Initiative Neue Qualität der Arbeit
inqa.de

Arbeit in der stationären Altenpflege

34

Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität

Initiative Neue Qualität der Arbeit

Neues Denken für eine neue Arbeitswelt
Sichere, gesunde und zugleich wettbewerbsfähige Arbeitsplätze sind die Vision der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA). Gemeinsame Projekte des Bündnisses aus Sozialpartnern, Sozialversicherungsträgern, Bund, Ländern, Stiftungen und Unternehmen machen deutlich: Wer in Humankapital investiert, profitiert von motivierteren Mitarbeitern, sinkenden Krankenständen und einem fortschrittlichen Unternehmensimage. Im Jahr 2002 gestartet, sind Eigendynamik und Überzeugungskraft der Initiative inzwischen weithin sichtbar – INQA works!

INQA bündelt Kräfte!
»Gemeinsam handeln, jeder in seiner Verantwortung« – dieser Grundsatz von INQA hat sich in der Praxis bewährt. Unter dem Dach der Initiative haben sich mit den Thematischen Initiativkreisen (TIK) spezialisierte Arbeitsgruppen gebildet. Ihr inhaltliches Spektrum reicht vom ›Netzwerk Baustelle‹ über ›Älterwerden in Beschäftigung‹ bis zu ›Neue Qualität der Büroarbeit‹. Bürokratie oder verkrustete Strukturen sucht man hier vergebens. Die TIK erarbeiten zielführende Aktivitäten zu einzelnen Schwerpunktthemen und setzen sie in Eigenregie um. Das gewonnene Wissen dient dem Transfer in die betriebliche Praxis. Ob als Unternehmer, Arbeitnehmervertreter oder Gesundheitsexperte – jeder INQA-Initiativkreis ist offen für Menschen, die etwas bewegen wollen.

INQA-Bericht

Initiative Neue Qualität der Arbeit
inqa.de

Jürgen Glaser, Bettina Lampert, Matthias Weigl

Arbeit in der stationären Altenpflege

34

Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität

Impressum

Arbeit in der stationären Altenpflege
Analyse und Förderung von Arbeitsbedingungen, Interaktion, Gesundheit und Qualität

Autoren:
PD Dr. Jürgen Glaser, Mag. Bettina Lampert, Dr. Matthias Weigl
TU München, Lehrstuhl für Psychologie

Herausgeber:
Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit
c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Friedrich-Henkel-Weg 1–25 44149 Dortmund
Telefon 0231 9071-2250 Fax 0231 9071-2363
E-Mail inqa@baua.bund.de Internet www.baua.de

Nöldnerstraße 40–42 10317 Berlin
Telefon 030 51548-0 Fax 030 51548-4170

Proschhübelstraße 8 01099 Dresden
Telefon 0351 5639-5 Fax 0351 5639-5210

Grafik: GUD – Helmut Schmidt, Braunschweig
Verlag/Druck: Wirtschaftsverlag NW – Verlag für neue Wissenschaft GmbH, Bremerhaven

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit vorheriger Zustimmung der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)

1. Auflage

Dortmund / Berlin / Dresden 2008
ISBN 978-3-86509-847-4

2 Impressum
4 Tabellenverzeichnis
5 Abbildungsverzeichnis
7 Zusammenfassung

11 1 Einleitung
12 1.1 Altenpflege in Deutschland
14 1.2 Ziele im Projekt BELUGA
16 1.3 Vorgehen und Stichproben im Projekt BELUGA

23 2 Entwicklung des Screeningverfahrens TAA – Altenpflege
24 2.1 Konzeption und Vorarbeiten für die Verfahrensentwicklung
26 2.2 Entwicklung eines vorläufigen Belastungsscreening für die Altenpflege
34 2.3 Das Screening TAA – Altenpflege

37 3 Arbeitsbedingungen in der Altenpflege
38 3.1 Strukturelle Bedingungen in Altenpflegeheimen
49 3.2 Belastungen in der Altenpflege
60 3.3 Anforderungen und Ressourcen in der Altenpflege

65 4 Interaktion in der Altenpflege
66 4.1 Interaktionsarbeit – Kernaufgabe der Humandienstleistung
67 4.2 Interaktion zwischen Pflegekräften und Bewohnern
70 4.3 Förderung der Interaktion in der Altenpflege

75 5 Mitarbeitergesundheit und Qualität in der Altenpflege
76 5.1 Psychophysische Gesundheit der Mitarbeiter in Altenpflegeheimen
83 5.2 Qualität in Altenpflegeheimen aus Sicht der Bewohner, Mitarbeiter und Angehörigen

89 6 Arbeit und Gesundheit in verschiedenen Feldern der Pflege
90 6.1 Vergleich nach Einrichtungen unterschiedlicher Träger der Altenpflege
99 6.2 Vergleich der Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege, der stationären Krankenpflege und der ambulanten Pflege

103 7 Arbeitsgestaltung in der Altenpflege
104 7.1 Partizipative Arbeitsgestaltung in einem Altenpflegeheim
118 7.2 Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Altenpflege

123 8 Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick
124 8.1 Zusammenfassung der Ergebnisse
131 8.2 Ausblick und Dank

135 Literatur
145 Anhang

Tabellenverzeichnis

17 Tab. 1 Teilnahmequote zur Mitarbeiterbefragung der Pilotstudie
20 Tab. 2 Teilnahmequote zur Angehörigenbefragung der Pilotstudie
27 Tab. 3 Vorläufiges Screening physischer Belastungen
28 Tab. 4 Vorläufiges Screening physischer Belastungen und Risiken sowie von Präventionsmöglichkeiten
30 Tab. 5 Itemanzahl und interne Konsistenz der Skalen des vorläufigen Screening psychischer Belastungen
31 Tab. 6 Itemanzahl und interne Konsistenz der Skalen des vorläufigen Screening physischer Belastungen und Risiken sowie von Präventionsmöglichkeiten
32 Tab. 7 Itemanzahl und interne Konsistenz des Belastungsscreening TAA – Altenpflege
33 Tab. 8 Itemanzahl und interne Konsistenz des Screening psychischer Anforderungen und Ressourcen des TAA – Altenpflege
39 Tab. 9 Pflegeeinrichtungen nach Trägerschaft und Pflegebedürftigen
40 Tab. 10 Pflegebedürftige nach Pflegestufen
45 Tab. 11 Dienstzeiten und zeitliche Vorgaben
48 Tab. 12 Häufigkeit und Dauer pflegerischer Tätigkeiten in sechs Schichtbeobachtungen in einem Pflegeheim
49 Tab. 13 Organisationale und soziale Stressoren
50 Tab. 14 Widersprüchliche Anforderungen
52 Tab. 15 Beobachtete Regulationshindernisse
53 Tab. 16 Beobachtete Unterbrechungen durch Personen
55 Tab. 17 Physische Belastungen und Präventionsmaßnahmen
56 Tab. 18 Beobachtete physische Belastungen mit und ohne Präventionsmaßnahmen
57 Tab. 19 Erhöhte Belastungsgrade nach Stationen
57 Tab. 20 Stationsvergleich (ANOVA) zur psychischen Belastung
59 Tab. 21 Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege
61 Tab. 22 Psychische Anforderungen in der stationären Altenpflege
63 Tab. 23 Ressourcen bei der Arbeit in der stationären Altenpflege
69 Tab. 24 Dauer und Initiierung der Interaktionsepisoden
70 Tab. 25 Richtung und Inhalt der Interaktionsepisoden
78 Tab. 26 Psychophysische Gesundheit von Altenpflegekräften
79 Tab. 27 Arbeitsbelastungen und psychophysische Gesundheit
80 Tab. 28 Alter und psychophysische Gesundheit
81 Tab. 29 Geschlecht und psychophysische Gesundheit
82 Tab. 30 Berufsausbildung und psychophysische Gesundheit
84 Tab. 31 Stichproben in den vier untersuchten Altenpflegeeinrichtungen
85 Tab. 32 Ganzheitliche Pflege und Organisationsstrukturen und -abläufe im Perspektivenvergleich
85 Tab. 33 Rolle des Bewohners und Allgemeine Servicequalität im Perspektivenvergleich
92 Tab. 34 Arbeitsbelastungen im Trägervergleich (ANOVA)
94 Tab. 35 Psychische Anforderungen im Trägervergleich (ANOVA)
95 Tab. 36 Ressourcen in der Arbeit im Trägervergleich (ANOVA)
98 Tab. 37 Psychophysische Gesundheit der Altenpflegekräfte im Trägervergleich (ANOVA)
107 Tab. 38 Sitzungen, Themen und Maßnahmen des Arbeitskreises
111 Tab. 39 Methoden zur Evaluation der Maßnahmen
115 Tab. 40 Beobachtete psychische Belastungen (Auswahl) auf Kontroll- und Modellstation

Abbildungsverzeichnis

46 Abb. 1 Häufigste beobachtete Tätigkeiten im Frühdienst des Pflegeheims
47 Abb. 2 Häufigste beobachtete Tätigkeiten im Spätdienst des Pflegeheims
51 Abb. 3 Stärkste und schwächste Arbeitsbelastungen im Altenpflegeheim des betrieblichen Partners
58 Abb. 4 Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege
60 Abb. 5 Psychische Anforderungen in der stationären Altenpflege
62 Abb. 6 Ressourcen bei der Arbeit in der stationären Altenpflege
68 Abb. 7 Dauer von Interaktionsepisoden in der Altenpflege
90 Abb. 8 Teilnehmende Einrichtungen nach Trägerschaft
91 Abb. 9 Arbeitsbelastungen im Trägervergleich
93 Abb. 10 Psychische Anforderungen im Trägervergleich
94 Abb. 11 Ressourcen in der Arbeit im Trägervergleich
96 Abb. 12 Irritationen der Altenpflegekräfte im Trägervergleich
97 Abb. 13 Burnout der Altenpflegekräfte im Trägervergleich
97 Abb. 14 Psychische und körperliche Gesundheit der Altenpflegekräfte im Trägervergleich
100 Abb. 15 Arbeitsbelastungen in unterschiedlichen Berufsfeldern der Pflege
101 Abb. 16 Burnout der Altenpflegekräfte unterschiedlichen Berufsfeldern
101 Abb. 17 Psychische und körperliche Gesundheit von Pflegekräfte in unterschiedlichen Berufsfeldern
104 Abb. 18 Ablauf und Evaluationsdesign der Gestaltungsmaßnahme
112 Abb. 19 Psychische Belastungen zu Ist- und Abschluss-Erhebung auf der Kontrollstation
112 Abb. 20 Psychische Belastungen zu Ist- und Abschluss-Erhebung auf der Modellstation
113 Abb. 21 Physische Belastungen der Kontroll- und Modellstation zu Ist- und Abschluss-Erhebung
114 Abb. 22 Burnout der Beschäftigten der Kontroll- und Modellstation zu Ist- und Abschluss-Analyse
116 Abb. 23 Evaluation der Sitzungen des AK BELUGA

Zusammenfassung

Der vorliegende Band ist Ergebnis des Projekts ›**Bel**astungsanalyse **u**nd **g**esundheitsförderliche **A**rbeitsgestaltung in der Altenpflege (**BELUGA**)‹. Das Projekt wurde von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) mit dem Ziel vergeben, Screeningverfahren zur Analyse psychischer und physischer Belastungen in der Altenpflege zu entwickeln, eine Bestandsaufnahme zu Belastung und Gesundheit in Altenpflegeheimen durchzuführen, Gestaltungsmaßnahmen abzuleiten sowie exemplarisch zu erproben. Im Mittelpunkt stehen Ergebnisse einer Untersuchung in 111 Altenpflegeheimen in Bayern. In der Studie beurteilten 1848 Pflegekräfte ihre Arbeitsbedingungen und ihre Gesundheit. Anforderungen, Ressourcen und Belastungen in der Pflegearbeit wurden mit dem Screening – TAA Altenpflege erfasst, das im Projekt entwickelt und validiert wurde. Zudem wird über eine Längsschnittstudie in einem Altenpflegeheim berichtet. Hier wurden Mitarbeiterbefragungen, Ganzschichtbeobachtungen, Experteninterviews sowie begleitende Bewohner- und Angehörigenbefragungen zu zwei Zeitpunkten durchgeführt. Der Fokus lag bei Arbeitsbelastungen und der Interaktion zwischen Pflegekräften und Bewohnern. Ergänzend wurden Qualitätsaspekte aus unterschiedlichen Perspektiven beurteilt. Insgesamt ist das Belastungsniveau in den untersuchten Altenpflegeheimen moderat. Dementsprechend fallen Befunde zur Gesundheit der Pflegenden (Irritation, Burnout, psychische und körperliche Gesundheit) mehrheitlich günstig aus. Detailliertere Analysen zeigen, dass Risiken beim Heben, Tragen und Lagern von Bewohnern sowie Arbeitsunterbrechungen und Zeitdruck vorrangige Formen körperlicher und psychischer Belastung in der Altenpflege sind. Vergleiche der Arbeitsbelastungen nach Trägerschaft und mit Befunden aus stationärer Krankenpflege und ambulanter Pflege lassen klare Unterschiede in den Profilen erkennen. Analysen von Arbeitsabläufen und Interaktionsepisoden zeigen, dass mit Bewohnern häufig, aber sehr kurz interagiert wird. Rein sozioemotionale Inhalte finden sich hierbei selten. Vor dem Hintergrund der exemplarischen Erprobung von Maßnahmen zum Belastungsabbau beim betrieblichen Partner und unter Einbezug von Ergebnissen anderer Studien werden Chancen und Grenzen einer sicherheits- und gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung in der Altenpflege diskutiert.

Schlagwörter
Arbeitsbelastung, Gesundheit, Interaktion, Altenpflege, Arbeitsanalyse, Arbeitsgestaltung

Abstract

The present volume documents the results of the project "**Bel**astungsanalyse **u**nd **g**esundheitsförderliche **A**rbeitsgestaltung in der Altenpflege (**BELUGA**)" on the analysis of stressors and possibilities for health-promoting work design in nursing homes for the elderly. The project was funded by the German Federal Institute for Occupational Safety and Health. Its goals were the development of a screening instrument on physical and psychological stressors in nursing for the elderly, the generation of results on the level of strain and health of nurses, as well as the design and exemplary testing of interventions for improving the situation. The main focus is on the results of a survey conducted in 111 nursing homes for the elderly in the state of Bavaria. Overall, 1848 nurses provided data on working conditions and health. Demands, resources, and stressors at work were measured with the screening instrument "TAA – Altenpflege", which was developed and validated in the course of the project. Additionally, a longitudinal study in one nursing home is reported. Here, employee surveys, full shift observations, expert interviews, and accompanying surveys of residents and their relatives were conducted at two measurement points. The focus was on work stressors and the interaction between nurses and residents. Furthermore, quality aspects were evaluated from different perspectives. Overall, the level of stressors in the nursing homes under study is moderate. Concomidantly,

results on nurses' health (Irritation, Burnout, physical and psychological health) are predominantly positive. More fine-grained analyses show that risks through lifting, carrying, and bedding patients as well as interruptions and time-pressure at work are primary stressors in nursing for the elderly. Different patterns are evident when comparing stressors for varying legal forms of ownerhip, and with results obtained in hospital and mobile nursing. Analyses of work routines and interaction episodes show that interactions with residents are frequent but rather short. Purely socio-emotional contents are the exception. Drawing on experiences during the exemplary test of interventions to reduce work stressors in the field as well as findings of other studies, possibilities and boundaries of a safety- and health-promoting work design in nursing for the elderly are discussed.

Key words
Work load, health, interaction, nursing for the elderly, work analysis, work design

Résumé

Le présent tome est le résultat du projet « **Bel**astungsanalyse **u**nd **g**esundheitsförderliche **A**rbeitsgestaltung in der Altenpflege (**BELUGA**) ». Ce projet a été lancé par le Office Fédéral pour la Sécurité au Travail et la Médecine du Travail pour développer des méthodes d'analyse des charges psychiques et physiques dans les soins des personnes âgées, pour évaluer les charges et la santé dans les EMS, en déduire des mesures d'amélioration et tester ceux-ci de manière exemplaire. Au centre de ce projet se trouvent les résultats d'une étude menée dans 111 EMS en Bavière. Pour cette étude, 1848 infirmières et aide-soignants ont apprécié leurs conditions de travail et leur état de santé. Les exigences, les ressources et les charges dans les soins des personnes âgées ont été relevés avec l'outil d'analyse « TAA Altenpflege », qui a été développé et validé au sein du projet. En plus, on expose une étude longitudinale au sein d'un seul EMS. Ici, des sondages auprès du personnel, des observations d'ensemble, des interviews d'experts, d'habitants et de leurs proches ont été réalisés. L'accent a été mis sur les charges de travail et l'interaction entre le personnel soignant et les habitants. Accessoirement, des aspects qualitatifs ont été jugés de différents points de vue. Dans l'ensemble, dans les EMS étudiés, le niveau des charges de travail est plutôt faible. Ainsi, les évaluations de la santé du personnel soignant (irritations, burnout, santé psychique et physique) sont plutôt positives. Des analyses plus détaillées montrent que les plus grands risques pour la santé physique se manifestent quand il s'agit de soulever, porter et reposer les habitants. D'un autre côté, c'est les interruptions du travail et la pression au niveau des horaires qui causent le plus de problèmes sur le plan psychique. Des comparaisons des charges de travail entre différents types d'institutions laissent apparaître de claires différences dans les profils. Les analyses des flux de travaux et des épisodes d'interaction montrent, quant à elles, que les interactions avec les habitants sont nombreuses, mais très courtes. En plus, elles sont rarement de type socio-émotionnel. Des mesures de diminution de la charge de travail ont été testées de manière exemplaire. Les résultats de ces tests, ensemble avec les résultats d'autres études, forment la base pour l'évaluation du potentiel d'une conception de travail plus favorable à la santé.

Mots-clé
Charges de travail, santé, interaction, soins des personnes âgées, analyse du travail, conception du travail

1 Einleitung

1.1 Altenpflege in Deutschland

Zum Jahresende 2005 waren in Deutschland laut Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts 2,13 Millionen Menschen pflegebedürftig (StBA, 2006), darunter rund 0,68 Millionen Bewohner, die von 546.397 Mitarbeitern in 10.424 voll- oder teilstationären Pflegeheimen versorgt wurden. Im aktuellen Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, 2006) wird ein weiterer Anstieg der Zahl von Pflegeeinrichtungen und Pflegeplätzen prognostiziert, der insbesondere auf die demografische Entwicklung zurückgeht. Bereits im 3. Altenbericht der Bundesregierung (BMFSFJ, 2001) wurde davon ausgegangen, dass bis zum Jahr 2010 die Zahl pflegebedürftiger Menschen von ca. 1,9 Mio. auf ca. 2,1 Mio. anwachsen wird. Nach aktuellen Schätzungen sollen bis zum Jahr 2040 rund 2,8 Millionen Menschen professioneller Pflege bedürfen. Damit steigt auch die Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen in der stationären Altenpflege. Dies wird durch weitere Faktoren verstärkt, unter anderem weil weniger Angehörige die Versorgung im häuslichen Bereich übernehmen werden, weil sich die Verweildauer in Krankenhäusern weiter verkürzen und sich damit auch der Schweregrad der Pflege in den Altenpflegeheimen erhöhen wird.

Für das Personal in den Altenpflegeheimen bedeutet dies höchst wahrscheinlich eine weitere Arbeitsverdichtung. Dabei ist kaum zu bestreiten, dass bereits jetzt die psychosoziale Seite der Altenpflege im Heimalltag zu kurz kommt. Pflegekräfte bemängeln zu wenig Zeit für persönliche Gespräche mit den alten Menschen. Bewohner bemängeln dies ebenfalls, was nicht verwundert – sind doch die Pflegenden nicht selten die wichtigsten oder gar einzigen Ansprechpartner der betagten, aus ihrer häuslichen Umgebung entwurzelten Menschen.

Die Situation der Bewohner in deutschen Altenpflegeheimen ist seit einigen Jahren wiederholt Anlass für negative Presse. Von den Medien werden Mängel und menschenunwürdige Zustände angeprangert. Beispielsweise wird über alte Menschen berichtet, die sich in Heimbetten wund liegen und fortgeschrittene Dekubiti aufweisen, über dehydrierte Heimbewohner, denen zu wenig Flüssigkeit verabreicht wurde, und nicht zuletzt über Vereinsamung oder gar Isolation in den letzten Jahren eines Menschenlebens. Solche Sensationsberichte basieren meist auf Einzelfällen, die ebenso erschüttern wie hoffen lassen, dass es wirklich vereinzelte Missstände sind. Die Berichte zeigen uns, dass Altern in unserer ›alternden‹ Gesellschaft recht düstere Seiten haben kann.

Schon jetzt wächst der Anteil schwerst pflegebedürftiger Personen in der Pflegestufe 3 in Altenpflegeheimen stetig an. Wenn zukünftig die Zahl der Pflegebedürftigen weiter steigt und ökonomische Randbedingungen allen Bemühungen um weitere Qualitätsverbesserungen entgegen zu laufen scheinen, Fehlbeträge in der Pflegeversicherung dazu führen, dass weniger Geld mehr Bedarf und Aufwendungen an Personal- und Sachkosten gegenüber stehen, so stellt sich verstärkt die Frage: Was ist unserer Gesellschaft Pflege wert?

Die Qualität der pflegerischen Betreuung und Versorgung in Altenpflegeheimen soll gesichert und verbessert werden – so fordert es der Gesetzgeber mit dem Pflegequalitätssicherungsgesetz. Mit der Umsetzung gesetzlicher Maßgaben betraut, werden verstärkt Kontrollen durch die Heimaufsichtsbehörden durchgeführt und den Heimen wird damit auch ein Mehraufwand an Dokumentation abverlangt. Aktuelle Berichte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) offenbaren Mängel in mehr als 10 % der untersuchten Heime.

Andererseits stehen Heimleitungen immer wieder vor dem Problem, gut ausgebildete Pflegekräfte für die Arbeit mit alten Menschen zu gewinnen, zu motivieren und langfristig an die Einrichtung und an den Beruf zu binden. Denn kaum ein anderes Berufsfeld ist mit solchen Widersprüchen zwischen hohen individuellen, beruflichen und gesellschaftlichen Erwartungen einerseits und einer ernüchternden Realität andererseits behaftet. Nicht selten von Enthusiasmus und einem idealisierten Bild der späteren Berufstätigkeit getrieben, finden sich Einsteiger in den Beruf der Altenpflege in einer wenig

ermutigenden Arbeitsrealität wieder. Sachzwänge hindern sie an der zwischenmenschlich erforderlichen Zuwendung gegenüber alten Menschen im Heim. Knappe Ausstattung mit Fachpersonal, steigende Dokumentationspflichten und zunehmende Schweregrade an Pflegebedarf führen zu Zeitdruck, zur allmählichen Desillusionierung und Demotivation und nicht selten – wie empirische Studien belegen (z. B. Becker & Meifort, 1997; NeXT-Studie) – zum Ausstieg aus dem Beruf.

Schon seit Jahren werden Defizite in der Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen unter dem Stichwort ›Pflegenotstand‹ bemängelt. Während zu Beginn der Diskussion der Personalmangel als ein maßgeblicher Faktor geltend gemacht wurde, richtet sich der Blick zunehmend auf die Bedingungen, unter denen die Pflegenden arbeiten. Verstärkt setzt sich die Erkenntnis durch, dass nicht nur personelle Unterkapazität, moderate Bezahlung und ein wenig attraktives Berufsimage, sondern gerade auch psychische und physische Arbeitsbelastungen zu Arbeitsunzufriedenheit, Stresserleben, gesundheitlichen Problemen und am Ende zu Fluktuation und Berufsflucht führen können. In einer Studie der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in Kooperation mit der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) wurde deutlich, dass die Arbeit von Pflegekräften mit zum Teil erheblich erhöhten Belastungen und Gesundheitsrisiken verbunden ist. Dem Gesundheitsreport 2003 für die Altenpflege (BGW/DAK, 2003) ist zudem zu entnehmen, dass die psychische Gesundheit von Altenpflegekräften um 12 %, die physische Gesundheit um 4 % unter dem Durchschnitt der berufstätigen deutschen Gesamtbevölkerung liegt. Zugleich wird darauf hingewiesen, dass Altenpflegekräfte stärker als die Mehrheit der Erwerbsbevölkerung in Deutschland unter psychosomatischen Beschwerden leiden (44 % über dem Durchschnittswert).

Daher besteht die Notwendigkeit, sich verstärkt mit der Arbeitssituation und dem Gesundheitsstatus der Altenpflegekräfte als einem zunehmend wichtigen Berufsfeld in unserer Gesellschaft auseinanderzusetzen. Als eine zentrale Belastung wurden häufig der Zeitdruck, zum Teil infolge von Personalmangel genannt (z. B. Becker & Meifort, 1997; Büssing, Giesenbauer, Glaser & Höge, 2001; Landau, Imhof-Gildein & Schreiber, 1991; Muthny, Bermejo & von Gierke, 1993). Darüber hinaus wurden Verantwortungsdruck, defizitärer Führungsstil und mangelhafte Rückmeldung, unzureichende Tätigkeitsspielräume und Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten als belastende Faktoren der Arbeitssituation identifiziert, die zur Fehlbeanspruchung des Altenpflegepersonals beitragen (z. B. Berger, 1999; Zimber, Albrecht & Weyerer, 1999). Weitere Probleme infolge von Fehlzeiten und Fluktuation auf den Stationen, wegen Überforderungen durch den schwierigen Gesundheitszustand von Bewohnern oder durch häufige Unterbrechungen der Arbeitsabläufe sind empirisch belegt (Büssing et al., 2001).

Jedoch muss die Forschungslage zu den Arbeitsbelastungen und zur Gesundheit der Beschäftigten in der Altenpflege noch als defizitär bewertet werden. Neben der geringen Zahl wissenschaftlich gesicherter Untersuchungsergebnisse bestehen Mängel in konzeptueller und methodischer Hinsicht. Viele Studien bewegen sich im ›theoriefreien Raum‹ oder haben anekdotischen Charakter. Angesichts differierender Methoden lassen sich Ergebnisse kaum direkt miteinander vergleichen. Einschlägige Standardverfahren zur Arbeitsanalyse und zur Beanspruchungsmessung kamen selten zum Einsatz. Zudem liegen bislang wenige Empfehlungen für eine belastungsreduzierende Arbeitsgestaltung in der Altenpflege vor. Detailliertere Analysen von Arbeitsbelastungen in der Altenpflege etwa in Abhängigkeit von betriebsorganisatorischen Faktoren wie der Größe oder Trägerschaft von Altenpflegeheimen fehlen, ebenso wie Analysen von Arbeitsbelastungen hinsichtlich arbeitsorganisatorischer Parameter bezüglich des praktizierten Pflegesystems bzw. der Aufbau- und Ablauforganisation in Altenpflegeheimen. Der Mangel an standardisierten und wissenschaftlich überprüften Methoden zur Analyse von Arbeitsbelastungen in der Altenpflege erschwert nicht nur die Entwicklung eines umfassenden, systematischen Arbeits- und Gesundheitsschutzes in diesem Pflegesegment. Den Praktikern in

Altenpflegeheimen stehen bislang auch keine arbeitswissenschaftlich überprüften, ökonomisch einsetzbaren Verfahren zur gesetzlich vorgeschriebenen Gefährdungsbeurteilung zur Verfügung.

Vor diesem Hintergrund wurde von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) ein Projekt (F 1977) in Auftrag gegeben. das unter dem Titel ›Belastungsanalyse und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Altenpflege (BELUGA)‹ im September 2004 begonnen hat, und dessen Ergebnisse Gegenstand des vorliegenden Abschlussberichts sind.

1.2 Ziele im Projekt BELUGA

Der vorangegangene Problemaufriss hat gezeigt, dass es um den Arbeits- und Gesundheitsschutz der Beschäftigten in der stationären Altenpflege nicht zum Besten bestellt ist. Das Projekt BELUGA sollte den Kenntnisstand zur Arbeitssituation in der Altenpflege aus einer arbeitspsychologischen Sicht erweitern und Hinweise für eine Verbesserung der Arbeit in Altenpflegeheimen zum Wohle der Mitarbeiter wie auch der Bewohner erarbeiten. Dieser allgemeinen Zielsetzung waren die folgenden Projektziele untergeordnet, die nachfolgend kurz skizziert werden.

Untersuchung struktureller Merkmale von Altenpflegeheimen
Über die Verbreitung unterschiedlicher Pflegesysteme und Formen der pflegerischen Ablauforganisation in der stationären Altenpflege ist wenig bekannt. Exemplarische Ergebnisse belegen, dass ›ganzheitliche‹ Pflegesysteme, die auf der Pflegeorganisationsform der Bezugspflege und auf dem Pflegeprinzip der Bewohnerorientierung basieren, gut geeignet sind um Arbeitsbelastungen der Beschäftigten zu reduzieren und die Qualität der Interaktion mit den Pflegebedürftigen zu verbessern. Ein Ziel des Projekts bestand darin, bei einer repräsentativen Zahl von Einrichtungen mittels Organisationsscreening relevante strukturelle Aspekte zu analysieren. Damit wird eine Grundlage geschaffen, um die Belastungs- und Beanspruchungssituation der Beschäftigten in Abhängigkeit von organisationalen Rahmenbedingungen zu vergleichen.

Entwicklung eines Screeninginstruments zur Erfassung psychischer und physischer Belastungen in der stationären Altenpflege
Mit dem ›Belastungsscreening TAA-KH-S‹ (Büssing, Glaser & Höge, 2001, 2002, 2002 b) und dem ›Belastungsscreening TAA – Ambulante Pflege‹ (Büssing, Glaser & Höge, 2004, 2005, 2006) liegen Instrumente vor, die im Auftrag der BAuA entwickelt wurden und deren Güte (Reliabilität, Validität) hinreichend belegt ist. Beide Verfahren sind so konzipiert, dass sie sich im Umfang wie in der einfachen Handhabung für den Einsatz durch ›Praktiker‹ und somit zur Unterstützung der betrieblichen Gefährdungsbeurteilung eignen. Ziel des Projektes war, diese vorliegenden Screeningverfahren für den Bereich der stationären Altenpflege nutzbar zu machen. Hierzu bedurfte es Weiterentwicklungen und Anpassungen von bestehenden Verfahrensbereichen, Skalen und Merkmalen. Die Anpassungsbedarfe sollten in Experteninterviews systematisch erkundet und methodisch umgesetzt werden. Das Belastungsscreening für die stationäre Altenpflege sollte auch ermöglichen, die Arbeitsbelastungen in den verschiedenen Pflegesegmenten zu vergleichen. Zudem sollte ein Verfahrensmodul zur Analyse von physischen Belastungen auf der Basis eines für den Bereich der ambulanten Pflege bereits ausgearbeiteten Verfahrens weiterentwickelt und erprobt werden.

Ermittlung der Belastungs- und Beanspruchungssituation der Pflegenden
Die entwickelten Screeningverfahren sollten in einer nach Strukturvariablen wie Größe und Trägerschaft der Altenpflegeheime variierenden, umfangreichen Stichprobe von Altenpflegekräften angewandt werden. In der Fragebogenstudie sollten bewährte Instru-

mente zur Analyse der Beanspruchung bzw. der psychophysischen Gesundheit eingesetzt werden. Auf der Basis der gewonnenen Daten sollte sich ein Bild der Belastungs- und Beanspruchungssituation in der stationären Altenpflege nachzeichnen lassen.

Analyse der Interaktionen zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen
In der stationären Altenpflege als einer personenbezogenen Dienstleistung stellt die Interaktionsarbeit (Büssing & Glaser, 1999, 2003; Böhle & Glaser, 2006) die Kernarbeitsaufgabe dar. Spezifische Anforderungen und Belastungen der Interaktionsarbeit sind bislang nur wenig im Blickfeld der arbeitswissenschaftlichen Forschung. Aufbauend auf Vorarbeiten in einem Verbundprojekt zur Erforschung von Interaktionsarbeit können als Kernkomponenten von Interaktionsarbeit zum einen die Beeinflussung der Gefühle von Bewohnern im Dienste der Arbeitsaufgabe (Gefühlsarbeit), zum anderen Strategien zur Regulierung eigener Emotionen (Emotionale Arbeit) im Falle einer erlebten emotionalen Dissonanz gelten. In diesem Zusammenhang sollte ein Beobachtungsverfahren zur Analyse von Interaktionen zwischen Pflegekräften und Bewohnern bzw. deren Angehörigen zum Einsatz kommen. Ein Ziel des Projekts war, Bedingungen und Kernkomponenten von Interaktionsarbeit sowie deren mögliche Folgen (z. B. emotionale Erschöpfung) näher zu untersuchen.

Analyse der Belastungs- und Beanspruchungssituation in Abhängigkeit von strukturellen Merkmalen der Altenpflegeheime
Es ist davon auszugehen, dass Einrichtungen, die sich in grundlegenden Strukturmerkmalen unterscheiden, auch im Hinblick auf die Belastungssituation der Pflegekräfte Unterschiede aufweisen. Für den Bereich der stationären Altenpflege liegen bislang keine Befunde zum Zusammenhang der Arbeitssituation der Pflegekräfte mit solchen Strukturmerkmalen vor. Ziel des Projekts war, solche Zusammenhänge zwischen den – mittels Organisationsscreening erhobenen strukturellen Merkmalen – und der Belastungs- und Beanspruchungssituation der Pflegekräfte zu untersuchen. Wichtige Strukturmerkmale von Altenpflegeheimen sind neben Größe und Trägerschaft auch die Betreuungsrelation, die Fachkraftquote, das praktizierte Pflegesystem und die Pflegebedürftigkeit des zu betreuenden Bewohnerklientels.

Vergleich von Arbeitsbelastungen und Beanspruchung in der stationären Altenpflege mit der stationären Krankenpflege und der ambulanten Pflege
Die im Rahmen der Gesundheitsstrukturreform angestrebte Verzahnung zwischen den verschiedenen Pflegesegmenten der stationären Krankenpflege, der ambulanten Pflege und der stationären Altenpflege im Sinne einer integrierten Versorgung erfordert zunächst Kenntnisse zu spezifischen Schwachstellen und Stärken in Einrichtungen der verschiedenen Pflegesegmente. Dies gilt besonders für die Arbeitssituation der Beschäftigten. Deshalb ist ein Vergleich der Arbeitsbedingungen und der psychophysischen Gesundheit der Mitarbeiter in den pflegerischen Einsatzfeldern wichtig. Durch vergleichende Analysen können spezifische Stärken, Probleme und Gestaltungsbedarfe entdeckt und Voraussetzungen für eine optimale Verzahnung geschaffen werden. Eine Grundvoraussetzung für einen systematischen Vergleich ist, dass die Methoden zur Erfassung von Arbeitsbelastungen in den unterschiedlichen Feldern vergleichbar sind. Darüber hinaus muss eine, für alle Pflegesegmente vorliegende, hinreichend repräsentative und unmittelbar vergleichbare Datenbasis zu Arbeitsbelastungen und zur Beanspruchung der Beschäftigten vorliegen. Mit dem Belastungsscreening TAA-KH-S, dem Belastungsscreening TAA – Ambulante Pflege und dem für den Bereich der stationären Altenpflege entwickelten Screeningverfahren wird eine solche Grundlage geschaffen.

Empfehlungen für die Arbeitsgestaltung in der stationären Altenpflege und exemplarische Erprobung auf einer Modellstation

Für den Bereich der stationären Krankenpflege sind zahlreiche Maßnahmen sowohl der Organisationsentwicklung wie auch der Arbeitsgestaltung erprobt und umgesetzt worden. Flexible Arbeitszeitgestaltung, Reorganisation von Arbeitsabläufen zur Verbesserung der Qualität an den Systemschnittstellen, Einführung ganzheitlicher Pflege, innovative bauliche Restrukturierungen von Stationen, Implementierung von Informations- und Kommunikationssystemen und vieles mehr. Ergebnisse einer modellhaften Arbeitsgestaltung auf Krankenhausstationen und deren Evaluation belegen einen substanziellen Abbau von Arbeitsbelastungen für die Beschäftigen (Glaser & Büssing, 1997). Ein Ziel des Projekts war, exemplarische Maßnahmen zum Belastungsabbau in einer Einrichtung eines betrieblichen Partners zu entwickeln. Basierend auf Ergebnissen zur Belastungs- und Beanspruchungssituation von stationären Altenpflegekräften wurden in moderierten Gruppensitzungen mit erfahrenen Pflegekräften und mit Führungskräften Lösungen für belastungsminimierende und gesundheitsförderliche Arbeitsplätze exemplarisch erarbeitet, erprobt und evaluiert.

1.3 Vorgehen und Stichproben im Projekt BELUGA

Im Folgenden werden die Untersuchungsmethoden des Projekts BELUGA und die damit gewonnenen Stichproben und Daten im Überblick dargestellt. In einer früheren Studie von Büssing et al. (2001) wurden diese Methoden im Bereich der stationären Altenpflege zum Teil bereits erprobt. Alle hier berichteten Vorgehensweisen zur Datengewinnung wurden im Rahmen einer *Pilotstudie* bei einem betrieblichen Partner durchgeführt. Im Zusammenhang mit den erforderlichen inhaltlichen und methodischen Vorarbeiten für die spätere *Hauptstudie* wurden Fragebogenuntersuchungen, Experteninterviews sowie Beobachtungsinterviews durchgeführt, welche die Analyse von Belastungen, der Pflegeorganisation, der pflegerischen Interaktion und der Dienstleistungsqualität im Kontext pflegerischer Interaktion in der Altenpflege zum Gegenstand hatten. Inhaltliche Ergebnisse dieser Pilotstudie und der Hauptstudie in bayerischen Altenpflegeheimen werden in späteren Kapiteln dieses Abschlussberichts ausführlich vorgestellt.

Mitarbeiterbefragung in der Pilotstudie

Der Fragebogen zur Mitarbeiterbefragung umfasste zunächst ein Screeningverfahren zur Analyse der Arbeitssituation der Altenpflegekräfte im Hinblick auf psychische Belastungen, Anforderungen und Ressourcen in der Arbeit. Auf die Entwicklung, die Inhalte und Struktur sowie auf Ergebnisse des TAA – Altenpflege zur Arbeitssituation der Altenpflegekräfte wird in späteren Kapiteln näher eingegangen. Darüber hinaus kamen Instrumente zur Diagnose der psychophysischen Gesundheit der Altenpflegekräfte zum Einsatz, die sich in anderen Untersuchungen in Pflegesegmenten bereits bewährt haben. Dabei handelt es sich insbesondere um Verfahren zur Diagnose von Irritation und Burnout sowie zur psychischen und physischen Gesundheit der Mitarbeiter.

Die Befragung wurde zunächst im Rahmen der Pilotstudie bei den in der Altenpflege tätigen Mitarbeitern in den drei vollstationären Pflegebereichen (Stationen) der Einrichtung des betrieblichen Partners durchgeführt. Als Voraussetzung für die Teilnahme der Pflegekräfte an der schriftlichen Befragung galt eine hinreichend geübte und qualifizierte Ausführung der Pflegetätigkeiten seit mindestens sechs Monaten. Dadurch wurde gewährleistet, dass die Ergebnisse z. B. im Hinblick auf die zu untersuchenden Arbeitsbelastungen nicht auf individuelle Überforderungen etwa aufgrund von Unerfahrenheit zurückzuführen sind. Die Pflegekräfte wurden durch die Heimleitung, durch Aushänge und Informationsgespräche seitens der Projektmitarbeiter während der Schichtübergaben über die Ziele und Durchführung der geplanten Untersuchung informiert.

Die schriftliche Befragung der Pflegekräfte im Rahmen der Pilotstudie fand in einem Zeitraum von rund zwei Wochen statt (Ende Januar bis Mitte Februar 2005). Für die Mitarbeiter bestand die Möglichkeit, den Fragebogen in einem eigens für die Befragung zur Verfügung gestellten Raum des Seniorenzentrums auszufüllen. Ein Projektmitarbeiter war vor Ort, um etwaig auftretende Unklarheiten und Rückfragen zu beantworten. In begründeten Ausnahmefällen konnten die Fragebögen auch nach Hause mitgenommen und nach Bearbeitung in einem Kuvert bei der Pflegedienstleitung abgegeben werden, wo die Fragebögen später gesammelt abgeholt wurden.

In Tabelle 1 ist für die Pilotstudie die jeweilige Teilnahmequote der in der Pflege tätigen Mitarbeiter und die Anzahl der Pflegekräfte pro Station dargestellt. Es wurden nur diejenigen Mitarbeiter des Seniorenzentrums angeschrieben, welche in der Pflege und Betreuung von Bewohnern tätig sind. Drei der insgesamt 70 Mitarbeiter (z. B. Qualitätsbeauftragte), welche in der Pflege tätig sind und angeschrieben wurden, konnten keiner Station zugeordnet werden, da sie stationsübergreifend tätig sind. Die prozentualen Angaben zur bereinigten Teilnahme beziehen sich auf die Gesamtzahl der Mitarbeiter, welche die genannten Auswahlkriterien erfüllten und im jeweiligen Untersuchungszeitraum am Arbeitsplatz erreichbar waren. Es fand somit eine Bereinigung um die sogenannten strukturellen Ausfälle statt, d. h. um diejenigen Mitarbeiter die etwa wegen Krankheit, Fortbildung oder Erziehungsurlaub im Untersuchungszeitraum nicht an der Untersuchung teilnehmen konnten.

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich wird, fällt die Teilnahme der Mitarbeiter auf der Station B mit 82,4 % am höchsten aus. Die Station C weist mit 77,8 % gegenüber der Station A mit 47,6 % eine deutlich höhere Teilnahmequote auf. Zusammengefasst kann die Gesamtrücklaufquote mit 71,2 % als gut beziffert werden. Die Anzahl von 42 ausgefüllten Fragebogen beinhaltet einen Fragebogen, der aufgrund einer fehlenden Codierung keiner Station mehr zugeordnet werden konnte.

Station	Angeschriebene Mitarbeiter	Strukturelle Ausfälle	Bereinigte Teilnahmequote (%)
Station A	23	2	10 (47,6 %)
Station B	22	2	14 (82,4 %)
Station C	22	1	14 (77,8 %)
Stationsübergreifend tätige Personen	3	0	3 (100 %)
Gesamt	**70**	**5**	**42 (71,2 %)***

Tab. 1
Teilnahmequote zur Mitarbeiterbefragung der Pilotstudie

* Ein Fragebogen konnte weder einer Station, noch den stationsübergreifenden Mitarbeitern zugeordnet werden.

Ganzschichtbeobachtungen und begleitende Interviews in der Pilotstudie

Beobachtungsinterviews sind eine bewährte Erhebungsmethode (Dunckel, 1999). Sie beruhen auf einer strukturierten Beobachtung des Arbeitsablaufs und darauf bezogenen Interviews mit der arbeitenden Person. Beobachtung und Interview ergänzen sich mit dem Ziel, eine Arbeitsaufgabe und die Bedingungen der Ausführung differenziert beschreiben und psychologisch bewerten zu können. Die Erhebungsmethodik, die im Zuge der Ganzschichtbeobachtungen zum Einsatz kam, basiert auf dem Verfahren der Aufgabenanalyse in der Pflege (Glaser, 1997; Büssing & Glaser, 2002), das für die Altenpflege modifiziert wurde. Zum Zweck der spezifischen Analyse von Belastungen und

Interaktionsepisoden wurden die Protokollbogen der Aufgabenanalyse zur Schichtbeobachtung weiterentwickelt.

Das Vorgehen während der Beobachtung gestaltet sich folgendermaßen: Sämtliche Tätigkeiten, Interaktionen und Belastungen werden in einem Protokollbogen aufgezeichnet, so dass ein detailliertes Profil des Arbeitsablaufs auf einer untersuchten Station abgebildet wird. Insgesamt umfasst der adaptierte Protokollbogen 44 Tätigkeitskategorien (siehe Anhang), die das Spektrum an pflegerischen Aufgaben in der Altenpflege nach Ansicht betrieblicher Experten angemessen abbilden. Im Protokollbogen werden zudem Formen von Belastungen (Regulationshindernisse, physische Belastungen/Risiken) erfasst und Interaktionsepisoden bezüglich der Interaktionspartner, der Dauer und des Inhalts sowie anderer Parameter aufgezeichnet. Im vertiefenden Interview mit der beobachteten Pflegekraft wird anhand standardisierter Formblätter u. a. nach spezifischen Aspekten der Interaktion mit Bewohnern und charakteristischen Arbeitsbelastungen gefragt.

Nach einer Vorauswahl in Absprache mit der Heimleitung und der Stationsleitung wurden pro Station zwei Mitarbeiter rekrutiert, welche während einer ganzen Schicht von einem Projektmitarbeiter begleitet werden sollten. Als Kriterium für die Auswahl der zu begleitenden Pflegekräfte war ebenfalls eine hinreichende Geübtheit in der Ausführung der Tätigkeiten nötig sowie die Zustimmung der jeweiligen Pflegekraft und der zu betreuenden Pflegebedürftigen, dass ein Untersucher die Arbeitsprozesse der Pflegetätigkeit begleiten darf. Dabei wurde selbstverständlich darauf geachtet, dass die Privatsphäre und Intimität der Pflegebedürftigen gewahrt blieb.

Um ein differenziertes Abbild der Pflegetätigkeiten. Belastungen und Interaktionen über alle drei Stationen hinweg zu erreichen, wurde sowohl in der Frühschicht wie auch in der Spätschicht jeweils eine Pflegekraft pro Station von einem Projektmitarbeiter begleitet. Zusätzlich zu der Beobachtung wurden von den Untersuchern Fragen gestellt, falls Unklarheiten betreffend der ausgeführten Tätigkeiten auftraten. Die Pflegekraft wurde jedoch während ihrer Arbeitsausführung nicht gestört, im Bedarfsfall wurde ein günstiger Zeitpunkt für klärende Fragen abgewartet (z. B. Pause).

Während der Beobachtung wurden sämtliche Tätigkeiten der begleiteten Pflegekraft vom jeweiligen Untersucher in einem Protokollbogen aufgezeichnet, so dass ein detailliertes Profil des Arbeitsablaufs, der vorhandenen Belastungen und Interaktionen auf der untersuchten Station abgebildet werden konnte. In einem vertiefenden Interview am Ende der Beobachtungen wurden spezifische Aspekte der Interaktion mit Bewohnern und charakteristische Arbeitsbelastungen näher exploriert.

Von den insgesamt sechs beobachteten Pflegekräften waren fünf examinierte Pflegekräfte, welche über eine dreijährige Berufsausbildung verfügen. Drei dieser sechs Pflegekräfte übten in der begleiteten Schicht auch die Funktion als Schichtleitung aus und waren somit verstärkt auch an der Mitwirkung an übergreifenden organisatorischen Aufgaben beteiligt.

Die Ergebnisse der Beobachtung dienen aufgrund der objektiven bedingungsbezogenen Analyse der Arbeitsprozesse in der Pflege sowohl der Validierung der Verfahren zur Belastungsanalyse in der Altenpflege als auch der Interpretation von Ergebnissen aus dem Belastungsscreening.

Experteninterviews mit betrieblichen Funktionsträgern in der Pilotstudie

Die Durchführung des Experteninterviews (Pflegekraft = Experte ihrer Tätigkeit) wird anhand standardisierter Formblätter durchgeführt und beinhaltet ebenfalls thematische Schwerpunkte zu Organisation, Interaktion und Belastung in der Pflegetätigkeit. Folgende Inhalte wurden in Form eines standardisierten Interviews untersucht:

- Leistungsprofil der Station
- Arbeitsorganisation
- Pflegesystem

– Fluktuation und Ausfallzeiten
– Aufgabenverteilung
– Belastungsexploration
– Bewohnerklientel
– Kooperation und Schnittstellen
– Rahmenbedingungen der Interaktionsarbeit
– wesentliche Veränderungen auf der Station.

Je nach Funktion des Interviewpartners mussten Adaptationen bezüglich der Perspektive vorgenommen werden und Schwerpunkte für die Exploration gesetzt werden (z. B. Themen der Gesamtorganisation als Schwerpunkt für die Heimleiterbefragung).

Für die Durchführung der Experteninterviews wurden wichtige Funktionsinhaber des Seniorenzentrums ausgewählt und die Fragestellungen der oben genannten Themen wurden von einem Projektmitarbeiter in einem Gespräch exploriert. Insgesamt wurden acht Personen interviewt: die Stationsleitungen aller drei Stationen, die Heimleitung, die Pflegedienstleitung, die Pflegeüberleitungskraft, die Qualitätsbeauftragte und die Ergotherapeutin. Die durchschnittliche Interviewdauer lag bei 70 Minuten.

Bewohner- und Angehörigenbefragung in der Pilotstudie

Das Münchener Instrument zur Patientenbefragung (MIP) wurde von Büssing und Glaser (2001, 2003c) im Rahmen des Ansatzes zur Mitarbeiter- und Patientenorientierung (MPO-Ansatz) im Krankenhaus entwickelt. Das Verfahren ermöglicht die Diagnose wesentlicher Merkmale einer ganzheitlichen Pflege, Behandlung und Versorgung aus Sicht von Klienten. Das Instrument setzt sich aus Skalen zusammen, die eine Analyse ganzheitlicher Pflege und Behandlung (u. a. Organisation, Information, Interaktion), organisatorischer Aspekte der Einrichtung, der Rolle des Patienten und der Servicequalität in der Einrichtung ermöglichen. Das Instrument wurde in einer Pilotstudie an das Feld der Altenpflege adaptiert und erprobt.

Zur Vorbereitung der Bewohnerbefragung wurden in Absprache mit der Heimleitung und der Stationsleitung diejenigen Bewohner des Seniorenzentrums ausgewählt, die als befragbar eingestuft wurden. Ausschlusskriterien waren demenzielle Erkrankungen, sonstige neurodegenerative Einschränkungen, Schwerstpflegebedürftigkeit sowie eine aktuelle körperlich bzw. psychisch schlechte Verfassung der Bewohner. Entlang dieser Kriterien wurden zunächst 39 Bewohner der drei Stationen als potenzielle Interviewpartner ermittelt. Bei Bewohnern für die ein gesetzlicher Betreuer bestellt war, wurde die Zustimmung der betreffenden Betreuer eingeholt.

Nicht alle von Seiten des Heimes angegebenen Bewohner waren in der Lage, in einem längeren Gespräch Auskunft über ihr (Er-)Leben auf der jeweiligen Station zu geben. Insgesamt fünf Personen mussten als Gesprächspartner ausscheiden. Zwei der Bewohner erwiesen sich als dement, eine weitere Person konnte aufgrund depressiver Verstimmungen nicht teilnehmen. Von den 36 befragbaren Bewohner erklärten sich letztlich insgesamt 34 (87,2 %) zur Befragung bereit.

Alle Interviews mit den Bewohnern wurden von einem Projektmitarbeiter in den jeweiligen Zimmern der Bewohner durchgeführt. Die Gespräche wurden von den Bewohnern zumeist als eine angenehme Abwechslung zum Heimalltag erlebt.

Für den Einsatz im Rahmen einer *Angehörigenbefragung* wurde das Münchener Instrument zur Patientenbefragung (MIP) in eine Fassung für Angehörige von Bewohnern weiterentwickelt. Die Angehörigenfassung entspricht strukturell wie auch inhaltlich dem Instrument zur Befragung der Bewohner, wobei die Items sprachlich an die Perspektive der Angehörigen angepasst sind.

Im Rahmen von Informationsveranstaltungen für Angehörige, welche halbjährlich auf jeder Station stattfinden, stellten die Projektmitarbeiter das Projekt BELUGA vor und verteilten die Fragebögen persönlich an die anwesenden Angehörigen. Um möglichst viele

der insgesamt 101 Angehörigen der drei Stationen des Seniorenzentrums zu erreichen, wurde den Angehörigen, welche am Angehörigenabend nicht persönlich anwesend waren, ein Fragebogen im Kuvert mit Begleitschreiben und Projektflyer auf der jeweiligen Station hinterlegt. Auf diese Weise wurde zu jedem sich im Heim befindlichen Bewohner jeweils ein Angehöriger angeschrieben. Die Angehörigen wurden in diesem Schreiben gebeten, den bearbeiteten Fragebogen bis zu einem Stichtag in einem beiliegenden frankierten Rückumschlag an den Lehrstuhl für Psychologie der TU München zu übersenden.

Als Auswahlkriterium wurde festgelegt, dass die Angehörigen mindestens einmal alle vier Wochen ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder/Betreuten im Seniorenzentrum besuchen. Insgesamt haben 49 der angeschriebenen Angehörigen den Fragebogen bearbeitet und zurückgesandt. Die Rücklaufquote der Angehörigenbefragung auf allen Stationen betrug 58 %. Tabelle 2 gibt Auskunft darüber, wie viele Angehörige pro Station an der Befragung teilgenommen haben.

Tab. 2
Teilnahmequote zur Angehörigenbefragung der Pilotstudie

Station	Anzahl Angehörige	Strukturelle Ausfälle	Bereinigte Teilnahmequote (%)
Station A	32	6	15 (57,5 %)
Station B	35	4	15 (48,4 %)
Station C	34	7	19 (70,4 %)
Gesamt	**101**	**17**	**49 (58,3 %)**

Die Angaben zur bereinigten prozentualen Teilnahme beziehen sich wiederum auf die Gesamtzahl der Angehörigen, welche die genannten Auswahlkriterien erfüllten und im jeweiligen Untersuchungszeitraum, der sich über einen Monat erstreckt hat, im Seniorenheim zu Besuch waren. Eine Bereinigung um die sogenannten strukturellen Ausfälle, d.h. Angehörige, welche in diesen vier Wochen nicht erreicht werden konnten bzw. ihre Angehörigen im Seniorenzentrum weniger als einmal monatlich besuchen, fand statt. Dies betraf insgesamt 17 Angehörige.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in der Pilotstudie aufgrund der Methodenvielfalt ein sehr differenziertes Vorgehen unter Berücksichtigung von unterschiedlichsten Perspektiven der Mitarbeiter, Angehörigen und Bewohner des betrieblichen Partners gewährleistet wurde. Die Stichproben der unterschiedlichen Personengruppen sind trotz relativ hoher Beteiligung der Beschäftigten (71,2 %), Bewohner (87,2 %) und Angehörigen (58,3 %) eher klein, was auf die Größe der Pflegeeinrichtung zurückzuführen ist.

Ergänzend wurden in drei weiteren Altenpflegeheimen vergleichbare Bewohner- und Mitarbeiterbefragungen durchgeführt, die in Kapitel 6 näher vorgestellt und in den Ergebnissen dokumentiert sind.

Hauptstudie mit Organisationsscreening und Mitarbeiterbefragung

Die Hauptstudie in den Altenpflegeheimen in Bayern erfolgte in zwei Schritten: In einem ersten Schritt wurden Strukturdaten der Heime mittels eines Organisationsscreenings erhoben, das durch die Heimleitungen der teilnehmenden Einrichtungen ausgefüllt wurde. Im zweiten Schritt wurde den teilnehmenden Einrichtungen die von den Heimleitungen angeforderte Anzahl von Fragebögen zugesendet. Diese wurden durch die teilnehmenden Pflegekräfte bearbeitet und zurückgesandt. Daten zu den strukturellen

Rahmenbedingungen stammen aus der schriftlichen Kurzbefragung von Leitungskräften (Organisationsscreening) der Altenpflegeheime in Bayern. Hierbei wurden wichtige Strukturmerkmale der Einrichtungen wie Standort, Anzahl der Pflegekräfte, Fachkraftquote und Anzahl der Betten nach Pflegestufe erhoben.

1.290 Altenpflegeinrichtungen in Bayern wurden im Juli 2005 auf der Basis eines Verzeichnisses bestehender Pflegeeinrichtungen des Bayerischen Landesamts für Statistik mit aktuellen Daten aus dem Jahr 2004 angeschrieben. Im Anschreiben wurden die Einrichtungen über die Studie informiert und bei Interesse an einer Teilnahme der Studie gebeten, einen beiliegenden Fragebogen zu Strukturdaten ihrer Einrichtung auszufüllen und per Fax zurückzusenden. Insgesamt haben 174 Einrichtungen auf das Anschreiben geantwortet und die Strukturdaten ihrer Einrichtung übermittelt. Davon gaben 141 Einrichtungen an, dass sie an der Studie teilnehmen wollen, wobei eine der teilnehmenden Einrichtungen keine Angaben zu den Strukturdaten gemacht hat. Da die Fragebogen der Einrichtungen, welche sich an der Befragung nicht beteiligen wollten, größtenteils unzureichend ausgefüllt waren, wurden lediglich die vollständigen Strukturdaten der 140 teilnehmenden Einrichtungen für diesen Bericht herangezogen. Somit konnte eine Rücklaufquote an auswertbaren Fragebogen zum Organisationsscreening von 10,85 % erzielt werden.

Von den 141 Pflegeeinrichtungen zogen 33 Einrichtungen ihre Teilnahme an der schriftlichen Befragung ihrer Mitarbeiter nach Erhalt der Fragebögen aus unterschiedlichen Gründen zurück (Heimleitungswechsel, Fragebogen zu umfangreich, laufende Untersuchung von Träger). Drei Einrichtungen haben sich zu einem späteren Zeitpunkt zu einer Teilnahme an der Studie entschlossen. Ende September 2005 erhielten die Pflegekräfte der 111 teilnehmenden Einrichtungen einen Fragebogen, welcher postalisch versendet wurde. 1848 Pflegekräfte sandten einen bearbeiteten Fragebogen zur Auswertung zurück. Bezogen auf die Grundgesamtheit von 4957 vergesandten Fragebögen konnte eine Rücklaufquote von 37,3 % erreicht werden, was für eine postalische Befragung als gut gewertet werden kann. Ergebnisse zum Organisationsscreening und zur Mitarbeiterbefragung der bayernweiten Hauptstudie werden in den nachfolgenden Kapiteln dargestellt.

2

Entwicklung des Screening-verfahrens TAA – Altenpflege

Mit dem Ziel der Entwicklung eines Screeningverfahrens zur Erfassung von psychischen und physischen Belastungen in der stationären Altenpflege, erweitert um Module zu psychischen Anforderungen und Ressourcen in der stationären Altenpflege (kurz: Screening TAA – Altenpflege) wurde eine Pilotstudie bei einem betrieblichen Kooperationspartner durchgeführt. Die folgenden Abschnitte befassen sich zunächst mit der Konzeption und vorliegenden Arbeiten als Ausgangsbasis der Entwicklung. Im Anschluss wird die Entwicklung der Erhebungsinstrumente zur Analyse von Arbeitsbelastungen in zwei Phasen beschrieben. Zunächst wurde eine vorläufige Fassung im Rahmen der BELUGA-Pilotstudie beim betrieblichen Partner entwickelt und erprobt, die anschließend zum endgültigen Screening TAA – Altenpflege ausgearbeitet und im Rahmen der bayernweiten BELUGA-Hauptstudie zum Einsatz kam.

2.1 Konzeption und Vorarbeiten für die Verfahrensentwicklung

Mit dem ›Belastungsscreening TAA-KH-S‹ (Büssing, Glaser & Höge, 2001, 2002, 2002 b) und dem ›Belastungsscreening TAA – Ambulante Pflege‹ (Büssing, Glaser & Höge, 2004, 2005, 2006) liegen zwei Erhebungsverfahren zur Analyse psychischer Belastungen in den Feldern der Krankenpflege und der ambulanten Pflege vor. Beide wurden im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) entwickelt und sind hinsichtlich ihrer methodischen Güte (Reliabilität, Validität) hinreichend belegt. Zielsetzung bei beiden Verfahrensentwicklungen war, dass sie sich im Umfang wie in der einfachen Handhabung für einen Einsatz durch Praktiker und somit zur Unterstützung der betrieblichen Gefährdungsbeurteilung eignen sollten. Diese beiden Screeningverfahren basieren auf der Selbstbeobachtungsversion des theoretisch ausgearbeiteten und in zahlreichen Studien überprüften ›Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus (TAA-KH-S)‹ von Büssing und Glaser (2002). Im Rahmen des BELUGA-Projekts sollten diese Screeningverfahren für den Bereich der Altenpflege weiterentwickelt und adaptiert werden, da auch für das zu entwickelnde TAA – Altenpflege das Ziel besteht, ein praxisorientiertes und zuverlässiges Erhebungsverfahren zur Analyse psychischer Belastungen für die pflegerische Tätigkeit im Altenpflegeheim vorzulegen.

Theoretische und methodische Grundlage des zu entwickelnden Erhebungsverfahrens ist die Selbstbeobachtungsversion des Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahrens für das Krankenhaus TAA-KH-S (Büssing & Glaser, 2002). Das TAA-KH-S basiert auf dem Organisation-Tätigkeit-Individuum (OTI)-Konzept (Büssing, 1992) und der Handlungsregulationstheorie (Hacker, 1998, 2005; Volpert, 1987). Die Handlungsregulationstheorie unterscheidet zwischen sich positiv auf Gesundheit und Persönlichkeit auswirkenden Anforderungen in der Arbeit (z. B. Abwechslungsreichtum der Arbeit, Lernerfordernisse) und negativ wirkenden Belastungen (Leitner et al., 1993; Oesterreich, Leitner & Resch, 2000). Belastungen sind als Arbeitsbedingungen definiert, welche die Handlungsregulation, d. h. die psychische Handlungssteuerung des Arbeitenden bei der Verrichtung der Tätigkeit behindern oder überfordern.

Das Modell der ›Widersprüchlichen Anforderungen‹ von Moldaschl (1991) war Grundlage für die Konstruktion eines Verfahrensbereichs zur Analyse von psychischen Belastungen. Der Verfahrensbereich umfasst Regulationsüberforderungen und Regulationsbehinderungen sowie weitere Störungen der Regulation des Arbeitshandelns und damit verbundener handlungsbezogener Folgen. Nach den Modellvorstellungen von Leitner et al. (1993) sowie Moldaschl (1991) führen solche Belastungen nicht unmittelbar zu psychischem Beanspruchungserleben. Die entstehende Beanspruchung wird vielmehr vermittelt über die Notwendigkeit zu fehlerhaftem oder riskantem Arbeitshandeln sowie über den zu leistenden Zusatzaufwand (Glaser & Büssing, 1996b). Weitere detaillierte Ausführungen zu den theoretischen Grundlagen der Vollversion TAA-KH-S finden sich bei Büssing und Glaser (2002).

