

9 Evaluierung psychischer Belastung in der stationären Altenpflege

Matthias Becker und Jochen Prümper

9.1 Einleitung

Nach einer europaweiten Unternehmensumfrage der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz über neue und aufkommende Risiken (EU-OSHA 2010), wird im Gesundheits- und Sozialwesen – mehr als in jeder anderen Branche – arbeitsbedingter Stress als das wichtigste Thema identifiziert. In der Altenpflege wird diese Entwicklung zusätzlich noch durch den demografische Wandel verschärft, da diese hiervon in doppelter Hinsicht betroffen ist: in Zukunft werden immer mehr ältere, multimorbide und demente Bewohner von immer älteren Pflegekräften versorgt⁴ (BGW 2014). In Folge dessen werden Pflegekräfte verstärkt psychischen Arbeitsbelastungen ausgesetzt sein, die mit einem Anstieg nachteiliger gesundheitlicher Folgen und damit der krankheitsbedingten Fehlzeiten einhergehen (Hirschberg und Kähler 2015). Schon heute kommen psychische Erkrankungen in der Pflegebranche überproportional häufig vor (Zander et al. 2011) und auch der aktuelle Gesundheitsreport der DAK (2015) kommt zu dem Ergebnis, dass Pflegenden überdurchschnittlich stark von Krankheiten und Gesundheitsstörungen betroffen sind und dass dabei – neben Muskel-Skelett-Erkrankungen – psychische Störungen eine besonders wichtige Rolle spielen, da sie häufig im Zusammenhang mit Belastungen aus der Arbeitswelt stehen.

Spätestens seit den aktuelleren Novellierungen europäischer Arbeitsschutzgesetze ist jedoch klargestellt, dass im Rahmen einer betrieblichen Gefährdungsbeurteilung (auch Arbeitsplatzevaluierung, Risikoanalyse, Risikobewertung) ausdrücklich auch die psychische Belastung und ihre Beanspruchungsfolgen einer Analyse zugeführt werden müssen.

Der vorliegende Beitrag gibt anhand eines Fallbeispiels einen praktischen Einblick in die Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung zur Evaluierung psychischer Belastung in der stationären Altenpflege.

Psychische Arbeitsbelastungen und krankheitsbedingte Fehlzeiten

Arbeitsplatzevaluierung, Gefährdungsbeurteilung, Risikoanalyse, Risikobewertung

⁴ Siehe hierzu auch die Patientenkasuistik Fall 3: »Akute Erkrankung einer betagten, multimorbiden Bewohnerin eines Pflegeheims.«

9.2 Psychische Belastung in der Altenpflege

Psychische Belastung am Arbeitsplatz und Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen psychischer Erkrankungen nehmen in den westlichen Industrieländern – so die »European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions« (Eurofound 2010) – in den vergangenen Jahren stetig zu, nicht nur in der Altenpflege. Studien zeigen jedoch, dass in der Altenpflege neben den körperlichen Risiken, die beim Heben, Tragen und Lagern von Bewohnern lauern, insbesondere der psychischen Belastung eine hervorgehobene Stellung zukommt. Hierzu gehören insbesondere »Arbeitsunterbrechungen« und »Zeitdruck« (Glaser et al. 2008), sowie der »Umgang mit der zu betreuenden Person und der damit einhergehenden pflegerischen Tätigkeit per se«, der »Umgang mit Angehörigen«, die »Führungskultur«, die »Teamkultur« sowie die »Organisation und Rahmenbedingungen« in einem Pflegeheim (Maier 2012). Des Weiteren werden als besondere Belastungen für Pflegekräfte – für Altenpfleger mehr als für Krankenpfleger – das »Miterleben von Sterben, Tod und Trauer« gesehen (Vogt 2014), sowie die »unterschiedliche Wahrnehmung von Pflegenden und Ärzten bzgl. ihrer Zusammenarbeit« als Ansatzpunkt für Interventionsmaßnahmen identifiziert (Meyer-Kühling et al. 2015). Cichocki et al. (2015) fanden zudem, dass »Stress/Zeitdruck«, »ungünstige Teamkultur« sowie der »Status als Migrant« sich negativ auf die Einschätzung der aktuellen Arbeitsfähigkeit auswirken und dass für die mittelfristige Arbeitsfähigkeit zusätzlich zur aktuellen Arbeitsfähigkeit auch die »Wahrnehmung von Möglichkeiten für professionelles Handeln im Beruf (Einsatz von professionellem Wissen, Lern- und Entwicklungschancen)« relevant ist.

9.3 Novellierungen europäischer Arbeitsschutzgesetze

Aktuellere Novellierungen nationaler Arbeitsschutzgesetze zur Umsetzung der europäischen Rahmenrichtlinie 89/391/EWG aus dem Jahre 1989 über die »Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit« haben auf die veränderten Belastungen in der Arbeitswelt und den massiven Anstieg psychischer Erkrankungen reagiert und dem Thema in jüngerer Zeit einen prominenteren Stellenwert eingeräumt (vgl. z. B. Italien im »Einheitstext zum Arbeitsschutz« 2008, G. v. D. 81/08, Art. 28; Österreich im »ArbeitnehmerInnenschutzgesetz« 2013, vgl. ASchG, § 2 und § 4; Deutschland im »Arbeitsschutzgesetz« 2013, vgl. ArbSchG, § 4 und § 5; oder Belgien im »Gesetzbuch über das Wohlbefinden bei der Arbeit« 2014, Art. 4, § 1).

Eine Konkretisierung des Themas »psychische Belastung« finden die Arbeitsschutzgesetze der Mitgliedsländer der Europäischen Union in der EN ISO 10075 »Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung«. Dabei handelt es sich um einen internationalen Standard, der Richtlinien der Arbeitsgestaltung bezüglich psychischer Arbeitsbelastung beschreibt und als Referenz zu der in der europäischen Rahmenrichtlinie 89/391/EWG (Artikel 6, Abs. 2, Ziff. e) geforderten »Berücksichtigung des Stands der Technik« herangezogen werden kann.

