Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung im Krankenhaus – Theorie und Praxis[1]

Anja Hubrich*, Katharina Roitzsch*, Uwe Debitz*, Nicole Stab** & Sharon Sword***

* novaworx – Dr. Debitz, Hubrich & Roitzsch Partnerschaft, Arbeits- und Organisationspsychologen, Dresden
** Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtspflege (BGW)
*** MEU Magdeburg

ZUSAMMENFASSUNG
Dieser Artikel behandelt die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung im Krankenhaus. Neben den gesetzlichen und berufsgenossenschaftlichen Anforderungen wird beispielhaft die Umsetzung in drei Kliniken vorgestellt. Es zeigt sich, dass man bei der praktischen Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung im Krankenhaussetting verschiedenen Herausforderungen sowohl in der Analyse als auch in der Maßnahmenableitung gegenübersteht. Der Artikel beschreibt diese und zeigt anhand unterschiedlicher Methoden auf, wie ein Umgang mit ihnen gelingen kann. Darüber hinaus werden konkrete Maßnahmen vorgestellt, die im Rahmen dieses Prozesses in den Kliniken abgeleitet und umgesetzt wurden.

Schlüsselwörter
Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung – Krankenhaus – Praxisbeispiele – Maßnahmen

ABSTRACT
This article deals with the risk assessment of mental stress in hospitals. In addition to the legal requirements and the requirements of the employers' liability insurance association, the implementation in three hospitals is presented as an example. It shows that the practical implementation of risk assessment in a hospital setting faces various challenges, both in terms of analysis and deriving measures. The article describes these challenges and uses various methods to show how they can be dealt with successfully. It also presents specific measures that have been derived and implemented in hospitals as part of this process.

Keywords
Risk assessment of mental stress – hospital – practical examples – measures

1 Gesetzliche Anforderungen an die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung in Deutschland

Die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung ist seit 2013 vom Gesetzgeber explizit im Arbeitsschutzgesetz gefordert, wobei „[…] die Arbeit so zu gestalten" ist, „dass eine Gefährdung für das Leben sowie die physische und die psychische Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst geringgehalten wird." (§ 4 Abs. 1 ArbSchG). Weitere Bezüge zur psychischen Belastung finden sich in der Biostoffverordnung (BioStoffV), in der Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) und in der Betriebssicherheitsverordnung (BetrSichV). Dabei wird konkret gefordert, dass bei der Handhabung mit Biostoffen, bei der Verwendung von Arbeitsmitteln, einschließlich Maschinen sowie im Rahmen der baulichen Gegebenheiten von Arbeitsstätten stets auch die psychische Belastung betrachtet wird. So ist beispielsweise im Rahmen der Biostoffverordnung zu berücksichtigen, unter welchen Bedingungen Tätigkeiten mit Biostoffen ausgeführt werden: Diese sollten nicht noch zusätzlich gefährdend wirken. Im Krankenhaus bedeutet

[1] Dieser Artikel ist Prof. em. Dr. Dr. Winfried Hacker zu seinem 90. Geburtstag gewidmet. Wir danken ihm herzlich für die bereichernden Jahre der Zusammenarbeit und Unterstützung an der TU Dresden.

2024 – *innsbruck* university press, Innsbruck
Journal Psychologie des Alltagshandelns / *Psychology of Everyday Activity*, Vol. 17 / No. 2, ISSN 1998-9970
DOI 10.15203/1998-9970-17-2-03

das z. B., dass Blutentnahmen unter hohem Zeitdruck oder mit häufigen Unterbrechungen zu vermeiden sind. Auch die Kooperationsbereitschaft potenzieller Patientinnen und Patienten bei diesen Tätigkeiten ist hierbei zu betrachten und Schutzmaßnahmen sind zu ergreifen (§§ 4 und 8 BioStoffV).

Das Krankenhaussetting ist sehr komplex und durch viele Schnittstellen zwischen den beteiligten Professionen gekennzeichnet. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass für die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung spezifische Kenntnisse der zu beurteilenden Tätigkeiten erforderlich und auch Wechselwirkungen mit anderen Gefährdungen zu berücksichtigen sind.