Auf Basis der Vollversion TAA-KH-S mit der die Arbeitstätigkeit im stationären Krankenpflegebereich umfassend und detailliert untersucht wird, wurden bereits für zwei Pflegebereiche Screeningverfahren zur Analyse und Bewertung psychischer Belastungen entwickelt: das ›Belastungsscreening TAA-KH-S‹ (Büssing, Glaser & Höge, 2001, 2002, 2002 b) für den Einsatz im Krankenhaus und das Belastungsscreening ›TAA – Ambulante Pflege‹ (Büssing, Glaser & Höge, 2004, 2005, 2006). Erste Fassungen für weitere Verfahrensversionen wurden inzwischen auch im Rahmen anderer Projekte bei unterschiedlichen Einrichtungen und Berufsgruppen des Gesundheitswesens erprobt (z. B. für psychiatrische Krankenhäuser, für Ärzte etc.). Da beide Versionen (Belastungsscreening TAA-KH-S und Belastungsscreening – Ambulante Pflege) die Basis für das zu entwickelnde Belastungsscreening TAA – Altenpflege bilden, sollen sie im folgenden Abschnitt kurz beschrieben werden.

Belastungsscreening TAA-KH-S und Belastungsscreening TAA – Ambulante Pflege

Bei den Belastungsscreenings für die Bereiche Krankenpflege und ambulante Pflege handelt es sich um bedingungsbezogene Verfahren, die – vom konkreten Arbeitenden abstrahierend – Belastungen in den Arbeitsaufgaben und der Arbeitsumwelt untersuchen. Die befragten Pflegekräfte werden als Experten ihrer Arbeitssituation betrachtet, d. h. sie beurteilen die Ausprägungen der Arbeitsbelastungen selbst (Selbstbeobachtungsverfahren).

Das für die Analyse pflegerischer Arbeit im Krankenhaus geeignete Belastungsscreening TAA-KH-S wurde im Rahmen eines von der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz (BAuA) geförderten Projekts ›Erfassen und Bewerten psychischer Belastungen bei Beschäftigten im stationären Pflegebereich‹ entwickelt. Nachfolgend wurde für das Feld der ambulanten Pflege ein vergleichbares Instrument zur Belastungsanalyse konzipiert. Diese Entwicklungsarbeiten fanden im Rahmen des von der BAuA vergebenen Projekts ›Erfassen und Bewerten psychischer und physischer Belastungen bei der Arbeit in ambulanten Diensten‹ statt. Beide Verfahren sind psychometrisch geprüft und publiziert (Büssing, Glaser & Höge, 2001, 2002, 2002 b; Büssing, Glaser & Höge, 2004, 2005, 2006). Sie stehen für den praktischen oder wissenschaftlichen Einsatz bereits zur Verfügung.

Weitere Vorarbeiten für ein Belastungsscreening TAA – Altenpflege

Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Verbundprojekts ›Interaktionsarbeit‹ als ein zukunftsweisender Ansatz zur qualitätsorientierten Organisation von Dienstleistungsprozessen (IntAkt)‹ wurde eine vorläufige Fassung eines Belastungsscreening für die Altenpflege erstellt (Büssing et al., 2001). Im Rahmen der Vorarbeiten wurden mithilfe von Interviews (Stationsleitungen in Münchner Altenpflegeeinrichtungen) zunächst Skalen und Items des Belastungsscreening TAA-KH-S evaluiert. Zudem wurden weitergehende Aspekte von Anforderungen, Belastungen und Ressourcen in der Altenpflege erkundet. Die Ergebnisse zeigten, dass ein Teil der Items bei sprachlicher Anpassung auf den Bereich der Altenpflege übertragbar war. Aus der Überarbeitung resultierte eine vorläufige Fassung für die stationäre Altenpflege. Diese Vorversion wurde in fünf Altenpflegeheimen aus dem Münchener Raum eingesetzt. Angaben zur Struktur und Umfang der Stichprobe und zu den gewonnenen Ergebnissen finden sich bei Büssing et al. (2001). Die Ergebnisse dieser Voruntersuchung machten deutlich. dass breiter angelegte Analysen mit größeren, repräsentativeren Stichproben notwendig sind, um ein zuverlässiges Bild von der Situation in der Altenpflege nachzeichnen zu können. Zudem zeigte sich Entwicklungsbedarf bei den Erhebungsmethoden, um die Bedingungen der Altenpflegetätigkeit adäquat abbilden zu können.

2.2 Entwicklung eines vorläufigen Belastungsscreening für die Altenpflege

Die Entwicklungsschritte der Verfahrensentwicklung und -anpassung im Rahmen des Projekts BELUGA sind nachfolgend skizziert bzw. exemplarisch veranschaulicht. Ziel der Entwicklungsarbeiten war, ein Verfahren zu entwickeln, das die spezifischen Belastungsfaktoren in der Altenpflege theoretisch fundiert und psychometrisch gesichert abbildet, und zugleich die größtmögliche Vergleichbarkeit zu den bisherigen Screeningverfahren für andere Pflegebereiche gewährleistet. Die Vergleichbarkeit ist wichtig, um die Belastungsprofile in den verschiedenen Pflegefeldern in direkten Bezug zueinander setzen zu können.

Anpassungsnotwendigkeiten wurden auf der Basis von Interviews mit Pflegekräften ermittelt. Zunächst waren einige strukturelle sprachliche Anpassungen vorzunehmen. Hinsichtlich des Arbeitsbereichs wurde die Bezeichnung ›Station‹ gewählt. Einige Altenpflegeeinrichtungen nennen ihre Organisationseinheiten zwar auch ›Wohnbereiche‹, der Begriff der Station ist in Altenpflegeheimen jedoch weiter verbreitet. Statt ›Patient‹ war der Begriff ›Bewohner‹ geeignet, der in der Altenpflege den meisten Gebrauch findet. Hinsichtlich der inhaltlichen Änderungen zeigte sich größerer Veränderungsbedarf vor allem bei solchen Aspekten, die Arbeitsmittel, Bezugsgruppen innerhalb und außerhalb der Pflege, sowie Belastungen durch bestimmte Eigenarten des Klientel thematisieren. So ist die Gruppe der Angehörigen in der Altenpflege eine wesentliche Bezugsgröße. Wiederholt wurde in den Interviews betont, dass sich bei manchen Bewohnern gerade der Kontakt mit den Angehörigen oder Betreuern schwierig gestalte. Wenn Bewohner neu aufgenommen werden und von zu Hause in das Heim übersiedeln, müssen sich auch Angehörige erst an die neue Situation gewöhnen. Häufig werden unbewältigte Konflikte der Familie in den Alltag der Pflegekräfte getragen. Es wird von Angehörigen berichtet, die mit ihrer schwierigen Persönlichkeit die gemeinsame Zusammenarbeit belasten.

In der Interaktion mit den Bewohnern kommt es laut Ergebnissen der befragten Experten nicht selten zu Regulationsüberforderungen. Da hierbei immer wieder zwischen dem Gesundheitszustand und den persönlichen Eigenarten von Bewohnern unterschieden wurde, sollten zwei separate Skalen entwickelt und mit zusätzlichen Items ausdifferenziert werden. Da die Beschäftigten in der Altenpflege deutlich länger und häufiger im Kontakt mit einzelnen Bewohnern stehen als etwa Pflegekräfte im Krankenhaus, ist die Differenzierung dieser beiden Belastungsmerkmale sinnvoll. Hinsichtlich der Bedingungen der Arbeitsumgebung waren räumliche Aspekte anzupassen und zum Teil neu zu integrieren, z. B. Lager- und Fäkalienräume.

Im Bereich der Regulationsüberforderungen wurden weitere Aspekte des Zeitdrucks bei spezifischen zeitlichen Festlegungen durch Bewohner- oder Angehörigenwünsche ergänzt. Wenn Pflegekräfte in knapper Zeit Aufgaben zu erledigen haben, dann können solche zusätzlichen Anfragen und Wünsche zur Überforderung führen. Ähnlich wie im ambulanten Pflegebereich spielt auch in der Altenpflege der – in den Interviews wiederholt angesprochene – Widerspruch zwischen Pflegebedarf und ökonomischen Rahmenbedingungen (z. B. Anrechenbarkeit von Leistungen) eine Rolle. Wiederholt wurde darauf verwiesen, dass Pflegeleistungen nicht finanziert werden und die Pflegekräfte von Seiten der Träger immer mehr zum ökonomischen Einsatz der Ressourcen angehalten werden.

Hinsichtlich der Unterbrechungen in den pflegerischen Arbeitsabläufen waren Modifikationen vorzunehmen (z. B. unerwartete Termine der Bewohner). Unterbrechungen resultieren offenbar nicht selten auch durch Wünsche der Bewohner. Exemplarisch werden Bewohner genannt, die auf dem Gang sitzen und das Gespräch mit den Pflegekräften suchen, wofür der Arbeitsablauf leider zu wenig Zeit lässt. Zahlreiche Items des Belastungsscreening TAA-KH-S und des Belastungsscreening – Ambulante Pflege konnten mit geringen sprachlichen Anpassungen, jedoch ohne substanzielle inhaltliche

Formen psychischer Arbeitsbelastung	Itemanzahl
Organisationale und sozial Stressoren	
1.1 Organisationale Stressoren	
1.1.1 Belegung der Pflegedienste	1
1.1.2 Unsichere Informationen	1
1.1.3 Fluktuation / Absentismus	1
1.2 Soziale Stressoren	5
Widersprüchliche Anforderungen	
2.1 Regulationsüberforderungen	
2.1.1 Überforderungen durch Bewohner: Gesundheitszustand	11
2.1.2 Überforderungen durch Bewohner: Persönlichkeit	11
2.1.3 Arbeitsumgebung / Arbeitsplatz	10
2.2 Aufgabenimmanente Überforderungen	
2.2.1 Zeitdruck bei unspezifischen zeitlichen Festlegungen	2
2.2.2 Zeitdruck bei spezifischen zeitlichen Festlegungen	7
2.3 Widersprüchliche Aufgabenziele	7
2.4 Lernbehinderungen	5
2.5 Regulationshindernisse	
2.5.1 Informatorische Erschwerungen	5
2.5.2 Motorische Erschwerungen	5
2.5.3 Unterbrechungen durch Personen	6
2.5.4 Unterbrechungen durch Funktionsstörungen	2
2.5.5 Unterbrechungen durch Blockierungen	4
2.6 Folgen widersprüchlicher Anforderungen	
2.6.1 Fehlhandlungen / Riskantes Handeln	6
2.6.2 Zusätzlicher Handlungsaufwand	4
2.6.3 Erhöhter Handlungsaufwand	3
Gesamtzahl der Items	**96**

Tab. 3
Vorläufiges Screening psychischer Belastungen

Änderungen auch auf die Altenpflege übertragen werden. Dies begünstigt einen direkten Vergleich zwischen der Belastungssituation in unterschiedlichen Feldern der Pflege. Alle Entwicklungen und Anpassungen wurden abschließend mit betrieblichen Experten geprüft.

Das aus diesen Arbeiten entstandene vorläufige Screening psychischer Belastungen wurde in der BELUGA-Pilotstudie beim betrieblichen Partner empirisch erprobt. Es umfasste 96 Items. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Merkmale und die Itemanzahl der Skalen dieses vorläufigen Instruments. Die Items werden bei dieser wie auch bei den anderen Versionen des TAA zur Vergleichbarkeit anhand eines fünfstufigen Antwortformats (Likert-Skala: 1 = ›nein gar nicht‹ bis 5 = ›ja genau‹) beurteilt.

Neben den oben beschriebenen psychischen Belastungen ist die Altenpflegetätigkeit auch durch vielfältige physische Belastungen geprägt. Die Analyse arbeitsmedizinischer Forschungsarbeiten im internationalen Raum (Hofmann & Michaelis, 1999) zeigt typische Belastungsschwerpunkte wie etwa Krankheitsrisiken durch den Kontakt mit Pflegebedürftigen (insbesondere Hepatitis B und C, Myobakterien), Gefahren für die Wirbelsäule durch schweres Heben und Tragen und durch Formen der Schicht- bzw. Nachtarbeit. Für die Analyse körperlicher Belastungen in der Altenpflege sind jedoch

Tab. 4
Vorläufiges Screening physischer Belastungen und Risiken sowie von Präventionsmöglichkeiten

Formen physischer Belastungen und Präventationsmaßnahmen	Itemanzahl
Risiken beim Heben, Tragen, Lagern	10
Prävention beim Heben, Tragen, Lagern	13
Infektionsrisiken	3
Prävention von Infekten	5
Risiko für Latexallergie	2
Prävention von Latexallergien	2
Wissen über Gefahrenstoffe	1
Risiko von Stich- und Schnittverletzungen	2
Prävention von Stich- und Schnittverletzungen	3
Dermatoserisiken	3
Prävention von Dermatosen	5
Prävention im Umgang mit Gefahrenstoffen	4
Ergonomie bei Bildschirmarbeit	6
AuG-Schutz-Kultur	4
AuG-Schutz orientierte Führung	9
AuG-Schutz-Veranstaltungen	6
Gesamtzahl der Items	**78**

Defizite hinsichtlich konzeptuell begründeter Erhebungsverfahren und psychometrisch gesicherter Ergebnisse zu konstatieren. Zudem gibt es kaum Vergleichsstudien. Ein Ziel des Projekts bestand darin, ein Verfahrensmodul zur Analyse von physischen Belastungen in der stationären Altenpflege zu entwickeln. Mit einem Verfahrensmodul zur Analyse von physischen Belastungen und Präventionsmaßnahmen zum AuG-Schutz in der ambulanten Pflege (Büssing, Glaser & Höge, 2005, 2006) liegt ein Verfahren vor, das aus Gründen der Vergleichbarkeit einen Rahmen für die Entwicklung eines geeigneten Verfahrensmoduls für die Altenpflege bildet.

Erste Projektschritte beinhalteten, dieses Instrument auf Basis der Experteninterviews für den Bereich der stationären Altenpflege zu evaluieren. Anhand der Pilotstudie beim betrieblichen Partner sollte dann im zweiten Schritt das adaptierte Modul hinsichtlich seiner psychometrischen Güte evaluiert werden. Darüber hinaus sollten die gewonnenen Ergebnisse exemplarisch mit Beobachtungsdaten aus Schichtbeobachtungen zum Zweck der externen Validierung verglichen werden. Auf diesen Ergebnissen aufbauend sollte das vorläufige Verfahren zur Analyse körperlicher Belastungen optimiert und für einen breiten Einsatz vorbereitet werden. Letztlich soll es als Selbstbeobachtungsverfahren (Fragebogen) typische physische Belastungen erfassen und im Einsatz durch Praktiker handhabbar sein.

In den Interviews mit betrieblichen Experten und Pflegekräften wurde nach spezifischen körperlichen Belastungsfaktoren gefragt, denen die Beschäftigten ausgesetzt sind. Zunächst wurde auf erschwerende Aspekte der Arbeitsumgebung ebenso wie auf bekannte Belastungsbereiche eingegangen: u. a. ungünstige Arbeitsmittel (z. B. beschädigte Hebevorrichtungen), unzureichende räumliche Verhältnisse (z. B. zu enge Bewohnerzimmer), ungünstige klimatische Verhältnisse (z. B. Hitze, Kälte). Zudem wurden Merkmale des Moduls AuG-Schutz – Ambulante Pflege auf ihre Übertragbarkeit für die Altenpflege untersucht. Beispielsweise wurde erfragt, ob der Gebrauch von Kanülen und Spritzen ebenso wie in der ambulanten Pflege auch für die Altenpflege relevant ist oder ob andere Aspekte des Risikos von Stich- und Schnittverletzungen einen größeren Stellenwert haben. Weiterhin wurden für Altenpflegeeinrichtungen spezifische Präventionsmaßnahmen, zum Beispiel Richtlinien im Umgang mit Gefahrenstoffen, analysiert und durch geeignete Formulierungen operationalisiert.

Neben sprachlichen Anpassungen, die dem Kontext der Altenpflege Rechnung tragen sollten, wurden Items neu aufgenommen. Beim Heben, Tragen und Lagern spielt das Anheben schwergewichtiger Bewohner ohne Hebehilfen offensichtlich eine große Rolle. Besonders weibliche Pflegekräfte sind hierbei hohen körperlichen Belastungen ausgesetzt. Mit Blick auf Dermatoserisiken wurden wiederholte Feuchtarbeiten und Händedesinfektion genannt. Bei der Prävention im Umgang mit Gefahrenstoffen waren Schutzmaßnahmen zu ergänzen: das Einhalten von Verdünnungsrichtlinien bei Desinfektionsmitteln und die klare Kennzeichnung von Gefahrenstoffen durch Hinweisschilder. Weitere Anpassungen in anderen Bereichen des Moduls sollen hier nicht im Einzelnen berichtet werden.

In stationären Pflegeeinrichtungen – Krankenhäusern wie auch Altenpflegeeinrichtungen – wird mit der Einführung und Verbreitung von Informations- und Kommunikationstechnologien die Arbeit am Computer und mit elektronischen Dokumentationen immer wichtiger. Zwar ist in der Altenpflege die computergestützte Pflegedokumentation nicht so verbreitet wie im Krankenhaus. Aktuelle Entwicklungen hin zu verbesserten IuK-Systemen und der zunehmende Dokumentationsbedarf lassen jedoch darauf schließen, dass Tätigkeiten der Dokumentation und Kommunikation am Bildschirm auch in der Altenpflege Einzug halten und um sich greifen werden. Diesem Sachverhalt wurde mit entsprechenden Aspekten im Rahmen des Moduls Rechnung getragen.

Die in den vorangegangenen Abschnitten skizzierten Sachverhalte flossen in den Itempool zur Analyse körperlicher Belastungen ein. In dem Verfahrensmodul sind sowohl Aspekte enthalten, die das entsprechende Risiko wie auch geeignete Maßnahmen

Tab. 5
Itemanzahl und interne Konsistenz der Skalen des vorläufigen Screening psychischer Belastungen

*** α: Cronbachs Alpha**

Formen psychischer Arbeitsbelastung		Itemanzahl	α*
1.1	Organisationale Stressoren		
1.1.1	Belegung der Station	1	–
1.1.2	Unsichere Informationen	1	–
1.1.3	Fluktuation / Absentismus	1	–
1.2	Soziale Stressoren	5	0,76
2.1	Aufgabenunspezifische Überforderungen		
2.1.1	Überforderungen durch Bewohner: Gesundheitszustand	11	0,94
2.1.2	Überforderungen durch Bewohner: Persönlichkeit	11	0,88
2.1.3	Arbeitsumgebung / Arbeitsplatz	9	0,88
2.2	Aufgabenimmanente Überforderungen		
2.2.1	Zeitdruck bei unspezifischen zeitlichen Festlegungen	2	0,82
2.2.2	Zeitdruck bei spezifischen zeitlichen Festlegungen	7	0,85
2.3	Widersprüchliche Aufgabenziele	7	0,85
2.4	Lernbehinderungen	5	0,84
2.5	Regulationshindernisse		
2.5.1	Informatorische Erschwerungen	5	0,85
2.5.2	Motorische Erschwerungen	5	0,83
2.5.3	Unterbrechungen durch Personen	6	0,79
2.5.4	Unterbrechungen durch Funktionsstörungen	2	0,71
2.5.5	Unterbrechungen durch Blockierungen	4	0,71
2.6	Folgen widersprüchlicher Anforderungen		
2.6.1	Fehlhandlungen / Riskantes Handeln	6	0,87
2.6.2	Zusätzlicher Handlungsaufwand	4	0,83
2.6.3	Erhöhter Handlungsaufwand	3	0,73

zur Prävention thematisieren. In der Tabelle 4 sind die Merkmalsbereiche (Skalen) zu den verschiedenen Risiken und entsprechenden Präventionsmaßnahmen mit der jeweiligen Itemanzahl ersichtlich. Neben spezifischen Gefahrenquellen wie beispielsweise Risiken von Infektionen, Dermatosen und Latexallergien werden Schutzmaßnahmen im

Formen physischer Arbeitsbelastung und Präventationsmaßnahmen	Itemanzahl	α*
Risiken beim Heben, Tragen, Lagern	10	0,71
Prävention beim Heben, Tragen, Lagern	13	0,65
Infektionsrisiken	3	0,39
Prävention von Infektionen	5	0,61
Risiko von Latexallergien	2	0,68
Prävention von Latexallergien	2	0,59
Umgang mit Gefahrenstoffen	1	–
Risiko von Stich- und Schnittverletzungen	2	0,79
Prävention von Stich- und Schnittverletzungen	3	0,72
Dermatoserisiken	3	0,51
Prävention von Dermatosen	5	0,54
Prävention im Umgang mit Gefahrenstoffen	4	0,91
Ergonomie bei Bildschirmarbeit	6	0,89
AuG-Schutz-Kultur	4	0,84
AuG-Schutz orientierte Führung	9	0,88
AuG-Schutz-Veranstaltungen	6	0,69

Tab. 6
Itemanzahl und interne Konsistenz der Skalen des vorläufigen Screening physischer Belastungen und Risiken sowie von Präventionsmöglichkeiten

*** α: Cronbachs Alpha**

Sinne eines funktionierenden Arbeits- und Gesundheitsschutz aufgeführt. Zudem werden übergeordnete Themenbereiche des AuG-Schutz mit drei Skalen untersucht: AuG-Schutz-Kultur, AuG-Schutz-orientiertes Führungsverhalten, AuG-Veranstaltungen. Das gesamte vorläufige Modul zur Analyse physischer Belastungen und Risiken sowie von Präventionsmöglichkeiten umfasste 78 Items. Diese wurden ebenfalls anhand einer fünfstufigen Antwortskala (Likert-Skala mit 1 = ›nein gar nicht‹ bis 5 = ›ja genau‹) beurteilt.

Erste Ergebnisse zur Güte der vorläufigen Module des Screeningverfahren

Ein vorrangiges Ziel der Pilotuntersuchung beim betrieblichen Partner war die empirische Prüfung der Güte der Verfahren zur Analyse psychischer und physischer Belastungen. Bevor Ergebnisse zur Belastungssituation in der untersuchten Altenpflegeeinrichtung dargestellt werden, sollen zunächst die verwendeten Erhebungsinstrumente auf ihre psychometrische Qualität hin untersucht werden. In den beiden folgenden Abschnitten werden Ergebnisse zur Prüfung der Reliabilität (Zuverlässigkeit, Messgenauigkeit) der Instrumente vorgestellt. Zur Prüfung der Konstruktvalidität (Gültigkeit) der Verfahren wurden im Sinne einer konvergenten Validierung (Campbell & Fiske, 1959) Korrelationen zwischen den verschiedenen Belastungsformen und Indikatoren der psychophysischen Gesundheit der Beschäftigten berechnet.

Tab. 7
Itemanzahl und interne Konsistenz des Belastungsscreening TAA – Altenpflege

*** α: Cronbachs Alpha**

Verfahrensbereiche und Skalen	Itemanzahl	α*
Organisatorische und soziale Stressoren	**12**	
Organisationale Stressoren	6	0,83
Soziale Stressoren	6	0,83
Aufgabenbezogene Stressoren	**29**	
Bewohnerbezogene Stressoren	7	0,92
Zeitdruck	5	0,88
Widersprüchliche Aufträge	4	0,84
Informationsdefizite	3	0,83
Arbeitsunterbrechungen	3	0,83
Qualitätseinbußen	3	0,83
Zusatzaufwand	4	0,89
Physische Stressoren	**15**	
Ungünstige Arbeitsumgebung	6	0,79
Heben, Tragen, Lagern	5	0,88
Verletzungs-/Erkrankungsrisiko	4	0,82

Für alle Skalen wurde die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha: α; vgl. Cronbach, 1951) berechnet. Die interne Konsistenz gilt als Maß für die Genauigkeit, mit der eine Skala ein Merkmal (Konstrukt) erfasst. Sie kann nur berechnet werden, wenn das Konstrukt mindestens durch zwei Items gemessen wird. Für die Einzelindikatoren (Belegung der Station, unsichere Informationen und Fluktuation/Absentismus) war daher keine Angabe zur internen Konsistenz möglich. Tabelle 5 zeigt Ergebnisse dieser Reliabilitätsprüfung des vorläufigen Verfahrens zum Screening psychischer Belastungen. Insgesamt zeigen die Skalen eine gute bis sehr gute interne Konsistenz. Die neu konzipierte Skala ›Überforderung durch Bewohner: Gesundheitszustand‹ weist mit einem Cronbachs Alpha von über 0,90 eine sehr gute Homogenität auf. Auch die komplementäre Skala ›Überforderung durch Bewohner: Persönlichkeit‹ erweist sich als hoch konsistent. Die aus vier Items bestehende Skala ›Unterbrechungen durch Blockierungen‹ zeigt hingegen noch eine zufriedenstellende interne Konsistenz von 0,71. Durch Entfernung eines Items ließe sich ein alpha von 0,87 erreichen. Da es sich bei dem Item jedoch um ein wichtiges Merkmal in der Pflegetätigkeit handelt, das auch in der Pilotstudie deutlich ausgeprägt ist, soll das Item zunächst in der Skala belassen und weitere Analysen abgewartet werden.

Auch die Skala ›Unterbrechungen durch Funktionsstörungen‹ war mit α= 0,71 zwar nur befriedigend reliabel, besteht aber auch nur aus zwei Items, was diesen relativ niedrigen Wert mit bedingt. Auch wenn die Ergebnisse zur Skalengüte aufgrund der kleinen, für die stationäre Altenpflege nicht repräsentativen Stichprobe noch mit Vorsicht interpretiert werden sollten, lässt sich insgesamt resümieren, dass die Skalen des vorläufigen

Verfahrensbereiche und Skalen	Item-anzahl	α*
Anforderungen	**23**	
Kognitive Anforderungen	4	0,67
Kooperationserfordernisse	4	0,78
Qualifikationsvoraussetzungen	3	0,70
Lernerfordernisse	3	0,74
Qualifizierungsmöglichkeiten	3	0,88
Übertragung von Qualifikationen	3	0,86
Einsetzbarkeit der Qualifikation	3	0,77
Aufgabenbezogene Ressourcen	**22**	
Transparenz pflegerischer Aufgaben	3	0,72
Transparenz der Aufgaben im Heim	3	0,87
Zeitliche Transparenz	3	0,67
Vorgesetztenfeedback	2	0,88
Tätigkeitsspielraum	7	0,86
Partizipationschancen	4	0,79
Personelle, materielle, soziale Ressourcen	**26**	
Personelle Ressourcen	2	0,66
Räumliche Ressourcen	3	0,80
Materielle Ressourcen	3	0,83
Soziales Klima	6	0,83
Kooperation: intern	7	0,84
Kooperation: extern	5	0,76

Tab. 8
Itemanzahl und interne Konsistenz des Screening psychischer Anforderungen und Ressourcen des TAA – Altenpflege

*** α: Cronbachs Alpha**

Screening psychischer Belastungen mehrheitlich ein Reliabilitätsniveau aufweisen, das für die Eignung des Instruments in weiteren empirischen Erhebungen spricht.

Die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der Skalen des vorläufigen Verfahrensmoduls AuG-Schutz – Altenpflege zeigt die folgende Tabelle 6. Zwar wiesen die meisten Skalen des Moduls eine gute bis sehr gute Konsistenz auf, jedoch zeigten einige Merkmalsbereiche erkennbare Defizite. Dazu gehört die Skala Infektionsrisiken, bei der eine weitere Überarbeitung der Items erforderlich ist. Begriffe wie ›septische Wunden‹ oder ›Körpersekrete‹ sind – wenn auch bereits mit Beispielen versehen – möglicherweise

nicht für alle Mitarbeiter ausreichend klar verständlich gewesen. Ähnliches ließ sich für die beiden Skalen Dermatoserisiken und Prävention von Dermatosen feststellen, bei welchen ebenfalls fachspezifische Begriffe genutzt werden.

Nach dem ersten Einsatz der vorläufigen Module zum Screening psychischer und physischer Belastungen blieb festzuhalten, dass trotz mehrheitlich guter Kennwerte bei einzelnen Aspekten ein weiterer Überarbeitungsbedarf bestand. Itemformulierungen in Skalen mit unbefriedigenden Reliabilitäten waren erneut mit betrieblichen Experten abzuklären und hinsichtlich geeigneter Formulierungen zu überdenken. Fachspezifische Termini mussten gegebenenfalls durch Beispiele leichter verständlich gemacht werden. Zudem sollte für die nachfolgende groß angelegte empirische Untersuchung ein Pool zusätzlich konstruierter Items bei bestimmten Skalen (zum Beispiel: Infektionsrisiken) vorgehalten werden. Aus diesem können dann trennscharfe Items ausgewählt und Schwachstellen in der Psychometrik der Skalen ausgebessert werden.

2.3 Das Screening TAA – Altenpflege

Wie in den vorangegangenen Ausführungen deutlich wurde, steht die Entwicklung von Diagnoseverfahren im Spannungsfeld zwischen wissenschaftlicher Präzision und Differenzierung einerseits sowie praktikablem und ökonomischem Einsatz andererseits. Mit 96 Items zur Erfassung psychischer Belastungen und 78 Items zur Diagnose physischer Belastungen und Risiken sowie Möglichkeiten zur Bewältigung war der wissenschaftlichen Differenzierung hinreichend Genüge getan, jedoch bestand nun die Notwendigkeit, diese Items weiter zu einer ökonomisch einsetzbaren Screeningfassung zu verdichten. Notwendig war dies auch deshalb, weil im Zuge der BELUGA-Hauptstudie die Arbeitssituation bei einer großen Stichprobe von Heimen zu erfassen war, wobei zudem Indikatoren der psychophysischen Gesundheit zum Einsatz kommen sollten. Um die Teilnahme an einer solchen Hauptstudie nicht zu gefährden, waren deutliche Abstriche im Umfang vorzunehmen.

Deshalb wurden in einem abschließenden Entwicklungsschritt alle Merkmalsbereiche und Items einer neuerlichen gründlichen Analyse unterzogen. Hierbei wurden die Trennschärfen der Items, ihre inhaltliche Gültigkeit und Relevanz wie auch die bisherigen Befunde aus der Pilotstudie geprüft. Durch Itemeliminierung und Zusammenfassungen von Merkmalen zu Markeritems wurde das abschließende Belastungsscreening TAA – Altenpflege zusammengestellt, das in Tabelle 7 im Überblick mit den jeweiligen Merkmalen, Itemanzahlen und Reliabilitätskennwerten vorgestellt wird. Das Belastungsscreening TAA – Altenpflege umfasst psychische und physische Belastungen in sechs Teilbereichen mit insgesamt 56 Items. Wie aus der Tabelle 7 ersichtlich ist, weisen alle resultierenden Skalen mit Werten um und deutlich über $\alpha = 0{,}80$ eine gute Messgenauigkeit auf.

In Ergänzung zu einer Analyse von psychischen und physischen Belastungen sollte die Arbeitssituation in der Hauptstudie auch im Hinblick auf psychische Anforderungen und Ressourcen näher untersucht werden. Aus diesem Grund wurden zwei weitere Verfahrensbereiche auf der Grundlage des Screening TAA – stationäre Krankenpflege sowie des Screening TAA – Ambulante Pflege entwickelt. Auf diese Entwicklungsarbeiten, die über die Ziele des Projekts BELUGA deutlich hinausgingen soll hier nicht näher eingegangen werden. Die nachfolgende Tabelle 8 gibt einen Überblick über die Verfahrensbereiche und Skalen des Screening TAA von psychischen Anforderungen und Ressourcen in der stationären Altenpflege.

Diese abschließende Fassung des TAA – Altenpflege mit insgesamt sechs Teilbereichen und 127 Items zu

- organisationalen und sozialen Stressoren,
- aufgabenbezogenen Stressoren und
- physischen Belastungen sowie

– psychischen Anforderungen,
– aufgabenbezogenen Ressourcen sowie
– personellen, materiellen und sozialen Ressourcen

war die Grundlage für eine bayernweite Untersuchung zur Arbeitssituation in der stationären Altenpflege über die in den nachfolgenden Abschnitten berichtet wird. Im Anhang findet sich der Abdruck des kompletten Screening TAA – Altenpflege, das beim Erstautor für den Einsatz in eigenen Studien im Rahmen einer Forschungskooperation angefordert werden kann. Ergebnisse zur Validität des Screening TAA – Altenpflege werden in Kapitel 5 berichtet.

3

Arbeitsbedingungen in der Altenpflege

In diesem Kapitel wird zunächst ein Überblick über relevante Kenndaten von Pflegeeinrichtungen, Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der stationären Altenpflege gegeben. Dabei werden bundesweite Strukturdaten vollstationärer Einrichtungen und der dort beschäftigten Mitarbeiter und Pflegebedürftigen im Vergleich zu den Daten der bayernweiten BELUGA-Hauptstudie dargestellt. Zudem werden Leistungsangebote und Ausstattung der Pflegeheime beschrieben und es wird auf den pflegerischen Ablauf und die Organisation der stationären Altenpflege auf der Grundlage von Beobachtungen und Interviews beim betrieblichen Partner im Rahmen der Pilotstudie eingegangen.

3.1 Strukturelle Bedingungen in Altenpflegeheimen

Im Mittelpunkt der nachfolgenden Darstellung stehen die Ergebnisse einer schriftlichen Kurzbefragung der Heimleitungen (Organisationsscreening) von 111 untersuchten stationären Pflegeeinrichtungen in Bayern. Vergleichend werden Daten der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts (StBA, 2005) sowie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, 2006) hinzugezogen, um einerseits eine Abschätzung der Repräsentativität der erhobenen bayernweiten Daten vornehmen zu können und andererseits weitere Informationen über die Strukturen der Altenpflege zu erhalten.

Neben den hier beschriebenen Strukturdaten finden sich weitere Beschreibungen zu Rahmenbedingungen der Arbeit in der stationären Altenpflege, die auf empirischen Studien von Büssing et al. (2001) und auf einer Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK von Gerste und Rehbein (1998) basieren.

Pflegeeinrichtungen

Insgesamt hat der Anteil der stationären Pflegeeinrichtungen seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich zugenommen. Im Jahr 2003 standen den Pflegebedürftigen bundesweit 9743 Einrichtungen (StBA, 2005) zur Verfügung, was einer Zuwachsrate von 6,3 % gegenüber dem Jahr 2001 entspricht. Von diesen Pflegeheimen bieten 90 % (8775) die vollstationäre Dauerpflege an, wobei drei Viertel der Einrichtungen ausschließlich Dauerpflege anbieten. Die restlichen 10 Prozent fallen auf das Angebot der vollstationären und teilstationären Pflege in Form von Dauer- bzw. Kurzzeitpflege und/oder Tages- sowie Nachtpflege. Die vollstationäre Dauerpflege wurde von 612.000 Pflegebedürftigen in Anspruch genommen. Dies entsprach einer 90-prozentigen Auslastung des Platzangebotes in der vollstationären Dauerpflege.

Im Vergleich dazu bieten von den 139 Einrichtungen[1] in der bayernweiten BELUGA-Hauptstudie 138 Einrichtungen (99,3 %)[2] vollstationäre Dauerpflege an, wovon 84 Einrichtungen (60,4 %) reine Dauerpflegeeinrichtungen sind. 43 Heime (30,9 %) bieten Dauer- und Kurzzeitpflege an, weitere 8,6 % (12 Pflegeheime) bieten voll- und teilstationäre Pflege mit Tages- und Nachtpflege an.

Es zeigt sich, dass die in der bayernweiten BELUGA-Hauptstudie gewonnenen Strukturdaten vergleichbar zu den bundesweiten Daten des StBA (2005) sind. Im Vordergrund der Pflegeleistungsformen steht die vollstationäre Dauerpflege, welche von nahezu allen Pflegeeinrichtungen angeboten wird und laut StBA (2005) im Vergleichszeitraum von 2001 bis 2003 einen Zuwachs von 5,3 % verzeichnete. Bei der Kurzzeitpflege wurde in diesem Zeitraum ein rückläufiger Trend beobachtet, während die teilstationäre Altenpflege einen Zuwachs verzeichnete.

Die Trägerschaft stellt bei den Pflegeeinrichtungen ein wichtiges Unterscheidungskriterium dar. Es gilt zwischen privaten (also gewerblichen), öffentlichen (von Städten und Landkreisen unterhaltenen) und freigemeinnützigen (von kirchlichen oder anderen Wohlfahrtsverbänden unterhaltenen) Einrichtungen zu unterscheiden. Tabelle 9 gibt einen Überblick über die Anteile von Pflegeheimen unter der jeweiligen Trägerschaft am gesamten ›Pflegemarkt, wobei die Strukturdaten aus der bayernweiten BELUGA-Hauptstudie im Vergleich zu den Daten des StBA (2005) dargestellt sind.

1 Eine Einrichtung machte keine Angaben zu Pflegeleistungen, eine weitere Einrichtung machte keine Angaben zu den Strukturdaten.

2 Eine Einrichtung bietet Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege an, jedoch keine Dauerpflege.

Tab. 9
Pflegeeinrichtungen nach Trägerschaft und Pflegebedürftigen

	StBA (2005)		BELUGA-Hauptstudie	
Trägerschaft	**Anzahl**	%	**Anzahl**	%
Freigemeinnützig	5.405	55,4	88	62,4
Privat	3.610	37,1	37	26,2
Öffentlich	728	7,5	16	11,3
Gesamt	**9.743**	**100**	**141**	**100**

Die vergleichbaren Daten des StBA (2005) und der BELUGA-Hauptstudie zeigen, dass der Großteil der Einrichtungen unter freigemeinnütziger Trägerschaft (z. B. Diakonie, Caritas) steht, gefolgt von privaten Trägern, die in der BELUGA-Hauptstudie im Vergleich zu den Bundesdaten etwas geringer repräsentiert sind. Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft stellen den geringsten Anteil. Im Vergleichszeitraum von 1999 bis 2003 war der größte Zuwachs bei den privaten Einrichtungen zu verzeichnen (17 %). Die Anzahl der freigemeinnützigen Anbieter ist ebenfalls um 8 % gestiegen, hingegen ging die Zahl der öffentlichen Anbieter um knapp 3 % zurück.

Berichtsdaten des BMFSFJ (2006) zeigen, dass ein durchschnittliches Heim in Deutschland über 73 Pflegeplätze verfügt, wobei die Einrichtungen privater Träger mit 60 Plätzen im Durchschnitt deutlich kleiner sind als Einrichtungen freigemeinnütziger Träger mit durchschnittlich 80 Plätzen oder öffentlicher Träger mit Einrichtungen, die im Schnitt über 90 Plätze verfügen. Betrachtet man die Anzahl der Pflegeplätze in der BELUGA-Hauptstudie, so zeigt sich im Vergleich der Träger eine ähnliche Relation. Ebenfalls die privaten Träger sind mit einer durchschnittlichen Platzanzahl von 78 Plätzen am kleinsten, gefolgt von den freigemeinnützigen Einrichtungen mit durchschnittlich 90 Plätzen und den öffentlichen Trägern, welche im Schnitt 154 Plätze für Pflegebedürftige zur Verfügung stellten und sehr große Einrichtungen unterhalten. Das durchschnittliche Heim in der BELUGA-Hauptstudie verfügte über 94 Plätze. Der Anteil von großen (51 bis 100 Plätze) und sehr großen Einrichtungen (über 100 Plätze) war demnach überpräsentiert.

Pflegebedürftige

In Deutschland waren im Jahr 2003 laut StBA (2005) 2,08 Millionen Menschen pflegebedürftig. Insgesamt lebten 1,44 Millionen (69 %) der Pflegebedürftigen zu Hause und wurden ambulant versorgt. 623.182 Pflegebedürftige wurden in stationären Einrichtungen versorgt. Zwischen 2001 und Ende 2003 war bei den stationär versorgten Pflegebedürftigen ein Zuwachs von 5,1 % (36000 Pflegebedürftige) zu verzeichnen. Der Personalstand ist im gleichen Zeitraum um 7,5 % (35.000 Beschäftigte) gestiegen.

98,2 % (612.183) der Pflegebedürftigen werden nach Angaben des StBA (2005) in den stationären Pflegeeinrichtungen in vollstationärer Dauerpflege versorgt. Bei der bayernweiten BELUGA-Hauptstudie waren es vergleichbare 97,2 % von insgesamt 12.356 stationär Pflegebedürftigen. Im Folgenden konzentriert sich die Darstellung deshalb auf den Bereich der vollstationären Dauerpflege im Altenheim. Eine andere Form der vollstationären Pflege, die Kurzzeitpflege, wird laut StBA (2005) nur in 1,8 % (10999) der Einrichtungen durchgeführt. In der BELUGA-Hauptstudie gaben 2,2 % der Einrichtungen an, über Kurzzeitpflegeplätze zu verfügen.

Tabelle 10 gibt eine Untergliederung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen getrennt nach Pflegestufen in Deutschland (StBA, 2005) sowie die vergleichbaren Daten der BELUGA-Hauptstudie wieder. Ein Drittel der vollstationären Pflegefälle sind in Pflege-

Tab. 10
Pflegebedürftige nach Pflegestufen

	StBA (2005)		BELUGA-Hauptstudie	
Pflegestufen	**Vollstationäre Dauerpflege**	**%-Anteil an Gesamtzahl**	**Vollstationäre Dauerpflege**	**%-Anteil an Gesamtzahl**
Pflegestufe 1 (erheblich pflegebedürftig)	203.783	33,3	3.684	30,7
Pflegestufe II (schwer pflegebedürftig)	271.088	44,3	4.291	35,7
Pflegestufe III (schwerst pflegebedürftig, inkl. ›Härtefälle‹)	134.127	21,9	2.685	22,4
Keiner Pflegestufe zugeordnet	6.759	1,1	1.347	11,2
Gesamt	**612.183**	**–**	**12.007**	**–**
Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen gesamt	623.182	–	12.356	–
Pflegebedürftige in Kurzzeitpflege	10.999	1,8	282	2,2

stufe I (›erheblich pflegebedürftig‹) eingestuft, fast zwei Drittel in den Pflegestufen II und III mit schwerer bzw. schwerster Pflegebedürftigkeit. Was die Pflegestufe II betrifft, so wurden 44,3 % aller Pflegebedürftigen die in Pflegeeinrichtungen versorgt werden, dieser Stufe zugeordnet. Die befragten Heime in der BELUGA-Hauptstudie gaben an, dass 35,7 % der Pflegebedürftigen der Pflegestufe II zugeordnet wurden. Wie durch das BMFSFJ (2006) beschrieben, sind in stationären Pflegeeinrichtungen anteilsmäßig am häufigsten Pflegebedürftige mit Pflegestufe II vertreten, wobei im Zeitverlauf die Pflegestufe I zunehmend an Bedeutung gewinnt. 1,2 % konnten nach Angaben des StBA 2005) noch keiner Pflegestufe zugeordnet werden, bei der BELUGA-Hauptstudie waren es sogar 11,2 %.

Bei den soziodemografischen Merkmalen der Pflegebedürftigen gilt es nach Angaben des BMFSFJ (2006) festzuhalten, dass das Durchschnittsalter der Pflegebedürftigen Ende 2003 bei 82 Jahren lag. Der Anteil an Frauen in der vollstationären Dauerpflege betrug 78,3 %. Die durchschnittliche Verweildauer lag im Jahr 1998 bei 52 Monaten (Schneekloth & Müller, 1998); aktuellere repräsentative Daten liegen nicht vor. Aktuelle Daten des BMFSFJ (2006) berichten eine durchschnittliche Verweildauer im Altenpflegeheim von 41 Monaten (Frauen: 47,4 Monate; Männer: 25,9 Monate). Jedoch basieren diese Ergebnisse nur auf einer Hochrechnung von jeweils zwei zuletzt verstorbenen Bewohnern in Altenpflegeheimen.

Hinsichtlich des Pflegesatzes gilt, dass für die vollstationäre Dauerpflege in Pflegestufe I durchschnittlich 41 € pro Pflegebedürftigem und Tag als Vergütung berechnet werden kann, in Pflegestufe II 55 € pro Tag und in Pflegestufe III eingeschlossen der ›Härtefälle‹ 69 € pro Tag. Diese Angaben zur Vergütung basieren auf Durchschnittswerten für Deutschland. Bei der vollstationären Pflege übernimmt die Pflegekasse die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen (Grundpflege), die soziale Betreuung und

die medizinische Behandlungspflege in den einzelnen Stufen bis zu 1.432 € als Sachleistung, in besonderen Härtefällen ausnahmsweise bis zu 1.688 € monatlich. Derzeit ist geplant, die Sätze der Pflegeversicherung anzuheben, wobei primär die ambulante Pflege gestärkt werden soll und finanzielle Anreize für eine häusliche Betreuung und Versorgung durch Angehörige erhöht werden sollen.

Was den Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen in Einrichtungen betrifft, so können derzeit keine repräsentativen Aussagen getroffen werden. In einem Bericht des BMFSFJ (2006) wird beschrieben, dass die chronischen Krankheiten ebenso wie die Multimorbidität, also das Auftreten von Mehrfacherkrankungen die mit steigendem Alter zunehmen, kennzeichnend sind für Pflegebedürftige. Zu den häufigsten chronischen Erkrankungen zählen nach Einschätzungen von Pflegekräften in einer Infratesterhebung aus dem Jahr 1994 (Schneekloth & Müller, 1998) unter anderem Einschränkungen des Bewegungsapparates, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Inkontinenz oder Augenleiden. Der durch die Krankheiten entstehende Hilfe- und Pflegebedarf war Schneekloth und Müller (1998) zufolge bei knapp zwei Drittel (63 %) der Personen ausschlaggebend für einen Heimübertritt. Zusammenfassend wird geschätzt, dass etwa die Hälfte bis zwei Drittel der Heimbewohner an psychischen Störungen leiden, wobei organisch psychische Störungen wie Alzheimer oder andere Demenzformen von Pflegebedürftigen im Vordergrund stehen. Dieser Umstand stellt die Pflegekräfte vor große Herausforderungen. Darüber hinaus stellt die Sterbebegleitung ein wichtiges Versorgungsziel dar, wobei in diesem Bereich in den Heimen allgemein noch ein großer Handlungsbedarf besteht.

Pflegepersonal

Bezogen auf die Gesamtsituation in den Einrichtungen waren nach Angaben des StBA (2005) Ende 2003 insgesamt rund 511.000 Personen in Pflegeeinrichtungen beschäftigt, wovon 345.255 Personen im Bereich der Pflege und Betreuung eingesetzt wurden. Dies entspricht einem Zuwachs von 15,9 % gegenüber 1999. Somit ist nicht nur eine Zunahme der Pflegeeinrichtungen und der Pflegebedürftigen zu verzeichnen, sondern in Folge auch der Beschäftigung von Pflegekräften.

Hinsichtlich der Fachkraftquote, welche nach der Heimpersonalverordnung die Pflegeheime dazu verpflichtet, in der Pflege und Betreuung der Bewohner mindestens zur Hälfte Fachkräfte mit mehrjähriger Berufsfachausbildung einzusetzen, zeigte sich nach Angaben des StBA (2005), dass Ende 2003 rund 47 % der Beschäftigten in der Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen Fachkräfte waren. Diese verfügen entweder über einen Abschluss als Altenpfleger/-in (31 %) oder Krankenschwester/-pfleger (15,1 %). Weitere 18,3 % sind entweder noch in Ausbildung oder verfügen über keinen beruflichen Abschluss.

Im Vergleich dazu waren in der BELUGA-Hauptstudie mehr als die Hälfte (62,5 %) der befragten Pflegekräfte Fachkräfte. Von 1848 Pflegekräften absolvierten 43,4 % einen Berufsabschluss als Altenpfleger/-in und 14,1 % als Krankenschwester/-pfleger. 20,1 % gaben an, als Alten- und Krankenpflegehelfer/-innen in der Einrichtung tätig zu sein. 5,2 % der Befragten befinden sich noch in Ausbildung und 6,8 % haben keinen beruflichen Abschluss. 8 % machten keine Angaben zu ihrer Berufsausbildung.

Was die soziodemografischen Merkmale betrifft, so konnte bei der BELUGA-Hauptstudie ein Frauenanteil von 86,4 % ermittelt werden, welcher nahezu identisch zu den bundesweiten Daten von 85 % Frauenanteil in der Altenpflege laut BGW-DAK Gesundheitsreport (2003) ist. Bei der Pflege und Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen dominiert demnach der Anteil an Frauen stark. Das durchschnittliche Alter der befragten Pflegekräfte lag bei 40,5 Jahren. Was die Arbeitszeit betrifft, so gaben 38 % der Pflegekräfte an, dass sie in Teilzeit arbeiten, über die Hälfte der Befragten gaben an, in Vollzeit zu arbeiten. In den bundesweiten Ergebnissen zeigt sich, dass 2003 knapp 42 % der Pflegekräfte vollbeschäftigt waren, während die Hälfte der Pflegekräfte (51 %) in Teilzeitbeschäftigung arbeiteten.

In den Pflegeeinrichtungen der BELUGA-Hauptstudie arbeiten durchschnittlich 47 examinierte sowie nicht examinierte Mitarbeiter in der Pflege. Nach Angaben des StBA (2005) arbeiteten im Jahr 2003 im Schnitt 52 Personen in der Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen. Differenziert nach Trägerschaft verfügen öffentliche Einrichtungen in der BELUGA-Hauptstudie durchschnittlich über 77 Mitarbeiter, während in freigemeinnützigen Heimen durchschnittlich 45 und in privaten Einrichtungen durchschnittlich 38 Pflegekräfte arbeiten.

Arbeitszeit und Pflegesystem

Für eine vertiefende Darstellung der Arbeitszeitmodelle von Beschäftigten in stationären Altenpflegeeinrichtungen wird auf die Untersuchung von Büssing et al. (2001) verwiesen. Die Ergebnisse zeigen, dass über die Hälfte aller in der Pflege Beschäftigten sowohl in Früh-, Spät- als auch Nachtschicht (Dreischichtsystem) arbeiteten. Am häufigsten ist dieses Arbeitszeitmodell in freigemeinnützigen Einrichtungen zur Anwendung gekommen. Pflegende arbeiteten in knapp der Hälfte aller befragten Heime im Schichtdienst ohne Nachtwachen (Zweischichtsystem). Hier waren es die privaten Einrichtungen, in denen diese Form der Arbeitszeitgestaltung am häufigsten vorkommt. Dauernachtwachen (nur Nachtdienst) waren in fast 75 % der Pflegeheime im Einsatz.

Hinsichtlich der Pflege- und Betreuungsleistungen zeigen Ergebnisse, dass sich Pflegeeinrichtungen stark darin unterschieden, wie viel Zeit für die einzelnen Tätigkeiten zu veranschlagen ist. In der Untersuchung von Büssing et al. (2001) ist ersichtlich, dass beinahe drei Viertel der Arbeitszeit bei und mit den Bewohnern durch Grundpflege, Behandlungspflege sowie psychosoziale Betreuung verbracht wurde. Die Grundpflege nahm dabei etwa die Hälfte der Arbeitszeit in Anspruch. Jedoch muss darauf hingewiesen werden, dass die trennscharfe Erfassung von Grundpflege, Behandlungspflege und psychosozialer Betreuung nur sehr schwer möglich ist, da sich diese Arbeitshandlungen wechselseitig bedingen. In einer Untersuchung von Zimber und Weyerer (1999) zeigten sich ähnliche Ergebnisse bei der Erfassung der Tätigkeitsanteile. Sie unterscheiden jedoch nicht zwischen Grund- und Behandlungspflege, sondern bevorzugen die (missverständliche) Bezeichnung ›Funktionspflege‹, welche in ihrer Studie knapp 60 % Anteil der Gesamtarbeitszeit in Anspruch nimmt.

Bezüglich des praktizierten Pflegesystems gibt es unterschiedliche graduelle Abstufungen hinsichtlich der *Patienten- bzw. Bewohnerorientierung*. Zunächst stellt sich die Frage, inwieweit die Aufgabengestaltung der Pflegekräfte es ermöglicht, ganzheitlich zu arbeiten. Dies beinhaltet aus arbeitspsychologischer Sicht neben einem hinreichenden Grad an Bewohnerorientierung auch die Übertragung von vollständigen Pflegeaufgaben an die Mitarbeiter (Glaser & Büssing, 1996). Die Bereichspflege ist hierfür eine grundsätzlich geeignete Pflegeorganisationsform. Dabei werden Stationen in Bereiche eingeteilt, für die jeweils ein bzw. zwei Pflegekräfte weitgehend eigenverantwortlich zuständig sind. Noch besser eignet sich die Bezugspflege, bei der klare Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten von Pflegekräften für bestimmte Bewohner umfassend geregelt sind. Es ist belegt, dass in einem ganzheitlichen Pflegesystem auch die vorhandenen Arbeitsbelastungen der Beschäftigten geringer ausgeprägt sind und die Qualität der Interaktion mit den Pflegebedürftigen besser beurteilt wird (Glaser & Büssing, 1997). Zu berücksichtigen ist, dass die Einteilung der Station in Bereiche nur eine notwendige, jedoch keine hinreichende Voraussetzung für eine bewohnerorientierte Pflege ist (Glaser & Büssing, 1996). Zu ausführlicheren Beschreibungen von Pflegesystemen und den Implikationen für Patienten- und Mitarbeiterorientierung vgl. Glaser (1997).

Bisherigen Ergebnissen zur Verbreitung der Bereichspflege zufolge (Büssing et al., 2001) wurde bei etwa der Hälfte aller Einrichtungen Bereichspflege zumindest in Ansätzen durchgeführt. Die freigemeinnützigen Heime waren am weitesten in ihren Bemühungen um Bereichspflege fortgeschritten. Hingegen wurde bei fast einem Drittel der privaten Einrichtungen noch auf keiner Station in Bereichspflege gearbeitet.

Leistung und Ausstattung vollstationärer Pflegeeinrichtungen

Nach StBA (2005) entfielen Ende 2003 von den insgesamt 713.000 Pflegeplätzen in Deutschland 684.000 Plätze (96 %) auf die vollstationäre Dauerpflege von Pflegebedürftigen. Die Hälfte (50 %) dieser Dauerpflegeplätze befinden sich in 1-Bett-Zimmern, weitere 48 % in 2-Bett-Zimmern.

Ergebnisse aus der Untersuchung von Büssing et al. (2001) zeigen, dass Pflegeeinrichtungen über stationäre, teil- und vollstationäre Pflegeplätze verfügten, wobei die teilstationären mit 6 % im Vergleich zu den vollstationären Plätzen (über 80 %) einen sehr geringen Teil ausmachten. Die vollstationären Pflegeplätze wurden dahingehend unterschieden, ob diese in Einzel-, Doppel- oder in Mehrbettzimmern angeboten werden. Es zeigte sich erfreulicherweise, dass nur in den wenigsten Heimen noch Mehrbettzimmer vorhanden waren, wobei allein die Privatanbieter mit rund 8 % eine erwähnenswerte Quote an solchen Mehrbettzimmern aufwiesen. Die meisten Bewohner in privaten Heimen haben in Doppelzimmern gewohnt. Öffentliche und freigemeinnützige Einrichtungen unterschieden sich praktisch kaum in ihrem Zimmerangebot. Rund 60 % aller Bewohner waren in Einzelzimmern untergebracht.

Fast alle Einrichtungen verfügten über entsprechende Außenanlagen, um den Bewohnern die Möglichkeit zu bieten, sich auch außerhalb des Pflegeheims aufzuhalten. Zudem wurden in nahezu 90 % aller Pflegeeinrichtungen Beschäftigungstherapie und in über 60 % der Einrichtungen Krankengymnastik (Büssing et al., 2001; vgl. auch Gerste & Rehbein, 1998) angeboten. Weitere Leistungen waren beispielsweise der Hausnotrufdienst, die Physikalische Therapie, der Pflegehilfsmittelverleih oder die Sprachtherapie.

Es ist anzunehmen, dass in Zukunft eine breite Angebotspalette zusätzlicher Leistungen in Pflegeheimen noch größere Bedeutung erfahren wird. Nur so können Pflegeeinrichtungen den gestiegenen Erwartungen an Lebensqualität im Alter nachkommen und der wachsenden Konkurrenz standhalten. Was die pflegerische Leistungsstruktur in den Einrichtungen betrifft, so wird im nächsten Abschnitt ausführlicher auf den Ablauf und die Organisation bei der Betreuung und Pflege in Pflegeeinrichtungen eingegangen.

Exemplarische Aufbau- und Ablauforganisation eines Altenpflegeheims

Ein Ziel des Forschungsvorhabens stellte die Untersuchung von Formen der Aufbau- und Ablauforganisation und des praktizierten Pflegesystems in der stationären Altenpflege dar. Um einen Einblick in den Aufbau und den Ablauf einer Pflegeeinrichtung zu bekommen, wird dies exemplarisch für den betrieblichen Kooperationspartner in der BELUGA-Pilotstudie, einem Altenpflegeheim in München unter freigemeinnütziger Trägerschaft, vorgestellt. Zudem werden Ergebnisse aus dem Organisationsscreening, das mit der Heimleitung durchgeführt wurde, Ergebnisse aus Experteninterviews sowie aus Ganzschichtbeobachtungen dargestellt. Es gilt bei den Ergebnisdarstellungen zu berücksichtigen, dass aufgrund der kleinen Stichprobe keine generalisierbaren Schlüsse auf andere Pflegeeinrichtungen gezogen werden können. In den meisten Ergebnissen finden sich jedoch Übereinstimmungen mit den bundesweiten Daten zu Strukturen und Abläufen in Heimen (vgl. StBA, 2005; Büssing et al., 2001; Gerste & Rehbein, 1998; Schneekloth & Müller, 2000).

Der betriebliche Partner der BELUGA-Pilotstudie, das Seniorenzentrum Martha-Maria München, ist eine freigemeinnützige Einrichtung des Diakoniewerkes Martha-Maria und wurde am 1. Januar 1995 eröffnet. Die Einrichtung befindet sich in unmittelbarer Nachbarschaft zum Krankenhaus Martha-Maria in München-Solln. Die Pflegeeinrichtung verfügt neben dem vollstationären Pflegebereich über einen speziellen Wohn- und Pflegebereich für Personen mit schweren demenziellen Erkrankungen (gerontopsychiatrischer Bereich) sowie über eine Tagespflege und einen ambulanten Dienst.

Der vollstationäre Pflegebereich erstreckt sich über drei Stationen. Für pflegebedürftige Bewohner stehen 26 Einzelzimmer und 38 Doppelzimmer zur Verfügung. In sämtlichen Pflegezimmern befinden sich moderne, elektrisch bedienbare Pflegebetten mit

fahrbaren Nachtkästchen sowie rollstuhlgerechte Nasszellen mit Dusche und WC.

Das Seniorenzentrum hat im vollstationären Pflegebereich drei Stationen. Ein Teil einer Station (Erdgeschoss) dient als gerontopsychiatrischer Bereich für Personen mit schweren demenziellen Erkrankungen, die mit amtsrichterlichem Beschluss beschützend untergebracht werden müssen. In diesem Bereich befinden sich sechs Einzelzimmer und sechs Doppelzimmer, die in Größe und Ausstattung denen des Pflegebereiches entsprechen. Weitere zwei Stationen befinden sich in den beiden Obergeschossen des Hauses.

Seit 2002 besteht zusätzlich ein Angebot an Tagespflege, in welcher ältere Bewohner betreut werden. die noch in ihrem häuslichen Bereich wohnen können, deren Angehörige jedoch tageweise eine Entlastung von ihren Betreuungsaufgaben suchen. Der Einrichtung ist ein personell eigenständiger ambulanter Pflegedienst angegliedert.

Was die Organisation der Pflege und Betreuung betrifft, so ist jede der drei Stationen des Kooperationspartners durch feste Pflegebereiche organisiert (Bereichspflege). Die Bewohnerzimmer sind je Station vier Bereichen zugeteilt, wobei pro Bereich im Früh- und Spätdienst jeweils eine verantwortliche Pflegekraft zuständig ist. Die Mindestbesetzung sieht vor, dass im Frühdienst jeweils mindestens vier, im Spätdienst mindestens drei Pflegekräfte arbeiten. Durchschnittlich ist der Frühdienst jedoch mit fünf Pflegekräften besetzt, wobei die zusätzliche Person meist eine Schülerin oder Aushilfe ist.

Durch die Bereichspflege soll den Pflegekräften ein möglichst ganzheitliches Arbeiten bei der Pflege und Betreuung der Bewohner ermöglicht werden, wodurch eine vertrauensvolle Beziehung zu den Bewohnern aufgebaut werden kann. Eine Schwester kann somit mehrere Tage einen Bereich betreuen. Dadurch können funktionsorientierte Rundgänge vermieden werden. Bestimmte Tätigkeiten wie das Stellen und die Abgabe von Medikamenten sowie die Behandlungspflege (Verbände anlegen, Infusionen/Katheter legen, Vitalzeichenkontrolle etc.) dürfen nur von examinierten Mitarbeitern durchgeführt werden und werden meist funktionsorientiert verrichtet. Diese Art der Pflege ist Ergebnissen von Büssing et al. (2001) zu Folge bei über drei Viertel aller Einrichtungen zumindest in Ansätzen vorhanden.

Für alle Stationen gibt es eine vorgegebene Tagesablaufstruktur. Durch diese werden Zeitkorridore für die pflegerische Versorgung und die Essenabgabe vorgegeben. Wie des Öfteren in den Experteninterviews betont wurde, kommen solche prototypischen, ›idealen‹ Tage jedoch eher selten vor. Die Arbeit mit älteren Menschen hat Grenzen der Planbarkeit bzw. Unwägbarkeit (Böhle, Brater & Maurus, 1997), so dass hier wiederholt flexibles, situationsadäquates Handeln gefragt ist und Tagesabläufe sich für einzelne Bewohner auch verschieben können. Eine grobe Tagesstruktur ist wichtig, jedoch sollte diese eine flexible Arbeitsgestaltung bezogen auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner ermöglichen. Generell wird in einem Dreischichtsystem mit einer Dauernachtwache gearbeitet (Tabelle 11).