Unter *Psychischer Belastung* wird in dieser Norm »Die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse verstanden, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken« (EN ISO 10075-1 2000, S. 3); unter *Psychischer Beanspruchung* »Die unmittelbare (nicht die langfristige) Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien« (EN ISO 10075-1 2000, S. 3) und unter *Folgen der psychischen Beanspruchung* werden sowohl förderliche Anregungseffekte, wie hohe psychische und körperliche Funktionstüchtigkeit, als auch beeinträchtigende Effekte verstanden, die eine Erholung oder zeitliche Unterbrechung oder Änderung der Tätigkeit erfordern (vgl. EN ISO 10075-1 2000, S. 3 ff.).

Gemäß der DIN SPEC 33418 »Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung – Ergänzende Begriffe und Erläuterungen zu DIN EN ISO 10075-1« ist »Psychische Belastung [...] dann optimal ausgeprägt, wenn *beeinträchtigende Effekte* der psychischen Belastung vermieden und *förderliche Effekte* erreicht werden« (DIN SPEC 33418 2014, S. 4).

Richtlinie 89/391/EWG über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit

EN ISO 10075: Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung

Psychische Belastung, Psychische Beanspruchung, Folgen psychischer Beanspruchung

Beeinträchtigende und förderliche Effekte

9.4 Fragestellung

Vor dem Hintergrund einer Gefährdungsbeurteilung zur Evaluierung psychischer Belastung in der stationären Altenpflege beschreibt der vorliegende Beitrag zunächst, mit welchen Methoden und Verfahren eine derartige Risikoanalyse durchgeführt werden kann.

Im Anschluss werden die Ergebnisse dieser Arbeitsplatzevaluierung im Rahmen eines Fallbeispiels berichtet und schließlich wird der Frage nachgegangen, welche konkreten Belastungsaspekte sich in welchem Maße auf die Beanspruchung und Beanspruchungsfolgen der Beschäftigten der stationären Altenpflege auswirken.

Diese Herangehensweise berücksichtigt nicht nur den »Stand der Technik«, dass sich eine Gefährdungsbeurteilung »auf diese unterschiedlichen Stufen im Wirkungsgefüge Belastung-Beanspruchung-Auswirkungen beziehen (muss), die Auswirkungen auf Gesundheit und Sicherheit, Wohlbefinden, Leistung und Produktivität der/des Arbeitenden haben können«

(ISO 10075-3 2000, S. 8), sondern wird auch dem Umstand gerecht, dass für unterschiedliche Tätigkeitsgruppen – wie Becker und Prümper (2015) exemplarisch anhand der beiden Beschäftigtengruppen Ärzte und Pflegekräfte eines Universitätsklinikums zeigen konnten – die jeweiligen Beanspruchungen und Beanspruchungsfolgen weitestgehend durch unterschiedliche Belastungsaspekte bestimmt werden können.

Stand der Technik

Dabei wird von der Annahme ausgegangen, dass sich aus der Kombination einer quantitativen Erhebung der Belastung auf der einen und der Beanspruchung und Beanspruchungsfolgen auf der anderen Seite, differenzierte Belastungsprofile ableiten lassen, auf deren Grundlage sich mittels qualitativer Methoden dezidierte Hinweise zur Optimierung der Belastungssituation ableiten lassen.

9.5 Methode

9.5.1 Instrumente

9.5.1.1 Verfahren zur Erfassung der psychischen Arbeitsbelastung

KFZA-Grobanalyse als personenbezogenes Verfahren

Der Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse KFZA (Prümper et al. 1995) ist ein subjektives, personenbezogenes Fragebogenverfahren, welches zur Evaluierung psychischer Belastung in der Arbeitswelt dient und als »quantitatives Verfahren der Verhältnisprävention« Informationen über das Erleben der Arbeitssituation aus der Sichtweise der Beschäftigten liefert. Gemäß EN ISO 10075 liefert der KFZA »Angaben darüber, wie die Arbeitenden unterschiedliche Aspekte der psychischen Arbeitsbelastung an ihrem Arbeitsplatz subjektiv einschätzen«. Hinsichtlich der Präzisionsstufe kann der KFZA als ein Verfahren für Übersichtszwecke (Screening) bezeichnet werden (Präzisionsstufe 2). Auf dieser mittleren Präzisionsstufe ist es möglich, Hinweise zu erhalten, »wo Probleme bezüglich der psychischen Arbeitsbelastung zu erwarten sind [...], wo den Ursachen einer unangemessenen Arbeitsbelastung nachzugehen ist [und] ob korrektive Maßnahmen erfolgen sollten« (EN ISO 10075-3 2000, S. 8).

KFZA

Der KFZA besteht aus 26 Fragen und Aussagen (Items), die von den Befragten auf fünffach gestuften Likert-Skalen bewertet werden. Diese 26 Items werden zu elf Skalen mit je zwei bis drei Items zusammengefasst. Die elf Skalen lassen sich wiederum den folgenden vier Hauptaspekten zuordnen:

- *Arbeitsinhalte*, mit den Skalen Vielseitigkeit (Lernen neuer Dinge, Einsatz von Wissen und Können, Aufgabenwechsel) und Ganzheitlich-

keit (Bewertung der Arbeit am Endergebnis, Vollständigkeit des Arbeitsproduktes)

- *Ressourcen*, mit den Skalen Handlungsspielraum (Selbstbestimmung der Arbeitsschritte, Einfluss auf Zuteilung der Arbeit, Möglichkeit der selbständigen Arbeitsplanung und -einteilung), Soziale Rückendeckung (Verlass auf Kollegen, Verlass auf Vorgesetzte, Zusammenhalt in der Abteilung) und Zusammenarbeit (Erfordernis an enge Zusammenarbeit, Austauschmöglichkeit mit Kollegen, Rückmeldung von Vorgesetzten)
- *Stressoren*, mit den Skalen Qualitative Arbeitsbelastung (Kompliziertheit der Arbeit, Anforderungen an Konzentrationsfähigkeit), Quantitative Arbeitsbelastung (Zeitdruck, Arbeitsmenge), Arbeitsunterbrechungen (soziale und materielle Arbeitsunterbrechungen) und Umgebungsbelastung (Umgebungsbedingungen, Raumausstattung)
- *Organisationsklima*, mit den Skalen Information und Mitsprache (Information über wichtige Vorgänge, Berücksichtigung der Ideen von Beschäftigten) sowie Betriebliche Leistungen (Weiterbildungsmöglichkeiten, Aufstiegschancen)

In der vorliegenden Untersuchung kam der KFZA in der IST/SOLL-Version zum Einsatz, die insbesondere der *präventiven Evaluierung psychischer Belastung* dient (für die Beschreibung weiterer Varianten siehe Prümper 2015b).

