

Aktuelle und aufkommende Fragen im Gesundheitswesen, einschließlich häuslicher und gemeindenaher Pflege

Europäische Beobachtungsstelle für Risiken

Zusammenfassung

Autorinnen:

Tanja de Jong, Ellen Bos (TNO)

Karolina Pawłowska-Cyprysiak, Katarzyna Hildt-Ciupińska, Marzena Malińska (CIOP)

Georgiana Nicolescu, Alina Trifu (INCDPM)

Projektleitung:

Adrián Suárez, Emmanuelle Brun, Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA)

**Europe Direct soll Ihnen helfen, Antworten auf Ihre Fragen
zur Europäischen Union zu finden**

Gebührenfreie Telefonnummer (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Einige Mobilfunkanbieter gewähren keinen Zugang zu 00 800-Nummern oder berechnen eine Gebühr.

Zahlreiche weitere Informationen zur Europäischen Union finden Sie im Internet (<http://europa.eu>).

Bibliografische Daten befinden sich am Ende der Veröffentlichung.

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2014

ISBN: 978-92-9240-498-7

doi: 10.2802/33116

© Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, 2014

Nachdruck mit Quellenangabe gestattet.

Zusammenfassung

Bei der Verwirklichung der Ziele der Strategie Europa 2020 kommt dem europäischen Gesundheitswesen eine maßgebliche Rolle zu, denn es trägt zur Gesundheit und zum Wohlbefinden der Arbeitnehmer und der Gesellschaft als Ganzes bei. Darüber hinaus ist das Gesundheits- und Sozialwesen aber auch ein wichtiger Arbeitgeber, dessen Bedeutung im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel noch zunehmen dürfte. Daher sind Arbeitgeber im Gesundheitswesen nicht nur von den Trends einer fortschreitenden Überalterung der Bevölkerung im Hinblick auf die damit verbundene steigende Nachfrage nach Dienstleistungen, sondern auch im Zusammenhang mit den sich abzeichnenden Engpässen auf dem Arbeitsmarkt infolge sinkender Geburtenraten betroffen. Bis 2030 könnte die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter in der Europäischen Union (EU) von derzeit 303 Millionen auf 280 Millionen sinken. Dies wirkt sich nicht nur auf das potenzielle Wachstum und die Zukunftsfähigkeit der Renten, sondern auch auf die Finanzierung des Gesundheits- und Sozialwesens sowie die Einstellung von Beschäftigten aus, die diese Dienste erbringen sollen. Trotz des erwarteten Anstiegs der Nachfrage nach Pflegepersonal und der absehbaren Verschärfung des Arbeitskräftemangels zeigen Untersuchungen, dass der Sektor häufig schlechte Arbeitsbedingungen und niedrige Löhne im Vergleich zu Sektoren bietet, in denen gleichwertige Kenntnisse und Qualifikationen erforderlich sind. Dies hat bereits zu einer erheblichen Arbeitskräftemobilität inner- und außerhalb der EU geführt und könnte in Zukunft die Engpässe auf dem Arbeitsmarkt noch weiter verschärfen.

Das Gesundheits- und Sozialwesen gehört mit rund 10 % der Arbeitnehmerschaft in der EU und einem Frauenanteil von 77 % zu den größten Sektoren in Europa. Ein hoher Anteil der im Gesundheitswesen Beschäftigten arbeitet in Krankenhäusern; sie sind aber auch an anderen Arbeitsstätten zu finden, etwa in Alten- und Pflegeheimen, Arztpraxen und anderen Tätigkeitsfeldern im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen.

Im vorliegenden Sachstandsbericht werden Fragen der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz im Gesundheits- und Sozialwesen in den EU-Mitgliedstaaten näher beleuchtet. Dabei wurden Tätigkeiten in Verbindung mit der Gesundheitsversorgung in Einrichtungen wie Krankenhäusern und Altenheimen sowie Tätigkeiten, die bei den Patienten zu Hause ausgeübt werden, untersucht. Beschäftigte im Gesundheitswesen müssen ein breites Aufgabenspektrum bewältigen und mit einer Vielzahl unterschiedlicher Umfelder umgehen, die ihre Gesundheit gefährden und sie dem Risiko von Berufskrankheiten oder Arbeitsunfällen aussetzen. Viele der Rahmenbedingungen, unter denen Beschäftigte im Gesundheitswesen ihrer Tätigkeit nachgehen, sowie die Vielzahl der von ihnen wahrgenommenen Aufgaben, beispielsweise im pflegenahen Betreuungsbereich in der Pflege von Menschen mit körperlicher oder geistiger Behinderung, beim Umgang mit Patienten oder der Erbringung von Reinigungsdiensten können mit einer **Vielzahl von Gefahren** verbunden sein. **Beschäftigte im Gesundheitswesen sind vielen Risiken ausgesetzt, die eine Begleiterscheinung ihrer Tätigkeit darstellen, wie z. B.:**

- biologische Risiken wie Infektionen aufgrund von Verletzungen durch Injektionsnadeln und andere übertragbare Krankheiten,
- chemische Risiken, etwa infolge von Medikamenten, die zur Behandlung von Krebs eingesetzt werden, und von Desinfektionsmitteln,
- physikalische Risiken, etwa aufgrund von ionisierender Strahlung,
- ergonomische Risiken, beispielsweise beim Umgang mit Patienten, und
- psychosoziale Risiken, einschließlich von Gewalt und Schichtarbeit.

Aufgrund der Kombination dieser unterschiedlichen Risiken ist das Gesundheitswesen ein Sektor, der für die dort Beschäftigten mit einem hohen Risiko verbunden ist.

Neben den bekannten Gefahren gibt es eine Reihe von neuen Entwicklungen und Trends, mit denen das Gesundheits- und Sozialwesen in Europa konfrontiert ist. Diese haben zu neuen Herausforderungen für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Arbeit geführt, die thematisiert und überwunden werden müssen. Dazu zählen demografische, epidemiologische, soziale, technologische und kulturelle Entwicklungstrends in den EU-Ländern, die sich auf die bestehenden Betreuungsstrukturen und Versorgungsverläufe auswirken. Beispiele hierfür sind u. a. der zunehmende Mangel an Angehörigen der Gesundheitsberufe, ein alterndes Gesundheitspersonal zusammen mit unzureichenden Nachwuchskräften, die anstelle derjenigen eingestellt werden, die in Rente gehen, die Entstehung neuer Behandlungsmuster für den Umgang mit zahlreichen chronischen Erkrankungen, die zunehmende Nutzung der Technologien, die einen neuen Mix an Fertigkeiten und Fähigkeiten voraussetzen, und das Missverhältnis zwischen Qualifikationsniveau und Arbeitsformen. Diese Veränderungen wirken sich auf die Arbeitsbedingungen und letztendlich auf das Wohlbefinden und die Sicherheit der Beschäftigten im Gesundheitswesen aus.

Oberstes Ziel dieses Berichts ist es, die aktuellen und aufkommenden Risiken und Probleme im Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit im Gesundheitswesen, einschließlich der häuslichen und gemeindenahen Pflege, näher zu beleuchten und sich einen Überblick darüber zu verschaffen. Dabei steht folgende Fragestellung im Mittelpunkt: ***Welches sind die aktuellen und aufkommenden Risiken und Themen im Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit für Angehörige der Gesundheitsberufe, wie wirken sich diese Themen auf die Sicherheit und Gesundheit von Beschäftigten im Gesundheitswesen aus und wie beeinflussen sie die von ihnen erbrachten Dienstleistungen insgesamt?***

Bei der Beantwortung dieser Frage hat der Bericht folgende Themen im Einzelnen näher beleuchtet:

- die wichtigsten Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen in Europa unter besonderer Berücksichtigung der aktuellen Entwicklungen;
- die wichtigsten Kategorien von Angehörigen der Gesundheitsberufe in Europa;
- die wichtigsten demografischen, gesellschaftlichen und technologischen Entwicklungen und Veränderungen, die sich auf die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Arbeit im Gesundheitssektor in Europa auswirken;
- die wesentlichen Risiken in Verbindung mit den Tätigkeiten und dem Arbeitsumfeld von Angehörigen der Gesundheitsberufe, einschließlich von nicht professionellen Pflegekräften in der häuslichen Pflege. Analysiert werden die Auswirkungen dieser Risiken auf die Arbeit und die von diesen Pflegefachkräften erbrachten Dienstleistungen;
- Beschreibung der am meisten gefährdeten Angehörigen der Gesundheitsberufe;
- die Entstehung neuer Risiken in Europa aufgrund eines veränderten Umfelds und der aktuellen Risiken und Analyse ihrer möglichen Auswirkungen auf die Arbeit und die von diesen Pflegefachkräften erbrachten Dienstleistungen.

In dem Bericht wird der Stellenwert von häuslicher und gemeindenaher Pflege hervorgehoben; dabei werden folgende Aspekte berücksichtigt:

- die Unterschiede zwischen den verschiedenen Kategorien von häuslichen Pflegekräften in Europa und die Frage, inwieweit sich Ausbildung, Verdienst und Arbeitsbedingungen in den einzelnen Mitgliedstaaten unterscheiden;
- die Frage, wie häusliche Pflege in Europa organisiert ist, wobei die derzeitigen Strukturen (öffentlich, gemischt oder privat) beschrieben werden, und die absehbaren zukünftigen Herausforderungen für häusliche Pflegekräfte;
- das Schutzniveau für informelle oder nicht angemeldete häusliche Pflegekräfte und die Frage, ob sich seit Umsetzung des IAO-Übereinkommens Nr. 189 im Hinblick darauf etwas geändert hat, wie mit der Sicherheit und dem Gesundheitsschutz häuslicher Pflegekräfte umgegangen wird;
- die Gefahren in Bezug auf Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, denen häusliche Pflegekräfte ausgesetzt sind, und die Frage, wie sich diese von den Gefahren unterscheiden, mit denen andere Angehörige der Gesundheitsberufe konfrontiert sind.

