



WOLFGANG HIEN · HUBERTUS VON SCHWARZKOPF · ALBERT NIENHAUS

Corona-Gefährdung im Erleben von Pflegekräften – eine explorative Studie^{1,2} (Teil 1 von 2)

Ausgangspunkt der vorliegenden Studie war die Fragestellung, wie Pflegekräfte³ in ihrem professionellen Alltag die Corona-Krise erleben und welche Einflüsse sie belasten und ihre Gesundheit gefährden. Da auch neue Konstellationen erkundet werden sollten, empfahl sich der qualitative Ansatz der Grounded Theory. Im Zuge eines theoretischen Samplings ergaben sich 26 Interviews mit Pflegekräften aus Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen, die zwischen Mai und Juli 2020 durchgeführt wurden. Teil 1 des Beitrags stellt, ausgehend von einer Einleitung und methodischen Hinweisen, die Ergebnisse der Studie in Bezug auf organisationale und strukturelle Voraussetzungen der Krisenbewältigung sowie den Verlauf der Krisenbewältigung und die Rolle des Gesundheitsamtes dar. In Teil 2 des Beitrags (sis 4-2021) wird auf die Studienergebnisse in Bezug auf die körperliche und psychosoziale Situation der Pflegekräfte während der Krise eingegangen. Es folgen Diskussion und Fazit.

¹ Das Forschungsprojekt wurde gefördert von der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Fördernummer: ext FF_1475.

² Wir danken Viola Funk-Soykan, B. Sc., Gudrun Funk, Dipl.-Päd., Edith Werdelmann, exam. Krankenschwester, und Prof. Dr. Ernst von Kardorff, Dipl.-Psych. et Dipl.-Soz., für hilfreiche Korrekturen und Anregungen. Unser besonderer Dank gilt allen Interviewpartnern, die bereitwillig und umfassend an diesem Projekt mitgewirkt haben.

³ Der von in der Studie verwendete Begriff „Pflegekräfte“ umfasst examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, examinierte Altenpfleger/-innen und Pflegehilfskräfte bzw. Pflegeassistent/-innen.

DIE AUTOREN



Dr. rer. pol. Wolfgang Hien
Arbeits- und Gesundheitswissenschaftler, Forschungsbüro für Arbeit, Gesundheit und Biographie, Am Speicher XI 9, 29217 Bremen
(kontakt@wolfgang-hien.de)



Dr. Hubertus von Schwarzkopf, Facharzt für Arbeitsmedizin. Drei Jahre als Entwicklungshelfer tätig. Von 1985–1995 Leiter der AIDS-Beratungsstelle am Gesundheitsamt Bremen. 1995–2015 leitender Betriebsarzt der Gesundheit Nord Kliniken Bremen. Seit 2008 Mitglied im Ausschuss für Arbeitsmedizin des BMAS.



Prof. Dr. Albert Nienhaus, Arbeitsmediziner und Epidemiologe. Er leitet das Kompetenzzentrum für Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (CVcare) am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) sowie die Abteilung Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften (AGG) bei der BGW.

Als hoch belastend zeigte sich weniger die Angst vor dem Virus selbst, als eher die Problematik der unzureichenden betrieblichen und überbetrieblichen Organisation. Die Corona-Krise deckte schnell die Versäumnisse und die seit Jahren sich kumulierenden Belastungsstrukturen auf. Neben der unzureichenden Raum-, Material- und Personalausstattung erwiesen sich auch das tradierte Medizin-Pflege-Verhältnis und die fehlende Interdisziplinarität als problematisch. Belastend waren die widersprüchlichen und vielfach als chaotisch empfundenen Verordnungen, Vorgaben und Anweisungen der Behörden, namentlich der Gesundheitsämter. Als positive Ressource wurde in vielen Fällen das unterstützende Team wahrgenommen, auch wenn immer wieder Beispiele unsolidarischen Verhaltens zu beklagen sind. SARS-CoV-2 induzierte in keinem Fall eine differenzierte Gefährdungsbeurteilung. Die Corona-Pandemie zeigt, dass Politik, Gesellschaft und Organisationen herausgefordert sind, ausreichende und klare Strukturen zu schaffen, den Pflegeberuf erkennbar attraktiver zu gestalten, dem Pflegenotstand entgegen zu wirken und die Arbeitsbedingungen sichtbar zu verbessern. Dem Arbeits- und Gesundheitsschutz muss ein deutlich höherer Stellenwert eingeräumt werden. Das Spannungsfeld zwischen Infektionsschutz und Arbeitsschutz muss mit klaren Aufgabenverteilungen für betriebliche und überbetriebliche Akteure definiert werden. Die vorliegende Studie hat dazu einige relevante Hinweise erbracht.