2 Überlegungen zur Durchführung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung

Psychische Belastung ist genau wie andere Gefährdungen bei der Arbeit im Rahmen eines mehrschrittigen Prozesses im Sinne des PDCA-Zyklus zu bewerten und zu gestalten (Abb. 1).

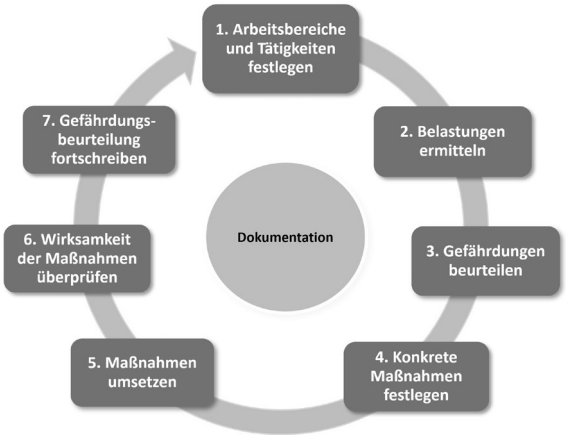

Abbildung 1: Gefährdungsbeurteilung in sieben Schritten (eigene Abbildung nach GDA).

Dabei ist es ratsam, schon vor Durchführung der Gefährdungsbeurteilung einige Vorüberlegungen anzustellen.

In einer abgestimmten Schrift der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA, 2022) zur Berücksichtigung psychischer Belastung in der Gefährdungsbeurteilung sind Möglichkeiten der Erfassung dargestellt: Empfohlen werden Mitarbeiterbefragung, Workshop, Beobachtungsinterview oder eine Kombination. Die konkrete Vorgehensweise ist anhand spezifischer betrieblicher Gegebenheiten auszuwählen (ebenda).

Zudem werden von der GDA Gestaltungsbereiche und -ziele für die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung vorgegeben: Arbeitsinhalte/-aufgaben, Arbeitsorganisation, Arbeitszeit, soziale Beziehungen bei der Arbeit, Arbeitsumgebungsbedingungen sowie Verwendung von Arbeitsmitteln, die es zunächst mittels eines Analyseinstrumentes zu erfassen gilt und dessen Ergebnisse als Grundlage für die Gestaltung dienen.

Gemäß des Arbeitsschutzgesetzes ist *„bei gleichartigen Arbeitsbedingungen […] die Beurteilung eines Arbeitsplatzes oder einer Tätigkeit ausreichend“* (§ 5 ArbSchG). In der Schrift der GDA (2022) wird konkretisiert, dass psychische Belastung nach Art der Tätigkeit variieren kann (hinsichtlich Arbeitsintensität, Handlungsspielraum), aber sich auch in Abhängigkeit der Arbeitsbedingungen verschiedener Arbeits- oder Organisationseinheiten (hinsichtlich sozialer Beziehungen) unterscheiden kann. Stab und Hacker (2023) zeigen, dass sogar Teamstrukturen (Stationen) auf die Einschätzung der Gestaltungsbereiche wirken können und Analyseeinheiten dementsprechend sorgfältig auszuwählen sind. Wenn zu große Untersuchungseinheiten gebildet werden, kann es passieren, dass Ergebnisse aufgrund großer Unterschiede auf Teamebene stark variieren, wichtige Informationen somit „ausgemittelt“ und relevante Gestaltungsbereiche nicht mehr sichtbar werden. Darüber hinaus sind nachgeordnete Führungskräfte als auch Mitarbeitende bei allen Schritten der Gefährdungsbeurteilung als Expertinnen und Experten ihrer Arbeit einzubeziehen. Es gilt, alle Mitarbeitende umfassend über die Ziele, den Verlauf und ihre Rolle im Rahmen des Vorhabens zu informieren. Teams sind bei Bedarf während des Vorhabens zu unterstützen. Denkbar sind beispielsweise Coaches bei Teamkonflikten. Führungskräfte sind zudem zu qualifizieren, da sie die Umsetzung der Maßnahmen in ihrem Arbeitsbereich zumindest begleiten sollten. Ebenso ist ihnen bei Konflikten Unterstützung zur Seite zu stellen.