Die Informationen zur Beantwortung der beiden Forschungsfragen wurden im Wesentlichen anhand von zwei Aktivitäten zusammengetragen:

1. Sekundärforschung (Literaturlauswertung) und
2. die Abfrage der EU-OSHA (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz) bei ihren nationalen Focal Points (Fragebogen).

Mithilfe der Sekundärforschung wurde die in der EU veröffentlichte Literatur zu den Themen Infrastruktur im Gesundheitswesen, Entwicklungstrends, Risiken für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und ihre Auswirkungen auf die Arbeit sowie die Dienstleistungen der Pflegeanbieter ausgewertet. Die im Bericht überprüften Informationen und Daten stammten von bekannten Organisationen wie der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) und der Europäischen Kommission, von Sachverständigen, strukturierten Datenbanken (etwa den statistischen Datenbanken der EU) und Datenbanken von referierten Fachzeitschriften (z. B. Scopus, ScienceDirect, PubMed). Außerdem wurde für weitere einschlägige Informationen auch Google verwendet.

Zur Erhebung von Informationen von einzelnen EU-Mitgliedstaaten auf nationaler Ebene über die nationalen Focal Points der EU-OSHA wurde ein Fragebogen entwickelt. Bei dem Fragebogen ging es in erster Linie darum, aktuelle und aufkommende Risiken für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz auf nationaler Ebene zu ermitteln. Die meisten Antworten stammten von Vertretern nationaler Arbeitsaufsichtsbehörden, von für Fragen der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz zuständigen Ministerien, von Arbeitsschutzeinrichtungen, Arbeitnehmerorganisationen und dem Gesundheitssektor. Im Allgemeinen verfügten die Auskunftspersonen über mehr als fünf Jahre Erfahrung mit Fragen der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz in Bereichen wie Sicherheit, Ergonomie, Arbeitsmedizin oder Arbeitspsychologie. Insgesamt gingen 21 Fragebögen aus 16 Ländern ein: Albanien, Belgien, Estland, Frankreich, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Niederlande, Schweden, Schweiz, Slowakei, Tschechische Republik, Ungarn, Vereinigtes Königreich und Zypern.

Diese Informationen aus der Sekundärforschung sowie deren Ergebnisse wurden in die Daten des Fragebogens integriert.

Welches sind die wichtigsten Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen in Europa (Nord-, Süd-, West- und Osteuropa) und welches sind die aktuellen Entwicklungen?

In Europa gibt es eine Vielzahl von Gesundheitssystemen. Die meisten werden aufgrund von Entwicklungen in mehreren Bereichen derzeit reformiert, beispielsweise Änderungen in der evidenzbasierten Medizin, Kostensenkung, Qualitätsmanagement, Alterung der Bevölkerung (mit verstärktem Fokus auf einer integrierten Versorgung und Pflege), einer stärkeren Berücksichtigung von Gesundheitsförderung und Prävention sowie Veränderungen in der Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) (im klinischen und Verwaltungsbereich). Ein Vergleich der Gesundheitssysteme und ihrer Auswirkungen auf die Sicherheit der im Gesundheitswesen Beschäftigten und deren Gesundheitsschutz bei der Arbeit gestaltet sich äußerst schwierig, da es an aktuellen und vergleichbaren Daten mangelt. Darüber hinaus beziehen sich die meisten bei der Überprüfung ermittelten Indikatoren im Gesundheitswesen auf die Qualität und sind nicht besonders objektiv. Die Finanzierungsmechanismen unterscheiden sich von Land zu Land; es lässt sich allerdings kein eindeutiges Verhältnis zwischen diesen Mechanismen und ihrer Effizienz feststellen. Man könnte zwar argumentieren, dass die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems (beispielsweise im Hinblick auf Effizienz, Qualität und Sicherheit der Pflegeleistungen) und die Sicherheit und der Gesundheitsschutz der Beschäftigten miteinander zusammenhängen, doch es konnten keine Studien ausfindig gemacht werden, die sich speziell mit dem Verhältnis zwischen diesen Merkmalen und Indikatoren für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz befassten. In Ermangelung verfügbarer Daten wurde versucht, Entwicklungen, Stärken oder Schwächen der verschiedenen Systeme aufzuzeigen,

die die Sicherheit und den Gesundheitsschutz von Angehörigen der Gesundheitsberufe bei der Arbeit insgesamt beeinflussen.

Europaweit gelingt es im Gesundheitswesen nur mühsam, kostendeckend zu arbeiten. So sind nicht nur die Methoden, Mittel zur Kostendeckung aufzubringen, unzulänglich, sondern die Tatsache, dass die Kosten selbst sprunghaft steigen, ist noch besorgniserregender. Die vorrangigen Anliegen des Gesundheitssektors in Europa bestehen darin, Wege und Möglichkeiten zur Sanierung der Haushalte und zur Kostendämmung zu finden. Geschieht dies nicht, werden die für das Gesundheitswesen aufzubringenden Gelder in Kürze in allen Systemen in Europa nicht mehr ausreichen. Beispiel:

- Beim Beveridge-Modell muss das Gesundheitsministerium im Hinblick auf seinen Anteil an den Steuereinnahmen gegen andere Politikfelder ankämpfen. Außerdem wird der demografische Wandel zu einer höheren Belastung des Steueraufkommens führen, und zwar sowohl in quantitativer (mehr alte Menschen) als auch in qualitativer Hinsicht (kostspieligere Gesundheitsdienstleistungen und Gesundheitstechnologie).
- Nach dem Bismarck-Modell muss das System aufgrund des demografischen Wandels eine ständig wachsende Zahl von Rentnern unterstützen, die nicht länger in das System einzahlen. Zudem haben finanzielle Kürzungen seitens der Unternehmen infolge der Wirtschaftskrise zu einem rasanten Anstieg der Arbeitslosenquote und damit zu weniger Arbeitnehmern geführt, die Beiträge abführen.

Diese künftige Finanzierungskrise im Gesundheitswesen ist aber auch mit der Überalterung der Bevölkerung, der Zunahme chronischer Erkrankungen parallel dazu sowie den steigenden Kosten der Medizintechnik verbunden – Faktoren, die allesamt ineinandergreifen.

Selbstredend werden sich der Umbau im Gesundheitswesen und die Veränderungen bei der Erbringung von Dienstleistungen für Patienten auf das Arbeitsumfeld auswirken. Arbeitsbedingte Verletzungen, Gewalt am Arbeitsplatz und Stress bei der Arbeit sind allesamt Aspekte der Arbeitsbedingungen, die eng miteinander verknüpft sind und die sofort sowohl auf interne (wie z. B. Personalabbau) als auch auf externe Veränderungen reagieren. Die Sicherheit und Gesundheit der im Gesundheitswesen Beschäftigten wirken sich auf die Versorgung der Patienten und auf die Kosten aus, da die Fluktuationsraten und Ausfalltage die Versorgungskontinuität und die Verfügbarkeit von geschultem Personal beeinträchtigen. Angehörige der Gesundheitsberufe wollen pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen helfen, doch werden allein schon die Logistik eines erweiterten Versorgungs- und Pflegeangebots und der zunehmende Personalmangel sowie die nur begrenzt verfügbaren Mittel in den ohnehin schon überlasteten Gesundheitssystemen mit folgenden Konsequenzen verbunden sein:

- Defizite bei der Verteilung, mit der Folge, dass die Nachfrage nach Gesundheitsversorgung vor Ort dauerhaft nicht mehr befriedigt werden kann;
- Missverhältnis zwischen Pflegepersonal und Patienten, mit der Folge, dass Ärzte und Krankenschwestern längere Schichten von über zwölf Stunden arbeiten müssen. Bei einer reduzierten Belegschaft wird es schwierig sein, einen angemessenen Pflegeschlüssel sowie die erforderliche Pflegequalität aufrechtzuerhalten. Wenn beispielsweise Krankenschwestern längere Schichten ableisten, sind sie anfälliger für Burnout und Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz, zugleich jedoch nicht in der Lage, das Leistungsniveau zu erbringen, das sie gerne erbringen würden;
- Zunahme der isolierten Arbeit. Dies wird dann zu einem Problem, wenn Beschäftigte manuelle Handgriffe vornehmen oder mit Patienten oder Familienangehörigen kommunizieren müssen, von denen bekannt ist, dass sie gewalttätig sind oder ein aggressives Verhalten an den Tag legen;
- höhere Erwartungen und unrealistische Forderungen. Ärzte und Krankenschwestern müssen sich abhetzen und haben nicht mehr genügend Zeit, eine gute Versorgung bereitzustellen;

- Bedarf an einer höheren Betreuungsintensität. Da mehr Patienten an chronischen Krankheiten leiden, wird die zusätzliche Zeit, die für eine hochwertige Versorgung erforderlich ist, zunehmen;
- steigender Bedarf an häuslicher Pflege, mit der Folge, dass mehr Fachkräfte im Gesundheitswesen außerhalb von traditionellen Einrichtungen arbeiten. Diejenigen, die sich zu den Patienten nach Hause begeben, sind in höherem Maße dem Risiko verbaler und körperlicher Belästigung ausgesetzt.