In den folgenden Abschnitten soll ein grober Tagesablauf der Bewohnerversorgung, wie er in der Altenpflegeeinrichtung der BELUGA-Pilotstudie anhand eines Leitfadens vorgegeben ist, beschrieben werden.

Bei Dienstbeginn im *Frühdienst* um 6.15 Uhr findet die Dienstübergabe zwischen Nacht- und Frühdienst statt. In der Zeit zwischen halb sieben und acht Uhr wird das Personal durch die Schichtleitung in die jeweiligen Pflegebereiche eingeteilt oder die Beschäftigten führen die Einteilung gemeinsam und selbstbestimmt durch. Zuerst erfolgt das Wecken der Bewohner, welche anschließend aus dem Bett geholt werden, sofern die körperliche Verfassung dies zulässt. Es erfolgt die Grundpflege bei den Bewohnern. Die Pflegebedürftigen werden tagesfertig angezogen bzw. wird ihnen geholfen, sich anzuziehen. Gegen acht Uhr wird das Frühstück je nach Bewohner und Gewohnheit früher oder später eingenommen. Dabei teilen zwei Mitarbeiter das Frühstück in den Zimmern aus und helfen nach Bedarf bei der Nahrungsaufnahme. Die Reihenfolge der Versorgung erfolgt mehrheitlich nach Bewohnerwünschen. Zudem richtet sich die Ver-

Dienst	Arbeitsbeginn und Arbeitsende	Zeitliche Vorgaben	
Frühdienst	06.15 Uhr – 14.30 Uhr	Frühstück	08.00 Uhr – 09.00 Uhr
Spätdienst	11.45 Uhr – 20.00 Uhr (früher Spätdienst) 12.00 Uhr – 20.15 Uhr (später Spätdienst)	Mittagessen Abendessen	12.00 Uhr – 13.00 Uhr 17.00 Uhr – 18.00 Uhr
Nachtdienst	20.00 Uhr – 06.30 Uhr		

Tab. 11
Dienstzeiten und zeitliche Vorgaben

sorgung auch nach der Mobilität und Eigenständigkeit der Pflegebedürftigen. Eine examinierte Pflegekraft verteilt die Morgenmedikamente und hilft anschließend bei der Einnahme des Essens. Ein weiterer Mitarbeiter verteilt das Frühstück im Speisesaal, räumt später das Geschirr ab und reinigt die Tische. Zwischen neun und halb zehn Uhr werden die Pflegewagen aufgeräumt, anschließend ist Pause (30 Minuten) für das Personal. Gegen zehn Uhr erfolgt die Durchführung der Grundpflege vor allem bei bettlägerigen Patienten. Falls notwendig, werden die Betten bezogen und die Zimmer aufgeräumt. Die Pflegewagen werden aufgefüllt und abgestellt. Zwischen zwölf und halbeins verteilen Früh- und Spätdienst gemeinsam das Mittagessen, wobei eine examinierte Pflegekraft die Mittagsmedikamente verteilt. Nach dem Essen werden die Bewohner zur Toilette geführt und auf Wunsch für einen Nachmittagsschlaf zu Bett gebracht. Um ein Uhr findet die Dienstübergabe zwischen Früh- und Spätdienst statt. Danach erfolgt die Eintragung ins Dokumentationssystem.

Diese prototypisch beschriebenen Abläufe konnten in Ganzschichtbegleitungen ähnlich beobachtet und dokumentiert werden. Abbildung 1 gibt einen Überblick über den Frühdienst, eingeteilt in Stunden. Dargestellt sind die vier häufigsten Tätigkeitskategorien, welche von zwei Projektmitarbeitern beim betrieblichen Partner der BELUGA-Pilotstudie beobachtet und dokumentiert wurden. Die Prozentangaben entsprechen der relativen Häufigkeit der beobachteten Tätigkeitskategorie pro Stunde. Beispielsweise bestehen die häufigsten vier Tätigkeiten der Pflegekraft zwischen acht und neun Uhr morgens darin, den Bewohnern die Medikamente zu verteilen und bei Bedarf einzugegeben (Medikamentenausgabe: 23,3 %), die Bewohner zu betten/lagern, falls sie bettlägerig sind bzw. noch nicht aufstehen wollen (10 %), die vollständige Körperpflege zu übernehmen (8,3 %) und sie zu mobilisieren (6,7 %).

Auffallend an den Ergebnissen der Frühschicht ist die Häufigkeit der Kategorie des persönlichen Gespräches/der persönlichen Zuwendung der Pflegekräfte mit den Bewohnern. Diese Art der Interaktion ist sehr wichtig, um eine Vertrauensbasis zwischen Bewohnern und Pflegekräften aufzubauen, welche die Kooperation zwischen den Beteiligten im Pflegeprozess positiv unterstützt und somit zur Qualität der Pflege beitragen kann.

Zu Beginn des Spätdienstes um zwölf Uhr wird gemeinsam mit den Pflegekräften aus dem Frühdienst das Mittagessen verteilt. Daraufhin erfolgt eine einstündige Dienstübergabe zwischen Früh- und Spätdienst, bei der sich die Pflegekräfte bezüglich wichtiger Informationen über Bewohner und deren Pflege (z. B. »Verband bei Frau Schulze muss gewechselt werden«, »Herr Meier wollte heute nichts essen« etc.) austauschen. Gegen zwei Uhr werden die Bewohner in den Speisesaal zu Kaffee und Kuchen geführt. Zwischen halb drei und halb fünf Uhr werden bettlägerige Bewohner gelagert, und von examinierten Pflegekräften werden die Medikamente vorbereitet. Dazwischen ist eine halbstündige Pause für die Pflegekräfte vorgesehen. Zwischen halb fünf und halb sechs Uhr wird das Abendbrot ausgeteilt. Die Medikamente werden von einer examinierten Fachkraft ausgeteilt. Nach dem Essen gegen halb sechs beginnt die Durchführung der Abendversorgung der Bewohner. Der Dienst endet mit dem Aufräumen der Station, der

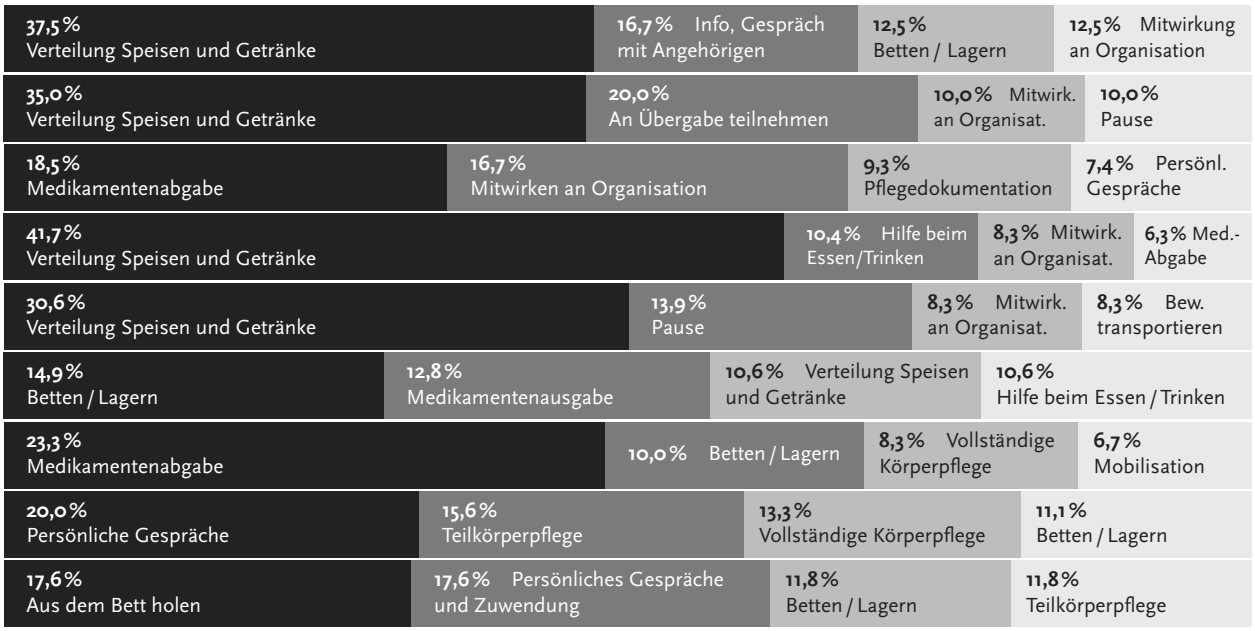


Abb. 1
Häufigste beobachtete Tätigkeiten im Frühdienst des Pflegeheims

Dargestellt sind relative Häufigkeiten der am häufigsten beobachteten Tätigkeiten einer Pflegekraft im Verlauf einer Frühschicht von 6.00 Uhr bis 14.00 Uhr.

Eintragung in das Dokumentationssystem sowie der Dienstübergabe an den späten Spätdienst und die Nachtwachen.

Aus den durchgeführten Beobachtungen im Spätdienst sind stündlich folgende am häufigsten aufgetretenen Tätigkeiten dokumentiert worden (siehe Abbildung 2).

Aus den sechs Ganzschichtbeobachtungen im Rahmen der BELUGA-Pilotstudie wurde berechnet, dass die in Tabelle 12 dargestellten Tätigkeitskategorien 75 % aller beobachteten Pflegetätigkeiten der Pflegekräfte ausmachen.

Hinsichtlich der beobachteten Tätigkeitskategorien der sechs Pflegekräfte, die im Früh- bzw. Spätdienst beim betrieblichen Partner begleitet wurden, wird aus Tabelle 12 ersichtlich, dass die Verteilung von Speisen und Getränken (9,8 %; durchschnittliche [ø] Dauer: 2,5 Minuten), die persönliche Zuwendung (8,9 %; ø-Dauer: 3.1 Minuten) und die Mitwirkung an der Organisation (7,3 %; ø-Dauer: 2,7 Minuten) die am häufigsten beobachteten Tätigkeiten waren. Es gilt bei der ø-Dauer der einzelnen Tätigkeiten zu berücksichtigen, dass eine breite Streuung vorhanden war.

Die persönliche Zuwendung nimmt einen vergleichsweise hohen Anteil bei den beobachteten Pflegetätigkeiten ein, was bestätigt, dass bei der Pflege älterer Menschen die direkte Interaktion im verbalen Gespräch, durch nonverbale Kommunikation sowie durch Aufmerksamkeit, also Facetten einer psychosozialen Betreuung, wichtig sind.

Die Mitwirkung an der Organisation der Pflege nimmt mit 7,3 % den dritthäufigsten Anteil am Gesamtablauf der Pflegetätigkeiten ein. Es wird ersichtlich, dass eine informelle Absprache bezogen auf Abläufe und Arbeitsorganisation eine wichtige Rolle spielt. Diese informellen Absprachen finden oft zwischen examinierten Pflegekräften und Schülern bzw. Hilfskräften statt und können unter anderem auch zu Belastungen führen, wenn eine Pflegekraft während der Verrichtung ihrer Tätigkeit immer wieder durch andere Kollegen angesprochen und gefragt wird. An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass fünf der beobachteten sechs Personen examinierte Pflegekräfte waren und vier dieser fünf examinierten Mitarbeiter die Funktion als Schichtleitungen innehatten, was eine verstärkte Mitwirkung an der Organisation der Pflege erfordert.

Die Ergebnisse aus diesen Schichtbeobachtungen im Rahmen der BELUGA-Pilotstudie in einem Altenpflegeheim sind aufgrund der kleinen Stichprobe mit Vorsicht zu interpretieren und lassen keine allgemeingültigen Rückschlüsse auf die Pflegeabläufe in anderen Einrichtungen zu. Sie geben jedoch einen guten Überblick über prototypische Verläufe und relative Anteile von pflegerischen Tätigkeiten im Früh- und Spätdienst eines Altenpflegeheims.

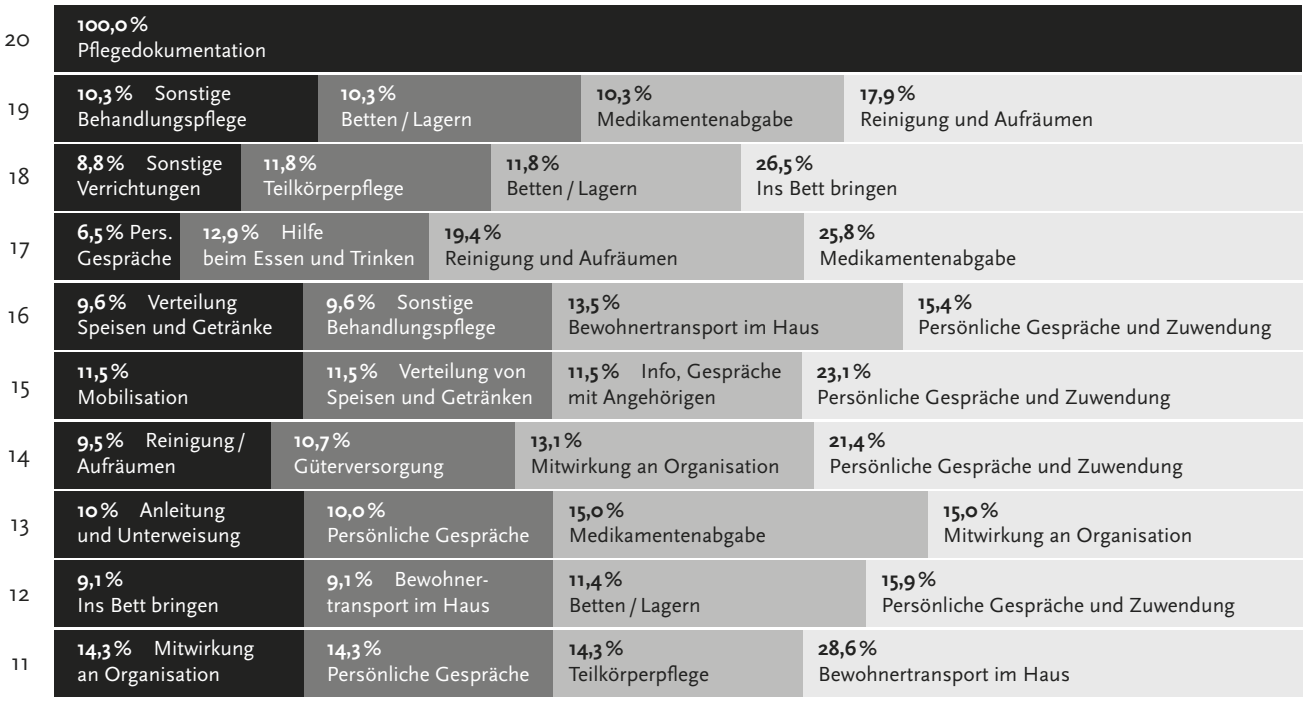


Abb. 2
Häufigste beobachtete Tätigkeiten im Spätdienst des Pflegeheims

Legende: Dargestellt sind relative Häufigkeiten der am häufigsten beobachteten Tätigkeiten einer Pflegekraft im Verlauf einer Spätschicht von 11.45 Uhr bis 20.00 Uhr.

Ergebnisse einer Studie des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen (2002) zeigen, dass sich bezüglich der Leistungsstruktur in Heimen pro Tag und Pflegebedürftigen ca. 133 Minuten für pflegerische Leistungen im unmittelbaren und mittelbaren Kontakt zu Bewohnern ergeben. 63 % (83 Minuten) des Gesamtzeitumfangs fallen auf unmittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen, also Pflegemaßnahmen, welche in direktem Kontakt zu den Bewohnern durchgeführt werden wie beispielsweise das Waschen der Pflegebedürftigen. Was mittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen betrifft, d.h. pflegerische Maßnahmen die nicht in unmittelbarem Kontakt zum Bewohner durchgeführt werden, wie zum Beispiel die Pflegeplanung oder Arbeitsbesprechungen, wird ein Durchschnittswert von 50 Minuten pro Person und Tag berichtet.

Im Mittelpunkt der direkt bewohnerbezogenen Maßnahmen steht die Grundpflege bei Bewohnern, die knapp zwei Drittel (61.7 Minuten) des gesamten Leistungsumfangs ausmacht. Die psychosoziale Betreuung, wie ein Einzelgespräch zwischen Pflegekraft und Bewohner, umfasst 17,2 % der Gesamtleistung und die Behandlungspflege (vorwiegend Medikamentenabgabe) weitere 8,1 %. Beim Pflegeaufwand in der Grundversorgung steht die Körperpflege im Vordergrund, die mit 13,4 Minuten (22 %) pro Person und Tag die meiste Zeit in Anspruch nimmt. Weitere Maßnahmen der Grundversorgung machen jeweils ca. 20 % der gesamten Grundversorgung aus, wie etwa die Hilfe bei Ausscheidungen und Toilettengang sowie bei der Nahrungsaufnahme.

Ein direkter Vergleich dieser Daten mit den BELUGA-Daten ist aufgrund der unterschiedlichen Erhebungsmethoden nicht möglich. Im Bericht des BMFSFJ (2006) wird ausgehend von der Studie des Landespflegeausschusses NRW (2002) konstatiert, dass die Zeit für Maßnahmen in der Grundversorgung knapp kalkuliert ist, so dass es schwierig ist, den individuellen Bedürfnissen der Bewohner bei der Pflege gerecht zu werden.

Pflegeprozess in einem Altenpflegeheim

Der hier beschriebene Pflegeprozess ist idealtypisch und wurde beim Kooperationspartner in Form eines Handbuchs dokumentiert. Er stellt einen Überblick des pflegerischen Ablaufs in groben Zügen dar. Der Ablauf ist ebenfalls exemplarisch für das untersuchte Seniorenheim und nicht als genereller Ablauf in Pflegeeinrichtungen zu verstehen.

Tab. 12
Häufigkeit und Dauer pflegerischer Tätigkeiten in sechs Schichtbeobachtungen in einem Pflegeheim

Beobachtete Tätigkeitskategorien	Häufigkeit		Gesamtdauer (Minuten)	Durchschnittl. Dauer pro Pflegekraft (Minuten)	Durchschnittl. Aufwand pro Pflegekraft (Minuten)
	%	Anzahl			
Verteilung von Speisen/Getränken	9,8	83	204	2,5	34
Persönliches Gespräch/Zuwendung	8,9	76	239	3,1	40
Mitwirkung an der Organisation der Pflege	7,3	62	169	2,7	28
Medikamentenabgabe	6,7	57	128	2,2	21
Reinigungs- und Aufräumarbeiten	5,8	49	223	4,6	37
Betten/Lagern	4,8	41	176	4,3	29
Bewohnertransport/-begleitung im Haus	4,0	34	214	6,3	36
Hilfe bei Nahrungsaufnahme/Trinkaufnahme	3,5	30	145	4,8	24
Hilfe beim zu Bett bringen (Ausziehen, Lagern)	2,6	22	104	4,7	17
Pause	2,5	21	312	14,9	52
Vollständige Körperpflege (Waschen/Duschen/Baden)	2,4	20	140	7,0	23
Hilfe bei der Teilkörperpflege	2,2	19	55	2,9	9
Güterversorgung/-wartung (z. B. Wäsche, Müll)	2,2	19	74	3,9	12

Im Zuge der *Pflegeanamnese* wird ein Stammblatt des neuen Bewohners, welches Grunddaten und eine ärztliche Einschätzung enthält, bei der Aufnahme aufgesetzt. Die Pflegeüberleitungskraft erstellt eine Pflegeersteinschätzung auf der Grundlage der übermittelten Informationen durch einen Selbstauskunftsbogen (Lebensgeschichte, Gewohnheiten) des neuen Bewohners und dessen Angehörigen sowie dem Arzt- bzw. Pflegebericht. Diese Einschätzung wird dem Pflegeteam gleich nach Einzug des Bewohners ausgehändigt und erklärt. Eine sogenannte ›Kennenlernrunde‹ zwischen den Bewohnern, den Angehörigen sowie den Mitarbeitern soll ein gegenseitiges Vertrauen aufbauen und den weiteren Austausch von Informationen fördern.

Bei der *Pflegeplanung* wird vier bis sechs Wochen nach Einzug des Bewohners eine medizinisch-pflegerische Pflegezielplanung sowie eine sozial-pflegerische Pflegeablaufplanung (Probleme, Ursachen und Handlungsbedarf, Bedürfnisse, Abläufe und Umgang) erstellt. Dabei wirken mindestens drei Mitarbeiter mit, wobei angestrebt wird, den Bewohner und dessen Angehörige mit einzubeziehen.

Die *Durchführung der Pflege* erfolgt auf der Basis der Pflegeplanung. Die Pflegedokumentation wird anhand des Berichtsblatts (Einträge im Früh-, Spät- sowie Nachtdienst) erstattet. Sie beschreibt die pflegerischen Sachverhalte für jeden Bewohner. Dabei richten sich die Pflegekräfte nach den Vorlagen zu Maßnahmen der allgemeinen und speziellen Pflege, dem Medikamentenblatt, dem Lagerungs- und dem Bilanzierungsplan, Arztvisiten werden begleitet und Vitalzeichenkontrolle durchgeführt. Für spezielle Fälle wird eine Bedarfsdokumentation (z. B. Wundenbehandlungsblatt, Lagerungsplan) erstellt.

Die *Evaluation der Pflege* wird für jeden Bewohner anhand des Evaluationsblatts und der Pflegeziele einmal pro Monat durchgeführt. Die Evaluierungsübersicht enthält Ziele und Maßnahmen der Pflegeplanung. Bei Veränderungen des Zustandes des Bewohners werden die Ziele und Maßnahmen adäquat angepasst. Zusätzlich dienen die Übergabe und Teambesprechungen auf den Stationen der Evaluation.

3.2 Belastungen in der Altenpflege

Im Folgenden werden Ergebnisse der Analyse psychischer Belastungen sowie physischer Belastungen und Präventionsmaßnahmen in der Altenpflegeeinrichtung des betrieblichen Partners vorgestellt, wie sie mit unterschiedlichen Methoden (Mitarbeiterbefragung, Schichtbeobachtung) auf drei Stationen ermittelt wurden. Mit der Methodenkombination sollte eine validere Beurteilung von psychischen und physischen Belastungen sowohl mit Hilfe einer objektiven, personenunabhängigen Fremdbeurteilung wie auch anhand der Selbstbeobachtungen mit den entwickelten Verfahren zum Belastungsscreening erzielt werden. Die dargestellten Ergebnisse müssen vor dem Hintergrund der exemplarischen Pilotuntersuchung in einer ausgewählten Altenpflegeeinrichtung interpretiert werden und dürfen nicht zu generalisierten Schlüssen führen. Zu beachten ist hierbei auch, dass die ausführlicheren vorläufigen Verfahrensversionen zum Einsatz kamen. Im Anschluss daran werden repräsentative Ergebnisse der BELUGA-Hauptstudie zum Screening der Arbeitsbelastungen in den bayerischen Altenpflegeheimen mithilfe des endgültigen Belastungsscreening TAA – Altenpflege vorgestellt.

Ergebnisse der Selbstbeobachtung zu psychischen Belastungen in der Pilotstudie

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind folgende Hinweise zu beachten: Aufgrund der fünfstufigen Antwortskala (1= ›nein gar nicht‹; 5= ›ja genau‹) lassen sich Belastungsformen mit einem Wert von 3,0 oder höher – d.h. über dem mittleren Skalenniveau – als gestaltungsrelevant charakterisieren. Die Ergebnisdarstellung ist nach den Teilbereichen Organisationale und Soziale Stressoren (Tabelle 13) sowie Widersprüchliche Anforderungen (Tabelle 14) des vorläufigen Belastungsscreening unterteilt.

Formen psychischer Arbeitsbelastungen		MW	SD
1.1	Organisationale Stressoren		
1.1.1	Belegung der Station	2,10	1,09
1.1.2	Unsichere Information	2,25	1,03
1.1.3	Fluktuation / Absentismus	2,66	0,88
1.2	Soziale Stressoren	2,12	0,64

Tab. 13
Organisationale und soziale Stressoren (n=41)

Wertebereich der Skalen [1; 5];
MW: Mittelwert;
SD: Standardabweichung

Tab. 14
Widersprüchliche Anforderungen (n=41)

Wertebereich der Skalen [1; 5];
MW: Mittelwert;
SD: Standardabweichung

Formen psychischer Arbeitsbelastungen		MW	SD
2.1	Aufgabenunspezifische Überforderungen		
2.1.1	Überforderung durch Bewohner: Gesundheitszustand	2,52	0,77
2.1.2	Überforderung durch bewohner: Persönlichkeit	2,08	0,57
2.1.3	Arbeitsumgebung / Arbeitsplatz	2,11	0,67
2.2	Aufgabenimmanente Überforderungen		
2.2.1	Zeitdruck bei unspezifischen zeitlichen Festlegungen	2,67	1,00
2.2.2	Zeitdruck bei spezifischen zeitlichen Festlegungen	2,20	0,64
2.3	widersprüchliche Aufgabenziele	2,26	0,74
2.4	Lernbehinderungen	2,31	0,76
2.5	Regulationshindernisse		
2.5.1	Informatorische Erschwerungen	2,26	0,72
2.5.2	Motorische Erschwerungen	1,79	0,55
2.5.3	Unterbrechungen durch Personen	2,71	0,58
2.5.4	Unterbrechungen durch Funktionsstörungen	1,85	0,60
2.5.5	Unterbrechungen durch Blockierungen	2,56	0,79
2.6	Folgen widersprüchlicher Anforderungen		
2.6.1	Fehlhandlungen / Riskantes Handeln	2,01	0,68
2.6.2	Zusätzlicher Handlungsaufwand	2,19	0,76
2.6.3	Erhöhter Handlungsaufwand	2,68	0,94

Alle drei Facetten organisationaler Stressoren waren beim betrieblichen Partner eher gering ausgeprägt. Am stärksten zeigten sich Belastungen durch Fluktuation und Absentismus, die daraus resultieren, dass häufige Personalwechsel oder Abwesenheiten für die anwesenden Mitarbeiter Mehrarbeit und erhöhten organisatorischen Aufwand verursachen. Die Werte zu den sozialen Stressoren fielen ebenfalls niedrig aus. Die Belegung der Station ebenso wie unsichere Informationen wiesen eine etwas breitere Streuung auf, was auf Unterschiede zwischen den Stationen hindeutet.

Ähnlich wie bei den organisationalen und sozialen Stressoren waren auch die Belastungsfaktoren im Bereich widersprüchlicher Arbeitsanforderungen insgesamt moderat ausgeprägt (vgl. Tabelle 14). Kein einziger Mittelwert lag oberhalb eines kritischen Werts von 3,0. Bei den Standardabweichungen zeigte sich lediglich für den Zeitdruck bei unspezifischen zeitlichen Festlegungen ein Wert über 1,0. Dies lässt vermuten, dass der

allgemeine, durch hohes Arbeitsvolumen bedingte Zeitdruck auf den Stationen vergleichsweise stark variiert.

Die Abbildung 3 stellt die drei jeweils am stärksten und am wenigsten stark ausgeprägten Merkmale psychischer Arbeitsbelastungen beim betrieblichen Partner übersichtlich gegenüber. Es ist erkennbar, dass die Beschäftigten die Unterbrechungen von Arbeitsabläufen durch Personen als Hauptbelastung einstuften.

Bei einer detaillierteren Betrachtung der Ergebnisse auf Itemebene zeigte sich, dass besonders Unterbrechungen durch Klingeln des Telefons (MW = 3,25) und weil man von Kollegen gerufen wird (MW = 3,10) als spezifische Belastungsaspekte dominierten. Hingegen waren Unterbrechungen bedingt durch Angehörige (MW = 2,42) als auch durch unerwartete Termine der Bewohner (MW = 1,95) eher nachrangig. Weiterhin sahen die Pflegekräfte ihre Tätigkeit durch einen erhöhten Handlungsaufwand beeinträchtigt, wobei die Notwendigkeit unter ungünstigen Umständen konzentriert und aufmerksam zu arbeiten (MW = 3,18) als besonders ausgeprägt eingestuft wurde. Auch der generelle Zeitdruck wurde von den Pflegekräften noch als eine vergleichsweise stark ausgeprägte Belastung gewertet. Der Umstand, immer wieder zu viel auf einmal zu tun zu haben, führt die Rangliste der Einzelitems in dieser Skala an (MW = 2,83).

Fehlhandlungen, riskantes Handeln, Unterbrechungen durch Funktionsstörungen und motorische Erschwerungen wurden hingegen kaum als substanzielle Belastungen eingestuft. Die Werte bewegen sich durchweg auch auf Itemebene in einem unkritischen Bereich.

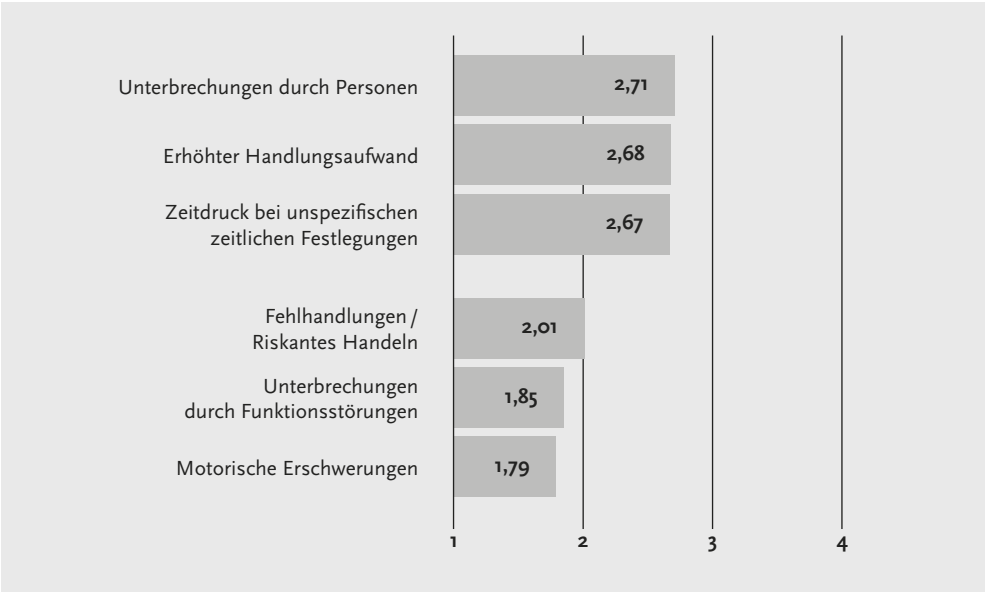


Abb. 3
Stärkste und schwächste Arbeitsbelastungen im Altenpflegeheim des betrieblichen Partners

Zusammenfassend lässt sich auf Grundlage der Selbsteinschätzungen feststellen, dass die psychischen Belastungen in der untersuchten Altenpflegeeinrichtung nicht besonders stark ausgeprägt sind. Die Ergebnisse zeigen, dass Arbeitsunterbrechungen und Zeitdruck vorrangige Belastungsschwerpunkte in der Altenpflegetätigkeit beim betrieblichen Partner sind.

Ergebnisse der Schichtbeobachtungen zu psychischen Belastungen in der Pilotstudie

Zur Analyse psychischer Belastungen in der Altenpflege wurden im Rahmen der BELUGA-Pilotstudie auch Ganzschichtbeobachtungen auf den drei Stationen des betrieblichen Partners durchgeführt. Während der Schichtbeobachtungen auf den drei Stationen wurde auch das Auftreten von Regulationshindernissen protokolliert. Regulationshindernisse sind Formen der psychischen Belastung, die besonders gut für eine Fremdbeobachtung zugänglich sind. Dazu gehören informatorische Erschwerungen, motorische Erschwerungen, Unterbrechungen durch Personen, Unterbrechungen durch Funktionsstörungen und Unterbrechungen durch Blockierungen. Diese Belastungsmerkmale waren auch in dem Belastungsscreening enthalten, so dass sich Möglichkeiten für einen direkten Vergleich zwischen den verschiedenen Informationsquellen und Perspektiven (Fremd- vs. Selbstbeurteilung) bieten. In Tabelle 15 sind die Häufigkeiten dieser Belastungsformen während der sechs Schichtbeobachtungen dargestellt. Es wird nach Früh- und Spätdienst unterschieden.

Tab. 15
Beobachtete Regulationshindernisse

Formen von Regulationshindernissen	Frühschicht	Spätschicht	Gesamt
Informatorische Erschwerungen	11	7	18
Motorische Erschwerungen	4	3	7
Unterbrechungen durch Personen	104	63	167
Unterbrechungen durch Funktionsstörungen	1	1	2
Unterbrechungen durch Blockierungen	5	2	7
Gesamt	**125**	**76**	**201**

Aus den Resultaten der Ganzschichtbeobachtungen wird deutlich, dass die Unterbrechungen durch Personen als Hauptquelle psychischer Belastungen mit weitem Abstand dominieren. Die Einzelaspekte zu dieser Form von Regulationshindernissen werden nachfolgend detaillierter dargestellt (vgl. Tabelle 16). Zudem konnten mehrfach informatorische Erschwerungen beobachtet werden. Hierbei fehlen für die Arbeit notwendige Informationen: »Wo im Haus hält sich Herr Müller auf?«, wenn ein Bewohner versorgt werden muss; man ist mangelhaft über Patienten informiert worden: »Wurde der Blutzucker gestern gemessen?«; Informationen sind unklar: »Ist der Bewohner in Zimmer 23 bereits gewaschen?«. Selten konnten motorische Erschwerungen beobachtet werden. Geräte/Hilfsmittel erschweren die Bedienung oder Benutzung: Zum Beispiel stehen statt Schnabeltassen nur einfache Tassen bei einer Bewohnerin zur Verfügung; Tätigkeiten müssen in beengten Räumlichkeiten durchgeführt werden: Zum Beispiel engen mehrere Beschäftigte und die beiden Speisewagen den Raum in der Küche stark ein; die Handhabung eines Geräts ist umständlich und mühevoll: Das Infusionsgerät kann etwa nur mit einem bestimmten, nicht vorhandenen Gefäß bestückt werden.

Da die untersuchte Pflegeeinrichtung erst vor einem Jahrzehnt neu gebaut wurde, konnten aufgrund der guten räumlichen Situation kaum Hindernisse in Fluren und Zimmern oder bauliche Mängel (z. B. zu enge Flure, zu enge Türen) beobachtet werden. Unterbrechungen durch Funktionsstörungen wurden nahezu gar nicht beobachtet, hin und wieder jedoch Unterbrechungen durch Blockierungen. Beispielsweise Verzögerungen

im Arbeitsablauf durch fehlende Pflegemittel: nicht vorhandene Handschuhe auf dem bestückten Pflegewagen verhindern rechtzeitiges Waschen; Wartezeiten: beim Transport eines Bewohners muss man länger auf den Fahrstuhl warten; in einem Zweibettzimmer ist das Bad durch die Zimmernachbarin blockiert und die Bewohnerin kann nicht zur Toilette begleitet werden.

Da die Unterbrechungen durch Personen mit großer Häufigkeit zu beobachten waren, wurde nach den jeweiligen Quellen der Unterbrechung eine detailliertere Auswertung vorgenommen. Die Tabelle 16 zeigt die Resultate, getrennt nach Personengruppe und Früh-/Spätschicht.

Formen von Arbeitsunterbrechungen	Frühschicht	Spätschicht	Gesamt
Unterbrechung durch Pflegekraft	47	33	80
Unterbrechung durch Bewohner	37	19	56
Unterbrechung durch Angehörige	5	6	11
Unterbrechung durch Sonstige*	14	5	19
Gesamt	**103**	**63**	**166**

Tab. 16
Beobachtete Unterbrechungen durch Personen

*** z. B. Ärzte, Haustechniker**

Tabelle 16 zeigt, dass in den begleiteten Schichten besonders die Kolleginnen die eigenen Arbeitsabläufe unterbrechen. Häufig war zu beobachten, dass um Hilfe bei einem anderen Patienten gebeten wird. Dies kann zum einen durch die Sprechanlage erfolgen: »Bin gerade im Zimmer 31 und brauch Hilfe auf Toilette« oder dadurch bedingt sein, dass die Pflegekraft persönlich ins Zimmer kommt und um Hilfe bittet. Auch wenn dies zum Teil bereits in der Besprechung am Schichtanfang abgesprochen wurde oder mittlerweile bei der Versorgung mancher Bewohner selbstverständlich ist, muss die aktuelle Tätigkeit zumeist unterbrochen und nach der Hilfeleistung neu aufgenommen werden. Insbesondere beim Lagern und Heben schwerer Bewohner wurde um kollegiale Hilfe ersucht. Häufig zu beobachten waren auch Anreden durch Kollegen bezüglich der weiteren Organisation der Pflege oder bestimmter Fragen zu Bewohnern. Bei den beobachteten Pflegefachkräften war zudem zu beobachten, dass Pflegeschüler um Anleitung baten bzw. bei bestimmten Pflegeverrichtungen um Ratschlag oder Hilfe ersuchten. Insbesondere bei einer Praxisanleiterin konnten sehr häufige Unterbrechungen durch die zu betreuende Pflegeschülerin registriert werden.

Weiterhin waren Unterbrechungen durch Bewohner zu beobachten. Hier konnten die unterschiedlichsten Gründe und Anliegen registriert werden. Diese reichten vom Läuten der Alarmglocke: »Ich komme nicht wieder hoch im Bad«; über Fragen von Bewohnern auf dem Gang »Welcher Tag ist denn heute?«, »Wo bleibt denn das Frühstück«; bis hin zu einfachem Suchen nach Zuwendung und persönlichem Gespräch: »Hallo Schwester!« »Wohin gehen Sie denn so schnell?«. Aktivere Bewohner klopften an die Tür des Schwesternzimmers, brachten Geschirr zur Schwester oder ersuchten um ihre Wäsche.

In detaillierteren Analysen zeigte sich, dass die Unterbrechungen besonders auf dem Flur auftraten (ca. 40 %). Hier halten sich tagsüber viele Bewohner auf, die dort teilweise ihre Mahlzeiten einnehmen (in dieser Einrichtung das Frühstück) oder nach einer Pflegekraft suchten, wenn Sie Hilfe oder Rat brauchten.

Interessanterweise traten bei unseren Beobachtungen wenige Unterbrechungen durch Angehörige auf. Dies kann zum einen damit zusammenhängen, dass sich die Angehö-

rigen bei Anwesenheit eines Beobachters eher an eine andere Pflegekraft wenden. Zum anderen besteht in der untersuchten Einrichtung eine sehr gute Zusammenarbeit mit den Angehörigen, so dass hier vielleicht wenig Gründe für das unvermittelte Ansprechen und Einbeziehen der Pflegekräfte gegeben sind. Typische Unterbrechungen durch Angehörige beinhalteten die Fragen nach der Versorgung des Angehörigen »Hat meine Mutter die Medikamente bereits erhalten?« oder den Zustand des Bewohners »War sie letzte Nacht wieder so lange auf?«. Zumeist konnten sogenannte Alltagsgespräche mit Erkundigung nach dem Befinden beobachtet werden. Bei der Restkategorie Unterbrechungen durch sonstige Personen wurden Störungen durch technisches Personal, Ärzte oder Therapeuten (»Ich muss zu Frau Schulze, wo ist sie?«) oder ehrenamtlichen Helfern (»Kann ich die Bewohnerin zu einem Spaziergang mitnehmen?«) beobachtet. Auch wenn am Stationstelefon Anrufe von Außen eingingen, fällt dies in diese Kategorie.

Was die Unterscheidung nach Früh- und Spätdienst in Tabelle 16 angeht, so wurden in der Frühschicht deutlich mehr Unterbrechungen registriert, vermutlich weil morgens mehr Pflegekräfte im Dienst sind und auch die Bewohner viel mehr versorgt werden müssen als in der Spätschicht. Bei den ohnehin geringen Unterbrechungen durch Angehörige gibt es keinen Unterschied.

Obwohl diese Ergebnisse auf Grundlage der kleinen Stichprobe nicht verallgemeinerungsfähig sind, so zeigen sie doch typische Belastungsmomente in der alltäglichen Pflegearbeit im Altenheim. Bedingt durch den guten baulichen Zustand des Heimes traten kaum motorische Erschwerungen und Blockierungen auf, jedoch erweisen sich insbesondere die Unterbrechungen durch Personen und die informatorischen Erschwerungen als vergleichsweise häufig zu beobachtende Belastungsfaktoren und potenzielle Quellen von psychischem Stress.

Ergebnisse der Selbstbeobachtung zu physischen Belastungen in der Pilotstudie

In Tabelle 17 sind die Mittelwerte und Streuungen zu den Risiken und Präventionsmaßnahmen im Bereich körperlicher Belastungen dokumentiert. Bei der Interpretation der Werte ist Folgendes zu beachten: Niedrige Werte für die Skalen zu *Risiken* sind positiv zu bewerten. Je niedriger der Mittelwert, desto geringer wird das entsprechende Gesundheitsrisiko von den Befragten eingestuft. Hingegen sind bei den Skalen zur *Prävention* hohe Werte positiv zu beurteilen: Je höher hier der Mittelwert ist, desto mehr sind präventive Hilfsmittel bei der Arbeit vorhanden bzw. werden benutzt.

Im Bereich der Risiken resultierten im Altenpflegeheim des betrieblichen Partners bei den Skalen ›Risiken beim Heben, Tragen, Lagern‹, ›Infektionsrisiken‹, ›Umgang mit Gefahrenstoffen‹ und ›Dermatoserisiken‹ Mittelwerte, die teilweise deutlich über dem kritischen Skalenmittel von 3,0 liegen. Diese körperlichen Belastungen sind demnach in der Pflegetätigkeit der untersuchten Altenpflegeeinrichtung substanziell ausgeprägt. Hingegen lagen die ›Risiken für Latexallergie‹ und das ›Risiko von Stich- und Schnittverletzungen‹ in einem unkritischen Bereich. Die Skalen zu den Präventionsmaßnahmen wiesen Mittelwerte deutlich oberhalb des Kriteriums auf. In besonderem Maße werden in der untersuchten Einrichtung Schutzmaßnahmen gegenüber Infektionen und gegenüber Stich- und Schnittverletzungen getroffen. Was die Ergonomie bei Bildschirmarbeit anbelangt, so sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu bewerten, da in dem untersuchten Heim nicht alle Beschäftigten an Bildschirmarbeitsplätzen tätig sind. Dadurch bedingt ist bei dieser Skala nur eine geringe Antworthäufigkeit zu verzeichnen gewesen. Aus diesem Grund wurden solche Aspekte im Screening der BELUGA-Hauptstudie nicht mehr erfasst.

Erfreuliche Ergebnisse resultierten auch bei den Aspekten zur AuG-Schutz-Kultur und der darauf orientierten Führung in der Einrichtung. Dagegen ergab sich bei der Skala ›AuG-Schutz-Veranstaltungen‹ ein niedriger Wert, der insbesondere dadurch zu Stande kommt, dass Mitarbeiter kaum an Stressbewältigungstrainings und betrieblichen Gesundheitszirkeln teilnehmen. Solche Angebote wurden in der Einrichtung nicht offeriert.

Formen von physischen Belastungen und Präventionsmaßnahmen	MW	SD
Risiken beim Heben, Tragen, Lagern	3,80	0,49
Prävention beim Heben, Tragen, Lagern	4,07	0,39
Infektionsrisiken	3,28	0,72
Prävention von Infektionen	4,41	0,52
Risiko für Latexallergie	2,73	1,19
Prävention von Latexallergie	4,22	0,70
Umgang mit Gefahrenstoffen	2,75	1,08
Risiko von Stich- und Schnittverletzungen	2,56	1,01
Prävention von Stich- und Schnittverletzungen	4,34	0,79
Dermatoserisiken	3,79	0,65
Prävention von Dermatosen	4,32	0,50
Prävention im Umgang mit Gefahrenstoffen	4,12	0,75
Ergonomie bei Bildschirmarbeit	(2,14)*	(1,14)*
AuG-Schutz-Kultur	3,52	0,91
AuG-Schutz orientierte Führung	3,49	0,82
AuG-Schutz-Veranstaltungen	2,09	0,83

Tab. 17
Physische Belastungen und Präventionsmaßnahmen
(n=41)

Wertebereich der Skalen [1; 5];
MW: Mittelwert;
SD: Standardabweichung;
*** geringe Antworthäufigkeit**

Hier zeigten sich für den betrieblichen Partner Möglichkeiten, neue Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu etablieren.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Bereiche Heben, Tragen und Lagern sowie Dermatosegefahr die gravierendsten physischen Belastungsfaktoren in der untersuchten Altenpflegeeinrichtung darstellten. Ein weiteres, nennenswertes Risiko bestand mit den Infektionsgefahren. Erfreulicherweise ließ sich aber auch feststellen, dass bezüglich der Prävention von physischen Belastungen Hilfsmittel und Ressourcen in der Regel vorhanden waren und auch von den Mitarbeitern genutzt wurden.

Ergebnisse der Schichtbeobachtungen zu physischen Belastungen in der Pilotstudie

In den sechs Schichtbeobachtungen wurden ausgewählte – gut beobachtbare – physische Belastungen und Maßnahmen zu deren Prävention protokolliert. Gegenstand der Analyse waren das Heben, Tragen und Lagern, problematische Körperhaltungen (z. B. körperfernes Tragen, gebückte Haltung), Dermatosegefahren, Kontakt mit Latex, sowie die jeweils entsprechenden Präventionsmaßnahmen. In Tabelle 18 ist die Auftretenshäufigkeit der physischen Belastungen und der Präventionsmaßnahmen beim betrieb-

Tab. 18
Beobachtete physische Belastungen mit und ohne Präventionsmaßnahmen

Formen von physischen Belastungen	Frühschicht	Spätschicht	Gesamt
Heben/Tragen ohne Hilfsmittel	19	19	38
Heben/Tragen mit Hilfsmitteln	4	2	6
Lagern ohne Hilfsmittel	8	11	19
Lagern mit Hilfsmitteln	2	3	5
Problematische Körperhaltung	39	22	61
Feuchtarbeit ohne Schutz	4	7	11
Feuchtarbeit mit Schutz	12	17	29
Desinfektion	6	6	12
Kontakt mit Körperflüssigkeiten ohne Schutz	–	–	–
Kontakt mit Körperflüssigkeiten mit Schutz	8	12	20
Gefahr von Stich-/Schnittverletzungen	1	–	1
Kontakt mit Latex	1	15	16
Gesamt	**104**	**114**	**202**

lichen Partner dargestellt. Dabei sind die körperlichen Belastungen und die Schutzmaßnahmen wieder nach Früh- und Spätschicht differenziert.

Die Ergebnisse aus den sechs Schichtbeobachtungen in der Einrichtung weisen ebenfalls auf einen deutlichen Belastungsschwerpunkt im Bereich Heben, Tragen und Lagern (insgesamt 38 beobachtete Ereignisse) und auf das Verrichten von Arbeiten in ungünstiger Körperhaltung hin (61 Ereignisse). Beide Belastungen waren häufig miteinander verknüpft. So mussten relativ oft Patienten von den Pflegekräften körperfern oder mit gebeugtem Rumpf angehoben werden. Hilfsmittel wurden beim Heben, Tragen und Lagern vergleichsweise selten eingesetzt, wobei hier zu bemerken ist, dass das automatische Anheben des Betts oder das Verstellen der Kopflehne hier nicht erfasst wurden. Sehr häufig wurden von den beobachteten Pflegekräften Feuchtarbeiten verrichtet (insgesamt 40 Ereignisse). In den meisten Fällen wurden aber zur Dermatose- wie auch zur Infektionsprävention Schutzhandschuhe benutzt. In 11 Fällen wurde jedoch auf eine Verwendung von Handschuhen verzichtet. Zumeist war dies der Fall, wenn schnell eingegriffen werden musste oder Schutzhandschuhe nicht mitgeführt wurden.

Auf Grund der Stichprobengröße ist dieses Ergebnis kaum zu verallgemeinern. Die Unterschiede könnten auch auf individuelle Präferenzen der beobachteten Pflegekräfte zurückzuführen sein. Der Kontakt mit latexhaltigen Materialien (in aller Regel: Handschuhe) war recht unterschiedlich. Manche Pflegekräfte nutzten nur latexfreie Handschuhe aus Vinyl, andere verwendeten beide.

Was den Vergleich der beiden Schichten anbelangt, so zeigen sich die Spaltensummen der Belastungen nahezu ausgeglichen. Ein größerer Unterschied zeigt sich lediglich bei der Arbeit in problematischer Körperhaltung, die in der Frühschicht – bedingt durch

häufigere Grund-, Ganzkörperpflege und aus dem Bett bringen – deutlich häufiger zu beobachten war.

Exemplarischer Belastungsvergleich zwischen Stationen in der Pilotstudie

Da die Organisation und der Ablauf der Pflege sich nahezu vollständig innerhalb der Stationen vollzieht, ermöglicht eine stationsbezogene Analyse eine bessere Beurteilung der jeweiligen Belastungssituation. Wie bereits erwähnt, sind Mittelwerte über 3,0 in der Selbstbeurteilung von Belastungsbedingungen als gestaltungsrelevant zu bewerten. Daher wurde zuerst geprüft, welche Merkmale dieses Kriterium überschreiten. Tabelle 19 zeigt die Ergebnisse.

Die anhand des vorläufigen Belastungsscreening von den Altenpflegekräften der drei Stationen beim betrieblichen Partner selbst eingestuften Belastungsmerkmale erreichen nur auf Station A kritische Ausprägungen. Hier sind die Belastungen durch Fluktuation/ Absentismus und erhöhten Handlungsaufwand als gestaltungsbedürftig zu bewerten. Wenn auch das Kriterium von 3.0 nicht überschritten wurde, so erweisen sich erhöhter Zeitdruck bei unspezifischen zeitlichen Festlegungen, Lernbehinderungen, informatorische und motorische Erschwerungen sowie Unterbrechungen durch Funktionsstörungen als vergleichsweise hoch ausgeprägt. Bei den beiden anderen Stationen – B und C – ergaben sich keine nennenswerten, kritischen Ausprägungen. Im zweiten Schritt ging es nun darum, durch Mittelwertvergleiche signifikante Unterschiede zwischen den Stationen

Station im Altenpflegeheim	Erhöhte Belastungsformen	MW
Station A	Fluktuation / Absentismus Erhöhter Handlungsaufwand	3,10 3,13
Station B	keine	–
Station C	keine	–

Tab. 19
Erhöhte Belastungsgrade nach Stationen

Wertebereich der Skalen [1;5];
MW: Mittelwert

zu finden. Signifikante Vergleiche könnten darauf hindeuten. dass hinsichtlich der Belastungssituation zwischen den Stationen maßgebliche Unterschiede bestehen. Tabelle 20 zeigt die Ergebnisse einer einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA).

Bei den Aspekten Überforderung durch die Arbeitsumgebung, widersprüchliche Aufgabenziele und Lernbehinderungen ergaben sich statistisch signifikante Unterschiede

Formen psychischer Belastungen	Station / MW	Station / MW	p
Arbeitsumgebung	A / 2,54	C / 1,74	0,01
Widersprüchliche Aufgabenziele	A / 2,75	C / 1,95	0,02
Lernbehinderungen	A / 2,68	B / 1,96	0,04

Tab. 20
Stationsvergleich (ANOVA) zur psychischen Belastung

Wertebereich der Skalen [1; 5];
MW: Mittelwert;
p: statistische Signifikanz

zwischen einzelnen Stationen. Auffällig hierbei war, dass die Station A eine durchweg ausgeprägtere Belastung aufweist. Aus den vergleichsweise wenigen signifikanten Belastungsunterschieden (3 der möglichen 54 Paarvergleiche bei 3 Stationen und 18 Belas-

tungsmerkmalen) ist zu schließen, dass die Belastungssituation auf den jeweiligen Stationen recht ähnlich sein dürfte und sich eben nur in wenigen Aspekten unterscheidet.

Mit den Daten der Ganzschichtbeobachtungen wurden keine stationsbezogenen Vergleiche durchgeführt, da die Zahl der Beobachtungen (N = 2) pro Schicht und Station zu gering war und mögliche Präferenzen der beobachteten Pflegekräfte in der Durchführung und Organisation der Arbeitsabläufe nicht zwingend repräsentative Rückschlüsse auf verallgemeinerbare Charakteristika der Stationen zulassen.

Belastungssituation in der Altenpflege – Ergebnisse der BELUGA-Hauptstudie

Im Anschluss an die ausführliche Beschreibung zu den psychischen und physischen Arbeitsbelastungen, die im Rahmen der Pilotstudie in einem Altenpflegeheim durch eine Mitarbeiterbefragung und durch Schichtbeobachtungen ermittelt wurden, sollen nun die Ergebnisse der bayernweiten Hauptstudie vorgestellt werden. In die Ergebnisdarstellung fließen die Daten von 1.848 Pflegekräften in 111 beteiligten Altenpflegeheimen in Bayern ein.

Abbildung 4 gibt einen Überblick über die Arbeitsbelastungen in der BELUGA-Hauptstudie. Dargestellt sind die Mittelwerte der verschiedenen Belastungsformen. Ergänzend werden in Tabelle 21 die Mittelwerte und Standardabweichungen aufgeführt und exemplarische Beispiele für die jeweiligen Merkmale genannt. Die Items des Belastungsscreening TAA – Altenpflege und ihre Zuordnung zu den Skalen und Merkmalen finden sich im Anhang.

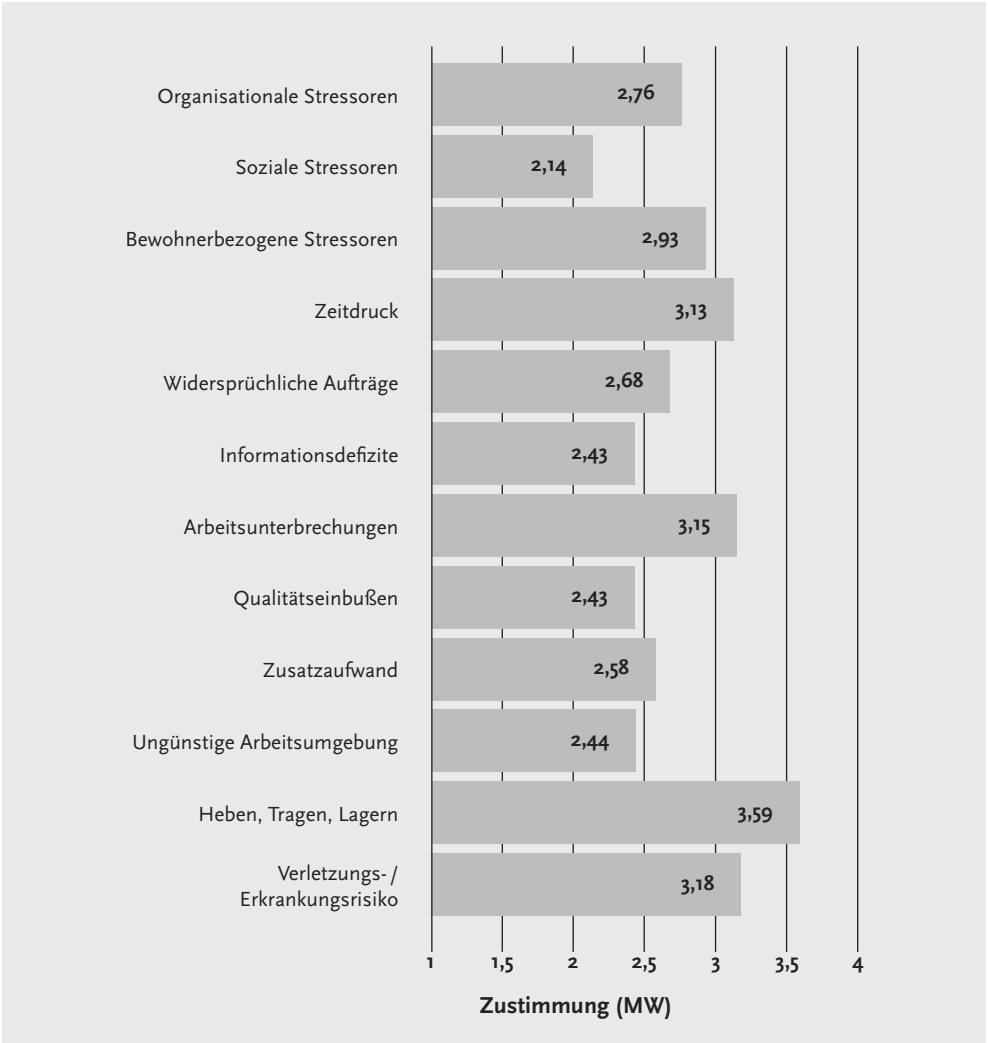


Abb. 4
Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege
(n = 1848 Altenpflegekräfte in 111 Altenpflegeheimen)

Legende:
(1) = nein gar nicht;
(5) = ja genau;
Gestaltungsempfehlung bei Werten von ≥ 3,0.

Arbeitsbelastungen	Beispiele	MW	SD
Organisationale Stressoren	Probleme wegen Abwesenheiten, Personalwechsel, Arbeitsplatzunsicherheit	2,76	0,85
Soziale Stressoren	belastende Zusammenarbeit mit Kollegen, Vorgesetzten, Bewohnern, Angehörigen	2,14	0,69
Bewohnerbezogene Stressoren	Belastung durch demente, sterbende, deprimierte Bewohner	2,93	0,89
Zeitdruck	zu viel auf einmal zu tun, enge Terminvorgaben	3,13	0,92
Widersprüchliche Aufträge	Aufgaben, für die man nicht zuständig ist; die nicht zum gewünschten Ergebnis führen	2,68	0,91
Informationsdefizite	fehlende Informationen bei der Arbeit	2,43	0,88
Arbeitsunterbrechungen	Unterbrechungen durch andere Personen, z. B. Telefon klingelt	3,15	0,90
Qualitätseinbußen	Fehler oder regelwidriges Verhalten wegen ungünstigen Umständen	2,43	0,92
Zusatzaufwand	Tätigkeiten wegen ungünstigen Umständen neu beginnen, wiederholen müssen	2,58	0,94
ungünstige Arbeitsumgebung	Ungünstige räumliche Bedingungen, Lärm, Lichtverhältnisse, lange Wege	2,44	0,78
Heben, Tragen, Lagern	schwere Bewohner heben, lagern	3,59	0,93
Verletzungs-/Erkrankungsrisiken	Infektionsgefahren, Dermatosegefahren, Gefahrenstoffe	3,18	1,02

Tab. 21
Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege
(n = 1848 Altenpflegekräfte in 111 Altenpflegeheimen)

Wertebereich der Skalen:
(1) = nein gar nicht; (5) = ja genau;
Gestaltungsempfehlung bei Werten ≥ 3,0.

Die Ergebnisse in Abbildung 4 und in Tabelle 21 zeigen Folgendes: Am stärksten ausgeprägt sind in der stationären Altenpflege die physischen Belastungen durch Heben, Tragen und Lagern sowie in Form von Verletzungs- und Infektionsrisiken. Im Bereich der psychischen Belastungen führen Arbeitsunterbrechungen und Zeitdruck die Rangliste an. Im mittleren Maß werden auch bewohnerbezogene Stressoren genannt. Vergleichsweise günstig fallen die Ergebnisse zu den sozialen Stressoren mit Kollegen/Vorgesetzten aus. Informationsprobleme, Qualitätseinbußen und die Arbeitsumgebung auf den Stationen bilden die geringsten Belastungen.

Diese Ergebnisse decken sich weitgehend mit den zuvor dargestellten Befunden aus der Pilotstudie. Damit kann davon ausgegangen werden, dass die ermittelten Befunde zur Belastungssituation der Altenpflegekräfte im Altenpflegeheim des betrieblichen Partners weitgehend der Situation in der stationären Altenpflege in Bayern entsprechen.

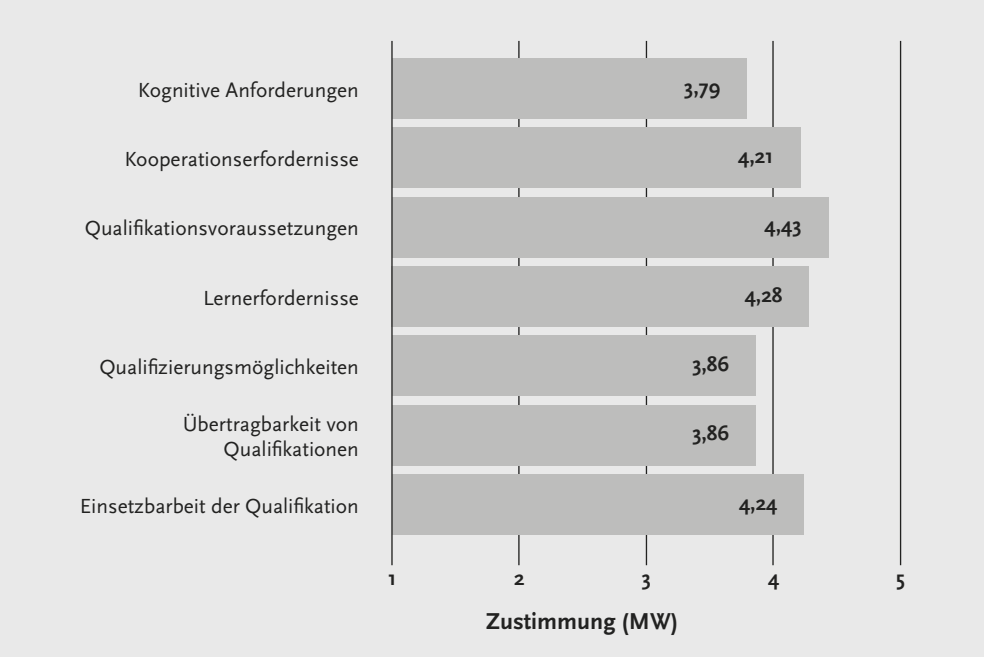
3.3 Anforderungen und Ressourcen in der Altenpflege

Während es sich bei den zuvor dargestellten Arbeitsbelastungen in ihrer Form um ungünstige Merkmale der Arbeit handelt, die negativ zu bewerten sind, weil sie zu Fehlbeanspruchungen der Pflegekräfte führen, gelten die psychischen Anforderungen und Ressourcen wie sie mit dem Screening TAA – Altenpflege ermittelt wurden, als positive und wünschenswerte Merkmale der Arbeit. Psychische Anforderungen tragen dazu bei, dass Pflegekräfte ihre Qualifikationen und Kompetenzen in der täglichen Arbeit einsetzen und im Idealfall darüber hinaus erweitern können. Anforderungen fördern somit Lernen und Kompetenzentwicklung der Pflegekräfte. Im Screening wurden neben den kognitiven Anforderungen und den Kooperationserfordernissen insbesondere Aspekte der Qualifizierung berücksichtigt. Dabei wurde sowohl nach den qualifikatorischen Voraussetzungen und den Lernerfordernissen der Arbeit in der Altenpflege gefragt, wie auch Chancen zum Einsatz der vorhandenen Qualifikation in und außerhalb der Arbeit sowie zur Erweiterung der Qualifikation etwa im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen untersucht.