3 Methode und praktisches Vorgehen in drei Fallbeispielen

Die folgenden Erfahrungen und Ergebnisse wurden in Projekten in drei verschiedenen Krankenhäusern gesammelt. Alle Krankenhäuser sind Einrichtungen der Akut- und Maximalversorgung mit einer jährlichen Patientenzahl zwischen 70.000 und 150.000 im ambulanten und stationären Bereich (vgl. Tab. 1).

Die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung wurde in **Krankenhaus 1** mittels eines Papier-Fragebogens bei 29 Pflegekräften und 5 Ärztinnen und Ärzten umgesetzt. Der eingesetzte novaworx-Fragebogen zur Gefährdungsbeurteilung (Debitz, Hubrich & Roitzsch, 2019) basiert auf den Empfehlungen der GDA und enthielt die Möglichkeit, zusätzliche Freitext-Kommentare abzugeben.

Tabelle 1: Übersicht Krankenhäuser und eingesetzte Methoden.

	Krankenhaus 1	**Krankenhaus 2**	**Krankenhaus 3**
Anzahl Beschäftigte	3.200	1.200	2.500
Anzahl Patientinnen und Patienten pro Jahr	150.000	66.000	95.000
Einbezogene Stationen	Intensivstation	Zentrale Notaufnahme Intensivstation Kinder-, Frauenklinik Kardiologie	Intensivstation Kardiologie
Vorgehen in der Analyse	Beschäftigtenbefragung mit novaworx-Fragebogen zur Gefährdungsbeurteilung	Beschäftigtenbefragung mit BASA III (angepasst auf Krankenhaus)	Workshopformat nach Leitfaden „Gute Stationsorganisation“ mit externer Moderation
Vorgehen in der Maßnahmenableitung	Partizipative Workshops mit externer Moderation	Partizipative Kurzworkshops, zunehmend in Eigenregie	

Die Analyse in **Krankenhaus 2** erfolgte mit BASA III (Roitzsch, Walter & Schmidt, 2020). Das Instrument wurde vor einem ersten Piloteinsatz gemeinsam mit dem Lenkungskreis des Klinikums (ärztliches und Pflegepersonal, BGM-Koordinatorin, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsrat) für den Einsatz im Klinikum angepasst und es wurden Themen wie Ruf- und Bereitschaftsdienste, Belegungsmanagement, differenzierte Aspekte zur Schichtplanung sowie Obergrenzen für die Belegung aufgenommen. Der Fragebogen wurde um Freitextfelder ergänzt. Insgesamt nahmen 117 Pflegekräfte und 39 Ärztinnen und Ärzte an der Befragung teil.

In **Krankenhaus 3** wurde der Leitfaden „Gute Stationsorganisation“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA, 2024) sowie die zugehörigen Checklisten eingesetzt, um Gestaltungsschwerpunkte zu erfassen. Dieser Leitfaden sieht eine Bearbeitung der arbeitsorganisatorischen Themen mittels Workshopformat vor. Pflegekräfte der Intensivstation und der Kardiologie kamen stationsweise mit jeweils ca. 4-6 Teilnehmenden (Pflegekräfte und Stationsleitung) zu regelmäßigen Workshopterminen zusammen, um mittels der Checklisten Probleme zu identifizieren und direkt Maßnahmen abzuleiten.

3.1 Organisatorische Aspekte der Vorbereitung und Durchführung

In den drei Einrichtungen kam der Zugang zum Thema Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung auf unterschiedlichen Wegen zustande: entweder über den klinikinternen Betriebsarzt, eine Empfehlung der zuständigen Berufsgenossenschaft oder aus Eigeninitiative heraus, um dem Fachkräftemangel zu begegnen und ein attraktiverer Arbeitgeber zu werden. Organisatorisch zeigten sich aber vergleichbare Herausforderungen.

Einen passenden Zeitpunkt für Informationsveranstaltungen zu finden, stellt im Umfeld Krankenhaus immer wieder eine Herausforderung dar. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten muss zu jeder Zeit gewährleistet sein. Gleichzeitig sind Besprechungs- und Abstimmungszeiten in den Teams wertvoll und sollten möglichst nicht mit zusätzlichen Themen belegt werden. Dabei ist der Ablauf des Arbeitstages in den verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich und lässt sich kaum synchronisieren. Hier hat sich gezeigt, dass es in der Regel nicht möglich war, alle beteiligten Personen im Rahmen von nur einer Veranstaltung zu informieren.

