

Abschlussbericht zum GDA-Arbeitsprogramm

Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Pflege

Impressum

Abschlussbericht zum GDA-Arbeitsprogramm „Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Pflege“

Stand: Juni 2013

Erstellt durch:

Albrecht Liese, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege (BGW)

Dr. Christoph Smieszkol, Ministerium für Soziales, Arbeit,
Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz

Harald Wittreck, Bundesanstalt für Arbeitsschutz
und Arbeitsmedizin (BAuA)

Redaktion:

Volker Est (contec GmbH), Frauke Rothbarth (BGW)

Herausgeber:

Nationale Arbeitsschutzkonferenz

Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz

Nöldnerstraße 40 – 42, 10317 Berlin

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit vorheriger Zustimmung der Nationalen
Arbeitsschutzkonferenz

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
1. Ziele, Handlungsfeld, Zielgruppen	10
1.1. GDA-Ziel und Handlungsfeld	10
1.2. Projektziele Präventionskultur und Gesundheitskompetenz	10
1.3. Projektziele Operative Umsetzung.....	11
1.4. Zielgruppen.....	11
1.4.1. Betriebe	11
1.4.2. Personengruppen	11
2. Gesamtschau über den Verlauf des Arbeitsprogramms	13
Teil A: Vorgehensweise und Methodik.....	12
2.1. Die Präventionsangebote des Arbeitsprogramms Pflege.....	13
2.2. Bildung der Projekt- und Umsetzungsstrukturen.....	13
2.2.1. Zentrale Strukturen	14
2.2.2. Die Unterarbeitsgruppen.....	15
2.2.3. Strukturen auf Landesebene.....	15
2.3. Zielgruppenkommunikation.....	16
2.3.1. Vorgehen	16
2.3.2. Kommunikationsziele	18
2.3.3. Slogan/Botschaften.....	18
2.4. Vorgehen in der Evaluation.....	19
Teil B Durchführung	22
2.5. Zeitplan und ausführliche Darstellung.....	23
2.5.1. Das Online-Selbstbewertungsinstrument des AP Pflege	24
2.5.2. Regionale Informationsveranstaltungen für Führungskräfte	26
2.5.3. Schulungen und Seminare der Unfallversicherungsträger.....	27
2.5.4. Betriebsbesichtigungen und Schulung der Aufsichtsdienste.....	28
2.6. Die Kommunikationskampagne des Arbeitsprogramms	29
2.7. Meilensteine der Umsetzung	30
3. Quantitative Ergebnisse	31
3.1. Ergebnisse zu den Projektzielen „Operative Umsetzung“	31
3.2. Ergebnisse der Zielgruppenkommunikation.....	31

4.	Auswertung nach Evaluationskonzept	32
4.1.	Daten der Betriebsbesichtigungen	32
4.1.1.	Ambulante Dienste.....	32
4.1.2.	Stationäre Einrichtungen.....	34
4.1.3.	Kliniken	36
4.2.	Online-Selbstbewertungsinstrument	37
4.2.1.	Ambulante und stationäre Pflege	37
4.2.2.	Kliniken	44
4.3.	Gegenüberstellung Online-Selbstbewertungsinstrument – Betriebsbesichtigungen.....	47
4.4.	Fazit der Auswertungen der drei Erhebungsinstrumente	47
5.	Erfahrungen, Stärken und Verbesserungspotenziale in der Durchführungsphase.....	49
5.1.	Bewertung der Betriebsbesichtigungen	49
5.2.	Bewertung des Online-Selbstbewertungsinstrumentes.....	50
5.3.	Bewertung der regionalen Informationsveranstaltungen.....	51
5.4.	Bewertung der Seminar-/Schulungstätigkeit der UV-Träger	53
5.5.	Bewertung der Zusammenarbeit der GDA-Träger	54
6.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	55
6.1.	Stand und Entwicklung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes	55
6.2.	Präventionskultur und Gesundheitskompetenz und zugehörige Projektziele.	58
6.3.	Schlussfolgerungen aus der Prozessevaluation	59

Anhang

Anhang 1	Personenverzeichnis.....	62
Anhang 2	Arbeitsprogrammplan.....	64
Anhang 3	Auswertung der Datenerhebung.....	83
Anhang 4	Abbildungsverzeichnis.....	114
Anhang 5	Quellenverzeichnis.....	115

Zusammenfassung

Das Arbeitsprogramm Pflege (AP Pflege) hatte sich zum Ziel gesetzt, die Häufigkeit und Schwere von Muskel-Skelett-Belastungen und -Erkrankungen (MSE) unter Einbeziehung von psychischen Belastungen zu verringern und die systematische Organisation des Arbeitsschutzes in den Unternehmen zu fördern. Die beteiligten Institutionen haben Präventionsangebote eingesetzt, die sich an Führungskräfte von Pflegeunternehmen und Kliniken richteten und auch Multiplikatoren mit einbezogen.

Der Präventionsmix umfasste ein Online-Selbstbewertungsinstrument für die stationäre und ambulante Pflege sowie für die Pflege in Kliniken, regionale Informationsveranstaltungen, die Schulung von Führungskräften und Multiplikatoren durch die Unfallversicherungsträger sowie Betriebsbesichtigungen zur Beratung und Überwachung. Begleitet wurden die Maßnahmen von einer Kommunikationskampagne unter dem Titel gesund-pflegen-online.de.

Evaluationsziel war es, Stand und Entwicklung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in den betrachteten Teilbranchen stationäre und ambulante Pflege sowie Pflege in Kliniken abzubilden und die Eignung der Präventions- und Arbeitsschutzmaßnahmen zu überprüfen.

Ausgewählte Ergebnisse zum Stand und zur Entwicklung des Arbeitsschutzes

Bei der **Prävention von MSE** haben die Einrichtungen der drei Teilbranchen insgesamt gute Ergebnisse erreicht. Legt man jedoch die Erfüllung aller von den GDA-Trägern gestellten Anforderungen zugrunde, konnte festgestellt werden: Viele Betriebe haben bisher noch keine geeigneten Ansätze, Muskel-Skelett-Belastungen systematisch und ganzheitlich zu reduzieren. Insbesondere ein Mangel an angemessenen Konzepten ist durch alle Teilbranchen festzustellen. Der Koordinationskreis des AP Pflege empfiehlt daher, ein einheitliches Verständnis zu ganzheitlichen systematischen Präventions- bzw. Arbeitsschutzkonzepten zum Thema MSE zu entwickeln und zukünftig verstärkt in die gemeinsame Beratung der Betriebe einzubeziehen.

Zum **Arbeitszeitgesetz** erfüllen die Betriebe nach eigenen Angaben und Angaben der Aufsicht die gesetzlichen Anforderungen weitgehend oder vollständig.

Bei der **Prävention von psychischen Belastungen** geben Führungskräfte an, geeignete Aktivitäten zu unternehmen. Diese Einschätzung wird durch das Aufsichtspersonal im Wesentlichen bestätigt. In Betrieben, die sich an der Online-Selbstbewertung beteiligt haben, geben zudem die Führungskräfte an, dass Stresssymptome nur in geringem Umfang auftreten. Allerdings kommen andere Forschungsberichte, in denen Beschäftigte befragt wurden, nicht zu derart positiven Ergebnissen.

Die GDA-Träger sehen zu psychischen Belastungen weiteren Handlungsbedarf, da Führungskräfte und andere Verantwortliche aus Betrieben diesem Thema einen hohen Stellenwert beimessen und Präventions- oder Arbeitsschutzmaßnahmen zu MSE und psychischen Belastungen sich gegenseitig unterstützen.

Bei den Themen **Arbeitsschutzorganisation und Gefährdungsbeurteilung** schneiden die Pflegebetriebe unterschiedlich ab. Die Ergebnisse in der ambulanten und stationären Pflege sind deutlich verbesserungswürdig, in den Kliniken gut. In der ambulanten und stationären Pflege haben sich insbesondere Mängel in der Anwendung des Arbeitsschutzausschusses gezeigt. In allen drei Teilbranchen fallen unterschiedlich starke Defizite in Systematik und Vollständigkeit der Gefährdungsbeurteilung auf. Der Koordinationskreis des AP Pflege empfiehlt daher, zukünftige Aktivitäten gerade auf diese Aspekte auszurichten.

Abschließende Bewertung und Empfehlungen

Das Arbeitsprogramm Pflege hat seine wesentlichen Ziele erfüllt und durch den Maßnahmenmix sowohl einen erheblichen Anteil der Betriebe erreichen und sensibilisieren können als auch nachweisbare Verbesserungen in den Betrieben erzielt. Neben der Besichtigungstätigkeit haben sich insbesondere die Online-Selbstbewertung für die stationäre und ambulante Pflege und die regionalen Informationsveranstaltungen als wirksame und geeignete Präventionsinstrumente erwiesen.

So haben Betriebe, die am Online-Selbstbewertungsinstrument mehrfach teilgenommen haben, sich in den branchenweit festgestellten Defiziten im Bereich MSE deutlich verbessert. Durch die Nutzung des Online-Selbstbewertungsinstrumentes wurde somit wirksam die Verhältnisprävention von MSE gesteigert.

Das Arbeitsprogramm Pflege zeichnete sich auf allen Ebenen durch eine engagierte Kooperation der beteiligten Institutionen von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern aus. Die Nachhaltigkeit der entwickelten Angebote sollte im Regelgeschäft und in der neuen GDA-Periode angemessen berücksichtigt werden. Der Koordinationskreis des AP Pflege empfiehlt daher:

- Präventionsmix (Kombination der Instrumente und Angebote zum Arbeitsschutz) fortführen
- Online-Selbstbewertungsinstrumente (stationäre und ambulante Pflege sowie Pflege in Kliniken) fortführen und ausbauen
- einheitliches Verständnis zu ganzheitlichen und systematischen Präventions- und Arbeitsschutzkonzepten MSE entwickeln
- dem Thema psychische Belastungen weiter einen hohen Stellenwert beimessen
- Zusammenarbeit der GDA-Träger für die Branche Pflege fortführen
- Beratung der Betriebe zur Systematisierung des Arbeitsschutzes intensivieren

Summary

The goal of the “Caring” work program was to reduce the frequency and seriousness of musculoskeletal disorders (MSDs), also taking psychological stress into account, and to promote systematic organisation of occupational safety and health (OSH) in care companies. The institutions involved in the program provided prevention offers targeted at managers of care companies and clinics as well as multipliers.

The prevention mix included an on-line self-assessment tool for in-patient and out-patient care and care in clinics, regional information events, training of senior management and multipliers by social accident insurance institutions and on-site visits for monitoring and advisory purposes. These measures were accompanied by a communication campaign under the title of “gesund-pflegen-online.de”.

The aim was to evaluate the current status and development of OSH in the sub-sectors in question – in-patient and out-patient care and care in clinics – and examine the suitability of prevention and OSH-measures.

Current status and development of OSH: selected results

Care providers in the three sub-sectors concerned have achieved good overall results in the **prevention of MSDs**. However, in terms of fulfilment of all the requirements made by the sponsors of the Joint German OSH Strategy (GDA), it was found that many care companies have not so far developed suitable strategies for systematically reducing MSDs across the board. In particular there is a lack of appropriate plans in all sub-sectors. The coordination committee for the “Caring” program therefore recommends that a uniform understanding of suitable concepts for across-the-board, systematic prevention and protection against MSDs should be developed and incorporated more closely into future discussions amongst care providers.

As far as **working time legislation** is concerned, companies themselves and the inspectors stated that the statutory requirements were largely or fully met.

When it comes to **prevention of psychological stress**, managers stated that appropriate activities were undertaken, and inspectors largely confirmed this. In companies that had taken part in the on-line self-assessment, managers also stated that stress symptoms only occurred to a limited extent. However, other research reports in which employees were surveyed do not come to such positive conclusions.

The sponsors of the Joint German OSH Strategy see a need for further action on psychological stress, as managers and other responsible people in companies attach great importance to this issue and prevention/OSH-measures on MSDs and psychological stress are mutually reinforcing.

When it comes to the **organization of OSH and risk assessment**, the performance of care companies varies. The results for in-patient and out-patient care leave clear room for improvement, whereas for clinics they are good. In in-patient and out-patient care there was, in particular, evidence of shortcomings in the use of the safety and health committee. In all three sub-sectors there were, to varying extents, shortcomings in terms of completeness and a systematic approach to risk assessment. The

coordination committee for the “Caring” program therefore recommends that future activities should be focused on these aspects in particular.

Final assessment and recommendations

The “Caring” work program has largely achieved its aims, and the mix of measures has enabled it to reach a large proportion of care companies, raising awareness amongst them and achieving tangible improvements. In addition to inspections, on-line self-assessment for in-patient and out-patient care and regional information events have proved in particular to be appropriate and effective prevention instruments.

Companies taking part several times in the on-line self-assessment have significantly improved in terms of the shortcomings identified in the field of MSDs. Use of the on-line self-assessment tool has thus effectively improved situational MSD prevention.

At all levels the “Caring” work program has been distinguished by the commitment and cooperation displayed by the institutions involved – the German federal government, federal states and social accident insurance institutions. Sustainability of the offers developed should be adequately taken into account in day-to-day operations and in the new Joint German OSH-strategy. The coordination committee for the “Caring” work program therefore recommends that

- the current mix of preventive activities (combination of instruments and OSH offers) should be continued,
- on-line instruments (in-patient and out-patient care and care in clinics) should be continued and expanded,
- a uniform understanding of suitable concepts for across-the-board, systematic prevention and protection against MSDs should be developed,
- the topic of psychological stress should continue to be an important focus of attention,
- collaboration with the sponsors of the Joint German OSH Strategy (GDA) for the care sector should continue,
- there should be a more intensive provision of advice to companies on systematic occupational safety and health protection.

1. Ziele, Handlungsfeld, Zielgruppen

1.1. GDA-Ziel und Handlungsfeld

Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) ist die von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern (UVT) gemeinsam getragene, bundesweit geltende Arbeitsschutzstrategie. Sie hat das Ziel, Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten durch systematischen Arbeitsschutz – ergänzt durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung – zu erhalten, zu verbessern und nachhaltig zu fördern. Auf Basis einer engen Abstimmung und gemeinsam festgelegter Arbeitsschutzziele wird die Zusammenarbeit der Aufsichtsdienste der Arbeitsschutzbehörden der Länder und der Unfallversicherungsträger bei der Beratungs- und Überwachungstätigkeit verbessert.

Handlungsfeld: Gesundheitsdienst, Schwerpunkt Pflege

Aufbauend auf ihren Erfahrungen und Kompetenzen im Arbeits- und Gesundheitsschutz haben sich die Träger der GDA im Handlungsfeld Gesundheitsdienst mit einem eigenen Arbeitsprogramm Pflege (AP Pflege) in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und Kliniken engagiert. Sie wollten damit auch ein positives Bild von Pflege vermitteln und einen Beitrag für die Zukunft der Gesellschaft leisten: Gesunde und motivierte Pflegekräfte sind die Grundlage, um die Herausforderungen des demografischen Wandels zu bewältigen.

Weiterhin setzten sich die GDA-Träger gemeinsam für die Entwicklung einer Präventionskultur in den Unternehmen der Pflegebranche und die Förderung der Gesundheitskompetenz von Führungskräften und Beschäftigten ein.

Das AP Pflege ist folgendem, gemeinsam festgelegten Arbeitsschutzziel der GDA-Periode 2008-2012 zugeordnet:

Verringerung von Häufigkeit und Schwere von Muskel-Skelett-Belastungen und -Erkrankungen (MSE) unter Einbeziehung der Verringerung von psychischen Belastungen und Förderung der systematischen Wahrnehmung des Arbeitsschutzes in Unternehmen.

1.2. Projektziele Präventionskultur und Gesundheitskompetenz

Im Arbeitsprogrammplan hatten die GDA-Träger folgende Ziele zur Präventionskultur formuliert:

- Weiterentwicklung der Präventionskultur in den Betrieben
- signifikante Verbesserung der Arbeitsschutzorganisation in den Betrieben
- signifikante Erhöhung der Anzahl der Betriebe mit ausgebildeten Führungskräften/Multiplikatoren zu den Themen MSE und psychische Belastungen

- Folgende Projektziele zur Gesundheitskompetenz wurden gemeinsam aufgestellt:
- signifikante Erhöhung der Anzahl der Betriebe mit Präventionsangeboten für die Beschäftigten
- signifikante Erhöhung der Teilnahme von Betriebsärzten und anderen Multiplikatoren an Informationsveranstaltungen/Schulungen zu Themen der Individualprävention
- langfristig: signifikante Senkung der Berufskrankheiten-Fälle (BK-Fälle) MSE und deren Anteil an der Frühverrentung durch gezielte Individualprävention

1.3. Projektziele Operative Umsetzung

Um die genannten Projektziele zu erreichen, hatten die Partner im Arbeitsprogramm Pflege einen innovativen Mix aus Präventionsinstrumenten entwickelt (siehe Kapitel 2). Für deren Umsetzung wurden gemeinsam folgende operative Ziele formuliert:

- Ein Branchenbild im Hinblick auf den Stand der Arbeitsschutzorganisation und der Prävention von MSE und psychischen Belastungen ist anhand einer Online-Erhebung von 30 Prozent der Pflegebetriebe erstellt.
- 15 % der Pflegebetriebe wurden durch regionale und überregionale Informationsveranstaltungen persönlich erreicht.
- 10 % der Pflegebetriebe haben an Schulungen teilgenommen.
- 10 % der Betriebe wurden während eines persönlichen Besuchs beraten.

1.4. Zielgruppen

1.4.1. Betriebe

Laut Pflegestatistik 2007, auf deren Zahlen die Projektplanung basiert, gab es 2007 rund 22.600 ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen¹. Hierbei handelt es sich um kleine und mittlere Unternehmen (KMU). Die stationäre Krankenpflege findet dagegen mehrheitlich in Krankenhäusern und Kliniken statt. 2007 gab es in Deutschland rund 3.000 Krankenhäuser, einschließlich der Reha-Kliniken.

Vor diesem Hintergrund legten die am AP Pflege beteiligten Mitglieder den Maßnahmenswerpunkt auf KMU und setzten im Arbeitsprogrammplan folgende Betriebe als Zielbranchen fest:

Pflegeeinrichtungen (ambulant und stationär) der Alten- und Krankenpflege unter Berücksichtigung regionaler und länderspezifischer Gesichtspunkte. Bevorzugt betrachtet werden insbesondere kleine und mittlere Unternehmensgrößen.

1.4.2. Personengruppen

Als primäre Zielgruppen wurden die Führungskräfte in den Unternehmen der Alten- und Krankenpflege identifiziert, da sie nicht nur die gewünschten Strukturen schaffen

¹ Die Pflegestatistik 2009 lag zum Zeitpunkt der Planung noch nicht vor.

und Wissen vermitteln, sondern ihr Verhalten auch entscheidend die Unternehmenskultur prägt. Über sie sollte das Arbeitsprogramm die Beschäftigten erreichen. Darüber hinaus war es angesichts der großen Zahl von Pflegebetrieben notwendig Multiplikatoren zu nutzen.

Zielgruppen:

- Führungskräfte in Unternehmen der Pflegebranche
- Beschäftigte und Versicherte in den Pflegeberufen
- betriebliche Interessenvertretungen, Arbeitnehmerorganisationen
- betriebsärztliche und sicherheitstechnische Dienste
- Vertreterinnen und Vertreter von Hochschulen und wissenschaftlichen Einrichtungen

2. Gesamtschau über den Verlauf des Arbeitsprogramms

Teil A: Vorgehensweise und Methodik

2.1. Die Präventionsangebote des Arbeitsprogramms Pflege

Die GDA-Träger standen bei der Planung des AP Pflege vor der entscheidenden Frage, wie sie die Vielzahl von KMU in der Pflege und speziell die Führungskräfte mit ihrem Präventions- und Aufsichtshandeln effektiv erreichen könnten. Angesichts der knappen Ressourcen der Aufsichtsdienste der GDA-Träger wurde ein ressourcenschonendes Vorgehen gewählt. Vor diesem Hintergrund war es erforderlich, neben dem klassischen Instrument der Betriebsrevisionen neue Präventionsangebote zu entwickeln und bestehende zu bündeln. Ziel des gemeinsamen Engagements: Möglichst viele Betriebe in relativ kurzer Zeit zu erreichen und für Unternehmen attraktiv zu sein.

Der Präventionsmix des Arbeitsprogramms Pflege bestand aus folgenden Elementen:

- Online-Selbstbewertungsinstrument für die stationäre und ambulante Pflege sowie für die Pflege in Kliniken
- Regionale Informationsveranstaltungen der GDA-Träger zu den Themen und Maßnahmen des AP Pflege
- Zusammenstellung und Erweiterung des Seminarangebots der Unfallversicherungsträger für Führungskräfte und Multiplikatoren
- Betriebsrevisionen zur Evaluation der Ergebnisse der Selbstbewertung und zur Beratung und Aufsicht der Betriebe

2.2. Bildung der Projekt- und Umsetzungsstrukturen

Um eine enge Kooperation und Abstimmung der Träger des dualen Arbeitsschutzes und des Bundes zu realisieren, wurden im Rahmen der GDA auf Bundesebene von den GDA-Trägern Gremien und Strukturen geschaffen. Dazu gehörten zum Beispiel zentrale Koordinations-, Arbeits- und Projektmanagementstrukturen, um die Maßnahmen des Arbeitsprogramms zu planen und vorzubereiten. Weiterhin galt es, bestehende Kooperationsstrukturen der GDA-Träger auf Landesebene einzubeziehen, weiterzuentwickeln oder neue aufzubauen, um eine abgestimmte, regionale Umsetzung des Arbeitsprogramms auf Landesebene zu gewährleisten.

2.2.1. Zentrale Strukturen

- Arbeitsprogrammleitung: paritätisch besetzt, jeweils durch einen Vertreter von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern
- Koordinationskreis des AP Pflege: paritätisch besetzt mit Vertreterinnen und Vertretern der GDA-Träger und des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW)
- Unterarbeitsgruppen (UAG): setzen sich zusammen aus Experten der GDA-Träger und einzelner Partner der GDA, z. B. Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
- GDA-Büro: das bei der BGW angesiedelte GDA-Büro übernahm die Aufgaben eines Projektbüros

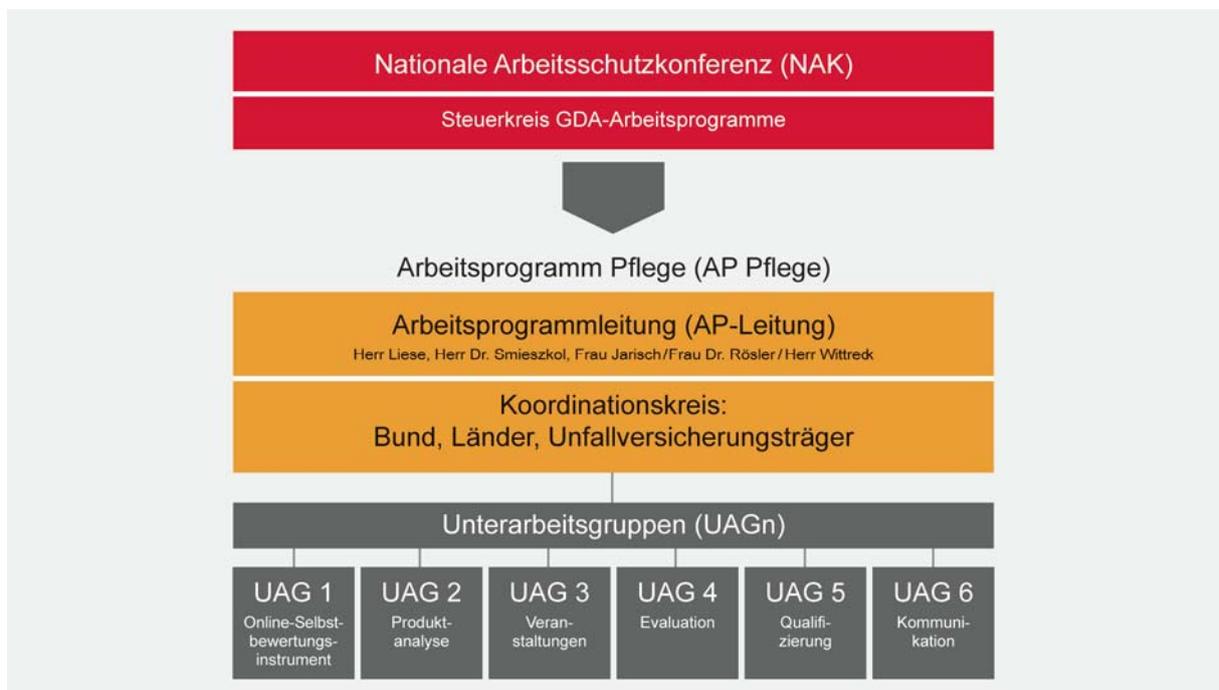


Abb. 2.1 Zentrale Projektstruktur des Arbeitsprogramms (Stand: Dezember 2012)²

² Zum Berichtszeitpunkt hatte Herr Wittreck die Aufgaben von Frau Dr. Rösler (BAuA) als Vertretung des Bundes in der AP-Leitung übernommen. Vorgängerin von Frau Dr. Rösler waren bis zum 31.12.2011 Frau Jarisch, bis Januar 2010 Herr Schwarzwälder (ebenfalls BAuA).

2.2.2. Die Unterarbeitsgruppen

- UAG 1 Online-Selbstbewertungsinstrument (2009 – 2012): Entwicklung und Pflege des Online-Selbstbewertungsinstrumentes für die stationäre und ambulante Pflege sowie für die Pflege in Kliniken
- UAG 1b Toolbox Kliniken (2011 – 2012): Erarbeitung und Pflege der Toolbox des Instrumentes Pflege in Kliniken
- UAG 2 Produktanalyse (2009 – 2011): Produktanalyse der für das AP relevanten Angebote der GDA-Träger
- UAG 3 Strukturen auf Landesebene/Veranstaltungen (2009 – 2012): Konzeptentwicklung für die Umsetzung auf Landesebene, Veranstaltungskonzept für die regionalen Informationsveranstaltungen
- UAG 4 Evaluation (2009 – 2012): Entwicklung des Evaluationskonzeptes und Berichterstattung
- UAG 5 Qualifizierung und Weiterentwicklung (2009 – 2012): Entwicklung von Schulungsangeboten und Vertriebsmaßnahmen
- UAG 6 Kommunikation (2010 – 2012): Entwicklung und Umsetzung der Kommunikationskonzepte für die Zielgruppen sowie die Fachöffentlichkeit

2.2.3. Strukturen auf Landesebene

Mit Ausnahme des Online-Selbstbewertungsinstrumentes und der Kommunikation fand die Umsetzung aller Maßnahmen des Arbeitsprogramms regional beziehungsweise auf Bundeslandebene statt. Um diese Maßnahmen durchzuführen, bedurfte es eigener Kooperationsstrukturen auf Bundeslandebene. Dazu hatten die BGW, die Landesunfallkassen und die Arbeitsschutzbehörden pro Bundesland mindestens einen Koordinator/eine Koordinatorin aus ihren Reihen benannt. Diese sogenannten „regionalen Koordinatoren“ trafen sich in ihrem Bundesland regelmäßig und organisierten die dezentrale Umsetzung der zentral vorgeplanten Maßnahmen des Arbeitsprogramms. Dabei berücksichtigten sie auch die Vorgaben der Umsetzungsvereinbarungen zwischen den jeweiligen Gemeinsamen Landes-bezogenen Stellen (GLS) der UVT und der Obersten Arbeitsschutzbehörden der Länder (OAL).

Die Organisationsstrukturen des Arbeitsprogramms (zentral und dezentral) lassen sich insgesamt in folgendem Schaubild illustrieren:

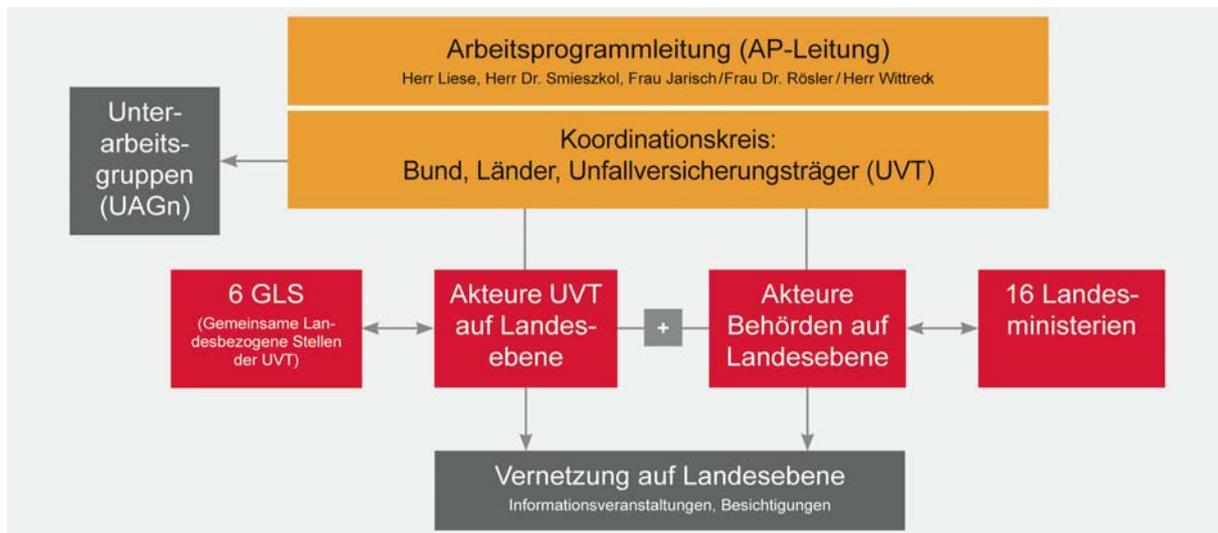


Abb. 2.2 Organisationsstrukturen des Arbeitsprogramms

2.3. Zielgruppenkommunikation

2.3.1. Vorgehen

Voraussetzung für eine erfolgreiche Kommunikation war angesichts der Vielzahl der Akteure ein Höchstmaß an Standardisierung sowie eine nach innen und außen funktionierende Kommunikationsstruktur.

Für eine reibungslose interne Kommunikation wurden eigene Kanäle geschaffen. Dazu gehören der „Interne Bereich“ auf gesund-pflegen-online.de, dem Internetangebot des Arbeitsprogramms, der Infobrief für Länderkoordinatoren sowie der Newsletter gesund-pflegen-online.de/intern. Im passwortgeschützten „Internen Bereich“ wurden alle für die dezentrale Kommunikation notwendigen Dokumente hinterlegt: Sie reichen von der Veranstaltungskommunikation über die Betriebsbesichtigung bis zur dezentralen Pressearbeit. Der Newsletter richtete sich an die Beauftragten für Öffentlichkeitsarbeit der GDA-Träger und informierte über neue Materialien und Ergebnisse der Kampagne.

Die Abstimmung der Unterarbeitsgruppen sowie der Länderkoordinatoren erfolgte über das Wiki des Arbeitsprogramms. Auf Basis der freien Software MediaWiki hatte das Arbeitsprogramm eine zentrale Dokumentations- und Kommunikationsplattform entwickelt, auf die alle am AP Pflege mitwirkenden Vertreterinnen und Vertreter der GDA-Träger Zugriff hatten. Dort wurden alle zentralen Dokumente, Materialien, Protokolle und Termine eingestellt.

Wesentlich getragen wurde die interne Kommunikation durch das GDA-Büro. Das bei der BGW angesiedelte Projektbüro war unter anderem verantwortlich für die Unterstützung der AP-Leitung, die Pflege des GDA-Wiki, die Information der regionalen Koordinatoren sowie die Weitergabe der Passwortanfragen an den Datentreuhänder

sowie die Nutzerbetreuung. Hierzu wurden in den Jahren 2011 und 2012 ca. 1.400 Anfragen über die Mailadresse gda@bgw-online.de bearbeitet.

Um eine hohe Wiedererkennbarkeit der Kampagne zu erreichen, war der Kampagnenname gleichzeitig auch Produktname: gesund-pflegen-online.de. Einheitliche Corporate-Design-Vorgaben der GDA, wenige Schlüsselmotive und Basismedien, wie Briefpapier, Basistexte, Roll-Up-Sets und Kampagnenflyer, ermöglichten eine einfache Umsetzung mit hoher Breitenwirkung.



Abb. 2.3 Schlüsselmotive gesund-pflegen-online.de

Dem Kommunikationskonzept vorausgegangen war eine Analyse der vom Projekt festgelegten Zielgruppen sowie ihres medialen Nutzungsverhaltens. Da eine umfassende Erhebung zur Zusammensetzung der Zielgruppe ambulante und stationäre Pflege nicht vorliegt, stützte sich die Untersuchung auf Leseranalysen³ sowie auf eine Berufsfeldstudie. Diese belegen, dass sich die Zielgruppe schwerpunktmäßig in Fachmagazinen, aber auch im Internet über Neuerungen informiert. Weitere Informationskanäle sind persönliche Empfehlungen von Kollegen sowie der Besuch von Messen und Kongressen.

Die Analyse für die Zielgruppe Führungskräfte aus der Pflege in Kliniken basiert auf Medieninformationen der Fachzeitschrift „Die GesundheitsWirtschaft“ (Bibliomed Verlag) aus dem Jahr 2010 sowie dem bei der BGW vorhandenen Branchenwissen. Diese sagen aus, dass Fachmagazine und Internet als Informationsquelle an erster Stelle der beruflichen Information stehen, gefolgt von dem Besuch von Kongressen und Fachtagungen. Auch der persönliche Austausch innerhalb des beruflichen Netzwerks spielt eine wichtige Rolle.

Wichtigstes Ergebnis der Zielgruppenanalyse war, dass aufgrund der vorhandenen Internetaffinität der Online-Ansatz auch für die Bewerbung des Arbeitsprogramms als erfolgversprechend bewertet wurde.

³ Leseranalysen der Fachzeitschriften „Häusliche Pflege“ und „Altenheim“ (Vincentz Verlag, 2006)

Fazit:

- Das Online-Selbstbewertungsinstrument ist das zentrale Angebot von gesund-pflegen-online.de und damit der entscheidende Faktor in der Gesamtkommunikation. Die Kommunikation ist deswegen zentral auf das Online-Selbstbewertungsinstrument ausgerichtet.
- gesund-pflegen-online.de ist Bewertungs- und Bewerbungsplattform. Daher bietet die Website einen werblichen Bereich mit Informationen zu Veranstaltungen, Schulungen, Imagefilm und Erfahrungsberichten von Anwendern.
- Da es sich bei gesund-pflegen-online.de um ein web-basiertes Angebot handelt, haben Online-Medien bzw. die URL im Rahmen der Vermarktung eine hervorgehobene Bedeutung.

2.3.2. Kommunikationsziele

Schwerpunktmäßig leiteten sich drei Kommunikationsziele ab:

- Unterstützung des Vertriebs beim Erreichen des Vertriebsziels
- Imagebildung: Positionierung aller Träger des Arbeitsprogramms als kompetente Partner der Unternehmen im Arbeitsschutz. Dieses Ziel drückte sich aus im Slogan „Ihr Bündnis für die Pflege“
- gesund-pflegen-online.de als Marke bei der Zielgruppe bekannt machen

2.3.3. Slogan/Botschaften

Um die Aufmerksamkeit der Unternehmen zu wecken, arbeitete das AP Pflege mit einem griffigen Slogan (gesund-pflegen-online.de – Ihr Bündnis für die Pflege) und kommunizierte einfache und klare Botschaften.

Botschaften

- Arbeits- und Gesundheitsschutz lohnen sich.
- Gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind Erfolgsfaktoren für Ihr Unternehmen.
- Die Gesundheit der Pflegenden optimiert Ihre Attraktivität als Arbeitgeber.
- Die Online-Selbstbewertung ist ein einfacher Weg zu mehr Rechtssicherheit.
- Außerdem bietet sie eine Standortbestimmung im Branchenvergleich.