Ressourcen sind erforderlich, um Anforderungen und Belastungen in der Arbeit angemessen bewältigen zu können. Wir unterscheiden zwischen aufgabenbezogenen Ressourcen, bei denen es neben der Transparenz von Aufgaben und Abläufen auf der Station insbesondere um eigene und gemeinschaftliche Einflussmöglichkeiten im Sinne von Tätigkeitsspielräumen und Partizipationschancen im Heim geht. Darüber hinaus wurden personelle und räumliche Ressourcen auf ihre Angemessenheit für die Aufgabenerledigung hinterfragt und soziale Ressourcen im Sinne von guter Zusammenarbeit und gutem sozialem Klima untersucht.

Abb. 5
Psychische Anforderungen in der stationären Altenpflege (n = 1.848 Altenpflegekräfte in 111 Altenpflegeheimen)

Wertebereich der Skalen: (1) = nein gar nicht; (5) = ja genau; Gestaltungsempfehlung bei Werten ≤ 3,0.



In der Abbildung 5 sowie in Tabelle 22 werden die Ergebnisse der BELUGA-Hauptstudie zu den psychischen Anforderungen vorgestellt. Es zeigt sich, dass der Anforderungsgehalt der Arbeit in der Altenpflege von den Mitarbeitern als durchaus hoch erlebt wird. So wird etwa konstatiert, dass die Arbeit in der Altenpflege besondere Fachkenntnisse, soziale Fähigkeiten und praktische Fertigkeiten erfordert und auch die Notwendigkeit besteht, diese Qualifikationen in der Arbeit zu erweitern. Ebenso erfreulich ist aus arbeitspsychologischer Sicht, dass die Pflegekräfte der Meinung sind, die in der Ausbildung erworbenen Qualifikationen gut einsetzen zu können und nicht etwa – gegenüber dem

Anforderungen in der Arbeit	Beispiele	MW	SD
Kognitive Anforderungen	Abwechslungsreiche Arbeit, eigene Entscheidungen treffen	3,79	0,71
Kooperationserfordernisse	Erfordernis eng mit Kollegen, Vorgesetzten zusammen-zuarbeiten	4,21	0,75
Qualifikationsvoraussetzungen	Besonderes Fachwissen, soziale Fähigkeiten und praktische Fertig-keiten erforderlich	4,43	0,61
Lernerfordernisse	Erwerb von neuem Fachwissen, sozialen Fähigkeiten etc. erfor-derlich	4,28	0,71
Qualifizierungsmöglichkeiten	Arbeit bietet Chancen, Fachwissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten zu er-weitern	3,86	0,89
Übertragbarkeit von Qualifikationen	Möglichkeit, Fachwissen, Fähig-keiten, Fertigkeiten anderweitig einzusetzen	3,86	0,84
Einsetzbarkeit der Qualifikation	Einsetzbarkeit des Fachwissens, der Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Arbeit	4,24	0,69

Tab. 22
Psychische Anforderungen in der stationären Altenpflege (n = 1.848 Altenpflegekräfte in 111 Altenpflegeheimen)

Wertebereich der Skalen:
(1) = nein gar nicht; (5) = ja genau;
Gestaltungsempfehlung bei Werten ≤ 3,0.

Qualifikationsstand – in der täglichen Arbeit unterfordert zu sein. Zudem erfordert die Altenpflegetätigkeit eine gute Kooperation mit Kollegen, Vorgesetzten und anderen Personen und stellt auch kognitive Anforderungen an die Mitarbeiter.

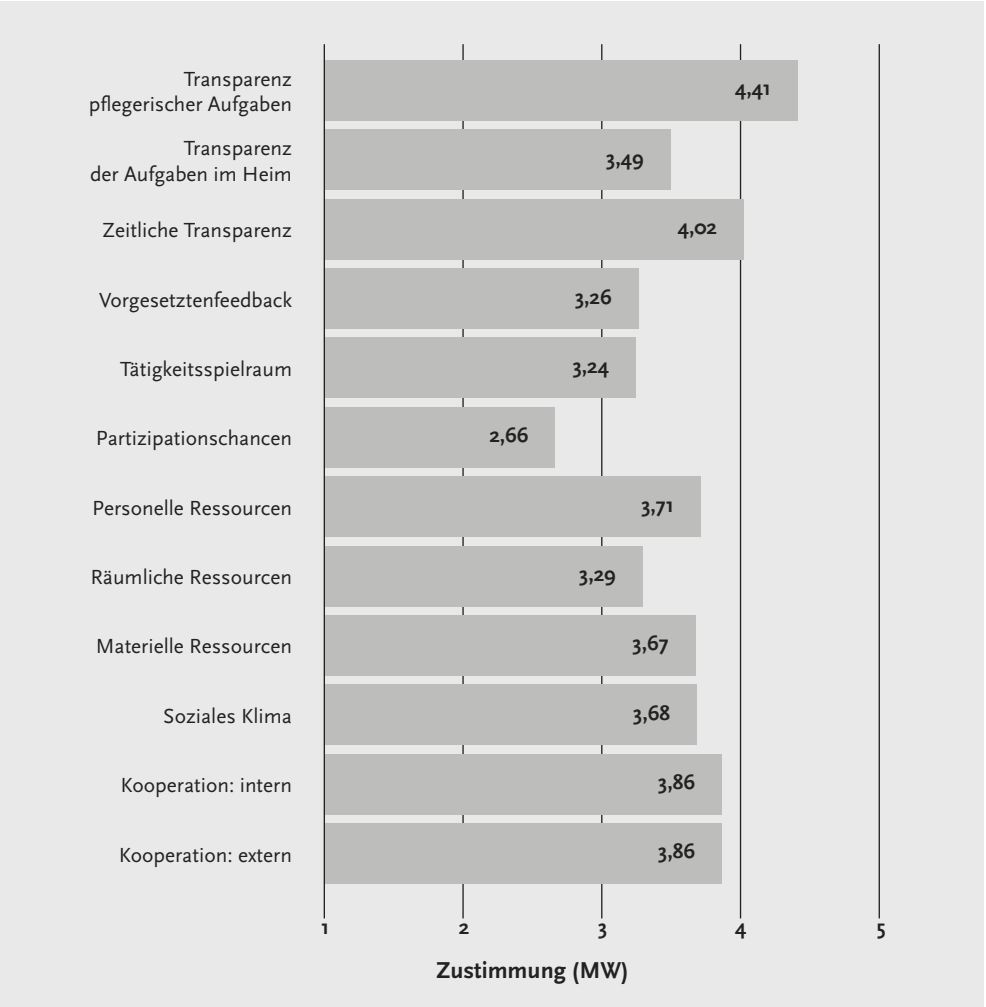
Wenn die Altenpflegetätigkeit bisweilen als eine ›einfache‹ Dienstleistungstätigkeit bezeichnet wird, so wird dieses Vorurteil anhand der Ergebnisse aus der BELUGA-Hauptstudie durchgängig widerlegt. Vielmehr zeigen sich im Bereich der kognitiven und qualifikatorischen Anforderungen wie auch bei den Qualifizierungsmöglichkeiten keine nennenswerten Gestaltungserfordernisse für die stationäre Altenpflege.

Abbildung 6 und Tabelle 22 fassen die Ergebnisse zu den aufgabenbezogenen, personellen, materiellen und sozialen Ressourcen bei der Arbeit in der stationären Altenpflege in vergleichbarer Weise zusammen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Altenpflegekräfte sehr genau wissen wofür sie zuständig sind, wie die zeitlichen Abläufe sind und wofür andere Personen im Heim zuständig sind. Etwas verhaltener, aber noch in einem positiven Bereich fallen die Ergebnisse zu den Tätigkeitsspielräumen und zum Vorgesetztenfeedback aus. Hingegen lassen sich klare Defizite bezüglich der Mitbestimmungsmöglichkeiten bei übergreifenden stationsbezogenen Entscheidungen feststellen. Personelle, materielle und soziale Ressourcen werden ebenfalls eher positiv eingestuft, während die räumlichen Ressourcen etwas moderater, aber noch insgesamt positiv beurteilt werden.

Abb. 6
Ressourcen bei der Arbeit in der stationären Altenpflege
(n = 1.848 Altenpflegekräfte in 111 Altenpflegeheimen)

Wertebereich der Skalen:
(1) = nein gar nicht; (5) = ja genau;
Gestaltungsempfehlung bei Werten ≤ 3,0.



Ressourcen in der Arbeit	Beispiele	MW	SD
Transparenz pflegerischer Aufgaben	Wissen um den eigenen Zuständigkeitsbereich, den der Kollegen	4,41	0,63
Transparenz der Aufgaben im Heim	Wissen um den Zuständigkeitsbereich der Vorgesetzten, anderer Bereiche im Heim	3,49	0,99
Zeitliche Transparenz	Wissen, wann Termine, Aufgaben, Arbeitsspitzen auftreten	4,02	0,74
Vorgesetztenfeedback	Klare Rückmeldung des Vorgesetzten zu eigener Arbeitsleistung, Arbeitsverhalten	3,26	1,12
Tätigkeitsspielraum	Arbeitsmittel, Arbeitsablauf, Arbeitsziele selbständig bestimmen können	3,24	0,77
Partizipationschancen	Einfluss auf Dienstpläne, Ausstattung, Personalentscheidungen der Station	2,66	0,89
Personelle Ressourcen	Ausreichende Ausstattung mit examinierten und nichtexaminierten Pflegekräften	3,71	1,05
Räumliche Ressourcen	Ausreichende Ausstattung mit Arbeits-, Besprechungs-, Aufenthaltsräumen	3,29	1,13
Materielle Ressourcen	Ausreichende Ausstattung mit Arbeitsmitteln, Mobiliar	3,67	0,86
Soziales Klima	Vertrauensvolles Verhältnis mit Kollegen, Vorgesetzten, anderen Personengruppen	3,68	0,71
Kooperation: intern	Gute Zusammenarbeit mit Kollegen, Stationsleitung, anderen internen Gruppen	3,86	0,64
Kooperation: extern	Gute Zusammenarbeit mit Ärzten, Krankenhäusern, anderen externen Diensten	3,86	0,60

Tab. 23
Ressourcen bei der Arbeit in der stationären Altenpflege
(n = 1.848 Altenpflegekräfte in 111 Altenpflegeheimen)

Wertebereich der Skalen:
(1) = nein gar nicht; (5) = ja genau;
Gestaltungsempfehlung bei Werten ≤ 3,0.

4

Interaktion in der Altenpflege

4.1 Interaktionsarbeit – Kernaufgabe der Humandienstleistung

In der personenbezogenen Dienstleistung hat die Interaktion zwischen Dienstleistern und Klienten einen direkten, bisweilen entscheidenden Einfluss auf die Qualität der Arbeit. Interaktion ist ein wechselseitiger Prozess und in hohem Maße situativ geprägt. Die Klienten müssen hierbei als mehr oder weniger eigenständig handelnde Subjekte verstanden werden bzw. dürfen umgekehrt keinesfalls als ›Objekte‹ der Dienstleistungsarbeit missverstanden werden – eine Gefahr wie sie bei bloßer Übertragung von etablierten Konzepten der Arbeitsforschung auf die personenbezogene Dienstleistung besteht. Mit der ›Ko-Produktionsthese‹ (Badura, 1995, vgl. auch Weigl, 2006) wird der Klient nicht einfach als Konsument, sondern als ein Ko-Akteur in einer komplexen Beziehung verstanden. Seine Rolle ist in Bezug auf die Qualität und den Erfolg der Dienstleistung fast ebenso wichtig wie die des Dienstleisters. Eine inadäquate Interaktion zwischen Dienstleister und Klient birgt nicht nur Risiken für die Dienstleistungsqualität, sondern darüber hinaus Einbußen für die Lebensqualität beider Akteure, nicht selten – etwa im Falle der Gesundheitsdienstleistung – sogar Gefahren für das Leben der Klienten.

Wir verstehen Interaktionsarbeit als die Kernaufgabe der personenbezogenen Dienstleistung. Bereits in der Vergangenheit gab es Forschung zu typischen Merkmalen interaktiver Arbeit, etwa zur Funktion von Emotionen in der Arbeit. Insofern ist diese Betrachtungsweise keineswegs neu. Bislang standen solche Ansätze jedoch unverbunden nebeneinander und wurden erstmalig mit dem Konzept der Interaktionsarbeit (Büssing & Glaser, 1999) systematisch verknüpft. *Interaktionsarbeit* wurde mit dieser Verknüpfung als ein breit angelegtes Konzept definiert, das kognitive, kommunikative und emotionsbezogene Aufgaben in der Arbeit mit Klienten umfasst, unter objektivierbaren Bedingungen stattfindet und individuelle Handlungsstrategien der Dienstleister impliziert.

Bislang ist noch wenig bekannt zu den förderlichen, strukturellen und arbeitsorganisatorischen Voraussetzungen von Interaktionsarbeit. Ebenso sind die spezifischen Wirkungen der Interaktionsarbeit noch vergleichsweise wenig erforscht; dies sowohl mit Blick auf das Arbeitsleben der Dienstleister wie auch auf die Qualität der Dienstleistung. Hier besteht in vielen Feldern der personenbezogenen Dienstleistung noch ein großer Nachholbedarf. Anzuknüpfen ist dabei an Erkenntnisse, die sich auf den Zusammenhang zwischen Emotionsarbeit und Gesundheitsbeeinträchtigungen der Dienstleister beziehen (z. B. Büssing & Glaser, 1999; Nerdinger & Röper, 1999; Zapf, 2002).

Zu den strukturellen Voraussetzungen von Interaktionsarbeit lassen sich vor allem rechtliche, ökonomische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen zählen. Gerade in der Pflege spielen Aspekte, wie zum Beispiel die finanzielle Abrechnungsfähigkeit pflegerischer Leistungen, eine wichtige Rolle für die alltägliche Interaktion mit den Patienten – nicht zuletzt deshalb, weil sie sich häufig als hemmende Faktoren für Interaktionsarbeit erweisen (z. B. personelle Engpässe, die ausführlichere Gespräche mit Patienten verhindern).

Arbeitsbedingungen, die mit unterschiedlichen Formen der Arbeitsteilung und der Arbeitsorganisation festgelegt sind und die sich aus arbeitspsychologischer Sicht in Anforderungen, Belastungen und Ressourcen von Arbeitsaufgaben manifestieren, stellen weitere Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für Interaktionsarbeit dar. Und nicht zuletzt können auch individuelle Faktoren als Voraussetzungen für Interaktionsarbeit geltend gemacht werden, wie zum Beispiel Persönlichkeitsmerkmale, Einstellungen und Kompetenzen der Dienstleister ebenso wie der Leistungsempfänger, welche in die Interaktionsprozesse eingebracht werden. Weitere Einflussfaktoren und Komponenten der Interaktionsarbeit sowie potenzielle Wirkungen für Klienten und Mitarbeiter werden bei Böhle und Glaser (2006) ausführlich vorgestellt und diskutiert.

Altenpflege ist eine personenbezogene Dienstleistung. Ein Kernelement der Tätigkeit ist die Interaktion mit den Pflegebedürftigen. Die Arbeit mit und am Bewohner beinhaltet vielfältige Anforderungen der Kommunikation miteinander und der wechselseitigen

Kooperation. Belastungen in der Interaktion mit alten, zum Teil körperlich und geistig schwer kranken Menschen wurden bislang nur unzureichend systematisch untersucht. Die Bewohner im Altenheim werden in der Regel – im Unterschied zur stationären Krankenpflege und zur ambulanten Pflege – bis zum Tod von den Pflegekräften versorgt und psychosozial betreut. Diese interaktiven Beziehungen sind langfristig und enden zwangsläufig mit einem ›Misserfolg‹ – dem Tod des Bewohners. Aber nicht nur Belastungen durch Tod und Sterben können Stress verursachen, sondern auch die Arbeit an und mit den vielfältigsten Bewohnerpersönlichkeiten. Dies reicht von aggressiven bis hin zu launischen oder missmutigen Bewohnern (vgl. Kruse & Schmitt, 1999). Aber auch der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen beeinflusst nicht nur den Pflegebedarf sondern maßgeblich auch die Art und Weise der Interaktion. Belastungsschwerpunkte können hier durch demente, verwirrte, depressive Bewohner entstehen. In Situationen, in der die Kommunikation zwischen Pflegekraft und Bewohner erschwert ist, wird das Verhalten der Bewohner oft unberechenbar. Viele Bewohner sind nicht mehr in der Lage, die Notwendigkeit pflegerischer Handlungen zu erkennen und zu unterstützen (z. B. Intimpflege). In solchen Situationen sind Konflikte etwa im Spannungsfeld der Intentionen von Pflegekräften (›gute körperliche Pflege‹) und von Bewohnern (›Vermeidung von Schmerz etc.‹) bisweilen unvermeidbar (Dunkel & Rieder, 2001).

Neben den unmittelbar zu versorgenden Bewohnern sind Pflegebedürftige wiederholt in Interaktion mit Angehörigen und gesetzlichen Betreuern. Belastungen durch unrealistische Erwartungen von Angehörigen an eine individuelle und umfassende Versorgung oder intrafamiliäre Konflikte, welche an die Pflegekräfte herangetragen werden, sind hier nur als Beispiele genannt. Viele solcher interaktiven Arbeitsbelastungsmomente im Umgang mit pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen sind mit dem Konzept der Interaktionsarbeit von Büssing und Glaser (1999, 2003b) thematisiert. Bei der Erforschung von Interaktionsarbeit in der personenbezogenen Dienstleistung wurden unter anderem auch Methoden zur Analyse von Interaktionsarbeit für den Bereich der stationären Altenpflege entwickelt und exemplarisch erprobt (Büssing et al., 2001). Hierzu zählen standardisierte Fragebogeninstrumente zur Analyse von Interaktionscharakteristika, Bedingungen von Interaktionsarbeit, zur Gefühlsarbeit (Arbeit an/mit fremden Gefühlen) und zur Emotionalen Arbeit (Regulierung eigener Gefühle). Ein wesentlicher methodischer Baustein ist hier auch ein Beobachtungsverfahren zur Analyse von Interaktionen zwischen den Beschäftigten und Bewohnern bzw. deren Angehörigen.

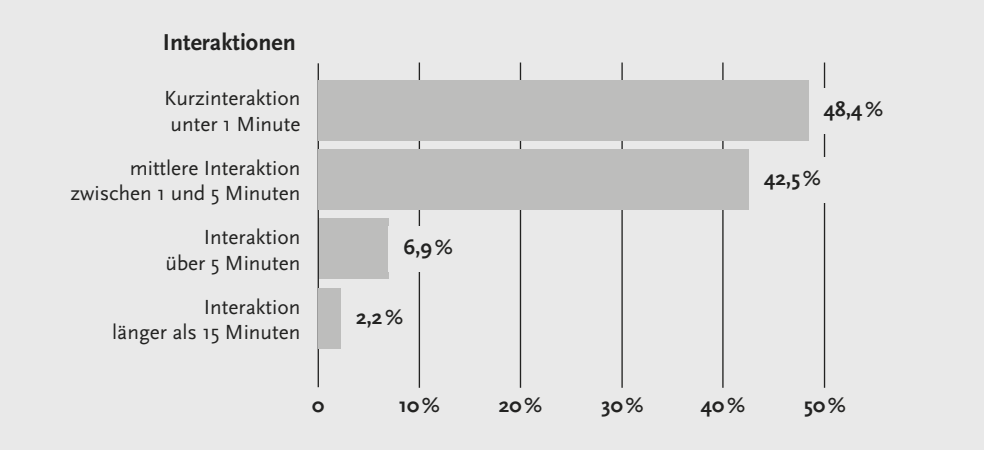
4.2 Interaktion zwischen Pflegekräften und Bewohnern

Der Interaktion zwischen Pflegekräften und Bewohnern, sowie auch Angehörigen oder anderer Personengruppen, welche bei der Pflege und Betreuung von Bewohnern involviert sind, kommt in der Altenpflege eine wichtige Rolle zu. Sie haben einen bedeutenden, direkten Einfluss auf die Qualität der Arbeit der Pflegekräfte, die Lebensqualität der Bewohner und letztendlich auch der Pflegekräfte (vgl. Böhle & Glaser, 2006).

Um Erkenntnisse über den Verlauf und die Formen der Interaktionsarbeit zwischen Bewohnern und Pflegekräften zu erhalten, sollen in diesem Abschnitt zunächst einige Ergebnisse vorgestellt werden, welche mittels Methoden zur Analyse von Interaktionsarbeit für den Bereich der stationären Altenpflege (Büssing et al., 2001) erhoben wurden. Neben standardisierten Fragebogeninstrumenten zur Analyse von Interaktionscharakteristika, Bedingungen von Interaktionsarbeit, Gefühlsarbeit (Arbeit an/mit fremden Gefühlen) und Emotionaler Arbeit (Regulierung eigener Gefühle), stellt das Beobachtungsverfahren einen wesentlichen methodischen Baustein dar. Es wurden daher Schichtbeobachtungen durch geschulte Beobachter beim betrieblichen Kooperationspartner durchgeführt, um die Interaktionen zwischen den Beschäftigten und Bewohnern sowie deren Angehörigen anhand von Interaktionsepisoden und ihrer Dauer, Initiierung und Formen differenziert zu analysieren.

Im Rahmen von sechs Ganzschichtbeobachtungen in einem Altenpflegeheim im Rahmen der BELUGA-Pilotstudie wurden solche Interaktionsepisoden beobachtet und ausgewertet. Die Ergebnisse der Beobachtung bezüglich der Dauer von Interaktionsepisoden zeigen, dass knapp 50 % aller Interaktionen zwischen den Pflegekräften und Bewohnern bzw. deren Angehörigen oder anderen Pflegekräften sehr kurz ausfallen, d.h. weniger als ein Minute betragen (vgl. Abbildung 7). Weitere 42 % der Interaktionen dauern zwischen einer und fünf Minuten. Interaktionen, welche länger als fünf Minuten zwischen Pflegekraft und Bewohner stattfinden, wurden lediglich bei 7 % der Interaktionen beobachtet. Sehr lange Interaktionen, welche länger als 15 Minuten andauern, waren nur in 2 % der Episoden zu beobachten. Ergebnissen von Experteninterviews zufolge wurde deutlich, dass die kurze Dauer der Interaktionen unter anderem auch auf den vorhandenen Zeitdruck der Pflegekräfte zurückgeführt werden kann. Warum zum Großteil kurze Interaktionen zwischen Pflegekräften und Bewohnern stattfinden, wird von einer Schwester folgendermaßen beschrieben: »Also, Zeitdruck und wenig Arbeitskräfte machen das nicht möglich. Da haben sie keine Zeit. Das ist leider so. Das ist zusätzlich eine Belastung, wenn man halt einfach weiß, derjenige bräuchte jetzt einfach eine Stück mehr Betreuung und man kann es ihm einfach nicht geben. Oder man huscht da zwei Minuten zum einen Bewohner und muss dann schon wieder schauen, das man weitermacht, weil andere warten.«

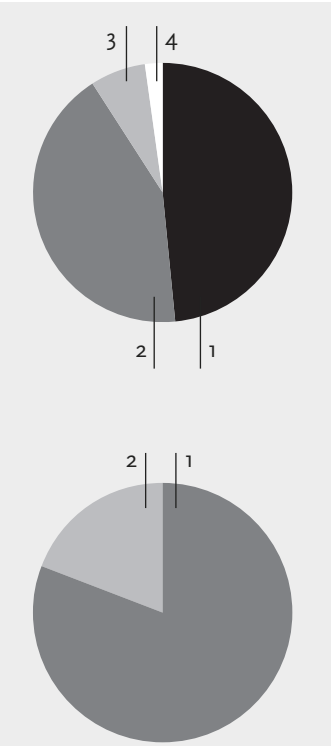
Abb. 7
Dauer von Interaktionsepisoden in der Altenpflege



Ein weiterer wichtiger Aspekt einer Interaktion besteht darin, von welchem Partner die Interaktion ausgeht. Die folgende Tabelle 24 verdeutlicht, dass die Interaktionen zu einem sehr hohen Prozentsatz (80,9 %) von den beobachteten Pflegekräften ausgegangen sind. Dabei wurden Interaktionen beispielsweise durch folgende Fragen von Seiten der Pflegekräfte gegenüber dem Bewohner initiiert: »Wie geht es Ihnen denn heute?« oder »Wollen wir ein wenig spazieren gehen?«, um mit ihm ein Gespräch zu beginnen oder ihn zu mobilisieren. Im Gegensatz dazu sind die von den Bewohnern oder Angehörigen ausgehenden Interaktionen in 19,1 % der Fälle veranlasst worden. Beispielsweise wurden Fragen zur Pflegeorganisation oder zum momentanen Zustand des zu versorgenden Bewohners an die beobachtete Pflegekraft herangetragen, wie die Frage eines Angehörigen: »Hat mein Vater heute viel geschlafen, Schwester?«. Die Ergebnisse zeigen, dass den Pflegekräften bei der Initiierung der Interaktion die maßgebliche Rolle zukommt.

Wenn zwischen Pflegekraft und Bewohner/Angehörigen eine Interaktion stattfindet, so zeigt sich in Tabelle 25, dass in einem Großteil der beobachteten Fälle (75 %) die Interaktion zwischen der beobachteten Pflegekraft und einem Bewohner/ Angehörigen oder einer anderen Pflegekraft wechselseitig ausgeführt wurde. Beide Seiten haben sich also aktiv an der Interaktion beteiligt. Bei rund einem Viertel (25 %) aller Interaktionsepisoden ist die Kommunikation hingegen einseitig und somit nur von der Pflegekraft

Dauer der Interaktion	Häufigkeit	Anzahl
1 Kurzinteraktion unter 1 Minute	48,4 %	282
2 Mittlere Interaktionsdauer zwischen 1 und 5 Minuten	42,5 %	248
3 Interaktion zwischen 5 bis 15 Minuten	6,9 %	40
4 Interaktion länger als 15 Minuten	2,2 %	13
Initiierung der Interaktion	**Häufigkeit**	**Anzahl**
1 Pflegekraft initiiert	80,9 %	361
2 Bewohner / Angehöriger / andere Pflegekraft initiiert	19,1 %	85



Tab. 24
Dauer und Initiierung der Interaktionsepisoden

getragen worden. Die meisten dieser einseitigen Interaktionen haben mit schwerst pflegebedürftigen Personen stattgefunden, welche sich nicht mehr aktiv an der Interaktion beteiligen können. Um eine schwerstpflegebedürftige Bewohnerin, die sich nicht mehr artikulieren konnte, empathisch und gut zu pflegen, hat eine beobachtete Pflegekraft ihre Pflegehandlungen während der Körperpflege mit den Worten begleitet: »Ich werde jetzt Ihr Gesicht waschen, das haben Sie doch gern Frau Meier?«.

Umgekehrt war bei einem kaum nennenswerten Prozentanteil von 0,6 % zu verzeichnen, dass von Seiten eines Bewohners/Angehörigen eine Interaktion einseitig gegenüber der beobachteten Pflegekraft erfolgte. Bitten, Wünsche oder auch nur Bemerkungen von Bewohnern zogen nahezu immer eine Form der wechselseitigen Interaktion mit der Pflegekraft nach sich. Dass auf nahezu alle Interaktionsinitiierungen der Bewohner reagiert wurde, spricht für die Bereitschaft der Pflegekräfte, auf die Bedürfnisse der Bewohner bei der Pflege und Betreuung direkt einzugehen und somit auch eine positive Versorgungs- und Lebensqualität der Bewohner zu erhalten.

Es wurden drei Arten von Interaktionen unterschieden, wie aus Tabelle 25 ersichtlich wird.

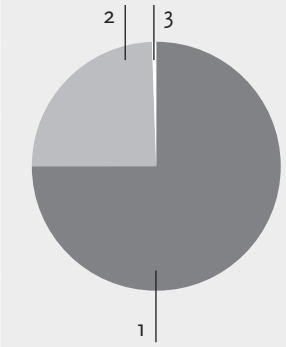
1 In über der Hälfte der beobachteten Fälle (54,9 %) waren die Interaktionen zwischen Pflegekraft und anderen Beteiligten als *sozioemotional während einer Verrichtung* zu kennzeichnen. Ein Beispiel hierfür wären etwa Gespräche über den letzten Angehörigenbesuch, während die zu pflegende Person zugleich gewaschen wird oder »Heute gibt es Ihr Lieblingsessen Frau Meier, wie zu Hause … freuen Sie sich schon?« bei der Verteilung von Essen. Die Pflegesituation ist demnach der Auslöser für die Interaktion, jedoch nicht Inhalt der Kommunikation.
2 In 13,5 % der Fälle waren die Interaktionen *rein sozioemotional* außerhalb der Verrichtung der Tätigkeit der Pflegekraft. Dies bedeutet, dass sich die Pflegekraft unabhängig von rein pflegerischen Tätigkeiten mit einem Bewohner bzw. Angehörigen unterhalten bzw. beschäftigt hat, wie z. B. einer Bewohnerin zur Beruhigung eine Geschichte erzählen oder die Lieblingsmusik vorspielen.
3 Eine *rein verrichtungsbezogene* Interaktion umfasst demgegenüber allein Informationen oder Fragen, die relevant für die Ausübung der momentanen Pflegehandlungen sind.

Zu 31,6 % wurden die Interaktionen mit reinem verrichtungsbezogenen Inhalt bzw. einer Sachinformation begleitet. Meist hat die beobachtete Pflegekraft bei dieser Form der Interaktion den Bewohnern kurz erklärt, welche pflegerischen Handlungen sie gerade durchführt: »Ich werde Sie jetzt waschen. Können Sie sich bitte hier festhalten«.

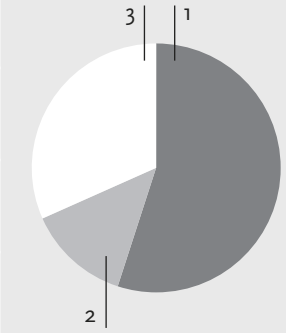
Zusammengefasst kann auf der Basis der Ganzschichtbeobachtungen gesagt werden, dass sehr viele Interaktionen zwischen den Bewohnern, Angehörigen und Pflegekräften

Tab. 25
Richtung und Inhalt der Interaktionsepisoden

Richtung der Interaktion	Häufigkeit	Anzahl
1 wechselseitige Interaktion	74,9 %	349
2 beobachtete Pflegekraft interagiert einseitig –> Bewohner / Angehörige / andere Pflegekraft	24,5 %	114
3 Bewohner / Angehörige / andere Pflegekraft interagiert einseitig –> beobachtete Pflegekraft	0,6 %	3



Inhalt der Interaktion	Häufigkeit	Anzahl
1 sozioemotional während Verrichtung	54,9 %	245
2 sozioemotional außerhalb Verrichtung	13,5 %	60
3 verrichtungsbez. Inhalt / Sachinfo	31,6 %	141



stattfanden, diese jedoch zum Großteil nur sehr kurz (weniger als 1 Minute) bis eher kurz (1 bis 5 Minuten) ausgefallen sind. Dabei wurden drei Viertel der Interaktionsepisoden wechselseitig zwischen Pflegekraft und zu Pflegenden ausgeführt. In 25 % der Fälle wurde die Interaktion einseitig durch die Pflegekräfte durchgeführt, wobei dies meist bei schwerstpflegebedürftigen Bewohnern zu beobachten war. Was den Inhalt der Interaktionen betrifft, so waren bei über der Hälfte der beobachteten Fälle (54,9 %) sozioemotionale Inhalte während einer pflegerischen Handlung zu verzeichnen. Bei 31,6 % der Episoden wurden rein verrichtungsbezogene Inhalte beobachtet, welche sich ausschließlich auf die Durchführung der Pflegehandlungen bezogen. Im Gegensatz dazu fanden rein sozioemotionale Inhalte, bei denen sich die Pflegekraft den Bewohnern ohne eine begleitende Pflegehandlung persönlich zuwendet, nur in 13 % der beobachteten Interaktionsepisoden statt.

4.3 Förderung der Interaktion in der Altenpflege

Ganzheitliche Pflege erweist sich nicht nur für Mitarbeiter, sondern auch für Bewohner als besonders vorteilhaft. Aus Sicht der Mitarbeiter bieten sich bei pflegerischer Arbeit in vollständigen Aufgabenstrukturen hinreichende Arbeitsanforderungen, etwa in Form von Abwechslungsreichtum, Verantwortung und Lernerfordernissen. Weiterhin zeigen sich

geringere Arbeitsbelastungen, z. B. Arbeitsunterbrechungen, Informations- und Koordinationsprobleme. Darüber hinaus bietet ganzheitliche Pflege den Mitarbeitern mehr tätigkeitsbezogene Ressourcen, etwa in Form von erweiterten Entscheidungs- und Handlungsspielräumen, die zur Bewältigung der vielfältigen Arbeitsanforderungen und -belastungen genutzt werden können (vgl. Glaser, 2006).

Mit Blick auf die Interaktionsarbeit zwischen Pflegekräften und Bewohnern lassen sich bei ganzheitlicher Pflege stabilere soziale Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Klienten herausbilden und das Prinzip einer ›offenen, situativen‹ Planung besser umsetzen, was einen wichtigen Schritt zur Förderung von Interaktionsarbeit darstellt. Dies wird jedoch nur dann erreicht, wenn die jeweiligen Rahmenbedingungen und Merkmale von Interaktionsarbeit berücksichtigt werden. Bezugspflege als idealtypische Form der ganzheitlichen Pflege impliziert eine individuelle Interaktion zwischen Bezugspflegekraft und Klient, die weitere Maßnahmen der Reorganisation von Arbeitsprozessen nahelegt. Eine Delegation bestimmter Dienstleistungen an Pflegehilfskräfte unter Aufsicht der Bezugspflegekraft kann die Bezugspflegekraft im Hinblick auf ihre Interaktionsanforderungen im Dienstleistungsprozess entlasten. Die Koordination von Dienstleistungen anderer Berufsgruppen für den Patienten (z. B. Diagnostik und Therapie sowie Versorgung) durch die Bezugspflegekraft macht Leistungsprozesse nicht nur transparenter, sondern ermöglicht auch erst das abgestimmte, auf Bewohner ausgerichtete individuelle Vorgehen.

Bei ganzheitlicher Pflege sind Pflegekräfte für eine kleinere Zahl von Bewohnern zuständig. Somit ist der Zeitanteil erhöht, den die Pflegekraft mit einem bestimmten Bewohner verbringt. Mit höherem Anteil an Zeit, d. h. Häufigkeit und/oder Dauer der Interaktion zwischen Pflegekraft und Klient, bieten sich günstigere Voraussetzungen in den Prozess der Ko-Produktion einzutreten. Wechselseitige und mehr emotionsbezogene Interaktionen treten gegenüber einseitigen verrichtungsbezogenen Interaktionen in den Vordergrund. Hierdurch verändern sich auch Qualifikationsanforderungen für Interaktionsarbeit und deren konkrete inhaltliche Ausformung (Gefühlsarbeit, Emotionale Arbeit, Subjektivierendes Arbeitshandeln). Erforderlich sind weitere betriebsorganisatorische Voraussetzungen wie etwa angemessene personelle, zeitliche und materiell-räumliche Ressourcen (z. B. ausreichende Zahl geübter und rechtlich befugter Fachkräfte, Zeitspielräume, angemessene Arbeitsmittel oder geeignete räumliche Bedingungen).

Die Implementierung des Pflegeprozesses ist einerseits Voraussetzung für Ko-Produktion und notwendige Bedingung für Interaktionsarbeit, mit Blick auf die Wirksamkeit auch für eine qualitätsorientierte Pflege. Andererseits lassen sich die spezifische Kenntnis der Pflegeprobleme und Ressourcen der Bewohner, die Formulierung individueller Pflegeziele, die Ableitung spezifischer Pflegemaßnahmen und nicht zuletzt die Erfolgsbewertung pflegerischen Handelns nur bei häufigeren, länger andauernden, wechselseitigen Interaktionen zwischen Pflegekraft und Bewohner verwirklichen.

Anforderungen und anforderungsgerechte Ressourcen in der Arbeit können vermittelt über Prozesse der Kompetenzentwicklung auch der Interaktionsarbeit zugute kommen. Von spezifischem Interesse sind hierbei Zusammenhänge zwischen allgemeinen Arbeitsanforderungen (z. B. Abwechlsungsreichtum, Kooperationserfordernisse) und Qualifikationsanforderungen. Neuartige Qualifikationsanforderungen an die Interaktion mit Bewohnern werden vermutlich von jenen Pflegekräften besser gemeistert, die im Umgang mit variablen oder anforderungshaltigen Aufgaben in ihrer Arbeit bereits geübt sind. Des Weiteren basiert speziell die Herstellung einer empathischen Beziehung auf der sozialen Kompetenz der Pflegekräfte, die sich je nach Klient mit Häufigkeit, Dauer und Art der Interaktion weiterentwickelt. Zusammenhänge zwischen allgemeinen aufgabenbezogenen (Transparenz, Tätigkeitsspielräume, Partizipation) und speziellen interaktionsbezogenen Ressourcen (z. B. Interaktionsspielraum) sind ebenfalls offenkundig, denn Interaktionsspielräume sind nur dann nutzbar, wenn Handlungsspielräume vorliegen, die es generell ermöglichen, die zeitliche Abfolge und Art der Erledigung von Arbeitshandlungen selbständig zu bestimmen.

In eigenen Untersuchungen wurde belegt (vgl. Büssing & Glaser, 1999; Glaser, 2006), dass die Reorganisation hin zu einem ganzheitlichen Pflegesystem auch mit neuartigen Formen der Belastung einhergehen kann (z. B. Interaktionsstress). Pflegekräfte können durch Aspekte der Persönlichkeit bzw. der Gesundheit des Bewohners überfordert sein, z. B. wenn Demenz oder schwierige Persönlichkeitsmerkmale von Klienten die Informationsaufnahme im Pflegeprozess behindern. Bedingt durch diese und weitere an die Interaktion mit Klienten geknüpfte soziale Stressoren entwickeln Pflegekräfte bisweilen Vermeidungsstrategien (z. B. Tausch der Zuständigkeit für einen Bewohner mit einer Kollegin). Solches Vermeidungsverhalten verhindert nicht nur klientenorientierte Pflege, sondern kann Lernprozesse für Interaktionsarbeit beeinträchtigen. Andere Formen von Arbeitsbelastungen wie zum Beispiel Unterbrechungen (durch Telefonanrufe, durch Angehörige), Zeitdruck, widersprüchliche Ziele etc. wirken sich ebenfalls störend auf die Interaktionsarbeit mit den Klienten aus.

Der Umgang mit Gefühlen ist ebenfalls ein wesentlicher Bestandteil der Pflege. Gelingt das emotionale Zusammenspiel in der Interaktion zwischen Pflegekräften und Bewohnern, so erleichtert dies nicht nur die Pflegearbeit, sondern kann weitaus vielschichtigere positive Folgen haben. Beispielsweise kann ein gelungenes emotionales Zusammenspiel bei den Pflegekräften die Erfahrung von Kompetenz und Selbstwirksamkeit in der Interaktion aufbauen und fördern. Wesentlich scheint diesbezüglich, die Kompetenz für Emotionsarbeit und Gefühlsarbeit durch geeignete Maßnahmen der Qualifizierung für die Pflegekräfte zu verbessern.

In der andauernden Diskussion um die Rationierung und Rationalisierung von Gesundheitsdienstleistungen nehmen Aspekte der Emotionsarbeit und der Gefühlsarbeit bislang keinen Platz ein. Betrachtet man sich etwa die Vergütungsstruktur im Rahmen der Pflegeversicherung, so kehrt rasch Ernüchterung ein, zumal psychosoziale Leistungen – entgegen allen Forderungen professionell Pflegender und ihrer Standesorganisationen – sich bestenfalls in homöopathischer Dosis finanziell niederschlagen. Sicherlich wäre es zu optimistisch anzunehmen, dass in baldiger Zukunft eine finanzielle Aufwertung solcher Leistungsbestandteile erfolgt. Pflege wird nicht selten – in Verkennung der anspruchsvollen Aufgaben in der Interaktion – als einfache Dienstleistung angesehen; in anderen Berufen (z. B. Psychotherapeuten) basiert die Leistung ganz wesentlich, um nicht zu sagen bisweilen ausschließlich, auf solchen Aufgabenbestandteilen, wird gesellschaftlich geachtet und auch entsprechend vergütet. Gelungene Emotionsarbeit der Gesundheitsdienstleister und darauf aufbauend gelungene Gefühlsarbeit mit den Klienten sind also weder ›Luxus‹ noch ›Extraleistung‹, sondern vielmehr integraler Bestandteil einer guten Pflege.

5

Mitarbeitergesundheit und Qualität in der Altenpflege

Gesunde Mitarbeiter leisten qualitativ hochwertige Arbeit. Diesem Kerngedanken folgend befasst sich das folgende Kapitel zum einen mit der Qualität des Arbeitslebens der Altenpflegekräfte im Sinne von Wohlbefinden und Gesundheit sowie mit der erlebten Qualität der Altenpflege aus Sicht von Bewohnern, Mitarbeitern und Angehörigen. Für den Bereich des Krankenhauses wurde dieser Gedanke in verschiedenen Untersuchungen konzeptuell und methodisch im Rahmen unseres Ansatzes zur Mitarbeiter- und Patientenorientierung (MPO-Ansatz) umgesetzt und empirisch untersucht (vgl. Büssing & Glaser, 2001, 2003c). Im Folgenden sollen Ergebnisse zur Mitarbeitergesundheit und zur Qualität aus Sicht der Klienten für den Bereich der stationären Altenpflege vorgestellt werden.

5.1 Psychophysische Gesundheit der Mitarbeiter in Altenpflegeheimen

Mittlerweile ist unumstritten, dass Tätigkeiten im direkten Personenkontakt für die Beschäftigten ein erhöhtes Risiko bergen, eine Burnout-Symptomatik zu entwickeln (Cherniss, 1980; Schaufeli & Buunk, 2003). Bei diesen dialogischen Tätigkeiten ist die Erkrankung an Burnout eng mit den Bedingungen der Arbeitsumwelt verknüpft (vgl. Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001), die oft durch klientenbezogene Belastungen, wie schwieriges Kundenverhalten und diffizile Anforderungen, z. B. Emotions- und Gefühlsarbeit, charakterisiert sind.

Gerade für Tätigkeiten der Altenpflege ist ein erhöhtes Risiko psychischer Gesundheitsbeeinträchtigungen wiederholt nachgewiesen worden (u. a. BGW/DAK, 2003). Deshalb soll zunächst untersucht werden, inwiefern die untersuchten Pflegekräfte Symptome von Burnout aufweisen. Zudem werden weitere Indikatoren der psychophysischen Gesundheit von Altenpflegekräften untersucht (Irritation; Allgemeinbefinden), um ein differenzierteres Bild des Gesundheitsstatus der in der Altenpflege tätigen Mitarbeiter zu gewinnen. Weiterhin werden Zusammenhänge zu Belastungsaspekten analysiert, um Aussagen darüber zu treffen, inwiefern gesundheitliche Beanspruchungen mit arbeitsbedingten Belastungsfaktoren einhergehen.

Zunächst werden Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der psychischen Beeinträchtigung sowie der psychophysischen Gesundheit der Altenpflegekräfte auf der Grundlage der BELUGA-Hauptstudie vorgestellt. Damit werden die potenziell negativen Wirkungen belastender Arbeitsbedingungen auf die Pflegenden thematisiert. Der Grad an gesundheitlichen Folgen von Beanspruchung (präziser: Fehlbeanspruchung) wurde im Rahmen der bayernweiten Fragebogenuntersuchung diagnostiziert. Folgende Indikatoren des psychophysischen Befindens wurden erfasst: Irritation, emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und persönliche Erfüllung als Komponenten des Burnout sowie der körperliche und psychische Gesundheitsstatus der Beschäftigten. Nachstehend werden die Konstrukte und die verwendeten Diagnoseinstrumente kurz beschrieben.

Irritation

Die Skala Irritation (früher: Gereiztheit/Belastetheit) beschäftigt sich mit wiederkehrenden Erschöpfungs- und Ärgerzuständen, die in den täglichen Arbeitspausen nicht mehr angemessen abgebaut werden (Mohr, 1991). Psychische Ressourcen wie zum Beispiel Konzentration, Aufmerksamkeit oder Ausgeglichenheit, die Voraussetzung zur erfolgreichen Bewältigung von Arbeitsaufgaben sind, können im Zustand der Irritation nicht mehr angemessen regeneriert werden. Dies kann zur Konsequenz haben, dass vorwiegend passive Freizeitaktivitäten, die kaum ›psychische Kraft‹ verlangen, betrieben werden. Aktivitäten, die eine aktive Auseinandersetzung mit neuen Themen und Menschen erfordern, werden eher vermieden. Damit bleiben wichtige Regenerationsquellen ungenutzt. Die in der Untersuchung verwendete Skala wurde von Mohr (1991) entwickelt. Aktuelle Angaben zur Validität und Güte der Skala finden sich bei Mohr, Müller und Rigotti (2005).

Die Skala umfasst acht Items, die auf einer siebenstufigen Ratingskala (1 = ›trifft überhaupt nicht zu‹; 7 = ›trifft fast völlig zu‹) zu beurteilen sind.

Maslach Burnout Inventory – deutsche Fassung (MBI-D)

Burnout wurde mit einer aktualisierten Version der deutschen Fassung des Maslach-Burnout-Inventory (MBI-D) von Büssing und Perrar (1992) diagnostiziert (Original von Maslach & Jackson, 1981, 1986). Nach dem Modell von Maslach und Jackson (1981) handelt es sich bei Burnout um ein Syndrom aus emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierter persönlicher Erfüllung und Leistungsfähigkeit. Emotionale Erschöpfung kennzeichnet das Gefühl, durch intensiven beruflichen Kontakt zu den ›Klienten‹ ausgelaugt, verbraucht – ›ausgebrannt‹ – zu sein. ›Depersonalisation‹ ist durch negative und zynisch gefärbte Einstellungen sowie gefühllose und abgestumpfte Reaktionen gegenüber den Leistungsempfängern charakterisiert. Als drittes Burnout-Symptom beschreiben Maslach und Jackson (1981) ein negatives berufliches Selbstkonzept. Die Person ist nicht mehr in der Lage, positive Affekte in der täglichen Arbeit zu erleben und zweifelt an der eigenen Kompetenz. Dieses dritte Symptom wird als reduzierte persönliche Erfüllung und Leistungsfähigkeit bezeichnet (einen Überblick geben Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Schaufeli & Buunk, 2003). Der aktualisierte Fragebogen (MBI-D) besteht aus 21 Items, die auf einer sechsstufigen Ratingskala (1 = ›nie‹; 6 = ›sehr oft‹) zu beurteilen sind.

SF-12 Fragebogen zum Gesundheitszustand

Der körperliche und psychische Gesundheitsstatus wurde mit dem SF-12-Fragebogen von Bullinger und Kirchberger (1999) erfasst. Der SF-12 stellt die Kurzform der deutschen Fassung des ›Medical Outcome Study 36 Item Short-Form Health Survey‹ (MOS-SF-36) von Ware und Sherbourne (1992) dar. Der MOS-SF-36 wurde für epidemiologische Studien im Bereich der Public-Health-Forschung entwickelt und hat sich in den letzten Jahren auch im deutschsprachigen Raum als ein Standardinstrument zur Analyse der funktionalen psychophysischen Gesundheit etabliert. Die Kurzfassung zu diesem Instrument liegt seit 1999 im Hogrefe-Verlag vor. Im Unterschied zum SF-36, der den Gesundheitsstatus auf acht Skalen erfassen lässt, lassen sich aus der Kurzform SF-12 zwei Summenscores zur körperlichen und psychischen Gesundheit berechnen. Diese beiden Summenscores werden jeweils auf regressionsanalytischer Grundlage aus den 12 Items gebildet.

Ausprägungen der psychischen Beanspruchungs- und Gesundheitsindikatoren

Die psychometrische Güte der einzelnen Indikatoren wurde in zahlreichen Untersuchungen in verschiedenen Berufsfeldern und Branchen hinreichend belegt, und auch in verschiedenen eigenen Untersuchungen in Feldern der Pflege bestätigt. Kurzbeschreibungen der Instrumente und Bezugsquellen sind u. a. in der Toolbox der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) unter **www.baua.de** vorgestellt. Im Folgenden werden die Ausprägungen auf diesen Indikatoren für psychophysische Gesundheit bezüglich der BELUGA-Hauptstudie bei 1848 Altenpflegekräften vorgestellt. Die folgende Tabelle 26 gibt Mittelwerte und Standardabweichungen wider.

Die Selbstbewertungen der befragten Altenpflegekräfte zu psychischer Beanspruchung und Gesundheit fallen insgesamt positiv aus. Hinsichtlich der Irritation, die Erschöpfungs- und Ärgerzustände beschreibt, welche nicht nur sporadisch auftreten, und die in den täglichen Belastungspausen nicht mehr angemessen abgebaut werden können, zeigen sich durchweg günstige Werte. Die Skala Irritation lässt sich noch weiter hinsichtlich der beiden Subkomponenten einer kognitiven und emotionalen Irritation trennen, wobei sich für die gedankliche Gereizt- und Belastetheit ein deutlich höherer Mittelwert von 3,56 ergibt, im Unterschied zur emotionalen Irritation mit einem Mittelwert von 2,63. Dies deutet darauf hin, dass die befragten Altenpflegekräfte sich abseits der Arbeit viel-

Tab. 26
Psychophysische Gesundheit von Altenpflegekräften

Wertebereich der Skalen:
Irritation [1; 7],
Burnout [1; 6],
SF-12 [0; 100];
MW: Mittelwert;
SD: Standardabweichung;
N = 1848.

Indikatoren psychophysischer Gewalt	MW	SD
Irritation	2,98	1,26
MBI-D: Emotionale Erschöpfung	2,90	1,09
MBI-D: Depersonalisation	1,90	0,80
MBI-D: Persönliche Erfüllung	4,87	0,62
SF-12: Psychische Gesundheit	48,93	9,86
SF-12: Körperliche Gesundheit	48,62	8,15

mehr mit Problemen der Arbeit im Heim gedanklich beschäftigen und darüber grübeln, als dass sie wiederholt emotionale Anspannungen und Ärger mit nach Haus nehmen.

Bei den Burnout-Komponenten zeigen sich ebenfalls keine bedenklichen Ausprägungen hinsichtlich psychischer Erschöpfungszustände oder zynischer, entfremdeter Einstellungen gegenüber den zu pflegenden Bewohnern. Jedoch ist ersichtlich, dass die Altenpflegerinnen und -pfleger eher Symptome emotionaler Erschöpfung angeben. Zwar liegen die Werte im Bereich von ›eher selten‹, jedoch weist die Streuung auf einen breiteren Bereich – auch kritischer – Ausprägungen hin. Der Wert persönlicher Erfüllung in der pflegerischen Arbeit weist ebenfalls eine durchschnittliche positive Ausprägung auf. Da sich hinter unproblematischen Mittelwerten durchaus Mitarbeiter mit ausgeprägten Burnout-Symptomen verbergen können, wurde der Anteil derjenigen Personen ermittelt, die auf der Skala Emotionale Erschöpfung einen Wert ≥ 5,0 erreichten. Hinsichtlich emotionaler Erschöpfung sind dies 58 Pflegekräfte (3,2 %), bei der Burnoutfacette der Depersonalisierung lediglich fünf Pflegekräfte (0,3 %). Bei letztgenannten Pflegekräften ist davon auszugehen, dass sie sich im Stadium eines fortgeschrittenen, behandlungsbedürftigen Burnout befinden.

Der Gesundheitsstatus der Pflegekräfte wurde mit dem SF-12-Fragebogen von Bullinger und Kirchberger (1998) erfasst, anhand dessen sich durch Selbsteinschätzung zwei Summenscores zur körperlichen und psychischen Gesundheit berechnen lassen. Die Ergebnisse der Summenscores sind ebenfalls in Tabelle 26 dargestellt. Die Werte der befragten Pflegekräfte lassen sich in Beziehung zu den repräsentativen Normwerten für die deutsche Bevölkerung ab dem 15. Lebensjahr setzen (N = 2914; Bullinger & Kirchberger, 1998). Der Normwert für ›körperliche Gesundheit‹ beträgt hier 49,03 (SD = 9,35) und für ›psychische Gesundheit‹ 52,24 (SD = 8,41). Die vorliegenden Ergebnisse der befragten Pflegekräfte weisen keine bedeutsamen Differenzen zur bundesdeutschen Norm auf, d. h. alle Unterschiede liegen innerhalb einer Standardabweichung. Die Beschäftigten verfügen somit über eine durchschnittlich gute körperliche und psychische Gesundheit.

Zusammenfassend kann hinsichtlich der psychophysischen Beanspruchung der befragten Pflegekräfte ein erfreuliches Zwischenfazit gezogen werden. Keiner der erhobenen Indikatoren ist besonders negativ ausgeprägt. Weder erleben die Pflegekräfte eine auffällige Ausprägung an Irritation, noch finden sich nennenswerte Hinweise auf ein fortgeschrittenes Burnout-Syndrom. Insgesamt bewegt sich der körperliche wie auch der psychische Gesundheitsstatus der untersuchten Pflegekräfte im Normbereich. Zugleich ist aber auch zu betonen, dass aufgrund der Methode einer breitflächigen, postalischen Erhebung Selektionseffekte nicht auszuschließen sind. Ebenso ist festzuhalten, dass es sich bei der Stichprobe um einen Querschnitt handelt, der bestimmte Risikogruppen

Formen von Arbeitsbelastungen	IR	EE	DP	PE	KG	PG
Organisationale Stressoren	0,31	0,40	0,26	-0,13	-0,20	-0,33
Soziale Stressoren	0,37	0,46	0,37	-0,23	-0,22	-0,39
Bewohnerbezogene Stressoren	0,32	0,49	0,29	-0,18	-0,23	-0,30
Zeitdruck	0,41	0,55	0,30	-0,17	-0,26	-0,38
Widersprüchliche Aufträge	0,37	0,52	0,33	-0,19	-0,25	-0,38
Informationsdefizite	0,32	0,42	0,31	-0,19	-0,16	-0,35
Arbeitsunterbrechungen	0,30	0,40	0,23	-0,13	-0,20	-0,29
Qualitätseinbußen	0,36	0,52	0,40	-0,26	-0,24	-0,38
Zusatzaufwand	0,35	0,49	0,32	-0,18	-0,23	-0,38
Arbeitsumgebung	0,27	0,40	0,26	-0,12	-0,21	-0,28
Heben, Tragen, Lagern	0,25	0,38	0,23	-0,12	-0,24	-0,23
Verletzungs- / Erkrankungsrisiko	0,17	0,22	0,17	-0,02	-0,12	-0,13

Tab. 27
Arbeitsbelastungen und psychophysische Gesundheit

IR: Irritation;
EE: Burnout – Emotionale Erschöpfung;
DP: Burnout – Depersonalisation;
PE: Burnout – Persönliche Erfüllung;
KG: Körperliche Gesundheit;
PG: Psychische Gesundheit;
N = 1848; nahezu alle Korrelationen sind auf p-Wert ≤ 0,01 Niveau signifikant, lediglich die Zusammenhänge von Verletzungs-/Erkrankungsrisiken & PE sowie Prävention von Verletzungsrisiken & PE sind nicht signifikant.

unter den Altenpflegekräften nicht separiert. So ist beispielsweise bekannt, dass gerade Pflegekräfte im überwiegenden Kontakt mit demenziell Erkrankten, ein erhöhtes Risiko gesundheitlicher Beanspruchungen aufweisen (u. a. Kennedy, 2005; MargalloLana et al., 2001).

Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastungen und psychophysischer Gesundheit

Zur Konstruktvalidierung des Belastungsscreening TAA – Altenpflege wurden Korrelationen zwischen den einzelnen Formen von Arbeitsbelastungen und den vorher beschriebenen Indikatoren zur psychophysischen Beanspruchung berechnet. Positive Korrelationen zwischen Belastungsmerkmalen und Irritation sowie Burnout-Komponenten stellen Validitätsbelege dar. Hingegen sollten die Belastungsformen mit den beiden Skalen zur körperlichen und psychischen Gesundheit negativ korrelieren.

Die in Tabelle 27 abgebildeten Korrelationen zwischen den Skalen des Belastungsscreening TAA – Altenpflege und den hier zum Zwecke der konvergenten Validierung verwendeten Indikatoren der psychophysischen Gesundheit der Altenpflegekräfte weisen alle in die erwartete Richtung.

Aufgrund der großen Stichprobe ergeben sich nahezu durchweg signifikante Korrelationen. Die postulierten positiven Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastungen und den Indikatoren psychophysischer Gesundheit ebenso wie die erwarteten negativen Korrelationen zu den negativen Beanspruchungsfolgen zeigen sich konsistent. Vor allem die Irritation als vergleichsweise weniger schwer wiegender Status der Gesundheitsbeeinträchtigung zeigt sich als ein sensitiver Indikator.

Besonders bei den sozialen Stressoren und dem allgemeinem Zeitdruck zeigen sich enge Zusammenhänge zu einer gereizten Grundstimmung. Ähnliches lässt sich auch für

die emotionale Erschöpfung konstatieren: Höhere Belastungen durch übermäßigen Zeitdruck, Qualitätseinbußen und widersprüchliche Aufträge gehen deutlich mit zunehmenden Erschöpfungszuständen einher. Auch für die weiteren Burnout-Aspekte Depersonalisierung und Persönliche Erfüllung ergeben sich klare Zusammenhänge. Gerade Qualitätseinbußen in den täglichen pflegerischen Verrichtungen, also das Risiko eigener Fehler oder dass man sich über Vorschriften hinwegsetzen muss um fertig zu werden, zeigen einen maßgeblichen Zusammenhang zu allen Indikatoren psychischer Befindensbeeinträchtigung. Aber auch Stress durch Bewohnerverhalten und -persönlichkeiten steht in enger Korrelation zu den Befindensbeeinträchtigungen der Altenpflegekräfte. Dies unterstreicht empirische Befunde anderer Autoren, welche wiederholt verdeutlichen, dass (schwieriges) Bewohnerverhalten einen maßgeblichen Stressor in der Arbeit mit Älteren darstellt (u. a. Hertl, Baumann & Messer, 2004; Moniz-Cook, Woods & Gardiner, 2000).

Auch die ermittelten Zusammenhänge zwischen den körperlichen Belastungsaspekten und den Beanspruchungsindikatoren weisen in die postulierten Richtungen. Risiken und körperliche Belastungen gehen mit einer stärkeren psychischen Fehlbeanspruchung einher. Umgekehrt finden sich in der Literatur auch empirische Befunde, die auf einen Zusammenhang zwischen psychischen Belastungsfaktoren und muskeloskeletalen Symptomen bei Altenpflegekräften hinweisen (Elovainio & Sinervo, 1997).

Insgesamt ist besonders auf den Zeitdruck zu verweisen, der mit deutlichen Befindensbeeinträchtigungen einhergeht. Die weiteren Belastungsfaktoren und die resultierenden Zusammenhänge zur psychophysischen Gesundheit verdeutlichen nicht nur, dass sich erschwerende Arbeitsbedingungen in Altenpflegetätigkeiten negativ auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirken, sondern dass sich das Risiko von Befindensbeeinträchtigungen durch ein breites Spektrum potentieller Belastungen in der Arbeit mit pflegebedürftigen Älteren ergibt.

Zugleich können die vorliegenden Resultate als ein Beleg für die Konstruktvalidität der mit dem TAA – Altenpflege erfassten Belastungsformen gewertet werden. Einschränkend ist zu bemerken, dass die vorliegenden Ergebnisse korrelative Zusammenhänge aus einer Querschnittserhebung wiedergeben, welche keine endgültigen Aufschlüsse über kausale Beziehungen liefern. Systematische längsschnittliche Erhebungen von Belastungs- und Gesundheitsaspekten bei Altenpflegekräften könnten diese Lücke schließen.