Beschäftigte, die schon lange am Klinikum tätig sind, haben teilweise schon viele Befragungen und Projekte erlebt und sind skeptisch, ob sie mit ihrer Teilnahme tatsächlich eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen erreichen können.

Ärztinnen und Ärzte in der Facharztweiterbildung sind oft nicht länger als 6 Jahre am Klinikum beschäftigt. Deshalb ist in dieser Gruppe eine deutlich geringere Bereitschaft beobachtbar, sich für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu engagieren als z. B. in den Pflegeteams.

Rückendeckung durch Klinikleitung und Betriebsrat

Sowohl Klinikleitung als auch Betriebsrat müssen in den Prozess der Gefährdungsbeurteilung einbezogen werden und hinter dem Vorhaben stehen. Vor dem Hintergrund einer Fachkräftebindung durch gute Arbeitsbedingungen erscheinen Klinikleitungen hier zunehmend offen. Dem Betriebsrat steht in jedem Fall

ein Mitbestimmungsrecht nach Betriebsverfassungsgesetz zu. Die Beschäftigten fassen eher Vertrauen in den Prozess, wenn sich einerseits die Klinikleitung engagiert und dafür einsteht, dass notwendige Veränderungen tatsächlich umgesetzt werden, sowie andererseits sich der Betriebsrat für eine Teilnahme ausspricht und dafür einsteht, dass den Beschäftigten keine Nachteile entstehen (z. B. Datenschutz). Eine klare Kommunikation durch Klinikleitung und Betriebsrat ist unbedingt notwendig; dies kann bspw. im Rahmen einer Informationsveranstaltung erfolgen.

Kümmerer im Klinikum
Für die gesamte Gefährdungsbeurteilung ist es von Vorteil, eine verantwortliche Person im Klinikum für die Organisation von Terminen, die Kommunikation zu den Stationen und ggf. zum externen Anbieter der Gefährdungsbeurteilung zu etablieren. Diese fungiert ebenfalls als interne Ansprechperson für die Beschäftigten im Falle von Fragen, Anmerkungen oder Bedenken im Rahmen des gesamten Prozesses.

Sequenzielles Vorgehen
Gerade bei großen Einrichtungen hat sich ein sequenzielles Vorgehen (Bereich für Bereich) mit einem klaren Start im Pilot-Modus bewährt. Das Vorgehen kann in den ersten Durchgängen gemeinsam (externe Begleitung, BGM-Koordination, Betriebsrat, Klinikleitung) geprüft und ggf. angepasst werden. Die internen Akteurinnen und Akteure können sich auf den jeweils aktuellen Bereich konzentrieren und der Prozess bleibt nicht aufgrund fehlender Personalkapazitäten stecken. Nach der Analyse können schneller Ergebnisse präsentiert und Maßnahmen abgeleitet werden. Erfolge aus den ersten Durchläufen können helfen, die Beschäftigten in den nachfolgenden Bereichen zur Teilnahme zu motivieren.

Passende Zeitpunkte für Informationsveranstaltungen
Um möglichst allen Beschäftigten die notwendigen Informationen für die Teilnahme zur Verfügung zu stellen, haben sich verschiedene Herangehensweisen bewährt. Zum einen fungieren die bei einer Informationsveranstaltung anwesenden Beschäftigten als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, welche die anderen Beschäftigten informieren. Unterstützt werden sie durch Informationsmaterial (z. B. Poster, Flyer, Informationsmappe), das im Stationszimmer hinterlegt wird und neben allen relevanten Informationen auch die Kontaktdaten der Ansprechpersonen im Klinikum enthält.

Ein anderes bewährtes Vorgehen ist, an einem Tag zu mehreren Zeitpunkten halbstündige Informationsveranstaltungen anzubieten, in denen in ca. 20 Minuten Ziel und Vorgehen erläutert werden und ein kurzer Ausblick auf die sich nach der Analyse anschließenden Schritte gegeben wird. Diese Zeitaufteilung ermöglicht kurze Redebeiträge für Klinikleitung und Betriebsrat und lässt Zeit für Rückfragen der Beschäftigten.

