanden, dass z.B. die Pflegeversicherung finanzielle Mittel, etwa für den Umbau eines Badeszimmers, zur Verfügung stellt. Es können pro Maßnahme bis zu 2557 € bewilligt werden (§ 40 Abs. 4 SGB XI). Beratend tätig sind hier verschiedene (von den Pflegekassen unabhängige und meist kostenlose) Einrichtungen, für Hamburg etwa „Barrierefrei leben e.V.“

Der durch Regulationsbehinderungen bzw. Regulationshindernisse entstehende Zusatzaufwand kann im Einzelfall relativ hoch sein und zu riskantem Handeln verleiten, um die Arbeit in der vorgegebenen Zeit noch bewerkstelligen zu können. Hier sind also auch Verbindungen zum Aspekt des Zeitdrucks evident (zum Zusatzaufwand siehe auch Anhang H). Neben diesen am häufigsten genannten Belastungsschwerpunkten sind auch in den anderen ermittelten Bereichen teilwei-

se viele Beschäftigte von einzelnen Belastungsfaktoren betroffen. Dies gilt vor allem für die Bereiche „Qualitative Arbeitsbelastung“ und „körperliche Belastung“.

Qualitative Arbeitsbelastungen

Die häufige „Konfrontation mit Sterben und Tod“ wird nur von einem Fünftel (20%) als belastend angegeben (s. Kap. 3.2.2). Dieser Belastungsfaktor wird von den Probanden anderer Studien als der viert Wichtigste angesehen – nach „hohem Zeitdruck, mangelnder gesellschaftlicher Anerkennung [und] Aussichtslosigkeit auf Besserung bei den Patienten“ (Gregersen et al. 2002: 8). Obwohl die zitierte Quelle keine Prozentangaben der Nennungen macht, scheinen die Beschäftigten der „Hamburgischen Brücke“ im Vergleich zu anderen geringer durch diesen Aspekt belastet zu sein.

Problematischer ist hingegen der Umgang mit „depressiven und apathischen Patienten“, durch den sich mehr als zwei Drittel (77,5%) zumindest teilweise belastet fühlen. Die Frage ist hier allerdings, ob die Adjektive „depressiv“ und „apathisch“ im klinischen Sinn verstanden wurden oder werden sollten. Zu vermuten ist, dass die Befragten hierunter auch den Umstand fehlender Mitarbeit der Pflegekunden verstanden haben, bzw. dass beide (Pflegekunde und Pflegekraft) unterschiedliche (Pflege-) Ziele verfolgen und sich daraus Konflikte und Belastungen ergeben könnten. Eventuell entsteht durch die von den Autoren des Screenings gewählte Dichotomisierungsgrenze („teils, teils“; s. Anhang M) auch ein verzerrtes Bild. 42,5% der Teilnehmenden beantworteten die Frage mit „teils, teils“, 25% mit „eher ja“ und nur 10% mit „ja genau“. Zu überlegen wäre hier eventuell, ob nicht einige Pflegekunden zu identifizieren sind, die als »schwierig« gelten, und ob die Beschäftigten, die mit diesen konfrontiert werden, nicht speziell geschult und/oder durch eine Fallsupervision entlastet werden könnten.

Körperliche Belastungen

Dieser Aspekt berührt einen Bereich, der nicht zu den psychischen Belastungen gehört, gleichwohl aber eine bedeutsame Belastungsquelle für die Beschäftigten in der ambulanten Pflege darstellt. Hinzu kommt, dass in der ambulanten Pflege für Tätigkeiten wie der Mobilisierung und Lagerung schwergewichtiger Pflegekunden im Gegensatz zu der Arbeit in stationären Einrichtungen meistens keine Kollegen zur Unterstützung vor Ort sind. Durch Arbeit in „unangenehmer Körperhaltung“ und durch „Bücken“ fühlen sich der Studie „Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten“ zufolge 83% bzw. 76% zumindest teilweise belastet (Gregersen 2005: 192). In der vorliegenden Erhebung waren es mit 45% bzw. 40% deutlich weniger. Die zum Thema „körperliche Belastung“ gestellten Fragen auf dem Ergänzungsfragebogen ergeben, dass sich durch das Heben und Tragen von

Pflegekunden 74,4% der Gesamtstichprobe zumindest teilweise „stark belastet“ fühlen. Zu beachten sind hier aber unbedingt die unterschiedlichen Dichotomisierungsgrenzen bei den Screeninginstrumenten und dem Ergänzungsfragebogen (s. Kap. 3.1.6 und 3.2.2). Das Beanspruchungsscreening zeigt, dass 35% der Befragten „etwa 3 mal die Woche“ oder „fast täglich.“ über Kreuzschmerzen klagen (Frage 14). An dieser Stelle soll auf die Möglichkeit von Schulungen zum rücken-schonenden Arbeiten (z.B. Umsetzen vom Bett in den Rollstuhl) durch Kinästhetik oder Bobath-Handlings verwiesen werden. Zumal davon auszugehen ist, dass nicht alle Pflegekräfte diese Techniken in ihrer Ausbildung im erforderlichen Umfang gelernt haben: Von den 14 Personen, die häufig über Kreuzschmerzen klagen, sind 64,3% Fachkräfte mit 3-jähriger Ausbildung und 35,7% sind ohne diese Qualifikation - dieser Unterschied ist nicht signifikant (s. Kap. 3.1.2). Abgesehen davon sollte grundsätzlich allen in der Pflege arbeitenden Personen die Teilnahme an diesbezüglichen Präventionsmaßnahmen bzw. (Nach-) Schulungen ermöglicht werden.

Allgemeine berufliche und außerberufliche Situation

Sehr positiv fällt die Beurteilung im Bereich „Allgemeine berufliche und außerberufliche Situation“ aus. Es zeigt sich, dass 82,5% der Befragten mit ihrer Arbeit im Allgemeinen „eher ja“, „überwiegend“ oder „sehr“ zufrieden sind (Frage 2). Diese Beurteilung der Arbeit in der ambulanten Pflege kommt auch in anderen Studien zum Ausdruck (im Gegensatz zur stationären Pflege). Dennoch ist sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Krankenpflege „die Tendenz, den Pflegeberuf aufzugeben (...) stark ausgeprägt“. Diskutiert werden als mögliche Ursachen die „konkreten“ [schlechten] Rahmenbedingungen und das geringe „Ansehen des Pflegeberufes“ (Grabbe et al.: 18). Immerhin gibt fast die Hälfte der Befragten (47,5%) im Beanspruchungsscreening an, „oft entmutigt zu sein“ und darüber nachzudenken, ob sie „den Job aufgeben“ sollen (Frage 11). Eine nicht unwesentliche Rolle dürfte dabei aber auch die relative geringe Vergütung spielen. Die empfundene Gratifikation hat auch Auswirkungen auf die Belastungs- und Beanspruchungssituation der Betroffenen (siehe hierzu das Modell beruflicher Gratifikationskrisen in Anhang K). Für eine hohe allgemeine Zufriedenheit mit der Tätigkeit und oder dem Arbeitgeber spricht die lange durchschnittliche Beschäftigungsdauer von knapp neun Jahren in der „Hamburgischen Brücke“ (s. Kap. 3.1.3).

Der größte Teil der Befragten (65%) kann sich „weitgehend“ oder „voll und ganz“ in der Freizeit entspannen. Zur aktiven Freizeitgestaltung als positivem Aspekt von Gesundheit s. Anhang J. Trotzdem zeigte sich im Beanspruchungsscreening, dass es 70% bzw. 75% der Beschäftigten schwer fällt, „nach der Arbeit abzuschalten“ bzw. dass sie auch zu Hause „an Schwierigkeiten bei der Arbeit

denken“. Im Urlaub müssen immerhin noch 47,5% an „Probleme bei der Arbeit“ denken (Frage 1 bis 3). Auch geben 37,5% an, „etwa dreimal die Woche“ oder „fast täglich“ „Schwierigkeiten mit dem Durchschlafen zu haben“ (Frage 16). Ob dies an berufsbedingten, zum Beispiel mit dem Schichtdienst verbundenen Belastungen, oder an außerberuflichen Umständen liegt, bleibt bei dieser Untersuchung offen.

Zu 3) Risikogruppen

In den wenigen verfügbaren Veröffentlichungen zu psychischen Belastungen (und Beanspruchungen) in der ambulanten Pflege wird nicht nach Geschlecht, Alter, beruflicher Qualifikation oder ähnlichen möglichen Determinanten differenziert, auch wenn diese in den entsprechenden Untersuchungen zum Teil erhoben wurden und sich deutliche Unterschiede z.B. zwischen Altenpflegern und Altenpflegehelfern in der Beanspruchungssituation, bzw. im Krankheitsgeschehen, zeigen (s. Kap. 1.4.1).

Auf Basis der vorliegenden Stichprobe ergibt sich ein signifikanter Unterschied zwischen **Frauen und Männern**. Es zeigt sich, dass mehr Männer über dem kritischen Grenzwert für psychische Belastungen (cut-off Wert 13) liegen als Frauen. Der Mittelwertvergleich ist allerdings nicht signifikant (s. Kap. 3.2.3). Auch bei der individuellen Gesamtbeanspruchung (cut-off Wert 9) liegen die Männer vor den Frauen (72,7% vs. 46,5%), dieser Unterschied ist ebenfalls nicht signifikant (s. Kap. 3.3.2). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen somit in dieselbe Richtung wie bereits vorliegende Daten der DAK, die gezeigt haben, dass Männer in der ambulanten Pflege häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen sind (s. Kap. 1.4.2). Hier erscheinen weitere Studien, die sich mit dem Geschlechterunterschied in dieser Hinsicht befassen, angebracht.

Bei den im Folgenden diskutierten Faktoren bestehen ebenfalls keine signifikanten Unterschiede. Daher sind die gemachten Anmerkungen mit aller Vorsicht zu betrachten.

Auffällig ist, dass **Fachkräfte** mit mindestens dreijähriger Ausbildung (Krankenschwestern, Altenpflegerinnen und Fachpflegekräfte) häufiger psychisch belastet sind als Altenpflegehelfer und Beschäftigte ohne pflegerische Ausbildung (s. Kap. 3.2.3). Hier können als Ursachen ein anderes Aufgabenspektrum und/oder eine höhere Verantwortung für die pflegerisch/medizinische Situation der Pflegekunden vermutet werden. Eine Betrachtung, die sich auf die Gruppe der »Helfer« beschränkt, ist wegen der geringen Stärke (n = 6) nicht sinnvoll. Dass eher weniger Beschäftigte, die einer **beruflichen Doppelbelastung** ausgesetzt sind, über dem individuellen Belastungsgrenzwert von 13 liegen, als Mitarbeiter, die einer solchen

zusätzlichen Belastung nicht ausgesetzt sind, ist auch eher unerwartet (s. Kap. 3.2.3). Bei den zuletzt genannten ist auch der Anteil der überdurchschnittlich Beanspruchten höher (s. Kap. 3.3.2).

Zu den eher erwarteten Unterschieden zählen die häufigeren Belastungen über dem Grenzwert bei Beschäftigten, die angeben, **regelmäßig Überstunden** zu leisten und der geringere Anteil von »Belasteten« bei den Beschäftigten, die mit einem **Partner** zusammenleben (s. Kap. 3.2.3). Auch ist der Anteil an Personen, die mit einem Partner leben, bei den über dem Grenzwert der Gesamtbeanspruchung liegenden, geringer (s. Kap. 3.3.2). Das zeigt eventuell den positiven Effekt auf das Belastungs- und Beanspruchungserleben, den soziale Unterstützung auch aus dem privaten Lebensumfeld hat. Hinsichtlich der **Schulbildung** ergibt sich in der Auswertung kaum ein Unterschied (s. Kap. 3.2.3). Das **Lebensalter** der Beschäftigten scheint für die Höhe der Gesamtbelastung und Beanspruchung so gut wie keine Rolle zu spielen. Auf die Höhe der psychischen Belastung könnte es sogar einen sehr geringen möglichen protektiven Effekt haben – für die Gesamtbeanspruchung ist es umgekehrt (s. Kap. 3.3.3).

Empfehlungen für weitere Forschung

1. Längsschnittstudien zur Erfassung der Entwicklung von psychischen Belastungen und ihren Auswirkungen in der ambulanten Pflege unter besonderer Berücksichtigung des Genderaspektes.
2. Identifikation von Risikogruppen unter besonderer Beachtung des Genderaspekts und der Alten- und Krankenpflegehelfer, sowie des Tätigkeitsprofils.

Nachdem die Ergebnisse der vorliegenden Studie erörtert und einige Empfehlungen für die weitere Forschung gegeben wurden, wird abschließend noch ein Modell zur Entstehung negativer Gesundheitsfolgen in der ambulanten Pflege zur Diskussion gestellt.

Erweitertes Modell zur Entstehung negativer Gesundheitsfolgen

Dieses Modell orientiert sich vor allem an dem von Sattel (o.J.) beschrieben (s. Kap. 2). Zusätzlich greift es verschiedene andere Konzepte auf und versucht so, ein umfassenderes Verständnis für die Entstehung kurz- und langfristiger negativer Gesundheitsfolgen in der ambulanten Pflege zu geben. In diesem Modell sind sowohl die diskutierten Ergebnisse der Studie, als auch Erfahrungen aus der Praxis berücksichtigt. Es erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

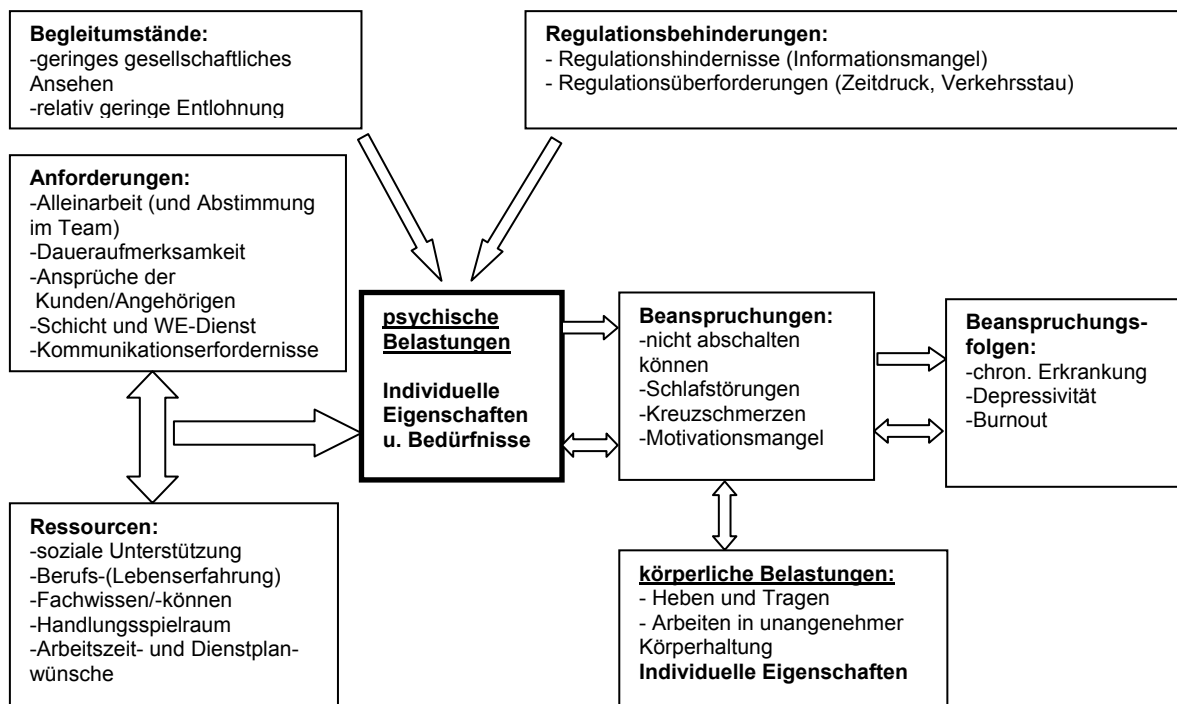


Abbildung 4-1: Erweitertes Modell zur Entstehung negativer Gesundheitsfolgen in der ambulanten Pflege. Modifiziert nach Sattel (o.J.: 11), Büssing et al. (2005: 51) und Rohmert (1984: 195-200) WE = Wochenenddienst

Das Modell unterscheidet klar zwischen psychischen und körperlichen Belastungen; wobei Belastungen hier negativ zu verstehen sind und nicht als neutrale äußere Einflussgrößen und -faktoren wie etwa im Belastungs- Beanspruchungskonzept (s. Anhang E und Kap. 1.2). Dennoch sind diesem Konzept von Rohmert (1984) einige Elemente entnommen: Zum einen ist die erlebte Belastungshöhe von den individuellen Eigenschaften und Bedürfnissen abhängig und zum anderen bestehen Rückkoppelungen von den Beanspruchungen und den Beanspruchungsfolgen auf eben diese (als Doppelpfeile angedeutet).

Psychische Belastungen entstehen einerseits, wie bei Sattel (o.J.) beschrieben, aus der Diskrepanz zwischen berufstypischen Anforderungen (nicht als Anforderungen im Sinne des Anforderungs-/Belastungskonzepts zu verstehen s. Anhang H) und den Ressourcen, die den Beschäftigten zu deren Bewältigung zur Verfügung stehen. Dabei können die Belastungen verschiedenen Quellen (Belastungsquellen) zugeordnet werden, die im Belastungsprofil erfasst wurden (s. Kap. 3.2.2). Eine weitere wesentliche Ursache psychischer Belastungen liegt in den Regulationsbehinderungen, die sich in Regulationshindernisse und Regulationsüberforderungen unterteilen lassen (Büssing et al. 2005: 51; siehe auch Anhang H).

Die weiteren, von Büssing et al. (2005) in ihrem Modell zur „Systematik psychischer Arbeitsbelastungen“ in der ambulanten Pflege genannten Faktoren, wie etwa

„organisationale und soziale Stressoren“, finden sich zum Teil in den Belastungsquellen bzw. in der Diskrepanz zwischen Anforderungen und Ressourcen wieder (vgl. Büssing et al.: 51-58). Die in den einzelnen Feldern genannten Stichpunkte sind als ergänzenswerte Beispiele zu betrachten. In der Reihenfolge liegt keinerlei Wertung.

Mit Daueraufmerksamkeit (Anforderungen) ist vor allem die Notwendigkeit gemeint, sowohl bei den Pflegekunden als auch im Straßenverkehr immer kognitiv präsent sein zu müssen – fehlende oder zu kurze Pausen können erschwerend hinzukommen. Zum Handlungsspielraum (Ressourcen) finden sich in Anhang H ausführliche Informationen. Die anderen Begriffe sind selbst erklärend.

Interventionsfähig sind vor allem die Regulationshindernisse, die Verbesserung des Zusammenpassens von Anforderungen und Ressourcen (durch Stärkung letzterer) und die Reduzierung körperlicher Belastungen (durch Erweiterung der Fertigkeiten z.B. rückschonendes Arbeiten) und der Einsatz von Hilfsmitteln und kollegialer Unterstützung vor Ort (etwa bei besonders pflegeintensiven Patienten). Letztlich bieten auch die ermittelten Belastungsschwerpunkte vielfältige Ansatzpunkte zur Reduzierung der psychischen (und physischen) Belastungen.

5. Empfehlungen zur Arbeitsgestaltung

Wesentliches Element bei der Erarbeitung von Lösungsvorschlägen ist die Partizipation der Mitarbeiter in den geplanten Gruppenmoderationen (partizipative Arbeitsgestaltung). Diese fördert die Akzeptanz und ist gleichzeitig eine arbeitsgestalterische Maßnahme, die den Gestaltungsspielraum und die Mitbestimmungsmöglichkeiten der Beschäftigten erhöht. Die Partizipation der Mitarbeiter vermeidet auch eventuell entstehende Folgekosten, die sich z.B. durch Korrekturbedarf für »aufgesetzte« Maßnahmen ergeben etc. (Büssing et al. 2005: 90).

Dabei kommt es vor allem darauf an, herauszuarbeiten, wo *genau*, die eigentlichen Probleme liegen, beispielsweise danach zu fragen, für welche Tätigkeiten eigentlich zu wenig Zeit vorhanden ist („Gefahren sind an ihrer Quelle zu bekämpfen“ § 4 Ziff. 2 ArbSchG). Aus der praktischen Erfahrung können hier etwa die oft unrealistisch kalkulierten Wegezeiten (besonders im Berufsverkehr), die auch die Parkplatzsuche und den Weg vom Auto zur Wohnung des Pflegekunden einschließen, genannt werden.

Das Erfassen der eigentlichen „Ursachen“ der psychischen Belastungen kann neben der Erörterung in den Gruppenmoderationen z.B. durch eine Begutachtung der „Patientenwohnungen“ erfolgen (Büssing et al. 2005: 88). Denkbar sind auch Beobachtungsinterviews durch Arbeitsschutzexperten in besonderen Einzelfällen, etwa vom Amt für Arbeitsschutz Hamburg, der BGW o.ä.

Es kommt also auf das Erarbeiten individueller Lösungen an, da „(...) universelle Handlungsempfehlungen zur Arbeitsgestaltung (...) nicht zielführend und für den Bereich der ambulanten Pflege praktisch unmöglich“ sind (ebd.). Selbstverständlich ist es nicht möglich, für alle Beschäftigten individuelle arbeitsgestalterische Lösungen zu finden und umzusetzen. Dennoch sollte auch an solche Einzelfalllösungen gedacht werden (ebd.: 90). Beispielhaft könnten hier spezielle Aufgaben für Fachpflegekräfte (in der „Hamburgischen Brücke“ eine Fachkraft mit gerontopsychiatrischer Zusatzausbildung) genannt werden: Vorstellbar ist das Anbieten von Schulungen für andere Kollegen zu speziellen Themen (Umgang mit dementen Menschen etc.). Mit großer Wahrscheinlichkeit könnte so nicht nur die pflegerische Qualität verbessert werden: Ressourcenfördernde und problembezogene Maßnahmen signalisieren eine Anerkennung der geleisteten Arbeit, können zur Persönlichkeitsentwicklung der Fachkräfte beitragen und so die Arbeitszufriedenheit steigern. Eine solche neue Tätigkeit sollte allerdings nur angestrebt werden, wenn dafür eine entsprechende Freistellung von anderen Aufgaben erfolgt – sonst bewirkt diese Maßnahme möglicherweise den gegenteiligen Effekt.

Neben diesen individuellen Lösungen sind aber trotz der oben genannten Einschränkungen unbedingt kollektive Maßnahmen, von denen alle Mitarbeiter profitieren, anzugehen. Büssing et al. (2005) nennen unter Verweis auf Ulich (2001 bzw. 2006) neben der geschilderten differenziellen- auch die korrektive, präventive und prospektive Arbeitsgestaltung. (Büssing et al. 2005: 88-91).

Korrektive Arbeitsgestaltung meint das Beseitigen von „Mängeln“, z.B. dass „fehlen von Geräten (z.B. Hebehilfen) (...) [oder] Mängel in der Arbeitsorganisation, die (...) dazu führen, dass die Pflegekraft unter erhöhtem Zeitdruck arbeiten muss“ (ebd.: 89; Hervorhebung durch Verf.). Ein Beispiel zur Arbeitsorganisation ist die Tourenplanung. Ulich (2006) verweist darauf, dass die korrektive Arbeitsgestaltung auch das Umsetzen arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse z.B. über ergonomische Anforderungen [Heben und Tragen] bedeutet (ebd.: 184f). Diese Art der Arbeitsgestaltung ist wieder eng mit dem traditionellen Arbeitsschutz verbunden. In diesen Zusammenhang können auch fehlendes Wissen oder fehlende Fertigkeiten z.B. für medizinische Notfälle, eingeordnet werden.

Präventive Arbeitsgestaltung bedeutet „(...) [die] gedankliche Vorwegnahme möglicher Schädigungen der Gesundheit oder Beeinträchtigungen des Wohlbefindens (...)“ bereits beim „Entwurf von Arbeitssystemen und Arbeitsabläufen“ (Ulich 2006: 185; Hervorhebung durch Verf.). Büssing et al. (2005) nennen als Beispiel neben der Neugründung eines Pflegedienstes die Veränderung der Wohnungsausstattung eines neu aufgenommenen Patienten (und verweisen auf die besondere Schwierigkeit der Umsetzung). Gleichzeitig wird aber der „hohe Wirkungsgrad“ solcher Maßnahmen unterstrichen (ebd.: 89). Ein weiteres Beispiel ist das rechtzeitige Beschaffen von Hilfsmitteln (z.B. ein Pflegebett zum rüchenschonenden Arbeiten) *vor* der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus (was sicherlich nicht immer einfach ist). Hinsichtlich der Vermeidung psychischer Belastungen scheint auch die Antizipation von Regulationshindernissen erforderlich, um Zusatzaufwand, etwa durch informatorische Erschwerungen oder fehlende Materialien (z.B. benötigte Medikamente vor Ort), zu verringern (s. Anhang H).

Prospektive Arbeitsgestaltung beabsichtigt bei der Neu- oder Umgestaltung von Arbeitssystemen „Möglichkeiten der Persönlichkeitsentwicklung“ durch die Schaffung „objektiver Handlungs- und Gestaltungsspielräume“ zu schaffen (Ulich 2006: 185f; Hervorhebung durch Verf.; zur Persönlichkeitsförderlichkeit s. Anhang L). Die beabsichtigte Persönlichkeitsförderlichkeit ist auch bei der Gestaltung [einzelner] Arbeitsaufgaben anzustreben – besonders durch „die Schaffung vollständiger Tätigkeitsstrukturen (z.B. ausreichende Handlungsspielräume, Lernmöglichkeiten)“. „Solche Arbeitsbedingungen fördern nach arbeitspsychologischen Erkenntnissen die persönliche Entwicklung der Beschäftigten“ (Büssing et al.