Psychophysische Gesundheit und soziodemographische Merkmale

In der untersuchten Stichprobe der Altenpflegekräfte wurden auch Angaben zu soziodemographischen Merkmalen, wie Alter, Geschlecht, Ausbildung etc. erhoben. Um diese

Tab. 28
Alter und psychophysische Gesundheit

Wertebereich der Skalen:
Irritation [1; 7];
Burnout/MBI-D [1; 6];
SF-12 [0; 100]
** **p-Wert ≤ 0,01;**
r = Spearman-Rangkorrelation

Indikatoren psychophysischer Gewalt	N	r
Irritation	1.700	0,01
MBI-D: Emotionale Erschöpfung	1.687	-0,03
MBI-D: Depersonalisation	1.686	-0,18**
MBI-D: Persönliche Erfüllung	1.689	0,12**
SF-12: Körperliche Gesundheit	1.561	-0,20**
SF-12: Psychische Gesundheit	1.561	0,13**

potentiellen Einflussfaktoren auf das Wohlbefinden der Pflegekräfte zu untersuchen, werden im nächsten Abschnitt ausgewählte Merkmale zu den Beanspruchungs- und Gesundheitsindikatoren in Beziehung gesetzt. Tabelle 28 zeigt die Korrelation des Alters mit Indikatoren der psychophysischen Gesundheit. Da nicht alle befragten Altenpflegekräfte Angaben zum Alter gemacht haben, sind die jeweiligen Stichprobenumfänge zusätzlich abgebildet.

Aus den abgebildeten Zusammenhängen ergibt sich eine uneinheitliche Befundlage. Hinsichtlich des Gefühls der Gereiztheit/Belastetheit sowie emotionaler Erschöpfung resultieren keine bedeutsamen Korrelationen, was darauf hindeutet, dass beide Befindensqualitäten sich nicht altersbedingt unterscheiden. Anders sieht dies bei den beiden Burnout-Fassetten Depersonalisation und Persönliche Erfüllung aus. Ältere Pflegekräfte berichten tendenziell eine geringere Entfremdung von ihren Bewohnern und zugleich eine ausgeprägtere persönliche Erfüllung in ihrer täglichen Arbeit. Ähnliche Befunde werden auch von Nagamoto et al. (2001) berichtet, die zwischen Burnout und Alter einen negativen Zusammenhang bei Altenpflegekräften finden. Negativ hängen das körperliche Wohlbefinden und Alter zusammen, was darauf verweist, dass ältere Pflegekräfte mehr Symptome körperlicher Beeinträchtigung aufweisen, wie z. B. muskeloskeletale Schmerzen, möglicherweise mitbedingt durch Risiken des Heben, Tragen und Lagerns. Der umgekehrte Zusammenhang ist bei der psychischen Gesundheit zu verzeichnen, wonach mit zunehmendem Alter der Pflegekräfte weniger Symptome seelischer Beeinträchtigungen auftreten.

Diese Befunde sind im Kontext potenzieller Selektionseffekte zu diskutieren. Es ist anzunehmen, dass Pflegekräfte mit intensiveren gesundheitlichen Beeinträchtigungen sich womöglich nicht an einer solchen Befragung beteiligen oder nach einigen Dienstjahren bereits aus dem Dienst ausgeschieden sind. Eine alternative Erklärung könnte im Umgang mit spezifischen Anforderungen und Belastungen liegen. Es liegen empirische Befunde vor, die darauf hinweisen, dass ältere Pflegende günstigere Konstellationen bei der Bewältigung emotionaler Dissonanz zeigen und ihnen somit bessere Coping-Strategien dazu dienen, psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen zu vermeiden (vgl. Glaser, Hornung & Weigl, 2007).

Nachfolgend sollen auch Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts der befragten Altenpflegekräfte näher betrachtet werden. Die Altenpflege ist eine Domäne von Frauen, was sich auch in der Stichprobe widerspiegelt. An der Untersuchung nahmen 177 männliche und 1596 weibliche Altenpflegekräfte teil (gültige Angaben bei der Gesamtstichprobe von n=1.848). Somit sind knapp zehn Prozent der Befragten männlichen Geschlechts. Da die wenigen männlichen Altenpfleger im Stationsalltag oft bei Tätigkeiten des Heben,

Indikatoren psychophysischer Gesundheit	Mittelwert		U-Test	
	männlich	weiblich	F	p
Irritation	2,73	3,02	8,22	0,00
MBI-D: Emotionale Erschöpfung	2,83	2,92	1,26	0,26
MBI-D: Depersonalisation	2,09	1,89	9,38	0,00
MBI-D: Persönliche Erfüllung	4,79	4,87	2,82	0,09
SF-12: Körperliche Gesundheit	50,57	48,36	10,74	0,00
SF-12: Psychische Gesundheit	48,79	48,88	0,01	0,91

Tab. 29
Geschlecht und psychophysische Gesundheit

Wertebereich der Skalen:
Irritation [1; 7],
Burnout [1; 6],
SF-12 [0; 100];
F: Prüfgröße;
p: Signifikanz

Indikatoren psychophysischer Gesundheit	Mittelwerte				ANOVA	
	ohne Berufs-abschluss	examinierte Altenpfleger	Altenpflege-helfer	Kranken-pfleger	F	p
Irritation	2,94	3,03	2,89	3,07	1,35	0,26
MBI-D: Emotionale Erschöpfung	2,90	2,93	2,73	3,05	4,27	0,01
MBI-D: Depersonalisation	1,94	1,93	1,83	1,93	1,19	0,31
MBI-D: Persönliche Erfüllung	4,83	4,91	4,89	4,83	1,31	0,27
SF-12: Körperliche Gesundheit	48,49	48,69	48,27	48,39	0,21	0,89
SF-12: Psychische Gesundheit	48,31	48,65	49,66	49,23	0,93	0,43

Tab. 30
Berufsausbildung und psychophysische Gesundheit

Wertebereich der Skalen: Irritation [1; 7];
Burnout/MBI-D [1; 6];
SF-12 [0; 100];
F: Prüfgröße,
p: Signifikanz

Tragen und Lagerns oder in der Versorgung männlicher Bewohner eingesetzt werden, ist eine geschlechtsdifferenzierte Auswertung des psychophysischen Gesundheitsstatus von Interesse. Tabelle 29 stellt Ergebnisse des Mittelwertvergleichs (U-Test) nach dem Geschlecht vor.

Bei den abgebildeten Gruppenvergleichen ergeben sich bedeutsame Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtergruppen. Altenpflegerinnen geben deutlich mehr Gereiztheit/Belastetheit an. Ein umgekehrtes Ergebnis zeigt sich bei der Burnout-Facette Depersonalisation. Männliche Befragte geben – wenn auch auf insgesamt niedrigem Niveau – mehr Symptome von Entfremdung und Zynismus an als ihre Kolleginnen. Zugleich berichten die männlichen Altenpfleger aber auch über eine bessere körperliche Gesundheit. Dies könnte daran liegen, dass die Männer besser mit den physischen Belastungen der pflegerischen Arbeit zurecht kommen als die weiblichen Befragten.

Als weiterer Einflussfaktor wurde die berufliche Ausbildung der Befragten erfasst und in Beziehung zu den Indikatoren der psychophysischen Gesundheit gesetzt. Für die folgenden Auswertungen wurden die vier stärksten Ausbildungsgruppen aus der Stichprobe selektiert: Beschäftigte ohne beruflichen Abschluss (n = 140); examinierte Altenpflegekräfte (n = 802); Altenpflegehelfer (n = 302); examinierte Krankenpflegekräfte (n = 260). Diese Gruppen werden hinsichtlich ihrer Ausprägungen auf den Indikatoren der psychophysischen Gesundheit varianzanalytisch verglichen (ANOVA). Tabelle 30 zeigt die Ergebnisse.

In der Gesamtschau zwischen den vier Ausbildungsgruppen ergeben sich keine bedeutsamen Unterschiede. Lediglich die Befragten mit einem Krankenpflegeexamen geben eine höhere Ausprägung an emotionaler Erschöpfung an. Dies deutet darauf hin, dass diese Gruppe möglicherweise mit einem größerem Risiko des Ausbrennens konfrontiert ist. Da diese Befragten auch bei der Irritation tendenziell höhere Werte angeben, sind hier weitere Untersuchungen notwendig, inwiefern womöglich das Fehlen spezifischer Ausbildungsinhalte oder differierende Anforderungen der Pflege Älterer eine Rolle spielen. Weiterhin ist festzuhalten, dass die Pflegehelfer in der BELUGA-Hauptstudie keine nennenswert unterschiedliche Beanspruchungssymptomatik aufweisen, obwohl es in der Literatur Hinweise darauf gibt, dass diese Gruppe für die umfangreichen Anforderungen stationärer Altenpflege nicht durchweg ausreichend vorbereitet ist (vgl. Goodridge, Johnston & Thomson, 1997).

Insgesamt ist auf Basis der vorliegenden Ergebnisse zu konstatieren, dass die Art der Ausbildung keinen signifikanten Zusammenhang zum Grad der psychophysischen Fehl-

beanspruchung zeigt. Jedoch sind hier erneut die möglichen Selektionseffekte und dadurch potenziell entstehende Stichprobenverzerrungen anzuführen, welche die generalisierende Interpretation begrenzen.

5.2 Qualität in Altenpflegeheimen aus Sicht der Bewohner, Mitarbeiter und Angehörigen

Im folgenden Abschnitt geht es um einen Ansatz, die Dienstleistungsqualität in der stationären Altenpflege aus Sicht der Beteiligten zu erfassen und zu bewerten. Mit Beteiligten sind hierbei nicht nur die tätigen Pflegekräfte sowie deren Klienten, also die zu pflegenden Bewohner gemeint, sondern eben auch die Angehörigen, welche in der stationären Altenpflege eine wichtige Rolle spielen. Hierzu sind jedoch Konzepte und dazugehörige Verfahren zur Erfassung und Bewertung von ausgewählten Qualitätsindikatoren stationärer Altenpflege erforderlich. Das Thema Qualitätsbewertung und -management in der Altenpflege genießt zunehmend mehr Aufmerksamkeit und Zuwendung, und in dessen Folge wurden mehrere Verfahren und Ansätze in den letzten Jahren publiziert (vgl. Duffy, Duffy & Kilbourne, 1997; Nübling et al., 2004). Zielsetzung der meisten Instrumente ist, die Einschätzung der Qualität aus Perspektive der beteiligten Gruppen im Altenpflegeheim zu gewährleisten.

Mit dem Münchener Instrument zur Patientenbefragung (MIP; Büssing & Glaser, 2001, 2003 c) liegt eine solche Erhebungsmethode zur Bewertung der Dienstleistungsqualität vor. Es handelt sich um ein Verfahren, was die Beurteilung wichtiger Qualitätsmerkmale der pflegerischen Versorgung aus Sicht der Beteiligten (Mitarbeiter, Bewohner, Angehörige) ermöglicht. Ursprünglich für die Krankenpflege entwickelt, ist das Instrument auch an die Altenpflege adaptiert worden und ebenso bereits in Altenheimen eingesetzt worden (vgl. u. a. Büssing et al., 2001; Weigl & Glaser, 2006). Das Instrument wurde von Büssing und Glaser (1999, 2003 c) im Rahmen des Ansatzes zur Mitarbeiter- und Patientenorientierung (MPO-Ansatz) im Krankenhaus entwickelt und ermöglicht die Diagnose wesentlicher Merkmale einer ganzheitlichen Pflege, Behandlung und Versorgung aus Sicht von Patienten. Das Instrument setzt sich aus verschiedenen Skalen zusammen, die eine Analyse ganzheitlicher Pflege und Behandlung (u. a. Organisation, Information, Individualität, Interaktion), der Organisationsstrukturen und -abläufe in der Einrichtung, der Rolle des Patienten und der Servicequalität in der Einrichtung ermöglichen. Das Instrument wurde in einer Pilotstudie an das Feld der Altenpflege adaptiert und erprobt (Glaser, Lampert & Weigl, 2005). Es besteht aus 59 Items. Das Antwortformat ist fünfstufig (1 = ›nein gar nicht‹; 5 = ›ja genau‹).

Eine besondere Stärke des Instruments ist seine gleichförmige Verwendbarkeit für die drei beteiligten Gruppen. Für die komplementäre Einschätzung der Dienstleistungsaspekte aus Sicht der Klienten (Bewohner), ihrer Angehörigen sowie der Mitarbeiter (Altenpflegekräfte), werden den Beteiligten jeweils die inhaltlich gleichen Fragen zur Beurteilung vorgegeben (Büssing & Glaser, 2003 c). Dies ermöglicht eine Gegenüberstellung der drei Bewertungsperspektiven auf der Basis ausgewählter Dienstleistungsaspekte. Bisherige Untersuchungen zur Qualitätsbewertung stationärer Altenpflege stützen sich vornehmlich auf Interviews mit Bewohnern (u. a. Muschter, Prehm & Wosegien, 2000) und lediglich wenige Ansätze verlassen sich auf standardisierte Bewertungsmethoden. Das Hamburger Verfahren zur Zufriedenheit mit Pflegeeinrichtungen (HVZP) ist ein anderer empirisch validierter Ansatz, durch welchen eine systematische Zufriedenheitsbewertung mit der Versorgung durch Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter erfolgen kann (Boie, Dietsche, Lecher, Kawski & Koch, 2002).

Für den Einsatz im Rahmen der BELUGA-Pilotstudie wurden vier Aspekte zur Beurteilung der Dienstleistungsqualität in der stationären Altenpflege herangezogen: Ganzheitliche Pflege, Organisationsstrukturen und -abläufe im Altenpflegeheim, Rolle des Bewohners in der Einrichtung, Allgemeine Servicequalität. Die Untersuchung wurde in vier

Altenpflegeeinrichtungen durchgeführt. Sowohl den Mitarbeitern als auch befragungsfähigen Bewohnern wurde der Fragebogen zur selbständigen Bearbeitung vorgelegt. Die Bewohner wurden vorab ausführlich über Zweck und Ziel der Befragung informiert und gründlich in der Art und Weise der Bearbeitung eines Fragebogens ›trainiert‹. Bei Bewohnern, welche sich eine selbstständige Bearbeitung nicht zutrauten, wurden interviewbasierte Expertenratings durchgeführt (vgl. Büssing et al., 2001; Glaser et al., 2005). Dies erfolgt durch einen Projektmitarbeiter, der durch das fragebogengestützte Gespräch mit dem Bewohner eine Einstufung der Aspekte durchführt. Auch für die Angehörigenbefragung wurde das Münchener Instrument zur Patientenbefragung (MIP) in eine Fassung für Angehörige adaptiert. Das Instrument entspricht strukturell wie auch inhaltlich dem MIP, wobei die Items sprachlich an die Perspektive der Angehörigen angepasst wurden. Die Angehörigen bzw. die gerichtlich benannten Betreuer wurden angeschrieben und sandten die bearbeiteten Fragebögen per Post anonym zurück.

Die Untersuchung der Dienstleistungsqualität erfolgte in vier Altenpflegeeinrichtungen im Großraum München. Drei Einrichtungen sind zwar durch einen gemeinsamen Träger verbunden, jedoch ansonsten strukturell eigenständig. Die vierte Einrichtung wird ebenfalls von einem kirchlichen Träger getragen. Tabelle 31 gibt einen Überblick über die Stichproben in den einzelnen Einrichtungen.

	Einrichtung 1	Einrichtung 2	Einrichtung 3	Einrichtung 4	gesamt
Bewohner	68	121	54	33	**276**
Mitarbeiter	29	49	22	42	**142**
Angehörige	22	16	21	49	**108**

Tab. 31
Stichproben in den vier untersuchten Altenpflegeeinrichtungen

Insgesamt wurden 526 Personen befragt, wobei mehr als die Hälfte davon Bewohner sind. Tendenziell unterrepräsentiert sind Angehörige, die obwohl mit großem Aufwand kontaktiert, nicht durchweg eine gute Beteiligung an den postalischen Erhebungen mit Fragebögen zeigen. Zudem ist auch zu bemerken, dass in Einrichtung 1 und 2 überwiegend Ordensangehörige leben, die mitunter keine engen Angehörigen haben.

Perspektivenvergleich zu Ganzheitlicher Pflege und Organisationsabläufen

Zunächst sollen die Beurteilungen der drei befragten Gruppen (Bewohner, Mitarbeiter, Angehörige) miteinander verglichen werden. Nach dem MPO-Ansatz ist eine hohe Dienstleistungsqualität und Bewohnerorientierung dann erfüllt, wenn sowohl die Erbringer der Dienstleistung (die Pflegekräfte) als auch die Dienstleistungsempfänger (Bewohner bzw. indirekt deren Angehörige) die Behandlung und Versorgung als ganzheitlich und an den Bewohnerbedürfnissen orientiert beurteilen. Demnach sollte eine Beurteilung aller drei Gruppen ein konvergentes Bild zeigen; Unterschiede in den Bewertungen weisen hingegen auf deutliche Differenzen in der wahrgenommenen Dienstleistungsqualität hin, beispielsweise auf Versorgungsdefizite aus Sicht einer der beurteilenden Gruppen. Die folgende Tabelle 32 gibt die Ergebnisse zu den beiden Qualitätsaspekten Ganzheitliche Pflege und Organisationsstrukturen/-abläufe aus Sicht der unterschiedlichen Personengruppen sowie die Ergebnisse eines varianzanalytischen Vergleichs (ANOVA) wider.

Bei der Beurteilung Ganzheitlicher Pflege werden verschiedenste Fassetten der Pflegeorganisation und der Bewohnerbetreuung untersucht und ermittelt, inwieweit diese einem ganzheitlichen Ansatz der Bewohnerversorgung entsprechen. Dabei werden unter

Qualitätsaspekte	Bewohner		Mitarbeiter		Angehörige		ANOVA	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	F	p
Ganzheitliche Pflege	3,38	0,80	3,88	0,40	4,00	0,58	2,47	0,086
Organisationsstrukturen /-abläufe	4,38	0,91	4,63	0,50	4,19	0,91	9,12	0,00

Tab. 32
Ganzheitliche Pflege und Organisationsstrukturen und -abläufe im Perspektivenvergleich

Wertebereich der Skalen: [1; 5];
MW: Mittelwert;
SD: Standardabweichung;
F: Prüfgröße;
p: Signifikanz

anderem folgende Themen erfasst: klar geregelte Zuständigkeit von Pflegekräften für den Bewohner (also Bezugspflegeaspekte), zeitlicher Umfang der Zuwendung zum Bewohner, Information des Bewohners zu Heimeintritt und -aufenthalt, Kommunikation mit Bewohner, Möglichkeiten einer individuellen Gestaltung der Pflege und des Aufenthalts für den Bewohner, aktivierende Unterstützung des Bewohners bei Pflege und allgemeiner Lebensführung. In der Gegenüberstellung der Bewertungen zeigen sich ähnliche Ausprägungen bei diesem Qualitätsmerkmal. Aus Sicht der Angehörigen wird dieser Aspekt sogar tendenziell noch positiver bewertet, als dies aus Sicht der Bewohner und Mitarbeiter geschieht.

Der zweite Qualitätsbereich umfasst die Organisationsstrukturen und -abläufe in der stationären Altenpflege aus Sicht der Beteiligten. Hierbei werden die Befragten unter anderem zu folgenden Aspekten um ihre Einschätzung gebeten: die Unterweisung des Bewohners über die Abläufe im Heim allgemein sowie in der täglichen Pflege; die kontinuierliche Information über Pflegemaßnahmen; der frühzeitige Einbezug bei bewohnerbezogenen Pflegemaßnahmen. Im Mittelwertvergleich ergeben sich hier deutlich signifikante Bewertungsunterschiede, die insbesondere durch differierende Beurteilungen zwischen Bewohnern und Mitarbeitern herrühren. Wenn auch auf insgesamt recht positivem Niveau, bestehen aus Sicht der Pflegebedürftigen gewisse Defizite bzgl. bewohnerbezogener Organisationsabläufe im Heim. Gerade die Mitarbeiter, die ja die maßgeblichen Akteure im Versorgungsprozess sind, zeigen hier eine deutlich positivere Beurteilung der Strukturen und Abläufe im Heim, die aber offenbar von den Bewohnern selbst nicht so wahrgenommen werden. Weitere Punkte in nachfolgenden Diskussionen mit den Mitarbeitern wurden auch darin gesehen, dass die vielen organisatorischen Bemühungen möglicherweise vom Bewohner nicht in der Weise verstanden bzw. geteilt werden, wie dies eigentlich von Mitarbeitern intendiert ist.

Perspektivenvergleich zur Rolle des Bewohners und zur Allgemeinen Servicequalität

Die beiden weiteren zur Beurteilung anstehenden Aspekte umfassen die erlebte Rolle des Bewohners sowie die Einschätzung der Allgemeinen Servicequalität in den untersuchten Altenpflegeeinrichtungen. Tabelle 33 informiert über die Ergebnisse zu den drei unterschiedlichen Perspektiven und die Resultate der Mittelwertvergleiche (ANOVA).

Tab. 33
Rolle des Bewohners und Allgemeine Servicequalität im Perspektivenvergleich

Wertebereich der Skalen: [1; 5];
MW: Mittelwert;
SD: Standardabweichung;
F: Prüfgröße;
p: Signifikanz

Qualitätsaspekte	Bewohner		Mitarbeiter		Angehörige		ANOVA	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	F	p
Rolle der Bewohner	4,18	0,66	4,07	0,48	3,99	0,58	3,92	0,02
Allgemeine Servicequalität	4,53	0,42	4,32	0,45	4,34	0,50	12,32	0,00

Zur Beurteilung der Rolle des Bewohners werden verschiedenste Merkmale herangezogen, die aus Sicht der Bewohner selbst, ihrer Angehörigen sowie der Mitarbeiter eingeschätzt werden. Dazu gehören unter anderem Fragen, inwiefern dem Bewohner

Raum für eine individuelle Lebens- und Tagesgestaltung in der Einrichtung gewährt wird, inwiefern die Privatsphäre der Bewohner akzeptiert wird und in welchem Maß die Pflegebedürftigen Einfluss auf ihre Lebenssituation im Heim nehmen können. Im Mittelwertvergleich dieses Qualitätsaspekts bei den drei Gruppen in den vier Einrichtungen ergibt sich ein signifikanter Unterschied, der sich aus dem signifikanten Unterschied zwischen den Bewohnerurteilen und denjenigen der Angehörigen ergibt. Aus Sicht der Angehörigen ist die Rolle des Bewohners im Heim verbesserungsfähig, was von den Bewohnern selbst etwas positiver beurteilt wird. In den nachfolgenden Diskussionen zeigte sich hier, dass die Angehörigen sich beispielsweise noch mehr individualisierte Tagesgestaltungen und aktivierende Angebote für ihre Anverwandten wünschen.

Auch in der Einschätzung des vierten Qualitätsaspekts, der Allgemeinen Servicequalität, ergibt sich eine klare Differenz zwischen den Perspektiven der Beurteilenden. Bei diesem Qualitätsaspekt werden die ›Hotelaspekte‹ der Heimunterbringung angesprochen, also beispielsweise die Sauberkeit, das Essen, die Umgebung sowie die Freundlichkeit im gegenseitigen Umgang. Auch dies wird besonders von den Bewohnern sehr positiv eingeschätzt, was darauf hinweist, dass der hohe Standard pflegerischer und hauswirtschaftlicher Versorgung in den vier untersuchten Altenpflegeeinrichtungen auch von den Empfängern entsprechend honoriert wird. Auch wenn sich mit einem solchen Instrument nicht das gesamte Bedürfnisspektrum von Altenheimbewohnern erschöpfend erfassen lässt, zum Beispiel was die Art der psychosozialen Zuwendung betrifft (vgl. Sonntag et al., 2003), bieten die Bewertungen einen guten Einblick in die erlebte Servicequalität in den Altenpflegeheimen.

In der Gesamtschau der vorliegenden Ergebnisse lässt sich resümieren, dass auch im Bereich der stationären Altenpflege Möglichkeiten bestehen, valide und zuverlässige Einschätzungen der Dienstleistungsqualität zu erfassen. Die Stärke des vorliegenden Verfahrens liegt nicht nur darin, dass die Bewohner als die primären Nutznießer der Dienstleistung Altenpflege zu Wort kommen, sondern dass auch die weiteren Beteiligten, nämlich die Mitarbeiter und Angehörigen, ihre Urteile abgeben können. Insofern eine Konsistenz der Einschätzungen gewährt ist und somit ausreichende methodische Standards eingehalten werden, eignet sich ein solches Verfahren sehr gut, Qualitätsbewertungen zu erfassen (vgl. Kahanpää, Perälä & Räikkönen, 2006). Die Gegenüberstellung der Perspektiven sowie die Analyse der Konvergenz oder Divergenz der Beurteilungen erlaubt den Einrichtungen spezifische Qualitätsdefizite zu entdecken und hinsichtlich potentieller Verbesserungsmöglichkeiten zu diskutieren. Auch wenn in unserer Untersuchung die Heime alle auf sehr hohem Niveau bewertet werden, lassen sich anhand solcher integrativen Beurteilungsansätze noch Defizite eruieren (z. B. Grad bewohnerbezogener Organisationsabläufe). Gerade die dadurch entstandenen Diskussionen mit Mitarbeitern, Bewohnern sowie deren Angehörigen wurden als äußerst nützlich wahrgenommen und bildeten in Einzelfällen auch den Auftakt für die Arbeit eines Qualitätszirkels. Diese Qualitätsdiagnosen können eine wichtige Analysebasis für kontinuierliche Verbesserungsprozesse gemeinsam mit den involvierten Personen und Funktionsträgern sein.

Da es sich bei den kooperierenden Altenpflegeheimen um sehr gut geführte und wegen ihrer Versorgungsqualität geschätzte Einrichtungen handelt, geben die vorliegenden Ergebnisse auch einen Eindruck, wie ‚gute Pflege' auch positive Resonanz bei den betroffenen Bewohnern sowie ihren Angehörigen erzielt. Die Resultate lassen sich auch dahingehend heranziehen, den tätigen Altenpflegern eine positive Rückmeldung über ihre Arbeit zu geben, was oftmals im hektischen und kurzweiligen Stationsalltag untergeht. Gerade in den Rückmeldungsveranstaltungen für die Altenpflegekräfte wurden die Ergebnisse mit großem Interesse von den Beschäftigten aufgenommen und als Zuspruch und Motivation für die eigene pflegerische Arbeit interpretiert.

In Hinblick auf die Angehörigen kann davon gesprochen werden, dass mit solchen Qualitätserhebungen, auch deren Sicht und Meinungsbild stärker in die pflegerischen Abläufe und Versorgungsstrukturen eingebracht werden kann. Gerade neuere Forschungs-

ergebnisse zeigen, dass Angehörige nicht nur durch den Zustand ihres zu pflegenden Anverwandten oder Bekannten belastet sind, sondern dass hierbei auch institutionelle Faktoren der Einrichtung bedeutend zum Stress beitragen können (vgl. Almberg, Graftström, Krichbaum & Winblad, 2000). Angehörigenbefragungen können solche strukturellen und organisationalen Qualitätsdefizite beleuchten und einen Zugang bilden, um die Angehörigen noch stärker in Verbesserungsprozesse einzubinden.

6

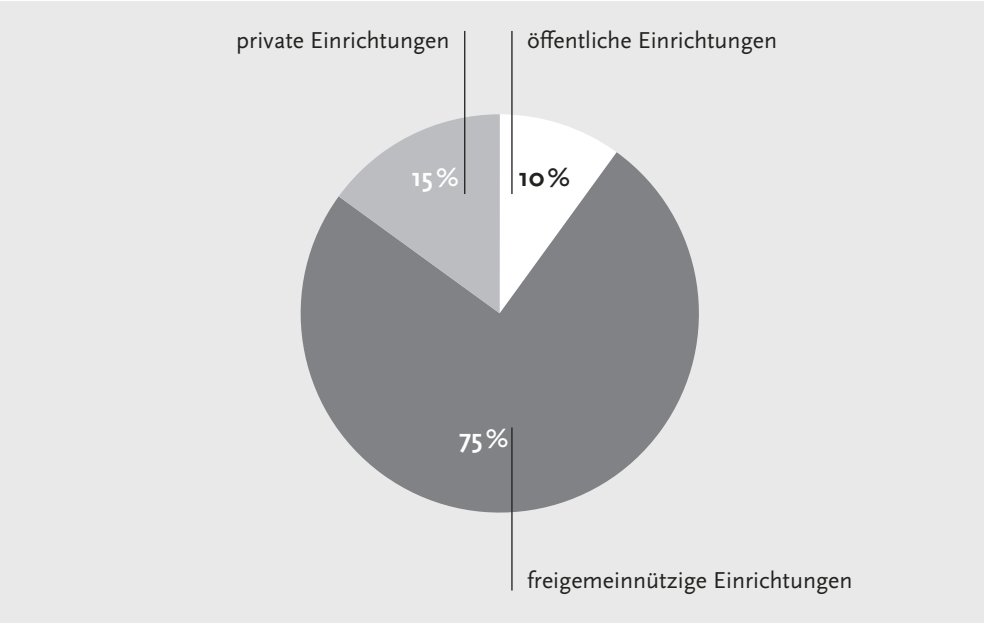
Arbeit und Gesundheit in verschiedenen Feldern der Pflege

6.1 Vergleich nach Einrichtungen unterschiedlicher Träger der Altenpflege

Die systematische Untersuchung der Zusammenhänge zwischen wichtigen Strukturmerkmalen von Altenpflegeeinrichtungen und der Belastungs- und Gesundheitssituation der Pflegekräfte stellte ein weiteres Projektziel dar. Denkbar wäre, dass Einrichtungen, die sich hinsichtlich grundlegender organisatorischer Strukturmerkmale unterscheiden, auch Unterschiede in Bezug auf die Belastungs- und Gesundheitssituation aufweisen. Neben Größe oder Standort der Einrichtungen stellt die Trägerschaft ein wichtiges Strukturmerkmal dar. In diesem Abschnitt wird daher näher auf die Belastungs- und Gesundheitssituation der Pflegekräfte in Einrichtungen unterschiedlicher Trägerschaften eingegangen. Es werden Ergebnisse zu psychischen und physischen Belastungen bei der Arbeit der Pflegekräfte differenziert nach öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Trägern dargestellt, wodurch ein Vergleich der Trägergruppen vorgenommen werden kann.

In einem weiteren Abschnitt werden ausgewählte Indikatoren der psychophysischen Gesundheit der Pflegekräfte auf Trägerebene dargestellt. Bei den ausgewählten Indikatoren handelt sich um die bereits im vorangegangenen Kapitel für die Beurteilung der psychophysischen Gesundheit der Pflegekräfte verwendeten und beschriebenen Indikatoren Irritation (Mohr et al., 2005), emotionale Erschöpfung und Depersonalisation als Kernkomponenten von Burnout (MBI-D, Büssing & Perrar, 1992) sowie körperlicher und psychischer Gesundheitsstatus (Bullinger & Kirchberger, 1992). Zugrundegelegt wurden für diese strukturellen Vergleiche erneut die Daten der BELUGA-Hauptstudie bei 111 Pflegeeinrichtungen mit 1848 Pflegekräften in Bayern. Wie aus Abbildung 8 ersichtlich wird, standen drei Viertel der teilnehmenden Einrichtungen unter freigemeinnütziger Trägerschaft und waren somit etwas überpräsentiert. Weitere 15 Prozent der untersuchten Pflegeeinrichtungen waren unter privater Trägerschaft, während die Einrichtungen

Abb. 8
Teilnehmende Einrichtungen nach Trägerschaft
(n = 111)



von öffentlichen Trägern lediglich einen Anteil von 10 % ausmachten. Diese Verteilung der Einrichtungen nach Trägerschaft in der BELUGA-Hauptstudie ist annähernd vergleichbar mit den allgemeinen ›Pflegemarkt‹-Daten des StBA (2005), die zeigen, dass der Großteil der Einrichtungen unter freigemeinnütziger Trägerschaft steht, gefolgt von privaten und öffentlichen Trägern.

Auf der Basis der BELUGA-Hauptstudie wird im Folgenden die Arbeits-, Belastungs- und Gesundheitssituation der befragten Altenpflegekräfte differenziert nach Trägerschaft vorgestellt.

Psychische und physische Belastungen in der Altenpflege im Trägervergleich

Von den 1848 Pflegekräften die an der BELUGA-Hauptstudie teilgenommen haben, lassen sich 1827 Personen den drei Trägergruppen zuordnen. Von 21 Teilnehmern fehlen hierzu Angaben bzw. Zuordnungsmöglichkeiten. 336 Pflegekräfte (18.4 %) waren zum Zeitpunkt der Befragung in einem Altenpflegeheim unter öffentlicher Trägerschaft tätig, 1203 Personen (65.8 %) arbeiteten in einer freigemeinnützigen Einrichtung und weitere 288 Mitarbeiter (15.8 %) ließen sich eindeutig einem Heim unter privater Trägerschaft zuordnen.

Abbildung 8 gibt zunächst einen grafischen Überblick über die Ausprägungen der unterschiedlichen Arbeitsbelastungen der Altenpflegekräfte in den Einrichtungen öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Träger.

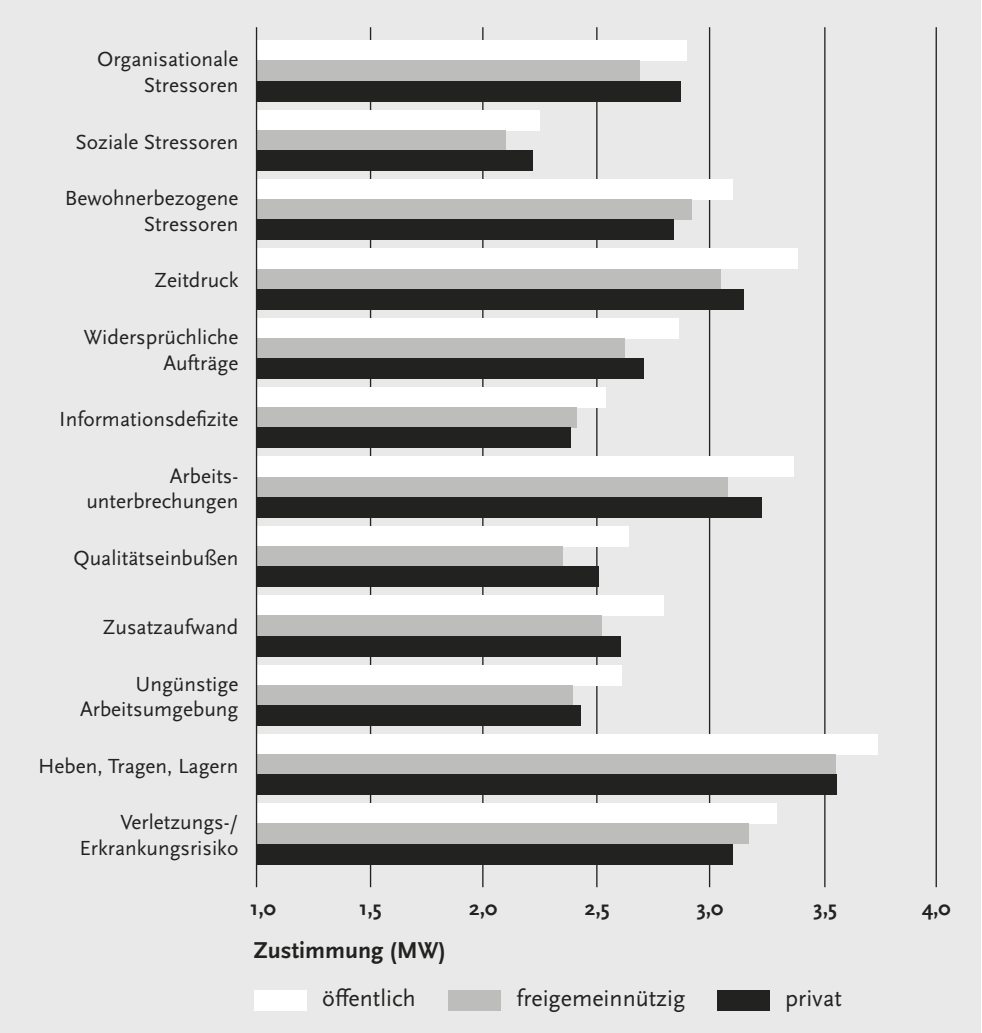


Abb. 9
Arbeitsbelastungen im Trägervergleich

Wertebereich der Skalen:
(1) = nein gar nicht; (5) = ja genau;
Gestaltungsempfehlung bei Werten ≥ 3.0

Die Ergebnisse zeigen ein klares Bild. Der Grad der Arbeitsbelastung in der Altenpflege ist für alle untersuchten Formen bei den öffentlichen Trägern von Altenpflegeheimen in der BELUGA-Hauptstudie durchweg am höchsten. Etwas günstiger, d.h. auf einem etwas niedrigeren Belastungsniveau liegen die Werte für Beschäftigte der privaten Träger, während die freigemeinnützigen Einrichtungen fast durchgängig die geringsten Ausprägungen

aufweisen. Ausnahmen hiervon sind drei Belastungsformen: Bewohnerbezogene Stressoren, Informationsdefizite und Verletzungs-/Erkrankungsrisiken. In diesen drei Merkmalen erzielen die privaten Träger die besten, d. h. belastungsgünstigsten Ergebnisse.

Aus wissenschaftlicher Sicht ist neben diesen grafischen Überblicksergebnissen auch von Interesse, inwieweit sich Unterschiede zwischen den Trägergruppen statistisch absichern lassen. Hierzu wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) gerechnet. Die Mittelwerte der Gesamtstichprobe in der BELUGA-Hauptstudie wie auch die nach Trägern differenzierten Mittelwerte sind in der nachfolgenden Tabelle 34 dargestellt. Hier finden sich auch Ergebnisse zu den statistischen Prüfgrößen der ANOVA.

Arbeitsbelastungen	Trägerschaft (MW)				ANOVA	
	gesamt (n=1848)	**öffentlich** (n=336)	**freigemein.** (n=1203)	**privat** (n=288)	**F**	**p**
Organisationale Stressoren	2,76	2,89	2,69	2,87	9,86	≈0
Soziale Stressoren	2,14	2,25	2,10	2,21	7,15	0,001
Bewohnerbezogene Stressoren	2,93	3,10	2,92	2,83	7,59	0,001
Zeitdruck	3,13	3,38	3,05	3,14	15,88	≈0
Widersprüchliche Aufträge	2,68	2,86	2,62	2,70	9,64	≈0
Informationsdefizite	2,43	2,54	2,41	2,39	3,10	0,045
Arbeitsunterbrechungen	3,15	3,37	3,07	3,23	16,34	≈0
Qualitätseinbußen	2,43	2,64	2,35	2,51	14,90	≈0
Zusatzaufwand	2,58	2,80	2,52	2,60	11,53	≈0
Ungünstige Arbeitsumgebung	2,44	2,61	2,39	2,43	9,77	≈0
Heben, Tragen, Lagern	3,59	3,74	3,55	3,56	5,51	0,004
Verletzungs- / Erkrankungsrisiko	3,18	3,29	3,17	3,09	2,86	0,057

Tab. 34
Arbeitsbelastungen im Trägervergleich (ANOVA)

Wertebereich der Skalen:
(1) = nein gar nicht; (5) = ja genau;
Gestaltungsempfehlung bei Werten ≥ 3.0

Die Ergebnisse zeigen für alle untersuchten Arbeitsbelastungen einen durchgängig signifikanten Haupteffekt bezüglich der Trägerschaft. Lediglich ein Merkmal (Verletzungs-/Erkrankungsrisiken) verfehlt ganz knapp den konventionell verwendeten p-Wert von 0,05. Die genauere Betrachtung der paarweisen statistischen Vergleiche, die hier aus Gründen der Übersicht nicht dokumentiert sind, zeigt fast durchgängig statistisch signifikante Unterschiede zwischen öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern (einzige Ausnahme: Verletzungs-/Erkrankungsrisiken). Die Unterschiede zwischen öffentlichen und privaten Trägern verfehlen, aufgrund der geringeren Teilstichprobengrößen, zumeist (knapp) die statistische Signifikanz, während sich im Vergleich zwischen den freigemeinnützigen und privaten Trägern Unterschiede lediglich für organisationale und soziale Stressoren sowie für Arbeitsunterbrechungen und Qualitätseinbußen zugunsten der freigemeinnützigen Träger klar statistisch absichern lassen.

Psychische Anforderungen und Ressourcen in der Altenpflege im Trägervergleich

In vergleichbaren Darstellungen zu den Arbeitsbelastungen in der Altenpflege bei unterschiedlichen Trägern von Altenpflegeheimen, sollen nun auch Arbeitsanforderungen und Ressourcen in der Arbeit verglichen werden, wie sie mit dem Screening TAA – Altenpflege in der BELUGA-Hauptstudie ermittelt wurden. Zunächst sind in Abbildung 10 die Anforderungsprofile bei unterschiedlichen Trägern dargestellt.

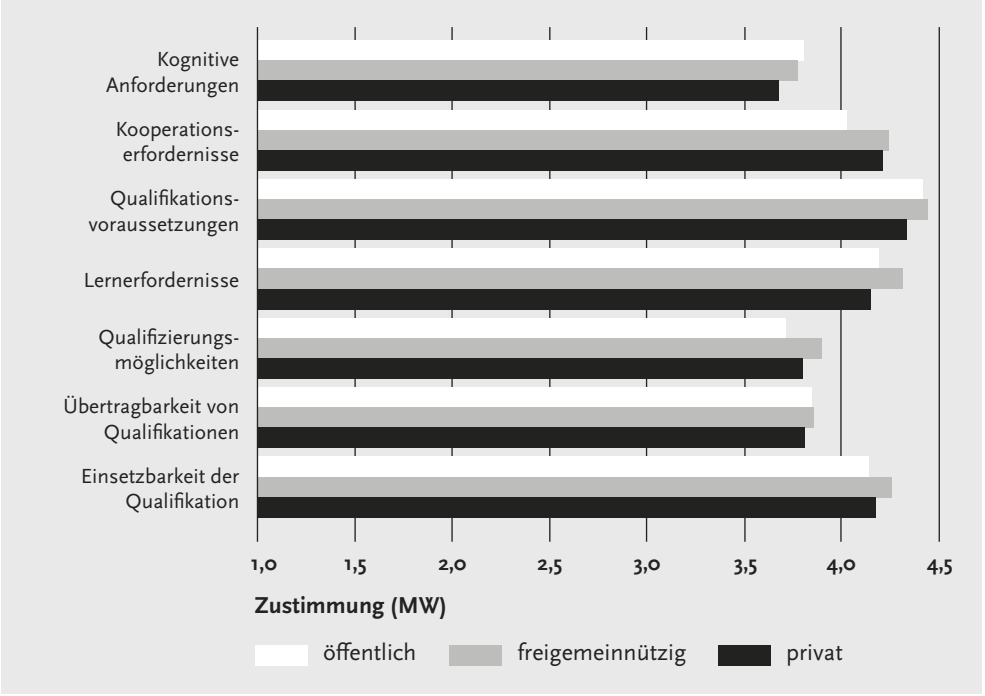


Abb. 10
Psychische Anforderungen im Trägervergleich

Wertebereich der Skalen:
(1) = nein gar nicht; (5) = ja genau;
Gestaltungsempfehlung bei Werten ≤ 3.0

Die Ergebnisse zeigen, dass die psychischen Anforderungen bei den freigemeinnützigen Trägern am stärksten ausgeprägt sind. Da es sich hierbei um arbeitspsychologisch wünschenswerte Merkmale handelt, stellt sich die Arbeitssituation der Pflegekräfte bei freigemeinnützigen Trägern diesbezüglich insgesamt am günstigsten dar. Im Vergleich zwischen öffentlichen und privaten Trägern zeigt sich ein uneinheitliches Bild. Während bei öffentlichen Trägern die kognitiven Anforderungen und die qualifikatorischen Anforderungen wie auch die Übertragbarkeit von Qualifikationen etwas günstiger ausfallen, sind bei privaten Trägern die Qualifizierungsmöglichkeiten etwas größer. Hierzu ist jedoch anzumerken, dass alle Ergebnisse in einem durchaus befriedigenden, positiven Bereich liegen und sich demnach bei keinem der Träger dringliche Gestaltungserfordernisse zu den psychischen Anforderungen in der stationären Altenpflege ergeben.

In der nachfolgenden Tabelle 35 sind die Mittelwerte der Gesamtstichprobe wie auch der verschiedenen Träger ebenso wie Ergebnisse der statistischen Prüfung von Mittelwertsunterschieden dargestellt.

Wie die Prüfgrößen zeigen, lassen sich für Kooperationserfordernisse, Lernerfordernisse, Qualifizierungsmöglichkeiten und für die Einsetzbarkeit der Qualifikation in der täglichen Arbeit Haupteffekte der Trägerschaft statistisch absichern. Tendenziell zeigen sich auch Unterschiede hinsichtlich kognitiven Anforderungen und Qualifikationsvoraussetzungen, die jedoch knapp das übliche Niveau statistischer Bedeutsamkeit verfehlen. Eine Detailbetrachtung aller paarweisen Vergleiche zwischen den Trägern zeigt folgendes Bild: Die Haupteffekte werden maßgeblich durch statistisch signifikante Unterschiede zwischen öffentlichen und freigemeinnützigen Einrichtungen getragen. So haben Pflegekräfte bei den freigemeinnützigen Trägern mehr Kooperationserfordernisse und Lernerfordernisse, bessere Chancen sich weiterzuqualifizieren und auch die Qualifikation in

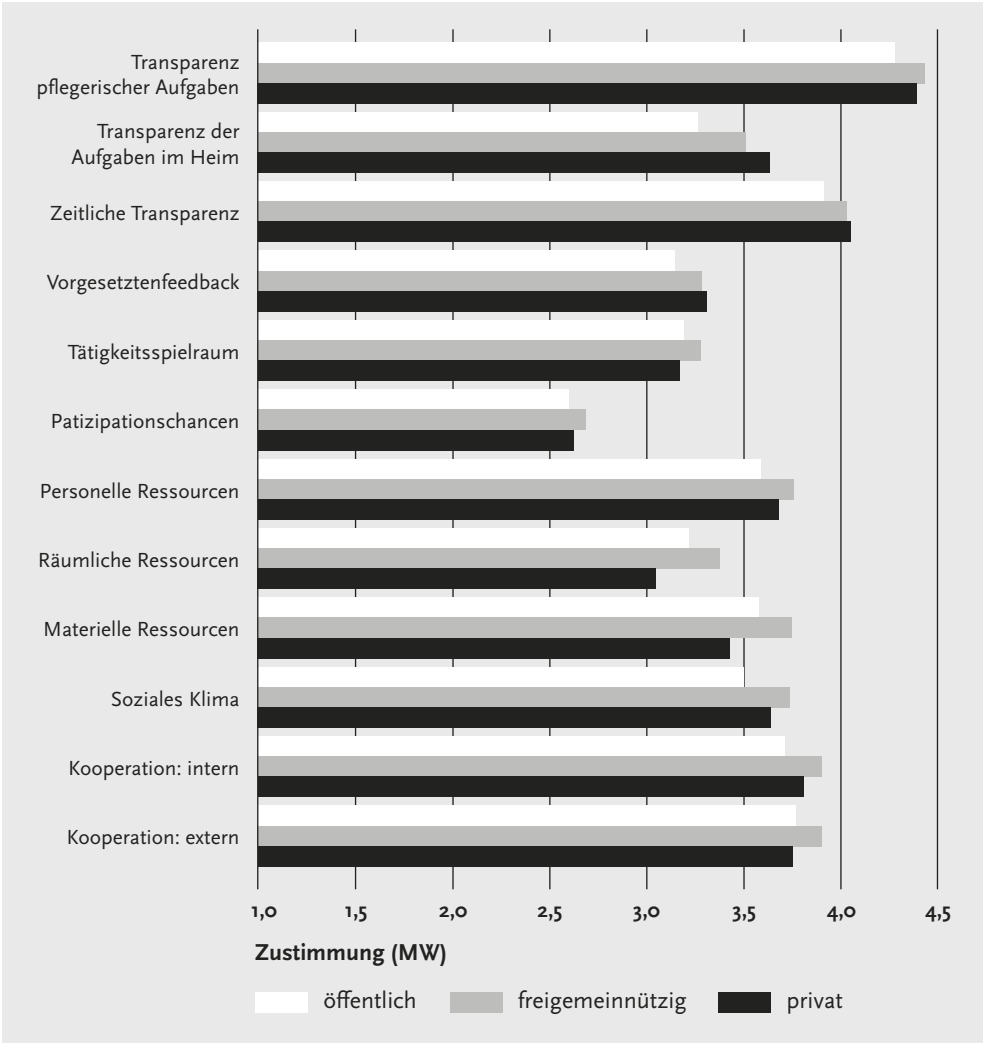
Anforderungen in der Arbeit	Trägerschaft (MW)				ANOVA	
	gesamt (n=1848)	öffentlich (n=336)	freigemein. (n=1203)	privat (n=288)	F	p
Kognitive Anforderungen	3,79	3,81	3,79	3,69	2,61	0,074
Kooperationserfordernisse	4,21	4,04	4,25	4,22	10,79	≈0
Qualifikationsvoraussetzungen	4,43	4,43	4,45	4,35	2,79	0,062
Lernerfordernisse	4,28	4,21	4,33	4,16	8,77	≈0
Qualifizierungsmöglichkeiten	3,86	3,73	3,91	3,81	6,09	0,002
Übertragbarkeit von Qualifikationen	3,86	3,78	3,86	3,82	0,41	0,660
Einsetzbarkeit der Qualifikation	4,24	4,15	4,27	4,19	4,53	0,011

oben: Tab. 35
Psychische Anforderungen im Trägervergleich (ANOVA)

Wertebereich der Skalen:
(1) = nein gar nicht; (5) = ja genau;
Gestaltungsempfehlung bei Werten ≤ 3,0

rechts: Abb. 11
Ressourcen in der Arbeit im Trägervergleich

Wertebereich der Skalen:
(1) = nein gar nicht; (5) = ja genau;
Gestaltungsempfehlung bei Werten ≤ 3,0



Ressourcen in der Arbeit	Trägerschaft (MW)				ANOVA	
	gesamt (n=1848)	öffentlich (n=336)	freigemein. (n=1203)	privat (n=288)	F	p
Transparenz pflegerischer Aufgaben	4,41	4,29	4,44	4,40	7,80	≈0
Transparenz der Aufgaben im Heim	3,49	3,27	3,51	3,64	11,63	≈0
Zeitliche Transparenz	4,02	3,92	4,04	4,05	3,71	0,025
Vorgesetztenfeedback	3,26	3,15	3,29	3,31	2,24	0,110
Tätigkeitsspielraum	3,24	3,19	3,28	3,17	3,80	0,023
Partizipationschancen	2,66	2,60	2,69	2,62	1,76	0,170
Personelle Ressourcen	3,71	3,59	3,76	3,68	3,36	0,035
Räumliche Ressourcen	3,29	3,22	3,38	3,05	11,06	≈0
Materielle Ressourcen	3,67	3,58	3,76	3,43	19,65	≈0
Soziales Klima	3,68	3,50	3,74	3,64	16,15	≈0
Kooperation: intern	3,86	3,71	3,91	3,81	14,45	≈0
Kooperation: extern	3,86	3,77	3,91	3,76	12,54	≈0

Tab. 36
Ressourcen in der Arbeit im Trägervergleich (ANOVA)

Wertebereich der Skalen:
(1) = nein gar nicht; (5) = ja genau;
Gestaltungsempfehlung bei Werten ≤ 3,0

der Arbeit einzusetzen. Bezüglich der Kooperationserfordernisse schneiden auch die privaten Träger signifikant besser ab als die öffentlichen, jedoch sind die Lernerfordernisse in privaten Einrichtungen deutlich ungünstiger als in den Einrichtungen der freigemeinützigen Träger. Ansonsten unterscheiden sich private und freigemeinnützige Träger nicht statistisch signifikant voneinander, wenn auch einzelne Paarvergleiche (v.a. Qualifikationsvoraussetzungen) nur knapp die Signifikanz verfehlen.

Abschließend werden nun die Ressourcen in der täglichen Arbeit der Altenpflegekräfte bei unterschiedlichen Trägern miteinander verglichen. Abbildung 11 zeigt die Ergebnisprofile der Träger im Überblick.

Zunächst lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die meisten untersuchten Ressourcen in der täglichen Arbeit der Altenpflegekräfte für alle Träger in einem positiven Bereich liegen. Ausnahme ist – ebenfalls bei allen Trägern – die Möglichkeit zur Einflussnahme auf übergreifende, stationsbezogene Entscheidungen (Partizipationschancen). Ebenfalls liegen Vorgesetztenfeedback, Tätigkeitsspielraum und räumliche Ressourcen bei allen Trägern nur in einem knapp befriedigenden Bereich und sollten aus arbeitspsychologischer Sicht verbessert werden, um Arbeitsbelastungen und psychische Anforderungen in der Altenpflege besser bewältigen zu können. Im Vergleich zwischen den Trägern schneiden die öffentlichen Einrichtungen erneut am schlechtesten ab. Bei zwei Dritteln der untersuchten zwölf Ressourcen in der Arbeit erzielen sie die geringsten Werte. Lediglich Tätigkeitsspielräume, materielle und räumliche Ressourcen fallen noch besser aus als bei den privaten Trägern. Freigemeinnützige Einrichtungen hingegen erzielen in drei Vierteln der Merkmale die besten Werte und liegen damit im Trägervergleich erneut auf dem ersten Rang, vor den privaten und den öffentlichen Einrichtungen.

Die Überprüfung der statistischen Signifikanz dieser Mittelwertsunterschiede, deren Ergebnisse in der Tabelle 36 dokumentiert sind, zeigen, dass fast durchgängig signifikante Haupteffekte der Trägerschaft bestehen. Lediglich beim Vorgesetztenfeedback und bei den Partizipationschancen lässt sich ein Effekt der Trägerschaft nicht statistisch absichern. Die Detailergebnisse der einzelnen Paarvergleiche zwischen den Einrichtungen zeigen Folgendes: Mit wenigen Ausnahmen (Vorgesetztenfeedback, Tätigkeitsspielraum, Partizipationschancen) sind die paarweisen Unterschiede zwischen öffentlichen und freigemeinnützigen Einrichtungen statistisch signifikant. Aufgrund der geringeren Teilstichprobengröße lassen sich im Vergleich zwischen öffentlichen und privaten Trägern lediglich die bessere Transparenz der Aufgaben im Heim und das bessere soziale Klima bei den privaten Trägern statistisch absichern, während die Unterschiede bei der Transparenz der pflegerischen Aufgaben und der zeitlichen Transparenz zugunsten der privaten Träger nur knapp die Signifikanzgrenze verfehlen. Freigemeinnützige Träger bieten ihren beschäftigten Altenpflegekräften signifikant bessere räumliche und materielle Ressourcen und die Kooperation mit externen Einrichtungen klappt hier ebenfalls deutlich besser. Unterschiede im Tätigkeitsspielraum und bei der internen Kooperation im Heim verfehlen hier knapp die Signifikanzgrenze, auch wenn sie sich für freigemeinnützige Träger ebenfalls tendenziell positiver darstellen.

Psychophysische Gesundheit der Altenpflegekräfte im Trägervergleich

Abschließend sollen nun die ausgewählten Indikatoren zur psychophysischen Gesundheit der Altenpflegekräfte ebenfalls einem Trägervergleich unterzogen werden. Aufgrund der unterschiedlichen Antwortformate der eingesetzten Diagnoseinstrumente zur Erfassung der Irritation, des Burnout und der psychischen und physischen Gesundheit werden hier zunächst separate grafische Darstellungen der Ergebnisse präsentiert, bevor in einer tabellarischen Übersicht näher auf die statistischen Unterschiede eingegangen wird.

Hinsichtlich der Irritation, die Erschöpfungs- und Ärgerzustände beschreibt, die immer wieder auftreten und in täglichen Belastungspausen nicht mehr angemessen abgebaut werden können, zeigen sich bei allen Trägergruppen günstige Werte, die unter einem kritischen Mittelwert liegen. Abbildung 12 gibt einen grafischen Überblick über die Mittelwerte der unterschiedlichen Träger. Mit durchschnittlichen Werten um etwa 3 lässt sich konstatieren, dass Irritation als mittelfristige, negative Fehlbeanspruchungsfolge für Altenpflegekräfte aller Träger insgesamt wenig zutrifft.

Abb. 12
Irritationen der Altenpflegekräfte im Trägervergleich

Wertebereich der Skala:
(1) = trifft überhaupt nicht zu;
(7) = trifft fast völlig zu

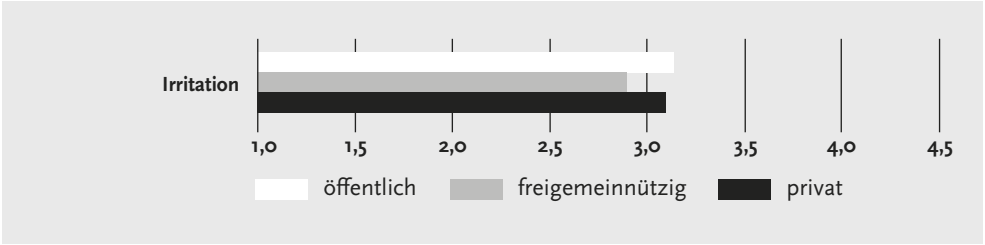


Abbildung 13 zeigt die Ausprägungen der Burnout-Komponenten Emotionale Erschöpfung, Depersonalisation sowie persönliche Erfüllung und Leistungsfähigkeit im Trägervergleich. Zu beachten ist hier, dass die Komponente der persönlichen Erfüllung positiv formuliert ist, d.h. hohe Werte einen geringen Grad an Burnout indizieren. Mit Werten um 3 (›eher selten‹) für Emotionale Erschöpfung bzw. um 2 (›sehr selten‹) für Depersonalisation lässt sich zunächst festhalten, dass die beiden Kernkomponenten von Burnout im Durchschnitt der Altenpflegekräfte bei allen Trägern vergleichbar gering ausgeprägt sind. Die Werte für die persönliche Erfüllung und Leistungsfähigkeit liegen bei allen Trägern knapp unter 5 (›eher oft‹), was ebenfalls für eine geringe Ausprägung einer Burnout-Gefährdung spricht.

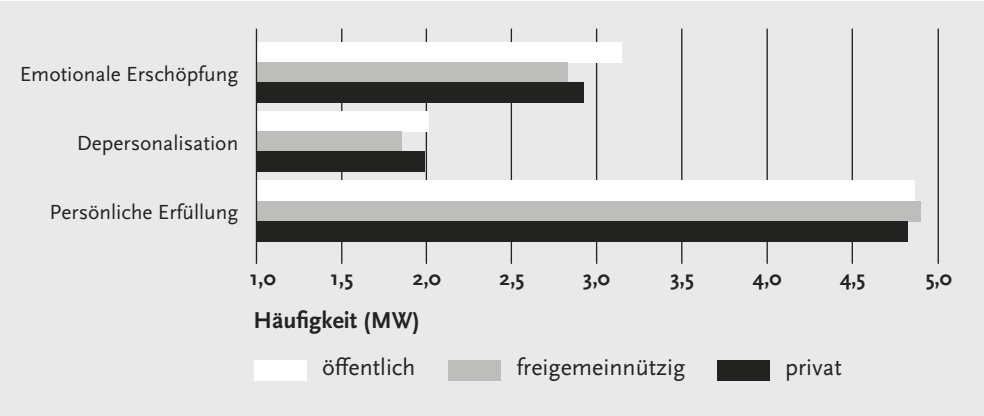


Abb. 13
Burnout der Altenpflegekräfte im Trägervergleich

Wertebereich der Skalen:
(1) = nie; (6) = sehr oft

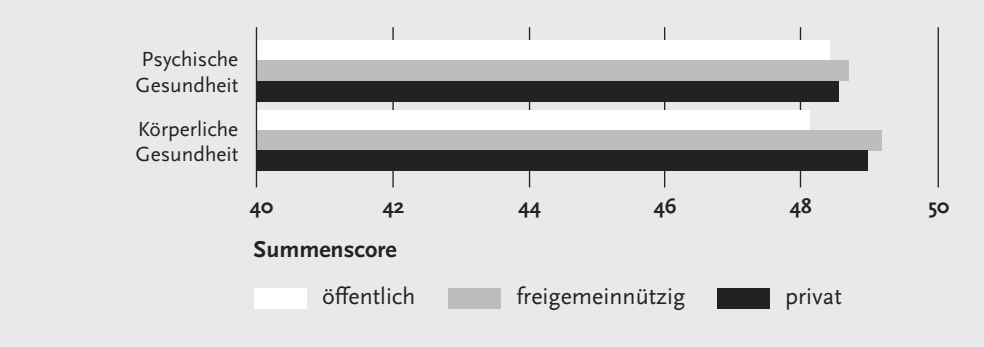


Abb. 14
Psychische und körperliche Gesundheit der Altenpflegekräfte im Trägervergleich

Wertebereich der Summenscores des SF-12 (nach Transformation) von 0 bis 100

In der Abbildung 14 sind die Ergebnisse zur psychischen und physischen Gesundheit der Altenpflegekräfte gemessen mit dem SF-12 dargestellt. Hier gilt es zu beachten, dass die beiden Summenskalen des Instruments transformiert werden, so dass sie einen Wertebereich von 0 bis 100 einnehmen können. Die Werte lassen sich in Beziehung zu repräsentativen Normwerten für die deutsche Bevölkerung ab dem 15. Lebensjahr setzen (n = 2.914). Der Normwert für ›körperliche Gesundheit‹ beträgt hier 49,03 (SD = 9,35) und für ›psychische Gesundheit‹ 52,24 (SD = 8,41). Die Ergebnisse zeigen, dass die Durchschnittswerte der Altenpflegekräfte bei allen Trägern im Rahmen der bundesdeutschen Norm liegen.

Insgesamt lässt sich also für alle Indikatoren der psychophysischen Gesundheit der Altenpflegekräfte bei allen Trägern ein unauffälliger bzw. positiver Befund berichten. In keinem Fall erzielen die Durchschnittswerte einen Grad an psychischer oder körperlicher Beeinträchtigung, der problematisch wäre. Es stellt sich die Frage, ob die erkennbaren kleinen Unterschiede zwischen den Trägern statistisch bedeutsam sind. So zeigt sich für die Heime unter öffentlicher Trägerschaft ein durchgängig etwas ungünstigeres Niveau in allen Indikatoren der Irritation, des Burnout sowie der psychischen und physischen Gesundheit nach SF-12. Die folgende Tabelle 37 liefert neben den Mittelwerten der BELUGA-Gesamtstichprobe und der einzelnen Träger erneut die Prüfstatistiken der einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA).