2.4. Vorgehen in der Evaluation

Das Evaluationskonzept des AP Pflege hatte sich die Ziele gesetzt,

- den Stand und die Entwicklung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in der Pflege zu beschreiben (Ergebnisevaluation)
- und die Güte und Wirksamkeit der eingesetzten Maßnahmen sowie die Zusammenarbeit der GDA-Träger zu bewerten (Prozessevaluation).

Vorgehen Ergebnisevaluation

Die Ergebnisevaluation widmete sich den vier Themengebieten, die sich aus dem übergeordneten GDA-Ziel ergaben – MSE, Psychische Belastungen, Arbeitsschutzorganisation und Gefährdungsbeurteilung – und den im Projektplan beschriebenen Größen **Präventionskultur und Gesundheitskompetenz**.

Die Ergebnisse zu **Arbeitsschutzorganisation und Gefährdungsbeurteilung** flossen darüber hinaus in die Dachevaluation ein. Bei diesen beiden Themen wurden die Indikatoren

- Anzahl der Betriebe mit geeigneter Arbeitsschutzorganisation und
- Anzahl der Betriebe mit angemessener Gefährdungsbeurteilung

untersucht. Für diese Indikatoren wurde das Erfüllen aller in den Fragebögen dazu abgeprüften gesetzlichen Anforderungen als Kriterium definiert.

In den Themenfeldern **MSE und Psychische Belastungen** wurden für die Auswertung zum einen das Erfüllen der gesetzlichen Anforderungen bzw. der von UV-Trägern und Arbeitsschutzbehörden gesetzten Standards überprüft, zum anderen weitere Elemente eines guten Arbeitsschutzes, die nicht als Standard definiert, aber von den GDA-Trägern empfohlen werden. Um beide Aspekte gemeinsam auszuwerten, wurde ein Punktesystem entwickelt: Jede Antwortkategorie zu jeder Frage war mit einer Punktzahl versehen.⁴ So ließ sich für den Betrieb pro Thema die durchschnittliche Punktzahl bzw. der prozentuale Anteil der maximal erreichbaren Punkte errechnen. Mit Hilfe dieses Systems ließ sich ebenfalls das Durchschnittsergebnis pro Thema über alle teilnehmenden Betriebe, auch nach Teilbranchen oder Größenklassen, ausweisen. Beispielergebnis: Im Themenfeld MSE haben die stationären Betriebe in der Online-Selbstbewertung durchschnittlich 79,6 % der maximal erreichbaren Punkte erzielt.

Bei den Themen **Präventionskultur und Gesundheitskompetenz** einigten sich die Mitglieder des Arbeitsprogramms mangels einer geeigneten Definition der Begriffe erst am Ende des AP Pflege darauf, für diese Größen das Konzept von Schweer/Krummreich heranzuziehen. Die Evaluation bezog sich auf die beiden Stufen „funktional“ (das Management ist geeignet, gesetzliche Grundlagen und grundlegende Empfehlungen umzusetzen) und „kommunikativ“ (z. B. Verankerung des Ar-

⁴Antwortkategorien: in den meisten Fragen „nein“ = 0, „ansatzweise“ = 1, „weitgehend“ = 2, „vollständig“ = 3 Punkte.

beitsschutzes im Management, Einbeziehen der Mitarbeiter in Entscheidungen, Formulieren und Umsetzen von Gesundheitszielen). Mit Hilfe der vorher entwickelten Fragebögen der Erhebungen ließ sich die Größe „Präventionskultur“ gemäß diesem Konzept gut beschreiben. Die entwickelten Fragen ließen sich aber nur zu einem kleinen Teil der Größe „Gesundheitskompetenz“ zuordnen, sodass hierzu nur die Stufe „kommunikativ“ auswertbar war und eine eher begrenzte Aussagekraft hatte.

Ebenen der Ergebnisevaluation

Im Rahmen des AP Pflege wurden in der Ergebnisevaluation die sechs Evaluationsthemen anhand der beschriebenen Kriterien **auf zwei Ebenen** untersucht:

Auf *Ebene 1* wurden die Indikatoren und Kriterien über alle Fragen des Themengebietes hinweg aggregiert betrachtet. Die Ergebnisse wurden nach den drei Teilbranchen sowie – wo sinnvoll – nach Größenklassen differenziert ausgewertet

Auf *Ebene 2* wurden die einzelnen Fragestellungen der Themengebiete untersucht. Die Evaluation wies hierbei unter anderem die Fragen/Elemente, in denen die größten Defizite bestanden, aus. Auch Korrelationen zwischen dem aggregierten Ergebnis der Ebene 1 und einzelnen Fragestellungen wurden ausgewertet, zum Beispiel: Welchen Einfluss hat das Einbeziehen von Betriebsärzten auf das Gesamtergebnis beim Thema MSE?

Erhebungsinstrumente im AP Pflege

Im Rahmen des AP Pflege wurden drei Erhebungsinstrumente verwendet:

1. In Betrieben der stationären und ambulanten Pflege wurde ein Online-Selbstbewertungsinstrument mit 55 Fragen zu den Themen „Arbeitsschutzorganisation“, „Gefährdungsbeurteilung“, „Gefährdungen des Rückens“ und „Psychische Belastungen“ eingesetzt. In der Laufzeit von **zwei Jahren** beteiligten sich 3.389 Betriebe. Aufgrund der zweijährigen Laufzeit ermöglichte dieses Instrument, die Entwicklung der sogenannten „Mehrfachteilnehmer“, also der Betriebe, die sowohl 2011 als auch 2012 mindestens einmal teilgenommen haben, zu beschreiben.
2. Für die Pflege in Kliniken wurde ein ähnliches Instrument verwendet, das die gleichen Sachverhalte, jedoch mit anderen, auf die besonderen Verhältnisse von Kliniken angepassten, Fragen untersuchte. In der Laufzeit von **einem Jahr** beteiligten sich 374 Kliniken. Beide Instrumente beruhen auf einer freiwilligen Teilnahme der Betriebe. Für die Nutzung waren betriebsbezogene Zugangsdaten erforderlich (zu Einzelheiten des Verfahrens und Quellen der Fragebögen siehe Kapitel 2.5.1 „Das Online-Selbstbewertungsinstrument des AP Pflege“).
3. Sowohl in Betrieben der stationären und ambulanten Pflege als auch in Kliniken wurden im Rahmen einer Zufallsstichprobe in den Jahren 2011 und 2012 insgesamt 2.554 unterschiedliche Betriebe besichtigt. Basis für die Betriebsauswahl war die für das Online-Selbstbewertungsinstrument erstellte,

gemeinsame Adressliste aller Pflegeeinrichtungen und Kliniken. Die vorgegebene Anzahl der Besichtigungen wurde nach dem Königsteiner Schlüssel auf die einzelnen Bundesländer verteilt.

Das beteiligte Aufsichtspersonal hat mit einem zentral von der GDA erarbeiteten Kopfdatenbogen den Stand von

- Arbeitsschutzorganisation und
- Gefährdungsbeurteilung

und mit einem spezifischen Fachdatenbogen mit Fragen zu

- Gefährdungen des Rückens und
- Psychischen Belastungen

den Stand der Gefährdungssituation erhoben.

Die Evaluationsergebnisse der drei genannten Instrumente sind in Kapitel 4 „Auswertung nach Evaluationskonzept“ zusammengefasst.

Vorgehen der Prozessevaluation

Das Arbeitsprogramm hat im Rahmen der Prozessevaluation zwei grundsätzliche Ziele verfolgt:

- Die Güte und Wirksamkeit der eingesetzten Maßnahmen zu bewerten
- Die Zusammenarbeit der GDA-Träger untereinander – sowohl regional als auch in den zentralen Gremien des Arbeitsprogramms – zu bewerten

Um diesen Zielen gerecht zu werden, wurden zusätzliche Aktivitäten durchgeführt, um Rückmeldungen von Anwenderinnen und Anwendern der entwickelten Angebote des AP Pflege zu erhalten – sowohl von Zielgruppen als auch von den an der Durchführung beteiligten Koordinatoren der GDA-Träger und den Aufsichtsdiensten. Insgesamt basieren die Evaluationsaussagen also auf unterschiedlichen Quellen, die in der Gesamtschau ein aussagekräftiges Bild von den eingesetzten Maßnahmen und der Zusammenarbeit bieten.

Die **Bewertung des Fachdatenbogens und der Besichtigungstätigkeit** beruht neben den Besichtigungsergebnissen auf den Rückmeldungen des Aufsichtspersonals in den Schulungen und auf den Feedbackveranstaltungen in den Regionen sowie der Befragung der Aufsichtsbeamtinnen und -beamten in Bayern.

Zur **Bewertung der Online-Selbstbewertungsinstrumente** wurden neben den Erhebungsinstrumenten des AP Pflege noch folgende Quellen herangezogen:

- Feedback der Nutzer: Telefonische Befragung von 50 Betrieben der ambulanten und stationären Pflege durch den Datentreuhänder; Befragung von Führungskräften aus den zwölf Kliniken der Pilotphase des Instrumentes „Pflege in Kliniken“

- Betriebsbesichtigungen: Fragen 2 und 3a-3c des Fachdatenbogens („Hat das Unternehmen an der Online-Selbstbewertung teilgenommen?“ bzw. „Wenn ja, wie hilfreich war a) die Online-Selbstbewertung? b) der Branchenvergleich? c) die Toolbox?“)
- Befragung der Aufsichtsbeamtinnen und -beamten in Bayern: Vom Landeskoordinator durchgeführte Befragung der an den Besichtigungen beteiligten 21 Aufsichtsbeamtinnen und -beamten der Arbeitsschutzbehörden
- Feedbackbögen Infoveranstaltungen: Befragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der regionalen Informationsveranstaltungen

In die **Bewertung der regionalen Informationsveranstaltungen** flossen ein:

- die Ergebnisse der Evaluationsbögen zu den Veranstaltungen
- die Feedbackbögen der Veranstalter
- die Feedbackbögen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Stichprobenumfang: 904 Bögen aus 32 Veranstaltungen)

Die **Bewertung der Seminar-/Schulungstätigkeit** der UV-Träger erfolgte anhand der internen Auswertung der Anbieter.

Um die **Zusammenarbeit im Arbeitsprogramm** sowohl in den zentralen Gremien des Arbeitsprogramms als auch in den einzelnen Regionen angemessen beurteilen zu können, wurden zum Ende des AP Pflege fünf regionale Feedback-Veranstaltungen durchgeführt, in denen die Koordinatorinnen und Koordinatoren der beteiligten Landesbehörden, der Unfallkassen und der BGW zusammen mit dem beteiligten Aufsichtspersonal Stärken und Verbesserungspotenziale im Arbeitsprogramm identifizierten. Darüber hinaus gaben die Mitglieder von Koordinationskreis und Unterarbeitsgruppen ihre Erfahrungen und Einschätzungen in einer eigenen Evaluationssitzung ab.

Die Ergebnisse der Prozessevaluation sind in Kapitel 5 „Erfahrungen, Stärken und Verbesserungspotenziale in der Durchführungsphase“ zusammengefasst.

Teil B: Durchführung

2.5. Zeitplan und ausführliche Darstellung

Nach einer Pilotphase startete das Online-Selbstbewertungsinstrument auf gesund-pflegen-online.de für die ambulante und stationäre Pflege im Oktober 2010. Am 1. November 2011 wurde das Online-Selbstbewertungsinstrument für die Pflege in Kliniken freigeschaltet. Vorausgegangen war eine zweimonatige Pilotphase mit Kliniken.

Im vierten Quartal 2010 fanden die ersten regionalen Informationsveranstaltungen statt, deren weitere Durchführung sich bis Ende 2012 erstreckte.

Das Schulungs- und Seminarprogramm der Unfallversicherungsträger wurde mit speziellen Angeboten des AP Pflege ergänzt und stand in dieser Form ab dem vierten Quartal 2010 bis Ende 2012 für Führungskräfte und Multiplikatoren zur Verfügung.

Im Rahmen des Arbeitsprogramms wurden 2011 und 2012, jeweils in der zweiten Jahreshälfte, insgesamt zehn Prozent der Betriebe der stationären und ambulanten Pflege und zehn Prozent der Kliniken besichtigt.

Neben den vorgestellten Angeboten brachten die GDA-Träger ihre Maßnahmen zur Kommunikation von Good-Practice-Beispielen, zur Unterstützung des Hilfsmittel-Einsatzes und weitere Präventionsangebote beziehungsweise bestehende Kampagnen im Bereich der Pflege in das Arbeitsprogramm ein.



Abb. 2.4 Ablaufplan des Arbeitsprogramms

In den Folgekapiteln werden die einzelnen Präventionsangebote des Arbeitsprogramms ausführlich vorgestellt.

2.5.1. Das Online-Selbstbewertungsinstrument des AP Pflege

Im Rahmen des Begleitprozesses bildete das Online-Selbstbewertungsinstrument gesund-pflegen-online.de den Schwerpunkt des Arbeitsprogramms Pflege der GDA in der Periode 2008 - 2012. Das Instrument fußt auf den Erfahrungen mit einer internetgestützten Selbstbewertung für die stationäre Pflege in Baden-Württemberg, die sich als wirksames Medium zur Analyse und Beratung von kleinen und mittleren Unternehmen der Pflege herausgestellt hatte. Erarbeitet wurde das GDA-Instrument von einer Unterarbeitsgruppe mit Beteiligung von Unfallversicherungsträgern, Arbeitsschutzbehörden und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

In einem zweiten Schritt wurde das Angebot für die Pflege in Kliniken erweitert. Beide Online-Selbstbewertungsinstrumente wurden unter www.gesund-pflegen-online.de/test bereitgestellt. Vor dem jeweiligen Online-Start erhielten alle Pflegeeinrichtungen beziehungsweise Kliniken Deutschlands individuelle Zugangsdaten und Passwörter per Post. Mit diesen Zugangsdaten konnten sie sich für das Online-Selbstbewertungsinstrument einloggen und den Fragenkatalog zu den Themen „Arbeitsschutzorganisation“, „Gefährdungsbeurteilung“, „Gefährdungen des Rückens“ und „Psychische Belastungen“ ausfüllen. Dies bot den Verantwortlichen die Möglichkeit, den Stand des eigenen Unternehmens im Arbeits- und Gesundheitsschutz zu ermitteln.

Nach Eingabe erhielten die Einrichtungen, kapitelspezifisch und gesamt, eine direkte Auswertung ihrer Eingaben am Bildschirm – inklusive Hinweise auf das Unterschreiten gesetzlicher Anforderungen (konkreter Handlungsbedarf) und auf Verbesserungspotenziale. Die Auswertung lieferte den Einrichtungen auch einen Vergleich mit dem Branchendurchschnitt.

Als Beratungsangebot zur Weiterentwicklung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes bot das Online-Selbstbewertungsinstrument zu jeder Frage der Selbstbewertung eine Toolbox („Werkzeugkasten“) mit wichtigen Hintergrundinformationen, konkreten Handlungshilfen, Praxisbeispielen, Arbeitshilfen und Seminarangeboten. Betriebe konnten sich hieraus ein maßgeschneidertes Angebotspaket zusammenstellen, erhielten jedoch gleichzeitig auf das Testergebnis zugeschnittene Unterstützungsangebote.

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin sorgte während der Laufzeit des AP Pflege für eine telefonische Erreichbarkeit für die Nutzer der Online-Selbstbewertungsinstrumente. Insgesamt wurden 273 Anfragen (2011 = 193; 2012 = 80) entgegengenommen.

Datenschutz und Datensicherheit

Um Datenschutz und -sicherheit zu gewährleisten, wurden die individuellen Zugänge von einem externen Datentreuhänder – dem Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation (IAO) – erstellt und versandt. Auch die betriebsspezifischen Dateneingaben wurden vom Datentreuhänder verwaltet und sind für den Bund, die Landesbehörden und Unfallversicherungsträger nicht einsehbar. Die Anonymisierung der Daten sollte es den Betrieben ermöglichen, die Fragen des Online-Selbstbewertungsinstruments möglichst offen und realistisch zu beantworten.

Der Nutzen für die GDA-Träger

Die Ergebnisse der Selbstbewertung lieferten den GDA-Trägern Antworten auf die Fragen:

- Welche Risikofaktoren treten in den unterschiedlichen (Teil-)Branchen auf? Welche Präventionsschwerpunkte bieten sich in den einzelnen Bundesländern an?
- Wie entwickelt sich das Arbeitsschutzniveau im Jahresvergleich? Dies hilft den Aufsichtsdiensten zu erkennen, in welchen Regionen und zu welchen Themen sie schwerpunktmäßig tätig werden müssen und welche Fortschritte sie erzielen. So können sie ihre Präventionsstrategien gezielt weiterentwickeln und ihre personellen Ressourcen effizient einsetzen.

Damit die GDA-Träger nicht von den Ergebnissen auf einzelne Betriebe schließen konnten, wurden die Daten nur aggregiert ausgewertet. Das heißt, dass der Datentreuhänder die Ergebnisse auf Bundeslandebene zusammengefasst hat. So blieb die Anonymität der Einrichtungen gewahrt.

The screenshot shows a web interface for a 'Toolbox Pflege in Kliniken'. The main heading is '3.1.1 Haben Sie im Pflegebereich ein Konzept zur Prävention von Rückenbeschwerden?'. On the left, there is a heatmap image of a spine labeled 'TOPAS_R'. The right side of the page contains text under the heading 'Ziel / Erläuterung'. The text describes a concept for reducing back strain through a combination of measures. A sidebar on the right lists navigation options: 'Ziel / Erläuterung', 'Informationen...', 'Schulungen', 'Beratung', 'Gute Praxis', and 'Rechtsquellen'. The footer includes 'Seite drucken', 'Ansicht ändern', 'Seite 1/9', and navigation buttons 'zurück' and 'weiter'.

Abb. 2.5 Ansicht Toolbox Kliniken

Die Entwicklung des Online-Selbstbewertungsinstrumentes beinhaltete den Aufbau von Organisations- und Arbeitsstrukturen sowie die fachliche Erarbeitung des Fragenkatalogs und der Toolbox. Darüber hinaus spielten EDV-Dienstleistungen und Kapazitäten für den Aufbau der Adressdatenbank, die Datenbank der Selbstbewertung sowie für Programmierung und Test des Instrumentes eine wichtige Rolle. Auch ein begleitendes Marketingkonzept und vielfältige Vertriebsmaßnahmen mussten in der Entwicklungsphase geplant und in der Phase des Betriebs umgesetzt werden. Für die EDV-Dienstleistungen wurden externe Dienstleister einbezogen.

Bei der Entwicklung herangezogene Quellen:

- Die Adresdatenbank der Betriebe wurde auf Basis der AOK-Datenbank erstellt und mit den Adressbeständen der GDA-Träger abgeglichen.
- Das Kapitel 3.2 „Gefährdungen: Psychische Belastung“ des Fragenkatalogs „Stationäre und ambulante Pflege“ basiert auf der Suva-Veröffentlichung „Checkliste: Stress“ (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Suva: Checkliste: Stress, 2000).
- Der Fragenkatalog „Pflege in Kliniken“ basiert in den Kapiteln „Arbeitsschutzorganisation“ und „Gefährdungsbeurteilung“ auf der „Leitlinie Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes“ (hg. v. Nationale Arbeitsschutzkonferenz, Dezember 2011).
- Der Fragenkatalog „Pflege in Kliniken“ basiert im Kapitel „Gefährdungen: Psychische Belastung“ auf dem Selbst-Check des INQA-Projekts „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt (psyGA)“, durchgeführt vom BKK Bundesverband und dem Branchenpartner Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK).

2.5.2. Regionale Informationsveranstaltungen für Führungskräfte

Die Informationsveranstaltungen in den Bundesländern sollten die Verantwortlichen in den Betrieben für die Handlungsfelder des AP Pflege sensibilisieren und auf ihre rechtlichen Verpflichtungen hinweisen. Den Unfallversicherungsträgern und Arbeitsschutzbehörden der Länder bot dies die Möglichkeit, nicht nur Informationen zu vermitteln, sondern auch in direkten Kontakt mit den Betrieben zu kommen und im persönlichen Gespräch ihre Anliegen und Aufgaben zu vermitteln. Darüber hinaus sollten sie die Verantwortlichen der Einrichtungen zur Teilnahme am Online-Selbstbewertungsinstrument motivieren.

Die Veranstaltungen wurden auf Bundeslandebene von den Trägern des Arbeitsprogramms gemeinsam organisiert und durchgeführt. Die Organisation dieser Veranstaltungsreihen erfolgte über die in den Bundesländern etablierten regionalen Strukturen des Arbeitsprogramms. Gleichzeitig wurden wichtige externe Partner als Multiplikatoren eingebunden, zum Beispiel Wohlfahrts-, Berufs- und Unternehmensverbände, Gewerkschaften, VDBW und VDSI (Verband Deutscher Sicherheitsingenieure) sowie große Einrichtungsträger.

Veranstaltungskonzept

Basis der Veranstaltungen war ein standardisiertes Konzept mit vorgegebenen Präsentations- und Informationsmaterialien. Es behandelte die Themen MSE und psychische Belastungen, stellte das Online-Selbstbewertungsinstrument vor und vermittelte die Anliegen von Arbeitsschutzbehörden und Unfallversicherungsträgern. Alle zur Durchführung erforderlichen Materialien (inhaltlich wie organisatorisch) wurden im „Internen Bereich“ von gesund-pflegen-online.de abrufbar hinterlegt. Im öffentlich zugänglichen Bereich des Portals waren die Termine aller Veranstaltungen eingestellt und pro Bundesland abrufbar.

2.5.3. Schulungen und Seminare der Unfallversicherungsträger

Die GDA-Träger kooperierten im Arbeitsprogramm Pflege im Rahmen ihres teils unterschiedlichen gesetzlichen Auftrags. Die Intervention „Schulung von Führungskräften und Multiplikatoren“ entsprach den Aufgaben der Unfallversicherungsträger und wurde daher im Rahmen ihres Schulungs- und Seminargeschäfts durchgeführt. Die GDA-Träger hatten vereinbart, die Schulungsangebote zu nutzen, um insbesondere auf die Themen des Arbeitsprogramms und die Online-Selbstbewertung hinzuweisen und so die Wirkung der anderen Maßnahmen zu unterstützen. Die Planungen und Vorbereitungen dazu sind unter Beteiligung von Arbeitsschutzbehörden, Unfallkassen, BGW und DGUV in der Unterarbeitsgruppe (UAG) „Qualifizierung und Weiterentwicklung“ ausgeführt worden.

Das Arbeitsprogramm verfolgte beim Thema „Schulungen für Führungskräfte und Multiplikatoren“ ein dreigliedriges Vorgehen:

- Bereitstellen und Bewerben bestehender Schulungsangebote der UVT zu den Themen des Arbeitsprogramms
- Entwicklung eines zusätzlichen Moduls zu den Themen des AP Pflege zur Integration in bestehende Schulungsangebote
- Entwicklung eines Qualifizierungsangebots für Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit zur Verbesserung ihrer Beratungskompetenz

Umsetzung

Die ausgewählten Schulungsangebote wurden in der Toolbox des Online-Selbstbewertungsinstruments – sowohl für Pflegeeinrichtungen als auch für Kliniken – gesondert bereitgestellt und kommunikativ mit beworben. Gleichzeitig bot die Website unter dem Link

www.gesund-pflegen-online.de/DE/Schulungen/Schulungen_node.html

eine Übersicht über die ausgewählten Schulungen, differenziert nach Themen und Zielgruppen.

Die Lerneinheit zu den Themen des Arbeitsprogramms richtete sich an die Dozenten der Unfallversicherungsträger. Sie enthielt Präsentations- und Schulungsmaterial, mit dessen Hilfe die Dozenten diese Einheit in ihre Führungskräftebildungen integrieren konnten. Die Lerneinheit und die dazugehörigen Materialien wurden allen Unfallversicherungsträgern zur eigenen Anwendung zur Verfügung gestellt.

Qualifizierung von Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit

Das Qualifizierungsangebot wandte sich an Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit zur Weiterentwicklung ihrer Beratungskompetenz in KMU mit Fokus auf Arbeitsschutz als Organisationsentwicklungsprozess und auf Mitarbeiterbeteiligung. Das Angebot wurde 2004 bis 2007 im Rahmen eines Gemeinschaftsprojekts der BGW und des Amtes für Arbeitsschutz Hamburg – gefördert durch die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)– entwickelt und erprobt.

Das Qualifizierungsangebot beinhaltet

- eine Kick-Off-Veranstaltung sowie
- die Durchführung einer „Standortbestimmung“ per Fragebogen zur Ermittlung der Erfahrung als Berater, des Beratungsverständnisses und der Methodenkompetenz. Auf Basis der Standortbestimmung erhielten die Bewerber ein Rückmeldegespräch, in dem über die Teilnahme an der Qualifizierung entschieden wurde.
- Die eigentliche Qualifizierung umfasst sechs zweitägige Module innerhalb von 9 bis 12 Monaten.

2.5.4. Betriebsbesichtigungen und Schulung der Aufsichtsdienste

Zur Evaluation der Ergebnisse des Online-Selbstbewertungsinstruments, zur Überwachung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in den Betrieben und zur Beratung der dort tätigen Führungskräfte führte das Arbeitsprogramm Pflege Betriebsbesichtigungen durch. Die Betriebsbesichtigungen fanden jeweils in der zweiten Jahreshälfte 2011 und 2012 statt. Dabei wurden jeweils insgesamt zehn Prozent der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und Kliniken (Akut- und Rehakliniken) besichtigt. Damit es innerhalb des Arbeitsprogramms nicht zu Doppelbesichtigungen kam, haben die regionalen Koordinatoren der GDA-Träger die zu besichtigenden Betriebe untereinander vor Besichtigungsstart aufgeteilt.

Besichtigungsbogen

Der Fachdatenbogen des Arbeitsprogramms Pflege wurde gemeinsam von der UAG Evaluation und der UAG Online-Selbstbewertungsinstrument entwickelt, vom Koordinationskreis des Arbeitsprogramms und den zuständigen GDA-Gremien auf Bundesebene genehmigt. Er weist dieselbe Kapiteleinteilung wie der Fragenkatalog des Online-Selbstbewertungsinstrumentes auf. Die Fragen des Fachdatenbogens stellen inhaltliche Zusammenfassungen der Einzelfragen des Online-Selbstbewertungsinstrumentes dar, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Besichtigungen und Selbstbewertung zu gewährleisten.

Schulung der Aufsichtspersonen und weitere Hilfestellungen

Die Schulungen für Aufsichtspersonen der GDA-Träger wurden von der UAG Qualifizierung entwickelt und in der Zeit von Mai bis August 2011 in unterschiedlichen Regionen Deutschlands durchgeführt. Insgesamt 193 Aufsichtspersonen der GDA-Träger wurden in sieben Schulungsveranstaltungen auf ihre Besichtigungstätigkeit vorbereitet. Als weitere Hilfestellung für die Aufsichten erstellte das Arbeitsprogramm eine FAQ-Liste zum Fachdatenbogen und zur Datenerfassung.

2.6. Die Kommunikationskampagne des Arbeitsprogramms

Flankiert wurde gesund-pflegen-online.de durch gezielte Kommunikationsmaßnahmen. Auf diese Weise sollten Betriebe, Unterstützer und die Fachöffentlichkeit für das Angebot gewonnen werden. Die UAG Kommunikation steuerte diese Maßnahmen zentral und unterstützte durch Basismedien die dezentrale Kommunikation der einzelnen GDA-Träger.

Aufgrund der Größe der Zielgruppen entschied man sich, im ersten Schritt medial zu kommunizieren und erst im zweiten Schritt mit Informationsveranstaltungen, Schulungen und Betriebsbesichtigungen persönlich Kontakt aufzunehmen. Dreh- und Angelpunkt der Kommunikation mit den Betrieben waren Mailingaktionen, in denen alle Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber der Zielgruppe in einem persönlichen Anschreiben informiert und mit ihren individuellen Zugangsdaten ausgestattet wurden. Diese Mailings wurden zu den jeweiligen Produktstarts im Oktober 2010 und November 2011 versendet. Weiterhin gab es Nachfass-Mailings mit ausgewählten, beispielsweise regionalisierten Verteilern, oder Mailings zu großen Messen und Veranstaltungen.

Begleitend erfolgte die Fachpressekommunikation mit Presseinformationen und Fachpressegesprächen auf Messen sowie die Information der Unterstützer wie Wohlfahrts- und Berufsverbände und Träger, betriebliche Interessenvertretungen, Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit über deren relevante Medien.

Einen weiteren Schwerpunkt der gesund-pflegen-online.de-Aktivitäten bildeten die Messe- und Kongressauftritte. Sie sollten den Bekanntheitsgrad in der Pflege deutlich steigern. Hier konnte die Branche das Online-Selbstbewertungsinstrument kennenlernen und sich, beispielsweise in Workshops oder einem abwechslungsreichen Rückenshowprogramm, mit den Botschaften des Programms vertraut machen. So war gesund-pflegen-online.de gemeinsam mit der BGW beispielsweise auf den großen bundesweiten Pflegemessen (Altenpflegemesse Nürnberg/Hannover, Pflege+Homecare Leipzig) sowie dem Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit und der A+A gemeinsam mit dem Bündnispartner BGW vertreten. Dezentral durchgeführt wurden die Auftaktveranstaltungen in den einzelnen Bundesländern sowie Kongressteilnahmen bei Pflegeverbänden und Betriebsärzten.

Den Maßnahmen vorausgegangen war die Entwicklung der Informations- und Kommunikationsplattform. Sie bestand aus einem werblichen Bereich, einer Veranstaltungsdatenbank, dem Online-Selbstbewertungsinstrument (geschützter Bereich) sowie einem Dokumentenserver (Interner Bereich) als Backoffice für die regionalen Koordinatoren des Arbeitsprogramms. Mit einem gelungenen Mix aus sachlichen Informationen und emotionaler Ansprache bot der werbliche Bereich von gesund-pflegen-online.de neben Hintergrundinformationen Statements von Anwendern der Online-Selbstbewertung sowie einen Imagefilm, der die Nutzungsentscheidung der Zielgruppe positiv beeinflussen sollte.

2.7. Meilensteine der Umsetzung⁵

2009
<ul style="list-style-type: none">– Aufbau zentraler und dezentraler Projektstrukturen– Bestätigung des Arbeitsprogrammplans durch die NAK 2/2009– Bundesweite Auftaktveranstaltung des Arbeitsprogramms (11/2009) in Ludwigshafen
2010
<ul style="list-style-type: none">– Konzepte für die Umsetzung der im Projektplan beschriebenen Maßnahmen erstellt– Kommunikationskonzept „Stationäre und ambulante Pflege“ sowie Basismedien erstellt– Start Online-Selbstbewertungsinstrument „Stationäre und ambulante Pflege“
2011
<ul style="list-style-type: none">– Start Informationsveranstaltungen in allen Bundesländern– Kommunikationskonzept „Kliniken“ entwickelt– Regionale Schulungen für Aufsichtspersonen durchgeführt– 1. Besichtigungsphase des AP Pflege erfolgreich abgeschlossen– Start Online-Selbstbewertungsinstrument „Pflege in Kliniken“
2012
<ul style="list-style-type: none">– 2. Besichtigungsphase des AP Pflege erfolgreich abgeschlossen– Feedbackveranstaltungen mit regionalen Koordinatoren und Aufsichtspersonal in vier Regionen
2013
<ul style="list-style-type: none">– Abschlussevaluation– Feedbackveranstaltung mit regionalen Koordinatoren und Aufsichtspersonal in Bayern

⁵ Die ausführlichen Statusberichte wurden dem Steuerkreis Arbeitsprogramme quartalsweise vorgelegt.

3. Quantitative Ergebnisse

3.1. Ergebnisse zu den Projektzielen „Operative Umsetzung“

Projektziel a) „Ein Branchenbild im Hinblick auf den Stand der Arbeitsschutzorganisation und der Prävention von MSE und psychischen Belastungen ist anhand einer Online-Erhebung von 30 Prozent der Pflegebetriebe erstellt.“

Ergebnis: Bis zum 31.12.2012 haben 3.763 Betriebe das Online-Selbstbewertungsinstrument genutzt. Das entspricht 14,7 Prozent aller Betriebe der betrachteten Branchen des Arbeitsprogramms.

Projektziel b) „15 Prozent der Pflegebetriebe werden durch regionale und überregionale Informationsveranstaltungen persönlich erreicht.“

Ergebnis: 4.921 Betriebe wurden bis zum 31.12.2012 in rund 110 Informationsveranstaltungen erreicht. Dies entspricht einem Prozentanteil von 19,2 Prozent. Das gesetzte Ziel wurde also übertroffen.

Projektziel c) „10 Prozent der Pflegebetriebe nehmen an Schulungen teil.“

Ergebnis: Bis zum 31.12.2012 haben 3.832 Betriebe an 4 Schulungen und 209 Seminaren zum AP Pflege teilgenommen. Das entspricht 15,0 Prozent.

Darüber hinaus wurde das Arbeitsprogramm Pflege in weiteren 152 Veranstaltungen mit circa 8.500 Teilnehmern thematisch berücksichtigt, die nicht den Charakter von Informationsveranstaltungen, Seminaren oder Schulungen hatten.

Projektziel d) „10 Prozent der Betriebe werden während eines persönlichen Besuchs beraten.“

Ergebnis: In den Jahren 2011 und 2012 wurden jeweils fünf Prozent der Betriebe (= 1.277) besichtigt.

3.2. Ergebnisse der Zielgruppenkommunikation

Die im Kommunikationskonzept verankerten Maßnahmen zeigten stetig zunehmend Erfolge. Mit Stand 31. Dezember 2012 nutzen 1.631 ambulante und 1.758 stationäre Pflegeeinrichtungen sowie 374 Kliniken das Online-Selbstbewertungsinstrument (s. Kapitel 3.1). Die durchschnittlichen Besucherzahlen des Portals *gesund-pflegen-online.de* schwankten zwischen Oktober 2010 und Dezember 2012 zwischen 3.000 und 6.000 Zugriffen monatlich. Die durchschnittliche Verweildauer lag zwischen 45 und 55 Minuten. Rund 50 Prozent der Besucher gelangten via Direktzugriff auf die Portalseite.

Insgesamt wurden im Rahmen des AP Pflege sechs große Mailingaktionen durchgeführt und dabei ca. 85.000 Adressen in den Zielbranchen „Pflege“ und „Kliniken“ angeschrieben. Diese Mailings führten zu einer signifikanten Steigerung der Zugriffs-

zahlen um knapp 25 Prozent sowie zu einer vermehrten Nachfrage nach Zugangsdaten.

Der Versand von vier Presseinformationen sowie eine intensive Fachpressearbeit führten zu mehr als 100 Abdrucken in Fachpublikationen und Verbandszeitschriften sowie Nennungen in Online-Medien. Diese führten unmittelbar zu erhöhten Nachfragen nach Zugangsdaten für das Online-Selbstbewertungsinstrument.

Auch die Resonanz auf die flächendeckend durchgeführten Informationsveranstaltungen und die 16 großen Messe- und Kongressauftritte, wie die Altenpflegemesse Nürnberg, die Pflege+Homecare Leipzig, A+A Düsseldorf und den Betriebsärztekongress in Weimar, war durchweg positiv. Die Veranstaltungen boten die Möglichkeit mit Interessenten und Anwendern ins Gespräch zu kommen und direkt vor Ort den Einsatz von gesund-pflegen-online.de zu demonstrieren.

Die detaillierte Analyse dieser Zahlen verdeutlicht, dass der gewählte Kommunikationsmix den Erfolg des AP Pflege effektiv unterstützt und das notwendige Interesse bei der Zielgruppe und in der Fachöffentlichkeit nachhaltig geweckt hat. Insbesondere die kontinuierlich steigenden Teilnehmerzahlen ohne weitere Kommunikationsmaßnahmen in den letzten Monaten des Arbeitsprogramms zeigen, dass der Nutzen des Online-Selbstbewertungsinstruments inzwischen auch durch Mund-zu-Mund-Propaganda kommuniziert wird.