Workshopformat
Aufgrund der hohen zeitlichen Anforderungen und der zunehmenden Personalknappheit sind Workshopformate mit festen Terminen sowie einem möglichst konstanten Personenkreis selbst bei einem zeitlichen Minimalaufwand von ca. 45 bis 60 Minuten immer eine Herausforderung.

Um trotzdem mit dieser Methode arbeiten zu können, hat sich bewährt, die Termine direkt an den Schichtwechsel anzubinden, sodass sowohl Personen aus der Früh- wie auch der Spätschicht teilnehmen können. Für die Kürze der Zeit ist es sinnvoll, die Workshopeinheiten gut zu strukturieren, (z. B. mittels einer Checkliste) allen Beteiligten das Vorgehen gut zu erklären und für jede Veranstaltung weitestgehend gleich zu halten. Informationen aus den Sitzungen sollten für alle Pflegekräfte auf Station verfügbar sein (bspw. durch einen Workshopordner, der für alle einsehbar ist oder durch kurze Berichte in den Stationsbesprechungen), sodass alle Pflegekräfte auf Station mitgenommen werden und sich ggf. ohne viel Einarbeitungsaufwand gegenseitig in den Workshops vertreten könnten.

4 Belastungsschwerpunkte im Krankenhaus

Insgesamt zeigen sich im Kliniksetting wiederkehrende Belastungsschwerpunkte. Diese sind, der thematischen Clusterung der GDA folgend:

Arbeitsinhalt und Arbeitsaufgabe
Die meisten Tätigkeiten im Krankenhaussetting können als vollständig und abwechslungsreich betrachtet werden. Problematisch sind jedoch häufig hohe Anforderungen an Multitasking. Hier melden Beschäftigte wiederholt zurück, dass aufgrund dieser Anforderung – verbunden mit einer hohen Auslastung sowie einer sehr verantwortungsvollen Tätigkeit – die Angst vor Fehlern besteht.

Im Bereich des Handlungsspielraums bestehen in der Regel kaum Einflussmöglichkeiten auf die Arbeitsmenge (abhängig von Auslastung und Personalverfügbarkeit) sowie das damit verbundene Arbeitstempo. Besonders kritisch waren Ergebnisse in diesem Bereich, wenn die Bettenbelegung nicht rechtzeitig bekannt war und entsprechende Obergrenzen nicht oder nicht ausreichend Berücksichtigung fanden.

Der Themenbereich Informationen stellt einen häufigen Schwerpunkt im Krankenhaus dar. Das betrifft einerseits fehlende Informationen für die eigene

Arbeit (hier insbesondere bei der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit), fehlende Rückmeldungen zur eigenen Arbeit sowie andererseits eine Informationsflut, die einen kognitiven Mehraufwand beim Filtern und Verarbeiten der notwendigen Informationen erzeugt.

Der Umgang mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen stellt insbesondere an das Pflegepersonal hohe Anforderungen im Bereich der Emotionsarbeit. Dies gilt insbesondere in den Bereichen der Not- und Intensivmedizin. Hier fehlen mitunter technische, organisatorische sowie personenbezogene Präventionsmaßnahmen ebenso wie Angebote zur Nachsorge nach kritischen Ereignissen.

Arbeitszeit
In Bezug auf die Arbeitszeit zeigen sich hinsichtlich der Risiken deutliche Unterschiede zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal. Während für das ärztliche Personal insbesondere Überstunden sowie fehlende Erholungsmöglichkeiten in Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft zur Belastung beitragen, sind es für die Pflegeteams fehlende Pausenmöglichkeiten sowie für einige Stationen das kurzfristige gerufen werden aus dem „Frei“, etwa an Wochenenden oder an Urlaubstagen.

Arbeitsorganisation
Über alle betrachteten Stationen hinweg zeigt sich, dass die Arbeitsintensität ein wichtiger – wenn nicht der wichtigste – Belastungsschwerpunkt im Kliniksetting ist. Dies betrifft ärztliches und Pflegepersonal gleichermaßen. Verstärkend hinzu kommen in vielen Bereichen häufige Störungen und Unterbrechungen bei der Erledigung der gerade anstehenden Arbeitsaufgabe. Darüber hinaus wird immer wieder auf fehlendes Personal verwiesen.