Ohne eine starke und wachsende Belegschaft, die unter besseren Arbeitsbedingungen tätig werden kann, werden sich weder die Sicherheit und der Gesundheitsschutz von Angehörigen der Gesundheitsberufe noch die Qualität ihrer Versorgungs- und Pflegeleistungen verbessern. Es ist schwierig, im Gesundheitswesen mit einer angemessenen Personaldecke zu arbeiten; und angesichts des absehbaren Arbeitskräftemangels wird es dies noch viel mehr. Der zunehmende Stress am Arbeitsplatz wird sich auf die geistige und emotionale Gesundheit dieser Beschäftigten auswirken. Die Arbeitsbelastung wird noch größer werden und dramatische Ausmaße annehmen, da in Europa mehr Patienten das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen werden. Angesichts des ohnehin schon reduzierten Personalbestands werden dadurch die Angehörigen medizinischer Berufe, die schon jetzt überbeansprucht sind, völlig überfordert sein. Da die Beschäftigten – wiederum aufgrund des sich abzeichnenden Personal Mangels – auch mehr Schreiarbeit erledigen müssen, wird sich die Zeit, die sie für die Patienten aufbringen können, noch mehr verkürzen, was für die Arbeitskräfte eine Belastung darstellt, da sie viel lieber mehr Zeit mit der direkten Patientenversorgung verbringen würden.

Welches sind die wichtigsten Kategorien von Beschäftigten und Fachleuten im Gesundheitswesen in Europa und welche Entwicklungen sind auf dem Arbeitsmarkt zu beobachten?

Das Gesundheitswesen umfasst mehrere Teilsektoren, die alle die Aufgabe haben, Dienstleistungen und Produkte für die Gesundheitsversorgung anzubieten. Die Vereinten Nationen (VN) stufen das Gesundheits- und Sozialwesen in der Internationalen Standardklassifikation der Wirtschaftszweige als die Erbringung von Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialwesen ein. Diese Tätigkeiten, die äußerst vielfältig und breit gefächert sind, reichen von der Gesundheitsversorgung durch ausgebildete medizinische Fachkräfte in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen über stationäre Pflege in Pflegeheimen, die auch mit Gesundheitsversorgungsleistungen verbunden ist, bis zu sozialer Arbeit, an der überhaupt kein medizinisches Fachpersonal beteiligt ist. Viele arbeiten aber auch indirekt für das Gesundheitswesen, einschließlich der Beschäftigten in Wirtschaftszweigen und Dienstleistungsbereichen zu dessen Unterstützung, etwa die pharmazeutische Industrie, die Medizintechnikbranche, Krankenversicherungen, die Gesundheitsforschung, E-Gesundheit (*EHealth*), Arbeitsmedizin und Wellnesseinrichtungen (z. B. Heilbäder). Diese Beschäftigten, die indirekt in diesem Sektor tätig sind, sind von diesem Bericht ausgeklammert.

Die im Gesundheits- und Sozialwesen beobachtete Beschäftigungsentwicklung wird sich fortsetzen, zugleich werden allerdings die Ausgaben für das Gesundheitswesen in den EU-Mitgliedstaaten gekürzt. Die Herausforderungen für und der Bedarf an Personal sind je nach Land unterschiedlich, wobei allerdings eine Reihe von allgemeinen Herausforderungen beobachtet werden kann, u. a. der Bedarf an Informationssystemen zur Beobachtung des Arbeitsmarktes für Beschäftigte im Gesundheitswesen sowie die Notwendigkeit, über die Förderung der Aus- und Weiterbildung und des lebenslangen Lernens dem Bedarf der Beschäftigten an neuen Fähigkeiten und Fertigkeiten gerecht zu werden. Da wirksame Gesundheitssysteme sowie das Angebot an hochwertiger Gesundheitsversorgung von der Leistungsfähigkeit von entsprechend ausgebildeten, geschulten und motivierten Beschäftigten abhängen, sind angemessene Arbeitsbedingungen von maßgeblicher Bedeutung.

Insgesamt lässt sich ein steigender Trend zu mehr gemeindenaher Pflege und Betreuung und damit auch eine wachsende Nachfrage nach häuslichem Pflegepersonal beobachten. Der Gruppe der häuslichen Pfleger gehört nicht nur ein bestimmter Berufszweig an, sondern sie umfasst auch informell Pflegenden (die

Pflege durch Angehörige), und Hausangestellte. Informell Pflegende, Wanderarbeitnehmer und Hausangestellte sind gefährdete Gruppen; im Allgemeinen arbeiten sie unter schlechteren Arbeitsbedingungen, sind sozial schlechter abgesichert und erhalten niedrigere Löhne. Mit der Einführung des IAO-Übereinkommens Nr. 189 soll für diese Hausangestellten ein wirksamer Schutz gewährleistet werden. Unzulängliche Arbeitsbedingungen sind einer der Gründe für den derzeitigen Personalmangel in der häuslichen Pflege. Es wird davon ausgegangen, dass sich dieser Personalmangel verschärfen wird. Die Ergebnisse des Fragebogens, der Arbeitsschutzexperten vorgelegt wurde, ergeben, dass häusliche Pflegekräfte durch die Arbeitsschutzvorschriften weniger gut geschützt sind als diejenigen, die in Gesundheitseinrichtungen arbeiten.

Welches sind die wesentlichen Risiken in Verbindung mit der Arbeit und dem Arbeitsumfeld von Angehörigen der Gesundheitsberufe (einschließlich häuslichen Pflegekräften)?

Um sich einen Überblick über die wesentlichen Risiken im Gesundheitswesen zu verschaffen, wurden die auf EU-Ebene vorliegenden Daten zusammengetragen und ausgewertet, einschließlich der Europäischen Erhebung über die Arbeitsbedingungen (EWCS) und der Arbeitskräfteerhebung (LFS) der Europäischen Union. Diese Statistiken zeigen Folgendes:

- Die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen weisen die vierthöchste Quote ernsthafter berufsbedingter gesundheitlicher Probleme in den vergangenen zwölf Monaten auf und liegen damit knapp hinter Wirtschaftszweigen wie dem verarbeitenden Gewerbe und dem Baugewerbe. Der höchste Anteil von Berufskrankheiten wurde in den Bereichen „verarbeitendes Gewerbe“ (38 %), „Baugewerbe“ (13 %), „Handel, Instandhaltung und Reparatur“ (7 %) und „Gesundheits- und Sozialbereich“ (5 %) festgestellt.
- Bei Frauen im Gesundheits- und Sozialwesen war die Wahrscheinlichkeit, einen oder mehr Unfälle zu haben oder an einer Berufskrankheit zu leiden, höher als bei Frauen in anderen Sektoren.
- Der fünften Europäischen Erhebung über die Arbeitsbedingungen (EWCS) zufolge ist die Gefährdung durch biologische und chemische Risiken im Gesundheitssektor, wo Ärzte und Krankenschwestern häufig mit infektiösem Material und mit Chemikalien in Berührung kommen, die zur Desinfektion von Instrumenten und der Arbeitsstätte eingesetzt werden, am höchsten.
- Im Hinblick auf Risiken in Verbindung mit der Körperhaltung belegt laut EWCS das Gesundheitswesen Platz fünf, nach dem Baugewerbe, Landwirtschaft, Industrie, Großhandel, Einzelhandel sowie Hotellerie und Gastronomie.
- Arbeitsbedingter Stress, Gewalt und Belästigung sind anerkanntermaßen erhebliche Herausforderungen für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Alle diese psychosozialen Risiken geben im Gesundheits- und Sozialbereich in besonderem Maße Anlass zur Sorge, gefolgt von den Sektoren Bildung und öffentliche Verwaltung.

Die Europäische Unternehmensumfrage über neue und aufkommende Risiken (ESENER) der EU-OSHA hat ebenfalls sachdienliche Informationen über das Risikomanagement im Gesundheitswesen vermittelt, und die Ergebnisse haben belegt, dass Themen wie krankheitsbedingte Fehlzeiten und psychosoziale Risiken zu größter Besorgnis Anlass geben. Diese Ergebnisse haben Folgendes gezeigt:

- Im Hinblick auf die Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen oder ähnlichen Maßnahmen liegt das Gesundheits- und Sozialwesen nur knapp über dem EU-Durchschnitt, jedoch hinter Sektoren wie dem Baugewerbe und dem verarbeitenden Gewerbe.
- Der Grad der Überwachung der Krankenstände im Gesundheits- und Sozialwesen ist der höchste in der gesamten EU.

- Das Gesundheits- und Sozialwesen ist der Sektor, der im Hinblick auf arbeitsbedingten Stress und Gewalt bzw. Gewaltandrohungen am besorgniserregendsten ist.