Bewährt haben sich auch die Medien für die interne Kommunikation des Arbeitsprogramms wie das GDA-Wiki und der interne Bereich auf gesund-pflegen-online.de. 265 Anwender nutzten regelmäßig das GDA-Wiki mit mehr als 64.000 Seitenaufrufen. Auch der „Interne Bereich“ hatte, insbesondere nach dem Start von gesund-pflegen-online.de, monatlich etwa 250 Besucher, die sich die benötigten Dokumente herunterladen oder Veranstaltungen einstellten.

4. Auswertung nach Evaluationskonzept

Das Vorgehen und die methodischen Grundlagen der Evaluation sind in Kapitel 2.4 „Vorgehen in der Evaluation“ erläutert.

4.1. Daten der Betriebsbesichtigungen

Da die zu besichtigenden Betriebe im Rahmen einer Zufallsstichprobe ermittelt wurden, ist anzunehmen, dass die Ergebnisse eine hohe Validität besitzen.

4.1.1. Ambulante Dienste

Arbeitsschutzorganisation

49,4 % der ambulanten Dienste haben eine geeignete Arbeitsschutzorganisation.

Diese Aussage gibt eine zusammenfassende Bewertung des Aufsichtspersonals für den Gesamtkomplex Arbeitsschutzorganisation wieder. Im Gegensatz zur Online-Selbstbewertung wurden keine abzuprüfenden Einzelelemente vorgegeben.

Die sicherheitstechnische Betreuung ist bei 76,7 %, die betriebsärztliche Betreuung bei 84,8 % der ambulanten Dienste gewährleistet. Der Arbeitsschutzausschuss tagt bei 53,5 % der ambulanten Dienste regelmäßig. 22 % der Betriebe haben ein Managementsystem mit integriertem Arbeitsschutz.

Gefährdungsbeurteilung

38,4 % der ambulanten Dienste führen eine angemessene Gefährdungsbeurteilung durch.

Es besteht hier ein deutlicher Unterschied bei den Betriebsgrößen-Klassen. Je größer der Betrieb ist, desto angemessener wird die Gefährdungsbeurteilung durchgeführt. Zu beachten ist, dass die Aussage nicht allein das Vorhandensein einer Gefährdungsbeurteilung wiedergibt, sondern die qualitative Bewertung der Gefährdungsbeurteilung als „angemessen“ einschließt.

Gefährdungen des Rückens

Im Themenbereich „Gefährdungen des Rückens“ haben die ambulanten Dienste im Schnitt 69,6 % der maximal möglichen Punktzahl erreicht.

Neben dieser Einschätzung ist noch von Interesse, wie viele Betriebe die gesetzlichen Anforderungen erfüllen, nämlich 65,8 % der ambulanten Dienste. Bei den Betriebsbesichtigungen wurde deutlich, dass Optimierungspotenzial insbesondere bezüglich eines Konzepts zur Prävention von Rückenbeschwerden besteht und auch vermehrt Trainingsprogramme zur Stärkung der Rückenmuskulatur angeboten werden sollten. Diese Ergebnisse werden in der Selbstbewertung bestätigt (s. 4.2).

Arbeitszeitgesetz

58,7 % der Betriebe halten das Arbeitszeitgesetz vollständig ein. Fast 100 % der Betriebe halten es weitgehend oder vollständig ein.

Offensichtlich werden große Anstrengungen unternommen, um das Arbeitszeitgesetz einzuhalten.

Psychische Belastungen

Zu Stress und anderen psychischen Beanspruchungen wird angegeben, dass diese überwiegend (70 %) nur gelegentlich auftreten. Eine weitgehende Einbeziehung der Mitarbeiter in die Planung und Gestaltung der Arbeit geben 92 % der ambulanten Dienste an.

Fast zwei Drittel der Betriebe haben kein oder nur ansatzweise ein Konzept zum Umgang mit Gewalt und Aggressionen. Obwohl dieses nicht im Vorschriften- und Regelwerk gefordert wird, ist es mittlerweile in der Fachwelt unbestritten, dass ein derartiges Konzept zum Standard eines zeitgemäßen Arbeitsschutzes in der Pflege gehört.

Präventionskultur und Gesundheitskompetenz

Präventionskultur beschreibt den Stellenwert, den Sicherheit, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung im Unternehmen haben, und ob die gelebte Wirklichkeit, das heißt das Handeln der Akteure, auch danach ausgerichtet ist. Für die Präventionskultur sind funktionierende organisatorische Regelungen im Betrieb notwendig. Die Beschäftigten werden beteiligt und Zielsetzungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sind vorhanden.

Gesundheitskompetenz beschreibt das individuelle Wissen und Verhalten, individuelle Ressourcen zu sichern und zu verbessern. Hierzu sind Zielsetzungen und Schulungsangebote sowie organisationale Voraussetzungen notwendig.

Präventionskultur und Gesundheitskompetenz wurden nach Schweer/Krummreich in den beiden Dimensionen „funktional“ und „kommunikativ“ betrachtet. „Funktional“ bedeutet, dass das Management geeignet ist, gesetzliche Anforderungen und grundlegende Empfehlungen umzusetzen. Unter „kommunikativ“ wird subsumiert, dass der Arbeitsschutz im Management verankert und anerkannt ist, dass Gesundheitsziele formuliert und umgesetzt werden und dass auf die Mitsprache der Mitarbeiter geachtet wird.

Bei der Einschätzung der Präventionskultur in ambulanten Diensten zeigt sich kein einheitliches Bild (vgl. Abb. 4.1). Der starke positive Zusammenhang zwischen der „funktionalen“ und „kommunikativen“ Stufe wird bestätigt. Die Aufsicht sollte qualifiziert werden, um die unterschiedliche Ausprägung von Präventionskultur zu erkennen und angemessen beraten zu können. So verfügen beispielsweise Betriebe im Bereich „C“ über gute kommunikative Kompetenzen, hier wäre die Verstärkung der funktionalen Qualität zu fördern. Betriebe im Bereich „B“ würden dem Aufsichtsdienst wegen der guten funktionalen Qualität wahrscheinlich gar nicht als mangelhaft auffal-

len. Insbesondere im Hinblick auf die psychischen Belastungen wäre hier aber die Förderung der kommunikativen Kompetenzen anzuraten.

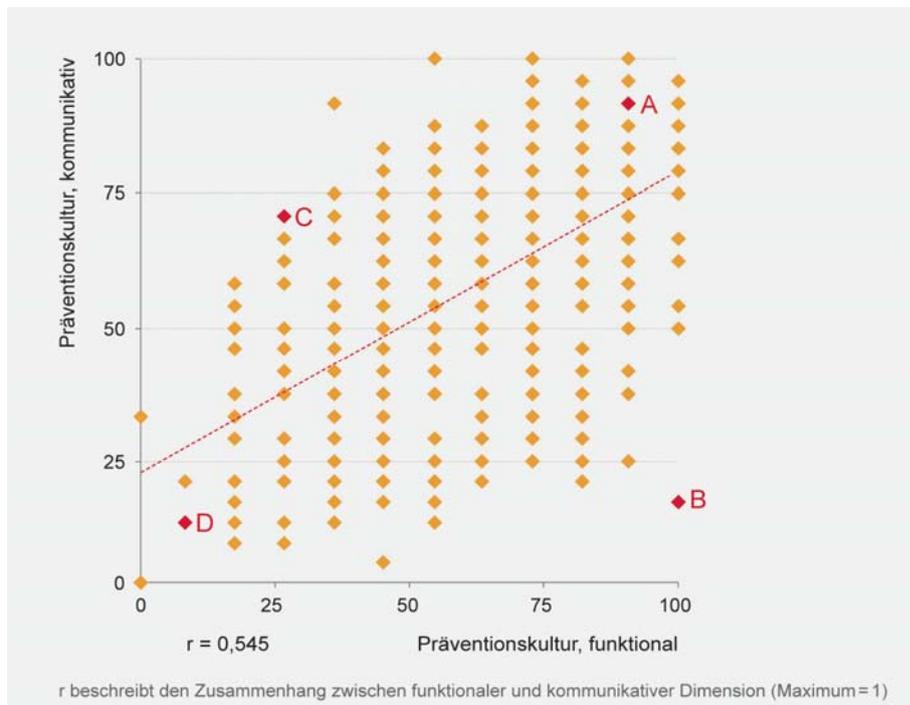


Abb. 4.1 Bereiche der Präventionskultur in der ambulanten Pflege

Bei den Fragen zur „Gesundheitskompetenz“ haben die ambulanten Dienste im Schnitt 53,5 % der maximal möglichen Punktzahl erreicht.

Somit wird bei den Besichtigungen festgestellt, dass in den ambulanten Diensten die Gesundheitskompetenz der Beschäftigten gefördert wird, es aber durchaus noch „Luft nach oben“ gibt.

4.1.2. Stationäre Einrichtungen

Arbeitsschutzorganisation

69,5 % der stationären Pflegeeinrichtungen haben eine geeignete Arbeitsschutzorganisation.

Die sicherheitstechnische Betreuung ist bei 95,3 %, die betriebsärztliche Betreuung bei 97 % der stationären Einrichtungen gewährleistet. Der Arbeitsschutzausschuss tagt in 81,4 % der Betriebe regelmäßig. Etwa ein Drittel der Betriebe haben ein Managementsystem mit integriertem Arbeitsschutz.

Gefährdungsbeurteilung

56,0 % der stationären Pflegeeinrichtungen führen eine angemessene Gefährdungsbeurteilung durch.

Die Qualität der Gefährdungsbeurteilung ist von der Betriebsgröße abhängig. Von den kleineren Betrieben (1 bis 9 Mitarbeiter) haben nur 39 % eine angemessene Gefährdungsbeurteilung, bei den Betrieben mit mehr als 250 Beschäftigten sind es immerhin 83 %.

Gefährdungen des Rückens

Im Themenschwerpunkt „Gefährdungen des Rückens“ haben die stationären Pflegeeinrichtungen im Schnitt 72,4 % der maximal möglichen Punktzahl erreicht.

Diese hohe Prozentzahl zeigt sich auch, wenn die Erfüllung gesetzlicher Anforderungen bewertet wird: 74,0 % der stationären Pflegeeinrichtungen erfüllen diese. Insbesondere die Arbeit an höhenverstellbaren Betten scheint inzwischen Standard zu sein. Optimierungspotenzial besteht bei den Fragen:

- Existenz eines Konzepts zur Prävention von Rückenbeschwerden
- Bereitstellung der ermittelten Hilfsmittel
- Förderung von Trainingsprogrammen zur Stärkung der Rückenmuskulatur

Arbeitszeitgesetz

67,6 % der Betriebe halten das Arbeitszeitgesetz vollständig ein, fast 100 % halten es weitgehend oder vollständig ein.

Psychische Belastungen

Zu Stress und anderen psychischen Beanspruchungen wird angegeben, dass diese in 24 % der Betriebe oft und in 66 % der Betriebe gelegentlich auftreten. Damit wird die psychische Belastung im stationären Bereich etwas höher eingeschätzt als im ambulanten. Eine weitgehende Einbeziehung der Mitarbeiter in die Planung und Gestaltung der Arbeit geben 90 % der Betriebe an.

Über die Hälfte der Betriebe haben kein Konzept zum Umgang mit Gewalt und Aggression oder nur ansatzweise.

Präventionskultur und Gesundheitskompetenz

Bei der Einschätzung der Präventionskultur zeigt sich auch hier, analog zu den ambulanten Diensten, kein einheitliches Bild. Der starke positive Zusammenhang zwischen der funktionalen und kommunikativen Dimension wird bestätigt, eine Ableitung von Präventionsstrategien aus diesem Kriterium heraus ist aufgrund des inhomogenen Gesamtbildes kaum möglich. Die Ausprägung der Gesundheitskompetenz mit 61,0 % der maximal möglichen Punktzahl liegt etwas höher.

4.1.3. Kliniken

Arbeitsschutzorganisation

88,1 % der Kliniken haben eine geeignete Arbeitsschutzorganisation.

Die sicherheitstechnische Betreuung ist bei allen (100 %) und die betriebsärztliche Betreuung fast bei allen Kliniken gewährleistet. Der Arbeitsschutzausschuss tagt in allen Kliniken regelmäßig, etwa 40 % der Betriebe haben ein Managementsystem mit integriertem Arbeitsschutz. Damit wird deutlich, dass sich die Arbeitsschutzorganisation in den Kliniken auf einem sehr hohen Niveau befindet.

Gefährdungsbeurteilung

73,1 % der Kliniken führen eine angemessene Gefährdungsbeurteilung durch.

Auch in diesem Aspekt schneiden die Kliniken deutlich besser als die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ab.

Gefährdungen des Rückens

Im Themenbereich „Gefährdungen des Rückens“ haben die Kliniken im Schnitt 69,9 % der maximal möglichen Punktzahl erreicht.

Diese hohe Prozentzahl zeigt sich auch, wenn die Erfüllung gesetzlicher Anforderungen bewertet wird: 70,3 % der Kliniken erfüllen diese. Viele gute Einzelaktivitäten zu MSE können in den Kliniken beobachtet werden. Insbesondere die Arbeit an höhenverstellbaren Betten, das Bereitstellen erforderlicher Hilfsmittel und das Einbeziehen der Mitarbeiter in die Ermittlung des Hilfsmittelbedarfs sind auf einem hohen Niveau.

Optimierungsmöglichkeiten bestehen für eine generelle Systematik zur Reduzierung der Gefährdungen des Rückens, die einheitliche Konzepte zur Prävention von Rückenbeschwerden und Schulungen der Beschäftigten zum rückerleichterem Arbeiten umfasst.

Arbeitszeitgesetz

63,8 % der Kliniken halten das Arbeitszeitgesetz vollständig ein, fast 100 % halten es weitgehend oder vollständig ein.

Psychische Belastungen

Das Einbeziehen der Mitarbeiter in die Planung und Gestaltung der Arbeit findet auf einem hohen Niveau statt. In großen Kliniken werden mehr Anzeichen für Stress als in kleinen festgestellt.

Präventionskultur und Gesundheitskompetenz

Ein starker positiver Zusammenhang zwischen den beiden Ebenen funktional und kommunikativ ist hier ebenfalls vorhanden, wobei sich eine große Zahl der Kliniken auf einem hohen funktionellen und kommunikativen Niveau befindet.

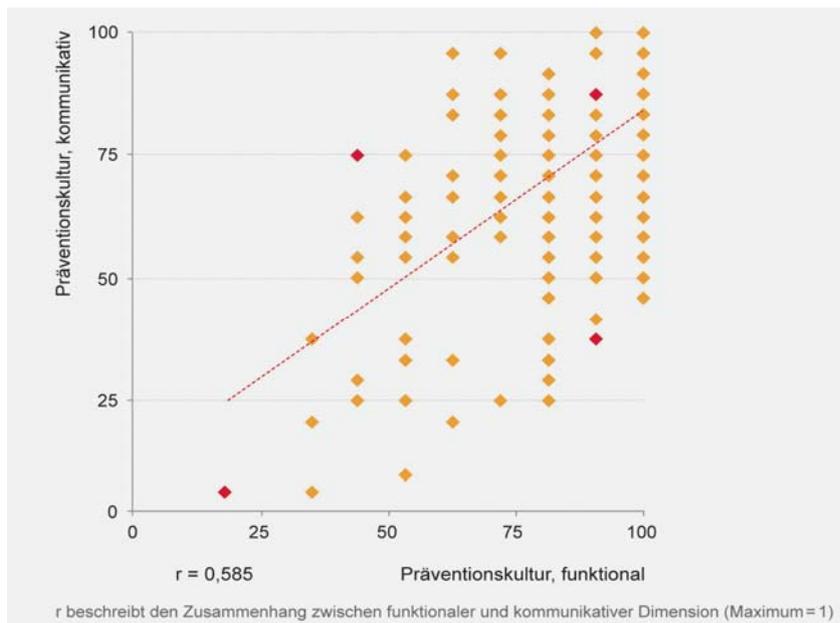


Abb. 4.2 Ausprägung der funktionalen und kommunikativen Präventionskultur in den Kliniken (Betriebsbesichtigungen)

Bei den Fragen zur „Gesundheitskompetenz“ haben die Kliniken im Schnitt 67,1 % der maximal möglichen Punktzahl erreicht.

4.2. Online-Selbstbewertungsinstrument

Die Ergebnisse der Online-Selbstbewertung geben den Stand in den teilnehmenden Betrieben wieder und sind nicht 1:1 auf die Gesamtbranche zu übertragen.

4.2.1. Ambulante und stationäre Pflege

Arbeitsschutzorganisation

26,7 % der teilnehmenden Betriebe der ambulanten und 46,1 % der teilnehmenden Betriebe der stationären Pflege verfügen über eine geeignete Arbeitsschutzorganisation.

Die Aussage ergibt sich aus der Selbstbewertung anhand von sieben Einzelelementen mit gesetzlichen Anforderungen und stellt nicht – wie in den Besichtigungen – eine zusammenfassende Einschätzung dar.

Defizite liegen vor allem in

- der regelmäßigen Durchführung von Arbeitsschutzausschusssitzungen,
- der regelmäßigen Durchführung von Arbeitsschutzunterweisungen sowie
- der Organisation von Notfallplanungen und Erste Hilfe.

Sowohl in den ambulanten als auch in den stationären Einrichtungen ist das Ergebnis deutlich verbesserungswürdig.

Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Kriterien für „geeignete Arbeitsschutzorganisation“ sehr anspruchsvoll formuliert waren (alle relevanten Fragen mit ja, bzw. vollständig beantwortet).

Da im Rahmen der Datenerhebung auch Längsschnittbetrachtungen möglich waren (Mehrfachteilnehmer 2011 und 2012), konnten Veränderungen in diesen Betrieben ausgewertet werden. Generell konnte bei den Mehrfachteilnehmern aus dem Bereich der ambulanten Pflege eine deutliche Verbesserung der Arbeitsschutzorganisation festgestellt werden. Verbesserungen traten insbesondere bei den festgestellten Defiziten auf.

Der Anteil der „Mehrfachteilnehmer“, die die gesetzlichen Anforderungen erfüllen, ist bei ambulanten Einrichtungen stärker angestiegen als bei stationären. Die stationären Einrichtungen sind insgesamt bereits auf einem höheren Niveau, verbessern sich dennoch in Einzelfragen.

Betriebe, die 2011 und 2012 teilgenommen und sich verbessert haben, haben allerdings nicht häufiger eine Arbeitsschutzausschusssitzung durchgeführt. Offen bleibt, ob der ASA nicht das geeignete Instrument für KMU ist, die richtige Gestaltung einer Sitzung unbekannt ist oder der Nutzen den Betrieben nicht bewusst ist.

Betriebe, die eine geeignete Arbeitsschutzorganisation haben, binden auch verstärkt Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit ein.

Die folgende Abbildung zeigt, dass die Einbindung von Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt je nach Ausprägung der Arbeitsschutzorganisation (ASO) unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Bei einer geeigneten ASO ist die Einbindung deutlich intensiver. Auch der Umkehrschluss ist zielführend: Durch eine stärkere Einbindung von Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt wird die Arbeitsschutzorganisation – sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege – verbessert.

Arbeitsschutzorganisation	nicht geeignet	geeignet
Einbindung des Betriebsarztes in Entscheidungsprozesse	26,6% (48,7%)	64,6% (76,8%)
Einbindung der Fachkraft für Arbeitssicherheit in Entscheidungsprozesse	43,5% (59,5%)	76,3% (86,6%)

Abb. 4.3 Einbindung von Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit (%-Angaben stationäre Pflege in Klammern)

Zusammenfassung zur Arbeitsschutzorganisation

- Der Nutzen von ASA-Sitzungen sollte in den Betrieben besser kommuniziert werden. Es ist zu prüfen, ob zukünftig Anpassungen des Instrumentes an die Bedürfnisse von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen notwendig sind.

- Die Einbeziehung von Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt verbessert signifikant die Qualität der Arbeitsschutzorganisation in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.
- Das Bewusstsein für die speziellen Arbeitsschutzthemen wird offensichtlich durch die Teilnahme am Online-Selbstbewertungsinstrument gesteigert. Betriebe widmen sich den identifizierten Defiziten und verbessern sich dadurch.
- Durch die Nutzung des Online-Selbstbewertungsinstrumentes konnte die Qualität der Arbeitsschutzorganisation verbessert werden. In stationären Einrichtungen sind die Effekte geringer als in den ambulanten Diensten.

Gefährdungsbeurteilung

17,3 % der teilnehmenden Betriebe der ambulanten und 22,9 % der teilnehmenden Betriebe der stationären Pflege haben eine angemessene Gefährdungsbeurteilung.

Auch diese Aussage ergibt sich aus der Selbstbewertung anhand von sieben Elementen mit gesetzlichen Anforderungen und stellt nicht – wie in den Besichtigungen – eine zusammenfassende Einschätzung dar.

Folgende Defizite sind festzustellen:

- Die Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung ist nicht vollständig, insbesondere bezüglich:
 - Dokumentation
 - Überprüfung der Wirksamkeit ergriffener Maßnahmen bei Gefährdungen
 - erneuter Beurteilung bei Veränderung der Arbeitsbedingungen
 - Berücksichtigung besonderer Personengruppen

Auch hier zeigt sich bei Mehrfachteilnehmern sowohl bei ambulanten Diensten als auch bei stationären Pflegeeinrichtungen ein deutlicher Verbesserungseffekt, gerade bei den Aspekten einer systematischen Durchführung.

Betriebe, die eine angemessene Gefährdungsbeurteilung haben, werden bei der Beurteilung verstärkt von Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit unterstützt.

Die folgende Abbildung zeigt, dass die Einbindung von Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt je nach Angemessenheit der Gefährdungsbeurteilung unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Bei einer angemessenen Gefährdungsbeurteilung ist die Einbindung deutlich intensiver. Auch der Umkehrschluss ist zielführend: Eine stärkere Einbindung von Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt verbessert die Qualität der Gefährdungsbeurteilung – sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege.

Gefährdungsbeurteilung	nicht angemessen	angemessen
Unterstützung bei der Gefährdungsbeurteilung durch den Betriebsarzt	39,9% (60,0%)	69,9% (77,8%)
Unterstützung bei der Gefährdungsbeurteilung durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit	59,1% (80,8%)	91,7% (95,2%)

Abb. 4.4 Unterstützung von Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit bei der Gefährdungsbeurteilung (%-Angaben stationäre Pflege in Klammern)

Zusammenfassung zur Gefährdungsbeurteilung

- Der Anteil der teilnehmenden Betriebe, die die Anforderungen vollständig erfüllen, ist verbesserungswürdig. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass im Instrument ein hoher Standard gefordert wird. Das „Hauptproblem“ scheint die fehlende Systematik bei der Durchführung der Gefährdungsbeurteilung zu sein.
- Das Einbeziehen von Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt verbessert signifikant die Systematik der Gefährdungsbeurteilung.
- Das Ausmaß der Verbesserung der Mehrfachteilnehmer ist sehr deutlich. Der Anteil der Mehrfachteilnehmer, die die gesetzlichen Anforderungen erfüllen, ist bei ambulanten Einrichtungen stärker angestiegen als bei stationären. Derselbe Effekt liegt bei kleinen Einrichtungen im Vergleich zu größeren vor.

Muskel-Skelett-Erkrankungen

Im Themenbereich „Gefährdungen des Rückens“ haben die teilnehmenden ambulanten Betriebe im Schnitt 74,5 % und die stationären Einrichtungen im Schnitt 77,6 % der maximal möglichen Punktzahl erreicht.

Es zeigt sich, dass bei diesem Thema schon viele Aktivitäten durchgeführt werden, Insbesondere bei

- patientenbezogener Ermittlung des Bedarfs an Hilfsmitteln sowie beim
- Einbeziehen der Mitarbeiter bei der Ermittlung des Hilfsmittelbedarfs
- und der Nutzung von höhenverstellbaren Betten (stationär)

wird ein sehr guter Stand erreicht.

Defizite liegen vor allem in:

- der Existenz eines Konzeptes zum rückengerechten Arbeiten
- der Schulung von Mitarbeitern begleitend am Arbeitsplatz
- der Unterstützung zur Wahrnehmung von Trainingsprogrammen (stationär)

Eine Besonderheit bezüglich des Einsatzes von höhenverstellbaren Betten muss in der ambulanten Pflege festgestellt werden: Die Pflegedienste haben darauf häufig keinen Einfluss, weil sie abhängig von den Kundenwünschen und den Pflegekassen sind. Letzteres führt zu Zeitverzögerungen, bis ein Pflegebett beschafft ist. Gegenüber den Kunden hilft nur ein Festschreiben im Pflegevertrag.

Bei „Gefährdungen des Rückens“ haben 13,3 % der teilnehmenden Betriebe der ambulanten und 10,9 % der Betriebe der stationären Pflege den definierten Standard erreicht.

Gegenüber den recht hohen Punktzahlen bei der Durchführung von Maßnahmen fällt diese Bewertung deutlich ab. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Kriterien für die Erfüllung des definierten Standards streng formuliert waren („alle relevanten Fragen mit „ja“ bzw. „vollständig“ beantwortet).

Häufig bestehen auch in dieser Betrachtung Defizite bei

- der Existenz eines Konzeptes zum rückengerechten Arbeiten und
- der tatsächlichen Nutzung von bereitgestellten Hilfsmitteln.

Auch bei der Erfüllung des definierten Standards sind bei Mehrfachteilnehmern im Durchschnitt Verbesserungen festzustellen. Der Anteil der Mehrfachteilnehmer, die diesen Standard erfüllen, ist angestiegen.

Zusammenfassung zu MSE oder Gefährdungen des Rückens

- Es besteht ein gutes Gesamtbild für Einzelmaßnahmen im Bereich der Gefährdungen des Rückens.
- Es fehlt jedoch häufig ein ausgearbeitetes Konzept zum einheitlichen rückengerechten Arbeiten und zu Schulungsaktivitäten, um das zu erreichen, was zwischenzeitlich als „Stand der Technik“ (= Standard) in der Fachwelt gesehen wird.
- Anzunehmen ist, dass die Betriebe vielfach noch keine Vorstellung davon haben, wie sie Muskel-Skelett-Belastungen systematisch und ganzheitlich im Sinne eines Konzeptes im Betrieb reduzieren können.

Psychische Belastungen

Um die Einschätzung der Führungskräfte zur psychischen Belastung und Beanspruchung zu erheben, wurden Fragen zu folgenden Themen gestellt: Anzeichen von Stress und psychischen Beanspruchungen, Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes, qualifizierte und beteiligungsorientierte Betriebsorganisation sowie Betriebsklima.

Im Themenbereich „Psychische Belastungen“ haben die teilnehmenden Betriebe der ambulanten Pflege im Schnitt 80,9 % und die teilnehmenden Betriebe der stationären Pflege 78,1 % der maximal möglichen Punktzahl erreicht.

Arbeitszeit

86 % der teilnehmenden ambulanten und 91 % der teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen halten das Arbeitszeitgesetz ein.

Betriebsorganisation

- Die Ergebnisse, ob ein Konzept zum Umgang mit Gewalt und Aggressionen existiert, fallen deutlich ab. In Betrieben der ambulanten Pflege ist ein solches Konzept nur anlassbezogen relevant, weshalb die Frage dichotom beantwortet wurde („Entweder sie brauchen es oder nicht“). Wenn man aufgrund dieser Einschränkung die Frage bei der Berechnung der Punktwerte weglässt, erreichen die Betriebe durchschnittlich 85,7 % bzw. 80,1 % der maximal erreichbaren Punktzahl.
- Einrichtungen der stationären Pflege weisen besonders in der Vermeidung von Unterbrechungen der Arbeit Verbesserungspotenzial aus.

Betriebsklima

Bei der Frage zur Mitarbeiterzufriedenheit antworten rund 90 % der Betriebe mit „weitgehend“ oder „vollständig“. Dies ist jedoch die Einschätzung der Führungskraft, die diese Frage beantwortet. Ist die Mitarbeitervertretung bei der Beantwortung der Fragen beteiligt, ergibt sich allerdings kein signifikant abweichendes Bild. Die Sicht der Mitarbeiter könnte ein Unternehmen zum Beispiel durch eine Mitarbeiterbefragung ergänzend erheben.

In der Längsschnittbetrachtung zeigt sich, dass auch bei diesem hohen Anfangsniveau in der ambulanten Pflege starke (6,7 %) und in der stationären Pflege leichte (2,7 %) Verbesserungen zu verzeichnen sind.

Zusammenfassung zu Psychischen Belastungen

Die Ergebnisse der Online-Selbstbewertung in der ambulanten und stationären Pflege weisen aus, dass Maßnahmen zur Gestaltung der Betriebsorganisation und des Betriebsklimas in den Betrieben gut verankert sind. Auch werden Stress und die allgemeine psychische Belastung thematisiert. Das Online-Selbstbewertungsinstrument

stellt die Ergebnisse jedoch nur aus Sicht der Führungskräfte dar. Um ein Gesamtbild zu erhalten, empfiehlt es sich, die Mitarbeiterperspektive mit einzubeziehen. Emotionale Belastungen bei personenbezogenen Dienstleistungen wurden nicht abgefragt. Es zeigt sich trotz der guten Ausgangswerte auch hier, dass das Online-Selbstbewertungsinstrument geeignet ist Verbesserungen zu bewirken.

Präventionskultur und Gesundheitskompetenz

Abb. 4.5 verdeutlicht, dass ein starker positiver Zusammenhang zwischen den Dimensionen „funktional“ und „kommunikativ“ besteht, das heißt je mehr funktionale Kriterien erfüllt sind, desto höher ist das Ergebnis bei den kommunikativen Kriterien.

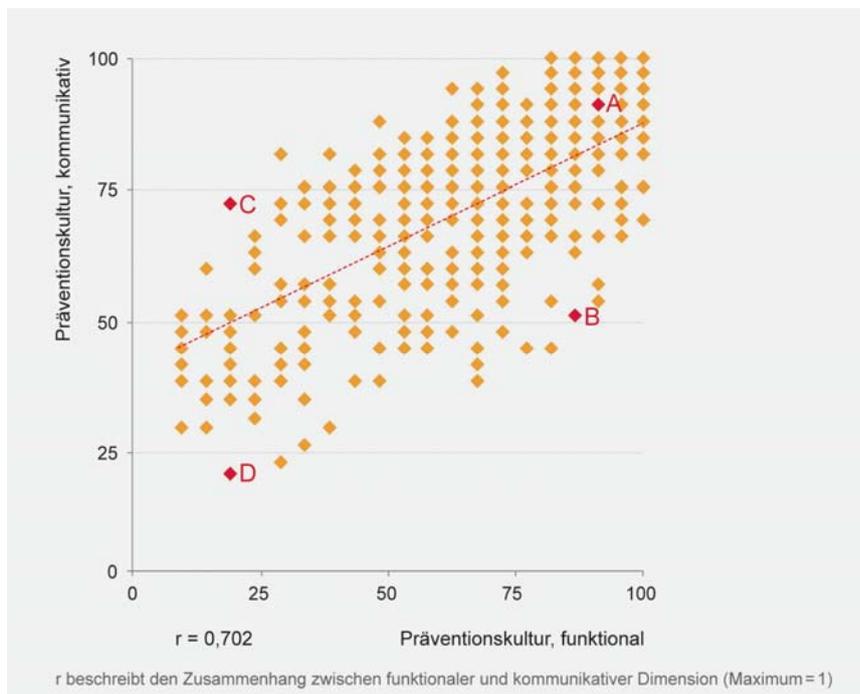


Abb. 4.5 Bereiche der Präventionskultur in den Betrieben (ambulante Pflege; stationäre Pflege ähnlich)

Sehr viele Betriebe sind im Bereich „A“ rechts oben angesiedelt, das heißt sie haben im Hinblick auf die Präventionskultur eine gut ausgeprägte funktionale Struktur und eine geeignete Kommunikation. Ziel für alle anderen Betriebe ist eine Weiterentwicklung in den Bereich „A“. Hierzu sollten geeignete Präventionsstrategien entwickelt werden.

Die Ergebnisse insgesamt sind aber höchst unterschiedlich und verteilen sich auf vier Bereiche. Hieraus ergibt sich ein Ansatz für die gezielte Beratung und Unterstützung der Betriebe. Nachdem ermittelt wurde, in welchem Bereich der Betrieb sich befindet, können spezifische Präventionsstrategien für Betriebe in den Bereichen B, C und D ausgearbeitet und angewandt werden.

Bei den Fragen zur „Gesundheitskompetenz“ haben die teilnehmenden Betriebe der ambulanten Pflege im Schnitt 69,6 % und die der stationären Pflege 72,1 % der maximal möglichen Punktzahl erreicht.

Die Gesundheitskompetenz ist überwiegend gut ausgeprägt. Die hohen Punktwerte ergeben sich hauptsächlich aus den Fragen zu MSE. Hier wurde weiter oben schon ausgeführt, dass in den Betrieben viele Maßnahmen zur Prävention von Rückenerkrankung durchgeführt werden.

4.2.2. Kliniken

Da sich die Bedingungen in den Kliniken von denen in der ambulanten und stationären Pflege unterscheiden, wurde ein angepasster Fragebogen verwendet. Betriebsgrößen wurden in der Auswertung nicht betrachtet, da das Spektrum der Teilnehmer zu unterschiedlich war (von kleineren Reha-Kliniken über Akutkrankenhäuser bis zu sehr großen Uni-Kliniken).

Arbeitsschutzorganisation

56,9 % der teilnehmenden Kliniken verfügen über eine geeignete Arbeitsschutzorganisation und erfüllen alle gesetzlichen Anforderungen.

Betrachtet man im Themenbereich „Arbeitsschutzorganisation“ alle Fragen hinsichtlich der erreichten Punktzahlen, so haben die Kliniken im Schnitt 80,0 % der maximal möglichen Punktzahl erreicht. Das bedeutet, dass Kliniken, die nicht alle gesetzlichen Anforderungen erfüllt haben, nur „knapp“ davon entfernt sind, also oft nur bei einer oder zwei Fragen die Kriterien nicht erfüllen.

Gefährdungsbeurteilung

60,0 % der teilnehmenden Kliniken verfügen über eine angemessene Gefährdungsbeurteilung.

Dieser Wert ist relativ hoch, da das Kriterium „angemessen“ im Instrument für Kliniken mit hohen Anforderungen hinterlegt ist.

Als Verbesserungspotenziale konnten identifiziert werden:

- Berücksichtigung von Tätigkeiten außerhalb der Betriebsstätte, besonderen Personengruppen und Betriebszuständen
- Regelmäßige Überprüfung der Wirksamkeit von Maßnahmen
- Anpassung der Beurteilung an geänderte Betriebsbedingungen

Muskel-Skelett-Erkrankungen

Im Themenbereich „Gefährdungen des Rückens“ haben die teilnehmenden Kliniken im Schnitt 69,2 % der maximal möglichen Punktzahl erreicht.

Dieser hohe Prozentsatz zeugt von vielen Aktivitäten. Setzt man allerdings die Erfüllung aller gesetzlichen Anforderungen beziehungsweise den von UV-Trägern und Arbeitsschutzbehörden geforderten Standard an, so erfüllen nur 15,5 % der Betriebe diesen. Deutliches Optimierungspotenzial besteht bei den Fragen nach einem Konzept zum rückengerechten Arbeiten sowie dem systematischen Vorgehen bei der Bedarfsermittlung von Hilfsmitteln und der dazugehörigen Schulung von Beschäftigten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Wie in den ambulanten und stationären Einrichtungen mangelt es auch in den Kliniken an einem ganzheitlichen und systematischen Konzept zur Reduzierung von Muskel-Skelett-Belastungen.

Psychische Belastungen

Die Fragen hierzu stammen aus dem INQA-Projekt psyGA und sind Teil eines Piloteinsatzes. Ein Auswertungs- bzw. Bewertungsschema wurde vom Projekt psyGA noch nicht erstellt, sodass die Bewertungsmaßstäbe von den Beteiligten im AP Pflege festgesetzt wurden. Die Ergebnisse stehen daher unter Vorbehalt und werden nur zusammenfassend dargestellt:

Besonders gut fallen die Antworten zum Führungsverhalten und zur Identifikation der Mitarbeiter mit dem Unternehmen aus. Insbesondere die Kriterien

- Beteiligung der Beschäftigten an der Gestaltung der Arbeitsbedingungen,
- faire und transparente Gehaltspolitik und
- Bekanntheit von Geschäftszielen und -strategien

liefern positive Ergebnisse.