2005: 89). Die eben zitierten Autoren sehen gerade in der ambulanten Pflege gute Möglichkeiten, eine prospektive Arbeitsgestaltung umzusetzen, da die Arbeitstätigkeit von den Pflegekräften „bereits ein hohes Maß an Selbständigkeit und Verantwortung“ erfordert und damit „grundlegende Vorbedingungen dazu vorhanden sind“ (ebd.). Zu berücksichtigen sind dabei aber „individuelle Kompetenzen, Erwartungen und Bedürfnisse“ der einzelnen Pflegekräfte (differenzielle Arbeitsgestaltung) (ebd.: 90). Es wäre also denkbar, diese im Sinne einer Ist-Analyse in Erfahrung zu bringen (eventuell in den Gruppenmoderationen).

Prospektive Arbeitsgestaltung sollte vor allem im Zusammenhang mit strategischer Unternehmensführung gesehen werden. Hierbei bietet sich die Möglichkeit, neue Geschäftsfelder zu erschließen *und* zur Gesundheitsförderung der gegenwärtigen und potenziellen Mitarbeiter beizutragen. Ein Ansatzpunkt wäre die geplante flächendeckende Einführung des Case Managements durch die bevorstehende Pflegereform als mögliches Aufgabenfeld für Pflegekräfte in der ambulanten Pflege (s. hierzu z.B. Klie 2007). Eine solche Tätigkeit erweitert Handlungs- und Gestaltungsspielräume und trägt so zu einer persönlichkeitsförderlichen Arbeitsgestaltung bei. Ebenso könnte ein so erweitertes Aufgabenspektrum auch die Rekrutierung von qualifiziertem Personal erleichtern (zur Personalsituation s. Kap. 1.3).

Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung kann auch in Form von Projekten durchgeführt werden. Dabei ist die Gefahr der nachlassenden „Euphorie“ zu beachten. Büssing et al. (2005) beschreiben einen „prototypischen“ Ablauf, der diese Gefahr vermeiden hilft (ebd.: 91). Generell zur Gesundheitsförderung durch Projekte siehe auch ausführlich Grossman & Scala (1994).

Die beschriebenen Formen der Arbeitsgestaltung zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Beschäftigten sind allesamt Maßnahmen zur Verhältnisprävention. Ergänzend soll noch auf Ansätze der Verhaltensprävention (Selbstmanagement, Stressbewältigung etc.) hingewiesen werden, die hier aber nicht weitergehend diskutiert werden. Zusätzlich kommt es bei der Vermeidung bzw. Verminderung von Gesundheitsgefahren auf die „Förderung der Ressourcen der Beschäftigten (Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kompetenzen [und] Gesundheitsverhalten) an, um „ihnen eine bessere Bewältigung der Arbeitsanforderungen zu ermöglichen“ (Oppolzer 2006: 79). Unabhängig von der Art der Arbeitsgestaltung oder dem Weg der Umsetzung gilt, dass vor allem die Human-kriterien der Arbeit Berücksichtigung finden sollten (s. Anhang L, ergänzende allgemeine Hinweise zur Arbeitsgestaltung siehe auch Anhang Q).

Belastungen, und die sich daraus ergebenden Gefährdungen für die Gesundheit der Beschäftigten, können in vielen Fällen nicht einfach beseitigt werden. Wenn aber das Wissen über die tatsächlichen Belastungsfaktoren und ihre Ausprägungen vorhanden ist, besteht die Möglichkeit, sie zu vermeiden oder zumindest positiv zu beeinflussen. Mit dieser Arbeit konnte ein wichtiger Beitrag zu Erfassung dieser Faktoren geleistet werden. Die dargelegten Lösungsvorschläge geben darüber hinaus konkrete Ansatzpunkte für gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltungsmaßnahmen in der „Hamburgischen Brücke“, die allen Beschäftigten zugute kommen können. Zudem können die Anregungen für weitere Diskussionen und Forschungen bei der zukünftigen Auseinandersetzung mit den Belastungen in der ambulanten Pflege genutzt werden. Sie stellen einen zusätzlichen Beitrag im Finden von Lösungen für erleichterte Arbeitsbedingungen dar.

6. Glossar

Ambiguität: Doppel- bzw. Mehrdeutigkeit von Wörtern, Werten, Symbolen und Sachverhalten (Duden, Das Fremdwörterbuch)

Anthropometrisch: Lehre von den Maßverhältnissen des menschlichen Körpers (Fremdwörterlexikon)

Arbeitsaufgabe/ Arbeitsauftrag: Arbeitsaufgabe: Art und Umfang der Tätigkeit (z.B. Verantwortung tragen, schwierige Aufgaben erfüllen, immer die gleiche Tätigkeit ausführen) (Joiko et al. 2006: 10) siehe ausführlich Anhang G.

arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren: Kuhn (2001) sieht diesen Begriff als „Komplementärbegriff“ zu arbeitsbedingte Erkrankungen (ebd.: 2). Letzterer wurde mit dem Arbeitssicherheitsgesetz 1973 eingeführt (§ 3 ASiG) (ebd.: 1). Allerdings enthält das ASiG keine Definition von „arbeitsbedingte Erkrankungen“ sondern verweist in § 3 auf die „präventivmedizinische Aufgabe der Betriebsärzte“: Die Definitionsversuche in der Literatur besagen einheitlich, dass bei arbeitsbedingten Erkrankungen „die Arbeitswelt als verursachender oder verschlimmernder Faktor eine Rolle“ spielt, „ohne daß jedoch die strengen Kausalvoraussetzungen der Berufskrankheiten erfüllt sind“ (ebd.: 1f). Daraus folgert Kuhn (2001), dass „das Adjektiv ‚arbeitsbedingte‘ im strengen Sinne eigentlich falsch ist“ und schlägt den Begriff ‚arbeitsbezogene Erkrankungen‘, wie er auch von der WHO („work related diseases“) gebraucht wird, vor (ebd.: 2). Eine „begriffliche Sortierung“ zur Bestimmung des „Verhältnis[es] zwischen arbeitsbedingten Erkrankungen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren“ nach dem Belastungs- Beanspruchungskonzept von Rohmert (1984) (s. Anhang E) zeigt Tabelle 6-1.

Tabelle 6-1: Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und ihre Folgen

Belastungsseite (Ursachen)	Beanspruchungsseite (Folgen)
Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren	1. Befindlichkeitsstörungen
	2. Arbeitsbedingte Erkrankungen
	3. Berufskrankheiten
	4. gesundheitliche Unfallfolgen

(unverändert nach Kuhn 2001: 2)

Insgesamt kann gesagt werden, dass der Terminus arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren in einem „präventionspolitischen Kontext“ steht, den der Gesetzgeber in verschiedenen Sozialgesetzen verankerte (§ 20 SGB V, § 14 SGB VII und § 2 ArbSchG). „Die Interventionsschwelle ist damit so niedrig wie möglich angesetzt.“ (Kuhn 2001: 2). Letzteres ermöglicht dem Arbeitgeber einerseits einen einfachen Einstieg in den Arbeits- und Gesundheitsschutz für seine Beschäftigten und stellt ihm damit andererseits eine umfassende Aufgabe.

Arbeitsinhalte: Rohmert (1984) unterscheidet „fünf spezifische Arbeitsinhalte“: 1. vorwiegend muskuläre Arbeit, 2. sensomotorische Arbeit (z.B. Bestücken von Leiterplatten), 3. vorwiegend reaktive Arbeit (Umsetzen von Informationen in Reaktionen – z.B. Steuermaschinen), 4. informatorische Arbeit (umsetzen von Eingangsinformationen in Ausgangsinformationen – z.B. Fluglotsen), 5. kreative Arbeit (ebd.: 194).

Arbeitsmittel: Alle technischen Komponenten am Arbeitsplatz: z.B. Werkzeuge, Maschinen, Computertastatur etc. (Mensch-Maschine Schnittstelle) (Joiko et al. 2006: 10). Zum Beispiel das Auto, um zu den Pflegekunden zu fahren.

Arbeitsorganisation: Zum Beispiel Regelung der Arbeitszeit, Art und Weise der Reihenfolge der Tätigkeit, Arbeitsablauf (z.B. Pausenregelung, mangelnde Informationen) (Joiko et al. 2006: 10).

Arbeitsplatz: Direkte Arbeitsumgebung des Einzelnen (z.B. Arbeitsstuhl und Tisch) (Joiko et al. 2006: 10). Zum Beispiel das Badezimmer der Pflegekunden.

Arbeitssystem: Der Begriff ist zunächst unabhängig von einer „spezielle Betrachtungsebene von Arbeitsprozessen“. Mit Arbeitssystem können also verschiedene Teilbereiche gemeint sein, z.B. „Teile eines einzelnen Arbeitsplatzes“ oder „ein ganzer Betrieb“. Meist wird jedoch „die Ebene des Arbeitsplatzes bzw. des Tätigkeitssystems einer Person angesprochen“. Dabei sind vor allem der Mensch und die Arbeitsaufgabe, sowie diverse Wechselwirkungen z.B. zwischen Mensch und Arbeitsmittel, zentrale Elemente der Betrachtung (Luczak 1997: 13).

Arbeitsumgebung: Einerseits die physikalische, chemische, biologische Umgebung (Beleuchtung, Lärm etc.) und andererseits das soziale Umfeld (Führungsverhalten, Betriebsklima) (Joiko et al. 2006: 10).

AU-Quote (Betroffenenquote): „Die Betroffenenquote ist der Anteil von Versicherten, der im Berichtszeitraum (...) wenigstens eine Arbeitsunfähigkeit [Krankschreibung, die der Kasse gemeldet war] hatte. (Grabbe et al. 2006: 175)

Bedingungsbezogenen Arbeitsanalyseverfahren: Beziehen sich auf „allgemeine Kennzeichen der Arbeitsbedingungen“. Solche Verfahren treffen „Aussagen, die für alle Personen zutreffen, die diese Arbeitsaufgabe ausführen“. Es werden also nicht die individuellen Eigenschaften und „Interpretationen der Arbeitsaufgabe“ der einzelnen Beschäftigten berücksichtigt (Resch 2003: 61). Zu bestimmten Verfahren dieses Typs siehe a.a.O.: 94. Bedingungsbezogene Verfahren ermitteln im Gegensatz zu personenbezogenen (subjektiven) Verfahren „nicht individuelle Einschätzungen oder Bewertungen der Arbeitenden“ (z.B. durch Befragungen), sondern „welchen [objektiven] Bedingungen der Mensch bei der Erledigung seiner Arbeitsaufgabe unterliegt“. Es wird die Situation diagnostiziert, nicht die Person (Leitner 1993a: 99).

Berufskrankheiten: sind „Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung (...) als Berufskrankheiten bezeichnet“ und die Versicherte infolge einer versicherten Tätigkeit erleiden (§ 9 Abs. 1 SGB VII). Derzeit werden 67 Krankheiten als solche bezeichnet (Berufskrankheitenliste). „Für die Anerkennung einer Berufskrankheit ist [somit] ein strenger Kausalnachweis erforderlich, meist sogar bezogen auf eine einzelne Ursache.“ Die meisten Krankheiten, die bei Erwerbstätigen auftreten, haben jedoch „eine multikausale Genese“ und entspringen einem „kaum zu entwirrenden Zusammenspiel von Faktoren aus dem privaten und beruflichen Lebensbereich.“ Berufskrankheiten sind „aus epidemiologischer Sicht daher seltene Sonderfälle“ (Kuhn 2001:1).

Eigenschaften (individuelle): zeitlich weitgehend unabhängige oder sich nur langfristig ändernde intraindividuelle Einflußgrößen z.B. „Geschlecht, Alter, anthropometrische Abmessungen, Konstitution“ (Rohmert 1984:195).

Ergonomie (Arbeitswissenschaft): Dieser Begriff beschreibt zum einen die wissenschaftliche Disziplin, die sich mit den „Wechselwirkungen zwischen menschlichen und anderen Elementen eines [Arbeits-] Systems befasst“. Zum anderen wird damit ein „Berufszweig“ bezeichnet, der zur „Gestaltung von Arbeitssystemen“ verschiedene „Theorien, Prinzipien, Daten und Methoden anwendet“ um dadurch „das Wohlbefinden des Menschen und die Leistung des Gesamtsystems zu optimieren“ (DIN EN ISO 6385:2004: 5). Nach Rohmert (1984) bedeutet Ergonomie „Analysieren, Messen, Beurteilen von Mensch-Arbeitssystemen, d.h. daß final menschbezogen gefragt wird nach der Harmonisierung von Humanität und Wirtschaftlichkeit menschlicher Beiträge in beruflichen Situationen“ (ebd.: 193).

Fähigkeiten: beschreiben „die verfügbaren intraindividuell zeitabhängigen kurz- beziehungsweise langfristig variablen Änderungen, wie zum Beispiel Körperkräfte oder Fingergeschicklichkeit“. Fähigkeiten betreffen „eher physiologische Organ- oder sogenannte Grundfunktionen des Menschen“ (Rohmert 1984: 195).

Fehlbelastung (psychische): sich negativ auf den Menschen auswirkende Belastungen.

Fertigkeiten: sind einerseits durch die Fähigkeiten (s.o.) des Menschen und andererseits durch „den konkreten Gestaltungsgegenstand der Arbeitsaufgabe und der Arbeitsumgebung bedingt“. Das heißt, es können Effekte wie „Training oder Übung und Gewöhnung“ entstehen, wenn dieselben Tätigkeiten häufig wiederholt werden [z.B. die Körperpflege eines Patienten]. Dies ist zu berücksichtigen, wenn „Belastungsauswirkungen als Beanspruchungen des Individuums richtig beschrieben werden sollen“ (Rohmert 1984: 195f). Vergleich auch Anhang F unter „Aufwärmeeffekt“.

Gesundheit: (WHO Definition von 1948) „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung“ (Hurrelmann & Franzkowiak 2003: 53).

Handlungen: sind die „kleinste psychologische Einheit der willensmäßig gesteuerten Tätigkeiten.“ Die einzelnen Handlungen lassen sich untereinander durch das [jeweils unterschiedliche] gesetzte Ziel und durch das [gedanklich] vorweggenommene Ergebnis voneinander abgrenzen. Handlungen sind die „Grundbestandteile oder Einheiten der Tätigkeit“ (Hacker 1998: 67 zitiert nach Büssing et al. 2005: 47).

Handlungsphasen: Die oben beschriebene Handlung verläuft in vier Phasen: (1) Zielformulierung, (2) Vorbereitung und Planung, (3) Durchführung und (4) Rückmeldung/Kontrolle [über den Erfolg der Maßnahme]. Die Ausführungen dieser Schritte der Arbeitshandlung müssen auf verschiedenen Ebenen gesteuert bzw. reguliert werden (psychische Regulation). Es lassen sich drei „Ebenen der Handlungsregulation“ unterscheiden: 1. „Intellektuelle Ebene“ (z.B. lässt der Gesundheitszustand des Patienten ein Vollbad zu?), 2. „Ebene der flexiblen Handlungsmuster“ (Handlung läuft „ohne weitere Planungsschritte“ [routiniert] ab (Bedienen des Badewannenlifters), 3. „sensumotorische (automatisierte) Ebene“ (das Waschen an sich) (Büssing et al. 2005: 48f).

Inferenzstatistik: synonym: schließende Statistik: „Teilbereich der Statistik, der sich mit der Überprüfung von Hypothesen durch Schlüsse von Stichproben auf Populationen beschäftigt“ (Rasch et al. 2006: 239).

Kolmogorov-Smirnov-Test: Nicht parametrischer Test für intervallskalierte Daten zur Überprüfung, ob eine Normalverteilung vorliegt. „Eine nicht mehr zu tolerierende Abweichung von der Normalverteilung liegt vor, wenn der sich ergebende p-Wert kleiner oder gleich 0,05 ist.“ Der Test kann mit der Korrektur nach Lilliefors noch „strenger“ die Normalverteilung testen (Zöfel 2005: 153).

Kombileistungen: Pflegebedürftige können Sachleistungen und Pflegegeld kombinieren. Dabei wird der Pflegegeldanteil um den Anteil vermindert, in dem Sachleistungen in Anspruch genommen wurden. Wurden z.B. Sachleistungen nur zu 50% genutzt, besteht nur ein Anspruch auf 50% des Pflegegeldes. In Pflegestufe I wären das Sachleistungen für 192 € durch einen Pflegedienst und 102,50 € Pflegegeld (§ 38 SGB XI).

Konfidenzintervall: auch Vertrauensintervall. Es gibt die „Präzision eines Stichprobenfehlers“ (...) anhand des Standardfehlers und eines festgelegten Fehlerniveaus“ an [meist 95%] (Raasch et al. 2006: 239). Es schätzt den ‚wahren‘ Populationsparameter [z.B. das Durchschnittsalter] (ebd.: 40). Ein Mittelwert (z.B. 15) stammt mit 95% Wahrscheinlichkeit aus einer Population, deren Mittelwert z.B. zwischen 13,775 und 16, 225 liegt (ebd.: 41).

Krankenstand: Gibt an, wie viel Prozent der Beschäftigten an jedem Kalendertag durchschnittlich krank waren. Anders ausgedrückt: alle Tage, an denen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorlag (einschließlich Sonn- und Feiertage) dividiert durch die Zahl der Versichertentage (einschließlich Sonn- und Feiertage) multipliziert mit 100 (Grabbe et al. 2006: 142 u.175). Beispiel: Ein „Krankenstand von 3,5% im Jahr 2004 für Pflegekräfte in der ambulanten Pflege drückt aus, dass auf 100 Versicherte 1274 AU-Tage entfielen (...). 2004 war jede einzelne Pflegekraft etwa 12,7 (...) von 366 Kalendertagen Krankgeschrieben. 12,7 Tage entsprechen 3,5% von 366 Tagen“ (ebd.: 147). Es fehlten also an jedem Kalendertag des Jahres 2004 3,5% von allen Versicherten Pflegenden wegen Krankheit (ebd.: 142).

Lebenserwartung: *Basisannahme* zur Lebenserwartung bei der Geburt im Jahr 2050 (im Vergleich zu 2002/4): Männer = 83,5 Jahre (+ 7,6); Frauen = 88,0 Jahre (+ 6,5). *Ferne Lebenserwartung* im Alter von 60 Jahren im selben Zeitraum: Männer = 25,3 Jahre (+ 5,3); Frauen = 29,1 Jahre (+ 5,0) (Statistisches Bundesamt 2006a: 17). *Höhere Annahme* zur Lebenserwartung bei der Geburt im Jahr 2050 (im Vergleich zu 2002/4): Männer = 85,4 Jahre (+ 9,5); Frauen = 89,8 Jahre (+ 8,3). *Fernere Lebenserwartung* im Alter von 60 Jahren im selben Zeitraum: Männer = 27,2 Jahre (+ 7,2); Frauen = 30,9 Jahre (+ 6,8) (Statistisches Bundesamt 2006a: 17).

Die Veränderungen der Zahl der über 65-jährigen in der Bevölkerung der Bundesrepublik wird im Wesentlichen von zwei Einflussfaktoren bestimmt: erstens „von den starken Jahrgängen, die nach 2020 in das Rentenalter hineinwachsen werden“ und zweitens „von der zunehmenden Lebenserwartung, die für ein langsames Schrumpfen der Bevölkerung in höheren Alterstufen sorgt“ (Statistisches Bundesamt 2006a: 42). Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2006a) spielt die Entwicklung der Geburtenhäufigkeit „für die Entwicklung dieser Altersgruppe bis 2050 keine, und die Wanderungen nur eine geringe Rolle“. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang vor allem die Entwicklung der Lebenserwartung. Bei der „Basisannahme zur Lebenserwartung und einem jährlichen Wanderungssaldo von 100 000 Personen“ nimmt die Zahl der 65- bis unter 80-jährigen von 12,1 Millionen im Jahr 2005 bis 2020 leicht auf 12,6 Millionen zu und steigt dann bis 2035 stark auf 16,7 Millionen an. Bis 2050 sinkt deren Zahl dann fast wieder auf das Ausgangsniveau (12,8 Millionen). Die Gruppe der über 80-jährigen wächst dagegen fast stetig an: von 3,6 Millionen im Jahr 2005 auf über 10 Millionen im Jahr 2050. Die Gesamtzahl beider Teilgruppen, also aller über 65-jährigen, steigt von 2005 bis 2050 von 15,9 Millionen auf 22,9 Millionen. Ein Gipfel in der Verteilung liegt mit 23,8 Millionen im Jahr 2037 (ebd.: 42f). „Bei der höheren Annahme zur Lebenserwartung wird der Verlauf der beschriebenen Veränderungen derselbe sein. Die Gesamtzahl der über 65-jährigen wird im Jahr 2050 mit 24,9 Millionen um 1,9 Millionen höher sein als bei der Basisannahme zur Lebenserwartung.“ „Weil sich der Gewinn an Lebenserwartung mit zunehmendem Alter immer stärker auswirkt“, ergeben sich für die beiden Altersgruppen bei einer höher angenommenen Lebenserwartung Unterschiede: Die Zahl der 65- bis unter 80-jährigen liegt bei dieser Annahme im Jahr 2050 um 0,3 Millionen (2%) höher als bei der Basisannahme. Die Zahl der über 80-jährigen liegt 2050 dagegen um 16% höher (11,6 Millionen). Ein höherer Wanderungssaldo von 200 000 führt zu einem leicht stärkeren Anstieg der Gruppe der 65- bis unter 80-jährigen im Vergleich zu den über 80-jährigen. Die Anzahl liegt 2050 dann um 0,5 bzw. 0,1 Millionen höher. „Auf jeden Fall wird die Zahl der ab 80-jährigen deutlich ansteigen und damit voraussichtlich auch die Zahl der pflegebedürftigen Menschen zunehmen“ (ebd.: 44).

Normativ: normativ (griech.) = maßgebend, als Richtschnur dienend (Duden, 24. Auflage)

pathogenetisch: siehe salutogenetisch

Personenbezogene Arbeitsanalyseverfahren: Bei dieser Art der Analyse von Arbeitsbedingungen werden „ausdrücklich die individuellen Besonderheiten bestimmter Personen, ihre typischen, von anderen unterschiedlichen Vorgehensweisen, Kenntnisse und Leistungen bei der Ausführung der Arbeitsaufgabe und ihre persönlichen Wahrnehmungen und Wertungen zur eigenen Arbeitstätigkeit“ erfasst (Resch 2003: 61). Zu bestimmten Verfahren dieses Typs siehe a.a.O.: 87.

Perzeptiv/Perzeption: (Med., Biol.) Reizaufnahme durch Sinneszellen od. Organe (Duden 2005)

Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQsG): trat zum 1. Januar 2002 in Kraft. Es soll die Pflegequalität verbessern und Verbraucherrechte der zu Pflegenden stärken (MDS URL: http://www.mds-ev.org/pflegevers/qs_pv/linkpqsg.html) (Stand 18.08.07).

range: Spannweite (maximaler minus minimaler Wert).

Reliabilität: bedeutet (vereinfacht) „konsistentes Messen“. Ein Messinstrument (z.B. Fragebogen) ist reliabel, wenn es in unterschiedlichen Situationen „konsistente Ergebnisse“ liefert. Das Ergebnis sollte also unabhängig von der Person des Untersuchers, der zu untersuchenden Gruppe oder dem Zeitpunkt der Messung sein und daher in verschiedenen Situationen die gleichen Ergebnisse erbringen (Weinbach & Grinnell 2000: 9). Reliabilität ist der „Grad der Genauigkeit“ mit der eine Test „ein bestimmtes Persönlichkeits- oder Verhaltensmerkmal misst, gleichgültig, ob er dieses Merkmal auch zu messen beansprucht“ (Zöfel 2002: 238 unter Berufung auf Lienert 1998, ohne Seitenangabe).

Sachleistungen: Pflegebedürftige haben Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch geeignete Pflegekräfte, die entweder von der Pflegekasse oder einer ambulanten Pflegeeinrichtung angestellt sind. Der Anspruch besteht auch, wenn die Pflegebedürftigen nicht im eigenen Haushalt, sondern z.B. bei den Kindern wohnen. Der Anspruch besteht allerdings nicht bei stationärer Pflege. Die Sachleistungen werden nicht an den Pflegebedürftigen ausgezahlt, sondern mit den Leistungserbringern (Pflegediensten) direkt abgerechnet. Die Sachleistungen betragen bis zu 384 € in Pflegestufe I, bis zu 921 € in Pflegestufe II

und bis zu 1432 € in Pflegestufe III. Wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand besteht, „der das Ausmaß der Pflegestufe III weit übersteigt“, z.B. im Endstadium von Krebserkrankungen, wenn auch mehrfach in der Nacht Hilfe geleistet werden muss, kann die Pflegekasse Sachleistungen bis zu einem Gesamtwert von 1918 € monatlich gewähren (Härtefallregelung). Diese Ausnahme darf nur bei drei Prozent der in Pflegestufe III eingestuften der jeweiligen Pflegekasse bewilligt werden (§ 36 SGB XI).

salutogenetisch: Meint die Umkehrung der pathogenetischen Perspektive, also nicht die Frage nach den Ursachen von Krankheit und ihren daraus entstehenden Ansätzen zur Prävention sondern die Frage danach „warum Menschen trotz einer Vielzahl von Krankheitserregenden Risikokonstellationen, psychosozial irritierenden Belastungen und angesichts kritischer Lebensereignisse gesund“ bleiben etc. (Franzkowiak 2003: 198).

Standardabweichung (SD): ist ein Maß für die Streuung der Daten. Sie ist „die positive Wurzel aus der Varianz und somit die korrigierte durchschnittliche quadrierte Abweichung jedes einzelnen Wertes vom Mittelwert“ (Raasch et al. 2006: 242).