Als problematisch wird häufig das Einspringen auf anderen Stationen erlebt, besonders wenn dies kurzfristig erfolgt, man dafür nicht ausreichend qualifiziert und erfahren ist, eine angemessene Einweisung fehlt und der Einsatz nicht an mehreren zusammenhängenden Tagen erfolgt. Dieses Thema betrifft insbesondere die Pflegekräfte und führt neben hohen quantitativen Anforderungen gegebenenfalls auch zu einer qualitativen Überforderung.

Soziale Beziehungen
Im Bereich der sozialen Beziehungen fielen die Ergebnisse sehr unterschiedlich aus. Während auf einigen Stationen sowohl die Zusammenarbeit im Team als auch die Unterstützung durch die Führungskraft einen wichtigen Puffer gegenüber anderen Belastungen darstellen, gibt es Stationen, in denen Konflikte sowie ungünstiges Führungsverhalten zur Belastung der Beschäftigten beitragen.

Auch die übergeordnete Leitung wurde unter dem Aspekt der sozialen Beziehungen in den Blick genommen. Problematisch sind hier eine fehlende Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen sowie deren Kommunikation durch die Klinikleitung.

Arbeitsmittel und Arbeitsumgebung
In diesem Bereich unterschieden sich die Ergebnisse in den betrachteten Stationen. Neben Lärm und ungünstigen klimatischen Bedingungen, zurückzuführen auf eine unzureichend regulierbare Klimatisierung, sind beengte räumliche Gegebenheiten sowie ungünstig angebrachte Geräte zu nennen, die eine gesunde Körperhaltung nicht unterstützen. In einigen Stationen wurden fehlende PC-Arbeitsplätze sowie fehlende Möglichkeiten, im Bedarfsfall schnell erreicht zu werden, benannt.

5 Ableitung von Maßnahmen

In Klinikum 2 zeigte sich im Rahmen der Pilotdurchführung, dass für die partizipative Maßnahmenableitung ein 2-stündiger Workshop, wie er in anderen Branchen üblich ist, nicht gut funktioniert. Dieser konnte für den ersten Bereich zwar einmalig durchgeführt werden, stellte alle Beteiligten jedoch vor enorme organisatorische Herausforderungen. In der Folge wurde ein angepasstes Vorgehen entwickelt, das eine Ableitung von Maßnahmen durch die einzelnen Teams ermöglichte, ohne die zeitlichen Ressourcen zu überbeanspruchen. Dazu wurden aus den Befragungsergebnissen Prioritätslisten entwickelt, die besonders gestaltungsbedürftige Arbeitsmerkmale sinnvoll clustern. Die Ableitung der Maßnahmen selbst wurde an die monatlich stattfindenden Teambesprechungen angegliedert, um keine neuen Termine vereinbaren zu müssen. Anhand klarer Leitfragen wurden die Beschäftigten durch den Prozess der Maßnahmenableitung geführt. Dieser lehnt sich an den Ablauf des Aufgabenbezogenen Informationsaustauschs nach Neubert und Tomczyk (1986) an.

Die 60-minütigen Workshops wurden durch geschulte Mitglieder des Betriebsrates sowie die BGM-Koordinatorin begleitet. Dies gab den Beschäftigten und vor allem der Führungskraft die Möglichkeit, die Methode kennenzulernen und unterstützte eine verbindliche Maßnahmenumsetzung.

Insbesondere für die Weiterarbeit mit den Analyseergebnissen, für die Ableitung und Umsetzung von Maßnahmen, braucht es innerhalb des Klinikums mindestens eine Person, die für die Nachverfolgung verantwortlich ist. Dies war im Beispiel die BGM-Koordinatorin, die anfänglich zur monatlichen Teamsitzung dazukam, die Maßnahmenableitung begleitet und an die Umsetzung erinnert hat. Dazu gehörte

auch, außerhalb der Sitzungen im Bereich präsent und erreichbar zu sein, mit einzelnen Beschäftigten auch zwischen den Terminen ins Gespräch zu kommen und an die Umsetzungen zu erinnern.