Handlungsanleitung für die Praxis: Bestimmung von Grenzwerten

Im Bereich der Gefährdungsbeurteilung zur Evaluierung *physischer Belastung* ist die Bestimmung von Grenzwerten üblich. So wird beispielsweise Lärm am Arbeitsplatz mit einem Schallpegelmesser oder die Temperatur am Arbeitsplatz mit einem strahlungsgeschützten Thermometer gemessen und die jeweils ermittelten IST-Werte mit bestehenden Grenzwerten verglichen. Aus dem Vergleich des Ist-Soll-Zustands werden dann Maßnahmen des Lärm- oder Schallschutzes abgeleitet und umgesetzt.

Bei der Gefährdungsbeurteilung zur Evaluierung *psychischer Belastung* ist diese Herangehensweise schwieriger, da es (bislang) keine verbindlichen Grenzwertkonzepte gibt, die als objektive Vergleichsmaßstäbe herangezogen werden können.

In der KFZA-IST/SOLL-Version werden die Grenzwerte (auf einer fünfstufigen Skala mit der Skalenmitte 3,0) wie folgt bestimmt:

- Als *sehr erhebliche Belastung* werden die Aspekte klassifiziert, die einen halben Skalenpunkt und mehr in negativer Ausprägungsrichtung von der Skalenmitte entfernt liegen und zudem eine IST-SOLL-Differenz von einem Skalenpunkt und mehr aufweisen.
- Als *erhebliche Belastung* werden die Aspekte klassifiziert,

die einen halben Skalenpunkt und mehr in negativer Ausprägungsrichtung von der Skalenmitte entfernt liegen, jedoch eine IST-SOLL-Differenz von weniger als einem Skalenpunkt aufweisen.

- Als *beachtliche* Belastung werden die Aspekte klassifiziert, die weniger als einen halben Skalenpunkt von der Skalenmitte entfernt liegen, jedoch eine IST-SOLL-Differenz von einem Skalenpunkt und mehr aufweisen.
- Als *nennenswerte Belastung* werden die Aspekte klassifiziert, die weniger als einen halben Skalenpunkt von der Skalenmitte entfernt liegen und zudem eine IST-SOLL-Differenz von weniger als einem Skalenpunkt aufweisen.
- Als *geringe Belastung* werden die Aspekte klassifiziert, die einen halben Skalenpunkt und mehr in positiver Ausprägungsrichtung von der Skalenmitte entfernt liegen, jedoch eine IST-SOLL-Differenz von einem Skalenpunkt und mehr aufweisen.
- Als *normale Belastung* werden die Aspekte klassifiziert, die einen halben Skalenpunkt und mehr in positiver Ausprägungsrichtung von der Skalenmitte entfernt liegen und zudem eine IST-SOLL-Differenz von weniger als einem Skalenpunkt aufweisen.

IPLV[®]-Feinanalyse als bedingungsbezogenes Verfahren

IPLV[®] (Prümper 2015a, b) ist eine objektive, bedingungsbezogene Workshopmethode, mit der aufbauend auf den Ergebnissen einer Grobanalyse partizipativ geeignete, ursachenbezogene, kollektiv wirksame Maßnahmevorschläge erarbeitet werden können. Als »qualitatives Verfahren« ist es offen für Maßnahmen der Verhältnis-, Verhaltens- und Systemprävention⁵. Gemäß EN ISO 10075-Teil 3 handelt es sich um eine »Aufgaben- und Tätigkeitsanalyse«, die erfasst, inwieweit »Bestandteile der Arbeitsaufgabe, körperliche und psychosoziale Arbeitsbedingungen, Umgebungsbedingungen und die Organisation des Arbeitsablaufes als Ursachen psychischer Arbeitsbelastung« (EN ISO 10075-3 2000, S.9) gesehen werden können. Hinsichtlich der Präzisionsstufe kann die IPLV[®]-Methode als ein Verfahren zum Zweck der Erfassung der psychischen Arbeitsbelastung zur genauen Messung bezeichnet werden (Präzisionsstufe 1). Auf dieser hohen Präzisionsstufe ist es möglich, »zuverlässige und gültige Angaben über die Art der Ursache von Unter- bzw. Überforderung zu erhalten, um eine Optimierung der Arbeitsbedingungen vornehmen zu können« (EN ISO 10075-3 2000, S. 8).

5 *Verhaltensprävention* dient als personenbezogene Intervention dem Aufbau und der Entwicklung personaler Ressourcen. *Verhältnisprävention* dient als bedingungsbezogene Intervention der Optimierung der Arbeitssituation. *Systemprävention* dient als organisationsbezogene Intervention der Regelung von gesundheitsförderlichen Prozessen und Strukturen der Schaffung eines »gesunden Miteinanders«.

Handlungsanleitung für die Praxis: Durchführung von IPLV®-Workshops

Workshopmethode

Die IPLV®-Methode stellt eine Moderationstechnik dar, mit deren Hilfe zu spezifischen

- *IST-Situationen* und damit verbundenen,
- *Problemen* aus Sicht einer Organisationseinheit, Tätigkeits- oder besonders gefährdeten oder schutzbedürftigen Arbeitnehmergruppe strukturierte
- *Lösungsvorschläge* erarbeitet und
- *Verantwortlichkeiten* definiert werden.