Einleitung

Die Corona-Krise hat die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen weitgehend unvorbereitet getroffen. Binnen kürzester Zeit mussten besondere Schutzmaßnahmen entwickelt werden, wobei sich die materiellen, organisationalen und personalen Voraussetzungen teilweise als mangelhaft und ungenügend erwiesen. Die Mehrebenen-Problematik – Notfall- und Intensivversorgung, Hygiene- und Gesundheitsschutzmaßnahmen, Organisations- und Materialprobleme, in manchen Fällen auch die Angst vor Ansteckung – verursachten ein deutlich erhöhtes Maß an Gefährdungen und Belastungen. Das Infektions- und Erkrankungsrisiko für Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen ist deutlich erhöht (Chou et al. 2020; Möhner/Wolik 2020). Eine Auswertung der AOK-Daten von März bis Mai weist für Beschäftigte in der Gesundheits- und Krankenpflege einen Krankenstand von 12,3% und für Beschäftigte in der Altenpflege einen Krankenstand von 12,8% aus – damit liegen Pflegeberufe um den Faktor 2,5 höher als der Versichertendurchschnitt. Hier gehen zwar auch die nach Infektionsausbrüchen verhängten Quarantänezeiten mit ein, doch Pfleger/-innen waren

auch besonders stark von schweren Erkrankungsverläufen betroffen. Die Covid-19-Erkrankung ist eine über den pulmonalen Bereich hinausgehende systemische Erkrankung, deren Spätfolgen noch nicht absehbar sind. Das Robert-Koch-Institut (RKI) weist in seinem täglichen Lagebericht die Beschäftigten des Gesundheits- und Sozialwesens als gesonderte Erkrankungsgruppe aus: Danach waren bereits Mitte Mai 2020 (RKI 2020b) von 534 hospitalisierten Covid-19-Fällen bei Krankenhausbeschäftigten 18 verstorben (hospitalized case fatality rate: 3,4%), von 348 hospitalisierten Covid-19-Fällen bei Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen waren 41 verstorben⁴ (hospitalized case fatality rate: 11,8%). Der Altersmedian der erkrankten Pflegekräfte lag bei 40 Jahren. Im ersten Halbjahr wurden von den mehr als 25.000 Infektionsfällen im Gesundheits- und Sozialwesen der BGW mehr als 6000 Fälle unter Berufskrankheiten-Verdacht gemeldet (Nienhaus et al. 2020).