Während für die Burnoutkomponente der Persönlichen Erfüllung und für beide Skalen des SF-12 kein signifikanter Haupteffekt der Trägerschaft und auch keine statistische Signifikanz zwischen paarweisen Einzelvergleichen festgestellt werden kann, unterscheiden sich die Altenpflegekräfte der unterschiedlichen Träger bezüglich Irritation, Emotionaler Erschöpfung wie auch Depersonalisation statistisch bedeutsam. Eine nähere Inspektion dieser paarweisen Vergleiche zeigt, dass die Mitarbeiter in freigemeinnützigen Einrichtungen hinsichtlich aller drei Indikatoren einen signifikant besseren Gesundheitsstatus aufweisen als die Mitarbeiter in öffentlichen Einrichtungen. Zudem erleben sie auch weniger Irritation und Depersonalisation als ihre Kollegen in den privaten Einrichtungen.

Indikatoren psychophysischer Gesundheit	Trägerschaft (MW)				ANOVA	
	gesamt (n=1848)	öffentlich (n=336)	freigemein. (n=1203)	privat (n=288)	F	p
Irritation	2,98	3,14	2,90	3,10	6,56	0,001
MBI-D: Emotionale Erschöpfung	2,90	3,13	2,83	2,92	9,16	≈0
MBI-D: Depersonalisation	1,90	2,00	1,85	1,99	6,23	0,002
MBI-D: Persönliche Erfüllung	4,87	4,86	4,89	4,81	1,64	0,190
SF-12: Psychische Gesundheit	48,62	48,44	48,69	48,57	0,12	0,890
SF-12: Körperliche Gesundheit	48,96	48,12	49,20	49,00	1,41	0,240

Tab. 37
Psychophysische Gesundheit der Altenpflegekräfte im Trägervergleich (ANOVA)

Wertebereich der Skalen:
Irritation [1; 7];
Burnout/MBI-D [1; 6];
SF-12 [0; 100]

Die Unterschiede zwischen öffentlichen und privaten Einrichtungen lassen sich statistisch nicht absichern.

Da sich hinter Durchschnittswerten zur psychophysischen Gesundheit durchaus Mitarbeiter verbergen können, die ausgeprägte Gesundheitsbeeinträchtigungen haben, wird im folgenden auch die Zahl der Altenpflegekräfte berichtet, die individuelle problematische Werte aufweisen. Für die emotionale Erschöpfung wird hier der kritische Wert bei ≥ 4,5 (›manchmal‹ bis ›eher oft‹) angelegt. Insgesamt 144 Personen überschreiten diesen Wert. Darunter finden sich 36 Pflegekräfte in öffentlichen Einrichtungen, weitere 86 arbeiten in einer freigemeinnützigen Einrichtung und 22 Pflegekräfte in einer privaten Einrichtung. Bezogen auf die Depersonalisation überschreiten 11 Mitarbeiter einen kritischen Wert von ≥ 4,5 und geben an, zynische, entfremdete Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber den Bewohnern zu haben. Während bei den öffentlichen Trägern 2 Pflegekräfte kritische Ausprägungen zeigen, sind es bei den freigemeinnützigen Einrichtungen 6 Pflegekräfte und bei den privaten Trägern 3 Pflegekräfte.

Vergleichbar wurden Pflegekräfte mit auffälliger Symptomatik bei der psychischen und körperlichen Gesundheit nach SF-12 ermittelt. Basierend auf der deutschen Normstichprobe des SF-12 (Bullinger & Kirchberger, 1992) wird jeweils ein Grenzwert angelegt, der mindestens eine Standarddabweichung unter der Norm bleibt. Für die körperliche Gesundheit ist dies ein Wert ≤ 39.68, für die psychische Gesundheit ein Grenzwert ≤ 44,24. Insgesamt weisen 15,7 % (255) von 1.625 Pflegekräften mit gültigen Angaben zum SF-12 kritische Werte im Bereich der körperlichen Gesundheit auf. Auf Trägerebene zeigt sich, dass 51 Personen der öffentlichen Einrichtungen, 162 der freigemeinnützigen und 42 der privaten Einrichtungen aufgrund ihres körperlichen Gesundheitszustandes nur eingeschränkt ihren Alltagstätigkeiten im Beruf und zu Hause nachgehen können und immer wieder an Schmerzen leiden. Was den psychischen Gesundheitszustand anbelangt, so weist jede vierte befragte Pflegekraft (25,1 %, 408 Pflegekräfte) einen kritischen Summenscore im Bereich der psychischen Gesundheit auf. Im Trägervergleich zeigt sich, dass 85 Pflegekräfte der öffentlichen Träger, 256 Pflegekräfte der freigemeinnützigen Pflegekräfte und 67 Pflegekräfte der privaten Träger sich immer wieder traurig oder entmutigt gefühlt haben und am Arbeitsplatz wie auch zu Hause weniger geschafft haben als geplant.

Zusammenfassend kann hinsichtlich der psychophysischen Gesundheit der Pflegekräfte in den unterschiedlichen Trägergruppen ein erfreuliches Fazit gezogen werden, da keiner der Indikatoren im Mittel stark ausgeprägt ist. Jedoch zeigt sich bei der Analyse der unproblematischen Mittelwerte auf Mitarbeiterebene, dass gerade beim psychischen

und physischen Gesundheitszustand eine beträchtliche Anzahl an Pflegekräften ausgeprägte physische und psychische Gesundheitsprobleme aufweisen. Im Vergleich der Trägergruppen zeigen sich signifikante Unterschiede bei den psychophysischen Gesundheitsindikatoren Irritation und den Burnoutkomponenten emotionale Erschöpfung und Depersonalisation, wobei die öffentlichen Einrichtungen die höchsten Ausprägungen zeigen, während die Mitarbeiter in den freigemeinnützigen Einrichtungen den besten Gesundheitsstatus aufweisen.

6.2 Vergleich der Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege, der stationären Krankenpflege und der ambulanten Pflege

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln und Abschnitten eine umfangreiche und detaillierte Bestandsaufnahme zur Arbeitssituation der Pflegekräfte in der stationären Altenpflege vorgenommen und nach strukturellen und individuellen Merkmalen genauer analysiert wurde, soll nun ein exemplarischer Vergleich der Arbeitsbelastungen und der psychophysischen Gesundheit von Pflegekräften in der Altenpflege mit zwei anderen Pflegesegmenten, der stationären Krankenpflege und der ambulanten Pflege durchgeführt werden.

Arbeitsbelastungen in der Altenpflege, Krankenpflege und ambulanten Pflege
Mit dem Belastungsscreening TAA-KH-S für die stationäre Krankenpflege (z. B. Büssing, Glaser & Höge, 2002) und dem Belastungsscreening TAA – Ambulante Pflege (z. B. Büssing, Glaser & Höge, 2005) liegen zwei Verfahren vor, die auf denselben theoretischen Grundlagen der Arbeitspsychologie basieren, konzeptuell vergleichbare Konstrukte auf Skalenebene umfassen und auch in vergleichbarer Weise methodisch eingesetzt wurden wie das im BELUGA-Projekt entwickelte Belastungsscreening TAA – Altenpflege. Damit bietet sich erstmals die Möglichkeit einen empirischen Vergleich zur Arbeitsbelastung in diesen drei Pflegesegmenten anhand einer wissenschaftlich fundierten und empirisch speziell für die Pflegetätigkeit überprüften Verfahrensfamilie durchzuführen. Einschränkend muss angemerkt werden, dass je nach Berufsfeld die Konstrukte zwar auf Ebene der Skalen vergleichbar sind, sich jedoch hinter diesen Skalen z. T. unterschiedliche Itemanzahlen bzw. Einzelaussagen zur Belastung in der Pflegetätigkeit des jeweiligen Segments verbergen. Aus diesem Grund wird hier von einem präzisen statistischen Vergleich abgesehen. Vielmehr werden zur ersten Abschätzung von relativen Problemschwerpunkten die jeweiligen Belastungsprofile in den drei Pflegesegmenten einander gegenüber gestellt. Hieraus lassen sich wichtige Anhaltspunkte für die drei Berufsfelder ableiten. Ein präziser statistischer Vergleich würde zuvor eine Integration der drei Verfahren zu einem gemeinsamen modularen Instrument mit vergleichbaren Skalen und Items und zudem größere und aktuellere Stichproben erfordern, die für das jeweilige Feld eine ebenso gute Repräsentativität beanspruchen können wie die aktuellen Daten aus dem BELUGA-Projekt.

Die mit dem Belastungssccreening TAA-KH-S gewonnenen Daten stammen aus einer früheren Studie im Auftrag der BAuA, in deren Rahmen 160 Krankenpflegekräfte von 19 Stationen in zwei Allgemeinkrankenhäusern Auskunft zu ihren Arbeitsbelastungen gegeben haben. Desweiteren liegt eine größere Stichprobe für das Feld der ambulanten Pflege vor. Bei dieser Studie, die ebenfalls im Auftrag der BAuA durchgeführt wurde, beurteilten 721 Pflegekräfte, die in 97 ambulanten Pflegediensten tätig waren, ihre Arbeitssituation im Hinblick auf Arbeitsbelastungen in einer vergleichbar strukturierten Weise. Diese beiden Datensätze werden im Folgenden exemplarisch den Daten zur Arbeitsbelastung von 1.848 Altenpflegekräften aus 111 Altenpflegeheimen der BELUGA-Hauptstudie gegenübergestellt.

Abb. 15
Arbeitsbelastungen in unterschiedlichen Berufsfeldern der Pflege

*** Belastungsaspekte wurden in der stationären Krankenpflege nicht vergleichbar erfasst;**
Wertebereich der Skalen:
(1) = nein gar nicht; (5) = ja genau;
Gestaltungsempfehlung bei Werten ≥ 3,0

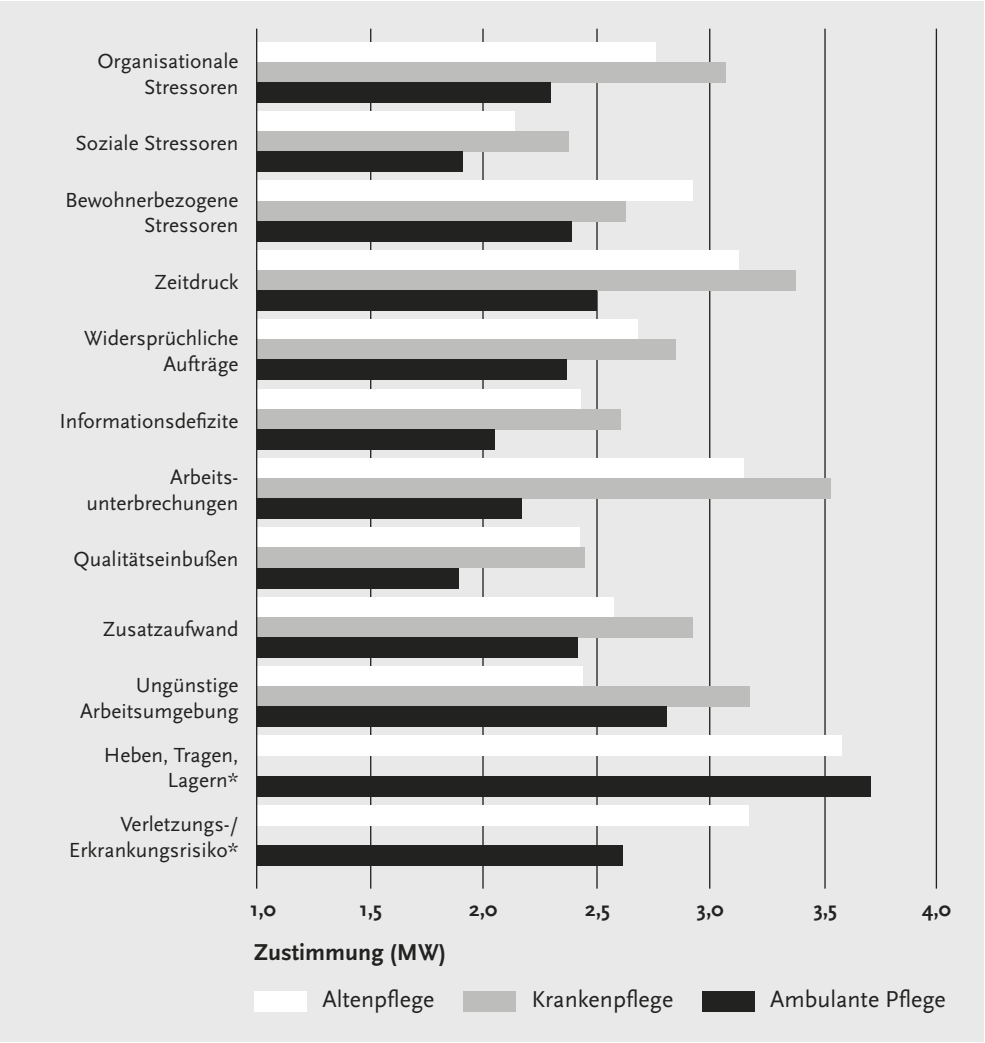


Abbildung 15 zeigt die Belastungsprofile in den drei Pflegesegmenten anhand der vergleichbar ermittelten Formen von psychischen und physischen Belastungen. Die Ergebnisse zeigen Folgendes: Die Arbeit in der stationären Krankenpflege weist bei 8 der 9 hier näher untersuchten psychischen Arbeitsbelastungen den höchsten Ausprägungsgrad auf. Alleine die klientenbezogenen Stressoren werden von den Altenpflegekräften als größere Belastung erlebt als von den Krankenpflegekräften. Pflegekräfte in der ambulanten Pflege erleben durchgängig geringere psychische Belastungen als ihre Kollegen im stationären Bereich. Jedoch wird in der ambulanten Pflege in höherem Maße eine ungünstige Arbeitsumgebung bemängelt als in der Pflege im Altenheim. Übertroffen werden diese ergonomischen Probleme nur noch bei der pflegerischen Arbeit auf Krankenhausstationen. Ergänzend muss hier erwähnt werden, dass in der ambulanten Pflege insbesondere die zum Teil beengten räumlichen Umstände in den privaten Wohnräumen und insbesondere im Badezimmer der Patienten bemängelt wurden, während in der Krankenpflege weitere Arbeitsumgebungsaspekte wie zum Beispiel schlechte klimatische Bedingungen, Lärm, ungünstig gestaltete Nasszellen und beengte Mehrbettzimmer zu Behinderungen des Arbeitshandelns führen. Im Altenpflegeheim treten solche Problemschwerpunkte deutlich weniger auf.

Weitere physische Belastungen wurden lediglich im Bereich der stationären Altenpflege und der ambulanten Pflege in vergleichbarer Weise erfasst. Hier zeigt sich, dass physische Belastungen in Form von Heben, Tragen und Lagern in beiden Pflegesegmenten einen kritischen Wert überschreiten, in der ambulanten Pflege noch etwas gravierender ausfallen als im Altenpflegeheim, was wohl auf die (noch mehr) fehlenden Hebe-

hilfsmittel oder mangelnde kollegiale Unterstützung beim Heben und Lagern von Patienten zurückzuführen ist. Verletzungs- und Infektionsrisiken sind hingegen in der stationären Altenpflege deutlich mehr zu verzeichnen als in der häuslichen Pflege.

Psychophysische Gesundheit von Pflegekräften in der Altenpflege, Krankenpflege und ambulanten Pflege

Abschließend soll nun auch ein Vergleich hinsichtlich der psychophysischen Gesundheit der Pflegekräfte in den drei Berufsfeldern vorgenommen werden. Da in den zugrundeliegenden Studien bei Pflegekräften in der stationären Krankenpflege und in der ambulanten Pflege vergleichbare Indikatoren zur psychophysischen Gesundheit verwendet wurden wie in der hier vorgestellten BELUGA-Studie, lassen sich die Ergebnisse zu diesen Beanpruchungsfolgen direkt miteinander vergleichen. Die Skala Irritation wurde in der BELUGA-Studie in einer aktualisierten Fassung eingesetzt, so dass direkte Vergleiche nur zu den Facetten des Burnout sowie zum Gesundheitsstatus nach SF-12 vorgenommen werden können. Hierbei wird dieselbe Darstellungsform gewählt wie bei dem zuvor durchgeführten Trägervergleich.

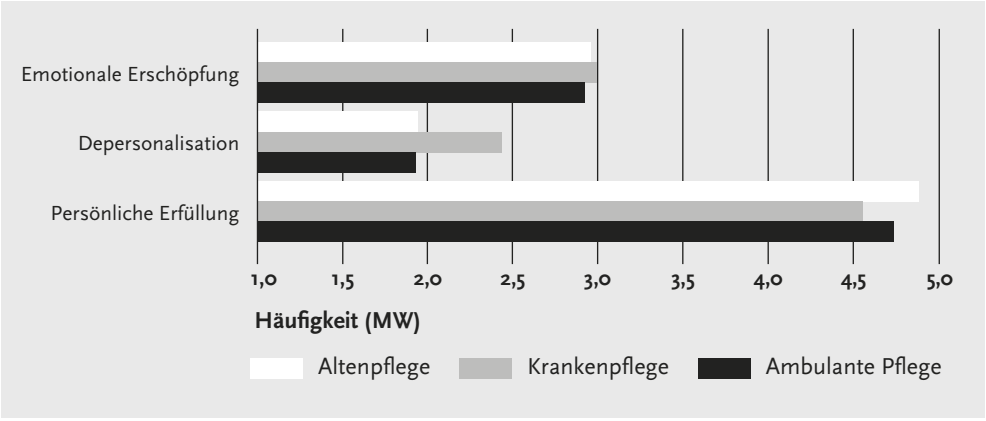


Abb. 16
Burnout von Pflegekräften in unterschiedlichen Berufsfeldern

Wertebereich der Skalen:
(1) = nie;
(6) = sehr oft

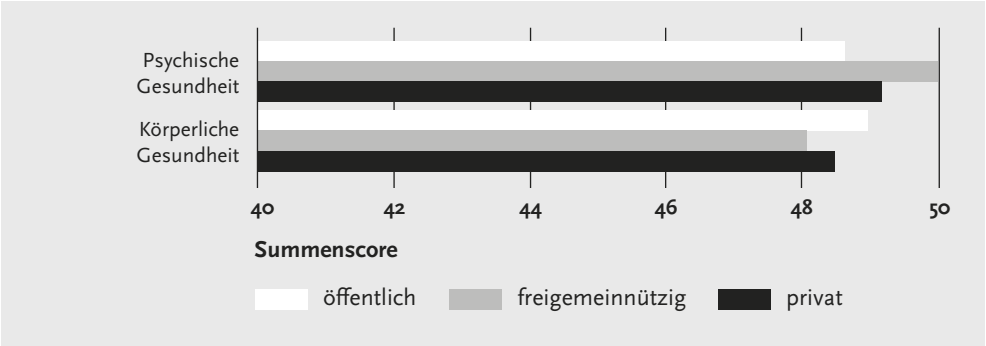


Abb. 17
Psychische und körperliche Gesundheit von Pflegekräften in unterschiedlichen Berufsfeldern

Wertebereich der Summenscores des SF-12 (nach Transformation) von 0 bis 100

Abbildung 16 zeigt die Ergebnisse zur Ausprägung der Burnout-Komponenten bei Pflegekräften in unterschiedlichen Berufsfeldern. Die Ergebnisse zeigen, dass Burnout bei Pflegekräften in der stationären Pflege im Krankenhaus am stärksten ausgeprägt ist. Dies gilt für alle drei Facetten des Burnout-Syndroms. Zwischen Altenpflegekräften und Pflegekräften in der ambulanten Pflege zeigen sich nur marginale Unterschiede.

Schließlich zeigt Abbildung 17 die Ergebnisse zur psychischen und physischen Gesundheit nach SF-12 von Pflegekräften in den drei Tätigkeitsfeldern. Auch wenn sich nur kleine Unterschiede zwischen den Pflegekräften in den drei Berufsfeldern zeigen, so ist tendenziell erkennbar, dass Krankenpflegekräfte über eine etwas bessere psychische Gesundheit verfügen, während sie eine tendenziell schlechtere körperliche Verfassung aufweisen als die Kollegen in der stationären Altenpflege und in der ambulanten Pflege.

7

Arbeitsgestaltung in der Altenpflege

Das folgende Kapitel beschreibt zunächst ein exemplarisches Modellvorhaben zur partizipativen Arbeitsgestaltung in einer Altenpflegeeinrichtung sowie die resultierenden Ergebnisse der längerfristigen wissenschaftlichen Begleitung. Die Gestaltungsmaßnahme ›Arbeitskreis (AK) BELUGA‹ als Teilaufgabe des Projekts wurde in einem Münchener Altenpflegeheim durchgeführt und wissenschaftlich evaluiert. Zuerst werden der Untersuchungsbereich und die Interventionsmaßnahme ausführlich beschrieben. Dem folgen die Ergebnisse der längsschnittlichen Analyse der Arbeits- und Gesundheitssituation der Pflegekräfte. Das Kapitel schließt mit Empfehlungen für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Altenpflege.

7.1 Partizipative Arbeitsgestaltung in einem Altenpflegeheim

Ansätze der Organisationsentwicklung oder Arbeitsgestaltung lassen sich dann als partizipativ charakterisieren, wenn die Beschäftigten, also in unserem Falle die Altenpflegekräfte, in den Veränderungsprozess aktiv eingebunden werden. Durch die Beteiligung an den Diskussions- und Entscheidungsverläufen haben die Beschäftigten die Chance, Entwicklungen und Veränderungen zu initiieren, auf diese in ihrem Sinne einzuwirken und zugleich als ›Betroffene zu Beteiligten‹ zu werden.

Um Aussagen über die Wirksamkeit einer solchen mitarbeiterorientierten Intervention leisten zu können, bedarf es eines Untersuchungsplans, der sowohl kausale Effekte der Intervention selber (also auf der betroffenen Station), wie auch begleitende, nicht kontrollierte Entwicklungen in der Gesamteinrichtung (z. B. auf einer Kontrollstation) abbildet. In der folgenden Abbildung 18 sind der zugrunde liegende Versuchsplan sowie die eingesetzten Methoden dargestellt.

Abb. 18
Ablauf und Evaluationsdesign der Gestaltungsmaßnahme

Phase	Durchgeführte Erhebungen / Maßnahmen	Interventions-station	Kontrollstation
Ist-Erhebung	Mitarbeiterbefragung zur Arbeits- und Gesundheitssituation	✓	✓
	Beobachtungen zur psychischen und körperlichen Belastungen	✓	✓
▼			
Intervention	10 Zusammenkünfte des Arbeitskreises	✓	–
▼			
Abschluss-erhebung	Mitarbeiterbefragung zur Arbeits- und Gesundheitssituation	✓	✓
	Beobachtungen zu psychischen und körperlichen Belastungen	✓	✓

Die durchgeführte quasi-experimentelle Längsschnittuntersuchung erlaubt zur Evaluation der Wirksamkeit der Intervention eine Identifikation von Effekten, welche der Gestaltungsmaßnahme des Arbeitskreises (AK) BELUGA zugeschrieben werden können. Quasi-experimentell bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Zuordnung der Beschäftigten zu den Stationen außerhalb der Kontrolle der wissenschaftlichen Begleitung liegt und die Äquivalenz der betrieblichen Bedingungen auf beiden Stationen zu beiden Erhebungen wie auch in der Zwischenzeit nicht manipuliert wird.

Zuerst erfolgte eine umfangreiche Ist-Analyse zur Erfassung der Ausgangssituation bei der kooperierenden Altenpflegeeinrichtung. Diese erfolgte im Zeitraum Februar bis

April 2005 und ist, was den Ablauf sowie die Ergebnisse anbelangt, in vorangegangenen Kapiteln dieses Bandes (vgl. Pilotstudie beim betrieblichen Partner) ausführlich beschrieben.

Ziele der Gestaltungsmaßnahme AK Beluga

Als Baustein des Gesamtprojekts verfolgt die Gestaltungsmaßnahme die Erarbeitung von Empfehlungen für eine sicherheits- und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der stationären Altenpflege. Die Maßnahmen zum Belastungsabbau bei dem betrieblichen Partner sollen durch ihren exemplarischen Charakter verdeutlichen, welche arbeitsorganisatorischen Verbesserungen sich im Arbeitsfeld der stationären Altenpflege bewirken lassen, und welche Hürden und Schwierigkeiten sich in diesem Tätigkeitsfeld für belastungsreduzierende Interventionsmaßnahmen ergeben.

Erfahrungen aus der Krankenpflege zeigen, dass durch Reorganisation von Arbeitsprozessen Belastungen substanziell verringert werden können (Glaser & Büssing, 1997). In Frage kommen hierbei sowohl Veränderungen auf Ebene der Pflegeorganisation (z. B. Implementierung einer ganzheitlichen Pflege), der Ablauforganisation (z. B. Schnittstellengestaltung) wie auch von Veränderungen tätigkeitsspezifischer Merkmale (z. B. Abbau von Arbeitsbelastungen).

Bezogen auf das Feld der Altenpflege besteht das Ziel, Ansätze für die Gestaltung belastungsreduzierter und gesundheitsförderlicher Arbeitsplätze zu identifizieren. Obwohl zur Krankenpflege Ähnlichkeiten bestehen, fehlen für diesen spezifischen Pflegebereich bisher systematisch evaluierte arbeitswissenschaftliche Befunde. Erste Evaluationsergebnisse von Interventionsmaßnahmen zur Förderung der pflegerischen Interaktion mit Bewohnern zeigen Verbesserungen in den Arbeitsbedingungen, eine Verbesserung der Pflegequalität und der Interaktion zwischen Pflegekräften, Bewohnern und Angehörigen (vgl. Weigl & Glaser, 2006). Veränderungen der Arbeitssituation mit dem Ziel einer Belastungsreduktion auf Basis vorangehender Analysen zur Belastungs- und Beanspruchungssituation der betroffenen Beschäftigten sind hierbei zu evaluieren. Unter Evaluation wird dabei die systematische Anwendung empirischer Forschungsprozeduren zur Bewertung des Konzeptes, des Untersuchungsplanes, der Implementierung und der Wirksamkeit von Interventionsprogrammen verstanden (Rossi & Freeman, 1993). Nach der Ausgangsanalyse wurden die Ergebnisse den Pflege- und Führungskräften der Einrichtung zurückgemeldet. In Abstimmung mit der betrieblichen Leitung des Heimes sowie den Stationsleitungen wurde eine Modellstation ausgewählt – als Ort der arbeitsorganisatorischen Intervention. Daraufhin wurden Vorbesprechungen mit der Stationsleitung geführt und Informationen vorab für die Pflegekräfte auf Station bereit gestellt.

Methode und Durchführung der partizipativen Gestaltungsmaßnahme

Die Einbindung der Beschäftigten in betriebliche Veränderungsmaßnahmen berücksichtigt Prinzipien ›Lernender Organisationen‹ (Senge, 1990) bzw. des ›Organisationalen Lernens‹ (Argyris & Schön, 1996). Das Bestehen in einer dynamischen Umwelt und die konstante Adaptation an sich verändernde Rahmenbedingungen ist dabei nur zu leisten, wenn Teams kollektive Aufgaben auch gemeinsam diskutieren, sich über Prinzipien der Zusammenarbeit klar werden und sich gemeinsam über Prozesse und Ziele verständigen. Hierbei wird Wissen und Erfahrung ausgetauscht, Feedback geleistet und somit Lernpotential geschaffen, von dem jeder Einzelne profitiert (Senge, 1990). Zugleich ist Partizipation in Arbeits- und Veränderungsprozessen mit ›Humankriterien der Arbeit‹ zu verbinden. Einfluss auf Entscheidungen leisten zu können, ist ein zentraler Bestandteil persönlichkeitsförderlicher Arbeitsaufgaben und wirkt sich positiv auf die Motivation, Kompetenzen und das Wohlbefinden von Beschäftigten aus (Hacker, 2005). Zugleich werden soziale Beziehungen am Arbeitsplatz gefestigt und Teams in ihrer aufgabenbezogenen Kommunikation entscheidend gestärkt.

Wiederholt weisen empirische Studien darauf hin, dass ungenügende Partizipation in Arbeitsabläufen negative Wirkungen auf Wohlbefinden und Commitment haben (u. a. Parker, 2003). Stärker als in alltäglichen Abläufen der Arbeit tritt dieser Effekt besonders in Phasen von Gestaltungs- und Veränderungsprozessen der Arbeitsumgebung auf (Saksvik, Nytro, Dahl-Jorgensen & Mikkelsen, 2002). Begleitende Untersuchungen von so genannten ›participative work conferences‹, bei welchen Beschäftigte im gegenseitigen Dialog Lösungen für ihre Arbeitsprobleme entwickeln, stellen eher soziale Wirkungen heraus: Das soziale Klima und der Informationsfluss in den Arbeitseinheiten verbessert sich. Hingegen konnten individuelle Befindensverbesserungen nicht konsistent identifiziert werden (Mattila, Elo, Kuosma & Kyla-Setala, 2006).

Im Bereich des Gesundheitswesens zeigen empirische Ergebnisse, dass die Einbindung von Mitarbeitern in Problemlösungs- und Entscheidungsprozesse positive Wirkungen in Bezug auf reduzierten arbeitsbezogenen Stress und erhöhtes Wohlbefinden hat (Mikkelsen, Saksvik & Landsbergis, 2000). Für die Altenpflege lassen sich nach Wissen der Autoren bisher keine systematischen empirischen Studien zur Wirkung organisationaler Partizipation auf gesundheitsbezogene Indikatoren finden. Querbezüge lassen sich lediglich zum empirisch belegten Zusammenhang von arbeitsplatzbezogener Kontrolle und muskuloskeletalen Beschwerden bei Altenpflegerinnen herstellen (Hollmann, Heuer & Schmidt, 2001).

Aufgabenbezogener Informationsaustausch in der Altenpflege

Als partizipative Gestaltungsmethode zur Entwicklung, Umsetzung und Implementation von Lösungen wurde die Methode des Aufgabenorientierten Informationsaustauschs ausgewählt (AI: u. a. Neubert & Tomczyk, 1981). Dies ist eine Methode der Organisationsentwicklung, welche organisatorische Veränderungsprozesse unterstützt. Sie hat sich in empirischen Untersuchungen insbesondere für eine gesundheitsfördernde Arbeitsprozessgestaltung als geeignet erwiesen (Jahn, Wetzstein, Ishig & Hacker, 2002). Die Implementation von Prinzipien des Wissensaustauschs und der gemeinsamen Erarbeitung innovativer Lösungen zur Verbesserung und Optimierung der Arbeitsprozesse sind die wichtigsten Merkmale dieses Ansatzes. Beschäftigte erhalten die Chance, mittels Reflexion im Team und kollaborierender Problemlösung, innovative Ideen und Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln (Wetzstein, Ishig & Hacker, 2004). In unserem Falle der Behebung erschwerender Arbeitsmerkmale in der Altenpflege erlaubt die Methode eine systematische Bearbeitung von Belastungsbereichen, die Entwicklung von Lösungsansätzen und eine der Arbeitssituation angepasste Maßnahmenumsetzung. Dabei reflektieren die Pflegekräfte der Modellstation selbstständig ihre Arbeitssituation, erarbeiten eigenständig adäquate Lösungen und setzen die Maßnahmen eigenverantwortlich um. Hierbei werden das spezifische Erfahrungswissen der Pflegenden und ihre Ideen zur Problemlösung aktiviert und durch Verdichtung zu einer gemeinsamen Entscheidung können organisations- und arbeitsplatzorientierte Lösungen miteinander verknüpft werden. Zusätzlich sollte eine konsequente Einbindung der Pflegekräfte in den Gestaltungsverlauf die Ängste vor Veränderungen und die damit eventuell zusammenhängenden Widerstände gegen Maßnahmen reduzieren und zugleich Motivation für Eigeninitiative im Änderungsprozess freisetzen.

Als Moderator der Arbeitskreissitzungen fungierte ein Mitarbeiter aus dem Projekt BELUGA, so dass durch neutrale Dritte eine unabhängige Steuerung des Prozesses gegeben war. Nach der Ist-Analyse wurde der Beginn des Projektes im Mai 2006 gemeinsam mit den Pflegekräften der Modellstation vorgenommen. Als Turnus etablierte sich ein zeitlicher Abstand von drei bis vier Wochen, welcher einen adäquaten Arbeitsrhythmus darstellte, der sich sowohl mit den vielfältigen Stationsaufgaben vereinbar zeigte, wie auch genügend Platz zur vorläufigen Implementation bzw. Erprobung der beschlossenen Maßnahmen bot.

Ablauf der Sitzungen

Kernidee des aufgabenbezogenen Informationsaustauschs ist die systematische Beschäftigung mit Problemen in einer festen Reihenfolge der Bearbeitung (vgl. Jahn et al., 2002). Diese einzelnen Phasen werden folgendermaßen unterteilt: Problemdefinition ⇢ Informationssammlung ⇢ Transformation der Information in adäquate Lösungen ⇢ Auswahl der Lösungen ⇢ Einführung der Lösung auf Station (Maßnahmenplan, verknüpft mit Zeit und Verantwortlichkeiten). Diese Abfolge wird in jeder Sitzung durchgearbeitet, unter Einsatz von Moderationstechniken zur Kreativitätssteigerung und Lösungsfindung. Dabei bewährten sich besonders Gruppendiskussionen, kombinierte Einzel- und Gruppenarbeiten sowie Bewertungsmethoden (Gewichtungen mit Punkten). Zudem wurden die beschlossenen Maßnahmen am Ende jeder Sitzung noch in ›Haus-

Tab. 38
Sitzungen, Themen und Maßnahmen des Arbeitskreises

Sitzung	Thema	Maßnahmen
(1) 29.09.05	Identifikation von gestaltungsrelevanten Belastungsbereichen	– Sammeln von Arbeitsbelastungen der Station – Identifikation der relevantesten Belastungsbereiche – ›Fahrplan‹
(2) 14.10.05	Stationsorganisation und Team	– Reorganisation der Stationsbereiche – Andere Verfahrensweise der tägl. Krankmeldung – Feste Zeitbereiche für Organisation/Dokumentation
(3) 18.11.05	›Krisensitzung‹	– Einschub: aufgrund der Situation in der Einrichtung (wg. Kündigung des Heimleiters; Verunsicherung über Zukunft; Unsicherheit bzgl. Arbeitsplatz) – Ziel: Ressourcenaktivierung; Unterstützung im Team
(4) 02.12.05	Arbeitsorganisation der Station (Schwerpunkt: Schüler)	– Dienstplangestaltung: Synchronisierung für Praxisanleiter und Schüler (5 Tage im Monat) – Einfordern von Anleitungszeiten durch die Schüler – Dezentrale Praxisanleitung im Heim
(5) 12.12.05	›Inventur‹	– Besprechung des Stands der Maßnahmenumsetzung (Schwierigkeiten; positive Erfahrungen) – Aktualisierung der Maßnahmen (Zeiträume)
(6) 20.01.06	Dokumentation (Pflegedokumentation)	– fester Doku-Zeitraum (11:30 – 11:45 – 12:00 Uhr) – fester Bearbeitungstag für Bewohnerblatt (Sonntag) – Erstellung eines Standards verbindlicher Inhalte für Berichteblatt
(7) 24.02.06	Umgang mit (schwierigen) Bewohnern	– keine Festlegung von Maßnahmen, da Pflegekräfte sehr zufrieden mit der bisherigen Verfahrensweise (der Teambesprechungen, der Teamunterstützung) sind
(8) 24.03.06	Körperliche Belastungen	– Wiederbeschaffung und Einsatz von Rutschbrettern und Drehplatte
(9) 31.03.06	›Inventur‹	– Analyse des Stands der Maßnahmenumsetzung und resultierende Schritte – Adaptation des Zeit- und Aufgabenplans
(10) 24.05.06	Evaluation / Abschluss	– Abschluss des AK Beluga

aufgaben‹ übersetzt, die eine praktische Umsetzung auf Station (unter Einbezug von Fristen, Verantwortlichkeiten und Erfolgskriterien) gewährten. Eine Protokollierung der Sitzung ermöglichte nicht nur die Kontrolle vereinbarter Aufgaben, sondern bietet auch Dritten (aus dem Heim und der Leitung) die Möglichkeit, Erfahrungen und Ideen zu übernehmen.

Zum Schluss jeder Sitzung wurde durch die Teilnehmer ein Evaluationsbogen ausgefüllt, so dass eine kontinuierliche Rückmeldung über die (Un)-Zufriedenheit mit dem Fortgang des Arbeitskreises bestand. Von der Station waren sowohl Pflegekräfte, Schüler, Hilfskräfte als auch die Stationsleitung bzw. deren Stellvertretung in den Besprechungen anwesend. Die Teilnahme war freiwillig und erfolgte innerhalb der Arbeitszeit der Beschäftigten.

Im Folgenden werden die einzelnen Themen der Zusammenkünfte näher dargestellt. In jeder Sitzung des Arbeitskreises wurde ein spezifischer Belastungsbereich der täglichen Stationsarbeit systematisch bearbeitet. Die Tabelle 38 gibt eine Übersicht über die Sitzungstermine, die Einzelthemen der Zusammenkünfte sowie die erarbeiteten Maßnahmen.

Erste Sitzung

In der ersten Sitzung wurden gemeinsam mit den Beschäftigten, die bereits vorab über den Zweck des Arbeitskreises informiert wurden, Ziele und Ablauf der Sitzungen sowie die Rollen der Beteiligten geklärt (Moderatorrolle der wissenschaftlichen Begleiter). Gesprächsregeln und Verfahrensregeln wurden von den Beschäftigten eigenständig erarbeitet und für die folgenden Zusammenkünfte als verbindlich erklärt. Ziel der ersten Sitzung war die Informationssammlung zu belastenden Arbeitsbedingungen im Arbeitsalltag der Modellstation. Hierfür wurden in Gruppenarbeit die auf der Station auftretenden Problembereiche bzw. erschwerenden Arbeitsbedingungen gesammelt (Leitfrage: »Was sind schwierige / erschwerende Bedingungen in der täglichen Stationsarbeit?«). Die von den Teilnehmern genannten Aspekte wurden gesammelt und thematisch sortiert. Die entstandenen Cluster wurden dann in einem zweidimensionalen Schema von den Pflegekräften bewertet: zum einen nach Relevanz (Dringlichkeit) einer potentiellen Behebung der Belastung sowie des damit verbundenen Aufwands (Kosten) der Veränderung. Das Resultat war ein Projektfahrplan, also die Agenda der Themen, welche aus Sicht der Mitarbeiter einer Diskussion, Reflexion und Veränderung bedurften. Es entstand somit eine Liste von Belastungsschwerpunkten, die in den Folgesitzungen jeweils ›abgearbeitet‹ werden sollten. Dabei ist es wichtig, mit Problemen zu beginnen, die aus Sicht der Pflegekräfte relevant, zugleich jedoch ohne größeren Aufwand zu beheben sind. Dies sichert zeitnahe Erfolge und motiviert dadurch wiederum die Teilnehmer, sich auch Themen mit erhöhtem Aufwand zuzuwenden.

Zweite Sitzung

Als erster Belastungsschwerpunkt wurde von den Pflegekräften der Bereich Stationsorganisation und teaminterne Regeln bei Krankmeldung und Dokumentation angesetzt. Hierbei wurden folgende Belastungsaspekte genannt: Unpünktlichkeit zu Schichtbeginn und der damit einhergehende verzögerte Dienstanfang; Abwesenheiten, besonders kurzfristiges Abmelden frühmorgens beim Nachtdienst; Dienstbeginn zur Frühschicht, wenn mehr Pflegekräfte als Stationsbereiche anwesend sind, denn da braucht es länger, die Zuordnung zu klären; Spannungen im Team. In der Kleingruppenarbeit zur Behebung der Probleme wurde eine Einigung auf folgende Maßnahmen erzielt: Im Krankheitsfalle ist zwar immer noch bis 6:00 Uhr auf Station Bescheid zu geben, jedoch sollte man sich zusätzlich auch bei der Heimleitung oder Pflegedienstleitung (bis 9:00 Uhr) abmelden. Dies hatte zum Grund, dass erhöhter ›sozialer Druck‹ entsteht, insbesondere für die notorischen ›Blaumacher‹, wenn wiederholt kurzfristig frei genommen wird und diejenigen dann eher bei der Heimleitung bekannt werden. Weiterhin wurde eine Ein-

teilung von fünf Pflegebereichen auf Station entworfen, für den häufigen Fall wenn fünf Mitarbeiter zum Frühdienst anwesend sind. Hiervon erwarteten sich die Pflegekräfte verringerten Zeitdruck und mehr Zeit für die Arbeit am Bewohner. Zudem wurde für die Stations- bzw. Schichtleitung im Frühdienst beschlossen, feste Zeiten für organisatorische und schriftliche Aufgaben einzurichten (10:30–11:30 Uhr).

Dritte Sitzung
Aufgrund von Ereignissen in der Einrichtung und der abrupten Ablösung des beliebten Heimleiters wollten die Teilnehmer eine Sitzung einschieben, um die akute Belastung aufgrund des Führungswechsels bzw. der Unsicherheit kommender Entwicklungen gemeinsam zu besprechen. Dem Wunsch wurde entsprochen und so wurde außerhalb des Fahrplans eine Sitzung mit einem eher supervisorischen Charakter durchgeführt, verbunden mit dem Ziel, Ressourcenaktivierung und Stärkung durch gegenseitige soziale Unterstützung zu erreichen.

Vierte Sitzung
Zu Beginn wurde der Stand der Maßnahmenumsetzung der ersten Sitzung besprochen. Danach stand der Schwerpunkt Umgang mit Auszubildenden und Einarbeitung neuer Mitarbeiter im Mittelpunkt. Nach Ideensammlung, -bewertung und Maßnahmenentwicklung wurden folgende drei Lösungsansätze festgelegt: In der Dienstplangestaltung sollten 5 Tage fest eingeplant werden, zu denen Schüler und Anleiter gemeinsamen Dienst im gleichen Bereich leisten. Dies sollte die Chance erhöhen, dass die Schüler im hektischen Stationsalltag Gelegenheiten erhalten, gemeinsam mit ihren Anleitern relevante Fähigkeiten und neues Wissen zu erwerben. Zudem wurde beschlossen, dass die Pflegeschüler aktiv auf die Schichtleiter zugehen und Praxis einfordern. Bisher machten die Schüler zu wenig Gebrauch davon und verzichteten, die Stationsleitung anzusprechen, dass sie Übungszeit benötigen. Als dritte Idee arbeiteten die Pflegekräfte den Vorschlag aus, dezentrale Praxisanleiter im Heim zu benennen, die dann stationsübergreifend für alle Schüler tageweise zuständig sind, um die Betreuungszeiten für die Schüler zu erhöhen.

Fünfte Sitzung
Diese Zusammenkunft erfolgte, um den Stand der Umsetzung der bisher erarbeiteten Maßnahmen zu besprechen. Hierbei war es notwendig, die Schwierigkeiten der praktischen Realisierung bzw. auch der positiven Erfahrungen herauszufinden. Zudem wurde auch eine Anpassung der Verantwortungs- und Fristenregelungen unternommen. Darüber fand ein Austausch über die Zufriedenheit mit den bisherigen Leistungen des Arbeitskreises statt, insbesondere zum zeitlichen Abstand der Zusammenkünfte und zur ›Ausstrahlung‹ auf andere Stationen.

Sechste Sitzung
Gegenstand der Sitzung war der Belastungsschwerpunkt Pflegedokumentation. Genannt wurden von den Mitarbeitern besonders Belastungen in der Kooperation mit bzw. bei Kontrollen durch die lokale Heimaufsicht, welche bei vielen Mitarbeitern erheblichen Stress verursachten. Es wurde die Relevanz der Dokumentation und ihre Funktion für die Pflegeplanung und in der Bewohnerarbeit diskutiert. Es wurden folgende Maßnahmen zur Implementierung im Stationsalltag beschlossen: Als gemeinsamen verbindlichen Zeitraum für die tägliche Bewohnerdokumentation wurden feste Zeiten vereinbart (11:30–11:45–12:00 Uhr). Zudem wurde der Sonntag als regulärer Bearbeitungstag des Bewohnerblatts vereinbart. Um auch die Einträge vollständig zu gestalten und tagelange, routinierte Wiederholungen im Berichteblatt zu vermeiden, sollten Standards verbindlicher Inhalte für das Bewohnerblatt durch die Stationsleitung erstellt werden (z. B. Angaben zum Essverhalten, emotionaler Zustand, motorische Unruhe etc.).

Siebte Sitzung
Die siebte Sitzung beschäftigte sich mit Belastungen im Umgang mit Bewohnern. In Einzel- und Gruppenarbeit wurde eine Gegenüberstellung von Bewohnerverhalten erarbeitet, welches als belastend bzw. schwierig sowie positiv erlebt wird. Die Beteiligten sprachen über individuelle und kollektive Strategien, wie auf Station mit so genannten schwierigen Bewohnern umgegangen wird. Diskutiert wurden Möglichkeiten, einzeln oder im Team die Situationen mit herausforderndem Klientenverhalten zu bewältigen. Die Pflegekräfte der Modellstation kamen zum Schluss, dass in diesem Bereich zwar Belastungen auftreten, aber mit diesen aktuell recht gut im Team umgegangen wird (z. B. Austausch über ›Tricks‹ im Umgang mit schwierigen Bewohnern; Tausch von Klienten untereinander) und keine konkreten Maßnahmen notwendig waren.

Achte Sitzung
In dieser Zusammenkunft ging es um die gemeinsame Analyse körperlicher Belastungen im Stationsalltag. Folgende Situationen wurden als besonders häufig und körperlich erschwerend bewertet: fehlende Hilfsmittel zum Transfer des Bewohners vom Bett in den Rollstuhl oder Toilettenstuhl, insbesondere wenn wenig Zeit für die morgendliche Grundpflege vorhanden ist; Wärme (Hitze) in einigen Bewohnerzimmern; Transfer Bett–Rollstuhl, Bett–Toilettenstuhl; mehrfache Mobilisation des Bewohners am Tag; Ausfall des Hauslifts: Bewohner die Treppe hoch tragen, wenn Lift nicht geht. Als potentielle Präventionsmaßnahmen wurde diskutiert, zwischen den einzelnen Pflegebereichen auf Station bei zukünftigen Zimmerzuweisungen eine gleichmäßige Verteilung der schwer- und leichtgewichtigen Bewohner anzustreben, um die körperlichen Belastungen in der Grundpflege für alle ähnlich zu halten. Zudem wurde das Vorhaben diskutiert, den Zeitraum für die morgendliche Grundpflege auch über das Frühstück hinaus auszudehnen, was einige Bewohner (›Langschläfer‹) bevorzugen würde. Auch der Einsatz eines ›Springers‹ zwischen den Bereichen wurde angedacht. Insgesamt wurde wiederholt betont, auf Station vorhandene Hilfsmittel ab sofort konsequent zu nutzen und in der Pflege am Bewohner auch tatsächlich einzusetzen. Als sofort umzusetzende Maßnahme wurde beschlossen, Rutschbretter und Drehplatten, die im Stationslager ungenutzt vorhanden waren, wieder bei bestimmten Bewohnern einzusetzen.

Neunte Sitzung
In dieser Sitzung wurde mit den Leitungen der Stationen der Stand der Projektaufgaben besprochen. Dabei wurden Probleme und Schwierigkeiten der Umsetzung behandelt sowie dadurch entstandene Verzögerungen in den Zeit- und Aufgabenplan eingearbeitet. Zudem wurde sich darauf verständigt, innerhalb des Arbeitskreises zunächst keine weiteren Belastungsschwerpunkte zu bearbeiten, da bereits eine Menge von Maßnahmen und Lösungsansätze umzusetzen waren und durch den Wechsel der Heimleitung zusätzliche Aufgaben für die Mitarbeiter auf der Station zu erwarten waren.

Zehnte Sitzung
Zum Abschluss des Arbeitskreises wurde mit den Mitarbeitern der Fortgang der Umsetzung festgelegter Maßnahmen besprochen. Zudem wurde im Rückblick der Arbeitskreis, dessen Methodik und die erreichten Ergebnisse gemeinsam diskutiert und evaluiert. Der gegenseitige Austausch von Erfahrungen zu dieser Form der partizipativen Organisationsentwicklung bildete den Abschluss der Sitzung und des Arbeitskreises.

Hätte man den Prozess fortgesetzt, so wären folgende Belastungsschwerpunkte zu bearbeiten gewesen: Unterbrechungen während der Arbeit; Umgang mit Heimaufsicht; Interaktion mit Angehörigen; Verbesserung von stationsübergreifenden Schnittstellen, z. B. zur Küche, Hauswirtschaft. Wissenschaftliche Erfahrungen zum Einsatz des aufgabenbezogenen Informationsaustauschs in anderen Tätigkeitsfeldern zeigen, dass bereits nach acht bis neun Sitzungen nachhaltig Effekte eintreten können (Wetzstein,

2004). Demnach kann die Zahl der absolvierten Zusammenkünfte des Arbeitskreises Beluga, trotz der Menge nicht bearbeiteter Belastungsaspekte, als ausreichend bewertet werden. Darüber hinaus zeigen wissenschaftliche Evaluationen, dass nicht alle entwickelten Lösungen umgesetzt werden. Gründe liegen hierbei in erforderlichen längeren Zeiträumen der Maßnahmenumsetzung, fehlender Praktikabilität ausgearbeiteter Lösungen oder unzureichenden finanziellen Mitteln zur Implementation. Daher ist hier die Losung ›weniger ist mehr‹ anzuführen, dass eher wenige ausgewählte Ideen umgesetzt werden, diese jedoch dann konsequent.

Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung

Zur wissenschaftliche Begleitung und längsschnittlichen Evaluation der Maßnahmen des Arbeitskreises auf der Modellstation wurden folgende, in Tabelle 39 ersichtlichen Methoden der Datenerhebung im gesamten Altenpflegeheim eingesetzt.

Tab. 39
Methoden zur Evaluation der Maßnahmen

Methode	Inhalte	Untersuchungsgruppe
1 Fragebogenerhebung	– Arbeitssituation in der Altenpflege (TAA-Altenpflege) – Psychische Gesundheit (Burnout)	Pflegekräfte
2 Teilnehmende Schichtbeobachtungen	– Arbeitsablaufstudien und Erfassung pflegerischer Handlungen – Psychische und körperliche Belastungen	Pflegekräfte
3 Qualitative Interviews	– Einschätzung der Arbeits- und Befindenssituation der Beschäftigten – Entwicklung der Modell- und Kontrollstation	Funktionsträger der Stationen und Heimleitung
4 Sitzungsevaluation	– Bewertung der einzelnen Sitzungen	AK-Teilnehmer

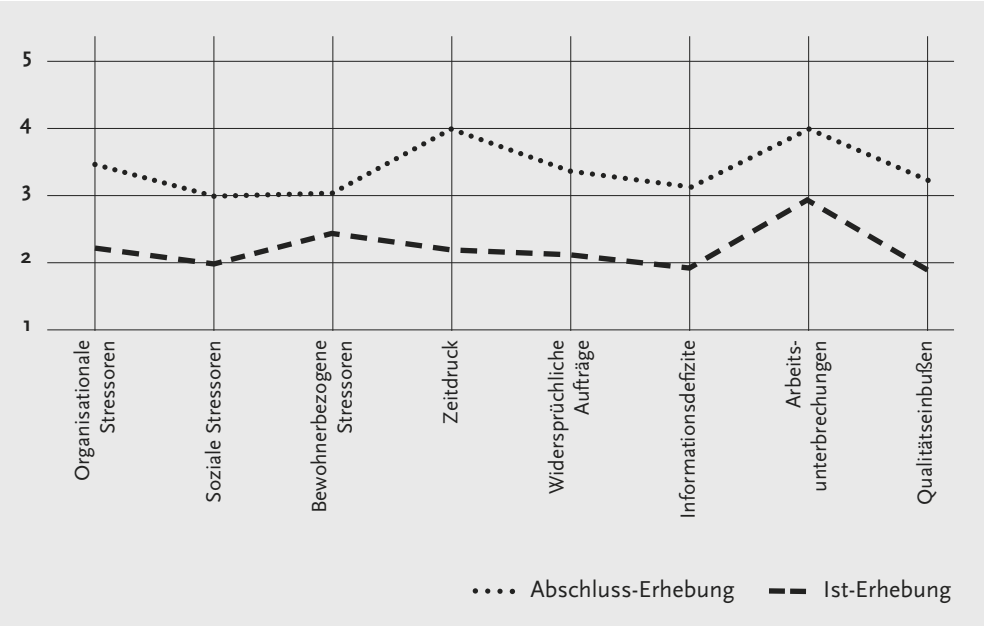
Die nachfolgenden Auswertungen beinhalten Ergebnisse der Modellstation, bei welcher der Arbeitskreis zum Belastungsabbau stattfand, wie auch die der Kontrollstation – der zweiten Station im Heim, bei der keine Interventionsmaßnahmen erfolgten.

Ergebnisse aus den Mitarbeiterbefragungen

In der wiederholten Befragung der Mitarbeiter zu psychischen und körperlichen Belastungen in ihrer pflegerischen Arbeit auf Station wurde das Screening TAA – Altenpflege eingesetzt, das eine Bewertung körperlicher und psychischer Belastungsfaktoren der Arbeit ermöglicht. In der Abbildung 19 sind die aus Sicht der Pflegenden auftretenden psychischen Belastungen der Kontrollstation ersichtlich

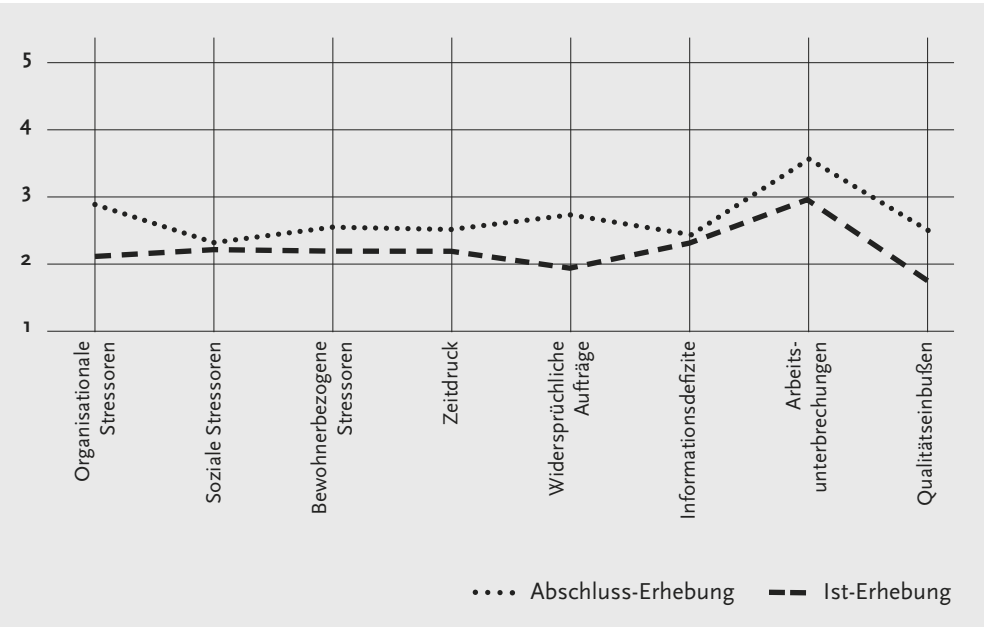
Im längsschnittlichen Vergleich zeigt sich für die Kontrollstation eine massive Erhöhung der Werte für psychische Belastungen. In der Ist-Analyse beteiligten sich 14 pflegerisch tätige Mitarbeiter der Station, in der Abschluss-Analyse waren es lediglich noch vier Personen. Daher ist einschränkend festzuhalten, dass die vorliegenden Ergebnisse eher Tendenzen markieren und lediglich Entwicklungen auf der Station grob anzeigen. Trotz dieser interpretatorischen Vorsicht ist eine immense Steigerung bei nahezu allen psychischen Belastungsfaktoren zu verzeichnen, insbesondere ist dies für den Zeitdruck und die organisationalen Stressoren festzuhalten, was möglicherweise auch Folgewirkungen der organisationalen Veränderungen (Kündigung der Heimleitung, Unsicherheitserleben, weitere Arbeitsverdichtung etc.) sind.

Abb. 19
Psychische Belastungen zu Ist- und Abschluss-Erhebung auf der Kontrollstation



Im nächsten Schritt werden die Beurteilungen zu den psychischen Arbeitsbelastungen der Modellstation dargestellt. Abbildung 20 zeigt die Ergebnisse über den Zeitraum der Intervention des Arbeitskreises.

Abb. 20
Psychische Belastungen zu Ist- und Abschluss-Erhebung auf der Modellstation



Auch die Datenlage der Modellstation lässt nur eine Interpretation von Ergebnistendenzen zu, da sich zwar in der Ist-Analyse 14, jedoch in der Abschluss-Analyse nur fünf Pflegekräfte an der Fragebogenerhebung tatsächlich beteiligten. Im längsschnittlichen Vergleich ist ersichtlich, dass die Belastungen tendenziell zugenommen haben, diese Steigerung jedoch nicht als gravierend zu beurteilen ist. Bis auf die Arbeitsunterbrechungen bleiben alle Belastungskennwerte unter der kritischen Marke von 3,0.

Im Rahmen der Fragebogenerhebung hatten die Pflegekräfte der Station auch die Gelegenheit, in ihrer täglichen Arbeit auftretende körperliche Erschwernisse und Belastungen einzuschätzen. Die folgende Abbildung 21 gibt die Einschätzungen physischer Belastungsaspekte in der Altenpflege zur Ist- und Abschluss-Erhebung wider.

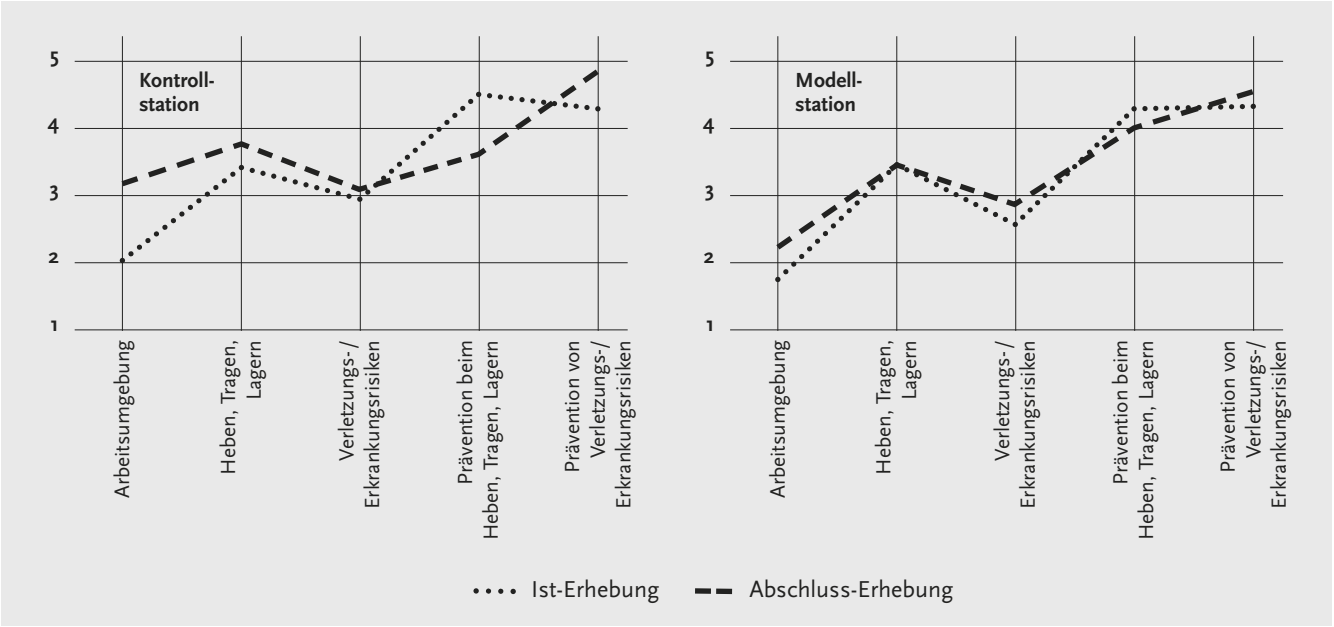


Abb. 21
Physische Belastungen der Kontroll- und Modellstation zu Ist- und Abschluss-Erhebung

Mit Blick auf die Kontrollstation ist bei dem Aspekt der Arbeitsumgebung eine deutliche Verschlechterung der Belastungssituation festzustellen. Tendenziell zeigt sich auch eine Erhöhung der Werte bei Gefährdungen durch Heben, Tragen und Lagern. Die Werte der Modellstation erweisen sich demgegenüber als nahezu unverändert. Bei den Präventionsbemühungen zum Heben, Tragen und Lagern, die in der Pilotstudie beim betrieblichen Partner ebenfalls miterfasst wurden, ergeben sich nur geringfügige Verringerungen. Die im Arbeitskreis zuletzt behandelten Maßnahmen zum Einsatz von Pflegehilfsmitteln bei Lagerungs- und Hebeverrichtungen am Bewohner scheinen hier eine Verschlechterung abgepuffert zu haben.