Zielgruppe der Workshops

IPLV®-Workshops finden mit Repräsentanten einzelner Organisationseinheiten (z. B. Tätigkeitsbereiche, aber auch besonders schutzbedürftige Beschäftigtengruppen) zu den Themenfeldern statt, in denen die Grobanalyse Handlungsbedarf signalisierte.

Organisation des Workshops

Der zeitliche Umfang einer Feinanalyse pro Workshop orientiert sich an dem Umfang der zu bearbeitenden Themen, die durch die KFZA-Grobanalyse identifiziert wurden.

Die Teilnehmerzahl pro IPLV®-Workshop beträgt bei

- eintägigen Workshops max. sechs Beschäftigte pro Kleingruppe,
- zweitägigen Workshops max. neun Beschäftigte pro Kleingruppe.

Die Workshops werden ohne Führungskräfte durchgeführt; für selbige werden bei Bedarf eigenständige Workshops zu Erarbeitung ihrer speziellen Problematiken organisiert.

Bei größeren Organisationseinheiten hat sich in der Praxis die Arbeit in parallelen Kleingruppen (»Design-Groups«) als besonders förderlich für das gemeinsame Verständnis der Entwicklung von Lösungsvorschlägen erwiesen. Konkret bedeutet dies, dass mindestens zwei Kleingruppen parallel an der Vertiefung »ihrer« Ergebnisse arbeiten und jede Gruppe am Ende ihrer Arbeit ihre Ergebnisse dem Plenum vorstellt. Die Hinweise werden diskutiert, gegebenenfalls ergänzt und gemeinsam verabschiedet. Neben dem Aspekt der Qualitätssicherung wird in diesem Modul nochmals der Anspruch einer partizipativen Entwicklung von Lösungsvorschlägen unterstrichen.

Ausbildung

Voraussetzung zur Durchführung von IPLV®-Workshops ist das Ausbildungszertifikat »Certified IPLV®-Practitioner« (siehe Prümper 2015a).

IPLV®

Verhältnis-,
Verhaltens- und
Systemprävention

9.5.1.2 Verfahren zur Erfassung der Beanspruchung und Beanspruchungsfolgen

Der Arbeitsbewältigungsindex (ABI, engl. Work Ability Index WAI; Tuomi et al. 2001) dient der Beurteilung der individuellen Arbeitsfähigkeit einer Person in einer bestimmten Tätigkeit und berücksichtigt vor allem die subjektive Einschätzung der befragten Person. Der ABI erfasst die individuelle Beanspruchung sowie Beanspruchungsfolgen und ist ein »quantitatives Verfahren der Verhaltensprävention«.

ABI Der Arbeitsfähigkeitsindex kann einen Wert von 7 (sehr schlechte Arbeitsfähigkeit) bis 49 (sehr gute Arbeitsfähigkeit) annehmen (»sehr gut« = 44–49 Pkt., »gut« = 37–43 Pkt., »mäßig« = 28–36 Pkt. und »schlecht« = 7–27 Pkt.) und berechnet sich aus der Erhebung von sieben Dimensionen.

9.5.2 Vorgehen und Stichprobe

Die hier referierte Evaluierung psychischer Belastung wurde im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung in zwei stationären Altenpflegeeinrichtungen eines gemeinnützigen und unter einer Geschäftsführung operierenden, sozialen Trägers in Deutschland durchgeführt. Die Erhebung der KFZA- und ABI-Daten fand als anonyme, papiergebundene Befragung statt, die per Hauspost verteilt und retourniert wurde. Jede der beiden Einrichtungen erhielt eine auf das jeweilige Haus zugeschnittene Auswertung und Präsentation der Ergebnisse. Für jede der beiden Einrichtungen wurde ein eintägiger IPLV[®]-Workshop mit jeweils sechs Beschäftigten und einem in der IPLV[®]-Methode zertifizierten Moderator durchgeführt.

Beide Pflegeeinrichtungen verfügen zusammen über ca. 220 Pflegeplätze und die Belegschaft der beiden Pflegeeinrichtungen umfasst – etwa zu gleichen Teilen – insgesamt 134 Beschäftigte. N = 61 Fragebögen wurden retourniert, was einer Rücklaufquote von 46 % entspricht. Rund 29 % der Befragten waren zwischen 20-39 Jahre alt, 46 % 40-49 Jahre und 25 % älter als 49 Jahre. 85 % der Befragten war weiblich, 15 % männlich.

9.6 Ergebnisse

9.6.1 Ergebnis der Grobanalyse

9.6.1.1 Ergebnis der KFZA-Belastungsanalyse

Ein vorab zur Kontrolle durchgeführter Vergleich der KFZA IST- und SOLL-Gesamtmittelwerte der beiden Einrichtungen auf Skalenebene zeigt, dass sich diese in ihren Belastungsprofilen in keiner der elf KFZA-Skalen

signifikant unterscheiden (T-Tests, Signifikanzniveau $\alpha = .005$; Korrektur nach Bonferroni). Dies kann als Bestätigung der Validität der KFZA-Skalen verstanden werden, denn die beiden Einrichtungen unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Art der beurteilten Tätigkeiten und kaum in den sonstigen Rahmenbedingungen der Erhebungen. Als Konsequenz werden daher im Folgenden die Ergebnisse der beiden Pflegeeinrichtungen zusammengefasst als eine Stichprobe ausgewertet.

Tabelle 9.1 veranschaulicht die IST/SOLL-Ergebnisse der KFZA-Belastungsanalyse, die jeweilige IST-SOLL-Differenz, sowie die Zuordnung zu den entsprechenden Grenzwertkategorien (► Kap. 9.5.1.1). Darüber hinaus wird für jeden einzelnen Belastungsaspekt die Anzahl der erarbeiteten IPLV®-Fälle angegeben (► Kap. 9.6.2).