Aufgrund der erhobenen Statistiken, der ausgewerteten Literatur und der Antworten auf den Fragebogen galten die nachstehend genannten Risiken im Gesundheitswesen als relativ hoch und wurden eingehender untersucht:

Risiken	Literaturauswertung	Antworten auf den Fragebogen
Biologisch	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Blutübertragbare Krankheitserreger ▪ Über die Luft übertragbare Krankheitserreger ▪ Übertragbare Krankheiten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposition gegenüber biologischen Wirkstoffen ▪ Kontakt mit spezifischen Wirkstoffen wie Pseudomonas, Legionellen, Tuberkulose, Hepatitis oder HIV ▪ Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente ▪ Fehlende Impfprogramme ▪ Überbelegte Krankenhäuser ▪ Änderungen in der Biozid-Richtlinie
Chemisch	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exposition gegenüber Chemikalien, die aus vielfältigen Gründen im medizinischen und Pflegebereich, z. B. zur Behandlung von Patienten (Medikamente und Anästhetika), bei der Laborarbeit oder zur Reinigung, Desinfektion und Sterilisation von Oberflächen und Verbrauchsmaterialien (Reinigungs-/ Desinfektionsmittel) eingesetzt werden. Manchmal können Arznei- oder andere Mittel für die Behandlung von Patienten unbeabsichtigte Konsequenzen für Beschäftigte haben, die ihnen bei der Zubereitung und Verabreichung von Lösungen oder die bei Narkosen oder aerosolisierten Atemtherapien freigesetzten Restgasen ausgesetzt sind. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontakt mit spezifischen Chemikalien, etwa karzinogene Medikamente und Zytostatika, Nanomaterialien, Desinfektionsmittel, Anästhesiegase und radioaktive Materialien. ▪ Allergien ▪ Häusliche Pflegetätigkeit ▪ Mangelnde Ausbildung

Risiken	Literaturauswertung	Antworten auf den Fragebogen
Sicherheitsrisiken	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lärm ▪ Strahlung (ionisierend und nicht ionisierend) ▪ Ausrutscher, Stolperer und Stürze 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausrutscher, Stolperer und Stürze ▪ Gerätesicherheit (Störungen) ▪ Besondere Exposition gegenüber physikalischen Risiken, z. B. Röntgenstrahlen oder Strahlung
Ergonomische Risiken	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Heben ▪ Schieben ▪ Unbequeme Haltungen ▪ Repetitive Bewegungen ▪ Langes Stehen/Sitzen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mangelnde Ausbildung ▪ Schlechte ergonomische Gestaltung und nicht vorhandene/ungeeignete Ausstattung ▪ Verschiebung hin zu häuslicher Pflege ▪ Hohe Arbeitsbelastungen führen zu einem höheren Risiko von Muskel-Skelett-Erkrankungen
Psychosoziale Risiken	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeitszeiten ▪ Medikamentenmissbrauch ▪ Emotionale Belastung ▪ Faktoren in Verbindung mit Stress und Burnout ▪ Gewalt und Mobbing 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hohe Arbeitsbelastung und Zeitdruck verursachen Stress ▪ Keine Selbstbestimmung ▪ Schlechtes Betriebsklima ▪ Sprachschwierigkeiten, keine optimalen Arbeitszeiten ▪ Emotionale Erlebnisse ▪ Wirtschaftskrise ▪ Isoliertes Arbeiten ▪ Gewalt und Belästigung ▪ Multitasking

Spezifische Risiken in der häuslichen Pflege

Häusliche Pfl egetätigkeiten werden in einem anspruchsvollen Arbeitsumfeld erbracht, was die Sicherheit der häuslichen Pflegekräfte angeht, und dies aus verschiedenen Gründen. Erstens können die Wohnungen der Patienten haushaltsbedingte Risiken mit sich bringen, etwa eine schlechte Luftqualität in den Innenräumen oder toxische Substanzen, die mit zahlreichen negativen Auswirkungen auf die Gesundheit verbunden sind. Zweitens sind viele der genau definierten Gefahren bei der Gesundheitsversorgung in Kliniken, etwa die Verbreitung von Keimen, die Entwicklung resistenter Organismen und Medikationsfehler, auch in der häuslichen Pflege anzutreffen. Drittens ist es möglich, dass häusliche Pfl egetätigkeiten unter Bedingungen erbracht werden, die nicht kontrolliert werden. Viertens verfügen die Pflegekräfte im Hinblick auf die Patientensicherheit möglicherweise über eine begrenzte Ausbildung/Erfahrung und werden kaum oder nicht direkt beaufsichtigt und betreut. Und schließlich gestaltet sich das Risikomanagement in der häuslichen Pflege besonders problematisch, da jede Wohnung im Wesentlichen eine „Arbeitsstätte“ ist, an der allerdings die erforderlichen Vorkehrungen zum Schutz der Gesundheit bei der Arbeit sowohl für die Arbeitnehmer als auch für die Patienten möglicherweise nicht vorhanden oder nicht ohne Weiteres zugänglich sind. Aus diesen Gründen kann sich die Kontrolle von Gefährdungen in der häuslichen Pflege schwierig gestalten.

Beschäftigten im Gesundheitswesen und häuslichen Pflegekräften sind viele Risikofaktoren gemeinsam. Die häusliche Pflege ist allerdings eine besondere Herausforderung für die Sicherheit von Pflegekräften, die zwischen den Wohnungen von Patienten hin- und herfahren und dort arbeiten. Verletzungen aufgrund von Verkehrsunfällen, Überanstrengung (und repetitive Bewegungen) bei der Hilfestellung für Patienten sowie Ausrutscher, Stolperer und Stürze bei den Patienten zu Hause und draußen gehören zu den wichtigsten Ursachen für Arbeitsausfälle von Pflegekräften. Weitere Unfall- und Krankheitsursachen bei Pflegekräften sind beispielsweise die Exposition gegenüber gefährlichen Chemikalien (ätzende, reizauslösende, toxische oder allergene Stoffe), Stöße oder Schläge durch Gegenstände, Übergriffe oder gewalttätige Handlungen bzw. gewalttätiges Verhalten. Darüber hinaus können häusliche Pflegekräfte bei der unmittelbaren Versorgung der Klienten, etwa beim Anziehen oder Baden oder dann, wenn sie für infizierte Klienten die Wohnung reinigen oder kochen, auch Infektionskrankheiten ausgesetzt sein (z. B. Hepatitis, HIV, Influenza, TB, Masern und Windpocken). Auch die mannigfaltigen Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte können zu geistiger oder emotionaler Erschöpfung führen. Der Umgang mit Klienten und Familienangehörigen, die überlastet sind und mit denen sich die Arbeit schwierig gestaltet, und die selbstständige Arbeit in einem ungewohnten und nicht selbstbestimmten Umfeld sind Beispiele für Situationen, die für diese Pflegekräfte Stress verursachen können.

Zu den wesentlichen Risiken, die für häusliche Pflegekräfte bei der Literaturrecherche und in den Antworten auf den Fragebogen genannt wurden, gehören Folgende:

Ergonomische Risiken:

- Die Zimmer in den Wohnungen der Patienten sind häufig klein oder überfüllt. Eine häusliche Pflegekraft verbringt etwa 40 % bis 48 % ihrer Zeit in Fehlhaltungen, u. a. Körperhaltungen, bei denen sie nach vorn gebeugt und verdreht ist, die mit Problemen im Schulter-, Nacken und Rückenbereich einhergehen. Platzmangel beim Duschen/Baden der Klienten führt zu ergonomischen Risiken und Risiken bei der manuellen Handhabung.
- Das größte Problem bei Patienten zu Hause sind Betten, die nicht verstellbar sind (Probleme mit der Höhe, Breite und der Aufstellungsort der Betten). Normalerweise gibt es bei Patienten zu Hause keine Vorrichtungen für die Umlagerung der Patienten; die im Allgemeinen in Krankenhäusern verfügbaren normalen Hilfsmittel und Geräte stehen bei Patienten zu Hause nicht zur Verfügung.
- Häusliche Pflegekräfte müssen häufig lange stehen oder gehen.
- Das Heben schwerer Lasten, das Heben in physiologisch ungünstigen Körperhaltungen und das Heben ohne Hilfe sind relevante Einflussvariablen für eine dauerhafte Erwerbsunfähigkeit von häuslichen Pflegekräften. Arbeitsbedingte Muskel-Skelett-Erkrankungen, die durch das Umbetten bzw. Umlagern der Patienten oder durch die Unterstützung der Patienten beim Laufen oder Stehen verursacht werden, sind ein großes Problem in der häuslichen Pflege (zu den spezifischen Risiken in diesem Bereich gehören auch eine veränderte Mobilität der Klienten, die eine übermäßige Belastung für die Pflegekraft darstellt, die Verwendung ungeeigneter Vorrichtungen, nicht genügend Platz beim Verlagern/Bewegen des Patienten und die nicht vorhandene Hilfe beim Heben des Patienten). Im Jahr 2007 gehörten Zerrungen und Überdehnungen zu den am weitesten verbreiteten Verletzungen bei häuslichen Pflegekräften, die zu Arbeitsausfällen führten, und im Vergleich zu anderen Beschäftigten lassen sich häusliche Pflegekräfte infolge der arbeitsbedingten Symptomatik des Bewegungsapparats auch häufiger krankschreiben.
- Die Hilfestellung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (Ankleiden, Essen, Fortbewegung und Toilettengänge) kann aufgrund des Gewichts des Patienten mit dem Risiko von Muskel-Skelett-Erkrankungen einhergehen.