In der Gesamtschau der Belastungsbeurteilungen aus Sicht der Mitarbeiter beider Stationen über die zwei Zeitpunkte ist trotz der begrenzten Datenlage zu resümieren, dass ein gravierender Anstieg von (psychischen) Arbeitsbelastungen lediglich auf der Kontrollstation zu finden ist. Auf der Modellstation ist das initiale, unkritische Belastungsniveau – trotz einer leichten Erhöhung – in der Abschluss-Analyse wiederzufinden. Auffällig ist, dass bei den Aspekten Soziale Stressoren und Informationsdefizite die gleichen Werte wieder repliziert werden, was in der kommunikations- und koordinationsförderlichen Arbeit des Arbeitskreises begründet sein könnte. Im Unterschied zur Kontrollstation ist die geringe Erhöhung bei den Belastungen durch Zeitdruck mit der intensivierten Auseinandersetzung mit Arbeitsabläufen auf der Station in Verbindung zu setzen. Die angestrebten organisatorischen Veränderungen (z. B. Bereichseinteilungen, Zeitregime in der Frühschicht) könnten eine allgemeine Verdichtung der Arbeitsmenge im Gesamtheim teilweise aufgefangen haben. Zwar können potentielle Selektionseffekte in der Beteiligung bei beiden Erhebungen nicht ausgeschlossen werden, es bleibt jedoch für die Modellstation festzuhalten, dass durch die Intervention des ›Arbeitskreises BELUGA‹ der drastische Anstieg von Belastungen wie er sich auf der Kontrollstation vorfindet, gepuffert werden konnte. Weitergehende statistische Analysen weisen auf einen solchen Interaktionseffekt von Modell- und Kontrollgruppe über beide Zeitpunkte hin.

Effekte gesundheitsfördernder Arbeitsgestaltung sollten sich im Idealfall auch in Verbesserungen der psychophysischen Gesundheit der Mitarbeiter widerspiegeln. Daher wurden die Pflegekräfte der Modell- und Kontrollstation vor und nach der Intervention um eine Beurteilung anhand des MBI-D zur Diagnose der Burnoutsymptomatik gebeten. Die folgende Abbildung 22 zeigt die Werte beider Stationen im Vergleich.

Tendenziell ist bei den Komponenten Emotionale Erschöpfung und Depersonalisation eine Zunahme für beide Stationen erkennbar. Zudem ist ersichtlich, dass die Beschäftigten

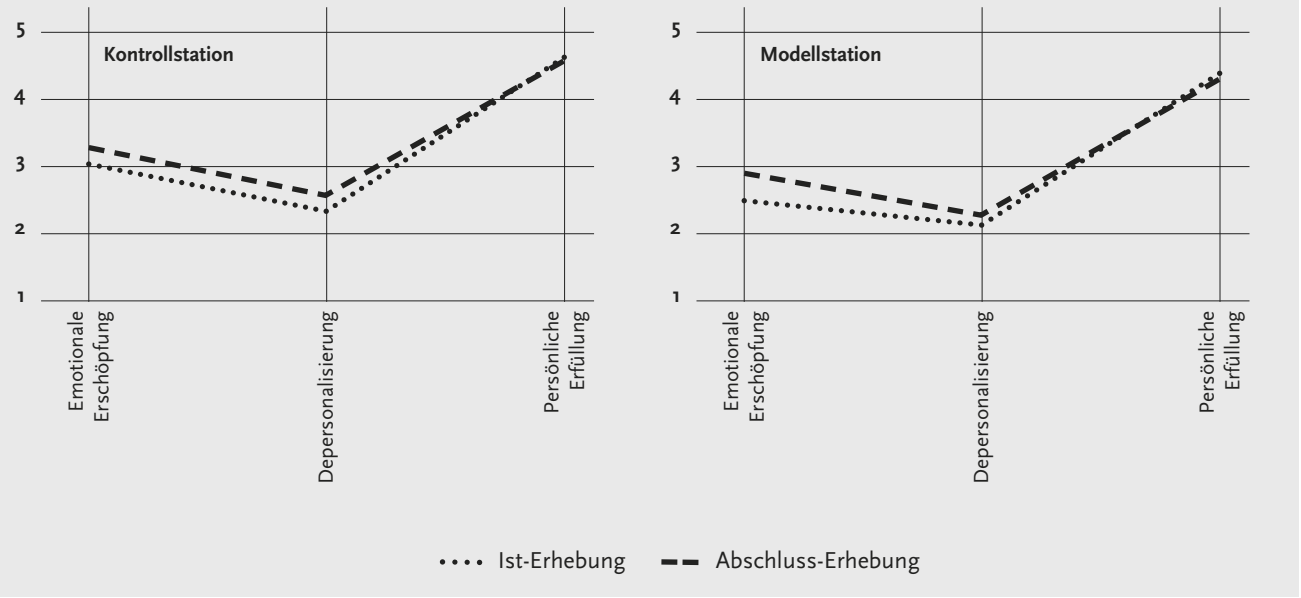


Abb. 22
Burnout der Beschäftigten der Kontroll- und Modellstation zu Ist- und Abschluss-Analyse

der Modellstation eine tendenziell deutlichere Zunahme von Symptomen emotionaler Erschöpfung zur Abschluss-Erhebung angeben als ihre Kollegen der Kontrollstation, wenn auch letztere bereits zur Ist-Analyse ein kritischeres Niveau emotionaler Erschöpfung angaben.

Ergebnisse aus den teilnehmenden Schichtbeobachtungen

Im Verlaufe der Ist- und Abschluss-Analyse wurden jeweils teilnehmende Beobachtungen bei Früh- und Spätdiensten auf beiden Stationen durchgeführt. Ziel war, auftretende psychische und körperliche Belastungen und Interaktionssequenzen mit dem Bewohner zu dokumentieren. Insgesamt konnten zu beiden Zeitpunkten auf den zwei Stationen 1422 Beobachtungssequenzen bei acht schichtbegleitenden, teilnehmenden Beobachtungen (jeweils ein Spät- und Frühdienst pro Erhebung und Station) aufgezeichnet werden.

Folgende fünf spezifischen psychischen Belastungen, welche als Regulationshindernisse den pflegerischen Handlungsprozess erschweren, ließen sich beobachten und sind in der folgenden Tabelle 40 aufgeführt.

In nahezu allen Beobachtungen zeigt sich ein typisches Muster bezüglich der Formen von Regulationshindernissen, die insbesondere in Form von Unterbrechungen durch Personen (Kollegen, Bewohner, Angehörige etc.) auftreten. Ansonsten sind auf der Modellstation zu beiden Zeitpunkten tendenziell mehr informatorische Erschwerungen zu verzeichnen, möglicherweise mitbedingt durch eine beobachtete Schichtleitung, welche vielfältige Koordinations- und Organisationsaufgaben leistete. Im Längsschnittvergleich ergibt sich für die Kontrollstation eine geringe Zunahme beobachteter Regulationshindernisse. Für die Modellstation hingegen zeigt sich eine deutliche Abnahme der beobachteten Regulationshindernisse. Ursache hierfür sind vor allem die seltener registrierten Unterbrechungen durch Kollegen, Bewohner und andere Personen. Da Unterbrechungen im Stationsdienst gerade durch ungenügend organisierte Arbeitsabläufe hervorgerufen werden können (vgl. Glaser et al., 2005), ist die Verbesserung möglicherweise auch den Interventionsmaßnahmen zuzuschreiben.

Ergebnisse der begleitenden qualitativen Interviews

Sowohl vor wie auch nach Beendigung der Intervention wurden ausführliche Interviews mit einzelnen Mitarbeitern der Station, der Stationsleitung sowie mit anderen betrieblichen Funktionsträgern im Heim geführt, um eine offene Beurteilung der Interventions-

	Beobachtete Regulationshindernisse	Ist-Erhebung	Abschluss-erhebung
Kontroll-station	Informatorische Erschwerung	1	4
	Motorische Erschwerung	2	0
	Unterbrechung durch Personen	60	65
	Unterbrechung durch Funktionsstörung	1	1
	Unterbrechung durch Blockierung	3	2
	Gesamt	**67**	**72**
Modell-station	Informatorische Erschwerung	11	8
	Motorische Erschwerung	1	0
	Unterbrechung durch Personen	57	38
	Unterbrechung durch Funktionsstörung	1	2
	Unterbrechung durch Blockierung	3	2
	Gesamt	**73**	**50**

Tab. 40
Beobachtete psychische Belastungen (Auswahl) auf Kontroll- und Modell-station

wirkungen aus Sicht mehrerer Beteiligter zu erfassen. In den umfangreichen Befragungen ging es insbesondere um die Effekte des Arbeitskreises für die Station und das Gesamthaus sowie um die flankierenden Entwicklungen im Gesamtheim, die sich auch maßgeblich auf die Station und den dort operierenden Arbeitskreis auswirkten.

Aus Sicht der auf Station beschäftigten Mitarbeiter werden die Interventionsmaßnahmen sowohl mit Zustimmung wie auch mit kritischer Distanz beurteilt. Der Arbeitskreis wird als willkommene Möglichkeit betrachtet, abseits des hektischen und belastenden Stationsalltags, sich über Probleme in der Arbeit auszutauschen, Erfahrungen mitzuteilen und über Verbesserungsmöglichkeiten nachzudenken (›schöne Abwechslung‹). Die Möglichkeiten aller Teilnehmer, Meinungen zu äußern und an Lösungen mitzuarbeiten, wurden ebenfalls positiv angemerkt. Durch die Konfrontation unterschiedlicher Perspektiven – zum Beispiel beim Thema ›Praxiszeit‹ für die Schüler – konnten sich die Fachkräfte und Schüler austauschen und die unbefriedigende Situation abseits konventioneller Teambesprechungen und Pflegevisiten reflektieren. Weiterhin Positives wurde in der Nähe der Inhalte des Arbeitskreises zu den tagtäglichen Vorgängen auf der Modellstation gesehen: Die Möglichkeit, Lösungen zu entwickeln, welche speziell auf die Station zugeschnitten sind, motivierte zur Teilnahme und Umsetzung. Den für die Modellstation spezifischen Problemen wiederholter Absenzen einzelner Mitarbeiter sowie plötzlichen Krankmeldungen in der Früh konnte innerhalb des Arbeitskreises mit Lösungsideen begegnet werden.

Ein Supervisionsangebot wurde von den Mitarbeitern der Station bereits seit längerer Zeit nicht angenommen, da es ihnen zu stationsfern erschien, was sie jedoch von dem Arbeitskreis BELUGA nicht behaupteten. Die hier sichtbaren Erfolge und Umsetzungsfortschritte machten den Pflegekräften den Prozess sichtbar und motivierten zu einer fortgesetzten Teilnahme. Zudem berichteten die Stationsleitungen der weiteren Stationen von einem ›Abstrahlungseffekt‹ – also dass attraktive Ideen der Modellstationen auch auf andere Stationen übertragen werden sollten.

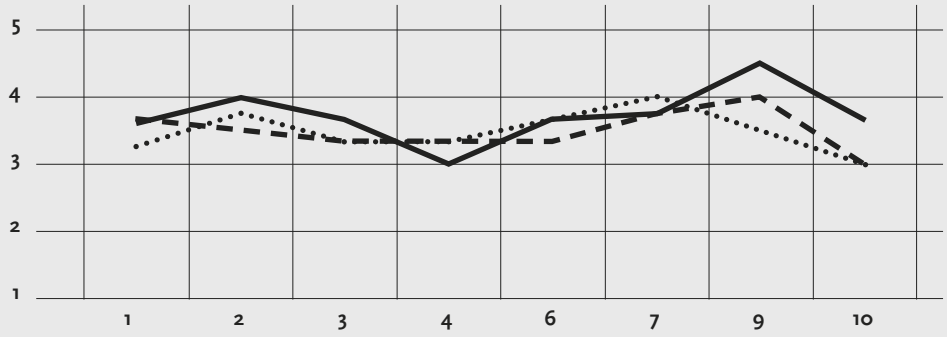
Den vielen positiven Aspekten stehen jedoch auch einige negative Bewertungen aus Sicht der Beteiligten gegenüber. Anfangs bestand seitens der Pflegekräfte Skepsis bezüglich Zweck und Zielen des Arbeitskreises, so dass hier die Notwendigkeit einer umfassenderen Information und Zielklärung bestand. In der Rückschau auf die Zeit des Arbeitskreises sehen die Mitarbeiter auch die Schwierigkeit, ihre täglichen Arbeitsaufgaben mit den Vorhaben des Arbeitskreises in Einklang zu bringen. Dies wurde zusätzlich dadurch erschwert, dass die Heimleitung und später auch die Stationsleitung das Haus verließen und sich für die Pflegekräfte der Modell- und Kontrollstation bedeutende Änderungen ergaben (u. a. Personalreduzierung; Ausgliederung von Stationsaufgaben), welche die Tätigkeit des Arbeitskreises deutlich überstrahlten. Diese instabile Phase personeller Änderungen und der damit einhergehende Wechsel der Führungsphilosophie hin zu stringenteren Vorgaben einer strikteren betriebswirtschaftlichen Ergebnisorientierung, verursachten bei den Pflegekräften Verunsicherung, Enttäuschungen und mitunter auch Zukunftsangst. In solchen Phasen der Unsicherheit, innovative Lösungen der Arbeitsgestaltung auf Station zu entwickeln, fiel einigen Mitarbeitern schwer.

Einzelbewertung der Sitzungen des AK BELUGA

Zu Ende jeder Sitzung wurden die versammelten Pflegekräfte um eine Evaluation der Zusammenkunft sowie des zwischenzeitlichen Maßnahmenfortschritts gebeten. Dies wurde anhand standardisierter Fragen erhoben. Die folgende Abbildung 23 zeigt drei zentrale Bewertungsaspekte im Verlauf der Zusammenkünfte des AK BELUGA.

Abb. 23
Evaluation der Sitzungen des AK BELUGA

Bewertung:
1 = nein, gar nicht; 5 = ja, immer



- – – »Die Inhalte des vergangenen Arbeitskreises haben mir in meiner täglichen Arbeit weitergeholfen.«
- ——— »Die erarbeiteten Lösungen können mir helfen, die alltäglichen Arbeitsaufgaben besser zu bewältigen.«
- • • • »Die im Arbeitskreis entwickelten Lösungen können in unserem Arbeitsalltag umgesetzt werden.«

Aus der Abbildung 23 ist ersichtlich, dass die beteiligten Pflegekräfte die Sitzungen nahezu durchweg positiv bewerten. Diese Beurteilung verändert sich jedoch im zeitlichen Verlauf der Interventionsmaßnahme. Tendenziell zeigt sich zur Mitte der Sitzungen ein leichter Rückgang der positiven Bewertungen, die erst zum Ende hin wieder ansteigen. Gründe liegen möglicherweise in der kritischen Lage im Gesamtheim wie auch in der Ernüchterung, dass nicht alle frühen, euphorischen Aktivitäten des Arbeitskreises einen unmittelbaren Effekt im Stationsalltag zeigen. Der zur siebten und neunten Sitzung hin wieder zu beobachtende Positivtrend lässt jedoch den Rückschluss zu, dass sich dann längerfristig eine Zustimmung und Zufriedenheit mit der Alltagsrelevanz und dem Fortschritt des Arbeitskreises bei den Pflegekräften einstellte. Ähnliche Ergebnisse lassen sich auch für die nicht in der Abbildung aufgeführten Aspekte einer aktiven Beteiligung

an der Lösungsentstehung im Arbeitskreis und des individuellen Lerngewinns wiederfinden.

Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse

In der Gesamtschau der vorliegenden Evaluationsergebnisse, der Anfangs- und Abschlusssituation auf der Modell- und Kontrollstation und der zwischenzeitlichen Entwicklungen ergibt sich ein tendenziell positives, jedoch auch eher heterogenes Bild hinsichtlich der Wirkungen der Interventionsmaßnahme.

Zuerst sollte die Qualität von Evaluationsdesign und -methode kritisch beurteilt werden. Um der Komplexität von Arbeitssystemen der Gesundheitsdienstleistung gerecht zu werden (Ramanujam & Rousseau, 2006; Semmer, 2004), wurde zur Erfassung der Arbeits- und Befindenssituation der Pflegekräfte mit einer Triangulation von Verfahren (Fragebogenerhebung; teilnehmende Beobachtung; qualitative Interviews) und unterschiedlicher Standardisierung gearbeitet. Dennoch ist es möglich, dass bestimmte Aspekte nicht erfasst wurden (u. a. teamdynamische Entwicklungen innerhalb der Station; Veränderungen der Bewohnerstruktur und damit einhergehender Pflegebedarf). Des Weiteren ist auch der zeitliche Abstand von Ist- und Abschlusserhebung kritisch zu beurteilen. Die Differenz von 15 Monaten ist einerseits geeignet, längerfristige Effekte von Änderungen der Arbeitsumwelt zu identifizieren. Andererseits beeinflussen – wenn auch unerwartet und ungeplant seitens der wissenschaftlichen Begleitung – Geschehnisse den Interventionsbereich und können womöglich die Ergebnisse moderieren (z. B. der Wechsel von Heim- und Stationsleitung; Änderungen der Personalstruktur auf der Modellstation). Weiterhin ist davon auszugehen, dass nicht alle Variablen gleichermaßen zeitnah beeinflussbar sind; arbeitsbezogene Variablen könnten sich demnach von gesundheitsbezogenen Konstrukten unterscheiden (Semmer & Zapf, 2004). Die unterschiedlichen Effekte bezüglich Belastungen und Burnout lassen sich dahingehend interpretieren.

Auf Basis der vorliegenden Ergebnisse aus der Mitarbeiterbefragung und den Schichtbeobachtungen ergeben sich Anhaltspunkte, die auf einen begrenzten positiven Effekt der Intervention schließen lassen. Die vorliegende Verschlechterung der Arbeitssituation aus Sicht der Pflegekräfte ist insbesondere Entwicklungen auf Heim- und Trägerebene zuzuschreiben. Verursacht durch den Wechsel des Heimleiters, einer Strategie betriebswirtschaftlicher Rationalisierung auf Trägerebene (Kostenorientierung) sowie einer heimweiten Re-Organisation von Aufgaben lässt sich eine Verdichtung der Arbeitsprozesse in der pflegerischen Versorgung klar erkennen. Gerade die heimweiten Bestrebungen, pflegerische Verantwortung an externes Personal abzugeben (z. B. Essenver- und -eingabe durch Servicekräfte und Praktikanten) und zeitgleich Personal zu reduzieren, bedeuteten für die Pflegekräfte zusätzliche Belastungen, die durch die Möglichkeiten des Arbeitskreises nur bedingt kompensiert werden konnten. Zugleich zeigen jedoch die Ergebnisse beider Stationen, dass die Beschäftigten der Modellstation eine geringere Verschlechterung erleben, was die Vermutung zulässt, dass diese Pufferung auch der Interventionsmaßnahme zuzuschreiben ist. Die erfolgte Reflexion auftretender Arbeitsbelastungen, die konsequente Lösungserarbeitung und die kontinuierliche Implementation angestrebter Veränderungen haben vermutlich den Negativeffekt der Gesamtentwicklung teilweise aufgefangen. Jedoch lassen sich solche Rationalisierungen, z. B. dass eine Pflegekraft in der Frühschicht für 11 Bewohner zuständig ist, nur bedingt durch stationsbezogene Lösungsansätze auffangen. Wenn Dienstzeiten überzogen werden und das Personal gestresster und erschöpfter wirkt, sind umfassendere, auf die Gesamteinrichtung zielende Maßnahmen angebracht.

Hinsichtlich der Methode des aufgabenorientierten Informationsaustauschs, die auf temporärer Gruppenarbeit der Pflegekräfte basiert, können bedingt positive Schlüsse für einen Einsatz in der Altenpflege gezogen werden. Durch die partizipative Einbindung der Beschäftigten und Führungskräfte der Station in den Veränderungsprozess wird die Akzeptanz der Lösungen erhöht. Die Pflegekräfte schätzten die Zusammenkünfte als Forum,

um Erfahrungen und Wissen auszutauschen, wozu es im oft hektischen Stationsalltag wenig Raum gibt. Das der Methode inhärente Lernpotential durch einen kollektiven Austausch und ein peer-learning konnte wiederholt beobachtet werden, wenn Mitarbeiter innovative Ideen einbrachten, welche sie aus anderen Einrichtungen und Arbeitsbereichen kannten (insbesondere Auszubildende brachten viele Ideen ein). Die Methode kann als ein sinnvolles Instrument zur Verknüpfung einer sogenannten bottom-up- sowie top-down-Veränderungsstrategie bezeichnet werden. Ideen und Lösungen werden durch die Mitarbeiter entwickelt, formuliert und zugleich aber auch durch die Weisungsbefugnis der einbezogenen Führungskräfte – hier die Stationsleitung – implementiert (Wetzstein, 2004). Dies zeigte sich gerade bei bestimmten Vorhaben, die bereits auf der Station geplant, jedoch nie im Stationsalltag konsequent umgesetzt wurden (z. B. Anlern-Checkliste für neue Mitarbeiter auf der Station; Einsatz bestimmter Hebehilfsmittel). Im Rahmen der Intervention reflektierten die Pflegekräfte die Praktikabilität der Maßnahmen.

Es sind jedoch auch problematische Aspekte zu erwähnen. Dazu zählen die personellen Engpässe im Verlauf der Interventionsmaßnahme. Für die Arbeitskreissitzungen sollten innerhalb der Arbeitszeit mindestens drei bis vier Pflegekräfte abkömmlich sein und zugleich ist aber der ›normale Stationsbetrieb‹ aufrecht zu erhalten. Für eine mittlere Pflegestation ist dies schwierig zu realisieren, da mit einer Stammbesetzung von ca. 10 Pflegekräften dann eine größere Mehrheit an diesem Tage im Dienst sein sollte. Dies setzt die Notwendigkeit einer frühzeitigen Abstimmung untereinander und des Dienstplans voraus. Weiterhin blieben die Entwicklungen um den Wechsel auf Heimleiterebene und die Rationalisierungstendenzen auf Trägerebene nicht außen vor. Die Aktualität der Themen des Arbeitskreises wurde schnell von der Ungewissheit um die zukünftige Entwicklung des Gesamthauses überholt und relativiert. Eine längerfristige Bearbeitung spezifischer Belastungsschwerpunkte der Stationsarbeit wäre unter stabilen Träger- und Führungsbedingungen besser möglich gewesen. Die Einsicht, dass bestimmte Rahmenbedingungen außerhalb der Station nicht (oder nur begrenzt) beeinflussbar sind, demotivierte manche Pflegekräfte (z. B. Zeitdruck durch personelle Unterbesetzung). Zudem ist zu konstatieren, dass die notorische Begleitung und Ermunterung durch den wissenschaftlichen Projektpartner notwendig war. Aufgrund der vielen pflegerischen Aufgaben können die Pflegekräfte eine konsequente Maßnahmenumsetzung kaum selber durchführen. Das ›ständige Dranbleiben‹ durch das moderierende BELUGA-Team bewirkte, dass die Arbeit des Arbeitskreises nicht abriss. Ähnliche Erfahrungen aus anderen Ländern verdeutlichen, dass bei Interventionsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsversorgung eher weniger Problembereiche angegangen werden sollten – jedoch diese dann in konsequenter Bearbeitung (Mikkelsen et al., 2000).

7.2 Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Altenpflege

Die Behauptung, dass Stress am Arbeitsplatz ein entscheidender Risikofaktor für Beeinträchtigungen von Wohlbefinden und Gesundheit ist, kann mittlerweile als weitestgehend bestätigt angenommen werden (Sonnentag & Frese, 2003; Semmer & Zapf, 2004). Um dem entgegenzuwirken, ist die Strategie der Arbeitsgestaltung (im Sinne einer Verhältnisprävention) ein wichtiger Ansatz der Gesundheitsförderung. Jedoch sind solche arbeits- bzw. bedingungsbezogenen Ansätze, im Gegensatz zu personenbezogenen Interventionen (z. B. Stressmanagement), vergleichsweise wenig systematisch erprobt, evaluiert und dokumentiert (Semmer & Zapf, 2004).

Dies ist auch für den Bereich der Altenpflege festzuhalten. Nach Recherchen der Autoren zu deutschsprachigen Publikationen ist davon auszugehen, dass kaum solche Ansätze veröffentlicht sind, welche sich mit einer begleitenden, wissenschaftlich systematischen Effektevaluation von Arbeitsgestaltungsmaßnahmen in Altenpflegetätigkeiten beschäftigen (vgl. Glaser & Höge, 2004). Es besteht großer Bedarf, arbeitsorganisato-

rische Erkenntnisse zur Reduktion psychischer Belastungen verstärkt in die Altenpflegepraxis zu implementieren (vgl. Klein & Gaugisch, 2005). Daher basieren die folgenden Empfehlungen zur Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Arbeitsumgebung in der stationären Altenpflege hauptsächlich auf den Erfahrungen der Autoren im Rahmen des Projekts BELUGA sowie auf ausgewählten deutschsprachigen Publikationen arbeitswissenschaftlicher Altenpflegeforschung.

Organisationen der Gesundheitsversorgung – und hierzu zählen Dienstleistungsbetriebe der stationären Altenpflege – beinhalten ein vergleichsweise hohes Maß an Komplexität. Bedingungsbezogene Interventionsmaßnahmen der Gesundheitsförderung müssen diesen Systemeigenschaften gerecht werden (Semmer, 2004). Die nachfolgend aufgeführten Empfehlungen sind einzelne ausgewählte Aspekte, die von den Autoren als wesentliche Faktoren für eine optimierte belastungsreduzierte Arbeitssituation in der Altenpflege sowie darauf abzielende Interventionsmaßnahmen erachtet werden.

Ganzheitliche Pflege als arbeitsorganisatorische Rahmenbedingung

Ergebnisse arbeitswissenschaftlicher Evaluationen in der Krankenpflege verdeutlichen, dass Arbeitsbelastungen durch die Entwicklung und Umsetzung einer ganzheitlichen Pflege positiv beeinflussbar sind (vgl. Glaser & Büssing, 1997). Vorliegende Erfahrungen aus der Altenpflege zu ähnlichen Maßnahmen der Re-Organisation von Pflegeprozessen unterstützen diese Befundlage: Verbesserungen in den Arbeitsbedingungen, eine Verbesserung der Pflegequalität und der Interaktion zwischen Pflegekräften, Bewohnern und Angehörigen können durch die Einführung von Bezugspflegeelementen gefördert werden (vgl. Weigl & Glaser, 2006).

Auch bei der hier beschriebenen Interventionsmaßnahme ist die enge Wechselwirkung von Prinzipen der Pflegeorganisation und resultierender Arbeitsbelastungen erkenntlich (vgl. Büssing & Glaser, 2003). Zwar ist auf der Modellstation eine bereichsorientierte Pflege mit Bezugspflegeelementen vorzufinden, jedoch lassen sich auch einige konventionelle Abläufe (Rundgänge) einer funktionalen Pflege identifizieren (z. B. Medikamentenabgabe; Vitalzeichenkontrolle).

Zudem steht die Pflegeorganisation auf der Modellstation in enger Wechselwirkung mit dem wiederholten Auftreten maßgeblicher Arbeitsbelastungen. Die von den Mitarbeitern revidierte Bereichseinteilung der morgendlichen Grundpflege zielt darauf ab, Zeitdruck zu reduzieren und einen Ausgleich auftretender körperlicher Belastungen zu erzielen (z. B. gleichmäßige Zahl schwergewichtiger Bewohner in den Bereichen). Arbeitswissenschaftliche Überlegungen einer optimierten Ablauforganisation altenpflegerischer Arbeiten durch eine ausführliche Planungsphase bieten hier möglicherweise Optionen, eine mitarbeiter- und klientenorientierte Aufgabenverteilung herzustellen (Landau, 2004).

Die Aufgabenverteilung zwischen Fachkräften und Hilfs- bzw. Servicepersonal birgt ebenso Belastungspotential für die examinierten Altenpflegekräfte. In der Verteilung fachlicher und nichtfachlicher Pflegeaufgaben ist der Trend zu beobachten, die examinierten Fachpflegekräfte ›schwerere‹ Aufgaben erledigen zu lassen und fachlich weniger anforderungsreiche Arbeiten nur geringer qualifizierten Beschäftigten zu übertragen. Die Fachpflegekräfte berichten, dass sich für sie die Arbeitsmenge verdichtet und die Belastungen erhöhen (schwierigere Bewohner mit komplexerem Pflegebedarf – Schwerstpflege; psychiatrische Komorbidität). Ein erhöhter Aufwand bei der Anleitung und Kontrolle der Hilfskräfte und deren Arbeitsergebnissen kommt erschwerend hinzu. Diese längerfristige Verdichtung bewirkt Qualitätseinbussen der pflegerischen Versorgung und gesundheitliche Probleme bei den Pflegefachkräften. Diese Befunde sind in Beziehung zum nächsten Punkt zu sehen.

Angemessene personelle Ausstattung – Personalschlüssel

Die innerhalb der Interventionsmaßnahmen – ungewollt – zu beobachtenden Entwicklungen der Personalreduktion und Arbeitsverdichtung finden sich empirisch in einer

Verschlechterung der Arbeitssituation (Erhöhung der Arbeitsbelastungen) und kritischeren Gesundheitssituation der Pflegekräfte wieder. Pflegerische Dienstleistungen, die sich in enger Ko-Produktion mit dem Bewohner abspielen, sind jedoch nur begrenzt rationalisierbar (vgl. Böhle & Weishaupt, 2003).

Zur Abschluss-Erhebung berichten die Mitarbeiter von verknappten personellen Ressourcen bei gleichgebliebenem Arbeitsumfang (z. B. statt früherer 5er Besetzung in der Frühschicht mitunter eine 3er Besetzung am Vormittag). Abgesehen von gestiegenen Erschwernissen in der Arbeit (u. a. erhöhter Zeitdruck) ist beobachtbar, dass die Kontaktzeiten zum Bewohner sich deutlich reduzieren und Teilaufgaben nicht erledigt werden, die jedoch für die Bewohner von maßgeblicher Bedeutung sind (z. B. Blutzuckermessung).

Fokus auf körperliche Belastungen

Wie bereits oben angesprochen, stehen zu beobachtende körperliche Belastungen, insbesondere durch Heben, Tragen und Lagern, in starker Wechselwirkung mit strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen. Wiederholt wurde von den Beschäftigten thematisiert, dass bedingt durch den Zeitdruck, Pflegehilfsmittel weniger eingesetzt werden. Gerade bei Tätigkeiten der Grundpflege und der Bewohnermobilisation verzichten die Pflegekräfte auf den Einsatz zeitbeanspruchender Hebemittel.

Angesichts des hohen Grads an muskeloskeletalen Beschwerden bei Pflegenden sowie der demographischen Alterung der Beschäftigten sind Bestrebungen einer ›no-lift-policy‹ gutzuheißen. Nur durch den konsequenten Einsatz von Lagerungs- und Hebehilfsmitteln bei der Mobilisation und Versorgung des Bewohners können Gefahrenpotentiale von Rückenbeschwerden dauerhaft reduziert werden. Eine solche Verhinderung kann das klientenseitige wie auch das mitarbeiterseitige Risiko von Verletzungen durch Heben, Tragen und Transportieren gering halten. Australische Evaluationen unterstreichen empirisch die positiven Effekte solcher Bestimmungen (Engkvist, 2006). Jedoch ist hierbei wichtig, dass sowohl die Führung der Stationen und Heime, wie auch der Gesetzgeber solche Entwicklungen beschleunigen. Das aktuelle Beispiel des ›Safe Patient Handling Law‹ (Texas/S.B. 1525: Safe Patient Handling Legislation) in Texas, USA, welches seit Anfang 2006 für dortige Pflegeeinrichtungen gesetzlich bindend ist, kann als Positivmodell genannt werden. Mit dem Ziel die Heime zu verpflichten, moderne ergonomische Arbeitsumgebungen zu schaffen sowie adäquate Schulungen anzubieten, wird eine Präventionsstrategie verfolgt, die auch die klare Verantwortlichkeiten des Arbeitgebers benennt. Evaluationen streichen eine Kostenersparnis heraus, die sich nicht nur durch eine geringere Schadensrate körperlicher Erkrankungen sondern auch durch verbesserten Personaleinsatz begründen lässt. Flankierende Maßnahmen von Mitarbeiterschulungen, der Festlegung von Ausbildungsstandards und verbindlicher Managementvorgaben sind dabei unabdingbar.

Partizipation der Beschäftigten

Um den Pflegekräften Interventionen nicht ›überzustülpen‹ sollten diese bei der Entwicklung der Maßnahmen einbezogen werden. Diese partizipative Arbeitsgestaltung fördert nicht nur die Akzeptanz von Veränderungen, sondern kann vielfach selbst als arbeitsgestalterische Maßnahme im Sinne einer Erhöhung des Gestaltungsspielraums und der Mitbestimmungsmöglichkeiten verstanden werden. In der vorliegenden Interventionsstudie zeigte sich, dass die Abläufe, Gefahren und Belastungen der Modellstation am besten von den dort tätigen Pflegekräfte erkannt wurden (z. B. Gewohnheiten der gemeinsamen Dokumentation vor den Übergaben; inkonsistente Bereichseinteilung).

Partizipation bedeutet aber auch, dass konventionelle Macht- und Einflussbereiche womöglich für eine Lösung hinderlich sind. In dieser Intervention fand für die Beschäftigten ein Lernprozess statt, welcher Einflussbereich für organisatorische Änderungen und Verbesserungen genutzt werden kann. In einem Falle hatten sich die Beschäftigten länger Gedanken zur Reduktion des Zeitdrucks gemacht. Jedoch bestehen strukturelle

und finanzielle Restriktionen (z. B. fester Personalschlüssel; Stationsgrößen) die von den Mitarbeitern – und vielfach sogar von Heimleitungen – nicht ohne weiteres beeinflussbar sind. Die Rahmenbedingungen werden hier von den Ebenen der Heimträger, politischen Gesetzgebungen und anderen Entscheidungsträgern vorgegeben.

Kompetente Begleitung von Veränderungsprozessen

Ein weiterer entscheidender Schlüssel für nachhaltige Gestaltungslösungen ist eine kompetente Begleitung durch einen Moderator. Zwar sind hier auch gewisse fachliche Kenntnisse von Altenpflege-Dienstleistungen von Bedeutung wie auch Fähigkeiten zur Moderation, Strukturierung der Veränderungsprozesse sowie des Beschleunigens und Entschleunigens von Entscheidungen. In unserem Falle musste die wissenschaftliche Begleitung wiederholt Planungen vorantreiben, da die Beschäftigten im oftmals hektischen Stationsalltag für Zusatzaufgaben eines Gestaltungsprojekts wenig Freiräume finden.

Zugleich besteht eine Lektion in der Aussage ›Weniger ist mehr‹. Die Fokussierung auf (wenige) wesentliche Themen und Problembereiche und deren konsequente Behebung ist gerade durch eine erfahrene Begleitung eher zu realisieren als von den betroffenen Pflegekräften selbst, die meist viele ›Brandherde‹ gleichzeitig löschen möchten. Mit der hier verwendeten Methode des ›aufgabenorientierten Informationsaustausch‹ lassen sich genannte Probleme mehrheitlich gut strukturieren und bearbeiten.

Weitere Punkte können in der Arbeitszeitgestaltung, der Vereinbarkeit von Beruf und Familie (Simon et al., 2003) sowie der Schichtplangestaltung gesehen werden (vgl. Becker & Meifort, 1997). Ebenso können Problembereiche der Schnittstellengestaltung sowie Leitung und Führung von Relevanz für Interventionen sein (Frerichs et al., 2004).

8

Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick

Das Projekt ›**Bel**astungsanalyse **u**nd **g**esundheitsförderliche **A**rbeitsgestaltung in der Altenpflege (**BELUGA**)‹ wurde von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) mit dem übergeordneten Ziel vergeben, ein Screeningverfahren zur Analyse psychischer und physischer Belastungen in der Altenpflege zu entwickeln, eine Bestandsaufnahme zu den Arbeitsbelastungen und zur Gesundheit der Pflegekräfte in Altenpflegeheimen durchzuführen sowie exemplarische Gestaltungsmaßnahmen auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse abzuleiten und zu erproben. Das Projekt wurde im Zeitraum von September 2004 bis Dezember 2006 vom Lehrstuhl für Psychologie der Technischen Universität München unter Leitung des Erstautors durchgeführt. Im Folgenden werden zunächst die wesentlichen Ergebnisse des Projekts zusammengefasst und im Anschluss wird ein Ausblick auf begonnene und anlaufende Projekte gegeben, die zu einer Verbesserung der Arbeitssituation in der stationären Altenpflege wichtige Beiträge leisten dürften.

8.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Zunächst sollen hier das Vorgehen und die Stichproben im Projekt BELUGA kurz umrissen werden, bevor entlang der Ziele des Forschungsvorhabens auf die maßgeblichen Befunde eingegangen wird.

Vorgehen und Stichproben

In einer ersten Projektphase wurde eine *Pilotstudie bei einem betrieblichen Partner*, einem Altenpflegeheim unter freigemeinnütziger Trägerschaft in München, durchgeführt. In dieser Pilotstudie auf den drei Pflegestationen des Heims wurden sechs *Ganzschichtbeobachtungen* mit Altenpflegekräften anhand von Beobachtungsinterviews durchgeführt. Bei den Beobachtungen durch wissenschaftliche Experten wurden psychische und physische Belastungen in der Arbeit objektiv erfasst und Interaktionsepisoden zwischen Pflegekräften und Bewohnern registriert und systematisch ausgewertet. Zudem wurden *Experteninterviews* mit Leitungskräften und Funktionsträgern des Heims durchgeführt, um Strukturen und Prozesse der Arbeit im Heim näher kennenzulernen. Die Interviews dienten zugleich einer inhaltslogischen Prüfung einer vorläufigen Fassung für ein Screening von Arbeitsbelastungen in der Altenpflege.

Im Rahmen einer *Mitarbeiterbefragung* beim betrieblichen Partner wurden 42 Altenpflegekräfte (71,2 % Beteiligung) zu ihrer Arbeitssituation (anhand des vorläufigen Screenings) und zu ihrer psychophysischen Gesundheit (v.a. Indikatoren zur Diagnose von Irritation, Burnout, psychischem und körperlichem Gesundheitsstatus) befragt.

Ergänzend zur Mitarbeiterbefragung wurden auch *Bewohner- und Angehörigenbefragungen* durchgeführt, um die Qualität der Altenpflegedienstleistung aus Sicht der Klienten zu untersuchen. Konzeptuell und methodisch basierten diese Befragungen auf dem Ansatz der Mitarbeiter- und Patientenorientierung (Büssing & Glaser, 2003c) mithilfe des Münchener Instruments zur Patientenbefragung (MIP), das in komplementären Fassungen für Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter zum Einsatz kam. Von den befragbaren Heimbewohnern nahmen 34 Personen (87,2 % Beteiligung) teil. Für die Angehörigenbefragung konnten 49 Personen (58 % Beteiligung) gewonnen werden.

Gemeinsam mit Indikatoren zur Diagnose der psychophysischen Gesundheit von Altenpflegekräften wurde das endgültige Screening TAA – Altenpflege im Rahmen einer großangelegten *Hauptstudie bei Altenpflegeheimen in Bayern* eingesetzt. Hierbei wurden nach Sondierungsgesprächen mit Trägern 1.290 Altenpflegeeinrichtungen in Bayern angeschrieben, und um Teilnahme an der Hauptstudie gebeten. Im ersten Schritt wurde den Heimen neben Informationen zum Projekt ein kurzer Fragebogen zur Erfassung struktureller Daten des Heims zugesandt – ein sogenanntes *Organisationsscreening* mit Angaben zu Standort, Anzahl Beschäftigte, Pflegeplätze etc. 174 Heimleiter haben die Organisationsscreenings bearbeitet und zurückgesandt und 141 Heime bekundeten

Interesse an einer Mitarbeiterbefragung. Nach Zusendung der Fragebogen beteiligten sich letztlich 111 Heime mit insgesamt 1.848 Pflegekräften an der BELUGA-Hauptstudie. Bezogen auf die Grundgesamtheit der 4.957 versandten Fragebogen liegt die Beteiligung bei 37,3 %. Nach Auswertung der Hauptstudie wurde den Heimen eine Rückmeldung zu den Ergebnissen gesandt, die ihnen den Vergleich der eigenen Arbeitssituation mit der Durchschnittssituation in bayerischen Altenpflegeheimen ermöglichen. Gestützt auf statistische Strukturdaten zur Altenpflege in Deutschland lässt sich die BELUGA-Hauptstudie als repräsentativ für die stationäre Altenpflege in Deutschland bezeichnen.

Im Folgenden werden wichtige Ergebnisse strukturiert nach den Zielen des Projekts BELUGA zusammengefasst.

Strukturelle Merkmale von Altenpflegeheimen

Von 9.743 *Altenpflegeeinrichtungen* in Deutschland im Jahr 2003 bieten 90 % vollstationäre Dauerpflege an, die von 612.000 Pflegebedürftigen in Anspruch genommen wird (StBA, 2005). Die Auslastung der Pflegeplätze liegt somit bei 90 %. In der BELUGA-Hauptstudie werden von den teilnehmenden Heimen insgesamt 12.356 Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege versorgt und betreut.

Der Großteil der Einrichtungen steht unter freigemeinnütziger Trägerschaft (55,4 %), 37,1 % unter privater und 7,5 % unter öffentlicher Trägerschaft. Vergleichbar stellen sich die Anteile der 111 teilnehmenden Heime an der BELUGA-Hauptstudie dar. Anzumerken ist der Zuwachs insbesondere von privaten, in etwas geringerem Maße auch von freigemeinnützigen Anbietern in den letzten Jahren, während die Zahl öffentlicher Anbieter rückläufig ist. Ein durchschnittliches Heim verfügt über 73 Pflegeplätze, wobei Einrichtungen privater Anbieter deutlich kleiner sind (rund 60 Plätze) als Einrichtungen freigemeinnütziger (rund 80 Plätze) und öffentlicher Anbieter (rund 90 Plätze). Ähnlich stellen sich die Relationen zur Größe der Altenpflegeheime in der BELUGA-Hauptstudie dar.

Fast zwei Drittel der *Pflegebedürftigen* in der stationären Altenpflege sind in den Pflegestufen II und III eingestuft, d.h. sie sind als schwer oder schwerst pflegebedürftig zu bezeichnen. Vergleichbar sind auch die Relationen in der BELUGA-Hauptstudie. Das Durchschnittsalter der Pflegebedürftigen lag bei 82 Jahren, der Frauenanteil betrug 78,3 % (StBA, 2005). Schätzungen zufolge verweilen die Bewohner durchschnittlich 41 Monate im Altenpflegeheim (BMFSFJ, 2006). Chronische Erkrankungen und Multimorbidität nehmen immer mehr zu und der dadurch entstehende Hilfe- und Pflegebedarf ist bei einem Großteil der Bewohner Grund für die Aufnahme im Heim. Weit verbreitet sind psychische Störungen, unter denen die demenziellen Erkrankungen die größte Rolle spielen.

Von den 511.000 *Beschäftigten* in Pflegeeinrichtungen sind 345255 im Bereich der Pflege und Betreuung tätig (StBA, 2005). Seit 1999 bedeutet dies einen Beschäftigungszuwachs um 15,9 %, der angesichts der steigenden Zahl von Pflegebedürftigen und Einrichtungen dringlich erforderlich ist. 47 % der Beschäftigten sind Fachkräfte mit einer Ausbildung in der Alten- und/oder Krankenpflege, womit die gesetzlich geforderte Fachkraftquote durchschnittlich fast erfüllt ist. In der BELUGA-Hauptstudie lag die Fachkraftquote der Teilnehmer etwas höher (62,5 %). Rund 86 % der Beschäftigten sind bundesweit wie auch in der BELUGA-Hauptstudie Frauen. Das Durchschnittsalter lag bei rund 40 Jahren. Knapp 40 % der Beschäftigten sind in Teilzeit tätig. Im durchschnittlichen bundesdeutschen Heim sind 52 Mitarbeiter in der Pflege tätig, in der BELUGA-Hauptstudie sind es 47 Personen.

Neben diesen Strukturdaten von Altenpflegeheimen werden im vorliegenden Abschlussbericht *weitere strukturelle Merkmale der Arbeit in der Altenpflege* beschrieben. Hierzu zählen Arbeitszeiten, Pflegesysteme, Leistungsangebote, Merkmale der Aufbau- und Ablauforganisation mit prototypischen Tagesabläufen, zeitliche Anteile pflegerischer Tätigkeiten etc. Konkrete Ausführungen, die zum einen auf Literaturanalysen basieren,

zum anderen exemplarisch anhand der objektiven Beobachtungen beim betrieblichen Partner vorgestellt sind, finden sich in Kapitel 3.1 des Abschlussberichts.

Entwicklung eines Screeningverfahrens zu Arbeitsbelastungen in der Altenpflege
Mit dem Screening TAA-KH-S für die stationäre Krankenpflege (vgl. Büssing, Glaser & Höge, 2002) und dem Screening TAA – Ambulante Pflege (vgl. Büssing, Glaser & Höge, 2005) lagen zu Beginn des BELUGA-Projekts bereits zwei theoriegeleitet entwickelte, empirisch erprobte und psychometrisch überprüfte Arbeitsanalyseverfahren vor, die im BELUGA-Projekt auf die Arbeitssituation in der stationären Altenpflege angepasst werden sollten.

Eine *vorläufige Screeningfassung* wurde in Anlehnung an diese beiden Verfahren zur Diagnose von Arbeitsbedingungen in der stationären und ambulanten Pflege, auf Basis umfangreicher Literaturanalysen sowie anhand der Ergebnisse aus den Beobachtungen und Experteninterviews in der ersten Projektphase entwickelt. Nach Abschluss der Pilotstudie, der Dokumentation und Rückmeldung der Befunde wurde das vorläufige Screening psychometrisch überprüft und zum Screening TAA – Altenpflege weiterentwickelt. Die Weiterentwicklung war von zwei Zielen geleitet: einer weiteren Verbesserung der Erhebungsökonomie (d.h. Reduktion von Items) und der Optimierung der Güte des Verfahrens (Reliabilität und Validität).

Das resultierende *Screening TAA – Altenpflege* als ein Hauptprodukt des Projekts BELUGA setzt sich aus sechs Verfahrensbereichen zur Erfassung von Belastungen, Anforderungen und Ressourcen in der Altenpflege mit insgesamt 31 Skalen und 127 Einzelitems zusammen.

Die Ergebnisse der psychometrischen Prüfung des Screening TAA – Altenpflege belegen die *Reliabilität und Validität des Verfahrens*. Die Reliabilität wurde anhand der internen Konsistenz der entwickelten Skalen geschätzt. Die resultierenden Koeffizienten (Cronbachs Alpha) belegen die Zuverlässigkeit der Messung durch diese Skalen. Die Validität wurde zum einen inhaltslogisch gemeinsam mit betrieblichen Experten geprüft und für gut befunden. Zum anderen wurden Zusammenhänge zwischen den Arbeitsbelastungsmerkmalen und Indikatoren der psychophysischen Gesundheit der Pflegekräfte im Sinne einer konvergenten Validierung geprüft. Hier zeigten sich fast durchgängig signifikante Korrelationen zwischen psychischen und physischen Belastungen in der Arbeit mit Irritation, Burnout und Gesundheitsstatus nach dem SF-12. Dies spricht klar für die Konstruktvalidität des Screening TAA – Altenpflege. Somit liegt ein praktikables Verfahren vor, das auch durch betriebliche Experten für die gesetzlich vorgeschriebene *Gefährdungsbeurteilung* verwendet werden kann.

Über die Ziele des Projektauftrags hinaus wurden mit dem Screening TAA – Altenpflege nicht nur psychometrisch geprüfte Module zur Erfassung von Arbeitsbelastungen, sondern auch zur Erfassung von psychischen Anforderungen und von Ressourcen in der Arbeit in der stationären Altenpflege vorgelegt.

Ermittlung der Belastungs- und Beanspruchungssituation der Pflegenden
Die Ergebnisse zu den *Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege* basieren zum einen auf Ganzschichtbeobachtungen von wissenschaftlichen Experten in einem Altenpflegeheim. Hierbei wurden systematisch psychische und physische Belastungen erfasst und dokumentiert. Darüber hinaus liegen Daten aus der repräsentativen BELUGA-Hauptstudie von 1.848 Pflegekräften in 111 Altenpflegeheimen vor, die anhand der Module zur Erfassung von psychischen und physischen Belastungen des Screening TAA – Altenpflege diagnostiziert wurden. Zusammenfassend lässt sich die Belastungssituation der Beschäftigten wie folgt charakterisieren: Am stärksten ausgeprägt sind physische Belastungen durch Heben, Tragen und Lagern von Bewohnern sowie Verletzungs- und Infektionsrisiken. Im Bereich der psychischen Belastungen sind Arbeitsunterbrechungen die größte Gefahrenquelle, die auch für einen ausgeprägten Zeitdruck der Altenpflegekräfte mit-

verantwortlich sind. Bewohnerbezogene Stressoren liegen auf einem moderaten Niveau und sollten ebenfalls bei Gestaltungsmaßnahmen im Blick behalten werden. Vergleichsweise günstig stellt sich hingegen die Situation bei anderen psychischen Belastungsformen dar. So liegen etwa soziale Stressoren durch Vorgesetzte/Kollegen oder Informationsprobleme auf einem vergleichsweise niedrigen durchschnittlichen Belastungsniveau und geben somit keinen Anlass für Gestaltungsbedarf. Ähnlich günstig stellen sich Aspekte der Arbeitsumgebung als Quelle für weitere körperliche oder psychomentale Belastungen dar.

Über die Projektziele hinaus wurden auch *psychische Anforderungen und Ressourcen* in der Arbeit in Altenpflegeheimen systematisch untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass es sich bei der Altenpflegetätigkeit um eine durchaus *anforderungshaltige Tätigkeit* handelt, bei der nicht nur Abwechslungsreichtum und eigenständige Entscheidungserfordernisse vorliegen sowie besondere Anforderungen an theoretische Kenntnisse, soziale Fähigkeiten und praktische Fertigkeiten abverlangt werden, sondern Qualifikationen in der Arbeit auch kontinuierlich weiterentwickelt werden müssen und weitgehend auch erlernt werden können. Dieser Befund widerlegt ganz klar ein Bild der Altenpflege, das bisweilen in der Öffentlichkeit als *einfache* personenbezogene Dienstleistungstätigkeit vermittelt wird. Die in der BELUGA-Hauptstudie untersuchten aufgabenbezogenen, personellen, materiellen, räumlichen und sozialen *Ressourcen* der Arbeit in Altenpflegeheimen sind überwiegend als positiv zu beurteilen und helfen somit dabei die hohen Anforderungen und Belastungen der täglichen Arbeit zu bewältigen. Deutliche Defizite zeigen sich lediglich bei den Einflussmöglichkeiten der Pflegekräfte auf tätigkeitsübergreifende Entscheidungen der Station oder des Heims. Weiterhin werden Tätigkeitsspielräume und Vorgesetztenfeedback auf einem moderat positiven, aus arbeitspsychologischer Sicht jedoch keineswegs befriedigenden Niveau eingestuft. Gerade Feedback und eigene Einflussmöglichkeiten im Sinne von Mitsprache und Autonomie sollten in den Heimen deutlich verbessert werden, handelt es sich hierbei doch um Merkmale, die nachweislich ganz zentral für die Motivation und das Wohlbefinden der Altenpflegekräfte verantwortlich sind. In exemplarischen Stationsvergleichen wird deutlich, dass Belastungsprofile zwischen einzelnen Stationen deutlich variieren können, was für eine *spezifische stationsbezogene Analyse* mithilfe des Screening TAA – Altenpflege spricht.

Die *psychophysische Gesundheit der Mitarbeiter* stellt sich insgesamt recht erfreulich dar. Gesundheitsbeeinträchtigungen im Sinne der Gereiztheit / Belastetheit (Irritation), der emotionalen Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierten persönlichen Erfüllung (Burnout) wie auch der psychische und körperliche Gesundheitsstatus (nach SF-12) sind im Durchschnitt der Beschäftigten gering ausgeprägt. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass möglicherweise stark beeinträchtigte Pflegekräfte nicht an der Studie teilnehmen konnten oder wollten und dass sich hinter Mittelwerten stets auch eine nennenswerte Zahl an Personen verbirgt, die ganz ausgeprägte Gesundheitsbeeinträchtigungen haben. Eine nähere Exploration der Daten der BELUGA-Stichprobe ergibt, dass 144 Altenpflegekräfte (8 %) an einem ernstzunehmenden Grad an emotionaler Erschöpfung leiden und 11 Personen auch eine hohe Depersonalisation aufweisen. Diese Mitarbeiter sind im fortgeschrittenen Burnout-Stadium und somit klinisch behandlungsbedürftig, keineswegs aber weiterhin arbeitsfähig. Zudem ist zu erwähnen, dass jede vierte befragte Altenpflegekraft eine – verglichen mit bundesdeutschen Normwerten – beeinträchtigte psychische Gesundheit und 16 % der Mitarbeiter eine beeinträchtigte körperliche Gesundheit (nach SF-12) aufweisen.

Weitere Ergebnisse zu Zusammenhängen zwischen Gesundheit und Alter sowie Geschlecht und Berufsausbildung sind in Abschnitt 5.1 des Berichts dokumentiert.

Analyse der Interaktionen zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen

In Humandienstleistungen wie der Pflege kommt der Interaktion zwischen Dienstleistern und Klienten eine besondere Bedeutung zu. In der Koproduktion zwischen

Altenpflegekraft und Bewohner entsteht die eigentliche Wertschöpfung, die Qualität der Pflege. Ergebnisparameter zur Pflegequalität wie sie etwa vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) in seinen Gutachten dokumentiert sind (z. B. ausreichende Ernährung, Flüssigkeitszufuhr) sind maßgeblich auch von Prozessparametern der Pflegequalität beeinflusst. So kann etwa eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr bei einem Bewohner dann gefährdet sein, wenn sich der Bewohner der Flüssigkeitsaufnahme durch die Pflegekraft widersetzt. Aus wissenschaftlichen Studien ist bekannt, dass solche Widerstände von Bewohnern besonders dann auftreten, wenn es Probleme in der Interaktion gibt (z. B. Böhle & Weishaupt, 2003).

Interaktionsarbeit erfordert geeignete Rahmenbedingungen bzw. wird durch ungünstige Faktoren wie etwa Zeitdruck, unzureichender Grad an Bewohnerorientierung etc. deutlich beeinträchtigt (vgl. Böhle & Glaser, 2006). Im Rahmen der Schichtbeobachtungen in der BELUGA-Pilotstudie wurden *Interaktionsepisoden* beobachtet und protokolliert. Anschließend wurde eine systematische Auswertung der Interaktionepisoden und -protokolle nach Häufigkeit, Dauer und Inhalt vorgenommen. Es zeigt sich, dass von den fast 600 beobachtbaren Interaktionsepisoden etwa die Hälfte lediglich eine *Dauer* von bis zu einer Minute umfassen, d.h. als sehr kurz zu bezeichnen sind. Weitere 42 % der Episoden dauern 1 bis maximal 5 Minuten, während lediglich 7 % der Interaktionen zwischen Altenpflegekräften und Bewohnern länger als 5 Minuten andauern. Bei diesen zeitlichen Rahmenbedingungen stellt sich die Frage, ob eine bewohnerorientierte Interaktionsarbeit unter Einbezug von sozioemotionalen Bedürfnissen der Bewohner überhaupt gewährleistet werden kann. Eine genauere Betrachtung der Inhalte der beobachtbaren Episoden zeigt, dass lediglich 13,5 % der Interaktionen rein sozioemotionale Aspekte beinhalten (z. B. Unterhaltung mit einem Bewohner), die Mehrzahl (55 %) finden in einer Mischform statt, bei der sich begleitend zu den Pflegeverrichtungen wie etwa der Körperpflege auch sozioemotionale Inhalte finden. Knapp 32 % der Interaktionsepisoden sind als rein verrichtungsbezogen zu charakterisieren, d. h. ohne jeglichen erkennbaren sozioemotionalen Inhalt.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass *Voraussetzungen für eine gelungene Interaktionsarbeit*, als Prozessaspekt von Pflegequalität nur in geringem Maße gegeben sind. Wünschenswert wäre eine Verbesserung der Rahmenbedingungen (v. a. bewohnerorientierte Bezugspflege, weniger Zeitdruck) wie auch der Kompetenzen von Altenpflegekräften etwa im Sinne einer verbesserten Beziehungspflege und Biografiearbeit (vgl. Kreuzpaintner & Glaser, 2007).

Vergleich der Belastungs- und Beanspruchungssituation nach Trägerschaft sowie zwischen Feldern der Pflege

An der BELUGA-Hauptstudie waren freigemeinnützige Einrichtungen wie auch Heime unter privater und öffentlicher Trägerschaft beteiligt. Dies ermöglicht einen Vergleich der Belastungs- und Beanspruchungssituation von Pflegekräften nach Trägerschaft. Bei 21 Fragebögen, die nicht zuzuordnen waren, verbleiben 1.827 Altenpflegekräfte, die eindeutig einem Heim des jeweiligen Trägers zugeordnet werden können. 336 Pflegekräfte (18,4 %) waren in einer Einrichtung eines öffentlichen Trägers, 1.203 Pflegekräfte (65,8 %) in einer freigemeinnützigen Einrichtung und 288 Mitarbeiter (15,8 %) in einem privaten Altenpflegeheim tätig.

Der Vergleich der Arbeitsbelastungen zeigt ein klares Bild. Bei den Heimen unter öffentlicher Trägerschaft findet sich durchweg das höchste Belastungsniveau, während die freigemeinnützigen Einrichtungen fast durchgängig die niedrigste Arbeitsbelastung aufweisen. Den mittleren Rangplatz bei den Arbeitsbelastungen nehmen die Heime unter privater Trägerschaft ein, die lediglich bei bewohnerbezogenen Stressoren, Informationsproblemen und Verletzungs-/Erkrankungsrisiken den niedrigsten Grad an Belastung aufweisen. Der Großteil der Effekte lässt sich über eine einfaktorielle Varianzanalyse auch statistisch absichern.

Bezüglich der *psychischen Anforderungen* in der Arbeit zeigt sich ein ähnliches Bild. Die freigemeinnützigen Einrichtungen weisen den höchsten Anforderungsgehalt in der Altenpflegetätigkeit auf, während sich öffentliche und private Einrichtungen mal etwas besser, mal etwas ungünstiger darstellen – je nach untersuchten Merkmalen der Arbeitstätigkeit. Statistisch lassen sich die Haupteffekte der Trägerschaft zugunsten der freigemeinnützigen Einrichtungen jedoch nur etwa bei der Hälfte der untersuchten Merkmale absichern.

Bei den *Ressourcen in der Arbeit* der Altenpflegekräfte schneiden die öffentlichen Einrichtungen erneut am schlechtesten ab. Bei zwei Dritteln der untersuchten 12 Ressourcenmerkmale liegen die Werte am niedrigsten. Nur Tätigkeitsspielräume, materielle und räumliche Ressourcen werden hier günstiger als in den privaten Heimen beurteilt. Freigemeinnützige Heime erzielen bei 75 % der Merkmale die besten Werte und nehmen daher erneut den ersten Rang ein.

Der *Gesundheitsstatus der Pflegekräfte* unterscheidet sich im Durchschnitt weniger deutlich zwischen den Trägern. Mitarbeiter in freigemeinnützig geführten Heimen weisen einen geringeren Grad an psychischen Befindlichkeitsstörungen (Irritation, Depersonalisation) auf als die Kollegen in öffentlich geführten Heimen, ansonsten lassen sich Unterschiede jedoch nicht statistisch absichern.

Der *Trägervergleich* ergibt bezüglich der Arbeitsituation ein recht klares Bild: Freigemeinnützige Einrichtungen werden hinsichtlich der Arbeitsbedingungen von den Mitarbeitern am besten beurteilt, während die öffentlichen Träger fast durchgängig das Schlusslicht bilden. Bei diesem Ergebnis stellt sich zwar nicht die Befürchtung einer Verschlechterung von Arbeitsbedingungen, wenn die Marktanteile von Heimen unter öffentlicher Trägerschaft rückläufig sind, allerdings muss dieser Sachverhalt dann anscheinend kritisch geprüft werden, wenn private Einrichtungen gegenüber freigemeinnützigen Trägern weiter an Gewicht gewinnen.

Unter Hinzunahme von Daten aus Stichproben, die von uns in früheren Studien in der stationären Krankenpflege und in der ambulanten Pflege durchgeführt wurden, lassen sich auch exemplarische Vergleiche hinsichtlich Arbeitsbelastungen und Gesundheitsstatus von Pflegekräften in unterschiedlichen *Berufsfeldern der Pflege* vornehmen. Auch wenn insbesondere für die Stichproben im Bereich der stationären Krankenpflege keine hinreichende Repräsentativität und Aktualität der Daten reklamiert werden kann, so zeigen sich deutliche *Unterschiede in den Belastungsprofilen*. Die Arbeit in der stationären Krankenpflege weist bei 8 von 9 Merkmalen, die in vergleichbarer Art in allen drei Pflegesegmenten untersuchten wurden, die höchsten Ausprägungen auf. Allein die klientenbezogenen Stressoren werden von Altenpflegekräften höher eingestuft als von ihren Kollegen in der Krankenpflege. Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten erleben hingegen durchgängig geringere psychische Belastungen. Allein die ungünstige Arbeitsumgebung (in den Privatwohnungen der Patienten) wird ungünstiger beurteilt als im Altenpflegeheim. Sowohl in der stationären Altenpflege wie auch in der häuslichen Pflege überschreiten physische Belastungen durch Heben, Tragen und Lagern einen kritischen Wert. In der Krankenpflege wurde dieser Aspekt nicht in vergleichbarer Weise untersucht.