Defizite liegen vor allem:

- bei den Verantwortlichkeiten bezüglich Planung, Organisation und Umsetzung (Struktur)
- beim Einfluss von Maßnahmen zu psychischer Gesundheit auf das Geschäftsergebnis (Ergebnis)
- bei der Zuständigkeit für eine hohe Qualität und Nachhaltigkeit von Maßnahmen (Prozesse)

Präventionskultur und Gesundheitskompetenz

Die Präventionskultur ist eher homogen auf einem hohen Niveau, wobei einige Ausreißer und die Streuung im kommunikativen Bereich deutlich auffallen (vgl. Abb. 4.6). Es besteht auch hier ein starker positiver Zusammenhang zwischen den beiden Stufen „funktional“ und „kommunikativ“.

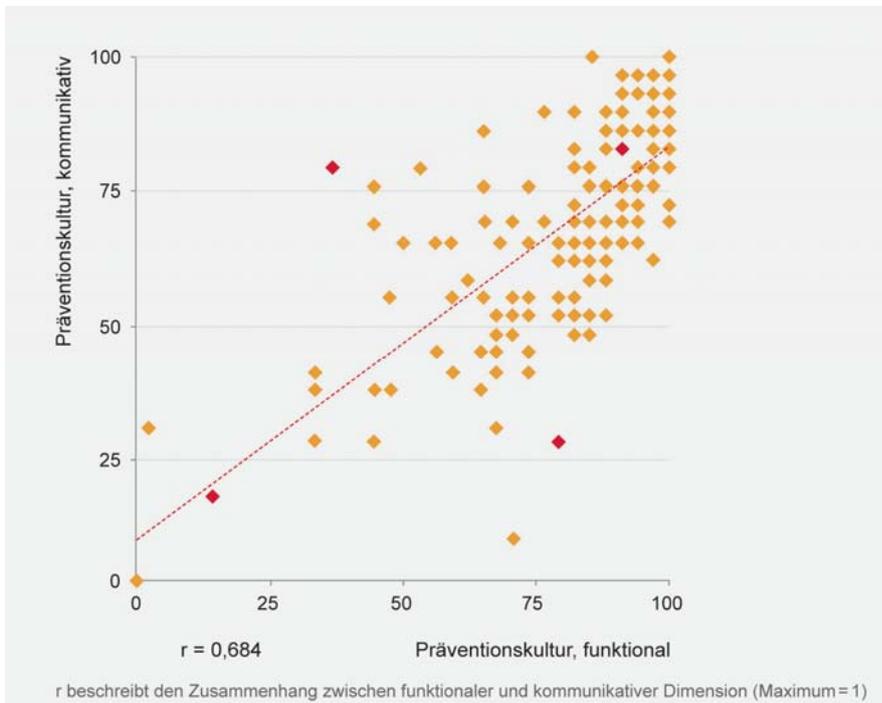


Abb. 4.6 Ausprägung der funktionalen und kommunikativen Präventionskultur in den Kliniken (Online-Selbstbewertungsinstrument)

Bei den Fragen zur „Gesundheitskompetenz“ haben die teilnehmenden Kliniken im Schnitt 63,8 % der maximal möglichen Punktzahl erreicht.

Die Gesundheitskompetenz ist überwiegend gut ausgeprägt, was zeigt, dass Maßnahmen zum Gesundheitsschutz und zur Gesundheitsförderung durchgeführt werden.

Fazit der Online-Selbstbewertung:

Das Online-Selbstbewertungsinstrument für die ambulante und stationäre Pflege gibt eindeutige Hinweise, wo Betriebe ihren Verbesserungsbedarf haben. Das Aufsichtspersonal kann die Beratung darauf ausrichten. Die Ergebnisse bei Kliniken sind dagegen zu unspezifisch, um daraus einen speziellen Beratungsbedarf abzuleiten.

Das Online-Selbstbewertungsinstrument ist für ambulante und stationäre Pflegebetriebe gut geeignet, um die Qualität der Arbeitsschutzorganisation und die Systematik der Gefährdungsbeurteilung zu verbessern. Die Effekte sind in ambulanten Diensten stärker und signifikanter als in den stationären Pflegeeinrichtungen.

4.3. Gegenüberstellung Online-Selbstbewertungsinstrument – Betriebsbesichtigungen

Um einen möglichst unbeeinflussten Vergleich zwischen Online-Selbstbewertungsinstrument und Betriebsbesichtigungen zu schaffen, wurden in der Auswertung zu dieser Fragestellung nur die Daten der Betriebe ausgewählt, die das jeweils andere Instrument zu dem Zeitpunkt noch nicht durchgeführt haben. Trotzdem lassen sich die Ergebnisse der verschiedenen Erhebungsformen schwer vergleichen:

- Die besichtigten Betriebe wurden zufällig ausgewählt. Die Teilnahme am Online-Selbstbewertungsinstrument beruhte hingegen auf der Eigeninitiative der Betriebe.
- Das Online-Selbstbewertungsinstrument bringt die Ergebnisse der Selbstbewertung der Betriebe hervor. Die Besichtigungen geben die Einschätzung des Aufsichtspersonals wieder.
- Nur im Themenbereich MSE stimmen die Fragenkataloge zum größten Teil überein.

Aufgrund dieser Einschränkungen können nur einige Ergebnisse an dieser Stelle beschrieben werden.

Bei der Einschätzung von Arbeitsschutzorganisation und Gefährdungsbeurteilung ist festzustellen, dass die Selbstbewertung der Betriebe weniger positiv ausfällt als die Fremdeinschätzung durch das Aufsichtspersonal.

Bei den Gefährdungen des Rückens liegt die Selbstbewertung leicht über der externen Bewertung.

Vergleiche im Hinblick auf den Stand der psychischen Belastungen sind kaum möglich, da sich die gewählten Untersuchungsmethoden zu stark unterscheiden. Es zeigt sich jedoch einheitlich, dass Führungskräfte die Gefährdungssituation eher positiv einschätzen und dass Maßnahmen zur menschengerechten Gestaltung von Arbeit etabliert sind.

4.4. Fazit der Auswertungen der drei Erhebungsinstrumente

Die Arbeitsschutzorganisation befindet sich nur in Kliniken auf einem hohen Niveau, ist in der ambulanten und stationären Pflege verbesserungswürdig. Gerade die *vollständige* Erfüllung aller gesetzlichen Anforderungen ist eher selten. Offensichtlich gibt es in vielen Betrieben einzelne Sachverhalte, die verhindern, dass die Vorgaben als vollständig umgesetzt angesehen werden können.

Die Ergebnisse zur Gefährdungsbeurteilung sind ebenfalls vor allem in der stationären und ambulanten Pflege verbesserungswürdig. Defizite liegen überwiegend in der Systematik der Umsetzung. Besser schneiden Betriebe ab, in denen sich Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärzte aktiv um die Gefährdungsbeurteilung kümmern.

Es besteht ein gutes Gesamtbild im Bereich der Gefährdungen des Rückens, was Einzelmaßnahmen und Aktivitäten in den Betrieben angeht. Die Ergebnisse legen jedoch nahe, dass viele Betriebe durch alle Branchen bisher noch keine geeigneten Ansätze haben, Muskel-Skelett-Belastungen systematisch und ganzheitlich zu reduzieren und damit den von UV-Trägern und Arbeitsschutzbehörden geforderten Standard vollständig zu erfüllen.

Die Ergebnisse zu den psychischen Belastungen zeigen eine positive Einschätzung der Führungskräfte – sowohl in der Online-Selbstbewertung als auch in der Befragung durch das Aufsichtspersonal. Die DAK-BGW Gesundheitsreporte 2005 (stationäre Pflege) und 2006 (ambulante Pflege) haben sich umfassend mit den Arbeitsbedingungen und der Gesundheit der Pflegekräfte in den drei Branchen beschäftigt. Unter anderem wurden im Rahmen dieser Reporte repräsentative Befragungen der Beschäftigten durchgeführt. Die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung in ambulanten Diensten stützen die positive Einschätzung der Führungskräfte im Rahmen der Online-Selbstbewertung in Bezug auf das soziale Klima, die Beteiligung und die Arbeitszufriedenheit. Im Bereich der stationären Pflege müssten die Ergebnisse im Vergleich differenzierter und kritischer betrachtet werden.

Um ein Gesamtbild der Situation in den Betrieben zu erhalten, empfiehlt es sich, die Ergebnisse dieses Arbeitsprogramms mit den Ergebnissen anderer Studien in Beziehung zu setzen.

Es wäre auch zu überprüfen, ob die eingesetzten Instrumente geeignet sind, ein realistisches Bild der psychischen Beanspruchung der Beschäftigten wiederzugeben. Ein Ziel des Arbeitsprogramms war allerdings auch, mit Fragen zur psychischen Belastung zur Sensibilisierung von Führungskräften beizutragen. Dieses Ziel wurde dem Anschein nach erreicht.

Die Ergebnisse der Betriebe zu MSE und psychischen Belastungen sind positiv miteinander korreliert. Erfolgreiche MSE-Prävention und Prävention psychischer Belastungen fördern einander.

Es konnte ein positiver Zusammenhang zwischen den funktionalen und kommunikativen Stufen der Präventionskultur belegt werden. Wenn die Präventionskultur als Basis für die Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz angesehen wird, dann sind hier gezielte Aktivitäten in beiden Dimensionen sinnvoll und zeigen eine hohe Wirksamkeit.

Neben den beschriebenen Ergebnissen ist ein umfangreicher Datensatz verfügbar, der zur weiteren Beschreibung des Standes der Prävention herangezogen werden kann. Es ist damit möglich, Betriebsarten näher zu beschreiben sowie die Wirkungen von Aktivitäten im Arbeitsschutz abzuschätzen.

5. Erfahrungen, Stärken und Verbesserungspotenziale in der Durchführungsphase

Das Vorgehen der Prozessevaluation, auf der die Aussagen dieses Kapitels beruhen, und die verwendeten Quellen sind in Kapitel 2.4 „Vorgehen in der Evaluation“ erläutert.

5.1. Bewertung der Betriebsbesichtigungen

Wie in Kapitel 3 ausgeführt, haben die Aufsichtsdienste der GDA-Träger die vereinbarten 10 % der Betriebe der stationären und ambulanten Pflege sowie der Pflege in Kliniken besichtigt.

Die Eignung des Fachdatenbogens, abgesehen von wenigen redaktionellen Kritikpunkten, wurde sowohl in den Schulungen für das Aufsichtspersonal als auch in den regionalen Feedbackveranstaltungen der GDA-Träger bestätigt. Als deutliches Verbesserungspotenzial wurde eine stärkere Beteiligung der Aufsichtsdienste an der Entwicklung des Fachdatenbogens benannt.

Verfahren der Betriebsauswahl

Das Verfahren der Auswahl der zu besichtigenden Betriebe wird grundsätzlich als erfolgreich bewertet.

- Die Zufallsauswahl der Besichtigungsstichprobe gewährleistete die Repräsentativität der Stichprobe und förderte die Validität der Ergebnisse. Die dazu erforderliche einheitliche Betriebsdatei, die von den GDA-Trägern erstellt wurde, ist ein zusätzliches Ergebnis des AP Pflege.
- Die Verteilung der ausgewählten Betriebe auf die einzelnen GDA-Träger, die je Bundesland von den regionalen Koordinatorinnen und Koordinatoren vorgenommen wurde, wurde von den beteiligten GDA-Trägern positiv bewertet. Dadurch ließen sich Doppelbesichtigungen vermeiden und die Zuständigkeiten der jeweiligen UV-Träger berücksichtigen.
- Es zeigten sich jedoch auch die Grenzen des Verfahrens in großen Flächenländern: Da hier die Aufsichtsdienste der Länder in der Regel auf Bezirks- oder Kreisebene angesiedelt sind, zog die Verteilung der Betriebe auf die zuständigen Stellen innerhalb des Landesarbeitsschutzes höheren Koordinationsaufwand nach sich. Vereinzelt plädierten Vertreterinnen und Vertreter von GDA-Trägern zudem für eine größere Freiheit bei der Betriebsauswahl.

Qualifizierung des Aufsichtspersonals

Die Schulungen für das Aufsichtspersonal wurden in sieben Veranstaltungen bundesweit durchgeführt. Das Besondere: Die GDA-Träger dieser sieben „Schulungsregionen“ hatten sich eigenständig auf Basis bisheriger länderübergreifender Kooperationen zusammengefunden und die Schulungen mit Unterstützung von Dozentinnen und Dozenten aus den Gremien des AP Pflege durchgeführt. Ein Erfolgsfaktor war dabei der modulare Aufbau des Schulungskonzepts: Je nach Vorwissen und Kenntnisstand der Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten die Dozenten die einzelnen Schulungsbausteine mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung in die Veranstaltungen einbringen.

Bundesweit lagen die personellen Ressourcen, die für diese Schulungen eingesetzt wurden, unterhalb der kalkulierten Ressourcen. Beispiele aus den Flächenländern zeigten jedoch, dass in einigen Ländern der Qualifizierungsaufwand im Verhältnis zu der Anzahl der durchgeführten Besichtigungen sehr hoch war: In Bayern beispielsweise besichtigte das involvierte Aufsichtspersonal des Landes im AP Pflege durchschnittlich nur 4,5 Betriebe pro Person.

Es zeigte sich darüber hinaus in den Schulungen, dass Wissen und spezielle Branchenkenntnisse in der Pflege von GDA-Träger zu GDA-Träger unterschiedlich stark ausgeprägt waren. Das hatte in Einzelfällen einen zusätzlichen branchenspezifischen Qualifizierungsbedarf zur Folge. Die Inhalte der Toolbox des Online-Selbstbewertungsinstrumentes sowie eine extra erstellte FAQ-Liste wurden dem Aufsichtspersonal als zusätzliche Informationsquellen zur Verfügung gestellt.

5.2. Bewertung des Online-Selbstbewertungsinstrumentes

Die Teilnahme der Betriebe an beiden Instrumenten (stationär/ambulant: 15 %; Kliniken: 12,4 %) nach nur zwei Jahren beziehungsweise einem Jahr weist auf eine gute Akzeptanz des Instrumentes in den Einrichtungen hin.

Instrument für die stationäre und ambulante Pflege

Die Auswertungsergebnisse durch den Datentreuhänder haben gezeigt, dass die Wirksamkeit des Instrumentes in der Prävention beziehungsweise im Arbeitsschutz gegeben ist; das heißt die Betriebe, die daran teilgenommen haben, haben sich im Durchschnitt deutlich verbessert (siehe Kapitel 4). Gleichzeitig bietet das Instrument den GDA-Trägern differenziertere Auswertungen als im Rahmen von Betriebsbesichtigungen und liefert wertvolle Informationen für zukünftige Handlungsschwerpunkte der Präventionsarbeit und des Arbeitsschutzes. Das Instrument hat sich also sowohl als Präventions- und Arbeitsschutz- wie auch als Erhebungsinstrument bewährt.

Basierend auf den Nutzerbefragungen und Rückmeldungen der beteiligten Aufsichtsdienste lassen sich weitere Stärken und Verbesserungspotenziale des Instrumentes nachweisen:

- Das Instrument ist anwenderfreundlich und stiftet den Verantwortlichen in den Betrieben hohen fachlichen Nutzen. Als besonders hilfreich wird die Selbstbewertung eingeschätzt, ebenfalls als hilfreich die Toolbox und auch der Benchmark.
- Der Bekanntheitsgrad der Toolbox ist verbesserungswürdig. Der Hauptzweck der Toolbox, ein Angebot der „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu sein, ist den teilnehmenden Betrieben nicht bewusst.
- Viele Betriebe wünschen sich eine thematische Ausweitung des Instrumentes über die betrachteten Themen hinaus.
- Das Instrument ist eine hilfreiche Unterstützung des Aufsichtsprozesses.
- Besondere Stärken des Instrumentes sind die Anonymität (Einschaltung eines Datentreuhänders) und der Zugang über individuelle Zugangsdaten. Grundlegende Informationen für die Bewertung der Erhebungsergebnisse lägen bei einem offenen Zugang für jedermann nicht vor.
- Das Instrument stieß auf hohen Zuspruch bei Multiplikatoren. „Hilfe zur Selbsthilfe und das Angebot der kostenfreien Beratung sind für uns wichtig“, erläuterten beispielhaft ein Betriebsarzt und eine Betriebsärztin im Rahmen einer Veranstaltung. „Wir finden das Instrument gelungen und sinnvoll und empfehlen es unseren Pflegeeinrichtungen.“

Instrument für die Pflege in Kliniken

Aussagen zur Wirkung des Instrumentes sind nicht möglich, da ein Jahresvergleich von teilnehmenden Betrieben nach nur einjähriger Laufzeit noch nicht vorliegt.

Mehr als 70 % der während der Besichtigungen befragten Kliniken, die am Instrument bereits teilgenommen hatten, haben das Instrument als hilfreich bewertet. Im Gegensatz zur stationären und ambulanten Pflege lag die Priorität dieser Kliniken jedoch auf Toolbox und Benchmark.

Da das Instrument in dieser Form noch keinen Vorläufer besaß, muss die Eignung des Fragenkataloges, insbesondere der Fragen im Kapitel „Psychische Belastungen“ aus dem INQA-Projekt psyGA, noch weiter geprüft werden.

5.3. Bewertung der regionalen Informationsveranstaltungen

Die regionalen Informationsveranstaltungen können sowohl inhaltlich als auch von der Umsetzung durch die GDA-Träger her als besondere Stärke des Arbeitspro-

gramms gewertet werden. Dafür sprechen unter anderem die hohen Teilnehmerzahlen der Betriebe, die deutlich über den Erwartungen lagen.

Eine genaue Einschätzung dieser Maßnahme des AP Pflege ermöglichen die Rückmeldungen von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die sich wie folgt äußerten:

- Über 90 % empfehlen die Veranstaltungen weiter.
- Die Inhalte werden als gut bewertet (Durchschnittsnote: 2).
- Die Themen MSE, Psychische Belastungen und Arbeitsschutzorganisation sind passend.
- Der Praxisbezug und die Möglichkeit zum gegenseitigen Austausch sind besonders wichtig.

Diese positive Einschätzung wurde von den Veranstaltern geteilt, die besonders den modularen Aufbau des Veranstaltungskonzeptes, die Methodik „World Cafe“ sowie die bereitgestellten Materialien als attraktiv ansahen.

Die wesentlichen Zielgruppen des AP Pflege wurden mit den Veranstaltungen erreicht:

- | | |
|---|--------|
| – Geschäftsführung: | 34 % |
| – Pflegedienstleitung: | 27,9 % |
| – Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsärzte,
Sicherheitsbeauftragte: | 9,8 % |
| – Personalvertretungen: | 3,3 % |
| – Andere: | 25,0 % |

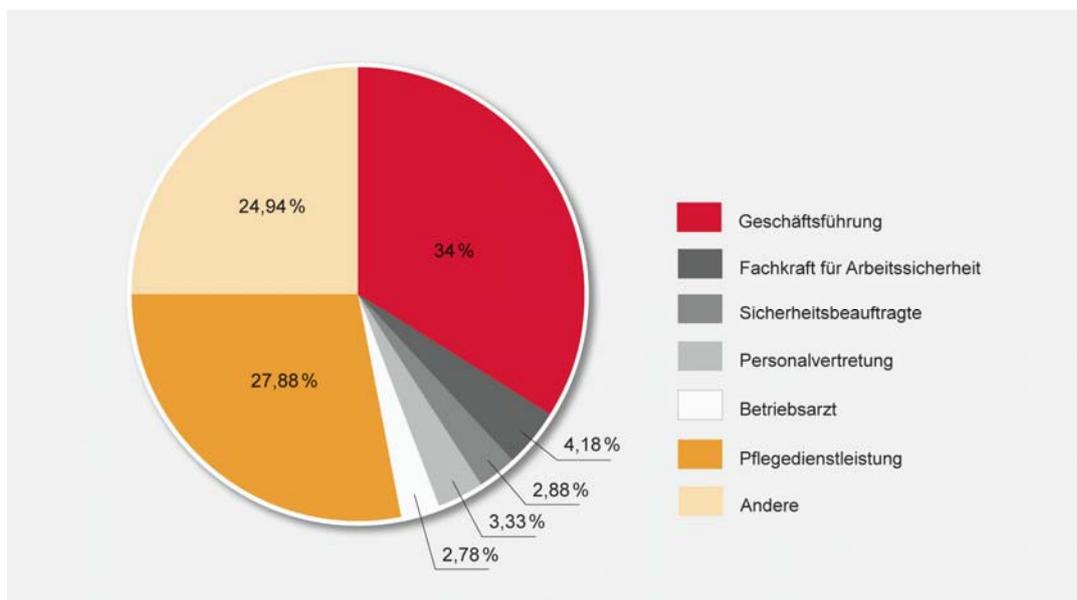


Abb. 5.1 Erreichte Zielgruppen der regionalen Informationsveranstaltungen

5.4. Bewertung der Seminar-/Schulungstätigkeit der UV-Träger

Die Seminare und Schulungen der UV-Träger für Führungskräfte und Multiplikatoren wurden sehr gut angenommen, die quantitativen Ziele sind deutlich übererfüllt. Auch mit diesen Angeboten konnten die Zielgruppen „Führungskräfte“ und „Multiplikatoren“ themenspezifisch erreicht und sensibilisiert werden:

– Geschäftsführung:	36,0 %
– Pflegedienstleitung:	34,4 %
– Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsärzte, Sicherheitsbeauftragte:	10,4 %
– Personalvertretung:	8,4 %
– Andere:	11,0 %

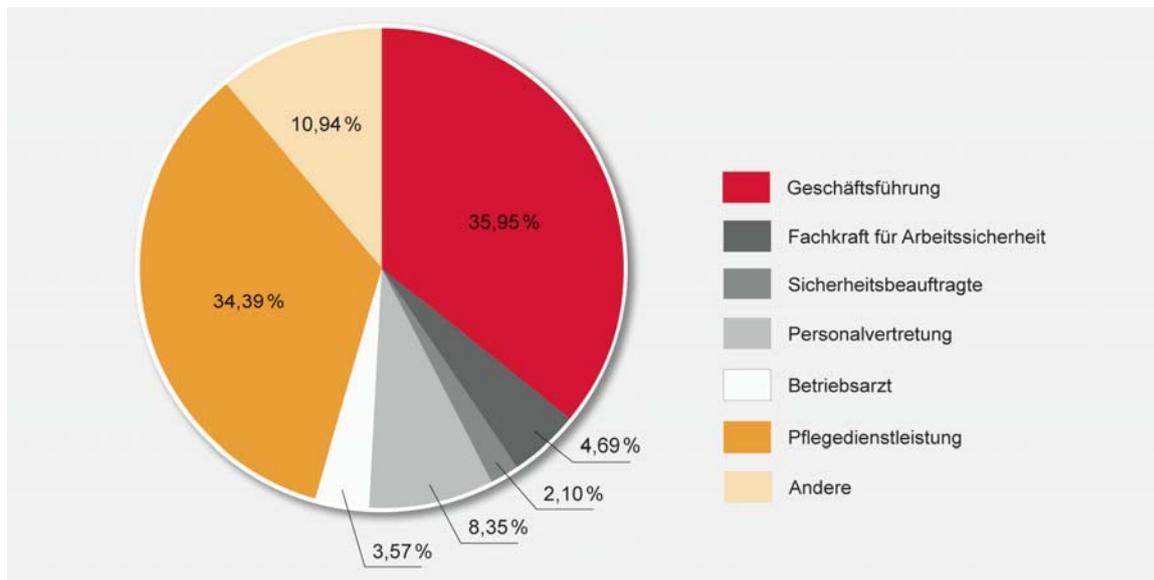


Abb. 5.2 Erreichte Zielgruppen der Seminar-/Schulungstätigkeit

Besondere Stärken der Schulungs-/Seminartätigkeit waren:

- Eine aktuelle Produktanalyse der Angebote der GDA-Träger ermöglichte eine themen- und zielgruppenspezifische Auswahl der Angebote.
- Die Seminare der UV-Träger waren während der Laufzeit offen für alle Betriebe, unabhängig von der Zuständigkeit des einzelnen UV-Trägers.
- Das im AP Pflege entwickelte Schulungsmodul war in bestehende Angebote integrierbar.
- Ein neues, einzigartiges Angebot zur Qualifizierung für Arbeitsmediziner und Fachkräfte für Arbeitssicherheit wurde entwickelt und erfolgreich eingesetzt.

5.5. Bewertung der Zusammenarbeit der GDA-Träger

Regionale Zusammenarbeit

Es konnten arbeitsfähige Kooperationsstrukturen auf Bundeslandebene in allen Regionen erfolgreich etabliert werden. Diese neuen Strukturen und Kontakte zwischen den Koordinatorinnen und Koordinatoren der einzelnen GDA-Träger werden von allen Beteiligten als positiv bewertet und können zukünftig weiter genutzt werden. Ein wesentlicher Beitrag zum Aufbau dieser Strukturen bestand in der gemeinsamen Durchführung der regionalen Informationsveranstaltungen. Zudem konnte das Arbeitsprogramm in vielen Regionen bereits auf bestehende Kooperationsstrukturen der einzelnen GDA-Träger aufbauen, was ebenfalls einen wesentlichen Erfolgsfaktor darstellt.

Die erforderlichen Abstimmungen zwischen den Koordinatorinnen und Koordinatoren waren insgesamt effektiv.

Zentrale Gremienarbeit

Die Zusammenarbeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der zentralen Gremien des Arbeitsprogramms zeichnete sich durch eine sehr gute Kooperationskultur aus, die auf hohem Engagement, einer vertrauens- und respektvollen Zusammenarbeit und auf der Transparenz für alle Beteiligten beruhte. Dass alle Maßnahmen wie geplant entwickelt und umgesetzt werden konnten, spricht für die Effektivität der Kooperation und des Zusammenwirkens von zentraler Planung und dezentraler Umsetzung in den Regionen.

Die Beteiligten haben folgende Punkte als besondere Erfolgsfaktoren der Kooperation hervorgehoben:

- die umfassende Projektplanung und Maßnahmenentwicklung,
- den Aufbau geeigneter Projekt- und Umsetzungsstrukturen inklusive der erforderlichen Arbeitsgremien,
- gute interne Kommunikationsstrukturen, sowohl zentral als auch zwischen zentralen Gremien und den Regionen,
- die Bereitstellung von personellen Ressourcen für die zentrale Aufgabenerfüllung und das Projektmanagement.

6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

6.1. Stand und Entwicklung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes

Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen

Die Auswertung der Erhebungen im Arbeitsprogramm – Betriebsbesichtigungen und Online-Selbstbewertungsinstrumente – haben gezeigt, dass in der Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen die stationäre und ambulante Pflege sowie die Pflege in Kliniken insgesamt gute Ergebnisse erreichen, wenn man alle in den Betrieben getroffenen Maßnahmen berücksichtigt. Gleichzeitig konnte aber auch deutliches Verbesserungspotenzial belegt werden.

Betrachtet man nur die gesetzlichen Anforderungen und den von UV-Trägern und Landesbehörden geforderten Standard in der Prävention von MSE, so belegen die Betriebsbesichtigungen, dass immerhin rund 74 % der stationären Einrichtungen und rund 70 % der Kliniken diese Anforderungen vollständig erfüllen. Die ambulanten Pflegeeinrichtungen weisen einen etwas geringeren Wert aus: Rund 66 % der besichtigten Betriebe können den geforderten Standard *vollständig* erfüllen. Anhand der Besichtigungsergebnisse und der Ergebnisse der Online-Selbstbewertung konnten Kriterien identifiziert werden, die dafür verantwortlich sind, dass einige Betriebe die Anforderungen nicht vollständig erfüllen (siehe Kap. 4). Zusammenfassend legen die Ergebnisse nahe, dass trotz zahlreicher und guter Einzelmaßnahmen viele Betriebe bisher noch keine geeigneten Ansätze haben, Muskel-Skelett-Belastungen *systematisch* und *ganzheitlich* zu reduzieren. Insbesondere ein Mangel an angemessenen Konzepten ist durch alle Teilbranchen festzustellen. Die Betriebe schätzen dabei in der Selbstbewertung ihre konzeptionellen Mängel sogar schlechter ein als das Aufsichtspersonal.

- Die Mitglieder des Koordinationskreises des AP Pflege empfehlen vor diesem Hintergrund den GDA-Trägern, ein einheitliches Verständnis über die Anforderungen an ganzheitlichen Konzepten zur Reduzierung von Muskel-Skelett-Belastungen zu entwickeln. Diese Konzepte sollten betriebsbezogene, technische, organisatorische und personenbezogene Maßnahmen beinhalten.
- Das gemeinsame Verständnis und die dazugehörigen Konzeptionen sollten den Betrieben im zweiten Schritt über die Arbeitsschutzbehörden, die UV-Träger und über Multiplikatoren vermittelt werden und ein Schwerpunkt der zukünftigen Beratung und Überwachung im Themenfeld MSE darstellen.
- Die Ergebnisse der Online-Selbstbewertung haben gezeigt, dass teilnehmende Betriebe sich im Bereich „Gefährdungen des Rückens“ besonders bei den identifizierten Defiziten durch die Nutzung des Instrumentes im Zeitablauf verbessern konnten. Daher sollte das Instrument als Unterstützung der Kernprozesse einen wichtigen Bestandteil des Arbeitsschutzes in der zukünftigen Prävention von MSE darstellen.

Arbeitszeitgesetz

In allen drei betrachteten Teilbranchen wird nach Angabe der Führungskräfte das Arbeitszeitgesetz vollständig oder weitgehend eingehalten.

Prävention von psychischen Belastungen

Die Ergebnisse zeigen eine positive Einschätzung der Führungskräfte zum Thema psychische Belastungen, Beanspruchung und Maßnahmen zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit in den Betrieben in allen drei Teilbranchen. Die Befragung nach Stresssymptomen zeigte, dass diese in den Betrieben mehrheitlich nur gelegentlich bis gar nicht auftreten.

Bei Betrachtung anderer Datenquellen (DAK-BGW Gesundheitsreporte 2005/2006, vergleiche Kap. 4.4) wird die positive Einschätzung von den Mitarbeitern ambulanter Einrichtungen überwiegend geteilt. Die Situation in der stationären Pflege müsste differenzierter und ausführlicher betrachtet werden.

Ohne Zweifel haben die Fragen zum Themenfeld psychische Belastungen zu einer Sensibilisierung der Führungskräfte beigetragen und sollten in der Weiterentwicklung der Instrumente berücksichtigt werden.

Die am Arbeitsprogramm Beteiligten sehen weiteren Handlungsbedarf in diesem Themenfeld:

- Zur Prävention beziehungsweise bezüglich eines geeigneten Arbeitsschutzes von psychischen Belastungen existieren kaum gesetzliche Anforderungen oder Konzepte, wie diese in die systematische Gefährdungsbeurteilung integriert werden können.
- Da die Betriebe der Pflege psychischen Belastungen die höchste Bedeutung beimessen (Teilnehmerbefragung aus regionalen Informationsveranstaltungen), muss dieser Themenbereich weiter in die Strategien der Aufsicht einfließen.
- Die Ergebnisse der Online-Selbstbewertung belegen, dass gute Präventionsergebnisse im Bereich MSE mit guten Ergebnissen in der Prävention von psychischen Belastungen positiv korreliert sind. Es empfiehlt sich also, auch zukünftig die Prävention der beiden Gefährdungsarten nicht isoliert zu gestalten.

Arbeitsschutzorganisation und Gefährdungsbeurteilung

Die Erhebungen des Arbeitsprogramms zu diesem Themenkomplex zeigen ein sehr unterschiedliches Bild in den betrachteten Teilbranchen der Pflege. Die Ergebnisse der Besichtigungen in ambulanten Betrieben sind noch nicht befriedigend. Nur rund 50 % der Betriebe erfüllen laut den Besichtigungen die gesetzlichen Anforderungen. Die Situation in der stationären Pflege ist deutlich besser, aber mit 70 % der Betriebe ebenfalls verbesserungswürdig. In der Branche „Pflege in Kliniken“ erfüllen rund 90 % der Betriebe die gesetzlichen Anforderungen. Diese deutlichen Unterschiede zeigen sich auch bei den teilnehmenden Betrieben der Online-Selbstbewertung. Die teilnehmenden Kliniken sind auch hier sehr gut aufgestellt.

Als besondere Herausforderung in der ambulanten und stationären Pflege hat sich die Durchführung von regelmäßigen Sitzungen des Arbeitsschutzausschusses herausgestellt. Das Ergebnis wirft die Frage auf, ob den Betrieben der Nutzen des ASA und seine angemessene Gestaltung nicht bewusst sind oder ob diese nicht angemessen kommuniziert wurden.

Die Ergebnisse der ambulanten und stationären Pflege sind auch im Kriterium „angemessene Gefährdungsbeurteilung“ verbesserungswürdig. Die besondere Herausforderung für Pflegeeinrichtungen besteht dabei nicht in der reinen Durchführung, sondern in der systematischen und als kontinuierlichen Prozess verstandenen Gefährdungsbeurteilung.

Zum Themenkomplex Arbeitsschutzorganisation gibt das Arbeitsprogramm Pflege folgende Empfehlungen:

- Zukünftige Präventions- oder Arbeitsschutzmaßnahmen der GDA-Träger sollten sich insbesondere der systematischen und prozesshaften Gestaltung der Gefährdungsbeurteilung widmen.
- Der Nutzen von ASA-Sitzungen sollte in den Betrieben besser kommuniziert werden. Gegebenenfalls ist zu prüfen, ob der ASA das geeignete Instrument für kleine und mittlere Pflegebetriebe darstellt.

In der Betrachtung aller behandelten Themen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ist besonders auffällig, dass die Ergebnisse der Online-Selbstbewertung aller Einzelthemen positiv miteinander korrelieren. Die Präventionsmaßnahmen zu Einzelthemen unterstützen sich also gegenseitig. Grundsätzlich sind daher ganzheitliche Präventionsangebote und -strategien in den Teilbranchen der Pflege besonders zu empfehlen.

Der besondere Beitrag von betrieblichen Multiplikatoren wie Betriebsärzten, Fachkräften für Arbeitssicherheit und Sicherheitsbeauftragten zu einem guten Arbeits- und Gesundheitsschutz in Einrichtungen der Pflege konnte belegt werden. Es empfiehlt sich daher, diese Zielgruppen in ihrer Arbeit weiterhin zu unterstützen und kontinuierlich in die Präventionsarbeit der GDA-Träger einzubeziehen.

6.2. Präventionskultur und Gesundheitskompetenz und zugehörige Projektziele

Im Rahmen des Arbeitsprogramms einigte man sich darauf, für die Untersuchung der Größen „Präventionskultur“ und „Gesundheitskompetenz“ das Konzept von Schweer/Krummreich mit den Stufen „funktional“ und „kommunikativ“ heranzuziehen (siehe auch Kap. 2.4 Vorgehen in der Evaluation).

Präventionskultur

Alle Erhebungen im Rahmen des Arbeitsprogramms haben einen positiven Zusammenhang zwischen den Stufen „funktional“ und „kommunikativ“ belegt. Das heißt je stärker das Management geeignet ist, in den Betrieben die gesetzlichen Anforderungen und grundlegenden Empfehlungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz umzusetzen, desto stärker werden beispielsweise Beschäftigte in Entscheidungen einbezogen, werden Gesundheitsziele formuliert und umgesetzt. Wenn man die Präventionskultur als Grundlage für zukünftige Präventionsarbeit nimmt, sind gezielte Aktivitäten hinsichtlich beider Dimensionen erforderlich, um eine hohe Wirksamkeit erwarten zu können.

Die Ergebnisse der Online-Selbstbewertungen haben gezeigt, dass die teilnehmenden Betriebe in allen drei Teilbranchen mehrheitlich gute Ergebnisse für beide Stufen ausweisen. Allerdings ist das Gesamtbild in den Kliniken auf einem deutlich höheren Niveau als in der stationären und ambulanten Pflege. Hier streuen die Betriebsergebnisse deutlich stärker.