Die umgesetzten Maßnahmen unterschieden sich stark zwischen den einzelnen Stationen und Berufsgruppen. An dieser Stelle sollen beispielhaft einige Punkte benannt werden:

Maßnahmen in der Zentralen Notaufnahme (ZNA)
In der ZNA hatte sich im Rahmen der Analyse gezeigt, dass innerhalb der Schichten Erholungspausen fehlten, was zu Erschöpfung führte. In mehreren Versuchen zeigte sich, dass ein Konzept mit täglich zweimal 15 Minuten Pause im Arbeitsalltag am besten umsetzbar war. Diese Änderung wurde unterstützt durch eine Sensibilisierung für die Gesundheitsrelevanz von Pausen durch die BGM-Koordination sowie Plakate, die im Arbeitsalltag an die Einhaltung der Pausen erinnern. Beschäftigte wurden in ihrer Selbstfürsorgepflicht geschult, damit sie nicht auf Pausen verzichten, selbst wenn viele Patientinnen und Patienten im Wartebereich warten.

Ebenfalls belastend für das Pflegeteam waren herausfordernde, teils aggressive Kontakte mit Patientinnen und Patienten bzw. Angehörigen. Insbesondere fehlende vorbeugende Maßnahmen wurden bemängelt. Neben einem Deeskalationstraining, das daraufhin allen Beschäftigten des Klinikums noch einmal angeboten wurde und das auch den Umgang mit Patientinnen und Patienten mit Demenz und Delir beinhaltet, erhielt der Tresen der ZNA eine Umhausung, um die Beschäftigten im Bedarfsfall besser zu schützen.

Computerbedingte Wartezeiten bei ohnehin hoher Arbeitsbelastung führten zu viel Frust. In der Folge wurden weitere PC-Arbeitsplätze geschaffen und veraltete Rechner ersetzt.

Um einem bestehenden Personalmangel in Kombination mit einer sehr hohen Arbeitsmenge zu begegnen, wurde eine zusätzliche ärztliche Stelle in der ZNA geschaffen.

Maßnahmen auf der Intensivstation
Auf der Intensivstation stand in einer Einrichtung das Thema Gefährdungsbeurteilung und Patientensicherheit im Fokus. Für alle erforderlichen Unterweisungen erhielt die zuständige Führungskraft Unterstützung durch lediglich einen Sicherheitsbeauftragten auf der Station. Unter diesen Rahmenbedingungen war es nicht möglich, alle Beteiligten in angemessenem Umfang und ausreichender Regelmäßigkeit zu unterweisen. Für die betroffene Person war dies eine sehr belastende Situation, da im Setting Intensivstation eine fehlende Unterweisung ggf. schwerwiegende Folgen haben kann. Die Unterweisungen wurden auch durch das Team als sehr wichtig für eine sichere Arbeitsausführung eingeschätzt. In der Folge konnte eine weitere Person für die Rolle des Sicherheitsbeauftragten gewonnen werden, die hier in Zukunft unterstützen wird.

Auf einer anderen Intensivstation wurde auf regelmäßige Pausen in nicht klimatisierten Räumen mit zu öffnenden Fenstern geachtet, eine Wasserquelle und Pflanzen aufgestellt sowie Pausen außerhalb des Gebäudes empfohlen, um bei belastenden klimatischen Bedingungen Entlastung zu schaffen. Voraussetzung dafür war die Sensibilisierung der Beschäftigten für die Wichtigkeit regelmäßiger Pausen.

Maßnahmen in der Kinderklinik
In der Kinderklinik ging es vor allem um die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen im Rahmen der Visite. Ärztliches und Pflegepersonal hatten sehr unterschiedliche tägliche Abläufe. Gleichzeitig bestand in beiden Gruppen der Wunsch, Visiten gemeinsam durchzuführen. Dies hätte jedoch entweder bei den Ärztinnen und Ärzten oder beim Pflegepersonal einen Ausfall der Pause bedeutet. Mit einer gemeinsamen Überarbeitung der Visitenkonzepte konnten eine gemeinsame Visite und eine Pause für alle Berufsgruppen erreicht werden.