Physikalische Risiken:

- Das physische Umfeld zu Hause: Eine gute hauswirtschaftliche Praxis ist ein wichtiger Faktor für ein sicheres Arbeitsumfeld für häusliche Pflegekräfte. Viele häusliche Pflegekräfte verletzen sich, weil sie über Gegenstände, die im Weg liegen, stolpern, fallen oder auf sie treten. Damit sie sicher arbeiten können, ist auch eine angemessene Beleuchtung erforderlich. Außerdem könnte es in einem Notfall oder bei einem Angriff auf die Pflegekraft schwierig werden, rasch die Wohnung zu verlassen, wenn diese überfüllt oder schlecht ausgeleuchtet ist.
- Sauerstoff ist sowohl eine verordnete Therapie als auch eine Brandgefahr. Feuer können völlig unerwartet ausbrechen, und Rauchen ist die häufigste Ursache für Hausbrände.
- Sehr oft entsprechen die Wohnungen der Klienten nicht den Erfordernissen der Pflegekräfte. Eine spanische Studie, bei der 500 Wohnungen von Patienten untersucht wurden, gelangte zu der Schlussfolgerung, dass nur 6,5 % mit verstellbaren Betten mit Gelenk-Bettgestellen und lediglich 16,1 % mit verstellbaren Duschen ausgestattet waren; insgesamt waren in lediglich 12,9 % der an der Erhebung teilnehmenden Haushalte angemessene Bedingungen vorzufinden, die den Erfordernissen der Pflegekräfte entsprachen und es ihnen ermöglichten, sicher und gesund zu arbeiten.
- Das physische Umfeld außerhalb der Wohnung: Das physische Umfeld kann Gefahren in sich bergen; Ausrutscher, Stolperer und Stürze drinnen und draußen sind häufige Unfallursachen bei häuslichen Pflegekräften. Gehsteige, insbesondere unebene, Stufen, mit Wasser bedeckte Holzrampen, Eis, Schnee, Blätter oder Moos, Gegenstände, die auf den Gehsteigen und Wegen liegen, sowie eine schlechte Beleuchtung sind weitere Gefahren, die Unfälle draußen verursachen können. Zudem sind die Risiken für den Pfleger und den Klienten bei Weitem größer, wenn ein Pfleger mit einem Klienten nach draußen geht, als wenn er sich allein nach draußen begibt.

Sicherheitsrisiken:

- Ausrutscher, Stolperer und Stürze: Unfälle können beispielsweise durch Fußgängerwege, nasse Böden oder nasse Teppiche verursacht werden (Umstände, die kaum kontrollierbar sind).
- Fahrt zur Wohnung der Patienten: Verkehrsunfälle gehören zu den häufigsten Ursachen von Berufsunfällen bei häuslichen Pflegekräften und sind die wichtigste Ursache tödlicher Unfälle. Derartige Risiken und Gefahren lassen sich minimieren, indem man beispielsweise einen Sicherheitsgurt anlegt, die Reifen auf Abnutzung hin prüft, das Fahrzeug regelmäßig warten lässt, mit reduzierter Geschwindigkeit fährt und sich nicht ablenken lässt und insbesondere an Kreuzungen Vorsicht walten lässt, sich nicht ans Steuer setzt, wenn man müde oder unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen Drogen steht.
- Verbrennungen und Verbrühungen: Menschen, die im Bereich der häuslichen Pflege tätig sind, sind häufig Gefahren ausgesetzt, die Verbrennungen verursachen können, etwa heißes Wasser, Wasserkessel, elektrische Geräte und Chemikalien. Verbrennungen werden am häufigsten durch Flammeneinwirkung, heiße Gegenstände, heiße Flüssigkeiten, Chemikalien oder Strahlung verursacht. Verbrühungen werden durch den Kontakt mit feuchter Hitze ausgelöst, wie z. B. kochendes Wasser oder Dampf.

Biologische und chemische Risiken:

- Unhygienische Bedingungen stellen ein besonderes Problem dar, da gut dokumentiert ist, mit welcher Leichtigkeit sich Infektionskrankheiten in einem Haushalt verbreiten können, und da verschiedene Vorgänge in der häuslichen Pflege mit einem Infektionsrisiko verbunden sein können. Kreuzkontaminationen, etwa die Übertragung von Krankheitserregern über den direkten oder indirekten Kontakt mit kontaminierten leblosen Gegenständen, können häusliche Pflegekräfte gefährden. In unhygienischen Haushalten können sich aber auch Schädlinge einnisten, wie z. B. Nager, Läuse, Krätzemilben und Termiten.

- Auch Schmutzwäsche ist ein Problem, denn es hat sich gezeigt, dass sich Krankheiten auch auf diesem Wege ausbreiten können. So wurde beispielsweise dokumentiert, dass sich *Staphylococcus aureus* über die Schmutzwäsche ausbreitet. Eine Überprüfung der häuslichen Hygiene hat ergeben, dass sich ein geändertes Waschverhalten – etwa niedrigere Temperaturen oder der Einsatz von weniger Haushaltsbleichmitteln und ein geringerer Wasserverbrauch – negativ auf die Wäschehygiene im Allgemeinen auswirkt. Diese Veränderungen können dazu führen, dass Patienten und häusliche Pflegekräfte einer höheren Infektionsgefahr ausgesetzt sind (Gershon et al., 2007).
- Gesundheitszustand des Patienten: Häusliche Pflegekräfte können mit Infektionskrankheiten wie Hepatitis, HIV, Influenza, TB, Masern und Windpocken in Kontakt kommen. Die meisten über das Blut übertragenen berufsbedingten Infektionen entstehen bei Verletzungen mit scharfen/spitzen, mit Blut verunreinigten Instrumenten infolge von Unfällen oder unsachgemäßer Handhabung.
- Auch eine unsachgemäße Entsorgung medizinischer Abfälle kann in der häuslichen Pflege Anlass zur Besorgnis sein, da dort pathogene Mikroorganismen entstehen können.
- Eine Gefahr für häusliche Pflegekräfte sind ferner Tierbisse oder durch Tiere verursachte Verletzungen.
- Die Exposition gegenüber scharfen/spitzen Instrumenten: Beschäftigte im Gesundheitswesen sind für die Verwendung und Entsorgung von scharfen/spitzen Instrumenten verantwortlich. Patienten und ihre Familien entsorgen scharfe/spitze Instrumente häufig nicht sachgerecht (so werden kontaminierte scharfe/spitze Instrumente möglicherweise irgendwo im Haus oder im Mülleimer liegen gelassen), und dies ist einer der Hauptrisikofaktoren für diese Beschäftigten. Auch Spritzen und Lanzetten liegen häufig irgendwo zu Hause ohne Verpackung herum.
- Problematisch ist aber auch die Wiederverwendung von Einwegartikeln. So wurde beispielsweise berichtet, dass viele Diabetiker Insulinspritzen mehrfach verwenden, ohne sie zu desinfizieren, und zwar so lange, bis die Nadel nicht mehr spitz ist. Ebenso werden im häuslichen Umfeld auch Drainagebeutel desinfiziert und wiederverwendet, eine Praxis, die in Krankenhäusern kaum vorkommt.
- Wassermangel: Häusliche Pflegekräfte kommen möglicherweise auch in Haushalte ohne fließendes Wasser bzw. mit einer schlechten Wasserqualität.
- Bei den Hausarbeiten sind Pfleger möglicherweise auch Chemikalien ausgesetzt: Die Risiken einer Exposition gegenüber Chemikalien in der häuslichen Pflege nehmen zu, weil ein sachgerechter Umgang mit Chemikalien nicht immer möglich ist. Außerdem wissen viele häusliche Pflegekräfte nicht immer genau, welche Medikamente der Patient einnimmt, bzw. sie kennen die Folgen einer Exposition nicht.

Psychosoziale Risiken:

- Zwischen der erforderlichen Unterstützung für die Klienten und der Unterstützung, die Pflegekräfte leisten können, besteht möglicherweise ein Missverhältnis.
- Kein Supervisor bzw. Dienstvorgesetzter: Die Arbeit von häuslichen Pflegekräften wird nicht direkt überwacht; häusliche Pflegekräfte arbeiten in der Regel alleine, fahren durch Wohngebiete, die nicht sicher sind und kommen mit Alkohol- oder Drogenabhängigen in Kontakt, sie sind mit Familienstreitigkeiten, gefährlichen Hunden oder einem hohen Verkehrsaufkommen konfrontiert. Laut mehreren Studien haben sie bei ihrer Arbeit möglicherweise mehr Stress als Lehrer oder Kindergärtner, da ihre Arbeit offensichtlich weniger selbstbestimmt ist und sie dadurch weniger motiviert sind. Häusliche Pflegekräfte waren die Beschäftigtengruppe, die sich am längsten krankschreiben ließ (30 Tage oder mehr pro Jahr) und den zweithöchsten Krankenstand aufwies.
- Gefährliches Verhalten von Menschen außerhalb der eigenen Wohnung: Der Haushalt befindet sich vielleicht in einer unsicheren oder einsamen Gegend oder in einer Gegend mit einer hohen Kriminalitätsrate. An solchen Orten könnten Pflegekräfte Opfer von Übergriffen werden. Auch Banden, Drogen- oder Alkoholabhängige stellen ein erhöhtes Risiko für arbeitsbedingte Übergriffe dar.

- Familienangehörige und Besucher (Gewalt): Gewalt gegenüber Pflegekräften kann von Patienten und gelegentlich von feindlich gesinnten Familienangehörigen und Besuchern herrühren, die gestresst, verwirrt, frustriert, verletzlich oder außer Kontrolle sind. Familienangehörige können einen Streit vom Zaun brechen, weil sie wegen der Verfassung des Klienten oder der Pflegeausgestaltung frustriert sind.

Welches sind die wichtigsten demografischen, gesellschaftlichen und technologischen Entwicklungen und Veränderungen, die sich im Gesundheitswesen in Europa auf die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Arbeit auswirken?

In den letzten Jahrzehnten wurden bedeutende technologische Fortschritte bei der Arbeit verzeichnet, die zusammen mit einer rasanten Globalisierung die Arbeit für viele Beschäftigte in der ganzen Welt verändert haben. Die Auswirkungen dieses Wandels auf die Sicherheit und den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz im Gesundheitswesen waren ebenfalls beträchtlich. In manchen Fällen wurden die eher traditionellen Gefahren und Risiken verringert oder gänzlich beseitigt, allerdings haben die neuen Technologien auch neue Risiken mit sich gebracht. Zugleich sind viele Beschäftigte „neuen“ Risiken infolge der sich verändernden Beschäftigungsmuster ausgesetzt, etwa einem steigenden Druck, um den Anforderungen des modernen Arbeitslebens gerecht zu werden. Auch die Altersprofile der Beschäftigten ändern sich, ebenso das Verhältnis zwischen Frauen und Männern an vielen Arbeitsstätten. Diese geänderten Beschäftigungsmuster sind mit erkennbaren Risiken verbunden, die früher entweder weniger stark ausgeprägt oder weniger offensichtlich waren.