Trennschärfe (Trennschärfe-Koeffizient): Die Korrelation mit einem Außenkriterium (als Korrelationskoeffizient angegeben) (Sattel, o.J.: 29). Unter Trennschärfe kann auch die Korrelation eines einzelnen Itemwertes mit der Gesamtpunktzahl eines Tests angesehen werden (Zöfel 2002: 241).

t-Test: „Statistisches Auswertungsverfahren für den Vergleich zweier Gruppenmittelwerte. Der t-Test prüft (...), ob eine empirische Mittelwertdifferenz signifikant von Null verschieden ist oder ob sie auf Zufall beruht“ (Raasch et al. 2006: 243).

Validität: Ist die Frage, ob ein Messinstrument auch das misst, „was es zu messen vorgibt“ (z.B. Depressionen). Ein Messinstrument kann konsistent (reliabel) sein aber dabei nicht valide. (Weinbach & Grinnell 2000: 9). „Grad der Genauigkeit (...) mit dem der Test dasjenige Persönlichkeits- oder Verhaltensmerkmal, das er messen soll oder zu messen vorgibt, auch tatsächlich misst“ (Zöfel 2002: 238).

Verhaltensprävention: kann als „Sammelbegriff“ für „Strategien“ angesehen werden, „die die Beeinflussung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen beinhalten“. Zu Unterscheiden sind „die Initiierung und Stabilisierung von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen (gesunde Ernährung, körperliche Bewegung (...))“ und die „Vermeidung und Veränderung von gesundheitsriskanten Verhaltensweisen (Rauchen (...))“ (Lehmann 2003: 238).

Verhältnisprävention: „Steht für Strategien, die auf die Kontrolle, Reduzierung oder Beseitigung von Gesundheitsrisiken in den Umwelt- und Lebensbedingungen, auf die Verringerung oder Beseitigung von Krankheits- und Unfallursachen in den allgemeinen Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnissen bzw. auf die Herstellung gesunder Verhältnisse abzielen“ (Lehman 2003: 239).

Versicherte/Mitglieder: Als Versicherte werden alle Leistungsberechtigten Personen der gesetzlichen Krankenversicherung bezeichnet. Sie setzen sich aus den Mitgliedern (Arbeitnehmer und Rentner), sowie den mitversicherten Familienangehörigen zusammen (vgl. BMG 2007 VI/ CD).

Pflegeplanung: Meint das Erfassen (in bestimmten Formularen) aller für die Versorgung relevanten Probleme und Ressourcen des Pflegebedürftigen, um daraus letztlich Ziele (Pflegeziele) und Maßnahmen abzuleiten, mit denen diese Ziele erreicht werden sollen. Die Wirkung der durchgeführten Maßnahmen wird anschließend zu einem genau festgelegten Zeitpunkt evaluiert – ggf. werden Ziele und Maßnahmen anschließend neu formuliert. Beispielsweise wird formuliert, dass der Pflegebedürftige nach einem Zeitraum von 3 Wochen wieder selbstständig Nahrung zu sich nehmen kann. Als Maßnahme könnte z.B. das tägliche verbale Anleiten seitens der Pflegekraft gelten (in der ersten Woche ggf. mit taktile Unterstützung). Der hier beschriebene Prozess wird auch als Pflegeprozess bezeichnet, der als ein kontinuierlicher Regelkreis zu verstehen ist.

Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig sind „Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen, oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des Täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder

höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Absatz 2 desselben Paragraphen beschreibt, welche Krankheiten und Behinderungen gemeint sind (z.B. Lähmungen, Funktionsstörungen der inneren Organe etc.). Die in Abs. 1 genannten Hilfen bestehen „in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen“ (§ 14 Abs. 3). Um festzustellen, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI vorliegt, ist eine Begutachtung des Antragstellers (in der eigenen Häuslichkeit) durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) notwendig. Dazu muss der Zeitaufwand für die oben genannten Verrichtungen ermittelt werden. Der Gesetzgeber richtet sich dabei nach dem Zeitaufwand, den „ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt“ (§ 15 III SGB XI). Zum besseren Verständnis werden hier zunächst zwei zentrale Begriffe für die Einstufung erläutert. Zum einen der Begriff der **Grundpflege** und zum anderen der Begriff der **hauswirtschaftlichen Versorgung**. Unter **Grundpflege** versteht der Gesetzgeber die in § 14 IV Nr.1 bis 3 beschriebenen Bereiche der **Körperpflege**, der **Ernährung** und der **Mobilität**. Zur **Körperpflege** zählen „(...) das Waschen, Duschens, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren [und] die Darm- oder Blasenentleerung“ (§ 14 Abs. 4 Nr.1). Im Bereich der **Ernährung** „(...) das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung“ (§ 14 Abs. 4 Nr.2). Für den Bereich der **Mobilität** sind es folgende Tätigkeiten: „(...) das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung“ (§ 14 Abs. 4 Nr.3). Zum „Bereich der **hauswirtschaftlichen Versorgung**“ gehören „das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen der Wohnung“ (§ 14 Abs. 4 Nr.4). Der Zeitaufwand für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung muss dabei „wöchentlich im Tagesdurchschnitt“ in den einzelnen Pflegestufen folgende Werte erreichen: in **Pflegestufe I** mindestens 90 Minuten, wobei mehr als 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen müssen. In **Pflegestufe II** mindestens drei Stunden, davon mindestens zwei Stunden Grundpflege und in **Pflegestufe III** mindestens fünf Stunden, davon vier Stunden Grundpflege (§ 15 Abs. 3 Nr. 1-3 SGB XI). Für eine Einstufung ist allerdings nicht nur die aufgewendete Zeit von Bedeutung, sondern auch, in welchen Bereichen der Grundpflege wann und wie oft Hilfe benötigt wird. Für die **Pflegestufe I** muss bei „wenigstens zwei Verrichtungen“ aus dem Bereich der Grundpflege mindestens einmal täglich Hilfebedarf und „zusätzlich mehrfach in der Woche“ Hilfebedarf im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung bestehen (§ 15 I Nr. 1 SGB XI). In **Pflegestufe II** muss im Bereich der Grundpflege „mindestens drei mal täglich zu verschiedenen Tageszeiten“ Hilfebedarf bestehen „und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der Hauswirtschaftlichen Versorgung“ benötigt werden (§ 15 I Nr.2 SGB XI). Für die Einstufung in **Pflegestufe III** muss im Bereich der Grundpflege „täglich rund um die Uhr, auch nachts“ Hilfebedarf bestehen „und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der Hauswirtschaftlichen Versorgung“ benötigt werden (§ 15 I Nr.3 SGB XI).

Pflegegeld: Bei der Entscheidung für häusliche Pflege kann generell zwischen den Leistungsarten Pflegegeld, Sachleistungen oder Kombileistungen gewählt werden. Pflegegeld wird monatlich überwiesen, vorausgesetzt, der Pflegebedürftige stellt mit dem Geld die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicher. Um dies zu überprüfen, haben Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden, eine Beratung durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung bzw. eine Pflegefachkraft, die von der Pflegekasse beauftragt aber nicht dort angestellt ist, abzurufen. In den Pflegestufen I und II hat diese Beratung mindestens einmal halbjährlich und in Pflegestufe III mindestens einmal vierteljährlich, stattzufinden. Die Vergütung der Beratung wird von der Pflegekasse getragen (bis zu 16 € in Pflegestufe I und II, und bis zu 26 € in Pflegestufe III). Das **Pflegegeld** beträgt nach § 37 SGB XI 205 € in Pflegestufe I, 410 € in Pflegestufe II und 665 € in Pflegestufe III.

Touren: Von einer einzelnen Pflegekraft wird in einer Schicht (z.B. Frühdienst) eine bestimmte Anzahl von Pflegekunden »angefahren«, pflegerisch und oder Hauswirtschaftlich unterstützt/versorgt. Meist sind die selben Pflegekunden in einer Tour zusammengefasst. Die Anzahl der zu versorgenden Pflegekunden und die Einsatzdauer können allerdings erheblich variieren.

Wanderungssaldo: „Differenz zwischen Zu- und Fortzügen“ (Statistisches Bundesamt 2006a: 19).

7. Literatur

Ahlers, E. Brussig, M. (2004). Gesundheitsbelastungen und Prävention am Arbeitsplatz – WSI-Betriebsrätebefragung 2004. URL: http://www.boeckler.de/pdf/wsimit_2004_11_Ahlers_Brussig.pdf

(Stand 29.09.07/CD)

Arbeitsschutzgesetz. *Arbeitsgesetze.* Beck-Texte München: dtv (67. Auflage), 399-410

Atteslander, P. (2000). *Methoden der empirischen Sozialforschung.* Berlin, New York: Walter de Gruyter (9. neu bearbeitete und erweiterte Auflage)

Bamberg, E. (1999). Psychische Belastungen: Begriffe und Konzepte. In: Badura, B. Litsch, M. Vetter, C. (Hrsg.) *Fehlzeiten-Report 1999 Psychische Belastung am Arbeitsplatz.* Berlin et al.: Springer, 45-57

Behrens, J. Langer, G. (2004). *Evidence-based Nursing – Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft.* Bern et al.: Hans Huber

BGW (2005). *Mitarbeiterbefragung Psychische Belastung und Beanspruchung in der Pflege – Kundenbefragung zur Nutzung und Bewertung des Analyseverfahrens.* (Hrsg.: BGW)

BGW (o. J.). *Anleitung zur Mitarbeiterbefragung für die ambulante Pflege. Gefährdungsermittlung und -beurteilung; Psychische Belastung und Beanspruchung* (CD)

BKK (2005). *BKK Gesundheitsreport 2005 Krankheitsentwicklung – Blickpunkt: Psychische Gesundheit.* URL:

<http://www.bkk.de/ps/tools/download.php?file=/bkk/psfile/downloaddatei/64/Gesundheit438ae1c8de09a.pdf&name=Gesundheitsreport2005.pdf&id=855&nodeid=855>

(Stand 13.09.07/CD)

BMG (2007). *Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten.* URL:

http://www.bmg.bund.de/cln_041/nm_773096/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Informationen/06-Leistungsempfaenger-sozialen-PV-nach-Leistungsarten,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/06-Leistungsempfaenger-sozialen-PV-nach-Leistungsarten.pdf (Stand 07.04.07/CD)

Bödeker, W. (2003). *Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Deutschland – Antwort auf eine Kritik.* URL:

http://www.gutearbeit-online.de/archiv/beitraege/2003/2003_01_33_35.pdf (Stand 05.09.07/CD)

Borg, I. (2001). Mitarbeiterbefragungen. In: Schuler, H.(Hrsg.) *Lehrbuch der Personalpsychologie.* Göttingen: Hogrefe-Verlag, 373-396

Bortz, J. Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler.* Heidelberg: Springer (4. überarbeitete Auflage)

Büssing, A. Glaser, J. Höge, Th. (2005). *Belastungsscreening in der ambulanten Pflege.* Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) Forschungsbericht 1048. Dortmund et al.: Wirtschaftsverlag NW

- Clade, H. (2005).** *Pflege: Damit das Alter nicht zur Bedrohung und Last wird.* Deutsches Ärzteblatt Jg. 102 Nr. 27 S. A 1938 – A 1941 URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/treffer.asp?pg=14> (CD)
- DIN EN ISO 10075-1:2000.** *Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung.* Berlin: Beuth
- Doblhammer, G. Westphal, C. Ziegler, U. (2006).** Pflegende Angehörige brauchen mehr Unterstützung. In: *MPI Demografische Forschung aus erster Hand.* 3 Nr. 4 Seite 3-4 (CD)
- Dörner, D. (1985).** Verhalten und Handeln. In: Dörner, D. & Selg, H. (Hrsg.). *Psychologie – Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder.* Stuttgart: Kohlhammer, 73-86
- Duden (2005)** *Das Fremdwörterbuch.* 8. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Mannheim: Bibliografisches Institut & F.A. Brockhaus AG
- Franzkowiak, P. (2003).** Salutogenetische Perspektive. In: BZgA (Hrsg.) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.* Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo (4. erweiterte und überarbeitete Auflage), 198-200
- Geller, H. Gabriel, K. (2004).** *Ambulante Pflege zwischen Staat und Markt.* Freiburg: Lambertus
- Glaser, J. Höge, Th. (2005).** *Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften.* BauA (Hrsg.). Dortmund et al.: URL: http://www.baua.de/nn_11598/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd18,xv=vt.pdf (Stand 22.07.2007/CD)
- Glesermann, G. J. (1976).** *Entwicklung, Erziehung und Selbsterziehung der Persönlichkeit.* Sowjetwissenschaft, Ges.-wiss. Beitr. 10: 1067-1082
- Grabbe, Y. Nolting, H-D. Loos: Krämer, K. (2006).** *DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 Ambulante Pflege – Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten.* DAK, BGW (Hrsg) Hamburg. (CD)
- Gregersen, S. (2005).** Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten. In: Badura, B. Schellschmidt, H. Vetter, C. (Hrsg.) *Fehlzeiten-Report 2004 Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.* Berlin et al.: Springer, 183-201
- Gregersen, S. Ohlsen, S. Sattel, H. (2002).** *Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten.* BGW (Hrsg.) (CD)
- Greif, S. (1991).** Stress in der Arbeit – Einführung und Grundbegriffe. In: Greif: Bamberg, E. Semmer, N. (Hrsg.). *Psychischer Stress am Arbeitsplatz.* Göttingen: Hogrefe, 1-28
- Grossman, R. Scala, K. (1994).** *Gesundheit durch Projekte fördern – Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement.* Weinheim, München: Juventa
- Gruber, H. Mierdel, B. (2006).** *Leitfaden für die Gefährdungsbeurteilung.* 8. überarbeitete Aufl. Bochum: Technik und Organisation

- Hacker, R. Reinhold; Darm, A. Hübner, I. Wollenberger, E. (1995).** *Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen (BHD-System)*. Dresden: Institut für Allgemeine Psychologie an der Technischen Universität Dresden
- Hacker, W. (1995).** *Arbeitstätigkeitsanalyse – Analyse und Bewertung psychischer Arbeitsanforderungen*. Heidelberg: Asanger
- Hacker, W. (2005).** *Allgemeine Arbeitspsychologie – Psychische Regulation von Wissens-, Denk- und körperlicher Arbeit*. Bern: Verlag Hans Huber (2. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage)
- Hacker, W. Richter, P. (1984).** *Psychologische Bewertung von Arbeitsgestaltungsmaßnahmen- Ziele und Bewertungsmaßstäbe- Spezielle Arbeits- und Ingenieurpsychologie in Einzeldarstellungen*; Band 1. Berlin; Heidelberg; New York; Tokyo: Springer (2. veränderte und ergänzte Auflage)
- Hackman, J.R. (1969).** Towards understanding the role of tasks in behavioral research. *Acta Psychologica*, 31; 97-128
- Hasselhorn, H.M. Müller B.H. (2005).** *Arbeitsbelastung und –beanspruchung bei Pflegepersonal in Europa – Ergebnisse der NEXT-Studie*. In: Badura, B. Schellschmidt, H. Vetter, C. (Hrsg.) *Fehlzeiten-Report 2004 Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen*. Berlin et al.: Springer, 21-47
- Holm, M. Geray, M. (2006).** *Integration der psychischen Belastungen in die Gefährdungsbeurteilung*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). Dortmund: Wirtschaftsverlag NW
- Hullen, G. (2003).** Projection of Living Arrangements, Household and Family Structures, in: Hullen, Gerd (ed.): *Living arrangements and households – methods and results of demografic projections*. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft. Bundesinstitut für Bevölkerungsfragen. Wiesbaden. URL: <http://www.bib-demographie.de/publikat/materialien/Heft109.pdf> (Stand 08.04.07/CD)
- Hurrelmann, K. Franzkowiak, P. (2003).** Gesundheit. In: BZgA (Hrsg.) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo (4. erweiterte und überarbeitete Auflage), 53-55
- Hüther, G. (2005).** *Biologie der Angst – Wie aus Streß Gefühle werden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (7. Auflage)
- Inqa/BAuA (o.J.).** *Fels in der Brandung – Ältere Beschäftigte im Pflegeberuf*. URL: <http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/publikationen,did=205118.html> (Stand 24.09.07/CD).
- Isfort, M. Weidner, F. (2007).** *Pflegethermometer 2007*. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln (Hrsg.). URL: <http://www.dip-home.de/material/downloads/Pflege-Thermometer2007.pdf> (Stand 18.08.07/CD)
- Isfort, M. Weidner, F. Messner, T. Zinn, W. (2003).** *Pflegethermometer 2004*. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln (Hrsg.) URL: <http://www.dip-home.de/material/downloads/Pflege-Thermometer2004.pdf> (Stand 05.08.07/CD)
- Joiko, K. Schmauder, M. Wolff, G. (2006).** *Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben- Erkennen-Gestalten*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). Dortmund-Dorfeld (3. aktualisierte Aufl.)

- Kaluza, G. (2003).** Stress. In: Jerusalem, M. Weber, H. (Hrsg.) *Psychologische Gesundheitsförderung – Diagnostik und Prävention*. Göttingen et al.: Hogrefe, 339-361
- Kasl: V. (1978).** Epidemiological contributions to the study of work stress, in C.L. Cooper and R. Payne (Eds.), *Stress at work*, New York
- Kirchner, J.-H. (1986).** Belastungen und Beanspruchungen – Eine Begriffliche Klärung zum Belastungs-Beanspruchungskonzept. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaften*; 40 (2), 69-74 (CD)
- Kirchner, J.-H. (1993).** *Arbeitswissenschaft – Entwicklung eines Grundkonzeptes*. URL: <http://www.tu-braunschweig.de/Medien-DB/arbeitswissenschaft/Grundkonzept2.pdf> (Stand 12.04.07/CD)
- Klie, T. (2007).** Tauziehen ums Case Management. *Forum Sozialstation* 147; 14-19
- Kuhn, J. (2001).** Arbeitsbedingte Erkrankungen. *Prävention- Zeitschrift für Gesundheitsförderung* 24;1-8 URL: [http://www.unfallkassen.de/files/510/ArbeitsbedErkr.pdf?PHPSESSID=c550ffb5aed45e460600e4\(...\)](http://www.unfallkassen.de/files/510/ArbeitsbedErkr.pdf?PHPSESSID=c550ffb5aed45e460600e4(...)) (Stand 07.04.07/CD)
- Küsgens, I. (2005).** Krankheitsbedingte Fehlzeiten in Altenpflegeberufen – Eine Untersuchung der in Altenpflegeeinrichtungen tätigen AOK-Versicherten, 2003. In: Badura, B. Schellschmidt, H. Vetter, C. (Hrsg.) *Fehlzeiten-Report 2004 Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen*. Berlin et al.: Springer, 203-219
- Lehmann, M. (2003).** Verhaltens- und Verhältnisprävention. In: BZgA (Hrsg.) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo (4. erweiterte und überarbeitete Auflage), 238-240
- Leitner, K. (1993a).** Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf die psychosoziale Gesundheit. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaften* 2/47; 98-107
- Leitner, K. (1999).** Kriterien und Befunde zu gesundheitsgerechter Arbeit – Was schädigt, was fördert die Gesundheit? In: Oesterreich, Volpert (Hrsg.). *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen – Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung*. Bern et al.: Hans Huber, 63-139
- Leitner, K. Lüders, E. Greiner, B. Ducki, A. Niedermeier, R. Volpert, W. (1993b)** (Mitarbeit von: Oesterreich, R. Resch, M. Pleiss, C.). *Analyse psychischer Belastungen in der Büroarbeit – Das RHIA/VERA-Büro-Verfahren/Handbuch*. Göttingen et al.: Hogrefe
- Leontjew, A.N. (1975).** *Tätigkeit, Bewußtsein, Persönlichkeit*. Moskau (1975). Berlin (1979).
- Lienert, G.A. Raatz, U. (1998).** *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim
- Luczak, H. (1997).** Arbeitswissenschaft als Disziplin. In: Luczak, H. Volpert, W. (Hrsg.) *Handbuch Arbeitswissenschaft*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 11-19
- MDS (2006).** *Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI Buch Sozialgesetzbuch*. URL: http://www.mdk.de/media/pdf/Begutachtungsrichtlinien_screen.pdf (Stand 05.09.07)

- Meyer, M. (2001).** Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz – Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Mitarbeiter. In: BKK (Hrsg.) *Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren* Band 21. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- Oesterreich, R. (1999).** Konzepte zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit – Fünf Erklärungsmodelle im Vergleich. In: Oesterreich, Volpert (Hrsg.). *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen – Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung*. Bern et al.: Hans Huber, 141-215
- Oppolzer, A. (2006).** *Gesundheitsmanagement im Betrieb – Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit*. Hamburg: VSA
- Ottawa Charter for Health Promotion (1986).**
http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2 (Stand 21.07.2007)
- Paridon, H. Bindzius, F. Windemuth, D. Hanßen-Pannhausen, R. Boege, K. Schmidt, N. Bochmann, F. (2004).** Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit – Ergebnisse einer Befragung von Arbeitsschutzexperten. In: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG), Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit (BGAG) u. BKK-Bundesverband Initiative Gesundheit und Arbeit (Hrsg.). *IGA Report 5*: Essen, Dresden.
- Paslack, K. A. (2005).** *10 Jahre Pflegeversicherung und ambulante pflegerische Versorgung: Entwicklung und Perspektiven*. Diplomarbeit (CD)
- Raasch, B. Friese, M. Hofmann, W. Naumann, E. (2006).** *Quantitative Methoden* 1. Heidelberg: Springer (2. erweiterte Auflage)
- Resch, M. (2003).** *Analyse psychischer Belastungen – Verfahren und ihre Anwendung im Arbeits- und Gesundheitsschutz*. Bern: Hans Huber
- Richter, E. (2007).** Wir werden anders altern als vorhergesagt. *Forum Sozialstation* 146; 18-19
- RKI (Robert Koch Institut) (2005a).** Themenheft 28 – Altersdemenz. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. URL: http://www.rki.de/cln_049/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/altersdemenz.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/altersdemenz.pdf (Stand 08.04.07/CD)
- RKI (Robert Koch Institut) (2005b).** Themenheft 10 – Gesundheit im Alter. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. URL: http://www.rki.de/cln_048/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/gesundheit_im_alter.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/gesundheit_im_alter.pdf (Stand 09.04.07/CD)
- Rohloff, J. (2001).** Demografische und soziale Veränderungen mit Einfluß auf die Entwicklung des informellen Pflegepotenzials. In: Blinkert, B. Klie, T. *Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differenzierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050 – Expertise im Auftrag der Enquete Kommission ‚Demografischer Wandel‘ des Bundestage*. Wiesbaden, URL: http://www.soziologie.uni-freiburg.de/fifas/all/pdf/Expertise_Bundestag.pdf , 12-18 (Stand 08.04.07/CD)

- Rohloff, J. (2003).** *Demographischer Faktor- Wissen 3000*. Hamburg: Europäische Verlagsanstalt/Sabine Groenewold Verlag
- Rohmert, W. (1972).** Aufgaben und Inhalt der Arbeitswissenschaft. *Die berufsbildende Schule (Wolfenbuettel)*, 3-14 (CD)
- Rohmert, W. (1984).** Das Belastungs- Beanspruchungskonzept. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaften*. 38 (4), 193-200 (CD)
- Rothgang, H. (2005).** Demografischer Wandel und Pflege(ver)sicherung. In: Kerschbaum, J. Schroeder, W. (Hrsg.), *Sozialstaat und demografischer Wandel – Herausforderungen für Arbeitsmarkt und Sozialversicherungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage, 119-146
- Rubinstein, L. (1962).** *Sein und Bewußtsein*. Berlin (keine weiteren Angaben im Original)
- Rudolf, A. Teufel: Weyerer: Schäufele, M. Sattel, H. (o.J.).** *Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten – Abschlussbericht an die BGW*. Mannheim (CD)
- Sattel, H. (o.J.).** Screening ‚Psychische Belastung und Beanspruchung‘ – Entwicklung und Evaluation eines Instrumentes zur Gefährdungsermittlung in der ambulanten Kranken- und Altenpflege (Abschlussbericht). BGW (Hrsg.) Metakontor Mannheim
- Sawalowa, J.D. Lomow, B.F. & Ponomarenko, W.A. (1971).** *Das Prinzip des aktiven Operateurs und die Funktionsverteilung zwischen Mensch und Maschine* (russ.). Voprossi Psichologii, 5.
- Siegrist, J. (1996).** *Soziale Krisen und Gesundheit*. Reihe Gesundheitspsychologie, Bd.5. Göttingen: Hogrefe
- Siegrist, J. (1999).** Psychosoziale Arbeitsbelastungen und Herz-Kreislauf-Risiken: internationale Erkenntnisse zu neuen Streßmodellen. In: Badura, B. Litsch, M. Vetter, C. (Hrsg.) *Fehlzeiten-Report 1999 Psychische Belastung am Arbeitsplatz*. Berlin et al.: Springer, 142-152
- Staehe, H. (1999).** *Management*. München: Vahlen
- Statistisches Bundesamt (2004a).** *Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen-Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung- Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 2003*. URL: <http://www.destatis.de/download/veroe/pflege2003.pdf> (Stand 21.03.07/CD)
- Statistisches Bundesamt (2004b).** *Gesundheit – Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004*. URL: http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2006/gesundheit_2004i.pdf (Stand 12.05.07/CD)
- Statistisches Bundesamt (2005).** 3. Bericht: *Pflegestatistik 2003 – Ländervergleich: ambulante Pflegedienste*. URL: http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2006/gesundheit_2004i.pdf (Stand 12.05.07/CD)
- Statistisches Bundesamt (2006a).** 11. *Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung – Annahmen und Ergebnisse*. URL: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1019439> (Stand 21.03.07/CD)