Belastungsaspekte zugeordnet zu Grenzwertkategorien	IST	SOLL	IST/SOLL-Differenz	Anzahl IPLV®-Fälle
sehr erhebliche Belastung				
Quantitative Arbeitsbelastung	4,2	2,3	-1,9	5
Information und Mitsprache	2,5	4,4	+1,9	5
Arbeitsunterbrechungen	3,6	1,8	-1,8	2
Betriebliche Leistungen	2,5	4,2	+1,7	1
erhebliche Belastung				
beachtliche Belastung				
Umgebungsbelastungen	2,8	1,5	-1,3	0
Soziale Rückendeckung	3,3	4,5	+1,2	4
Ganzheitlichkeit	3,3	4,4	+1,1	0
Zusammenarbeit	3,2	4,3	+1,1	2
Handlungsspielraum	3,1	4,1	+1,0	0
nennenswerte Belastung				
Qualitative Arbeitsbelastung	3,1	2,2	-0,9	0
Vielseitigkeit	3,4	4,0	+0,6	0
geringe Belastung				
normale Belastung				

Tab. 9.1: KFZA-Werte im IST/SOLL-Vergleich (bei den Stressoren weisen negative IST-SOLL-Differenzen und bei den Aspekten der »Arbeitsinhalte«, der »Ressourcen« und des »Organisationsklimas« positive IST-SOLL-Differenzen auf die Notwendigkeit von Verbesserungen hin)

Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass von den Belastungsquellen »Quantitative Arbeitsbelastung«, »Information und Mitsprache«, »Arbeitsunterbrechungen« und »Betriebliche Leistungen« eine *sehr erheblicher Belastung* und von »Sozialer Rückendeckung«, »Umgebungsbelastungen«, »Ganzheitlichkeit«, »Zusammenarbeit« und »Handlungsspielraum« eine *beachtliche Belastung* ausgeht. »Qualitative Arbeitsbelastung« und »Vielseitigkeit« liegen im Bereich der *nennenswerten* Belastung.

9.6.1.2 Ergebnis der ABI-Beanspruchungsanalyse

Die Arbeitsfähigkeit unserer Stichprobe liegt mit einem ABI-Mittelwert von $M = 35$ ($SD = 6.4$; $n = 56$) im »mäßigen« Bereich. Dabei berichten rund 11 % der Befragten eine »sehr gute«, 30 % eine »gute«, 50 % eine »mäßige« und 9 % eine »schlechte« Arbeitsfähigkeit.

Mit anderen Worten besitzen fast 60 % der Beschäftigten mit einem Mittelwert von $M_{ABI-} = 31$ ($SD = 3.7$; $n = 33$) eine »mäßige« oder »schlechte« und etwa 40 % mit einem Mittelwert von $M_{ABI+} = 42$ ($SD = 3.7$; $n = 23$) eine »gute« oder »sehr gute« Arbeitsfähigkeit.

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit gibt es zwischen den beiden Einrichtungen ebenfalls keinen signifikanten Unterschied ($p > .05$).

9.6.2 Ergebnis der Feinanalyse

9.6.2.1 IPLV®-Fälle im Überblick

In den zwei eintägigen IPLV®-Workshops wurden insgesamt 19 Fälle erarbeitet. Jeweils fünf Fälle entfielen dabei auf »Quantitative Arbeitsbelastung« und »Information und Mitsprache«, gefolgt von vier Fällen zu dem Themenbereich »Soziale Rückendeckung«. Jeweils zwei Fälle wurden für die Themen »Arbeitsunterbrechungen« und »Zusammenarbeit« und ein Fall für »Betriebliche Leistungen« erarbeitet. »Ganzheitlichkeit«, »Vielseitigkeit«, »Handlungsspielraum« sowie »Qualitative Arbeitsbelastung« und »Umgebungsbelastungen« wurden in den IPLV®-Workshops nicht weiter vertieft.

Tabelle 9.2 gibt einen Überblick über die erarbeiteten IPLV®-Fälle zugeordnet zu den jeweiligen KFZA-Skalen.

Tab. 9.2:
Zuordnung der erarbeiteten IPLV®-Fälle zu den KFZA-Skalen

Quantitative Arbeitsbelastung

- Umgang mit Beschwerden und Überlastungsanzeigen (► Beispiel 1)
- Personalbedarf läuft dem sich verändernden Pflegebedarf hinterher
- Besprechungskultur, Organisation, Protokollierung und Nachhaltigkeit von Besprechungen
- Nicht-Einhalten der Pausenregelung
- Pflegedokumentation

Information & Mitsprache	<ul style="list-style-type: none"> • Information über Beschwerden, Probleme und Verbesserungsvorschläge von Bewohnern • Mitsprache bei der Dienstplangestaltung • Information über arbeitsrelevante Informationen • Führungsverhalten der Pflegedienstleitung (Umgang mit Vorschlägen) • Ideen für die Verbesserung der Betreuung und Beschäftigung der Bewohner
Arbeitsunterbrechungen	<ul style="list-style-type: none"> • soziale Arbeitsunterbrechungen durch Telefonate, unangekündigte oder falsch geplante Visiten, innerbetriebliche Schlüsselübergabe • materielle Arbeitsunterbrechungen, insbesondere durch fehlende oder defekte Arbeitsmittel
Betriebliche Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Fürsorge für Auszubildende im Rahmen einer »Lernfeld-orientierten Ausbildung«
Soziale Rückendeckung	<ul style="list-style-type: none"> • Psychologische Unterstützung in und nach Extremsituationen (► Beispiel 2) • Soziale Unterstützung innerhalb der Wohnbereiche bei Personalengpässen • Soziale Unterstützung durch die Einrichtungsleitung • Operative Unterstützung durch den Betriebsrat
Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit zwischen den Wohnbereichen • Kooperation mit Hausärztin

Tab. 9.2:
Zuordnung der erarbeiteten IPLV®-Fälle zu den KFZA-Skalen – Fortsetzung

Aus der Gegenüberstellung von Tabelle 9.1 und 9.2 wird der Zusammenhang zwischen dem Grad der erlebten Belastung und dem Wunsch nach Veränderung auf der einen Seite und der Anzahl der erarbeiteten IPLV®-Fälle deutlich: 13 von 19 IPLV®-Fällen entstammen aus der Grenzwertkategorie »erhebliche« Belastung.