Es gibt mehrere Entwicklungen und Veränderungen, die sich auf die Arbeitskräfte und damit auch auf die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Beschäftigten im Gesundheitswesen auswirken. Zu den wesentlichen Entwicklungen und Veränderungen in Europa, die bei der Literaturobwertung festgestellt und durch die Antworten auf den Fragebogen erhärtet werden, gehören:

- demografischer Wandel (Alterung der Patienten und der Beschäftigten);
- geänderte Familienstrukturen (sinkende Verfügbarkeit pflegender Familienangehöriger);
- Faktoren, die auf dem Lebensstil beruhen (chronische Erkrankungen wie Fettleibigkeit);
- hohe Zahl von Beschäftigten mit einer chronischen Erkrankung;
- Migration und berufliche Mobilität (multikulturelle und mehrsprachige Arbeitskräfte);
- Wirtschaftskrise (fehlende Investitionen);
- neue Technologien und Innovationen (Biotechnologien, Nanotechnologien, Robotik, virtuelle Realität, Entwicklungen im IKT-Bereich);
- Globalisierung und Wirtschaftskrise (Umstrukturierungen, unsichere Arbeitsplätze, Verdichtung der Arbeit, abnehmende Pflegequalität, mehr Menschen, die nicht mehr in vollem Umfang gepflegt und versorgt werden, steigende Zahl gefährdeter Patienten);
- höhere Patientenmobilität und
- unterschiedliche Arbeitsbedingungen für Arbeitnehmer, die Grenzen überschreiten.

Alternde Bevölkerung: Eine gemeinsame Entwicklung, die in nahezu allen europäischen Ländern zu beobachten ist, ist die Alterung der Bevölkerung. Die Zahl älterer Menschen (65 Jahre und älter) wird sich voraussichtlich in den nächsten 50 Jahren von 87 Millionen 2010 auf 152,7 Millionen im Jahr 2060 verdoppeln. Da mehr Menschen pflegebedürftig werden, wird die Nachfrage nach Gesundheitsfürsorge dramatisch steigen. Die Diskrepanz zwischen Nachfrage nach und Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen in der Pflege wächst sich rasch zu einem problematischen Trend aus.

Alternde Belegschaften: Aufgrund der hohen Zahl der Beschäftigten, die in den nächsten 10 bis 20 Jahren in den Ruhestand gehen werden, wird die Belegschaft im Gesundheitswesen in der EU drastisch sinken. 2009 waren etwa 30 % aller Ärzte in der EU älter als 55, und 2020 dürften über 60 000 oder 3,2 % aller

Ärzte in Europa jedes Jahr in Rente gehen. Den von einigen Mitgliedstaaten erhobenen Daten zufolge liegt das Durchschnittsalter der heute erwerbstätigen Krankenschwestern zwischen 41 und 45 Jahren, wobei allerdings diejenigen, die ausscheiden, nicht in ausreichendem Maße durch Nachfolger aus dem System heraus ersetzt werden. Die Beschäftigung im Gesundheitswesen steigt weiter an, insbesondere bei älteren Arbeitnehmern, und die Zahl der Ärzte nimmt vor allem in den höheren Altersgruppen zu. Ältere Arbeitnehmer sind in der Regel weitgehend denselben Risiken ausgesetzt wie andere Arbeitnehmer auch. Zu den am häufigsten vorkommenden Ereignissen, die zu arbeitsbedingten Verletzungen oder Todesfällen führen, gehören Stürze, Angriffe, schädliche Expositionen und Transportunfälle. Bei älteren Arbeitnehmern sind häufiger schwere Verletzungen als bei jüngeren festzustellen. Bei älteren Arbeitnehmern, die sich bei der Arbeit eine Verletzung zuziehen, muss mit längeren Genesungsphasen gerechnet werden als bei ihren jüngeren Kollegen.

Geänderte Familienstrukturen: Insbesondere die Tatsache, dass ältere Menschen in zunehmendem Maße nicht mehr mit ihren Kindern unter einem Dach leben, sowie der Anstieg der Erwerbsbeteiligung von Frauen und die wachsende Zahl von Familien, bei denen beide Elternteile erwerbstätig sind, werden dazu führen, dass die innerhalb der Familie bereitgestellte informelle Pflege sinkt und die Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen steigt. Aufgrund der vielen Veränderungen der Familienstrukturen können sich ältere Menschen nicht mehr im gleichen Maß wie in der Vergangenheit auf Versorgung und Unterstützung durch ihre Familienangehörigen verlassen. Einer der Gründe hierfür ist Migration. Menschen, die aus Gründen eines höheren Verdienstes oder beschäftigungsbedingt auswandern, lassen häufig ihre älteren Eltern und manchmal sogar ihre Kinder zurück. Aufgrund der instabilen Familien und des Trends, dass Frauen ebenfalls eine berufliche Laufbahn einschlagen, werden ältere Menschen in Zukunft mehr formelle Pflege in Anspruch nehmen müssen. Im Gegensatz zu den Folgen der Alterung für die Gesundheitsfürsorge, auf die man sich gründlich vorbereitet, sind die Auswirkungen dieser weiteren demografischen und sozialen Veränderungen auf den künftigen Versorgungsbedarf und die damit verbundenen Gesundheitskosten noch nicht wirklich untersucht worden, sondern müssen weiter analysiert, erforscht und bearbeitet werden (Europäische Kommission, 2009a).

Geänderte Lebensweise: Nicht nur altersbedingte Erkrankungen sind ein Faktor, der zu Veränderungen der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen führt. Sogenannte Zivilisationskrankheiten, die durch veränderte Ernährungsgewohnheiten, ungesunde Ernährung, Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum sowie Bewegungsmangel verursacht werden, werden zu einer wachsenden Nachfrage nach Pflege von Patienten führen, die beispielsweise an Fettleibigkeit, Diabetes oder koronaren Herzkrankheiten leiden. Diese durch die Lebensführung bedingten Krankheiten sind als eine der Hauptursachen für vermeidbare Krankheiten anerkannt.

Migration und Mobilität der Arbeitnehmer: Die Migration von Beschäftigten im Gesundheitswesen hat in den letzten Jahrzehnten weltweit zugenommen, insbesondere aus Niedriglohnländern mit ohnehin labilen Gesundheitssystemen. Die Zahl der Wanderarbeitnehmer im Gesundheitswesen ist in den letzten 30 Jahren in vielen europäischen Ländern um über 5 % gestiegen. Eine positive Folge dieser Mobilität der Arbeitnehmer ist, dass sie ihnen die Chance bietet, ihre beruflichen und persönlichen Qualifikationen zu verbessern. Doch eine negative Folge davon ist die Unfähigkeit von Niedriglohnländern, die Rechte ihrer Einwohner auf eine angemessene Gesundheitsversorgung zu schützen, da qualifiziertes Personal das Land verlässt. Die Erhaltung der Sicherheit von Patienten und Arbeitnehmern kann in multikulturellen und mehrsprachigen Arbeitsumfeldern eine weitere Herausforderung darstellen. Im Zusammenhang mit Sicherheit und Gesundheitsschutz sowie der damit verbundenen Forschung muss der Situation dieser Arbeitnehmer, einschließlich der kulturspezifischen Wahrnehmungen und Einstellungen gegenüber Arbeit und berufsbedingten Risiken, unbedingt Rechnung getragen werden.

Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung: Dies hat sich als ein markantes Phänomen in der EU herauskristallisiert. Die Zunahme der „Importe“ und „Exporte“ von Patienten zusammen mit anderen

Interessengruppen und Dienstleistungen wurde durch eine ganze Reihe von Faktoren gefördert. Dank der technologischen Fortschritte in den Informationssystemen sowie in der Kommunikation können Patienten oder Dritterwerber von Gesundheitsleistungen eine hochwertige Versorgung zu geringeren Kosten und/oder unmittelbar von Gesundheitsdienstleistern in anderen Ländern in Anspruch nehmen. Auch die zunehmende Übertragbarkeit der Krankenversicherung infolge von regionalen Vereinbarungen in Bezug auf öffentliche Krankenversicherungssysteme oder Entwicklungen auf dem privaten Versicherungsmarkt bewirken einen Anstieg der Mobilität der Patienten. Die Patientenmobilität in Europa dürfte infolge einer 2011 erlassenen EU-Richtlinie, die Patienten bei der Wahrnehmung ihres Rechts auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung unterstützt und die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssystemen fördert (Richtlinie 2011/24/EU), weiter ansteigen. Die Richtlinie gilt für Patienten, die sich dafür entscheiden, die Gesundheitsversorgung in einem anderen als ihrem Versicherungsmitgliedstaat in Anspruch zu nehmen. Die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung ist aber nicht auf Patienten beschränkt. Ärzte und Krankenschwestern gehen ins Ausland, um eine Ausbildung zu absolvieren, dort vorübergehend Dienstleistungen zu erbringen oder sich in einem anderen Mitgliedstaat niederzulassen. Ärzte und Krankenhäuser in unterschiedlichen Mitgliedstaaten arbeiten in zunehmendem Maße zusammen. In manchen Fällen überschreiten dank der Telemedizin nicht nur die Patienten oder Dienstleister, sondern auch die Gesundheitsversorgung selbst die Grenzen.