Die vergleichsweise hohe Zahl der berufsbedingten, tödlich verlaufenen Covid-19-Fälle unter Altenpflegepersonal verlangt nach einer Erklärung. Da im Heim normalerweise eine Vielzahl von Humankontakten und Interaktionen stattfinden, ist es nicht verwunderlich, dass sich Viren, einmal ins Heim gelangt, schnell ausbreiten können. Pflegebedürftige, zumeist multimorbide und immungeschwächte Menschen, sind für pathogene Keime besonders empfänglich. Infizierte und zunächst unerkannt Erkrankte können gleichsam Virus-Brutstätten sein, wodurch Beschäftigte einer hohen Exposition ausgesetzt sind. Altenpflege ist in besonders hohem Maße mit Körpernähe und Körperkontakt verbunden. So können sich unter der gut begründeten Annahme einer Dosis-Wirkungsbeziehung (Rabinowitz/Bartman 2020) schnell sehr schwere Erkrankungsverläufe einstellen. Schon 2005 hat daher das RKI entsprechende Empfehlungen für Alten- und Pflegeheime veröffentlicht (RKI 2005). So sollten in jedem Heim Hygieneverantwortliche benannt und entsprechend qualifiziert, Hygienekommissionen gebildet und Hygiene- und Maßnahmen-Konzepte erstellt werden, einschließlich des Vorhaltens von ausreichend Schutzausrüstungen. Doch diese Empfehlungen wurden nicht umgesetzt – ein Versäumnis der Heimbetreiber wie der Behörden, welche jene unterstützen und überwachen sollten. Nicht zuletzt fehlte es an rechtlich bindenden Verfügungen. Im März 2020 wurden dann viele Pflegeheime von der Infektionswelle unvorbereitet überrascht.

Über die infektionsbedingten Gesundheits- und Lebensgefahren hinaus müssen weitere gesundheitliche Gefährdungen in Betracht gezogen

⁴ Die Zahl wurde später vom RKI auf 40 Verstorbene korrigiert.

werden, welche auf große Teile der Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen ausstrahlen. Erste wissenschaftliche Berichte zu den Folgen der Corona-Pandemie bei Pflegepersonal bzw. Helath Care Workers in China und Italien deuten auf ein gravierendes Ausmaß arbeitsbedingter psychischer Erkrankungen hin (Lai et al. 2020; Shaukat et al. 2020; Wang et al. 2020). Auch im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen sind die psychosozialen Belastungen merklich gestiegen (Arndt et al. 2020; Bradtke et al. 2020; Rhein-dorf et al. 2020). Die neuartige Situation, vor die Medizin und Pflege hierzulande gestellt waren, hat eine neuartige Belastungsstruktur geschaffen. Zur Frage, welche Einflussfaktoren in welcher Gewichtung hier wirksam waren und sind, gibt es noch kein genaues Bild.

Die explorative Kleinstudie stellte sich zur Aufgabe, anhand der von professionellen Pflegekräften erlebten Corona-Gefährdung Hinweise zu gewinnen, die zur Weiterentwicklung des um Pandemiegefahren erweiterten Arbeits- und Gesundheitsschutzes dienen können. Besonderes Augenmerk wurde auf die psychosozialen Belastungen und die Frage gelegt, wie diese betrieblich und überbetrieblich aufgefangen und bearbeitet werden können. Um neue Gesichtspunkte zu erfassen, wurde bewusst der in der Pflegeforschung etablierte qualitative Ansatz der Grounded Theory gewählt (Strauss 1994).

Methode

Vor dem Hintergrund einer offenen und an der Grounded Theory orientierten explorativen Fragestellung ging es nicht um eine repräsentative Studie. Qualitative Studien haben zum Ziel, charakteristische Wahrnehmungs-, Interaktions- und Handlungskonstellationen herauszuarbeiten, mit der Chance, neue und bisher wenig beachtete und für die Belastung und Belastungsbewältigung relevante Aspekte der Arbeitssituation zu finden und aufzudecken. Zwischen Mai und Juni 2020 wurden insgesamt 26 offene, narrativ-episodische Interviews mit Pflegekräften aus Kliniken und Altenheimen im norddeutschen Raum durchgeführt.⁵ Das Forschungsprojekt ist von der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hauptverwaltung Hamburg, Abteilung Grundlagen der Prävention und Rehabilitation, hinsichtlich ethischer Fragen geprüft und genehmigt worden.