9.6.2.2 Beispiele für IPLV®-Fälle

Die Beispiele 1–2 veranschaulichen für die beiden Belastungskategorien »sehr erhebliche« sowie »beachtliche« Belastung jeweils einen konkreten Workshopfall. Dabei geht es um die Themen »Umgang mit Beschwerden und Überlastungsanzeigen« (*Quantitative Belastung*) und »Psychologische Unterstützung in und nach Extremsituationen« (*Soziale Rückendeckung*).

IST-Situation:	<p>Die Aussage »Ich habe zu viel Arbeit« wird im IST mit M=4,1 und im SOLL mit M=2,6 beurteilt.</p> <p>Beschwerden und Überlastungsanzeigen werden nicht bearbeitet, nicht weiterverfolgt, es erfolgt keine Rückmeldung, sie werden abgeschwächt und die angesprochenen Probleme werden als selbstverschuldet beschrieben (»Wenn du deine Arbeit nicht schaffst, dann bist du schlecht strukturiert«).</p> <p>Bei wiederholten Beschwerden und Überlastungsanzeigen ist mit Drohungen zu rechnen (»Wenn du deine Arbeit nicht schaffst, kannst du ja gehen«).</p>
----------------	---

Bsp. 1.:
Quantitative Belastung – Umgang mit Beschwerden und Überlastungsanzeigen

Bsp. 1.:
Quantitative Belastung
– Umgang mit Beschwerden und Überlastungsanzeigen
– Fortsetzung

Problem: Beschwerden und Überlastungsanzeigen werden nicht konstruktiv zur Verbesserung der Arbeitssituation genutzt und als Hilferufe der Beschäftigten nicht ernstgenommen. In Folge verändert sich nicht die Situation; Beschäftigte sind überfordert und entwickeln psychosomatische Beschwerden. Letztendlich sind auch die Bewohner die Leittragenden.

Lösung: Beschwerden und Überlastungsanzeigen müssen ernst genommen sowie verbindlich und zeitnah bearbeitet werden. Dazu gehören konkret die folgenden Schritte:

1. Es wird eine offene, konstruktive Beschwerdekultur entwickelt, so dass die Organisation aus den Fehlern und Problemen lernt. Dazu gehören z. B. auch Auswertung der Vorgänge in Teamsitzungen oder aus Mitarbeiter- und Betriebsversammlungen. (Projektstart Q III)
2. Es wird ein »Beschwerde- und Überlastungsanzeigenformular« entwickelt (bis Ende Q III)
3. Die Mitarbeiter erhalten von der/dem jeweiligen Adressatin/ Adressaten innerhalb von einer Woche ein Gesprächsangebot, zudem der Beschäftigte, ein Vertreter des Betriebsrates (BR), die Adressaten sowie ein externer, unabhängiger Moderator teilnehmen.
4. Nach spätestens drei Monaten (in Abhängigkeit von der Art des Problems) erfolgt in demselben Teilnehmerkreis eine Wirksamkeitsüberprüfung.

Verantwortlich: 1. Geschäftsleitung und Betriebsrat; 2. Qualitätsmanagementbeauftragte; 3. & 4. der jeweiliger Adressat

Bsp. 2.:
Soziale Rückendeckung – Psychologische Unterstützung in und nach Extremsituationen

IST-Situation: Die Aussage »Ich kann mich auf meine/n direkte/n Vorgesetzte/n verlassen, wenn es bei der Arbeit schwierig wird« wird im IST mit M=2,7 und im SOLL mit M=4,4 beurteilt. Die Beschäftigten sind mit der psychologischen Unterstützung unzufrieden. Insbesondere in und nach Extremsituationen (z. B. Tod von Bewohnern, Konflikte mit Vorgesetzten, Gewalt von und zwischen Bewohnern, ...) werden die Betroffenen nicht aufgefangen und mit ihrem Problemen und Erlebnissen alleine gelassen.

Problem: Es besteht die Gefahr ...

- Akuter Belastungsreaktionen (ABRE), weil die Kollegen für diese Extremsituationen keine geeigneten Bewältigungsstrategie besitzen;
- Posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) mit verschiedenen psychischen und psychosomatischen Symptomen und der Gefahr der Chronifizierung,
- die zu entsprechenden krankheitsbedingten Fehlzeiten und Frühverrentung führen.

Lösung: Dieses Thema muss auf mehreren Ebenen angegangen werden.

1. Soziale Unterstützung in einem gut funktionierenden, personell stabilen Team (pro Etage, resp. Organisationsbereich) durch entsprechende Teamentwicklungsmaßnahmen (Stichwort: kollektive Achtsamkeit) (ab Q IV)
2. Möglichkeit zur Teilnahme an professioneller Supervision, extern und unabhängig (ab Q IV)
3. Sensibilisierung der Führungskräfte für Extremsituationen (ab Q IV)
4. Ausbildung und Implementierung psychologischer Ersthelfer/innen (pro Etage) (ab Q IV)
5. Weiterbildung zum Thema »Umgang mit Extremsituationen« (ab Q IV)

Bsp. 2.:

Soziale Rückendeckung – Psychologische Unterstützung in und nach Extremsituationen – Fortsetzung

Verantwortlich: 1. Geschäftsleitung (GL) in Kooperation mit Pflegedienstleitung (PDL), Einrichtungsleitung (EL), Wohnbereichsleitung (WBL); 2.-5. Geschäftsleitung (GL)