Neue Technologien und Innovationen: Innovationen im Gesundheitswesen sind in erster Linie mit neuen Dienstleistungen, neuen Arbeitsweisen und/oder neuen Technologien verbunden (neue Medikationen oder neue Eingriffsarten). Innovationen im Gesundheitswesen sind die Triebfeder bei der Suche nach einem ausgewogenen Verhältnis zwischen Kostenreduzierung und Pflegequalität. Diese Themen sind wesentliche Bestandteile der Arbeitsleistung und der Wettbewerbsfähigkeit. In den letzten Jahren haben sich Genomik und neue Biotechnologien zu wichtigen Schwerpunktbereichen für Innovationen im Gesundheitswesen weiterentwickelt und dürften dies auf absehbare Zeit auch bleiben. Knapp dahinter folgen Nanotechnologien und Robotik (manchmal auch zusammen mit Genomik und Biotechnologien). Die sich daraus ergebenden Innovationen könnten die Gesundheitsversorgung revolutionieren, obwohl Bedenken hinsichtlich der Kosten bestehen, die auszufern drohen. Es wird erwartet, dass die Entwicklungen in diesen Bereichen u. a. zu verbesserten Technologien und Behandlungen der „typisch“ altersbedingten Krankheiten sowie zu Möglichkeiten führen, altersbedingte Krankheiten oder den Verlust funktionaler Fähigkeiten zu verhindern oder hinauszuzögern. Weitere bedeutende Innovationen finden im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) statt.

Globalisierung und Wirtschaftskrise: Ein allgemeiner Treiber der im Wandel begriffenen Arbeitswelt sind die Globalisierung und das Wachstum im Dienstleistungssektor (einschließlich Gesundheitswesen), die zu mehr Wettbewerb, einem verschärften wirtschaftlichen Druck, mehr Umstrukturierungen und Personalabbau, mehr unsicheren Beschäftigungsverhältnissen und zu einer vermehrten Arbeitsplatzunsicherheit sowie einer stärkeren Arbeitsverdichtung und zu mehr Zeitdruck bei der Arbeit führen. Die aktuelle Krise in Europa hat den ökonomischen Druck auf Unternehmen verschärft, was wiederum die Auswirkungen auf die Beschäftigten in der EU vergrößert. Der europäische Krankenhausverband HOPE (Hospital and Healthcare Federation, HOPE) behauptet in seinem Bericht „*The Crisis, Hospitals and Healthcare*“ (Die Krise, Krankenhäuser und Gesundheitsversorgung), dass sich die Folgen der Mittelbeschränkung infolge der Wirtschaftskrise auf Angehörige der Gesundheitsberufe hauptsächlich in der Beschäftigungspolitik und den Rentenreformen niederschlagen, die von den meisten EU-Mitgliedstaaten eingeleitet wurden. In mehreren Fällen wurde von der Regierung eine Politik gefördert, die darauf abzielt, Mitarbeiter zu kündigen bzw. diejenigen, die in den Ruhestand gehen, zumindest nicht zu ersetzen und restriktive Maßnahmen im Hinblick auf Neueinstellungen und die Ernennung von Vertretern umzusetzen. Es wurde ein weiteres Maßnahmenpaket bestehend aus Lohnsenkungen geschnürt, ein Entwicklungstrend, der im gesamten öffentlichen Sektor zu beobachten ist. Sinkende Löhne

in manchen Ländern – die Lohnkürzungen betragen sage und schreibe 25 % – haben zur Folge, dass Angehörige der Gesundheitsberufe ins Ausland gehen, um sich dort beruflich weiterzuentwickeln.

Welche aufkommenden Risiken können in Europa aufgrund des geänderten Umfelds und der aktuellen Risiken erwartet werden und wie wird sich dies auf die Arbeit und die Dienstleistungen dieser Pflegefachkräfte auswirken?

Zu den wichtigsten bei der Literaturlauswertung und in den Antworten auf den Fragebogen festgestellten aufkommenden und neuen Risiken gehören Folgende:

- Es wird eine höhere Exposition gegenüber relativ neuen chemischen Wirkstoffen wie z. B. Nanopartikeln erwartet, wobei die Folgen für die Beschäftigten unbekannt sind. Daher sollten Beschäftigte, die mit Nanomaterialien arbeiten, besondere Vorsicht walten lassen, und die Auswirkungen dieser Materialien müssen eingehender erforscht werden.
- Die Exposition gegenüber biologischen Wirkstoffen könnte aufgrund einer gestiegenen Reisetätigkeit und Mobilität der Patienten ebenfalls steigen. Darüber hinaus ist auch die Wahrscheinlichkeit, dass die Menschen zu Hause solchen Wirkstoffen ausgesetzt sind (von Tieren usw. stammende Partikel), größer, da die Zahl der häuslichen Pfleger ansteigen dürfte.
- Die Exposition gegenüber Lärm und physikalischen Risiken (etwa Strahlung) infolge des Einsatzes neuer Medizintechniken (etwa Kernspintomografie) dürfte mit der Entwicklung neuer Geräte ebenfalls zunehmen. Dies könnte neue Risiken für Arbeitnehmer mit sich bringen und eine Erforschung der Auswirkungen einer solchen Exposition erforderlich machen.
- Sprachbarrieren innerhalb der Belegschaften sowie zwischen den Beschäftigten und den Patienten aus Gründen der Einwanderung könnten ein zusätzliches Sicherheitsrisiko darstellen.
- Der Wirtschaftsabschwung könnte das Risiko von Geräteausfällen erhöhen, da Unternehmen weniger in Wartung, Reparaturen oder den Kauf neuer Geräte investieren.
- Der Anstieg der Kosten für die medizinische Versorgung hat zusammen mit Einschnitten bei den öffentlichen Ausgaben den Druck auf das System erhöht, die Dienstleistungserbringung zu verbessern und zugleich einem hohen Pflegestandard weiterhin einen hohen Stellenwert einzuräumen.
- Aufgrund der wirtschaftlichen Lage wurden Krankenhäuser geschlossen, mit der Folge, dass in der Nähe der Patienten weniger Krankenhäuser zur Verfügung stehen. Und aufgrund des Personalabbaus muss die Effizienz der Dienstleistungen verbessert werden, was die vorhandenen Arbeitskräfte noch mehr belastet.
- Die hohe körperliche Belastung bleibt weiterhin ein Problem; folgende Faktoren sind dafür verantwortlich: Mangel an Geräten (etwa Geräte für das Heben) in der häuslichen Pflege oder die Zunahme der Langzeitpflege für Patienten mit chronischen Erkrankungen wie Fettleibigkeit. Auch die zunehmende Implementierung von IKT-Werkzeugen beeinflusst diese physischen Probleme. Mobile Geräte bergen weitere ergonomische Gefahren in sich.
- Auch die Arbeitszeit wird ein Problem bleiben, wenn die Beschäftigten (infolge der hohen Arbeitsbelastung) länger arbeiten müssen und wenn mehr Beschäftigte (etwa Hausangestellte und häusliche Pflegekräfte) durch das Arbeitsschutzgesetz nicht geschützt werden.
- Die Verdichtung der Arbeit könnte aufgrund der Haushaltszwänge, von Umstrukturierungen, Personalangel, einer größeren Patientenpopulation und der erforderlichen höheren Effizienz weiter zunehmen. Dies könnte durch die zunehmende Verwendung von IKT beeinflusst werden, ebenso wie durch einen möglichen Anstieg der Zahl der Arbeitnehmer mit mehreren Arbeitsplätzen. Darunter könnten häusliche Pflegekräfte und Arbeitnehmer in anderen Teilsektoren leiden, in denen ebenfalls

Personalmangel herrscht. Aufgrund der Umstrukturierung in diesem Sektor nehmen auch ungesicherte Arbeitsverhältnisse zu.

- Die Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben könnte weiterhin problematisch sein und beeinflusst insbesondere den hohen Anteil von Frauen, die im Gesundheitswesen arbeiten.
- Gewalt und Mobbing sind zusammen mit emotionaler Arbeit noch immer wichtige Themen im Gesundheitswesen. Experten, die an der Expertenbefragung der EU-OSHA zu neu auftretenden psychosozialen Risiken für Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit teilnahmen, waren der Auffassung, dass diese Risiken zwar nicht neu sind, jedoch Anlass zu erheblicher Sorge bereiten, insbesondere im Gesundheitswesen. Die zunehmende Eigenverantwortung und Mitbestimmung der Patienten wird diese Risiken nur noch verschärfen.
- Die EU-Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wird sich in einigen der 28 EU-Mitgliedstaaten negativ auswirken. Obwohl die Zusammenarbeit von Angehörigen der Gesundheitsberufe bei Initiativen zur Patientenmobilität rein theoretisch die Möglichkeit bietet, voneinander zu lernen und in neuen medizinischen Verfahren und Ansätzen geschult zu werden, ist sie mit einer ganzen Reihe von potenziellen Auswirkungen auf die Beschäftigten im Gesundheitswesen verbunden. Die Patientenmobilität wird sich auf die Beschäftigungschancen und auf die Arbeitsbelastung auswirken. Dies bedeutet für das Land, das diese Patienten aufnimmt, dass die Kapazitäten erweitert werden müssen, was wiederum mit mehr Personal verbunden ist; doch angesichts der aktuellen Engpässe in den Gesundheitsberufen (wie Krankenschwestern) bedeutet dies aller Voraussicht nach, dass die Arbeitsbelastung zunehmen wird. Außerdem werden diese medizinischen Fachkräfte auf Erwartungen und Einstellungen stoßen, die sich von denen der inländischen Patienten unterscheiden, was zu Kommunikations- und kulturellen Schwierigkeiten und sogar zu Belästigung und gewalttätigem Verhalten führen wird. Für Länder, die solche Fachkräfte im Gesundheitswesen verlieren, werden die noch vorhandenen Ressourcen an ihre Grenzen stoßen, was zu Burnout bei den Beschäftigten sowie einer hohen Personalfluktuationsrate führen wird.
- Verlagerung hin zu häuslicher Pflege: Mit der unmittelbar bevorstehenden Umsetzung von politischen Änderungen, bei denen eine Verlagerung von der Anstaltspflege hin zur gemeindenahen Pflege im Mittelpunkt steht, wird dem Thema der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes bei der Arbeit im Gesundheitswesen zwangsläufig mehr Beachtung zuteilwerden müssen. Kranke Menschen sind nicht nur in Krankenhäusern zu finden, sondern auch in der häuslichen Pflege und in Altenheimen. Der Druck auf Allgemeinmediziner und häusliche Pflegekräfte, mehr Aufgaben von auf einer höheren Ebene angesiedelten Einrichtungen des Gesundheitswesens zu übernehmen, nimmt zu.