Da in allen drei Pflegesegmenten auch Studien zum *Gesundheitsstatus der Pflegekräfte* durchgeführt wurden, lassen sich auch hierzu erste Vergleiche anstellen. Den Ergebnissen zufolge sind Krankenpflegekräfte in höherem Maße von Burnout (in allen Facetten) betroffen als ihre Kollegen in der Alten- und häuslichen Pflege. Sie verfügen tendenziell auch über eine etwas schlechtere körperliche Verfassung (nach SF-12). Dieser *vorläufige Vergleich zwischen den drei Berufsfeldern* der Pflege liefert erste interessante Hinweise, dass die Pflege im Krankenhaus die ungünstigste Belastungs- und Beanspruchungskonstellation für Pflegekräfte beinhaltet. Jedoch sind diese Vergleiche nicht statistisch abgesichert. Weitere repräsentative und Studien mit vergleichbaren Indikatoren wären notwendig, um diese Befunde anhand durchgängig aktueller Daten zu erhärten. Vermutlich haben sich gerade in der Krankenpflege in den letzten Jahren einige Veränderungen auch

in den Arbeitsbedingungen vollzogen (u. a. durch die drastisch reduzierte Verweildauer und die Einführung der DRG), sodass die hier verwendeten Befunde womöglich überholt sind. Bei aktuellen Studien sollte vor allem auch das Alter und die Dauer der Berufszugehörigkeit im jeweiligen Segment statistisch kontrolliert werden, damit keine Artefakte produziert werden.

Empfehlungen für die Arbeitsgestaltung und exemplarische Erprobung

Die Analyse der Arbeitssituation beim betrieblichen Partner im Rahmen der BELUGA-Pilotstudie war Ausgangspunkt für die Erarbeitung von Maßnahmen einer belastungsreduzierenden und gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung. Zu diesem Zweck wurde der Arbeitskreis *AK BELUGA* eingerichtet, in dem gemeinsam mit Mitarbeitern einer Modellstation Schwachstellen besprochen und Lösungen gesucht wurden. In einem ersten Schritt wurden die stationsspezifischen Ergebnisse der Modellstation im Arbeitskreis rückgemeldet. In 10 Sitzungen, die in einem 3- bis 4-wöchigen Turnus durchgeführt und von einem Projektmitarbeiter moderiert wurden, kam der Ansatz des *aufgabenbezogenen Informationsaustauschs* zum Einsatz. Dabei handelt es sich um einen partizipativen Ansatz der Organisationsentwicklung, der sich in anderen Bereichen als erfolgreich bewährt hat.

Nachdem eine Prioritätenliste unter Berücksichtigung von Machbarkeitsaspekten erstellt wurde, befasste sich der AK BELUGA mit unterschiedlichen Problemschwerpunkten (u. a. Fragen der Stations- und Arbeitsorganisation, der Schüleranleitung, der Pflegedokumentation, körperlichen Belastungen etc.). Die Evaluation der Wirksamkeit dieser Maßnahmen wurde zum einen mithilfe einer wiederholten Mitarbeiterbefragung und erneuten Schichtbeobachtungen im Heim vorgenommen. Hierbei wurden die Ergebnisse zwischen der Modellstation und einer vergleichbaren Kontrollstation kontrastiert, auf der keine Maßnahmen erarbeitet und umgesetzt wurden. Zum anderen wurden die einzelnen Sitzungen anhand eines kurzen Fragebogens evaluiert.

Die *Ergebnisse der Evaluation* zeigen Folgendes: Auf beiden Stationen, Modell- und Kontrollstation, zeigten sich zwischen dem Zeitpunkt der Ausgangsanalyse und der Abschlussanalyse deutliche Verschlechterungen bezüglich der Arbeitsbelastungen der Mitarbeiter. Die Zunahme der Arbeitsbelastungen war auf der Kontrollstation jedoch noch wesentlich gravierender. Daher kann vermutet werden, dass die im AK BELUGA erarbeiteten Lösungen und ihre Implementation auf der Modellstation eine ähnlich drastische Verschlechterung der Arbeitssituation abpuffern konnten. Einschränkend muss angemerkt werden, dass die Beteiligung der Mitarbeiter auf beiden Stationen wesentlich geringer war als zur Ausgangsanalyse, so dass möglicherweise Selektionseffekte eine Alternativerklärung bieten könnten.

Etwas klarer sind hier die *Ergebnisse aus den Schichtbeobachtungen*, die belegen, dass einige Formen von psychischen Belastungen (Regulationshindernisse, insbesondere Arbeitsunterbrechungen) auf der Modellstation deutlich abgebaut werden konnten, während diese für die Kontrollstation auf einem unveränderten Niveau verblieben. Sehr positiv waren die Ergebnisse zur Evaluation der einzelnen Sitzungen des AK BELUGA. So gaben die Teilnehmer durchgängig eine positive Einschätzung zu folgenden Aspekten ab: Die Inhalte haben in der täglichen Arbeit weitergeholfen, die erarbeiteten Lösungen helfen die tägliche Arbeit besser zu bewältigen und die Lösungen konnten im Arbeitsalltag gut umgesetzt werden. Weitere *Hinweise auf Verbesserungen* durch die Gestaltungsmaßnahme ergeben sich aus begleitenden Interviews, die in Kapitel 7.1 des Abschlussberichts dokumentiert sind. Neben diesen Hinweisen auf eine positive Bilanz sind jedoch auch einige Probleme zu berichten, die sich im Verlauf der Gestaltungsmaßnahme ergeben haben. So führte die Kündigung des beliebten Heimleiters zu erheblicher Verunsicherung im Heim, die durch weitere personelle Veränderungen noch verstärkt wurde. Zudem war eine hohe ›Energiezufuhr von außen‹ erforderlich um den AK BELUGA zu initiieren und über fast ein Jahr hinweg ›am Leben zu erhalten‹, zumal die

zeitlichen Restriktionen der täglichen Arbeit das Engagement der Pflegekräfte für eine partizipative Organisationsentwicklung deutlich beeinträchtigten.

Auf der Grundlage von Literaturrecherchen zu anderen Evaluationsstudien mit Intervention in der stationären Altenpflege, die allerdings sehr überschaubar war, und aus den Erfahrungen des AK BELUGA lassen sich einige *Empfehlungen für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der stationären Altenpflege* benennen: Die Umsetzung eines ganzheitlichen Pflegesystems im Sinne der Bezugspflege erscheint als notwendige Voraussetzung für gesundheitsförderliche Arbeit in der Pflege, denn das Pflegesystem steht in enger Wechselwirkung mit dem Auftreten maßgeblicher Arbeitsbelastungen (u. a. Zeitdruck, Arbeitsunterbrechungen). Eine zentrale Rolle kommt auch dem Personalschlüssel, d.h. einer angemessenen personellen Ausstattung zu, weil eine Verdichtung der Arbeit oder Personalausfälle oder -fluktuation sich ganz unmittelbar in einer Verschlechterung der Arbeitssituation und in einer kritischeren Gesundheitssituation der Pflegenden widerspiegelt. Ein wesentlicher Fokus sollte auf die körperlichen Belastungen gerichtet werden. Wichtig hierbei ist nicht nur, dass notwendige Hebehilfen in ausreichender Zahl in allen Pflegebereichen zur Verfügung stehen, sondern dass die Pflegekräfte in der Benutzung dieser Hebehilfen geschult werden, und darauf verpflichtet werden diese anzuwenden. Dies setzt wiederum voraus, dass für die Verwendung der Hilfsmittel auch ausreichend Zeit zur Verfügung steht. Ein Haupthinderungsgrund zur Benutzung verfügbarer Hebehilfen ist der Zeitdruck. Arbeitsgestaltung sollte einem partizipativen Ansatz folgen. Die Pflegekräfte sind Experten ihrer Tätigkeit und finden – wie sich im AK BELUGA gezeigt hat – sowohl gute wie auch umsetzbare Lösungen. Es wäre also wünschenswert, wenn Pflegekräfte sowohl die Gelegenheit wie auch die Zeit bekommen, um an der Verbesserung ihrer Arbeitssituation mitzuwirken. Dies würde nicht nur Arbeitsbelastungen abbauen, sondern zugleich die in der BELUGA-Hauptstudie bemängelten geringen Partizipationschancen und vergleichsweise kleinen Tätigkeitsspielräume verbessern. Und schließlich erfordert ein Veränderungsprozess eine kompetente Begleitung, die nicht nur in der Lage ist, die Ausgangssituation objektiv zu beurteilen, sondern auch für eine Fokussierung auf wesentliche Aspekte Sorge trägt.

8.2 Ausblick und Dank

Die Altenpflege ist nicht nur ein Berufsfeld, das in der Zukunft angesichts der gesellschaftlichen Entwicklung (u. a. Demografie, Pflegebedarf) stärker denn je benötigt und im Blickfeld stehen wird. Altenpflege ist auch ein Beruf, der mit hohen, bislang zu wenig *er*kannten und *be*kannten Anforderungen und Belastungen der Pflegenden einhergeht. Altenpflege ist vor allem ein Beruf, der ein hohes Maß an Sinnhaftigkeit und persönlicher Befriedigung vermitteln kann, gleichwohl aber auch deutliche Beeinträchtigungen der psychophysischen Gesundheit nach sich ziehen kann.

In der Öffentlichkeit steht die Altenpflege eher im Verruf und wird bisweilen sogar diffamiert. Dazu tragen einseitige Mediendarstellungen ebenso bei wie Ergebnisse von Studien, die entweder auf fragwürdigen, wissenschaftlich nicht begründeten und geprüften Erhebungsmethoden basieren, oder aber spektakuläre Befunde einseitig selektiv hervorheben. Hier gilt es Klarheit zu schaffen und – wenn Defizite bestehen – diese durch geeignete Maßnahmen zu beseitigen. Im BELUGA-Projekt wurde ein anderer Weg beschritten und versucht, mit psychometrisch geprüften Instrumenten und anhand von Beobachtungen ein möglichst repräsentatives und objektives Bild der stationären Altenpflege nachzuzeichnen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Altenpflegetätigkeit keineswegs so gravierend von Arbeitsbelastungen geprägt ist wie bisweilen in der Öffentlichkeit unterstellt. Maßgebliche Problemschwerpunkte sind neben der Schichtarbeit und den damit verbundenen gesundheitlichen Folgeproblemen, der personellen Ausstattung und dem daraus resultierenden Zeitdruck, insbesondere körperliche Belastungen durch

Heben, Tragen und Lagern sowie bestimmte psychische Belastungen – allen voran Zeitdruck und Arbeitsunterbrechungen.

Umgekehrt zeigen die Ergebnisse jedoch auch eine Vielzahl sehr positiver Befunde wie z. B. eine anspruchsvolle und anforderungshaltige Tätigkeit mit überwiegend guten arbeitsbezogenen Ressourcen und wenig Stressoren im Team oder durch die Arbeitsumgebung. Ähnlich positiv fallen auch die Ergebnisse der Beurteilungen zur erlebten Qualität der Betreuung und Versorgung durch Bewohner, Angehörige und Mitarbeiter aus. Bei punktuellen Schwächen, wie etwa der begrenzten Autonomie und der Rolle des Bewohners im Heim, attestieren die Bewohner wie auch die Angehörigen den untersuchten Heimen eine gute bis sehr gute erlebte Qualität. Sicherlich sind dabei reduzierte Anspruchsniveau von alten Menschen generell und von Bewohnern und ihren Angehörigen in Bezug auf die Heimsituation im speziellen zu berücksichtigen. Dies darf jedoch den Blick nicht darauf verstellen, dass sich in unserer Studie diesbezüglich ein hohes Maß an Zufriedenheit konstatieren lässt.

Das BELUGA-Projekt ist keinesfalls das einzige Vorhaben, das sich zum Ziel gesetzt hat, die Situation in der stationären Altenpflege näher zu untersuchen und zu verbessern. Vielmehr sind an dieser Stelle einige vielversprechende Initiativen anzuführen, die auch für die Altenpflege von großer Bedeutung sind. Zunächst ist die *Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)* des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zu nennen. Im Rahmen von INQA wurde im Juni 2005 der *Thematische Initiativkreis (TIK) ›Gesund Pflegen‹* unter Leitung von Frau Dr. Gabriele Richter von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) gegründet, der sich seitdem quartalsmäßig trifft. Der Initiativkreis bietet den Partnern eine Plattform für den gegenseitigen Informationsaustausch und die gemeinsame Arbeit an wichtigen Themen im Bereich der Pflege. Unter den Mitgliedern sind Vertreter von Bundesministerien, Berufsverbänden, Krankenkassen, Unfallversicherungsträgern und der Gewerkschaft. Darüber hinaus arbeiten im Initiativkreis auch Pflege- und Arbeitswissenschaftler verschiedener Universitäten sowie freiberuflich tätige Unternehmensberater mit.

Im Mittelpunkt der gemeinsamen Arbeit des ›TIK Gesund Pflegen‹ steht der Transfer des bereits vorhandenen Wissens über gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen in der Pflege in die Einrichtungen vor Ort, mit dem Ziel, die Gesundheit der Pflegekräfte zu erhalten und zu fördern. Wichtige Wege bestehen in der Bereitstellung von Handlungshilfen, der Verbreitung guter Lösungen in der Pflege und der Gründung ›Regionaler Netzwerke‹ (wie zum Beispiel in der Region Aachen). Vor kurzem wurde vom ›TIK Gesund Pflegen‹ ein Memorandum veröffentlicht, in dem Leitlinien für eine gesunde Pflege gefordert und dargestellt sind. Auf der Homepage von INQA (**www.inqa.de**) finden sich unter dem Thema ›Gesund Pflegen‹ viele hilfreiche Informationen, Broschüren, Projektberichte und Handlungshilfen, ebenso wie Beispiele guter Praxis, die Vorbild und Quelle der Anregung für Träger und Einrichtungen in der Altenpflege sein können. Aufgrund der detaillierten Informationslage soll an dieser Stelle von einer Beschreibung weiterer wichtiger Projekte im Bereich der Altenpflege abgesehen werden.

Abschließend möchten wir uns bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) für die Förderung des Projekts BELUGA bedanken. Stellvertretend für die BAuA gebührt unser besonderer Dank Frau Dr. Gabriele Richter, die als zuständige Projektreferentin stets mit Rat und Tat fachkundig zur Seite stand und dadurch ganz wesentlich zum Gelingen des Projekts beigetragen hat. Dank gebührt den Vertretern der Träger von Altenpflegeeinrichtungen, welche die Durchführung der BELUGA-Studie in ihren Heimen ermöglicht haben, den Heimleitungen für die Mitwirkung an den Organisationsscreenings und bei der Organisation der vielen innerbetrieblichen Mitarbeiterbefragungen, und nicht zuletzt den vielen Pflegekräften, die uns in Form von Interviews, bei Beobachtungen, im Arbeitskreis BELUGA und durch ihre Teilnahme an der schriftlichen Befragung maßgeblich unterstützt haben.

Mit dem Projekt BELUGA haben wir versucht, einen Beitrag zu leisten und die Not-

wendigkeiten wie auch die Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation von Pflegenden und Bewohnern in der Altenpflege aus arbeitspsychologischer Sicht aufzuzeigen. Die pflegebedürftigen alten Menschen in unserer Gesellschaft ebenso wie die Altenpflegekräfte, die sich vielenorts aufopferungsvoll um sie bemühen, haben eine solche Verbesserung verdient.

Literatur

Zitierte Literatur

Almberg, B.; Graftström, M.; Krichbaum, K. & Winblad, B. (2000). The interplay of institution and family caregiving: Relations between patient hassles, nursing home hassles and caregiver's burnout. The International Journal of Geriatric Psychiatry, 15, 931–939.

Argyris, C. & Schön, D. (1996). Organizational learning II: Theory, method and practice. Reading: Addison Wesley.

Badura, B. (1995). Gesundheitsdienstleistungen im Wandel. In H.-J. Bullinger (Hrsg.), Dienstleistung der Zukunft. Märkte, Unternehmen und Infrastruktur im Wandel (S. 183–190). Wiesbaden: Gabler.

Becker, W. & Meifort, B. (1997). Altenpflege – eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften (Berichte zur beruflichen Bildung, Heft 200). Bielefeld: Bertelsmann.

Berger, G. (1999). Die Erfassung der Arbeitssituation im Rahmen einer Qualitätsdiagnose von Alten- und Pflegeheimen. In A. Zimber & S. Weyerer (Hrsg.), Arbeitsbelastungen in der Altenpflege (S. 137–152). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

BGW / DAK (2003). Gesundheitsreport 2003 – Altenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege. Hamburg: BGW.

BMFSFJ (2001). Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft. Berlin: BMFSFJ.

BMFSFJ (2006). Erster Bericht des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin: BMFSFJ.

Böhle, F.; Brater, M. & Maurus, A. (1997). Pflegearbeit als situatives Handeln – ein realistisches Konzept zur Sicherung von Qualität und Effizienz in der Altenpflege. Pflege, 10, 18–22.

Böhle, F. & Glaser, J. (Hrsg.). (2006). Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden: VS Verlag.

Böhle, F. & Weishaupt, S. (2003). Unwägbarkeiten als Normalität – die Bewältigung nicht-standardisierbarer Anforderungen in der Pflege durch subjektivierendes Handeln. In A. Büssing & J. Glaser (Hrsg.), Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus (S. 149–162). Hogrefe: Göttingen.

Boie, J.; Dietsche, S.; Lecher, S.; Kawski, S. & Koch, U. (2002). Hamburger Verfahren zur Zufriedenheit mit Pflegeeinrichtungen (HVZP). Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 15, 107–123.

Büssing, A. (1992). Organisationsstruktur, Tätigkeit und Individuum. Untersuchungen am Beispiel der Pflegetätigkeit. Bern: Huber.

Büssing, A.; Giesenbauer, B.; Glaser, J. & Höge, T. (2001). Arbeitsbedingungen, Interaktionsarbeit und Qualität der Arbeit in der stationären Altenpflege. Methodenentwicklung und Ergebnisse einer Pilotstudie (Bericht Nr. 58). München: Technische Universität, Lehrstuhl für Psychologie.

Büssing, A. & Glaser, J. (1999). Interaktionsarbeit. Konzept und Methode der Erfassung im Krankenhaus. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 53, 164–173.

Büssing, A. & Glaser, J. (2001). Mitarbeiter- und Patientenorientierung in der Pflege als Teil des Qualitätsmanagements – Stand und Forschungsbedarf. Pflege, 14, 339–350.

Büssing, A. & Glaser, J. (2002). Das Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus – Selbstbeobachtungsversion (TAA-KH-S). Göttingen: Hogrefe.

Büssing, A. & Glaser, J. (2003). Analyse, Bewertung und Gestaltung von Arbeit in der Pflege. In E. Ulich (Hrsg.), Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis (S. 111–150). Bern: Huber.

Büssing, A. & Glaser, J. (Hrsg.). (2003b). Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe.

Büssing, A. & Glaser, J. (2003c). Mitarbeiter- und Klientenorientierung – Konzept und Evaluation von Qualität im Krankenhaus. In A. Büssing & J. Glaser (Hrsg.), Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus (S. 247–270). Göttingen: Hogrefe.

Büssing, A.; Glaser, J. & Höge, T. (2001). Screening psychischer Belastungen in der stationären Krankenpflege (Belastungsscreening TAA-KH-S). Diagnostica, 47, 77–87.

Büssing, A.; Glaser, J. & Höge, T. (2002). Screening psychischer Belastungen in der stationären Krankenpflege (Belastungsscreening TAA-KH-S) – Handbuch zur Erfassung und Bewertung psychischer Belastungen bei Beschäftigten im Pflegebereich. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Büssing, A.; Glaser, J. & Höge, T. (2002b). Screening psychischer Belastungen in der stationären Krankenpflege (Belastungsscreening TAA-KH-S) – Manual und Materialien. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Büssing, A.; Glaser, J. & Höge, T. (2004). Psychische und physische Belastungen in der ambulanten Pflege: Ein Screening zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 48, 165–180.

Büssing, A.; Glaser, J. & Höge, T. (2005). Belastungsscreening in der ambulanten Pflege. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Büssing, A.; Glaser, J. & Höge, T. (2006). Das Belastungsscreening TAA – Ambulante Pflege: Manual und Materialien. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Büssing, A. & Perrar, K.-M. (1992). Die Messung von Burnout. Untersuchung einer Deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). Diagnostica, 38, 328–353.

Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe.

Campbell, G.T. & Fiske, D.W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. Psychological Bulletin, 56, 81–105.

Cherniss, C. (1980). Staff burnout: Job stress in the human services. Beverly Hills: Sage Publications.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 16, 297–334.

Duffy, J.A.; Duffy, M. & Kilbourne, W. (1997). Cross national study of perceived service quality in long-term care facilities. Journal of Aging Studies, 11, 327–337.

Dunckel, H. (Hrsg.). (1999). Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren. Zürich: vdf.

Dunkel, W. & Rieder, K. (2001). Interaktionsarbeit zwischen Konflikt und Kooperation. In A. Büssing & J. Glaser (Hrsg.), Qualität des Arbeitslebens und Dienstleistungsqualität im Krankenhaus (S. 163–180). Göttingen: Hogrefe.

Elovainio, M. & Sinervo, T. (1997). Psychosocial stressors at work, psychological stress and musculoskeletal symptoms in the care for the elderly. Work & Stress, 11, 351–361.

Engkvist, I.-L. (2006). Evaluation of an intervention comprising a 'No Lifting Policy' in Australian hospitals. Applied Ergonomics, 37, 141–148.

Frerichs, F.; Freundlieb, A.; Krämer, K.; Sporket, M. & Wienold, K. (2004). Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege (Abschlussbericht). Düsseldorf: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen.

Gerste, B. & Rehbein, I. (1998). Der Pflegemarkt in Deutschland. Ein statistischer Überblick. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK.

Glaser, J. (1997). Aufgabenanalysen in der Krankenpflege. Eine psychologische Analyse und Bewertung pflegerischer Aufgaben. Münster: Waxmann.

Glaser, J. (2006). Arbeitsteilung, Pflegeorganisation und ganzheitliche Pflege – arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen für Interaktionsarbeit in der Pflege. In F. Böhle & J. Glaser (Hrsg.), Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung (S. 43–58). Wiesbaden: VS Verlag.

Böhle & J. Glaser (Hrsg.), Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung (S. 43–58). Wiesbaden: VS Verlag.

Glaser, J. & Büssing, A. (1996). Ganzheitliche Pflege: Präzisierung und Umsetzungschancen. Pflege, 9, 221–232.

Glaser, J. & Büssing, A. (1996b). Widersprüchliche Anforderungen in der Arbeitstätigkeit. Zusatzaufwand und psychischer Streß. Konzepte und Überprüfung eines Vermittlungsmodells. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 40, 87–91.

Glaser, J. & Büssing, A. (1997). Ganzheitliche Pflege und Arbeitsbelastungen. In A. Büssing (Hrsg.), Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus (S. 301–321). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Glaser, J. & Höge, T. (2005). Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Berlin: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Glaser, J.; Lampert, B. & Weigl, M. (2005). Psychische Belastung: Analyse, Bewertung und Gestaltung sicherheits- und gesundheitsförderlicher Arbeitsplätze in der stationären Altenpflege. (Bericht Nr. 80). München: Technische Universität München, Lehrstuhl für Psychologie.

Goodridge, D.; Johnston, P. & Thomson, M. (1997). Impact of a nursing assistant program on job performance attitudes and relationships with residents. Educational Gerontology, 23, 37–51.

Hacker, W. (1998). Allgemeine Arbeitspsychologie: Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. Bern: Huber.

Hacker, W. (2005). Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Wissens-, Denk- und körperlicher Arbeit (2., vollst. überarb. u. erg. Aufl.). Bern: Huber.

Hertl, E.M.; Baumann, U. & Messer, R. (2004). Belastungen des Pflegepersonals in Senioren-/Pflegeheimen. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 17, 239–250.

Hofmann, F. & Michaelis, M. (1999). Körperliche und psychische Erkrankungsrisiken im Altenpflegeberuf: Arbeitsmedizinische Ergebnisse. In A. Zimber & S. Weyerer (Hrsg.), Arbeitsbelastungen in der Altenpflege (S. 200–214). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Hollmann, S.; Heuer, H. & Schmidt, K.-H. (2001). Control at work: A generalized resource factor for the prevention of musculoskeletal symptoms? Work & Stress, 15, 29–39.

Jahn, F.; Wetzstein, A., Ishig, A. & Hacker, W. (2002). Der aufgabenbezogene Informationsaustausch (AI). Weiterentwicklung einer Methode zur Gestaltung und Optimierung von Arbeitsprozessen. (Projektberichte, Heft 6). Dresden: Technische Universität.

Kahanpää, A.; Perälä, M.-L. & Räikkönen, O. (2006). Consistency of quality assessments in long-term care by the clients, family members and named nurses. Scandinavian Journal of Caring Science, 20, 375–386.

Kennedy, B.R. (2005). Stress and burnout of nursing staff working with geriatric clients in long-term care. Journal of Nursing Scholarship, 37, 381–382.

Klein, B. & Gaugisch, P. (2005). Gute Arbeitsgestaltung in der Altenpflege: Selbstbewertung als partizipationsorientierte und nachhaltige Methode für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Pflege. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Dortmund.

Kreuzpaintner, G. & Glaser, J. (2007). Demenz – Beziehung – Zuwendung – Wirtschaftlichkeit. Die Schwester/Der Pfleger, 46, 46–48.

Kruse, A. & Schmitt, E. (1999). Konfliktsituationen in Alten- und Altenpflegeheimen. In A. Zimber & S. Weyerer (Hrsg.). Arbeitsbelastungen in der Altenpflege (S. 155–169). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Landau, K. (2004). Arbeitsgestaltung und Arbeitssituation bei psycho-mentaler Belastung in der Altenpflege. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.

Landau, K.; Imhof-Gildein, B. & Schreiber, G. (1991). Beanspruchung des Pflegepersonals. Stuttgart: Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Frauen Baden-Württemberg.

Landespflegeausschuss NRW (2002). Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Düsseldorf: Eigenverlag.

Leitner, K.; Lüders, E.; Greiner, B.; Ducki, A.; Niedermeier, R. & Volpert, W. (1993). Analyse psychischer Anforderungen und Belastungen in der Büroarbeit. Das RHIA/VERA-Büro-Verfahren. Hogrefe: Göttingen.

Margallo-Lana, M.; Reichelt, K; Hayes, P.; Lee, L.; Fossey, J.; O'Brien, J. & Ballard, C. (2001). Longitudinal comparison of depression, coping, and turnover among NHS and private sector staff caring for people with dementia. British Medical Journal, 322, 769–770.

Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior, 2, 99–113.

Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). The Maslach Burnout Inventory. Manual: Second edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C.; Schaufeli, W. B. & Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. Annual Review of Psychology, 52, 397–422.

Mattila, P.; Elo, A. L.; Kuosma, E. & Kylä-Setälä, E. (2006). Effect of a participative work conference on psychosocial work environment and well-being. European Journal of Work and Organizational Psychology, 15, 459–476.

Mikkelsen, A.; Saksvik, P. O. & Landsbergis, P. (2000). The impact of a participatory organizational intervention on job stress in community health care institutions. Work & Stress, 14, 156–170.

Mohr, G. (1991). Fünf Subkonstrukte psychischer Befindensbeeinträchtigungen bei Industriearbeitern: Auswahl und Entwicklung. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.), Psychischer Streß am Arbeitsplatz (S. 91–119). Göttingen: Hogrefe.

Mohr, G.; Müller, A. & Rigotti, T. (2005). Normwerte der Skala Irritation: Zwei Dimensionen psychischer Beanspruchung. Diagnostica, 51, 12–20.

Moldaschl, M. (1991). Frauenarbeit oder Facharbeit? – Montagerationalisierung in der Elektroindustrie II. Frankfurt/M.: Campus.

Moniz-Cook, E.; Woods, R. & Gardiner, E. (2000). Staff factors associated with perception of behaviour as 'challenging' in residential and nursing homes. Aging & Mental Health, 4, 48–55.

Muschter, W.; Prehm, K. & Wosegien, A. (2000). Aus Kundensicht. Altenheim, 1, 28–33.

Muthny, F.A., Bermejo, I. & v. Gierke, E. (1993). Erlebte Belastungen und Bedarf an psychosozialer Ausbildung/Supervision in der stationären Altenpflege. Zeitschrift für Gerontologie, 26, 395–403.

Nagamoto, I.; Akasaki, Y.; Tominaga, M.; Hashiguchi, W.; Uchida, M. & Takigawa, M. (2001). Abnormal behavior of residents in a long-term care facility and the associated stress of care staff members. Archives of Gerontology and Geriatrics, 33, 203–210.

Nerdinger, F.W. & Röper, M. (1999). Emotionale Dissonanz und Burnout. Eine empirische Untersuchung im Pflegebereich eines Universitätskrankenhauses. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 53, 187–193.

Neubert, J. & Tomczyk, R. (1981). Aufgabenorientierter Informationsaustausch als Methode der Entwicklung rationeller Arbeitsverfahren. (Dissertation). Dresden: Technische Universität, Fakultät für Naturwissenschaften und Mathematik.

Nübling, R.; Schrempp, C.; Kress, G.; Löschmann, C.; Neubart, R. & Kuhlmey, A. (2004). Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Altenpflege. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 47, 133–140.

Oesterreich, R.; Leitner, K. & Resch, M. (2000). Analyse psychischer Anforderungen und Belastungen in der Produktionsarbeit. Das Verfahren RHIA/VERA-Produktion. Handbuch. Göttingen: Hogrefe.

Parker, S.K. (2003). Longitudinal effects of lean production on employee outcomes and the mediating role of work characteristics. Journal of Applied Psychology, 88, 620–634.

Ramanujam, R. & Rousseau, D. (2006). The challenges are organizational not just clinical. Journal of Organizational Behavior, 27, 811–827.

Rossi, R.H.; Freeman H.E. (1993). Evaluation. A systematic approach. Beverly Hills, CA: Sage.

Saksvik, P.O.; Nytro, K.; Dahl-Jorgensen, C. & Mikkelsen, A. (2002). A process evaluation of individual and organizational occupational stress and health interventions. Work & Stress, 16, 37–57.

Schaufeli, W. & Buunk, B.P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst & C. L. Cooper (Eds.), Handbook of work and health psychology (S. 383–425). Chichester: Wiley.

Schneekloth, U. & Müller, U. (2000). Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.

Semmer, N.K. (2004). Health Related Interventions in Organizations: Stages, Levels, Criteria, and Methodology. Social and Preventive Medicine, 49, 89–91.

Senge, P. (1990). The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization. New York: Doubleday.

Semmer, N.K. & Zapf, D. (2004). Gesundheits- und verhaltensbezogene Interventionen in Organisationen. In H. Schuler (Hrsg.), Organisationspsychologie – Gruppe und Organisation (Enzyklopädie der Psychologie, D, Band 4, S. 773–843). Göttingen: Hogrefe.

Simon, M.; Kuemmerling, A.; Hasselhorn, H.M. & the NEXT Study Group (2004). Work-Home Conflict in the European Nursing Profession. International Journal of Occupational and Environmental Health, 10, 384–391.

Sonnentag, S., & Frese, M. (2003). Stress in organizations. In W.C. Borman, D.R. Ilgen, & R.J. Klimoski (Eds.), Handbook of psychology: Industrial and organizational psychology (pp. 453–491). Hoboken: Wiley.

Sonntag, A.; Bischkopf, J.; Ritz, A.; Jakob, A. & Angermeyer, M.C. (2003). ›Pflege mit Herz Gesundheit oder Sterben‹: Wünsche zur Veränderung der Lebenssituation von Altenpflegeheimbewohnern. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36, 280–286.

Statistisches Bundesamt [StBA] (2005). Bericht: Pflegestatistik 2003 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Bonn: Destatis.

Volpert, W. (1987). Die psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. In U. Kleinbeck & J. Rutenfranz (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich D, Serie III, Bd. 1 Arbeitspsychologie (S. 1–42). Göttingen: Hogrefe.

Ware, J.J. & Sherbourne, D.D. (1992). The MOS 36-item-short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. Medical Care, 30, 473–483.

Weigl, M. (2006). Ko-Produktion in der personenbezogenen Arbeit. Analyse und erste Validierung für die Altenpflege- und Lehrtätigkeit. Berlin: Mensch & Buch.

Weigl, M. & Glaser, J. (2006). Evaluation der Förderung von Interaktionsarbeit – Befunde der wissenschaftlichen Begleitforschung im Altenpflegeheim. In Böhle, F. & Glaser, J. (Hrsg.), Arbeit in der Interaktion – Interaktion in der Arbeit (S. 131–152). Wiesbaden: VS.

Wetzstein, A. (2004). Unterstützung der Innovationsentwicklung. Einfluss von wissensbezogenen Interaktionen, insbesondere im kooperativen Problemlösen, und fragebogenbasierter Reflexion. Regensburg: Roderer.

Wetzstein, A.; Ishig, A. & Hacker, W. (2004). Der Aufgabenbezogene Informationsaustausch als innovationsförderndes Instrument für Unternehmen. Wirtschaftspsychologie aktuell, 11, 57–60.

Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being. A review of the literature and some conceptual considerations. Human Resource Management Review, 12, 237–268.

Zimber, A.; Albrecht, A. & Weyerer, S. (1999). Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der Altenpflege: Auswirkungen der Pflegeversicherung. In A. Zimber & S. Weyerer (Hrsg.), Arbeitsbelastung in der Altenpflege (S. 185–199). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Zimber, A. & Weyerer, S. (Hrsg.). (1999). Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Publikationen und Vorträge aus dem BELUGA-Projekt

Glaser, J. (2005). Qualität in der Pflege. Vortrag beim 2. Forum ›Konstruktive Pflegepraxis‹ der Diakonie Bayern, München, Februar 2005

Glaser, J. (2005). Interaktionsarbeit in der Altenpflege – ein zukunftsweisender Ansatz für qualitätsorientierte Pflege. Vortrag auf der Heimleitertagung des Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, München, April 2005

Glaser, J. (2005). Conditions, components and consequences of interaction work in different fields of human service work. Presentation at the XIIth European Congress of Work and Organizational Psychology, Türkei, Istanbul, Mai 2005

Glaser, J.; Hornung, S. & Weigl, M. (2007). Age-related differences in work stressors, burnout and health of nurses. Presentation at the XIIIth European Congress of Work and Organizational Psychology, Schweden, Stockholm, Mai 2007

Glaser, J.; Hornung, S. & Weigl, M. (2007). Arbeitsbelastungen und Gesundheit von Pflegenden unterschiedlichen Alters. Vortrag beim 5. Kongress der Fachgruppe Arbeits- und Organisationspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Trier, September 2007

Glaser, J.; Lampert, B. & Weigl, M. (2005). Ein Forschungsprojekt zur Belastungsanalyse und gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung in der stationären Altenpflege. Posterpräsentation auf dem 13. Workshop ›Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit‹, Bad Münstereifel, Mai 2005

Glaser, J.; Lampert, B. & Weigl, M. (2005). Promoting health through work-design in nursing homes for the elderly. Poster-Presentation at the IXth European Conference on Organization Psychology and Health Care, Dresden, Oktober 2005

Glaser, J.; Lampert, B. & Weigl, M. (2006). Belastungsanalyse und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der stationären Altenpflege. Vortrag bei der Tagung des Initiativkreis ›Gesund Pflegen‹ der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA). Berlin, März 2006

Glaser, J.; Lampert, B. & Weigl, M. (2007). Interaction, work load, health, and work design in nursing for the elderly. In P. Richter (Ed.), Psychosocial resources in human service work (pp. 13–26). München: Hampp.

Glaser, J.; Richter, G.; Lampert, B. & Weigl, M. (2007). Belastungsscreening bei Altenpflegekräften. In P. Bärenz, A.-M. Metz & H.-J. Rothe (Hrsg.), Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Arbeitsschutz, Gesundheit und Wirtschaftlichkeit (S. 369–372). Kröning: Asanger.

Glaser, J.; Richter, G.; Lampert, B. & Weigl, M. (2007). Belastungsscreening bei Altenpflegekräften. Vortrag beim 14. Workshop für Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit – ›Arbeitsschutz, Gesundheit und Wirtschaftlichkeit‹, Potsdam, Mai 2007

Lampert, B.; Glaser, J. & Weigl, M. (2005). Belastungsanalyse und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung. Vortrag bei der 4. Tagung der Fachgruppe Arbeits- und Organisationspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Bonn, September 2005

Lampert, B.; Glaser, J. & Weigl, M. (2006). Assessment of stressors in nursing homes for the elderly with special consideration of the dying process. Presentation at the 26th International Congress of Applied Psychology, Athen, Greece, Juli 2006

Lampert, B.; Glaser, J. & Weigl, M. (2006). Psychische und physische Belastungen in der stationären Altenpflege – Analyse und Gestaltung. Vortrag auf dem European Congress of Nursing 2006, München, Oktober 2006

Weigl, M. (2006). Ko-Produktion in der personenbezogenen Arbeit. Analyse und erste Validierung für die Altenpflege- und Lehrtätigkeit. Berlin: Mensch & Buch Verlag.

Weigl, M. (2006). Co-Produktion in der personenbezogenen Dienstleistung: Analyse und erste Validierung für die Altenpflege- und Lehrtätigkeit. Vortrag beim Münchener Arbeits- und Organisationspsychologischen Kolloquium, München, Juli 2006.

Weigl, M. (2006). Interaktive Arbeit mit Bewohnern: Ko-Produktion in der Altenpflege aus Sicht von Beschäftigten und deren Klienten. Vortrag auf dem European Congress of Nursing 2006, München, Oktober 2006

Weigl, M. & Glaser, J. (2005). Unkooperatives Klientenverhalten in der Humandienstleistung. Vortrag bei der 4. Tagung der Fachgruppe Arbeits- und Organisationspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Bonn, September 2005

Weigl, M. & Glaser, J. (2006). Ko-Produktion aus der Sicht von Beschäftigten und ihren Klienten in der stationären Altenpflege. Vortrag auf dem 45. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, September 2006, Nürnberg. September 2006

Weigl, M.; Glaser, J. & Lampert, B. (2006). Co-production from the perspective of employees and clients. Presentation at the 26th International Congress of Applied Psychology, Athen, Greece, Juli 2006

Weigl, M.; Hornung, S. & Glaser, J. (2007). Psychische Beanspruchungen durch Klientenaggressionen in den personenbezogenen Dienstleistungen Altenpflege und Lehrer. In P. Bärenz, A.-M. Metz & H.-J. Rothe (Hrsg.), Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Arbeitsschutz, Gesundheit und Wirtschaftlichkeit (S. 385–388). Kröning: Asanger.

Weigl, M.; Hornung, S. & Glaser, J. (2007). Psychische Beanspruchung durch Klientenaggressionen in den personenbezogenen Dienstleistungen Altenpflege und Lehrer. Vortrag beim 14. Workshop für Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit – ›Arbeitsschutz, Gesundheit und Wirtschaftlichkeit‹, Potsdam, Mai 2007

Anhang

Tätigkeitskategorien bei den Schichtbeobachtungen

01 Aufnahme/Entlassung
02 (Hilfe bei der) Teilkörperpflege
03 (Hilfe bei der) Ganzkörperpflege (Waschen/Duschen/Baden)
04 Betten/Lagern
05 Hilfe bei Ausscheidung (ohne Legen und Entsorgung von Urinkathetern etc.)
06 Mobilisation (nicht direkt am Bett)
07 Verteilung von Speisen/Getränken
08 Hilfe bei Nahrungsaufnahme/Trinkaufnahme
09 Vitalzeichenkontrolle
10 Betreuung Sterbender
11 Information, Unterweisung, pflegerisches Gespräch mit Bewohnern
12 Information, Unterweisung, pflegerisches Gespräch mit Angehörigen
13 Pflegeziele festlegen
14 Pflegemaßnahmen festlegen
15 Pflegedokumentation
16 Bewohnertransport/-begleitung im Haus (z. B. Begleitung ins Zimmer)
17 Bewohnertransport /-begleitung außerhalb des Hauses
18 Medikamente stellen
19 Medikamentenabgabe
20 Injektionen, Anlegen von Infusionen
21 Verbandwechsel und Wundenversorgung
22 Urinkatheter legen/entsorgen
23 Dekubitusbehandlung /-prophylaxe
24 Thromboseprophylaxe
25 Behandlungspflege: andere
26 Assistenz bei ärztlichen Maßnahmen
27 Notfallmaßnahmen
28 an Übergabe teilnehmen (passiv)
29 Übergabe selbst durchführen (aktiv)
30 Besprechungen im Team bzw. mit anderen Pflegekräften
31 Administrative Tätigkeiten (ohne Pflegeplanung/-dokumentation)
32 Güterversorgung/-wartung (z. B. Wäsche, Müll)
33 Gerätepflege/-wartung
34 Reinigungs-/Aufräumarbeiten
35 Anleitungs- und Unterweisungsaufgaben (mit Benennung der Zielperson)
36 Mitwirkung an der Organisation der Pflege
37 Sonstiges
38 Pause
39 Persönliches Gespräch/Zuwendung
40 Einlagen/Kleidung wechseln
41 Aus dem Bett holen (Mobilisation, Anziehen) bzw. Hilfe
42 Ins Bett bringen (Ausziehen, Lagern) bzw. Hilfe
43 Bereitstellen der Kleidung (Vor- und Nachbereitung der Kleidung)
44 Vorbereitung / Verteilung von Speisen / Getränken

Screening TAA – Altenpflege
Das Screening TAA – Altenpflege kann bei Bedarf beim Erstautor (Copyright) angefordert werden unter: glaser@wi.tum.de

Verfahrensbereich S.1 Anforderungen		MW	SD
1.1	Kognitive Anforderungen	3,79	0,71
	Die Arbeit ist abwechslungsreich, weil immer wieder unterschiedliche oder neue Aufgaben auftreten	3,75	1,02
	Man hat immer wieder verschiedene Möglichkeiten abzuwägen und Entscheidungen zu treffen, ehe man Aufgaben erledigen kann	3,54	0,94
	Bei der Arbeit treten immer wieder Schwierigkeiten auf, bei denen man gründlich überlegen muss, wie man sie lösen kann	3,61	1,10
	Die Arbeit erfordert, immer wieder auf unvorhersehbare Entwicklungen zu reagieren	4,25	0,89
1.2	Kooperationserfordernisse	4,21	0,75
	Man muss eng mit den Kollegen zusammenarbeiten, damit die Arbeit gut gelingt	4,67	0,68
	Man muss eng mit dem Vorgesetzten zusammenarbeiten, damit die Arbeit gut gelingt	4,22	0,99
	Man muss eng mit den Kollegen anderer Bereiche im Heim zusammenarbeiten, damit die Arbeit gut gelingt	3,79	1,19
	Man muss eng mit den Angehörigen zusammenarbeiten, damit die Arbeit gut gelingt	4,16	0,96
1.3	Qualifikationsvoraussetzungen	4,43	0,61
	Man braucht für seine Arbeit besonderes Fachwissen	4,43	0,80
	Man braucht für seine Arbeit besondere soziale Fähigkeiten	4,55	0,69
	Man braucht für seine Arbeit besondere praktische Fertigkeiten	4,30	0,82
1.4	Lernerfordernisse	4,28	0,71
	Die Arbeit erfordert, dass man immer wieder neues Fachwissen erwirbt	4,53	0,75
	Die Arbeit erfordert, dass man immer wieder neue soziale Fähigkeiten erwirbt	4,27	0,86
	Die Arbeit erfordert, dass man immer wieder neue praktische Fertigkeiten erwirbt	4,04	1,00
1.5	Qualifizierungsmöglichkeiten	3,86	0,89
	Die Arbeit bietet Chancen, sein Fachwissen über die unmittelbaren Arbeitsanforderungen hinaus zu erweitern	3,94	1,02
	Die Arbeit bietet Chancen, seine sozialen Fähigkeiten über die unmittelbaren Arbeitsanforderungen hinaus zu erweitern	3,89	0,97
	Die Arbeit bietet Chancen, seine praktischen Fertigkeiten über die unmittelbaren Arbeitsanforderungen hinaus zu erweitern	3,77	1,00

Fortsetzung auf Seite 148

Fortsetzung von Seite 147

Verfahrensbereich S.1 Anforderungen	MW	SD
1.6 Übertragbarkeit von Qualifikationen	3,86	0,84
Das Fachwissen, das man bei der Arbeit braucht, lässt sich auch in anderen Tätigkeiten einsetzen	3,76	0,98
Die sozialen Fähigkeiten, die man bei der Arbeit braucht, lassen sich auch in anderen Tätigkeiten einsetzen	4,04	0,88
Die praktischen Fertigkeiten, die man bei der Arbeit braucht, lassen sich auch in anderen Tätigkeiten einsetzen	3,78	0,98
1.7 Einsetzbarkeit der Qualifikation	4,24	0,69
Bei der Arbeit kann man sein theoretisches Fachwissen gut einsetzen	3,98	0,95
Bei der Arbeit kann man seine sozialen Fähigkeiten gut einsetzen	4,38	0,75
Bei der Arbeit kann man seine praktischen Fertigkeiten gut einsetzen	4,36	0,77

Verfahrensbereich S.2 Aufgabenbezogene Ressourcen	MW	SD
2.1 Transparenz pflegerischer Aufgaben	4,41	0,63
Man weiß genau, wozu die eigene Arbeit dient	4,59	0,69
Man weiß genau darüber Bescheid, wofür man zuständig ist	4,45	0,78
Man weiß ausreichend über den Aufgabenbereich der Kollegen Bescheid	4,19	0,87
2.2 Transparenz der Aufgaben im Heim	3,49	0,99
Man weiß ausreichend über den Aufgabenbereich des Vorgesetzten Bescheid	3,69	1,10
Man weiß ausreichend über den Aufgabenbereich anderer Bereiche im Heim Bescheid	3,47	1,08
Man weiß ausreichend über den Aufgabenbereich der Heimleitung Bescheid	3,31	1,16
2.3 Zeitliche Transparenz	4,02	0,74
Man weiß bereits im voraus, wann bei den Bewohnern ein Termin ansteht	4,05	0,95
Man weiß bereits im voraus, welche Aufgaben wann erledigt werden müssen	4,18	0,84
Man weiß bereits im voraus, wann Arbeitsspitzen auftreten	3,83	1,04
2.4 Vorgesetztenfeedback	3,26	1,12
Der Vorgesetzte gibt einem klare Rückmeldung zur eigenen Arbeitsleistung	3,24	1,21
Der Vorgesetzte gibt einem klare Rückmeldung zum eigenen Arbeitsverhalten	3,28	1,16
2.5 Tätigkeitsspielraum	3,25	0,77
Man kann selbst festlegen, wie man seine Arbeit erledigt	3,43	1,04
Man kann seinen Arbeitsablauf selbst festlegen	3,39	1,06
Man kann selbst auswählen, welche Arbeitsmethoden und Arbeitsmittel man einsetzt	3,20	1,03
Man kann selbst entscheiden, welche Aufgaben man zu erledigen hat	2,78	1,08
Man kann selbst über die Arbeitsziele entscheiden	2,90	1,06
Man kann bei der Erledigung der Aufgaben eigene Vorstellungen umsetzen	3,42	0,93
Man kann bei der Durchführung der Aufgaben kreativ sein	3,60	1,01

Fortsetzung auf Seite 150

Fortsetzung von Seite 149

Verfahrensbereich S.2 Aufgabenbezogene Ressourcen	MW	SD
2.6 Partizipationschancen	2,66	0,89
Man kann die Erstellung von Dienstplänen auf der Station mitbeeinflussen	3,14	1,19
Man kann die Veränderung der Ausstattung auf der Station (z. B. Material, Räume) mitbeeinflussen	3,08	1,14
Man kann Personalentscheidungen auf der Station mitbeeinflussen	2,25	1,16
Man kann Entscheidungen über die Arbeitsmenge auf der Station mitbeeinflussen	2,17	1,05

Verfahrensbereich S.3 Personelle, materielle und soziale Ressourcen	MW	SD
3.1 Personelle Ressourcen	3,71	1,05
Die personelle Ausstattung mit examinierten Pflegekräften ist auf dieser Station ausreichend	3,72	1,25
Die personelle Ausstattung mit nicht-examinierten Pflegekräften ist auf dieser Station ausreichend	3,70	1,19
3.2 Räumliche Ressourcen	3,29	1,13
Die Ausstattung mit Aufenthaltsbereichen für das Personal ist auf dieser Station ausreichend	3,09	1,43
Die Ausstattung mit Besprechungsräumen ist auf dieser Station ausreichend	3,26	1,36
Die Ausstattung mit Arbeitsräumen ist auf dieser Station ausreichend	3,53	1,22
3.3 Materielle Ausstattung	3,67	0,86
Die Ausstattung mit Arbeitsgeräten ist auf dieser Station ausreichend	3,53	1,02
Die Ausstattung mit Mobiliar ist auf dieser Station ausreichend	3,81	0,94
Die Ausstattung mit Arbeitsmitteln ist auf dieser Station ausreichend	3,67	1,00
3.4 Soziales Klima	3,68	0,71
Auf dieser Station besteht ein vertrauensvolles Verhältnis unter den Kollegen	3,57	1,04
Auf dieser Station besteht ein vertrauensvolles Verhältnis zum Vorgesetzten	3,62	1,09
Auf dieser Station besteht ein vertrauensvolles Verhältnis zur Heimleitung	3,45	1,15
Auf dieser Station besteht ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Bewohnern	4,32	0,70
Auf dieser Station besteht ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Kollegen anderer Bereiche im Heim	3,37	0,94
Auf dieser Station besteht ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Angehörigen	3,75	0,82

Fortsetzung auf Seite 152

Fortsetzung von Seite 151

Verfahrensbereich S.3 Personelle, materielle und soziale Ressourcen	MW	SD
3.5 Kooperation: intern	3,86	0,64
Die Zusammenarbeit mit den Kollegen klappt auf dieser Station gut	3,86	0,88
Die Zusammenarbeit mit der Heimleitung klappt auf dieser Station gut	3,69	1,02
Die Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung klappt auf dieser Station gut	3,81	1,06
Die Zusammenarbeit mit der Stationsleitung klappt auf dieser Station gut	4,02	0,99
Die Zusammenarbeit mit den Bewohnern klappt auf dieser Station gut	4,16	0,72
Die Zusammenarbeit mit Kollegen anderer Bereiche im Heim klappt auf dieser Station gut	3,63	0,85
Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen klappt auf dieser Station gut	3,86	0,76
3.6 Kooperation: extern	3,86	0,60
Die Zusammenarbeit mit den Ärzten klappt auf dieser Station gut	3,84	0,81
Die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern klappt auf dieser Station gut	3,61	0,87
Die Zusammenarbeit mit den Apotheken klappt auf dieser Station gut	4,22	0,73
Die Zusammenarbeit mit der Wäscherei klappt auf dieser Station gut	3,76	0,93
Die Zusammenarbeit mit der Hauswirtschaft klappt auf dieser Station gut	3,89	0,86

Verfahrensbereich S.4 Organisationale und soziale Ressourcen	MW	SD
4.1 Organisationale Stressoren	2,76	0,85
Auf dieser Station ist man immer wieder mit Problemen der Belegung konfrontiert (z. B. Fehlbelegung, Überbelegung)	2,38	1,14
Man wird immer wieder mit unsicheren Informationen / Gerüchten konfrontiert	2,81	1,12
Man wird immer wieder mit personellen Änderungen konfrontiert	2,94	1,14
Man wird immer wieder mit Arbeitsplatzunsicherheit konfrontiert	2,50	1,23
Man wird immer wieder mit organisatorischen Änderungen konfrontiert	3,17	1,10
In dieser Abteilung gibt es wegen Personalwechsel und Abwesenheiten immer wieder Probleme	2,76	1,22
4.2 Soziale Stressoren	2,14	0,69
Auf dieser Station ist die Zusammenarbeit mit den Kollegen immer wieder belastet	2,39	1,03
Auf dieser Station ist die Zusammenarbeit mit der Heimleitung immer wieder belastet	2,10	0,98
Auf dieser Station ist die Zusammenarbeit mit der Stationsleitung immer wieder belastet	2,05	1,02
Auf dieser Station ist die Zusammenarbeit mit den Bewohnern immer wieder belastet	2,09	0,91
Auf dieser Station ist die Zusammenarbeit mit den Kollegen anderer Bereiche im Heim immer wieder belastet	2,07	0,84
Auf dieser Station ist die Zusammenarbeit mit den Angehörigen immer wieder belastet	2,15	0,84

Verfahrensbereich S.5 Aufgabenbezogene Stressoren	MW	SD
5.1 Bewohnerbezogene Stressoren	2,93	0,89
Die Arbeit mit Bewohnern in schlechter geistiger Verfassung ist immer wieder belastend	2,86	1,08
Die Arbeit mit dementen Bewohnern ist immer wieder belastend	2,91	1,11
Die Arbeit mit Bewohnern in schlechter psychischer Verfassung ist immer wieder belastend	3,03	1,08
Die Arbeit mit deprimierten Bewohnern ist immer wieder belastend	3,04	1,07
Die Arbeit mit Bewohnern in schlechter körperlicher Verfassung ist immer wieder belastend	2,95	1,06
Die Arbeit mit immobilen Bewohnern ist immer wieder belastend	2,78	1,08
Die Arbeit mit sterbenden Bewohnern ist immer wieder belastend	2,96	1,15
5.2 Zeitdruck	3,13	0,92
Man muss sich immer wieder sehr beeilen und wird trotzdem nicht mit seiner Arbeit fertig	3,19	1,17
Man hat bei der Arbeit immer wieder zuviel auf einmal zu tun	3,41	1,07
Man hat bei der Arbeit wegen kurzfristigen Terminvorgaben immer wieder Zeitdruck	3,10	1,15
Man hat bei der Arbeit wegen Terminvorgaben durch den Vorgesetzten immer wieder Zeitdruck	2,78	1,15
Man hat bei der Arbeit wegen Wünschen von Bewohnern immer wieder Zeitdruck	3,16	1,10
5.3 Widersprüchliche Aufträge	2,68	0,91
Man erhält immer wieder Arbeitsaufträge, die sich nicht miteinander vereinbaren lassen	2,53	1,00
Man hat immer wieder so viel zu tun, dass die Qualität der Arbeit darunter leidet	3,04	1,16
Man erhält vom Vorgesetzten immer wieder Anweisungen, von denen man weiß, dass sie nicht zum geforderten Ergebnis führen	2,47	1,09
Man muss immer wieder Aufgaben verrichten, für die man eigentlich nicht zuständig ist	2,66	1,16
5.4 Informationsdefizite	2,43	0,88
Für die Arbeit erforderliche Informationen sind immer wieder nicht vorhanden	2,42	1,00
Bei der Arbeit ist einem immer wieder unklar, wie man sich erforderliche Informationen beschaffen kann	2,14	0,93
Bei der Arbeit gibt es immer wieder Probleme bei der Weiterleitung von Informationen	2,73	1,10

Fortsetzung auf Seite 155

Fortsetzung von Seite 154

Verfahrensbereich S.5 Aufgabenbezogene Stressoren		MW	SD
5.5	Arbeitsunterbrechungen	3,15	0,90
	Man muss die Arbeit immer wieder unterbrechen, weil man Kollegen aushelfen muss	2,81	1,03
	Man muss die Arbeit immer wieder unterbrechen, weil das Telefon klingelt	3,35	1,15
	Man muss die Arbeit immer wieder unterbrechen, weil man von Personen gerufen wird	3,29	1,03
5.6	Qualitätseinbußen	2,43	0,92
	Ungünstige Arbeitsumstände führen immer wieder dazu, dass man Fehler macht	2,28	0,90
	Man muss sich bei der Arbeit immer wieder über Vorschriften oder Regeln hinwegsetzen, um überhaupt fertig zu werden	2,42	1,11
	Ungünstige Arbeitsumstände führen immer wieder dazu, dass die Qualität der eigenen Arbeit darunter leidet	2,59	1,14
5.7	Zusatzaufwand	2,58	0,94
	Ungünstige Arbeitsumstände führen immer wieder dazu, dass man Tätigkeiten wiederholen muss	2,28	0,98
	Ungünstige Arbeitsumstände führen immer wieder dazu, dass man Tätigkeiten neu beginnen muss	2,33	1,02
	Ungünstige Arbeitsumstände führen immer wieder dazu, dass man sich besonders konzentrieren muss	2,84	1,14
	Ungünstige Arbeitsumstände führen immer wieder dazu, dass man sich besonders anstrengen muss	2,88	1,16

Verfahrensbereich S.6 Physische Stressoren	MW	SD
6.1 Ungünstige Arbeitsumgebung	2,44	0,78
Der Grundriss der Räume ist für die tägliche Arbeit ungünstig	2,64	1,18
Die Einrichtung der Räume ist für die tägliche Arbeit ungünstig	2,47	1,10
Man ist bei der Arbeit immer wieder Lärm ausgesetzt	2,00	0,99
Man arbeitet immer wieder unter schlechten Lichtverhältnissen	1,99	1,05
Man arbeitet immer wieder unter schlechten klimatischen Verhältnissen (z. B. Temperatur, Luftfeuchtigkeit)	2,34	1,14
Man muss bei der Arbeit immer wieder lange Wege zurücklegen	3,23	1,24
6.2 Heben, Tragen, Lagern	3,59	0,93
Bei der Arbeit muss man immer wieder schwere Bewohner lagern	4,11	1,00
Bei der Arbeit muss man beim Heben von Bewohnern immer wieder den Oberkörper vorbeugen	3,95	1,07
Bei der Arbeit muss man immer wieder schwere Bewohner heben	3,87	1,12
Bei der Arbeit muss man immer wieder Bewohner körperfern heben	2,87	1,22
Bei der Arbeit muss man beim Heben von Bewohnern immer wieder den Oberkörper verdrehen	3,17	1,23
6.3 Verletzungs-/Erkrankungsrisiken	3,18	1,02
Bei der Arbeit ist man erhöhten Infektionsgefahren ausgesetzt (z. B. durch septische Wunden, Körpersekrete)	3,42	1,23
Bei der Arbeit besteht eine erhöhte Gefahr, sich Stich- oder Schnittverletzungen zuzufügen (z. B. an Kanülen, Lanzetten)	3,24	1,34
Bei der Arbeit ist man erhöhten Dermatosegefahren ausgesetzt (Gefahr von Hauterkrankungen)	3,21	1,25
Bei der Arbeit muss man mit Gefahrenstoffen umgehen	2,85	1,26

INQA-Berichte

1 Anwendungssichere chemische Produkte
2 Beispielsammlung ›Gute Praxis‹: Fehlbelastung am Arbeitsplatz (vergriffen)
3 Leitfaden zur erfolgreichen Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Betrieb – Schwerpunkt: Muskel-Skeletterkrankungen
4 Die Zukunft der Büroarbeit
5 Gesünder arbeiten in Call Centern
6 Handlungsleitfaden für das betriebliche Gesundheitsmanagement in Entsorgungsunternehmen
7 Handlungshilfe Unterweisung: Führen, Beteiligen, Erkennen und Vermindern von psychischen Belastungen
8 Seminarkonzeption – Betriebliche Gesundheitsförderung
9 Erfolgsfaktor Gesundheit– Tagungs-Bericht zum INQA-Personalforum am 11. November 2004 in Berlin
10 Gute Mitarbeiterführung – Psychische Fehlbelastung vermeiden
11 Qualität der Arbeit verbessern – Psychische Fehlbelastung im Betrieb vermeiden
12 Gesund Pflegen im Krankenhaus
13 Gute Arbeitsgestaltung in der Altenpflege
14 Gute Lösungen in der Pflege
15 Fit For Job – Teilprojekt ›Arbeitsmedizinische Aspekte‹
16 Gesund Pflegen in der Altenpflege
17 Lebenslanges Lernen
18 Mehr Ältere in Beschäftigung – Wie Finnland auf den demographischen Wandel reagiert
19 Was ist gute Arbeit?
20 Fit For Job – Abschlussbericht
21 Gute Arbeit im Büro?!
22 Mitarbeiterorientierte Unternehmenskultur – Vision oder Erfolgsstory? Frühjahrstagung 2006
23 Arbeitsschutz bringt Aufschwung – Merkblätter zum Arbeits -und Gesundheitsschutz in der ambulanten Pflege
24 Mobile Learning
25 Unternehmenskultur und Wirtschaftlicher Erfolg
26 Neue Qualität des Bauens: Entwicklungen – Erfahrungen – Praxishilfen
27 Demographie-Werkstatt Deutschland
30 Unterweisen – Lehren – Moderieren
31 Den Wandel gestalten!
32 Wissenstransfer – Erfahrung der Pflegeeinrichtungen in einem regionalen Netzwerk
33 Abschlussbericht ›Arbeitsschutz in der ambulanten Pflege‹
34 Arbeit in der stationären Altenpflege
35 Gute Lösungen in der Pflege 2
36 Beste Arbeitgeber im Gesundheitswesen 2008

Gute Ideen verbinden.

Zu hoher Krankenstand, alternde Belegschaften, Einführung neuer Technologien? Vor solchen und anderen Herausforderungen standen viele Unternehmen – und haben vorbildliche Lösungen gefunden.

Profitieren Sie von diesen Erfahrungen und dem Know-how anderer! Die **INQA-Datenbank Gute Praxis** sammelt Vorbildliches rund um Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Leistungsstarke Suchfunktionen sorgen dafür, dass Sie schnell die passenden Antworten auf Ihre Fragen erhalten:

Telefon	030 51548-4231 und -4215
Fax	030 51548-4743
E-Mail	gutepraxis.inqa@baua.bund.de
Internet	http://gutepraxis.inqa.de

inqa-gute praxis
Die Internet-Datenbank für Gute Praxis

inqa-pflege
Initiativkreis Gesund Pflegen

baua:
Bundesanstalt für Arbeitsschutz
und Arbeitsmedizin

Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit
c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Friedrich-Henkel-Weg 1–25 44149 Dortmund
Telefon +49 231 9071-2250 Fax +49 231 9071-2363
inqa@baua.bund.de
www.inqa.de

Thematischer Initiativkreis Gesund Pflegen – INQA-Pflege –
der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)
c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Proschhübelstr. 8 01099 Dresden
Telefon +49.351 5639-5441 Fax +49.351 5639-5210
inqa@baua.bund.de
www.baua.de

INQA/Be/6.1/2008/043