9.6.3 Zusammenhang zwischen KFZA- und ABI-Werten

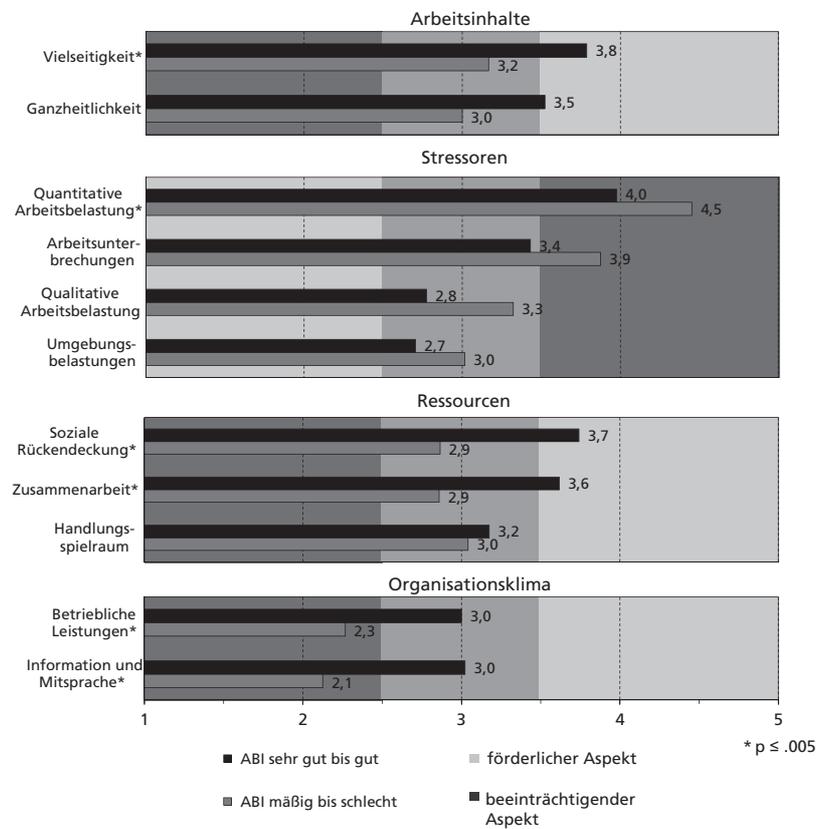
Im Folgenden wird betrachtet, inwieweit die mit dem KFZA erfassten Belastungsaspekte als beeinträchtigend oder förderlich erlebt werden und welchen Niederschlag diese Beurteilung in einer eher hohen (sehr guten) oder eher niedrigen (mäßig-schlechten) Arbeitsfähigkeit findet. Dazu wurden die elf KFZA-Skalen in Abbildung 9.2 gemäß ihrer Aufteilung in die vier Aspekte der Arbeit getrennt für die bereits in Kapitel 9.6.1.2 eingeführten Gruppen »mäßige oder schlechte« vs. »gute oder sehr gute« Arbeitsfähigkeit verglichen⁶.

Abbildung 9.1 verdeutlicht zunächst die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen der Beschäftigten, die von einer »mäßigen oder schlechten« vs. »guten bis sehr guten« Arbeitsfähigkeit berichten. Beschäftigte, die von einer »guten bis sehr guten« berichten, erleben signifikant mehr »Vielseitigkeit«, »soziale Rückendeckung«, »Zusammenarbeit«, »Information und Mitsprache« sowie »Betriebliche Leistungen«. Gleichermaßen berichten sie von signifikant weniger »Quantitativer Arbeitsbelastung« als die Gruppe der Beschäftigten mit »mäßiger oder schlechter« Arbeitsfähigkeit (T-Tests, Signifikanzniveau $\alpha = .005$; Korrektur nach Bonferroni).

Diese gefundenen Unterschiede sind zunächst erwartungskonform. Was jedoch die Prägnanz der Gegenüberstellung unterstreicht, ist das Quantum an »beeinträchtigenden« oder »förderlichen« Arbeitsaspekten der beiden Gruppen. Während die Gruppe der Beschäftigten mit »guter oder sehr guter« Arbeitsfähigkeit lediglich in einem einzigen Arbeitsaspekt (»Quantitative

⁶ Eine korrelative Betrachtungsweise wurde für die hier vorliegende homogene Stichprobe verworfen, da insbesondere in den negativ auffälligen Belastungskategorien wie etwa den »Quantitativen Arbeitsbelastungen« nur geringe Streuung in der Beurteilung der Beschäftigten zu beobachten ist und es damit statistisch zu einer Unterschätzung der Zusammenhänge kommen könnte.

Abb. 9.1:
Zusammenhang
zwischen KFZA- und
ABI-Werten



Arbeitsbelastung«) einen beeinträchtigenden Effekt bei gleichzeitig vier förderlichen Aspekten («Vielseitigkeit«, «Ganzheitlichkeit«, «Soziale Rückendeckung«, «Zusammenarbeit») und sechs neutralen Aspekten erlebt, zeichnet sich die Situation der Gruppe der Beschäftigten mit »mäßiger oder schlechter« Arbeitsfähigkeit durch vier beeinträchtigende («Quantitative Arbeitsbelastung«, «Arbeitsunterbrechungen«, «Information und Mitsprache« und «Betriebliche Leistungen») und keinen einzigen förderlichen Aspekt (bei sieben neutralen Aspekten) aus.

Bei inhaltlicher Betrachtung der beeinträchtigenden Arbeitsaspekte der beiden Gruppen («Quantitative Arbeitsbelastung«, «Arbeitsunterbrechungen«, «Information und Mitsprache«, «Betriebliche Leistungen») fällt zudem ins Auge, dass es sich bei diesen Aspekten um genau die Themen handelt, die in der Betrachtung der IST/SOLL-KFZA-Belastungsanalyse (► Kap. 9.6.1.1) die Gruppe der »sehr erheblichen Belastungen« bilden. Ferner handelt es sich um diejenigen Kategorien, die in der IPLV[®]-Feinanalyse (► Kap. 9.6.2.1) mit den meisten IPLV[®]-Fällen auffallen. Das veranschaulicht, dass die KFZA-Grobanalyse in Kombination mit der IPLV[®]-Moderationstechnik sehr sensitiv und zielführend ist – insbesondere für Beschäftigte mit eingeschränkt erlebter Arbeitsfähigkeit.