In den Online-Selbstbewertungen hat sich das verwendete Konzept für die Analyse der Präventionskultur als aussagekräftig erwiesen und bietet einen Ansatz für die gezielte Beratung und Unterstützung der Betriebe: Je nachdem, wie die Ergebnisse hinsichtlich der beiden Stufen im Betrieb ausfallen, lässt sich eine spezifische Beratungsstrategie entwickeln.

Gesundheitskompetenz

In den Erhebungen konnte nur die Stufe „kommunikativ“ des Konzeptes von Schweer/Krummreich angewendet werden, sodass eine zweidimensionale Auswertung nicht möglich war. Zudem konnten nur Voraussetzungen auf betrieblicher Ebene betrachtet werden.

Die Ergebnisse der Betriebe in den Online-Selbstbewertungen waren überwiegend gut ausgeprägt. Für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen wurden jedoch bei den Betriebsbesichtigungen eher durchschnittliche Ergebnisse ermittelt. Insgesamt zeigte sich, dass ein Arbeitsprogramm, das überwiegend Maßnahmen zur Überprüfung und Verbesserung der Verhältnisprävention umfasst, die Größe „Gesundheitskompetenz“ nur bedingt analysieren oder beeinflussen kann.

Zugehörige Projektziele

Die im Arbeitsprogrammplan festgehaltenen qualitativen Ziele (siehe Kap. 1.2 Projektziele Präventionskultur und Gesundheitskompetenz) wurden erfüllt:

Die Präventionskultur in den Betrieben wurde weiterentwickelt. Die an der Online-Selbstbewertung teilnehmenden Betriebe der stationären und ambulanten Pflege (zum großen Teil KMU) wiesen im Jahresvergleich eine signifikante Verbesserung in den betrachteten Elementen aus. Gleiches gilt für die ebenfalls anvisierte signifikante Verbesserung der Arbeitsschutzorganisation. Eine vergleichbare Aussage lässt sich für die Zielgruppe Kliniken zum jetzigen Zeitpunkt nicht treffen, da das Online-Selbstbewertungsinstrument für die Kliniken erst im November 2011 freigeschaltet wurde.

Die signifikante Erhöhung der Anzahl der Betriebe mit ausgebildeten Führungskräften und Multiplikatoren zu den Themen des Arbeitsprogramms lässt sich dadurch nachweisen, dass die Teilnahme der betreffenden Zielgruppen an den Seminaren und Schulungen des Arbeitsprogramms die quantitative Zielsetzung deutlich übertrafen hat. Dies gilt auch für das Ziel einer erhöhten Teilnahme von Multiplikatoren an Schulungen zur Individualprävention.

Die angestrebte Erhöhung der Anzahl der Betriebe mit Präventionsangeboten für die Beschäftigten lässt sich begründet vermuten: Der gesamte Präventionsmix des Arbeitsprogramms erreichte eine sehr hohe Sensibilisierung der Führungskräfte der Branche, wie die Teilnahmezahlen über alle Maßnahmen hinweg nachweisen. Einzig zu dem Projektziel „Signifikante Senkung der BK-Fälle zu MSE und ihres Anteils an der Frühverrentung“ lässt sich keine belegbare Aussage machen, da eine Wirkung des Arbeitsprogramms auf diese Kennzahlen insbesondere in der kurzen Frist grundsätzlich nicht nachweisbar war.

Die Mitglieder des AP Pflege bewerten das Arbeitsprogramm auch vor dem Hintergrund der Projektziele zu Präventionskultur und Gesundheitskompetenz als erfolgreich.

6.3. Schlussfolgerungen aus der Prozessevaluation

Im Arbeitsprogramm haben sich alle eingesetzten Maßnahmen als erfolgreich und wirksam erwiesen. Neben der Besichtigungstätigkeit als Kernprozess und Grundlage der gemeinsamen Arbeit sind besonders die regionalen Informationsveranstaltungen ein geeignetes Medium, um Führungskräfte und Multiplikatoren zu informieren und zu sensibilisieren. Gleichzeitig tragen diese Veranstaltungen zur Vernetzung der regionalen GDA-Träger bei. Es wird daher empfohlen, praxisnahe Veranstaltungen mit Austauschcharakter auch zukünftig für spezifische Arbeitsschutzthemen zu nutzen.

Die Online-Selbstbewertung für die stationäre und ambulante Pflege ist sowohl als Erhebungs- als auch als Präventionsinstrument sehr gut geeignet. Es liefert umfangreiche Ergebnisse, anhand derer die GDA-Träger Handlungsschwerpunkte identifizieren und differenzierte Präventionsstrategien entwickeln können. Gleichzeitig trägt es signifikant dazu bei, dass der Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Betrieben, gerade bei den besonders defizitären Kriterien, signifikant verbessert wird. Das Instrument kann nicht den Besichtigungsprozess ersetzen, stellt aber eine hilfreiche Unterstützung dieses Prozesses dar.

Die Mitglieder des Koordinationskreises des AP Pflege empfehlen daher,

- dieses Instrument für die stationäre und ambulante Pflege gemeinsam fortzuführen und weiterzuentwickeln und dafür eine geeignete Betreuungsstruktur sicherzustellen,
- die Tool-Box stärker als „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu bewerben und mehr Nutzer zu gewinnen,
- dieses Instrument in die Arbeitsprogramme der neuen GDA-Periode zu integrieren und mit ähnlichen Angeboten zu synchronisieren.

Insgesamt wird der Präventionsmix des AP Pflege in der Kombination der verschiedenen Maßnahmen weiterempfohlen, da diese Kombination effektiver erscheint als die Verfolgung von Einzelmaßnahmen. Die Nachhaltigkeit der entwickelten Angebote des Arbeitsprogramms sollte im Regelgeschäft und in der neuen GDA-Periode angemessen berücksichtigt werden.

Das Arbeitsprogramm Pflege hat mit seinen zentralen und dezentralen Strukturen und Maßnahmen auch deutlich zu einer besseren Zusammenarbeit der GDA-Träger untereinander beigetragen. Diese Strukturen können für weitergehende Kooperationen genutzt werden. Als besonderen Erfolg schätzen die Mitglieder des Koordinationskreises die Etablierung einer neuen Kooperationskultur ein.

Zum ersten Mal wurden zu einem gemeinsamen Ziel

- gemeinsame Perspektiven zu den betreffenden Themen entwickelt,
- die passenden Maßnahmen gemeinsam entwickelt und umgesetzt und
- die Ergebnisse gemeinsam betrachtet und abschließend interpretiert.

Diese Kooperationskultur hat die Effektivität des Arbeitsprogramms nachweislich unterstützt und sollte auch zukünftig von den GDA-Trägern im Handlungsfeld Gesundheitsdienst gepflegt werden.

Anhang

Anhang 1	Personenverzeichnis
Anhang 2	Arbeitsprogrammplan
Anhang 3	Auswertung der Datenerhebung
Anhang 4	Abbildungsverzeichnis
Anhang 5	Quellenverzeichnis

Anhang 1 Personenverzeichnis

Name	Organisation	Funktion im AP Pflege
AP-Leitung		
Albrecht Liese	BGW	Arbeitsprogrammleitung, Sprecher UVT
Dr. Christoph Smieszkol	MSAGD Rheinland-Pfalz	Stv. Arbeitsprogrammleitung, Sprecher der Länder
Harald Wittreck	BAuA	Stv. Arbeitsprogrammleitung, Sprecher des Bundes
<i>Dr. Ulrike Rösler</i>	<i>BAuA</i>	<i>Sprecherin des Bundes von Jan. 2012 – Feb. 2013, UAG 4</i>
<i>Hanka Jarisch</i>	<i>BAuA</i>	<i>Sprecherin des Bundes von Jan. 2010 - Dez. 2011, UAG 4</i>
<i>Stephan Schwarzwälder</i>	<i>BAuA</i>	<i>Sprecher des Bundes von AP-Beginn bis Jan. 2010</i>
Koordinationskreis		
Theodor Blättler	UK NRW	Mitglied Koordinationskreis, UAG 1
Stephan Glaser	Thüringer Landesamt für Verbraucherschutz, Abteilung Arbeitsschutz	Mitglied Koordinationskreis, UAG 1
<i>Rolf Höling</i>	<i>VDBW</i>	<i>Mitglied Koordinationskreis</i>
Martin Holoch	UKBW	Mitglied Koordinationskreis, Leitung UAG 1
<i>Dr. Christine Kaltenberg</i>	<i>VDBW</i>	<i>Mitglied Koordinationskreis</i>
Dr. Sabine Müller-Bagehl	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz HH	Mitglied Koordinationskreis, Leitung UAG 5, UAG 1
Dr. Heinz Schmid	DGUV	Mitglied Koordinationskreis
Dr. Britta Schmitt	BAuA, NAKGS	Mitglied Koordinationskreis, UAG 4
<i>Reinhard Wegener-Kopp</i>	<i>Behörde für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit Bremen</i>	<i>Mitglied Koordinationskreis, UAG 4</i>
Weitere UAG-Leitungen		
Ralf Köhnlein	BGW	Leitung UAG 3
Jutta Lamers	BGW	Leitung UAG 3
Sven Soltau	BGW	Leitung UAG 4
Sebastian Grimm	BGW	Leitung UAG 6
Frauke Rothbarth	BGW	Leitung UAG 6
Projektbüro (GDA-Büro der BGW)		
<i>Bernhard Scheibner (BGW) – Leiter Projektbüro</i>		
<i>Dr. Marlies Träger (BGW)</i>		
Sven Soltau (BGW)		
Doreen Hess (BGW)		

Mitglieder in Unterarbeitsgruppen

- Dr. Stefan Baars (GAA Niedersachsen)
- Dr. Caroline Bernhard-Klimt (Landesamt für Umwelt- und Arbeitsschutz, Zentrum für Arbeits- und Umweltmedizin)
- Carola Brennert (BGW)
- Viktoria Brest (BGW)
- Roland Contzen (BGW)
- Dr. Manigée Derakshani (Unfallkasse NRW)
- Doreen Del Duca (BGW)
- Dr. Madeleine Dulon (BGW)
- Heike Fenn (Struktur- und Genehmigungsdirektion Süd Regionalstelle, Referat 22)
- Götz Friedenberg (Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit Berlin)
- Rahwa Gebrekiros (BGW)
- Rolf von Gimborn (BGW)
- Friedhelm Göbel (Unfallkasse NRW)
- Dr. Helmut Herrmann (Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin Regierung von Oberbayern)
- Uli Koch (Unfallkasse NRW)
- Julia Krienke (BGW)
- Gabriele Lopian (Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen)
- Maike Müller (BGW)
- Ralf Neiheiser (DKG)
- Dr. Iris Juditzki (DKG)
- Jürgen Paulick (Thüringer Landesamt für Verbraucherschutz, Abteilung Arbeitsschutz)
- Helene Renn (BGW)
- Martin Schieron (Unfallkasse NRW)
- Dr. Dagmar Siewerts (Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen)
- Martin Sonntag (Struktur- und Genehmigungsdirektion Süd Regionalstelle Gewerbeaufsicht Neustadt/W., Referat 23)
- Claudia Stiller-Wüsten (BGW)

Externe Unterstützung

- contec GmbH
- rend Medien Service GmbH
- Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation (IAO)
- Abteilung Forschung und Beratung, Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG)
- MATERNA GmbH
- Zentrum für Informationsverarbeitung und Informationstechnik
- Prof. Dr. Ing. Martin Schmauder, Professur für Arbeitswissenschaft, TU Dresden

Projektplan für GDA-Arbeitsprogramm Pflege	
GDA-Ziel:	Verringerung von Häufigkeit und Schwere von Muskel-Skelett-Belastungen und Erkrankungen (MSE) unter Einbeziehung der Verringerung von psychischen Belastungen und Förderung der systematischen Wahrnehmung des Arbeitsschutzes in Unternehmen
GDA-Handlungsfeld:	Gesundheitsdienst
Thema (schlüssige Bezeichnung des Projektinhalts; problem- und ergebnisorientiert)	Etablierung/ Stärkung einer Präventionskultur in Unternehmen der Pflegebranche und Förderung der Gesundheitskompetenz von Beschäftigten zur Reduktion des Einflusses physischer und psychosozialer Risikofaktoren auf MSE
Titel	Arbeitsprogramm Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Pflege Kurztitel: AP Pflege
1. Ausgangslage / Problemanalyse (Ursache-Wirkungs-Beziehungen)	
Kern- bzw. Einstiegsproblem: (treffende Benennung des zentralen Punkts der Problematik)	Betrachtet man im Rahmen des Gesundheitsdienstes den Bereich der Pfl egetätigkeiten, so zeigen bisherige Untersuchungen (BGW-DAK Report; AOK Report) einen deutlich höheren und mit dem Alter steigenden Anteil von Arbeitsunfähigkeiten auf Grund von Muskel-Skelett Erkrankungen. Etwa ein Drittel aller Arbeitsunfähigkeitstage in Deutschland entfällt auf Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems.
Ursachen: (Tätigkeitsbezogene Belastungsfaktoren und weitere ursächliche Faktoren)	Generell kann festgestellt werden, dass bezüglich der Muskel-Skelett-Belastung nicht die Frage nach einer Arbeitssituation mit der stärksten Exposition sondern die Frage nach der generellen Frequenz und der Dauer einer Exposition entscheidend ist. In der manuellen Lastenhandhabung in der Pflege ist von besonders starken Expositionen in den Bereichen der Alten- und Intensivpflege auszugehen. In diesen Bereich sind auch Sturz- und Rutschunfälle aufgrund der Immobilität der Patienten/Bewohner sowie der Leistungserbringung unter zeitlicher Anspannung (Psychische Belastung) von besonderer Bedeutung. Hebe- und Tragehilfen werden - soweit sie vorhanden sind - nur eingeschränkt genutzt. Tätigkeiten, die mehrere Personen bei der Pflege benötigen werden allein und ohne Hilfsmiteileinsatz durchgeführt.
Auswirkungen: (gesamtgesellschaftlich; kann ggf. aus Ziffer 7. Präventionspotential entnommen werden)	Der Volkswirtschaft in Deutschland entstehen durch Muskel-Skelett-Erkrankungen Kosten von ca. 24 Mrd. Euro pro Jahr. In der Altersgruppe der 14 – 29-Jährigen stieg der Anteil derer mit Rückenleiden von 36 % (1998) auf 61 % (2004), Hauptursachen: allgemeine Verspannung, falsche Körperhaltung, einseitige Belastung, Stress (Emnid Studie 2004), gleichzeitig erreicht man diese Gruppe nicht mit dem von den Kassen vorgeschlagenen Präventionsprogramm "Bewegung".

2. Zielanalyse (Mittel-Ziel-Beziehungen; Ziele-Hierarchie)		Indikatoren: (objektiv nachprüfbar)	Quellen der Nachprüfbarkeit:
Beitrag des Projektes zum o.g. GDA-Ziel (möglichst messbar und terminiert)	Entwicklung einer Präventionskultur in den Unternehmen und bei den Führungskräften der Pflegebranche. Förderung der Gesundheitskompetenz der Beschäftigten und Versicherten in den Pflegeberufen.	Risikofaktoren und Durchgeführte Gefährdungsbeurteilungen in den Betrieben zu „MSE/Psych. Belastungen“ // Aufgetretene BK-Fälle MSE und Anteil dieser an der Anzahl der Frühverrentungen	Statistiken von Arbeitsschutzbehörden, UVTs, Kranken- u. Rentenversicherungsträgern; eigene Multiplikatoren- und Online-Erhebungen
Projektziele Präventionskultur: (was soll bewirkt werden?)	<p>1. Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit durch Weiterentwicklung der Präventionskultur in den Betrieben</p> <p>2. Die Arbeits(schutz)-organisation in den Betrieben wird signifikant verbessert.</p> <p>3. Signifikante Erhöhung der Anzahl der Betriebe mit ausgebildeten Führungskräften / Multiplikatoren zu „MSE/Psych. Belastungen“</p>	<p>Risikofaktoren MSE in den Betrieben; Durchgeführte Gefährdungsbeurteilungen, Hilfsmittelausstattung und –einsatz,</p> <p>Anzahl durchgeführte Schulungen, Anzahl erreichter Betriebe / Führungskräfte / Multiplikatoren</p>	<p>Statistiken der Projektträger und Online-Erhebung; Betriebsbesichtigungen</p> <p>Statistiken der Projektträger</p>
Projektziele Gesundheitskompetenz	<p>1. Signifikante Erhöhung der Anzahl Betriebe mit Präventionsangeboten für Mitarbeiter</p> <p>2. Langfristig: Signifikante Senkung der BK-Fälle MSE und ihres Anteils an der Frühverrentung durch gezielte Individualprävention.</p> <p>3. Signifikante Erhöhung der Teilnahme von Betriebsärzten und anderen Multiplikatoren an</p>	<p>Anzahl Betriebe mit Präventionsangeboten</p> <p>BK-Fälle MSE (z. B. BK2108); Anteil BK-Fälle MSE an der Anzahl der Frühverrentungen (als langfristige Kennzahl über die Projektlaufzeit hinaus)</p> <p>Zahl der durchgeführten Schulungen,</p>	<p>Erhebungen in den Betrieben</p> <p>Statistiken UV-Träger, Krankenkassen und RV-Träger</p> <p>Statistiken der Projektträger</p>

	Informationsveranstaltungen / Schulungen zu Themen der Individualprävention	Teilnehmer, erreichte Betriebe	
Projektziele Operative Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Branchenbild im Hinblick auf den Stand der Arbeitsschutzorganisation und der Prävention von MSE und psychischen Belastungen ist anhand einer Online-Erhebung von 30% der Pflegebetrieben erstellt. • 15 % der Pflegebetriebe werden durch regionale und überregionale Informationsveranstaltungen persönlich erreicht. • 10% der Pflegebetriebe nehmen an Schulungen zu Interventionsmaßnahmen teil. • 10% der Betriebe werden durch einen persönlichen Besuch beraten. 		Eigene Erhebungen Gesamtzahl der Betriebe ca. 25.000
Erwartete Ergebnisse: (was soll erreicht werden?)	<p>Präventionskultur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erhalt einer aussagekräftigen Datenbasis zu Risikofaktoren „MSE/Psych. Belastungen“ und dem Arbeitsschutz in der Branche. Entbürokratisierung in der Erhebung durch Entwicklung eines gemeinsamen Online-Tools. 2. 30% der angesprochenen Betriebe nehmen an der Branchen-Online-Erhebung teil. 3. Im Rahmen moderierter Gefährdungsbeurteilungen steigt umfassend das Verständnis für das Thema „Patienten- / Bewohnertransfer“ 4. Die Betriebe stellen angemessene Hilfsmittel zur Verfügung / die Mitarbeiter wenden diese angemessen an. 5. Maßnahmen zur Verbesserung des Arbeitsschutzes u. der prozessorientierten Prävention werden flächendeckend umgesetzt. 	<p>Gesundheitskompetenz:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Anzahl der Betriebe mit Angeboten zur BGF erhöht sich. 2. Vorbildhafte Betriebe werden identifiziert und zur Nachahmung in der Branche effektiv kommuniziert. 3. Die Quote der aufgrund von MSE erkrankten oder frühverrenteten Arbeitnehmer in der Pflege wird reduziert. Pflegende verbleiben länger im Berufsleben. 	

<p>Aktivitäten: (wie sollen die Ergebnisse erzielt werden? inkl. Nennung von Methoden)</p>	<p>Präventionskultur:</p> <p>1. Ausgangssituation t₀ (2009): Da vorwiegend KMU zu betrachten sind, liegen zur Situation der Gefährdungsbeurteilung in den Betrieben keine Daten vor. Erste Erhebungen erfolgen in t₁. In t₀ erfolgen die Projektdefinition, die Etablierung eines Koordinationskreises aus Trägern des Arbeitsprogramms, die Projektkalkulation und der Aufbau einer funktionsfähigen Projektstruktur mit Vernetzungen zu den Trägern aus Ländern, Bund und Unfallversicherungsträgern.</p> <p>2. t₁ (2010): Mit Hilfe eines Online-Instrumentes erfolgt eine Erhebung zum Stand des Arbeitsschutzes / der Risikofaktoren in den Betrieben im Hinblick auf „MSE/Psych. Belastung“ und Beratung der Betriebe über einen Online-„Werkzeugkasten“ mit Angeboten der AP-Träger.</p> <p>Informations- und Motivationsveranstaltungen für Führungskräfte und Multiplikatoren werden durchgeführt, um für die Themen „MSE/Psych. Belastungen“ u. „Arbeits(schutz)organisation“ zu sensibilisieren, die Online-Erhebung vorzubereiten und die Rolle und Anliegen der Aufsichtsbehörden und Unfallversicherungsträger zu kommunizieren.</p> <p>3. Es erfolgen die Interventionen zur Förderung der Präventionskultur: - Führungskräfte- und</p>	<p>Gesundheitskompetenz:</p> <p>1. Ausgangssituation t₀: Erfassen der aufgetretenen BK-Fälle MSE (z.B. BK2108 – allerdings nur als langfristiger Indikator) / des Anteils MSE an der Anzahl der Frühverrentungen als Grundlage der Evaluation. Das Evaluationskonzept wird in t₁ auf Basis der zentralen GDA-Evaluation entwickelt.</p> <p>2. Ebenfalls t₀: Vernetzung mit externen Partnern wie dem VDBW und VDSi mit Blick auf die Aktivitäten für Betriebsärzte und FASi; Vernetzung mit ver.di (Multiplikatoren für betriebliche Interessensvertretung)</p> <p>3. Analyse t₁: Entwicklung Evaluationskonzept und Umsetzung Evaluationskonzept</p> <p>4. Gezielte Interventionen: - Führungskräfte- und Multiplikatorenschulungen zu den Themen „Hilfsmittelinsatz“, „Arbeitsorganisation“, „BGF“, „Pflegerische Angehörige“ - Identifizieren und Fördern vorbildhafter Betriebe - Förderung des</p>	
---	--	--	--

	<p>Multiplikatorenschulungen: „MSE/Psych. Belastungen“, „Arbeits(schutz)organisation“, „Betriebliche Gesundheitsförderung“ - Identifizieren und Fördern vorbildhafter Betriebe - Förderung des Hilfsmiteileinsatzes - Spezielles Schulungsangebot „Patienten-/Bewohnertransfer“ („Bewegen von Patienten“) - Schulungsangebote zur Umsetzung der moderierten Gefährdungsbeurteilung</p> <p>4. In t₂ (2011) Beratungs- und Aufsichtstätigkeit mit Hilfe von Betriebsbegehungen (5% der Betriebe). Dazu erneuter Einsatz des Online-Instrumentes. Auf Basis der erhobenen Daten erfolgt eine Zwischenevaluation. Anschließend ggf. Anpassung der Interventionen. In t₃ (2012) Fortsetzen der Schulungstätigkeit, der Beratungs- und Aufsichtstätigkeit in Begehungen (weitere 5% der Betriebe); dritter Durchgang des Online-Instrumentes und Schlussevaluation. Die Schlussevaluation wird in 2013 abgeschlossen.</p>	<p>Hilfsmiteileinsatzes - Maßnahmen zur Verbesserung der Individualprävention: Verbreitung von Angeboten „Persönliche ärztl. Beratung u. Betreuung“ (bspw. „Rückensprechstunde“ u. a.); Reha-Trainingsmaßnahmen in Schulungs- und Beratungszentren zur Kompetenzerweiterung (bspw. „Rückenkolleg“)</p> <p>5. In t₂ (2011) erfolgt Zwischenevaluation, anschließend ggf. Anpassung der Interventionen; in t₃ (2012) Schlussevaluation (bis Anfang 2013).</p>	
--	---	--	--

3. Adressaten / Zielgruppen	
<p>Personengruppen: (Funktion im Betrieb, vorrangige Berufe, ggf. Alter, Geschlecht etc.)</p>	<p>Unternehmen und Trägerorganisationen der Pflege, Führungskräfte in Unternehmungen der Pflegebranchen, Beschäftigte und Versicherte in den Pflegeberufen, Hochschulen, wissenschaftliche Einrichtungen, Betriebliche Interessenvertretungen, Arbeitnehmerorganisationen, Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Dienste.</p>
<p>Betriebe: (Größe, ggf. Regionen, weitere Strukturmerkmale)</p>	<p>Pflegeeinrichtungen (ambulant und stationär) der Alten- und Krankenpflege unter Berücksichtigung regionaler und länderspezifischer Gesichtspunkte. Bevorzugt betrachtet werden insbesondere kleine und mittlere Unternehmensgrößen.</p>

4. Projektbeteiligte – mögliche Arbeitsteilung / Beteiligtenanalyse (Stärken-Nutzen-Verhältnis aus Sicht aller Projektbeteiligte)	
Projektbeteiligte A:	Unfallversicherungsträger - DGUV
Von A eingesetzte Stärken: (Erfahrung, erleichterter Zugang zu Zielgruppe etc.)	Zu erzielender Nutzen, an dem A besonders interessiert ist:
<u>Unfallversicherungsträger</u> <ul style="list-style-type: none"> • Flächendeckender Zugang zur Branche • Länderspezifische Kooperationen <u>Speziell BGW</u> <ul style="list-style-type: none"> • Fach- und Branchenkompetenz Pflege (u.a. aus „Aufbruch Pflege“) • Produktlinie Pflege der BGW • Flächendeckende Schulung und Beratung • Fachkompetenz MSE (z.B. Rückenkolleg im Reha-Zentrum Hamburg) • Qualitätsmanagement mit integriertem Arbeitsschutz (qu.int.as) • Weitere Anreize zur Implementierung systemischer Ansätze 	<ul style="list-style-type: none"> • Rückgang MSE – Senkung der Reha- und Ausfallkosten • Erhöhung des Durchdringungsgrads in den Pflegebranchen • Zielgenaue Ausweitung der Präventionsaktivitäten • Signalwirkung für Präventionskultur und Gesamtverbesserung der Gesundheitskompetenz in Betrieben und bei deren Beschäftigten • Konzertierte Abstimmung und Kooperation mit Partnern
Projektbeteiligte B:	Trägereinrichtungen der Pflegebranche
Von eingesetzte Stärken: (Erfahrung, erleichterter Zugang zu Zielgruppe etc.)	Zu erzielender Nutzen, an dem B besonders interessiert ist:
<ul style="list-style-type: none"> • Implementierungs- und Entscheidungskompetenz in den Pflegeeinrichtungen • Innerbetriebliche Erfahrung mit Arbeits-/Gesundheitsschutz 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit der Pflegenden • Senkung der BK Fälle durch frühzeitige Maßnahmen der Individualprävention • Erhöhung der Anzahl von Betrieben mit präventiven Gesundheitsangebot

<p>Projektbeteiligte C:</p>	<p>Bundesländer/Staatlicher Arbeitsschutz (Gewerbeaufsicht, Staatliche Gewerbeärzte/innen)</p>
<p>Von C eingesetzte Stärken: (Erfahrung, erleichterter Zugang zu Zielgruppe etc.)</p>	<p>Zu erzielender Nutzen, an dem C besonders interessiert ist:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Erleichterter Zugang zu allen Einrichtungen der Pflege und Einsicht in Dokumentationen (Dienst- und Schichtpläne, Arbeitszeitnachweise, etc.) • Information und Beratung des Arbeitgebers, der Beschäftigten, der Mitarbeitervertretung, der Fachkräfte für Arbeitssicherheit und der Betriebsärzte • Umfangreiches Verzeichnis der in Frage kommenden Betriebe und Personen (Daten) • Erfahrungspotenzial durch Kontrollen in Einrichtungen der Pflege • Beratungs- und Überwachungskompetenzen ergänzend zum Kernbereich des Arbeitsschutzes, z.B. Arbeitszeit, Mutterschutz • Beteiligung von weiteren staatlichen Stellen im Bereich Pflege • Projekterfahrungen: „Gesunde Beschäftigte und gute Servicequalität in der <i>ambulanten Pflege</i>“ (Rheinland-Pfalz) • Länderspezifische Projekterfahrungen z.B. „Menschen pflegen“ (Rheinland-Pfalz) 	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung von gezielten Aktionen und Aktivitäten • Bündelung der Kräfte (Kooperation mit Projektbeteiligten) • Hoher Umsetzungsgrad des Gesundheits- und Arbeitsschutzes • Arbeitsfähigkeitserhaltung im Zeichen des demographischen Wandels • Senkung der BK Fälle durch frühzeitige Maßnahmen der Individualprävention • Erhöhung der Anzahl von Betrieben mit präventiven Gesundheitsangeboten *BGF (50%) • Erhöhung der Anzahl der erreichten Betriebe mit ausgebildeten Führungskräften / Multiplikatoren
<p>Projektbeteiligte D:</p>	<p>BMAS/INQA/BauA</p>
<p>Von D eingesetzte Stärken: (Erfahrung, erleichterter Zugang zu Zielgruppe etc.)</p>	<p>Zu erzielender Nutzen, an dem D besonders interessiert ist:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsleitung des bundesweiten Netzwerkes INQA-Pflege • Abgestimmte Entwicklung des Leitbildes „Gesund Pflegen“ und eines ganzheitlichen Ansatzes für Prävention in der Pflege (AEDP: 9 Handlungsfelder). • Regionale Netzwerke in Aachen und Dresden • Forschungs- und Entwicklungsprojekte • Querverbindung zu Politikfeldern, Unternehmenskultur, 	<ul style="list-style-type: none"> • Bundesweite und regionale Bündelung der Angebote der GDA Partner • Gemeinsamer Standard und Produktentwicklung MSE • Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege durch geeignete Formen der Arbeitsorganisation • Darstellung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens: Zusammenhang von guten Arbeitsbedingungen, Pflegequalität und Wirtschaftlichkeit

Wirtschaftlichkeit und Rente mit 67.	
Projektbeteiligte E:	Krankenkassen
Von E eingesetzte Stärken: (Erfahrung, erleichterter Zugang zu Zielgruppe etc.)	Zu erzielender Nutzen, an dem E besonders interessiert ist:
<ul style="list-style-type: none"> • Über den MDS / MDK. Gesetzlicher Auftrag zur Regelprüfung in den Pflegeeinrichtungen. Breite Hebelwirkung • Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung • Umfangreiches Datenmaterial zu Ausfallzeiten zu psych. Belastungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Versicherten • Umsetzung der Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung • Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit der Pflegenden • Senkung der Ausfallzeiten und damit Kostensenkung • Senkung von Behandlungskosten
Projektbeteiligte F:	Arbeitgeberverbände
Von F eingesetzte Stärken: (Erfahrung, erleichterter Zugang zu Zielgruppe etc.)	Zu erzielender Nutzen, an dem F besonders interessiert ist:
<ul style="list-style-type: none"> • Zugang zu Einrichtungen und Arbeitgebern • Seminar- und Medienangebote 	<ul style="list-style-type: none"> • Wirtschaftliche Stärkung von Unternehmen • Stärkung der Branchenattraktivität • Reduzierung der AU-Tage • Reduzierung der Beiträge zur Unfallversicherung
Projektbeteiligte G:	Ver.di /Arbeitnehmerorganisationen
Von G eingesetzte Stärken: (Erfahrung, erleichterter Zugang zu Zielgruppe etc.)	Zu erzielender Nutzen, an dem G besonders interessiert ist:
<ul style="list-style-type: none"> • Interessenvertretung der Arbeitnehmer • Seminar- und Medienangebote • Mitarbeit am Leitbild „Gesund Pflegen“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung in Einrichtungen und Förderung geeigneter Organisationen • Mitbestimmungsrechte der Arbeitnehmer bei der Organisation und Arbeitsgestaltung stärken

Projektbeteiligte H:	Weitere Partner: Hochschulen/Industrie Dachverbände von Pflegeberufsverbänden (z. B. DPO:Dachverband der Pflegeorganisationen Rheinland-Pfalz) /DGAUM/VDBW
Von H eingesetzte Stärken: (Erfahrung, erleichterter Zugang zu Zielgruppe etc.)	Zu erzielender Nutzen, an dem G besonders interessiert ist:
<u>Hochschulen</u> <ul style="list-style-type: none"> Wissenschaftliche Fachkompetenz Curricula-Entwicklung <u>Industrie</u> <ul style="list-style-type: none"> Produktentwicklungskompetenz (Hilfsmittel) Marktzugänge - Multiplikatorenfunktion <u>DPO</u> <ul style="list-style-type: none"> Beruflicher Sachverstand Fortbildungsangebot <u>DGAUM</u> <ul style="list-style-type: none"> Wissenschaftliche Fachkompetenz <u>VDBW</u> <ul style="list-style-type: none"> Innerbetriebliche Erfahrung im Bereich Arbeits-/Gesundheitsschutz Erfahrungspotenzial über Gesundheitszustand der Mitarbeiter /innen in Einrichtungen der Pflege 	<u>Hochschulen</u> <ul style="list-style-type: none"> Durchführung von Forschungsprojekten Wissenschaftliche Erkenntnisse gewinnen <u>Industrie</u> <ul style="list-style-type: none"> Verbesserte Produktangebote Verbesserung der Marktposition <u>DPO</u> <ul style="list-style-type: none"> Mitwirkung und Förderung bei Pflegewissenschaft und Pflegeforschung <u>DGAUM</u> <ul style="list-style-type: none"> Durchführung von Forschungsprojekten Wissenschaftlicher Erkenntnisgewinn <u>VDBW</u> <ul style="list-style-type: none"> Durchführung von gezielten Aktionen und Aktivitäten Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Versicherten Umsetzung der Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit der Pflegenden Senkung der Ausfallzeiten und damit Kostensenkung
Projektbeteiligte I:	Betriebsärztliche- und sicherheitstechnische Dienste
Von I eingesetzte Stärken: (Erfahrung, erleichterter Zugang zu Zielgruppe etc.)	Zu erzielender Nutzen, an dem I besonders interessiert ist:
<ul style="list-style-type: none"> Profunde Kenntnisse bzgl. des Gesundheitszustandes und der damit verbundenen Bedürfnisse des 	<ul style="list-style-type: none"> Umsetzung der Ziele der neuen Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) Senkung der BK- bzw. Erkrankungsfälle durch

<p>Pflegepersonals)</p> <ul style="list-style-type: none">• Gute Kontakte zur Geschäfts- bzw. Personalleitung• Profunde arbeitssicherheitstechnische Kenntnisse in den Pflegeeinrichtungen auch bzgl. Bedarf und Verwendung von erforderlichen technischen Hilfsmitteln	<p>frühzeitige Maßnahmen der Individualprävention</p> <ul style="list-style-type: none">• Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege (alternsgerechte Arbeit bzw. Humanisierung der Arbeit)• Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Versicherten <p>Umsetzung der Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung</p> <ul style="list-style-type: none">• Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit der Pflegenden• Adäquate Anwendung bzw. Umsetzung arbeitssicherheitstechnischer Maßnahmen bzw. Anschaffung technischer Hilfsmittel
--	--