- Statistisches Bundesamt (2006b).** *Leben in Deutschland – Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005.* URL: http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2006/mikrozensus_2005i.pdf (Stand 22.03.07/CD)
- Statistisches Bundesamt (2007).** *Pflegestatistik 2005: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung- Deutschlandergebnisse.* URL: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1019863> (Stand 21.03.07/CD)
- Statistisches Bundesamt (2007c).** *3. Bericht: Pflegestatistik 2005 – Ländervergleich ambulante Pflegedienste.* URL: <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,Warenkorb.csp> (Stand 12.05.07/CD)
- Statistisches Bundesamt (2007a).** *Pressemitteilung vom 18.1.07.* URL: <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2007/p0280094.htm> (Stand 12.05.07/CD)
- Ulich, E. (1984).** *Psychologie der Arbeit.* In: *Management Enzyklopädie*, Band 7. Landsberg: Moderne Arbeit, 914-929
- Ulich, E. (2005).** *Arbeitspsychologie.* Zürich: vdf Hochschulverlag AG an der ETH u. Stuttgart: Schäfer-Poeschel Verlag für Wirtschaft Steuern Recht (6. überarbeitete und erweiterte Auflage)
- Volpert, W. (1974).** *Handlungskompetenz und Sozialisation.* In: S. Güldenpfennig, W. Volpert und P. Weinberg (Hrsg.). *Sensumotorisches Lernen und Sport als Reproduktion der Arbeitskraft.* Köln (ohne Seitenangabe)
- Volpert, W. (1987).** *Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten.* In: Kleinbeck & U. Rutenfranz, J. (Hrsg.). *Enzyklopädie der Psychologie – Arbeitspsychologie.* Göttingen et al.: Hogrefe
- Weibler, J. (2001).** *Personalführung.* München: Vahlen
- Weinbach, R.W. Grinnell, R.M. (2000).** *Statistik für soziale Berufe.* Neuwied, Kriftel: Luchterhand
- Wenchel, K. (2001).** *Psychische Belastungen am Arbeitsplatz- Ursachen-Auswirkungen-Handlungsmöglichkeiten.* Berlin: Erich Schmidt
- Zapf, D. (1989).** *Selbst- und Fremdbeobachtung in der psychologischen Arbeitsanalyse.* Göttingen et al.: Hogrefe
- Zöfel, P. (2002).** *Statistik verstehen.* München: Addison-Wesley
- Zöfel, P. (2005).** *SPSS-Syntax – die ideale Ergänzung für effiziente Datenanalyse.* München: Pearson Studium, Addison – Wesley

8. Anhang

A) Fragebogen zur psychischen Belastung

Fragebogen zur psychischen Belastung

Bitte überlegen Sie sich bei den folgenden Aussagen, ob diese auf Ihre **jetzige Arbeitstätigkeit** zutreffen. Kreuzen Sie bitte für jede Aussage die entsprechende Antwort an.

		sehr stark	stark	mittel	etwas	gering		
1	Stufen Sie bitte ganz generell den Grad Ihrer beruflichen Belastung ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		gar nicht	überwiegend nicht	eher nicht	mittel	eher ja	überwiegend	sehr
2	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitszeitregelung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		sehr wenig	ziemlich wenig	etwas	ziemlich viel	sehr viel		
4	Wie viel Einfluss haben Sie darauf, welche Arbeit Ihnen zugeteilt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau		
5	Ich stehe häufig unter Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	Ich habe zuviel Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	An meinem Arbeitsplatz gibt es ungünstige Umgebungsbedingungen wie Schmutz, unangenehme Gerüche, Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8	An meinem Arbeitsplatz sind Räume und Raumausstattung ungenügend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9	Oft stehen mir die benötigten Informationen, Materialien, Arbeitsmittel nicht zur Verfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10	Ich kann mich auf meine Kollegen verlassen, wenn es bei der Arbeit schwierig wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11	Ich bekomme von Vorgesetzten und Kollegen immer Rückmeldung über die Qualität meiner Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12	Die Arbeit in einem Kollegenteam fehlt mir in der häuslichen Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13	In schwierigen Situationen fehlt mir die <u>direkte menschliche</u> Unterstützung durch die Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14	Jeden Tag die gleichen Patienten versorgen zu müssen, ist auf Dauer sehr belastend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15	Manchmal, z.B. in Notsituationen, fehlt mir die <u>fachliche</u> Unterstützung durch die Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16	Ich leide darunter, dass ich nicht alle notwendigen Wünsche und Bedürfnisse der Patienten erfüllen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

KOPIERVORLAGE

→ Weiter auf Seite 2

Seite

1

Fragebogen zur psychischen Belastung

KOPIERVORLAGE

Als Pflegekraft ist man bei der Arbeit belastet durch:		nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
17	Die häufige Konfrontation mit Tod und Sterben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Schwierigkeiten im Umgang mit depressiven und apathischen Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Punkten an, **wie oft** Sie diese Situation bei Ihrer gegenwärtigen Tätigkeit **als belastend** erlebt haben:

		nie	gelegentlich	häufig	sehr häufig
19	Es werden zu viele Aufgaben verlangt, die nichts mit Pflege zu tun haben (z.B. Organisation, Dokumentation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Nicht genügend Zeit zu haben, um den Patienten emotionale Unterstützung geben zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Sich hilflos zu fühlen im Fall eines Patienten, bei dem keine Verbesserungen erreicht werden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Ungenügende Information eines Arztes im Hinblick auf die medizinische Verfassung eines Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich fühle mich bei meiner Arbeit stark belastet bzw. beeinträchtigt durch:		nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
23	Bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Das Arbeiten in unangenehmer Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei der nächsten Frage bitten wir Sie, zu einer Aussage Stellung zu nehmen, die Ihre **außerberufliche Situation** betrifft. Kreuzen Sie bitte das Antwortkästchen an, welches Ihrer **persönlichen Meinung** am besten entspricht.

		voll und ganz	weit- gehend	teil- weise	nein
25	Können Sie sich in Ihrer Freizeit ausreichend entspannen (z.B. durch Erholung, Sport, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) Fragebogen zur Beanspruchung

Alle in den nicht geschwärtzten Bereichen gemachten Kreuze werden zur Bestimmung der Gesamtbeanspruchung gewertet - je mehr sichtbare Kreuze, desto höher die Beanspruchung. Fragebögen und Auswertungsmasken etc. können über die BGW bezogen werden.



Fragebogen zur Beanspruchung

Die folgenden Aussagen beschreiben **Gefühle und Eindrücke**, die sich auf Ihre Arbeit beziehen. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit jede Aussage für Sie zutrifft.

		trifft gar nicht zu	überwiegend nicht	eher nicht	teils, teils	eher ja	überwiegend ja	trifft völlig zu
1	Es fällt mir schwer, nach der Arbeit abzuschalten							
2	Ich muss auch zu Hause an Schwierigkeiten bei der Arbeit denken							
3	Selbst im Urlaub muss ich manchmal an Probleme bei der Arbeit denken							
4	Ich fühle mich ab und zu wie jemand, den man als Nervenbündel bezeichnet							
5	Ich bin schnell verärgert							
6	Wenn ich müde von der Arbeit nach Hause komme, bin ich ziemlich nervös							
7	Ich habe gelegentlich ein Gefühl innerer Leere							
8	Meine Stimmung schwankt häufig							
9	Mich beschäftigt sehr, dass ich hier zu wenig Entwicklungschancen sehe							
10	Ich fühle mich manchmal wie ausgebrannt							
11	Bei meiner Arbeit fühle ich mich oft entmutigt und denke darüber nach, ob ich den Job aufgeben soll							
12	Den ganzen Tag mit Leuten zu arbeiten, ist wirklich eine Strapaze für mich							

Folie 12: Maske zur Auswertung der durchschnittlichen Gesamtbeanspruchung



Fragebogen zur Beanspruchung

Nun folgen einige Fragen zu Ihrer **Gesundheit**. Zunächst geht es darum, wie oft bei Ihnen die folgenden **körperlichen Beschwerden** auftreten:

(Schildern Sie bitte nicht Ihre vielleicht nur heute vorhandenen Beschwerden, sondern die Beschwerden, die während der letzten Zeit auftraten. Kreuzen Sie bitte immer ein Antwortkästchen an, und zwar das, welches noch am ehesten für Sie zutrifft.)

Wie häufig waren diese körperlichen Beschwerden in der letzten Zeit?	fast täglich	etwa 3x in der Woche	etwa 2x im Monat	etwa 2x im Jahr	praktisch nie
13 Bekommen Sie beim Treppensteigen Herzklopfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14 Haben Sie Kreuzschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Spüren Sie, dass Ihr ganzer Körper verkrampft ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Haben Sie Schwierigkeiten durchzuschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Ist Ihr körperliches Leistungsvermögen verringert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Ermüden Sie schnell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie stark waren diese körperlichen Beschwerden in der letzten Zeit?	sehr stark	stark	mittel	kaum	praktisch nicht
19 Sind Sie wetterfühlig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Haben Sie das Gefühl, im Stress zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Haben Sie sich in letzter Zeit Sorgen um Ihre Gesundheit gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei der nächsten Frage bitten wir Sie, zu einer Aussage Stellung zu nehmen, die Ihre **außerberufliche Situation** betrifft. Kreuzen Sie bitte das Antwortkästchen an, welches Ihrer **persönlichen Meinung** am besten entspricht.

	voll und ganz	weitgehend	teilweise	nein
22 Können Sie sich in Ihrer Freizeit ausreichend entspannen (z.B. durch Erholung, Sport, ...)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Zum Auflegen auf:

Seite

2

C) Ergänzungsfragebogen

Die nachfolgenden vier Fragen (Zusatzfragen) sind Ergänzungen zu den Fragebögen der BGW. Daran anschließend folgen weitere Fragen: z.B. zu Ihrer Arbeitssituation.

Heben und Tragen

Ich fühle mich in meiner Arbeit stark belastet bzw. beeinträchtigt durch:	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
das Heben und Tragen von Patienten (Pflegekunden), z.B. beim Transfer in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sexuelle Gewalt

Ich fühle mich in meiner Arbeit stark belastet bzw. beeinträchtigt durch:	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Gewalt oder sexuelle Belästigung (auch verbal) durch die Patienten (Pflegekunden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

soziale Unterstützung

	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
In schwierigen Situationen fehlt mir die Unterstützung durch die <u>Pflegedienstleitung</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

soziale Unterstützung

	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Manchmal, z.B. in Notsituationen, fehlt mir die <u>fachliche</u> Unterstützung durch die <u>Pflegedienstleitung</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arbeitssituation**1) In welchem Pflegedienst der „„Hamburgischen Brücke““ sind Sie tätig?**

- a) Sozialstation Eppendorf
- b) Sozialstation Wandsbek – Barmbek
- c) Pflegedienst Fuhlsbüttel- Langenhorn

2a) Seit wann arbeiten Sie bei der „„Hamburgischen Brücke““

_____ Monat _____ Jahr (z.B. 10/2001)

2b) Haben Sie während dieser Zeit innerhalb der „„Hamburgischen Brücke““ den Arbeitsbereich (z. B. anderer Pflegedienst, in Leitungsfunktion etc.) gewechselt

- nein einmal mehr als einmal
-

3) Seit wann sind Sie insgesamt ohne längere Unterbrechungen in der ambulanten Pflege tätig?

_____ Monat _____ Jahr (z.B. 10/2001)

4) Seit wann sind Sie insgesamt in der Pflege beschäftigt (mit Ausbildungsjahren)?

_____ Monat _____ Jahr (z.B. 10/2001)

5) Wie viele Stunden beträgt Ihre vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit?

_____ Stunden

6) Leisten Sie regelmäßig Überstunden?

- ja nein
-

7) Wie sieht normalerweise Ihr Monatsdienstplan aus?

- a) nur Frühdienst ja nein
- b) nur Spätdienst ja nein
- c) Früh- und Spätdienst ja nein

8) Arbeiten Sie an Wochenenden und Feiertagen?

- ja nein

9) An wie vielen Wochenenden arbeiten Sie durchschnittlich pro Monat?

_____ Wochenenden Ich arbeite nicht an Wochenenden

10) Wie oft kommt es zu unvorhergesehenen Änderungen Ihres Dienstplans (z.B. wegen Krankheit von KollegInnen)?

- seltener als 1 mal pro Monat 1-3 mal pro Monat 1 mal pro Woche mehrmals pro Woche
-

11) Wie viel Einfluss haben Sie auf die Erstellung Ihres Dienstplans?

- Sehr wenig Einfluss wenig Einfluss mittleren Einfluss großen Einfl. sehr großen Einfl.
-

12) Wie viele Mehrstunden leisten Sie durchschnittlich pro Monat?

ca. _____ Stunden

13) Erhalten Sie für die Mehrstunden Freizeitausgleich, lassen Sie sich diese auszahlen oder trifft beides zu?

- Freizeitausgleich Auszahlung beides trifft zu
-

14a) Sind Sie einer beruflichen Doppelbelastung ausgesetzt (z.B. durch ein Studium, Nebenerwerb, selbständige Tätigkeit o.ä.)?

ja nein

14b) Wenn ja, wie viele Stunden wenden Sie dafür im Durchschnitt pro Woche auf?

_____ Stunden, Art der Tätigkeit

Angaben zur Person

1) Ihr Lebensalter _____ Jahre

2) Geschlecht

weibl. männl.

3) Welchen Familienstand haben Sie?

Verheiratet und lebe mit meinem/r Ehepartner/in zusammen

verheiratet und leben von meinem/r Ehepartner/in getrennt

ledig

geschieden

verwitwet

4) Leben Sie mit einem Partner zusammen?

ja nein

5) Haben Sie Kinder?

ja nein

5a) Wenn ja, wie viele und in welchem Alter sind diese?

_____ Anzahl, _____ Alter

6) Welche Staatsangehörigkeit haben Sie ?

deutsch andere

7) Ist Deutsch Ihre Muttersprache?

ja nein

 8) Was ist Ihr höchster erreichter Schulabschluss?Abitur Realschulabschluss Hauptschulabschluss Keine abgeschlossene Schulbildung

Andere

9) Welchen Berufsabschluss haben Sie?Examierte(r) Krankenschwester/Pfleger Examierte(r) AltenpflegerIn Examierte(r) AltenpflegehelferIn Examierte(r) KrankenpflegehelferIn Fachkrankenschwester/-pfleger

(z.B. Intensivschwester)**keine** pflegerische Ausbildung

Andere

D) Pflegeinfrastruktur in Hamburg

Die Versorgungsstruktur in Hamburg zeigt folgendes Bild: Zum Jahresende 2005 gab es 324 ambulante Pflegedienste in Hamburg, die durchschnittlich je 38 Pflegebedürftige betreuten (Bundesdurchschnitt 43). Von den 324 Pflegediensten der Hansestadt sind 243 in privater, 79 in freigemeinnütziger und 2 in öffentlicher Trägerschaft (Statistisches Bundesamt 2007c: 7). Die Entwicklung der Anzahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten in Hamburg und deren Beschäftigungsverhältnis, bzw. deren Arbeitszeit für die Jahre 1999 bis 2005, ist Tabelle 8-1 zu entnehmen.

Tabelle 8-1: Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten in Hamburg (1999-2005) nach Umfang der Arbeitszeit

Jahr	Beschäftigte (absolut)	Vollzeit (%)	> 50% (%)	< 50% aber >geringfügig (%)	geringfügig (%)
1999	8472	29,0	28,7	12,9	25,6
2001	8427	31,5	30,1	13,2	21,5
2003	8004	29,5	30,8	12,6	24,0
2005	8324	28,8	30,4	13,0	25,8

Quelle: Pflegestatistik 1999-2005- Ländervergleich ambulante Pflegedienste, Grafik: eigene Darstellung. Die Prozentangaben sind eigene Berechnungen aus den in der Quelle genannten absoluten Zahlen (Rundungsdifferenzen).

Die Differenz zu 100% bilden Zivildienstleistende, HelferInnen im freiwilligen sozialen Jahr, Praktikanten etc. Ihr Anteil sank von 1999 (3,8%) kontinuierlich auf 2,0% im Jahr 2005.

Die Gesamtzahl der Beschäftigten im Jahr 2005 hat im Vergleich zum Jahr 2003 deutlich (+4% bzw. 320 Personen) zugenommen; bleibt dabei aber unter dem Niveau der Jahre 1999/2001 zurück (hier sind eventuell Einführungseffekt der Pflegeversicherung (1996) sichtbar). Wie im Bundestrend sind auch hier die Zuwächse bei den geringfügig Beschäftigten und der Rückgang der Vollzeitbeschäftigten (seit 2001) zu erkennen. Bei den über 50% Beschäftigten gibt es hingegen einen leichten Rückgang von 2003 auf 2005 (-0,4%). Die unter 50% aber mehr als geringfügig Beschäftigten nehmen hingegen im genannten Zeitraum um denselben Wert zu. Vereinfachend kann aber von relativ stabilen Verteilungen der Anteile der jeweiligen Gruppen gesprochen werden.

Von den 8324 Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten im Jahr 2005 arbeiteten die meisten Personen überwiegend im Bereich der Grundpflege (66,6% bzw. 5542) und in der hauswirtschaftlichen Versorgung (15,6% bzw. 1300). Die übrigen Beschäftigten haben ihren überwiegenden Einsatzbereich in der Verwaltung/Geschäftsführung (6,4% bzw. 533), in der Pflegedienstleitung (6,2% bzw. 513) und in sonstigen Tätigkeiten (5,1% bzw. 436) (Statistisches Bundesamt 2007c: 13). Diese Zusammensetzung ist seit 1999 relativ stabil geblieben.

E) Belastungs- Beanspruchungskonzept

Das ursprüngliche Konzept und erste Erweiterungen gehen auf Rohmert (1984) zurück. Das Belastungs-Beanspruchungskonzept fand auch Berücksichtigung in der DIN EN ISO 10075 (Anhang F). Es dient dazu, die Auswirkungen der Arbeit auf den Menschen zu beurteilen. Unter dem Aspekt des Beurteilens sind vor allem die „vier Stufen Hierarchie der Bewertung menschengerechter Arbeit“ nach den Kriterien der „Ausführbarkeit, Erträglichkeit, der Zumutbarkeit und Zufriedenheit“ von Bedeutung (s. Anhang L). Ziel ist es dabei, „durch menschengerechte Arbeitsgestaltung das Befinden des Mitarbeiters im Arbeitssystem sowie die Leistung des Arbeitssystems (...) miteinander in Einklang“ zu bringen (Rohmert 1984: 194). Das Belastungs- Beanspruchungskonzept kann nach Rohmert (1984) also einen Beitrag zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit leisten. Im Blickpunkt der ergonomischen Betrachtungsweise menschlicher Arbeit steht „die

Auswirkung dieser Arbeit auf den Menschen (...) man nennt diese Auswirkung Beanspruchung“ (ebd.: 194). Beanspruchungen sieht Rohmert auch als ein „theoretisches Konstrukt“, das „dem Grad der Ausschöpfung bestimmter Eigenschaften, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Bedürfnissen durch bestimmte Belastungen“ entspricht (ebd.: 196f). Zur genauen Ermittlung dieses Konstruktes siehe a.a.O.: 197.

Das „vereinfachte Belastung- Beanspruchungskonzept“ besagt, dass von außen auf den arbeitenden Menschen einwirkende „Ursachen“ (Belastungen) in Abhängigkeit von seinen „individuellen Eigenschaften, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Bedürfnissen“ zu bestimmten Reaktionen (Beanspruchungen) führen. Diese werden auch als „Beanspruchungsreaktionen“ bezeichnet. Zu beachten sind hinsichtlich der Beanspruchungen sowohl interindividuelle (zwischen verschiedenen Personen) als auch intraindividuelle Unterschiede (im Zeitverlauf wechselnde „individuelle Voraussetzungen“ bei derselben Person). D.h., dieselbe „objektive“ Belastung kann zu verschiedenen Beanspruchungen führen (Rohmert 1984: 195). Es ist allerdings auch möglich, dass „sich unterschiedliche Belastungen in gleichartigen Beanspruchungen äussern können“ (Ulich & Wülser 2005: 59). Dabei können die Beanspruchungen wiederum zu Veränderungen der individuellen Eigenschaften etc. führen (z.B. über „Rückkoppelungen“) (Rohmert 1984: 195). Dies wird in Abb. 8-1 anschaulich dargestellt.

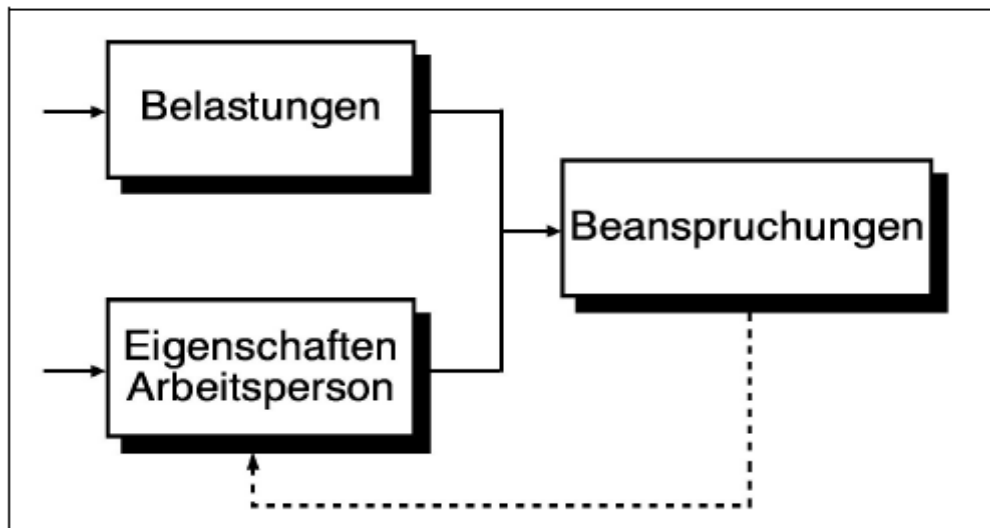


Abbildung 8-1: Belastungs- Beanspruchungskonzept – nach Rohmert; Quelle: Kirchner (1993a: 2)

Die oben beschriebenen Rückkoppelungen sind in der Grafik als gestrichelte Linie dargestellt. Kirchner bezeichnet diese Darstellung als „formales Grundkonzept“, dass die „zwei Grundaufgaben der Arbeitswissenschaft“, nämlich „Beurteilen und Gestalten menschlicher Arbeit“ ermöglicht (Kirchner 1993: 2). Die in Abb. 8-1 genannten Eigenschaften sind bei Rohmert (1984) um die Begriffe „Fähigkeiten, Fertigkeiten und Bedürfnisse“ ergänzt (s. Abb. 8-2). „Je besser die individuellen Voraussetzungen [Eigenschaften der Arbeitsperson] sind, desto niedriger sind die Beanspruchungsreaktionen aus vorgegebenen Belastungen“ (Rohmert 1984:195). Mit dem Belastungs- Beanspruchungskonzept „lassen sich Phänomene analysieren beziehungsweise messen“. Dazu werden Belastungen in „Teilbelastungen“ und Beanspruchungen in „Teilbeanspruchungen“ untergliedert. Diese Untergliederung ist in Abb. 8-2 dargestellt.

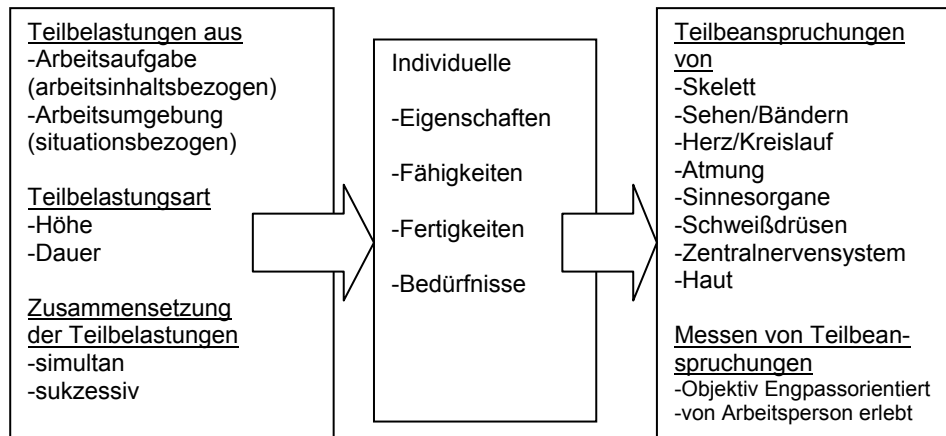


Abbildung 8-2: Phänomenorientiertes Belastungs-Beanspruchungskonzept (Rohmert 1984: 196)

Die Belastungen werden in Teilbelastungen aus „Arbeitsaufgabe“, die „Arbeitsinhaltsbezogen“ sind, also z.B. muskuläre Belastungen sein können und „Arbeitsumgebung“, die „situationsbezogen“ sind, unterteilt. „Für die Beurteilung einer Gesamtbelastung ist (...) die Komposition der Teilbelastungen, d.h. die Zusammensetzung der Teilbelastungen nach Art und Höhe sowie ihrem zeitlichen Ablauf, wesentlich.“ Außerdem „können die Teilbelastungen in ihrer zeitlichen Abfolge schwanken („Belastungssuperposition“)“. „Teilbelastungen können simultan und sukzessiv auftreten“ (ebd.: 196). Damit ist das gleichzeitige (simultane) und allmähliche, nach und nach (sukzessive) Auftreten von Belastungen gemeint. Gemessen werden für eine Beurteilung der Belastungen die „Teilbelastungskompositionen“, also deren Zusammenwirken. Dies kann „streng genommen“ aber nur für die zeitliche Dauer von Teilbelastungen (Teilbelastungsarten) geschehen. Zur genauen Messung der Teilbelastungen s. a.a.O.: 196f.