Ergebnisse

Im Interviewmaterial haben sich, nach der Kodierung und Kategorisierung vier zentrale Kernthemen herausgeschält:

- ▶ Organisationale und strukturelle Voraussetzungen der Krisenbewältigung.
- ▶ Verlauf der Krisenbewältigung und die Rolle des Gesundheitsamtes.
- ▶ Arbeitskultur und Arbeitsatmosphäre im Verlauf der Krisenbewältigung.⁶
- ▶ Körperliche und psychosoziale Situation der Pflegekräfte während der Krise.

Organisationale und strukturelle Voraussetzungen der Krisenbewältigung

Zu den Voraussetzungen gehören zunächst die Rechtsform der Organisation, die Raumverhältnisse, die Materiallage, die innerbetriebliche organisationale Struktur, die Personalausstattung, die Hygiene- und Arbeitsschutz-Organisation und nicht zuletzt das jeweilige Führungsverhalten. Die räumlichen Verhältnisse, auf die die Pandemie traf, waren höchst ungünstig. Die schon in den 1990er Jahren einsetzenden Rationalisierungsmaßnahmen (vgl. Auth 213; Mohan 2018; Raehlmann 2020) waren darauf ausgerichtet, Raum zu sparen. Die Zusammenlegung kleiner und mittelgroßer Abteilungen zu großen Abteilungen war hierbei von besonderer Bedeutung (Hilsenbeck 2006). Es entstanden große Intensiv- und OP-Abteilungen, Funktionsbereiche wurden zentralisiert, kleine Stationen zu großen Stationen zusammengefasst und Ausweichmöglichkeiten abgebaut. Die Materiallogistik wurde zentralisiert, teilweise in oder an externe Stellen ausgelagert. Die Bevorratung mit Schutzkleidung und Schutzmasken war – entgegen den behördlichen Vorgaben zur Pandemievorsorge, die freilich nie kontrolliert wurden – auf ein Minimum heruntergefahren. Die Personalausstattung befindet sich schon seit Jahren auf einem völlig unzureichenden Niveau, wobei die Gründe vielschichtig sind (vgl. Hien 2016, S. 123 ff.).

Zwar gab es in den Kliniken immer einen betriebsärztlichen Dienst, der sich auch im Rahmen von Testungen und Betreuung kranker Mitarbeiter/-innen engagierte, doch fehlte der Betriebsarzt oder die Betriebsärztin durchgehend vor Ort. Sie führten keine Unterweisungen durch, gaben keine Erläuterungen zur richtigen Anwendung von Persönlichen Schutzausrüstungen und führten keine Begehungen bei räumlichen Veränderungen durch. Bemängelt wurde in den meisten Interviews die generelle Lückenhaf-

⁵ Details zur Methodik sind der Langfassung des Forschungsberichtes zu entnehmen (Quelle: www.wolfgang-hien.de/download/Pflege-2020.pdf)

⁶ Die Teilergebnisse zur Arbeitskultur finden sich in der Langfassung des Projektberichtes.

tigkeit des bestehenden Arbeits- und Gesundheitsschutzes, sowohl explizit, als auch implizit.⁷

Die Altenpflege leidet aufgrund der offenen Vermarktlichung seit den 1990er Jahren noch deutlich mehr unter dem Personalmangel als das Krankenhauswesen. Es entstanden große Pflegekonzerne und Pflegeketten mit Versorgungskonzepten, die der industriellen Produktion entlehnt waren. Seit Jahren werden in den Medien gravierende Missstände berichtet, so z.B. mancherorts für 60 kranke und schwerkranke Bewohner/-innen nur eine nachwachsende Pflegekraft. Armin Rieger, selbst Pflegeunternehmer, kommt in seinem beeindruckenden Erfahrungsbericht