5. Inhalt / Methoden – Zeitstruktur mit Meilensteinen				
5.1 Phase Planung I: Planung Projekt, Vernetzung der Träger, Aufbau Arbeitsstruktur und Eröffnungsveranstaltung				
(Aufgabenklärung, Suche nach und Abstimmung mit allen Projektbeteiligten, Projektorganisation, Auswahl von Methoden, Festlegung des Vorgehens bei der Erhebung eines Ausgangszustands als Grundlage für die Evaluation der Zielerreichung)				
Januar 2009 bis Dezember 2009 (t₀)				
START-DATUM DES PROJEKTS:			Soll	Ist
			01/2009	
Lfd. Nr.	Meilensteine / Arbeitsschritte	Verantwortlich	Soll-Datum (bis)	Ist-Datum
1	Arbeitsprogrammleitung etablieren	Arbeitsprogrammleiter	02/2009	
2	AP-Koordinationskreis aus Trägern etablieren	Arbeitsprogrammleiter	03/2009	
3	Projektauftrag formulieren, Abklärung der Kompetenzen, Grundstrukturen	Arbeitsprogrammleiter	03/2009	
4	Phasen- und Meilensteinplan (Projektplan) erstellen, Festlegung der Interventionen und Evaluationen	Arbeitsprogrammleiter; Koordinationskreis	04/2009	
5	Koordinationsprozess AP-Leitung/Länder etablieren zwecks Koordination der Umsetzung; Vermeidung: Dopplungen in Aktivitäten der Träger	Arbeitsprogrammleiter	06/2009	
6	Schnittstellen-Kommunikation zur NAK etablieren / Integration in GDA-Projektplanung	Arbeitsprogrammleiter	07/2009	
7	Erstellen erster Präsentationsmaterialien zum Arbeitsprogramm; Präsentation der Planungen auf Kongressen und Messen; Durchführung von gemeinsamen Workshops der AP-Träger und Eröffnungsveranstaltung	Arbeitsprogrammleiter	11/2009	
8	Etablierung Arbeitsstruktur mit Unterarbeitsgruppen (UAGen)	Arbeitsprogrammleiter	10/2009	
10	Zusammenstellung von Daten von UVTs und Krankenkassen u. RV-Trägern zu MSE u. psychischen Belastungen	Arbeitsprogrammleiter	12/2009	
11	Entwicklung Kommunikationsplattform Arbeitsprogramm	Arbeitsprogrammleiter	12/2009	
12	Analyse der Interventionsprodukte und Leistungen (was gibt es bereits, was entwickeln wir neu?)	Arbeitsprogrammleiter	12/2009	

5.2 Phase Planung II: Planung Analyse t₁ und Interventionen t₁ / t₂ (beispielsweise Schulungsbedarf der Akteure, Erstellung von Checklisten, Vorlagen u.ä., Entwicklung und Erprobung von Methoden und Instrumenten) Oktober2009 (t₀) – Dezember 2010 (t₁)				
Lfd. Nr.	Meilensteine / Arbeitsschritte	Verantwortlich	Soll-Datum (bis)	
1	Fortsetzung Produktanalyse	Arbeitsprogrammleiter	02/2010	
2	Planung des Online-Instrumentes	Arbeitsprogrammleiter; externe Partner	08/2010	
2.1	Rahmenkonzept Online-Instrument	s. o.	12/2009	
2.2	Erhebungsbogen (Kopf- und Fachdaten)	s. o.	06/2010	
2.3	Entwicklung des Online-Instruments	Externe Partner	08/2010	
2.4	Evaluationskonzept Online-Instrument	Arbeitsprogrammleiter, externe Partner	06/2010	
2.5	Kommunikationskonzept Online-Instrument	Arbeitsprogrammleiter	06/2010	
3	Planung Informationsveranstaltungen für Multiplikatoren und große Träger der Pflege (Landesebene) sowie einer regionalen Veranstaltungsreihe für Führungskräfte und Betriebe der Pflege (Kreisebene)	Arbeitsprogrammleiter; Koordinationskreis	07/2010	
3.1	Planung der Informationsveranstaltungen auf Landesebene und Entwicklung Kommunikationskonzept	s. o.	06/2010	
3.2	Planung Informations- und Motivationsveranstaltungen auf Kreisebene, Kommunikationskonzept	s. o.	06/2010	
3.3	Planung Schulung für Aufsichtspersonen zur Durchführung der regionalen Veranstaltungen	s. o.	07/2010	
4.	Planung Führungskräfte- und Multiplikatorenschulungen zu Prävention und Gesundheitskompetenz mit Blick auf MSE/Psychische Belastungen und Arbeitsschutzorganisation	Arbeitsprogrammleiter; Koordinationskreis	08/2010	
4.1	Planung Schulungsmodul für Führungskräfte und Multiplikatoren MSE und Psych. Belastungen	s. o.	08/2010	
4.2	Planung Schulungsmodul „Arbeits- u. Arbeitsschutzorganisation“	s. o.	08/2010	
4.3	Planung Schulungsmodul	s. o.	08/2010	

Rev. 13: Stand: 28. Januar 2010

	„Patienten- / Bewohnertransfer“			
4.4	Planung Schulungsmodul „Prävention bei pflegenden Angehörigen“	s. o.	08/2010	
4.5	Planung Schulungen „Umsetzung Moderierte Gefährdungsbeurteilung“	s. o.	08/2010	
5.	Planung Förderung des Hilfsmiteleinsatzes	Arbeitsprogrammleiter	03/2011	
5.1	Entwicklung Interventionskonzept zur Optimierung des Hilfsmiteleinsatzes (Bspw.: Kooperation mit Herstellern, Integration der Maßnahmen in regionale Veranstaltungen. Entwicklung von Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit, ...)	Arbeitsprogrammleiter	03/2011	
6.	Planung „Individualprävention“	Arbeitsprogrammleiter	12/2010	
6.1	Zusammenstellung und Bewertung bestehender Angebote der Träger zur Individualprävention	Arbeitsprogrammleiter	09/2010	
6.2	Planung Schulungsmoduls für Multiplikatoren „Angebote der Individualprävention: „Persönlichen Beratung u. Betreuung“ – Bsp. „Rückensprechstunde“ „Reha-Trainingsmaßnahmen zur Kompetenzerweiterung“ (Bsp. „Rückenkolleg“ u.a.)	Arbeitsprogrammleiter	12/2010	
7.	Planung „Vorbildhafte Betriebe“	Arbeitsprogrammleiter	10/2010	
7.1	Identifizieren vorbildhafter Betriebe hinsichtlich Präv.kultur u. Gesundheitskompetenzvermittlung	s. o.	10/2010	
7.2	Kommunikationskonzept Good practice	s. o.	10/2010	

5.3 Umsetzungsphasen (t₁-t₃)				
Lfd. Nr.	Meilensteine/Arbeitsschritte	Verantwortlich	Soll-Datum (bis)	Ist-Datum
1	Information und Motivation Zielgruppen (ab 07/2010) (t₁) Themen: „Arbeits- und Arbeitsschutzorganisation“, „MSE / Psychische Belastungen“, Onlinebefragung, Rolle Gewerbeaufsicht und UVT	Arbeitsprogrammleiter	12/2011	
1.1	Informationsveranstaltungen auf Landesebene	Arbeitsprogrammträger auf Landesebene	07/2011	
1.2	Durchführung Schulung Aufsichtspersonen für regionale Veranstaltungen	Arbeitsprogrammleiter	08-12/2010	
1.3	Informations- und Motivationsveranstaltungen in den Regionen (Landkreisen), stufenweiser Beginn ab 09/2010	Arbeitsprogrammträger auf Landesebene	12/2011	
2	Online-Instrument t₁ (ab 08/2010)	Arbeitsprogrammleiter; externe Partner	12/2010	
2.1	Online-Instrument: Ansprache der Betriebe	Arbeitsprogrammleiter	08/2010	
2.2	Online-Instrument: Erhebungsphase	Externe Partner	11/2010	
2.3	Online-Instrument: Auswertung	Externe Partner	12/2010	
3	Interventionen t₁-t₂ (ab 09/2010)	Arbeitsprogrammleiter; Koordinationskreis	12/2011	
3.1	Führungskräfte- u. Multiplikatorenschulungen – Aufbau einer Präventionskultur und Stärkung der Gesundheitskompetenz zu MSE/Psych. Belastungen	Unfallversicherungsträger (UVT)	12/2011	
3.2.	Schulung „Patienten- / Bewohnertransfer“	UVT	12/2011	
3.3.	Schulung „Umsetzung Moderierte Gefährdungsbeurteilung“	UVT	12/2011	
3.4	Umsetzung Good Practice-Konzept ab 11/2010	Arbeitsprogrammleiter	12/2011	
3.5	Umsetzung Förderung Hilfsmiteleininsatz ab 04/2011	Arbeitsprogrammleiter	12/2011	
3.6	Schulung „Prävention bei pflegenden Angehörigen“ – Hilfsmiteleininsatz	UVT	12/2011	
3.7	Online-Instrument, 2. Durchgang (ab 09/2011)	Externe Partner	11/2011	
4.	Interventionen Individualprävention (ab 01/2011)	Arbeitsprogrammleiter; UVT	12/2011	

4.1	Multiplikatorenschulungen für Betriebsärzte: „Angebote der Individualprävention: „Persönlichen Beratung u. Betreuung“ – Bsp. „Rückensprechstunde“ „Reha-Trainingsmaßnahmen zur Kompetenzerweiterung“ (Bsp. „Rückenkolleg“ u.a.)	Unfallversicherungsträger	12/2011	
4.2	„Angebote der Individualprävention: „Persönlichen Beratung u. Betreuung“ – Bsp. „Rückensprechstunde“ laufende Umsetzung	Unfallversicherungsträger	12/2011	
4.3	„Reha-Trainingsmaßnahmen zur Kompetenzerweiterung“ (Bsp. „Rückenkolleg“ u.a.) laufende Umsetzung	Unfallversicherungsträger	12/2011	
5.	Beratung und Aufsicht: Betriebsbegehungen, Phase 1	Arbeitsprogrammleiter; Aufsichtsdienste UVT u. Länder	12/2011	
5.1	Schulung Aufsichtspersonen	Arbeitsprogrammleiter	06/2011	
5.2	Umsetzungsphase (5% der Betriebe)	UVT, Aufsichtsbehörden	12/2011	
6.	Interventionen t₃ (ab 01/2012)	Arbeitsprogrammleiter	12/2012	
6.1	Auswertung der Zwischenevaluation im Hinblick auf die Interventionen	Arbeitsprogrammleiter, ext. Partner	01/2012	
6.2	Ggf. Anpassung / Korrektur der Interventionen	Arbeitsprogrammleiter; Koordinationskreis	03/2012	
6.3	Fortführung der Interventionen	UVT, Aufsichtsbehörden	12/2012	
6.4	Online-Instrument, 3. Durchgang (ab 09/2012)	Externe Partner	11/2012	
6.5	Beratung und Aufsicht: Betriebsbegehungen, Phase 2, Umsetzung (weitere 5% der Betriebe)	UVT, Aufsichtsbehörden	12/2012 (ggf. im Rahmen der Evaluation bis 03/2013)	

5.4 Evaluationsphasen

(Zusammenfassung der projekteigenen Erhebungen zur Evaluation, Dokumentation, Auswertung, Wissenstransfer etc.)

Juli 2011 – Januar 2012 (t₂) // Aug. 2012 – Dez. 2012 (t₃) bzw. 06/2013

Lfd. Nr.	Meilensteine / Arbeitsschritte	Verantwortlich	Soll-Datum (bis)	Ist-Datum
1	Zwischenevaluation (ab Juli 2011)	Arbeitsprogrammleiter	01/2012	
1.1	Umsetzung gemäß Evaluationskonzept	Arbeitsprogrammleiter	01/2012	
1.2	Einbezug Daten Online-Erhebung	Externe Partner	01/2012	

1.3	Einbezug Daten Begehungen	Arbeitsprogrammleiter; UVT u. Länderbehörden	01/2012	
2	Schlussevaluation (ab 08/2012)	Arbeitsprogrammleiter	06/2013	
2.1	Einbezug Daten Online-Erhebung	Externe Partner	03/2013	
2.2	Einbezug Daten Begehungen, Phase 2	Arbeitsprogrammleiter; UVT u. Länderbehörden	03/2013	
2.3	Zusammenführung der Daten „Schulungen“: - Anzahl und Art durchgeführter Schulungen - Anzahl u. Art erreichter Betriebe - Anzahl u. Art erreichter Führungskräfte - Anzahl u. Art erreichter Multiplikatoren	Arbeitsprogrammleiter, UVT	03/2013	
2.4	Zusammenführung der Daten zu „Individualprävention“: - Anzahl Teilnehmer „Persönliche Beratung“ - Anzahl Teilnehmer „Reha-Trainingsmaßnahmen“	Arbeitsprogrammleiter; UVT	03/2013	
2.5	Zusammenstellung aller Evaluationsergebnisse zur Projektevaluation und –dokumentation	Arbeitsprogrammleiter, externe Partner	06/2013	

6. Annahmen zu externen (Risiko)Faktoren

(mögliche gesamtgesellschaftliche, branchenbezogene oder betriebsbezogene Faktoren, die den Projekterfolg positiv oder negativ beeinflussen können)

Eine weitergehende Risikoanalyse ist u.a. Bestandteil der Detailplanungen der Planungsphasen I und II.

Besondere Risiken, die in der Analyse zu beachten sind, sind u. a.:

- Mangelnde Zielgruppenerreichung und –durchdringung
- Probleme beim Aufbau regionaler Netzwerkstrukturen, die für die Umsetzung auf Landkreisebene erforderlich sind
- Netzwerke der Akteure und Multiplikatoren nehmen Themen nicht an (Reaktanz-Problematik)
- Mangelnde Ressourcenbereitstellung der Projektträger
- Inhaltliche Probleme bei der Evaluation (Angemessenheit der untersuchten Indikatoren, etc.)
- Technische Probleme bei der Durchführung der Evaluation

7. Projektleitung / Stellvertretung	
LEITUNG - Name, Organisation, Anschrift, Telefon, e-mail:	
<p>Albrecht Liese Leiter der Präventionsdienste Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege Pappelallee 35/37 22089 Hamburg Sprecher für die DGUV/UVT</p>	<p>Tel.: 040-20207-7593 Fax: 040-20207-915 e-mail: Albrecht.Liese@bgw-online.de</p>
STELLVERTRETUNG - Name, Organisation, Anschrift, Telefon, e-mail:	
<p>Dr. Christoph Smieszkol Staatlicher Gewerbearzt Landesamt für Umwelt, Wasserwirtschaft und Gewerbeaufsicht Rheinland-Pfalz Kaiser-Friedrich-Strasse 7 55116 Mainz Sprecher für die Bundesländer</p>	<p>Tel.: 06131-6033-1308 bzw. 6033-1302 Fax: 06131-1432968 e-mail: Christoph.Smieszkol@luwg.rlp.de</p>
<p>Stephan Schwarzwälder BAuA/INQA Proschhübelstr. 8 01099 Dresden Sprecher für das BMAS</p>	<p>Tel.: 0351-5639-5481 Fax.: 0351 5639-5210 e-mail: Schwarzwaelder.Stephan@buaa.bund.de</p>
<p>Vertretung von Jan.-Juli 2010: Hanka Hoffmann BAuA, Branchenschwerpunkte, regionales Transferzentrum <i>Adresse wie oben</i></p>	<p>Tel.: 0351-5639-5437 Fax: 0351-5639-5210 e-mail: hoffmann.hanka@buaa.bund.de</p>

8. Ressourceneinsatz / Mengengerüst				
Lfd. Nr. (entsprechend Ziffer 5)	Personaleinsatz	PT (Personen-Tage)	Sachmittel	€
			Entwicklung Online-Instrument	200.000
			<i>Entwicklung Erhebungsbogen; Entwicklung Online-Instrument mit Datenbank und Werkzeugkasten; Anpassung und Datenmanagement; Beitrag zu Evaluation</i>	
	Informations- und Motivationsveranstaltungen			
	<i>Durchführung regionale Veranstaltungen</i>	3.291	<i>Kosten der Durchführung der reg. Veranstaltungen (Raummiete, Verpflegung, etc.)</i>	200.000
			<i>Kommunikations-, Marketingmaterial f. Veranstaltungen</i>	100.000
	Schulungen Aufsichtspersonen	500	Kosten der Schulungen für Aufsichtspersonen	20.000
	Betriebsbegehungen (10% der Betriebe)	1.712		
			Zusätzliche externe Kosten für Evaluation	30.000
	Gesamt	5.503		550.000
	Σ Personenjahre, 1PJ=200PT	27,5		

Bearbeitungsstand: 28. Januar 2010

Anhang 3

zum

Abschlussbericht des GDA-Arbeitsprogramms
Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Pflege
(AP Pflege)

Auswertung der Datenerhebung

Verfasser:

Prof. Dr. Ing. Martin Schmauder
Professur für Arbeitswissenschaft, TU Dresden

Unter Mitarbeit von:

Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation, Stuttgart

Stand der Auswertung:

04.05.2013

Inhalt

Einführung	3
1 Allgemeines	3
2 Begriffsklärung	5
3 Online-Selbstbewertung	6
3.1 Ambulante und stationäre Pflege	6
3.1.1 Arbeitsschutzorganisation	6
3.1.2 Gefährdungsbeurteilung	8
3.1.3 Muskel-Skelett-Erkrankungen	10
3.1.4 Psychische Belastungen	12
3.1.5 Präventionskultur und Gesundheitskompetenz	14
3.1.6 Akzeptanz und Nutzen von Online-Selbstbewertungsinstrumenten	16
3.1.7 Zusammenhänge	17
3.2 Kliniken	18
3.2.1 Arbeitsschutzorganisation	18
3.2.2 Gefährdungsbeurteilung	19
3.2.3 Muskel-Skelett-Erkrankungen	20
3.2.4 Psychische Belastungen	21
3.2.5 Präventionskultur und Gesundheitskompetenz	21
4 Daten der Betriebsbesichtigungen	23
4.1 Ambulante Dienste	23
4.1.1 Arbeitsschutzorganisation	23
4.1.2 Gefährdungsbeurteilung	23
4.1.3 Gefährdungen des Rückens	23
4.1.4 Psychische Belastungen	23
4.1.5 Präventionskultur und Gesundheitskompetenz	24
4.2 Stationäre Dienste	25
4.2.1 Arbeitsschutzorganisation	25
4.2.2 Gefährdungsbeurteilung	25
4.2.3 Gefährdungen des Rückens	25
4.2.4 Psychische Belastungen	25
4.2.5 Präventionskultur und Gesundheitskompetenz	26
4.3 Kliniken	26
4.3.1 Arbeitsschutzorganisation	26
4.3.2 Gefährdungsbeurteilung	26

4.3.3	Gefährdungen des Rückens	26
4.3.4	Psychische Belastungen.....	26
4.3.5	Präventionskultur und Gesundheitskompetenz	27
5	Gegenüberstellung Online-Selbstbewertungsinstrument – Betriebsbesichtigungen.....	27
6	Fazit und Schlussfolgerungen	28
6.1	Arbeitsschutzorganisation und Gefährdungsbeurteilung	28
6.2	Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen.....	29
6.3	Prävention von psychischen Belastungen	30
6.4	Präventionskultur und Gesundheitskompetenz	30
6.5	Allgemeine Erkenntnisse	30

Einführung

Dieser Bericht dokumentiert die Auswertung der Online-Selbstbewertung und Betriebsbesuche im Rahmen des GDA-Arbeitsprogramms „Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Pflege“. Er ergänzt den Abschlussbericht des Arbeitsprogramms durch vertiefende Betrachtungen, Zusammenhänge, Schlussfolgerungen und Empfehlungen. Es werden zunächst die Daten der Online-Erhebung betrachtet, da hier ein umfassenderes Datenmaterial vorhanden ist. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Betriebsbesichtigungen dokumentiert. Mittels dieser „vor Ort“ erhobenen Daten werden u. a. auch die Ergebnisse der Online-Selbstbewertung überprüft.

1 Allgemeines

Im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA), Arbeitsprogramm Pflege, wurden im Zeitraum 2010–2012 in Einrichtungen der Altenhilfe und in Kliniken ausgewählte Aspekte des Arbeitsschutzes erhoben und bewertet.

Bei einer Grundgesamtheit von circa 22.600 Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege sowie rund 3.000 Krankenhäusern (einschließlich der Reha-Kliniken) wurde eine Online-Erhebung mittels Selbstbewertungsinstrument und ergänzenden Betriebsbesuchen durchgeführt.

Eine Auflistung der Anzahl der Einrichtungen ist in Abb. 1 enthalten.

	Einrichtungen			
	Stationäre Pflege	Ambulante Pflege	Krankenhäuser	Summe
1 Schleswig-Holstein	651	402	113	1.166
2 Hamburg	177	334	39	550
3 Niedersachsen	1.394	1.112	269	2.775
4 Bremen	90	113	16	219
5 Nordrhein-Westfalen	2.138	2.136	269	2.775
6 Hessen	672	901	284	1.857
7 Rheinland-Pfalz	435	390	162	987
8 Baden Württemberg	1.384	1.010	491	2.885
9 Bayern	1.574	1.778	564	3.916
10 Saarland	134	115	39	288
11 Berlin	364	431	77	872
12 Brandenburg	339	548	75	962
13 Mecklenburg-Vorpommern	268	406	67	741
14 Sachsen	698	972	110	1.780
15 Sachsen-Anhalt	407	492	74	973
16 Thüringen	304	389	81	774
Bundesweit	11.029	11.529	3.010	25.568

Abb. 1.1: Grundgesamtheit (Quelle: Pflegestatistik 2007)

In den kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) der stationären und ambulanten Altenhilfe wurde mittels eines Online-Selbstbewertungsinstrumentes mit 55 Fragen und in Kliniken mit 56 Fragen der Stand des betrieblichen Arbeitsschutzes in den Feldern:

- Arbeitsschutzorganisation
- Gefährdungsbeurteilung (Beurteilung der Arbeitsbedingungen nach §5 ArbSchG)
- Muskel-Skelett-Erkrankungen (Gefährdungen des Rückens) und
- Psychische Belastungen

abgefragt.

Es haben 3.389 Betriebe der stationären und ambulanten Altenhilfe und 374 Kliniken an der Online-Selbstbewertung teilgenommen.

Parallel dazu wurden 2.554 Vor-Ort-Besichtigungen von Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger und der staatlichen Aufsicht durchgeführt. Die Auswahl der zu besichtigenden Betriebe erfolgte zufällig. Es wurde mit einem zentral von der GDA erarbeiteten Kopfdatenbogen der Stand von

- Arbeitsschutzorganisation und
- Gefährdungsbeurteilung

und mit einem spezifischen Fachdatenbogen mit Fragen zu

- Gefährdungen des Rückens
- psychischen Belastungen

der Stand der Gefährdungssituation erhoben. Die Fragen des Fachdatenbogens stellen inhaltliche Zusammenfassungen der Einzelfragen des Online-Selbstbewertungsinstrumentes dar, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Besichtigungen und Selbstbewertung herzustellen.

Das Online-Selbstbewertungsinstrument für die Altenhilfe wurde mittels folgender Quellen erarbeitet:

- Fragen zur Arbeitsschutzorganisation und Gefährdungsbeurteilung wurden aus dem in Baden-Württemberg durchgeführten Risiko-Quick-Check (RQC)¹ abgeleitet.
- Fragen zu Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) wurden auf Basis des Stands der Technik zur Prävention von Muskel-Skelett-Belastungen von einem Expertengremium erstellt.
- Fragen zu psychischen Belastungen wurden aus einem validierten Fragebogen² für Arbeitgeber der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt Suva abgeleitet.
- Der Fragebogen selbst bestand aus einfachen Frage- und Antwortkategorien mit einer integrierten Toolbox als Hilfe zur Selbsthilfe.

Das Online-Selbstbewertungsinstrument für die Kliniken wurde mittels folgender Quellen erarbeitet:

- Fragen zur Arbeitsschutzorganisation und zur Gefährdungsbeurteilung wurden aus der GDA-Leitlinie zur Arbeitsschutzorganisation³ abgeleitet.
- Fragen zu Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) wurden auf Basis des Stands der Technik zur Prävention von Muskel-Skelett-Belastungen von einem Expertengremium erstellt.

¹<http://www.risikoquickcheck.de>

² Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Suva: Checkliste: Stress, 2000

³http://www.gda-portal.de/de/pdf/Leitlinie-Arbeitsschutzorganisation.pdf?__blob=publicationFile&v=4

- Fragen zu psychischen Belastungen wurden aus dem INQA-Vorhaben psyGA⁴ (psychische Gesundheit in der Arbeitswelt) übernommen.

Der Fragebogen bestand hier aus komplexen Frage- und Antwortkategorien. Die Fragen sind mit umfangreichen Kriterienkatalogen hinterlegt, in dem die erfragten Sachverhalte erläutert werden.

Um Schutz und Sicherheit der Daten zu gewährleisten, wurden die individuellen Zugänge von einem externen Datentreuhänder – dem Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation (IAO) – erstellt und versandt. Auch die betriebsspezifischen Dateneingaben wurden vom Datentreuhänder verwaltet und sind für den Bund, die Arbeitsschutzbehörden und Unfallversicherungsträger nicht einsehbar. Die Anonymisierung der Daten sollte es den Betrieben ermöglichen, möglichst offen und realistisch die Fragen der Selbstbewertung zu beantworten.

2 Begriffsklärung

In der Auswertung werden folgende Begrifflichkeiten verwendet:

- „Geeignete“ Arbeitsschutzorganisation und „angemessene“ Gefährdungsbeurteilung:
Erfüllt ein Betrieb alle im Vorschriften- und Regelwerk geforderten Anforderungen im jeweiligen Themenbereich, so wird dieser als „geeignet“ bzw. „angemessen“ umgesetzt gewertet.
- „Geeignete“ Maßnahmen zur Reduzierung von Gefährdungen des Rückens und der psychischen Belastung:
Erfüllt ein Betrieb den von Unfallversicherungsträgern (UVT) und Behörden gesetzten Standard im jeweiligen Themenbereich, so wird dieser als „geeignet“ umgesetzt gewertet.
- Prozent der maximal erreichbaren Punktzahl:
Wenn alle Fragen mit „ja“ bzw. „vollständig“ beantwortet wurden, werden 100% erreicht. Die Kennzahl ist ein Indikator dafür, wie gut die Betriebe im Durchschnitt abgeschlossen haben.
(nein = 0, ansatzweise = 1, weitgehend = 2; vollständig = 3)
- Mehrfachteilnahme:
Eingeflossen sind hier nur Betriebe, die sowohl 2011 als auch 2012 teilgenommen haben (jeweils mindestens einmal). Verglichen wurde der Stand, der am Ende des jeweiligen Jahres gespeichert war.
- „Kritische Fragen“:
Kritische Fragen sind Fragen, die häufig nicht mit „ja“ oder „vollständig“ beantwortet wurden. Es sind Fragen, bei denen die Betriebe am häufigsten Defizite aufweisen und damit den Mindeststandard nicht erfüllen. Das heißt diese Fragen haben zu einer Abwertung geführt.
Andererseits zeigt sich dann der Erfolg von Aktivitäten zur Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz genau in diesen Themenbereichen deutlich. Sie geben also konkrete Hinweise zur Beseitigung von Defiziten.

⁴<http://psyga.info/>

3 Online-Selbstbewertung

3.1 Ambulante und stationäre Pflege

3.1.1 Arbeitsschutzorganisation

26,7% der Betriebe der ambulanten und 46,1% der Betriebe der stationären Pflege verfügen über eine geeignete Arbeitsschutzorganisation.

Folgende Fragen wurden hierzu ausgewertet:

- 1.1: In welcher Form ist die sicherheitstechnische Betreuung in Ihrem Betrieb gewährleistet? (Alternative bedarfsorientierte Betreuung bis maximal 50 Beschäftigte möglich)
- 1.2: In welcher Form ist die betriebsärztliche Betreuung in Ihrem Betrieb gewährleistet? (Alternative bedarfsorientierte Betreuung bis max. 50 Beschäftigte möglich)
- 1.3: Haben Sie in Ihrem Betrieb Sicherheitsbeauftragte bestellt? (Nur für Betriebe mit mehr als 20 Mitarbeitern)
- 1.4: Wenn ja, wurden diese geschult?
- 1.5: Finden regelmäßig Arbeitsschutzausschusssitzungen statt? (Nur für Betriebe mit mehr als 20 Mitarbeitern)
- 1.8: Sind Notfallplanungen (Unfälle, Brände usw.) und die Erste Hilfe in Ihrem Betrieb organisiert?
- 1.9: Werden Arbeitsschutzunterweisungen (z. B. zu Gefahrstoffen, Infektionsgefährdungen, Hautschutz) in Ihrem Betrieb regelmäßig durchgeführt und dokumentiert?

Defizite liegen vor allem in:

- der regelmäßigen Durchführung von Arbeitsschutzausschusssitzungen
- der regelmäßigen Durchführung von Arbeitsschutzunterweisungen
- der Organisation von Notfallplanungen und Erster Hilfe

Das ist ein geringer Prozentsatz an ambulanten Diensten, die den vorgegebenen Standard erfüllen. Die stationären Einrichtungen schneiden besser ab. Das Ergebnis ist durchaus verbesserungsbedürftig.

Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Kriterien für eine „geeignete Arbeitsschutzorganisation“ sehr anspruchsvoll formuliert waren (alle relevanten Fragen mussten mit „ja“, bzw. „vollständig“ beantwortet werden), andererseits ist eine geeignete Arbeitsschutzorganisation die Voraussetzung für die Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz nach dem Arbeitsschutzgesetz.

Da im Rahmen der Datenerhebung auch Längsschnittbetrachtungen möglich waren (Mehrfachteilnehmer 2011 und 2012), konnten Veränderungen identifiziert werden.

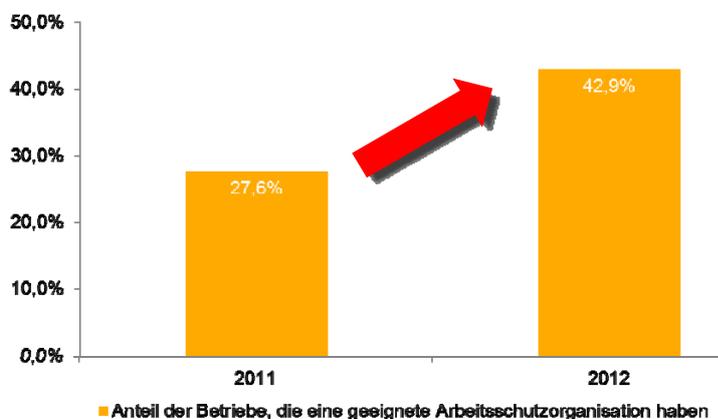


Abb. 3.1 Ambulante Dienste - Veränderung bei Mehrfachteilnahme an der Selbstbewertung

Generell konnte bei den Mehrfachteilnehmern aus dem Bereich der ambulanten Dienste eine deutliche Verbesserung der Arbeitsschutzorganisation festgestellt werden. Dieses kann ein Hinweis darauf sein, dass ein Online-Selbstbewertungsinstrument auf Defizite hinweist und gezielt Verbesserungspotenziale aufzeigt.

Verbesserungen traten insbesondere bei den kritischen Fragen auf. Die Verbesserung bei der „Regelmäßigkeit von ASA-Sitzungen“ war jedoch nur gering. Verbesserungen sind auch bei allen anderen Themen feststellbar. Der Anteil der „Murfachteilnehmer“, die die gesetzlichen Anforderungen erfüllen, ist bei ambulanten Einrichtungen stärker angestiegen als bei stationären. Diese sind jedoch auf einem höheren Niveau, verbessern sich dennoch in Einzelfragen.

Betriebe, die 2011 und 2012 teilgenommen haben und sich verbessert haben, haben allerdings nicht häufiger eine Arbeitsschutzausschusssitzung durchgeführt. Anzunehmen ist, dass sie darin nicht den gewünschten Nutzen sehen. Offen bleibt, ob der Arbeitsschutzausschuss (ASA) kein geeignetes Instrument für kleine und mittlere Unternehmen (KMU) ist, ob die richtige Gestaltung einer Sitzung unbekannt ist oder ob der Nutzen den Betrieben nicht klar ist.

Betriebe, die eine geeignete Arbeitsschutzorganisation haben, binden auch verstärkt Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit ein.

In der folgenden Abbildung ist ersichtlich, dass die Einbindung von Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt je nach Ausprägung der Arbeitsschutzorganisation (ASO) unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Bei einer geeigneten Arbeitsschutzorganisation ist die Einbindung deutlich intensiver. Auch der Umkehrschluss ist zielführend: Durch eine stärkere Einbindung von Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt wird die Arbeitsschutzorganisation – sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege – verbessert.

	Keine geeignete ASO	Geeignete ASO
Einbindung des Betriebsarztes in Entscheidungsprozesse	26,6% (48,7%)	64,6% (76,8%)
Einbindung der Fachkraft für Arbeitssicherheit in Entscheidungsprozesse	43,5% (59,5%)	76,3% (86,6%)

Abb. 3.2 Einbindung von Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit, Prozentangaben der stationären Pflege in Klammern

Schlussfolgerungen zur Arbeitsschutzorganisation

- Das Online-Selbstbewertungsinstrument gibt Hinweise, an welchen Stellen Betriebe Verbesserungsbedarf haben. Die Aufsicht kann die Beratung darauf ausrichten.
- Der Nutzen von ASA-Sitzungen sollte den Betrieben besser kommuniziert werden. Es ist zu prüfen, ob eventuell zukünftig Anpassungen des Instrumentes an die Bedürfnisse von KMU notwendig sind.
- Die Einbeziehung von Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt verbessert signifikant die Qualität der Arbeitsschutzorganisation in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.
- Das Bewusstsein für die speziellen Arbeitsschutzthemen wird offensichtlich durch die Teilnahme gesteigert, Betriebe widmen sich den identifizierten Defiziten und verbessern sich dadurch.

- Die Selbstbewertung ist für KMU geeignet, die Qualität der Arbeitsschutzorganisation zu verbessern. In stationären Einrichtungen sind die Effekte geringer als in den ambulanten Diensten.

3.1.2 Gefährdungsbeurteilung

17,3% der Betriebe der ambulanten und 22,9% der Betriebe der stationären Pflege haben eine angemessene Gefährdungsbeurteilung.

Folgende Fragen wurden hierzu ausgewertet:

- 2.1: Haben Sie eine systematische Gefährdungsbeurteilung durchgeführt?
- 2.2: Ergreifen Sie Maßnahmen, sobald eine Gefährdung ausgemacht ist?
- 2.3: Überprüfen Sie die Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen?
- 2.4: Berücksichtigen Sie bei der Gefährdungsbeurteilung besondere Personengruppen?
- 2.5: Dokumentieren Sie die Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung?
- 2.8: Beurteilen Sie die Gefährdungen neu, wenn sich die Arbeitsbedingungen ändern?
- 2.9: Beachten Sie bei der Anschaffung von Arbeitsmitteln, Hilfsmitteln und persönlicher Schutzausrüstung die Benutzerfreundlichkeit und den Arbeitsschutz?

Folgende Defizit-Schwerpunkte sind festzustellen:

- Die Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung ist nicht vollständig, insbesondere bezüglich:
 - Dokumentation der Gefährdungsbeurteilung
 - Überprüfung der Wirksamkeit ergriffener Maßnahmen bei Gefährdungen
 - Erneuter Beurteilung bei Veränderung der Arbeitsbedingungen
 - Berücksichtigung besonderer Personengruppen
- Selbst bei einer erkannten Gefährdung werden häufig keine Maßnahmen ergriffen.

Es muss festgestellt werden, dass nur ein geringer Prozentsatz der Betriebe die Anforderungen erfüllt. Defizite liegen vor allem in der systematischen Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung.

Auch hier zeigt sich bei Mehrfachteilnehmern, sowohl bei ambulanten Diensten als auch bei stationären Pflegeeinrichtungen, ein deutlicher positiver Effekt (vgl. Abb. 3.3 und 3.4).