Einschränkend zu den oben dargestellten „Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen zwischen Belastung und Beanspruchung“ stellt Rohmert (1984) fest, dass diese „streng genommen“ nur zur Analyse von Arbeitsbedingungen „ohne Handlungsspielraum“ gelten. Da menschliche Arbeit aber in der Regel die „Möglichkeit zu unterschiedlichem Handeln“ beinhaltet, muss das vereinfachte Belastungs-Beanspruchungskonzept erweitert werden. Das Konzept wird also um die Variable Handlungsspielraum erweitert (...) (ebd.: 197f).

Das integrierte (oder erweiterte) Belastungs-Beanspruchungskonzept

Mit diesem Konzept „werden sowohl körperliche und informatorische⁴² als auch psychosoziale Belastungen und deren aktuelle [kurzfristige] (...) und langfristige Auswirkungen“ erfasst. Das ermöglicht die Verknüpfung der „eher arbeitsphysiologisch-ingenieurwissenschaftlichen Ergonomie“ mit „auf psychologischen Handlungstheorien basierenden Streß-Konzepten“ (ebd.: 198). Zur Erfassung der Belastungen ist eine Unterteilung in Teilanalysen sinnvoll.

1. „Tätigkeitsbezogene Arbeitsanalysen im Belastungs-Beanspruchungskonzept“

Mit dieser Analyse sollen Belastungen als „Sammelbegriff für alle exogenen Einwirkungen auf den Mitarbeiter“ ermittelt werden. Die Belastungen setzen sich aus den „objektiven Anforderungen“, einem „Profil muskulärer Anforderungen und einem „Profil nichtkörperlicher Anforderungen“ zusammen. Die objektiven Anforderungen, denen der Mitarbeiter

⁴² Umsetzen von Eingangs- und Ausgangsinformationen: siehe auch unter Arbeitsinhalte im Glossar

begegnen muss, ergeben sich aus den „grundsätzlichen menschlichen Arbeitsaufgaben ‚Produkt erzeugen‘ und ‚Dienstleistung erbringen‘ (ebd.: 198).

Die Arbeitsaufgabe wird dabei unter bestimmten „Ausführungsbedingungen und Umgebungsbedingungen“ bearbeitet. Für die Ausführungsbedingungen lassen sich „aufgabenspezifische Belastungsgrößen und –faktoren“ und für die Umgebungsbedingungen „situationsspezifische Belastungsgrößen und –faktoren“ messen bzw. ermitteln. Unter *Belastungsgrößen* versteht Rohmert (1984) auf „metrischen Skalen (mit intervall- oder proportional skalierten Ausprägungen)“ messbare Teilbelastungen, d.h. objektive äußere Anforderung (z.B. „Lärmwerte, Anzahl von Kunden“ etc.). Als *Belastungsfaktoren* werden Teilbelastungen angesehen, die „lediglich (...) nominal oder ordinal unterscheidbare Ausprägungen“ aufweisen (z.B. „Kundenverhalten, Körperhaltung, Betriebsklima“) (ebd.: 198; Hervorhebungen im Original). Aus den oben beschriebenen „objektiven Anforderungen“ und den „Profilen muskulärer und nichtkörperlicher Arbeit“, die nach „Schwere und Dauer“ bzw. „Schwierigkeit und Dauer“ zusammengesetzt sind und simultan und sukzessiv auf den arbeitenden Menschen einwirken können, ergeben sich die [gesamt] Belastungen im oben genannten Sinne (ebd.: 198f). Die zweite Teilanalyse betrifft die Handlungsregulation

2. „Handlungsregulation im Belastungs- Beanspruchungskonzept“

„Auf die Tätigkeitsanalyse folgt meist eine Analyse der Handlungsregulation.“ Die wie oben beschrieben zusammengesetzten Belastungen „werden vom Mitarbeiter aktiv verarbeitet oder passiv erduldet (subjektbezogenes Verhalten der Mitarbeiter)“, woraus sich „unter Berücksichtigung der individuellen Eigenschaften und Bedürfnisse des Mitarbeiters Handlungen und Leistungen“ ergeben. Die aktive Verarbeitung der Belastungen führt zu „Handlungen als Leistungsabgabe im Zweckgerichteten Arbeitssystem“. Im Falle der passiven Erduldung der Belastungen kommt es zu „Handlungen als Reaktionsverhalten im Zweckgerichteten Arbeitssystem“. Diese beiden Formen der Handlung führen schließlich zur „Leistung aus regulierter bzw. reaktiver Handlung“ (ebd.: 199). Eine wichtige Rolle spielen in Verbindung mit Handlungsspielräumen im integrierten Belastungs-Beanspruchungskonzept die Rückkoppelungen. Diese wirken in dreifacher Weise:

- „Rückkoppelungen (...) betreffen einmal die Ausführungsbedingungen der Arbeitsaufgabe, da durch Handlungsspielräume die spezifischen Belastungsgrößen und Belastungsfaktoren der Aufgabenbewältigung verändert werden“ (ebd.: 199). Dies kann zum Beispiel dadurch erfolgen, dass der Mitarbeiter auf die ihm zugeteilte Anzahl der zu versorgenden Patienten Einfluss nimmt.
- Rückkoppelungen aus den beiden oben beschriebenen Formen der Handlungen „als Reaktionsverhalten“ und als „Leistungsabgabe“ (als jeweilige Konsequenz aus passivem oder aktivem Verarbeiten der Belastungen) führen zu einem verändertem „subjektbezogenen Verhalten des Mitarbeiters“. Dies betrifft das aktive Verarbeiten der Belastung ebenso wie das passive Erdulden der Belastung (ebd.: 199).
- Rückkoppelungen „auf die individuellen Eigenschaften und Bedürfnisse des Mitarbeiters“. Dadurch sind Veränderungen der „Motivation und Konzentration im Antriebsbereich“ und der „Fähigkeiten und Fertigkeiten im Dispositionsbereich zu erwarten“ (ebd.: 199). Beispiele sind etwa Aufwärmefekte (s. DIN EN ISO 10075 Anhang F).

Der Nutzen bzw. Effekt von Handlungsspielräumen ist bereits bei „einfacher Muskelarbeit“, z.B. Ergometer fahren, nachweisbar (z.B. durch den unterschiedlichen Einsatz des Körpergewichts beim Treten der Pedale). Dies „ist erst recht für vorwiegend nichtkörperliche Arbeitsaufgaben mit größeren kognitiven Anteilen zu erwarten“ (ebd.: 199).

3. „Teilanalyse der Beanspruchung des Mitarbeiters im Arbeitssystem“

Die aus den Belastungen resultierenden Beanspruchungen können „im positiven Fall Beanspruchungsverminderung oder Handlungs- beziehungsweise Leistungsverbesserung (zum Beispiel Übung und Training) bewirken, im negativen Fall dagegen eine Beanspruch-

chungssteigerung oder Handlungs- beziehungsweise Leistungsver schlechterung (zum Beispiel [durch] Ermüdung, Monotonie bedeuten (s. Anhang F).

„Durch diese „Anpassungsvorgänge ergeben sich Rückkoppelungen (...) auf die individuellen Eigenschaften und Bedürfnisse des Mitarbeiters“. Rückkoppelungen finden also im Bereich der Belastungen und Beanspruchungen statt. Überschreiten die Beanspruchungen bestimmte Grenzwerte, können (zumindest langfristig) Gesundheitsgefährdungen/Schädigungen eintreten (z.B. „Lärmschwerhörigkeit“) (ebd.: 200). Es liegt nahe, die Ermittlungen der Beanspruchungen und deren Folgen (Beanspruchungsfolgen) im Arbeits- und Gesundheitsschutz gleichberechtigt neben die Belastungsermittlung zu stellen.

Beanspruchungen lassen sich „in objektiv engpaßorientierten physiologischen beziehungsweise biochemischen Indikatoren messen [z.B. Hormonkonzentrationen im Blut] und als subjektiv erlebbar skalieren“ [z.B. durch Befragungen] (ebd. S. 200). Die Beanspruchungen sind im Belastungs-Beanspruchungskonzept „der direkt interessierende Aspekt für die Beurteilung von Wirkungen“; sie „ergeben also die Beurteilungskriterien“. „Beanspruchung bezeichnet (...) die spezifische Inanspruchnahme des Menschen durch die Arbeit und die Situation“ (Kirchner 1986a: 69).

F) DIN EN ISO 10075-1bis 3:2000

Die im Jahr 2000 auch in Deutschland eingeführte internationale Norm DIN EN ISO 10075 Teil 1 und 2 „Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung“ dient vor allem „dem einheitlichen Sprachgebrauch“ und vermittelt „Gestaltungsgrundsätze [für die Gestaltung von Arbeitssystemen]“ (Joiko et al. 2006: 52). Teil 3 (2004) befasst sich mit der Problematik der Messung und Erfassung psychischer Arbeitsbelastungen.

Der Ausdruck „psychisch“ wird in dieser Norm angewandt, „wenn auf Vorgänge des menschlichen Erlebens und Verhaltens Bezug genommen wird.“ Psychisch meint in diesem Zusammenhang „kognitive, informationsverarbeitende und emotionale Vorgänge im Menschen.“ Der Ausdruck „psychisch“ weist auch darauf hin, dass die eben genannten Vorgänge „miteinander in Beziehung stehen und in der Praxis nicht getrennt behandelt werden können und sollten“. Teil 1 (Allgemeines und Begriffe) definiert psychische Belastung als „die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ (DIN EN ISO 10075-1: 3).

Psychischen Belastungen können im Menschen „Vorgänge des Anstiegs oder der Verminderung psychischer Beanspruchung“ bewirken. Der Begriff „psychische Beanspruchung“ beschreibt den zweiten Kernpunkt der Norm. Unter diesem Begriff wird „Die unmittelbare (nicht die langfristige) Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien“, verstanden. Als „unmittelbare Folgen der psychischen Beanspruchung“ werden bestimmte Reaktionen im Menschen beschrieben: „Anregungseffekte, psychische Ermüdung und/oder ermüdungsähnliche Zustände“. „Mittelbar“ kann es auch zu „Übungs- und Lerneffekten“ kommen. Die beschriebenen Folgen variieren je nach „individuellen und situativen Voraussetzungen“ in ihrer „Erscheinungsform und Stärke“ (ebd.: 3).

Bereits an dieser Stelle wird die unterschiedliche Bedeutung des Begriffs „psychische Belastung“ in Umgangs- und Fachsprache erkennbar. „Psychische Belastung wird im Sinne dieser Norm ausdrücklich als neutraler und nicht als negativer Begriff verwendet. Psychische Belastungen können demnach auch entlastende, positive Wirkungen auf den Menschen haben. Daher unterscheidet die Norm zwischen „Anregungseffekten“ [positiv] und „Beeinträchtigenden Effekten“ [negativ] als Folge von psychischen Beanspruchungen. Als Anregungseffekte gelten der „Aufwärmeeffekt“ und die „Aktivierung“. Diese Begriffe sind wie folgt definiert:

Anregungseffekte

Aufwärmeeffekt

Nachdem eine Tätigkeit eine Zeit lang durchgeführt wurde, kommt es nach kurzer Zeit zu einer Art Trainingseffekt, der dazu beiträgt, dass „diese Tätigkeit mit weniger Anstrengung als anfangs ausgeführt wird“ (ebd.: 3).

Aktivierung

Die zweite positive Folge psychischer Beanspruchung wird als „ein innerer Zustand mit unterschiedlich hoher psychischer und körperlicher Funktionstüchtigkeit“ beschrieben. Es wird darauf hingewiesen, dass psychische Beanspruchung „je nach ihrer Dauer und Intensität zu unterschiedlichen Graden der Aktivierung führen“ kann. Wobei es einen „Bereich der optimalen, d.h. weder zu geringen noch zu hohen Aktivierung“ gibt, „der höchste Funktionstüchtigkeit sicherstellt“. Eine plötzliche Steigerung der psychischen Beanspruchung kann allerdings „zu einer unerwünschten Überaktivierung führen“(ebd.: 3f).

Beeinträchtigende Effekte

Diese Effekte können „eher allgemeiner oder eher spezifischer Art sein und zur Erholung eine zeitliche Unterbrechung oder Änderung der Tätigkeit erfordern“ (ebd.: 4).

Psychische Ermüdung

Beschreibt „eine vorübergehende Beeinträchtigung der psychischen und körperlichen Funktionstüchtigkeit, die von Intensität, Dauer und Verlauf der vorangegangenen psychischen Beanspruchung abhängt“. Symptome einer verminderten Funktionstüchtigkeit zeigen sich u.a. in: „Müdigkeitsempfinden“, „ungünstigeren Beziehung zwischen Leistung und der zu ihrer Erbringung nötigen Anstrengung“ und „in der Art und Häufigkeit von Fehlern“. Zur Minderung der psychischen Ermüdung wird ein Unterbrechen der Arbeitstätigkeit als sinnvoll erachtet. Eine Änderung der Tätigkeit ist der Norm nach weniger effektiv (ebd.: 4).

Ermüdungsähnliche Zustände

Solche Zustände treten in „abwechslungsarmen Situationen“ als Folge psychischer Beanspruchung auf und vergehen rasch nach einem Wechsel „der Arbeitsaufgabe und/oder der Umgebung bzw. der äußeren Situation.“ Auch bei den ermüdungsähnlichen Zuständen kommt es meist zu „Müdigkeitsempfindungen“, die sich hierbei allerdings rascher verflüchtigen als bei psychischer Ermüdung. Bei den ermüdungsähnlichen Zuständen finden sich oft „besonders ausgeprägte interindividuelle Unterschiede“. Es werden die folgenden drei ermüdungsähnlichen Zustände beschrieben: „Monotoniezustand“, „herabgesetzte Wachsamkeit“ und „psychische Sättigung“ (ebd.: 4).

Monotoniezustand

Dieser entsteht langsam bei „langdauernden, einförmigen und sich wiederholenden Arbeitsaufgaben oder Tätigkeiten“ und führt zu einem „Zustand herabgesetzter Aktivierung“. Die mit diesem Zustand einhergehenden Symptome sind: „hauptsächlich (...) Schläfrigkeit, Müdigkeit, Leistungsabnahme und -schwankungen, Verminderung der Umstellungs- und Reaktionsfähigkeit sowie“ vermehrte „Herzfrequenzschwankungen“ (ebd.: 4).

Herabgesetzte Wachsamkeit

Kann bei „abwechslungsarmen Beobachtungstätigkeiten“ zu einer „herabgesetzten Signalentdeckungsleistung“ führen: beispielsweise bei „Radarschirm- und Instrumententafelbeobachtungen“. Die beiden zuletzt genannten Zustände unterscheiden sich nur in ihren „Entstehungsbedingungen nicht aber in ihren Auswirkungen“(ebd.: 4).

Psychische Sättigung

Kennzeichnet einen Zustand „der nervös-unruhevollen, stark affektbetonten Ablehnung einer sich wiederholenden Tätigkeit oder Situation, bei der das Erleben des Auf-der-Stelle-Tretens oder des Nicht-weiter-Kommens besteht.“ Es können noch weitere Symptome auftreten: „Ärger, Leistungsabfall und oder Müdigkeitsempfinden und die Tendenz, sich von der Aufgabe zurückzuziehen.“ Psychische Sättigung ist im Unterschied zum Monotoniezustand und der herabgesetzten Wachsamkeit von einem mit „negativer Erlebnisqualität“ einhergehenden, unveränderten oder gar gesteigerten „Niveau der Aktivierung“ geprägt (ebd.: 4f).

Letztlich werden in dieser Norm noch so genannte „Übungseffekte“ beschrieben, die zu einer anhaltenden „mit Lernprozessen verbundenen Veränderung der individuellen Leistung“ führen und die als in „Folge wiederholter Bewältigung einer psychischen Beanspruchung“ entstehen (ebd.: 5). Die oben beschriebenen beeinträchtigenden Effekte werden von Joiko et al. (2006) zusammenfassend als „Fehlbeanspruchung“ bezeichnet und um den Begriff „Stress“, der in der DIN EN ISO 10075-1 nicht auftaucht, ergänzt (ebd.: 16).

G) Handlungsregulationstheorie (HRT)

Arbeitspsychologische Modelle betrachten (im Unterschied zu rein verhaltensorientierten Modellen) den Menschen als „handelndes Subjekt in einer wiederum vom Menschen gemachten Umwelt“. Modelle, die die „psychische Steuerung des Handelns, die als Regulation bezeichnet wird“, als zentralen Betrachtungsgegenstand ansehen, werden „*handlungsregulationstheoretische Ansätze*“ genannt. Die HRT entstammt der ‚Berliner Schule‘ um Walter Volpert“ (Resch 2003: 38f; Hervorhebung im Original). Nach dem Verständnis der HRT ist menschliches Verhalten weder allein von Außen noch allein durch „innere psychische Prozesse“ (Einstellungen und Meinungen) bestimmt (Leitner et al. 1993b: 24). Nach Leitner et al. (1993b) können die „Grundannahmen der Handlungsregulationstheorie“ mit „vier Thesen“ zusammengefasst werden:

Die „**Zielgerichtetheit**“ menschlichen Handelns – Das Handeln in der (Arbeits-) Tätigkeit ist bewusst und zielgerichtet“ (Leitner et al. 1993b: 24; Hervorhebung im Original). „*Handeln* ist zielgerichtetes Verhalten, wobei das Ziel und die Bemühung, es zu erreichen, *bewußt* sind“ (Vopert 1987: 6; Hervorhebung im Original; unter Verweiß auf Dörner 1985).

Handeln ist „grundsätzlich auf **äußere Gegenstände** bezogen“. D.h., Handeln verändert die „objektiven Bedingungen der Umwelt und ist zugleich durch diese mitbestimmt“. Es wird „weder allein durch Denken noch allein durch Reagieren geleitet“ (Leitner et al. 1993b: 24; Hervorhebung im Original).

Handeln ist in „**gesellschaftliche Zusammenhänge**“ eingebunden. Die „Grundlagen menschlichen Handelns“ haben sich in der „historisch-gesellschaftlichen Entwicklung“ herausgebildet. Der Einzelne übernimmt diese Grundlagen im Verlauf seiner Entwicklung. Individuelles Verhalten wirkt sich wiederum auf die „Erhaltung und Weiterentwicklung der menschlichen Gesellschaft“ aus (Leitner et al. 1993b: 24; Hervorhebung im Original).

Handeln hat einen „**Prozeß-Charakter**“. Menschliches Handeln ist dadurch gekennzeichnet, dass nicht nur isolierte Handlungen ausgeführt, sondern auch „größere Handlungsgefüge“ bewältigt (reguliert) werden können. Einzelne Handlungen sind immer in „übergreifenderen Handlungszusammenhängen“ zu betrachten (Leitner et al. 1993b: 24f; Hervorhebung im Original). Die Umwelt [betriebliche, gesellschaftliche, natürliche etc.] stellt dem Handelnden Widerstände entgegen und stellt gleichzeitig „*Handlungsforderungen*“ [Regulationserfordernisse] an die jeweiligen Individuen. Diese eignen sich die Handlungsforderungen durch die Entwicklung von entsprechenden „Handlungsstrukturen“ an und sind dadurch in der Lage, die Handlungsforderungen „aktiv zu verändern“ (Volpert 1987: 13). Die Arbeitenden sind also in einen „größeren Handlungszusammenhang, den Produktionsprozeß und die Gesamtheit der darauf bezogenen Arbeitsaufgaben[,] eingebunden“ (Volpert 1987: 13f). Die Arbeitsaufgaben sind die Nahtstellen zwischen den

äußeren Handlungszusammenhängen und dem Individuum. Die (Arbeits-)Aufgabe ist damit „wichtigster Ansatzpunkt der Arbeitsgestaltung“ (Volpert 1987: 14) und „das grundlegende Ausgangsmoment jeder psychologischen Analyse der Arbeitstätigkeit“ (Hacker 1980: 54; zitiert nach Volpert 1987: 14). Neben der Arbeitsaufgabe gehören vollständigen Handlungen und Regulationserfordernisse zu den zentralen Konzepten der HRT.

Arbeitsauftrag bzw. Arbeitsaufgabe

Um Arbeit in ihrer Vielschichtigkeit zu analysieren, sind zunächst zwei „Gruppen von beteiligten Sachverhalten zu unterscheiden: **Ausführungsbedingungen** (...) Kontextmerkmale (wo, wann, mit welchen Bedingungen) [und die] **Arbeitsinhalte** (...) Inhalts- oder Kontextmerkmale (was, wozu, mit welchen Folgen(...))“. Die Kontextmerkmale „beschreiben Anforderungen, die unvermeidbar oder auch vermeidbar aus den Umständen der Arbeitsausführung erwachsen“. Die Kontextmerkmale hingegen sind als die „unerlässlichen Anforderungen“ der Arbeitstätigkeit anzusehen (Hacker 1995: 23)⁴³. Beide Merkmale „gehören zum Zentralbegriff des Arbeitsauftrags“. Unter Arbeitsauftrag ist der „objektive, d.h. [auf den Mitarbeiter] übertragene oder im Sinne einer [Selbst-]Verpflichtung (...) erkannte Auftrag“, der „in der Regel in einer redefinierten Form, als Aufgabe“ übernommen wird, zu verstehen (Hackman 1969, o. Seitenangabe, zitiert nach Hacker 1995: 23). Der Arbeitsauftrag bzw. die Arbeitsaufgabe ist der „Zentralbegriff der psychologischen Arbeitsanalyse deshalb, weil die ausschlaggebenden psychischen Anforderungen der Arbeitstätigkeiten durch Merkmale der zu erfüllenden Aufgaben bedingt sind“ (Hacker 1995: 23). Die gestellte Arbeitsaufgabe bestimmt, in welchem Umfang sich der „Handlungsvollzug dem Idealbild einer vollständigen Handlung annähert oder nicht“ (Volpert 1987: 19).

vollständige Handlung

„Die Arbeitsaufgabe stellt Handlungsforderungen, genauer *Regulationserfordernisse*⁴⁴, und sie eröffnet oder verschließt damit auch *Regulationschancen*: einen Spielraum für komplexes Handeln, welches eigenständige Zielbildung und Wegentscheidung beinhaltet und gleichzeitig, gerade dadurch, aufgaben- und leistungsgerechte Eingriffe ermöglicht“ (Volpert 1987:19; Hervorhebung im Original). Vollständige Handlungen lassen sich mit folgenden Merkmalen beschreiben:

- „selbständige Setzung relativ komplexer Ziele, die ihrerseits in einen größeren Sinnzusammenhang von höheren Zielen eingeordnet werden können“ (Volpert 1987: 18)
- „Vorbereitungsschritte (V) wie Zielstellen, Entwickeln von Vorgehensweisen oder Auswahl geeigneter Vorgehensvarianten“ (Hacker 1995: 43) „eigenständige Handlungsvorbereitungen (...), die auch zu neuartigen Lösungen führen können“ (Volpert 1987: 18)
- „Organisationsschritte (O), als das Abstimmen der eigenen Verrichtungen mit anderen Menschen an vor- und nachgeordneten Arbeitsplätzen“ (Hacker 1995: 43)
- „selbständige Ziel-Mittel-Entscheidung“ (Volpert 1987: 18)
- „eine situationsadäquate Antizipationsweise⁴⁵“ (Volpert 1987: 18)

⁴³ Als Beispiel nennt Hacker hier das Betrachten und Abhören als unerlässliche (perzeptive) Anforderungen beim Untersuchen eines Patienten [durch den Arzt] und möglicherweise auftretenden Störschall als nicht unabdingbar zur Tätigkeit gehörend. Der Störschall kann durch das Schließen des Fensters beseitigt werden.

⁴⁴ Regulationserfordernisse werden auch als Entscheidungs-, Tätigkeits- oder Handlungsspielraum bezeichnet (s. Anhang H)

⁴⁵ Antizipation meint das gedankliche Vorwegnehmen des Ziels (Ergebnisses) der Arbeitsaufgabe.

- Ausführen (A) [der Handlungen] (Hacker 1995: 43)
- „Kontrollschritte (K) als Rückkoppelungen, welche den Regulationszyklus schließen, beispielsweise das Vergleichen mit Zielen und Kriterien oder erforderliches Korrigieren“ (Hacker 1995: 43).

Leitner et al. (1993b) nennen in diesem Zusammenhang die Schritte „Zielbildung, Entwurf eines Handlungsplans, Handlungsausführung und Rückmeldung über das erreichte Ergebnis“ (Leitner et al. 1993b: 28).

Es wird angenommen, dass Handlungen, die diese Merkmale aufweisen, „hocheffizient“ sind, d.h., dass die Ziele mit „vergleichsweise geringem Aufwand erreicht werden können“. Das zeigt sich als „hohe Arbeitsleistung bei relativ geringer psychischer Beanspruchung“. Des Weiteren wirken sie ‚persönlichkeitsfördernd‘ und bewirken die Weiterentwicklung von „Persönlichkeitsmerkmalen“, die wiederum „als positive Handlungsvoraussetzungen (...) z.B. das Meistern immer schwierigerer und komplexerer Arbeitssituationen ermöglichen“ (Volpert 1987: 18). Zu vollständigen Handlungen siehe auch Anhang I.

Regulationserfordernisse

Arbeitsaufgaben werden mit Arbeitsanalyseverfahren, die auf der HRT beruhen (z.B. RHIA/VERA- Büro), daraufhin „untersucht und beurteilt (...), welche *Forderungen an die psychische Regulation des Handelns*, von ihnen gestellt werden. Unter Regulation ist in diesem Zusammenhang die „Art und Weise“ der Zielbildung und ihre Zerlegung in „Teilziele“, sowie das Umsetzen der Ziele in „Teilhandlungen und Bewegungen“ zum Verwirklichen der Ziele zu verstehen (psychische ‚Anforderung‘). Außerdem meint Regulation den Umgang mit „bestimmten Widrigkeiten“ [Regulationsbehinderungen] im Prozess der Zielverwirklichung (‚psychische ‚Belastung‘) (Leitner 1993b: 26; Hervorhebung im Original). Siehe hierzu auch das im Folgenden vorgestellte Konzept Anforderung/Belastung.