Neben den gesellschaftlichen und demografischen Veränderungen auf nationaler Ebene dürften sich weitere Veränderungen und Entwicklungen positiv auf die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei der Arbeit im Gesundheitssektor in Zukunft auswirken.

Erwartete positive Veränderungen

Ein höheres Augenmerk auf Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente:

- Bei Änderungen der nationalen Rechtsvorschriften wird der Richtlinie 2010/32/EU des Rates vom 10. Mai 2010 zur Durchführung der Rahmenvereinbarung zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaus- und Gesundheitssektor verstärkt Rechnung getragen.
- Bei der Umsetzung dieser Richtlinie wird erwartet, dass sich die Durchsetzung von Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit im Hinblick auf gezielte Kontrollen und eine Zusammenarbeit zwischen den Behörden verbessern wird. Die gleichen Vorkehrungen in Bezug auf die Verhinderung von

Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente gelten auch für andere Berufe im Gesundheitswesen (z. B. Reinigungsdienste, Abfallentsorgung usw.). Es wird erwartet, dass sich diese Maßnahmen positiv auf die Dienstleistungen und die Pflegequalität auswirken werden.

Arbeitsschutzmanagement:

- Es werden mehr Fachleute für betrieblichen Gesundheitsschutz im Gesundheitswesen erwartet. Wenn mehr Arbeitsschutzexperten in Krankenhäusern (oder anderen Einrichtungen) tätig sind und die Macht besitzen, Änderungen zu erwirken, beispielsweise auf Impfprogrammen zu bestehen, Hilfe und Unterstützung für Beschäftigte mit Behinderungen zur Verfügung zu stellen, Rehabilitationsprogramme anzubieten usw., dann dürften sich die Sicherheit und der Gesundheitsschutz der Beschäftigten im Gesundheitswesen erheblich verbessern.
- Die Frage, wie eine bessere Integration zwischen Gesundheits- und Sozialwesen erzielt werden kann, die zu einer besseren Pflege- und Versorgungsqualität führen würde, wird unablässig diskutiert. Mit der Umsetzung von „virtuellen Krankenhäusern“, bei denen ein erheblicher Anteil der Behandlung bei älteren Menschen zu Hause erbracht wird, könnten das Dienstleistungsangebot und die Ergebnisse verbessert werden. Eine engere Integration der klinischen Risiken und der Risiken für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz könnten den Umgang mit beiden verbessern.

Gesetzgebung und Kontrolle:

- Erwartet werden die Einhaltung des gesetzlichen Rahmens, die Stärkung der Prüfstellen und ein verschärftes Problembewusstsein.

Künftige Forschung und Praxis

Es ist eine gründliche Forschung notwendig, um Einblick in die Ergebnisse in Bezug auf die Sicherheit und den Gesundheitsschutz bei spezifischen Risiken, Beschäftigtengruppen und Berufen, die Wechselwirkung zwischen Risiken, die Wechselwirkung zwischen Sicherheit und Gesundheitsschutz einerseits und Pflegequalität andererseits und die möglichen Auswirkungen der Gesundheitssysteme auf die Risiken, die Aktivitäten im Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und die Ergebnisse zu gewinnen.

Empfehlungen für die Forschung:

- Auf EU-Ebene mangelt es an aktuellen vergleichbaren Daten über die Arbeitsbedingungen, die Expositionen und die Ergebnisse im Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz bei spezifischen Risiken, Beschäftigtengruppen und Berufen im Gesundheitswesen. Es sind umfassendere Daten erforderlich, damit bei spezifischen Risiken und den am meisten gefährdeten Beschäftigtengruppen Prioritäten gesetzt werden können.
- Die Informationen über die Auswirkungen der aktuellen Trends und der bestehenden Risiken auf die Qualität der Pflege der Patienten sind begrenzt; es muss mehr Forschung zu den Wechselwirkungen zwischen Sicherheit und Gesundheitsschutz einerseits und Pflegequalität andererseits betrieben werden.
- Die Auswirkungen mehrerer gemeinsam auftretender Risiken auf Beschäftigte im Gesundheitswesen wurden noch nicht angemessen untersucht; es muss weiter über diese kombinierten Auswirkungen geforscht werden, etwa im Hinblick auf die Wechselwirkungen zwischen ergonomischen und psychosozialen Risiken.
- Man könnte zwar argumentieren, dass die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems mit den Problemen im Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz, denen die dort tätigen Mitarbeiter ausgesetzt sind, miteinander verknüpft sind, doch konnten keine Studien ausfindig gemacht werden, die sich

speziell mit diesem Verhältnis auf Makroebenen befassen. Mehr Forschung in diesem Bereich wäre von Interesse. So wäre es beispielsweise sinnvoll, die Auswirkungen von Maßnahmen zur Effizienz und zur Prävention auf die Pflegequalität und auf Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit auf unterschiedlichen Ebenen (Organisation, Land) zu untersuchen.

Anweisungen für die Praxis würden lauten:

- Es sind mehr praktische Initiativen auf einzelstaatlicher Ebene zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von häuslichen Pflegekräften erforderlich; aufgrund der Antworten auf den Fragebogen konnten nur relativ wenige Initiativen ermittelt werden. Dies bezieht sich sowohl auf formell als auch informell Pflegende. Über die letztgenannte Gruppe liegen nur relativ wenige Informationen vor.
- Der Austausch von Wissen (etwa in Form von Beispielen für bewährte Verfahren) im Bereich der betrieblichen Gesundheit sollte noch eingehender untersucht werden.
- Aufgrund der alternden Erwerbsbevölkerung ist der Bedarf an Maßnahmen im Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit, bei denen die Arbeitsbedingungen älterer Arbeitnehmer und die Auswirkungen von Risiken auf diese Gruppe berücksichtigt werden, möglicherweise höher; diese Maßnahmen könnten auf alle Altersgruppen abzielen.
- Politische Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben und zum Abbau der Lohnunterschiede zwischen Frauen und Männern sind wichtig.
- Aufgrund der zunehmenden Migration bei Beschäftigten im Gesundheitswesen nehmen möglicherweise auch die sprachlichen und kulturellen Hindernisse am Arbeitsplatz zu; diesen Themen sollte ein besonderes Augenmerk zuteilwerden, und eine angemessene und klare Kommunikation rund um das Thema Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit ist erforderlich. Gleiche Arbeitsbedingungen und Qualitätsstandards sind wünschenswert.
- Aufgrund der wirtschaftlichen Gegebenheiten muss der Nutzen von Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit ständig hervorgehoben werden, etwa anhand einer Wirtschaftlichkeitsberechnung, mit der der Mehrwert eines guten Arbeitsschutzmanagements aufgezeigt wird.
- Die Einführung neuer Technologien wie Telemedizin und neuer IKT-Systeme setzt die kontinuierliche Weiterbildung der Beschäftigten voraus. Außerdem sollten die damit verbundenen Risiken in die Gefährdungsbeurteilungen aufgenommen werden. Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz könnten in der Phase der Konzeption neuer Anwendungen und weiterer neuer Technologien berücksichtigt werden.
- Neue Technologien, etwa die Einführung der Robotik und von Exoskeletten, könnten ebenfalls zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen beitragen. Es wäre interessant, die Möglichkeiten beispielsweise für den Einsatz in der häuslichen Pflege näher zu untersuchen.

Die Aufgabe der **Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA)** besteht darin, dazu beizutragen, dass die Arbeitsplätze in Europa sicherer, gesünder und produktiver werden. Die Agentur untersucht, entwickelt und verbreitet verlässliche, ausgewogene und unparteiische Informationen über Sicherheit und Gesundheitsschutz und organisiert europaweite Kampagnen zur Sensibilisierung. Die Agentur wurde 1996 von der Europäischen Union gegründet und hat ihren Sitz in Bilbao, Spanien. Sie bringt nicht nur Vertreter der Europäischen Kommission, der Regierungen der Mitgliedstaaten, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen, sondern auch führende Sachverständige zusammen – und dies in jedem der EU-Mitgliedstaaten und darüber hinaus.

Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz

Santiago de Compostela, 12, 5°

(Edificio Miribilla)

E-48003 Bilbao, Spanien

Tel.: + 34 944-358-400

Fax: + 34 944-358-401

E-Mail: information@osha.europa.eu

<http://Sicherheit und Gesundheitsschutz am>