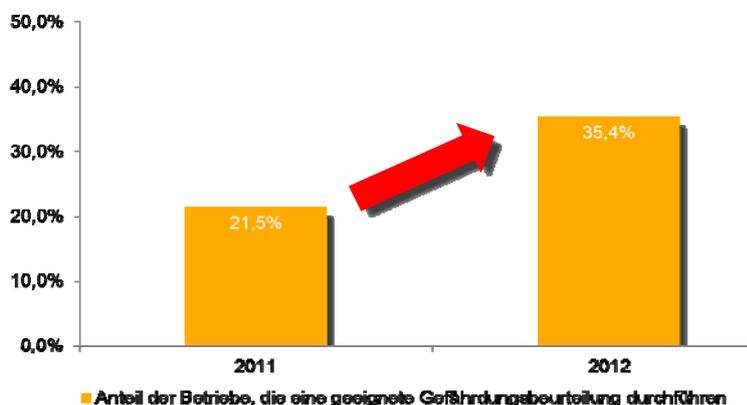


Abb. 3.3 Ambulante Dienste – Veränderung bei Mehrfachteilnahme an der Selbstbewertung

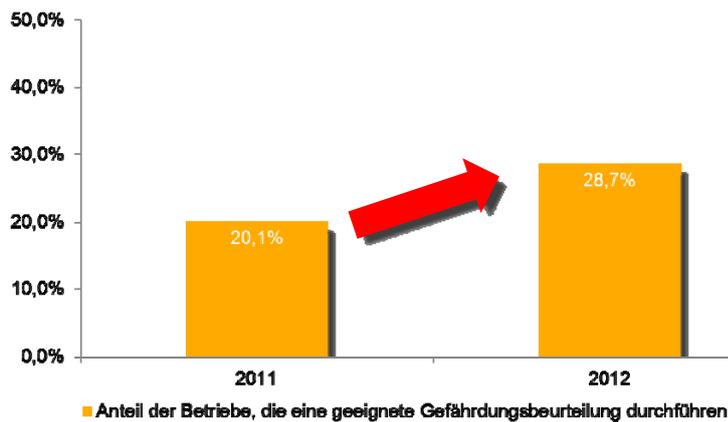


Abb. 3.4 Stationäre Pflegeeinrichtungen - Veränderung bei Mehrfachteilnahme an der Selbstbewertung

Verbesserungen traten insbesondere bei kritischen Fragen auf, wie

- Durchführung
- Anlassbezogene Maßnahmen
- Überprüfung der Wirksamkeit ergriffener Maßnahmen
- Erneute Beurteilung bei Veränderungen der Arbeitsbedingungen
- Dokumentation der Ergebnisse

Generell konnte bei den Mehrfachteilnehmern eine deutliche Verbesserung bei der systematischen Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen festgestellt werden. Dieses kann ein Hinweis darauf sein, dass ein Online-Selbstbewertungsinstrument auf Defizite hinweist und gezielt Verbesserungspotenziale aufzeigt.

Betriebe, die eine angemessene Gefährdungsbeurteilung haben, werden bei der Beurteilung verstärkt von Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit unterstützt.

In der folgenden Abbildung ist ersichtlich, dass die Einbindung von Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt je nach Angemessenheit der Gefährdungsbeurteilung unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Bei einer angemessenen Gefährdungsbeurteilung ist die Einbindung deutlich intensiver. Auch der Umkehrschluss ist zielführend: Durch eine stärkere Einbindung von Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt wird die Qualität der Gefährdungsbeurteilung – sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege - verbessert.

	Keine angemessene GB		angemessene GB
Unterstützung bei der Gefährdungsbeurteilung durch den Betriebsarzt	39,9% (60%)	↔	69,9% (77,8%)
Unterstützung bei der Gefährdungsbeurteilung durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit	59,1% (80,8%)	↔	91,7% (95,2%)

Abb. 3.5 Unterstützung von Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit bei der Gefährdungsbeurteilung, Prozentangaben der stationären Pflege in Klammern.

Schlussfolgerungen zur Gefährdungsbeurteilung

- Insgesamt ist der Stand der Gefährdungsbeurteilungen verbesserungswürdig. Der Anteil der teilnehmenden Betriebe, die die Anforderungen erfüllen, ist nicht besonders hoch. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass ein hoher Standard gefordert wird. Das „Hauptproblem“ scheint die fehlende Systematik bei der Durchführung der Gefährdungsbeurteilung zu sein, das heißt der in der folgenden Grafik dargestellte Prozess wird nicht durchlaufen.



Abb. 3.6 Gefährdungsbeurteilung als Handlungskonzept (Prozess)

- Die Einbeziehung von Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt verbessert signifikant die Systematik der Gefährdungsbeurteilung.
- Das Ausmaß der Verbesserung bei den Mehrfachteilnehmern ist sehr deutlich. Der Anteil der „Mehrfachteilnehmer“, die die gesetzlichen Anforderungen erfüllen, ist bei ambulanten Einrichtungen stärker angestiegen als bei stationären. Derselbe Effekt zeigt sich bei kleinen Einrichtungen im Vergleich zu größeren.
- Das Selbstbewertungsinstrument ist für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen geeignet, die Systematik der Gefährdungsbeurteilung zu verbessern.

3.1.3 Muskel-Skelett-Erkrankungen

Im Themenbereich „Gefährdungen des Rückens“ haben die ambulanten Betriebe im Schnitt 74,5% der maximal möglichen Punktzahl erreicht.

Es zeigt sich, dass hier schon viele Aktivitäten durchgeführt werden. Insbesondere bei:

- der patientenbezogenen Ermittlung des Bedarfs an Hilfsmitteln und
- der Einbeziehung der Mitarbeiter bei der Ermittlung des Hilfsmittelbedarfs

wird ein sehr guter Stand erreicht.

Die Defizite:

- Es fehlt ein Konzept zum rückengerechten Arbeiten.
- Mitarbeiter werden nicht geschult.

Eine Besonderheit bezüglich des Einsatzes von höhenverstellbaren Betten muss in der ambulanten Pflege festgestellt werden. Die Pflegedienste haben darauf häufig keinen Einfluss, weil sie abhängig von den Kundenwünschen und den Pflegekassen sind. Letzteres führt zu Zeitverzögerungen, bis ein Pflegebett beschafft ist. Gegenüber den Kunden hilft nur die Festschreibung im Pflegevertrag.

Im Themenbereich „Gefährdungen des Rückens“ haben die stationären Pflegeeinrichtungen im Schnitt 77,6% der maximal möglichen Punktzahl erreicht.

Folgende Fragen wurden bei der Auswertung berücksichtigt:

- 3.1.1: Haben Sie in Ihrem Betrieb ein Konzept zum rückengerechten Arbeiten?
- 3.1.5: Ermitteln Sie, bezogen auf den einzelnen Patienten bzw. Bewohner, welche Hilfsmittel und Arbeitsmethoden einzusetzen sind?
- 3.1.7: Stellen Sie den ermittelten Bedarf an Hilfsmitteln zur Verfügung?
- 3.1.8: Werden die Beschäftigten im Umgang mit den Hilfsmitteln geschult?
- 3.1.9: Benutzen die Beschäftigten die Hilfsmittel, die ihnen zur Verfügung gestellt werden?
- 3.1.10: Arbeiten Ihre Pflegekräfte bei Bedarf an höhenverstellbaren Betten?

Gute Ergebnisse werden hier in folgenden Bereichen erzielt:

- Nutzung von höhenverstellbaren Betten
- Schulung der Mitarbeiter im Umgang mit Hilfsmitteln
- Einbeziehung der Mitarbeiter bei der Ermittlung des Hilfsmittelbedarfs
- Bereitstellung der ermittelten Hilfsmittel

Das zeigt, dass auch in der stationären Pflege das Thema „Muskel-Skelett-Erkrankungen“ bereits aktiv angegangen wird.

Die Defizite:

- Es fehlt ein Konzept zum rückengerechten Arbeiten.
- Es fehlt an begleitenden Schulungen von Mitarbeitern am Arbeitsplatz.
- Es fehlt an Schulungen für innerbetriebliche Multiplikatoren.
- Es fehlt an Unterstützungen zur Wahrnehmung von Trainingsprogrammen.

Es zeigt sich also sowohl in der ambulanten als auch stationären Pflege, dass einerseits schon viele Maßnahmen durchgeführt werden, dass es andererseits aber auch noch Defizite gibt. Dieses wird deutlich, wenn die umgesetzten Maßnahmen in ihrer Gesamtheit bewertet werden.

Bei „Gefährdungen des Rückens“ haben 13,3% in der ambulanten und 10,9% der Betriebe der stationären Pflege den definierten Standard erreicht.

Gegenüber den recht hohen Punktzahlen bei der Durchführung von Maßnahmen fällt diese Bewertung deutlich ab. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Kriterien für die Erfüllung des definierten Standards streng formuliert waren („alle relevanten Fragen mit „ja“ bzw. „vollständig“ beantwortet).

Die am häufigsten bestehenden Defizite:

- Es existiert kein Konzept zum rückengerechten Arbeiten.
- Die bereitgestellten Hilfsmittel werden nicht benutzt.

Die unterschiedlichen Ergebnisse zeigen, dass die Betriebe bereits viele Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen hinsichtlich der Rückenbelastung durchführen. Es fehlt jedoch häufig ein ausgearbeitetes, einheitliches Konzept für ein rückengerechtes Arbeiten und für Schulungsaktivitäten, um das zu erreichen, was zwischenzeitlich als „Stand der Technik“ (= Standard) in der Fachwelt gesehen wird.

Auch hier können durch eine Längsschnittbetrachtung der Mehrfachteilnehmer Veränderungen erkannt werden. Wenn sich Betriebe verbessern, dann kann das auf einen funktionierenden kontinuierlichen Verbesserungsprozess zurückgeführt werden. Es zeigt sich eine leichte, nicht signifikante Verbesserung über alle Fragen hinweg.

Da allerdings nur zwei Messpunkte (2011 und 2012) vorhanden sind, kann die weitere zukünftige Entwicklung (linear, progressiv, degressiv) nicht näher abgeschätzt werden. Es hat sich jedoch bei der Durchführung des Risiko-Quick-Checks in Baden-Württemberg gezeigt, dass im dritten Jahr nochmals eine deutliche Verbesserung gegenüber dem zweiten Jahr zu beobachten ist.

Schlussfolgerungen zu Muskel-Skelett-Erkrankungen bzw. Gefährdungen des Rückens

- Es ergibt sich ein gutes Gesamtbild für Einzelmaßnahmen im Bereich „Gefährdungen des Rückens“.
- Anzunehmen ist, dass die Betriebe vielfach noch keine Vorstellung davon haben, wie sie Muskel-Skelett-Belastungen im Betrieb systematisch und ganzheitlich im Sinne eines Konzeptes reduzieren können.
- Empfehlung: eine gezielte Unterstützung der Betriebe durch die Aufsicht und durch Multiplikatoren.
Grundlage der Beratung sollte ein gemeinsames Verständnis über die Anforderungen an ganzheitlichen Konzepten zur Reduzierung von Muskel-Skelett-Belastungen sein. Diese beinhalten betriebsbezogene, technische, organisatorische und personenbezogene Maßnahmen.

3.1.4 Psychische Belastungen

Mit Fragen nach Anzeichen von Stress und psychischen Beanspruchungen, der Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes sowie nach einer qualifizierten und beteiligungsorientierten Betriebsorganisation und dem Betriebsklima wurde der Stand der psychischen Belastungen erhoben.

Folgende Fragen wurden dem Aspekt „Betriebsorganisation“ zugeordnet:

- 3.2.2: Setzen Sie Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikation ein?
- 3.2.3: Steht den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern genügend Zeit für Planung und Organisation der Arbeit zur Verfügung?
- 3.2.4: Stehen Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die notwendigen Arbeitsmittel (zum Beispiel Pflegehilfsmittel, Schutzkleidung, Fahrzeuge) rechtzeitig und in ausreichender Menge zur Verfügung?
- 3.2.5: Stehen Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die notwendigen Unterlagen (zum Beispiel Dokumentationsbögen) rechtzeitig und in ausreichender Menge zur Verfügung?
- 3.2.7: Ist die Arbeit in Ihrem Betrieb so organisiert, dass möglichst wenige Unterbrechungen – zum Beispiel durch das Klingeln der Bewohner/Patienten, Telefon oder Anfragen – anfallen?
- 3.2.8: Behandeln Sie in Ihren Dienstbesprechungen auch das Thema „Arbeitsbedingungen“?
- 3.2.9: Gibt es in Ihrem Betrieb ein Konzept zum Umgang mit Gewalt und Aggression?

Das „Betriebsklima“ wurde mit folgenden Fragen abgebildet:

- 3.2.10: Werden bei Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Planung und Gestaltung der Arbeit mit einbezogen?
- 3.2.11: Funktioniert bei Ihnen die Zusammenarbeit?
- 3.2.12: Fördern Sie eine gute Zusammenarbeit im Team zum Beispiel durch Lob, Gespräche, Weiterbildung, gemeinsame Aktivitäten etc.?

- 3.2.13: Ermutigen Sie Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Verbesserungsvorschläge und Kritik zu äußern?
- 3.2.14: Werden Konflikte offen angesprochen und konstruktiv ausgetragen?
- 3.2.15: Unterstützen Sie bzw. Ihre Führungskräfte die Beschäftigten bei Konflikten mit Außenstehenden (Hausärzten, Angehörigen etc.)?
- 3.2.16: Pflegen Sie in Ihrem Betrieb einen partnerschaftlichen Führungsstil?
- 3.2.17: Sind Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Ihrer Sicht mit der Arbeitssituation zufrieden?

Im Themenbereich „Psychische Belastungen“ haben die Betriebe der ambulanten Pflege im Schnitt 80,9% und die Betriebe der stationären Pflege 78,1% der maximal möglichen Punktzahl erreicht.

Diese hohe Gesamtpunktzahl wird in den beiden folgenden Grafiken für die vier Aspekte differenziert dargestellt.

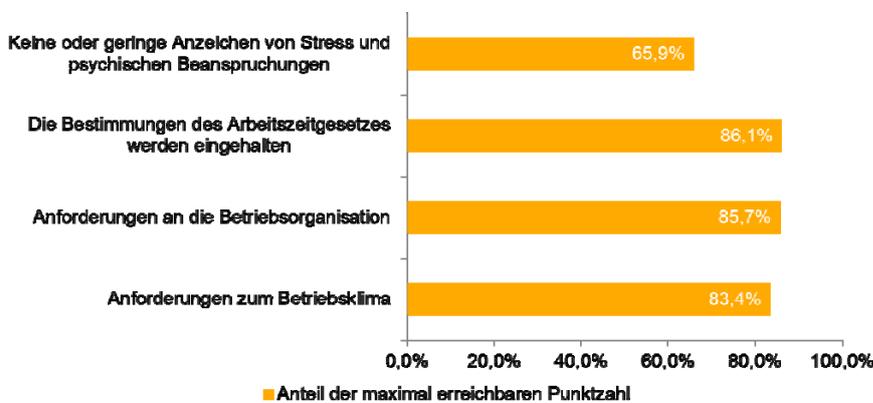


Abb. 3.7 Ambulante Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse im Themenbereich „psychische Belastungen“

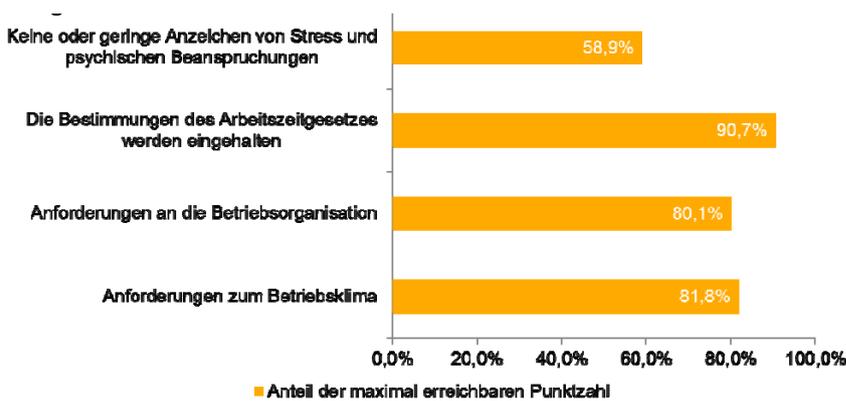


Abb. 3.8 Stationäre Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse im Themenbereich „psychische Belastungen“

Anzeichen für Stress und psychische Beanspruchungen:

- Die Ergebnisse zeigen, dass die Führungskräfte die Situation in ihren Betrieben insgesamt positiv einschätzen.
- Je größer die Betriebe, desto eher werden Anzeichen für Stress angegeben.
- Emotionale Belastungen und Beanspruchungen wurden nicht erhoben.

Betriebsorganisation:

- Die Frage, ob ein Konzept zum Umgang mit Gewalt und Aggressionen existiert, fällt deutlich ab. In Betrieben der ambulanten Pflege ist ein solches Konzept nur anlassbezogen relevant, weshalb die Frage dichotom beantwortet wurde („Entweder sie brauchen es oder nicht“). Wenn man aufgrund dieser Einschränkung die Frage bei der Berechnung der Punktwerte weglässt, erreichen die Betriebe durchschnittlich 85,7% bzw. 80,1% der maximal erreichbaren Punktzahl (vgl. Abb. 3.7 und 3.8).
- Einrichtungen der stationären Pflege erzielen bei der Frage, ob Unterbrechungen durch die Betriebsorganisation vermieden werden, eher geringe Werte. Hier besteht offensichtlich ein Ansatzpunkt für Optimierungen.

Betriebsklima:

Auf die Frage nach der Mitarbeiterzufriedenheit antworten rund 90% der Betriebe mit „weitgehend“ oder „vollständig“. Auch dieses spiegelt die Einschätzung der Führungskraft, die die Frage beantwortet. Ist die Mitarbeitervertretung an der Beantwortung der Fragen beteiligt, ergibt sich allerdings kein signifikant abweichendes Bild. Die Sicht der Mitarbeiter könnte ein Unternehmen zum Beispiel durch eine Mitarbeiterbefragung ergänzend erheben.

In der Längsschnittbetrachtung zeigt sich, dass auch bei diesem hohen Anfangsniveau in der ambulanten Pflege (6,7 Prozentpunkte) starke und in der stationären Pflege leichte (2,7 Prozentpunkte) Verbesserungen zu beobachten sind. Hier kann der Wunsch der Betriebsleitung nach einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen wahrgenommen werden, da auch bei einer recht guten Selbstbewertung noch Optimierungen angestrebt werden.

Schlussfolgerungen zu psychischen Belastungen

Die Ergebnisse der Online-Selbstbewertung in der ambulanten und stationären Pflege weisen aus, dass Maßnahmen zur Gestaltung der Betriebsorganisation und des Betriebsklimas in den Betrieben gut verankert sind. Auch werden Stress und die allgemeine psychische Belastung thematisiert. Das Online-Selbstbewertungsinstrument stellt die Ergebnisse jedoch nur aus Sicht der Führungskräfte dar. Um ein Gesamtbild zu erhalten, empfiehlt es sich, die Mitarbeiterperspektive mit einzubeziehen. Emotionale Belastungen bei personenbezogenen Dienstleistungen wurden nicht abgefragt. Es zeigt sich trotz der guten Ausgangswerte auch hier, dass das Online-Selbstbewertungsinstrument geeignet ist Verbesserungen zu bewirken

3.1.5 Präventionskultur und Gesundheitskompetenz⁵

Unter Präventionskultur wird verstanden, welchen Stellenwert Sicherheit, Gesundheitsschutz und auch Gesundheitsförderung im Unternehmen haben und ob die gelebte Wirklichkeit, das

⁵ Zur inhaltlichen Klärung wurde folgende Quelle verwendet: Schweer, R.; Krummreich, U.: Gesundheitskompetenz und Präventionskultur – Indikatoren für Gesundheit und Erfolg in Unternehmen: ein praktisches Handlungsmodell. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, Ergonomia-Verlag Stuttgart, 2009/4.

heißt das Handeln der Akteure, auch danach ausgerichtet ist. Für die Präventionskultur sind funktionierende organisatorische Regelungen und eine entsprechende Personalführung im Betrieb notwendig. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden beteiligt und Zielsetzungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sind vorhanden.

Gesundheitskompetenz betrifft das individuelle Wissen und Verhalten zur Sicherung und Verbesserung der individuellen Ressourcen. Hierzu sind Zielsetzungen und Schulungsangebote sowie organisationale Voraussetzungen notwendig.

Präventionskultur und Gesundheitskompetenz wurden in den beiden Dimensionen „funktional“ und „kommunikativ“ betrachtet. „Funktional“ bedeutet, dass das Management geeignet ist, gesetzliche Grundlagen und grundlegende Empfehlungen umzusetzen. Unter „kommunikativ“ wird subsummiert, dass der Arbeitsschutz im Management verankert und anerkannt ist, dass Gesundheitsziele formuliert und umgesetzt werden und dass auf die Beteiligung der Mitarbeiter geachtet wird.

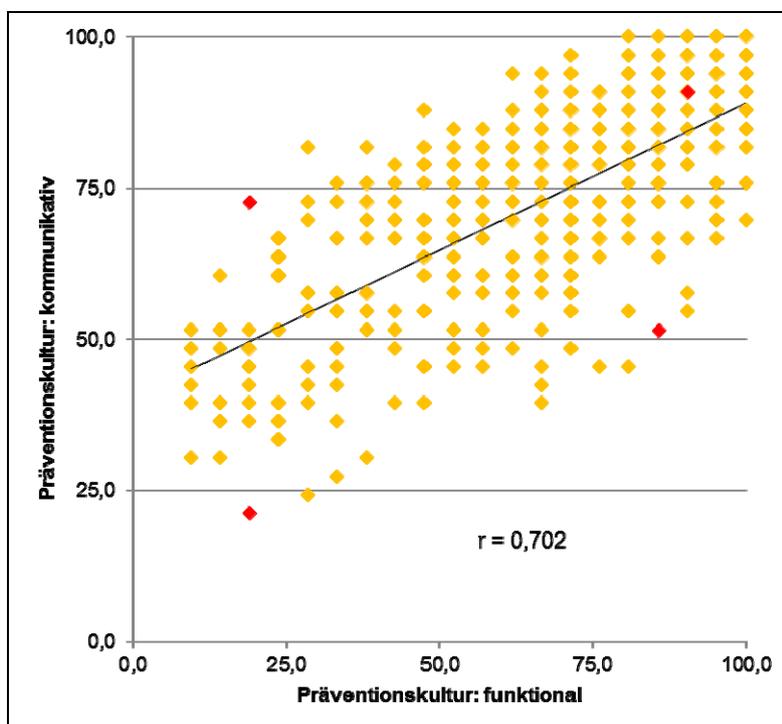


Abb. 3.9 Ausprägung der funktionalen und kommunikativen Präventionskultur in den Betrieben (ambulante Dienste, stationäre Dienste ähnlich)

Abbildung 3.9 veranschaulicht, dass ein starker positiver Zusammenhang zwischen den beiden Dimensionen „funktional“ und „kommunikativ“ besteht. Das heißt, je mehr funktionale Kriterien erfüllt sind, desto höher ist das Ergebnis bei den kommunikativen Kriterien. Es können hier vier Bereiche (A – D) gebildet werden (vgl. Abb. 3.10).

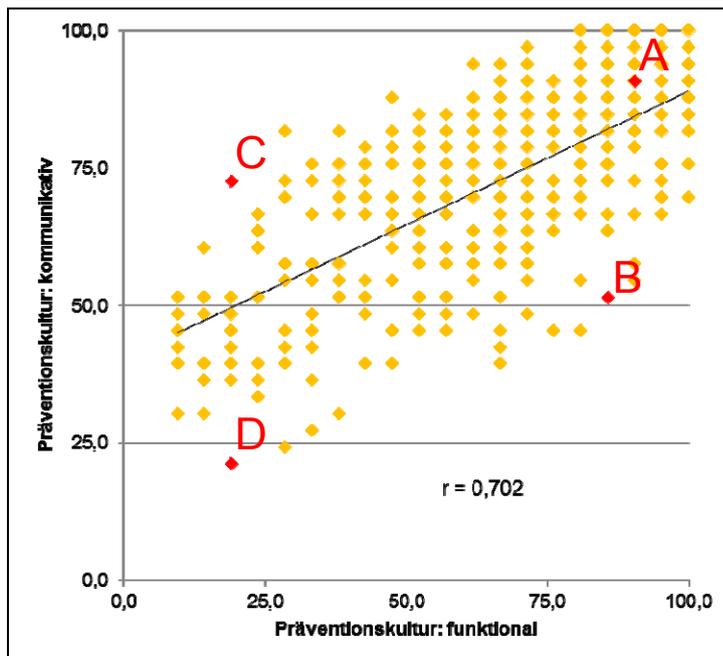


Abb. 3.10 Ambulante Dienste – Bereiche der Präventionskultur in den Betrieben

Sehr viele Betriebe sind im Bereich „A“ rechts oben angesiedelt, das heißt sie haben im Hinblick auf die Präventionskultur eine gut ausgeprägte funktionale Struktur und eine geeignete Kommunikation. Ziel für alle anderen Betriebe ist eine Weiterentwicklung in den Bereich „A“. Hierzu sollten geeignete Präventionsstrategien entwickelt werden.

Die Ergebnisse insgesamt sind aber höchst unterschiedlich und verteilen sich auf vier Bereiche. Hieraus ergibt sich ein Ansatz für die gezielte Beratung und Unterstützung der Betriebe. Nachdem ermittelt wurde, in welchem Bereich sich der Betrieb befindet, können spezifische Präventionsstrategien für A, B, C und D ausgearbeitet und angewandt werden. Die Aufsicht sollte qualifiziert werden, die unterschiedlichen Ausprägungen der Präventionskultur zu erkennen und angemessen beraten zu können. So verfügen beispielsweise Betriebe unterhalb des C-Bereichs über gute kommunikative Kompetenzen, hier wäre die Verstärkung der funktionalen Qualität zu fördern. Betriebe unterhalb des B-Bereichs würden dem Aufsichtsdienst wegen der guten funktionalen Qualität wahrscheinlich gar nicht „mangelhaft kommunikativ“ auffallen. Insbesondere im Hinblick auf die psychischen Belastungen wäre hier aber die Förderung der kommunikativen Kompetenzen anzuraten.

Bei den Fragen zur „Gesundheitskompetenz“ haben die Betriebe der ambulanten Pflege im Schnitt 69,6% und die der stationären Pflege 72,1% der maximal möglichen Punktzahl erreicht.

Die Gesundheitskompetenz ist überwiegend gut ausgeprägt. Die hohen Punktwerte ergeben sich hauptsächlich aus den Fragen zu den Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE). Hier wurde weiter oben schon ausgeführt, dass in den Betrieben Maßnahmen zur Prävention von Rückenerkrankung durchgeführt werden.

3.1.6 Akzeptanz und Nutzen von Online-Selbstbewertungsinstrumenten

Die Online-Selbstbewertung im Rahmen der GDA erfolgte über einen Zeitraum von zwei Jahren. Es konnten somit durch Mehrfachteilnehmer Tendenzen identifiziert werden. Aufgrund der zwei Messzeitpunkte waren keine echten Längsschnittbetrachtungen möglich. Inwiefern sich vorhandene Erfahrungen durch die Nutzung von Online-Selbstbewertungsinstrumenten auswirken, konnte durch eine Betrachtung der Teilnehmer aus Baden-

Württemberg analysiert werden (stationäre Pflege). Hier erfolgte eine Gegenüberstellung von Betrieben mit und ohne Erfahrung mit dem Online-Selbstbewertungsinstrument Risiko-Quick-Check (RQC). In der Tabelle in Abb. 3.11 ist ersichtlich, dass die Erfahrungen mit einem Online-Selbstbewertungsinstrument zu höheren Werten bei „Arbeitsschutzorganisation“ und „Gefährdungsbeurteilung“ führt. Eine Online-Selbstbewertung kann vermutlich die Qualität des Arbeitsschutzes langfristig und nachhaltig erhöhen.

Erfüllung aller Mindeststandards	Ohne Online-Erfahrung	Mit Online-Erfahrung
Arbeitsschutzorganisation	43,4%	55,1%
Gefährdungsbeurteilung	22,1%	25,1%

Abb. 3.11 Gegenüberstellung von Betrieben mit und ohne Erfahrung mit dem Online-Selbstbewertungsinstrument Risiko-Quick-Check (RQC) in Baden-Württemberg

3.1.7 Zusammenhänge

Mittels der Berechnung von Korrelationen zwischen den einzelnen Fragenkomplexen können weitere Zusammenhänge aufgezeigt werden. Aus der folgenden Tabelle ist ersichtlich, dass alle vier Fragenkomplexe „Arbeitsschutzorganisation (ASO)“, „Gefährdungsbeurteilung (GB)“, „Gefährdungen des Rückens (MSE)“ und „Psychische Belastungen (Psy)“ positiv miteinander korrelieren, das heißt es gibt eine gegenseitige Abhängigkeit. Dieses erscheint nachvollziehbar, da alle vier Fragenkomplexe dem Bereich des betrieblichen Arbeitsschutzes entstammen.

Stationäre Pflege	Arbeitsschutzorganisation (ASO)	Gefährdungsbeurteilung (GB)	Gefährdungen des Rückens (MSE)	Psychische Belastungen (Psy)
Arbeitsschutzorganisation		0,587	0,460	0,400
Gefährdungsbeurteilung	0,587		0,477	0,436
Gefährdungen des Rückens	0,460	0,477		0,588
Psychische Belastungen	0,400	0,436	0,588	

Abb. 3.12 Korrelationsmatrix stationäre Pflege (Korrelation nach Pearson)

Die Korrelationen können Werte von -1 bis +1 annehmen. Je höher der Korrelationswert, desto stärker ist der Zusammenhang zwischen den beiden Merkmalen. Ein Wert von +1 bedeutet, dass die Daten in den beiden Merkmalen perfekt zusammenhängen. In diesem Fall wären die Daten identisch. Ein Wert von Null bedeutet, dass es keinen Zusammenhang zwischen den beiden Indices gibt. Ein Wert von -1 bedeutet, dass der Zusammenhang komplett negativ ist.

Den stärksten Zusammenhang ($r = 0,588$) gibt es hier zwischen Gefährdungen des Rückens (MSE) und Psychischen Belastungen (Psy), das heißt wenn Betriebe sich darum kümmern, Gefährdungen des Rückens zu reduzieren, dann beschäftigen sie sich auch mit psychischen Belastungen.

Ambulante Pflege	Arbeitsschutzorganisation (ASO)	Gefährdungsbeurteilung (GB)	Gefährdungen des Rückens (MSE)	Psychische Belastungen (Psy)
Arbeitsschutzorganisation		0,665	0,487	0,407
Gefährdungsbeurteilung	0,665		0,530	0,479
Gefährdungen des Rückens	0,487	0,530		0,573
Psychische Belastungen	0,407	0,479	0,573	

Abb. 3.13 Korrelationsmatrix ambulante Pflege (Korrelation nach Pearson)

Den stärksten Zusammenhang gibt es in der ambulanten Pflege zwischen der Arbeitsschutzorganisation (ASO) und der Gefährdungsbeurteilung (GB) ($r = 0,665$). Es scheint sich der aus dem Arbeitsschutzmanagement bekannte Zusammenhang zwischen Voraussetzungen, Prozessen und Ergebnissen zu bestätigen (vgl. Abb. 3.14). Wenn die entsprechenden Voraussetzungen (= Strukturen der Arbeitsschutzorganisation) geschaffen werden, dann greifen die Prozesse (= kontinuierliche Verbesserung durch Gefährdungsbeurteilung), was zu den entsprechenden Ergebnissen führt.

Für die Prävention ist es deshalb sinnvoll, zunächst Strukturen und Prozesse zu optimieren. Dieses deckt sich mit dem Ergebnis, dass oft Einzelmaßnahmen existieren, um Rückengefährdungen und psychische Belastungen zu reduzieren, aber ein übergreifendes Konzept fehlt.

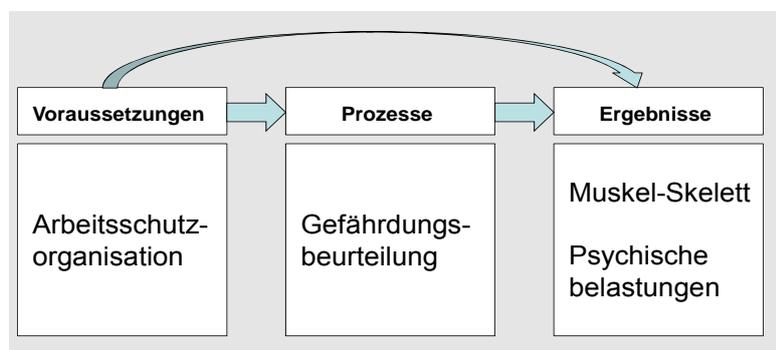


Abb. 3.14 Präventionszusammenhänge

3.2 Kliniken

Da in den Kliniken andere Bedingungen vorherrschen als in der ambulanten und stationären Pflege, wurde ein angepasster Fragebogen verwendet. Bei der Auswertung wurde nicht nach Betriebsgrößen differenziert, da das Spektrum der Teilnehmer zu unterschiedlich war (von kleineren Reha-Kliniken über Akutkrankenhäuser bis zu sehr großen Uni-Kliniken).

3.2.1 Arbeitsschutzorganisation

56,9% der teilnehmenden Kliniken verfügen über eine geeignete Arbeitsschutzorganisation und erfüllen alle gesetzlichen Anforderungen.

Folgende Fragen wurden hierzu ausgewertet:

1.1: Sind die Verantwortung und die Übertragung von Aufgaben im Arbeitsschutz geregelt?

- 1.2: Werden die Organisationsverpflichtungen aus dem Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) erfüllt?
- 1.3: Sind die notwendigen Qualifikationen für den Arbeitsschutz bei Führungskräften, Funktionsträgern und Beschäftigten mit bestimmten Aufgaben sichergestellt?
- 1.4: Wird die Einhaltung der übertragenen Pflichten im Arbeitsschutz überwacht und die Aufgabenerledigung kontrolliert?
- 1.5: Gibt es geeignete Regelungen und eine Dokumentation der Unterweisungen?
- 1.6: Ist der Umgang mit behördlichen Auflagen z.B. Genehmigungen, Erlaubnissen und Besichtigungsschreiben geregelt?
- 1.7: Ist die Handhabung der Rechtsvorschriften und des betrieblichen, technischen und rechtlichen Regelwerkes, insbesondere bei Änderungen der Rechtsvorschriften geregelt?
- 1.8: Werden besondere Funktionsträger einbezogen?
- 1.9: Erfolgt eine regelmäßige Kommunikation des Arbeitsschutzes?
- 1.10: Ist die arbeitsmedizinische Vorsorge organisiert?
- 1.11: Gibt es Regelungen für Planungsprozesse und zur Beschaffung?
- 1.12: Werden Regelungen für die Einbindung von Fremdfirmen eingehalten und erfolgt eine regelmäßige Kommunikation?
- 1.13: Ist die Integration von zeitlich befristeten Beschäftigten (z.B. Zeitarbeitnehmer, Praktikanten) geregelt?
- 1.14: Gibt es organisatorische Regelungen für Notfallmaßnahmen und Erste Hilfe?

Betrachtet man im Themenbereich „Arbeitsschutzorganisation“ alle Fragen hinsichtlich der erreichten Punktzahlen, so haben die Kliniken im Schnitt 80,0% der maximal möglichen Punktzahl erreicht. Das bedeutet, dass Kliniken, die nicht alle gesetzlichen Anforderungen erfüllt haben, nur „knapp“ davon entfernt sind, also oft nur bei einer oder zwei Fragen die Kriterien nicht erfüllen.

Defizite bestehen vor allem bei:

- der Einhaltung von Regelungen für die Einbindung von Fremdfirmen und bei der regelmäßigen Kommunikation
- der Regelung von Planungsprozessen und der Beschaffung
- der Überwachung der Einhaltung übertragener Pflichten aus dem Arbeitsschutz und der Kontrolle der Aufgabenerledigung

3.2.2 Gefährdungsbeurteilung

60,0% der teilnehmenden Kliniken haben eine angemessene Gefährdungsbeurteilung.

Folgende Fragen wurden hierzu ausgewertet:

- 2.1: Werden alle Arbeitsbereiche und Tätigkeiten einbezogen?
- 2.2: Werden Tätigkeiten außerhalb der Betriebsstätte sowie besondere Personengruppen und Betriebszustände berücksichtigt?
- 2.3: Werden Hinweise der Funktionsträger im Arbeitsschutz und der Beschäftigten zu Sicherheit und Gesundheitsschutz beachtet?
- 2.4: Werden der Gefährdungsbeurteilung die aktuellen Rechtsvorschriften zugrunde gelegt?
- 2.5: Werden die Gefährdungen vollständig ermittelt?
- 2.6: Sind die Gefährdungen rechtzeitig, vollständig und richtig beurteilt?
- 2.7: Wurden Maßnahmen in der Rangfolge –Substitution, Technische Maßnahmen, Organisatorische Maßnahmen, Persönliche Schutzmaßnahmen – festgelegt?
- 2.8: Sind die Umsetzungsmodalitäten der Maßnahmen ersichtlich?