H) Konzept Anforderung/Belastung

In dieses ‚jüngste‘ Konzept sind verschiedene andere Konzepte eingeflossen⁴⁶ (Oesterreich 1999: 142). Das Konzept basiert auf der Handlungsregulationstheorie. Es unterscheidet in die voneinander unabhängigen Anforderungen und Belastungen, d.h. „die Höhe der Anforderungen sagt nichts über die Belastungshöhe aus“. Niedrige oder hohe Belastungen können einerseits „bei stark vorstrukturierten Tätigkeiten als auch bei anspruchsvoller Arbeit auftreten“ (Leitner 1999: 77). Dabei werden die Anforderungen (psychische Anforderungen) als „positive Aspekte“ und psychische Belastungen als „negative Aspekte von Arbeitsbedingungen“ betrachtet (ebd.: 76). Die Anforderungen setzen sich aus Entscheidungsanforderungen und Kooperationsanforderungen, die sich weiter differenzieren lassen, zusammen.

psychische Anforderungen (Regulationserfordernisse)

Ist die Anforderung, eigene Entscheidungen im Verlauf des Arbeitsprozesses zu treffen, gestellt, wird dies in der Handlungsregulationstheorie als Regulationserfordernis bezeichnet. „Das gleiche Merkmal“ wird in anderen Konzepten auch „Entscheidungs-, Tätigkeits- oder Handlungsspielraum“ genannt (Resch 2003: 39).

1. Entscheidungsanforderungen:

- Entscheidungsspielraum: „betrifft inhaltliche Entscheidungen dazu, wie bei der eigenen Arbeit vorgegangen wird und ggf. wie das Arbeitsergebnis im einzelnen beschaffen sein soll“

⁴⁶ ‚Demand/Control-Modell‘, ‚Belastungs-Beanspruchungskonzept‘, ‚Konzept vollständige Tätigkeit‘ und das Konzept ‚psychischer Stress am Arbeitsplatz‘

- zeitbezogene Entscheidungen: betrifft die „zeitliche Planung der Abfolge von Arbeitsschritten bzw. der Bearbeitung verschiedener Arbeitsaufträge“
- strukturbezogene Entscheidungen: „betreffen die Veränderung des Verhältnisses der eigenen Arbeitsaufgabe zu Arbeitsaufgaben anderer Personen, d.h. über den eigenen Arbeitsbereich hinausgehende organisatorische Änderungen“ (Oesterreich 1999: 145).

„Entscheidungsspielraum bei der Bearbeitung der Aufgaben fördert selbständiges Denken und Planen und eröffnet die Möglichkeit, berufliche Qualifikationen einzusetzen und zu verbessern. Arbeitsaufgaben sollten einen möglichst großen Entscheidungsspielraum bieten“ (Leitner 1999: 76).

2. Kooperationsanforderungen:

- ergeben sich „betriebsintern mit einzelnen Kollegen“ hinsichtlich der eigenen Tätigkeit bzw. über die „Art der Arbeitsergebnisse“ oder
- „betriebsintern in Gruppen“, wobei es gilt, mehrere übertragene Arbeitsaufgaben in der Gruppe eigenständig zu organisieren
- letztlich können Arbeitsaufgaben auch externe Kommunikationsanforderungen (z.B. mit Kunden) stellen (Oesterreich 1999: 145).

„Arbeitsaufgaben sollten Kooperation erfordern und Möglichkeiten zur direkten Kommunikation bieten.“ Insgesamt sollten „die Anforderungen (...) möglichst hoch sein, d.h. die Arbeit sollte möglichst große Entscheidungsspielräume und Kommunikationschancen bieten“(Leitner 1999: 76).

psychische Belastungen (Regulationsbehinderungen)

Psychische Belastungen entstehen, wenn „die konkreten Durchführungsbedingungen der Arbeit in Widerspruch zur Zielerreichung geraten“. D.h. eine Tätigkeit (Arbeitsaufgabe) kann nicht wie beabsichtigt ausgeführt werden. Die psychischen Belastungen greifen in die „psychische Steuerung der Handlung, die Handlungs*regulation*, ein. Psychische Belastungen im Sinne der Handlungsregulationstheorie sind also „alle diejenigen Merkmale bzw. Bedingungen der Arbeitstätigkeit und der Arbeitsumgebung, welche die Erreichung des Arbeitszieles behindern oder gar unmöglich machen, ohne dass der Arbeitende dieser Behinderung effektiv begegnen könnte“. „Psychische Belastungen behindern also die Pflegekraft bei einer ungestörten Erreichung ihres Arbeitszieles“ (Büssing et al. 2005: 49). Deshalb werden sie auch als „Regulationsbehinderung“ bezeichnet (Resch 2003: 38). Regulationsbehinderungen können auch als „Widersprüche zwischen Arbeitszielen und ihren Ausführungsbedingungen“ verstanden werden (Büssing et al. 2005: 50). Regulationsbehinderungen lassen sich in Regulationshindernisse und Regulationsüberforderungen unterteilen. Regulationshindernisse ergeben sich, „wenn die Aufgabenerfüllung durch betrieblich [oder außerbetrieblich?] festgelegte oder organisatorisch/technisch entstandene Bedingungen (z.B. unzureichende Informationen) erschwert, behindert oder sogar blockiert wird“. Da das „Arbeitsergebnis“ auch bei Vorliegen dieser Behinderungen in „der vorgegebenen Zeit“ erreicht werden muss, stehen als Handlungsalternativen nur das Betreiben von „Zusatzaufwand“ oder „riskantes Handeln“ zur Wahl. Die fehlende oder mangelhafte Information wird beispielsweise durch „zusätzliche Telefonate“ beschafft oder es wird trotz fehlender Information eine Entscheidung getroffen, die die „Gefahr von Fehlentscheidungen“ erhöht (Resch 2003: 39; Hervorhebung im Original). Dabei sind die Belastungen „um so größer, je höher der mit dem Regulationshindernis verbundene Zusatzaufwand ist“ (Resch 2003: 40). „Regulationshindernisse stellen bedingungsbezogene psychische Belastungen dar“ (Resch 2003: 40). Bei Regulationshindernissen handelt es sich oft um die „kleinen“ Störungen, welche die Arbeit behindern oder erschweren. Sie zwingen dazu, mehr Energie in die Arbeit zu investieren als eigentlich notwendig wäre“ (Büssing et al. 2005: 49). Zum Beispiel fehlende Medikamente, die aufwändig beschafft werden müssen [Rezept vom Arzt anfordern und aus der Praxis holen, bei der

Apotheke einlösen etc.]. Dazu muss in der Regel mehr Zeit aufgewandt werden, die „an anderer Stelle wieder eingespart“ werden muss. „Entweder müssen die Pflegekräfte [dann] schneller arbeiten und Fehler, Risiken oder Qualitätsverluste in Kauf nehmen, um in der vorgegebenen Zeit mit der Arbeit fertig zu werden, oder [sie müssen] eben länger arbeiten, also Überstunden machen“ (Büssing et al. 2005: 49).

Die zweite Form bedingungsbezogener psychischer Belastungen sind die Regulationsüberforderungen, die sich wiederum in „aufgabenimmanente Regulationsüberforderungen (insbesondere Zeitdruck und monotone Arbeitsbedingungen) [s.u.] und aufgabenspezifische Regulationsüberforderungen (ungünstige Umgebungsbedingungen wie Lärm, ergonomisch schlecht gestaltete Arbeitsmittel und Räumlichkeit)“ unterteilen lassen (Resch 2003: 40). Diese „mehr oder weniger dauerhaften Bedingungen oder Zustände am Arbeitsplatz“ bewirken eine Überforderung der „menschlichen Regulation des Handelns“, wobei „häufig“ die „Aufmerksamkeit und (...) Konzentration“ der Arbeitenden Beeinträchtigt wird (Resch 2003: 40). Die auf die Beschäftigten einwirkenden Belastungen können anhand des Konzeptes „der Regulationshindernisse und Regulationsüberforderungen“ nach ihren „Ursachen und des erforderlichen Zusatzaufwandes (...) quantitativ und qualitativ erfasst werden“. Das ermöglicht die Entwicklung von Gestaltungshinweisen [für eine menschengerechte Arbeit] (Resch 2003: 40). Regulationsüberforderungen wirken nicht nur temporär während „einer bestimmten Phase der Ausführung der Arbeitshandlung, sondern sie wirken dauerhaft – also während der gesamten Arbeitshandlung – auf die Person ein.“ Beispielsweise „Lärm [Straßenverkehr], Enge [Badezimmer] oder schlechte Beleuchtung [die auch den Pflegekunden zu schaffen macht]“. Wichtig erscheint noch der Hinweis, dass Regulationsüberforderungen auch durch bestimmte Eigenschaften der Pflegekunden (Patienten) entstehen können (wenig motivierte, immobile oder sterbende Patienten) (Büssing et al. 2005: 50). Ergänzend seien hier noch die bestimmte Wünsche (z.B. Einsatz um Punkt 8 Uhr) oder hohe Erwartungshaltungen von Seiten der Pflegekunden genannt. Bei psychischen Belastungen handelt es sich also diesem Konzept nach „entweder um Hindernisse (Regulationshindernisse), die Zusatzaufwand erzwingen oder um Überforderungen (Regulationsüberforderungen) aufgrund monotoner Arbeitsbedingungen oder Zeitdruck“ (Leitner 1999: 76).

1. Zusatzaufwand

Dieser Entsteht durch „Hindernisse, d.h. ungünstige Ereignisse oder Umstände, die (...) zusätzliche Zeit kosten, ohne dass dafür betrieblicherseits Ressourcen zur Verfügung gestellt werden“ (Oesterreich 1999: 145). Solche Ressourcen sind zum Beispiel „erlaubte Qualitätsminderung des Arbeitsergebnisses [oder] Entlastung [Unterstützung] durch andere Personen [Kollegen]“ (Leitner 1993a: 99). Zusatzaufwand kann wiederum in drei Teilbereiche gegliedert werden:

- informatorische Erschwerungen: ergeben sich aus „unvollständigen, fehlenden oder schwierig aufzufindenden bzw. schwierig erkennbare Informationen“
- manuelle/motorische Erschwerungen: entstehen durch schlecht handelbare „Arbeitsmittel und Arbeitsgegenstände“
- Unterbrechungen: z.B. durch fehlende Arbeitsmittel oder andere Personen (Oesterreich 1999: 146).

2. Monotone Bedingungen

Liegen vor, wenn „Informationen, Ereignissen oder Umständen fortlaufende Aufmerksamkeit zugewendet werden muß, ohne daß dieses „Denken, Planen oder Entscheiden“ erforderlich macht (Oesterreich 1999: 145). Die Tätigkeit kann „psychisch nicht automatisiert werden“ (Leitner 1993a: 100).

3. Zeitdruck

Wird als Maß „für die erforderliche Arbeitsgeschwindigkeit“ gesehen. Er ist umso höher, „je weniger die Möglichkeit besteht, die Arbeit (...) ruhen zu lassen, ohne daß dies zu Rückständen, Terminüberschreitungen usw. führt“ (Leitner 1993a: 100). Zeitdruck entsteht durch „kontinuierlich enge Zeitvorgabe“ oder „diskontinuierlich durch Endtermine“ (Oesterreich 1999: 146).

Eine „gute“, d.h. menschengerechte Arbeit, sollte „möglichst geringe oder gar keine [psychischen] Belastungen mit sich bringen“ (Resch 2003: 38). Zu empirischen Belegen für die gesundheitlichen Konsequenzen, die sich aus diesem Konzept ergeben, siehe z.B. Leitner 1993a

I) Konzept Vollständige Tätigkeit

In dem auf die Dresdener Arbeitspsychologie um Winfried Hacker und Peter Richter zurückgehenden Konzept „stehen positive Merkmale der Arbeitstätigkeit im Vordergrund – negativ bewertet wird eine Tätigkeit, wenn die positiven Merkmale zu gering ausgeprägt sind“ (Oesterreich 1999: 179). Einen „gesonderten Begriff“ für psychische Belastungen, wie in anderen Konzepten, gibt es im Konzept vollständige Tätigkeit nicht. „Höhere Gesundheitsrisiken“ ergeben sich demnach, „wenn unvollständige Tätigkeiten ausgeführt werden, also Tätigkeiten mit zu geringen Anforderungen“ (Oesterreich 1999: 188).

Eine vollständige Tätigkeit umfasst neben dem „Ausführen (A)“ der Tätigkeit auch: „Vorbereitungsschritte (V) wie Zielstellen, Entwickeln von Vorgehensweisen oder Auswahl geeigneter Vorgehensvarianten, Organisationsschritte (O) als das Abstimmen (...) mit anderen Menschen an vor- und nachgeordneten Arbeitsplätzen sowie Kontrollschritte (K) als Rückkoppelungen (...) beispielsweise das Vergleichen [des Arbeitsergebnisses] mit den Zielen (...)“ (Hacker 1995: 43). Sind alle Merkmale gegeben, wird die Tätigkeit als „zyklisch vollständig“ bezeichnet. Zudem sollte eine Tätigkeit „hierarchisch vollständig“ sein. Das bedeutet, dass abwechselnd auf „mehreren Ebenen der psychischen Regulation“ verschiedene „mentale Anforderungen“ gestellt werden sollen. Also nicht nur z.B. auf sensumotorischer Ebene [beispielsweise mit dem Tatsinn etwas erfassen und von A nach B bewegen] sondern „auf allen Hauptebenen der psychischen Regulation“ [z.B. gedankliches] „Problemlösen“ (Hacker 1995: 43). Auf die (massive) Kritik an den empirischen Belegen für dieses Konzept wird hier nicht eingegangen (siehe dazu Oesterreich 1999: 184-187).

J) Demand/Control-Model

Die ursprüngliche Version des Modells geht auf Robert Karasek (1979) zurück (Oesterreich 1999: 157). Bereits Ende der 1970er Jahre wurden dazu umfangreiche empirische Untersuchungen durchgeführt (Oesterreich 1999: 156). Dieses Modell unterscheidet, wie das Konzept Anforderung/Belastung, „zwischen für die Gesundheit positiv zu wertendem Entscheidungsspielraum und negativ zu wertender psychischer Belastung“. Zusätzlich enthält das Demand/Control-Modell Aussagen „zu besonderen Wirkungen bestimmter Kombinationen von Entscheidungsspielraum und Belastung“ (Oesterreich 1999: 155). Die wesentlichen Aussagen des ursprünglichen Modells, die sich aus den empirischen Untersuchungen ableiten ließen sind:

- „hoher Entscheidungsspielraum (*decision latitude*) in der Arbeit begünstigt ein aktives Freizeitverhalten“ (z.B. im Sinne von „Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen“). Das Freizeitverhalten (als positiver Aspekt von Gesundheit) ist besonders aktiv, „wenn mit hohem Entscheidungsspielraum in der Arbeit zugleich die psychische[n] Arbeitsbelastung[en] hoch sind (*active Job*)“

- „höhere psychische Belastungen (*psychological demands*) in der Arbeit sind ein höheres Risiko für die Gesundheit“
- „mit zunehmender psychischer Belastung wird das Gesundheitsrisiko generell größer, aber es ist besonders hoch (...) wenn (...) zugleich der Entscheidungsspielraum in der Arbeit gering ist (*high strain*⁴⁷*job*)“ (ebd.: 155-157).

Ergänzt wurde das Modell um die Komponente „soziale Unterstützung“ durch Karasek und Theorell (1990). „Soziale Unterstützung (*social support*) in der Arbeit vermindert die negativen Wirkungen der arbeitsbedingten psychischen Belastungen“ (Oesterreich 1999: 157; Hervorhebungen im Original).

Aus dem Modell ergibt sich für die Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Arbeit die Forderung, dass der Entscheidungsspielraum generell erhöht und die psychischen Belastungen reduziert werden sollten (Oesterreich 1999: 157). Der psychischen Belastung kommt bei der Arbeitsgestaltung eine „Zwitterrolle“ zu: sie ist „besonders dringlich zu vermindern, wenn der Entscheidungsspielraum niedrig ist und bleibt – um dem *high strain job* zu begegnen. Sie wäre aber zu erhöhen, wenn der Entscheidungsspielraum hoch ist und bleibt – um den *active job* zu erzeugen“ (Oesterreich 1999: 157; Hervorhebungen im Original).

K) Modell beruflicher Gratifikationskrisen

Das von Siegrist (1996) entwickelte Modell setzt zur Erklärung von Stressreaktionen am als Ungleichgewicht empfundenen Verhältnis zwischen erbrachter Arbeitsleistung und erhaltener Belohnung (Gratifikation) an. Dabei werden Gratifikationen nicht nur im monetären Sinnen (Lohn und Gehalt) sondern auch in Form von „Achtung und Wertschätzung“ und als „beruflicher Aufstieg bzw. Arbeitsplatzsicherheit“ angesehen. „Ausgeprägte Stressreaktionen sind nach diesem Modell dort zu erwarten, wo fortgesetzt hoher Verausgabung keine angemessenen Gratifikationen gegenüberstehen, Situationen also, die durch hohe ‚Kosten‘ bei niedrigem ‚Gewinn‘ gekennzeichnet sind.“ Neben den genannten situativen Merkmalen wird in diesem Modell auch „das individuelle Bewältigungsverhalten“ berücksichtigt. Beispielsweise haben Personen, die eine „übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft“ kennzeichnet, eine erhöhte Stressbelastung. Das Modell „erfasst chronische Streßerfahrungen durch die Verknüpfung von arbeitsplatz- und arbeitsmarktbezogenen Belastungen“. „Ferner trägt es der Komplexität individueller Belastungserfahrungen dadurch Rechnung, daß Individuen-spezifische und situationsbezogene Informationen kombiniert werden“ (Siegrist 1999: 147). Ausführlich siehe Siegrist (1996).

L) Bewertungsebenen der Arbeit

Die im Folgenden beschriebenen Kriterien zur Bewertung bzw. Beurteilung menschlicher Arbeit werden auch als »Humankriterien der Arbeit« bezeichnet. Verschiedene Autoren benennen die einzelnen Bewertungsebenen allerdings zum Teil unterschiedlich und verstehen inhaltlich Anderes darunter. Tabelle 8-2 gibt einen Überblick über einige der unterschiedlichen Ansätze. Diese Darstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

⁴⁷ „strain ist etwa mit Fehlbeanspruchung oder Anspannung zu übersetzen“ (ebd.)

Tabelle 8-2: Bewertungsebenen der Arbeit (Humankriterien)

Rohmert (1972)- hierarchisch	Hacker & Richter (1984/2005) -hierarchisch	Ulich (2005) - nicht hierarchisch
Ausführbarkeit (kurzfristig)	Ausführbarkeit	
Erträglichkeit (langfristig)	Schädigungslosigkeit	Schädigungsfreiheit
Zumutbarkeit	Beeinträchtigungsfreiheit (Zumutbarkeit)	Beeinträchtigungslosigkeit
Zufriedenheit	Persönlichkeitsförderlichkeit (Lern- und Gesundheitsförderlichkeit)	Persönlichkeitsförderlichkeit Zumutbarkeit

Hacker (2005) sieht die Bewertungsebenen (wie Rohmert) als hierarchisches System; dass „bedeutet, dass jeweils vor dem Übergang zur nächsten Bewertungsebene die Mindestanforderungen der unmittelbar Vorgeordneten [Ebene] erfüllt sein müssen, erforderlichenfalls durch Umgestaltung [der Arbeitsbedingungen]“. Dabei gibt es für jede Bewertungsebene „quantifizierbare Kriterien“. Beispielsweise kann auf der Ebene der Persönlichkeitsförderlichkeit der „Zeitanteil für selbständige und schöpferische Verrichtungen“ ermittelt werden (Hacker & Richter 1984: 30). Die Hierarchie der Bewertungsebenen bedeutet auch, dass die einzelnen Kriterien in einer „Bewertungsabfolge“ zu berücksichtigen sind. „Wenn also eine Tätigkeit beispielsweise Gesundheitsschäden auslöst, so muß sie vor der Untersuchung, ob sie vielleicht persönlichkeitsförderlich sei, umgestaltet werden.“ Zu berücksichtigen ist dabei auch, ob sich durch die „Umgestaltung von hierarchisch höheren Ebenen“ nicht Verschlechterungen auf niedrigeren Ebenen ergeben. Außerdem wird betont, dass es sich um „ein System von Bewertungsebenen handelt“, bei dem das „isolierte Herausgreifen einzelner Bewertungsebenen“ die Gefahr von „Fehlurteilen“ beinhaltet (Hacker & Richter 1984: 28). „Der hierarchische Aufbau bedeutet weiter, daß übergeordnete Bewertungsebenen Möglichkeiten zum weiteren Verwirklichen untergeordneter [Ebenen] beisteuern können.“ Die Autoren weisen auch auf möglicherweise entstehende „Wechselwirkungen“ durch die „Arbeitsgestaltungsbeiträge“ hin (ebd.: 30).

Die Erfüllung der Mindestanforderungen auf jeder der vier Ebenen „dient zugleich der Leistungssteigerung“ (Hacker 2005: 800). Demzufolge ist Leistungssteigerung nicht als „getrennte arbeitsgestalterische Zielsetzung neben oder gar in Konkurrenz mit der Sicherung von Ausführbarkeit, Schädigungslosigkeit, Beeinträchtigungsfreiheit und Gesundheits- sowie Lernförderlichkeit“ zu sehen. Die Kriterien der einzelnen Bewertungsebenen zu erfüllen heißt: „mit arbeitsgestalterischen Mitteln hohe Effizienz zu sichern“ (ebd.: 801). Die Forderung, dass erst die Mindestanforderungen der vorhergehenden Bewertungsebene erfüllt sein müssen, bevor die nächst höhere erreicht wird (also Ausführbarkeit gegeben ist und Schädigungen sowie Beeinträchtigungen beseitigt oder vermindert werden), kann einerseits „auf partizipativem Weg, d.h. unter Einbezug der Beschäftigten, erfolgen – und dann ist dies bereits ein Prozess persönlichkeitsförderlicher Arbeitsgestaltung“. Oder andererseits nach „Massgabe von Expertenurteilen abgebaut“ werden. Dies „stimuliert“ dann „nicht ohne weiteres“ eine persönlichkeitsförderliche „bzw. autonomieorientierte Arbeitsgestaltung“ (Ulich 2005: 150). Nach dem Verständnis von Ulich (2005) beinhaltet persönlichkeitsförderliche Arbeitsgestaltung „unabdingbar die Möglichkeit der individuellen und/oder kollektiven Einflussnahme [der Beschäftigten] auf Arbeitsbedingungen und Arbeitssysteme“. Das heißt „aber, dass u.U. die Beschäftigten selbst[-ständig] (...) Handlungs- und Gestaltungsspielräume u.a. dazu nutzen, schädigende bzw. beeinträchtigende Arbeitsbedingungen zu verändern“ (ebd.). Daraus ergeben sich sehr hohe Anforderungen an das Wissen der Beschäftigten hinsichtlich schädigender und beeinträchtigender Faktoren sowie über Gestaltungsmöglichkeiten zu deren Beseitigung oder Verringerung. Es sei hier in Frage gestellt, ob ein persönlichkeitsförderliches Arbeitssystem (s. Glossar) ohne Unterstützung in- oder externer Experten (z.B. Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt etc.) zu realisieren ist.

Ausführbarkeit

„Unter dem Aspekt der Ausführbarkeit wird geprüft, ob die Voraussetzungen für ein zuverlässiges, forderungsgerechtes, langfristiges Ausführen der Tätigkeit gegeben sind.“ Es geht also nicht um die kurzfristige oder einmalige Ausführung von Arbeitstätigkeiten sondern um die Frage, ob die Tätigkeit über „ganze Schichten und Berufsverläufe“ forderungsgerecht ausgeführt werden kann. Auch bereits lange existierende [seit langem durchgeführte] Arbeitstätigkeiten müssen nicht im oben genannten Sinne ausführbar sein, sondern werden z.B. „überhaupt nicht, nicht optimal oder nur unter unerwünschten Randbedingungen (Gefährdungen, Gesundheitsschäden)“ erfüllt (Hacker & Richter 1984: 31). Die Ausführbarkeit wird als „ordinal gestuft“ in „uneingeschränkte Ausführbarkeit (kurz Ausführbarkeit), eingeschränkte oder bedingte Ausführbarkeit und Nichtausführbarkeit“ gegliedert:

- Ausführbarkeit „im bewertenden, normativen Sinn liegt vor, wenn die forderungsgerechte Aufgabenerfüllung zuverlässig langfristig durch die gewählte arbeitsgestalterische Lösung gewährleistet werden kann
- „eingeschränkte oder bedingte normative, Ausführbarkeit ist gegeben, wenn“ die Arbeitstätigkeit nur ausgeführt werden kann, wenn „Abstriche an [der] optimalen Ausführungsweise, an der Zuverlässigkeit des Entstehens forderungsgerechter Ergebnisse gemacht werden oder mögliche Beeinträchtigungen bzw. Gefährdungen in Kauf genommen werden müssen“
- **Nichtausführbarkeit** (im normativen Sinne) liegt einerseits dann vor, „wenn bei der gewählten arbeitsgestalterischen Lösung die geforderte Arbeitstätigkeit nicht dauernd erfüllt werden kann“ oder andererseits diese nur unter „unzulässigen Gefährdungen oder unzumutbaren Beeinträchtigungen“ möglich wäre. Hier zeigen sich „Übergänge zu den Bewertungsebenen ‚Schädigungslosigkeit und Beeinträchtigungslosigkeit‘ (ebd.: 31f; Hervorhebungen im Original).