„In den Krisenstäben wurde das Erfahrungspotenzial der Pflegekräfte vor Ort nicht oder nur ungenügend berücksichtigt.“

zum Schluss, dass würdige Altenpflege prinzipiell machbar ist, nicht aber unter dem Diktat einer „freien“, d.h. unregulierten „Profitwirtschaft“ (Rieger 2017). Eine groß angelegte Studie der Universität Bremen kommt zu dem Schluss, dass in Pflegeeinrichtungen bundesweit ein Defizit von 100.000 Vollzeitstellen besteht (Rothgang et al. 2020). In der arbeitswissenschaftlichen Forschung wird zunehmend kritisiert, dass industrielle Rationalisierungskonzepte der „lean production“ auf die Pflegearbeit übertragen werden (Raehlmann 2020) – ein Vorgang, der den grundrechtlichen Auftrag einer menschenwürdigen Pflege unterminiert. Wie im Krankenhauswesen auch, erweisen sich, neben den personalpolitischen Defiziten, Rationalisierungsmaßnahmen als problematisch, vor allem dann, wenn Krisen auf das System treffen: unzureichende Raumausstattung, unzureichende Materialausstattung, unzureichende bis nicht vorhandene Arbeitsschutz-Organisation. In den Pflegeeinrichtungen wurden Gemeinschaftsräume zugunsten neuer Bewohner/-innen-Einheiten zurückgefahren, und Stationen wurden teilweise zu Riesenstationen zusammengelegt. Bedrückend ist der Umstand, dass es an präventiven Maßnahmen, die für den Fall einer Epidemie oder Pandemie vorgesehen waren, in den Heimen umgesetzt und behördlicherseits hätten durchgesetzt werden müssen, offenbar flächendeckend fehlte. In den Interviews gab es freilich auch Befürworter großer Pflegekonzerne, weil dann zumindest an einem zentralen Ort eine Hygiene- und Arbeitschutzabteilung besteht, die in kleinen Häusern

⁷ Originalzitate von Kranken- und Altenpfleger/-innen sowie weitere Ausführungen dazu finden sich in der Langfassung des Projektberichtes.

oft fehlt bzw. an externe Stellen ausgelagert wurden, die – das sagen selbst Pflegedienstleistungen – kaum verfügbar und daher wenig hilfreich sind.

Die Pandemie erzwang überall da, wo Infektionen ausbrachen oder Infizierte ins Haus kamen, innerhalb kürzester Zeit Raumtrennungen und das Errichten von Schutzwänden und Schleusen. Bereiche wurden wieder provisorisch unterteilt, um möglicherweise oder tatsächlich Infizierte von den übrigen Patienten/-innen und Bewohner/-innen zu trennen. Soweit möglich, wurden auch Luftführung und Klimatechnik angepasst. Von fast allen Befragten erfuhren wir, dass es bis vor wenigen Jahren – zumindest in den Kliniken – wesentlich mehr Isoliermöglichkeiten gab, die dann abgebaut wurden und nun wieder überstürzt und in vielen Fällen provisorisch und auch lückenhaft wiedereingerichtet werden mussten. Die anfängliche Materialknappheit wuchs sich teilweise zu einem enormen Problem aus, was die psychosozialen Belastungen deutlich negativ beeinflusste. Zu erwähnen ist, dass nach genauer Durchsicht des Interviewmaterials hinsichtlich der städtischen oder ländlichen Region und der Rechtsform von Klinik oder Einrichtung keine nennenswerten Unterschiede in der Wahrnehmung der organisationalen und strukturellen Voraussetzungen festgestellt werden können. Die Kommunikationsstruktur zwischen Kliniken bzw. Heimen einerseits und staatlichen Stellen, insbesondere dem Gesundheitsamt andererseits, war vor der Corona-Krise kein Problem, da kaum erforderlich. Doch die Krise zeigte, dass klare Strukturen der Kommunikation und Kooperation fehlten.