- 2.9: Wird die Wirksamkeit der festgelegten Maßnahmen in regelmäßigen Abständen überprüft?
- 2.10: Wird das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung dokumentiert?
- 2.11: Wird die Beurteilung der Gefährdungen bei geänderten Betriebsbedingungen angepasst?

Der Wert von 60% ist relativ hoch, insbesondere vor dem Hintergrund, dass das Kriterium „angemessen“ im Instrument für Kliniken mit hohen Anforderungen hinterlegt ist.

Als Verbesserungspotenziale konnten identifiziert werden:

- Berücksichtigung von Tätigkeiten außerhalb der Betriebsstätte, besonderen Personengruppen und Betriebszuständen
- Regelmäßige Überprüfung der Wirksamkeit von Maßnahmen
- Anpassung der Beurteilung an geänderte Betriebsbedingungen

3.2.3 Muskel-Skelett-Erkrankungen

Folgende Fragen wurden hierzu ausgewertet:

- 3.1.1: Haben Sie im Pflegebereich ein Konzept zur Prävention von Rückenbeschwerden?
- 3.1.5: Ermitteln Sie, bezogen auf das einzelne Fachgebiet (z.B. Neurologie, Innere, Chirurgie), welche Hilfsmittel (technische und kleine) und welche Arbeitsmethoden einzusetzen sind?
- 3.1.6: Beziehen Sie die Pflegekräfte bei der Ermittlung der Hilfsmittel und Arbeitsmethoden mit ein?
- 3.1.7: Stellen Sie den ermittelten Bedarf an Hilfsmitteln zur Verfügung?
- 3.1.8: Werden die Beschäftigten im Umgang mit den Hilfsmitteln geschult?
- 3.1.9: Benutzen die Beschäftigten die Hilfsmittel, die ihnen zur Verfügung gestellt werden?
- 3.1.10: Arbeiten Ihre Beschäftigten bei Bedarf an höhenverstellbaren Betten?

Im Themenbereich „Gefährdungen des Rückens“ haben die teilnehmenden Kliniken im Schnitt 69,2% der maximal möglichen Punktzahl erreicht.

Dieser hohe Prozentsatz zeugt von vielen Aktivitäten. Setzt man allerdings die Erfüllung aller gesetzlichen Anforderungen bzw. den von Unfallversicherungsträgern und Arbeitsschutzbehörden geforderten Standard an, so erfüllen diesen nur 15,5% der Betriebe. Deutliches Optimierungspotenzial besteht in den Fragen nach einem Konzept zum rückengerechten Arbeiten sowie dem systematischen Vorgehen bei der Bedarfsermittlung von Hilfsmitteln und der dazugehörigen Schulung der Beschäftigten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Wie in den ambulanten und stationären Einrichtungen mangelt es auch in den Kliniken an einem ganzheitlichen und systematischen Konzept zur Reduzierung von Muskel-Skelett-Belastungen. Das Hilfsmittel-/Materialangebot scheint eher gut zu sein, die Nutzung aber fraglich. Durch die Erarbeitung und Umsetzung eines ganzheitlichen Konzepts können hier vermutlich weitere Verbesserungen erreicht werden. Wie schon festgestellt wurde, kann auch die Prozessqualität und die Vollständigkeit der Gefährdungsbeurteilung verbessert werden. Fraglich ist daher, ob das Thema Muskel-Skelett-Erkrankungen als ein Bestandteil der Gefährdungsbeurteilung angesehen wird.

3.2.4 Psychische Belastungen

Die Fragen hierzu stammen aus dem INQA-Projekt psyGA und sind Teil eines Piloteinsatzes. Ein Auswertungs- bzw. Bewertungsschema ist nicht verfügbar, sodass die Bewertungsmaßstäbe von den Beteiligten am AP Pflege im Rahmen der Auswertung festgesetzt wurden. Die Ergebnisse haben deshalb orientierenden Charakter und werden nur zusammenfassend dargestellt. Es erfolgte eine Indexbildung über die einzelnen Themenbereiche (s. Abb.3.15).

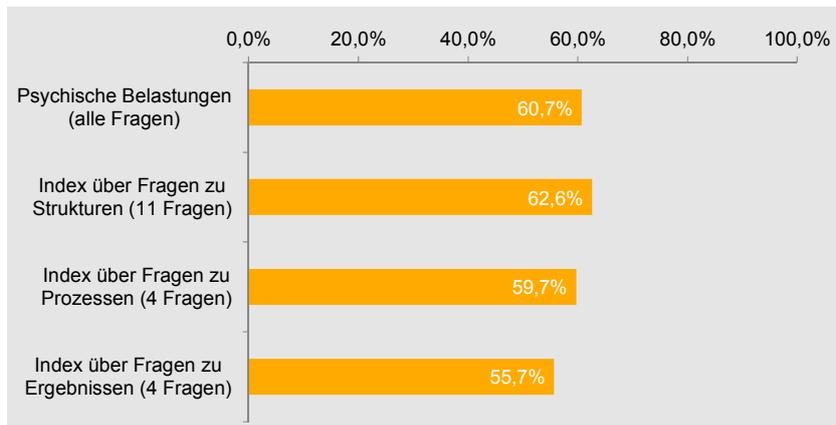


Abb. 3.15 Anteil der erreichten Punktzahlen nach Unterthemen

Besonders gut fallen die Antworten zum Führungsverhalten und zur Identifikation der Mitarbeiter mit dem Unternehmen aus. Insbesondere die Kriterien

- Beteiligung der Beschäftigten an der Gestaltung der Arbeitsbedingungen
- Faire und transparente Gehaltspolitik
- Bekanntheit von Geschäftszielen und -strategien

liefern positive Ergebnisse.

Defizite bestehen vor allem bei:

- Verantwortlichkeiten für Planung, Organisation und Umsetzung (Struktur)
- Einflüssen von Maßnahmen zur psychischen Gesundheit auf das Geschäftsergebnis (Ergebnis)
- Zuständigkeiten für eine hohe Qualität und Nachhaltigkeit von Maßnahmen (Prozesse)

3.2.5 Präventionskultur und Gesundheitskompetenz

Die Präventionskultur ist eher homogen auf einem hohen Niveau, wobei einige Ausreißer und die Streuung im kommunikativen Bereich deutlich auffallen (vgl. Abb. 3.16). Es besteht auch hier ein starker positiver Zusammenhang zwischen den beiden Stufen „funktional“ und „kommunikativ“. Für die weitere Präventionsarbeit sollte daher auch die spezifische Lage der Betriebe berücksichtigt werden.

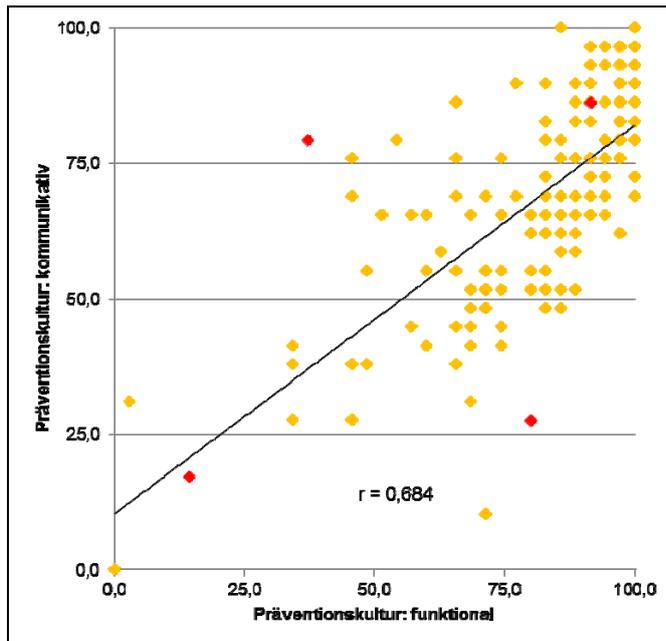


Abb. 3.16 Ausprägung der funktionalen und kommunikativen Präventionskultur in den Kliniken

Bei den Fragen zur „Gesundheitskompetenz“ haben die teilnehmenden Kliniken im Schnitt 63,8% der maximal möglichen Punktzahl erreicht.

Die Gesundheitskompetenz ist überwiegend gut ausgeprägt, was zeigt, dass Maßnahmen zum Gesundheitsschutz und zur Gesundheitsförderung durchgeführt werden.

4 Daten der Betriebsbesichtigungen

4.1 Ambulante Dienste

4.1.1 Arbeitsschutzorganisation

49,4% der ambulanten Dienste verfügen über eine geeignete Arbeitsschutzorganisation.

Bei der Besichtigung gibt es eine zusammenfassende Bewertung der Aufsichtsperson für den Gesamtkomplex „Arbeitsschutzorganisation“. Im Gegensatz zur Online-Selbstbewertung wurden keine verbindlichen Fragen vorgegeben.

Die sicherheitstechnische Betreuung ist bei 76,7% und die betriebsärztliche Betreuung bei 84,8% der ambulanten Dienste gewährleistet. Der Arbeitsschutzausschuss tagt bei 53,5 % der ambulanten Dienste regelmäßig und 22% der Betriebe haben ein Managementsystem mit integriertem Arbeitsschutz.

4.1.2 Gefährdungsbeurteilung

38,4% der ambulanten Dienste führen eine angemessene Gefährdungsbeurteilung durch.

Es besteht hier ein deutlicher Unterschied in den Betriebsgrößen-Klassen. Je größer der Betrieb ist, umso angemessener wird die Gefährdungsbeurteilung durchgeführt.

4.1.3 Gefährdungen des Rückens

Im Themenbereich „Gefährdungen des Rückens“ haben die ambulanten Dienste im Schnitt 69,6% der maximal möglichen Punktzahl erreicht.

Neben dieser Einschätzung ist noch von Interesse, wie viele Betriebe, nämlich 65,8% der ambulanten Dienste, den definierten Mindeststandard erfüllen. Analog zur Online-Selbstbewertung wird auch bei den Betriebsbesichtigungen deutlich, dass Optimierungspotenzial insbesondere bezüglich eines Konzepts zur Prävention von Rückenbeschwerden besteht und auch vermehrt Trainingsprogramme zur Stärkung der Rückenmuskulatur angeboten werden sollten. Die Ergebnisse bestätigen die Angaben aus der Selbstbewertung.

4.1.4 Psychische Belastungen

58,7% der Betriebe halten das Arbeitszeitgesetz vollständig ein, fast 100 % halten es weitgehend ein.

Offensichtlich werden große Anstrengungen unternommen, um das Arbeitszeitgesetz einzuhalten.

Auf die Frage nach Stress und anderen psychischen Beanspruchungen wird angegeben, dass diese überwiegend (70%) nur gelegentlich auftreten. Eine weitgehende Einbeziehung der Mitarbeiter in die Planung und Gestaltung der Arbeit ist bei 92% zu verzeichnen.

Fast zwei Drittel der Betriebe haben kein oder nur ansatzweise ein Konzept zum Umgang mit Gewalt und Aggressionen. Obwohl dieses nicht im Vorschriften- und Regelwerk gefordert wird, ist es doch zwischenzeitlich in der Fachwelt unbestritten, dass ein solches Konzept in der Pflege zum Standard eines zeitgemäßen Arbeitsschutzes gehört.

4.1.5 Präventionskultur und Gesundheitskompetenz

Bei der Einschätzung der Präventionskultur zeigt sich kein einheitliches Bild (vgl. Abb. 4.1). Der starke positive Zusammenhang zwischen der funktionalen und kommunikativen Dimension wird bestätigt. Es empfiehlt sich, die Betriebe aus den Quadranten B, C und D spezifisch zu beraten, um sie auf das Niveau von Quadrant A zu heben (zu Einzelheiten siehe 3.1.5).

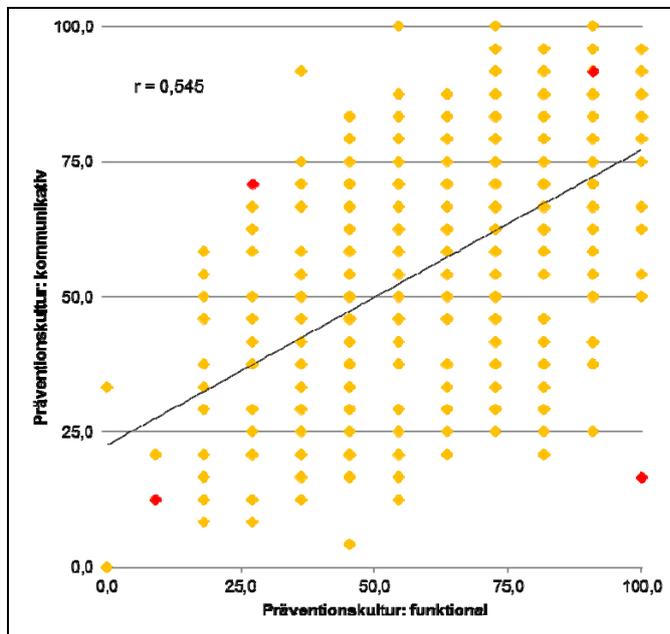


Abb. 4.1 Ausprägung der funktionalen und kommunikativen Präventionskultur in den ambulanten Diensten

Bei den Fragen zur „Gesundheitskompetenz“ haben die ambulanten Dienste im Schnitt 53,5% der maximal möglichen Punktzahl erreicht.

Somit wird auch bei den Besichtigungen festgestellt, dass die Gesundheitskompetenz gefördert wird, es aber durchaus noch „Luft nach oben“ gibt.

4.2 Stationäre Dienste

4.2.1 Arbeitsschutzorganisation

69,5% der stationären Pflegeeinrichtungen verfügen über eine geeignete Arbeitsschutzorganisation.

Die sicherheitstechnische Betreuung ist bei 95,3% und die betriebsärztliche Betreuung bei 97% der stationären Pflegeeinrichtungen gewährleistet. Der Arbeitsschutzausschuss tagt bei 81,4% der stationären Pflegeeinrichtungen regelmäßig und etwa ein Drittel der Betriebe haben ein Managementsystem mit integriertem Arbeitsschutz.

4.2.2 Gefährdungsbeurteilung

56,0% der stationären Pflegeeinrichtungen führen eine angemessene Gefährdungsbeurteilung durch.

Die Qualität der Gefährdungsbeurteilung ist von der Betriebsgröße abhängig. Von den kleineren Betrieben (1 bis 9 Mitarbeiter) haben nur 39% eine angemessene Gefährdungsbeurteilung, bei den Betrieben mit mehr als 250 Beschäftigten sind es immerhin 83%.

4.2.3 Gefährdungen des Rückens

Im Themenbereich „Gefährdungen des Rückens“ haben die stationären Pflegeeinrichtungen im Schnitt 72,4% der maximal möglichen Punktzahl erreicht.

Diese hohe Prozentzahl zeigt sich auch, wenn die Qualität der Aktivitäten bewertet wird. 74,0% der stationären Pflegeeinrichtungen erfüllen den definierten Standard. Insbesondere die Arbeit an höhenverstellbaren Betten scheint inzwischen Standard zu sein. Optimierungspotenzial besteht bei den Fragen:

- Existenz eines Konzepts zur Prävention von Rückenbeschwerden
- Ermittelter Bedarf und zur Verfügung gestellte Hilfsmittel
- Förderung von Trainingsprogrammen zur Stärkung der Rückenmuskulatur

4.2.4 Psychische Belastungen

67,6% der Betriebe halten das Arbeitszeitgesetz vollständig ein, fast 100% halten es weitgehend ein.

Zu Stress und anderen psychischen Beanspruchungen wird angegeben, dass diese oft (24%) und überwiegend (66%) nur gelegentlich auftreten. Damit wird die psychische Belastung im stationären Bereich etwas höher eingeschätzt als im ambulanten. Eine weitgehende Einbeziehung der Mitarbeiter in die Planung und Gestaltung der Arbeit ist bei 90% zu verzeichnen.

Über die Hälfte der Betriebe haben kein oder nur ansatzweise ein Konzept zum Umgang mit Gewalt und Aggressionen. Obwohl dieses nicht im Vorschriften- und Regelwerk gefordert wird, ist es doch zwischenzeitlich in der Fachwelt unbestritten, dass ein solches Konzept zum Standard eines zeitgemäßen Arbeitsschutzes in der Pflege gehört.

4.2.5 Präventionskultur und Gesundheitskompetenz

Bei der Einschätzung der Präventionskultur zeigt sich auch hier analog zu den ambulanten Diensten kein einheitliches Bild. Der starke positive Zusammenhang zwischen der funktionalen und kommunikativen Dimension wird bestätigt. Die Ausprägung der Gesundheitskompetenz mit 61,0% der maximal möglichen Punktzahl liegt in stationären Pflegebetrieben etwas höher.

4.3 Kliniken

4.3.1 Arbeitsschutzorganisation

88,1% der Kliniken verfügen über eine geeignete Arbeitsschutzorganisation.

Die sicherheitstechnische Betreuung ist bei allen (100%!) und die betriebsärztliche Betreuung auch bei fast allen Kliniken gewährleistet. Der Arbeitsschutzausschuss tagt bei allen Kliniken regelmäßig und etwa 40% der Betriebe haben ein Managementsystem mit integriertem Arbeitsschutz. Damit wird deutlich, dass sich die Arbeitsschutzorganisation in den Kliniken auf einem sehr hohen Niveau befindet.

4.3.2 Gefährdungsbeurteilung

73,1% der Kliniken führen eine angemessene Gefährdungsbeurteilung durch.

Auch hier gibt es einen deutlichen Unterschied zwischen größeren und kleineren Einrichtungen. Im Vergleich zur Selbstbewertung fällt das Ergebnis deutlich besser (60% zu 73%) aus.

4.3.3 Gefährdungen des Rückens

Im Themenbereich „Gefährdungen des Rückens“ haben die Kliniken im Schnitt 69,9% der maximal möglichen Punktzahl erreicht

Diese hohe Prozentzahl zeigt sich auch, wenn die Qualität der Aktivitäten bewertet wird. 70,3% der Kliniken erfüllen den definierten Standard. Hier zeigen offensichtlich die Präventionsaktivitäten der letzten Jahre Wirkung. Viele gute Einzelaktivitäten zu den Muskel-Skelett-Erkrankungen können in den Kliniken beobachtet werden. Insbesondere die Arbeit an höhenverstellbaren Betten, die Bereitstellung erforderlicher Hilfsmittel und die Einbeziehung der Mitarbeiter bei der Ermittlung des Hilfsmittelbedarfs sind auf einem hohen Niveau

Weitere Optimierungsmöglichkeiten bestehen in einer generellen Systematik zur Reduzierung der Gefährdungen des Rückens, die einheitliche Konzepte zur Prävention von Rückenbeschwerden und Schulungen der Beschäftigten zum rückengerechten Arbeiten umfasst.

4.3.4 Psychische Belastungen

63,8% der Kliniken halten das Arbeitszeitgesetz vollständig ein, fast 100% halten es weitgehend ein.

Die Einbeziehung der Mitarbeiter in die Planung und Gestaltung der Arbeit findet auf einem hohen Niveau statt. In großen Kliniken werden mehr Anzeichen für Stress als in kleinen Kliniken gesehen.

4.3.5 Präventionskultur und Gesundheitskompetenz

Ein starker positiver Zusammenhang zwischen den beiden Ebenen „funktional“ und „kommunikativ“ ist hier ebenfalls vorhanden, wobei sich eine große Zahl der Kliniken auf einem hohen funktionellen und kommunikativen Niveau befindet.

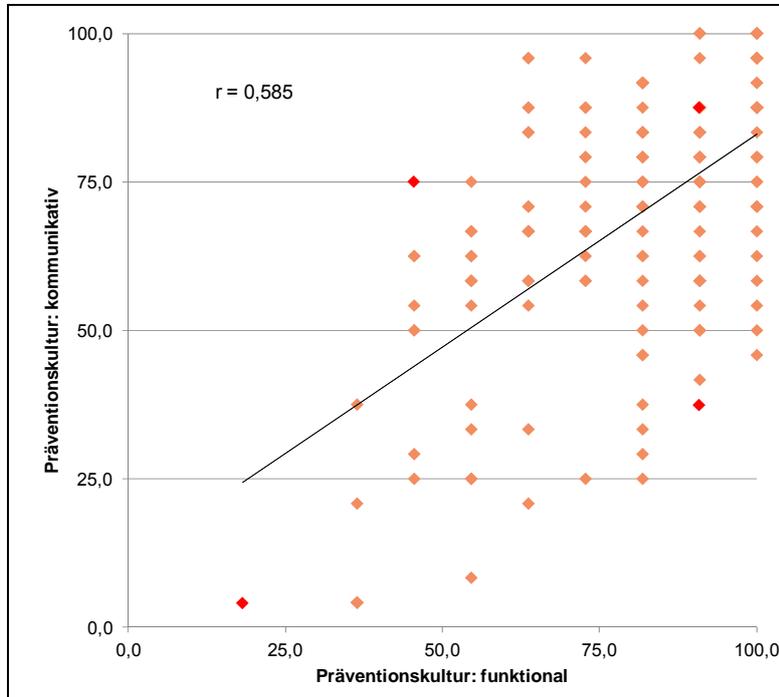


Abb. 4.2 Ausprägung der funktionalen und kommunikativen Präventionskultur in den Kliniken (Besichtigungen)

Das Ergebnis der Auswertung der Präventionskultur zwischen Besichtigungsergebnissen und Online-Selbstbewertung ist sich sehr ähnlich (vgl. Abb. 3.2 und 4.2). Es kann daraus geschlossen werden, dass die Selbsteinschätzung bezüglich der Präventionskultur mit der Fremdeinschätzung übereinstimmt.

Bei den Fragen zur „Gesundheitskompetenz“ haben die Kliniken im Schnitt 67,1% der maximal möglichen Punktzahl erreicht.

5 Gegenüberstellung Online-Selbstbewertungsinstrument – Betriebsbesichtigungen

Um einen möglichst unbeeinflussten Vergleich zwischen der Online-Selbstbewertung und den Betriebsbesichtigungen zu schaffen, wurden in der Auswertung zu dieser Fragestellung nur die Daten der Betriebe ausgewählt, die das jeweils andere Instrument zu dem Zeitpunkt noch nicht durchgeführt haben.

Trotzdem lassen sich die Ergebnisse der verschiedenen Erhebungsformen schwer vergleichen:

- Die besichtigten Betriebe wurden zufällig ausgewählt, die Teilnahme am Online-Selbstbewertungsinstrument beruhte hingegen auf der Eigeninitiative der Betriebe.
- Das Online-Selbstbewertungsinstrument spiegelt die Ergebnisse der Selbstbewertung der Betriebe. Die Besichtigungen geben die Einschätzung des Aufsichtspersonals im Nachhinein wieder.
- Nur im Themenbereich MSE stimmen die Fragenkataloge zum größten Teil überein.

Aufgrund dieser Unterschiede können nur folgende Erkenntnisse formuliert werden:

- Bei der Einschätzung von Arbeitsschutzorganisation und Gefährdungsbeurteilung ist festzustellen, dass die Fremdeinschätzung durch das Aufsichtspersonal positiver ausfällt als die Selbstbewertung der Betriebe, was wiederum für die Belastbarkeit der erhobenen Daten spricht.
- Zum Thema Gefährdungen des Rückens (MSE) liegt die Selbstbewertung leicht über der externen Bewertung.
- Vergleiche im Hinblick auf den Stand der psychischen Belastungen sind kaum möglich, da sich die gewählten Untersuchungsmethoden zu stark unterscheiden. Es zeigt sich jedoch einheitlich, dass Führungskräfte die Gefährdungssituation eher positiv einschätzen und dass Maßnahmen zur menschengerechten Gestaltung von Arbeit etabliert sind.

Bewertung des Online-Selbstbewertungsinstrumentes

Die Teilnahme der Betriebe stationär/ambulant mit 15% nach nur zwei Jahren weist auf eine gute Akzeptanz des Instrumentes in den Einrichtungen hin.

Die Auswertungsergebnisse haben gezeigt, dass die Wirksamkeit des Instrumentes in der Prävention gegeben ist; das heißt die Betriebe, die daran teilgenommen haben, haben sich im Durchschnitt deutlich verbessert. Gleichzeitig bietet das Instrument differenzierte Auswertungen und liefert Informationen für zukünftige Handlungsschwerpunkte der Präventionsarbeit. Das Instrument hat sich also sowohl als Präventions- als auch als Erhebungsinstrument bewährt.

6Fazit und Schlussfolgerungen

6.1 Arbeitsschutzorganisation und Gefährdungsbeurteilung

Die Arbeitsschutzorganisation befindet sich in Kliniken auf einem hohen Niveau, ist in der ambulanten und stationären Pflege verbesserungswürdig. Gerade die *vollständige* Erfüllung aller Anforderungen ist eher selten. Offensichtlich gibt es in vielen Betrieben einzelne Sachverhalte, die verhindern, dass die Vorgaben als vollständig umgesetzt angesehen werden können.

Als besondere Herausforderung in der ambulanten und stationären Pflege hat sich die Durchführung von regelmäßigen Sitzungen des Arbeitsschutzausschusses (ASA) herausgestellt. Das Ergebnis wirft die Frage auf, ob den Betrieben der Nutzen des ASA und seine angemessene Gestaltung nicht bewusst sind oder ob sie nicht angemessen kommuniziert wurden.

Die Gefährdungsbeurteilung wird als Folge einer guten Arbeitsschutzorganisation nicht im erwarteten Ausmaß auf eine geeignete Art und Weise durchgeführt. Eine positive Korrelation zwischen der Arbeitsschutzorganisation und der Gefährdungsbeurteilung ist vorhanden. Defizite liegen vor allem in der Systematik, die Gefährdungsbeurteilung umzusetzen. Besser schneiden Betriebe ab, bei denen Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärzte sich aktiv um die Gefährdungsbeurteilung kümmern.

Die Ergebnisse der ambulanten und stationären Pflege sind ebenfalls beim Kriterium „angemessene Gefährdungsbeurteilung“ verbesserungswürdig. Die besondere Herausforderung für Pflegeeinrichtungen besteht dabei nicht in der reinen Durchführung, sondern in der systematischen und als kontinuierlichen Prozess verstandenen Gefährdungsbeurteilung.

Es ergeben sich folgende Empfehlungen:

- Zukünftige Präventionsmaßnahmen der GDA-Träger sollten sich insbesondere der systematischen und prozesshaften Gestaltung der Gefährdungsbeurteilung widmen.
- Der Nutzen von ASA-Sitzungen sollte in den Betrieben besser kommuniziert werden.

Bei der Betrachtung aller behandelten Themen des Arbeitsschutzes ist besonders auffällig, dass die Ergebnisse der Online-Selbstbewertung aller Einzelthemen positiv miteinander korrelieren. Die Präventionsmaßnahmen zu Einzelthemen unterstützen sich also gegenseitig. Grundsätzlich sind daher ganzheitliche Präventionsangebote und -strategien in den Teilbranchen der Pflege besonders zu empfehlen.

Der besondere Beitrag von betrieblichen Multiplikatoren wie Betriebsärzten, Fachkräften für Arbeitssicherheit und Sicherheitsbeauftragten für einen guten Arbeitsschutz in Einrichtungen der Pflege konnte nachgewiesen werden. Es empfiehlt sich daher, diese Zielgruppen in ihrer Arbeit weiterhin zu unterstützen und kontinuierlich in die Präventionsarbeit einzubeziehen.

6.2 Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen

Die Auswertung der Erhebungen im Arbeitsprogramm – Betriebsbesichtigungen und Online-Selbstbewertungsinstrumente – haben gezeigt, dass bei der Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen die stationäre und ambulante Pflege sowie die Pflege in Kliniken insgesamt gute Ergebnisse erreichen, wenn man alle in den Betrieben getroffenen Maßnahmen berücksichtigt. Gleichzeitig konnte aber auch ein deutliches Verbesserungspotenzial nachgewiesen werden. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass viele Betriebe bisher noch keine Konzepte haben, Muskel-Skelett-Belastungen systematisch und ganzheitlich zu reduzieren.

Betrachtet man nur die Anforderungen und den von Unfallversicherungsträgern und Arbeitsschutzbehörden geforderten Standard für die Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen, so weisen die Betriebsbesichtigungen nach, dass immerhin rund 74% der stationären Einrichtungen und rund 70% der Kliniken diese Anforderungen vollständig erfüllen. Die ambulanten Pflegeeinrichtungen fallen hierbei etwas zurück: Rund 66% der besichtigten Betriebe können den geforderten Standard *vollständig* erfüllen. Anhand der Besichtigungsergebnisse – und bestätigt durch die Online-Selbstbewertung – konnten die Kriterien identifiziert werden, die dafür verantwortlich sind, dass Betriebe eine *vollständige* Erfüllung der Anforderungen nicht nachweisen können. Zusammenfassend legen die Ergebnisse nahe, dass trotz zahlreicher und guter Einzelmaßnahmen, viele Betriebe bisher noch keine geeigneten Ansätze haben, Muskel-Skelett-Belastungen *systematisch* und *ganzheitlich* zu reduzieren. Insbesondere ein Mangel an angemessenen Konzepten ist durch alle Teilbranchen festzustellen. Die Betriebe schätzen dabei in der Selbstbewertung ihre konzeptionellen Mängel sogar schlechter ein als das Aufsichtspersonal.

Es ergeben sich folgende Empfehlungen:

- Von den Unfallversicherungsträgern und den Arbeitsschutzbehörden sollte ein einheitliches Verständnis über die Anforderungen an ganzheitlichen Konzepten zur Reduzierung von Muskel-Skelett-Belastungen entwickelt und vermittelt werden. Diese Konzepte sollten betriebsbezogene, technische, organisatorische und personenbezogene Maßnahmen beinhalten.
- Die Ergebnisse der Online-Selbstbewertung haben nachgewiesen, dass teilnehmende Betriebe sich im Kapitel „Gefährdungen des Rückens“ durch die Nutzung des Instrumentes im Zeitablauf gerade bei den identifizierten Defiziten verbessern konnten. Daher sollte das Instrument als Unterstützung der Kernprozesse ein wichtiger Bestandteil für die zukünftige Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen werden.

6.3 Prävention von psychischen Belastungen

Die Ergebnisse ergeben ein positives Bild in allen drei betrachteten Teilbranchen was die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes in den Betrieben angeht.

Für die Bewertung der Ergebnisse zu den psychischen Belastungen und Beanspruchungen ist es wichtig festzuhalten, dass sie auf der Einschätzung der Führungskräfte (in der Online-Selbstbewertung und in der Befragung durch das Aufsichtspersonal bei den Besichtigungen) beruhen. Deren Sicht auf die Situation im Betrieb und die vorhandenen Präventionsmaßnahmen ist positiv. Korrespondierend dazu wird angegeben, dass Stresssymptome in den Betrieben mehrheitlich nur gelegentlich bis gar nicht auftreten. Auffällig ist, dass die ambulanten Einrichtungen deutlich besser abschneiden als die stationäre Pflege und die Kliniken.

Die Mitarbeiterperspektive wurde verfahrensbedingt nicht erhoben. Zur Bewertung der Ergebnisse dieser Erhebung, in der erstmalig sehr ausführlich die Perspektive der Führungskräfte dieser Branchen erhoben wurde, erscheint es sinnvoll, die Ergebnisse aus Mitarbeiterstudien und -befragungen zu diesen Ergebnissen in Relation zu setzen, um sie zu einem Gesamtbild der Branchen zusammenzuführen.

Die Ergebnisse in den Betrieben zu Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychischen Belastungen sind positiv miteinander korreliert. Augenscheinlich fördern eine erfolgreiche MSE-Prävention und die Prävention psychischer Belastungen einander. Beide Themen sollten in Präventionsstrategien daher nicht getrennt behandelt werden.

6.4 Präventionskultur und Gesundheitskompetenz

Es konnte ein positiver Zusammenhang zwischen den funktionalen und kommunikativen Dimensionen der Präventionskultur nachgewiesen werden. Wenn die Präventionskultur als Basis für die Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz gesehen wird, dann sind hier gezielte Aktivitäten in beiden Dimensionen sinnvoll und zeigen eine hohe Wirksamkeit.

In den Online-Selbstbewertungen hat sich das verwendete Konzept für die Analyse der Präventionskultur als aussagekräftig erwiesen und bietet einen Ansatz für die gezielte Beratung und Unterstützung der Betriebe: Je nachdem, wie die Ergebnisse hinsichtlich der beiden Dimensionen im Betrieb ausfallen, lässt sich eine spezifische Beratungsstrategie entwickeln.

6.5 Allgemeine Erkenntnisse

- Das Online-Selbstbewertungsinstrument gibt Hinweise, wo Betriebe Verbesserungsbedarf haben. Die Aufsicht kann die Beratung zielgerichtet darauf ausrichten.
- Insgesamt ist die Selbstbewertung ein ressourceneffizientes Instrument und eher für KMU geeignet. Die Effekte sind in ambulanten Diensten stärker und signifikanter als in den stationären Pflegeeinrichtungen. Das Instrument ist ein Hilfsmittel, um die Qualität der Arbeitsschutzorganisation und die Systematik der Gefährdungsbeurteilung zu verbessern. Denkbar ist ein zweistufiges Vorgehen aus Selbstbewertung und gezielter Unterstützung durch Unfallversicherungsträger und staatliche Aufsicht.
- Durch die im Online-Selbstbewertungsinstrument integrierte Toolbox kann eine innerbetriebliche Arbeitsschutzqualifizierung erfolgen.
- Es sollte ein bundeseinheitliches Verständnis über die Anforderungen an ganzheitliche Konzepte zur Reduzierung von Muskel-Skelett-Belastungen entwickelt werden.

Anhang 4 **Abbildungsverzeichnis**

Abbildungen und Tabellen:

- **Abb. 2.1** Zentrale Projektstruktur des Arbeitsprogramms
- **Abb. 2.2** Organisationsstrukturen des Arbeitsprogramms
- **Abb. 2.3** Schlüsselmotive gesund-pflegen-online.de
- **Abb. 2.4** Ablaufplan des Arbeitsprogramms
- **Abb. 2.5** Ansicht Toolbox Kliniken
- **Abb. 4.1** Ausprägung der funktionalen und kommunikativen Präventionskultur in der ambulanten Pflege
- **Abb. 4.2** Ausprägung der funktionalen und kommunikativen Präventionskultur in den Kliniken
- **Abb. 4.3** Einbindung von Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit
- **Abb. 4.4** Unterstützung von Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit bei der Gefährdungsbeurteilung
- **Abb. 4.5** Bereiche der Präventionskultur in den Betrieben
- **Abb. 4.6** Ausprägung der funktionalen und kommunikativen Präventionskultur in den Kliniken
- **Abb. 5.1** Erreichte Zielgruppen der regionalen Informationsveranstaltungen
- **Abb. 5.2** Erreichte Zielgruppen der Seminar-/Schulungstätigkeit

Anhang 5 Quellenverzeichnis

Quellen und Verweise:

- Bibliomed Verlag: Mediadaten zu „Die GesundheitsWirtschaft“, 2010.
- BKK Bundesverband: Kein Stress mit dem Stress, Selbsteinschätzung für das betriebliche Gesundheitsmanagement im Bereich der psychischen Gesundheit (Selbstcheck des INQA-Projekts „psyGA“), Essen 2011.
- DAK-BGW Gesundheitsreport 2005. Stationäre Krankenpflege, hg. v. DAK Zentrale und BGW, Hamburg 2005.
- DAK-BGW Gesundheitsreport 2006. Ambulante Pflege, hg. v. DAK Zentrale und BGW, Hamburg 2006.
- Deutsches Statistisches Bundesamt (DESTATIS): Pflegestatistik 2007, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Wiesbaden 2008.
- Alfred T. Hoffmann, Peter Dürrmann: „Berufsfeldstudie: Leitungskompetenz und Leitungsqualifikation in der stationären Altenpflege“, hg. v. BMFSFJ, Bonn 2005.
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Suva: Checkliste Stress, Luzern 2000.
- Vincentz Network: Leseranalyse Pflegezeitschriften 2006, Hannover 2006.



Mensch und Arbeit. Im Einklang.