Als mögliche Kriterien zur differenzierten Bewertung, ob eine Arbeitstätigkeit ausführbar ist oder nicht, ist es sinnvoll, einen Blick auf die Ursachen fehlender Ausführbarkeit zu werfen. *Ursachen* fehlender Ausführbarkeit sind zum einen „*biologische*, darunter anthropometrische Normative“ z.B. „aufbringbare Maximalkräfte oder des durch Körpergröße, Arm- oder Beinlänge erreichbare Bewegungsraum“. Zum anderen „Verstöße gegen Voraussetzungen für die *psychophysische und psychologische* Regulation der Tätigkeit“ (ebd.: 32; Hervorhebungen im Original). Während die Grenzen biologischer Voraussetzungen als Ursachen für fehlende Ausführbarkeit unmittelbar verständlich sind, sollen hier nur die zuletzt genannten Voraussetzungen näher erläutert werden. „Arbeitstätigkeiten werden durch psychische Vorgänge reguliert. Diese psychische Tätigkeitsregulation setzt hinreichende Informationen voraus. Unterbleibende oder falsche Handlungen können erklärt werden durch verschiedene Formen von Mangel an handlungsregulierenden Information“ (ebd.: 33). Diese Formen sind:

- „objektive fehlende Informationen“: Informationen müssen „in physikalischer Hinsicht“ vorhanden und zudem „biologisch wirksam“ sein. Biologisch wirksam sind Informationen, wenn sie „in mehreren Hinsichten überschwellig⁴⁸“ sind, zu „handlungskritischen

⁴⁸ Schwellen der biologischen Wahrnehmung sind „bedingungsabhängig“. Zum Beispiel vom „Lebensalter“ und „Umgebungseinflüssen“. Zu berücksichtigen sind für die „Ausführbarkeitsbewertung“ auch „mögliche ermüdungsbedingte Verschlechterungen der menschlichen Leistungsvoraussetzungen (...) die neuro-vegetativ beeinflusst sind und daher komplizierten rhythmischen Veränderungen unterliegen“ (ebd.: 35).

Zeitpunkt vorliegen⁴⁹“ und „handlungsbezogene Qualität besitzen, also kompatibel“ sind (ebd.: 33)

- „Fehlende oder falsche Nutzung vorhandener Informationen“: Dadurch wird die Ausführbarkeit „aufgehoben oder eingeschränkt“. Ursächlich sind dafür eine „Überforderung der kognitiven und mnestischen Leistung⁵⁰“. Diese liegt vor, wenn die „geforderten Leistungen prinzipiell nicht erfüllbar sind“ und wenn die „kognitiv-mnestische Beanspruchungen beim Erfüllen [der Aufgabe] so hoch sind (...) das objektiv angebotene handlungsbedeutsame Informationen unberücksichtigt“ bleiben. „Hauptanlaß“ dafür „sind Anforderungen an das operative Gedächtnis, also an das kurzfristige Behalten von Zwischenresultaten gedanklicher Verarbeitungsschritte (...)“ (ebd.: 36; Hervorhebungen im Original)
- „Fehlende Nutzung gegebener Informationen aufgrund von Redundanzausnutzung“ d.h., dass infolge der Erwartung „vorhersehbarer Ereignisse“ eine veränderte, „ökonomischere Form der (...) Informationsaufnahme und – verarbeitung“ einstellt. Das führt bei auftreten „unvorhersehbarer Veränderungen“ mit größerer Wahrscheinlichkeit zu deren „Übersehen oder (...) verspäteten Bemerken“ (ebd.: 38).

Ulich (2005) bemerkt zum Kriterium der Ausführbarkeit, im Sinne von Rohmert (1972) als »machbar« verstanden, dass es „zu den selbstverständlichen Voraussetzungen der Ausführung von Arbeitstätigkeiten gehört und deshalb als spezifisches Bewertungskriterium keine Notwendigkeit darstellt“ (Ulich 2005: 138f). Prinzipiell das Gleiche gilt für das Zufriedenheitskriterium, dass „in der generellen Fassung des Begriffes kein brauchbares Kriterium für die Bewertung von Arbeitstätigkeiten darstellt.“ „Alltagserfahrungen“ und „wissenschaftliche Untersuchungen“ belegen, „dass Arbeitszufriedenheit auf sehr unterschiedliche Weise entstehen kann und dass die Aussage, jemand sei mit seiner Arbeit zufrieden, deshalb ganz verschiedene Bedeutung haben kann“ (ebd.: 139).

Schädigungslosigkeit

Auch wenn eine wie oben beschriebene Ausführbarkeit vorliegt, kann es zu Gesundheitsschäden kommen. Unter dem Aspekt der Schädigungslosigkeit wird geprüft, „inwieweit durch die Arbeitsgestaltung körperliche und psychische (psychonervale) Gesundheitsschäden reversibler und irreversibler Art ausgeschlossen sind“. Zu berücksichtigen sind dabei die individuellen „Leistungsvoraussetzungen“ verschiedener Beschäftigtengruppen z.B. „Jugendlichen, Alternden, Männern und Frauen (...) chronisch Kranken“ etc. Schädigungen bzw. Gesundheitsgefährdungen können zum einen durch „Umweltfaktoren“ wie z.B. „toxische oder krebserregende Stoffe, (...) Stäube“ etc. auftreten. Hier gibt es zahlreiche gesetzliche Regelungen die Grenzwerte (z.B. MAK) festlegen. Hinzuweisen ist hier auf die verschiedenen Wechselwirkungen der einzelnen Gefährdungsfaktoren, die „unabhängig⁵¹, synergistisch oder antagonistisch“ auftreten können (Hacker & Richter 1984: 39f). Der zweite Faktor durch den Schädigungen bzw. Gesundheitsgefährdungen auftreten können sind „körperliche und psychische Belastungen“ sowie deren „Kombinationswirkungen“ (ebd.: 40; Hervorhebungen im Original). Auch dieses Kriterium wird wieder in verschiedene Stufen unterteilt:

- *Schädigungslosigkeit* (...) ist gegeben, wenn (...) arbeitsbedingte körperliche und psychonervale Gesundheitsschäden mit Sicherheit durch die gewählte arbeitsgestalterische Lösung ausgeschlossen sind“ (ebd.: 41)

⁴⁹ d.h. die Informationen liegen zu den benötigten Zeitpunkten nicht vor, zum Beispiel wegen fehlender Rückmeldung (ebd.: 35f)

⁵⁰ mnemonikos (grch.): „das Gedächtnis betreffend (Fremdwörterlexikon)

⁵¹ D.h. „jeder Einzelfaktor“ führt „zu einer anderen Wirkung“ (ebd.)

- *Bedingte Schädigungslosigkeit* liegt vor, wenn Gesundheitsschäden nicht ausgeschlossen werden können und „zusätzliche Forderungen“ z.B. das tragen „individueller Körperschutzmittel“ notwendig sind um Gesundheitsschäden auszuschließen (ebd.: 41)
- „Schädigungslosigkeit ist *nicht* gegeben, wenn arbeitsgestalterische Lösungen mit hoher Wahrscheinlichkeit oder mit Sicherheit zu Gesundheitsschäden führen würden, falls Werkstätige ihnen langfristig ohne Zusatzvorkehrungen wie Reihenuntersuchungen und Verhaltensvorschriften ausgesetzt wären“ (ebd.: 41). Das nicht einhalten des Kriteriums der Schädigungslosigkeit kann zu „Arbeitsunfallfolgen“ [Arbeitsunfällen], „Berufserkrankungen“ [Berufkrankheiten] und „arbeitsbedingten Erkrankungen“ führen (ebd.: 42; Hervorhebungen im Original).

Ulich (2005) führt zu diesem Kriterium, dass er als „Schädigungsfreiheit“ bezeichnet, aus: Zu den Schädigungen, die es zu vermeiden gilt, zählen „physische und psychophysische Schädigungen“, die sich dadurch auszeichnen, dass sie „objektiv feststellbar“, in „normalen Erholungszeiten nicht regenerierbar und zumeist behandlungsbedürftig sind“. Beispiele für physische und psychophysische Schädigungen sind u.a. „Minderung des Hörvermögens“ durch lang dauernde Lärmexposition und „Magen-Darmerkrankungen“ als Folgen von „mehrjähriger Arbeit in Wechselschicht unter Einschluss von Nachtarbeit“ (Ulich 2005: 146f). Die Ebene der Schädigungslosigkeit ist Ansatzpunkt für Verhältnisprävention. Die Kriterien der Ebenen der Schädigungslosigkeit und der Ausführbarkeit sollen durch [dieselben] Arbeitsgestaltungsmaßnahmen für alle Mitarbeiter erreicht werden. Zum Erreichen der Ebenen Zumutbarkeit, Zufriedenheit (Rohmert) und Persönlichkeitsförderlichkeit sind dagegen individuelle Maßnahmen zu treffen, um diese Kriterien zu erfüllen, da „individuelle Voraussetzungen und Anspruchshaltungen gegenüber der Tätigkeit eine große Rolle“ spielen (Wenchel 2001: 124f).

Beeinträchtigungsfreiheit

„Beeinträchtigungen entstehen durch geringgradige bzw. kurzfristige Fehlbeanspruchungen der Leistungsvoraussetzungen, die wiederum vorliegen können als qualitative bzw. quantitative Überforderung, qualitative, vereinseitigende bzw. quantitative Unterforderung [und als] Kombination von Unter- mit Überforderung in unterschiedlichen Bereichen von Tätigkeitsanforderungen“ (Hacker & Richter 1984: 57).

- „*Quantitative Überforderung* entsteht durch zu hohe mengenmäßige Anforderungen pro Zeiteinheit“ das führt zu „zu kurzen Ausführungszeiten“ und kann „im Extremfalle (...) zu dem häufigsten Stressor, nämlich zum Zeitdruck“, führen.
- *Qualitative Überforderung* liegt bei „zu komplexen bzw. zu komplizierten Anforderungen vor. Dabei muss kein Zeitmangel vorliegen.
- *Qualitative Unterforderung* besteht bei „zu einfachen Anforderungen, die beinahe gänzlich psychisch automatisiert sind, d.h. ohne bewußte Regulationserfordernisse ablaufen (...) (partialisierte Handlungen...).
- „*Quantitative Unterforderung* entsteht durch zu seltenes Auftreten von Anforderungen überhaupt“ (ebd.; Hervorhebungen im Original).

Auch im Bereich der Beeinträchtigungen kann es zu Wechselwirkungen kommen. Die vom Einzelnen erlebten Beeinträchtigungen, „sogenannte Befindens- und Eigenzustandsbeeinträchtigungen“ können sowohl „*Folgen* von Tätigkeiten“ sein als auch auf diese „regulierend“ zurückwirken. Dabei verändern sie „den Leistungsverlauf und psychophysiologisch beschreibbare aktuelle Leistungsvoraussetzungen“. Zur Bewertung der Beeinträchtigungslosigkeit wird der Gesundheitsbegriff der WHO (s. Glossar) „eingengt (...) auf Befindensbeeinträchtigungen mit nachweisbaren vorübergehenden körperlichen Begleiterscheinungen ohne Krankheitswert“ (ebd.; Hervorhebungen im Original). Als Auswirkungen von Beeinträchtigungen gelten:

- Monotoniezustände (inkl. psychischer Ermüdung)

- Ermüdung durch körperliche und geistige Arbeit
- Stress⁵² (ebd.: 59).

Diese Beeinträchtigungen können „im Falle anhaltender und extremer Ausprägung“ zu „funktionellen psychonervalen Störungen vorzugsweise im Kreislauf und Verdauungssystem führen, die als Krankhafte Erscheinungen Verstöße gegen die Schädigungslosigkeit darstellen“. Die „Übergänge zwischen Verstößen gegen die Beeinträchtigungslosigkeit und die Schädigungslosigkeit“ sind also fließend (Kasl 1978, zitiert nach Hacker & Richter 1984: 59). Beeinträchtigungen lassen sich nach folgenden Stufen unterscheiden:

- „*Nicht zumutbare Beeinträchtigungen*“ [s. auch unter Zumutbarkeit weiter unten] entstehen durch (auch kurzzeitige) „psychische Fehlbelastungen“ im Sinne von Streß. Weitere Ursachen sind „Monotoniezustände als Ausdruck psychischer ‚Überforderung durch Unterforderung‘ und Ermüdungszustände, die zu funktionellen Störungen führen können“
- „*Bedingt zumutbare Beeinträchtigungen*“ der Handlungsregulation durch arbeitsgestalterische Lösungen“ sind gegeben bei „Monotoniezuständen“ und „arbeitsbedingter Ermüdung“ (Hacker & Richter 1984: 59; Hervorhebungen im Original). Mit der Bezeichnung ‚bedingt zumutbar‘ soll deutlich gemacht werden, dass durch Arbeitsgestaltungsmaßnahmen „langfristig bessere Lösungen“ anzustreben sind und bis zu deren Umsetzung „zwischenzeitlich Vorsichtsmaßnahmen (z.B. Fernhalten von Personen mit beeinträchtigten Leistungsvoraussetzungen durch ärztliche Einstellungsuntersuchungen (...)) vorzusehen sind“ (ebd.: 61)
- „*Beeinträchtigungslosigkeit*“ (im normativen, bewertenden Sinne) liegt dann vor, wenn keine oder noch zumutbare regelmäßig wiederkehrende Leistungs- und Befindlichkeitsstörungen durch arbeitsgestalterische Lösungen vorliegen“ (ebd.: 61; Hervorhebung im Original).

Die Ermittlung von Beeinträchtigungen kann mit verschiedenen Screeningverfahren als „*Erstorientierung*“ und anschließender „*näherer Analyse*“ der ‚ausgesiebten‘ „Tätigkeiten bzw. Arbeitsplätze“ erfolgen (ebd.: 62). Auf die dazu gemachten differenzierten Ausführungen der Autoren soll hier nicht weiter eingegangen werden. Bei der von Ulich (2005) als „Beeinträchtigungslosigkeit“ bezeichneten Ebene geht es um die Reduzierung bzw. Vermeidung von „Beeinträchtigungen des psychosozialen Wohlbefindens“. Diese Beeinträchtigungen „sind weniger gut objektivierbar“ und können bestimmten Arbeitsbedingungen weniger eindeutig zugerechnet werden. Beispiele sind u.a. „depressive Verstimmung als Folge sozialer Isolation bei länger dauernder Tätigkeit in der Anlagenüberwachung“ und „Verkürzung der sozialen Perspektiven und Verarmung der Rollenstruktur als Folge langjähriger Schichtarbeit“. Bestehen diese „psychosozialen Beeinträchtigungen über längere Zeit, ohne dass die Betroffenen in der Lage sind, darauf einzuwirken, so können psychosomatische Schädigungen entstehen“ (Ulich 2005: 147). Die beiden genannten Beispiele der Isolation (meist ohne direkten Kontakt zu den Kollegen arbeiten) und der Schichtarbeit sind auch in der ambulanten Krankenpflege als Gefährdungsfaktoren evident.

Persönlichkeitsförderlichkeit

Hacker & Richter (1984) sehen Persönlichkeitsförderlichkeit bzw. „Persönlichkeitsentwicklung nicht [als] das Erwerben von Wissen, Erfahrung oder Fertigkeiten, sondern [als] das Aneignen von Fähigkeiten in Verbindung mit Einstellungen zu ihrem Einsatz“ (Rubinstein

⁵² Wird „hier einengend verstanden als Reaktion auf als unannehmbar bis bedrohlich erlebte, konflikthafte Fehlbeanspruchung aus drastischer Über- bzw. Unterforderung der Leistungsvoraussetzungen bzw. dem Infragestellen wesentlicher eigener Ziele einschließlich sogenannter Rollen“ (ebd.).

1962, Leontjew 1975, Glesermann 1976, zitiert nach Hacker & Richter 1984: 67). Hier wird auch der Aspekt der Motivation betont – soll aber im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter behandelt werden. Siehe ausführlich z.B. Staehle, H. (1999: 218-244), Weibler, J. (2001: 203-247). Nach Volpert (1974) trägt „die Entwicklung körperlicher und geistiger Fähigkeiten zur Persönlichkeitsentwicklung bei, weil sie das disponible⁵³ Erzeugen realisierbarer Handlungspläne ermöglicht“. „Sie [die Persönlichkeitsentwicklung] erzeugt Handlungskompetenz“ (Volpert 1974, zitiert nach Hacker & Richter 1984: 68). Die Persönlichkeitsförderlichkeit arbeitsgestalterischer Lösungen kann, wie die anderen Bewertungsebenen auch, in weitere „Stufen“ unterteilt werden. Hacker & Richter (1984) gehen davon aus, dass „bei langjähriger gleichbleibender Ausführung“ der Arbeitstätigkeit folgende Wirkungen auftreten können:

- „*persönlichkeitsfördernde arbeitsgestalterische Lösungen*“ – darunter ist die „Weiterentwicklung habitueller⁵⁴ regulierender psychischer Leistungsvoraussetzungen mit Persönlichkeitswert (Einstellungen, Fähigkeiten) durch Lernvorgänge“ zu verstehen
- „*bedingt persönlichkeitsfördernde Lösungen*“ meint die „Erhaltung von Einstellungen und Fähigkeiten trotz gleichzeitiger Altersvorgänge“
- „*nicht persönlichkeitsfördernde Lösungen*“ führen zu einer „Rückbildung persönlichkeitszentraler Leistungsvoraussetzungen (Einstellungen und Fähigkeiten) durch fortwährendes Nichtbeanspruchen und Fehlen von Vorgängen, die Altersprozessen entgegenwirken“ (ebd.: 67; Hervorhebungen durch Verf.).

Als „Hauptbedingungen für die Persönlichkeitsentwicklung im Arbeitsprozess“ nennt Hacker (2005) folgende Aspekte („objektive Bedingungen“):

- „ausreichende Aktivität“⁵⁵ (Sawalowa et. al. (1971), zitiert nach Hacker, 2005: 802)
- „Möglichkeit zum Anwenden und Erhalten erworbener Leistungsvoraussetzungen; diese Anwendung muss für den einzelnen und seine Bezugspopulation – im weitesten Sinne die Gesellschaft – nützlich sein“ (Hacker 2005: 802)
- Die Möglichkeit die Leistungsvoraussetzungen zu erweitern, „insbesondere der Befähigung zum wissens- und denkgestützten Erzeugen von Arbeitsverfahren“ (Volpert 1974). Das „Anwenden und Erweitern psychischer Leistungsvoraussetzungen“ meint, dass den Beschäftigten die Möglichkeit zum selbständigen erarbeiten von „Zielstellungen und Entscheidungen und „aus wissens-(erfahrungs-)gestützten Denkleistungen abgeleiteter Verfahrens[aus]-wahlen mit potenziell schöpferischen Veränderungsmöglichkeiten der Arbeitsverfahren“ gegeben wird
- „Möglichkeit zur Kooperation als notwendigen Bestandteil des Reichtums an sozialen Beziehungen zur Umwelt, der eine Persönlichkeit kennzeichnet“
- „Rückmeldung mit Anerkennung wertvoller Leistungen im Sinne einer Bestätigung des Persönlichkeitswerts der Arbeitenden“ (Hacker 2005: 802).

Die genannten „objektiven Entwicklungsbedingungen“ sind als „Entwicklungsangebote“ zu verstehen, die zum Wirksam werden auf bestimmte „personale Bedingungen“ treffen müssen. Als solche sind die „Bedürfnisse der Arbeitenden gegenüber der Arbeit, die Stellung der Berufstätigen in ihrer Werthierarchie⁵⁶“ und die „bereits vorhandenen Leistungsvoraussetzungen, die mitbedingen, ob Lernanstöße vorliegen können oder nicht“, zu

⁵³ verfügbar, einteilbar (gliederbar) (Fremdwörterlexikon)

⁵⁴ gewohnheitsmäßig, zur Gewohnheit machen

⁵⁵ Aktivität bzw. Aktivierungsniveau meint die „ausreichende Beteiligung des Menschen am technologischen Prozess“ als Voraussetzung für ein „zielgerichtetes Eingreifen“ [in den Arbeitsprozess/Arbeitsablauf] (Hacker 2005: 803).

⁵⁶ Dieser Terminus wird im Original nicht weiter erläutert

nennen. Die zwischen den objektiven und personalen Bedingungen bestehenden „Wechselbeziehungen“ sind „die eigentlich ausschlaggebende Bedingung für die Persönlichkeitsentwicklung im Arbeitsprozess“ (ebd.: 802f).

Dem Kriterium der „Persönlichkeitsförderlichkeit“ liegt nach Ulich (2005) die Annahme zugrunde, dass sich „die Persönlichkeitsentwicklung des erwachsenen Menschen weitgehend in der Auseinandersetzung mit der Arbeitstätigkeit vollzieht“. Herauszustellen sind hier besonders die „Arbeitsinhalte und die Anforderungen, die sie an die Qualifikation der Beschäftigten stellen“. Nach derzeitigem Forschungsstand bewirken jedoch vor allem die vier „Dimensionen (...) (1) kognitive Kompetenz, (2) die soziale Kompetenz, (3) das Selbstkonzept⁵⁷ und (4) die Leistungsmotivation“ ein „Freisetzen von Entwicklungspotenzialen“. Die Förderung der kognitiven und sozialen Kompetenz kann beispielsweise durch „Arbeitstätigkeiten mit inhaltlicher Komplexität und vielfältigen Anforderungen“ und „Arbeit in teilautonomen Gruppen“ geschehen. Eine Förderung des Selbstkonzeptes und der Leistungsmotivation erfolgt etwa durch die „Ablösung der Fremdkontrolle durch Selbstkontrolle und Selbsteinrichten“ [der Arbeit durch Einzelne oder Gruppen] (Ulich 2005: 147f). Weiterhin spielen für die Persönlichkeitsförderlichkeit durch Arbeitstätigkeiten „auch soziale und emotionale Kompetenzen eine Rolle“. Zum Beispiel „als Bereitschaft und Fähigkeit zur Übernahme der Perspektiven anderer (...) oder als Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung“ (ebd.: 148). Diese zuletzt genannten Aspekte sind in der Versorgung bzw. Pflege von Menschen eine wichtige »Schlüsselkompetenz«. Das im Folgenden erläuterte Kriterium der „Zumutbarkeit“ stellt bei Ulich (2005) und Rohmert (1972) ein eigenständiges Kriterium dar. Bei Hacker & Richter (1984) ist es in die Ebene der Beeinträchtigungsfreiheit integriert.

Zumutbarkeit

Diese ist als „gruppenspezifisches, von gesellschaftlichen Normen und Werten bestimmtes Kriterium“ zu verstehen. Um das Kriterium der Zumutbarkeit bei der Bewertung von Arbeitstätigkeiten anwenden zu können, müssen die „Qualifikationen“ und das „Anspruchsniveau“ berücksichtigt werden. Beispiele für „mangelnde Zumutbarkeit“ sind u.a. „geringe Akzeptanz inhaltlich einförmiger Arbeitstätigkeiten als Folge besserer Ausbildung und gesteigener Ansprüche“ (z.B. Ablehnung von Schicht- und Wochenendarbeit). Das Zumutbarkeitskriterium stellt im Sinne Ulichs also wie erwähnt ein gegenständliches Kriterium dar. Das zeigt sich auch in dem Hinweis, „dass die Bewertung einer Arbeitstätigkeit oder ihrer Bedingungen als zumutbar oder nicht zumutbar auf der Ebene jedes der anderen Kriterien erfolgen kann“ (Ulich 2005: 149).

Abschließend sei hier eine zusammenfassende „Definition humaner Arbeitstätigkeiten“, die sich aus den genannten Bewertungskriterien ergibt, vorgestellt: „Als human werden Arbeitstätigkeiten bezeichnet, die die psychophysische Gesundheit der Arbeitstätigen nicht schädigen, ihr psychosoziales Wohlbefinden nicht – oder allenfalls vorübergehend – beeinträchtigen, ihren Bedürfnissen und Qualifikationen entsprechen, individuelle und/oder kollektive Einflussnahme auf die Arbeitsbedingungen und Arbeitssysteme ermöglichen und zur Entwicklung ihrer Persönlichkeit im Sinne der Entfaltung ihrer Potenziale und Förderung ihrer Kompetenzen beizutragen vermögen“ (Ulich 1984, zitiert nach Ulich 2005: 149). Rohmert (1972) sieht dieses Kriterium ähnlich wie Ulich als „soziologisches Problem“ und stellt es in den „Aussagebereich der Gesellschaftswissenschaften“ und macht damit deutlich, dass die Festlegung, was als Zumutbar gilt, von den Konventionen der Gruppe abhängt (Rohmert 1972: 9).

⁵⁷ Dieser Begriff wird nicht weiter ausgeführt

M) Antworten Belastungsscreening

Die fett gedruckten Ziffern bzw. die dazu gehörigen Antwortkategorien (z.B. „eher ja“ und „ja, genau“) geben den von den Autoren des Screenings empirisch ermittelten »Belastungsgrenzwert« (Dichotomisierungsgrenze) an. Die Werte für die einzelnen Pflegediens-te werden aufgrund der geringen Fallzahlen nur in ihrer dichotomisierten Form wiedergegeben. Die Grenzen der Dichotomisierung entsprechen denen der Gesamtstichprobe. Mit der Bezeichnung „trifft zu“ ist gemeint, dass die entsprechende Prozentzahl von Beschäftigten über dem Belastungsgrenzwert liegt und daher eine Belastung vorhanden ist.