Maßnahmen in der Kardiologie
Ein wichtiges Thema in der Kardiologie waren weite Laufwege der Ärztinnen und Ärzte, weil Patientinnen und Patienten, die kardiologisch versorgt werden mussten, teils auf weit auseinanderliegenden Stationen im Haus lagen. Vor diesem Hintergrund führte das Klinikum eine Kernstation Kardiologie ein. Bei hoher Auslastung kann eine Verlegung kardiologischer Patientinnen und Patienten auf andere Stationen erfolgen. Damit auch in diesen Fällen das Pflegeteam die Ärztinnen und Ärzte im Notfall schnell und zuverlässig erreichen kann, wurden zusätzliche Mobiltelefone angeschafft. Dies verringerte die Unsicherheit, im Notfall nicht schnell genug reagieren zu können, sowohl für das ärztliche als auch das pflegerische Personal.

6 Diskussion

Der Arbeitsbereich Krankenhaus weist zahlreiche und teils schwerwiegende Risiken im Bereich der psychischen Belastung auf. Gleichzeitig sind Belastungsbereiche sehr spezifisch und unterscheiden sich deutlich von anderen Branchen. Dies ist bei der Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung zu berücksichtigen, wenn sie nutzbringend sein und nicht selbst zur Belastung beitragen soll. Für Akteurinnen und Akteure in diesem Feld ist es erforderlich, entsprechend angepasste bzw. für das Setting Krankenhaus

entwickelte Verfahren zu nutzen, um die spezifischen Belastungen treffend abbilden zu können. Gleiches gilt für die Maßnahmenableitung: Auch hier müssen die eingesetzten Methoden in das Arbeitsumfeld passen, um Motivation zur Beteiligung zu erzeugen.

Die Maßnahmen, die sich im Kliniksetting aus einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung ergeben können, sind vielfältig und stationsspezifisch. Eine bloße Differenzierung nach Berufsgruppen ist daher nicht zielführend. Häufig zielen Maßnahmen auf sehr greifbare organisatorische oder technische Aspekte ab – sind also deutlich weniger „weich" als man vielleicht zunächst vermuten würde. Neben der Reduktion der psychischen Belastung für die Beschäftigen werden oft weitere Effekte erreicht – etwa die Verbesserung der internen Abläufe, die Reduktion von Reaktionszeiten und Fehlern sowie die Erhöhung der Patientensicherheit. Fachlich gut ausgeführt und mit dem nötigen internen Gestaltungswillen kann die Gefährdungsbeurteilung damit ein wirkmächtiges Instrument zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für Beschäftigte sowie Patientinnen und Patienten im Klinikum sein.

Literatur

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2024). *Gute Stationsorganisation: Ein Leitfaden für Pflegeteams in Kliniken.* Dortmund. baua: Praxis.

Debitz, U., Hubrich, A. & Roitzsch, K. (2019). novaworx-Fragebogen zur Gefährdungsbeurteilung. Dresden: unveröffentlicht.

GDA (2022). *Berücksichtigung psychischer Belastung in der Gefährdungsbeurteilung – Empfehlungen zur Umsetzung in der betrieblichen Praxis*, 4. vollst. überarbeite Aufl. Berlin: GDA-Arbeitsprogramm Psyche.

Neubert, J. & Tomczyk, R. (1986). Aufgabenbezogener Informationsaustausch in Gruppen – ein Ansatz zur Verbesserung von Arbeitsverfahren. In J. Neubert & R. Tomczyk (Hrsg.), *Gruppenverfahren der Arbeitsanalyse und Arbeitsgestaltung.* Heidelberg: Springer.

Roitzsch, K., Walter, G. & Schmidt, M. (2020). *Psychologische Bewertung von Arbeitsbedingungen – Screening für Arbeitsplatzinhaber III. BASA III.* Dresden und Görlitz: BASA-Netzwerk.

Stab, N. & Hacker, W. (2023). Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung in der stationären Krankenpflege: Erfahrungen aus der Arbeit mit Pflegeteams verschiedener Krankenhäuser. *Wirtschaftspsychologie*, *25* (1), 30-44.

Korrespondenz-Adresse:
Dipl.-Psych. Anja Hubrich
novaworx – innovative Arbeits- und Organisationsgestaltung
Chemnitzer Straße 119
D-01187 Dresden
hubrich@novaworx.de