Die Betrachtung des Zusammenhangs zwischen KFZA- und ABI-Werten in einer konkreten Arbeitssituation liefert also ergänzende Aussagen darüber, welche Aspekte dieser Situation »förderliche« oder »einschränkende« Effekte auf das Erleben von Beanspruchung und Beanspruchungsfolgen haben. Zusammengefasst heißt das, dass diese Betrachtungsweise genau die relevanten Ansatzpunkte für wirksame Maßnahmen aufzeigt, um eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erreichen.

9.7 Zusammenfassung – das wichtigste auf einen Blick

In der Altenpflege sind Beschäftigte verstärkt psychischen Arbeitsbelastungen ausgesetzt, die mit einem Anstieg nachteiliger gesundheitlicher Folgen und krankheitsbedingten Fehlzeiten einhergehen.

Zur Prävention psychischer Fehlbelastungen sind Betriebe gesetzlich dazu verpflichtet, im Rahmen von Gefährdungsbeurteilungen eine Evaluierung psychischer Belastung, Beanspruchung und Beanspruchungsfolgen durchzuführen.

In der von uns untersuchten Stichprobe der stationären Altenpflege werden »Quantitative Arbeitsbelastung«, »Information und Mitsprache«, »Arbeitsunterbrechungen« und »Betriebliche Leistungen« als Quellen sehr erheblicher Belastung identifiziert.

Mit der IPLV[®]-Methode besteht die Möglichkeit, in einem partizipativen Prozess gemeinsam mit den Beschäftigten Lösungsvorschläge für die von ihnen erlebten Belastungen zu erarbeiten. Dabei zeigt sich: je belastender eine Situation erlebt wird, desto mehr Lösungsvorschläge werden erarbeitet.

Die Betrachtung des Zusammenhangs zwischen KFZA- und ABI-Werten liefert ergänzende Aussagen darüber, welche Aspekte einer Arbeitssituation »förderliche« oder »einschränkende« Effekte auf das Erleben von Beanspruchung und Beanspruchungsfolgen haben.

Damit zeigt sich, dass sich aus der Kombination einer quantitativen Erhebung von Belastung auf der einen und der Beanspruchung und Beanspruchungsfolgen auf der anderen Seite, differenzierte Belastungsprofile ableiten lassen, auf deren Grundlage mittels qualitativer Methoden dezidierte Hinweise zur Optimierung der Belastungssituation gewonnen werden können.

9.8 Reflexions-/Diskussionsfragen

- Was versteht man – gemäß EN ISO 10075 »Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung« – unter »Psychischer Belastung«,

»Psychischer Beanspruchung« und den »Folgen psychischer Beanspruchung«?

- Was spricht dafür, im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung zur Evaluierung psychischer Belastung auch die Beanspruchung und Beanspruchungsfolgen zu erheben?
- Erläutern Sie mit eigenen Worten die IPLV[®]-Workshopmethode.

Literatur

- BAuA (2013) Why WAI? Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention – Erfahrungsberichte aus der Praxis. Dortmund: BAuA.
- Becker M, Prümper J (2015) Der Einfluss psychischer Belastungen auf die Arbeitsfähigkeit von Arbeitnehmern – ein Fallbeispiel. *personal manager* 13(2): 20-23.
- BGW (2014) Älter werden im Pflegeberuf. Hamburg: BGW.
- Cichocki M, Quehenberger V, Zeiler M, Krajic K (2015) Gesundheit am Arbeitsplatz in der stationären Altenbetreuung Status und Determinanten der Arbeitsfähigkeit von Pflegepersonen. *Prävention und Gesundheitsförderung* 10(3): 206-211.
- DAK (2015) Gesundheitsreport. Hamburg: DAK.
- EU-OSHA (2010) Europäische Unternehmensumfrage über neue und aufkommende Risiken. Bilbao: EU-OSHA.
- Eurofound (2010) Work-related stress. Dublin: Eurofound.
- Glaser J, Lampert B, Weigl M (2008) Arbeit in der stationären Altenpflege. Dortmund/Berlin/Dresden: INQA.
- Hirschberg KR Freifrau von, Kähler B (2015) Positionspapier: Psychische Belastungen in der Pflege und die Rolle der Pflegedokumentation. In: Behr T (Hrsg.) *Aufbruch Pflege*. Wiesbaden: Springer Gabler. S. 163-186.
- Maier M (2012) Psychische Belastungen und Ansätze zur Prävention in der stationären Altenpflege. In: Kirch W, Hoffmann T, Pfaff H (Hrsg.), *Prävention und Versorgung*. Stuttgart: Thieme. S. 320-332.
- Meyer-Kühling I, Frankenberg C, Schröder J (2015) Erwartungshaltungen, Kommunikation und Kooperation von Pflegenden und Ärzten in der stationären Altenpflege. *HeilberufeScience* 6(3): 70-75.
- Prümper J (2015a) Maßnahmenentwicklung in der Evaluierung psychischer Belastung – Das Qualifizierungskonzept: »Certified IPLV-Practitioner«. *personal manager (Supplement)* 13(2): 1-3.
- Prümper J (2015b) Von der KFZA-Grobanalyse zur IPLV-Feinanalyse. Eine Methode zur Maßnahmenentwicklung in der Evaluierung psychischer Belastung. *personal manager (Supplement)* 13(2): 1-6.
- Prümper J, Hartmannsgruber K, Frese M (1995) KFZA – Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse, *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 39(3): 125-132.
- Rau R, Gebele N, Morling K, Rösler U (2010) Untersuchung arbeitsbedingter Ursachen für das Auftreten von depressiven Störungen. Dortmund/Berlin/Dresden: BAuA.
- Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A (2001) Arbeitsbewältigungsindex - Work Ability Index. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Vogt A (2014) Belastungen von Mitarbeitern in der stationären Pflege durch das Miterleben von Sterben, Tod und Trauer. *HeilberufeScience* 5(2): 38-44.
- Zander B, Dobler L, Busse R (2011) Studie spürt Gründen für Burnout nach. Psychische Erkrankungen kommen in der Pflegebranche überproportional häufig vor. *Pflegezeitschrift* 64(2): 98-101.