Quantitative Arbeitsbelastung

Tabelle a (Frage 5) Ich stehe häufig unter Zeitdruck (in %)

Trifft diese Aussage auf ihre jetzige Arbeitssituation zu?					
	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Gesamt (n = 40)	0	20,0	22,5	30,0	27,5
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 12)	75,0	25,0			
WABA (n = 17)	47,1	52,9			
FBL (n = 11)	45,5	54,5			

Tabelle b (Frage 6) Ich habe zu viel Arbeit (in %)

Trifft diese Aussage auf ihre jetzige Arbeitssituation zu?					
	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Gesamt (n = 40)	12,5	37,5	37,5	10,0	2,5
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 12)	66,7	33,3			
WABA (n = 17)	41,4	58,8			
FBL (n = 11)	45,5	54,5			

Tabelle c (Frage 19) Es werden zu viele Aufgaben verlangt, die nichts mit Pflege zu tun haben (z.B. Organisation, Dokumentation) (in %)

Wie oft empfinden Sie diese Situationen als belastend?					
	nie	gelegentlich	häufig	sehr häufig	
Gesamt (n = 40)	7,5	42,5	27,5	22,5	
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 12)	66,7	33,3			
WABA (n = 17)	41,2	58,8			
FBL (n = 11)	45,5	54,5			

Tabelle d (Frage 20) Nicht genügend Zeit zu haben, um den Patienten emotionale Unterstützung geben zu können (in %)

Wie oft empfinden Sie diese Situationen als belastend?				
	nie	gelegentlich	häufig	sehr häufig
Gesamt (n = 40)	0,0	30,0	37,5	32,5
	trifft zu	trifft nicht zu		
Epp (n = 12)	83,3	16,7		
WABA (n = 17)	58,8	41,2		
FBL (n = 11)	72,7	27,3		

Zeitdruck dichotomisiert * emotionale Unterstützung dichotomisiert Kreuztabelle

			emotionale Unterstützung dichotomisiert		Gesamt
			nicht belastet	belastet	
Zeitdruck dichotomisiert	nicht belastet	Anzahl	8 47,1%	9 52,9%	17 100,0%
	belastet	Anzahl	4 17,4%	19 82,6%	23 100,0%
Gesamt		Anzahl	12 30,0%	28 70,0%	40 100,0%

P 0,043 (Chi Quadrat nach Person)

Zeitdruck dichotomisiert * zu viele Aufgaben dichotomisiert Kreuztabelle

			zu viele Aufgaben dichotomisiert		Gesamt
			nicht belastet	belastet	
Zeitdruck dichotomisiert	nicht belastet	Anzahl	11 64,7%	6 35,3%	17 100,0%
	belastet	Anzahl	9 39,1%	14 60,9%	23 100,0%
Gesamt		Anzahl	20 50,0%	20 50,0%	40 100,0%

P 0,11 (Chi Quadrat nach Person)

Qualitative Arbeitsbelastung

Tabelle e (Frage 14) Jeden Tag die gleichen Patienten versorgen zu müssen, ist auf die Dauer sehr belastend (in %)

Trifft diese Aussage auf ihre jetzige Arbeitssituation zu?					
	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Gesamt (n = 40)	27,5	27,5	30,0	7,5	7,5
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 12)	41,7	58,3			
WABA (n = 17)	58,8	41,2			
FBL (n = 11)	27,3	72,3			

Tabelle f (Frage 15) Manchmal, z.B. in Notsituationen, fehlt mir die fachliche Unterstützung durch Kollegen (in %)

Trifft diese Aussage auf ihre jetzige Arbeitssituation zu?					
	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Gesamt (n = 40)	10,0	45,0	25,0	17,5	2,5
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 12)	58,3	41,7			
WABA (n = 17)	47,1	52,9			
FBL (n = 11)	27,3	72,7			

Tabelle g (Frage 16) Ich leide darunter, dass ich nicht alle notwendigen Wünsche und Bedürfnisse der Patienten erfüllen kann (in %)

Trifft diese Aussage auf ihre jetzige Arbeitssituation zu?					
	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Gesamt (n = 40)	2,5	20,0	17,5	40,0	20,0
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 12)	83,3	16,7			
WABA (n = 17)	76,5	23,5			
FBL (n = 11)	72,7	27,3			

Tabelle h (Frage 17) Als Pflegekraft ist man bei der Arbeit belastet durch: (in %)

Die häufige Konfrontation mit Tod und Sterben					
	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Gesamt (n = 40)	15,0	42,5	22,5	20,0	0,0
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 12)	33,3	66,7			
WABA (n = 17)	17,6	82,4			
FBL (n = 11)	9,1	90,9			

Tabelle i (Frage 18) Als Pflegekraft ist man bei der Arbeit belastet durch: (in %)

Schwierigkeiten im Umgang mit depressiven und apathischen Patienten					
	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Gesamt (n = 40)	7,5	15,0	42,5	25,0	10,0
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 12)	83,3	16,7			
WABA (n = 17)	64,7	35,3			
FBL (n = 11)	90,1	9,1			

Tabelle j (Frage 21) Sich hilflos fühlen im Falle eines Patienten, bei dem keine Verbesserungen erreicht werden können (in %)

Wie oft empfinden Sie diese Situation als belastend?					
	nie	gelegentlich	häufig	sehr häufig	
Gesamt (n = 40)	2,5	70,0	20,0	7,5	
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 12)	33,3	66,7			
WABA (n = 17)	17,6	82,4			
FBL (n = 11)	36,4	63,6			

Tabelle k (22) Ungenügende Informationen eines Arztes im Hinblick auf die medizinische Verfassung eines Patienten

Wie oft empfinden Sie diese Situation als belastend?				
	nie	gelegentlich	häufig	sehr häufig
Gesamt (n = 40)	10,0	52,5	20,0	17,5
	trifft zu	trifft nicht zu		
Epp (n = 12)	41,7	58,3		
WABA (n = 17)	47,1	52,9		
FBL (n = 11)	18,2	81,8		

Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz**Tabelle l (Frage 10) Ich kann mich immer auf meine Kollegen verlassen, wenn es bei der Arbeit schwierig wird (in %)**

Trifft diese Aussage auf ihre jetzige Arbeitssituation zu?					
	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Gesamt (n = 40)	0	2,5	27,5	47,5	22,5
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 12)	75,0	25,0			
WABA (n = 17)	52,9	47,1			
FBL (n = 11)	90,9	9,1			

Tabelle m (Frage 11) Ich bekomme von Vorgesetzten und Kollegen immer Rückmeldungen über die Qualität meiner Arbeit (in%)

Trifft diese Aussage auf ihre jetzige Arbeitssituation zu?					
	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Gesamt (n = 40)	7,5	32,5	35,0	17,5	7,5
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 12)	58,3	41,7			
WABA (n = 17)	76,5	23,5			
FBL (n = 11)	90,9	9,1			

Tabelle n (Frage 12) Die Arbeit in einem Kollegenteam fehlt mir in der häuslichen Pflege (in %)

Trifft diese Aussage auf ihre jetzige Arbeitssituation zu?					
	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Gesamt (n = 40)	10,0	27,5	27,5	22,5	12,5
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 12)	83,6	16,7			
WABA (n = 17)	70,6	29,4			
FBL (n = 11)	27,3	72,7			

Tabelle: o (Frage 13) In schwierigen Situationen fehlt mir die direkte menschliche Unterstützung durch die Kollegen (in %)

Trifft diese Aussage auf ihre jetzige Arbeitssituation zu?					
	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Gesamt (n = 40)	10,0	27,5	30,0	17,5	15,0
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 12)	75,0	25,0			
WABA (n = 17)	64,7	35,3			
FBL (n = 11)	45,5	54,5			

*Arbeitsorganisation und Umgebungsbedingungen***Tabelle p (Frage 3) Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitszeitregelung? (in%)**

s.o.							
	gar nicht	überwie- gend nicht	eher nicht	mittel	eher ja	überwieg.	sehr
Gesamt (n = 40)	0,0	0,0	7,5	20,0	17,5	37,5	17,5
	trifft zu	trifft nicht zu					
Epp (n = 12)	50,0	50,0					
WABA (n = 17)	11,8	88,2					
FBL (n = 11)	27,3	72,7					

Tabelle q (Frage 4) Wie viel Einfluss haben Sie darauf, welche Arbeit Ihnen zugeteilt wird? (in %)

s.o.						
	sehr wenig	ziemlich wenig	etwas	ziemlich viel	sehr viel	
Gesamt (n= 40)	20,0	15,0	50,0	15,0	0,0	
	trifft zu	trifft nicht zu				
Epp (n = 12)	91,7	8,3				
WABA (n = 17)	76,5	23,5				
FBL (n = 11)	90,9	9,1				

Tabelle r (Frage 7) An meinem Arbeitsplatz gibt es ungünstige Umgebungsbedingungen wie Schmutz, unangenehme Gerüche, Lärm (in %)

Trifft diese Aussage auf ihre jetzige Arbeitssituation zu?					
	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Gesamt (n = 40)	15,0	17,5	30,0	32,5	5,0
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 12)	75,0	25,0			
WABA (n = 17)	58,8	41,2			
FBL (n = 11)	72,7	27,3			

Tabelle s (Frage 8) An meinem Arbeitsplatz sind Räume und Raumausstattung ungenügend (in %)

Trifft diese Aussage auf ihre jetzige Arbeitssituation zu?					
	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Gesamt (n = 40)	7,5	25,0	52,5	12,5	2,5
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 12)	75,0	25,0			
WABA (n = 17)	58,8	41,2			
FBL (n = 11)	72,7	27,3			

Tabelle t (Frage 9) Oft stehen mir die benötigten Informationen, Materialien, Arbeitsmittel nicht zur Verfügung (in %)

Trifft diese Aussage auf ihre jetzige Arbeitssituation zu?					
	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Gesamt (n = 40)	10,0	35,0	45,0	10,0	0,0
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 12)	75,0	25,0			
WABA (n = 17)	58,8	27,3			
FBL (n = 11)	27,3	72,7			

*Körperliche Belastungen***Tabelle u (Frage 23) Ich fühle mich in meiner Arbeit stark belastet bzw. beeinträchtigt durch: (in %)**

Bücken					
	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Gesamt (n = 40)	12,5	17,5	30,0	20,0	20,0
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 12)	58,3	41,7			
WABA (n = 17)	35,3	64,7			
FBL (n = 11)	27,3	72,7			

Tabelle v (Frage 24) Ich fühle mich in meiner Arbeit stark belastet bzw. beeinträchtigt durch: (in %)

Das Arbeiten in unangenehmer Körperhaltung					
	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Gesamt (n = 40)	7,5	12,5	35,0	25,0	20,0
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 12)	50,0	50,0			
WABA (n = 17)	47,1	52,9			
FBL (n = 11)	36,4	63,6			

*Allgemeine berufliche und außerberufliche Situation***Tabellle w (Frage 1) Stufen Sie bitte ganz generell den Grad Ihrer beruflichen Belastung ein (in %)**

s.o.					
	sehr stark	stark	mittel	etwas	gering
Gesamt (n = 40)	7,5	22,5	55,0	5,0	10,0
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 12)	41,7	58,3			
WABA (n = 17)	29,4	70,6			
FBL (n = 11)	18,2	81,8			

Tabelle x (Frage 2) Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit? (in %)

S.O.	gar nicht	überwie- gend nicht	eher nicht	mittel	eher ja	überwieg.	sehr
Gesamt (n = 40)	0,0	0,0	7,5	10,0	15,0	55,0	12,5
	trifft zu	trifft nicht zu					
Epp (n = 12)	25,0	75,0					
WABA (n = 17)	17,6	82,4					
FBL (n = 11)	9,1	90,9					

Tabelle y (Frage 25) Welche Antwort spiegelt Ihre Persönliche Meinung am besten wieder (in %)

Können Sie sich in Ihrer Freizeit ausreichend entspannen (z.B. durch Sport, Erholung)?	voll u. ganz	weitgehend	teilweise	nein
Gesamt (n = 40)	20,0	45,0	32,5	2,5
	trifft zu	trifft nicht zu		
Epp (n = 12)	25,0	75,0		
WABA (n = 17)	41,2	58,8		
FBL (n = 11)	36,4	63,6		

N) Antworten Beanspruchungsscreening

Die folgenden Tabellen geben die Antworten aller Probanden in dichotomisierter Form wieder. Da die Gesamtbeanspruchung aller Beschäftigten im „durchschnittlichen“ Bereich liegt und sich zwischen den drei Pflegediensten deutlich geringere Unterschiede als bei den Belastungen ergaben, erfolgt hier in dieser Hinsicht keine weitere Differenzierung (s. auch Kap. 3.3). Die genauen Antwortkategorien und die Dichotomisierungsgrenzen sind den Fragebögen in Anhang B zu entnehmen. Mit „trifft zu“ ist gemeint, dass bei dem entsprechenden Anteil ein kritischer Beanspruchungswert vorliegt. Entsprechendes gilt für „häufig und selten“ und für „stark und weniger stark“ – je nach Formulierung der Originalfrage.

Es fällt mir schwer, nach der Arbeit abzuschalten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	12	30,0	30,0	30,0
	trifft zu	28	70,0	70,0	100,0
Gesamt		40	100,0	100,0	

Ich muss auch zu Hause an Schwierigkeiten bei der Arbeit denken

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	10	25,0	25,0	25,0
	trifft zu	30	75,0	75,0	100,0
Gesamt		40	100,0	100,0	

Selbst im Urlaub muss ich manchmal an Probleme bei der Arbeit denken

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	21	52,5	52,5	52,5
	trifft zu	19	47,5	47,5	100,0
Gesamt		40	100,0	100,0	

Ich fühle mich ab und zu wie jemand, den man als Nervenbündel bezeichnet

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	19	47,5	47,5	47,5
	trifft zu	21	52,5	52,5	100,0
Gesamt		40	100,0	100,0	

Ich bin schnell verärgert

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	17	42,5	42,5	42,5
	trifft zu	23	57,5	57,5	100,0
Gesamt		40	100,0	100,0	

Wenn ich von der Arbeit nach Hause komme, bin ich ziemlich nervös

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	22	55,0	55,0	55,0
	trifft zu	18	45,0	45,0	100,0
Gesamt		40	100,0	100,0	

Ich habe gelegentlich ein Gefühl der Leere

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	34	85,0	85,0	85,0
	trifft zu	6	15,0	15,0	100,0
	Gesamt	40	100,0	100,0	

Meine Stimmung schwankt häufig

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	18	45,0	45,0	45,0
	trifft zu	22	55,0	55,0	100,0
	Gesamt	40	100,0	100,0	

Mich beschäftigt sehr, dass ich hier zu wenig Entwicklungschancen sehe

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	22	55,0	55,0	55,0
	trifft zu	18	45,0	45,0	100,0
	Gesamt	40	100,0	100,0	

Ich fühle mich manchmal wie ausgebrannt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	22	55,0	55,0	55,0
	trifft zu	18	45,0	45,0	100,0
	Gesamt	40	100,0	100,0	

Bei meiner Arbeit fühle ich mich oft entmutigt und denke darüber nach, ob ich den Job aufgeben soll

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	21	52,5	52,5	52,5
	trifft zu	19	47,5	47,5	100,0
	Gesamt	40	100,0	100,0	

Den ganzen Tag mit Leuten zu arbeiten, ist wirklich eine Strapaze für mich

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft nicht zu	28	70,0	70,0	70,0
	trifft zu	12	30,0	30,0	100,0
	Gesamt	40	100,0	100,0	

Bekommen Sie beim Treppensteigen Herzklopfen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	selten	24	60,0	60,0	60,0
	häufig	16	40,0	40,0	100,0
	Gesamt	40	100,0	100,0	

Haben Sie Kreuzschmerzen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	selten	26	65,0	65,0	65,0
	häufig	14	35,0	35,0	100,0
	Gesamt	40	100,0	100,0	

Spüren Sie, dass Ihr Körper verkrampft ist?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	selten	22	55,0	55,0	55,0
	häufig	18	45,0	45,0	100,0
	Gesamt	40	100,0	100,0	

Haben Sie Schwierigkeiten durchzuschlafen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	selten	25	62,5	62,5	62,5
	häufig	15	37,5	37,5	100,0
	Gesamt	40	100,0	100,0	

Ist Ihr körperliches Leistungsvermögen verringert?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	selten	21	52,5	52,5	52,5
	häufig	19	47,5	47,5	100,0
	Gesamt	40	100,0	100,0	

Ermüden Sie schnell?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	selten	18	45,0	45,0	45,0
	häufig	22	55,0	55,0	100,0
	Gesamt	40	100,0	100,0	

Sind Sie wetterfühlig?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weniger stark	24	60,0	60,0	60,0
	stark	16	40,0	40,0	100,0
	Gesamt	40	100,0	100,0	

Haben Sie das Gefühl, im Stress zu sein?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weniger stark	27	67,5	67,5	67,5
	stark	13	32,5	32,5	100,0
	Gesamt	40	100,0	100,0	

Haben Sie sich in letzter Zeit Sorgen um Ihre Gesundheit gemacht?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weniger stark	10	25,0	25,0	25,0
	stark	30	75,0	75,0	100,0
	Gesamt	40	100,0	100,0	

Können Sie sich in Ihrer Freizeit ausreichend entspannen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	eher ja	27	67,5	67,5	67,5
	eher nein	13	32,5	32,5	100,0
	Gesamt	40	100,0	100,0	

O) Antworten Ergänzungsfragebogen

Die Dichotomisierungsgrenzen (fett gedruckt) sind bei den Zusatzfragen willkürlich festgelegt (s. Kap.3.1.6). Gewertet wurden die gültigen Prozente.

Tabelle Heben und Tragen: „Ich fühle mich in meiner Arbeit stark belastet bzw. beeinträchtigt durch:

das Heben und Tragen von Patienten (Pflegekunden), z.B. beim Transfer in den Rollstuhl“					
	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Gesamt (n = 39)	10,3	15,4	38,5	25,6	10,3
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 12)	91,7	8,3			
WABA (n = 16)	62,6	37,4			
FBL (n = 11)	72,8	27,2			

Tabelle Gewalt und sexuelle Belästigung: „Ich fühle mich in meiner Arbeit stark belastet bzw. beeinträchtigt durch:

Gewalt oder sexuelle Belästigung (auch verbal) durch die Patienten (Pflegekunden)“					
	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Gesamt (n = 38)	63,2	28,9	7,9	0	0
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 11)	0	100			
WABA (n = 16)	18,8	81,2			
FBL (n = 11)	0	100			

Tabelle soziale Unterstützung 1

„In schwierigen Situationen fehlt mir die direkte menschliche Unterstützung durch die Pflegedienstleitung“					
	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Gesamt (n = 39)	23,1	46,2	20,5	7,7	2,6
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 12)	24,9	75,1			
WABA (n = 16)	50,0	50,0			
FBL (n = 11)	9,1	90,9			

Tabelle soziale Unterstützung 2

„Manchmal, z.B. in Notsituationen, fehlt mir die fachliche Unterstützung durch die Pflegedienstleitung“					
	nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Gesamt (n = 38)	23,7	55,3	15,8	2,6	2,6
	trifft zu	trifft nicht zu			
Epp (n = 12)	16,6	83,4			
WABA (n = 15)	33,4	66,6			
FBL (n = 11)	9,1	90,9			

P) Anschreiben Mitarbeiter (Fach)

Hamburg, den 04.04.07

Liebe MitarbeiterInnen der „Hamburgischen Brücke“,

wie Ihnen sicherlich schon bekannt ist, fand im Rahmen der Arbeits- und Gesundheitsschutzaktivitäten der „Hamburgischen Brücke“ am 04.04.07 eine schriftliche Befragung zur psychischen Belastung und Beanspruchung in der ambulanten Pflege statt.

Sie konnten an dieser Befragung leider nicht teilnehmen. Ihre Mitarbeit ist aber sehr wichtig, um beurteilen zu können, ob Belastungen vorliegen und ob Maßnahmen zur Verbesserung Ihrer Arbeitsbedingungen entwickelt werden müssen. Je mehr MitarbeiterInnen sich beteiligen, desto besser und gezielter lässt sich feststellen, wo Verbesserungsbedarf besteht.

Sie sind die Experten für die Arbeitsbedingungen, mit denen Sie tagtäglich konfrontiert werden! Wir bitten Sie daher um Ihr Wissen zur Verfügung zu stellen und damit gleichzeitig an Verbesserungen Ihrer Arbeitssituation mitzuwirken.

Bitte füllen Sie die beigefügten Fragebögen aus und stecken ihn in den verschließbaren Umschlag. Hinterlegen Sie diesen bitte bis zum 18.04.07 bei Frau Stahlmann in dem dafür vorgesehenen Sammelumschlag.

Zum Ausfüllen der Fragebögen benötigen Sie etwa 15 Minuten (werden als Arbeitszeit berechnet). Bitte entscheiden Sie sich beim Ankreuzen möglichst spontan für eine Antwort und beantworten Sie unbedingt alle Fragen, da die Fragebögen sonst nicht ausgewertet werden können! Es sind insgesamt drei verschiedene Fragebögen, um einerseits mögliche Ursachen (Belastungen) und Auswirkungen (Beanspruchungen) Ihrer Arbeit zu erfassen und andererseits um z.B. Ihre besonderen Arbeitssituationen genauer zu berücksichtigen (z.B. wöchentliche Arbeitszeit, berufliche Qualifikation etc.).

Die Teilnahme an der Befragung ist natürlich freiwillig. Ihre Angaben bleiben selbstverständlich anonym und werden streng vertraulich behandelt! Die Befragung findet auch im Rahmen meiner Diplomarbeit zum Thema „psychische Belastungen in der ambulanten Pflege“ an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg statt.

Über die Ergebnisse der Befragung werden Sie in der nächsten Gruppenmoderation zur Gefährdungsbeurteilung, die voraussichtlich im Herbst stattfindet, informiert.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an: Frau Weber Tel. 040/227298-16

Ich bedanke mich für Ihre Mitarbeit!

Untersuchungsleiter

Kay Seidl

(Krankenpfleger, Diplomand im Studiengang Gesundheit)

in Zusammenarbeit mit der AG Gefährdungsbeurteilung

Marco Bahrs

Bernd Weger

Renate Weber

Q) Allgemeine Hinweise zur Arbeitsgestaltung

Maßnahmen zur Arbeitsgestaltung (Arbeitsgestaltungsmaßnahmen) sollten „gleichzeitig mehrere Ziele sichern“. Diese Ziele betreffen die [Arbeits-] „Leistung“, den „Schutz“ der Beschäftigten sowie deren „Entwicklungsmöglichkeiten“.

1. Die Leistung sollte sich durch eine „hohe **Effizienz**“, also ein günstiges Verhältnis von Aufwand und Ertrag auszeichnen. Neben dem wirtschaftlichen Aufwand ist „auch der individuelle Aufwand, z.B. in Form der erforderlichen Beanspruchung und Belastung“ gemeint (Hacker 2005: 798; Hervorhebung im Original). Hinsichtlich der Effizienz der Arbeitstätigkeit kann gesagt werden, dass besonders „die Inhalte der Arbeit selbst“ zu einer „Befriedigung“ führen, die „zu hohen Leistungen“ motiviert. Dies betrifft vor allem „die Möglichkeit, in der Tätigkeit die [eigenen] Fähigkeiten und Qualifikationen anwenden zu können“. Es kommt in diesem Zusammenhang also auf die „Arbeitsaufgabe bzw. (...) Arbeitsinhalte“ an (ebd.: 799).

2. „**Schutz**“ der Beschäftigten „vor körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen und Schädigungen durch den Arbeitsprozess“. In Anlehnung an die WHO Definition von Gesundheit (s. Glossar) „als vollständigem körperlichen, geistigen und sozialem Wohlbefinden“ beinhaltet der Schutz nicht nur die Verhütung von „Unfällen, Berufskrankheiten und sonstigen Arbeitsschäden, sondern auch [von] nervösen Störungen und Beeinträchtigungen des Wohlbefindens wie Neurosen, Monotonieerleben oder arbeitsbedingte Übermüdung“ (ebd.). Hier sind als Ziele der allgemeinen Arbeitsgestaltungsmaßnahmen sowohl der traditionelle als auch der moderne Arbeits- und Gesundheitsschutz zu erkennen.

3. Letztlich soll als allgemeines Gestaltungsziel menschlicher Arbeit eine „Sicherung von Wirkungs- und **Entwicklungsmöglichkeiten**“ bezogen auf „wesentliche Fähigkeiten und Einstellungen im Arbeitsprozess im Sinne einer lern- und gesundheits- (kurz persönlichkeits-) fördernden Arbeitsgestaltung“ erreicht werden (ebd.: 799).

Die Beziehungen dieser drei Ziele zueinander werden als „Ursache-Wirkungs-Verhältnis“ beschrieben, wobei eine „persönlichkeitsfördernde Arbeitsgestaltung (...) nicht nur das soziale Wohlbefinden und die Berufszufriedenheit erhöht, sondern auch (...) nach bisherigem Wissen [am] wirksamsten Leistungsmotive freisetzt, womit die Effektivität gesteigert wird“ (ebd. S. 799). Arbeitstätigkeiten [-aufgaben] sollten, damit sie zu einer Berufszufriedenheit führen und motivierend, d.h. leistungssteigernd [und somit gesundheitsfördernd] wirken, folgende „tätigkeitsspezifischen“ Merkmale bieten bzw. beinhalten:

- „vielfältigen Ausnutzung der Befähigungen [der Beschäftigten]“, sowie die „Weiterentwicklung“ dieser Befähigungen „durch Lernen“
- selbständiges arbeiten und die „Möglichkeiten der Verantwortungsübernahme“
- „Freiheitsgrade für eigenes Entscheiden bis hin zu einer schöpferischen Ausführungsweise“ und
- „echtes Erfolgserleben und eine entsprechende gesellschaftliche Bewertung auf der Grundlage nützlicher Beiträge für andere“ (ebd.: 799f).

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, im Oktober 2007

Kay Seidl