Verlauf der Krisenbewältigung und die Rolle des Gesundheitsamtes

Zunächst ist einzuräumen, dass in den Anfangswochen der Krise angesichts der Bilder und Berichte aus Norditalien mit sehr viel mehr Covid-19-Fällen gerechnet wurde, als dann tatsächlich eintraten. Nicht dringend notwendige OPs wurden zurückgestellt; auch verschoben Patienten und Patientinnen selbst die Einweisung ins Krankenhaus. Das führte in den ersten Krisenwochen dazu, dass einige Krankenhausstationen nicht ausgelastet waren und – wie es einige Interviewte ausdrückten – „zunächst nichts zu tun war“. Gleichwohl war dies beileibe nicht überall der Fall, und es gab auch Kliniken und Klinikabteilungen, die schnell an ihre Kapazitätsgrenzen kamen. Zu den problematischen Voraussetzungen der Krisenbewältigung zählen auch Rolle und Zusammensetzung der Krisenstäbe. Neben der Klinikleitung auf Verwaltungsebene und ggf. der betrieblichen Interessenvertretung, befinden sich in Krisenstäben Vertreter/-innen der Chef-

arztebene, der Pflegedienstleitungen, der Infektiologie, der Hygiene und – häufig nur lückenhaft oder gar nicht – des Arbeitsschutzes und der Arbeitsmedizin; essenziell vertreten sind überbetriebliche Institutionen der Seuchenbekämpfung, insbesondere das Gesundheitsamt und ggf. auch die Ordnungsbehörde. Doch durchgehend wurde von allen in Kliniken Befragten bemängelt, dass das Erfahrungspotenzial der Pflegekräfte vor Ort nicht oder nur ungenügend berücksichtigt wurde. Berichtet wurde von unpraktischen Entscheidungen, so z. B. von Trennwänden ohne Berücksichtigung von Wegen und Geräten. Zimmer wurden für Covid-Patienten in verschiedenen Bereichen definiert, abgetrennt und eingerichtet, was als Aufgabe der Pflege „aufgedrückt“ wurde, ohne dass die entsprechenden Räumlichkeiten zur Verfügung standen. Schon vor Corona war, wie mehrfach berichtet wurde, die Logistik anfällig und nicht immer verlässlich, in der Krise wurde es wiederum für diejenigen Pflegekräfte, die sich um die Logistik kümmern sollten, extrem anstrengend und aufwändig. Was schon vor der Corona-Krise ein Problem war, nämlich der hohe Pegel der Lärmbelastung durch Gespräche, Telefonate, Klingeln und Geräte, steigerte sich krisenbedingt erheblich. Insgesamt wurde die Vielzahl verschiedener und sich oft widersprechender Ansagen und Aufgabenstellungen als Belastung empfunden, auch solche Ansagen, die rein fachlich als unsinnig angesehen wurden, wie z. B. die tägliche Desinfektion des Bodens.

Erst Mitte April 2020 gab es für Altenpflegeheime, auf der Basis einer auf die aktuelle Situation unter SARS-CoV-2-Bedingungen bezogenen RKI-Empfehlung (RKI 2020a), differenzierte Anweisungen der Gesundheitsämter. Einmal davon abgesehen, dass es im April schon massive Infektionsherde im Altenpflegebereich gab, viele Anordnungen also zu spät kamen, wurde von einigen Interviewpartnern/-partnerinnen berichtet, dass trotz neuer Vorgaben in vielen Punkten weiter Ratlosigkeit herrschte. So wurden Einweisungen, wie Schutzkleidung zu tragen sei, oft nur lückenhaft oder sogar fehlerhaft gegeben. Nach Ausbrüchen entstanden, wie mehrfach berichtet wurde, oftmals chaotische Situationen. Bewohner/-innen mussten sich den Quarantäneauflagen beugen; Angehörige, außerbetriebliche Fachkräfte und sonstige betreuende Personen hatten keinen Zugang mehr, und die Pflegekräfte waren mit einer völlig neuen Situation konfrontiert: Sie mussten die Versorgung und Betreuung der Alten und Kranken völlig alleine bewältigen. Es gab – wie es von einer Stationsleiterin ausgedrückt wurde – „einen Rückfall in die allernötigste Grundpflege“. Physio- und Ergotherapie sowie Logotherapie fielen für viele Wochen aus. Die psychosoziale Seite der Pflege

wurde aufgrund der ohnehin schmalen Personaldecke stark vernachlässigt, was die ethisch-moralische Dissonanz und damit den Distress enorm erhöhte. Die Corona-Krise brachte die Altenpfleger/-innen an ein emotionales Limit. Die fehlende überbetriebliche Unterstützung war Thema in allen Interviews. Besonders problematisch erwies und erweist sich dieses Manko in kleinen Pflegeheimen. Es wurde berichtet, dass kleinere Einrichtungen über Tage hinweg niemanden beim Gesundheitsamt erreichen konnten. Krisenstäbe gab es im Altenpflegebereich nicht systematisch und wenn überhaupt, auf der überregionalen Ebene, die weit weg war von den

„Hoch belastend für die Altenpfleger/innen waren die widersprüchlichen Anweisungen vom Gesundheitsamt und anderen Behörden.“

Problemen vor Ort. Im Altenpflegerischen Interviewmaterial konnte niemand von der Arbeit eines Krisenstabes konkret berichten. Manchmal gab es Anweisungen aus der Konzernzentrale, oftmals waren insbesondere die kleineren Häuser auf sich allein gestellt. Eine betriebsärztliche Betreuung fehlte in den Altenpflegeheimen weitgehend. Interviewte berichteten, dass Gesundheitsämter, Heimaufsicht, Ordnungsämter, Polizeidienststellen und weitere Institutionen oft widersprüchliche Anweisungen gaben, die in manchen Fällen – wenn der Wohn- und Arbeitssitz von Beschäftigten in unterschiedlichen Amtsbezirken lag – zu sehr unangenehmen und hoch belastenden persönlichen Situationen führen konnten. ■

Auffangnetze, Schutznetze Netze für den innerbetrieblichen Bereich!

Rufen Sie uns an,
denn Ihre Sicherheit
ist unser Geschäft!



Manfred Huck GmbH • Netz- und Seilfabrik
35614 Asslar-Berghausen
Tel. 06443/63-0 • Fax 06443/63-29 und 30
www.huck.net • E-mail: info@huck.net

Jetzt Katalog anfordern!

MaxiCut® ULTRA™

proRange®

EN 388:2016
LEISTUNGSSTUFE

5C*

KOMFORTABLE LEISTUNG

MaxiCut® Ultra™ bietet hohen Schnittschutz, lange Haltbarkeit und außergewöhnlichen Komfort in einem Paket.

Entwickelt für trockene Anwendungen bieten die Handschuhe durch unsere AIRtech® Technologie 360° Atmungsaktivität. Kühle Hände verbessern Trageakzeptanz und Sicherheit.

Die dünne und flexible Beschichtung ist durch unsere DURAtch® Technologie besonders widerstandsfähig. Die Handschuhe halten dadurch länger, was Ihre Gesamtkosten reduziert.

Natürlich sorgen dabei unsere CUTtech® Hochleistungsgarne für hohen Schnittschutz.

MaxiCut® Ultra™ verfügt über das dermatologische Gütesiegel der Skin Health Alliance, wurde vor dem Verpacken gewaschen und ist nach dem Standard 100 von OEKO-TEX® zertifiziert.

MaxiCut® Ultra™ kann nach Gebrauch gewaschen und wieder verwendet werden. Das spart zusätzlich Geld und verbessert die Hygiene im Einsatz.



garantiert
hautfreundlich

MaxiCut® Ultra™ 44-3745
*EN 388:2016- 4542C
Patent Nummer EP1608808



BIG
ARBEITSSCHUTZ

BIG Arbeitsschutz GmbH
Königsberger Str. 6
21244 Buchholz
atg@big-arbeitsschutz.de

Erfahren Sie mehr: www.atg-glovesolutions.com

ATG
Intelligent Glove Solutions